

MIKKO KORAKIANGAS

LASTENNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINNIT
VIISIVUOTIAIDEN LASTEN PSYKKISESTÄ KEHITYKSESTÄ



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, JYVÄSKYLÄ 1984

MIKKO KORAKANGAS

LASTENNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINNIT
VIISIVUOTIAIDEN LASTEN PSYKKISESTÄ KEHITYKSESTÄ

ESITETÄÄN JYVÄSKYLÄN YLIOPISTON YHTEISKUNTATIETEELLISEN
TIEDEKUNNAN SUOSTUMUKSELLA JULKISESTI TARKASTETTAVAKSI
SALISSA S 212 TOUKOKUUN 5. PÄIVÄNÄ 1984 KLO 12

LASTENNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINNIT
VIISIVUOTIAIDEN LASTEN PSYKKISESTÄ KEHITYKSESTÄ

MIKKO KORAKIANGAS

LASTENNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINNIT
VIISIVUOTIAIDEN LASTEN PSYKKISESTÄ KEHITYKSESTÄ

URN:ISBN:978-951-39-8226-3
ISBN 978-951-39-8226-3
ISSN 0075-4625

ISBN 951-679-123-9
ISSN 0075-4625

COPYRIGHT © 1984, by Mikko Korhakangas and
University of Jyväskylä

Jyväskylä 1984 Kirjapaino Oy Sisä-Suomi

ABSTRACT

Mikko Korkiakangas

Lastenneuvolan terveydenhoitajan arvioinnit viisivuotiaiden lasten psyykkisestä kehityksestä / Mikko Korkiakangas — Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1984, — 227 p. — (Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, ISSN 0075-4625;53) ISBN 951-679-123-9

The psychological assessment of five-year-old children by public health nurses at child health centres

Diss.

The study deals with psychological assessment by public health nurses in the standard health examination of five-year-old children at Finnish child health centres. In the experiment 1138 children were examined by 24 nurses during one year. The nurses filled a data sheet concerning the family and early development of the child on the basis of the standard health records and assessed children using an assessment system prepared for them. Parents filled a questionnaire concerning worries experienced by them in the child's development and upbringing. Considerable variation was found between nurses in the use of the assessment system in the making and recording of observations. About one-fifth of the children and families were evaluated to have need of further psychological measures or intervention. Less than 10 % of the variance in the need for further measures could be predicted from data documented about the family and child before the five-year examination. Many differences between boys and girls were found in worries reported by the parents, children's performances in the assessment system's tasks, need for further measures and predictability. It is emphasized that the development of assessment methods for public health nurses must be based on the main task of the child health centres, i.e. systematic monitoring of children's health and development, and health education with parental guidance in child rearing.

Assessment of child development. Child behaviour disorders. Child health services. Community mental health services.

ALKUSANAT

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön aloitteentekijänä ja rahoittajana on ollut lääkintöhallitus ja sitä on toteutettu Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella. Tutkimuksen etenemiseen ja valmistumiseen ovat vaikuttaneet useat ihmiset, joille kaikille haluan esittää mitä lämpimimmät kiitokset.

Tutkimushankkeen ohjausryhmässä lääkintöhallitusta ovat edustaneet psykologi Anja Sjöholm sekä tarkastaja Eeva-Liisa Vakkilainen ja Jyväskylän yliopiston psykologian laitosta professori Isto Ruoppila. Heidän kanssaan olen keskustellut tutkimuksen eri vaiheissa esiin tulleista ongelmista. Professori Martti Takala ja vs. professori Lea Pulkkinen ovat psykologian laitoksen johtajina huolehtineet monista tutkimuksen etenemiseen vaikuttaneista asioista.

Tutkimuksen alkuvaiheessa sain monia ehdotuksia apulaisprofessori Sirkka Laurilta ja dosentti Ritva Nupposelta. He toimittivat käyttööni tietoja tulossa olevista julkaisuistaan ja kehittelemistään arviointimenetelmistä. Sirkka Lauri ja Ritva Nupponen ovat myös lukeneet työn käsikirjoituksen. Heidän kommenttinsa ovat jäsentäneet huomattavasti erityisesti tutkimuksen lähtökohtia ja käytännön johtopäätöksiä.

Kokeiluun osallistui Lahden kaupungin terveyskeskuksen neuvolat ja neljä neuvolaa Äänekosken-Suolahden seudun terveyskeskuksesta. Kokeilun käynnistymiseen ja etenemiseen vaikuttivat erityisesti yli-lääkäri Kaija Knuutila ja ylihoitaja Anna-Liisa Tulokas Lahdessa sekä psykologi Riitta Kaijalainen-Vainikainen Äänekoskella. Ilman heidän ja mukana olleiden terveydenhoitajien innostusta tutkimus ei olisi ollut

mahdollinen.

Monilta terveystieteiden psykologeilta olen saanut tietoja heidän viisivuotistarkastuksissa käyttämistään arviointimenetelmistä. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella ja Oulun yliopiston käyttäytymistieteiden laitoksella olen keskustellut työtovereiden kanssa tutkimuksen lähtökohdista ja menetelmällisistä ratkaisuista. Näitä kautta saatujen vaikutteiden osuutta on tutkimuksen valmistuttua enää vaikea tarkemmin yksilöidä.

Aineiston käsittelyvaiheessa tutkimusapulaisena työskenteli Eliisa Aalto. Julkaistavien tulosten ATK-käsittelyn on toteuttanut Matti Hinkkanen. Raija Tenhunen on työn eri vaiheissa huolehtinut konekirjoituksesta ja tekstin käsittelystä. Englanninkielisen tiivistelmän ja yhteenvedon on tarkastanut Alan Robson.

Jyväskylän yliopistoa kiitän työn julkaisemisesta Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research -sarjassa ja sarjan toimittajaa dosentti Sirkka Hirsjärveä toimituksellisesta avusta. Lopuksi haluan muistaa perhettäni, joka on kaikin tavoin tukenut minua tutkimusta tehdessäni. Erityiset kiitokset osoitan vaimolleni Pirjolle hänen kannustuksestaan tutkimustyöni eri vaiheissa sekä päävastuun kantamisesta lastemme hyvinvoinnista. Poikani Ville ja Teemu ovat kärsivällisesti jaksaneet odottaa tutkimukseni valmistumista. Työn loppuvaiheessa tyttäreni Pauliinan maailmaantulo loi virkistävän vastapainon joskus työläältäkin tuntuvalle tieteen teolle.

Jyväskylässä maaliskuussa 1984

Mikko Korkiakangas

SISÄLLYSLUETTELO

ALKUSANAT

1. JOHDANTO.....	1
2. TERVEYDENHOITAJA LASTEN PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOIJANA....	6
2.1. Neuvolan tehtävät.....	6
2.2. Terveystarkastajan ja psykologin tehtävät.....	7
2.3. Neuvolan terveystarkastukset ja seulontatutkimukset....	11
2.4. Psykkistä kehitystä ja kasvatusta koskevien jatkokotoimenpiteiden tarve.....	14
2.4.1. Jatkokotoimenpiteiden tarpeen arvioiminen.....	14
2.4.2. Jatkokotoimenpiteiden tarpeesta päättäminen.....	19
3. LASTEN ONGELMAT JA VANHEMPIEN KASVATUSKESKUSTELUVALMIUS....	21
3.1. Käyttäytymisongelmien perusulottuvuudet.....	21
3.2. Kehitys- ja kasvatuspulmien kokemiseen vaikuttavat tekijät.....	26
3.2.1. Ongelmien havaitseminen ja vanhempien ominaisuudet.....	26
3.2.2. Jatkokotoimenpiteisiin valikoituvat ryhmät.....	28
3.3. Kehitys- ja kasvatuspulmien selvittely neuvolassa.....	29
3.4. Neuvonta kasvatustietojen muuttajana.....	33
4. PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINTIMENETELMÄT.....	37
4.1. Arviointimenetelmien pioneeriaika.....	37
4.2. Testien tilastollisten ominaisuuksien ylikorostuminen..	42
4.3. Menetelmät eri arviointitarkoituksiin.....	43
4.4. Kehitystä kokonaisuutena kartoittavat seulonta- ja seurantamenetelmät.....	44
4.5. Vanhempien ja testaaajan havainnot lasten arvioinnissa..	48
4.6. Tyttöjen ja poikien suoriutuminen testeissä.....	49
4.7. Ihmisen piirtäminen viisi- ja kuusivuotiaiden arvioinnissa.....	51
5. KEHITYKSEN ENNUSTETTAVUUS JA ONGELMIEN PYSYVYYS.....	53
5.1. Ennustettavuuden merkitys arvioinnissa.....	53
5.2. Arviointitulosten pysyvyys ikävaiheesta toiseen.....	54
5.3. Poikkeavuuksien ennakointi riskimuuttujien avulla.....	56
5.4. Ennustettavuuden merkitys viisivuotistarkastuksen kehittämisessä.....	58
6. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA ONGELMAT.....	62
7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	66
7.1. Kokeilun järjestäminen.....	66
7.2. Tiedonhankintamenetelmät.....	71
7.3. Tulosten käsittely.....	76
7.4. Kohderyhmän edustavuus ja tulosten yleistettävyyden.....	77
7.5. Viisivuotistarkastuksessa käynnin ajoittuminen.....	79

8. VANHEMPIEN KOKEMAT KEHITYS- JA KASVATUSPULMAT.....	82
8.1. Pulmien mittaaminen.....	82
8.2. Pulmien yleisyys.....	84
8.3. Pulmien yhteydet jatkotoimenpiteiden tarpeeseen.....	86
8.4. Perhetilanne ja pulmien kokeminen.....	88
8.5. Vanhempien valmius keskustella kasvatuksesta.....	92
8.6. Lasten hoitoon ja kasvatukseen liittyvät asiat.....	94
9. TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ.....	98
9.1. Arviointien reliiabilisuus.....	98
9.2. Arviointijärjestelmän faktorirakenne.....	104
9.3. Tyttöjen ja poikien erot tehtävistä suoriutumisessa...	106
9.4. Ongelmaryhmän erottuminen.....	109
10. NEUVOLASSA ESIIN TULEVAT ONGELMAT.....	117
10.1. Ennen viisivuotistarkastusta ilmenneet ongelmat....	117
10.2. Kyselylomakkeessa mainitut selvittelyä vaativat ongelmat.....	121
10.3. Terveystenhoitajien arviot jatkotoimenpiteiden tarpeesta.....	124
11. KEHITYKSEN JA JATKOTOIMENPITEIDEN TARPEEN ENNUSTAMINEN....	129
11.1. Kehitys suhteessa aikaisempien ikävaiheiden tietoihin.....	129
11.2. Jatkotoimenpiteiden tarve suhteessa taustatietoihin.	134
11.3. Jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättäminen.....	138
11.4. Seuranta kuusivuotistarkastuksessa.....	143
12. TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	149
12.1. Tulosten kokoaminen.....	149
12.2. Käytännön johtopäätöksiä.....	155
SUMMARY: THE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF FIVE-YEAR-OLD CHILDREN BY PUBLIC HEALTH NURSES AT CHILD HEALTH CENTRES.....	164
LÄHTEET.....	178
LIITTEET.....	196

1. JOHDANTO

Kansanterveyslaki (1972) merkitsi lastenneuvolatoiminnan siirtymistä osaksi kaikkia ikäryhmiä koskevaa kansanterveystyötä. Toimintaan tuli mukaan uusia työntekijöitä lääkärin ja terveydenhoitajan (terveysisaren) lisäksi. Neuvoloiden tehtävät ja toimintamuodot säilyivät kuitenkin pääpiirteissään ennallaan, vaikka palvelut osittain muuttuivat. Lasten neuvolatoiminnan tavoitteena on jokaisen lapsen terveyden ja suotuisan kehityksen turvaaminen kouluikään saakka. Merkittävä osa työssä onkin eri ikävaiheisiin ajoittuvilla terveystarkastuksilla, joissa tarkastetaan lapsen terveydentila ja seurataan hänen kehitystään ja joihin liittyy samalla vanhempien opastaminen ja neuvonta.

Kansanterveyslain aikana uutena neuvolatoiminnan kehittämistehtävänä on korostettu kasvatuseuvontaa ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Kokonaisvaltaisen lasten kehitystä ja kasvatusta tukevan toiminnan suhteuttaminen erityisryhmiä tai erityisolosuhteita korostavaan ehkäisevään mielenterveystyöhön ei kuitenkaan ole aina tapahtunut ongelmattomasti. Ehkäisevän mielenterveystyön merkitystä painotettaessa on usein jäänyt vaille riittävää huomiota se, ettei lapsiin suuntautuvia toimia voida irrottaa kasvatuskysymyksistä ja ettei kasvatuserä rajoitu häiriöiden poistamiseen tai ennalta ehkäisemiseen.

Lastenneuvolatoimintaa suorittavan työryhmän muodostavat terveydenhoitaja, lääkäri, hammaslääkäri ja psykologi. Neuvolan toiminnassa voidaan käyttää myös terveyskeskuksen muiden ammattiryhmien (esim. puheterapeuttien) asiantuntemusta. Kukin toimii ammatillisen koulutuksensa pohjalta eli antaa ohjausta ja muuta apua omalta alaltaan lap-

selle tai perheelle. Merkittävä asema on terveydenhoitajalla, sillä hän on laaja-alainen ensiasteen asiantuntija, joka toimii yhdyshenkilönä perheen ja eri ammattiryhmien välillä.

Lasten kehitystä ja kasvatusta kokonaisvaltaisesti tukevan toiminnan ja ehkäisevän mielenterveystyön näkökulmista terveydenhoitajan tehtäviä voidaan painottaa eri tavoin, sillä terveydenhoitaja joutuu työssään ottamaan jatkuvasti kantaa moninaisiin kasvatuksen ja mielen-terveyden kysymyksiin. Selvitellessään lasten hoito- ja kasvatusterveystyön kehittämistä terveyskeskuksissa Lauri (1980a, 1-2) on kuvannut terveydenhoitajan tilannetta aikaisemman tutkimuksensa (Lauri 1977) pohjalta seuraavasti:

Keväällä 1976 suoritetussa kyselytutkimuksessa terveydenhoitajan työtä 0-6-vuotiaiden lasten terveydenhoidossa todettiin, että terveydenhoitajan työn sisällössä korostui fyysisen kehityksen tarkkailu ja lapsen perushoidon ohjaus, mutta lisäksi terveydenhoitajat käsittelivät työssään melko paljon lapsen psyykkiseen kehitykseen liittyviä asioita ja monia lapsen käyttäytymisen erityisongelmia ja kasvatuskysymyksiä. Samalla tutkimuksessa tuli esille, että suurin osa terveydenhoitajista kaipasi selkeämpää ja konkreettisempaa toimintasuunnitelmaa 0-6-vuotiaiden lasten neuvonnan yhteistyömallien kehittämiseksi uusien työntekijäryhmien kanssa.

Tämä tutkimus käsittelee terveydenhoitajaa lasten psyykkisen kehityksen arvioijana. Lähtökohtana on terveydenhoitajan rooli psyykkistä kehitystä ja kasvatusta tukevan toiminnan laaja-alaisena ensiasteen asiantuntijana. Varsinaisena tutkimuksen kohteena on terveydenhoitajan arviointi hänen työtään täydentävien tutkimus- ja tukitoimenpiteiden tarpeen selvittämiseksi. Kyseessä on lääkintöhallituksen aloitteesta käynnistynyt tutkimus- ja kehittämistyö, jonka tavoitteena on ollut sellaisten psyykkisen kehityksen arviointimenetelmien kehittäminen, jotka olisivat nivellettävissä terveydenhoitajan työhön. Tutkimus kohdistuu viisivuotistarkastukseen, koska useissa terveyskeskuksissa on vakiintunut käytännöksi tutkia tämä ikäryhmä muita tarkemmin. Terveydenhoi-

tajan arvioinnin kehittämisiongelmaa on täsmennetty erottamalla neljä selvittelyn aluetta, jotka ovat

- vanhempien havainnot lasten kehitys- ja kasvatuspulmista
- terveydenhoitajan käyttämät arviointimenetelmät
- terveydenhoitajan päätöksenteko omaa työtään täydentävien jatkotoimenpiteiden tarpeesta
- terveydenhoitajan arviointien yhteydet aikaisempien ikävaiheiden tietoihin ja jatkotoimenpiteiden tarpeen pysyvyys.

Tutkimusstrategiaa koskevat ratkaisut suuntautuivat paljolti olemassa olevien määräaikaistarkastusten edellytysten ja rajoitusten pohjalta. Kokeilua varten viisivuotistarkastukseen käytettävää aikaa oli kuitenkin lisättävä. Tutkija osallistui kokeiluun ulkopuolisena selvityksen tekijänä, jonka vastuualueena olivat arviointimenetelmien laatiminen sekä niiden käytön opettaminen ja seuraaminen. Lasten kehityksen arvioinnista ja jatkotoimenpiteistä vastasivat terveydenhoitajat ja muut ammattiryhmät jokapäiväisen työnsä edellyttämällä tavalla.

Tutkimuksen peruskäsitteet ovat psyykkisen kehityksen arviointi ja jatkotoimenpiteiden tarve, jotka on liitetty väljästi ennakoiviin mielenterveystyön strategioihin. Psyykkisen kehityksen arvioinnilla tutkimuksessa tarkoitetaan terveydenhoitajien havaintoja ja tulkintoja lasten käyttäytymisestä. Arvioinnin ajatellaan muodostuvan jatkumosta, jonka toisena ääripäänä ovat tiettyyn tilanteeseen rajoittuvat havainnot ja toisena psykologisiin tulkintoihin perustuvat arviot. Psykologisesti mielekkään ja käytännössä toimivan arvioinnin on korostettu rakentuvan aina terveydenhoitajan tietojen ja lapsen havaittavan käyttäytymisen yhteisvaikutuksesta.

Terveydenhoitajan arvioinnin ensisijainen tavoite on neuvontaa palvelevan kokonaiskuvan luominen lapsesta ja perheestä. Tutkimuksessa

tämä on ollut yleinen lähtökohta ja erityisenä selvityksen kohteena on ollut terveydenhoitajan arviointi suhteessa jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Edellä mainitulla käsitteellä tarkoitetaan tutkimuksessa sitä, onko lapsella tai perheellä sellaisia psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia, jotka vaativat terveydenhoitajan neuvonnan lisäksi tarkempaa tutkimusta tai yksilöityjä tukitoimenpiteitä. Jatkotoimenpiteiden tarvetta ei määritelty täsmällisin psykologisin tai psykiatrisin riskiyksilöihin ja -olosuhteisiin tai kehityshäiriöihin ja -ongelmiin viittaavin kriteerein. Jatkotoimenpiteiden tarve on liitetty korostuneesti terveydenhoitajan omiin toimintaedellytyksiin, joihin vaikuttavat hänen käyttämänsä arviointimenetelmät, hänen koulutuksensa ja kokemuksensa sekä yhteistyömahdollisuudet terveystieteissä. Vanhempien odotukset, paikkakunnan mielenterveyspalvelut, päivähoitomahdollisuudet, ym. palvelut vaikuttavat myös jatkotoimenpiteiden tarpeen suuntautumiseen (Nupponen ym. 1982a).

Tutkimuksen lähestymistavan perusteluna oli neuvolatoiminnan suhteuttaminen ehkäisevän ja konstruktiivisen mielenterveystyön käsitteisiin. Ehkäisevän mielenterveystyön strategia keskittyy puolustautumiseen tunnistettavia riskejä vastaan ja suojautumiseen odotettavissa olevilta vaaroilta. Tämä voi koskea sekä riskiyksilöitä eli tietyille vaaroille alttiita henkilöitä että riskiolosuhteita (Nupponen ym. 1982b, 20-21). Neuvolan määräaikaistarkastukset eivät lähde ensisijaisesti tästä näkemyksestä, minkä vuoksi riskiryhmän ja -olosuhteiden käsitteitä ei ole eritelty tarkemmin. Sen sijaan terveydenhoitajan neuvonnan ja tarkastukseen liittyvien jatkotoimenpiteiden voidaan ajatella muodostavan osan toiminnasta, jota kutsutaan mielenterveystyön konstruktiiviseksi strategiaksi. Se tähtää suotuisan kehityksen käynnistämiseen sekä suotuisaa kehitystä edistävien tai säilyttävien olo-

jen tuottamiseen (Nupponen ym. 1982b, 22-23).

Edellä on kuvattu tutkimus- ja kehittämistyön lähtökohdat ja tavoitteet tutkimusprosessin alkuvaiheen näkökulmasta. Seuraavissa luvuissa paneudutaan tarkemmin yksittäisiin selvittelyn kohteena oleviin ongelmiin. Toisessa luvussa kuvataan neuvoloiden tehtäviä ja toimintamuotoja, joiden pohjalta kysymystä jatkotoimenpiteiden tarpeesta eritellään yksityiskohtaisemmin. Kolmannessa luvussa käsitellään vanhempien kokemuksia lapsen kehitys- ja kasvatuspulmia käyttäytymisongelmien selvittelyyn laadittujen kyselymenetelmien pohjalta. Neljäs luku koskee psykisen kehityksen arviointimenetelmiä ja niiden soveltuvuutta neuvolan määräraikaistarkastuksiin. Viidennessä luvussa käsitellään psykisen kehityksen ennustettavuuden ja ongelmien pysyvyyden kysymyksiä neuvolassa suoritettavan seurannan kannalta.

2. TERVEYDENHOITAJA LASTEN PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOIJANA

2.1. Neuvolan tehtävät

Vuonna 1944 kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista säädetyn lain toinen pykälä koski neuvoloiden tehtäviä, jotka määriteltiin seuraavasti:

Kunnallisen äitiys- ja lastenneuvolan tehtävänä on valistusta levittämällä sekä apua antamalla ja tarvittaessa opastamalla äitejä tarkoituksenmukaisesti käyttämään hyväkseen äitiys- ja perhelisäavustuksia vähentää raskaudenaikaan, synnytykseen ja lapsivuoteeseen liittyviä terveydellisiä vaaroja, edistää tulevien äitien ruumiillista ja henkistä terveyttä sekä lasten syntymistä mahdollisimman terveinä ja voimakkaina samoin kuin lastenhoidossa ja -kasvatuksessa ohjata vanhempia siten, että lapsilla on suotuisat mahdollisuudet säilyttää terveytensä ja kehittyä hyvin.

Neuvoloiden työssä korostettiin alusta alkaen monia sellaisia näkemyksiä ja toimintatapoja, jotka muilla terveydenhuollon alueilla tulivat hallitseviksi vasta huomattavasti myöhemmin. Esimerkiksi vuonna 1945 ilmestyneessä Maalaiskuntain yleisen terveydenhoidon käsikirjassa neuvolatyön ydinajatuksista kuvataan seuraavasti (s. 128):

...neuvolan huoltoon kuuluvat terveet lapset. Tämä ehkä tuntuu monesta ihmeelliseltä, sillä sanotaanhan, etteivät terveet tarvitse parantajaa, vaan sairaut. Mutta toiselta puolen on taas todettu tosiasia, että moni tauti on helpompi estää kuin parantaa. Tämä jälkimmäinen ajatus ilmaiseekin koko neuvola-ajatuksen ytimen, ennakkoltaestävän terveydenhoidon periaatteet.

Samoin korostetaan neuvolatyön perustana olevan kokonaisvaltainen näkemys lapsen terveydestä (s. 131):

Paitsi puhtaasti lapsen ruumiilliseen terveydenhoitoon pyrkii neuvola ohjaamaan vanhempia myöskin lapsen sielunelämän johtamiseen oikeille urille. Neuvola koettaa auttaa heitä monissa kasvatusvaikeuksissa ottaen huomioon lapsen erikoisen henkisen rakenteen ja kunkin yksilön erikoiset taipumukset. Näin koettamalla yhdistää lapsen sekä ruumiillisen että sielullisen terveydenhoidon pyrkii lastenneuvola luomaan

sopusuhtaisen yksilön, johon kodin ja myöhemmin myöskin koulun on helppompaa rakentaa.

Neuvolatoiminnan alkuaikoina ehkäisevä toiminta merkitsi ensisijaisesti lapsikuolleisuuden vähentämiseen tähtäävää hygienian parantamista ja rajoittumista keskeisiin fyysisen terveydenhuollon kysymyksiin sekä perushoidon ohjaukseen. Näillä työmuodoilla olikin ratkaiseva vaikutus lasten terveydentilan ja kasvuedellytysten parantumiseen. Noista alkuajoista lasten asema perheessä ja yhteiskunnassa on kuitenkin suuresti muuttunut. Erityisesti vanhemmille suunnatun kasvatustiedon ja -tuen tarve on lisääntynyt. Tässä yhteydessä viitataan usein suomalaisen kasvatuserinteen katkeamiseen 1960-luvulla. 1950-60-luvuilla monet yhteiskunnalliset muutokset olivatkin maassamme huomattavia ja oman elämänpiirin muutokset lienee koettu erityisen voimakkaina nimenomaan lasten hoidon ja kasvatuksen yhteydessä. Omien kasvatustietojen ja taitojen epävarmuutta lisäsi samanaikaisesti tapahtunut kotikasvatuksen "vaatimustason" kohoaminen. Vanhempien odotettiin antavan lapsilleen muutakin kuin perushoidon ja keskeisiä elämänohjeita. Neuvolatoiminnassa nämä muutokset ovat merkinneet lisääntyvää tarvetta kehittää erityisesti leikki-ikäisiin kohdistuvia työmuotoja.

2.2. Terveydenhoitajan ja psykologin tehtävät

Kasvatusneuvonnan tiedostaminen entistä enemmän äitiys- ja lastenneuvoloiden tehtäväksi liittyy ennaltaehkäisyn periaatteen korostumiseen yleisemmin mielenterveys- ja kansanterveystyössä. Tähän muutokseen liittyneet ensimmäiset kokeilut ja tutkimukset ehkäisevän mielenterveystyön mahdollisuuksista äitiys- ja lastenneuvoloissa alkoivat

1960-70-lukujen vaihteessa (Inkinen 1972; Kehittyvä neuvolatyö 1976; Lepistö ym. 1974; Nummenmaa 1976; Nupponen ym. 1973). Kansanterveyslaki (1972) merkitsi neuvolatoiminnan osalta näiden pyrkimysten virallistamista. Olennainen muutos aikaisempaan oli psykologien mukaan tulo lasten hoitoa ja kasvatusta koskevaan neuvontatyöhön.

Terveyskeskuspsykologin viran perustaminen on usein merkinnyt neuvoloiden osalta sitä, että johonkin leikki-ikään ajoittuvaan vuositarkastukseen on liitetty erillinen psyykkisen kehityksen arvioinnin ja kasvatuseuvonnan osatarkastus, jonka on toteuttanut terveyskeskuspsykologi. Työn painopiste on ollut joko lasten seulontaluontoisessa testauksessa tai suhteellisen vapaamuotoisessa kasvatuseuvonnassa. Tavallisimmin toimenpiteet on suunnattu viisivuotiain ikäluokkaan (Helsingin kaupunki 1981; Kiviluoto ym. 1981; Nupponen ym. 1981a, 1981b, 1982a). Psykologin toteuttama arviointi ja erilaiset jatkotoimenpiteet ovat vaihdelleet huomattavasti terveyskeskuksesta toiseen. Valitun työmuodon mahdollisia ongelmia ei useinkaan ole tarkemmin pohdittu, vaikka monista yksittäisistä ongelmista on suhteellisen perusteellisia selvityksiä (esim. Nupponen ja Lusa 1982; Nupponen ym. 1981a, 1982a).

Viime vuosina (Lauri 1977, 1980a, 1981a, 1981b, 1982) terveydenhoitajan työ on alettu nähdä keskeiseksi psyykkisen kehityksen seurannassa ja kasvatuseuvonnassa. Tämä ilmenee myös vuonna 1983 käyttöön otettuun uuteen terveystietomukseen sisältyvässä kehityksen seuraamislomakkeessa. Psykologin tehtäväksi on samalla tullut entistä selvemmin terveydenhoitajan konsultoiminen psyykkisen kehityksen asioissa ja vastaaminen hänelle suuntautuvista jatkotutkimuksista ja -toimenpiteistä.

Terveydenhoitajilta ovat kuitenkin puuttuneet psyykkisen kehityksen

arvioinnin vaatimat tiedot ja menetelmät. Arviointi on ollut spontaanien havaintojen tekemistä lapsesta ja vanhempien kokemien pulmien kyselemistä. Käytössä ollut terveyskortti ja lääkintöhallituksen ohjeet eivät myöskään ole ohjanneet yksityiskohtaiseen psyykkisen kehityksen seurantaan (vrt. Nupponen 1981). Esimerkiksi vuoden 1974 lääkintöhallituksen ohjeissa lasten psyykkisen kehityksen arviointi on ilmaistu niin yleisluontoisina määräyksinä, etteivät ne ole juurikaan jäsentäneet arvioinnin käytäntöä.

Edellä kuvattu tilanne on synnyttänyt vaatimuksen käyttökelpoisten arviointimenetelmien kehittämiseksi terveydenhoitajille. Uuteen terveystietomukseen sisältyvän kehityksen seuraamislomakkeen lisäksi terveydenhoitajien käyttöön soveltuvia menetelmiä ja niiden vaatimaa kehityspsykologista tietämystä on kaivattu erityisesti kattavampaa viisivuotistarkastusta varten. Vaatimuksen taustalla on näkemys, että myös psyykkiseen kehitykseen ja kasvatuskysymyksiin keskittyvien ikäluokka-arviointien tulisi olla luonteva osa tavanomaisia määräaikaistarkastuksia (vrt. Lauri 1980a, 1981a, 1981b; Nupponen ym. 1982a). Kasvatusneuvontaa koskeneissa kokeiluissa on yleensä todettu, että vanhemmat kokevat ulkopuolisten asiantuntijoiden antaman neuvonnan vieraaksi (Kovalainen 1976; Laine 1976). Kyseltäessä vanhempien halukkuutta esimerkiksi psykologien antamaan kasvatusneuvontaan suuri osa ilmoittaa olevansa siitä kiinnostunut. Käytännössä osallistuminen voi kuitenkin jäädä vähäiseksi (Lepistö ja Nieminen 1976).

Toteuttaessaan viisivuotiaiden ikäluokka-arviointeja psykologit ovat olleet erilaisessa asemassa kuin terveydenhoitajat. He ovat voineet turvautua arvioinnissaan mitä moninaisimpiin psykologisiin testeihin ja havainnointimenetelmiin. Koska useimmat lasten kehitystä selvittävät testit on laadittu diagnostisia tarkoituksia varten eikä

kattavampia seulontatestejä ole standardoitu Suomen oloihin, eivät testit sellaisinaan ole olleet sovellettavissa koko ikäluokkaa koskevassa neuvolatarkastuksessa. Monet psykologit ovatkin luoneet itselleen tarkastusta varten kootun tehtävä- tai testikokonaisuuden. Näin on syntynyt huomattavaa vaihtelua terveyskeskuksesta toiseen, vaikkakin perusratkaisuissa on ollut yhteisiä piirteitä, kuten tutkimuksen alussa suoritetussa analyysissä ilmeni (ks. luku 7).

Monet terveyskeskuspsykologit ovat kokeneet, että heidän asemansa neuvolassa on vakiintumaton, sivullinen ja ristiriitainen (Lauri 1981b). Ikäluokka-arvioinnit ovat uudelle psykologille usein toimineet keinona, jonka kautta hän on luontevasti päässyt mukaan lasten hoito- ja kasvatuseuvontaan. Terveystenhoitajien mielestä osa asiakkaista suhtautuu kuitenkin ennakkoluuloisesti psykologin tarjoamiin palveluihin (Lauri 1981b). Suurissa terveyskeskuksissa vaaditaankin suhteellisen yksiselitteinen ratkaisu terveydenhoitajan ja psykologin tehtävälalueista psyykkisen kehityksen arvioinnissa ja kasvatuseuvonnassa. Sen sijaan pienissä terveyskeskuksissa voitaneen noudattaa vaihtelevia yhteistyömalleja riippuen käytössä olevasta psykologin työpanoksesta (vrt. Nupponen ym. 1982a). Koska kaikissa terveyskeskuksissa ei ole psykologia, myös terveyskeskuksen ulkopuoliset palvelut on samalla otettava huomioon.

2.3. Neuvolan terveystarkastukset ja seulontatutkimukset

Lääkintöhallituksen ohjeissa lasten neuvontatoiminnan tehostamisesta terveystarkastuksissa (1974,3) todetaan, että

Lasten neuvolatoiminnan tavoitteena on antaa jokaiselle lapselle mahdollisuus hänen optimaaliseen terveyteensä, sen ylläpitämiseen ja vahvistamiseen ja kiinnittää huomiota lasten ympäristöön sekä tukea hänen hoitoonsa ja kasvatukseensa osallistuvia henkilöitä lapsen kokonais-terveyden kannalta suotuisten olosuhteiden saavuttamisessa. Lastenneuvolan tehtävänä on siis ohjata vanhempia ja hoitajia lasten hoidossa ja kasvatuksessa siten, että lapsilla on suotuisat mahdollisuudet säilyttää terveytensä ja kehittyä hyvin.

Lapsikohtaisen terveydenhuollon menetelmistä keskeisiä ovat määräaikaaiset terveystarkastukset, joihin luontevasti liittyvät terveyskasvatus ja neuvonta. Tarkastusten painopiste on lapsen kahdessa ensimmäisessä elinvuodessa. Leikki-ikässä neuvolassa käydään usein vain vuositarkastuksissa. Osan tarkastuksista suorittaa terveydenhoitaja yksinään ja osan lääkäri yhdessä terveydenhoitajan kanssa.

Seulontatutkimus on eräs terveystarkastuksen vaihe, joka voidaan määritellä niin, että se on piilevän vian tai sairauden tunnistamista nopeasti toteutettavien testien tai kokeiden avulla (Roberts 1977). Seulontatestien ajatellaan erottelevan henkilöt, joilla todennäköisesti on piilevä sairaus niistä, joilla sairautta todennäköisesti ei ole. Seulonnassa esiin nousseet tapaukset on diagnosointia varten lähetettävä tarkempaan tutkimukseen.

Kaikki seulontatutkimukset vaativat tiettyjä toimintaedellytyksiä, jotka voidaan Frankenburgin (1973) mukaan kirjata vastauksiksi seuraaviin kysymyksiin:

- Onko seulonnan kohteena oleva sairaus vakava?
- Onko olemassa diagnostisia testejä, joilla positiivisista seulontatuloksista voidaan tunnistaa erilleen terveet ja rajatapaukset?

- Vaikuttaako mahdollisimman varhainen sairauden esivaiheen tunnistaminen prognoosiin?
- Voidaanko seulonnan kohteena olevaa sairautta parantaa tai lievittää?
- Onko ajankohta, jolloin seulonta toteutetaan, optimaalinen myös jatkotoimenpiteille?
- Onko seulottava sairaus suhteellisen yleinen?
- Onko olemassa käytännön edellytyksiä tarvittaville toimenpiteille?
- Mitkä ovat seulonnan ja siihen liittyvien jatkotoimenpiteiden kustannukset?

Frankenburgin (1973) esittämät kysymykset ovat melko selväpiirteisiä tarkasteltaessa fyysisiä sairauksia. Kysymyksiä voidaan käytännön neuvolatyön pulmien valaisemiseksi kommentoida myös psyykkiseen kehitykseen keskittyvän viisivuotistarkastuksen kannalta, vaikka korostetaankin, ettei psyykkisen kehityksen asioiden käsittely neuvolassa suuntaudu ensisijaisesti seulontaan. Tarkastuksessa täytyy korostua neuvolatoiminnan tavoitteen mukaisesti kaikkia lapsia ja perheitä koskeva opastus, neuvonta ja muut palvelut (Nupponen ja Lusa 1982).

Lasten mielenterveydelliset häiriöt samoin kuin vanhempien kokemat kasvatuspulmat ovat melko yleisiä ja niitä voidaan pitää vakavana ongelmana tai haasteena. Nykyisin on olemassa monia mahdollisuuksia selvittää psyykkisen kehityksen ongelmia seulontaa tarkemmin sekä tukea vanhempia heidän kasvatustehtävässään. Viiden vuoden ikä on perusteltavissa sekä arvioinnin toteutuksen että monien jatkotoimenpiteiden ajoituksen kannalta. Viisivuotiaiden voidaan esimerkiksi korostaa olevan nuorempiin lapsiin verrattuna yhteistyökykyisempiä arvioinnin toteutuksen helpottamiseksi. Samoin on perusteltua ajoittaa eräät jatkotoimenpiteet tähän ikävaiheeseen, eli riittävän aikaisiksi ennen

koulun käynnin alkua. Koska useissa terveystarkastuksissa työskentelee psykologi ja puheterapeutti sekä muita erityistyöntekijöitä, on ole-massa käytännön mahdollisuuksia jatkotoimenpiteisiin seulonnassa esiin nousseille tapauksille. Mikäli viisivuotistarkastus suunnataan psyyk-kisen kehityksen ja kasvatuksen kysymyksiin, ei tästä välttämättä aiheudu huomattavia lisäkustannuksia. Tosin on muistettava, että tiet-tyä ikäluokkaa koskevan työpanoksen lisääminen merkitsee sen ottamista pois joistakin muista tehtävistä.

Kaikkiin edellä käsiteltyihin kysymyksiin voidaan psyykkisen kehi-tyksen alueella vaikuttaa muillakin tavoin kuin seulonnalla. Seulonnan merkitys tulisikin suhteuttaa näihin muihin mahdollisuuksiin, esimer-kiksi henkilökunnan täydennyskoulutuksella saavutettavaan palvelujen parantumiseen. Toisaalta seulonnasta aiheutuu myös haittoja ja kustan-nuksia, jotka voidaan liittää erityisesti kysymykseen prognoosin muut-tumisesta ongelmien varhaisen toteamisen vaikutuksesta. Psyykkisen kehityksen alueella on joskus mahdotonta välttää jatkotoimenpiteisiin ohjattujen leimautumista. Yhteen ikävaiheeseen rajoittuva seulonta voi vain tässä iässä korostuvien ongelmien tai epätarkkojen menetelmien vuoksi johtaa jopa sellaiseen leimautumiseen, että häiriöiden epäilyl-ystä syntyy itseään toteuttavia ennusteita. Toisaalta seurauksena saat-taa olla perheiden ahdistuminen siinä määrin, että asenteet neuvolaa kohtaan muuttuvat varautuneiksi tai kielteisiksi, mikä edelleen aiheuttaa jättäytymistä neuvolan palvelujen ulkopuolelle. Tämä merkit-see samalla seulonnan edellytyksen häviämistä; seulonta ei kohdistu enää koko ikäluokkaan (Nupponen ja Lusa 1982).

Määräaikaisten terveystarkastusten kehittäminen psyykkisen kehityk-sen alueella ei voi olla vain ongelmatapausten seulontaan tähtäävien menetelmien luomista. Ensisijaisena tavoitteena on tarkastuksen saa-

minen yhtä luontevaksi psyykkisen kehityksen alueella kuin muillakin kehityksen alueilla. Tämä merkitsee arvioinnin suhteuttamista neuvolatoiminnan tavoitteeseen ja tehtäviin sekä terveydenhoitajan toimintaedellytyksiin (vrt. Nupponen ja Lusa 1982).

2.4. Psyykkistä kehitystä ja kasvatusta koskevien jatkotoimenpiteiden tarve

2.4.1. Jatkotoimenpiteiden tarpeen arvioiminen

Lähtemällä suhteellisen käytännöllisistä lastenpsykiatrisista kriteereistä Arajärvi (1979; Arajärvi ym. 1980) on päätenyt arvioon, että lapsista 20-25% on jonkinlaisen psykiatrisen tuen, tutkimuksen tai hoidon tarpeessa. Tämantapainen arvio antaa käyttökelpoisen viitteen vallitsevasta tilanteesta pohdittaessa tarvittavien palvelujen määrää ja korostettaessa ehkäisevän ja konstruktiivisen työn merkitystä.

Lauri (1979, 1980a, 1982) on esittänyt, että mikäli lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee arvon lapsen ja perheen tarvitsemasta ohjauksen tarpeesta, niin noin 10-15%:lla kustakin ikäluokasta todetaan sellaisia ongelmia, joiden käsittelemiseen nykyiset lastenneuvolan palvelut eivät riitä. Tämän lisäksi 20-25%:lla lapsista tai perheistä on sellaisia pulmia, joiden käsittelyyn nimenomaan terveydenhoitajan työtä kehittämällä voidaan antaa merkittävää tukea tai apua. Olennaista on huomata, että Lauri suhtauttaa jatkotoimenpiteiden tarpeessa olevien lasten ja perheiden määrän neuvolan tarjoamiin palveluihin. Arvioiden ei näin ollen tarvitse täysin vastata psykologisiin tai psy-

kiatrisin kriteerein todettua ongelmien määrää.

Lastenneuvoloiden psykologitoimintaa koskeneen selvityksen perusteella Lepistö ja Nieminen (1976) ovat esittäneet, että kasvatuspalvelujen tarve mitattuna vanhempien halukkuutena selvitellä kasvatuskysymyksiä tarkemmin psykologin kanssa on 2- ja 4-vuotiaiden ikäryhmissä noin 20%. Vanhempien esiin tuomien kasvatusongelmien pohjalta he arvioivat kasvatuspalveluja tarvitsevan noin 12% ikäluokasta. Psykologisin kriteerein todettavien korjaavien palvelujen tarvetta taas esiintyisi noin 8%:lla lapsista tai perheistä. Loppupäätelmänä he korostavat, että varsinaisten korjaavien toimenpiteiden tarve on vähäisempi kuin monissa yhteyksissä mainittu 20-25% ikäluokasta.

Eri tavoilla toteutettujen viisivuotiaiden ikäluokka-arviointien yhteydessä on myös selvitelty jatkotoimenpiteiden tarpeen tai psyykkisen kehityksen häiriöiden määrää. Helsingin kaupungin (1981) kokeilussa päädyttiin sekä psykologisten että lääketieteellisten kriteerien pohjalta siihen, että välttämättömäksi katsottavaa jatkotoimenpiteiden tarvetta olisi noin 17%:lla lapsista tai perheistä. Käytännön ohjenuoraksi suositeltiin kuitenkin jatkotoimenpiteiden tarpeen hahmottamista kaksinkertaiseksi eli noin kolmasosaksi ikäluokasta.

Nupponen ym. (1981a, 1981b, 1982a) ovat korostaneet terveydenhoitajan tunnistavan ilman varsinaista psyykkisen kehityksen arviointiakin ensimmäisten elinvuosien aikaisissa neuvolatarkastuksissa noin 10%:lla lapsista joitakin ongelmia. Kyseessä ovat neuvolassa spontaanisti esiin nousevat lasten ongelmat ja vanhempien kohtaamat kasvatuspulmat. Toisaalta Nupponen ym. ovat osoittaneet terveydenhoitajien toteaman jatkotoimenpiteiden tarpeen olevan viisivuotistarkastuksessa liian varovaista, jos määrä jää noin 15%:iin ikäluokasta. Varovaisuus lienee kuitenkin ollut yhteydessä kokeilupaikkakuntien niukkaan jatkotoimen-

piteiden valinnanvaraana.

Merkittävänä voidaan pitää Nupposen ym. (1981b, 1982) havaintoa, että kaikki viisivuotistarkastuksen perusteella kasvatusneuvolaan ohjatuista perheistä eivät sinne saavu. Sen sijaan puheterapeutille ja terveystieteiden psykologille suunnatut jatkotoimenpiteet näyttäisivät toteutuvan suhteellisen hyvin. Mitä kauemmaksi joko paikallisesti tai ajallisesti jatkotoimenpiteitä suunnitellaan suhteessa neuvolassa tapahtuvaan tarkastukseen, sitä harvemmin ne toteutuvat. Mielenterveyspalvelujen toteutumiseen vaikuttaa siis se mitä kautta niihin tullaan. Toteutuminen ei riipu vain perheestä, sillä toteutumiseen vaikuttavan reitin määrää nimenomaan organisaatio.

Psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmien tai jatkotoimenpiteiden määrän arvioinnin yhteydessä Nupponen ym. (1982a) kiinnittävät huomiota sen kautta tapahtuvaan neuvolatoiminnan luonteen väritymiseen. Mikäli painotetaan jatkotoimenpiteiden tarvetta ja mahdollisuuksia, korostuu työssä neuvolan opastava ja neuvova tehtävä. Jos taas suuntaudutaan psykologisiin tai psykiatrisiin kriteerein tunnistettavien ongelmien toteamiseen, työssä painottuu tarkastuksen etsivä tai seulonnallinen luonne, mikä ei ole ollut neuvolatoiminnan alkuperäinen toiminta-ajatus.

Viisivuotiaiden ikäluokka-arvioinnin toteuttamisessa Kiviluoto ym. (1981) ovat korostaneet psykologisiin kriteerein todettavaa kehityshäiriöiden ja lievempien kehityksen ongelmien arviointia. Tutkimuksessaan he päätyivät siihen, että kehityshäiriöitä esiintyy viisivuotiaista noin 30%:lla. Tämän lisäksi noin 33%:lla olisi lieviä kehitysongelmia. Tyttöjen ja poikien välillä he totesivat olennaisen eron sekä kehityshäiriöiden että lievempien kehitysongelmien määrässä. Pojilla kehityshäiriöitä esiintyy kaksi kertaa niin paljon kuin

tyttöillä. Kiviluodon ym. mukaan ainoastaan noin 25% pojista olisi hyvin kehittyneitä, toisin sanoen heillä ei ole vakavampia kehityshäiriöitä tai lievempiä kehitysongelmia.

Ruotsissa on toteutettu 1960-luvun lopulta lähtien tehostettuja nelivuotiaiden terveystarkastuksia (Köhler 1973). Tarkastusten pohjalta on myös tehty tutkimuksia, joissa on arvioitu lasten psykologisten tai psykiatristen häiriöiden määrää tai tarvittavia jatkotoimenpiteitä. Arviot ovat vaihdelleet hiukan tutkimuksen ja sen aineistona olevan paikkakunnan mukaan. Yleensä arviot ovat olleet samansuuruisia kuin edellä esitetyt suomalaiset arviot. Esimerkiksi Lundissa 10% nelivuotiaista ohjattiin jatkotutkimuksiin kasvatusneuvolaan ja lisäksi 4%:lla todettiin välittömän psykiatrisen tai psykologisen asiantuntija-avun tarvetta. Edelleen 38%:lla lapsista tai perheistä todettiin oireita, jotka viittasivat jonkinlaiseen vanhempien neuvonnan tarpeeseen. Göteborgissa 13%:lla nelivuotiaista kehitys todettiin poikkeavaksi; 3%:n todettiin tarvitsevan pitkäaikaista psykiatrista hoitoa, 4%:n psykologin tai psykiatrin apua ja 6%:lla oli lievempää kehityksen tai käyttäytymisen poikkeavuutta (Kastrup ja Nielsen 1979).

Englannissa tehdyissä epidemiologisissa selvityksissä on päädytty arvioihin, että lastenpsykiatristen palvelujen tarpeeseen viittaavia vakavampia ongelmia olisi noin 7%:lla lapsista ja lieviä käyttäytymisongelmia lisäksi noin 15%:lla (Graham 1977; Jenkins ym. 1980; Richman ym. 1975, 1982; vrt. Taipale ja Yletyinen 1982). Näissä tutkimuksissa on viitattu mahdollisuuteen, että eräitä ongelmia esiintyisi enemmän kolmivuotiaana kuin myöhemmin. Kysymys lienee kuitenkin lähinnä siitä, miten ongelmat määritellään ja millä tavoin ne tulevat esiin. Yhtä lailla voitaisiin psyykkisen kehityksen ongelmien havaitsemisen tai vanhempien lasten käyttäytymistä koskevan huolestuneisuus-

den korostaa muuttuvan lasten iän myötä.

Arvioitaessa lasten psykiatristen tai psykologisten ongelmien määrää tai jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevia tutkimuksia, ei täsmällisten prosenttilukujen korostaminen ole kovin olennaista. Arviot voivat vaihdella 10%:sta 40%:iin riippuen tutkimuksen tavoitteesta ja asetetuista kriteereistä. Epidemiologisessa tutkimuksessa päädytään helposti erilaiseen arvioon kuin kasvatusneuvonta- ja mielenterveyspalvelujen normaalikäytäntöä koskevissa selvityksissä. Normaalikäytäntöön kuuluviin terveystarkastustietoihin kytkeytyy aina tavalla tai toisella käytettävissä olevat jatkotoimenpiteiden resurssit. Lisäksi seulontatutkimusten tulokset voivat poiketa huomattavasti klinisiin arvioihin perustuvista tutkimustuloksista.

Yksittäisten prosenttilukujen tarkastelun sijasta olisi kiinnitettävä huomiota tutkimuksesta toiseen toistuviin tuloksiin ja tulkintoihin. Esimerkkinä voidaan mainita tyttöjen ja poikien väliset erot. Ongelmia tai jatkotoimenpiteiden tarvetta on todettu useissa tutkimuksissa enemmän pojilla kuin tytöillä (Eme 1979; Kiviluoto ym. 1981; Wolff 1967, 1971). Lapsia koskevien mielenterveyspalvelujen asiakkaina on niin ikään poikia enemmän kuin tyttöjä (Myllykangas ym. 1982). Lisäksi monet alueelliset ja sosiaaliset tekijät ovat yhteydessä ongelmien määrään tai laatuun (Rutter ym. 1976) tai toteutettavaan jatkotoimenpiteisiin (Nupponen ym. 1981a). Samoin on kiinnitettävä huomiota siihen, tarkastellaanko lapsen kehitystä sinänsä vai kokonaisvaltaisemmin perheen tilannetta. Nämä lähtökohdat johtavat osittain erilaisten ongelmien tai jatkotoimenpiteiden tarpeen korostamiseen, vaikka määrälliset arviot olisivatkin samansuuntaisia (Hokkanen ym. 1980; Iso-Ahola ym. 1979).

2.4.2. Jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättäminen

Neurolatarkastuksessa tehtävässä jatkotoimenpiteiden tarpeen arvioinnissa on aina kysymys jonkinlaisesta päätöksenteon dilemmasta. Jos suuntaudutaan mahdollisimman pienen osan seulontaan jatkotoimenpiteitä varten, asetetaan menetelmien luotettavuudelle ja pätevyydelle suuria vaatimuksia. Samalla jatkotoimenpiteiden tarve tulee kuitenkin määritellyksi eksplisiittisesti ilmaistuin psykologisin tai psykiatrisin kriteerein. Mikäli jatkotoimenpiteiden piiriin ohjataan huomattava osa ikäluokasta, menetelmien luotettavuudelle ja pätevyydelle ei tarvitse asettaa yhtä suuria vaatimuksia. Tällöin kaikkien jatkotoimenpiteiden piirissä olevien osalta ei ole perusteltua puhua kehityshäiriöistä.

Käytännössä onkin kaksi erilaista mahdollisuutta suuntautua psyykkiseen kehitykseen keskittyvässä viisivuotistarkastuksessa. Tavoitteena voi olla suhteellisen pienen ikäluokan osan etsiminen välttämättömänä pidettävien jatkotoimenpiteiden piiriin selkeiden kehityshäiriö- tai riskikriteerien perusteella. Tämä korostaa klassista psykiatrista otetta työssä ja puoltaisi psykologien suorittamaa arviointia. Toisaalta voidaan hahmottaa jatkotoimenpiteiden tarpeen piiriin suhteellisen suuri osa perheistä samalla, kun tarkastuksen ajatellaan seulonnan asemasta suuntautuvan enemmän neuvontaan. Tällöin arvioinnilla on lähinnä lapsen psyykkisen kehityksen havainnollistamisen funktio niin terveydenhoitajan kuin vanhempienkin kannalta. Tällainen suuntautuminen korostaisi terveydenhoitajan asemaa työssä.

Mikäli neuvoloiden ensisijaisena tehtävänä nähdään olevan lasten kehitys- ja kasvatusongelmien tehokas etsiminen, merkitsee tämä asian-

tuntijakriteerien korostamista kasvatuskysymyksissä. Tämä ei välttämättä lisää vanhempien omaa halukkuutta kasvatusta koskevien asioiden selvittelyyn. Suuntautuminen saattaa antaa aihetta epäilyille, että kasvatusta koskevista asioista päättävät vanhempien puolesta kunnalliset kasvatus- ja mielenterveysalan asiantuntijat. Jos taas viisivuotistarkastuksen kehittämisessä painotetaan tarkastuksen luonnetta vanhempien ja terveydenhoitajan yhteisenä kasvatusasioiden pohdintana, työssä korostuvat vanhempien oikeudet palveluihin. Tämä myös lisää vanhempien halukkuutta neuvolan tarjoamien palvelujen käyttöön. Neuvoloiden on kuitenkin pystyttävä antamaan sellaisia palveluja, jotka parantavat perheiden resursseja toimia arkipäivän kasvatustilanteissa.

3. LASTEN ONGELMAT JA VANHEMPIEN KASVATUSKESKUSTELUVALMIUS

3.1. Käyttäytymisongelmien perusulottuvuudet

Lasten mielenterveyden avohoitopalvelujen eräänä heikkoutena on pidetty epäjohdonmukaisuuksia ongelmien luokittamisessa. Lasten ongelmia käsitellään erityisesti palveluihin hakeutumisvaiheessa usein tarkemmin erittelemättöminä sopeutumisvaikeuksina. Ratkaisua tähän pulmaan on etsitty mm. kehittämällä mahdollisimman kattavia ongelmien kartoitusta palvelevia kyselylomakkeita vanhempien täytettäväksi. Lomakkeet on pyritty luomaan sellaisiksi, että niillä saatavien tietojen pohjalta ainakin alustavat diagnostiset johtopäätökset olisivat mahdollisia. Lomakkeiden kehittelyyn on samalla liittynyt näkemys, että käytössä olevat diagnostiset luokitukset eivät ole empiirisesti perusteltuja (Achenbach ja Edelbrock 1978; Dreger 1981; Quay 1979).

Ehkä eniten tutkittu menettely on ollut The Behavior Problem Checklist -niminen kyselylomake, jonka lähtökohtana oli Petersonin (1961) selvitys hoitoon tuotujen lasten ongelmista. Alkuperäisen selvityksen yhteydessä toteutettu faktorianalyysi tuotti kaksi hoitoon tuotujen lasten ongelmien perusfaktoria: käyttäytymisongelmat ja persoonallisuusongelmat. Myöhemmin mainittua menettelyä ovat kehitelleet Quay ym. (1966). Toinen paljon tutkittu 4-16-vuotiaiden lasten ongelmakäyttäytymisen lomake on Achenbachin (1978, 1979; Achenbach ja Edelbrock 1979, 1980, 1981) Child Behavior Checklist. Käyttäytymisongelmien ohella siinä tarkastellaan myös sosiaalisen kompetenssin ulottuvuuksia. Käyttäytymisongelmat ja sosiaaliset kompetenssit muodostavat kui-

tenkin täysin omat alueensa. Kolmantena esimerkkinä mainittakoon Dregerin (1977, 1981; Baker ja Dreger 1973, 1977) Children's Behavioral Classification Project, jonka lyhyellä esittelyllä voidaan havainnollistaa lasten ongelmien perusulottuvuuksien tutkimusten problematiikkaa yleisemminkin.

Dregerin (1981; Baker ja Dreger 1973, 1977) lähtökohtana on ollut 268 osion kyselylomake, jossa vanhemmilta tiedustellaan lapsen käyttäytymisestä viimeisen puolen vuoden aikana. Väittämät koskevat kaikkia mahdollisia kuviteltavissa olevia lapsen ongelmatilanteita, joita vanhemmat voivat kohdata. Jokaisesta ongelmasta vanhempien on vastattava, onko sitä esiintynyt heidän lapsellaan. Kyselylomakkeesta suorittamassaan faktorianalysissa Dreger (1981) on erottanut 30 laskennallisesti perusteltua ja tulkinnallisesti selväpiirteiseltä vaikuttavaa faktoria. Empiirisesti perusteltua ongelmien luokittelua varten ensimmäisen vaiheen faktorit eivät Dregerin mielestä ole käyttökelpoisia. Tämän vuoksi hän on päätenyt monivaiheiseen faktorianalyysiin. Toisen vaiheen faktorointi tuotti yhdeksän tulkittavaa faktoria ja kolmannen vaiheen faktorointi neljä Dregerin tulkinnan mukaan perusfaktoria. Dreger (1981) vertaili saamiaan tuloksia myös muiden samantapaisten tutkimusten tuloksiin (Achenbach ja Edelbrock 1978; Quay 1979; Sines ym. 1969; Stotts ym. 1975). Hän väittää löytävänsä kaikissa faktoroinnin vaiheissa huomattavia yhtäläisyyksiä. Vaikka tulkinnallisia yhtäläisyyksiä on havaittavissa, on helposti nähtävissä, että täsmällisemmin vertaillen monet tulokset ovat hyvin erilaisia. Erityisesti tämä ilmenee faktoreiden määrässä faktoroinnin eri vaiheissa.

