

Toimintaterapian mahdollisuudet valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa

Integroitu kirjallisuuskatsaus

Henna Hujanen

Opinnäytetyö

Marraskuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Toimintaterapeutti (AMK), toimintaterapeutin tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Hujanen, Henna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2019
	Sivumäärä 44	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Toimintaterapian mahdollisuudet valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa Integroitu kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapeutti (AMK), toimintaterapeutin tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kihlström Heidi, Kuukkanen Tiina		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Valikoivan puhumattomuuden hoitoon ei ole vakiintunutta käytäntöä, vaikka häiriö aiheuttaa merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua. Häiriön harvinaisuuden takia hoito määräytyy usein yksilöllisesti oirekuvan mukaan.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimintaterapeutin mahdollisia tehtäviä valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa. Tavoitteena oli löytää Anne G. Fisherin OTIP-malliin sopivia interventioita, joilla voidaan tukea valikoivasti puhumattoman lapsen toimintakykyä ja toiminnallisuutta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin Cinahl Plus With Full Text ja PubMed -tietokannoista ja vapaa haku toteutettiin Google Scholar -tietokannasta. Hakutuloksia saatiin tiedonhaun kautta yhteensä neljä kappaletta ja vapaan haun kautta kaksi kappaletta. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka analyysirunko muodostui OTIP-mallin teorian pohjalta.</p> <p>Tutkimustuloksista selvisi OTIP-mallin mukaisesti luokiteltuja interventiomalleja ja -keinoja, joilla voidaan mahdollisesti tukea valikoivasti puhumattoman lapsen toimintakykyä ja toiminnallisuutta. Toimintaterapian mahdollisuudet valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa painottuvat tutkimustulosten mukaan yksilötekijöihin ja toimintataitoihin eli ahdistushäiriöiden lieventämiseen ja sosiaalisten taitojen hankkimiseen. Tutkimustietoa tarvitaan kuitenkin lisää, sillä tietoa aiheesta on tarjolla hyvin rajoitetusti.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Selektiivinen mutismi, toimintaterapia, OTIP-malli		
Muut tiedot Salassa pidettävät liitteet tulee merkitä. Merkinnästä tulee käydä ilmi, mitkä liitteet ovat salassa pidettäviä, mihin salassapito perustuu ja mikä salassapitoaika on. Esimerkiksi: Liitteet 1,4 ja 7 ovat salassa pidettäviä, ja ne on poistettu julkisesta työstä. Salassapidon peruste Julkisuuslain 621/1999 24§, kohta 17, yrityksen liike- tai ammattisalaisuus. Salassapitoaika viisi (5) vuotta, salassapito päättyy 18.5.2022.		

Author(s) Hujanen, Henna	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2019
	Number of pages 44	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication Possibilities of occupational therapy in a treatment of a child with selective mutism An integrative literature review		
Degree programme Degree Programme in Occupational Therapy		
Supervisor(s) Kihlström Heidi, Kuukkanen Tiina		
Assigned by -		
Abstract <p>Selective mutism is a disorder which treatment has not been established. Disorder causes decrease in occupational performance and problems in social interactions. Selective mutism treatment is often determined by the individual's symptoms.</p> <p>The purpose of this thesis was to examine possibilities of occupational therapy in a treatment of a child with selective mutism. The aim was to find interventions that support child's occupational performance. Interventions had to match Anne G. Fisher's OTIP-model.</p> <p>An integrative literature review was used as the research method. Systematic searches were carried out in Cinahl Plus with Full Text and PubMed databases and free search were carried out in Google Scholar database. The numbers of search result were four from the systematic searches and two from the free search. The literature was analyzed by using content analysis. OTIP-model guided the analysis.</p> <p>Research results show that OTIP-model interventions were found, and they might support child's occupational performance. According to the research results, occupational therapy can affect in child's personal factors and performance skills by supporting reducing anxiety and acquiring social interaction skills. Still, more research is needed because the research studies in this area are lacking.</p>		
Keywords (subjects) Selective Mutism, Occupational Therapy, OTIP-model		
Miscellaneous Confidential information must be marked clearly stating which appendixes are confidential and what the confidentiality is based on and how long the period of secrecy is. For example: Appendixes 1, 4 and 7 are confidential and they have been removed from the public thesis. Grounds for secrecy: Act on the Openness of Government Activities 621/1999, Section 24, 17: business or professional secret. Period of secrecy is five years and it ends 18.5.2022.		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	5
3 Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt	5
3.1 Lasten ahdistuneisuushäiriöt	6
4 Valikoiva puhumattomuus	7
4.1 Luokittelu	7
4.2 Diagnosointi	8
4.3 Syyt.....	9
4.4 Vaikutukset lapsen elämään	10
4.5 Hoito.....	11
5 Toimintakyky ja toiminnallisuus	12
5.1 Mutismin vaikutus lapsen toiminnallisuuteen.....	15
6 Toimintaterapian OTIP-malli.....	17
7 Opinnäytetyön toteutus	21
7.1 Tutkimusmenetelmä	21
7.2 Tiedonhaku	22
7.3 Aineiston kuvaus	27
7.4 Aineiston analysointi.....	31
8 Tutkimustulokset	32
8.1 Interventiomallit	32
8.2 Interventiokeinot	35
9 Johtopäätökset	35
10 Pohdinta	36
10.1 Tutkimustulosten pohdinta	36
10.1 Tulosten arviointi	37
10.2 Laadun ja luotettavuuden pohdinta	39

10.3 Jatkotutkimusaiheet	40
Lähteet	42

Kuviot

Kuvio 1 Ihmisen toiminnallisuus.....	13
Kuvio 2 Valmiuksien, taitojen ja toimintakokonaisuuksien hierarkia	14
Kuvio 3 Suomeksi käännetty AOTA-viitekehys.....	15
Kuvio 4 OTIP-mallin mukainen toimintaterapiaprosessi.....	18
Kuvio 5 Tiedonhaun kuvaus.....	26

Taulukot

Taulukko 1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	24
Taulukko 2 Näytön asteen määrittely	27
Taulukko 3 Valittu aineisto.....	29
Taulukko 4 Ryhmitelty aineisto analyysirungossa	31

1 Johdanto

Valikoiva puhumattomuus eli selektiivinen mutismi, lyhennettynä mutismi on harvinaisen häiriö, jonka olennaisena piirteenä on joissakin sosiaalisissa tilanteissa estotomasti ja vapaasti puhuvan lapsen vaikeneminen toisissa tilanteissa. Selektiivinen mutismi tunnistetaan ja luokitellaan nykyluokitteluisissa ahdistuneisuushäiriöksi. (Johnson & Wintgens 2016, 6.)

Mutismin oirekuvalle on tyypillistä, että lapsi saattaa puhua normaalisti kotona läheisten kanssa, mutta on puhumaton tai lähes puhumaton esimerkiksi koulussa tai tuntemattomien ihmisten seurassa (Westerinen 2016). Joissakin tapauksissa lapsi ei puhu edes perheenjäsentensä tai ystäviensä kanssa (Sluckin & Smith, 2015, 17-18). Mutismi ei kuitenkaan vaikuta pelkkään puheeseen tai puheentuottoon (Johnson & Wintgens 2016, 7). Valikoiva puhumattomuus aiheuttaa lapselle huomattavaa sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua, mutta mutismin hoitoon ei ole vakiintunutta ratkaisua vähäisen tutkimustiedon ja häiriön harvinaisuuden vuoksi. (Lämsä & Erkolahti 2013, 2644).

Lasten valikoivasta puhumattomuudesta on suomeksi julkaistu sekä opinnäytetöitä että Pro Gradu-tutkielmia, mutta ei yhtäkään toimintaterapian näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielmat on tehty kasvatustieteiden (ks. Vehniäinen 2018; Käkelä 2018) ja logopedian (ks. Kuusisto 2017) perspektiivistä, ja opinnäytetyöt ovat valmistuneet sosiaalialan koulutusohjelmista (ks. Oikkonen & Suonio 2015; Louhivuori 2017). Tutkimustietoa toimintaterapian mahdollisuuksista valikoivasti puhumattomien lasten hoidossa ei löydy, vaikka toimintaterapeutin osaamista voitaisiin hyödyntää lapsen toimintakyvyn tukemisessa. Toimintaterapia nimittäin keskittyy vahvistamaan ihmisen toimintakykyä, toimintamahdollisuuksia ja aktiivista osallisuutta omassa elämässään

(Puustjärvi & Kippola-Pääkkönen 2016). Mainintoja siitä, että toimintaterapiaa käytetään mutismin hoidossa löytyy kuitenkin muun muassa Westerisen (2016) ja Johnson & Wintgensin (2016) aineistoista.

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan toimintaterapian mahdollisuuksia valikoivasti puhumattoman lapsen toimintakyvyn ja toiminnallisuuden tukemisessa. Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena.

2 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää toimintaterapeutin mahdollisia tehtäviä valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa, ja tuoda näin uutta materiaalia valikoivasti puhumattomien lasten kanssa työskenteleville ammattilaisille sekä muille aiheesta kiinnostuneille. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää ja tuoda ilmi Fisherin (2009) interventiomallien mukaisia valikoivasti puhumattoman lapsen toimintaterapiaan sopivia interventioita, joilla voidaan tukea lapsen toimintakykyä ja toiminnallisuutta. Tutkimuskysymyksenä on:

”Millaisia toimintaterapian viitekehukseen sopivia interventioita voidaan käyttää valikoivasti puhumattoman lapsen toimintakyvyn ja toiminnallisuuden tukemisessa?”

3 Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan huolestunutta ja pelonsekaista tunnetilaa, jonka taustalla on yleensä tietoinen tai tiedostamaton huoli nykyhetken tai tulevaisuuden tapahtumista (Huttunen 2018). Ahdistuneisuus johtuu usein huonosti tiedostetun, ulkoa tai sisältä päin uhkaavan vaaran ennakoimisesta, jossa keho reagoi joko taistelemaan tai pakenemaan (Ahdistuneisuushäiriöt 2019). Ahdistuneisuuden voimakkuus ja muoto vaihtelevat lievistä päivittäisistä jännittyneisyyden tiloista jopa paniikinomaisiin, järjettömiin pelkotiloihin (Huttunen 2018). Ahdistuneisuuden tunne voi aiheuttaa fyysisiä oireita kuten hengenahdistusta, huimausta, vapinaa tai sydämentykytystä, ajatteluun liittyviä oireita ja toimintakyvyn laskua. Ajatteluun liittyviä oireita voivat olla esimerkiksi keskittymisvaikeudet, oman selviytymiskyvyn aliarvioiminen tai uhkien yliarvioiminen. (Mistä lapsen/nuoren ahdistuneisuudessa on kyse? n.d.)

Käypä hoito -suositus määrittelee ahdistuneisuushäiriöiden olevan ”toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä psykiatrisia häiriöitä, joille on ominaista poikkeavan voimakas kohtauksittainen tai jatkuva uhan ja ahdistuneisuuden tunne - ” (Ahdistuneisuushäiriöt 2019). Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD -11-tautiluokka 06:n määritelmässä ahdistuneisuushäiriöiden oireet, pelko ja ahdistus, ovat tarpeeksi vakavia aiheuttamaan merkittävää haittaa tai vajaatoimintaa henkilökohtaisessa, sosiaalisessa, koulutuksellisessa, ammatillisessa ja perheellisessä toiminnan osa-alueissa (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 2019). Ahdistushäiriöiden syntyyn ei ole yksiselitteistä tekijää, vaan niiden taustalla on sekä biologisia, psykologisia että sosiaalisia tekijöitä (Ahdistuneisuushäiriöt 2019).

