

## **REFLEKTIOKESKUSTELU MUUTOKSEN VÄLINEENÄ**

**Laadullinen tutkimus reflektiokeskustelun etenemisestä perhekeskeistä hoitoa tukevassa uudessa lääkärintoimintamallissa vastasyntyneiden tehohoidon kontekstissa**

Jenni Nyberg

Pro gradu -tutkielma

Turun yliopisto

Psykologian ja logopedian laitos

Psykologia

Helmikuu 2021

Turun yliopiston laatuvarmistuksen mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

NYBERG, JENNI: Reflektiokeskustelu muutoksen välineenä: Laadullinen tutkimus reflektiokeskustelun etenemisestä perhekeskeistä hoitoa tukevassa uudessa lääkärinterventiossa vastasyntyneiden tehohoidon kontekstissa

Pro gradu -tutkielma, 63s. + 2 liites.

Psykologia

Helmikuu 2021

---

Perhekeskeistä hoitoa ja erityisesti jaettua päätöksentekoa hoitotiimin ja vanhempien välillä pidetään modernissa vastasyntyneiden tehohoidossa parhaana näyttöön perustuvana hoitotapana. Kuitenkin sen käytännön implementaatio on kohdannut kentällä haasteita. Käynnissä oleva muutos on laaja ja keskoshoidon vanhempia ulkopuolistavaan historiaan nähden suuri, mikä asettaa henkilökunnalle merkittävän ammatillisen kehityshaasteen. Tätä henkilökunnan muutosprosessia saattaisi tukea reflektio, sillä sen katsotaan olevan ammatillisen kehityksen ja kokemusoppimisen kulmakivi.

Pro gradu -tutkielmani tarkastelee laadullisesti uuden intervention ydinosaa, hoitotiimin reflektiokeskustelua ja reflektiivisen prosessin etenemistä siinä. Tutkimus oli osa pilottitutkimusta, jossa arvioitiin lääkärinterventiolla tapahtuvaan jaettuun päätöksentekoon kohdistuvan intervention hyväksyttävyyttä ja toteutettavuutta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa laadullista tietoa intervention kehittämistä varten ennen myöhempää vaikuttavuuden arviointia. Pyrittiin selvittämään, syntyikö intervention osana toteutetuissa reflektiokeskusteluissa henkilökunnan reflektiota ja millaisia reflektiivisen prosessin vaiheita näissä keskusteluissa saavutettiin. Intervention käytännön kehittämisen kannalta oleellinen tavoite oli kuvata reflektiivisen prosessin etenemiseen ja estymiseen liittyviä piirteitä.

Tutkimusmenetelmänä oli yhdeksän äänitetyn reflektiokeskustelun laadullinen sisällönanalyysi, joka yhdisti induktiivista ja deduktiivista otetta. Reflektioprosessin etenemistä luokiteltiin Koolen ym. ja Kemberin ym. arviointimallien avulla, ja prosessin etenemiseen ja estymiseen liittyviä piirteitä tunnistettiin aineistolähtöisesti.

Analyysin tuloksena reflektiokeskustelut jaettiin kuvailevan keskustelun, alkavan reflektion, reflektiivisen tarkastelun ja kriittisen reflektion luokkiin. Näistä kolme viimeistä eli keskustelujen enemmistö ylsi reflektioon. Reflektiivinen tarkastelu syveni kuitenkin harvoin kriittiseen reflektioon. Reflektioprosessia edistäviä ja estäviä piirteitä tunnistettiin runsaasti, ja niistä muodostettiin ryhädynamiikan, reflektiomotivaatiotekijöiden ja vetäjien toimien dimensiot. Reflektiivistä prosessia vaikutti edistävän erityisesti turvallinen ilmapiiri, ryhmän yhteistoiminnallisuus, merkitykselliseksi koettu ja tunteita herättävä kiertokokemus sekä yllättävyys. Lisäksi vetäjien toimien aktiivisuuden, hienovaraisuuden ja vaihesopivuuden havaittiin olevan merkittävässä roolissa reflektion mahdollistamisessa. Näillä laadullisilla tuloksilla on merkitystä erityisesti intervention kehittämisen kannalta.

