

Emilia Munter

LAPSEN FYYSINEN KIINNIPITO PÄIVÄKODISSA

Kyselytutkimus päiväkodin työntekijöiden

käsityksistä ja kokemuksista

Varhaiskasvatustieteen
pro gradu -tutkimus
Kevät 2014
Kasvatustieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

Tiivistelmä. Munter Emilia. 2014. Lapsen fyysinen kiinnipito päiväkodissa. Kyselytutkimus päiväkodin työntekijöiden käsityksistä ja kokemuksista. Varhaiskasvatustieteen pro gradu -tutkimus. Kasvatustieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. 86 sivua + liitteet.

Lapsen fyysinen kiinnipitäminen on saanut viime aikoina huomiota mediassa ja puhuttanut sekä vanhempia että päiväkodissa ja koulussa työskenteleviä. Tutkimus lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä on vähäistä ja valtakunnallista ohjeistusta päiväkodeissa tapahtuvaan fyysiseen kiinnipitoon ei ole. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää päiväkodin työntekijöiden käsityksiä, mitkä ovat fyysisen kiinnipitämisen tavoitteet ja käytänteet sekä tilanteet, joissa fyysistä kiinnipitoa käytetään. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tutkia päiväkodin työntekijöiden kokemuksia lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä ja selvittää, miten kiinnipitotilanteita käsitellään jälkikäteen työpaikalla ja vapaa-ajalla.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen tutkimus, jossa on piirteitä fenomenologisesta ja fenomenografisesta tutkimuksesta. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselylomaketta ja tutkimuksen kohdejoukkona olivat kaikki päiväkodissa työskentelevät kasvatusvastaulliset työntekijät. Tutkimuksen osallistujat tavoitettiin lähettämällä tutkimuspyyntö viiden eri kaupungin varhaiskasvatusjohtajalle ja Suomen varhaiskasvatuksen erityisopettajat ry:n puheenjohtajalle sekä vuosina 2012–2013 alle kouluikäisten ja esiasteen erityisopetuksen erilliset erityisopettajan opinnot suorittaneille henkilöille. Tutkimuksen osallistujien tavoittamisessa hyödynnettiin myös sosiaalista mediaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin ja SPSS-ohjelman avulla.

Tutkimustulosten mukaan lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteena oli sekä lapsen ja ympäristön turvallisuuden takaaminen että lapsen kasvun ja oppimisen tukeminen. Päiväkodin työntekijöiden käsitykset eivät olleet yksiselitteisiä ja tätä kuvaa myös se, että fyysisen kiinnipitämisen käytänteet ja arjen tilanteet, joissa kiinnipitoa käytettiin, olivat laajalti vaihtelevia. Lisäksi lapsen fyysiset kiinnipitotilanteet herättivät päiväkodin työntekijöissä paljon sekä negatiivisia että positiivisia tunteita ja työntekijät kokivat erittäin tarpeellisena fyysisen kiinnipitotilanteiden käsittelyn jälkikäteen. Useimmilla työntekijöillä oli mahdollisuus käsitellä tilanteita sekä työpaikalla että vapaa-ajalla ja tyypillisimmin kiinnipitotilanteet käsiteltiin keskustelun avulla.

Tämä tutkimus täyttää päiväkotikontekstissa aiheesta tehdyn tutkimuksen tyhjiötä ja tuo esille sen, että käsitys lapsen fyysisestä kiinnipidosta vaihtelee laajasti päiväkodin työntekijöiden välillä. Lapsen fyysinen kiinnipitäminen herättää myös voimakkaita tunnekokemuksia työntekijöissä. Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää päiväkodissa tietopakettina erityisesti silloin, kun päiväkodissa on fyysistä kiinnipitoa tarvitseva lapsi. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös silloin, kun päiväkodit kirjoittavat omia ohjeistuksia lapsen fyysisen kiinnipidon toteuttamiselle valtakunnallisen ohjeistuksen vielä puuttuessa.

Asiasanat: Fyysinen kiinnipito, kiinnipitoterapia, terapeutin kiinnipito, rajoittaminen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt, päiväkotito

Keywords: Physical holding, holding therapy, therapeutic holding, restraint, emotional and behavioral disorders, kindergarten

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 FYYSINEN KIINNIPITO MENETELMÄNÄ.....	7
2.1 Kiinnipitoterapia kiintymyssuhteen vahvistamisessa.....	7
2.2 Terapeuttinen kiinnipito tunteiden hallinnassa.....	10
2.3 Väkivaltaisen ja aggressiivisen lapsen rajoittaminen.....	11
2.4 Lapsen fyysinen kiinnipito tutkimuksissa.....	13
2.5 Fyysinen kiinnipito päiväkodissa.....	18
3 TUNNE-ELÄMÄN JA KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖT.....	20
3.1 Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden määrittely.....	21
3.1.1 Ulkoiset käyttäytymishäiriöt.....	22
3.1.2 Sisäiset käyttäytymishäiriöt.....	24
3.2 Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden taustatekijöitä.....	26
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	30
4.1 Tutkimuksen tehtävä ja tutkimuskysymykset.....	30
4.2 Laadullinen tutkimus.....	31
4.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston hankinta.....	33
4.4 Aineiston analyysi.....	35
5 LAPSEN FYYSISELLÄ KIINNIPIDOLLA TAVOITELLAAN TURVALLISUUTTA JA LAPSEN KASVUN SEKÄ OPPIMISEN TUKEMISTA.....	40
5.1 Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet.....	41
5.1.1 Lapsen ja ympäristön turvallisuus.....	41
5.1.2 Lapsen kasvun ja oppimisen tukeminen.....	43
5.2 Lapsen fyysisen kiinnipidon käytänteet.....	45
5.3 Lapsen fyysisen kiinnipidon käyttötilanteet päiväkodissa.....	49

6 VIHASTA EMPATIAAN – TYÖNTEKIJÖIDEN TUNNEKOKEMUKSET.....	55
6.1 Lapsen fyysisen kiinnipidon herättämät tunteet.....	55
6.2 Fyysisten kiinnipitotilanteiden käsitteleminen.....	59
6.2.1 Kiinnipitotilanteiden käsittely työpaikalla.....	59
6.2.2 Kiinnipitotilanteiden käsittelymahdollisuudet vapaa-ajalla.....	61
7 POHDINTA.....	63
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	63
7.1.1 Työntekijöiden käsitykset lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä.....	63
7.1.2 Työntekijöiden kokemukset lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä.....	71
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	73
7.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset.....	78
LÄHTEET.....	81
LIITTEET.....	87

1 JOHDANTO

Lasten lisääntynyt psyykkinen pahoinvointi on saanut yhä enemmän huomiota mediassa ja siihen on kiinnitetty huomiota myös tutkimuksen parissa. Olen myös itse opintoihini liittyvissä harjoitteluissa ja työelämässä törmännyt psyykkisesti pahoinvoiviin, aggressiivisiin tai ylivilkkaisiin lapsiin, jotka käytöksellään ovat vaaraksi itselleen, muille lapsille tai päiväkodin työntekijöille. Olen myös useasti ollut näkemässä ja kuullut useista tilanteista, joissa kiihtynyt, vihansekainen tai aggressiivinen lapsi on rauhoitettu pitämällä lapsesta fyysisesti kiinni. Näistä havainnoista on syntynyt motivaatio ja kiinnostus tämän tutkimuksen tekemiseen.

Opintoihini liittyvän harjoittelun aikana olen pitänyt aikuiskoulutustilaisuuden pro gradu -tutkimukseni aiheesta eräässä jyväskyläläisessä päiväkodissa. Koulutustilaisuudessa pohdimme pienryhmissä, mitkä ovat työntekijöiden tavoitteet ja perusteet lapsen fyysiselle kiinnipidolle ja miten työntekijät toimivat fyysisissä kiinnipidontilanteissa. Aihe synnytti rikasta ja syvällistä keskustelua sekä pohdintaa työntekijöiden kesken, ja viesti koulutukseen osallistuneilta oli hyvin selkeä, tietoa ja taitoa pitäisi olla lisää. Tämä koulutustilaisuus antoi minulle lisää varmuutta siihen, että olen tutkimassa tärkeää ja ajankohtaista aihetta.

Kuitenkaan tietoa lasten fyysisestä kiinnipidosta päiväkodissa ei juuri ole saatavilla ja aihe tuntuu olevan vaiettu. Tästä hyvänä esimerkkinä on vuonna 2006 erästä helsinkiläisestä päiväkodista eduskunnalle tehty kantelu, jonka kuusivuotiaan pojan äiti teki erityislastentarhanopettajan kasvatustoimenpiteistä. Erityislastentarhanopettaja oli oman

selvityksensä mukaan käyttänyt sylihoitoa (fyysistä kiinnipitoa) lapsen tunteiden purkamisen avuksi ja muiden läsnäolijoiden suojelemiseksi. Oikeusasiamies ei kuitenkaan tehtyjen selvitysten perusteella nähnyt erityislastentarhanopettajan toimintaa moitittavana, vaan henkilökunta oli tilanteessa toiminut tilanteen vaatimalla tavalla lapsen rauhoittamiseksi. (Eoak 4171/2006.)

Oikeusasiamies toteaa päätöksessään, että työntekijöitä pitäisi ohjeistaa siitä, milloin ja miten lapsen yksityisyyteen ja koskemattomuuteen voidaan puuttua (Eoak 4171/2006). Päivähoitolaissa (Laki lasten päivähoidossa 1973/36) ei ole määritelty säännöstä, joka ottaisi kantaa lapsen kiinnipitämiseen päivähoidossa. Toisin on esimerkiksi lastensuojelulaissa (2007/417), jossa on määritelty, että kiinnipitämistä voidaan käyttää lastensuojelulaitokseen sijoitetun lapsen rajoitustoimenpiteenä. Myös perusopetuslaissa (1998/628) on todettu, että opettaja voi käyttää oppilaan poistamiseksi luokasta välttämättömiä voimakeinoja ottaen kuitenkin huomioon oppilaan iän, tilanteen uhkaavuuden ja vastarinnan vakavuuden. Varhaiskasvatuksessa ei ole olemassa lakia, joka ohjeistaisi lapsen kohdistuvaa rajoittamiskeinoja tai tilasta poistamista.

Päiväkodissa fyysinen koskettaminen on luonnollinen osa hoitoa ja huolenpitoa. Lapsia pidetään sylissä, ohjataan kädestä pitäen ja silitetään päiväunille. Mutta fyysistä kosketusta käytetään myös lasten liikkumisen rajoittamiseen, tunteiden käsittelyyn ja vaarallisten tilanteiden hallitsemiseen. Tästä lapsen rajoittamiseen liittyvästä fyysisestä kosketuksesta olen kuullut puhuttavan päiväkodeissa hyvin monella eri termillä kuten holding, terapeutin kiinnipito, sylihoito, holding-terapia ja rajoittaminen. Käytän itse tässä tutkimuksessa käsitettä fyysinen kiinnipito, sillä tämä käsite ei sinällään liity suoraan mihinkään teoreettiseen lähestymistapaan. Näin tutkimukseni aihe ei siis rajaudu esimerkiksi sylihoitoon tai hoidolliseen kiinnipitämiseen päiväkodissa vaan antaa mahdollisuuden tarkastella ilmiötä laajemmin.

Koska tietoa päiväkotikäisen lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä ei juurikaan ole ja käytännöt päiväkodeissa vaihtelevat paljon, tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, mitä päiväkodin henkilöstö käsittää fyysisellä kiinnipitamisellä, mitkä ovat fyysisen kiinnipitämisen tavoitteet ja käytänteet sekä millaisissa arjen tilanteissa fyysistä kiinnipitämistä päiväkodissa käytetään. Olen tutkimuksessani kiinnostunut myös päiväkodin työntekijöiden kokemuksista siitä, millaisia tunteita fyysisissä kiinnipitotilanteissa työntekijöissä herää ja miten kiinnipitotilanteita käsitellään jälkikäteen.

2 FYYSINEN KIINNIPITO MENETELMÄNÄ

Kun fyysisestä kiinnipidosta puhutaan arjen työssä, siitä käytetään hyvin monia eri käsitteitä samoin kuin myös kirjallisuudessa ja tutkimuksessa. Tietoa fyysisestä kiinnipitamisestä etsin käyttämällä sekä englanninkielisiä että suomenkielisiä hakusanoja, ja suurin osa löytämästäni kirjallisuudesta on julkaistu ennen 2000-lukua. Löytämäni kirjallisuus keskittyy lähinnä fyysisen kiinnipidon käyttämiseen terapiassa, sairaalaoloissa ja lastensuojelulaitoksissa (esim. Barlow 1989; Aurela 1995; Myeroff, Mertlich & Gross 1999). Päiväkotikontekstiin liittyvää kansainvälistä tai suomalaista tutkimusta en löytänyt lukuun ottamatta Huttusen ja Kanasen (2001) tekemää opinnäytetyötä sylissäpitoitohoidosta. Käyn seuraavissa alaluvuissa läpi erilaisia teoreettisia lähestymistapoja fyysiseen kiinnipitämiseen.

2.1 Kiinnipitoterapia kiintymyssuhteen vahvistamisessa

Kiinnipitomenetelmistä, joiden tavoitteena on lapsen ja aikuisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen vahvistaminen, tunnetuimpia Suomessa ovat Martha Welchin ja Jirina Prekopin teoriat. Welch kehitti kiinnipitoterapian (holding therapy) alun perin autististen lasten parissa 1970-luvulla emotionaalisen ja järjellisen yhteyden luomiseksi lapsen

ja äidin välille. Saavutettuaan hyviä tuloksia autististen lasten parissa, Welch alkoi käyttää kiinnipitoterapiaa myös niin sanottujen tavallisten lasten hoitoon. (Welch, 1995, 13; Aurela 1998, 8.) Welchin kiinnipitoterapiasta käytetään myös nimitystä kiintymyssuhdehoito, sillä se kuvaa hyvin hoidon keskeistä tavoitetta: lapsen ja vanhemman välisen suhteen hoitamista. Lisäksi termiä sylihoito tai sylissäpitohoito käytetään, sillä se tuo hyvin esille hoidon tavoitteen, rakkauden välittämisen lapselle. (Aurela 1998, 4, 8.)

Kiinnipitoterapian toteuttamiselle Welch antaa kaksi erilaista tekniikkaa. Ensimmäisessä otteessa lapsi istuu äidin syliin niin, että lapsen jalat ovat äidin vyötärön ympärillä ja lapsen kädet ovat äidin käsien alla. Toinen vaihtoehto syyliotteelle on pitää lasta poikittain sylissä niin kuin pientä vauvaa pidellään. Sylissäpitohoito koostuu kolmesta vaiheesta: kohtaaminen, vastustus ja rentoutuminen. *Kohtaamisvaihe* voi alkaa suunnitellusti, jolloin äiti ottaa lapsen syliinsä mukavassa, yksityisessä paikassa esimerkiksi sohvalla tai sängyssä. Kohtaaminen voi alkaa myös spontaanisti seuraamuksena lapsen huonosta käytöksestä esimerkiksi lapsen uhmakkuudesta. Sylissäpito-hoidossa äiti voi siis pitää lastaan sylissä riippumatta siitä, onko kummallakaan sillä hetkellä halua syleillä toisiaan. Kohtaamisvaiheessa sekä lapsella että äidillä on mahdollisuus kertoa omista tuntemuksistaan tai kohtaaminen voi olla hiljaista lohdutusta ja kosketusta. (Welch 1995, 32–37.)

Sylissäpidon jatkuessa alkaa *vastustusvaihe*. Tämä vaihe voi alkaa hyvin nopeasti varsinkin, jos sylissäpitoon on päädytty suunnittelematta. Vastustusvaiheessa nimensä mukaisesti lapsi alkaa vastustaa äidin sylissä oloa. Lapsi voi esimerkiksi potkia, sylkeä tai itkeä päästäkseen pois sylistä. Lapsi voi huutaa ja raivota äidille, että hän ei rakasta tätä, mutta äidin tulee vastata tähän rauhallisella puheella. Vastustusvaiheessa luodaan alku molemminpuoliselle tunteiden ilmaisulle. (Welch 1995, 38–40.)

Sylissäpito-hoidon kolmas vaihe *rentoutuminen* alkaa, kun lapsi ja äiti ovat saavuttaneet syvimmät tunteensa ja lapsi lopettaa vastustamisen. Rentoutumisvaiheessa lapsi ja äiti esimerkiksi katselevat toisiaan silmiin ja koskettelevat toistensa kasvoja. Lapsen ja äidin välillä on läheisyyttä, tyytyväisyyttä ja halua pysytellä lähellä. Sylissäpidon kesto voi vaihdella kerrasta toiseen ja on myös mahdollista, että täydellistä rentoutumista ei tapahdu. Tällöin kiinnipito voidaan tehdä uudestaan tai käsitellä samoja asioita seuraavalla sylissäpito kerralla. (Welch 1995, 41–42.)

Welchin (1995) kiinnipitoterapian taustalla vaikuttaa kiintymyssuhdeteoria ja kiinnipidon tavoitteena on vahvistaa lapsen ja äidin välistä suhdetta, jotta he voisivat paremmin ymmärtää toisiaan ja toistensa tunteita. Jos äidin ja lapsen välillä ei ole vuorovaikutussuhdetta, lapsi voi kokea jäävänsä osattomaksi ja viha lapsen sisällä kasvaa. Tämä viha voi purkaantua esiin esimerkiksi valittamisena tai lapsi voi säilöä vihan sisällensä, sillä hänellä ei ole keinoja purkaa tunteitaan. Kiinnipitoterapian avulla lapsen ja äidin välille voidaan muodostaa vuorovaikutussuhde, jonka myötä lapsi voi purkaa tuntemuksiaan ilman syyllisyyttä ja häpeää. (Welch 1995, 32–33.)

Welchin sylissäpitoehdoista on Jirina Prekop (1994) kehittänyt oman kiinnipitoterapiansa (der Festhaltetherapie). Prekop jakaa kiinnipitoterapian soveltuvuuden kolmeen eri ryhmään. Kiinnipitoa voidaan käyttää lapsenhoidon perusmuotona, jolloin sylissä pitäminen on luonnollinen osa lapsen hoitamista. Toiseksi kiinnipitoterapiaa voidaan käyttää myös silloin, kun joku on selvässä vaarassa: esimerkiksi itsetuhoista henkilöä voidaan estää kiinnipitämällä. Kolmas kiinnipitoterapian sovellus on häiriintyneiden suhteiden korjaaminen. Tavoitteena on tällöin lapsen ja vanhemman välisen kiintymyssuhteen ja turvallisuudentunteen korjaaminen. Kiinnipitoterapiaa voidaan käyttää esimerkiksi autististen lasten, adoptiolasten, pakko-oireisten ja masentuneiden lasten sekä psykosomaattisista oireista kärsivien lasten kanssa. (Prekop 1994, 91–96.)

Kiinnipitoterapia etenee samassa järjestyksessä kuin Welchin sylissäpitohoito, eli siinä on samat kohtaamisen, vastustuksen ja rentoutumisen vaiheet. Kiinnipitoterapiaa ei kuitenkaan kannata Prekopin mukaan suunnitella etukäteen, vaan käyttää silloin kun se on aiheellista – esimerkiksi, kun lapsi on aggressiivinen tai vahingoittaa itseään. Kiinnipitoterapia eroaa sylissäpitoehdoista myös sen suhteen, että Prekopin mukaan molempien vanhempien läsnäolo on erittäin tärkeää. Tilanteessa voi olla mukana myös sisarusia, sukulaisia tai lasta hoitavia henkilöitä, toisin kuin Welchin sylissäpitoehdoissa, joka on suunniteltu äidin ja lapsen väliseksi kiinnipidoksi. (Prekop 1994, 98–99.)

Kiinnipitämisen vastustusvaiheessa kiinnipitäjä voi lohduttaa lasta puhelemalla, rohkaisemalla itkemään, laulamalla tai silittämällä. Kiinnipidon tavoitteena on auttaa lasta muuttamaan jännitys, pelko, suru ja viha rentoutumiseksi, turvallisuuden tunteeksi, iloksi ja rakkaudeksi. Kun lapsen negatiiviset tunteet on saatu käännettyä positiivisiksi alkaa rentoutumisvaihe, jolloin lapsi voi haluta levätä kiinnipitäjän sylissä, keskustella tai

leikkiä. Kiinnipitotilanne lopetetaan, kun kiinnipitäjä niin päättää. (Prekop 1994, 104–115.)

2.2 Terapeuttinen kiinnipito tunteiden hallinnassa

Fyysisen kiinnipidon tavoitteena voi olla myös aggressiivisen lapsen rauhoittaminen ja tunteiden hallinta. Barlowin (1989) terapeuttinen kiinnipito (therapeutic holding) perustuu Orlandon Disciplined Professional Response -teoriaan ja Barlowin mukaan terapeuttinen kiinnipito on tehokas ja inhimillinen keino aggressiivisten ja hallitsemattomien lasten parissa. Terapeuttisessa kiinnipidon tavoitteena on auttaa lasta purkamaan negatiiviset tunteet turvallisesti ja opettaa lapselle vaihtoehtoisia tapoja purkaa voimakkaita tunteitaan. (Barlow 1989, 12–13.)

Terapeuttinen kiinnipito alkaa, kun aggressiivisesti käyttäytyvä lapsi laitetaan maahan makaamaan mahalleen. Kiinnipidossa tulisi olla aina kaksi aikuista, toisen aikuisista istuessa lapsen päällä rajoittaen jalkojen liikkumista ja toisen aikuisen pidellessä lapsen päätä, jotta lapsi ei voi sylkeä, purra aikuista tai satuttaa päätänsä. Kiinnipito-otteessa ollaan niin kauan kunnes lapsi rauhoittuu, ja tämän jälkeen lapsen kanssa keskustellaan tapahtuneesta, miksi lapsi käyttäytyi aggressiivisesti ja miten lapsi olisi voinut tilanteessa toimia toisin. Terapeuttisen kiinnipidon hyödyiksi Barlow näkee myös sen, että lapsi voi turvallisesti purkaa vihantunteensa ja lapsi oppii, että aikuiset eivät jätä häntä, vaikka lapsi olisi kuinka aggressiivinen. (Barlow 1989, 13–14.)

Myös Berrios ja Jacobowitz (1998) käyttävät termiä terapeuttinen kiinnipito aggressiivisen lapsen rauhoittamisen yhteydessä. Heidän mukaansa terapeuttisessa kiinnipidossa yksi tai useampi henkilökunnan jäsen pitää aggressiivisesti käyttäytyvää lasta tukevassa otteessa noin 10 minuutin ajan, niin ettei lapsi voi vahingoittaa itseään. Terapeuttista kiinnipitoa tulee käyttää, jos lapsen suullinen rauhoittelu ei onnistu. Pienempää lasta voidaan pitää sylissä, mutta isompi lapsi voidaan laittaa maahan mahalleen toisen aikuisen pidellessä jalkoja ja toisen ylävartaloa. Kun lapsi on rauhoittunut, lapsen kanssa jutellaan välittömästi aggressiiviseen käytökseen johtaneista tunteista ja siitä, miksi kiinnipitoa käytettiin. (Berrios & Jacobowitz 1998, 14–15.)

Welchin ja Prekopin kiinnipitoterapian eroa terapeuttiseen kiinnipitoon voi olla vaikea erottaa, sillä molemmissa on yhtäläisyyksiä, mutta myös eroavaisuuksia. Aurela (1995) on tarkastellut kiintymyssuhteen korjaamiseen tähtäävän kiinnipitoterapian ja tunteiden hallintaan liittyvän terapeutin kiinnipidon välillä olevia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Molemmissa fyysisen kiinnipidon menetelmissä on samat tunteenpurkauksen vaiheet: aggression herääminen, aikuisen ja lapsen kohtaaminen, vihanpurkaus sekä rauhoittuminen. Molemmissa kiinnipitomenetelmissä aikuisen tulee myös pysyä rauhallisena, jotta kiinnipidolla olisi terapeutin vaikutus. Kolmas yhtäläisyys löytyy siitä, että vaikka terapeutin kiinnipidon tarkoitus on hillitä lapsen aggressiivista käyttäytymistä, voi hyvin toteutettu kiinnipito myös lisätä lapsen luottamusta ja aikuisiin ja vahvistaa lapsen ja aikuisen välistä suhdetta kuten Welchin tai Prekopin kiinnipitoterapiassa. (Aurela 1995, 15–16.)

Kiinnipitoterapian ja terapeutin kiinnipidon eroavaisuuksina voidaan nimetä kolme pääkohtaa. Ensiksi terapeutin kiinnipito on yleensä reaktiivinen menetelmä eli kiinnipito ei ole suunniteltu, vaan se toteutetaan tilanteen sitä vaatiessa. Toiseksi terapeutissa kiinnipidossa ei myöskään käytetä menetelmiä aktivoimaan lapsen vihaa, kuten kiinnipitoterapiassa voidaan tehdä, vaan terapeutista kiinnipittoa käytetään aggression hillintään. Kiinnipitoterapian käyttö puolestaan on usein etukäteen suunniteltu ja sitä on käytetty yleensä diagnostisen sairauden hoitoon. Viimeisenä terapeutin kiinnipidon erona kiinnipitoterapiaan on se, että terapeutissa kiinnipidossa käsiteltävät asiat ovat äskettäin sattuneita ja arkipäiväisiä. (Aurela 1995, 16–17.)

2.3 Väkivaltaisen ja aggressiivisen lapsen rajoittaminen

Kirjallisuudessa käytetään usein myös käsitettä rajoittaminen (restraint) tai fyysinen rajoittaminen (physical restraint) puhuttaessa lapsen kiinnipitämisestä. Control & Restraint (hallinta & rajoittaminen) on Iso-Britanniassa vuonna 1984 alkunsa saanut väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintamalli, jolla pyritään väkivallattomaan fyysiseen rajoittamiseen. Alun perin C&R-koulutusmalli oli suunnattu erikoissairaaloihin, mutta 1990-luvulla käyttö laajeni jo kaikkien terveydenhuolto- ja palvelujen käyttöön.

Koulutusmalli sai kuitenkin kritiikkiä kipua tuottavista tekniikoista ja siitä, että C&R-malli ei näyttänyt ennaltaehkäisevän aggressiivista käytöstä. (Pilli 2009, 124–125.)

Kritiikistä C&R-mallia kohtaan kehitettiin MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression) -koulutusmalli. MAPA-mallissa pyritään säilyttämään potilaan perusoikeudet, arvokkuus, kunnioitus ja yksilöllisyys. Lisäksi potilaan valinnanvapaus, vaikutusmahdollisuus ja samanarvoisuus pyritään takaamaan sekä välttämään alentavaa ja epäinhimillistä kohtelua. MAPA-mallissa tavoitteena on verbaalisin ja non-verbaalisin vuorovaikutuskeinoin kääntää potilaan kiihtynyt tila tyyntyvään suuntaan. Tavoitteena on potilaan aggressiivisen käyttäytymisen rauhoittaminen vähiten rajoittavalla tavalla ja vuorovaikutusyhteyden vahvistaminen. Menetelmä juuret pohjautuvatkin terapeuttiin kiinnipitoon. (Pilli 2009, 125–126.)

MAPA-mallissa pyritään ennaltaehkäisemään potilaan aggressiivinen käytös keskustelun, huomion uudelleen suuntaamisen, tilan antamisen ja ympäristön rauhoittamisen keinoin. Fyysinen rajoittaminen tapahtuu vasta, kun kaikkia muita keinoja on kokeiltu ensin, ja potilaan käytös näyttää johtavan muita tai itseä vahingoittavaan käytökseen. Rajoittaminen voi olla lievimmillään koskettamista ja toisessa ääripäässä liikkumisen rajoittamista fyysisin keinoin. (Pilli 2009, 127.)

Rajoittamiskeinoja voidaan luokitella eri tavoin, ja muun muassa Day (2002) jakaa nämä mekaaniseen, kemialliseen ja fyysiseen rajoittamiseen. *Mekaanisessa rajoittamisessa* käytetään henkilön liikkumisen rajoittamiseksi ja aggressiivisen käyttäytymisen lopettamiseksi erilaisia apuvälineitä kuten nilkka-, ranne- tai vyötärövoimia, painopeittoa tai lepositeitä. *Kemiallisessa rajoittamisessa* käytetään erilaisia rauhoittavia lääkkeitä ja *fyysisessä rajoittamisessa* käytetään fyysisistä voimaa aggressiivisen tai uhkaavan henkilön rauhoittamiseksi. (Day 2002, 266.)

Ryan ja Peterson (2004) taas käyttävät yleisesti termiä fyysinen rajoittaminen, jonka alla he luokittelevat mekaanisen, kemiallisen ja ambulatorisen rajoittamisen. Mekaaninen ja kemiallinen rajoittaminen tarkoittavat samoja kuin mitä Day (2002) luokittelussaan käyttää. Termi ambulatorinen rajoittaminen taas vastaa samaa kuin Dayn käyttämä fyysinen rajoittaminen, mutta ambulatorisen rajoittamisen rinnalla Ryan ja Peterson käyttävät samanaikaisesti käsitteitä manuaalinen rajoittaminen ja terapeuttiin kiinnipito. (Ryan & Peterson 2004, 154.) Koska kirjallisuudessa käytetään vaihtelevasti erilaisia termejä rajoittamisesta, tulee lukijan olla tarkkana tarkoitetaanko fyysisellä rajoittami-

sella kaikkia rajoittamisen menetelmiä (mekaaninen, kemiallinen ja fyysinen kiinnipito/ambulatorinen rajoittaminen) vai tarkoitetaanko sillä vain henkilön rajoittamista fyysisen voiman keinoin.

Fyysinen rajoittaminen tapahtuu samalla tavalla kuin terapeutin kiinnipito ja sairaalakontekstissa fyysisen rajoittamisen eteneminen on kuvattu seuraavasti. Ennen varsinaisen kiinnipidon aloittamista syntyy vastakkainasettelutilanne, jossa hoitaja pyrkii uudelleen suuntaamaan potilaan raivon ja aggressiivisen käytöksen (Stirling & McHugh 1998, 506). Jos potilas ei rauhoitu, päädytään kiinnipitoon, jossa on mukana kaksi tai kolme aikuista. Aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön liikkuminen pyritään estämään joko seisoma-, istuma- tai makuuasennossa. Kiinnipidon aikana täyteen liikkumattomuuteen ei pyritä, vaan kiinnipidettävän liikkeitä myötäilläään kuitenkin niin, että estetään potilaan itseä tai muita vahingoittava käytös. Samaan aikaan kiinnipitoa ohjaava hoitaja puhuu kiinnipidettävälle tavoitteenaan saada hänet ymmärtämään käyttäytymistään ja oppimaan tunteiden ilmaisua vaihtoehtoisella tavalla. (Stirling & McHugh 1998, 506–507; Pilli 2009, 127–128.)

Rajoittaminen kiinnipitämällä päätetään, kun potilaan tunnetila on tasaantunut ja hän pystyy hallitsemaan käytöstään. Tilanteen jälkeen kiinnipidosta keskustellaan: mitä ennen kiinnipitoa tapahtui, millaisia tuntemuksia kiinnipidettävällä oli ja miten omia tunteita ja aggressiivista käytöstä voitaisiin vastaavissa tilanteissa jatkossa hillitä. Myös kiinnipitotilanteessa olleiden aikuisten on hyvä purkaa tilanne keskenään. (Stirling & McHugh 1998, 506–507; Pilli 2009, 127–128.) Fyysinen rajoittaminen muistuttaa siis paljolti terapeutista kiinnipitoa, sillä molemmissa on tavoitteena tunteiden hallinta ja aggressiivisen käytöksen estäminen. Lisäksi molemmissa on tavoitteena oppia vaihtoehtoisia keinoja käsitellä omia tunteita.