3.1 Lasten ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriötä lapsilla ja nuorilla, ja niille on ominaista varhainen puhkeamisikä. Lapsista noin 10% kärsii arvioiden mukaan jostain ahdistuneisuushäiriöistä nuoruusikään mennessä. (Eskonen, Levander & Roine 2017, 8,13.) Lasten ja nuorten ahdistuneisuustyyppisiä ovat määräkohtaiset pelot, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö, eroahdistus ja valikoiva puhumattomuus (Mistä lapsen/nuoren ahdistuneisuudessa on kyse? n.d.). Eskonen, Levander & Roine (2017, 13) nostavat näiden lisäksi esiin myös post-traumaattisen stressioireyhtymän ja pakko-oireisen häiriön.

Eskosen, Levanderin & Roineen (2017, 8) mukaan lapsen ahdistuneisuus näkyy usein välttämisen- ja turvakäyttäytymisenä. Tällöin lapsi saattaa vältellä ahdistusta herättäviä asioita ja tilanteita tai hän hakee turvaa ahdistavassa tilanteessa esimerkiksi katsekontaktin välttämisenä tai hiljaa puhumisena (Mistä lapsen/nuoren ahdistuneisuudessa on kyse? n.d.). Lapsen ahdistuneisuushäiriö voi näkyä lapsen toistuvana tiettyjen tilanteiden välttämisenä koulussa tai vapaa-ajalla, jatkuvana valituksena somaatt-

tisista oireista, joille ei löydy pätevää syytä tai pelokkaana ja vetäytyvänä olemuksena. Ahdistuneisuus voi näkyä myös kiukkuamisena tai raivoamisena. (Ranta & Koskinen 2016.)

Lapsuuden ahdistushäiriöt voivat parantua ajan myötä, mutta ilman sopivaa hoitoa on vaarana, että ahdistusoireet pitkäaikaistuvat, kroonistuvat ja altistavat mahdollisesti myöhemmin monille muille psykiatrisille häiriöille. Ahdistushäiriöitä pystyy hoitamaan ja se on myös kannattavaa erityisesti silloin, kun oireet hankaloittavat merkittävästi lapsen elämää, iänmukaista kehitystä tai kun oireet eivät katoa itsestään. Hoidon tavoitteena on oppia säätelemään ahdistuneisuuden tunteita niin, että ne eivät rajoita liikaa lapsen elämää. Hoito tähtää ahdistusoireiden helpottamiseen, joka taas vaikuttaa positiivisesti sekä lapsen että hänen perheensä toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Eskonen, Levander & Roine 2017, 13.)

4 Valikoiva puhumattomuus

4.1 Luokittelu

Valikoiva puhumattomuus luokitellaan sekä American Psychiatric Association DSM - 5-luokituksessa että Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-11 - tautiluokituksessa ahdistuneisuushäiriöksi. Aikaisemman ICD-10 - tautiluokituksen mukaan valikoiva puhumattomuus kuului tautiluokkaan F94 eli lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöihin, mutta uudessa ICD-11 - tautiluokituksessa se on siirretty luokkaan 06 eli ahdistuneisuus- ja pelkotilahäiriöihin. (Reed ym. 2019, 12.) Valikoiva puhumattomuus luokitellaan harvinaiseksi häiriöksi, jonka esiintyvyys on alle yhdellä tuhannesta lapsesta (Sluckin 2011, 342; viitattu lähteisiin Bishop 2005). Mutismi ilmenee yleensä kahden ja neljän ikävuoden välillä, mutta voi alkaa missä vaiheessa tahansa päivä-

koti-ikästä teini-ikään (Johnson & Wintgens 2016, 20). Häiriön esiintyvyys on kaksinkertainen tytöillä poikiin verrattuna ja nelinkertainen maahanmuuttajilla verrattuna kantaväestöön (Westerinen 2016).

Vaikka puhumattomuus on ulkopuolisen henkilön näkökulmasta mutismin selkein oire, on häiriön taustalla kuitenkin merkittävimpänä tekijänä lapsen ahdistuneisuuden tunne. Valikoivasti puhumattomalla lapsella on yleensä tahto puhua, mutta vahva ahdistus ja pelko puhumisesta estää myös itse puhumisen. (Johnson & Wintgens 2016, 8.) Johnsonin & Wintgensin mukaan (2016, 6) huolimatta siitä, että selektiivinen mutismi luokitellaan nykyään ahdistuneisuushäiriöksi, ei lapsi ole jatkuvasti ahdistunut, vaan ahdistus iskee tilanteissa, joissa lapselta odotetaan puhetta.

4.2 Diagnosointi

Maailman terveysjärjestö WHO:n (1993, 166) ICD-10 - tautiluokituksen mukaan selektiivisen mutismin diagnosoinnin pääkriteerinä on lapsen todistettava ja johdonmukainen puhumattomuus tietyissä sosiaalisissa tilanteissa, joissa lapsen odotetaan puhuvan, vaikka lapsi on kykenevä puhumaan toisissa tilanteissa. Diagnoosi edellyttää häiriön yhtäjaksoista kestoa yli neljä viikkoa, ja se ei saa selittyä lapsen riittämättömällä kielen osaamisella tai elämänmuutoksella (WHO 1993, 166). Sluckinin & Smitthin (2015, 21) mukaan selektiivisen mutismin diagnosoinnissa tulee ottaa huomioon, ettei diagnoosia voi tehdä juuri päiväkodin tai koulun aloittaneelle lapselle tai lapselle, joka on juuri muuttanut uuteen paikkaan tai maahan. ICD-10 - tautiluokituksen diagnosoikriteereissä lisäksi edellytetään ettei lapsen puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä ole merkittäviä poikkeavuuksia ikätasoon nähden, ja että lapsella ei ole muuta diagnosoitavaa laaja-alaista kehityshäiriötä (WHO 1993, 166). Osalla diagnosoitavista lapsista saattaa olla puheen ja kielellisen kehityksen vaikeutta tai ääntämishäiriötä, mutta diagnoosi voidaan tehdä näistä huolimatta, jos lapsen kielelliset ky-

vyt vuorovaikutukseen ovat riittävät (Westerinen 2016). ICD-10 -tautiluokituksen selektiivisen mutismin diagnoosikriteerit säilyvät Johnsonin & Wintgensin (2016, 30) mukaan samoina uudessa ICD-11 -tautiluokituksessa. DSM-5 -luokituksessa diagnoosi lisäksi edellyttää mutismin häiritsevän opillisia tai ammatillisia saavutuksia ja sosiaalista kommunikaatiota (Westerinen 2016).

Selektiivinen mutismi väärinymmärretään ja diagnosoidaan helposti pelkäksi ujoudeksi, mutta Johnsonin & Wintgensin (2016, 7) mukaan ujut lapset ovat yleensä epävarmoja itsestään ja puhuminen voi olla heille siksi jännittävää, valikoivasti puhumatomalle lapselle puhuminen on kauhistuttava ja ylivoimainen asia. Lapsi ei myöskään ole itsepäinen tai huonosti käyttäytyvä silloin, kun hän ei puhu, vaan kyse on lapsen voimakkaasta ahdistuneisuuden tunteesta (Johnson & Wintgens 2016, 8).

4.3 Syyt

Valikoivan puhumattomuuden taustalla on moninaiset geneettiset, temperamenttiin liittyvät, kehitykselliset ja ympäristötekijät (Westerinen 2016). Synnyn taustalla uskotaan olevan tekijöitä, jotka laukaisevat puhumisen pelon tiettyjen ihmisten kanssa tilanteissa, joissa lapsen odotetaan puhuvan. Näitä tekijöitä voivat olla lapsen herkkä persoonallisuus, joka on erityisen altis ahdistuneisuushäiriöiden synnylle tai elämäntapahtumat, jotka luovat yhteyden puhumisen tarpeen ja voimakkaan ahdistuneisuuden välille. Tekijänä voi olla myös muiden ihmisten käyttäytyminen, joka negatiivisesti vahvistaa lapsen uskoa siihen, että puhuminen on vaikeaa ja stressaavaa, ja sitä on parasta välttää. (Johnson & Wintgens 2016, 9.)

Westerinen (2016) esittää mutismin riskitekijöinä olevan varhaiskasvatuksen ongelmat, lapsen ahdistuneisuustaipumus, arkuus ja ujous, kielen kehityksen erityisvaikeudet, oppimisvaikeudet, monikielisyys sekä vanhempien ahdistustaipumus. Laukaisevia tekijöitä Westerisen (2016) mukaan voivat olla vieraaseen ryhmään joutuminen,

toistuvat muutot, vieraaseen kulttuuriin tai kieliympäristöön joutuminen, suun ja kurkun alueen operaatiot, puhumiseen liittyvä negatiivinen huomio kuten pilkkaamisen tai kiusanteko sekä muu traumatisoituminen. Mutismia ylläpitäviä toimintoja voivat olla perheen sosiaalinen eristyneisyys, väärä diagnoosi esimerkiksi autismi tai kehitysvammaisuus, lähiympäristön aikuisten ymmärtämättömyys, varhaisen tuen puute, lapsen puolesta toimiminen, aikuisten uskon puute siitä, että tukitoimet auttavat lasta eteenpäin sekä puhumaan pakottaminen, joka on suuren ahdistuksen takia lapselle ylivoimainen haaste (Westerinen 2016). Johnsonin & Wintgensin mukaan (2016, 9) mutismi voi kuitenkin kehittyä lapselle, vaikka hänellä olisi turvallinen, rakastava ja kehitystä tukeva ympäristö.

4.4 Vaikutukset lapsen elämään

Mutismi voi vaikuttaa puheen ja puheentuoton lisäksi siten, että ahdistavassa tilanteessa lapsi saattaa lamaantua ja olla kykenemätön toimimaan. Ahdistus voi olla niin suurta, että se aiheuttaa lapselle jopa fyysisiä oireita, kuten äärimmäistä lihasjännitystä, joka voi vaikeuttaa esimerkiksi kävelemistä ja juoksemista sekä esineiden käsittelyä. (Johnson & Wintgens 2016, 7.)

Johnsonin & Wintgensin mukaan (2016, 17) ahdistushäiriöistä kärsivä lapsi eli myös valikoivasti puhumaton lapsi voi kehittää itselleen suoja mekanismin, jolla hän joko välttelee ahdistusta aiheuttavaa toimintaa tai keksii toisen tavan toimia. Lapsi ennustaa ahdistusta aiheuttavan tilanteen ja voi pyrkiä välttämään sitä fyysisesti esimerkiksi juoksemalla karkuun tai menemällä toiseen huoneeseen. Lapsella voi ilmetä myös psykosomaattista oireilua, jossa alitajunta pyrkii välttelemään ahdistusta aiheuttavaa toimintaa esimerkiksi laukaisemalla päänsäryn tai mahakivun. (Johnson & Wintgens 2016, 35.)

Lämsän & Erkolahden (2016, 2644) mukaan valikoiva puhumattomuus aiheuttaa lapselle merkittävää toimintakyvyn laskua ja sosiaalista haittaa. Lapsi voi pyrkiä välttämään sosiaalisia tilanteita kieltäytymällä menemästä esimerkiksi kouluun tai erilaisiin juhliin. Välttämiskäyttäytyvä lapsi voi sosiaalisissa tilanteissa yrittää tehdä itsensä näkymättömän esimerkiksi välttelemällä muiden katsekontaktia tai kytkemällä päälle ”en puhu”- toiminnon, jolloin lapsi saattaa käyttää kommunikaatioon vain eleitä tai kirjoitusta. Jos lapsi pystyy ahdistukseltaan kuitenkin puhumaan, puhe voi olla kuiskaamista tai lapsi puhuu kieltä, jota lähellä olevat ihmiset eivät ymmärrä. (Johnson & Wintgens 2016, 35.)

4.5 Hoito

Valikoivan puhumattomuuden hoitoa pidetään suhteellisen haastavana, sillä siihen ei ole vakiintunutta käytäntöä. Häiriön aikainen tunnistaminen sekä riittävän keskitetty ja lapsen tarpeista lähtevä, yksilöllisesti suunniteltu hoito on kuitenkin tärkeää. (Lämsä & Erkolahti 2013, 2645.) Hoitamattomana mutismi voi aiheuttaa lapselle alhaista itsetuntoa, sosiaalisen ahdistuksen kasvamista, puheettomaan kommunikointiin alistumista ja koulunkäynnin välttelemistä (Johnson & Wintgens 2016, 23).