Lasten ongelmien luokittelujärjestelmän laatimisen kannalta Dregerin (1981) suorittama faktoreiden nimeäminen ja tulkinta vaikuttaa

ongelmalliselta. Faktoreiden nimet ja tulkinnat eivät viittaa vanhempien havaintoihin lasten käyttäytymisestä, vaan faktoroinnin tuloksia pidetään vain kehikkona, johon oppimisterapeuttisesti suuntautunutta lastenpsykiatrasta käsitteistöä sovitetaan. Vähäisintä näennäinen nimeämisellä selittäminen on ensimmäisen vaiheen faktoreiden tulkinnassa. Esimerkiksi eniten kokonaisvarianssia selittävä faktori on nimetty yliaktiivisen aggressiivisuuden sekä tottelemattomuuden ja äreiden faktoriksi. Faktorille on helposti kuviteltavissa vanhempien havaintoja ja kokemuksia lapsen käyttäytymisestä. Nimeäminen kuitenkin värittää faktorin erilaiseksi kuin Nummenmaan (1976) vastaavassa tilanteessa esittämä tulkinta, että nimenomaan vanhemmat kokevat ongelmallisiksi tilanteet, joissa he kohtaavat aktiivisen ja toiminnanhaluisen sekä vuorovaikutukseen pyrkivän lapsen. Ongelmien kokeemisessa keskeinen kysymys ei ole lapsen käyttäytyminen sinänsä, vaan enemmänkin se miten vanhemmat havaitsevat ja hallitsevat tilanteen.

Toisen ja kolmannen vaiheen faktoreiden nimeämisessä Dreger (1981) on pyrkinyt tietoisesti psykiatriseen tulkintaan. Esimerkiksi kokonaisvarianssia eniten selittävä kolmannen vaiheen faktori on nimetty ulospäin suuntautuvaksi aggressioksi ja siihen liittyväksi kehitysviivästymäksi. Tällä faktorilla saavat latauksia seuraavalla tavalla nimetyt toisen vaiheen faktorit: 1) Frecklen syndrooma, johon liittyy kehitysviivästymä, 2) anaalis-sadistinen ahdistuneisuuden siirto, johon liittyy orgaanisia komponentteja, 3) antisosiaalinen aggressiivisuus, johon liittyy kehitysviivästymä vs. positiivinen sosiaalinen suuntautuminen ja 4) temper tantrumit vs. syrjään vetäytyminen.

Quay (1979) on lasten ongelmien perusulottuvuuksien vastaavassa kuvailussa päätenyt myös neljään toisistaan riippumattomaksi oletet-

tuun faktoriin. Nämä ovat käyttäytymishäiriöt, aggressiiviset häiriöt, ahdistuneisuus ja syrjäänvetäytyminen sekä kypsymättömyys.

Lasten ongelmien perusulottuvuuksina Achenbach (1966, 1978; Achenbach ja Edelbrock 1978) taas pitää yleistä ekternalisointia ja internalisointia. Eksternalisoinnilla hän viittaa ongelmiin, jotka ilmenevät aggressiivisuutena tai acting out -käyttäytymisenä. Internalisoinnin hän liittää ongelmiin, jotka ilmenevät ahdistuneisuutena ja ujuutena sekä yleisenä kehittymättömyytenä. Achenbachin (1966, 1978) kuvailu on samantapainen kuin McDermottin (1982) erottelu yleiseen yli- ja alireagointiin. Molemmilla on edelleen yhtymäkohtia Pulkkisen (1982) kaksiulotteiseen käyttäytymiserojen kuvaamisen malliin.

Pulkkinen (1982) kuvaa yksilöiden välisiä käyttäytymiseroja erottamalla reagointiulottuvuudet aggressiivinen-mukautuva ja rakentava suhtautuminen-ahdistuneisuus. Reagoinnin ulottuvuudet voidaan suhteuttaa teoreettisiin konstruktioihin sosiaalisesta aktiivisuudesta ja itsehallinnan voimakkuudesta. Käyttäytymisen ongelmia voidaan mallin pohjalta tyypitellä neljään luokkaan, joiden sisällä Pulkkisen mukaan ilmenee merkittävää pysyvyyttä ikävaiheesta toiseen. Olennaista on, että malli koskee käyttäytymiseroja yleisesti ja korostaa käyttäytymisen tilanneriippuvuutta. Muissa edellä kuvatuissa faktorimalleissa kohteena ovat vain käyttäytymisongelmat, jotka on ainakin implisiittisesti rajattu lastenpsykiatrisin kriteerein, koska jokaista kyselylomakkeen kysymystä tarkastellaan lapsella olevan ongelman kuvaajana.

Lasten käyttäytymisongelmien perusulottuvuuksien selvittely on liittynyt mitä erilaisimpiin periaatteellisiin ongelmiin samoin kuin mielenterveys- ja kasvatusneuvontapalvelujen käytännön kehittämisen kysymyksiin. Molemmissa yhteyksissä on selvitetty tyttöjen ja poikien ongelmien määrää ja luonnetta. Tulokset ovat olleet ristiriitaisia.

Useissa tutkimuksissa on korostettu pojilla olevan enemmän ongelmia kuin tytöillä, joskin eräissä tutkimuksissa erot on nähty suhteellisen vähäisiksi (Eme 1979; Mellbin ym. 1982; Wells 1981). Erilaiset tulokset ja tulkinnat liittyvät osittain kulttuurieroihin ja mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen. Sukupuolten välisiä eroja on tähdenntetty nimenomaan tutkimuksissa, joihin on tavalla tai toisella vaikuttanut hoitoon hakeutuminen. Käyttäytymisongelmien perusulottuvuuksien näkökulmasta tämä on yhteydessä Achenbachin ja Edelbrockin (1978) tulkinnaan, että pojilla ongelmat ovat usein konflikteja ympäristön kanssa ja tytöillä paremminkin sisäisiä vaikeuksia. Poikien ongelmat havaitaan helpommin tai koetaan vaikeammiksi kuin tyttöjen ongelmat, mikä merkitsee sitä, että hoitoon hakeutuneissa on enemmän poikia kuin tyttöjä.

Lasten ongelmien perusulottuvuuksien ratkaiseminen vanhempien antamien kyselylomaketietojen pohjalta faktorianalyysin avulla ei johda yksiselitteiseen ratkaisuun, vaan lopputulos riippuu monista seikoista. Erityisen tulkinnanvaraisiin ratkaisuihin päädytään käytettäessä monivaiheisia faktorimalleja. Toisen ja kolmannen vaiheen faktoreita voidaan hyvinkin paljon värittää ensimmäisen vaiheen faktoreiden määrän, nimeämisen ja tulkinnan valinnalla. Näin on erityisesti silloin, kun ensimmäisen vaiheen faktorit eivät ole yksiselitteisesti tulkittavia. Toisen ja kolmannen vaiheen faktoreista tulee vain kiinnekohtia, joihin ennalta valittu tulkinta sovitetaan.

Pulmallista on niin ikään sen alueen rajaaminen, jonka perusulottuvuuksia etsitään. Mikäli ongelmia kuvaavat osiot kootaan psykiatristen kriteerien pohjalta, eivät faktorit kuvaile ulottuvuuksia muuten kuin tämän rajauksen puitteissa. Tämän lisäksi vanhemmat kokevat ongelmia monissa muissakin kasvatustilanteissa. Neuvonnan kannalta keskeisiä

ovatkin usein ongelmat, jotka eivät ole selitettävissä ensisijaisesti nimenomaan lasten ominaisuuksien pohjalta.

Terveydenhoitajan käyttöön soveltuvien menetelmien kehittelyn yhteydessä voidaan vanhempien täyttämistä kyselylomakkeista yhteenve-tona esittää seuraavat näkökohdat:

- Tällaisen tiedon pohjalta diagnostisiin tulkintoihin tähtäävien luokittelujärjestelmien laatimista voidaan pitää teoreettisesti perusteettomana.
- Kyselylomaketietoja tulee seulonnan toteuttamisen sijasta lähestyä enemmänkin vanhempien kokemina vuorovaikutus- tai kasvatuspulmina.
- Pulmat voivat olla monin eri tavoin tai monilla tasoilla yhteydessä muilla kriteereillä todettaviin lasten kehityshäiriöihin tai toisaalta perheen tilanteeseen.
- Lapsen ongelmien ulottuvuuksien etsimisen sijasta tulee keskittyä enemmän niihin tekijöihin, jotka säätelevät vanhempien arkipäivän kasvatustilanteiden hallintaa sekä heidän havaintojaan ja tulkinto-jaan lasten käyttäytymisestä.

3.2. Kehitys- ja kasvatuspulmien kokemiseen vaikuttavat tekijät

3.2.1. Ongelmien havaitseminen ja vanhempien ominaisuudet

Kouluikää nuorempien lasten käyttäytymisongelmia koskeva tieto saadaan tavallisesti ensimmäiseksi vanhemmilta. On ilmeistä, että eräät käyttäytymismuodot koetaan helpommin ongelmallisiksi (esim. aggressiivisuus tai tottelemattomuus) kuin eräät toiset (esim. ujous). Usein

pulmana on paremminkin vanhempien suhtautuminen lapsen käyttäytymiseen kuin lapsen käyttäytyminen sinänsä (Nummenmaa 1976). Vanhemmat voivat epäillä lapsella olevan kehitys- tai käyttäytymisongelmia, vaikka käyttäytyminen ei eroaisi iälle tyypillisestä (Delfini ym. 1976; Griest ym. 1980; Lobitz ja Johnson 1975). Toisaalta on selvää, etteivät vanhemmat havaitse kaikkia ongelmia tai kehityshäiriöitä, joita psykologisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa tulee esiin.

Lapsen hoitoon tuoneilla äideillä on usein todettu olevan ongelmia itsellään. Lisäksi heillä näyttää olevan keskimääräistä alhaisempi stressin sietokyky ja vähemmän edellytyksiä lasten kanssa toimimiseen (Shepherd ym. 1971). Toisaalta vanhemmat, jotka ovat tuoneet lapsensa psykiatriseen tai psykologiseen tutkimukseen epäillessään lapsella olevan joitakin ongelmia, on arvioitu keskimääräistä depressiivisemmiksi (Griest ja Wells 1979; Richman ym. 1975).

Lobitz ja Johnson (1975) vertailivat hoitoon tulleita lapsia ja heidän vanhempiaan erilaisten hoitomuotojen ulkopuolella olevista lapsista ja heidän vanhemmistaan valittuun verrantaryhmään. Hoitoon tuoduilla lapsilla oli kotona tehtyjen havaintojen mukaan enemmän häiritsevää käyttäytymistä ja vähemmän prososiaalista käyttäytymistä kuin verrantaryhmän lapsilla. Klinikalla käyttäytymisessä ei ryhmien välillä ollut eroja. Yleensäkin kaikissa lasten käyttäytymistä kuvaavissa muuttujissa ryhmien tulokset menivät paljolti päällekkäin. Sen sijaan vanhempien suhtautuminen lapsiin oli mainituissa ryhmissä selvästi erilaista. Hoitoon tuotujen lasten vanhemmilla oli enemmän negatiivista käyttäytymistä lasta kohtaan ja lapselle suunnattuja käskyjä kuin verrantaryhmän vanhemmilla.

Äidin tai vanhempien depressiivisyyden ohella lasten käyttäytymisen poikkeavaksi havaitsemisen taustalla on uskottu olevan vanhempien

aviollisen tyytymättömyyden. Vanhempien aviollinen tyytyväisyys korreloikin negatiivisesti poikkeavan käyttäytymisen havaitsemiseen (Johnson ja Lobitz 1974; Oltmanns, ym. 1977), vaikkakaan yhteyttä ei ole havaittu kaikissa tutkimuksissa (Wells 1981).

Thompson ja Bernal (1982) korostavat kolmea tekijää, joiden he uskovat olevan yhteydessä siihen, miten vanhemmat havaitsevat lastensa käyttäytymistä poikkeavaksi tai toimenpiteitä vaativaksi. Nämä ovat vanhempien yleinen negatiivinen suhtautuminen lapseen, aviolliset ongelmat ja vanhempien hätä poikkeavasta käyttäytymisestä. Tutkimuksessaan he kuitenkin päätyivät siihen, että lasten käyttäytymisen havaitseminen aiheettomasti ongelmalliseksi on melko vähäistä, vaikkakin se on yhteydessä mainittuihin vanhempia kuvaaviin muuttujiin.

3.2.2. Jatkotoimenpiteisiin valikoituvat ryhmät

Lasten mielenterveyden avohoitopalveluihin valikoituu Wellsin (1981) mukaan kolme erilaista lasten ja perheiden ryhmää. Ensimmäinen ryhmä ovat ongelmalapset, joiden käyttäytymisen ja kehitystilanteen vanhemmat havaitsevat suhteellisen oikein. Toisen ryhmän muodostavat ongelmalapset, joiden vanhempien havainnot ovat epätarkkoja, jopa harhaanjohtavia. Kolmantena ryhmänä ovat suhteellisen normaalit lapset, joiden vanhempien havainnot ovat epätarkkoja ja heijastavat enemmän vanhempien omia ongelmia kuin lapsen kehitystilannetta tai käyttäytymistä.

Edellä mainittua jaottelua voidaan käyttää havainnollistamaan myös neuvolan viisivuotistarkastuksen suuntautumisvaihtoehtoja. Vertailussa

on kuitenkin syytä pitää mielessä perustava erilaisuus, joka koskee palveluihin hakeutumista. Mikäli ensimmäisen ryhmän oletetaan tai toivotaan olevan vallitsevan tilanteen eli vanhempien uskotaan havaitsevan suhteellisen oikein lastensa ongelmat, ei tarkastuksen tarvitse olla luonteeltaan seulontatutkimus. Se voidaan nähdä ainoastaan kanavaksi, jonka kautta vanhemmat saavat tarvitsemaansa opastusta ja neuvontaa kasvatuspulmiinsa sekä mahdollisiin lapsia koskeviin korjaaviin toimenpiteisiin (vrt. Lauri 1982; Nupponen ja Lusa 1982).

Mikäli oletetaan, että vanhemmat eivät itse pysty havaitsemaan lastensa ongelmia tai että he havaitsevat niitä harhaanjohtavasti omien ongelmiansa vuoksi, tulisi työssä keskittyä riskiryhmiin joko lasten ongelmien tai perheneuvonnan mielessä. Ongelmatapausten etsiminen tapahtuisi objektiivisen kliinisi-psykologisen kriteeristön pohjalta (vrt. Kiviluoto ym. 1981). Mikäli ongelmaksi nähdään vanhempien tiedot ja taidot kasvattajina, arviointi suuntautuisi lasten sijasta vanhempiin tai perheeseen kokonaisuutena esimerkiksi perheneuvonnan tarpeen selvittämiseksi (vrt. Arajärvi 1982; Arajärvi ym. 1980).

3.3. Kehitys- ja kasvatuspulmien selvittely neuvolassa

Lepistö ja Nieminen (1976) totesivat lastenneuvolan psykologitoimintaa koskeneen kokeilun tuloksena, että sellaisen kehitysongelmien arviointimenetelmän kehittäminen, joka erottelisi niin ongelmat kuin myös kehitystä uhkaavat ympäristötekijät, on vaikea ellei suorastaan mahdoton tehtävä. Erilaisilla testeillä saadaan helposti esiin monet ongelmat, mutta ei kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Joistakin niistä saa-

daan tietoa kyselemällä vanhemmilta lapsen kehitys- ja kasvatusympäristöstä. Sen sijaan perheen vuorovaikutustapahtumat jäävät helposti kokonaan sivuun.

Tilannetta, jossa kehityksen ja siihen vaikuttavien tekijöiden arviointi kaikissa kasvatusneuvontapalveluissa tapahtuu, voidaan havainnollistaa Jankowskin (1978) esittämien mahdollisuuksien pohjalta. Hänen mukaansa arviointia voidaan lähestyä seuraavista näkemyksistä tai siinä voidaan painottaa seuraavia seikkoja:

- Lapsen havaittava käyttäytyminen tai havaittavat ominaisuudet. Esi-merkiksi motorisen tai kognitiivisen kehityksen arviointi testeillä tai havainnoimalla lasta eri tilanteissa. Ns. objektiiviset havainnointi- ja testitulokset voidaan erottaa vanhempien itsensä tekemistä havainnoista.
- Vanhempien kasvatustavoitteet ja menettelyt sekä kasvatusta koskevat tiedot. Näitä asioita voidaan kuvata esimerkiksi kasvatusasenteina, kommunikaatioilmastona tai kasvatustietoisuutena.
- Perheenjäsenten väliset suhteet sekä vanhempien ja lasten havainnot niistä ja toisistaan.
- Perheenjäsenten välinen vuorovaikutus ja kommunikaatio. Käytännössä edellinen ja tämä kohta kuuluvat kiinteästi yhteen. Erottelua voidaan tehdä ennemminkin periaatteessa sen suhteen, mihin neuvonnassa tai perheterapiassa keskitytään muutoksen lähtökohtana.
- Perhekokonaisuus ja sen elämään vaikuttavat ulkoiset puitteet. Tähän kuuluvat kaikki elämäntapaa säätelevät tekijät, esimerkiksi työ, asuminen, päivähoito jne.

Neuvoloiden kasvatusneuvontaa ja ehkäisevää mielenterveystyötä abstraktiona ajatellen olisi erittäin helppoa korostaa kaikkien mainittujen näkemysten riittävää huomioon ottamista. Terveystietäjän suorit-

taman viisivuotistarkastuksen näkökulma jää kuitenkin suhteellisen rajoittuneeksi pelkästään käytettävissä olevan ajan niukkuuden takia. Helpoimmin terveydenhoitaja voi keskittyä lapsen kehitystä koskeviin havaintoihin sekä toisaalta perustietoihin perheestä ja sen elämään vaikuttavista seikoista. Käytännössä terveydenhoitaja työskenteleekin edellä mainittujen havaintojen ja tietojen rajoissa, kuten Lepistö ja Nieminen (1976) huomauttavat.

Merkittävä pulma syntyy siitä, miten perheen sisäiset tekijät nähdään arvioinnin kohteena. Esimerkiksi Laurin (1979) 1-2-vuotiaiden lasten hoitoa ja kasvatusta koskevaa neuvontaa selvitelleessä tutkimuksessa terveydenhoitajat arvioivat myös eräitä vanhempien ominaisuuksia sekä vanhempien ja lasten välistä suhdetta. Tämä edellyttää kuitenkin terveydenhoitajan kotikäyntejä. Toisaalta tavoitteeltaan selvästi pidemmälle menevässä perheneuvonnan tarpeen arvioinnin ja sen vaikutusten tutkimisessa voidaan paneutua hyvinkin perusteellisesti perheen sisäisen vuorovaikutuksen problematiikkaan (Arajärvi 1981; Arajärvi ym. 1980).

Mainittujen tutkimusten lähtökohdat ja tavoitteet ovat kuitenkin erilaiset kuin normaalitilanne terveydenhoitajan viisivuotistarkastuksessa. Terveydenhoitaja tapaa viisivuotiaan lapsen perheen vain neuvolan tarkastuksen yhteydessä. Terveydenhoitajalla on luonnollisesti tiedossaan monenlaisia perhettä koskevia tietoja, mutta syventävien tietojen hankkiminen viisivuotiaan kasvatuksesta voi perustua vain vanhemmilta saataviin tietoihin. Vanhempien kokemia pulmia voidaan tässä yhteydessä lähestyä kahdesta terveydenhoitajan työn kannalta erilaisesta näkökulmasta. Pulmien selvittelyä kyselylomakkeen tai neuvolassa tapahtuvan haastattelun avulla voidaan pitää ensisijaisesti seulontaan pyrkivän lapsen kehitys- tai käyttäytymisongelmien selvit-

telynä. Tämän lähestymistavan vaikeudet selvitettiin aikaisemmin. Toisaalta vanhempien kyselyssä tai haastattelussa esiin tuomia pulmia voidaan lähestyä neuvonnan ja jatkoselvittelyn kohteina.

Suomalaiset selvitykset (esim. Inkinen 1972; Nummenmaa 1976) ovat osoittaneet, että vanhemmat kokevat monenlaisia kasvatuspulmia. Usein nämä eivät koske niinkään lapsen käyttäytymistä sinänsä, vaan enemmänkin vanhempien epätietoisuutta siitä, miten suhtautua lapseen. Tähän liittyen voidaan ajatella, että vanhemmille on tarjottava tietoa siitä, millaiset piirteet lapsen kehityksessä ovat luonnollisia ja odotettavia sekä millaisia pulmia voi esiintyä ja miten niitä voidaan selvittää. Neuvonnassa voitaisiin keskittyä erityisesti pulmiin, jotka ovat yleisiä tai jotka vanhemmat kokevat erittäin kiusallisiksi (Korkiakangas 1982).

Jälkimmäisen näkökulman painottaminen nostaa keskeiseksi vanhempien halukkuuden ja valmiuden käsitellä neuvolassa kasvatusasioita, mikä voidaan nähdä osaksi heidän kasvatustietoisuuttaan. Kasvatustietoisuuden käsitteellä (esim. Hirsjärvi 1981; Takala 1979) on pyritty kattamaan laajempaa osaa kasvattavasta vuorovaikutuksesta kuin aikaisemmin käytetyillä kasvatustietoisuuden ja -menetelmien käsitteillä (esim. Nummenmaa 1963; Takala 1960; Takala ym. 1960). Kasvatustietoisuudessa voidaan pyrkiä erottamaan sen taso ja sisältö niin, että taso koskee sitä, missä määrin kasvattaminen on tavoitteiden, keinojen ja palautteen osalta tiedostettua. Sisältö taas koskee niitä tavoitteita, joita asetetaan, niitä käsityksiä, joita kasvattajalla on lapsen kehitystapahtumasta ja sitä määräävistä tekijöistä sekä niitä välineitä, joita kasvattaja käyttää tavoitteisiin pyrkiessään. Lisäksi suhtautumisen tunnesävy on merkityksellinen osa kasvatustietoisuuden sisältöä, koska se ilmenee välittömästi vuorovaikutuksessa (Takala 1979).

kymmenesosa ilmoitti olevansa täysin kiinnostumaton kasvatusasioiden opiskeluun.

Kysymystä vanhempien kasvatusta koskevista tiedoista voidaan tarkentaa yhdessä Keski-Suomen kunnassa suoritetun selvityksen tuloksilla (Korkiakangas ja Korkiakangas 1984). Peruskouluikäisten lasten äidit mainitsivat tietojensa ensisijaisena lähteenä yhtä usein omat vanhemmat tai isovanhemmat kuin jonkin virallisen tai epävirallisen valistuksen tai neuvonnan muodon. Isillä vanhemmilta tai sukulaisilta saadun tiedon osuus kasvatustietojen lähteenä oli jopa korostuneempi kuin virallisen valistuksen tai neuvonnan kautta saatu tieto. Merkittävänä voidaan pitää sitä, että monet isät mainitsivat ensisijaiseksi tietojensa lähteeksi oman vaimonsa; tietoja lapsen kehityksestä ja kasvatuksesta he kokivat saaneensa vasta vaimoltaan omien lasten kasvatuksen yhteydessä.

Ennen ja jälkeen 1945 syntyneiden vanhempien välillä ei ollut merkittäviä eroja tietojen lähteissä. Sen sijaan vuosisadan parin ensimmäisen vuosikymmenen aikana syntyneiden isovanhempien tiedot kasvatuksesta periytyivät poikkeuksetta omilta sukulaisilta ja lähiympäristöltä itsestään selvinä uskomuksina. Haastatelluista kukaan ei maininnut, että jokin lasten kehitystä ja kasvatusta koskeva kirjallinen tai muu valistus olisi heidät saavuttanut silloin, kun he olivat kasvattamassa omia lapsiaan. Tämän mukaan kasvatusta koskeva valistus ja neuvonta olisi maaseudulla alkanut vaikuttaa vanhempien kasvatustietoihin ja -menettelyihin lähinnä vasta 1960-luvulta lähtien. Lasten hoitoa ja kasvatusta koskevaa valistusta on kuitenkin maassamme jossain määrin harjoitettu koko tämän vuosisadan ajan. Jo tätäkin ennen esimerkiksi vuonna 1838 ilmestyneessä Elias Lönnrotin Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri -kirjassa on monia lasten hoitoa ja kasvatusta koskevia

neuvoja ja ohjeita.

Tämän vuosisadan alkupuoliskon valistuksessa ja neuvonnassa on erotettavissa lääketieteellinen näkemys (Ruetsalainen 1915; Ylppö 1920, 1925) ja uskonnollisia tai moraalisia perusteita painottanut näkemys (Kotikasvatusyhdistyksen julkaisut, esim. Furuhjelm 1916; Reima 1915). Lääketieteellisessä valistuksessa etualalla oli lasten terveydestä huolehtiminen; lapsikuolleisuuden vähentäminen oli selkeä tavoite, joka korostui vielä lasten neuvolatoiminnan alkuvaiheessa 1940-50-luvuilla (Taka 1948). Uskonnollisista tai moraalisisista perusteista lähteneen "kansanvalistuksen" ihanteet ja suositukset liittyivät läheisesti kuuliaisuuden, rankaisemisen ja työn oppimisen merkityksen korostamiseen tai niiden merkityksen ylikorostamisen kritisointiin (esim. Borchardt 1909).

Lapsipsykologinen näkökulma on tullut selvemmin mukaan vasta 1940-50-luvuilla. Kuten lääketieteellinen valistus lapsipsykologinen kirjallisuus (esim. Hetzer 1939; Skard 1945; Takala A. ja M. 1953) ja psykologista tietoa tähdentäneet kasvatusoppaat vaikuttivat aluksi suhteellisen hitaasti neuvontaa suorittavien työntekijöiden vähitellen omaksumien uusien tietojen ja näkemysten kautta.

Maamme koulutusjärjestelmän perusteellinen uudistuminen viime vuosikymmenellä nosti omalta osaltaan entistä voimakkaammin esiin myös kotikasvatuksen psykologian ongelmat (esim. Pulkkinen 1977). Viime vuosina on alettu korostaa myös perhekasvatuksen tai vanhempien kasvatuksen merkitystä niin peruskoulussa kuin aikuiskoulutuksessa (Jakku-Sihvonen 1982; Sysiharju 1981).

Kasvatusta koskevasta valistuksesta ja neuvonnasta keskusteltaessa esitetään usein, että niille olisivat olleet tyypillisiä näkemysten suhteellisen nopeat muutokset, jotka osaltaan olisivat lisänneet van-

hempien epävarmuutta (esim. Hautamäki 1982). Tätä väitettä on kuitenkin vaikea yksiselitteisesti osoittaa paikkansapitäväksi. Esimerkiksi perhe- ja naistenlehtien kasvatusta koskevissa artikkeleissa ruumiillista kuritusta ei 1930-40-luvuilla korostettu enempää kuin nykyään. Toisaalta oikeiden tietojen antamisen merkitystä lasten kysymyksiin vastaamisessa ja lasten kanssa puuhailun tärkeyttä käsiteltiin tuolloin aivan samassa määrin kuin nykyään (Koskinen ym. 1980). Myös varhemman valistuksen ja neuvonnan tarkastelussa on muistettava, että kasvatustapaista esiintyi tuolloin samoin kuin nykyäänkin samanlaisesti monia erilaisia käsityksiä. On esimerkiksi saatettu suorastaan opastaa ruumiillisen kurituksen tehokkaaseen toteuttamiseen (Reima 1915) tai toisaalta on korostettu kasvatuksen olevan mahdollista ilman selkäsaunaakin (Borchardt 1909).

Kasvatusneuvonnan tarpeen tarkastelussa voidaan lähteä paremminkin siitä, että neuvolatoiminnan alkuaajoista nykypäivään lasten kehitystä ja kasvatusta koskeva tietämys on olennaisesti lisääntynyt ja monipuolistunut, vaikka kasvatuksen tavoitteista ja menetelmistä jatkuvasti esiintyy monenlaisia käsityksiä. Nykyisin neuvoloiden tehtävänä ei ole niinkään yksittäisten tietojen tai näkemysten välittäminen, vaan perustellun kokonaiskuvan luominen lasten kehityksestä ja vanhempien kasvatustoiminnasta.

4. PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINTIMENETELMÄT

4.1. Arviointimenetelmien pioneeriaika

Lasten psyykkistä kehitystä kokonaisuutena kartoittavat arviointimenetelmät voidaan jakaa karkeasti psykologien käyttämiin testeihin ja toisaalta yleisemmin käytettäviin seulontatesteihin ja seurantajärjestelmiin. Tämän vuosisadan alkupuoliskon aikana arviointimenetelmiä luotiin lähinnä ensin mainittua tarkoitusta varten. Useat 1960-70-luvuilla luoduista seulontatesteistä ovat kuitenkin hyödynäneet samoja tehtäviä, joita oli käytetty psykologisissa testeissä. Tavoitteiltaan erilaisten menetelmien sisällöissä ei olekaan selviä eroja. Esimerkiksi ensimmäisenä käyttökelpoisena psykologisena testinä pidettyä Binet'n ja Simonin testiä (DuBois 1970; Wolf 1973) voitaisiin nykyaikana käsitellä paremminkin seulontatestinä kuin diagnostisena älykkyystestinä, mikäli korostetaan tekijöiden testille asettamia tavoitteita.

Binet'n ja Simonin testissä pikkulapsi-ikä otettiin huomioon lähinnä vain rinnastuksena vajaamielisyyteen. Aivan toisenlainen suuntautumistapa ensimmäisten elinvuosien aikaisen kehityksen arviointiin oli Gesellillä (Gesell 1925; Gesell ja Amatruda 1951; Gesell ym. 1940). Hänen lähtökohtanaan oli pikkulasten luonnollisen käyttäytymisen havainnointi varta vasten järjestetyissä tilanteissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia normatiiviset tiedot lasten suoriutumisesta eri ikävaiheille laadituista tehtävistä. Kehitys ymmärrettiin kasvuksi, jossa erotettiin neljä osa-aluetta: motoriikka, kieli, adaptiivinen

käyttäytyminen ja persoonallis-sosiaalinen käyttäytyminen.

Gesellin arviointijärjestelmää on kritisoitu monin perustein. Esimerkiksi hänen esittämiensä normien pohjana ollut ryhmä oli pieni ja valikoitunut, minkä vuoksi tilastollisia reliaabelius- ja validiustietoja on pidetty puutteellisina (Stott ja Ball 1965). Varsin voimakkaasti Gesellin arviointijärjestelmää on kritisoitu teoreettisten lähtökohtien osalta. Kypsymis- tai kasvuajattelun on katsottu olevan erityisen soveltumaton persoonallis-sosiaalisen alueen ja kielen kehityksen tarkasteluun (Brooks ja Weintraub 1976).

Gesellin näkemykset ovat vaikuttaneet lähtemättömästi moniin myöhempiin pikkulasten havainnointi- ja testimenetelmiin. Erityisesti muuttamat hänen käyttöön ottamansa arviointitilanteet ja niiden välineistö ovat jääneet pysyvästi käyttöön. Lisäksi Gesellin neljän kehityksen alueen erottelu on toistunut useissa menetelmissä (esim. Frankenburg ja Dodds 1967; Sheridan 1974). Toisaalta vaikka psykologit ovat luoneet Gesellin näkemykset lähes kokonaan sivuuttavia menetelmiä, niin pediatriassa hänen vaikutuksensa on ollut jatkuvasti kiistanaton (Knobloch ja Pasamanick 1974).

Arviointimenetelmien ohella Gesellillä oli huomattava vaikutus kasvatusneuvontaan. Hänen teoksillaan (Gesell ja Ilg 1951, 1954) on ollut oma merkityksensä myös Suomessa. Teosten sanoma ei kuitenkaan ole välittynyt suoraan "tavallisille" vanhemmille, vaikka Arvo Lehtovaara vuonna 1951 ilmestyneen suomennoksen alkusanoissa toteaaakin, että "kirjaa on täysi syy lämpimästi suositella jokaiselle isälle ja äidille, joka haluaa perehtyä lapsensa ensimmäisten elinvaiheiden kehitykseen". Teosten anti lienee ollut siinä, että eri ammattiryhmät ovat saaneet niistä vaikutteita, joita he ovat välittäneet edelleen omassa työssään. Lehtovaarakin esitti, että opettajat voisivat teoksen

avulla tutustua kehitysvaiheisiin, jotka lapset ovat käyneet läpi ennen kouluun siirtymistä. Edelleen hän esitti että "lastentarhaväelle kirja niinkään on antoisa". Mielenkiintoinen yksityiskohta on se, ettei Lehtovaara mainitse Gesellin kirjojen olevan "antoisia" terveys-sisarille, vaikka niitä myöhemmin käytettiin nimenomaan heidän koulu-tuksessaan.

Tarkasteltaessa kehityksen arvioinnin pioneeriajan keskeisiä edus-tajia on Binet'n ja Gesellin ohella mainittava Bühler ja Hetzer (1932), joiden näkemyksillä oli 1930-50-luvuilla huomattava vaikutus myös suomalaiseen lapsipsykologiaan (Hänninen 1938; Lehtovaara ja Saarinen 1972; Torniainen 1967). Myöhemmin tämä vaikutus on lähes kokonaan unohtunut, vaikka Bühlerin ja Hetzerin (1932) näkemyksissä lasten arvioinnista on monia kohtia, jotka ovat nykyisinkin käyttökelpoisia.

Lähtökohdissaan Bühler ja Hetzer korostavat yhtäläisyyksiä Geselliin (1925). Gesellin arviointijärjestelmän puutteena he kuitenkin pitivät sitä, että arviointi vaatii liian paljon aikaa ja että pelkät havainnointitiedot eivät anna perusteltua pohjaa lasten keskinäiselle vertailulle. Testistönsä laadinnan lähtökohdaksi Bühler ja Hetzer asetti-vat seuraavat näkökohdat:

- Käytettävien arviointitilanteiden ja -tehtävien ei tule vaatia vain älyllisiä suorituksia. Testauksessa on asetettava koetukselle kaikki inhimillisen käyttäytymisen ulottuvuudet. Vain näin voidaan luoda kokonaiskuva lapsen persoonallisuudesta.
- Testitulosten tulee olla mahdollisimman tarkasti ilmaistavia - myös kvantitatiivisesti. Bühler ja Hetzer tarkoittivat lähinnä kehitysosamäärän laskemista, jota he pitivät välttämättömänä lasten välisten vertailujen kannalta.

- Testauksen toteutuksen sekä tulosten kirjaamisen ja laskemisen ei tule olla kovin vaivalloista ja aikaa vievää, vaan testistön on oltava mahdollisimman kätevä sekä helposti opetettava ja opittava. Bühler ja Hetzer (1932) lähtivät eräänlaisesta kehitystehtäväajatus-
sesta; tehtävistä, jotka ovat luonteenomaisia tietyille ikävaiheille. Tällöin suoriutuminen tehtävistä kertoo nimenomaan kohteena olevan ikävaiheen kehityksestä. Tähän liittyi näkemys inhimillisen käyttäytymisen perussuunnista, joita Bühler ja Hetzer erottelivat seuraavasti: 1) aistimusten vastaanottaminen 2) kehon liikkeet (oman kehon hallinta), 3) sosiaalisuus, 4) oppiminen, 5) materiaalien käsittely ja 6) henkinen tuotteliaisuus.

Jokaisen ikävaiheen testisarja sisältää kymmenen tehtävää, jotka edustavat eri tavoin mainittuja kehityksen perussuuntia. Ensimmäisen elinvuoden alkupuolella kullakin elinkuukaudella on omat testisarjansa. Kolmannesta kuudenteen ikävuoteen jaotteluperustana on ikävuosi ja väliin jäävänä aikana vuosineljännes. Ensimmäisten elinkuukausien tehtävät painottavat aistimusten vastaanottamisen ja kehon liikkeiden ulottuvuuksia. Myöhemmissä ikävaiheissa näiden asema vähenee ja jää leikki-ikässä lähes kokonaan sivuun ja arvioinnin kohteeksi tulevat neljä muuta perusulottuvuutta.

Torniainen (1967) on selvittänyt Bühlerin ja Hetzerin testin soveltuvuutta suomalaisten nelivuotiaiden arviointiin. Tulosten mukaan tehtävien vaikeustasot olivat suhteellisen lähellä Bühlerin ja Hetzerin esittämiä normeja. Jäljentämistehtävässä suomalaisten nelivuotiaiden suoriutuminen oli kuitenkin selvästi alkuperäisten normien alapuolella. Eräs syy tähän lienee siinä, että Bühlerin ja Hetzerin normien perustana olivat korostuneesti laitoslapset, joille piirtäminen lienee ollut jokapäiväistä puuhaa. Sen sijaan monet suomalaisista nelivuo-

tiaista joutuivat piirtämisen kanssa tekemisiin ensimmäistä kertaa vasta testaustilanteessa.

Torniaisen (1967) tulokset osoittavat myös, ettei testin faktorirakenne vastaa oletettuja sosiaalisuuden, oppimisen, materiaalien työstämisen ja henkisen tuottamisen perusulottuvuuksia. Tyttöillä jonkinlaista vastaavuutta oli sosiaalisuuden, oppimisen ja materiaalien käsittelyn osalta, mutta pojilla vastaavuutta ei ilmennyt juuri lainkaan. Mielenkiintoisena yksityiskohtana voidaan mainita, että suomalaispojilla piirtämistehtävät erottuivat selvästi omaksi faktorikseen.

Lehtovaara ja Saarinen (1972) ovat todenneet, että Bühlerin ja Hetzerin olettamien ulottuvuuksien pysyvyydet ikävaiheesta toiseen ovat alhaiset, minkä vuoksi testistö näyttää toimivan melko heikosti tilastollisesti. Sen sijaan kokenut testaaaja pystyy sen avulla luomaan kattavan kokonaiskuvan, tai ehkä paremminkin kokonaisvaikutelman, lapsen kehityksestä. Kokonaisvaikutelma kuitenkin riippuu testin käyttäjän koulutuksesta ja arviointikokemuksesta. Myöhemmin Hetzer (1982) onkin korostanut testistön laadinnan lähtökohtana olleen pyrkimyksen, että tehtävät antaisivat käytännön työntekijöille mahdollisuuden havainnoida lasten käyttäytymistä jokapäiväiselle elämälle läheisissä, mutta lasten väliset vertailut mahdollistavissa, tilanteissa.

Kehityksen havainnointi- ja testimenetelmien pioneeriaikaan voidaan edellä lueteltujen lisäksi lukea monia muitakin tutkijoita ja testejä. Toisaalta voidaan kiinnittää huomiota eri tarkoituksia varten syntyneisiin menetelmiin. Sekä Binet'n, Gesellin että Bühlerin ja Hetzerin testistöt syntyivät käytännön tarpeita varten (Hetzer 1982). Eräät testit kehitettiin sen sijaan tutkimuskäyttöön (esim. Bayley 1933/1969; Cattell 1940). Tutkimusten problematiikka koski paljolti niitä kysymyksiä, jotka korostuivat arviointimenetelmien seuraavassa

vaiheessa. Ennen tähän siirtymistä on paikallaan viittaus arviointimenetelmien pioneeriaikaan suomalaisessa psykologiassa.

Mikäli havainnointi- ja testimenetelmien pioneeriaika liitetään käyttökelpoisten eri alueita kattavien menetelmien laatimiseen, tällaisen vaiheen voidaan katsoa kestäneen suomalaisessa lapsipsykologiassa aina 1950-luvun puoliväliin saakka. Tutkimus suuntautui ulkomaisten testien mukauttamiseen Suomen oloihin. Esimerkkinä voidaan mainita Salomaan (Koskenniemi 1938; Salomaa 1939) ja myöhemmin Lehtovaaran (1950) johdolla tapahtunut Binet-tyyppisen testistön kokoaminen sekä Bühlerin ja Hetzerin testistön käyttö erityisesti tutkimustarkoituksissa (Hänninen 1938; Torniainen 1967; Lehtovaara ja Saarinen 1972). Lisäksi voidaan viitata projektiivisten testien kehittäely-yrityksiin (Tuompo ja Heikkinen 1953). Kuten Suomen psykologian historiaa koskevista selvityksistä (Nurmi 1981; Takala ja Korkiakangas 1981) ilmenee, huomattava osa psykologian tutkimuspanoksesta suuntautui käyttökelpoisten arviointimenetelmien kehittäelyyn muotoutumassa olleita lapsipsykologian sovelluksia (esim. kasvatusneuvolaa) varten.

4.2. Testien tilastollisten ominaisuuksien ylikorostuminen

Kouluikää nuorempien lasten kehitystä koskevien arviointimenetelmien kehittäelyssä alkoi uusi vaihe 1930-luvun amerikkalaisessa psykologiassa. Tämän vaiheen voidaan katsoa jatkuneen korostuneena parin vuosikymmenen ajan (Brooks ja Weintraub 1976). Vaihe on tiivistettävissä kysymykseksi ennustevaliditeetista, joka tutkimuksessa ilmeni tilastollisten menetelmien, erityisesti monimuuttujamenetelmien, merkityk-

sen korostumisena.

Pikkulapsitestien ennustevaliditeetti todettiin tutkimuksissa poikkeuksetta suhteellisen vähäiseksi. Ongelman ratkaisemiseksi lähdettiin näkemyksestä, että testit on kehiteltävä nimenomaan tilastollisilta ominaisuuksiltaan paremmiksi. Eri ikävaiheissa ilmenevän variaation pysyvyyttä selvittäneen tutkimuksen eräänlaisena päätepiteenä voidaan pitää Bloomin (1964) sekä Kaganin ja Mossin (1962) teoksia.

Suomalaisesta psykologian tutkimuksesta näkemykselle löytyy selvä vastine ns. eksaktista rintamasta (Korkiakangas 1977; Takala ja Korkiakangas 1981). Esimerkkinä voidaan mainita KTK:n suoritustestistö (Elonen ym. 1963). Kysymys on täsmällisesti määriteltyihin diagnostisiin tarkoituksiin kehitetystä testistä, joka perustuu perinpohjaiseen tilastolliseen tutkimukseen. Testiä voitaisiin nykyaikanakin pitää suorastaan mallina tilastollisten ominaisuuksien selvittämisessä testin laadinnassa. Toisaalta testin yhteydessä tulee esiin se, ettei tilastollisesti perusteltu arviointimenetelmä merkitse samalla käytännön soveltuvuutta erilaisiin arviointitarkoituksiin.

4.3. Menetelmät eri arviointitarkoituksiin

Brooks ja Weintraub (1976) laskevat lasten älykkyystestien uuden vaiheen alkaneen 1960-luvulla. Uudesta vaiheesta voidaan puhua mm. seuraavissa merkityksissä:

- Älykkyuden kehityksessä on kvantitatiivisten muutosten ohella alettu korostaa kvalitatiivisia muutoksia. Taustalla olivat ensisijaisesti Piaget'n näkemykset.

- Kysymys arviointimenetelmien tavoitteista on noussut tietoisesti esille. Samalla kun on kehitelty teoreettisesti mahdollisimman hyvin perusteltuja diagnostisia testejä erilaisten ominaisuuksien, prosessien tai ongelmien mittaamiseksi, on luotu myös kehitystä kokonaisuutena kartoittavia seulontatestejä.
 - Testiteorian alueella on syntynyt klassiselle testiteorialle vaihtoehtoisia lähestymistapoja, joista tämän tutkimuksen yhteydessä voidaan viitata esimerkiksi päätöksentekoteoreettiseen näkemykseen arviointimenetelmien käytön perusteluna (Cronbach ja Gleser 1965).
- Edellä mainituilla painotuksilla on ollut rinnakkaisuutta suomalaisessa psykologian tutkimuksessa, vaikkakin voidaan korostaa, ettei tutkimusessamme ole tapahtunut riittävästi uudelleen orientoitumista uusien sovellusalueiden asettamiin arviointihaasteisiin vastaamiseksi.

4.4. Kehitystä kokonaisuutena kartoittavat seulonta- ja seurantamenetelmät

Monet nykyisin käytössä olevista psyykkistä kehitystä kokonaisuutena kartoittavista havainnointi- ja testimenetelmistä on suunniteltu ns. ensiasteen käyttäjälle, esimerkiksi lastentarhanopettajalle tai terveydenhoitajalle. Lääketieteellisten seulontakokeiden mallin pohjalta syntyneiden seulontatestien tavoitteena on selvittää, onko lapsen kehitystaso "normaali" tai poikkeava siinä mielessä, että tarvitaan tarkempaa tutkimusta. Varsinaisista seulontatesteistä on eroteltavissa ennalta asetettavien tavoitteiden saavuttamista mittaavat seurantamenetelmät (esim. Kuvaja 1977; Schmidt-Kolmer 1974).

Aikaisemmin käsitellyistä menetelmistä voitaisiin nykyisen ajattelutavan mukaisesti seulontatestinä tai seurantajärjestelmänä pitää mm. Bühlerin ja Hetzerin (1932) testistöä. Monien nykyisten seulontatestien lähtökohtana ovat olleet nimenomaan Gesellin (1925) näkemykset. Näistä esimerkkinä mainittakoon Sheridanin (1974) ns. Stycar-sarjat ja Denver Developmental Screening Test (Frankenburg ja Dodds 1967). Seulontatestien peruseräitä voitaneen havainnollistaa juuri viimeksi mainitun testin esittelyllä.

Denver Developmental Screening Testin lähtökohtana on Gesellin mukaisesti psyykkisen kehityksen tarkasteleminen neljänä alueena. Nämä on nimetty seuraavasti: persoonallis-sosiaaliset taidot (suhtautuminen ihmisiin ja riippumattomuus), hienomotoris-adaptiiviset taidot (silmän ja käden koordinaatio sekä havaitseminen), kielen taidot (kuulo, sanojen käyttö ja tulkinta) ja kokonaismotoriset taidot (asento, liikkuminen ja koordinaatio). Testi on tarkoitettu selvittämään sitä, vastaako lapsen kehitys hänen ikäänsä vai liittyykö siihen jotain poikkeavaa. Jokaisen tehtävän osalta arvioidaan, suoriutuuko lapsi siitä vai ei. Testaus etenee täsmällisten ohjeiden mukaan; esimerkiksi jokaisen kehityksen alueen tehtävien suorittaminen lopetetaan kolmen epäonnistuneen tehtävän jälkeen. Arviointi perustuu normitietoihin, jotka alkuperäisessä versiossa oli kerätty Denverin kaupungissa, johon testin nimikin viittaa. Testauksen toteuttajaksi on ajateltu ns. ensiasteen käyttäjä. Testauksessa pyritään saamaan tulokset mahdollisimman reliaabeleiksi siinä mielessä, etteivät havainnot vaihtelisi testajaasta toiseen. Validiudessa taas on pyritty siihen, että testi erottelisi lapsia samansuuntaisesti kuin diagnostiset älykkyystestit (Frankenburg ym. 1971a; Frankenburg ym. 1971b).

Käytännössä hyvinkin yksinkertaisiin seulontatesteihin liittyy vai-

keasti ratkaistavia tilastollisia ongelmia. Kun Thorpe ja Werner (1974) analysoivat viittä USA:ssa yleisesti käytettyä seulontatestiä, he päätyivät siihen, että kaikkien reliabelius ja validius oli ongelmallinen. Thorpe ja Werner painottivat erityisesti tilannevihjeiden tulkinnan merkitystä lasten testauksessa, sillä tulokset riippuvat aina siitä, millainen on testaaajan taito käsitellä lapsia. Yksinkertaisilla seulontatesteillä ei ole mitään itseisarvoa, vaan tulokset riippuvat testien käyttäjästä.

Thorpen ja Wernerin esiin nostama problematiikka on yhteydessä myös seulontatestien tilastolliseen perusominaisuuteen. Useissa testeissä vaikeustaso on sovitettu sellaiseksi, että 90% lapsista suoriutuu tehtävistä. Tästä seuraa, etteivät testit erottele lapsia kovin tehokkaasti, mikä kuitenkin on klassisen testiteoreettisen ajattelun perusedellytys. Kiistely seulontatestien reliabeliudesta ja validiudesta klassisen testiteoreettisen ajattelun puitteissa onkin osittain näennäisongelma.

Monilla seulontatesteillä on korostettu olevan korkea ennustevaliditeetti siinä mielessä, että ne erottelevat lapsia samansuuntaisesti kuin klassiset älykkyystestit. Suurelta osalta kysymys on siitä, että testien näkemys psyykkisen kehityksen kokonaisuudesta on melko suppea. Esimerkiksi Haviland (1976) on tähdentänyt sitä, että pikkulapsi-ikäisissä testeissä ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota emotionaalisen kehityksen arviointiin. Sisällöllisesti monet seulontatestit suuntautuvat vain motoriseen ja kognitiiviseen kehitykseen. Tästä näkökulmasta tarkastellen tulokset niiden ennustevaliditeeteista ovat lähes itsestäänselvyyksiä.

Seulontatesteihin ja seurantajärjestelmiin liittyy tilastollisten ongelmien ohella tulosten tulkintaa koskevia pulmia. Mikäli arviointi-

menetelmässä esiintyy rinnakkain jokapäiväistä käyttäytymistä koskevia (vanhempien ilmoittamia) havaintoja ja psykologisen testin kaltaisia tehtäviä, arviointikriteerit voivat vaihdella huomattavasti tehtävästä toiseen. Mitä testimäisemmin suoriutumista arvioidaan, sitä tiukempi kriteeri huomaamatta omaksutaan. Tämän kautta tuotetaan enemmän variaatiota ja samalla päädytään näennäisesti parempaan reliabeliuteen. Mm. Lauri (1979) on osoittanut terveydenhoitajien arviointien reliabeliuden paranevan testimäisyyden myötä.

Laurin (1980b) terveydenhoitajille suunnitteleman kolmivuotiaiden arviointijärjestelmän testimäisten tehtävien vaikeustaso asettui käytännössä .50-.60:ksi, kun arkipäivän havaintojen tasoissa tehtävissä vaikeustaso oli .85-.90. Kriteerimittauksen (esim. Takala 1980) näkökulmasta vaikeustasoltaan huomattavasti vaihtelevien tehtävien käyttö liittyy kysymykseen, onko vakavampi ongelma se, että lapsen suoriutumiseen puututaan jatkotoimenpiteiden muodossa aiheetta vai se, että suoriutumisen ongelmiin puututaan mahdollisimman vähän. Koska vähimmäisvaatimustason asettaminen on harkinnanvaraista, pulmaksi tulee harkinnan tietoinen tai tiedostamaton erilaisuus kehityksen eri alueilla. Motorisen ja kognitiivisen kehityksen tehtävät (esim. jäljittäminen ja laskeminen) on mahdollista suorittaa testimäisesti, ja epäonnistumiset voidaan nähdä melko yksiselitteisiksi jatkotoimenpiteiden tarpeen kriteereiksi. Sen sijaan omatoimisuuden ja sosiaalisen kehityksen tehtäviä (esim. pukeminen ja riisuminen tai vieraan seuraan jääminen) on arvioitava arkipäivän havaintoina. Suoriutumisen kriteerit ovat melko väljästi määriteltäviä, ja suoriutumisen yhteydet jatkotoimenpiteiden tarpeeseen ovat myös moniselitteisiä.

4.5. Vanhempien ja testaaajan havainnot lasten arvioinnissa

Monissa lasten arviointimenetelmissä on testaaajan havaintojen ohella osioita, jotka perustuvat vanhempien (äidin) havaintoihin. Menettely soveltuu parhaiten nimenomaan 5-6-vuotiaiden arviointiin. Vanhemmat näyttävät arvioivan tuon ikäisten lastensa suorituksia suhteessa heidän todellisiin kykyihinsä kohtalaisen sattuvasti (esim. Ponzo 1978). Pikkulasten kykyjä vanhemmat sen sijaan usein aliarvioivat ja koulukäisten kykyjä taas yliarvioivat.

Vanhempien (äitien) havaintojen käyttöön lasten arvioinnissa on suhtauduttu eri tavoin. Vanhempien havaintojen jättämistä ulkopuolelle ja toimimista vain testaaajan havaintojen pohjalta on perusteltu menetelmän objektiivisuudella (Honzik 1976). Vanhempien havaintojen merkitystä on sen sijaan perusteltu sisällön validiteetilla. Toisaalta on korostettu ekologisen validiteetin käsitettä; esimerkiksi terveydenhoitaja ei pysty arvioimaan neuvolatarkastuksessa eräitä kehityksen alueita kovinkaan edustavasti (Lauri 1979).

Vanhemmilta saatavien tietojen ja testaustilanteessa tehtävien havaintojen reliabiliteetti ja validiteetti ovat käytännössä melko suhteellisia. Testien erilaisissa käyttötilanteissa eri tahoilta saatavien tietojen paremmuus voi olla täysin erilainen. Esimerkiksi sosiaalinen ja emotionaalinen kehitys ilmenevät toimintoina, joita ei voida kovinkaan kattavasti havainnoida testaustilanteessa, vaan arvioinnissa on turvauduttava vanhemmilta saataviin tietoihin. Toisaalta mikäli 4-5-vuotiaiden seulontatestin edellytetään erottelevan lapsia diagnostisten älykkyystestien suuntaisesti, on lueteltavissa monia kognitiivisen kehityksen piirteitä, joita vanhempien on mahdoton havainnoida niin osuvasti, että arviointi voitaisiin rakentaa vain heidän havain-

tojensa pohjalle (Sturner ym. 1982; Thompson ym. 1982).

4.6. Tyttöjen ja poikien suoriutuminen testeissä

Useissa kouluikää nuorempien lasten kehitystä mittaavissa testeissä, seulontatesteistä esimerkiksi Denver Developmental Screening Testissä (Frankenburg ja Dodds 1967), ei ole normeja erikseen tytöille ja pojille. Eräissä vanhemmissa testeissä, esimerkiksi Bühlerin ja Heterzin (1932) testistössä ja ihmisen piirtämisen testin eri versioissa (Harris 1963; Koppitz 1968), sen sijaan tyttöjen ja poikien eroja on pidetty niin olennaisina, että tämä on otettu huomioon myös tulosten tulkintaa koskevien normien laadinnassa. Tyttöjen ja poikien erot ja jopa niiden suunta voivat kuitenkin olla yhteydessä mitä moninaisimpiin asioihin. Esimerkiksi Harrisin (1963) mukaan pojat olisivat vuosisadan alkupuolella menestyneet tyttöjä paremmin piirtämisessä, kun nykyisin ero on päinvastainen. Toisaalta tyttöjen ja poikien erot voivat olla eri kulttuurien piirissä hyvinkin erilaisia. Edellä kuvatujen tulosten ja tulkintojen pohjalta vaikuttaakin hiukan perustelemattomalta, ettei kaikissa lastenneuvoloiden kehityksen arviointia koskeneissa selvityksissä (esim. Helsingin kaupunki 1981; Lauri 1982) ole kiinnitetty huomiota tähän seikkaan.

Kiviluoto (1981, 1982) on korostanut 5-8-vuotiaiden tyttöjen ja poikien kehityksessä olevan olennaisia eroja. Niitä ilmenee niin sosiaalis-emotionaalisessa kehityksessä kuin koulukäyttäytymisessä sekä kognitiivisessa kehityksessä. Kognitiivisen kehityksen eroista voidaan mainita tyttöjen suoriutuvan poikia paremmin verbaalisissa,

visuomotorisissa ja yleisen älykkyyden testeissä. Ensimmäisen kouluvuoden jälkeen opettajat arvioivat tyttöjen olevan poikia kehittyneempiä mm. hienomotoriikassa, keskittymiskyvyssä, pitkäjänteisyydessä, luokkaan sopeutumisessa, huolellisuudessa ja siisteydessä sekä ahkeruudessa.

