

SUOMEN VIRALLINEN TILASTO
SOSIAALISIA ERIKOISTUTKIMUKSIA
SVT XXXII:102
OFFICIAL STATISTICS OF FINLAND
SPECIAL SOCIAL STUDIES

Lasten kehitystutkimus

Undersökning av barnets
utveckling

Osa III: Kolmas ikävuosi

Del III: Det tredje levnadsåret

Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto
Sosiaalhallitus
Lääkintöhallitus
Helsingin yliopiston lastenpsykiatrinen
klinikka

HELSINKI 1984

SUOMEN VIRALLINEN TILASTO
SOSIAALISIA ERIKOISTUTKIMUKSIA
SVT XXXII:102
OFFICIAL STATISTICS OF FINLAND
SPECIAL SOCIAL STUDIES

Lasten kehitystutkimus
Undersökning av barnets utveckling

Osa III: Kolmas ikävuosi

Del III: Det tredje levnadsåret

Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto
Sosiaalhallitus
Lääkintöhallitus
Helsingin yliopiston lastenpsykiatrinen klinikka

HELSINKI 1984

Tilastokirjasto
Statistikbiblioteket
109181

ISSN 0071-5336

ISBN 951-46-8560-1

Helsinki 1985. Valtion painatuskeskus

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosasto, sosiaalihuolto, lääkintöhallitus ja Helsingin yliopiston lastenpsykiatrian klinikka julkistavat Lasten kehitystutkimuksen kolmannen osan, joka koskee kolmatta ikävuotta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosastossa
joulukuussa 1984

Osastopäällikkö

Annikki Suviranta

Social- och hälsovårdsministeriets forskningsavdelning, socialstyrelsen, medicinalstyrelsen och Barnpsykiatriska kliniken vid Helsingfors universitet publicerar härmed den tredje delen av undersökningen av barnens utveckling. Denna del berör det tredje levnadsåret.

Social- och hälsovårdsministeriets forskningsavdelning
i december 1984

Avdelningschef

Annikki Suviranta

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
2. KIRJALLISUUS KATSAUS	4
3. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMETODIT	13
4. KOLMAS PERHEHAASTATTELU	19
5. TOINEN PÄIVÄHOITAJIEN HAASTATTELU	27
6. PÄIVÄHOITO	45
6.1. Päivähoitomuoto perheen sosioekonomisen aseman mukaan	45
6.2. Päivähoidon järjestyminen	45
6.3. Päivähoitojärjestelyjen laadullinen arvio	53
6.4. Päivähoito ja vanhemmat	56
7. LASTEN KEHITYS	68
7.1. Lasten fyysinen kehitys ja häiriöt	68
7.2. Lasten motoriskognitiivinen kehitys	68
7.3. Lasten psyykinen kehitys ja häiriöt	75
7.4. Lasten fyysinen ja psyykinen tilanne 3-vuotiaana	82
7.5. Lasten psyykinen tilanne ja päivähoito	86
8. RISKITEKIJÄT LAPSEN NORMAALISSA KEHITTÄMISESSÄ	91
8.1. Orgaaniset riskitekijät	91
8.2. Sosiaaliset stressitekijät	101
8.3. Perheen mielenterveysriskiselvitys	116
9. VARHAISLAPSUUDEN YKSILÖLLISEN KEHITYKSEN SEURANTA PERUSTEELLISEMMIN TUTKITUSSA OTOKSESSA	127
10. TERVEYDENHOITAJIEN JA PÄIVÄHOIDON OHJAAJIEN KOKEMUKSIA LASTEN KEHITYSTUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA	137
11. YHTEENVETO	142
SAMMANDRAG	147
LIITTEET	153

1. JOHDANTO

Hallitusohjelmassa oli v. 1977 lausuma "Selvitetään myöhempiä toimenpiteitä varten, mikä vaikutus erilaisilla lastenhoitomuodoilla on lapsen kehitykseen". Tämä selvitys päätettiin liittää lasten kotihoidon tuen kokeilun yhteydessä tehtäväksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosasto yhdessä lääkintöhallituksen ja sosiaalihallituksen kanssa päätti rahoittaa ja antaa Helsingin yliopiston lastenpsykiatrian klinikan tehtäväksi ko. tutkimuksen suorittamisen. Tutkimussuunnitelma tehtiin aluksi 0 - 2-vuotiaiden seuraimista ja tutkimista varten. Syksyllä 1980 tehtiin sopimus, jonka mukaan lasten kasvua ja kehitystä seurataan pitkäaikaisstudiona 3-vuotiaaksi saakka.

Lapset olivat erilaisissa päivähoidoissa. Osa lapsista on kuulunut valtioneuvoston hyväksymän lasten kotihoidon tukijärjestelmän kokeiluaineistoon, osa on ollut lapsia, joiden perheet asuivat samassa kunnassa, mutta lapsi on ollut hoidettavana muualla kuin kotona perhe- tai päivähoidossa. Ensimmäinen osa on julkaistu helmikuussa 1981 ja toinen osa maaliskuussa 1982.

Tutkimuksella on ollut johtoryhmä, jossa ovat olleet puheenjohtajana sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosaston päällikkö, valtiotieteen tohtori Annikki Suviranta ja jäsenenä tutkimuksen tieteellinen johtaja, Helsingin yliopiston lastenpsykiatrian professori Terttu Arajärvi, vuodesta 1980 lähtien professori Katri Malmivaara, lääkintöneuvos Holger Hultin lääkintöhallituksesta ja hänen jälkeensä ylilääkäri Hans Mellin, perheasiain osaston apulaisosastopäällikkö Silja Lihr sosiaalihallituksesta, sihteerinä lastenpsykiatri Päivi Falkenbach ja hänen jälkeensä sihteerinä lastenpsykiatri Merja-Maaria Turunen.

Tutkimusryhmään on professori Terttu Arajärven lisäksi kuulunut professori Katri Malmivaara (vuodesta 1978 alkaen) tutkimuksen työohjaajana ja tutkimusaineiston käsittelyn suunnittelijana. Lastenpsykiatrit Päivi Falkenbach, Leif Martelin, Kaija Salenius ja Merja-Maaria Turunen ovat mm. tehneet perhe- ja päivähoitajahaastattelut, selvittäneet

tutkimusaineistoa yhdessä muiden työryhmän jäsenten kanssa sekä kirjoittaneet oman osansa julkaisusta. Psykologi Terttu Kuvaja on tutkinut lasten motoriskognitiivista kehitystä ja kirjoittanut sen selvityksen. LKT, lastenpsykiatri Anja Forssén ja psykologi Christel Ehrnrooth ovat olleet mukana syksystä 1978 lähtien. Heidän tutkimusosuutensa edustaa perusteellisemmin tutkittua otosta koko materiaalista (noin 13 %) ja toimii samalla suomalaisena vertailumateriaalina Anja Forssénin johtaman tutkimusryhmän kansainvälisessä tutkimuksessa "Persoonallisuuden kehityksen, psyykkisten, psykosomaattisten ja psykososiaalisten ongelmien ja hoitotapojen vertailu erilaisissa muuttuvissa kulttuureissa".

Tutkimusaineiston tilastollisen käsittelyn on hoitanut tutkija Riitta Sääntti sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosastolta. Kenttätyössä tutkimustyöhön osallistuivat myös kuntien terveydenhoitajat sekä lasten päivähoidon edustajat. Heidät on vuonna 1978 valittu omien kuntiensä sosiaali- ja terveyslautakunnissa. He ovat käyneet tutkimuksen yhtenäistämistä ja jatkuvuutta varten yhteisissä kokouksissa. Yhteisiä kokouksia on pidetty Helsingin yliopiston lastenpsykiatrian klinikalla kaksi kertaa vuodessa, viimeisenä vuonna yhden kerran. Kenttätyön tutkijat ovat suorittaneet aktiivisesti oman osuutensa perhekäynneistä, neuvolavastaanotoista, päivähoidon tutkimuksista ja lomakkeiden täytöstä. Luettelo kuntien työntekijöistä liitteessä.

Paitsi, että tutkimuksen tarkoituksena on antaa tietoa eri päivähoitomuotojen vaikutuksesta lapsen kehitykseen, tutkimus palvelee lastenneuvolatoimintaa ja päivähoitotoimintaa siten, että tutkimusta tekevien terveydenhoitajien ja perhepäivähoidon ohjaajien koulutus tutkimustyöhön antaa heille kokemusta neuvola- ja päivähoitokentän valmiudesta ja kapasiteetista tehdä ehkäisevää mielenterveystyötä perheiden ja päivähoitajien auttamiseksi. Tutkimukseen liittyy valistustyö, joka koskee kuntien sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon työntekijöitä.

Lasten kohdalla on seurattu ruumiillista, liikunnallista, älyllistä, tunne-elämän ja sosiaalista kehitystä. Huomiota kiinnitettiin päivähoitomuodon lisäksi erityisesti perheenjäsenten (vanhemmat ja sisarukset) välisiin suhteisiin ja niiden vaikutukseen lapsen kehitykseen.

Tutkimuksessa on koottu hyvin monenlaista tietoa perheistä ja tutkimuksen kohteena olevasta lapsesta.

Kuva kognitiivismotorisesta kehityksestä on saatavissa suoraan kerätyistä tutkimustiedoista tilastollisen käsittelyn kautta.

Sosiaalis-emotionaalisen kehityksen kartoittaminen tämän aineiston puitteissa on monimutkaisempi asia. Kyseisessä iässä lapsilta ei vielä edellytetä paljoakaan sopeutumista, havaitut häiriöoireet voivat olla reaktiivisia ja ohimeneviä. Näin ollen lapsen tilan arvioiminen hänen käyttäytymisensä pohjalta on epävarma. Sen sijaan tietty arvio voidaan tehdä ottamalla huomioon lapsen henkilöympäristö kaikkine moninaisine tekijöineen.

Lapsessa itsessään voi olla primaareja ominaisuuksia tai vammoja, jotka altistavat hänet myöhemmässä elämäkulussa sosiaalis-emotionaalisen kehityksen häiriöille, esimerkiksi eriasteiset aivo-orgaaniset muutokset sekä muut syntymäpoikkeavuudet ja lapsuuden aikana puhjenneet sairaudet. On myös huomioitava lapsen mahdollinen poikkeava temperamentti.

Ympäristötekijöistä taas lapsen kehitykseen vaikuttaa vanhempien vanhemmuuden laatu, aviosuhde ja kodin ilmapiiri, edelleen vanhempien suhde kyseiseen lapseen ja kasvatusasenteet, samoin hoitaneiden henkilöiden lukumäärä, vaihtumistiheys ja näiden henkilöiden suhde lapseen. Vakava psykopatologia perheessä on myös tärkeä huomioonotettava tekijä.

Eri päivähoitomuotojen vaikutusta ei näin ollen voi tutkia huomioimatta muita kehitykseen vaikuttavia tekijöitä.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

Lasten kehitystutkimus. Osa 1: Ensimmäinen ikävuosi, Helsinki 1981, väliraportissa on kirjallisuuskatsaus (sivut 13 - 24), jossa selostetaan mm. valtakunnallista suunnitelmaa lasten päivähoidon järjestämisestä vuosina 1981 - 1985. Sosiaalihuollon asettaman työryhmän muistiota erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoidosta (1978), varhaiskasvatuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa (1979), ja päivähoiton kasvatustavoitekomitean mietintöä (1980). Katsauksessa selvitetään myös lasten päivähoitoon liittyviä Pohjoismaisia seminaareja vuosina 1976 - 1978. Eri yliopistojen kasvatustieteellisissä tiedekunnissa on tehty runsaasti erilaisia tutkimuksia esimerkiksi varhaiskasvatuksen teorioiden, esikoulun kasvatuksellisen vaikutuksen, kodin tai yhteiskunnallisten tekijöiden merkityksen suhteen, joita vuoden 1981 katsauksessa on selvitetty. Lisäksi siinä on selostuksia yksityisistä päivähoitoon liittyvistä tutkimuksista vuosilta 1968 - 1980.

Valtakunnallisessa suunnitelmassa lasten päivähoiton järjestämisestä vuosina 1983 - 1987 on selvitetty päivähoiton kokeilu- ja tutkimustoiminnasta seuraavaa: Lasten päivähoiton kokeilutoiminnan tarkoituksena on kehittää ja monipuolistaa olemassa olevia toimintamuotoja tai kokeilla ja kehittää uusia toimintamalleja ja -menetelmiä niin, että lasten yksilölliset, lapsiryhmän, lasten huoltajien ja erilaisten olosuhteiden vaatimat tarpeet päivähoiton järjestelyssä otetaan huomioon. Tarkoituksena on koota tietoa ja kokemuksia päivähoiton sisäisen organisaation, toimintaympäristön, työtapojen sekä yhteistyön kehittämiseksi päivähoiton toimipisteiden ja kotien, päivähoitotoimen ja koulun sekä ympäröivän yhteiskunnan välillä, sekä seurata kasvatustavoitteiden toteuttamista käytännössä. Toteutetuista kokeiluista saatu tieto käytetään hyödyksi päivähoiton kehittämistyössä.

Suunnitelmakaudella tutkimustoiminnassa on keskeistä päivähoiton pedagogikan kehittäminen, jonka tulee pohjautua varhaiskasvatuksen perustutkimukseen. Tämän lisäksi tarvitaan käynnissä olevan soveltavan tutkimuksen monipuolista edelleenkehittämistä myös poikkitieteellistä tutkimusta hyväksi käyttäen.

Valtakunnallisissa suunnitelmissa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984 - 88 mainitaan lasten päiväkodeista lyhyesti: Lasten päivähoito 1.10. Lasten päivähoiton sisältöä kehitetään hyväksytyjen kasvatustavoitteiden mukaisesti. Erityistä huomiota kiinnitetään lasten vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Lasten päivähoiton sekä koko- että osapäivähoitoa tarjoavia hoitopaikkoja lisätään kunnassa esiintyvä tarve huomioon ottaen.

Vuonna 1983 julkaistu raportti "Förskola i norden", toim. Flising ja Johansson, esittää eri pohjoismaiden päivähoitoon liittyvää, päivähoiton toimintaa ja suuntaviivoja koskevaa toimintaa ja kehittelytyötä. Päiväkodin tavoitteita ja sisältöä koskevan työn painopiste on vaihdellut eri maissa eri ajanjaksoina ja eri tasoilla. On tärkeää nähdä päivähoito/päiväkoti laajassa yhteiskunnallisessa yhteydessä. Päiväkoti voi olla tiettyssä määrin erillinen ympäristö, jossa "lapset saavat olla lapsia" ja kehittyä omien edellytystensä, tarpeidensa ja harrastustensa mukaan. Mutta päivähoito/päiväkoti on myös yhteiskunnallinen instituutio, jossa kehittyvä sukupolvi kasvatetaan ja jossa se omaksuu tiettyjä taitoja ja valmiuksia.

Ruotsissa Göteborgissa on tehty tutkimus päivähoito-kotihoitolapsista (Gunnarsson 1980). Aineistona oli 120 lasta, joita seurattiin 12 - 18 kuukauden ikäisistä viiden vuoden ikään saakka. Aineisto jaettiin aluksi puoliksi, mutta oli tutkimuksen lopulla kolme ryhmää käsittävä: päiväkotilapset, kotilapset ja lapset, jotka olivat olleet osan vuosisistaan kotona, osan päiväkodissa. Päiväkotilapset olivat eniten yksinhuoltajien lapsia, heillä ei ollut sisaruksia eivätkä perheet olleet muuttaneet paikkakuntaa tai päiväkotia. Kotilapsilla oli yleensä molemmat vanhemmat, kodissa oli useampia lapsia ja asunto oli muuttunut isommaksi. Kolmannessa ryhmässä oli lapsia, jotka olivat muuttuneet kotilapsista päiväkotilapsiksi, usein takanaan vanhempien avioero. Päinvastoin, päiväkotilapsen muuttuminen kotilapseksi liittyi äidin uuteen avioliittoon. Kotiympäristö, perheen tilanne vaikutti eniten lapsen mielenterveystilanteeseen, päivähoitomuodolla oli sekundaarinen merkitys. Kun lapset tulivat kouluun, erottui kaksi ei-sopeutuvaa ryhmää: hiljaiset ja ujut pojat, jotka olivat yleensä kotilapsia sekä kovaääniset, dominoivat tytöt, jotka olivat päiväkotilapsia. Kotilapset olivat koko aineiston huomioon ottaen

rauhallisempia kuin päiväkotilapset, toisaalta päiväkotilapset ottivat selvästi enemmän kontakteja toisiin lapsiin. Kaikilla lapsilla oli kuitenkin koti, jolla oli tärkein merkitys.

Mellbin ym. (1982) ovat tutkineet 10-vuotiaiden tukholmalaislasten terveyttä sekä 4-vuotiaiden terveydentilassa olevien eri tekijöiden merkitystä 10-vuotiaiden terveydentilaan. Kodin aineellisella tasolla ei ollut merkitystä. Perhesosiaaliset ongelmat sen sijaan vaikuttivat negatiivisesti ennusteeseen, samoin muodostivat alemmat sosiaaliluokat "riskiryhmän". Tutkimustulosten mukaan nykyisin tarvitaan imeväisiän biologisten kehitysparametrien jälkeen leikki-ikäisillä uutta, ongelmaorientoitunutta lasten tutkimusta häiriöiden ehkäisytyössä.

Cross ja Cochran (1983) toteavat, että tutkittaessa päivähoito- ja kotilapsia, ei älyllisessä kehityksessä ollut eroavaisuutta. Tunne-elämän alueella ei myöskään todettu hoitomuodon aiheuttamia eroja, päivähoitolapset eivät olleet tuskaisempia tai epävarmempia luottamuksessa äitiin kuin kotilapset. Sosiaalisessa kehityksessä päivähoidossa olevat lapset leikkivät enemmän ikäistensä kanssa, kotona olevilla oli enemmän aktiiviteettia suhteessa aikuisiin. Nämä tutkijat kysyvät, osataanko kysyä oikeita asioita? Onko päivähoidolla sama vaikutus yksinhuoltajan lapsen kuin poikiin tai tyttöihin, joilla on molemmat vanhemmat? Muuttuuko lasten sosiaalinen kehitys, jos päivähoitajana on mieshenkilö? Tietääkö päivähoitaja lapsen perhetilanteesta ja vaikuttaako tieto hoitoon? Paljonko koulu tietää päivähoidon ohjelmasta ja lapsista, jotka ovat saaneet erilaisia päivähoitoja?

Sosiaalihuolto on vuonna 1983 julkaissut muistiota: Lasten päivähoidon kehittämisen vuosina 1971 - 1983, Sosiaalihuollituksen rahoittamat tutkimusprojektit. Lasten päivähoitolain mukainen kokeilutoiminta. Ohessa lyhyesti selvitystä vuosina 1981 - 83 käynnissä olevista tai valmiiksi tulleista tutkimuksista ja kokeiluista.

1. Perhekasvatusprojektia toteutetaan vuosina 1982 - 84 viidessä kunnassa. Kaikkiaan on mukana viisi kasvatusneuvola ja yhdeksän päiväkotia. Tarkoituksena on kehittää perhekasvatusta päivähoidon ja

kasvatusneuvolan yhteistyönä ja edistää täten lapsiperheiden ja lasten myönteistä kehitystä sekä tukea perheitä niiden kasvatustehtävässä. Tässä tarkoituksessa projektia pyritään

- kehittämään päiväkodeissa annettavan vanhempien kasvatusneuvonnan malleja ja työskentelytapoja sekä
- kehittämään kasvatusneuvoloiden antamaa konsultaatiota siten, että se edistää myös päivähoidon ja kodin välistä yhteistyötä.

Kokeiluun on liittynyt runsaasti täydennyskoulutusta mukana oleville päiväkotien ja kasvatusneuvoloiden työntekijöille.

Kokeilun aikana pyritään selvittämään vanhempien sekä päivähoito- ja kasvatusneuvolahenkilöstön kokemuksia yhteistyöstä samoin kuin yhteistyön vaikutuksia lasten kehitykseen.

Projektin pohjalta tullaan laatimaan käytännön toimenpidesuosituksia sekä päivähoidon että kasvatusneuvoloiden käyttöön.

Varsinainen yhteistyön tutkimus ja kokeilu ajoittuvat päiväkotien toimintakauteen 1983 - 84. Perhekasvatusprojekti päättyy vuoden 1984 aikana.

Tutkimuksesta on Eeva Huttunen kirjoittanut raportin "Perhe ja päivähoito yhteistyössä". Kustannuskiila Oy, 1983.

2. Kokeilutoimintaa on eri päiväkodeissa runsaasti ja monella eri alueella. Näistä voitaisiin mainita mm. esikoulukokeilu, terveyskasvatuskokeilu, liikuntakasvatuskokeilu, yhteisökasvatuskokeilu ja eettinen kasvatuskokeilu. Mannerheimin Lastensuojeluliitto on toteuttanut kokeilua "Päiväkotien kulttuuritoiminnassa" ja Kaustisen kunta "Päiväkotien musiikkikasvatusta". Saamenkielen ja -kulttuurin syventämisen kokeilua on toteutettu Utsjoen kunnassa kiertävän avoimen päiväkodin ja perhepäivähoidon puitteissa vuosina 1981 - 84.
3. Kuulovammaisten lasten kuntouttamista koskeva kokeilu on vuosina 1981 - 83 meneillään Espoossa päiväkodissa. Kokeilun tavoitteena on koota

tietoja ja kokemuksia yhteistyöstä päiväkodin, eri konsultaatio- ja kuntoutuspaikkojen ja kuulovammaisten lasten vanhempien välillä. Lisäksi tarkoitus on kartoittaa viittomakielen osuutta perheissä. Kokeilun avulla pyritään keräämään tietoja keinoista ja tavoista, joilla voidaan tukea lasten vanhempia, sekä mm. selvittää ja kehittää eri kuntoutuspisteiden yhteistoimintaa.

Kokeilun jatkuessa on tarkoitus lisätä yhteistyötä vanhempien kanssa ja kehittää kuulovammaisten lasten kuntoutussuunnitelmaa yhteistyönä eri kuntoutuspaikkojen kesken.

4. Tehostetun päivähoidon kokeilua suoritetaan Keravalla vuosina 1982 - 83. Kokeilu koskee erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten hoidon järjestämistä tehostetussa perhepäivähoitossa vaihtoehtona psykiatriselle laitoshoidolle.

Toiminnan runkona on viikoittain kasvatusneuvolassa kokoontuva perhepäivähoitajien työnohjausryhmä, jossa ovat mukana perhepäivähoitajien lisäksi perhepäivähoidon ohjaaja ja kasvatusneuvolan lastenpsykiatri.

Vanhempien ohjaus on myös ollut keskeinen osa kokeilua. Kokeilun tuloksena on todettu:

- myönteisen kehityksen käynnistyminen useimmille lapsille
- hoitomuodon hyväksyttävyyys
- hoidon toteuttaminen normaalipalveluiden puitteissa koettiin myönteisenä
- vanhempien ohjausta tulee tehostaa
- työnohjaus on toiminnassa välttämätöntä kaikille henkilöstöryhmille.

5. Perhepäivähoidon ohjaustoimintojen kehittämiskokeilua on toteutettu Hämeenlinnassa vuosina 1980 - 83. Kokeilun tavoitteena on ollut perhepäivähoidon sisällön kehittäminen sosiaalihuollituksen perhepäivähoitoraportissa esittämien suuntaviivojen pohjalta. Kokeilun tarkoituksena on ollut

- kuvata ja kartoittaa perhepäivähoidon nykytilanne Hämeenlinnassa, etsiä sekä sen ongelmakohtat että hyvät puolet ja kehittää perhepäivähoidon ohjaustoimintoja siten, että saatavien kokemusten perusteella tarkistettaisiin perhepäivähoidon ohjaajien toimenkuvia ja pyrittäisiin poistamaan ohjaajille tarpeettomat rutiinitehtävät käyttämällä hyväksi atk-järjestelmää.

Kokeilulla kuvattiin ohjaustoimintojen toteuttamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja pyrittiin kehittämään ohjauksen sisältöä ja löytämään kaikkia osapuolia hyödyttäviä toimintamalleja. Samalla kartoitettiin vanhempien päivähoitoon kohdistuvia odotuksia ja toivomuksia.

Tulokset osoittivat, että vanhemmat ja perhepäivähoitajat olivat jo ennen kokeilun alkua melko tyytyväisiä kunnalliseen perhepäivähoitoon. Kokeilun kuluessa perhepäivähoitajien tyytyväisyys kohosi selvästi. Ohjaajan toimenkuva osoittautui tarkoituksenmukaiseksi, mutta sen sisältöalueita tulisi aikaisempaa enemmän painottaa aikuiskasvatuksen ja ihmissuhdetyön puolelle. Päivähoitohenkilöstön on tiedettävä atk:n käyttömahdollisuudet, jotta inhimillinen tarkastelukulma päivähoitoon tulee jatkossakin säilymään.

6. Sisarusryhmäkokeilua toteutetaan Helsingissä useassa päiväkodissa vuosina 1981 - 83.

Valtakunnallisen kokeilun tavoitteena on toteuttaa sisarusryhmätoimintaa kolmessa - neljässä päiväkodissa ja pyrkiä selvittämään mm. seuraavia tähän toimintaan liittyviä ongelmia:

- sisarusryhmärakenteen vaikutus lasten kehitykseen, keskinäisiin suhteisiin sekä toimintamahdollisuuksiin
- sisarusryhmärakenteen asettamat vaatimukset pedagogiselle suunnittelulle, toteutukselle sekä sisällölle
- sisarusryhmärakenteen vaikutukset henkilökunnan määrään, laatuun ja työnjakoon
- sisarusryhmärakenteen päiväkodin tiloille ja toimintamateriaalille asettamat vaatimukset
- sisarusryhmärakenteen taloudelliset seurausvaikutukset.

Kokeiluun liittyy Helsingin yliopiston kasvatustieteenlaitoksella suoritettavaa tutkimusta. Menetelminä käytetään havainnointi- ja kyselytutkimusta. Apuna tietojen keruussa toimivat kasvatustieteen laitoksen laudaturopiskelijat.

Kokeiluun liittyy myös erilaista suunnittelua, kuten esimerkiksi pedagoginen toimintasuunnitelma ja henkilökunnan toimintasuunnitelma, jotka laaditaan yhteistyössä kokeilupäiväkotien henkilökunnan kanssa. Samoin tutkimukseen liittyy tiedotus- ja koulutustilaisuuksia henkilökunnalle ja tilaisuuksia lasten vanhemmille.

Sisarusrhythmiäperiaatteella muodostettu päiväkotitoiminta voi joustaa alueellisissa päivähoiton tarpeen vaihteluissa ja tekee myös mahdolliseksi sisarussten yhdessäolon.

Kokeilun tuloksena on voitu todeta, että sisaruspäiväkotien lapsiryhmien sosiaalinen rakenne on pysyvämpi kuin vertailupäiväkotien.

Kunkin päiväkodin erityisluonne on lapsen kasvuympäristönä merkityksellinen. Sisaruspäiväkodeissa on sosiaalistava vaikutus nähtävissä. Kokeilupäiväkotien henkilökunnalla on suunnittelutyötä enemmän kuin muilla. Myös työtavan selkiintymättömyys koettiin vielä henkilökunnan keskuudessa.

7. Uusia toimintamenetelmiä lapsen kasvun ja kehityksen tukemiseksi kehitettävää kokeilua harjoitetaan Imatralla päiväkodissa vuosina 1982 - 83. Kokeilun tarkoituksena on tutkia ja selvittää päiväkodin lapsiryhmän kehittymistä vuoden aikana sekä lapsiryhmän erilaisia ominaisuuksia yksittäisen lapsen kasvun tukemisessa erityisesti sosiaalisen ja emotionaalisen kehityksen alueella.

Kokeilusta saatavaa tietoa on tarkoitus hyödyntää päivähoiton sisällön kehittämässä ja toimintamenetelmien laadinnassa.

Ensimmäisen toimintavuoden jälkeen ilmeni, että noin 40 % toimintatuokioista rakentui sisältöalueittain etenevästi, 30 % tuokioista käsiteli lapsiryhmässä ilmenneitä sosiaalisen käyttäytymisen osatekijöitä

ja 30 % tuokioista syntyi keskusaihepohjaisesti. Kokeilussa keskitytään erityisesti lapsen ja lapsiryhmän kasvatuksellisten toimenpiteiden tarkasteluun.

8. Avoimen päiväkodin kokeilua on useissa kunnissa, kunnan kasvatustoiminnan ohjaukseen kolmessa kunnassa vuosina 1981 - 83.

Kuten edellä selostetusta ilmenee, on Suomessa päiväkotitoiminnassa runsaasti erilaista kokeilua. Varsinaista tieteellistä tutkimusta on sen sijaan vähän. Myöskään lapsesta lähtevää progressiivista tutkimusta ja eri päivähoitomuotojen vaikutusta erilaisiin lapsiin ei ole.

KIRJALLISUUSLUETTELO

Valtakunnallinen suunnitelma lasten päivähoidon järjestämisestä vuosina 1983 - 1987. Helsinki 1982.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984 - 1988. Helsinki 1983.

Lasten päivähoidon kehittäminen vuosina 1971 - 1983. Sosiaalihuolto 1983.

Förskola i norden, Nordiska socialpolitiska kommittén. Rapport 1983:1. Stockholm.

Cross, C.E. and Cochran, M.M. Day Care. Maternal Employment and Family Structure: Three sides of the Same coin? Cornell University. Meeting of the Society for Research in Child Development. Michigan 1983.

Gunnarsson, L. Children in Day Care and Family Care in Sweden. Department of Educational Research. Mölndal 1978.

Huttunen, E. Perhe ja päivähoito yhteistyössä. Kustannuskiila Oy 1983.

Huttunen, E. ja Turja, L. Avoin päiväkotikielto osana varhaiskasvatusta. Toimintakokeilun kehittäminen ja tuloksellisuus. Joensuun korkeakoulu. Joensuu 1982.

Mellbin, T., Sundelin, C. och Vuille, J-C. Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning mellan lekålder och förpuberteten. Socialstyrelsen. Stockholm 1982.

Pyökkö, A. Avoimen päiväkodin toiminnan kehittäminen. Sosiaalipolitiikan laudatur-tutkielma. Helsingin yliopisto. Helsinki 1983.

3. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMETODIT

Tutkimuksen lähtökohdat

Vuonna 1977 tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusosaston toimesta tutkimussuunnitelma, jota lähdettiin toteuttamaan vuonna 1978. Tutkimusaineiston muodostavat 0 - 3-vuotiaat lapset, jotka ovat erilaisissa päivähoidoissa. Osa lapsista kuuluu valtioneuvoston hyväksymän lasten kotihoidon tukijärjestelmäkokeiluaineistoon, osa on lapsia, joiden perheet asuvat samassa kunnassa.

Tutkimussuunnitelmassa aineiston kokoamiseen liittyivät seuraavat periaatteet:

1. Kotihoiton tuen kokeilussa mukana olevat:
Jokaisesta kotihoiton tuen kokeiluvaihtoehdosta tulisi mukaan noin kolmasosa perheistä eli I:stä 93 perhettä, II:sta 58 perhettä, III:sta 52 perhettä eli yhteensä 203 perhettä.
2. Päivähoidossa oletettiin olevan noin kolmannes kokeiluparheista eli I 46 perhettä, II 29 perhettä, III 26 perhettä eli yhteensä 101 perhettä. Oli odotettavissa, että kohdassa I mainituista kotihoidontukiperheistä osa siirtyisi lapsen päivähoitoon ennen 2. ikävuoden loppua, jolloin aineistot tasoittuisivat tutkimuksen aikana niin, että sekä kotihoidossa että päivähoidossa olisi yhtä paljon lapsia.
3. Jokaiseen kokeiluvaihtoehtoon tulisi yksi kaupunki, yksi maalaiskunta sekä erillisenä toisessa vaihtoehdossa Helsinki.
4. Kunnat olisivat eri lääneistä.
5. Mukana olisi sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia.
6. Perheet, sekä koti- että päivähoitoaineistossa valittaisiin kaikista eri sosiaaliluokista ja siten, että tutkimuksen piiriin tulisi sekä palkanansaittsijoita että omaa työtä tekeviä.
7. Kotihoiton tukiaineisto käsittäisi ne lapset, joita vanhempi hoitaa kotona ainakin 2-vuotiaaksi. Päivähoitoaineiston lapset olisivat perhe- tai päiväkotihoidossa.
8. Aineistossa tulisi olla sekä eheitä että yksinhuoltajaperheitä.

Otanta tapahtui 1.5.1978 - 31.10.1978 ja 1.3.1979 - 30.4.1979 syntyneistä lapsista, joista joka kolmas valittiin tutkimukseen.

Tutkimuksen aineistoksi valittiin 336 perhettä kahdeksasta eri kunnasta siten, että I kotihoidon tukivaihtoehdosta ovat mukana Raahe, Rääkkylä, Keuruu, II kotihoidon tukivaihtoehdosta Helsinki, Naantali, ja Virtasalmi sekä III kotihoidon tukivaihtoehdosta Loppi ja Tammisaari (taulukot 1 ja 2). Taulukossa 3 a on esitetty lasten kotihoidontuen kokeilussa mukana olleet tutkimuslapset kunnittain. Tutkimuslasten perheistä 35 %:lle maksettiin lasten kotihoidon tukea. Niissä kunnissa, joissa kotihoidontuen myöntämisperusteena oli perheen taloudellisen tuen tarve (kokeiluvaihtoehto I), oli vähiten kotihoidon tukea saavia tutkimuslapsia.

Tutkimusaineisto

Taulukossa 3 b on esitetty vanhempien hoidossa tai päivähoidossa olleet kolmivuotiaat lapset kunnittain. Kaupungissa ovat lapset päivähoidossa selvästi enemmän kuin maalaiskunnissa. Aineistossa oli aluksi 336 lasta, lopussa 315 lasta. Osa perheistä oli muuttanut toiseen kuntaan, osa kieltäytyi jatkotutkimuksesta. Tarkempi selostus tästä on luvussa 8.3.

Tutkimusmenetelmät

Tutkimussuunnitelman mukaisesti on jatkettu aineiston keruuta.

Kuntien työntekijät ovat jatkaneet lomakkeiden edellyttämien tietojen keräämistä.

Terveystieteiden tutkimuskeskus on suorittanut kehitysarvion lasten ollessa 30 kuukauden ikäisiä sekä täyttäneet lomakkeen lasten jokapäiväisestä käyttäytymisestä sekä kehityksestä lasten ollessa 36 kuukauden ikäisiä. Samanikäisistä lapsista ovat oman lomakkeensa täyttäneet päivähoitajat, perhepäivähoitoon ohjaajat sekä myös lasten vanhemmat. Luettelo tutkimuksessa käytetyistä lomakkeista on liitteenä.

Lastenpsykiatrit ovat käyneet tutkimuksessa mukana olevien lasten kotona heidän kolmantena ikävuotenaan. Haastattelut ovat olleet puolistrukturoituja, jotka on melkein kokonaan nauhoitettu. Lisäksi kotikäynnillä täytettiin perheen arviointilomake, joka oli sama kuin ensimmäisessä haastattelussa.

Lapsen kolmannella ikävuodella haastateltiin myös päivähoitajat toiseen kertaan. Tuloksia on verrattu ensimmäisen haastattelukerran tuloksiin.

Tiedot on käsitelty atk:ssa.

Tutkijat ovat käsitelleet aineiston ja kirjoittaneet kukin oman osuutensa.

Luvut 1, 2, 3 ja 11 Terttu Arajärvi. Luvut 9 ja 10 Anja Forssén (luvun 9 yhdessä Christel Ehrnrothin ja Leena Korppoon kanssa). Luvun 7.2. Terttu Kuvaja. Luvun 8:3. Katri Malmivaara. Luvut 4, 6.2., 6.3. ja 6.4. Leif Martelin. Luvut 7.1., 7.3., 7.4. ja 7.5. Kaija Salenius. Luvut 5., 6.1., 8.1. ja 8.2. Merja-Maaria Turunen. Tutkija Riitta Säntti on hoitanut tutkimusaineiston tilastollisen käsittelyn.

Liitteessä 1 on lueteltu tutkimuksessa käytetyt lomakkeet.

Taulukko 1. Tutkimussuunnitelman kuntakohtaiset kiintiöt

Lääni	Kunta	Kunta- muoto	Kieli	0-vuo- tiaita	Koti- hoitoai- neisto	Päivä- hoitoai- neisto
I1)						
Oulun	Raahen	kaupunki	suomi	363	85	42
Pohjois- Karjalan	Rääkkylä	maalais- kunta	suomi	32	8	4
Yhteensä				395	93	46
II1)						
Uudenmaan	Helsinki	kaupunki	suomi, ruotsi	120	28	14
Turun ja Porin	Naantali	kaupunki	suomi	103	24	12
Mikkelin	Virta- salmi	maalais- kunta	suomi	24	6	3
Yhteensä				247	58	29
III1)						
Hämeen	Loppi	maalais- kunta	suomi	74	17	9
Uudenmaan	Tammi- saari	kaupunki	suomi, ruotsi	150	35	17
Yhteensä				224	52	26
Kaikki yhteensä				866	203	101

- 1) Kotihoidon tuen kokeiluvaihtoehdot: I tuloharkinta
 II sama tuki kaikille
 III sairausvakuutuksen äitiysrahan
 suuruinen tuki

Taulukko 2. Lasten kehitystutkimukseen valittujen lasten lukumäärä kunnittain tutkimuksen alussa

Kotihoidon tuen kokeiluvaihtoehto	Kunta	Kiintiö	1978 valittu	1979 valittu	Lopullinen otos
II	Helsinki	42	30	22	52
III	Loppi	26	17	7	24
II	Naantali	36	24	18	42
I	Raahe	127	83	27	110
I	Rääkkylä	12	12	-	12
III	Tammisaari	52	37	19	56
II	Virtasalmi	9	10	-	10
I	Keuruu	-	-	30	30
Yhteensä		304	213	123	336

Taulukko 3. a. Lasten kotihoidon tuen kokeilussa mukana olleet tutkimuslapset kunnittain

Kunta	Kotihoidontuen kokeiluvaihtoehto	Kotihoidontuen kokeilussa mukana olleet tutkimuslapset	% tutkimuslapsista
		Luku	
Helsinki	II	18	34,6
Keuruu	I	10	33,3
Loppi	III	14	58,3
Naantali	II	17	40,5
Raahe	I	19	17,3
Rääkkylä	I	1	8,3
Tammisaari	III	33	58,9
Virtasalmi	II	5	50,5
Yhteensä		117	34,8

Taulukko 3 b. Vanhempien hoidossa ja päivähoidossa olleet 3-vuotiaat lapset kunnittain

Kunta	Vanhempien hoidossa olleet lapset		Päivähoidossa olleet lapset		Lapsia yhteensä tutkimuksen päättyessä Luku
	Luku	%	Luku	%	
Helsinki	10	20,4	39	79,6	49
Keuruu	18	60,0	12	40,0	30
Loppi	14	60,9	9	39,1	23
Naantali	11	26,8	30	73,2	41
Raahe	35	34,0	68	66,0	103
Rääkkylä	6	50,0	6	50,0	12
Tammisaari	12	25,5	35	74,5	47
Virtasalmi	5	50,0	5	50,0	10
Yhteensä	111	35,2	204	64,8	315

4. KOLMAS PERHEHAASTATELLE

Kolmannet perhehaastattelut on tehty lastenpsykiatrien toimesta tutkimuslasten kolmannella (osalla neljännellä) ikävuodella. Kuten ensimmäiset ja toiset perhehaastattelut on kolmannetkin tehty perheiden kodeissa. Haastattelut ovat olleet puolistrukturoituja ja ovat kestäneet puolitoista - kaksi tuntia. Kolmansia perhehaastatteluja on tehty 312 tutkimuslapsen perheelle. Toisia perhehaastatteluja tehtiin 319 lapsen perheelle. Vähennys johtuu muutamien perheiden muutosta pois tutkimuspaikkakunnalta tai perheen kieltäytymisestä osallistumisesta tutkimukseen toisen haastattelun jälkeen. Yksi tutkimuslapsi on kuollut toisen haastattelun jälkeen.

Haastattelija on kunkin perheen kohdalla ollut kolmannessa haastattelussa sama kuin toisessa. Työnjako tutkijoiden kesken on kolmansien perhehaastattelujen osalta ollut seuraava: FK Christel Ehrnrooth 17 haastattelua Helsingissä, Tammisaarella ja Lopella, LKT Anja Forssén 20 haastattelua Raahessa ja Virtasalmella, LL Leif Martelin 93 haastattelua Helsingissä, Raahessa ja Tammisaarella, LL Kaija Salenius 93 haastattelua Keuruulla, Naantalissa, Raahessa ja Rääkkylässä sekä LL Merja-Maaria Turunen 89 haastattelua Helsingissä, Keuruulla, Lopella ja Raahessa.

Kuten aikaisemmissa perhehaastatteluissa käsiteltiin kolmannessa haastattelussa lasten päivähoiton järjestymistä ja vanhempien mielipiteitä siitä sekä yleensä tutkimuslasten kehitystä ja kasvatusta. Haastattelussa käsiteltiin myös vanhempien työtilannetta, perheen taloudellista tilannetta ja ajankäyttöä sekä kontakteja sukulaisiin ja ystäviin.

Huomiota kiinnitettiin myös perheenjäsenten sairauksiin. Haastattelussa arvioitiin lasten motorista ja kielellistä kehitystä sekä itsenäistymiskehitystä ja mahdollista psyykkistä oireilua vapaassa leikki- ja keskustelutilanteessa tehtyjen havaintojen perusteella. Edelleen kiinnitettiin huomiota perheenjäsenten vuorovaikutukseen. Tässä käytettiin englantilaisten perheterapeuttien Bentovimin, Cooklinin ja Eltonin laatimaa perhesysteemin arviointikaaviota, joka oli käytössä jo ensimmäisessä perhehaastattelussa. Kolmannessa perhehaastattelussa kartoitettiin myös mahdolliset muutokset perheen tilanteessa edelliseen haastatteluun verrattuna.

Kolmannet perhehaastattelut pyrittiin nauhoittamaan toisin kuin edelliset haastattelut. Nauhoitus suoritettiin 90 %:ssa haastatteluista. Viidessä haastattelussa ei ehdotettu nauhoitusta. 13 perhettä (4 %) kieltäytyi nauhoittamisesta. Vastahakoisesti suhtautui 6 % ja muut suhtautuivat myönteisesti ja keskiarvoisesti nauhoittamiseen.

Haastattelutilanteeseen vaikuttavia häiriötekijöitä oli havaittavissa 18 %:ssa haastatteluista (toisessa haastattelussa 23 %:ssa). Kahdeksassa prosentissa oli kysymys jokapäiväiseen elämään liittyvästä häiriötekijästä (esimerkiksi lapsen huomattavasta väsymyksestä haastatteluajan kohtana) ja 10 %:ssa muusta häiriötekijästä (esimerkiksi lapsen sairaudesta).

Haastattelijat arvioivat itse haastattelussa saatujen tietojen ja tehtyjen arviointien luotettavuutta. Luotettavina pidettiin tietoja ja arvioita 65 %:ssa tapauksista (toinen haastattelu: 68 %, ensimmäinen haastattelu: 69 %), jonkin verran epävarmoina 33 % (30 % ja 28 %) ja epäluotettavina 2 % (1,5 % ja 3 %). Perhesysteemin kuvauksen osalta (Bentovimin, Cooklinin ja Eltonin kaavion mukaan) arvioiden luotettavuutta on pidetty pienempänä kuin muiden tietojen: luotettavina pidettiin arvioita 48 %:ssa (ensimmäisessä haastattelussa 58 %), vähän epävarmoina 43 % (35 %) ja epäluotettavina 10 % (7 %). Verrattaessa ensimmäisen ja kolmannen perhehaastattelun luotettavuusarvioita perhesysteemin kuvauksen osalta on huomioitava, että kolmannessa haastattelussa pyrittiin välttämään "ei tietoa" -merkintää, jota ensimmäisessä haastattelussa oli käytetty melko runsaasti.

Eri perheenjäsenten osallistuminen haastatteluun oli yhtä runsasta kuin edellisessä haastattelussa. Äideistä vain kuusi kappaletta (2 %) oli osallistumatta haastatteluun, isistä 49 kappaletta (16 %). Tutkimuslapsi oli poissa haastattelutilanteesta kahdessa tapauksessa. Yksi tai useampia sisarusia oli läsnä haastattelussa 85 %:ssa niistä perheistä, joissa oli sisarusia. Muita perheenjäseniä oli haastattelussa läsnä kahdeksan kappaletta 14:stä ja vieraita 28:ssa tapauksessa.

Suhtautuminen kolmanteen perhehaastatteluun oli yhtä myönteinen kuin edellisiin. Äideistä vajaat 90 % arvioitiin suhtautuvan myönteisesti tai

keskiarvoisesti ja läsnäolevista isistä runsaat 80 %. Tutkimuslapsista pyrki 70 % hyvin aktiivisesti tai tavallisesti kontaktiin haastattelijaan.

Tutkimuslasten päivähoitotilanne kolmevuotiaana on selostettu luvussa 6.2. sivulla 45.

Lapset on jaettu kolmeen ryhmään sen mukaan, minkä ikäisinä he menivät ensimmäisen kerran päivähoitoon kodin ulkopuolella. (Vastaava jako tehtiin jo toisen perhehaastattelun yhteydessä.) Ensimmäisen ryhmän muodostivat ne lapset, jotka kolme vuotiaaksi asti olivat olleet vain kotona vanhemman tai vieraan hoidossa (40 %). Toinen ryhmä koostui alle yhden vuoden iässä ensimmäisen kerran kodin ulkopuoliseen päivähoitoon siirtyneistä lapsista (33 %). Kolmannen ryhmän muodostivat yksivuotiaana tai myöhemmin ensimmäisen kerran kodin ulkopuoliseen päivähoitoon menneet lapset (27 %).

Perheiden kokoonpanon kartoituksessa ilmeni, että tavallisin perhekoko oli kolmannen haastattelun ajankohtana neljä henkilöä (47 %). 2 - 4-henkisiä perheitä oli Helsingissä 90 %, muissa kaupungeissa 78 % ja muissa kunnissa 60 %. Vuoden aikana oli syntynyt yksi tai kaksi lasta 21 %:ssa perheistä, vähiten Helsingissä (17 %). Yhdessä perheessä oli vuoden sisällä kuollut lapsi, yhdessä isä ja yhdessä muu perheenjäsen. Seitsemän isää ja yksi äiti oli vuoden aikana lähtenyt perheestä. Lisäksi oli muita yksittäisiä muutoksia perheiden kokoonpanossa.

Kolmannessa perhehaastattelussa selvitettiin myös perheiden asumiseen, talouteen ja vanhempien työhön liittyviä seikkoja. Muuttoa oli ollut toisen ja kolmannen haastattelun välisenä aikana enemmän kuin kahden ensimmäisen haastattelun välillä (34 % verrattuna 22 %:iin). Omakotitalon olivat rakentaneet itse 20 perhettä (6,5 %) kahden viimeisen haastattelun välisenä aikana. Stressiä asumiseen liittyen ilmoitti kokevansa 17 %, talouteen liittyen 28 % ja ajankäyttöön liittyen 37 % perheistä. Luvut ovat lähellä toisessa haastattelussa ilmoitettuja.