Asiasanat: Reflektio, reflektiivinen prosessi, reflektiokeskustelu, vastasyntyneiden tehohoito, perhekeskeinen hoito, jaettu päätöksenteko

## SISÄLLYS:

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
1.1. VASTASYNTYNEIDEN TEHOHOITO .....	2
1.2. PERHEKESKEINEN HOITOKULTTUURI.....	3
1.3. JAETTU PÄÄTÖKSENTEKO JA PERHEKESKEINEN LÄÄKÄRINKIERTO .....	4
1.4. REFLEKTIO .....	5
1.4.1. Reflektiivinen prosessi.....	7
1.4.2. Kriittinen reflektio.....	8
1.4.3. Vuorovaikutus ja tunteet reflektiossa.....	9
1.5. REFLEKTIO AMMATILLISEN KEHITYKSEN VÄLINEENÄ .....	11
1.6. TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	14
<b>2. MENETELMÄT</b> .....	<b>14</b>
2.1. TUTKIMUSASETELMA .....	14
2.2. TUTKIMUSYMPÄRISTÖ.....	14
2.3. OSALLISTUJAT .....	15
2.4. INTERVENTIO .....	15
2.5. AINEISTON KERUU.....	17
2.6. AINEISTON ANALYYSI .....	17
2.6.1. Deduktiivinen analyysi.....	18
2.6.2. Induktiivinen analyysi .....	20
2.6.3. Keskusteluluokkien muodostaminen.....	20
2.6.4. Luokkien kuvaaminen ja luokkien vertaaminen toisiinsa.....	21
<b>3. TULOKSET</b> .....	<b>21</b>
3.1. ”TÄNÄÄN OLI TOSI HYVÄ KIERTO” – KUVAILEVA KESKUSTELU.....	22
3.1.1. Deskriptioon juuttuva reflektioprosessi .....	22
3.1.2. Yhteistoiminnallisuuden puute ja defensiivisyys ryhmädynamiikassa ....	23
3.1.3. Helpoksi koettu kierto .....	25
3.1.4. Passiivinen reflektiokeskustelun vetäjä.....	26
3.2. ALKAVAN REFLEKTION KESKUSTELU .....	27
3.2.1. Alkuunsa pysähtyvä sooloreflektio.....	27

3.2.2.	<i>Yhteistoiminnallisuuden puute ja varautuneisuus ryhmadynamiikassa..</i>	28
3.2.3.	<i>Suoraviivaiseksi koettu kierto ja ei-mentalisoiiva suhtautuminen perheeseen.....</i>	29
3.2.4.	<i>Aktiivinen reflektiokeskustelun vetäjä.....</i>	30
3.3.	”MUSTA AUKKO, JOHON HE KATOAVAT” – REFLEKTIIVISEN TARKASTELUN KESKUSTELU .....	32
3.3.1.	<i>Spontaani, monimuotoinen ja laaja reflektiivinen tarkastelu .....</i>	32
3.3.2.	<i>Yhteistyön ja luottamuksen ryhmadynamiikka.....</i>	35
3.3.3.	<i>Merkittävä kiertokokemus ja empatia perhettä kohtaan.....</i>	35
3.3.4.	<i>Passiivinen kiertokeskustelun vetäjä.....</i>	36
3.4.	”MEHÄN EMME KUTSU VANHEMPIA AKTIIVISESTI MUKAAN” – KRIITTISEN REFLEKTION KESKUSTELU .....	38
3.4.1.	<i>Täydentyvä reflektioprosessin kehä .....</i>	38
3.4.2.	<i>Yhteistyön ja luottamuksen ryhmadynamiikka.....</i>	40
3.4.3.	<i>Tavallinen kiertokokemus.....</i>	40
3.4.4.	<i>Aktiivinen ja hienovarainen reflektiokeskustelun vetäjä.....</i>	40
3.5.	REFLEKTIOPROSESSIN ETENEMISEEN LIITTYVÄT PIIRTEET JAKAUTUVAT KOLMEEN DIMENSIOON .....	42
<b>4.</b>	<b>POHDINTA .....</b>	<b>44</b>
4.1.	TUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET.....	44
4.2.	REFLEKTIOTA SYNTYI, MUTTA SE SYVENI HARVOIN .....	44
4.3.	REFLEKTIOPROSESSIA EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT PIIRTEET.....	45
4.3.1.	<i>Luottamus ja avoimuus ryhmadynamiikassa .....</i>	46
4.3.2.	<i>Merkittäväksi koettu kierto ja yllättävyys motivaatiotekijöinä .....</i>	46
4.3.3.	<i>Vetäjän toimien aktiivisuus, hienovaraisuus ja oikea-aikaisuus .....</i>	47
4.4.	KRIITTISEN REFLEKTION HAASTEELLISUUS .....	48
4.5.	TUTKIMUKSEN IMPLIKAATIOT INTERVENTION KEHITTÄMISELLE .....	49
4.5.1.	<i>Reflektiota edistävien toimien käyttö .....</i>	49
4.5.2.	<i>Osallistujien perehdytys .....</i>	49
4.5.3.	<i>Vetäjien perehdytys .....</i>	50
4.5.4.	<i>Lääkärinkiertotilanteiden valinta .....</i>	50