Yleisesti tunnetuksi oletettujen kielellisen kehityksen ja kouluun sopeutumisen erojen ohella tuloksissa kiinnitty huomio havaintotoimintojen ja hienomotoriikan alueita koskeviin tai sivuaviin suorituksiin. Elonen (1968) onkin olettanut piirtämistä vaativissa tehtävissä tyttöjen ja poikien erojen olevan Suomessa niin olennaisia, etteivät tällaisten testien kansainväliset normit soveltuisi päätelmien perustaksi suomalaispoikien kehityksestä. Myös Torniainen (1967) on todennut Bühlerin ja Hetzerin testistöön (1932) liittyen suomalaislasten jäävän piirtämisessä jälkeen itävaltalaislapsista. Piirtämiseen kohdistuneen harjoittelun erilaisuuden ohella eron taustalla oli nimittäin suomalaispoikien huono menestyminen ko. tehtävässä. Bühlerin ja Hetzerin testistöä Suomessa käytettäessä tyttöjen ja poikien erot onkin todettu kauttaaltaan niin huomattaviksi, että tuloksia on tarkasteltu erikseen tyttöjen ja poikien osalta (Lehtovaara ja Saarinen 1972; Torniainen 1967).

4.7. Ihmisen piirtäminen viisi- ja kuusivuotiaiden arvioinnissa

Monissa leikki- ja kouluikäisten arviointimenetelmissä käytetään ihmisen piirtämistä joko kehityksen tai emotionaalisten ongelmien vihjeenä. Lasten tuotoksen tulkintaan voidaan suhtautua monin tavoin. Ihmisen piirtämistä voidaan käsitellä vain yhtenä osiona muiden joukossa. Tällöin eri ikäryhmille asetetaan suhteellisen kokonaisvaltaiset normit; esimerkiksi viisivuotiaan odotetaan piirtävän vähintään neljästä osasta (pää, vartalo, jalat ja kädet) koostuvan ihmisen (Sheridan 1974). Toisaalta ihmisen piirtämistä voidaan pitää omana älykkyydestinä yksityiskohtaisine pisteytysohjeineen (esim. Goodenough 1926; Harris 1963) tai emotionaalisia ongelmia kartoittavana projektiivisena menetelmänä (esim. Machover 1949).

Ihmisen piirtämistä voidaankin hyödyntää monin tavoin. Neuvolassa se luo tilanteen, jossa terveydenhoitaja voi havainnoida lapsen kynän käyttöä ja keskittymistä tehtävään. Toisaalta terveydenhoitaja saattaa arvioida kokonaisvaltaisesti lapsen tuotoksen tason. Lisäksi voitaisiin kiinnittää huomiota joihinkin yksittäisiin kehitystä kuvaaviin tai emotionaalisten ongelmien vihjeisiin. Lienee kuitenkin niin, etteivät terveydenhoitajat ilman erityistä koulutusta varauksitta pysty tällaiseen ihmisen piirtämisen tehtävän hyödyntämiseen.

Yksittäisten vihjeiden hyödyntämistä arvioinnissa voidaan tarkastella Koppitzin (1968) järjestelmän valossa. Lähtökohtana hän erottaa kehitysvihjeet ja emotionaaliset vihjeet. Kehitysvihjeistä Koppitz korostaa ns. odotettuja piirteitä eli sellaisia piirteitä, joiden pitäisi esiintyä kaikilla normaalisti kehittyneillä lapsilla. Kehitystä koskevien päätelmien lähtökohtana on näiden piirteiden puuttuminen. Mikäli odotettuja piirteitä puuttuu, sen ajatellaan olevan viite

kehittymättömyydestä, kehitysviivästä tai emotionaalisista ongelmista. Viisivuotiailla pojilla odotettuja piirteitä ovat hänen tulosensa mukaan pää, silmät, jalat, suu, vartalo ja nenä, tytöillä edellisten lisäksi myös kädet.

Kehitysvihjeisiin perustuvaa tulkintaa Koppitz (1968) pitää reliabelina älyllisen kehityksen mittarina. Tulkintaa pidetään myös validina, sillä tulokset korreloivat melko voimakkaasti älykkyystestien tuloksiin. Koppitzin mukaan kehitysvihjeet korreloivat noin .60:llä Stanford-Binet -testin ja WISCin (Wechsler Intelligence Scale for Children) tuloksiin 6-7-vuotiailla.

Suomalaisia 9-10-vuotiaita koskeneessa tutkimuksessa Goodenoughin (1926) mukaan pisteistetty ihmisen piirtäminen korreloi noin .50 KTK:n suoritustestillä arvioituun älykkyysosamäärään (Elonen 1968). Sanavarastotestillä arvioituun älykkyysosamäärään ihmisen piirtäminen korreloi sen sijaan vain noin .20. Eräissä diagnostisissa ryhmissä (esim. aivovaurioiset) ihmisen piirtämisen korrelaatiot KTK:n ja sanavarastotestin tuloksiin olivat kuitenkin huomattavasti korkeampia.

Emotionaaliset vihjeet liittyvät Koppitzilla (1968) piirrosten laatuun ja erityispiirteisiin sekä keskeisten osien puuttumiseen. Niiden esiintymistä voidaan suhteuttaa myös erilaisiin ongelmiin, tosin emotionaalisten vihjeiden tulkinta kuuluu nimenomaan diagnostiseen arviointiin.

5. KEHITYKSEN ENNUSTETTAVUUS JA ONGELMIEN PYSYVYYS

5.1. Ennustettavuuden merkitys arvioinnissa

Kehityksen ennustettavuuden problematiikalla on tavallaan oma historiansa. Varhaisissa älykkyytsteesteissä lähdettiin määritelmänomaisesta variaation pysyvyyden oletuksesta. Kysymys koski lähinnä aikaisempien testitulosten korrelaatioita myöhempiin testituloksiin tai toisaalta koulumenestykseen tai siihen rinnastettaviin muuttujiin.

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, ettei varhaislapsuuden testituloksilla voida ennustaa myöhempää kehitystä. Mitä pidemmistä aikaväleistä on kysymys, sitä pienemmäksi ennustettavuus tulee (Honzik 1976). Empiiristen tutkimusten osoittama vähäinen ennustettavuus ei johdu vain menetelmällisistä puutteista, vaan kuuluu olennaisesti psyykkisen kehityksen luonteeseen. Periaatteessa yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristön muutosmahdollisuuksien voidaan korostaa aina olevan suurempia kuin pysyvyyden. Ennustamattomuuden periaatteen korostaminen ei kuitenkaan ole ristiriidassa sen kanssa, että on olemassa ääritapauksia ja poikkeavuuksia, jotka ovat huomattavan pysyviä tai joihin liittyvien kehitysennusteiden kumoaminen on käytännössä vaikeaa (esim. Clarke 1978).

Ennustettavuuden ja pysyvyyden kysymykset liittyvät monella tavoin neuvolassa tapahtuvan arvioinnin kehittelyyn. Erityisesti on otettava lukuun neuvolassa käytettävissä olevan tiedon luonne. Terveydenhoitajan käytössä olevien tietojen tasolla ennustettavuus voi poiketa olennaisesti testitulosten ennustettavuudesta. Samoin terveydenhoitajan

oman työn mahdollisuuksiin kytkeytyvän jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus on erilaista, kuin täsmällisesti rajattujen ongelmien tai poikkeavuuksien ennakointi empiirisiin tutkimustuloksiin pohjautuvien riskitietojen perusteella. Aina on kiinnitettävä huomiota myös laadittavien ennusteiden käytännön merkitykseen pelkän tilastollisen merkitsevyyden ohella.

Seulontamenetelmien kehittelyssä ennustettavuuden problematiikka on aivan eri asemassa kuin jatkuvaa kehityksen seurantaa ja neuvontaa täydentävän jatkotoimenpiteiden tarvetta palvelevien arviointimenetelmien kehittelyssä. Käsillä olevan tutkimuksen tavoitteen kannalta ennustettavuuden selvittelyä vaaditaan lähinnä terveydenhoitajien arviointitulosten pohjalta tehtävien johtopäätösten rajoitusten havainnollistamiseksi. Ennustettavuus liittyy myös ongelmien pysyvyyteen siinä mielessä, missä määrin ja millä tavoin epäsuotuisia ennusteita voidaan kumota. Koska tutkimus kohdistuu vain arvioinnin ongelmiin tämä näkökohta on jätetty tarkemmin erittelemättä.

5.2. Arviointitulosten pysyvyys ikävaiheesta toiseen

Arvioitaessa havainnointi- tai testitulosten perusteella mahdollisia kehityksen ennusteita on erityistä huomiota kiinnitettävä niihin edellytyksiin, joita liittyy tietojen keräämiseen, muuttujien muodostamiseen ja muihin tietojen luonnetta koskeviin rajoituksiin. Tilanne on erilainen standardoitujen testien yhteydessä kuin vapaasti tehtävissä havainnoissa. Tämän vuoksi psykologisten testien ennustevalidiutta koskevia tuloksia ei voida sellaisinaan käyttää vertailukohtana poh-

dittaessa ennustettavuutta neuvolassa käytössä olevien tietojen pohjalta.

Eräät kokonaisvaltaisesti psyykkistä kehitystä selvittävät testi- ja havainnointimenetelmät ovat rinnakkaisia neuvolassa tapahtuvalle arvioinnille. Sellainen on mm. Bühlerin ja Hetzerin (1932) testistö, jonka käytöstä kehityksen seurannassa on kokemuksia suomalaisesta Terve lapsi -tutkimuksesta (Lehtovaara ja Saarinen 1972). Tutkimuksen mukaan kahden ja puolen vuoden iässä suoritetuilla testauksilla ei ollut merkitsevää ennustearvoa myöhempää kehitystä ajatellen. Sen sijaan leikki-iässä ilmeni ennustettavuutta jossain määrin. On kuitenkin syytä pitää mielessä, ettei havaituilla merkitsevilla korrelaatioilla ole kovin suurta käytännöllistä merkitystä. Tulokset viittasivat lisäksi olennaisesti eroihin tyttöjen ja poikien kehityksen ennustettavuudessa. Tyttöillä korrelaatiot eri ikävaiheiden testitulosten välillä olivat kauttaaltaan suurempia kuin pojilla. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (esim. McCall 1976; Hindley 1965); tyttöjen älyllinen kehitys näyttäisi siis olevan ennustettavampaa kuin poikien vastaava kehitys. Tämä koskee nimenomaan testitulosten ennustettavuutta aikaisemman ikävaiheen testituloksilla.

Testitulosten pysyvyyden ohella voidaan viitata seulontatestien ennustevalidiuteen, kun kriteerinä on koulumenestys. Esimerkiksi Denver Developmental Screening Testissä tällainen ennustevalidius on osoittautunut kohtalaiseksi. Campin ym. (1977) mukaan esikouluikässä testissä epäonnistuneista lapsista noin kolmella neljäsosalla ilmeni kouluiän alkuvaiheessa oppimisvaikeuksia. Testin ennustevalidius suhteessa muunlaisiin kriteereihin on sen sijaan kiistanalainen (esim. Fleming 1981).

5.3. Poikkeavuuksien ennakointi riskimuuttujien avulla

Seulontamenetelmissä ennustettavuus liittyy läheisesti riskin käsitteeseen. Riskiryhmistä tai -olosuhteista puhuttaessa on aina ilmaistava, millaisesta kielteisen kehityksen mahdollisuudesta on kysymys. Aylwardin ja Kennyn (1979) mukaan psyykkisen kehityksen riskien tunnistamisessa tulisi suuntautua täsmällisesti määriteltyihin ongelmiin. Kohteena eivät saisi olla yleiset kehitys- tai käyttäytymisongelmat, vaan niitä selvästi spesifimmät ongelmat. Toisaalta mahdolliset riskimuuttujat olisi pystyttävä kokoamaan niin yksinkertaiseksi ennustamisen järjestelmäksi, että se on sovellettavissa myös käytäntöön.

Ensimmäisten elinvuosien aikana lasten älyllinen kehitys on merkittävästi yhteydessä biologisiin ja psykososiaalisiin riskitekijöihin (esim. äidin tupakointi, erittäin alhainen syntymäpaino tai vanhempien alhainen koulutustaso). Jotta käytännön työssä päästäisiin merkityksellisiin ennusteiden osuvuuksiin, vaaditaan kuitenkin niin mutkikkaita ennustemalleja ja lukuisten yksittäisten muuttujien huomioon ottamista, että toimiminen niiden pohjalta on usein ylivoimaista (esim. Broman ym. 1975; Quinn ym. 1978; Siegel 1982). Varhaislapsuuden aikana biologisten ja psykososiaalisten riskitekijöiden yhteys älylliseen kehitykseen on samansuuntainen, eli mitä useampia yksittäisiä biologisia tai psykososiaalisia riskitekijöitä on olemassa, sitä alhaisempi on lapsen kehitystaso keskimäärin. Leikki-ikässä sen sijaan psykososiaalisten riskitekijöiden osuus tulee olennaisemmaksi haittaavaksi tekijäksi kuin biologiset riskitekijät (esim. Meyer-Probst ja Teichmann 1982). Psykososiaaliset perhettä koskevat riskitekijät säätelevätkin merkittävästi biologisten riskitekijöiden vaikutusta (esim. Rutter ja Magde 1976; Sameroff ja Chandler 1975).

Psykososiaalisia riskejä kuvataan usein niin yleisellä tasolla, etteivät niitä koskevat tulokset ole aina käännettävissä käytännön sovelluksiksi. Esimerkiksi vanhempien sosiaaliluokan tai koulutustason voidaan osoittaa olevan yhteydessä lasten kehitykseen, mutta tällaista tietoa ei sellaisenaan voida käyttää ehkäisevässä työssä. Soveltaminen edellyttäisi niiden sosiaaliluokan tai koulutustason erityistekijöiden tunnistamista, jotka ovat yhteydessä ennustettavaan muuttujaan. Sosiaaliluokkaerot eivät kuitenkaan ole ongelmitta rinnastettavissa biologisiin riskitekijöihin. Esimerkiksi Jordan (1980) on korostanut, ettei sosiaaliluokkien välillä ole aina eroja tarkasteltavan kehityksen alueen kannalta kriittisissä kysymyksissä.

Ensimmäisten elinvuosien aikaisen kehityksen ennustamista erilaisien tietojen (biologisten riskimuuttujien, perheen tilannetta kuvaavien muuttujien, lasten ja vanhempien vuorovaikutuksen sekä testitulosten) perusteella voidaan kuvata Been ym. (1982) tutkimuksen tuloksia tarkastelemalla. Tutkimuksessa mitattiin perinataalisia riskitekijöitä ja vauvaiän kehitystä, vanhempien ja lasten vuorovaikutusta sekä perheen tilannetta. Lisäksi mitattiin vuosittain lasten älyllisiä ja kielellisiä suorituksia neljän ensimmäisen elinvuoden aikana käyttäen tunnettuja pikkulapsitestejä (esim. Bayley, Binet, Denver).

Testeillä arvioitu älyllisten ja kielellisten suoritusten taso nelivuotiaana ei ollut merkitsevästi ennustettavissa perinataalisilla riskitekijöillä. Sen sijaan kahden ja kolmen vuoden iän vastaavat suoritukset olivat ennustettavissa merkitsevästi ko. muuttujilla, mutta niiden selitysosuus oli vain noin 4-5%. Toisaalta älyllisiä ja kielellisiä suorituksia nelivuotiaana ennustivat suhteellisen vähän myös kahden ensimmäisen elinvuoden aikaiset testitulokset. Sen sijaan kahden ja kolmen vuoden iässä suoritettavat testaukset selittivät noin

40-50% suoriutumisesta nelivuotiaana.

Äidin ja lapsen vuorovaikutusta sekä kasvuypäristöä kuvaavat muuttajat olivat kahta ensimmäistä elinvuotta koskevista tiedoista parhaita älyllisen ja kielellisen suoriutumisen selittäjiä nelivuotiaana. Kahden ja kolmen vuoden tiedoissa nämä muuttajat olivat yhtä hyviä ennustajia kuin testitulokset. Perheen tilannetta ja kasvuypäristöä kuvaavat muuttajat olivat suhteellisen hyviä ennustajia vain silloin, kun vanhempien koulutus oli vähäinen. Mainituilla muuttujilla ei sen sijaan ollut juuri lainkaan ennustearvoa korkeasti koulutettujen äitien ryhmässä.

5.4. Ennustettavuuden merkitys viisivuotistarkastuksen kehittämisessä

Lasten kehityksen ennustettavuuden ja ongelmien pysyvyyden problematiikan merkitystä neuvolan viisivuotistarkastuksen kehittämisen kannalta voidaan havainnollistaa Ruotsin nelivuotistarkastusta koskeneen seurantatutkimuksen pohjalta (Mellbin ym. 1982). Tutkimus kohdistui noin 5500:aan Uppsalan alueen kymmenvuotiaaseen lapseen, joista osa oli ollut mukana 60-luvun lopulla alkaneissa tehostetuissa nelivuotistarkastuksissa ja osa oli tuolloin vielä jäänyt tarkastuksen ja siihen liittyneiden toimenpiteiden ulkopuolelle.

Kymmenvuotiaiden terveydentilaa ja ongelmia koskevista tuloksista kannattaa viitata siihen, että opettaja-arviointien mukaan pojista noin 11%:lla ja tytöistä noin 4%:lla oli joitakin vakavampia psyykkisiä ongelmia. Poikien ja tyttöjen välinen ero oli samansuuntainen

kaikissa ongelmissa. Myös ahdistuneisuutta ja pelkoja oli enemmän pojilla kuin tytöillä. Niin ikään pojilla todettiin enemmän myös eräitä fyysisen terveyden ongelmia. Sekä terveysongelmat että psyykkiset ongelmat olivat merkitsevästi yhteydessä perheen asumiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen.

Tämän tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset koskevat kuitenkin nelivuotistarkastuksen tietojen ennustavuutta psyykkisen kehityksen alueella. Nelivuotistarkastuksessa todetut puheen ongelmat olivat merkitsevästi yhteydessä oppimisvaikeuksiin kymmenvuotiaana. Puheen ongelmat nelivuotiaana eivät kuitenkaan ennustaneet kovin hyvin vastaavia ongelmia tai oppimisvaikeuksia kymmenvuotiaana. Ainoastaan kolmasosalla niistä, joilla oli puheen ongelmia nelivuotiaana, oli vastaavia ongelmia kymmenvuotiaana. Toisaalta taas niistä, joilla oli kymmenvuotiaana oppimisvaikeuksia, ainoastaan kolmasosalla oli todettu puheen ongelmia nelivuotistarkastuksessa. Puheen ongelmien vähäinen ennustavuus selittynee osittain nelivuotistarkastuksessa suoritettujen arviointien suppeudella ja epäreliaabeliudella.

Käyttäytymisongelmissa (esim. aggressiivisuus, pelot, keskittymättömyys ja riippuvuus) oli vain vähäisessä määrin pysyvyyttä nelivuotiaasta kymmenvuotiaaksi, eli ongelmaryhmään sijoittui nelivuotiaana paljolti eri lapsia kuin kymmenvuotiaana. Pienellä osalla lapsia ongelmat olivat kuitenkin pysyneet, vaikka niiden ilmenemismuoto oli luonnollisesti muuttunut. Ongelmien pysyvyys liittyi kiinteästi perheen sosiaalisen tilanteen epäedullisuuteen. Pysyvyyttä ilmeni lisäksi useammin pojilla kuin tytöillä. Samanlaiseen tulokseen ovat päätyneet myös Richman ym. (1982) englantilaislapsia koskeneessa tutkimuksessa.

Käytännön sovellusten kannalta pysyvyys yksittäisten psyykkisen kehityksen ongelma-alueiden sisällä ei Mellbinin ym. (1982) mukaan

ollut käytännössä merkityksellistä. Erilaisten toimenpiteiden kehittämisen ja suuntaamisen kannalta keskeiseksi ryhmäksi näyttivät sen sijaan nousevan ne lapset, joilla nelivuotiaina todettiin ongelmia vähintään kahdella eri alueella. Noin kolmella neljäsoalla näistä lapsista oli joitakin psyykkisen kehityksen ongelmia myös kymmenvuotiaana.

Nelivuotistarkastuksen kehittämismahdollisuuksia pohtiessaan Mellbin ym. (1982) korostavat, että tulevan kehityksen ennustamisen kannalta neuvolan tehostetulla nelivuotistarkastuksella näyttää olevan suhteellisen vähän merkitystä. Tästä huolimatta tarkastusta voidaan kehittää huomattavasti. Erityisesti tutkijat korostavat puheen ongelmien seulonnan merkitystä nelivuotiaana.

Nupposen (1981) Tampereen neuvoloita koskeneesta selvityksestä käy ilmi, että terveydenhoitajien työtä voidaan melko helposti kehittää puheen seurannan osalta. Suomessa ongelmana ei ole pelkästään puhetta koskevien seulontamenetelmien ja toimenpiteiden kehittäminen. Terveydenhoitajan arvioinnissa on enemmänkin kiinnitettävä huomiota siihen, miten puhe suhteutetaan psyykkisen kehityksen kokonaisuuteen.

Kokonais- ja hienomotoriikan arviointia ei Mellbinin ym. mukaan kannattaisi toteuttaa nelivuotistarkastuksessa. He eivät myöskään pidä erityisen perusteltuna lapsen käyttäytymisongelmien selvittelyä haastattelun avulla. Näistä suosituksista voidaan todeta, että kokonais- ja hienomotoriikan arvioinnilla sekä vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien selvittelyllä on aivan erilainen merkitys, mikäli nelivuotistarkastuksen sijasta keskitytään viisivuotistarkastuksen kehittämiseen.

Ruotsin nelivuotistarkastus on rakentunut paljolti lääketieteelliseen ajatteluun perustuvista yksittäisistä seulontakokeista. Tähän

liittyen Mellbin ym. esittävät, että nelivuotistarkastukset voitaisiin joiltakin osin muuttaa kaksivaiheiseksi. Varsinaiset lääkärin suorittamat tutkimukset keskitettäisiin vain lapsiin, joilla terveydenhoitaja tai vanhemmat ovat epäilleet olevan joitakin ongelmia. Toisaalta kokemukset viittaavat siihen, ettei ole perusteltua keskittyä vain yhden ikävaiheen seulontaluontoiseen tarkastukseen, vaan kehityksen seurannan ja neuvonnan olisi oltava jatkuvaa. Tätä voidaan perustella sillä, että monia ongelmia on suhteellisen helppo käsitellä niiden alkuvaiheessa neuvonnan avulla. Vain yhteen ikävaiheeseen keskittyvän tarkastus- ja toimenpidejärjestelmän kehittäminen merkitsee tämän mahdollisuuden sivuuttamista. Lopuksi Mellbin ym. korostavat olennaisena kehittämistehtävänä vanhempien kasvatusta, jonka alueina he erottavat lasten terveys- ja kehitysongelmien havaitsemisessa, terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen hyväksikäytössä sekä itsenäisessä jokapäiväisen elämän ja kasvatuksen ongelmien ratkaisemisessa tarvittavat tiedot ja taidot.

6. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA ONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on ollut kehitellä terveyskeskusten lastenneu-
voloiden terveydenhoitajien käyttöön soveltuvia psyykkisen kehityksen
arviointimenetelmiä viisivuotiaiden lasten määräaikaista terveystar-
kastusta varten. Tutkimuksen suuntaamiseksi tarkastuksessa erotettiin
neljä arviointiin liittyvää kohtaa. Ensimmäinen kohta oli vanhempien
kokemat ja neuvolassa esiin tuomat lapsen kehitys- ja kasvatuspulmat.
Toiseksi kohdaksi erotettiin terveydenhoitajan käyttämät psyykkisen
kehityksen arviointimenetelmät ja kolmanneksi päätöksenteko oman neu-
vonnan ylittävästä jatkotoimenpiteiden tarpeesta. Neljäs kohta oli
arvioinnin yhteydet aikaisempien ikävaiheiden tietoihin ja jatkotoi-
menpiteiden tarpeen pysyvyys. Arvioinnin kehittämisen kannalta kuhun-
kin kohtaan sisältyy useita yksittäisiä ongelmia. Edellisissä luvuissa
niitä perusteltiin aikaisempien tutkimustulosten sekä neuvolatoiminnan
käytännön edellytysten ja rajoitusten pohjalta. Seuraavassa luetellaan
lyhyesti kaikki ongelmat.

Vanhempien kokemat lapsen kehitys- ja kasvatuspulmat

Neuvolatoiminnan tavoitteen mukaisesti vanhempien kokemien pulmien
yhteyksiin jatkotoimenpiteiden tarpeeseen vaikuttaa terveydenhoitajien
oma opastus ja neuvonta. Terveydenhoitajan työn kehittäminen edellyt-
tää lähtökohdaksi tietoja siitä, millaisia pulmia vanhemmat neuvolassa
tuovat esiin ja miten pulmat ovat yhteydessä perheiden tilanteeseen ja
tarpeisiin. Tutkimuksessa selvitetty ongelmat ovat:

- Miten yleisiä erilaiset pulmat ovat?

- Miten pulmat ovat yhteydessä jatkotoimenpiteiden tarpeeseen?
- Millä tavoin pulmat ovat yhteydessä perheen tilanteeseen, erityisesti lapsen sukupuoleen ja vanhempien ikään?
- Millä tavoin pulmat ovat yhteydessä vanhempien kasvatuskeskusteluvalmiuteen?
- Miten lasten hoidon ja kasvatuksen järjestelyt ovat yhteydessä jatkotoimenpiteiden tarpeeseen?

Terveydenhoitajan käyttämät arviointimenetelmät

Terveydenhoitajan käyttöön soveltuvien arviointimenetelmien kehittelyn on lähdettävä arvioinnin tavoitteesta. Lisäksi niiden sisältöä ja rakennetta koskevissa ratkaisuissa on otettava huomioon käytännön työn edellytykset ja rajoitukset. Tätä kautta arviointiin aiheutuu monenlaisia testiteoreettisia ongelmia. Näiden ongelmien ohella menetelmien käyttö on yhteydessä yleisiin lasten kehityksen säännönmukaisuuksiin. Jatkotoimenpiteiden tarpeen arvioimisessa erityisesti tyttöjen ja poikien kehityksen samanlaisuus tai erilaisuus on keskeinen kysymys. Yksittäiset selvitettyt ongelmat ovat:

- Millainen on kokeilua varten laaditun arviointijärjestelmän reliabiliteetti ja tulosten yleistettävyyttä?
- Millainen on arviointijärjestelmän faktorirakenne ja miten se vastaa neljän kehityksen alueen erottelua?
- Missä määrin tyttöjen ja poikien välillä on eroja tehtävistä suoriutumisesta?
- Millä tavoin arviointijärjestelmän tehtävät erottelevat jatkotoimenpiteiden tarpeessa olevan ongelmaryhmän verrantaryhmästä?

Päätöksenteko jatkotoimenpiteiden tarpeesta

Kun jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättäminen rakentuu terveydenhoitajan oman työn edellytyksille, se voi perustua monenlaisiin kriteereihin. Terveydenhoitajan työn kehittämisen lähtökohdaksi tarvitaan kuvailevaa tietoa siitä, miten lasten psyykkisen kehityksen ongelmia neuvolassa tunnistetaan. Selvitetyt ongelmat ovat:

- Miten paljon ja millaisia psyykkisen kehityksen ongelmia vanhemmat ja terveydenhoitajat ovat todenneet ennen viisivuotistarkastusta?
- Millaisia selvitystä vaativia pulmia vanhemmat ilmoittavat ennakoon täytetyssä kyselylomakkeessa?
- Millaiseksi terveydenhoitajat arvioivat jatkotoimenpiteiden tarpeessa olevien lasten määrän viisivuotistarkastuksessa?

Terveydenhoitajan arvioinnin ennustettavuus ja ongelmien pysyvyys

Viisivuotistarkastuksessa arviointi rakentuu osaltaan aikaisemmissa ikävaiheissa eri tavoin tapahtuneen seurannan pohjalle. Samoin jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevassa päätöksenteossa terveydenhoitajalla on käytettävissään monenlaista lapsen aikaisempaa kehitystä ja perhettä koskevaa tietoa. Terveydenhoitajan arvioinnin kehittämismahdollisuuksia pohdittaessa tarvitaan tuloksia näiden tietojen yhteyksistä viisivuotistarkastukseen. Neuvolan palvelujen kehittämisen kannalta tarvitaan taas tietoja ongelmien pysyvyydestä. Kohtaan liittyvät ongelmat ovat:

- Miten lasten suoriutuminen terveydenhoitajan arviointijärjestelmässä viisivuotiaana on yhteydessä perhettä ja varhaiskehitystä kuvaaviin tietoihin?
- Miten jatkotoimenpiteiden tarve viisivuotiaana on yhteydessä perhettä ja lapsen varhaiskehitystä kuvaaviin tietoihin?

- Millä tavoin terveydenhoitajien päätöksenteko jatkotoimenpiteiden tarpeesta on tilastollisesti kuvattavissa heidän käytössään olleiden tietojen pohjalta?
- Miten terveydenhoitajat arvioivat lasten kehitystä kuusivuotiaana ja miten tämä on yhteydessä viisivuotistarkastuksen tuloksiin?

Mutamien ongelmien (esim. tyttöjen ja poikien suoriutumisen erot arviointijärjestelmän tehtävissä) selvittämistä ovat ohjanneet selkeät ennako-odotukset. Yksityiskohtaisesti muotoilluista hypoteeseista ja niiden testaamisesta ei tutkimuksessa ole varsinaisesti ollut kysymys, vaan tilastollinen riippuvuuksien ja erojen käsittely on luonteeltaan paremminkin ongelmia koskevaa kuvailua.

7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1. Kokeilun järjestäminen

Lähtökohta

Tutkimus käynnistyi vuoden 1980 alussa lääkintöhallituksen aloitteesta. Tutkimussopimukseen liittyen tutkija laati muistion tutkimus- ja kehittämistyön tavoitteen täsmentämisestä. Tarkastelussa keskityttiin seuraaviin näkökohtiin:

- Kasvatusneuvonnan ja ehkäisevän mielenterveystyön kehittämisessä on lähdettävä terveydenhoitajan työstä kokonaisuutena. Tältä pohjalta on luotava toimintakelpoinen kaikki neuvolan työntekijäryhmät kattava yhteistyömalli.
- Kokeilun kohteeksi voidaan valita viisivuotistarkastus. Tätä voidaan perustella sekä kehityspsykologisilla tutkimustuloksilla että muotoutumassa olevilla työmuodoilla.
- Tutkimuksen lähtökohtana voidaan pitää nykyisiä neuvoloiden ja terveyskeskusten toimintaresursseja. Samalla on kuitenkin pyrittävä neuvoloiden toimintaedellytysten parantamiseen. Jos työssä lähdetään nykyisten resurssien pohjalta, psykologin työpanos jää suhteellisen rajatuksi. Suurissa terveyskeskuksissa psykologille ohjattavien lasten ja perheiden osuus ikäluokasta ei voi olla kovin suuri. Lisäksi on muistettava, ettei kaikissa terveyskeskuksissa ole lainkaan psykologia.
- Terveydenhoitajan arvioinnin ja neuvonnan näkökulman tulee lähteä normaalina pidettävästä kehityksestä. Psykkisen kehityksen ongel-

mien yksilöiminen tai riskiryhmien tunnistaminen ei kuulu terveydenhoitajan työhön. Arviointia ja neuvontaa ei kuitenkaan tule tarkastella kaikille yleisten normatiivisten kehitystavoitteiden saavuttamisena ja niiden saavuttamisen ohjaamisena.

- Psykkisen kehityksen arvioinnin tulee tapahtua mahdollisimman kattavasti. Arvioinnissa joudutaan tämän vuoksi turvautumaan suhteellisen kokonaisvaltaisiin havaintoihin ja arvioihin. Alustavasti analysoitujen seulontatestien todettiin korostaneen suorastaan itseisarvona vain arvioinnin objektiivisuutta, mistä on ollut seurauksena rajoittuminen ensisijaisesti motorisen ja kognitiivisen kehityksen tarkasteluun.
- Arvioinnin järjestelyt ovat osaltaan yhteydessä näkemykseen vanhempien asemasta kehityksen seurannassa. Vanhempien täytettäväksi suunnitelluissa esiseulontatesteissä (esim. Frankenburg ym. 1976) heidän tehtäväkseen on nähty vain terveydenhuollon työntekijöiden avustaminen. Tällaisen näkemyksen sijasta arvioinnin tulisi omalta osaltaan auttaa vanhempia neuvonnan ja jatkotoimenpiteiden tarpeen jäsentämisessä yhdessä terveydenhoitajan kanssa.
- Terveydenhoitajan tarkastuksessa vanhempien esiin tuomia ongelmia tulee alkuvaiheessa tarkastella ensisijaisesti lasten ja vanhempien kanssakäymisen pulmina, joita muodossa tai toisessa esiintyy kaikissa perheissä.

Kokeilun toteutus

Tutkimuksen alku keskittyi edellä kuvattujen näkemysten täsmentämiseen. Samalla otettiin alustavasti yhteyttä sellaisiin terveyskeskuksiin, joissa tiedettiin olevan suunnitelmia viisivuotistarkastuksen kehittämistä. Yhteydenotot johtivat kokeilusuunnitelmien laatimiseen

kolmen terveyskeskuksen alueella.

Nokian terveyskeskuksen neuvoloissa päädyttiin kokeiluun, jossa terveydenhoitajat lähettivät kolmen kuukauden aikana viisivuotistarkastukseen tulossa olevien lasten vanhempien täytettäväksi tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen. Tällä tavoin vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien selvittäminen yhdistettiin Laurin (1980a) johdolla aloitettuun kokeiluun. Selvityksen tulokset on julkaistu toisaalla (Korkiakangas 1982).

Varsinaisesta kokeilun suunnittelusta sovittiin kahden terveyskeskuksen kanssa. Nämä olivat Äänekosken-Suolahden seudun terveyskeskus ja Lahden kaupungin terveyskeskus. Kokeilun suunnittelussa ja toteutuksessa tutkija kehitti terveydenhoitajien käyttämät menetelmät ja järjesti tarvittavan koulutuksen. Käytännön työstä vastasivat terveydenhoitajat ja muut neuvolassa työskentelevät ammattiryhmät jokapäiväisen työnsä edellyttämällä tavalla. Lisäksi tutkija huolehti kokeilun etenemisen seurannasta ja jossain määrin menetelmien edelleen kehittelystä. Lahdessa tutkija osallistui myös arviointiin kytkeytyvän terveydenhoitajan neuvonta-aineiston toimittamiseen.

Lahdessa kokeilussa olivat mukana kaikki neuvolat. Vuoden 1981 alusta alkaen viisivuotistarkastukset toteutettiin kaikissa neuvoloissa kokeilua varten luotujen suuntaviivojen pohjalta. Äänekosken-Suolahden seudun terveyskeskuksen alueella kokeiluun tulivat mukaan vuoden 1981 alusta lähtien vain kahden kunnan (Konnevesi ja Sumiainen) neuvolat ja vuoden 1981 loppupuoliskon ajaksi Suolahden kaksi neuvola.

Kokeilun käynnistymistä edelsi molemmissa terveyskeskuksissa menetelmien käyttöä koskeva koulutus. Lahdessa kaikille kokeiluun osallistuville työntekijöille (terveydenhoitajat, psykologit, puheterapeutit

ja osa lääkäreistä) järjestettiin menetelmistä kaksi koulutustilaisuutta. Niissä käytiin yksityiskohdittain läpi menetelmien lähtökohdat, arvioinnin toteutus ja tulosten kirjaaminen. Samalla sovittiin kirjallisesta palautteesta viiden ensimmäisen viikon jälkeen toiminnan alkamisesta. Äänekosken-Suolahden seudun terveystieteiden keskuksessa järjestettiin ennen kokeilun alkua yksi vastaava koulutustilaisuus. Toinen tilaisuus oli vasta kokeilun käynnistyttyä ja se toimi samalla palautustilaisuutena.

Molempien terveystieteiden alueella kokeilua toteutettiin muuttamalla aikaisempi viisivuotistarkastus edellä kuvattujen periaatteiden mukaiseksi. Tarkastuksessa säilyivät aikaisemminkin siihen kuuluneet seikat (esim. pituuden ja painon seuranta). Terveystieteiden tarkastuksen vaatima aika arvioitiin 45-60 minuutiksi. Vuoden aikana tarkastukseen käytettiin keskimäärin 55 minuuttia niiden perheiden osalta, joille terveystieteilijä suositteli jatkotoimenpiteitä ja muiden perheiden osalta keskimäärin 45 minuuttia. Ajan käyttö kuitenkin vaihteli 25 minuutista 75 minuuttiin.

Tutkimuksessa mukana oleva aineisto

Tutkimus kohdistuu kaikkiin niihin lapsiin ja perheisiin, jotka vuoden 1981 aikana kävivät Lahden neuvoloissa viisivuotistarkastuksessa. Lasten määrä oli yhteensä 1138, josta tyttöjä oli 53% ja poikia 47%. Äänekosken-Suolahden seudun neljässä kokeiluun osallistuneessa neuvolassa kävi vuoden 1981 aikana 108 lasta. Tähän aineistoon kuitenkin vain viitataan muutamia vertailuja tehtäessä.

Lahdessa vuonna 1981 viisivuotistarkastuksessa käyneille tehtiin vuoden 1982 aikana seurantatarkastus. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kuusivuotistarkastukseen sisältyi lyhyt psyykkisen kehityksen

arviointi. Tulosten käsittelyn kohteeksi valittiin puolen vuoden aikana (helmi-heinäkuu 1982) tarkastuksessa käyneistä lapsista 225.

Ongelmaryhmällä viitataan niihin lapsiin, joista terveydenhoitajat viisivuotistarkastuksessa totesivat, että heillä on joitakin sellaisia psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia, jotka vaativat terveydenhoitajan neuvontaa täydentäviä jatkotoimenpiteitä. Tällaista tarvetta todettiin noin 20%:lla lapsista. Ongelmien esiintymisen toteaminen merkitsi samalla sitä, että terveydenhoitajat ohjasivat lapsen ja perheen tarpeelliseksi katsomiensa jatkotoimenpiteiden piiriin. Ongelmaryhmään kuuluu yhteensä 255 lasta.

Tulosten käsittelyä varten muodostettiin verrantaryhmä siten, että kullekin ongelmaryhmän lapselle etsittiin vastinpariksi häntä aikaisemmin tai hänen jälkeensä samassa neuvolassa käynyt lapsi, jolla ei ollut todettu olevan psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia. Näin verrantaryhmään kuuluu samoin 255 lasta. Terveydenhoitajat eivät tienneet verrantaryhmän muodostamisesta, vaan se toteutettiin vasta tulosten käsittelyvaiheessa.

Ongelma- ja verrantaryhmien kokoamisessa jouduttiin käyttämään jonkin verran harkintaa. Tämä liittyi tyttöjen ja poikien määriin ryhmissä ja terveydenhoitajien jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevien arvioiden kirjaamisen puutteisiin. Ongelmaryhmässä oli enemmän poikia kuin tyttöjä, verrantaryhmässä tyttöjen ja poikien osuus pyrittiin saamaan samanlaiseksi kuin koko aineistossa. Jatkotoimenpiteiden tarpeen arvioinnin osalta puutteellisesti täytetyt lomakkeet, joita oli noin 5%, jätettiin ongelmaryhmän ulkopuolelle, vaikka osa viittasikin ongelmaryhmään. Perusteluna oli se, että ongelmaryhmän erottelussa heijastuisi vain terveydenhoitajan päätöksenteko.

Lahdessa oli vuonna 1981 neuvoloita 16 ja niissä oli työssä tervey-

denhoitajia yhteensä 24. Osassa neuvoloita työskenteli yksi, osassa kaksi tai kolme terveydenhoitajaa. Jatkotoimenpiteiden kautta työhön osallistui kaksi psykologia ja puheterapeutti. Osa jatkotoimenpiteistä suuntautui myös terveystieteiden ulkopuolelle (esim. kasvatusneuvola).

7.2. Tiedonhankintamenetelmät

Tulosten käsittely perustuu neljään tiedonhankintamenetelmään: terveydenhoitajan täyttämään taustatietolomakkeeseen, vanhempien kyselylomakkeeseen, terveydenhoitajan arviointijärjestelmään viisivuotistarkastuksessa ja terveydenhoitajan arviointijärjestelmään kuusivuotistarkastuksessa. Lisäksi terveydenhoitajat kertoivat kokemuksiaan viiden ensimmäisen kokeiluviikon ajalta vastaamalla lyhyeen kyselylomakkeeseen. Koska kaikki terveydenhoitajat eivät palauttaneet lomaketta ja osaan kysymyksiä oli vastattu vain muutamalla sanalla, palautteen tuloksia ei analysoitu yksityiskohtaisesti. Terveydenhoitajien esittämiin kommentteihin viitataan vain eräiden tulosten tulkinnassa.

Taustatietolomakkeessa (liite 1) oli 10 kysymystä, jotka koskivat lapsen varhaiskehitystä ja perhettä. Lapsen varhaiskehitystä koskevat tiedot (esim. äidin terveys raskauden aikana, synnytys, Apgar-pisteet, kävelyn aloittamisikä ja ensimmäisten sanojen sanomisen ikä) terveydenhoitajat kirjasiivat lomakkeeseen terveystietokortin tietojen pohjalta. Lomakkeessa kysyttiin myös kokonaisvaltaista arviota lapsen psyykkisestä kehityksestä ennen viisivuotistarkastusta. Terveydenhoitajaa pyydettiin kirjaamaan, oliko lapsen psyykkisessä kehityksessä aikaisemmin todettu tai epäilty ongelmia. Mikäli terveydenhoitaja

ilmoitti ongelmia todetun, hänen oli myös selvitetävä, millaisia nämä olivat olleet.

Terveydenhoitajat merkitsivät lomakkeeseen myös äidin ja isän iän sekä ammatin. Samoin lomakkeeseen pyydettiin kirjaamaan sellaisia erityishuomioita, jotka eivät tulleet muualla riittävän selvästi esiin. Lomakkeeseen sisältyi myös terveydenhoitajien arvio vanhempien kasvatustuskusteluvalmiudesta. Arvioinnin kohde oli määritelty vanhempien taidoksi ja halukkuudeksi eritellä lapsen kehitystä ja kasvatusta koskevia asioita. Arvio kirjattiin kolmiluokkaisella asteikolla, jossa "hyvä" tarkoitti keskimääräistä parempaa ja "tavallinen" keskimääräistä alhaisempaa valmiutta ja halukkuutta. Kolmas vaihtoehto oli "muuta", johon kirjattiin terveydenhoitajan mielestä erityistä huomiota herättäneet tapaukset.

Toinen tiedonhankintamenetelmä oli vanhempien täyttämä kyselylomake (liite 2). Lomake annettiin tai lähetettiin vanhempien täytettäväksi neuvolakäynnin ajanvarauksen yhteydessä. Vanhemmat täyttivät lomakkeen kotona ja se palautettiin terveydenhoitajalle tarkastuksen alussa.

Kyselylomake muodostui neljästä osasta. Ensimmäinen osa koski perhettä, kotia ja päivähoitoa. Siinä kyseltiin lapsen elämää koskevia taustatietoja (esim. lasten määrä perheessä, päivähoito, asuminen, vanhempien työajat). Toinen osa lomakkeesta käsitteli lapsen omatoimisuutta (esim. pukeutuminen, WC:ssä käynti).

Lomakkeen kolmas osa koski vanhempien kokemia lapsen kehitys- ja kasvatuspulmia. Pulmien kyselyn lähtökohtana oli neljän psykologien viisivuotistarkastuksissa käyttämien lomakkeiden analyysi. Kysymyksiä täydennettiin Achenbachin (1979) käyttäytymisongelmia koskevan lomakkeen pohjalta. Pulma-alueiden jaottelu (nukkuminen, syöminen jne.) saatiin lähes sellaisenaan aikaisemmin käytetyistä lomakkeista. Kysy-

mysten määrä rajoitettiin sellaiseksi, että jokaiselta alueelta kysyttiin 5-9 yksittäisestä pulmasta. Osa kysymyksistä poistettiin sillä perusteella, että jokaiselle alueelle otettiin mukaan vaihtoehto "jotain muuta, mitä---", johon vanhempia pyydettiin vastaamaan pulmista omin sanoin. Lomakkeeseen kirjatut pulmat valittiin niin, että osa oli normaaliin kehitykseen kuuluvia useissa perheissä kohdattuja (esim. lapsi nukkuu vanhempien sängyssä silloin tällöin, lapsi kiukkuilee, ellei saa tahtoaan läpi, lapsi pelkää rokotusta jne.). Osa pulmista oli taas selvemmin ongelmallisena pidettäviä ja tarkempaa selvitystä vaativia (esim. lapsi kastelee yöllä, lapsi ääntää virheellisesti jotkin äänteet, lapsella on pakkotoimintoja jne.).

Kyselylomakkeen viimeinen osa käsitteli vanhempien kokemuksia ja odotuksia neuvolan palveluista. Tärkein kysymys koski sitä, oliko vanhemmilla jo ennakolta mielessä jokin lapsen psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelma, johon he halusivat selvityksen neuvolasta. Lisäksi kysyttiin sitä, keneltä selvitystä halutaan (terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi tai joku muu).

Lomakkeen lopussa oli vielä ilmoitettava, kuka lomakkeen oli täyttänyt (äiti, isä, vanhemmat yhdessä tai muu huoltaja).

Tärkein tiedonhankintamenetelmä oli terveydenhoitajan arviointijärjestelmä (liite 3). Terveydenhoitajat toteuttivat lapsen psyykkisen kehityksen arvioinnin järjestelmän mukaan, jossa oli 24 tehtävää. Lisäksi terveydenhoitajat tekivät kaksi suppeaa neuropsykologisen valmiuden testiä. Niitä ei kuitenkaan käsitellä tässä yhteydessä, koska ne tutkimuksen osalta oli tarkoitettu perustiedoiksi kouluiän alkuun ajoittuvaa seurantaa varten. Terveydenhoitaja kirjasi lomakkeeseen tehtävistä suoriutumisen ohella arvion lapsen psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen ongelmista. Lisäksi hänen oli kuvailtava lyhyesti, mil-

laisista ongelmista ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta kulloinkin oli kysymys.

Arviointijärjestelmän laadinnassa lähdettiin olemassa olevien leikki-ikäisten arviointiin soveltuvien havainnointi- ja testimenetelmien analyysista. Sisällön lähtökohtana olivat kaikki Sheridanin (1974), Frankenburgin (Frankenburg ja Dodds 1967) sekä Bühlerin ja Hetzerin (1932) testien neli- ja viisivuotiaiden tehtävät. Tehtäviä täydennettiin eräiden klassisten psykologisten testien analyysilla. Järjestelmällisesti kirjattiin mm. Binet-tyyppisten testien (Lehtovaara 1950; Salomaa 1939) neli- ja viisivuotiaiden tehtävät ja Vinelandin sosiaalisen kypsyden testin vastaavat tehtävät (Doll 1967). Kokonaismotoriikan sekä havaintotoimintojen ja hienomotoriikan arvioimiseksi mukaan otettiin myös Baxin (1976; Mickelsson ym. 1981) neurologisen kypsyden tutkimusmenetelmän tehtävät.

Analyysissa oli mukana myös viisi terveyskeskuspsykologien viisivuotistarkastuksissa käyttämää arviointimenetelmää. Kaikissa toistui samoja tehtäviä kuin edellä mainituissa testeissä. Toistuvat tehtävät olivat seuraavat: värien nimeäminen, lukumäärien laskeminen, jäljentäminen, ihmisen piirtäminen, vertailujen tekeminen, puheen virheettömyys ja keskittyminen. Luettelo kuvanee psykologien käytännön kokemusten perusteella syntynyttä käsitystä viisivuotiaiden kehityksen arvioinnin ehdottomasta rungosta. Psykologien laatimat menetelmät poikkesivat rakenteellisesti kahdella tavalla edellä mainituista testeistä, sillä heidän menetelmissään ei tietoisesti erotettu psyykkisen kehityksen eri alueita. Lisäksi emotionaalisen ja sosiaalisen kehityksen kysymykset oli jätetty täsmällisesti kirjatun arviointimenetelmän ulkopuolelle. Näiden asioiden selvittely vanhempien haastattelussa painottui myös eri tavoin yksittäisissä menetelmissä.

Terveydenhoitajan arviointijärjestelmän laatimisessa lähdettiin psykologien menetelmistä poiketen arvioinnin jäsentämisestä neljää kehityksen aluetta koskevaksi (vrt. Lauri 1980a). Kaikissa menetelmissä esiintyneiden tehtävien lisäksi etsittiin tehtävät, jotka toistui-
vat vähintään kahdessa menetelmässä. Näistä kokeiluversioon otettiin mukaan 24 sellaista tehtävää, joiden suorittaminen viisivuotistarkas-
tuksessa vaikutti luontevalta. Ulkopuolelle jätettiin tehtävät, joita ei ilman erityistä perustelua voitu luontevasti liittää viisivuotiai-
den jokapäiväiseen toimintaan tai joiden toteuttaminen olisi vaatinut varsinaista testausvälineistöä. Terveydenhoitajan terveystarkastuksen puitteissa suorittaman arvioinnin ei ajateltu olevan valmiina annetun testimateriaalin läpikäymistä, vaan eri kohtien arviointia korostet-
tiin voitavan toteuttaa monin eri tavoin. Etenkin tämä ilmenee siinä, missä määrin arviointi rakennettiin täsmällisistä lapsen suoriutumista koskevista havainnoista tai toisaalta kokonaisvaltaisista eri yhteyk-
sissä tehtyjen havaintojen psykologiseen tulkintaan perustuvista arvioista.

Neljäs tiedonhankintamenetelmä oli kuusivuotistarkastuksessa käytetty terveydenhoitajan arviointijärjestelmä (liite 4). Tämä käsitti kymmenen tehtävää ja rakentui samoille periaatteille kuin viisivuo-
tioiden arviointijärjestelmä.

7.3. Tulosten käsittely

Huomattava osa muuttujista perustuu eri lomakkeiden ja terveydenhoitajan arviointijärjestelmien yksittäisiin kysymyksiin. Viisivuotiaiden arviointijärjestelmän jokaisesta tehtävästä (ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen, yhdellä jalalla seisominen, ympyrän jäljentäminen, lauseiden käyttö kertoessa, jne.) muodostettiin muuttuja kirjaamalla suoriutuminen ykkösellä ja epäonnistuminen nollalla. Samoin taustatietolomakkeen kysymyksistä useimmat kirjattiin muuttujiksi sellaisinaan (esim. Apgar-pisteet yhden minuutin iässä ja kävelyn aloittamisikä kuukausina). Kyselylomakkeesta vanhempien kokemat kehitys- ja kasvatuspulmat kirjattiin jokainen omaksi muuttujakseen (0=pulmaa ei ole esiintynyt, 1=pulma on esiintynyt). Tietojen käsittelyvaiheessa muodostettiin summamuuttujia, ja mukana on myös muuttujia, jotka eivät perustu suoraan eri lomakkeiden yksittäisiin kysymyksiin. Nämä selvitetään tarkemmin siinä yhteydessä, jossa ne tulevat ensimmäisen kerran esiin. Lisäksi lomakkeisiin kirjoitettuja tietoja kuvataan sisällöllisesti (taulukot 17-19). Kulloinkin kohteena olleista tiedoista luokitti 20% kaksi henkilöä toisistaan riippumatta. Luokitusten yhdenmukaisuus oli 89-93%.

Käytetyt tilastolliset menetelmät vaihtelevat ongelmittain. Eräitä tuloksia kuvaillaan prosenttilukuina ja ryhmiä vertaillaan prosenttilukujen t-testeillä. Tilastollinen merkitsevyys on ilmaistu tähdillä (*= $p < .05$, **= $p < .01$ ja ***= $p < .001$). Huomattava osa tuloksista rakentuu korrelaatioista, joista on laskettu faktorianalyyseja, diskriminaatioanalyyseja ja regressioanalyyseja. Analyysit perustuvat SPSS-ohjelmistoon (Hull ja Nie 1981; Nie ym. 1975). Menetelmien valintaan ja mahdollisiin rajoituksiin puututaan tarkemmin tulosten yhteydessä.

7.4. Kohderyhmän edustavuus ja tulosten yleistettävyyys

Tutkimuksen aineistona ovat periaatteessa kaikki vuonna 1981 Lahdessa neuvolan viisivuotistarkastuksessa käyneet lapset ja perheet. Kokeilun aloittaminen kuitenkin viivästyi niin, että järjestelmällinen tietojen keruu alkoi vasta helmikuun 1981 alusta jatkuen vuoden loppuun. Lahdessa oli vuonna 1981 neuvoloiden kirjoissa yhteensä 1199 vuonna 1976 syntynyttä lasta. Näistä vain muutamat eivät käyneet tarkastuksessa. Eräissä neuvoloissa kävivätkin kaikki alueen viisivuotiaat. Mikäli otetaan huomioon tammikuussa neuvolassa käyneet, tutkimuksessa mukana olevat 1138 lasta ja perhettä ovat lähes 99% helmi-joulukuun 1981 aikana mahdollisista neuvolassa kävijöistä.

Tulosten tulkintaan ja yleistettävyyteen vaikuttaa myös yksittäisten tietojen edustavuus. Vanhemmille suunnatun kyselylomakkeen palautti täytettynä yli 98% tarkastuksessa käyneistä. Eri lomakkeiden täyttämässä terveydenhoitajilla oli jonkin verran puutteita. Terveydenhoitajan arviointijärjestelmän osalta niihin puututaan reliabeliuden tarkastelun yhteydessä. Taustatietolomakkeen puuttuvia tietoja on kuvattu taulukossa 1. Puuttuvat tiedot ovat yhteydessä kahteen seikkaan. Osaan kysymyksistä terveydenhoitajat eivät voineet vastata, koska terveystietoa puuttui tieto ko. asiasta (esim. Apgar-pisteet, peukalo-etusormiote, ensimmäiset sanat). Osa puuttuvista tiedoista on terveydenhoitajien viisivuotistarkastuksessa huomiotta tai kirjaamatta jättämiä asioita (esim. lapsen pituus ja paino, vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius). Kasvatuskeskusteluvalmiuden arvioinnin puuttumiseksi on laskettu myös tapaukset, joissa joku muu kuin lapsen omat vanhemmat kävi lapsen kanssa tarkastuksessa.

Puuttuvia tietoja näytti olevan enemmän ongelmaryhmässä kuin ver-

Taulukko 1. Puuttuvien tietojen osuus taustatietolomakkeessa

Taustatietolomakkeen kysymys	Ongelma-ryhmä%	Verranta-ryhmä%	Koko aineisto	
			Tytöt%	Pojat%
Lapsen paino	9	9		
Lapsen pituus	9	9		
Äidin terveys raskauden aikana	4	1		
Synnytys	2	0.5		
Apgar-pisteet	12	9		
Lapsen terveys	3	0.5		
Istumaan nouseminen	13	9		
Peukalo-etusormiote	20	15		
Kävely	5	2	2	4
Ensimmäiset sanat	17	15	13	19***
Vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius	5	1	1	2
Aikaisemmat havainnot ongelmista	7	1**	2	4

rantaryhmässä, vaikkakaan yksittäisten kysymysten osalta ero oli tilastollisesti merkitsevä vain ennen viisivuotistarkastusta todettujen ongelmien kirjaamisessa. Puuttuvien tietojen osuus näytti lisäksi olevan suurempaa pojilla kuin tytöillä. Tilastollisesti merkitsevä ero oli kuitenkin vain ensimmäisten sanojen sanomisen iän kirjaamisessa. Tulosten tulkinnan kannalta olennaista lienee se, että tyttöjen ja poikien tietojen kirjaaminen näytti olevan erilaista ongelmaryhmän osalta. Tietoja puuttui korostuneesti ongelmaryhmän pojista: esimerkiksi tieto ensimmäisten sanojen sanomisen iästä puuttui lähes neljäsosalta ongelmaryhmän pojista, mutta vain noin 13%:lta ongelmaryhmän tytöistä.

Suurin osa tarkastuksessa käyneistä perheistä ilmoitti asuvansa 2-4 huoneen asunnossa. Henkilöiden määrä huonetta kohden oli keskimäärin hiukan yli yhden. Asumisen tasossa oli kuitenkin huomattavaa vaihtelua. Lähes neljä viidesosaa perheistä oli 1-2-lapsisia. Hiukan vajaa kymmenesosa oli yksinhuoltajaperheitä. Äitien ikä oli keskimäärin noin 31 vuotta ja isien ikä pari vuotta enemmän. Nuorin äiti oli 21-vuotias

ja vanhin 50-vuotias. Nuorin isä oli 22-vuotias ja vanhin 58-vuotias. Kolme neljäosaa perheistä oli sellaisia, joissa äidin ikä oli 26-35 vuotta. Aineiston perheiden tilanne vastaa melko hyvin suomalaisia lapsiperheitä koskevia tietoja (Suominen 1979).