Työpaikanvaihdoksia toisen ja kolmannen haastattelun välillä oli äideistä 26 %:lla, joista useampia kertoja neljällä prosentilla ja isistä

17 prosentilla (useampia puolellatoista prosentilla). Vastentahtoisia työpaikan vaihdoksia oli äideillä sekä isillä 3 %:lla. Työttömyyttä oli kahden viimeisen haastattelun välillä ollut äideistä 7 %:lla ja isistä 5 %:lla. Yli kuusi kuukautta oli yksi isä ja seitsemän äitiä ollut työttömänä. Nämäkin luvut ovat lähellä vastaavia kahden ensimmäisen haastattelun väliseltä ajalta.

Vanhempien työtilanne suhteessa lapsen päivähoitotilanteeseen on selostettu luvussa 6.2. sivulla 51.

Perhehaastattelujen yhteydessä arvioitiin tutkimuslasten verbaalista ja motorista kehitystä, itsenäistymiskehitystä ja aktiiviteettia. Löydökset ja arviot on selostettu luvussa 7.4. sivulla 82. Luvussa 7.4. on myös selostettu kolmannessa haastattelussa arvioitu lasten fyysinen terveys sekä lasten psyykinen tilanne.

Vanhempien persoonallisuus arvioitiin kolmannessa haastattelussa suhteellisen terveeksi noin 70 %:ssa niin kuin aikaisempienkin haastattelujen yhteydessä. Neuroottisiksi arvioitiin 26 % ja neuroosia vaikeampia persoonallisuuden häiriöitä oli neljällä prosentilla. Nämäkin luvut ovat hyvin lähellä edellisten haastattelujen yhteydessä saatuja. Tutkimuslasten sisarusten psyykinen tilanne arvioitiin hyväksi 76 % niistä perheistä, joissa oli useampia lapsia. Heikoksi sisarusten psyykinen terveys arvioitiin vain yhdessä tapauksessa. Toisessa perhehaastattelussa arvioitiin sisarusten psyykinen terveys hyväksi vain 67,5 %:lla. Ero selittyy suurimmaksi osaksi sillä, että edellisen haastattelun jälkeen on syntynyt suurehko määrä pikkusisaruksia, jotka pienentävät psyykkisesti oireilevien isompien sisaruksien prosenttiosuuden.

Äidin suhtautumista tutkimuslapsen arvioitiin lämpimäksi 70 %:ssa perheistä ja isien 77 %:ssa (korkeampi prosenttiluku isien kohdalla selittyy sillä, että lämpimästi lapseen suhtautuvat isät todennäköisesti ovat yliedustettuja haastatteluun osallistuneiden isien ryhmässä). Luvut ovat hieman pienemmät kuin toisen haastattelun vastaavat (76 % ja 81 %). Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että kolmevuotiaana usein jo voimakasta omaa tahtoa omaavana, lapsi saattaa kokeilla vanhempiensa voimavaroja enemmän kuin pienempi lapsi. Saman suuntaiset ovat myös

vanhempien selvästi poikkeavaa suhtautumista tutkimuslapsen ilmaisevat luvut: 6 % vastaavien lukujen ollessa 2 ja 4 % toisessa haastattelussa.

Muutkin perheen vuorovaikutusta ja ilmapiiriä kuvaavat luvut ilmaisevat jonkin verran enemmän poikkeavuutta kuin edellisessä haastattelussa. Suunta jatkuu tässä suhteessa ensimmäisestä haastattelusta saakka. Esimerkiksi vanhempien keskinäinen suhde arvioitiin lämpimäksi ensimmäisessä haastattelussa 67 %:ssa, toisessa 60,5 %:ssa ja kolmannessa 56 %:ssa. Selitys lienee jo edellisessä raportissa esitetty: haastattelija saa tuntumaa aikaisemmin piilossa pysyneisiin ristiriitoihin käydessään useammin perheen luona, ja lisäksi pitkälle "uhmaikään" ehtinyt lapsi provosoi ja kanavoii entistä enemmän ristiriitoja. Tähän viittaa myös arvio perheen kyvystä vastata lapsen tarpeisiin. Tämä arvioitiin hyväksi kolmannessa haastattelussa 66 %:lla perheistä, kun luku toisessa haastattelussa oli 77 %. Jaksamattomuutta todettiin nyt 17 %:lla, toisessa haastattelussa 11,5 %:lla.

Edellisessä raportissa esitetyt suurehkot erot joidenkin muuttujien kohdalla eri paikkakuntien välillä näyttävät johtuneen sattumasta lukumääräisesti pienessä materiaalissa. Esimerkiksi tutkimuslapsen tyytyväisyyden arvioinnit jakautuivat kolmannessa haastattelussa jo hieman tasaisemmin eri kuntaryhmien välillä kuin toisessa haastattelussa: tyytymättömiltä vaikuttavia on Helsingissä nyt 10 % (viisi lasta), toisessa haastattelussa 2 % (yksi lapsi); muissa kaupungeissa nyt 21 %, toisessa haastattelussa 17 %. Ero on kuitenkin saman suuntainen.

Kolmannessa perhehaastattelussa arvioitiin perheen vuorovaikutussuhteita englantilaisten perheterapeuttien Bentovimin, Cooklinin ja Eltonin esittämän kaavion mukaan. Tässä kaaviossa on 21 muuttujaa, jotka liittyvät perheen kommunikaatioon, ilmapiiriin, liittoutumiin, tunteiden ilmaisuun, rajafunktioon ja rooleihin perheessä. Kaavio oli käytössä myös ensimmäisessä perhehaastattelussa, mutta ei toisessa. Verrattaessa jakaumia eri muuttujien suhteen kahden arviointikerran välillä ilmeni, että eräiden muuttujien kohdalla jakaumat olivat normaalien ja poikkeavien arvioiden kesken hyvin samanlaiset. Joidenkin muiden muuttujien kohdalla jakaumat poikkesivat suurestikin toisistaan erityisesti siten, että toisella arviointikerralla tuli esille huomattavan paljon enemmän

lievää, mutta joissakin tapauksissa myös jonkin verran enemmän selvää poikkeavuutta. Esimerkkejä muuttujista, joissa jakaumat olivat miltei samanlaisia, kahdella arviointikerralla olivat "viestien selvyys" (ensimmäinen haastattelu: selvä 63 %, kolmas haastattelu: 64 %), "perheenjäsenien keskinäinen liittoutuminen" (ensimmäinen haastattelu: liittoutuvat paljon 60 %, kolmas haastattelu: paljon 63 %), "sukupolvien väliset rajat" (ensimmäinen haastattelu: hyvin jäykät 9 %, keskiverto 77 %, diffuusit 14 %, kolmas haastattelu: hyvin jäykät 7 %, keskiverto 77 %, diffuusit 16 %), "huomattavia sukupolvirajan ylittäviä liittoutumia" (ensimmäinen haastattelu: ei 74 %, kyllä 26 %, kolmas haastattelu: ei 73 %, kyllä 27 %). Varsin suuria eroja jakaumissa arviointikertojen välillä tuli esille esimerkiksi seuraavien muuttujien kohdalla: "meluisuus, keskeyttäminen" (ensimmäinen haastattelu: matala 73 %, korkea 9 %, kolmas haastattelu: matala 56 %, korkea 17 %) ja "paljonko perheessä voidaan ilmaista monenlaisia tunteita" (ensimmäinen haastattelu: paljon 45 %, vähän 14 %, kolmas haastattelu: paljon 35 %, vähän 21 %).

Yleisesti ottaen näyttivät jakaumat niiden muuttujien kohdalla, jotka ilmaisivat selvempää ja vaikeampiasteista poikkeavuutta kuten rajafunktio ja roolit perheessä pysynee muuttumattomina kun taas jakaumat lievempää ja epävarmempaa häiriötä kuvaavien muuttujien kohdalla kuten meluisuus, kuuntelun määrä ja tunteiden ilmaisuun liittyvät muuttujat osoittavat toisella arviointikerralla tuntuvasti korkeampia poikkeavuutta heijastavia lukuja. Tämä viittaa siihen, että vaikea-asteiset häiriöt perheen vuorovaikutuksessa tulivat esiin melko hyvin jo varhain, mutta lievemmat häiriöt ilmenivät vasta lapsen itsenäistymiskehityksen edettyä pitemmälle ja vaativat tutkijan pitempiaikaista perheen tuntemusta. Tällaiset lievemmat häiriöt voivat myös olla ohimeneviä ja tässä vaiheessa liittyä nimenomaan lapsen "uhmaian" aiheuttamaan stressiin.

Arviot vanhempien kasvatuseroista kolmessa eri perhehaastattelussa ilmenevät seuraavista taulukoista:

Luvuista ilmenee, että äitien kohdalla sama kehityssuunta, joka oli havaittavissa toisessa perhehaastattelussa ensimmäiseen verrattuna, on jatkunut: lähinnä normaaliksi arvioitua kasvatuseroa oli vähemmän edelliseen haastatteluun verrattuna. Isien kohdalla sen sijaan

Taulukko 4. Vanhempien kasvatusasenne

Kasvatus- asenne	Äiti			Isä			Molemmat vanhemmat		
	I haast. %	II haast. %	III haast. %	I haast. %	II haast. %	III haast. %	I haast. %	II haast. %	III haast. %
Lähinnä normaali	78	68	63	78	67	71	76	71	67
Liian ankara	5	4	3	7	10	6	4	3	2
Liian salliva	11	13	16	11	9	8	7	7	9
Epäjohdon- mukainen	6	15	19	4	14	15	13	19	22
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Taulukko 5. Vanhempien kasvatusasenteen normaalisuus

Kasvatus- asenteen normaali- suus	Äiti			Isä			Molemmat vanhemmat		
	I haast. %	II haast. %	III haast. %	I haast. %	II haast. %	III haast. %	I haast. %	II haast. %	III haast. %
Lähinnä normaali	78	70	63	76	68	71	75	70	67
Jonkin ver- ran poik- keava	18	22	28	19	27	25	20	23	28
Selvästi poikkeava	4	8	9	5	5	4	5	7	5
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100

arvioitiin kolmannessa haastattelussa kasvatusasenteet lähinnä normaaleiksi hieman useammin kuin toisessa haastattelussa. Arviot vanhempien yhteisistä kasvatusasenteista noudattivat samaa kehityssuuntaa kuin äitien kohdalla. Selvästi poikkeavaa kasvatusasennetta ei kuitenkaan löytynyt kolmannessa perhehaastattelussa enemmän kuin toisessa.

Lisäys kasvatustasenteiden poikkeavuudessa on äitien kohdalla tullut lisäysten kautta epäjohdonmukaisessa kasvatustasenteessa ja liian sallivassa kasvatustasenteessa. Epäjohdonmukaisuutta on myös arvioitu esiintyvän jonkin verran useammin vanhempien yhteisissä kasvatustasenteissa kolmannessa haastattelussa kuin toisessa. Isien kohdalla on kolmannessa haastattelussa havaittu vähennystä liian ankarassa kasvatustasenteessa edelliseen haastatteluun verrattuna mistä pääasiassa johtuu lisäys lähinnä normaalia kasvatustasennetta kuvaavassa luvussa.

Eri paikkakuntaryhmien välillä ei kolmannessa haastattelussa ollut havaittavissa niitä melko suuria eroja, jotka vanhempien kasvatustasenteissa tulivat esille toisessa perhehaastattelussa.

Lisäys epäjohdonmukaisessa kasvatustasenteutumisessa lienee selitettävissä sillä, että pitemmälle "uhmaikään" ehtineet lapset asettavat vanhempien kasvatustasenteet entistä suuremmalle koetukselle. Joskin liian ankara kasvatustasente isien kohdalla näyttää harventuneen toiseen haastatteluun verrattuna ja kolmannessa haastattelussa liian salliva kasvatustasenteutuminen tulee hieman useammin esille kuin liian ankara isienkin kohdalla, näyttää edelleen liian salliva kasvatustasente olevan selvästi tavallisempaa äitien kuin isien kohdalla ja liian ankara kasvatustasente tavallisempaa isien kuin äitien kohdalla.

5. TOINEN PÄIVÄHOITAJIEN HAASTATTELU

Tutkimussuunnitelman mukaisesti päivähoitajat haastateltiin toisen kerran lapsen kolmannen ikävuoden tienoilla. Joillakin lapsilla (N = 53) on saattanut olla sama päivähoitaja kuin ensimmäisessä haastattelussa, jos he ovat olleet saman hoitajan päiväkotiryhmässä tai samalla perhepäivähoitajalla hoidossa. Päivähoitajien ensimmäisen haastattelun (lasten ollessa 13 - 18 kk ikäisiä) tulokset on julkaistu tutkimuksen toisessa väli-
liraportissa. (Lasten kehitystutkimus osa II. 1983.)

Aineistoa on käsitelty kahdella tavalla. Kuntamuodon mukaan se on ryhmitelty siten, että Helsinki on omana ryhmänään, muut kaupungit ja muut kunnat omina ryhminään. Eri päivähoitomuotoina on tarkasteltaviksi otettu

1. päiväkodit, joista valtaosa on ollut kunnallisia (joukossa muutamia tutkimuslapsia, jotka ovat olleet yksityisessä päiväkodissa hoidettavana
2. kunnallinen perhepäivähoito
3. yksityinen perhepäivähoito
4. lapsen kotona on ollut hoitamassa vieras henkilö, useimmiten sukulinainen.

Eri päivähoitomuotojen jakautuminen kuntaryhmissä näkyy taulukosta 6, josta käy ilmi, että lasten kasvaessa kunnallisissa päivähoitomuodoissa olevien lasten osuus kasvoi ja yksityisessä perhepäivähoitossa olevien määrä pieneni. Lasten iän kasvaessa muun kuin oman vanhemman hoidossa olevien lasten osuus kasvoi. Kun tarkastellaan tilannetta muun kuin oman vanhemman hoidossa olevien lasten kohdalla eri päivähoitomuotojen suhteen, näkyi että kasvu keskittyi nimenomaan kunnalliseen perhepäivähoitoon. Päiväkotien kohdalla kasvu on ollut vähäisempää ja yksityisen perhepäivähoidon osuus on vähentynyt selvästi. Tutkimuslasten ollessa 3-vuotiaita oli päivähoitossa olevista 2/3 kunnallisen päivähoitonsa piirissä. Tutkimuslasten ollessa pienempiä perheet joutuivat siis joko etsiytymään tai halusivat enemmän hakeutua yksityiseen perhepäivähoitoon.

Taulukko 6. Eri päivähoitomuotojen jakautuminen ensimmäisen ja toisen haastattelun aikana (lapsen ollessa 2- ja noin 3-vuotias)

Päivähoito- muoto (muu kuin oma isä tai äiti)	Kuntamuoto										Kaikki									
	Helsinki					Muut kaupungit					Muut kunnat									
	I	II	Luku	%	haastattelu	I	II	Luku	%	haastattelu	I	II	Luku	%	haastattelu	I	II	Luku	%	
Päiväkoti	3	13,6	5	15,6	24	31,2	34	34,0	1	6,3	6	25,0	28	24,4	45	28,8				
Kunnallinen perhepäivä- hoito	2	9,1	9	28,1	28	36,3	45	45,0	9	56,2	8	33,3	39	33,9	62	39,7				
Yksityinen perhepäivä- hoito	14	63,7	14	43,8	19	24,7	12	12,0	5	31,2	7	29,2	38	33,0	33	21,2				
Vieras hoitaa Tasta kotona	3	13,6	4	12,5	5	6,5	9	9,0	1	6,3	3	12,5	9	7,8	16	10,3				
Muu	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0				
Yhteensä	22	100,0	32	100,0	77	100,0	100	100,0	16	100,0	24	100,0	115	100,0	156	100,0				
Päivähoito- muoto	I	haastattelu	II	haastattelu	I	haastattelu	II	haastattelu	I	haastattelu	II	haastattelu	I	haastattelu	II	haastattelu				
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%				
	27	55,1	17	34,7	117	60,3	91	47,6	60	78,9	51	68,0	204	63,9	159	50,5				
Muu hoito- muoto	22	44,9	32	65,3	77	39,7	100	52,4	16	21,1	24	32,0	115	36,1	156	49,5				
Yhteensä	49	100,0	49	100,0	194	100,0	191	100,0	76	100,0	75	100,0	319	100,0	315	100,0				

Tutkimuslasten ikä haastatteluhetkellä

Valtaosa tutkimuslapsista on ollut haastatteluhetkellä 31 - 38 kk ikäisiä (72,8 %). Koska haastattelut jouduttiin suorittamaan pitkien matkojen vuoksi kertakäynnillä, saattoi tutkimuslasten ikä haastatteluhetkellä vaihdella.

Lapsen ikä tähän päivähoitopaikkaan tullessa

Eri päivähoitomuotojen kohdalla erottui se, että päiväkodeissa 2/3 lapsista oli tullut 1 - 2 vuoden iässä. Päiväkodissa hoidossa olevista oli alle vuoden iässä tullut tutkimuslapsista noin 10 % kun muissa hoitomuodoissa osuus oli noin kolmasosa kussakin. Kunnallisissa perhepäivähoitopaikoissa oli lähes puolet lapsista tullut tähän hoitopaikkaan 2-vuotiaana tai sitä vanhempana. Heillä oli ollut jo muita päivähoitopaikkoja useammin kuin muissa päivähoitomuodoissa. Päivähoitajaksojen lukumäärä oli kunnallisessa perhepäivähoidossa suurin. Kuntaryhmien välillä tuli erona näkyviin muut kunnat -ryhmä, jossa yli puolet lapsista oli tullut tähän hoitopaikkaan jo alle vuoden ikäisenä. Helsingissä ja muissa kaupungeissa suurimman lapsiryhmän muodostivat yhden ja kahden ikävuoden välillä tähän hoitopaikkaan tulleet lapset. Tässä tutkimuksessa näyttää siltä, että maalaiskunnissa hoitopaikka on pidempiaikainen ja pysyvämpi kuin kaupunkikunnissa.

Tietojen luotettavuus

Kaiken kaikkiaan haastattelussa saatua tietoa on pidetty sangen luotettavana, sillä haastattelijan itsensä arvioimana 83,1 % haastatteluista oli tiedoiltaan tuntunut luotettavilta ja 16,9 % jonkin verran epävarmoilta. Kuntaryhmien välillä tuli näkyviin pieni ero siinä, että Helsingissä oli hieman muita kuntaryhmiä useammin arvioitu tiedot jonkin verran epävarmoiksi. Päivähoitomuodon mukaan oli luotettavimmilta tuntunut päiväkotien haastattelussa saatu tieto (92,3 % luotettavia) ja toisaalta epävarmimmalta yksityisen perhepäivähoidon kohdalla saatu tieto (luotettavia 70,8 %).

Lapsiryhmän koko

Tarkasteltaessa vieraiden alle kouluikäisten lasten lukumäärää perhepäivähoitopaikoissa näkyi se, että kunnallisessa perhepäivähoitossa oli 77,6 %:ssa kolme tai useampi vieraita alle kouluikäisiä lapsia hoitoryhmässä kun yksityisessä perhepäivähoitossa (16,6 %:ssa). Yksityisessä perhepäivähoitossa 54,2 %:ssa oli vain yksi vieras lapsi hoitoryhmässä, kunnallisessa perhepäivähoitossa 1,7 %:ssa. Kuntaryhmien välillä näkyi erona muut kunnat -ryhmä, jossa kolmasosa haastatelluista hoitopaikoista oli ollut sellaisia, joissa hoidettavana oli vain yksi vieras alle kouluikäinen lapsi. Kunnallisilla perhepäivähoitajille oli lähes kaksi kertaa useammin omia kouluikäisiä lapsia vielä kotona hoidettavana kuin yksityisillä perhepäivähoitajilla. Tämä tukee haastatteluissa syntynyttä vaikutelmaa siitä, että yksityinen perhepäivähoitaja usein ottaa hoitolapsia omien lasten ollessa alle kouluikäisiä ja näiden tarvitessa vielä päivähoitoa ja lopettavat päivähoitajan työn omien lasten mennessä kouluun. Kunnallisilla perhepäivähoitajilla näyttäisi useammin olevan kyse ammatista, jossa jatketaan, vaikka omat lapset ohittavat päivähoitoiän. Vieraita kouluikäisiä lapsia oli hoidettavana 14,5 %:ssa päivähoitopaikoista ja nämä olivat enimmäkseen kunnallisen ja yksityisen perhepäivähoiton piirissä, eniten kunnallisessa perhepäivähoitossa. Jos lapsi oli vieraan hoidossa omassa kodissaan (N = 10) oli kyseessä useimmiten isoäiti (N = 5), vain 4:ssä tapauksessa muu kuin lapsen sukulainen, mikä on 3 % eri päivähoitomuodoista ja 1,3 % koko aineistosta.

Päivähoitajan suhtautuminen haastatteluun

Haastattelijan mielestä oli päivähoitaja suhtautunut haastatteluun myönteisesti 56,1 %:ssa, "keskiarvoisesti" 31,1 %:ssa. Päivähoitomuodon mukaan oli suhtautuminen arvioitu myönteisimmäksi päiväkodeissa (71,8 %) ja ero yksityiseen perhepäivähoitoon (37,5 %) on huomattava. Kuntamuodon mukaan tarkastellen oli myönteisesti suhtautuvia ollut eniten muut kaupungit -ryhmässä.

Tutkimuslapsen suhtautuminen haastatteluun

Kuntamuodon mukaan tarkastellen oli lastenpsykiatriin arvioimana myönteisesti suhtautuvia tutkimuslapsia ollut eniten Helsingissä ja ahdistuneesti, varautuneesti suhtautuvia eniten muut kaupungit -ryhmässä. Päivähoitomuodon mukaan oli myönteisimmäksi arvioitu suhtautuminen niillä tutkimuslapsilla, joita vieras hoiti kotona, sitten kunnallisessa perhepäivähoidossa olevilla tutkimuslapsilla ja päiväkodissa sekä yksityisessä perhepäivähoidossa olevilla yhtä usein. Päiväkodeissa oli yksityistä perhepäivähoitoa useammin arvioitu tutkimuslapsen suhtautumisen olevan ahdistunutta ja varautunutta (20,1 % haastattelussa läsnäoleista).

Päivähoitajan suhtautuminen tutkimuslapsen

Päivähoitajan suhtautuminen tutkimuslapsen oli valtaosassa tapauksista arvioitu lämpimäksi ja hyväksyväksi. Päivähoitomuodon mukaan näin oli laita lähes kaikkien niiden tutkimuslasten kohdalla, jotka olivat hoidossa päiväkodissa (94,6 %). Ero matalimpaan ryhmään, tässä tapauksessa yksityiseen perhepäivähoitoon on selvä (58,3 %). Verrattaessa tilannetta vuotta aikaisempaan oli lämpimästi suhtautuvien päivähoitajien osuus noussut nimenomaan päiväkotiryhmässä, kaikissa muissa hoitomuodoissa se oli laskenut, eniten kunnallisen perhepäivähoidon kohdalla. "Välinpitämättömästi" suhtautuviksi arvioitujen päivähoitajien pieni joukko keskittyi yksityiseen valvottuun perhepäivähoitoon. Kunnallisessa perhepäivähoidossa muuten kuin lämpimästi tai hyväksyvästi suhtautuvien päivähoitajien ryhmä sijoittui enimmäkseen epävarmasti, avuttomasti tai ahdistuneesti, tuskaisesti lapsen suhtautuviin. Kun päivähoitajan suhtautumista tutkimuslapsen arvioitiin asteikolla erittäin hyvin - normaalisti - jonkin verran poikkeavasti - selvästi poikkeavasti suhtautuvat, on edellisestä arviointikerrasta tapahtunut selviä muutoksia. Päiväkotinhoitoa lukuunottamatta kaikissa muissa hoitomuodoissa siirtyminen oli tapahtunut poikkeavaan suuntaan siten, että joko jonkin verran poikkeavasti tai selvästi poikkeavasti suhtautuvien ryhmät olivat kasvaneet. Kyseessä eivät ole välttämättä samat päivähoitajat tai tutkimuslapset, joista arvio on suoritettu edellisellä kerralla. Kuntamuodon mukaan tarkastellen oli muutos saman suuntainen Helsingissä: erittäin hyvin suhtautuneiden osuus

oli pienentynyt ja kasvu tapahtui jonkin verran poikkeavasti suhtautuneiden ryhmässä. Muut kaupungit -ryhmässä jakauma oli pysynyt lähes ennallaan ja muissa kunnissa siirtyminen oli tapahtunut erittäin hyvin suhtautuvien -ryhmästä normaalisti suhtautuvien -ryhmään.

Kun on arvioitu päivähoitajien suhtautumista ryhmän muihin lapsiin, eivät eri kuntaryhmät eroa merkittävästi keskenään. Erittäin hyvin suhtautuvia oli ollut lähes viidennes ja normaalisti suhtautuvia lähes puolet, selvästi poikkeavia oli arvioitu vain kaksi kappaletta. Päivähoitomuodoista erottui yksityinen perhepäivähoito, jossa oli muita ryhmiä enemmän arvioitu muihin lapsiin poikkeavasti suhtautuvia päivähoitajia.

Tutkimuslapsen asema lapsiryhmässä on yleensä hoitajan arvioimana ollut hyväksytty ja suosittu. Syrjityksi on arvioitu eniten tutkimuslapsia muut kaupungit -ryhmässä ja toisaalta päiväkodeissa olevia tutkimuslapsia. Kyseessä on hyvin pieni lukumäärä, joten johtopäätösten tekeminen on hankalaa. Saattaa olla, että päiväkodin hoitajalla on enemmän etäisyyttä ja uskallusta sekä ammattitaitoa nähdä lapsen asema lapsiryhmässä myös silloin, kun lapsi on syrjitty.

Lapsen päivähoitosaoloaika

Keskimäärin lapset olivat hoidossa päivittäin sangen pitkään. Päivittäin oli ollut hoidossa kahdeksan tuntia tai enemmän 84,9 % lapsista ja kymmenen tuntia tai enemmän 15,9 % lapsista. Kuntamuodon mukaan tarkastellen muut kaupungit -ryhmässä oli enemmän lapsia, jotka olivat päivähoidossa vain 5 - 7 tuntia, helsinkiläisistä tutkimuslapsista suurin ryhmä muodostui yhdeksän tuntia hoidossa olevista. Muut kunnat -ryhmässä oli yli kolmannes lapsista hoidossa kymmenen tuntia tai enemmän päivässä. Helsingissä ja muut kaupungit -ryhmässä oli kymmenen tuntia tai enemmän päivittäinen hoitoaika yli 10 %:lla lapsista. Päivähoitomuodon mukainen jakauma näkyy taulukosta 7. Yksityisessä perhepäivähoitossa olevat lapset olivat muitten hoitomuotojen lapsia useammin hoidossa alle kahdeksan tuntia päivässä. Kunnallisessa perhepäivähoitossa viidennes lapsista oli päivittäin hoidossa noin kymmenen tuntia tai enemmän. Lapsen ollessa kunnallisessa perhepäivähoitossa sekä vieraan hoitaessa lasta kotona, lapsen päivä

Taulukko 7. Lapsen päivähoidossa olon kesto tuntia/päivä lapsen hoitomuodon mukaan

Lapsen päivä- hoidosa olon kesto tuntia/ päivä	Lapsen hoitomuoto								Kaikki	
	Päiväkoti		Kunnallinen perhepäi- vähoito		Yksityinen perhepäi- vähoito		Vieras hoitaa kotona		Luku	%
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%		
5	1	2,7	1	1,8	1	4,4	-	-	3	2,4
6	3	8,1	1	1,8	4	17,4	1	10,0	9	7,1
7	-	-	4	7,1	3	13,0	-	-	7	5,6
8	16	43,2	15	26,8	6	26,1	5	50,0	42	33,3
9	14	37,9	24	42,9	5	21,7	2	20,0	45	35,7
10	3	8,1	10	17,8	2	8,7	2	20,0	17	13,5
11-	-	-	1	1,8	2	8,7	-	-	3	2,4
Yhteensä	37	100,0	56	100,0	23	100,0	10	100,0	126	100,0

näytti venyvän hoidossa pidemmäksi kuin päiväkodissa. Tämä saattaa olla myös hoitomuodon valintaan vaikuttanut tekijä. Jos vanhempien työaika on epämukava tai pitkä ja työmatka pitkä, voi olla, etteivät vanhemmat haakaan päiväkotipaikkaa, koska tietävät että päiväkodista on lapsi haettava tiettyyn kellonaikaan mennessä.

Tutkimuslapsen suhtautuminen päivähoitajaan

Tutkimuslapset olivat suhtautuneet päivähoitajaan erityisen hyvin tai luottavaisesti ja lämpimästi valtaosassa (75,2 % haastattelussa läsnä-olleista tutkimuslapsista). Kun tutkimuslapsien suhdetta päivähoitajaan tarkasteltiin päivähoitomuodon mukaan näkyi yksityinen perhepäivähoito erottuvan siinä, että siellä muita hoitomuotoja selvästi useammin oli suhtautumisen arvioitu olevan varautunutta (37,5 %). Jonkin verran poikkeavasti päivähoitajaan suhtautuvia lapsia oli arvioitu muissa päivähoitomuodoissa olevan noin viidennes hoidossa olevista lapsista.

Päivähoitajan ammattikoulutus

Ammattikoulutus oli vankin päiväkotien henkilökunnalla, joista 92,3 %:lla on lastenhoito-, sairaanhoito- tai lastentarhaopettajakoulutus. Muu kuin lastenhoitoalan koulutus oli yksityisistä perhepäivähoitajista neljänneksellä ja muista päivähoitajista viidenneksellä. Ilman ammattikoulutusta oli kolme neljäsosaa päivähoitajista kaikissa muissa hoitomuodoissa paitsi päiväkodeissa. Selvin muutos vuotta aikaisempaan oli tapahtunut kunnallisissa perhepäivähoitajissa, joista ammattikoulutuksen omaavien määrä oli kaksinkertaistunut. Kuntamuodon mukaan tarkasteittuna erottuu Helsinki, siellä oli eniten jonkin ammattikoulutuksen saaneita päivähoitajia. Perhepäivähoitajista oli perhepäivähoitajakoulutuksen saanut kunnallisessa perhepäivähoidossa 85 % ja yksityisessä vain 5 %. Kunnallisista perhepäivähoitajista oli perhepäivähoitajakoulutus lasten ollessa pari vuotiaita 67 %:lla, joten koulutusaste on noussut selvästi.

Päivähoitajien tyytyväisyys nykyiseen työhön

Kuntamuodon mukaan tarkastellen oli Helsingissä ja muissa kaupungeissa tyytymättömiä päivähoitajia 20 % ja muut kunnat -ryhmässä 14 %. Päivähoitomuodon mukaan oli tyytymättömiä eniten sekä yksityisissä- että kunnallisissa perhepäivähoitajissa että niissä päivähoitajissa, jotka hoitivat lasta tämän kotona. Kaksivuotiaiden tasoon verrattuna päiväkotien henkilökunnan tyytymättömyys työhönsä oli vähentynyt (silloin 24 %, nyt 13,5 %). Kaikilla perhepäivähoitajilla sitä vastoin tyytymättömyys oli yli kaksinkertaistunut ja myös ryhmässä "vieras hoitaa lasta kotona" päivähoitajien tyytymättömyys oli kasvanut. Päiväkotihenkilökunnan tyytyväisyyden kasvu (edellisellä kerralla erittäin tyytyväisiä 12 %, nyt 24 %) ja toisaalta perhepäivähoitajien tyytymättömyyden lisääntyminen on monitahoinen asia. Tutkimuslasten kohdalla voi olla, että kolmevuotias on jo vaativa hoidettava itsenäistyessään, usein uhmakaudessa ja pohtii kriittisestikin vanhempiensa ja päivähoitajan eroavaisuuksia ja omaa suhdettaan päivähoitajaan. Päiväkotien henkilökunnasta suuri osa toivoi lapsen voivan olla omien vanhempien hoidossa kolme vuotiaaksi saakka. Voi olla, että kun ristiriita oman työn ja sen välillä, mitä itse pitää lapsen kehitykselle edullisena, poistuu, myös työ antaa enemmän tyytyväisyyttä.

Lasten iän karttuessa myös päiväkotihenkilökunnan ammattitaito lasten ryhmähoidon asiantuntijana korostuu, kun lapset eivät enää vaadi samassa määrin yksilöllistä huomioimista (esimerkiksi sylissäpitoa) kuin pienempänä. Tällöin hoitajan riittämättömyyden tunne vähenee ja tyytyväisyys lisääntyy. Selityksiä voi löytää runsaastikin. Kunnallisessa perhepäivähoitossa oli tyytymättömien päivähoitajien osuus selvästi kasvanut ja toisaalta myös työhönsä erittäin tyytyväisten osuus oli noussut. Selitys saattaisi olla lapsen itsenäistymisestä lähtevä: osa hoitajista kokee mieluisana lapsen lisääntyneen itsenäisyyden, joillekin riippuvuutta ruokkivammille päivähoitajille sama asia muodostuu menetykseksi. Lisäksi lapsen uhman käsittely sujuu eri lailla eri hoitajilta vaihdellen asian kasvuun kuuluvana hyväksyvistä aina oman työn epäonnistuneeksi kokemiseen asti. Päivähoitajan ja vanhempien väliset suhteet merkitsevät tässä myös hyvin paljon. Oikeastaan vasta nyt testataan kasvatuserityksiä sekä kotona että päivähoitossa.

Päivähoitajan mielipide kotihoiton pituudesta

Taulukosta 8 käy ilmi mihin asti päivähoitajien mielestä olisi edullista, että lapsi olisi oman äidin hoidossa. Perhepäivähoitajien kohdalla vastaukset polarisoituivat alle yksivuotiaisiin, kouluikäisiin ja aikuisiin. Tämä korostui vieraan hoitaessa lasta kotona, jolloin kaikki vastasivat lapselle olevan eduksi olla kotona joko kouluikäisiin tai aikuisiksi asti. Kuntamuodon mukaiset jakaumat näkyvät taulukosta 9. Verrattaessa edelliseen haastatteluun oli Helsingissä siirtyminen tapahtunut voimakkaasti vanhempaan suuntaan, muissa kaupungeissa ei vastaavaa muutosta ollut näkyvissä.

Päivähoitajilta kysyttiin myös heidän arviotaan päivähoitojärjestelyn sopivuudesta juuri tälle lapselle. Näissä arvioissa ei ole tapahtunut suuriakaan muutoksia edelliseen haastattelukertaan verrattuna. Erityisen hyvänä nykyistä päivähoitojärjestelyä piti 26,2 % päivähoitajista, hyvänä 66,7 % ja välttävänä 3,9 % sekä huonona 3,2 %. Eri kuntaryhmien välillä oli eroja erittäin hyväksi tai hyväksi arvioitujen määrissä, sen sijaan välttäviksi tai huonoiksi arvioitujen suhteen ei kuntaryhmissä ollut eroja. Päivähoitomuodon suhteen merkittävin muutos oli tapahtunut

Taulukko 8. Mihin asti päivähoitajasta olisi edullista, että lapsi olisi oman äidin hoidossa

Lapsi oman äidin hoidossa päivähoidotajan mielestä	Lapsen hoitomuoto										Kaikki									
	Päiväkoti		Kunnallinen perhe-päivähoito		Yksityinen perhe-päivähoito		Vieras hoitaa kotona													
	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	Luku	%								
Aikuiseksi	-	-	1	2,7	4	7,1	2	6,3	2	9,1	1	12,5	2	33,3	4	3,9	8	6,8		
Kouluikään	1	3,8	5	14,7	6	16,2	10	17,9	14	43,7	12	54,6	5	62,5	4	66,7	26	25,2	31	26,3
3 - 6 vuotiaaksi	11	42,3	20	58,8	14	37,9	17	30,4	7	21,9	1	4,5	1	12,5	-	-	33	32,0	38	32,2
1 - alle 3-vuotiaaksi	14	53,9	9	26,5	9	24,3	18	32,1	7	21,9	4	18,2	1	12,5	-	-	31	30,1	31	26,3
Alle 1-vuotiaaksi	-	-	-	-	7	18,9	7	12,5	1	3,1	2	9,1	-	-	-	-	8	7,8	9	7,6
Alle 2 kuukautiseksi	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,1	1	4,5	-	-	-	-	1	1,0	1	0,8
Yhteensä	26	100,0	34	100,0	37	100,0	56	100,0	32	100,0	22	100,0	8	100,0	6	100,0	103	100,0	118	100,0

Taulukko 9. Ikä, johon asti päivähoitajasta olisi edullista, että lapsi olisi oman äidin hoidossa kuntamuodon mukaan

Ikä, johon asti päivähoitajasta olisi edullista, että lapsi olisi oman äidin hoidossa	Kuntamuoto						Kaikki	
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat			
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Aikuiseksi	-	-	5	6,8	3	13,6	8	6,2
Kouluikäen asti	16	72,7	12	16,2	3	13,6	31	26,3
3 - 6-vuotiaaksi	3	13,6	31	41,9	4	18,2	38	32,2
1 - alle 3-vuotiaaksi	1	4,6	24	32,4	6	27,3	31	26,3
Alle 1-vuotiaaksi	2	9,1	2	2,7	5	22,7	9	7,6
Alle 6-kuukautiseksi	-	-	-	-	-	-	-	-
Alle 2-kuukautiseksi	-	-	-	-	1	4,6	1	0,8
Yhteensä	22	100,0	74	100,0	22	100,0	118	100,0

Ei tietoa 14

päiväkotien kohdalla ja arviot olivat siirtyneet välttävästä hyvään, edellisellä haastattelukerralla piti 50 % päivähoitajista nykyistä päivähoitojärjestelyä lapselle hyvänä, nyt peräti 71 %. Kahden lapsen kohdalla päivähoitaja piti päiväkotijärjestelyä huonona.

Päivähoitopaikan sopivuus tutkijan arvioimana

Lastenpsykiatrin arvioimana oli päivähoitopaikan sopivuus tälle tutkimuslapselle erittäin sopiva 22,1 %:ssa, sopiva 38,2 %:ssa ja melko sopiva 33,6 %:ssa, ei sopiva 6,1 %:ssa. Kuten taulukosta 10 näkyy, oli kokonaisjakauma jokseenkin sama kuin edellisen haastattelun aikana. Eri päivähoitomuotojen suhteen oli päiväkotien kohdalla erittäin sopiviksi

Taulukko 10. Nykyisen päivähoitopaikan sopivuus lastenpsykiatriin arvioimana

Nykyisen päivä- hoitopaikan sopivuus lapselle	Lapsen hoitomuoto										Kaikki									
	Päiväkoti		Kunnallinen perhe- päivähoito		Yksityinen perhe- päivähoito		Vieras hoitaa kotona													
	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.	I haast.	II haast.								
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%				
Erittäin sopiva	0	0,0	5	13,2	16	41,0	20	33,9	8	22,2	2	8,3	4	40,0	2	20,0	28	25,0	29	22,1
Sopiva	11	40,7	20	52,6	18	46,2	19	32,2	11	30,6	7	29,2	3	30,0	4	40,0	43	38,4	50	38,2
Melko sopiva	12	44,5	12	31,6	4	10,2	18	30,5	11	30,6	10	41,7	3	30,0	4	40,0	30	26,8	44	33,6
Ei sopiva	4	14,8	1	2,6	1	2,6	2	3,4	6	16,6	5	20,8	0	0,0	-	-	11	9,8	8	6,1
Yhteensä	27	100,0	38	100,0	39	100,0	59	100,0	36	100,0	24	100,0	10	100,0	10	100,0	112	100,0	131	100,0

arvioitujen osuus nousut kun taas melko sopiviksi sekä sopimattomiksi arvioitujen osuus oli pienentynyt. Sama muutos näkyi myös päiväkotien henkilökunnan omissa arvioissa päivähoitojärjestelyn sopivudesta lapselle ja ilmeisesti kyseessä on lasten kanssa työtä tekevien asiantuntijoiden samanlainen asenne (Solantaus, Taipale 1981): päivähoito nykyisellään sopii paremmin 3-vuotiaille kuin 2-vuotiaille. Kunnallisessa perhepäivähoidossa melko sopiviksi arvioitujen osuus oli kasvanut. Yksityisen perhepäivähoidon kohdalla oli erittäin sopivien osuus pienentynyt huomattavasti ja kasvu oli tapahtunut melko sopivien osuudessa. Kuntamuodon mukaan tarkastellen oli muut kunnat -ryhmässä tapahtunut erittäin sopiviksi arvioitujen määrässä huomattava lasku, siirtyminen oli tapahtunut melko sopivana pidettyjen osuuteen. Muuten jakaumat olivat eri kuntamuodoissa edellisen haastattelukerran kaltaisia.

Päivähoitajan fyysinen terveys

Päivähoitajan fyysinen terveys oli valtaosassa hyvä, kuten voi odottaakin kun päivähoitajat olivat useimmiten nuoria ihmisiä. Vieraan hoitaessa lasta kotona -ryhmässä oli eniten vain kohtalaista terveyttä ja se erottui muista hoitoryhmistä. Tällöinhän päivähoitaja usein oli ollut isovanhempi.

Päivähoitajan persoonallisuus

Suhteellisen terveeksi oli arvioitu valtaosa päivähoitajista (80 %) ja selvästi neuroottisiksi 19,1 % ja vain yksi (0,8 %) on arvioitu vaikeasti häiriintyneeksi. Edelliseen haastatteluun nähden oli tapahtunut jonkin verran siirtymistä lähinnä normaalista lievästi poikkeavaan ryhmään. Tulosta voi pitää sangen hyvänä, sillä vanhempien haastattelun kohdalla suhteellisen terveeksi oli arvioitu perhehaastattelussa noin 70 % vanhemmista. On muistettava, että vanhempien kohdalla oli jo toinen haastattelu ja perhehaastattelujen pohjalta syntyi monipuolisempi kuva vanhempien persoonallisuuden eri puolista kuin päivähoitajien haastattelussa, joka keskittyi työn ympärille. Eri päivähoitomuotojen välillä oli jonkin verran eroavaisuuksia siten, että päiväkotien hoitajat oli arvioitu kaikki suhteellisen terveiksi, kunnallisten perhepäivähoitajien kohdalla oli

lievästi neuroottisiksi arvioituja jo 22 % ja yksityisessä perhepäivähoidossa jo 39,1 %. Kuntaryhmien välillä ei tullut esiin merkittäviä eroja.

Päivähoitopaikan siisteys ja tilat

Päivähoitopaikan siisteysten suhteen ei eri päivähoitomuotojen välillä ollut merkittäviä eroja. Siisteiksi oli arvioitu 85,3 % ja erittäin siisteiksi 14,7 %. Päivähoitopaikan tilat olivat tutkijan arvioimana olleet tilavat 31,3 %:ssa, riittävät 51,9 %:ssa ja ahtaat 16,8 %:ssa. Jakauma oli jokseenkin sama kuin edellisellä haastattelukerralla. Kuntaryhmien välisenä erona nousi esiin Helsingissä tilavien päivähoitopaikkojen suhteellinen vähyys, niitä oli alle puolet muitten kuntaryhmien määrästä. Ahtaita päivähoitopaikkoja oli Helsingissä kolmasosa tutkimuslasten päivähoitopaikoista, mikä on kaksinkertainen määrä muihin kaupunkeihin verrattuna ja kolminkertainen määrä muut kunnat -ryhmään verrattuna. Päiväkodeista oli nyt 15,4 % arvioitu tilaviksi, edellisellä haastattelukerralla näin ei ollut yhdessäkään tapauksessa. Perhepäivähoidossa tilat oli arvioitu tilaviksi yli kaksi kertaa useammin kuin päiväkodissa. Yksityisistä perhepäivähoitopaikoista oli ahtaiksi arvioitu enemmän kuin kunnallisista perhepäivähoitopaikoista, vaikka kunnallisissa perhepäivähoitopaikoissa oli useampia lapsia hoidossa. Ikää vastaavaa leikkimateriaalia oli haastattelija arvioinut yleensä olleen runsaasti. Ainoastaan yksittäisissä päivähoitopaikoissa Helsingissä ja muut kunnat -ryhmässä oli arvioitu leikkimateriaalia olevan niukasti. Päivähoitomuodon mukaan tarkastellen oli päiväkodeissa materiaalia arvioitu olevan runsaasti 97,4 %:ssa, mikä on selvästi eniten eri hoitomuodoista.

Päivähoitopaikan yleisilmapiiri

Koko aineiston jakauma näkyy taulukosta 11. Yleisilmapiiriä arvioitaessa oli edelliseen arviointikertaan verrattuna päiväkotien kohdalla erittäin myöntefiseksi arvioitujen määrä lisääntynyt (ennen 7,1 % ja nyt jo 20,5 %). Kunnallisessa perhepäivähoidossa oli jonkin verran poikkeavaksi yleisilmapiiriltään arvioitujen määrä yli kaksinkertaistunut ja siellä oli ollut myös muutama päivähoitopaikka, joiden ilmapiiri oli

Taulukko 11. Päivähoidtopaikan yleisilmapiiri lapsen hoitomuodon mukaan

Päivähoidtopaikan yleisilmapiiri	Lapsen hoitomuoto											
	Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki			
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%		
Erittäin myönteinen	8	20,5	18	30,5	1	4,4	2	20,0	29	22,1		
Lähinnä normaali	21	53,9	20	33,9	8	34,8	6	60,0	55	42,0		
Jonkin verran poikkeava	10	25,6	18	30,5	9	39,1	2	20,0	39	29,8		
Selvästi poikkeava	-	-	3	5,1	5	21,7	-	-	8	6,1		
Yhteensä	39	100,0	59	100,0	23	100,0	10	100,0	131	100,0		

Ei tietoa 1

Taulukko 12. Päivähoidtopaikan kasvatuserä lapsen hoitomuodon mukaan

Päivähoidtopaikan kasvatuserä	Lapsen hoitomuoto											
	Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki			
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%		
Lähinnä normaali	38	97,4	51	86,4	13	56,5	9	90,0	111	84,7		
Lievästi poikkeava	1	2,6	7	11,9	8	34,8	-	-	16	12,2		
Selvästi poikkeava	-	-	1	1,7	2	8,7	1	10,0	4	3,1		
Yhteensä	39	100,0	59	100,0	23	100,0	10	100,0	131	100,0		

Ei tietoa 1

selvästi poikkeavaksi. Yksityisessä perhepäivähoidossa oli erittäin myönteisten osuus vähentynyt ja jonkin verran poikkeavien sekä selvästi poikkeavien osuus kasvanut. Verrattaessa näitä haastattelijan arvioita hoitopaikan yleisilmapiiristä haastattelijan arvioihin päivähoitopaikan sopivuudesta, ovat arviot aika lailla saman suuntaisia. Eri kuntaryhmissä on jonkin verran ja selvästi yleisilmapiiriltään poikkeaviksi arvioitujen osuus sama.

Yhteistyö vanhempien kanssa

Päivähoitajat olivat kokeneet yhteistyön hyväksi 68,2 %:ssa, melko hyväksi 17,1 %:ssa, jonkin verran vaikeaksi 7,0 %:ssa ja runsaasti vaikeaksi 7,7 %:ssa. Edelliseen haastattelukertaan nähden oli siirtymistä tapahtunut suhteellisissa osuuksissa hyvästä ryhmästä melko hyvään. Eri päivähoitomuotojen välillä ei tullut esiin merkittäviä eroja. Kuntaryhmien kohdalla nousi Helsingin osuus, siellä olivat päivähoitajat raportoineet enemmän vaikeuksia vanhempien kanssa kuin muissa kuntaryhmissä.

