

# KIINNIPITO OSANA HOITOA

Hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipitotilanteista

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
Kevät 2009  
Niskanen Jenni  
Utela Piia

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

Jenni Niskanen & Piia Utela:

Kiinnipito osana hoitoa,  
Hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden  
lasten kiinnipidosta

Hoitotyön opinnäytetyö, 45 sivua, 4 liitesivua

Kevät 2009

## TIIVISTELMÄ

---

Lasten kiinnipito on tilanne, johon päädytään lapsen käyttäytyessä aggressiivisesti ja ollessa vaaraksi itselleen ja ympäristölleen. Kiinnipitojen avulla luodaan myös konkreettisia rajoja lapselle. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidoista sekä heidän mahdollisuuksistaan ja keinoistaan purkaa kiinnipitojen synnyttämiä tunteita.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin kolmelta henkilöltä teemahaastattelulla. Tutkimuksemme tiedonantajina oli sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, jotka olivat olleet osallisena vähintään yhdessä alle 13-vuotiaan lapsen kiinnipidossa. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella hoitajat kokivat lapsen kiinnipidon haastavana prosessina, joka saa aikaan monenlaisia tunteita. Haastavaksi kiinnipidon tekee fyysisen ja verbaalisen väkivallan uhka sekä lapsen ja omien tunteiden käsittelemisen monimuotoisuus. Jälkipuinnissa merkityksellisiksi nousivat vertaistuki, johon kuuluivat oma työryhmä, lapsi sekä yhteisö. Työnohjaus koettiin osaksi hoitotyötä, vaikka sen saatavuuteen koettiin vaikuttavan ulkopuolisten tekijöiden. Hoitajat toivat esille monia kehittämisideoita sekä kehittämisen kohteita koskien kiinnipitoa ja jälkipuintia.

Jatkotutkimuskohteiksi suosittelemme yhdenmukaisen toimintaohjeen laatimista kiinnipitoon sekä jälkipuintiin. Lasten erilaisten taustojen huomioiminen kiinnipidossa ja kiinnipitomenetelmässä olisi myös olennaista.

Avainsanat: Lasten psykiatrinen hoitotyö, lasten kiinnipito, lapsen asema, jälkipuinti.

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Health Care

Jenni Niskanen & Piia Utela:

Physical Restraint Part in Health Care  
Nursing staffs experiences of physical re-  
straint under 13 year old children

Bachelor's Thesis in Nursing, 45 pages and 4 pages of appendices

Spring 2009

## ABSTRACT

---

Physical restraint is needed when child behaves aggressively and that behaviour is a danger to her/him or others. With the help of physical restraint are concrete boundaries also created to the child. The purpose of this study is to describe how nursing staff experience the physical restraint under 13 years old children. The possibilities and methods of how the nursing staff after care their feelings and thoughts after physical restraint are also clarified in this study.

Our study is qualitative and the research material was collected by theme interviewing three people. Those three people were professional of social and health care. We required them to have at least one experience of physical restraint under 13 year old child. The research material was analyzed with inductive content analysis.

The results suggest that the nursing staff perceives the physical restraint to be challenging process which carries out different kinds of feelings. The physical restraint was challenging because there is a physical and verbal violence threat and the nurse and child feelings can be after cared many different way. In after care the peer support was thought to be most notable and it consist of own work-group, child and the community. The nursing staff considered that work counseling is a part of health care although the ability to get it can be influenced by outside factors. The nursing staff carried out also many improvement ideas and subjects which handle physical restraint and after care.

For follow-up research we recommend a uniform manual to physical restraint and after care in which the different background of children need to be taken into account.

Key words: Psychiatric health care of children, physical restraint of children, position of children, after care

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KIRJALLISEN AINEISTON HANKINTA	3
3 LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	3
3.1 Lapsen kehitys	3
3.1.1 Kehityshäiriöt	5
3.1.2 Lasten mielenterveysongelmat	7
3.1.3 Käytöshäiriöt	8
3.2 Hoitopaikat	9
3.3 Hoitomenetelmiä	11
4 LAPSEN KIINNIPIDON ERI MUOTOJA	13
4.1 Sylissäpito	13
4.2 Holdingterapia	14
4.3 Vierihoido	15
5 LAPSEN KIINNIPITO HOITOMENETELMÄNÄ	15
5.1 Kiinnipidon tavoite	15
5.2 Kiinnipitoprosessi	17
5.3 Kiinnipidon vaikutukset lapseen	18
6 LAPSEN ASEMA KIINNIPIDOSSA	19
6.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	19
6.2 Lastensuojelulaki	19
6.3 Lapsen oikeuksien sopimus	20
6.4 Mielenterveyslaki	21
6.5 Terveystieteiden tutkimuskeskus	22
7 HOITAJIEN TYÖHYVINVOINTI	22
7.1 Työnohjaus	22
7.2 Jälkipuinti	24
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25

8.1 Tutkimuksemme tarkoitus ja tavoite	25
8.2 Tutkimustehtävät	25
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
9.1 Kvalitatiivinen tutkimus	26
9.2 Tiedonantajat	26
9.3 Aineiston hankinta	27
9.4 Aineiston analyysi	28
10 TULOKSET	30
10.1 Hoitajien kokemukset alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipitotilanteista	30
10.2 Hoitajien mahdollisuudet jälkipuintiin kiinnipitotilanteiden jälkeen	32
10.3 Keinot, joiden avulla hoitajat purkavat kiinnipitotilanteiden synnyttämiä ajatuksia ja tunteita	33
11 POHDINTA	34
11.1 Tutkimustulosten tarkastelu	34
11.2 Tutkimuksen luotettavuus	37
11.3 Tutkimuksen eettisyys	38
12 JATKOTUTKIMUSKOHTEET JA HYÖTY HOITOTYÖLLE	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	46

## 1 JOHDANTO

Lapsista psyykkisiä oireita on noin neljänneksellä ja vakavamman häiriön merkkejä lähes kymmenesosalla (Vuori-Kemilä 2007, 23). Lasten kiinnipito on ilmiönä tuntematon ihmisille, tämän vuoksi lähdimme tutkimaan kiinnipitoa. Tutkimusten mukaan hoitajat kokevat epävarmuutta kiinnipidoissa sekä kokevat niiden olevan fyysisesti rankkoja tapauksia (Willberg 2008, 24–25; Aurela 1995, 23).

Kiinnipito- ja rajaamisen menetelmiä on monenlaisia, mutta opinnäytetyössämme tarkoitamme kiinnipidolla hoidollista kiinnipitoa. Hoitajien puuttuminen lapsen aggressiiviseen käyttäytymiseen ja rajojen asettaminen tällaiselle käyttäytymiselle kuuluu hyvään lastenpsykiatriseen hoitoon. Käytettäessä kiinnipitoa aggressiivisen käyttäytymisen hillitsemiseen, tulee hoitajalla olla aina hoidolliset perusteet ja tavoitteet kiinnipidolle, jotka ovat lapsen tarpeista lähteviä. (Heiskanen 2004, 30–31.)

Työssämme teoreettisina lähtökohtina käsittelemme lasten psykiatrista hoitotyötä, lapsen asemaa, lasten kiinnipitoa sekä hoitajien jälkipuintia. Lastenpsykiatriseen osastohoitoon ohjatuilla lapsilla aggressiivisuus on hyvin yleinen oire. Lasten väkivaltaisuus ilmentää heidän pelkojaan ja ahdistuneisuuttaan. Aggressiivisten tunteiden käsittelyssä voidaan nähdä lapsen selviytymismallit, jotka hän on kotona oppinut. Nyky-yhteiskunnassa kaikilla perheillä ei ole voimavaroja huolehtia lapsensa hyvinvoinnista, läheisyyden antamisesta ja rajojen asettamisesta. Tällaiset ongelmat ilmenevät vaikeina käytöshäiriöinä, jotka vaativat osastohoitoa. Lapsen mielenterveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että hoitajan toiminta kiinnipitotilanteessa tukee lapsen itsetuntoa.

Kiinnipitokäytäntöjen kehittäminen vaatii koko hoitoyhteisön osallistumista kehittämiseen, joka edellyttää avointa keskustelua ja kiinnipitoon liittyvien tunteiden jakamista. (Heiskanen 2004, 65.) Kliinistä hoitokäytäntöä varten tarvitaan eettisiä ohjeita ja konkreettisia toimintaohjeita, jotka antavat hoitajille tukea oman työnsä arviointiin ja kehittämiseen. (Heiskanen 2004, 66).

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidoista sekä tuoda esille keinoja, joiden avulla hoitavat pystyvät purkamaan kiinnipitotilanteista syntyviä ajatuksia ja tunteita.

Tavoitteenamme on tuoda uutta tietoa hyödynnettäväksi hoitohenkilökunnan käyttöön kehitettäessä kiinnipitotilanteita tai jälkipuintia. Tutkimuksemme tiedonantajina oli sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, joilla oli kokemusta vähintään yhdestä kiinnipitotilanteesta. Opinnäytetyössämme käytimme laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla kolmelta henkilöltä. Työmme keskeiset käsitteet ovat lasten kiinnipito, lapsen asema, lasten psykiatrinen hoito-työ ja jälkipuinti.

## 2 KIRJALLISEN AINEISTON HANKINTA

Tiedonhaun merkitys on kasvanut, koska informaation määrä lisääntyy koko ajan. Tämän vuoksi kirjallista aineistoa hankittaessa tulee käyttää tiedon arviointia eli lähdekritiikkiä. Tiedonhaun tulisi lähteä tiedon tarpeen määrittelystä eli hankkia vain olennaista tietoa. (Mäkinen 2005, 62.) Tiedonlähteiden kartoituksen avulla on mahdollista saada tarvitsemaansa aineistoa omasta oppilaitoksestaan (Mäkinen 2005, 65). Käsitteiden määrittely on tärkeää, koska jokaisella tieteenalalla on oma käsitejärjestelmänsä (Mäkinen 2005, 63). Kirjallista aineistoa hankimme tutkivalta koulutuslaitoksemme kirjaston sekä paikallisten kirjastojen psykiatria käsitteleviä kirjoja. Näistä löysimme jonkin verran aineistoa päästäksemme alkuun työsämme. Laajensimme aineiston hankintaa lainaamalla löydettyistä aineistoista lähteinä olleita kirjoja. Kävimme läpi myös sellaista aineistoa mikä osui kohdallemme kuten esimerkiksi useita Tehy- ja Sairaanhoidaja-lehtiä. Tiedonhaussa auttoi mindmap-tekniikalla tehty kiinnipitoon liittyvien asioiden hahmottaminen. Löydettyistä aineistoista saimme erilaisia käsitteitä, esimerkiksi kiinnipidosta puhutaan monella eri termillä ja näin saimme tiedonhakuun erilaisia sanoja käytettäväksemme. Hakusanoina käytimme mm. lasten psykiatrinen hoitotyö, lasten mielen-terveys, käytöshäiriöt, kiinnipito, therapeutic restraint, physical restraint. Osa löytämistämme lähteistä oli 1990-luvulta, koska uudempaa tutkittua tietoa ei ollut saatavilla. 1990-luvun lähteemme olivat olleet uudemmissa tutkimuksissa aineistojen lähteinä.

## 3 LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

### 3.1 Lapsen kehitys

Sveitsiläinen psykologi Jean Piaget on laatinut neljä eri kehitysvaihetta erottavan kuvauksen lapsen lahjakkuudenkehityksestä. 0-2-vuotiaat kuuluvat sensomotoriseen vaiheeseen, jolloin lapsi ajattelee konkreettisesti juuri tätä hetkeä. Tämän ikäinen lapsi oppii tuntemaan lähiympäristönsä sekä ymmärtää yksinkertaista ver-

baalista kieltä. Lapsi omaa tietyn sanavaraston ja rinnastaa havaintoja ja liikkeitä ja kehonkokemukset ovat tärkeänä osana ajattelua. 2-7-vuotiaat lapset kuuluvat esioperationaaliseen vaiheeseen, jossa lapsi uskoo, että esineillä on oma elämänsä, hän omaa primitiivisen syy-seuraus-ajattelun. Tämän ikäisellä lapsella on heikko aikakäsitys, mutta hän ymmärtää konkreettisia symboleita kuten kuvia. (Molander 1992, 42–43.)

Konkreettisten operaatioiden vaiheessa lapsi on 7-12-vuotias ja hän osaa kuvitella konkreettisia toimintoja ajatuksissaan ja käsittelee niitä. Tämän ikäinen lapsi ymmärtää abstrakteja symboleita, kuten kirjaimia ja numeroita. Formaalisten operaatioiden vaiheeseen kuuluvat yli 12-vuotiaat, jotka osaavat ajatella abstraktisti, esittää hypoteeseja ja ymmärtävät liioittelua sekä ironiaa. Piagetin teorian mukaan jokainen lapsi käy nämä vaiheet läpi, mutta niiden kesto voi vaihdella. (Molander 1992, 42–43.) Lapsen poikkeava kehitys alkaa yleensä ennen kolmen vuoden ikää, jolloin lapsen kyky vastavuoroisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin on hyvin heikko (Sinkkonen 1999, 176–177).

Alle 10-vuotiaat lapset ymmärtävät oikeutensa konkreettisina asioina kuten ”lupana tehdä jotakin” tai niin, että lapset saisivat tehdä mitä haluavat. Lapset pitävät luonnollisena sitä, että aikuinen voi ottaa heidän oikeutensa pois. Vasta yli 12-vuotiaat lapset ymmärtävät oikeuksiinsa liittyvää vastuuta. (Rantanen 1999, 53.) 7-vuotias ymmärtää aggression seuraukset, mutta vasta 11-vuoden iässä lapsi kykenee erittelemään aggressionsa motiiveja (Keltinkangas-Järvinen 1985, 195). Tietynlainen pakonomaisuus kuuluu leikki-ikäisen ja 8-10-vuotiaiden normaaliin kehitykseen. (Friis, Eirola ja Mannonen 2004, 112).

Welchin (1995, 22) mukaan lapsi kehittyy parhaiten kun suhde äitiin on luja ja kiinteä. Kiintymys kehittyy kun äiti vastaa lapsen tarpeisiin ja lapsi huomaa, että hänen yhteydenottoyrityksiinsä vastataan. Jos lapsen tarpeet jäävät huomiotta, suhde äidin ja lapsen välillä vahingoittuu. Ongelmia kiintymyssuhteen synnyssä voi tapahtua missä tahansa kehitysvaiheessa, ei vain elämän varhaisvaiheessa. Welchin (1995, 24) mukaan lapset ovat vasta neljän vuoden iässä valmiita kestämään eron äidistään, jolloin heidän kiintymiskykynsä ei vahingoitu. Lastenpsykiatri ja lastenpsykoterapeutti Jukka Mäkelän mukaan lapsen aivot kehittyvät käy-

tössä, jolloin lasta voidaan auttaa kehittymään levollisempaan suuntaan. Sensitiivinen aikuinen voi vahvistaa lapsen kykyä kokea hyvää oloa ja tyynnyttää lapsen pahaa oloa. Suuret lapsiryhmät aiheuttavat stressiä, jota voidaan lieventää kosketuksella, joka pätee myös yläasteikäisiin asti. Onkin todettu, että päiväkotij- ja kouluryhmissä, joissa lapsia hierotaan päivittäin, lasten kyky keskittyä on lisääntynyt hieronnan myötä. Kiihtymyksen jälkeisten tunnetilojen kuten sylissäolon, heijauksen, silityksen ja hyräilyn on todettu tukevan lapsen itsesäätelyn kehittymistä. (Heimonen 2007, 19.)