2.4 Lapsen fyysinen kiinnipito tutkimuksissa

Tutkimus lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä painottuu lähinnä kiinnipidon käyttämiseen kouluissa tai hoidollisena keinona terapiassa ja sairaaloissa. Tutkimusta fyysisen kiinnipidon vaikutuksesta ja hyödyistä on vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia. Suomessa

lapsen fyysisestä kiinnipidosta on tehty vain muutamia tutkimuksia (mm. Aurela 1995; Sourander, Ellilä, Välimäki & Piha 2002; Heiskanen 2004). Aihetta on kuitenkin tutkittu useammassa opinnäytetyössä ja pro gradu -tutkimuksessa, joissa fyysistä kiinnipitoa on tutkittu lähinnä lastensuojelulaitoksissa tai psykiatrisissa sairaaloissa. Ainut päiväkotiin sijoittuva tutkimus on Huttusen ja Kanasen (2001) opinnäytetyö sylihoidon käytöstä päiväkodissa.

Lapsen fyysisen kiinnipidon vaikutus lapseen

Lundyn (2005) tekemän artikkelikatsauksen perusteella hyviä tuloksia terapeutin kiinnipidon vaikutuksesta ovat saaneet muun muassa Barlow (1989), Miller ym. (1989) ja Sourander ym. (2002). Berrios ja Jacobowitz (1998) tutkivat, miten terapeutin kiinnipito vaikuttaa aiemmin käytössä olleiden C&R-menetelmien keston ja esiintymiskertoihin. Tutkimukseen osallistui psykiatrisen osaston 5–12-vuotiaita lapsia, joilla oli todettu ylivilkkaus- ja tarkkaavaisuushäiriöitä, käytöshäiriöitä ja aggressiivista käyttäytymistä. Terapeutin kiinnipidon myötä kiinnipitotilanteiden kesto laski 41 minuutista 28,25 minuuttiin ja kiinnipitokerrat vähenivät 15,9 % kolmen kuukauden tutkimusjakson aikana. (Berrios & Jacobowitz 1998, 16–17.)

Samansuuntaisia tuloksia Berriosin ja Jacobowitzin kanssa on saanut Aurela (1995) tutkiessaan Turun yliopistollisen keskussairaalan lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnan kokemuksia terapeutin kiinnipidosta. Terapeutista kiinnipitoa käytettiin osastolla aggressiivisen lapsen hillitsemiseksi ja kiinnipito todettiin tutkimuksessa toimivaksi. Kiinnipito toi lapselle selkeitä rajoja ja auttoi suojaamaan lasta omalta aggressioltaan. Lapsen kanssa oli kiinnipidon myötä mahdollista päästä kontaktiin ja vahvistaa lapsen luottamusta muihin ihmisiin. Tämä nähtiin tärkeänä, sillä käyttäytymishäiriöiseltä lapselta puuttuu usein varhaiset luottamukselliset ihmissuhteet. Osastohoidossa terapeutista kiinnipitoa jouduttiin käyttämään aluksi useastikin samaan lapseen, mutta ajan kuluessa kiinnipitoa tarvittiin yhä harvemmin, sillä lapsi oppi luottamaan hoitajiin ja hakeutumaan kontaktiin muunlaisin keinoin. (Aurela 1995, 36.)

Myeroff ym. (1999) tutkivat kiinnipitoterapian vaikutusta 5–14-vuotiaisiin lapsiin, joilla esiintyi häiriökäyttäytymistä ja ongelmia kiintymyssuhteissa. Tutkimustuloksista selvisi, että kiinnipitoterapiaa saaneiden lasten aggressiivisuus ja rikollinen käyttäytyminen oli laskenut merkittävästi verrattuna verrokkiryhmään, joka ei saanut minkäänlaista hoi-

toa. Tutkijat totesivat myös, että kiinnipitoterapian avulla lapsen ja vanhemman kiintymyssuhdetta voitiin vahvistaa, mikä samanaikaisesti lisäsi lapsen itsesäätelytaitoja ja kykyä kokea katumusta. (Myeroff ym. 1999, 305–311.)

Tutkimuksia, joissa fyysisellä kiinnipidolla ei ollut juurikaan vaikutusta lapsiin, ovat esimerkiksi Shechoryn (2005) ja Bellin (1997) tutkimukset. Shechory (2005) pyrki tutkimuksellaan ymmärtämään holding-tekniikan käytön terapeuttista vaikutusta lapsiin, joilla oli muun muassa oppimis- ja keskittymisvaikeuksia, ongelmia läheisissä ihmissuhteissa ja väkivaltaista sekä itsetuhoista käytöstä. Tutkimustuloksista selvisi, että holding-tekniikan käytöllä yhden vuoden aikana ei ollut vaikutusta lasten aggressiiviseen käytökseen. Ainoastaan itsetuhoisen käyttäytyminen oli vähentynyt niiden lasten kohdalla, jotka olivat kokeneet kiinnipitoa, verrattuna lapsiin, jotka eivät olleet kiinnipidettyinä. (Shechory 2005, 356–361.)

Myös Bellin (1997) tutkimus antoi ristiriitaisen tuloksen fyysisen rajoittamisen vaikutuksista lastensuojelulaitoksessa asuviin lapsiin. Tutkimukseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden mielestä lasten fyysinen rajoittaminen oli suurimmassa osassa tapauksista ollut täysin sopivaa, mutta arviot rajoittamisen vaikutuksesta lapseen jakaantuivat. Puolet tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä ei kokenut fyysisen rajoittamisen vaikuttavan lapseen mitenkään, kun taas puolet työntekijöistä koki, että fyysisen rajoittamisen avulla lapsi oli oppinut rajoja ja tunteiden hallintaa. (Bell 1997, 44.)

Day (2002) ja Lundy (2005) ovat tarkastelleet kiinnipitoon liittyviä tutkimuksia ja niiden luotettavuutta. Monet kiinnipitoon liittyvät tutkimukset ovat tapaustutkimuksia tai tutkimuksien otos on ollut hyvin pieni, jolloin kiinnipidon vaikutuksia yleisellä tasolla on vaikea todeta. Fyysisistä kiinnipitoa koskevissa tutkimuksissa on saatettu myös todeta, että lapsen ja kiinnipitävän aikuisen väliset suhteet paranivat kiinnipitämisen myötä, mutta nämä väittämät perustuivat vain aikuisten kokemuksiin. (Day 2002, 272–273; Lundy 2005, 135–137.) Esimerkiksi Berriosin ja Jacobowitzin (1998) tutkimuksessa ei kysytty lapsilta, kokivatko he elämänlaatunsa parantuneen terapeuttisen kiinnipidon myötä, mikä heikentää tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimustuloksia kuitenkin perusteltiin sillä, että työntekijät kokivat terapeuttisen kiinnipidon olevan tehokas keino opettaa lapsille positiivisia toimintakeinoja. (Berrios & Jacobowitz 1998, 18.) Day (2002, 273) kritisoi myös sitä, että tutkimukset fyysisestä kiinnipidosta ovat olleet lyhyt kestoisia, jolloin fyysisen kiinnipidon pitkäaikaisista vaikutuksista ei voida todeta mitään. Esimerkiksi Berriosin ja Jacobowitzin (1998) tutkimuksessa terapeuttisen kiinnipidon vaikutuksesta ei pystytty tutkimaan samoja

lapsia toisella tutkimusjaksolla, joten tulokset eivät ole täysin vertailtavissa. Ristiriitaiset tutkimukset tulokset osoittavat, että fyysistä kiinnipitoa tulisi tutkia lisää, jotta voitaisiin sanoa varmasti, mitkä ovat kiinnipidon lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutukset lapseen.

Kokemukset ja tunteet fyysisestä kiinnipidosta

Tutkimuksia, jotka käsittelevät kiinnipitokokemuksia ja niiden herättämiä tunteita on sen sijaan enemmän. Aurelan (1995) tutkimuksessa lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnasta valtaosa suhtautui myönteisesti terapeutiseen kiinnipitoon, sillä hoitajat kokivat kiinnipidon auttavan kontaktin saamisessa lapseen ja vahvistavan vuorovaikutusta. Kiinnipito koettiin myös turvalliseksi ja rauhoittavaksi hoitomuodoksi. Kielteiset näkemykset perustuivat siihen, että työntekijät pelkäsivät kiinnipitoon liittyvän lapsen fyysistä ja henkistä nujertamista. Positiivisista kokemuksista huolimatta henkilökunta kaipasi lisätietoa ja ohjausta terapeutisesta kiinnipidosta, vaikka heille oli annettu kaikki sillä hetkellä saatava tieto. (Aurela 1995, 22, 27–28.)

Aurelan (1995) tutkimuksessa selvitettiin myös terapeutin kiinnipitämisen herättämiä tunteita. Terapeutin kiinnipidon aikana hoitajat kokivat ristiriitaisia tunteita. Negatiivisina tunteina koettiin ärsyyntymistä, turhautumista, ahdistusta, kaoottisuutta ja epätoivoa. Myös toivottomuutta, huolta jaksamisesta, inhoa ja surua koettiin. Hoitajien positiivisia tunteita olivat toivo onnistumisesta, myötätunto, hellyys, sääli, empatia, lohduttamisen halu, määrätietoisuus ja rauhallisuus. Kuitenkin yleisin tunne, jota hoitajat kokivat, oli kiukku. Kiinnipidon lopussa hoitajat kokivat pelkästään positiivisia tunteita, kuten iloa läheisyydestä ja lapsen hyvästä olostä sekä iloa siitä, että hoitaja ymmärsi lasta jatkossa paremmin. Lisäksi hoitajat kokivat lämpöä, myötätuntoa, toivoa, helpotusta, tyytyväisyyttä, yhteenkuuluvuutta, hellyyttä ja hoivaamisen sekä lohduttamisen halua. Alussa hoitajien kokemat kielteiset tunteet olivat muuttuneet lopulta myönteisiksi. (Aurela 1995, 25–26.)

Bellin (1997) tutkimuksessa sosiaalityöntekijöiden kokemukset fyysisestä rajoittamisesta olivat vaihtelevia kuten Aurelan (1995) tutkimuksessa. Työntekijät eivät kuitenkaan kokeneet ahdistusta, vihaa tai pelkoa kiinnipidon aikana, vaan he kokivat olevansa rauhallisia ja tilanteen tasalla. Työntekijät olivat huolissaan kuitenkin siitä, että kiinnipito mahdollisesti satutti lasta tai aiheutti lapselle traumoja. (Bell 1997, 44.) Myös Lundyn (2005) tutkimukseen osallistuneet työntekijät kokivat kiinnipidon aikana huolta vahin-

goittamisenvaarasta. Työntekijät kokivat kuitenkin toiveikkuutta siitä, että terapeutin kiinnipito auttoi lasta, mutta toivoivat silti, että heillä olisi olemassa muita keinoja rauhoittaa lapsi kuin kiinnipito. (Lundy 2005, 140–142.) Tutkimuksien mukaan fyysiseen kiinnipitoon osallistuneiden aikuisten kokemukset ovat siis hyvin vaihtelevia. Kiinnipito herättää työntekijöissä sekä myönteisiä että kielteisiä tunteita, mutta kiinnipito koetaan kuitenkin hyödylliseksi lapsen kannalta.

Lasten kokemuksia kiinnipitämisestä ovat tutkineet sekä Heiskanen (2004) että Lundy (2005). Heiskanen (2004) tutkimuksessa haastateltiin lastenpsykiatrisilla osastoilla olevaa viittä 9–12-vuotiasta poikaa, joilla oli omakohtaisia kokemuksia kiinnipitämisestä. Lasten kokemukset kiinnipidosta vaihtelivat kielteisistä myönteisiin. Lasten mielestä se, että hoitaja pystyi hillitsemään omat tunteensa ja oli verbaalisessa vuorovaikutuksessa lapsen kanssa, auttoi lasta rauhoittumisessa ja tuntemaan, että häntä kunnioitettiin. Lapset kokivat saaneensa apua kiinnipidosta, mutta kiinnipitokokemukset aiheuttivat myös fyysistä ja psyykkistä kipua. Fyysistä kipua aiheutti se, että joskus hoitajien otteet olivat olleet liian kovia. Psyykkistä kipua taas aiheutti se, jos hoitajat eivät kuunnelleet lasta tai jos he istuivat lapsen päällä kiinnipidon aikana, sillä päällä istuminen koettiin ahdistavaksi kokemukseksi. (Heiskanen 2004, 34–35, 41–51.)

Lundyn (2005) tutkimukseen osallistuneet 3–12-vuotiaat lapset olivat sijoitettuina lastensuojelulaitoksiin ja heillä oli diagnosoitu ylivilkkaus- ja keskittymishäiriöitä, oppimisvaikeuksia, uhmakkuushäiriöitä ja raivokohtauksia. Tutkimuksessa selvisi, että lapset kokivat vihaa ja pelkoa omasta turvallisuudestaan kiinnipidon aikana. Lapsen suuntasivat vihansa kiinnipidon aikana aikuisiin, mutta se ei kuitenkaan vaikuttanut lopullisesti lapsen ja hoitavan aikuisen väliseen suhteeseen. Lapset kertoivat kuitenkin tarvitsevansa kiinnipitoa oman turvallisuutensa vuoksi mutta pelkäsivät samalla, että kiinnipito aiheuttaisi heille vammoja. Tämä herätti lapsissa sekavia tuntemuksia ja synnytti vihaa aikuisia kohtaan. (Lundy 2005, 140–142.)

Ainoa päiväkotiin sijoittuva tutkimus fyysisestä kiinnipidosta on Huttusen ja Kanasen (2001) opinnäytetyö. He tutkivat opinnäytetyössään päiväkodin työntekijöiden kokemuksia ja mielipiteitä sylissäpitoahoidosta aggressiivisesti käyttäytyvien lasten tukena. Tutkimukseen osallistuneissa päiväkodeissa sylissäpitoa käytettiin vain muutamissa yksittäisissä tilanteissa ja tapahtumien kesto vaihteli kymmenestä minuutista tuntiin. Työntekijät käsittivät sylissäpitoahoidon lapsen kiinnipitämisinä sylissä niin kauan kun-

nes lapsi rauhoittuu. Sylissäpitohoidoksi käsitettiin myös tavallinen sylissä pitäminen. (Huttunen & Kananen 2001.)

Päiväkodin työntekijät suhtautuivat sylissäpitohoitoon positiivisesti. Etenkin erityisryhmissä sylissäpitohoito kuului työnkuvaan ja siihen oli saatu koulutusta. Ylipäätään koulutus sylissäpitohoitoon nähtiin tärkeänä, jotta työntekijä ymmärtäisi hoidon hyödyt lapsen kannalta. Sylissäpito-tilanteet herättivät kuitenkin enemmän kielteisiä tunteita, vaikka työntekijät suhtautuivat sylissä pitämiseen positiivisesti. Työntekijät kokivat muun muassa voimattomuutta, suuttumusta ja pahaa oloa lapsen puolesta, turhautumista, epävarmuutta, pelkoa ja vihaa. Työntekijät pyrkivät kuitenkin sulkemaan omat tunteensa tilanteen ulkopuolelle, jotta ne eivät vaikuttaisi sylissäpito-tilanteiden toteutukseen. (Huttunen & Kananen 2001.)

2.5 Fyysinen kiinnipito päiväkodissa

Tutkittua tietoa lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä päiväkodissa, edellä mainittua Huttusen ja Kanasen (2001) tutkimusta lukuun ottamatta, ei juuri ole. Lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä käydään kuitenkin kiivasta keskustelua esimerkiksi Internetin keskustelupalstoilla ja omat kokemukseni päiväkodeista kertovat sen, että lasten fyysistä kiinnipitoa tapahtuu. Myös se, että MAPA ja AVEKKI (Aggressio, Väkivalta, Ennaltaehkäisy/Hallinta, Kehittäminen, Koulutus, Integraatio) -koulutusta tarjotaan päiväkotien työntekijöille, kertoo siitä, että fyysistä kiinnipitoa käytetään ja tarvitaan päiväkodeissa.

Fyysisen kiinnipidon yleisyydestä päiväkodeissa ei ole tehty koko Suomen kattavaa tutkimusta. Helsingissä tehdyn selvityksen mukaan vuonna 2008 tammi-toukokuun käsittävän ajanjakson aikana fyysistä kiinnipitoa käytettiin 227 lapsen kohdalla, joka oli noin 1,2 prosenttia kaikista alueen hoidossa olevista lapsista (Eoak 4171/2006). Sen sijaan tutkimuksia lasten ja nuorten fyysisen kiinnipitämisen yleisyydestä psykiatrisen sairaalahoidon piirissä on tehty muutamia. Aurelan (1995) tutkimuksen 5,5 kuukauden seurantajakson aikana kiinnipito-tilanteita oli yhteensä 46. Tilanteet olivat kestoltaan keskimäärin 39,7 minuuttia, josta noin puolet ajasta käytettiin rentoutumiseen ja keskusteluun. (Aurela 1995, 30–31.)

Sourander ym. (2002) tutkivat rajoittamistoimenpiteiden (terapeuttinen kiinnipito, mekaaninen rajoittaminen, eristäminen ja jäähy) käyttöä psykiatrisessa osastohoidossa. Vuoden aikana tutkimuksessa mukana olleista 504 lapsesta ja nuoresta 40 prosenttia koki hoidossa oloaikana rajoittamistoimenpiteitä. Jäähyä käytettiin 28,2 %, terapeuttista kiinnipitoa 26,4 %, eristämistä 8,5 % ja mekaanista rajoittamista 4 % kaikista rajoittamiskerroista yhteensä. Terapeuttista kiinnipitoa käytettiin yleensä nuorempiin alle 13-vuotiaisiin lapsiin, joilla oli ongelmia kiintymyssuhteissa, aggressiivista ja hallitsematonta käytöstä tai käyttäytymis- ja uhmakkuushäiriöitä. Myös ylivilkkaus- ja tarkkaamattomuushäiriöisiä ja autistisia lapsia hoidettiin terapeuttisen kiinnipidon avulla. (Sourander ym. 2002, 164–166.)

Päivähoitolaissa ei ole määritelty säännöstä, joka ohjaisi lapsen kiinnipitotilanteita päivähoitossa. Lastensuojelulaissa (2007/417) on määritelty, että kiinnipitämistä voidaan käyttää lastensuojelulaitokseen sijoitetun lapsen rajoitustoimenpiteenä tilanteessa, jossa lapsi tai nuori sekavan tai uhkaavan käyttäytymisen myötä vahingoittaisi itseään, muita henkilöitä tai ympäristöä. Kiinnipidon tulisi tällöin olla luonteeltaan hoidollista ja tilanteenmukaista. Lastensuojelulain lisäksi perusopetuslaissa (1998/628) on todettu opettajan ja rehtorin oikeudet voimankäyttökeinoihin. Opettaja tai rehtori voi käyttää häiritsevän oppilaan poistamiseksi luokasta välttämättömiä voimakeinoja kuitenkin huomioiden oppilaan iän, tilanteen uhkaavuuden ja vastarinnan vakavuuden. Sekä lastensuojelulaki että perusopetuslaki velvoittavat tekemään kirjallisen ilmoituksen lapseen tai oppilaaseen kohdistuvasta kiinnipitämisestä tai käytetyistä voimakeinoista.

Vaikka päivähoitolaista (Laki lasten päivähoitossa 1973/36) puuttuu säädös fyysisen kiinnipitämisen käytöstä hoidossa oleviin lapsiin, ovat useat kunnat kirjoittaneet itse oman ohjeistuksen fyysisen kiinnipidon käyttämiseen päivähoitossa. Ohjeistukset kiinnipidon käyttöön löytyvät esimerkiksi Jyväskylän, Helsingin, Espoon, Salon ja Porvoon kaupungeilta. Porvoon kaupungin ohjeistus sisältää muun muassa määritelmän sille, mitä fyysinen kiinnipitäminen on, milloin kiinnipito on perusteltua ja millaista yhteistyötä vanhempien kanssa tulee tehdä. Porvoon ohjeistuksessa on esitetty myös toimintamalli siitä, miten lapsen fyysisen kiinnipitämisen tulisi edetä ja lomake, joka tulee täyttää kiinnipitotilanteiden jälkeen. (Porvoon kaupunki, sivistyslautakunta 2013.) Se, että kunnat ovat tehneet omia ohjeistuksia ja raportointilomakkeita kiinnipitotilanteisiin, kuvaa varmasti sitä, että selkeitä ohjeita ja tietoa kiinnipidosta päivähoiton kentällä tarvitaan.

3 TUNNE-ELÄMÄN JA KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖT

Käyn läpi seuraavaksi tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä, sillä useimmissa fyysisistä kiinnipitoa käsittelevissä lähteissä lapset ja nuoret on kuvattu ylivilkkaiksi, uhmakkaiksi, aggressiivisiksi, masentuneiksi tai vaarallisiksi itseä tai muita kohtaan. Nämä kaikki ovat nimityksiä, joista voidaan käyttää ylempää käsitettä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt. Alle kouluikäisten lasten kohdalla tunnetumpi ja käytetympi käsite on sosioemotionaaliset ongelmat (Moilanen 2004, 201), mutta käytän tässä työssä itse kuitenkin käsitettä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt, sillä lähdekirjallisuudessa näitä käsitteitä käytetään enemmän.

Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden tiedetään lisääntyvän jatkuvasti ja niiden yleisyydestä annetaan hyvin vaihtelevia arvioita. Suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset arvioivat, että alle kouluikäisistä lapsista 6–20 prosentilla on tunne-elämän ja/tai käyttäytymisen häiriöitä (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti 2001; Egger & Angold 2006; Fuchs, Klein, Otto & von Klitzing 2013). Tunne-elämän ja käyttäytymishäiriöisten lasten hoito- ja tukimenetelmät voivat olla yhteisö-, perhe-, tai yksilötasolla tapahtuvaa toimintaa. Esimerkiksi erilaisia terapioita kuten perheterapiaa, theraplay-hoitoa, kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapiaa tai taideterapiaa käytetään eri tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoidossa. Lapsen fyysinen kiinnipito on vain yksi lapsen hoito- tai tukikeino. Myös lääkehoitoa käytetään, ja lääkkeitä voidaan käyttää joko tietyn oireen esimerkiksi keskittymättömyyteen tai tietyn sairauden kuten masennuksen hoitoon. (Piha 2004a, 399–401.)

3.1 Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden määrittely

Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden määrittely ei ole yksiselitteistä, sillä määrittelmä on sidoksissa kulttuuriin, historiaan, ihmiskuvaan ja määrittelijän näkökulmaan sekä määrittelmän tarkoitukseen. Esimerkiksi tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden määrittely lääketieteellisestä, pedagogisesta tai sosiologisesta näkökulmasta voivat antaa hyvinkin erilaisen kuvan lapsesta tai nuoresta. (Ruoho ym. 2001.) Suomessa lääketieteellisen määrittelyn apuna käytetään joko Maailman terveysjärjestön luokitusta ICD-10 tai yhdysvaltalaisista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmää DSM-IV/DSM-V.

Yleisesti käytössä on tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden jako internalisoiviin ja eksternalisoiviin häiriöihin (Moilanen 2004, 201). Ruoho ym. (2004) käyttävät tästä jaosta käsitteitä sosiaaliset, ulospäin suuntautuvat, ja emotionaaliset, sisäänpäin suuntautuvat vaikeudet. Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden ulkoisia ja sisäisiä piirteitä ovat kuvanneet muun muassa Wiedebusch ja Petermann (Koglin & Petermann 2011). *Ulospäin suuntautuneen* käyttäytymishäiriön piirteitä ovat toistuva negatiivisten tunteiden kokeminen, haasteet tunteiden hallinnassa vertaisia enemmän, omien ja muiden tunteiden tunnistamisen ja nimeämisen haasteet sekä alhaisempi tunneäly ja empatiakyky. Ulkoisiksi käyttäytymishäiriöiksi ymmärretään muun muassa aggressiivinen käytös, tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöt sekä käytöshäiriöt (DSM-IV 1997; Moilanen 2004; Beyer & Guggenmos 2006; Furniss ym. 2006; THL 2011). *Sisäänpäin suuntautuneen* käyttäytymishäiriön piirteet ilmenevät lapsen vaikeuksina omien tunteiden hallinnassa ja ilmaisussa sekä haasteina toisten tunteiden tulkinnessa ja ymmärtämisessä. (Koglin & Petermann 2011.) Sisäisiksi käyttäytymishäiriöiksi luokitellaan ahdistuneisuushäiriöt, masennus ja somaattiset oireet. Taulukossa 1 on tehty jaottelua sisäisiin ja ulkoisiin käyttäytymishäiriöihin. (DSM-IV 1997; Moilanen 2004; Furniss ym. 2006; THL 2011.)

Vaikka edellä mainittua jaottelua tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöistä voidaan tehdä, yksittäisen lapsen kohdalla jaottelu ei useinkaan ole kuitenkaan selvä, sillä emotionaaliset ja sosiaaliset ongelmat esiintyvät usein yhtä aikaa (Ruoho ym. 2004, 250). Esimerkiksi noin 30–50 prosentilla ADHD-lapsista arvioidaan olevan ongelmia aistitiedon käsittelyssä ja motoriikassa ja jopa 40 prosentilla ADHD-lapsista on oppimisvaike-

uksia. Yleisiä liittännäisoireita ADHD:n kanssa on myös muiden tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden esiintyminen. (Kadesjö & Gillberg 2001; Moilanen 2012b, 140–143; Kauffman & Landrum 2013, 182–183.)

TAULUKKO 1 Jaottelu sisäisiin ja ulkoihin käyttäytymishäiriöihin (DSM-IV 1997; Moilanen 2004; Furniss ym. 2006; THL 2011)

Ulkoiset käyttäytymishäiriöt	Sisäiset käyttäytymishäiriöt
<ul style="list-style-type: none"> • Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt • Oppimisen häiriöt • Käytöshäiriö • Uhmakkuushäiriö • Päihteiden käyttö • Rikollinen käyttäytyminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ahdistuneisuushäiriöt • Masennus • Pakko-oireinen häiriö • Valikoiva puhumattomuus • Dissosiaatiohäiriöt • Itsetuhoinen käyttäytyminen • Somaattisesti ilmenevät psyykkiset oireet ja häiriöt

Käyn läpi seuraavaksi yleisimpiä lasten fyysisen kiinnipidon yhteydessä käsiteltyjä ulkoisia ja sisäisiä käyttäytymishäiriöitä.

3.1.1 Ulkoiset käyttäytymishäiriöt

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöistä käytetään useimmiten nimitystä ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), ja noin 10 prosentilla lapsista esiintyy oireita ja 2–5 prosenttia lapsista täyttää ADHD:n diagnostiset kriteerit. Pojilla ADHD on kolme kertaa yleisempää kuin tytöillä. (Almqvist 2004a, 240.) ADHD:n diagnosoinnissa käytetään tavallisesti DSM-luokitusta, jossa ADHD jaetaan kolmeen alatyypin: pääasiallisesti tarkkaamattomuustyyppi, pääasiallisesti yliaktiivis-impulsiivinen tyyppi tai yhdistynyt tyyppi. Pääasiallisesti tarkkaamattomuustyyppistä käytetään myös nimitystä ADD (attention deficit disorder). (Moilanen 2012a, 39.)

ADHD:n keskeisiä oireita ovat keskittymiskyvyn puute, impulsiivisuus ja yliaktiivisuus. Keskittymiskyvyn puute ilmenee esimerkiksi leikin lyhytjänteisyytenä, vaikeuksina ohjeiden noudattamisessa ja tavaroiden hukkaamisena. ADHD-lapset ärsyyntyvät myös ulkopuolisista ärsykkeistä helposti. Impulsiivisuus näkyy esimerkiksi lapsen vaikeutena odottaa vuoroaan, kysymyksiin vastaamisena ennen kuin kysymys on esitetty loppuun

tai toisten puheen keskeyttämisenä. Yliaktiivisuus tulee usein ilmi fyysisenä levottomuutena ja ylimääräisenä liikkumisena sekä vaikeutena hallita omaa käyttäytymistä tilanteissa, joissa tulisi olla rauhallinen. (Moilanen 2012a, 35–36.) ADHD-lapsen motoriset taidot ovat usein myös vertaisiaan heikkommat. Tämän vuoksi lapset satuttavat itseään useammin ja hienomotoriset toiminnot, kuten napittaminen ja kengännauhojen solmiminen, aiheuttavat haasteita vielä ikätovereita kauemmin. (Almqvist 2004a, 245.)

Tarkkaamattomuustypin, ADD-lapsien, käyttäytymistä kuvaa parhaiten toiminnan hitaus. Lapsella on vaikeuksia toiminnan aloittamisessa, ylläpitämisessä ja ohjaamisessa. ADD:n oireet voi kuvata tiivistetysti: ei keskity, ei kuule, ei muista, ei suunnittele, ei tee. ADD-lapsilla ei kuitenkaan ole haasteita tarkkaavuuden ylläpitämisessä, sillä he voivat keskittyä pitkiäkin aikoja heille mieluisaan asiaan. Usein myös luullaan, että ADD-lapsilla on huono kuulo, mutta tämä ei pidä paikkaansa. Keskittyminen mieluisaan kahdenkeskiseen keskusteluun onnistuu vaivatta, mutta isossa ryhmässä tarkkaavuuden ylläpitäminen ei välttämättä onnistu, sillä mielenkiinto keskusteluun loppuu, kun keskustelun juoni katoaa. (Leppämäki 2012, 47–48.)

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsen tai nuoren toistuvaa ja pitkäkestoista epäsosiaalista käyttäytymistä, joka rikkoo ikäkauteen kuuluvia sosiaalisia normeja ja muiden perusomaisuuksia (Suvisaari & Manninen 2009, 2459). Tutkimukset antavat hyvin vaihtelevia arvioita käytöshäiriöiden esiintyvyydessä lapsuudessa ja nuoruudessa, sillä käytöshäiriöitä voidaan määritellä hyvin monella eri tapaa. Kuitenkin kansainvälisten tutkimuksien mukaan noin 4–12 prosenttia 10–11-vuotiasta lapsista kärsii käytöshäiriöistä (Huttunen 2012). Kim-Cohenin ym. (2005) tutkimuksen 4½–5-vuotiasta lapsista 6,6 prosentilla lapsista oli käytöshäiriö. Poikien riski käytöshäiriöön viiden vuoden iässä oli 3–5-kertainen tyttöihin verrattuna. (Kim-Cohen ym. 2005, 1109.)

Kauffman ja Landrum (2013) jaottelevat käytöshäiriöt epäsosiaaliseen käytöshäiriöön ja sosiaaliseen käytöshäiriöön. Epäsosiaalinen käytöshäiriö ilmenee impulsiivisuutena, itsepäisyytenä, kiusaamisena, ongelmina ystävyysuhteissa, uhkailuna ja väkivaltana toisia kohtaan. Sosiaalinen käytöshäiriö taas on vaikeammin huomattavissa ja sille on ominaista negatiivisuus, valehtelu, ilkivalta ja päihteidenkäyttö. (Kauffman & Landrum 2013, 201–203.) Suomessa käytöshäiriön määrittelyssä käytetään ICD-10 tautiluokitus-

ta, jossa käytöshäiriöt jaetaan neljään eri luokkaan: perheen sisäinen käytöshäiriö, epä-sosiaalinen käytöshäiriö, sosiaalinen käytöshäiriö ja uhmakkuushäiriö. Omiksi diagnooseiksi ICD-10 määrittelee vielä hyperkineettisen käytöshäiriön ja samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt. (THL 2011.)

