



Puheterapeutit alle kolmevuotiaiden lasten arvioinnissa ja kuntoutuksessa

Hanna Tappura

Logopedian pro gradu -tutkielma

Lääketieteellinen tiedekunta

Helsingin yliopisto

Toukokuu 2018

Ohjaaja: FT, dos. Kaisa Launonen



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Lääketieteellinen	Laitos/Institution– Department -	
Tekijä/Författare – Author Tappura Hanna		
Työn nimi / Arbetets titel – Title Puheterapeutit alle kolmevuotiaiden lasten arvioinnissa ja kuntoutuksessa		
Oppiaine / Läroämne – Subject Logopedia		
Työn laji / Ohjaaja - Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma / Kaisa Launonen	Aika/Datum – Month and year Toukokuu 2018	Sivumäärä/Sidoantal – Number of pages 70 s + 3 liitettä
Tiivistelmä/Referat – Abstract <p><i>Tavoitteet</i> Varhaiskuntoutuksen on osoitettu olevan tehokasta ja vaikuttavan laaja-alaisesti lapsen kasvuun ja kehitykseen aivojen plastisuuden kautta. Käsitteenä varhaiskuntoutus on kuitenkin vakiintumaton, eikä sille ole yhtenäistä linjaa terveydenhuoltojärjestelmässämme. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa suomalaisten puheterapeuttien kokemuksia ja näkemyksiä alle kolmevuotiaiden lasten puheterapeuttisesta arviosta ja kuntoutuksesta, sekä puheterapeuttien valmiuksista työskennellä kyseisen ikäluokan kanssa. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin tekijöitä, joiden vuoksi pienet lapset ohjautuvat puheterapeutin luokse.</p> <p><i>Menetelmät</i> Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena internetissä Helsingin yliopiston E-lomakkeella huhti-toukokuussa 2016. Vastauspyyntö saatteineen välitettiin suomalaisille puheterapeuteille Suomen Puheterapeuttiliiton sekä neljän puheterapeutteja työllistävän yrityksen kautta. Saadut vastaukset analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla käyttäen nonparametrisia tilastollisia testejä sekä laadullisesti ryhmittelemällä.</p> <p><i>Tulokset</i> Kyselyyn vastasi yhteensä 194 suomalaista puheterapeuttia, joista 111 työskenteli säännöllisesti ja 73 vaihtelevasti alle kolmevuotiaiden lasten kanssa. Puheterapeuttien osaaminen pienten lasten osalta rakentui suurimmaksi osaksi työkokemuksen kautta ja varsinkin säännöllisen työskentelyn koettiin lisäävän taitoja alle kolmevuotiaiden lasten kanssa työskentelyyn. Ammatillista osaamista ylläpidettiin ja kasvatettiin lisäksi täydennyskoulutuksilla sekä kirjallisuudella. Logopedian peruskoulutuksen koettiin antavan ikäryhmän kanssa työskentelyyn vain vähän valmiuksia. Tulosten perusteella puheterapeuteille ohjaututaan varhaisessa vaiheessa eniten erilaisten sairauksien ja vammojen sekä puheen viiveen vuoksi. Lasten arvioinnissa käytettiin eniten standardoituja testejä, havainnointia ja vanhempien haastattelua. Kuntoutuksessa korostuivat AAC-menetelmien sekä leikin käyttö. Käytänteet alle kolmevuotiaiden lasten puheterapiaan ohjautumisessa ja puheterapeuttisessa kuntoutuksessa osoittautuivat vaihteleviksi ja liittyivät käytössä oleviin resursseihin. Suuri osa puheterapeuteista koki, että muut terveydenalan ammattihenkilöt eivät ole tarpeeksi tietoisia heidän työnkuvastaan ja tämän vuoksi heidän varhaisen vaikuttamisen osaamistaan ei osata hyödyntää tarpeeksi.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Varhaiskuntoutus, puheterapia, pienet lapset, kielen kehitys, vuorovaikutus		
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet) ethesis.helsinki.fi		

Faculty Faculty of Medicine	Department -	
Author Tappura Hanna		
Title Speech-language therapists in the assessment and rehabilitation of children under three years old		
Subject Logopedics		
Level / Instructor Master's Thesis / Kaisa Launonen	Month and year May 2018	Number of pages 70 pp. + 3 appendices
<p>Abstract</p> <p><i>Aim</i> Due to the plasticity of the brain of a child under three years old early intervention can be very effective and affect the growth and development of the child extensively. As a concept early intervention is as yet unestablished within our healthcare system. The purpose of this study was to find out what kind of experiences Finnish speech-language therapists (SLTs) have about the assessment and the rehabilitation of children under three years old and the readiness of SLTs to work with these small children. The study also aimed to find out the reasons why small children are being sent to speech-language therapists.</p> <p><i>Methods</i> This study was done by a questionnaire and the material was gathered using an electrical survey with the E-lomake -program of the University of Helsinki between April and May 2016. The questionnaire was delivered to Finnish SLTs via the Finnish Association of Speech Therapists and four corporations that employ SLTs. The data was analysed with the IBM SPSS Statistics 24 -program using nonparameterized statistical tests and qualitative grouping.</p> <p><i>Results and conclusions</i> The questionnaire was answered by 194 SLTs out of which 111 worked regularly and 73 occasionally with children under three. The SLTs' know-how about working with small children was mostly based on work experience. The professional capabilities were maintained and developed by additional trainings and literature. A degree in logopedics was considered to provide only minor capabilities toward working with small children. The results indicate that small children are sent to SLTs mostly because of disabilities and delayed speech development. The most popular assessment methods were tests, free observation and interviewing the child's parents. AAC methods and playing were popular methods of rehabilitation. The practices in rehabilitating small children were varying and based on the available resources. According to the SLTs other healthcare professionals are not aware of what an SLT does and therefore their know-how is not utilized to its full extent.</p>		
Keywords Early intervention, speech-therapy, small children, language development, interaction		
Where deposited Helsinki University Library – Helda / E-thesis ethesis.helsinki.fi		

Kiitokset!

Tämän tutkimuksen teossa auttoivat useat ihmiset. Suuri kiitos ohjaajalleni Kaisa Launoselle asiantuntevasta ja kärsivällisestä ohjauksesta. Kiitos myös Marja-Liisa Rissalle, joka herätti kiinnostukseni aiheeseen sekä auttoi tutkimuskyselyn pilotoinnissa.

Kiitokset kuuluvat myös läheisilleni, joilta olen saanut tukea ja käytännön apua työn aikana. Erityinen kiitos Elinalle avusta tilastollisten haasteiden kanssa, sekä Jannelle keinoista laadullisen analysoinnin toteuttamiseksi. Kiitos Eelis vankkumattomasta tuestasi sekä avusta muotoilujen ja käännöksen kanssa. Isälleni kiitos oikoluvusta ja terävistä huomioista. Ystävilleni kiitokset ajatuksia herättävistä ja uusia näkökulmia avaavista keskusteluista, sekä kommentteista työni eri vaiheisiin liittyen.

Lopuksi haluan vielä kiittää Hämmäläis-Osakuntaa sekä Puheterapeuttiliittoa heidän myöntämistään stipendeistä tämän tutkimukseen tekemiseen.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 VARHAINEN KIELEN KEHITTYMINEN	3
2.1 Ekspressiivinen ja reseptiivinen kieli	3
2.1.1 Kielen kehitystä ennustavat tekijät	4
2.1.2 Kielen kehityksen vaikeudet ja niiden riskiryhmät	6
2.2 Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arvioiminen	9
2.3 Leikki ja esinetoiminnot osana kielen kehitystä	11
3 AIVOT JA YMPÄRISTÖ	13
3.1 Aivot ja plastisuus	13
3.1.1 Aivojen kehitys	13
3.1.2 Plastisuus	15
3.2 Aivot kehittyvät vuorovaikutuksessa	15
3.2.1 Varhainen vuorovaikutus	16
3.2.2 Kiintymyssuhteen merkitys lapsen kehitykselle	17
4 VARHAISKUNTOUTUS	20
4.1 Varhaiskuntoutuksen perusta	20
4.2 Puheterapeuttinen varhaiskuntoutus	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	24
6 MENETELMÄ	25
6.1 Tutkimusjoukko	25
6.2 Aineiston keruu	27
6.3 Aineiston analyysi	29
7 TULOKSET	31
7.1 Osaaminen	31
7.1.1 Logopedian perusopinnot	31
7.1.2 Täydennyskoulutus	33
7.1.3 Oppiminen työssä	36
7.2 Pienet lapset puheterapiassa	38
7.2.1 Diagnoosit ja tulokset	39
7.2.2 Arviointi ja kuntoutus	41
7.2.3 Yhteistyö lähiympäristön kanssa	43
7.3 Kokemukset puheterapiapalveluiden järjestymisestä	45
8 POHDINTA	49
8.1 Tulosten pohdinta	49
8.1.1 Puheterapeuttien osaaminen ja sen muodostuminen	49
8.1.2 Puheterapiaan ohjautuvat pienet lapset	51

8.1.3 Pienten lasten puheterapiakenttä	52
8.2 Menetelmän pohdinta	53
8.3 Tutkimuksen kliininen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset	57
LÄHTEET	58
LIITTEET	71

Taulukot

Taulukko 1. Yleisimpiä varhaislapsuudessa esiintyviä kielen- ja kommunikaation kehityksen riskitekijöitä tai oraalimotorisia haasteita ja niiden prevalenssi	8
Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot.....	26
Taulukko 3. Vastaajien työpaikka ja mahdolliset aiemmat työtehtävät	26
Taulukko 4. Perusopintojen antamat valmiudet pienten kanssa työskentelyyn valmistumisajankohdan mukaan	32
Taulukko 5. Vastaajien useimmin mainitsemat koulutukset	33
Taulukko 6. Työvuosien suhde koulutusten määrään.....	34
Taulukko 7. Työvuosien yhteys koettuun osaamiseen	36
Taulukko 8. Työskentelyn säännöllisyyden yhteys koettuun osaamiseen.....	36
Taulukko 9. Säännöllisesti työssään pieniä lapsia tapaavien puheterapeuttien kokemus osaamisestaan työpaikoittain eriteltynä	37
Taulukko 10. Puheterapeuttien arvio koko ammattikunnan pienten kanssa työskentelyn osaamisesta.....	37
Taulukko 11. Pienten lasten kanssa työskentely työpaikoittain	39
Taulukko 12a. Sairaudet ja vammat	40
Taulukko 12b. Kielelliset vaikeudet.....	40
Taulukko 12c. Oraalimotoriikan ongelmat.....	40
Taulukko 12d. Vuorovaikutuksen vaikeudet	40
Taulukko 13. Puheterapeuttien käyttämät arviointimenetelmät.....	42
Taulukko 14. Puheterapeuttien käyttämät standardoidut testit ja mittarit.....	42
Taulukko 15. Puheterapeuttien eniten käyttämät menetelmät kuntoutuksessa.....	42
Taulukko 16. Puheterapeuttien kokemukset pienten lasten hoidon jatkamisesta ensiarvion jälkeen.....	45
Taulukko 17. Muiden ammattilaisten puheterapeutin osaamisen hyödyntäminen	47

Kuvat

Kuva 1 Riskipiirteet kielen kehityksessä ensimmäisen kolmen vuoden aikana	10
Kuva 2. Uusien hermoyhteyksien muodostuminen aivoissa kielen kehitykselle olennaisilla aivoalueilla.....	14
Kuva 3. Koetut varhaiskuntoutuksen ja siihen liittyvät arvioinnin taidot	31
Kuva 4. Logopedian perusopintojen antamat valmiudet varhaiskuntoutukseen ja siihen liittyvään arviointiin.....	32
Kuva 5. Vastaajien mainitsemat koulutusmäärät	34
Kuva 6. Täydennyskoulutusten määrä ja suhde koettuun osaamiseen.....	35

Kuva 7. Puheterapeuttien ammatillisen osaamisen lisääminen ja ylläpito koulutusten lisäksi..	35
Kuva 8. Puheterapeutille ohjaavat tahot pienten lasten kohdalla.....	38
Kuva 9. Puheterapeuteille ohjautuneiden pienten lasten diagnoosit ja diagnoosiepäilyt	39
Kuva 10. Puheterapeutille ohjautumisen syyt	41

1 JOHDANTO

Lapsen ensimmäisten vuosien kehitys on nopeaa ja perustuu pitkälti keskushermoston muovautumiseen ympäristön sekä geenien ohjaamana (esim. Mäkelä, 2002; Launonen, 2011a). Samalla kehittyvät lapsen kielen ja vuorovaikutuksen taidot, joiden pohja luodaan pitkälti ensimmäisen kolmen elinvuoden aikana (ASHA, 2008; BEST, 2012). Lasten aivojen plastisuus ja oppimiskyky säilyvät myös tämän jälkeen, mutta niiden muovautuvuus ja kehittyminen ei enää koskaan ole yhtä voimakasta (Gerhardt, 2004; Launonen, 2011a). Tällä ajanjaksolla aloitettu varhaiskuntoutus kykenee plastisuuden kautta vaikuttamaan myöhempää kuntoutusta tehokkaammin hermoston rakenteisiin ja ehkäisee seurannaisvaikutusten syntymistä (Siegel, 1999; Launonen, 2007). Samalla kyetään ehkäisemään kasaantuvien vaikeuksien vaikutukset lapsen elämään (Laakso, Eklund & Poikkeus, 2011; Laakso, 2014).

Varhaislapsuuden kokonaisvaltaisen kehityksen vuoksi (Paul & Roth, 2011a) poikkeava kielen kehittyminen saattaa vaikuttaa haitallisesti myös kognitiiviseen ja sosiaaliseen kehitykseen ja päinvastoin (Thal, 1991; ASHA, 2008; APA, 2013). Ennaltaehkäisevä kuntoutustyö on siksi perusteltua aloittaa heti ensimmäisten vaikeuksien ilmestyttyä (Käypä hoito, 2010). Kielen kehittymisen aikataulu on kuitenkin ensimmäisten elinvuosien aikana hyvin yksilöllinen (Bates, Dale & Thai, 1995; Lyytinen, 1999; Laakso, Poikkeus, Eklund & Lyytinen, 1999; Hannus, 2018), joten tukea tarvitsevia ei ole aina helppo erottaa. Suomen kuntoutusjärjestelmässä kielellisiin vaikeuksiin puututaan yleisesti vasta kolmannen syntymäpäivän jälkeen (Laakso ym., 2011; Ahonen, Määttä, Meronen & Lyytinen, 2014; HYKS, 2017; TAYS, 2017), jolloin aivojen vilkain kehitys on jo päättynyt, eikä plastisuutta kyetä enää hyödyntämään varhaisvaiheen tapaan. Näin ollen alle kolmevuotiaiden arviointi ja seuranta toteutetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa, jossa resurssit ovat usein hyvin rajatut, eikä alle kolmevuotiaiden lasten haasteisiin nähdä aina tarvetta puuttua.

Varhaisen kuntoutuksen määritelmä on liukuva ja sen merkitys vaihtelee. Esimerkiksi englanninkielisessä kirjallisuudessa käsite "early intervention"

käsittää usein lapset ensimmäisiin koululuokkiin saakka. Tässä tutkimuksessa käsite on rajattu käsittämään lapsen ensimmäiset kolme elinvuotta (esim. Launonen & Klippi, 2009). Tutkimuksessa selvitetään puheterapeuttien kokemaa osaamista alle kolmevuotiaiden lapsiasiakkaiden kanssa sekä heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan ikäryhmän puheterapeuttisen kuntoutuksen ja arvioinnin toteutumisesta järjestelmässämme. Lisäksi tarkastellaan niitä vaikeuksia ja syitä, joiden vuoksi alle kolmevuotiaat lapset nykyään ohjautuvat puheterapeutille. Jatkossa työssä käytetään alle kolmevuotiaista nimitystä *pienet lapset*.

2 VARHAINEN KIELEN KEHITTYMINEN

Lapsen kieli kehittyy kiinteässä vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Launonen, 2007; Kunnari & Paavola, 2012). Luontainen kiinnostus toisiin ihmisiin herkistää vauvan huomioimaan ihmiskasvoja ja ääniä heti syntymän jälkeen (Bates, 2004; Launonen, 2007). Aikuisen tehtävänä on luoda puitteet vuorovaikutuksen syntymiselle tulkitsemalla lapsen käyttäytymistä vuorovaikutukselliseksi toiminnaksi. Saadessaan kokemuksia kommunikoinnin merkitsevyydestä ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa ympäröivään maailmaan lapsi virittyy hoitavan aikuisen toimintaan mukaan (Stern, 1985; Launonen, 2007).

2.1 Ekspressiivinen ja reseptiivinen kieli

Kielen kehittyminen nähdään jatkumona, jossa aiemmat taidot luovat pohjan uuden oppimiselle (Lyytinen, 1999; Kunnari & Paavola, 2012). Kommunikointi toisen ihmisen kanssa tapahtuu alussa nonverbaalein keinoin ilmeillä, eleillä ja erilaisilla ääntelyillä. Nämä keinot pysyvät tärkeässä osassa vuorovaikutuksessa myöhemminkin, mutta pääasiallisen kommunikoinnin odotetaan tapahtuvan puheella jo noin toisen syntymäpäivän aikaan (Paavola, 2011).

Varhaislapsuuden tuottavan eli ekspressiivisen kielen kehittyminen vaikuttaa tutkimusten perusteella olevan biologian ja perinnöllisyyden sanelemaa (Reilley ym., 2007; Pourcain ym., 2014). Puheen tuoton kehittyminen alkaa parin kuukauden iässä ääntelyllä, joka monipuolistuu jokelteluksi keskimäärin 6–8 kuukauden paikkeilla (Kunnari & Paavola, 2012). Tavoitteellinen ääntely ja erilaisten eleiden käyttö kasvaa tyypillisesti ensimmäisen syntymäpäivän lähestyessä (Paavola, 2011). Ympäristön lapsen huomioon ottava vuorovaikutus lisää lapsen ääntelyä sekä aloitteellista kommunikointia (Kunnari & Paavola, 2012). Ensisanat ilmaantuvat yksilöllisesti kahdeksan kuukauden ja 1,5 vuoden välillä. Erot tuotettujen sanojen määrässä ovat alkuun pieniä, mutta jo 18 kuukauden iässä erot lasten välillä ovat kasvaneet selvästi (Lyytinen, 1999). Muutaman ensimmäisen kymmenen sanan jälkeen, tyypillisesti 18–24

kuukauden välillä, monella lapsella esiintyy sanaston omaksumisessa pyrähdys, jolloin sanoja opitaan paljon lyhyellä aikavälillä (Lyytinen, 1999; Kunnari & Paavola, 2012). Kaksivuotiailla lapsilla tuottavan sanaston vaihteluväli onkin jo useita satoja sanoja (Lyytinen, 1999). Sanasto koostuu aluksi lähinnä lähiympäristön substantiiveista, joita lapset käyttävät myös verbeinä (Lyytinen, 1999; Stolt, 2009). 2,5-vuotiaalla tulisi kuitenkin olla käytössään jo sanoja kaikista sanaluokista (Lyytinen, 1999).

Puheen ymmärtäminen on monimutkainen tapahtuma, joka vaatii puheen havaitsemisen lisäksi äänneiden erittelyä ja tunnistamista sekä näiden mielessä pitämistä (Laakso ym., 2011). Vanhemman sensitiivisyyden on havaittu edistävän erityisesti puheen ymmärtämisen taitojen kehittymistä (Paavola, 2006). Tyypillisesti kehittyvä lapsi alkaa ymmärtää ensimmäisiä sanoja alle vuoden ikäisenä, noin 8–9 kuukauden iässä, ennen kuin hän itse tuottaa puhetta (Lyytinen, 1999; Launonen, 2007). Lapsen reseptiivinen sanasto sisältää aluksi lähinnä arkiympäristönsä tuttuja ja usein toistuvia sanoja (Launonen, 2007). Ymmärtävä sanasto kehittyy nopeasti ja vuoden ikäisenä ymmärrys kattaa jo 60–80 sanaa (Lyytinen, 1999).

2.1.1 Kielen kehitystä ennustavat tekijät

Esikielelliset taidot ovat yhteydessä myöhempiin kielellisiin taitoihin ja niiden pohjalta voidaan nykyisin ennustaa kielellisten taitojen tasoa leikki-iässä ja jopa tätä myöhemmin (Määttä ym., 2012). Esimerkiksi laaja käyttösavaraston koko hieman yli yksivuotiaana näkyy parempina kielellisinä taitoina myöhemmin (Lyytinen, 1999; Westerlund, Berglund & Eriksson, 2006; Desmarais, Sylvestre, Meyer, Bairati & Rouleau, 2008; Longobardi, Rossi-Arnaud & Spataro, 2011; Marjanovic-Umek, Fekonja-Peklaj & Podlesek, 2012). Tämä on seurausta sanaston oppimisen yhteydestä useisiin kielellisiin osa-alueisiin kuten fonologiaan (Kunnari, Savinainen-Makkonen & Paavola, 2006), äänneiden tunnistamiseen ja sanataivutuksen oppimiseen (Silvén, Poskiparta & Niemi, 2004) sekä lukitaitoihin (Silvén, 2004). Havaittavissa olevia kehityksen riskitekijöitä ovat vähäinen konsonanttien osaaminen, ymmärtävän kielen

tuottavaa myöhäisempi kehitys, matala nonverbaali älykkyys, toistava ja stereotyyppinen käytös, rajoittunut sanallinen ja motorinen jäljittely, heikko jaetun tarkkaavuuden taito ja vähäiset leikin ”skeemat” (Laakso ym., 2011). 2000-luvun alussa huomiota on kiinnitetty myös motorisen kehityksen ja tuottavan kielen kehityksen yhteyteen (Cheng, Chen, Tsai, Chen & Chern, 2009; Iverson, 2010; Walle & Campos, 2014). Arvioissa on kuitenkin muistettava ottaa huomioon ensimmäisten vuosien normaalivaihtelun piiriin kuuluvat yksilölliset erot (Laakso ym., 1999; Hannus, 2018).

Lapsen sukupuolen ja vanhempien koulutustason merkityksestä kielen kehitykselle on saatu tutkimuksissa ristiriitaisia tuloksia (Stolt, 2007; Kunnari & Paavola, 2012). Pojilla kielellisten vaikeuksien esiintyvyys vaikuttaa kuitenkin tyttöjä yleisemmältä (Korpilahti, Arikka & Wallden, 2014). Van Agt (2007) esittää, että myös lapsen sisarusaseman, kotona käytettävien kielten määrä sekä lapsen psyykinen terveys ja toimintakyky vaikuttavat kielelliseen kehittymiseen. Eniten tutkimustietoa on vanhemman herkkyyden vaikutuksista kielen kehittymistä tukevana tekijänä (Ainsworth, Blehar, Water & Wall, 1978; Paavola, Kempainen, Kumpulainen, Moilanen & Ebeling, 2006; Hudson, 2015), ja vanhemman käyttämän hoivakielen merkitys keskeisenä ympäristötekijänä on todettu useissa tutkimuksissa (Hoff & Naigels, 2002). Orientoitumalla lapseen ja toimimalla hänelle sopivalla tasolla aikuinen auttaa lasta saavuttamaan orastavia taitoja lähikehityksen vyöhykkeellään (Stern, 1985; Launonen, 2010). Lisäksi on esitetty, että sukupuolihormonit ja niiden määrä vaikuttavat kielen kehitykseen (Lutchmaya, Baron-Chohen, Raggat, 2002; Hollier, 2012; Schaadt, 2014).