Lapsen kehitys on laaja-alaista, muuntuvaa ja vaihtelevaa ja sisältää ajoittain taantumiakin. Kehitystä arvioitaessa ei voida asettaa jyrkkiä vaatimusrajoja vaan tarvitaan joustavuutta ja yksittäisen kehityksen alueen suhteuttamista lapsen kokonaistilanteeseen (Taipale 1998, 152; Taipale 1998, 322.) Lapselle tulisi antaa ikä- ja kehitystasoaan vastaavasti itsenäisyyttä, tällöin lapsi voi hyvin ja kehittyy (Tahkokallio 2003, 180). Mielenhäiriö tai -sairaus vaikuttaa lapsen koko kehitykseen (Friis ym. 2004, 95).

### 3.1.1 Kehityshäiriöt

Laaja-alaiset lapsuuden kehityshäiriöt ovat joukko vaikeaoireisia häiriöitä, joiden oireet ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat ja kapea-alaiset kaavamaiset harrastukset ja toiminnot. (Friis ym. 2004, 130.) Biologisista syistä johtuvista keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiriöistä kärsii kaikissa kulttuureissa noin viisi prosenttia lapsista ja näiden häiriöiden oirekuvaan kuuluvat myös univaikeudet, itesyytökset sekä mielialan lasku. (Tahkokallio 2003, 99–100). Jyväskylän yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan 23 % esikoululaisista ja 30 % ensi- ja toisluokkalaisista ei selviydy ryhmässä omin avuin vaan tarvitsevat ylimääräisen aikuisen apua tukiopetuksen tai henkilökohtaisen avustajan muodossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli esi- ja alkuopetuksen opettajien arviointi lasten kyvystä selviytyä ryhmässä. (Tahkokallio 2003, 99.)

Psyykkisesti kehitysvammaiset lapset eivät pääse Piagetin kehittämän lahjakkuudenkehitysvaiheteorian mukaan kolmanteen tai neljänteen vaiheeseen vaan jäävät

aiempiin vaiheisiin loppuelämäkseen (Molander 1992, 42–43). Kehitysvammaisuuden vuoksi henkilöllä voi olla ongelmia eri toimintojen ja ymmärtämisen alueilla. Tämän vuoksi ympäristön ihmisten on tärkeää yrittää ymmärtää, mitä kehitysvammaisen haluaa ilmaista. Kehitysvammaiset, jotka ovat jääneet varhaiselle kehitystasolle ”puhuvat” kehonkielensä avulla esimerkiksi itkemällä, halaamalla, heijaamalla itseään tai heittämällä esineitä. Jos toinen henkilö ei ymmärrä näitä kehonkieliä tai ymmärtää niitä väärin voi kehitysvammaisen luovuttaa ja muuttua passiiviseksi ja apaattiseksi. Jotkut saattavat tulla aggressiivisiksi, levottomiksi tai he alkavat toistaa yksipuolisesti liikkeitä. (Molander 1992, 54–56.)

Varhaislapsuuden autismi sekä muut autismin kaltaiset tilat, kuten Aspergerin oireyhtymä, ovat häiriöitä, jotka johtavat vakavaan älylliseen kehityksen viivästyymiseen, tunne-elämän säätelyn puutteeseen ja normaalista poikkeavaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Autistisessa häiriössä lapsen aivotoiminta on puutteellista. (Friis ym. 2004, 130; Linna 1996 Sinkkosen 1999 176–177 mukaan.) Asperger-lapselle on yleistä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa esiintyvät vaikeudet. Lisäksi tähän liittyy vaihtelevasti ongelmia niin kielellisessä kuin ei-kielellisessä kommunikoinnissa, toistavaa käyttäytymistä, toimintoihin juuttumista sekä poikkeavaa reagoimista aistiärsykkeisiin. (Kielinen 1999, 4.) Autismi ja Aspergerin lisäksi lapsilla esiintyy erilaisia käytöshäiriöitä, joista yleisimpiin kuuluvat persoonallisuudenkehityksen häiriöt, tunne-elämän häiriöt, sopeutumishäiriöt sekä masennus (Sinkkonen 1999, 179–184). Holding-terapia ja kiinnipitäminen ovat autististen lasten kohdalla perushoitoa, jonka avulla autistinen lapsi voi opetella uusia taitoja lapsen ja vanhemman välille syntyneen kontaktin avulla (Friis ym. 2004, 132; Prekop 1990, 13). Aikaisempien tutkimuksien mukaan kehitysvammaisilla lapsilla esiintyy mielenterveyshäiriöitä 2-3-kertaisesti verrattuna ei-kehitysvammaisiin lapsiin, mikä tukee lääketieteen lisensiaatti Terhi Koskentaustan (2006) tutkimusta, jossa hän tutki kehitysvammaisten lasten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä sekä riskitekijöitä. Riskiä mielenterveydenhäiriöihin lisäsivät perheen heikko sosioekonominen asema sekä keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus. Riskiä vähensivät hyvät adaptiiviset taidot, kielellinen kehitys, sosiaalistuminen ja asuminen biologisten vanhempien kanssa.

Tunne-elämän häiriötä sairastava lapsi kokee suurta ahdistuneisuutta, pelkoa, ar-

kuutta tai estyneisyyttä. Usein ahdistuneisuus liittyy huonosti toimiviin perhesuhteisiin. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy hyvin usein masennusta, pakko-oireita, fyysistä sairastamista tai oppimishäiriöitä (Friis ym. 2004, 106–107). Pakko-oireinen häiriö saa lapsen kokemaan, että hän on vastuussa kaikesta. Tarkistamisen ja toistamisen avulla lapsi hakee varmuudentunnetta. (Friis ym. 2004, 115.)

### 3.1.2 Lasten mielenterveysongelmat

Kouluikäisistä lapsista jopa 15 %:lla on mielenterveyden ongelmia ja 2-3 % näillä kouluikäisillä ongelmat ovat vakavia (Friis ym. 2004, 147). Osalla lapsista on useita häiriöitä samanaikaisesti, esimerkiksi lukihäiriö ja masennus tai käyttöhäiriö ja masennus (Friis ym. 2004, 95). Kaija Puuran (1998) tehdyssä tutkimuksessa koskien lasten häiriintymistä, tulokset osoittivat, että vaikka aikuiset havainnoivat lapsen oireita ja epäilivät hänen olevan häiriintynyt, he varsin harvoin ryhtyivät hakemaan lapselle minkäänlaista apua. Ainoastaan levottomuus, epäsosiaalinen tai aikuisia häirinnyt käyttäytyminen saivat hakemaan apua, mutta ahdistuneet ja masentuneet lapset jäivät suureksi osaksi ilman. (Taipaleen 1998, 322 mukaan.) Kaipaisen ja Virkkusen (1993) tutkimuksen mukaan 30–50% hoitoon ohjatuista lapsista ja nuorista kärsii asosiaalisista ja aggressiivisista oireista (Aurelan 1995, 7 mukaan).

Lapsilla psyykkisiä oireita on noin neljänneksellä ja vakavamman häiriön merkkejä lähes kymmenesosalla (Vuori-Kemilä 2007, 23). Leikki-ikäisen (3-5-vuotiaan) lapsen masennus ilmenee ilottomuutena, ärtyneisyytenä ja levottomuutena. Lapsella voi olla ruumiillisia oireita kuten kastelua tai tuhrimista. Käytös on usein aggressiivista, uhmakasta ja tuhoavaa ja lapsi saattaa karkailla. Jo 3-5-vuotiailla lapsilla voi esiintyä itsetuhoisuutta vaikkakaan heillä ei ole käsitystä millä he voisivat itseään vahingoittaa. Merkkinä itsetuhoisuudesta voivat olla toistuvat tapaturmat. (Friis ym. 2004, 115.) Koululaisen (6-12-vuotiaan) masennus ilmenee usein fyysisinä oireina, kuten vatsakipuna, päänsärkynä tai huonona olona. Lapsi kokee olevansa muita huonompi. Leikit ovat usein sisällöltään depressiivisiä ja niistä ilmenee tuhon ja kuoleman teemoja. Käytös muita kohtaan voi olla aggressiivista ja itsemurhayritykset saattavat olla mahdollisia. Lapsi voi yrittää jäädä

auton alle tai myrkyttää itseään lääkkeillä. Itkuisuus on tavallista tämän ikäisille masentuneille lapsille. (Friis ym. 2004, 116.)

Tavallisimpia esikouluikäisten ja kouluikäisten lasten, varsinkin poikien, psyykkisiä ongelmia ovat levottomuus, impulsiivisuus ja aggressiivisuus. Oirekuvaan kuuluvat myös erilaiset lievät motoriikan, hahmottamisen ja koordinaation vaikeudet. Puheenkehityksessä voi olla viivästymiä, ja joskus niiden taustalta löytyykin dysfasia eli puheen tuottamisen ja/tai ymmärtämisen erityisvaikeus. (Sinkkonen 1999, 179.) Camhee- lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa on EU-maiden yhteishanke. Sen tarkoituksena on kehittää lasten ja nuorten mielenterveyttä edistäviä ja ennaltaehkäiseviä menetelmiä sekä luoda työtä tukevia tieto- ja toimijaverkostoja. Mielenterveyshäiriö on runsaalla kymmenellä prosentilla lapsista ja nuorista. (Camhee- lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa – vaikuttavien käytäntöjen kehittäminen 2007.)

### 3.1.3 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriö on oireyhtymä, jossa lapsi toistuvasti käyttäytyy uhmakkaasti ja ikänsä vastaisesti loukkaa muiden oikeuksia, lisäksi hänellä on tunnehäiriö. Kehitystasoonsa verraten tällaisella lapsella on paljon tai vaikeita kiukkukohtauksia. Lapsi ärsyyntyy ja suuttuu helposti eikä näe omaa osuuttaan tapahtumissa vaan syyttää muita. Tällaisen lapsen tunne-elämä on ailahtelevainen ja ennustamatonta. (Friis ym. 2004, 138.) Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä lapsi käyttäytyy aggressiivisesti ja uhmakkaasti muita samanikäisiään kohtaan. Sosiaalisessa käytöshäiriössä lapsella on usein toimivia ystävyys-suhteita, käytöshäiriö ilmenee suhteessa pienempiin lapsiin sekä aikuisiin. Käytöshäiriöt ovat osittain geneettisiä ja osassa on mukana muita biologisia tekijöitä. Vanhempien epäjohtonmukainen kasvatusta, johon ei kuulu rutiineja ja sääntöjä, on riskitekijä. (Taipale 1998, 322.)

Lapsen häiriintyneisyyttä epäillään, jos lapsen oire on pysyvä ja se alkaa vaikuttaa hänen perhesuhteisiin ja sosiaalisiin suhteisiin. Lapsi tai hänen perheensä on voimakkaan ahdistunut tästä ja tilanne vaikuttaa sellaiselta, että se vaarantaa lapsen myöhemmän kehityksen. Lapsen ja perheen oirekäyttäytyminen lisääntyy jatku-

vasti sekä lapsi tuo esille omia oireitaan ja ongelmiaan. (Taipale 1998, 322.) Häiriintynyt lapsi heijastaa sisäiset ristiriitansa ympäristöönsä ja näin ollen herättää hoitavissa henkilöissä voimakkaita tunnereaktioita, joista osa on kielteisiä, avuttomuuden tunnetta, kiukkua sekä vihaa (Rantanen 1999, 51). Käytöshäiriöisellä lapsella on usein masennusta ja ahdistuneisuutta. Heillä on usein myös luku- ja kirjoitusvaikeuksia, kömpelyyttä ja kielenkehityksen häiriöitä. Käytöshäiriötä edeltää usein tarkkaavaisuudenhäiriö. (Friis ym. 2004, 139.)

Lapsen häiriintyneisyyttä on hankala arvioida, koska pelkästään lapsen käyttäytymisestä ei voida päätellä, mikä häntä vaivaa. Mikään oire yksistään ei paljasta lapsen häiriön laatua tai vakavuutta. Terveitä ja häiriintyneitä on siis vaikea erottaa toisistaan. (Taipale 1998, 321.) 20 %:lla Euroopan lapsista ja nuorista on kehityksellinen, tunne-elämän tai käyttäytymisen ongelma, johon liittyy huomattava syrjäytymisen riski. (Camhee- lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa – vaikuttavien käytäntöjen kehittäminen 2007.) Lapsen aggressiivisuus ei ole yksittäinen oire, vaan se kuuluu laajempaan joukkoon psyykkisiä ominaisuuksia ja on osoitus laajasta psyykkisestä häiriöstä. (Keltinkangas-Järvinen 1985, 14).

### 3.2 Hoitopaikat

Psykiatrinen hoito jakaantuu lasten, nuorten ja aikuisten välille. Lasten psykiatriassa hoidetaan yleisesti alle 13-vuotiaita lapsia. Psyykkisistä häiriöistä kärsivien lasten hoitotyötä tehdään mm. osastoilla päiväsairaanhoitona, viikko-osastohoitona, jatkuvana kokovuorokausihoitona sekä poliklinikoissa ja kasvatus- ja perheneuvoloissa. (Friis ym. 2004, 150.) Hoidon kulmakivinä toimivat henkilökunnan kokemus työstä, ammattitaito sekä kyky käsitellä vastatunteitaan (Rantanen 1999, 51). Lapselle on tärkeä kertoa hänen sairaudestaan ja mitä tulee tapahtumaan. Vaikka lapsi ei olekaan mukana hoitoon liittyvissä päätöksissä, hän on silti osana hoitojärjestelmää ja siksi on oikeutettu kuulemaan hänen ongelmistaan. (Lansdown 1996, 52–53.)