Perheen sisäisessä käytöshäiriössä lapsen tai nuoren oireilu rajoittuu perheen sisälle, vuorovaikutussuhteiden ollessa normaaleja kodin ulkopuolella. Oireet tulevat esille väkivaltaisuuksina, omaisuuden tuhoamisena ja perheenjäseniltä varastamisena ja oireet ovat erittäin vakavia. *Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä* lapselle tai nuorelle on ominaista epäsosiaalinen ja aggressiivinen käytös sekä haasteet pitkäkestoisissa ja vastavuoroisissa toverisuhteissa. *Sosiaalisessa käytöshäiriössä* lapsella on läheisiä ihmissuhteita vertaistensa kanssa, mutta ystäväpiiri syyllistyy epäsosiaaliseen käyttäytymiseen. *Uhmakkuushäiriössä* oireilu on käyttäytymishäiriötä lievempää, poikkeavaa tottelematonta käytöstä, riitelyä, sääntöjen noudattamattomuutta, ärsyntyä ja pahantuulisuutta. Uhmakkuushäiriö on tyypillistä 7–12-vuotiaille lapsille ja sillä ei tarkoiteta pienten lasten normaaleja uhmaikäkausia. (Suvisaari & Manninen 2009, 2459; Huttunen 2013.)

3.1.2 Sisäiset käyttäytymishäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt

Erilaiset pelot, lievä stressi ja jännittyneisyys kuuluvat lapsuuteen. Mutta kun pelot muuttuvat kohtuuttomiksi ja ne vaikuttavat esimerkiksi lapsen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja nukkumiseen, voidaan puhua ahdistuneisuushäiriöstä. (Kauffman & Landrum 2013, 272.) ICD-10 luokittelun mukaisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat *lapsuuden eroahdistushäiriö*, *lapsuusiän pelko- ja ahdistushäiriö*, *sosiaalinen ahdistushäiriö*, *sisarus-kateushäiriö* ja *lapsuuden yleistynyt ahdistushäiriö*. ICD-10 mukaisen luokittelun käyttö on luotettavaa 4–5-ikävuodesta eteenpäin. (Moilanen 2004, 205; THL 2011.) Vaikka pienten lasten tiedetään kokevan ahdistuneisuushäiriötä, tutkimus aiheesta on vähäistä. Tehdyissä tutkimuksissa noin 5 prosentilla alle kouluikäisistä lapsista on arvioitu olevan ahdistuneisuushäiriötä. (Spence, Rapee, McDonald & Ingram 2001, 1293; Moilanen 2004, 205.)

Ahdistuneisuushäiriöiden luotettava arvioiminen ja tunnistaminen alle neljävuotiailla lapsilla on kuitenkin haastavaa (Moilanen 2004, 205). 0–3-vuotiaiden lasten tunne-

elämän ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosointiin on tehty Zero to Three -diagnostinen luokittelujärjestelmä. Luokittelujärjestelmässä on seitsemän pääryhmää (traumaattinen stressihäiriö, mielialahäiriöt, sopeutumishäiriöt, säätelyhäiriöt, nukkumis- ja syömiskäyttäytymisen häiriöt sekä vuorovaikutuksen ja kommunikaation häiriöt) ja näiden alla vielä tarkempia alaryhmiä, joihin lapsen ahdistuneisuus voidaan luokitella. (Savonlahti.)

Pikkulasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden oireet voivat ilmetä monella eri tapaa ja ovat usein hyvin kokonaisvaltaisia ja kehollisia. Oireet voivat ilmetä esimerkiksi painajaisina ja nukahtamisongelmina, ahdistuksena, erilaisina pelkoina, leikkimisen vähentymisenä ja sosiaalisista suhteista vetäytymisenä. Myös lisääntynyt aggressiivisuus, alakuloisuus, taantuminen opituissa taidoissa, motorisen toiminnan yli- tai aliohjaavuus tai häiriöt vuorovaikutussuhteissa voivat kertoa pikkulapsen tunne-elämän ja käyttäytymishäiriöistä. (Tamminen 2004a, 193–197; Savonlahti.) Pienten lasten psyykkisten häiriöiden arvioimisessa kokonaisvaltainen lapsen kehityksen ja erityisesti perheen vuorovaikutussuhteiden arvioiminen on tärkeää. Lapsi-vanhempi-vuorovaikutussuhteen tukemista ja laadullista parantamista pidetään olennaisena myös pienen lapsen psyykkisten häiriöiden hoidossa. (Tamminen 2004a, 198–199.)

Masennus

Toisin kuin aiemmin luultiin myös alle kouluikäiset lapset voivat kokea masennusta. Masennuksen diagnostiset kriteerit ovat samat kuin aikuisilla, mutta masennuksen oireet näyttävät eri tavoin. (Bhatia & Bhatia 2007, 73.) Arvioit masentuneisuuden esiintyvyydestä lapsuudessa vaihtelevat 0,1 prosentista viiteen prosenttiin (Bhatia & Bhatia 2007; Huttunen 2011; Kauffman & Landrum 2013). Masennuksen pääoireita ovat masentunut mieliala, kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa tai mielihyvää, voimattomuus, väsymys ja aktiivisuuden väheneminen (Räsänen 2004, 219).

Vauva- ja pikkulapsi-ikäisen, 0–3 vuotiaan, lapsen masennus on yleensä anakliittistä depressiota, joka kehittyy pienen lapsen menettäessä äkillisesti läheisen ihmissuhteen esimerkiksi toisen tai molemmat vanhempansa (Huttunen 2011). Nykytiedon mukaan pienen lapsen masennus voi alkaa myös heti syntymän jälkeen tai kehittyä myöhemmin vauvaiässä (Räsänen 2004, 220). Pikkulasten masennusta on syytä epäillä, jos lapsi ei kahden kuukauden iässä tavoita katseellaan aikuisen silmiä tai kasvoja eikä hänellä ole

sosiaalista hymyä. Myös vokaalisen vastavuoroisuuden puuttuminen voi olla merkki lapsen masennuksesta. Masennus ilmenee vauvoilla ja pikkulapsilla muun muassa kehityksen pysähtymisenä tai taantumisenä, runsaana itkuna, ärtyisyytenä tai unirytmien puuttumisena. Masentuneella pikkulapsella voi olla tyhjä katsekontakti, iloton ilme ja innostus ympäristön tutkimiseen ja liikkumiseen puuttuvat. Lisäksi lapsen ja vanhemman välisen kiintymyssuhteen muodostumisessa on haasteita. (Räsänen 2004, 220; Huttunen 2011.)

Masennus näkyy leikki-ikäisen, 3–5 vuotiaan, lapsen käyttäytymisessä mielialojen vaihteluna, motorisena levottomuutena, ilottomuutena ja synkkyytenä. Lapsen leikeissä ilmenee tuhon ja kuoleman elementtejä ja leikkikavereiden löytäminen on haastavaa. (Huttunen 2011; Luby ym. 2002, 344–346.) Masentunut lapsi voi myös takertua vanhempiinsa ja kokea eroahdistusta sekä somaattisia oireita kuten päänsärkyä ja vatsakipua. Masennuksen pitkittyessä lapsen käyttäytyminen muuttuu yleensä aggressiiviseen ja tuhoavaan suuntaan ja lapsessa näkyy myös itsetuhoisia piirteitä. Itsetuhoisuus lapsessa ilmenee esimerkiksi karkailuna ja tapaturma-alttiutena. (Räsänen 2004, 220.)

3.2 Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden taustatekijöitä

Tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteiden taustalla oletetaan olevan biologisia ja psykologisia tekijöitä sekä perheeseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Tutkimuksien mukaan ei kuitenkaan voida sanoa, että tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt johtuvat pelkästään biologisista tekijöistä tai ympäristöstä (Kauffman & Landrum 2013, 99). Nykyään tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä selitetään myös biopsykososiaalisen mallin avulla (Cooper, Bilton & Kakos 2012, 90–91).

Biologisista tekijöistä käyttäytymishäiriöiden taustalla voivat vaikuttaa geenit, aivovaurio tai aivojen vajaatoiminta, aliravitsemus ja muut terveystekijät sekä temperamentti. Tutkimukset ovat vahvistaneet, että geenit vaikuttavat lapsen käyttäytymiseen ja näin ollen ne ovat myös tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden taustalla. Arviolta noin puolet häiriöistä perustuu geneihin. Tiettyihin kromosomipoikkeavuuksiin liittyy neurologisten häiriöiden lisäksi tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä, mutta kuitenkin

yksittäistä geeniä, joka olisi esimerkiksi masennuksen syynä, ei ole pystytty määrittelemään. (Kauffman & Landrum 2013, 100–101.)

Lapsi voi saada aivovaurion sikiöaikana, synnytyksessä tai syntymän jälkeen esimerkiksi onnettomuudessa. Kauffmanin ja Landrumin (2013, 103) mukaan lähes jokaisen tunne-elämän tai käyttäytymisen häiriön osasyynä ovat poikkeavuudet aivojen rakenteissa tai välittäjäaineissa. Esimerkiksi aggression ja masennuksen kohdalla tiedetään, mitkä aivojen alueet tai välittäjäaineet ovat poikkeavia (Mervaala & Räsänen 2004, 32). Lisäksi pienten lasten aliravitsemuksen tiedetään vaikuttavan lapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen heikentävästi. Mutta jo lievemmät puutokset ravinnossa, kuten tarvittavien vitamiinien puutos, voi vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen. Kuitenkaan tutkimukset eivät ole pystyneet todistamaan, että aliravitsemuksella olisi suuri rooli tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden synnyssä. (Kauffman & Landrum 2013, 103–105.)

Myös temperamentti vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen ja tunteisiin. Temperamentti on lapsen synnynnäinen, biologisesti määritelty, ja suhteellisen pysyvä tapa käyttäytyä ja reagoida. Temperamentiksi saatetaan ymmärtää helposti vain ”temperamenttinen” henkilö, joka on impulsiivinen ja räiskähtelevä. Temperamenttiin kuuluvat myös esimerkiksi ujous ja sosiaalisuus. Bussin ja Plomin temperamenttiteorian mukaan ihmisen temperamentti koostuu emotionaalisuudesta, aktiivisuudesta ja sosiaalisuudesta. Nämä kolme piirrettä ovat jokaisella, mutta esiintyvät eri tavoin ja muodostavat näin jokaisen oman henkilökohtaisen temperamentin. (Keltinkangas-Järvinen 2004, 36–42, 71–73.)

Usein lapsen temperamenttia kuvataan joko helpoksi tai vaikeaksi. Helpolle temperamentille on ominaista säännöllisyys, sopeutuvaisuus, positiivinen reagointi uusiin ärsykkeisiin ja positiivinen mieliala. Vaikeaa temperamenttia kuvaa taas epäsäännöllisyys biologisessa rytmissä, hidas sopeutuminen muutoksiin ja negatiivinen mieliala. Kuitenkaan yksistään helppo tai vaikea temperamentti ei vaikuta ulkoisen tai sisäisen käyttäytymishäiriön syntyyn. Häiriön syntyyn vaikuttaa se, miten lapsen sosiaalinen ympäristö reagoi lapseen. Esimerkiksi, jos lapsen ja vanhemman temperamentit poikkeavat toisistaan tai jos vanhempi reagoi negatiivisesti lapsen haastavaan temperamenttiin, voi tämä johtaa myöhemmin ilmeneviin tunne-elämän ja/tai käyttäytymishäiriöihin. (Kauffman & Landrum 2013, 106–108.)

Biologisten tekijöiden lisäksi *perhe* vaikuttaa lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden syntyyn. Tutkimukset ovat osoittaneet, että perheen struktuurilla (ydinperhe,

uusperhe, yksihuoltajaperhe) ei ole suurta merkitystä häiriöiden syntyyn. (Kauffman & Landrum 2013, 118.) Yksihuoltajaperheissä riski on kuitenkin hieman korkeampi, joka voi johtua vanhempien eron aiheuttamasta traumasta, äidin vaikeudesta pitää yllä auktoriteettia tai lapsen kantaessa syyllisyyttä vanhempien erosta (Kauffman & Landrum 2003, 118; Piha 2004b, 70–71). Suurempi merkitys lapselle on perheen sisäisellä vuorovaikutuksella ja kasvatustyyllillä. Auktoritatiivisella kasvatuksella on todettu olevan suurin merkitys lapsen käyttäytymisen kehitykselle ja vähentävän aggressiivista sekä vetäytyvää käytöstä kouluiässä. (Kauffman & Landrum 2013, 120–121.)

Kiintymyssuhde muodostuu lapsen ja huoltajan välisessä vuorovaikutuksessa ja erilaisia kiintymyssuhteille ovat turvallinen, turvaton-välttelevä, turvaton-ristiriitainen ja kaoottinen kiintymyssuhde. Vanhempien ja lapsen välisen kiintymyssuhteella ja sen laadulla on todettu olevan vaikutusta lapsen psyykkiselle kehitykselle. Turvattomien ja kaoottisten kiintymyssuhteiden on havaittu ennustavan lapsuuden psyykkisiä häiriöitä, käytöshäiriöitä, vaikeuksia toverisuhteissa, riitoja perheen sisällä ja lapsen huonoa itse-tuntoa. (Tamminen 2004b, 51–52.)

Jokaiseen *kulttuuriin* kuuluu oma kieli, kulttuuri-identiteetti, arvot ja odotukset sopivasta käyttäytymisestä sekä vuorovaikutuksesta. Näin ollen myös kulttuuri, jossa lapsi ja perhe elävät, vaikuttaa perheen arvoihin, asenteisiin ja kasvatustyyliin. Lapsen kasvaessa ja kehittyessä hänen omat asenteensa ja käyttäytymisensä ohjautuvat samaan suuntaan kuin yhteisön, ystävien ja perheen. (Kauffman 2013, 157.) Kulttuurin merkitystä lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden tarkastelussa ei siis voi ohittaa, mutta kansainväliset tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että psyykkisiä häiriöitä esiintyy saman verran eri maissa (Almqvist 2004b, 78).

Myös monet *yhteiskunnalliset tekijät* kuten asuinympäristö, perheen sosioekonominen asema, media ja ystäväpiiri vaikuttavat lasten psyykkiseen kehitykseen ja mielenterveyteen (Almqvist 2004b, 77). Vanhempien voi olla vaikea opettaa lapselle moraalista ajattelua, turvallisuutta ja yhteenkuuluvuutta, jos asuinalue ei ole turvallinen, sosiaaliset ongelmat suuria ja asuinolot ovat huonot. Tutkimukset ovatkin osoittaneet, että suurkaupunkien lapsilla on enemmän psyykkisiä häiriöitä kuin pienten paikkakuntien lapsilla. (Almqvist 2004b, 78–79; Kauffman & Landrum 2013, 167–168.) Sosioekonomisen aseman ja sosiaaliluokan on tutkittu olevan yhteydessä lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin ja sosioekonomisen aseman laskiessa häiriöt lisääntyvät (Almqvist

2004b, 79). Alhaiseen sosioekonomiseen asemaan liittyy yleensä myös riitoja perheessä, heikkoa vanhemmuutta ja heikentyneitä asuinoloja, jotka lisäävät lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä. Alhainen sosioekonominen asema ei kuitenkaan tarkoita, että lapsella olisi aina tunne-elämän tai käyttäytymisen häiriöitä ja myös ylemmissä sosiaaliluokissa esiintyy käyttäytymisen häiriöitä. (Almqvist 2004b, 79; Kauffman & Landrum 2013, 169.)

Lapsen ystäväpiiri ja media vaikuttavat etenkin kouluikäisen lapsen ja nuoren käyttäytymiseen. Pienten lasten kohdalla ystäväpiiri on merkityksellinen lapsen sosiaalisten taitojen, minäkuvan ja identiteetin kannalta. Ryhmässä lapsi oppii asenteita ja sääntöjä, jotka muokkaavat lapsen käytöstä. Päiväkoti-ikäinen lapsi voi jäädä myös ilman ystäviä ja yksinäisyys vaikuttaa lapsen psyykkiseen hyvinvointiin. (Almqvist 2004b, 81.) Tutkimus pienten lasten median käytöstä paljastaa, että päiväkotikäiset lapset käyttävät mediaa monipuolisesti. Osa päiväkotikäisistä lapsista saa käyttää mediaa myös yksin ilman aikuisen valvontaa. (Kotilainen 2011.) Tutkimusta median vaikutuksesta lasten käyttäytymiseen ei vielä ole paljoa, mutta joitakin tutkimustuloksia on siitä, että lapset oppivat eri medioista ei-toivottuja asenteita ja käytösmalleja ja liiallisella television katselulla on negatiivinen vaikutus lapsen käyttäytymiseen. (Kauffman & Landrum 2013, 163.)

Lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden taustalla voi siis olla biologisia tai yhteiskunnallisia tekijöitä tai perheeseen ja kulttuuriin liittyviä tekijöitä. Mikään näistä ei kuitenkaan yksistään yleensä selitä häiriöitä. Esimerkiksi vanhempien laiminlyödessä pienen lapsen huolenpidon, tämä voi vaikuttaa lapsen kognitiiviseen ja sosiaaliseen kehitykseen, mikä taas voi vaikuttaa lapsen sosiaalisiin taitoihin ja käyttäytymiseen. Tätä mallia, jossa biologiset tekijät ja ympäristötekijät vaikuttavat sekä toisiinsa että lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen kehitykseen, sanotaan biopsykososiaaliseksi malliksi. Biopsykososiaalisen mallin avulla on mahdollista tarkastella lapsen tunne-elämän tai käyttäytymisen häiriöiden syitä monesta eri näkökulmasta. Näin voidaan mahdollisesti löytää ongelmien ensisijainen aiheuttaja ja suunnitella tämän kautta tukitoimia lapselle. (Cooper ym. 2012, 90–91.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa käsittelen tutkimukseni toteuttamista. Luvun aluksi esittelen tutkimukseni tehtävän ja tutkimuskysymykset ja tämän jälkeen tarkastelen laadullista tutkimusotetta. Lisäksi esittelen tutkimukseni kohdejoukon ja aineistonkeruumenetelmäni sekä luvun loppuksi käyn läpi aineistoni analyysin.

4.1 Tutkimuksen tehtävä ja tutkimuskysymykset

Fyysisestä kiinnipidosta löytyvä kirjallisuus on melko vanhaa, sitä löytyy 1970–90-luvuilta ja tuoreimmat tutkimukset 2000-luvulta pohjautuvat samoihin lähteisiin, joita itsekkin käytän tutkimuksessani. Lisäksi aiheesta tehty tutkimus liittyy lähinnä psyykkisesti sairaiden lasten sairaalahoitoon tai terapiaan. Päiväkotikontekstissa ei ole tehty lapsen fyysiseen kiinnipitoon liittyen tutkimusta lukuun ottamatta Huttusen ja Kanasen (2001) opinnäytetyötä. Vaikka fyysisestä kiinnipidosta löytyvä kirjallisuus on rajallista, eikä mikään laki tai ohjeistus ohjaa päiväkodin työntekijöitä toimimaan lapsen kiinnipitotilanteissa, olen itse ollut näkemässä kiinnipitotilanteita ja kuullut, että fyysistä kiinnipitoa käytetään päiväkodeissa enemmän kuin mitä siitä puhutaan.

Tutkimukseni tehtävänä on selvittää päiväkodin työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä päiväkodissa. Koska fyysinen kiinnipito voidaan ymmärtää monella eri tapaa, olen kiinnostunut siitä, mitä päiväkotihenkilöstö käsittää fyysisen kiinnipidon olevan, mitkä ovat fyysisen kiinnipidon tavoitteet ja käytänteet päiväkodissa. Olen myös kiinnostunut tutkimaan päiväkodin työntekijöiden tunnekokemuksia kiinnipitotilanteissa ja sitä, miten henkilökunta käsittelee kiinnipitotilanteita jälkikäteen.

Tutkimustehtävää tarkentavat kysymykset ovat:

1. Mitä päiväkodin työntekijät käsittävät lapsen fyysisen kiinnipidon olevan päiväkodissa?
 - 1.1 Mitkä ovat lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet päiväkodissa?
 - 1.2 Mitä lapsen fyysinen kiinnipitäminen on käytännössä?
 - 1.3 Millaisissa tilanteissa lapsen fyysistä kiinnipitoa käytetään?

2. Millaisia kokemuksia päiväkodin työntekijöillä on lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä?
 - 2.1 Millaisia tunnekokemuksia fyysiset kiinnipitotilanteet herättävät päiväkodin työntekijöissä?
 - 2.2 Miten päiväkodin työntekijät käsittelevät lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita jälkikäteen?

4.2 Laadullinen tutkimus

Tutkimukseni tavoitteena on selvittää, mitä päiväkodin työntekijät ymmärtävät lapsen fyysisen kiinnipidon olevan sekä tutkia, millaisia tunteita työntekijät kiinnipitotilanteissa kokevat. Tutkimukseni toteuttamiseksi laadullinen tutkimus sopii hyvin siksi, että laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja eläytyä ihmisten tunteisiin, ajatuk-

siin ja motiiveihin. Laadullista tutkimusta käytetään myös silloin, kun halutaan tutkia jotain uutta ilmiötä tai aihetta. (Mason 2006; Silverman 2006, 34; Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.) Koska lasten fyysistä kiinnipitoa on tutkittu hyvin vähän, sopii laadullinen tutkimus myös tämän vuoksi työni lähestymistavaksi.

Laadullinen tutkimus voidaan kuvata ikään kuin sateenvarjona, jonka alle mahtuu useita erilaisia menetelmiä tutkia sitä, miten ihmiset ymmärtävät ja kokevat ympäröivän maailman (Given 2008, xxix). Omassa tutkimuksessani on piirteitä sekä fenomenologisesta että fenomenografisesta tutkimuksesta, mutta tutkimukseni ei aivan täytä näiden tutkimusotteiden kriteereitä. Työni tavoitteena on selvittää yksilöiden kokemuksia ja käsityksiä, samoin kuin fenomenologisessa tutkimuksessa. Fenomenologinen tutkimus on kuitenkin tutkimusta ensimmäisen asteen näkökulmasta, eli se pyrkii kuvaamaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kokonaisuudessaan (Niikko 2003, 18–29). Omassa tutkimuksessani en kuitenkaan pyri luomaan yhtä kokonaiskuvaa käsitteestä ”lapsen fyysinen kiinnipito päiväkodissa”, vaan sen sijaan haluan saada esille erilaisia tapoja ymmärtää, mitä lapsen fyysinen kiinnipitäminen päiväkodissa on. Näin ollen tutkimuksessani oli toisen asteen näkökulma, joka pyrkii kuvaamaan erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Tämä toisen asteen näkökulma on ominaista fenomenografiselle tutkimukselle. (Niikko 2003, 25.)

Tutkimukseni ei kuitenkaan ole täysin fenomenografinen, sillä tutkimustuloksiani ei ole esitetty hierarkisena luokitteluna. Martonin (1988) mukaan fenomenografia on tutkimusmetodi, jolla tutkitaan *laadullisesti erilaisia tapoja* kokea, käsittää, havaita ja ymmärtää ympäröiviä ilmiöitä. Paakkarin (2012, 26) mukaan fenomenografisen tutkimuksen tulokset esitetään tulosavaruuden avulla, jossa erilaiset ymmärtämisentavat muodostavat kategorioita. Nämä kategoriat ovat hierarkisessa suhteessa toisiinsa: ylemmän tason kategoriat ovat alemman tason kategorioita kehittyneempiä rakenteeltaan tai sisällöltään. (Paakkari 2012) Esimerkiksi oppimisessa ulkoa muistamista voidaan pitää laadullisesti, eli hierarkisesti, alemman tason toimintana kuin oppimista reflektointina.

Omassa tutkimuksessani olen kiinnostunut työntekijöiden käsitysten eroista ja pyrin kuvaamaan laajasti kaikkia erilaisia ymmärtämisen tapoja. En mielestäni kuitenkaan pysty laittamaan työntekijöiden käsityksiä lapsen fyysisestä kiinnipidosta mihinkään hierarkiseen järjestykseen sen perusteella, miten toisen työntekijän käsitys olisi kehittyneempi, laaja-alaisempi tai jäsentyneempi kuin toisen työntekijän. Tässä tutkimukses-

sa kaikki työntekijöiden vastaukset ovat samanarvoisia ja yhtä tärkeitä suhteessa tutkimuskysymyksiin. Tavoitteenani on tuoda esille erilaisten ymmärtämisen ja kokemisen tapojen kirjo, joten laadullinen tutkimus, jossa on piirteitä fenomenografiasta, sopii tutkimukseni toteuttamiselle parhaiten.

4.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston hankinta

Tutkimukseni kohdejoukoksi valitsin päiväkodin kasvatusvastuulliset työntekijät eli lastenhoitajat, lastentarhanopettajat ja erityislastentarhanopettajat. En halunnut rajata kohdejoukkoa tiettyyn ammattiryhmään, sillä kaikki päiväkodin työntekijät voivat joutua käyttämään työssään fyysistä kiinnipitoa. Keräämällä aineiston eri ammattinimikkeellä työskenteleviltä henkilöiltä, pyrin saamaan vastauksia eri ammattinimikkeiden ja koulutuksien saaneilta henkilöiltä ja mahdollistamaan kaikkien päiväkodissa työskentelevien kasvatusvastuullisten työntekijöiden kuulemisen.

Tutkimuksen kohdejoukon rajaamiseksi kaikista Suomen päiväkodeista työskentelevistä henkilöistä ja tutkimukseen osallistujien tavoittamiseksi alkuperäinen suunnitelmani oli lähestyä Helsingin, Jyväskylän, Suonenjoen, Kuopion ja Oulun kaupunkien varhaiskasvatusjohtajia sähköpostitse. Olisin voinut valita tutkimuskaupungeiksi mitä tahansa muita kaupunkeja, sillä en tutkimuksessani ollut kiinnostunut vertailemaan vastaajien eroja tai samankaltaisuuksia asuinpaikkakunnan suhteen. Tarkoitukseni oli, että varhaiskasvatuksen johtajien kautta tutkimuspyyntöä (ks. liitteet 1 & 2) ja sähköisen kyselylomakkeen Internet-osoitetta olisi voinut lähettää eteenpäin päiväkotien työntekijöille, sillä kaupunkien varhaiskasvatuksen johtajilla on yleensä tiedossaan kaikkien kaupungin päiväkotien ja työntekijöiden sähköpostiosoitteet.

Alkuperäinen aineistokeruusuunnitelmani ei kuitenkaan osoittautunut toimivaksi, sillä osa tutkimuspyynnöllä lähestymistäni kaupungeista ilmoitti haluavansa ensin tutkimusluvan tutkimukselleni. En kuitenkaan ollut hakenut tutkimuslupia kaupungeilta, koska työni kohteena eivät olleet päiväkodit ja niiden käytänteet, vaan yksittäiset ihmiset ja heidän käsityksensä ja kokemuksensa.

Koska kaupunkien varhaiskasvatusjohtajat ja heidän kauttaan saatavilla olevat sähköpostilistat eivät toimineet kyselylomakkeen levityskanavana, päätin ottaa yhteyttä Suomen varhaiskasvatuksen erityisopettajat ry:n (SVEOT ry) puheenjohtajaan. Hänen kauttaan tietoa tutkimuksestani lähetettiin SVEOT ry:n kaikille jäsenille sähköpostilla. Lisäksi lähetin sähköisen kyselylomakkeeni Internet-osoitteen ja tietoa tutkimuksestani vuosina 2012–2013 alle kouluikäisten ja esiasteen erityisopetuksen erilliset erityisopettajan opinnot suorittaneille henkilöille. Käytin tutkimukseen osallistujien tavoittamiseksi apuna myös sosiaalista mediaa. Laitoin ilmoituksen tutkimuksestani Facebook.com-sivulla oleville ”Lastentarhanopettajat” ja ”Päiväkotien ideapankki” ryhmille, jotka ovat suljettuja ryhmiä, eli näiden ryhmien sivuille pääsevät vain sinne hyväksytyt facebook-käyttäjät.

Käytin tutkimuksessani aineistonkeruumenetelmänä sähköistä kyselylomaketta (liite 3), vaikkakin laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleisimmin haastatteluja, havainnointia ja erilaisia dokumentteja (Mason 2006, 25–33; Tuomi & Sarajärvi 2009, 719). Valitsin sähköisen kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäkseni kolmesta syystä. Ensinnäkin valitsin sähköisen kyselylomakkeen tutkimuksen arkaluontoisen aiheen vuoksi, sillä kyselylomakkeen avulla on mahdollista kysyä arkaluontoisista tai kiusallisista aiheista (Fabrigar & Ebel-Lam 2007, 809; Sue & Ritter 2007, 12). Osallistumiskynnys tutkimukseen vastaamiseen saattoi olla matalampi kyselylomakkeen myötä, sillä lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä keskusteleminen, esimerkiksi kasvotusten haastattelussa, olisi voinut olla vastaajille liian henkilökohtaista. Kyselylomakkeessa ei myöskään kysy missään vaiheessa osallistujan nimeä, asuinpaikkakuntaa tai työpaikan nimeä, joten kyselylomakkeen avulla vastaajan sekä työpaikan anonymiteetti oli taattu.

Tutkimukseni aiheeseen liittyy paljon tunteita ja erilaisia mielipiteitä sekä asenteita, joten omien mielipiteideni kätkeminen haastattelun aikana olisi voinut olla haastavaa. Toinen peruste kyselylomakkeen käytölle olikin se, että kyselylomaketta käytettäessä tutkija ei vaikuta läsnäolollaan tutkimuksen osallistujan vastauksiin. Toisin kuin esimerkiksi haastattelussa tutkijan asenteet voivat tulla esille siinä, miten hän esittää kysymykset. (Valli 2001, 101.) Haastattelutilanteessa neutraalina pysyminen olisi voinut olla erityisen haastavaa silloin, jos tutkimukseen osallistuja olisi ajatellut aiheesta eri tavalla kuin minä.

Kolmantena perusteluna kyselylomakkeen käytölle tässä tutkimuksessa olivat helppous ja aikataulut. Sähköiseen kyselyyn levittäminen Internetissä on nopeaa ja helppoa. Lisäksi tutkimukseen osallistuja pystyy vastaamaan kyselyyn, silloin kun se parhaiten itselle sopii. (Valli 2001, 101; Horner 2008, 956.) Aineistonkeruun ajankohtana sähköisen kyselylomakkeen käyttö sopi parhaiten omiin käytössä oleviini resursseihini. Lisäksi sähköisen kyselylomakkeen ja tutkimuspyynnön levittäminen oli nopeaa sen jälkeen, kun olin löytänyt sopivat henkilöt ja kanavat tutkimukselleni.

Tutkimuksen sähköisen kyselylomakkeen loin käyttäen apuna Kyselynetti.com-sivustoa, joka tarjoaa korkeakouluopiskelijoille mahdollisuuden ilmaiseen kyselytutkimuksen tekemiseen. Kyselylomakkeen suunnittelun aloitin tutkimuskysymyksistä käsin, millaisilla kysymyksillä saan vastauksia tutkimukseni kysymyksiin. Kyselylomakkeen alkuun sijoitin taustakysymyksiä, joissa kysyttiin muun muassa vastaajan ikää, koulutusta, nykyistä ammattinimikettä ja työkokemusta. Näiden kysymysten avulla minun oli mahdollista kuvata tutkimuksen vastaajajoukkoa ja vertailla vastuksia eri ammattinimikkeiden kesken. Taustakysymysten jälkeen oli pääosin avoimia kysymyksiä, muutama monivalintakysymys ja yksi arviointiasteikollinen kysymys (liite 3). Koetestasin kyselylomaketta neljällä lastentarhanopettajalla ja kysyin heiltä myös palautetta lomakkeesta. Saatujen palautteiden, koevastausten, työtäni ohjaavan opettajan avulla sekä seminaariryhmässä samaani opponoinnin perusteella muokkasin kyselylomakkeen ulkoasua, kysymysten järjestystä ja sanamuotoja yhteensä neljä kertaa ennen kyselylomakkeen avaamista aktiiviseksi. Kyselylomake oli aktiivisena 16.10.2013–10.11.2013 välisen ajan.