Tietyissä vammoissa ja sairauksissa on niille tyypillisiä varhaisen kehityksen riski- ja ennustavia tekijöitä (ks. myös luku 2.1.2. ja taulukko 1). Jos lapsella esimerkiksi on Downin syndrooma, kielen kehitys etenee yleensä tilalle tyypillisellä tavalla (ASHA, 2008; Launonen, 2011b). Näillä lapsilla toinen puheen kehitystä ennustava tekijä on varhaisen tarkoituksellisen kommunikoinnin määrä (Paul & Roth, 2011b). Autismikirjon häiriön lapsilla taas luotettavimmaksi sanaston kehityksen ennustajiksi ovat osoittautuneet esikielellinen kommunikaatio ja motorinen jäljittely (Paul & Roth, 2011b). Lisäksi kommunikoinnin yleisyys sekä esineleikin monimuotoisuus varhaisessa

vaiheessa ennustavat autistisen lapsen leksikaalista kehitystä yli 12 kuukauden päähän. Muita autismikirjon lasten kielen kehitystä ennustavia tekijöitä ovat jaetun tarkkaavuuden taito, symbolinen leikki ja kognitiivinen älykkyys kahden vuoden iässä.

2.1.2 Kielen kehityksen vaikeudet ja niiden riskiryhmät

Suuri osa kielen kehityksen vaikeuksista tulee esille vasta, kun lapsi ei saavuta taitoja odotetussa ajassa (Paul & Roth, 2011b). Tyypillisesti tämä liittyy siihen vaiheeseen, kun ensisanojen kuuluisi ilmaantua (ASHA, 2008; Ahonen, Aro, Siiskonen & Ketonen, 2014). Tilanne on usein vanhemmalle vaikea, ja tutkimuksiin pääsyä saattaa joutua odottamaan. Varhaisvaiheessa fyysisestä ulkoasusta näkymättömät tilat jäävät kuitenkin usein vielä havaitsematta (Paul & Roth, 2011b). Kielen kehityksen vaikeuksilla on vahva yhteys muun muassa tunne-elämän, lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen oppimiseen sekä elämäntaitojen taitoihin (Käypä hoito, 2010).

Puheen kehityksen viiveisyys on yleinen ilmiö (Laakso ym., 2011; Hudson, 2015), ja sitä ilmenee noin 20 prosentilla ikäluokasta (Käypä hoito, 2010). Niin sanottua hyvänlaatuista kielellistä viivettä (*late talkers*) esiintyy kaksi- ja kolmevuotiailla lapsilla noin 15 prosentilla (van Agt 2007, Desmarais ym., 2008). Heistä puolet ottaa ikäisensä spontaanisti kiinni noin kolmen vuoden iässä (*late bloomers*), mutta loppuilla vaikeudet jatkuvat (Lyytinen, Eklund & Lyytinen, 2005; van Agt, 2007). Vanhempien huoli näistä lapsista herää 18–30 kuukauden iässä, kun muuten normaalisti kehittynyt lapsi ei ala puhumaan (Paul & Roth, 2011b). Kielellisesti viiveiset lapset alkavat tyypillisesti yhdistellä sanoja muita ikäisiään myöhemmin, heidän lauserakenteensa ovat pelkistetympiä eikä ääntäminen vastaa ikätasoa (Kunnari & Paavola, 2012). Mikäli lapsella ei ole ymmärtämisen haasteita, ennuste on parempi kuin niillä, joilla myös ymmärtäminen on vaikeutunut (Mustonen, Hermanson & von Wendt, 2006; Käypä hoito, 2010). Usein tuoton ja ymmärtämisen haasteet kuitenkin esiintyvät yhdessä, eikä lieviä ymmärtämisen haasteita välttämättä edes havaita (Leonard, 2009), sillä

ymmärtävää kieltä on haastavaa tutkia ja havainnoida luotettavasti (Laakso ym., 2011).

Kielellisessä erityisvaikeudessa (SLI/KEV) kielelliset taidot kehittyvät muuhun kehitykseen nähden poikkeavasti. Vaikeus voi ilmetä esimerkiksi hitaana ja myöhäisenä sanaston oppimisena, lyhyinä ilmauksina ja äänteiden hallinnan vaikeutena (Launonen, 2007). Haasteita saattaa esiintyä myös toisten puheen ymmärtämisessä ja siihen reagoimisessa. Kaikki vaikeusasteet huomioituna kielellisen erityisvaikeuden esiintyvyyden arvioidaan olevan noin 7 prosenttia (Law, Boyle, Harris, Harkness & Nye, 1998; Hannus, 2018). Suhteessa kansainväliseen esiintymiseen on saatu viitteitä siitä, että Suomessa kielellinen erityisvaikeus on alidiagnosoitu (Hannus, 2018). Häiriö vaikeuttaa monesti myös lukemisen, kirjoittamisen, vieraiden kielten ja matematiikan oppimista (Korpilahti ym., 2014). Tämän lisäksi kielihäiriöisillä lapsilla todetaan keskimääräistä enemmän toiminnanohjauksen ja keskittymiskyvyn haasteita sekä motoriikan kömpelyyttä ja tunne-elämän häiriöitä (Korpilahti ym., 2014). Diagnoosia ei voida kuitenkaan asettaa luotettavasti ennen neljättä ikävuotta, vaikka vaikeuden piirteitä olisikin aiemmin havaittavissa (Käypä hoito, 2010; Korpilahti ym., 2014).

Lapsen kielen kehittymiseen voivat vaikuttaa myös erilaiset sairaudet ja vammat (taulukko 1). Ydinvaikeuksien ohella esiintyy usein seurannaisoireita sekä liitännäisvammoja, kuten aistivammoja (Launonen, 2007). Aina vaikeus tai vamma ei ole selvärajainen vaan tulee ilmi monivammaisuutena tai monimuotoisena kehityshäiriönä. Tutkimuksissa on havaittu, että synnyntäisissä kehityshäiriöissä hermosolujen dendriitit ja niiden nystyt ovat yleensä epätavallisesti muodostuneet, mistä seuraa geeniluennan ja signaalinvälityksen häiriintymistä aivoissa (Heiskala, 2006). Nämä hermoston toiminnan häiriöt näkyvät lapsilla erilaisina neurologisina vaikeuksina, kuten kielellisten ja motoristen taitojen oppimisessa sekä aistihäiriöinä.

Taulukko 1. Yleisimpiä varhaislapsuudessa esiintyviä kielen- ja kommunikaation kehityksen riskitekijöitä tai oraalimotorisia haasteita ja niiden prevalenssi

Vamma / sairaus	Puheterapeutin osaamisalueeseen liittyvät haasteet	Esiintyvyys Suomessa
Aistivammat H90 kuulovammat H54 näkövammat	myöhäinen jokeltelu, suppea konsonantti-inventaari, puheen viivästyminen ja epäselvyys, vastavuoroisen katsekontaktin ja jaetun tarkkaavuuden puuttuminen, jaetun tarkkaavuuden vaikeudet, eleiden käytön haasteet	H90 1,2 / 1000 (keskivaikeat→) H54 70-100 / v
Autismikirjon häiriöt F84	poikkeava käytös vuorovaikutustilanteissa, poikkeava kommunikointi, asioihin jumiutuminen, jaetun tarkkaavuuden toistaminen, ADHD, tunneilmaisun vaikeudet, usein puheen viivästyminen tai puuttuminen	n. 1% väestöstä
CP-vamma G80 (-83)	aistitoimintojen poikkeavuudet, kommunikaation ongelmat, syömisongelmat, älyllisen toiminnan poikkeavuudet, toiminnallisen näönkäytön vaikeudet, suun alueen tuntoyliherkkyys, puhemotoriikan vaikeus, SLI, kuolaus	100–120 / v.
Downin oireyhtymä Q90	kognitiiviset ja motoriset vaikeudet, heikko kuulo, korvatulehdukset, hengitystieinfektiot, näköä heikentävät sairaudet, ruokatorven dysmotiliteetti, älyllinen kehitysvammaisuus, SLI, hidas puheen kehitys, matala suulaki	70 / v.
FAS fetaalialkoholisyyndrooma Q86	viiveinen kielen kehitys, aistivammat, muistin heikkoudet, oppimisen vaikeudet, ymmärtämisen haasteet, syömisvaikeudet, puhemotoriikan haasteet, suun alueen anomaliat	1:100
Älyllinen kehitysvammaisuus F70-79	kielen kehityksen vaikeudet, puheen viivästyminen, kontaktipulmat, vaikeus tulkintojen ja havaintojen tekoon	n. 1% väestöstä

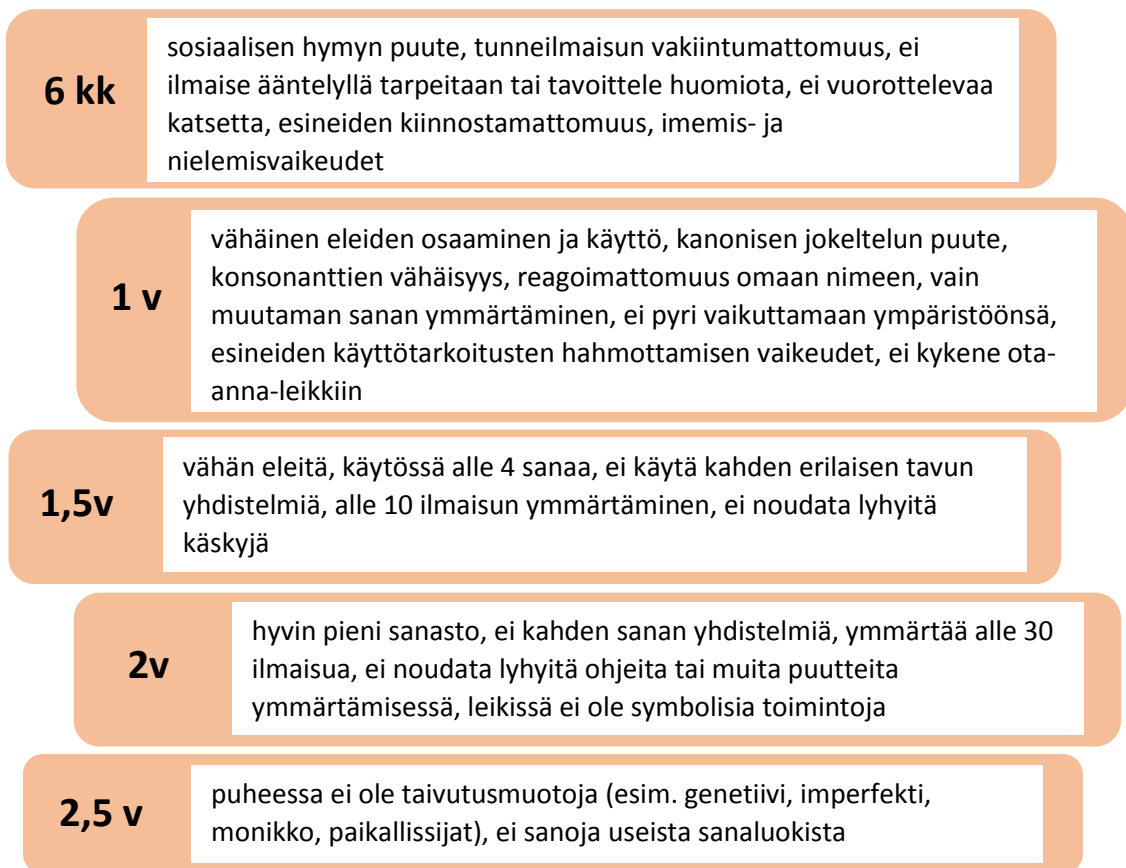
Kirjallisuudesta muokannut H. Tappura 2018

Kielen kehityksen muita riskitekijöitä ovat muun muassa keskosuus, synnytyskomplikaatiot, suvussa esiintyvät kielelliset vaikeudet (Lyytinen, 1999) sekä geneettiset ja synnynnäiset tilat (mm. huuli- ja suulakihalkiot) (Paul & Roth, 2011a). Lisäksi kehityksen etenemiseen saattavat vaikuttaa vanhemman mielenterveysongelmat ja liiallinen päihteiden käyttö, perheen köyhyys ja lapsen laiminlyönti tai altistuminen myrkyille (Gerhardt, 2004).

2.2 Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arvioiminen

Pienten lasten varhaisten kielellisten ja vuorovaikutustaitojen arviointia yksittäisillä käynneillä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla pidetään haastavana ja erityisen haastavaksi koetaan usein erotusdiagnostiikka kielellisten häiriöiden ja hyvänlaatuisen kielellisen viiveen välillä (Hannus, 2018). Suomessa varhaisen kielen kehityksen arviointiin on käytössä lähinnä englannin kielestä käännettyjä testi- ja arviointimenetelmiä. Näitä ovat muun muassa ESIKKO (Laakso ym., 2011; Infant-Toddler Checklist; Wetherby, Allen, Cleary, Kublin & Goldstein, 2002), Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä (Lyytinen, 1999; MCDI, The MacArthur Communicative Development Inventories; Fenson ym., 1994) ja Varhainen leikki ja sen arvioiminen (Lyytinen, 2000; The Symbolic Play Test; Lowe & Costello, 1976). Lisäksi käytössä on joitakin suomalaiseseen tutkimukseen perustuvia menetelmiä, kuten SOSKO (Varhaisen sosiaalisen kommunikaation havainnointimenetelmä; Uusitalo, Salo & Munck, 2009), VANE-PSY (Vauvan neurologisen ja psyykkisen kehityksen arviointimenetelmä; Mustonen, 2013), LENE (Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio; Valtonen & Mustonen, 2003) sekä Ääntelyn ja motoriikan kehityksen seurantamenetelmä (Lyytinen, Ahonen, Eklund & Lyytinen, 2000). Moni edellä mainituista menetelmistä pohjautuu vanhemman haastatteluun tai vanhemman täyttämään arvioon lapsensa taidoista. Aiheesta tehtyjen tutkimusten mukaan vanhemmat kykenevätkin arvioimaan lapsensa kielellisiä taitoja luotettavasti (Lyytinen, 1999; Laakso ym., 2011) ja heidän arvionsa osuu yleensä yhteen lapsen muodollisten arviointimenetelmien testipisteiden kanssa (Bishop & McDonald, 2009).

Varhaisten esikielellisten taitojen arvioinnissa lapsen toimintoja havainnoidaan useiden tekijöiden avulla. Nämä taidot ovat kirjallisuudessa usein jaoteltu neljään ryhmään, joita ovat 1) varhainen ääntely, 2) tunteiden ilmaisu ja katseen käyttö, 3) eleiden käyttö kommunikaatiossa sekä sosiaaliset leikit ja 4) symbolinen leikki ja esineiden käyttäminen (Watt, Wetherby & Shumway, 2006; Laakso ym., 2011). Lasta havainnoidessa olennainen kysymys on, kommunikoiiko lapsi tavoitteellisesti ja mihin hän sillä pyrkii? Eri ikävaiheissa erilaiset tekijät viittaavat kielellisessä kehityksessä ilmenevään vaikeuteen (kuva 1).



Kuva 1 Riskipiirteet kielen kehityksessä ensimmäisen kolmen vuoden aikana

Kirjallisuudesta muokannut H. Tappura 2018.

Edellisten lisäksi seuraavat merkit voivat viitata kielellisen kehityksen vaikeuteen: 1) vähäisesti spontaania jäljittelyä, 2) vähäisesti nonverbaalia kommunikointia, 3) aikuisseuran suosiminen ja vaikeudet päästä vuorovaikutukseen toisten lasten kanssa, 4) kielellisen ymmärtämisen sekä tuottamisen merkittävä viive (yli 6 kk), 5) kommunikointia vain tilanteissa, joissa haluaa jotakin (Ellis & Thal, 2009). Rutter (2008) esittää lisäksi, että kielelliseen häiriöön viittaisivat ensisanojen myöhäinen ilmaantuminen ja puheen viiveisyys vielä kolmevuotiaana.

Mikäli varhaisia kielellisiä vaikeuksia ei havaita lapsuudessa, oikea-aikainen kuntoutus ja muut tarvittavat tukitoimet jäävät lapsilta saamatta. Tämä vaikuttaa usein heidän kehitykseensä kokonaisvaltaisesti ja näkyy myöhemmin eri tavoin. Esimerkiksi koulumenestys on kognitiivisten haasteiden vuoksi usein tavallista heikompaa ja sosioekonominen asema jää matalammalle tasolle

(Stothard, Snowling, Bishop, Chipchase & Kaplan, 1998, Sauerland, 2016). Näillä henkilöillä esiintyy myös keskimääräistä enemmän sosioemotionaalisia vaikeuksia, kuten käyttäytymis- ja mielenterveysongelmia (van Agt, 2007). Varhaisesta kehityksestä alkunsa saaneet haasteet näkyvät lisäksi vankilatilastoissa, sillä merkittävällä osalla vangeista on taustallaan erilaisia kielellisiä vaikeuksia sekä tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriötä (Bryan, Freer & Furlong, 2007).

2.3 Leikki ja esinetoiminnot osana kielen kehitystä

Esine- ja muiden leikkitoimintojen kehitys etenee kielen kehityksen rinnalla, ja nämä kehityspolut näyttävät liittyvän myös toisiinsa (Jakkula, 2002; Bates, 2004; Laakso, 2014). Varhaisimmat esinetoiminnot kohdistuvat tavallisesti lapseen itseensä (*autosymboliset toiminnot*), mutta kehityksen myötä esineen antaminen muuttuu ennen kaikkea kommunikatiiviseksi tapahtumaksi (Jakkula, 2002; Laakso, 2014). Toiseen kohdistuvat kommunikatiiviset esinetoiminnot voidaan tulkita myös symboliseksi leikiksi (Laakso, 2014), mikä ilmentää lapsen halua kommunikoida ja olla yhteydessä toisiin (Lyytinen & Lautamo, 2014). Lapsi alkaa oma-aloitteisesti antaa esineitä 9–15 kuukauden ikäisenä ja sanat tulevat antamiseen mukaan tavallisesti 17–21 kuukauden iässä (Jakkula, 2002). Kolmantena ikävuonna, keskimäärin 27–30 kuukauden iässä, sanat ovat tyypillisesti korvanneet esineet jo lähes kokonaan sosiaalisena toimintona.

Leikkiessään lapsi harjoittelee ja oppii useita tärkeitä taitoja, kuten tunteiden ilmaisua, esineiden käyttötapoja sekä sosiaalisia taitoja (Piaget, 1962; Lyytinen, 1999; Lyytinen & Lautamo, 2014). Leikki tarjoaa lapselle myös onnistumisen kokemuksia ja väylän tutustua ympäristöönsä (Lyytinen, 1999). Piagetin (1962) mukaan leikkimisen kautta lapsi oppii kuvaamaan todellisuutta symbolien ja kielen kautta (*semioottinen funktio*). Tämä vahvistaa erityisesti ymmärtävän sanavaraston kehitystä (Laakso, 2014). Ikäkaudelle tyypillisten leikkien hallitseminen kertoo lapsen kehityksen vaiheesta, sillä kehityksen myötä leikin muodot ja kesto muuttuvat (Lautamo, 2012). Varsinkin symbolinen leikki on yhdistetty lasten myöhempään kielitaitoon (Lyytinen, Poikkelus, Laakso, Eklund

& Lyytinen, 2001) ja sitä voidaan arvioida myös niiltä lapsilta, joilla ei ole puhetta (Lyytinen & Lautamo, 2014). Tämän vuoksi leikin piirteiden arvioinnilla on tärkeä osuus varhaisen kielellisten taitojen tutkimisessa. Esimerkiksi kielihäiriöisten lasten on havaittu leikkivän ikätovereitaan vähemmän ja käsittelevän leluja eri tavoin kuin tyypillisesti kehittyvät lapset (Lyytinen & Lautamo, 2014). Leikkiä havainnoimalla voidaan tehdä päätelmiä myös psyykkisestä kehityksestä, sillä turvallisessa kiintymyssuhteessa olevien lasten leikkien on havaittu olevan muita lapsia monipuolisempaa (Lyytinen, 1999). Kuntoutusmenetelmänä leikistä on saatu positiivisia kokemuksia, sillä leikin kautta toteutettu kuntoutus motivoi lasta ja se on helppo mukauttaa lapsen ikätasoon sopivaksi (Lyytinen & Lautamo, 2014).

3 AIVOT JA YMPÄRISTÖ

3.1 Aivot ja plastisuus

Aivojen kiihkeimmän kehityksen vaihe alkaa kolme kuukautta ennen syntymää ja jatkuu noin lapsen kolmanteen syntymäpäivään saakka (Mäkelä, 2002). Tällöin myös aivojen muovautuvuus eli plastisuus on korkeimmillaan (esim. Launonen, 2011a). Ympäristön epigeneettiset tekijät määrittävät, mitkä hermosolujen ylituotannossa syntyneet hermosolut vahvistuvat ja mitkä hylätään turhana (Singer, 1995; Pihko & Vanhatalo, 2014). Merkittävimmät näistä tekijöistä ovat läheiset ihmiskontaktit, jotka ohjaavat aivojen kehitystä synnyttämällä uusia hermoyhteyksiä ja vahvistamalla näiden asemaa aivoissa (Singer, 1995; Lehtonen & Castrén, 2000; Mäkelä, 2002). Ympäristön ja perimän pohjalta muotoutuvat aivot ja niiden kautta kehittyvät kielelliset, kognitiiviset ja sosiaaliset taidot luovat pohjan, johon lapsen koko myöhempi kehitys rakentuu (Mäkelä, 2002; Mäntymaa, Luoma, Puura & Tamminen, 2003).

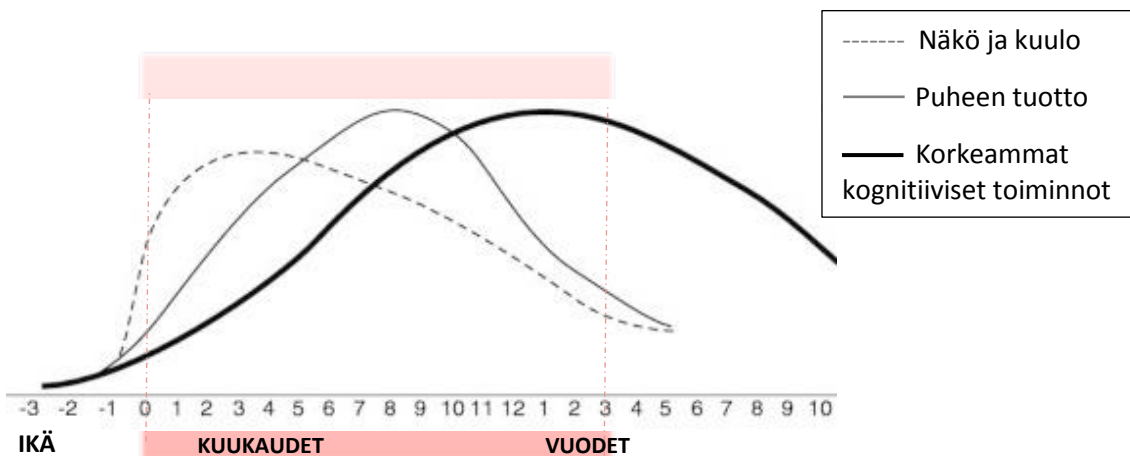
3.1.1 Aivojen kehitys

Aivojen kehitystä voidaan nykyään tutkia erilaisilla menetelmillä jo sikiöajasta lähtien (Huotilainen & Partanen, 2010). Neurobiologisella tutkimuksella on näin voitu vahvistaa kehityspsykologista näkemystä aivojen varhaiskehityksen merkityksestä ihmisen elämänkaarelle. Ensimmäisten elinvuosien jälkeen aivojen kasvu ja plastisuus hidastuvat, sillä aktiivisin hermoston kehityksen vaihe päättyy kolmen ikävuoden jälkeen ja myös myelinisoituminen hidastuu (Gerhardt, 2004; Leppänen, Ervast, Heikkinen, Hämäläinen & Guttom, 2014).