Hoitotyö korostuu erityisesti osastohoidossa, koska tällöin hoitajat ovat jatkuvasti tekemisissä lasten kanssa. (Friis ym. 2004, 150.) Alaikäisen saapuessa psykiatri-

seen hoitoon pyritään siihen, että yhteisesti sovitut hoidolliset ja kasvatukselliset tavoitteet varmistaisivat aikuisten toiminnan johdonmukaisuuden kotona sekä osastolla. Kun rajat ja rajoitukset ovat yhteisesti sovittuja ja toteutuvat johdonmukaisesti, niiden sisäistyminen lapselle on helpompaa. (Rantanen 1999, 50.) Lastensuojelutyössä perheiden ongelmat ym. heijastuvat lähityöntekijöihin lasten kautta. Omahoitajat kokevat voimakkaita vastatunteita suhteessa lapseen sekä osastolla lapsiryhmän dynamiikka (esimerkiksi murrosikä) vaikuttavat hoitotyöntekijöihin. Näiden asioiden tiedostamisella on suuri merkitys myös terapeuttisessa osastohoidossa. (Roine 2001, 50.) Aurelan (1995, 7) mukaan käytöshäiriöt ovat lasten ja nuorten ikäryhmässä yleisin psyykinen ongelma ja suurin syy psykiatriseen hoitoon ohjattaessa. Käytökseltään häiriintyneiden lasten ja nuorten ennuste on erittäin huono, joten he tarvitsevat pitkää ja ammattitaitoista hoitoa.

Lastenpsykiatrinen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä lääketieteen, hoitotyön, psykologian, sosiaalityön ja toimintaterapian ammattilaisten välillä. Lastenpsykiatrisen osaston työssä painottuu psykiatrinen osaaminen, jossa korostuu nimenomaan hoitotyön osuus, kun taas lastensuojelulaitosten työssä korostuu työntekijöiden kasvatuksellinen ja sosiaalinen työote. Hoitotyön perustehtävänä on auttaa lasta ja perhettä inhimillisissä perustarpeissa ja edellytyksissä hyvän elämän luomiseen. Laitoshoidossa ei hoideta lasta vain hoitotyöntekijöiden voimin, vaan myös vanhemmat otetaan mukaan hoitotyöhön vanhempien itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Taipale 1998, 389.)

Lastensuojelulain luvun 10 57§:ssa määritellään, että lastensuojelulaitoksia, joissa voidaan järjestää lapsen sijaishuoltoa, ovat lastenkodit, koulukodit sekä muut näihin rinnastettavat lastensuojelulaitokset. (Lastensuojelulaki 2008.) Lastensuojelulaitoksissa asuvilla lapsilla on yhteistä aiempien kehitysvaiheiden traumaattisuus, joka on syntynyt usein jo varhaislapsuudessa. Näille lapsille yhteistä on myös sosiaalisen elinympäristön kyvyttömyys tunnistaa ja vastata lapsen iänmukaisiin tarpeisiin. Hoitohenkilökunta, ohjaajat sekä muut työntekijät yhdessä lapsen kanssa muodostavat hoitoyhteisön, jonka tarkoituksena on vastata lapsen hyvinvoinnista ja kasvusta. (Roine 2001, 45.) Vuonna 2005 hieman yli 15 000 lasta ja nuorta oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle, mikä tekee noin prosentin kaikista alle 18-vuotiaista. Uusista huostaanotoista yli puolet kohdistui 12 vuotta täyttäneisiin

lapsiin vuonna 2005. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006; Heino 2006.) Vuonna 2007 sijoitettuna oli hieman yli 16 000 lasta ja nuorta. Määrä on kasvanut 2-5 prosentin vuosivauhdilla. Alle 18-vuotiaista lapsista sijoitettuna oli 1,2 %. (Lastensuojelu 2006.)

Lastensuojelun avohoitoon kuuluvat erilaiset terapiapalvelut, perheen tukeminen ja kuntoutus, viranomaisverkostotyö, kriisipalvelut, sosiaalityö ja erilaiset tukimuodot asumiseen, koulunkäyntiin ja harrastuksiin (Häkkinen 1999, 101). Avopalveluiden tavoitteena on tukea lapsen ja perheen kotielämää ja perheen omia terveitä voimia (Taipale 1998, 338).

Lastensuojelun avohuollon piirissä oli vuonna 2005 hieman vajaat 60 000 lasta ja nuorta eli hieman yli viisi prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006). Vuonna 2007 sama luku oli hieman yli 62 000 lasta ja nuorta, joista uusien asiakkaiden osuus oli 31 %. Kokonaislukumäärä kasvoi vuoteen 2006 verrattuna 5,8 % (Lastensuojelu 2006).

### 3.3 Hoitomenetelmiä

Autististen häiriöiden taustalla on todennäköisesti jokin aivojen toimintahäiriö, jonka luonteesta ei olla selvillä. Hoito ja kuntoutus kestävät vuosikausia ja se suunnitellaan aina tapauskohtaisesti. Hoitomuodoista luovat menetelmät ovat osoittautuneet hyödyllisiksi. Hoidon avulla oireita voidaan lievittää, mutta tila sinänsä ei parane. (Sinkkonen 1999, 177.)

William Beardsleen perheinterventio tukee lapsen selviytymistä perheen kohdassa kriisin, esimerkiksi silloin kun vanhempi sairastuu vakavasti. Lapsilla on taipumusta tunkea syyllisyyttä, kun äiti tai isä on vakavasti sairas. Perheinterventio on tarkoituksena ei ole ottaa vanhemmuutta vanhemmilta pois vaan tukea sitä. (Horppu 2006, 24.) Perheintervention rinnalle on kehitetty lapset puheeksi - työmalli, joka on ns. Mini interventio, jonka tarkoituksena on käydä neuvonnallisia keskusteluja vanhempien kanssa siitä tarvitseeko lapsi muuta apua (Horppu 2006, 26).

Kymmenessä vuodessa erityisopetuksen tarvitsijoiden määrä on nelinkertaistunut. Levottomuuden taustalla voi olla erilaisia mielenterveystyön diagnooseja ja neuropsykiatrisia häiriöitä kuten adhd, pakko-oireinen häiriö, Touretten oireyhtymä sekä autistisuuden erilaisia muotoja. Ylivilkkaus yhdistetään usein adhd:en, joka on kuvattavissa aivojen välittäjäaineiden poikkeavuuksina. Siinä aivojen korkeammat säätelykeskukset toimivat huonosti vilkkautta tyynnyttävinä, jolloin aivojen kiihdyttävät osat ottavat vallan. Lääkityksellä voidaan voimistaa molempia aivoalueita, jolloin myös tyynnyttävät alueet aktivoituvat. Psykykenlääkkeitä on kokeiltu myös lasten mielenterveyshäiriöistä johtuvaan levottomuuteen. Lääkityksellä kun saattaa olla kehittyviin aivoihin vaikutuksia, joita emme vielä tunne kokonaan. (Heimonen 2007, 19.)

Vertaistukiryhmän tarkoituksena on antaa lapsille selviytymiskeinoja ja luoda suojaavia tekijöitä lapsen elämään (Hankonen 2007, 45). Ryhmässä puhutaan paljon tunteista ja niiden ilmaisemisesta. Lapsille on usein helpotus huomata, että samanlaisia tarinoita löytyy muistakin kodeista eikä vain heidän. (Hankonen 2007, 46.)

Alaikäisiin kohdistuvia pakkotoimia on monenlaisia mm. lapsen pakottaminen aikuisen haluamaan toimintaan sekä toimenpiteisiin, kuten pakkoruokinta tai pakkolääkitys. Muita pakkotoimenpiteitä ovat lapsen toiminnan estäminen, lapsen eristäminen sekä kiinnipito. (Rantanen 1999, 51.) Pakkokeinojen tulee aina olla osa lapsen hoitosuunnitelmaa sekä palvella hoidollisia tavoitteita. Aikuisten sekä hoitohenkilökunnan tulisi saada enemmän tietoa ja koulutusta koskien lapsen oikeusturvaa, jolloin he voivat antaa lapselle heidän ikätasoaan ja kehitystasoaan vastaavaa tietoa heidän oikeuksistaan. (Rantanen 1999, 53.) Pakkokeino tilanteet aiheuttavat hoitajissa turhautumista, pelkoa, syyllisyyttä ja riittämättömyyden tunnetta. Epävarmuus kohdata pakkokeinoja vaativia tilanteita liittyy harjoittelun puutteeseen. (Willberg 2008, 24–25.)

Lapsen käyttäytymiselle on tyypillistä tilanne sidonnaisuus, äkillisyys sekä kyvyttömyys hillitä käyttäytymistään ilman aikuisen tukea. Tämän vuoksi on tärkeää auttaa lasta ennakoimaan tilanteita sekä hallitsemaan niitä tilanteita erilaisin keinoin sekä poistamalla lapsi rauhoittumaan ennen kuin tilanne riistyy hallinnas-

ta. Erilaisia hallintakeinoja ovat mm. eristäminen aikuisen kanssa sekä kiinnipito. (Rantanen 1999, 51.) Oppimispsykologian mukaan rangaistus ei sisällä fyysistä kurinpitoa eikä lapsen henkistä loukkaamista. Rangaistus on seuraus ei-toivotulle käyttäytymiselle, jota lapsi ei koe miellyttävänä ja joka ei kannusta häntä jatkaamaan ei-toivottua käyttäytymistä. Rangaistuksia ovat mm. moite, pettymyksen osoittaminen sekä sovittujen etuoikeuksien poistaminen joksikin aikaa. Harkituilla ja oikeudenmukaisilla rangaistuksilla ei ole vahingoittavaa vaikutusta lapseen. (Keltinkangas-Järvinen 1985, 174.)

#### 4 LAPSEN KIINNIPIDON ERI MUOTOJA

##### 4.1 Sylissäpito

Kirjassaan sylviaika Welch puhuu sekä kiinnipidosta sekä sylissäpidosta. Sylissäpito on äidin ja lapsen välinen kokemus, jonka ajaksi äiti poistaa häiriötekijät halatessaan lastaan, joka on voimakas fyysinen ja emotionaalinen kontaktin hetki. (Welch 1995, 17.) Kiinnipidoksi Welch (1995, 32) kutsuu tilannetta, jossa se saa alkunsa äidin aloitteesta ja äiti toimii antavana ja lapsi vastaanottavana osapuolella. Welchin (1995, 13) mukaan kiinnipito on äidin käytännöllinen tapa saavuttaa läheinen suhde lapseensa riippumatta siitä, minkä ikäinen lapsi on. Kiinnipidossa lasta syleillään riippumatta siitä onko lapsella tai äidillä sillä hetkellä sellaisia tunteita, jotka yleensä johtavat syleilyyn. Sylissäpito on molemminpuolisesti sovitua ja mukavaa vuorovaikutusta. (Welch 1995, 32.)

Welch (1995, 33) on tutkimuksissaan sylissäpidosta havainnut, että vanhemman ja lapsen reaktiot etenevät useimmin seuraavanlaisesti: 1. kohtaaminen 2. vastustus 3. rentoutuminen. Lapsi saattaa vastustella heti sylissäpidon alettua ja yrittää rimpulla irti, jolloin äidin tehtävänä on ilmaista puhumalla tunteensa lapselle. Äiti käyttää voimaansa ja lujuttaan lisätäkseen yhteyttä lapsen ja itsensä välillä ja estääkseen lapsen vetäytymisen. Keskustelu lapsen ja äidin välillä luo yhteyden heidän välilleen. Sylissäpidolla viestitetään lapselle, että äiti hyväksyy hänet ja hänen tunteensa, olivat ne kuinka kielteisiä tai tuhoisia tahansa. Tunteista keskus-

tellaan ääneen, ne koetaan ja jaetaan äidin ja lapsen kesken.

Lapset, jotka eivät osaa luoda emotionaalisia riippuvuussuhteita muihin ihmisiin, ovat aikuisina alttiimpia sairastumaan fyysisesti tai psyykkisesti. (Welch 1995, 23.) Welchin (1995, 17) on havainnut, että sylissäpitohoitojen avulla lapsi saa lisää itseluottamusta, hänen uteliaisuutensa kasvaa ja hänestä tulee motivoituneempi. Lapsen käyttäytymisen kontrolloinnissa käytetään vähemmän rangaistuksia ja uhkauksia, kun sylissäpitohoitoja on käytetty. Lapsesta tulee kiinnostuneempi siitä, kuinka äidin työ etenee ja hän auttaa äitiään leikkimällä itseksensä äidin tehdessä töitä ja auttaa vanhempiaan olemalla avuksi. Lapsi oppii osoittamaan hellyyttä äitiään kohtaan ja lapsen mustasukkaisuus toisia perheen lapsia kohtaan vähenee ja riitojen selvittäminen nopeutuu.

#### 4.2 Holdingterapia

Holdingterapian edustaja Cline (1979, 1992) on soveltanut aggressionhillintäterapiaa, joka on holdingterapian yksi muoto, lapsiin joita hän kutsuu kiinnittymättömiksi. Nämä lapset ovat olleet vakavasti häiriintyneitä hoitoon ohjattaessa. Clineen terapiassa vanhemmat, terapeutit ja avustajat pitelevät lasta sylissään, estäen jäsenten liikuttelun, joka useimmissa tapauksissa johtaa lapsen fyysiseen tai verbaaliseen vastustukseen ja raivoon. Tällainen kiinnipito jatkuu niin kauan kunnes lapsen raivo ja viha on käsitelty ja verbaalinen ja fyysinen yhteisymmärrys on saavutettu. Tämän jälkeen seuraa rentoutumisvaihe ja halaus, tyynnyttely ja hyväily luovat vahvan siteen lapsen ja vanhemman/terapeutin välille. Clineen terapia perustuu käsitykseen siitä, että on olemassa yhteys raivon terveen ilmaisemisen, vihan läpityöstämisen, kontrollista luopumisen, luottamuksen kehittymisen, eron ja menetyksen läpikäymisen ja kiintymyssuhteiden rakentamisen välillä. (Aurelan 1995, 14–15 mukaan.)

Jirina Prekop (1993) on esittänyt muistisäännön, jonka mukaan holdingterapian hyvään toteutukseen sisältyy kolme L- kirjaimella alkavaa asiaa: Lujuus, Lempeys ja Lohdutus. Niiden toteuttaminen ei ole helppoa, vaan vaatii hoitajilta harjoittelua, eläytymiskykyä ja omien tunteiden harjaantunutta käyttöä. (Aurelan 1995,

35 mukaan.) Fyysisessä kiinnipidossa käsiteltävät asiat ovat yleensä tuoreita, äskettäin sattuneita ja arkipäiväisiä, satunnaisesti myös traumaattisia kokemuksia lapsuudesta. Holdingterapiassa käsiteltävät asiat ovat syvemmältä lapsen menneisyydestä juontuvia. (Aurela 1995, 16–17.)

#### 4.3 Vierihoido

Vierihoidoa pidetään erityishoitomuotona lastensuojelulaitoksissa, jonka tarkoituksena on rajata lapsen vuorovaikutusta niiden ihmisten tai tekijöiden kanssa, jotka haittaavat tai ovat vahingollisia lapsen terveille kehitykselle. Vierihoidolla toisaalta kiihdytetään ja edesautetaan vuorovaikutuksen syntyä sen aikuisen kanssa, jonka tehtävänä on tukea ja auttaa lasta terveessä kehitysprosessissa. Vierihoido tulee olla yksilöllisesti suunniteltu toimenpide kontaktin- ja hallintakykynsä menettäneelle lapselle. Vierihoidossa painottuvat rajat ja ulkoinen kontrolli, joiden ensisijainen tarkoitus ei ole rajoittaminen vaan hoitaminen. Vierihoidoon kuuluvilla rajoituksilla pyritäänkin luomaan lapselle turvallisuudentunnetta ja vähentää lapsen turvattomuudesta johtuvaa henkistä ja fyysistä terveyttä vaarantavaa oireilua. (Kyrönseppä & Rautiainen 1993, Tiusasen 2001, 21–22 mukaan.)