Päivähoitajan persoonallisuus ja päivähoitajana oleminen sekä kasvatusasenteet

Lastenpsykiatrin arvio siitä, miltä päivähoitajana oleminen päivähoitajasta tuntuu on monimutkainen asia. Kuntaryhmistä erottui Helsingissä vastentahtoisten suurempi osuus kuin muissa ryhmissä ja toisaalta muut kunnat -ryhmässä taas hyvin viihtyvien osuus oli suurempi kuin muissa kuntaryhmissä. Päivähoitajat oli yleensä arvioitu sangen empaattisiksi, yksityinen perhepäivähoitomuoto muita harvemmin. Kuntamuodon mukaan tarkastellen Helsingissä oli enemmän päivähoitajia, jotka oli arvioitu vähemmän empaattisiksi, tämä heijasteli yksityisen perhepäivähoidon suurta osuutta Helsingin aineistossa. Muutosta oli tapahtunut myös päiväkotien kohdalla, joiden hoitajat oli nyt arvioitu empaattisemmiksi kuin edellisellä haastattelukerralla.

Kasvatusasenteiltaan valtaosa on arvioitu normaaleiksi. Taulukko 12 kertoo kokonaisjakaumista. Edelliseen haastattelukertaan verrattuna ei kasvatusasenteiden jakaumissa ollut tapahtunut juuri muutoksia.

Päivähoitajan arvio lapsesta

Päivähoitajat olivat toisella haastattelukerralla nähneet tutkimuslapsessa jotain tavallisuudesta poikkeavaa huomattavan paljon useammin kuin aikaisemmin. Helsingissä ja muut kaupungit -ryhmässä poikkeavuutta oli havaittu yli 40 %:ssa, muut kunnat -ryhmässä 27,3 %:ssa. Eri päivähoitomuodoissa päiväkodit erottuivat siinä, että ne ovat ilmoittaneet 53,8 %:ssa jotakin poikkeavuutta. Kunnallisen ja yksityisen perhepäivähoidon välillä ei ollut tässä suhteessa eroja. Muutos edelliseen haastatteluun ei varmaan selity pelkästään lapsen lisääntyneestä tuntemisestä käsin, vaan on myös niin, että hyvin pienen lapsen kehityksen puutteet ovat niin väljät, että poikkeavien piirteiden toteaminen onnistuukin vasta myöhemmin.

Päivähoitajan kyky vastata lapsen tarpeisiin

Päivähoitajan kyky vastata lapsen tarpeisiin oli arvioitu erittäin hyväksi tai hyväksi 63,3 %:ssa ja tyydyttäväksi 27,5 %:ssa. Kunnallinen päivähoito erottui tässä arviossa muita hoitomuotoja parempana - näissähän myös päivähoitajien koulutus ammattiinsa oli yleisempää.

Päivähoitopaikan vaihdokset ja päivähoitopaikkaan liittyvät muutokset

Kyseessä on ollut päivähoitajan ensimmäinen haastattelu 59,5 %:ssa ja eri päivähoitomuodoista päiväkodeissa selvästi muita hoitomuotoja useammin (74,4 %). Yksityisessä perhepäivähoidossa on kunnallista perhepäivähoitoa useammin ollut kyseessä toinen haastattelu. Kuntaryhmien kesken muut kunnat -ryhmässä on muita kuntaryhmiä useammin ollut kyseessä päivähoitajan toinen haastattelu. Helsingissä oli tapahtunut edellisestä haastattelukerrasta enemmän päivähoitopaikkojen vaihdoksia kuin muissa kuntaryhmissä. Samoin päiväkotiryhmissä oli tapahtunut runsaasti muutoksia vuoden aikana, 75,7 %:lla päiväkodissa olevista tutkimuslapsista oli vaihtunut ainakin kaksi hoitajaa ja 36,4 %:lla viisi tai useampia hoitajia. Lapsiryhmässä tapahtuneet muutokset olivat yhtä runsaita. Päiväkotiryhmissä muutoksia oli ollut eniten, vain 9,1 %:ssa lapsiryhmä oli pysynyt samana.

Kunnallisessa perhepäivähoidossa ryhmä oli pysynyt samana 34,6 %:ssa kun yksityisessä perhepäivähoidossa 78,9 %:ssa ei lapsiryhmässä ollut tapahtunut muutoksia. Helsingissä ja päiväkodeissa vaihdokset olivat runsaimmat. Samoin päivähoitopaikka oli vaihtunut uusiin tiloihin Helsingissä useammin kuin muissa kuntaryhmissä. Päivähoitomuodoista vieraan hoitaessa lasta kotona oli päivähoitopaikka vaihtunut uusiin tiloihin suhteessa useammin kuin muissa päivähoitomuodoissa, tällöin on kyseessä ollut perheen muutto.

Lasten kokemat runsaat muutokset päivähoitajien vaihtuessa on jo myönnetty ongelmallisiksi. Myös lapsiryhmän suuri vaihtuvuus saattaa olla lapsen ihmissuhteiden kehitykselle haitaksi, sillä juuri kun ryhmä on päässyt muotoutumaan rooleineen ja lapsi on kiintynyt toverihiinsa, tässä saavutettu tasapaino häiriintyy kun ryhmän kokoonpano muuttuu. Tätä puolta päivähoitossa on toistaiseksi tutkittu vähän ja se saattaa olla heijastumaa aikuisten tavasta aliarvioida lasten keskinäisten suhteiden merkitystä. Alue kaipaa vielä runsaasti lisätutkimuksia. Mitkä ovat niitä tekijöitä sekä hoitajien kohdalla että lapsiryhmän sisällä, jotka johtavat runsaisiin muutoksiin ja voitaisiinko niihin vaikuttaa? Miten tukea lapsia, jotka kokevat ydinperheen ihmissuhteissa vaihdoksia ja joutuvat myös kokemaan sekä toistuvia päivähoitajien vaihdoksia että muutoksia lapsiryhmässä? Nämä ovat kysymyksiä, jotka päivähoito kohtaa, kun sen merkitys lasten kehityksen tukemisessa korostuu.

LÄHDELUETTELO

- Lasten kehitystutkimus: Osa II. Suomen virallinen tilasto, sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII:83, ss. 30 - 33.
Solantaus, T. ja Taipale, V. Lapsen hoiva ja erotilanteet varhaislapsuudessa. Duodecim 97:174 - 184, 1981.

6. PÄIVÄHOITO

6.1. Päivähoitomuoto perheen sosioekonomisen aseman mukaan

Päivähoitomuoto perheen sosioekonomisen aseman mukaan käy ilmi taulukosta 13.

Maatalousyrittäjien lapsista oli tässä aineistossa hoidettu kotona 79,0 %, mikä on selvästi yli keskiarvon (50,8 %) ja selvästi eniten muihin ryhmiin verrattuna.

Ylempien toimihenkilöiden lapsista oli äidin tai isän hoidossa kotona vähiten - 35,9 %, jopa vähemmän kuin alempien toimihenkilöiden (46,4 %).

Maatalous- ja muiden yrittäjien lapsista ei yksikään ollut hoidossa päiväkodissa, kunnallisessa perhepäivähoitossa sen sijaan oli useampia.

Eniten oli tutkimuslapsista hoidossa päiväkodissa ylempien toimihenkilöiden lapsia (17,9 %). Päiväkotiryhmään on laskettu sekä kunnalliset päiväkodit että ne neljä tutkimuslasta (2 ylemmistä työntekijöistä ja 2 työntekijöistä), jotka olivat yksityisessä päiväkodissa. Ylempien ja alempien toimihenkilöiden kesken ei ollut merkittävää eroa yksityisen perhepäivähoidon osuudessa (15 %), työntekijöiden kohdalla tätä hoitomuotoa oli selvästi vähemmän (7,7 %). Eniten olivat yksityistä perhepäivähoitoa käyttäneet opiskelijat (16,7 %).

6.2. Päivähoidon järjestäminen

Niistä 315:stä lapsesta, joita seurattiin 3-vuotiaaksi asti, oli 201 (63,8 %) ainakin jossakin vaiheessa muun kuin oman vanhemman päivähoitossa. Vieraan päivähoitossa olleet lapset jakaantuvat paikkakunnittain seuraavasti: Helsinki 40 (81,6 %), Loppi 9 (39,1 %), Naantali 28 (68,3 %), Raahe 66 (64,1 %), Rääkkylä 6 (50,0 %), Tammisaari 35 (74,5 %), Virtasalmi 5 (50,0 %) ja Keuruu 12 (40,0 %). Kuntaryhmittäin vieraan päivähoitossa olleiden lasten osuudet olivat: Helsinki 92 %, muut kaupungit 68 % ja muut kunnat 43 %.

Taulukko 13. Päivähoidomuoto perheen sosioekonomisen aseman mukaan

Päivähoido- muoto	Perheen sosioekonominen asema															
	Maatalous- yrittäjä		Muu yrittäjä		Ylempi toimihen- kilö		Alempi toimihen- kilö		Työntekijä		Opiskelija		Muu		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Isä tai äiti hoitaa	15	79,0	-	-	14	35,9	39	46,4	85	54,8	4	66,6	2	100,0	159	50,8
Kunnallinen tai yksityi- nen päiväkot	-	-	-	-	7	17,9	12	14,3	24	15,6	1	16,7	-	-	44	14,1
Kunnallinen perhepäivä- hoito	3	15,8	6	75,0	8	20,5	17	20,2	27	17,4	-	-	-	-	61	19,5
Yksityinen perhepäivä- hoito	1	5,2	1	12,5	6	15,4	12	14,3	12	7,7	1	16,7	-	-	33	10,5
Vieras hoitaja kotona	-	-	1	12,5	4	10,3	4	4,8	7	4,5	-	-	-	-	16	5,1
Yhteensä	19	100,0	8	100,0	39	100,0	84	100,0	155	100,0	6	100,0	2	100,0	313	100,0

Kolmen vuoden iässä oli puolet tutkimuslapsista kotona oman vanhemman hoidossa päivisin. Lisäksi oli 5 % vieraan päivähoitossa omassa kodissaan. Eri kuntaryhmien ja kuntien kesken oli kuitenkin tässä suhteessa varsin suuria eroja. Maalaiskunnissa oli paljon enemmän lapsia oman vanhemman hoidossa päivisin kuin Helsingissä ja muissa kaupungeissa (taulukko 14).

Yksittäisiä kuntia tarkasteltaessa ilmenee, että eniten kotona oman vanhemman hoidossa olevia oli Keuruulla (yli 75 %) ja vähiten Tammisaaressa (runsaat 30 %). Eniten vanhemman päivähoitossa olevia lapsia oli kaupungeista Naantalissa (yli 55 %) ja vähiten maalaiskunnista Virtasalmella (50 %). Vieraita päivähoitajia kotona oli Helsingissä jonkin verran enemmän kuin muissa kunnissa (Helsingissä 8 %).

Taulukko 14. Päivähoitomuoto 3-vuotiaana kuntamuodon mukaan

Päivähoitomuoto 3-vuotiaana	Kuntamuoto							
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Äiti tai isä hoitaa	17	34,7	91	47,6	51	68,0	159	50,5
Päiväkoti	5	10,1	34	17,8	6	8,0	45	14,2
Kunnallinen perhepäivähoito	9	18,4	45	23,6	8	10,7	62	19,7
Yksityinen perhepäivähoito	14	28,6	12	6,3	7	9,3	33	10,5
Vieras hoitaja kotona	4	8,2	9	4,7	3	4,0	16	5,1
Yhteensä	49	100,0	191	100,0	75	100,0	315	100,0

Perhepäivähoitossa oli yli kaksi kertaa enemmän tutkimuslapsia kolmen vuoden iässä kuin päiväkodeissa. Perhepäivähoitolapsista kaksi kolmannesta oli kunnallisessa ja yksi kolmannes yksityisessä perhepäivähoitossa. Päiväkotilapsista 9/10 oli kunnallisessa päiväkodissa. Päiväkotihoido oli

tavallisempaa muissa kaupungeissa kuin Helsingissä ja maalaiskunnissa. Tammisaaressa oli jopa 30 % tutkimuslapsista päiväkodissa ja Naantalissa yli 20 %.

Kunnallinen perhepäivähoitokin oli useammin hoitomuotona muissa kaupungeissa kuin Helsingissä ja muissa kunnissa. Tammisaaressa oli yli 30 % lapsista kunnallisessa perhepäivähoitossa ja Raahessa 25 %. Virtasalmeella oli 3/10 lapsesta kunnallisessa perhepäivähoitossa. Helsingissä oli enemmän lapsia yksityisessä kuin kunnallisessa päivähoitossa (37 % yksityisessä, 29 % kunnallisessa), kun suhde yksityisen ja kunnallisen päivähoiton välillä muissa kaupungeissa vaihteli 1:10 (Tammisaari) ja 2:5 (Raaha, Naantali). Maalaiskunnissa suhde oli keskimäärin 7:10. Verrattuna tilanteeseen tutkimuslasten ollessa 2-vuotiaita oli Helsingissä tapahtunut selvä lisäys kunnallisen päivähoiton osuudessa (katso luku 5 sivulla 27).

Tutkimuslapsista on siis 36 % ollut 3-vuotiaaksi asti kotona oman vanhemman hoidossa päivisin. Lisäksi on kymmenen lasta ollut vieraan hoidossa vain omassa kodissaan, joten 40 % tutkimuslapsista on ollut vain omassa kodissaan päivähoitossa.

Yhteen ikävuoteen mennessä meni yksi kolmannes tutkimuslapsista ensimmäisen kerran vieraan päivähoitoon ja 40 % ennen 13 kuukauden ikää. Helsingissä tämä osuus on suurempi, maalaiskunnissa pienempi (taulukko 15).

Taulukko 15. Lapsen ikä ensimmäiseen hoitopaikkaan mennessä kuntamuodon mukaan

Lapsen ikä ensimmäiseen hoitopaikkaan mennessä, kuukautta	Kuntamuoto							
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Ei muun kuin vanhemman hoidossa	9	19,1	60	31,9	44	59,5	113	36,6
1 - 12	25	53,2	75	39,9	24	32,4	124	40,1
13 - 18	7	14,9	27	14,4	2	2,7	36	11,7
19 - 24	3	6,4	13	6,9	1	1,4	17	5,5
25 - 30	2	4,3	9	4,8	1	1,3	12	3,9
31 - 36	1	2,1	4	2,1	2	2,7	7	2,2
Yhteensä	47	100,0	188	100,0	74	100,0	309	100,0

Tieto puuttuu kolmessa tapauksessa.

Lapsen ikä päivähoitoon mennessä on useammin ollut alhaisempi maalaiskunnissa kuin kaupungeissa. 80 % niistä lapsista, jotka ylipäänsä ovat olleet vieraan päivähoitossa on maalaiskunnissa mennyt päivähoitoon alle 13 kuukauden iässä. Helsingissä vastaava prosentti on 66 ja muissa kaupungeissa 59. On kuitenkin huomioitava että maalaiskunnissa oli suurin prosentti lapsia, jotka eivät ole ollenkaan olleet vieraan päivähoitossa. Tammisaarella meni ylivoimaisesti vähiten lapsia alle yhden vuoden iässä vieraan päivähoitoon: 15 % kaikista lapsista ja 20 % niistä lapsista, jotka ylipäänsä olivat olleet vieraan päivähoitossa kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. Tämä liittyyne siihen seikkaan, että Tammisaari kuului kotihoiton kokeiluvaihtoehtoon III, jossa äideille maksettiin sairausvakuutuksen äitiysrahan suuruinen tuki lapsen ensimmäisen ikävuoden loppuun. Lopella, joka maalaiskuntana kuului samaan kokeiluvaihtoehtoon, meni kuitenkin 5 kappaletta 22:sta lapsesta (23 % kaikista lapsista, 63 % ylipäänsä päivähoitoon menneistä lapsista) päivähoitoon jo ennen yhden vuoden ikää.

Lapsen ensimmäinen päivähoitomuoto oli useimmiten perhepäivähoito (64 % niistä lapsista, jotka ylipäänsä olivat olleet vieraan päivähoitossa). Suunnilleen yhtä usein oli kyseessä yksityinen (33 %) ja kunnallinen (31 %) perhepäivähoito. Päiväkoti oli ensimmäinen hoitopaikka 21 %:ssa. Vieras hoitaja kotona oli lapsen ensimmäinen päivähoitomuoto 15 %:ssa tapauksista. Helsingissä yksityinen perhepäivähoito oli yli 3 kertaa tavallisempi ensimmäinen hoitomuoto kuin kunnallinen perhepäivähoito, maalaiskunnissa taas oli kunnallinen perhepäivähoito lähes kaksi kertaa tavallisempi ensimmäinen hoitomuoto kuin yksityinen. Muissa kaupungeissa olivat päiväkoti, kunnallinen perhepäivähoito ja yksityinen perhepäivähoito suunnilleen yhtä tavallisia ensimmäisiä hoitomuotoja. Päiväkodissa päivähoitonsa aloittaneista lapsista puolet menivät hoitoon 1 - 1,5 vuotiaina kun taas vieraan hoitajan kotiin ensimmäiseksi saaneista lapsista 62 % aloitti hoitonsa 6 - 11 kuukauden iässä. Perhepäivähoitossa päivähoitonsa aloittaneet lapset jakautuvat hieman tasaisemmin hoidon aloittamisiän suhteen joskin yli puolet (57 %) aloitti päivähoiton ensimmäisen ikävuoden jälkipuoliskolla. Koko päivähoitoaineistossahan 51 % aloitti päivähoitonsa 6 - 11 kuukauden iässä ja 55 % ensimmäisen ikävuoden aikana.

Päivähoidossa olleista lapsista oli puolet kolmen vuoden iässä ollut vain yhdessä hoitopaikassa ja 80 % enintään kahdessa hoitopaikassa (taulukko 16).

Taulukko 16. Päivähoitojaksojen lukumäärä kuntamuodon mukaan

Päivähoitojaksojen lukumäärä	Kuntamuoto						Kaikki	
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat			
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	17	43,6	64	50,0	19	63,3	100	50,8
2	16	41,0	34	26,6	9	30,0	59	29,9
3	3	7,7	21	16,4	1	3,3	25	12,7
4	1	2,6	6	4,7	1	3,4	8	4,1
5	1	2,6	2	1,6	-	-	3	1,5
6	1	2,5	1	0,7	-	-	2	1,0
Yhteensä	39	100,0	128	100,0	30	100,0	197	100,0

Maalaiskunnissa olivat kahta lukuunottamatta kaikki lapset olleet enintään kahdessa hoitopaikassa. Eniten vaihdoksia oli muissa kaupungeissa.

Tarkasteltaessa hoitopaikkojen vaihdoksia eri hoitomuodoissa on todettavissa, että vähiten vaihtuvuutta oli päiväkotihoidossa: 73 % niistä lapsista, jotka olivat aloittaneet päivähoitonsa päiväkodissa, oli vielä 3-vuotiaana samassa hoitopaikassa ja niistä lapsista, joiden toinen hoitopaikka oli päiväkotinä, oli 75 % 3-vuotiaana samassa päiväkodissa. Kunnallinen perhepäivähoitopaikka oli lapsen ainoana 56 %:ssa tapauksista ja 63 % niistä lapsista, joiden toinen hoitopaikka oli kunnallinen perhepäivähoitopaikka oli samassa hoitopaikassa vielä tutkimusajan päättyessä. Yksityisissä hoitomuodoissa vaihto oli suurempaa. Yksityinen perhepäivähoitopaikka oli lapsen ainoa hoitopaikka 40 %:ssa ja vieras hoitaja kotona lapsen ainoa hoitaja 33 %:ssa tapauksista. Toisena hoitopaikkana oli yksityinen perhepäivähoitopaikka jäänyt viimeiseksi tutkimusajan puitteissa 52 %:ssa ja vieras hoitaja lapsen kotona 36 %:ssa tapauksista. Siirtymistä toiseen samaan hoitomuotoon kuuluvan hoitajan hoitoon

tapahtui eniten kunnallisen perhepäivähoidon piirissä, jossa näin tapahtui 70 %:sti jos lapsi ylipäänsä siirtyi toiseen hoitopaikkaan. Yksityisessä perhepäivähoidossa olleet lapset siirtyivät hieman useammin kunnalliseen hoitoon kuin toiseen yksityiseen perhepäivähoitopaikkaan. Kunnallisesta päivähoidosta tapahtui vain harvoin siirtymistä yksityiseen hoitoon, mutta ne lapset, joilla oli vieras hoitaja kotona pysyivät useimmin yksityisen hoidon piirissä hoitajavaihdoksen jälkeenkin.

Päivähoidossa olleista lapsista oli runsaat puolet (55 %) koko ajan päivähoidossa sen jälkeen kun oli mennyt hoitoon ja 45 % oli uudelleen kotona päivisin sen jälkeen kun oli jo ollut kodin ulkopuolisessa hoidossa. Tämä suhde oli eri kuntaryhmissä melko samanlainen. Yksittäisissä kunnissa oli jonkin verran eroja: Lopella, Naantalissa ja Raahessa oli yli puolet päivähoidossa olleista lapsista palannut kotihoitoon kodin ulkopuolisen hoitovaiheen jälkeen. Tammisaarella ja Rääkkylässä kuului taas vain noin viidennes päivähoidossa olleista lapsista tähän ryhmään. Eräs syy lapsen siirtymiseen takaisin kotihoitoon päivähoitovaiheen jälkeen oli luonnollisesti äidin äitiysloma nuoremman sisaruksen synnyttyä.

Tutkimuksessa on myös tarkasteltu lasten päivähoitomuotoa suhteessa vanhempien työhön. Valtaosa (92 %) niiden äitien lapsista, jotka eivät olleet kodin ulkopuolisessa ansiotyössä, oli 3-vuotiaana päivisin kotona oman äidin hoidossa. Muutamit poikkeukset löytyivät Helsingistä ja muista kaupungeista ja jakautuivat melko tasan päiväkodin ja perhepäivähoidon kesken. Nämä äidit olivat pääasiallisesti opiskelijoita tai tilapäisesti työttömiä. Kokopäivätyössä olevien äitien lapsista oli 25 % kotona oman vanhemman hoidossa. Näistä oli suurin osa maalaiskunnissa, jolloin äidin työ yleensä tapahtui kotona. Kuitenkin oli Helsingissä 3 lasta ja muissa kaupungeissa 8 lasta kokopäivätyössä olevien äitien lapsista kotona oman vanhemman hoidossa. Näissäkin tapauksissa oli ilmeisesti melkein säännönmukaisesti kysymys äidin kotona tapahtuvasta ansiotyöstä.

Kokopäivätyössä oli noin 45 % äideistä. Vuorotyössä olevien äitien lapset olivat melkein kaikki vieraan päivähoidossa. Vuorotyössä olevia äitejä oli 24 ja lisäksi yötyössä yksi. Isiä oli vuorotyössä 56 ja yötyössä

yksi. Yli puolet heistä oli kolmivuorotyössä. Vuorotyössä olevien isien lapsista oli yli 60 % vain kotona oman vanhemman hoidossa. Vain viisi isää ei ollut ansiotyössä: kolme työtöntä, yksi eläkeläinen ja yksi isä teki palkatonta kotityötä. Yhdessä tapauksessa olivat molemmat vanhemmat työttömiä. Äidit olivat useammin kotona silloin kun isillä oli vuorotyö: kun isä oli kolmivuorotyössä äidillä ei ollut ansiotyötä 59 %:ssa (20 tapausta). Koko aineistossa oli vastaava prosentti 38 tutkimuslasten ollessa 3-vuotiaita. Vuorotyö voi ratkaista lasten päivähoito-ongelman, mutta aiheuttaa toisaalta stressiä vanhempien yhdessäoloajan jäädessä minimaaliseksi.

Päiväkotihoito oli tavallisempaa kokopäivätyössä olevien äitien lapsilla. Kolmannes päivähoidossa olevista kokopäivätyössä olevien äitien lapsista oli päiväkodissa, kun osapäivätyössä olevien äitien lapsista vajaa neljännes ja vuorotyössä olevien äitien lapsista vain 13 % päivähoidossa olevista lapsista oli päiväkodissa. Perhepäivähoidossa olevien lasten kohdalla oli kunnallinen hoito kaksi kertaa tavallisempaa kuin yksityinen silloin, kun äiti oli kokopäivätyössä ja lapsi ylipäänsä vieraan hoidossa. Osa- ja vuorotyössä olevien äitien päivähoidossa olevat lapset olivat yhtä usein yksityisessä kuin kunnallisessa perhepäivähoidossa. Jos lapsi oli päivähoidossa oli vieras hoitaja kotona kaksi kertaa tavallisempi hoitomuoto, jos äiti oli osapäivätyössä ja yli kolme kertaa tavallisempi hoitomuoto, jos äiti oli vuorotyössä kuin jos äiti oli kokopäivätyössä.

Tarkasteltaessa eri kuntaryhmiä erikseen on sama suuntaus todettavissa. Helsingissä ja maalaiskunnissa olivat kaikkien päiväkotilasten äidit kokopäivätyössä. Helsingissä oli kuitenkin yksityinen päivähoito tavallisempaa kuin kunnallinen myös kokopäivätyössä olevien äitien lasten kohdalla.

Päiväkotihoito kolmen vuoden iässä oli myös tavallisempaa niillä lapsilla, joiden isät olivat kokopäivätyössä kuin vuorotyössä. Vastaavasti oli kuitenkin kunnallinen perhepäivähoito yleisempää vuorotyössä olevien isien päivähoidossa olevien lasten kohdalla. Yksityistä päivähoitoa saivat kokopäivä- ja vuorotyössä olevien isien lapset yhtä usein, jos yleensä olivat päivähoidossa. Vieras hoitaja kotona oli tavallisempi hoitomuoto, jos lapsen isä oli vuoro- kuin kokopäivätyössä.

Päivähoitomuodon ja etenkin äidin työaikojen yhteys viitanee siihen, että päiväkotit ja jossakin määrin myös kunnallinen perhepäivähoito edellyttää usein ollakseen mielekäs päivähoitomuoto säännöllisiä ja täyspitkiä työpäiviä äidiltä. Perhepäivähoito ja erityisesti yksityinen hoito sekä vieras hoitaja kotona on ilmeisesti joustavampi hoitomuoto silloin, kun äidillä on epäsäännölliset työajat tai äiti tekee osapäivätyötä.

6.3. Päivähoitojärjestelyjen laadullinen arvio

Ne tutkimuslapset, jotka tutkimusaikana (kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana) jossakin vaiheessa olivat muun kuin oman vanhemman päivähoitossa, on jaettu kolmeen ryhmään sen mukaan kuinka hyvä lapsen päivähoitojärjestelyjen laadun on arvioitu olevan. Tällöin on huomioitu monessako hoitopaikassa lapsi oli kolmeen ikävuoteen mennessä ollut, vanhempien perhehaastattelussa ilmoittama tyytyväisyys tai tyytymättömyys lapsen eri hoitopaikkoihin sekä haastattelijoiden haastatteluissa tehdyt arviot päivähoiton laadusta.

Sen sijaan tässä jaossa kolmen ryhmään ei ole huomioitu minkä tyyppisessä päivähoitossa lapsi on ollut (päiväkotit, perhepäivähoito, vieras hoitanut kotona) eikä minkä ikäisenä lapsi on ensimmäisen kerran siirtynyt muun kuin oman vanhemman päivähoitoon tai kuinka pitkän ajan kolmesta ensimmäisestä elinvuodestaan lapsi on ollut vieraan henkilön päivähoitossa.

Edellytyksenä sijoittumiselle parhaimpaan ryhmään oli, että lapsi on tutkimusaikana ollut enintään kahdessa vieraassa hoitopaikassa (tai vieras hoitaja kotona). Edelleen on edellytetty että vanhemmat ovat ilmoittaneet kokeneensa kaikki lapsen päivähoitopaikat myönteisinä tai melko myönteisinä. Jotta lapsi sijoittuisi parhaimpaan päivähoiton laaturyhmään täytyi ainakin yksi lastenpsykiatrin suorittama päivähoitajan haastattelu olla tehty ja seuraavat laadulliset arviot tehty kaikissa (kahdessa tai yhdessä) päivähoitajan haastatteluissa: päivähoitaja suhtautuu lapseen hyvin tai erityisen hyvin, päivähoitaja on empaattinen, hänen kasvatusasenteensa ovat normaalit, hoitopaikan ilmapiiri on positiivinen

ja päivähoitaja viihtyy työssään. Nämä kaikki kriteerit täyttäviä päivähoitojärjestelyjä oli 51 lapsen kohdalla niistä 201 lapsesta, jotka ylipäänsä olivat olleet muun kuin oman vanhemman päivähoitossa.

Kolmanteen eli huonoimpaan päivähoitajien laadulliseen ryhmään sijoituivat kaikki ne tutkimuslapset, jotka kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana olivat olleet neljässä tai useammassa vieraassa hoitopaikassa (tai vieraita hoitajia kotona). Lisäksi tähän ryhmään vietiin ne lapset, joiden vanhemmat olivat ilmoittaneet kokeneensa edes yhden lapsensa hoitopaikan kielteisenä. Edelleen kuuluivat kolmanteen ryhmään ne lapset, joiden kohdalla edes yhdessä (tai molemmissa) päivähoitajan haastattelussa oli tehty yksikin seuraavista arvioista: päivähoitaja suhtautuu selvästi poikkeavasti tutkimuslapsen, päivähoitajan kasvatusasenteet ovat selvästi poikkeavat, hoitopaikan ilmapiiri on selvästi poikkeava, päivähoitaja on sängen itsekeskeinen, vailla empatiaa. Kolmas ja huonoin päivähoitojärjestelyjen laadullinen ryhmä muodostui näin 37 lapsesta.

Toinen eli keskimäinen ryhmä koostui niistä päivähoitossa olleista lapsista, jotka eivät sijoittuneet ensimmäiseen eikä kolmanteen ryhmään. Heitä oli 113 kappaletta.

Tarkasteltaessa kolmatta eli huointa päivähoitojärjestelyjen laadullista ryhmää tarkemmin on todettavissa, että pelkästään hoitopaikkojen lukumäärän perusteella vietiin tähän ryhmään 7 lasta ja pelkästään vanhempien ilmoittaman tyytymättömyyden perusteella 10 lasta. Kielteinen laatuarvio päivähoitajan haastattelussa oli tehty 17 lapsen kohdalla. Ainakin neljä hoitopaikkaa oli ollut 13 lapsella.

Päivähoidon parhaaseen laadulliseen ryhmään sijoittuivat suurempi osuus päivähoitossa olleista lapsista maalaiskunnissa kuin kaupungeissa (taulukko 17).

Taulukko 17. Päivähoidon laatu kuntamuodon mukaan

Päivähoidon laatu	Kuntamuoto							
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
2	9	22,5	28	21,7	14	43,8	51	25,4
2	19	47,5	80	62,0	14	43,7	113	56,2
3	12	30,0	21	16,3	4	12,5	37	18,4
Yhteensä	40	100,0	129	100,0	32	100,0	201	100,0

Tarkasteltaessa miten eri päivähoitomuodoissa 3-vuotiaana olleet lapset sijoittuivat päivähoidon laadullisiin ryhmiin, on todettava, että laaturyhmään 1 kuuluivat noin kolmannes niistä lapsista, jotka olivat päiväkodissa, kunnallisessa perhepäivähoidossa tai joilla oli vieras hoitaja kotona, kun vain 15 % yksityisessä perhepäivähoidossa olevista lapsista sijoittui päivähoidon parhaaseen laadulliseen ryhmään. Myös 3-vuotiaana oman vanhemman päivähoitossa olleet lapset kuuluivat harvoin laaturyhmään 1 (taulukko 18).

Taulukko 18. Päivähoidon laatu päivähoitomuodon mukaan

Päivähoiton laatu	Päivähoitomuoto 3-vuotiaana											
	Äiti tai isä hoitaa		Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	8	16,7	15	34,1	18	30,5	5	15,2	5	33,3	51	25,6
2	35	72,9	24	54,5	30	50,9	17	51,5	5	33,3	111	55,8
3	5	10,4	5	11,4	11	18,6	11	33,3	5	33,4	37	18,6
Yhteensä	48	100,0	44	100,0	59	100,0	33	100,0	15	100,0	199	100,0

Tiedot puuttuvat kahdessa tapauksessa.

Tämä selittyy todennäköisesti osittain sillä, että näistä lapsista melko monet olivat olleet vain vähän aikaa ylipäänsä vieraan päivähoitossa ja näin on todennäköisempää ettei päivähoitajan haastattelua ollut lainkaan suoritettu eikä lasta ole silloin voitu sijoittaa päivähoiton laaturyhmään 1.

Huonoimpaan päivähoiton laadulliseen ryhmään sijoittui suurempi osa niistä lapsista, jotka 3-vuotiaana olivat olleet yksityisessä perhepäivähoidossa tai joilla oli ollut vieras hoitaja kotona kuin niistä, jotka olivat olleet päiväkodissa tai kunnallisessa perhepäivähoidossa.

Helsingissä oli suurempi osuus lapsista huonoimmassa laadullisessa ryhmässä kuin muissa kaupungeissa ja muissa kunnissa. Tämä on osittain yhteydessä siihen, että Helsingissä oli enemmän lapsia yksityisessä perhepäivähoidossa, jossa hoitomuodossa myös koko päivähoitoaineistossa oli enemmän laaturyhmä 3:ssa olevia lapsia. Kuten luvussa 5, sivulla 32 todettiin, oli yksityisillä hoitajilla haastatteluissa arvioitu esiintyvän enemmän poikkeavaa suhtautumista hoitolapseen sekä enemmän poikkeavia kasvatusasenteita. Koulutuksella lienee merkitystä tässä suhteessa.

On kuitenkin muistettava, että päivähoidon laatuarvio ei liity pelkästään siihen hoitopaikkaan, jossa lapsi oli kolmevuotiaana, vaan kaikkiin hoitopaikkoihin, joissa lapsi oli kolmevuotiaaksi ollut. Näin ollen oli lapsia, joiden päivähoidon laatuarvio liittyi useampiin eri hoitomuotoihin, jos lapsi oli vaihtanut hoitomuotoa tutkimusaikana. (Ks. päivähoitopaikkojen vaihtelut luvussa 6.2. sivulla 50.)

6.4. Päivähoito ja vanhemmat

Vanhempien päivähoitotoiveet

Kolmannessa perhehaastattelussa kysyttiin vanhempien toiveita lapsensa ensimmäisen sekä nykyisen hoitomuodon suhteen, ja niitä vertailtiin toteutuneeseen tilanteeseen. Ilmeni, että niiden lasten kohdalla, jotka ylipäänsä olivat olleet kodin ulkopuolisessa päivähoitossa kolmen ensimmäisen vuoden aikana, toteutuivat vanhempien toiveet ensimmäisen hoitomuodon suhteen 75 %:ssa tapauksissa. Jos lasketaan mukaan ne lapset, jotka koko ajan olivat vain oman vanhemman hoidossa, jäivät vanhempien toiveet ensimmäisen hoitomuodon suhteen toteutumatta 15 %:ssa. Eri hoitumuotoja tarkasteltaessa voidaan todeta, että kunnalliseen päivähoitoon ensimmäisenä hoitomuotona sai lapsensa 68 - 70 % sitä toivovista vanhemmista (kunnalliseen perhepäivähoitoon 68 %, päiväkotiin 70 %), vieraan hoitajan kotiin sai sitä haluavista vanhemmista 80 % ja yksityistä perhepäivähoitoa ensisijaisesti toivoneista vanhemmista 97 % lapsen ensimmäisenä hoitomuotona.

Lapsen nykyisen (3-vuotiaana) hoitomuodon suhteen olivat vanhempien toiveet toteutuneet 80 %:sti koko aineistossa; 70 %:sti niiden osalta,

lapsensa hoitopaikat myönteisinä tai melko myönteisinä. Kielteisenä olivat yhden hoitojakson kokeneet 14 lapsen vanhemmat (7 %) ja melko kielteisenä ainakin yhden hoitojakson lisäksi 21 lapsen vanhemmat (11 %). Kielteisinä koettuja hoitojaksoja oli yhteensä 14 ja melko kielteisinä koettuja 25 (taulukko 19). Paikkakuntaryhmittäin kielteiset ja melko kielteiset kokemukset päivähoidosta jakautuivat siten, että Helsingissä kielteisinä koettuja hoitojaksoja oli kaksi ja melko kielteisinä koettuja samoin kaksi. Muissa kaupungeissa vastaavat luvut olivat 11 ja 12 sekä muissa kunnissa 1 ja 4.

Taulukko 19. Vanhempien kokemus hoitopaikasta päivähoitomuodon mukaan

Vanhempien kokemus hoito- paikasta	Päivähoitomuoto										Kaikki			
	Kunnalli- nen päi- väkoti		Kunnalli- nen per- hepäivä- hoito		Yksityi- nen per- hepäivä- hoito		Vieras hoitaa kotona		Yksityi- nen päi- väkoti				Muu	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Myönteinen tai melko myönteinen	64	92,8	99	83,9	90	89,1	52	94,6	6	85,7	2	100,0	313	88,9
Melko kiel- teinen	3	4,3	13	11,0	6	5,9	2	3,6	1	14,3	-	-	25	7,1
Kielteinen	2	2,9	6	5,1	5	5,0	1	1,8	-	-	-	-	14	4,0
Yhteensä	69	100,0	118	100,0	101	100,0	55	100,0	7	100,0	2	100,0	352	100,0

Ensimmäiset hoitojaksot muodostivat 56 % aineiston kaikista hoitojaksoista (puolet päivähoidossa olleista lapsista olivat olleet vain yhdessä hoitopaikassa). Kielteisinä koetuista hoitojaksoista oli ensimmäisiä hoitoja 57 % ja melko kielteisinä koetuista 62 %. Nämä luvut eivät poikkea ensimmäisten hoitojaksojen osuudesta koko aineistossa. Nykyisiä (3-vuotiaana) hoitojaksoja oli 44 % kaikista aineiston hoitojaksoista. Kuitenkin vain yhden lapsen vanhemmat ilmoittivat kokensansa nykyisen hoitopaikan kielteisenä ja 7 melko kielteisenä. Etenkin

jotka kolmevuotiaana olivat vieraan päivähoitossa. 15 lasta (10 % kodin ulkopuolista hoitoa toivovien vanhempien lapsista) oli kuitenkin oman vanhemman hoidossa vaikka vanhemmat toivoivat vieraan hoitoa. 25 lapsen kohdalla (15 % oman vanhemman hoitoa toivovien vanhempien lapsista) tilanne oli päinvastainen: lapsi oli vieraan hoidossa vaikka vanhemmat olisivat halunneet hoitaa lasta itse. Kunnallisessa päiväkodissa hoidettiin kolmevuotiaana 64 % niistä lapsista, joiden vanhemmat toivoivat tätä hoitomuotoa. Vastaavat prosentit kunnallisen perhepäivähoidon kohdalla olivat 79 %, yksityisen perhepäivähoidon kohdalla 95 % ja vieraan toimesta tapahtuvan kotihoidon kohdalla 60 %.

Ensimmäisessä perhehaastattelussa (lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana) oli kysytty vanhemmilta mihin ikään asti he halusivat itse hoitaa lasta päivisin. Ilmeni, että 65 % toivoi, että lapsi saisi olla oman vanhemman hoidossa kolmevuotiaaksi asti ("Lasten kehitystutkimus. Osa I: Ensimmäinen ikävuosi"). Kolmannessa perhehaastattelussa kysyttiin vanhemmilta missä iässä heidän mielestään lapsen kannalta olisi edullista päästä kodin ulkopuoliseen päivähoitoon. Tällöin 74 % vanhemmista piti kolmea ikävuotta tai sitä enemmän tällaisena ikänä. Ensimmäisessä perhehaastattelussa ilmoitti 8 % vanhemmista haluavansa aloittaa lapsen päivähoiton alle yhden vuoden ikäisenä. Kolmannessa haastattelussa piti 4 % vanhemmista lapselle edullisena, että päivähoito alkaa alle yhden vuoden iässä. Ensimmäisen ikävuoden aikana meni kuitenkin 103 tutkimuslasta päivähoitoon. Tämä on 33 % koko tutkimusaineistosta ja 51 % niistä lapsista, jotka kolmeen vuoteen mennessä ylipäänsä olivat olleet vieraan päivähoitossa.

Nämä luvut vanhempien päivähoitotoiveista ja niiden täyttymisestä tarjoavat erään taustan kun tarkastellaan vanhempien tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä lapsensa päivähoitoon.

Vanhempien myönteiset ja kielteiset kokemukset päivähoitosta

Kolmannessa perhehaastattelussa kysyttiin vanhemmilta kuinka myönteisinä tai kielteisinä he olivat kokeneet kaikki tutkimuslapsen eri päivähoitajakset. Valtaosa (82 %, 161 lasta) niiden lasten vanhemmista, jotka ylipäänsä olivat olleet vieraan päivähoitossa, oli kokenut kaikki

lapsensa hoitopaikat myönteisinä tai melko myönteisinä. Kielteisenä olivat yhden hoitojakson kokeneet 14 lapsen vanhemmat (7 %) ja melko kielteisenä ainakin yhden hoitojakson lisäksi 21 lapsen vanhemmat (11 %). Kielteisinä koettuja hoitojaksoja oli yhteensä 14 ja melko kielteisinä koettuja 25 (taulukko 19). Paikkakuntaryhmittäin kielteiset ja melko kielteiset kokemukset päivähoidosta jakautuivat siten, että Helsingissä kielteisinä koettuja hoitojaksoja oli kaksi ja melko kielteisinä koettuja samoin kaksi. Muissa kaupungeissa vastaavat luvut olivat 11 ja 12 sekä muissa kunnissa 1 ja 4.

Taulukko 19. Vanhempien kokemus hoitopaikasta päivähoitomuodon mukaan

Vanhempien kokemus hoito- paikasta	Päivähoitomuoto										Kaikki			
	Kunnalli- nen päi- väkoti		Kunnalli- nen per- hepäivä- hoito		Yksityi- nen per- hepäivä- hoito		Vieras hoitaa kotona		Yksityi- nen päi- väkoti				Muu	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Myönteinen tai melko myönteinen	64	92,8	99	83,9	90	89,1	52	94,6	6	85,7	2	100,0	313	88,9
Melko kiel- teinen	3	4,3	13	11,0	6	5,9	2	3,6	1	14,3	-	-	25	7,1
Kielteinen	2	2,9	6	5,1	5	5,0	1	1,8	-	-	-	-	14	4,0
Yhteensä	69	100,0	118	100,0	101	100,0	55	100,0	7	100,0	2	100,0	352	100,0

Ensimmäiset hoitojaksot muodostivat 56 % aineiston kaikista hoitojaksoista (puolet päivähoidossa olleista lapsista olivat olleet vain yhdessä hoitopaikassa). Kielteisinä koetuista hoitojaksoista oli ensimmäisiä hoitoja 57 % ja melko kielteisinä koetuista 62 %. Nämä luvut eivät poikkea ensimmäisten hoitojaksojen osuudesta koko aineistossa. Nykyisiä (3-vuotiaana) hoitojaksoja oli 44 % kaikista aineiston hoitojaksoista. Kuitenkin vain yhden lapsen vanhemmat ilmoittivat kokensansa nykyisen hoitopaikan kielteisenä ja 7 melko kielteisenä. Etenkin

ensin mainittu luku osoittanee vanhempien vaikeutta tunnistaa ja ilmaista kielteistä kokemusta lapsensa samanaikaisen päivähoidon suhteen aikaisempiin, jo päätyneisiin verrattuna. Luonnollisesti vanhemmat pyrkivät myös usein melko nopeasti lopettamaan selvästi kielteisenä kokemansa hoidon, jolloin on mahdollista että kolmeen ikävuoteen mennessä suurin osa kielteisinä koetuista hoitopaikoista oli jo saatu vaihdetuksi eikä uusia kielteisenä koettuja paikkoja ollut tullut samassa määrin lisää. Kielteisinä koetut hoitajakset kestivätkin enintään kaksi kuukautta 50 %:ssa tapauksista kun kaikista hoitajaksista näin lyhyitä oli vain 21 % ja melko kielteisinä koetuista 24 %. Yli yhden vuoden kestäviä hoitajaksoja (3-vuotiaaksi asti) oli koko aineistossa 39 %, melko kielteisenä koetuista hoitajaksista 32 % (7 lasta), mutta kielteisinä koetuista vain yksi lapsi.

Vanhempien perusteluja sille, että he olivat kokeneet hoitopaikan kielteisenä tai melko kielteisenä kysyttiin myös haastattelussa, 14 hoitajakson kielteisenä kokeneista vanhemmista 3 halusi lapsensa toiseen hoitomuotoon tai tietyn muun hoitajan luo, 6 oli kokenut hoitajan tai hoidon huonona, hoitajan jaksamattomana tai hoitopaikan kielteisenä.

Neljässä tapauksessa vanhemmat olivat kokeneet, että lapsi ei sopeutunut tai viihtynyt, taantui tai sairasti usein. Yhdessä tapauksessa todettiin vain hoitajan lopettaneen hoidon. Hoitopaikan melko kielteisenä kokeneet vanhemmat ilmaisivat saman kaltaiset perustelut, mutta se jäi useammin epämääräiseksi.

Mielenkiintoinen kysymys liittyy siihen, onko yhteyttä vanhempien hoidon kielteisenä kokemisten ja heidän toiveensa toteutumatta jäämisen välillä hoitoonmenoiän tai hoitomuodon suhteen. Mitään sen suuntaista selvää viitettä, että ne vanhemmat, jotka kokivat ensimmäisen hoitajakson kielteisenä useammin halusivat hoitaa lapsiaan pitempään itse kuin muiden lasten vanhemmat ei tule esille. On kuitenkin todettava, että hyvin pienet lukumäärät tekevät johtopäätösten tekemisen mahdottomaksi.

Verrattaessa vanhempien toiveen toteutumista ensimmäisen päivähoitomuodon suhteen ja heidän myönteistä tai kielteistä kokemustaan ensimmäisestä hoitopaikasta on todettavissa, että 7 vanhempaa oli kokenut lapsen

ensimmäisen hoitajakson kielteisenä tai melko kielteisenä, jos toive hoitomuodon suhteen ei ollut toteutunut ja 14, jos toive oli toteutunut. Ero viittaa siihen, että vanhempien toiveen toteutumisella tai toteutumatta jäämisellä ensimmäisen hoitomuodon suhteen oli merkitystä siihen, miten myönteisenä tai kielteisenä he kokivat hoitopaikan.