Lasten pituuden mediaani oli 110 cm ja painon 18,5 kg. Pituus vaihteli 100:sta 121:een cm:iin ja paino 11:stä 32:een kg:aan. Lapsen sukupuoli ei ollut merkittävästi yhteydessä pituuteen eikä painoon. Pituus ja paino korreloivat merkittävästi joihinkin yksittäisiin muuttujiin (esim. äidin ja isän ikä, syömisen pulmien summapistemäärä), eivät kuitenkaan varsinaisiin psyykkistä kehitystä kuvaaviin muuttujiin.

7.5. Viisivuotistarkastuksessa käynnin ajoittuminen

Lähes 90% perheistä kävi tarkastuksessa, kun lapsen ikä oli täsmälleen viisi vuotta tai enintään kuukauden sen yli. Alle 5% perheistä kävi tarkastuksessa yli kolme kuukautta syntymäpäivän jälkeen. Vaikka ongelma- ja verrantaryhmän välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja, varsinaista tarkastukseen tulon viivyttelyä näytti esiintyvän vain muutamissa ongelmaryhmän perheissä (taulukko 2).

Neuvolassa käynnin ajoittuminen eli lapsen ikä tarkastushetkellä ei ollut merkittävästi yhteydessä mihinkään terveydenhoitajan arviointijärjestelmän tehtävään. Sen sijaan tarkastuksessa käynti oli yhteydessä eräisiin perhettä kuvaaviin muuttujiin. Nämä voidaan kuvata toteamalla tarkastuksessa käynnin viivästymisen merkinneen, että

Taulukko 2. Lapsen ikä viisivuotistarkastuksessa käynnin aikaan

Ikä	Koko ai- neisto%	Ongelma- ryhmä%	Verranta- ryhmä%
5v 0kk	65	64	66
5v 1kk	24	21	22
5v 2kk	7	8	8
5v 3kk	2	3	2
5v 4kk tai enemmän	2	4	2

- äiti yksinään oli keskimääräistä useammin täyttänyt vanhemmille suunnatun kyselylomakkeen ($r=-.15***$),
- vanhemmat olivat keskimääräistä harvemmin keskustelleet neuvolassa aikaisemmin lapsen psyykkisestä kehityksestä ja kasvatuksesta ($r=-.09**$),
- vanhemmat ilmoittivat kyselylomakkeessa keskimääräistä useammin perheen elämään liittyvistä pulmista, joiden he uskoivat vaikuttavan lapsen kehitykseen ($r=.07*$),
- vanhempien ilmoittamien kehitys- ja kasvatuspulmien määrä oli keskimääräistä suurempi ($r=.07*$) ja
- neuvolassa oli käsitelty lapsen sairauksia keskimääräistä harvemmin ensimmäisten elinvuosien aikana ($r=-.07*$).

Osa yhteyksistä lienee helposti tulkittavia. Esimerkiksi mikäli lapsella oli ensimmäisten elinvuosien aikana ollut keskimääräistä enemmän sairauksia, kontakti neuvolaan oli muodostunut keskimääräistä kiinteämmäksi, mikä merkitsi myös viisivuotistarkastuksessa käynnin täsmällisyyttä. Toisaalta kun neuvolassa oli jo aiemmin keskusteltu psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen asioista ja kun viisivuotistarkastuksen tiedettiin keskittyvän näihin seikkoihin, tarkastuksessa käytiin täsmällisesti.

Osa yhteyksistä kirvoittaa neuvoloiden palveluihin kohdistuvia

arvailuja. Esimerkiksi saattoi olla niin, että mikäli vanhemmat olivat kokeneet lukuisia lapsen kehitys- ja kasvatuspulmia, näitä asioita käsittelevään viisivuotistarkastukseen menemisen kynnyks oli keskimääräistä korkeampi. Toisaalta täsmällinen viisivuotistarkastuksessa käynti saattoi joskus merkitä, ettei kasvatuspulmia haluttu tuoda korostuneesti esiin. Vaikka arvelut perustuvat vain lieviin tilastollisiin yhteyksiin, ne antavat merkittäviä viitteitä vanhempien neuvolan palveluihin kohdistuvista käsityksistä ja odotuksista.

8. VANHEMPIEN KOKEMAT KEHITYS- JA KASVATUSPULMAT

8.1. Pulmien mittaaminen

Kyselylomakkeista 55%:ssa ilmoitettiin äidin ja isän täyttäneen sen yhdessä ja 43%:ssa äidin yksinään. Pari prosenttia lomakkeista oli täyttänyt joku muu lapsen huoltajana tai hoitajana toimiva henkilö (esim. isovanhemmat tai lastenkodin henkilökunta). Lomakkeen täyttämässä ei ongelma- ja verrantaryhmien välillä ollut eroja. Täyttäminen yhdessä tai erikseen ei myöskään ollut merkittävästi yhteydessä yhteenkään vanhempien ilmoittamaan kehitys- ja kasvatuspulmaan. Sen sijaan lomakkeen täyttäminen korreloi muutamiin perhettä kuvaaviin muuttujiin. Se oli yhteydessä isän ikään ($r=-.08^{**}$) ja lasten määrään perheessä ($r=-.06^{*}$): lomake oli täytetty tavallista useammin yhdessä perheissä, joissa isä oli keskimääräistä nuorempi ja joissa viisivuotias oli ainoa lapsi. Lomakkeen täyttäminen oli yhteydessä ($r=-.16^{***}$) myös siihen, miten siinä ilmoitettiin lapsen kehitykseen ja kasvatukseen vaikuttavista perheen elämään liittyvistä pulmista. Mikäli äiti yksinään oli täyttänyt lomakkeen, perheen pulmista ilmoitettiin keskimääräistä useammin. Tämä liittyi lähinnä kahteen tekijään. Yksinhuoltajaäideillä oli usein tällaisia pulmia (esim. taloudelliset huolet). Eräät kysytyistä pulmista olivat taas luonteeltaan sellaisia, että niiden esiintyessä lomakkeen täyttäminen helposti jää äidin huoleksi (esim. isän alkoholismi).

Kehitys- ja kasvatuspulmia oli lomakkeessa lueteltu yhdeksältä alueelta yhteensä 66. Keskimäärin vanhemmat ilmoittivat kuusi pulmaa.

Taulukko 3. Eniten ja vähiten summapistemäärään korreloivat kehitys- ja kasvatuspulmat

Pulma	Korrelaatio
162. Kiukkuilee, ellei saa tahtoaan läpi	.44***
130. Haluaa olla huomion keskipisteenä	.39***
137. Ei kuuntele mitä sanotaan	.38***
120. Riehuu toisten lasten seurassa	.37***
136. Ei keskity tekemisiinsä	.31***
133. Ei tottele vanhempia	.30***
139. Pissaa housuihinsa päivällä	.06*
141. Kastelee yöllä	.07*
144. Puhe epäselvää	.10***
127. Ei jää päivähoitoon	.13***
165. Hidas kaikissa tekemisissä	.17***
158. Pakkoliikkeitä	.18***

Vaihteluväli oli kuitenkin huomattava. Pari prosenttia vanhemmista oli sitä mieltä, ettei ollut kohdannut ainoatakaan pulmaa lapsen kasvatuksessa, kun taas muutama prosentti vanhemmista ilmoitti kokeneensa yli 20 pulmaa.

Lomakkeessa kyseltiin sekä yksittäisissä kasvatustilanteissa esiintyviä pulmia että lapsen kehitykseen yleisemmin liittyviä ongelmia. Näistä aineksista koostuneessa mittarissa painottuivat enemmän yksittäisiin kasvatustilanteisiin liittyvät pulmat. Taulukossa 3 on esitetty, mitkä pulmista korreloivat eniten ja mitkä vähiten summapistemäärään. Kysytyistä pulmista lapsen nukkuminen silloin tällöin vanhempien sängyssä oli ainoa, joka ei korreloinut lainkaan summapistemäärään.

Kysytyistä 66 pulmasta muodostuvan mittarin reliabeliutta arvioitiin laskemalla Cronbachin alfa-kerroin, joka oli .77. Mittarilla saadut tulokset ovat kohtalaisen yleistettäviä eli samansuuntaiset tulokset ovat todennäköisiä kyselytutkimuksissa mittarin muuntelusta huolimatta.

8.2. Pulmien yleisyys

Kyselylomakkeessa erotetut pulma-alueet olivat nukkuminen, syöminen, aikuiskontaktit, toverikontaktit, vilkkaus, pelot, puhe, siisteys ja kasvatustilanteet yleensä. Taulukossa 4 on esitetty, kuinka monet vanhemmat ilmoittivat kokeneensa vähintään yhden pulman mainituilla alueilla. Pulma-alueista nukkuminen, pelot, kasvatustilanteet yleensä ja syöminen ovat sellaisia, joilla yli puolet vanhemmista ilmoitti kokeneensa jonkin pulman. Vähiten pulmia ilmoitettiin koetun siisteydessä, aikuiskontakteissa ja puheessa. Erittäin yleisten pulma-alueiden ja harvinaisempien pulma-alueiden väliin jäivät toverisuhteet ja vilkkaus, joiden suhteen hiukan yli kolmasosa vanhemmista ilmoitti kokeneensa jonkin pulman.

Ongelmaryhmän vanhemmat ilmoittivat kokeneensa pulmia kaikilla alueilla useammin kuin verrantaryhmän vanhemmat. Selvimmin ongelma- ja verrantaryhmän erottelivat vilkkaus, aikuiskontaktit ja toverisuhteet sekä kasvatustilanteet yleensä. Olennaisin ero verranta- ja ongelmaryhmän välillä ilmeni niiden vanhempien osalta, jotka ilmoittivat kokeneensa vähintään kymmenen pulmaa. Verrantaryhmän vanhemmista näitä oli 10% ja ongelmaryhmän vanhemmista yli 40%. Vaikka ryhmien välinen ero on huomattava, osoittaa tulos samalla, ettei terveydenhoitajan arvioima psyykkiseen kehitykseen tai kasvatukseen kohdistuva jatkotoinen tarve ole suoraviivaisessa suhteessa vanhempien ilmoittamien pulmien määrään. Pulmien määrän sijasta olennaisempi seikka on se, miten vanhemmat pystyvät pulmia käsittelemään.

Yksittäiset pulmat olivat yleisyydeltään varsin erilaisia. Noin 42% vanhemmista ilmoitti kokeneensa pulmaksi sen, että lapsi kiukkuilee, ellei saa tahtoaan läpi, mutta toisaalta ainoastaan noin puoli pro-

Taulukko 4. Vanhempien kokemat kehitys- ja kasvatuspulmat. Lomakkeessa mainittu vähintään yksi pulma alueelta

Pulmien alue	Koko ai- neisto%	Ongelma- ryhmä%	Verranta- ryhmä%	Ero
Nukkuminen	62	71	58	**
Pelot	60	67	57	*
Kasvatustilanteet yleensä	60	74	54	***
Syöminen	56	63	51	**
Toverit	40	58	31	***
Vilkkaus	35	52	24	***
Puhe	29	41	25	***
Aikuiskontaktit	24	40	17	***
Siisteys	15	24	9	***
Yhteensä vähintään 10 pulmaa	16	41	10	***

senttia vanhemmista ilmoitti pulmana sen, että lapsi ei syö päivähoidossa tai on liian hiljainen tai karttelee toisten lasten seuraa. Liitteessä 5 on yhteenvedo kaikkien lomakkeessa kysytyjen pulmien yleisyydestä. Lisäksi siinä on mainittu, miten kukin pulma korreloi terveydenhoitajan arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen.

Kysytyistä pulmista neljä osoittautui erittäin yleiseksi, sillä ne ilmoitti noin kolmasosa tai yli kolmasosa vanhemmista. Näitä olivat lapsen kiukkuileminen, ellei saa tahtoaan läpi, valikoiminen syömisessä, rokotuksen pelkääminen ja lapsen nukkuminen vanhempien sängyssä silloin tällöin. Muita yleisiä pulmia olivat mm. karamellien vaatiminen kaupassa käytäessä, jonkin eläimen ja pimeän pelko.

Vanhempien useimmin kokemat pulmat koskevat yksittäisiä kasvatustilanteita ja liittyvät läheisesti viisivuotiaan kehitystilanteeseen. Monet yleisistä pulmista eivät nimittäin korreloineet kovinkaan paljon terveydenhoitajan arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Lisäksi samat pulmat olivat yleisiä elämäntilanteiltaan hyvinkin erilaisissa

perheissä. Toisaalta aikaisempi tutkimus (Korkiakangas 1982) kuitenkin osoitti eräiden pulmien olevan melko suoraviivaisesti yhteydessä joihinkin perheen elämää sääteleviin tekijöihin (esim. asuminen ja päivähoito).

Tarkasteltaessa tuloksia vanhempien kokemista pulmista on pidettävä mielessä niiden kyselyn liittyminen neuvolatarkastukseen. Tätä havainnollistaa omalla tavallaan yleinen rokotuksen pelko, mikä ei ole kovinkaan jokapäiväinen kasvatuspulma, vaan liittyy vain neuvolassa käyntiin.

8.3. Pulmien yhteydet jatkotoimenpiteiden tarpeeseen

Terveydenhoitajan arvioima jatkotoimenpiteiden tarve korreloi .32 vanhempien kyselylomakkeessa esiin tuomien pulmien summapistemäärään. Lisäksi kaikkien yhdeksän pulma-alueen summapistemäärät korreloivat jatkotoimenpiteiden tarpeeseen, eli mitä enemmän pulmia oli tuotu esiin, sitä useammin todettiin jatkotoimenpiteiden tarvetta. Eri pulma-alueiden korrelaatiot olivat seuraavat: toverikontaktit ($r=.26^{***}$), aikuiskontaktit ($r=.25^{***}$), vilkkaus ($r=.25^{***}$), yleiset kasvatuspulmat ($r=.25^{***}$), siisteys ($r=.19^{***}$), puhe ($r=.18^{***}$), nukkuminen ($r=.14^{***}$), syöminen ($r=.13^{***}$) ja pelot ($r=.08^{**}$).

Yksittäisistä pulmista 48 korreloi merkitsevästi jatkotoimenpiteiden tarpeeseen (liite 5). Voimakkaimmin korreloivat seuraavat pulmat: ei kuuntele mitä sanotaan ($r=.18^{***}$), ei keskity leikkeihinsä ja tekemisiinsä ($r=.18^{***}$), ei halua jäädä päivähoitoon ($r=.17^{***}$), kiukkui-lee, ellei saa tahtoaan läpi ($r=.17^{***}$), ei tottele vanhempia

($r=.16^{***}$) ja riitelee toisten lasten kanssa ($r=.15^{***}$). Ainoastaan yksi pulmista korreloi negatiivisesti ($r=-.06^*$) jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Tämä oli nukkuminen vanhempien sängyssä silloin tällöin. Lieneekin harhaanjohtavaa käsitellä tätä asiaa kehitys- ja kasvatuspulmana muussa mielessä, kuin sikäli että eräät vanhemmat voivat kokea myös ko. asian pulmalliseksi.

Vanhempien kokemien pulmien yhteyksiä terveydenhoitajan arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen selvitettiin eri pulma-alueiden summapistemäärien yhteis- ja osittaiskorrelaatioiden perusteella. Yhdeksän pulma-alueen yhteiskorrelaatio jatkotoimenpiteiden tarpeeseen oli .37, eli ei poikennut kokonaissummapistemäärän vastaavasta korrelaatiosta. Osittaiskorrelaatioiden tarkastelulla voidaan havainnollistaa, mitkä vanhempien kokemista pulmista useimmin johtivat jatkotoimenpiteiden tarpeen toteamiseen. Kun muiden pulma-alueiden vaikutus eliminoitiin, oli seuraavilla pulma-alueilla merkitsevä osittaiskorrelaatio jatkotoimenpiteiden tarpeeseen: aikuiskontaktit ($r=.13^{***}$), puhe ($r=.12^{***}$), siisteys ($r=.11^{***}$), vilkkaus ($r=.08^{**}$), yleiset kasvatuspulmat ($r=.07^*$) ja toverikontaktit ($r=.06^*$). Pulma-alueista nukkumisella, syömisellä ja peloilla ei ollut merkitsevää osittaiskorrelaatiota jatkotoimenpiteiden tarpeeseen.

Jatkotoimenpiteiden tarvetta terveydenhoitajat totesivat erityisesti silloin, kun vanhemmat ilmoittivat kokeneensa pulmia lapsen aikuiskontakteissa, puheessa ja siisteydessä. Näillä pulma-alueilla todettujen suurimpien yksittäisten korrelaatioiden avulla ilmaistuna terveydenhoitajat päätyivät arvioon jatkotoimenpiteiden tarpeesta erityisesti silloin, kun vanhemmat ilmoittivat, että lapsi ei tottele heitä, lapsi ei halua jäädä päivähoidon, lapsi haluaa olla huomion keskipiste aikuisten seurassa, lapsen puhe on epäselvää, lapsen puhe on pikku-

lapsimaista, lapsella on ääntämisen virheitä, lapsi kastelee yöllä, lapsi kakkaa housuihinsa silloin tällöin ja lapsi pissaa housuihinsa joskus ulkona ollessaan.

Jatkotoimenpiteiden tarpeeseen eivät olleet merkitsevästi yhteydessä nukkumisen ja syömisen pulmat eivätkä pelot, kun muiden pulma-alueiden vaikutus oli eliminoitu. Näiden alueiden yksittäisten pulmien nollakorrelaatioilla ilmaistuna tämä tarkoittaa, että terveydenhoitajien mielestä jatkotoimenpiteiden tarve ei ole yhteydessä seuraaviin seikkoihin: pelkääkö lapsi mörköjä tai joitakin eläimiä, pelkääkö lapsi katsoessaan televisiota, pelkääkö lapsi perheelle sattuvan jotain, pelkääkö lapsi nukkua omassa huoneessaan ja lapsen syömättömyys kotona, vaikka syö päivähoitossa.

Jatkotoimenpiteiden tarvetta terveydenhoitajat arvioivat siis esiintyvän erityisesti, jos lapsesta oli harmia vanhemmille tai toisaalta jos kyseessä olivat puheen ongelmat tai selvät käyttäytymishäiriöt. Sen sijaan eräät lapsille itselleen ehkä kiusallisetkin vaikeudet (esim. pelot) eivät terveydenhoitajien mielestä niinkään viitanneet jatkotoimenpiteiden tarpeeseen.

8.4. Perhetilanne ja pulmien kokeminen

Lapsen sukupuoli oli yhteydessä muutamiin vanhempien ilmoittamiin pulmiin (taulukko 5). Vanhempien mielestä pojilla esiintyy tyttöjä useammin riehumista toisten lasten seurassa, liian rajujen leikkien leikkimistä, muita kuin lomakkeessa mainittuja siisteyspulmia, ääntämisen virheitä, sukupuolielinten koskettelemista ja suuttumista epäonnis-

Taulukko 5. Vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien yhteydet lapsen sukupuoleen

Muuttuja	Korrelaatio	Tytöt %	Pojat %	Ero
53. Vilkkausepulmien summapistemäärä	.09 **			
55. Puheen pulmien summapistemäärä	.11 ***			
56. Pelkojen summapistemäärä	-.07 *			
102. Heräilee yöllä		8	5	*
120. Riehuu toisten lasten seurassa		11	19	**
132. Leikkii liian rajuja leikkejä		4	11	***
143. Muuta siisteydestä		2	5	*
147. Ääntää epäselvästi joitakin äänneitä		15	25	***
150. Pelkää joitakin eläimiä		20	14	*
158. Pakkoliikkeitä		14	9	*
159. Koskettelee sukupuolielimiä		4	11	***
163. Suuttuu epäonnistuessaan		12	18	**

tuessa. Tytöillä taas esiintyy vanhempien mielestä poikia useammin heräilemistä yöllä, joidenkin eläinten pelkoa ja pakkoliikkeitä. Tyttöjen ja poikien välillä ilmeni eroja myös pulma-alueiden summapistemäärissä. Vanhempien mukaan pojilla on enemmän kuin tytöillä puheen pulmia ja liiallista vilkkautta, ja tytöillä poikia enemmän pelkoja.

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Korkiakangas 1982) näytti siltä, että useammat pojat kuin tytöt pelkäävät rokotusta. Tässä tutkimuksessa vastaavaa eroa ei tullut esiin, vaan tytöistä ja pojista noin 30%:in ilmoitettiin pelkäävän rokotusta. Kysymys tyttöjen ja poikien peloista vaatii kuitenkin tarkentavan kommentin. Kyselylomakkeita tarkastellessa ei voinut välttyä vaikutelmalta, että muutamat poikien vanhemmat olivat jättäneet pelkojen kohdan kokonaan sivuun. Tätä voitiin epäillä nimenomaan niiden osalta, jotka olivat merkinneet useita pulmia lähes kaikilla muilla alueilla.

Mikäli pelkojen summapistemäärän korrelaatio lapsen sukupuoleen tulkitaan suoraviivaisesti, voidaan tytöillä väittää olevan enemmän

pelkoja kuin pojilla (vrt. Eme 1979; Wells 1981). Mikäli haluttaisiin korostaa vanhempien pulmien havaitsemiseen ja ilmoittamiseen vaikuttavia tekijöitä, voidaan sama tulos ilmaista siten, että poikien vanhemmista suurempi osa kuin tyttöjen vanhemmista ei ole kiinnittänyt huomiota lapsen pelkoihin.

Vanhempien ikä oli yhteydessä koettujen pulmien kokonaismäärään. Nuoret vanhemmat ilmoittivat enemmän pulmia kuin iäkkäämmät vanhemmat (taulukko 6). Useat pulmat korreloivat vanhempien ikään niin, että nuoret vanhemmat ilmoittivat niitä keskimääräistä useammin. Muutamat pulmat olivat kuitenkin sellaisia, joita nimenomaan iäkkäämmät vanhemmat ilmoittivat keskimääräistä useammin.

Nuoret vanhemmat toivat keskimääräistä useammin esiin lapsen vilkkauteen ja tottelemattomuuteen liittyviä pulmia. Lisäksi he ilmoittivat keskimääräistä useammin, että lapsi valehtelee ja koskettelee sukupuolielimiään. Iäkkäämmät vanhemmat ilmoittivat keskimääräistä useammin pulmaksi, että lapsi haluaa syötettävän itseään, samoin sen että lapsi pelkää joitakin televisio-ohjelmia ja imee peukaloa tai tuttia.

Äidin ikä ($r=-.10***$) ja isän ikä ($r=-.08**$) korreloivat lisäksi terveydenhoitajan arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Vanhempien ikä ja jatkotoimenpiteiden tarve olivat yhteydessä myös siihen, oliko viisivuotiaalla vanhempia sisaruksia vai ei. Jatkotoimenpiteiden tarvetta terveydenhoitajat arvioivat esiintyvän keskimääräistä selvästi vähemmän perheissä, joissa vanhemmat olivat keskimääräistä iäkkäämpiä ja joissa viisivuotiaalla oli vanhempia sisaruksia. Myös yksittäisten pulmien kokemiseen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti perheen tilanne eikä esimerkiksi vanhempien ikä sinänsä. Havainnollinen esimerkki tästä on se, että sekä äidin että isän ikä korreloivat ($r=.07*$

Taulukko 6. Vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien yhteys isän ja äidin ikään

Pulma	Korrelaatio isän ikään*	Korrelaatio äidin ikään*
53. Vilkkauspulmien summapistemäärä	-.11***	-.14***
57. Yleisten kasvatuspulmien summapistemäärä		-.08**
58. Pulmien kokonaissummapistemäärä		-.08**
111. Vaatii kaupassa käytässä aina karamelleja		-.07*
120. Riehuu toisten lasten seurassa	-.06*	-.07*
132. Leikkii liian rajuja leikkejä	-.06*	
133. Ei tottele vanhempia	-.07*	-.10***
137. Ei kuuntele mitä sanotaan	-.15***	-.15***
140. Pissaa housuihinsa ulkona olleessaan		-.06*
146. Liian hiljainen, ei puhu asioistaan		-.08**
159. Koskettelee sukupuolielimiään	-.11***	-.06*
161. Valehtelee	-.11***	-.15***
162. Kiukustuu, ellei saa tahtoaan läpi		-.06*
114. Haluaa syötettävän itseään	.10***	.07*
125. Arastelee vieraita aikuisia	.11***	
128. Haluaa olla vain äidin kanssa	.06*	
153. Pelkää televisiota katsoessaan	.08**	.08**
157. Imee peukaloa tai tuttia	.08**	.08**

* Negatiivinen korrelaatio ilmaisee pulman yleisemmäksi nuorilla vanhemmilla iäkkäämpiin vanhempiin verrattuna

ja $r = .07^*$) lapsen suoriutumiseen lukumäärien 1-5 laskemisen tehtävästä terveydenhoitajan arvioinnissa. Tätä ei selittäne vanhempien ikä sinänsä, vaan iäkkäämmillä vanhemmilla oli keskimääräistä useammin myös kouluikäisiä lapsia, joiden kautta laskeminen lienee tullut tutuksi myös viisivuotiaalle.

8.5. Vanhempien valmius keskustella kasvatuksesta

Terveydenhoitajat arvioivat taustatietolomakkeeseen vanhempien valmiuden keskustella kasvatuksesta kolmiluokkaisella asteikolla (hyvä-tavallinen-jotain muuta). Arvio kohdistui siihen, millaisena terveydenhoitaja piti vanhempien kielellisiä taitoja ja toisaalta halukkuutta käsitellä psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen asioita neuvolassa. Kasvatuskeskusteluvalmiuden terveydenhoitajat arvioivat hyväksi eli ohjeen mukaan keskimääräistä paremmaksi 60%:lla vanhemmista (taulukko 7). Keskimääräistä alhaisemmaksi, joka lomakkeessa kirjattiin taval-liseksi, kasvatuskeskusteluvalmius arvioitiin vain hiukan yli kolmasosalla vanhemmista. Jotain muuta kasvatuskeskusteluvalmiudesta terveydenhoitajat kirjasivat noin viidellä prosentilla vanhemmista. Vajaa puolet näistä oli viittauksia vanhempien vähäisiin kielellisiin tai sosiaalisiin taitoihin. Näitä oli erityisesti verrantaryhmässä. Yli puolet koski poikkeavia kasvatustavoitteita ja -menettelyitä tai piittaamattomuutta lapsen tarpeista. Näitä oli nimenomaan ongelmaryhmässä. Nämä arvioinnit voidaan liittää siihen, että terveydenhoitajat tunsivat suuren osan perheistä jo useiden vuosien ajalta.

Terveydenhoitajien arvio vanhempien kasvatuskeskusteluvalmiudesta oli yhteydessä arvioon jatkotoimenpiteiden tarpeesta. Jotain muuta kasvatuskeskusteluvalmiudesta oli kirjattu vajaalla parilla prosentilla verrantaryhmän vanhemmista, mutta ongelmaryhmässä joka kuudennella. Terveydenhoitajien arvioima vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius korreloi myös lapsen sukupuoleen ($r=.10***$): tyttöjen vanhempien valmius ja halukkuus keskustella kasvatuksesta arvioitiin keskimäärin paremmaksi kuin poikien vanhempien. Kasvatuskeskusteluvalmiuden arvio oli yhteydessä lisäksi siihen, oliko neuvolassa jo aikaisemmin todettu

Taulukko 7. Vanhempien kasvatustietämyksen valmius terveydenhoitajien mukaan

Kasvatustietämyksen valmius	Ongelma-ryhmä%	Verrantaryhmä%	Ero
Hyvä	48	58	*
Tavallinen	35	40	
Jotain muuta	17	2	***

ongelmia lapsen psyykkisessä kehityksessä ($r=.16^{***}$).

Aikaisempien ongelmien ja viisivuotiaana arvioidun jatkotoimenpiteiden tarpeen korrelaatiot kasvatustietämyksen valmiuteen ovat perusteltuja, mutta yhteys lapsen sukupuoleen vaatisi tarkempaa selvittelyä. Osittain tyttöjen ja poikien vanhempien välinen ero liittyy siihen, että jatkotoimenpiteiden tarvetta oli useammin pojilla kuin tytöillä ja kasvatustietämyksen valmiuden arvioinnit värittyivät osalla terveydenhoitajia korostuneesti ongelmien esiintymisen suuntaisesti; koska pojilla oli tyttöjä enemmän jatkotoimenpiteiden tarvetta, täytyi poikien vanhemmilla olla tyttöjen vanhempiin nähden myös alhaisempi valmius ja halukkuus keskustella kasvatuksesta. Kuitenkin mikäli uskomme poikien aiheuttavan tyttöjä useammin vanhempien kasvatustieto- ja koettelevia pulmatilanteita, pitäisi kasvatustietämyksen valmiudessa ilmenevän eron olla pikemminkin päinvastainen kuin mitä tutkimuksessa tuli esiin.

Vanhempien kasvatustietämyksen valmius ei korreloinut kovinkaan moneen heidän ilmoittamaansa lapsen kehitys- ja kasvatuspulmaan. Merkittävä korrelaatio oli vain seitsemässä pulmassa. Nämä voidaan kuvata niin, että jotain muuta- ja tavallinen -luokkiin sijoitetut vanhemmat toivat keskimääräistä useammin esiin seuraavat pulmat: lapsen on vaikea herätä aamulla, lapsi haluaa syötettävän itseään, lapsella on

jotain muita kuin vaihtoehtoissa mainittuja puheen pulmia, lapsella on pakkotoimintoja ja lapsi valehtelee. Kasvatuskeskusteluvalmiudeltaan hyvät vanhemmat taas toivat keskimääräistä useammin esiin, että lapsi pelkää nukkua omassa huoneessaan ja lapsella on joitakin muita kuin lomakkeessa mainittuja pulmia aikuiskontakteissa. Kasvatuskeskusteluvalmiuden yhteys muutamiin pulmiin oli erilainen poikien ja tyttöjen vanhemmilla. Tyttöjen vanhemmilla se ei ollut yhteydessä esimerkiksi pulmiin, että lapsi riehuu toisten seurassa ja lapsi on kateellinen ja mustasukkainen. Poikien vanhemmista riehumista toisten seurassa toivat esiin lähinnä vain kasvatuskeskusteluvalmiudeltaan tavalliset ja kateellisuutta taas kasvatuskeskusteluvalmiudeltaan hyvät vanhemmat.

8.6. Lasten hoitoon ja kasvatukseen liittyvät asiat

Vanhemmille suunnattu kyselylomake kattoi lapsen kehitys- ja kasvatuspulmien ohella muitakin asioita. Näistä voidaan viitata siihen, miten vanhemmat ilmoittivat huolehtivansa yksittäisistä lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestelyistä (taulukko 8). Lapsen esittämiin kysymyksiin vastaamisesta, riitatilanteiden selvittämisestä ja lapsen rankaisemisesta useat vanhemmat ilmoittivat huolehtivansa yhdessä. Isän huolehtiminen yksinään lapsen hoidon tai kasvatuksen asioista oli vähäistä. Eräisiin hoidon ja kasvatuksen kysymyksiin suurin osa isistä kuitenkin osallistui yhdessä äidin kanssa; esimerkiksi lasten esittämiin kysymyksiin vastaamisesta, riitatilanteiden selvittelystä ja rankaisemisesta kahdessa kolmasosassa perheistä huolehdittiin yhdessä. Lapselle tehtävät hankinnat, lapsen kanssa ulkoilu ja lapsen nukkumaan lait-

Taulukko 8. Lapsen hoidosta ja kasvatuksesta huolehtiminen

Hoito- ja kasvatustoiminto	Verrantaryhmä%	Ongelmaryhmä%	Ero
Hankinnat lapselle			
- yhdessä	45	37	
- äiti yksinään	53	59	
- isä yksinään	2	2	
- joku muu	-	2	
Lapsen kanssa ulkoileminen			
- yhdessä	55	48	
- äiti yksinään	40	43	
- isä yksinään	2	4	
- joku muu	2	5	
Lapsen nukkumaan laittaminen			
- yhdessä	57	48	*
- äiti yksinään	40	45	
- isä yksinään	4	5	
- joku muu	-	2	
Lapsen kysymyksiin vastaaminen			
- yhdessä	83	72	**
- äiti yksinään	16	25	**
- isä yksinään	1	1	
- joku muu	-	2	
Lapsen riitojen selvittely			
- yhdessä	75	62	**
- äiti yksinään	22	33	**
- isä yksinään	3	2	
- joku muu	-	3	
Lapsen rankaiseminen			
- yhdessä	73	65	
- äiti yksinään	22	25	
- isä yksinään	5	8	
- joku muu	-	2	

taminen olivat sen sijaan toimintoja, joihin noin puolet isistä ei osallistunut.

Verrantaryhmän vanhemmat ilmoittivat huolehtivansa yhdessä merkittävästi useammin kuin ongelmaryhmän vanhemmat lapsen kysymyksiin vastaamisesta, riitatilanteiden selvittämisestä ja nukkumaan laittamisesta. Ryhmien välillä ei ollut eroja lapsen rankaisemisesta, ulkoilusta ja hankinnoista huolehtimisesta. Toiminnoista, joiden voidaan tulkita ilmentävän lapsen tarpeiden huomioon ottamista ja tietoista kasvattamista, huolehdittiin verrantaryhmässä useammin yhdessä kuin ongel-

maryhmässä. Ulkokohtaisemmassa lapsesta huolehtimisessa (hankinnat lapselle ja ulkoilu) ja rankaisemisessa ongelmaryhmän ja verrantaryhmän vanhempien yhteinen vastuu oli yhtä yleistä. Olennaista ei siis ollut niinkään vanhempien yhteinen huolehtiminen lapsen hoidosta ja kasvatuksesta yleensä, vaan enemmänkin se, mihin asioihin se kohdistui.

Isän ja äidin erilaista käytännön kasvatustasioiden hoitamista ilmentää myös neuvolaan palautetun kyselylomakkeen täyttäminen. Yli 40%:ssa perheistä äiti yksinään oli täyttänyt lomakkeen, kun isän yksinään täyttämisiä lomakkeita oli vain muutamia. Isän yksinään täyttämät lomakkeet olivat kaikki yksinhuoltajaperheistä. Äidin yksinään täyttämistä lomakkeista näitä oli vain viidesosa. Vanhemmat, jotka olivat yhdessä täyttäneet kyselylomakkeen, ilmoittivat myös keskimääräistä useammin huolehtivansa yhdessä lapsen hoidosta ja kasvatuksesta. Mikäli äiti yksinään oli täyttänyt kyselylomakkeen, tiedot hoidosta ja kasvatuksesta olivat vaihtelevia. Suuressa osassa ilmoitettiin äidin huolehtivan yksin lähes kaikista hoidon ja kasvatuksen asioista. Osassa kuitenkin ilmoitettiin, että hoidon ja kasvatuksen asioista huolehditaan yhdessä.

Taulukossa 9 on tulokset siitä, millaisia tietoja vanhemmat antoivat lapsen hoitoa ja kasvatusta säätelevistä perheen jokapäiväiseen elämään kuuluvista asioista. Ongelmaryhmän lapset olivat merkitsevästi useammin kuin verrantaryhmän lapset perheen ainoita lapsia. Perheen asumista, lasten päivähoitoa ja vanhempien työtä kuvaavien muuttujien osalta ei ongelma- ja verrantaryhmien välillä ollut merkitseviä eroja muussa kuin työhön liittyvien pulmien kokemisessa.

Kyselylomakkeessa oli myös kysymyksiä, jotka koskivat lasten oma-toimisuutta. Vanhempien antamien tietojen mukaan lähes kaikki viisi-

Taulukko 9. Perheen jokapäiväiseen elämään kuuluvat asiat ongelmaryhmässä ja verrantaryhmässä

Muuttuja	Ongelma-ryhmä%	Verranta-ryhmä%	Ero
201. Viisivuotias on ainoa lapsi	33	24	*
203. Isällä vuorotyö tai muuten epäsäännölliset työajat	35	27	
204. Äidillä vuorotyö tai muuten epäsäännölliset työajat	16	15	
205. Vanhemmat kokevat työn aiheuttavan pulmia päivähoidon järjestelyyn	10	4	*
206. Vanhemmat kokevat työn aiheuttavan pulmia hoidon ja kasvatuksen järjestelyyn yleisesti	9	2	***
210. Vanhempien mukaan asunto ei ole sopiva lasten kannalta	28	22	
211. Vanhempien mukaan asuinympäristö ei ole sopiva lapselle	16	12	
202. Nykyinen päivähoitopaikka on päiväkodin kokopäiväryhmä	26	24	
207. Lapsi on ollut kodin ulkopuolisessa päivähoitossa yli neljä vuotta	38	34	
208. Lapsella on ollut yhteensä yli viisi eri hoitajaa/hoitopaikkaa	10	7	

vuotiaat pukeutuisivat ja riisuutuisivat itse, ja WC:ssä käymisestä huolehtisi itse noin kolme neljäsosaa. Ongelma- ja verrantaryhmän välillä ei ollut merkitseviä eroja. Lasten omatoimisuudesta saataisiin erilainen tulos, jos lähtökohtana olisi lasten havainnointi kotona tai päiväkodissa. Kyselylomaketiedot kuvaavat vain sitä, ovatko vanhemmat kohdanneet erityisiä pulmia näissä asioissa.

9. TERVEYDENHOITAJAN ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ

9.1. Arviointien reliabelius

Perusteellista selvitystä terveydenhoitajien arviointien välisestä yhtäpitävyydestä ei voitu toteuttaa, koska arviointi oli luonnollinen osa normaaleja neuvolatarkastuksia. Terveysdenhoitajien välisestä yhtäpitävyydestä voidaan tosin esittää päätelmiä epäsuorasti. Ennen niiden tarkastelemista on kuitenkin paikallaan viitata arviointijärjestelmän tehtävien vaikeustasoon.

Liitteessä 6 on yhteenveto tehtävien vaikeustasosta Lahden kaupungin ja Äänekosken-Suolahden seudun aineistoissa. Keskimääräiset vaikeustasot olivat hyvin samanlaiset, sillä merkitsevä ero todettiin vain kahdessa tehtävässä. Värien nimeämisen sekä pyöräilemisen ja hiihtämisen arvioinnissa Lahden terveydenhoitajilla lienee ollut käytännössä lievempi suoriutumisen hyväksymisen kriteeri kuin Äänekosken-Suolahden terveydenhoitajilla.

Molemmassa aineistoissa keskimääräinen vaikeustaso oli .90, vaihteluvälin ollessa .70-.98, eli vaikeustasot vastasivat väljästi ottaen ennakkoon oletettua tasoa. Eräät tehtävät osoittautuivat kuitenkin suhteellisen helpoiksi. Tätä ilmeni erityisesti kokonaismotoriikan alueella. Muilla kehityksen alueilla keskimääräinen vaikeustaso oli sen sijaan noin .90, vaikka yksittäisten tehtävien väliset erot olivat huomattavia. Kielen ja kognitiivisen kehityksen alueella puheen virheettömyydessä on otettu huomioon sekä puheviat (noin 8%:lla lapsista) että yksittäiset ääntämisen virheet (noin 23%:lla lapsista).

Päätelmiä terveydenhoitajien välisestä arviointien yhtäpitävyydestä selvitettiin vertailemalla keskimääräisiä vaikeustasoja Lahden eri neuvoloissa ja eri terveydenhoitajilla. Kokonaismotoriikan tehtävissä samoin kuin kaikissa muissa havaintotoimintojen ja hienomotoriikan tehtävissä, paitsi ihmisen piirtämisessä, tehtävistä suoriutuneiksi arvioitujen osuudet olivat eri neuvoloissa ja terveydenhoitajilla hyvin samanlaiset. Sen sijaan psykologista tulkintaa edellyttäneissä arvionvaraisissa tehtävissä, erityisesti käyttäytymishäiriöiden puuttumisen ja tehtäviin keskittymisen arvioinnissa, terveydenhoitajien välillä oli olennaisia eroja. Kolmella neljäsosalla terveydenhoitajista keskimääräiset vaikeustasot olivat lähellä koko aineiston keskiarvoja, mutta noin neljäsosalla terveydenhoitajista arvioinnit poikkesivat huomattavasti keskimääräisistä tuloksista. Muutaman terveydenhoitajan mielestä lähes kaikki lapset olivat keskittyneet tehtäviin eikä kellään lapsista ollut käyttäytymishäiriöitä. Joidenkin terveydenhoitajien tulkinnan mukaan taas joka toisella lapsella oli käyttäytymishäiriöitä ja kolmasosa lapsista ei keskittynyt tehtäviin.

Terveydenhoitajien välisen yhtäpitävyyden tarkastelussa voidaan kiinnittää huomiota myös puuttuviin tietoihin, sillä niiden määrä vaihteli terveydenhoitajasta ja tehtävästä toiseen. Useilla terveydenhoitajilla niitä ei ollut lainkaan, kun taas muutamilla puuttuvia tietoja oli joissakin tehtävissä huomattavastikin. Puuttuvia tietoja ei ollut juuri lainkaan havaintotoimintojen ja hienomotoriikan sekä kognitiivisten toimintojen testimäisissä tehtävissä (esim. jäljentämistehtävät ja lukumäärien 1-5 laskeminen). Sen sijaan psykologista tulkintaa vaativissa arvionvaraisuuteen perustuvissa tehtävissä (esim. käyttäytymishäiriöiden puuttuminen, kätisyyden vakiintuneisuus ja tehtäviin keskittyminen) tiedot puuttuivat muutamilla terveydenhoitajilla

jopa yli 20%:lta lapsista. Arvionvaraisina pidettävistä tehtävistä yhdessä, puheen virheettömyyden arvioinnissa, puuttuvia tietoja ei ollut juuri kenelläkään. Puuttuvien tietojen merkitys voidaan liittää niiden määrään taustatietolomakkeessa, jonka terveydenhoitajat täyttivät lapsen terveystietojen perusteella. Niillä terveydenhoitajilla, joilla arvionvaraisuutta vaativissa tehtävissä oli keskimääräistä enemmän puuttuvia tietoja tai poikkeavia arviointikriteerejä, oli poikkeuksetta myös keskimääräistä enemmän puuttuvia tietoja taustatietolomakkeessa. Sitä, millä tavoin nämä olivat yhteydessä terveystietolomakkeeseen, ei kuitenkaan ollut mahdollista selvittää tässä yhteydessä.

Psyykkisen kehityksen arviointien tekeminen ja kirjaaminen olivat siis yhteydessä käytettäviin tehtäviin. Testimäisissä tehtävissä terveydenhoitajien välinen yhtäpitävyys oli huomattavan suurta. Psykologista tulkintaa vaativien arvioiden esittämisessä yhtäpitävyys taas oli vähäisempää. Pulmia näytti olevan erityisesti osalla terveydenhoitajia, joilla arviot poikkesivat olennaisesti keskimääräisistä. Eroja ei kuitenkaan ollut puheen virheettömyyden arvioinnissa.

Selvitettäessä terveydenhoitajien arviointien vastaavuutta suhteessa ulkopuolisen havaintoihin kohteeksi valittiin ihmisen piirtämisen tehtävä. Selvittely koski sitä, miten terveydenhoitajien kirjaama yksittäisten osien esiintyminen (pää, kädet, jalat ja vartalo) vastasi ulkopuolisen havaintoja samoista piirroksista. Ennen vastaavuuden tarkastelua on viitattava siihen, että terveydenhoitaja on tietoja kirjaavissaan ollut hiukan eri asemassa kuin jälkikäteen piirrosta arvioiva henkilö. Terveydenhoitajan kirjaamat tiedot voivat jossain määrin perustua sellaiseen tilanteeseen esiin nousseeseen tietoon, joka ei käy enää ilmi pelkästä piirroksesta. Toisaalta arviointien vastaavuutta

Taulukko 10. Ihmisen piirtäminen: terveydenhoitajan kirjaamien tietojen ja ulkopuolisen piirroksista tekemien arviointien vastaavuus

Ongelmaryhmä				Verrantaryhmä					
Neljä osaa ulkopuolisen mukaan				Neljä osaa ulkopuolisen mukaan					
		kyllä	ei	yht.		kyllä	ei	yht.	
Neljä osaa terveydenhoitajan mukaan	kyllä	37	17	54%	Neljä osaa terveydenhoitajan mukaan	kyllä	61	16	77%
	ei	23	23	46%		ei	16	7	23%
	yht.	60%	40%	100%		yht.	76%	24%	100%

koskevat tulokset riippuvat siitä huolellisuudesta, jolla terveydenhoitajat täyttivät arviointilomaketta. Yli 15%:lla lapsista tiedot ihmisen piirtämisestä oli merkitty niin puutteellisesti arviointilomakkeeseen, etteivät ne selvästikään vastanneet lapsen piirtämää kuvaa. Esimerkiksi viitenä kohtana kysytyyn eri osien esiintymiseen oli vastattu vain kolmen osan kohdalle, vaikka kaikki kysytyt osat esiintyivät piirroksessa, tai vartalon esiintymisestä oli merkitty samanaikaisesti että se esiintyy ja sitä ei esiinny.

Terveydenhoitajan kirjaamat tiedot ja ulkopuolisen arvioijan havainnot pään, vartalon, jalkojen ja käsien esiintymisestä piirroksissa olivat yhtäpitäviä vain 68%:ssa verrantaryhmän ja 60%:ssa ongelmaryhmän lapsia (taulukko 10). Lukujen tulkinnassa voidaan kiinnittää huomiota kahteen asiaan: yhtäältä arviointien vähäiseen vastaavuuteen ja toisaalta arviointien vähäisempään vastaavuuteen ongelmaryhmässä.

Kuten edellä huomautettiin osa vastaamattomuudesta selittyy tietojen kirjaamisen huolimattomuudesta. Mikäli tämä jätetään huomiotta, arviointien vastaavuus oli verrantaryhmässä hiukan alle 85% ja ongelmaryhmässä noin 80%. Olennaista on lisäksi se, että kirjaamisen huoli-

mattomuus oli yleisempää ongelma- kuin verrantaryhmässä. Tulokset eivät ole sopusoinnussa arvioinnin tavoitteen kannalta, koska terveydenhoitajien arviointien tulisi toimia perusteluna jatkotoimenpiteille nimenomaan ongelmaryhmässä. Arviointien pienempi vastaavuus ongelmaryhmässä verrantaryhmään nähden voi osittain selittyä kuitenkin sillä, että terveydenhoitajat olivat tehneet täsmentäviä huomioita piirtämistilanteessa korostuneemmin ongelmaryhmässä.

Tarkemmin terveydenhoitajien arviointien reliiabeliutta selvitettiin laskemalla koko mittarille ja sen osille Cronbachin alfa-kertoimia. Lahden aineistossa 24 tehtävästä koostuvan arviointijärjestelmän alfa-kerroin oli .71. Mikäli vanhemmilta kysytyjä kahdeksaa tehtävää olisi tarkasteltu omana mittarina, sen alfa-kerroin olisi ollut .43. Mikäli taas terveydenhoitajan itse arvioimista 16 tehtävästä olisi muodostettu oma mittarinsa, sen alfa-kerroin olisi ollut .70. Tulosten vertaileminen edellyttää kuvittelevaan mittarit yhtä pitkiksi eli kysymään, millaiseksi muodostuisi pelkästään vanhemmilta saaduista tiedoista ja toisaalta terveydenhoitajan itse tekemistä havainnoista koostuvan 24 tehtävän mittarin reliiabelius. Vanhemmilta kysytyistä tehtävistä muodostuvan mittarin alfa olisi .68 ja terveydenhoitajien omien havaintojen tilanteessa .77. Arviointien sisäinen johdonmukaisuus oli siis suurempi pelkästään terveydenhoitajan havaintoihin perustuvassa mittarin osassa kuin vanhempien antamiin tietoihin perustuvassa mittarin osassa. Tulosta arvioitaessa on kuitenkin otettava huomioon se, että kuvitellut mittarit kattavat eri alueita kehityksestä.

Äänekosken-Suolahden aineistossa koko arviointijärjestelmän alfa-kerroin oli .61. Vanhemmilta saatuihin tietoihin perustuva mittarin osa ja terveydenhoitajan havaintoihin perustuva mittarin osa käyttäy-

tyivät hiukan eri tavoin kuin Lahden aineistossa. Vanhempien kysymyksiin perustuvan mittarin osan alfa-kerroin oli .39 (pidennettynä .66) ja terveydenhoitajan havaintoihin perustuvassa mittarin osassa .50 (pidennettynä .60). Vanhemmilta saatavien tietojen osalta sisäinen johdonmukaisuus oli samanlainen molemmilla paikkakunnilla. Sen sijaan toisella paikkakunnalla ilmennyt koko arviointijärjestelmän alhaisempi alfa-kerroin liittyi terveydenhoitajien havaintoihin perustuvaan mittarin osaan. Kokeilun toteutuksen kannalta tulos on ymmärrettävä, sillä Äänekosken-Suolahden alueella arviointia koskeva koulutus oli vähäisempää kuin Lahdessa. Toisaalta Äänekosken-Suolahden alueella sekä lasten kehitysolosuhteet että neuvoloiden toimintaedellytykset ovat heterogeenisemmat kuin Lahdessa.

Laadittu arviointijärjestelmä näyttää terveydenhoitajan käyttämänä antavan siinä määrin johdonmukaisia tuloksia, että sillä saatua kuvaa lapsen psyykkisestä kehityksestä voidaan jossain määrin yleistää. Kohtuullinen alfa-kerroin osoittaa, että mittariin valittujen tehtävien avulla voidaan kuvata sitä järjestystä, johon lapset asettuisivat kattavammassakin kehitystä selvittävien tehtävien perusjoukossa. Toisaalta ainoastaan kohtuullisena pidettävä alfa-kerroin korostaa kehitystä koskevien päätelmien rajallisuutta. Käytännön työssä onkin kiinnitettävä erityistä huomiota lapsen suoriutumiseen kehityksen eri alueiden tehtävistä.

9.2. Arviointijärjestelmän faktorirakenne

Arviointijärjestelmän laatimisessa pyrittiin siihen, että se kattaisi monipuolisesti psyykkisen kehityksen eri puolia. Tämä vaikutti osaltaan siihen, etteivät kaikki tehtävät korreloineet kovinkaan voimakkaasti keskenään (liite 7). Olennaisena voidaan kuitenkin pitää sitä, että kaikki tehtävät korreloivat merkitsevästi summapistemäärään.

Tarkemmin arviointijärjestelmän rakennetta selvitettiin faktorianalyysillä. Pääkomponenttianalyysi tuotti seitsemän faktoria, joiden ominaisarvot olivat yli ykkösen. Ratkaisun selitysosuus kokonaisvarianssista oli noin 55%. Suurin faktorimäärä, jolle voitiin antaa sisällöllisesti perusteltu tulkinta, oli kuitenkin kuuden faktorin rotaatoratkaisu. Myös viiden faktorin ratkaisut olisivat olleet tulkittavissa, mutta selkeimmin tulkittava oli neljän faktorin suorakulmainen varimax-rotaatio. Neljän faktorin selitysosuus kokonaisvarianssista oli kuitenkin vain noin 35% (taulukko 11). Neljä faktoria ovat nimettävissä havaintotoimintojen ja hienomotoriikan faktoriksi, kielen ja kognitiivisten toimintojen faktoriksi, kokonaismotoriikan faktoriksi ja sosiaalisen kehityksen faktoriksi. Faktoreiden sisällöllisessä tulkinnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että kuuden muuttujan kommunaliteetit olivat erittäin alhaisia eikä muuttujilla ollut yli .30 latauksia millään faktorilla. Muuttujat ovat ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen, roolileikkien leikkiminen, kätisyyden vakiintuneisuus, pyöriäminen ja hiihtäminen, lauseiden käyttö kertoessa ja puheen virheettömyys. Toisaalta mikään tehtävä ei saanut yli .30 latausta kahdella faktorilla. Tehtäviin keskittyminen sai kuitenkin suunnilleen samanlaisen latauksen kaikilla faktoreilla. Tätä voidaankin pitää sisällöllisesti perusteltuna.

Taulukko 11. Terveystenhoitajan arviointijärjestelmän faktorirakenne:
neljän faktorin varimax-rotatio

Muuttuja	Faktori				h ²
	1.	2.	3.	4.	
1. Ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen					.06
2. Roolileikkien leikkiminen					.11
3. Vuoron odottaminen				.37	.15
4. Pettymysten sietäminen				.40	.17
5. Vieraan seuraan jääminen				.49	.25
6. Päivähoitoon jääminen				.46	.23
7. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen				.32	.12
8. Nimen yms. tietojen selvittäminen		.41			.18
9. Yhdellä jalalla seisominen			.89		.83
10. Yhdellä jalalla hyppeleminen			.48		.34
11. Käätisyyden vakiintuneisuus					.08
12. Pyöräileminen ja hiihtäminen					.06
13. Ympyrän jäljentäminen	.47				.25
14. Neliön jäljentäminen	.76				.66
15. Kolmion jäljentäminen	.51				.30
16. Ihmisen piirtäminen	.32				.19
17. Kynäote	.62				.43
18. Ympyrän leikkaaminen saksilla	.37				.17
19. Lauseiden käyttö kertoessa					.06
20. Puheen virheettömyys					.03
21. Värien nimeäminen		.48			.27
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen		.61			.41
23. Kielellisten päätelmien tekeminen		.43			.24
24. Keskittyminen tehtäviin	(.29)	.34	(.28)	(.27)	.27
Selitysosuus kokonaisvarianssista					35%

Faktorianalyysin tulos voidaan suhteuttaa lähtökohtana olleeseen neljän kehityksen alueen painottamiseen tehtäviä arviointijärjestelmään etsittäessä. Tulokset osoittivat faktorirakenteen vastaavan tätä erotelua. Faktorimäärän lisääminen viiteen ei olisi olennaisesti muuttanut tulkintaa; ainoastaan sosiaalisen kehityksen faktori olisi jakautunut kahteen osaan. Sen sijaan jos faktoreiden määräksi olisi valittu kuusi, mukaan olisi tullut sisällöllisesti uusi faktori. Kuumennella faktorilla yli .30 latauksen olisivat saaneet pyöräileminen ja hiihtäminen sekä ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen. Kyseessä

olisi ollut motorisen omatoimisuuden faktori. Faktoreiden määrän lisääminen kuuteen ei kuitenkaan olisi vaikuttanut lauseiden käyttö kertoessa, puheen virheettömyys ja kätisyyden vakiintuneisuus -muuttujien kommunaliteetteihin.

9.3. Tyttöjen ja poikien erot tehtävistä suoriutumisessa

Tytöt suoriutuivat tehtävistä keskimäärin paremmin kuin pojat. Summapistemäärän keskiarvo oli tytöillä 22 ja pojilla noin 21. Tyttöjen ja poikien välillä oli olennaisia eroja useimmista tehtävistä suoriutumisessa (taulukko 12). Selvimmin tytöt olivat poikia parempia havaintotoimintojen ja hienomotoriikan sekä kokonaismotoriikan tehtävissä. Omatoimisuuden ja sosiaalisen kehityksen alueella tytöt olivat poikia parempia ainoastaan kolmessa tehtävässä. Nämä tehtävät (ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen, roolileikkien leikkiminen ja vuoron odottaminen) koskivat nimenomaan omatoimisuutta. Myös kielen ja kognitiivisten toimintojen alueella tytöt olivat poikia parempia, vaikkakaan ero ei ollut merkitsevä kaikissa tehtävissä.

Yksittäisistä tehtävistä tyttöjen ja poikien välinen ero oli huomattavin ihmisen piirtämisessä. Neljästä osasta muodostuvan ihmisen piirsi tytöistä 80%. Vastaava suoritus oli pojista vain 60%:lla. Toinen selvä ero koski puheen virheettömyyttä. Varsinaiset puheen häiriöt samoin kuin yksittäiset äännevirheet olivat yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Puheen häiriöitä tai ääntämisen virheitä oli yli kolmasosalla pojista, mutta tytöistä vain vajaalla neljäsosalla.