Turvallisen hoidon mallia käytetään nuoren käyttäytyessä aggressiivisesti ja hoitajat ottavat aggressiivisesti käyttäytyvään nuoreen välittömästi fyysisen kontaktin. Menetelmä on turvallinen ja kivuton ja se voidaan suorittaa seisten, istuen, maassa vatsallaan tai selällään. Nuoren pääpuolella on aina tutuin hoitaja hänelle. Potilaat kokevat tämän menetelmän hyvänä hoitokeinona. Vanhemmille ja hoitajille ilmoitetaan nuoren kiinniottotilanteet ja eristystilanteet heti kun tilaisuus siihen tulee. (Turunen 2006, 15.)

## 5 LAPSEN KIINNIPITO HOITOMENETELMÄNÄ

### 5.1 Kiinnipidon tavoite

Kiinnipidolla tarkoitetaan vähintään kahden hoitajan suorittamaa aggressiivisen

lapsen fyysistä hillitsemistä, joka aloitetaan aggressiivisen teon jälkeen heti kun se on turvallista. Sanalla terapeutti tarkoitetaan häiriön käsittelemistä parantavalla menetelmällä. Kiinnipito voidaan aloittaa myös ennen kuin itse vahinko on aiheutunut. Kiinnipito eroaa eristämisestä, joka tarkoittaa vuorovaikutuksesta tai ulkopuolisesta vaikutuksesta erottamista tai poistamista. (Barlow 1989, Aurelan 1995, 8 mukaan.) Heiskasen (2004, 55) tutkimuksessa kiinnipitoa kuvataan hoitotyön kontekstissa, jonka avulla voidaan puhua kiinnipidosta hoitomenetelmänä.

Heiskasen (2004, 30–31) mukaan hoitajien puuttuminen lapsen aggressiiviseen käyttäytymiseen ja rajojen asettaminen tällaiselle käyttäytymiselle kuuluu hyvään lastenpsykiatriseen hoitoon. Käytettäessä kiinnipitoa aggressiivisen käyttäytymisen hillitsemiseen, tulee hoitajalla olla aina hoidolliset perusteet ja tavoitteet kiinnipidolle, jotka ovat lapsen tarpeista lähteviä. Hoidollisena tavoitteena on tukea aggressiivisesti käyttäytyvän lapsen tunteiden hallintaa ja rajojen oppimista. Terapeutin kiinnipidon käyttöön tulee olla lääkärin lupa ja vanhemmille kerrotaan, että osastolla käytetään tällaista hoitomuotoa. Lapsen tulee tietää, että terapeutin kiinnipito merkitsee, että hänestä välitetään ja pidetään huolta. (Aurela 1995, 19–20.)

Kallaspuron, Sillanpään, Suojärven ja Kymenvirran (2004) mukaan kiinnipito tulisi aloittaa, kun lapsi on levoton, kovaääninen, haistatteleva, hän rikkoo tavaroita, lyö, sylkee, puree tai raapii tai jos lapsi satuttaa itseään tai muita. Rajojen asettaminen ja vaarallisen käytöksen estäminen ovat fyysisen kiinnipidon perustehtäviä, silloin kun muut keinot on koettu tehottomiksi. Tällä tavoin voidaan suojella aggressiivisesti käyttäytyvää lasta ja hänen lähellään olevia sekä ehkäistä aggressiivisuuden leviäminen muihin ja tarjota lapselle kontrolli. (Aurela 1995, 13–14.)

Kiinnipitotilanne on vuorovaikutusta lapsen ja hoitajan välillä. Hoidolliseen kiinnipitoon kuuluu olennaisesti, että lapsen kanssa yhdessä tutkitaan hänen aggressiivista käyttäytymistään. Olennaista on, että lapselle perustellaan, miksi kiinnipitoa käytetään. Hoidollisessa kiinnipidossa hoitaja tarkkailee lapsen reaktioita kiinnipidon aikana ja hallitsee omat tunteensa sekä välttää tekoja, joita lapsi voi kokea uhkana itselleen. (Heiskanen 2004, 32; Ziegler 2004; Aurela 1995, 16.)

Kiinnipito ei koskaan saisi kuitenkaan olla rangaistus, vaan sitä tulee käyttää, kun tarvitaan rajojen asettamista tai jos estetään lasta satuttamasta muita tai itseään (Prekop 1990, 106; Kallaspuro ym. 2004).

## 5.2 Kiinnipitoprosessi

Kiinnipitoon osallistuu vähintään kaksi hoitajaa, jotka ovat läsnä koko vastustusvaiheen ajan. Jokaisella hoitajalla on oikeus päättää, milloin lapsi tarvitsee kiinnipitoa. Kiinnipitoon päädyttyessä ja kun lapsi on ohjattu tilaan, jossa kiinnipito tapahtuu, lapsi asetetaan vatsalleen patjalle ja kriisijohtajana toimiva hoitaja asettuu lapsen pääpuoleen pitäen lapsen päätä paikoillaan. Toisen hoitajan tehtävänä on asettua istumaan tyynylle, joka on asetettu lapsen reisien päälle, estääkseen lasta potkimasta. Kolmas hoitaja tai jompikumpi edellä mainituista pitää kiinni lapsen käsistä. Pienen lapsen kohdalla hoitajat voivat pitää lasta sylissään. (Aurela 1995, 19.) Yleisenä sääntönä voidaan pitää, että yli seitsemän vuotta vanhan lapsen kohdalla kiinnipittäjiä tulisi olla vähintään kaksi, näin turvallisuus on parempi sekä lapselle että hoitajalle (Aurela, 1995, 26). Kivun ja loukkaantumisien syntyminen estetään kiinnittämällä tarkkaa huomiota lapsen ja hoitajien asentoihin. Kiinnipitotilanteissa tulisi olla sekä mies- että naishoitajia, jotta seksuaalista jännitystä ei syntyisi. (Aurela 1995, 19–20.) Aurelan (1995, 15) mukaan kiinnipito ei saa olla aggressiivinen vaan varovainen, jolloin lapsella on mahdollisuus ilmaista raivoaan turvallisesti ilman pelkoa itsensä tai muiden vahingoittumisesta.

Alkuvaiheessa lapsi suhtautuu kiinnipitoon yleensä vihamielisesti, hän saattaa huutaa ja reuhtoa itseään irti ja haukkua hoitajia verbaalisesti. Kiinnipidon jatkuessa lapselle puhutaan rauhoittavasti, jotta lapsi rentoutuisi. Kriisijohtaja päättää milloin lapsi on rentoutunut tarpeeksi, jotta esimerkiksi lapsen kädet voidaan vapauttaa ja tilanteen edetessä myös jalat. Kriisijohtaja kertoo lapselle kiinnipitoon johtavat syyt. Kriisijohtajana toimiva hoitaja etsii tietoisesti lapsesta todisteita tunteista, havainnoista ja ajatuksista. Vastustaessaan kiinnipitoa lapsessa vapautuu tunteita, jotka voidaan tunnistaa helpommin, kun prosessi on suoritettu loppuun. Lapsen rentouduttua, hänen on helpompi keskustella siitä, mikä johti aggression syntymiseen. Esille saattaa nousta monia tunteita ja ajatuksia, joista lapsi ei muu-

ten ole koskaan pystynyt puhumaan. Kokemuksen kautta on opittu, että lapsille on mahdollista opettaa vaihtoehtoisia menetelmiä pukea tunteet sanoiksi eikä aggressioiksi. Kriisijohtajan tehtävänä on kirjata jokaisen terapeuttisen kiinnipidon jälkeen raporttiin, mikä aiheutti kiinnipidon, montako hoitajaa siihen tarvittiin ja mitä tapahtui kiinnipidon aikana. Mukana olleet hoitajat kirjaavat myös tapahtumaan liittyvät yksilölliset ja yhteiset tunteet. (Aurela 1995, 19–20.) Kiinnipitoistunnon herättämistä tunteista tulisi keskustella jokaisen istunnon jälkeen siihen osallistuneiden hoitajien yhdessä, jolloin jokaisen yksilölliset tunteet tulisivat otetuksi huomioon. Kiinnipitohoitoon liittyvistä asioista tulisi keskustella koko hoitohenkilökunnan, jolloin saataisiin kaikkien ajatukset otetuksi huomioon. (Aurela 1995, 20.)

### 5.3 Kiinnipidon vaikutukset lapseen

Fyysisen kiinnipidon ensisijaisena tarkoituksena on hillitä turvallisesti aggressiota, mutta kiinnipidon toteuttaminen oikein myös vahvistaa lapsen ja hoitajan suhdetta ja lisää lapsen luottamusta aikuisiin (Aurela 1995, 16). Lapsille kiinnipitotilanteet olivat toisinaan myönteisiä ja toisinaan kielteisiä. Myönteisiksi tilanteen tekivät hoitajien kyky kuunnella ja vastaanottaa lapsen aggressiivisia tunteita. Kielteiset kokemukset syntyivät tilanteissa, joissa hoitajien verbaalinen vuorovaikutus oli vähäistä lapsen kanssa. Lapsille syntyi mielikuvia seksuaalisesta hyväksikäytöstä hoitajan istuessa heidän päällään, joka synnytti syyllisyyden ja häpeän tunteita lapsissa. (Heiskanen 2004, 57–58; Trieschman 1969 Aurelan 1995, 17 mukaan.)

Zieglerin (2004) mukaan oikein suoritettuna hoidollisella kiinnipidolla on monia myönteisiä vaikutuksia lapseen. Fyysisen kosketuksen kautta lapselle luodaan turvallisuuden tuntua sekä annetaan lapselle lupa tukeutua aikuiseen. Kiinnipidon aikana purkautuneet tunteet mahdollistavat lapsen psyykkisen kasvun sekä luovat luottamuksen tunnetta lapsessa. Lapsen ollessa aggressiivinen, fyysisellä kiinnipidolla voidaan ehkäistä fyysisten vammojen syntyminen sekä lapselle että ympäristössä oleville ihmisille.

Lapsen mielenterveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että hoitajan toiminta kiinnipitotilanteessa tukee lapsen itsetuntoa. On huomattu, että jo ensimmäisen kiinnipitoistunnon jälkeen kiinnipitävän hoitajan ja lapsen välille syntyy luottamus, joka antaa lapselle turvallisuuden tunteen. Lapsen kiintymyksen kohteiksi tulevatkin ne hoitajat, jotka ovat olleet osallisina hänen kiinnipidossaan. (Heiskanen 2004, 65.)

## 6 LAPSEN ASEMA KIINNIPIDOSSA

### 6.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toisen luvun 3§:ssä säädetään, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan itsearvoa ei saa loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Mahdollisuuksien mukaan potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon. Toisen luvun 6 §:ssä säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta, jonka mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993.)

Toisen luvun 7§:ssä säädetään alaikäisen potilaan asema. Tämän säädöksen mukaan alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä, jos se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos hän näiden perusteella kykenee päättämään hoidostaan on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen potilas ei kykene päättämään hoidostaan, häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993.)

### 6.2 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulain tarkoituksena on 1§:ssä turvata lapselle oikeus turvalliseen kasvu-ympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen ja erityiseen suojeluun. Lastensuojelulain 6§:n mukaan lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena

18–20-vuotiaista. Lastensuojelulain 11 luvussa käsitellään rajoituksia sijaishuollossa, joita ovat:

1. yhteydenpidon rajoittaminen
2. aineiden ja esineiden haltuunotto
3. henkilötarkastus ja henkilönkatsastus
4. omaisuuden ja lähetysten tarkastus ja lähetysten luovuttamatta jättäminen
5. kiinnipitäminen
6. liikkumisvapauden rajoittaminen
7. eristäminen ja
8. erityinen huolenpito.

11 luvun 68§:ssä säädetään lapsen kiinnipitämisestä, jonka mukaan laitoksen johtaja tai laitoksen hoitohenkilökuntaan kuuluva voi pitää kiinni lapsesta tämän rauhoittamiseksi, jos lapsi todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita sekavan tai uhkaavan käyttäytymisen perusteella. Kiinnipitäminen tulee olla lapsen oman tai toisen henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden välittömän vaarantumisen vuoksi tai omaisuuden vahingoittumisen estämiseksi välttämätöntä. Kiinnipitäminen tulee olla hoidollista, huollollista ja puolustettavaa lapsen käyttäytyminen huomioon ottaen. Lapsen fyysinen siirtäminen tilasta toiseen voi olla kiinnipitämisessä sisällä. Kiinnipitäminen tulee lopettaa kun se ei enää ole välttämätöntä. Kiinnipitämiseen ryhtyneen henkilön tulee antaa kirjallinen selvitys laitoksen johtajalle. 68§:ä sovelletaan vain laitoshuoltona järjestettävässä sijaishuollossa. Luvun 10 49§:ssä sijaishuolto määritellään olevan huostaan otetun, kiireellisesti sijoitetun tai väliaikaismääräyksen nojalla sijoitetun lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestämistä kodin ulkopuolella. (Lastensuojelulaki 2008.)

### 6.3 Lapsen oikeuksien sopimus

Yleissopimuksessa lapsen oikeuksista lapsena pidetään kaikkia alle 18-vuotiaita. Lapsen oikeuksien sopimuksen tarkoituksena on taata lapsille sopimuksessa tunnustetut oikeudet sekä suojella lapsia syrjinnältä ja rangaistukselta, jotka perustuvat hänen vanhempiansa, laillisten huoltajiensa tai muiden perheenjäsentensä asemaan, toimintaan, mielipiteisiin tai vakaumuksiin. Sopimuksen mukaan lapsen

oma näkemys tulee ottaa huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti. Henkisesti tai ruumiillisesti vammaisen lapsen tulisi saada elää täysipainoista elämää, joka takaa ihmisarvon, edistää itseluottamusta ja helpottaa lapsen osallistumista yhteisönsä toimintaan. Sopimus velvoittaa valtioita tiedottamaan sopimuksesta niin aikuisille kuin lapsillekin. (Yleissopimus lapsen oikeuksista 1989.) Suomen Unicefin vuonna 2006 tekemän tutkimuksen yläkoululaisten ihmis- ja lapsenoikeustiedosta ja - asenteista mukaan yläkoululaiset tuntevat lapsen oikeudet heikosti. Tutkimukseen vastasi yli 1700 yläasteen oppilasta ympäri Suomea. 12-13vuotiaat vastaajat arvioivat ikäistään vanhempia vastaajia useammin, että lapseen kohdistuvat kurituskeinot ovat Suomen laissa sallittuja.