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytin tutkimuksessani pääosin laadullista sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysin avulla pyritään etsimään erilaisia merkityksiä tutkittavasta ilmiöstä ja luomaan siitä tiivistetty kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 103–104; Schreier 2013, 3, 7.) Koska lapsen fyysisistä kiinnipitoa ei

juurikaan ole tutkittu, sopi sisällönanalyysi aineiston analyysitavaksi, sillä pyrin tutkimuksellani selvittämään ja kuvamaan päiväkodin työntekijöiden erilaisia käsityksiä ja kokemuksia kiinnipidosta. Koska sisällönanalyysin avulla aineistoa ja ilmiötä voidaan kuitenkin tarkastella vain yhdestä näkökulmasta kerrallaan (Schreier 2013, 4), minun täytyi tehdä useampia analyyskejä samalle aineistolle saadakseni vastaukset tutkimuskysymyksiini.

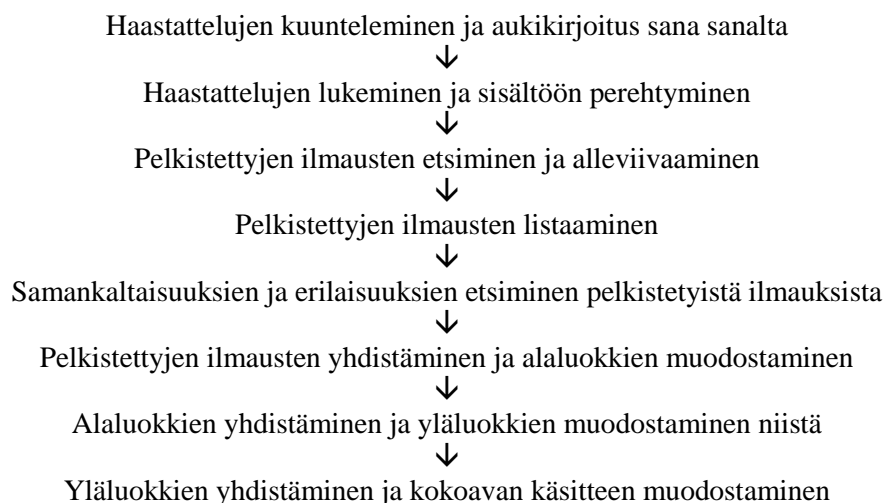
Aloitin aineistoni käsittelyn, vaikka kyselylomakkeen vastausaikaa oli jäljellä vielä viikko, sillä vastauksia kyselylomakkeeseen oli saapunut runsaasti. Kyselynetti.com-sivustolla oli mahdollista tarkastella vastauksia tietyn aikavälin sisällä, joten päätin tallentaa vastaukset tietokoneelle kolmessa kokonaisuudessa. Nämä kolme kokonaisuutta olivat vastaukset aikaväliltä 16.–27.10.2013 (ryhmä1), 28.10–3.11.2013 (ryhmä2) ja 4.–10.11.2013 (ryhmä3). Jakamalla aineiston kolmeen vastausryhmään analyysin tekeminen oli helpompaa, sillä vastauksia oli näin pienempi määrä analysoinnin kohteena yhdellä kertaa.

Ennen varsinaista sisällönanalyysin tekemistä käsitteelin aineistoa SPSS-ohjelmalla. Poistin aineistosta ne osallistujat, jotka olivat aloittaneet kyselyyn vastaamisen, mutta lopettaneet sen kesken. Raajamispäätöstä perustelin sillä, että koko kyselyn suorittaneita osallistujia oli kuitenkin paljon ja, jos kyselyyn osallistuja oli jaksanut vastata koko kyselyn loppuun, olivat vastaukset mahdollisesti todenmukaisia ja laadukkaampia. Poistin aineistosta myös ne, jotka olivat aloittaneet kyselyyn vastaamisen mutta ohittaneet loppupuolen kysymykset vastaamalla kysymyksiin esimerkiksi ”jjkl”. Lisäksi poistin aineistosta vielä ne vastaajat, jotka olivat kertoneet ammattinimikkeeseen ryhmävastaja tai erityisavustaja, sillä tutkimukseni kohteena olivat päiväkodissa kasvatustavastuussa työskentelevät työntekijät. Kyselyyn oli vastannut myös kuusi erityisopettajaa, mutta säilytin heidät aineistossa, sillä he joko työskentelivät päiväkotikäisten lasten kanssa tai tekivät tiivistä yhteistyötä päiväkotien kanssa. *Kyselylomakkeen vastausajan päätyttyä kyselyyn oli aloittanut yhteensä 261 vastaajaa ja aineiston rajaamisen jälkeen aineiston kooksi muodostui 164 vastausta.*

Aineiston analyysin helpottamiseksi päädyin koodaamaan vastaajat sen mukaan, mikä oli heidän ammattinimekkeensä. Vastaajien luokittelu koulutuksen perusteella oli haastavaa, sillä vastaajilla saattoi olla useita eri koulutuksia. Tutkimukseen osallistuneilla erilaisia ammattinimikkeitä oli yhteensä 23 kappaletta, mutta luokittelemalla näitä työn-

kuvan mukaan päädyin jakamaan vastaajat viiteen eri ammattiluokkaan: lastenhoitajat (LH), lastentarhanopettaja (LTO), varhaiserityisopettajat (VEO), johtajat (JOH) ja erityisopettajat (EOP) (ks. liite 4). Käyttämällä apuna tätä luokitusta pystyin antamaan jokaiselle vastaajalle vastaajatunnuksen (LTO1, LTO2, LH1, LH2...), jonka avulla yksittäisiä vastauksia oli helpompi käsitellä. Muutama osallistuja oli kirjoittanut itselleen useamman kuin yhden ammattinimikkeen, joten jouduin näiden vastaajien kohdalla päättämään itse, millä ammattinimikkeellä kutsun heitä aineistossani. Päätin, että siirrän aina vastaajan siihen ammattiluokkaan, minkä hän oli ensimmäisenä maininnut ammattinimikkeeseen. Vastausryhmän 3 vastaajat jaottelin näihin samaan viiteen ammattiluokkaan kyselylomakkeen vastausajan päätyttyä.

Tämän jälkeen pääsin varsinaisen sisällönanalyysin tekemiseen. Sisällönanalyysi voi edetä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti (Schreier 2013, 60), mutta Eskola (2010) jakaa sisällönanalyysin kolmeen erilaiseen lähestymistapaan: aineistolähtöinen, teoriasidonnainen ja teorialähtöinen analyysi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja, toisin kuin esimerkiksi teoriasidonnaisessa ja teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysiyksiköt muodostuvat osittain tai kokonaan teoreettiseen tietoon pohjautuen. (Eskola 2010, 182–184.) Oma analyysini oli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, sillä valitsin analyysiyksiköt aineistosta tutkimuksen tehtävän mukaan. Aineistolähtöisessä analyysissä on karkeasti jaoteltuna kolme vaihetta: 1) aineiston redusointi, 2) klusterointi ja 3) abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–95, 108). Tuomi ja Sarajärvi kuvaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita tarkemmin kuitenkin seuraavaan kuvion avulla.



KUVIO 1 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan

Koska olin jaotellut aineistoni kolmeen vastausryhmään analyysin helpottamiseksi, aloitin analyysin tekemisen aina ryhmän 1 vastauksista. Ensimmäiseksi päätin analysoida tutkimuskysymykseeni yksi liittyviä vastauksia ”Mitkä ovat fyysisen kiinnipidon tavoitteet päiväkodissa?”. Lisäksi analyysiä helpottaakseni olin jaotellut kyselylomakkeen kysymykset ja vastaukset päätutkimuskysymysten alle. Analyysin aluksi siirsin kaikki vastausryhmän 1 vastaukset yhdelle tiedostolle ja aloin lukemaan näitä saadakseni kokonaiskuvaa aineistosta.

Muutaman lukemiskerran jälkeen aloitin aineiston *redusoinnin*, eli pelkistämisen. Pelkistetyt ilmaukset ovat sisällönanalyysissä analyysiyksiköitä, ja ne voivat olla joko yksittäisiä sanoja tai ilmauksia. Redusoinnin tavoitteena on karsia aineistosta kaikki epäolennainen pois tutkimuskysymyksen kannalta ja tiivistää tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Analyysiyksikköinä omassa analyysissäni olivat yksittäiset sanat tai pidemmät ilmaukset sen mukaan, miten hyvin ne tiivistivät vastauksen keskeisen sanoman. Redusoinnin tein tietokoneella kirjoittamalla jokaisen vastauksen viereen pelkistetyt ilmauksen ja vastaajan vastaajatunnuksen. Säilyttämällä pelkistetyissä ilmauksissa vastaajatunnukset pystyin myöhemmin palaamaan kokonaiseen vastaukseen tarvittaessa (ks. liite 5).

Analyysin toisessa vaiheessa *klusteroinnissa*, eli ryhmittelyssä, pelkistettyjä ilmauksia aletaan luokitella etsien ilmauksista samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Vastausryhmän 1 vastauksista muodostui yhteensä 146 pelkistettyä ilmausta siitä, mitkä olivat lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet. Siirsin nämä kaikki pelkistetyt ilmaukset omalle tiedostolle ja aloin jaotella niitä perustuen ilmauksien samanlaisuuteen ja erilaisuuteen. Sisällönanalyysissä samanlaiset ilmaukset muodostavat aina oman luokkansa ja näille annetaan yksi yhteinen nimittäjä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Jaottelu oli hyvin hidasta, sillä jouduin palaamaan välillä pelkistetystä ilmauksesta kokonaiseen vastaukseen ja tarkistamaan, mitä vastaaja oli todella tarkoittanut. Tein jaottelun myös useampaan kertaan ja hahmottelin erilaisia luokkia kiinnipidon tavoitteista. Klusteroinnin jälkeen minulle muodostui kahdeksan alaluokkaa fyysisen kiinnipidon tavoitteista ja keksin näille luokille niitä kuvaavat nimet. Tämän jälkeen luin myös vastausryhmien 2 ja 3 vastaukset ja tarkastelin pystynkö sijoittamaan nämä vastaukset aikaisempaan luokitukseeni vai löytyisikö näistä vastauksista vielä uusia näkökulmia. Pystyin kuitenkin luokittelman ryhmien 2 ja 3 vastaukset valmiiseen luokittelurunkoon, joten uusia alaluokkia ei enää tässä vaiheessa analyysiä syntynyt.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmas vaihe on *abstrahointi*, eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnissa luokittelua jatketaan yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi niin kauan kun se mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Klusteroinnin jälkeen minulla kahdeksan erilaista alaluokkaa, mutta pystyin löytämään näistä yhä samankaltaisuuksia. Lopulta analyysin tuloksena minulle muodostui kuusi yläluokkaa *fyysisen turvallisuuden takaaminen kiinnipitämällä, lapsen ja tilanteen rauhoittaminen kiinnipitämällä, vuorovaikutus lapseen, oppiminen, välittäminen ja läheisyys* sekä *turvallisuuden tunne*. Pystyin kuitenkin vielä muodostamaan yläluokista kaksi pääluokkaa *lapsen ja ympäristön turvallisuus* sekä *lapsen kasvun ja oppimisen tukeminen* (ks. taulukko 2, s. 41). Samalla tavalla aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita mukaillen analysoin muun aineistoni pyrkiessäni löytämään vastauksia muihin tutkimukseni tutkimuskysymyksiin. Aineistossani oli myös muutamia monivalinta- ja arviointiasteikollisia kysymyksiä, joiden frekvenssijakaumien tarkastelussa käytin apuna SPSS-ohjelmaa.

5 LAPSEN FYYSISELLÄ KIINNIPIDOLLA TAVOITEL- LAAN TURVALLISUUTTA JA LAPSEN KASVUN SEKÄ OPPIMISEN TUKEMISTA

Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää päiväkodin työntekijöiden käsityksiä lapsen fyysisestä kiinnipidosta päiväkodissa ja tutkia, millaisia tunnekokemuksia kiinnipitotilanteisiin liittyy. Käsittelen tutkimukseni tulokset kahdessa eri pääluvussa tutkimusongelmittain ja käyn läpi tässä luvussa päiväkodin työntekijöiden käsityksiä lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä. Käytän tuloksien raportoinnissa selventäviä ja havainnollistavia aineistolainauksia työntekijöiden vastauksista ja olen kursivoinut lainaukset muusta tekstistä erottaakseni. Jokaisen lainauksen perässä on myös lyhenne, joka kertoo vastaajan ammattiluokan.

Tutkimuksen aineisto koostui yhteensä 164 vastaajasta ja näistä vain yksi oli mies. Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 23 vuoden ja 64 vuoden välillä, keski-ikä ollessa 45 vuotta. Työkokemus vastaajien kesken vaihteli kolmesta kuukaudesta neljäänkymmeneenkahteen työvuoteen. Vastaajissa oli opistoasteen koulutuksen, ammattikorkeakoulutuksen ja yliopistotason koulutuksen saaneita työntekijöitä. Ammattinimikkeiden perusteella vastaajat jakaantuivat viiteen eri ammattiluokkaan: varhaiserityisopettajat, lastentarhanopettajat, lastenhoitajat, johtajat ja erityisopettajat.

5.1 Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet

Päiväkodin työntekijöiden tavoitteet lapsen fyysiselle kiinnipidolle jakaantuivat kahteen näkökulmaan: lapsen ja ympäristön turvallisuuteen sekä lapsen kasvun ja oppimisen tukemiseen. Taulukossa 2 on esitetty lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet tiivistetyssä muodossa ja tarkastelen seuraavissa alaluvuissa taulukon 2 sisältöä tarkemmin.

TAULUKKO 2 Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet päiväkodissa

LAPSEN FYYSISEN KIINNIPIDON TAVOITTEET	LAPSEN JA YMPÄRISTÖN TURVALLISUUS	Fyysisen turvallisuuden takaaminen kiinnipitämällä	Kun lapsi vahingoittaa itseään, muita tai ympäristöä
			Kun lapsi ei pysty säätelemään omaa käyttäytymistään tai tunnetilaansa
		Lapsen ja tilanteen rauhottaminen kiinnipitämällä	Kun lapsi vahingoittaa itseään, muita tai ympäristöä
			Kun lapsi ei pysty itse rauhottumaan
	LAPSEN KASVUN JA OPPIMISEN TUKEMINEN	Vuorovaikutus lapseen	Kontaktin saaminen lapseen
			Tilanteen läpikäyminen keskustelun avulla
		Oppiminen	Itsesäätelyn ja tunnetaitojen oppiminen
			Rajojen ja normin oppiminen
		Välittäminen ja läheisyys	
		Turvallisuuden tunne	

5.1.1 Lapsen ja ympäristön turvallisuus

Fyysisen turvallisuuden takaaminen kiinnipitämällä. Fyysisen kiinnipidon tavoitteena päiväkodin työntekijöiden vastauksissa tuli selvästi eniten esille turvallisuuteen liittyviä mainintoja. Työntekijät kuvasivat monin sanankääntein toimintaa, jolla pyrittiin fyysisen turvallisuuden takaamiseen kiinnipitämällä.

”Haluan että päiväkotini on kaikille lapsille turvallinen paikka, myös kiinnipidettävälle.” LTO5

”Tavoitteena on ensisijaisesti lapsen ja/tai muiden suojeleminen.” LTO9

Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteena oli lapsen, muiden lasten ja aikuisten sekä ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen, *kun lapsi vahingoitti itseään, muita tai ympäristöä*. Kiinnipidon tavoitteena oli estää väkivaltaista, aggressiivista, itsetuhoista tai tunnekuohussa olevaa lasta satuttamasta itseään, muita päiväkodin lapsia tai työntekijöitä. Myös ympäristön vahingoittaminen pyrittiin estämään lapsen kiinnipidon avulla.

”Lasta pidetään kiinni ns. väkisin silloin, kun lapsi on vaaraksi itselleen tai toisille lapsille/aikuisille.” LH13

”lasta pidetään lujassa, mutta lempeässä otteessa, jotta hän ei vahingoittaisi itseään eikä muita tai riko ympäristöään.” VEO11

”Kiinnipitäminen on viimeinen keino... lopettaa lapsen aggressiivinen käytös itseään tai toisia kohtaan.” LTO8

Päiväkodin työntekijät käyttivät fyysistä kiinnipitoa turvallisuuden takaamiseksi myös silloin, *kun lapsi ei pystynyt säätelemään omaa käyttäytymistään tai tunnetilaansa*. Fyysisen kiinnipidon tavoitteena oli turvata lapsen oma, muiden henkilöiden ja ympäristön turvallisuus esimerkiksi silloin, kun lapsi ei vastaanottanut sanallisia ohjeita tai kun lapsi ei voinut omin keinoin hillitä omaa vaarallista käyttäytymistä.

”Jos lapsi vahingoittaa muita esimerkiksi lyömällä, potkimalla tms. tai hän yrittää vahingoittaa itseään, eikä hän aikuisen käskyistä huolimatta lopeta, on syytä käyttää lapsen fyysistä kiinnipitämistä” VEO6

”Fyysinen kiinnipitäminen on lapsen toiminnan rajoittamista tilanteissa, joissa hän ei itse pysty säätelemään käyttäytymistään.” VEO22

Lapsen ja tilanteen rauhoittaminen. Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteena oli lisäksi lapsen ja tilanteen rauhoittaminen. Osassa vastauksissa tavoitteeksi mainittiin vain pelkästään *”tilanteen rauhoittaminen, lapsen rauhoittaminen”* (LTO13), mutta osa vastaajista oli avannut tavoitetta enemmän. Ensinnäkin kiinnipitoa käytettiin lapsen tai tilanteen rauhoittamiseksi, *kun lapsi vahingoitti itseään, muita tai ympäristöä*.

”Rauhoittamista, mikäli lapsi satuttaa itseään tai muita” LTO2.

”Lapsen, joka on käyttäytymisellään vaaraksi itselleen tai muille, rauhoittamista.” LH6

”Turvallinen ja erittäin tarpeellinen ja hyvä keino aggressiivisten lasten kanssa, jolla saadaan rauhoitettua tilanne, etteivät satuta toisia, itseään tai riko paikkoja.” LH11

Toiseksi lapsen fyysisen kiinnipitämisen tavoitteena oli lapsen rauhoittaminen silloin, *kun lapsi ei pystynyt itse rauhoittumaan*. Työntekijät kuvasivat tilanteita, joissa lapsi oli

voimakkaan tunnekuohun vallassa ja tämän seurauksena lapsi ei itse pystynyt säätelemään omaa käyttäytymistään tai tunnetilaansa. Lapsen fyysinen kiinnipito auttoi näissä tilanteissa rauhoittamaan lapsen.

”Kiinnipidettävä lapsi on usein siis niin poissa tolaltaan tai kykenemätön kuuntelemaan, että aikuinen, ottaessaan esim. aggressiivisen lapsen syliin ja pitää ”halausotteella” tästä kiinni, osoittaa ja vakuuttaa rauhallisesti lapselle, että ei ole mitään hätää ja että asia selvitetään heti kun olet rauhoittunut” LTO17

”Mielestäni se voi olla paras keino joillekin lapsille rauhoittumiseen. Varsinkin silloin, jos lapsi ei kykene tähän itse ja ajautuu voimakkaaseen tunnekuuhuun...” EOP4

Lapsen fyysisellä kiinnipitämisellä oli siis selkeä turvallisuudesta huolehtimisen tavoite, ja päiväkodin työntekijöiden vastauksissa turvallisuuteen liittyviä mainintoja olikin eniten. Päiväkodin työntekijät huomioivat vastauksissaan turvallisuuden monesta näkökulmasta: lapsen, ryhmän muiden lasten, aikuisten ja ympäristön. Lapsen ja ympäristön turvallisuuden takaamiseen pyrittiin fyysisen kiinnipidon avulla estämään lapsen fyysinen väkivalta itseään, muita tai ympäristöä kohtaan. Turvallisuuden takaamiseen pyrittiin myös rauhoittamalla tilanne sekä lapsi, joka oli vaaraksi itselleen tai muille tai kun lapsi ei itse kyennyt rauhoittumaan.

5.1.2 Lapsen kasvun ja oppimisen tukeminen

Turvallisuus näkökulman lisäksi lapsen fyysisellä kiinnipidolla oli myös vuorovaikutuksellisia ja kasvatuksellisia tavoitteita. Kiinnipidon avulla pyrittiin luomaan **vuorovaikutus lapseen**. Tavoitteena oli, että aggressiivinen tai raivostunut lapsi rauhoittuisi ja työntekijän oli mahdollista palauttaa taas *kontakti lapseen*, jonka jälkeen lapsen ja työntekijän oli mahdollista keskustella ja kuunnella toisiaan.

”rauhoittumista, vuorovaikutuksen saamista taas lapseen” VEO19

”Tilanteen rauhoittumista ja sitä, että saa lapseen jonkinlaisen kontaktin ennen kuin tilanne laukeaa.” LH13

”Lapsi rauhoittuu kuuntelemaan ja keskustelemaan vaihtoehtoista” LH8

Päiväkodin työntekijät pitivät tärkeänä tavoitteena myös fyysisen kiinnipitämisen jälkeen *tilanteen läpikäymistä keskustelun avulla*. Tavoitteena oli selvittää, miksi lapsi käyttäytyi niin, että kiinnipito oli tarpeellista. Lisäksi lapselle selvitettiin, miksi kiinnipi-

toon päädyttiin ja mitä lapsi voisi tulevaisuudessa tehdä toisin, jotta kiinnipitämiseltä välttyttäisiin.

”Sen jälkeen keskustelu siitä, mitä on tapahtunut ja mitä voisi tehdä toisin.”
VEO15

”Pidän tärkeänä, että lapsi ymmärtäisi tilanteen (=kiinnipidon) loputtua kiinnipidon tarkoituksen. Joten asia pitää keskustella lapsen kanssa.” VEO8

Oppiminen. Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteeksi voidaan työntekijöiden vastauksista tunnistaa myös lapsen mahdollisuus oppimiseen. Päiväkodin työntekijät kokivat, että fyysisen kiinnipidon avulla lapsella oli mahdollisuus oppia *rajoja ja normeja* sekä *itsesäätely- ja tunnetaitoja*. Fyysisen kiinnipidon avulla lapselle osoitettiin hyväksyttävän käyttäytymisen rajat. Esimerkiksi lapsen toimiessa holtittomasti tai normin vastaisesti, lapselle osoitettiin kiinnipitämällä, että käyttäytyminen ei ollut sopivaa. Työntekijät kokivat lisäksi, että kiinnipitämisen avulla oli mahdollista rauhoittaa tunnekuohussa oleva lapsi ja tämän jälkeen tunnistaa ja nimetä lapsen kanssa yhdessä hänen tunteitansa.

”Saada lapsen ymmärrys vastaamaan jotain yleisesti sovittua... ..normia, jolloin hänen kenties räjähtänyt käyttäytyminen myös tasaantuu.” LTO17

”Tavoitteena on myös opettaa keinoja säätelämään tunteitaan ja käytöstään”
VEO22

”Ja tilanteen läpikäymisellä pian jälkikäteen pyrin siihen, että lapsi tietää että KAIKKI tunteet sallitaan, mutta niiden työstämistä ja kanavoimista voidaan yhdessä harjoitella.” VEO3

Välittäminen, läheisyys ja turvallisuuden tunne. Fyysisen kiinnipidon avulla työntekijöiden tavoitteena oli osoittaa lapselle välittämistä ja läheisyyttä. Vaikka lapsi oli vihainen ja aggressiivinen, lapselle haluttiin osoittaa, että aikuinen pysyy lapsen vierellä, ja lapsi voi turvallisesti purkaa pahaa oloaan aikuisen lähellä. Kiinnipidon tavoitteena oli myös turvallisuuden tunteen luominen kiinnipidettävälle lapselle ja muille ryhmässä oleville lapsille. Lapsen ollessa aggressiivinen ja tunnekuohun vallassa, lapselle haluttiin palauttaa turvallisuuden tunne pitämällä lapsesta tiukasti kiinni. Näin lapsen ei tarvinnut pelätä, että hän olisi vaaraksi muille tai itselleen.

”Lapsi kokisi läheisyyttä ja että hänestä välitetään, vaikka käyttäytyminen ei ole toivottua” LTO3

”Aikuinen joka auttaa lasta sanoittamaan oman olonsa ja luo lapselle tunteen siitä, että hän on kiukusta huolimatta rakastettu ja ihan ok!” LH4

”Antaa lapselle vahvan tunteen siitä että aikuinen kestää ja auttaa, en jätä sinua, tästä kyllä selvitään” VEO10

”Lapsen oma ja toisten turvallisuuden tunne ja tunne siitä että aikuinen välittää” JOH2

”saada lapsi tuntemaan, että joku muu tekee valinnat hänen puolestaan, kun hän ei ole siihen kykenevä” VEO2

”Sen että kaikilla on mahdollisimman turvallista olla ja että muut ympärillä olevat eivät joutuisi hämmennykseen ja pelon valtaan.” VEO16

Turvallisuus näkökulman lisäksi päiväkodin työntekijät siis käsittivät, että lapsen fyysisellä kiinnipidolla voi olla myös lapsen kasvun ja oppimisen tukemiseen tähtääviä tavoitteita. Fyysisen kiinnipidon avulla päiväkodin työntekijät pyrkivät saamaan kontaktin lapseen, jotta hänen kanssaan pystyi olemaan vuorovaikutuksessa. Kiinnipitotilanteen jälkeen lapsen kanssa oli myös mahdollista keskustella tapahtuneesta tilanteesta, lapsen tunteista ja käytöksestä. Lapsen tunnetaitojen ja itsesäätelyn oppimista tuettiin keskustelun avulla ja opettamalla lapselle vaihtoehtoisia toimintatapoja. Fyysisen kiinnipidon tavoitteiksi mainittiin edelleen läheisyyden ja välittämisen osoittaminen lapselle sekä turvallisuuden tunteen antaminen. Lapselle haluttiin osoittaa, että hänestä välitetään, hänet hyväksytään ja että hän on turvassa, vaikka lapsi ei käyttäytyisi hyväksytyllä tavalla. Myös muiden lasten turvallisuuden tunteen säilyttäminen nähtiin yhtenä fyysisen kiinnipitämisen tavoitteena.

5.2 Lapsen fyysisen kiinnipidon käytänteet

Käytänteet lapsen fyysisen kiinnipidon toteuttamiselle päiväkodissa olivat vaihtelevia ja näyttääkin siltä, että fyysinen kiinnipitäminen ei tarkoita vain lapsen kiinnipitämistä itsessään. Seuraan sivun taulukosta 3 selviää, että lapsen fyysisen kiinnipidon käytänteisiin kuuluivat myös keskustelu, työntekijän omaan asenteeseen liittyviä tekijöitä sekä lisäksi muita toimintaperiaatteita, jotka tuli ottaa huomioon lapsen fyysistä kiinnipittoa toteuttaessa.

TAULUKKO 3 Lapsen fyysisen kiinnipidon käytänteet

LAPSEN FYYSISEN KIINNIPIDON KÄYTÄNTEET	KIINNIPITÄMINEN LAPSESTA	Vierellä oleminen
		Kädestä pitäminen
		Lapsen siirtäminen
		Sylissä pitäminen
		Maata vasten rauhoittaminen
		Lakanat, matot ym. rauhoittamisessa
	KESKUSTELU	Keskustelu kiinnipidon aikana
		Keskustelu kiinnipidon jälkeen
	TYÖNTEKIJÄN ASENNEN	Rauhallisuus
		Määrätietoisuus
		Ammatillisena pysyminen
	TOIMINTAPERIAATTEET	Sama kaava
		Kaksi aikuista kiinnipidossa
Viimeinen oljenkorsi		
Vanhemmat ja luvat		

Kiinnipitäminen lapsesta liittyi olennaisesti lapsen fyysiseen kiinnipidon käytäntöihin. Päiväkodin työntekijöiden vastauksissa kiinnipitämisellä tarkoitettiin kuitenkin hyvin erilaisia toimintoja: *”Se tapahtuu aikuisen pitäessä lasta turvallisessa ja tilanteeseen nähden tarkoituksenmukaisessa otteessa hänen rauhoittamistarkoituksessa.”* (VEO25). Esimerkiksi ulkoilussa karkailevaa lasta pidettiin kädestä kiinni vasten hänen tahtoaan, jolloin jo tämä toiminta nähtiin lapsen fyysisenä kiinnipitämisinä. Hyvin aggressiivisen lapsen rauhoittamiseksi ja turvaamiseksi lapsen pitäminen maata vasten työntekijän oman kehon tai peiton avulla saattoi myös olla tarpeellista. Kiinnipitämisessä huomioitiin myös lapsen yksilöllisyys *”tietyllä tavalla lapsesta kiinnipitäen (jokaista lasta pidetään omalla tavalla)”* (VEO51), kun fyysistä kiinnipitoa toteutettiin. Lapsen fyysinen kiinnipitäminen vaihteli lapsen vierellä olemisesta lapsen kietomiseen lakanoihin, mattoihin tai muihin vastaaviin materiaaleihin.

”Aikuinen pitää lasta vieressään tai sylissä niin että hän ei voi vahingoittaa itseään tai toista henkilöä.” VEO18

”...jos lapsi ei ulkoleikeissä rauhoitu varoittamisesta ja muuhun leikkiin ohjaamisesta huolimatta, olen ottanut lapsen itselleni käsikaveriksi. Eli lapsi ottaa kädestäni kiinni yhdessä sovituksi tai hänelle ilmoitetuksi ajaksi.; Onhan tämäkin kiinnipitämistä. Lapsi ei ole siinä vapaaehtoisesti. :”(LTO17

”Lapsen rauhoittamista sylissä tai siirtämistä paikasta toiseen kantamalla (vasten lapsen tahtoa)” VEO55

”Joskus on sovittu vanhempien kanssa, että lapsi kääritään peittoon tai lakanaan ja sitten pidetään lähellä.” VEO93

Eniten päiväkodin työntekijät kuvasit tilanteita, joissa lasta pidettiin sylissä, mutta sylissä pitämisen käytännötkin olivat hyvin vaihtelevia. Tunnekuohussa olevan lapsen rau-

hoittamiseksi saattoi esimerkiksi riittää pelkkä sylin tarjoaminen ja sylittely lapsen kanssa. Usein sylissä pitämistä kuvattiin kuitenkin lapsen sylissä pitämisenä lujassa otteessa, jolla estettiin lasta vahingoittamasta itseään tai muita. Syliotteena käytettiin niin sanottua halausotetta, jossa työntekijä otti lapsen syliinsä ja kietoi omat jalkansa ja kätensä lapsen ympärille, jotta lapsi ei voinut liikuttaa raajojaan ja näin satuttaa itseään tai kiinnipitävää aikuista.

