

Lyhyt konsultaatiomalli ADHD-oireisten lasten käyttäytymispsykologisten tukitoimien suunnitteluun päiväkodeissa

Tuuli Kulonen ja Liisa Lahtinen opiskelevat psykologiaa Jyväskylän yliopistossa. Satu Peitso, PsM, ja Vesa Närhi; PsT, toimivat tutkijoina Niilo Mäki Instituutissa.

lokakuu 19, 2010 · NMI Bulletin 4/2010

Authors

[admin](#) tiedotus tiedotus

Abstract

Tämä tutkimus toteutettiin osana Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaa Niilo Mäki Instituutin Tomera-hanketta, jonka tavoitteena on muun muassa lisätä tietämystä tutkimukseen perustuvista, päivähoitoikäisille ADHD-oireisille lapsille tarjottavista tukitoimista. Tuotoksena julkaistaan opas tarkkaavuuden ongelmista ja niiden tukemisesta päivähoitossa. Tämä artikkeli perustuu Tuuli Kulosen ja Liisa Lahtisen Jyväskylän yliopiston psykologian laitokselle tekemiin opinnäytetöihin. Haluamme kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita päivähoiton ammattilaisia, lapsia ja heidän vanhempiaan yhteistyöstä sekä psykologian laitoksen professoria Timo Ahosta ohjauksesta. Tässä pilottitutkimuksessa tutkittiin nelivaiheista konsultaatiomallia, jossa suunniteltiin ja järjestettiin tukitoimia päiväkodeissa oleville ADHD-oireisille (Attention Deficit and Hyperactivity disorder) lapsille. Malli sisälsi koulutuksen ADHD:stä ja tukitoimista sekä kolme konsultaatiotapaamista (tilanteen määrittely, tukitoimien suunnittelu ja lopputuloksen arviointi). Konsultit ja päiväkodin henkilökunta suunnittelivat tukitoimet yksilöllisesti kullekin lapselle. Tukitoimet perustuivat käyttäytymispsykologiseen teoriaan, ja keskeistä niissä oli tilanteiden jäsentäminen sekä lapselle hänen käyttäytymisestään annetun palautteen muokkaaminen. Kyselylomakkeilla arvioitiin tukitoimien vaikuttavuutta ja soveltuvuutta sekä muutoksia, joita päiväkodin henkilökunta huomasi toiminnassa ADHD-oireisten lasten kanssa. Päiväkotien henkilökunta piti tukitoimia soveltuvina. Päivähoitohenkilöstön itsearvioitu pätevyys lisääntyi, mikä viittaa siihen, että konsultaatioprosessi auttoi työntekijöitä ymmärtämään lasten tarkkaavuuden ja ylivilkkauksen ongelmia paremmin. Se on olennaista myönteisen vuorovaikutuksen kannalta. Tukitoimet vähensivät ongelmallisten tilanteiden määrää ja lievensivät lasten ongelmia. Tutkimuksen mukaan konsultaatiomalli on hyödyllinen ADHD-oireisten lasten tukemisessa. Alle kouluikäisten ADHD-oireisten lasten tukitoimia on tutkittu vasta vähän ja tältä alueelta tarvitaan lisää tutkimusta.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on yksi yleisimmin diagnosoituja lapsuusiän häiriöitä. ADHD:tä on noin 3–5 prosentilla kaikista lapsista, ja se on jonkin verran yleisempi pojilla kuin tytöillä. Suurin osa lapsista diagnosoidaan vasta kouluiässä. (Aronen & Sourander, 2007.) Keskeisimpiä ADHD:tä luonnehtivia piirteitä ovat tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöt, impulsiivisuus sekä motorinen levottomuus.

Tarkkaamattomuus ja ylivilkkaus aiheuttavat usein vaikeuksia perhe- ja toverisuhteissa sekä koulunkäynnissä (McGoey, Eckert & Dupaul, 2002; Corkum, McKinnon & Mullane, 2005; Aronen & Sourander, 2007). Häiriö on pitkäaikainen, ja osa diagnosoiduista oppii hallitsemaan oireitaan aikuisiässä (Blackman, Westervelt, Stevenson & Welch, 1991). Hoitamattomat ADHD-oireet ovat yhteydessä myöhemmin elämässä ilmeneviin hankaluuksiin, kuten sosiaalisiin ongelmiin, päihteiden käyttöön ja rikollisuuteen (www.kaypahoito.fi). Varhainen tunnistaminen olisikin tärkeää, jotta ongelmallisiin kehityskulkuihin voitaisiin puuttua ajoissa.