4.6.	TUTKIMUKSEN ARVIOINTI .....	51
4.6.1.	<i>Uskottavuus</i> .....	51
4.6.2.	<i>Siirrettävyys</i> .....	52
4.6.3.	<i>Käyttövarmuus</i> .....	52
4.6.4.	<i>Eettisyys</i> .....	53
4.6.5.	<i>Reflektiivisyys</i> .....	54
4.7.	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	55
<b>5.</b>	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>57</b>
<b>6.</b>	<b>LIITTEET</b> .....	<b>64</b>
6.1.	LIITE 1: KESKUSTELURUNKO JOHNSIN (1994) STRUKTUROIDUN REFLEKTION MALLIN POHJALTA.....	64
6.2.	LIITE 2: UUDISTETTU KESKUSTELURUNKO .....	65

## 1. Johdanto

Modernissa vastasyntyneiden tehohoidossa perhekeskeistä hoitoa pidetään yleisesti parhaana näyttöön perustuvana hoitotapana (Gooding, Cooper, Blaine, Franck, Howse, & Berns, 2011). Vaikka sillä on tutkitusti merkittäviä hyötyjä niin vanhempien kuin lapsen hyvinvoinnin kannalta (Gooding ym., 2011; Zhang, Kurtz, Lee, & Liu, 2014; Welch ym., 2015), sen käytännön implementaatio on kuitenkin ollut hyvin haastavaa. Vastasyntyneiden tehohoidon muutos aidosti perhekeskeiseksi vaatii itseasiassa hyvin laajaa ja kokonaisvaltaista hoitokulttuurin muutosta, sillä vastasyntyneiden tehohoito on pitkään keskittynyt ensisijaisesti lääketieteellisen hoidon kehitykseen vanhempien jäädessä syrjään. Tehohoidon kehittyessä ja hoitajaksojen pidentyessä teho-osaston toimintakulttuurin merkitys on tullut myös yhä tärkeämmäksi vanhemman toimijuuden ja vanhemman roolin rakentumisen kannalta.

Jaettu päätöksenteko on edellytys vanhemman osallistumisen toteutumiselle ja jaettu päätöksenteko katsotaankin oleelliseksi osaksi hoidon perhekeskeisyyttä (Gooding ym., 2011; Hoffman ym., 2014). Sairaalakontekstissa informaation jakaminen ja lapsen hoitoa koskeva päätöksenteko tapahtuu pääasiassa lääkärinkierrolla, joten muospaine kohdistuu siihen erityisellä tavalla. Lääkärinkierrot ovat kuitenkin hyvin vanha ja vakiintunut toimintatapa, jossa vanhempien läsnäolo ja aktiivinen osallistuminen ovat uutta. Perhekeskeisen lääkärinkierron implementaatioissa työntekijät ovatkin merkittävän ammatillisen kehityshaasteen edessä, ja implementaation onnistumisen kannalta on tärkeä kohdistaa toimet heidän tukemiseensa tässä sisäisessä muutoksessa.

