

LASTEN JA VANHEMPIEN OSALLISUUDEN KOKEMUKSIA

LASTENPSYKIATRISEN KRIISI-LYHYTHOITOJAKSON AIKANA

Paula Hakkarainen  
Terveyskasvatuksen  
Pro gradu-tutkimus  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2011

## TIIVISTELMÄ

Lasten ja vanhempien osallisuuden kokemuksia lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoidon aikana

Hakkarainen Paula

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Terveyskasvatus

Pro gradu- tutkielma, 70 sivua, 5 liitesivua

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lastenpsykiatrisessa kriisi-lyhythoidossa olevien lasten ja vanhempien kokemuksia osallisuudesta hoitoprosessin aikana. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: miten vanhemmat kokevat osallisuutensa kriisi-lyhythoitoprosessin aikana? millaisia osallisuuden tekijöitä tulee esille lasten kriisi-lyhythoitoprosessia koskevassa haastattelussa? Tutkimukseen osallistui kaksi vanhempaa ja kaksi lasta vuoden 2010 alussa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteleamalla tutkimukseen osallistuneet sekä hoitojakson alussa että lopussa. Vanhempien haastatteluaineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja lasten haastatteluihin sovellettiin aineistolähtöistä diskurssianalyysia.

Vanhemmat kokivat kriisi-lyhythoitajaksolle tulon paineisenä ja vaativana. Stressaava tilanne nosti pintaan aiempia ohitetuksi tulemisen kokemuksia. Epävarmuus jakson ajankohdasta vaikeutti jaksolle valmistautumista. Lapsen valmistaminen jäi yleiselle tasolle. Vanhemmilla oli paljon tietoa entuudestaan liittyen perheen ongelmien ratkaisemiseen. Silti he toivoivat kriisi-lyhythoitajaksolta edelleen apua, neuvoja, keinoja ja käytännönvinkkejä liittyen lapsen käyttäytymisen muuttumiseen. Vanhemmat kokivat vuorovaikutuksen haasteelliseksi etenkin tulokokouksessa, koska oman huomion ja keskittymisen tuli kiinnittyä sekä käytyyn keskusteluun että lapseen aktiivisesti. Hoitosuunnitelman tekemiseen suhtauduttiin joko kokoavana tai itsestäänselvyksiä toistavana. Vanhemmat pitivät voimavaroihin ja tulevaisuuteen keskittymistä hyödyllisempänä kuin ongelmien syiden etsimistä. Vanhempien osallisuuden kokemukset lisääntyivät hoitoprosessin edetessä. Aiemmat negatiiviset tunnekokemukset väistyivät, jolloin myönteisille tunteille hoitoa kohtaan tuli uudella tavalla tilaa. Vanhemmat kokivat hoitajan palautteen lapsen hyvinvoinnista tärkeänä. Vanhemmilla oli myös tärkeä rooli lapsen tukijana ja asianajajana.

Lasten osallisuus ilmeni heidän taustakertomuksissaan, vaikeiden asioiden sekä omien taitojen ja kykyjen esille tuomisenä. Lasten haastatteluissa esiin tulleita lapsen osallisuutta edistäviä tekijöitä olivat palkitseminen, toiminnallisuus, tietoisuus hoidon tavoitteista, konkreettiset menetelmät sekä ikätasoinen toimintakykyisyys.

Vuorovaikutuksessa aikuisella on tärkeä rooli lapsen kuulluksi tulemisen kannalta. Ymmärretyksi tuleminen mahdollistuu dialogisessa vuoropuhelussa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä lapsiperheen kohtaamisen menetelmiä aikaisempaa tarpeenmukaisemmiksi. Vanhempien kokemusten perusteella terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää kyetä auttamaan vanhempia priorisoimaan olemassa olevaa tietoa perheen tilanteen helpottamiseksi. Tutkimus tekee näkyväksi lasten osallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä. Voimavarakeskeisiä, tulevaisuuteen suuntaavia ja ennakoivia työskentelytapoja tulee lisätä entisestään.

Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA): lapset, lastenpsykiatria, lyhytterapia, kriisit, osallisuus, dialogi

## **ABSTRACT**

Children's and parents' experiences of participation, when the child was treated for child psychiatrist crisis and short-term ward

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

The Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Health Education

Master's thesis, 70 pages, 6 appendices

Spring 2011

---

The purpose of this study was to describe children's and parents experiences of participation during child psychiatric crisis- and brief intervention. The study involved two parents and two children who were interviewed two times each in early 2010. Parents data gained through the interviews were analyzed with inductive, theory-based content analysis. Children's interviews were analyzed using discourse analysis.

In the beginning of the intervention basis of the parent experiences of participation were stressful and demanding. Parents were also feeling unsure about time when intervention begins. Preparing to the intervention was also at the general level. Parents hope that they get more information and strategies to solve their problems even if they had these before. Parents' experiences of interaction were challenging and difficult particularly in arrival meeting, because they have to concentrate on both child and conversation. Treatment planning were reacting helpful or facts repeating. During short-term intervention elements which were strengthened participation appeared different ways. Parents' experiences of participation appeared when they were supporting their children. Parents liked that concentrating on recourses and future was more useful than seeking causes of problems. According to this study experience of participation shows to increase while the process of treatment. This enabled the negative emotional experiences decline so that positive feelings towards treatment became a new way of space. Feedback a child's welfare was also considered important.

Children's participation showed an interview with background reports, highlighting difficult issues as well as their own skills and abilities to be expressed. In this study, the child's participation contributed to rewarding, functionality, awareness of treatment goals, concrete methods as well as their age corresponding to the level of activity. Interact with adults, had an important role in the child's point of view to be heard. Dialogue enables understanding to become.

The results of the present study may be applied to develop the actions promoting the health of families with children into more essential direction that would better involve the families. Parents' experience of health professionals is important to be able to help parents to prioritize the information on what they already have to ease the situation. The study makes visible the working methods that promote children's participation. Resource-centered, forward-looking and anticipatory ways of working should be increased.

Medical Subject Headings ( MeSH): child, child psychiatry, psychotherapy brief, crisis intervention, patient participation,

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	1
2 LAPSIPERHEIDEN ASIAKKUUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA.....	3
2.1 Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut.....	4
2.2 Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut.....	5
3 LAPSIPERHEIDEN OSALLISUUS HOITOPROSESSISSA .....	9
3.1 Osallisuus ja dialogisuus .....	9
3.2 Yhteistoiminnallisuus asiakaslähtöisyyden perustana.....	12
3.3 Kuinka lapsi kokee tulevansa kuulluksi? .....	14
3.4 Vanhemmat osallisina hoitoprosessissa .....	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	19
5.1 Tutkimusympäristön kuvausta .....	21
5.2 Tutkimusaineiston hankinta .....	23
5.3 Vanhempien haastatteluiden analyysi .....	24
5.4 Lasten haastatteluiden analyysi.....	25
6 VANHEMPIEN OSALLISUUDEN KOKEMUKSET LASTENPSYKIATRISELLA .....	27
KRIISI-LYHYTHOITOJAKSOLLA.....	27
6.1 Kokemukset ja odotukset kriisi-lyhythoittoon tullessa .....	27
6.2 Vuorovaikutuksen haasteellisuus kriisi-lyhythoittojaksoilla.....	30
6.3 Asiakaslähtöisyyden ja tarpeenmukaisuuden kokemukset jaksolla .....	34
6.4 Pohdinta.....	38
7 LASTEN HAASTATTELUISTA ESIINTULLEET OSALLISUUDEN TEKIJÄT .....	44
7.1 Lasten taustakertomukset .....	44
7.2 Vaikeat asiat puheeksi.....	47
7.3 Kyvyt ja osaaminen esille .....	51
7.4 Toiminnallisuus keskustelun osana.....	54
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	58
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	63
LÄHTEET .....	65

## **LIITTEET**

Liite 1: Tutkimuslupa

Liite 2: Tiedot mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen

Liite 3: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 4: Teemahaastattelurunko

Liite 5: Merkityskokonaisuudet

## 1 JOHDANTO

Kiinnostukseni osallisuuteen ja perheen hyvinvointiin nousee oman työni kontekstista lastenpsykiatriassa. Lasten näkökulman huomioiminen sekä koko perheen kanssa työskenteleminen kuuluvat työn perustehtävään, jonka tavoitteena on lapsen normaalin kehityksen esteiden poistuminen. Yhtenä hoidon peruslähtökohtana on, että lapsen pulmat nähdään osana lapsen ja vanhemman välisiä vuorovaikutuskuvioita. Oma ammatti-identiteettini pohjaa ajatukseen, että terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät tasavertaisina asiantuntijoina perheiden rinnalla, mahdollistaen sopivasti erilaisia keskustelun areenoita perheelle. Asiakaslähtöinen lähestymistapa edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa herkkyyttä kuulla asiakkaitaan. Yhteistoiminnallisuuden ja dialogisen vuorovaikutuksen kautta asiakas voi tulla kuulluksi. Työskentelyote vaatii työntekijältä jatkuvaa herkkyyttä kuulla myös itseään ja kykyä reflektoida omia ajatuksiaan ja toimintatapojaan.

Aiemmat tutkimustulokset korostavat sitä, kuinka kaikki riski- ja suojatekijät vaikuttavat välillisesti lapseen ja hänen kehitykseensä. Tärkeimmät välittävät mekanismit ovat yksilön oma kokemuksellisuus eli miten lapsi jonkin asian itse kokee ja lapsi-vanhempisuhteen laatu (Tamminen & Räsänen 2004, 377). Tutkimukseni lähtökohtana on kokemuksellisuus. Lastenpsykiatrisessa hoitokontekstissa vanhempien osallisuus hoitoprosessissa on oleellinen, tämän vuoksi haluan tutkia sekä lapsen että vanhempien kokemuksia osallisuudesta hoitoprosessissa.

Lasten kokemusten tutkiminen lastenpsykiatrisessa hoitoprosessissa on tärkeää tutkimuksen vähäisyyden vuoksi. Häggman-Laitila ja Pietilä (2007) ovat havainneet samansuuntaisesti puutteita lasten ja nuorten näkökulmien huomioimisessa. He kartoittivat systemaattisesti perheen psykososiaaliseen terveyteen kohdistuvia kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia (n = 54) vuosilta 1994-2004. Tutkimuksissa tiedonantajina olivat useimmiten työntekijät ja vanhemmat. Selvästi vähemmän oli tutkimuksia, joissa tiedonantajina olivat lapset tai nuoret (Häggman-Laitila & Pietilä, 2007). On tärkeää selvittää kuinka lapset kokevat olevansa osallisia hoitoprosessissa ja kuinka heidän äänensä tulee kuulluksi. Tällä tavoin voidaan

kehittää lastenpsykiatrisia palveluita Toivon myös, että tutkimukseni herättää keskustelua lasten näkökulman huomioimisesta muuallakin kuin erikoissairaanhoidossa.

Tutkimus sijoittuu erikoissairaanhoidon kiireellisesti annettavan hoidon kontekstiin. Terveyden edistämisen näkökulmasta tutkimus tuottaa tietoa osallisuudesta, joka on terveyden edistämisen lähtökohta. Tutkimus nostaa esille kysymyksiä lasten ja mielenterveyden palveluiden toimivuudesta ja järjestämisestä. Lastenpsykiatrinen hoito on aiemmin maassamme toteutunut lähes yksinomaan kiireettömänä hoitona. 1990-luvulta lähtien suhtautuminen on muuttunut ja lastenpsykiatrisia palveluja on muokattu akuuttitilanteisiin sopiviksi. Palvelujärjestelmän muutosten myötä lastenpsykiatristen akuuttipotilaiden määrät ovat lisääntyneet (Piilinen ym. 2009, Parviainen ym. 2010).

Aikaisemmat tutkimukset (Westman ym. 2005, Linnakangas ym. 2010a, 2010b) osoittavat, että hoidossa ja ehkäisevässä työssä monikanavainen toiminta on tuloksellisinta. Tämä tarkoittaa, että yhdistämällä erilaisia ehkäiseviä ja mielenterveyttä tukevia työmuotoja toisiinsa, saadaan paras hyöty. Lisäksi lasten mielenterveystyössä on oleellista kohdistaa toimenpiteet samanaikaisesti kasvavaan yksilöön ja hänen lähiympäristöönsä (Tamminen & Räsänen 2004, 373). Vanhemmilla on tärkeä rooli hoitoprosessissa lapsen kokonaistilanteen kohentumisen kannalta. Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoitoyksikkö tarjoaa tehostettua hoitoa usein muun hoidon osaksi. Hoito ei siis ole irrallinen, yksittäinen kriisihoidon paikka, vaan yhteistyö muiden hoitavien työryhmien kanssa korostuu.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa kuvaan aluksi lapsiperheiden asiakkuutta mielenterveyspalveluissa. Kuvaan myös lastenpsykiatrisen kriisihoidon järjestämistä Suomessa sekä tarkemmin Keski-Suomessa. Sairaanhoidopiirimme kriisi-lyhythoidon järjestäminen on edistyksellistä moniin muihin järjestelyihin verraten. Yhden lapsen hoitopaikan tarjoaminen erillään osastohoidosta mahdollistaa rauhallisen ympäristön lapsen ja perheen kriisin selvittelyyn. Tarkastelen lapsiperheiden osallisuutta hoitoprosessissa aiempien tutkimusten kautta sekä määrittelen osallisuutta sekä tutkimukseni lähikäsitteitä. Kuulluksi tuleminen on työni punainen lanka, tarkastelen ilmiötä lapsen ja vanhemman näkökulmista. Esitän tutkimustulokseni erikseen lasten ja vanhempien aineistojen osalta. Lopuksi esitän tutkimustulosten pohjalta johtopäätökseni sekä jatkotutkimusaiheita. Pohdin myös tutkimuksen luotettavuutta sekä eettisiä periaatteita tutkimukseeni liittyen.

## 2 LAPSIPERHEIDEN ASIAKKUUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, joka mahdollistaa oman terveyden paremman hallinnan ja sen kohentamisen (Ottawa 1986). Terveyden edistäminen nähdään prosessina, joka tähtää terveyteen liittyvän vallan, tiedon, taitojen ja voimavarojen palauttamiseen yksilöille, perheille, yhteisöille ja koko väestölle. Mielenterveyden edistäminen lisää hyvinvointia, lievittää inhimillistä kärsimystä ja vähentää mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta ja yleisyyttä. Mielenterveyden edistäminen johtaa parempaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä syvempään sosiaaliseen integraatioon. Mielenterveyden edistämässä on huomioitava psykologiset prosessit ja ymmärrettävä niiden merkitys ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja kokemuksissa. Mielenterveyttä edistävät toimet ehkäisevät todennäköisesti psyykkisiä sairauksia. Näin ollen mielenterveyden edistämisen ja psyykkisten sairauksien ehkäisemisen välille ei tulisi vetää tiukkaa rajaa. Mielenterveyden edistämisen tulee olla osa mielenterveyspalveluita (Lavikainen ym. 2004, Savola & Koskinen - Ollonqvist 2005).

Ehkäisevä työ voidaan jakaa rakentavaan, suojaavaan ja parantavaan mielenterveystyöhön. Rakentavalla toiminnalla tarkoitetaan yhteiskuntaan vaikuttamista. Sen tavoitteena on lisätä sellaisia yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka edistävät mielenterveyttä. On tärkeää järjestää hyvät ja turvalliset paitsi fyysisen, myös sosiaalisen ja psyykkisen kasvun olosuhteet kaikille lapsille tukemalla perheitä jo raskausajasta lähtien. Rakentavaa toimintaa on riittävien toimintaedellytysten takaaminen päiväkodeille ja kouluille sekä perustason sosiaali- ja terveyspalveluille (Tamminen & Räsänen 2004, 373, Santalahti & Sourander 2008).

Suojaavalla toiminnalla pyritään vähentämään riskitekijöiden haitallisia vaikutuksia lapsen ja nuoren psyykkiseen kehitykseen. Riskitekijöitä ovat esimerkiksi eriaisteiset kriisit ja sairaudet. Tavoitteena on myös vahvistaa suojaavia tekijöitä tai parantaa sellaisten yksilöiden selviytymiskykyä, jotka eivät vielä pode mielenterveysongelmia, mutta joilla on jonkin häiriön riski (Tamminen & Räsänen 2004, 373-374, Lavikainen 2004). Honkasen (2008) mukaan primaariprevention tasolle sijoittuu riskioloissa elävien perheiden tukeminen silloin, kun sitä tarkastellaan lapsen näkökulmasta, tavoitteena ehkäistä perheen olosuhteiden vaikutusta lapsen mielenterveyteen vähentämällä riskejä ja vahvistamalla suojaavia tekijöitä.



Parantavaan toimintaan kuuluu esimerkiksi häiriöihin kohdistuva varhainen interventio sekä sairastuneen lapsen sisarusten ja koko perheen tukeminen (Tamminen & Räsänen 2004, 373-374). Lavikaisen ym. (2004) mukaan riskioloissa elävien perheiden tukeminen voidaan nähdä myös sekundaaripreventiona vanhemman näkökulmasta katsottuna esimerkiksi silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelma, jonka paheneminen halutaan estää ja minimoida sairauden vaikutus muun perheen elämään. Sekundaariprevention avulla pyritään varhaiseen toteamisen ja nopean hoidon avulla pysäyttämään jo alkaneen häiriön kehitys ja palauttamaan tasapaino. Tertiääripreventiossa on kyse kuntoutuksesta. Sen tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. Perheen terveyden edistäminen lisää perheen hyvinvointia tai elämänlaatua vaikuttamalla perheen käyttäytymismalleihin (Soubni & Potvin 2000, 55). Terveystuollon ammattilaisen roolina on mahdollistaa lapselle ja vanhemmalle sopivasti erilaisia keskusteluareenoita, jotta muutos haluttuun suuntaan voisi toteutua.

Eriolaiset vapaaehtoisuuteen pohjautuvat kansalaisjärjestöt tekevät runsaasti, monipuolisesti ja ammatillisesti mielenterveyttä edistävää työtä lapsiperheiden kanssa. Raha-automaattiyhdistys tukee taloudellisesti näitä järjestöjä sekä myös säätelee vapaaehtoistoiminnan muotoja ja laajuutta. Järjestöt vastaavat usein sellaiseen palvelutarpeeseen, johon julkinen järjestelmä ei ole kyennyt tarttumaan. Esimerkkeinä näistä toimijatahoista mainittakoon Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL), joka ylläpitää kuntoutus- ja kehittämiskeskusta, jossa keskitytään moniongelmaisten lapsiperheiden psykososiaaliseen avo- ja laituskuntoutukseen. Ensi- ja turvakotien liitto on kehittänyt palveluja vauvaperheille. Lastensuojelun keskusliitto on kehittänyt yhdessä Suomen kuntaliiton kanssa Harava-hankkeessa lastensuojelua sekä lastenpsykiatrista hoitoa. Myös Suomen mielenterveysseura ja Omaiset mielenterveystyön tukena sekä Aseman lapset ry tekevät monipuolista mielenterveystyötä lasten ja lapsiperheiden kanssa (Tamminen 2004, 396-397). Kolmannen sektorin tekemä mielenterveyden edistämistyö vaatii enenevässä määrin julkisen sektorin huomiota ja yhteistyön lisäämistä.

## **2.1 Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut**

Lasten mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessa perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat lasten ja perheiden mielenterveyden edistäminen, lasten psyykkisten häiriöiden

ennaltaehkäisy ja tunnistaminen, hoitoon ohjaaminen, lievien häiriöiden hoito sekä kuntoutus ja seuranta yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Perusterveydenhuolto tarjoaa lasten mielenterveyspalveluja äitiys- ja lasten neuvolassa, kouluterveydenhuollossa sekä vastaanottoiminnassa. Joissakin kunnissa myös perheneuvolapalvelut ovat perusterveydenhuollon osa (Puura 2004, 381-383). Perheneuvolan toiminta on nykyisin voitu yhdistää myös perhekeskuksiin tai perhepalvelukeskuksiin (Kettunen ym. 2008). Terveysten edistämisen kentässä neuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon ammattilaisilla on keskeinen rooli promotiivisessa mielenterveystyössä eli mielenterveyden edistämisessä sekä preventiivisessä eli ehkäisevässä mielenterveystyössä, mielenterveyden uhkien ennakoinnissa ja riskien seulonnassa (Honkanen 2008).

Lasten ja nuorten tarvitsemia mielenterveyspalveluja voidaan järjestää myös sosiaalihuollon mukaisina sosiaalipalveluina. Tällöin kyseeseen tulevat kasvatus- ja perheneuvonnan palvelut, joilla on keskeinen osuus ennaltaehkäisyssä ja avohoidon toteuttamisessa. Perheneuvonnan tavoitteena on luoda edellytykset lasten ja nuorten turvallisille kasvuoloille, lisätä perheiden ja perheenjäsenten toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia sekä poistaa niitä haittaavia tekijöitä. Tässä suhteessa pyritään edistämään parisuhteen sekä vanhempien ja lasten välisen suhteen toimivuutta, perheenjäsenten roolien joustavuutta sekä molempien puolisoitten tasa-arvoista mahdollisuutta osallistua perhe-elämään ja lasten kasvatukseen. Sosiaalihuollon ja lastensuojelun sosiaalipalveluina annetaan myös perhehoitoa ja laitoshuoltoa kunnallisesti sekä yksityissektorin järjestämänä (Piha 2004, 383-385).

## **2.2 Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut**

Mielenterveyslain mukaan sairaanhoitopiiriin, terveyskeskusten ja kunnallisen sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut on järjestettävä siten, että niistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Tutkimuksissa (Santalahti & Sourander 2008, Solantaus ym. 2004) on todettu mielenterveyspalveluiden tarpeesta, että suuri osa lapsista, joilla esiintyy merkittävästi psykiatrisia oireita, eivät ole hoidon piirissä. Tutkimusta siitä, onko lasten psykiatristen oireiden esiintyvyydessä tapahtunut muutoksia eri aikakausina, on kuitenkin vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia. Vaikutelma oireiden lisääntymisestä voi liittyä myös siihen, että vasta nykyään ymmärretään suuren osan lapsista kärsivän psykiatrisista oireista (Santalahti & Sourander 2008). Psykiatrisia oireita arvioidaan olevan noin joka viidennellä lapsella, ja

lastenpsykiatrasta hoitoa tarvitsee joka kymmenes lapsi. Suuri osa lapsista, joilla on merkittävästi psykiatrisia oireita, ei ole hoidon piirissä. Tilanne on sama maailmanlaajuisesti (Parviainen ym. 2010).

Oireilua tulisi hoitaa, mutta lähtökohtana tulisi olla enenevässä määrin mielenterveyden pulmien ennaltaehkäiseminen, koska suurin osa aikuisuuden mielenterveyden ongelmista alkaa lapsuusvuosien aikana. Englantilaisen tutkimuksen (Jokela ym. 2009) mukaan lapsen tunne-elämän ongelmat: masennus ja ahdistuneisuushäiriöt sekä lapsen käytöspulmat: antisosiaaliset ongelmat, päihteiden käyttö, sosiaalinen ja koulutuksellinen syrjäytyminen kaksinkertaistivat kuolleisuusriskin keski-ikään mennessä.

Lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntyminen voidaan nähdä osin erikoissairaanhoidon avohoidon ja sairaalahoidon käytön lisääntymisenä. Erikoissairaanhoidon lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon käyntimäärät lisääntyivät vuosina 1994–2006. Nuorisopsykiatrian (13–15-vuotiaat) käynnit lähes kolminkertaistuivat ja lastenpsykiatrian (0–12-vuotiaat) käynnit kaksinkertaistuivat. Psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen lasten ja nuorten määrä kasvoi 2,5-kertaiseksi vuosina 1995–2006. Vuodesta 1995 vuoteen 2006 eniten kasvoi 13–17-vuotiaiden sairaalahoidon saaneiden nuorten määrä. Samalla kun hoidettavien lukumäärä lisääntyi, lyhenivät hoitajaksot. Tutkijaryhmä arveli sairaalahoidon kasvun liittyvän moniin tekijöihin, kuten alaikäisten pahoinvoinnin lisääntymiseen, ongelmien vaikeutumiseen, avohoidon riittämättömyyteen ja/tai osastopalvelujen saatavuuden lisääntymiseen (Linnakangas & Lehtoranta 2009).

Keskeinen kysymys on, miten voitaisiin oikea-aikaisesti tukea lasten ja nuorten mielenterveyttä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Ongelmaksi tilanteessa on havaittu palvelujärjestelmän rakenteellinen sekavuus, riittämättömyys ja alueelliset erot. Mielenterveyspalveluiden perustason ja erikoissairaanhoidon tehtävät ja työnjaot ovat epäselvät, resursseista on pulaa ja alalla on tapahtunut ja tapahtuu suuria organisatorisia muutoksia, jotka vaihtelevat alueittain (Linnakangas & Lehtoranta 2009).

Perhekeskeisyys määrittyy lastenpsykiatrisen hoidon yhdeksi lähtökohdaksi. Lastenpsykiatrisen hoito tähtää käyttäytymisen muuttamiseen. Se voi muuttua vain lapsen sisäisen kokemuksen kautta, jolloin lapsi voi luottaa siihen, että lähellä on aikuinen joka ottaa kokonaisvastuun hänestä. Lapsi voi luottaa myös siihen, että tapahtui mitä tahansa, aikuinen hallitsee tilanteen. Lapsi voi luottaa siihen, että hänelle tärkeät aikuiset ovat riittävän yksimielisiä siitä, mikä on hänelle hyväksi. Näiden kokemusten kautta sisäinen maailma voi

muuttua niin, että ulkoinen käyttäytyminen muuttuu ikätasoiseksi ja löytyy yhdessä ympäristön kanssa luotu kieli sillaksi sisäisen maailman ja ulkoisen kokemuksen välille. Sen sillan luominen jäsentää maailmaa sanoiksi ja ajatuksiksi ja oman tahdon mukaiseksi sellaiseksi toiminnaksi, joka ei häiritse itseä ja jonka ympäristö voi kokea olevan merkki hyvästä mielenterveydestä (Piilinen 2008).