Suomalaisen ADHD:n hoitosuosituksen mukaan koulun ja päiväkodin tukitoimet tulee aloittaa heti oireiden ilmettyä (www.kaypahoito.fi). ADHD-oireisten lasten koulussa toteutettavista tukitoimista on kohtuullisen paljon tietoa mutta tätä nuoremmista lapsista toistaiseksi vain vähän. Koululuokassa järjestettävät tukitoimet ovat osoittautuneet tehokkaaksi keinoksi vähentää kouluikäisten ADHD-oireita (Dupaul & Eckert, 1997). Voidaan

siis olettaa, että myös päivähoitoympäristön tukitoimilla voidaan lieventää päivähoitoikäisten lasten motorista levottomuutta, tarkkaamattomuutta ja impulsiivisuutta ja niistä aiheutuvia haittoja.

Tutkimukset tarkkaavuusongelmien ja ADHD-oireiden hoidosta osoittavat, että tehokas hoito koostuu lääkehoidosta ja psykososiaalisista tukitoimista (www.kaypahoito.fi). Tehokkaat psykososiaaliset tukitoimet perustuvat käyttäytymistä muokkaaviin behavioraalisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin keinoihin (Chronis, Jones & Raggi, 2006; McGoey ym., 2002). Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen mukaan psykososiaaliset tukitoimet ovat alle kouluikäisillä lapsilla ensisijaisia. ADHD:n tehokas hoito edellyttää riittävää tietämystä oireyhtymästä ja oireista sekä interventioista, jotka suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti jokaisen lapsen, perheen ja ympäristön tarpeita vastaaviksi (www.kaypahoito.fi).

Käyttäytymispsykologiseen teoriaan perustuvien tukitoimien tavoitteena on ohjata ja opettaa lasta selviytymään paremmin erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä sekä toisaalta muokata ympäristöä lapsen tarpeita vastaavaksi (Sheridan & Gutkin, 2000). Esikouluikäiset lapset, joilla on ADHD-oireita, hyötyvät strukturoidusta ympäristöstä, joka auttaa heitä toimimaan huolellisemmin, järjestelmällisemmin ja reflektiivisemmin (McGoey ym., 2002). Interventiot tulisi aina suunnitella vastaamaan lapsen kehityksellistä tasoa (Chronis ym., 2006).

ADHD:n hoidossa käytetyt käyttäytymispsykologiset menetelmät voivat perustua esimerkiksi vahvistussuhteiden hallintaan. Silloin tarkastellaan, millaiset olosuhteet edeltävät ja toisaalta seuraavat jotain tilannetta. Huomio kiinnitetään lapsen tarkkaavuutta ja käyttäytymistä ohjaaviin tilannetekijöihin sekä palautteeseen, jota lapselle annetaan hänen käyttäytymisestään. Etenkin pienempien lasten kohdalla seuraamusten tulee olla hyvin johdonmukaisia ja välittömiä, jotta käyttäytymisen ja seuraamusten välinen yhteys tulee selväksi. Toisaalta tilannetta edeltävien tekijöiden kuten ohjeistuksen ja materiaalien mukauttamisella voidaan tukea sekä lapsen käyttäytymistä että tehtävissä suoriutumista (Chronis ym., 2006).

Käyttäytymispsykologisilla tukitoimilla lasta opetetaan hallitsemaan ja tarkkailemaan käyttäytymistään paremmin. Myös johdonmukaiset palkitsemisjärjestelmät, selkeä ohjeistus ja strukturoitu ympäristö ovat oleellisia näissä interventioissa (McGoey ym., 2002; Corkum ym., 2005). Vahvistussuhteiden hallintaan perustuvien menetelmien lisäksi oppimisympäristöjen, tilanteiden ja tehtävien organisointi vähentää ilmeisesti tehokkaammin ADHD-piirteitä ADHD kuin muut kognitiivis-behavioraaliset menetelmät (DuPaul & Eckert, 1997). Käyttäytymisen muokkaamisen tekniikoita käytetään lapsen käyttäytymisen ohjaamisessa jokapäiväisissä tilanteissa. Tavoitteena on muokata lapsen toimintaan vaikuttavaa ympäristöä ja auttaa lasta sillä tavoin toimimaan tarkoituksenmukaisemmin.

Opettajilla ja päiväkotien henkilökunnalla on usein vain vähän tietoa käyttäytymispsykologisten tukitoimien suunnittelusta ja toteuttamisesta, ja he tarvitsevat yleensä siihen koulutusta ja tukea. Malleja tukitoimia suunnittelevien aikuisten tukemisesta ei juuri ole. Sheridanin ja Kratochwillin (2008) esittämä, yhteistyöhön perustuva behavioraalinen konsultaatio sisältää kolme perusnäkemystä: a) perheiden ottaminen mukaan, b) tutkimukseen perustuvien interventioiden käyttäminen ja c) yhteistyöhön perustuvassa konsultaatiossa soveltavien ongelmanratkaisumallien käyttäminen. Viimeiset kaksi ovat tässä tutkimuksessa sovelletun konsultaatiomallin perusteet.