Nykyisen päivähoidon (3-vuotiaana) ilmoittivat kokevansa kielteisenä vain yhden lapsen vanhemmat ja melko kielteisenä seitsemän lapsen vanhemmat, yhteensä 5 % niistä vanhemmista, joiden lapset olivat 3-vuotiaana vieraan päivähoitossa. Viidessä tapauksessa näistä vanhempien toivoma hoitomuoto tässä ikävaiheessa ei ollut toteutunut ja kolmessa tapauksessa hoitomuoto oli sama kuin vanhempien toivoma. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että niistä 14 lapsesta, joiden vanhemmat olivat kokeneet ylipäänsä jonkin hoitajakson kielteisenä, oli kolmen vuoden iässä 6 lasta toisessa hoitomuodossa kuin vanhempien toivomassa. Näistä olivat vain yhdet vanhemmat ilmoittaneet kokevansa lapsen nykyisen päivähoiton kielteisenä, muut viisi ilmoittivat jonkin aikaisemman hoitajakson. Kaikkien lasten kohdalla tämä vastaava prosentti oli (jokin hoitajakso kielteinen) 20 ja kolmevuotiaana vieraan päivähoitossa olevien lasten kohdalla 30. Luvut ovat pieniä, ja näin ollen varmojen johtopäätöksien tekeminen on vaikeaa. Ne tukevat kuitenkin sitä olettamusta, että vanhempien on helpompaa suhtautua kriittisesti aikaisempaan, joka päättyneeseen päivähoitajaksoon kuin nykyiseen, samoinkuin sitä olettamusta, että vanhempien päivähoitotoiveiden toteutuminen tai toteutumatta jääminen on vaikuttamassa siihen, miten myönteisinä tai kielteisinä he kokevat lapsensa hoidon, mahdollisesti jopa heijastuen heidän tapaansa kokea muita hoitajaksoja kuin sitä, jonka suhteen toiveen toteutumattomuus on tapahtunut.

Eri hoitomuotojen kesken jakautuivat vanhempien kielteisinä ja melko kielteisinä kokemat hoitopaikat sivulla 58 olevan taulukon mukaisesti.

Kuten taulukosta ilmenee jakautuivat vanhempien kielteisinä tai melko kielteisinä kokemat hoitopaikat harvalukuisina eri hoitomuotojen kesken, eikä mikään hoitomuoto näytä olevan koettu selvästi muita useammin kielteisenä tai myönteisenä.

Vanhempien tyytyväisyys ja tyytymättömyys päivähoitoon 3-vuotiaana

Kolmannessa perhehaastattelussa kysyttiin niin kuin toisessakin haastattelussa vanhempien tyytyväisyyttä lapsen senhetkisen päivähoidon järjestymiseen sekä laatuun. Valtaosassa tapauksista olivat vanhemmat tyytyväisiä sekä päivähoidon järjestämiseen että laatuun. Vähän tyytymättömiä hoidon järjestymiseen oli 7 % ja laatuun 10 % äideistä. Paljon tyytymättömiä oli päivähoidon järjestymiseen vain 6 äitiä ja laatuun 5. Vastaavat luvut isien kohdalla sekä toisessa haastattelussa saadut luvut olivat hyvin lähellä äitien kolmannessa haastattelussa saatuja lukuja.

Kuntaryhmittäin tarkasteltuna olivat äidit muissa kaupungeissa vähän tyytymättömämpiä päivähoidon järjestymiseen (11 prosenttia vähän tai paljon tyytymättömiä) kuin Helsingissä (7 prosenttia) ja muissa kunnissa (5 prosenttia). Hoidon laatuun olivat äidit Helsingissä tyytymättömimmät, kuitenkin yhteensä vain 4 äitiä.

Yhteensä ilmaisi 27 äitiä (21 vähän, 6 paljon) tyytymättömyyttä päivähoidon järjestymiseen ja 20 äitiä (15 vähän, 5 paljon) tyytymättömyyttä vieraan antaman hoidon laatuun. Aikaisemmin mainittu vanhempien ilmoittama kielteinen tai melko kielteinen kokemus hoitopaikasta koski nykyistä hoitopaikkaa vain kahdeksassa tapauksessa. Ilmeisesti on vanhempien ollut helpompi ilmaista "tyytymättömyyttä" nykyiseen hoitopaikkaan kuin "leimata" sitä "kielteisenä koetuksi".

Äitien tyytyväisyys päivähoidon järjestymiseen jakautui eri hoitomuotojen kesken siten, että vähiten tyytymättömyyttä oli kunnallisten hoitomuotojen kohdalla (taulukko 20).

Taulukko 20 on laadittu sen päivähoitoaineiston perusteella, jolle on tehty toiset päivähoitajan haastattelut. Tässä aineistossa ovat ne hoitopaikat selvästi aliedustettuja, joiden kohdalla äidit kokivat tyytymättömyyttä hoidon järjestymiseen.

Taulukko 20. Äidin tyytyväisyys päivähoidon järjestymiseen päivähoitomuodon mukaan

Äidin tyytyväisyys päivähoidon järjestymiseen	Päivähoitomuoto 3-vuotiaana									
	Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
Tyytyväinen	35	94,6	54	93,1	19	79,2	7	70,0	115	89,1
Vähän tyytymätön	2	5,4	4	6,9	4	16,7	3	30,0	13	10,1
Paljon tyytymätön	-	-	-	-	1	4,1	-	-	1	0,8
Yhteensä	37	100,0	58	100,0	24	100,0	10	100,0	129	100,0

Tulos sopii hyvin yhteen sen kanssa, että kunnallista hoitoa toivotaan enemmän kuin on mahdollista saada ja näin ollen joutuu osa perheistä vastoin toivomusta turvautumaan yksityiseen hoitoon (katso vanhempien toiveiden toteutuminen päivähoitomuodon suhteen aikaisemmin tässä luvussa).

Vastaavat luvut äitien tyytyväisyydestä vieraan antaman päivähoidon laadun suhteen eri hoitomuodoissa osoittavat, että eniten tyytyväisyyttä oli päiväkotihoitoon: vain 2 äitiä ilmoitti vähäistä tyytymättömyyttä. Kunnallisen perhepäivähoiton laatuun oli tyytymättömiä 16 % ja yksityisen perhepäivähoiton laatuun 17 %. Tyytymättömyyttä vieraan kotona antaman hoidon laatuun oli kolmessa tapauksessa. Paljon tyytymättömyyttä ilmaistiin viidessä tapauksessa, joista neljä oli yksityisen päivähoidon piirissä (2 vierasta hoitajaa kotona ja 2 yksityistä perhepäivähoitajaa) ja yksi kunnallinen perhepäivähoitaja.

Päivähoitajan koulutuksen vaikutus

Kunnallisen ja yksityisen päivähoidon välillä on selvä ero hoitajan koulutuksen suhteen. Päiväkotihenkilökunnasta 92 %:lla oli lastenhoitoalan ammattikoulutus ja kunnallisista perhepäivähoitajista oli 85 %:lla koulutusta perhepäivähoitajaksi mutta yksityisistä perhepäivähoitajista vain

5 %:lla (katso luku 5 sivulla 34). Päivähoitajan koulutus ja vanhempien tyytyväisyyden yhteyttä on myös pyritty selvittämään. Äidit ilmaisivat selvästi vähemmän tyytymättömyyttä päivähoidon järjestymiseen niissä tapauksissa, jolloin hoitajalla oli lastenhoitoalan ammattikoulutus (tyytymättömyyttä 1 lapsi). Jos päivähoitajalla ei ollut ammattikoulutusta, oli tyytymättömyysprosentti 16. Jos perhepäivähoitajalla oli koulutusta perhepäivähoitajaksi oli tyytymättömyyttä hoidon järjestymiseen 11 %:lla äideistä, kun taas tyytymättömyysprosentti oli 21, jos perhepäivähoitajalla ei ollut koulutusta perhepäivähoitajaksi. On tosin todettava, että tiedot hoitajien koulutuksesta olivat vain siinä aineistossa, jolle tehtiin toinen päivähoitajan haastattelu (83 prosenttia) ja tässä aineistossa olivat ne hoitopaikat edustettuja, joiden kohdalla äiti oli tyytymättömän hoidon järjestymiseen, mutta eivät ne, joiden kohdalla äiti oli tyytymättömän hoidon laatuun.

Tyytymättömyyttä hoidon laatuun ilmaisi niinikään vain yksi äiti silloin, kun hoitajalla oli lastenhoitoalan ammattikoulutus. Tyytymättömyysprosentti oli yhtä suuri (18 %) jos perhepäivähoitajalla oli koulutusta perhepäivähoitajaksi tai jos häneltä puuttui tällainen koulutus. Paljon tyytymättömyyttä päivähoiton laatuun ilmoittivat äidit viidessä tapauksessa ja neljässä niistä puuttui hoitajalta koulutus perhepäivähoitajaksi.

Mainitusta epätasaisesta koulutuksen jakautumisesta eri hoitomuodoissa johtuen jakautuivat äidin tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä kuvaavat luvut hyvin samankaltaisella tavalla hoitomuotojen ja eri koulutuksen saaneiden hoitajien kesken. Näin ollen on vaikea sanoa missä määrin erilaiset tyytymättömyysluvut ensisijaisesti liittyvät hoitomuotoon, missä määrin hoitajan koulutukseen. Se seikka, että paljon tyytymättömyyttä hoidon laatuun tuli esille prosentuaalisesti selvästi enemmän siinä ryhmässä, jossa päivähoitajalta puuttui koulutus perhepäivähoitajaksi, saataisi - pienestä absoluuttisesta lukumäärästä huolimatta - viitata siihen, että päivähoitajan koulutuksella oli merkitystä vanhempien tyytyväisyyteen päivähoitoon.

Hoitolapsiryhmän koon ja ikäjakauman vaikutus vanhempien ja päivähoitajan tyytyväisyyteen

Tutkimuksessa on myös pyritty selvittämään hoitolapsiryhmän koon ja ikäjakauman mahdolliset vaikutukset vanhempien tyytyväisyyteen hoitoon ja päivähoitajan tyytyväisyyteen työhönsä. Äidit ilmaisivat tyytymättömyytään hoidon järjestymiseen 3 %:n ja hoidon laatuun 4 lapsen kohdalla kun hoitopaikassa oli vain yksi alle kouluikäinen lapsi. Muun kokoisissa lapsiryhmissä vaihteli tyytymättömyys yhden ja viiden tapauksen välillä. Siten ei tule esille viitteitä siitä, että vanhempien tyytyväisyys päivähoitoon olisi yhteydessä hoitolapsiryhmän kokoon.

Päivähoitajan omia alle kouluikäisiä lapsia oli yksi tai kaksi 46 %:ssa kunnallisissa perhepäivähoitopaikoissa, 42 %:ssa yksityisissä perhepäivähoitopaikoissa, yksi lapsi päiväkodeissa eikä yhtään vieraan hoitaessa lasta kotona. Yhdelläkään hoitajalla ei ollut kahta useampaa alle kouluikäistä omaa lasta hoidossa. Tapausten pienen lukumäärän vuoksi ei ollut mahdollista saada käsitystä siitä, vaikuttaako hoitajan omien lasten lukumäärä vanhempien tyytyväisyyteen hoitoon.

Päivähoitajan haastattelussa ilmaisema tyytyväisyys nykyiseen työhönsä on tutkittu suhteessa hoitoryhmän kokoon ja ikäjakaumaan vastaavalla tavalla kuin edellä esitetty äitien tyytyväisyys hoitoon suhteessa näihin tekijöihin. Tuloksena oli, että päivähoitomuoto näytti olevan selvemmin yhteydessä hoitajan tyytyväisyyteen työhönsä kuin lapsiryhmän koko. Päiväkotihenkilökunta ja kunnalliset perhepäivähoitajat ilmoittivat olevansa erittäin tyytyväisiä työhönsä 24 %:ssa ja 21 %:ssa tapauksista ja tyytymättömiä 14 %:ssa ja 16 %:ssa. Kunnalliset perhepäivähoitajat olivat useammin tyytymättömiä silloin kun ryhmässä oli vain kaksi lasta, mutta tämä ryhmä koostui vain kuudesta hoitajasta, joten johtopäätösten vetäminen on mahdotonta. Yksityiset perhepäivähoitajat ja lasten kotona toimivat vieraat hoitajat ilmoittivat selvästi useammin tyytymättömyyttä työhönsä kuin kunnalliset hoitajat: erittäin tyytyväisiä 17 prosenttia ja 10 prosenttia, tyytymättömiä 29 prosenttia ja 30 prosenttia. Nämä jakaukmat olivat varsin samankaltaisia lapsiryhmän koosta riippumatta.

Sekä päiväkotie että perhepäivähoitoryhmissä ilmaisivat hoitajat enemmän tyytymättömyyttä työhönsä silloin, kun hoitoryhmässä oli vähemmän

1 - alle 3-vuotiaita lapsia. Lukumäärät ovat pieniä, mutta perhepäivähoitoaineiston kohdalla tulee esille merkitsevä korrelaatio, jonka mukaan perhepäivähoitaja on sitä tyytyväisempi työhönsä mitä useampia alle 3-vuotiaita lapsia hänellä on hoidossa. Päiväkotiaineistossa ilmaisivat vastaavasti hoitajat enemmän tyytymättömyyttä työhönsä, jos oli enemmän 3- alle 7-vuotiaita lapsia samassa ryhmässä.

Pienistä lukumääristä huolimatta on todettavissa esille tulleen viitteitä, että etenkin perhepäivähoitoryhmässä hoitaja olisi tyytyväisempi työhönsä jos lapsiryhmässä on useita alle 3-vuotiaita lapsia, mutta eivät silti ole tyytymättömämpiä, jos hoidossa on useita yli 3-vuotiaita lapsia. Ovatko 1 - 3-vuotiaat lapset helppohoitoisia, tyydyttävätkö he paremmin hoitajan hoivaamistoivetta vai onko kyseessä sattuman aiheuttama näennäistulos - viimeinenkin lienee mahdollinen hyvin pieniä lukumääriä ajatellen.

Päivähoitopaikan tilavuuden vaikutus vanhempien ja päivähoitajan tyytyväisyyteen

Tutkimuksessa on yritetty selvittää oliko päivähoitopaikan suhteellisella tilavuudella merkitystä vanhempien tyytyväisyyden suhteen. Lukuisten puuttuvien tietojen takia on ollut käytettävissä tiedot hoitopaikkojen suhteellisesta tilavuudesta (pinta-ala/hoitoryhmän lasten lukumäärä) vain 85 tapauksessa (55 % koko päivähoitoaineistosta lasten ollessa alle 3-vuotiaita). Eri hoitomuodot jakautuivat suhteellisen tilavuuden osalta varsin epätasaisesti: vieraan hoito lapsen kotona tapahtui kaikissa tapauksissa väljimmässä ryhmässä (suhteellinen tilavuus 40,0 m² tai yli), päiväkotihoito tapahtui aina kahdessa ahtaimmassa ryhmässä (suhteellinen tilavuus 9,9 m² tai sen alle taikka 10,0 - 19,9 m²). Kunnallisista perhepäivähoitopaikoista 3/4 kuului toiseksi tai kolmanneksi ahtaimpaan ryhmään (suhteellinen tilavuus 10,0 - 19,9 m² tai 20,0 - 29,9 m²) kun taas yksityisistä perhepäivähoitopaikoista 50 % kuului väljimpään ryhmään (suhteellinen tilavuus 40,0 m² tai enemmän) ja 1/3 toiseksi ahtaimpaan ryhmään (suhteellinen tilavuus 10,0 - 19,9 m²).

Tarkasteltaessa äidin tyytyväisyyttä päivähoidon järjestymiseen ja laatuun suhteessa hoitopaikan suhteelliseen tilavuuteen ilmeni, että erot koko aineistossa liittyivät hoitomuotoon eikä väljyyteen. Kunkin hoitomuodon sisälläkään ei ollut yhteyttä väljyyden ja äidin tyytyväisyyden välillä.

Hoitopaikan suhteellinen tilavuus ei myöskään näytä vaikuttaneen perhepäivähoitajien tyytyväisyyteen työhönsä. Päiväkotihenkilökunnan kohdalla sen sijaan tuli esille jonkin verran enemmän tyytyväisyyttä ja vähemmän tyytymättömyyttä kun tilat olivat väljemmät. Luvut ovat kuitenkin niin pieniä, että johtopäätöksiä ei voi vetää. Tuntuisi kuitenkin ymmärrettävältä, jos tällainen jakauma olisi olemassa ottaen huomioon ne ahtaat tilat, joissa monet päiväkodit toimivat.

Päivähoitajan ja vanhempien yhteistyö

Toisessa päivähoitajan haastattelussa samoin kuin 3-vuotiaan lapsen kyselylomakkeessa kysyttiin, miten hoitaja kokee yhteistyön vanhempien kanssa. Molemmista tietolähteistä tuli 68 prosentissa vastaus "sujuu hyvin". Haastattelussa sen sijaan tuli esille enemmän vaikeuksia yhteistyössä: jonkin verran vaikeuksia 7 % ja runsaasti vaikeuksia 8 % vastaavien prosenttien ollessa lomakevastauksissa 4 ja 2. Ilmeisesti on hoitajien ollut helpompi suullisesti ilmaista näitä vaikeuksia kuin kirjata ne lomakkeelle. Lisäksi on mahdollista, että niiden päivähoitajien joukossa, jotka eivät palauttaneet 3-vuotiaan lapsen kyselylomaketta oli enemmän sellaisia, joilla oli ongelmia yhteistyössä vanhempien kanssa kuin lomakkeen palauttaneiden joukossa.

Päivähoitajan kokemien yhteistyövaikeuksien vanhempien kanssa ja äidin päivähoitoon kokeman tyytymättömyyden välillä oli korrelaatio koko päivähoitoaineistossa ja perhepäivähoitoaineistossa, mutta ei päiväkotiaineistossa (jossa olikin hyvin vähän äidin ilmoittamaa tyytymättömyyttä). Korrelaatio oli merkitsevä äidin päivähoiton laatuun kokeman tyytymättömyyden suhteen ja jonkin verran merkitsevä äidin hoidon järjestymiseen kokeman tyytymättömyyden suhteen. Se tuli myös selvempänä esille päivähoitajan haastattelun esille tuomien kuin lomakkeessa ilmenneiden yhteistyövaikeuksien suhteen.

Korrelaatiotaulukoista ilmenee edelleen muutamia mielenkiintoisia yhteyksiä. Perhepäivähoidossa olivat niiden lasten hoitajat säännöllisemmät, jotka olivat tulleet nykyiseen hoitopaikkaan nuorempina - tai ne lapset, joilla oli säännölliset hoitajat olivat pysyneet paremmin samassa hoitopaikassa pienestä asti. Niillä lapsilla, joilla oli epäsäännöllisiä hoitoaikoja oli enemmän hoitopaikan vaihdoksia, josta voidaan päätellä, että lapsen epäsäännölliset hoitajat johtivat perhepäivähoitossa useammin hoitopaikan vaihdoksiin.

Perhepäivähoitaja koki lapsen selvästi helppohoitoisempana kun hoitajat olivat säännöllisemmät. Kun lapsi oli pienempänä tullut perhepäivähoitopaikkaan, pyrki hän hoitajan mukaan selvästi useammin syliin ja perhepäivähoitaja, erityisesti yksityinen, koki lapsen sopeutuneen paremmin hoitopaikkaan jos lapsi oli pienempänä tullut sinne hoitoon. Edelleen koki perhepäivähoitaja lapsen usein vaikeahoitoisempana jos lapsella oli ollut enemmän hoitajaksoja ja lapsi pyrki silloin vähemmän hoitajan syliin (hoitajan kokemuksen mukaan). Hoitaja (sekä päiväkotie että perhepäivähoitaja) koki yhteistyön vanhempien kanssa usein parempana kun hän koki myös lapsen helppohoitoisempana.

Nämä korrelaatiot viittaavat siihen, että hoitoaikojen säännöllisyys voi olla hyvinkin merkittävä tekijä lapsen, perheen ja hoitajan yhteistoiminnan kehityksen kannalta. Avoimeksi jää kysymys, onko lapsen tuleminen hyvin pienellä sellaiseen hoitopaikkaan, jonne on tilaisuus jäädä pitkäaikaisesti, myönteinen vaikutus lapsen ja hoitajan suhteen kehitykselle, vai ovatko tähän suuntaan viittaavat korrelaatiot vaan epäsuora ilmaisu siitä, että on epäedullista lapsen ja hoitajan suhteen kehittymiselle, jos hoitopaikka vaihtuu useammin (mikä näyttää kiistattomalta) ja lapsi silloin on tullut nykyiseen hoitoon vasta isompana.

7. LASTEN KEHITYS

7.1. Lasten fyysinen kehitys ja häiriöt

Tutkimuslasten fyysinen kehitys terveydenhoitajien vastausten perusteella

Terveydenhoitajat seurasivat normaaliin neuvolakäytäntöön liittyen tutkimuslasten pituuden ja painon kehitystä sekä päänympäryksen kasvua. Todettuja häiriöitä tai häiriön epäilyjä näissä asioissa oli aivan yksittäisiä tapauksia: pituuskasvussa jonkinasteinen häiriön epäily 1 %:ssa, epäily liian vähäisestä tai liian runsaasta painonnoususta 2 %:ssa ja lievä häiriön epäily liian hitaasta päänympäryksen kasvusta 0,3 %:ssa ja todettu häiriö 0,7 %:ssa tutkimuslapsista.

Terveydenhoitajilta kysyttiin tutkimuslasten kroonisia fyysisiä sairauksia tai vammoja: vastausten mukaan 95 % tutkimuslapsista oli fyysisesti terveitä. Kroonisia sairauksia raportoitiin seuraavasti: hoitoa vaativa ihottuma 1,6 %:lla, erityistä hoitoa vaativa hengitystiesairaus 0,3 %:lla, tapaturman jälkitila 0,3 %:lla ja muu fyysinen sairaus 3 %:lla. Sairaalahoidossa vähintään kerran elämänsä aikana oli tutkimuslapsista ollut 3 %.

Eri kysymyksillä kartoitettiin lasten somaattista sairastelua. Lapsista kolmeneljäsosalla oli terveydenhoitajan mielestä hyvä terveys, lopuilla sairastelua jonkin verran. Tähän sisältyi myös se kaksi prosenttia lapsista, joiden arvioitiin olevan sairaana usein.

Motorinen kehitys oli terveydenhoitajien arvioissa viivästynyt yhdellä prosentilla ja puheenkehitys viivästynyt noin 7 %:lla tutkimuslapsista. Älyllinen suorituskyky arvioitiin lievästi viivästyneeksi kolmessa prosentissa.

7.2. Lasten motoriskognitiivinen kehitys

Tutkimuksessa mukana olleiden lasten motoriskognitiivisen kehityksen seuranta tapahtui 9 kk, 16 kk, 20 kk ja 30 kk ikäisenä. Kehityksen

seurannassa käytettiin arviointilomaketta, jonka terveydenhoitaja täytti kotikäynneillä. Jos lapsi oli päivähoidossa, perhepäivähoidonohjaaja suoritti kehityksen seurannan päivähoitopaikassa. Jos lapsi oli kotona jonkun muun kuin vanhemman hoidossa, perhepäivähoidonohjaaja täytti myös tällöin lapsen kehityslomakkeen.

Kehityksen seurantamenetelmä

Tutkimuksessa käytettiin Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella kehitettyä alle kolmevuotiaiden lasten kehityksen seurantamenetelmää (Kuvaja 1977). Menetelmä on alunperin suunniteltu päiväkotien henkilökunnan käyttöön. Pienen lisäyksen ja joitakin tehtäviä poisjättämällä menetelmä muokattiin myös lasten kotitilanteeseen sopivaksi. Menetelmän tarkoituksena on antaa perustietoa alle kolmevuotiaiden lasten käyttäytymisestä arkipäivän toimintatilanteissa. Arvioitavat käyttäytymisen osa-alueet ovat:

1. Liikkeiden kehitys
2. Ympäristöön tutustuminen ja puheen kehitys
3. Leikki
4. Sosiaalinen vuorovaikutus
5. Omatoimisuus

Tuloskäsittely

Lasten motoriskognitiivista kehitystä arvioitaessa haluttiin saada tietoa, miten lasten normaali kehitys etenee, onko lasten ympäristötekijöillä kuten asuinpaikalla, päivähoitomuodolla tai päivähoidon alkamisajankohdalla vaikutusta lasten käyttäytymiseen. 30 kuukauden ikäisten lasten osalta selvitettiin lisäksi, onko erilaisilla sosiaalisilla, orgaanisilla, mielenterveys- ja psyykkisillä riskitilanteilla vaikutusta lasten käyttäytymiseen arkipäivän toimintatilanteissa.

Yksittäisten lasten motoriskognitiivinen kehitys arvioitiin suoritettujen tehtävien määränä yhteisestä summasta niin, että kunkin tehtäväalueen tehtävästä sai yhden pisteen. Yhdeksän kuukauden ikäisten lasten kokonaissuoriutumisen esitettiin prosentteina kunkin tehtäväalueen kaikista

osioista ja ryhmien välisiä eroja selvitettiin Khin neliöllä. Muiden ikäryhmien (16 kk, 20 kk, 30 kk) osalta asuinpaikan, hoitomuodon ja hoitoonmenoajankohdan vaikutusta motoriskognitiiviseen kehitykseen selvitettiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Lasten ollessa 30 kuukautta selvitettiin lisäksi päivähoidon laadun, sosiaalisen riskin, orgaanisen riskin, mielenterveysriskin ja psyykkisen riskitilanteen vaikutusta käyttäytymiseen yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

Tulokset

Analysoidut tulokset perustuvat terveydenhoitajien kaikista lapsista suorittamaan käyttäytymisen seurantaan kotitilanteissa ja perhepäivähoidon ohjaajien päivähoitossa olleiden lasten käyttäytymisen seurantaan. Arvioitavien käyttäytymismuuttujien reliaaabeliuden selvittämiseksi aineistosta analysoitiin terveydenhoitajien ja perhepäivähoidonohjaajien samoista lapsista (30 kk ikä) arvioimat tehtäväalueet. Arvioitsijoiden yksimielisyys vaihteli keskimäärin muutaman kymmenyksen verran. Eniten arvioitsijoiden välistä vaihtelua esiintyi tehtäväalueilla Leikki, Sosiaalinen vuorovaikutus ja Omatoimisuus, mutta tässäkin yksimielisyys oli 80 - 90 %:n luokkaa.

Suoritetuista arvioinneista esitetään vain päätulokset. Yhdeksän kuukauden iässä lasten kokonaiskehityksessä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja. Ryhmänä havaittiin, että kuntamuodon mukaan jaettuna helsinkiläislapset suoriutuivat muita hieman paremmin $\chi^2 = 37.9$, $df 6$, $p < 0.001$). 16 kuukauden ikäisten lasten kokonaissuoriutumisen jatkui yhdenmukaisena. Tässä iässä lapsen asuinpaikka vaikutti edelleen erottelevasti tehtäväalueilla Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 5.56$, $p < 0.01$) ja Omatoimisuus ($F = 4.72$, $p < 0.01$). Tarkasteltaessa keskimääräisiä suoriutumispisteitä havaittiin, että tässäkin ikäryhmässä Helsingissä asuvat lapset ryhmänä suoriutuivat muita paremmin. Päivähoitossa olleiden 16 kuukauden ikäisten lasten suoriutumiseen ryhmänä hoitomuoto vaikutti erottelevasti tehtäväalueilla Liikkeiden kehitys ($F = 4.89$, $p < 0.01$) ja Sosiaalinen vuorovaikutus ($F = 6.56$, $p < 0.01$). Saadun tuloksen mukaan alle 1-vuotiaana kodin ulkopuoliseen hoitoon menneet lapset olisivat liikunnallisesti edellä muita ja kotona, jonkun muun kuin vanhempien hoidossa olleet lapset suoriutuisivat sosiaalisessa

vuorovaikutuksessa paremmin. Yleistettävyyttä rajoittaa kotona jonkun muun kuin vanhempien hoidossa olleiden lasten pieni lukumäärä ($n = 9$). 20 kuukauden iässä ei ollut havaittavissa eroja kokonaiskehityksessä. Asuinpaikka vaikutti suoriutumiseen tehtäväalueilla Liikkeiden kehitys ($F = 9,67, p < 0.01$) ja Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 8.14, p < 0.01$). Helsingiläislapset ryhmänä olivat muita edellä. 30 kuukauden ikäisten lasten kokonaiskehitys jatkui yhdenmukaisena. Asuinpaikka vaikutti ryhmien välisiin eroihin tehtäväalueilla Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 8.78, p < 0.01$) ja leikki ($F = 4.86, p < 0.01$) niin, että Helsingissä asuvat lapset suoriutuivat paremmin. Tytöt suoriutuivat poikia paremmin kaikilla tehtäväalueilla, Liikkeiden kehitys ($F = 5.94, p < 0.01$) Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 8.13, p < 0.01$), Leikki ($F = 29.27, p < 0.001$), Sosiaalinen vuorovaikutus ($F = 7.89, p < 0.01$) ja Omatoimisuus ($F = 26.91, p < 0.001$).

Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi 30 kuukauden ikäisten lasten osalta sosiaalisen riskin, orgaanisen riskin, mielenterveysriskin, psyykkisen tilanteen ja päivähoidon laadun vaikutusta lapsen motoriskognitiiviseen kehitykseen.

Tulokset osoittivat, että lapsen psyykkisellä tilanteella oli vaikutusta lasten suoriutumiseen tehtäväalueella Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 5.95, p < 0.01$) niin, että lapsiryhmänä lievästi oireileva ryhmä (ryhmässä kaikki ne lapset, joilla oli yksikin kolmesta seuraavasta kriteeristä täytettynä psyykkisessä kehityksessä lievän häiriön oireita pidemmän aikaa, aktiviteetin häiriö ja häiriö kontaktikyvyssä) suoriutui heikoimmin. Tehtäväalueella Sosiaalinen vuorovaikutus ($F = 8.18, p < 0.01$) erosi selvästi oireileva ryhmä (ne lapset, joilla oli joko psyykkisessä tilanteessa selvän häiriön oireita pidemmän aikaa ja aktiviteetissa poikkeavaa tai kontaktinotossat).

Päivähoidon laadulla, orgaanisella riskillä ja sosiaalisella riskillä ei ollut tässä vaiheessa merkittävää vaikutusta. Päivähoitojärjestely vaikutti tehtäväalueella Leikki ($F = 5.29, p < 0.01$) niin, että kodin ulkopuolisessa hoidossa, perhepäivähoitossa ja päiväkodeissa olleet lapset ryhmänä hallitsivat leikitaidot ja toiminnot paremmin.

Perheen mielenterveysriski vaikutti lasten suoriutumiseen tehtäväalueilla Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys ($F = 7.94$, $p 0.01$) ja Leikki ($F = 4.59$, $p 0.01$) niin, että ryhmänä oletetusti heikoin ryhmä erosi muista.

Tulosten tarkastelua

Tutkimuksessa selvitetettiin lasten motoriskognitiivisen kehityksen etenemistä lasten täytettyä 9 kk, 16 kk, 20 kk ja 30 kk sekä erilaisten ympäristö- ja vuorovaikutustekijöiden kuten asuinpaikan, hoitomuodon ja päivähoidon alkamisajankohdan yhteyttä lasten käyttäytymiseen. Lisäksi lasten täytettyä 30 kk arvioitiin, onko sosiaalisilla, orgaanisilla, mielenterveys- ja psyykkisillä riskitilanteilla ja päivähoidon laadulla vaikutusta lasten käyttäytymiseen arkipäivän toimintatilanteissa.

Lasten kehitystä arvioitiin seurantamenetelmällä, jonka terveydenhoitajat täyttivät kaikista lapsista ja perhepäivähoitajajäsenistä päivähoitossa olevista lapsista. Lasten motoriskognitiivista kehitystä arvioitiin tehtäväalueilla Liikkeiden kehitys, Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys, Leikki, Sosiaalinen vuorovaikutus ja Omatoimisuus.

Tulokset osoittivat, että lasten kokonaissuoriutumisen kotona hoidettujen lasten ja päivähoitolasten välillä ei eronnut toisistaan. Lasten varhaiskehitys etenee tässä ikävaiheessa geneettisesti painottuneena. Iän karttuessa erilaiset ympäristö- ja vuorovaikutustekijät tulevat painottuneemmin mukaan. Tulos saa tukea useista tutkimuksista, joissa on arvioitu eri päivähoitomuotojen vaikutusta lasten kokonaiskehitykseen (Belsky & Steinberg 1978, Cochran 1973, 1977a, Gunnarsson 1978, Söderlund 1975).

Yksityiskohtaisemmin tuloksia tarkasteltaessa havaittiin, että ryhmänä hensinkiläislapsen lapset olivat muita hieman edellä. Tämä näkyy erityisesti tehtäväalueella Ympäristöön tutustuminen ja Puheen kehitys.

Lasten täytettyä 16 kuukautta, havaittiin, että päivähoitolapsia arvioidessa hoitomuoto erotteli ryhmiä niin, että kodin ulkopuolella hoidossa oleva lapsiryhmä menestyi liikunnallisesti muita paremmin ja kotona, jonkun muun kuin vanhempien hoidossa olleet lapset olivat sosiaalisissa

taidoissa muita parempia. Ramey & Smith (1976) osoittivat tutkiessaan samanikäisiä lapsia, että päivähoidossa olevat lapset olivat liikunnallisesti aktiivisempia kuin kotona hoidetut lapset. Tosin tulos oli saatu tutkittaessa riskiolosuhteissa eläviä lapsiryhmiä. Normaaliryhmään nähden eroa ei ollut havaittavissa. Tutkimuksin (Belsky & Steinberg 1978) on myös osoitettu, että kotona hoidetuilla lapsilla on enemmän sosiaalista vuorovaikutusta aikuisen kanssa ja päivähoidossa olevilla muiden lasten kanssa.

Tutkimuksen mukaan päivähoidossa olleet 30 kk ikäiset lapset ryhmänä hallitsivat leikkitaidot paremmin kuin muut ryhmät. Erityisesti päiväkodin onkin todettu tukevan lasten leikkitoimintoja monipuolisesti, leluja on enemmän ja ne ovat enemmän innostamassa leikkiin.

Mielenterveysriski odotetusti vaikutti lasten käyttäytymiseen. Aikuisen kiinnostus, vuorovaikutuksen määrä, laatu ja joustavuus sekä ympäristötekijöiden tarjoamat toiminta- ja oppimismahdollisuudet ovat yhteydessä lasten suoriutumiseen arkipäivän toiminta- ja leikkitilanteissa (Lyytinen 1976).

Sukupuoli vaikutti erottelevasti tehtävistä suoriutumiseen. 30 kuukauden ikäiset tytöt olivat selvästi poikia edellä kaikilla arvioitavilla tehtäväalueilla. Seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että ero tyttöjen eduksi säilyy ainakin yli 5 vuoden iän (Cochran 1977a, Gunnarsson 1978, Korhakangas 1984). Tarkasteltaessa tuloksia kokonaisuutena ja niiden yleistettävyyttä on huomioitava vertailtavien lapsiryhmien koko, esim. kotona jonkun muun kuin vanhempien hoidossa oleva lapsiryhmä oli pieni.

Käytetty arviointimenetelmä sinällään, sen reliaabelius ja validius, on aina ongelmallinen. Arvioitsijoiden kokemus, tulkintakyky ja vuorovaikutus lapsen kanssa vaikuttaa aina saatuun tulokseen. Tutkimuslasten ikä vaikuttaa myös saatuihin tuloksiin. Lapset reagoivat tässä ikävaiheessa hyvin spontaanisti ja tilannesidonnaisesti.

LÄHDELUETTELO

- Belsky, J. & Steinberg L.D., 1978. The Effects of Day Care: A Critical Review. *Child Development*, 49, 929 - 949.
- Cochran, M.M. 1973. A Comparison of Nursery and Non-Nursery Child-rearing Patterns in Sweden. Artikkelissa L. Gunnarsson. *Children in Day Care and Family Care in Sweden. Research Bulletin no. 21, September 1978.*
- Cochran, M.M. 1977a. A Comparison of Group Day Care and Family Child-rearing Patterns in Sweden. Artikkelissa L. Gunnarsson. *Children in Day Care and Family Care in Sweden. Research Bulletin no. 21, September 1978.*
- Gunnarsson, L. 1978. *Children in Day Care and Family Care in Sweden: A Follow up. Research Bulletin no. 21.*
- Korkiakangas, M. 1984. Lastenneuvolan terveydenhoitajan arvioinnit viisivuotiaiden lasten psyykkisestä kehityksestä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 53. Jyväskylän yliopisto 1984.*
- Kuvaja, T. 1977. Alle kolmevuotiaiden lasten kehityksen seurantamenetelmä päiväkodeissa käytettäväksi. *Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 192.*
- Lyytinen, P. 1976. Kasvuympäristön yhteyksistä kaksivuotiaiden lasten kielellisiin ja kognitiivisiin taitoihin. *Reports from the Department of Psychology. University of Jyväskylä, no. 178.*
- Ramey, C. & Smith, B. 1976. Assessing the intellectual consequences of early intervention with high-risk infant. Artikkelissa Belsky, J. & Steinberg, L.D. *The Effects of Day Care: A Critical Review. Child Development 1978, 49, 929 - 949.*
- Söderlund, A. 1975. Spädbarn på daghem, i familjedaghem och hemma. Teoksessa Hårsman, I. *Om småbarns separations reaktioner. Teoretiska utgångspunkter för en studie av spädbarns anpassning till daghem. Högskolan för lärarutbildning i Stockholm. Inst. för pedagogik. Rapport 10/82. Stockholm 1982.*

7.3. Lasten psyykinen kehitys ja häiriöt

Kolmevuotiaan lapsen kehityksen kokonaisvaltaisuuden takia pyrittiin psyykkistä kehitystä ajatellen keräämään tietoa lomakkeilta seuraavista asioista:

1. perusfunktioiden (nukkuminen, syöminen, eritystoiminta) häiriöt
2. arkuus ja pelokkuus
3. levottomuus
4. omatoimisuus

Tietoja on kerätty vanhempien, terveydenhoitajien, päivähoitajien ja päivähoidon ohjaajien lomakevastauksista. Kolmevuotiaasta lapsesta saatiin vanhempien lomakkeita 300, terveydenhoitajien lomakkeita 308, päivähoitajien 104 ja perhepäivähoidon ohjaajien 100 kappaletta.

1. Perusfunktioiden häiriöt

Univaikkeudet

Lapsen nukkumiseen ja nukahtamiseen liittyviä asioita kartoitettiin vanhemmilta ja päivähoitajilta monen kysymyksen avulla. Terveydenhoitajilta ja perhepäivähoitajilta kysyttiin ainoastaan yhdellä kysymyksellä, onko lapsella nukahtamis- tai nukkumisvaikeuksia.

Vanhempien mukaan runsas puolet tutkimuslapsista nukkui koko yön omassa sängyssä. Muut nukkuiivat vaihtelevan pituisen osan yöstä vanhempien sängyssä. Kymmenellä tutkimuslapsella ei kolmevuotiaana ollut omaa sänkyä. Runsas puolet vanhemmista oli vastannut lapsen nukahtamisen tapahtuvan yleensä ilman vanhempien läsnäoloa. Suurin osa jäljelle jäävistä lapsista nukahti 15 - 30 minuutin nukuttamisen jälkeen. Ainoastaan kuuden lapsen vanhemmat vastasivat nukuttamisen kestävän yli puoli tuntia.

Unilelun käyttö nukkumaan mennessä oli kolmevuotiaalla vielä yleistä. Kotona nukkumaan mennessä käytti unilelua aina runsas neljäsosa lapsista. Yhtä suuri osa lapsista ei käyttänyt unilelua lainkaan ja loput käyttivät sitä ajoittain.

Suurin osa vanhemmista arvioi tutkimuslapsen nukkuvan yöt rauhallisesti. Neljäsosalla lapsista oli vanhempien arvion mukaan univaikeuksia silloin tällöin.

Kotona ollessaan runsas puolet lapsista nukkui päiväunet. Päivähoitajien vastausten mukaan hoitopaikassa päiväunia nukkui 90 % päivähoitossa olevista lapsista. Hoitajien mukaan lasten nukahtaminen päiväunille tapahtui helposti (ainoastaan viidesosassa vastauksia "melko helposti"). Uni hoitopaikassa oli rauhallista, päiväunen levottomuutta oli raportoitu ainoastaan kahden lapsen kohdalla. Oma sänky hoitopaikassa oli puolella niistä lapsista, jotka nukkuivat siellä päiväunia.

Unilelun käyttö oli yleistä myös hoitopaikassa päiväunille nukahdettaessa. Suunnilleen kaksiviidesosa lapsista käytti unilelua aina, sama määrä ei käyttänyt sitä lainkaan ja yksiviidesosa ajoittain. Hoitajien vastausten mukaan ainoastaan yhdellä lapsista oli hoitopaikassa eri unilelu kuin kotona. Lisäksi kymmenelle lapselle kelpasi "mikä lelu tahansa".

Perhepäivähoidonohjaajien vastauksissa lieviä nukahtamis- ja nukkumisvaikeuksia oli raportoitu ainoastaan yhdellä lapsella. Terveystenhoitajien vastauksissa lieviä univaikeuksia oli ilmoitettu 17 lapsella ja selviä univaikeuksia kahdella lapsella. Tämän mukaan terveydenhoitajat olivat arvioineet yhteensä 6 %:lla lapsista esiintyvän jonkinasteisia unenhäiriöitä.

Lievien unihäiriöiden runsas esiintyminen (vanhempien vastauksissa 25 %) soveltuu hyvin siihen, että 1 - 3-vuotiaiden lasten univaikeuksien uskotaan yleensä johtuvan enemmän lasten kehitysvaiheen erityispiirteistä kuin viittaavaan erityiseen psyykkiseen oireiluun.

Syömisvaikeudet

Lapsen ruokailuun liittyviä asioita kartoitettiin vanhemmilta ja päivähoitajilta usean kysymyksen avulla. Terveystenhoitajilta ja perhepäivähoidonohjaajilta kysyttiin tutkimuslapsen ruokailuvaikeuksia yhden kysymyksen avulla.

Vanhempien vastausten perusteella lievät syömiseen liittyvät ongelmat olivat hyvin tavallisia kolmevuotiaana. Heidän vastaustensa perusteella syömisvaikeuksia esiintyi silloin tällöin lähes puolella lapsista (noin 47 %), runsaasti syömisvaikeuksia oli ainoastaan 2 %:lla.

Lähes puolet vanhemmista arvioi tutkimuslapsen "kaikkiruokaiseksi", toinen puoli "valikoivan ruokaansa jonkin verran". Ainoastaan 2 % ilmoitti lapsen "valikoivan ruokaansa runsaasti".

Suurin osa tutkimuslapsista oli kolmevuotiaana lopettanut tuttipullon käytön. Ajoittain tuttipulloa käytti 10 %. Tämä tapahtui useimmiten nukkuksen yhteydessä.

Päivähoitajat raportoivat lieviä syömisvaikeuksia prosentuaalisesti jonkin verran vähemmän kuin vanhemmat (päivähoitajat 32 % päivähoitossa olevista lapsista, vanhemmat 47 %). Runsaasti syömisvaikeuksia oli hoitajien vastauksissa vain yhdellä prosentilla. Päivähoitajat arvioivat lasten hiukan useammin olevan "kaikkiruokaisia" kuin vanhemmat. Päivähoitajien vastauksista löytyi vain yksi ajoittain tuttipulloa käyttävä lapsi. Terveystieteiden vastauksissa lieviä ruokailuvaikeuksia esiintyi noin 10 %:lla ja selviä noin yhdellä prosentilla.

Perhepäivähoidonohjaajien vastauksissa lieviä ruokailuvaikeuksia esiintyi noin 14 %:lla ja selviä noin yhdellä prosentilla tutkimuslapsista.

Selviä ruokailuvaikeuksia esiintyi kaikkien arvioijien mukaan 1 - 2 %:lla. Fyysisesti terveellä lapsella tämä oire vaikea-asteisena esiintyessään liitetään yleensä psyykkisen kehityksen häiriintymiseen.

Siisteyskasvatukseen liittyvät ongelmat

Vanhemmilta ja päivähoitajilta kysyttiin siisteyskasvatukseen liittyen tutkimuslapsista kolme asiaa: kastelua, tahrimesta sekä ulosteen pidäytystä. Terveystieteiden ja perhepäivähoidonohjaajilta kysyttiin yhdellä kysymyksellä siisteyskasvatuksen edistymistä.

Vanhempien vastausten mukaan suurin osa tutkimuslapsista oli kolmevuotiaana oppinut kuivaksi. Ainoastaan 20 % lapsista oli ryhmässä "kasteli ajoittain" ja vain kahdella lapsella oli jatkuvasti vaipat. Vielä suurempi osa lapsista oli oppinut siistiksi: vastausten mukaan "ajoittaista tahrimita" esiintyi ainoastaan 10 %:lla, lisäksi edellä mainitut kaksi lasta, joilla oli vaipat jatkuvasti.

Runsaalla kolmasosalla lapsista esiintyi vanhempien käsityksen mukaan aika ajoin ulosteen pidätystä: 28 %:lla jonkin verran ja noin 9 %:lla usein.

Päivähoitajien vastauksissa kuivaksi ja siistiksi oppineiden lasten määrä oli prosentuaalisesti lähes täysin sama kuin vanhempien vastauksissa.

Kuiva jatkuvasti: vanhemmat noin 80 % ja päivähoitajat noin 78 % päivähoidossa olevista lapsista. Siisti jatkuvasti: vanhemmat noin 89 % ja päivähoitajat noin 87 % päivähoidossa olevista lapsista. Vaikuttaa siltä, ettei sillä, onko lapsi päivähoidossa kotona vai kodin ulkopuolella ole mainittavaa merkitystä kuivaksi tai siistiksi oppimisen ajankohtaan.

Ulosteen pidätystä tutkimuslapsilla esiintyi päivähoitajien vastauksissa sen sijaan prosentuaalisesti hiukan vähemmän kuin vanhempien vastauksissa. Ulosteen pidätystä usein: vanhemmat noin 9 %:lla ja päivähoitajat noin 4 %:lla päivähoidossa olevista lapsista.

Terveydenhoitajien vastauksissa poikkeavuutta siisteyskasvatuksen etenemisessä esiintyi hyvin harvoin: kahdentoista lapsen kohdalla lievää poikkeavuutta ja kahden lapsen kohdalla selvää poikkeavuutta.

Perhepäivähoidonohjaajat arvioivat lievää poikkeavuutta siisteyskasvatuksen etenemisessä yhdeksän lapsen kohdalla, selvää poikkeavuutta ei lainkaan.

Kolmevuotiaan lapsen kehitysvaiheen huomioiden edellä käsitellyistä asioista ainoastaan vaikea-asteinen ulosteen pidätys fyysisesti terveellä lapsella liitetään psyykkisen kehityksen häiriintymiseen.

2. Arkuus ja pelokkuus

Tutkimuslasten pelokkuutta ja suhtautumista uusiin tilanteisiin kysyttiin vanhemmilta ja päivähoitajilta samojen kysymysten avulla. Näitä asioita ei terveydenhoitajilta ja perhepäivähoidonohjaajilta lainkaan kysytty. Lapsen pelkoja kysyttiin viisiportaisen skaalan muodossa. Kysymyksen otsikkona oli "lapsi pelkää jotain". Skaala oli seuraava: 1 ei lainkaan - 5 pelkää hyvin voimakkaasti. Hyvin voimakkaita pelkoja oli vanhempien arvioissa noin 5 %:lla tutkimuslapsista. Noin neljäsosalla oli keskimääräistä vaikeampia pelkoja, puolella lapsista keskivaikkeita tai lieviä pelkoja. Ainoastaan neljäsosa vanhemmista arvioi, ettei lapsella ole pelkoja lainkaan. Kun kysyttiin, miten lapsi uskaltaa uuteen tilanteeseen, ainoastaan 2 % vanhemmista arvioi lapsen pelkävän uutta. Neljäsosa uskoi lapsensa jonkin verran halukkaiksi tutustumaan uuteen. Suurin osa piti lapsia innokkaina uusien asioiden edessä.