Selektiivisen mutismin hoitoprosessissa voi olla mukana laaja joukko eri ammattilaisia: puheterapeutteja, psykologeja, psykiatreja, lastenlääkäreitä, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja (Johnson & Wintgens 2016, 43). Lämsän ja Erkolahden (2013, 2644) mukaan kuntoutuksessa tähdätään sosiaalisen vuorovaikutustaitojen kehittämiseen sekä ahdistuksen lieventämiseen. Onnistumisen kannalta on tärkeää, että koko hoitoprosessin ajan mukana on tiiviisti ammattilaisten ja lapsen lisäksi perhe, koulu tai päiväkotiki ja muu lähipiiri (Johnson & Wintgens 2016, 26-27).

Valikoivan puhumattomuuden hoidossa käytetään usein kognitiivis-käyttäytymisterapiaa yksilölle tai ryhmälle, jossa lasta tuetaan luomalla lapselle tilanteita, joissa on

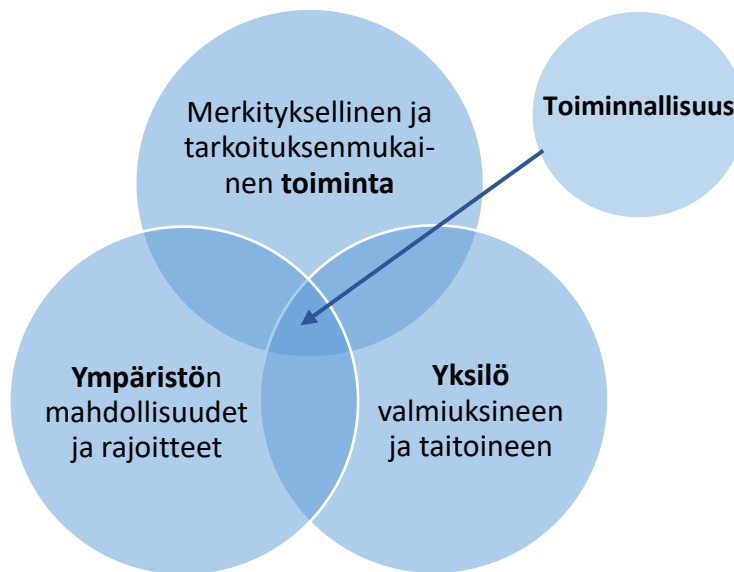
mahdollisimman helppo puhua. Jos puhumattomuus aiheuttaa lapselle laajempaa itsen esille tuomisen ongelmaa, voidaan hoidossa käyttää toimintaterapiaa, jonka avulla lasta voidaan rohkaista liikahtamaan muita ihmisiä kohti. (Westerinen 2016.) Lisäksi mutismin hoidossa voidaan käyttää psykodynaamista psykoterapiaa, mutta Westerisen (2016) mukaan sitä ei kannata käyttää ensimmäisenä keinona valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa, koska se on tuottanut heikosti ja hitaasti apua mutismin oireisiin. Selektiivisen mutismin hoidossa on käytetty myös psykoedukaatiota eli vanhempien ja opettajien kouluttamista (Oerbeck, Stein, Pripp & Kristensen 2014, 759). Hoidossa voidaan hyödyntää myös tanssi- ja liiketerapiaa (Westerinen 2016).

Riittävää näyttöä lääkehoidon vaikuttavuudesta selektiivisen mutismin hoidossa on vaikea löytää eikä lääkehoitoa suositella ensimmäiseksi ratkaisuksi ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Johnson & Wintgens 2016, 26, 273). Lääkehoitoa käytetään, kun muilla hoitokeinoilla ei pystytä vaikuttamaan lapsen vahvoin ahdistuneisuusoireisiin, mutta lääkkeitä ei suositella valikoivan puhumattomuuden ainoaksi hoitokeinoksi (Manassis, Oerbeck & Romvig 2015, 271).

5 Toimintakyky ja toiminnallisuus

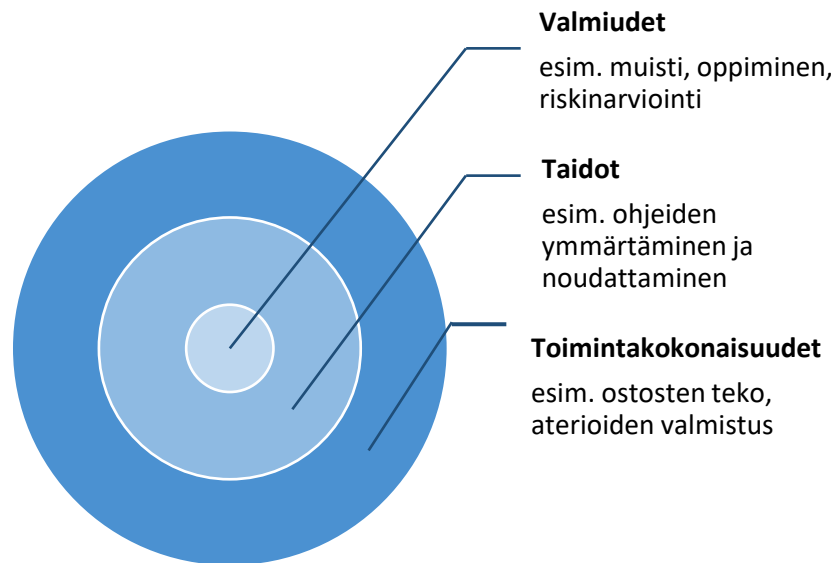
Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä pärjätä merkityksellisissä ja välttämättömissä jokapäiväisen elämän toiminnoissa, kuten työssä, opiskelussa, vapaa-ajalla, harrastuksissa, itsestä ja toisista huolehtimisessa sekä siinä ympäristössä, jossa ihminen elää (Mitä toimintakyky on? n.d.).

Käsite ”toiminnallisuus” on yläkäsitteenä jokaisessa toimintaterapian eri teoriassa ja viitekehyksessä. Ihmisen toiminnallisuus koostuu kolmen tekijän, yksilön, ympäristön ja toiminnan yhteisvaikutuksesta (ks. kuvio 1). (Savolainen & Aralinna 2017, 10.)



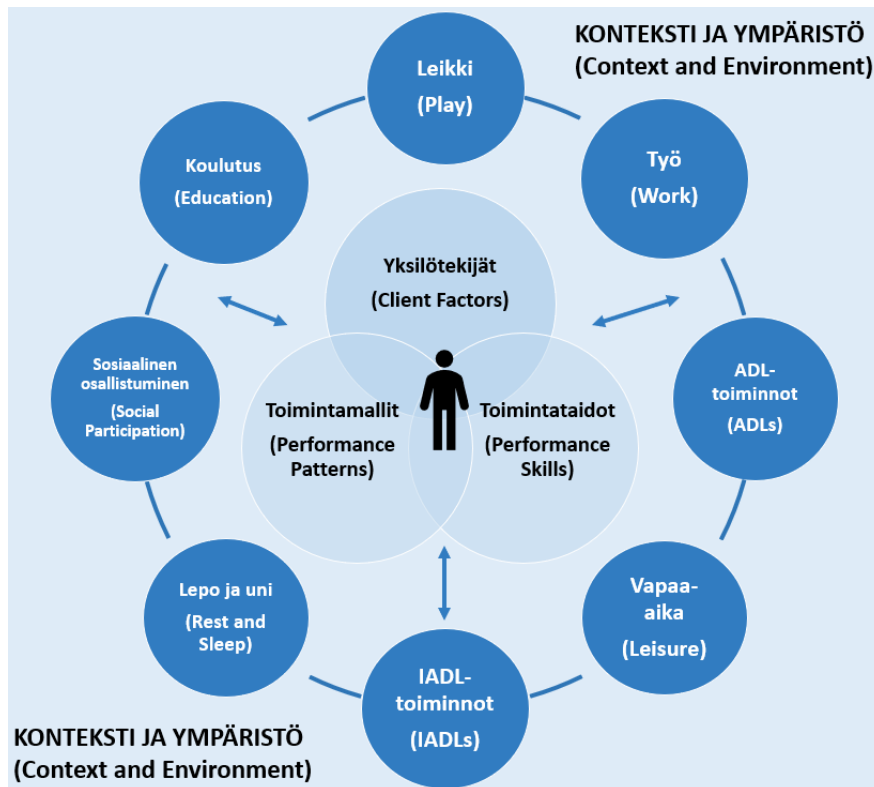
Kuvio 1 Ihmisen toiminnallisuus (Savolainen & Aralinnä 2017, 10, muokattu)

Suomen toimintaterapianimikkeistö kuvaa toiminnallisuuden mahdollistuvan yksilön taitojen eli havaittavissa olevan toiminnan kautta. Taidot mahdollistuvat ihmisen ominaisuuksien eli valmiuksien avulla, jotka ovat ihmisessä itsessään olemassa ilman vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Ihminen toteuttaa erilaisia toimintoja taitojensa avulla ympäristössä, joka voi sekä mahdollistaa tai rajoittaa toimintaa. Toteutettavat toiminnot muodostavat toimintakokonaisuuksia, jotka kuvaavat ihmiselämän eri toimintoja, joissa toiminnallisuutta tapahtuu. (Savolainen & Aralinnä 2017, 10-11.) Valmiuksien, taitojen ja toimintakokonaisuuksien välinen yhteys ja arvojärjestys näkyy kuviossa 2.



Kuvio 2 Valmiuksien, taitojen ja toimintakokonaisuuksien hierarkia (Savolainen & Aralinnä 2017, 11, muokattu)

Amerikkalainen toimintaterapiayhdistys esittää AOTA-viitekehyksen mukaisesti toimintakokonaisuuksien muodostuvan useista pienistä, havaittavissa olevista teoista ja toiminnoista, joita ihminen haluaa tehdä tai mitä hänen pitää tehdä jokapäiväisessä elämässään. Viitekehys jaottelee toimintakokonaisuudet päivittäisiin toimintoihin (ADL-toiminnot), välineellisiin päivittäisiin toimintoihin (IADL-toiminnot), lepoon ja uneen, opiskeluun, työhön, leikkiin, vapaa-aikaan ja sosiaaliseen osallistumiseen. Nämä kahdeksan toimintakokonaisuutta muodostavat ihmisen kokonaisvaltaisen toiminnan, joihin vaikuttavat ihmisen yksilötekijät (arvot, uskomukset, henkisyys, kehon toiminnat ja rakenteet), toimintataidot (motoriset taidot, prosessitaidot, sosiaalisen vuorovaikutuksen taidot) ja toimintamallit (tavat, rutiinit, rituaalit, roolit) sekä ympäristö ja konteksti (henkilökohtainen, fyysinen, psyykinen, kulttuurinen, ajallinen, virtuaalinen), jossa ihminen elää (ks. kuvio 3). Toimintakokonaisuudet vaikuttavat taas vastavuoroisesti yksilötekijöihin, toimintataitoihin ja toimintamalleihin. (American Occupational Therapy Association 2014, 4-7.)