Aivot kehittyvät geneettisesti määrättyinä alkeellisimmista osista kehittyneempiin osiin (Nelson ja Bloom, 1997). Ensimmäisen vuoden aikana aivojen paino yli kaksinkertaistuu, ja niissä syntyy valtavasti uusia synaptisia yhteyksiä (Schore, 1994). Hermojen myelinisoitumista on havaittavissa aivoissa ensimmäisen elinkuukauden jälkeen (esim. Lehtihalmes, 2012). Noin kaksi kuukautta syntymän jälkeen limbisen järjestelmän kehittyminen saa aikaan vauvan uudenlaisen virittymisen toisiin ihmisiin ja vuorovaikutukseen (Mäkelä, 2002).

Samalla vauvan eleiden ja ilmeiden matkiminen voimistuu ja tunnemaailma alkaa jäsentyä. Kahdeksan kuukauden tietämällä korkein säätelykeskus isoavokuorten etuosissa aloittaa kypsymisen ja tämän seurauksena kiintymyssuhde (ks. luku 3.2.2) primaarihoitajaan vakiintuu. Kehitysvaiheen myötä lapsi kykenee jaettuun tarkkaavuuteen ja osaa ennakoida tilanteita sekä välittää toiselle kiinnostuksensa kohteita. Noin 18 kuukauden iässä ohimo- ja otsalohkojen myelinisoituminen saa aikaan osalla lapsista nopean sanaston kehitysvaiheen (Su, Kuan, Kaga, Sano & Mima, 2008; Lehtihalmes, 2012).

Kielellisten taitojen oppimiselle otolliset herkkyykskaudet määräytyvät aivojen genetiikan sanelemana (Pihka & Vanhatalo, 2014). Vastoin aikaisempia käsityksiä kieli ei kuitenkaan sijoitu aivoissa tiettyyn kohtaan vaan aktivoi aivoista laajoja alueita (Friederici, 2011; Lehtihalmes, 2012). Klassiset Brocan ja Wernicken alueina tunnetut aivoalueet nähdään kielelliselle käsittelylle edelleen olennaisina, mutta ei enää ainoana kieltä käsittelevinä alueina (Lehtihalmes, 2012).



Kuva 2. Uusien hermoyhteyksien muodostuminen aivoissa kielen kehitykselle olennaisilla aivoalueilla. Muokattu kuvasta C. A. Nelson, teoksesta *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development* (Nelson, 2000).

Toistaiseksi tuntemattomista syistä osalla lapsista aivojen toiminnassa esiintyy poikkeavaa toimintaa alusta saakka (Leppänen ym., 2014). Kielihäiriöisillä lapsilla on aivotutkimuksissa havaittu muun muassa eroavuuksia aivorungon herätevasteissa, aivopuoliskojen työnjaossa ja epätyypillistä aktivaatiotasoa eri

toiminnoista vastaavien aivoalueiden ollessa aktiivisina. Heidän aivoistaan on lisäksi löydetty rakenteellisia poikkeavuuksia erityisesti Sylviuksen uurteen viereisiltä alueilta. Aivotason muutoksia on havaittu ainakin kielellisen erityisvaikeuden, lukivaikeuksien (Leppänen ym., 2014) ja autismin yhteydessä (Jansson-Verkasalo, Lepistö & Korpilahti, 2010).

3.1.2 Plastisuus

Aivojen muovautuvuus perustuu niiden uudelleen muotoutumiseen uusien hermoyhteyksien muodostumisen sekä käyttämättömien hermosolujen ja niiden yhteyksien tuhoutumisen seurauksena (Heiskala, 2006). Hermosoluja ja niiden yhteyksiä alkaa karsiutua pois pian syntymän jälkeen (Gerhardt, 2004), mutta vielä kaksivuotiailla synapseja on aikuisen aivoihin verrattuna kaksinkertainen määrä (Heiskala, 2006). Plastisuudella aivot pyrkivät edistämään toimintaansa karsimalla pois turhat ja epämielekkäät osat ja lisäämällä hermoyhteyksiä käytössä olevien hermosolujen kesken.

Uusia synapsiyhteyksiä syntyy ympäristön ja elimistön tarpeiden vaikutuksesta (Mäntymaa ym., 2003; Pihko & Vanhatalo, 2014). Oppimiskyvyn nähdään perustuvan tähän hermoverkon muovautumiseen uusien synaptisten yhteyksien syntymisen kautta. Neuronien välisen viestinnän tehostuminen on seurausta lähettäjäsolun aiempaa tehokkaammasta välittäjäaineen vapauttamisesta, jonka seurauksena myös aiemmin toimimattomat synapsit aktivoituvat toimintaan (Lauri ym., 2006). Aivojen tapa kehittyä ja muotoutua ensimmäisten elinvuosien aikana mahdollistaa lapsen sopeutumisen ympäristöönsä.

3.2 Aivot kehittyvät vuorovaikutuksessa

Korkeimmista aivotoiminnoista kehittyvät ensimmäisenä sosiaalisuuteen liittyvät toiminnot, jotka tarvitsevat kehittyäkseen sosiaalisia kokemuksia 6–18 kuukauden iässä (Gerhardt, 2004). Vauvan primaarihoitajansa kanssa saamat kokemukset tallentuvat ensimmäisen vuoden aikana limbiseen järjestelmään

perusoletusmalleiksi, joita psykologiassa tarkastellaan kiintymyssuhteen muotoina (Mäkelä, 2002; ks. tarkemmin luku 3.2.2).

3.2.1 Varhainen vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen onnistumiseksi vuorovaikutuskumppanien tulee kokea toisella olevan jotakin merkityksellistä jaettavaa ja kyetä huomioimaan toisen huomion kohde ja tunnetila (Silvén, 2008). Vauvan rooli aktiivisena toimijana vuorovaikutuksessa alettiin ymmärtää 1960 ja 70-luvuilla, jolloin myös kiintymyssuhdeteoria kehitettiin (Bolwby, 1969; Ainsworth ym., 1978). Äiti–lapsi-tutkimuksen pohjalta on tultu siihen tulokseen, että lapsi sisäistää varhaisessa vuorovaikutuksessa tiedostomattomia malleja ja odotuksia (yleistyneet vuorovaikutusrepresentaatiot), joiden pohjalta myöhemmissä ihmissuhteissa toimitaan (Stern, 1985; Salo, 2003). Tässä varhaisessa vaiheessa aikuinen ja vauva muodostavat yhteisen järjestelmän, jossa heidän tunteensa, viireystilansa ja huomionsäätelynsä ovat jatkuvassa riippuvuussuhteessa toisiinsa (Stern, 1985; Mäkelä, 2002). Äiti–lapsi -parien vuorovaikutussuhteissa ilmenee eroja jo ensimmäisen neljän viikon jälkeen (Van der Stelt, 1993) ja niiden toimivuutta lapsen kehityksen tukemisessa voidaan arvioida erilaisin kriteerein (Brodén, 1986).

Varhaisesta vuorovaikutuksesta saadun mielihyvän vuoksi erittyvien opioidien, kuten betaendorfiinin tiedetään lisäävän hermosolujen kasvua (Schoore, 1994). Pienen lapsen mielihyvätunteista ovat vastuussa pääasiassa vanhemmat, joiden vastuulla lapsen tunteiden säätely on (Mäntymaa ym., 2003; Gerhardt, 2004). Vanhempien vastuulla on myös huolehtia lapsensa toiminnanohjauksesta, joka kehittyy yhdessä aikuisen kanssa, sillä aluksi vauva on täysin riippuvainen aikuisen tarjoamasta tynnyttelystä ja tuntemusten tasoittamisesta. Parasymptaattisen rauhoittavan toiminnan kehityksen puutteellisuus korostuu erityisesti keskosilla ja vastasyntyneillä.

Varhaisen puutteellisen vuorovaikutuksen seurauksista on saatu ääriesimerkkejä Romanian orpokodeissa kasvaneiden lasten kehityksestä (Chugani ym., 2001;

Gerhardt, 2004) sekä niin sanotuista susilapsista (Rymer, 1994). Näiden tutkimusten perusteella on voitu todeta kiintymyssuhteen herkkyykskauden sijoittuvan noin kahdeksan kuukauden ikään, sillä tämän jälkeen adoptoidut lapset kärsivät kiintymyssuhdehäiriöstä vielä adoptioperheessään (Salo, 2003). Näiden lasten käyttäytyminen on suorassa yhteydessä heidän aivorakenteisiinsa, sillä esimerkiksi sosiaalisen aivoalueen orbitofrontaalisen aivokuoren kehitys on selvästi häiriintynyt (Paul & Roth, 2011a). Samankaltainen tilanne on havaittu myös reesusapinoilla heidän joutuessaan eroon emostaan (Harlow, 1958; Harlow, Robert, Dodsworth & Harlow, 1965; Blum, 2003). Ennen kahden vuoden ikää adoptoidut lapset ovat tutkimuksissa kyenneet vielä ottamaan ikäisensä kielellisissä taidoissa kiinni, ja uusi vuorovaikutuksellisesti rikas ympäristö on pystynyt tukemaan heidän puutteellisten kognitiivisten taitojensa kehitystä (Paul & Roth, 2011a).

Varhaiseen vuorovaikutukseen voi liittyä haasteita myös silloin, jos perheeseen syntyvä lapsi ei vammansa vuoksi kykenekään toimimaan vuorovaikutuksessa odotetulla tavalla (Launonen, 2007, 2011b). Vanhempien voi tällöin olla vaikea löytää vuorovaikutuksellisia keinoja, ja he voivat kokea epäonnistuneensa vanhempina. Usein sairaan tai vammaisen lapsen syntymä aiheuttaa lisäksi perheessä kriisin, jonka käsittelyyn kuluu aikaa, eikä tutustuminen lapseen pääse heti alkamaan. Vuorovaikutuksen merkitys kielen kehitykselle korostuu näissä tilanteissa, joissa lapsella on erityisiä kielen kehittymisen haasteita (Launonen, 2007; Ahonen, Määttä, Meronen & Lyytinen, 2014). Haasteet saattavat olla lähtöisin myös vanhemmista. Esimerkiksi äitien masennuksen on useissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavan vauvan vähentyneeseen kommunikointiin ja aloitteiden tekemiseen (Paavola, 2001).

3.2.2 Kiintymyssuhteen merkitys lapsen kehitykselle

Kiintymyssuhteen muodostuminen alkaa ennen lapsen syntymää äidin työstäessä omaa identiteettiään ja odotuksiaan tulevasta lapsesta (Stern, 1985; Brodén, 1986). Turvallisen suhteen syntyminen kuitenkin vaatii, että vanhempi on ensimmäisenä vuonna ajallisesti paljon läsnä ja vauvan saatavilla (Lyytinen,

1999; Hautamäki, 2001; Salo, 2003). Vanhempien herkkyys ja taito vastata vauvan viesteihin vaikuttavat olennaisesti siihen, mihin suuntaan suhde kehittyy (Bowlby, 1969; Ainsworth ym., 1978; Gerhardt, 2004; Mäntymaa, 2006). Lasten erilaiset temperamentit ja reagoitavat taas vaikuttavat siihen, miten vanhempi kokee lapsensa ja kuinka hyvin hän kykenee vastaamaan lapsen tarpeisiin (Sameroff & Fiese, 2000). Temperamentti määrittää myös sen, mitä ja millä tavalla lapsen on mahdollista ottaa asioita vastaan ympäristöstään. Emden (1989) esittämien ja Zeanahin tutkimusryhmän (2000) jatkokehittämien lapsi–vanhempi-toimintamallien pohjalta voidaan vanhemmalle ajatella kuuluvan seuraavat vuorovaikutuksen tehtävät: 1) emotionaalinen läsnäolo, 2) lapsen tunteiden säätely, 3) lapsen suojeleminen, 4) rajojen asettaminen, 5) rutiinien ylläpito ja tarpeisiin vastaaminen, 6) opettaminen ja 7) leikkiin johdattaminen.

Kiintymys- ja emotiotutkijat käyttävät kiintymyssuhteiden yhteydessä käsitettä emotionaalisen saatavillaolon teoria (Salon, 2003). Emotionaalisella saatavuudella tarkoitetaan vanhemman sensitiivistä, jatkuvaa lapsen tunteiden havainnoimista ja niihin tarkoituksenmukaisesti vastaamista tavalla, joka saa lapsen kokemaan, että aikuinen on hänen käytettävissään. Tällainen vanhempi vahvistaa lapsensa positiivisia kokemuksia ja auttaa käsittelemään negatiivisia. Hän toimii lisäksi säännönmukaisesti ja auttaa näin lasta luomaan jäsenyöneitä kokemuksia itsestään ja ympäristöstään. Yhteyden vaikutukset ovat havaittavissa myös fyysisellä tasolla, sillä esimerkiksi vauvan sydämen syke tahdistuu sylissä vanhemman sykkeen mukaan (Gerhardt, 2004). Ihanteellisinkaan vanhempi ei aina kuitenkaan kykene toimimaan täysin lapsilähtöisesti, eikä tarvitsekaan. Winnicot (1965) on nimittänyt tätä käsitteellä ”riittävän hyvä vanhempi”.

Lapsen tulee kokea itsensä arvokkaaksi, jotta hänen oma empatiakykynsä kykenee kehittymään (Salon, 2003). Tutkimusten perusteella ajatellaan, että kiintymyssuhde lapsen ja vanhemman välillä voi muodostua joko turvalliseksi tai turvattomaksi. Turvattomat suhteet voidaan vielä jakaa keskenään vältteleviin ja ristiriitaisiin suhteisiin (Salon, 2003). Karkean kansainvälisen arvion mukaan yli puolet suhteista ovat turvallisesti kiintyneitä (60%), neljäs osa välttelevästi kiintyneitä ja 10 prosenttia ristiriitaiseksi luokiteltuja (Laakso ym., 2011). Näiden

luokkien ulkopuolelle jäävät ne tapaukset, joiden nähdään sisältävän kiintymyssuhdehäiriötä (5%). Nämä vanhempi–lapsi-suhteet sisältävät kaikkein vakavimman riskin pienen lapsen kehityksen häiriintymiselle (Salo, 2011). Kiintymyssuhteen luonnetta on kuitenkin luotettavaa tutkia vasta toisen ikävuoden aikana, jolloin suhteen laatu alkaa olla vakiintunut (Lyytinen, 1999).

4 VARHAISKUNTOUTUS

Vuorovaikutuksen ja kielen varhaiskuntoutuksen perustaksi määritellään usein lapsen lähiympäristön ja sen vuorovaikutuksen tukeminen (Mustonen ym., 2006; Launonen, 2007; Launonen & Klippi, 2009) ja sen tavoitteena on turvata lapsen yksilöllisten kehitysedellytysten toteutuminen (Autti-Rämö, 2010). Tämän ajatuksen käytännön toteuttaminen jää kuitenkin usein ajatuksen tasolle (Guralnick, 1997; Meisels & Shonkoff, 2000), vaikka tutkimuksilla on voitu osoittaa varhaisten interventioiden toimivan kehityksen häiriöiden ennalta ehkäisevänä ja riskitekijöitä pienentävänä tekijänä (Bardy & Öhman, 2007; Paul & Roth, 2011a). Suomalaista kuntoutusjärjestelmää ohjaavat Maailman terveysjärjestö WHO:n ICF-luokituksen viitekehys (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), ICD-10 tautiluokitus sekä maamme lainsäädäntö ja Käypä hoito -suositukset (Hannus, 2018).

4.1 Varhaiskuntoutuksen perusta

Varhaisen kuntoutuksen vaikuttavuus perustuu pitkälti pienen lapsen vielä muovautuvassa olevien aivojen kehityksen ohjaamiseen toivottuun suuntaan (esim. Siegel, 1998; Launonen, 2011a; plastisuudesta ks. luku 3.1.2). Useat tutkimukset ovatkin osoittaneet varhaiskuntoutuksen olevan monilla tavoin myöhemmin toteutettua kuntoutusta vaikuttavampaa (Warren, 2000; Launonen, 2007). Varhaisella puuttumisella pyritään erityisesti kehityksessä todennäköisesti myöhemmin ilmenevien häiriöiden ennaltaehkäisyyn (Launonen & Klippi, 2009), ja sen avulla kyetään tehokkaasti integroimaan tukea tarvitsevia lapsia osaksi yhteiskuntaa. Varhaiskuntoutuksella kyetään lisäksi ehkäisemään sekundaaristen lieveilmiöiden syntyä (Laakso ym., 2011). Tunnistettujen riskiryhmän lapsien sekä kehitysviiveisten lasten tulisi siksi päästä korkeatasoisesti toteutettuun kuntoutukseen jo ensimmäisen kolmen elinvuotensa aikana (Paul & Roth, 2011b).

Järjestetyn varhaiskuntoutuksen tulee noudattaa hyviä käytänteitä, olla laadukasta ja perustua vaikuttavuustutkimukseen (Paul & Roth, 2011a).

Nykytiedon valossa kuntoutustoimet olisi tarpeen aloittaa jo ensimmäisten vaikeuksien ilmettyä (Käypä hoito, 2010; Launonen, 2011b). On kuitenkin epäselvää, olisivatko eri syistä erityistä tukea tarvitsevat lapset mahdollista tunnistaa jo ennalta systemaattisella seulonnalla (van Agt, 2007).

4.2 Puheterapeuttinen varhaiskuntoutus

Kielen ja kommunikaation vaikeuksien kuntoutuksen tarve ja toteutus suunnitellaan yleensä moniammatillisena tiimityönä (Launonen & Klippi, 2009). Perheen ja puheterapeutin lisäksi varhaiskuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen voivat osallistua esimerkiksi lääkäri, fysio- ja/tai toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja päiväkodin henkilökunta. Puheterapeuttinen kuntoutus muokataan yksilöllisesti lapselle sekä hänen vanhemmilleen sekä lähiympäristölleen sopivaksi ja se suunnitellaan yhdessä heidän kanssaan (Launonen, 2011a; Savinainen-Makkonen & Kunnari, 2012). Menetelminä suositellaan hyödynnettävien tavallisia arkipäivän toimintoja, jotka ovat perheellä valmiiksi käytössä ja kuuluvat lapsen arkeen (Laakso, 2014). Yhteisöllisestä kuntoutuksesta puhutaankin yleisesti kuntouttavana arkena, jossa arkipäivä rakennetaan tukemaan lapsen kehitystä (Launonen, 2011a). Aivojen rakenteen muutokseen tähtäävän kuntoutuksen tulee toistua intensiivisesti ja sisältää useita harjoituskertoja (Merzenich ym., 1996). Harjoitusten on myös tärkeää motivoida lasta ja vaikeutua taitojen kehittyessä.

Suomessa puheterapiaan liittyvää varhaiskuntoutusta annetaan lähinnä tiettyjen vammojen ja sairauksien yhteydessä. Näitä ovat esimerkiksi Down-syndrooma, CP-vamma, sekä nielemiseen ja syömiseen liittyvät vaikeudet (Launonen, 1998). Alueelliset mahdollisuudet kuntoutuksen toteuttamiseen vaihtelevat Suomessa, ja jopa vaikeimmin kehitysvammaisten lasten puheterapeuttiseen kuntoutukseen pääsy eroaa paikkakuntaakohtaisesti (Panula, 2007). Vuonna 2015 Kansaneläkelaitokselta puheterapiaa vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena sai 21 yksivuotiasta ja 88 kaksivuotiasta lasta (Kela, 2016; liite 3). Sukupuolien välillä ei vielä näissä ikäluokissa ollut merkittävää eroa. Määriä voidaan pitää pieninä, koska pelkästään Down-syndrooma todetaan vuosittain noin 70 lapsella.

Saatavilla ei ole tietoa siitä, kuinka paljon lapsia ohjautuu puheterapiaan muiden tahojen kuin Kelan maksamana.

Suurella osalla Suomessa olevan puheterapeuttipulan vuoksi kuntoutuksen alkamista saattaa usein joutua odottamaan pitkään. Aika vaihtelee keskimääräisesti puolesta vuodesta jopa vuoteen (Reunanen, 2012). Puheterapiapalveluiden rajallisuuden vuoksi palveluita myönnetään vain tarkoituksenmukaisten kriteerien täytyessä. Tutkimuksen perusteella varhaiskuntoutuksen aloittamista puoltavia tekijöitä ovat muun muassa lapsen vähäiset foneettiset taidot, rajoittunut vuorovaikutukseen osallistuminen sekä heikko puheen ymmärtäminen (Käypä hoito, 2010). Kritiikkiä hoitojärjestelmää kohtaan on esitetty siitä, että perusterveydenhuollossa lapsen tilannetta jäädään usein vielä seuraamaan, kun kuntoutus olisi pitänyt jo aloittaa (Asikainen & Hannus, 2013). Varhaiskuntoutukseen liittyvät käytänteet ovat monesti myös puheterapeuteille epäselviä (Panula, 2007). Käytänteiden vakiintumattomuuden vuoksi monet vanhemmat kokevat lapsensa hoidon järjestämisen kuormittavana sekä heidän aikaansa ja voimavarojaan kuluttavana prosessina (Reunanen, 2012).

Puheterapian vaikuttavuudesta on vähäisesti tutkittua näyttöä, mutta työryhmien ja kliinisten kokemusten mukaan siitä on apua (Käypä hoito, 2010; Savinainen-Makkonen & Kunnari, 2012). Ison-Britannian Best Evidence Statement (BEST) sekä American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) suosittelevatkin ensisijaisesti puheterapian käyttämistä kielellisten vaikeuksien hoidossa 0–3-vuotiaiden kanssa (ASHA, 2008; BEST, 2012). Myös Australiassa on tutkittu varhaisen puheterapeuttisen kuntoutuksen järjestymistä ja tultu siihen tulokseen, että suurin osa lapsista ohjautuu puheterapeutille liian myöhään, keskimäärin 3–4 vuotiaina (Beamish ja Bryer, 1999). Tämä aiheuttaa puheterapeuteille paineita myös sen vuoksi, että lapsen siirtymiseen kouluun ei ole enää paljon aikaa.

Puheterapian vaikuttavuuteen ovat yhteydessä useat tekijät kuten terapiajakson pituus, tapaamistiheys, käytetyt terapiamenetelmät, terapeutin osaaminen sekä terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Jokaisen lapsen tilanne on yksilöllinen niin vaikeuden laadun kuin hänen ympäristönsä kuntoutusmotivaation

kannalta (ASHA, 2010). Vaikuttavuustutkimusten soveltaminen kliiniseen työhön on kuitenkin ongelmallista, sillä yleensä tutkimuksissa toteutettu kuntoutus on ollut runsaampaa kuin todellisuudessa on mahdollista järjestää (Ciccone, Hennessey & Stokes, 2011; Miettinen ym., 2016).