Tyttöjen ja poikien erojen luonnetta selvitettiin myös toteuttamal-

Taulukko 12. Tyttöjen ja poikien suoriutuminen terveydenhoitajan arviointijärjestelmän tehtävistä

Tehtävä	Tytöt	Pojat	Ero
1. Ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen	.97	.92	**
2. Roolileikkien leikkiminen	.99	.95	**
3. Vuoron odottaminen	.91	.85	**
4. Pettymysten sietäminen	.80	.77	
5. Vieraan seuraan jääminen	.96	.94	
6. Päivähoitoon jääminen	.96	.97	
7. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen	.80	.78	
8. Nimen yms. tietojen selvittäminen	.88	.84	
9. Yhdellä jalalla seisominen	.99	.95	**
10. Yhdellä jalalla hyppeleminen	.98	.87	***
11. Käätisyyden vakiintuneisuus	.99	.96	*
12. Pyöriäminen ja hiihtäminen	.97	.97	
13. Ympyrän jäljentäminen	.98	.97	
14. Neliön jäljentäminen	.96	.91	**
15. Kolmion jäljentäminen	.87	.81	*
16. Ihmisen piirtäminen	.80	.60	***
17. Kynäote	.98	.88	***
18. Ympyrän leikkaaminen saksilla	.97	.94	*
19. Lauseiden käyttö kertoessa	.93	.91	
20. Puheen virheettömyys	.76	.64	**
21. Värien nimeäminen	.96	.88	**
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen	.95	.89	**
23. Kielellisten päätelmien tekeminen	.89	.86	
24. Keskittyminen tehtäviin	.95	.90	**

la faktorianalyysi erikseen tyttöjä ja poikia koskevista aineistoista (liite 8). Faktorirakenteet olivat pääpiirteissään samantapaiset, vaikkakin yksittäisiä eroja ilmeni. Yhtäläisyydet ja erot tulivat havainnollisesti esiin ensimmäisissä eli havaintotoimintojen ja hienomotoriikan faktoreissa. Faktorit ovat samanlaiset muuten paitsi ihmisen piirtämisen osalta. Se ei saanut lainkaan latausta tyttöjen faktorilla. Tehtävä olikin selvästi tyttöjä ja poikia erotteleva. Myös muissa faktoreissa erot liittyivät poikien tyttöjä huonompaan suoriutumiseen tehtävistä. Lisäksi tyttöjen ja poikien faktorirakenteet olivat erilaiset tehtäviin keskittymisen osalta. Keskittyminen sai poikien ratkaisussa yli .30 latauksen peräti kolmella faktorilla.

Tyttöjen ja poikien tehtävistä suoriutumisen erilaisuutta selvitet-

tiin myös diskriminaatioanalyysillä. Vaiheittaisessa analyysissä merkitseviksi erottelijoiksi valikoitui yksitoista tehtävää, joihin perustuvan diskriminaatiofunktion kanoninen korrelaatio oli .39 eli merkitsevästi suurempi kuin summapistemäärän korrelaatio sukupuoleen ($r=.24^{***}$). Yksittäisistä tehtävistä kaikkiaan viisi korreloi yli .30 diskriminaatiofunktioon. Nämä olivat suuruusjärjestyksessä ihmisen piirtäminen, puheen virheettömyys, kynäote, vuoron odottaminen ja yhdellä jalalla hyppäminen. Diskriminaatioanalyysi osoitti, kuten muutkin analyysit, tyttöjen ja poikien välisten erojen liittyvän korostuneesti ihmisen piirtämiseen ja puheen virheettömyyteen. Merkitsevänä voidaan pitää myös kynäotetta, joka kuvaa yleistä harjaantuneisuutta kynän käyttöön. Tämän yhteyksiä piirtämis- ja jäljentämistehtäviin tarkennettiin osittaiskorrelaatioanalyysin avulla.

Kuten taulukosta 12 ilmenee sukupuoli oli merkitsevästi yhteydessä neliön ja kolmion jäljentämiseen sekä ihmisen piirtämiseen samoin kuin kynäotteeseen. Mikäli kynäotteen osuus ositetaan pois, sukupuolen korrelaatiot neliön ja kolmion jäljentämiseen häviävät. Kynäotteen osittaminen ei sen sijaan vaikuta ihmisen piirtämisessä ilmenevään eroon. Samalla tavoin kuin kynäote selitti poikien huonomman suoriutumisen jäljentämistehtävissä, tehtäviin keskittyminen selittää sukupuolten eron ympyrän leikkaamisessa saksilla. Mikäli tehtäviin keskittyminen ositettiin pois, sukupuolten välillä ei ollut suoriutumiseroja.

Tyttöjen ja poikien erilainen suoriutuminen havaintotoimintojen ja hienomotoriikan tehtävistä näytti ihmisen piirtämistä lukuun ottamatta liittyvän tehtäviin keskittymiseen ja kynän käytön harjaantuneisuuteen, joissa tytöt olivat merkitsevästi parempia kuin pojat. Ihmisen piirtämisessä ilmeneviä sukupuolten välisiä eroja tehtäviin keskittyminen ja kynän käytön harjaantuneisuus eivät sen sijaan selittäneet.

9.4. Ongelmaryhmän erottuminen

Vaikeustasot ongelma- ja verrantaryhmässä

Koska terveydenhoitajan arviointijärjestelmä oli keskeinen tietolähde ongelmien toteamisessa, yksittäisten tehtävien vaikeustasot ongelma- ja verrantaryhmässä kuvastavat nimenomaan sitä, miten terveydenhoitajat käyttivät tehtäviä ongelmatapausten identifiointiin. Tätä korostaa osaltaan myös verrantaryhmän muodostamistapa.

Kuten taulukosta 13 ilmenee jokainen arviointijärjestelmän tehtävä erotteli merkitsevästi ongelma- ja verrantaryhmän. Erittäin merkitsevä ero oli kaikissa havaintotoimintojen ja hienomotoriikan tehtävissä. Tämän alueen tehtävät hallitsivatkin voimakkaasti terveydenhoitajien havaintoja ja päätelmiä psyykkisestä kehityksestä. Omatoimisuuden ja sosiaalisen kehityksen alueella ongelmaryhmän verrantaryhmästä erotte- li erityisesti käyttäytymishäiriöiden puuttuminen, pettymysten sietä- minen ja oman nimen yms. tietojen selvittäminen. Kokonaismotoriikan alueella ryhmät erottuivat erityisesti yhdellä jalalla hyppelyssä. Kielen ja kognitiivisten toimintojen alueella ryhmien erottelu koski selvimmin tehtäviin keskittymistä ja kielellisten päätelmien tekemis- tä.

Ongelma- ja verrantaryhmän erottelun ohella voidaan kiinnittää huo- miota niihin tehtäviin, joista lähes kaikki verrantaryhmän lapset suoriutuivat. Tehtävien voidaan ajatella kuvaavan sitä, mitä tervey- denhoitajien mielestä "normaalisti" kehittyneiden viisivuotiaiden on ehdottomasti hallittava. Tulosten mukaan tällaisia olisivat roolileik- kien leikkiminen, päivähoitoon jääminen, yhdellä jalalla seisominen, käтisyden vakiintuneisuus, pyöräileminen ja hiihtäminen, ympyrän jäl- jentäminen, ympyrän leikkaaminen saksilla ja tehtäviin keskittyminen.

Taulukko 13. Terveystenhoitajan arviointijärjestelmän tehtävien vaikeustasot ongelmaryhmässä ja verrantaryhmässä

Tehtävä	Ongelma-ryhmä	Verranta-ryhmä	Ero
1. Ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen	.89	.95	**
2. Roolileikkien leikkiminen	.95	.98	*
3. Vuoron odottaminen	.74	.89	***
4. Pettymysten sietäminen	.62	.82	***
5. Vieraan seuraan jääminen	.87	.97	***
6. Päivähoitoon jääminen	.89	1.00	***
7. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen	.49	.80	***
8. Nimen yms. tietojen selvittäminen	.73	.91	***
9. Yhdellä jalalla seisominen	.93	.98	**
10. Yhdellä jalalla hyppelyminen	.83	.95	***
11. Käätisyyden vakiintuneisuus	.95	1.00	**
12. Pyöräileminen ja hiihtäminen	.94	.98	*
13. Ympyrän jäljentäminen	.93	.99	***
14. Neliön jäljentäminen	.82	.97	***
15. Kolmion jäljentäminen	.66	.91	***
16. Ihmisen piirtäminen	.54	.77	***
17. Kynäote	.81	.97	***
18. Ympyrän leikkaaminen saksilla	.90	.99	***
19. Lauseiden käyttö kerrottaessa	.86	.94	**
20. Puheen virheettömyys	.61	.71	*
21. Värien nimeäminen	.83	.96	***
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen	.80	.97	***
23. Kielellisten päätelmien tekeminen	.73	.94	***
24. Keskittyminen tehtäviin	.76	.98	***

Mikäli näitä ja niiden lisäksi muutamia muitakin tehtäviä (vieraan seuraan jääminen, neliön jäljentäminen, oikea kynäote ja lukumäärien 1-5 laskeminen) pidetään "normaalin" kehityksen ehdottomina kriteereinä, on aiheellista ottaa huomioon niiden erilainen kyky identifioida ongelmatapauksia. Esimerkiksi roolileikkien leikkiminen sekä pyöräileminen ja hiihtäminen hallittiin yleisesti myös ongelmaryhmässä. Sen sijaan päivähoitoon jääminen ja tehtäviin keskittyminen erottelevat selvästi ongelmaryhmän verrantaryhmästä.

Lisäksi voidaan kiinnittää huomiota puheen virheettömyyden ja käätisyyden vakiintuneisuuden tehtäviin. Vaikka puheen virheettömyys

erotteli merkitsevästi ongelma- ja verrantaryhmän, noin 30%:lla verrantaryhmän lapsista ilmoitettiin esiintyvän joitakin puheen pulmia. Lähes poikkeuksetta nämä olivat yksittäisiä äännevirheitä, joita terveydenhoitajat siis pitävät viisivuotiaiden normaaliin kehitykseen kuuluvina. Kätisyyden vakiintuneisuuden arvion terveydenhoitajat jättivät tekemättä tai merkitsemättä noin 13%:lla lapsista. Tästä huolimatta tai ehkä juuri tästä syystä arviot olivat yhteydessä psyykkisen kehityksen ongelmien esiintymiseen.

Tuloksen tarkastelun lähtökohtana voidaan pitää kätisyyden vakiintuneisuuden yhteyttä vasenkätisyyteen ($r=-.31^{***}$). Vaikka vasenkätisyyden ja kätisyyden vakiintumattomuuden yhteyksiä esimerkiksi oppimisvaikeuksiin ei ole voitu täysin luotettavasti osoittaa, niihin liittyvää problematiikkaa ei käytännössä voida jättää huomiotta (Ahvenainen 1980; Salminen 1979). Kätisyyden vakiintumattomuuden arvioinnissa terveydenhoitajat lienevät lähteneet samantapaisesta näkemyksestä, sillä vasenkätisyys korreloi merkitsevästi vain neliön jäljentämiseen ($r=-.09^{**}$) ja ihmisen piirtämiseen ($r=-.07^{*}$). Sen sijaan arvionvaraisempi kätisyyden vakiintuneisuus korreloi merkitsevästi useisiin terveydenhoitajan arviointeihin. Vasenkätisyys korreloi lapsen varhaiskehitykseen (istumaan nousemisen ikä ($r=.09^{**}$), kävelemään alkamisen ikä ($r=.13^{***}$) ja ensimmäisten sanojen sanomisen ikä ($r=.09^{**}$)), mutta ei vanhempien kokemiin kehitys- ja kasvatuspulmiin. Sen sijaan arvio kätisyyden vakiintuneisuudesta korreloi myös joihinkin vanhempien kokemiin pulmiin (esim. puheen pulmien summapistemäärä ($r=-.12^{***}$) ja vilkkauspulmien summapistemäärä ($r=-.08^{**}$)).

Ongelmaryhmän erottelu arviointijärjestelmän avulla

Ongelma- ja verrantaryhmän erottumista terveydenhoitajan arviointijär-

jestelmän tehtävistä suoriutumisessa voidaan tarkentaa diskriminaatioanalyysin avulla. Vaiheittaisessa analyysissä tehtävistä kolmetoista valikoitui merkitseviksi erottelijoiksi. Suurimmat erottelufunktion kertoimet olivat muuttujilla käyttäytymishäiriöiden puuttuminen, keskittyminen tehtäviin, ympyrän jäljentäminen, pettymysten sietäminen, kolmion jäljentäminen, oman nimen yms. tietojen kertominen ja ympyrän leikkaaminen saksilla. Muodostetun diskriminaatiofunktion kanoninen korrelaatio oli .60 ja sen avulla 82% tapauksista olisi luokitunut oikein ongelma- ja ei-ongelmaryhmään. Erottelufunktio olisi kuitenkin ollut siinä mielessä epäsensitiivinen, että todellisuudessa ongelmaryhmään sijoittuneista noin yksi kolmasosa olisi sen perusteella luokitettaessa jäänyt ongelmaryhmän ulkopuolelle. Sen sijaan ainoastaan muutamia ei-ongelmaryhmään todellisuudessa sijoittuneita erottelufunktio olisi luokittanut virheellisesti ongelmaryhmään.

Diskriminaatioanalyysi korosti ongelmaryhmän erottelussa osittain eri tehtäviä kuin ongelma- ja verrantaryhmän erojen tarkastelu. Pyritessä diskriminaatioanalyysin mukaisesti mahdollisimman tehokkaaseen ongelmaryhmän erotteluun käyttökelpoisimpia olisivat tehtävät, joiden vaikeustaso takaa mahdollisimman suuren variaation (esim. käyttäytymishäiriöiden puuttuminen, pettymysten sietäminen ja kolmion jäljentäminen) ja toisaalta suhteellisen helpot tehtävät, joissa ei-ongelmaryhmään kuuluminen lähes poikkeuksetta merkitsee tehtävistä suoriutumista (esim. ympyrän jäljentäminen ja ympyrän leikkaaminen saksilla).

Aikaisemman ongelmien toteamisen vaikutus arviointiin

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arviointijärjestelmän kykyä erotella ongelmatapaukset "normaalisti" kehittyneistä lapsista on suhteutettava neuvolassa

jo aikaisemmissa ikävaiheissa esiin tullessiin ongelmiin. Kuten myöhemmin tarkemmin esitetään, terveydenhoitajat havaitsivat psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia ennen viisivuotistarkastusta noin 10%:lla lapsista. Viisivuotistarkastuksessa ongelmaryhmään sijoituneista noin 40%:lla oli jo aikaisemmin todettu psyykkisen kehityksen ongelmia.

Taulukossa 14 on yhteenveto tehtävien korrelaatioista aikaisempaan ongelmien toteamiseen. Kahta tehtävää (vieraan seuraan ja päivähoitoon jääminen) lukuun ottamatta aikaisempi ongelmien havaitseminen korreloi negatiivisesti kaikista tehtävistä suoriutumiseen. Voimakkaimmin aikaisempaan ongelmien toteamiseen korreloivat arvionvaraisuuteen perustuvat käyttäytymishäiriöiden puuttumisen ja tehtäviin keskittymisen tehtävät. Aikaisempi ongelmien toteaminen korreloi suhteellisen voimakkaasti myös kaikkiin havaintotoimintojen ja hienomotoriikan sekä kielen ja kognitiivisten toimintojen tehtäviin. Vähiten aikaisempi ongelmien havaitseminen korreloi sosiaalisen kehityksen tehtäviin.

Terveydenhoitajan arviointijärjestelmän tehtävät erottelivat psyykkisen kehityksen ongelmia samansuuntaisesti kuin aikaisempi ongelmien toteaminen. Tämä koski erityisesti motorista ja kognitiivista kehitystä. Sen sijaan aikaisemmat havainnot ongelmista eivät olleet yhteydessä viisivuotiaana arvioituun sosiaaliseen kehitykseen. Motorisen ja kognitiivisen kehityksen ongelmista tehtäneenkin neuvolassa spontaaneeja havaintoja ensimmäisten elinvuosien aikana suhteellisen kattavasti. Sosiaalisen kehityksen ongelmat näyttäisivät sen sijaan tulevan kattavammin esille vasta viisivuotiaana ja vain systemaattisesti suoritettun arvioinnin kautta.

Aikaisempien havaintojen korrelaatiot arviointijärjestelmän tehtäviin voidaan nähdä myös pulmaksi. Erityisesti näin on silloin, kun

Taulukko 14. Neuvolassa ennen viisivuotistarkastusta psyykkisen kehityksen ongelmista tehtyjen havaintojen yhteys arviointijärjestelmän tehtäviin

Muuttuja	Korrelaatio
1. Ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen	-.11 ***
2. Roolileikkien leikkiminen	-.06 *
3. Vuoron odottaminen	-.08 **
4. Pettymysten sietäminen	-.16 ***
7. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen	-.24 ***
8. Omien henkilötietojen selvittäminen	-.19 ***
9. Yhdellä jalalla seisominen	-.12 ***
10. Yhdellä jalalla hyppeleminen	-.22 ***
11. Kätsyyden vakiintuneisuus	-.08 **
12. Pyöräileminen ja hiihtäminen	-.08 **
13. Ympyrän jäljentäminen	-.11 ***
14. Neliön jäljentäminen	-.16 ***
15. Kolmion jäljentäminen	-.15 ***
16. Ihmisen piirtäminen	-.14 ***
17. Ote kynästä	-.18 ***
18. Ympyrän leikkaaminen saksilla	-.19 ***
19. Lauseiden käyttö kertoessa	-.09 **
20. Puheen virheettömyys	-.14 ***
21. Värien nimeäminen	-.11 ***
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen	-.18 ***
23. Kielellisten päätelmien tekeminen	-.19 ***
24. Keskittyminen tehtäviin	-.24 ***

suurimmat korrelaatiot ilmenevät arvionvaraisuuteen perustuvissa tehtävissä. Terveydenhoitajat arvioivat lapsilla olevan keskittymättömyyttä erityisesti, jos heillä oli jo aikaisemmin todettu ongelmia psyykkisessä kehityksessä. Eräät terveydenhoitajat arvioivatkin lasten suoriutumista korostuneesti aikaisemmin todettujen ongelmien pohjalta ja suuntaisesti. Arvionvaraisuutta sisältäviä tehtäviä nämä terveydenhoitajat eivät käyttäneet niinkään uusien havaintojen tekemiseen, vaan he arvioivat lapsen suoriutumisen melko suoraan aikaisempien havaintojensa mukaiseksi.

Ihmisen piirtämisen tehtävä ryhmien erottelussa

Koska ihmisen piirtämisen tehtävässä monella tavoin havainnollistuvat

Taulukko 15. Ihmisen piirtämisen kehitysvihjeet viisivuotiaana

Kehitysvihje	Ongelma-ryhmä	Verrantaryhmä	Ero
Piirroksessa erotettavissa			
- pää	.99	1.00	
- muita yksityiskohtia (silmät, nenä tai suu)	.93	.97	
- jalat	.89	.93	
- vartalo	.75	.90	***
- kädet	.79	.87	**

terveydenhoitajan arvioinnin peruspiirteet ja ongelmat, analysoitiin sitä tarkimmin yksittäisistä tehtävistä. Yksittäisten kehitysvihjeiden esiintymisessä ongelma- ja verrantaryhmän välillä ei ollut eroja pään ja jalkojen eikä muiden yksityiskohtien (=silmät, nenä tai suu) osalta (taulukko 15). Merkitsevä ero ryhmien välillä oli vartalon ja käsien esiintymisessä. Selvimmin ryhmiä erotteli erillinen vartalo-osa: se oli 90%:ssa verrantaryhmän piirroksia ja vain 75%:ssa ongelmaryhmän piirroksia. Vaikka käsien esiintyminen erotteli ryhmät merkitsevästi toisistaan, kyseessä ei ole yksiselitteinen tulos. Ero koski vain tyttöjä.

Yksittäiset kehitysvihjeet toimivat ongelma- ja verrantaryhmän erottumisessa eri tavoin tytöillä ja pojilla. Tämä ilmeni myös kuusivuotistarkastuksen tuloksissa (taulukko 16). Yleinen tendenssi oli, että tytöillä ihmisen piirtäminen erotteli ongelma- ja verrantaryhmän selvemmin kuin pojilla. Viisivuotiaana ongelma- ja verrantaryhmän erotteli sekä tytöillä että pojilla erillinen vartalo-osa ja piirroksen muodostuminen neljästä osasta. Käsien esiintymisessä ryhmät erotuivat merkitsevästi toisistaan vain tytöillä. Kuusivuotiaana ryhmät erotteli sekä tytöillä että pojilla ainoastaan käsien esiintyminen.

Taulukko 16. Ihmisen piirtämisen kehitysvihjeet viisi- ja kuusivuotiaana tytöillä ja pojilla

Kehitysvihje	Työt			Pojat		
	Ongelma-ryhmä	Verranta-ryhmä	Ero	Ongelma-ryhmä	Verranta-ryhmä	Ero
Piiroksessa erotettavissa viisivuotiaana						
- pää	.99	1.00		1.00	1.00	
- kädet	.81	.91	*	.77	.82	
- jalat	.90	.92		.89	.94	
- vartalo	.74	.92	***	.75	.88	**
- muita yksityiskohtia	.93	.96		.93	.97	
- vähintään neljä osaa	.64	.80	**	.56	.71	**
Piiroksessa erotettavissa kuusivuotiaana						
- pää	1.00	1.00		.97	1.00	
- kädet	.86	.99	*	.86	.98	*
- jalat	.93	.99		.97	.93	
- vartalo	.95	.99		.95	.95	
- muita yksityiskohtia	.98	1.00		.92	1.00	
- vähintään kuusi osaa	.76	.95	**	.82	.91	

Piiroksen muodostuminen kuudesta osasta erotteli ryhmät merkitsevästi toisistaan vain tytöillä.

10. NEUVOLASSA ESIIN TULEVAT ONGELMAT

10.1. Ennen viisivuotistarkastusta ilmenneet ongelmat

Aikaisemmissa ikävaiheissa ilmenneitä psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia selvitettiin kahdella tavalla. Terveystoimijat kirjassivat taustatietolomakkeeseen tiedon siitä, oliko lapsen psyykkisessä kehityksessä todettu aikaisemmin ongelmia. Vanhempien kyselylomakkeessa kysyttiin, olivatko vanhemmat viimeisen vuoden aikana keskustelleet lapsen kehitys- tai kasvatuspulmista joidenkin asiantuntijoiden kanssa. Terveystoimijan arviot koskivat kaikkia edeltäneitä ikävuosia, vanhempien arviot taas edellistä vuotta. Terveystoimijan arvio koski psyykkisen kehityksen ongelmia ja vanhempien arvio heidän kokemiaan pulmia ja niiden selvittelyä asiantuntijan kanssa.

Taustatietolomakkeessa terveystoimijat ilmoittivat neuvolassa todetun ennen viisivuotistarkastusta psyykkisen kehityksen ongelmia 9%:lla lapsista. Ongelmaryhmässä aikaisempia havaintoja oli kolmasosalla ja verrantaryhmässä 4%:lla lapsista. Terveystoimijat olivat kuitenkin jättäneet kysymykseen vastaamatta 7%:lla ongelmaryhmän lapsista ja vajaalla 1%:lla verrantaryhmän lapsista. Terveystoimijat kirjassivat ongelmia todetun, mikäli heillä oli asiasta merkintä terveystoimikortissa. Tämän lisäksi terveystoimijat olivat voineet epäillä ongelmia joillakin lapsilla, vaikka sitä ei ollut kirjattu terveystoimikorttiin. Näiden lasten osalta terveystoimijat eivät voineet käyttää kysymyksen toista vaihtoehtoa eli vastata, ettei ongelmia ole todettu tai epäilty. (Tämän selityksen puuttuville tiedoille antoivat terveystoimijat)

denhoitajat itse palautekyselyssä). Mikäli otetaan huomioon puuttuvien tietojen osuus, neuvolassa tulisi esiin psyykkisen kehityksen ongelmia ennen viisivuotistarkastusta hiukan yli 10%:lla lapsista. Ongelmat ovat nousseet esiin ilman, että neuvolassa on toteutettu järjestelmällistä psyykkisen kehityksen seuranta. Viisivuotiaana ongelmaryhmään sijoittuvista noin 40%:lla oli todettu ongelmia jo aikaisemmin.

Kyselylomakkeessa 18% vanhemmista ilmoitti, että he olivat edellisen vuoden aikana keskustelleet asiantuntijan kanssa lapsen kehitystä tai kasvatuspulmista. Noin puolet viittasi edellisen vuoden aikana neuvolassa tapahtuneeseen kasvatusasioiden yleisluonteiseen tarkasteluun. Ongelmaryhmän vanhemmista yli kolmasosa ilmoitti aikaisemmasta pulmien selvittelystä ja verrantaryhmän vanhemmista noin 10%.

Koska terveydenhoitajien ja vanhempien arviot kohdistuivat osittain eri asioihin, ei ole yllättävää, että ne eivät antaneet samanlaista kuvaa aikaisemmista ongelmista. Pohdintaa vaatii sellaisten lasten esiintyminen aineistossa, joista terveydenhoitaja oli ilmoittanut nelivuotiaana todetun psyykkisen kehityksen ongelmia, mutta joiden vanhemmat eivät ilmoittaneet vuoden aikana tapahtuneesta pulmien selvittelystä. Vanhemmat voivat helposti jättää tällaisen asian ilmoittamatta, mutta toisaalta on mahdollista, että terveydenhoitajat ovat epäilleet lapsella olevan psyykkisen kehityksen ongelmia, vaikka niistä ei ole keskusteltu tarkemmin vanhempien kanssa. Tähän näkökohtaan viittasivat eräät terveydenhoitajat korostaessaan psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen kysymyksiin keskittyvän tarkastuksen hyvänä puolena sitä, että se on luonut mahdollisuuden käsitellä myös sellaisia aikaisemmissa ikävaiheissa esiin tulleita ongelmia, joihin puuttuminen tuolloin oli ollut vaikeaa.

Liitteessä 9 on yhteenveto siitä, millaisia pulmia vanhempien

ilmoittama aikaisempi selvittely on todennäköisesti koskenut. Liitteen korrelaatioita voitaneen tulkita juuri tällä tavoin, sillä viisivuotiaasta esiin tuodut pulmat lienevät osin samoja kuin nelivuotiaanakin ilmenneet. Tätä yhteyttä korostaa myös se, että aikaisemmasta pulmien selvittelystä kysyttiin vasta viisivuotiaana esiintyvien pulmien kysymisen jälkeen.

Vanhempien ilmoittama pulmien selvittely korreloi voimakkaimmin puheen pulmien summapistemäärään viisivuotiaana ($r=.21^{***}$). Yksittäisistä puheen pulmista korrelaatio koski ääntämisen virheitä ($r=.14^{***}$), vanhempien itse täsmentämää jotain muuta puhumisesta -vaihtoehtoa ($r=.14^{***}$) ja puheen epäselvyyttä ($r=.10^{***}$). Toinen yhteys ilmeni kasvatuspulmiin yleensä ($r=.13^{***}$) ja sen osalta nimenomaan viimeisenä olleeseen vaihtoehtoon jotain muuta yleensä kasvatuspulmista ($r=.15^{***}$).

Merkittävänä voidaan pitää tulosta, että vanhempien ilmoittama aikaisempi pulmien selvittely korreloi merkitsevästi kaikkiaan kuuteen yhdeksästä itse täydennettyyn jotain muuta -vaihtoehtoon. Aikaisempi pulmien selvittely neuvolassa näyttäisi jäsentäneen lapsen kehitys- ja kasvatuspulmien havaitsemista ja erittelyä siinä määrin, että niistä ilmoittaminen viisivuotistarkastuksessa tapahtui keskimääräistä useammin jotain muuta -vaihtoehtoon turvautumisena (vrt. Korkiakangas 1982).

Taulukossa 17 on sisällöllinen yhteenveto niistä ongelmista, jotka terveydenhoitajat olivat kirjanneet taustatietolomakkeeseen neuvolassa aikaisemmin todettuina ongelmina. Lisäksi taulukossa on otettu huomioon muissakin yhteyksissä (erityishuomiot perheestä ja viisivuotiaana todetun jatkotoimenpiteiden tarpeen perustelut) esiintyneet viittaukset aikaisempiin havaintoihin ongelmista. Näin arvioiden viit-

Taulukko 17. Aikaisempien ikävaiheiden tarkastuksissa todetut lapsen psyykkisen kehityksen ongelmat

Ongelma	Milloin todettu ensimmäisen kerran			Määrä	
	0-2v	3-4v	ei tied.	Yht.	%
Puhe: myöhässä, poikkeavaa, pikkulapsimaista, änkytystä	3	7	16	26	20
Ylivilkkaus, levottomuus, keskittymättömyys	2	8	15	25	19
Perhetilanteeseen liittyviä ongelmia	2	8	14	24	18
Uhmakkuus, aggressiivisuus, tottelemattomuus	1	12	5	18	14
Pelot, arkuus, ujous	2	9	3	14	11
Kastelu, tuhriminen	-	6	4	10	7
Yleinen jälkeenjääneisyys	3	2	4	9	7
Muut ongelmat tai ei tarkempaa tietoa ongelmien luonteesta (esim. "käy kasvatusneuvolassa")	1	2	2	5	4
Yhteensä	14	54	63	131	100

tauksia aikaisemmista ongelmista löytyi kaikkiaan noin 12%:lla lapsista. Taulukkoon on merkitty myös ongelmien toteamisen ajankohta niiden osalta, joista se oli yksiselitteisesti ratkaistavissa.

Terveydenhoitajien spontaanisti tekemissä havainnoissa tai vanhempien esiin nostamissa pulmissa korostuivat lapsen tottelemattomuus ja ylivilkkaus. Toisaalta tulokset tukevat Nupposen (1981) Tampereen neuvoloita koskeneen selvityksen tuloksia, joiden mukaan terveydenhoitajat kiinnittävät neuvolassa huomiota erityisesti puheen ongelmiin. Edellä mainittujen lisäksi keskeinen alue on määrällisesti suppea kehityksen yleinen jälkeenjääneisyys. Myös lapsen arkuus ja pelokkuus ilmenee jossain määrin terveydenhoitajien kirjaamana ongelmana. Koko perhetilanteeseen liittyvät ongelmat muodostivat kuitenkin huomattavan osan aikaisemmista havainnoista.

Kaikkien aikaisemmin todettujen ongelmien yhteydessä ei ollut sel-

vitystä tarpeellisiksi katsotuista jatkotoimenpiteistä. Lisäksi lähes neljäsosalla aikaisemmin todetuista ongelmatapauksista oli maininta, ettei toimenpiteisiin ollut ryhdytty ennen viisivuotistarkastusta tai että vanhemmat olivat kieltäytyneet terveyskeskuspsykologille tai kasvatusneuvolaan menemisestä.

Terveydenhoitajan kirjaamien ongelmien määrä ei ollut yhteydessä lapsen sukupuoleen. Tytöistä ja pojista kirjatut ongelmat olivat kuitenkin sisällöltään erilaisia. Pojilla oli havaittu useammin kuin tytöillä puheen ongelmia, aggressiivisuutta ja ylivilkkautta. Arkuus oli sen sijaan vain tyttöjen ongelma. Vanhempien ilmoittama pulmien selvittely edellisen vuoden aikana korreloi ($r=.22^{***}$) sen sijaan sukupuoleen niin, että poikien vanhemmat ilmoittivat useammin kuin tyttöjen vanhemmat keskustelleensa asiantuntijan kanssa pulmista. Poikien osuuden korostuminen aikaisemmassa pulmien selvittelyssä lienee yhteydessä leikki-iässä esiintyvien pulmien luonteeseen. Pojilla esiintyy tyttöjä useammin nimenomaan sellaisia pulmia, jotka häiritsevät vanhempia; esimerkiksi aggressiivisuutta ja "tottelemattomuutta".

10.2. Kyselylomakkeessa mainitut selvittelyä vaativat ongelmat

Vanhempien kyselylomakkeen viimeinen kysymys koski sitä, oliko vanhemmillä mielessä sellaisia lapsen psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia, joita he halusivat selvittää tulevassa tarkastuksessa. Samalla tiedusteltiin sitä, keneltä (terveydenhoitaja, lääkäri tai psykologi) selvittelyä odotettiin.

Noin 7% vanhemmista ilmoitti joistakin selvittelyä vaativista pul-

mista. Tuloksen arviointi on suhteutettava kyselylomakkeen täyttämiseen. Asiasta kysyttiin pitkän kyselylomakkeen viimeisenä kysymyksenä. Mikäli lomakkeen täyttäjällä halusi päästä helpolla eroon lomakkeesta, oli yksinkertaisinta rastittaa kohta, ettei mielessä ole mitään tällaista seikkaa. Näin välttyi myös sen kysymyksen pohdiskeulta kenen työntekijän kanssa haluaisi selvitellä asiaa. Ongelmien esiin tuominen heijastanee näin ollen keskimääräistä perusteellisempaa paneutumista lomakkeen täyttämiseen.

Taulukossa 18 on yhteenveto ongelma- ja verrantaryhmän lasten vanhempien esiin tuomista asioista. Verrantaryhmän lasten vanhemmista 3% ilmoitti jonkin ongelman. Erityistä huomiota voidaan kuitenkin kiinnittää siihen, että ongelmaryhmän vanhemmista ainoastaan 18% mainitsi kyselylomakkeessa joistakin selvittelyä vaativista ongelmista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ongelmaryhmään sijoittaneiden lasten vanhemmista suurin osa ei siis maininnut ongelmia ennakkolta täytetyssä kyselylomakkeessa.

Vanhempien lomakkeessa esiin tuomat asiat olivat samantapaisia kuin ongelmat, joita terveydenhoitajat olivat kirjanneet todetun aikaisempien ikävaiheiden tarkastuksissa. Useimmiten vanhemmat mainitsivat tottelemattomuuden ja kiukkuilun. Toinen korostunut alue oli puhe. Kolmanneksi ryhmäksi on erotettu käyttäytymishäiriöt, joista useimmiten oli mainittu kastelu tai sukupuolielinten koskettelu. Neljäs alue koski vanhempien tuntemaa yleistä huolta siitä, onko lapsen kehitys tai älykyys normaali. Huomion arvoisena voidaan pitää sitä, ettei vanhempien esiin tuomissa ongelmissa esiintynyt lainkaan arkuutta ja ujoutta. Lisäksi pelkojen mainitseminen oli suhteellisen vähäistä.

Taulukon 18 toisena osana on yhteenveto, siitä miten vanhemmat halusivat ongelmia selvitellä. Kaksi kolmasosaa ongelmia maininneista vanhemmista halusi keskustella niistä psykologin kanssa ja vain osa

Taulukko 18. Vanhempien ilmoittamat psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen asiat, joihin he halusivat selvityksen viisivuotistarkastuksessa

Selvitettävä asia	Ongelma-ryhmä%	Verranta-ryhmä%	Ero
Tottelemattomuus, kiukkuilu, suuttuminen	4	1	
Puhe	3	1	
Käyttäytymishäiriöt (esim.kastelu, sukupuolielinten koskettelu)	3	0.5	
"Onko lapsen kehitys tai älykyys normaali"	3	0.5	
Rauhattomuus, keskittymättömyys	1	0	
Pelot	1	0	
Muuta, yleisiä kasvatusongelmia	3	0	
Yhteensä	18	3	***
Keneltä selvitystä halutaan	Ongelma-ryhmä	Verranta-ryhmä	Ero
Psykkologi	12	2	***
Lääkäri	2	0	
Terveydenhoitaja	2	0	
Puheterapeutti tai ei osaa sanoa	2	1	
Yhteensä	18	3	***

halusi selvittelyä lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa. Muutamat ilmoittivat, etteivät osaa sanoa, miten tai kenen kanssa he halusivat asiaa selvitellä. Joissakin lomakkeissa ilmoitettiin, että ongelmia ei missään tapauksessa haluta selvitellä lääkärin kanssa. Sen sijaan koko aineistossa ei ollut yhtään tällaista huomautusta koskien terveydenhoitajaa tai psykologia.

Tulosten tulkinta on suhteutettava vain kokeilutilanteeseen. Terveydenhoitajan aseman korostaminen psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen asioiden selvittelyssä oli kokeilussa uusi työmuoto. Vanhemmille siitä tiedotettiin kyselylomakkeen mukana. Näyttää siltä, etteivät vanhemmat ennen tarkastusta nähneet terveydenhoitajaa työntekijänä, jonka kanssa voidaan selvitellä myös psyykkisen kehityksen ja kasva-

tuksen asioita, vaan näiden asioiden käsittely yhdistettiin psykologiin.

10.3. Terveydenhoitajien arviot jatkotoimenpiteiden tarpeesta

Lahden terveydenhoitajien arviointien mukaan noin 22%:lla lapsista oli joitakin sellaisia psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia, jotka vaativat heidän oman neuvontansa lisäksi jatkotoimenpiteitä. Tämä ei poikennut Äänekosken-Suolahden tuloksesta, jossa päädyttiin noin 20%:iin. Yhteinen piirre molemmissa aineistoissa oli myös se, että jatkotoimenpiteiden tarvetta oli useammin pojilla kuin tytöillä. Varsinaisena tutkimuksen kohteena olevassa Lahden aineistossa jatkotoimenpiteiden tarvetta oli 27%:lla pojista tai heidän perheistään. Vastaava osuus tytöillä tai heidän perheillään oli terveydenhoitajien arviointien mukaan noin 18%.

Terveydenhoitajien suosittamat jatkotoimenpiteet

Taulukossa 19 on yhteenveto terveydenhoitajien suosittamista jatkotoimenpiteistä. Terveydenhoitajien toteamat ongelmat ja toisaalta suositellut tai toteutuneet jatkotoimenpiteet eivät täysin vastanneet toisiaan. Jatkotoimenpiteiden suosittamisen tai toteutumisen poikkeamista ongelmien toteamisesta voidaan parhaiten havainnollistaa verrantaryhmän jatkotoimenpiteillä.

Muutamit verrantaryhmän vanhemmista (2%) halusivat keskustella psy-

Taulukko 19. Perheille suositellut jatkotoimenpiteet

Jatkotoimenpiteiden kohde	Ongelma-ryhmä		Verrantaryhmä	
	Määrä	%	Määrä	%
Psykologi	102	40	6	2
Puheterapia/opetus	27	10	34	13
Psykologi ja puheterapia/opetus	19	7	0	0
Lääkäri, lääketieteellinen tutkimus	5	2	1	1
Kasvatusneuvola, perheasiainneuvontakeskus	9	4	0	0
Päiväkoti, kerho	25	10	14	6
On jo aikaisemmin alkaneiden ja pitempään jatkuneiden toimenpiteiden piirissä	10	5	0	0
Ei selvitystä, ei jatkotoimenpiteitä	57	22	200	78
Yhteensä	255	100	255	100

kologin kanssa lapsen psyykkisestä kehityksestä, vaikka terveydenhoitajan mielestä minkäänlaisia ongelmia ei esiintynyt. Toisaalta terveydenhoitajat suosittelivat noin 13%:lle verrantaryhmän lapsista puheopetusta tai -terapiaa. Lisäksi terveydenhoitajat suosittelivat 6%:lle verrantaryhmän lapsista päiväkotia, vaikka he samanaikaisesti totesivatkin, ettei varsinaisia psyykkisen kehityksen ongelmia esiintynyt. Päivähoitoon ohjaaminen liittyi terveydenhoitajien perusteluiden mukaan sosiaalisen kehityksen edistämiseen. Puheen osalta verrantaryhmän jatkotoimenpiteissä heijastuu terveydenhoitajien näkemys, että suurin osa ääntämisen virheistä on normaalikehitykseen kuuluvaa. Resurssien salliessa niihin voidaan puuttua jo viisivuotiaana. Osaa ääntämisen virheistä terveydenhoitajat kuitenkin pitivät ongelmakehitykseen kuuluvana. Selvimmin tämä ilmenee niillä noin 7%:lla ongelmaryhmän lapsia, jotka terveydenhoitajat ohjasivat sekä psykologille että puheterapeutille. Samantapainen suhtautuminen puheen, erityisesti

ääntämisen, ongelmiin heijastui kaikissa terveydenhoitajien tekemissä puheen kehitystä koskeneissa arvioinneissa. Puheen virheettömyys ei sellaisenaan ole käyttökelpoinen arvioinnin kohde, vaan samalla on aina otettava huomioon virheiden luonne yksityiskohtaisemmin.

Toisena ongelmien ja jatkotoimenpiteiden vastaamattomuuden kohtana ovat tapaukset, joista terveydenhoitajat olivat merkinneet ongelmia esiintyvän, mutta joista ei ollut kirjattu jatkotoimenpiteitä. Näitä oli ongelmaryhmästä hiukan yli 20%. Muutamat näistä olivat kirjaamisen puutteita. Esimerkiksi taustatietolomakkeesta (kysymys 10) saattoi päätellä, että jatkotoimenpiteisiin oli ryhdytty. Osa taas oli niitä, joissa vanhemmat olivat kieltäytyneet jatkotoimenpiteistä. Suurin osa oli tapauksia, joilla terveydenhoitaja oli epäillyt olevan joitakin ongelmia, mutta joiden vaatimasta jatkotoimenpiteiden tarpeesta hän ei välittömästi osannut tehdä ratkaisua. Sitä millä tavoin näitä tapauksia oli selvitetty tarkemmin yhteisissä kokoontumisissa tai konsultoidulla psykologialla, ei ollut mahdollista selvittää lomakkeisiin kirjattujen tietojen pohjalta.

Ongelmaryhmän jatkotoimenpiteistä yli puolet suuntautui neuvolassa työskenteleville psykologeille, mikäli otetaan huomioon jo aikaisemmin alkaneet toimenpiteet. Lisäksi muutamia perheitä ohjattiin kasvatusneuvolaan tai perheasianneuvontakeskukseen. Psykkisen kehityksen ongelmatapauksista muutamat vaativat myös lääketieteellistä tutkimusta. Osa terveydenhoitajien suosittelemista jatkotoimenpiteistä suuntautui myös päivähoitoon. Mielenkiintoisena yksityiskohtana voidaan todeta, että ohjaaminen pelkästään puheterapeutille oli suhteellisesti vähäisempää ongelmaryhmässä kuin verrantaryhmässä.

Kysymystä miten terveydenhoitajan arvioima jatkotoimenpiteiden tarve kattaa psykologisilla kriteereillä määriteltävät ongelmatapaukset

Taulukko 20. Terveydenhoitajan ja psykologin arviot jatkotoimenpiteiden tarpeesta

		Terveydenhoitajan mukaan jatkotoimenpiteiden tarvetta		
		Kyllä	Ei	Yht.
Psykologin mukaan viitteitä jatkotoimenpiteiden tarpeesta	Kyllä	17	8	25%
	Ei	5	70	75%
	Yht.	22%	78%	100%

selvitettiin niin, että psykologi teki oman arvionsa jatkotoimenpiteiden tarpeesta terveydenhoitajan kirjaamien tietojen pohjalta. Lähtökohdaksi kuviteltiin terveydenhoitajan päätöksentekotilanne sellaisena kuin se välittyi hänen kirjaamissaan tiedoissa. Lisäksi korostettiin tietoisesti jatkotoimenpiteiden tarpeen kriteereinä samanaikaisesti sekä lapsen että perheen tarpeita. Käytännössä tämä johti hiukan suurempaan jatkotoimenpiteiden tarpeen määrälliseen arvioon kuin terveydenhoitajilla.

Taulukon 20 tulokset osoittavat, kuten eräät muutkin tutkimukset (esim. Helsingin kaupunki 1981; Lauri 1980a, 1982), että noin kahdella kolmasosalla lapsista ja perheistä ei neuvolatarkastuksen antamien tietojen mukaan ole korostunutta jatkotoimenpiteiden tarvetta psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen asioissa. Toisaalta riippumatta käytettävistä kriteereistä ja arvioinnin suorittajasta ikäluokasta erotuu noin 15%, jolla on melko korostuneesti jatkotoimenpiteiden tarvetta. Näiden väliin jää noin 15% ikäluokasta, jonka osalta arviot lapsen tai perheen ongelmista tai jatkotoimenpiteiden tarpeesta riippuvat olennaisesti arvioinnin tavoitteesta, suorittajasta ja painotettavista kriteereistä. Viimeksi mainittuun ryhmään suhtautuminen on monella tavoin keskeisessä asemassa terveydenhoitajan työtä kehitettäessä.

Käytännön neuvolatyössä tämä ilmenee mm. siten, että joidenkin lasten ja perheiden osalta päätöksenteko jatkotoimenpiteiden tarpeesta vaatii tehostettua terveydenhoitajan itsensä suorittamaa jatkoseurantaa ja mahdollisuutta psykologin konsultoimiseen. Toisaalta tähän liittyy se, että joillekin lapsille tai perheille voidaan toteuttaa jatkotoimenpiteitä, vaikka kyseessä eivät olisikaan kovin korostuneet ongelmat.

11. KEHITYKSEN JA JATKOTOIMENPITEIDEN TARPEEN ENNUSTAMINEN

11.1. Kehitys suhteessa aikaisempien ikävaiheiden tietoihin

Viisivuotiaiden kehitystä kuvaavista muuttujista valittiin ennustettavuuden tarkastelun kohteeksi kokonaismotoriikan tehtävien summapistemäärä, kielen ja kognitiivisten toimintojen tehtävien summapistemäärä sekä arviointijärjestelmän kaikkien 24 tehtävän summapistemäärä. Aikaisempien ikävaiheiden tiedoista keskityttiin kävelyn aloittamiskään, ensimmäisten sanojen sanomisen ikään ja aikaisempiin havaintoihin psyykkisen kehityksen ongelmista. Samoin otettiin mukaan lapsen sukupuoli ja vanhempien kasvatustarkasteluvalmius. Muuttujien valinta perustuu siihen, että tavoitteena oli kuvailla terveydenhoitajan viisivuotistarkastuksessa suorittaman arvioinnin yhteyksiä hänen käytössään olleisiin terveystietoihin.

Taulukossa 21 ovat kävelyn aloittamisen ja ensimmäisten sanojen sanomisen korrelaatiot kokonaismotoriikan sekä kielen ja kognitiivisten toimintojen summapistemääriin viisivuotiaana. Kävelyn aloittamisen ikä korreloi merkitsevästi kokonaismotoriikan summapistemäärään ja ensimmäisten sanojen sanomisen ikä kielen ja kognitiivisten toimintojen summapistemäärään. Eri ikävaiheiden väliset korrelaatiot ovat samansuuruisia kuin kehityksen alueiden väliset korrelaatiot viisivuotiaana. Huomion arvoinen tulos on, että kävelyn aloittaminen ja ensimmäisten sanojen sanominen korreloivat vain vähän keskenään.

Varhaiskehitystä kuvaavat muuttujat korreloivat merkitsevästi viisivuotistarkastuksen tuloksiin. Korrelaatiot ovat kuitenkin suh-

Taulukko 21. Kävelyn aloittamisen iän ja ensimmäisten sanojen sanomisen iän korrelaatiot kokonaismotoriikkaan sekä kieleen ja kognitiivisiin toimintoihin viisivuotiaana

Muuttuja	1.	2.	3.
1. Kokonaismotoriikka viisivuotiaana			
2. Kieli ja kognitiiviset toiminnot viisivuotiaana	.25***		
3. Kävelyn aloittaminen	-.26***	-.10***	
4. Ensimmäiset sanat	-.22***	-.20***	-.14***

teellisen alhaisia ja riippuvuus rajoittuu varhaiskehitystä kuvaavien muuttujien ääriarvoihin. Kävelyn aloittaminen ja ensimmäisten sanojen sanominen kuitenkin kuvastavat suhteellisen olennaisia varhaiskehityksen puolia, sillä yhdessä ne selittivät noin 10% ($R=.32$) arviointijärjestelmän kaikkien tehtävien summapistemäärän variaatiosta viisivuotiaana.

Varhaiskehityksen yhteyttä viisivuotistarkastukseen voidaan tarkentaa kävelemään aloittamisen iän ja kokonaismotoriikan riippuvuudella. Mikäli tarkasteltaisiin vain niitä noin 95%:a lapsista, jotka oppivat kävelemään viimeistään toisen elinvuoden ensimmäisen neljänneksen aikana, kävelemään aloittamisen iällä ei olisi merkitsevää yhteyttä kokonaismotoriikkaan viisivuotiaana. Kaikista kokonaismotoriikan tehtävistä suoriutui viisivuotiaana sen sijaan vain hiukan yli puolet niistä lapsista, jotka olivat alkaneet kävellä poikkeuksellisen myöhään. Ensimmäisten sanojen sanomisen iän yhteys kieleen ja kognitiivisiin toimintoihin viisivuotiaana oli samanlainen kuin kävelyn aloittamisen iän yhteys kokonaismotoriikkaan.

Parhaiten terveydenhoitajan käytössä olevien eri ikävaiheiden tietojen yhteyksiä myöhempään kehitykseen voidaan tarkastella käyttämällä riippuvana muuttujana arviointijärjestelmän kaikkien tehtävien summa-

Taulukko 22. Arviointijärjestelmän summapistemäärän ennustettavuus perhettä ja varhaiskehitystä koskevien tietojen perusteella

Muuttuja	R	r	beta	F
39. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista	.38	-.38	-.27	73.66***
170. Lapsen sukupuoli	.44	-.24	-.19	38.33***
42. Vanhempien kasvatustalvalmuis	.46	-.24	-.16	28.72***
38. Ensimmäisten sanojen sanomisen ikä	.49	-.28	-.14	20.44***
37. Kävelyn aloittamisen ikä	.51	-.20	-.13	18.54***
34. Lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana	.51	-.15	-.04	1.92
32. Jotain erikoista synnytyksessä	.51	-.08	-.03	0.75
33. Apgar-pisteet	.51	-.08	-.02	0.53
Koko malli (v.a.=8/853)	.51			37.33***

pistemäärää. Se korreloi lukuisiin perhettä ja lapsen taustaa kuvaaviin muuttujiin (esim. synnytys $r=.08^{**}$, Apgar-pisteet $r=.08^{**}$, vanhempien kasvatustalvalmuis $r=.24^{***}$, lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana $r=.15^{***}$) sekä varhaiskehitystä kuvaaviin muuttujiin (esim. kävelyn aloittamisen ikä $r=-.20^{***}$, ensimmäisten sanojen sanomisen ikä $r=-.28^{***}$, aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista $r=-.38^{***}$). Summapistemäärä korreloi ($r=.24^{***}$) myös lapsen sukupuoleen.

Summapistemäärän ennustamista koskeneessa valikoivassa regressioanalyysissä merkitseviksi selittäjiksi valikoitui viisi muuttujaa seuraavassa järjestyksessä: aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista, lapsen sukupuoli, vanhempien kasvatustalvalmuis, ensimmäisten sanojen sanomisen ikä ja kävelyn aloittamisen ikä. Muuttujien yhteinen selitysosuus oli 26% ($R=.51$). Poikkeavuudet synnytyksessä, Apgar-pisteet ja lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana eivät lisänneet merkitsevästi mallin selitysosuutta (taulukko 22). Vaikka poikkeavuudet synnytyksessä ja Apgar-pisteet korreloivat

Taulukko 23. Arviointijärjestelmän summapistemäärän ennustettavuus perhettä ja varhaiskehitystä koskevien tietojen avulla tytöillä ja pojilla

Tytöt				
Muuttuja	R	r	beta	F
42. Vanhempien kasvatustalkusteluvalmius	.23	-.23	-.21	25.74***
37. Kävely	.34	-.25	-.20	24.34***
38. Puhe	.38	-.21	-.12	7.58**
39. Aikaisemmat havainnot	.41	-.27	-.18	17.19***
Koko malli (v.a.=4/508)	.41			25.94***
Pojat				
Muuttuja	R	r	beta	F
42. Vanhempien kasvatustalkusteluvalmius	.21	-.21	-.12	8.51**
37. Kävely	.26	-.17	-.10	5.52*
38. Puhe	.37	-.29	-.16	14.42***
39. Aikaisemmat havainnot	.51	-.46	-.38	72.88***
Koko malli (v.a.=4/432)	.51			38.53***

summapistemäärään, niin minkä tahansa toisen muuttujan (esim. lapsen sukupuoli tai äidin terveys raskauden aikana) sijoittaminen ennen niitä regressiomalliin, poistaa mainittujen muuttujien spesifin selitysosuuden.

Ennustettavuus tytöillä ja pojilla

Tyttöjen ja poikien summapistemäärien ennustettavuuden tarkastelussa muuttujat sijoitettiin regressiomalliin kiinteästi siihen järjestykseen kuin ne ajallisesti seuraavat toisiaan (taulukko 23). Järjestyksen ajateltiin olevan seuraava: kävelyn aloittamisen ikä, ensimmäisten sanojen sanomisen ikä ja aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista. Näiden edelle sijoitettiin vanhempien kasvatustalkusteluvalmius. Käytännössä kävelyn ja puhumisen järjestys voi olla myös toisenlainen, sillä järjestys perustuu keskiarvotuloksiin: kävely

ilmoitettiin aloitetun keskimäärin 12 kuukauden iässä ja ensimmäisten sanojen sanomisen iän keskiarvo oli 13 kuukautta.

Perhettä ja varhaiskehitystä koskevat muuttujat selittivät tyttöjen summapistemäärän variaatiosta 17% ($R=.41$) ja poikien variaatiosta 26% ($R=.51$). Ero on vastakkainen tuloksille, jotka koskevat testisuorituksen ennustettavuutta aikaisempien testitulosten perusteella (Lehto-vaara ja Saarinen 1972, McCall 1976). Tämä voi olla yhteydessä kolmeen osittain vastakkaiseen tendenssiin. Arviointijärjestelmän summapistemäärän variaatio oli pojilla suurempi kuin tytöillä, mikä johtui katto-efektistä osalla tyttöjä. Toisaalta neuvolan kirjaamissa varhaiskehitystä kuvaavissa tiedoissa oli variaatiota enemmän pojilla kuin tytöillä. Lisäksi varhaiskehitystä kuvaavia tietoja puuttui useammin pojilta kuin tytöiltä. Perustelluinta onkin todeta yleisesti vain, että terveydenhoitajien käytössä olevien tietojen pohjalta ennustettavuutta on enemmän poikien kuin tyttöjen kehityksessä.

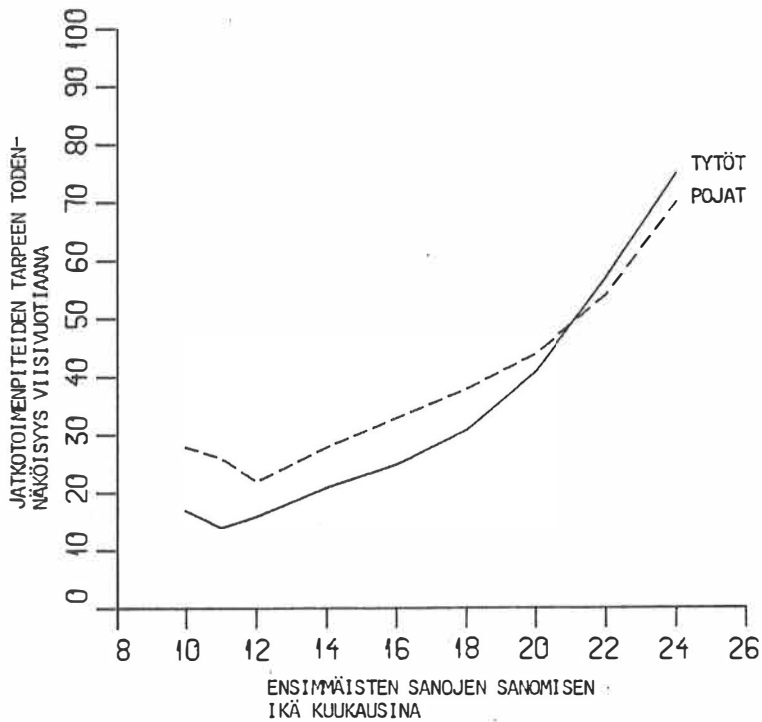
Vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius ja lapsen varhaiskehitys painottuivat tyttöjen mallissa eri tavoin kuin poikien mallissa. Tyttöillä painottuivat vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius ja kävelyn aloittamisen ikä ja poikien mallissa aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista ja puheen aloittamisen ikä. Selvin ero koski aikaisempia havaintoja psyykkisen kehityksen ongelmista. Tyttöillä sen ottaminen malliin lisäsi selitysosuutta 3%, mutta pojilla selitysosuuden lisääntyminen oli 12%. Määrällisesti aikaisempia havaintoja oli yhtä paljon pojista ja tytöistä. Taustalla on niiden sisällöllinen erilaisuus. Tyttöillä korostuivat ujous ja pelot; pojilla puheen ongelmat ja keskittymättömyys.