Työskennellessään yhdessä konsultti ja konsultoitava yrittävät löytää parhaan yksilöllisen ratkaisun ongelmalliseen tilanteeseen. Ratkaisukeskeisessä konsultaatiossa valitaan rajattu määrä ongelmia, esimerkiksi hankalia tilanteita, ja konsultaation tärkein tavoite on saada ne muuttumaan (Kratochwill & Bergan, 1990). Ongelmanratkaisuprosessissa tavoitteeseen edetään neljän vaiheen kautta. Kuviossa 1 on kuvattu konsultaatioprosessin toteutus tässä tutkimuksessa.



Kuvio 1. Tutkimuksessa käytetty konsultaatioprosessi

Kuvio 1. Tutkimuksessa käytetty konsultaatioprosessi

Konsultaatiomallissa konsultti (tässä tutkimuksessa konsulttina toimi erityislastentarhanopettaja tai psykologi) työskenteli konsultoitavien (päivähoitoryhmän työntekijöiden) kanssa asiakkaan (eli lapsen) hyväksi. Prosessissa käsiteltiin niitä erityisiä huolenaiheita ja ongelmallisia tilanteita, joita työntekijät olivat huomanneet toimiessaan lapsen kanssa päiväkodissa. Konsultti ohjeisti työntekijöitä prosessin eri vaiheissa havaintojen tekemisessä, tukitoimien suunnittelussa ja toteuttamisessa (Sheridan & Kratochwill, 2008). Konsultaatiotapaamiset järjestettiin päiväkodeissa. Tukitoimet ja niiden tavoitteet laadittiin kullekin lapselle yksilöllisesti.

Tämän pilottitutkimuksen tavoitteena oli arvioida lyhyen, päiväkodin arkeen sovellettavan, vain vähän ulkopuolisten asiantuntijoiden osallistumista vaativan mallin toimivuutta. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1) Muuttaako konsultaatioon osallistuminen päivähoiton työntekijöiden itsearvioitua pätevyyttä? 2) Vaikuttavatko tukitoimet lasten käyttäytymiseen? 3) Kuinka soveltuviksi päivähoiton työntekijät arvioivat käytetyt tukitoimet?

Menetelmät

Tutkimuksen osanottajat

Tähän tutkimukseen osallistui 31 työntekijää 13 päiväkodista. Työkokemusta heillä oli 1,5–32 vuotta. Henkilökuntaa ohjattiin valitsemaan tutkimukseen lapsi, jolla oli paljon ADHD-oireita ja joka heidän mielestään hyötyisi eniten koulutuksessa käsitellyistä tukitoimista. Ennen tutkimukseen osallistumista lasten vanhemmilla pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumiseen. Tukitoimet suunniteltiin ja tehtiin kaiken kaikkiaan yhdelletoista lapselle (kymmenelle pojalle ja yhdelle tytölle). Lapsen impulsiivisuuden, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmien arviointiin käytettiin Keskittymiskyselyä (Klenberg, Jämsä, Häyrinen & Korkman, 2010). Keskittymiskyselyn vertailuaineistona käytimme päiväkodeista vuosina 2007–2008 kerättyä aineistoa, joka sisälsi tiedot 183:sta 4–6-vuotiaasta keskisuomalaisesta lapsesta. Asetimme raja-arvot lomakkeen kullekin skaalalle kahden hajonnan päähän vertailuaineiston keskiarvosta. Tutkimukseen osallistuneista lapsista yhdeksän sai raja-arvon ylittävät pisteet impulsiivisuus- ja tarkkaavuusskaaloilla ja kahdeksan toiminnanohjauksen skaalalla. Kaikki lapset ylittivät raja-arvot vähintään yhdellä skaalalla ja seitsemän kaikilla skaaloilla. Tutkimukseen valikoituneilla lapsilla oli päivähoitohenkilöstön arvioimana siis ADHD-oireita enemmän kuin vertailuaineistossa.

Itsearvioitu pätevyys

Mitataksemme päivähoitohenkilökunnan itsearvioitua pätevyyttä käytimme Tomera-projektissa kehitettyä lomaketta. Lomake täytettiin alku- ja loppumittauksessa, ja henkilökuntaa pyydettiin ajattelemaan vastatessaan tutkimukseen osallistunutta lasta. Lomake sisälsi 17 väittämää kokemuksista työssä sekä lapsen ohjauksen periaatteista ja keinoista. Arviointi tehtiin Likert-asteikolle 1–7 (1 ei koskaan – 7 joka päivä). Lomakkeesta laskettiin alku- ja loppuarviointien keskiarvot.