Kiintymyssuhteen muodostumiseen lapsen ja hänen hoitajansa välillä on tutkimusten perusteella mahdollisuus vaikuttaa tehokkaasti (Zeanah, Larrieu, Heller & Valliere, 2000; Launonen, 2011a). Suuntaamalla varhainen interventio nimenomaan lapsi–vanhempi-vuorovaikutukseen, saadaan pienen lapsen kehitykseen vaikutettua laaja-alaisesti (Lyytinen, 1999; Salo, 2011). Vanhempien vuorovaikutustaitoihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan esimerkiksi analysoimalla heidän toimintaansa videolta eri menetelmien (esim. *Marschak Interaction Method, MIM*; *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting, VIPP*) avulla (Salo, 2011). Kun vanhemmat ja puheterapeutti tarkastelevat tällaisia vuorovaikutusvideoita yhdessä, vanhemmat voivat oppia muokkaamaan omaa vuorovaikutuskäyttäytymistään, alkaa huomioida lastaan ja tämän tarpeita aiempaa paremmin sekä eläytyä lapsen tunne- ja kokemusmaailmaan. Videoinnin käytöstä on saatu positiivisia tuloksia erityisesti turvattomasti kiintyneiden äitien ja heidän omien lastensa vuorovaikutuksen tukemisessa (Salo, 2011). Vuorovaikutusta voidaan tukea lisäksi erilaisilla toiminnallisilla menetelmillä ja antamalla vanhemmille lisää tietoa sekä käytännön ohjeita (Lyytinen, 1999).

Ympäristön toiminnan ohjaamisen on havaittu parantavan myös lapsen varhaisten kielellisten taitojen kehittymistä (Buschmann ym., 2009; Allen & Marshall, 2010). Tuloksia on saatu esimerkiksi sanaston ja ääntelyn kehittymisestä kielellisesti viiveisesti kehittyneillä lapsilla (Warren ym., 2008; Buschmann ym., 2009; Reese, Sparks & Leyva, 2010; Ciccone ym., 2011). Varhaisella kuntoutuksella on pystytty vaikuttamaan myös autismikirjon häiriöiden (Jansson-Verkasalo ym., 2010) ja kuulovammojen kohdalla (Lonka, 2012).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Lapsen kielen ja vuorovaikutuksen taitojen perusteet luodaan ensimmäisten elinvuosien aikana, kun aivot kehittyvät kiivaasti ympäristön ja perimän yhteisvaikutuksessa (Launonen, 2007; Paul & Roth, 2011a). Tänä aikana varhaiskuntoutuksella pystytään vaikuttamaan tehokkaasti muotoutuvien aivojen kehitykseen niiden plastisuuden kautta (Launonen, 2011a). Tutkimuksessa ja kirjallisuudessa paljon esillä oleva varhaiskuntoutus ymmärretään ja koetaan puheterapeuttien kliinisessä työssä vaihtelevasti. Esimerkiksi varhaisen puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen käytännöt vaihtelevat Suomessa alueittain, eikä niille ole olemassa yhtenäisiä linjauksia. Tässä tutkimuksessa selvitetään puheterapeuttien omien näkemysten kautta vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mistä puheterapeutit arvioivat osaamisensa 0–3-vuotiaiden lasten puheterapeuttisessa arvioinnissa ja kuntoutuksessa muodostuvan?
2. Millaisia kokemuksia ja käsityksiä puheterapeuteilla on pienten lasten puheterapiapalveluista?
3. Millaisia vaikeuksia alle 3-vuotiaana puheterapeutille ohjautuvilla lapsilla esiintyy?

6 MENETELMÄ

6.1 Tutkimusjoukko

Tutkimuksen kiinnostusperusjoukkona olivat 1743 Valviraan rekisteröityä puheterapeuttia (31.1.2015). Kysely kohdistettiin saatteella erityisesti puheterapeuteille, joilla oli kokemusta 0–3-vuotiaiden kanssa työskentelystä. Vastaajien tuli olla laillistettuja puheterapeutteja sekä työikäisiä. Tarkkaa määrää kyseisen ikäryhmän kanssa työtä tekevästä henkilöstä ei kuitenkaan ollut selvitettävissä, sillä puheterapeuttien erikoistumisalueesta tai asiakaskunnasta ei pidetä rekisteriä. Suomen Puheterapeuttiliiton kautta kysely välittyi 1206 puheterapeutille.

Kyselyyn vastasi yhteensä 194 puheterapeuttia, jotka kaikki olivat naisia. Seitsemän vastausta oli keskeneräistä, joten niitä hyödynnettiin vain osittain. Kaikkia vastauksia kuitenkin käytettiin niiltä osin, kuin se oli mahdollista. Vastausmäärät vaihtelivat osioittain myös sen vuoksi, että osio neljä ei ollut suunnattu kaikille vastaajille. Mikäli vastaajien määrän suhteuttaa Puheterapeuttiliiton lukuun, vastausprosentti on 16,1.

Suurin osa vastaajista oli koulutukseltaan filosofian maistereita (taulukko 2). Työvuosien mediaani oli 10 vuotta (minimi 0, maksimi 39). Puheterapeutiksi valmistumisen mediaanivuosi oli 2004 (minimi 1977, maksimi 2016).

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

Taustamuuttuja	%
Koulutus (n=194)	
Kandi & kliininen kurssi	11,3
Maisteri	84,0
Maisteri & kliininen kurssi	1,0
Erikoispuheterapeutti	2,6
Tohtori	1,5
Valmistumisvuosi (n=194)	
1970-luku	5,6
1980-luku	17,0
1990-luku	20,6
2000-luku	19,6
2010-luku	37,1
Työvuodet (n=191)	
Alle 5	26,9
5–10	23,7
11–20	15,5
21–30	19,1
Yli 30	14,4

Huom. Työvuodet pyöristetty ylöspäin seuraavaan puoleen vuoteen

Vastaajista suuri osa työskenteli vastaushetkellä terveyskeskuksessa, ja se oli ollut myös usean vastaajan aiempi työpaikka (taulukko 3). 15 vastaajaa työskenteli samaan aikaan kahdessa työpaikassa.

Taulukko 3. Vastaajien työpaikka ja mahdolliset aiemmat työtehtävät

	Työpaikka (n=194)	Aiemmat työpaikat (n=136)
Terveyskeskus	79	81
Yliopistollinen sairaala	11	13
Kaupungin sairaala	6	8
Yritys	30	13
Yksityinen ammatinharjoittaja	48	11
Muu	36	25

Muu-vaihtoehtojen valinneet vastaajat työskentelivät perheneuvoloissa (n=7), kehitysvammapalveluissa (n=6), kuntoutuspalveluissa (n=5) sekä kuntien palveluissa (n=4). Näiden lisäksi mainittiin keskussairaala, perhekeskus,

erityiskoulu, järjestö, työttömyys, jatko-opiskelu, päivähoito, erityishuoltopiiri ja yrittäjä. Aiemmat työtehtävät muu-valinnan valinneilla olivat perhekeskukset, neuvolat, kehitysvammahuolto, päivähoito, keskussairaala, koulu, säätiö/järjestö sekä kuntoutuskeskus.

Vastaajista (n=194) 111 työskenteli kyselyn aikaan säännöllisesti 0–3-vuotiaiden lasten kanssa. Aiemmin säännöllistä työtä pienten lasten kanssa oli tehnyt 31 vastaajaa, ja kymmenen ei ollut koskaan työskennellyt kyseisen ikäluokan kanssa. Loput vastaajista (n=42) olivat työskennelleet pienten kanssa satunnaisesti jossakin vaiheessa.

Osassa vastauksia ilmeni vastaajan maantieteellinen sijoittuminen. Tämän pohjalta voitiin päätellä, että kyselyyn on saatu ainakin yksittäisiä vastauksia ympäri Suomen. Vastauksissa esiintyvät seuraavat alueet: Varsinais-Suomi, Länsi-Uusimaa, Uusimaa, Kymenlaakso, Pirkanmaa, Keski-Suomi, Etelä-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Pohjois-Pohjanmaa ja Lappi.

6.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston kerääminen toteutettiin sähköisellä kyselyllä Helsingin yliopiston E-lomake palvelussa (<https://elomake.helsinki.fi/>). Tämän lisäksi saatteessa mainittiin, että vastaaminen voidaan toteuttaa vaihtoehtoisesti sähköpostilla tai paperisena. Tutkimuskysely laadittiin erikseen tätä tutkimusta varten aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella (Metsämuuronen, 2009; Vehkalahti, 2014; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2016). Kyselyn pilotointivaiheessa kyselystä palautetta antoivat puheterapeutti Marja-Liisa Rissa HYKS:in lastenlinnasta sekä neljä logopedian maisterivaiheen opiskelijaa. Kattavan otoksen saamiseksi saate (liite 1) sekä linkki kyselyyn (liite 2) välitettiin sähköpostilla Suomen Puheterapeuttiliittoon sekä puheterapeutteja työllistäviin yrityksiin (Terapiakeskus Contextia Oy, Tutoris Oy, Kommunikointikeskus Kipinä Oy sekä Sanamaailma Oy). Kysely lähetettiin lisäksi yhteen yritykseen, josta ei saatu vastausta, joten ei voida tietää välitettiinkö kysely työntekijöille. Kyseiset yritykset valittiin asiasanoilla tehdyn internethaun perusteella. Näiden lisäksi

linkki kyselyyn jaettiin Helsingin yliopiston logopedian opiskelijoiden ainejärjestö Foni ry:n facebook-ryhmässä sekä Foni ry:n alumnit-ryhmässä. Levitystavan vuoksi osa puheterapeuteista sai kyselyn useampia kertoja. Muistutusviesti lähetettiin kerran heille, joilla vastaus oli merkitty keskeneräiseksi (n=10). Kysely oli auki kolme viikkoa huhti-toukokuun vaihteessa 2016. Heti tämän jälkeen kyselyyn vastasi vielä neljä henkilöä, jotka lähettivät erillisen pyynnön päästäkseen vastaamaan. Lopullinen aineisto (n=194) muodostui 193 sähköisestä e-lomakkeen vastauksesta ja yhdestä sähköpostivastauksesta.

Tutkimuskysely (liite 2) jakautui viiteen eri osioon: 1) perustiedot, 2) täydennyskoulutus, 3) kokemus, 4) tiedot varhaiskuntoutuksesta ja siihen liittyvästä arvioinnista ja 5) kehittäminen. Kysymyksiä oli yhteensä 24. Näiden lisäksi kyselyyn sisältyi vapaan sanan osio, johon vastaaja sai täydentää olennaiseksi kokemiaan asioita. Kyselyyn sisällytettiin määrällisten taustatietojen lisäksi paljon laadullista tietoa sisältäviä avokysymyksiä, sillä aiheen vähäisen esitiedon vuoksi oli tärkeää antaa puheterapeuttien tuoda itse esille ajatuksiaan mahdollisimman paljon. Kyselyn laadinnassa kiinnitettiin huomiota kysymysten selkeyteen ja loogiseen etenemiseen, jotta vastaaminen olisi ollut mahdollisimman helppoa ja mielekästä (Vehkalahti, 2014). Osaan kysymyksistä oli erikseen avattavissa lyhyt, mahdollisimman neutraaliksi muotoiltu lisäselvennys. Vastaaminen oli mahdollista keskeyttää, ja sitä pystyi jatkamaan myöhemmin sähköpostiin saatavan linkin välityksellä.

Kyselyn osissa 1 ja 2 kartoitettiin vastaajan koulutus- ja työtaustaa, sekä täydennyskouluttautumista ja tiedonhankintaa nimenomaan pienten lasten arvioinnin ja kuntoutuksen osalta. Osiossa 3 eroteltiin ne vastaajat, joilla on kokemusta kohderyhmän lapsien kanssa työskentelystä. Osioon sisältyi myös omien taitojen arviointia ja pohdintaa siitä, miten yliopistossa suoritettu peruskoulutus oli valmistanut toimimiseen pienten lasten kanssa. Neljäs osio keskittyi keräämään tietoa pienillä lapsilla esiintyneistä vaikeuksista ja mahdollisista alustavista diagnooseista. Kyseinen osuus oli suunnattu ainoastaan niille vastaajille, joilla oli kokemusta pienten lasten kanssa työskentelystä. Kysymyksissä selvitettiin, millaisia keinoja puheterapeuteilla on käytössään arvioinnissa ja kuntoutuksessa, sekä miten he ovat kokeneet

vanhempien ja muun ympäristön kanssa työskentelyn sekä näiden roolin kuntoutuksessa. Samalla kartoitettiin näiden lasten hoitoketjua ja sen sujuvuutta suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä puheterapeutin näkökulmasta. Osio viisi soveltui jälleen kaikille vastaajille ja koski puheterapeuttien kokemuksia ja näkemyksiä pienten lasten puheterapeutisesta huomioimisesta sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten tavasta hyödyntää puheterapeutteja. Osiossa tiedusteltiin myös, kuinka hyvin vastaaja arvioi puheterapeuttien yleisesti osaavan pienten lasten kanssa työskentelyssä tarvittavia tietoja.

6.3 Aineiston analyysi

Tilastoanalyysit tehtiin IBM SPSS Statistics for Windows –ohjelmistolla (versio 24)(IBM Corp., Armonk, NY, USA), johon aineisto siirrettiin sähköisesti E-lomakkeelta. Tilastollisten menetelmien osalta konsultoitiin Helsingin yliopistosta psykologian tohtorikoulutettava Regina García Velázquezia ja Tampereen yliopistosta LL, tohtorikoulutettava Elina Uitto. Aluksi aineistoa muokattiin analyysiin sopivaksi yhtenäistämällä vastaukset muun muassa korjaamalla vastauksia kokonaisiksi vuosiluvuiksi sekä pyöristämällä työvuodet seuraavaan puoleen vuoteen. Numeeriset muuttujat (valmistumisvuosi ja työvuodet) eivät noudattaneet normaalijakaumaa, ja siksi niiden osalta tunnuslukuna raportoitiin mediaani (minimi, maksimi). Kategorisista muuttujista raportoitiin prosenttiosuudet (n). Kategoriset muuttujat analysoitiin Fisherin testillä. Kaksisuuntaista p-arvoa alle 0,05 pidettiin tilastollisen merkittävyyden rajana.

Tarkasteltaessa logopedian opintojen antamia valmiuksia suhteessa valmistumisajankohtaan vastaajat jaettiin kahteen ryhmään valmistumisvuoden perusteella 1) vuonna 1998 tai sitä ennen valmistuneet 2) vuoden 1998 jälkeen valmistuneet. Koetun osaamisen tarkasteluissa myös osaaminen luokiteltiin kahteen ryhmään niin, että ensimmäisen ryhmän muodostivat vastaukset *heikot, tyydyttävät* sekä *eos* ja toisen ryhmän *hyvät* ja *erinomaiset*. Puheterapeuttien kokeman osaamisen yhteyttä työvuosiin tarkasteltiin kahdessa vaiheessa. Ensin verrattiin työssä kolmea ryhmää, joita olivat 1) alle viisi vuotta työelämässä 2) 5 - 10 vuotta

työelämässä 3) yli 10 vuotta työelämässä. Toisessa vaiheessa verrattiin alle viisi vuotta työelämässä olleita kaikkiin tätä kauemmin työtä tehneisiin.

Laadulliset vastaukset käytiin alustavasti läpi korjaamalla analyysin kannalta oleelliset kirjoitusvirheet ja selvittämällä käytetyn termistön merkityksiä. Aineistossa päädyttiin myös yhdistämään kysymykset 6 (*Millä tavoin olet itsenäisesti hankkinut tietoa osaamisesi lisäämiseksi?*) ja 7 (*Millä muulla tavalla olet täydentänyt osaamistasi?*), koska vastaajat olivat antaneet näihin keskenään samankaltaisia vastauksia. Usean kysymyksen vastaukset lisäksi ryhmiteltiin laajempien kategorioiden alle. Kysymysten 20 (*Osaavatko muut terveydenhuollon ammattilaiset hyödyntää puheterapeutin osaamista?*) ja 21 (*Mitä ajattelet puheterapeuttien yleisestä osaamisesta ja tietämyksestä pienten lasten osalta?*) vastaukset ryhmiteltiin viiteen luokkaan (*Eos, Huonot, Vaihtelevat, Kohtalaiset, Hyvät*). Viimeisen kysymyksen 22 (*Toivoisitko aihealueesta lisää koulutusta?*) vastaukset ryhmiteltiin kolmeen aineistosta nousseeseen ryhmään (*kyllä, en tällä hetkellä, en*). Tuloksissa joistakin avokysymyksistä nostetaan esiin tyypillisiä vastauksia.

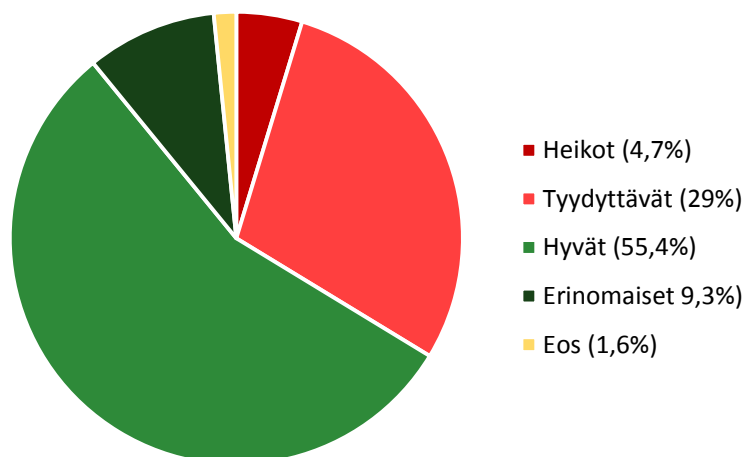
Tulosten vertaaminen aiempaan kirjallisuuteen ja tutkimukseen oli mahdollista vain pieniltä osin, sillä aiempaa tutkimustietoa aiheesta on niukasti saatavilla.

7 TULOKSET

Tuloksia tarkastellaan kolmessa osassa tutkimuskysymysten pohjalta. Ensimmäisenä käydään läpi puheterapeuttien osaamisen muodostumista, toisena alle kolmevuotiaina puheterapeutille ohjautuvien lasten piirteitä ja kolmantena varhaisten puheterapiapalveluiden järjestymistä.

7.1 Osaaminen

Vastaajista yli puolet koki varhaiskuntoutuksen ja siihen liittyvän arvioinnin taitonsa arviointihetkellä hyviksi tai erinomaisiksi (kuva 3).

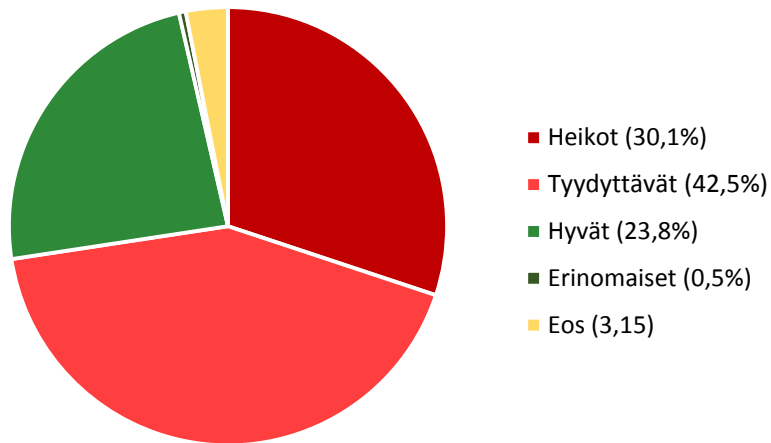


Kuva 3. Koetut varhaiskuntoutuksen ja siihen liittyvät arvioinnin taidot

Osaaminen muodostui aineistossa logopedian perusopinnot, täydennyskoulutautumisen sekä työssäoppimisen kautta.

7.1.1 Logopedian perusopinnot

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että perusopintojen tarjoamat valmiudet varhaiskuntoutukseen ja siihen liittyvään arviointiin olivat heikot tai tyydyttävät (kuva 4).



Kuva 4. Logopedian perusopintojen antamat valmiudet varhaiskuntoutukseen ja siihen liittyvään arviointiin

Perusopintojen antamilla valmiuksilla ja opintojen valmistumisajankohdalla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,229$, Fisherin testi). Myöhemmin valmistuneet kokivat kuitenkin saamansa valmiudet keskimäärin aiemmin valmistuneita paremmiksi, ja arviot näiden kahden ryhmän välillä erosivat 8,9 prosenttiyksikköä (taulukko 4).

Taulukko 4. Perusopintojen antamat valmiudet pienten kanssa työskentelyyn valmistumisajankohdan mukaan ($n=192$)

	Valmistumisajankohta	
	1979 – 1998	1999 – 2016
Hyvät tai erinomaiset	19,7	28,6
Huonot, tyydyttävät, eos	80,3	71,4

Varhaiskuntoutuksen kannalta logopedian perusopinnoista hyödyllisimmäksi tekijäksi vastaajat nimesivät teoretiedon lasten tyypillisestä kehityksestä ja siinä esiintyvistä vaikeuksista sekä vuorovaikutuksen merkityksestä kehitykselle ($n=83$). Toiseksi eniten vastauksista nousi esille oppiminen harjoitteluiden kautta ($n=40$). Näiden lisäksi koulutuksessa koettiin hyödylliseksi AAC- ($n=17$) ja arviointimenetelmiin ($n=13$) tutustuminen sekä psykologian sivuaineopinnot ($n=10$). Opinnäytetyönsä kautta aiheeseen oli perehtynyt tarkemmin kuusi vastaajaa. Osa ($n=17$) kysymykseen vastanneista koki, että peruskoulutuksesta ei ollut saanut valmiuksia työskentelyyn pienten lasten kanssa.

7.1.2 Täydennyskoulutus

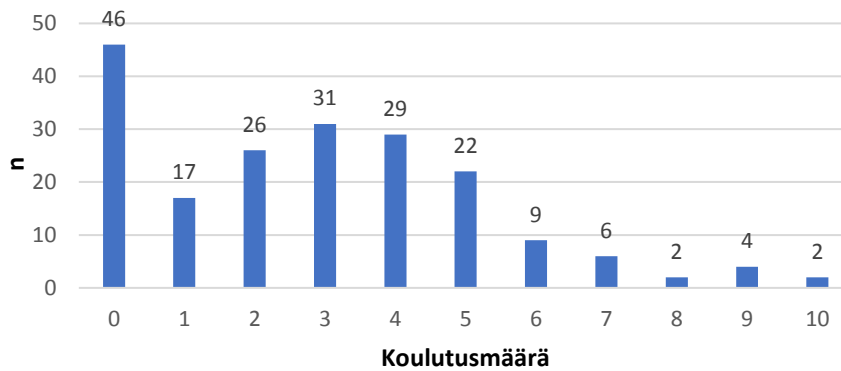
Osaamista lisäävistä täydennyskoulutuksista eniten mainittiin oraalimotoriikan ja syömisen (27%), vuorovaikutukseen ja sen tukemiseen liittyvät (22%) sekä puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimenetelmien (22%) koulutukset. Näiden lisäksi hyödylliseksi koettiin koulutukset autismit kirjosta (11%), fonologiasta (7%) ja ympäristön ohjauksesta (5%). Edellisten lisäksi mainittiin paljon muita yksittäisiä aihealueita (7%) kuten kehitysvamma-ala ja neurologiset häiriöt. Eniten mainitut yksittäiset koulutukset on listattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Vastaajien useimmin mainitsevat koulutukset (n=81)

Koulutus	% (n)
Oral Placement Therapy	29,4 (55)
Viittomat	18,2 (34)
Kuvakommunikaatio ja Picture Exchange Communication System (PECS)	9,1 (17)
Pivotal Response Training (PRT)	8,0 (15)
Theraplay	7,5 (14)
Leikki	6,4 (12)
Kommunikaation kolmio ja kulmakivet	5,9 (12)
Neurodevelopmental Treatment (NDT)	5,9 (12)
Esikko	4,8 (9)
Hanan koulutukset	4,3 (8)

Edellisten koulutusten lisäksi useita kertoja mainittiin Pikku-Portaat, Castillo-Morales, Fonologisen kehityksen koulutukset sekä Care Index.