#### 6.4 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslain 1§:ssä mielensterveystyö määritellään olevan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Mieli-sairauksien ja muiden mielensterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen kuuluvat myös mielensterveystyön määritelmään. Toisen luvun 8§:ssä säädetään, että alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon jos hän vakavan mielensterveydenhäiriön vuoksi on hoidon tarpeessa ja hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaa olennaisesti hänen sairauttaan tai vaarantaa hänen terveyttään tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielensterveyspalvelut eivät sovellu hänelle käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 1991.)

Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei ole alaikäisen edun mukaista menetellä toisin. Luvun 4 a 22 b §:ssä säädetään, että potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää hoitava lääkäri. Tämä lääkäri päättää myös potilaan kiinnipitämisestä ja sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi tai muusta lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä. (Mielenterveyslaki 1991.)

## 6.5 Terveysthuollon oikeusturvakeskus

Potilaan liikkumista rajoittavien menetelmien, esimerkiksi turvaliivien tai sidontavöiden käytöstä ei ole normeja sosiaalihuollossa tai ei-psykiatrisessa sairaanhoidossa. Terveysthuollon oikeusturvakeskus (TEO) linjaa, että rajoittaminen on sallittua siinä määrin kuin kulloinkin se on välttämätöntä. Psykiatrisella puolella esimerkiksi lepositeiden käytöstä on erittäin tarkat säädökset. Somaattisella puolella tällaisia säädöksiä ei ole, jonka vuoksi psykiatriassa ja somaattisella puolella hoidettavat potilaat eivät saa samanarvoista kohtelua. (Hankonen 2008, 26.)

## 7 HOITAJIEN TYÖHYVINVOINTI

### 7.1 Työnohjaus

1980-luvulla sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt, että työnohjauksella tarkoitetaan joko oman ammattialan kokeneemman ja työnohjauskoulutuksen saaneen työntekijän tai ulkopuolisen antamaa ohjausta ja tukea. Työnohjaus perustuu ohjattavien ja työnohjaajan väliseen sopimukseen, johon edellytetään sitoutumista. (Perkka-Jortikka 1998, 45; Friis ym. 2004, 175.) Hoitotyöntekijöiden koulutustausta ja ammatillisuus antavat valmiuksia kohdata vaikeasti hoidettavia lapsia. Avain lasten hyvinvointiin on hoitotyöntekijöiden keskinäinen toimivuus ja henkinen hyvinvointi. Säilyttääkseen toimivuutensa, hoitotyöntekijät tarvitsevat säännöllistä ja jatkuvaa työnohjausta. (Roine 2001, 50.) Hyvin järjestetyllä yksilö- ja ryhmänohjauksella pyritään siihen, että hoitava henkilö kykenee käsittelemään lapsen käytöksestä syntyviä vastatunteitaan ja säilyttämään ammattitaitonsa eikä ala käyttäytyä vastatunteiden mukaisesti lasta kohtaan (Rantanen 1999, 51).

Varsinainen sisältö työnohjauksessa muotoutuu ohjattavien ja ohjaajan väliseen kiinteään vuorovaikutukseen, joka on yleensä pitkäaikaista ja toistuvaa (Perkka-Jortikka 1998, 45). Työnohjaus voidaan järjestää yksilö-, ryhmä- tai yhteisömuotoisena ohjauksena (Friis ym. 2004, 176). Työnohjauksen tavoitteena on ammatillisten ja persoonallisten valmiuksien ja työmotivaation lisääminen sekä työuupumuksen ennaltaehkäisy. Työnohjauksella pyritään yksilötasolla työntekijöiden

ammattitaidon lisäämiseen, työmenetelmien kehittämiseen ja ammatti-identiteetin vahvistamiseen sekä lisäämään myös itsetuntemusta ja itseluottamusta. Yhteisötasolla työnohjauksen tarkoituksena on puolestaan työyhteisön toiminnan, yhteishengen sekä keskinäisen vuorovaikutuksen kehittäminen ja parantaminen sekä työuupumuksen ennaltaehkäisy. Työnohjaus vaatii henkilöstöä olemaan valmis sitoutumaan työnohjausprosessiin, muuten sitä ei hyödytä järjestää. ( Perkkä-Jortikka 1998, 45; Friis ym. 2004, 175; Hammarlund 2004, 109.)

Työnohjausta tarvitaan erityisesti tehtävissä, joissa asiakassuhteet ovat keskeisiä. Mielenterveyslaissa työnohjaus on kirjattu työntekijän oikeudeksi. Aggressiivisten potilaiden hoitoon liittyvä koulutus on Suomessa lähinnä käytännön harjoittelupainotteista. Systemaattinen tuki tällaisesta koulutuksesta puuttuu täysin. Pakkokeinoja vaatinut tilanne puretaan yleensä kahvipöydässä muiden työyhteisön jäsenten kanssa. Hoitajat tarvitsevat kuitenkin tukea työssä jaksamiseen ja tilanteiden jälkipuintiin. Tämän lisäksi hoitajat tarvitsevat monipuolista koulutusta, joka antaa keinoja vuorovaikutukselliseen hoitotyöhön. (Willberg 2008, 26–27.) Kliinistä hoitokäytäntöä varten tarvitaan eettisiä ohjeita ja konkreettisia toimintaohjeita, jotka antavat hoitajille tukea oman työnsä arviointiin ja kehittämiseen (Heiskanen 2004, 65–66).

Aurelan (1995, 25) tutkimuksessa selvisi, että terapeutin kiinnipidon alussa hoitajat kokivat esimerkiksi seuraavia tunteita: kiukku, harmi, turhautuminen, ahdistuminen, huoli jaksamisesta, myötätunto, sääli, empatia ja lohduttamisen halu. Hoitajan kokema kiukku on aggressiivisen lapsen käytöksen kohdalla tarpeellinen tunne, koska sen avulla viestitetään lapselle hänen käytöksestään. Kiinnipidon lopussa useimmin koettu tunne oli ilo. Ilon tunne syntyi läheisyydestä, lapsen hyvästä olost, lapsen rauhoittumisesta, kontaktista ja kokemuksesta, että ymmärtää lasta paremmin. Kiinnipidon alussa esiintyneet kielteiset tunteet vaihtuivat jokaisessa tapauksessa kiinnipidon lopussa myönteisiksi. Aurela (1995, 17) tuo esille, että toimiakseen tehokkaasti kiinnipito vaatii useita hoitajia ja huomattavan määrän aikaa sekä luottamuksen siihen, että muut osastolla olevat lapset pysyvät kontrollissa. Kiihtynyt lapsi voi olla yllättävän voimakas ja raivo saattaa kestää useita tunteja, jonka vuoksi kiinnipito kuluttaa hoitohenkilökuntaa sekä fyysisesti että henkisesti. Hoitohenkilökunnan fyysistä stressiä suurempi huolen-

aihe onkin psyykkinen stressi.

## 7.2 Jälkipuinti

Kriisi-interventiolla tarkoitetaan ulkopuolisen auttajan mukaan tulemistä käsiteltäessä kriisiä. Tavallisin intervention muodoista on purkukeskustelu eli jälkipuinti, josta käytetään virallista nimitystä debriefing. (Hammarlund 2004, 105.) Jälkipuinti nimen on kehittänyt amerikkalainen psykologi Jeffrey T. Mitchell (Mitchell 1983, Hammarlundin 2004, 114 mukaan). Jälkipuinti koostuu erilaisista vaiheista, joita koordinoi ulkopuolinen ammattilainen. Jälkipuinnin vaihteita ovat johdanto-, fakta-, ajatus-, tunne-, reaktio-, oire-, opetus- ja lopetusvaihe. Jälkipuinti toimii osana kriisin- ja stressinkäsittelyä. Jälkipuinnin tarkoituksena on torjua ja käsitellä työperäistä stressiä ja traumaa. Jälkipuintiin tulisi kuulua erilaisten organisaatioiden toiminta kuten kollegiaalisuus, vertaistuki, kriisiryhmä tai ulkopuolinen vetäjä. Jälkipuintia käytetään apuna myös silloin kun käsitellään vakavan tapahtuman herättämiä voimakkaita tunteita sekä kielteisiä kokemuksia ja tuntemuksia ja purettaessa psyykkistä stressiä. Työyhteisön sisällä toteutettava jälkipuinti on tehokas toimenpide kohennettaessa työympäristöä. Jälkipuinnin avulla luodaan myönteisiä asenteita sekä kannustetaan käsittelemään henkilön itsensä kokemia tuntemuksia. (Hammarlund 2004, 109.)

Tutkimukset osoittavat, että jos kriisit ja työstressi jäävät käsittelemättä, niin sairauspoissaolot lisääntyvät, sairausjaksot pitenevät sekä kuolleisuus lisääntyy. Yhteiskunnalle koituu suuria kustannuksia puutteellisesta tai laiminlyödyistä johtuvien psykososiaalisesta huolenpidosta, jonka vuoksi sairauspoissaolot ovat pitkiä ja eläkkeelle siirrytään ennen aikaisesti. Psykosomaattisia sairauksia sairastavilla onkin todettu usein runsaasti ongelmia edeltävinä vuosina. (Hammarlund 2004, 114.) Vertaistukea järjestetään työyhteisössä toistuvasti, kun taas jälkipuinnin kohteena on jokin tietty tapahtuma ja keskitytään yhteisön kohtaamiin tilannemalleihin (Hammarlund 2004, 118). Kiinnipitokäytäntöjen kehittäminen vaatii koko hoitoyhteisön osallistumista kehittämiseen, joka edellyttää avointa keskustelua ja kiinnipitoon liittyvien tunteiden jakamista (Heiskanen 2004, 65–66). Kriisi- ja vertaistukikeskustelun tarkoituksena on saada jokainen kertomaan omasta koke-

muksestaan vaikeassa tilanteessa, jota käsitellään. Kun kaikki tapahtumaan liittyvät henkilöt kootaan ryhmäksi, helpottuvat tapahtuneen hallinta ja käsittely. Ryhmän avulla osallistujat huomaavat, että muillakin voi olla samanlaisia ajatuksia ja tunnekokemuksia ja näin oma pohdinta helpottuu sekä omat reaktiot koetaan normaaleiksi. (Hammarlund 2004, 111–112.)

## 8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

### 8.1 Tutkimuksemme tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia kiinnipitotilanteista ja jälkipuinnin mahdollisuuksia kiinnipitotilanteiden jälkeen.

Tarkoituksena on tuoda esille keinoja, joiden avulla hoitavat pystyvät purkamaan kiinnipitotilanteista syntyviä ajatuksia ja tunteita. Tavoitteenamme on tuoda uutta tietoa hyödynnettäväksi hoitohenkilökunnan käyttöön kehitettäessä kiinnipitotilanteita tai jälkipuintia.

### 8.2 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtävinämme on:

Kuvata hoitajien kokemuksia kiinnipitotilanteista.

Kuvata hoitajien mahdollisuutta jälkipuintiin kiinnipitotilanteiden jälkeen.

Kuvata keinoja jälkipuintiin, joiden avulla hoitajat käsittelevät kiinnipitotilanteiden synnyttämiä ajatuksia ja tunteita.

## 9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 9.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Lähestymistavaksi on valittu kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän. Tutkimus kuvaa hoitajien kokemuksia lasten kiinnipitotilanteista, joten laadullinen tutkimusmenetelmä tuntui parhaimmalta vaihtoehdolta koskien tätä opinnäytetyötä. Kylmän ja Juvakan (2007, 31) mukaan laadulliselle tutkimukselle on ominaista tutkimukseen osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Laadullinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei määrään (Öhman 2005, Kylmän & Juvakan 2007, 26 mukaan). Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 155) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja siihen löytyvä tieto hankitaan todellisista tilanteista. Itse tiedonkeruun kohteena on ihminen itse. Aineistonkeruussa on yleensä läheinen kontakti osallistujiin, jonka vuoksi tutkimuksen etiikka ja eettisyyden arviointi ovat keskeisiä asioita laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä ym. 2003, Kylmän & Juvakan 2007, 27 mukaan).

### 9.2 Tiedonantajat

Tutkimukseen osallistujat valitaan tutkimukseen sen mukaan, ketkä parhaiten kokemuksiansa kautta tietävät tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tärkeää on, että osallistuja osaa ja haluaa kuvata tutkittavana olevaa ilmiötä. (Swenson 1996, Connelly & Yoder 2000, Kylmän & Juvakan 2007, 58 mukaan.)

Tiedonantajina tutkimuksessa toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka ovat työskennelleet tai työskentelevät lasten kanssa. Tiedonantajilta edellytetään, että he ovat kokeneet työssään vähintään yhden kiinnipitotilanteen ja, että he ovat olleet itse kiinnipidossa mukana. Näin saadaan tietoa hoitajien kokemuksia kiinnipitotilanteista eikä käsityksistä.

### 9.3 Aineiston hankinta

Hirsjärvi ym. (2004, 193–194) kuvaavat haastattelua ainutlaatuiseksi, koska tällöin tutkija on suorasti kontaktissa tutkittavaan. Haastattelun hyvänä puolena on sen joustavuus ja tällöin tutkija voi itse säädellä aineiston keruuta. Haastattelussa haastateltavalla on mahdollisuus tuoda ilmi itseään koskevia asioita hyvin vapaasti. Haastattelu sopii tutkittaessa arkoja tai vaikeita aiheita ja tutkijalla on mahdollisuus tavoittaa haastateltavat myöhemminkin halutessaan täydentää aineistoaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 195). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelu sopii erinomaisesti käytettäväksi kun tutkitaan emotionaalisesti arkoja aiheita. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 35.) Teemahaastattelu on välimuoto lomake- ja avoimesta haastattelusta. Teema haastattelusta puuttuu kysymysten tarkka muoto sekä järjestys, mutta haastattelun aihepiirit eli teemat ovat selvillä. (Hirsjärvi ym. 2004, 197.)

Tässä tutkimuksessa aiheena on kiinnipito, joka on varsinkin henkisesti vaikea asia käsitellä joillekin ihmisille, joten teemahaastattelu sopii aineiston hankintamenetelmäksi parhaiten. Teemahaastattelulla on Mertonin, Fiskin ja Kendallin (1956) mukaan neljä keskeistä piirrettä, jotka ovat laajuus, tarkkuus käsiteltävään asiaan, syvyys ja henkilökohtainen asiakokonaisuus (Hirsjärven & Hurmeen 1995, 36 mukaan). Teemahaastattelussa tulisi ottaa huomioon vastaajien kaikki esille tuomat näkökohdat sekä heidän reaktionsa aihetta kohtaan. Haastattelijan tulisi olla perehtynyt aiheeseen, jotta hän osaisi auttaa vastaajaa tuomaan esille tutkittavan aiheen syvällisen merkityksen. Tutkittava aihe saa merkityksensä vastaajien henkilökohtaisten kokemusten kautta. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36.) Tämän vuoksi tutkimuksessa edellytettiin vastaajilta vähintään yhtä omakohtaista kokemusta alle 13-vuotiaan lapsen kiinnipidosta.