Perusajatus siitä, että lapsi saisi kasvaa pulmistaan huolimatta kotona, läheistensä lähellä on oleellinen osa onnistunutta lastenpsykiatrista hoitoa. Terveyttä edistävä näkökulma painottuu tämänhetkisen elämäntilanteen kartoituksessa ja tulevaisuutta ennakoivaan toimintaan perheen arjessa. Sirviö (2006) toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että juuri näihin toimintatapoihin tulisi suunnata aikaisempaa enemmän voimavaroja sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon tehtävä on psykiatristen häiriöiden tutkimus ja diagnostiikka sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen sekä seuranta. Usein pitkäjänteistä hoitoa ja kuntoutusta tulisi tarjota perustason hoitoverkkojen avulla sekä erikoissairaanhoidon konsultaatioavun turvin. Julkisen sektorin yhtenä tärkeimpänä tehtävänä pidetään kiireellisesti järjestettävää terveydenhuollon toimintaa. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian avohoidon erityisen haasteellinen tehtävä on kehittää kiireellisesti annettavan hoidon käytäntöjä (Piha 2004, 386 -390).

Parviainen ym. (2010) ovat kartoittaneet lastenpsykiatrisen kiireellisen hoidon järjestämistapoja eri sairaanhoitopiireissä. Kaikissa sairaanhoitopiireissä on jonkinlaiset päivystysjärjestelyt ja kiireelliset toimintamenetelmät lastenpsykiatrisille potilaille. Lastenpsykiatrisia päivystystilanteita hoitavat lastenpsykiatrian, psykiatrian yhteispäivystyksen, aikuispsykiatrian ja lastentautien päivystäjät (Parviainen ym. 2010).

Käsitteet lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoitotyön tekemiseen liittyen vaihtelevat Suomessa (Manelius & Piha 2006). Voidaan puhua ainakin kriisihoidon järjestämisestä tai akuuttityöstä. Käsitteen määrittelemine on vaikeaa yleisellä tasolla. Yhtenäistä hoitomallia ei ole, vaan eri konteksteissa toimitaan eri tavoilla. Suomalaisen tutkimuksen (Piilinen ym. 2009) mukaan lapsi ei joudu lastenpsykiatriselle akuuttihoitajaksolle yksittäisen traumaattisen kokemuksen seurauksena, vaan taustalla on pitkään jatkunut, jopa yli sukupolvien kestänyt, huonovointisuus. Akuuttityö on selkeästi lastenpsykiatrista tehohoitoa, joka on strukturoitua ja tavoitteellista. Maneliuksen ja Pihan (2006) tutkimuksen mukaan akuuttityöryhmän keskeinen tehtävä on lapsen hyvinvointia uhkaavan ja perheen voimavarat ja hallintakeinot

ylittävän tilanteen pysäytys sekä siihen johtaneiden seikkojen jäsentäminen. Toisaalta tulevaisuuteen suuntaaminen luo perheelle uskoa ja toivoa lapsen tilanteen paremmasta jäsentymisestä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikössä on vähennetty sairaalapaikkoja vuodesta 2006 alkaen hallitusti neljästätoista sairaansijasta seitsemään sairaansijaan. Samanaikaisesti on kehitetty avohoitopainotteisia tai avohoittoa tukevia hoitomalleja, kuten kriisi-lyhythoitoa, perhehoitoja ja kotihoitoa. Työskentelymalleja alettiin kehittää 2000-luvulla valtion erillismäärärahojen turvin projektiluonteisina. Viimeiset erillismäärärahat loppuivat vuoden 2007 lopussa. 1.1.2008 toiminnot vakiinnutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin omaksi toiminnaksi (Saarinen 2009).

### **3 LAPSIPERHEIDEN OSALLISUUS HOITOPROSESSISSA**

Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelma (Valtioneuvosto 2007) pyrkii kehittämään lapsilähtöistä yhteiskuntaa muun muassa kehittämällä hyvinvoinnin tietopohjaa, lisäämällä lapsen oikeuksista tiedottamista ja osallisuutta. Lisäksi ohjelman päämääränä on lisätä matalan kynnyksen palveluja ja vahvistaa lasten ja nuorten terveellisiä elämäntapoja ja edistää elämänhallintataitoja. Edellä mainitut linjaukset ehkäisevät lasten ja nuorten syrjäytymistä.

Vuonna 2009 YK:n lapsen oikeuksien sopimus täytti 20 vuotta. Juhlavuoden pääteemana oli kaikkien alle 18-vuotiaiden lasten oikeus osallistua, vaikuttaa ja tulla kuulluksi (Lapsen oikeuksien sopimuksen juhlavuosi 2009). Nämä oikeudet ovat lapsen hyvän elämän edellytyksiä. Yhteiskuntamme erilaiset politiikkaohjelmat velvoittavat turvaamaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ylläpitämistä. Myös Terveys 2015- kansanterveysohjelman ikäryhmittäisissä tavoitteissa yhtenä tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, lasten terveydentilan paraneminen ja turvallomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien väheneminen merkittävästi.

Lasten, nuorten ja perheiden aktiivinen osallistuminen omaa elämää ja ympäristöä koskeviin asioihin on terveyden edistämisessä olennaista. Osallisuus vahvistaa tunnetta omasta merkityksestä ja hyväksynnästä. Se tukee myös sosiaalisia siteitä ja toimintakykyä. Sen vuoksi aikuinen tai lapsi ei saa olla pelkästään toiminnan kohde, vaan aktiivinen ja ajatteleva toimija. Lasten ja nuorten osallisuus lisää heidän kykyään tehdä päätöksiä ja terveyteen liittyviä valintoja. Osallisuuteen kuuluu keskeisesti mahdollistaminen. Mahdollisuuksia luomalla parannetaan ihmisten elämänlaatua ( Terveys edistämisen ohjelma 2009).

#### **3.1 Osallisuus ja dialogisuus**

Osallisuuden kokemuksen lähtökohtana on kuulluksi tuleminen kokemus. Osallisuus on tunne yksilössä, ihmisen täytyy itse kokea olevansa osallinen. Osallisuus ei kuitenkaan ole vain yksilön tai yksilöiden tunne, vaan se näkyy aina konkreettisina tekoina, tapana toimia toisten kanssa. Osallisuus on myös hyvin yhteisöllistä ja vastavuoroista. Sitä ei ole ilman toista

ihmistä: ”minä haluan kuunnella sinua ja sinä haluat kuunnella minua, me toimimme yhdessä” (Karlsson & Stenius 2005). Orasen (2007) mukaan osallisuus on yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista. Vastavuoroinen toiminta edellyttää yhteisön jäsenten huomioonottamista ja jäsenten aktiivista mukaan tulemistä, joista osallisuus rakentuu. Asioiden käsittelyssä mukana oleminen ja tiedon saanti niistä, luovat vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Vanhemmat ovat avainasemassa lapsen maailmassa. Yhteistyö vanhempien kanssa mahdollistaa yhteistyön lapsen kanssa. Lapsille tärkeintä osallisuutta on se, että he voivat vaikuttaa tässä ja nyt siihen elinpiiriin, missä he kasvavat, leikkivät, keksivät, oppivat ja ponnistelevat. Aikuisten on puolestaan pysähdyttävä tarkastelemaan lapsen näkökulmaa rauhassa ja pohdittava sitä, mitä on nähnyt ja kuullut lapselta. Vasta sitten alkaa muotoutua osallisuutta vahvistavaa toimintaa (Karlsson & Stenius 2005). Terveystieteiden ammattilaisen näkökulmasta asiakkaan osallistuminen on vastavuoroinen prosessi, jota voidaan kuvata yhteisenä neuvotteluna. Sen perustana ovat vuorovaikutustaidot, vaikutusmahdollisuudet sekä terapeutin ja voimavarakeskeinen lähestymistapa (Sahlsten ym. 2007).

Dialogisuus ja osallisuus sisältävät saman perusajatuksen siitä, kuinka kuulluksi tuleminen on ymmärretyksi tuleminen edellytys. Dialogi viittaa ihmisten väliseen kommunikaatioon, kohtaamiseen subjektina. Seikkula ja Arnkil toteavat saksalaiseen teologiaan ja filosofiaan Buberiin (1995) viitaten, että ihmisten välisessä Minä - Sinä - suhteessa, toinen on toinen Minä. Suhteeseen liittyy dialogisuuden mahdollisuus, mikäli toista ei käytetä välineenä. Minä - Se suhteessa ihminen tulee objektivoineeksi toiset ihmiset toimintansa kohteeksi, esineiden tavoin. Dialoginen suhde edellyttää kahta erillistä persoonaa, jotka kohtaavat toisensa kokonaisvaltaisina olentoina, tällöin Sinä on toinen Minä. Oleellinen ei sijaitse Minussa tai Sinussa, vaan välissä. Buber tarkastelee suhteita, ei eristettyjä yksilöitä tai tietoisuuksia (Seikkula & Arnkil 2009, 88).

Dialogisuudessa huomio kiinnittyy ihmisten väliseen kohtaamiseen. Puhunnan minkä tahansa momentin määrää ennen kaikkea välitön sosiaalinen tilanne. Dialogisessa suhteessa puhuttu sana on puhujan ja keskustelukumppanin välinen yhteinen alue, sanaa määrää yhtä paljon se kenelle se on kuin kenen se on. Sana on puhujan ja kuulijan välisen suhteen tuote, yhteinen alue. Sana on silta puhujan ja kuulijan välillä. Ainakin puolet sanasta on aina yhdessä kussakin tilanteessa rakennettua, jossa puhujan on koko ajan huomioitava kuulijansa

kokonaisuudessaan. Tavoitteena on ymmärtää lisää toisen sanomasta, joka taas auttaa puhujaa itseään ymmärtämään enemmän omasta näkökulmastaan (Voloshinov 1990, 106-107, Mönkkönen 2007, 87-89, Seikkula & Arnkil 2009, 90).

Seikkula ja Arnkil toteavat Crowley'n viitaten, että dialogisuus on vastakkainen monologisuudelle, jossa perustana on käsitys, että yksilön toimintaa ohjaava keskus on yksilön pään sisällä. Monologissa puhuja viittaa sisäiseen ajatteluunsa arvottaessaan maailmaansa ja jokaisen kommentin totuus määrittellen hänen oman karttansa mukaisesti. Dialogisuudessa puhuja taas asettautuu koko ajan suhteisiin ympärillään olevan sosiaalisen vuorovaikutuskentän kanssa siten, että pyrkii kaikissa lausumisissaan huomioimaan toiset keskusteluun osallistujat ja sosiaalisen kontekstin sekä jättämään tilaa vastaussanoille. Nämä vastaussanat eivät sulje määrityksiä tai anna lopullista vastausta esitettyyn lausumaan, vaan avaavat yhä uutta näkökulmaa puhutusta asiasta (Seikkula & Arnkil 2009, 90).

Dialogisuuden yhteydessä viitataan usein antiikin Kreikasta tulleeseen sokraattiseen dialogin käsitteeseen. Tämän mukaisesti erilaiset totuudet on saatettava toistensa yhteyteen, jolloin totuutta myös koetellaan yhdessä. Dialogisuus ei ole pelkkää puhetta, toisen kuuntelemista tai keskustelua. Parhaimmillaan dialogissa molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään tai asenteitaan. Näin ollen dialogisuutta tulee ajatella sekä suhteena että kommunikaationa. Dialogisessa suhteessa tapahtuu jotain merkittävää kahden tai useamman henkilön välillä. Tieto ja ymmärrys rakentuvat suhteessa (Mönkkönen 2007, 87-89).

Isaacs (2001) määrittelee dialogin keskusteluksi, jossa on ydin ja jossa ei valita puolta. Dialogin ytimenä on yksinkertainen, mutta syvälinen kuunteleminen. Kuunteleminen ei tarkoita vain sanojen kuulemistä, vaan kykyä ottaa sanat vastaan hyväksyvästi sekä kykyä vaientaa omaa sisäistä hälinää. Tällöin sanojen välisen hiljaisuuden kuuleminen mahdollistuu. Kuunnellessa on samalla oleellista tiedostaa omat ajatukset, pitäytyä tosiasioissa sekä erottaa kokemus ja siitä tekemämme johtopäätös toisistaan. Oleellista on oppia seuraamaan myös sitä mikä on jäänyt huomamaatta (Isaacs 2001, 98-115).

Kuuntelun ytimen lisäksi dialogia mahdollistavat kunnioitus, odotus ja suora puhe. Odottaminen tarkoittaa, että omia ajatuksia ei tukahduteta, mutta että niitä ei tuoda esiin yksipuolisen vakaumuksen nojalla. Odottaminen merkitsee suunnan vaihtamista, pysähtymistä, askelen taaksepäin ottamista sekä asioiden katsomista uusin silmin. Dialogisessa tapahtuvassa odottamisessa voidaan erottaa kaksi tapaa: paljastaminen ja uusien mahdollisuuksien luominen. Paljastaminen tarkoittaa sitä, että kykenee näyttämään, tuomaan



toiselle esille sen mitä tietoisuudessa on. Tällöin voi paljastaa prosesseja, joita pinnan alla on. Uusia mahdollisuuksia luovassa dialogissa tullaan tietoiseksi prosesseista, jotka luovat tietyn ajatuksen. Omien ajatusprosessien tarkastelu mahdollistaa niiden muuttamisen. Ajatuskuviot tulevat minusta, sisäisestä maailmastani ja muistoista, joita minulla on aiempien kokemusteni pohjalta (Isaacs 2001, 144-153).

Suora puhe on dialogin haasteellisin tehtävä ja se tarkoittaa oman aidon itsen ilmaisemista riippumatta siitä, mitä muita vaikuttavia tekijöitä tilanteessa on. Suora puhe vaatii päättäväisyyttä ja uskoa itseen ja siihen, että omilla ajatuksilla on arvoa. Oman äänen voi kuulla parhaiten dialogissa muiden kanssa. Yhdessä puhumiseen liittyy syvä yhteenkuuluvuuden ulottuvuus (Isaacs 2001, 167-175). Dialogin aikaansaamiseksi vaaditaan johdonmukaista toimintaa ja käyttäytymistä, joustavia rakenteita, kykyä ennakoida ongelmia, otollista ilmapiiriä ja keskusteluihin vaikuttavan pohjavireen ymmärtämistä. Tietoisuutemme pohjavire syntyy tavastamme ajatella ja tuntea: siitä kuinka paljon sallimme itsellemme sisäistä vapautta, kuinka tunnemme yhteenkuuluvuutta, kuinka autenttisia osaamme olla, miten joustavasti suhtaudumme asioihin eri näkökulmista ja miten paljon sydämestämme löytyy vakautta ja avoimuutta (Isaacs 2001, 49-54).

### **3.2 Yhteistoiminnallisuus asiakaslähtöisyyden perustana**

Osallisuus ja dialogisuus ovat molemmat vuorovaikutuksessa todentuvia käsitteitä, jotka kietoutuvat toisiinsa. Dialogisuus on edellytys asiakaslähtöisyydelle. Asiakaslähtöisyys on lähtökohtaisesti vuorovaikutustapahtuma, jota voidaan hahmottaa dialogisuuden käsitteen avulla. Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella asiakassuhteen ja työntekijän roolin kautta. Ihmisten välistä vuorovaikutusta on verrattu osuvasti tanssiin, jossa ihmiset kutsuvat toisiaan tietynlaisiin askelkuvioihin. Askelkuvioita voidaan kutsua vuorovaikutusasemiksi, jotka suuntaavat vuorovaikutuksen kulkua ja määrittävät toimijoiden asemaa keskustelussa. Tanssissa samoin kuin vuorovaikutuksessakin säädellään läheisyyttä ja etäisyyttä viestien samalla suhdetta toiseen osapuoleen. Kun dialogi ymmärretään vuorovaikutuksena, jossa ymmärrys ja totuus määritellään yhdessä, on sitä tutkittava ilmiön rakentumisen prosessina. Tällöin tarkastellaan kysymyksiä mistä elementeistä tieto asioista rakentuu, ketkä tuovat siihen mitäkin ja millaiset askelkuviot valitaan, tukevatko nuo valitut askeleet yhteisöllistä vai

yksilöllistä tanssia ja mitä vastavuoroisuus tarkoittaa asiakas- työntekijä- suhteessa (Mönkkönen 2007, 86-87).

Laitila (2010) kuvaa asiakaslähtöisyyttä organisaation tai työntekijän toiminnan arvoja, tavoitteita ja sisältöä kuvaavana käsitteenä. Laitila (2010) käyttää sanoja asiakas-, potilas-, kuntoutuja- ja ihmislähtöisyys rinnakkain alkuperäislähteiden mukaisesti. Lastenpsykiatrisessa kriisi-lyhytkontekstissa lapsi identifioituu potilaaksi ja perhe tulee hänen mukanaan hoidon piiriin asiakkaaksi. Näin ollen voisi käyttää sekä potilaslähtöisyys että asiakaslähtöisyys sanaa. Lapsen kohdalla myös lapsilähtöisyys on kuvaava sana. Käytän tässä yhteydessä kuitenkin asiakaslähtöisyys sanaa kuvaamaan edellä mainittuja sanoja. Asiakaslähtöisyydestä puhuttaessa osapuolina ovat ainakin asiakas ja työntekijä.

Asiakassuhde ja yhteistyösuhde voidaan käsittää rinnakkaisiksi termeiksi. Yhteistyön käsitettä käytetään terapiatyöskentelyn kulttuurissa. Johnson ja Ketring (2006) sekä Robbins ym. (2003) ovat tutkimuksissaan osoittaneet, että hyvällä yhteistyösuhdeella on keskeinen osuus terapeutin muutoksen tuottamisessa. Bordinin (1979) laaja klassinen määritelmä yhteistyösuhdesta korostaa asiakkaan ja terapeutin yhteistä ymmärrystä terapian tehtävästä ja päämäärästä. Nämä kaksi seikkaa liittyvät terapiassa tapahtuvaan ongelman määrittelyyn. Kolmanneksi Bordin korostaa positiivisen tunneiteen, välitetyksi ja ymmärretyksi tulemisen tunteen merkitystä yhteistyösuhteen osana (Bordin 1979).

Edelleen käsitteet asiakassuhde, yhteistyösuhde ja yhteistoiminnallisuus kietoutuvat toisiinsa. Harlene Anderson (1997) kuvaa yhteistoiminnallista lähestymistapaa (collaborative approach) terapiaan kielisysteemiksi ja kielelliseksi tapahtumaksi, jossa ihmiset ovat liittyneet yhteistoiminnalliseen suhteeseen ja keskusteluun, jaettuun pyrkimykseen kohti mahdollisuuksia. Terapeutti on asiantuntija dialogisen tilan luomisessa ja dialogisen prosessin mahdollistamisessa (Anderson 1997, 132-165). Mönkkönen (2001) tarkastelee sosiaalisen vuorovaikutuksen luonnetta Carl J. Couchin (1986) mukaan viiden hierarkkisen perusmuodon kautta. Alhaalta ylöspäin kuvattuina tasot ovat: tilanteessa olo, sosiaalinen vaikuttaminen, peli, yhteistyö ja yhteistoiminta. Vasta yhteistoiminta on varsinaista sosiaalista toimintaa, jossa ei tarvita kontrollia, vaan osapuolet luottavat toisiinsa. Vastavuoroisessa asiakas-työntekijä-suhteessa irrottaudutaan asiantuntijakeskeisestä tai asiakaskeskeisestä positioista ja siirrytään yhteistoiminnallisuuteen. Yhteistoiminnallisuus on yksi dialogisen suhteen elementti. Kun puhutaan dialogisuudesta tai yhteistoiminnallisuudesta tulee molempien vuorovaikutuksen osapuolien ”panoksen” näkyä tuossa suhteessa (Mönkkönen 2001).

Dialogisuuden, asiakaslähtöisyyden ja yhteistoiminnallisuuden käsitteet nivoutuvat toisiinsa. Asiakaslähtöinen työskentelyote tarkoittaa edellisten perusteella yhteistoiminnallista, dialogista vuorovaikutussuhdetta, joka pohjautuu keskusteluihin ja neuvotteluihin.

### **3.3 Kuinka lapsi kokee tulevansa kuulluksi?**

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Strickland - Clark ym. 2000, Lobatto 2002, Day ym. 2006) on tutkittu lasten kokemuksia, näkökulmia ja osallisuutta erilaisten mielenterveyspalveluiden asiakkaina. Tutkimusten mukaan kuulluksi tuleminen edellyttää luottamuksellisuutta, jotta lapsi uskaltaa ilmaista tunteitaan ja kertoa itsestään ja tilanteestaan (Strickland - Clark ym. 2000, Day ym. 2006, Oranen 2008).

Tutkimukset osoittavat, että lapsille on tärkeää saada ennakkotietoa tapaamisen ajankohdasta sekä mahdollisuus valmistautua tapaamiseen (Day ym. 2006, McGarry ym. 2008). Day ym. (2006) tutkimuksessa 9-14-vuotiaat lapset (n=54) odottivat myös luottamuksellisuutta tapaamisissa sekä häiriötekijöiden minimointia. Hoitoprosessin alussa lapset kokivat tutustumisen tärkeänä, suotuista vaikutelma työntekijästä koettiin tärkeänä sekä ymmärretyksi tuleminen. Lapset kokivat, että terveydenhuollon ammattilaisen kysymykset saattoivat olla epämurkavia. Tällöin koettiin oleelliseksi, että terveydenhuollon ammattilainen oli sopivan sensitiivinen keskusteltaessa perheen ihmissuhteista sekä kykenevä säätelemään keskustelun tempoa hitaammaksi vaikeiden kysymysten kohdalla. Tällöin aikuisen toimintatapa vahvisti lapsen osallisuutta auttamalla ja tukemalla lasta ilmaisemaan itseään asian vaikeudesta huolimatta (Day ym. 2006).

McGarry ym. (2008) tutkivat terapeutin intervention vaikutuksia. Tutkimukseen osallistui 60 lasta, jotka jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Lyhytinterventio käsitti kolme tapaamista. Toisessa ryhmässä tavallinen hoito jatkui niin kauan, kun terapeutti arvioi sen olevan tarpeellista. Kolmen tapaamisen ratkaisukeskeinen lyhytinterventio oli kuuden kuukauden seurantamittauksissa tehokkaampi verrattuna normaaliin hoitoon. Lyhytintervention aikana lapsen voimavarat olivat lisääntyneet ja vaikeudet vähentyneet. interventio koettiin hyödylliseksi myös ilman pidempää tutustumisprosessia ( McGarry ym. 2008 ).

Lobatto (2002) haastatteli tutkimuksessaan kuutta 8-12 -vuotiasta lasta perheterapeuttisen hoitajakson jälkeen, kun hoidon päättymisestä oli kulunut kolmesta kuuteen kuukautta. Lapset olivat osallistuneet ainakin kolmeen perheterapiatapaamiseen. Tutkimuksen mukaan lapset kokivat toisinaan olevansa vuorovaikutussuhteessa liian keskiössä, liittoutuneita joidenkin kanssa tai ulkopuolisia. Ulkopuolisuuden kokemus aikuisten keskustellessa keskenään aiheutti sen, että lapsen tunteiden ilmaisu jäi taka-alalle. Lapset kokivat myös, että joskus ongelmista puhuttiin liikaa eivätkä keskustelut tuntuneet auttavan. Lapsilla oli erilaisia strategioita selviytyä näistä epämukavista ja vaikeista tilanteista. Lelujen ja leikin merkitys oli jäänyt useimman lapsen mieleen. Leikki näytti tarjoavan tilaa lapselle itselleen terapeuttisessa tilanteessa. Leikki ei aina ollut osana varsinaista terapeuttista keskustelua (Lobatto 2002).

Lapset arvostavat osallisuutta hoitoprosessissa (Strickland-Clark ym. 2000), mikä osaltaan mahdollistuu toiminnallisuuden kautta (Day ym. 2006). Hoitoprosessissa ymmärretyksi tuleminen on autetuksi tulemisen kokemuksen edellytys. Ymmärretyksi tuleminen edellyttää, että ihminen kokee tulleen kuulluksi. Day ym. (2006) tutkimuksen mukaan lapset kokivat ongelmista puhumisen auttavan. Hoito auttoi ratkaisemaan pulmia ja lapset kokivat tapaamiset merkityksellisiksi (Day ym. 2006). Lobatto (2002) tutkimuksen mukaan lapset eivät kuitenkaan aina olleet selvillä ongelman luonteesta. Sekä lapset että aikuiset pitävät voimavaroihin keskittymistä hyödyllisempänä kuin ongelmien syiden etsimistä (Strickland - Clark ym. 2000, Lobatto 2002, McGarry ym. 2008).

Oranen (2007) on tutkinut lasten ja nuorten osallisuutta lastensuojelun kehittämishankkeen yhteydessä. Tutkimustulokset osoittavat, että lasten ja nuorten kanssa voidaan keskustella lastensuojelusta yleisellä tasolla ja tarkastella sen käytäntöjä ja ilmiöitä. Asiakkaina olleilla lapsilla ja nuorilla on paljon kokemuksia, ajatuksia ja mielipiteitä, ja he ovat valmiita jakamaan niitä, jos niille löytyy kiinnostunut kuuntelija, jolla on aikaa. Keskusteluissa kuvattujen hyvän työn aineksien, kuten luottamuksellinen suhde työntekijään ja mahdollisuus tutustumiseen, tulisi olla itsestäänselvyksiä. Lapset ja nuoret kertoivat tutkimuksessa tilanteista, joissa näitä aineksia tuntui olevan hyvin vähän (Oranen 2007).