Täydennyskoulutukset olivat useimmiten tai aina olleet työnantajan kustantamia (85%). 60 prosenttia oli maksanut koulutuksen joskus itse. Muutama vastaaja oli kustantanut koulutuksia myös apurahoilla. Tyypillisimmin vastauksissa mainittiin 2–4 käytyä koulutusta (kuva 5). 46 vastaajaa ei nimennyt mitään pienten lasten kanssa työskentelyä hyödyttävää koulutusta. Heistä 13 oli ollut työelämässä kaksi vuotta tai vähemmän. Lisäksi muutama pitkän työuran tehneistä jätti erittelemättä käymänsä koulutukset.



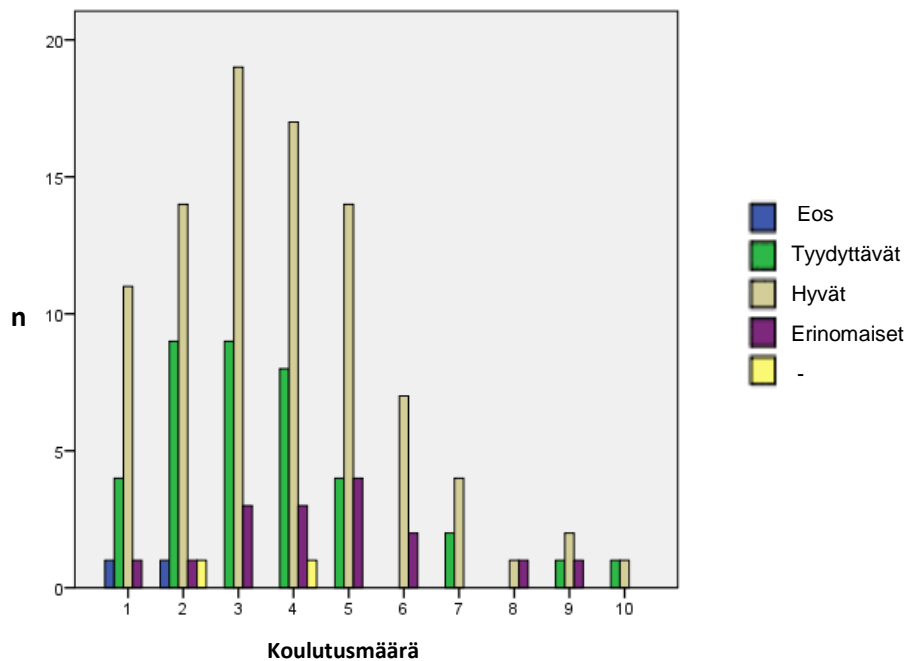
Kuva 5. Vastaajien mainitsemat koulutusmäärät

Mainittujen koulutusten määrä ei ollut läheskään aina sidottu työvuosiin, mutta ne lisääntyivät keskimääräisesti hieman työvuosien mukana (taulukko 6).

Taulukko 6. Työvuosien suhde koulutusten määrään

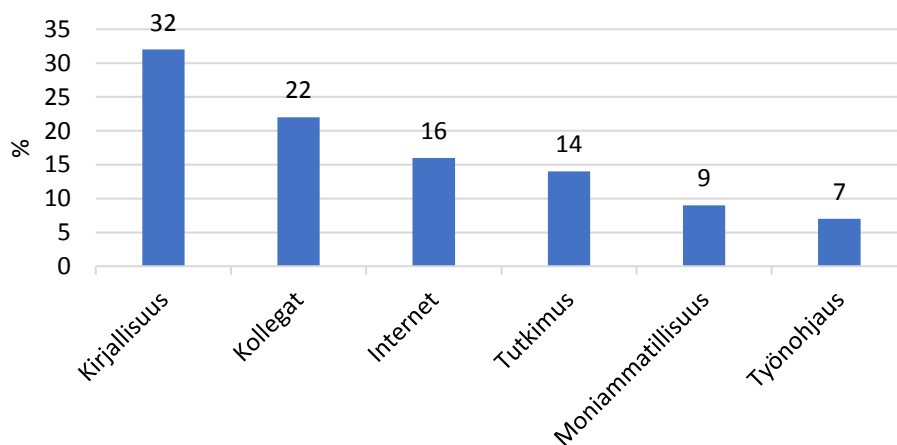
	Työvuodet			
	Alle 5 (n=52)	5–10 (n=46)	11–20 (n=30)	Yli 20 (n=65)
Mediaani	2	3	4	4
Min, max	0, 8	0, 10	0, 10	0, 9

Täydennyskoulutusten määrällä ei ollut tilastollista yhteyttä koettuun osaamiseen ($p=0,551$)(kuva 6). Hyviksi tai erinomaisiksi taitonsa arvioivat niin yhden koulutuksen maininneet kuin tätä enemmänkin kouluttautuneet. Eniten koulutuksia maininneet vastaajat työskentelivät tasaisesti kaikilla työpaikoilla.



Kuva 6. Täydennyskoulutusten määrä ja suhde koettuun osaamiseen

Koulutusten lisäksi tietoa ja osaamista hankittiin muun muassa kirjallisuudesta sekä kollegoilta (kuva 7).



Kuva 7. Puheterapeuttien ammatillisen osaamisen lisääminen ja ylläpito koulutusten lisäksi

Kirjallisuuteen viitattiin pääsääntöisesti yleisesti. Osa vastaajista myös nimesi lukemiaan kirjoja ja lehtiä. Näiden lisäksi nimettiin tutkimusartikkelit, jotka pääsääntöisesti erotettiin muusta kirjallisuudesta. Puheterapeuttikollegoiden kanssa käydyt keskustelut ja konsultaatiot omassa työpisteessä ja sen ulkopuolella koettiin tärkeiksi ja mainittiin hyvin usein. Internettiä käytettiin sekä

tiedon etsimiseen että kollegiaaliseen yhteyden pitämiseen. Usea vastaaja mainitsi muun muassa Facebookin ammatilliset ryhmät (n=23). Vastauksista nousivat varsinaisen tiedonhankinnan lisäksi esiin työn tuoman kokemuksen ja työn ulkopuolella kohdattujen lasten (omat lapset) merkitys osaamiselle. Usea vastaaja koki hyödylliseksi myös lähitieteiden kuten psykologian ja kasvatustieteiden opiskelun.

7.1.3 Oppiminen työssä

Koettu osaaminen kasvoi prosentuaalisesti työvuosien kasvaessa (taulukko 7), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,116$, Fisherin testi).

Taulukko 7. Työvuosien yhteys koettuun osaamiseen (n=192)

	Työvuodet		
	Alle 5 vuotta	5–10 vuotta	Yli 10 vuotta
Hyvät tai erinomaiset	52,9 %	64,3 %	70,4 %
Huonot, tyydyttävät, eos	47,1 %	35,7 %	29,6 %

Taitonsa hyväksi tai erinomaisiksi arvioi 53 prosenttia niistä, joilla työkokemusta oli alle viisi vuotta ja 69 prosenttia niistä, joilla sitä oli yli viisi vuotta, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,060$, Fisherin testi).

Työskentelyn säännöllisyyden ja osaamisen välillä vallitsi merkitsevä yhteys Fisherin testillä arvioituna ($p<0,001$). Mitä enemmän puheterapeutti oli työskennellyt pienten lasten kanssa, sitä paremmaksi hän koki osaamisensa (taulukko 8).

Taulukko 8. Työskentelyn säännöllisyyden yhteys koettuun osaamiseen (n=189)

	Työskentely pienten lasten kanssa % (n)			
	säännöllisesti	aiemmin säännöllisesti	satunnaisesti	ei koskaan
Hyvät tai erinomaiset	79 (87)	73 (19)	41 (18)	0 (0)
Huonot, tyydyttävät, eos	21 (23)	27 (7)	59 (26)	100 (9)

Työssään säännöllisesti alle kolmevuotiaita tapaavista puheterapeuteista suuri osa arvioi osaamisensa hyväksi kaikilla työpaikoilla (taulukko 9).

Taulukko 9. Säännöllisesti työssään pieniä lapsia tapaavien puheterapeuttien kokemus osaamisestaan työpaikoittain eriteltynä (n=189)

	Hyvät tai erinomaiset % (n)	Huonot, tyydyttävät, eos % (n)
Terveyskeskus	78 (43)	22 (12)
Yliopistollinen sairaala	100 (8)	0 (0)
Yritys	86 (6)	14 (1)
Yksityinen ammatinharjoittaja	71 (10)	29 (4)
Muu	88 (14)	12 (2)
Usea työpaikka	60 (6)	40 (4)

Puheterapeutit arvioivat ammattikuntansa pienten lasten kanssa työskentelyn osaamisen vaihtelevan (taulukko 8). Pääsääntöisesti taitojen ajateltiin kuitenkin olevan vähintään kohtalaiset.

Taulukko 10. Puheterapeuttien arvio koko ammattikunnan pienten kanssa työskentelyn osaamisesta (n=172)

Arvio osaamisesta	Eos	Huonot	Vaihtelevat	Kohtalaiset	Hyvät
% (n)	12 (20)	8 (14)	38 (65)	26 (45)	16 (28)

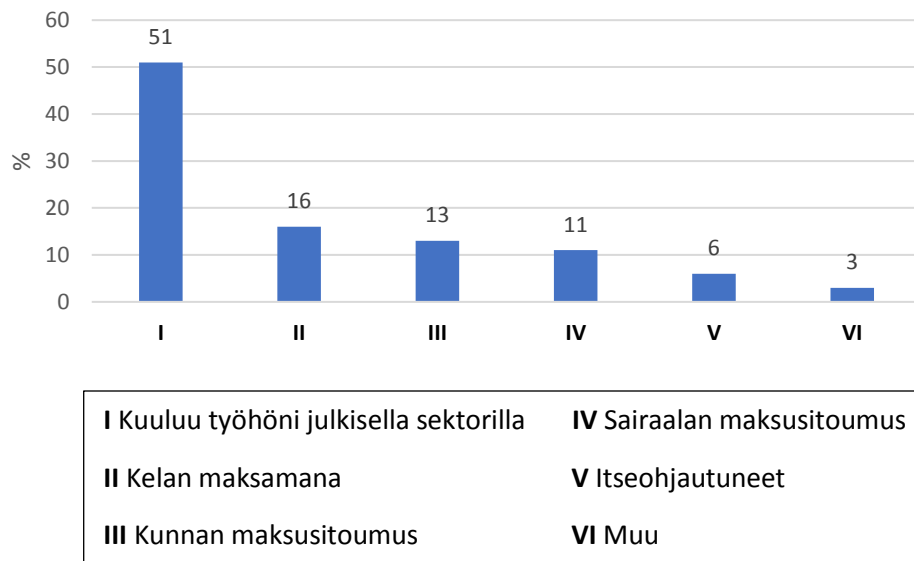
Moni vastaaja toi esille pelkän peruskoulutuksen riittämättömyyden ja koki osaamisen olevan kiinni omasta tiedonhankinnasta ja kouluttautumisesta sekä työn asiakasryhmästä. Kokemus nähtiin isoksi tekijäksi näiden lasten kanssa työskentelyn hallitsemiseksi ja jopa epäiltiin, ettei tällaista tietoa ole siirrettävissä opetuksen keinoin. Pienet lapset nähtiin usein myös omana erikoistumisalueenaan. Varhaisten kielellisten vaikeuksien ja normaalin kehityksen tunteminen arvioitiin yleisesti hyväksi, mutta erityisten ongelmien kuten syömisen ja nielemisen vaikeudet sekä autismikirjonhäiriöihin liittyvä osaaminen koettiin harvinaisemmaksi. Usein esille tuotiin pienten lasten kuntoutuksen toteutumisen riippuvan osaamista enemmän resursseista ja käytännöistä (lähetetäänkö pieniä puheterapeutille). Lisäksi käytännön työkalut

(testit ym.) mainittiin puutteellisiksi. Moni vastaaja mainitsi lisäksi, että tutkimustietoa hyvälaatuisen kielellisen viiveen erottamiseksi häiriintyneestä kehityksestä ei ole tarpeeksi. Myös vanhempien kanssa toimimiseen kaivattiin lisää koulutusta ja opastusta.

Pienten lasten kanssa työskentelyn lisäkoulutuksesta kiinnostuneita oli 92 prosenttia vastanneista, 6 prosenttia ei kokenut asiaa olennaiseksi tällä hetkellä ja 2 prosenttia ei ollut lainkaan kiinnostunut.

7.2 Pienet lapset puheterapiassa

Lapset ohjautuivat puheterapeutille pääsääntöisesti terveydenhuollon järjestelmän mukaisesti toisista lapsiperheen palveluista (kuva 8).



Kuva 8. Puheterapeutille ohjaavat tahot pienten lasten kohdalla

Muu -vastauksen valinneet olivat maininneet erikoissairaanhoidosta palautuneet lapset (n=2), sekä tarkentaneet läheteiden tulevan neuvolasta, päiväkodista tai lastensuojelusta.

Työskentely pienten lasten kanssa vaihteli työpaikoittain melko paljon (taulukko 11). Kaikki terveyskeskuksessa sekä yksityisenä ammatinharjoittajana

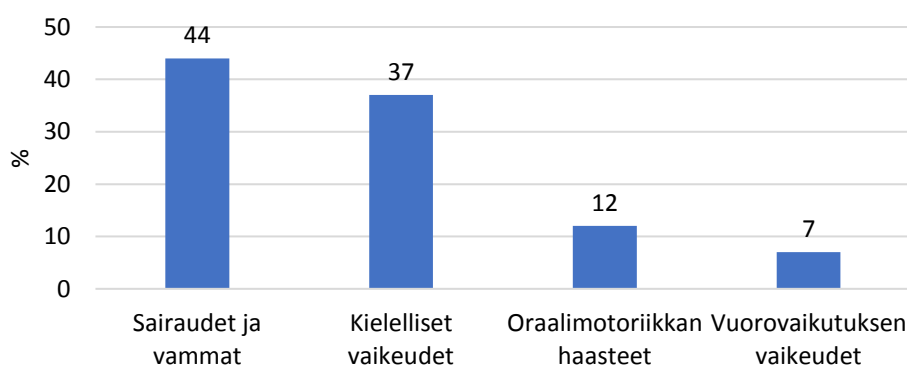
työskentelevät tapasivat kyseistä ikäluokkaa vähintään satunnaisesti. Kaupunginsairaalassa työskentelevät vastaajat taas eivät koskaan olleet näin pienten lasten kanssa tekemisissä.

Taulukko 11. Pienten lasten kanssa työskentely työpaikoittain (n=192)

Työskentely- tiheys	Nykyinen työpaikka (n)						
	Terveys- keskus	Kaupungin sairaala	Yliopistol. sairaala	Yritys	Yksityinen ammattinh.	Muu	Usea työ
Säännöllisesti	81	0	73	25	40	16	67
Satunnaisesti	9	0	18	39	46	24	20
Ei koskaan	0	100	9	14	0	6	7

7.2.1 Diagnoosit ja tulokset

Eniten puheterapeuteille ohjautui jonkin sairauden tai vamman diagnoosin tai sen epäilyn saaneita (kuva 9). Vasta toiseksi eniten hoitoon ohjautui lapsia, joilla oli puhtaasti kielellisiä vaikeuksia.



Kuva 9. Puheterapeuteille ohjautuneiden pienten lasten diagnoosit ja diagnoosiepäilyt

Puheterapeuteille ohjautuneiden pienten lasten ryhmät (kuva 9) sisälsivät monenlaisia alaryhmiä (taulukko 12 a-d).

Taulukko 12a. Sairaudet ja vammat (n=243)

Sairaudet ja vammat	n
Autismikirjon häiriöt	67
Kehitysvammat	39
Downin syndrooma	37
Monivammaiset	28
Kuulovammat	21
Syndroomat	18
Neurologiset vammat	13
CP-vamma	12
Suu- ja kitalakihalkiot	8

Taulukko 12b. Kielelliset vaikeudet (n=180)

Kielelliset vaikeudet	n
Viive kielen kehityksessä	120
Kielellinen erityisvaikeus	60

Taulukko 12c. Oraalimotoriikan ongelmat (n=63)

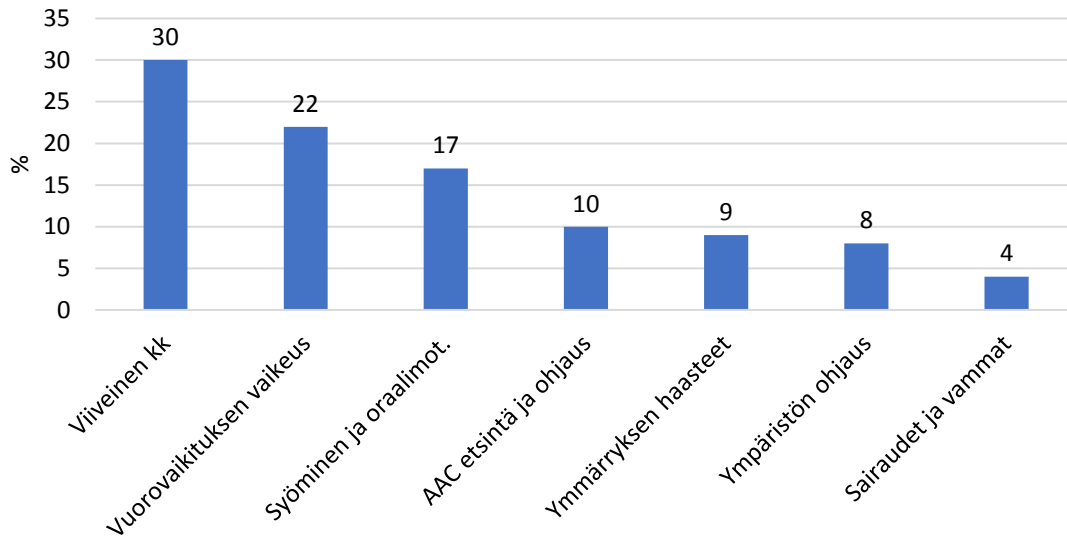
Oraalimotoriikka	n
Syömisestä haasteet	35
Puhemotoriikan vaikeudet (mm. dyspraksia)	24
Kuolaus	4

Taulukko 12d. Vuorovaikutuksen vaikeudet (n=39)

Vuorovaikutus	n
Vuorovaikutuksen, kontaktin ja kommunikoinnin pulmat	32
Käyttäytymisen haasteet	4
Valikoiva puhumattomuus (mutismi)	3

Usea vastaaja toi esille, että alle kolmevuotiailla lapsilla on harvoin diagnoosia. Vastaajilla oli vaihtelevia kokemuksia siitä, kuinka selvärajaisia hoitoon ohjautuneiden lasten vaikeudet ovat. Lapset olivat ohjautuneet puheterapeutille usein puheen puuttumisen tai vähäisyyden vuoksi. Myös monikieliset lapset sekä keskoslapset mainittiin muutamissa (molemmissa n=4) vastauksissa.

Tulosyyt puheterapeutille olivat moninaiset (kuva 10). Eniten muiden tahojen huolta olivat herättäneet viiveinen kielen kehitys sekä vaikeudet vuorovaikutuksessa.



Kuva 10. Puheterapeutille ohjautumisen syyt

Usea vastaaja kertoi pienen lapsen tapaamisessa olevan kyse yleensä puheterapeutin arviosta (n=33).

7.2.2 Arviointi ja kuntoutus

Puheterapeutit käyttivät alle kolmevuotiaiden lasten arvioinnissaan paljon erilaisia testejä ja tarkistuslomakkeita sekä lapsen toiminnan havainnointia (taulukko 13 ja 14). Osa vastaajista mainitsi tekevänsä havainnointia vastaanoton lisäksi päiväkodeissa. Muutamalla vastaajalla oli myös käytössään itse arviointitilanteeseen kehittämäänsä tehtäviä. Reynell-testistä käytettiin usein vain ymmärtämistä mittaavaa osiota, ja vastaajista 39 mainitsi käyttävänsä testin versiota III.

Taulukko 13. Puheterapeuttien käyttämät arviointimenetelmät (n)

Arviointimenetelmät	n
Testit ja lomakket	148
Havainnointi	104
Vanhempien haastattelu	87
Leikki	75
Vuorovaikutuksen arvioiminen	32
Päiväkodin ja neuvolan palaute	29
Oraalimotoriikan taidot	26
Syömisen testaaminen	16
Videointi tai nauhoitus	10

Taulukko 14. Puheterapeuttien käyttämät standardoidut testit ja mittarit (n)

Testit ja mittarit	n
Reynellin kielellisen kehityksen testi (RDLS)	86
BoEge – Sanaston käytön testi	52
Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä (MCDI)	48
Eva (BoEge Eva test)	36
Kettu – 3-vuotiaan puheen ja kielen arviointimenetelmä	35
Esikko – Lapsen esikielellisen kommunikaation ja kielen ensikartoitus	30
Fonologiatesti – Lapsen äänteellisen kehityksen arviointimenetelmä	20

Kuntoutuksessa puheterapeutit käyttivät monenlaisia menetelmiä lapsen kanssa sekä opastivat lähiympäristöä (taulukko 15).

Taulukko 15. Puheterapeuttien eniten käyttämät menetelmät kuntoutuksessa (n)

Kuntoutusmenetelmä	n
Kuvien käyttö	91
Leikki	85
Tukiviittomat	82
Lähiympäristön ohjaaminen	69
Oraalimotoriset harjoitukset	38
Puheen ja ääntelyn mallintaminen	23
Ääntelyyn rohkaisu	19
Pelit	18
Laulut ja lorut	13
Kirjat	12

Yksittäisistä menetelmistä mainittiin useimmin Oral Placement Therapy (n=26), puhetta tukevat ja korvaavat menetelmät (n=17), Pupupuu (n=16), Pivotal Response Training (n=14) ja Theraplay (n=8). Kuusi vastaajaa kertoi käyttävänsä kuntoutuksessa tietokonetta tai tablettia.

7.2.3 Yhteistyö lähiympäristön kanssa

Kaikki vastaajat toivat esille vanhempien olevan merkittäviä tekijöitä kuntoutuksen järjestymisen ja onnistumisen kannalta, koska varhaisvaiheessa puheterapia perustuu lähinnä vanhempien ohjaukselle. Suuri osa mainitsikin tapaavansa lasta vain yhdessä vanhempien kanssa. Yhteistyön onnistumisen koettiin vaihtelevan perhekohtaisesti, mutta pääosin kokemukset olivat hyviä. Mikäli vanhemmat tulivat vastaanotolle vapaaehtoisesti, yhteistyö sujui yleensä paremmin kuin niiden vanhempien kanssa, jotka tulivat neuvolan tai päiväkodin suostuttelemina.