Kaikista lomakkeen väittämistä laskettu Cronbachin alfa oli alkumittauksessa .84 ja loppumittauksessa .86. Saadaksemme yksityiskohtaisempaa tietoa jaoimme aineiston väittämien sisällön perusteella kolmeen skaalaan: kokemukset (5 kysymystä), toiminta (8) ja yhteistyö (4). Kokemus-skaala viittaa kokemuksiin kasvattajana sekä kokemuksiin tutkimukseen osallistuneesta lapsesta. Toiminta-skaala viittaa tapoihin ohjata lasta ja kommunikoida hänen kanssaan. Yhteistyö-skaala sisältää arviot yhteistyöstä lapsen vanhempien ja muiden kasvattajien kanssa. Alku- ja lopputilanteessa mitatut Cronbachin alfat olivat kokemus-skaalassa .78 ja

.75, toiminta-skaalassa .74 ja .78 ja yhteistyö-skaalassa .77 ja .77. Skaaloille laskettiin alku- ja loppumittausten keskiarvot, joita verrattiin parittaisella kaksisuuntaisella t-testillä. Lisäksi lomakkeella oli kolme väittämää, jotka koskivat tietoja ADHD:stä ja tukitoimista. Näihin väittämiin vastattiin neliportaisella Likert-asteikolla (1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä). Hypoteesimme oli, että konsultaatioon osallistuminen lisää tietoja ADHD:n oireista ja tukitoimista. Mitataksemme muutosta laskimme myös näistä keskiarvot alku- ja loppumittauksessa ja analysoimme ne parittaisen kaksisuuntaisen t-testin avulla.

Tukitoimien vaikuttavuus

Arvioimme lasten käyttäytymisessä ilmenneiden pulmien vakavuutta ja ongelmallisten tilanteiden määrää koulutilanteiden arviointiin kehitetyllä lomakkeella, jota muokattiin päiväkoteihin sopivaksi (School Situation Questionnaire; Barkley 1987). Lomakkeessa kuvataan kaksitoista päivähoitotilannetta, joissa ilmenevät ongelmat arvioidaan ensin kaksiluokkaisena: esiintyy tai ei esiinny. Vakavuutta arvioidaan Likert-asteikolla 1–9 (1 lievä – 9 vakava). Arvioimme ongelmien vakavuutta laskemalla jokaisen lapsen alku- ja loppumittauksen maksimipisteet (missä tahansa tilanteessa). Koska tilanteissa ”pienryhmissä työskentely” ja ”ohjatut tuokiot” esiintyi ongelmia kaikilla lapsilla ja ne ovat keskeisiä koulun aloittamisen kannalta, otimme nämä kaksi tilannetta lähempään tarkasteluun. Laskimme myös, kuinka monessa tilanteessa lapsilla esiintyi pulmia alku- ja loppumittauksessa. Hypoteesimme oli, että ongelmallisten tilanteiden määrä ja vakavuus vähenevät tukitoimien ansiosta, ja testasimme tätä Wilcoxonin merkkitestillä.

Konsultaatiossa päivähoitohenkilökuntaa opastettiin käyttämään Tavoitteiden saavuttamisen asteikkoa (TaSa; The Goal Attainment Scale; Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994). Sillä seurattiin tukitoimien vaikutusta. TaSa-lomakkeessa käytettiin asteikkoa +2, +1, 0, -1, -2, jolla 0 kuvasi alkutilanteen käyttäytymistä (ei edistymistä), +2 toivotuinta käyttäytymistä (tavoite täysin saavutettu) ja -2 vähiten toivottua käyttäytymistä (merkittävästi huonontunut tilanne). Käyttäytyminen ja tavoitteet valittiin kullekin lapselle yksilöllisesti ja työntekijöitä ohjattiin kuvaamaan ne niin konkreettisesti kuin mahdollista. Asteikolla seurattiin lapsen käyttäytymisessä tukitoimien aikana tapahtuvaa muutosta.

Tukitoimien soveltuvuus

Tukitoimijakson jälkeen arvioimme tukitoimien soveltuvuutta ja tehokkuutta Intervention rating profile-15 -lomakkeella (IRP-15; Martens, Witt, Elliott & Darveaux, 1985). Se sisältää viisitoista väittämää tukitoimista ja niissä käytetyistä menetelmistä (esimerkiksi: ”Koen, että voin käyttää tätä interventiota päivähoitoympäristössä”; ”Mielestäni tämä interventio on hyväksyttävä lähestymistapa ongelmatilanteeseen”). Väittämiin vastattiin Likert-asteikolla 1–6 (1 täysin eri mieltä – 6 täysin samaa mieltä). Laskimme väittämistä keskiarvon.