### 3.4 Vanhemmat osallisina hoitoprosessissa

Lapset kokevat merkitykselliseksi, että tärkeät aikuiset ovat osallisina hoitoprosessissa (Day ym. 2006). Osallisuuden tasoista on olemassa erilaisia malleja, jotka tarjoavat rakenteita osallisuuden kokemusten tarkasteluun. Shier (2001) tarkastelee katsauksessaan aikuisten valmiuksia, mahdollisuuksia ja velvoitteita suhteessa lasten osallisuuteen. Shier kuvaa osallisuutta polkuna, joka kulkee alhaalta ylöspäin. Polun alkupäässä on lasten kuunteleminen, seuraavaksi tuetaan lapsia ilmaisemaan mielipiteitään, kolmantena lasten näkemykset otetaan huomioon, neljäntenä lapset otetaan mukaan päätöksentekoon ja viimein polun yläpäässä lasten kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta. Osallisuuden edellytysten arvioinnissa tarkastellaan joka polun askelmalla sitä, minkälaiset valmiudet (asenteet ja arvot) aikuisilla on suhteessa osallisuuden tasoon. Vastaavasti tarkastellaan aikuisten mahdollisuuksia auttaa lapsia: onko heillä siihen tarvittavia resursseja, aikaa, taitoja ja tietoa. Kolmantena tarkastellaan aikuisten velvollisuuksia: onko lasten auttamiseen ja tukemiseen olemassa niihin velvoittavia rakenteita esimerkiksi organisaatiotasolla tai lainsäädännössä. Shier (2001) korostaa, että lasten mahdollisuudet itsenäiseen päätöksentekoon tulee huomioida, mutta hänen mielestään osallisuus todentuu aikuisten ja lasten välisessä vuorovaikutuksessa. Aikuisten rooli lasten osallisuuden mahdollistamisessa on oleellinen. Shierin malli antaa konkreettisia välineitä aikuisen ja lapsen välisen suhteen tarkempaan analysointiin (Shier 2001).

Vanhempien tyytyväisyyttä lasten mielenterveyspalveluja kohtaan ennustaa se, että odotukset vastasivat tarjottua palvelua. Vanhempien tyytyväisyys taas ennusti vanhempien optimismia lapsen voinnin paranemisesta (Gerkenmeyer ym. 2006). Vanhempien optimismin taso, samoin kuin lisääntynyt motivaatio vaikuttavat siihen, kuinka he sitoutuvat palvelun käyttäjiksi. Tämä voi edelleen vaikuttaa hoidon tuloksiin, kuten lapsen toimintakykyisyyteen, vanhempien valmiuteen muuttaa omia vanhempana toimimisen tapojaan tai kliinisiin hoitotuloksiin sekä lopulta perheen elämän laatuun (Nock & Kazdin 2005, Gerkenmeyer ym. 2006). Myös lasten lojaalisuus vanhempia kohtaan tulee esille aikaisemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Lobatto (2002) tutkimuksessa lapset kertoivat, että vanhemmat olivat kuunnelleet heitä ainakin yhtä paljon kuin terveydenhuollon ammattilainen (Lobatto 2002).

Westman ym. (2005) tekivät järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen perheinterventioiden vaikuttavuudesta lapsiperheiden sosiaalisten ongelmien ratkaisemisessa, vähentämisessä tai

ennaltaehkäisemisessä kokoamalla yhteen kokeellisiin ja kvasikokeellisiin asetelmiin perustuvat tutkimustulokset. Perheeseen kohdistuvalla interventiolla tarkoitettiin ammatillisen työntekijän tekemää työtä tietyn menetelmän tai menetelmien avulla. Toiminta oli verkosto-, työpari- tai tiimityötä, joka oli jäsenelty työmallin tai toimintatavan avulla. Kohderyhmänä olivat vähintään yhden aikuisen ja yhden lapsen (0-17 -vuotias) sosiaalisista ongelmista kärsivät perheet. Katsaus perustui 30 kansainväliseen tutkimusartikkeliin. Lasten ja nuorten käyttäytymisongelmien hoidossa perheinterventioina näyttää toimivan monimuotoinen, monia interventioita yhdistävä hoito, pelkkä hoito, kuntoutus tai terapia. Mitä vaikeampi tilanne, sen monipuolisempia ja syvällisempiä interventioita havaittiin tarvittavan. Yksittäisillä kevyehköillä interventioilla ei voida katsauksen mukaan vaikuttaa pitkäaikaisiin ja syviin ongelmiin. Kaiken kaikkiaan perheinterventioiden vaikuttavuus oli tutkimustulosten mukaan suhteellisen hyvä (Westman ym. 2005).

Suomessa Kansaneläkelaitoksen käynnistämässä lasten- ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa arvioitiin 11 perhekuntoutushanketta vuosina 2005-2006. Tulosten saavuttamiseksi vanhemmilta edellytettiin valmiutta puuttua lapsensa tilanteeseen sekä kykyä tarkastella omaa suhdettaan ja suhtautumistaan lapseensa. Mikäli nämä valmiudet puuttuivat, tuloksiin oli vaikea päästä. Perhekuntoutuksen tuloksellisuuden keskeiseksi tekijäksi havaittiin kuntoutukseen osallistuvan perheen ja lapsen motivaatio (Linnakangas & Lehtoranta 2009). Arvioinnin toinen osa jatkui vuoteen 2008 saakka, jonka jälkeen lopullisia tuloksia on raportoitu (Linnakangas ym. 2010a).

Arviointitutkimuksessa kuvataan toteutunutta perhekuntoutusta, siihen osallistuneita lapsia ja perheitä sekä heidän odotuksiaan kuntoutukselle. Lisäksi selvitetään lapsen oireissa ja käyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia kuntoutuksen aikana, vanhempien saamia voimavaroja, lasten saamaa apua sekä myönteisiä muutoksia ja koettuja vaikutuksia ennustaneita tekijöitä. Tiedot kerättiin lapsille, vanhemmille, perhekuntoutushankkeille sekä lapsia kuntoutukseen lähettäville tahoille suunnatuin kyselyin. Yhteensä 1514 lasta ja nuorta perheineen osallistui vuosina 2005-2008 perhekuntoutukseen (Linnakangas ym. 2010b).

Vanhempien arvioiden perusteella lasten oireet vähenivät lähes kahdella kolmesta, pysyivät ennallaan viidesosalla ja lisääntyivät vajaalla viidenneksellä. Lapsen oireilun vähenemistä ennustivat vanhempien huoli lapsesta, lapsen oireilun vaikeusaste, kuntoutuksen kesto ja perheen koherenssi. Vanhempien saamia voimavaroja ja lasten saamaa apua ennustivat

kuntoutuksen kesto ja toimintamuoto. Lapset hyötyivät yksilö- ja perhepainotteisesta kuntoutuksesta ja vanhemmat perheterapeuttisesti ja ryhmätoimintaan painottuneesta kuntoutuksesta. Lähipiiristä saatu apu lisäsi vanhempien voimavaroja. Lasta auttoi, kun vanhempien voimavarat lisääntyivät. Tulokset osoittavat, että kuntoutuksen pitkäkestoisuus ja monenlaisten työtapojen hyödyntäminen on tärkeää. Eri toimijatahojen tiiviistä yhteistyöstä tulee huolehtia. Edellä kuvatut tulokset (Linnakangas ym. 2010b) ovat samansuuntaisia Westmanin ym. (2005) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa.

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoidossa olevien lasten ja vanhempien kokemuksia strukturoidun ja rajatun hoitoprosessin aikana. Kokemuksia tarkastellaan osallisuuden näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Miten vanhemmat kokevat osallisuutensa kriisi-lyhyt-hoitoprosessin aikana?
- 2) Millaisia osallisuuden tekijöitä tulee esille lasten kriisi-lyhythoitoprosessia koskevassa haastattelussa?



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus pohjautuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen, jossa ihminen nähdään psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Rauhalan mukaan olemassaolon kaikkeus käsittää kehon biologisena ja fysiologisena kokonaisuutena, mielen eli tajunnallisuuden, fyysisen ympäristön kaikkine ilmentymineen. Elämäntilanne vaikuttaa myös omalta osaltaan tähän kokonaisuuteen. Ihmisen olemassaolon perusmuodot situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus voidaan käsittää toisiinsa kietoutuviksi. Situationaalisuus on ihmisen olemassaoloa rakentava siten, että hän on kehollisuudessaan ja tajunnallisuudessaan alusta alkaen loogisen välttämättömästi suhteessa johonkin, kuten esinemaailmaan ja toisiin ihmisiin (Rauhala 2009, 109-136). Dialoginen olemassaolo maailmassa on toiminnan tasapainoista suhdetta näihin olemuspuoliin. Toiminnan tulee olla sopusoinnussa siihen tilanteeseen, mikä ihmisellä on olemassa hänen kehossaan, mielessään, ihmissuhteissaan, fyysisessä ympäristössään ja elämän ulkoisissa ehdoissa (Haarakangas 2008, 160-161)

Tutkimuksen orientaatio perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin, jonka mukaan todellisuus muotoutuu vuorovaikutussuhteessa eikä yhtä ainoaa todellisuutta ole. Konstruktivismi tarkoittaa laaja-alaista tieteenfilosofista suuntausta, jossa tiedon nähdään muodostuvan tutkimusprosessissa. Maailmassa ei nähdä olevan muuttumattomia totuuksia tai valmiiksi olemassa olevaa tietoa, vaan tieteellinen tieto ja totuus ovat tutkijoiden rakentamia. Myös tutkimuskohteena olevien ihmisten nähdään tuottavan omassa toiminnassaan erilaisia totuuksia tai tietoja. Konstruktivistisessä tutkimuksessa ilmiöiden ja maailman merkitysten nähdään olevan sosiaalisesti ja kulttuurisesti tuotettuja rakenteita. Konstruktivistisessä tutkimuksessa käytetään yleensä laadullisia menetelmiä (Tieteen filosofiset suuntaukset, 2010).

Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti todellisuus rakentuu kielellisessä vuorovaikutuksessa. Todellisuudesta voidaan konstruoida useita eri versioita: elämästämme ei niinkään ole olemassa absoluuttisia totuuksia, vaan pikemminkin erilaisia selitystapoja ja kertomuksia. Kun tutkimukselliseksi viitekehyykseksi valitaan sosiaalisen konstruktionismin mukainen tarkastelutapa, on tutkimuskohteena kieli. Kieli ymmärretään suhteelliseksi, käyttäjistään riippuvaiseksi, tilannesidonnaiseksi, seurauksia tuottavaksi ja sosiaalisen elämämme kannalta merkitykselliseksi tekijäksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Lapsen haastattelun sosiaalisen kentän erityispiirteen muodostaa se, että lapsi ei voi päättää yksin tutkimukseen osallistumisesta. Sekä tutkimuseettisten että lainsäädännöllisten syiden vuoksi lapsen osallistumisesta sovitaan aina huoltajan kanssa. Tästä syystä lapsen kvalitatiivinen haastattelu toteutuu siten vähintäänkin ”kolmiosuhteessa”( Alasuutari 2005).

Lapsen ja aikuisen välisen valta-aseman ero on läsnä tutkimushaastattelussa. Se ei kuitenkaan tule keskusteluun mukaan vain haastattelijan toiminnan seurauksena. Myös lasten näkökulmasta aikuisten valta ja kontrolli ovat osa lapsena olemisen arkea. Kysyminen ja vastausten antaminen on aikuisen ja lapsen välisen vuorovaikutuksen arkipäiväinen piirre, johon he sosiaalistuvat niin perheissä kuin päivähoitossa, koulussa ja muissa kohtaamisissaan aikuisten kanssa. Tässä suhteessa haastattelutilanne on lapsille kulttuurisesti tuttu (Aronson & Hundeide 2002).

Toisaalta epätasa-arvo voi heijastua haastatteluun sen tavoitteiden eli lapsen äänen kuulemisen vastaisesti. Lapsen runsaat en tiedä tai en muista – vastaukset voivat olla merkki tästä. Määrittelemällä selkeästi oman roolinsa suhteessa tutkimuksen piiriin kuuluviin muihin aikuisiin ja takaamalla tutkimuksen luottamuksellisuuden, tutkija voi kuitenkin pyrkiä rakentamaan lapsen arkipäivän kokemuksesta eroavaa aikuisen roolia. Tätä roolia voi kuvata asemaksi, jossa haastattelijalla on ilman kontrollipyrkimystä kiinnostunut ymmärtämään lapsen tavan nähdä asioita. Tässä asemassa hän toimii ensisijaisesti sosiaalisena henkilönä (Christensen 2004). Haastattelijan keskeinen keino tämän tavoitteen saavuttamiseen on refleksiivisyys suhteessa lapsen puheeseen ja kommunikaatiotapoihin (Alasuutari 2005).

Alasuutarin (2005) mukaan lapsen kielen ja kommunikaatiotapojen tavoittaminen käytännössä merkitsee samalla lapsen kehitystason huomioimista. Lisäksi kysymysten ja keskustelun rakentamisessa on tärkeää lähteä liikkeelle lapsen elämänpäiästä ja arjen toimista. Herkkyys ja refleksiivisyys vuorovaikutuksen tapahtumille haastattelussa mahdollistavat lapsen kehitysvaiheen ja lapseuden huomioimisen (Alasuutari 2005).

## **5.1 Tutkimusympäristön kuvausta**

Tutkimusympäristönä on lastenpsykiatrinen kriisi-lyhythoitopaikka, joka on perustettu vuonna 2001. Tämä mahdollistui tilanteessa, jolloin valtio ohjasi erillismäärärahoja tukemaan lasten- ja nuorten mielenterveystyötä. Kriisi-lyhythoitomallia toteutetaan

erikoissairaanhoidossa pääasiassa avohoidon osana. Olen ollut työryhmän jäsenenä kehittämässä kyseistä työskentelymallia vuosina 2001- 2003. Kriisi-lyhythoitoa kehitettäessä ohjaavina periaatteina ovat olleet perhekeskeisyys, voimavarakeskeisyys ja kriisi-mahdollisuutena ajattelu, jotka ovat selkeästi myös terveyden edistämisen viitekehyksiä.

Tutkimuksessani kriisi-lyhythoidolla tarkoitetaan yksipaikkaista kriisi-lyhythoitoa, jota voidaan käyttää lastenpsykiatrisen poliklinikkahoidon osana silloin, kun tarvitaan lyhytaikaista osastohoitoa kokonaishoitoa tukemaan. Jonkin verran kriisi-lyhythoitoa voidaan käyttää myös osastohoidon osana, tehostettuna yksilöllisenä hoitona silloin, kun lapsen psyykinen tila sen vaatii. Kriisi-lyhythoito voi kestää yhdestä vuorokaudesta kahteen viikkoon (Hakkarainen & Suominen 2007).

Kriisi-lyhythoittoon tullessaan lapsen ja perheen elämäntilanne on jollakin tavoin hankaloitunut. Lasten diagnoosit vaihtelevat. Diagnoosi sinällään ei määrittele tuloa kriisihoitopaikalle, vaan lapsen ja perheen kokonaistilanteen vakavuus. Vanhemmat kokevat usein olevansa umpikuja-tilanteessa ja haluavat pikaista apua lapselleen ja itselleen. Vanhemmat ovat toivoneet apua esimerkiksi lapsen aggressiiviseen käyttäytymiseen, pakko-oireisiin, univaikeuksiin, tuhrimiseen tai perheenjäsenten välisiin vaikeutuneisiin vuorovaikutussuhteisiin.

Lapsen hoito on usein jo alkanut poliklinikalla ja perhe ohjataan kriisi-lyhythoittoon sieltä. Tutkimuksessani kuvattu kriisi-lyhythoitoprosessi alkaa perheen määrittämistä ongelmista ja tilanteen kuvauksesta tulokokouksessa. Perheen tilanne on hyvin kokemuksellinen ja näin perheen määritelmä omasta tilanteestaan on työskentelyn lähtökohtana. Hoidon konkreettiset tavoitteet määrittyvät tästä kuvauksesta. Pyrkimyksenä on asiakaslähtöisyys ja tarpeenmukaisuus. Hoitosuunnitelma ohjaa hoidon prosessia.

Hoitokeinojen monipuolisuus mahdollistuu moniammatillisen työryhmän osaamisen turvin. Hoidon aikana vanhempien asiantuntijuus sekä läsnäolo ovat välttämättömiä onnistuneen hoidon elementtejä. Myös perheen verkostojen kanssa tehdään tarpeen mukaan yhteistyötä. Kriisi-lyhythoito mahdollistaa lapsen tutustumisen yksilönä, pois sulkematta perhekeskeisyyttä. Kriisin ajatellaan mahdollistavan uudenlaisia alkuja lapselle ja perheelle. Tärkeitä hoidon elementtejä ovat tässä hetkessä työskentely, voimavarojen etsiminen, lapsen tarinan kuuleminen, lapsen ja vanhempien osallisuus sekä tulevaisuuteen suuntaaminen. Sylihoito päätetään yhteisessä loppukokouksessa. Lapsen hoito jatkuu yleensä erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa kriisi-lyhythoidon jälkeen.

Lastenpsykiatrinen päivystys on järjestetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä psykiatrian yhteispäivystyksenä. Tarvittaessa lapsi pääsee kriisihoitoon myös päivystysaikaan. Tällöin kyseeseen tulee osaston kriisipaikka, jolloin lapsi sijoittuu useimmiten ylipaikalle. Tavallisesti lapsi kuitenkin saapuu kriisihoitopaikalle hallitusti ja suunnitellusti. Tämä työskentelytapa viestii lapselle vanhempien pärjäävän hänen kanssaan akuutissa kriisitilanteessa. Kriisiytyntä lapsen ja perheen tilannetta voidaan hoitaa suunnitellusti mahdollisimman pian. Kriisihoitopaikkoina toimivat yksipaikkainen kriisi-lyhyhoitopaikka tai osaston kahden viikon kriisipaikka, jolloin lasta hoidetaan osastoympäristössä. Tällöin lapsella on kaksi hänen asioihinsa paneutuvaa hoitajaa häntä hoitamassa.

Lisäksi poliklinikalla on käytössä jokapäiväinen akuutti puhelinaika, jolloin kriisiapua tarvitsevien puhelut ohjataan akuuttiaikaa hoitavalle poliklinikan työntekijälle, joka arvioi tilannetta sekä antaa toimintaohjeet jatkotoimille. Poliklinikalle on viime vuoden aikana järjestetty myös jokaviikkoinen akuuttitapaamisaika, joka voidaan antaa pikaista neuvottelua tarvitseville. Tällöin voidaan edelleen suunnitella kriisiytyneen tilanteen tarpeenmukaista hoitoa.

## **5.2 Tutkimusaineiston hankinta**

Tutkimuksen toteuttamiseen myönnettiin tutkimuslupa 18.1.2010 (Liite 1). Olen kerännyt aineistoni 22.2.–26.3.2010 välisenä aikana lastenpsykiatriselta kriisi-lyhyhoitojaksolta. Tutkimusaineisto koostui kahdeksasta haastattelusta. Haastattelin kahta kriisi-lyhyhoitojaksolla ollutta lasta ja kahta vanhempaa jakson alussa ja lopussa. Lasten ikäkriteerinä oli 8-12- vuotta. Molemmat lapset olivat 8-vuotiaita haastatteluhetkellä. Haastatteluun osallistuneet vanhemmat olivat äitejä. Kriisi-lyhyhoitojaksolle tulijasta päätetään kiireellisyyden mukaisesti torstaisin, jolloin vanhempi saa tiedon lapsen pääsystä tulevan viikon hoitojaksolle. Tässä yhteydessä vanhemmat saivat tiedon (Liite 2) mahdollisuudesta osallistua tutkimukseeni. Molemmat vanhemmat olivat tällöin alustavasti lupautuneet osallistumaan. Tällä tavoin sain yhteystiedot vanhempiin. Olin vanhempiin yhteydessä puhelimitse ja kerroin lisää tutkimuksestani. Olen saanut asianmukaiset, kirjalliset tutkimukseen suostumukset (Liite 3) vanhemmilta.

Sovin lapsen osallistumisesta tutkimukseen vanhemman kanssa. Pyysin vanhempaa kertomaan tutkimuksesta lapselle alustavasti. Kerroin lapsille tutkimuksestani sopiessani haastatteluajoja lapsen kanssa lapsen jaksolle tulopäivänä. Tein haastattelut teemahaastattelurungon avulla (Liite 4). Jaoin teemahaastattelun kysymykset kahdelle päivälle sekä lapsen että vanhemman kanssa. Ajatuksenani oli saada näin paremmin kuvausta hoidon prosessista. Haastattelut tapahtuivat tiistaina ja torstaina. Toisen perheen lapsen, Eeron ensimmäinen haastattelunauhoitus katosi siirrettäessä sitä tietokoneelle. Odottamattomasta vaikeudesta huolimatta en ole halunnut jättää pois tätä alkuosaa yhteisesti rakentuneesta kertomuksesta. Eeron taustakertomus olisi vaillinainen ilman tätä kokonaisuuden osaa. Kirjoitin samana iltana muistinvaraisesti haastattelun keskeiset sisällöt muistiin. Olen analysoinut nämä muistiinpanoni sisällönerittelyllä. Esille nousevia teemoja olivat perhetausta, jaksolle tulotilanne ja hoidon tavoitteet.

Haastattelin lapsia Kriisi-lyhythoitotilassa kahden kesken. Kerroin lapsille, että en ole heitä hoitava henkilö, vaan teen haastattelua omaa opiskelua ja tutkimustani varten. Nauhoitin kaikki haastattelut. Lasten haastattelut kestivät 30 - 45 minuuttia. Keskustelun aikana lapset saivat samalla leikkiä haluamaansa leikkiä. Haastattelut kopioitiin nauhurilta tietokoneelle, josta ne on kirjoitettu tekstiksi. Lasten haastattelut on litteroitu ilman erikoismerkintöjä, ainoastaan epäselvät puheenkohdat on merkitty kahdella peräkkäisellä kysymysmerkillä (??) ja tavuviiva (-) merkitsee keskeytyvän puheen. Yhteensä kirjoitettua tekstiä tuli 62 sivua, kirjoitettuna fontilla Verdana 10, rivivälillä 1. Olen huomioinut henkilöiden anonymiteetin muuttamalla kaikki nimet haastatteluista. Olen myös muuttanut joitakin yksityiskohtia teksteistä, kuten koulun nimet, jotta luottamuksellisuus säilyisi.

### **5.3 Vanhempien haastatteluiden analyysi**

Olen analysoinut vanhempien haastattelut sisällönanalyysimenetelmällä aineistolähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, Janhonen & Nikkonen 2003). Analyysin aikana olen pyrkinyt jättämään osallisuuden määritelmät ja aiemmat tutkimukset taka-alalle, pyrkien näin mahdollistamaan kaiken sen huomioimisen mitä aineistosta nousee esille. Tutkimustehtävä ja tutkimuksen tarkoitus ovat ohjanneet aineiston analyysia (Kylmä & Juvakka 2007). Analyysiyksikkönä olen käyttänyt lausetta tai lauseparia.

Aineistolähtöisessä tutkimustavassa on kysymys siitä, että analyysi tapahtuu aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkoluulojen saattelemana. Tutkijan ennakkoluulojen ongelma pyritään ratkaisemaan siten, että tutkija kirjoittaa auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Olen työskennellyt lastenpsykiatriassa eri toimipisteissä vuodesta 1990 alkaen. Kokemukseni edesauttaa ymmärtämään tutkimusympäristöön liittyviä erityisesti huomioitavia seikkoja. Lastenpsykiatrisessa hoitokontekstissa tutkimuksen tekeminen vaatii tutkijalta sensitiivistä ihmisten kohtaamista. Etenkin kriisitilanteessa lapset ja perheet ovat erityisen stressin ja paineen alla kuormittuneita. Pitkä työkokemukseni, terapiakoulutukseni sekä työnohjaus auttoivat itseäni. Olen työskennellyt vuosina 2001-2003 kriisi-lyhythoitopisteessä. Tutkimukseni kannalta on hyödyllistä, että tunnen tutkimuskontekstin hyvin ja olen perehtynyt sen työskentelytapoihin. Toisaalta tutkimusta tehdessäni olen saanut myös etäisyyttä tutkimusympäristöön, joten koen, että olen voinut tarkastella tutkittavaa ilmiötä objektiivisemmin.

Aluksi olen tutustunut aineistooni lukemalla sen useaan kertaan läpi. Etenin systemaattisesti tekemällä pelkistyskäsitteitä alkuperäisilmauksista jättämättä mitään pois aineistosta. Seuraavaksi ryhmittelin aineistoa eli etsin pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhdistin samaa tarkoittavat ilmaisut samaksi luokaksi ja annoin sille sisältöä kuvaavan nimen. Näin olen muodostanut alaluokkia ja yläluokkia sekä lopulta kolme pääluokkaa: kokemuksia kriisi- lyhythoitoon tullessa, vuorovaikutuksen haasteellisuus jaksolla sekä asiakaskeskeisyyden ja tarpeenmukaisuuden kokemukset jaksolla. Ohjaavana ajatuksenani on ollut kuulluksi tuleminen ilmiö; mitä haastateltava kertoo ilmiöstä?

#### **5.4 Lasten haastatteluiden analyysi**

Lasten haastatteluaineiston osalta tarkastelin haastattelun vuorovaikutuksen kulkua sekä merkityskokonaisuuksien avulla rakentunutta todellisuutta osallisuuden ilmiöstä. Kuvaukset ja tieto todellisuudesta syntyvät haastattelun osapuolten yhteistyönä haastattelijan ja osallistujan vuorovaikutuksessa. Tämän seurauksena haastattelijan toiminta nähdään tärkeänä osana aineistoa, haastateltavien puheesta erottamattomana analyysin kohteena (Pietilä 2010, 214).