”Usein lapsen rauhoittamiseen riittää ”sylittely” ja kädestä kiinni pitäminen ja jutustelu” JOH9

”Aikuinen ottaa lapsen syliin ja pitää kiinni käsillä ja jaloilla lapsen käsistä ja jaloista, ikään kuin kietoutuu lapsen suojavaatteeksi.” VEO89

”Kiinnipitäminen on lapsen rauhoittamista aikuisen sylissä tukevassa otteessa. Aikuinen pitää lasta siten, että tämä ei pysty vahingoittamaan itseään tai aikuista. Hän tukee lapsen vartaloa omaansa ja estää raajojen liikkumisen omillaan. Pitää käsillä käsistä ja sulkee lapsen jalat omien jalkojen alle.” VEO56

Keskustelu. Lapsen fyysisen kiinnipidon käytäntöihin kuului myös keskustelu, joka tapahtui kiinnipidon aikana ja sen jälkeen. Kiinnipidon aikana kiinnipitävä työntekijä selitti lapselle tilannetta, mistä kiinnipidossa oli kysymys ja mitä tilanteessa tapahtui. Keskustelua käytettiin myös lapsen tunteiden sanoittamiseen ja lapsen rauhoitteluun. Muutama työntekijä oli kuitenkin sitä mieltä, että kiinnipidon aikana ei kannattanut selitellä tilannetta lapselle turhaan, vaan pelkkä rauhoittelu riitti. Kiinnipitämisen jälkeen tilanne käytiin läpi lapsen kanssa keskustellen tai käyttäen apuna kuvia, piirtämistä tai muita tukikeinoja, jolla pyrittiin ymmärtämään lapsen käyttäytymistä ja tunnetilaa.

”Aikuinen kertoo lapselle, että hän odottaa että lapsi rauhoittuu, jolloin pitämisen ei tarvitse olla enää rajoittavaa. Houldingissa lapsi lopuksi rentoutuu ja turvautuu aikuisen sylissä, niin ettei tarvitse enää pitää kiinni. Myöhemmin on tärkeää sopivalla hetkellä, kun lapsi on rauhallinen, sanoittaa lapsen tunnetilaa ja käydä lapsen kanssa tilanne läpi.” VEO53

Työntekijän asenne. Työntekijöiden vastauksissa toistuivat kiinnipitävän aikuisen ammatillisuus, rauhallisuus ja määrätietoisuus. Työntekijöiden mielestä kiinnipitäjän tuli säilyttää oma ammatillisuutensa pysymällä kiinnipitotilanteessa rauhallisena, tiedostamalla omat tunteensa ja välttämällä menemästä lapsen tunteisiin mukaan. Lapsen fyysiseen kiinnipitoon ei pitänyt lähteä, ellei työntekijä tiennyt pystyvänsä säilyttämään rauhallisuuttaan ja jaksavansa kiinnipitotilannetta loppuun asti.

”Aikuisen äärimmäistä rauhallisuutta itse tilanteessa, tunteita ei aikuinen heijasta lapseen (pelkoansa tai suuttumustansa).” VEO20

”Aikuisen kyettävä olemaan läsnä ammatillisesti. ... Ellen siihen kykene omien tunteiden takia, pyydän tilanteeseen työkaverin jatkamaan.” LH4

”Aikuisen osalta kiinnipitämisen tulee olla rauhallista, turvallista ja määrätietoista.” LH14

”Aikuisen on pysyttävä rauhallisena ja ammatillisena.” VEO37

Toimintaperiaatteet. Päiväkodin työntekijät mainitsivat myös kiinnipitotilanteeseen liittyviä toimintaperiaatteita, jotka tuli huomioida lapsen fyysistä kiinnipittoa toteutettaessa. Fyysisessä kiinnipidossa pyrittiin toimimaan johdonmukaisesti saman kaavaan mukaan, jotta lapsen oli mahdollista ymmärtää tilanne ja oppia säätelemään omia tunteitaan ja käyttäytymistään. Työntekijät kokivat myös työkaverin tuen tärkeäksi kiinnipitotilanteissa. Kiinnipitotilanteissa toinen työntekijä saattoi olla vain kuulolla tai seuraamassa tilannetta sivusta, mikä toi kiinnipitäjälle varmuutta siihen, että apua oli tarvittaessa saatavilla. Isompien lasten kohdalla ja fyysisen voiman minimoiseksi kiinnipitotilanteeseen saattoi osallistua kaksi aikuista. Toisen työntekijän läsnäolo myös rauhoitti tilannetta.

Lapsen fyysinen kiinnipito oli usean työntekijän mielestä kuitenkin viimeinen oljenkorssi, jonka käyttämisestä pyrittiin välttämään mahdollisimman pitkään. Kiinnipitoon turvaututtiin vain silloin, kun kaikki muut keinot lapsen rauhoittamiseksi oli kokeiltu ja lapsen ja muiden turvallisuuden takaamiseksi kiinnipitäminen oli välttämätöntä.

”Olennaista on, että pyritään kaikin keinoin ennakoimaan ja tukemaan lasta niin ettei kiinnipitotilanteeseen jouduta kuin vasta viimeisenä keinona” VEO53

”Lasta ei pidetä otteessa ellei se ole ainut keino ratkaista tilanne.” LTO12

Toimintaperiaatteisiin kuului lisäksi luvan kysyminen vanhemmilta lapsen fyysiseen kiinnipitoon ja vanhempien informoiminen kiinnipitotilanteista. Osassa työntekijöiden vastauksissa tuli esille, että fyysiseen kiinnipitoon tuli lapsen vanhemmilta kysyä lupa kirjallisesti ja kirjata tämä lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaan. Jos lapsen fyysiseen kiinnipitoon oli päädytty, tuli tilanne selvittää perheen ja työyhteisön kesken. Yksi työntekijä toi esille myös sen, että kiinnipitotilanteesta tuli laatia kirjallinen raportti varhaiskasvatuksen päällikölle.

Lapsen fyysisen kiinnipidon käytäntöihin sisältyi siis paljon muutakin kuin itse kiinnipitäminen. Myös kiinnipitämisen tekniikat vaihtelivat lapsen vierellä olemisesta, sylissä pitämiseen ja äärimmillään lapsen käärimiseen kankaisiin. Kiinnipitotilanteisiin kuului lisäksi lapsen kanssa keskustelu tilanteen aikana ja sen jälkeen. Kiinnipitotilanteissa

työntekijän oman asenteen tuli olla rauhallinen, määrätietoinen ja ammatillinen. Työntekijä ei saanut mennä mukaan lapsen tunteisiin tai näyttää omaa pelkoansa tai turhautumistaan lapselle. Yleisinä toimintaperiaatteina lapsen fyysisessä kiinnipidossa oli kiinnipidon eteneminen saman kaavan mukaan ja pyrkimys kahden työntekijän läsnäoloon kiinnipitotilanteissa. Lapsen fyysistä kiinnipitoa pyrittiin välttämään ja se nähtiin viimeisenä keinona lapsen rauhoittamiseksi ja turvallisuuden takaamiseksi. Tärkeää oli myös huolehtia vanhemmilta luvan kysymisestä lapsen fyysiseen kiinnipitoon ja vanhemmille kertomisesta tapahtuneista kiinnipitotilanteista.

5.3 Lapsen fyysisen kiinnipidon käyttötilanteet päiväkodissa

Tarkastelen tässä luvussa, millaisissa arjen tilanteissa lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin tai ei käytetty päiväkodissa. Lisäksi tuon esille tilanteita, joissa päiväkodin työntekijöiden näkemykset fyysisen kiinnipitämisen käytöstä olivat ristiriitaisia, sillä osa työntekijöistä olisi käyttänyt kiinnipitoa sellaisissa tilanteissa, joissa osa työntekijöistä ei kiinnipitoa olisi käyttänyt. Tämän luvun loppuksi olen koonnut taulukkoon 4 (s. 54) tilanteet, joissa lapsen fyysistä kiinnipitoa käytetään sekä tilanteet, joissa fyysisen kiinnipitämisen käyttämistä ei koeta sopivaksi. Taulukossa ilmenee myös ne arjen tilanteet, joissa lapsen fyysisen kiinnipitämisen käyttäminen jakoi työntekijöiden käsitykset kiinnipitämisen soveltuvuudesta.

Tilanteet, joissa fyysistä kiinnipitoa käytetään

Vaaratilanteet. Päiväkodin työntekijöiden vastauksissa siitä, millaisissa arjen tilanteissa lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin, eniten esimerkkejä oli tilanteista, joissa *lapsi oli väkivaltainen tai vaaraksi* itselleen, muille lapsille, aikuisille tai ympäristölle. Lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin päiväkodissa myös *karkaamis- ja pakenemistilanteissa*. Lasta pidettiin tukevassa syliotteessa silloin, kun hän pyrki karkaamaan päiväkodista tai jos lapsi oli aiemmin karannut päiväkodista tai uhkaili karkaamisella, saattoi lapsi ulkoilla päiväkodin työntekijän kanssa käsi kädessä.

"Lapsi on raivostunut, suuttunut jostakin tilanteesta niin, että on käyttäytynyt aggressiivisesti toisia lapsia tai aikuisia kohtaan eikä ole rauhoittunut puhumalla" VEO47

"Tunne-elämässä on lapsella haasteita. Pettymyksen sietokyky loppuu. Tavarat lentää, seiniä potkitaan, käydään toiseen kiinni." VEO51

Lapsi osoittaa tarvitsevansa syliä. Fyysistä kiinnipitoa käytettiin myös niissä tilanteissa, joissa lapsi omalla käytöksellään osoittaa tarvitsevansa aikuisen syliä.

"On ollut myös lapsi, joka käyttäytyy kovin tottelemattomasti vasten sääntöjä koko ajan ja ikään kuin haluaa aikuisen huomiota tällä tavalla. Syliä vailla on kovasti." LH11

Tilanteet, jotka jakavat työntekijöiden näkemykset

Työntekijöiden näkemykset fyysisen kiinnipitämisen käyttämisestä päiväkodissa kuitenkin jakaantuivat useiden arjen tilanteiden kohdalla. Osa päiväkodin työntekijöistä olisi käyttänyt fyysistä kiinnipitoa, kun taas samassa tilanteessa osa työntekijöistä ei nähnyt fyysisen kiinnipitämisen käyttöä sopivana. Tällaisia olivat esimerkiksi **tilanteet, joissa lapsi oli levoton tai häiriöksi.** Lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin, jos sillä pyrittiin rauhoittamaan *levoton tai "ylikierroksilla" käyvä lapsi.* Kiinnipitoa käytettiin myös ennakoivasti, jolloin tavoitteena oli ennaltaehkäistä levottoman lapsen käyttäytymisen muuttuminen riehumiseksi. Lisäksi tilanteissa, *joissa lapsi häiritsi muiden toimintaa* esimerkiksi päiväkodin aamupiirillä tai ryhmähetkillä, osa päiväkodin työntekijöistä käytti kiinnipitoa lapsen rauhoittamiseen.

"Ryhmässämme oli kerran myös autistinen lapsi joka saattoi alkaa huutamaan niin paljon, että se häiritsi ryhmän muita lapsia esim. aamupiirissä, lauluhetkellä tai ruokailussa. Häntä ei tarvinnut pitää kiinni vaan ottaa syliin ja mennä toiseen huoneeseen rauhoittumaan." VEO 31

"Ryhmähetkillä, jossa lapseen ei tehoa puhe tai muut sovitut toimet, kuten liikennevalot, rauhoittumismittari ja lapsi häiritsee koko ryhmän toimintaa eli syli tai poistaminen." JOH10

"...kun lapsella menee "liian lujaa". Otan hänet silloin syliin hetkeksi rauhoittumaan ja eivät he useinkaan siinä aluksi vapaaehtoisesti istu." LH13

Osa päiväkodin työntekijöistä oli kuitenkin sitä mieltä, että fyysistä kiinnipitoa *ei tulisi käyttää tilanteissa, joissa lapsella on tarve liikkua tai kun lapsi on äänekäs ja levoton.*

"[Ei käytetä silloin...] jos lapsi on äänekäs, levoton, puhelias" LTO29

"[Ei käytetä silloin...] Kun lapsella on tarvetta juosta tai liikkua mutta ei "saisi" siksi että pitäisi istua ja kuunnella mitä aikuinen sanoo." VEO35

Valta- ja rangaistustilanteet jakoivat myös päiväkodin työntekijöiden käsitykset fyysisen kiinnipitämisen käytöstä. Esimerkiksi tilanteessa, jossa *lapsi kokeili rajojaan* häiritsemällä tuokioita, aamupiirejä ja päivälepoa naureskelemalla tai äänтелеlemällä, fyysisesti kiinnipitämällä päiväkodin työntekijä osoitti lapselle sallitun toiminnan rajat. Eräs työntekijä kertoi tilanteesta, jossa lapsi käytti valtaansa suhteessa muihin toimimalla oman tahtonsa mukaan välittämättä aikuisen ohjeista. Tällaisissa tilanteissa lapselle osoitettiin rajat lasta fyysisesti kiinnipitämällä.

Toisaalta osassa vastauksissa tuli esille se, että *lapsen fyysistä kiinnipittoa ei pitäisi käyttää vallan välineenä* ja sen osoittamiseksi lapselle. Esimerkiksi kiinnipitämisellä uhkailu tilanteessa, joissa lapsi ei reagoinut työntekijän puheeseen tai jos tilanteessa oli selkeää valtataistelua siitä kumpi saa tahtonsa läpi, työntekijä vai lapsi, ei fyysisen kiinnipidon käyttöä koettu sopivaksi.

”Kiinnipidolla ”uhkailun” olen joskus kokenut epämiellyttävänä, vaikka uhkailu on ollutkin vain viittaamista tilanteeseen, esim. lapsi on ollut hyvin levoton ja aggressiivinenkin, niin lapselta kysytään; tarvitsisitko peittoa, tarkoittaen että peiton sisälle käärittynä lapsi rauhoittuu.” VEO47

Useat päiväkodin työntekijät mainitsivat, että *lapsen fyysistä kiinnipittoa ei tule käyttää rangaistuksena*. Esimerkiksi silloin lapsen fyysinen kiinnipito ei ollut tarpeellista, jos lapsi oli jo satuttanut toista lasta esimerkiksi puremalla. Fyysistä kiinnipittoa ei tullut käyttää myöskään silloin, kun lapsi ei ymmärtänyt tehneensä väärin tai kun lapsi oli rikkonut päiväkodin sääntöjä.

”... lasta ei saa pitää kiinni kurinpitomielessä eli ”nyt olet viisi minuuttia tässä kun et osannut käyttäytyä” VEO37”

”Pienten puolella, esim. 2-vuotias heitti lelun toisen lapsen päälle ja alkaisi tietysti itkemään. Hoitaja otti ”kovakouraisesti” lapsen syliinsä ja piti todella hänestä kiinni. Mielestäni 2-vuotias lapsi ei ymmärrä tekemisiään... tai ehkä tiedostaa, että teki väärin, mutta kurinpito seuraamus ei mielestäni ollut oikein” LH10

”Minusta liian usein lapsille ei ole ennalta kerrottu mitä heiltä odotetaan tai miten jokin asia tehdään. Ne eivät ole oikeita tilanteita, joissa lapsi kokiessaan vääryyttä saa hepulit ja aikuinen ottaa fyysisen rajoittamisen käyttöön.” JOH4

Lisäksi päiväkodin **perushoitotilanteet** jakoivat työntekijöiden käsitykset fyysisen kiinnipitämisen soveltuvuudesta. Päiväkodin perushoitotilanteista osa työntekijöistä oli käyttänyt kiinnipittoa *päivälepoaikaan*. Fyysisellä kiinnipidolla pyrittiin rauhoittamaan lapsi käärimällä hänet peittoon tiukaksi paketiksi ja näin saada lapsi nukahtamaan. Tämänkaltainen kiinnipitäminen muistuttaa lähinnä kuitenkin sensorisen integraation tera-

piamenetelmää, jolla pyritään säätämään tai tuottamaan kehon aistiärsykeitä. Pienempien lasten kohdalla fyysistä kiinnipitoa käytettiin aamuisin *erotilanteissa*, jolloin lapset pyrkivät vanhempiansa perään ulos. Tällaisissa tilanteissa sylissä pitäminen nähtiin tarpeellisena lapsen turvallisuuden vuoksi.

Kuitenkin työntekijöiden vastauksissa oli enemmän mainintoja siitä, että lapsen fyysistä kiinnipitoa ei tulisi käyttää *perushoitotilanteissa*, kuten *ruokailu*, *pukeminen*, *päivälepo* tai erilaisissa päiväkodin *siirtymätilanteissa*. Erityisesti lapsen kiinnipitäminen ruokailussa ja pakkosyöttäminen tuomittiin fyysisen kiinnipidon väärinkäyttämiseksi.

"On myös ollut pieni lapsi, joka ei rauhoitu päiväunille, vaan hyörii ja pyörii ihan vimmatusti. Sellaista on nukutettu välillä sylissä tiukassa paketissa keinuttaen."
LH11

"lepohetkissä en käyttäisi, enkä myöskään ruokailutilanteissa, jos lapsi vastustaa syömistä ja ylipäättänsä ruokailu näyttäisi olevan ahdistava tilanne" VEO85

Tilanteet, joissa fyysistä kiinnipitoa ei käytetä

Päiväkodin työntekijät kuvasivat päiväkodin arjesta enemmän tilanteita, joissa fyysistä kiinnipitoa ei käytetty. Esimerkiksi silloin, kun lapsella oli voimakas *uhma- tai raivo-kohtaus*, mutta **lapsi ei ollut vaaraksi** itseään tai muita kohtaan. Kiinnipitoa ei käytetty myöskään silloin, kun lapsen toiminta tulkittiin *normaaliksi ikään kuuluvaksi kiukutte- luksi*.

"Tavallisissa kiukuttelu- tai uhma-kohtauksissa, jossa lapsen tarve on "päästää höyryä ulos" ei oman itsen tai toisten vahingoittaminen." LTO20

"Lapsen vain "normaalisti" kiukutellessa tai uhmattessa aikuista/aikuisen ohjeita tai kieltoja. Siis tilanteissa joissa lapsi ei (vielä ainakaan) ole käyttäytynyt väkivaltaisesti, mutta ei vain halua totella." LTO4

Fyysisen kiinnipitämisen käyttöä vältettiin myös tilanteissa, joissa **jokin muukin keino auttoi** lapsen rauhoittamiseksi. Näitä keinoja olivat esimerkiksi puhuminen, tilanteen sanoittaminen, lapsen varoittaminen ja silmiin katsominen. Ennen fyysistä kiinnipitoa lapselle tuli sanoittaa tilanne ja antaa esimerkiksi ryhmätilannetta häiritsevälle lapselle mahdollisuus korjata omaa käyttäytymistään.

Työntekijät toivat esille, että kiinnipitoa ei käytetty, jos **fyysinen kiinnipito ei soveltunut lapselle tai olosuhteet eivät olleet sopivat**. Monessa vastauksessa tuli esille se, että *fyysinen kiinnipito ei sovellu kaikille lapsille*. Fyysistä kiinnipitoa ei käytetty, jos lapsi

ei sietänyt fyysistä kosketusta, esimerkiksi lapsiin, joilla oli sensorisen integraation pulmia tai jos lapsi ahdistui sylissä pitämisestä vielä enemmän. Työntekijöiden mielestä myös lapsen, joka oli kokenut fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa tai lapsen aggressiivisuus johtui surusta, kiinnipitäminen ei ollut sopiva keino rauhoittaa lapsi.

Tärkeänä työntekijät pitivätkin sitä, että *kiinnipitävä aikuinen on lapselle tuttu* ja aikuisen ja lapsen välinen suhde on hyvä. Eräs työntekijä pohti sitä, esiintyikö lapsen fyysistä kiinnipitoa ehkä silloin enemmän, kun lapsi oli työntekijöille vieras ja toistensa toimintatavat olivat uusia sekä lapselle että työntekijöille.

”Kaikki lapset eivät siedä fyysistä kosketusta, tällaisesta sylistä he ahdistuvat vielä enemmän, meitä on erilaisia, täytyy tuntea lapset.” LH7

”... Vieras aikuinen ei mielestäni voi kiinni pitää lasta. Sen on oltava tuttu ja turvallinen aikuinen...” VEO96

Päiväkodin työntekijät toivat esille vastauksissaan myös tilanteita, joissa *ympäristö ei ollut sopiva*. Fyysiseen kiinnipitoon ei ryhdytty, jos työntekijä oli tilanteessa yksin ja jos paikalla oli muita lapsia. Jos työntekijä koki olevansa itse vihainen, menettänyt malttinsa tai jos hän tiesi etukäteen, että *ei voinut itse pysyä rauhallisena* kiinnipitotilanteen ajan, lapsen kiinnipitämiseen ei ryhdytty. Kiinnipitoa ei käytetty myöskään tilanteissa, joissa työntekijän tilannetaju omien tunteiden vuoksi oli sumentunut tai jos työntekijä purki omaa turhautumistaan lapsen kiinnipitämällä häntä. Esteenä kiinnipidolle koettiin lisäksi työntekijän *terveydelliset rajoitteet* kuten korkea veren paine tai fyysiset rajoitteet esimerkiksi käsien toiminnassa.

TAULUKKO 4 Lapsen fyysisen kiinnipidon tilanteet päiväkodissa

Käytetään seuraavissa tilanteissa:	Tilanteet, jotka jakavat näkemyksiä	EI käytetä seuraavissa tilanteissa:
<p>Vaaratilanteet</p> <ul style="list-style-type: none"> Lapsi on väkivaltainen tai vaaraksi itselleen, muille lapsille, aikuisille tai ympäristölle Karkaamis- ja pakenemistilanteissa <p>Tilanteet, joissa lapsi osoittaa tarvitsevansa kiinnipitoa</p> <ul style="list-style-type: none"> Kun lapsi osoittaa eitoivotulla käytöksellä tarvitsevansa aikuisen syliä 	<p>Tilanteet, joissa lapsi on levoton tai häiriöksi</p> <ul style="list-style-type: none"> Levoton tai ”ylikierröksillä” oleva lapsi pyritään rauhoittamaan Tilanteissa, joissa lapsi häiritsee muiden toiminta Lapsella on tarve liikkua ja lapsi on äänekkäs sekä levoton <p>Valta- ja rangaistustilanteet</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilanteissa, joissa lapsi kokeilee rajoja ja valtaansa Rangaistuksena eitoivotusta käytöksestä <p>Perushoitotilanteet</p> <ul style="list-style-type: none"> Perushoitotilanteet kuten ruokailu, päivälepo, pukeutumis- ja siirtymätilanteet Erotilanteet aamuisin 	<p>Kun lapsi ei ole vaaraksi</p> <ul style="list-style-type: none"> Uhma- ja raivaritilanteissa, joissa lapsi ei ole vaaraksi itselleen, muille tai ympäristölle Lapsen käytös tulkitaan normaaliksi kiukutteluksi <p>Kun muut keinot tehoavat</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilanteissa, joissa lapsen rauhoittamiseksi toimivat muut keinot <p>Kun kiinnipito ei sovellu lapselle tai jos olosuhteet eivät ole sopivat</p> <ul style="list-style-type: none"> Kun kiinnipito ei sovellu lapselle Kun kiinnipitäjä ei ollut lapselle tuttu Kun ympäristö ei ole sopiva Kun työntekijä ei ole itse rauhallinen tai fyysiset voimavarat eivät riitä kiinnipitotilanteissa

Lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin päiväkodeissa siis hyvin vaihtelevissa tilanteissa. Yleensä nämä tilanteet olivat sellaisia, joissa lapsi itse tai ryhmän muut lapset olisivat voineet joutua vaaraan tai ympäristölle koitua vahinkoa lapsen käyttäytymisen vuoksi. Työntekijät mielsivät kuitenkin useita tilanteita, joissa fyysistä kiinnipitoa vältettiin päiväkodeissa. Esimerkiksi lapsen ikään kuuluvissa uhma- tai kiukkukohtauksissa tai jonkun muun rauhoittelukeinon toimiessa samassa tilanteessa. Tärkeää on kuitenkin huomata, että osa työntekijöistä käyttäisi lapsen fyysistä kiinnipitoa tilanteessa, jossa taas osa työntekijöistä ei sitä käyttäisi. Tällaisia olivat esimerkiksi kiinnipidon käyttö päiväuniaikaan, kiinnipidon avulla rajojen ja vallan osoittaminen lapselle sekä levottoman lapsen rauhoittaminen.

6 VIHASTA EMPATIAAN – TYÖNTEKIJÖIDEN TUNNEKOKEMUKSET

Lapsen fyysiset kiinnipitotilanteet ovat fyysisesti ja psyykkisesti haastavia kokemuksia päiväkodin työntekijöille. Kiinnipitotilanteisiin liittyy monenlaisia tunnekokemuksia ja tarkastelen seuraavaksi, millaisia tunteita kiinnipitotilanteet päiväkodin työntekijöissä herättävät ja miten näitä kiinnipitotilanteita käsitellään jälkikäteen.

6.1 Lapsen fyysisen kiinnipidon herättämät tunteet

Ennen kiinnipitotilannetta tai sen aikana. Lapsen fyysiset kiinnipitotilanteet herättävät päiväkodin työntekijöissä paljon tunteita ja ennen kiinnipitoa tai sen aikana työntekijät kokivat enemmän negatiivisia kuin positiivisia tunteita. Työntekijöiden tunnekokemukset on koottu sivun 57 taulukkoon 5. Käsitelen seuraavaksi näitä tunteita tarkemmin.

Negatiivisina tunteina kiinnipitotilanteet herättivät työntekijöissä *huolen ja pelon tunteita*. Huolta ja pelkoa koettiin kiinnipidettävän lapsen ja muiden ryhmän lasten turvallisuudesta ja siitä, satutitko työntekijä kiinnipidon aikana lasta fyysisesti tai psyykkisesti. Huolta herätti myös työntekijän oma oikeusturva ja seuraamukset kiinnipitotilanteista,

sillä fyysiseen kiinnipitoon ei ole lainsäädäntöä ja työntekijöiden sekä vanhempien käsitykset kiinnipidosta saattoivat olla erilaiset.

Se, että työntekijällä saattoi olla melko vähän kokemusta lapsen fyysisestä kiinnipittämisestä ja se, että kiinnipitotilanteen etenemistä oli vaikea tietää etukäteen, aiheutti *jännitystä* ja *epävarmuutta*. Työntekijät kokivat epävarmuutta lisäksi siitä, milloin lapsen kiinnipittäminen oli tarpeellista ja oikeutettua. *Avuttomuuden* tunteen syynä oli se, etteivät työntekijät ymmärtäneet lapsen toimintaa tai he eivät tieneet, miten muuten lasta olisi voinut auttaa kuin kiinnipitämällä.

Toivottomuuden, turhautumisen, riittämättömyyden, pettymyksen, voimattomuuden, syyllisyyden ja häpeän tunteita koettiin myös ennen lapsen fyysistä kiinnipittoa ja sen aikana. Toivottomuutta ja turhautumista tunnettiin etenkin silloin, jos kiinnipitotilanteet olivat toistuvia. Syyllisyyden, pettymyksen ja riittämättömyyden syinä olivat esimerkiksi pettymys omaan toimintaan, siihen, että työntekijä oli joutunut käyttämään fyysistä kiinnipittoa eikä ollut selvinnyt tilanteesta muuten. Syyllisyyttä koettiin myös siitä, että työntekijät tiedostivat, että kiinnipittäminen ei ollut lapsesta miellyttävää. Lisäksi työntekijät pohtivat, mitä muut päiväkodin työntekijät ajattelivat hänestä kiinnipitotilanteiden jälkeen ja tämä synnytti syyllisyyden tunteita.

Lapsen fyysiset kiinnipitotilanteet herättivät työntekijöissä *väsymystä*, sillä tilanteet olivat sekä fyysisesti että psyykkisesti rankkoja. Myös toistuvat ja pitkittyneet kiinnipitotilanteet aiheuttivat väsymystä. Työntekijät kokivat lisäksi *ahdistusta* ja heitä *harmitti* se, että kiinnipito vei aikaa muilta ryhmän lapsilta ja ryhmän toiminnasta. Työntekijät kokivat *harmia*, *ärtymystä* ja *vihaa* siitä, ettei lapsi toiminut yhteisten sääntöjen mukaan ja kiinnipittoa tarvittiin. Ärtymystä ja vihaa aiheutti myös kiinnipitotilanteiden toistuminen ja tilanteessa hallinnan menettäminen sekä se, jos lapsi oli satuttanut toiminnallaan työntekijää. Lasta ja hänen pahaa oloaan kohtaan työntekijät kokivat lisäksi *sääliä* ja *surua*.

Positiivisina tunteina työntekijät kokivat ennen kiinnipitotilanteita ja niiden aikana *halua suojella ja auttaa*. Työntekijöillä oli tunne, että kiinnipidon avulla he auttoivat lasta eteenpäin tunneryöpyä keskeltä ja suojelivat lasta ja muita ryhmän lapsia. Työntekijät pyrkivät myös pysymään tunteiltaan *rauhallisina*. He kokivat, että omien ristiriitaisten tunteiden sulkeminen tilanteen ulkopuolelle ja rauhallisena pysyminen auttoivat myös lasta rauhoittumaan. Työntekijät tunsivat lisäksi *päätäväisyyttä* ja *varmuutta* sii-

tä, että lapsen fyysinen kiinnipitäminen oli oikea ratkaisu tilanteessa ja tilanne tuli viedä loppuun asti. Lasta kohtaan päiväkodin työntekijät kokivat *empatiaa, läheisyyttä ja välittämistä*. Kiinnipitotilanteet herättivät myös *toiveikkuutta* siitä, että tilanne rauhoittuisi nopeasti ja kiinnipito auttaisi lasta.

TAULUKKO 5 Lapsen fyysistä kiinnipitoa ennen ja sen aikana koetut tunteet

Negatiiviset tunteet	Positiiviset tunteet
<ul style="list-style-type: none"> • Huoli ja pelko • Jännitys • Epävarmuus • Avuttomuus • Toivottomuus • Turhautuminen • Riittämättömyys • Pettymys • Voimattomuus • Syyllisyys • Häpeä • Väsymys • Ahdistus ja harmitus • Ärtymys ja viha • Sääli • Suru 	<ul style="list-style-type: none"> • Halu suojella ja auttaa • Rauhallisuus • Päätäväisyys • Varmuus • Empatia • Läheisyys ja välittäminen • Toiveikkuus

Lapsen fyysisen kiinnipidon jälkeen päiväkodin työntekijät kokivat edelleen sekä negatiivisia että positiivisia tunteita, jotka on esitetty seuraavan sivun taulukossa 6. Negatiivisia ja positiivisia tunteita koettiin suurin piirtein saman verran kiinnipidon jälkeen, kun kiinnipitoa ennen ja tämän aikana negatiivisia tunteita taas oli enemmän. Seuraavaksi käyn läpi tarkemmin päiväkodin työntekijöiden tunnekokemuksia lapsen fyysisen kiinnipitämisen jälkeen.

Kiinnipitotilanteen jälkeen useat työntekijät kokivat **negatiivisina tunteina epävarmuutta** ja tarvetta pohtia sitä, miten tilanne eteni ja mitä työntekijä olisi voinut tehdä toisin, jotta kiinnipitämiseltä olisi vältytty. Kiinnipito aiheutti myös fyysistä ja psyykkistä *väsymystä*, mikä tuli esille esimerkiksi vartalon vapinana ja itkuna etenkin silloin, jos kiinnipitotilanteet olivat olleet pitkäkestoisia.

Päiväkodin työntekijät tunsivat kiinnipidon jälkeen *pettymystä* siitä, että tilanne oli päässyt siihen pisteeseen asti, että kiinnipito oli tarpeellista. Kiinnipitotilanteet herättivät myös *hämmennyksen ja ahdistuksen* tunteita. Usea työntekijä mainitsikin, että lap-

sen kiinnipidon jälkeen työntekijöillä oli tarve purkaa tapahtunut tilanne työkavereiden kanssa ja koota itsensä taas nykyhetkeen. Kiinnipitämisen jälkeen koettiin edelleen *surua* ja *huolta* lapsen puolesta. Huolta aiheutti esimerkiksi se, miten kiinnipito vaikutti lapsen tunne-elämään tai lapsen ja työntekijän väliseen suhteeseen.