Aineisto opinnäytetyöhön piti aluksi hankkia yhteistyössä hoitajat.net kanssa, luomalla lasten kiinnipidosta avoin keskustelu foorumi sivuille. Hoitajat.net sivustolle tehtiin psykiatria-osion alle tällainen keskustelun aloitus, johon listattiin teema muotoisesti kysymyksiä, joista vastaajien toivottiin keskustelevan. Kyseisestä aiheesta kerrottiin myös pediatria foorumilla. Kyseistä aihetta käytiin useaan kertaan lukemassa, mutta itse keskustelua ei syntynyt, joten tehtäväksi anto muutet-

tiin sellaiseen muotoon, että halukkaat olisivat saaneet vastata teema muotoisesti luotuihin kysymyksiimme, joko foorumilla tai sitten yksityisesti sähköpostitse. Joitakin lähdevinkkejä saatiin sekä muodostettiin yksi kontakti sellaiseen henkilöön, joka suostui sähköpostihaastatteluun. Ei kuitenkaan saatu aineistoa kerättyä keskustelufoorumin avulla.

Alettiin miettiä seuraavia vaihtoehtoja aineiston hankinnalle. Molemmilla opinäytetyön tekijöillä oli tuttavapiirissä sellaisia henkilöitä, joilla oli kokemuksia alle 13-vuotiaiden kiinnipidosta ja aineistoa päädyttiin hankkimaan haastattelun avulla kahdelta tällaiselta henkilöltä ja lisäksi oli keskustelufoorumilta henkilö, jota haastateltiin sähköpostitse. Aineistonhankinnassa käytettiin temahaastattelua (liite 1). Kasvokkain tehtyt haastattelut suoritettiin rauhallisessa paikassa ja niiden kestot olivat noin tunnin pituisia. Temahaastattelut nauhoitettiin ja niiden laatu oli hyvä. Sähköpostitse suoritettua temahaastattelua jatkettiin tekemällä vastaajalle jatkokysymyksiä viitaten hänen aiempiin vastauksiinsa.

#### 9.4 Aineiston analyysi

Kylmän ja Juvakan (2007, 22) mukaan induktiivisessa päättelyssä tehdään havain-toja yksittäisten tapahtumien kautta, jotka yhdistetään laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Tarkoituksena on tarkastella aineistonkeruun ja analyysin todellisuutta ilman tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa (Kylmä ym. 2003, Kylmän & Juvakan 2007, 22 mukaan).

Tutkimuksen ydinasiana pidetään aineiston analyysia, sen tulkintaa ja johtopäätöstentekoa. Induktiivisen päättelyn avulla selviää millaisia vastauksia saadaan tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2004, 209.) Analyysitapana tulee olla sellainen, joka tuo vastauksen tutkimustehtävään (Hirsjärvi ym. 2004, 212). Aineiston analyysi oli opinäytetyölle parhain vaihtoehto käydä aineistoa lävitse. Kiinnipito on vähän tutkittu aihe, jonka vuoksi aineistolähtöisyys analyysin tekemisessä on avainasemassa. Vaiheittaisesti etenevä analyysi lähtee aineistosta, jota ensin kuvataan. Kuvantamisen jälkeen aineisto luokitellaan ja syntyneet luokittelut yhdistellään. Yhdistämisestä syntyneet luokat selitetään. (Hirsjärvi ym. 2004, 211.) Tul-

kinnan avulla pohditaan analyysissa nousseita tuloksia ja näistä tehdään omat johdopäätökset. Näistä tuloksista tulisi tehdä vielä synteetit eli pääseikkojen yhteen kokoaminen, joka antaa vastauksen asetettuun tutkimusongelmaan. Tuloksissa tulisikin pyrkiä siihen, että mitkä ovat olennaisimmat vastaukset tutkimustehtäviin. (Hirsjärvi ym. 2004, 213–214.)

Sisällön analyysi tehtiin laadullisen tutkimusmenetelmän mukaan induktiivisella eli aineistolähtöisellä päättelyllä. Aineistonkeruun jälkeen haastatteluaineistot litteroitiin, jonka jälkeen aineistot luettiin läpi. Kirjoitettua aineistoa tuli noin 20 sivua. Aineistoa lähdettiin käymään lävitse yksitellen jokaisen tutkimuskysymyksen kautta. Esimerkiksi tutkimuskysymystä 1 eli kuvata hoitajien kokemuksia kiinnipidoista mietittiin aineistoa luettaessa, että mitä aineisto kertoo vastaajien kokemuksista kiinnipidoista. Joissakin kohdissa aineistosta selvisi selkeästi vastaajan kokemus, mutta joidenkin lauseiden kohdalla pohdittiin hyvin pitkään mitä vastaaja on tarkoittanut. Jokaisesta lausumasta eli asiakokonaisuudesta, jotka aineisto antoi tutkimuskysymykseen 1, tehtiin pelkistys eli kirjasimme lauseen tarkoituksen kirjakielillä ja selkeämmin esiin. Aineistoon tehtiin kyseiset pelkistykset ja käytettiin erilaisia värikoodeja sekä itse aineistossa että pelkistyksissä ja luokitteluisa, jotta olisi helpompaa palata aineistoon takaisin myöhemmin. Työparin tuki auttoi paljon pelkistystä tehdessä. Näin saatiin uudenlaisia näkökulmia johonkin kohtaan, jota toinen ei välttämättä ollut huomannut. Yhden haastatteluaineiston kohdalla havaittiin, että henkilö kertoo asiasta, joka oli tullut jo pelkistetyin aineiston kohdalla ja vertailua tehtiin jo pelkistysten teossa. Koko aineisto käytiin läpi yksitellen jokaisen tutkimuskysymyksen kautta. Vertailua tehtiin eri teemahaastatteluista syntyneiden aineistojen välillä koko sisällön analyysin ajan. Yhden aineiston pelkistystä tehdessä, pidettiin esillä jo pelkistettyä aineistoa. Aineistoa luettiin useaan kertaan ja pelkistykset käytiin läpi sen pohjalta millaisista lauseista tai kappaleista ne olivat muodostuneet. Joitakin pelkistysmuotoja muokattiin selkeämpään muotoon ja tarkennettiin niitä.

Aineistoksi riitti kolme haastattelua, koska aineiston analyysia tehdessä havaittiin, että samoja asioita nousi jokaisessa haastattelussa esiin eri tutkimuskysymysten kohdalla. Aineisto oli rikas ja saatiin vastaukset tutkimustehtäviin.

Pelkistykset kirjattiin tietokoneella puhtaaksi jokaisesta haastattelusta kyseisten tutkimuskysymysten alle ja seuraavaksi ryhdyttiin järjestelemään niitä ryhmiin, joista muodostui alaluokat. Ryhmittelyssä vertailtiin, etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia pelkistysten välillä. Alakategorioita syntyi 60 kappaletta. Alakategorioista muodostettiin samalla menetelmällä yläkategorioita miettimällä mitkä alakategoriat muodostavat kokonaisuuksia. Yläkategorioita saatiin 15 kappaletta (liite 2).

## 10 TULOKSET

### 10.1 Hoitajien kokemukset alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipitotilanteista

Tutkimuksemme osallistuneet haastateltavat kuvasivat kokemuksiaan kiinnipitotilanteista monipuolisesti. Hoitajat kokivat kiinnipidon olevan prosessi, josta on hyötyä lapsen hoidossa. Kiinnipitäminen koettiin haastavaksi ja haastateltavat toivat esiin tärkeäksi kokemiaan kehittämisen kohteita.

Hoitajien kokemukset alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidoista olivat suurimmaksi osin myönteisiä. Kaikki haastatellut kokivat, että fyysisen kiinnipito oli kyseisessä tilanteessa ainut vaihtoehto vastata lapsen aggressiivisuuteen. Kiinnipidossa tulisi huomioida useita erilaisia asioita, jotta sillä olisi hyötyä lapsen hoitoon. Kiinnipito tulisi ajatella prosessina, johon liittyy erilaisia vaiheita, erityisesti kiinnipidon lopettaminen koettiin tärkeäksi osaksi prosessia. Ammatillisuus nousi yhdeksi isoksi tekijäksi kiinnipidon onnistumisessa. Haastateltavien mukaan aikuisen rooli kiinnipidossa on olla auktoriteettina ja pitää tilanne hallinnassa koko kiinnipitoprosessin ajan. He kokivat, että kiinnipito luo turvallisuuden tunteen lapselle sekä sillä voidaan taata samalla muun ympäristön turvallisuus.

*” Silloin kun ehtii saada raapimisia, potkuja, iskuja, räkää silmille ja puremia, niin kyllähän se kuohautti. Pitää vaan pitää maltti ja olla ammattilainen.”*

*”Than normaali hoitotilanne, usein erittäin hyödyllinen rajojen löytymisessä ja hoidon eteenpäin viemisessä.*

Haastateltavat kokivat kiinnipidolla olevan selkeää hyötyä lapsen elämään sekä hänen hoitoonsa. Kiinnipidossa lapsesta saadaan paljon informaatiota mikä ei välttämättä tulisi esiin muunlaisessa tilanteessa. Hoitajan tehtävänä on osata tulkita tätä informaatiota ja hyödyntää sitä kokonaisvaltaisesti lapsen hoidossa. Lapsen taustojen tunteminen sekä syyn selvittäminen aggressiiviseen käyttäytymiseen koettiin tärkeäksi, mutta haastavaksi. Näiden tietojen avulla on haastateltavien mukaan mahdollista varautua tuleviin konfliktitilanteisiin.

*” Pikkuhiljaa siihen oppi, etenkin kun näki nopeat tulokset, miten se voi auttaa potilasta.”*

Lapsen kiinnipitämisen teki haastavaksi väkivallan ja aggressiivisuuden vaikutukset hoitajan työskentelyyn. Hoitajat kokivat epävarmuutta kohdatessaan lapsen aggression. Kiinnipitotilanteet voivat aiheuttaa fyysisiä vammoja, joiden vuoksi myös henkiset traumat ovat mahdollisia, ja tämän vuoksi kaksi haastateltavaa koki fyysisten vammojen pelon olevan luonnollinen osa kiinnipitoa. Haastavaksi koettiin myös hoitajan sekä lapsen tunteiden käsitteleminen ja huomioiminen. Yksi haastateltava painotti tunteiden läpikäymistä yhdessä lapsen kanssa. Kaikki haastateltavat kokivat tärkeäksi omien tunteiden esille tuomisen.

*”Mä en muista kuin monta kertaa mul on menny peukalo esimerkiks sijoiltaan.”*

*” Nimenomaan mä pelkään enemmänkin oman itteni puolesta tiettenkin, koska siinä voi käydä huonosti monella eri tavalla.”*

Haastateltavat toivat esille tärkeiksi kokemiaan kehittämisen kohteita kiinnipidossa. Oman työskentelyn jatkuva kehittäminen nähtiin välttämättömänä osana hoitajan työtä, johon vaikuttavat kollegoiden tuki ja palaute sekä omat kokemukset kiinnipidosta. Kahden haastateltavan mukaan yhdenmukaisen toimintamallin kehittäminen kiinnipitoon selkiyttäisi omaa työskentelyä ja toisi varmuutta työskentelyyn. Yksi haastateltava toi esille kiinnipito-koulutuksen tarpeellisuuden jo peruskoulutuksessa.

*”Koulutusta, treeniä, harjoittelua, yhteisiä sääntöjä...”*

## 10.2 Hoitajien mahdollisuudet jälkipuintiin kiinnipitotilanteiden jälkeen

Haastateltavat kertoivat vertaistuen ja virallisen jälkipuinnin mahdollisuuksista kiinnipitojen jälkeen. Esille nousi myös myönteisesti jälkipuintiin vaikuttavia tekijöitä.

Haastateltavat nostivat haastatteluissaan esille oman työyhteisön merkityksen kiinnipidon jälkipuinnissa. Hoitajat painottivat eniten yhteisön ja kollegoiden tärkeyttä vertaistukena. Yksi haastateltavissa painotti myös lapsen kanssa keskusteluun ja sitä kautta saatavaan vertaistukeen. Omasta työyhteisöstä saatava vertaistuki koettiin helpoimmaksi vaihtoehdoksi omien tunteiden esille tuomiseen. Kaksi haastateltavista mainitsi yksilöllisyyden huomioimisen olevan tärkeää. Jokaisella on oma tapansa käsitellä tunteitaan ja muiden tulisi ottaa tämä huomioon.

*” Jälkipuinti on ollut parasta omassa porukassa, jotka tietävät tilanteen ja sen, mitä päässä voi pyöriä.”*

Kaksi haastateltavaa koki työnantajan järjestämän virallisen jälkipuinnin olevan osa hoitotyötä, vaikkakin sen tuomista hyödyistä nousi eriäviä mielipiteitä. Yksi haastateltava toi esille työnohjauksen välttämättömyyden oman jaksamisensa kannalta. Toinen haastateltava toi esille, että työnohjaukseen pääsyyn vaikuttaa ajanpuute sekä resurssien riittämättömyys. Kyseinen haastateltava koki virallisen jälkipuinnin olevan liian teoriapohjaista ja toivoikin sitä kehitettävän käytännölläisemmäksi.

*”Jälkipuinti mahdollisimman maan läheiseksi. Siitä on tehty liian hienoa.”*

*” ... mitään ylipäätään vuorovaikutuksellista ei voi tehdä ilman työnohjausta...”*

Haastateltavat kokivat positiivisen palautteen vaikuttavan myönteisesti kiinnipidon läpikäymiseen. Myös ulkopuolisten hyödyntäminen jälkipuinnissa koettiin myönteisenä. Jälkipuinnin toteuttaminen lähellä itse kiinnipitotilannetta koettiin vaikuttavan myönteisesti omien tunteiden ja ajatusten läpikäymiseen tilanteen ollessa vielä tuoreena muistissa.

*”... vähän annetaan ajan kulua ja sit me palataan siihen et mitä tässä oikein tapahtu.”*

### 10.3 Keinot, joiden avulla hoitajat purkavat kiinnipitotilanteiden synnyttämiä ajatuksia ja tunteita

Haastateltavat toivat haastatteluissaan esille erilaisia keinoja jälkipuinnin toteuttamiseen. Päällimmäiseksi nousi vertaistuki ja sen monipuolisuus tunteiden käsittelemisessä. Haastateltavat pohtivat myös työnantajan järjestämää jälkipuintia ja siihen liittyviä hyviä keinoja. Kehitettävää löytyi jälkipuinnin parantamiseksi.

Haastateltavat kokivat vertaistuen yhdeksi tärkeimmäksi keinoksi tunteiden ja ajatusten läpikäymiseksi. Haastateltavien mukaan vertaistueksi katsottiin oma työryhmä, kiinnipidossa ollut lapsi sekä yhteisö. Vertaistuessa tulisi haastateltavien mukaan ottaa huomioon yksilöllisyys, omat tunteet sekä positiivisen palautteen antaminen muille.