Konsultaatio prosessina

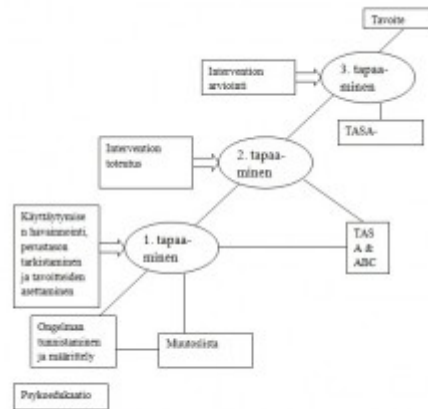
Kuten aiemmin totesimme, konsultaatiomalli sisälsi neljä vaihetta: koulutusosuuden ja kolme ongelmanratkaisumallin mukaista konsultaatiokertaa (kuvio 2). Prosessi alkoi vierailulla niissä päiväkodeissa, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan hankkeeseen. Henkilökunta tutustutettiin projektiin, tarkkaavuushäiriöön ja siihen liittyviin tukitoimiin. Tämä tapaaminen antoi päiväkodeille mahdollisuuden päättää, halusivatko ne osallistua varsinaiseen tukitoimivaiheeseen. Kun päiväkodin henkilökunta oli päättänyt osallistua, annettiin heille tehtäväksi ennen seuraavaa tapaamista valita tutkimukseen soveltuva lapsi. Henkilökuntaa ohjeistettiin seuraamaan valittua lasta ja tilanteita, jotka olivat päivähoidon arkirutiinien kannalta haastavimpia.

Ensimmäisen konsultaatiotapaamisen tarkoituksena oli listata tutkimukseen osallistuvan lapsen tarpeet. Keskustelujen virittäjänä käytettiin Tomera-projektissa muokattua Muutoslista-lomaketta, johon työntekijät kirjasivat kaikki tilanteet ja käyttäytymiset, joissa he olivat havainneet lapsen tarvitsevan tukea. Lomakkeen pohjana käytettiin Kummi 2 -kirjassa kuvattua Systemaattisen tukemisen ohjelmaa (Aro & Närhi, 2003). Yhteisessä keskustelussa valittiin kohdekäyttäytyminen, johon konsultaatioprosessin kuluessa pyritään vaikuttamaan. Lisäksi konsultoivat työntekijät esittelivät käyttäytymisen havainnointiin tarkoitetun ABC-lomakkeen, jonka taustalla on ajatus kolmesta vahvistussuhteisiin perustuvasta komponentista, jotka ovat vaikuttamassa käyttäytymisen ja ympäristön tilannetekijöiden välillä. Havainnoitavana ovat ennen

käyttäytymistä tapahtuneet asiat (antecedents), varsinainen käyttäytyminen (behaviors) ja käyttäytymisestä seuraavat asiat tai tapahtumat (consequences) (Kazdin, 2001). TaSa-lomake annettiin henkilökunnalle perustason mittaamista sekä haastavien tilanteiden ja lapsen käyttäytymisen selvittämistä varten. Tyhjä TaSa-lomake annettiin täytettäväksi ennen seuraavaa tapaamista.

Toisella tapaamisella muodostettiin työntekijöiden havaintojen perusteella hypoteesit lapsen käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tukitoimien tavoitteet selkiinnytettiin TaSa-lomakkeen avulla. Tämän jälkeen käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä tehtyjen hypoteesien avulla suunniteltiin tukitoimet haastavien tilanteiden ja lapsen pulmallisten toimintatapojen muuttamiseksi. Ennen seuraavaa tapaamista henkilökunnan tehtävä oli toteuttaa tukitoimet ja tehdä seuranta TaSa-lomaketta käyttäen.

Kolmannessa konsultaatiotapaamisessa arvioitiin tukitoimien toteutumista ja niiden vaikuttavuutta.



Kuvio 2. Konsultaatiomallin vaiheet.

Kuvio 2. Konsultaatiomallin vaiheet.

Tulokset

Työntekijöiden pätevyys oli heidän oman arvionsa mukaan loppumittauksessa tilastollisesti merkitsevästi suurempi kuin alkumittauksessa (taulukko 1). Tarkemmassa analyysissä tilastollisesti merkittävä muutos alku- ja loppumittauksen välillä ilmeni kokemus-skaalalla. Toiminta- ja yhteistyö-skaaloilla muutos oli niin ikään positiivinen, mutta ei tilastollisesti merkitsevä. Tämä viittaisi siihen, että itsearvioitu pätevyys kokemuksena omista työtaitoista ja tukitoimiin osallistuneen lapsen kanssa toimimisesta on lisääntynyt, mutta toiminnan ja yhteistyön tasolla muutosta ei ole. Tiedot ADHD:stä ja tukitoimista olivat myös lisääntyneet merkittävästi.