Tämä tutkimus tarkastelee reflektiokeskustelun toimivuutta osana perhekeskeisiä toimintatapoja lääkärinkierrolle implementoitavaa interventiota. Tutkimus on osa intervention pilotti- ja kehitystutkimusta. Interventio on neliosainen, ja se koostuu teoriaosuudesta, lääkärinkiertotilanteen observaatiosta, vanhempien haastattelusta ja reflektiokeskustelusta. Henkilökunnan sisäisen muutoksen tukemisen välineeksi on valittu interventiossa reflektiivinen keskustelu, koska reflektiivistä ajattelua pidetään keskeisenä ammatillisessa kehittämisessä ja transformatiivisessa oppimisessa (Dewey, 1933; Schön, 1983; Mezirow, 1990). Reflektion mahdollistamisen kautta pyritään siis tukemaan henkilökunnan ammatillista kehitystä ja edesauttamaan perhekeskeisen hoidon, erityisesti jaetun päätöksenteon toteutumista vastasyntyneiden tehohoidossa.

Tutkimusote on laadullinen ja menetelmänä on sisällönanalyysi. Tutkimus selvittää, käynnistyikö reflektiokeskusteluissa reflektiivisiä prosesseja, miten ne etenivät ja millaisia piirteitä prosessin etenemiseen tai estymiseen liittyi. Tavoitteena oli siis tuottaa laadullista tietoa intervention varhaisen kehitystyön tueksi.

## 1.1. Vastasyntyneiden tehohoito

Suomessa syntyy vuosittain 3000 keskosta, eli 5% kaikista syntyneistä lapsista on keskosia. Ennenaikaisesta syntymästä ja keskosuudesta puhutaan vauvan syntyessä ennen 37. raskausviikkoa eli vähintään kolme viikkoa ennen täysiaikaisuutta (Parikka & Lehtonen, 2017). Vuosittain Suomessa noin 200 lasta syntyy jo ennen 32. raskausviikkoa tai alle 1500g syntymäpainoisina eli pikkukeskosina. He tarvitsevat elossa selvitäkseen tarkkaa tehohoitoa elimistön kypsyttömyyden vuoksi. Nykyaikainen vastasyntyneiden tehohoito on hyvin kehittynyttä ja yhä pienempiä keskosia pystytään pelastamaan. Näin tehohoitajaksoista on tullut pitkiä, ja tehohoitoympäristön merkitys varhaisena kehitysympäristönä on kasvanut. Koska aivojen kehitys on pikkukeskosilla herkässä vaiheessa, tämän varhaisen ympäristön vaikutus on suuri (Mikkola, Tommiska, Hovi, & Kajantie, 2009). Teho-osastoympäristö on merkittävä myös vanhemmuuden rakentumisen ja kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta. Ennenaikainen syntymä väijäämättä aiheuttaa varhaista separaatiota lapsen ja vanhempien välille, mikä on merkittävä riski lapsen ja vanhemman välisen tunnesiteen muodostumiselle sekä vanhemman psyykkiselle hyvinvoinnille (Ahlqvist-Björkroth, Boukydis, Axelin, & Lehtonen, 2017). Varhaisen ympäristön tulisi siis pyrkiä vähentämään separaatiota ja tukemaan vanhemmuutta. Keskoshoidon historiassa tätä tarvetta ei kuitenkaan ole aina osattu tunnistaa, vaan pääosassa on ollut nopea lääketieteellisen hoidon tekninen kehitys.

Suomessa keskosia hoidettiin jo 50–60-luvulla, mutta vasta 70-luvulla alkoi nopea laitteistoon ja lääketieteellisten menetelmien kehitykseen kytkeytyvä kehitys, jonka seurauksena keskosena syntyneiden eloonjäämisennuste parani voimakkaasti (Kero, 2017). 70-luvulla vanhempia ei päästetty keskolaan lainkaan, sillä heitä pidettiin infektoriskinä, ja vielä 80–90-luvullakin vanhemmilla oli keskolassa yhä vierailijan status. Hoidossa korostettiin hiljaisuutta, eikä koskettamista suositeltu, mikä erotti lasta ja vanhempia toisistaan ja esti vanhemmuuden rakentumista sairaalassaoloaikana. Vasta 2000-luvulla alettiin nähdä vanhempien läsnäolon tärkeys tutkimustiedon karttuessa sen hyödyistä vauvan ja vanhemman hyvinvoinnin ja lapsen kehityksen kannalta. Kenguruhoito eli lapsen hoitaminen ihokontaktissa vanhemman kanssa lisääntyi ja

perhekeskeinen hoito alkoivat tehdä tuloaan. Perhekeskeisyys on siis verrattain uusi näkökulma tehohoidon historiassa, jossa vanhemmat ovat jääneet pitkään syrjään.