*”Työkavereissa se turva on.”*

*” ...oli kiva saada semmosta vahvistusta, että osasi toimia siinä tilanteessa.”*

Työnantajan järjestämä työterveyshuolto ja työnohjaus ovat kahden haastateltavan mielestä hyviä keinoja käydä läpi omia tunteitaan keskustelemalla. Ulkopuolinen tuki ja yhteistyö kuvattiin merkityksellisenä keinona jakaa omia ajatuksiaan.

*”... voi paljastua semmonen juttu et lapsi joka on käyny esimerkiksi kotilomilla ja meillä kaikilla on semmonen kuvitelma sosi-aalitoiminta myöten et kaikki menee hyvin siellä...”*

*”... työnohjauksessahan mä puran aina... me puretaan aina kaikesta mitä tässä työssä syntyy.”*

Perehdytys koettiin olevan hyödyllistä, koska asiakkaiden ja työyhteisön tunteminen edesauttaa jälkipuinnissa. Tämän vuoksi uusi työntekijä tulisi perehdyttää. Opitun teorian ja käytännön hyödyntäminen sekä omassa työskentelyssä että jälkipuinnissa koettiin hyväksi keinoksi. Haastateltavat toivat ilmi erilaisia kehittä-

miskohteita koskien jälkipuintia. Yhteisen toimintamallin laatiminen koskien jälkipuintia koettaisiin tarpeelliseksi. Jälkipuintia tulisi myös kehittää käytännönläheisemmäksi.

*”Ja se kaipaa ehkä sellast ohjeistusta, että pitää käydä lapsen kanssa läpi ihan ehdottomasti ja sit myöskin työryhmä.”*

## 11 POHDINTA

### 11.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia kiinnipitotilanteista ja jälkipuinnin mahdollisuuksia kiinnipitotilanteiden jälkeen sekä tuoda esille keinoja, joiden avulla hoitavat pystyvät purkamaan kiinnipitotilanteista syntyviä ajatuksia ja tunteita. Tutkimuksessa haastateltiin kolmea lasten parissa työskennellyttä tai työskentelevää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Tutkimus tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, koska aiheesta on suhteellisen vähän tutkimustietoa.

Haastateltavat kokivat pääsääntöisesti kiinnipidon olevan myönteinen kokemus, varsinkin kun sen tuomat hyödyt lapsen hoitoon ja käytökseen olivat selkeästi nähtävissä. Kokemukset kiinnipidosta nähtiin edesauttavan oman työskentelyn kehittämistä. Haastateltavat toivat esiin sen, että kiinnipito on prosessina osa muuta hoitoa ja siihen liittyy erilaisia vaatimuksia joiden avulla kiinnipito tulisi toteuttaa. Tutkimustulokset ovat yhtenäisiä Welchin (1995, 17) ja Aurelan (1995, 25) tutkimusten kanssa. Welch (1995, 17) on havainnut tutkimuksissaan, että sylissäpidon avulla lapsesta on tullut rauhallisempi ja vähemmän vaativa. Sylissäpitoitojen avulla lapsen itseluottamus on kasvanut sekä hänestä on tullut motivoituneempi.

Aurelan (1995, 25) tutkimuksissa on selvinnyt, että kiinnipidon alussa hoitajilla esiintyneet kielteiset tunteet vaihtuivat jokaisessa kiinnipitotilanteessa lopuksi myönteisiksi. Aurelan (1995, 31) tutkimuksissa keskimäärin joka toinen kiinnipito

oli hoitajille hyvin raskas fyysisesti ja henkisesti. Hoitajat tarvitsisivat tämän vuoksi itsepuolustuskoulutusta (Aurela 1995, 23). Tutkimustulokset vastaavat Aurelan (1995, 31) saamia tutkimustuloksia, koska haastateltavien mukaan kiinnipito koettiin haastavaksi, koska fyysinen ja verbaalinen väkivalta on läsnä suurimman osan aikaa kiinnipidossa.

Hoitajan sekä lapsen tunteiden käsitteleminen ja puhuminen niistä koettiin myös haastavaksi. Tämä tulee ilmi myös Rantasen (1999, 51) tutkimuksessa, jonka mukaan käytöshäiriöinen lapsi kohdistaa ristiriitansa ympäristöön ja näin herättää hoitavissa henkilöissä voimakkaita tunnereaktioita, joista osa on kielteisiä, avuttomuuden tunnetta, kiukkua sekä vihaa. Heiskasen (2004, 56) tutkimuksen mukaan hoidollinen puoli kiinnipidossa on yhteydessä sekä hoitajan omien tunteiden hallintaan että hoitajan kykyyn ymmärtää lapsen aggressiivisen käyttäytymisen vuorovaikutuksellista puolta.

Aurelan (1995, 20) mukaan kiinnipidossa heränneistä tunteista tulisi keskustella siihen osallistuneiden hoitajien yhdessä, jolloin kaikkien yksilölliset tunteet tulisivat otetuksi huomioon. Tutkimuksessa haastatellut henkilöt kokivat vertaistuen merkitykselliseksi jälkipuinnin toteuttamisessa. Vertaistueksi katsottiin erityisesti oma työryhmä sekä kollegat. Lapsen kanssa keskusteleminen tunteista koettiin myös osaksi vertaistukea ja tätä mieltä on myös Welch (1995, 33), jonka mukaan tunteista tulisi keskustella ääneen ja ne tulisi kokea ja jakaa kiinnipitäjän ja lapsen kesken.

Virallisesta työnohjauksesta nousi esille eriäviä mielipiteitä. Sen koettiin olevan osa hoitotyötä, mutta ajanpuute ja resurssien vähyys saattaa vaikuttaa siihen pääsyyn. Aurelan (1995, 17) mukaan toimiakseen kiinnipito vaatii useita hoitajia sekä paljon aikaa ja luottamuksen siitä, että muut lapset pysyvät kontrollissa kiinnipidon ajan. Henkilökunnalle asettaakin suuria paineita henkilökunnan riittämätön määrä, vähäinen koulutus, pitkät työpäivät ja vaikeahoitoisten lasten määrän lisääntyminen, jotta kiinnipito voitaisiin suorittaa tehokkaasti. Aurelan (1995, 28) tutkimuksesta selviää myös, että henkilökunta kaipaisi lisää opetusta sekä työnohjausta mikä pitää yhtä omien tutkimustulostemme kanssa. Kiinnipito-koulutus tulisi erään haastateltavan mukaan olla osana jo peruskoulutusta. Virallinen työn-

ohjaus nähtiin myös tärkeänä osana omaa jaksamista ja Rantasen (1999, 51) mukaan hyvin järjestetyllä ryhmä- ja yksilöohjauksella pyritään siihen, että hoitava henkilö kykenee käsittelemään lapsen käytöksen synnyttämät vastatunteet ja hoitaja kykenee säilyttämään ammattitaitonsa.

Haastateltavat toivat esille myös useita kehittämiskohteita koskien kiinnipitoa sekä jälkipuinnin toteuttamista. Euroopan komissio on rahoittanut hanketta, jonka tarkoituksena on yhtenäistää pakkokeinojen ja niiden ennaltaehkäisyn hoitokäytäntöjä koko Euroopan alueella. Pakkotoimien käyttö on traumaattinen kokemus myös hoitajalle. Tällainen kokemus on eettisesti raskasta hoitajalle, koska käytännöt vaihtelevat ja tämä luo epävarmuutta ja vaikuttaa hoitajan työssä jaksamiseen. (Willberg 2008, 24–25.) Yhteisen toimintamallin luominen kiinnipitoon ja jälkipuintiin nähtiin tutkimuksessa haastateltavien mukaan lisäävän varmuutta omassa työskentelyssä. Aurelan (1995, 28) tutkimuksesta selviää, että hoitohenkilökunta toivoisi uusien työntekijöiden perusteellista perehdyttämistä terapeuttiseen kiinnipitoon. Aurelan (1995, 20) mukaan kiinnipitohoitoon liittyvistä asioista tulisi keskustella koko hoitohenkilökunnan, jolloin kaikkien mielipiteet huomioitaisiin. Jälkipuintia tulisi haastateltavien mukaan kehittää käytännönläheisempään suuntaan sekä siinä tulisi huomioida lapsi ja työryhmä entistä selkeämmin ja tätä tukee Aurelan (1995, 24) tutkimus, josta selviää, että hoitajat kaipaavat kiinnipidon jälkeen aikaa keskustellakseen yhdessä tilanteen herättämistä tunteista ja ajatuksista.

Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että kiinnipito on prosessina haastava ja se saa aikaan monenlaisia tunteita niin hoitajassa kuin lapsessakin. Haastavaksi sen teki erityisesti kiinnipidossa esiintyvä fyysisen ja verbaalisen väkivallan uhka sekä lapsen ja hoitajan tunteiden käsittelemisen monimuotoisuus. Tutkimuksesta nousi isona osana vertaistuki ja sen merkitys jälkipuinnissa. Haastateltavat kokivat omasta työryhmästä ja yhteisöstä saatavan vertaistuen olevan paras keino omien tunteiden käsittelemisessä. Esille tuotiin myös työnohjauksen merkitys hoitotyössä, jonka saatavuuteen vaikuttavat ulkopuoliset tekijät. Kehittämisen kohteita tuli esille paljon ja haastateltavat toivat myös parannusehdotuksia niihin ja heillä oli halua kehittää kiinnipitoa ja jälkipuintia.

Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää tutkimuksen tuomaa tietoa hoitohenkilö-

kunnan käyttöön kehitettäessä kiinnipitotilanteita tai jälkipuintia. Työ antaa tietoa niistä tekijöistä, joiden avulla sosiaali- ja terveysalantyöntekijät voivat kehittää kiinnipitoa ja sen jälkipuintia sekä mihin kehitystä tarvitaan.

## 11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta tarkasteltaessa puhutaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia on kuitenkin vaikea mitata, koska kyseessä on ihmisten omat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä. Tällaiset kokemukset ovat ainutlaatuisia, joten niitä on vaikeaa mitata minkään mittarin avulla. Luotettavuutta voidaan lisätä valitsemalla tutkimusmenetelmä oikein ja noudattamalla tarkkuutta tutkimuskuvausta tehdessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217.) Mäkisen (2005, 188) mukaan tutkimuksen luotettavuus vaatii tutkijalta kriittistä asennetta.

Tiedonantajina tutkimuksessamme olivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, jotka työskentelevät tai ovat työskennelleet lasten parissa. Heiltä edellytettiin vähintään yhtä omakohtaista kokemusta kiinnipidosta, jolloin saimme vastaajan kokemuksen selville emmekä vain hänen käsitystään kiinnipidosta. Näin saimme tiedonantajilta riittävästi tietoa tutkittavasta ilmiöstämme ja aineiston avulla saatiin vastaukset tutkimustehtäviin.

Aineiston keräsimme haastattelemalla kolmea henkilöä teemahaastattelua käyttäen. Tarkentavia kysymyksiä tekemällä mahdollistimme sen, että haastateltavat ymmärsivät käsitteet sekä sen millaista tietoa kysymyksillämme haimme. Teemahaastattelut teimme kahden kesken haastateltavan kanssa, koska ajattelimme sen lisäävän luotettavuutta sekä luovan miellyttävämmän olon haastateltavalle. Teemahaastattelut nauhoitettiin ja niiden laatu oli hyvä, joten pystyimme helposti kirjoittamaan haastattelut tarkkaan muotoon. Hirsjärven ym. (2004, 196) mukaan haastatteluista syntynyttä aineistoa ei tulisi tuloksia tehdessä liioitella niiden yleistämisessä. Haastatteluaineisto on hyvin konteksti- eli tilannesidonnaista ja vastaaja saattaa vastata haastattelutilanteessa toisin kuin jossakin muussa tilanteessa. Yhteen haastateltavista otimme yhteyttä myöhemmin ja tarkensimme hänen ai-

emmin kertomiaan asioita tekemällä jatkokysymyksiä hänelle ja näin saimme lisätietoa hänen kokemuksistaan.

Osa vastaajista oli meille henkilökohtaisesti tuttuja ihmisiä, jonka vuoksi pohdimme kyseisen asian hyviä ja huonoja puolia. Meidän tuli luottaa siihen, että vastaajat vastasivat totuudenmukaisesti esittämiimme kysymyksiin eivätkä yrittäneet ns. miellyttää meitä vastauksillaan. Hyvänä puolena tuttuudessa voidaan pitää sitä, että tämän vuoksi henkilöt saattoivat kertoa meille avoimemmin kiinnipitokokemuksistaan kuin mitä he olisivat kertoneet tuntemattomalle.

Valitsimme aineiston analyysimenetelmäksi induktiivisen sisällön analyysin. Kylmän ja Juvakan (2007, 22) mukaan induktiivisessa päättelyssä tehdään havainnoja yksittäisten tapahtumien kautta, jotka yhdistetään laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Auki kirjoitettua aineistoa luettiin useaan kertaan läpi, jolloin varmistimme, ettei mitään jää huomaamatta. Aineiston analyysia tehdessämme pidimme esillä tutkimustehtävämme, jotta tulokset vastaisivat tutkimustehtäviämme. Sisällön analyysiä tehdessämme, havaitsimme sen edetessä, että samoja asioita nousi jokaisesta haastattelusta esille. Näin pystyimme päättelämään, että aineisto on rikas kolmen tehdyn haastattelun avulla. Aineisto alkoi toistaa itseään, josta päätelimme kolmen haastattelun olleen riittävä. Haastattelun ja sisällön analyysin teko olivat kummallekin ensimmäisiä kertoja, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen. Toistemme vertaistuen avulla saimme kaksi erilaista näkökulmaa, jolloin käsiteltävän asian hahmottaminen laajeni.

### 11.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan ammattietiikka koostuu ammattitaidon hankkimisesta, informaation tuottamisesta ja välittämisestä sekä käyttämisestä. Tutkijan tulisi olla aidosti kiinnostunut uudesta informaatiosta ja paneutua omaan alaansa, jotta hänen tuottamansa tieto olisi luotettavaa. (Mäkinen 2005, 193–194.) Tutkimuksemme tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidoista. Lasten parissa työskentelevät voivat hyödyntää tutkimustamme kehittäessään kiinnipitoja sekä niiden jälkipuintia. Haastateltaville annamme kopion valmiista tutkimuksestam-

me, jolloin heillä on mahdollisuus hyödyntää sitä työssään.