Taulukko 1. Itsearviointilomakkeen alku- ja loppumittauksen tulokset.

| | Alkumittaus | | Loppumittaus | | t (30) | p |
|---------------------|-------------|-----|--------------|-----|--------|------|
| | Ka | Kh | Ka | Kh | | |
| Käikki kyseennyksiä | 5,40 | ,67 | 5,63 | ,59 | 2,43 | ,021 |
| Kokemus | 5,22 | ,73 | 5,85 | ,66 | 3,51 | ,001 |
| Toiminta | 5,40 | ,74 | 5,51 | ,66 | 1,42 | ,164 |
| Yhteistyö | 5,80 | ,98 | 5,69 | ,71 | ,48 | ,623 |
| Tiedot | 2,46 | ,60 | 2,76 | ,61 | 2,40* | ,019 |

* $df=29$

Taulukko 1. Itsearviointilomakkeen alku- ja loppumittauksen tulokset.

Ongelmallisten tilanteiden määrä oli vähentynyt merkittävästi; kaikilla lapsilla ongelmallisia tilanteita oli loppumittauksessa vähemmän kuin alkumittauksessa (ks. taulukko 2) (School Situation Questionnaire; Barkley 1987). Ongelmien vakavuus väheni seitsemällä lapsella. Samoin seitsemän lapsen ongelmat olivat käyneet vähemmän vakaviksi sekä pienryhmä- että ohjatuissa tilanteissa. Merkittävää muutosta tapahtui siis niissä kahdessa tilanteessa, jotka arvioimme erityisen tärkeiksi koulun aloittamisen kannalta. Kaiken kaikkiaan

myönteinen muutos oli nähtävissä sekä ongelmien määrässä että vakavuudessa. Suunniteltua määrällistä arviointia TaSa-lomakkeiden avulla ei tehty, koska TaSa:n raportointitavat olivat erilaisia. Käsittelemme asiaa tarkemmin pohdinnassa.

Taulukko 2. Ongelmallisten tilanteiden määrän ja ongelmien vakavuuden muutokset alku- ja lopputilanteiden välillä (School Situation Questionnaire; Barkley 1987).

| | Rajertystilanteiden ka. negat. (n =) | Rajertystilanteiden ka. posit. (n =) | Raj. luku sama (n =) | Z | Sig (2- suunt.) |
|-----------------|---|---|-------------------------|------|--------------------|
| | lopussa < alussa | lopussa > alussa | lopussa = alussa | | |
| Määrä | 6,0 (11) | ,0 (0) | (0) | 2,97 | .003 |
| Vakavuus | 4,64 (7) | 3,56 (1) | (3) | 2,06 | .039 |
| Pienryhtäisyys | 6,71 (7) | 2,67 (3) | (1) | 2,01 | .044 |
| Ohjattu tilanne | 6,0 (7) | 1,5 (2) | (2) | 2,34 | .019 |

Taulukko 2. Ongelmallisten tilanteiden määrän ja ongelmien vakavuuden muutokset alku- ja lopputilanteiden välillä (School Situation Questionnaire; Barkley 1987).

IRP-15-lomakkeessa, jolla arvioitiin tukitoimien soveltuvuutta, kaikkien arvioiden keskiarvo oli 5,34 (keskihajonta .49) ja vaihteluväli 4–6 (jonkin verran samaa mieltä – täysin samaa mieltä). Päiväkotien henkilökunta siis piti tukitoimia soveltuvina.

Pohdinta

Tässä pilottitutkimuksessa käytetty neljän kerran konsultaatiomalli ja sen yhteydessä järjestetyt tukitoimet lisäsivät päivähoitohenkilöstön itsearviointia pätevyyttä merkittävästi. Tukitoimet vähensivät lasten ongelmallista käyttäytymistä, ja päiväkotihenkilökunta piti toimia soveltuvina päivähoitoon. Nämä tulokset viittaavat siihen, että koulussa ADHD-oireisille oppilaille käytetyt tukitoimet ovat sovellettavissa myös päivähoitoympäristöön. Havainnot ovat yhdenmukaisia McGoeyn ja muiden (2005) katsauksen kanssa, jonka mukaan tehokkaita tuloksia saadaan myös esikouluikäisillä ADHD-oireisilla lapsilla.

Itsearviointia pätevyyttä mitattiin kolmella skaalalla (kokemus, toiminta ja yhteistyö). Kokemus-skaalan tulokset osoittivat käsityksen omasta pätevyydestä kohentuneen. Myös tiedot ADHD:stä ja tukitoimista arvioitiin paremmaksi konsultaatioprosessin jälkeen. Muutos itsearvioidussa pätevyydessä ja taidossa toimia ADHD-oireisten lasten kanssa on mahdollisesti olennainen aikuisen ja lapsen vuorovaikutussuhteen kannalta. Myös toiminta- ja yhteistyö-skaaloilla näkyi merkkejä positiivisesta muutoksesta, vaikka muutos ei ollutkaan tilastollisesti merkitsevä. On mahdollista, että merkitsevien tulosten saaminen näillä tasoilla vaatisi enemmän aikaa. Saattaa myös olla, että positiivinen muutos, joka saavutettiin kokemusten ja yleisen tietämyksen tasolla tällaisessa lyhyessä interventio- ja konsultaatioprosessissa, on alkua myös muutoksille toiminnallisella ja yhteistyön tasolla.