Kiinnipitotilanteiden jälkeen päiväkodin työntekijät kokivat **positiivisina tunteina helpotusta**, kun tilanne oli ohi ja lapsi oli rauhoittunut. Myös *onnistumisen tunnetta, iloa ja hyvää oloa* tunnettiin, jos kiinnipito oli mennyt hyvin ja tilanne oli saatu selvitettyä lapsen kanssa, ja lapsen käyttäytyminen oli muuttunut haluttuun suuntaan. Vaikka kiinnipitotilanteet herättivät paljon tunteita ja olivat fyysisesti rankkoja, työntekijät olivat tunnetilaltaan myös *rauhallisia* ja kokivat lapsen kanssa *läheisyyttä*. Kiinnipitämisen jälkeen työntekijät tunsivat suhteen lapseen lähentyneen ja lapsen luottamuksen kasvaneen. Lisäksi tilanteen jälkeen koettiin *toivoa* siitä, että lapsi oli hyötynyt kiinnipitämisestä.

Taulukko 6 Lapsen fyysisen kiinnipidon jälkeen koetut tunteet

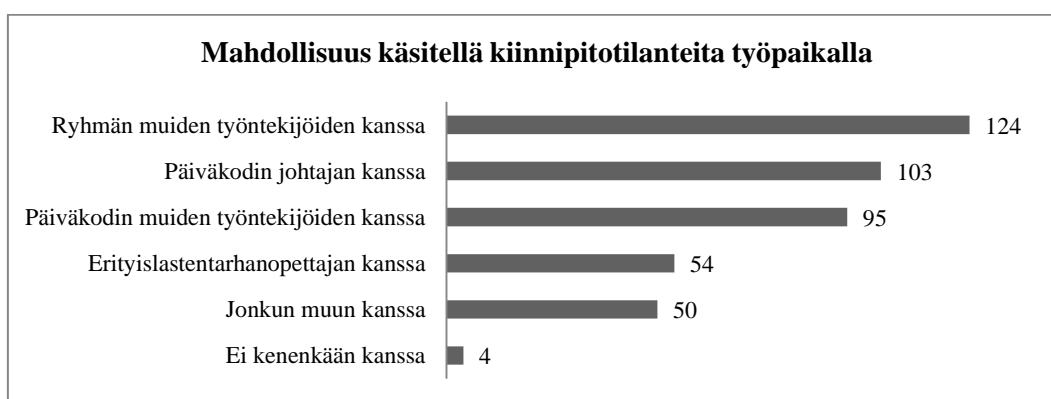
Negatiiviset tunteet	Positiiviset tunteet
<ul style="list-style-type: none"> • Epävarmuus • Väsymys • Pettymys • Hämmennys ja ahdistus • Tarve purkaa tilanne ja koota itsensä • Suru • Huoli 	<ul style="list-style-type: none"> • Helpotus • Onnistumisen tunne • Ilo ja hyvä olo • Rauhallisuus • Läheisyys • Toivo

Lapsen fyysiset kiinnipitotilanteet herättivät päiväkodin tekijöissä siis paljon tunteita. Tunteet vaihtelivat vahvoista vihan tunteista huoleen, pelkoon ja epävarmuuteen ja toisessa ääripäässä tunteiden kirjo oli läheisyyttä, empatiaa ja rauhallisuutta. Työntekijöiden tunnekokemukset saattoivat olla hyvin ristiriitaisia, sillä samaan aikaan saatettiin kokea sekä ärtymystä lapseen että suurta empatiaa. Työntekijät pyrkivät kuitenkin sulkemaan omat tunteensa kiinnipitotilanteiden aikana ulkopuolelle ja pysymään rauhallisina, jotta lapsi ja tilanne olisivat rauhoittuneet mahdollisimman nopeasti.

6.2 Fyysisten kiinnipitotilanteiden käsitteleminen

Viimeisenä kiinnostuksen kohteena tutkimuksessani oli selvittää, miten päiväkotien työntekijät käsittelivät lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita jälkikäteen. Suurin osa päiväkodin työntekijöistä koki lapsen fyysisten kiinnipitotilanteiden käsittelyn tarpeelliseksi jälkikäteen. Vain 14 vastaajaa (n=164) mainitsi, ettei tilanteiden käsittelylle ollut tarvetta. Näissä tapauksissa kiinnipitotilanteiden käsittelyä ei koettu tarpeelliseksi esimerkiksi, että lapsen fyysinen kiinnipitäminen oli ryhmässä arkipäiväistä tai koska kiinnipitotilanteita oli ollut niin vähän, etteivät ne olleet jääneet painamaan työntekijöiden mieltä. Käyn läpi seuraavaksi, millaisia mahdollisuuksia päiväkodin työntekijöillä oli käsitellä lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita ja miten näitä tilanteita käsiteltiin työpaikalla sekä vapaa-ajalla.

6.2.1 Kiinnipitotilanteiden käsittely työpaikalla



KUVIO 2 Kiinnipitotilanteiden käsittelymahdollisuus työpaikalla (n=164)

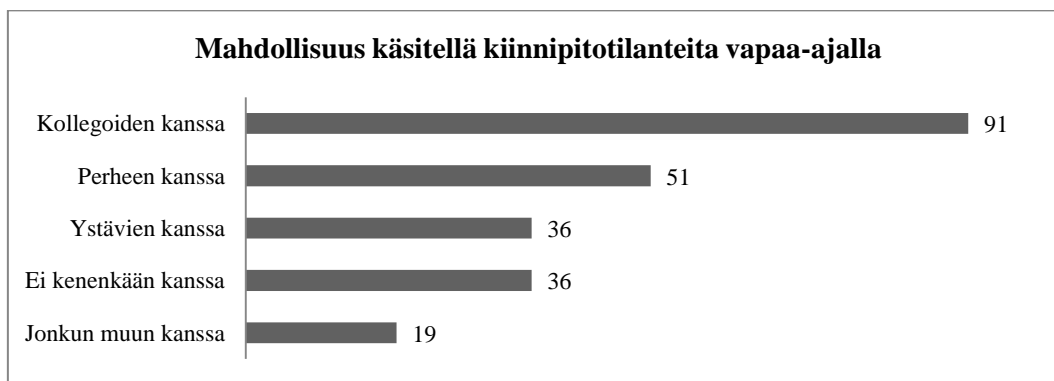
Kuviosta 2 selviää, että työpaikalla lähes kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus käsitellä kiinnipitotilanteita jälkeenpäin. Vain neljä vastaajaa mainitsi, ettei heillä ollut mahdollisuutta käydä tilanteita läpi kenenkään kanssa. Mikäli kiinnipitotilanteita ei käsitelty jälkikäteen, yleensä syynä oli ajan ja henkilökunnan riittämättömyys. Aikaa keskusteluille ei löytynyt tai henkilökunnan minimiin mitoittamisen vuoksi ei lapsiryhmästä voinut irrottautua keskustelua varten. Työntekijät toivat esille myös sen, että kiinnipitotilanteita ei käsitelty, mikäli johtaja tai kiertävä erityislasterhanopettaja eivät tukeneet työntekijää, vaikka tilanteessa ollut työntekijä olisi halunnut keskustella. Lisäksi ryh-

män muut työntekijät olivat voineet suhtautua vähättelevästi kiinnipitotilanteen rankkuuteen, jolloin tilanteen käsittely on jäänyt.

Lähes kaikki työntekijät tarkastelivat kiinnipitotilanteita oman ryhmän työntekijöiden kanssa, noin kaksi kolmasosaa päiväkodin johtajan tai muiden päiväkodin työntekijöiden kanssa ja noin yksi kolmasosa erityislastentarhanopettajien kanssa. Yleisin keino käsitellä kiinnipitotilanteita oli keskustelu. Keskustelun aikana kiinnipitotilanne käytiin uudelleen läpi ja pohdittiin tilanteen syitä ja seuraamuksia: miksi kiinnipitotilanteeseen päädyttiin ja mitä jatkossa voisi tehdä toisin. Keskusteluissa oli mahdollista jakaa hyviä neuvoja kiinnipidon läpi viemiseen tai saada muilta työntekijöiltä vinkkejä omaan toimintaan. Myös omien tunteiden purkaminen keskusteluissa oli sallittua. Kiinnipitotilanteen käsittelyssä käytettiin myös kirjoittamista. Samalla kuin lapsen kiinnipidosta kirjoitettiin raportti, työntekijä pystyi käymään läpi, mitä tapahtui ja miksi sekä käymään läpi omia tunnekokemuksiaan. Työntekijät mainitsivat myös, että hetkeksi ryhmästä poistuminen ja rauhoittuminen sekä itsereflektio auttoivat kiinnipitotilanteen työstämisessä.

Kyselylomakkeen kohtaan ”jonkun muun kanssa” päiväkodin työntekijät nimesivät laajasti eri ammattiryhmiä, jotka työskentelevät päiväkotien kanssa yhteistyössä. Ryhmässä työskentelevät mainitsivat käsittelevänsä kiinnipitotilanteita kiertävien erityislastentarhanopettajien ja muissa päiväkodeissa työskentelevien kollegoiden kanssa. Työntekijät, jotka eivät työskennelleet kiinteästi yhdessä lapsiryhmässä, mainitsivat käsittelevänsä tilanteita omien kollegoiden kanssa. Kiinnipitotilanteiden tarkastelussa käytettiin myös työnohjausta ja psykologeja, jotka koettiin tarpeellisiksi kiinnipitotilanteiden psyykkisen rankkuuden vuoksi. Lisäksi ”jonkun muun kanssa” vastauksella työntekijät tarkoittivat lapsen hoitoon osallistuvia terapeutteja, psykologeja, perheneuvolaa ja lapsen vanhempia. Heidän kanssaan kiinnipitotilanteita käsiteltiin käymällä läpi kiinnipitotilanteen kulku, työntekijöiden tunnekokemusten purkamiseen tämä ei ollut sopiva konteksti.

6.2.2 Kiinnipitotilanteiden käsittelymahdollisuudet vapaa-ajalla



KUVIO 3 Kiinnipitotilanteiden käsittelymahdollisuus vapaa-ajalla (n=164)

Vapaa-ajalla kiinnipitotilanteiden käsittelymahdollisuudet on esitetty kuviossa 3 ja tästä selviää, että mahdollisuudet tilanteiden käsittelyyn vapaa-ajalla olivat vähäisempiä kuin työpaikalla. Reilulla puolella tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä oli mahdollisuus käsitellä kiinnipitotilanteita vapaa-ajalla kollegoiden kanssa, noin kolmasosalla perheen kanssa ja neljäsosalla ystävien kanssa. Tilanteita käytiin läpi keskustelemalla yleisellä tasolla lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä eikä niinkään lapsikohtaisesti. Kiinnipitotilanteita käsiteltiin vapaa-ajalla yksin esimerkiksi liikunnan avulla. Liikunnan aikana työntekijällä oli aikaa reflektoida tapahtunutta ja omaa toimintaansa. Lisäksi työntekijät etsivät tietoa lukemalla aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Noin neljäsosa työntekijöistä kertoi, ettei heillä ollut mahdollisuutta käsitellä kiinnipitotilanteita vapaa-ajalla kenenkään kanssa. Tämä ei välttämättä tarkoita kuitenkaan sitä, ettei vastaajalla ollut minkäänlaista mahdollisuutta esimerkiksi keskusteluun vapaa-ajalla. Kyselylomakkeen kohdan ”Jonkun muun kanssa” avoimet vastaukset koostuivat perusteluista, ettei päiväkodissa tapahtuneista kiinnipitotilanteista saanut puhua päiväkodin ulkopuolella vaitiolovelvollisuussyistä. Osa vastaajista toi lisäksi esille sen, että lapsen kiinnipitotilanteista ei puhuttu tai niitä ei pohdittu vapaa-ajalla sen takia, että työasiat pyrittiin pitämään ja käsittelemään työpaikalla eikä tuomaan niitä työpaikan ja -ajan ulkopuolelle.

Suurimmalla osalla päiväkodin työntekijöistä oli mahdollisuus käsitellä lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita sekä työpaikalla että vapaa-ajalla. Työpaikalla tilanteita käsiteltiin kollegoiden, oman ryhmän tai muiden päiväkodin työntekijöiden ja päiväkodin johtajan kanssa. Kiinnipitotilanteita käytiin läpi myös työnohjauksessa, lapsen vanhempien ja

lapsen hoitoon osallistuvien yhteistyötahojen kanssa. Vapaa-ajalla kiinnipitotilanteita käsiteltiin yksin, kollegoiden, perheen tai ystävien kanssa. Syitä, miksi kiinnipitotilanteita ei käsitelty työpaikalla, olivat kiire, henkilökunnan vähyys ja työkavereiden tai johtajan tuen puute. Vapaa-ajalla tilanteita ei pohdittu vaitiolovelvollisuuden vuoksi tai koska työntekijät pyrkivät välttämään tuomasta työasioita kotiin ja vapaa-ajalle.

Lapsen fyysisten kiinnipitotilanteiden käsittelyssä suosituin menetelmä sekä työpaikalla että vapaa-ajalla oli keskustelu. Keskustelun avulla oli mahdollista käydä tilanne läpi uudelleen: mitä tapahtui ja miksi sekä miten tulevaisuudessa toimitaan. Keskustelussa oli mahdollista käydä läpi myös kiinnipitämisen herättämiä tunteita. Lisäksi kirjoittaminen, itsereflektio, ryhmästä vetäytyminen ja rauhoittuminen, liikunta sekä aiheeseen liittyvän kirjallisuuden lukeminen olivat keinoja käsitellä lapsen kiinnipitotilanteita.

7 POHDINTA

Tarkastelen seuraavaksi tutkimukseni päätuloksia laajemmin käyttäen apuna teoreettista viitekehystäni ja aikaisempia tutkimuksia lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä. Tarkastelen myös tutkimukseni luotettavuutta ja eettisyyttä sekä pohdin työni merkitystä ja jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

7.1.1 Työntekijöiden käsitykset lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä

Tutkimukseni tavoitteena oli tutkia päiväkodin työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä päiväkodissa. Tutkimuksen aihe on hyvin ajankohtainen, sillä lapsen fyysinen kiinnipitäminen on herättänyt viime aikoina paljon keskustelua päiväkodeissa ja mediassa, mutta päiväkotikontekstissa aiheesta tehty tutkimus puuttuu lähes kokonaan. Ensimmäinen tutkimuskysymykseni oli ”*Mitä päiväkodin työntekijät käsittävät lapsen fyysisen kiinnipitämisen olevan päiväkodissa?*”. Tavoitteena oli selvittää, mitkä ovat lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteet ja käytänteet sekä tutkia, millaisissa arjen tilanteissa fyysistä kiinnipitoa käytetään päiväkodissa. Toinen tutkimuskysymykseni oli ”*Millaisia kokemuksia päiväkodin työntekijöillä on lapsen fyysi-*

sestä kiinnipitämisestä?”. Tavoitteenani tutkia, millaisia tunnekokemuksia fyysiset kiinnipitotilanteet herättävät työntekijöissä ja miten lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita käsitellään jälkikäteen. Tutkimuksen aineiston keräsin päiväkodeissa työskenteleviltä kasvatusvastuullisilta työntekijöiltä, jotka työskentelivät ympäri Suomea.

Päiväkotien työntekijöiden käsitykset lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä voidaan jakaa kahteen näkökulmaan: lapsen ja ympäristön turvallisuuteen sekä lapsen kasvun ja oppimisen tukemiseen. Ensinnäkin päiväkodin työntekijät pyrkivät lapsen fyysisen kiinnipitämisen avulla estämään lasta vahingoittamaan itseään, muita lapsia, aikuisia tai ympäristöä. Näin kiinnipidon avulla taattiin lapsen ja ympäristön turvallisuus sekä rauhoitettiin lapsi ja meneillään oleva tilanne. Toiseksi työntekijät tiedostivat lapsen mahdollisuuden oppia itsesäätely- ja tunnetaitoja fyysisen kiinnipidon avulla. Lapsen fyysisen kiinnipidon tavoitteena oli myös vuorovaikutusyhteyden saaminen lapseen, läheisyyden ja välittämisen osoittaminen lapselle sekä lapsen ja ryhmän muiden lasten turvallisuuden tunteen palauttaminen.

Tutkimukseni tuloksissa on löydettävissä samansuuntaisuutta Heiskasen (2004) tutkimustulosten kanssa. Tutkimuksen tavoitteenaan oli kuvata kiinnipidon käsitettä lasten psykiatriassa yhdistämällä kirjallisuutta ja empiiristä tutkimusta. Tutkimustulosten mukaan kiinnipidon yhtenä tavoitteena on lapsen aggressiivisen käyttäytymisen rauhoittaminen. (Heiskanen 2004.) Tämä nousee vahvasti esille myös omista tutkimustuloksistani, sillä lähes jokainen tutkimukseen osallistunut työntekijä mainitsi kiinnipidon tavoitteeksi lapsen rauhoittamisen tai turvallisuudesta huolehtimisen. Saman tutkimustuloksen ovat saaneet myös Sillman ja Vanhatalo (2009) omassa opinnäytetyössään, jossa he tutkivat lastenpsykiatrisen osaston työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta. Sillman ja Vanhatalo puhuvat omassa työssään tilanteen hallinnasta, jolloin tavoitteena oli aggressiivisten tilanteiden selvittäminen turvallisesti.

Yhteneväisyyttä omien tutkimustulosteni kanssa löytyy myös siitä, että Heiskasen (2004) tuloksissa kiinnipidon toisena tavoitteena oli lapsen tunneristiriidan käsittelyn tukeminen, ja Sillmanin ja Vanhatalon (2009) mukaan kiinnipidon tavoitteena oli impulssien hallinta. Omien tutkimustulosten mukaan päiväkodin työntekijät pyrkivät kiinnipidon avulla rauhoittamaan tunnekuohussa olevan lapsen ja tämän jälkeen käsittelemään tilanteen lapsen kanssa, mitä tapahtui ja miksi. Samalla työntekijät näkivät myös mahdollisuuden opettaa lapselle tunnetaitoja. Tämä tulos saa vahvistusta Sillmanin ja

Vanhatalon tutkimuksesta, jonka mukaan kiinnipitämisen tavoitteena on vahvistaa lapsen ja hoitajan vuorovaikutusta ja auttaa tunteiden hallinnassa.

Tutkimustuloksissani rajat tulivat esille oppimisen näkökulmassa, työntekijöiden mielestä kiinnipidon avulla lapsen oli mahdollista oppia hyväksyttävän käyttäytymisen rajat. Esimerkiksi lapsen toimiessa holtittomasti tai käyttäytyessä normin vastaisesti, kiinnipidon avulla osoitettiin lapselle, ettei tämä ollut sopivaa. Fyysisen kiinnipidon tavoitteena rajojen asettaminen ilmeni myös Heiskasen (2004) sekä Sillmanin ja Vanhatalon (2009) tuloksissa. Lisäksi välittämisen ja turvallisuuden tunteen antaminen lapselle fyysisen kiinnipidon avulla tulivat esille Sillmanin ja Vanhatalon tutkimustuloksissa samoin kuin omissa tuloksissani. Tutkimukseni tulokset ovat siis hyvin samansuuntaiset kuin Heiskasen sekä Sillmanin ja Vanhatalon, vaikka nämä tutkimukset on tehty lastenpsykiatrian näkökulmasta. Tästä voidaankin päätellä, että lapsen fyysistä kiinnipitoa käytetään sekä päiväkodissa että lasten sairaalahoidossa samojen tavoitteiden ohjaamina.

Päiväkodeissa, joissa tutkimukseen osallistuneet työskentelivät, oli käytössä runsaasti erilaisia käsitteitä puhuttaessa lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä. Käytettyjä käsitteitä sylihoidon lisäksi olivat kiinnipitäminen, fyysinen/hoidollinen kiinnipitäminen, holding, sylissäpito, syliote. Päiväkodeissa puhuttiin myös lapsen rauhoittamisesta, fyysisestä rajoittamisesta/rajaamisesta, turvaistamisesta ja kiinnittämisestä sekä pysäyttamisestä. Käytössä olevien termien kirjo kuvaa hyvin sitä, miten erilailla lapsen fyysisen kiinnipito voidaan käsittää. Syitä tähän voidaan hakea esimerkiksi työntekijöiden työkokemuksesta tai iästä. Vastausten ja tutkimukseen osallistuneiden taustatietojen vertailun perusteella työkokemuksella tai vastaajan iällä ei näyttänyt kuitenkaan olevan suurta vaikutusta, sillä vastaajat jakaantuivat tasaisesti kaikkiin tulosluokkiin iän ja työkokemuksen perusteella.

Eroja työntekijöiden käsityksiin voi tuoda se, että koulutusta lapsen fyysiseen kiinnipitoon vastaajista oli saanut 30,5 % vastaajista. Koulutusta lapsen fyysiseen kiinnipitoon oli useimmiten saatu ammattikorkeakoulu- tai varhaiserityisopettajanopinnoissa, joissa aiheesta oli lähinnä keskusteltu. Myös kunnat ja päiväkodit olivat järjestäneet lapsen fyysiseen kiinnipitoon liittyen erilaista koulutusta, jossa aiheesta saattoi olla puhumassa erityislastentarhanopettaja, psykologi, sairaanhoitaja, poliisi tai lakimies. Tietoa lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä kaivattiin kuitenkin lisää. Lisäksi se, että osa tutkimukseen

osallistuneista työntekijöistä mainitsi hakeneensa itse tietoa lapsen fyysisestä kiinnipidosta, voi selittää työntekijöiden erilaisia käsityksiä kiinnipidosta.

Käytännössä *fyysinen kiinnipittäminen* koostui lapsen kiinnipittämisestä, joka vaihteli lapsen vierellä olemisesta ja kädestä pitämisestä lapsen liikkumisen rajoittamiseen lattiaa vasten. Fyysisen kiinnipidon käytänteisiin kuului myös keskustelu kiinnipidon aikana ja sen jälkeen. Keskustelun avulla pyrittiin rauhoittamaan lapsi ja auttamaan lasta ymmärtämään tilannetta ja omaa käyttäytymistään. Kiinnipitotilanteen aikana työntekijät pyrkivät myös rauhallisuuteen ja määrätietoisuuteen sekä pysymään ammatillisena. Työntekijöiden vastauksissa tuli toistuvasti esille se, että lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin viimeisenä oljenkortena sen jälkeen, kun kaikki muut keinot lapsen auttamiseksi oli käytetty. Lisäksi kiinnipidossa pyrittiin noudattamaan samaa kaavaa joka kerta ja toteuttamaan kiinnipito niin, että toinen työntekijä oli vähintään läsnä tilanteessa edes havainnoimassa tilannetta. Myös vanhemmille tiedottaminen ja lupien kysyminen heiltä lapsen fyysiseen kiinnipitoon kuuluivat kiinnipittämisen käytänteisiin.

Käsitys lapsen fyysisestä kiinnipittämisestä ja kiinnipittämisen käytänteet eivät siis olleet yksiselitteisiä. Yksittäinen työntekijä saattoi käsittää lapsen fyysisen kiinnipidon sisältävän useita eri tavoitteita ja toteuttamistapoja. Samalla tavoin myös päiväkodin työntekijät erosivat toisistaan käsitystensä perusteella. Tutkimukseni tuloksista voidaan todeta, että lapsen fyysinen kiinnipito voidaan käsittää hyvin erilaisilla riippuen siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Puroila (2003) on tutkinut päiväkotityön arkea ja käyttää itse käsitettä kehys, jolla hän tarkoittaa ikään kuin taulunkehysiksi, joiden kautta tilannetta voidaan tarkastella: erilaiset kehykset antavat erilaisen kuvan samasta tilanteesta. Kehykset eivät ole yksilöllisiä, vaan ne ovat rakentuneet yhteisön jäsenten kesken sen mukaan, miten yhteisö ymmärtää erilaisia ilmiöitä. Kehyksiä on myös mahdollista vaihtaa nopeasti saman tilanteen aikana tai tulkita tilannetta useamman kehyksen kautta yhtä aikaa. (Puroila 2003, 6, 8.) Päiväkodin työntekijöiden voidaan myös ymmärtää tarkastelevan lapsen fyysistä kiinnipitoa erilaisten kehysten kautta, joka selittää sen, että selkeää yksittäistä määritelmää lapsen fyysiselle kiinnipidolle ei voida antaa. Erilaiset kehykset määrittävät lapsen fyysisen kiinnipittämisen erilaisilla.

Puroila (2003, 8) on määritellyt varhaiskasvatustyötä jäsentäviksi kehyksiksi opetuksellisen, hoivan, hallinnan, käytännöllisen ja persoonallisen kehyksen. Puroilan kehyksistä oman tutkimukseni aiheeseen, lapsen fyysiseen kiinnipitoon, voi soveltaa opetuksellista

ja hallinnan kehystä sekä hoivakehystä. Varhaiskasvatustyö on *opetuksellisen kehyyksen* kautta tarkasteltuna oppimisen ja kehityksen tukemista sekä edistämistä (Puroila 2003, 12). Saman kehyyksen tai näkökulman kautta voidaan tarkastella lapsen fyysisistä kiinnipitämistä omissa tutkimustuloksissani: päiväkotien työntekijät näkivät fyysisessä kiinnipidossa lapsen mahdollisuuden oppia tunne- ja itsesäätelytaitoja.

Opetuksellisen kehys muodostuu neljästä eri ulottuvuudesta, jotka ovat lapsen aloitteellisuus tai aikuisen aloitteellisuus, yksilöorientaatio tai ryhmäorientaatio, etukäteissuunnittelu tai spontaani toiminta ja aikuisen sitoutumisen taso (Puroila 2003, 14). Lapsen fyysisessä kiinnipidossa lapsen oppiminen tapahtuu useimmiten aikuisen aloitteesta, kun kiinnipitävä työntekijä keskustelee kiinnipitotilanteen lapsen kanssa läpi ja samalla mahdollisesti pohtii lapsen kanssa, mitä muita toimintatapoja lapsella olisi tilanteessa voinut olla. Kiinnipitotilanteet ovat myös yksilöorientoituneita, kiinnipito koskettaa vain yhtä lasta, ja useimmiten kiinnipito on spontaania toimintaa, jota käytetään vain tarvittaessa. Aikuisen sitoutuminen fyysisissä kiinnipitotilanteissa on aktiivinen, sillä työntekijältä vaaditaan kiinnipidossa toimintaa sekä puheen että tekemisen tasolla.

Hallinnan kehyyksessä varhaiskasvatustyötä ohjaa työtilanteiden hallinta, kuri ja järjestyminen. Puroila (2003) käsittää hallinnassa kaksi muotoa, hiljaisen kontrollin ja aktiivisen hallinnan. Hiljainen kontrolli on passiivista hallintaa, tilanteessa vastuu on työntekijöillä, mutta tilanne on kuitenkin hallittavissa ilman aikuisen aktiivista puuttumista. (Puroila 2003, 58–60.) Lapsen fyysinen kiinnipitäminen on yksi hallinnan keino ja muodoltaan aktiivista hallintaa, jota käytetään, kun lapsen käyttäytyminen ei ole enää muuten kontrolloitavissa.

Lapsen fyysistä kiinnipitoa voidaan tarkastella myös Puroilan *hoivakehyyksen* kautta. Hoivakehyykseen kuuluu perushoidollinen hoiva, joka liittyy kasvun ja terveyden edistämiseen kuten ruokailu, lepo ja puhtaus. Hoiva voi liittyä myös sosiaaliseen ja emotionaaliseen ulottuvuuteen, jossa työntekijä keskittyy hoivan kohteeseen puheen ja toiminnan tasolla. (Puroila 2003, 47–50.) Sosiaalinen hoivan ulottuvuus kiinnipitotilanteissa tulee esille, kun päiväkodin työntekijät pitävät lasta sylissään ja rauhoittavat lasta myös puheen avulla. Keskustelu kiinnipitotilanteiden jälkeen on myös olennaista kiinnipidossa. Lisäksi emotionaalinen ulottuvuus on osa lapsen fyysistä kiinnipitoa, sillä työntekijät kokevat esimerkiksi empatian ja hoivan tunteita kiinnipitotilanteiden aikana.

Lapsen fyysisen kiinnipidon määrittelemine ei ole yksinkertaista ja voidaankin pohtia sitä, miten hyödyllistä tai tarpeellista on saada yksi määritelmä lapsen fyysiselle kiinnipidolle. Lapsen fyysisen kiinnipidon käsite ja tavoite muuttuvat sen mukaan, kenen näkökulmasta tai mistä kehyksestä sitä tarkastellaan. Koska fyysiselle kiinnipidolle ei vielä tämän tutkimuksen myötä saada yhtä tarkkaa määritelmää, on tärkeä tiedostaa, että yksilöt ja yhteisöt voivat käsittää lapsen fyysisen kiinnipidon hyvin monenlaisiksi toiminnaksi. Tämän vuoksi, kun aiheesta esimerkiksi keskustellaan päiväkodeissa, olisi hyvä ensin selvittää, mitä keskusteluun osallistuvat käsittävät lapsen fyysisen kiinnipidon olevan, jotta keskustelussa välttyttäisiin sekaannuksilta ja ristiriidoilta.

Lapsen fyysistä kiinnipitoa käytettiin useimmiten tilanteissa, joissa lapsi oli vaaraksi itselleen, muille ryhmän lapsille tai ympäristölle. Myös silloin, kun lapsi ei-toivotulla käyttäytymisellään osoitti tarvitsevänsä syyliä fyysistä kiinnipitoa käytettiin. Päiväkodin työntekijät eivät nähneet kiinnipitoa soveltuvaksi silloin, jos lapsi ei uhma- tai ”raivari-kohtauksen” aikana ollut vaaraksi itselleen, muille tai ympäristölle tai jos lapsen kiukuttelu tulkittiin normaaliksi ikään kuuluvaksi toiminnaksi. Lapsen fyysistä kiinnipitoa ei käytetty myöskään silloin, kun kiinnipito ei soveltunut lapselle tai jos olosuhteet kiinnipitoon eivät olleet sopivat.

Mielenkiintoista on kuitenkin huomata, että osa päiväkodin työntekijöistä käytti lapsen fyysistä kiinnipitoa sellaisissa tilanteissa, missä osa työntekijöistä ei sitä olisi käyttänyt. Kiinnipito esimerkiksi aikuisen vallan osoittamiseksi lapselle tai levottoman lapsen rauhoittamiseksi sai sekä myönteisiä että kielteisiä vastauksia. Tämä sama ilmiö tuli esille Aurelan (1995, 26) tutkimustuloksissa, jossa hoitajat käyttivät kiinnipitoa eri tavoitteiden ohjaamina ja näin myös kiinnipitämisen toteuttamistavat ja tilanteet vaihtelivat. Tämä vastauksien ristiriita voi johtua luultavasti siitä, mitä päiväkodin työntekijät käsittävät lapsen fyysisen kiinnipidon olevan ja mitä sillä tavoitellaan. Onko lapsen fyysinen kiinnipitäminen lapsen sylissä istumista vai tiukkaa kiinnipitämistä maata vasten? Työntekijöiden vastauksissa tuli selkeästi esille se, että osa vastaajista käsitti lapsen fyysisen kiinnipitämisen olevan lapsen tiukkaa kiinnipitämistä, kun taas osa työntekijöistä käsitti fyysiseksi kiinnipitämiseksi jo lapsen liikkumisen rajoittamisen kädestä pitämällä.