Kuvio 3 Suomeksi käännetty AOTA-viitekehys (American Occupational Therapy Association 2014, 5, muokattu)

5.1 Mutismin vaikutus lapsen toiminnallisuuteen

Ahdistus ja ahdistuneisuus luokitellaan AOTA-viitekehysten mukaisesti yksilötekijöiden kehon toimintoihin. Toimintamallit taas sisältävät esimerkiksi ihmisen tavat ja roolit. (American Occupational Therapy Association 2014, 22, 27.) Koska selektiivinen mutismi on ahdistuneisuushäiriö, voidaan ahdistusta pitää yhtenä lapsen toimintaan vaikuttavana yksilötekijänä (Johnson & Wintgens 2016, 6). Valikoivasti puhumaton lapsi voi myös saada ”hiljaisen lapsen” roolin ja toistuvasta puhumisen välttelystä voi tulla tapa (Johnson & Wintgens 2016, 37). Ahdistus ja tavaksi muuttunut puhumattomuus voivat vaikuttaa myös lapsen motorisiin taitoihin, prosessitaitoihin ja sosiaalisiin vuorovaikutustaitoihin, sillä yksilötekijät, toimintataidot ja toimintamallit ovat alati keskenään vuorovaikutuksessa (American Occupational Therapy Association 2014, 6-8). Pitkään jatkuva puhumattomuus voi vaikuttaa lapsen sosiaalisten taitojen

hankintaan, esimerkiksi vuorovaikutussuhteiden muodostamiseen (Sluckin & Smith 2015, 31).

Yksilötekijät, toimintamallit ja toimintataidot vaikuttavat toistensa lisäksi myös toimintakokonaisuuksiin eli ihmisen suorittamiin toimintoihin, jotka muodostavat ihmisen toiminnallisuuden (American Occupational Therapy Association 2014, 4-5.) Selektiivinen mutismi voidaan oireiden perusteella nähdä vaikuttavan eniten sosiaalisia vuorovaikutuksia sisältäviin toimintakokonaisuuksiin, kuten lapsen sosiaaliseen osallistumiseen, koulutukseen, leikkiin ja vapaa-aikaan. Ahdistuksesta aiheutuva puhumattomuus nimittäin iskee niissä tilanteissa, joissa lapselta odotetaan puhetta (Johnson & Wintgens 2016, 8-9). Mutismilla voi olla vaikutusta myös lapsen ADL-toimintoihin (Johnson & Wintgens 2016, 274).

AOTA-viitekehys määrittelee vapaa-ajan olevan vapaaehtoista toimintaa, johon yksilö on luonnostaan motivoitunut ja sitoutunut. Sosiaalisen osallistumisen viitekehys kuvaa olevan osallistumista sellaisiin toimintoihin, joihin liittyy sosiaalisia tilanteita muiden ihmisten kanssa. (American Occupational Therapy Association 2014, 21.) Koulussa valikoivasti puhumaton lapsi saattaa kyetä osallistumaan normaalisti opetukseen kommunikoimalla esimerkiksi elein, mutta toiminnot, joissa lapselta odotetaan puhetta, voivat laukaista lapsen ahdistuksen ja toiminnan lamaantumisen. Laukaisevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi pari- tai ryhmätyöt. (Johnson & Wintgens 2012, 23.)

Viitekehys määrittelee leikin olevan suunniteltua tai suunnittelematonta, iloa tuottavaa toimintaa (American Occupational Therapy Association 2014). Valikoivasti puhumattomalla lapsella voi olla halua leikkiä muiden lasten kanssa tai liittyä mukaan heidän leikkeihinsä, mutta ajatus puhumisesta leikin aikana aiheuttaa lapselle liikaa ahdistusta. Ahdistus voi aiheuttaa sen, ettei lapsi osallistu leikkiin tai leikkii vain niitä

leikkejä, joissa hänen ei tarvitse puhua. (Johnson & Wintgens 2012, 20-21.) Puhumattomuus voi johtaa lapsen ulkopuolelle jäämiseen ja se voi myös vaikeuttaa ystävien saamista (Slucking & Smith 2015, 30).

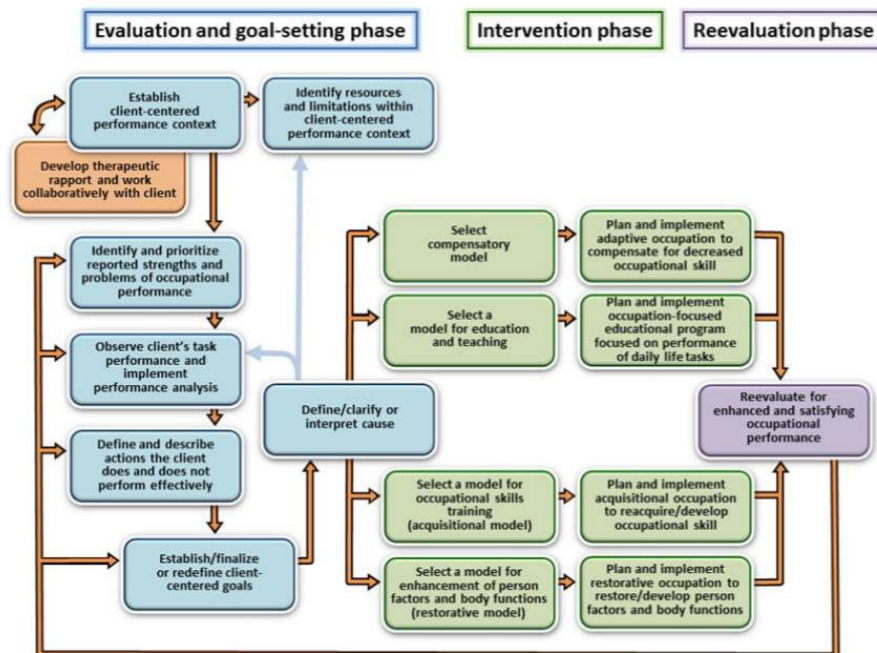
Johnsonin & Wintgensin (2016, 274) mukaan selektiivinen mutismi voi vaikuttaa myös valikoivasti puhumattoman lapsen ADL-toimintoihin, kuten ruokailuun ja WC-toimintoihin. Lapsen voi olla haastavaa tai mahdotonta syödä julkisella paikalla tai käydä WC:ssä muualla kuin kotona. (Johnson & Wintgens 2016, 274-276.) Lapsi ei välttämättä pysty käyttämään koulun WC:tä (Sluckin & Smith 2015, 20). Taustalla voi olla ahdistus muiden ihmisten läsnäolosta tai ahdistus siitä, että muut ihmiset tuijottavat ja kuuntelevat. Valikoivasti puhumattomalla lapsella ei myöskään saata olla keinoja ilmaista esimerkiksi WC-käynnin tarvetta. (Johnson & Wintgens 2012, 29, 46.)

6 Toimintaterapian OTIP-malli

Anne Fisherin (2009, 1, 15) luoma OTIP-malli (Occupational Therapy Intervention Model) on asiakaslähtöinen ja toimintakeskeinen toimintaterapiaprosessia ohjaava malli, jonka johtavana ajatuksena on top-down -ajattelu. Top-down - ajattelun mukaisesti asiakasta ei lähestytä hänen diagnoosinsa perusteella, vaan asiakas saa itse kertoa elämästään, arjen merkityksellisistä asioistaan ja toiminnoistaan sekä toiminnallisista haasteistaan. Toimintaterapeutti tulkitsee syitä asiakkaan toimintakyvyn haasteille vasta asiakkaan oman kertomuksen ja toiminnan havainnoinnin ja arvioinnin jälkeen. Asiakaslähtöisyyteen ja top-down - ajatteluun perustuen asiakas on myös aktiivinen toimija omassa terapiaprosessissaan ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutukseensa terapiaprosessin kaikissa eri vaiheissa. (Fisher 2009, 2, 6-7)

Fisherin (2009, 16) toimintaterapiaprosessimalli (ks. kuvio 4) jakautuu kolmeen päävaiheeseen:

1. Arvioinnin ja tavoitteiden asettamisen vaiheeseen (Evaluation and goal-setting phase)
2. **Interventio**vaiheeseen (Intervention phase)
3. Uudelleenarvioinnin vaiheeseen (Reevaluation phase)



Schematic representation of the occupational therapy intervention process. Adapted from: Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Kuvio 4 OTIP-mallin mukainen toimintaterapiaprosessi (Fisher 2009, 16).

Toimintaterapiaprosessin ensimmäinen vaiheessa, alkuarvioinnin ja tavoitteen asettamisessa asiakkaan tilannetta kartoitetaan ja arvioidaan, jonka jälkeen terapialle asetetaan tavoitteet. Tavoitteiden saavuttamista ja terapian onnistumista arvioidaan uudelleen kolmannessa ja viimeisessä vaiheessa terapian toteutuksen jälkeen. (Mts. 2009, 15-17.)

Alkuarvioinnin ja tavoitteen asettamisen jälkeen on interventiovaihe eli terapia, jossa toimintaterapeutti valitsee asiakkaalle arvioinnin pohjalta soveltuvan interventiomal-

lin, jonka avulla terapia toteutetaan. Opinnäytetyössä keskitytään interventiovaiheeseen. Interventiomalleja on neljä, joista jokainen määrittää eri tavalla sen, missä toimintaterapian intervention fokus on. (Mts. 2009, 16, 18-19.)

Toimintakyvyn kompensatiomallissa (Compensatory Model) asiakkaan toimintakykyä pyritään kompensatiivisten keinojen avulla mahdollistamaan muokkaamalla asiakkaan toimintaa, asiakkaan tapoja suorittaa toimintaa, fyysistä ja/tai sosiaalista ympäristöä sekä hyödyntämällä erilaisia apuvälineitä. Tavoitteena on löytää korvaavia keinoja, jotka mahdollistavat asiakkaan arjessa suoriutumista. (Mts. 2009, 18)

Toimintataitojen hankinnan mallissa (Acquisitional Occupation) keskiössä on toimintataitojen hankkiminen, kehittäminen, parantaminen ja ylläpitäminen. Toimintataidot jaetaan motorisiin taitoihin, prosessitaitoihin sekä sosiaalisiin- ja vuorovaikutustaitoihin. Toimintataidot voivat olla kehittymättömiä, esimerkiksi lapsilla tai asiakas on voinut menettää taitonsa suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan esimerkiksi sairauden takia. Interventiona käytetään toimintaa, jotka mahdollistavat asiakkaan jonkin toimintataidon hankkimisen, kehittämisen, parantamisen tai ylläpitämisen. Esimerkiksi, jos asiakas on menettänyt kykynsä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, pyritään näissä tarvittavia toimintataitoja opettelemaan uudelleen. (Mts. 2009, 18-19.)

Yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malli (Restorative Model) on pätevä, kun pyritään ennalleen palauttamaan, kehittämään ja ylläpitämään asiakkaan yksilötekijöitä eli tapoja, tottumuksia, rutiineja, arvoja sekä ruumiin/kehon toimintoja. Lisäksi mallissa pyritään estämään yksilötekijöiden ja ruumiin/kehon toimintojen heikkenemistä esimerkiksi etenevän sairauden aikana. (Mts. 2009, 19.)

Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli (Educative model) on yksilön sijasta ryhmille suunnattua interventiota, jossa toimintaterapeutti neuvoo ja kouluttaa esimerkiksi workshoppien, seminaarien ja luentojen avulla ihmisiä, jotka ovat osana terapia-asiakkaan arkea. Interventioon ei kuulu käytännön harjoittelua, vaan sen painopiste

on opetuksessa ja ohjauksessa sekä vuorovaikutuksellisessa keskustelussa. (Mts. 2009, 19.)

Fisher (2009, 27-38) luokittelee interventiomallien lisäksi myös interventiokeinoja, jotka ovat interventioissa käytettäviä toimintoja. Interventiokeinoja ovat:

Valmistelevat toiminnot (Preparation) ovat interventiokeinoja, joissa asiakas on passiivinen vastaanottaja terapeutin toteuttaessa interventiota. Valmistelevia toimintoja voivat olla hieronta, lastoitus tai sensoriset stimulaatiot, kuten esimerkiksi asiakkaan taktilisen aistijärjestelmän aktivointi kädellä tai harjaa käyttäen. Valmistelevilla toimintoilla ei ole merkittävää yhteyttä päivittäiseen elämään, ja niitä yleensä käytetäänkin ennalleen palauttamaan, ylläpitämään ja kehittämään kehon toimintoja. (Mts 2009, 27-28.)