Päivähoitajien arvioidessa lasten pelkoja saman pistekohtaisen skaalan avulla kuin vanhemmat, tuli prosentuaalinen jakauma lasten kohdalla hyvin samanlaiseksi. Voimakkaita pelkoja oli 7 %:lla ja keskimääräistä vaikeampia pelkoja noin viidesosalla, keskivaikkeita tai lieviä pelkoja yli puolella päivähoidossa olevista lapsista. Arvioitaessa lasten halukkuutta uskaltaa uuteen tilanteeseen, esiintyi päivähoitajien arvioissa prosentuaalisesti hiukan enemmän arkuutta kuin vanhempien arvioissa. Lapsista 11 % "pelkäsi uutta". Lopuista päivähoidossa olevista lapsista noin puolet oli jonkin verran halukkaita tutustumaan uuteen ja ainoastaan toinen puoli uteliaita ja innokkaita uusien tilanteiden edessä.

Erilaiset pelot kuuluvat väistämättä pienen lapsen normaaliin tunne-elämän kehitykseen. Pienten lasten kohdalla ei pelkojen määrästä tai laadusta ole yksityiskohtaista tietoa saatavilla. Vaikka pelko onkin tässä iässä varsin tavallinen reaktio, saattavat hyvin voimakkaina esiintyvät pelkoreaktiot liittyä ongelmiin psyykkisen kehityksen alueella.

3. Levottomuus

Vanhemmilta ja päivähoitajilta kysyttiin samalla kysymyksellä arviota lapsen levottomuudesta. Terveydenhoitajilta kysyttiin erikseen lapsen

liikunnallista vilkkautta sekä keskittymiskykyä. Myös päivähoitajilta ja perhepäivähoidonohjaajilta kysyttiin lapsen keskittymiskykyä.

Vanhemmat arvioivat 8 % tutkimuslapsista levottomiksi, päivähoitajat taas 14 % päivähoidossa olevista lapsista.

Terveystenhoitajat arvioivat motorisesti ylivilkkaiksi 2 % tutkimuslapsista ja vilkkaiksi suunnilleen puolet. Lieviä keskittymisvaikeuksia oli terveystenhoitajien arvion mukaan noin 6 %:lla.

Päivähoitajien arviossa noin 9 %:lla päivähoidossa olevista lapsista oli keskittymisvaikeutta. Perhepäivähoidonohjaajien vastauksissa noin 10 %:lla päivähoidossa olevista lapsista oli lieviä keskittymisvaikeuksia.

Levottomuuden ja keskittymisvaikeuksien määrä (6 - 14 %) vastaa aikaisempia epidemiologisia tutkimustuloksia.

4. Omatoimisuus

Tutkimuslasten omatoimisuutta arvioivat vanhemmat ja päivähoitajat lähinnä kahden kysymyksen avulla. Niissä kysyttiin lapsen toimintaa ruokailu- ja pukeutumistilanteissa.

Vanhempien vastausten mukaan lähes kaikki tutkimuslapset söivät kolmevuotiaana itse. Ainoastaan yhtä prosenttia lapsista syötettiin. Suunnilleen puolet söi lusikalla ja toinen puoli osasi jo käyttää veistä ja haarukkaa.

Myös päivähoitajien vastausten mukaan päivähoidossa olevat tutkimuslapset osasivat syödä itse. Päivähoidossa olevista löytyi myös yksi prosentti, jota syötettiin. Hoitajien mukaan päivähoidossa olevista lapsista vain joka viides osasi käyttää veistä ja haarukkaa. Muut söivät edelleen lusikalla.

Vanhempien mukaan lähes kaikki kolmevuotiaat auttoivat aktiivisesti puke- mis- ja riisumistilanteissa. Vain 4 % vastasi, että lapsi on puettava ja

riisuttava. Suunnilleen puolet arvioi lapsen auttavan pukiessa ja toinen puoli arvioi tutkimuslapsen osaavan pukea ja riisua itse melko hyvin.

Päivähoitajan mukaan 20 % päivähoidossa olevista lapsista piti pukea ja riisua. Pukiessa auttoi noin 45 % ja itse osasi pukea ja riisua melko hyvin noin 35 %.

Mitään yleisarviota tutkimuslasten omatoimisuudesta ei näiden kysymysten perusteella ole mahdollista tehdä.

YHTEENVETO

Luku 7.3. esittää vanhempien, terveydenhoitajien ja päivähoitohenkilökunnan arvioita tutkimuslasten kehityksestä kolmevuotiaana.

Tässä ei ole pystytty vertailemaan, miten eri henkilöiden arviot yhden lapsen osalta tuovat esiin samanlaista tai erilaista tietoa lapsesta.

Vastauksista voi todeta, että lievinä ns. "perusfunktioiden häiriöt": univaikeudet, syömisongelmat, pulmat sifisteyskasvatuksessa kuuluvat kehitykseen kolmen vuoden iässä. Selvästi vaikea-asteisina näitä ongelmia oli raportoitu vain yksittäisiä tapauksia. Nämä raportit tulivat useimmiten terveydenhoitajilta.

Lasten vaikea-asteisia pelkoja esiintyi vanhempien arviossa 5 %:lla, päivähoitajien arvioissa 7 %:lla päivähoidossa olevista lapsista.

Levottomuutta ja/tai keskittymättömyyttä esiintyi eri arvioijien mukaan 6 - 14 %:lla tutkimuslapsista.

7.4. Lasten fyysinen ja psyykinen tilanne 3-vuotiaana

Lasten kehitystä tutkittiin myös kotikäyntien avulla. Kolmannet perheaastattelut tehtiin tutkimuslasten kolmannella, osin neljännellä ikävuodella lastenpsykiatrien toimesta (katso luku 4.). Koko perhettä oli pyydetty olemaan läsnä. Kolmoshaastatteluja tehtiin yhteensä 312 tutkimuslapsen perheeseen. Haastattelut olivat puolistrukturoituja ja kestivät noin 1,5 - 2 tuntia. Haastattelun avulla pyrittiin saamaan moneltaista tietoa lapsesta ja hänen elinympäristöstään. Tutkimuslapsen fyysisen, psyykkisen ja itsenäistymiskehityksen arviointi tapahtui vapaassa leikki- ja keskustelutilanteessa haastattelun aikana.

Tutkimuslasten yleisen terveydentilan arviointi tehtiin vanhemmilta saadun tiedon pohjalta. Lasten terveydentila oli hyvä 85 %:lla, kohtalainen 15 %:lla ja heikko ainoastaan yhdellä tutkimuslapsella.

Tutkimuslasten ulkoisen olemuksen perusteella tehtiin "kliininen" arvio painon kehityksestä. Poikkeavuutta painon kehityksessä arvioitiin 2,5 %:lla. Suunnilleen puolet näistä lapsista oli haastattelijan arvion mukaan huomattavan lihavia ja puolet huomattavan laihoja. Muita kuin painon kehitykseen liittyviä poikkeavia piirteitä ulkonäössä löytyi 6,8 %:lla tutkimuslapsista.

Motorisen kehityksen arviointi tapahtui lapsen toimintaa seuraamalla. Motorinen kehitys arvioitiin ikätasoiseksi kaikkien muiden paitsi kahden tutkimuslapsen kohdalla. Verbaalista kehitystä arvioitaessa hajonta oli jo suurempi: verbaaliselta kehitykseltään ikätasoiseksi arvioitiin 86 % tutkimuslapsista.

Lisäksi kiinnitettiin huomiota lapsen tyytyväisyyteen, luottavaisuuteen sekä siihen, irtautuuko lapsi haastattelun aikana leikkiin ikätasoon vastaavasti. Luottavaiseksi arvioitiin noin 85 %, tyytyväiseksi noin 80 % ja ikätasoisesti leikkiin irtautuviksi noin 76 % tutkimuslapsista.

Tutkimuslasten aktiviteettia arvioitiin kuuden eri vaihtoehdon avulla. Näistä saatiin seuraavanlaiset arviot:

Lapsen aktiiviteetissa poikkeavaa:

1. Ei 84,6 %
2. Hyperkineettinen 9,2 %
3. Jähmeä 0,3 %
4. Tuhoavaa 2,0 %
5. Stereotyyppistä aktiiviteettia 1,6 %
6. Muuta 2,3 %

Jonkinlaista aktiiviteetin poikkeavuutta esiintyi haastattelijoiden arvioon mukaan siis kaikkiaan 15,4 %:lla tutkimuslapsista.

Tutkimuslasten kontaktikykyä arvioitiin viiden eri vaihtoehdon avulla ja saatiin seuraavanlaiset tulokset:

Lapsi pyrkiin kontaktiin tutkijaan:

1. Hyvin aktiivisesti 16,3 %
2. Tavallisesti 53,6 %
3. Hyvin varovasti 24,2 %
4. Ei tee eroa vieraan ja tutun välillä 4,6 %
5. Ei ollenkaan (apaattinen) 1,3 %

Kahden viimeisen vaihtoehdon ("ei tee eroa vieraan ja tutun välillä" sekä "ei pyri kontaktiin ollenkaan käytös hyvin apaattinen") katsottiin antavan viitettä lapsen kontaktikyvyn häiriöstä. Näitä oli haastattelijoiden arvion mukaan noin 6 %:lla tutkimuslapsista.

Näiden lasten kehityksen ja käyttäytymisen osa-alueiden arvioinnin lisäksi haastattelijat tekivät ns. "yleisarvion" lapsen psyykkisestä tilanteesta. Tämä yleisarvio on tehty sekä vanhempien kertoman että haastattelutilanteessa lasta tarkkailemalla saadun tiedon perusteella.

Yleisarviot lapsen psyykkisestä tilanteesta jakaantuivat seuraavasti:

Lapsen psyykkisessä tilanteessa poikkeavaa:

1. Ei 56,3 %
2. Vähäistä, tilapäistä oireilua 22,5 %
3. Lievän häiriön oireita pidemmän aikaa 17,6 %
4. Selviä häiriön oireita 3,6 %

Materiaalin jatkokäsittelyä varten jaettiin tutkimuslapset kolmeen ryhmään haastattelutietojen perusteella. Tarkoituksena oli erotella psyykkisesti selvästi oireilevat lapset, lievästi oireilevat sekä oireettomat lapset omiin ryhmiinsä. Arvio tutkimuslasten psyykkisestä tilanteesta lomaketietojen pohjalta on luvussa 8.3.

Ongelmana oli, mitkä muuttujat luotettavimmin antaisivat kuvaa tutkimuslapsen psyykkisestä tilanteesta. Valinnassa päädyttiin huomioimaan kolme muuttujaa:

1. Lapsi pyrkiin kontaktiin tutkijaan
2. Lapsen aktiviteetissa poikkeavaa
3. Lapsen psyykkisessä tilanteessa poikkeavaa

Ryhmäjako tapahtui seuraavasti: kolmanteen eli psyykkiseltä tilanteeltaan "huonoimpaan" ryhmään tulivat ne lapset, joilla oli joko "psyykkisessä tilanteessa selvän häiriön oireita" tai "psyykkisessä tilanteessa lievän häiriön oireita pidemmän aikaa" ja tämän lisäksi joko "aktiviteetissa poikkeavaa" tai "kontaktin otossa häiriöitä". Kakkosryhmään eli psyykkisen tilanteen osalta "keskiryhmään" tulivat kaikki ne lapset, joilla oli yksikin kolmesta seuraavista kriteereistä täytettynä: "psyykkisessä tilanteessa lievän häiriön oireita pidemmän aikaa", "aktiviteetin häiriö" tai "häiriö kontaktikyvyssä". Ensimmäiseen eli psyykkisen tilanteen osalta "parhaaseen ryhmään" jäivät lapset, joilla ei ollut mitään yllämainituista asioista.

Tällä tavoin jaoteltuina ryhmien suuruus tuli seuraavaksi:

Lapsen psyykinen tilanne	Luku	%
I ryhmä "oireettomat"	221	71,2
II ryhmä "lievästi oireilevat"	62	19,5
III ryhmä "selvästi oireilevat"	29	9,3
Yhteensä	312	100,0

Tutkimuslapsista oli tyttöjä 146 ja poikia 166. Psykkinen tilanne tytöillä ja pojilla jakautui seuraavasti:

Lapsen psykkinen tilanne	Tyttöjä		Pojkia	
	Luku	%	Luku	%
I ryhmä	111	76,0	111	66,9
II ryhmä	28	19,2	33	19,9
III ryhmä	7	4,8	22	13,2
Yhteensä	146	100,0	166	100,0

Tutkimuslasten psykkinen tilanne eri kuntamuodoissa

Lasten kehitystutkimuksen väliraporteissa on aineistoa käsitelty seuraavan kuntajaon perusteella:

Helsinki muodostaa oman ryhmänsä.

Naantali, Raahe ja Tammisaari on yhdistetty ryhmäksi "muut kaupungit".

Keuruu, Loppi, Rääkkylä ja Virtasalmi on yhdistetty ryhmäksi "muut kunnat".

Haastattelutiedot oli 312 tutkimuslapsesta. Näistä 49 oli helsingistä, 188 muista kaupungeista ja 75 muista kunnista. Ristiintaulukoinnissa tutkimuslasten psykkinen tilanteen ja kuntamuodon mukaan ei esiintynyt suuria eroja koko aineiston jakaumasta. Helsinki erottui keskiarvosta lievästi parempaan suuntaan (taulukko 21) (ei tilastollista merkitsevyyttä).

Taulukko 21. Lapsen psykkinen tilanne kuntamuodon mukaan

Lapsen psykkinen tilanne	Kuntamuoto							
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	38	77,5	130	69,2	54	72,0	222	71,2
2	9	18,4	39	20,7	13	17,3	61	19,5
3	2	4,1	19	10,1	8	10,7	29	9,3
Yhteensä	49	100,0	188	100,0	75	100,0	312	100,0

7.5. Lasten psyykinen tilanne ja päivähoito

Lapsen psyykinen tilanne kotona ja kodin ulkopuolella tapahtuneen päivähoidon mukaan arvioituna

Tutkijoiden huomiota kiinnitti kolmoshaastattelun jälkeen, että vain osa tutkimuslapsista voitiin enää luokitella joko "koko ajan kotihoitossa" olleiden (125 lasta, 40,1 %) tai "vain kodin ulkopuolella päivähoitossa" olleiden (112 lasta, 35,9 %) ryhmään. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluviksi laskettiin kaikki ne lapset, jotka ennen kolmoshaastattelua olivat siirtyneet kodin ulkopuoliseen päivähoitoon ja kodin ulkopuolella tapahtuva päivähoito oli jatkunut kolmoshaastatteluun asti. Lapsen ikää päivähoiton alkaessa ei huomioitu.

Näiden kahden ryhmän lisäksi jäi 73 tutkimuslasta (24,0 %), jotka olivat olleet kodin ulkopuolella päivähoitossa, mutta siirtyneet takaisin kotihoitoon tai vaihdoksia oli useampia. Kun ristiintaulukoinnin avulla tarkastellaan tutkimuslasten psyykkisen tilanteen jakautumista näissä ryhmissä, ei merkittäviä eroja esiinny. Hoitomuotoa vaihtaneiden lasten ryhmässä prosentuaalinen jakauma oli koko aineiston keskiarvoon verrattuna hiukan enemmän psyykkisiin ongelmiin viittaavaa (ei tilastollista merkitsevyyttä) (taulukko 22).

Taulukko 22. Psyykinen tilanne kotona ja kodin ulkopuolella tapahtuneen hoidon mukaan

Lapsen psyykinen tilanne	Hoitomuoto							
	Kotona		Kotona ja kodin ulkopuolella		Kodin ulkopuolella		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	93	74,4	50	66,7	79	70,6	222	71,2
2	22	17,6	16	21,3	23	20,5	61	19,5
3	10	8,0	9	12,0	10	8,9	29	9,3
Yhteensä	125	100,0	75	100,0	112	100,0	312	100,0

Yksi selitys kodin ulkopuolisesta päivähoidosta takaisin kotihoitoon siirtymiselle oli nuoremman sisaruksen syntymä. Näistä 83:sta takaisin kotihoitoon siirtyneistä tutkimuslapsista ainoastaan 34:lle oli syntynyt nuorempi sisarus. Taulukko 23 selvittää syyt lasten ja äitien osalta:

Taulukko 23. Päivähoidosta takaisin kotihoitoon siirtymisen syyt

Syy	Luku	%
Äitiysloma	34	41,0
Äiti jäi kotiin		
- työttömyys	15	18,1
- työ raskasta, huono palkka	3	3,6
- hoitopaikka huono	2	2,4
- lapsi sairasteli	2	2,4
- lapsi ei sopeutunut hoitoon	2	2,4
Lapsi lomien aikana kotona (sisältää normaalia vuosilomaa pitempiä jaksoja)	4	4,8
Hoitaja kotiin	10	12,1
Sijoitettuna pois perheestä	1	1,2
Adoptio	1	1,2
Lastensuojelutoimenpide	1	1,2
Vanhempien vuorotyö	1	1,2
Muu	7	8,4
Yhteensä	83	100,0

Tutkimuslasten psyykinen tilanne arvioituna sen mukaan, missä iässä lapset ovat siirtyneet kodin ulkopuoliseen päivähoitoon

Tässä tarkastelussa koko ajan kotihoitossa olleet lapset (125 lasta) muodostavat edelleen oman ryhmänsä. Jossain elämänsä vaiheessa kodin ulkopuolella päivähoitossa olleet tutkimuslapset jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella, oliko siirtyminen kodin ulkopuoliseen päivähoitoon

tapahtunut alle 1-vuotiaana (102 lasta) vai yhden vuoden jälkeen (85 lasta). Näiden ryhmien ristiintaulukoinnissa tutkimuslasten psyykkisen tilanteen kanssa ei jakaumassa koko aineiston keskiarvoon verrattuna ole olennaisia eroja. Koko ajan kotihoitossa olleiden lasten ryhmässä psyykkisen tilanteen jakauma on hiukan muita parempaan suuntaan (ei tilastollista merkitsevyyttä). Sen sijaan alle 1-vuotiaana ja yli 1-vuotiaana kodin ylkopuoliseen hoitoon menneiden lasten kohdalla prosentuaaliset jakaumat tässä tarkastelussa olivat lähes täsmälleen samanlaiset (taulukko 24).

Taulukko 24. Lasten psyykinen tilanne päivähoitotilanteen mukaan

Lapsen psyykinen tilanne	Päivähoitotilanne							
	Kotona		Mennyt kodin ulkopuolelle				Kaikki	
	Luku	%	Alle 1-vuotiaana	%	Yli 1-vuotiaana	%	Luku	%
1	93	74,4	71	69,6	58	68,2	222	71,2
2	22	17,6	21	20,6	18	21,2	61	19,5
3	10	8,0	10	9,8	9	10,6	29	9,3
Yhteensä	125	100,0	102	100,0	85	100,0	312	100,0

Psyykinen tilanne tarkasteltuna sen mukaan, missä päivähoitomuodossa lapsi oli kolmoshaastattelun ajankohtana

Kolmoshaastattelun tapahtuessa, eli tutkimuslasten ollessa suunnilleen kolmen vuoden ikäisiä, kotona vanhempien hoidossa oli 157 lasta, päiväkodissa 45 lasta, kunnallisessa perhepäivähoidossa 61 lasta, yksityisessä perhepäivähoidossa 33 lasta ja kotona vieraan hoidossa 16 lasta. Kun suoritettiin ristiintaulukointi näiden ryhmien ja tutkimuslasten psyykkisen tilanteen mukaan, ei esiintynyt merkitseviä eroja koko aineiston keskiarvosta. Ainoastaan päiväkodin kohdalla jakauma lasten psyykkisessä tilanteessa oli hiukan koko aineiston keskiarvoa parempaan suuntaan (ei tilastollista merkitsevyyttä) (taulukko 25).

Taulukko 25. Lasten psyykkinen tilanne 3-vuotiaana päivähoitomuodon mukaan

Lasten psyykkinen tilanne	Päivähoitomuoto											
	Äiti tai isä hoitaa		Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	112	71,4	36	80,0	42	68,9	21	63,6	11	68,8	222	71,2
2	28	17,8	6	13,3	14	22,9	9	27,3	4	25,0	61	19,5
3	17	10,8	3	6,7	5	8,2	3	9,1	1	6,2	29	9,3
Yhteensä	157	100,0	45	100,0	61	100,0	33	100,0	16	100,0	312	100,0

Taulukko 26. Lasten psyykkinen tilanne päivähoitojaksojen lukumäärän mukaan

Lasten psyykkinen tilanne	Päivähoitojaksojen lukumäärä									
	0		1		2		Yli 3		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	85	75,2	69	68,3	43	72,9	23	62,2	220	71,0
2	17	15,1	24	23,8	11	18,6	9	24,3	61	19,7
3	11	9,7	8	7,9	5	8,5	5	13,5	29	9,3
Yhteensä	113	100,0	101	100,0	59	100,0	37	100,0	310	100,0

Tutkimuslasten psyykkinen tilanne tarkasteltuna päivähoitojaksojen lukumäärän mukaan

Tässä tarkastelussa ei päivähoitossa olleita oli 113 lasta. Tutkimuslapsia, joilla oli yksi päivähoitojakso, oli 110, tutkimuslapsia, joilla oli kaksi päivähoitojaksoa, oli 59, sekä lapsia, joilla oli kolme tai enemmän kodin ulkopuolisia päivähoitojaksoja oli 37. Näissäkään ryhmissä ei ollut suuria eroja lasten psyykkisessä tilanteessa. Kuitenkin kolme tai sitä useamman päivähoitojakson omaavien lasten määrä erottui psyykkisessä tilanteessa tendenssiltään jonkin verran huonompaan suuntaan (ei tilastollista merkitsevyyttä) (taulukko 26).

YHTEENVETO

Lastenpsykiatrien kotikäynneillä tekemän arvion perusteella tutkimuslapset jaettiin "psyykkisen tilan" perusteella kolmeen ryhmään: oireettomien ryhmä oli 221 lasta (71,2 %), lievästi oireilevien ryhmä 62 lasta (19,5 %) ja selvästi oireilevien 29 lasta (9,3 %). Tässä tarkastelussa psyykkistä oireilua esiintyi pojilla jonkin verran enemmän kuin tytöillä (III-ryhmä: tytöistä 4,8 %, pojista 13,2 %).

Ristiintaulukoinnit tehtiin psyykkisen tilanteen ja neljän erilaisen päivähoitojaottelun kesken.

- 1) kotona, sekä kotona että kodin ulkopuolella ja kodin ulkopuolella tapahtuneen hoidon,
- 2) kotihoidon, alle 1-vuotiaana ja yli 1-vuotiaana alkaneen kodin ulkopuolisen hoidon,
- 3) III-haastattelun aikaisen päivähoitomuodon, ja
- 4) kotihoidon sekä päivähoitojaksojen lukumäärän mukaan.

Verrattaessa arvioita lapsen psyykkisestä tilanteesta tutkimuslasten päivähoitotilanteeseen ei tilastollisesti merkittäviä eroja saatu missään näistä neljästä jaoittelusta.

8. RISKITEKIJÄT LAPSEN NORMAALISSA KEHITTYMISESSÄ

8.1. Orgaaniset riskitekijät

Lasten kehitystutkimuksessa on pyritty keräämään tietoa niistä eri taustatekijöistä, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen päivähoidon ohella. Lapsi kehittyy geeniensä rajoissa. Geneettiset tekijät ovat yksi selitys siihen miksi pojilla on useammin syntyessään vaikeita epämuodostumia kuin tytöillä ja pojat näyttäisivät olevan herkempiä ennenaikaiselle synnytykselle ja äidistä saaduille tartunnoille kuin tytöt. Pojilla on vain yksi x-kromosomi, tytöillä taas kaksi. On esitetty hypoteesi, että näin haitalliset geenit saattaisivat osittain olla peittyneet, koska toinen x-kromosomi on osittain epäaktiivinen ja siinä oleva haitallinen tekijä peittyisi, koska se olisi puolella tytön soluista epäaktiivinen. Näin tytöt saattaisivat olla haitallisen geenin vaikutuksille vähemmän alttiita kuin pojat ja sairastumisen riski olisi vähäisempi. Geenien ohjailema solurykelmä joutuu heti raskauden alkuvaiheessa monien sen ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksen alaiseksi. Helposti ajatellaan prenataalia ympäristöä vakiona ja suhteellisen yksinkertaisena verrattuna siihen monimutkaiseen maailmaan, jonka lapsi syntymänsä jälkeen kohtaa. Kuitenkin prenataaliympäristöissä on vaihteluita ja eri sikiöitten kohtaamien rasitusten välillä voi olla valtavia eroja (Mussen, Conger ja Kagan 1976). Raskauden aikana sikiöön vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ravinto, lääkkeiden käyttö, sairaudet ja tulehdukset, säteily, äidin suhtautuminen raskauteen ja äidin tunnetilat. Kaikki nämä saattavat vaikuttaa sikiön elinten muodostumiseen ja kasvuun. Raskaus huipentuu synnytykseen, jonka sujuminen siihen liittyvine toimenpiteiden saattaa pysyvästi vaikuttaa lapsen myöhempään kehitykseen. Keskosuudella saattaa olla paitsi orgaanista merkitystä myös vaikutus vanhempien ja etenkin äidin erilaiseen suhtautumiseen lapseen, joskus ylihuolehtimisen ja sosiaalisen eristämisen pohjalta. Vastasyntynyt tulee tiettyyn valmiiseen psykososiaaliseen yksikköön, perheeseen, jonka kanssa alkaa aktiivinen vuorovaikutus heti syntymän tapahduttua. Tutkimuslasten psykososiaaliseen ympäristöön liittyviin tekijöihin on paneuduttu raportin muissa luvuissa eri tahoilta. Näiden kaikkien eri tekijöiden moninaisuus ja keskinäinen riippuvuus lapsen kehityksessä tekee

orgaanisten riskitekijöitten merkityksen määrittelyä vaikeaksi (Chess 1978) ja näin on tässäkin tutkimuksessa. Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat siihen, miten äiti kokee raskaaksi tulemisensa, kuinka hän sopeutuu raskauteen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin, kuinka työympäristö vaikuttaa nykyajan "työssäkävään sikiöön". Samoin itse synnytyksen kulkuun on psykososiaalisilla muuttujilla sekä äidin että synnytys-sairaalan kohdalla suuri merkitys. Usein on hyvin vaikeata erotella jonkin orgaanisen riskin osuutta tilanteessa, missä äidin ja hänen lähiympäristönsä sekä toisaalta synnytyssali- ym. hoitohenkilökunnan käsitys tietyn tapahtuman merkityksestä saattaa olla mitä suurimmassa määrin itseään toteuttava ennustus, jossa orgaanisen poikkeavuuden tai sen epäilyn osuutena onkin ehkä toimia tietyn tapahtumaketjun alkuna, jolloin muut tekijät saattavat olla ratkaisemassa sitä, mikä nähdään lopputuloksena lapsen oireilussa.

Tutkimuslapset on ryhmitelty tilastollisen käsittelyn helpottamiseksi yhdeksään ryhmään, jotka sittemmin tiivistettiin kolmeportaiseksi asteikoksi riskitekijöiden oletetun merkityksellisyys mukaan. Tiedot on saatu käymällä läpi tutkimuslasten synnytyskertomukset. Ryhmittelyn pohjana on käytetty soveltaen kriteereitä, jotka Bax ja Whitmore kehittivät seulontamenetelmäksi, jonka validiteettia on tutkittu Suomessakin (Michelsson, Ylinen ja Donner 1981). Ne tutkimuslapset, jotka kuuluvat edellä mainitun tutkimuksen mukaiseen riskiryhmään, on sijoitettu omaksi ryhmäkseen.

Koska lasten kehitystutkimuksen lapset olivat kahdeksasta eri kunnasta ympäri Suomea, oli synnytyssairaaoloita useita, vaihdellen yliopistollisista keskussairaaloista aluesairaaloihin.

Ryhmä I muodostettiin tutkimuslapsista:

1. joilla ei ollut riskitekijöitä ja jotka täyttivät optimaalisen ryhmän (Gillberg, Rasmussen 1982) kriteerit osalta (liite 1). N = 29
2. Normaalit raskaudet ja synnytykset, jotka eivät täyttäneet optimaalisen ryhmän kriteereitä. Esim. äiti tupakoi raskauden aikana, äidin ikä oli alle 20 tai yli 30 vuotta jne. N = 29
3. Raskauden kulussa oli ollut lievää poikkeavuutta, esim. turvotusta, lievää anemiaa jne. N = 31
4. Tarkastuksessa synnytyslaitoksella lapsi oli todettu terveeksi, mutta saattoi esiintyä jotain pientä poikkeavuutta, kuten lievää keltaisuutta, ulkonäön erikoisuutta jne. N = 78

Ryhmä II muodostettiin niistä lapsista, joilla oli

5. huomattavaa poikkeavuutta raskaudessa, esim. toksemia, hepatogestoo-
si, sairaalahoitoa vaatineita supistuksia tai verenvuotoa, joka vaa-
tinut sairaalahoitoa. N = 32
6. Huomattava poikkeavuus synnytyksessä, esim. sektio, joko elektiivinen
tai sikiön uhkaavan asfyksian vuoksi suoritettu, pitkittynyt ponnis-
tusvaihe, imukuppisynnytys, vuotoa yli 500 g jne. N = 32
7. Raskauden kestoon nähden pienipainoiset lapset, small for date. N =
31
8. Ne tutkimuslapset, joilla oli ollut sekä huomattava poikkeavuus ras-
kaudessa että synnytyksessä tai lapsella selviä hoitoa vaatineita
oireita, velttoutta, vapistelua, syanoosia, hypoglykemiaa (B-gluk.
yli 1,67 mmol/l, alle 2,0 mmol/l), selvä hyperbilirubinemia, mutta
arvot alle 340 mmol/l jne. N = 37

Ryhmä III muodostui 23 lapsesta, jotka täyttivät Kätilöopiston seuranta-
tutkimuksen riskikriteerit (liite 2). Tässä tutkimuksessa ryhmä III:een
tulleiden lasten osuus oli 7,1 %, Kätilöopiston aineistossa 5,8 %. Lo-
pullisessa aineistossa tutkimuslapset jakaantuivat ryhmiin seuraavasti:
orgaaninen riskiryhmä I 52 %, orgaaninen riskiryhmä II 41 % ja orgaanii-
nen riskiryhmä III 7 %.

Orgaanisten riskitekijöiden ja lapsessa näkyvän levottomuuden välinen
yhteys on edelleen kiistanalainen ja tällä hetkellä vilkkaan tutkimuksen
kohteena eri puolilla maailmaa. Eri maista on tutkimuksia, joissa esiin-
tymisfrekvenssit vaihtelevat suuresti. Levottomuus on käsite, joka on
hyvin tiukasti sidoksissa sosiaalisiin tilanteisiin ja myös arvioijan
toleranssiin ja normeihin. Kyse on myös tilanteeseen sidotusta käytök-
sestä. Kliinikoiden, opettajien ja vanhempien arviot lapsen levottomuu-
desta poikkeavat usein selvästi toisistaan (Sandberg 1983). Lasten ke-
hitystutkimuksen lasten vanhempien ilmoittaman lapsen levottomuuden ja
orgaanisen riskin välillä vallitsi riippuvuus koko aineistossa ja päivä-
hoitoaineistossa. Koko ajan kotona hoidettujen lasten ryhmässä ei tätä
riippuvuutta näkynyt. Jonkin verran orgaanisia riskitekijöitä omaavien
lasten (riskiryhmä II) sisällä näkyi sama riippuvuus orgaanisen riskin
ja levottomuuden välillä, siis riskitekijöiden kasvaessa levottomuus
lisääntyi. Tässä ryhmässä levottomuus korreloi myös päivähoitomuotoon

siten, että päiväkodissa hoidettujen lasten vanhemmat olivat raportoineet useammin levottomuutta kuin perhepäivähoidossa tai kotihoitossa olevien lasten vanhemmat. Siinä tutkimuslasten ryhmässä, jossa sosiaalisia stressitekijöitä oli eniten (sosiaalinen riskiryhmä III) vallitsi korrelaatio lapsen levottomuuden ja orgaanisen riskin välillä, eli kun orgaaniset riskitekijät lisääntyivät, myös vanhemmat olivat useammin ilmoittaneet lapsen olevan levoton, jos lapsella oli runsaasti myös sosiaalisia riskitekijöitä. Tämän tutkimuksen kohdalla näyttää siltä, että orgaaninen riski sinänsä ei vielä riitä aiheuttamaan lapsessa levottomuutta, vaan tarvitaan joko sosiaalisia stressitekijöitä tai päivähoitotilanne, jolloin lapsen levottomuus tulee näkyviin. Jos levottomuus olisi "puhtaasti" orgaanisista syistä johtuvaa, sen pitäisi tulla näkyviin myös kotona hoidetuissa lapsissa.

Orgaaninen riski ja päivähoito

Koko päivähoitoaineistossa ei tullut näkyviin korrelaatioita orgaanisten riskiryhmien suhteen, kun ryhmittelyä käytettiin luokitusta, jossa lapset oli jaettu sen mukaan, oliko heidät hoidettu koko ajan kotona vanhemman toimesta, olivatko he olleet sekä välillä kotona että kodin ulkopuolella päivähoitossa tai olivatko he olleet pelkästään kodin ulkopuolella päivähoitossa. Näiden ryhmien välisenä erona näkyi ainoastaan se, että ne tutkimuslapset, jotka olivat olleet hoidossa sekä kotona että kodin ulkopuolella, olivat useammin ilman orgaanisia riskitekijöitä kuin kotona tai koko ajan kodin ulkopuolella päivähoitossa olleet lapset.

Orgaaninen riski ja päivähoitomuoto

Orgaanisten riskiryhmien jakaantuminen lapsen ollessa 3-vuotias eri päivähoitomuotojen välillä näkyy taulukosta 27. Kunnallinen päiväkotiki ja perhepäivähoito eivät eronneet orgaanisten riskiryhmien suhteen toisistaan. Yksityinen perhepäivähoito poikkesi edellisistä siinä, että yksityisessä perhepäivähoidossa oli vähemmän niitä tutkimuslapsia, joilla orgaanisia riskitekijöitä oli hyvin vähän ja enemmän niitä lapsia, jotka kuuluivat eniten riskitekijöitä sisältävään ryhmään. Orgaaninen

riskiryhmä III oli kooltaan pieni (21 kpl), mutta näistä lapsista oli päiväkodissa vain yksi lapsi, perhepäivähoidossa 5 ja kotona hoidettiin 15, joista 10 oli hoidettu kotona koko ajan. Päivähoitojaksojen lukumäärän suhteen eivät orgaaniset riskiryhmät eronneet toisistaan.

Koko päivähoitoaineistossa ei orgaanisen riskin ja päivähoitomuodon välille tullut merkittävää korrelaatiota, mutta orgaanisen riskiryhmä II:n sisällä tuli erittäin merkitsevä korrelaatio siten, että kun orgaaniset riskitekijät lisääntyivät, hoidettiin lasta useammin päiväkodissa kuin perhepäivähoidossa tai kotona.

Orgaaninen riski ja lapsen psyykinen oireilu

Aineisto on ryhmitelty myös lapsen psyykkisen tilanteen mukaan, lähinnä lapsen oireiden vaikeusasteen mukaisesti. Nämä psyykkisen tilanteen jakaumat olivat suhteellisen samanlaiset eri orgaanisissa riskiryhmissä. On merkittävää, että orgaaninen riski ei siis näkynyt lapsen psyykkisessä oireilussa kolmen vuoden iässä, kun taas sosiaalisista stressitekijöistä muodostetut ryhmät jakoutuivat lapsen oireilun suhteen selvästi eri lailla parhaassa ja huonoimmassa ryhmässä.

Orgaaninen riski ja lapsen sukupuoli

Orgaanisiin riskiryhmiin jakaantuminen lapsen sukupuolen mukaan näkyy taulukosta 28. Poikia oli hieman enemmän orgaanisissa riskiryhmissä 2 ja 3.

Orgaanista riskiä verrattiin myös sosiaalisiin stressitekijöihin, lasten lomaketietojen pohjalta tehtyyn mielenterveysarvioon sekä perhehaastattelujen pohjalta tehtyyn ns. vanhemmuusindeksiin (kuvastaa vanhempien mielenterveyttä). Nämä jakaumat näkyvät taulukoista 29, 30 ja 31.

Liitteissä 1 ja 2 luetellaan muuttujat, joiden mukaan on jaettu lapset eri orgaanisiin riskiryhmiin.

Taulukko 27. Orgaaninen riski 3-vuotiaana päivähoitomuodon mukaan

Orgaaninen riski	Päivähoitomuoto											
	Äiti tai isä hoitaa		Päiväkoti		Kunnallinen perhepäivähoito		Yksityinen perhepäivähoito		Vieras hoitaja kotona		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	81	53,3	23	52,3	33	55,0	13	40,6	7	43,8	157	51,6
2	57	37,5	20	45,4	25	41,7	16	50,0	8	50,0	126	41,5
3	14	9,2	1	2,3	2	3,3	3	9,4	1	6,2	21	6,9
Yhteensä	152	100,0	44	100,0	60	100,0	32	100,0	16	100,0	304	100,0

Taulukko 28. Orgaaninen riski lapsen sukupuolen mukaan

Orgaaninen riski	Sukupuoli					
	Tyttö		Poika		Kaikki	
	Luku	%	Luku	%	Luku	%
1	78	53,4	87	50,6	165	51,9
2	59	40,4	72	41,9	131	41,2
3	9	6,2	13	7,5	22	6,9
Yhteensä	146	100,0	172	100,0	318	100,0

Taulukko 29. Sosiaalinen stressi/orgaaninen riskin mukaan

Sosiaalinen stressi	Orgaaninen riski						Kaikki	
	1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1	33	20,0	22	16,8	2	9,1	57	17,9
2	73	44,2	59	45,0	12	54,5	144	45,3
3	59	35,8	50	38,2	8	6,4	117	36,8
Yhteensä	165	100,0	131	100,0	22	100,0	318	100,0

Taulukko 30. Orgaaninen riski mielenterveysarvion mukaan

Orgaaninen riski	Mielenterveysarvio						Kaikki	
	1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1	20	54,1	109	51,7	22	48,9	151	51,5
2	16	43,2	89	42,2	17	37,8	122	41,6
3	1	2,7	13	6,1	6	13,3	20	6,9
Yhteensä	37	100,0	211	100,0	45	100,0	293	100,0

Taulukko 31. Vanhemmuusindeksi/orgaaninen riski

Vanhemmuusindeksi	Orgaaninen riski						Kaikki	
	1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%		
50 -	28	18,1	21	16,9	3	15,0	53	17,4
49 - 40	84	54,2	64	51,6	9	45,0	157	52,5
39 -	43	27,7	39	31,5	8	40,0	90	30,1
Yhteensä	155	100,0	124	100,0	20	100,0	299	100,0

LÄHDELUETTELO

Chess, S., The Plasticity of Human Development, 1978. American Academy of Child Psychiatry.

Gillberg, C., Rasmussen, P. Perceptual. Motor and Attentional Deficits in seven-year-old Children: Background Factors Develop. Med. Child Neurol. 1982, 24, 752 - 770.

Michelsson, K., Ylinen A., Donner, Märta. Neurodevelopmental Screening at Five Years of Children Who Were At Risk Neonatally. Develop. Med Child Neurol. 1981, 23, 427 - 433.

Mussen, P.H./Conger, J.J./Kagan, J. Lehrbuch der Kinderpsychologie. Ernst Klett Verlag. Stuttgart 1976, 203 - 239.

Sandberg, S. Hyperkinesia lapsuusiän psykopatologisena tilana. Duodecim 1983, 99:1514 - 1526.

LIITE 1

Muuttuja	Optimaalinen arvo
PRENATAALI	
Äidin ikä	20 - 30
Raskauksien lukumäärä	1 - 2
Abortteja	0 - 2
Verenvuotoa raskauden aikana	ei
Vahva infektio raskauden aikana	ei
Yleistynyt turvotus	ei
Valkuaista virtsassa	ei
Verenpaine	alle 140/95
Psykiatrista hoitoa	ei
Äidillä sokeritauti	ei
Gestaatioikä viikkoina	36 - 41
Pienipainoisuus raskauden keston nähden	ei
PERINATAALI	
Kaksos- tai monisikiöinen raskaus	ei
Perätila	ei
Imukuppisynnytyks	ei
Epiduraalianestesia	ei
Apgar-pisteet	9 - 10
Napanuoraprolapsi/napanuora kaulan ympäri/ napanuorassa solmu	ei
Lapsivesi	kirkas
Lapsella vaikea trauma (murtumia, paljon petekkioita)	ei
NEONATAALI	
Respiratory distress	ei
Septicaemia/meningiitti	ei
Hyperbilirubinemia ei hoidettu	ei
Valokaarihoitoa vaatinut	ei
Verenvaihdon vaatinut	ei
Verensiirtoa vaatinut anemia	ei
Ärtynyt lapsi/veltto lapsi	ei
Vaikeuksia lämmön säätelyssä	ei
Kliinisesti "epäkypsä"	ei
Happihoitoa yli 30 %	ei
POSTNATAALI	
Enkefaliitti	ei
Meningiitti	ei
Kouristuksia	ei
Tajuttomuutta	ei

5-VUOTIAITTEN SEULONTATUTKIMUKSEN RISKIKRITEERIT

1. Syntymäpaino \leq 2 000 g
2. Apgar pisteet \leq 6 viiden minuutin kuluttua tai myöhemmin
3. Hyperbilirubinemia, ainakin kaksi arvoa \geq 340 mmol/l
4. Hypoglykemia, ainakin kaksi arvoa \leq 1,67 mmol/l täysiaikaisella ja \leq 1,21 mmol/l ennenaikaisesti syntyneellä
5. Hengitysvaikeuksia, jotka vaatineet jatkuvaa positiivista ilmapainetta (CPAP) tai respiraattorihoitoa
6. Neurologisia oireita, esim. kouristuksia, huomattava hypotonia, jäykkyys tai pitkittyneet syömisvaikeudet
7. Septiset infektiot
8. Äidillä diabetes

8.2. Sosiaaliset stressitekijät

Tutkimuslasten perheiden sosiaalisia taustatekijöitä huomioitiin pelkän sosioekonomisen aseman lisäksi laajemminkin. Elämänmuutostutkimuksista tiedetään, että monet sinänsä myönteisetkin ja perheen elämänkaareen kuuluvat muutokset saattavat kumuloituessaan muodostaa yksilön mielen-terveydelle rasituksen (Hurme 1981). Samoin esim. vanhempien pitkäaikainen sairaus lisää riskiä emotionaalisiin häiriöihin lapsessa (Rutter ja Brown 1966). Rutter on omissa tutkimuksissaan pitänyt kehityksellisinä riskitekijöinä mm. äidin neuroottista häiriötä, hajonnutta kotia, poikkeavaa perherakennetta, vanhempien riitaisuutta, alhaista sosiaalista statusta ja ahtautta (yli 1,5 henkeä/huone), suurta perhekokoa, isän ammattitaidottomuutta, isän lainrikkomusta ja lapsen joutumista tilapäiseenkin sijoitukseen pois kotoa. Lisäksi erilaisten sosiaalisten stressitekijöiden yht'aikainen esiintyminen ja niiden keskinäinen vuorovaikutus lisää psykiatristen häiriöiden esiintymisriskiä (Rutter 1971). Vanhemmat myöskin pahoinpitelevät lapsiaan useammin, jos lapsella on esiintynyt perinataali- komplikaatioita, fyysisistä sairautta tai separaatioita imeväisiässä (Lynch 1975).

Koska tässä tutkimuksessa on lapsista laadittu kokonaisvaltainen mielen-terveysriskiarvio, pyrittiin sosiaalisten tekijöiden luokittelussa jättämään pois mahdollisimman tarkkaan "psykologiset" tekijät, kuten lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen liittyvät arvioinnit sekä vanhempien psykiatriseen oireiluun/sairastamiseen liittyvät tiedot.

Tiedot on poimittu kaikista käytössä olleista tietolähteistä: vanhempien, päivähoitajien, terveydenhoitajien ja perhepäivähoidonohjaajien täyttämistä lomakkeista sekä lastenpsykiatrien perhehaastattelujen ja päivähoitajien haastattelujen pohjalta laatimista arvioista. Tutkimuksessa käytetyt lomakkeet on lueteltu erillisessä liitteessä (1). Tieto sosiaalisesta stressitekijästä on laskettu mukaan, vaikka se olisi tullut esiin vain yhdessä tietolähteessä ja puuttunut muista. Aineisto on jaettu kolmeen ryhmään sen mukaan, kuinka monta näistä stressitekijöistä on lapsen elämässä ollut tutkimuksen aikana. Ensimmäiseen ryhmään joutuivat ne tutkimuslapset, joiden perheissä esiintyi taulukossa

lueteltuja tekijöitä 2 tai vähemmän. Toiseen ryhmään tulivat ne perheet, joissa tekijöitä löytyi 3 - 8 ja ryhmä kolmanteen ryhmään ne perheet, joissa tekijöitä löytyi 9 tai useampia sekä ne perheet, joissa stressitekijöitä löytyi neljästä eri ryhmästä. Ryhmään yksi tuli 57 perhettä, ryhmään kaksi 144 perhettä ja ryhmään kolme 117 perhettä.

I Perheen suhde työelämään

1. Äiti eläkkeellä
2. Isä eläkkeellä
3. Äidin työttömyys
4. Isän työttömyys
5. Äidin ammattitaidottomuus
6. Isän ammattitaidottomuus
7. Äidin tilapäistyö
8. Isän tilapäistyö
9. Alhainen tulotaso

II Perheen suhde yhteiskunnan normeihin

1. Äidin rikollisuus
2. Isän rikollisuus
3. Äidin sopeutumattomuus tai väkivaltaisuus
4. Isän sopeutumattomuus tai väkivaltaisuus
5. Äidin alkoholismi
6. Isän alkoholismi
7. Äidin asosiaalisuus nuorena
8. Isän asosiaalisuus nuorena
9. Perheen selvä sosiaalinen poikkeavuus ympäristöstä
10. Äiti käyttänyt ruumiillista kuritusta tutkimuslapselle
11. Isä käyttänyt ruumiillista kuritusta tutkimuslapselle
12. Päivähoitaja käyttänyt ruumiillista kuritusta tutkimuslapselle

III Perheen rakenteeseen liittyvät

1. Avioero/erilleen muutto
2. Yksinhuoltajuus/vanhemman kuolema
3. Lapsi on ollut sijoitettuna (otto-, kasvatti- tai isovanhempien luo)

4. Avoliitto
5. Perheessä on äitipuoli
6. Perheessä on isäpuoli
7. Perheessä on puolisisaruksia
8. Äidillä lapsuudessa hajonnut perhetausta
9. Isällä lapsuudessa hajonnut perhetausta
10. Perheessä on kolme alle kouluikäistä lasta
11. Perheessä on neljä tai useampia lapsia
12. Äidin ikä 20 vuotta tai alle lapsen syntymähetkellä
13. Isän ikä 20 vuotta tai alle lapsen syntymähetkellä
14. Äiti yli neljä viikkoa poissa kotoa
15. Isä yli neljä viikkoa poissa kotoa

IV Perhe ja somaattinen sairastaminen

1. Sisar on laitoshoidossa
2. Sisarella pitkäaikainen sairaus
3. Vanhempien lähifomaisten vakava sairaus tai kuolema
4. Äidillä pitkäaikainen sairaus tai äiti ollut viimeisen vuoden aikana kolme kuukautta sairaslomalla
5. Isällä pitkäaikainen sairaus tai isä ollut viimeisen vuoden aikana kolme kuukautta sairaslomalla
6. Tutkimuslapsella vakava sairaus
7. Tutkimuslapsi ollut hoidettavana sairaalassa kaksi kertaa tai useammin elämänsä aikana
8. Perheestä on joskus kuollut lapsi

V Asunto-olot

1. Ahtaus
2. Perhe on muuttanut tutkimuslapsen elinaikana kolme kertaa tai useammin
3. Päivähoitopaikan tilat on arvioitu ahtaaksi
4. Päivähoitopaikan materiaali on arvioitu niukaksi
5. Päivähoitopaikkojen vaihdot (ensimmäisenä vuotena kaksi tai useampia päivähoitopaikkoja, toisen vuoden loppuun mennessä ollut kolme tai useampia päivähoitopaikkoja ja kolmannen vuoden loppuun mennessä neljä tai useampia päivähoitopaikkoja)

Ensimmäisen ryhmän stressitekijöistä muodostivat ne muuttajat, jotka kuvasivat perheen suhdetta työelämään. Tässä ryhmässä huomioitiin äidin ja isän eläkkeelläolo ja neljä viikkoa tai yli kestänyt työttömyys sekä vanhempien ammattitaidottomuus ja tilapäistyö. Oman stressitekijänsä muodosti alhainen tulotaso (Mussen, Conger ja Kagan 1976). Vuonna 1976 oli lapsiperheiden käytettävissä oleva keskimääräinen tulo 874 mk/kk henkilöä kohti (Suominen ja Tuisku, 1979). Lasten kehitystutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 1978 ja 1979, joten tässä aineistossa valittiin alhaisen tulotason rajaksi 950 mk/kk henkilöä kohti, jolloin tuli mukaan aineistosta alin kolmannes, 100 perhettä, joista 66 %:lla oli kuukaudessa käytettävissä henkilöä kohti alle 794 markkaa.