- - vanhemmat ovat ensisijaisessa asemassa työskentelyssä. Jos vanhemmat eivät ole motivoituneita tekemään muutoksia arjen kotielämään, ei puheterapialla juurikaan ole näiden pienten kohdalla suuria tuloksia saavutettavissa.

Kun vanhemmalla itsellään on huoli, on hän yleensä kiinnostunut ja vastaanottavainen. Mutta kun vanhemmalla ei ole huolta, on vaikea saada vanhempaa motivoitumaan ja joskus myös ymmärtämään, miksi näinkin pienen lapsen kehitykseen pitäisi jollain tavalla puuttua.

Alussa useimmilla vanhemmilla oli vastaajien mukaan suuri tiedontarve, ja heidän oli tärkeää tulla kuulluiksi. Mikäli puheterapeutin harjoituksia ja neuvoja alettiin noudattaa kotona, oli edistyminen yleensä melko nopeaa. Eniten vanhempien kanssa haasteita syntyi erilaisista näkemyksistä lapsen tilanteesta sekä AAC-keinojen käyttöönotosta. Varsin moni puheterapeutti oli törmännyt tilanteeseen, jossa taitojen oletettiin ilmaantuvan itsestään kasvun mukana. Osalla vanhemmista lapsen vaikeuksien hyväksyminen saattoi viedä kauankin aikaa, ja osa perheistä odotti puheterapeutin hoitavan asian ilman vanhempien osallistumista.

Vanhemmat reagoi kukin tavallaan, toiset on ylihuolissaan, toiset kieltäytyvät kuulemasta pelottavia asioita. Vanhempien reaktioille pitää antaa tilaa ja aikaa. Se on tärkeä osa lapsen kuntoutusta. --

Vanhempien rooli on ensiarvoisen tärkeä silloin, kun kyseessä on aac-keinojen tarve (yleensä kun lapsi on puhumaton). Jotkut vanhemmat suhtautuvat aac-keinoihin epäilevästi, jolloin yhteistyön alku voi olla hankala. Jotkut taas uskovat, että puhe tulee itseksensä kun tarpeeksi odotellaan. --

Kiinnostuksen lisäksi yhteistyöhön nimettiin vaikuttavan perheen voimavarat ja vanhempien oma jaksaminen. Muutamat vastaajat mainitsivat lisäksi maahanmuuttajaperheiden kanssa työskentelyyn liittyvät vuorovaikutuksen haasteet sekä eroavat näkemykset jatkotoimista.

Yhteistyö päivähoidon kanssa nähtiin vastauksissa erittäin tärkeänä ja yhteydenpito molempiin suuntiin koettiin olennaisena lapsen kehityksen tukemisessa. Usein pienet lapset olivat kuitenkin vielä kotihoidossa.

Mikäli lapsi on päiväkodissa, yhtä tärkeää kuin vanhempien kanssa työskentely.

Päiväkodin kanssa työskentely on hedelmällistä, tärkeät havainnot vaihtuvat puolin ja toisin - -

Yhteistyö onnistui vaihtelevasti. Usea vastaaja toi esiin, että suunnittelu ja yhteistyö onnistuivat, mutta käytännössä päiväkodeilla ei ollut resursseja, osaamista tai halua AAC-keinojen käyttöön tai muuhun yksilöllisempään lapsen huomioimiseen. Lapsille ei myöskään saatu tarpeellisia avustajia.

Usein päiväkodin henkilökunta on todella kiinnostunutta varhaiskuntoutuksen suhteen. Käytännössä kuntoutuksen siirtäminen arkeen on usein haastavaa henkilökunnan ajanpuutteen vuoksi.

Päiväkotiryhmien välillä on suuria asenne-eroja ja ryhmän sisälläkin hoitajien suhtautuminen terapeutteihin, ohjaukseen ja asiakkaisiin vaihtelee niin paljon, että en haluaisi vetää mitään yleistyksiä. Toisissa päiväkodeissa on todella motivoitunutta ja/tai osaavaa henkilökuntaa ja toisissa sitten taas ei. - -

Isovanhemmista tai muista lapsen lähimpiin henkilöistä puheterapeuteilla oli vähän kokemuksia. Niillä vastaajilla, joilla kokemusta oli, kokemukset jakautuivat kahtia. Osa oli kokenut isovanhemmat perheen ja kuntoutuksen tukena, toiset taas olivat joutuneet kamppailemaan esimerkiksi vanhanaikaisia käsityksiä ja AAC-keinojen vastustusta vastaan.

Minulla on hyviä kokemuksia isovanhempien (yleensä mummin) kanssa työskentelystä, pyrin saamaan heitä mukaan terapiakäynnille.

- - Usein isovanhemmat vähättelevät lapsenlapsensa ongelmia, vaikka kyse olisi graaveista vuorovaikutuksen ja kontaktin häiriöistä. - -

7.3 Kokemukset puheterapiapalveluiden järjestymisestä

Vastaajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan pienten lasten puheterapeuttisen kuntoutuksen jatkon sujumisesta (taulukko 16). Kysymyksen kaikki osiot eivät sopineet kaikkien työnkuvaan, joten eos-vastauksia esiintyi tavallista enemmän.

Taulukko 16. Puheterapeuttien kokemukset pienten lasten hoidon jatkamisesta ensiarvion jälkeen (%)

	Mahdotonta	Vaikeaa	Melko helppoa	Helppoa	Erittäin helppoa	Eos
Jatkoseurannan toteuttavan puheterapeutin löytyminen (n=163)	2	14,1	13,4	23,3	10,4	36,8
Jatkon toteutus omassa työpisteessä (n=167)	3	2,9	25,7	28,7	27,5	11,9
Kuntouttavan puheterapeutin löytyminen (n=166)	2	46,9	23,4	6,6	2,4	18,6
Rahoituksen järjestyminen (n=163)	-	15,3	33,1	17,1	2,4	31,9

Suurimmassa osassa vastauksia tuotiin esille, että alle kolmevuotiaiden kuntoutus ja seuranta järjestetään lähes poikkeuksetta perusterveydenhuollon puheterapeutin seurantana. Muutamit vastaajat kokivat tämän lisäävän työtaakkaansa sekä heikentävän pienten lasten saamaa kuntoutusta, koska heidän työssään ovat etusijalla vanhemmat lapset. Alle kolmevuotiaiden pääsy

erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja Kela:n kuntoutuksen piiriin koettiin vaikeaksi, ellei kyseessä ollut hyvin vaikea ja laaja vuorovaikutuksen häiriö.

Harvemmin kuitenkaan vielä alle 3-vuotias saa Kelan terapiaa, ellei ole kokonaiskehityksen viive/kehitysvamma. Yleensä kuntoutuksena on puheterapiaseuranta ja terapiajaksot kunnassa alle 3-vuotiaille.

Alle 3-vuotiaat kuntoutetaan usein omassa kunnassa - - Jos kyse selvästi esim. autistisesta lapsesta, joka tarvitsee tiiviin terapian heti, ostetaan palvelu, jos saatavilla.

- - eikä alle kolmevuotiaita (kielihäiriöepäilyjä) ilmeisesti edes huoliteta erikoissairaanhoidon.

Mikäli alle kolmevuotiaalle lapselle myönnettiin yksityisterapiaa, kuntouttavan puheterapeutin löytyminen oli usein haastavaa, ja Kela:n lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä toimivia puheterapeutteja mainittiin usealla alueella olevan liian vähän. Jonot terapeuteille ovat tästä syystä vastaajien mukaan yleensä pitkät. Vastauksista on kuitenkin nähtävissä vaihtelua alueittain, sillä osa koki jatkohoidon helpoksi ja jopa erittäin helpoksi.

- - Kela-puheterapeuteista pulaa aina vaan.

- - Jos asiakkaalle tarvitsee hankkia kuntouttavaa puheterapeuttia heidän omalta asuinalueeltaan, tämä on nykyisin varsin haastavaa, vapaita puheterapeutteja on vähän tarjolla.

Kokemukseni mukaan pk-seudulla on kohtuullisen helppo päästä erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin ja saada kuntoutusta (verrattuna muuhun maahan). Mutta jonot on pitkät ja asiat etenevät hitaasti.

Aiemmassa työpaikassani kuntouttavan puheterapeutin löytäminen oli mahdotonta alueen puheterapeuttipulan vuoksi. Nykyisin työskentelen alueella, jossa jatkotutkimukset ja kuntoutuksen järjestäminen onnistuu erittäin hyvin ja lapset saavat tarvitessaan Kelan kustantamaa kuntoutusta.

Varsinaisen kuntoutuksen ohella lapset joutuvat usein jonottamaan myös jatkotutkimuksiin. Jollakin paikkakunnalla oli linjaus, että maksusitoumusta puheterapeuttiseen kuntoutukseen ei myönnetä alle kolmevuotiaille lapsille. Rahoituksen järjestyminen tuntui vastaajista itse palveluiden järjestymistä

helpommalta. Kela:n toimintakriteerien muutoksia ja alueittain vaihtelevia linjoja arvosteltiin. Vastauksissa mainittiin lisäksi perus- ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön haasteet sekä toimimattomat palvelusetelijärjestelmät.

Joskus asiakas saa meillä puheterapiaa ja siirtyykin ihan yllättäen jo ensi viikosta alkaen KELA:n kuntoutuksen piiriin. Tieto ei aina kulje.

- - harmittelen sitä, kuinka myöhään pienet tulevat tiiviiseen kuntoutukseen. Kuulovamma on ollut ainoa diagnoosi, joka on mahdollistanut kuntoutuksen alkamisen alle vuoden ikäisenä.

- - Pystymme hoitamaan pienten (2-3-vuotiaiden) kuntoutuksen jaksottaisella puheterapialla itse ja vaikeimmat tapaukset (Kelan asiakkaat) pääsevät yleensä jossain vaiheessa siirtymään yksityiselle puheterapeutille. Tilanne on siedettävä mutta ei kovin hyvä. Jaksot ovat liian lyhyitä ja jono yksityiselle puheterapeutille liian pitkä. Lisäksi asiakasmäärä on kokonaisuudessaan liian suuri, joten pienet eivät yleensä pääse puheterapeutin arvioon ennen 2,5 vuoden ikää muuten kuin jos on laajoja vuorovaikutuksen ja kehityksen pulmia.

Kunnallisella puolella 0-3 -vuotiaat "pyörivät" organisaation sisällä eli lähete tulee yleensä lastenneuvolasta, pt arvioi ja järjestää seurannan sekä kuntoutuksen. Äärimmäisen harvoin alle 3v lapsi siirtyy tk:n puolelta vielä esim. Kelan kuntoutettavaksi.

Puheterapeutit arvioivat muiden terveydenhuollon ammattilaisten osaavan hyödyntää heidän palvelujaan vaihtelevasti (taulukko 17). Osaaminen edellytti yleensä sitä, että puheterapeutin kanssa oli oltu tekemisissä ainakin joltain osin.

Taulukko 17. Muiden ammattilaisten puheterapeutin osaamisen hyödyntäminen

	Koettu osaaminen (n=172)				
	Eos	Huono	Vaihteleva	Kohtalainen	Hyvä
n (%)	4 (6)	7 (12)	40 (69)	26 (45)	24 (41)

Vastaajien käsityksen mukaan puheterapeutin on itse tehtävä paljon työtä näkyvyytensä ja osaamisensa tiedostamisen vahvistamiseksi. Tämä vaatii aloitteiden tekemistä sekä koulutuksen pitämistä lähityöyhteisölle. Ne ammattihenkilöt, jotka ainakin jossain vaiheessa olivat tehneet yhteistyötä puheterapeutin kanssa, osasivat myös jatkossa hyödyntää puheterapeutin

osaamista. Puheterapeutit olivatkin pyrkineet erilaisiin työryhmiin lisätäkseen muiden tietämystä. Vastaajat kertoivat törmäävänsä edelleen usein käsityksiin, että puheterapeutti hoitaa pelkästään ääniteitä ja puhetta. Vuorovaikutuksen ja varsinkaan syömisen tai nielemisen hoitamista ei heidän kokemustensa mukaan yleensä osata yhdistää puheterapeuttiin.

Eivät läheskään tarpeeksi, puheterapeutilla itsellään erittäin tärkeä rooli itsensä markkinoimisessa ja tiedon jakamisessa!

Aika paljon osaavat, mutta eivät välttämättä tiedä, mihin kaikkeen puheterapeutilla on valmiuksia tarttua – ajatellaan vain puheen korjaamista eikä välttämättä esim. vuorovaikutuksen ongelmia.

Kolmanneksi tuotiin paljon esille osaamisen vaihtelua. Samassa ammattikunnassakin tietämys ja käytännöt vaihtelevat suuresti ja eroja on alueittain. Yhteistyötahoista mainittiin neuvolan terveydenhoitajat, psykologit, toiminta- ja fysioterapeutit, lääkärit, päiväkodin henkilökunta sekä erityislastentarhanopettajat. Varsinkin lääkäreillä koettiin olevan puutteita puheterapeuttien ammattitaidon huomioon ottamisessa. Vastaajat toivoivat, että heitä konsultoitaisiin enemmän ja varhaisemmassa vaiheessa. Muutamat vastaajista mainitsivat myös, että puheterapiaan ohjautuu välillä toisaalle kuuluvia lapsia, koska vanhemmat kokevat usein puheterapian muita tahoja helpommaksi lähestyä. Tähän vaikuttaa lisäksi se, että useiden varhaisten vaikeuksien näkyvin oire on kielen kehityksen vaikeus.

Riippuu paljon, oikeastaan liikaa, työntekijästä milloin lähettää puheterapeutille vai lähettääkö lainkaan.

Nykyisessä työpaikassani osa muista ammattilaisista osaa hyödyntää oikein hyvin, esimerkiksi neuvolan terveydenhoitajat. Lääkärien kohdalla vaihtelu on suurta.

Vaihtelevasti. Välillä liikaakin eli esimerkiksi lapset, joiden olisi hyvä ohjautua erikoissairaanhoidon tai psykologille tuupataan puheterapiaan, koska se th:n on helppo markkinoida vanhemmille. - -

8 POHDINTA

Puheterapeuttien ammatillinen osaaminen alle kolmevuotiaista lapsista syntyy pääosin työkokemuksen kautta. Ennen kolmen vuoden ikää puheterapeutille ohjautuvilla lapsilla on yleensä jonkin sairauden tai vamman diagnoosi tai niiden epäily. Lisäksi puheterapiaan lähetetään kielen kehityksellisesti viiveisesti kehittyviä lapsia, joiden taustalta saattaa myöhemmin löytyä vaikeampi häiriö. Näiden lasten arvioon ja kuntoutukseen ohjautuminen on puheterapeuttien vastuulla usealla tavalla, sillä varsinaisen arvio- ja kuntoutustyön lisäksi puheterapeutteja tarvitaan lisäämään muiden ammattilaisten tietämystä kielen, syömistoimintojen ja vuorovaikutuksen kehittymisestä sekä kehityksen häiriöistä.

8.1 Tulosten pohdinta

8.1.1 Puheterapeuttien osaaminen ja sen muodostuminen

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli saada tietoa puheterapeuttien osaamisesta alle kolmevuotiaiden lasten kanssa. Tulosten perusteella osaaminen vaihtelee ja on epätasaista ammattiryhmän kesken. Samaan tulokseen ovat päätyneet Beamish ja Bryer (1999) selvittäessään Australiassa puheterapeuttisen varhaiskuntoutuksen toteutumista. Tämä voidaan nähdä luonnollisena seurauksena siitä, että puheterapeuteilla on tarve erikoistua tiettyihin erityisosaamisalueihin (Suomen Puheterapeuttiliitto, 2009).

Kliinisessä työssä puheterapeutin tulee tuntea lapsen tavanomainen kehityskulku, jotta hän kykenee erottamaan siitä erottuvat lapset. Tähän tarpeeseen logopedian perusopinnot vastaavat tulosten perusteella melko hyvin. Suhteessa pieniin lapsiin korostuvat tiedot varhaisesta vuorovaikutuksesta sekä kielellisestä kehityksestä ja aivojen plastisuudesta. Tämän tutkimuksen vastaajista suuri osa koki peruskoulutuksen antaneen valmiuksia alle kolmevuotiaiden kanssa työskentelyyn vähäisesti. Koulutuksen tavoite tiedostavasta puheterapeutista, joka kykenee itsenäisellä tiedonhankinnalla ylläpitämään ja lisäämään ammatillista osaamistaan (Launonen, 2013) vaikuttaa kuitenkin onnistuneen, sillä puhetera-

peutit mainitsivat useita käytössään olevia keinoja ammatillisen osaamisensa lisäämiseksi. Huoli kaiken olennaisen tiedon sisällyttämisestä perusopintojen 300 opintopisteeseen on noussut esiin ammattikunnassa aiemminkin esiin (esim. Launonen, 2010). Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalainen puheterapeutti-koulutus on kuitenkin laaja ja pitkäkestoinen.

Kliinisen osaamisen täydentäminen täydennyskoulutuksilla ja elinikäinen oppiminen on olennaista puheterapeutina työskentelylle (Suomen Puheterapeuttiliitto, 2009; ASHA, 2010; Puheterapianimikkeistö, 2010). Merkittävä osa tutkimuksen vastaajista ei kuitenkaan osannut mainita yhtään koulutusta, joka olisi lisännyt heidän ammatillista osaamistaan alle kolmevuotiaiden lasten kanssa. Tästä huolimatta lähes jokainen heistä teki työtään näiden lasten kanssa. Tulokseen vaikuttaa osaltaan se, että osa vastaajista laski mukaan ainoastaan juuri kyseiseen ikäryhmään kohdistetut koulutukset, eikä huomioinut toisten tapaan yleisesti hyödynnettäviä koulutuksia, kuten AAC-koulutukset. Kysymyksen asettelulla (*Luettele 0-3-vuotiaiden kanssa työskentelyn kannalta tärkeäksi kokemasi koulutukset*) pyrittiin kuitenkin herättämään vastaajaa huomioimaan kaikki hyödynnettävissä olevat koulutukset. Täydennyskouluttautumisella ei yllättäen myöskään koettu olevan suurta merkitystä osaamiselle pienten lasten kanssa.

Puheterapeutit toimivat työssään oman alansa asiantuntijoina (Puheterapianimikkeistö, 2010). Asiantuntijaksi kasvaminen kestää vuosia ja vaatii koulutautumisen lisäksi kokemuksia käytännön työstä (van der Wiel, Szegedi & Wegeman, 2004). Tulosten perusteella työkokemus olikin olennaisin koettua osaamista lisäävä tekijä. Hyväksi tai erinomaiseksi taitonsa kokivat varsinkin säännöllistä työtä alle kolmevuotiaiden lasten kanssa tehneet puheterapeutit, mikä antaa viitteitä siitä, että kertynyt osaaminen ei ole suoraan siirrettävissä asiakasryhmästä toiseen. Epävarmuutta puheterapeuteissa puolestaan aiheuttivat kyseiseen ikäryhmään kohdistettujen menetelmien vähyys sekä diagnoosin asettamisen haasteet. Varsinkin hyvänlaatuisen viiveen erottaminen häiriöisestä vaikutti tutkimustiedon puutteen vuoksi perustuvan vain kehityksen seurantaan. Erotusdiagnoosinnin vaikeus on noussut esille aiemminkin (Hannus, 2018).

8.1.2 Puheterapiaan ohjautuvat pienet lapset

Eniten puheterapeuteille ohjautuvat varhaisessa vaiheessa ne lapset, joilla on jokin sairaus tai vamma, jonka odotetaan vaikuttavan kielelliseen kehitykseen. Tästä on saatu viitteitä myös aiemmissa tutkimuksissa (Launonen, 1998). Tu-losyinä eniten mainittiin kielen kehityksen viive sekä vuorovaikutuksen vaikeudet. Ensimmäistä kertaa ympäristön huoli herääkin usein silloin, kun lapsi ei ala puhua (ASHA, 2008; Paul & Roth, 2011b; Ahonen, Aro ym., 2014). Muutamassa yksittäisessä vastauksessa lapsen asiakasryhmäksi mainittiin moni- ja kaksikieli-syys, mikä ei yksinään aiheuta häiriötä kielen kehittymiseen (Käypä hoito, 2010; Korkman ym., 2012). Ilman tarkempaa tietoa on kuitenkin mahdotonta päätellä, mitä vastaajat ovat tällä tarkoittaneet.

Arvioinnin toteutuksessa vastaajilla oli suurilta osin hyvin samankaltaisia käytän-teitä, joihin kuuluivat muun muassa havainnointi sekä standardoidut testit ja mit-tarit lapsille. Vanhempien näkemyksiä lapsensa tilanteesta kerättiin varsinkin haastattelun kautta, mikä tutkimuksen mukaan on yleisesti luotettava keino (Lyy-tinen, 1999; Bishop & McDonald, 2009). Tulosten perusteella läheskään kaikille puheterapeuteille ei kuitenkaan ole vakiintunut käyttöön erityisesti varhaisen kie-len kehityksen arvioimiseen kehitettyjä menetelmiä, kuten SOSKO tai Esikko. Lasten arviointi perustui pääsääntöisesti kehityksellisesti mielekkäisiin tekijöihin, sillä esimerkiksi äänne-erottelun (Laakso ym., 2011; Paul & Roth, 2011b) ja ym-märtämisen taidoilla (Mustonen ym., 2006) sekä leikillä (Lautamo, 2012; Lyytinen & Lautamo, 2014) on havaittu olevan yhteys myöhempiin kielellisiin taitoihin.

Vastaajista osa mainitsi käyttävänsä arvioinnissa lisäksi itse kehittämiään mene-telmiä. Tämä on tullut tutkimuksissa esiin aiemminkin (esim. Hannus, 2018) ja viittaa siihen, että yleisesti Suomessa käytössä olevien testien ei koeta vastaavan tarpeeseen. Itse tehtyjen menetelmien käyttö ei kuitenkaan ole näyttöön perus-tuvaa, eikä siten edistä ammattikunnan tavoitteita vaikuttavuuteen pohjautuvasta kuntoutustyöstä. Samalla mahdollisesti hyvinkin käyttökelpoiset ideat ja kliininen kokemus jäävät hyödyntämättä laajemmin puheterapiakentällä, missä tarvittaisiin yhteistyötä kliinistä työtä tekevien ja tutkijoiden välillä (Huttunen, 2001).

"Puheterapian tavoitteena on parantaa asiakkaan toiminta- ja kommunikaatiokykyä jokapäiväisessä elämässä" (Miettinen ym., 2016). Suorina menetelminä kuntoutuksessa korostuivat kuvien ja viittomien käyttö, sekä leikin kautta harjoittelu. Ympäristön ohjaamisen merkitys koettiin lisäksi tärkeäksi ja sen katsottiin luovan perustan kuntoutukselle. Tämä onkin määritelty yleisesti osaksi puheterapiaa ja puheterapeutin työtä (mm. Puheterapianimikkeistö, 2010; Sellman & Tykkyläinen, 2017). Vastausten perusteella vanhempien kuntoutuksellinen ohjaus toteutui melko hyvin ja osa vastaajista työskenteli myös yhdessä päiväkodin kanssa. Koska suurin osa tapaamisista tapahtui perusterveydenhuollossa, kuntoutuksen yhteys lapsen arkiympäristön kanssa jäi vähäiseksi, vaikka tämä olisi tärkeä kuntoutuksen vaikuttavuutta lisäävä tekijä. Tietotekniikkaa hyödynnetään vastausten perusteella kuntoutuksessa hyvin vähän. Osaltaan tilanteeseen vaikuttanee tietoteknisten välineiden saatavuus perusterveydenhuollossa, mutta kyseessä saattavat olla myös puheterapeuttien omat asenteet ja osaaminen.