## 1.2. Perhekeskeinen hoitokulttuuri

Hoitokulttuurin muutos perhekeskeiseksi tarkoittaa kokonaisvaltaisen, perhettä arvostavan lähestymistavan omaksumista ja käyttöönottoa sairaalahoidossa. Vastasyntyneiden tehohoidon kontekstissa perhekeskeisyys on vanhemman ja lapsen välisen läheisyyden lisäämistä esimerkiksi kenguruhoitoa ja imetystä tukemalla sekä vanhempien mukaan ottamista lapsen päivittäiseen hoitoon ja sitä koskevaan suunnitteluun heidän erityistä ja korvaamatonta rooliaan arvostaen (Ahlqvist-Björkroth, Axelin, & Lehtonen, 2017). Lisäksi se on vanhemmuuden tukemista opastamalla, aktiivisesti kuuntelemalla, empaattisesti ymmärtämällä sekä vanhempien havaintoja kuuntelemalla ja vahvistamalla. Pyrkimyksenä on siis synnyttää hoitokulttuuri, jossa vanhemmat nähdään lapsen ensisijaisina hoitajina, hoitovastuu jaetaan ja vanhemmat voivat saada emotionaalista tukea. Perhekeskeistä hoitoa voidaankin kuvata hoitohenkilökunnan ja perheen väliseksi laajaksi yhteistyöksi, hoitokumppanuudeksi, jossa keskeisessä osassa on jaettu vastuu lapsen hoidosta, informaation vapaa jakaminen sekä yhteinen päätöksenteko (Mikkelsen & Frederiksen, 2011).

Perhekeskeisellä hoidolla on hoidon laadun, perheen hyvinvoinnin ja lapsen kehityksen kannalta runsaasti etuja (Gooding ym., 2011; Zhang ym., 2014; Welch ym., 2015). Ihokontakti auttaa vauvaa kehollisten toimintojen säätelyssä (Ahlqvist-Björkroth, Axelin, & Lehtonen, 2017), ja vanhemman kosketus myös lievittää lapsen kokemaa kipua. Läheisyydellä on havaittu myönteisiä vaikutuksia lapsen unen laadulle, aivojen kehitykselle sekä myöhemmälle puheen kehitykselle (Flacking ym., 2012). Vanhemman osallistuessa lapsensa hoitoon ja muodostaessaan vanhemmuutta tukevan hoitokumppanuuden henkilökunnan kanssa hänellä on mahdollisuus alkaa rakentaa omaa vanhemmuuttaan ja saavuttaa aktiivista toimijuutta vanhempana. Tämä puolestaan voi hälventää vanhemmuuteen liittyviä epävarmuuden ja avuttomuuden tunteita (Lasiuk ym., 2013). Vanhempien läsnäoloa ja osallistumista tukevien interventioiden onkin osoitettu useissa tutkimuksissa olevan hyödyllisiä myös vanhemman psyykkiselle hyvinvoinnille ja vähentävän vanhemman stressiä, ahdistuneisuutta ja masennusta (Ahlqvist-Björkroth, Axelin, Korja, & Lehtonen, 2019; Ahlqvist-Björkroth ym., 2017; Kaaresen, Rønning, Tunby, Nordhov, Ulvund, & Dahl, 2008; Melnyk ym., 2006; Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006), millä taas on kauaskantoista merkitystä lapsen ja vanhemman väliselle



kiintymyssuhteelle sekä lapsen myöhemmälle kehitykselle. Vanhemmuuden tukeminen on tärkeää myös vauvan kannalta jo sairaalassa, sillä vaikka hän alussa tarvitseekin intensiivistä lääketieteellistä hoitoa, hänen kannaltaan yhtä elintärkeää on vanhempien tarjoama läheisyys ja emotionaalinen turva, johon hänellä on myös YK:n lapsen oikeuksien julistuksen mukainen oikeus (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017). Vanhemman ainutlaatuisen roolin ymmärtäminen ja kunnioittaminen onkin perhekeskeisen hoidon ydintä.