11.2. Jatkotoimenpiteiden tarve suhteessa taustatietoihin

Psyykkistä kehitystä tai kasvatusta koskevien jatkotoimenpiteiden tarve viisivuotiaana korreloi merkitsevästi, mutta suhteellisen lievästi, moniin perhettä ja lapsen varhaiskehitystä kuvaaviin muuttujiin. Jatkotoimenpiteiden tarve oli yhteydessä äidin ikään ($r = -.10^{***}$) niin, että iäkkäämpien äitien lapsilla terveydenhoitajat totesivat keskimääräistä harvemmin jatkotoimenpiteiden tarvetta. Se korreloi myös äidin terveyteen raskauden aikana ($r = -.09^{**}$) sekä siihen oliko synnytys ollut poikkeava ($r = -.12^{***}$) ja Apgar-pisteisiin yhden minuutin iässä ($r = -.09^{**}$). Jatkotoimenpiteiden tarve korreloi myös seuraaviin lapsen varhaiskehitystä kuvaaviin tietoihin: ensimmäisten sanojen sanomisen ikä ($r = -.17^{***}$), lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana ($r = -.15^{***}$), kävelyn aloittamisen ikä ($r = -.08^{**}$) ja peukalotetusormi otteen ilmestymisen ikä ($r = -.07^{*}$). Kuten aikaisemmin on ilmennyt jatkotoimenpiteiden tarve korreloi myös lapsen sukupuoleen ($r = -.12^{***}$) ja vanhempien kasvatuskeskusteluvalmiuteen ($r = -.22^{***}$).

Ennen regressioanalyyttistä tarkastelua on aiheellista kiinnittää huomiota muuttujien suhteellisen alhaisiin korrelaatioihin. Esimerkiksi Apgar-pisteet korreloivat jatkotoimenpiteiden tarpeeseen vain $-.09^{**}$. Apgar-pisteillä ei ollut suoraviivaista riippuvuussuhdetta jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana, vaan pistemäärien 7-10 esiintyminen oli lähes yhtä yleistä ongelmaryhmässä ja verrantaryhmässä. Sen sijaan erityisen alhaisia Apgar-pisteitä esiintyi verrantaryhmän lapsista vain vajaalla prosentilla, mutta ongelmaryhmän lapsista noin neljällä prosentilla.

Varhaiskehitystä kuvaavien tietojen yhteydet jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana koskevat lähinnä vain ääriarvoja. Tätä on



Kuvio 1. Ensimmäisten sanojen sanomisen iän yhteys jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana

havainnollistettu kuviossa 1 ensimmäisten sanojen sanomisen iän osalta. Vaaka-akselilla on lapsen ikä kuukausina, jolloin hän on sanonut ensimmäiset sanansa. Käyrät ilmaisevat, kuinka monella prosentilla tytöistä ja pojista kussakin ikävaiheessa puhumaan alkaneista on viisivuotiaana ollut jatkotoimenpiteiden tarvetta. Käyrät on laskettu kolme kuukautta kattavista keskiarvotuloksista, minkä vuoksi ne aliarvioivat riippuvuutta erityisesti myöhään puhumaan alkaneiden osalta.

Riippuvuuden arvioinnissa on otettava huomioon, että noin 85% lapsista sanoo ensimmäiset sanansa 9-15 kuukauden ikäisenä, ja vasta kaksivuotiaana ensimmäiset sanansa sanoo vain noin prosentti lapsista. Kuten kuviosta ilmenee 9:stä 15:een kuukauden ikävälillä muuttujilla

Taulukko 24. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus taustatietojen ja varhaiskehityksen perusteella

Muuttuja	R	r	beta	F
41. Äidin ikä	.10	.10	.10	8.37**
31. Äidin terveys raskauden aikana	.14	-.09	-.07	4.33*
32. Synnytys	.17	-.12	-.06	3.79
170. Lapsen sukupuoli	.21	-.12	-.09	7.18**
33. Apgar-pisteet	.21	-.09	-.04	1.21
34. Lapsen terveys	.25	-.15	-.11	10.31**
37. Kävelyn alkaminen	.25	-.08	-.05	1.93
38. Ensimmäiset sanat	.28	-.17	-.12	13.74***
Koko malli (v.a.=8/853)	.28			9.10**

ei ole olennaista riippuvuutta. Sen sijaan niillä noin 15%:lla lapsista, jotka olivat alkaneet puhua tavallista myöhemmin, muuttujien välillä on selvä riippuvuus. Vasta puolitoistavuotiaana ensimmäiset sanat sanoneista lähes joka toisella oli jatkotoimenpiteiden tarvetta viisivuotiaana ja vasta kaksivuotiaana ensimmäiset sanat sanoneista lähes kaikilla. Tyttöjen ja poikien erot liittyvät jatkotoimenpiteiden tarpeen eron ohella tyttöjen varhaisempaan puhumisen aloittamiseen.

Perhettä, synnytystä ja lapsen varhaiskehitystä koskevat tiedot selittivät vain 8% ($R=.28$) jatkotoimenpiteiden tarpeen varianssista (taulukko 24). Regressiomalliin aikajärjestykseen sijoitetuista muuttujista merkitsevän regressiokertoimen saivat seuraavat: äidin ikä, äidin terveys raskauden aikana, lapsen sukupuoli, lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana ja ensimmäisten sanojen sanomisen ikä. Poikkeavuudet synnytyksessä, Apgar-pisteet ja kävelyn aloittamisen ikä eivät saaneet merkitsevää regressiokerrointa mallissa.

Jatkotoimenpiteiden tarpeen yhteyttä synnytystä ja perhettä kuvaaviin tietoihin analysoitiin erikseen tytöillä ja pojilla. Regressiomalliin muuttujat sijoitettiin ajalliseen järjestykseen (taulukko 25).

Taulukko 25. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus taustatietojen perusteella tytöillä ja pojilla

Tytöt				
Muuttuja	R	r	beta	F
41. Äidin ikä	.04	.04	.04	1.13
31. Äidin terveys raskauden aikana	.08	-.08	-.04	0.65
32. Synnytys	.11	-.08	-.07	2.52
33. Apgar-pisteet	.11	-.06	-.05	1.49
42. Vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius	.26	-.23	-.23	29.52***
Koko malli (v.a.=5/516)	.26			7.29**
Pojat				
Muuttuja	R	r	beta	F
41. Äidin ikä	.10	.10	.08	3.16
31. Äidin terveys raskauden aikana	.14	-.08	-.06	1.96
32. Synnytys	.15	-.09	-.03	0.52
33. Apgar-pisteet	.16	-.09	-.08	3.00
42. Vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius	.26	-.21	-.21	20.54***
Koko malli (v.a.=5/466)	.26			6.71**

Regressiomalli selitti sekä tytöillä että pojilla ongelmaryhmään sijoittumisen varianssista vain 7% ($R=.26$). Yksittäisistä muuttujista merkitsevä regressiokerroin oli vain vanhempien kasvatuskeskusteluvalmiudella.

Jatkotoimenpiteiden tarve viisivuotiaana ei ollut käytännössä merkityksellisessä määrin yhteydessä yleisiin perhettä, synnytystä ja varhaiskehitystä koskeviin havaintoihin. Viisivuotiaana ilmenevä jatkotoimenpiteiden tarve on niin moniaineksinen kokonaisuus, ettei sen ennustettavuuden voida odottaa olevan mahdollista edellä tarkasteltujen tietojen pohjalta. Tulosten arvioinnissa on kuitenkin otettava huomioon tutkimuksessa käytetty jatkotoimenpiteiden tarpeen määrittely. Jos tarkastelun kohteena olisivat yksittäiset kehityspsykologisin lasta kuvaavin tai kliinis-psykologisin perhettä kuvaavin kriteerein erotetut ongelmat, ennustettavuutta koskevat tulokset saattaisivat

olla aivan toisenlaisia.

11.3. Jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättäminen

Terveydenhoitajien jatkotoimenpiteiden tarvetta koskeneita päätelmiä selvitettiin myös siltä osin, missä määrin ongelmaryhmään sijoittaminen oli tilastollisesti kuvattavissa keskeisten terveydenhoitajien käytössä olleiden tietojen kombinaationa. Jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevien arviointien odotettiin olevan selvimmän yhteydessä terveydenhoitajan arviointijärjestelmän kaikkien tehtävien summapistemäärään ($r=-.53^{***}$), aikaisempiin havaintoihin psyykkisen kehityksen ongelmista ($r=-.43^{***}$), vanhempien kyselylomakkeessa ilmoittamien kehitys- ja kasvatuspulmien summapistemäärään ($r=-.32^{***}$), terveydenhoitajan arvioimaan vanhempien kasvatuskeskusteluvalmiuteen ($r=-.22^{***}$) ja lapsen sukupuoleen ($r=-.12^{***}$).

Taulukossa 26 on kuvattu valikoivalla regressiomallilla, miten ongelmaryhmään sijoittaminen oli ennustettavissa ilman lasten psyykkisen kehityksen arvioinnin tietoja. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista, vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien määrä, vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius ja lapsen sukupuoli selittivät 28% ($R=.52$) ongelmaryhmään sijoittumisen varianssista. Ongelmaryhmään sijoittumista ennustivat parhaiten aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että viisivuotistarkastus toimi osassa tapauksia vain kanavana, jonka kautta pantiin täytäntöön jo aikaisemmin todettujen ongelmien vaatimat jatkotoimenpiteet. Aikaisempien havaintojen lisäksi ongelmaryhmään

Taulukko 26. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus ilman psyykkisen kehityksen arviointia viisivuotistarkastuksessa

Muuttuja	R	r	beta	F
39. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista	.43	-.43	-.36	182.23***
58. Vanhempien kokemien pulmien määrä	.50	-.32	-.26	96.20***
42. Vanhempien kasvatus-keskusteluvalmius	.52	-.22	-.16	36.58***
170. Lapsen sukupuoli	.53	-.12	-.08	10.28**
Koko malli (v.a.=4/1104)	.53			106.83***

sijoittumista selittivät merkitsevästi kaikki muutkin mallissa mukana olleet muuttujat.

Taulukossa 26 esitettyä tilannetta voi pitää lähtökohtana, johon on suhteutettava viisivuotistarkastuksessa toteutettavan psyykkisen kehityksen arvioinnin merkitys jatkotoimenpiteiden tarpeesta päätettäessä. Hiukan vajaa kolmasosa ongelmaryhmään sijoittamisesta olisi ollut tehtävissä ilman psyykkisen kehityksen arviointia.

Kokeilussa toteutetun psyykkisen kehityksen arvioinnin osuutta jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättämiseen on analysoitu taulukossa 27. Lähtökohtana on edellä kuvattu regressiomalli, jonka muuttujat on sijoitettu ajalliseen järjestykseen ja viidenneksi muuttujaksi on lisätty arviointijärjestelmän summapistemäärä. Kun summapistemäärä otettiin huomioon, mallin selitysosuus nousi 10 prosenttiyksikköä. Summapistemäärän mukaan ottaminen merkitsi samalla, ettei sukupuoli saanut merkitsevää regressiokerrointa mallissa.

Terveystieteiden arviointijärjestelmän mukaisella arvioinnilla oli selvä erityisasema ongelmaryhmään sijoittumisessa. Tilastollinen tarkastelu ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti rinnastettavissa arvioinnin käytännön merkitykseen. Huomionarvoista on, että tilastollisessa

Taulukko 27. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus taustatietojen ja arvioinnin pohjalta

Muuttuja	R	r	beta	F
170. Lapsen sukupuoli	.12	-.12	-.02	0.80
42. Vanhempien kasvatuskeskusteluvalmius	.24	-.22	-.09	11.66***
39. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista	.46	-.43	-.24	84.79***
58. Vanhempien kokemien pulmien summapistemäärä	.53	-.32	-.18	48.92***
174. Arviointijärjestelmän summapistemäärä	.63	.54	.37	140.79***
Koko malli (v.a.=6/1020)	.63			110.53***

analyysissa ongelmaryhmään sijoittumisesta vain hiukan alle 40% oli selitettävissä mallissa mukana olevilla muuttujilla. Pohdittaessa arvioinnin merkitystä jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättämiseksi edellä kuvattu tulos voidaan rinnastaa luvussa 9.4. käsiteltyyn diskriminaatioanalyysin tulokseen. Samantapaiseen selitysosuuteen päädyttiin arviointijärjestelmän yksittäisiin tehtäviin perustuvan diskriminaatiofunktion pohjalta.

Ennustettavuus eri neuvoloissa

Edellä kuvattu suhteellisen alhaiseksi jäävä ongelmaryhmään sijoittumisen selittyminen oli osaltaan yhteydessä terveydenhoitajasta toiseen vaihdelleiden kriteerien käyttöön. Lahden 16 neuvolassa ongelmaryhmään sijoitettujen osuus vaihteli neuvoloittain 9%:sta 31%:iin tarkastuksessa käyneistä. Ongelmaryhmään sijoitettujen osuudet olivat kuitenkin yhteydessä neuvolatoiminnan ylihoitajan sekä terveyskeskuspsykologin ja kasvatusneuvolapsykologin tekemiin arvioihin ongelmien määrästä eri neuvolapiireissä. Toisaalta vaikka osa variaatiosta voidaan ajatella "todelliseksi", neuvoloiden välillä oli myös erilaisten arviointikri-

teerien käyttöä. Tämä näytti olevan yhteydessä neuvoloittain vaihtelevaan tietojen kirjaamiseen ja jatkotoimenpiteiden tarpeen perustelussa ilmenevään tietoisuuteen eri kriteerien keskinäisestä painottamisesta. Eräät terveydenhoitajat eivät juurikaan kirjanneet jatkotoimenpiteiden tarvetta kirjainkoodia perusteellisemmin. Jotkut terveydenhoitajat sen sijaan perustelivat poikkeuksetta ongelmien esiintymistä koskevat arviot ja suosittlemansa jatkotoimenpiteet. Merkittävänä voidaan pitää sitä, että tämä oli yhteydessä taustatietolomakkeen ja arviointilomakkeen puuttuviin tietoihin. Puuttuvia tietoja ei juuri ollut jatkotoimenpiteiden tarpeen täsmällisesti kirjanneilla ja päätelmänsä perustelleilla.

Jatkotoimenpiteiden tarpeesta päättämisen suhteuttamiseksi havaintojen tekoon ja kirjaamiseen aineistosta erotettiin kolme neuvolaa, joissa jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevat arviot oli tehty täsmällisesti. Toiseen ryhmään sijoitettiin samoin kolme neuvolaa, joissa jatkotoimenpiteiden tarpeen arviot olivat pinnallisempia tai suppeammin kirjattuja. Selittäjiksi valittiin kolme selvimmän jatkotoimenpiteiden tarpeeseen yhteydessä olevaa muuttujaa eli aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista, vanhempien kokemien kehitys- ja kasvatuspulmien määrä ja terveydenhoitajan arviointijärjestelmän kaikkien tehtävien summapistemäärä. Regressiomalliin muuttujat sijoitettiin ajalliseen järjestykseen (taulukko 28). Malli ei vastaa terveydenhoitajan todellista päätöksentekotilannetta, mutta menettelyn voidaan kuitenkin odottaa havainnollistavan päätöksenteon luonnetta eri neuvoloissa.

Neuvoloissa joissa jatkotoimenpiteiden tarpeen arviot perusteltiin keskimääräistä tarkemmin, jatkotoimenpiteiden tarpeen selitysosuus oli suurempi kuin neuvoloissa, joissa arviot kirjattujen tietojen pohjalta

Taulukko 28. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus eri tavoilla tietoja kirjanneissa neuvoloissa

Kolme keskimääräistä huolellisemmin toiminutta neuvolaa				
Muuttuja	R	r	beta	F
39. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen pulmista	.41	-.41	-.28	19.50***
58. Vanhempien kokemien pulmien määrä	.45	-.25	-.18	8.53**
174. Arviointijärjestelmän summapistemäärä	.68	.58	.51	64.45***
Koko malli (v.a.=3/141)	.68			39.36***
Kolme muuta neuvolaa				
Muuttuja	R	r	beta	F
39. Aikaisemmat havainnot psyykkisen kehityksen pulmista	.30	-.29	-.18	6.43*
58. Vanhempien kokemien pulmien määrä	.43	-.34	-.19	7.20**
174. Arviointijärjestelmän summapistemäärä	.59	.53	.43	34.80***
Koko malli (v.a.=3/141)	.59			25.25***

vaikuttivat pinnallisemmilta. Tulos osoittaa jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevien arvioiden olevan yhteydessä terveydenhoitajien arvioinnin ja tietojen kirjaamisen täsmällisyyteen. Sovellettaessa edellä kuvattua regressiomallia yksittäisiin neuvoloihin aineistosta erottui joitakin neuvoloita, joissa jatkotoimenpiteiden tarpeen arviot olivat suhteellisen kattavasti kuvattavissa terveydenhoitajien käytössä olleiden tietojen pohjalta. Toisaalta aineistossa oli myös neuvoloita, joissa arvioiden yhteydet kirjattuihin tietoihin olivat keskimääräistä selvästi vähäisempiä. Taulukon 28 tulokset ovat osaltaan yhteydessä myös siihen, että terveydenhoitajien välillä oli eroja tie-

tojen keskinäisessä painottamisessa jatkotoimenpiteiden tarpeeseen kohdistuneessa päätöksenteossa. Erot liittyivät erityisesti viisivuotistarkastuksessa toteutettuun arviointiin ja aikaisempiin havaintoihin psyykkisen kehityksen ongelmista. Neuvoloiden välillä ei sen sijaan ollut eroja vanhempien esiin tuomien pulmien painottamisessa jatkotoimenpiteiden tarpeen päätöksenteossa.

11.4. Seuranta kuusivuotistarkastuksessa

Kehityksen arvioiminen

Lahdessa viisivuotistarkastukseen osallistuneille suoritettiin vuotta myöhemmin suppea seurantatutkimus. Kuusivuotistarkastuksessa psyykkisen kehityksen arviointi ei kuitenkaan muodostanut pääosaa. Arvioinnin laajuus oli suunnilleen sellainen kuin ehdotetaan uudessa terveyskertomuksessa kehityksen seurannasta kuusivuotiaana. Arviointijärjestelmään kuului kymmenen tehtävää, jotka olivat kaksipyöräisellä pyörällä ajaminen, takaperin käveleminen viivaa pitkin, kolmion jäljentäminen, vinoneliön jäljentäminen, ihmisen piirtäminen, puheen virheettömyys, kielellisten päätelmien tekeminen, suunnitelmallisuus toiminnoissa, ryhmään sopeutuminen ja käyttäytymishäiriöiden puuttuminen. Lisäksi terveydenhoitajat arvioivat siinä määrin kuin he näkivät sen mahdolliseksi, oliko lapsella joitakin jatkotoimenpiteiden tarvetta osoittavia psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia.

Aineistoa on käsitelty vain keskeisten tulosten havainnollistamiseksi. Kohteena ovat olleet ensimmäisen puolen vuoden aikana tarkastuksessa käyneet viisivuotiaana ongelmaryhmään ja verrantaryhmään kuu-

Taulukko 29. Kuusivuotiaiden arviointijärjestelmän tehtävien vaikeustaso viisivuotiaina ongelma- ja verrantaryhmään kuuluneilla lapsilla

Tehtävä	Ongelma-ryhmä	Verrantaryhmä	Ero
307. Kaksipyöräisellä pyörällä ajaminen	.89	.94	
308. Takaperin käveleminen	.88	.94	
309. Kolmion jäljentäminen	.83	.94	*
310. Vinoneliön jäljentäminen	.68	.82	**
311. Puheen virheettömyys	.68	.80	*
312. Kielellisten päätelmien tekeminen	.80	.91	*
313. Suunnitelmallisuus toiminnassa	.84	.93	
314. Ryhmään sopeutuminen	.92	.98	
315. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen	.66	.88	***
322. Ihmisen piirtäminen (6 osaa)	.79	.94	**

luneet lapset (N=112 ja 113).

Arviointijärjestelmän tehtävien keskimääräinen vaikeustaso oli noin .90. Arviointien reliiabilisuus oli hiukan parempi kuin edellisenä vuonna. Kymmenestä tehtävästä muodostuvan mittarin Cronbachin alfa-kerroin oli .61, joka vertailun tekemiseksi voidaan kuvitella pidennettäväksi 24 tehtävää sisältäväksi, jolloin kerroin olisi .78. Korkeampi reliiabilisuus oli yhteydessä terveydenhoitajien arviointikokemuksen lisääntymiseen, mikä ilmeni mm. siinä, että terveydenhoitajien väliset erot arvionvaraisuuteen perustuvissa tehtävissä olivat vähäisempiä kuin edellisenä vuonna. Toisaalta kuusivuotiaiden arvioinnissa oli myös suhteellisesti edellistä vuotta vähemmän arvionvaraisuuteen perustuvia tehtäviä.

Kaikki kymmenen tehtävää eivät erotelleet merkitsevästi viisivuotiaina erotettuja ongelma- ja verrantaryhmiä toisistaan (taulukko 29). Samoin kuin viisivuotioiden arviointijärjestelmässä ryhmiä erottelivat erityisesti havaintotoimintojen ja hienomotoriikan tehtävät. Sen sijaan ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja kokonaismotoriikan

Taulukko 30. Ihmisen piirtämisen kehitysvihjeiden pysyvyys viidestä kuuteen ikävuoteen

Muuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.									
2.	.30***								
3.	.30***	.26***							
4.	.11	.37***	.12						
5.	.20**	.24***	.19**	.11					
6.	.13*	.49***	.23***	.45***	.28***				
7.	.04	.10	.15*	-.05	.11	.07			
8.	.06	.26***	.11	.25***	.16**	.26***	.14*		
9.	.66***	.29***	.44***	.09	.67***	.29***	.13*	.10	
10.	.20**	.74***	.15*	.53***	.32***	.50***	.10	.43***	.27***

1. Kädet viisivuotiaana
 2. Kädet kuusivuotiaana
 3. Jalat viisivuotiaana
 4. Jalat kuusivuotiaana
 5. Erillinen vartalo-osa viisivuotiaana
 6. Erillinen vartalo-osa kuusivuotiaana
 7. Muita yksityiskohtia viisivuotiaana
 8. Muita yksityiskohtia kuusivuotiaana
 9. Piirroksen muodostuminen vähintään neljästä osasta viisivuotiaana
 10. Piirroksen muodostuminen vähintään kuudesta osasta kuusivuotiaana

tehtävissä. Käyttäytymishäiriöiden puuttumisen tehtävää lukuun ottamatta sosiaalisen kehityksen tehtävät eivät erotelleet ryhmiä merkittävästi toisistaan. Kieltä koskevissa tehtävissä ryhmät erosivat merkittävästi toisistaan, vaikkakin yksittäisiä ääntämisen virheitä arvioitiin olevan noin 20%:lla verrantaryhmässäkin.

Suoriutumisen pysyvyys viisivuotiaasta kuusivuotiaaksi

Lasten suoriutuminen kuusivuotiaana yksittäisistä tehtävistä korreloi merkittävästi samankaltaisista tehtävistä suoriutumiseen viisivuotiaana. Ainoa täsmälleen sama tehtävä eri ikävaiheissa oli kuitenkin ihmisen piirtäminen, jossa ilmeni sekä kokonaisuutena että yksittäisissä kehitysvihjeissä pysyvyyttä viisivuotiaasta kuusivuotiaaksi (taulukko 30). Kuudesta osasta muodostuneen ihmisen (pää, vartalo,

kädet, jalat, silmät ja suu) piirtämistä kuusivuotiaana ennusti merkittävästi ($r=.27^{***}$) neljästä osasta muodostuneen ihmisen piirtäminen viisivuotiaana ja yksittäisistä piirteistä erityisesti erillisen varhaisosan esiintyminen viisivuotiaana ($r=.32^{***}$).

Ongelmien jatkuminen vs. häviäminen

Kuusivuotistarkastuksessa terveydenhoitajat jättivät kirjaamatta arvion psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmista 20%:sta viisivuotiaana verrantaryhmään sijoittuneista lapsista. Viisivuotiaana ongelmaryhmään sijoittuneista arvio puuttui 29%:lla lapsista. Kyseessä lienee osittain se, että suppea arvionti ei antanut riittäviä lähtökohdita arvioon tekemiseen. Tämän vuoksi seuraavia tuloksia on tarkasteltava vain tiettyjen tendenssien osoittamisen kannalta, eikä niitä voida tulkita yksityiskohtien osalta.

Eri ikävaiheissa esiin tulevien psyykkisen kehityksen ongelmien pysyvyyttä on havainnollistettu taulukossa 31. Siinä on taulukoitu ristiin ennen viisivuotistarkastusta tehdyt havainnot psyykkisen kehityksen ongelmista ja kuusivuotiaana todetut ongelmat. Ristiintaulukointi on tehty erikseen viisivuotiaana erotetussa ongelma- ja verrantaryhmässä. Taulukon tarkastelussa on otettava huomioon, että terveydenhoitajat arvioivat kuusivuotiaista noin 18%:lla olevan ongelmia. Kuusivuotistarkastuksessa terveydenhoitajat totesivat siis vähemmän ongelmia kuin viisivuotistarkastuksessa.

Verrantaryhmää koskevat tulokset ovat selväpiirteisiä. Yli 90% viisivuotiaana verrantaryhmään sijoitetuista oli sellaisia, joilla ei ennen viisivuotistarkastusta eikä myöskään kuusivuotiaana ollut arvioitu olevan psyykkisen kehityksen ongelmia. Viisivuotiaana verrantaryhmään sijoitetuista kuitenkin noin 7%:lla arvioitiin olevan ongel-

Taulukko 31. Psykkisen kehityksen ongelmien esiin tuleminen ennen viisivuotistarkastusta ja kuusivuotistarkastuksessa

Viisivuotiaana erotettu verrantaryhmä

		Ongelmia todettu ennen viisivuotistarkastusta		
		kyllä	ei	yht.
Ongelmia todettu kuusivuotiaana	kyllä	1	7	8%
	ei	0	92	92%
	yht.	1%	99%	100%

Viisivuotiaana erotettu ongelmaryhmä

		Ongelmia todettu ennen viisivuotistarkastusta		
		kyllä	ei	yht.
Ongelmia todettu kuusivuotiaana	kyllä	20	35	55%
	ei	12	33	45%
	yht.	32%	68%	100%

mia kuusivuotiaana, eli tarkastuksessa nousi esiin jossain määrin uusia psyykkisen kehityksen tai kasvatuksen ongelmia.

Viisivuotiaana erotettua ongelmaryhmää koskevat tulokset olivat verrantaryhmään nähden moniselitteisempiä. Taulukko 31 osoittaa, että viisivuotiaana ongelmaryhmään sijoittuneilla ongelmien arvioitiin jatkuneen keskimäärin joka toisella. Tämä koskee erityisesti niitä, joilla ei ennen viisivuotistarkastusta ollut todettu ongelmia. Niistä, joilla myös ennen viisivuotistarkastusta oli arvioitu olevan ongelmia, noin kahdella kolmasosalla ongelmat olivat jatkuneet kuusivuotiaaksi.

Käytännön toimenpiteiden kannalta keskeisenä ryhmänä voidaan pitää lapsia, joilla jo ennen viisivuotistarkastusta on esiintynyt ongelmia ja joilla on ongelmia myös viisivuotiaana ja edelleen kuusivuotiaana.

Tämä ryhmä oli kuitenkin suhteellisen pieni. Taulukon 31 mukaan tällaisia olisi noin viidesosa ongelmaryhmästä, joka taas oli hiukan yli viidesosa koko ikäluokasta, eli tapauksia olisi noin 5% ikäluokasta. Osuus lienee ollut hiukan suurempi, sillä puuttuvat tiedot viittasivat keskimääräistä useammin juuri tähän ryhmään. Tämä huomioon ottaen olisi päädytty myös Laurin (1982) esittämään arvioon, että 6-7%:lla lapsista on ongelmia, jotka neuvolassa tehtyjen arviointien mukaan jatkuvat ikävaiheesta toiseen. Lapsen ongelmien jatkuminen oli korostuneesti yhteydessä yleisempiin perheen ongelmiin.

Lopuksi voidaan tarkastella lapsia, joilla sekä ennen viisivuotistarkastusta että viisivuotistarkastuksessa oli ollut ongelmia, mutta ei enää kuusivuotiaana. Suurella osalla näistä oli viisivuotiaana toteutettu erilaisia jatkotoimenpiteitä, jotka näyttivät siis olleen siinä määrin tehokkaita, ettei ongelmia ainakaan kuusivuotiaana tullut esiin. Tämä osoittaa, ettei vähäisempi ongelmien määrä kuusivuotiaana viisivuotistarkastukseen verrattuna ollut seurausta pelkästään arviointikriteerin muutoksesta. Oma kysymyksensä olisi kuitenkin selvittää, millaiset ongelmat kuuluivat tähän luokkaan, eli millaisiin ongelmiin tehostetulla viisivuotistarkastuksella on suhteellisen välittömiä myönteisiä vaikutuksia. Näitä tietoja voitaisiin vertailla ryhmään, jolla ongelmat jatkuivat kuusivuotiaana. Terveystieteiden kirjaamiin tietoihin perustuva alustava analyysi osoitti yksiselitteisten säännönmukaisuuksien esittämisen pulmalliseksi ja lisäselvittelyä vaativaksi.

12. TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

12.1. Tulosten kokoaminen

Tutkimuksen kohteena oli terveyskeskusten lastenneuroloiden terveydenhoitajien suorittama psyykkisen kehityksen arviointi viisivuotiaiden lasten määräaikaisessa terveystarkastuksessa. Seuraavassa kootaan yhteen tulokset suhteuttamalla niitä aikaisempien tutkimusten tuloksiin ja tulkintoihin. Tämän jälkeen keskitytään terveydenhoitajien arvioinnin kehittämistä koskeviin käytännön johtopäätöksiin.

Vanhempien kokemat lapsen kehitys- ja kasvatuspulmat

Lapsen kehitys- ja kasvatuspulmia selvitettiin kyselylomakkeella ja lähes kaikki vanhemmat ilmoittivat kokeneensa joitakin pulmia (vrt. Inkinen 1972; Nummenmaa 1976). Kolmasosa vanhemmista ilmoitti kokeneensa pulmaksi lapsen kiukkuilemisen, ellei hän saa tahtoaan läpi, lapsen valikoivuuden syömisessä, rokotuksen pelon ja nukkumisen vanhempien sängyssä. Yli puolet vanhemmista ilmoitti vähintään yhden lapsen nukkumiseen, pelkoihin, syömiseen ja yleisesti arkipäivän kasvatustilanteisiin liittyvän pulman.

Vanhempien ilmoittamien pulmien määrä ei ollut suoraan yhteydessä terveydenhoitajan arvioimaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Terveydenhoitajat arvioivat jatkotoimenpiteiden tarvetta olevan erityisesti, jos vanhemmat toivat esiin aikuiskontakteihin ja puheeseen liittyviä pulmia sekä kiusallisia yleisiä kehitysongelmia. Nukkumisen ja syö-

misen pulmat ja pelot eivät olleet lainkaan yhteydessä jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Näitä pulmia terveydenhoitajat käsittelivät muita pulma-alueita perusteellisemmin omassa neuvonnassaan.

Vanhempien ilmoittamat pulmat olivat yhteydessä perheen elämäntilanteeseen, lapsen sukupuoleen ja vanhempien kasvatustalvalmiuteen. Nuoret vanhemmat toivat iäkkäämpiä vanhempia useammin esiin pulmia, jotka liittyivät lapsen tottelemattomuuteen ja vilkkauteen. Iäkkäänmillä vanhemmilla korostuivat lapsen sosiaalisia taitoja koskevat pulmat (esim. riippuvuus vanhemmista ja vieraan seuraan jääminen). Vanhempien ilmoittamat pulmat johtivat jatkotoimenpiteisiin keskimääräistä useammin kaikkein nuorimmissa perheissä. Tämä lienee yhteydessä terveydenhoitajien tietoihin ja käsityksiin näiden perheiden elämäntilanteesta ja toimintaedellytyksistä (vrt. Stranden 1982).

Vanhempien mukaan pojilla on tyttöjä useammin liian rajujen leikkien leikkimistä, riehumista toisten seurassa, siisteysongelmia, ääntämisen virheitä, suuttumista ja sukupuolielinten koskettelua; tytöillä taas poikia useammin pelkoja. Täsmällisten päätelmien tekeminen tyttöjen ja poikien peloista ei kuitenkaan ollut mahdollista. Tutkimustulokset ja erityisesti niiden tulkinnat tyttöjen ja poikien peloista ovatkin usein olleet ristiriitaisia (Eme 1979; Mellbin ym. 1982; Wolff 1981).

Vanhempien kyselylomakkeessa ilmoittamat pulmat eivät olleet yksiselitteisesti yhteydessä heidän kasvatustalvalmiuteensa. Tämä johtui osaltaan kasvatustalvalmiuden mittaamistavasta. Kolmiluokkainen arvio koski tarkastuksen yhteydessä tapahtunutta kasvatustalvalmiuden keskustelemista. Terveydenhoitajat kuitenkin tunsivat suurimman osan perheistä jo useiden vuosien ajalta. Tämän vuoksi monenlaiset muutkin asiat lienevät vaikuttaneet arvioihin. Tämä tuli

esiin mm. siinä, että muutamilla terveydenhoitajilla kasvatustelunvalmiuden arviointi oli suoraan yhteydessä jatkotoimenpiteiden tarpeen arviointiin. Toisaalta tyttöjen ja poikien vanhempien kasvatustelunvalmiutta arvioitiin eri tavoin.

Useissa perheissä äidin ilmoitettiin yksinään huolehtivan lapsen hoidosta ja kasvatuksesta (vrt. Marin 1978). Esimerkiksi vanhemmille yhteisesti osoitetuista kyselylomakkeista yli 40% oli täyttänyt äiti yksinään. Eräisiin hoito- ja kasvatustoimiin (esim. lapsen kysymyksiin vastaaminen ja rankaiseminen) kuitenkin yli puolet isistä osallistui yhdessä äidin kanssa. Mitä nuorempia vanhemmat olivat, sitä useammin he olivat vastanneet yhdessä kyselylomakkeeseen ja muutenkin ilmoittivat huolehtivansa yhdessä lapsen hoidosta ja kasvatuksesta. Jatkotoimenpiteiden tarve oli vain vähäisessä määrin yhteydessä isän osallistumiseen lapsen hoitoon ja kasvatukseen.

Terveystoiminnan arviointijärjestelmä

Terveystoiminnan arviointijärjestelmän tehtävistä suoriutui keskimäärin 90% viisivuotiaista. Yksittäisten tehtävien vaikeustasot olivat melko erilaisia, mutta vastasivat pääpiirteissään samantapaisissa tutkimuksissa (Helsingin kaupunki 1981; Lauri 1982) saatuja tuloksia.

Terveystoiminnan arviointien reliabiliteetti osoittautui jossain määrin ongelmalliseksi. Terveystoiminnan välillä oli huomattavia eroja arvioinnin tarkkuutta korostavissa tehtävissä. Arvioinnin tavoitteen kannalta merkittäviä olivat tulokset, joiden mukaan havaintojen teon ja tulosten kirjaamisen epä johdonmukaisuudet korostuivat keskimääräistä enemmän jatkotoimenpiteiden tarpeessa olevien lasten arvioinnissa.

Puheen virheettömyyden arviointi poikkesi muista arvioinnin tarkkuutta korostavista tehtävistä. Sitä koskevat havainnot olivat samantapaisia

kaikilla terveydenhoitajilla ja tiedot oli kirjattu kaikista lapsista. Tämä osaltaan havainnollistaa arvioinnin epäjohdonmukaisuuksien olleen yhteydessä terveydenhoitajien arviointikokemukseen, sillä puheen arvioinnista terveydenhoitajilla oli kokemusta enemmän kuin muista psyykkisen kehityksen alueista.

Kaikki arviointijärjestelmän tehtävät erottelivat merkitsevästi ongelma- ja verrantaryhmän. Jatkotoimenpiteiden tarpeeseen olivat voimakkaimmin yhteydessä havaintotoimintojen ja hienomotoriikan tehtävät sekä eräät kielen ja kognitiivisten toimintojen tehtävät (esim. lukumäärien 1-5 laskeminen ja kielellisten päätelmien tekeminen).

Arviointijärjestelmän tehtävien perusulottuvuuksia kuvattiin neljällä faktorilla. Nämä olivat havaintotoiminnot ja hienomotoriikka, kieli ja kognitiiviset toiminnot, sosiaalinen kehitys sekä kokonaismotoriikka. Faktorit vastaavat pääpiirteissään Laurin (1982) tuloksia terveydenhoitajien omiin havaintoihin perustuvista tehtävistä.

Tyttöjen ja poikien faktorirakenteet olivat pääpiirteissään samantapaiset. Erot liittyivät tyttöjen parempaan suoriutumiseen tehtävistä. Sukupuolten väliset erot olivat suurimpia havaintotoimintojen ja hienomotoriikan alueella sekä puheen virheettömydessä. Osa eroista liittyi tyttöjen poikia parempaan kynän käytön harjaatuneisuuteen ja parempaan tehtäviin keskittymiseen. Yksittäisistä tehtävistä suurin sukupuolten välinen ero oli ihmisen piirtämisessä. Lisäksi tytöillä ihmisen piirtämisen yksittäiset kehitysvihjeet olivat selvemmin yhteydessä jatkotoimenpiteiden tarpeeseen kuin pojilla (vrt. Elonen 1968).

Neuvolassa todettavat psyykkisen kehityksen ongelmat

Ennen viisivuotistarkastusta psyykkisen kehityksen ongelmia oli todettu yhteensä noin 10%:lla lapsista. Tämä vastaa Nupposen (1981) Tam-

pereen neuvoloiden terveystarkastuksiin kirjattujen tietojen analyysin antamaa tulosta. Viisivuotiaina ongelmaryhmään sijoittuneista noin 40%:sta oli aikaisempia havaintoja ongelmista. Näistä kuitenkin lähes neljäsosaan liittyi tieto, ettei tarvittaviin jatkotoimenpiteisiin ollut ryhdytty ennen viisivuotistarkastusta.

Aikaisemmin neuvolassa todetut ongelmat olivat olleet puheen ongelmia, tottelemattomuutta, ylivilkkautta, kastelua, arkuutta ja pelkoja, yleistä kehityksen jälkeensä jääneisyyttä sekä erilaisia koko perheen ongelmia. Paljolti samoja ongelmia vanhemmat ilmoittivat haluavansa selvitellä myös viisivuotistarkastuksessa. Lapsen pelkoja ja arkuutta vanhemmat eivät maininneet lainkaan viisivuotistarkastuksessa selvitelyä vaativina ongelmina. Kyselylomakkeessa vain 7% vanhemmista mainitsi jonkin ongelman, johon he halusivat saada selvityksen viisivuotistarkastuksen yhteydessä.

Terveydenhoitajien mukaan hiukan yli viidesosalla viisivuotiaiden ikäluokasta oli heidän oman työnsä ulkopuolelle menevien jatkotoimenpiteiden tarvetta. Ongelmaryhmässä poikien osuus oli suurempi kuin tyttöjen. Pojista lähes 30%:lla todettiin jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viittaavia ongelmia, kun tytöillä vastaava osuus oli alle 20%. Osassa vastaavia tutkimuksia (Helsingin kaupunki 1981; Lauri 1982; Nupponen ym. 1982) tyttöjen ja poikien eroon ei ole kiinnitetty huomiota, mutta Kiviluodon ym. (1981) tutkimuksessa ilmeni samansuuntainen ero, vaikka ongelmat oli määritelty aivan erilaisilla kriteereillä. Tulos vastaa myös tietoja tyttöjen ja poikien osuuksista lapsia koskevien mielenterveyspalvelujen piirissä (Myllykangas ym. 1982).

Jatkotoimenpiteistä yli puolet suuntautui psykologeille. Muut huomattavat jatkotoimenpiteiden muodot olivat puheterapia ja päivähoito.

Noin viidennes ongelmatapauksista oli sellaisia, joiden osalta terveydenhoitaja ei lomakkeisiin kirjattujen tietojen mukaan pystynyt perustelemaan tarkemmin jatkotoimenpiteiden tarvetta. Toisaalta jatkotoimenpiteitä kohdistui lapsiin, joista terveydenhoitajat arvioivat, ettei heillä ollut varsinaisia psyykkisen kehityksen ongelmia. Selvimmin tämä koski ääntämisen virheiden korjaamista.

Terveydenhoitajien kirjaamien tietojen pohjalta psykologi teki oman arvionsa jatkotoimenpiteiden tarpeesta. Arvioista 85% oli yhtäpitäviä terveydenhoitajien arvioiden kanssa. Lapsista kahdella kolmasosalla ei kummankaan arvion mukaan ollut jatkotoimenpiteiden tarvetta. Toisaalta noin 15%:lla oli molempien arvioiden mukaan jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viittaavia ongelmia. Seulontamallin näkökulmasta terveydenhoitajien arvioiden sensitiivisyys olisi ollut .72. Tulos vastaa kokemuksia Ruotsin nelivuotistarkastuksista, vaikkakin niissä on toimittu huomattavasti selväpiirteisempien ongelmakriteerien perusteella kuin tässä tutkimuksessa (Nilsson ym. 1976).

Kehityksen ennustettavuus ja jatkotoimenpiteiden tarpeen pysyvyys
Monet lasta ja perhettä kuvaavat taustatiedot olivat yhteydessä sekä lapsen suoriutumiseen arviointijärjestelmän tehtävistä että jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana. Perhettä ja synnytystä kuvaavat muuttujat eivät regressioanalyttisesti tarkastellen kuitenkaan selittäneet käytännössä merkityksellisessä määrin lasten suoriutumista ja jatkotoimenpiteiden tarvetta. Sen sijaan lapsen varhaiskehitystä kuvaavilla muuttujilla oli ennustamisen kannalta merkittäviä yhteyksiä suoriutumiseen ja jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana. Ne koskivat kuitenkin lähinnä vain ääriryhmiä. Lasten suoriutumisen ja jatkotoimenpiteiden tarpeen ennustettavuus perhettä ja varhaiskehitys-

tä koskevien tietojen pohjalta oli suurempaa pojilla kuin tytöillä (vrt. Richman ym. 1982).

Huomattava osa jatkotoimenpiteiden tarpeesta olisi ollut erotettavissa terveydenhoitajan käytössä olevien tietojen pohjalta ilman psyykkisen kehityksen arviointia, vaikka myös arvioinnin osuus päätöksenteossa oli olennainen. Jatkotoimenpiteiden tarvetta koskevat päätökset olivat yksittäisissä neuvoloissa eri tavoin yhteydessä terveydenhoitajan käytössä olleisiin tietoihin. Erot koskivat erityisesti arviointijärjestelmän tulosta.

Viisivuotiaina ongelmaryhmään kuuluneista lapsista noin 40%:lla oli ollut ongelmia jo aikaisemmin ja näistä kahdella kolmasosalla oli ongelmia myös kuusivuotiaana. Niistä viisivuotiaina ongelmaryhmään kuuluneista, joilla ei ennen viisivuotistarkastusta ollut ilmennyt ongelmia, niitä oli vain joka toisella vielä kuusivuotiaana. Seurannan perusteella olisi ollut mahdollista erottaa ikäluokasta noin 6-7%, joilla oli jatkuvia psyykkisen kehityksen ongelmia (vrt. Lauri 1982; Lepistö ja Nieminen 1976; Taipale ja Yletyinen 1982). Ikävaiheesta toiseen jatkuviin lapsen ongelmiin liittyi keskimääräistä huomattavasti useammin koko perheen ongelmia.

12.2. Käytännön johtopäätöksiä

Arvioinnin asema palvelujen kehittämisessä

Terveydenhoitajien työtä ja tutkimuksen jatkamista koskevien johtopäätösten esittämiseen tutkimukselle eksplisiittisesti määriteltä tavoite eli terveydenhoitajan käyttöön soveltuvien arviointimenetelmien kehit-

tely ei sellaisenaan ole riittävä lähtökohta. Arvioinnin kehittäminen ei ole itseisarvo, vaan yleisempänä tavoitteena on neuvolan palvelujen kehittäminen. Toisaalta terveydenhoitajan arvioinnin kehittäminen on yhteydessä hänen käytännön työskentelyedellytyksiinsä.

Terveydenhoitajan työssä psyykkisen kehityksen arviointi on perusta neuvonnalle ja se auttaa päätöksentekoa jatkotoimenpiteiden tarpeesta. Tutkimuksessa on keskitytty selvittämään jatkotoimenpiteiden tarpeen päätöksentekoa palvelevaa arviointia. Tämän on kuitenkin korostettu lähtevän kokonaiskuvan luomisesta lapsesta ja perheen tarpeista. Kokeilun aikana arvioinnin yhteydet terveydenhoitajien neuvontaan oli otettu huomioon, vaikka siihen liittyviä asioita ei tutkimuksessa tarkemmin selviteltykään.

Nupposen ja Lusan (1982) mukaan uudet arviointimenetelmät voivat parantaa palveluja kolmella tavalla: varmistamalla päätöksenteon luotettavuutta, antamalla perusteluja palvelujen valintaan ja nopeuttamalla ohjausta. Samanlaisia muutoksia saadaan kuitenkin aikaan psyykkisen kehityksen asioita koskevalla täydennyskoulutuksella sekä terveyskeskuspsykologin ja puheterapeutin palveluja lisäämällä. Arviointimenetelmien kehittämisen merkitys tulee suhteuttaa näihin vaihtoehtoihin palvelujen kehittämismahdollisuuksiin. Toisaalta on kuitenkin otettava huomioon, että arvioinnin kehittämistä koskevalla tutkimuksella osaltaan havainnollistetaan täydennyskoulutusta vaativia asioita ja yksilöidään jatkotoimenpiteiden kehittämistarpeita.

Psyykkisen kehityksen arvioinnin asema määräaikaisissa terveystarkastuksissa voidaan nähdä kahdella periaatteessa erilaisella tavalla. Psykologien työn kehittämistä lähteneissä ikäluokka-arvioinneissa psyykkisen kehityksen asioita on käsitelty omana erityistarkastuksenaan. Toisaalta psyykkisen kehityksen arviointi ja seuranta voidaan

liittää korostuneesti neuvolatoiminnan tavoitteeseen ja pyrkiä kehittämään terveystarkastukset myös psyykkisen kehityksen osalta yhtä luonteviksi ja luotettaviksi kuin perinteisesti on ollut muilla kehityksen alueilla. Kehittämisen kohteena ei tällöin ole erillinen tarkastus, vaan psyykkisen kehityksen asioiden kytkeminen terveystarkastusten kokonaisuuteen.

Tutkimuksessa viisivuotistarkastuksessa keskityttiin vain psyykkisen kehityksen asioihin, vaikka periaatteessa korostettiin niiden selvittelyn merkitystä kaikissa ikävaiheissa ja luontevana osana kokonaiskehitystä. Näkemyksen jääminen vain periaatteelliseksi kannanotoksi liittyy siihen, että tutkimuksen käynnistymisen vaiheessa käsitykset psyykkisen kehityksen arvioinnista neuvolassa olivat jossain määrin jäsentymättömiä ja ristiriitaisiakin. Rajoittuminen viisivuotistarkastukseen edisti osaltaan kokeilun aloittamista. Uuden terveystarkastuksen ja siihen sisältyvän kehityksen seuraamisen tultua käyttöön tutkimustentävä olisi ollut helpommin suunnattavissa kokonaisvaltaisemmin terveydenhoitajan suorittamaan arviointiin.

Kun psyykkisen kehityksen arvioinnin perustaksi nähdään jatkuva seuranta ja siihen liittyvä neuvonta uudessa terveystarkastuksessa esitettyssä muodossa, ne eivät ole ristiriidassa ongelmien ja häiriöiden seulontaa palvelevan arvioinnin kehittämiseksi. Seulonnan merkitys ja käytettävät menetelmät tulee kuitenkin suhteuttaa käytännön edellytysten ohella seurannassa tapahtuvaan arviointiin ja toimenpiteisiin. Useiden olemassa olevien seulontatietojen käytölle neuvolajärjestelmässämme ei tältä pohjalta jää mitään perusteita. Erityisesti primaaritason seulontatietojen (Meier 1976) kehittelyn tavoitteena voidaan nähdä olevan juuri sellaisia palvelujen kehittämispyrkimyksiä, jotka neuvolajärjestelmässämme ovat perinteisesti jo toteutuneet; aikaisemmin

ne toteutuivat osittain huomaamatta ja nykyään tietoisesti.

Täsmällinen ehdotus terveydenhoitajan käyttöön soveltuvasta arviointimenetelmästä psyykkisen kehityksen asioihin keskittyvää viisivuotistarkastusta varten on esitetty toisaalla (Korkiakangas 1984). Tässä yhteydessä voidaan rajoittaa yleisempiin terveydenhoitajien suorittamaa arviointia koskeviin kommentteihin. Esitettävien kommenttien yhteydessä on kuitenkin pidettävä mielessä, että kokeiluvaihe perustui sekä toimintamallin että menetelmien epätäydellisiin versioihin. Työntekijöiden kokemattomuus ja menetelmien keskeneräisyys aiheuttivat huomattavaa virhevariانسsia, joten esimerkiksi päätelmät arvioinnin reliabiliudesta saattavat soveltua vain kokeiluvaiheeseen. Toisaalta kokeilutilanteessa työntekijöiden innostus työhön ja sen kehittämiseen olivat ehkä suurempia kuin normaalitilanteessa, minkä vuoksi kaikkien kokeilussa esiin tulleiden asioiden toteutuminen normaalitilanteessa ei ole täysin ennustettavissa. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että kehittämismahdollisuuksien toteutumiseksi asetetaan rajoituksia enemmänkin konkreetit toimintaedellytykset kuin työntekijöiden innostus tai asenteet.

Terveydenhoitajan arvioinnin mahdollisuudet ja pulmat

Tutkimuksessa lähdettiin näkemyksestä, että terveydenhoitaja toimii psyykkisen kehityksen arvioinnissa jatkumolla, jonka toisena ääripäänä ovat täsmälliset havainnot lapsen ominaisuuksista tai käyttäytymisestä ja toisena ääripäänä psykologista tulkintaa edellyttävät arviot. Tulosten mukaan psykologista tulkintaa edellyttäneissä tehtävissä terveydenhoitajien arvioinnit olivat sisäisesti melko epäjohdonmukaisia, mikä lisäksi korostui keskimääräistä enemmän ongelmaryhmässä. Kokeiluvaiheessa luotettavan arvioinnin vaatimat tiedot ja arviointitottumuk-

set olivat ainakin osalla terveydenhoitajia riittämättömiä. Tämä on nähtävä haasteeksi koulutukselle, jota yksittäisten menetelmäehdotusten laatiminen ei voi mitenkään korvata. Toisaalta arvioinnin pulmien korostuminen ongelmaryhmässä tuo osaltaan esiin arviointiin käytettävän ajan merkityksen. Ellei tarkastukseen käytettävää aikaa voida lisätä ja ellei ajankäytössä voi olla joustavuutta, psyykkisen kehityksen arvioinnin kehittämiseksi ei ole olemassa käytännön mahdollisuuksia.

Suurella osalla terveyskorttiin kirjatuista tiedoista ei ollut olennaisia yhteyksiä arviointijärjestelmän tehtävistä suoriutumiseen ja jatkotoimenpiteiden tarpeeseen viisivuotiaana. Tämä lienee yhteydessä siihen, että vanhan terveyskortin aikana joitakin tulevan kehityksen kannalta merkityksettömiä tietoja on kirjattu hyvinkin täsmällisesti samalla, kun monista kehityksen seurannan kannalta merkittävistä asioista havaintoja on kirjattu vain satunnaisesti. Tulokset viittasivat siihen, etteivät terveydenhoitajat olleet jättäneet vain epävarmoja havaintoja kirjaamatta, vaan epäluotettavien havaintojen tekeminen ilmeni osaltaan tietojen epätasällisenä kirjaamisena. Tietojen kirjaamisessa ilmenneet pulmat osoittautuivat niin olennaisiksi, että niiden metodologisiin ja käytännön työtä koskeviin ongelmiin paneudutaan perusteellisemmin tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa.

Terveydenhoitajan työn luonne suhteessa neuvolatoiminnan tavoitteisiin tulee korostuneesti esiin siinä, millaisilla kriteereillä terveydenhoitaja arvioi jatkotoimenpiteiden tarvetta. Tutkimuksen lähtökohtana oli kokonaiskuvan luominen lapsen kehityksestä ja perheen tarpeista sekä sen suhteuttaminen omiin toimintamahdollisuuksiin ja käytettävissä oleviin palveluihin. Olennaiseksi kysymykseksi tulee tällöin se, vastaako terveydenhoitajien arvio jatkotoimenpiteiden tar-

peesta palveluja tarvitsevia ongelmatapauksia. Mikäli jatkotoimenpiteiden tarpeeksi arvioidaan noin 20% ikäluokasta, ulkopuolelle jää perheitä, joille psykologin tai puheterapeutin palveluista olisi etua, vaikkakaan ne eivät olisi ehdottoman välttämättömiä. Jatkotoimenpiteiden tarpeen ulkopuolelle näytti jäävän myös tiettyihin kehityksen häiriöihin viittaavia tapauksia. Tällaista ilmeni mm. viisivuotistarkastuksen kehittämisessä usein korostettujen käsitteellisesti melko epämääräisten kehitysviivästymien tai oppimisvaikeuksien osalta. Tätä selvitetään tarkemmin ongelmien pysyvyyttä ja eri ikävaiheissa neuvolassa tehtyjä havaintoja koskevien jatkotutkimusten yhteydessä.

Toisenlainen näkökulma terveydenhoitajan arvioinnin kehittämiseen on lähtenyt täsmällisten kehityspsykologisten tai kliinis-psykologisten kriteerien asettamisesta erilaisten ongelmien tai häiriöiden löytämiseksi. Mitä enemmän korostetaan tätä näkökulmaa, sitä irrallisemmaksi arviointi tulee terveydenhoitajan oman työn kehittamisestä. Samalla lähtökohdaksi otetaan toimintamuotoja, jotka eivät ole perinteisesti kuuluneet lastenneuvolaan. Mikäli arvioinnin tavoitteet liitetään vain ongelmien tai häiriöiden löytämiseen ja erityisesti mikäli yli puolella tai jopa kahdella kolmasosalla ikäluokasta korostetaan olevan jonkinasteisia ongelmia tai häiriöitä, olisi samalla vakavasti pohdittava lähtökohtaan sisältyvää näkemystä neuvolatoiminnasta ja perheen kasvatustehtävästä.

Esimerkiksi erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativien lasten päivähoidon tarpeen selvittämisessä terveydenhoitajilta edellytettiin sellaisia arvioita lasten ongelmista (esim. sosiaalis-emotionaaliset häiriöt, MBD, kehityksen viivästymät tai kehitysvammat), jotka ovat mahdottomia ilman diagnostista arviointia (Särkkä 1982). Terveydenhoitajien esittämät arviot poikkesivat olennaisesti muilla perusteilla

tehdystä arvioista. Heidän arvionsa kuitenkin vaihtelivat huomattavasti neuvoloittain ja paikkakunnittain. Huomion arvoisena voidaan pitää, että arviot olivat kattavampia pienillä paikkakunnilla, joissa terveydenhoitajat tunsivat hyvin sekä lapset että heidän perheensä. Tämä viittaa siihen, että terveydenhoitajat pystyvät tarvittaessa arvioimaan lasten psyykkisen kehityksen ongelmia suhteellisen osuvasti ilman erityisiä arviointimenetelmiäkin, jos he tuntevat hyvin lapsen ja perheen elämäntilanteen.

Neuvolatoiminnan kehittäminen psyykkisen kehityksen asioiden osalta vaatii yksilöimään tätä tutkimusta tarkemmin sen, millaisiin asioihin neuvolatarkastusten kautta pyritään vaikuttamaan. Viisivuotiailla lapsilla on monia ongelmia, joista osa korjautuu ajan myötä itsestään. Toisaalta heillä on vaikeuksia, jotka ovat helposti korjattavissa terveydenhoitajan neuvonnalla, mutta lapsilla ja perheillä on myös ongelmia, joita ei voida ratkaista pelkästään terveydenhoitajan neuvonnan avulla. Jatkotoimenpiteiden tarpeen arviointi vaatii terveydenhoitajilta tietoja myös psyykkisen kehityksen ongelmista ja häiriöistä. Tällaisen tiedon pohjalta voidaan täsmentää niitä kriteerejä, joita terveydenhoitajien odotetaan käyttävän jatkotoimenpiteiden tarpeen arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa kriteerejä ei määritelty ennalta täsmällisesti, ja eri neuvoloissa vanhempien esiin tuomien pulmien ja terveydenhoitajan oman arvioinnin keskinäinen painottuminen vaihtelivat huomattavasti.