Toisen ryhmän stressitekijöitä muodostivat ne muuttajat, joiden katsottiin kuvaavan perheen suhdetta yhteiskunnan normeihin. Tutkimuksen eri tietolähteistä on koostunut tietoa mm. vanhempien rikollisuudesta, sopeutumattomuudesta, väkivaltaisuudesta ja alkoholismista. Vanhempien asosiaalisuus nuorena käsittää mm. alkoholin ja huumeiden ongelmallisen käytön, koulupinnauksen ja koulun keskeytymisen. Tiedot on saatu lastenpsykiatrin haastattelussa kotikäynnillä. Jos terveydenhoitajat olivat arvioineet perheen selyästi poikkeavan sosiaalisesti ympäristöstään, on tämä huomioitu. Ruumiillisen kurituksen käyttö on otettu mukaan, vaikka se kiellettiin laissa vasta vuonna 1984.

Äidin ja isän rikollisuutta, alkoholismia tai sopeutumattomuutta/väkivaltaisuutta on esiintynyt tässä aineistossa ymmärrettävästi vähän, alle 10 tapausta kutakin muuttujaa. Sen sijaan nuoruusiän sopeutumisvaikeuksia oli raportoitu enemmän, äideillä 35 ja isillä 26. Isien pienempi määrä johtunee pikemminkin niiden isien puuttumisesta haastatteluista, joilla ehkä nuoruusiän sopeutumisvaikeudet olivat jatkuneet vaikeina aikuisikään (mm. yksinhuoltajaäidit saattoivat haastattelussa tuoda esiin, ettei lapsen isän sosiaalisen selviytyvyyden ollessa hyvin huono, äiti ollut katsonut viisaaksi solmia avioliittoa raskaudenkaan alettua). Voisi olettaa, että haastattelussa mukana olleet isät edustivat vanhemmuuteensa vakavasti ja myönteisesti suhtautuvia isiä pikemminkin kuin päinvastoin.

Ruumiillista kuritusta esiintyi runsaasti. Jo 1-vuotiaan lomakkeessa ilmoitti 17 äitiä käyttäneensä lapsella ruumiillista kuritusta. Kaikkiaan ilmoitti ruumiillista kuritusta 2-vuotiaan lomakkeella käyttäneensä 71 äitiä ja 3-vuotiaan lomakkeessa 72 äitiä. Jossain vaiheessa tutkimuslapselle oli käyttänyt ruumiillista kuritusta 101 äitiä. Äideistä 181 oli itse kokenut ruumiillista kuritusta lapsena. 2-vuotiaana lapselleen ruumiillista kuritusta käyttäneistä äideistä 90,1 % oli itse kokenut sitä lapsena.

Tutkimuslapsen ollessa 1-vuotias tai alle ilmoitti ruumiillista kuritusta käyttäneensä 13 isää. Myöhemmin 2-vuotiaan lomakkeella ilmoitti ruumiillista kuritusta käyttäneensä 62 ja 3-vuotiaan lomakkeella 64 isää käyttäneensä ruumiillista kuritusta. Kaiken kaikkiaan 89 isää ilmoitti jossain vaiheessa kurittaneensa ruumiillisesti tutkimuslapsia. 155 isää ilmoitti 2-vuotiaan lomakkeella kokeneensa itse ruumiillista kuritusta lapsena. Samalla lomakkeella 62 isää ilmoitti antaneensa lapselle ruumiillista kuritusta, näistä 46 oli itse saanut lapsena ruumiillista kuritusta (74 %). Kolmas osa ruumiillista kuritusta käyttäneistä isistä ei itse ollut kokenut sitä lapsena. Niistä 55:stä perheestä, jossa sekä äiti että isä käyttivät ruumiillista kuritusta lapsen ollessa 2-vuotias, vain 2:ssa tapauksessa kumpikaan vanhemmista ei itse ollut kokenut ruumiillista kuritusta lapsena, 10:ssä tapauksessa jompikumpi oli kokenut ja 43:ssa tapauksessa kumpikin (78,2 %). Näyttää siltä, että tässäkin tutkimusaineistossa ruumiillisen kurituksen käyttö on lapsena opittu ratkaisumalli, johon turvaudutaan ristiriitatilanteissa.

Kolmannen ryhmän muuttajat kuvasivat perheen rakenteeseen liittyviä stressitekijöitä mm. avioero, yksinhuoltajuus (avioliiton ulkopuolella syntyneiden perheet ja perheet, joissa jompikumpi vanhemmista oli kuollut). Näitä löytyi 18 tutkimuslapsen taustasta. Yksinhuoltajien osuus lapsiperheistä oli 14 % vuonna 1980 (Halla 1983). Avoliittoja oli 35, mutta osa näistä hajosi tutkimuksen kuluessa, osa solmi avioliiton niin että kolmen vuoden kuluttua avoliittoja oli enää 15. Tutkimuslapsi oli ollut sijoitettu 12 tapauksessa joko otto- tai kasvattilapseksi tai sijoitettu isovanhempien luo. Kahdessa tutkimusperheessä oli äitipuoli ja kolmessa isäpuoli. Puosisisaruksia oli 23:ssa perheessä. Kaikki muutokset vanhempien siviilisäädystä lisäävät tilastollisesti lapsen riskiä

joutua myöhemmin nuoruusiässä sosiaalsiin rekistereihin tai psykiatriseen hoitoon (Almqvist 1983). Muun muassa tästä syystä on avoliittojen solmiminen ja purkamisen huomioitu sosiaalisia stressitekijöitä laskettaessa. Perheen rakenteen muutokset muodostavat stressin ja usein menetyksen lapselle, vaikka muutos pidemmällä tähtäimellä olisikin kehitystä tukeva.

Äidin lapsuudenperhe oli hajonnut 33:ssa tapauksessa, lastenkodissa oli kasvanut yksi, isovanhempien tai sukulaisten hoidossa viisi ja otto- tai kasvattilapsena neljä äitiä. Isän lapsuuden perhe oli hajonnut 39:ssä tapauksessa, isovanhempien tai sukulaisten hoidossa oli kasvanut kuusi ja otto- tai kasvattilapsena oli ollut kaksi isää. Oman kodin ulkopuolella kasvaneiden äitien lapsista ei yksikään tässä aineistossa kuulunut sosiaalisten stressitekijöiden runsaimpaan ryhmään, kun taas kaikkien oman kodin ulkopuolella kasvaneiden isien lapset sijoittuivat tähän ryhmään, johon stressitekijöiksi katsottuja muuttujia kasaantui eniten. Aikaisemmin on osoitettu, että äidin laitossijoitus lapsena ei johtanut kyvyttömyyteen toimia vanhempana, jos puoliso oli tukea antava (Rutter 1982).

Kolmasosalla 21:stä nyt asumus- tai avioerossa olevista pareista oli tapahtunut parisuhteen purkautuminen jo toisessa polvessa. Avoliiton ulkopuolella syntyneitä oli seitsemän tutkimuslapsista, joista kahden äidin lapsuuden perhe oli hajonnut.

Avoliittoja oli 35, joista 37 %:lla oli ainakin jommalla kummalla vanhemmilla hajonnut lapsuuden perhe taustanaan.

Lapsuuden perheen hajonnut parisuhde heijastui myös nykyperheeseen siten, että 12:sta sijoitetusta tutkimuslapsesta kolmen äidillä oli ollut lapsuudessaan hajonnut perhe. Toisaalta kymmenestä lapsuudessaan sijoitettuna olleesta tutkimuslapsen äidistä ainoastaan yhden oma (tutkimus) lapsi oli nyt sijoitettu pois kotoa. Kahdeksasta lapsena sijoitettuna olleesta isästä yhdenkään lasta ei ollut sijoitettu tässä tutkimusaineistossa. On tietysti muistettava, että tutkimus kattoi vain lasten kolme ensimmäistä elinvuotta.

Tarkasteltaessa lapsuuden perherakenteen suhdetta vanhempien nyt käyttämään ruumiilliseen kuritukseen, näyttää siltä, että niiden vanhempien kohdalla, joilla oli kokemuksena hajonnut lapsuuden perhe, ristiriitojen myönteisen ratkaisun epäonnistuessa osassa turvaututtiin lasten ruumiilliseen kuritukseen, osassa päädyttiin perheen rakenteen hajoamiseen - yhtäaikaisesti näitä ilmiöitä raportoitiin harvoin tässä elämän vaiheessa.

Se, että perheessä on kolme alle kouluikäistä lasta, on periaatteessa lasten sosiaalisen kehityksen kannalta varmaankin hyvä asia, sillä "lasten keskuudessa elää myös jotain omaa, aikuisten ohjaavien käsien ulkopuolelle jäävää, vaikeasti tavoitettava lasten oma villiheimo" (Talpale 1981). Vaikka pienten lasten hoitaminen on monin tavoin antoisaa, se on myös fyysisesti ja psyykkisesti vaativaa ja rasittavaa ja edelleen yhteiskunnassamme pääosin äitien vastuulla. Tällöin pienten lasten äidit helposti joutuvat sitoutumaan hyvin tiiviisti lasten hoitoon. Leikkikäisten lasten äideillä on todettu lisääntyneitä depressioalttiutta (Richman 1976 ja Brown 1975). Erityisesti masennukseen altistaviksi tekijöiksi todettiin luottamuksellisen suhteen puuttuminen poikaystävään tai aviomieheen, kotiäitinä olo (= kodin ulkopuolisen työn puute), oman äidin menetys ennen yhdettätoista ikävuotta ja se, jos perheessä oli kolme tai useampia alle 14-vuotiaita lapsia. Yleensä alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla naisilla oli enemmän masentuneisuutta kuin keskiluokkaan kuuluvilla, etenkin jos heillä oli alle 6-vuotias lapsi. Lasten kehitystutkimuksen aineistossa perheitä, joissa oli kolme alle kouluikäistä lasta, oli 44 kappaletta.

Äideistä oli tutkimuslapsen syntyessä 20-vuotiaita tai sitä nuorempia 21 ja samanikäisiä isiä oli 7, ja näiden perheiden äidit olivat yhtä nuoria kuudessa tapauksessa.

Äideistä oli yhtäjaksoisesti poissa kotoa yli neljä viikkoa lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana 3, toisen elinvuoden aikana 4 ja kolmannen elinvuoden aikana 8. Isillä oli yli neljä viikkoa kestäneitä poissaoloja runsaammin, 52 tapausta lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. Poissaolon merkitys perheelle on aina tietysti hyvin yksilöllinen. Lisäksi on eroa sillä, onko poissaolo esim. vankilassa olosta johtuvaa vai

onko vanhempi sairaalassa tai töissä ulkomailla. Näihin eroavaisuuksiin ei tässä ole kiinnitetty huomiota, vaikkakin sen merkitys lienee ratkaisevampi eron pitkäaikaisille seurauksille lapsen elämässä kuin itse ero sinänsä (Rutter 1971). Lapsen kannalta erolla on välittömiä, joskin lyhytaikaisia seurauksia tunne-elämän osalta ja eroa voidaan pitää stressitekijänä, vaikka sillä ei ehkä olisikaan pysyvää haitallista merkitystä lapsen kehitykselle ja hyvinvoinnille. Saattaa tietysti olla myös niin, että separaatiosta on hyötyä ja helpotusta lapselle, jos suhde kyseessä olevaan vanhempaan on ollut huono tai jos puolisoiden välillä on suuria hankaluuksia ja esim. väkivaltaisia riitoja.

Useiden tutkimusten mukaan lasten ja nuorten käytöshäiriöt ja asosiaaliset oireet liittyvät vanhempien avioeroon tai asumuseroon, muttei vanhemman kuolemaan (Rutter 1971). Tämä viittaisi epäsovun ja rittelyn tai ainakin lämpimän tunnesiteen puuttumisen olevan vanhemman poissaolossa merkittävämpi tekijä kuin pelkkä ero sinänsä.

Neljännän muuttujaryhmän muodostavat perheen somaattiseen sairastamiseen liittyvät tekijät.

Vanhemman sairastuminen on lapselle monin tavoin uhkaavaa (Rutter 1966). Paitsi että sairastuneen vanhemman elämä muuttuu, voi sairaus tuoda tullessaan työhön ja toimeentuloon liittyviä huolia, jotka heijastuvat lapseen, jolla jo saattaa olla huoli vanhemman sairastumisesta sinänsä. Toisaalta lapseen kohdistuva huolenpito ja huomio vähenee myös terveeltä vanhemmalta, kun hän on huolissaan ja ahdistunut puolison sairaudesta. Yksinhuoltajan sairastuminen on lapselle vielä aivan erityisen pelottavaa, koska lapsi on tästä ainoasta vanhemmastaan täysin riippuvainen. Äidin ja isän pitkäaikainen sairaus tai vuoden aikana ollut vähintään kolmen kuukauden mittainen sairasloma on laskettu stressitekijäksi. Tiedot on osin saatu lastenpsykiatrin haastattelussa, osan ovat vanhemmat itse ilmoittaneet lomakkeella, joka on täytetty lapsen täyttyessä 1, 2 ja 3 vuotta. Koska mukaan on hyväksytty vanhempien oma ilmoitus, on ymmärrettävää, että näitä tekijöitä esiintyy melko runsaasti.

Tutkimuslapsen pitkäaikainen tai vakava sairaus tai hänen joutumisensa sairaalaan kaksi kertaa tai useammin on huomioitu yhtenä

stressitekijänä, kuten myös tutkimuslasten sisarusten pitkäaikaiset sairaudet tai pysyväluonteiset laitossijoitukset.

Se, että tutkimuslasten kohdalla on raportoitu enemmän pitkäaikaista sairautta kuin sisarusten kohdalla, saattaa johtua vanhempien suuremman tarkkuudesta tutkimuslapsen suhteen tai toisaalta siitä, että suuri osa perheistä oli yksilapsisia.

Vanhempien lähiomaisen vakava sairaus tai kuolema on koettu 135:ssä perheessä. Paitsi että lähiomaisen ja tutkimuslapsen suhde voi olla läheinen ja menetys lapselle raskas, myös vanhempien masennuksen ja stressin kokemukset heijastuvat lapseen. Lisäksi on usein aliarvioitu huonokuntoisen vanhuksen kotihoidon seurauksia muun perheen hyvinvoinnille ulkopuolisen lisäavun ollessa usein vaikeasti saatavissa.

Viidennen ryhmän muodostavat asunto-oloihin liittyvät stressitekijät. Pienet lapset ilmaisevat paljolti itseään liikkumalla. Ahtaus perheen tässä elämänvaiheessa voi olla monin tavoin rasittavaa sekä lapselle, jonka luonnollinen liikunnallinen purkauskanava estyy sekä lasta jatkuvasti rajoittamaan joutuville aikuisille, joiden on vaikea löytää rauhaa omalle itselleen tai parisuhteelleen. Kaupunkiasumisen usein lapsen tarpeita huomioimatonta rakennetta ei sinänsä ole tässä otettu stressitekijäksi, vaikka monet kansainväliset tutkimukset (mm. Rutter ja Richman) ovat osoittaneet nimenomaan leikki-ikäisten lasten äitien stressaantuvan leikkipaikkojen puutteesta ja kerrostalossa välttämättömään lasten kuljettamiseen ulos ja sisälle. Suomessa tehty terveellisen asumisen tutkimusprojekti osoitti, että asumistiheys vaikutti normaaleissa kerrostaloasunnoissa selvästi lapsiperheiden hyvinvointiin. Lasten kehitystutkimuksessa on ahtaan asumisen rajana pidetty 2 henkilöä/huone, mikä on asumispoliittista väljyyttä (1 henkilö/huone) ahtaampi. Tutkimusaineiston perheistä 63 asui näin ahtaasti, mikä on noin 20 % tutkimusperheistä ja huonompi tilanne kuin maassa keskimäärin (v. 1975 koko maassa tällaista asumistiheyttä oli vain 9 %:lla väestöstä).

Runsaita muuttoja oli kymmenessä perheessä, kun ne määriteltiin kolmeksi tai useammaksi muutoksi lapsen eliniän aikana. On huomattavaa, että kyseessä on vain tutkimuslasten kolme ensimmäistä elinvuotta käsittävä

ajanjakso ja rajan laskeminen kahteen muuttoon, mikä sekä vielä on melkoinen stressi näin lyhyen ajanjakson kuluessa, olisi kasvattanut näiden perheiden määrän nelinkertaiseksi.

Päivähoitopaikkaan liittyvänä stressitekijänä on otettu mukaan ne päivähoitopaikat, joiden tilat on arvioitu ahtaaksi tai niiden leikkimateriaali niukaksi. Perhepäivähoidon ohjaajat olivat olleet arvioissaan varovaisimpia. Heidän mielestään ahtaita päivähoitopaikkoja oli vain kuusi kappaletta, päivähoitajien itsensä arvioimina 14 kappaletta ja lastenpsykiatrien 22 kappaletta. Osittain on kyse myös yksin menevistä arvioista. Runsaat päivähoitopaikkojen vaihdot on huomioitu, jos tutkimuslapsella on ollut ensimmäisen vuoden aikana kaksi tai useampia hoitopaikkoja tai toisen vuoden loppuun mennessä kolme tai useampia hoitopaikkoja tai koko tutkimusaikana neljä tai useampia hoitopaikkoja. Näitä tutkimuslapsia oli päivähoidossa olleista 20 %.

Sosiaalinen stressiryhmä 1

(sosiaalisia stressitekijöitä oli vähiten)

Tässä ryhmässä hyvä sosioekonominen asema korreloi aikaiseen itsenäiseen pukeutumiseen tutkimuslapsella, vähäiseen orgaaniseen riskiin sekä lastenpsykiatriin haastattelun pohjalta laadittuun vanhemmuusindeksiin, so. vanhempien hyvään mielenterveyteen. Tässä ryhmässä, missä sosiaalisia stressitekijöitä esiintyi vähiten, korreloi lapsen päivähoitomuoto merkittävästi lapsen psyykkiseen tilanteeseen siten, että kotona koko ajan hoidetuilla oli vähemmän oireilua kuin alle 1-vuotiaana päivähoitoon menneillä.

Sosiaalinen stressiryhmä 2

Sosiaalisessa stressiryhmä kahdessa oli sukupuoli ja lapsen päivähoitotilanne yhteydessä siten, että poikia oli hoidettu kotona koko ajan useammin kuin tyttöjä. Tämä ero ei tullut näkyviin korrelaatioissa muissa sosiaalisten stressitekijöiden ryhmissä. Tässä sosiaalisten stressitekijöiden ryhmässä tytöillä oli useampia päivähoitajaksoja kuin

pojilla ja tytöt olivat olleet vieraan hoidossa pidempään kuin pojat. Samoin tässä ryhmässä päiväkodissa hoidetuilla lapsilla esiintyi vanhempien arvioimana enemmän levottomuutta kuin kotona hoidetuilla.

Sosiaalinen stressiryhmä 3

Tässä ryhmässä näkyi erittäin merkittävä korrelaatio lastenpsykiatrin haastattelussaan arvioiman lapsen psyykkisen tilanteen ja lomaketietojen pohjalta laaditun mielenterveysarvion välillä. Jos lastenpsykiatri oli haastattelussa nähnyt lapsella vähemmän oireita, oli samojen lasten lomakearviokin ollut parempi. Jos tässä sosiaalisia stressitekijöitä eniten sisältävässä ryhmässä oli lastenpsykiatrin haastattelussa vanhemmilla arvioitu olevan ongelmia vanhemmuudessaan, oli lapsellakin nähty oireita. Tässä tapauksessa on kyse saman arvioijan näkemyksestä ja voi olla, että vanhempien poikkeavuus ohjasi haastattelijan herkemäksi myös lapsen oireiluille. Tässä ryhmässä lapsen psyykinen tilanne korreloitiin sukupuoleen; tytöillä oli havaittu vähemmän oireita kuin pojilla. Tässä ryhmässä myös orgaaninen riski korreloi levottomuuteen siten, että jos lapsella oli orgaanisia riskitekijöitä, se lisäsi lapsen levottomuutta vanhempien ilmoittamana. Tämä ei tullut näkyviin muissa stressiryhmissä.

Näyttäisi siltä, että orgaanisen riskin lisäksi tarvitaan myös sosiaalisia stressitekijöitä, jotta lapsen levottomuus tulisi esiin. Levottomuus korreloi myös vanhemmuusindeksiin haastattelussa. Jos lastenpsykiatri oli perhehaastattelussa todennut vanhemmilla tai heidän välisessä suhteessaan ongelmia, oli myös lapsista raportoitu useammin levottomuutta vanhempien lomakkeella. Sosiaalisen riskiryhmä kolmen sisällä vallitsi käänteinen korrelaatio päivähoitotilanteen ja mielenterveyspisteiden välillä. Kotona koko ajan hoidettujen lasten vanhemmilla oli haastattelussa nähty enemmän ongelmia vanhemmuudessa kuin kodin ulkopuolella hoidettujen.

Tässä ryhmässä, jossa sosiaalisia stressitekijöitä esiintyi eniten, päivähoitojaksojen lukumäärä kasvoi kun sosioekonominen asema parani. Samansuuntainen korrelaatio oli myös päivähoitoon menoiän suhteen. Mitä

parempi sosioekonominen asema, sitä aikaisemmin oli tutkimuslapsi viety päivähoidtoon.

Sosiaalinen stressi koko aineistossa

Kun sosiaalisia stressitekijöitä oli vähän, oli lomakkeiden pohjalta laadittu mielenterveysarviokin lapsesta 3-vuotiaana parempi. Samoin haastattelujen pohjalta laadittu vanhemmuusindeksi korreloi sosiaaliseen stressiin siten, että niiden tutkimuslasten vanhempien, joilla haastattelussa oli arvioitu olevan ongelmia vanhemmuudessa, lapsille kasaantui myös sosiaalisia stressitekijöitä. Koko aineistossa, kuten sosiaalisessa stressiryhmä kolmessa, levottomuus lisääntyi sosiaalisen stressin kasvaessa. Koko aineistossa myös sosiaaliset stressitekijät ja lapsen psyykinen tilanne korreloivat siten, että sosiaalisten stressitekijöiden määrän kasvaessa lapsikin oireili enemmän. Kyseessä saattaa tietysti olla myös paitsi oireiden suurempi esiintyminen, myös levottomuuden painottuminen lapsen oireilussa sosiaalsiin stressiryhmiin. Koko aineistossa näkyi levottomuuden suhteen se, että päiväkodissa olleilla oli enemmän levottomuutta kuin kotona hoidetuilla, samoin jos vanhemmilla on arvioitu heikkoutta vanhemmuusindeksissä, se lisäsi koko aineistossa levottomuutta lapsissa. Sosiaaliset stressitekijät, päiväkotihoitomuoto ja vaikeudet vanhemmuudessa kytkeytyivät levottomuuteen. Kun sosiaalisia stressitekijöitä oli vähän, oli orgaaniseen riskiin johtavia raskauteen tai synnytykseen liittyviä komplikaatioita vähiten.

Sosiaalinen stressi ja lapsen psyykinen tilanne

Vähiten sosiaalisia stressitekijöitä sisältävässä ryhmässä oli eniten lapsia, joilla ei ollut psyykkisiä oireita. Sosiaalisia stressitekijöitä enemmän sisältävät riskiryhmät kaksi ja kolme eivät eronneet keskenään lapsen psyykkisten oireiden suhteen.

Sosiaalinen stressi ja päivähoidto

Sosiaalinen stressi ja päivähoidto olivat yhteydessä siten, että koko ajan kotona hoidetuilla oli enemmän sosiaalisia stressitekijöitä kuin

päivähoitoon menon jälkeen koko ajan kodin ulkopuolella hoidetuilla. Päivähoitoon menoiän mukaan tarkastellen sosiaalisia stressitekijöitä oli vähemmän niillä, jotka oli viety kodin ulkopuoliseen päivähoitoon jo alle 1-vuotiaana.

Sosiaalisia stressitekijöitä vähiten sisältävän ryhmän osuus oli suurin päivähoiton alkamisen jälkeen koko ajan kodin ulkopuolella hoidettujen kohdalla (23,5 %). Välillä kotona, välillä kodin ulkopuolella hoidettujen kohdalla tämä ryhmä oli suurempi (15,7 %) kuin koko ajan kotona hoidettujen kohdalla (11,8 %). Eniten sosiaalisia stressitekijöitä sisältävän ryhmän osuus oli kotona hoidettujen ryhmässä suurin (43,3 %), sekä kotona että kodin ulkopuolella hoidettujen kohdalla suurempi (33,7 %) kuin koko ajan kodin ulkopuolella hoidettujen kohdalla (30,4 %). Yksityisessä perhepäivähoidossa olevien tutkimuslasten elämään liittyi useammin ja enemmän sosiaalisia stressitekijöitä kuin kunnallisessa päivähoitossa olevien. Tämä saattoi olla yksi selittävä tekijä haastattelussa esille tulleisiin eroihin yksityisen ja kunnallisen perhepäivähoidon välillä. Sosiaalisten riskiryhmien ja päivähoiton laadun välinen yhteys osoitti, että vähiten sosiaalisia stressitekijöitä sisältävässä ryhmässä oli eniten päivähoiton parhaaseen laaturyhmään kuuluvia lapsia ja vähiten päivähoiton huonoimpaan laaturyhmään kuuluvia. Niiden lasten, joiden elämään liittyy muutenkin jo vähän stressiä, vanhemmat olivat pystyneet järjestämään vähän stressiä sisältävän päivähoiton. Erot olivat yleensä pieniä, mutta huonoimmassa laaturyhmässä ero oli yli kaksinkertainen. Sekä runsaasti päivähoitopaikkojen vaihdoksia kokeneissa että toisaalta kotona hoidetuissa tutkimuslapsissa oli eniten sosiaaliseen stressiryhmä kolmeen kuuluvia.

Sosiaalinen stressi ja lapsen mielenterveysarvio 3-vuotiaana

Sosiaalinen stressi ja lomakkeiden pohjalta laadittu lapsen mielenterveysriskiarvio ovat ymmärrettävästi samansuuntaisia, onhan kyse samoista lomakkeista poimituista, osin samoista muuttujista. Sosiaalisten stressitekijöiden ja vanhempien haastattelun pohjalta tehtyjen mielenterveyspisteiden eli vanhemmuusindeksin kesken näkyikin selvä riippuvuus. Huonoimmassa mielenterveyspisteryhmässä ei ollut yhtään parhaaseen

sosiaaliseen stressiryhmään kuuluvaa perhettä ja siihen kuului selvästi eniten tutkimuslapsia, joiden perheissä oli ollut runsaasti sosiaalisia stressitekijöitä. Parhaassa mielenterveyspisteryhmässä oli kuitenkin eniten (35,2 %) sosiaalisia stressitekijöitä kokeneita lapsia.

Sosiaaliset stressiryhmät jakaantuivat kuntaryhmien kesken taulukon 32 osoittamalla tavalla. Helsingissä oli selvästi vähemmän runsaasti sosiaalisia stressitekijöitä käsittäviä perheitä kuin muissa kunnissa. Sosioekonomisen aseman suhteen ei tällaisia eroja eri kuntaryhmien välillä esiintynyt. Näyttää siltä, että maatalousyrittäjien ja toisaalta opiskelijoiden kohdalle kasaantui runsaasti sosiaalisia stressitekijöitä ja ylemmille toimihenkilöille vähiten.

Siinä ryhmässä tutkimuslapsia, jossa oli ollut vähiten sosiaalisia stressitekijöitä oli tyttöjä enemmän kuin poikia ja eniten sosiaalista stressiä kokeneessa ryhmässä poikia enemmän kuin tyttöjä. Toisaalta tiedetään, että pojat ovat alttiimpia reagoimaan sekä biologisille että psykologisille stressitekijöille (Rutter), joten sosiaalisten riskitekijöiden suurempi kasaantuminen poikien kohdalle tekee osaltaan myös ymmärrettäväksi sen, että pojat tässä aineistossa oireilivat psyykkisesti enemmän.

Taulukko 32. Sosiaalinen riski kuntatyyppin mukaan

Sosiaalinen stressi	Kuntatyyppi							
	Helsinki		Muut kaupungit		Muut kunnat		Kaikki	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	15	28,9	35	17,2	13	17,1	63	19,0
2	27	51,9	94	46,1	30	39,5	151	45,5
3	10	19,2	75	36,7	33	43,4	118	35,5
Yhteensä	52	100,0	204	100,0	76	100,0	332	100,0

LÄHDELUETTELO

- Almqvist, F. Psykiatriska vårdkontakter och registrerad social missanpassning under åldersperioden 15 - 21 år. Kansanterveystfeteen julkaisuja M72:1983.
- Brown, G.W., Bhrolchain, M.N. and Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population sociology 9, 225 - 254.
- Douglas, J.W.B. 1975. Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning. Develop. Med. Child neurol. 17. 456 - 480.
- Halla, K. Lapsiperheet väestö- ja asuntolaskentojen valossa. Sosiaalinen aikakauskirja 1983:4. 30 - 33.
- Hurme, H. Life changes during childhood. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 41. University of Jyväskylä, Jyväskylä 1981.
- Lynch, M.A. 1975. Ill-health and child abuse Lancet. 317 - 319.
- Mussen, P.H./Conger, J.J./Kagan, J. Lehrbuch der Kinderpsychologie. Ernst Klett Verlag. Stuttgart 1976. 203 - 239.
- Richman, N. Journal Child Psychol. Psychiat., vol. 17. 1976, 75 - 78.
- Rutter M. 1966. Children of sick parents. Maudsley Monogr., Oxford University Press, London.
- Rutter, M. Esitelmä Suomen lasten psykiatriyhdistyksen koulutuspäivillä. Dipoli 1982.
- Rutter, M. Parent-Child separation Psychological Effects on the Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry 12:233 - 260, 1971.
- Rutter, M. & Brown, G.W. 1966. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. Social Psychiat. 1. 38 - 53.
- Suominen, R./Tuisku, T. Lapsiperheiden tulo- ja kulutus rakenne vuonna 1976. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII:59.
- Taipale, V. Lapsi muuttuvassa yhteiskunnassa. Duodecim 97:1696 - 1699, 1981.

8.3. Perheen mielenterveysriskiselvitys

Lasten mielenterveysriski

Tässä tutkimuksessa on koottu paljon sekä vanhempien antamaa että ammatti-ihmisten tietoa yli 300 lapsen fyysisestä ja psyykkisestä kehityksestä ja sen poikkeavuuksista, lapsen oireilusta sekä hänen perhe- ja muusta ympäristöstään. On nähty tärkeäksi käyttää tätä monipuolista aineistoa myös tutkimukseen osallistuneiden lasten mielenterveyden ja mahdollisen tulevaisuuden riskin arvioimiseen. Tämä tähtää siihen, että toivottavasti määrävuosin tehtävillä seurannoilla, - jotka voisivat olla tarkkaan rajattuja ja näin ollen suhteellisen pienin resurssein toteutettavia - saataisiin uutta tietoa mielenterveysriskin varhaisesta tunnistamisesta ja samalla voitaisiin selvittää päivähoidon edellytyksiä lapsen psyykkisen kehityksen tukemiseen ja korjaavan mielenterveystyön tekemiseen kodin resurssien ollessa siihen liian vähäisiä.

Mielenterveysriskin omaavien perheiden kartoittaminen tässä työssä on ollut tarpeellista myös kotihoidossa ja päivähoitossa olleiden ryhmien vertailukelpoisuuden selvittämiseksi.

Riskin määrittely ja kriteerit

Mielenterveysriski on kartoitettu (Malmivaara) kerran lapsen jokaisena kolmena ensimmäisenä elinvuotena. Vanhempien ja viranomaisten kyselylomakkeille antamat tiedot koskevat tilannetta lapsen täyttäessä ikävuotensa. Ensimmäiseltä vuodelta on koottu myös vastasyntyntä ja puoli-vuotiasta koskevat tiedot. Kotikäyntihaastattelut ovat hajaantuneet pitkähkölle aikavälille vuosipäiviä edeltäneelle ajalle (osassa tapauksia myös vuosipäivän jälkeen). Tietolähteitä on siis kahdenlaisia: kyselylomakevastauksia (vanhemmat, terveydenhoitajat, päivähoitajat, päivähoito-ohjaajat) sekä kotikäynneillä tapahtuneita vanhempien ja päivähoitajien haastatteluja ja suoraan havainnointiin pohjautuvia arvioita.

Osa tutkituista perheistä kuuluu samalla kansainväliseen vertailevaan lasten kehitystutkimukseen (Forssén, Ehrnroth, Kantee, 37 perhettä) ja on tässä syystä tutkittu yksityiskohtaisemmin (ks. luku 9.).

Mahdollista seurantaan ajatellen mielenterveydellinen riskiryhmä on muodostettu kolmannen ikävuoden tietojen pohjalta.

Ensimmäisen ja toisen vuoden aikana on arvioituun mielenterveysriskiin sisällytetty sekä lasta että vanhempia koskevat tiedot. Kolmannelta vuodelta riskin määrittely on suoritettu erikseen lapsesta ja perheestä.

Perhearvio

Vajaaperheisyyttä ei yksinään ole katsottu riskitekijäksi. (Kolmevuotiaiden lasten vanhemmista oli yksinhuoltajia 15, joista yksi leski-isä, yksi leskiäiti, kaksi aviotonta äitiä, muut eronneita äitejä. Yhdellä lapsella oli isäpuoli.)

Vanhempien lapselle aiheuttama riski on määritelty seuraavilla muuttujilla/muuttujaryhmillä, jolloin heikomman vanhemman arviointitulos on ratkaissut:

1. vanhempien kliininen mielenterveys
 2. vanhempien persoonallisuuden piirteet
 3. isän ja äidin vanhemmuuden laatu.
-
1. Kliinisessä mielenterveydessä on seuraavien seikkojen katsottu osoittavan riskiä: ajoittaista työkyvyttömyyttä aiheuttanut ahdistuneisuus, masentuneisuus ym. neuroottistasoinen oireilu, selvä sopeutumattomuus ihmissuhteissa ja työelämässä, antisosiaalisuutta aiheuttaneet luonnehäiriöt sekä psykoosit.
 2. Vanhempien persoonallisuuspiirteistä on silmiinpistävä empaattisuuden puute, kärsimättömyys, joustamattomuus, epäjohdonmukaisuus ja vastuuttomuus katsottu riskitekijöiksi.
 3. Isän ja äidin vanhemmuuden arvioinnissa on otettu huomioon heidän kiinnostuksensa lasta kohtaan, kummankin osallistuminen tämän hoitamiseen, heidän subjektiivinen kokemuksensa isänä/äitinä olemisesta sekä yli neljä viikkoa kestäneet poissaolot perheen piiristä kyseisen

vuoden aikana. Haastattelujen puitteissa saadut vanhemmuuden laatua koskevat tiedot koottiin 18 muuttujaa käsittäväksi "vanhemmuusindeksiksi". Muuttujat mittaavat osittain samoja asioita, jotta hajonta perheiden kesken tulisi selvemmäksi. Kun muuttujien pistearvot 1 - 3 tai 0 - 1 laskettiin yhteen, variaatiolaajuudeksi tuli 20 - 50, enemmistön kuitenkin ryvästyessä välille 40 - 50. Tämä "vanhemmuusindeksi" osoittautui kolmena peräkkäisenä tutkimusvuonna joko varsin vakioiseksi tai muutosten suunta oli laskeva (huononeva), monissa tapauksissa jyrkästikin - lisääntyneen tiedon myötä. Se, että perheisiin olivat yhteydessä valtaosassa tapauksia samat henkilöt, edesauttoi ongelmien esilletuloa.

Lomakevastauksista on mielenterveyden kokonaisarvio (kolmannelta vuodelta erikseen lapsesta ja perheestä): - hyvä, keskiryhmä, riskiryhmä - tehty vuosittain lukemalla läpi kaikki vastauslomakkeet (vanhemmilta, terveydenhoitajilta, päivähoitajilta, päivähoidonohjaajilta). Keskiryhmään on luettu ne lapset/perheet, joiden oireilu/häiriötekijät ovat olleet suhteellisen lieviä, ei riski-indikaattoreiksi katsottavia. Hyvien ryhmän muodostavat ne, joista saadut tiedot eivät sisällä mitään häiriöön viittaavaa. Paitsi viranhaltijoiden vastauksia kysymyksiin vanhempien kliinisestä mielenterveydestä ja vanhempi-lapsi -suhteesta nousee kaikilta vuosilta esiin myös viitteellistä tietoa vanhempien (useimmiten äitien) vastauksista, jotka koskevat lapsen hoitotapaa, rankaisemista tai osallistumista lapsen hoitoon.

Vanhempien kliinistä mielenterveyttä on lomakkeille arvioitu sekä (ohjeellisessa) 7-portaisessa että tiivistetyssä 4-portaisessa asteikossa: normaali, lievä häiriö, selvä häiriö, vaikea häiriö. Tilastollista käsittelyä varten lomake- (kuin myös haastattelu-)tiedot on tiivistetty kolmeen portaaseen, jossa vaikein aste (aiemmin 3 ja 4) merkitsee riskitekijää.

Lapsen tilan arvio

Haastattelijat arvioivat lapsen tilan 3-portaisesti: normaali, lievästi häiriintynyt, riskilapsi.

Lomakkeista nousi - kuten arvata saattaa - runsaasti enimmäkseen lievää ja myös ikäkauden huomioiden normaalina pidettävää oireilua. Selvän häiriön merkkeinä on pidetty suuriasteisia pelkoja, toisaalta huomattavaa levottomuutta ja runsasta ja jatkuvaa aggressiivisuutta. Eniten oli perustoimintojen, erityisesti unen häiriöitä, mutta vain harvoin vaikeasteisia. Varmuudella psykoosioireiksi tulkittavia ei lomakkeista paljastunut.

Riskiryhmät ja eri tietolähteistä tehtyjen arvioiden keskinäinen riippuvuus

Haastattelijan ja lomakkeiden lukijan arviot perheen mielenterveydellisestä riskistä eivät luonnollisesti lankea yksin kuin osittain.

Kummassakin arviointitilanteessa, mutta erityisesti haastattelijoiden, on ollut käytettävissään tietoa, joka toiselta on puuttunut. Taulukko 33 osoittaa riskiarviot molemmissa.

Taulukko 33. Mielenterveysriski III-ikävuodella perhetietojen perusteella eri tietolähteiden mukaan

Perheriski	Lomakearvio			Yhteensä
	on	ei	tieto puuttuu	
Haastatteluarvio	27	19	12	58
on	27	19	12	58
raja-	6	0	0	6
tapaus	6	0	0	6
ei	2	245	1	248
tieto puuttuu	0	1	2	3
Yhteensä	35	265	15	315

Riskiarvio lomaketiedoista on dikotominen on-ei -arvio. Haastatteluarviossa on klinisen lisätiedon perusteella katsottu muutama perhe (6) riskin suhteen rajatapauksiksi.

Kaikki lomakkeiden mukaan riskiperheet on haastateltu. Sen sijaan haastattelujen riskiperheistä (58) lomaketiedot puuttuvat viidennekseltä (12).

Koska haastattelujen 58:sta ja lomakkeiden 35:stä riskiperheestä 27 on yhteisiä, koko aineisto sisältää 66 riskiperhettä, mikä muodostaa viidenneksen (21 %). Luku vastaa monien eri tutkimusten tuloksia lastenpsykiatrisen hoidon keskimääräisestä tarpeesta.

Eri lähteiden tietojen yhdenmukaisuutta voidaan pitää hyvänä. Selvää on, että kotikäyntimateriaali tarjoaa paljon runsaammin tietoa arvioiden pohjaksi kuin lomakevastaukset. Viimemainituista paljastunut riski on ollut myös haastattelijoiden toteamaa kolmessa tapauksessa neljästä ja viimeisestäkin neljänneksestä enemmistöä ovat haastattelijat pitäneet rajatapauksina. Se, että noin kolmannes haastattelijoiden riskitapauksista on jäänyt paljastumatta lomakkeista, ei ihmetytä.

Lapsia koskevat arviot menivät pahasti ristiin. Lomakevastauksista paljastuvasta lasten oireilusta on arvioitu selvän häiriön osoitukseksi 29 lapsen tila joko oireiden runsauden tai laadun perusteella. Kuten edellä on sanottu, häiriötä tässä aineistossa ovat merkinneet suuriasteiset pelot tai levottomuus ja/tai aggressiivisuus. Lasten manifestit oireet ja persoonallisuuden kliininen häiriökuva korreloivat Auroran sairaalan seuranta tutkimukseen sisältyvässä selvityksessä vain osin, nimittäin juuri levottomuuden, aggressiivisuuden ja antisosiaalisten oireiden (jotka eivät tässä tutkimuksessa tule kyseeseen) sekä psykoosioireiden osalta. Voimakkaat pelot puolestaan voivat olla psykoosinkin indikaattoreja. Toisaalta seuranta (muutkin kuin Auroran tutkimus) on osoittanut, että ei-psykoottisten pelokkaiden ja arkojen lasten prognoosi pitkällä tähtäimellä on yleensä hyvä.

Myös haastattelutiedoista koottu lasten riskiryhmä sisälsi 29 lasta, mutta vain kuusi oli yhteisiä lomakelöydösten kanssa. Lievemmin häiriintyneissä oli suuri joukko hyperkineettisiä lapsia - samoin kuin lomakeistakin nousevissa tiedoissa. Kotikäynneillä löytyi myös yksi rajatila-psykoottinen lapsi.

Lomaketietojen perusteella tehdyn lapsi- ja perhearvion, haastattelutietojen "vanhemmuusindeksin" ja erillisten perheen ja lapsen mielenterveydellistä tilaa kartoittaneiden tietojen kesken on suoritettu tilastollinen korrelaatiolaskenta. Tässä laskennassa käytettiin "vanhemmuusindeksistä" pistearvoa sellaisenaan ryhmittämättä tulosta eriasteisiin mielenterveysryhmiin, niinkuin muissa arvioinneissa. Lomakevastauksista ja haastatteluista otettiin laskentaan mukaan lisäksi erillisenä vanhempien psykopatologiaa koskeva muuttuja heikomman vanhemman mukaan. (Liite 1).

Korrelaatiot laskettiin jokaisesta kunnasta erikseen ja koko aineistosta yhdessä.

Saman arvioijan toisilleen läheisten muuttujien väliset korrelaatiokerrotoimet olivat luonnollisesti korkeita tarkastelunäkökulman vaihteluista huolimatta. Useimmissa kunnissa ja myös koko aineistossa lapsen ja vanhempien arviot korreloivat merkitsevästi keskenään sekä haastattelijan että lomakkeiden lukijan osalta.

Sama korrelaatiolaskenta suoritettiin myös kutakin tutkijaa koskevana erikseen hänen koko aineistostaan ja yksittäisistä kunnista, joissa hän oli haastattelunsa suorittanut.

Koko aineistossa ja myös useissa kunnissa saatiin lähes kauttaaltaan tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot haastattelijan ja lomakkeiden lukijan arvioiden välille.

Kunnat, joissa viimeksi mainittu toteutui, kuuluivat aineiston toisaalta suurimpiin, toisaalta pienimpiin. Viimeksi mainittujen kohdalla ilmiön teki luonnolliseksi se, että oli kyse olosuhteista, joissa ihmisten keskeinen toistensa tuntemus on niin perustellista, että samat asiat ovat tulleet esille suurella varmuudella useita kanavia pitkin.

Erot perhehaastatteluista suorittaneiden tutkijoiden välillä olivat pieniä, ja korrelaatiot vahvistuivat ymmärrettävästi tutkittavan ryhmän koon kasvaessa. Todetut erot selittyvät teknisistä seikoista. Lastenpsykiatristen arvioiden kriteerit ovat siis olleet sängen yhtäpitäviä tutkijoiden kesken.

Korrelaatiolaskenta osoittaa, että eri tietolähteiden pohjalta muodostettujen riskiryhmien vain osittainen yhtenevyys johtunee lähinnä riskirajan vetämisen erilaisuudesta yksittäisten perheiden kohdalla eikä arviointiperusteiden eroavuudesta.

Lasten oireilun ja perheiden häiriökuvan keskinäinen riippuvuus sekä frekvenssit

Lomakevastausten (300) perusteella riski paljastui vanhemmista ja lapsista seuraavasti: 20 molemmilla, 9 vain lapsella, 15 vain vanhemmilla, kaikkiaan siis 44 tapausta (7 %, 3 %, 5 %, yhteensä 15 %). Vastaavasti haastatteluista (312): 17 molemmilla, 12 vain lapsella, 41 vain vanhemmilla, kaikkiaan 70 tapausta (5 %, 4 %, 14 %, yhteensä 23 %). Lasten ja vanhempien klinisen häiriökuvan erilaisuus näinkin suuressa osassa perheitä johtunee toisaalta lasten nuoresta iästä, toisaalta tietojen puutteellisuudesta.

Lomakkeille raportoitiin lasten pelkoja 114:sta, mutta vaikeita vain neljästä, joista kaksi kuului myös vanhempien perusteella riskiryhmään. Levottomia/keskittymättömiä tuli esille 71, joista riskinasteisia 12.

Lasten oireilun paljastuminen eri tiedostojen kautta oli varsin yhdenmukaista. Sen sijaan asteen määrittelyyn antoivat kotikäynnit luonnollisesti vanhemman pohjan.