8.1.3 Pienten lasten puheterapiakenttä

Pienten lasten arvio- ja kuntoutuskäytänteet vaikuttavat tulosten mukaan vaihtelevan sekä alueittain että työntekijöiden oman näkemyksen mukaan. Varhaisten kielellisten taitojen arviointi vaihtelee paikkakunnittain (Laakso ym., 2011), eikä esikielellisen kommunikaation arvio ole ollut järjestelmällistä (Aro, Eronen, Erkkilä, Siiskonen & Adenius-Jokivuori, 2003; Mustonen & Laakso, 2013). Useassa kohtaa aineistoa kävi ilmi, että ilman erityistä diagnoosia alle kolmevuotiaat jäävät vähäisten peruspalveluiden varaan, koska puheterapeutit joutuvat asettamaan vanhemmat lapset etusijalle. Käypä hoidossa (2010) on kuitenkin linjattu, että puheen kehityksen viive olisi syytä tiedostaa neuvolassa jo 2–2,5 vuoden iässä ja että ennaltaehkäisevä kuntoutustyö tulee aloittaa heti vaikeuksien ilmettyä. Varhaisen kuntoutuksen järjestämistä tukevasta tutkimuksesta huolimatta (mm. Lounonen, 1998; Bardy & Öhman, 2007; Paul & Roth, 2011b) asiaan ei ole kuitenkaan vielä puututtu järjestelmällisesti.

Tulosten perusteella useille terveydenhuollon ammattihenkilöille puheterapeutin ammatti ja osaamisalue ovat yhä vieraat, eikä puheterapiaa aina osata huomioida osana lasten varhaisvaiheen kuntoutusta. Puheterapeuttien kokemusten mukaan tämä tulee esiin erityisesti puhumattomien lasten sekä syömis- ja nielemishäiriöiden kohdalla. Yhteydenpidon toisiin ammattiryhmiin sekä tiedottamisen ja kouluttamisen koettiin usein jäävän puheterapeutin oman aktiivisuuden vaaraan. Puheterapianimikkeistössä (2010) tiedottajan ja kouluttajan tehtävät ovatkin mainittu osana puheterapeutin asiantuntijana toimimista. Terveydenhuoltojärjestelmä ja erityisesti asiakkaat kuitenkin hyötyisivät puheterapiapalveluiden paremmasta tiedostamisesta ja niiden tunnettavuuden sisällyttämisestä jo peruskoulutukseen muun muassa lääkäreiden ja terveydenhoitajien ammateissa.

Koska valtakunnallinen puheterapeuttipula on laajalti tiedossa, voidaan pitää yllättävänä, että puheterapeuteille ohjataan myös sellaisia lapsia, joilla ei ole puheterapeutin toimialaan liittyviä ongelmia. Tällaisen toimintatavan ei voida nähdä edistävän lapsen tilannetta, ja se saattaa pitkittää paljonkin oikein kohdistetun avun saamista. Matala kynnyks puheterapiapalveluiden vastaanottamisessa edistää kielellisten vaikeuksien diagnosointia ja kuntoutusta ja on siksi positiivista koko ammattiryhmälle. Tästä ei kuitenkaan tulisi seurata palvelun lisäkuormitusta ja väärinkäyttöä.

8.2 Menetelmän pohdinta

Tutkimuksen aineistonkeruun menetelmäksi valittiin kysely, sillä pienten lasten puheterapeuttisesta arvioinnista ja kuntoutuksesta haluttiin saada yleiskuva, eikä aiempaa tutkimustietoa ollut käytettävissä. Kyselytutkimus antoi mahdollisuuden kerätä tietoa laajasti kohderyhmän kokemuksista ja ajatuksista (Vehkalahti, 2014). Tutkimuskysely suunniteltiin huolellisesti vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta varhaisen vuorovaikutuksen ja kehityksen teorian pohjalta sekä puheterapiapalveluiden järjestelmä huomioiden. Sisältöön vaikuttivat lisäksi puheterapeuttien kanssa käydyt keskustelut ja tutkijan omat kokemukset kliinisistä harjoiteluista. Myös saatekirje muotoiltiin selkeäksi ja kiinnostusta herättäväksi, sillä

saatteen perusteella kohdehenkilö päättää kyselyyn vastaamisesta (Vehkalahti, 2014).

Tutkimuskyselyssä käytettiin paljon avokysymyksiä, jotta esille saatiin myös sellaisia näkökulmia, joita ei ennalta olisi osattu ottaa huomioon (Hirsjärvi ym., 2009). Näin vastaajat pääsivät myös osoittamaan tietämystään sekä painottamaan tärkeänä pitämiään asioita. Kyselyn selkeyttämiseksi sekä pituuden rajaamiseksi samat kysymykset suunnattiin kaikille vastaajille (Hirsjärvi ym., 2009; Vehkalahti, 2014) yhtä osiota lukuun ottamatta. Tämän vuoksi kaikki kysymykset eivät odotetusti täysin soveltuneet kaikille vastaajille, mikä tuotiin myös joissakin vastauksissa esille. Sähköisen lomakkeen käytön etuja olivat mahdollisuus asettaa kysymyksiä pakolliseksi sekä määrittää vastaustila. Näin suljettiin pois myös käsialan tulkitsemisesta aiheutuvat sekä tietojen tallentamisessa mahdollisesti syntyvät virheet (Vehkalahti, 2014). Menetelmä mahdollisti lisäksi kyselyn laajan jakelun kiinnostusperusjoukon edustajille sekä antoi joustavuutta vastaamiseen. Toisaalta sähköinen vastaamistapa saattoi vähentää tietotekniikkaa vähemmän käyttävien vastausintoa (Vehkalahti, 2014).

Vastaajiksi valikoitui eniten nuoria puheterapeutteja. Tämä saattaa olla seurausta useista eri tekijöistä. Yksi näistä on yllä mainittu sähköinen aineiston keräämistapa, joka saattaa olla osalle vanhemmista vastaajista poissulkeva tekijä. Muita syitä voivat olla iäkkäämpien puheterapeuttien vastausväsymys (Vehkalahti, 2014) sekä nuorempien suurempi kiinnostus aihetta kohtaan. Tutkimuksen vastausprosentti jäi melko matalaksi, mutta tätä pidetään kyselytutkimuksissa nykyään tyypillisenä (Vehkalahti, 2014). Tästä huolimatta vastauksia saatiin analysoinnin kannalta riittävä määrä.

Tulosten analysoimisen helpottamiseksi kyselyssä olisi kannattanut käyttää enemmän pakollisia kysymyksiä, sillä nyt vastaajamäärät vaihtelevat kysymyksittäin. Pakolliset kysymykset saattavat kuitenkin vähentää vastausintoa ja näin laskea vastausmäärää (Vehkalahti, 2014). Aineiston luotettavuuden sekä analysointiprosessin vuoksi vastauskenttien sallimat kirjoitusmerkit olisi myös ollut syytä rajata kysymyskohtaisesti, koska nyt joitakin yksittäisiä vastauksia jouduttiin poistamaan niiden tulkitsemisvaikeuksien vuoksi, mistä syntyi eräkatoa (Vehkalahti,

2014). Muita analyysivaiheessa havaittuja puutteita olivat vastaajakohtaisten asiakasmäärien puuttuminen sekä se, että työskentelyä pienten lasten kanssa ei sidottu työpaikkaan. Useammassa paikassa työskentelevistä ei nyt voida tietää, miten pikkulapsityöskentely suhteutuu eri työpaikkojen välillä. Kyseilyn puutteena voidaan pitää myös sitä, että kyselyssä ei kartoitettu vastaajien maantieteellistä sijoittumista. Tämä olisi ollut esiin nousseiden vastausten puolesta olennaista tietoa. Tarkempien taustatietojen kerääminen olisi kuitenkin laskenut anonymiteettia, mikä puolestaan olisi saattanut vähentää vastausten avoimuutta varsinkin pienempien paikkakuntien osalta.

Huolellisen kysymysten asetelun ja näihin liitetyistä lisäselvennöksistä huolimatta pieni osa vastaajista vastasi välillä ohi kysymyksen tai ilmoitti, että ei ymmärrä kysymystä. Näitä väärinymmärryksiä kyselytutkimuksissa on kuitenkin vaikeaa kontrolloida (Hirsjärvi ym., 2009). Ilmiö aiheutti haasteita varsinkin kysymysten 13 (*Asiakasryhmät (päädiagnoosit), jotka ovat olleet edustettuina 0-3 -vuotiaissa lapsissa*) ja 14 (*Mitkä ovat syyt, joiden vuoksi puheterapeuttia on tarvittu näiden lasten kanssa?*) kohdalla, joissa vastaukset menivät osin limittäin. Kysymyksen 13 vastauksissa valitettavan moni päätyi ainoastaan toteamaan, että yleensä heidän alueensa pienillä ei tässä vaiheessa ole vielä asetettu diagnoosia. Tämä oli kirjallisuuden pohjalta jo aiemmin tiedossa (Laakso ym., 2011), ja kysymyksessä olikin siksi painotettu diagnoosin sijasta käsitettä asiakasryhmä.

Runsas avointen kysymysten käyttö teki aineiston analyysivaiheesta odotetusti kuormittavaa (Hirsjärvi ym., 2009). Vastausten ryhmittely oli haastavaa, sillä asiat eivät aina puhtaasti kuuluneet vain tiettyyn ryhmään ja paikoin oli vaikea arvioida, mitä kyseinen vastaaja vastauksellaan on tarkoittanut. Näin oli erityisesti kysymyksessä 13, joka käsitteli asiakasryhmän diagnooseja. Kysymyksen vastattiin hyvin vaihtelevilla termeillä saman aihealueen kesken. Esimerkiksi kielellistä viivästyä kuvattiin monin eri tavoin: puheen kehityksen viive, kielen kehityksen häiriö, vkpk, vpk, puheen ja kielen kehityksen viive. Vastauksissa esiintyi myös käsite ”viivästynyt vuorovaikutus”. Sama tilanne oli myös kielen kehityksen vaikeuksissa, joissa nimityksenä käytettiin muun muassa kielen kehityksen erityisvaikeus, SLI, kielellinen erityisvaikeus, kielihäiriö, puheen tuottoon ja/tai vastaanottoon liittyvä viive/vaikeus, erityinen kielenkehityksen vaikeus,

puheen- ja/tai kielenkehityksen erityisvaikeus. Toisaalta taas muutama vastaaja viittasi kielellisellä erityisvaikeudella dyspraksiaan. Dysfasia tulkittiin analyysissä käsittämään kielellistä erityisvaikeutta. Vastauksissa vuorovaikutus ja kontakti toimivat pitkälti toistensa synonyymeina, välillä taas mainittiin molemmat.

Suomalaisilla puheterapeuteilla on hyvin laaja ja vaihteleva käsitteistö käytössään. Tämän pohjalta on syytä pohtia, puhutaanko varmasti aina samoista asioista? Asiakkaiden, heidän läheistensä ja toisten ammattilaisten kanssa työskennellessä terminologian käyttö korostuu entisestään. Varsinkin kuntoutustavoitteita määrittäessä kaikkien asianosaisten tulisi ymmärtää mistä puhutaan (Lauonen, 2007). Epäselvä terminologia ei kuitenkaan liene ainoastaan suomalaisten puheterapeuttien ongelma, sillä samoja havaintoja on tehty myös englanninkielisessä käsitteiden käytössä (Bishop, 2014).

Tutkimuksessa osaamisen mittarina käytettiin puheterapeuttien omaa kokemusta alle kolmevuotiaiden lasten varhaiskuntoutukseen ja siihen liittyvään arviointiin liittyen. Siksi vastauksiin sisältyy virhemarginaali, joka syntyy vastaajille jätetystä mahdollisuudesta käyttää omaa henkilökohtaista arviointiasteikkoaan. Osaaminen käsitteenä on haastavaa operationalisoida (Vehkalahti, 2014), joten tässä tutkimuksessa sitä päätettiin arvioida sanallisesti akselilla huonot-erinomaiset.

Tietyistä puutteista huolimatta tutkimus antaa vastauksia sille asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tuo esille asioita, joita ei odotettu ennalta. Tulosten perusteella saadaan kuva tämän hetkisistä käytänteistä alle kolmevuotiaiden lasten puheterapeutille ohjautumisesta, arvioinnista ja kuntoutuksen toteutumisesta. Se antaa lisäksi tietoa niistä vaikeuksista ja haasteista, jotka kyetään havaitsemaan ensimmäisinä elinvuosina. Erityisesti tutkimuksen perusteella kyetään hahmottamaan puheterapeuttien omia käsityksiä osaamisestaan ja sen rakentumisesta. Tulosten kautta on lisäksi nähtävissä ongelmallisuus ammatin vähäisestä tunnetavuudesta.

8.3 Tutkimuksen kliininen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus on toistaiseksi Suomessa ainoa puheterapeuttista varhaiskuntoutusta yleisesti tarkastellut katsaus. Alle kolmevuotiaiden lasten puheterapeuttisesta kuntoutuksesta tarvitaan vielä paljon lisätutkimusta. Puheterapeuttiseen varhaisvaiheen arvioon tarvittaisiin luotettavaa tietoa ja arviointimenetelmiä. Lisäksi kuntoutusmenetelmien vaikuttavuudesta ja niiden toimivuudesta tiettyillä kielen kehityksen osa-alueilla kaivataan tietoa. Puheterapeuttien resurssien jatkokohdentamisesta olisi mielekäästä selvittää, miten varhain aloitettu kuntoutus näkyisi asiakaskunnan muodostumisessa jatkossa, kun pääpainoa ei enää laitettaisikaan hieman vanhempiin lapsiin.

Tutkimuksen tulokset viittaavat pitkälti siihen, että eräs ratkaiseva tekijä pienten lasten varhaiskuntoutuksen toteutumisessa on terveydenhoitajien ja lääkäreiden osaaminen. Maassamme lähes kaikki lapset (yli 99%) käyvät neuvolassa (THL, 2018), joten tämän palvelun tulisi kyetä luotettavasti ohjaamaan sitä tarvitsevat lapset puheterapiapalveluihin. Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä neuvolahenkilökunnan käsityksistä sekä käytänteistä. Tutkimuksessa voitaisiin lisäksi tarkastella heille suunnatun vaikuttavan lisäkoulutuksen keinoja.

Tulosten perusteella varhaisiin kielellisiin vaikeuksiin puuttumisen toteuttaminen vaatii järjestelmän ja kuntoutuskäytänteiden muutoksia. Varhaiskuntoutuksen käytänteitä olisi luontevaa päivittää yhdessä SOTE-järjestelmään siirtymisen yhteydessä.

LÄHTEET

- Ahonen, T., Aro, T., Siiskonen, T. & Ketonen, R. (2014). Kielen oppiminen ja oppimisvaikeudet – leikin asia? T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.), *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa* (s.373–385). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ahonen, T., Määttä, S., Meronen, A. & Lyytinen, P. (2014). Kielenkehityksen vaikeudet. T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.), *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa* (s.72–103). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ainsworth, M, Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Yourk: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: position guidelines. Haettu 15.5.2016 osoitteesta <https://www.asha.org/policy/GL2008-00293/>.
- Aro, T., Eronen, T., Erkkilä, K., Siiskonen, T. & Adenius-Jokivuori, M. (2003). Epäilyn herääminen. T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.), *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa* (s.106–120). Jyväskylä: PS-kustannus.
- ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders. (2010). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Service Delivery on the Speech and Language Skills of Children From Birth to 5 Years of Age. T, Schooling, R., Venediktov & H., Leech. Haettu 15.6.2016 osoitteesta <https://www.asha.org/uploadedFiles/EBSR-Service-Delivery.pdf>.
- Asikainen, M., & Hannus, S. (2013). Kehittyvä puhe. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*, 2, 182–188.

- Autti-Rämö, I. (2010). Lasten ja nuorten kuntoutus. P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.), *Kuntoutus* (s. 479–488). Helsinki: Duodecim.
- Bardy, M. & Öhman, K. (2007). Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Helsinki: Stakes.
- Bates, E. A. (2004). Explaining and interpreting deficits in language development across clinical groups. Where do we go from here? *Brain and language*, 88, 248–253.
- Bates, E., Dale, P. S., & Thai, D. (1995). Individual differences and their implications of theories of language development. P. Fletcher & B. MacWhinney (toim.), *The Handbook of Child Language* (s.95–151). Oxford: Blackwell Publishing.
- Beamis, W & Bryer, F (1999). Programme quality in Australian early special education: an example of participatory action research. *Child: Care, Health and Development*, 6, 457–72.
- Best Evidence Statement (BEST) (2011). BEST 115. Partnering With Parents for Greater Treatment Outcomes in Speech-Language Pathology. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Haettu 17.8.2016 osoitteesta <https://www.asha.org/ArticleSummary.aspx?id=8589961533>.
- Best Evidence Statement (BEST) (2012). BEST 127. The Speech-Language Pathologist's Role in Early Intervention for Children, Ages Birth-to-Three Years, with Speech-Language Disorders. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Haettu 17.8.2016 osoitteesta <https://www.asha.org/articlesummary.aspx?id=8589961543>.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Volume 1. Attachment. Haettu 10.3.2018 osoitteesta <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>.
- Brodén, M. B. (1986). Therapeutic Treatment of Early Disturbances in the Mother-Child Interaction. Third World Congress of Infant Psychiatry in Stockholm. Haettu 10.3.2018 osoitteesta <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED275982.pdf>.

- Bryan, K., Freer, J., & Furlong, C. (2007). Language and communication difficulties in juvenile offenders. *International Journal of Language & Communication Disorders, 5*, 505–520.
- Buschmann, A., Jooss, B, Rupp A, Feldhusen, F., Pietz, J & Philippi H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in childhood, 2*, 110–116.
- Cheng, H., Chen, H., Tsai, C., Chen, Y. & Chern, R. (2009). Comorbidity of motor and language impairments in preschool children in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1054–1061.
- Chugani, H. T., Behen, M. E. M., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F. & Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage, 16*, 1290–1301.
- Ciccone, N., Hennessey, N. & Stokes, S. F. (2011). Community-based early intervention for language delay: a preliminary investigation. *International Journal of Language & Communication Disorders, 4*, 467–470.
- Desmarais, C., Sylvestre, A., Meyer, F., Bairati, I., & Rouleau, N. (2008). Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language and Communication Disorders, 43*, 361–89.
- Emde, R. N. (1989). The Infant's Relationship Experience: Developmental and Affective Aspects. A. J. Samerhoff & R. N. Emde (toim.), *Relationship disturbances in early childhood* (s. 33–51). New York: Basic Books.
- Eriksson, M., & Berglund, E. (1999). Swedish early communicative development inventories: Words and gestures. *First Language, 19*, 55–90.
- Friederici, A. D. (2011). The brain basis of language processing: from structure to function. *Physiological Reviews, 91*, 1357–1392.
- Gerhardt, S. (2004). *Rakkaus ratkaisee. Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehittymiselle*. Helsinki: Edita.

- Guralnick, M. J. (toim.) (1997). *The Effectiveness of early intervention*. Baltimore: Brookes.
- Harlow, H. (1958). *The Nature of Love*. American Psychological Association. Haettu 21.4.2018 osoitteesta <http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm>.
- Harlow, H., Robert, O., Dodsworth, O., & Harlow, M. (1965). Total social isolation in monkeys. Haettu 3.2.2018 osoitteesta [//www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC285801/pdf/pnas00159-0105.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC285801/pdf/pnas00159-0105.pdf).
- Hautamäki, A. (2001). Kiintymyssuhdeteoria—teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen* (s.13–66). Helsinki: WSOY.
- Heiskala, H. (2006). Älyllinen kehitysvammaisuus liittyy aivojen plastisuuden häiriöihin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 15, 1890–1892.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hoff, E. (2003). The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Development*, 74, 1368–1378.
- Hoff, E. & Naigels, L. (2002). How children use input to acquire lexicon. *Child Development*, 73, 418–433.
- Hollier, L. P., Mattes, E., Maybery, M. T., Keelan, J. A., Hickey, M., & Whitehouse, A. J. O. (2012). The association between prenatal testosterone concentration and early vocabulary development: A prospective cohort study. *Biological Psychology*, 92, 212–215.
- Hudson, S., Levickis, P., Down, K., Nicholls, R., & Wake, M. (2015). Maternal responsiveness predicts child language at ages 3 and 4 in a community-based sample of slow-to-talk toddlers. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1, 136–142.
- Huotilainen, M. & Partanen, E. (2010). Kielen varhainen neuroaalinen edustus. P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot*.

Kommunikaation perusteet, häiriöt ja kuntoutus (s.176–181). Turku: Turun yliopisto, Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.

Huttunen, K. (2001). Puheterapeutti tutkijana ja oman työnsä kehittäjänä. *Puhe ja kieli*, 4, 177–188.

HYKS. Lähetekriteerit HUS:in Foniatrian poliklinikalle. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: 16.8.2017. Haettu 7.4.2018 osoitteesta <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/foniatria/Documents/HUS%20foniatrian%20%C3%A4hetekriteerit%2016.8.2017.pdf>.

Jakkula, K. (2002). *Esineiden antaminen: kehityksen peili ja kieltä ennakoiva sosiaalinen merkki 9–34 kuukauden iässä*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Jansson-Verkasalo, E., Lepistö, T. & Korpilahti, P. (2010). Kielelliskognitiiviset taidot autismin kirjon häiriössä. P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot. Kommunikaation perusteet, häiriöt ja kuntoutus* (s.229–234). Turku: Turun yliopisto, Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.

Kansaneläkelaitos (Kela) (Sähköposti 17.6.2016). Sähköpostivastaus 17.6.2016.

Korkman, M., Stenroos, M., Mickos, A., Westman, M., Ekholm, P. & Byring, R. (2012). Does simultaneous bilingualism aggravate children's specific language problems? *Acta Paediatrica*, 101, 946–952.

Korpilahti, P., Arikka, H. & Wallden, T. (2014). Puheen- ja kielenkehityksen häiriöt. H. Pihko, L. Haataja & H. Rantala (toim.), *Lastenneurologia* (s.46–58). Helsinki: Duodecim.

Laakso, M.-L., Eklund, K., & Poikkeus, A.-M. (2011). Esikko – Lapsen esikielellisen kommunikaation ja kielen ensikartoitus. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.

Laakso, M.-L., Poikkeus, A.-M., Eklund, K. & Lyytinen, P. (1999). Social interactional behaviors and symbolic play as predictors of language development and their associations with maternal attention-directing strategies. *Infant behavior and Development*, 22, 541–556.

Launonen, K. (1998). Eleistä sanoihin, viittomista kieleen. Varhaisviittomishojelman kehittäminen, kokeilu ja pitkäaikaisvaikutukset Downin syndrooma –

lasten varhaiskuntoutuksessa. Valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisuja 75. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Launonen, K. (2007). Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Launonen, K. (2011a). Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen kuntoutuksen keinoin. S. Loukusa & L. Paavola (toim.), *Lapset kieltä käyttämässä. Pragmaattisten taitojen kehitys ja sen häiriöt* (s.261–278). Jyväskylä: PS-kustannus.