Tutkimuksessa on korostettu terveydenhoitajan arviointia suhteessa jatkotoimenpiteiden tarpeeseen. Tämän vuoksi vanhempien kokemat pulmat ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Kyselylomake tutkimuksessa käytetyssä muodossa osoittautui suhteellisen epäpersoonalliseksi tietojen hankintamuodoksi vanhemmille kokemuksellisesti merkityksellisten kas-

vatusasioiden selvittelyyn. Kokeilussa päädyttiin tutkimuksessa käsitellyn aineiston keruun jälkeen siihen, että terveydenhoitaja selvittelee pulmia keskustelemalla niistä neuvolassa vanhempien kanssa. Kokeilun alussa kyselylomakkeella oli se etu, että sen mukana voitiin tiedottaa tulevan tarkastuksen luonteesta. Lomake oli lisäksi pyritty laatimaan sellaiseksi, että vanhemmat saattoivat siihen vastatessaan valmistautua tulevaan tarkastukseen. Tutkimustilanteessa jouduttiin tosin kysymään myös asioita, jotka olivat tämän tavoitteen ulkopuolella. Lomakkeen palautti yli 98% vanhemmista, mikä osoittaa, ettei sitä koettu ylivoimaisen kiusalliseksi. Tähän vaikuttaa ehkä osaltaan se, että neuvola koetaan jopa niin positiiviseksi instituutioksi, että sieltä saatavat ohjeet saatetaan ymmärtää suorastaan velvollisuuksiksi. Kun nykyään useissa terveyskeskuksissa on yleisenä käytäntönä yhteen ikävaiheeseen keskittyvä psyykkisen kehityksen tarkastus neuvolassa, tämä saattaa aiheuttaa myös kielteisiä asenteita neuvolatoimintaa kohtaan. Samanaikaisesti kun terveydenhoitajan suosittelimia lähes välttämättömiksi katsottavia jatkotoimenpiteitä jää syystä tai toisesta toteutumatta, osa jatkotoimenpide-ehdotuksista voi synnyttää vaikutelman kunnallisesta kasvatustarkastuksesta eli puuttumisesta vain perheelle itselleen kuuluviin asioihin. Vanhempien käsityksiä ja odotuksia neuvoloiden palveluista voitaisiin tämän vuoksi tutkia tarkemmin.

Tutkimuksessa tulivat useissa yhteyksissä esiin tyttöjen ja poikien väliset erot, joita ei tutkimuksen luonteen vuoksi voitu selvittää tarkemmin. Monet eroista vaatisivat yksityiskohtaisempaa erittelyä, sillä pelkkien erojen kuvailemisen sijasta olisi tarkasteltava niiden merkitystä arvioinnille, jatkotoimenpiteiden tarpeelle ja lapsen myöhemmälle kehitykselle (Korkiakangas 1983). Sukupuolieroihin voidaan

luontevasti liittää kysymys, miten neuvolatoiminnassa päästään perinteisestä äiti-lapsi-terveydenhoitaja -järjestelmästä todelliseen perhekeskeisyyteen. Isän merkityksen painottamisessa ja mukaan saamisessa ajaututaan helposti korostamaan äärimmäisyyksiä. Lisäksi monien tutkimuksessa esitettyjen tulosten ja tulkintojen tarkastelussa on syytä kiinnittää huomiota siihen, että puhuttaessa vanhemmista kyseessä on usein ollut vain äiti ja häneltä saadut tiedot. Earls (1980) on esimerkiksi osoittanut, että kuva lasten käyttäytymisongelmista muodostuu erilaiseksi isän havaintojen pohjalta kuin useissa tutkimuksissa vanhempien tiedoiksi nimettyjen äidin havaintojen pohjalta. Kaikkien mahdollisten erojen kuvailemisen sijasta olisi kuitenkin pystyttävä erottamaan neuvolan palvelujen kehittämisen kannalta merkitykselliset erot.

SUMMARY: THE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF FIVE-YEAR-OLD
CHILDREN BY PUBLIC HEALTH NURSES AT CHILD HEALTH CENTRES

Introduction

In the Finnish public health care system the child health centres take the main responsibility for the health services of all children after the maternity health services. The purpose of the child health centres is to ensure the health and favourable development of children until school age. The tasks of the child health centres are the systematic monitoring of the health and development of the child, and health education including parental guidance in child care and upbringing. Health examinations form a substantial part of this work. During the first year of life the goal is to examine the child nine times, and thereafter at least once a year. Two-thirds of the examinations are carried out by a public health nurse alone, and the remaining third by a physician. The public health nurse is an expert with responsibility for the whole range of primary health care. Traditionally the examinations carried out by the nurse and physician have focussed on the examination of the child's physical health and the monitoring of its growth as well as on giving basic advice on child care.

The social changes of the two last decades have created new problems in child health and upbringing. On many different grounds it has been estimated that about 15-20% of all pre-school-aged children or their families are in need of some kind of psychological or psychia-

tric aid or support. Many parents also feel their knowledge of, and skills in bringing up children to be inadequate. The child health centres can also be developed to distribute knowledge and support in upbringing as well as to realize the possibilities for preventive work in mental health.

Since the Primary Health Care Act of 1972 child health centres have been a part of the activities of the health centres in each local authority area. At the same time the challenges concerning preventive work in mental health and guidance of upbringing have officially been taken note of. During the 1970's the health examinations at the child health centres, especially the examination of five-year olds, were developed so that a separate examination was added relating to the mental development of the child and to parental guidance in matters of upbringing. In most cases psychologists have been responsible for this work as an addition to the standard health examinations by public health nurses and physicians. In these experiments the assessment of mental development, parental guidance, and the forms of further measures and interventions have varied considerably from one health centre to another.

The purpose of the child health centres is to continually monitor development and to advise parents, which means that the work of the public health nurse must be taken as a point of departure for the development of the assessment of children's mental development and of advice to parents on upbringing. At the same time the role of the psychologist can be seen more as specialized work built on and supporting the work of the public health nurse. The renewal of the standard health record of children, which is at present being carried out, further clears up the situation. During recent years experiments have

also been carried out, in which the assessment by public health nurses has been studied.

Goals and Points of Departure

The research has been initiated by the National Board of Health as a research and development project concerning the psychological assessment by public health nurses. The aim has been to develop assessment methods, which are suitable for use by public health nurses in the health examination of five-year olds at child health centres.

In developing assessment methods for the health examination of five-year olds the points of departure have been the following.

- It is not possible to carry out assessment of mental development as well as guidance on upbringing of all children and families as part of the duties of psychologists. The overall monitoring of children's mental development should form a natural part of the examination carried out by public health nurses. This requires that the nurses are given practical possibilities to perform this work, which means that the required methods for assessment must be developed and the training related to them must be arranged.
- The purpose of the assessment carried out by the nurse is not only the screening of problem cases. The aim is that the nurse and the parents create together a meaningful overall picture of the child's mental development for guidance, which is the point of departure for the evaluation of the need for further measures or intervention. The assessment of the need for further measures appears also

to be influenced by the services available.

- The examination of five-year olds is not independent of the examinations of other age-groups. The assessment of the children's mental development as well as guidance on upbringing must be a natural part of the examinations of all ages. In the examination of five-year olds it is concentrated to a greater extent and more thoroughly than at other ages on matters of upbringing and mental development. The nurse's work must be closely connected with that of the psychologist and speech therapist as well as with the other forms of further measures and intervention.

Problems

The methods prepared for the experiment were tested in the research, and descriptive data about the behaviour and upbringing of five-year-olds were collected for the development of the nurse's work. The main problems of the research are:

- What kind of worries concerning the development and upbringing of a five-year-old child the parents report they have experienced.
- How the assessment system of the nurse functions in practice, particularly, what are its psychometric properties.
- How many problem cases there are in which mental development as assessed by parents and public health nurses relates to a need for further measures.
- How predictable is the development and the need for further measures on the basis of data documented at child health centres.

Subjects and Methods

The experiment for the research was carried out within the health centre of Lahti (an industrial town of about 100 000 inhabitants in Southern Finland). An another experiment to check some results was carried out at Äänekoski-Suolahti (the health centre is responsible for an area with about 25 000 inhabitants and containing two small industrial towns and three rural communes). Twenty child health centres, with a total of twenty-eight public health nurses, took part in the experiments. Other groups of workers in the health centres (e.g. psychologists and speech therapists) also took part through the further measures and interventions planned by the nurses. During 1981 1138 children and their families were examined in Lahti, and 108 children and their families in the four child health centres in Äänekoski-Suolahti. A follow-up examination was carried out during 1982 when the same children were six-year olds.

A group of known tests suitable for the assessment of a five-year-old child (e.g. Binet, Gesell, Bühler & Hetzer, Frankenburg, Sheridan) were analyzed. Tasks were sought which required only such testing material as is familiar to nurses and is normally present in the child health centres. Tasks found in many tests were selected. The assessment system devised for the public health nurses contained twenty-four tasks. All workers involved in the activity of the child health centres (nurses, psychologists, speech therapists, and some of the physicians) took part during the previous year in training concerned with the application of the assessment system.

During the first year of the experiment all of the parents who attended the examination were also sent a questionnaire, which was re-

turned to the nurse at the examination. The content of the questionnaire included matters related to the family's life and the upbringing of the child, as well as about expectations of the five-year old's examination. A checklist of worries about development and upbringing experienced by the parents formed a substantial part of the questionnaire.

The public health nurses used on average fifty minutes for each family for assessment and guidance. If further measures or intervention were assessed to be necessary for the child or family (=problem group) an average of ten minutes more was used than in connection with matched cases without problems from the same child health centres (=control group). Further measures or interventions relating to mental development or upbringing were mainly referred to a psychologist or speech therapist.

Results

Some of the worries experienced by the parents about the development and upbringing of a five-year old child were general. The following worries were most often experienced by the parents: the child having temper tantrums when he or she does not get his or her way; choosiness in eating; the child's sleeping in the parents' bed; a fear of injections, a fear of watching some TV-programmes or animals. In the sense of mental development more difficult problems (e.g. bed-wetting or stuttering) were reported quite rarely.

The reporting of worries was connected to many variables concerning the child and family. For example the parents' age was connected to

the worries felt. Younger parents reported more problems than older parents with the child's disobedience, temper tantrums, and impulsiveness. In addition older fathers had participated less than the younger ones in answering the questionnaire on worries. The parents of boys reported experiencing worries as often as the parents of girls, but the kind of worries were different. The problems, which in the opinion of the parents appeared more with boys than with girls were, among others; touching sexual organs, playing too rough games, getting dirty, becoming impulsive in the company of other children and having temper tantrums when not getting their own way, as well as disturbances in speech. Girls seemed to have more fears than boys.

The need for further measures correlated very significantly to the parents' awareness about upbringing, or in practice with the nurse's view of the parents' readiness and willingness to deal with matters concerning upbringing at the child health centre. This correlation means mainly that nurses found very low readiness and willingness only in the problem group, i.e. when there was need for further measures. The result gives material for discussion in two different directions. First it can be asked to what extent the families in need of further measures are those in which dealing with matters concerning upbringing is generally rare, and which do not want or are not able to deal with them at the child health centre either. On the other hand it is possible to ask to what extent discussion about problems of mental health is difficult for the nurse, even to the extent that she expects that families in need of further measures would be more ready and willing than the average to clear up matters of upbringing.

The level of difficulty of some of the tasks in the nurse's assessment system proved problematic in the sense of classical test theory,

because more than 90% of the children managed to perform them. This was especially the case in tasks of general motor activity (e.g. standing or hopping on one leg, riding a tricycle and skiing). All of the twenty-four tasks in the assessment system separated statistically significantly the problem group from the control group. Some of the tasks separated the groups very significantly (e.g. copying a square or a triangle and concentration on tasks). Some of the tasks had only a slight, although statistically significant, negative correlation with the need for further measures (e.g. consistent right or left handedness, riding a tricycle and skiing, lack of disturbances in speech, and the use of sentences in telling a story about a picture).

The reliability of the assessments of public health nurses (that is the internal consistency and intersubjectivity of observations) proved dubious. There were considerable variations between nurses in the making of observations, their recording and interpretation. The problems of making observations, their recording and interpretation were analyzed specially through the task of human figure drawing. Less intersubjectivity was found in the assessment of the problem children than the children of the control group.

The factor structure of the 24 tasks corresponded to the expected classification of the domains of development into general motor activity, perception and fine motor activity, language and cognitive abilities as well as social development. However, the four factors explained only about 35% of the total variance. The factor structures of girls and boys showed differences mainly in details. Many of the differences were associated with the better performance of the girls as compared to the boys.

Girls were significantly better than boys in most of the tasks. The

greatest differences were in tasks of perception and fine motor activity as well as speech. The differences in perception and fine motor activity were closely connected with girls' better concentration on tasks and readiness to use a pencil. However, although these differences were taken into consideration through partial correlation analysis girls were significantly better than boys in drawing a person.

About 10% of the children or families had been shown at the child health centres to have problems in mental development or upbringing already before the five-year old examination. About 40% of the children who were in need of intervention when five-year olds had already earlier been shown to have difficulties in mental development.

About 7% of the parents mentioned in the questionnaire a problem of mental development or upbringing of the child for which they wanted some kind of intervention in connection with the examination. Only in exceptional cases was it expected that the problem would be settled by the nurse or physician. In most cases it was hoped that the psychologist would provide a solution.

In five-year examination the public health nurses in Lahti estimated that approximately 22% of the children or their families were in need of some kind of a more detailed psychological examination or intervention. This estimate did not differ significantly from the corresponding estimate from the Hänekoski-Suolahti area, which was approximately 20% of the children or their families. It was shown that significantly more boys or their families (app. 27%) than girls or their families (app. 18%) were in need of further measures. About half of the further measures were directed to psychologists. The other half was formed by speech therapy and day-care as well as special services

outside the health centre (e.g. family therapy or neurological examination).

The evaluation of the need for further measures was also done by a psychologist on the basis of the data documented by the nurses. The analysis revealed that the evaluations corresponded in 85% from the cases and in 15% of the cases the evaluations were different. The nurses classified some children into problem group, although the psychologist did not find any criteria for the classification in the documented data. In general the psychologist found, however, more need for further measures than the nurses. In the sense of screening the sensitivity of evaluations by the nurses was .72.

In investigating the predictability of the developmental level of five-year olds and the need for further measures it is possible to emphasize, that many of the data depicting the children's early development and family were not very useful in the sense of real prediction, although as a point of departure we had statistically significant correlations (r about .10). Data of this kind were, for example, the age of the mother, illnesses of the mother during pregnancy, Apgar-score, and ailments of the child during first years of life. Real predictability was found only in the connection of extreme cases.

Regression analysis showed that less than 10% of the variance in the need for further measures of five-years olds could be predicted with the aid of the variables relating to the family situation and the early development of the child. This can be interpreted as meaning that problems of mental development at the age of five form such a multiplex totality that it is not possible to expect that the data at the level of that at the child health centre's disposal would show any substantial predictions. In the sense of finding risk groups of the

mental development the problems of prediction should be limited to concern only precisely specified problems or domains of development.

Differences were found between boys and girls concerning predictability. The variables depicting family and early development explained 26% of the variance in the developmental level of the boys, and 17% of the girls' variance. In the prediction of the need for further measures the difference between boys and girls was found in the regression model. In the boys' model the predictability was based mainly on early development and in the girls' model on family situation. The sex differences were connected with the documentation of data at child health centres. More variance in the sense of extreme cases was found in the data of boys than in the data of girls.

Of the variance in the decisions about the need for further measures only 40-50% (depending on the accuracy of the recordings by the nurses) seemed to be depicted with the aid of problems that had been noticed earlier, the number of worries about development and upbringing reported by the parents and the total score of the nurse's assessment system. Aside from methodological problems this points to the fact that when investigated quantitatively the results of the nurse's assessment system do not directly correspond with the need for further measures. The assessment system operates as an overall observation situation, which only gives the nurse a possibility of drawing conclusions about the child's mental development and upbringing. There were considerable differences between nurses in their use of and benefiting from the possibilities of the assessment system. Differences were found in the setting of minimum levels for the performance of tasks and in how the child's performance was related to the need for further measures. The differences could be related to the training and

experience of the nurses in the assessment of mental development.

The need for further measures was evaluated also one year later in the six-year examination. In the follow-up results the challenge connected with the continuity of problems was specially emphasized. The need for the most intensive psychological or psychiatric interventions was estimated to cover 6-7% of the age groups. In general it was found that half of the problems had disappeared after the five-year examination. Also some new problem cases emerged at the age of six.

Conclusions

On the basis of the results it is possible to emphasize that psychological assessment of five-year olds carried out by a public health nurse should not be primarily aimed at screening. The target must be more the creation of an overall picture of the child's mental development. The reliability and validity of the methods used by the nurses are not, except for motor and speech development, sufficient for screening. On the basis of the information concerning children and families at the disposal of the child health centre it is hardly possible to predict the need for further measures so that it would be possible to speak comprehensively of risk-groups.

The assessment of mental development should be a part of the nurse's annual examination. An additional examination of all children carried out by a psychologist appears to be a solution containing many problems. The contribution of the psychologists is better grounded in their being directed towards carrying out further measures and interventions referred by the public health nurse, and on the other hand in

consultations with the nurses in carrying out the assessment.

Without using any special assessment methods nurses detect developmental or upbringing problems during the first five years of age in about 10% of children. These spontaneously made observations concern particularly speech and single disturbances in behaviour. The early detection of problems appears to be the best predictor of the need for further measures at the age of five years; in practice the examination at five operates in many cases only as a channel for interventions in previously detected problems.

In the experimental situation the psychological assessment of five-year olds is carried out under different conditions than those prevailing in normal situations. Thus the results of the experiment cannot be used without reservations to concern normal situations. The limits for generalizations are of two kinds. In the experimental phase the matter is one of the experimental versions of activity and methods used, in which the lack of experience of the workers and the partly-finished nature of the methods etc. cause considerable error variance in the results. On the other hand the enthusiasm for the work and its development in the experimental situation are generally greater than in routine work. In considering the results of the experiment those practical conditions under which the public health nurses are expected to work in the assessment of children's mental development must be sufficiently taken into consideration.

The main problem in developing the system of health examinations does not concern the construction of separate assessment methods, but the development of the services of child health centres. Assessment methods can only demonstrate alternative ways of making observations related to mental development and of drawing conclusions from them,

i.e. they elucidate matters demanding training and consultation.

A detailed proposal has been made for an assessment system suitable for use by public health nurses in five-year examination. The proposal is a semi-standardized observation method, which demands no special equipment. It is supposed that an interview with parents about upbringing problems encountered by them is added to the system. The assessment system designed to help decision making about the need for further measures is a part of the overall guidance material used by the public health nurses within the five-year examination. The use of more detailed screening tests concerning for example speech disturbances or learning disabilities must be evaluated on the basis of the existing tasks and working conditions of the child health centres.

LÄHTEET

- Achenbach, T.M. (1966) The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. Psychological Monographs, 80, 615.
- Achenbach, T.M. (1979) The child behavior profile: An empirically based system for assessing children's problems and competencies. International Journal of Mental Health, 1, 24-42.
- Achenbach, T.M. (1981) The role of taxonomy in developmental psychopathology. Teoksessa M.E. Lamb & A.L. Brown (Ed.) Advances in Developmental Psychology. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978) The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. Psychological Bulletin, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981) Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. Monographs of the Society for Research in Child Development, 46, 188.
- Ahvenainen, O. (1980) Lukemis- ja kirjoittamishäiriöinen erityisopetuksessa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research, 40.
- Arajärvi, T. (1979) Käyttäytymishäiriöiset lapset ja nuoret. Teoksessa Lasten erityishuolto ja opetus Suomessa. Lastensuojelun Keskusliiton julkaisu, 58.
- Arajärvi, T. (1982) Ehkäisevä mielenterveystyö ja lapset. Lapset ja yhteiskunta, 41, 74-77.
- Arajärvi, T., Sipilä, M-L., Talvinko, S. & Nupponen, O. (1980) Per-

- heneuvonta lastenpsykiatristen häiriöiden ehkäisyssä. Julkaisussa Mielenterveystutkimuksen tutkijaseminaari: Vuorovaikutustutkimuksen lähtökohdat ja menetelmät. Suomen Akatemian julkaisuja, 18.
- Aylward, G.P. & Kenny, T.J. (1979) Developmental follow-up: Inherent problems and conceptual model. Journal of Pediatric Psychology, 4, 331-344.
- Baker, R.P. & Dreger, R.M. (1973) The preschool behavioral classification project. An initial report. Journal of Abnormal Child Psychology, 1, 88-120.
- Baker, R.P. & Dreger, R.M. (1977) The preschool behavioral classification project: A follow-up report. Journal of Abnormal Child Psychology, 5, 241-248.
- Bax, M.C.O. (1976) The assessment of the child at school entry. Pediatrics, 58, 403-407.
- Bayley, N. (1969) Manual for the Bayley Scales of Infant Development. New York: Psychological Corporation.
- Bee, H.L., Barnard, K.E., Eyres, S.J., Gray, C.A., Hammond, M.A., Spietz, A.L., Snyder, C. & Clark, B. (1982) Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant inter-action. Child Development, 53, 1134-1156.
- Bloom, B. (1964) Stability and change in human characteristics. New York: Wiley.
- Borchardt, J. (1909) Kuinka voimme kasvattaa ilman selkäsaunaa. Kuopio: Savon Työväen Sanomalehti- ja Kirjapaino-osuuskunta.
- Broman, S., Nichols, D. & Kennedy, W. (1975) Preschool IQ: Prenatal and early development correlates. Hillsdale: Erlbaum.
- Brooks, J. & Weintraub, M. (1976) A history of infant intelligence te-

- sting. Teoksessa M. Lewis (Ed.) Origins of intelligence: Infancy and early childhood. New York: Wiley.
- Bühler, C. & Hetzer, H. (1932) Kleinkindertests. Entwicklungstests vom 1. bis 6. Lebensjahr. Leipzig: Johan Ambrosius Barth.
- Camp, B.W., van Doornick, W.J., Frankenburg, W.K. & Lampe, J.M. (1977) Preschool developmental testing in prediction of school problems. Clinical Pediatrics, 16, 257-263.
- Cattell, P. (1940) The measurement of intelligence of infants and young children. New York: The Psychological Corporation.
- Clarke, A.D.B. (1978) Predicting human development: Problems, evidence, implications. Bulletin of the British Psychological Society, 31, 250-258.
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965) Psychological tests and personell decisions. Urbana: University of Illinois Press.
- Crowther, J.K., Bond, L.A. & Rolf, J.E. (1981) The incidence, prevalence and severity of behavior disorders among preschool-aged children in day care. Journal of Abnormal Child Psychology, 9, 23-42.
- Delfini, L.F., Bernal, M.E. & Rosen, P.M. (1976) Comparison of deviant and normal boys in home settings. Teoksessa E.J. Mash, L.A. Hammerlynck & L.C. Handy (Eds.) Behavior modification and families. New York: Brunner/Mazel.
- Doll, E.A. (1967) Vineland Social Maturity Scale. Minneapolis: Educational Test Bureau.
- Dreger, R.M. (1977) The children's behavioral classification project: An interim report. Journal of Abnormal Child Psychology, 5, 289-297.
- Dreger, R.M. (1981) First-, second-, and third-order factors from the

- children's behavioral classification project instrument and an attempt at rapprochement. Journal of Abnormal Child Psychology, 9, 242-260.
- DuBois, P.H. (1970) A history of psychological testing. Boston: Allyn & Bacon.
- Earls, F. (1980) The prevalence of behavior problems in 3-year-old children. Comparison of the reports of fathers and mothers. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19, 439-452.
- Elonen, A. (1968) Performance scale patterns in various diagnostic groups. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 17.
- Elonen, A., Takala, M. & Ruoppila, I. (1963) A study of intellectual functions in children by means of the KTK performance scales. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 3.
- Eme, R.F. (1979) Sex differences in childhood psychopathology: A review. Psychological Bulletin, 86, 574-595.
- Fleming, J. (1981) An evaluation of the use of the Denver Developmental Screening Test. Nursing Research, 30, 290-293.
- Frankenburg, W.K. (1973) Pediatric screening. Teoksessa I. Schulman (Ed.) Advances in pediatrics. Vol. 20. Chicago: Yearbook Medical Publishers.
- Frankenburg, W.K., Camp, B.W. & van Natta, P.A. (1971a) Validity of the Denver Developmental Screening Test. Child Development, 42, 475-485.
- Frankenburg, W.K., Camp, B.W., van Natta, P.A., Demersseman, J.A. & Voorhees, S.F. (1971b) Reliability and stability of the Denver Developmental Screening Test. Child Development, 42, 1315-1325.
- Frankenburg, W.K. & Camp, B.W. (1975) Pediatric screening tests.

- Springfield: Charles C. Thomas.
- Frankenburg, W.K. & Dodds, J.B. (1967) The Denver Developmental Screening Test. Journal of Pediatrics, 71, 181-191.
- Frankenburg, W.K., van Doornick, W.J., Liddell, T.N. & Dick, N.P. (1976) The Denver Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ). Pediatrics, 57, 744-753.
- Furuhjelm, M. (1916) Kirjoitelmia kasvatuksesta. Koti ja Kasvatus X. Porvoo: WSOY.
- Gesell, A. (1925) The mental growth of the pre-school child. A psychological outline of normal development from birth to the sixth year, including a system of developmental diagnosis. New York: MacMillan.
- Gesell, A. & Amatruda, C.S. (1951) Developmental diagnosis. Normal and abnormal child development. New York: Paul B. Hoeber.
- Gesell, A. & Ilg, F.L. (1951) Lapsen kehitys I. Ensimmäiset viisi vuotta. Kehityksen ohjaamisesta kotona ja leikkikoulussa. Porvoo: WSOY.
- Gesell, A. & Ilg, F.L. (1954) Lapsen kehitys II. Viisivuotiaasta kymmenvuotiaaksi. Porvoo: WSOY.
- Gesell, A., Halverson, H.M., Thompson, H., Ilg, F.L., Castner, B.M., Ames, L.B. & Amatruda, C.S. (1940) The first five years of life. A guide to the study of the preschool child. New York: Harper.
- Goodenough, F. (1926) Measurement of intelligence by drawings. New York: World Book.
- Graham, P.J. (1977) (Ed.) Epidemiological approaches in child psychiatry. London: Academic Press.
- Griest, D., Wells, K.C. & Forehand, R. (1979) An examination of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic-re-

- ferred children. Journal of Abnormal Child Psychology, 7, 277-281.
- Griest, D.L., Forehand, R., Wells, K.C. & McMahon, R.J. (1980) An examination of differences between nonclinic and behavior problem clinic-referred children and their mothers. Journal of Abnormal Child Psychology, 8, 497-500.
- Harris, D.B. (1963) Children's drawings as measures of intellectual maturity. A revision and extension of the Goodenough Draw-a-Man-Test. New York: Harcourt Brace.
- Hautamäki, A. (1982) Perheneuvonta - suostuttelevaa kommunikaatiota vaiko myös kasvua ympäristöhallintaan ja itsesääteelyyn? Psykologiuutiset, 7, 7-12.
- Haviland, J. (1976) Looking smart: The relationship between affect and intelligence in infancy. Teoksessa M. Lewis (Ed.) Origins of intelligence. Infancy and early childhood. New York: Wiley.
- Helsingin kaupunki (1981) 5-vuotiaiden lasten tehostetun terveystarkastuksen kokeilu Helsingissä. Moniste.
- Hetzer, H. (1939) Pikkulapsen henkinen terveys. Porvoo: WSOY.
- Hetzer, H. (1982) Kinder- und Jugendpsychologische Forschung im Wiener Psychologischen Institut von 1922 bis 1938. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, XIV, 175-224.
- Hindley, C.B. (1965) Stability and change in abilities up to five years: Groups trends. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 6, 285-302.
- Hirsjärvi, S. (1981) Aspects of consciousness in child rearing. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 43.
- Hokkanen, P., Honkakoski, H., Kaukanen, M. & Klemola, P. (1980) Lasten

- psykkisten ongelmien kehityksen tutkiminen: faktorianalyysillä muodostettujen ongelmatyyppien kuvailu ja selittäminen. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Honzik, M.P. (1976) Value and limitations of infant test: An overview. Teoksessa M. Lewis (Ed.) Origins of intelligence. Infancy and early childhood. New York: Wiley.
- Hull, C.H. & Nie, N.H. (1981) (Eds.) SPSS update 7-9. New procedures and facilities for releases 7-9. New York: McGraw-Hill.
- Hänninen, E. (1938) Tutkimuksia varhaislapsuuden kehityksestä Bühler-Hetzer -koemetodin mukaan. Ajatus, IX, 265-287.
- Inkinen, H. (1972) Miten kasvatuksessa eteenpäin? Vanhempain neuvonnan tarvetutkimus lastenneuvoloissa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 1.
- Iso-Ahola, M., Lukkarinen, T., Muhonen, T., Mäki, K., Raninen, T., Suoranta, E. & Vuorinen, R. (1979) Lapsen psyykinen riskikehitys: Kartoittava alkututkimus. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Jakku-Sihvonen, R. (1982) Lastenkasvatustehtävä vanhempien opiskeluhallituksen pontimina. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia, 99.
- Jankowski, P. (1978) Diagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung. Teoksessa Handbuch der Psychologie. 8. Band: Klinische Psychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Jenkins, S., Bax, M. & Hart, H. (1980) Behaviour problems in pre-school children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21, 5-17.
- Johnson, S.M. & Lobitz, G.K. (1974) The personal and marital adjustment of parents as related to observed child deviance and paren-

- ting behaviors. Journal of Abnormal Child Psychology, 2, 192-207.
- Jordan, T.E. (1980) Development in the preschool years. Birth to age five. New York: Academic Press.
- Kagan, J. & Moss, H.A. (1962) Birth to maturity: A study in psychological development. New York: Wiley.
- Kansanterveyslaki (1972) Suomen asetuskokoelma vuodelta 1972, N:o 66.
- Kastrup, M. & Nielsen, J. (1979) A review of the prevalence of psychiatric disorders in children under five. Teoksessa J. Howells (Ed.) Modern perspectives in the psychiatry of infancy. New York: Brunner/Mazel.
- Kehittyvä neuvolatyö (1976) Käsikirja terveyskeskusten lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lap-
siraportti A 11, toinen korjattu painos.
- Kiviluoto, H. (1981) Perheen vaikutus poikien ja tyttöjen tunne-elämän kehitykseen ja sosiaalistumiseen. Turun yliopiston psykologian tutkimuksia, 50.
- Kiviluoto, H. (1982) Eriolaisten kasvuympäristöjen vaikutus lapsen kehitykseen: perheen merkitys poikien ja tyttöjen kehityksessä. Julkaisussa 60 vuotta psykologiaa Turun yliopistossa, juhla-
julkaisu. Turun yliopiston psykologian tutkimuksia, 62.
- Kiviluoto, H., Antila, R. & Salo, K. (1981) Varhaislapsuustutkimuksia 3. Viisivuotiaiden lasten laajennetun terveyskasvatuksen ja kehityksen tukemisen kokeilu Turussa. Turun yliopiston psykologian tutkimuksia, 54.
- Knobloch, H. & Pasamanick, B. (1974) (Eds.) Gesell and Amatruda's Developmental Diagnosis. The evaluation and management of normal and abnormal neuropsychologic development in infancy and early childhood. New York: Harper & Row.

- Koppitz, E.M. (1968) Psychological evaluation of children's human figure drawings. New York: Grune & Stratton.
- Korkiakangas, M. (1977) Faktorianalyttinen metodologia suomalaisessa psykologian tutkimuksessa 1940- ja 1950-luvuilla. Psykologia, 12, 3-12.
- Korkiakangas, M. (1982) Vanhempien neuvolan 5-vuotistarkastuksessa esiin tuomat lapsen psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen pulmat. Lääkintöhallituksen julkaisuja, 12.
- Korkiakangas, M. (1983) Sex differences in pre-school age and the beginning of comprehensive school. Tidskrift för Nordisk Förening för Pedagogisk Forskning, 4, 29-35.
- Korkiakangas, M. (1984) Psyykkisen kehityksen arvioiminen neuvolan viisivuotistarkastuksessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja (ilmestyy).
- Korkiakangas, P. & Korkiakangas, M. (1984) Kansanomaisen kasvatuksen käsitys lapsuudesta. Käsikirjoitus.
- Koskenniemi, M. (1938) Älykkyystutkimuksen menetelmät. Porvoo: WSOY.
- Koskinen, M., Löppönen, R. & Merikallio, L. (1980) Kotikasvatusta käsittelevät kirjoitukset naistenlehdissä vuosina 1938, 1948, 1958, 1968 ja 1978. Sisällönanalyttinen tutkimus. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Kovalainen, A. (1976) Kasvatusneuvontatyö terveystieteiden tutkimuskeskuksissa: Palaute-tutkimus. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 16.
- Kuvaja, T. (1977) Alle kolmivuotiaiden lasten kehityksen seurantamenetelmä päiväkodeissa käytettäväksi. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 192.
- Köhler, L. (1973) Health control of four-year-old children. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Lahti, L. (1978) Lapsiperheen ihmissuhteet ja kasvatuseuvonnan tarve. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 27.
- Laine, K. (1976) Vanhempainneuvonnan väylät. Tutkimus vanhempainneuvonnan väylistä ja niiden niveltämisestä vanhempien halukkuuteen saada tietoa lasten terveydestä ja kasvatuksesta. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 20.
- Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (1944) Suomen asetus- kokoelma vuodelta 1944, N:o 224.
- Lauri, S. (1977) Terveystenhoitajan työ 0-6-vuotiaiden lasten terveydenhoidon neuvonnassa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 24.
- Lauri, S. (1979) Terveystenhoitaja 1-2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjaajana. Joensuun korkeakoulun julkaisuja, Sarja A, 13.
- Lauri, S. (1980a) Lasten hoito- ja kasvatuseuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja, 1.
- Lauri, S. (1980b) 1-4-vuotiaan lapsen toiminnallinen kehitys ja siihen yhteydessä olevat ympäristötekijät. Pitkittäistutkimus 1-4-vuotiaista lapsista. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 235.
- Lauri, S. (1981a) Lasten hoito- ja kasvatuseuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa, II osa. Lapsen ja perheen tarpeiden määrittely ja ohjaus. Lääkintöhallituksen julkaisuja, 5.
- Lauri, S. (1981b) Lasten hoito- ja kasvatuseuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa III osa. Terveystenhoitajien toimintamallin ja terveyskeskusten lastenneuvoloiden kokonaistoiminnan kehittäminen. Lääkintöhallituksen julkaisuja, 6.
- Lauri, S. (1982) Lasten hoito- ja kasvatuseuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

- Lehtovaara, A. (1950) Stanford-Binet - tyyppinen testistö kouluikäisten ja aikuisten älykkyyden arviointia varten. Lastensuojelun Keskusliiton julkaisuja, 7.
- Lehtovaara, A. & Saarinen, P. (1972) Developmental results in Bühler-Hetzer's test battery: A follow-up study. Paper presented at the XX International Congress of Psychology, Tokyo, Japan.
- Lepistö, H. & Nieminen, P. (1976) Kasvatuspalvelut neuvolassa - psykologitoiminnan tutkimus. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia, 102.
- Lepistö, H., Nupponen, R. & Nieminen, P. (1974) Kasvatuspalvelut äitiys- ja lastenneuvoissa: selostus kokeilusta Tampereella. Psykologia, 9, 113-119.
- Lobitz, G.K. & Johnson, S.M. (1975) Normal versus deviant children: A multimethod comparison. Journal of Abnormal Child Psychology, 3, 353-374.
- Lääkintöhallitus (1974) Ohjeet lasten neuvolatoiminnan tehostamisesta terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 1371/529/74.
- Maalaiskuntain yleisen terveydenhoidon käsikirja (1945) Helsinki: Otava.
- Machover, K. (1949) Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield: Charles C. Thomas.
- Marin, M. (1979) Äiti ja isä kasvattajana. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisuja, Jyväskylän yliopisto, 297.
- McCall, R.B. (1976) Toward an epigenetic conception of mental development in the first three years of life. Teoksessa M. Lewis (Ed.) Origins of intelligence. Infancy and early childhood. London: Wiley.

- McDermott, P.A. (1981) Dimensions of maladaptive behavior in kindergarten level children. Behavioral Disorders, 6, 11-17.
- Meier, J.M. (1976) Screening, assesment, and intervention for young children at developmental risk. Teoksessa N. Hobbs (Ed.) Issues in the classification of children. Vol II. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mellbin, T., Sundelin, C. & Vuille, J-C. (1982) Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning mellan lekålder och förpubertet. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar.
- Meyer-Probst, B. & Teichmann, H. (1982) Biological and psychosocial conditions of the development of risk children. Results of Rostock Prospective Study. Acta Psychologica Fennica IX, 73-80.
- Michelsson, K., Ylinen, A. & Donner, M. (1981) Neurodevelopmental screening at five years of children who were at risk neonatally. Developmental Medicine and Child Neurology, 23, 427-433.
- Myllykangas, M., Shemeikka, S., Rajala, A-L., Taipale, V. & Kauttonen, J. (1982) Lapsiperheiden mielenterveyspalvelujen käyttö. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatuksen vuosikirja.
- Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbender, K. & Bent, D.H. (1975) SPSS. Statistical package for the social sciences. New York: McGraw-Hill.
- Nilsson, C., Sundelin, C. & Vuille, J-C. (1976) General health screening of four-year-olds in a Swedish county. IV. An analysis of the effectiveness of the psychological examination program. Acta Paediatrica Scandinavica, 65, 663-668.
- Nummenmaa, A-R. (1976) Vanhempain arkipäivän kasvatustilanteissa kokeemat ongelmat. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lapsiraportti B 19.

- Nummenmaa, T. (1963) Kasvatusasenteet. Jyväskylä: Gummerus.
- Nupponen, R. (1981) Leikki-ikäisten lasten neuvolakäynnit ja yksilöllisen huomion tarve. 133 tamperelaislapsen terveystietojen tarkastelu. Tampereen yliopisto, kansanterveyden julkaisuja, M 63.
- Nupponen, R., Anttinen, E., Ollikainen, A., Lepistö, H. & Piippo, A. (1982b) Mielenterveystyön lähtökohdat. Julkaisussa Terveyskeskuksen ehkäisevän mielenterveystyön perusteet. Lääkintöhallituksen tutkimuksia, 25.
- Nupponen, R., Asplund, H., Heikkola, S. & Lusa, R-L. (1981a) Viisivuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioiminen lastenneuvolassa. Kokeimuksia Pirkanmaan alueen terveystieteellisistä v. 1978-1979. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti, 18, 161-169.
- Nupponen, R., Asplund, H., Heikkola, S. & Lusa, R-L. (1981b) Lasten psyykkisen kehityksen ikäluokka-arvioinnit. Näkökulmia psykologian ammattikäytäntöön. Psykologiuutiset, 6, 6-14.
- Nupponen, R., Asplund, H., Heikkola, S. & Lusa, R-L. (1982a) Psyykkisen kehityksen ikäluokka-arvioinnit. Psykologia, 17, 43-51.
- Nupponen, R., Helenius, A., Lepistö, M., Lyttinen, S., Nieminen, P. & Setälä, M-L. (1973) Alle kouluikäisten lasten kasvatuksen tukeminen. Ehdotus kasvatustalustien toteuttamiseksi äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä päivähoitossa. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia, 74.
- Nupponen, R. & Lusa, R-L. (1982) Tavoitteena neuvonta ja opastus. Psyykkisen kehityksen ikäluokka-arvioinnit lastenneuvolassa. Lapsen ja yhteiskunta, 41, 106-111.
- Nurmi, H. (1982) Sielutieteen opetuksen ja tutkimuksen varhaisvaiheista Jyväskylässä. Teoksessa P. Saarinen & K. Kotiranta (toim.)

- Nuorison parhaaksi. Professori Arvo Lehtovaaran 75-vuotis -juhla-kirja. Acta Universitatis Ouluensis, Series E, 2.
- Oltmans, T.F., Broderick, J.E. & O'Leary, K.D. (1977) Marital adjustment and the efficacy of behavior therapy with children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 724-729.
- Peterson, D.R. (1961) Behavioral problems of middle childhood. Journal of Consulting Psychology, 25, 205-209.
- Ponzo, E. (1978) Early childhood education. Prejudices about normal childhood and the study of the affect of information. Moniste. CERI/ECE/78.15. Paris.
- Pulkkinen, L. (1977) Kotikasvatuksen psykologia. Jyväskylä: Gummerus.
- Pulkkinen, L. (1982) Self-control and continuity from childhood to late adolescence. Teoksessa P.B. Baltes & O.G. Brim Jr. (Eds.) Life-span development and behavior, Vol. 4. New York: Academic Press.
- Quay, H.C. (1977) Measuring dimensions of deviant behavior: The Behavior Problem Checklist. Journal of Abnormal Child Psychology, 5, 277-289.
- Quay, H.C. (1979) Classification. Teoksessa H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.) Psychopathological disorders of childhood. New York: Wiley.
- Quinn, P.O., Sostek, A.M. & Davitt, M.K. (1978) The high-risk infant and his family. Teoksessa P.R. Magrab (Ed.) Psychological management of pediatric problems. Vol. I. Early life conditions and chronic diseases. Baltimore: University Park Press.
- Reima, V. (1915) Joka kuritta kasvaa se kunniatta kuolee. Koti ja kasvatus VIII. Porvoo: WSOY.
- Richman, N., Stevenson, J.E. & Graham, P.J. (1975) Prevalence of beha-

- viour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London borough. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 277-287.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P.J. (1982) Pre-school to school: A behavioural study. London: Academic Press.
- Roberts, P. (1977) Nursing assessment - screening for developmental problems: D: Use of screening tools. Teoksessa M.J. Krajicek & A.I. Tearney (Eds.) Detection of developmental problems in children. A reference guide for community nurses and other health care professionals. Baltimore: University Park Press.
- Ruotsalainen, A. (1915) Pikkulapsi ja sen hoito. Porvoo: WSOY.
- Rutter, M. & Madge, N. (1976) Cycles of disadvantage. London: Heinemann.
- Rutter, M., Tizard, J., Graham, P. & Whitmore, K. (1976) Research report: Isle of Wight Studies 1964-74. Psychological Medicine, 6, 313-332.
- Salminen, J. (1979) Die sprachliche Entwicklung des Kindes und die Voraussetzungen zum Erlernen des Lesens und Rechtschreibens. Joensuu korkeakoulun julkaisu, Sarja A, 11.
- Salomaa, J.E. (1939) Älykkyyden mittaaminen Suomen oloihin sovelletulla Binet'n-tyyppisellä testistöllä. Porvoo: WSOY.
- Sameroff, A. & Chandler, M. (1975) Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. Teoksessa F. Horowitz (Ed.) Review of child development research. Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.
- Schmidt-Kolmer, E. (Hrsg.) (1974) Pädagogische Aufgaben und Arbeitsweise der Krippen. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Shepherd, M., Oppenheim, A.N. & Mitchell, S. (1971) Childhood beha-

- viour and mental health. London: University of London Press.
- Sheridan, M.D. (1974) Children's developmental progress from birth to five years: The Stycar sequences. Windsor: NFER Publishing Company.
- Siegel, L. (1982) Reproductive, perinatal, and environmental factors of the cognitive and language development of preterm and full-term infants. Child Development, 53, 963-973.
- Sines, J.O., Panker, J.D., Sines, L.K. & Owen, D.R. (1969) Identification of clinically relevant dimensions of children's behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 728-734.
- Skard, A.G. (1945) Lapsia arkielämässä. Helsinki: Tammi.
- Stott, D.H., Marston, N.C. & Neill, S.J. (1975) Taxonomy of behaviour disturbances. Toronto: Musson.
- Stott, L.H. & Ball, R.S. (1965) Evaluation of infant and preschool mental tests. Monographs of the Society for Research in Child Development, 30, 101.
- Stranden, P. (1982) Nuori lapsiperhe. Tutkimus nuorten perheiden elämäntilanteesta ja toimintaedellytyksistä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Lapsiraportti A 38.
- Sturner, R.A., Funk, S.G., Thomas, P.D. & Green, J.A. (1982) An adaptation of the Minnesota Child Development Inventory for preschool developmental screening. Journal of Pediatric Psychology, 7, 295-306.
- Suominen, L. (1979) Lapsiperhe Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.
- Sysiharju, A-L. (1981) Kodin jäseneksi kasvaminen/Utveckling som familjemedlem. Esitutkimusraportti tutkimushankkeen suuntaviivoista sekä kolme ryhmiteltyä katsausta ja luettelo vuosien 1970-1980 kotimaisista julkaisuista. Helsingin yliopiston kasvatustieteen

- laitoksen tutkimuksia, 90.
- Särkkä, R. (1982) Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoiton kehittämisprojekti. Raportti erityispäivähoidon työryhmän toimintaa koskevasta kokeilusta. Sosiaalivaltiosiön julkaisuja, 5.
- Taipale, V. & Yletyinen, A. (1982) Lastenpsykiatrisesta epidemiologiasta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 19, 116-123.
- Taka, M. (1948) Nuori äiti, lääkärin neuvoja nuorelle äidille. Helsinki: Tammi.
- Takala, A. (1960) Child-rearing practices and attitudes in different social environments. Acta Academiae Paedagogicae Jyväskyläensis, XIX, II.
- Takala, A. & Takala, M. (1953) Lapsuuden psykologia. Helsinki: WSOY.
- Takala, M. (1979) Perheen elämäntapa, vanhempien kasvatustietoisuus ja lasten sosiaalinen kehitys. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 219.
- Takala, M. & Korhonen, M. (1981) The development of psychological science in a small country in Europe: A case study of Finland. Acta Psychologica Fennica, VIII, 5-10.
- Takala, M., Nummenmaa, T. & Kauranne, U. (1960) Parental attitudes and child-rearing practices: A methodological study. Acta Academiae Paedagogicae Jyväskyläensis, XIX, I.
- Takala, S. (1980) Kriteerimittauksen käsitteestä ja käytännön sovelluksista. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen selosteita ja tiedotteita, Jyväskylän yliopisto, 146.
- Thompson, R.J. & Bernal, M.E. (1982) Factors associated with parent labeling of children for conduct problems. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 191-202.

- Thompson, R.J., Curry, J.F., Sturner, R.A., Green, J.A. & Funk, S.G. (1982) Missouri children's behavior checklist ratings of preschool children as a function of risk status for developmental and learning problems. Journal of Pediatric Psychology, 7, 307-316.
- Thorpe, H.S. & Werner, E.E. (1974) Developmental screening of preschool children: A critical review of inventories used in health and educational programs. Pediatrics, 53, 362-370.
- Torniainen, A. (1967) On the factor structure of Bühler-Hetzer's test battery. Reports from the Psychological Institute, University of Helsinki, 1.
- Tuompo, A. & Heikkinen, V. (1953) S-testi. Ihmisen kuvan piirtäminen psykodiagnostisena menetelmänä. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja B, XLV.
- Wells, K.C. (1981) Assessment of children in outpatient settings. Teoksessa M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.) Behavioral assesment. A practical handbook. New York: Pergamon Press.
- Wolf, T.H. (1973) Alfred Binet. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wolff, S. (1967) Behavioural characteristics of primary school children referred to a psychiatric department. British Journal of Psychiatry, 13, 885-893.
- Wolff, S. (1971) Dimensions and clusters of symptoms in disturbed children. British Journal of Psychiatry, 118, 421-427.
- Ylppö, A. (1920) Lastenkamarista koulunpenkille. Helsinki: Otava.
- Ylppö, A. (1925) Äiti pikkulapsensa hoitajana. Helsinki: Otava.

Liite 1. Terveydenhoitajan lapsesta ja perheestä täyttämä taustatietolomake

Lapsen nimi: _____ Syntymäaika: _____

Tarkastuspäivä: _____

1. Lapsen nykyinen paino _____ ja pituus _____
2. Lapsen syntymäpaino _____ ja -pituus _____
3. Äidin terveydentila raskauden aikana
 _____ terve/normaali
 _____ jotain erikoista, mitä _____
4. Synnytys
 _____ normaali
 _____ jotain erikoista, mitä _____
 Apgarpisteet _____
5. Lapsen terveys ensimmäisten elinvuosien aikana
 _____ normaali
 _____ jotain erikoista, mitä _____
6. Lapsen kehitys ensimmäisen elinvuoden aikana
 lapsi nousi istumaan _____ kuukauden iässä
 peukalo-etusormiote _____ kuukauden iässä
 alkoi kävellä tuetta _____ kuukauden iässä
 sanoi ensimmäiset sanat _____ kuukauden iässä
7. Neuvolassa tai muualla aikaisemmin tehdyt huomiot lapsen psyykkisen kehityksen etenemisestä
 _____ kehitys normaali, ei erityisiä huomioita
 _____ lapsen psyykkisessä kehityksessä on epäilty tai todettu jotain erikoista aikaisemmin, milloin ja mitä _____

8. Isän ammatti ja työ sekä ikä _____
 Äidin ammatti ja työ sekä ikä _____
9. Vanhempien/hoitajan valmius ja halukkuus puhua ja eritellä lapsen kehitystä ja kasvatusta koskevia asioita
 _____ hyvä
 _____ tavallinen
 _____ muuta (esim. yksipuolista, epämääräistä), mitä _____
10. Erityisiä huomioita lapsen kodista, kasvuympäristöstä tai kehityksestä, jotka eivät muualla tule ilmi:

Liite 2. Vanhempien ennen viisivuotistarkastusta täyttämä kyselylomake

_____ :n vanhemmille/huoltajille

Seuraavassa lomakkeessa kysellään erilaisia yllämainittua neuvolan 5-vuotistarkastukseen tulossa olevaa lastanne ja hänen kotiaan koskevia asioita. Lomakkeessa kysellään myös kokemuksianne ja odotuksianne lastenneuvolan palveluista koskien erityisesti ajankohtaista 5-vuotistarkastusta. Antamanne tiedot toimivat lähtökohtana lapsenne terveystarkastukselle. Tietoja käytetään luottamuksellisesti myös aineistona lääkintöhallituksen valvonnassa tehtävässä lastenneuvoloiden 5-vuotistarkastusten kehittämistä koskevassa tutkimuksessa. Tästä johtuen lomakkeessa saatetaan kysellä joitakin sellaisiakin tietoja, joita neuvolassa on selvitetty aikaisemmin.

Useimpiin kysymyksiin voidaan vastata rastittamalla oikea tai parhaiten soveltuva annetuista vaihtoehtoista. Esimerkiksi jos kysyttäisiin lapsen sukupuolta ja hän olisi tyttö, meneteltäisiin seuraavasti:

Lapsen sukupuoli

___tyttö

___poika

Useissa kysymyksissä esiintyy kuitenkin vaihtoehtoja, jotka on jätetty osittain avoimeksi. Näiden vaihtoehtojen valinta vaatii täsmennyksen siitä, mitä sen valinta kohdallanne täsmällisemmin tarkoittaa. Täsmennys voidaan tehdä vaihtoehdon yhteyteen varattuun tilaan. Muutamiin kysymyksiin vastaus kirjoitetaan kokonaan tyhjäksi jätettyyn tilaan.

Mikäli katsotte aiheelliseksi kertoa joistakin asioista enemmän tai muutakin kuin mitä kysytään, voitte kirjoittaa lomakkeen tyhjille kääntöpuolelle. Jos taas johonkin yksittäiseen kohtaan vastaaminen tuntuu ylipääsemättömän vaikealta, sitä voidaan selvittää ja täydentää neuvolassa.

Perhe, koti ja päivähoido

1. Jos perheessä on muita lapsia kuin kyselyn kohteena oleva 5-vuotias, niin mitkä ovat heidän ikänsä?

2. Miten kyselyn kohteena olevan 5-vuotiaan päivähoido on järjestetty?

___ lapsi ei ole kodin ulkopuolisessa päivähoidossa

___ lapsi on päiväkodissa kokopäiväosastolla

___ lapsi on perhepäivähoidossa kodin ulkopuolella

___ muuten, miten _____

3. Vanhempien työajat (vertaa seuraavaan kysymykseen)

Isä Äiti

- ei ansiotyössä _____

- säännöllinen kokopäivätyö _____

- osapäivätyö _____

- vuorotyö, miten _____

- epäsäännöllinen, vaihteleva työaika _____

- muuten, miten _____

4. Aiheutuuko vanhempien työajoista tai -matkoista tai muista työhön liittyvistä seikoista pulmia lapsen päivähoidon järjestelyihin

___ ei

___ kyllä, millaisia _____

Aiheutuuko samoista seikoista myös muita pulmia lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestelyihin

___ ei

___ kyllä, millaisia _____

5. Muistelkaapa montako päivähoitajaa tai -hoitopaikkaa lapsellanne on ollut tähän mennessä yhteensä

Kotona on ollut vanhempien lisäksi ___ hoitajaa

Lapsi on ollut perhepäivähoidossa ___ eri hoitajalla

Arvioikaapa vielä kuinka kauan yhteen laskien lapsi on ollut tähän mennessä päiväkodissa ___ ja perhepäivähoidossa _____

6. Perheen asunto on

___ kerrostalossa

___ omakotitalossa tai rivitalossa

___ muuten, miten _____

7. Perheen käytössä olevan asunnon pinta-ala on noin ____ m² ja käytössä on ____ huonetta, joissa asuu yhteensä ____ ihmistä
8. Arvioikaapa onko nykyinen asuntonne sopiva lapsen tai yleisemmin lasten hoidon ja kasvatuksen kannalta
 ____ kyllä
 ____ ei, asunto tuottaa pulmia, millaisia _____
9. Arvioikaapa onko asuntonne lähiympäristö sopiva lasten hoidon ja kasvatuksen kannalta
 ____ kyllä
 ____ ei, ympäristö on sopimaton, vaarallinen tms., miten _____
10. Onko lapsellanne sisarusten lisäksi sellaisia leikkitovereita, joita hän tapaa useampia kertoja viikossa sekä missä hän tapaa heitä
 ____ lapsella ei tovereita, joita hän tapaa useampia kertoja viikossa
 ____ lapsella on tällaisia tovereita ja hän tapaa heitä, missä (esim. päivähoitopaikassa, pihalla, kotona, tovereiden kotona jne.) _____
11. Onko lapsenne mukana jossakin ohjatussa lasten harrastuspiirissä tai kerhossa, järjestössä, tms. säännöllisessä leikki- tai harrastustoiminnassa
 ____ ei
 ____ kyllä, millaisessa _____
12. Seuraavassa luetellaan joitakin asioita, jotka jokainen perhe joutuu järjestelemään omalla tavallaan. Merkitkää rastilla kuka perheessänne huolehtii mainituista asioista. Jos jostakin asiasta huolehtivat sekä isä että äiti ja ette voi selvästi sanoa kumman huolehdittavana asia useammin on, merkitkää molempiin kohtiin rastit.

	Tavallisesti huolehtii		
	äiti	isä	joku muu
lasten nukkumaan laittaminen	_____	_____	_____
lasten ulkoiluttaminen	_____	_____	_____
lasten riitojen selvittely	_____	_____	_____
lasten rankaiseminen	_____	_____	_____
lasten hankinnat, ostokset	_____	_____	_____
lasten kysymyksiin vastaaminen	_____	_____	_____

Lapsen omatoimisuus

13. Viisivuotias huolehtii itsestään ja ympäristöstään huomattavasti paremmin kuin pikkulapsi, vaikka häntäkin on monissa asioissa ja tilanteissa autettava tai valvottava. Seuraavassa luetellaan erilaisia jokapäiväisessä elämässä lasten eteen tulevia asioita tai tilanteita ja tehtävänäne olisi arvioida miten lapsenne niistä suoriutuu.

Ensin tarkastellaan pukeutumista, leluista huolehtimista ja WC:ssä käyntiä. Valitkaa jokaisella alueella se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa lapsenne suoritusta ja merkitkää se rastilla.

Pukeutuminen:

- pukee itse alus- ja päällysvaatteet
 pukee osan vaatteista itse, mutta tarvitsee apua sukkiin ja/tai kengännauhojen ja/tai nappien osalta
 tarvitsee apua kaikkien vaatteiden pukemisessa

Leluista huolehtiminen:

- korjaa tavallisesti lelunsa leikkien jälkeen omille paikoilleen
 ei huolehdi juurikaan leluistaan

WC:ssä käynti:

- käyttää WC:tä itse ilman apua
 tarvitsee apua WC:n käytössä

Seuraavaksi tarkastellaan syömistä, peseytymistä ja riisuutumista. Näitä kuvaavia vaihtoehtoja luetellaan erittelemättä peräkkäin. Merkitkää rasti jokaisen vaihtoehdon eteen, jonka ajattelette hyvin kuvaavan lapsenne suoriutumista.