Lomakkeissa raportoitiin vanhempien neuroottisia häiriöitä 131 tapauksessa (44 %), joista vakavia 12 (4 %). Vanhempien luonnehäiriöitä paljastui 20 perheessä, joista kolme ei kuitenkaan katsottu riskiä merkitseväksi (6 %). Frekvenssit vastaavat karkeasti Väisäsen tutkimuksen vastaavia, kun otetaan huomioon, etteivät aineistot ole täysin toisiinsa verrattavia.

Vanhempien klininen mielenterveysarvio on osoittautunut terveydenhoitajille vaikeaksi. Kolmesta kunnasta heidän raporttinsa mukaan kaikki vanhemmat olivat normaaleja ja neljännessäkään kunnassa heidän antamansa vanhempien mielenterveystiedot eivät korreloineet kotikäyntitietojen

kanssa. Osaksi liian hyvät arviot ilmeisesti johtuvat tiedon puuttumisesta isien jättäytyttyä syrjään tutkimuksesta. Lomakekysymysten laatu on myös voinut vaikuttaa siihen, että kynnys arvioida joku vanhemmista normaalista poikkeavaksi, on muodostunut liian korkeaksi.

Mikäli tutkimuksessa käytettyjä kriteerejä haluttaisiin käyttää ennalta ehkäisevässä työssä hoidon tarvitsijain löytämiseen, edellyttäisi se asian huomioimista terveydenhoito- ja päivähoitoalan perus- ja jatkokoulutuksessa.

Mielenterveysriski eri tutkimusvuosina

Lomakkeiden perusteella arvioitu riski kolmannella vuodella esiintyi 44 perheessä. Näistä puolet oli uusia tapauksia. Kerran aikaisemmin riski-indikaattoreita on todettu 13 tapauksessa, molempina edellisinä vuosina 11 tapauksessa. Tapauksia, joissa kolmevuotiaana ei tullut näkyviin riskiin viittaavaa, mutta sellainen oli todettu aikaisemmillä kerroilla, oli 36, joista kolmella oli riski molemmissa aikaisemmissa arvioissa. Tuoloin ensimmäisen ja/tai toisen ikävuoden riskiarvio pohjautui lähes aina viranomaisten (ei siis vanhempien itsensä) antamaan tietoon.

Lapsen ensimmäiseltä ikävuodelta saatiin kyselylomakkeista vanhempien keskinäistä suhdetta ja heidän persoonallisuuden piirteitään koskevaa sekä työnjakoa lapsen hoidossa koskevaa tietoa, joka ei ollut mukana kolmannen vuoden arviota lomaketiedoista tehtäessä. Tämäkin on osaltaan vaikuttanut lomakearvioiden vaihteluun tutkimusvuosien välillä.

Mainitusta kolmesta, jotka siis oli arvioitu riskiperheiksi ensimmäisellä ja toisella vuodella, oli yksi lapsi erittäin vaikeisiin olosuhteisiin syntynyt ja sittemmin adoptoitu terveeseen perheeseen, jolloin katsottiin riskin poistuneen. Toinen arvio oli perustunut lapsen vaikeaan fyysiseen sairauteen (leukemia). Oli katsottu sen tuottamien rajoitusten ja kärsimysten merkitsevän psyykkistä riskiä. Lapsi on sittemmin ollut oireeton ja kehittynyt myös sosiaalis-emotionaalisesti hyvin. Edelleen on mainittava, että niistä, joilta lomaketiedot puuttuivat kolmevuotiaana, on kahdeksalla (joka toisella) todettu riski aikaisemmin.

Tämä tarkastelu osoittaa kyselylomaketietojen käytön ongelmat: tietojen sattumanvaraisuuden ja epäluotettavuuden. Tutkimuksen jatkuttua kolme vuotta, jona aikana kontakti tutkijoiden ja perheiden sekä paikallisten viranhaltijoiden välillä kehittyi ja tiivistyi, keskinäinen luottamus lisääntyi, tiedot arvattavasti myös tulivat luotettavammiksi. Tämäkin puoltaa kolmevuotistietojen käyttöä riskiarvion perustana.

Mielenterveysriski eri kunnissa

Esille noussut mielenterveysriski ei suinkaan jakaudu tasaisesti eri kuntien välille. Lomakevastausten perusteella samoin kuin muidenkin tietojen perusteella pääkaupunkiaineisto on muita parempaa kaikkina tutkimusvuosina. Se tuskin edustaa pääkaupungin keskimääräistä tasoa. Tästä on jo osoituksena kotikäynneillä tehty havainto, että lähes kaikki helsinkiläislapset olivat taloudellisesti melko vauraista oloista perheiden asuessa omistusasunnoissa. Kaupungin vähäväkistä väestöä ei pääkaupungista mukaan otetun kaupunginosan perheisiin montakaan sisältynyt.

Haastattelutiedoissa pääkaupunki siis myös osoittautui muita paremmaksi, mutta vain ensimmäisenä tarkasteluvuotena. Jo toisena tarkasteluvuotena kaupunkikunnat olivat samalla tasolla, maalaiskuntien jäädessä heikommiksi, mutta eron kuitenkin pienentyessä. Ongelmat alkoivat siis paljastua ajan mittaan perheisiin pidetyn kontaktin puitteissa (useampi haastattelu, terveydenhoito- ja päivähoitoviranomaisten lisääntynyt aktiivisuus havainnoinnissa tutkimuksen inspiroimina). Maalaiskunnatkin osoittautuivat sangen erilaisiksi: kahden suuren kunnan keskinäinen ero oli huomattava. Aineistossa kehitysalueita ja Itä-Suomea edustaneet kaksi pientä kuntaa sisälsivät poikkeuksellisen paljon riskiperheitä (joka kolmas tai neljäs). Muiden maalaiskuntien mielenterveysarvio ei poikennut näin paljon kaupunkikuntien vastaavasta ja että eroa ylipäänsä esiintyi, johtunee ainakin osittain siitä, että maaseutuolosuhteissa yleensä kaikki poikkeavuudet tunnetaan. Tuolloin on tulokseen voinut vaikuttaa erityisesti isien ongelmien esilletulo. Kaupunkiolosuhteissa ne ovat saattaneet jäädä piiloon, varsinkin jos isä on ollut poissa haastattelutilanteesta. On aivan ilmeistä, että perheyhteyden ja lasten kehityksen kannalta myönteisimmät isät ovat aktiivisimmin osallistuneet tähän tutkimukseenkin.

Keskeytykset ja puutteelliset tiedot

Lopulliseen aineistoon on otettu mukaan kaikki, joista on saatu lomaketietoja koko ajalta (315 perhettä). Haastattelu kaikkina kolmena vuotena on saatu tehdyksi 312 perheelle. Tutkimuksen keskeyttäneitä on 21, joista heti alussa 13.

Lomakearvio on kolmannelta vuodelta tehty 300 tapauksessa. Edellytyksenä on ollut se, että sekä vanhemmat että ainakin joku viranomaisista (terveydenhoitaja tai päivähoitoviranomainen) on täyttänyt lomakkeen. Tutkimuksessa mukana olevista vanhemmista vastaus puuttui kolmannelta vuodelta 11 tapauksessa.

Viranomaisten lomakevastauksista puuttui melkoinen määrä, eräästä kunnasta 26 % terveydenhoitajien vastauksista (yhteensä 309 terveydenhoitajan vastausta). Päivähoidosta on kolmannelta vuodelta tullut tietoja lomakkeelle vielä vähemmän, kahdesta kolmasosasta: päivähoitajilta 100 ja päivähoidonohjaajilta 104. Päivähoidossa oli tuolloin 155 lasta.

Kaiken kaikkiaan kolmannen vuoden lomaketiedot olivat puutteelliset tai puuttuivat kokonaan 71 perheestä, joista siis osa (15) jäi kokonaan arvioimatta. Viimeksi mainituista oli kuitenkin 13 perhettä haastateltu kotikäynnillä. Kahta lukuunottamatta nämä kaikki olivat selvän psyykkisen riskin perheitä: esiintyi avointa psykoottisuutta, paranoidista kohtaamisen karttelua, perhekriisi oli meneillään, oli vaikeita sosiaali ongelmia yms.

Nämä 11 perhettä siis sisältyvät kolmannen vuoden riskiryhmään. Todennäköisesti jo alun alkaen yhteistyöstä kieltäytyneiden ja myöhemmin keskeyttäneiden joukossa on myös keskimääräistä enemmän riskiperheitä. Keskeytyksen syyt olivat seuraavat:

Kieltäytyminen (ei haluta yksityisasioihin puuttumista)	12 perhettä
Muutto toiselle paikkakunnalle	7 perhettä
Lapsi kuollut	<u>2 perhettä</u>
Yhteensä	21 perhettä

Mielenterveysriski ja sijoittuminen päivähoitoon

Haastatteluista ja vastauslomakkeista esille noussut riski (66 perhettä) jakautui koti- ja päivähoidon kesken täsmälleen samoin kuin koko aineisto (315) eli koko ajan kotona hoidettuja riskiperheiden lapsia oli 24 (36 %), koko aineistossa kotilapsia 114 (36 %). Tässä suhteessa siis koti- ja päivähoitoaineistot olivat vertailukelpoisia.

Riskiperheiden lasten päivähoitossa oli kuitenkin tapahtunut selvästi enemmän vaihdoksia kuin koko aineistossa. Riskiperheiden lapsista kolmannes oli ollut koko ajan samassa hoitopaikassa, koko aineistossa sen sijaan joka toinen ja 3 - 6 hoitopaikkaa oli riskiperheiden lapsilla ollut lähes joka kolmannella, kun koko aineistossa joka viidennellä.

Sen sijaan päivähoitossa oloaika ei riskiperheiden lasten kohdalla olennaisesti poikennut koko aineiston vastaavista luvuista (esim. molemmista 23 % yli 2-vuotiaista päivähoitossa, 1 1/2 - 2-vuotiaista riskiperheiden lapsista 17 %, koko aineistossa 20 %).

LIITE 1. Korrelaatiomatriisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.000							
2	.415	1.000						
3	.547	.380	1.000					
4	.193	.240	.166	1.000				
5	.273	.189	.277	.518	1.000			
6	-.743	-.373	-.514	-.249	-.351	1.000		
7	.605	.313	.349	.161	.291	-.634	1.000	
8	.255	.161	.229	.309	.441	-.304	.362	1.000

Havaintojen lukumäärä 310

1. Perheen psyykinen tilanne lastenpsykiatrin arvio
2. Lapsen psyykinen tilanne lastenpsykiatrin arvio
3. Vanhempien kyky vastata lapsen tarpeisiin lastenpsykiatrin arvio
4. Lapsen psyykinen tilanne lomakearvio
5. Vanhempien psyykinen tilanne lomakearvio
6. Vanhemmuusindeksi
7. Vanhempien psykopatologia lastenpsykiatrin arvio
8. Vanhempien psykopatologia terveydenhoitajan arvio

9. VARHAISLAPSUUDEN YKSILÖLLISEN KEHITYKSEN SEURANTAA PERUSTEELLISEMMIN TUTKITUSSA OTOKSESSA

Lasten kehitystutkimukseen osallistuneista yli 300 lapsesta on otettu 37 lapsen otos. Nämä lapset asuvat viiden eri paikkakunnan alueella ja perheineen muodostavat perusteellisemmin tutkitun otoksen tässä loppuraportissa kuvatusta tutkimusaineistosta. Lapsille on suoritettu sekä perhe- että yksilötason tutkimuksia. Tietojen kokoaminen lapsista ja perheistä on aloitettu jo äidin raskauden aikana. Niissä on pyritty kartoittamaan paitsi tutkimuslapsen yksilöllistä kehityksen kulkua myös kunkin perheen elämäntapaa, dynamiikkaa ja struktuuria sekä perheen taustaa lapsen kasvuympäristönä ja perheen suhteita ympäröivään yhteisöön.

Tietojen kokoaminen, yhtä hyvin perheiden haastattelut ja observoinnit kuin lasten yksilölliset tutkimukset on suoritettu kodeissa, perheen ja lapsen luonnollisessa elinympäristössä. Lasta on tavattu myös tämän päivähoitopaikassa. Tutkijaryhmän oletamus on, että jokapäiväisessä elinympäristössä suoritettu havainnointi ja testaus antaa luotettavampaa tietoa sekä lapsesta että perheestä kuin oudossa ympäristössä suoritettu tutkimus. Saman oletuksen mukaan lapsi ja perhe omassa tutussa ympäristössään pystyy toimimaan luontevammin ja varmemmin todellisen suoritustasonsa mukaisesti kuin vieraassa tutkimustilassa.

Kartoittamalla vuorovaikutussuhteiden rakentumista ei ainoastaan perheen haastattelu- ja havainnointitilanteissa vaan myös lapsen tutkimustilanteissa voidaan tehdä arvokkaita huomioita lapsen ihmissuhdekehityksestä. Tutkijaryhmä näkee omassa tutkimusosuudessaan keskeisenä käyttämänsä lähestymistavan ja sen pohjalta syntyneen tutkimusotteen. Tavoitteena on ollut tarkastella ja kuvata lapsen kehitystapahtumaa mahdollisimman monipuolisesti.

Perusteellisempaa tutkimusosuutta on rahoittanut myös Suomen Akatemia.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Yksilöllisen tutkimusosuuden lähtökohtia ovat Mahlerin esittämä lapsen psykologisen syntymän kulku (Mahler et al. 1975) ja Piaget'n esittämä kognitiivinen kehitys (Piaget 1952). Tutkimusajankohdat on valittu niin, että ne osuvat näistä näkökulmista katsottuna lapsen kehityksen merkittäviin vaiheisiin. - Lapsen kehitys Mahlerin ja Piaget'n teorioiden mukaan on kuvattu yksityiskohtaisemmin laajemmassa raportissa (Forssén, Ehrnrooth, Kantee: Varhaislapsuuden kehitysvaiheet. Alle 3-vuotiaan kehityksen seuranta Bayley-testausta apuna käyttäen. Psychiatria Fennica julkaisusarja. Report No 58. 1984).

Keskeisenä näkökulmana tässä tutkimuksessa on lapsen persoonallisuuden kehityksen kartoitus vuorovaikutussuhteista ja lapsen toiminnoista käsin. Tällä tarkoitetaan mm. lapsen ja lähikasvattajan välistä suhdetta sekä lapsen ja muun ympäröivän yhteisön välistä suhdetta. Varsinkin psykoanalyttisen persoonallisuuden kehitysteorian pohjalta nousseiden lasten kehitysteorioiden mukaan varhaislapsuuden kehityksessä ovat keskeisiä lapsen suhde lähimpään ympäristöönsä, erittäin läheinen vuorovaikutussuhde, kiinteä emotionaalinen yhteys, syvä kiintymys ja sitoutuneisuus lapselle merkittävän aikuisen kanssa. Seuraava merkittävä vaihe lapsen varhaiskehityksessä on asteittainen yksilöllinen kasvu eriytymisyksilöitymistapahtumien kautta. Siksi näiden seuraaminen on yksi tärkeä näkökulma tässä tutkimuksessa.

Pieni lapsi jäsentää toimintansa kautta itseään suhteessa muihin. Toimimalla hän luo omat selviämisen tapansa omassa ympäristössään. Näin ollen toiminnassa näkyvät erilaisuudet kertovat kunkin lapsen yksilöllisestä tavasta olla vuorovaikutuksessa.

Pienten lasten suoriutuminen toiminnoissaan on tilannesidonnaista ja myös lapsen emotionaaliseen kehitykseen kytkeytynyttä. Siksi pieniä lapsia tutkittaessa on muistettava ottaa huomioon sen hetkinen lapsen ja ympäristön välinen vuorovaikutustilanne ja lähiympäristössä juuri nyt tapahtunut tai äskettäin sattuneet merkittävät tapahtumat. Näin ollen yhdestä tutkimuskerrasta ei tule tehdä liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä lasten tasosta. Vasta useampien tapaamisten jälkeen, kun tutkimus

on voitu liittää muuhun lapsesta saatuun luotettavaan informaatioon, on mahdollista arvioida lapsen suoriutumisen tasoa luotettavasti.

Tutkimustuloksista

37 lapsen otokselle suoritetuista tutkimuksista on julkaistu edellä mainittu raportti (Forssén et al., 1984). Siinä kuvataan myös 37 lapsen otoksen edustavuutta laajemmasta aineistosta.

Otoksen lasten yksilöllistä kasvua kuvaavat myös heidän suorittamiensa piirrostehtävien tulokset. Ne julkaistaan omana artikkelinaan. - Bayley-tutkimuksen, piirrostehtävien ja lasten seurannan antamien yksilöllistä kehitystä kuvaavien tutkimustulosten suhde perhetaustaan ja muuhun lähiympäristöön esitetään myös omana kokonaisuutenaan erillisenä julkaisuna. Siinä tullaan käsittelemään, miten perheet ovat jakautuneet heistä saadun kokonaisinformaation pohjalta ryhmiin sen suhteen, miten suotuisan kasvualustan heidän on arvioitu tarjonneen lapsen kehitykselle kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana ja millaisen kasvualustan heidän arvioidaan jaksavan tarjota lapsen tulevalle kehitykselle: 1) Lapsen kehityksen kannalta suotuisa kasvuympäristö, 2) Lapsen kehityksen kannalta riskiryhmään kuuluvan perhe, 3) Edellisten ryhmien väliin jäävä marginaaliryhmä. Samassa yhteydessä tarkastellaan myös, miten nämä perhettä koskevat ryhmittelyt suhtautuvat lapsen yksilöllistä kehityksen kulkua kuvaaviin ryhmiin.

Bayley-tutkimuksesta

Seuraavassa lyhyt yhteenveto edellä mainitusta lapsen yksilötason tutkimuksena käytetystä Bayley-testauksesta (Bayley 1969). Se suoritettiin lapsille noin 15 ja 25 kuukauden iässä.

The Bayley Scales of Infant Development -testiin kuuluu kolme toisiaan täydentävää osaa: mentaalinen skaala, motorinen skaala sekä arvio lapsen käyttymisestä tutkimustilanteessa. Mentaalisen ja motorisen skaalan tulosten erittelyssä ja analysoinnissa on arvioitu seuraavien toimintojen

kehittymistä tutkimuslapsilla: symbolifunktio, siihen läheisesti liittyvä kieli, liikunta, hienomotorikka ja visuaalinen hahmottamiskyky. - Lapsen käyttäytymistä ja vuorovaikutusta testaustilanteessa on arvioitu myös viidestä eri näkökulmasta: Lapsen tehtäväsuuntautuneisuus, suhtautuminen tutkijaan, liikunnallinen aktiivisuus, kiinnostus ympäristöä kohtaan ja liikkeiden koordinaatio. (Kunkin "näkökulma" koostuu summa-
muuttujista, joiden rakentamisen pohjana on käytetty Mathenyn (1980) Bayley-testin tästä osasta tekemiä faktorianalyysejä.)

Bayley-tutkimukseen osallistuneet lapset voidaan jakaa testitulosten mukaan kehitysiän ja todellisen elinikänsä välisen suhteen mukaan molemmilla testauskerroilla seuraaviin ryhmiin:

A. MENTAALISEN SKAALAN VERTAILU KEHITYSIKÄÄN

Mentaalisen skaalan mukainen kehitysiikä on edellä lapsen elinikää:

- I testauskerralla 8 % lapsista
- II testauskerralla 54 % lapsista.

Mentaalisen skaalan mukainen kehitysiikä on lapsen eliniän tasolla:

- I testauskerralla 92 % lapsista
- II testauskerralla 32 % lapsista.

Mentaalisen skaalan mukainen kehitysiikä on jäljessä lapsen eliniästä:

- I testauskerralla ei yhtään lasta
- II testauskerralla 14 % lapsista.

B. MOTORISEN SKAALAN VERTAILU KEHITYSIKÄÄN

Motorisen skaalan mukainen kehitysiikä on edellä lapsen elinikää:

- I testauskerralla 19 % lapsista
- II testauskerralla 50 % lapsista.

Motorisen skaalan mukainen kehitysiikä on lapsen eliniän tasolla:

- I testauskerralla 73 % lapsista
- II testauskerralla 42 % lapsista.

Motorisen skaalan mukainen kehitysikä on jäljessä lapsen eliniästä:

- I testauskerralla 8 % lapsista
- II testauskerralla 8 % lapsista.

Lapsille suoritettiin Bayley-testaus kahdessa eri ikävaiheessa. Näin ollen on mahdollista ryhmitellä heidät myös eri testauskerroilla suoriutumisen mukaan seuraavasti:

A. SUORIUTUMINEN MENTAALISELLA SKAALALLA OMAAN IKÄTASOON NÄHDEN

- II testauskerralla parempi kuin I:llä: 46 % lapsista
- II testauskerralla samantasoinen kuin I:llä: 24 % lapsista
- II testauskerralla huonompi kuin I:llä: 30 % lapsista.

B. SUORIUTUMINEN MOTORISELLA SKAALALLA OMAAN IKÄTASOON NÄHDEN

- II testauskerralla parempi kuin I:llä: 50 % lapsista
- II testauskerralla samantasoinen kuin I:llä: 31 % lapsista
- II testauskerralla huonompi kuin I:llä: 19 % lapsista.

Kiinnostava löydös suoritettussa Bayley-testauksessa on mentaalisten ja motoristen suoriutumistasojen väliset erot ja näiden yhteydet Mahlerin kuvaamaan lapsen psykologiseen syntymään. I testauskerralla 14 %:lla lapsista oli huomattava ero mentaalisen ja motorisen skaalan suoriutumisen välillä. Näistä lapsista kolmella viidestä tämä ero näkyi vielä II testauksessa. Kaiken kaikkiaan II testauskerralla jopa 44 %:lla lapsista oli vastaavanlainen ero suoriutumisessaan.

Yhteenvedona Bayley-tutkimuksesta voidaan todeta, että näinkin pienen otoksen sisällä ns. normaalien suomalaislasten välillä on huomattavia eroja minän toimintojen kehityksen kulussa. Kehityksen etenemisen voidaan olettaa olevan yhteydessä lapsen ihmissuhteiden ja muiden virikkeiden määrään ja laatuun. Siihen vaikuttavat luonnollisesti myös sekä perityt että muuten syntyneet rakenteelliset tekijät. Mielenkiintoa herättävät nimenomaan kehityksen epätasaisuudet.

Lapsen yksilöllistä suoriutumista mittaavissa tutkimustilanteissa lapsi joutuu tiedostamaan sen, että hän on yksin ratkaisemassa tehtäviä. Yksin tekemisen kokemus voi olla lapselle joko pelottava tai mielihyvää tuottava riippuen lapsen yksilöitymis-eriytymiskehityksen asteesta. Lapsen kyky kestää yksinäisyyttä käy ilmi selvimmin motorisissa tehtävissä, mutta näkyy muissakin. Joillekin lapsille liikkuminen ja sen tarjoama psykologinen etäisyys tutkijasta tuottaa helpotusta vapauttaen heidän toimintansa. Toisissa lapsissa sama herättää sisäsyntyistä eroahdistusta ja näin lamauttaa heidät. Näin tarkasteltuna tutkimustapahtuman vuorovaikutustilanteet tarjoavat arvokasta tietoa lapsen minän toimintojen kehityksen ja psykologisen syntymän kulusta.

Tutkimustilanteiden tarjoamia havaintoja vuorovaikutuksesta ja lapsen toiminnoista

Persoonallisuuden kehityksen kartoitus vuorovaikutussuhteista ja lapsen toiminnoista käsin on tämän 37 lapselle suoritettun tutkimuksen keskeinen näkökulma. Siksi tutkimustilanteiden tarjoamat havainnot näistä seikoista ovat huomionarvoisia. Jotta tutkija pystyisi tutkimustilanteessa arvioimaan luotettavasti lapsen toiminnan tasoa ja vuorovaikutuksen laatua, hänen on ensinnäkin tunnettava käyttämänsä menetelmä tarkkaan. Testi samoin kuin muutkin tutkimustavat ovat väline havaintojen suorittamista varten, ei itsetarkoitus. Mitä tutumpi tutkija on välineensä kanssa, sitä paremmin hän voi keskittyä lapsen havainnoimiseen tutkimustilanteessa ja mukauttaa tutkimuksensa joustavasti kunkin lapsen edellytyksiä vastaavaksi tapahtumaksi. Näin hän auttaa lasta toimimaan tämän todellisen kehitystason mukaisesti.

Lapsen tähänastiset kokemukset elämästä ja se mitä hän odottaa muilta ihmisiltä heijastuvat tutkimustilanteessa. Tarkastelemalla lapsen suhtautumista tutkijaan alku-ujouden jälkeen (joskus se puuttuu) tähän tutkimukseen osallistuneet lapset voitiin jakaa ahdistuneisiin ja turvallisiin suhtautumistavoiltaan. Bowlby (1981) on kuvannut miten lapsen ja aikuisen kiintymystapa ja suhtautuminen toisiin ihmisiin liittyvät lapsen ja aikuisen todellisiin kokemuksiin tärkeistä ihmisistä. Mahler kuvaa samaa kiintymisprosessia jakaen alkuvuodet eri vaiheisiin.

Jotkut lapsista näyttivät testaustilanteessa nauttivan uudesta kontaktista ja pystyivät vieraan läsnäollessa toimimaan vapautuneesti ja koheilemaan uusia asioita. Ulkopuolisen ihmisen heille osoittama huomio näytti jopa kannustavan ja innostavan heitä. Tähän ryhmään kuului 21 lasta molemmilla testauskerroilla. - Joillakin lapsilla uuden ihmisen kohtaaminen näytti synnyttävän ahdistusta ja lukkiuttavan normaalin toiminnan. Tähän ryhmään kuului 16 lasta molemmilla testauskerroilla. - Toisella testauskerralla lasten ollessa keskimäärin 25 kk:n ikäisiä sisäsyntyinen eroahdistus vaikutti heijastuvan testaustilanteeseen useassa tapauksessa vaikeuttaen lapsen ja testajan välisen kontaktin rakentumista.

Huomion arvoista on, että edellä mainitut 21 ja 16 lasta eivät olleet samoja eri testauskerroilla, vaan 8 lapsella näkyy muutos testauskertojen välillä: 4 on siirtynyt luottavaisten ryhmästä ahdistuneitten ryhmään, 4 päinvastoin.

Tutkijalle on mahdollista omien täydentävien toimintojensa ja reaktiointensa kautta arvioida, millä suoriutumisen alueilla lapsi on herkimmin ahdistuva, häiriytyvä, tukea hakeva tai kontaktista pakeneva. Lapsen ahdistaviksi kokemat suoriutumisen alueet saattavat kertoa traumaattisista kokemuksista. Tutkimuksen aikana tulee kiinnittää huomiota myös tilannetekijöiden mahdolliseen vaikutukseen.

Havaintoja vanhempien suhtautumisesta ja sen vaikutuksesta tutkimustilanteisiin

Vanhempien suhtautuminen tutkimustilanteeseen on luokiteltavissa aktiiviseen kiinnostukseen, kiinnostukseen ja kiinnostuksen puuttumiseen. Viimeksi mainittujen ryhmä oli pieni, jokaisella tutkimuskerralla vain muutamia vanhempia. Vuoden välein tapahtuvissa tutkimuksissa sama vanhempi oli saattanut siirtyä ryhmästä toiseen.

Aktiivisesti osallistuneet vanhemmat olivat näkyvästi kiinnostuneita lapsensa toiminnasta ja rohkaisivat tätä yrittämään. Joskus rohkaisussa oli ahdistuneen suorituspaineen tuntua. Tällöin vanhemmat yrittivät

toimia lapsensa puolesta suhteessa ulkomaailmaan. Joko lasta ei koettu omasta itsestä erilliseksi persoonaksi tai sitten vanhemmat ahdistuivat ulkopuolisen arvioijan läsnäolosta.

Kiinnostuneet vanhemmat osoittivat tutkimuksen aikana jonkin verran huomiota lapselle ja tutkijalle, mutta eivät yleensä osallistuneet omaaloitteisesti tutkimuksen kulkuun. Tällaisissa perheissä lapsella oli mahdollisuus käydä "tankkaamassa" jonkin matkan päässä turvallisesti läsnäolevan vanhemman luona.

Vanhempien vetäytyneisyys ja etäisyys sekä lapsesta että tutkijasta kertoi mielestämme kiinnostuksen puuttumisesta. Etäisyys saattoi olla joko fyysistä etäisyyttä tai aistittavissa olevaa emotionaalista etäisyyttä.

Lapsi suoriutuu tutkimustilanteesta parhaiten silloin, kun vanhemmat oivaltavat intuitiivisesti lapsen läheisyyden tai välimatkan tarpeen. Yhtä hyvin vanhempien tukahduttava puuttuminen lapsen yrityksiin toimia ikänsä mukaisesti yksin kuin vanhempien osoittama liiallinen yksin selviämisen vaatimus vaikeuttavat lapsen suoriutumista tutkimustilanteessa.

Vanhempien suhtautumistapa tutkijaan heijastuu myös lapsen ja tutkijan väliseen suhteeseen. Jos vanhemmat osoittavat luottavansa tutkijaan, lapsen on helpompi antautua turvallisesti vuorovaikutukseen tämän kanssa. Lapsen kannalta tilanne on hankalin silloin, jos vanhemmat torjuvat tutkijan, mutta lapsen luontainen uteliaisuus vetää häntä tämän luo esimerkiksi kokeilemaan testileluja. Vanhemmat saattavat myös pyrkiä omistamaan tutkijan ja yrittävät käyttää tätä omien tarpeittensa tyydyttämiseen.

Havaintoja tutkijan suhtautumisesta ja sen vaikutuksesta tutkimus-tilanteisiin

Lasten turvallisuus on riippuvaista vanhempien turvallisuudentunteesta. Tutkijan on tärkeää osoittaa hyväksymisensä ja luottamuksensa lapsen vanhemmille. Luottamuksen synnyttyä vanhempien ja tutkijan välille myös lapsen on helpompi luottaa vieraaseen ja antautua vuorovaikutukseen

tämän kanssa. Arvioimalla jälleen omia täydentäviä reaktioitaan tutkija saa tietoa lapsen vanhemmista.

Tutkijan suhtautuminen äitiin tai vanhempiin tutkimustilanteessa riippuu lapsen iästä ja kullekin perheelle ominaisesta tavasta olla vuorovaikutuksessa ulkopuolisen kanssa. Aivan pieni lapsi toimii suurelta osin äitinsä kautta ja tällöin myös tutkijan tulee toimia samassa suhteessa lapsen äidin kautta.

Lapsen kyky toimia yksin lisääntyy eriytymis-yksilöitymiskehityksen edistyessä iän myötä. Mikäli tutkija kokee lapsen ja itsensä välisen vuorovaikutuksen luontevaksi ja helpoksi, se kertoo siitä, että lapsi on varsin pitkällä iän mukaisessa eriytymistapahtumassa Mahlerin teorian esittämässä mielessä.

Tutkija auttaa lasta suoriutumaan tämän todellisten edellytysten mukaisesti sallimalla kullekin äidille ja lapselle heille ominaisen vuorovaikutuksen myös tutkimustilanteen aikana. Pieniä lapsia tutkittaessa onkin luonnollista ja suotavaa, että lapsen läheisin hoitaja on läsnä tutkimustilanteissa.

Myös tutkijan vaikeus toimia kolmen hengen suhteessa saattaa olla esteenä luonnollisen lapsi-äiti-tutkija vuorovaikutuksen syntymiselle. Tutkija saattaa asettua kilpailemaan äidin kanssa sen sijaan että hän toimisi äidin ja lapsen välistä suhdetta myötäillen. Hän saattaa myös pyrkiä sulkemaan keinotekoisesti äidin pois tutkimustilanteesta, jolloin äidin ja lapsen välinen luonnollinen läheisyys järkkyy.

LOPPUPÄÄTELMÄ

Artikkelissa esitetyn 37 lapsen otoksen tähänastisia tutkimustuloksia on käytetty ennen kaikkea kuvaamaan lasten varhaisia kehitysvaiheita eikä tulevaa kehitystä ennustavina. Tutkimuksessa on verrattu toisaalta saman lapsen testituloksia eri testauskerroilla, ts. on tarkasteltu kunkin lapsen henkilökohtaista kehityksen kulkua. Toisaalta on verrattu tutkimukseen osallistuneita lapsia keskenään heidän eri kehitysvaiheissaan.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että mitä syvempää varhaista riippuvuussuhdettaan elävästä lapsesta on kysymys, sitä enemmän tutkijan on syytä toimia äidin tai muun lapselle läheisen hoitajan kautta tutkimustilanteessa. Tämä ilmeisesti pätee jokseenkin kaikkiin tutkimusmenetelmiin silloin kun niitä käytetään pikkulapsilla. Toisin sanoen lapsen suoriutumista mittaavien tutkimusten luotettavuus pikkulapsilla vaikuttaa olevan suorassa suhteessa siihen, miten luontevasti lapselle pystytään järjestämään mahdollisuus olla kehitystasoaan vastaavassa kontaktissa psykologiseen äitiinsä tutkimustilanteessa. - Pienen lapsen tutkimustulosten luotettavuuden kannalta on välttämätöntä aina arvioida lapsen eriytymis-yksilöitymiskehityksen aste ja kunnioittaa sitä myös tutkimusta suoritettaessa.

Kuvatun otoksen yksilö- ja perhetason tutkimusta on tarkoitus jatkaa yli lasten kouluiän.

LÄHTEET:

- Bayley, N. (1969) Manual for the Bayley Scales of Infant Development. New York. The Psychological Corporation.
- Bowlby, I. (1981) Attachment and Loss. SFPH Scandinavian lectures 21.10.1981. Stockholm.
- Forssén, A. - Ehrnrooth, C. - Kantee, L. (1984) Varhaislapsuuden kehitysvaiheet. Alle 3-vuotiaan kehityksen seuranta Bayley-testausta apuna käyttäen. Reports of Psychiatria Fennica, Psychiatria Fennican julkaisusarja. Report No 58. Psykiatrian tutkimussäätiö. Helsinki.
- Mahler, M. - Pine, F. - Bergman, A. (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. New York. Basic Books.
- Matheny, A. P. (1980) Bayley's Infant Behavior Record: Behavioral Components and Twin Analyses. Child Development, 51, 1157 - 1167.
- Piaget, J. (1952) The origin of intelligence in children. New York. International Universities Press.
- Spitz, R. (1974) Elämän ensimmäinen vuosi (1965). Jyväskylä. Gummerus.

10. TERVEYDENHOITAJIEN JA PÄIVÄHOIDONOHJAAJIEN KOKEMUKSIA LASTEN KEHITYSTUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Lasten kehitystutkimuksen kuluessa on järjestetty vuosittain informaatiotilaisuuksia Helsingissä. Näihin tilaisuuksiin on kutsuttu kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat, päivähoidonohjaajat, psykologit ja lastenpsykiatrit. Myös tutkimuksen johtoryhmä on ollut edustettuna näissä tilaisuuksissa. Tutkimuksen kulkua koskevan informaation lisäksi on jokaiseen tilaisuuteen sisällytetty esityksiä ja keskustelua terveydenhoitajien ja perhepäivähoidonohjaajien työhön liittyvistä aiheista.

Vuosina 1978 - 1979 pidettiin tutkimukseen osallistuneiden paikkakuntien toivomuksesta myös paikkakuntakohtaisia koulutus- ja valistustilaisuuksia, joista vastasivat lähinnä sen alueen tutkimusosuudessa mukana olevat lastenpsykiatrit. Näihin tilaisuuksiin osallistuivat jokseenkin kaikki ammattikunnat sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen ja koulun oppilashuollon piiristä. Tilaisuuksissa keskusteltiin vilkkaasti muun muassa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä.

Lasten kehitystutkimus pyrittiin toteuttamaan niin sanottuna osallistuvana tutkimuksena. Kaikki osapuolet olivat tietoisesti mukana tutkimustapahtumissa. Ehkä tästäkin syystä terveydenhoitajilla ja päivähoidon ohjaajilla oli paljon odotuksia sen suhteen, missä määrin lasten kehitystutkimukseen osallistuminen voisi palvella oman ammattitaidon ja ammatti-identiteetin vahvistumista.

Tutkimuksen kenttätöosuuden päättyessä suoritettiin kysely silloin mukana oleville terveydenhoitajille ja päivähoidon ohjaajille. Kyselykavakkeiden avulla 16 terveydenhoitajaa ja 13 päivähoidonohjaajaa kertoivat käsityksensä muun muassa siitä, minkälatuinen kokemus lasten kehitystutkimukseen osallistuminen oli ollut oman ammattityön näkökulmasta.

He kertoivat myös näkemyksiään eri ammattikuntien suhteesta toinen toisiinsa saman organisaation sisällä ja eri organisaatioiden välillä, neuvola- ja päivähoitohenkilökunnan suhtautumisesta alle 3-vuotiaaseen lapseen ja hänen perheeseensä, työntekijän suhteesta omaan ammattityöhönsä ja ammattitaidon ylläpitämiseen, työnohjauksen tarpeesta sekä viestin kulusta kentältä päätöksentekijöille.

Tutkimukseen osallistumisen vaatiman ajan pystyivät sekä terveydenhoitajat että perhepäivähoitohjaajat arvioimaan varsin hyvin jo etukäteen. Vain alle 20 prosenttia edellisistä ja alle 10 prosenttia jälkimmäisistä oli arvellut tutkimuksen vievän paljon enemmän aikaa ja vain yksi terveydenhoitaja paljon vähemmän aikaa kuin se todellisuudessa vei.

Noin puolet molemmista ammattikunnista koki, että tutkimuksessa mukanaolo oli hankaloittanut heidän arkipäivän työtään jonkin verran. Toisaalta sama määrä molemmista ammattikunnista koki mukanaolon auttaneen heidän työtään. - Jokainen terveydenhoitaja ja lähes jokainen päivähoitohjaaja olisi joka tapauksessa tullut mukaan tutkimukseen, vaikka olisi etukäteen tiennyt yhtä tarkkaan kuin tutkimuksen päättyessä, mihin ryhtyy lähtiessään tähän mukaan. Ne työntekijät molemmista ryhmistä, joilla oli ollut eniten mahdollisuuksia osallistua informaatio- ja koulutustilaisuuksiin, olivat kokeneet hyötyneensä tutkimuksesta eniten. Voidaan kysyä, oliko heillä jo alunperin suurempi motivaatio saada lisää virikkeitä työhönsä. Toisaalta voidaan olettaa, että pelkkä tutkimusrutiineissa mukanaolo sellaisenaan ei pysty hyödyttämään eikä kiinnostamaan siinä määrin kuin tilanne, missä tutkimuskokonaisuus hahmottuu. Epäilemättä koulutus- ja informaatiotilaisuudet ovat auttaneet tutkimuskokonaisuuden hahmottumista. Myös keskustelut tutkimusta suorittaneiden lastenpsykiatrien kanssa oli koettu antoisina.

Terveydenhoitajien ja päivähoitohjaajien näkemys oli, että tutkimukseen osallistuminen oli tuonut esiin sellaisia asioita, joita kannattaa liittää näiden ammattikuntien koulutukseen ja jatkokoulutukseen. Heidän mielestään aikaisempi koulutus oli tuonut runsaasti tietoa lapsen kehityksestä, mutta ei ole antanut valmiuksia tai keinoja kehityksen seuraamiseksi. Tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät ovat terveydenhoita-

jien mielestä olleet tässä suhteessa antoisia ja mahdollisesti kehittykelpoisia laajemminkin koulutuksessa käytettäväksi.

Sekä terveydenhoitajat että perhepäivähoidonohjaajat ilmaisivat, että vanhempien ja päivähoitajien suhtautuminen heille annettuun neuvontaan oli muuttunut myönteisemmäksi tutkimuskontaktin edistyessä. Sataprosenttisesti molemmat ammattiryhmät näkivät aiheelliseksi lisätä perheneuvontaa sekä neuvola- että päivähoitotyöskentelyssä. Ajan puute erityisesti paperitöiden paisuessa oli suuri este perheneuvonnan antamiselle toivutussa määrin.

Jokseenkin jokainen työntekijä kaipaasi myös itse taustatukea perheneuvonnassa. Taustatukea toivottiin jatkokoulutuksen, työnohjauksen ja konsultaation muodossa. Näiden toivottiin antavan uutta ammattitietoutta. Erityisesti työnohjauksen ja konsultaation uskottiin auttavan entistä hedelmällisemmän ja vapaamman yhteistyön kehittymisessä lasten vanhempien kanssa sekä suhteessa työtovereihin ja muihin perheen kanssa työskenteleviin toimipaikkoihin kuten kasvatusneuvolaan, sosiaalivirastoon, mielenterveystoimistoon, puheterapeuttiin jne.

Seuraavassa muutamia otteita vastauksista: "Tutkimukseen osallistuminen on "syventänyt työtä". "Se on korostanut lapsen suhtautumisen merkitystä. Arkipäivän opit ovat olleet hyviä." "Se on antanut uusia keinoja arvioida lapsen kehitystä ja lisännyt leikkimielteä." "Se on lisännyt itseluottamustani." "Kuuntelen enemmän kasvattajia." "Jollakin tavalla tuntuu, että osaa helpommin ja rauhallisemmin luoda kontaktin koko perheeseen." "Työskentely on tullut monipuolisemmaksi ja helpommaksi. Kii-reellisyys on vähentynyt."

Vastauksissa tuli esille myös selkeitä ehdotuksia ja toivomuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi:

- Erityisesti lapsen psyykkisen ja psykososiaalisen kehityksen seuranta-koulutus.
- Asioiden kehittäminen siihen suuntaan, että sama lähityöntekijä pysyisi auttamaan perhettä myös ongelmatilanteissa.

- Perheneuvontaa koskevaa perustietoutta, "maanläheistä" työnohjausta ja konsultaatiota kaivataan omaksi tueksi.
- Kotikäynnit jälleen kunniaan! Ne antavat uuden tärkeän näkökulman. Lapsen ja vanhempiin saa paremmin kontaktin tutussa ympäristössä ja siellä lapsi antaa todellisemman kuvan itsestään.
- Erityisesti terveydenhoitajilla on huolta siitä, menevätkö viestit neuvolatoiminnan todellisesta tilanteesta ja sen tämänhetkisistä kehittämisen tarpeista päätöksentekijöille asti. He kokevat, että käytettävät tilastot antavat varsin kalpean ja kapean kuvan heidän todellisesta työpanoksestaan, jonka yksi mitta on vuorovaikutuksen laatu, joka syntyy ja kehittyy terveydenhoitajan ja hänen asiakkaansa tai asiakasperheen välille.

Terveydenhoitajien ja perhepäivähoidonohjaajien osallistuminen lasten kehitystutkimukseen oli annettujen vastauksien mukaan ollut heille samanlaatuinen kokemus kuin minkä Sirkka Lauri saa tulokseksi tutkimukseensa "Terveydenhoitajan työn kehittäminen 1 - 2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjauksessa" (Lauri 1979). Laurin raportin mukaan tutkimustyön aikana terveydenhoitajat alkoivat kiinnittää työssään enemmän huomiota lapsen kehityksen eri osa-alueisiin sekä arvioida laaja-alaisemmin lapsen ja perheen kokonaistarpeita antamansa ohjaustoiminnan pohjaksi. - Yhdennukaisesti Laurin tulosten kanssa myös lasten kehitystutkimuksessa mukana olleilta vanhemmilta oli välittynyt terveydenhoitajille ja perhepäivähoidonohjaajille käsitys, että mukana olleet vanhemmat kokivat saaneensa tietoa lapsensa kehityksestä, hoidosta ja kasvatuksesta enemmän kuin muut vanhemmat.

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Kyselykaavakkeisiin annetuista vastauksista kävi ilmi, että terveydenhoitajilla oli varsin ehjä ja voimakas ammatti-identiteetti. He tunnistivat varsin selvästi, mitä lapset ja perheet tänään odottavat neuvolatoiminnalta ja minkälaisin toimenpitein neuvolan palveluja voitaisiin parantaa vastaamaan lasten ja perheiden tämänhetkisiä tarpeita.

Perhepäivähoidonohjaajat ovat muotouttamassa omaa ammattirooliaan. Monet heistä hoitavat nykyään tehtäviään muun toimen ohella. Tämän he näkevät työn kehittymistä jarruttavana seikkana. Heidän pohjakoulutuksensa vaihtelee suuresti. He kokivat myös tutkimukseen osallistumisen jonkin verran työläämpänä kuin terveydenhoitajat. Samoin he näkivät tutkimuksen annin itselleen jossain määrin vähäisempänä kuin terveydenhoitajat. Heikin näkivät kuitenkin sen rikastuttaneen työtään sekä suhteessa lapsiin, perheisiin että oman ja naapuriyhteisöjen työntekijöihin. Monet perhepäivähoidonohjaajat kokivat, että heillä oli liian vähän koulutusta lapsen kasvuun ja eri kehitysvaiheiden tarpeisiin liittyvissä asioissa. Myös omaan työhön saatava työnohjaus ja konsultaatio oli monille heistä vielä vieras ajatus.

Selkein arvostelu tutkimusta kohtaan on tullut siitä, että tutkimukseen lähdettiin liian nopeasti, ei ollut riittävää orientoitumisaikaa. Sitä huolimatta jokseenkin kaikki terveydenhoitajat ja perhepäivähoidonohjaajat ilmaisivat, että tutkimukseen osallistuminen oli ollut ammatillisesti antoisaa ja haastavaa. Erityisen paljon tutkimuksessa käytetty lähestymistapa oli antanut heille toiveita uudenlaisen, entistä elävämmän yhteistyön syntyisestä toisaalta lasten ja perheiden, toisaalta kunnan työntekijöiden kanssa.

KIRJALLISUUS:

Lauri, S. (1979) Terveydenhoitajan työn kehittäminen 1 - 2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjauksessa. Mannerheimin Lastensuojeluliiton julkaisu Lapsiraportti B 40. Savon Sanomain kirjapaino Oy, Kuopio.

11. YHTEENVETO

Tutkimuksessa oli kahdeksan eri kunnan alueelta lapsia ja perheitä alussa yhteensä 336, lopussa 315. Tutkimukseen valittiin joka kolmas 1.5.1978 - 31.10.1978 ja 1.3.1979 - 30.4.1979 välisenä aikana syntyneistä lapsista.

Kunnat olivat eri lääneistä, kaupunkeja ja maalauskuntia oli puoliksi kumpiakkin. Osa perheistä oli ruotsinkielisiä. Perheet tulivat kaikista eri sosiaaliluokista ja siten, että tutkimuksen piiriin tuli sekä palkanansaitsijoita että omaa työtä tekeviä, samoin sekä perheitä, joissa oli molemmat vanhemmat että yksinhuoltajaperheitä.

Tutkimuksen tarkoituksena on ollut antaa tietoa eri päivähoitomuotojen vaikutuksesta lapsen kehitykseen. Huomiota kiinnitettiin lisäksi perheenjäsenten välisiin suhteisiin ja niiden vaikutukseen lapsen kehitykseen.

Tutkimuksen kenttätyöhön osallistui viisi lastenpsykiatria ja kaksi psykologia, jotka ovat tehneet kolme kotikäyntiä perheisiin, yhden vuodessa. Kunnista oli valittu terveyden- ja sosiaalihuollon edustajat, jotka ovat suorittaneet oman osuutensa perhekäynneistä, neuvolavastaanotoista, päivähoiton tutkimuksista ja lomakkeiden täytöstä.

Tutkimuksen tuloksia

Päivähoito: Kolmen vuoden iässä oli noin puolet tutkimuslapsista päivisin kotona oman vanhemman hoidossa, noin 40 % oli ollut kotona koko kolmen vuoden ajan. Eri kuntien kesken oli kuitenkin varsin suuria eroja. Maalauskunnissa oli enemmän lapsia oman vanhemman hoidossa kuin kaupungissa. Vanhempien toiveet päivähoitomuodosta olivat toteutuneet noin 75 %:ssa.