Tukitoimen toteuttamisen jälkeen lapsilla oli ongelmia harvemmissä tilanteissa ja ongelmat olivat lievempiä kuin ennen interventiota. Tämä viittaa siihen, että yksilöllisesti suunnitellut tukitoimet auttoivat lapsia toimimaan paremmin ja saamaan enemmän kannustavia kokemuksia ja palautetta päivähoitossa. Lyhyestä kestästä huolimatta tukitoimet vaikuttivat myönteisesti lasten käyttäytymiseen.

Päivähoitohenkilöstö piti interventioita soveltuvina ja päivähoitoon käyttöön sopivina. He uskoivat voivansa käyttää niitä tulevaisuudessakin tai suositella niitä muille työntekijöille. Yksi syy myönteisiin arvioihin on todennäköisesti se, että päivähoitoon työntekijät olivat itse aktiivisesti suunnittelemassa ja toteuttamassa interventioita.

Tämän tutkimuksen tuloksista tehtäviä johtopäätöksiä ja niiden yleistämistä rajoittavat vertailuryhmän puute ja pieni otos. Alle kouluikäisten ADHD-piirteisten lasten interventioista tarvitaan lisää tutkimusta. Esiin nousi myös se, ettei tukitoimien toteutumisen johdonmukaisuutta pystytty tyydyttävästi arvioimaan. Esimerkiksi TaSan käyttäminen tavoitteiden asettamisessa ja arvioinnissa todettiin melko vaikeaksi. Eri päiväkodeissa Tasaa käytettiin eri tavoin, mikä saattaa johtua ohjeistuksen riittämättömyydestä. Tämä on huomioitava konsultaatiomallia edelleen kehitettäessä.

Tässä tutkimuksessa viimeiset tukitoimet järjestettiin keväällä, joka on päiväkodeissa hyvin kiireistä aikaa. Päivähoitohenkilöstön mukaan tämä häiritsi jonkin verran tukitoimien toteutusta ja arviointia. Päivähoitohenkilöstö ehdotti, että olisi parempi aloittaa konsultaatioprosessi syksyllä, kun päivähoitoon tulee uusia lapsia. Toisaalta nyt osallistuneet lapset saattoivat joka tapauksessa hyötyä tukitoimista seuraavana syksynä koulua aloittaessaan. Päivähoitohenkilöstön kanssa keskusteltiin myös tiedon eteenpäin välittämisestä ja interventioiden jatkamisesta jossakin muodossa myös koulussa.

Tukitoimien vaikuttavuutta koskevat tutkimukset ovat tärkeitä tutkimustiedon ja käytännön työn välisen kuilun kaventamisessa. Malli toteutettiin jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa päiväkodissa yhteistyössä työntekijöiden kanssa. Lähtökohta oli, että päivähoitohenkilöstö tietää ja tuntee parhaiten lapset ja heidän käyttäytymisensä päiväkodin arjessa. Ulkopuoliset asiantuntijat voivat ehdottaa erilaisia toimintatapoja, mutta käytäntöön sovellettavien ja käytännössä toimivien tukitoimien suunnitteluun tarvitaan ennen kaikkea päivähoitohenkilöstön tietämystä.

Tässä tutkimuksessa kuvatut tukitoimet eivät vaatineet vanhempien aktiivista osallistumista. Tämä lähestymistapa mahdollistaa tukitoimien toteuttamisen päiväkodin omana työnä esimerkiksi tilanteissa, joissa vanhemmilla on vain vähän voimavaroja osallistua tukitoimiin. Toisaalta olisi kuitenkin tärkeää tietää, miten vanhempien osallistuminen vaikuttaisi tuloksiin. Tämä tarkoittaisi, että perheet toteuttaisivat tukitoimien periaatteita myös kotona. Erityisesti ekologisesta näkökulmasta katsoen on perusteltua ulottaa tukitoimet kaikkiin lapsen toimintaympäristöihin (Ehrhardt, Barnett, Lentz, Stollar & Reifin, 1996). Myös Sheridan ja Kratochwill (2008) suosittelevat perheiden mukaan ottamista, koska se on yksi yhteistyöhön perustuvan behavioraalisen konsultaation periaatteista. Jatkokehittelyssä malliin olisikin hyvä sisällyttää tapa, jolla vanhemmat otettaisiin mukaan prosessiin.