Sovelsin diskurssianalyysiä lasten haastatteluiden analysoinnin menetelmänä. Menetelmävalinta perustuu siihen, että pelkästään sisällönanalyysillä en olisi saanut riittävästi vastauksia tutkimuskysymykseeni lasten haastatteluiden osalta. Lapsen haastattelu on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa niin haastattelija kuin lapsikin tuottavat keskustelun sisällöt. Ei voida olettaa, että tutkimus voisi tuoda esiin ja kuulla lapsen äänen sellaisenaan. Sen sijaan tutkimustilanne ja haastattelija muovaavat lapsen ääntä, ja haastattelun esiin tuomat kokemukset ovat haastattelijan ja lapsen yhdessä tuottamaa todellisuutta (Alasuutari 2005, 162).

Käsittelin haastatteluja aineistolähtöisesti. Analyysiyksikkönä oli episodi. Episodi on keskustelun teema, jossa puhutaan tietyistä aihepiiristä. Etsin haastattelun teksteistä systemaattisesti episodeja, joissa puhuttiin samoista aihepiireistä. Seuraavaksi kokosin samanlaisia teemoja käsitteleviä episodeja yhteen, joista muodostin neljä merkityskokonaisuutta (Liite 5) seuraavasti: puhetta lapsen verkostoista, puhetta vaikeista asioista, puhetta lapsen pätevyydestä ja puhetta leikistä, peleistä ja piirroksista. Merkitsin jokaiseen merkityskokonaisuuteen episodien puheen teemat ja sen kuinka paljon näitä esiintyi. Episodeja analysoimalla mahdollistui haastattelun vuorovaikutuksen tarkastelu. Tällä tavoin lapsen lyhyetkin vastaukset tulivat ymmärrettäviksi keskustelun vuorovaikutuksessa. Tulososion alussa kuvaan yleisesti merkityskokonaisuutta. Esimerkin valinta perustui keskustelun lapsivetoisuuteen.

Tässä tutkimuksessa diskurssianalyysi ymmärretään siten, että analysoijalle tekstin yksityiskohdat ovat merkkejä tekstin tuottajan tulkinnoista. Nämä merkit toimivat johtolankoina, joiden pohjalta on mahdollista tehdä oletuksia ja rakentaa tulkintaa tekstistä, "alkuperäisen" kielenkäyttäjän tulkinnoista. Sekä tekstin tuottaminen että analysointi ovat näin ollen luonteeltaan tulkinnallisia (Suoninen 1993, 59).

## 6 VANHEMPIEN OSALLISUUDEN KOKEMUKSET LASTENPSYKIATRISELLA KRIISI-LYHYTHOITOJAKSOLLA

Tutkimuksen tulokset jakaantuivat kolmeen asiakokonaisuuteen, jotka kuvaavat vanhempien osallisuutta: kokemuksiin ja odotuksiin kriisi-lyhythoittoon tullessa, vuorovaikutuksen haasteellisuuteen sekä asiakaskeskeisyyden ja tarpeenmukaisuuden kokemuksiin.

### 6.1 Kokemukset ja odotukset kriisi-lyhythoittoon tullessa

**Taulukko 1.** Vanhempien osallisuuden lähtökohta

* aiempi kokemus siitä, että oma sanominen on ollut turhaa * ammattilaiset eivät selittäneet riittävästi asioita; väärin ymmärryksiä	} kokemuksia siitä, ettei ole tullut kuulluksi ammatti-ihmisten taholta
*epävarmuutta sisältävät ennakkotiedot kriisijaksolle pääsemiseen liittyen *lapsen oikea-aikainen ennako-valmistautuminen jaksolle *lapselle kertominen kriisijaksopaikasta yleisellä tasolla *vaihteleva odotusaika jaksolle *lapsen vastustava suhtautumistapa kuultuaan kriisijaksolle tulosta	} kokemuksia valmisteluista ja valmistautumisesta jaksolle
*ristiriitaiset ajatukset jaksoon liittyen *toiveita liittyen jakson hyödyllisyyteen *epäilyksiä jaksoon liittyen	} erilaiset odotukset kriisi-lyhythoittojaksoa kohtaan

Kriisi-lyhythoitto jaksolle tuleminen oli stressaava ja paineinen tilanne koko perheelle. Vanhemmilla oli aikaisempia *kokemuksia siitä, etteivät he olleet tulleet kuulluksi ammatti-ihmisten taholta* (Taulukko 1). Vanhemmat olivat kokeneet, että *oma sanominen oli ollut turhaa*. Aiemmat kokemukset aiheuttivat epäilyksiä nykyisen kriisihoidon suhteen. ”Aina on tullut takkiin ammatti-ihmisten puolelta niin pahasti,... et jos tääkin on sit turhaa, et loppujen lopuks rikotaan tietyllä tavalla lasta enemmän. Niin, et vähän semmonen hirveen ristiriitainen



tunnelma, että hyvä asia, jos on jotain hyötyä...” (V1). Vanhempi oli kokenut, ettei häntä oltu uskottu, kun hän oli kertonut, ettei kotona ollut ongelmia, vaan ongelmat ilmenivät koulussa. Somaattisissa tutkimuksissa vanhemman havainnot lapsestaan oli ohitettu. Vanhempi oli kokenut, että apua pyytäessä hän ei ollut sitä saanut. Turhautuminen ja epäluottamus ammatti-ihmisiä kohtaan liittyivät näihin kokemuksiin.

Toisaalta vanhempi oli kokenut, että *ammattilaiset eivät selittäneet riittävästi asioita*, mistä oli seurannut väärin ymmärryksiä puolin ja toisin. Vanhemman epäluottamus lisääntyi hänen kokiessaan, että ammattilaiset antoivat ymmärtää asioita toisin, kuin miten asiat sitten menivät. Esimerkiksi lapsen luokkasiirtoa ei oltu selitetty tarpeeksi. Vanhempi koki, että oli vaikea sietää epätietoisuutta siitä, mistä kaikki lapsen kohdalla johtui.

Kriisi-lyhythoittoon tullessa *valmistelut ja valmistautuminen jaksolle* (Taulukko 1) olivat sävyttyneet lähtökohtaisesti epävarmuustekijöillä. *Ennakkotiedot sisälsivät epävarmuutta jaksolle pääsemiseen liittyen*. Vanhempi toivoi lapsen pääsevän jaksolle, mutta ajankohta oli epävarma. Jakson lykkääntymiseen liittyi vaikeita tunnekokemuksia. Vanhempi koki pettyneensä ja koko perhe oli harmissaan, kun jakso lykkääntyi. Vanhempi koki, että hänen oli vaikea sietää henkisesti epävarmuutta jaksolle pääsyn suhteen. Aika ennen jaksolle pääsyä koettiin stressaavana, tällöin vanhempi yritti valmistautua hoidon aikaan. Toiselle perheelle esitettiin kyseisen hoidon vaihtoehtona myös osaston kahden viikon kriisi-hoitojaksoa. Ammattilaisten kriisihoidon kuvauksesta ennakoita ei jäänyt paljoakaan mieleen. Vanhemmat kokivat *oikea-aikaisen ennakkovalmistautumisen jaksolle* tarpeelliseksi. Vanhempi kertoi jaksosta lapselle vasta sen varmistumisen jälkeen. Käytännössä lapsen mahdollisuus valmistautua jaksolle vaihteli neljästä päivästä viikkoon. Liian aikainen kertominen olisi voinut vanhemman mielestä pahentaa tilannetta. Vanhempi pelkäsi lapsen alkavan stressaamaan tilannetta ja lykkäsi sen vuoksi kertomista.

*Vanhempi kertoi jaksosta lapselle yleisellä tasolla*, koska oma kuva hoidosta oli suppea. ”Me ei mainittu sitä osasto-sanaa, yritettiin sillein aika kaunistellen kertoa.” (V1). Vanhempi halusi tuoda lapselleen esille, että vaikka kyseessä oli sairaala, siellä ei rokotettaisi. *Odotusaika jaksolle vaihteli* viikosta kahteen viikkoon. Vanhempi koki, että pääsy jaksolle oli kuin lottovoitto. *Kuultuaan jaksolle pääsemisestä lapsen vastustava suhtautumistapa vaihteli*. Lapsi suhtautui negatiivisesti ja vastusti jaksolle tuloa, oli levoton ja väsynyt aina käymään jossain, eikä jaksanut lääkäreitä. Toisen lapsen lähtö kriisi-lyhythoittojaksoille sujui ongelmitta.

Vanhemmalla oli *erilaisia odotuksia kriisi-lyhythoitajaksoa kohtaan* (Taulukko 1) jaksolle tullessa. *Ristiriitaiset ajatukset* kriisi-lyhythoidosta liittyivät kilpailuun kriisipaikasta. Vaikein ja kiireellisimmäksi arvioitu lapsi pääsi hoitoon ensin. Vanhempi koki oman lapsen olevan kiireellisin. *Vanhemman toiveet liittyen jakson hyödyllisyyteen* olivat moninaisia. Vanhempi toivoi apua, neuvoja, keinoja ja käytännönvinkkejä liittyen lapsen käyttäytymisen muuttumiseen. Toiveet olivat realistisia: ” Ei se yks viikko voi sitä kelkkaa kokonaan toiseen suuntaan kääntää, jos vähän jarrua löytyis, sekin ois kiva” (V2). Myös konkreettista arjen apua toivottiin. Vanhempi toivoi voivansa lisätä valmiuksiaan tarkastella omaa toimintatapaansa uudella tavalla. ”Saisi jotain sellaista, mitä voi heijastaa omaan toimintatapaan” (V2). Vanhempi oli valmis tarkastelemaan omaa vastuutaan vanhempana perheen vallitsevassa tilanteessa. Vanhempi toivoi myös saavansa katkaistua tietynlaisen kiireen konseptin, jotta kykenisi kuuntelemaan lasta tässä ja nyt paremmin. Vanhemmalla oli mielessään myös erilaisia ratkaisumalleja koulun sujumisen edesauttamiseen. Ensisijaisesti vanhempi toivoi, että lapsen koulunkäynti saataisiin sujumaan koulun puolesta. Toisaalta tähän liittyi myös *epäilyjä*. Vanhempi suhtautui epäilevästi myös jakson lyhyeen hoitoaikaan.

## 6.2 Vuorovaikutuksen haasteellisuus kriisi-lyhythoitajaksolla

**Taulukko 2.** Vanhempien osallisuuden esteet

<ul style="list-style-type: none"> <li>*jaksamattomuus kokeilla ja toteuttaa aiemmin ammattilaisilta saatuja neuvoja ja ohjeita</li> <li>*omien tunteiden hallinnan vaativuus kokouksissa</li> <li>*ristiriitaiset tunteet, liittyen lapsen jaksolle jättämiseen</li> <li>*toivottomuuden tunteet liittyen lapsen koulunkäyntiin</li> <li>*erilaiset tunnetilat vierailulla</li> </ul>	}	vanhemman psyykkiset voimavarat koetuksella
<ul style="list-style-type: none"> <li>*vastakkaiset näkemykset vanhemman ja ammattilaisten näkemyksissä</li> <li>*vanhemman oman asiantuntijuuden puolustus tulokokouksessa</li> <li>*vastakkaisia kokemuksia tulokokouksesta</li> <li>*epäselvä käsitys omasta roolista jakson aikana</li> </ul>	}	vanhemman asiantuntijuus uhattuna
<ul style="list-style-type: none"> <li>*vanhemman kokemus tulokokouksen paineisuudesta lapselle</li> <li>*lapsen huomioiminen vaikeuttaa keskusteluun keskittymistä tulokokouksessa</li> </ul>	}	lapsilähtöisyys vanhemman näkökulmasta

*Vanhemman psyykkiset voimavarat olivat koetuksella* (Taulukko 2). Kriisi-lyhythoittoon tullessa vanhempi oli saanut *aiemmin ammattilaisilta neuvoja ja ohjeita* perheen tilanteen helpottamiseksi, mutta vanhempi oli ollut *jaksamaton kokeilemaan ja toteuttamaan* näitä. Toisaalta vanhempi koki valinnan vaikeutta ja epävarmuutta useiden erilaisten toimintavaihtoehtojen keskellä, oli ”vaikea tietää mikä on oikea tapa oman lapsen kohdalla” (V1). Ajoittain vanhemmalla oli vaikeuksia saada kiinni mistään ja asioiden hajoaminen pelotti.

Tulokokouksen alun viivästymiseen ammattilaisten taholta liittyi negatiivisia tunteita. Odotus saattoi osittain aiheuttaa lapsen vastustusta jaksolle jäämistä kohtaan. Odotus oli myös vanhemmalle hankalaa ja aiheutti ärsyyntymistä. Vanhempi kuvitteli lapsensa tunteet osin

samanlaisiksi kuin omansa; odottaessa jännitys sai vallan. Vanhempi kuvasi *omien tunteidensa hallintaa vaativaksi etenkin kokouksissa*. Tulokokouksessa oma tunnetila oli surkea ja vanhempi pelkäsi kuinka selviää tilanteesta. Tunteet hoitoa kohtaan olivat ristiriitaisia ja oma henkinen jaksaminen oli murtumispisteessä. Omien tunteiden aisoissa pitäminen oli työlästä, vanhempi koki olevansa ikään kuin lukkotilassa. ”Mun piti kauheesti ite keskittyä siihen, mitä nyt tehdään, et mistä puhutaan, että mulla meni aika paljon niitten omien tunteitten aisoissa pitämiseen. Mielessä pyöri oikeestaan kaikki muut ku se mitä kysytään, kun aattelin just aika paljon lasta ” (V2). Vanhempi joutui rauhoittelemaan omaa ärtymystään ajoittain ja koki ulkopuolisuutta johtuen omasta väsymyksestään.

Tulokokouksen jälkeen vanhemmalla oli *ristiriitaisia tunteita liittyen lapsen jättämiseen jaksolle*. Vanhempi tunsu sääliä lasta kohtaan ja pelkäsi jättää lasta pahalla mielellä jaksolla, vaikka tämä ei todentunutkaan. Vanhempi pelkäsi myös lapsen vastustavan hoitoon jäämistä. Omat syyllisyyden tunteet liittyen pikaiseen lähtöön kokouksen jälkeen piinasivat vanhempaa. ”Mulla oli eilen aika kova paikka mennä takaisin, että oisko sitä töihin ja huomasin sitten, että teen kaikkia ihan typerä asioita ja päässä pyörii ihan kaikki, ihan typerä virheitä ja keskittyminen on aika huonoa” (V2). Vanhemman poislähtötilanne oli vaikea sekä itselle että lapselle. ”Kyllä se hetki hetkeltä on vaikeampaa mitä pidemmäksi menee, et en mä ois voinu jäädä sinne...kun se on koko ajan mielessä, että kohta mun pitää lähteä ja jättää lapsi tänne” (V1). Vanhempi samaistui lapseensa ja mietti, että vanhemman lähteminen oli myös lapsen mielessä. Vanhempi arveli myös aikuisten jatkuvan puheen ärsyttävän lasta. Kuitenkin vanhempi toivoi, että lapsella olisi hyvä olla ja ettei lapsi olisi katkera vanhemmalle hoitoon jättämisestä.

Vanhemman huolestuneisuus lapsesta oli jatkunut useita vuosia. Vanhempi koki *toivottomuutta liittyen lapsen koulunkäyntiin*. Koulunkäynnin sujuminen tuli yhdeksi tavoitteeksi hoitajaksolle. Vanhempi ei jaksanut uskoa, että lapsen omassa koulussa mikään voisi onnistua ja jotkut asiat olivat vanhemman mielestä sellaisia, joita ei voida enää korjata. Vanhempi koki riittämättömyyttä omien vaikuttamismahdollisuuksiensa suhteen. Myös *vierailut aktivoivat erilaisia tunnetiloja vanhemmassa*. Oma olo oli surkea, kun lapsi halusi kotiin, toisaalta myös ikävä vaivasi. Kuitenkin itsellä oli turvallinen olo lapsen hoitoa kohtaan.

Hoitoprosessin loppupuolella ilmeni loppukokouksen odotukseen liittyviä negatiivisia tunteita. Tunteet olivat pääosin negatiivissävytteisiä. Vanhempi koki kauhun tunteita

tietäessään, ettei avopuoliso päässyt hänen tuekseen mukaan. Jaksolta tulevien huomioiden vastaanottaminen tuntui epävarmalta, etenkin mahdollisten negatiivisten huomioiden osalta. *Tunteiden hallinnan vaatavuus* tuntui jopa uhkaavan loppukokoukseen osallistumista. Vanhempi toivoi osaavansa olla stressaamatta, jotta voisi osallistua loppukokoukseen. Yleinen jännittäminen hankaloitti olotilaa. Vanhempi pyrki myös suojaamaan lastaan omilta reaktioiltaan, kuinka koville asiat itselle ottivat.

***Vanhemman asiantuntijuuden uhkat*** (Taulukko 2) liittyivät *vastakkaisiin näkemyksiin ammattilaisten kanssa*. Etenkin tulokokoukseen kulminoitui monenlaisia kokemuksia. Vanhempi kertoi rajoittaneensa lapsensa toimintaa kokouksessa selkeällä tavalla. Ammattilaisten ohjeistus kumosi äidin antamaa ohjetta. Vanhempi koki, ettei saanut ammattilaisilta tukea rajoitustilanteessa. Tämän seurauksena vanhemman epävarmuus ja ristiriitaisuus oman toimimisen suhteen lisääntyivät. Vanhempi kertoi rajoittamiseen liittyvän esimerkin koulumaailmasta, jolloin lapsen keskittymisvaikeuden vuoksi jouduttiin poistamaan kaikki tavarat lapselta. Vanhempi *puolusti omaa asiantuntijuuttaan* kertomalla noudattaneensa tulokokouksessa tätä ohjetta. Toisena vaihtoehtona vanhempi kertoi itsekin ajatelleensa, että piirtäminen olisi voinut auttaa lasta tai eri tilaan siirtyminen. Vanhemmat kertoivat ihmetelleensä sitä, että lapsen kuullen puhuttiin kaikista asioista.

Vanhemmilla oli *vastakkaisia kokemuksia tulokokouksesta*. Toinen haastatelluista vanhemmista koki, ettei asioita jäänyt sanomatta tulokokouksessa. Toinen vanhempi taas koki, ettei saanut riittävästi tilaa omalle kertomukselleen tulokokouksessa. Tärkeämpiä asioita jäi sanomatta, esimerkiksi kertomus lapsen päivittäisiin toimintoihin liittyen. Vanhempi toivoi enemmän aikaa omille kysymyksilleen ja kertomukselleen lapsen arkea helpottavista asioista. Vanhempi koki, että ammattilaiset puhuvat keskenään. ”Useinhan palaverit menee siihen, että tietyllä tavalla pyöritetään niitä ihan samoja asioita eli se aika menee siihen pyörikykseen ja tota tietysti, kun aika moni asia on mulle vielä tuttu, niin sit mä huomaan, että mulla menee tosi pinna. Jos se on sitä vaan, et selitetään nyt olen niin huolissani...jää tosi paljon pois semmosta mistä pitäs puhua, mitä pitäs kysyä, sanomatta sen takia, kun pyörittää liikaa” (V1). Toisaalta vanhempi uskoi, että voi ottaa myöhemmin esille mieleen tulevia asioita. Tulokokouksessa kyseleminen oli ollut stressaavaa, mutta toisaalta myös tuttua. Tulokokouksessa koettiin olevan liikaa ihmisiä. Jatkon suunnittelu tapahtui liian kiireesti kokouksen lopussa. Menneistä tapahtumista oli liikaa puhetta, ” tärkeintä on se miten tästä eteenpäin” (V1).

Vanhemmilla oli *epäselvä käsitys omasta roolistaan jakson aikana*. ”En mä oikein niin ku nää itteeni tällä hetkellä niin ku tässä kuviossa mitenkään merkityksellisenä”(V2). Vanhemmilla ei ollut käsitystä siitä, mitä heiltä odotettiin jakson aikana. Vanhempi epäili omaa arviointikykyään vanhempana ja oli itse yrittänyt miettiä oikeita tapoja toimia lapsensa kanssa. Vanhempi toivoi, että henkilökunnan odotukset vanhemman roolista jakson aikana tuotaisiin selvästi esille. Vanhempi mielsi oman osallisuutensa korostuvan siten, että sai vakuutettua itsensä siitä, että lapsella oli hyvä olla jaksolla eikä lapsi kantaisi kaunaa hoitoon viemisestä häntä kohtaan.

Tulokokouksessa *lapsilähtöisyyden huomioiminen* oli vanhemman näkökulmasta riittämätöntä (Taulukko 2). *Vanhempi koki tulokokouksen paineisena lapselle*. Vanhempi kuvasi lasta väsähtäneeksi, levottomaksi ja kokouksen lopussa jaksamattomaksi. ”Mut se, että noin 50 minuuttia oltuaan, sit hän aloitti sen, että en jaksa enää, nyt ei jaksa enää, nyt mä haluan pois, lopetetaan jo” (V2). Lapsen haluttomuus jaksolle jäämisestä tuli tällöin esille. Lisäksi vanhempi koki lapsen olevan liikaa kaiken puhumisen keskellä, paljon ihmisiä ympärillään. Vanhempi kuvasi lapsen suhdetta terveydenhuollon ammattilaisiin kainoksi ja arastelevaksi. Lapsen vastaukset olivat ensin lyhyitä. Lapsi ei uskaltanut tai rohjennut sanoa kaikkia vahvuuksiaan ja vastaili kysyttäessä lyhyesti ”joo” tai ”ei” ja sanoi joitakin mielipiteitään. Toisaalta lapsi ei ollut kuitenkaan vieraskorea, vaan saattoi mennä ääri-laitaankin ja kokeilla rajojaan.

Vanhempi toi esille, että ammattilaiset huomioivat lasta tulokokouksessa tarjoamalla ohimennen mahdollisuutta piirtää ja rauhoittumishuone tuotiin esille leikkipaikkana. ”Kyllä ne on aikuisten asioita, mitä siinä kuitenkin puhuttiin. Eihän siinä, eihän tommoset tilanteet oo, et siinä kauheesti lapsen ehdoilla mennä, et siinä lapsenkin pitäis olla käyttäytyvä niin ku se aikuinen ja istua ja kuunnella ja vastata, kun kysytään, sellaisia ne vähän on” (V1). Toisaalta *lapsen huomioiminen vaikeutti keskusteluun keskittymistä*. Vanhemman huomio meni paljon lapseen ja vei osan keskittymisestä. Kokous vaati erityistä keskittymistä siihen mistä puhutaan. Etenkin lapsen levottomuus häiritsi kaikkien keskittymistä, aikaa kului rauhoitteluun ja huomioimiseen. Vanhempi ajatteli myös, että lapsi yritti suunnata huomion aikuisilta itseensä asioiden sijaan.

### 6.3 Asiakaslähtöisyyden ja tarpeenmukaisuuden kokemukset jaksolla

**Taulukko 3.** Osallisuutta vahvistavat tekijät

<ul style="list-style-type: none"> <li>*vanhempi lapsensa tukijana tulokokouksessa</li> <li>*puolison tärkeä tuki tulokokouksessa</li> <li>*myönteiset tunteet liittyen hoitoon</li> <li>*vanhempien erilaiset kokemukset hoitomenetelmistä</li> <li>*hoitajan positiivinen palaute lapsen hyvinvoinnista</li> </ul>	}	hoitoprosessin osallisuutta mahdollistavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>*vanhemman konkreettinen läsnäolo jaksolla</li> <li>*vanhemman myönteisiä kokemuksia lapsen hyvinvoinnista vierailulla</li> <li>*lapsi vanhemman ajatuksissa ja mielessä eri tavoin</li> </ul>	}	vanhemman yhteys lapseen jaksolla aikana
<ul style="list-style-type: none"> <li>*tavallisia arjen onnistumisen hetkiä perheessä</li> <li>*omassa jaksamisessa auttavia tekijöitä</li> </ul>	}	näkymiä hyvinvointiin
<ul style="list-style-type: none"> <li>*toive tulokokouksen tiivistämisestä ja ajankäytön rajaamista</li> <li>*toive puhua osan aikaa kokouksessa aikuisten kesken asioita</li> <li>*ehdotuksia jälkepäin, miten lasta olisi voinut huomioda tulokokouksessa</li> <li>*ideoita käytännönjärjestelyihin liittyen</li> <li>*vertaistuen tarve ja sen tarjoaminen</li> <li>*ennaltaehkäisevän ja muun avun - tarpeen huomioiminen</li> </ul>	}	kehittämideoita

Vanhempien kokemuksista nousi esille hoitoprosessin osallisuutta mahdollistavia elementtejä, näkymiä hyvinvointiin sekä kehittämideoita. Vanhempien yhteys lapseen jaksolla aikana koettiin tärkeäksi sekä konkreettisenä läsnäolona että mielessä olevana.

Kriisi-lyhythoitoprosessin *osallisuutta mahdollistavat elementit* (Taulukko 3) ilmenivät useasta eri näkökulmasta. Vanhemmat osallistuivat *lapsensa tukemiseen* aktiivisena lapsen

asianajajana kuvaten perheen kriisiytyneitä tilannetta ja sanoittaen lapsensa vaikeita tunteita sekä tuoden esille lapsen pätevyyttä. Voimavarojen, pärjäävyyden ja pätevyyden kartoittaminen oli tulokokouksen mielekkäin osio vanhempien näkökulmasta. Vanhemmat tukivat lastaan tulokokouksessa auttamalla vastaamaan, rohkaisemalla käyntiin sekä kannustamalla jaksamaan. Toinen vanhempi koki myös *puolison aktiivisen vastuun jakamisen ja ymmärryksen* asioita kohtaan tärkeäksi osallisuutta mahdollistavaksi tekijäksi.