Kiertoharjoittelussa (Rote Practice/Exercise) pyritään kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen ja ylläpitoon tekemällä toistuvia ja usein toistettavia harjoituksia, jotka voivat olla esimerkiksi koordinaatio-, ulottuvuus- tai voimaharjoitteita. Toistoharjoitusten yhteys asiakkaan päivittäiseen elämään on yleensä hyvin vähäinen, vaikka ne suoritettaisiin toimintaan sopivilla, tarkoituksenmukaisilla välineillä. (Mts. 2009, 28-29.)

Simuloidut toiminnot (Simulated Occupation) ovat toimintoja, joissa käytetään apuna keinotekoisia välineitä tai keinotekoista toimintaa. Simuloitujen toimintojen tai välineiden avulla voidaan harjoitella asiakkaan päivittäisen elämän toimintatilanteita, mutta käytetyt välineet tai itse toiminta ei ole luonnollista. Asiakas voi esimerkiksi roolileikin kautta harjoitella ravintolassa ruuan tilaamista tai harjoitella aterinten käyttöä oikeilla aterimilla, mutta pilkkomalla muovailuvahaa tai kauhomalla helmiä. (Mts. 2009, 34-35.)

Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen ja

ylläpitoon pyrkivä toiminta (Restorative Occupation) on interventiota, jossa fokuksena on asiakkaalle merkitykselliset ja tarkoituksenmukaiset toiminnot, jotka ovat vahvasti yhteydessä asiakkaan päivittäiseen elämään. Toiminta tapahtuu luonnollisessa ympäristössä ja siinä käytettävät välineet ovat toiminnalle relevantteja. Interventio tähtää yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen ja ylläpitämiseen esimerkiksi toiminnan porrastamisen ja toiminnan haastavuuden säätämällä. (Mts. 2009, 31-33.)

Toimintataitojen hankintaan pyrkivä toiminta (Acquitional Occupation) on luonnollisessa toimintaympäristössä ja luonnollisilla välineillä tapahtuvaa toimintaa, jossa pyritään mahdollistamaan asiakkaan toimintataitojen uudelleen kehittämistä, saavuttamista ja ylläpitämistä, jotta asiakas pystyy taitojensa puolesta suoriutumaan hänelle merkityksellisistä ja tarkoituksenmukaisista päivittäisistä toiminnoista. Jos asiakas esimerkiksi haluaa pystyä ostamaan kaupasta ruokaa perheelleen, hänen kanssaan harjoitellaan taitoa käydä kaupassa. Toimintaa porrastetaan asteittain ja säädetään haastavuutta asiakkaan tilanteeseen sopivaksi. (Mts. 2009, 34-34.)

Mukauttava toiminnan (Adaptive Occupation) tavoitteena on korvata tehottomia toimintataitoja uusilla kompensoivilla keinoilla, kuten apuvälineillä, toimintatapojen muokkaamisella tai avustajan käytöllä. Esimerkiksi toimintataitojen muokkaamista voi olla se, että asiakas oppii solmimaan kengät kahden käden sijasta yhdellä kädellä. (Mts. 2009, 37-38.)

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui integroitu kirjallisuuskatsaus, joka kuuluu kuvaileviin kirjallisuuskatsaustyyppeihin. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset ovat

yksi kolmesta kirjallisuuskatsaustyypeistä systemaattisten katsausten sekä määrällisten ja laadullisten meta-analyysien lisäksi. Katsausten eroina on, että systemaattinen katsaus pyrkii jo olemassa olevan kirjallisuuden systemaattiseen löytämiseen, laadun tarkasteluun, analyysiin ja synteisiin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 8.) Meta-analyysissä eli tilastollisessa analyysissä tutkimusaineistot kootaan yhdeksi uudeksi aineistoksi, jotka tilastollisesti analysoidaan. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus taas syntetisoi ja kokoaa sanallisesti yhteen monipuolista tutkimustietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93.)

Integroitu kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan prosessimainen. Katsauksen vaiheet voidaan jakaa viiteen: tutkimuskysymyksen muodostamiseen, aineiston keruuseen, aineiston laadun arviointiin, aineiston analysointiin sekä tulosten esittämiseen ja tulkintaan. Integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan saada tutkittavasta aiheesta uutta tietoa, joka voi olla hyödyksi aikaisemman tutkimustiedon tarkastelussa ja arvioinnissa (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 110-113). Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 92-93) mukaan kirjallisuuskatsauksen teko vaatii aina lähdekriittisyyttä, ja kirjallisuuskatsauksen tekijän tulee arvioida aina lähteiden ikää, tutkimusten otoskokoja ja hankintatapoja, tutkimusraporttien laatua ja sitä, käytetäänkö tutkimuksessa alkuperäis- vai toissijaisia lähteitä. Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui integroitu kirjallisuuskatsaus, sillä se mahdollistaa monipuolisen tiedon saannin tutkittavasta aiheesta.

7.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyössä käytettiin CINAHL Plus with Full Text - ja Pubmed - tietokantoja, joihin Jyväskylän ammattikorkeakoululla on käyttöoikeus sekä Google Scholar - hakukonetta, johon pääsy on ilmaista. Hakusanat muodostuivat opinnäytetyön keskeisimmistä termeistä: selektiivinen mutismi, lapset, interventio, toimintaterapia ja toimintakyky. Haku suoritettiin englanninkielisistä tietokannoista, joten hakusanat käännettiin eng-

lanniksi. Hakusanoina ”selective mutism”, ”children”, ”performance” ja ”occupational therapy”. Interventiota kuvaavina käytettiin ”treatment”, ”therapy” ja ”intervention” –synonyymejä.

Hakulausekkeet muodostuivat yhdistelemällä Boolean operaattorin mukaisesti eri hakusanoja. Synonyymeinä toimivat hakusanat yhdistettiin ”OR”-termillä, joka edellyttää vähintään yhden hakusanan esiintymistä tuloksissa. Hakulausekkeet muodostuivat hakusanoista käyttämällä enintään kolmea hakusanoja yhdistävää ”AND”-termiä, joka edellyttää kaikkien hakusanojen on esiintyvyyttä hakutuloksissa. (Alnervik & Linddahl 2011, 19.) Hakusanoja ja niiden kautta muodostuvia hakulausekkeitä testattiin heinäkuussa 2019 muutamia kertoja ennen varsinaista tiedonhakuja. Koehaun jälkeen hakulausekkeista tippuivat pois sanat ”occupational therapy” ja ”performance”, sillä hakusanat eivät tuoneet esiin tutkimustietoa. Varsinaiseen tiedonhakuun lisättiin koehaun perusteella ”children” sanan lisäksi ”child” ja ”kids” synonyymit, joiden avulla tiedonhakuun avautui lisää aiheeseen sopivaa tutkimustietoa.

Varsinaiseksi hakulausekkeeksi koehakujen jälkeen muodostui: (*selective mutism*) AND (*children OR child OR kids*) AND (*treatment OR intervention OR therapy*). Tiedonhaku suoritettiin CINAHL Plus with Full Text - ja PubMed - tietokannoista hakulausekettä käyttäen. Tiedonhaussa rajattiin haku vain ilmaisiin ”full text”- tutkimuksiin eli kokonaan julkaistuihin tieteellisiin tutkimuksiin. Koska tiedonhaussa voi hakea tieteellistä materiaalia myös vapaasanahakua käyttäen, käytettiin opinnäytetyön tiedonhaussa myös Googlea ja Google Scholar - hakukonetta, joista etsittiin tietoa sekä käyttämällä määriteltyä hakulausekettä että yksittäisiä hakusanoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96).

Tiedonhaku rajautui aineistoihin, jotka on julkaistu vuosina 2009-2019. Aikaväli on pitkä, sillä valikoivasta puhumattomuudesta löytyvää uutta tutkimustietoa on määrällisesti vähän. Opinnäytetyössä pyrittiin kuitenkin käyttämään mahdollisimman uutta

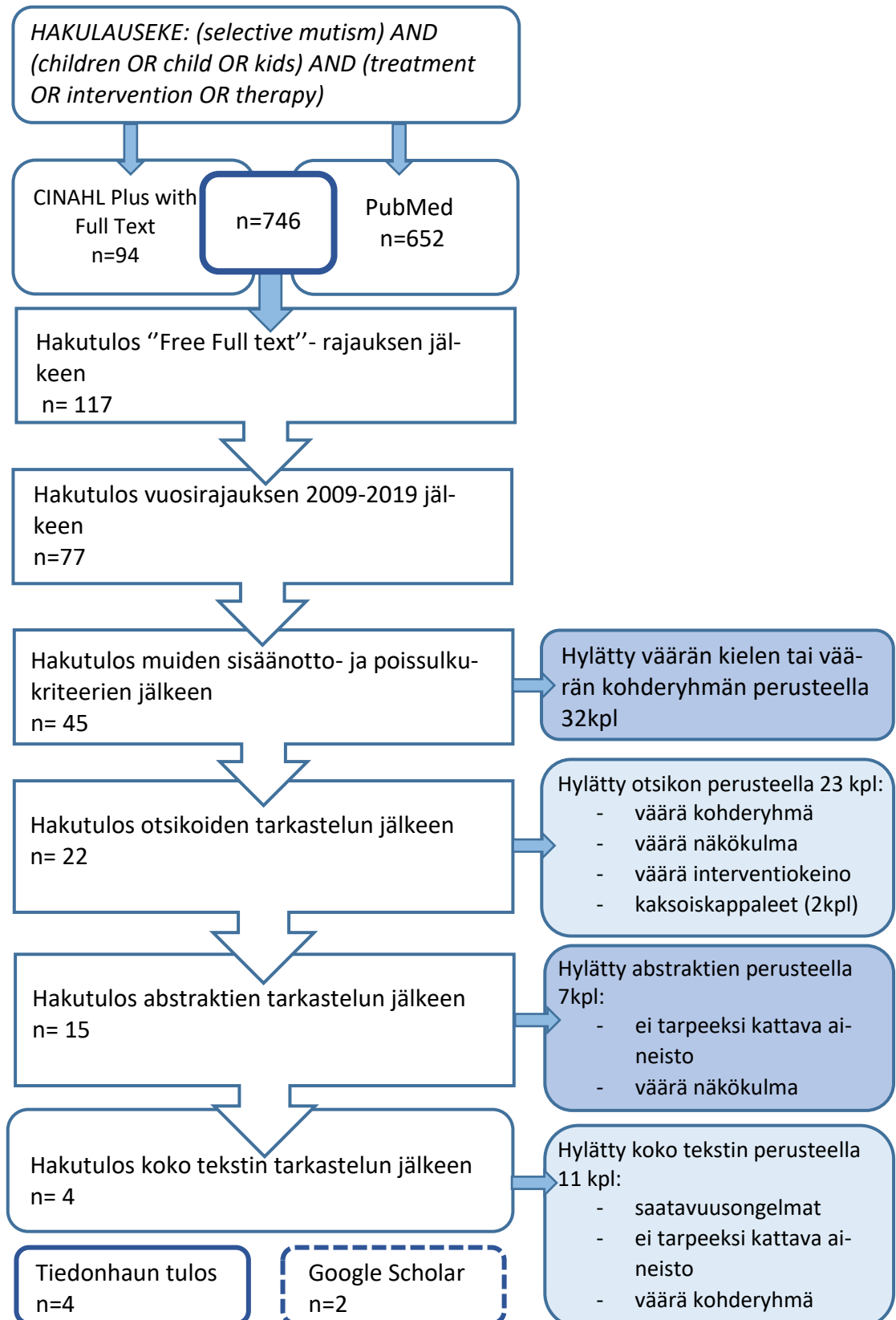
aineistoa, sillä yli 10 vuotta vanha sosiaali- ja terveysalan tutkimustieto voi olla vanhentunutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93). Tiedonhaun ulkopuolelle jäivät Pro Gradu - tutkielmat, opinnäytetyöt ja blogitekstit. Interventiokeinoja ei tiedonhaussa tarkemmin rajattu hakusanoilla, vaan epäsovikivat interventiot, kuten pelkkä lääkehoito rajattiin pois aineiston valinnan aikana. Aineistossa sallittiin maininta lääkehoidosta, mutta pelkkää lääkehoitoa tai lääkinnällistä näkökulmaa käsittelevät aineistot rajattiin kokonaan pois. Opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit näkyvät kokonaisuudessaan taulukossa 1.