Muita aiheita jatkotutkimuksille olisi esimerkiksi erilaisten tukitoimien kokeileminen. Olisi mielenkiintoista selvittää, onko tukitoimien vaikuttavuudessa eroja sen mukaan, keskitytäänkö niissä käyttäytymistä ohjaaviin tilannetekijöihin vai lapselle käyttäytymisestä annettuun palautteeseen. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää, millä konsultaatiotapaamisten määrällä saavutettaisiin paras mahdollinen tulos. Esimerkiksi tukitoimien toteutumisen johdonmukaisuus ja vastaavasti niiden tehokkuus saattaisivat parantua, jos prosessin aikana olisi enemmän aikaa ja tapaamisia. Toisaalta on tarvetta kehittää tukitoimien suunnittelun malleja, joiden toteutus ei vaadi suurta määrää tapaamisia, jotka ovat varmasti toteutettavissa päiväkotien arjessa ja joiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa päivähoitohenkilöstö voisi toimia mahdollisimman itsenäisesti. Kuten aiemmin jo todettiin, TaSa-mallin käytön ohjaamiseen olisi pitänyt panostaa enemmän, jotta sitä olisi pystytty parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntämään. TaSa-mallin käyttöön liittyvien kokemusten tutkiminen olisi hyödyllistä menetelmän jatkokehittelyn kannalta. Huolimatta tämän tutkimuksen rajoituksista ja siitä, että edelleen tällä alueella tarvitaan paljon lisätutkimusta, tämä pilottitutkimus osoitti, että lyhyellä konsultaatiolla voidaan saada hyviä tuloksia lasten ADHD-oireista aiheutuvien haittojen vähentämisessä ja päivähoitohenkilöstön itsearvioitun pätevyyden lisäämisessä. Tämä tutkimus myös osoitti, että hyödyntämällä kouluikäisille lapsille kehitetyistä tukitoimista saatua tietoa ja kokemuksia, on mahdollista kehittää toimivia ja käyttökelpoisia tukitoimia päivähoiton käyttöön. Varhaisella tukitoimien aloittamisella voidaan tukea lapsia jo ennen koulun alkua ja ehkäistä ADHD-oireiden ja niistä seuraavien vaikeuksien lisääntymistä.

Lähteet

Aro, T. & Närhi, V. (2003). Kummi 2. Tarkkaavuushäiriöinen lapsi koululuokassa. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.

Aronen, E. & Sourander, A. (2007). III Psykiatrian erityisalueet, 26. Lastenpsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria*, 572–575. Duodecim: Jyväskylä.

Barkley, R. & Edelbrock, C. (1987). School Situations Questionnaire. Teoksessa R.J. Prinz (toim.), *Advances in behavioral assessment of children and families*, 157–176. JAI Press: Greenwich, CT.

Blackman, J., Westervelt, V., Stevenson, R. & Welch, A. (1991). Management of pre-school children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Topics in Early Childhood Special Education* 11, 91–104.

- Chronis, A., Jones, H. & Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 26, 486–502.
- Corkum, P., McKinnon, M. & Mullane, J. (2005). The Effect of Involving Classroom Teachers in a Parent Training Program for Families of Children with ADHD. *Child and Family Behavior Therapy* 27(4), 29–49.
- DuPaul, G. & Eckert T. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review* 26, 5–27.
- Ehrhardt, K., Barnett, D., Lentz, F., Stollar, S. & Reifin, L. (1996). Innovative methodology in ecological consultation: Use of scripts to promote treatment acceptability and integrity. *School Psychology Quarterly*, 11(2), 149–168.
- Kazdin, A.E. (2001). *Behavior Modification in Applied Settings*. (6. painos.) Waveland Press: Long Grove, IL.
- Kiresuk, T., Smith, A. & Cardillo J. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ.
- Klenberg L, Jämsä S, Häyrynen T & Korkman M. (2010). *Keskittymiskysely. Käsikirja. Psykologien Kustannus: Helsinki*. Kratochwill, T. & Bergan, J. (1990). *Behavioral consultation in applied settings: An individual guide*. Plenum Press: New York.
- Käypä hoito -suositukset. Duodecim. Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito. (Päivitetty 4.11.2007.) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen Yhdistys Ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. [Haettu 9.3.2009.] <http://www.kaypahoito.fi/>
- Martens, B., Witt, J., Elliot, S. & Darveaux, D. (1985). Teacher judgements concerning the acceptability of school-based interventions. *Professional Psychology: Research and Practice* 16, 191–198.
- McGoey, K., DuPaul, G., Eckert, T., Volpe, R. & Van Brakle, J. (2005). Outcomes of a multi-component intervention for pre-school children at-risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy* 27, 33–56.
- McGoey, K., Eckert, T. & Dupaul, G. et al. (2002). Early intervention for pre-school-age children with ADHD: A Literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 10, 14–28.
- Sheridan, S. & Gutkin, T. (2000). The ecology of school psychology: Examining and changing our paradigm for the 21st century. *School Psychology Review*. 29, 485–502.
- Sheridan, S. & Kratochwill, T. (2008). *Conjoint Behavioral Consultation. Promoting Family-School Connections and Interventions*. (2. painos.) Springer Science + Business Media: New York.