Hoitoprosessin aikana *myönteisille tunteille hoitoa kohtaan* tuli uudella tavalla tilaa. Tämä edesauttoi kuulluksi tuleamista. Vanhempi koki armollisuutta ja inhimillisyyttä itseä kohtaan jakson loppupuolella. Vanhemmalla oli realistisia ajatuksia lapsen koulunkäynnin suhteen, oma vanhemmuuden rajallisuus tuli oivalletuksi. Vaatimukset itseä kohtaan olivat osin hellittäneet. Luottamus hoitohenkilökuntaan oli vahvistunut. ”Mä huomasin ite sen, että varmaan tietyllä tavalla aika turvallinen olo itellä silleen, että lapsella on ihan hyvä olla täällä teillä. Ei kauheesti huolehdi sitten, että mitenkä se siellä pärjää ja miten se jaksaa” (V1).

Vanhemmat luottivat ammattilaisten asiantuntijuuteen. Mielikuva lääkäristä oli muodostunut hyväksi. Vanhempi koki helpotusta, kun lääkäri oli samaa mieltä siitä, mihin nyt tuli keskittyä hoidossa. Vanhempi kertoi tulleen kuulluksi kerrankin. Vanhempi luotti, että lapsen kanssa työskentely sujui. Vanhempi kertoi omasta hyvästä olostaan, kun sai lapsensa jaksolle, mieli oli luottavainen ja toiveikas. Vanhempi suhtautui kuitenkin realistisesti radikaaliin muutokseen hoidon seurauksena.

*Vanhemman kokemukset jakson hoitomenetelmistä* olivat erilaisia ja osittain vastakkaisia. Hoitomenetelmät sinällään eivät korostuneet vanhempien kokemusmaailmassa jaksolla. Vanhemmat kokivat hoitomenetelmiksi leikin, hoidon suunnittelun ja hoitoon osallistumisen. Leikin koettiin mahdollistavan lapsen kanssa käytyjä keskusteluja ja osallisuutta. En ole erotellut tässä vastakkaisia kokemuksia toisaalle, koska osallisuutta estävät elementit korostavat mielestäni osallisuuden merkitystä negaation kautta. Vanhemmilla oli eriäviä kokemuksia hoidon suunnittelusta ja hoitoon osallistumisesta. Jaksolla asioita oli tuotu hyvin esille ilman kysymistä ja omia juttuja oli saanut tuoda sopivasti esille. Toisaalta vanhempi mietti, ettei halunnutkaan aina tuoda omia juttujaan esille, jottei olisi luonut tietynlaista ennakkosuhtautumistapaa lapseen. Toinen vanhempi koki voivansa vain ilmaista sen, haluaako lapsensa ehdolle jaksolle vai ei, esimerkiksi aikataulut olivat täysin muiden määriteltävissä, niihin ei voinut vaikuttaa. Toinen vanhempi koki, että ”Aika sopivasti on voinut osallistua hoidon suunnitteluun ja hoitoon” (V1).



Toisaalta hoitosuunnitelman kirjaaminen hoitosopimukseen seinälle herätti kysymyksen lapsen yksityisyydestä. Vanhempaa ärsytti seinälle kirjaaminen ja se, että hoitosopimus oli siinä näkyvillä, vaikkakin vaihtolovelvollisuus oli selvästi tiedossa. Kirjaamiseen liittyi ristiriitaisia tunteita. Kirjaaminen tuntui itsestänselvyyksien toistamiselta ja aikaa hupeni, jolloin itselle tärkeät asiat jäivät syrjemmälle. Toisaalta oli hyvä, että tavoitteet kirjattiin ylös ja keskustelun runko pysyi kasassa jatkuvan kirjaamisen avulla. Vanhemmat olivat hyvin tietoisia hoitosopimukseen laadituista tavoitteista. Jatkohoidon suunnittelu koettiin tärkeänä. Toisaalta jatkohoitokuvioista ei ollut tietoa ennen loppukokousta. Mietteissä oli myös epäily ” palataanko normaaliin arkirutiiniin vaan” (V 2).

Hoidon loppua kohti kokemus kriisihoidon prosessista oli selkeytyneempi. Oli tullut jollain tavoin selkeämpi kuva hoidosta ja oli syntynyt yleiskäsitys mitä tehdään. Kriisi-lyhythoito koettiin tarpeenmukaisena lapselle ja lapsi oli vanhemman mielestä hyötynyt hoidosta. Vanhempi koki, että varsinainen osastohoito ei olisi tässä tilanteessa ollut tarpeen. Vanhemmalle heräsi kiinnostus hoidon lopputuloksia kohtaan ja siihen ”Kuinka lapsi on kyennyt avautumaan ja purkamaan itseään” (V2). Vanhemmat kokivat *hoitajan palautteen lapsen hyvinvoinnista* tärkeänä. Vanhemmille oli tärkeää kuulla lapsen onnistumisista ja hyvin menemisestä sekä siitä, että lapsi on voinut olla oma itsensä. Hoitajan palaute lapsen hyvistä käytöstavoista oli vanhemmalle vahvistus pojan kyvyistä. Hoitaja oli kertonut yhteisestä tekemisestä ja lapsen käyttäytymisestä sekä lapsen yhteistyökykyisyydestä.

***Vanhemman yhteys lapseen koettiin ilmenevän eri tavoin*** (Taulukko 3). Vanhemman konkreettinen läsnäolo jaksolla ja kokemukset vierailuista sekä lapsen mielessä oleminen kuvaavat eri näkökulmia yhteyteen. Jakson alkaessa vanhempi oli epävarma liittyen yhteydenpitoon puhelimitse, läsnäolon määrään, ajankohtaan milloin voi olla yhteydessä, vierailuihin. *Vanhemman läsnäolo jaksolla konkreettisesti* vaikutti vähäiseltä, johtuen vanhemman omasta väsymyksestä. Toinen haastatelluista vanhemmista koki syyllisyyttä, kun ei jaksanut käydä joka päivä lapsen luona. Toinen vanhempi koki olleensa sopivasti paikalla: ”jos olisi enemmän paikalla olisi haitaksi” (V1). Tapaaminen toi mieleen kodin ja lapsella nousi ikävä pintaan. Vanhempi koki saaneensa ammattilaisilta luvan levähtää. Jakso koettiin raskaaksi ja väsyttäväksi oman ajatustyön vuoksi.

*Vanhemman kokemukset lapsen olotilasta vierailun aikana* olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Lapsi oli ollut iloinen ja oli kertonut ikävöineensä vanhempaa ja puhunut läheisistään. Toisaalta vanhempi oli havainnut lapsen ymmärtävän, ettei jaksolla olla lomalla. Vanhemman

lähtiessä kotiin tulokokouksen jälkeen lapsi oli ollut itkuinen. Kaupungilla käynnin jälkeen lapsi oli jäänyt hyvillä mielin jaksolle. Lapsen hyvinvointi oli tärkeää vanhemmalle.

*Lapsi oli vanhemman ajatuksissa ja mielessä eri tavoin.* Vanhemmalla oli toisella tavalla tilaa ajatuksille esimerkiksi lapsen kotitilanteisiin liittyen. Vanhempi luotti myös pysyvänsä lapsen mielessä. ”Saatan eri tavalla pyöriä lapsen ajatuksissa, koska en oo läsnä fyysisesti siinä” (V2). Vanhempi järjesteli sisarensa ja vanhempansa vierailemaan, kun ei itse päässyt. Vanhempi huolehti lapsen turvallisuudesta jaksolla selvittäen yöhoitajakäytännön sekä varmistamalla, että lapsen yörituaalit huomioitiin. Hoidon loppupuolella vanhempi arvioi loppukokouksen jälkeistä työkykyisyyttään kriittisesti, miettien sairausloman hakemista tai palkatonta virkavapautta. Vanhemmalla oli halu viettää aikaa lapsen kanssa jakson päätyttyä. Ajatukset alkoivat siirtyä kotiinlähtöön, mietteissä liikkui kysymyksiä mitä lapsen kanssa pitäisi tehdä, vai olla vaan.

*Näkymiä hyvinvointiin* (Taulukko 3) aihealue pitää sisällään vanhemman kyvykkyyden löytää näkymiä perheen onnistumisen hetkiin ja omaan jaksamiseensa. Poikkeamien löytyminen ongelmakeskeisen, kriisiytyneen elämäntilanteen vallitessa luo uskoa parempaan tulevaisuuteen ja toivoa selviytymiseen. Kodin arjessa sujuvia hetkiä ei ollut ollut pitkään aikaan, pieniä hetkiä oli ollut. Tällaisia *tavallisia arjen onnistumisen hetkiä* olivat lukuhetket, jolloin vanhempi luki lapselle ja yhteiset elokuvan katseluhetket. Lapsi oli pyytänyt, että menisivät ulos syömään. Sisarusten välillä oli hyviä leikkihetkiä, esimerkiksi legoleikki sujui. Vanhemman *omassa jaksamisessa auttoivat* muun muassa vapaa viikonloppu ilman lapsia, tukiperhe, avopuoliso sekä omat lähiverkostot, joihin kuuluivat isovanhemmat.

Vanhempien esittämät kriisi-lyhythoidon *kehittämisideat* (Taulukko 3) kohdentuivat pääasiassa kokouskäytäntöihin ja käytännönjärjestelyihin. Vertaistuen tarve ja sen tarjoaminen sekä yleensä ennaltaehkäisevän avun tarpeen huomioiminen koettiin myös tärkeinä asioina. Vanhempi toi kriittisesti esille kokemuksiaan liittyen hoidon kehittämiseen. Vanhemmat *toivoivat tulokokouksen tiivistämistä ja ajankäytön rajaamista*. Vanhemmalla oli *toiveena puhua osan aikaa kokouksessa aikuisten kesken*. Vanhempi koki, että tällöin voi puhua eri tavalla, kuin lapsen kuullen, vaikkakin lapsen tuli tietää rehellisesti oikea syy, miksi hoitoon oli tultu. Aikuiset voivat puhua selkeämmin ja suoraan keskenään. Vanhempi ei myöskään halunnut lapsen näkevän, kuinka koville lapsen vaikeutunut tilanne otti hänelle itselleen.

Vanhemmilla oli *ehdotuksia, kuinka lasta olisi voinut huomioida tulokokouksessa*. Lapselle olisi voinut osoittaa jonkun rauhallisen nurkkauksen, missä olisi voinut olla kokouksen ajan. *Ideoina käytännönjärjestelyihin* vanhempi mietti ”että ennen jaksolle tuloa lapselle olisi ollut parempi tutustua paikkaan, koska lapsi ei ollut käynyt siellä aiemmin” (V1). Johdattelukysymykset olisivat voineet auttaa vastaamaan, esite olisi hyvä ja yleisiä ohjeita olisi hyvä kertoa. Hoitosopimuksen paikka seinällä voisi olla jokin toinen yksityisyyden turvaamiseksi. Vanhempi koki *tarvetta vertaistuelle*, koska ystäville ei voinut kertoa kaikkea. ”Olen ollu ihan älyttömän yksin näitten juttujen kanssa... niin se mitä on kyllä usein kaivannu, että tietynlaista vertaistukea, että ois joku ihminen, jolle mä voisin puhua näistä kaikista” (V1). Vanhempi toivoi myös, että omista kokemuksista voisi olla apua jollekin toiselle.

*Ennaltaehkäisevän ja muun avun tarpeen huomioimisen* koettiin osin olevan politiikkaan liittyvä seikka, kuinka rahaa jaetaan. Tarvetta ennaltaehkäisevän avun tarjoamiseen koettiin olevan valtavasti. Toisaalta myös lastenpsykiatrista apua pidettiin tärkeänä. ”Tällaisia paikkoja pitäisi olla enemmän, enemmän lapsille ja nuorille apua” (V2). Vanhempi toivoi myös, ettei kenenkään lapsen kohdalla tarvitsisi mennä näin pitkälle. Vanhempi koki, että saadakseen apua täytyi jo olla isoja ongelmia.

## 6.4 Pohdinta

Tutkimuksessani vanhemman osallisuus kuvautuu kolmen aihealueen kautta. Vanhemman aiemmat kokemukset kriisi-lyhythoittoon tullessa vaikuttivat osin vuorovaikutuksen haasteellisuuteen sekä asiakaskeskeisyyden ja tarpeenmukaisen hoidon kokemuksiin. Vanhemmat toivat rohkeasti esille kriittisiä kokemuksiaan hoidosta, mikä jo sinällään on arvokasta.

Osallisuuden kokemisen lähtökohdat kriisi-lyhythoittojaksoille tullessa olivat paineiset ja vaativat. Tämä johtui osin vanhempien aiemmista ohitetuksi tulemisen kokemuksista. Stressaava tilanne nosti pintaan aiempia negatiivisia kokemuksia. Epävarmuustekijät jakson toteutumisen ajankohtaan liittyen koettiin hankalina. Jaksolle valmistautuminen ja lapsen valmistaminen jaksoon koettiin jäävän yleiselle tasolle. Vanhemmat kokivat valmistautumisen jaksolle epävarmaksi. Vanhemmalla oli oleellinen rooli valmistaa lasta

kriisihoitajaksole tuloon. Vanhemmat toivat esille, että riittävän hyvät tiedot esimerkiksi käytännön asioihin liittyen sekä mahdollisuus tutustua ennakkoon kriisi-lyhythoitopaikkaan, voisivat vahventaa osallisuuden kokemuksia valmistautumisprosessissa. Aiemmat tutkimukset (mm. Day ym. 2006, McGarry ym. 2008) tukevat tätä tulosta. Lapselle on tärkeää saada ennakkotietoa tapaamisen ajankohdasta sekä mahdollisuus valmistautua tapaamiseen. Ennakoitu, riittävä valmistautuminen jaksolle mahdollistaa osallisuutta etenkin lyhyen jakson aikana.

Jakson toivottiin olevan hyödyllinen koko perheelle. Jaksoon liittyi myös ristiriitaisia ajatuksia ja tunnelmia sekä epäilyksiä liittyen lyhyeen hoitoaikaan jaksolla. Nämä tulivat esille etenkin jakson alussa. Hoidon loppupuolella tyytyväisyys kriisi-lyhythoittoon lisääntyi. Vanhemmat olivat optimistisia jaksolle tullessaan sen suhteen, että jaksolla voidaan rakentaa uudenlaista ymmärrystä tilanteesta. Aiempien tutkimusten (Nock & Kazdin 2005, Gerkenmeyer ym. 2006) mukaan vanhempien optimismin taso, samoin kuin lisääntynyt motivaatio vaikuttaa siihen, kuinka he sitoutuvat palvelun käyttäjiksi. Tämä voi edelleen vaikuttaa hoidon tuloksiin, kuten lapsen toimintakykyisyyteen, vanhempien valmiuteen muuttaa omia vanhempana toimimisen tapojaan sekä lopulta perheen elämän laatuun.

Vanhempien toiveet liittyivät jakson hyödyllisyyteen. Vanhemmat olivat jo aiemmin saaneet neuvoja ja ohjeita ammattilaisilta perheen tilanteen helpottamiseksi, mutta he olivat olleet jaksamattomia kokeilemaan ja toteuttamaan näitä. Vanhemmat kokivat, että erilaisia toimintavaihtoehtoja oli liikaa. Tämä lisäsi vanhempien epävarmuutta toimia asianmukaisesti. Vanhemmat toivoivat kuitenkin edelleen apua, neuvoja, keinoja ja käytännönvinkkejä liittyen lapsen käyttäytymisen muuttumiseen. Tähän muutoksen toiveeseen liittyen aiemmat tutkimukset (Johnson & Ketring 2006, Robbins ym. 2003) osoittavat myös, että hyvällä yhteistyösuhteella on keskeinen osuus terapeutin muutoksen tuottamisessa.

Vaikka vanhemmilla oli tietoa erilaisista keinoista toimia lapsen kanssa he eivät olleet käyttäneet näitä keinoja. Auttajatahojen auttamistahdossa saatetaan neuvoja antaa ulkoapäin liian nopeasti. Tärkeämpää olisi mahdollistaa vanhempien omat oivallukset juuri heidän perheelleen sopivista neuvoista. Tieto tarvitsee ymmärryksen ja sitä kautta sopivien, omien sovellusten löytymisen perheelle. Tällöin toimintamallit voisivat todentua perheen arjessa parhaiten. Kuinka tämä voisi paremmin toteutua? Kuinka vanhempien ääni tulisi kuuluville? Mikä mahdollistaisi sopivasti erilaisia keskusteluja, jotka hyödyttävät perhettä? Hyvä yhteistyösuhte edellyttää dialogisuutta. Dialogisuus ei ole pelkkää puhetta, toisen kuuntelua

tai keskustelua. Parhaimmillaan dialogissa molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään tai asenteitaan. Näin ollen dialogisuutta tulee ajatella sekä suhteena että kommunikaationa. Dialogisessa suhteessa tapahtuu jotain merkittävää kahden tai useamman henkilön välillä. Tieto ja ymmärrys rakentuvat tässä suhteessa (Mönkkönen 2007, 87-89).

Strukturoidun tulokokouksen yhtenä tarkoituksena on ollut luoda turvalliset, jäsenytyneet puitteet, jotta perheen kriisiytynyt tilanne voisi alkaa koostua. Vanhemmat kokivat tulokokouksen kuitenkin paineisena ja stressaavana. Vanhemmat kokivat asiantuntijuutensa ja asemansa heikoksi, jopa uhatuksi. Vanhempien omien tunnetilojen hallinta kokouksessa oli vaikeaa. Tulokokoukseen liittyvät vanhempien kokemukset olivat myös eniten vastakkaisia.

Vanhemmat kokivat vuorovaikutuksen haasteelliseksi etenkin tulokokouksessa, koska oman huomion ja keskittymisen tuli kiinnittyä sekä käytyyn keskusteluun että lapseen aktiivisesti. Vanhemmat kokivat tulokokouksen paineiseksi myös lapselle, kokous ei edennyt lapsilähtöisesti, vaan oli aikuiskeskeistä. Lobatton (2002) tutkimus oli samansuuntainen lapsen näkökulmasta. Lapset kokivat toisinaan olevansa vuorovaikutussuhteessa liian keskiössä, liittoutuneita joidenkin kanssa tai ulkopuolisia. Ulkopuolisuuden kokemus aikuisten keskustellessa keskenään aiheutti sen, että lapsen tunteiden ilmaisu jäi taka-alalle. Lapset kokivat toisinaan myös, että ongelmista puhuttiin liikaa, eikä työskentely tuntunut auttavan. Dayn ym. (2006) tutkimus tuo esille osallisuutta vahvistavaa aikuisten toimintatapaa. Lasten toiveita huomioidessaan terveydenhuollon ammattilainen on sopivan sensitiivinen keskustellessaan lapsen kanssa perheen ihmissuhteista sekä kykenevä säätelemään keskustelun tempoa hitaammaksi vaikeiden kysymysten kohdalla.

Kriisi-lyhythoitajakson aikana osallisuutta vahvistavat elementit ilmenivät eri näkökulmista. Vanhempien osallisuus ilmeni lapsen tukijana ja asianajajana. Vanhemmat tukivat lastaan tulokokouksessa auttamalla vastaamaan, rohkaisemalla sekä kannustamalla jaksamaan. Voimavarojen, pärjäävyyden ja pätevyyden kartoittaminen oli tulokokouksen hyödyllisin osio. Aiempien tutkimusten mukaan sekä lapset että aikuiset pitävät voimavaroihin keskittymistä hyödyllisempänä kuin ongelmien syiden etsimistä (Strickland-Clark ym. 2000, Lobatto 2002, McGarry ym. 2008). Tässä tutkimuksessa vanhemmat kritisoivat ongelmiin keskittymistä. Heidän mielestään oleellisempaa olisi ollut miettiä tulevaa ja sitä kuinka he selviytyisivät eteenpäin. Myös Sirviö (2006) toteaa väitöskirjatutkimuksessaan tulevaisuutta ennakoivien toimintatapojen hyödyttävän perheitä parhaiten.

Vanhemmat kokivat yhteyden lapsen kriisi-lyhythoidon aikana tärkeäksi, mutta myös haasteelliseksi, johtuen omasta väsymyksestä. Läsnä oleminen oli konkreettista sekä mielessä tapahtuvaa. Dayn ym. (2006) tutkimuksen mukaan lapset kokevat merkitykselliseksi, että tärkeät aikuiset ovat läsnä tapaamisissa.

Tämän tutkimuksen mukaan osallisuuden kokemukset näyttivät lisääntyvän hoitoprosessin edetessä, myös myönteisille tunteille hoitoa kohtaan tuli uudella tavalla tilaa. Vanhemmat kokivat voivansa olla armollisempia itselleen, vaatimukset itseä kohtaan olivat realisoituneet. Jakson alussa aktivoituneet negatiivissävytteiset aiemmat kokemukset väistyivät ja vanhempi kykeni luottamaan siihen, että lapsella oli hyvä olla jaksolla. Luottamuksen tunteet ammattilaisten asiantuntijuuteen lisääntyivät. Tämä mahdollisti yhteistyön tekemistä. Karlsson ja Stenius (2005) määrittelevät osallisuuden yhteisölliseksi tavaksi toimia. Yhteistyö vanhempien kanssa mahdollistaa yhteistyön lapsen kanssa. Vanhemmat ovat avainasemassa lapsen maailmassa (Karlsson & Stenius 2005).

Kriisi-lyhythoidon aikana käytetyt konkreettiset hoitomenetelmät lapsen kanssa työskennellessä eivät välittyneet vanhempien kokemuksista leikkiä lukuun ottamatta. Toisaalta kriisi-lyhythoidon aikana käytetyt toiminnalliset menetelmät ovat mahdollistamassa yhteyden saamista lapseen ja aktivoimassa keskustelujen mahdollistumista. Näin ymmärtäen hoitomenetelmät elävät siinä suhteessa, missä niitä käytetään. Voisiko vanhemman tutustuminen erilaisiin konkreetteihin menetelmiin edesauttaa liittymistä yhteiseen hoidon prosessiin? Shier (2001) korostaa, että lasten mahdollisuudet itsenäiseen päätöksentekoon tulee huomioida, mutta hänen mielestään osallisuus todentuu aikuisten ja lasten välisessä vuorovaikutuksessa. Aikuisten rooli lasten osallisuuden mahdollistamisessa on oleellinen.

Vanhempien kokemukset hoitomenetelmistä liittyivät hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. Kokemukset hoidon suunnitteluun osallistumisesta olivat osittain vastakkaisia: vanhemmat olivat voineet osallistua hoidon suunnitteluun joko aika sopivasti tai aika vähän. Hoitosopimuksen kirjaaminen koettiin itsestäänselvyyksien toistamiselta mutta toisaalta myös kokoavalta. Hoidon tavoitteet olivat hyvin vanhempien tiedossa. Tavoitteiden oleellisuus tulee esille myös aiemmassa klassisessa tutkimuksessa (Bordin 1979), jonka mukaan yhteistyösuhteessa korostuu asiakkaan ja työntekijän yhteinen ymmärrys työskentelyn tehtävästä ja päämäärästä. Työskentelyn tehtävä ja päämäärä liittyvät oleellisesti yhteiseen ongelman määrittelyyn. Nämä ovat yhteistyön elementtejä, jotka vahvistavat työskentelyn tuloksellisuutta. Kriisi-lyhythoitajaksolle tullessa yhteistyösuhte alkua vanhempien ja lapsen

omalla tilanteen määrittelyllä. Tämän pohjalta määritellään yhdessä yhdestä kolmeen tavoitetta hoitojaksolle. Näin määritellään yhdessä intensiivisen hoidon tehtävä ja päämäärä. Etenkin lyhyen hoitojakson aikana konkreettiset tavoitteet määrittelevät yhteisen työskentelyn suunnan ja mahdollistavat tavoitteiden toteutumisen. Myös jatkohoidon suunnittelu koettiin tärkeänä. Jakson lopussa kuva kriisihoidosta oli selkiytyneempi.

Vanhemmat kokivat hoitajan palautteen lapsen hyvinvoinnista tärkeänä. Vanhemmille oli oleellista kuulla lapsen onnistumisista ja siitä, että lapsi oli voinut olla oma itsensä. Palautteen antaminen sisältää yhteisen keskustelun areenan, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat ja keskustelu on yhteistoiminnallista. Terveysthuollon ammattilaisen näkökulmasta asiakkaan osallistuminen on vastavuoroinen prosessi, jota voidaan kuvata yhteisenä neuvotteluna. Sen perustana ovat vuorovaikutustaidot, terapeutin ja voimavarakeskeinen lähestymistapa ja vaikutusmahdollisuudet (Sahlsten ym. 2007).

Perheen hyvinvoinnin kokemukset tulevat tässä tutkimuksessa esille vanhemman kyvykkyytenä löytää näkymiä mukavista, onnistuneista perheen yhteisistä arjen hetkistä. Ammattilaisina on oleellista kyetä kuulemaan perheen toimivat puolet. Sirviön (2006) tutkimuksen mukaisesti ennakoiva työskentelyote tarkoittaa poikkeamien etsimistä ongelmakeskeisen, kriisiytyneen elämäntilanteen vallitessa. Voimavarojen näkyväksi tekeminen voi luoda uskoa parempaan tulevaisuuteen ja tuoda toivoa selviytymiseen. Tällöin vanhemman ja koko perheen oma asiantuntijuus oman elämän parhaana tuntijana tunnustetaan. Osallisuuden kokemukset lisäävät perheen hyvinvointia.

Vanhemmilta nousi selkeitä Kriisi-lyhythoidon kehittämideoita. Nämä kohdentuivat kokouskäytänteisiin sekä käytännön järjestelyihin. Vanhemmat kokivat tärkeäksi myös vertaistuen itselle sekä itse vertaistukena olemisen sekä yleensä ennaltaehkäisevän avun tarpeen huomioimisen. Vanhemmat toivoivat tulokokouksen tiivistämistä lyhyemmäksi sekä ajankäytön rajaamista osittain koskemaan vain aikuisten keskinäistä keskustelua.