Päiväkodin työntekijöiden vastausten perusteella näyttää siltä, että lapset, joihin fyysistä kiinnipitoa käytetään, ovat aggressiivisia, impulsiivisia ja ahdistuneita sekä heillä on vaikeuksia säädellä omia tunteitaan ja käyttäytymistään. Tämä kuvaus vastaa hyvin tun-

ne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden sisäisiä ja ulkoisia piirteitä. Useat työntekijät toivat kuitenkin esille, että lapsen fyysinen kiinnipito oli viimeinen oljenkorsi lapsen rauhoittamiseksi vasta sen jälkeen, kun kaikki muut keinot oli jo kokeiltu. Myös Bellin (1997) tutkimukseen osallistuneet lastensuojelulaitoksen sosiaalityöntekijät toivat esille, että he suhtautuivat kiinnipitoon vastahakoisesti. Omassa tutkimuksessani päiväkotien työntekijät eivät kuitenkaan tuoneet esille, mitä muita keinoja työntekijät olisivat käyttäneet lapsen rauhoittamiseksi ja kiinnipidon välttämiseksi.

Tutkimusta ja kirjallisuutta tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöisten lasten tukemisesta on kuitenkin paljon. Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöisten lasten tukemiseksi varhainen tunnistaminen ja varhain aloitetut interventiot ovat tehokkaimpia (Hester ym. 2003). Bennetin ja Offordin (2001) tutkimuksessa käytöshäiriöisten lasten tukitoimien aloittaminen alle 5-vuoden iässä antoi parempia tuloksia kuin tukitoimien aloittaminen myöhemmällä iällä. Tukitoimet tunne-elämän ja käyttäytymishäiriöisten lasten tukemiseksi voidaan jakaa kahteen luokkaan: yksittäistä lasta ja perhettä tukeviin menetelmiin sekä lasta ja perhettä laajemman sosiaalisen ympäristön tukemisen tähtääviin menetelmiin. Yleensä pienten lasten kohdalla huomio kiinnitetään lasta ja perhettä tukeviin menetelmiin. (Kay 2013, 150.)

Lapsen kohdistuvia tuki- tai hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset kognitiivis-behavioraaliset terapiat ja leikkiterapiat, jotka voivat olla pitkä- tai lyhytkestoisia (Gilbert 2014). Yksilökeskeisinä hoitomenetelminä käytetään myös esimerkiksi puhe-, musiikki- ja toimintaterapiaa sekä lääkehoitoa (Almqvist 2004c, 409–414; Räsänen & Moilanen 2004, 414). Perhekeskeisiä tuki- ja hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi perheterapia, varhaislapsuuden vuorovaikutusterapia ja vanhempien pariterapia sekä ohjaus (Piha 2004a, 400). Perheterapian tavoitteena on muuttaa perheen sisäisiä vuorovaikutus- ja toimintamalleja, jotka aiheuttavat lapselle psyykkisiä oireita ja saavuttaa perheeseen sellainen tila, joka mahdollistaa lapsen tasapainoisen kasvun (Piha 2004c). Vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen vahvistamisessa voidaan käyttää terapiaa, jossa vanhemman mielikuvia omasta vanhemmuudesta ja lapsesta pyritään muuttamaan. Toinen terapiamuoto vuorovaikutussuhteen laadun parantamiseksi on vanhempien vuorovaikutuskäyttäytymisen muokkaaminen psykoterapian avulla. (Savonlahti 2004.) Kayn (2013) mukaan tukitoimet, jotka kohdistuvat sekä lapseen että perheeseen, ovat tehokkaampia kuin vain lapseen kohdistuvat. Myös pitkäkestoisilla tukitoimilla ja interventi-

oilla on lapsen emotionaalisten taitojen ja käyttäytymisen kannalta paremmat tulokset kuin lyhytkestoisilla. (Kay 2013, 151.)

Tunne-elämän ja käyttäytymishäiriöisten lasten tukemiseksi päivähoitossa voidaan käyttää koko lapsiryhmää koskettavia interventioita, joita ovat esimerkiksi Askeleittain-ohjelma ja Tunnumuku ja mututoukka -tunneohjelma. Näiden ohjelmien tavoitteina on opettaa lapselle itseluottamusta, empatiataitoja, itsehillintä- ja ongelmanratkaisutaitoja sekä tunteiden säätelyä. Ohjelmat koostuvat oppituokiosta, joista jokaisella on oma aiheensa. Oppituokiolla aihetta lähestytään kuvan, tarinan, liikkeen, leikin ja laulun kautta. (Peltonen 2005; Askeleittain 2012.) Askeleittain-ohjelman käyttöä on myös tutkittu. Schickin ja Cierpkan (2005) tutkimuksessa 6–9-vuotiaiden lasten emotionaalinen kompetenssi kasvoi ja prososiaalinen käyttäytyminen lisääntyi Askeleittain-ohjelman käytön myötä ja lasten ahdistus sekä sisäänpäin suuntautunut käytös vähenivät.

Päiväkodissa lasten tukeminen voidaan toteuttaa myös arjen tasolla. Päiväkodissa olisi hyvä kiinnittää huomiota ympäristöön ja tiloihin sekä siihen, miten lapsi näkee ja kokee ympäristön: onko ympäristössä esimerkiksi liikaa virikkeitä, jolloin lapsen tarkkaavuus herpaantuu jatkuvasti (Kerola & Sipilä 2007, 25). Myös yhteisten pelisääntöjen, toimintatapojen, sopiminen päiväkodissa ja päivästruktuurin luominen auttavat lasta. Kun toimintatavat ja päivärytmi ovat lapselle selvät, ei lapsi hämmenny aikuisten vaihtelevista odotuksista ja toiminnasta ja lapsi oppii itsekin säätelämään omaa toimintaansa. Myös kommunikaatiotaitojen kehittäminen ja tukeminen esimerkiksi kuvien tai nopean piirtämisen tekniikan avulla auttavat lasta tunteiden ja toiminnan säätelyssä. (Kerola & Sipilä 2007, 23, 28, 30–33.)

Jos tarkastelen päiväkodin työntekijöiden käsityksiä ja käytänteitä fyysisestä kiinnipidosta suhteessa tutkimukseni teoreettisessa viitekehyksessä esiin tuomiini teoreettisiin lähestymistapoihin, vastaa työntekijöiden käsitykset lähinnä terapeutin kiinnipidon ja lapsen fyysisen rajoittamisen määritelmiä. Terapeutin kiinnipidossa ja fyysisessä rajoittamisessa tavoitteena on rauhoittaa aggressiivisesti tai vaarallisesti käyttäytyvä lapsi sekä auttaa lasta hillitsemään omaa käyttäytymistään ja tunteitaan. Nämä samat tavoitteet ovat löydettävissä myös päiväkodin työntekijöiden käsityksistä lapsen fyysisestä kiinnipidosta. Lisäksi päiväkodissa käytetyn fyysisen kiinnipidon käytänteet muistuttavat terapeutin kiinnipidon ja fyysisen rajoittamisen käytäntöjä, joissa fyysinen kiinnipitäminen koostuu aggression heräämisestä, aikuisen ja lapsen kohtaamisesta,

vihanpurkauksesta sekä rauhoittumisesta (Barlow 1989; Stirling & McHugh 1998, 506–507; Pilli 2009, 127–128). Tosin kirjallisuudesta poiketen, tässä tutkimuksessa päiväkodin työntekijät näkivät lapsen fyysiseksi kiinnipitämiseksi jo esimerkiksi lapsen vierellä olemisen ja kädestä kiinnipitämisen.

Suhteessa Welchin (1995) ja Prekopin (1994) kiinnipitoterapiaan päiväkodissa toteutettu kiinnipito oli aina reaktiivista, se tapahtui tilanteen sitä vaatiessa, ei koskaan etukäteen suunniteltuna hoitotoimenpiteenä. Päiväkodin työntekijät kokivat kuitenkin, että fyysisen kiinnipidon avulla oli mahdollista luoda vuorovaikutusyhteys lapseen ja osoittaa hänelle välittämistä ja läheisyyttä. Tämä sama tavoite on myös kiinnipitoterapialla, joten voidaan sanoa, että päiväkodin työntekijöiden käsityksissä on samoja piirteitä myös Welchin ja Prekopin kiinnipitoterapian kanssa. Tästä kertoo lisäksi se, että osassa päiväkodeissa lasten fyysisestä kiinnipidosta käytetään käsitettä sylihoito, jota käytetään myös suomenkielisessä kirjallisuudessa Welchin kiinnipitoterapiasta.

7.1.2 Työntekijöiden kokemukset lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä

Lapsen fyysiset *kiinnipitotilanteet herättivät päiväkodin tekijöissä paljon tunteita* ennen kiinnipitoa, sen aikana ja kiinnipidon jälkeen. Kiinnipitotilanteita ennen ja niiden aikana työntekijät kokivat enemmän kielteisiä kuin positiivisia tunteita. Tunteet vaihtelivat vahvoista vihan tunteista pelkoon, epävarmuuteen ja suruun. Toisessa ääripäässä positiivisten tunteiden kirjo vaihteli auttamisen halusta, empatiaan ja rauhallisuuteen. Samoja tutkimustuloksia ovat saaneet Aurela (1995), Bell (1997), Huttunen ja Kananen (2001), Lundy (2005), Steckley ja Kendrik 2008 sekä Saariola (2013). Tutkimustulosten perusteella näyttääkin siltä, että lapsen fyysinen kiinnipitäminen synnyttää samoja tunnekokemuksia niin päiväkodin kuin sairaaloiden ja lastensuojelulaitosten työntekijöissä.

Fyysisten kiinnipitotilanteiden jälkeen päiväkodin työntekijät kokivat edelleen sekä negatiivisia että positiivisia tunteita, mutta työntekijät mainitsivat näitä tunteita suhteessa lähes saman verran. Omat tutkimustulokseni poikkeavatkin aikaisemmasta tutkimuksesta sen suhteen, että toisin kuin Aurelan (1995) tutkimuksessa, päiväkodin työntekijät kokivat yhä negatiivisia tunteita kiinnipitotilanteiden jälkeen. Se, että päiväkodin työntekijät kokevat negatiivisia tunteita vielä kiinnipitotilanteiden jälkeen, voi johtua esimerkiksi siitä, että kiinnipitotilanteita on luultavasti harvemmin päiväkodeissa kuin lastenpsykiatrisilla osastoilla. Kun kiinnipitotilanteet ovat satunnaisia, ei kokemusta lapsen

fyysisestä kiinnipitämisestä kerry ja tilanteet koetaan psyykkisesti ja fyysisesti haastavina. Voidaan olettaa, että lastenpsykiatrian työntekijät saavat koulutusta enemmän lapsen fyysiseen kiinnipitoon, jolloin työntekijöillä voi olla enemmän tietoa ja osaamista kuin päiväkodin työntekijöillä. Omissa tutkimustuloksissani ja Huttusen sekä Kanasen (2001) tutkimuksessa tuli esille se, että päiväkodin työntekijät pyrkivät sulkemaan omat tunteensa kiinnipitotilanteen ulkopuolelle. Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, että kielteiset tunteet purkautuvat vasta kiinnipitotilanteiden jälkeen.

Suurimmalla osalla *päiväkodin työntekijöistä oli mahdollisuus käsitellä lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita sekä työpaikalla että vapaa-ajalla*. Työpaikalla tilanteita käsiteltiin kollegoiden, oman ryhmän tai muiden päiväkodin työntekijöiden sekä päiväkodin johtajan kanssa. Kiinnipitotilanteita käytiin myös työnohjauksessa, lapsen vanhempien ja lapsen hoitoon osallistuvien yhteistyötahojen kanssa. Vapaa-ajalla kiinnipitotilanteita tarkasteltiin yksin ja kollegoiden, perheen tai ystävien kanssa. Syitä, miksi kiinnipitotilanteita ei käsitelty työpaikalla, olivat kiire, henkilökunnan vähyys ja työkavereiden tai johtajan tuen puute. Vapaa-ajalla tilanteita ei käsitelty vaitiolovelvollisuuden vuoksi tai koska työntekijät pyrkivät välttämään tuomasta työasioita kotiin ja vapaa-ajalle.

Päiväkotien työntekijät toivat esille, että fyysisten kiinnipitotilanteiden käsitteleminen oli tärkeää, kuten myös Huttusen ja Kanasen (2001) tutkimukseen osallistuneet työntekijät. Lapsen fyysisiä kiinnipitotilanteita käsiteltiin työpaikalla keskustellen. Keskustelun avulla oli mahdollista käydä tilanne läpi uudelleen, mitä tapahtui ja miksi sekä miten jatkossa lapsen kohdalla toimitaan. Keskustelussa oli mahdollista käydä läpi myös kiinnipidon herättämiä tunteita. Keskustelu työpaikalla oli myös Huttusen ja Kanasen tutkimuksen mukaan toimiva keino purkaa kiinnipitotilanteita. Omassa tutkimuksessani tuli lisäksi esille, että työntekijät käsitelivät kiinnipitotilanteita myös vapaa-ajalla. Tutkimukseeni osallistuneet työntekijät toivat esille kirjoittamisen, itsereflektion, lapsiryhmästä vetäytymisen ja rauhoittumisen, liikunnan sekä aiheeseen liittyvän kirjallisuuden lukemisen keinoina käydä läpi lapsen kiinnipitotilanteita.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Tarkastelen tutkimukseni luotettavuutta paljon käytettyjen Guban ja Lincolnin (1988) neljän luotettavuuden arviointikriteerien avulla, jotka Tynjälän (1991) suomentamina ovat vastaavuus (credibility), vahvistettavuus (confirmability), siirrettävyys (transferability) ja tutkimustilanteen arviointi (dependability). *Vastaavuudessa* on kyse siitä, miten hyvin tutkijan tekemät tulkinnat aineistosta vastaavat tutkimukseen osallistuneiden todellisia ajatuksia (Guba & Lincoln 1988, 84). Toteutin tutkimukseni yksin, joten kaikki tutkimuksen aikana tehdyt päätökset ovat minun itse tekemiäni ja tulkinnat aineistosta ovat omiani. Jos joku muu toteuttaisi analyysin samasta aineistosta, olisivat tulokset varmasti ainakin osittain erilaiset. Tulosten vastaavuutta voidaan testata sillä, että joku tutkimukseen osallistunut arvioi sitä, miten tutkija on ymmärtänyt tutkittavan ajatuksia (Lincoln & Guba 1985, 314). Koska keräsin aineistoni täysin nimettömänä, ei minulla ollut mahdollisuutta pyytää yksittäisiä vastaajia arvioimaan omia päätelmiäni heidän vastauksistaan. Olen kuitenkin keskustellut tutkimustuloksistani päiväkodissa työskentelevien kanssa ja he ovat löytäneet tuloksista samoja käsityksiä ja tunteita kuin mitä he itse ovat kokeneet.

Tutkimuksen *vahvistettavuus* liittyy siihen, miten tutkimuksen totuusarvo ja uskottavuus pyritään varmistamaan (Guba & Lincoln 1998, 84). Tutkimuksen vahvistettavuutta voidaan parantaa varaamalla riittävästi aikaa tutkimuksen suorittamiseen, tutkimusprosessin julkisuudella sekä triangulaation avulla (Tynjälä 1991, 392–395). Pro gradu -työn tekemiseen oli varattu koulutuksen puolelta hyvin aikaa, sillä ensimmäinen tutkimusseminaari alkoi jo kevätlukukaudella 2013. Tämä mahdollisti, että minulla oli tarpeeksi aikaa kirjoittaa tutkimuksen eri osioita, kerätä aineisto ja paneutua analyysin tekemiseen ilman kiireen tuntua. Tutkimusprosessin julkisuuteen olen pyrkinyt kuvaamalla tarkasti jokaisen vaiheen työni tekemisessä.

Triangulaatio voi olla erilaisten menetelmien, teorioiden, tutkijoiden ja aineistonkeruumenetelmien yhdistämistä tutkimustulosten uskottavuuden parantamiseksi (Lincoln & Guba 1985, 301–305). Tutkimuksessani triangulaatiota olen käyttänyt teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisessa käyttämällä runsaasti suomalaista ja ulkomaalaista lähdekirjallisuutta. Olen teoriaosuudessa pyrkinyt tarkastelemaan fyysisistä kiinnipitoa laajasti ja tuomaan esille käsitteen eri merkityksiä. Vaikka tein tutkimukseni pääasiassa yksin, olen käyttänyt myös tutkijatriangulaatiota tutkimuksen tekemisen aikana. Olen esitellyt työtäni ja sen eri vaiheita pro

gradu -seminaareissa ja saanut palautetta koko seminaariryhmältä, opponijapariltani sekä työtäni ohjaavalta opettajalta. Olen saanut myös yksilöohjausta ohjaavalta opettajaltani työn eri vaiheissa.

Tutkimuksen *siirrettävyys* on sitä, miten hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä toisiin konteksteihin. Tutkimuksen siirrettävyyttä arvioitaessa pitää kuitenkin muistaa, että tulokset ovat aina sidoksissa siihen kontekstiin ja aikaan, jossa se on tehty. (Lincoln & Guba 1985, 31.) Tutkimusaineistoni on kerätty päiväkodissa työskenteleviltä työntekijöiltä ympäri Suomen, joten tulokset ovat mielestäni siirrettävissä hyvin muihin suomalaisiin päiväkoteihin. Tulokset ovat siirrettävissä myös muihin varhaiskasvatusta toteuttaviin ympäristöihin, kuten perhepäivähoitoon ja avoimeen päivähoidon, melko hyvin, sillä toimintaympäristöt ja -periaatteet ovat näissä hyvin samankaltaiset kuin päiväkodeissa. Koulujärjestelmään tutkimustuloksiani voidaan siirtää varauksella, sillä kouluissa toimintaympäristö on erilainen kuin päiväkodeissa ja oppilaiden kiinnipitämistä säätelee perusopetuslaki. Toisaalta päiväkotien työntekijöiden tunnekokemukset olivat samansuuntaisia kuin lasten psykiatriassa hoidossa työskentelevien, joten luultavasti myös opettajat käyvät läpi näitä samoja tunteita oppilaiden kiinnipitotilanteissa.

Tutkimuksen siirrettävyyttä voidaan lisäksi parantaa sillä, että tutkija kuvaa tarkasti tutkimuksen teoreettisen taustan ja antaa lukijalle riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on toteutettu (Guba & Lincoln 1988, 84–85). Olen työssäni pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimuksen kohdejoukon valinnan, sähköisen kyselylomakkeen laatimisen, aineistonkeruun ja analyysin kulun, jotta lukija pystyy seuraamaan työn etenemistä ja arvioimaan itse tulosten siirrettävyyttä. Olen kuvauksessa pyrkinyt myös sellaiseen tarkkuuteen, että joku toinen tutkija voisi toistaa tutkimuksen.

Tutkimustilanteen arvioinnissa tutkijan tulee huomioida ne tekijät, jotka ovat voineet vaikuttaa tutkimuksen tekemisen aikana tutkimuksen kulkuun ja tuloksiin (Guba & Lincoln 1988, 84). Tutkimustuloksiini on voinut vaikuttaa muun muassa se, että sähköiseen kyselylomakkeeseen vastaaminen oli mahdollista keskeyttää ja jatkaa sitä myöhemmin. Sähköisen kyselylomakkeen vuoksi tutkimuskysymykset ovat olleet kaikille vastaajille samat, ne on esitetty samalla tavalla ja samassa järjestyksessä, mutta tilanteet, joissa kyselyyn on vastattu, ovat voineet vaikuttaa vastauksiin. Esimerkiksi onko kyselyyn vastattu työajalla nopeasti päiväkodin päivälepoaikaan vai paneuduttu kyselyyn kotona omalla ajalla. Tutkimustilanteen arvioinnissa tulee huomioida myös se, että tutkimuskysymykseni ovat muuttuneet ja tarkentuneet tutkimuksen edetessä lisääntyneen tietoisuuden ja aineiston myötä. Lisäksi päätelmäni yksittäisistä päiväkodin työntekijöiden vastauksista voivat olla vääriä, sillä vas-

taajien käsitykset fyysisestä kiinnipitämisestä ovat voineet muuttua tutkimuksen tekemisen aikana. Tynjälän (1991, 391) mukaan tulosten pysyvyys laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei kuitenkaan ole relevanttia, sillä tutkimuksen aikana voi tapahtua niin paljon muutoksia.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa on hyvä pohtia myös oman aineistonkeruumenetelmänsä luotettavuutta. Sähköisen kyselylomakkeen vahvuuksia ovat nopeus ja helppous, arkaluontoisten aiheitten tutkimisen mahdollisuus sekä tutkimuksen kysymysten ja niiden esittämistavan pysyminen samana läpi tutkimuksen (Valli 2001; Fabrigar & Ebel-Lam 2007; Sue & Ritter 2007; Horner 2008). Kyselylomake olikin sopiva vaihtoehto tutkimuksen aiheen ja omien käytössä olevien resurssieni vuoksi. Vaikka sähköisen kyselylomakkeen käytöllä tutkimuksessa on vahvuuksia, on sillä kuitenkin myös heikkoutensa, jotka vaikuttavat tutkimuksen luottavuuteen.

Kyselylomakkeen ulkoasu, kysymysten järjestys ja selkeys vaikuttavat vastaajien innokkuuteen osallistua ja suorittaa kysely loppuun (Lavrakas 2004, 904; Payne & Payne 2004, 188–189). Ennen kuin lähetin tutkimuksen osallistumispyyntöä eteenpäin, testasin kyselylomaketta kahteen kertaan neljällä eri henkilöllä. Koevastaajien ja seminaariryhmän palautteiden sekä pro gradu -tutkimukseni ohjaajan avulla muokkasinkin kyselylomaketta selkeämmäksi, esimerkiksi muotoilin osaa kysymyksistä uudelleen ja vaihdoin kysymysten paikkoja niin, että ne olivat loogisemmassa järjestyksessä vastata. Kyselylomakkeeseen vastaamisen aloitti 261 vastaajaa, mutta hieman yli puolet suoritti sen loppuun. Jälkikäteen onkin hyvä pohtia, oliko kysely liian pitkä vai kysymykset liian epäselviä, sillä kyselyn keskenjättäneitä oli niin paljon. Tutkimuksen tulosten luotettavuuden parantamiseksi, muodostin tutkimusaineiston niistä vastuksista, jotka olivat vastanneet kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin.

Kyselylomakkeen yksi vahvuus ja luotettavuutta lisäävä tekijä on lisäksi se, että tutkimuskysymykset ovat jokaiselle osallistujalle samat ja ne esitetään samassa järjestyksessä. Kuitenkin se, miten hyvin kysymykset on onnistuttu muotoilemaan niin, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymykset samalla tavalla, vaikuttaa kyselylomakkeen luotettavuuteen. (Payne & Payne 2004, 187.) Tutkimukseeni osallistuneiden vastaukset olivat hyvin erilaisia. Osa vastuksista oli hyvin lyhyitä muutaman sanan mittaisia, osa vastaajista taas oli kirjoittanut pitkiä vastauksia ja osa vastuksista ei aivan vastannut siihen, mitä olin kysymyksellä tarkoittanut. Aineistoni oli kuitenkin suuri, joten pystyin löytämään aineistoni avulla vastaukset tutkimuskysymyksiini. Joidenkin vastauksien kohdal-

la olisin kaivannut vastaajalta tarkennusta, mutta koska keräsin aineiston anonymisti, ei vastaajan tavoittaminen ollut mahdollista. Jos olisin kerännyt aineiston haastatteluilla, olisin haastattelun aikana voinut pyytää vastaajaa kertomaan lisää tai tarkentamaan vastaustaan. Tällöin luotettavuutta olisi kuitenkin voinut heikentää se, että olisin omalla olemuksellani voinut ohjailta haastattelun kulkua tai olisin voinut vaikuttaa muuten tutkimuksen kulkuun esimerkiksi antamalla haastateltavalle valmiita vastauksia.

Luotettavuutta on hyvä pohtia myös sen suhteen, kuka on todella vastannut kyselyyni ja millä motiiveilla, sillä käytin sähköistä kyselylomaketta ja sosiaalista mediaa yhtenä menetelmänä tutkimuksen osallistujien tavoittamiseksi. Koska kysely oli Internetissä, on mahdollista, että kyselyni Internet-osoite on voinut levitä myös sellaisten ihmisten pariin, jotka eivät työskentele päiväkodissa. Koska tutkimukseni aihe on ajankohtainen, mutta vähän puhuttu, on paljolti mahdollista, että ihmiset, jotka eivät ole päiväkodissa töissä, ovat käyneet mielenkiinnosta katsomassa kyselyäni. Tämä voi selittää myös osaltaan kyselylomakkeen suurta osallistujamäärää. Nämä seikat huomioiden, tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi, otin mukaan analyysiin vain ne vastaajat, jotka olivat vastanneet kyselyyn loppuun.

Eettisyys

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys ja huolellisuus tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä tutkimuksen yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003, 5-6). Olen tutkimuksessani pyrkinyt kuvaamaan tarkasti ja rehellisesti oman työni etenemistä ja tuonut esille rehellisesti esimerkiksi aineistonkeruun eri vaiheet ja haasteet. Tutkimusaiheen henkilökohtaisuus on yksi tutkimukseni eettisistä haasteista (Kuula 2011, 128). Tutkimukseni aihe on hyvin henkilökohtainen ja tunteita sekä ajatuksia herättävä, joten eettisten asioiden pohtiminen tutkimuksen teon aikana oli tärkeää. Jo miettiessäni tutkimuksen aihetta pohdin, onko tätä aihetta eettisesti oikein tutkia, sillä lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä ei juuri puhuta ääneen. Koska työni aihe on melko arkaluonteinen tuli eettisyys huomioida myös aineistonkeruun ja tulosten esittämisen vaiheessa.

Yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä kohdista on tutkimukseen osallistujan oikeus yksityisyyteen (Kuula 2006, 124). Päädyin valitsemaan sähköisen kyselylomakkeen vastaajan korkean anonymiteettisuojaan vuoksi. En missään tutkimusvaiheessa kerännyt tutkimuksen osal-

listujien nimitietoja ja en näin lainkaan pystynyt tietämään, ketkä kyselylomakkeeseen ovat vastanneet. Toisaalta, kuten aiemminkin olen pohtinut, tämä on tutkimustulosten luotettavuuden kannalta haaste. Tutkimuksen osallistujien anonymiteetin takaamiseksi olen tulosten esittämisvaiheessa antanut vastaajille vastaajatunnisteen ”LTO20, VEO44”, ja tämän perusteella yksittäisen ihmisen tunnistaminen tuloksista ja aineistolainauksista on lähes mahdotonta. Lisäksi, koska aineistoani ei ole kerätty vain yhdestä kaupungista, vaan ympäri Suomen, on yksittäisen ihmisen tunnistaminen aineistolainauksista hyvin vaikeaa. Poistin tutkimustulosten esittämisvaiheessa aineistolainauksista vielä sellaisia nimi- tai paikkakuntatietoja, joita vastaaja oli itse kirjoittanut, mutta jotka olisivat voineet johtaa siihen, että henkilö olisi ollut tunnistettavissa esimerkiksi tietyllä paikkakunnalla.

Tutkimuksen osallistujan oikeuksiin kuuluu myös riittävän tiedon saaminen siitä, millaisessa tutkimuksessa he ovat mukana ja mihin aineistoa käytetään (Gordon 2006, 243). Ne osallistujat, joita lähestyin sähköpostilla, saivat sähköpostin liitteenä saatekirjeen, jossa oli kerrottu tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruutapa, valmiin työn julkaisuaika ja -kanava. Lisäksi saatekirjeessä oli sekä omat että pro gradu -tutkimukseni ohjaavan opettajan yhteystiedot, joihin pystyi ottamaan yhteyttä, jos vastaajalla oli tutkimukseen liittyen jotain kysyttävää. Ne, jotka saivat tietoa tutkimuksestani sosiaalisen median kautta, eivät saaneet saatekirjettä, mutta ilmoituksessani olivat nämä samat tiedot: tutkimuksen tarkoitus, aineiston keräämistapa, valmiin tutkimuksen julkaisuaika ja -kanava sekä yhteystiedot. Lisäksi sähköisen kyselylomakkeen alussa oli vielä kertauksena nämä samat tiedot ennen varsinaisen kyselyosion alkamista. Tutkimuksen osallistujalla oli myös mahdollisuus lopettaa kyselylomakkeeseen vastaaminen, missä vaiheessa kyselylomaketta tahansa, sulkemalla kyselylomake.

Tutkijan tulee ottaa huomioon tutkimusta tehdessä myös se, missä aineistoa säilytetään ja miten se tuhotaan tutkimuksen päättyttyä (Kuula 2011, 128). Keräsin aineistoni sähköisen kyselylomakkeen avulla, joten aineistoni oli Internetissä. Kyselylomakkeen vastaukset olivat toki omien käyttäjätunnuksieni takana, mutta tutkimuksen tekemisen aikana oli aina vaara, että joku esimerkiksi olisi voinut ”varastaa” tunnukseni Kyselynetti.com-sivustolle. Näin joku ulkopuolinen olisi voinut päästä käsiksi aineistooni. Tallensin aineiston lisäksi omalle muistitikulle ja tietokoneelleni, johon liittyi myös se riski, että aineisto olisi voinut päätyä ulkopuolisen käsiin. En kuitenkaan jättänyt tietokonetta päälle tai lukitsematta, jos poistuin tietokoneelta aineistoa käsitellessäni, joten voin olla varma, että kukaan ulkopuolinen ei ole päässyt lukemaan aineistoani. Kun sain tutkimukseni analyysin valmiiksi, poistin

muistitikulle tallentamani vastaukset ja lopuksi poistin koko kyselyn Kyselynetti.com-sivustolta, jolloin myös kyselyn vastausten pitäisi tuhoutua.

7.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustani voidaan pitää merkityksellisenä, sillä lasten fyysistä kiinnipitoa päiväkodissa ei juuri ole tutkittu ja tutkimukseni antaa uutta tietoa työntekijöiden käsityksistä ja kokemuksista päiväkotikontekstissa. Tutkimukseni teoreettista viitekehystä voidaan päiväkodeissa hyödyntää, jos fyysisestä kiinnipitämisestä halutaan saada lisätietoa. Olen tutkimukseni teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellut käsitettä fyysinen kiinnipitäminen käyttäen useita eri suomalaisia ja ulkomaalaisia lähteitä ja pyrkinyt kokoamaan tästä tiiviin tietopakettin.

Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää päiväkodin työntekijöiden käsityksiä lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä, ja osittain ristiriitaiset tulokset antavat hyvin kuvan siitä, että lapsen fyysinen kiinnipitäminen ei ole yksiselitteinen käsite. Tutkimukseni tulokset voivat herättää yksittäisen työntekijän pohtimaan omaa toimintaansa tai synnyttää laajempaa keskustelua työyhteisössä fyysisen kiinnipidon tavoitteista ja toteuttamistavoista. Mielestäni on tärkeää, että työyhteisössä, jossa lapsen fyysistä kiinnipitoa käytetään, työntekijöillä on yhteinen käsitys siitä, mitä kiinnipidolla tarkoitetaan ja mitä sillä tavoitellaan. Tutkimukseni teoreettista taustaa ja tuloksia voidaan käyttää apuna myös silloin, kun kunnat ja päiväkodit suunnittelevat omia ohjeistuksiaan lapsen fyysiseen kiinnipitoon valtakunnallisen ohjeistuksen puuttuessa.