Taulukko 1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

	SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
JULKAISUVUOSI	2009-2019	Ennen vuotta 2009
KIELI	Suomi tai englanti	Muu kuin suomi tai englanti
SAATAVUUS	Aineisto saatavilla ilmaiseksi tai Jyväskylän ammattikorkeakoulun käyttöoikeudella	Aineisto maksullinen
	Koko teksti saatavilla	Koko teksti ei saatavilla
KOHDERYHMÄ	2-13-vuotiaat valikoivasti puhumattomat	Muut kuin 2-13-vuotiaat valikoivasti puhumattomat
MENETELMÄ	Toimintaterapian teoreettiseen viitekehukseen sopiva menetelmä	Toimintaterapian viitekehukseen sopimaton menetelmä esim. lääkehoito
TUTKIMUSTYYPPI		Pro Gradu-tutkielmat, opinnäytetyöt, blogit

Hakulausekkeella saatiin CINAHL Plus with Full Text - ja PubMed - tietokantojen kautta hakutuloksia yhteensä 746 kappaletta (CINAHL Plus with Full Text 94 kpl, PubMed 652

kpl), joista sisäänotto- ja poissulkukriteerien asettamisen jälkeen hakutuloksia jäi jäljelle PubMed-tietokannassa 31 kappaletta ja CINAHL Plus with Full Text-tietokannassa 14 kappaletta. Hakutulosten otsikoita tarkasteltiin ja samalla poistettiin aiheen kannalta epäsopivat tutkimukset, kuten pelkkää lääkehoitoa ja eri diagnoosia käsittelevät tutkimukset. Otsikoiden tarkastelun sekä kaksoiskappaleiden poiston jälkeen hakutuloksia yhteensä 22 kappaletta, joista abstraktin lukemisen jälkeen poistettiin tutkimuskysymyksen kannalta epäsopivaa aineistoa seitsemän kappaletta. Koko tekstin tarkasteluun aineistoa jäi 15 kappaletta. Koko tekstin tarkastelun aikana aineistosta poistettiin tutkimuksia, jotka käsittelivät yleisesti puheongelmien ja ahdistushäiriöiden hoitoa sekä tutkimuksia, joiden saatavuudessa oli ongelmia tai jotka eivät olleet tarpeeksi kattavia. Koko tekstin tarkastelun jälkeen aineistoon jäi jäljelle neljä kappaletta tutkimuksia. Vapaan haun kautta paikannettiin kaksi tutkimusta. Aineistohaun kuvaus löytyy kuviosta 5.



Kuvio 5 Tiedonhaun kuvaus

7.3 Aineiston kuvaus

Aineiston valinnan vaiheeseen kuuluu näytön pätevyyden ja vahvuuden arviointi, jossa arvioidaan näytön uskottavuutta, pätevyyttä ja riittävyttä asteikolla I-IV. I-asteikon tutkimusten näytön aste on vahvinta, heikointa näyttöä on IV-asteikon tutkimukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 34-35.) Taulukossa 2 näkyy näytön asteen määrittely, jonka avulla opinnäytetyöhön valitun aineiston näytön astetta tarkasteltiin.

Taulukko 2 Näytön asteen määrittely (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 35, muokattu)

Asteikko	Näytön aste
I	Meta-analyysit, hyvät systemoidut katsaukset
II	Systemoidut katsaukset, satunnaistetut kontrolloidut vertailututkimukset (RCT), useat hyvät kvasikokeelliset tutkimukset, joiden tulokset samansuuntaisia
III	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita tuloksiltaan samansuuntaisia kvasikokeellisia tutkimuksia, määrällisesti kuvailevat tai korrelatiiviset tutkimukset, joiden tulokset samansuuntaisia, useita kvalitatiivisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
IV	Yksittäiset muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat, asiantuntija-arviot

Opinnäytetyöhön valikoitui lopullisesti tiedonhaun kautta neljä tutkimusartikkelia ja yksi katsausartikkeli, Google Scholar - tietokannan kautta paikannettiin kaksi tutkimusartikkelia. Yhteensä aineistoa saatiin kuusi kappaletta. Valittu aineisto on näkyvillä taulukossa 3. Opinnäytetyössä aineiston näytön astetta ei määritelty sisäänotto- ja poissulkukriteereissä eli näytön astetta ei rajoitettu, sillä aiheesta haluttiin saada mahdollisimman kattavaa tutkimuskysymykseen vastaavaa tietoa. Vaikka valitun aineiston näyttö oli heikkoa, sen sisältämät interventiot saattoivat olla merkittäviä

opinnäytetyön tutkimuskysymyksen ja tulosten kannalta. Valitun aineiston näytön astetta tarkastellaan tarkemmin pohdinnassa.

Taulukko 3 Valittu aineisto

Nro	Tekijä(t), julkaisuvuosi, julkaisun nimi, julkaisun muut tiedot	Tietokanta	Tiivistelmä	Tutkimusmenetelmä
1	Oerbeck, B., Stein, M., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø. & Kristensen, H. 2013. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 2013, 19, 3, 192-198	Google Scholar	Koti- ja koulupohjaiset (engl. home and school-based) psykososiaaliset interventiot 3-9-vuotiaiden valikoivasti puhumattomien lasten hoidossa	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RCT)
2	Oerbeck, B., Johansen, J., Lundahl, K. & Kristensen, H. 2011. Selective mutism: A home-and kindergarden-based intervention for children 3-5-Years: A pilot study. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> 17, 3, 370-383	Google Scholar	Multimodaalisen hoidon (engl. multimodal treatment) tulokset 3-5-vuotiailla valikoivasti puhumattomilla lapsilla	Pilottitutkimus
3	Lang, R., Register, A., Mulloy, A., Rispoli, M. & Botout, A. 2011. Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings. <i>Journal of Applied Behavior Analysis</i> , 2011, 44, 3, 623-628	PubMed	Käyttäytymisterapeuttiset interventiot valikoivasti puhumattomalla lapsen hoidossa	Tapaustutkimus

4	Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J. & Gothelf, D. 2015. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. <i>Eur J Pediatr</i> , 2016, 175,481–487	CINAHL Plus with Full Text	Valikoivasti puhumattomien hoitoon keskitetyn kognitiiviskäyttämisterapeuttisen hoidon pitkän aikavälin tulosten selvitys	Seurantatutkimus
5	Hung, S-L., Spencer, M.S. & Dronamraju, R. 2012. Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. <i>Children & Schools</i> , 34, 4, 222-230	CINAHL Plus with Full Text	Interventiostrategiat ja niiden käyttö valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa	Tutkimusartikkeli, tapaustudkimus
6	Ponzurick, J.M. 2012. Selective Mutism: A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting. <i>The Journal of School Nursing</i> 28, 1, 31-37	CINAHL Plus with Full Text	Moniammatillisuus selektiivisen mutismin arvioinnissa ja hoidossa sekä kouluterveydenhoitajan rooli valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa kouluympäristössä	Katsausartikkeli

7.4 Aineiston analysointi

Opinnäytetyöhön valikoitua aineistoa analysoitiin teorialähtöisellä eli deduktiivisella sisällönanalyysillä, joka perustuu johonkin tiettyyn malliin, teoriaan tai jo olemassa olevaan ajatteluun. Aineiston analyysiä ohjaa jo aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys eli analyysirunko. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 97, 113.) Opinnäytetyön aineiston analysointia ohjasi Fisherin (2009) interventiomallien ja -keinojen pohjalta luotu strukturoitu analyysirunko, johon valittiin aineistosta vain siihen sopivat interventiot. Analyysirunko ja ryhmitelty aineisto näkyvät taulukossa 4.

Taulukko 4 Ryhmitelty aineisto analyysirungossa

Interventiomallit	Aineiston numero
Toimintataitojen hankinnan malli	3, 6
Yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malli	1, 2, 5, 6
Toimintakyvyn kompensatiomalli	-
Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli	1, 2, 4

Interventiokeinot	Aineiston numero
Valmistelevat toiminnot	-
Kiertoharjoittelu	4, 6
Simuloidut toiminnot	3, 6
Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen ja ylläpitoon pyrkivä toiminta	-

Toimintataitojen hankintaan pyrkivä toiminta	-
Mukauttava toiminta	-

8 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön tutkimustulosten esittelyssä on keskitytty esittelemään aineistosta löytyneet Fisherin (2009) viitekehukseen sopivat interventiot. Esittelyn selkeyttämiseksi tutkimuksiin viitataan taulukko 3 numeroinnin mukaisesti. Tutkimukset osoittivat, että käytettyjen interventioiden tarkoituksena oli joko lieventää valikoivasti puhumattoman lapsen ahdistusta ja rohkaista lasta puhumaan (tutkimukset 1,2,5,6) tai kehittää lapsen sosiaalisia taitoja ja kykyä selvitä sosiaalisista tilanteista (3,6). Tutkimustulokset osoittivat toimintataitojen hankinnan mallin (3,6), yksilötekijöiden ja kehon palauttamisen mallin (1,2,5,6) sekä koulutuksellisen ja opetuksellisen mallin (1,2,4) mukaisia interventioita. Interventiokeinot esiintyivät tutkimuksissa simuloituna toimintana (3,6) ja kiertoarjoitteluna (4,6).

8.1 Interventiomallit

Toimintataitojen hankinnan malli

Tutkimus 3 (Lang ym. 2011) keskittyi valikoivasti puhumattoman lapsen sosiaalisten vuorovaikutustaitojen harjoitteluun ja kehittämiseen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja toimintaympäristöissä. Interventio keskittyi ruuan tilaamiseen ravintolassa, aikuisten kohtaamiseen ja ikätovereiden kanssa leikkimiseen, mutta taitoja ei harjoiteltu oikeassa toimintaympäristössä vaan lapsen kotona roolileikin ja lapsen toiminnan videoinnin avulla. Lapsen kanssa harjoiteltiin sosiaalisia taitoja, esimerkiksi sitä, miten toimia, kun haluaa tilata ruokaa ravintolassa tai kuinka uutta ihmistä tervehdi-

tään tavattaessa ensimmäisen kerran. Interventio sisälsi myös lapsen omaa arviointia, sillä videolle kuvatut roolileikit katsottiin, jonka jälkeen lapsen piti tunnistaa videolla käyttämiään erilaisia kommunikaatiotaitoja (esim. vastaa kysymyksen, aloittaa puheen). Interventio osoitti lapsen puheen lisääntyneen kaikissa kolmessa sosiaalisessa tilanteessa ja toimintaympäristössä. Lapsi pystyikin puhumisen lisäksi myös toimimaan ympäristöissä, esimerkiksi muutaman kerran tilaamaan ruuan itse. Intervention vaikutus ei kuitenkaan automaattisesti siirtynyt toisiin tilanteisiin tai ympäristöihin, vaan kehitystä tapahtui vain niissä tilanteissa, joita interventiossa harjoiteltiin.

Katsausartikkeli 6 (Ponzurick ym. 2012) esittelee ”graded real-life exposure”-menetelmän, jossa harjoitellaan roolileikin avulla lapsen taitoa selviytyä ahdistusta aiheuttavista tilanteista. Taitoja harjoitellaan julkisilla paikoilla, mutta roolileikin avulla yhdessä terapeutin kanssa. Interventio aloitetaan yhdessä terapeutin kanssa vähiten ahdistavasta sosiaalisesta tilanteesta, josta edetään asteittain haastavampiin sosiaalisiin tilanteisiin.

Yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malli

Tutkimus 5 (Hung. ym 2012) osoitti yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malliin luokiteltavia interventioita, joiden tarkoituksena oli lieventää lapsen stressiä ja ahdistusoireita sekä rohkaista lasta puhumaan toiminnan aikana. Terapiassa toimintana käytettiin leikkiä, pelejä, soittimia, piirtämistä ja lukemista, joiden tekemisen aikana terapeutti pyrki hallitsemaan lapsen stressioireita ja rohkaisemaan lasta suulliseen kommunikointiin ja haluun puhua.

Tutkimukset 1 (Oerbeck ym. 2013) ja 2 (Oerbeck ym. 2011) esittivät ”stimulus fading/sliding in”-menetelmän vaikuttavuutta valikoivasti puhumattomien lasten puhetta lisäävänä tekijänä koti-, päiväkoti- ja kouluympäristössä. ”Stimulus fading/sliding in”-menetelmässä yritetään vähentää lapsen ahdistusoireita totuttamalla lapsi puhumaan erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä toiminnan kautta. Menetelmän toi-

mintana voi olla ääneen puhuen suoritettava peli tai leikki, jota lapsi ensin tekee yksin tai vanhemman kanssa suljetussa huoneessa ilman terapeuttia, josta useiden eri vaiheiden kautta edetään siihen, että terapeutti leikkii yhdessä lapsen kanssa huoneen oven ollessa auki. Tutkimuksessa 1 (Oerbeck 2013) interventio aloitettiin kotoa, josta vähitellen siirryttiin kouluun erilliseen huoneeseen ja myöhemmin luokkahuoneeseen. Ympäristöä muokattiin (huoneen ovi auki/kiinni) ja toiminnan haastavuutta muutettiin (peliin osallistui terapeutti), jotta puhumisesta aiheutuvaa ahdistusta saataisiin vähennettyä. Menetelmän käyttöä ahdistusoireiden lieventämiseksi esiintyi myös aineistoissa 5 (Hung ym. 2012) ja 6 (Ponzurick ym. 2012).

Koulutuksellinen ja opetuksellinen malli

Tutkimuksessa 1 (Oerbeck ym. 2013) yhtenä interventiona käytettiin tutkimukseen osallistuvien lasten vanhemmille, opettajille ja muille lapsen kanssa työskenteleville ammattilaisille puhelimen välityksellä, samalla kertaa koko ryhmälle tapahtuvaa psykoedukaatiota, jossa terapeutit kertoivat yleisesti tietoa selektiivisestä mutismista sekä kohdennetun kommunikaation (engl. defocused communication) käytöstä. Psykoedukaatiota käytettiin myös tutkimuksessa 2 (Oerbeck ym. 2011), jossa vanhemmat, huoltajat ja päiväkodin henkilökunta saivat tietoa keinoista, joilla valikoivasti puhumattoman lapsen kanssa voidaan selviytyä sosiaalisissa tilanteissa ja kuinka selviytyä puhumattomuudesta aiheutuvien vihan ja avuttomuuden tunteiden kanssa. Koulutus sisälsi myös vuoropuhelua osallistujien kanssa siitä, kuinka he ymmärsivät diagnoosin ja millä keinoin lasta oli aikaisemmin yritetty auttaa.

Tutkimuksessa 4 (Lang ym. 2016) opettajia ja koulun henkilökuntaa koulutettiin siitä, mikä on heidän roolinsa valikoivasti puhumattoman lapsen tukemisessa koulussa ja koulun jälkeisessä iltapäivätoiminnassa, ja millä keinoilla lapsen puhetta voidaan edistää koulussa. Vanhemmat saivat sekä psykoedukaatiota että koulutusta siitä, kuinka auttaa lasta asteittain vähentämään mutismi käyttäytymistä parantamalla lapsen motivaatiota ja taitoja selvitä ahdistavista tilanteista. Koulutuksen tavoitteena oli

tuoda tukitoimia pois kliinisestä ympäristöstä lapsen luonnolliseen ympäristöön ja arkeen, jossa mutismin oireet näkyvät.

8.2 Interventiokeinot

Simuloidut toiminnot

Tutkimuksen 3 (Lang ym. 2011) interventiokeinona käytettiin simuloitua toimintaa, jossa valikoivasti puhumattoman lapsen sosiaalisia taitoja pyrittiin kehittämään roolileikin avulla. Ympäristö ja toiminta oli simuloitua, sillä roolileikki tapahtui kotona terapeutin kanssa, eikä oikeissa sosiaalisissa tilanteissa (ravintolassa tilaaminen, aikuisen kohtaaminen, ikätoverien kanssa leikkiminen) ja toimintaympäristöissä.

Roolileikki mainitaan interventiokeinona myös aineistossa 6 (Ponzurick ym. 2012), jossa sitä käytettiin sosiaalisissa tilanteissa tarvittavien taitojen harjoittelussa. Interventio tapahtui oikeassa ympäristössä, mutta toiminta tapahtui roolileikkinä eli se oli simuloitua.

Kiertoharjoittelu

Tutkimus 4 (Lang ym. 2016) mainitsee tutkimuksessa käytetyksi interventiokeinoksi fysiologiset harjoitteet, jotka sisälsivät valikoivasti puhumattomalle lapselle ohjattuja hengitysharjoituksia ja lihasten rentoutusharjoittelua. Katsausartikkelissa 6 (Ponzurick ym. 2012) esitetään hengitysharjoitusten toimivan yhtenä interventiokeinona lapsen itseluottamuksen lisäämisessä ja ahdistuksen vähentämisessä.

9 Johtopäätökset

Valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa voidaan tutkimustulosten mukaan käyttää Fisherin (2009) OTIP-mallin mukaisia yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palaut-

tamisen malliin sopivia interventioita, toimintataitojen hankinnan malliin sopivia interventioita ja koulutukselliseen ja opetukselliseen malliin sopivia interventioita. OTIP-mallin mukaisina interventiokeinoina voidaan tutkimustulosten mukaan käyttää simuloitua toimintaa ja kiertoarjoittelua. Tutkimusten näkökulma ei ollut toimintaterapeuttinen eivätkä tutkimustulokset näin antaneet suoraa vastausta tutkimuskysymykseen eli siihen, millaisia toimintaterapiaan sopivia interventioita voidaan käyttää toimintakyvyn ja toiminnallisuuden tukemisessa valikoivasti puhumattomalla lapsella. Tutkimustulosten mukaan interventioilla keskityttiin ahdistusoireiden helpottamiseen, puhumiseen rohkaisuun ja sosiaalisten taitojen hankintaan.

Tutkimustuloksista voidaan kuitenkin päätellä lapsen toimintakyvyn ja toiminnallisuuden parantuneen, sillä esimerkiksi tutkimukset 1 (Oerbeck ym. 2013) ja 2 (Oerbeck ym. 2011) mainitsevat interventioilla olleen positiivinen vaikutus mutismin oireisiin, ja lasten puhe oli lisääntynyt monissa eri ympäristöissä. Tästä voidaan päätellä puhumisesta aiheutuneen ahdistuksen helpottaneen ja näin myös vaikuttaneen positiivisesti lapsen toimintaan. Tutkimuksessa 3 (Lang ym. 2011) intervention jälkeen lapsen puheen määrä kasvoi kaikissa toimintaympäristöissä, jolloin lapsi pystyi myös toimimaan sosiaalisissa tilanteissa asianmukaisella tavalla, kuten tilaamaan muutaman kerran ravintolassa jo ruuan itse. Tutkimustulokset eivät anna suoraa vastausta tutkimuskysymykseen, mutta teoriatietoon pohjaten voidaan päätellä interventioiden toimineen myös toimintakyvyn ja toiminnallisuuden tukemisessa.

10 Pohdinta

10.1 Tutkimustulosten pohdinta

Aineistosta onnistuttiin paikantamaan Fisherin (2009) interventiomallien ja -keinojen mukaisia interventioita, mutta niiden pätevyyttä valikoivasti puhumattoman lapsen toimintakyvyn ja toiminnallisuuden tukemisessa ei voida sanoa varmaksi. Tämän

vuoksi opinnäytetyön tavoite saavutettiin osittain. Teoriatieto tukee kuitenkin ajatusta siitä, että lapsen yksilötekijöitä ja toimintataitoja tukemalla voidaan vaikuttaa päivittäisissä toimintakokonaisuuksista selviämiseen. Teorian mukaan toimintakokonaisuudet muodostuvat toiminnoista, joissa toiminnallisuus mahdollistuu havaittavissa olevan toiminnan kautta. Lapsen yksilötekijöitä tukemalla ja toimintataitojen hankinnalla eli ahdistusoireita helpottamalla ja sosiaalisia vuorovaikutustaitoja lisäämällä voidaan olettaa olevan vaikutusta myös lapsen toimintaan, toimintakokonaisuuksiin ja toiminnallisuuteen. Lapsi saattaa ahdistusoireiden helpottuessa olla kykenevä osallistumaan muiden ikätovereiden leikkiin tai koulussa myös niihin toimintoihin, jotka vaativat vastavuoroisia sosiaalisia vuorovaikutustaitoja.

Eli tutkimuskysymykseen vastaten toimintaterapiassa voitaisiin mahdollisesti tukea lapsen toiminnallisuutta käyttämällä Fisherin (2009) yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malliin, toimintataitojen hankinnan malliin ja koulutukselliseen ja opetukselliseen malliin sopivia interventioita, jotka tukevat sosiaalisten taitojen hankintaa ja ahdistusoireiden lieventämistä, ja näin edistävät toiminnallisuuden kehitystä. Toimintaterapeutilla voisi olla roolinsa myös vanhempia ja koulun henkilökunnan kouluttamisessa, jolloin lapsen toiminnallisuuden tukeminen jatkuisi myös niissä tilanteissa ja ympäristöissä, joissa terapeutti ei ole osallisena.

10.1 Tulosten arviointi

Tiedonhaun aikana ilmeni valikoivan puhumattomuuden hoitoon liittyviä tutkimuksia olevan määrällisesti vähän, mikä näkyi myös tutkimustuloksissa. Aineiston analysoinnissa käytetty analyysimenetelmä vaikutti osaltaan myös tutkimustulosten vähyyteen. Tutkimusten ryhmittelyä vaikeutti tutkimusten suppea kuvaus käytetyistä interventioista. Aineistojen heikko kuvaus interventioista aiheutti sen, ettei kaikkia tutkimusten interventioita voitu ryhmitellä analyysirunkoon, vaikka ne olisivat saattaneet olla viitekehukseen sopivia. Esimerkiksi tutkimus 4 (Lang ym. 2016) kuvasi useimpia

käytettyjä interventioita luettelona, mutta pelkän luetteloinnin pohjalta niitä ei voinut sisällyttää analyysirunkoon. Analyysirunkoon sisällytettiin vain ne interventiot, joiden katsottiin selkeästi sopivan viitekehukseen. Tutkimustuloksista saattoi siis pudota pois tutkimuskysymyksen kannalta merkittäviä interventioita. Aineistoon valituissa tutkimuksissa oli myös käytetty paljon samoja interventioita, joka vähensi tutkimustulosten monipuolisuutta.

Analyysirungon mukaan tutkimusten luokittelu eri interventiomalleihin osoitautui paikoittain haasteelliseksi, erityisesti interventioiden jako toimintataitojen hankinnan malliin ja yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malliin. Se, kumpaan malliin intervention sijoittaa, riippuu siitä, onko intervention fokus esimerkiksi taitojen hankinnassa vai yksilötekijöiden ja ruumiin/kehon toimintojen hankinnassa. Epäselvissä tilanteissa toimintaterapeutin oma ammatillinen harkinta tekee lopullisen päätöksen, kumpaan malliin, toimintataitojen hankinnan malliin vai yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malliin intervention sijoittaa. (Fisher 2009, 36.) Esimerkiksi ”stimulus fading/sliding in”-menetelmä (1,2,5,6) luokiteltiin opinnäytetyössä yksilötekijöiden ja kehon ennalleen palauttamisen malliin, sillä tutkimuksesta sai käsityksen, ettei intervention tarkoituksena ollut kehittää lapsen sosiaalisia taitoja vaan lieventää lapsen ahdistusta ja rohkaista näin häntä puhumaan ja toimimaan muiden ihmisten kuullen eri ympäristöissä. Aineistossa 6 esitelty ”graded real-life exposure”-menetelmä luokiteltiin taas toimintataitojen hankinnan malliin, sillä vaikka interventiossa lasta yritettiin totuttaa haastaviin toimintaympäristöihin, oli painotus kuitenkin niiden taitojen hankinnassa, joiden avulla haastavassa ympäristössä selviää.