Vanhemmilta tuli myös ehdotuksia, kuinka terveydenhuollon ammattilainen voisi huomioida lasta enemmän tulokokouksessa. Esimerkiksi lapselle olisi voinut osoittaa jonkun rauhallisen nurkkauksen, missä lapsi olisi voinut olla kokouksen ajan. Vanhemmat toivoivat myös mahdollisuutta tutustua ennakkoon kriisi-lyhythoitopaikkaan. Hoitosopimuksen paikka koettiin liian avoimeksi. Vanhemmat rohkenivat antaa kriittistä palautetta kokemastaan palvelusta, mikä sinällään on tärkeä tutkimustulos.

Kriisi-lyhythoidon prosessissa tapahtuu paljon asioita lyhyellä aikavälillä. Lyhyt hoitoaika tuo haastavuutta etenkin hoitajien arkityöhön, lapsen ja vanhempien kohtaamiseen. Vanhemman näkökulmasta tilanne on haasteellinen omasta väsymyksestä ja uupumisesta johtuen. Vastaavanlaisesta kriisi-lyhythoidosta ei löytynyt tutkimuksia. Yksi-paikkainen kriisihoitomalli on Suomessa, ellei jopa laajemminkin harvinaisuus. Suomessa kriisihoito on yleensä järjestetty lastenpsykiatrisella osastolla. Myös lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoitotyön tekemiseen liittyvät käsitteet vaihtelevat Suomessa. Voidaan puhua ainakin kriisihoidon järjestämisestä tai akuuttityöstä. Käsitteen määrittelemine on vaikeaa yleisellä tasolla. Kontekstit, joissa hoito tapahtuu, ovat erilaisia, yhtenäistä hoitomallia ei ole (Manelius & Piha 2006).

Kriisi-lyhythoito on tarpeellinen interventio muiden hoitomuotojen joukossa. Lyhyen ja pitkän hoidon vertaileva tutkimus (Mc Garry ym. 2008) puoltaa lyhyen hoidon hyödyllisyyttä. Kuvaamani kriisi-lyhythoito liittyy tavallisesti osaksi jotain muuta hoitoa. Aiempien tutkimusten (mm. Westman ym. 2005) mukaan yksittäisillä interventioilla ei voida vaikuttaa pitkäaikaisiin ja syviin ongelmiin. Erilaisten, muuhun hoitoon nivoutuvien lyhythoitomallien kehittäminen voisi olla yhtenä osana lastenpsykiatrisen hoidon tarpeenmukaista kehittämistä. Myös toinen yksipaikkainen kriisilyhythoitopaikka voisi olla tarpeellinen ja mahdollistaa monipuolisemman lyhythoidon tarjoamisen. Kriisihoidon jatkoksi voitaisiin esimerkiksi suunnitella tarvittaessa jatkohoitoviikkoja saman hoitohenkilökunnan kanssa. Näin hoito muuttuisi samassa ympäristössä tapahtuvaksi pidemmäksi prosessiksi. Lapsilähtöisyyden ja asiakaskeskeisyyden kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää, että perhe kohtaisi tuolloin samat terveydenhuollon ammattilaiset uudella hoitajaksolla. Vuorovaikutussuhteen eheyttävää merkitystä ei sovi tässä yhteydessä unohtaa.



## **7 LASTEN HAASTATTELUISTA ESIINTULLEET OSALLISUUDEN TEKIJÄT**

Tässä luvussa kerron tutkimustulokset lasten haastatteluaineiston analyysin osalta. Tutkimuksen kannalta erityisen kiinnostavat kohdat ilmenevät lapsivetoisessa puheessa. Tuolloin lapsi täydensi, totesi tai kysyi oma-aloitteisesti jotain sekä keskeytti haastattelijan puheenvuoron. Olen valinnut tulososioon esimerkeiksi tällaisia keskustelun kohtia. Tämä on siis esimerkin ensisijainen valitsemisperuste. Lisäksi olen pyrkinyt valitsemaan kyseistä merkityskokonaisuutta parhaiten kuvaavan, edustavan esimerkin. Olen erotellut tapaukset toisistaan tekstissä. Puhun tekstissä lapsista kuvitteellisilla nimillä: Aapo ja Eero.

Analyysin tuloksena lasten haastatteluista muodostui neljä merkityskokonaisuutta, joiden kautta tarkastelen osallisuutta lastenpsykiatrisella kriisi-lyhythoitajaksolla. Dialogisuuden näkökulma tulee esille valitsemisani analyysi-esimerkeissä. Olen merkinnyt esimerkkeihin tummennetulla rivin, jossa lapsivetoisuus tulee esille. Esitän tulokset merkityskokonaisuus kerrallaan. Liitän jokaisen alaluvun lopussa tulokseni muihin tutkimuksiin ja esitän omia pohdintojani. Tämä siitä syystä, että tulosten luettavuus helpottuisi ja kerronnan kokonaisuus säilyisi eheänä.

### **7.1 Lasten taustakertomukset**

Lasten taustoja koskevien episodeissa (n=26) keskustelun teemoina olivat perhe ja kaverisuhteet, oma koulu ja sen verkostot sekä sairaalakoulu (Liite 5). Teemat olivat lapsille tuttuja, joten niistä oli luontevaa keskustella. Taustoista keskusteleminen palveli lapsen tutustumista ja samalla taustatietojen kartoittamista. Seuraavassa kerron Eeron ja Aapon kertomukset omasta taustastaan.

8- vuotiaan Eeron perheeseen kuuluivat: äiti, Timo (äidin avopuoliso) ja 4-vuotias pikkusisko. Sisarusten välille syntyi ajoittain riitaa, jolloin äiti huusi ja pyysi lopettamaan, myös Timo yritti lopettaa tapelua. Kotona jäähypaikkoina olivat käytössä parveke ja lasten yhteinen huone. Eero kertoi rauhoittuvansa parhaiten itsekseen esimerkiksi omassa huoneessaan. Eero oli ollut sairaalakoulussa puolivuotta, hänen luokallaan oli yhteensä yhdeksän oppilasta. Nykyisiä luokkatovereita ei asunut hänen kotinsa lähellä. Oma koulu sijaitsi kävelymatkan päässä. Eerolla oli leikkikavereita pihapiirissä, paras kaveri Kalle asui kuitenkin kauempana.

Eero sai tiedon kriisi-lyhythoitajaksolle tulostaan äidiltään ja Timolta edellisenä sunnuntaina. Tulotilanteessa olivat läsnä hänen lisäksi äiti, Timo, kotihoitajat sekä kriisijaksolla työskentelevät hoitajat ja hoitava lääkäri. Eero koki, että häneltä kyseltiin vähän liikaakin asioita tulokokouksessa. Eero muisti hoidon tavoitteeksi sen, että hänen käyttäytymisensä tulisi muuttua paremmaksi koulussa ja kotona. Toisena tavoitteena oli, että hän voisi uskoa asioiden sujuvan, koska hän usein ajatteli, että mikään ei kuitenkaan onnistuisi. Eero kertoi olevansa hyvä liikunnassa ja lempiaineensa olevan matematiikka. Tulopalaverin jälkeen äiti ja Timo lähtivät kotiin.

Eero kertoi käyneensä hoidon alussa tutustumassa osastoon ja reittiin, kuinka hän yöllä löytäisi yöhoitajan luo, mikäli heräisi kesken unien. Ensimmäisenä iltana hän ei heti saanut unta, jolloin hoitaja oli auttanut häntä silittelemällä ja lukemalla iltakirjaa. Eero kertoi, että äiti oli ollut hänen mielestään riittävästi läsnä jaksolla. Äiti oli kerran vierailut jaksolla mummon ja papan kanssa.

Aapo oli haastateltaessa 8-vuotias ja hänen perheeseensä kuuluivat äiti, isä ja isosisko. Kotona asuivat tällä hetkellä äiti, isosisko ja hän itse. Isä oli muuttanut toiselle paikkakunnalle vanhempien erottua. Aapo kertoi olevansa toisella luokalla. Luokassa oli yhteensä 20 oppilasta. Aapo leikki kahden koulukaverinsa kanssa vapaa-ajalla, hän koki pelien ja leikkien sujuvan kavereiden kanssa. Kolmas kaveri Toni oli muuttanut pois ja vaihtanut koulua. Aapo kysyi oma-aloitteisesti, miksei kriisi-lyhythoito paikkaan tullut toisia lapsia. Tässä yhteydessä tuli ilmi hänen toiveensa kaverista jakson ajaksi. Kriisi-lyhythoitajakson aikana Aapo kävi sairaalakoulua. Aapo kertoi, että hän oli jutellut sairaalakoulun opettajan ja kouluavustajan kanssa koulusäännöistä jakson aikana.

Äiti oli kertonut Aapolle kriisi-lyhythoitajaksolle tulosta sekä siitä, että hän viipyy jaksolla neljä päivää. Aapo oli selkeän tietoinen siitä, että hän oli tullut jaksolle sen vuoksi, koska hän ei kyennyt tällä hetkellä käymään koulua.

Aapo toi perheenjäsenensä esille puhuessaan esimerkiksi tulokokouksen osallistujista, kertoessaan onnistuneesta hammaslääkärikäynnistä äidin kanssa sekä kertoessaan saavansa äidiltä palkkioksi tietokonepelin, mikäli hän olisi kiltti. Aapon oli liian vaikea arvioida, oliko äiti käynyt hänen luonaan riittävästi jaksolla. Aapo kertoi myös oma-aloitteisesti sisarensa olleen joskus aiemmin kriisi-lyhythoito jaksolla. Sisko oli puheissa myös myöhemmin haastattelussa. Valitussa esimerkissä puhutaan siskosta, tässä yhteydessä Aapolta tuli kaksi oma-aloitteista keskustelun avausta haastattelijan minimipalautteen jälkeen.

### Esimerkki 1: Puhutaan siskosta

1 H: onko sulla siskoja tai veljiä?

2 L: on mulla -sisko

3 H: sisko, minkäs ikäinen sisko on?

4 L: 13 nyttten.

5 H: joo, asuuk sisko teillä kotona?

6 L: asuu

7 H: okei

8 L: se on ollu tällä.

9 H: ahaa, okei, joo. No onks sisko kertonu sulle minkäläistä tällä on?

10 L : ei

11 H: onks se ollu tässä Sylissä?

12 L : on

13 H: okei

14 L: paitsi, että minä en silloin ollu tämmöinen??

15 H: onks sisko nyt jo sit?? onks hän vielä samassa koulussa ku sinä vai eri koulussa?

Esimerkkiepisodia ennen haastattelija on alkanut kartoittaa Aapon perhetaustaa. Aapo kertoi oma-aloitteisesti, että myös hänen siskonsa oli ollut kriisi-lyhythoitajaksolla (rivi 8). Haastattelija tarkensi vielä oliko sisko ollut juuri kyseisessä paikassa, Aapo vahvensi tarkennuksen. Tällöin haastattelijan minimipalautteen jälkeen Aapo kertoi kokemustaan siitä, ettei hän silloin ollut tämmöinen (rivi 14). Tässä tilanteessa haastattelija oli kuitenkin kiinnostunut liiaksi alkuperäisestä omasta kiinnostuksestaan eli Aapon perhetaustasta, jolloin Aapo ei saanut tilaisuutta kertoa siitä millainen hän oli ollut aiemmin.

Kun pohditaan dialogisuutta, sen todentuminen vaatii toisen aktiivista kuuntelemista ja toisen puheenvuoroihin reagoimista, haastattelussa tämä ei aina toteudu, niin kuin ei auttamisenkaan keskusteluissa. Esimerkkiin 1 viitaten, voiko keskustelussa samaan aikaan olla oleellista myös se, mitä lapsen mielessä aktivoituu, kuten tässäkin tämä aiempi todellisuus, jolloin Aapo koki olleensa toisenlainen. Vaikka keskustelun esimerkissä menetetään tärkeä hetki, jokin keskustelussa kuitenkin mahdollisti Aapolle sen muistamisen, ettei hän aina ollut ollut tällainen.

Taustoista keskusteleminen palvelee tutustumista lapseen. Day ym. (2006) tutkivat 9-14-vuotiaiden lasten kokemuksia mielenterveyspalveluiden asiakkaina. Hoitoprosessissa lapset kokivat tutustumisen alussa tärkeänä. Tutustumisprosessi on oleellisen tärkeä, mutta sen pituus voi suhteutua hoitoprosessin pituuteen. Mc Garry ym. (2008) tutkivat lyhythoitointervention hyödyllisyyttä verrattuna tavalliseen pidempikestoiseen hoitoon. Tämän tutkimuksen mukaan todentui, että hoitoprosessi voi olla hyödyllinen myös ilman pitkää tutustumisprosessia.

Oranen (2007) on tutkinut lasten ja nuorten osallisuutta lastensuojelun kehittämishankkeen yhteydessä. Lapset ja nuoret kertoivat tutkimuksessa tilanteista, joissa tutustumisen mahdollisuutta ja luottamuksellisen suhteen aineksia tuntui olevan hyvin vähän. Tämä herättää paljon kysymyksiä liittyen osallisuuteen. Lasten kohdalla tulee huomioida erityisesti lapsilähtöinen työskentelyote (Oranen 2007). Myös lastenpsykiatrinen asiakkuus on haasteellinen luottamuksellisen suhteen muodostumiselle ja siihen tulee kiinnittää erityistä huomiota ja panostaa muun muassa riittävän hyvään ja paneutuvaan tutustumiseen. Tutustuminen ja taustoihin perehtyminen luovat pohjaa osallisuudelle ja ovat ikään kuin osallisuuden mahdollistajia jatkotyöskentelyssä. ”Tulla kuulluksi” edellyttää luottamuksellisuutta, jotta lapsi uskaltaa ilmaista tunteitaan ja kertoa itsestään ja tilanteestaan (Strickland-Clark ym. 2000, Day ym.2006, Oranen 2007).

## **7.2 Vaikeat asiat puheeksi**

Tämä merkityskokonaisuus koostuu viidestä eri teemakokonaisuudesta (Liite 5), joissa puhutaan siitä miksi lapsi on tullut jaksolle, erimielisyyksistä kaverin kanssa, keskustelunaiheista jaksolla, toiveista, ja jatkohoidosta. Toiveista puhuttaessa aihepiiri liittyy lapsen kokemaan vaikeaan tilanteeseen tai toiveista puhuminen sinällään oli haasteellinen lapselle. Episodeille (n=22) oli ominaista lapsien vähäpuheisuus sekä aihepiirin haasteellisuus. Lapsien lyhyitä vastauksia olivat esimerkiksi: "kyllä", "en", "en muista", "en tiedä". Lapsi toi esille myös väsymystään: "en jaksa enää puhua". Nämä ilmaisut toistuivat tässä merkityskokonaisuudessa. Lyhyen vastauksen ymmärtämiseen tarvitaan keskustelun molempien osapuolten puheenvuorojen tarkastelua.

Eero kertoi ensimmäisessä haastattelussa miksi oli tullut jaksolle, eikä halunnut enää keskustella tästä asiasta haastattelijan palatessa aiheeseen. Keskustelimme myös tulosityhyn liittyen koko perheen muuttumisesta ja siitä, kuinka jokaisen perheenjäsenen pienet muutokset voisivat yhdessä saada aikaan ison muutoksen. Keskustelu toiveista oli Eerolle erityisen vaikeaa. Toiveiden esille tuominen ei käynnistynyt useista keskustelun avauksista huolimatta. Jatkohoidosta puhuttaessa Eero kertoi, ettei hän tarvitse mitään jatkohoitoa enää.

Aapo kertoi tulleen jaksolle siksi, kun ei ollut käynyt enää koulua. Monet kouluaineet olivat olleet hankalia, muutoin hän ei halunnut eritellä kouluvaikeuksiaan. Aapo toi toiveiden kysymisen kautta oma-aloitteisesti esille uuden teeman keskusteluun - kiusatuksi tulemisen. Aapo toivoi olevansa rikas ja kuuluisa, ettei Leevi, eikä kukaan kiusaisi häntä ja äiti antaisi takavarikoidun Wii-pelikoneen takaisin. Toiveen kautta Aapo kuvasi esimerkein kiusatuksi tulemisen kokemuksiaan, hän kertoi selviytymiskeinonaan kertoneensa opettajalle kiusaamistilanteesta ja arvioi sen auttaneen jonkin verran. Osallisuus ilmenee itselle hankalan tilanteen kertomisena ja tulevaisuuteen liittyvänä toiveena, että tilanne voisi muuttua. Tähän liittyy osallisuuteen liittyvä ajatus siitä, että asioihin voi itse vaikuttaa jollain tavoin. Kaverisuhteet koulussa sekä jaksolla käydyt keskustelujen teemat olivat haasteellisia aihepiirejä Aapolle. Aapo kertoi, että hänellä ei ollut omalla luokallaan kavereita.

Haasteellisista asioista puhuttaessa lapset vaihtoivat puheenaihetta esimerkiksi leikkiin tai nauhurin toimintaan, kuten seuraavassa esimerkissä. Esimerkissä ilmenee myös se, kuinka lapsen on vaikea vastata liian yleisen tason kysymyksiin. Lapselle esitetty selkeä ja konkreettinen kysymys teemasta aktivoi lapsen lopulta vastaamaan.

## Esimerkki 2: Miksi on tullut jaksolle?

(esimerkin alusta on poistettu seitsemän riviä)

1H: joo Tepakin oli. Teitä oli aika monta siinä. Muistaks sä mitä siinä kokouksessa puhuttiin tai siinä

2 H: palaverissa kun sä tulit?

3 L: en

4 H: olis siinä puhetta siitä, minkä takia sä olet tänne tullu.

5 L: no joo.

6 H: joo, okei. Osaisit sä-

7 L: hei, mitä toi nyt toi tekee?

8 H: mikä? Täähkö?

9 L: niin.

10 H: no tiiätsä sä tää nauhottaa nyt tätä meiän puhetta ja siks se tuollain vilkkuu, ku se ääni kun me puhutaan

11 H: niin tää niin ku näyttää jotenkin sitä äänen voimakkuutta, määkään en oikein muuta ymmärrä tosta

12 H: vehkeestä, eikö oo ihmeellinen?

13 L: joo, sillainko sen voi laittaa päälle ku puhutaan?

14 H: niin. Mitä sä ite ajattelet, että minkä vuoksi sä oot tänne nyt tullu?

15 L: kun mä en enää käy koulussa.

16 H: kun sä et käy koulussa, niinkö?

17 L: niin.

(esimerkin lopusta on poistettu kuusi riviä)

Edellä kuvatussa esimerkissä Aapo rikkoi tavallisen keskustelun rakenteen keskeyttämällä haastattelijan puheen ja alkoi puhua nauhurista (rivi 7). Esimerkin alusta on poistettu 7 riviä, jossa puhuttiin tulokokoukseen osallistujista. Haastattelijä kysyi aluksi yleisellä tasolla muistiko Aapo mitä kokouksessa puhuttiin (rivi 1). Aapo vastasi yleiseen kysymykseen lyhyesti ja kieltävästi. Haastattelijä tarkensi kysymystään, mutta kysyi edelleen etäisesti liittäen kysymyksensä tulokokoukseen (rivi 4). Aapo vastasi myöntäen (rivi 5), että tulokokouksessa puhuttiin siitä, miksi hän oli tullut jaksolle. Haastattelijä aloitti uudelleen tarkentavan kysymyksen (rivi 6), jolloin Aapo keskeytti haastattelijan kesken lauseen ja vaihtoi puheenaihetta tulositystä nauhurin toimintaan, ottaen samalla aktiivisesti tilaa itselleen (rivi 7). Tässä puheenaiheen vaihtaminen näyttää palvelevan oman tilan ottamista. Puheenaiheenvaihto tauottaa myös aihepiiriltään vaikeaa kysymystä. Keskustelu siirtyi Aapon kysymyksen kautta nauhurin toimintaan, haastattelijä vastasi Aapon kysymykseen ja minimipalautteen jälkeen (rivi 14) haastattelijä palautti keskustelun edelliseen teemaan. Tällöin haastattelijä kohdensi kysymyksensä suoraan Aapolle, jonka seurauksena Aapo kertoi (rivi 15) tulleen jaksolle siksi, kun hän ei käynyt enää koulussa. Haastattelijan kysymykset olivat ennen tätä liian etäisesti esitettyjä. Tauon jälkeen keskustelussa selvisi lähtökohdat Aapon kriisi-lyhythoito jaksolle. Esimerkin lopusta on poistettu kuusi riviä, jossa käy ilmi, että Aapo ei ollut joulun jälkeen käynyt koulua.

Tutkimuksen tulokset tuovat esille kuinka Aapo kertoo kolmen toiveen kysymisen kautta toiveistaan aluksi yleisellä, mielikuvituksen tasolla. Esimerkissä 3 toisen toiveen kohdalla Aapo esitti hyvin henkilökohtaisen toiveen.

### Esimerkki 3: Puhetta toiveista

1 H: aha, okei, no mikäs ois sitte se toinen toive? Mikäs se voisi olla?

2 L: että Leevi ei kiusaisi mua.

3 (useita rivejä poistettu)

4 H: millä lailla se kiusasi sua, se Leevi?

5 L: vaikka mä silloin kun näytin musiikkia, niin silloin Leevin puhelimesta, niin tässä oot sinä, ku joku nainen

6 L: laulo siinä.

7 H: ai jaa, että se sano silleen sulle, että sinä oot tässä, vaikka siinä joku nainen laulo.

8 L: niin.

9 H: no onks se vieläkin kiusannu sua se Leevi?

10 L: en mä oo nähny sitä pitkään aikaan.

11 H: okei, no se on hyvä, että sitten, onko se niin, että se ei enää ehkä sua niin kiusaakaan se Leevi.

12 L: en mä oikein tiedä

Esimerkissä 3 osallisuus ilmenee vaikean asian jakamisen sekä muutostoiveen kautta. Haastattelija oli aloittanut edellä keskustelun Aapon kolmesta toiveesta, joita hän oli saanut miettiä ensimmäisen haastattelukerran jälkeen. Aapo toi esille teeman, mikä ei ollut ollut aiemmin esillä keskustelussa. Haastattelija ei ohjaillut tai johdatellut keskustelua. Aapo toivoi, ettei Leevi kiusaisi häntä (rivi 2). Poistettujen rivien kohdalla haastattelija selvitti yksityiskohtaisesti kiusaajan taustaa. Tämän jälkeen haastattelija kysyi Aapolta (rivi 4) miten Leevi kiusasi häntä. Aapo kertoi kiusaamisesta esimerkin (rivi 5). Haastattelija toisti Aapon kertomusta, samalla tarkentaen, että oli ymmärtänyt oikein (rivi 7). Aapo vahvisti kommenttinsa (rivi 8). Haastattelija selkeytti jatkuiko kiusaus, johon Aapo vastasi epäsuorasti, ettei ollut nähnyt kiusaajaa pitkään aikaan (rivi 10). Haastattelija vastasi, että se oli hyvä. Ja jatkoi kysymyksen ja oletuksen samalla, ettei poika enää kiusannutkaan häntä, johon Aapo vastasi, ettei oikein tiennyt (rivi 12), kumoten haastattelijan oletuksen. Aapo uskalsi tuoda esille epävarmuutensa kiusaamisen jatkumisen suhteen, eikä myötäillyt haastattelijan oletusta.

Tässä tutkimuksessa lapset olivat selkeästi tietoisia jaksolle tulon syistä sekä sitä kautta omista pulmistaan. Aiempien tutkimusten (mm. Bordin 1979) mukaan selkeä ongelmanmäärittely ja tavoitteellisuus mahdollistavat työskentelyn tuloksena tapahtuvaa muutosta. Tässä tutkimuksessa lapset puhuivat itselleen vaikeistakin teemoista, kuten tulosityistä ja kiusatuksi tulemisesta. Aiempien tutkimusten mukaan lapset kokevat hoidon tuloksena ongelmista puhumisen auttavana. Hoito auttaa ratkaisemaan pulmia ja lapset

kokevat tapaamiset merkityksellisiksi (Day ym. 2006). Toisaalta Lobatton (2002) tutkimuksesta käy ilmi, että lapset eivät aina olleet selvillä ongelman luonteesta. Kriisi-lyhythoidon aikana ongelmien selkeä määrittäminen ja asetetut tavoitteet vaikuttavat oleellisilta, jotta työskentelyllä voidaan saavuttaa toivottuja tuloksia. Tämä on voinut vaikuttaa lasten selkeään tietoisuuteen omista pulmistaan.

Kriisi-lyhythoito jaksolla lapsen ja perheen kriisiytynyt tilanne on lähtökohta hoidolle. Tällöin ongelmalähtöisyys ja vaikeista asioista puhuminen luovat erityisiä haasteita hoitohenkilökunnan ja perheen kohtaamiseen. Tässä tutkimuksessa haastattelutilanteessa ilmeni, kuinka lapsi kykeni esimerkiksi toiveensa kautta ilmaisemaan itselleen vaikean asian, kiusaamisen sekä toiveensa kiusaamisen loppumisesta.

Liian etäiset kysymykset tai suljettuihin kysymyksiin vastaaminen osoittautui haasteelliseksi etenkin vaikeiden asioiden kohdalla. Day ym. (2006) tutkimuksessa lapset kokivat, että terveydenhuollon ammattilaisen kysymykset saattoivat olla epämukavia. Lapset kokivat oleelliseksi, että terveydenhuollon ammattilainen oli sopivan sensitiivinen keskusteltaessa esimerkiksi perheen ihmissuhteista sekä kykenevä säätelemään keskustelun tempoa hitaammaksi vaikeiden kysymysten kohdalla. Tällöin aikuisen toimintatapa vahvistaa lapsen osallisuutta auttamalla ja tukemalla lasta ilmaisemaan itseään vaikeudesta huolimatta. Tutkimuksen tuloksena lapsen osallisuutta mahdollistavat riittävän konkreettiset, selkeät ja lapselle suoraan osoitetut kysymykset.