Tavoitteenani oli myös selvittää, millaisia tunnekokemuksia lapsen fyysinen kiinnipitäminen herättää päiväkodin työntekijöissä. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että fyysiset kiinnipitotilanteet herättävät työntekijöissä paljon sekä negatiivisia että positiivisia tunteita ja kiinnipitotilanteiden käsitteleminen työyhteisössä ja vapaa-ajalla koetaan tärkeäksi. Tutkimuksessa tuli esille kuitenkin se, että aina kiinnipitotilanteiden käsitteleminen ei ollut mahdollista, vaikka se koettiin tarpeelliseksi. Olen myös tutkimusta tehdessä huomannut ja kuullut, että lapsen fyysinen kiinnipitäminen on suurelta osin vaiettu asia päiväkodeissa, kiinnipitämistä tapahtuu, mutta siitä ei puhuta. Koska lapsen kiinnipitämisestä ei puhuta julkisesti, on jo nyt Internetin keskustelupalstoilla vanhempien huolestuneita keskus-

teluja aiheesta. Toivonkin, että tämä tutkimus herättää päiväkotien työntekijät puhumaan rohkeasti aiheesta ja pohtimaan sitä, mitä lapsen fyysinen kiinnipitäminen on ja miten lasten kiinnipitotilanteet voitaisiin käsitellä työpaikalla työyhteisön kanssa. Olen tuloksissani esitellyt myös keinoja, joiden avulla työntekijät käsittelevät kiinnipitokokemuksia työpaikalla ja vapaa-ajalla ja näitä voidaan jatkossa hyödyntää yksilö- tai yhteisötasolla.

Tarve jatkotutkimukselle, aiheesta lapsen fyysinen kiinnipitäminen päiväkodissa, on suuri. Vielä moni asia tarvitsee lisätutkimusta ja selvitystä. Tutkimuksessani selvisi, että käsitykset lapsen fyysisestä kiinnipidosta eivät ole yksiselitteisiä ja kiinnipidon tavoitteet sekä menetelmät ovat hyvin vaihtelevia. Useimmat kiinnipitoa käsittelevät tutkimukset on tehty haastattelun avulla ja tämän vuoksi havainnoimalla tehty tutkimus olisi tärkeää. Päiväkodissa kiinnipitotilanteiden havainnointi voisi tuoda selkeyttä siihen, milloin fyysistä kiinnipitoa käytetään päiväkodeissa, ja mitkä ulkopuolelle näyttäytyvät tekijät vaikuttivat kiinnipitämisen aloittamiseen. Kiinnipitotilanteiden havainnoiteja ja päiväkodin työntekijöiden vastauksia voitaisiin myös vertailla toisiinsa, mikä saattaisi antaa uudenlaista tietoa lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä.

Tutkimusta lapsen fyysisen kiinnipidon yleisyydestä päiväkodeissa koko Suomen kattavasti ei ole tehty. Fyysinen kiinnipitäminen kuitenkin puhuttaa sekä päiväkodissa työskenteleviä että lasten vanhempia, joten mielestäni olisi tärkeää tietää, miten paljon lasten fyysistä kiinnipitoa käytetään päiväkodeissa. Lisäksi olisi tarpeellista tutkia sitä, miten hyödyllinen toimintatapa lasten fyysinen kiinnipitäminen on. Useissa tutkimuksissa lasten parissa työskentelevät ovat kokeneet, että fyysinen kiinnipito on ollut hyödyllistä lapsen kannalta, mutta luotettava tutkimus aiheesta puuttuu. Tutkimuksessa tulisi selvittää, onko fyysisellä kiinnipidolla lapseen muuta vaikutusta kuin vain se, että aggressiivinen ja vaarallinen lapsi rauhoittuu vai onko lapsen mahdollista oppia esimerkiksi itsehillintä- ja tunnetaitoja fyysisen kiinnipitämisen avulla, kuten päiväkodin työntekijät olettavat. Myös fyysisen kiinnipitämisen mahdollisia negatiivisia vaikutuksia lapseen tulisi tutkia.

Lasten fyysistä kiinnipitoa päiväkotikontekstissa on tutkittu nyt ainakin yhden opinnäytetyön ja pro gradu -tutkimuksen verran ja molemmat näistä on tehty työntekijöiden näkökulmasta. Tärkeää olisi kuitenkin saada myös lasten vanhempien ääni kuuluville. Mitä vanhemmat ymmärtävät fyysisen kiinnipitämisen olevan ja miten vanhemmat suhtautuvat tähän? Vanhempien näkökulman selville saaminen voisi vaikuttaa vanhempien ja päiväkodin yhteistyöhön positiivisesti. Heiskanen (2004) ja Lundy (2005) ovat tutkineet lasten kokemuksia, mutta tutkimuksissa lapset ovat olleet kouluikäisiä. Päiväkotikäisten lasten kuuleminen olisi myös tärkeää. Esimerkiksi tieto siitä, miten lapset kokevat kiinnipitotilanteet,

voi vaikuttaa fyysisen kiinnipidon toteuttamiskäytänteisiin. Päiväkoti-ikäisten lasten käsitysten ja tunteiden tutkimisessa tulisi kuitenkin huomioida eettiset näkökulmat, sillä lapsen kiinnipitäminen voi olla lapselle hyvinkin rankka kokemus fyysisesti ja psyykkisesti. Lasten kokemuksia voitaisiin tutkia esimerkiksi kiinnipitotilanteiden jälkeen tehtävien piirrosten avulla.

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut pitkä ja haastava prosessi, mutta samalla se on antanut minulle paljon. Olen tutkimusprosessin aikana käynyt tutkimusaiheestani useita mielenkiintoisia keskusteluja sekä päiväkodissa työskentelevien että lasten vanhempien kanssa. Myös oma käsitykseni lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä on kehittynyt eteenpäin. Tutkimukseni jättää tilaa vielä usealle jatkotutkimukselle, joten ehkäpä minusta tulevaisuudessa vielä löytyy hieman innokasta tutkijanalkua, joka tarttuisi taas haasteeseen.

LÄHTEET

- Almqvist, F. 2004a. Tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 240–264.
- Almqvist, F. 2004b. Yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 77–85.
- Almqvist, F. 2004c. Yksilökeskeiset hoitomenetelmät. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 409–414.
- Askeleittain. 2012. Askeleittain. Sosiaalista kehitystä ja tunteita tukeva opetusohjelma. Opettajan opas. Päiväkoti ja esikoulu. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Aurela, A. 1995. Käytöshäiriöisten lasten ja nuorten kiinnipitohoito. ”Pitävä” vastaus erääseen nyky-yhteiskunnan ongelmaan. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, aiheita 31. Helsinki: Stakes.
- Aurela, A. 1998. Sylissäpito elämänmuotona ja terapiana. Turku: Turun yliopisto.
- Barlow, D. 1989. Therapeutic holding: Effective intervention with the aggressive child. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 27(1), 10–14.
- Bell, L. 1997. The physical restraint of young people. *Child and Family work* 1, 37–47.
- Bennet, K. J. & Offord, D. R. 2001. Conduct disorder: can it be prevented? *Current Opinion in Psychiatry* 14(4), 333–337.
- Berrios, C. & Jacobowitz, W. 1998. Therapeutic holding: Outcomes of a pilot study. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 36(8), 14–18.
- Bhatia, S. K. & Bhatia, S. C. 2007. Childhood and adolescent depression. *American Family Physician* 75(1), 73–80.
- Cooper, P., Bilton, K. & Kakos, M. 2012. The importance of biopsychosocial approach to interventions for students with social, emotional and behavioural difficulties. Teoksessa T. Cole, H. Daniels & J. Visser (toim.) *The Routledge International Companion to Emotional and Behavioural Difficulties*. London: Routledge, 89–95.
- Day, D. M. 2002. Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(2), 266–278.
- DSM-IV. 1997. DSM-IV diagnostiset kriteerit. Espoo: Orion-yhtymä Oy.
- Egger, H. L. & Angold, A. 2006. Common emotional and behavioral disorders in pre-school children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(3/4), 313–337.
- Eoak 4171/2006 Eryityistä hoitoa tarvitsevan lapsen rauhoittaminen kiinnipitämällä päiväkodissa. Viitattu 31.1.2014.
[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=ereopaa&\\${BASE}=ereopaa&\\${THWIDS}=0.38/1391084678_397271&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=ereopaa&${BASE}=ereopaa&${THWIDS}=0.38/1391084678_397271&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)
- Eskola, J. 2010. Laadullisen tutkimuksen Juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus, 178–203.

- Fabrigar, L. R. & Ebel-Lam, A. 2007. Questionnaires. Teoksessa N. J. Salkind & K. Rasmussen (toim.) *Encyclopedia of Measurement and statistics*. Thousand Oaks, California; SAGE Publications, 809–813.
- Fuchs, S., Klein, A. M., Otto, Y. & von Klitzing, K. 2013. Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community Sample of 3 to 5-year-old children. *Child Psychiatry and Human development* 44(4), 493–503.
- Furniss, T., Beyer, T. & Guggenmos, J. 2006. Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children. Baseline results of a prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(5), 394–399.
- Friedman, R., Dreizen, K., Harris, L., Schoen, P. & Shulman, P. 1978. Parent power: A holding technique in the treatment of omnipotent children. *International Journal of Family Counseling*, 6(1), 66–73
- Gilbert, S. 2014. Mitä on kognitiivinen psykoterapia? Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Viitattu 13.3.2014.
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4.
- Given, L. M. 2008. Introduction. Teoksessa L. M. Given (toim.) *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, xxix-1.
- Gordon, T. 2006. Naistutkimus ja eettisyyden teorit ja käytännöt. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikka ihmistieteille*. Helsinki: Tietolipas 211, 241–260.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. 1988. Naturalistic and rationalistic enquiry. Teoksessa J. P. Keeves (toim.) *Educational research, methodology and measurement: an international handbook*. Oxford: Pergamon, 81–85.
- Heiskanen, P. 2004. Kiinnipito lastenpsykiatriassa. Jyväskylä: Media Doc Oy.
- Hester, P. P., Baltodano, H. M., Gable, R. A., Tonelson, S. W. & Hendrickson, J. M. 2003. Early intervention with children at risk of emotional/behavioral disorders: a critical examination of research methodology and practices. *Education & Treatment of Children* 26(4), 362–381.
- Horner, L. 2008. Web survey. Teoksessa P. J. Lavrakas (toim.) *Encyclopedia of survey research methods*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 956–958.
- Huttunen, M. 2011. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 27.1.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383&p_haku=k%C3%A4yt%C3%B6s.
- Huttunen, M. 2012. Lasten ja nuorten käytöshäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 22.1.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00382.
- Huttunen, M. 2013. Lasten uhmakkuushäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 23.1.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00384.
- Huttunen, S. & Kananen, T. 2001. Sylissäpitohoito päiväkodissa: työntekijöiden kokemuksia ja mielipiteitä sylissäpito-hoidosta sekä sen käytöstä aggressiivisesti käyttäytyvien lasten tukena. *Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö*. Opinnäytetyö.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. 2001. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology Psychiatry* 42(4), 487–492.

- Kauffman, J. M. & Landrum, T. J. 2013. Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth. Boston: Pearson.
- Kay, J. 2013. Identifying and addressing EBD in the early years. Teoksessa T. Cole, H. Daniels & J. Viddes (toim.) *The routledge international companion to emotional and behavioural difficulties*. London: Routledge, 146–153.
- Keltinkangas-Järvinen, L. 2004. Temperamentti. Ihmisen yksilöllisyys. Helsinki: WSOY.
- Kerola, K. & Sipilä, A.-K. 2007 Haastava käyttäytyminen. Syitä, muutoksen mahdollisuuksia. Oulu: Tervakylän koulu, Valteri 1/2007.
- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Caspi, A., Tomás, M. P., Taylor, A. & Moffitt, T. E. 2005. Validity of DSM-IV conduct disorder in 4½–5-year-old children: A longitudinal epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 162(6), 1108–1117.
- Koglin, U. & Petermann, F. 2011. The effectiveness of the behavioural training for preschool children. *European Early Childhood Education Research Journal* 19(1), 97–111.
- Kotilainen, S. 2011. Lasten mediabarometri 2010: 0–8-vuotiaiden lasten mediankäyttö Suomessa. Helsinki: Mediakasvatusseura ry.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikka ihmistieteille*. Helsinki: Tietolipas 211, 124–140.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Laki lasten päivähoidosta 1973/36. Viitattu 7.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036>.
- Lastensuojelulaki 2007/417. Viitattu 7.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
- Lavrakas, P. J. 2004. Questionnaire. Teoksessa M. S. Lewis-Beck, A. Bryman & T. F. Liao (toim.) *The SAGE encyclopedia of social science research methods*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 903–905.
- Leppämäki, S. 2012. ADHD:n alatyypit ADD. Teoksessa V. Dufva & M. Koivunen (toim.) *ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 45–50.
- Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: SAGE Publications.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M. & Spitznagel, E. L. 2003. The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(3), 340–348.
- Lundy, H. 2005. Using Dance/Movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric nursing* 18(3), 135–145.
- Marton, F. 1988. Phenomenography: A research approach to investigating different understandings of reality. Teoksessa R. R. Sherman & R. B. Webb (toim.). *Qualitative research in education: focus and methods*. London: The falmer press, 141–161.
- Mason, J. 2006. *Qualitative researching*. London: SAGE Publications.
- Mervaala, E. & Räsänen, E. 2004. Aivot ja mieli. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 26–33.

- Moilanen, I. 2004. Tunne-elämän häiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 201–208.
- Moilanen, I. 2012a. ADHD. Teoksessa V. Dufva & M. Koivunen (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 35–44.
- Moilanen, I. 2012b. Lapsen ADHD. Teoksessa V. Dufva & M. Koivunen (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 135–152.
- Myeroff, R., Mertlich, G. & Gross, J. 1999. Comparative effectiveness of holding therapy with aggressive children. *Child Psychiatry and Human Development* 29(4), 303–313.
- Niikko, A. 2003. Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuu: Joensuun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 85.
- Paakkari, L. 2012. Widening horizons. A phenomenographic study of student teachers' conceptions of health education and its teaching and learning. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education and health* 179.
- Payne, G. & Payne, J. 2004. Key concepts in social research. London: SAGE Publications.
- Peltonen, A. 2005. Tunnemuksu ja Mututoukka -tunnetaito-ohjelma. Teoksessa A. Peltonen & T. Kullberg-Piilola (toim.) Tunnemuksu. Helsinki: LK-kirjat, 197–201.
- Perusopetuslaki 1998/628. Viitattu 7.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>.
- Piha, J. 2004a. Hoito ja hoitomenetelmät. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 399–402.
- Piha, J. 2004b. Monimuotoinen perhe. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 69–77.
- Piha, J. 2004c. Terapeuttinen perhetyöskentely. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 403–405.
- Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito - perusteet. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 122–130.
- Porvoon kaupunki, sivistyslautakunta. 2013. Lapsen fyysinen rajoittaminen varhaiskasvatuspalveluissa.
- Prekop, J. 1994. Olisitpa pitänyt minusta tiukasti kiinni... Kiinnipitoterapian perusteet ja käyttö. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry / oppimateriaalikeskus.
- Puroila, A.-M. 2003. Päiväkotiarjen rikkaus. Oulu: Varhaiskasvatus 90 Oy.
- Ruoho, K., Ihatsu, M. & Kuorelahti, M. 2001. Käyttäytymishäiriöiset lapset ja nuoret. Eripainos teoksesta M. Jahnukainen (toim.) Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. 2001. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto. Viitattu 20.1.2014
<http://wanda.uef.fi/tkk/projektit/sosemot/tiedostot/Ruoho>.
- Ryan, J. B. & Peterson, R. L. 2004. Physical restraint in school. *Behavioral Disorders* 29(2), 154–168.
- Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 218–232.

- Räsänen, E. & Moilanen, I. 2004. Lääkehoito. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 414–420.
- Saariola, L. 2013. ”Ota kiinni jos saat” Työntekijöiden mielipiteitä kiinnipito- ja väkivaltatilanteista lastensuojelulaitoksissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö.
- Savonlahti, E. Alle 3-vuotiaan psyykkiset- ja vuorovaikutussuhdehäiriöt. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 24.1.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Alle_3-vuotiaan_psyykkiset_ ja_vuorovaikutussuhde% C3% A4iri% C3% B6t.
- Savonlahti, E. 2004. Varhaislapsuuden vuorovaikutussuhteen hoito. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 405–409.
- Schick, A. & Cierpka, M. 2005. Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. *Applied and Preventive Psychology* 11, 157–165.
- Schreier, M. 2013. *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE Publications.
- Shechory, M. 2005. Effects of the holding technique for restraint of aggression in children in residential care. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 17(4), 355–365.
- Sillman, L. & Vanhatalo, J. 2009. Hoidollinen kiinnipito lasten ja nuorten sairaalan osaston A20 työntekijöiden näkökulmasta. Porvoo: Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Silverman, D. 2006. *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage Publications.
- Sourander, A., Ellilä, H., Välimäki, M. & Piha, J. 2002. Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry* 11(4), 162–167.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. & Ingram, M. 2001. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy* 39, 1293–1316.
- Steckley, L. & Kendrick, A. 2008. Physical restraint in residential childcare: the experiences of young people and residential workers. *Childhood* 15(4), 552–569.
- Stirling, C. & McHugh, A. 1998. Developing a non-aversive intervention strategy in the management of aggression and violence for people with learning disabilities using natural therapeutic holding. *Journal of Advanced Nursing*, 503–509.
- Sue, V. M. & Ritter, L. A. 2007. *Conducting online surveys*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Viitattu 13.4.2012
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>.
- Suvisaari, J. & Manninen, M. 2009. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttamalla ongelmiin varhain. *Suomen lääkärilehti* 64(27–32), 2459–2464.
- Tamminen, T. 2004a. Pienten lasten ja varhaisen vuorovaikutuksen psyykkiset häiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 192–200.
- Tamminen, T. 2004b. Vuorovaikutusteoriat. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 50–52.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. Viitattu 23.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22(5–6), 387–398.
- Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *ikkunoi-ta tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus, 100–112.
- Welch, M. 1995. *Sylyaika*. Helsinki: Art House.

LIITTEET

LIITE 1

Sähköisen kyselylomakkeen kysymykset

1. Sukupuoli

Nainen

Mies

2. Ikä

3. Mikä on koulutuksesi?

Kasvatustieteiden kandidaatin tutkinto

Kasvatustieteiden maisterin tutkinto

Lastenohjaaja

Lähihoitaja

Sosionomi

Muu, mikä?

4. Mikä on ammattinimikkeesi nykyisessä työpaikassasi?

Lastenhoitaja

Lastentarhanopettaja

Erytislasterhanopettaja

Muu, mikä?

5. Työkokemuksesi kuukausina tai vuosina?

6. Oletko saanut koulutusta liittyen lapsen fyysiseen kiinnipitoon?

Kyllä

Ei

7. Jos vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä", niin missä ja milloin olet saanut koulutusta lapsen fyysiseen kiinnipitoon ja millainen koulutus oli? Jos vastasit "ei", voit jättää vastaamatta kysymykseen. Avoin kysymys

8. Mitä lapsen fyysinen kiinnipitäminen omasta mielestäsi on? Avoin kysymys

9. Mitä käsitettä/käsitteitä käytätte päiväkodissanne puhuttaessa lapsen fyysisestä kiinnipitämisestä? Avoin kysymys

11. Milloin/millaisissa tilanteissa olet käyttänyt lapsen fyysistä kiinnipitoa päiväkodissa? Avoin kysymys

12. Milloin/millaisissa tilanteissa et itse käyttäisi lapsen fyysistä kiinnipitoa, mutta olet ehkä nähnyt jonkun muun sitä käyttävän? Avoin kysymys

13. Mitä pidät tavoitteenasi, kun toteutat lapsen fyysistä kiinnipitoa? Avoin kysymys

14. Miten usein mielestäsi saavutat edellä mainitsemasi tavoitteet kiinnipitotilanteissa?

1 Usein

2 Melko usein

3 Melko harvoin

4 Harvoin

10. Kuvaile jonkun yksittäisen tilanteen eteneminen, jossa olet käyttänyt lapsen fyysistä kiinnipitoa työssäsi. Avoin kysymys

15. Millaisia tunteita sinussa herää ennen kuin käytät kiinnipitoa lapseen? Avoin kysymys

16 Millaisia tunteita koet kiinnipitotilanteiden aikana? Avoin kysymys

17. Millaisia tunteita sinussa herää kiinnipitotilanteiden jälkeen? Avoin kysymys

18. Onko sinulla mahdollisuutta käsitellä kiinnipitotilanteita työpaikallasi jonkun kanssa? *

Voit valita useamman vaihtoehdon

Ei kenenkään kanssa

Ryhmän muiden työntekijöiden kanssa

Päiväkodin muiden työntekijöiden kanssa

Päiväkodin johtajan kanssa

Erityislastentarhanopettajan kanssa

Muu, kenen?

19. Onko sinulla mahdollisuutta käsitellä vapaa-ajallasi kiinnipitotilanteita jonkun kanssa? *

Voit valita useamman vaihtoehdon

Ei kenenkään kanssa

Perheen kanssa

Ystävien kanssa

Kollegoiden kanssa

Muu, kenen?

20. Koetko tarpeelliseksi käsitellä omia kokemuksiasi ja tunteitasi fyysisten kiinnipitotilanteiden jälkeen? Jos koet, niin millä keinoin sen teet? Avoin kysymys

LIITE 2

Saatekirje varhaiskasvatuksen johtajille

Hei!

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa varhaiskasvatustiedettä ja teen pro gradu -tutkielmani liittyen lapsen fyysiseen kiinnipitoon päiväkodissa. Fyysisestä kiinnipitamisestä päiväkotikontekstissa ei juuri ole tehty tutkimusta, joten koen tutkimukseni aiheen tärkeäksi ja myös ajankohtaiseksi aiheeksi. Fyysisestä kiinnipidosta puhutaan päiväkodeissa ja kirjallisuudessa hyvin monilla eri käsitteillä kuten holding-terapia, lapsen turvaaminen, kiinnipitoterapia ja sylihoito. Sen lisäksi, että fyysisestä kiinnipitamisestä puhutaan eri käsitteillä, myös sen toteuttamistavat vaihtelevat. *Pro gradu -tutkielmani tavoitteena onkin tutkia päiväkotien työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia fyysisestä kiinnipitamisestä.* Koen tutkielmani aiheen erittäin tärkeäksi ja pyytäisinkin teiltä apua tutkielmani aineiston keräämisessä.

Tutkielmani aineiston kerään sähköisen kyselylomakkeen avulla, tällöin jokainen osallistuja voi vastata kyselyyn silloin, kun se sopii parhaiten omaan aikatauluun. Lisäksi tutkimuksen aihe saattaa olla osalle vastaajista myös hyvin henkilökohtainen, joten sähköinen kyselylomake takaa paremman anonymiteetin tutkielmaan osallistujalle. Sähköiseen kyselyyn pääsee vastaamaan painalla linkkiä <http://www.kyselynetti.com/s/8d2c015> ja vastaaminen vie noin 20 minuuttia. Kyselylomakkeessa on aluksi osio, jossa kerään taustatietoja vastaajasta kuten ikä, koulutus, ammattinimike, työkokemus kuukausina/vuosina ja mahdollista saatua koulutusta fyysiseen kiinnipitoon. Tutkimukseen osallistujien nimiä tai päiväkodin nimeä, jossa vastaaja työskentelee, tai kaupunkien nimiä ei kerätä missään vaiheessa kyselylomaketta eikä niitä siten myöskään raportoida.

Pyytäisinkin teitä mahdollisuuksienne mukaan levittämään tietoa pro gradu – tutkielmani aiheesta kaupunkinne päiväkodeille ja kehottamaan päiväkotien kasvatusvastuussa olevia työntekijöitä vastaamaan tutkielmaan. Tämän sähköpostin liitteenä on saatekirje päiväkodeille, jossa on tietoa tutkielmastani ja linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen. **Tutkielmaan osallistumiseen on aikaa 10.11.2013 asti.**

Valmis tutkielma tullaan julkaisemaan Jyväskylän yliopiston kirjaston sivuilla keväällä 2014 ja se on sieltä helposti luettavissa ja ladattavissa päiväkodin käyttöön sähköisessä muodossa. Tutkielman teoreettista taustaa ja tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi päiväkodin arjessa tilanteissa, joissa keskustellaan fyysisen kiinnipidon periaatteista ja käytänteistä.

Suuri kiitos mahdollisesta avustanne! Jos teillä on jotain kysyttävää liittyen tutkielmaani tai sähköiseen kyselylomakkeeseen, ota minuun yhteyttä.

Emilia Munter
emilia.a.munter@student.jyu.fi
040-5687225

Pro gradu -tutkielman ohjaaja
Leena Turja
leena.m.turja@jyu.fi

LIITE 3**Saatekirje tutkielmaan osallistujalle**

Kiitos osallistumisestasi pro gradu-tutkielmaani. *Tutkielmani tavoitteena on selvittää päiväkodin työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia lapsen fyysisestä kiinnipidosta päiväkodissa.* Osallistumisesi on minulle tärkeää, sillä lapsen fyysisestä kiinnipitamisestä päiväkodissa ei juuri ole tehty tutkimusta. Kirjallisuudessa fyysisestä kiinnipidosta käytetään monia eri käsitteitä kuten holding, sylihoito, kiinnipitoterapia ja holding-terapia ja tämä näkyy myös päiväkodeissa. Tutkielmani aihe on hyvin ajankohtainen ja tärkeä myös siksi, että fyysistä kiinnipittoa käytetään päiväkodeissa, mutta mikään laki tai valtakunnallinen ohjeistus ei ohjaa päiväkotien työntekijöitä kiinnipitotilanteissa.

Osallistumisesi mahdollistaa tämän tutkielman toteuttamisen ja siksi Sinulta saatu tieto on arvokasta. Tutkielmaan vastataan sähköisen kyselylomakkeen avulla, joka mahdollistaa sen, että kyselyyn voi vastata silloin, kun se sopii parhaiten vastaajan omaan aikatauluun. Kyselylomakkeen aluksi on taustatietokysymyksiä, joissa kysytään muun muassa vastaajan ikää, työkokemusta, koulutusta ja ammattinimikettä. Tutkimukseen osallistujien nimiä, päiväkotien nimiä tai asuinpaikkakuntien nimiä ei kerätä missään vaiheessa kyselylomaketta tai tutkielman tekemistä. Näin tutkielmaan osallistujien anonymiteetti taataan. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 20 minuuttia.

Valmis tutkielma tullaan julkaisemaan Jyväskylän yliopiston kirjaston sivuilla keväällä 2014 ja se on sieltä helposti luettavissa ja ladattavissa päiväkodin käyttöön sähköisessä muodossa. Tutkielman teoreettista taustaa ja tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi päiväkodin arjessa tilanteissa, joissa keskustellaan fyysisen kiinnipidon periaatteista ja käytänteistä. Lisäksi Kyselyn lopuksi voit jättää myös oman sähköpostiosoitteesi, jos haluat saada valmiin pro gradu-tutkielman luettavaksi suoraan sähköpostiisi.

Tästä osoitteesta pääset vastaamaan kyselyyn

<http://www.kyselynetti.com/s/8d2c015> ja vastaamisaikaa on 10.11.2013 asti.

Lämmin kiitos osallistumisestasi! Jos sinulla on jotain kysyttävää tutkielmasta tai kyselylomakkeesta, ota yhteyttä minuun puhelimitse tai sähköpostilla.

Emilia Munter
emilia.a.munter@student.jyu.fi
040-5687225

Pro gradu -tutkielman ohjaaja
Leena Turja
leena.m.turja@jyu.fi

LIITE 4

Ammattinimikkeiden luokittelu analysointivaiheessa

Ammattinimikkeet	Ammattiluokka
<ul style="list-style-type: none"> • Lastenhoitaja • Lähihoitaja • Päivähoitaja 	Lastenhoitajat (LH) (15)
<ul style="list-style-type: none"> • Lastentarhanopettaja • Vastuu lastentarhanopettaja • Esiluokanopettaja • Esiopettaja 	Lastentarhanopettajat (LTO) (36)
<ul style="list-style-type: none"> • Alueellinen erityislastentarhanopettaja • Erityislastentarhanopettaja • Resurssierityislastentarhanopettaja • Kiertävä erityislastentarhanopettaja • Konsultoiva erityislastentarhanopettaja • Varhaiserityisopettaja 	Varhaiserityisopettajat (VEO) (97)
<ul style="list-style-type: none"> • Päiväkodin johtaja • Varhaiskasvatuksen johtaja • Perhepäivähoidon ohjaaja 	Johtajat (JOH) (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Erityisopettaja • Erityisluokanopettaja • Päiväkodeissa kiertävä erityisopettaja • Varhaiskasvatuksessa konsultoiva erityisopettaja • Konsultoiva erityisopettaja 	Erityisopettajat (EOP) (6)

LIITE 5

Esimerkki analyysin kulusta

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>"kun lapsi tarvitsee ottaa rauhoittumaan hoitajan syliin/vierellä niin, että hän ei voi vahingoittaa itseään tai muita." LTO15</i>	<ul style="list-style-type: none"> Lapsi rauhoittuu, ettei voi vahingoittaa itseä tai muita LTO15 	<ul style="list-style-type: none"> Kun lapsi vahingoittaa itseä, muita tai ympäristöä 	<ul style="list-style-type: none"> Lapsen ja tilanteen rauhoittaminen kiinnipitämällä
<i>"Lapsen tiukasti kiinnipitämistä satuttamatta häntä itseään. Jos lapsi esimerkiksi on vaaraksi itselleen tai muille, aikuinen voi ottaa lapsen tiukasti syliinsä siten, ettei lapsi pysty satuttamaan aikuista. "Tavoitteena on ensisijaisesti lapsen ja/tai muiden suojeleminen. Toinen tavoite on, että kiinnipidetty lapsi ymmärtää miksi näin toimittiin." LTO9</i>	<ul style="list-style-type: none"> estetään lapsen satuttamasta aikuista tai jos vaaraksi itselle LTO9 lasten ja muiden suojeleminen LTO9 lapsi ymmärtäisi miksi näin toimittiin LTO9 	<ul style="list-style-type: none"> Kun lapsi vahingoittaa itseään, muita tai ympäristöä Tilanteen läpikäyminen keskustelun avulla 	<ul style="list-style-type: none"> Fyysisen turvallisuuden takaaminen kiinnipitämällä Vuorovaikutus lapseen
<i>"Jos lapsi käyttäytyy aggressiivisesti, muita tai itseään vahingoittaen, pidän lasta sylissä kunnes on rauhoittunut." "Että lapsi tuntisi kuitenkin olonsa turvalliseksi, vaikka hänellä on paha olo." LH3</i>	<ul style="list-style-type: none"> aggressiivisen/itseä vahingoittavan lapsen rauhoittaminen LH3 turvallisen olon antaminen lapselle LH3 	<ul style="list-style-type: none"> Kun lapsi vahingoittaa itseä, muita tai ympäristöä Turvallisuuden tunne 	<ul style="list-style-type: none"> Lapsen ja tilanteen rauhoittaminen kiinnipitämällä Turvallisuuden tunne
<i>"Sylissä pitämistä vastoin lapsen tahtoa, tarkoituksena ettei lapsi vahingoita itseään tai muita, siihen asti kunnes lapsi rauhoittuu. Yleensä lapsi on saanut raivokohtauksen ja kaikki muut keinot on koetettu ennen kiinnipitämistä." LTO14 "Lapsi rauhoittuu ja hänen kanssaan pystyy kommunikoimaan jollakin tasolla." LTO14</i>	<ul style="list-style-type: none"> lapsi rauhoittuu ja ei satuta itseään/muita raivokohtaus lapsella LTO14 lapsi rauhoittuu ja kommunikointi onnistuu LTO14 	<ul style="list-style-type: none"> Kun lapsi vahingoittaa itseä, muita tai ympäristöä Kontaktin saaminen lapseen 	<ul style="list-style-type: none"> Lapsen ja tilanteen rauhoittaminen Vuorovaikutus lapseen