Launonen, K. (2011b). Lasten pragmaattisten taitojen kuntoutuksen perusteet. S. Loukusa & L. Paavola (toim.), *Lapset kieltä käyttämässä. Pragmaattisten taitojen kehitys ja sen häiriöt* (s.245–260). Jyväskylä: PS-kustannus.

Launonen, K. (2013). Puheterapeutin muuttuva asiantuntijarooli. *Puheterapeutti*, 1, 4–7.

Launonen, K. & Klippi, A. (2009). Puheterapia kuntoutusmuotona. O. Aaltonen, R. Aulanko, A. Iivonen & M. Vainio (toim.). *Puhuva ihminen. Puhetieteiden perusteet* (s.287–294). Helsinki: Otava.

Lauri, S., Vesikansa, A., Segerstråle, M., Collingridge, E., Isaac, J., & Taira, T. (2006). Functional Maturation of CA1 Synapses Involves Activity-Dependent Loss of Tonic Kainate Receptor-Mediated Inhibition of Glutamate Release / Hermosolujen herätysliike. *Neuron*, 50, 415–429.

Lautamo, T. (2012). Play assesment for group setting (PAGS), Validating a measurement tool for assessment of children´s play performance in the day-care context. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 450.

Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (1998). Screening for primary speech and language delay: a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33, 21–23.

Lehtihalmes, M. (2012). Lapsen äänteellisen kehityksen hermostollinen perusta. S. Kunnari & T. Savinainen-Makkonen (toim.), *Pienten sanat. Lasten äänteellinen kehitys* (s.47–55). Jyväskylä: PS-kustannus.

- Leonard, L. B. (2009). Is expressive language disorder an accurate diagnostic category? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 115–23.
- Leppänen, P. H., Ervast, L., Heikkinen, E., Hämäläinen J. A. & Guttom, T. (2014). Aivotutkimuksen näkökulma kielellisiin vaikeuksiin. T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.), *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa* (s.346–372). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Longobardi, E., Rossi-Arnaud, C., & Spataro, P. (2011). A longitudinal examination of early communicative development: evidence from a parent-report questionnaire. *British Journal of Development Psychology*, 2, 572–92.
- Lutchmaya, S., Baron-Chohen, S., & Raggat, B. (2002). Foetal testosterone and vocabulary size in 18- and 24-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 24, 418–424.
- Lyytinen, P. (1999). Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylän yliopisto, Lapsitutkimuskeskus. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Lyytinen, P., Eklund, K., & Lyytinen, H. (2005). Language development and literacy skills in late-talking toddlers with and without familial risk for dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 55, 2, 166–192.
- Lyytinen, P & Lautamo, T. (2014). Leikki. T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.), *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa* (s.226–246). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Lyytinen, P., Poikkeus, A.-M., Laakso, M.-L., Eklund, K. & Lyytinen, H. (2001). Language development and symbolic play in children with and without familial risk for dyslexia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 873-885.
- Marjanovic-Umek, L., Fekonja-Peklaj, U., & Podlesek A. (2012). Characteristics of early vocabulary and grammar development in Slovenian-speaking infants and toddlers: a CDI-adaptation study. *Journal of Child Language*, 6, 1–20.

- Meisels, S. J. & Shonkoff, J. P. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. J. P. Sonkoff & S. J. Meisels (toim.), *Handbook of Early Children intervention* (s.3–32). Cambridge: Cambridge University Press.
- Merzenich, M. M., Schreiner, C., Jenkins, W. M., Johnston, P., Screiner, C., Miller, S.L. & Tallal, P. (1996). Temporal processing deficits of languagelearning impairment children ameliorated by training. *Science*, 271, 77–80.
- Metsämuuronen, J. (2011). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Miettinen, L., Heikkinen, E., Juhala, S., Suvanto, A., Vikkula, L. & Vuorio, E. (2016). Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt. Suomen Puheterapeuttiliitto. Haettu 31.4.2018 osoitteesta <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/hyvat+puheterapiakaytannot/kielellisen+erityisvaikeuden+kuntoutus/>.
- Mustonen, K., Hermanson, E., & von Wendt, L. (2006). Imeväisikäisten lasten kehityspoikkeavuuksien seulonta neuvolassa. *Suomen Lääkärilehti*, 61, 963–968.
- Mustonen, K. & Laakso, M-L. (2013). Kehittyvä kieli – seulonnasta kehityksen arviointiin ja tukemiseen. Kirjeitä ja mielipiteitä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 9, 984.
- Mäkelä, J. (2002). Aivojen varhainen kehitys vuorovaikutussuhteissa. J. Sinkkonen (toim.). *Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle* (s.13–43). Helsinki: Werner Söderström.
- Mäntymaa, M. (2006). *Early mother-infant interaction. Determinants and predictivity*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K., & Tamminen, T. (2003). Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 6, 459–465.
- Määttä, S., Laakso, M., Tolvanen, A., Ahonen, T. & Aro, T. (2012). Developmental trajectories of early communication skills. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 55, 1083–1096.

- Nelson, C. A. (2000). Figure 8-1 Human brain development. J. P. Shonkoff & D. A. Phillips (toim.), *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development* (s.188). Washington D.C.: National Academies Press.
- Nelson, C. A., & Bloom, E. (1997). Child development and neuroscience. *Child Development, 5*, 970–87.
- Nelson, C. A., & Bosquet, M. (2000). Neurobiology of fetal and infant development: implications for infant mental health. C. H. Zeanah (toim.), *Handbook of infant mental health* (s. 37–55). New York: The Guilford Press.
- Paavola, L. (2001). Synnytyksen jälkeinen depressio ja lapsen kielellinen kehitys. *Puhe ja kieli, 1*, 37–46.
- Paavola, L. (2006). Maternal sensitive responsiveness, characteristics and relation to child early communicative and linguistic development. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis B73.
- Paavola, L. (2011). Varhaisten vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitojen kehitys. S. Loukusa & L. Paavola (toim.), *Lapset kieltä käyttämässä. Pragmaattisten taitojen kehitys ja sen häiriöt* (s.43–61). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Paavola, L., Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & Ebeling H. (2006). Maternal sensitivity, infant co-operation and early linguistic development: some predictive relations. *European Journal of Developmental Psychology, 3*, 13–30.
- Panula, E. (2007). Millä perusteella vaikeimmin kehitysvammaiset lapset saavat Suomessa puheterapeuttista kuntoutusta? Logopedian pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto, puhetieteiden laitos.
- Paul, R., & Roth, F. (2011a). Guiding Principles and Clinical Applications for Speech-Language Pathology Practice in Early Intervention. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 42*, 320–330.
- Paul, R., & Roth, F. (2011b). Characterizing and Predicting Outcomes of Communication Delays in Infants and Toddlers: Implications for Clinical

Practice. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 42, 331–340.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. Lontoo: Routledge & Kegan Paul.

Pihko, H. & Vanhatalo, S. (2014). Aivojen kehityksestä. H. Pihko, L. Haataja & H. Rantala (toim.). *Lastenneurologia* (s.12–20). Helsinki: Duodecim.

Pourcain, B., Cents, R., Whitehouse, A., Haworth, A., Davis, O., O'Rilleys, P. ... & Smith, G. (2014). Common variation near ROBO2 is associated with expressive vocabulary in infancy. *Nature Communications*, 5, 4831.

Puheterapianimikkeistö (2010). Haettu 13.4.2018 osoitteesta

<http://docplayer.fi/21634998-Puheterapianimikkeisto-2010.html>.

Reese, E., Sparks, A. & Leyva D. (2010). A review of parent interventions for preschool children's language and emergent literacy. *Journal of Early Childhood Literacy*, 10, 97–117.

Reilly, S., Wake, M., Bavin, E., Prios, M., Williams, J. Bretherton L. ym. (2007). Predicting language at 2 years of age: A Prospective community study. *Pediatrics* 120, 1441–1449.

Reunanen, T. (2012). Lapsellamme on kielellinen erityisvaikeus. Perheiden palvelukokemuksia. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Opinnäytetyö.

Roberts, M., & Kaiser, A. (2015). Early Intervention for Toddlers With Language Delays: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 4, 686–693.

Salo, S. (2003). Kiintymyssuhteen merkitys elämänkaaren aikana. Vanhemmuuden kiintymyssuoja. J. Sinkkonen (toim.), *Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle* (s.44–77). Helsinki: Werner Söderström.

Salo, S. (toim.) (2011). MIM-havainnointi varhaisen vuorovaikutuksen tukena. Raskaus ja pikkulapsivaihe (0–2-v.). Helsinki: Psykologien kustannus.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of Development and Developmental Risk. C. H. Zeanah (toim.), *Handbook of infant mental health* (s.3–19). New York: Guilford Press.

- Savinainen-Makkonen, T. & Kunnari, S. (2012). Äänteellinen kuntoutus ja sen tarpeellisuus. S. Kunnari & T. Savinainen-Makkonen (toim.), *Pienten sanat. Lasten äänteellinen kehitys* (s.291–299). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Schaadt, G., Hesse, V., & Friederici, A. D. (2014). Sex hormones in early infancy seem to predict aspects of later language development. *Brain & Language*, 141, 70–76.
- Sellman, J. & Tykkyläinen, T. (2017). Puheterapia. Vuorovaikutus muutoksen välineenä. Tampere: Vastapaino.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
- Silvén, M. (2008). Varhainen vuorovaikutus ja puheen kehitys. K. Launonen, A-M., Korpijaakko-Huuhka & M. Lehtihalmes (toim.), *Varhainen vuorovaikutus ja sen tutkiminen* (s.55–67). Helsinki: Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistyksen julkaisuja 40.
- Silvén, M., Poskiparta, E. & Niemi, P. (2004). The odds of becoming a precocious reader of Finnish. *Journal of Educational Psychology*, 96, 152–164.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stolt, S. (2009). *Language in acquisition. Early lexical development and associations between lexicon and grammar - Findings from full-term and very-low-birth-weight Finnish children*. Puhetieteiden laitoksen julkaisuja 55. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Stelt van der, J. M. (1993). *Finally a word. A sensory-motor approach of the mother-infant system in its development towards speech*. Amsterdam: IFOTT.
- Stothard, S. E., Snowling, M. J., Bishop, D. V., Chipchase, B. B. & Kaplan, C. A. (1998). Language-Impaired Preschoolers. A Follow-Up Into Adolescence. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 407-418.
- Su, P. Kuan, C.-C., Kaga, K., Sano, M. & Mima, K. (2008). Myelination progression in language-correlated regions in brain of normal children determined by

quantative MRI assessment. *Onternational Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72, 1751–1763.

Suomen Puheterapeuttiliitto (2009). Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n kannanotto opetusministeriön asettaman työryhmän ”Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys (2009:24)” – muistioon, 14.10.2009.

TAYS, Foniatrian poliklinikka. Foniatrian läheteohjeet: 21.3.2017. Haettu 28.3.2018 osoitteesta [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Foniatrian_laheteohjeet\(47336\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Foniatrian_laheteohjeet(47336)).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, THL (2018). Äitiysneuvola. Haettu 13.4.2018 osoitteesta https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola.

Thal, D. (1991). Language and cognition in normal and late-talking toddlers. *Topics in Language Disorders*, 4, 33–42.

Vehkalahti, K. (2014). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Walle, E. A. & Campos, J. J. (2014). Infant language and development is related to the acquisition of walking. *Developmental Psychology*, 50, 336–348.

Warren, S. F., (2000). The future of early communication and kanguage intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 33–37.

Warren, S. F., Fey, M. E., Finestack, L. H., Brady, N. C., Bredin-Oja, S. L. & Fleming K. K. (2008). A Randomized trial of longitudinal effects of low-intensity responsivity education/prelinguistic mileu teaching. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 451–470.

Watt, N., Wetherby, A. & Shumway, S. (2006). Prelinguistic predictors of language outcome at 3 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 1224–1237.

Westerlund, M., Berglund, E. & Eriksson, M. (2006). Can severely language delayed 3-year-olds be identified at 18 months? Evaluation of a screening version of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 49, 237–247.

Wiel van der, M., Szegedi, K. & Weggeman, M. (2004). Professional learning: deliberate attempts at developing expertise. R. Bromme & H.

Gruber (toim.), *Professional learning: Gaps and transitions on the way from novice to expert* (s.181–206). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. International Universities Press, Inc. Madison, Connecticut.

Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Heller, S. S. & Valliere, J. (2000). Infant-Parent Relationship Assessment. C. H. Zeanah (toim.), *Handbook of infant mental health* (s.222–235). New York: Guilford Press.

LIITTEET

LIITE 1. SAATEKIRJE

Hei!

24.5.2016

Teen Helsingin yliopistoon pro gradu -työtäni pienten lasten (0-3-v.) puheterapeuttisesta varhaiskuntoutuksesta ja siihen liittyvästä arvioinnista. Työni ohjaajana toimii Helsingin yliopiston lehtori, dos. Kaisa Launonen (xx-xxx xxxx). Kerään parhaillaan työhöni aineistoa puheterapeuteilta internetissä olevalla kyselylomakkeella, joka löytyy osoitteesta <https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/68438/lomake.html>

Aihe on olennainen, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että varhain toteutettu vuorovaikutuksen kuntoutus on tehokkainta. Tällä tavalla päästään ehkäisemään kognitiivisen ja tähän liittyvän muun kehityksen häiriintymistä sekä viivästymistä. Lisäksi lieveilmiöiden synty voidaan estää tai ainakin minimoida. Varhain aloitetun kuntoutuksen vaikuttavuus perustuu pitkälti aivojen varhaisten vuosien kehitykseen ja aivokudoksen runsaaseen plastisuuteen. Meillä ei kuitenkaan ole tietoa siitä, miten ja millä tavalla puheterapeutit ovat mukana varhaiskuntoutuksessa ja siihen liittyvässä arvioinnissa. Myöskään puheterapeuttien kokemuksia ja näkökulmia tästä ei ole kartoitettu. Lisäksi käsite varhaiskuntoutus on määritelty kirjallisuudessa vaihtelevasti ja erityisesti kansainvälisesti se ymmärretään eri tavoin.

Vastaathan, mikäli teet tai olet aiemmin tehnyt työtä lasten kanssa. Toivon vastaustasi myös siinä tapauksessa, että asiakaskuntaasi ei kuulu lainkaan alle 3-vuotiaita. Tämäkin tieto on tutkimukseni kannalta tärkeää.

Kysely sisältää monivalintoja sekä avoimia kysymyksiä ja siihen vastaaminen kestää noin 15-20 minuuttia (vähemmän, jos et ole työskennellyt kyseisen ikäryhmän kanssa). Voit halutesasi välitallentaa vastauksesi ja jatkaa samasta kohtaa myöhemmin. Kysely on auki viikot 17 ja 18 (25.4.-8.5.2016). Toivottavasti vastaat, jotta saan mahdollisuuden tärkeän ja ajankohtaisen aiheen tutkimiseen. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti.

Olen lähettänyt kyselyn eri reittejä, pahoittelen mahdollisia päällekkäisyyksiä. Toivon, että vastaat kuitenkin vain kerran.

Mikäli sinulle tulee kysyttävää tai kyselyssä ilmenee ongelmia (esimerkiksi linkki ei aukea), ota yhteyttä. Kerron mielelläni lisää. Voin lähettää kyselyn myös suoraan sähköpostiisi tai paperisena postissa.

Ystävällisin terveisin

Hanna Tappura (xxx xxxxxxx)
hanna.tappura@helsinki.fi

LIITE 2. KYSELYLOMAKE

Puheterapeutti pikkulasten arvioinnissa ja kuntoutuksessa

Alla oleva kyselylomake sisältää valintalaatikoita sekä runsaasti avoimia kysymyksiä. Toivon, että jaksat panostaa avoimiin kysymyksiin vastaamiseen, sillä ne ovat olennaisia työni kannalta. Älä pelästy suurta vastaustilaa, myös lyhyemmät vastaukset ovat minulle arvokkaita. Osassa kysymyksiä on kysymyskohtaisia ohjeita ja esimerkkejä, jotka saat esille viedessäsi hiiren kysymyksen perässä olevan oranssin kysymysmerkin päälle. Käytä näitä apunasi varsinkin silloin, jos et ole varma, mitä kysymyksellä haetaan.

Mikäli mieleesi tulee jotain, mitä en ole osannut kysyä, valitse kohta "muu, mikä?" ja kirjoita oma vastauksesi. Pakolliset kysymykset on pääsääntöisesti varustettu *-merkillä.

Vastausten välitallentaminen onnistuu lomakkeen lopussa sijaitsevan kohdan "osittainen tallentaminen" kautta. Rastita ruutu ja anna sähköpostiosoitteesi, jotta voit saada paluun mahdollistavan linkin itsellesi. HUOMIOI, että linkki toimii vain kerran! Tehdessäsi uuden välitallennuksen, sinun tulee toistaa kohta "osittaisen tallentamisen" täyttäminen. Tietosi eivät tallennu kenenkään nähtäville tai kiinnity vastaukseesi. Ollessasi kokonaan valmis, muistathan tallentaa ja lähettää vastauksesi painamalla "valmis" -painiketta.

Kaikissa ongelmatilanteissa sekä mieleen heräävien kysymysten osalta voit kääntyä puoleeni.

Kiitos avustasi!

Hanna Tappura
hanna.tappura@helsinki.fi
(050 3033503)

Ohjaaja
Kaisa Launonen (02-941 29629)

I. PERUSTIEDOT

1. Sukupuoli

- Nainen Muu
 Mies

2. Tutkinto ?

- Alempi korkeakoulututkinto + kliininen puheterapeuttikurssi
 Ylempi korkeakoulututkinto
 Erikoispuheterapeutti, FL
 Licensiaatti
 Tohtori
 muu, mikä?

* 3. Puheterapeutiksi valmistumisvuosi ?

4. Nykyinen työpaikka

- Terveyskeskus
 Yliopistollinen sairaala
 Kaupunginsairaala
 Yritys
 Yksityinen ammatinharjoittaja
 muu, mikä?

Mikäli olet työskennellyt aiemmassa työpaikassasi / työpaikoissasi pienten lasten kanssa, vastaa seuraavaan

4.B Edellinen työpaikka ?

- Terveyskeskus
 Yliopistollinen sairaala
 Kaupunginsairaala
 Yritys
 Yksityinen ammatinharjoittaja
 Muu, mikä?

* 5. Työvuodet ?

II. TÄYDENNYSKOULUTUS

6. Luettele 0-3-vuotiaiden kanssa työskentelyn kannalta tärkeiksi kokemasi koulutukset ?

Kuka kouluttautumisen on kustantanut?

	Ei koskaan	Joskus	Useimmiten	Aina
Työnantaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minä itse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu taho, mikä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Millä tavoin olet itsenäisesti hankkinut tietoa osaamisesi lisäämiseksi? ?

8. Millä muulla tavalla olet täydentänyt osaamistasi? ?

III. KOKEMUS

9. Kokemus varhaisen kehityksen arvioinnista ja kuntoutuksesta

- työskentelen säännöllisesti 0-3-vuotiaiden lasten kanssa
- olen työskennellyt säännöllisesti 0-3-vuotiaiden lasten kanssa
- työskentelen / olen työskennellyt satunnaisia kertoja 0-3-vuotiaiden lasten kanssa
- en ole koskaan työskennellyt 0-3-vuotiaiden lasten kanssa

* 10. Logopedian opintojen antamat valmiudet varhaiskuntoutukseen ja siihen liittyvään pienten lasten arviointiin

--Valitse tästä-- ▼

* 11. Mielestäsi varhaiskuntoutuksen ja siihen liittyvän arvioinnin taitosi ovat tällä hetkellä

--Valitse tästä-- ▼

12. Mitkä tekijät peruskoulutuksessa antoivat valmiuksia toimimiseen pienten lasten kanssa? ?

Mikäli et ole koskaan työskennellyt pienten (0-3v.) lasten kanssa, voit siirtyä suoraan kohtaan 5 (V.).

IV. TIEDOT VARHAISKUNTOUTUKSESTA JA SIIHEN LIITTYVÄSTÄ ARVIOINNISTA

13. Asiakasryhmät (päädiagnoosi), jotka ovat olleet edustettuina 0-3-vuotiaissa asiakkaissa ?

14. Mitkä ovat syyt, joiden vuoksi puheterapeuttia ollaan tarvittu näiden lasten kanssa? ?

15. Mitä kautta lapset ovat ohjautuneet sinulle

- He kuuluvat työhöni julkisella sektorilla
- Kela
- Kunnan maksusitoumus
- Sairaalan maksusitoumus
- Itseohjautuneet
- muu, mikä?

16. Mitä menetelmiä olet käyttänyt pienten lasten arvioinnissa?

17. Mitä menetelmiä olet käyttänyt pienten lasten kuntoutuksessa?

18. Millaisia kokemuksia sinulla on pienten lasten vanhempien kanssa toimimisesta ja heidän roolistaan varhaisessa väliintulossa?

19. Kuinka olet kokenut muun ympäristön (kuten päiväkodin, isovanhempien yms.) kanssa työskentelyn näissä tilanteissa?

20. Mikäli olet havainnut 0-3-vuotiaan asiakkaasi tarvitsevan jatkotoimenpiteitä, miten seuraavien asioiden järjestäminen on onnistunut

	Mahdotonta	Vaikeaa	Melko helppoa	Helppoa	Erittäin helppoa	En osaa sanoa
jatkoseurantaa toteuttavan puheterapeutin löytäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoseurannan toteuttaminen omassa toimipisteessäsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntouttavan puheterapeutin löytäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rahoituksen järjestäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haluatko kertoa edelliseen kysymykseen liittyen jotakin lisää?

V. KEHITTÄMINEN

21. Huomioiko kuntoutusjärjestelmämme mielestäsi riittävästi pienten lasten puheterapeuttisia kuntoutustarpeita? ?

22. Osaavatko muut terveydenhuollon ammattilaiset hyödyntää puheterapeutin osaamista? ?

23. Mitä ajattelet puheterapeuttien yleisestä osaamisesta ja tietämyksestä pienten lasten osalta? ?

24. Olisitko kiinnostunut saamaan lisää tietoa varhaiskuntoutuksesta ja siihen liittyvästä pienten lasten arvioinnista? ?

VI. MUUTA

Sana on vapaa. Tähän voit kirjoittaa aiheeseen liittyvistä asioista, joita ei tullut kyselyssä esille.

LIITE 3. KELA, TAULUKKO



Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset

Koko maa

Aika	Kuntoutuksen lakiperuste	Laki ja toimenpide	Ikäryhmä			
			Yhteensä	1 v	2 v	3 v
2011	Yhteensä	-Puheterapia	5 662	12	54	239
2012	Yhteensä	-Puheterapia	6 159	10	47	220
2013	Yhteensä	-Puheterapia	6 651	12	48	243
2014	Yhteensä	-Puheterapia	7 439	12	57	291
2015	Yhteensä	-Puheterapia	8 467	21	88	318

Aika	Kuntoutuksen lakiperuste	Laki ja toimenpide	Ikäryhmä	Sukuoli		
				Yhteensä	Miehet	Naiset
2015	Yhteensä	-Puheterapia	1 v	21	10	11
			2 v	88	48	40
			3 v	318	218	100
			4 v	818	593	225
			5 v	1 226	932	294