### **7.3 Kyvyt ja osaaminen esille**

Tätä merkityskokonaisuutta kuvaa yhteensä neljä teemakokonaisuutta ja 18 episodina, joissa lapset puhuvat omasta kyvykkyydestään (Liite 5). Lasten pätevyiden kokemukset rakentuivat keskusteluissa pääsääntöisesti osaamisen, onnistumisen ja pärjäämisen kuvauksissa. Eero kertoi onnistumisestaan koulussa palkkiosysteemin kautta. Palkkiona onnistuneesta koulupäivästä hän sai tarran. Tarran saaminen edellytti ainakin, että täytyi kuunnella aikuista ja välitunnilla ei saanut puhua asiattomuuksia. Kuluneella viikolla hän oli saanut jo kaksi tarraa. Eero kertoi tehneensä jaksolla koulutehtäviä ja muita tehtäviä hoitajan kanssa.



Keskustelut sujuivat parhaiten silloin, kun sai samalla tehdä jotain. Muutoin hän ei eritelty toimiaan jaksolla haastattelijan tarkennusyrityksistä huolimatta.

Aapo kokosi onnistuneen koulupäivän kriteerit eheäksi kokonaisuudeksi pitkän keskustelun seurauksena. Tuolloin hän oli tehnyt tehtäviä hyvin, ei ollut kiusannut ketään, oli kertonut opettajalle, jos oli tehnyt jotain ja tuli ajoissa kouluun. Onnistuneesta koulupäivästä sai palkkiona pelata välitunnilla tietokoneella. Toimiminen jaksolla piti sisällään arjen rutiinit, tekemisen ja keskustelut jaksolla. Tavallisista arkitoimista keskusteltaessa Aapo toi esille kuinka hän oli omatoimisesti muistanut pestä aamulla hampaansa ja osannut hakeutua osastolle yöhoitajan luo herätessään aamulla aikaisin. Hoitaja oli huomioinut myönteisesti lapsen omatoimisuutta. Aapo hyödynsi myös haastattelussa jaksolla käytettyjä picto-kortteja arjen päiväjärjestyksen jäsentämisessä. Kiusaamistilanteeseen selviytymiskeinokseen Aapo mainitsi kertovansa opettajalle, jos joku kiusasi häntä. Esimerkissä 4 Aapo puhuu taidoistaan ja osaamisestaan. Keskustelun siirtyessä koulukontekstiin ja haastattelijan kysyessä Aapon lempiainetta koulussa, keskustelu taidoista tyrehtyi.

#### Esimerkki 4: Puhetta taidoista

1 H: niin justiin, että sä oot sillein reipas, et sä oot ruvennu lähteen kaverin luoksekin sitten kyläileen, just.

2 L: ainakin 5-vuotiaana.

3 H: niin justiin 5-vuotiaana, joo, kyllä.

4 L: ?? taitava rakentaja, legorakentaja.

5 H: sä oot taitava rakentaja. Sä oot rakentanu tuommosia, minkä sä sanoit, että sä osaat rakentaa.

6 L: mä osaan rakentaa myös tällaisen

7 H: se on hieno auto, joo. Missäs muussa sä oot taitava?

8 L: en tiedä, varmaankin juoksussa.

( rivejä poistettu)

Esimerkin alussa haastatteliija kutsui Aapoa reippaaksi viitaten yökyläilyyn kaverin luona. Aapo halusi tuoda esille olleensa tuolloin 5-vuotias. Haastatteliija vastasi toistamalla lapsen puheenvuoroa, jolloin Aapo aloitti uuden keskustelun teeman kertoen olevansa taitava rakentamaan legoilla (rivi 4). Haastatteliija ei ohjannut keskustelua tähän suuntaan, keskustelu oli tässä kohtaa lapsivetoista. Haastatteliija myötäili Aapon puhetta ja tutki hänen aikaansaannoksiaan (rivi 5), jolloin Aapo kertoi osaavansa rakentaa ”tällaisen” ja näytti legoautoa (rivi 6). Seuraavaksi haastatteliija kysyi lisää lapsen pätevyydestä. Aapo kertoi

hiukan epävarmana olevansa taitava myös juoksussa (rivi 8). Lopusta on poistettu kymmenen riviä, joissa keskustellaan lisää lapsen osaamisesta. Aapo kertoi lisäksi tykkäävänsä piirtämisestä. Episodin lopussa haastattelija siirtyi lapselle epämurkkaavaan koulukontekstiin kysymällä lempiaineista, jolloin keskustelu vahvuuksista tyrehtyi.

Pohdittaessa lapsen kyvykkyyden ja pärjäävyyden esille tuloa vuorovaikutuksessa, keskustelun teemat ovat myönteisiä ja lapset tuovat oma-aloitteisesti valitsemansa teeman keskusteluun, kuten Aapon alkaessa puhua omasta pätevyystään legonrakentajana. Osallisuuden näkökulma tulee esille vaikuttamisen mahdollistumisena. Lapsille ehkä tärkeintä osallisuutta on se, että he voivat vaikuttaa tässä ja nyt siihen elinpiiriin, missä he kasvavat, leikkivät, keksivät, oppivat ja ponnistelevat. Aikuisten on puolestaan pysähdyttävä tarkastelemaan lapsen näkökulmaa rauhassa ja pohdittava sitä, mitä on nähnyt ja kuullut lapselta. Vasta sitten alkaa muotoutua osallistava toiminta (Karlsson & Stenius 2005).

Palkitseminen vahvisti osallisuutta. Lapset motivoituvat työskentelemään tavoitteiden suuntaisesti palkkiosysteemin avulla. Tällöin myös aikuiset tarkastelevat tarkemmin lapsen onnistumisia ja myönteinen palautteen antaminen mahdollistuu. Viitaten vanhempien kokemuksiin, myös he kokivat terveydenhuollon ammattilaisen antaman palautteen lapsen hyvinvointiin liittyen tärkeäksi. Lasten kohdalla palaute vahvistaa lapsen ja aikuisen välistä yhteistyötä ja tätä kautta edelleen osallisuutta. Myös tieto lisäsi osallisuutta. Esimerkiksi tarkka onnistuneen koulupäivän kriteereiden määrittely ja tieto näistä, lisäsi lapsen mahdollisuutta vaikuttaa koulupäivän onnistumiseen. Ikätasoinen toimintakykyisyys edisti myös osallisuuden kokemuksia. Tavallisista arjen toiminnoista, kuten hampaanpesusta ja iltatoimista selviytyminen ja niiden esille tuominen oli tärkeää Aapolle. Tavallisen arjen toimien sujuminen on edellytys hyvinvoinnin kokemiselle. Pieniltä tuntuvien arkiasioiden sujuminen ja arjessa selviytyminen vahvistavat osallisuuden kokemuksia.

Tässä tutkimuksessa osallisuutta edisti mahdollisuus toiminnallisuuteen keskustelun aikana. Haastattelun aikana molemmat lapset halusivat rakentaa samalla legoilla. Aapo hyödynsi myös picto-kortteja jäsentääkseen itselleen päiväjärjestystä. Aapo etsi vastausta haastattelijan esittämään kysymykseen oivallisesti käytännön apuvälinettä hyödyntäen. Arjessa erilaiset apuvälineet toimivat parhaimmillaan tällä tavoin mahdollistaen osallisuuden eri tavoin. Aikuinen voi mahdollistaa lapsen osallisuutta käyttämällä esimerkiksi erilaisia toiminnallisia menetelmiä keskustelun virittämiseksi. Keskustelu sujui parhaiten siten, että lapset saivat

samalla tehdä jotain. Aiempien tutkimusten (Strickland-Clark ym. 2000, Day ym. 2006) tulokset ovat samansuuntaisia. Tapaamisten sisällön kannalta vuorovaikutus mahdollistuu toiminnan kautta ja lapset arvostivat osallisuutta hoitoprosessissa.

Käytetyt konkreettiset menetelmät eivät nousseet erityisesti esille lasten haastatteluissa. Tämä tulee mielestäni ymmärretyksi siten, että menetelmä onkin ensisijaisesti työntekijän väline lapsen osallisuuden mahdollistamiseksi. Tästä syystä menetelmällä sinällään ei ole erityistä merkitystä lapselle. Tärkeämmäksi muodostuu sen välityksellä yhteyden saaminen ja kuulluksi tuleminen.

Osallisuuden kokemuksia estävät esimerkiksi liian vaikeat keskustelun aiheet, kuten Aapon kohdalla kipeän kouluaihepiirin esille nostaminen. Tutkimuksessa ilmenee myös se, kuinka lapsilla oli kuitenkin erilaisia keinoja selviytyä näistä haasteellisista vuorovaikutuksen kohdista. Esimerkiksi seuraavassa luvussa esille nouseva leikin merkityksellisyys muun muassa haasteellisen keskustelun tauottajana liittyy tähän aihepiiriin.

#### **7.4 Toiminnallisuus keskustelun osana**

Tässä merkityskokonaisuudessa on yhteensä neljä teema-aluetta, joissa puhutaan leikistä, peleistä ja piirroksista (Liite 5). Toiminnallisuus ilmenee selkeästi keskustelun osana. Episodeja on yhteensä 21.

Leikillä oli haastattelun aikana erilaisia funktioita. Olen merkinnyt sulkuihin, kuinka monta kertaa kyseinen leikin funktio esiintyi haastattelun teksteissä. Haastattelun alussa leikki toimi yhteyden saamisen mahdollistajana (1). Haastattelija kyseli kiinnostuneena lapsen senhetkisestä aseleikistä. Näin haastattelu käynnistyi luontevasti. Toisaalta leikin esittely oli myös suora vastaus haastattelijan kysymykseen siitä, mitä lapsi oli tehnyt jaksolla (2). Myös haastattelija alkoi puhua leikistä, kun lapsi totesi, ettei jaksa enää selittää (1). Liian vaikean kysymyksen tai haasteellisen teeman edessä lapsi vaihtoi puheenaiheen leikkiin (9). Välillä lapsi alkoi puhua leikistä, ikään kuin saadakseen lepoa tai tauon keskusteluun (5). Lapsi keskittyi esimerkiksi tiettyjen legopalikoiden etsimiseen ja pyysi kesken keskustelun

pikaisesti haastattelijalta tiettyä palikkaa (2). Tämä ei kuitenkaan päättänyt keskustelua, vaan se jatkui hetimiten pysyen teemassa.

Tutkimuksessani en ole analysoinut leikin sisältöjä, koska tämä ei ole tutkimuskysymysteni kannalta oleellista. Leikki sinällään on tärkeä osa yhteistä keskustelua. Esimerkin 5 alussa haastattelija ja lapsi keskustelevat siitä, kuinka lapsi on kokenut tulokokouksen. Eero rakentaa samanaikaisesti legoilla. Keskustelu käydään rauhoittumishuoneessa, missä Eeron keskeneräinen legolinna oli rakenteilla. Leikin funktiona on tässä tauottaa keskustelua. Eero ottaa aktiivisesti tilaa itselleen leikillä. Tällä tavoin Eero voi vaikuttaa keskustelutilanteeseen. Vaikuttaminen on osa osallisuutta.

#### Esimerkki 5: Puhetta vankilan rakentamisesta ritarilinnan

1 H : olit koko ajan siinä paikalla, joo. Tuliks sulle siinä semmonen väsymyksen tunne, sitten jossain

2 L: tuli

3 H: auttoks sua kukaan siinä?

4 L: no ei.

5 H: muistatsä, että tuliks siinä mitään semmosta, että huomioiko kukaan sitä sun väsymystä, että tuliks sulle

6 H: semmonen tunne, että voisit tehdä siinä vähän tai tuliko mitään semmosia tarjouksia keltään tai.

7 L: joo, tuli, mutta minä en halunnu.

8 H: niin justiin.

9 L: ruskeeta tai jonkunlaista.

10 H: minkälaista, ruskeeta

11 L: pidätkö toista ??

12 H: onks se vähän tämmönen nuoli, miekka tai joku, mikä?

13 L: keihäs

14 H: keihäs

15 L: ?? varmaan ollu täällä keihäs

16 H: onko, se on vähän niin ku kirves, onkohan niitä sitten.

17 L: hei, tuolla on kirves

18 H: toinen kirves löyty, entäs se.

19 L: mulla on kaks kirvestä

20 H: onks-

21 L: tiiätsä mihin mä tarviin niitä?

22 H: no, että sillä on tommonen ase, ettei kukaan tuu siihen ainakaan luvatta.

23 L: ??

24 H: no mitäs sä aattelet siinä väsymyksen kohassa, että mikä sua olis niin ku jos sä ite mitä vaan saisit niin

25 H: ku sanoo, niin mikäähän sua ois mahtanu helpottaa siinä kohassa.

26 L: ai missä kohassa

27 H: siinä tulopalaverissa, kun sulle tuli se väsymyksen kohta, mikä siinä ois voinu auttaa.

28 L: no en mä tiiä.

29 H: mikäs siinä sitten sulle sanottiin, että sä voisit tehdä.

30 L: no piirtää

31 H: piirtää, no, tuliskos sulla nyt mieleen, jos sä mietit sitä hetkee, et mikähän, oisko joku muu jos jotain

32 H: muuta olis tarjottu, niin mikä ois voinu sua helpottaa siinä kohti.

33 L: no ??

34H: niin, et vähäks aikaa vaikka, oisko se voinu vaikka tähän, tässä niin ku, et tässä ois voinu niin ku vähäks

35 H: aikaa tulla, et ovee ois voinu olla vaikka auki.

36 L: niin.

37 H: se ois voinu olla yks semmonen, entäs muuta, tuliskos muuta sulla mieleen.

38 L: ei tulis

Esimerkissä puhutaan tulokokouksesta ja Eeron väsymyksestä tuolloin. Eero vastaa (rivi 7), että jotain tarjouksia tuli väsymyksen helpottamiseksi, mutta hän ei halunnut ottaa niitä vastaan. Tässä kohdassa puhutaan Eeron vahvuudesta osata myös kieltäytyä, kertoa, ettei hän halunnut ottaa tarjouksia vastaan. Haastattelijan minipalautteen (rivi 8) jälkeen Eero alkaa puhua aktiivisesti legopalikoista (rivi 9) ja ottaa keskustelussa tilaa itselleen, tauottaen keskustelua. Haastattelijä myötäilee Eeron leikkiä ja etsii erilaisia aseita Eeron legoleikissä (rivi 10-23). Rakentaminen on vastavuoroista. Eero pyytää haastattelijaa pitämään toista keihästä (rivi 11) ja näin aktivoi haastattelijaa. Eero varmistaa kysymällä tietääkö haastattelijä, mihin hän aseita tarvitsee (rivi 21), johon haastattelijä arvelee, että ne estäisivät luvattoman tunkeutumisen linnaan (rivi 22).

Leikkitaun jälkeen haastattelijä palauttaa keskustelun teemaan (rivi 24) kysymällä mikä olisi voinut auttaa Eeroa väsymyksen kohdassa. Rivillä 26 Eeron on vaikea siirtyä leikistä takaisin aktiiviseen keskusteluun ja hän esittää tarkentavan kysymyksen. Haastattelijä toistaa kysymyksensä (rivi 27). Eero vastaa, ettei tiedä (rivi 28). Haastattelijä kysyy eri tavoin, konkreettisemmin mitä tekemistä hänelle tuolloin tarjottiin, jolloin Eero vastaa, että hän olisi voinut piirtää (rivi 30). Haastattelijä jatkaa teemassa kysyen, mikä muu olisi voinut helpottaa silloin (rivi 31). Eero vastaa (rivi 33) haastattelijalle. (ääni ei kuulu selvästi nauhalta). Haastattelijä toistaa lapsen puheenvuoroa (rivi 34-35), josta käy ilmi asiayhteys, että Eero olisi halunnut mennä väsymyksen hetkellä rauhoittumishuoneeseen vähäksi aikaa, ja ovi olisi saanut olla auki. Eero toteaa, että ”niin”, ja vahventaa edellisen haastattelijan toiston. Selviytymiskeinon keksiminen on lähtöisin lapselta.

Leikki sinällään kuuluu lapsen maailmaan, lapselle on ominaista leikkiä, piirtää ja pelata ikätasoonsa liittyvillä tavoilla. Leikki mahdollistaa osallisuuden kokemuksia. Tässä tutkimuksessa leikillä oli ainakin kolme selvää funktiota. Leikki toimi keskustelun virittäjänä, auttoi ottamaan tilaa vaikean puheenaiheen kohdalla sekä oli suora vastaus jaksolla tekemisestä. Lobatton (2002) tutkimuksen mukaan lapset kokivat toisinaan olevansa vuorovaikutussuhteessa liian keskiössä, liittoutuneita joidenkin kanssa tai ulkopuolisia. Ulkopuolisuuden kokemus aikuisten keskustellessa keskenään aiheutti sen, että lapsen tunteiden ilmaisu jäi taka-alalle. Lapset kokivat toisinaan, että ongelmista puhuttiin liikaa, eikä terapia tuntunut auttavan. Lapsilla oli erilaisia strategioita selviytyä näistä epämukavista ja vaikeista tilanteista. Leikin funktiona näytti olevan tilan ottaminen itselle haasteellisessa keskustelun tilanteessa. Leikki ei välttämättä näyttäytynyt osana terapeutista vuorovaikutusta, vaikka ilmeni osana keskustelua. Puheenaihetta saattoi vaihtaa myös haastattelija, huomattessaan lapsen väsyvän keskusteluun tietyistä teemasta.

## 8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Hyvä tieteellinen käytäntö ei tarkoita vaan vilpittömyyttä vaan koko prosessin laatua, joka alkaa tutkimusideasta, kysymyksen asettelusta tai hypoteesista ja päättyy valmiiseen tutkimustulokseen päätelmineen. Varmin laadun tae on, että prosessin kulku suunnitellaan etukäteen ja dokumentoidaan täsmälliseen muotoon (Pelkonen & Louhiala 2002).

Tietoon perustuva suostumus on kaikkien ihmisiin kohdistuvien tutkimusten edellytys. Tutkittavan tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksen laadusta, jotta hän voi tehdä omaehtoisen päätöksen osallistumisestaan tutkimukseen. Suostumus annetaan kirjallisena (Pelkonen & Louhiala 2002, 126-136). Kerroin tutkimustiedotteessa tutkimukseni tarkoituksen ja tavoitteen edistää ja parantaa jo olemassa olevia hoitokäytänteitä. Pyysin suostumusta tutkimukseen lapsen vanhemmilta kirjallisena. Suostumuksessa erittelin luvan haastatella vanhempaa ja hänen lastaan hoitoprosessin aikana sekä luvan tarkastella sairauskertomusdokumentteja vaitiolovelvollisuus huomioiden. Lisäksi sovimme tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tuhoamiseen liittyvistä seikoista. Halusin vahventaa luottamuksellisuutta tuomalla esille, että työskentelen parhaillaan saman sairaalan poliklinikalla ja olen työskennellyt aiemmin kriisi-lyhythoitopaikassamme ja näin tunnen tutkimuskontekstin ja minulla on pitkäaikainen kokemus lasten ja perheiden kanssa työskentelemisestä. Tätä kautta on syntynyt myös esiyymmärrykseni tutkittavasta ilmiöstä. Olen reflektoinut omaa ymmärrystäni säännöllisissä keskusteluissa kriisi-lyhythoidon henkilökunnan kanssa.

Kun lapsi on mukana tutkimuksessa, tulee huomioida tiettyjä erityisheitteitä. Lasta koskevasta tutkimuksesta on säädetty laissa (laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, 488/1999) siten, että alle 15-vuotias alaikäinen saa olla tutkittavana vain, jos hänen huoltajansa tai muu laillinen edustajansa on antanut siihen kirjallisen suostumuksensa sen jälkeen, kun hänelle on annettu asiasta laissa vaadittu selvitys. Terveystieteiden eettisen neuvottelukunnan (ETENE) asettaman työryhmän mietinnössä painotetaan eri ikäkausien ja kehitysvaiheisiin liittyviä eroavuuksia, mutta korostetaan samalla lapsen ja nuoren kykyä päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Lapselle ja nuorelle on annettava mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon aina, kun se on mahdollista. Työryhmä korosti, että lapsen tai nuoren kehitystasoa ja siihen liittyvää suostumusta arvioitaessa ja tutkimusta toteutettaessa edellytetään tutkijoilta riittävää lapsen kasvun ja kehityksen asiantuntemusta (Nieminen

2009). Näihin tietoihin perustuen olen myös kertonut lapselle, että hänellä on oikeus kieltäytyä viimekädessä omasta haastattelustaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvainen siitä, kuinka hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön ja kuinka luottamukselliset suhteet hän on kyennyt rakentamaan tutkittaviensa kanssa. Aineiston laatu on keskeinen. Aineiston analyysissä korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Tulosten esittämisessä painottuu tutkijan kyky kuvata tutkimusprosessia selkeästi ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta toiset voivat seurata sitä ajatuskulkua, jonka mukaan hän on päätelmiinsä päätenyt (Janhonen & Latvala 2001, 165-207).

Haastattelut tehtiin puolistrukturoidun teemahaastattelurungon avulla. Kysymykset muotoutuivat tutkimuksellisen ytimen ympärille. Olen arvioinut teemahaastattelurungon kriisi-lyhythoidon hoitajien kanssa. Tämän perusteella olen muuttanut ja tarkentanut tarvittavia kohtia. Haastattelurunko oli sama lapsille ja aikuisille. Olen huomionut haastattelutavassa lapsen iän, kehitystason ja nykytilanteen ja käynyt haastattelua läpi keskustellen. Samalla lapset leikkivät valitsemaansa leikkiä, mikä välillä muuttui myös yhteiseksi leikiksi. Pyrin luomaan haastattelutilanteesta mahdollisimman turvallisen ja luottamuksellisen esimerkiksi kertomalla lapselle ennakkoon haastattelun ajankohdat. Haastattelun keskustelu eteni haastateltavien ehdoilla. Etenkin lasten kohdalla teemoissa pysyminen tai niihin palaaminen oli ajoittain haasteellinen tehtävä.

Lähtökohtana kaikelle tutkimukselle on tutkijan oma, aito kiinnostus uuden tiedon hankkimista kohtaan. Tutkijan tulee paneutua tunnollisesti alaansa, jotta hänen välittämänsä viesti olisi mahdollisimman luotettavaa (Pelkonen & Louhiala 2002, 126-136). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, refleksiivisyyden, siirrettävyyden ja vahvistuvuuden perusteella (Kylmä & Juvakka 2007, 127, Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137).

Pätevyys laadullisessa tutkimuksessa voidaan ymmärtää uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi: kuinka hyvin tutkijan tulkinnat vastaavat tutkittavien tuottamia ja kuinka hyvin tutkija tuottaa nämä tulkintansa ymmärrettäväksi myös muille (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tutkimuskysymykset ovat tarkentuneet tutkimuksen edetessä, muotoutuen realistisiksi. Tutkimuksen uskottavuuden kannalta oleellista on se, kuinka olen kyennyt kuvaamaan tutkittavien kokemuksia osallisuudesta. valitsemani menetelmät



soveltuivat hyvin aineistoni analysointiin. Olen saanut riittävän aineiston ja sopivien menetelmien avulla vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Olen kerännyt tietoa vanhemmilta sekä lapsilta, tiedot täydentävät toisiaan. Olen saanut vanhempien haastatteluaineistosta vastaukset tutkimuskysymyksiini aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka esitän niin, että pelkistämistä ja luokittelua voidaan seurata. Luokittelusta olen esittänyt esimerkit tulososiossa. Lasten haastatteluihin käytin soveltaen diskurssiivista analyysia. Menetelmän valinta perustui siihen, että lasten vastaukset tulivat parhaiten kuulluiksi ja ymmärretyiksi haastattelun vuorovaikutuksellista kieltä tarkasteltaessa. Analyysin kautta muodostuneet merkityskokonaisuudet olen kuvannut liitteessä 5.

Tutkimuksen laatuun ja arviointiin liittyy myös reflektion käsite. Reflektiolla, "heijastamisella", tarkoitetaan oman toiminnan kriittistä analysoimista. Tarkastelussa ikään kuin katsotaan etäännyttäen, mitä on tullut tehtyä ja mitä puolestaan tekemättä jätettyä, ja miksi näin. Reflektiota tulisi tehdä koko ajan, ei vain tutkimuksen päätteeksi. Tutkimuksen lähtökohtien, etenemisen ja lopputuloksen arvioimista ei tule eikä voi tieteellisessä tutkimuksessa ohittaa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Olen alusta saakka tehnyt tutkimusmuistiinpanojani litteroitujen aineistosivujeni reunoille ja sivujen taakse muistini tueksi, jotta kykenin palauttamaan mieleeni eri tutkimusvaiheiden prosessini. Lisäksi olen tallentanut johdonmukaisesti eri tutkimuksen vaiheessa olevan aineiston analyysini tietokoneelleni.

Itsereflektointini lisäksi olen saanut peilata omia ajatuksiani ja pohdintojani työtovereitteni ja tutkimukseni ohjaajan kanssa. Näiden keskustelujen kautta olen tehnyt oivalluksia, jotka ovat mahdollistaneet tutkimukseni tällaisen muodon. Reflektioivassa eettisessä dialogissa osallistujat arvioivat omia ja toistensa eettisiä lähtökohtia ja taustaoletuksia. Eettisen dialogin kautta terveydenhuollon ammattilaisilla on mahdollisuus laajentaa hoitotyön moraalista tilaa ja viedä hoitotyön etiikkaa yhteiskuntaan (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009).

Tulosten sovellettavuuden kriteerinä on laadullisessa tutkimuksessa siirrettävyys. Tutkijan on arvioitava, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä tai sovellettavissa toiseen, samanlaiseen kontekstiin (Janhonen & Latvala 2001). Tutkimustulokset kuvaavat keskeisiä asioita kuulluksi tulemisen ilmiöstä kriisihoidon kontekstissa. Samalla tulokset nostavat esille kuulluksi

tulemisen haasteellisuuden kriisihoidon kontekstissa. Tutkimustuloksia voi soveltaen hyödyntää myös muissa samantapaisissa kriisihoidon vaativissa konteksteissa.