- osaa käyttää haarukkaa syödessään
 osaa käyttää veistä voin tai margariinin levittämiseen
 riisuu ulkovaatteet ja kengät itse ulkoa tullessaan
 korjaa ulkovaatteet ja kengät omille paikoilleen
 riisuutuu itse illalla nukkumaan mennessä
 pesee ja kuivaa kasvonsa ja kätensä itse
 pesee hampaansa itse aamuin ja illoin

Kehitys- ja kasvatuspulmat

14. Jokaisen lapsen kehitys ja kasvatus tuovat mukanaan moninaisia pulmallisia tilanteita ja asioita. Vaikka lapsi olisi täysin terve ja normaalisti kehittyvä, jokapäiväisessä kanssakäymisessä nousee esiin pulmia, joista ei tiedä miten niihin olisi suhtauduttava. Seuraavassa luetellaan yhdeksältä mahdolliselta pulmien alueelta yksittäisiä asioita, jotka erityisesti 5-vuotiaiden perheissä voivat nousta esiin tai osoittautua vaikeaksi selvittää. Käykää järjestyksessä läpi jokainen pulma-alue (ensin nukkuminen, sitten syöminen jne.) ja merkitkää rastilla jokainen yksittäinen vaihtoehto, joka mielestänne perheessänne on viime aikoina koettu pulmalliseksi sen lapsen käyttäytymisessä, jota kysely koskee. Kullakin alueella voitte merkitä niin monta vaihtoehtoa kuin kulloinkin mielestänne soveltuu kuvaamaan lapsenne ja perheenne tilannetta. Jos lapsenne ja perheenne kohdalla ei ole noussut esiin yhtään pulmaa tietyltä alueelta jätätte rastit merkitsemättä ja siirrytte seuraavaan pulma-alueeseen jne.

Nukkuminen:

- lapsen on vaikea saada iltaisin unta
 lapsi heräilee usein öisin (esim. näkee pahoja unia)
 lapsi pelkää nukkua omassa huoneessaan tai omassa sängyssään
 lapsi nukkuu jatkuvasti vanhempien sängyssä
 lapsi nukkuu ainakin yhtenä yönä viikossa vanhempien sängyssä
 lapsen on vaikea herätä aamulla tai hän haluaisi aina nukkua pitempään
 jotain muuta nukkumisesta, mitä _____

Syöminen:

- lapsi vastustelelee ja kiukuttelee jatkuvasti ruokapöydässä
 lapsi valikoi hyvin tarkkaan mitä syö
 lapsi ei syö aterioilla, mutta haluaa aina välipaloja
 lapsi vaatii aina kaupassa käytäessä ostamaan karamellejä
 lapsi ei syö päivähoitossa, vaikka syö kotona
 lapsi ei syö kotona, vaikka syö päivähoitossa
 lapsi haluaa syötettävän itseään
 jotain muuta syömisestä, mitä _____

Toverit:

- lapsella ei ole yhtään hyvää kaveria
- lapsi riitelee usein toisten lasten ja sisarusten kanssa
- lapsi karttelee toisten lasten seuraa
- lapsi on arka ja hiljainen toisten lasten seurassa
- lapsi riehuu toisten lasten seurassa
- lapsi on kateellinen ja mustasukkainen sisaruksilleen
- lapsi on liian alistuvainen eikä osaa pitää puoliaan
- lapsi määräälee aina mitä tehdään toisten lasten seurassa
- jotain muuta tovereista, mitä _____

Aikuiset:

- lapsi arastelee kaikkia aikuisia eikä jää heidän seuraansa ilman vanhempia
- lapsi ei suostu jäämään vieraan hoitoon, jos isä ja/tai äiti poistuu illaksi tai muutamiksi tunneiksi
- lapsi ei halua jäädä päivähoitoon tai kerhoon
- lapsi haluaa olla jatkuvasti vain äidin kanssa
- lapsi haluaa olla jatkuvasti vain isän kanssa
- lapsi haluaa olla jatkuvasti huomion keskipiste kylässä tai kun kotona on vieraita
- jotain muuta aikuisista, mitä _____

Vilkkaus:

- lapsi leikkii liian rajuja tai meluisia leikkejä
- lapsi ei tottele vanhempia tai hoitajia
- lapsi tottelee toista vanhempaa, mutta kiukuttelee toiselle
- lapsi on rauhaton ja levoton
- lapsi ei keskity leikkeihinsä ja tehtäviinsä muuta kuin lyhyitä aikoja kerrallaan
- lapsi ei kuuntele mitä hänelle sanotaan ("kaikki mitä sanotaan näyttää menevän toisesta korvasta ulos")
- jotain muuta vilkkaudesta, mitä _____

Siisteys:

- lapsi pissaa housuihin päivällä silloin tällöin
- lapsi pissaa housuihin joskus ulkona ollessaan, vaikka sisällä huolehtiikin WC:ssä käymisestä
- lapsi kastelee yöllä unissaan ainakin kerran viikossa
- lapsi kakkaa housuihin silloin tällöin
- jotain muuta siisteydestä, mitä _____

Puhe:

- lapsen puhe on epäselvää
- lapsen puhe on pikkulapsimaista
- lapsi on kovin hiljainen eikä puhu asioistaan
- lapsi ääntää epäselvästi tai virheellisesti joitakin äännteitä, mitä _____
- jotain muuta puhumisesta, mitä _____

Pelot:

- lapsi pelkää pimeää
- lapsi pelkää joitakin eläimiä, mitä _____
- lapsi pelkää mörköjä tai muita mielikuvitusolentoja
- lapsi pelkää, että hänelle tai perheelle sattuu jotain
- lapsi pelkää katsoessaan televisiota
- lapsi pelkää rokotusta tai muita hoitotoimenpiteitä
- jotain muuta peloista, mitä _____

Yleisempiä kasvatuspulmia:

- lapsi karkailee usein pihalta tai leikkipaikalta
- lapsi imee peukaloaan, räsyä tai tahtoo tutin/tuttipullon
- lapsi nyypii ajatuksissaan ollessaan jatkuvasti tukkaansa, vaatteitaan tai raapii itseään tai hänellä on jokin muu jatkuvasti toistuva kiusalliselta tuntuva toiminto, mikä _____
- _____
- lapsi koskettelee tai hankaa usein sukupuolielimiään
- lapsi valittaa usein mahakipuja tai päänsärkyä päivähoitoon lähettäessä
- lapsi valehtelee
- lapsi kiukustuu helposti, jos ei saa tahtoaan läpi
- lapsi suuttuu silmittömästi, ellei onnistu yrityksissään tai ellei voita pelissä tai leikissä
- lapsi masentuu helposti epäonnistuessaan ja lakkaa yrittämästä
- lapsi on kovin hidas kaikissa tekemisissään
- jotain muuta kasvatuspulmista, mitä _____
- _____

Kokemukset ja odotukset lastenneuvolan palveluista

15. Oletteko viimeisen vuoden aikana keskustelleet jonkun ulkopuolisen asiantuntijan kanssa jostakin edellä mainituista pulmista tai jostakin muusta lapsenne kehitykseen tai kasvatukseen liittyvästä seikasta
- en ole keskustellut
- kyllä, mistä ja kenen kanssa (esim. neuvolan terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi, kasvatusneuvola tms.) _____
-
16. Oletteko mielestänne saaneet lastenneuvolasta sellaista tietoa ja palveluita, jotka ovat auttaneet teitä lapsenne kehitystä ja kasvatusta koskevien asioiden ja pulmien selvittämisessä?
- olen saanut. Voitteko kuvailla vielä mihin olette olleet erityi-
tyisen tyytyväisiä _____
- en ole saanut. Voitteko kuvailla mihin olette olleet erityisen
tyytymätön _____
-
17. Lapsen kehitystilanne on yhteydessä koko perheen ja kodin asioihin. Seuraavassa luetellaan joukko perheiden elämään liittyviä huolia, har-
kitkaapa onko parin viimeisen kuukauden aikana jokin tai jotkin niis-
tä kohdallanne aiheuttanut erityistä huolta tai selvittelyä. Merkit-
kää rasti niiden huolten eteen, joita olette kokeneet ja jotka katsot-
te aiheellisiksi nostaa esiin lapsenne kehitystilanteen ymmärtämiseksi.
- jatkuvat rahahuolet
- työttömyys
- asuntoasiat
- oma tai puolison tai lähiomaisen sairaus tai kuolema
- hankaluudet työpaikalla, jotka ovat heijastuneet myös kodin ilma-
piiriin
- riitaisuudet perheessä
- väsymys tai yleisempi masentuneisuus
- yksinäisyys, ei ole ketään jolle puhuisi asioistaan
- perheestä puuttuu isä tai äiti

- omien vanhempien tai muiden sukulaisten puuttuminen lasten kasvatukseen tai muihin perheen asioihin
 päivähoitoasiat
 alkoholin käyttö
 epämääräinen huoli, ettei lapsen kehityksessä ole kaikki kohdallaan ikätason mukaisesti, miten _____

18. Onko mielessänne joitakin määrättyjä lapsenne psyykkiseen kehitykseen tai kasvatukseen liittyviä seikkoja (joita on käsitelty tässä lomakkeessa tai jotka ovat jääneet sen ulkopuolelle), joihin haluaisitte erityisesti selvityksen tulevassa neuvolan 5-vuotistarkastuksessa?

mielessäni ei ole mitään erityistä tällaista seikkaa
 terveydenhoitajalta haluaisin selvitystä _____

lääkäritä haluaisin selvitystä _____

psykologilta haluaisin selvitystä _____

joltakin muulta, keneltä _____

Lomakkeen täytti

- äiti
 isä
 vanhemmat yhdessä
 muu huoltaja

K I I T O S

Liite 3. Terveydenhoitajan arviointijärjestelmä viisivuotistarkastuksessa

LAPSEN PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINNIN TOIMINTAOHJEET

Yleistä

Seuraava esitys psyykkisen kehityksen arvioinnista on suunniteltu lastenneuvolan terveydenhoitajan apuvälineeksi kokonaiskuvan luomiseksi 5-vuotiaan psyykkisen kehityksen tasosta ja tilanteesta sekä mahdollisista psyykkisen kehityksen ja kasvatuksen pulmista. Arvioinnilla pyritään tavallaan vastaamaan kysymykseen esiintyykö lapsen psyykkisessä kehityksessä ja kasvatuksessa mitään erityisiä ongelmia sekä epäselvissä tapauksissa edelleen täsmentämään sitä, millaisia ovat luonteeltaan ne kokonaiskehityksen tai yksittäisten kehityksen alueiden kysymykset, jotka näyttäisivät edellyttävän tarkempaa selvitystä ja seurantaä sekä neuvontaa tai muita yksilöidymiä toimenpiteitä.

Yhteenveto- ja kirjaamislomakkeessa (liite 1) on lueteltu yhteensä 26 erillistä kehityksen piirrettä tai kysymystä, joiden pohjalta 5-vuotiaan psyykkisestä kehityksestä voidaan luoda kokonaiskuva. Toimintaohjeissa on taas esitetty yksityiskohtaisempia ehdotuksia menettelytavoista, miten mainittujen piirteiden arviointi voidaan toteuttaa. Kehityksen tasoa ja tilannetta koskevien päätelmien tekemiseksi ei ole lähdetty tietoisesti asetetuista normeista tai tavoitteista eikä tähän liittyen ole nähty mahdolliseksi asettaa täsmällisiä pistemäärien rajoja tietyille kehitykselle, neuvontaa tai jatkotoimenpiteitä koskeville päätelmille. Tämä liittyy yhtäältä haluun korostaa arvioinnin joustavuutta eli arviointia koskevan esityksen välineellistä luonnetta lapsen kehitystilanteen ymmärtämisessä. Toisaalta tämä on yhteydessä siihen, ettei lähtökohtana ole ollut käytettävissä perusteltuja tietoja kuin muutamien osioiden vaikeustasosta. Kussakin osiossa tai tehtävässä on kuitenkin tavoiteltu sellaista vaatimustasoa, mistä 75-95 % suomalaisista 5-vuotiaista oletettavasti selviää. Eräiden osioiden yhteydessä on tarkemmin selvennetty suhtautumista niihin arvioinnin kohteena ja välineenä.

Arviointi perustuu yhtäältä vanhemmilta saataviin tietoihin ja toisaalta terveydenhoitajan itsensä tekemiin havaintoihin. Psyykkinen kehitys on arvioinnin toteutusta ajatellen kuvattu neljänä osa-alueena, jotka on nimetty seuraavasti: omatoimisuus ja sosiaalinen kehitys, ko-

konaismotoriikka, havaintotoiminnot ja hienomotoriikka sekä kieli ja kognitiivinen kehitys. Arvioinnissa käytettävä tietoperusta on yhteydessä kehityksen alueeseen sillä tavoin, että omatoimisuuden ja sosiaalisen kehityksen arviointi perustuu viimeiseksi kirjattua tehtävää lukuunottamatta vanhemmilta kysyttäviin tietoihin. Muiden kehityksen alueiden arviointi perustuu ensisijaisesti terveydenhoitajan itsensä tekemiin havaintoihin tai lapselle asettamiin tehtäviin.

Lomakkeeseen kirjattua kehityksen alueiden sekä toisaalta yksittäisten tehtävien järjestystä ei ole ajateltu niiden tosiasialliseksi läpikäymisen järjestykseksi arviointitilanteessa, vaan tilanteen luontevuuden tulisi olla ensisijainen arvioinnin etenemistä määräävä tekijä. Havaintotoimintojen ja hienomotoriikan sekä kielen ja kognitiivisen kehityksen alueiden viimeiseksi kirjatut tehtävät, neuropsykologisen valmiuden tehtävät, suositetaan suoritettavaksi jossakin arviointitilanteen keskipaikkeilla silloin, kun lasten tarkkaavaisuuden voidaan odottaa olevan mahdollisimman hyvän. Monet tehtävät kytkeytyvät melko luontevasti toisiinsa tai ne ovat toteutettavissa toisiinsa liittyen. Esimerkiksi kielen ja kognitiivisen kehityksen alueen neljä ensimmäistä tehtävää on kaikki suoritettavissa samassa yhteydessä, jos käytetään kuvakirjaa, jossa on eri värejä ja kohteita, joiden määriä voidaan laskea. Neuropsykologisen valmiuden tehtävien osalta on syytä harkita mitä niistä suoritetaan ja miltä osin rutiiniluontoisesti kaikkia koskien suhteessa siihen, että tehtäviä täydellisessä muodossaan voidaan käyttää täsmentämään neuropsykologisen valmiuden kehityksen pulmia koskevia epäilyjä.

Tulosten kirjaamisessa (liite 1) käytetään plus-merkkiä (+) kun lapsi suoriutuu tehtävästä ja miinus-merkkiä (-) kun hän ei hallitse arvioitavaa asiaa. Tapauksissa, joissa arviointia ei voida toteuttaa, voidaan kirjaamisessa käyttää ympyrä-merkkiä (o), jonka käytön peruste olisi hyvä selvittää tarkemmin kohdassa "erityishuomioita arviointitilanteesta ja lapsesta". Vanhemmilta saatuihin tietoihin perustuvat arvioinnit kirjataan V-sarakkeeseen ja terveydenhoitajan itsensä tekemät havainnot taas kirjataan T-sarakkeeseen. Muutamissa kysymyksissä käytetään samanaikaisesti molempia perusteita, josta on mainittu tarkemmin ko. kysymysten yhteydessä. Havaintotoimintojen ja hienomotoriikan sekä kielen ja kognitiivisen kehityksen alueiden viimeisen tehtävän tulokset kirjataan erilliselle vastauslomakkeelle (liite 9).

Liitteenä toimintaohjeisiin kuuluvat erilliset vastauslomakkeet ja tehtävien suorittamiseen liittyvät kuvataulut.

Omatoimisuus ja sosiaalinen kehitys

Monet omatoimisuuden ja sosiaalisen kehityksen osiot ovat hahmotettavissa ensisijaisesti keskustelun ja neuvonnan aiheiksi, joka samalla merkitsee, etteivät ne ole arvioinnin kohteena aivan ongelmattomia.

1. Kysytään vanhemmilta osaako lapsi pukea ja riisua itse päällysvaatteet ja saappaat. Sellaisiin seikkoihin kuin napit, vetoketjut tai kengännauhat ei kiinnitetä huomiota.
2. Kysytään vanhemmilta leikkiikö lapsi toisten lasten tai vanhempien itsensä kanssa mielellään kotia, koulua, kauppa tms. muita vastaavia roolileikkejä. Epäselvissä tapauksissa kiinnitetään huomiota erityisesti siihen esiintyykö lapsen leikeissä vastavuoroisia ihmisten välisiä suhteita tai eri ihmisten toimintojen jäljittelyä.
3. Kysytään vanhemmilta osaako lapsi tarvittaessa odottaa vuoroaan jakamistilanteissa sekä toisaalta pystyykö lapsi esimerkiksi leikkitalanteissa jakamaan ja vaihtamaan tavaroita toisten lasten kanssa. Tarkennettaessa voidaan kiinnittää huomiota mahdolliseen mustasukkaiseen kaiken itselle omimiseen.
4. Kysytään vanhemmilta osaako lapsi selvittää lieviä pettymys- tai epäonnistumistilanteita tai rajoitusten asettamisia kiukkuilematta. (Samaa asiaa voidaan selvittää myös ryhmätilanteiden näkökulmasta kysymällä pystyykö lapsi niissä toimimaan joustavasti ja välttämään tai jopa ratkomaan lieviä ristiriitatilanteita).
5. Kysytään vanhemmilta jääkö lapsi vaivatta hetkeksi yksin esimerkiksi leikkimään tai toisaalta vieraan seuraan, kun vanhempien on poistuttava vaikkapa jollekin asialle. Samaa asiaa terveydenhoitaja arvioi itse neuvolatilanteen perusteella, miten lapsi siinä on valmis tulemaan/jäämään hetkellisesti kahdenkesken terveydenhoitajan kanssa.
6. Kysytään vanhemmilta lähteekö lapsi mielellään tarhaan, kerhoon tai muulle vieraan hoitoon ja tapahtuuko eroaminen vaivatta.
7. Kotitiedustelulomakkeeseen viitaten vanhemmilta kysytään ovatko he kiinnittäneet huomiota joihinkin selviin kehitys- ja kasvatuspulmiin. Yksilöydysti kysytään kastelusta, kynsien pureskelusta, tutin/rätin imemisestä ja ylivilkkauksesta.
8. Siirryttäessä lasten itsensä tekemiin tehtäviin lapselta itseltään kysytään hänen nimeään ja osoitettaan (kaupungissa katua tai asuinalueita). Samoin kysytään sisaruksista eli keitä muita lapsia on kotona. Lisäksi kysytään päiväohjelmasta, onko hän tarhassa vai kotona tms.

Tulosten kirjaaminen:

1. Plus-merkki kirjataan, jos vanhempien mielestä lapsi pystyy pukemaan itseään.
- 2.-6. Plus-merkki kirjataan, ellei mitään erityistä esiinny. Viidennessä kysymyksessä kirjataan sekä vanhemmilta kysyttynä että terveydenhoitajan arviointina neuvolatilanteen pohjalta.
7. Plus-merkki kirjataan, ellei käyttäytymishäiriöitä esiinny. Jos taas lapsella esiintyy selviä käyttäytymishäiriöitä V-sarakkeeseen ei tehdä mitään merkintöjä, vaan lomakkeessa oleville viivoille kirjoitetaan mitä nämä häiriöt ovat.
8. Plus-merkki T-sarakkeeseen, jos lapsi osaa asiallisesti selvittää kaikki kysytyt asiat.

Kokonaismotoriikka

1. Näytetään asento, jossa kädet ovat rinnalla tai lanteilla liikkumatta yhdellä jalalla seisottaessa ja pyydetään lasta tekemään samalla tavalla. Tarvittaessa voi yrittää toistamiseen, ellei onnistu ensimmäinen kerta.
Plus-merkki T-sarakkeeseen, jos lapsi pysyy hyvin tasapainossa noin kolme sekuntia.
2. Seisomisen jälkeen lasta pyydetään hyppelemään yhdellä jalalla muutamaksi askeleeksi.
Hyväksytään, jos onnistuu.
3. Käätisyyden kiinnitetään huomiota piirtämis- ja leikkaamistehtävien yhteydessä. Samaa asiaa kysytään myös vanhemmilta.
Käätisyyden vakiintumisesta tehdään merkintä sekä V- että T-sarakkeisiin. Lisäksi merkitään ylös kumpaa kättä lapsi käyttää tehtävissä.
4. Vanhemmilta kysytään lapsen liikunnallisista harrastuksista. Kesällä voi aloittaa esimerkiksi pyöräilyä ja talvella taas hiihtämisestä ja/tai luistelusta.
Suoriutumisen arvioinnissa ja kirjaamisessa kannattaa kiinnittää huomiota mahdollisuuksiin liikunnan harrastamisessa. Arvioinnissa huomion keskipisteenä yleensä suuntautuminen ja valmius iälle tyyppisiin liikunnallisiin suorituksiin. Miinus-merkki tulee kysymykseen, jos lapsi on vanhempien mielestä silmäänpistävä kömpelö liikunnallisissa suorituksissa ja/tai jos hän ei ole juurikaan suuntautunut sellaisiin leikkeihin/harrastuksiin.

Havaintotoiminnot ja hienomotoriikka

1. Annetaan lapselle erillinen paperi, jossa on mainitut mallikuvat ja pyydetään häntä piirtämään kunkin kuvan viereen samanlainen kuvio.

Jokainen kuvio arvioidaan ja kirjataan erikseen. Ympyrästä plus-merkki, jos jäljennetty kuva on suunnilleen pyöreä. Neliöstä plus-merkki, jos kuviossa on neljä kulmaa ja sama määrä sivuja. Kolmiosta taas plus-merkki, jos kulmia ja sivuja kolme ja kuvio erottuu selvästi neliöstä.

2. Saman paperin kääntöpuolelle lasta pyydetään piirtämään kuva ihmisestä, esimerkiksi äidistä. Piirtämisen jälkeen lasta pyydetään kirjoittamaan nimensä varattuun tilaan, niin kuin taiteilijatkin aina panevat nimensä piirustuksiinsa. Jos lapsi ei osaa tehdä yhtään kirjainta pyydetään kirjoittamaan leikisti.

Arvioinnissa ja kirjaamisessa kiinnitetään huomiota vain tiettyjen osien esiintymiseen piirroksessa. Plus-merkki kaikkien niiden kohdalle, jotka kuvassa esiintyvät. Epäselvissä tapauksissa lapselta voidaan kysyä, mikä tietty kohta on.

3. Edellisissä tehtävissä kiinnitetään huomiota kynän käyttöön ja asentoon, jossa kynää pidetään. Tässä yhteydessä voi vanhemmilta kysyä piirtämisestä kotona. Jos tässä suhteessa jotain erikoista siitä voi tehdä merkinnän erikseen.

T-sarakkeeseen plus-merkki, jos terveydenhoitaja arvioi kynäotteen olevan suunnilleen oikean ja käytön hallittua.

4. Lasta pyydetään leikkaamaan tylppäkärkisillä saksilla erilliselle paperille piirretty ympyrä.

Suoritus on hyväksytty (plus-merkki), jos suoritus on helppo ja sujuva ja lopputulos vastaa piirrettyä ympyrää. Miinus-merkki taas, jos suoritus on kömpelö ja/tai lopputulos ei juurikaan vastaa annettua ympyrää.

5. Tehdään joko a- tai b-vaihtoehto. Tehtävät on esitetty "neuropsykologinen valmius" -osassa.

Kieli ja kognitiivinen kehitys

1. Näytetään lapselle jotain kuvakirjan tilannekuvaa ja pyydetään kertomaan mitä kuva esittää ja mitä siinä tapahtuu. Tarvittaessa voidaan tehdä selventäviä kysymyksiä. Kiinnitetään huomiota kokonaistilanteen ymmärtämiseen ja sen selostamiseen lauseita käyttävällä puhekielellä.

Hyväksytään, jos lapsen selonteko vastaa kuvan esittämää tilannetta sekä jos lapsi käyttää lauseita sisältävää puhekieltä.

2. Samassa yhteydessä tarkkaillaan myös puheen ymmärrettävyyttä ja virheettömyyttä. Epäselvissä tapauksissa lasta voidaan pyytää toistamaan yksittäisiä sanoja tai ääniteitä. Myös vanhemmilta voidaan kysyä asiasta.

Plus-merkki T-sarakkeeseen, jos puhe on ymmärrettävää ja jos lapsella ei esiinny puhevikoja tai äännevirheitä. Jos lapsella esiintyy puhevika tai äännevirheitä T-sarakkeeseen ei tehdä mitään merkintöjä, vaan havaitut viat tai virheet kirjataan lomakkeeseen.

3. Jossakin sopivassa yhteydessä lapselta kysytään osaako hän nimetä oikein sinisen, punaisen, keltaisen ja vihreän värin.

Hyväksytään, jos lapsi osaa nimetä oikein kaikki ko. värit.

4. Lasta pyydetään laskemaan esimerkiksi palikoita tai sormiaan.

Hyväksytään, jos lapsi osaa laskea oikein viiteen saakka.

5. Ensimmäiseksi lasta pyydetään vastaamaan vertailua koskevaan kysymykseen. Toiseksi häntä pyydetään täydentämään annettua lausetta sillä sanalla, joka siihen seuraavaksi kuuluu. Viimeisenä kohtana häntä pyydetään vastaamaan omin sanoin esitettyyn kysymykseen.

Kysymys 1. Kumpi on kevyempi lusikka vai höyhen?

Kysymys 2. Talvella on kylmä; kesällä on _____?

Kysymys 3. Miksi on olemassa taloja?

Jokainen kysymys arvioidaan ja kirjataan erikseen. Suoritutumista kuvaavat +/-merkit kirjataan lomakkeeseen alekkain niin, että ylinä on tulos ensimmäisestä ja alinna kolmannesta kysymyksestä.

6. Ohjeiden kuuntelemiseen ja keskittymiseen tehtävien suorittamisessa kiinnitetään huomiota koko arviointitilanteen ajan.

Plus-merkki kirjataan, jos lapsi on kuunnellut ohjeet ja keskittynyt tehtävien tekemiseen niiden mukaan.

7. Tehdään joko a- tai b-vaihtoehto. Tehtävät on esitetty "neuropsykologinen valmius" -osassa.

Neuropsykologinen valmius

5a. Sormen paikantaminen

Tehtävän tarkoituksena on selvittää neuropsykologista valmiutta, joka ilmenee mm. kosketushavaintojen tunnistamisessa.

Tehtävän suoritus:

Tehtävässä lapsen sormenpäitä kosketetaan vuorotellen kevyesti tussikynän tuppipäällä (esim. Textmark PEN No 300) siten, että lapsi joko näkee tai ei näe, mitä sormea kosketetaan. Lapsi vastaa osoittamalla kosketetun sormen omasta kädestään tai käden kuvasta.

Harjoitustehtävä

- a) Pyydetään lasta asettamaan kätensä pöydälle kämmen ylöspäin sormet hieman levälleen. (Näytetään tarvittaessa ennen aloitusta omalla kädellä malli lapselle).
- b) Sanotaan esim. "leikimme tällaista leikkiä, jossa kokeillaan, miten tunnet kynän kosketuksen sormenpäissäsi. Nyt minä kosketan kynällä sormeesi (saat katsella kun teen sen) ja kun olen koskettanut, sinä osoitat toisella kädelläsi koskettamaani sormea".
- c) Merkitään kukin vastaus oheiselle lomakkeelle. Jos vastaus on oikea, merkitään +, muuten -.
- d) Jos suurin osa vastauksista (vähintään 3/käsi) on väärin, toistetaan tehtävä ja merkitään vastaukset edellisten vastausten viereen.

1. Tehtävä (liite 5)

- a) Tehtävä poikkeaa harjoitustehtävästä siten, että lapsi ei näe sormien koskettamista, koska lapsen käsi peitetään oheisella pahvilevyllä (ks. kuva). Välittömästi koskettamisen jälkeen pahvi poistetaan ja lasta pyydetään osoittamaan toisella kädellä koskettettua sormea. Aloitetaan muutamalla kokeilukosketuksella, joita ei merkitä vastauslomakkeelle.
- b) Sanotaan esim. "Tämä leikki jatkuu tällä tavoin: minulla on tällainen pahvi, johon on leikattu aukko sinun kättäsi varten. Peitän tällä pahvilla sinun kätesi siksi aikaa, kun kosketan sormiasi. Sitten otan pahvin pois ja sinä osoitat toisella kädellä sitä sormea, jota minä olen juuri koskettanut."

c) Jos tehtävässä esiintyy yli 5 virhettä/käsi, toistetaan tehtävä ja merkitään vastaukset edellisten vastausten viereen. Jollei virheiden lukumäärä vähentynyt uusinnassa, ei enää jatketa 2. tehtävään.

2. Tehtävä

- a) Tehtävä suoritetaan kuten edellinen, mutta pahvia ei poisteta. Lapsi vastaa pahvilla olevaa käden kuvaa käyttäen. (Huomaa, että pahvi on oikeinpäin). Kallistetaan pahvia sen verran, että molemmat näkevät kuvan selvästi. Kun sormea on kosketettu, lapsi osoittaa kuvasta vastaavan sormen.
- b) Sanotaan esim. "Katsopa, nyt muutamme tätä leikkiä vähän. Tässä pahvissa on kuva, joka on samanlainen kuin sinun kätesi täällä pahvin takana (näytetään lapselle, että kuva vastaa lapsen omaa kättä). Nyt minä kosketan sinun sormeasi kuten aiemmin, mutta sinä osoitat kosketetun sormen tästä kuvasta ja sinun oma kätesi pysyy koko ajan piilossa."
- c) Aloitetaan muutamalla kokeilukosketuksella, joita ei merkitä vastauslomakkeelle.

5b. Samanlaisen kuvan löytäminen: hahmotustehtävä

Tehtävän tarkoituksena on selvittää lapsen kykyä hahmottaa erilaisia kuvioita.

Tehtävän suoritus:

Lapsi etsii liitteenä 6 olevista kuvatauluista tarkalleen mallikuvan mukaisen kuvion vaihtoehtojen joukosta (sekä muoto että asento tärkeitä).

Esimerkki ohjeista:

"Katsopa, täällä ylhäällä on yksi kuva ja alhaalla on kuusi samanlaiselta näyttävää kuvaa, mutta ne kaikki eivät ole samanlaisia kuin ylhäällä oleva kuva. Jotkut ovat eri asennossa tai niissä on joku muu pieni ero tähän mallikuvaan nähden. Nyt sinun tehtävänäsi on etsiä mallikuvan kanssa täysin samanlainen kuva."

Jos lapsi ei näytä ymmärtävän ohjetta, voidaan sitä havainnollistaa osoittamalla ensimmäisestä tehtäväkuvasta eri asennossa oleva tai yksityiskohdassa eroava kuvio. Taulua 0 voidaan käyttää harjoituskuvana.

Ellei lapsen ensimmäinen vastaus ole oikea, annetaan korjaamismahdollisuus. Jos lapsi ei löydä samanlaista ensimmäisestä eikä toisesta kuvataulusta, voidaan tehtävä lopettaa.

7a. Kuvien nopea nimeäminen

Tehtävän tarkoitus on selvittää lapsen kielellistä nimeämisvalmiutta.

Tehtävän suoritus:

Lapsi nimeää liitteen 7 kuvataulujen kuvat mahdollisimman nopeasti ja virheettömästi. Tehtävässä otetaan aika (5:n sekunnin tarkkuudella), joka kuluu kuvien nimeämiseen sekä lasketaan yhteen väärät ja puuttuvat nimet. Lapsen välittömästi korjaamia sanoja ei lasketa virheiksi.

Esimerkki ohjeista:

"Nimeä nyt kaikki nämä kuvat niin nopeasti kuin voit. Kerro minulle näiden viiden esineen nimet (osoitetaan sormella). Ja takaisin rivin alkuun. Kun sanon NYT, sano jokaisen esineen nimi nopeasti ja jatka seuraavalta riviltä (näytetään sormella etenemissuunta), kunnes olet sanonut viimeisen kuvan nimen. No niin, NYT."

Jos lapsi tarjoaa kuvalle kahta nimeä, häntä pyydetään käyttämään lyhyempää sanaa. Lapselle ei opeteta esineiden nimiä: jos lapsi ei tiedä jollakin esineelle nimeä, on viisainta jättää ko. tehtäväliuska kokonaan pois.

Lapsen kyselyihin tehtävän aikana ei vastata, vaan häntä kehoitetaan vain jatkamaan. (Jos kysymys on tärkeä tehtävän kannalta, keskeytetään ajanotto vastauksen ajaksi ja jatketaan ajan ottamista vastauksen jälkeen tai otetaan uusi tehtäväliuska). Yhden tehtäväliuskan onnistunut läpikäynti riittää, mutta jos lapsi haluaa koettaa toista ja aika sallii, otettakoon.

7b. Samanlaisen kuvan löytäminen: tarkkaavaisuustehtävä

Tehtävän tarkoitus on selvittää, miten lapsi pystyy keskittymään tarkkaavaisuutta vaativaan kuvien vertailuun.

Tehtävän suoritus:

Lasta pyydetään osoittamaan liitteen 8 kuvatauluista ne kuvat, jotka täysin vastaavat mallikuvaa. Jos lapsi erehtyy, hänelle annetaan uusia mahdollisuuksia. Tehtävässä merkitään ylös monesko ratkaisu on oikea

ja otetaan aika (5 sekunnin tarkkuudella) aloittamisesta siihen, kun lapsi löytää oikean ratkaisun.

Esimerkki ohjeista:

"Katsopa tätä kuvaa. Tässä näet yksinään olevan kuvan ja täällä on kuusi kuvaa, jotka näyttävät aivan samanlaisilta, mutta kun katsot niitä tarkemmin huomaat, että ne eivät olekaan aivan samanlaisia kuin tämä mallikuva. Nyt sinun tulisi etsiä kuva, joka on täysin samanlainen kuin tämä mallikuva (osoitetaan). Osoita kuvaa, kun olet löytänyt sen."

Jos lapsi osoittaa väärää kuvaa, sanotaan esim. "Se kuva kyllä muistuttaa mallikuvaa, mutta ei ole aivan samanlainen. Koetapa uudelleen ja etsi mallikuvan kanssa aivan samanlainen kuva."

Jos seuraavakaan valinta ei ole oikein, toistetaan edelliset ohjeet lyhennettyinä. Esim. "Vieläkään ei löytynyt, etsi uudelleen."

HUOM! Lapsen tulee huolellisesti etsiä oikeaa ratkaisua - arvailemista ei hyväksytä vastaukseksi. Jos lapsi näyttää arvailevan, kehoitetaan häntä olemaan tarkempi, siirrytään seuraavaan kuvaan ja esitetään kuva myöhemmin uudelleen.

Kokonaisarviointi ja sen kirjaaminen

Kohtaan "erityishuomioita arviointitilanteesta ja lapsesta" merkitään asiat, jotka voivat vaikuttaa kirjattujen tietojen tulkittavuuteen tai niiden pohjalta tehtäviin johtopäätökseen (esim. lapsi ei ole juurikaan suostunut puhumaan, jokin lapsen vamma on estänyt määrättyjen tehtävien tekemisen jne.).

Kohtaan "arvio ohjauksen ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta" merkitään mihin lopputulokseen terveydenhoitaja päätyy lapsen kehitystason ja -tilanteen osalta. Tämän arvioinnin kirjaamisessa voidaan soveltaa seuraavaa viisikohtaista luokitusta, joka ei kuitenkaan ole itsetarkoitus, vaan jonka käyttöä on harkittava suhteessa olemassa oleviin toimintamahdollisuuksiin:

- A = lapsen hoidossa, kehityksessä ja kasvatuksessa ei esiinny mitään erityisiä ongelmia
- B = lapsen perushoittoon tai perheen terveystottumuksiin liittyviä ongelmia
- C = fyysiseen kehitykseen ja/tai terveyteen liittyviä ongelmia (sairaudet tai vammat)
- D = psyykkiseen kehitykseen ja/tai kasvatukseen liittyviä ongelmia
- E = sosiaalisia, taloudellisia tai perhesuhteisiin liittyviä ongelmia.

Käsillä oleva arviointimenettely ei luonnollisestikaan anna perusteita B- ja C-luokitusten käytölle, vaan niiden käyttö perustuu muuhun terveydenhoitajan käytössä olevaan tietoon. Ongelmaryhmistä B, C, D ja E kaksi tai useampiakin voi yksittäisen lapsen kohdalla esiintyä samanaikaisesti. Tämän luokittelun lisäksi terveydenhoitajan tulisi kirjata myös sanallisesti arviointinsa lopputulos ja toimenpide-ehdotukset. D- ja E-luokkien käyttö olisi myös perusteltava, sillä kenelläkään muulla neuvolan työntekijällä ei ole mahdollisuutta arvioida lasta yhtä kokonaisvaltaisen tiedon pohjalta kuin terveydenhoitajalla.

Kohtaan "seurannassa ja/tai jatkotutkimuksissa todettu" kirjataan mitä lapsen psyykkisestä kehityksestä ja siihen yhteydessä olevista seikoista todetaan neuvolassa tai muissa jatkotutkimuksissa. Näissä jatkotutkimuksissa lienee asiallista käyttää lähtökohtana terveydenhoitajan arviointeja.

5-vuotiaan tehostettu terveystarkastus

Lapsen psyykkisen kehityksen arviointi

Nimi: _____ Syntymäaika: _____ Tarkastuspäivä: _____

Neuvola: _____ Terveydenhoitaja: _____ Käytetty aika: _____

Omatoimisuus ja sosiaalinen kehitys	V T		Kokonaismotoriikka	V T		Havaintotoiminnot ja hienomotoriikka	V T		Kieli ja kognitiivinen kehitys	V T	
1. Riisuu ja pukee ulkovaatteet			1. Seisoo yhdellä jalalla kädet rinnalla tai lanteilla			1. Jäljentää ympyrän neliön kolmion			1. Käyttää lauseita kuvasta kertoessaan		
2. Leikkii roolileikkejä			2. Hyppelee yhdellä jalalla			2. Ihmisen piirroksessa pää jalat kädet vartalo muita yksityiskohtia			2. Puhe ymmärrettävää ja virheetöntä puhevika _____ äännevirhe _____		
3. Odottaa vuoroaan ja jakaa tavaroita			3. Kätisyys vakiintunut oikea____, vasen____			3. Kynäote hallittu			3. Nimeää päävärit		
4. Sietää lieviä epäonnistumis- ja pettymistilanteita			4. Pyörii, hiihtää ja/ tai luistelee			4. Leikkaa ympyrän sakilla			4. Lukumäärän käsite 0-5 laskemisena		
5. Jää hetkeksi yksin tai vieraan seuraan						5a. Sormen paikantaminen tai			5. Tekee kielellisiä päätelmiä		
6. Jää vaivatta päivähoitoon						5b. Samanlaisen kuvan löytäminen: hahmotustehtävä			6. Kuuntelee ohjeet ja keskittyy tehtäviin		
7. Ei käyttäytymishäiriöitä									7a. Kuvien nopea nimeäminen tai		
8. Osaa selvittää nimensä, osoitteensa, sisaruksensa ja päiväohjelmansa									7b. Samanlaisen kuvan löytäminen: tarkkaavaisuustehtävä		

Erityishuomioita arviointitilanteesta ja lapsesta: _____

Arvio ohjauksen ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta: _____

Seurannassa ja/tai jatkotutkimuksissa todettu: _____

Liite 4. Terveystenhoitajan arviointijärjestelmä kuusivuotistarkastuksessa

LAPSEN PSYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINNIN TOIMINTAOHJEET

Kokonaismotoriikka

1. Kysytään vanhemmilta. Merkitään rasti, jos lapsi pyöriilee kaksipyöräisellä polkupyörällä.
2. Terveystenhoitaja asettaa varpaat toisen jalan kantapään taakse ja kävelee takaperin näin muutamia askelia. Lasta pyydetään tekemään samalla tavoin. Merkitään rasti, jos lapsi kävelee takaperin tällä tavoin vähintään neljä askelta. Varpaiden olisi osuttava vähintään parin kolmen sentin päähän kantapäästä.

Havaintotoiminnot ja hienomotoriikka

3. Lapselle annetaan erillinen paperi, jossa on mainitut kuviot. Häntä pyydetään piirtämään samanlaiset kuviot. Merkitään rasti, jos molemmat piirrookset vastaavat hahmoltaan mallikuvia.
4. Edellisen paperin kääntöpuolelle lasta pyydetään piirtämään ihmisen (esim. äidin tai isän) kuva. Lisäksi lasta pyydetään kirjoittamaan nimensä piirroksen alalaitaan. Merkitään rasti, jos piirroksessa on vähintään kuusi osaa (pää, vartalo, kädet, jalat, silmät, suu jne.).

Kieli ja kognitiiviset toiminnot

5. Kysytään vanhemmilta ja lisäksi tarkkaillaan lapsen puhetta keskusteltaessa hänen kanssaan (esim. seuraava kysymys). Merkitään miinus, jos lapsella esiintyy joitakin äännevirheitä tai muita puheen häiriöitä. Lomakkeeseen kirjoitetaan myös millaisista ongelmista on kysymys.

6. Lasta pyydetään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Äiti on nainen, isä on _____?
2. Hevonen on iso, hiiri on _____?
3. Kerropa mitä tarkoittaa sana "järvi"?
4. Kerropa mitä tarkoittaa sana "verho"?

Merkitään rasti, jos lapsi vastaa oikein vähintään kolmeen kysymykseen. Määrittelyissä hyväksytään, jos lapsi kertoo kohteen rakenteesta, koostumuksesta, käytöstä tai vaihtoehtoisesta luokituksesta. Pelkkä osoittaminen ("verho" - "tuolla") tai nimen mainitseminen ("järvi" - "Keitele") ei riitä.

Omatoimisuus ja sosiaaliset valmiudet

7. Kysytään vanhemmilta ja tarkkaillaan lapsen toimintaa tehtävien suoritusten yhteydessä. Merkitään miinus, jos keskittymisessä näyttää esiintyvän pulmia.

8. Kysytään vanhemmilta. Jos lapsella ei ole kokemuksia ryhmätoiminnasta merkitään o-merkki. Merkitään miinus, jos ryhmään sopeutumisessa on ilmennyt pulmia.

9. Kysytään vanhemmilta yksilöidysti kastelusta, kynsien pureskelusta, pakkoliikkeistä ja ylivilkkaudesta (vrt. seuraava kohta). Merkitään miinus, jos joitakin tällaisia ongelmia esiintyy. Lomakkeeseen kirjataan myös millaisista ongelmista on kysymys.

Erityishuomiot lapsen kehityksestä sekä vanhempien kokemat kehitys- ja kasvatuspulmat

Vanhemmilta kysellään heidän kokemistaan kehitys- ja kasvatuspulmista. Tämä voidaan yhdistää yhdeksänteen kysymykseen, jolloin mahdollisten käyttäytymishäiriöiden arviointi tapahtuu osana tätä kehitys- ja kasvatuspulmien selvittelyä. Keskustelussa voi ottaa esiin esim. nukkumisen,

syömisen, leikit ja toverisuhteet, pelot ja edellä mainitut käyttäytymishäiriöt sekä vanhempien itse esiin nostamat asiat.

Mitä 5-vuotistarkastuksessa on todettu ja mitä toimenpiteitä on toteutettu

Merkitään millaiseen kokonaisarviointiin päädyttiin 5-vuotistarkastuksessa sekä mainitaan lyhyesti toteutetuista toimenpiteistä samoin kuin mahdollisesti toteutumatta jääneistä suunnitelmista.

Arvio ohjauksen tarpeesta ja toimenpide-ehdotukset

Kokonaisarvioinnin kirjaamisessa voidaan käyttää aikaisempaa A-E luokitusta.

6-vuotiaan tehostettu terveystarkastus
 Psykkisen kehityksen seuranta

Nimi: _____ Syntymäaika: _____ Tarkastuspäivä: _____

Neuvola: _____ Terveydenhoitaja: _____ Käytetty aika: _____

Kokonaismotoriikka	V/T	Havaintotoiminnot ja hienomotoriikka	T	Kieli ja kognitiiviset toiminnot	V/T	Omatoimisuus ja sosiaaliset valmiudet	V
1. Ajaa kaksipyöräisellä polkupyörällä 2. Kävelee takaperin asettamalla varpaat kantapään taakse		3. Jäljentää kolmion ja vinoneliön 4. Ihmisen piirroksessa vähintään 6 osaa		5. Puhe selvää, ei äännevirheitä _____ 6. Hallitsee kielellisiä päätelmiä		7. Toiminnoissa suunnitelmallisuutta ja pitkäjännitteisyyttä 8. Sopeutuu helposti ryhmässä työskentelyyn 9. Ei käyttäytymishäiriöitä _____	

Erytishuomiot lapsen kehityksestä sekä vanhempien kokemista kehitys- ja kasvatuspulmista: _____

Mitä 5-vuotistarkastuksessa on todettu ja mitä toimenpiteitä on toteutettu: _____

Arvio ohjauksen tarpeesta ja toimenpide-ehdotukset: _____

Liite 5. Vanhempien kokemat kehitys- ja kasvatuspulmat yleisyysjärjestyksessä ja niiden korrelaatiot jatkotoimenpiteiden tarpeeseen

Pulma	Yleisyys prosentteina	Korrelaatio jatkotoimenpiteiden tarpeeseen
162. Kiukkuilee, ellei saa tahtoaan läpi	42	.17 ***
109. Valikoi tarkkaan mitä syö	33	.06 *
154. Pelkää rokotusta	32	.08 **
105. Nukkuu vanhempien sängyssä silloin tällöin	27	-.06 *
111. Vaatii kaupassa käytäessä aina karamelleja	21	.09 **
147. Ääntää väärin joitakin äännteitä	20	.07 *
150. Pelkää joitakin eläimiä	17	.03
149. Pelkää pimeää	17	.08 **
106. Vaikea herätä aamulla	16	.09 **
107. Muuta nukkumisesta	16	.05
137. Ei kuuntele mitä sanotaan	16	.18 ***
120. Riehuu toisten seurassa	15	.14 ***
163. Suuttuu, ellei onnistu	15	.09 **
130. Haluaa olla huomion keskipisteenä	14	.10 ***
104. Nukkuu jatkuvasti vanhempien sängyssä	13	.12 ***
115. Muuta syömisestä	13	.00
151. Pelkää mörköjä	12	-.02
134. Tottelee toista, mutta kiukkuilee toiselle vanhemmalle	12	.07 *
158. Pakkotoimintoja	11	.10 ***
153. Pelkää katsoessaan televisiota	10	.00
148. Muuta puhumisesta	10	.14 ***
123. Määräilee toisia	9	.07 *
101. Vaikea saada unta iltaisin	9	.05
117. Riitelee toisten lasten kanssa	9	.15 ***
121. Kateellinen ja mustasukkainen	9	.12 ***
103. Pelkää nukkua omassa huoneessaan	8	.04
164. Masentuu epäonnistuessaan	8	.03
136. Ei keskity tekemiinsä	8	.03
155. Muuta peloista	8	.04
159. Koskettelee sukupuolielimiään	8	.13 **
132. Leikkii liian rajuja leikkejä	7	.14 ***
114. Haluaa syötettävän itseään	7	.02
108. Kiukkuilee ruokapöydässä	7	.09 **
102. Heräilee yöllä	6	.07 *
140. Pissaa housuihinsa ulkona ollessaan	6	.06 *

(jatkuu)

166. Muuta kasvatuspulmista yleensä	6	.12 ***
124. Muuta tovereista	6	.04
110. Ei syö aterioilla, haluaa välipaloja	6	.07 *
133. Ei tottele vanhempia	6	.16 ***
122. Liian alistuvainen	6	.06 *
157. Imee tuttia tai peukaloo	6	.07 *
138. Muuta vilkkaudesta	5	.04
113. Ei syö kotona, syö päivähoitossa	5	.02
126. Ei jää vieraan hoitoon	4	.13 ***
141. Kastelee yöllä	4	.14 ***
131. Muuta aikuiskontakteista	4	.05
143. Muuta siisteydestä	4	.09 **
116. Ei yhtään kaveria	4	.15 ***
161. Valehtelee	4	.09 **
119. Arka ja hiljainen	3	.06 *
127. Ei halua jäädä päivähoitoon	3	.17 ***
152. Pelkää perheelle sattuvan jotain	3	.02
128. Haluaa olla vain äidin kanssa	3	.11 ***
165. Hidas kaikissa tekemisissä	3	.11 ***
160. Valittaa usein mahakipuja	3	.05
156. Karkailee pihalta	2	.10 ***
144. Puhe epäselvää	2	.11 ***
125. Arastelee aikuisia	2	.13 ***
135. Rauhaton ja levoton	2	.10 ***
139. Pissaa päivällä housuihinsa joskus	2	.03
145. Puhe pikkulapsimaista	2	.07 *
142. Kakkaa housuihinsa joskus	1	.10 ***
129. Haluaa olla vain isän kanssa	1	.06 *
118. Karttelee toisten lasten seuraa	0.5	.02
146. Liian hiljainen, ei puhu asioistaan	0.5	.08 **
112. Ei syö päivähoitossa	0.5	.09 **

Liite 6. Terveydenhoitajan arviointijärjestelmän tehtävien vaikeustaso
Lahten kaupungin ja Äänekosken-Suolahden seudun aineistoissa

Kehityksen alue ja tehtävä	Lahti	Äänekoski- Suolahti	Ero
Omatoimisuus ja sosiaalinen kehitys			
1. Ulkovaatteiden pukeminen ja riisuminen	.95	.94	
2. Roolileikkien leikkiminen	.97	.95	
3. Vuoron odottaminen	.88	.93	
4. Pettymysten sietäminen	.79	.81	
5. Vieraan seuraan jääminen	.95	.93	
6. Päivähoitoon jääminen	.81	.79	
7. Käyttäytymishäiriöiden puuttuminen	.79	.76	
8. Nimen yms. tietojen selvittäminen	.86	.92	
Kokonaismotoriikka			
9. Yhdellä jalalla seisominen	.97	.96	
10. Yhdellä jalalla hyppeleminen	.92	.92	
11. Käätisyyden vakiintuneisuus	.97	.98	
12. Pyöräileminen ja hiihtäminen	.97	.92	*
Havaintotoiminnot ja hienomotoriikka			
13. Ympyrän jäljentäminen	.98	.97	
14. Neliön jäljentäminen	.94	.92	
15. Kolmion jäljentäminen	.84	.83	
16. Ihmisen piirtäminen	.70	.65	
17. Kynäote	.93	.93	
18. Ympyrän leikkaaminen saksilla	.96	.96	
Kieli ja kognitiiviset toiminnot			
19. Lauseiden käyttö kertoessa	.92	.93	
20. Puheen virheettömyys	.70	.69	
21. Värien nimeäminen	.92	.85	*
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen	.92	.95	
23. Kielellisten päätelmien tekeminen	.87	.89	
24. Keskittyminen tehtäviin	.93	.95	

Liite 7. Viisivuotiaiden arviointijärjestelmän tehtävien korrelaatiomatriisi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1 PUKEM																										
2 LEIKKI	15																									
3 VUORO	11	07																								
4 PETTYM	07	06	27																							
5 VIERAS	09	11	12	15																						
6 PÄIVÄH	07	03	09	10	37																					
7 KÄYTH	05	04	19	18	07	11																				
8 NIMI	06	15	10	07	08	04	07																			
9 SEISOM	10	13	06	05	06	03	08	09																		
10 HYPPEJ	09	16	07	11	09	10	05	13	50																	
11 KÄTVAK	06	01	05	09	00-02	07	02	17	06																	
12 PYÖRÄ	17	06	04	09	03	00	03	07	12	13	05															
13 JYMPYR	05-02	04	03-01-03	01	02	15	19	11	19																	
14 JNELIÖ	12	05	09	11	06	04	11	10	17	20	18	11	34													
15 JKOLMI	06	06	09	09	05	03	11	08	07	14	12	05	20	47												
16 IHMPII	08	10	04	05	01-01	02	14	14	21	05	09	14	27	25												
17 KYNÄOT	11	00	09	05	02	01	05	12	18	27	09	10	35	50	31	28										
18 SLEIKK	14-03	07	03	01	06	11	06	13	19	13	12	21	29	17	17	24										
19 LAUSE	04	05	01	07	09-01	10	11	15	07	06	09	09	11	08	05	10	01									
20 PUHE	05	01	03-03-01	04	06	06	06	06	07	08	03	05	05	05	06	10	10	05								
21 VÄRIT	03	11	04	01	06	10	08	18	09	13	01	08	11	20	19	16	17	17	08	12						
22 LASKEM	02	17	07	02	03	06	08	23	11	15	03	11	18	18	22	22	22	11	08	09	36					
23 KPÄÄT	08	13	11	08	08	09	12	24	15	17	08	11	11	18	12	16	15	10	18	07	21	26				
24 KESKIT	18	12	14	15	10	15	18	18	34	22	19	06	17	30	19	21	28	18	12	07	22	28	27			
25 XSUMMA	29	26	35	36	26	23	37	40	39	45	24	27	34	54	48	48	50	37	30	31	43	47	48	56		

Liite 8. Terveystenhoitajan arviointijärjestelmän faktorirakenne
tytöillä ja pojilla: neljän faktorin varimax-rotatio

Muuttuja	Faktori: tytöt					Faktori: pojat				
	1.	2.	3.	4.	h2	1.	2.	3.	4.	h2
1. Ulkovaatteiden pu- keminen ja rii- suminen					.06					.07
2. Roolileikkien leik- kiminen					.06	.35				.16
3. Vuoron odottaminen				.48	.27				.37	.14
4. Pettymysten sietäminen				.36	.15				.50	.26
5. Vieraan seuraan jääminen				.33	.12				.54	.31
6. Päivähoitoon jääminen				.38	.17				.44	.21
7. Ei käyttäytymis- häiriöitä				.43	.21					.09
8. Nimen yms. tietojen selvittäminen			.31		.11	.47				.26
9. Yhdellä jalalla seisominen		.61			.41		.98			.99
10. Yhdellä jalalla hyppeleminen		.66			.52		.42			.28
11. Kätiisyyden vakiintuneisuus					.10					.08
12. Pyöräileminen ja hihtäminen		.30			.13					.06
13. Ympyrän jäljen- täminen	.43				.23	.49				.26
14. Neliön jäljen- täminen	.82				.69	.75				.60
15. Kolmion jäljen- täminen	.42				.20	.59				.40
16. Ihmisen piir- täminen					.13	.36				.18
17. Kynäote	.48				.34	.67				.47
18. Ympyrän leikkaa- minen saksilla	.40				.25	.36				.14
19. Lauseiden käyttö kertoessa					.10					.05
20. Puheen virheet- tömyys					.07					.02
21. Värien nimeäminen			.63		.43	.41				.20
22. Lukumäärien 1-5 laskeminen			.58		.42	.62				.42
23. Kielellisten pää- telmien tekeminen			.30		.17	.50				.32
24. Keskittyminen tehtäviin	.31			.32	.28	.31	.36	.32		.39
Selitysosuus kokonaisvarianssista					35%					37%

Liite 9. Vanhempien ilmoittaman edellisen vuoden aikaisen pulmien selvittelyn yhteydet kehitys- ja kasvatuspulmiin viisivuotiaana

Pulma	Korrelaatio
166. Muuta kasvatuspulmista yleensä	.15 ***
147. Ääntää epäselvästi tai virheellisesti joitakin äännteitä	.14 ***
148. Muuta puhumisesta	.14 ***
165. Hidas kaikissa tekemisissä	.13 ***
136. Ei keskity leikkeihinsä	.12 ***
107. Muuta nukkumisesta	.12 ***
142. Kakkaa housuihin silloin tällöin	.10 ***
144. Puhe epäselvää	.10 ***
160. Valittaa mahakipuja usein	.10 ***
112. Ei syö päivähoitossa, vaikka syö kotona	.09 **
143. Muuta siisteydestä	.09 **
101. Vaikea saada unta iltaisin	.08 **
116. Ei yhtään kaveria	.08 **
124. Muuta tovereista	.08 **
127. Ei halua jäädä päivähoitoon	.08 **
158. Pakkoliikkeitä	.08 **
159. Koskettelee sukupuolielimiään	.08 **
131. Muuta aikuisista	.07 *
<hr/>	
Pulma-alueiden summapistemäärät	Korrelaatio
55. Puhe	.21 ***
58. Kaikkien pulmien summapistemäärä	.16 ***
54. Siisteys	.15 ***
57. Kasvatuspulmat yleensä	.13 ***
49. Nukkuminen	.12 ***
52. Aikuiset	.10 ***
51. Toverit	.08 **