Vanhemmista 65 % toivoi ensimmäisen vuoden haastattelussa lapsen kotihoitoa 3-vuotiaaksi, kolmannen vuoden haastattelussa tätä toivoi 74 %. Päiväkodin hoitajista 59 % oli sitä mieltä, että lapsen olisi hyvä olla oman äidin hoidossa 3 - 6-vuotiaaksi (kaikki päivähoitajat 32 %, taulukko 16).

Maalaiskunnissa hoitopaikka oli pidempiaikaisempi ja pysyvämpi kuin kaupunkikunnissa. Kunnallisessa perhepäivähoidossa sekä vieraan hoitaessa lasta kotona, lapsi oli useampia tunteja päivää kohti päivähoitossa kuin muissa päivähoitomuodoissa.

Opiskelijat käyttivät eniten yksityistä perhepäivähoitoa, samoin oli havaittavissa, että tutkimuslasten ollessa pienempiä perheet joutuivat etsiytymään tai halusivat enemmän hakeutua yksityiseen päivähoitoon. Yksityisessä perhepäivähoidossa olevilla lapsilla oli muissa päivähoitossa olevia useammin sosiaalisia stressitekijöitä. Lasten kasvaessa tapahtui selvää siirtymistä kunnalliseen päiväkotiin tai perhepäivähoitoon. Näyttää siltä, että yksityinen tai kunnallinen perhepäivähoito ja vieras hoitaja kotona olivat hoitoaikojen suhteen joustavampia hoitomuotoja kuin päiväkotia ja soveliaita, jos äidillä oli epäsäännölliset työajat tai osapäivätyö. Lapsikin oli näissä päivittäin kauimmin. Päiväkodissa aloittaneista oli 73 % lapsista samassa hoitopaikassa kolmivuotiaana. Yksityisissä hoitomuodoissa oli vaihtuvuus suurempaa. Muissa kaupungeissa ja Helsingissä oli tapahtunut eniten päivähoitopaikkojen vaihdoksia. Päiväkotiryhmissä olivat hoitajat vaihtuneet 76 %:lla lapsista, lapsiryhmässä tapahtuneet muutokset olivat yhtä runsaita ja uusiin tiloihin vaihtumistakin tapahtui. Lasten kokemat runsaat muutokset on todettu ongelmallisiksi, ne saattavat olla lapsen ihmissuhteiden kehitykselle haitaksi. Tätä puolta päivähoitossa on tutkittu vähän.

Päivähoitajien ammattikoulutus oli selvästi lisääntynyt kolmen vuoden aikana kunnallisen päivähoitomuodon alueella. Yksityisistä päivähoitajista oli vain 5 % koulutettuja. Tämä heijastui myös päivähoiton laatuun, joka arvioitiin heikoimmaksi yksityisen perhepäivähoidon alueella.

Yhteistyö päivähoitajien ja vanhempien välillä "sujui hyvin" päivähoitajien mielestä 68 %:ssa, noin 14 %:ssa oli vanhempien kanssa vaikeuksia. Vanhemmat olivat valtaosassa tapauksia tyytyväisiä sekä päivähoiton järjestymiseen että laatuun. Paljon tyytymättömiä oli vain 5 %. Vähiten tyytymättömyyttä oli kunnallisten hoitomuotojen kohdalla.

Lasten kehitys ja terveys

Verrattaessa eri päivähoitomuotojen vaikutusta lasten kehitykseen ei mikään päivähoitomuoto erottunut toisia paremmaksi tai huonommaksi. Tämä on tärkeä tieto sinänsä. Suuntaa antavasti kodin ulkopuolella hoidossa olevat menestyivät liikunnallisesti paremmin ja 30 kuukauden ikäiset päiväkotilapset hallitsivat leikki-aitaidot muita paremmin. Kotona jonkun muun kuin vanhemman hoidossa olevat lapset olivat sosiaalisissa taidoissa muita parempia ja vanhempien hoidossa olevilla lapsilla oli vähemmän levottomuutta kuin päiväkotilapsilla. Orgaaniset tekijät eivät yksin aiheuttaneet levottomuutta. Sosiaaliset stressitekijät, päiväkotihoidot muotona ja vaikeudet vanhemmuudessa kytkeytyivät selvästi levottomuuteen. Helsingiläiset lapset olivat muita edellä ympäristöön tutustumisessa ja puheen kehityksessä. Tytöt olivat selvästi poikia edellä. Erot tasoittuivat ja lievenivät lasten kasvaessa. Lisäksi perheiden mielen-terveysriskitilanteella ja lapsen psyykkisellä tilanteella oli korrelaatiota edellä esitettyihin eroihin.

Kodin merkitys, vanhempien ja lasten välinen suhde on ilmeisesti suurempi vaikuttaja kuin päivähoitomuoto 0 - 3-vuotiaiden lasten psyykkistä kehitystä seurattaessa.

Lasten fyysinen terveys kuntien terveydenhoitajien antamien tietojen mukaan oli hyvä 95 %:lla. Ylivilkkaita lapsia oli 9 % (Helsingistä 10 %).

Lapsen psyykinen tila arvioitiin oireettomaksi 71 %:lla, selvästi oireilevia oli 9,3 %. Tytöistä oli tähän ryhmään kuuluvia 4,8 % ja pojista 13,2 %. Näihin oireisiin kuului mm. levottomia, keskittymisvaikeuksia omaavia tai voimakkaasti pelkääviä lapsia. Myös kontaktivaikeuksia ilmeni joillakin. Suuntaa antavasti todettiin, että kotona ja kodin ulkopuolella hoidetut eli hoitomuotoa vaihtaneet ja useita eri päivähoitajaksoja kokeneet olivat enemmän edustettuina oireilevissä ryhmissä kuin koko ajan samassa hoidossa olleet lapset.

Vanhempien psyykkistä tilaa arvioitaessa todettiin noin 70 % persoonallisuudeltaan terveiksi, neuroottisia oli 26 % ja vaikeita

persoonallisuuden häiriöitä ilmeni 4 %:lla. Sisarusten psyykkinen terveys arvioitiin hyväksi 76 %:lla.

Mielenterveysriskitekijät koostuvat vanhempien kliinisestä mielenterveydestä ja persoonallisuuden piirteistä sekä vanhemmuuden laadusta. Vanhemmuuden arvioinnissa on otettu huomioon heidän kiinnostuksensa lasta kohtaan, osallistumisensa lapsen hoitoon, subjektiivinen kokemus isänä/äitinä olemisesta sekä yli neljä viikkoa kestäneet poissaolot perheen piiristä.

Mielenterveysriskiperheiden lukumäärä nousi 23 %:iin lasten ollessa 3-vuotiaita. Ilmeisesti perheiden ongelmat paljastuivat vähitellen, kun sama tutkija kävi kodeissa kolme kertaa. Lasten kasvaessa myös kasvatusriskitiridat näkyivät selvemmin kuin imeväisiässä. Mielenterveysriskiperheiden lasten hoidot jakoutuivat varsin tasaisesti koti- ja päivähoidon välille samoin kuin nämä perheet kokonaisuaineistossa. Ainoa ero näkyi siinä, että mielenterveysriskiperheissä oli enemmän hoitopaikanvaihdoksia kuin muissa. Tietoa siitä, johtuiko tämä lapsesta, vanhemmista vai päivähoitajista, ei saatu.

Vanhemmat suhtautuivat myönteisesti tutkijaan, äidit vajaa 90 prosenttisesti, isät runsaat 80 prosenttisesti. Lapsista 70 % pyrki aktiivisesti kontaktiin tutkijan kanssa. Yhteensä 12 perhettä keskeytti tutkimuksen omalta osaltaan kieltäytymällä jatkosta. Useimmissa kieltäytyneissä perheissä tuntui oleva huomattavia psyykkisiä vaikeuksia.

Kasvatusasenteita verrattiin ensimmäisen ja kolmannen haastattelun välillä. 3-vuotias lapsi on usein uhmainen - toisaalta opettelee tahtomista ja valintaa, koettelee vanhempien kärsivällisyyttä. Vaikutti siltä, että äitien epäjohtonmukaisuus ja liiallinen sallivuus oli lisääntynyt ja isien liian ankara kasvatus oli vähentynyt. Yleensä poikkeaviksi arvioidut kasvatusasenteet olivat lisääntyneet kolmen vuoden ajanjaksona.

Riskitekijät

Haettaessa riskitekijöitä todettiin orgaanisia riskitekijöitä olevan lievänä 41,2 %:lla ja vaikeana 6,9 %:lla lapsista. Lapsen psyykkisellä tilanteella 3-vuotiaana ei ollut selvää korrelaatiota orgaanisiin

riskitekijöihin. Suuntaa antavasti orgaanisen riskin kasvaessa kolmivuotiaiden lasten mielenterveysriskiarvio huononi, samoin vanhempien mielenterveysriskipisteet. Orgaanisten riskitekijöiden kasvaessa lapset olivat myös enenevästi päiväkotihoidossa.

Sosiaalisia stressitekijöitä löytyi paljon. Sosiaalinen riski ja päivähoito olivat yhteydessä siten, että koko ajan kotona hoidetuilla oli enemmän sosiaalisia stressitekijöitä kuin koko ajan kodin ulkopuolella hoidetuilla. Painottuvatko päivähoidon valintakriteerit enemmän taloudellisten kuin sosiaalisten stressitekijöiden mukaan?

Sosiaalisilla stressitekijöillä oli korrelaatiota perheiden mielenterveysarvioon, joka on ymmärrettävää. Lasten kohdalla sosiaaliset stressitekijät, esimerkiksi äidin/isän rikollisuus, sopeutumattomuus, väkivaltaisuus, alkoholismi, asosiaalisuus jne. ovat selviä psyykkiseen häiriöön altistavia tekijöitä, samoin hajonneet perheet, perheenjäsenten vakavat sairaudet tai kuolemat vaikuttavat lapsen mielenterveyteen yksilön sietokyvystä riippuen. Yli kolmasosa lapsista oli kokenut ruumiillista kuritusta. Korrelaatio oli selvä myös toisinpäin. Jos lapsella oli ollut vähän sosiaalisia stressitekijöitä, oli lapsen psyykinen tilanne useammin hyvä kuin jos stressitekijöitä oli runsaasti.

Ehkä merkittävin löydös oli se, että lapsen levottomuus (vanhempien oman arvion mukaan) kytkeytyi selvästi sosiaalisiin stressitekijöihin. Myös ne vanhemmat, joilla haastattelujen pohjalta on arvioitu olevan enemmän ongelmia kuin yleensä, ovat kertoneet useammin lapsensa levottomuudesta.

Tutkimuksen tekeminen on merkinnyt lisätaakkaa kuntien terveydenhoitajille ja päivähoitajille/päivähoidonohjaajille. Toisaalta se on merkinnyt työmotivaation ja lasten mielenterveyteen liittyvien tietojen/taitojen lisääntymistä. Myös yhteistyö ja yhteistyöhalu terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöiden välillä on kasvanut, joka merkitsee positiivista jatkoa kuntien lasten mielenterveyspalvelujen kehittymiselle.

Tieteellinen tutkimustyö antaa aina uutta motivaatiota käytännön työhön.

SAMMANDRAG

Undersökningen omfattade barn och familjer från åtta olika kommuner. Deras sammanlagda antal var i början 336 och i slutet 315. I undersökningen invaldes vart tredje barn född 1.5.1978 - 31.10.1978 eller 1.3.1979 - 30.4.1979.

Kommunerna representerade olika län och det fanns lika många städer som landskommuner. En del av familjerna var svenskspråkiga. Familjerna valdes bland alla olika socialgrupper så att i undersökningen inkluderades både löntagare och personer som utför eget arbete, likaså familjer med båda föräldrarna samt ensamförsörjarfamiljer.

Syftet med undersökningen har varit att ge information om de olika dagvårdsformernas inverkan på barnets utveckling. Därtill fästes uppmärksamhet också vid relationerna mellan familjemedlemmarna och vid dessas inflytande på barnets utveckling.

I undersökningens fältarbete deltog fem barnpsykiatriker och två psykologer, vilka gjorde tre hembesök i familjerna, ett om året. Ute i kommunerna hade valts representanter för hälso- och socialvården, vilka gjorde sin egen andel av hembesöken, rådgivningsbyråbesöken, dagvårdsundersökningar samt ifyllandet av blanketter.

Resultat från undersökningen

Dagvård: Vid tre års ålder vårdades cirka hälften av de undersökta barnen hemma av egen förälder, cirka 40 % hade vårdats hemma under hela treårsperioden. Det fanns dock stora skillnader mellan olika kommuner. I landskommunerna vårdades flera barn av sin egen förälder än i städerna. Föräldrarnas önsknings beträffande dagvårdsform hade förverkligats i ca 75 % av fallen.

65 % av föräldrarna önskade vid det första årets intervju att barnet skulle vårdas hemma till 3 års ålder, vid det tredje årets intervju

önskades detta av 74 %. Av dagshemspersonalen var 59 % av den åsikten att det skulle vara bra för barnet att bli vårdat av sin egen mor ända till 3 - 6 års ålder (alla dagvårdare 32 % tabell 6).

I landskommunerna var vårdplatsen både långvarigare och varaktigare än i städerna. I den kommunala familjedagvården samt då en utomstående vårdade barnet hemma, var barnet i dagvården flera timmar per dag än i de andra dagvårdsformerna.

Studerandena anlitade mest den privata familjedagvården, likaledes kunde man iaktta att då de undersökta barnen var mindre var familjerna tvungna eller ville hellre använda den privata dagvården. Hos de barn som vårdades i den privata familjedagvården förekom oftare sociala stressfaktorer än hos barnen i de andra dagvårdsformerna. Då barnen blev äldre skedde en tydlig överflyttning till kommunala daghem eller kommunal familjedagvård.

Privat eller kommunal familjedagvård och en utomstående vårdare hemma förefaller att vara smidigare vårdformer vad vårdtiden beträffar än daghem, och en lämplig lösning, om modern har oregelbundna arbetstider eller deltidsarbete. Barnens dagliga vårdtid var också längst i dessa vårdformer. Av de barn som hade börjat dagvården i daghem var 73 % i samma vårdplats vid tre års ålder. I de privata vårdformerna var omsättningen större. Det största antalet byten av dagvårdsplatser hade skett i de andra städerna och i Helsingfors. I daghemsgrupperna hade det skett byte av vårdare för 76 % av barnen. Förändringar i barngruppen hade skett lika ofta och flyttningar till nya lokaler ägde också rum. De talrika förändringar som barnen fick uppleva har konstaterats vara problematiska eftersom de kan störa utvecklingen av barnets människo- relationer. Det finns endast få undersökningar som belyser denna sida av dagvården.

Dagvårdarnas yrkesutbildning ökade klart under de tre åren inom den kommunala dagvården. Av de privata dagvårdarna var endast 5 % utbildade. Detta återspeglades även i dagvårdens kvalitet, som uppskattades som lägst inom den privata familjedagvården.

Samarbetet mellan dagvårdarna och föräldrarna var gott enligt dagvårdarnas åsikt i 68 % av fallen, i cirka 14 % av fallen fanns det svårigheter i samarbetet. Föräldrarna var till största delen nöjda både med dagvårdsarrangemanget och dagvårdens kvalitet. Endast 5 % var mycket missnöjda. Minst missnöjda var föräldrarna till de barn som hade kommunal dagvård.

Barnets utveckling och hälsa

Då man jämför de olika dagvårdsformernas inverkan på barnets utveckling har ingen dagvårdsform visat sig vara bättre eller sämre än de andra. Detta är i och för sig en viktig upplysning. De barn, som vårdades utanför hemmet, föreföll ha bättre motoriska färdigheter och de 30 månader gamla daghemsbarnen tycktes ha bättre lekfärdigheter än de andra. De barn som vårdades hemma av en annan person än någondera av föräldrarna var kunnigare i sina sociala färdigheter än de andra och de barn som vårdades av föräldrarna var mindre oroliga än daghemsbarnen. Orolighet orsakades inte enbart av organiska faktorer. Sociala stressfaktorer, daghem som vårdform och svårigheter i föräldrarskapet hade tydlig anknytning till oroligheten. Helsingforsbarnen var före de andra när det gällde kännedom om omgivningen och talets utveckling. Flickorna hade kommit betydligt längre i sin utveckling än pojkarna. Skillnaderna utjämnades och minskade då barnen blev äldre. Därtill korrelerade familjerna mentala risksituation och barnets psykiska situation med de ovan nämnda skillnaderna.

Hemmets betydelse, relationerna mellan föräldrarna och barnen har tydligen en mera betydande faktor än dagvårdsformen då man följer de 0 - 3 åriga barnens psykiska utveckling.

Barnens fysiska hälsa var enligt uppgifter från kommunernas hälsovårdare bra i 95 % av fallen. 9 % av barnen var överaktiva (i Helsingfors 10 %).

Barnets psykiska tillstånd bedömdes som symptomfritt i 71 % av fallen, klara symptom hade 9,3 %. Av flickorna hörde till denna grupp 4,8 %, av pojkarna 13,2 %. Gruppen med symptom ingick bl.a. oroliga barn, barn med

koncentrationssvårigheter eller mycket rädda barn. Hos några barn kunde man också iaktta kontaktsvårigheter. Som en trend kunde konstateras att de barn, som hade vårdats både hemma och utanför hemmet, alltså de som hade bytt vårdform, och de som hade upplevt flera olika dagvårdsperioder, var talrikare representerare i gruppen med symptom än de barn, som hade hela tiden varit i samma vård.

Vid bedömningen av föräldrarnas psykiska tillstånd konstaterades att ca 70 % var friska, 26 % var neurotiska och svåra psykiska störningar förekom hos 4 %. Syskonens psykiska hälsa bedömdes som god hos 76 % av de undersökta.

De mentalhygieniska riskfaktorerna utgörs av föräldrarnas kliniska mentala hälsa och personlighetsdrag samt föräldrarskapets art. Vid bedömningen av föräldraskapet har man beaktat föräldrarnas intresse för barnet, deltagandet i vården av barnet, den subjektiva upplevelsen av att vara far/mor samt över fyra veckors frånvaro från familjen.

Antalet familjer som befinner sig i riskzonen när det gäller den mentala hälsan uppgick till 23 % då barnen var 3 år. Det är tydligt, att familjernas problem gradvis uppdagades då samma forskare besökte hemmen tre gånger. Då barnen blev äldre avslöjades också uppfostringsproblemen tydligare än vid spädbarnsåldern. Dagsvården av barnen i riskfamiljerna fördelades ganska jämnt mellan hemvård och dagvård utanför hemmet liksom också familjerna i hela materialet. Den ända skillnaden var att barnen i riskfamiljerna hade bytt vårdplats flera gånger än barnen i de andra familjerna. Någon upplysning om detta berodde på barnet föräldrarna eller dagvårdarna fick man inte.

Föräldrarna förtill sig positivt gentemot forskare, mödrarna i nära 90 %, fäderna i över 80 % av fallen. Av barnen sökte 70 % aktivt kontakt med forskaren. Sammanlagt 12 familjer avbröt undersökningen för sin del genom att vägrafortsätta. I de flesta av dessa familjer föreföll det att finnas betydande psykiska svårigheter.

Föräldrarnas uppfostringsattityder jämfördes mellan den första och den tredje intervjun. Vid tre års ålder är barnet ofta trotsigt - å andra

sidan lär barnet sig att vilja och att välja, sätter föräldrarnas tålamod på prov. Mödrarnas inkonsekvens och en överdriven eftergivenhet tycktes ha ökat och fädernas alltför stränga uppfostringsattityd minskat. Sådana uppfostringsattityder som generellt uppfattades som avvikande hade ökat under treårsperioden.

Risikfaktorer

Vid kartläggningen av riskfaktorer konstaterade man lindriga organiska riskfaktorer hos 41,2 % och svåra hos 6,9 % av barnen. Barnets psykiska tillstånd vid 3-års åldern hade inte någon klar korrelation med de organiska riskfaktorerna. Med högre organisk risk tycktes värdet för de 3-åriga barnens genomsnittliga mentalhygieniska risk försämrats, likaså föräldrarnas riskpoäng beträffande den mentala hälsan. Då de organiska riskfaktorerna tilltog var barnen också oftare i daghemsvård.

Sociala stressfaktorer konstaterades i stor mängd. Mellan den sociala risken och dagvården fanns ett sådant samband, att de, som hela tiden vårdats hemma hade mera sociala riskfaktorer än de, som hela tiden vårdats utanför hemmet. Väger ekonomiska stressfaktorer tyngre än sociala som valkriterier till dagvård?

De sociala stressfaktorerna korrelerade med bedömningen av familjernas mentala risk, vilket är förståeligt. Sociala stressfaktorer som t.ex. mors/fars kriminalitet, brist på anpassningsförmåga, våldsamhet, alkoholism, asocialitet osv. bidrar klart till ökad risk för psykiska störningar hos barnen. På samma sätt inverkat splittrade familjer, familjemedlemmars svåra sjukdomar eller dödsfall på barnets mentala hälsa i olika hög grad beroende av individens förmåga att uthärda dylika stressfaktorer. Över en tredjedel av barnen hade fått aga. Korrelationen var tydligt också i motsatt riktning. Om barnet hade haft få sociala stressfaktorer, var barnets psykiska tillstånd oftast bättre än om det fanns riktigt med stressfaktorer.

Det kanske mest betydande fyndet var att barnens orolighet (enligt föräldrarnas egen uppskattning) hade klar sig anknytning till sociala

stressfaktorer. (Också) de föräldrar, som på basen av intervjuarna bedömdes ha flera problem än i allmänhet, har oftare berättat om barnets orolighet.

Genomförandet av undersökningen har betytt en ökad börda för hälsovårdarna och dagvårdarna/dagvårdsledarna i kommunerna. Å andra sidan har det lett till en ökning av arbetsmotivationen och kunskaper/färdigheter i fråga om barnens mentala hälsa. Även samarbetet och viljan till samarbete mellan de anställda inom hälsovården och socialvården har ökat, vilket innebär en positiv fortsättning på utvecklingen av den mentala hälsovårdsservicen för barn i kommunerna.

Den vetenskapliga forskningen ger alltid ny motivation åt det praktiska arbetet.

LIITE 1

LAPSEN KEHITYSTUTKIMUKSESSA KÄYTETYT LOMAKKEET

Otannan seurantalomake
 Otannan täydennyslomake
 Lapsen alkuvaiheet
 Lapsen alkuvaiheet synnytyskertomuksista
 Tutkimuslomake, sama kuin lasten kotihoidontuen kokeiluun osallistuneille perheille
 1/2-vuotias lapsi, äidin ja hoitajan lomake
 9 kk:n ikäinen lapsi, terveydenhoitajan lomake
 9 kk:n ikäinen lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 Vanhempien I haastattelu
 Vanhempien I haastattelu, family system
 1-vuotias lapsi, vanhempien lomake
 1-vuotias lapsi, terveydenhoitajan lomake
 1-vuotias lapsi, päivähoitajan lomake
 1-vuotias lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 16 kk:n ikäinen lapsi, terveydenhoitajan lomake
 16 kk:n ikäinen lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 20 kk:n ikäinen lapsi, terveydenhoitajan lomake
 20 kk:n ikäinen lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 2-vuotiaan lapsen lomake vanhemmille
 2-vuotias lapsi, terveydenhoitajan lomake
 2-vuotias lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 2-vuotias lapsi, päivähoitajan lomake
 Vanhempien II haastattelu
 Päivähoitajan I haastattelu
 30 kk:n ikäinen lapsi, terveydenhoitajan lomake
 30 kk:n ikäinen lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 3-vuotiaan lapsen lomake vanhemmille
 3-vuotias lapsi, terveydenhoitajan lomake
 3-vuotias lapsi, päivähoitajan lomake
 3-vuotias lapsi, perhepäivähoidonohjaajan lomake
 Vanhempien III haastattelu
 Vanhempien III haastattelu, family system
 Vanhempien III haastattelun muistiinpanot
 Päivähoitajan II haastattelu
 Terveydenhoitajien ja päivähoitajien kokemuksia
 Bayley Scales of Infant Development

LUETTELO KENTTÄTYÖN TUTKIJOISTA

Helsinki

Hietala, Maj-Britt, terveydenhoitaja
Jaakola, Raija, perhepäivähoidonohjaaja
Juvonen, Päivi, perhepäivähoidonohjaaja
Karitie, Helena, perhepäivähoidonohjaaja
Murtorinne, Seija, perhepäivähoidontarkastaja
Närhi, Kaarina, johtava ylihoitaja
Reunanen, Maire, apulaistarkastaja
Salonen, Mervi, terveydenhoitaja
Surakka, Sirkka, terveydenhoitaja

Keuruu

Hänninen, Anneli, terveydenhoitaja
Ohvo, Maila, terveydenhoitaja
Pekkala, Eeva, terveydenhoitaja
Piilo, Anna, perhepäivähoidonohjaaja
Hurme, Helvi, terveydenhoitaja
Tolvanen, Taimi, perhepäivähoidonohjaaja
Vainio, Ulla, terveydenhoitaja

Loppi

Heinäjoki, Heli, terveydenhoitaja
Juhola, Arto, terveydenhoitaja
Kurki, Kirsti, perhepäivähoidonohjaaja
Saarinen, Salli, terveydenhoitaja

Naantali

Kumlin, Terttu, terveydenhoitaja
Sipilä, Ulla-Maija, terveydenhoitaja
Urpo, Pirkko, perhepäivähoidonohjaaja
Valpola, Marja-Liisa, perhepäivähoidonohjaaja

Raahе

Ala-Vainio, Tellervo, terveydenhoitaja
 Autio, Raija, perhepäivähoidonohjaaja
 Korpela, Inkeri, terveydenhoitaja
 Marjomaa, Terttu, terveydenhoitaja
 Nordberg, Kirsti, terveydenhoitaja
 Palviainen, Eila, perhepäivähoidonohjaaja
 Puhakka, Aino, terveydenhoitaja
 Taanila, Kaija, perhepäivähoidonohjaaja
 Turula, Tuula, perhepäivähoidonohjaaja
 Vierimaa, Heleena, perhepäivähoidonohjaaja
 Viskari, Sirkka-Liisa, osastosihteeri

Rääkkylä

Halonен, Merja, perhepäivähoidonohjaaja
 Hassinen, Terttu, terveydenhoitaja
 Hirvonen, Eija, perhepäivähoidonohjaaja
 Lehtomäki, Armi, perhepäivähoidonohjaaja
 Pietarinen, Eila, perhepäivähoidonohjaaja
 Tiainen, Liisa, terveydenhoitaja
 Turkia, Lea, perhepäivähoidonohjaaja
 Vainionkulma, Seija, perhepäivähoidonohjaaja
 Valovuori, Olli, perhepäivähoidonohjaaja

Tammisaari

Lindholm, Ulla, terveydenhoitaja
 Ljung, Kerstin, osastosihteeri
 Peltola, Inga-Liisa, terveydenhoitaja
 Stjernberg, Benita, vt. osastosihteeri
 Österlund-Holmqvist, Eivor, vt. osastosihteeri

Virtasalmi

Autio, Eeva-Liisa, perhepäivähoidonohjaaja
 Gyllenberg, Sirkka, perhepäivähoidonohjaaja
 Kohonen, Tellervo, terveydenhoitaja
 Virtanen, Marja, perhepäivähoidonohjaaja

1. Marraskuun lakko vuonna 1917 ja kapina vuonna 1918. Tilastollinen selonteko niiden vaikutuksesta Suomen teollisuuteen. (1921) - Novemberstrejken år 1917 och upproret år 1918. En statistisk utredning angående deras inflytande på Finlands utredtrier. (1921)
2. Asuntolaskenta huhtikuun 25 p:nä 1919. (1921) - Bostadsräkningen den 25 april 1919. (1921)
3. Tutkimus Suomen maataloustyöväen oloista palkkausvuonna 1919 - 1920. (1924) - Undersökning angående arbetsförhållandena bland lantarbetarna under avlöningsåret 1919 - 1920. (1924)
4. Tutkimus metsä- ja uittotyöntekijäin oloista keväällä 1921. (1924) - Undersökningar angående arbetsförhållandena bland skogs- och flottningsarbetarna våren 1921. (1924)
5. Elinkustannukset tilinpitokaudella 1920 - 21. (1925) - Levnadskostnaderna under bokföringsperioden 1920 - 21. (1925)
6. Kielto lakirikokset 1/6 1919 - 31/5 1924. (1925) - Brott mot förbudslagen 1/6 1919 - 31/5 1924. (1925)
7. Kielto lakitiedustelu vuonna 1923. (1925) - Förbudslagenheten år 1923. (1925)
8. Juopumuksesta pidätetyt henkilöt kaupungeissa vuonna 1923. (1925) - För fyllet i anhängna personer i städerna år 1923. (1925)
9. Lastaus- ja purkamistyöntekijäin olot. (1928) - Lastnings- och lossningsarbetarnas levnadsförhållanden. (1928)
10. Tutkimus liikeapulaisten työ-, palkkaus- ym. oloista vuonna 1925. (1929) - Undersökning rörande de affärsanställdas arbets-, avlönings- m. fl. förhållanden år 1925. (1929)
11. Teknillisen henkilökunnan työ- ja palkkausolot vuonna 1929. (1933) - Den tekniska personalens arbets- och avlöningsförhållanden år 1929. (1933)
12. Yötyöntekijättärien työ-, asunto- ja terveysolot. (1935) - Mattarbetarnas arbets-, bostads- och hälsoförhållanden. (1935)
13. Työläisnuorisotutkimus. (1935) - Undersökning rörande arbetarungdomen. (1935)
14. Elinkustannustutkimus vuodelta 1928. A. Kaupunkien ja muiden asutuskeskusten tilinpitoperheet. (1936) B. Maataloustyöläisperheet (1937) - Levnadskostnadsundersökningen år 1928. A. Bokföringsfamiljerna i städer och övriga bosättningscentra. (1936). B. Lantarbetarfamiljerna. (1937)
15. Kutomateollisuuden työntekijäin olot vuonna 1929. (1936) - Levnadsförhållandena bland textilindustriarbetarna år 1929. (1936)
16. Maaseudun asunto-olot vuonna 1937. (1938) - Bostadsförhållandena på landsbygden år 1937. (1938)
17. Ylioppilaiden taloudelliset olot vuonna 1935. (1938) - Studenternas ekonomiska förhållanden år 1935. (1938)
18. Mielisairaatt ja vajaamieliset. (1939) - De sinnessjuka och intellektuellt defekta. (1939)
19. Kaupunkien asunto-olot vuonna 1938. (1940) - Bostadsförhållandena i städerna år 1938. (1940)
20. Vanhusten olot. (1953) - Åldringarnas levnadsförhållanden. (1953)
21. Elinkustannustutkimus helmikuu 1950 - tammikuu 1951. (1953) - Levnadskostnadsundersökningen februari 1950 - januari 1951. (1953)
22. Kulutustutkimus. Kaupungit ja kauppalat 1955-1956. (1959) - Konsumtionsundersökningen. Städer och köpingar 1955 - 1956. (1959)
23. Ylioppilaiden opintokustannukset maaliskuussa 1958. (1961) - Studenternas studiekostnader i mars 1958. (1961)
24. Maaseudun kulutustutkimus 1959/60. (1962) - Konsumtionsundersökningen på landsbygden 1959 - 60. (1962)
25. Vanhusten asunto-olot kaupungeissa ja kaupaloissa 1962. (1963) - Åldringarnas bostadsförhållanden i städer och köpingar 1962. (1963)
26. Suomen vajaamieliset ja heidän huollontarpeensa 1962. (1966) - De psykiskt efterblivna i Finland och deras vårdbehov 1962. (1966)
27. Lehto: Huoltoavun alueellinen vaihtelu 1969. (1972) - Regional variation of social assistance 1969. (1972)
28. Määttänen: Sosiaalisten sopeutumisvaikeuksien psykologisista ja sosiaalisista yhteyksistä. (1972) - The relation between psychological and social factors affecting maladjustment. (1972)
29. Lehto: Kuntien sosiaalihuollon menot 1969. (1972) - Kommunernas utgifter för socialvården 1969. (1972) - Expenditure for social welfare paid by local authorities 1969. (1972)
30. Rauhalo: Koulukotipoikien ja nuorisovankien myöhemmät elämänavaiheet. (in English no. 31) (1972)
31. Rauhalo: Later lives of approved school boys and young prisoners. (suomeksi no. 30) (1973)
32. Lehto - Ruuska: Vajaakuntoisten työhön sijoittuminen. (1973) - Sysselsättandet av handikappade. (1973) - Employment of handicapped. (1973)
33. Taurainen - Koivula: The Conditions in and Problems of Rural Depopulation Areas. (1973)
34. Lehto: Vammaiset suojatyössä. (1973) - Disabled persons in sheltered employment. (1973)
35. Ailio: Naisia yö- ja vuorotyössä. (1973) - Women on night and shift work. (1973)
36. Sintonen: Vanhusten huoltomuodon valinnasta (1973) - Alternatives in the care of old people. (1973)
37. Rauhalo: Sosiaalisten kerrostumien määrälliset väluudet. (1974) - De sociala skiktens kvantitativa numerärer. (1974) - Quantitative analyses of social strata in Finland. (1974)

38. Lähteinen - Juusela - Penttilä: Työtapaturmat, työntekijän ominaisuudet ja tapaturmien sattumisajankohta. (1974) - Industrial accidents in Finland, the characteristics of the injured persons and the moment of the accident. (1974)
39. Äikäs: Merenkulkijoiden työtapaturmat vuosina 1970 - 1972. (1974) - Olycksfall i arbete som drabbat sjöfarande åren 1970 - 1972. (1974)
40. Sintonen: Vanhusten huoltokustannuksiin vaikuttavista tekijöistä. (1974) - Cost factors in welfare for the aged. (1974)
41. Järvenranta: Äärimmäisen ahtaasti asuvat ruokakunnat Suomessa vuonna 1970. (1974) - Extremely crowded households in Finland 1970. (1974)
42. Äikäs: Kuolemantapaukset työ- ja matkatapaturmissa vuonna 1972. (1975) - Fatal accidents at work and coming to and from work in 1972. (1975)
43. Suonoja - Virtanen - Tuomola: Terveystieteiden tavoitteet ja painopisteet - eräiden maiden terveyspoliittisten suunnitelmien tarkastelua. (1975) - Aims and emphases in health care revealed by an examination of various countries' health policy programmes. (1975)
44. Lähteinen: Ikä ongelmana työelämässä: Eri ikäisten teollisuuden työntekijäin ongelmia kartoittava tutkimus. (1975) - Age as a problem in working life. (1975)
45. Karjalainen: Kotiapulaiset ja heidän työnantajansa. (1976) - Domestic servants and their employers. (1976)
46. Mustonen - Suominen - Suonoja: Imeväiskuolleisuuteen vaikuttavat sosiaaliset ja taloudelliset tekijät Suomessa 1910 - 1971. (1976) - Social and economic factors influencing infant mortality in Finland between 1910 and 1971. (1976)
47. Lähteinen: Eri ikäisten teollisuuden työntekijäin palkkaus ja ylityöt. (1976) - Wages and overtime of industrial workers belonging to various age categories. (1976)
48. Ellala - Suominen - Kotiranta: Sosiaaliturvan kehitys Suomessa 1950 - 1974. (1976) - The development of social security in Finland from 1950 to 1974. (1976)
49. Ellala - Kotiranta: Sosiaalimenot vuonna 1974 sekä ennakkotiedot vuodelle 1975. (1976) - Socialutgifterna år 1974 samt förhandsuppgifter om 1975 års socialutgifter. (1976) - Social expenditure in 1974 and preliminary data for 1975. (1976)
50. Lähteinen: Eri ikäisten teollisuuden työntekijäin koulutus. (1977) - The training of industrial workers belonging to various age categories. (1977)
51. Suominen: Sosiaalisten tulonsiirtojen kohtaanto. (1977) - The incidence of social transfers. (1977)
52. Lähteinen: eri ikäisten teollisuuden työntekijäin työpaikkaliikkuvuus, poissaolot ja työttömyys. (1977) - Labour turnover, absenteeism and unemployment among industrial workers belonging to various age categories. (1977)
53. Ellala - Kotiranta: Sosiaalimenot vuonna 1975 sekä ennakkotiedot vuodelle 1976. (1978) - Socialutgifterna år 1975 samt förhandsuppgifter om 1976 års socialutgifter. (1978) - Social expenditure in 1975 and preliminary data for 1976. (1978)
54. Rauhala: Huostaanotto. (1978) - Taking into custody. (1978)
55. Lähteinen: Teollisuuden työntekijäin työ- ja elinolosuhteet. Ikä ongelmana työelämässä. (1978) - Working and living conditions of industrial workers. Age as a problem in working life. (1978)
56. Sosiaaliturvan kehitys Suomessa 1950 - 1977. (1978) - The development of social security in Finland from 1950 to 1977. (1978)
57. Suominen - Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1976 sekä ennakkotiedot vuodelle 1977. (1978) - Socialutgifterna år 1976 samt förhandsuppgifter om 1977 års socialutgifter. (1978) - Social expenditure in 1976 and preliminary data for 1977. (1978)
58. Suominen: Tulojen uudelleenjakso Suomessa vuonna 1976. (1979) - Redistribution in Finland in 1976. (1979)
59. Suominen - Tuisku: Lapsiperheiden tulo- ja kulusrakenne vuonna 1976. (1979) - Structure of income and consumption in families with children in 1976. (1979)
60. Suominen - Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1977 sekä ennakkotiedot vuodelle 1978. (1980) - Socialutgifterna år 1977 samt förhandsuppgifter om 1978 års socialutgifter. (1980) - Social expenditure in 1977 and preliminary data for 1978. (1980)
61. Halla - Karjalainen: Erityisryhmien olot. (1980) - Specialgruppernas förhållanden. (1980) - The Conditions of Special Groups. (1980)
62. Karjalainen: Vanhusten kontaktit, avun tarve ja palvelujen saatavuus. (1980) - Contacts, Need for Help and Access to Service of the Aged. (1980)
63. Halla - Kyrö: Alimman viidenneksen tulo- ja kulusrakenne vuonna 1976. (1980) - Structure of income and consumption in the lowest quintile in 1976. (1980)
64. Suominen - Arajärvi: Eläkeläistalouksien tulo- ja kulusrakenne vuonna 1976. (1980) - Structure of Pensioner Households' Incomes and Consumption in 1976. (1980)
65. Suominen - Heinonen: Terveystieteiden ja sosiaalihuollon rakennusinvestoinnit Suomessa vuosina 1945 - 1978. (1980) - Capital Investments in Health Care and Social Welfare in Finland from 1945 to 1978. (1980)
66. Suviranta - Mynttinen: Nuorten perheiden asunto-olot v. 1978. (1980) - Housing Conditions of Young Families in 1978. (1980)
67. Karjalainen: Vanhusten asumisolot. (1980) - Housing Conditions of the Aged. (1980)
68. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa I. Kilpiö: Palkattoman kotityön käsitteestä ja arvon määrittämisestä. Osa II. Kilpiö: Tutkimuksen suoritus ja aineisto. (1980) (in English no. 71)
69. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa III. Suviranta - Heinonen: 7 vuotta nuorempien lasten palkattoman kotihoiton arvo vuonna 1979. (1980) - Part III: The Value of Unpaid Home Care of Children under the Age of Seven in 1979. (1980)
70. Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1978 sekä ennakkotiedot vuodelle 1979. (1981) - Socialutgifterna år 1978 samt förhandsuppgifter om 1979 års socialutgifter. (1981) - Social Expenditure in 1978 and Preliminary Data for 1979. (1981)
71. Housework Study. Part I. Kilpiö: The Concept of Unpaid Housework and the Determination of its Value. Part II. Kilpiö: Description of the Study and Sample. (1981) (suomeksi n:o 68)

72. Lasten kehitystutkimus. Osa I. Ensimmäinen ikävuosi. (1981)
73. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa IV. Suviranta - Mynttinen: Palkattoman kotisifivouksen arvo vuonna 1980. (1981) - Part IV. The Value of Unpaid House Cleaning in 1980. (1981)
74. Sintonen: An Approach to Economic Evaluation of Actions for Health. (1981)
75. Tutkimustivistelmää vuosilta 1979 - 80. (1981) - Sammandrag av undersökningar år 1979 - 80. (1981) - Summaries of Surveys in 1979 and 1980. (1981)
76. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa V. Sääntti - Otva: Palkattoman erityishoidon arvo vuonna 1980. (1981) - Part V. The Value of Unpaid Special Care in 1980. (1981) - Osa VI. Suviranta - Mynttinen: Palkattoman ruokataloustyön arvo vuonna 1980. (1981) - Part VI. The Value of Unpaid Cooking Work in 1980. (1981) - Osa VII. Suviranta - Mynttinen: Palkattoman pyykinpesun arvo vuonna 1980. (1981) - Part VII. The Value of Unpaid Laundry Work in 1980. (1981)
77. Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1979 sekä ennakkotiedot vuodelle 1980. (1981) - Socialutgifterna år 1979 samt förhandsuppgifter om 1980 års socialutgifter. (1981) - Social Expenditure in 1979 and Preliminary Data for 1980. (1981)
78. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa VIII. Sääntti - Otva - Kilpiö: Palkaton kotityö: ajankäyttö ja arvo. (1981) (in English no. 79)
79. Housework Study. Part VIII. Sääntti - Otva - Kilpiö: Unpaid Housework: Time Use and Value. (1981) - (suomeksi n:o 78)
80. Rauhala: Sosiaalisten kerrostumien vahvuudet vuosina 1960 - 1975. (1981) - De sociala skiktens numerärer åren 1960 - 1975. (1981) - Social Strata in Finland in 1960 - 1975. (1981)
81. Sääntti: Lasten kotihoiton tuen kokeilu vuosina 1978 - 1980. (1982) - An Experiment with Children's Home-Care Allowance from 1978 to 1980. (1982)
82. Halla: Yksinhuoltajien asema ja ongelmat. (1982) - The Position and Problems of Single Parents in Finland. (1982)
83. Lasten kehitystutkimus. Osa II: Toinen ikävuosi. (1982) - Undersökning av barnets utveckling. Del II: Det andra levnadsåret. (1982) - Entwicklungsstudie Kinder. Teil II: Zweites Lebensjahr. (1982)
84. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa IX. Sääntti - Väliaho: Lapsiperheiden palkaton kotityö: Ajankäyttö ja arvo. (1982) - Part IX: Unpaid Housework in Families with Children: Time Use and Value. (1982) - Osa X. Sääntti - Väliaho: Miesten, naisten ja lasten työpanos palkattomassa kotityössä. (1982) - Part X: Men's, Women's and Children's Input in Unpaid Housework. (1982)
85. Tutkimustivistelmää vuonna 1981. (1982) - Sammandrag av undersökningar år 1981. (1982) - Summaries of Surveys in 1981. (1982)
86. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa XI. Sääntti - Husa: Lasten kotihoito. (1982) - Part XI: Child Care. (1982)
87. Terveysthuollon maksupolitiikka - Charging Policy in Health Care. Osa I: Raimo M. Jämsén: Näkökohtia terveydenhuollon maksupolitiikasta. (1982) - Part I: Views of Health Care Charging Policy. (1982) - Osa II: Anneli Ruusinen: Terveyskeskusten lääkäripalvelusten käyttö ja maksut. (1982) - Part II: The Use of Health Centre Physician Services and Fees. (1982)
88. Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1980 sekä ennakkotiedot vuodelle 1981. (1982) - Socialutgifterna år 1980 samt förhandsuppgifter om 1981 års socialutgifter. (1982) - Social Expenditure in 1980 and Preliminary Data for 1981. (1982)
89. Tutkimustivistelmää vuonna 1982. (1983) - Sammandrag av undersökningar år 1982. (1983) - Summaries of Surveys in 1982. (1983)
90. Sintonen - Maljanen - Heinonen - Mynttinen: Hammashuollon talous. (1983) - Economic of Finnish Dental Care. (1983)
91. Suviranta-Lehtinen: Suomi Kansainvälisessä Työjärjestössä vuosina 1919 - 1939. (1983) - Finland in the International Labour Organisation, 1919 - 1939. (1983)
92. Maatalousyrittäjien vtikkovapaakoeflu. (1983) - Försök med veckoledighet för lantbruksföretagare. (1983)
93. Muurinen: Lääketieteellisen teknologian taloudellisesta arvioinnista. (1983)
94. Kotityötutkimus - Housework Study. Osa XII. Sääntti - Vesikkala: Ruokataloustyöt. (1983) - Part XII. Cooking Work. (1983) - Osa XIII. Sääntti: Käsityöt sekä puu- ja metallityöt. (1983) - Part XIII. Handicrafts and Wood and Metal Work. (1983)
95. Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1981 sekä ennakkotiedot vuodelle 1982. (1983) - Socialutgifterna år 1981 samt förhandsuppgifter om 1982 års socialutgifter. (1983) - Social Expenditure in 1981 and Preliminary Data for 1982. (1983)
96. Ontonen - Koski - Vinni: Katsaus Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. (1983)
97. Rauhala: Huoltopoliisin tietoon tullut prostituutio Helsingissä. - Prostitution according to Police Records in Helsinki. (1984) Pönkä: Prostituutioon vaikutuksesta sukupuolitautien esiintyvyyteen Helsingissä. - The Influence of Prostitution on the Incidence of Venereal Diseases in Helsinki. (1984)
98. Wilenius: Tietokonetomografian vaikutukset ja kustannukset. (1984)
99. Karjalainen: Vanhusten tyytyväisyydestä ja sen mitaamisesta. (1984)
100. Heinonen: Merimiesten eläkkeelle siirtyminen. (1984) - Pensioneringen av sjömän. (1984) - The Retirement of Seamen. (1984)
101. Arajärvi: Sosiaalimenot vuonna 1982 sekä ennakkotiedot vuodelle 1983. (1984) - Socialutgifterna år 1982 samt förhandsuppgifter om 1983 års socialutgifter. (1984) - Social Expenditure in 1982 and Preliminary Data for 1983. (1984)

102. Lasten kehitystutkimus. Osa III: Kolmas ikävuosi.
(1984) - Undersökning av barnets utveckling. Del
III: Det tredje levnadsåret. (1984)

Tätä julkaisua myy

**VALTION
PAINATUSKESKUS**

Postimyynti

PL 516
00101 HELSINKI 10
Vaihde (90) 539 011

Kirjakaupat Helsingissä

Annankatu 44
(Et. Rautatiekadun kulma)
Vaihde (90) 17 341

Eteläesplanadi 4
Puh. (90) 662 801

Denna publikation säljes av

**STATENS
TRYCKERICENTRAL**

Postförsäljning

PB 516
00101 HELSINGFORS 10
Växel (90) 539 011

Bokhandlar i Helsingfors

Annegatan 44
(i hörnet av S. Järnv.g.)
Växel (90) 17 341

Södra esplanaden 4
Tel. (90) 662 801

This publication can be
obtained from

**GOVERNMENT
PRINTING CENTRE**

Mall-order business

P.O.Box 516
SF-00101 HELSINKI 10
Phone (90) 539 011

Bookshops in Helsinki

Annankatu 44
Phone (90) 17 341

Eteläesplanadi 4
Phone (90) 662 801