Laadullisen tutkimuksen tulosten pysyvyys on yhteydessä tutkimuksen tulosten vahvistettavuuteen. Tulosten pysyvyyden keskeinen kriteeri on tulosten tutkittavuus. Luotettavuutta voidaan varmistaa myös toistuvilla kenttäkontakteilla (Janhonen & Latvala 2001, 165-207). Olen tallentanut haastattelut ja koko aineisto on myös litteroitu, mikä vahvistaa uskottavuutta. Tämä on mahdollistanut palaamisen alkuperäiseen aineistoon tarvittaessa. Olen varmistanut tutkimukseni luotettavuutta toistuvilla kontakteilla kriisilyhythoidon henkilökuntaan. Näin tutkimuskonteksti on ollut mielessäni ja olen ollut kontaktissa tutkimusympäristööni. Olen esittänyt tutkimuksessani esimerkkejä alkuperäisestä aineistosta. Esimerkit antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida analyysin ja johtopäätösten yhteyttä alkuperäiseen aineistoon. Näin lukijan on mahdollisuus itsen arvioida tulosten luotettavuutta. Tutkimustulosten ymmärtämiseksi olen kuvannut tutkimuksen vaiheet mahdollisimman selkeästi.

Tutkimukseni eettiset periaatteet pohjaavat terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2001) on koonnut periaatteet ohjaamaan ammatillisen toiminnan eettisiä päätöksiä. Näitä eettisiä periaatteita ovat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeuden vaaliminen, oikeudenmukaisuus valintojen lähtökohtana, ammattitaito ja työn hallinta sekä kumppanuus ja keskinäinen arvonto ja yhteistyö.

Osallisuuden kannalta etenkin itsemääräämisoikeus eettisenä periaatteena on tutkimukseni kannalta tärkeä. Itsemääräämisoikeuteen liittyen Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009) mainitsevat emotionaalisen, älyllisen ja sosiaalisen osallisuuden. Osallisuuden kokemusten tutkimuksen kannalta etenkin tämä periaate korostuu. Osallisuuden kautta potilas tai asiakas kokee olevansa oman elämänsä herra ja kykenevänsä vaikuttamaan siihen. Emotionaalinen osallisuus tarkoittaa tunnetta siitä, että on tärkeä ja arvokas. Potilas tai asiakas haluaa kokea, että hänen mielipiteitään kuunnellaan ja ne otetaan huomioon. Älyllinen osallisuus taas on kokemusta kuulluksi ja ymmärrettäväksi tulemisesta. Potilas tai asiakas saa tietoa, vastauksia kysymyksiinsä, ja kykenee osallistumaan omia asioitaan koskevaan keskusteluun. Sosiaalinen osallisuus merkitsee mahdollisuutta kokea kuuluvansa sosiaaliseen kokonaisuuteen muiden ihmisten kanssa sekä kykyä vaikuttaa päätöksentekoon. Ilmapiiri ja kohtaaminen ovat toisia

kunnioittavia. Osallisuus ilmenee konkreettisena mahdollisuutena esim. vaikuttaa uneen ja lepoon, ruoka-annosten kokoon tai vaatetukseen. Myös hoitopäätöksiin osallistuminen kuvaa osallisuutta (Sarvimäki& Stenbock-Hult 2009).

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia vanhempien ja lasten osallisuuden kokemuksia lastenpsykiatrisella kriisi-lyhythoitojaksolla. Lapsiperheiden terveyden edistämisen lisäksi tutkimuksen ajankohtaisuutta lisää asiakkaan osallisuuden merkityksen korostuminen toiminnassa. Asiakkaan osallisuuden vahvistuminen on merkittävä tekijä terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Vanhempien ja lasten kokemukset osallisuudestaan voivat auttaa kehittämään asiakaslähtöisempiä ja tarpeenmukaisia palveluja.

Tutkimustulosten perusteella esitän seuraavat johtopäätökset:

- Voimavarakeskeinen työskentely on hyödyllinen lähtökohta lasten ja vanhempien näkökulmasta myös kriisi-lyhythoidossa.
- Tutkimus tekee näkyväksi osallisuutta edistäviä työskentelymenetelmiä, etenkin lasten kokemusten pohjalta. Yhden lapsen kriisi-lyhythoito antaa hyvät mahdollisuudet myös koko perhettä huomioivaan ja kuulevaan kohtaamiseen.
- Kriisi-lyhythoitojakson alussa vanhemmat kokivat jaksolle tulon paineisena. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat onnistuneet luomaan turvallisen kohtaamisen areenan perheelle, koska jakson aikana myönteiset, osallisuuden kokemukset lisääntyivät.
- Vanhemmat sekä lapset kokivat tulokokouksen haasteellisena. Kokouskäytänteiden kehittäminen lapsilähtöisemmiksi on tarpeellista sekä vanhempien että lasten näkökulmasta.
- Ongelmakeskeisyyttä kritisoitiin. Tulevaisuuteen suuntaavia, ennakoivia työskentelymenetelmiä tulee lisätä.
- Vanhemmilla oli paljon tietoa perheen vaikean tilanteen helpottamiseksi. Tietoa ei kuitenkaan kyetty hyödyntämään. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää auttaa perhettä hyödyntämään tätä tietoa. Tällöin mahdollistuu erilaisen tiedon käyttöön ottaminen käytännön arjessa.
- Hoitoympäristö on erityisen haasteellinen perheen kriisiytyneen tilanteen vuoksi. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta erityistä osaamista ja kokemusta kohdata stressaavassa tilanteessa oleva vanhempi ja lapsi. Henkilökunnan vuorovaikutustaitoja tulee jatkuvasti pitää yllä ja kehittää koulutuksella ja työnohjauksella. Lisäksi tulee

enenevässä määrin huomioida hoitohenkilökunnan sijaistraumatisoitumiselle altistuminen ja sen vaarat.

Tutkimuksen pohjalta nousseita jatkotutkimusaiheita:

- Lastenpsykiatrinen kriisihoito on alue, jossa tutkimusta pitäisi tehdä enemmän. Lasten ääni tulisi saada kuuluville. Tutkimus ei ole nopeaa eikä onnistu aikuisten tavoin pelkästään keskustellen, vaan muitakin luovia menetelmiä tarvitaan. Aikaa tarvitaan myös enemmän.
- Tutkimuksen mukaan tulokokous oli erityisen paineinen vanhemmille. jatkotutkimuksessa voisi tarkemmin perehtyä ilmiöihin mitkä estävät vanhemman äänen kuulumista ja kuulluksi tulemisen kokemusta kokouksissa. Lasten kohdalla olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi lapsen osallisuutta kokouksissa. Mikä mahdollistaa lapsen äänen kuulumisen? Jatkotutkimuksessa voisi hyödyntää loppukokousvideoita, jotka jouduin rajaamaan pois tutkimusaineistostani aineiston laajuudesta johtuen.
- Olisi tärkeää tutkia myös terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia osallisuudesta kyseisellä jaksolla. Kuinka yhteistyösuhde rakentuu näissä olosuhteissa? Mikä auttaa työntekijää mahdollistamaan suhteen syntymistä ja perheiden osallisuutta kriisistä huolimatta?

## LÄHTEET

Alasuutari M. Mikä rakentaa vuorovaikutusta lapsen haastattelussa? Teoksessa Ruusuvuori J, Tiittula L ( toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 2005:145-162.

Anderson H.D. Conversation, language and possibilities. A postmodern approach to therapy. New York: harper Collins, 1997: 132-165.

Aronsson K, Hundeide K. Relational rationality and children`s interview responses. Human Development 2002; 45:174-186.

Bordin E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice 1979; 16: 252-260.

Christensen PH. Children`s participation in ethnographic research: Issues of power and representation. Children& Society 2004; 18:165-176.

Day C, Carey M, Surgenor T. Children`s key concern: Piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. Clin Child Psychol and Psychiatry 2006;11:139-154.

Gerkenmeyer JE, Austin JK, Miller TK. Model testing: Examining parent satisfaction. Archives Of Psychiatric Nursing 2006; 20:2: 65-75.

Haarakangas K. Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Hakapaino, 2008.

Hakkarainen P, Suominen S. Kokemuksia Sylihoidosta. Jyväskylä. Julkaisematon lähde, 2007.

Honkanen H. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Hoitotieteen väitöskirja. Kuopion yliopisto, 2008.

Häggman - Laitila A, Pietilä A-M. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007; 44: 47-62.

Isaacs W. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Suomentaja Maarit Tillman. Helsinki: Kauppakaari, 2001.

Janhonen S, Latvala E. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: grounded theory-tutkimusmetodologia. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M. (toim). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 2001: 165-207.

Johnson L.N, Ketring S.A. The therapy alliance: A moderator in therapy outcome for families dealing with child abuse and neglect. Journal of Marital and Family Therapy 2006; 32: 345-354.

Jokela M, Ferrie J, Kivimäki M. Childhood problem behaviors and death by midlife: The British National Child Development Study. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 48: 1: 19-24.

Karlsson L, Stenius T. Yhdessä lasten kanssa – seikkailu osallisuuteen. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Miktor. 2005.

Kemppainen J. Lapset ja perheet Kaste-Hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. Power-Pointesitys. Keski- Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. [www-dokumentti] 2009 [haettu 30.11.2009] <http://www.koskeverkko.fi/Public/default.aspx?contentid=20643>

Kettunen T, Hakulinen- Viitanen T, Hjelt R, Merikallio V. Jämsän perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä. *EST Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lehti* 2008; 1: 7- 11.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.

Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Terveystieteiden väitöskirjatutkimus. Itä-Suomen yliopisto 2010.

Lapsen oikeuksien sopimuksen juhlavuosi 2009. Lapset, nuoret ja perheet. Hallituksen politiikkaohjelma. [www-dokumentti] [haettu 11.11.2009] [http://www.minedu.fi/lapset\\_nuoret\\_perheet/lapsenoikeudet/index.html](http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/lapsenoikeudet/index.html)

Lapset, nuoret ja perheet. Hallituksen politiikkaohjelma. [www-dokumentti] 2007. <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/fi.jsp> [haettu 30.11.2009]

Lasten asema ja palvelut 1990- luvun lamasta tähän päivään. THL.[www-dokumentti] [haettu 30.11.2009] [http://varttua.stakes.fi/NR/rdonlyres/5047AA59-F6CD-494A-8DEE-618AB033F6D0/0/Lama\\_lapset.pdf](http://varttua.stakes.fi/NR/rdonlyres/5047AA59-F6CD-494A-8DEE-618AB033F6D0/0/Lama_lapset.pdf)

Lavikainen J, Lahtinen E & Lehtinen V (toim.) Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes. Helsinki. 2004.

Linnakangas R, Lehtoranta P. Lapset ja nuoret kuntoutuksessa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arvioinnin osaraportti. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. [www-dokumentti] 2009 [haettu 30.11.2009] <http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8200/Selosteita69.pdf?sequence=1>

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, [www-dokumentti] 2010a. [haettu 28.3.2010] <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/17451/Tutkimuksia109.pdf?sequence=1>

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutus. Muutosten ja koettujen vaikutusten arviointi. *Kuntoutus* 2010b; 4: 3-20.

- Lobatto W. Talking to children about family therapy: a qualitative research study. *Journal of Family Therapy* 2002; 24:330-343.
- Manelius P, Piha J. lasten akuuttien psykiatristen häiriöiden tutkimus ja hoito- Tyksin akuuttihoitomalli. *Suomen lääkirilehti* 2006; 61:215-217.
- McGarry J, McNicholas F, Buckley H, Kelly BD, Atkin L, Ross N. The clinical effectiveness of a brief consultation and advisory approach compared to treatment as usual in child and adolescent mental health services. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2008; 13: 365-376.
- Mäkelä J. Remonttia tarvitaan. *Mieli* 2009, kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. *Avauksia* 5/2009. THL. Helsinki.
- Mönkkönen K. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001; 66: 5: 432-447.
- Mönkkönen K. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.
- Nieminen L. Lapset tutkimuskohteena: Kuka päättää lapsen osallistumisen tutkimukseen? *Lakimies* 2009; 2: 226-253.
- Nock MK, Kazdin AE. Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 5: 872-879
- Oranen M. Mitä mieltä? Mitä mieltä! Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä. Helsinki: Multiprint. 2007.
- Ottawa Charter. WHO. 1986.
- Parviainen H, Juven T, Koivu P, Piha J. Kiireellisen lastenpsykiatrian nykyiset työkäytännöt. *Lääkirilehti* 2010; 37: 2949-2953.
- Pelkonen R, Louhiala P. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R, Pietarinen J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere 2002:126-136.
- Pietilä I. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvoori J, Nikander P, Hyvärinen M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 2010: 212-241.
- Piha J. Sosiaalitoimen mielenterveyspalvelut. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004: 383-385.
- Piilinen H.O. Lastenpsykiatrian perustehtävä. Julkaisematon lähde. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian esittelykansio. 2008.



- Piilinen J, Kataja E-L, Juven T. Lastenpsykiatrian akuuttipotilaat. Perhetaustan kuvaus ja traumatisoivat tekijät. *Perheterapia* 2009; 25: 1: 6-13.
- Puura K. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004: 381-383
- Rauhala L. Henkinen ihminen. Henkinen ihmisessä & Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki:Gaudeamus, 2009: 109-136.
- Robbins M.S, Turner C.W, Alexander J.F. & Perez G. A. Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology* 2003; 17: 534-544.
- Saarinen E. Lasten psykiatristen osastohoitopaikkojen väheneminen Keski- Suomen sairaanhoitopiirissä. Osastonhoitajan haastattelu 16.12.2009.
- Santalahti P, Sourander A. Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 2008; 124: 1499-1506.
- Saaranen-Kauppinen A, Puusniekka A. Grounded theory. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [www-dokumentti] 2006. [haettu 23.11.2009] <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participaton in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 630-637.
- Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Hoitotyön etiikka. Helsinki:Edita, 2009.
- Savola E & Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä jaselityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2005. Edita Oy. Helsinki, 2005;3.
- Seikkula J, Arnkil T-E. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Esa Print Oy. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2009.
- Shier, H. Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. *Children` Society* 2001; 15: 107-117.
- Sirviö K. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali - ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Hoitotieteen väitöskirjatutkimus. Kuopion yliopisto, 2006.
- Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. Children`s mental health in times of economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 2004; 40: 412-429
- Soubhi H, Potvin L. Homes and families as health promotion settings. Teoksessa Poland B.L., Green L. W. & Rootman I. (eds.) Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousands Oaks: Sage. 2000: 44-85.

Strickland-Clark L, Campbell D, Dallos R. Children's and adolescents' views on family therapy. *Journal of Family Therapy* 2000; 22: 324-341.

Suoninen E. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen a, Juhila K, Suoninen E. Diskurssianalyysin aakkoset. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 1993: 48-74.

Tamminen T, Räsänen E. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004: 373-377.

Tamminen T. Vapaaehtoistoiminta ja kansalaisjärjestöt. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004:396-397.

Terveyden edistämisen ohjelma (2009-2015). Mannerheimin lastensuojeluliitto. [www-dokumentti] [Haettu 1.12.2009]  
[http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden\\_edistamisen\\_ohjelma/](http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden_edistamisen_ohjelma/)

Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4.

Tieteen filosofiset suuntaukset. Konstruktivismi. [www-dokumentti] 2010. [haettu 13.2.2010]  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntaukset/konstruktivismi>.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus, 2009.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE-julkaisu I. 2001.

Volosinov V. Kielen dialogisuus. Tampere: Vastapaino, 1990.

Westman R, Haverinen R, Ristikartano V, Koivisto J, Malmivaara A. Perheinterventioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. [www-dokumentti] 2005 [haettu 1.12.2009]  
[http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/7AF9B84B-925E-4715-BB1C-BC5B5C73AC67/0/Arviointiraportteja5\\_05.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/7AF9B84B-925E-4715-BB1C-BC5B5C73AC67/0/Arviointiraportteja5_05.pdf)

## TUTKIMUSLUPA

Paula Hakkarainen saa luvan tehdä tutkimusta: ”Lapsen ja vanhempien osallisuus lastenpsykiatrisen osastohoidon aikana” lastenpsykiatrian yksikössä. Tutkimusaineisto kerätään lastenpsykiatrian kriisi-lyhythoitoprosessien aikana Sylissä 1.2.2010-30.6. 2010 tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimukseen liittyen on toimitettu liitteenä:

- Tutkimussuunnitelma
- Tutkimustiedote vanhemmille
- Tutkimussuostumuslomake vanhemmille

Jyväskylässä

Päiväys

Allekirjoitus

TIEDOTE MAHDOLLISUUDESTA OSALLISTUA TUTKIMUKSEEN:

Lapsen ja vanhempien osallisuus lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoidon aikana

HYVÄ VANHEMPI

Työskentelen sairaanhoitajana Keski- Suomen sairaanhoitopiirin Haukkalan lasten psykiatrian poliklinikalla. Opiskelen Jyväskylän yliopistossa terveystieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Pro gradu-tutkielmani tarkoituksena on tutkia lastenpsykiatrisen Syli kriisi-lyhythoidossa olevien lasten ja vanhempien osallisuutta hoitoprosessin aikana. Tutkin myös sitä, mikä merkitys erilaisilla työskentelymenetelmillä on osallisuuden kokemisen kannalta. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää Syli-hoidon kehittämisessä.

Pyydän kohteliaimmin sinua vanhempana (vanhempina) osallistumaan tutkimukseen. Samalla pyydän lupaa, että lapsesi voi osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuu yhteensä 2-4 lasta vanhempineen. Tutkimusaineistoa kerään haastattelemalla lasta ja hänen vanhempiaan. Lapsen haastatteluisissa käytän tarpeen mukaan toiminnallisia menetelmiä apuna (esim. piirtäminen, leikki, janat, verkostokartta). Haastattelut toteutuvat Syli-hoidon aikana: hoidon alussa ja keskellä sovittuina aikoina. Lisäksi hoidon lopetuskokous videoidaan ja/tai nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimusaineisto kerätään 1.2.2010 – 30.6.2010 välisenä aikana.

Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen. Tutkimusaineistoja käsittelee ainoastaan tutkija. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa Keski- Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian ylilääkäriltä/ lasten- ja nuorisopsykiatrian vastuualueen johtajalta. Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielmassa ja tieteellisissä julkaisuissa siten, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Tutkimuksesta ei aiheudu haittaa tutkittaville. Tutkimusaineistoa säilytetään lukitussa tilassa tutkimuksen ajan ja niin kauan, kun se on tutkimuksen toteuttamisen kannalta välttämätöntä. Pro gradu -työn valmistumisen jälkeen tutkimusaineistot hävitetään asianmukaisesti Keski- Suomen sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaan. Tutkimuksen ohjaajana toimii TtT, lehtori Kirsti Kasila Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitokselta.

Kiitos huomiostanne.

Lisätietoa tutkimuksesta voitte kysyä:

Paula Hakkarainen

TtM-opiskelija, Sh/ Vet-perheterapeutti

Lastenpsykiatrian poliklinikka rak. 2

Haukanpesäntie 22, 70740 Jyväskylä

paula.hakkarainen@ksshp.fi

0400-292122

SUOSTUMUS: Lapsen ja vanhempien osallisuus lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoidon aikana  
TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen perehtynyt tiedotteeseen tutkimuksesta, josta ilmenee tutkimuksen tarkoitus ja sisältö. Osallistun haastatteluihin, jotka nauhoitetaan ja annan luvan Sylin loppukokouksen videointiin tai nauhoitukseen. Tutkija saa luvan tutkia sairauskertomus kirjauksia Sylihoidon osalta. Tutkimustuloksia saa käyttää tieteelliseen raportointiin esim. julkaisuihin, sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen. Ja annan luvan, että lapseni.....

saa osallistua samaan tutkimukseen. Lapsellani on viimekädessä oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta.

Haastattelunauhat ja videonauha säilytetään Haukkalan lastenpsykiatrian arkistointitiloissa. Nauhat hävitetään viimeistään 31.12.2011.

Päiväys

Vanhemman allekirjoitus

Päiväys

Vanhemman allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

1. Syli-hoitoon tulo/ ennakkotieto
  - milloin sait tietää Syliin tulosta? Mitä hoitomuodosta sinulle kerrottiin?
  - keneltä?
  - mitä ajattelit silloin?
  - millaisia tunteita tieto syliin tulosta herätti sinussa? (tunneympyrä)
  
2. Sylissä, ensimmäinen päivä takana
  - mitä olet tehnyt täällä? Mitä on tapahtunut? Miten kuvailisit maanantain tapahtumia?
  - tutustuminen? turvallisuus? Kuinka päiväsi / iltasi on sujunut?
  - luottamuksellisuus?
  
3. Millaisia odotuksia sinulla on Syli-hoitoa kohtaan?
  - mitä pitäisi tapahtua, että asiat olisivat paremmin?
  - odotatko jotain jatkohoidolta?
  
4. Mitä on oma roolisi hoidon aikana? (mitä mieltä lapsi on? mitä mieltä vanhempi on?)
  - miten ajattelet vanhempana omaa suhtautumistasi lapsesi / perheenne tilanteeseen?
  - kuvaa perheenne tilannetta? Ihmekysymys: kuvittele, että huomenna kun heräät ongelmasi olisi poistunut? Kuka huomaisi sen ensimmäisenä? Mitä tekisit aamulla ensimmäisenä erilaisessa olotilassasi? ...
  
5. (Hoitosopimus) tuoko perhe itse esille tämän?
  - vahvuutesi? voimavarat? (lapsesi vahvuudet/ voimavarat?)
  - pulmat? mitä olet kokeillut helpottaaksesi tilannettasi? Kuinka nimeäisit pulmasi, jos sillä olisi joku nimi? muistatko ajan, jolloin ongelmaa ei ollut? Millaista silloin oli?
  - kuka on kertonut/ määritellyt näitä? tavoitteet-keinot, ovatko ok?
  - oletko samaa mieltä / eri mieltä ?
  - onko asiat kirjattu oikein? haluaisitko korjata jotain? mitä?
  
6. Vanhemmat mukana hoitoprosessissa
  - ovatko vanhemmat olleet riittävästi paikalla? (oletteko olleet mielestänne riittävästi paikalla?)
  - oletko saanut tarvitsemaasi tukea Syli-hoidon aikana?

- toivoisitko jotain enemmän osallistumiselta? mitä?
  - Millä eri tavoilla olet osallistunut hoitoon? Mitä olette esim. tehneet yhdessä?
7. Kuinka kuvaisit yksittäisen perheenjäsenen vaikuttamismahdollisuudet perheenne kokonaistilanteeseen? ( tilanteen muuttumiseen?) (kaleidoskooppi)
- mitä kukakin voi tehdä omalta osaltaan, jotta elämäntilanteenne helpottuisi? (suhteessa esim. Syli-hoidon tavoitteisiin)
  - jos ajattelet perheenne tilannetta nyt ja tästä eteenpäin ilman pulmaa, millaista elämäne olisi? Kuinka toimisit toisin?...
8. Oletko saanut vaikuttaa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen? Millä tavalla se näkyy? Haluaisitko tehdä jotain toisin?
- Millaisia hoitomenetelmiä jakson aikana on käytetty?
  - kuinka olet kokenut (ko. menetelmän)? Mitkä menetelmät ovat hyödyttäneet sinua eniten? Millä tavalla?
9. Oletko tullut ymmärretyksi?
- Millaisia keskusteluja olette käyneet? Mitä olet tehnyt Sylissä ?
  - mikä on auttanut yhteistyössä? mikä estää yhteistyötä?
  - mikä on ollut hyödyllistä/ auttavaa?
  - mikä on auttanut eniten? mistä ei ole ollut hyötyä?
10. Kuvittele vielä tulevaa arkielämääne silloin, jos ongelma olisi poistunut? Mitä tekisitte yhdessä kotona? Millaiselta onnistunut koulupäivä näyttäisi? Oletko täällä jutellut, kuinka voisit saada pulman hallintaan, aisoihin? Kuinka se voisi tapahtua?
- millaista jatkohoitoa toivoisit?
  - kuka/ketkä voivat parhaiten tuke sinua ja perhettänne perheenne arjessa?
11. Kuinka Syli-hoidossa asetetut tavoitteet on saavutettu?

## Merkityskokonaisuus 1: Lasten taustakertomukset

Aapo	<i>Eero</i>
omasta koulusta ja luokasta (1)	
sairaalakoulusta (1)	<i>sairaalakoulusta (2)</i>
kavereista (5)	<i>kavereista (1)</i>
perheestä (11)	<i>perheestä (3)</i>
	<i>jakson henkilökunnasta (2)</i>

## Merkityskokonaisuus 2: Vaikeat asiat puheeksi

Aapo	<i>Eero</i>
miksi on tullut jaksolle? (4)	<i>miksi on tullut jaksolle? (2)</i>
toiveista (5)	<i>toiveista (4)</i>
erimielisyyksistä kaverin kanssa (1)	<i>jatkohoidosta(2)</i>
keskustelunaiheista jaksolla (4)	

## Merkityskokonaisuus 3: Kyvyt ja osaaminen esille

Aapo	<i>Eero</i>
onnistumisesta koulussa (1)	<i>onnistumisesta koulussa (2)</i>
toimimisesta jaksolla (3)	<i>toimimisesta jaksolla (7)</i>
selviytymiskeinoista (1)	<i>selviytymiskeinosta (2)</i>
taidoista (2)	

## Merkityskokonaisuus 4: Toiminnallisuus keskustelun osana

Aapo	<i>Eero</i>
legoleikki (6)	<i>legoleikki (10)</i>
leikkihahmo (1)	
tietokonepelit (2)	
piirroset (2)	