Vaikka tutkimustuloksia oli vähän, saatiin niistä kuitenkin tyydyttävästi tietoa aiheen kannalta. Tutkimustulokset olivat riittävät siihen, että Fisherin (2009) OTIP-mallin interventiomalleista kolmeen ja interventiokeinoista kahteen saatiin luokiteltua niihin sopivia interventioita. Ottaen huomioon tutkimustiedon vähyyden, voidaan saatuihin tutkimustuloksiin olla suhteellisen tyytyväisiä, sillä tutkimustuloksilla onnistuttiin

myös osittain vastaamaan tutkimuskysymykseen. Teoriatiedon avulla tutkimustuloksista pystyttiin päättämään interventioiden toimivan lapsen ahdistuksen helpottamisen ja sosiaalisten vuorovaikutustaitojen hankinnan kautta myös lapsen toiminnallisuuden tukena.

10.2 Laadun ja luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksista kävi ilmi, että valikoivaa puhumattomuutta pidetään haastavana hoitaa, sillä hoitoa koskevaa tutkimustietoa hallitsevat tapaustutkimukset ja laadukkaampien tutkimusten määrä on hyvin vähäinen, eikä täysin luotettavaa tietoa näin ole saatavilla. Esimerkiksi tutkimuksen 1 (Oerbeck ym. 2013) mukaan aiheen tutkimustietoon tarvitaan lisää uusia selektiivisen mutismin hoitoon keskittyviä, laadukkaampia ja otoskooltaan suurempia tutkimuksia, jotka sisältävät systemaattisempia kuvauksia mutismin diagnoosista, arviointivälineistä ja – tavoista sekä hoidosta.

Olemassa olevan tutkimustiedon määrä näkyi myös opinnäytetyöhön valikoituneen aineiston vähyytenä, ja se selittää myös osaltaan aineiston heikkoa näytön astetta. Opinnäytetyöhön onnistuttiin paikantamaan vain yksi tutkimus, jonka näytön aste oli asteikolla II, muut jäivät näytön asteeltaan heikommaksi. Opinnäytetyön aineiston näytön heikkous voi selittyä laadukkaamman tutkimustiedon vähyyden lisäksi myös sisäänotto- ja poissulkukriteereillä, jotka saattoivat rajata pätevää tutkimustietoa vielä enemmän pois. Tiedon vähyys ja erityisesti toimintaterapeuttisen tutkimustiedon puuttuminen vaikutti myös tutkimuskysymyksen ja tavoitteen saavuttamiseen.

Koska aineiston näkökulma ei ollut toimintaterapeuttinen eivätkä tutkimukset osoittaneet todellista tietoa toimintaterapeutin käytännön työssä käyttämistä interventioista valikoivasti puhumattoman lapsen toiminnallisuuden tukemisessa, ei tutkimustuloksia voida pitää yleistettävänä tai luotettavana. Toisaalta, jo ennen aineistohakua oli tiedossa, että opinnäytetyössä etsitään tietoa harvinaisesta aiheesta, josta toimintaterapian tutkimustietoa on saatavilla hyvin vähän tai ei lainkaan. Aiheen valintaan

vaikutti opinnäytetyöntekijän oma mielenkiinto aihetta kohtaan sekä halu tuoda esiin muusta aineistosta poikkeavaa näkökulmaa valikoivasti puhumattomien lasten hoidosta. Tavoitteena ei siis ollut, että pelkällä opinnäytetyöllä vastattaisiin puuttuvaan tutkimustiedon tarpeeseen tai ratkaistaisiin tutkimustiedon puute. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa aiheesta kiinnostuneille uutta materiaalia, jonka näkökulma ja sisältö on aikaisemmista materiaaleista poiketen toimintaterapeutin.

Vaikka opinnäytetyö ei ole pätevä yleistämään valikoivasti puhumattoman lapsen toimintaterapian hoidon mahdollisuuksia, voidaan kuitenkin todeta opinnäytetyön olevan onnistunut vastaamaan sille asetettuun tarkoitukseen. Opinnäytetyötä voidaan pitää hyvänä lisänä jo olemassa olevien opinnäytetöiden ja Pro Gradu-tutkielmien sekaan tuoden aiheeseen uutta näkökulmaa.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Tarvetta jatkotutkimukselle on, sillä toimintaterapialla saattaa olla mahdollisuuksia valikoivasti puhumattomien lasten hoitoprosessia. Koska opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista ei käynyt ilmi toimintaterapeutin roolia valikoivasti puhumattoman lapsen hoidossa, voitaisiin aihetta lähteä tutkimaan. Tutkimustulokset eivät myöskään antaneet suoraa vastausta siihen, mitä toimintaterapeuttisia interventioita hoidossa käytetään tai voidaan käyttää.

Lisää tietoa toimintaterapian mahdollisuuksista valikoivasti puhumattomien lasten hoidossa voitaisiin hankkia esimerkiksi laadullisena tutkimuksena haastatteleamalla toimintaterapeutteja, jotka työskentelevät tai ovat työskennelleet valikoivasti puhumattomien lasten parissa. Haastattelujen kautta voitaisiin saada tietoa esimerkiksi siitä, kuinka usein ja millä tavalla toimintaterapeutit ovat osana valikoivasti puhumattoman lapsen hoitoa, ja mitä interventioita valikoivasti puhumattomien lasten kanssa käytetään. Näin saataisiin tietoa työelämästä ja käytännössä toteutuvasta työstä.

Tutkimuskysymyksenä voisi esimerkiksi olla ”Kuinka paljon toimintaterapeutit kohtaavat valikoivasti puhumattomia lapsia työssään?”, ”Millaista työtä toimintaterapeutit tekevät valikoivasti puhumattomien lasten parissa?” tai ”Millaisia interventioita toimintaterapeutit käyttävät valikoivasti puhumattomien lasten hoidossa?”.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Käypä hoito- suositus. Duodecim. Viitattu 16.8.2019.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Alnervik, A. & Linddahl, I. 2011. Value of occupational therapy: About evidence-based occupational therapy. The Swedish Association of Occupational Therapists (FSA). Viitattu 20.9.2019.
<https://coteceurope.eu/COTEC%20Docs/Value%20of%20OT.pdf>
- American Occupational Therapy Assosiation. 2014. Occupational Therapy Practise Framework: Domain and process. 3rd edition. American Journal of Occupational Therapy, 68, 1, 1-48.
- Eskonen, I., Levander, M. & Roine, M. 2017. Ahdistus aisoihin: Lasten ahdistuneisuuden foku-soitu kognitiivinen hoito. 1. painos. Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy.
- Fisher, A. 2009. Occupational Therapy Interventon Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Colorado: Three Star Press, Inc.
- Huttunen, M. 2018. Ahdistuneisuus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 16.8.2019.
https://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188
- ICD - 11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2019. 2018 versio. World Health Organization. Viitattu 16.8.2019.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fpid%2fen-tity%2f1336943699>
- Johnson, M. & Wintgens, A. 2012. Can I tell you about Selective Mutism? – A guide for friends, family and professionals. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Johnson, M. & Wintgens, A. 2016. The Selective Mutism Resource Manual. 2nd edition. Speechmark Publishing Ltd.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Juntunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuusisto, L. 2017. Valikoivan puhumattomuuden puheterapeuttinen arviointi ja kuntoutus Suomessa. Pro Gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, logopedia, lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 16.10.2019. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/181434/Laura_Kuusisto_pg_2017.pdf
- Käkelä, K. 2018. Valikoiva puhumattomuus alakoulun oppilaalla – Mitä se on ja kuinka opettaja voi toimia? Kandidaatintutkielma. Oulun yliopisto, luokanopettaja, kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu 16.10.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201809132785.pdf>
- Louhivuori, V. 2017. Selektiivisesti mutistisen lapsen tukeminen varhaiskasvatuksessa. Opin- näytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu, sosionomi, sosiaalialan koulutusohjelma.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140174/Louhivuori_Vivianna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lämsä, T. & Erkolahti, R. 2013. Valikoiva puhumattomuus – haasteena lapsen vaikeneminen. Aikakauskirja Duodecim 2013, 24, 2641-2646. Viitattu 20.7.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/24/duo11387>

Manassis, K., Oerbeck, B. & Romvig, K. 2015. The use of medication in selective mutism: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016, 25, 571–578 DOI 10.1007/s00787-0150794-1. Viitattu 27.7.2019. <https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Mistä lapsen/nuoren ahdistuneisuudessa on kyse? N.d. Mielenterveystalo. Viitattu 16.9.2019. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/ahdistuksen_kestytaminen/Pages/osio1.aspx

Mitä toimintakyky on? N.d. Toimintakyky. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Oerbeck, B., Stein, M.B., Pripp, A.H. & Kristensen, H. 2014. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015, 24, 757–766 DOI 10.1007/s00787-014-0620-1. Viitattu 27.7.2019. <https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Oikkonen, M. & Suonio, E. 2015. Lapsi hiljaisuuden takana – Opas selektiivisestä mutismista varhaiskasvattajille. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosionomi, sosiaalialan koulutusohjelma. Viitattu 16.10.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89514/Oikkonen_Marianne.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Puustjärvi, A. & Kippola-Pääkkönen, A. 2016. Toimintaterapia ADHD:n hoidossa. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 4.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix00949>

Ranta, K. & Koskinen, M. Ahdistuneisuushäiriöt. Julkaisussa Lastenpsykiatria ja nuortenpsykiatria. 1.painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 16.9.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Reed, GM., First, MB., Kogan, CS., Hyman, SE., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, DJ., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, JB., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, ME., Pike, KM., Ayuso-Mateos, JL., Kanba, S., Keeley, JW., Houry, B., Krasnov, VN., Kulygina, M., Lovell, AM., de Jesus Mari, J., Maruta, T., Matsumoto, C., Rebello, TJ., Roberts, MC., Robles, R., Sharan, P., Zhao, M., Jablensky, A., Udomratn, P., Rahimi-Movaghar, A., Rydelius, PA., Bährer-Köhler, S., Watts, AD. & Saxena, S. 2019. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry 2019, 18,1, 3-19. doi: [10.1002/wps.20611](https://doi.org/10.1002/wps.20611). Viitattu 17.9.2019.

Savolainen, T. & Aralinnä, V. 2017. Toimintaterapianimikkeistö - Nomenklatur för ergoterapi. Suomen kuntaliitto. Viitattu 10.9.2019. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2411/toimintaterapianimikkeisto.pdf>

- Sluckin, A. 2011. Supporting children with selective mutism. *British Journal of School Nursing* 2011, 6, 7, 342-344. Viitattu 16.7.2019. <https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).
- Sluckin, A. & Smith, B. A. 2015. *Tackling Selective Mutism*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, 2. korjattu painos*. Turku: Juvenes Print.
- Sulosaari, V & Kajander-Unkuri, S. 2016. *Integroitu kirjallisuuskatsaus*. Julkaisussa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun yliopisto.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 11. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vehniäinen, P. 2018. *Kertomuksia valikoivasti puhumattomien tunnustetuksi tulemisesta koulussa*. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikka, kasvatustieteiden laitos. Viitattu 16.10.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/62674/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201902041388.pdf>
- Westerinen, H. 2016. *Valikoiva puhumattomuus*. Julkaisussa *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 16.9.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti.
- WHO. 1993. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.