Tutkimukseen ja tietoon liittyviä eettisiä kysymyksiä ovat väärä lainaustapa, suoralainaus eli sitaatti, tutkijan ammattietiikka ja plagiointi. Väärään tapaan lainata tietoa liittyy plagiointi ja lähdekritiikkiin liittyvät ongelmat, tutkijan rooli ja vaatimukset sekä internetin luomat mahdollisuudet tiedon saatavuuteen. (Mäkinen 2005, 183.) Tutkimuksemme teoria osaa tehdessämme, pohdimme lähteiden luotettavuutta sekä pyrimme aina mahdollisuuksien mukaan palaamaan primaarilähteelle. Tämä ei kuitenkaan ollut aina mahdollista. Suorien lainausten käyttö ei vähennä tutkimuksen arvoa. Yleisesti eri oppilaitoksilla on tarkat ohjeet sitaattien käytöstä sekä merkintätavasta. (Mäkinen 2005, 185.) Tiedon siirtyminen internetiin on lisännyt tiedon väärinkäyttöä sekä plagiointia. Plagiointi loukkaa itse tiedeyhteisöä, mutta myös ajaa tutkimuksen väärään suuntaan, koska tietojen keruussa ei käytetä lähdekritiikkiä. (Mäkinen 2005, 193–194.) Olemme käyttäneet kunnioittaen muiden tutkijoiden tutkimuksia apunamme omaa työtä tehdessämme. Sekundaarilähteiden käytössä tulisi käyttää omaa pohdintaa. Tarkoituksena ei ole, että palataan aina primaarilähteelle asti. Sekundaarilähteet ovat keino löytää alkuperäinen lähde, mutta ne ovat myös tiivistettyjä esityksiä kyseisestä aihealueesta. (Mäkinen 2005, 187.)

Vastaajia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä haastattelun etenemisestä. Painotimme haastattelun alussa vastaajien osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä sitä, että haastattelu voidaan keskeyttää jos vastaaja niin haluaa. Kerroimme vastaajille anonyymisyydestä sekä kerroimme, että aineistot tuhoetaan niiden käsittelyn jälkeen. Anonymiteetin suojaamiseksi emme tehneet eroa haastateltavien ammattien tai työpaikan välillä. Vastaajat olivat yksittäisiä henkilöitä ja he antoivat jokainen henkilökohtaisen sanallisen suostumuksen haastatteluun ja tämän vuoksi tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea. Oma asennoituminen tutkijan rooliin oli erityisen tärkeää silloin kun haastateltavana oli tuttu henkilö.

## 12 JATKOTUTKIMUSKOHTEET JA HYÖTY HOITOTYÖLLE

Aineistosta nousi useita kehittämiskohteita sekä jatkotutkimuskohteita tulevaisuu-

dessa koskien kiinnipitoa ja jälkipuintia. Mielenkiintoisena jatkotutkimuskohteena voisi olla myös lasten erilaisten taustojen huomioiminen kiinnipidossa sekä itse kiinnipitotavassa. Kiinnostavaa olisi myös vertailla kiinnipitoa muihin fyysisiin rajaamismenetelmiin ja minkälaisia eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä niillä on.

Kiinnipitotilanteet ovat fyysisesti ja henkisesti rankkoja tapauksia ja niitä esiintyy muuallakin kuin psykiatrisen hoidon piirissä. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan on tärkeää tiedostaa kiinnipidon mahdollisuus hoitomenetelmänä. Kehittämiskohdeena voisi olla yhdenmukaisen toimintamallin kehittäminen itse kiinnipitoprosessiin. Myös jälkipuintiin voitaisiin kehittää ohjeistusta, jonka avulla se palvelisi enemmän käytäntöä. Jälkipuinnin tärkeyttä ei voi liiaksi korostaa näin vaativissa asioissa, kuten kiinnipito. Hoitohenkilökunnalla on oikeus saada hyvää työnohjausta työssä jaksamiseensa.

## LÄHTEET

- Aurela, A. 1995. Käytöshäiriöisten lasten kiinnipitohoito. "Pitävä" vastaus eräiseen nyky-yhteiskunnan ongelmaan. Stakesin aiheita 31. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Camhee – Lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa – vaikuttavien käytäntöjen kehittäminen [verkkodokumentti]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes, 2007 [Viitattu 13.9.2008]. Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/projektit/camhee.htm>
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa:WSOY.
- Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma oy.
- Hankonen, R. 2008. Vaihtoehtoja pakkokeinoille. Rajoittamiselle saatava säännöt. Tehy 2/2008, 26.
- Hankonen, R. 2007. Vertaistukea lapsille. Tehy 5/2007, 44–47.
- Heimonen, R. 2007. Auta levotonta lasta. Tehy 8/2007, 19.
- Heino, T. Lastensuojelutilastojen kertomaa [verkkodokumentti]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes, 2006 [viitattu 13.9.2008]. Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/BE814858-4719-4129-9D7A-196D601F5CB0/0/lastensuojelutilastojenkertomaa.rtf>
- Heiskanen, P. 2004. Kiinnipito lastenpsykiatriassa. Jyväskylä: Media Doc oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7. Painos. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Horppu, T. 2006. Keitä elämäsi kuuluu? *Tehy* 17/2006, 24–26.
- Häkkinen, P. 1999. Lasta suojaavat yhteisöt. Teoksessa J. Sinkkonen & P. Pihlaja (toim.) *Ulos umpikujasta – Miten autan tunnehäiriöistä lasta?* Porvoo: WSOY, 94–121.
- Kallaspuuro, T., Sillanpää, V., Suojärvi, S. & Kymenvirta, M. 2004. Kiinnipito – rajat ovat rakkautta – opas vanhemmille lapsen kiinnipidosta. Päijät-Hämeen Keskussairaala.
- Keltinkangas-Järvinen, L. 1985. Aggressiivinen lapsi – miten ohjata lapsen persoonallisuuden kehitystä? Keuruu:Otava.
- Kielinen, M. 1999. Aspergerin syndrooma, kouluikäisen Asperger-lapsen kasvun tukeminen. Autismiliitto ry: Hakapaino oy.
- Koskentausta, T. Psychiatric disturbances in children with intellectual disability – Prevalence, risk factors and assessment [verkkodokumentti]. Helsinki: Helsingin yliopiston lääketieteen laitos, 2006 [viitattu 18.3.2008]. Saatavissa:  
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/koskentausta/tiiviste.html>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki:Edita Prima oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [verkkodokumentti]. 1993 [viitattu 25.2.2008] Saatavissa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=itsem%3%A4%3%A4r%3%A4%3%A4misoikeus>

Lansdown, R. 1996. Children in Hospital, A Guide for Family and Carers. New York: Oxford University Press Inc.

Lastensuojelu [verkkodokumentti]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes, 2006 [Viitattu 13.9.2008]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>

Lastensuojelulaki [verkkodokumentti]. 2008 [viitattu 25.2.2008] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Mielenterveyslaki [verkkodokumentti]. 1991 [viitattu 25.2.2008] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Molander, L. 1992. Ymmärrätkö kehitysvammaista? Keuruu:Otava.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Perkka-Jortikka, K. 1998. Reilu peli työelämässä. Helsinki: Edita.

Prekop, J. 1990. Pikkutyranii- lapsi tarvitsee rajat. Keuruu:Otava.

Rantanen, P. 1999. Pakkotoimet lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa hoidossa. Teoksessa R. Kaltiala-Heino Ja M. Välimäki (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatriassa hoidossa. Julkaisuja 2. Tampere: Tampereen yliopiston terveystieteen laitos, 44-54.

Roine, M. 2001. Terapeuttinen osasto- ja yhteisöhoito. 3. uudistettu painos. Teoksessa K. Tervonen-Arnkil (toim.) Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksissa. Sijaishuollon neuvottelukunnan julkaisuja 16. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino oy, 45–51.

- Sinkkonen, J. 1999. Lastenpsykiatrinen diagnostiikka. Teoksessa J. Sinkkonen & P. Pihlaja (toim.) Ulos umpikujasta – Miten autan tunnehäiriöistä lasta? Porvoo: WSOY, 169–186.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja. [verkkodokumentti] Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 2006 [viitattu 13.9.2008]. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2006/56\\_2006.htm](http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2006/56_2006.htm)
- Tahkokallio, K. 2003. Mitä tehdä levottomille lapsille? Juva: WSOY.
- Taipale, V. 1998. Lasten mielenterveystyö. 3. uudistettu painos. Porvoo: WSOY
- Tiusanen, T. 2001. Vierihoidon lastensuojelulaitoksessa. 3. uudistettu painos. Teoksessa K. Tervonen-Arnkil (toim.) Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksissa. Sijaishuollon neuvottelukunnan julkaisuja 16. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino oy, 21–27.
- Turunen, V. 2006. Turvallisen kasvun rajat. Tehy 3/2006, 14–19.
- Tutkimus yläkoululaisten ihmis- ja lapsenoikeustiedosta ja – asenteista [verkkodokumentti] Unicef, 2006 [viitattu 20.10.2008]. Saatavissa: [http://64.233.183.104/search?q=cache:VHZYd1S926cJ:www.unicef.fi/files/unicef/pdf/Tutkimus\\_ylakoululaisten\\_ihmis- ja\\_lapsenoikeuskasityksista.pdf+Tutkimus+y1%C3%A4koululaisten+ihmis&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi](http://64.233.183.104/search?q=cache:VHZYd1S926cJ:www.unicef.fi/files/unicef/pdf/Tutkimus_ylakoululaisten_ihmis- ja_lapsenoikeuskasityksista.pdf+Tutkimus+y1%C3%A4koululaisten+ihmis&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi)
- Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy, 23.
- Welch, M. 1995. Syliäika. Jyväskylä: Gummerus oy.
- Willberg, U. 2008. Vaihtoehtoja pakkokeinoille. Tehy 2/2008, 24–27.

Yleissopimus lapsen oikeuksista [verkkodokumentti] 1989 [viitattu 20.10.2008]

Saatavissa: [http://www.unicef.fi/Lapsen\\_oikeuksien\\_sopimus\\_koko](http://www.unicef.fi/Lapsen_oikeuksien_sopimus_koko)

Ziegler, D. The therapeutic value of using physical interventions to address violent behavior in children [verkkodokumentti] New York: Cornell University College of human ecology, 2004 [viitattu 26.1.2009]. Saatavissa: <http://74.125.77.132/search?q=cache:7VBGvxAwXUoJ:rccp.cornell.edu/pdfs/Zeigler1.pdf+The+physical+restraint+of+children:+is+it+therapeutic%3F&hl=fi&ct=clnk&cd=14&gl=fi>

## LIITTEET

LIITE Teemahaastattelu

1/1

- Millaisia tunteita ja ajatuksia kiinnipitotilanne sinussa herätti?
- Millaisia mahdollisuuksia/keinoja työpaikallasi on tarjottu ns. jälkipuintiin kiinnipitotilanteen jälkeen ja millaisiksi koet nämä tarjotut keinot?
- Millaisin keinoin saat omasta mielestäsi parhaiten purettua kiinnipitotilanteen synnyttämiä ajatuksia ja tunteita?
- Miten kiinnipitotilanteita ja/tai ns. jälkipuintia tulisi sinun mielestäsi kehittää?

Pelkistykset	Alakategoriat	Yläkategoriat
<p>1. Fyysisten ja materialististen vammojen synty mahdollista</p> <p>1. Kiinnipito vaatii fyysistä voimaa</p> <p>1. Lapsi kohdistaa kiinnipitäjään fyysistä ja verbaalista aggressiota</p> <p>1. Kiinnipidon suora vaikutus kuolon huononemiseen</p> <p>1. Kiinnipitotilanteissa voi syntyä fyysisiä vammoja</p> <p>2. Kiinnipito synnyttää fyysisten vammojen pelkoa</p> <p>2. Väkivallan vaikutus hoitajaan</p> <p>3. Epävarmuus omasta toiminnasta</p> <p>3. Lapsen aggressiivisuus hoitoympäristön ulkopuolella luo epävarmuutta omaan toimintaan</p> <p>4. Lapsen aggressiivisuuteen vastaan reaktionomaisella fyysisellä rajoittamisella</p> <p>4. Lapsen käytökseen vastaa vaistomaisesti</p> <p>4. Vaistomainen toiminta kiinnipitotilanteessa</p> <p>5. Kiinnipitotilanteeseen johtaneen uhan vuoksi sen realisointi lapselle tärkeää</p> <p>5. Samassa tilassa olevia lapsia suojattava kiinnipitoon johtaneelta uhalta</p>	<p>1. Kiinnipitotilanteet voivat aiheuttaa fyysisiä vammoja</p> <p>2. Väkivallan aiheuttamat henkiset traumat</p> <p>3. Lapsen aggressiivisuus voi aiheuttaa hoitajassa epävarmuutta</p> <p>4. Hoitajan vaistomainen reagointi lapsen aggressiivisuuteen</p> <p>5. Kiinnipidon luoma uhka ja ympäristön huomioiminen</p>	<p><b>Aggressiivisuuden ja väkivallan vaikutukset</b></p>

Pelkistykset	Alakategoriat	Yläkategoriat
<p>1. Omassa työyhteisössä käytävä jälkipuinti paras-ta</p> <p>1. Työryhmän tietojen hyödyntäminen</p> <p>1. Tunteiden purkaminen omassa työyhteisössä</p> <p>2. Kiinnipidon nähneiden, mutta ei osallistuneiden mukaan ottaminen jälkipuintiin</p> <p>2. Yhteisöllisyyden hyödyntäminen jälkipuinnissa</p> <p>3. Yksityisyyden kunnioittaminen</p> <p>3. Työkaverin huomiointi</p> <p>4. Kollegoiden tuki tarvittaessa</p> <p>4. Samaa sukupuolta olevien keskuudessa jälkipuinti toimivaa</p>	<p>1. Oman työryhmän tuki jälkipuinnissa</p> <p>2. Yhteisön mukaan ottaminen jälkipuintiin</p> <p>3. Yksilöllisyyden huomioiminen</p> <p>4. Samaa sukupuolta olevien kollegoiden tuki</p>	<p><b>Oma työyhteisö</b></p>

Pelkistykset	Alakategoriat	Yläkategoriat
<p>1. Yhteisten pelisääntöjen laatiminen</p> <p>1. Yhteisten pelisääntöjen laatiminen</p> <p>1. Valmis toimintamalli kiinnipitoon hyödynnettäväksi</p> <p>2. Jälkipuinnin oikea ajankoh- ta</p> <p>2. Lisätietoa jälkipuinnista</p> <p>2. Jälkipuinnin käytännöllisyy- syys</p> <p>3. Fyysisen rajaamisen opet- taminen hoitotyön sekä lasten parissa työskentelevien koulu- tukseen</p> <p>3. Lisäkoulutus kiinnipidosta</p> <p>3. Teoriapohjaisen ja fyysisen koulutuksen lisääminen</p>	<p>1. Yhteisen toimintamallin laatiminen</p> <p>2. Jälkipuinnin kehittäminen käytännönläheiseksi</p> <p>3. Kiinnipito-koulutuksen lisääminen ja sen mukaanot- taminen peruskoulutukseen</p>	<p><b>Kiinnipidon ja jäl- kipuinnin kehittä- minen</b></p>