Lisäksi perhekeskeisen hoito myös vaikuttaa myönteisesti henkilökunnan asenteisiin vanhempia kohtaan, lisää henkilökunnan työtyytyväisyyttä ja parantaa lapsen hoidon laatua (Gooding ym., 2011). Lisäksi koska vanhempien rooli on vahvistunut hoidon aikana, perheet kotiutuvat paremmin valmistautuneempina ja aiemmin, mistä koituu myös taloudellista säästöä (Brett, Staniszevska, Newburn, Jones, & Taylor, 2011; Solhaug Bjørk, & Sandtrø, 2010; Melnyk & Feinstein, 2009).

### 1.3. Jaettu päätöksenteko ja perhekeskeinen lääkärintieto

Perhekeskeisen hoidon implementaatiossa keskeisimpänä pidetään hoitokulttuurin muutosta kollaboratiivisemmaksi sekä erityisesti vanhempien aktiivista osallistumista lapsen hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Gooding ym., 2011; Hoffman ym. 2014). Vanhempien on havaittu toivovan jaettua päätöksentekotapaa (Soltys, Philpott-Streiff, Fuzzell, & Politi, 2019), ja he haluavat osallistua erityisesti päätöksiin, jotka liittyvät korkean riskin toimenpiteisiin tai asioihin, joista heillä on henkilökohtaista kokemusta sekä päätöksiin, jotka he mieltävät osaksi normaalia vanhemmuutta (Gooding ym., 2011). Aktiivinen päätöksentekoon osallistuminen lisää vanhempien ymmärrystä lapsensa lääketieteellisestä hoidosta (Abdel-Latif, Boswell, Broom, Smith, & Davis, 2015) sekä heidän tyytyväisyyttään tehtyihin päätöksiin (Soltys ym., 2019) ja lapsen hoitoon (Bailey, Hendricks-Munoz, & Mally, 2013). Käytännössä jaetun päätöksenteon voidaan nähdä koostuvan kaksisuuntaisesta informaation vaihdosta, keskustelusta eri vaihtoehtoista ja niiden mahdollisista seurauksista sekä yhteisen konsensuksen saavuttamista siitä, miten hoidossa edetään (Charles, Gafni, & Whelan, 1999).

Sairaalakontekstissa informaation jakaminen ja lapsen hoitoa koskeva päätöksenteko tapahtuu pääasiassa lääkärintietä. Perinteisesti lääkäri kiertelee hoitotiimin kanssa tapaamassa potilaansa joka päivä, käy läpi kunkin tilanteen ja tekee tarvittavat jatkohoitoa koskevat päätökset. Jotta vanhempien osallistuminen lapsen hoidon suunnitteluun ja sitä

koskevaan päätöksentekoon olisi mahdollista, on heillä oltava mahdollisuus osallistua aktiivisesti lääkärinkierroille. Toteutuessaan perhekeskeinen kierto tarkoittaa hoitotiimin ja perheen välistä tapaamista, jossa tieto kulkee avoimesti, vanhemman havaintoja kuunnellaan, hänen asiantuntijuuttaan lapsen ensisijaisena hoitajana arvostetaan, ja vanhempi voi osallistua päätöksenteon prosessiin (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017). Pystyessään osallistumaan aktiivisesti lapsensa hoitoon vanhempi saa mahdollisuuksia kokea pystyvyyttä roolissaan vanhempana, mikä vahvistaa hänen toimijuuttaan vanhempana. Toisaalta vanhempien asiantuntemus lapsestaan ja tieto päivittäisestä voinnista on arvokasta myös hoitohenkilökunnan päätöksenteolle.

Jaettu päätöksenteko edustaa hyvin perustavanlaatuisia muutosta toimintatavassa (Barratt, 2008) ja perhekeskeisen kierron toteuttamisen edessä onkin havaittu useita haasteita. Vaikka perhekeskeisten kiertojen on koettu parantavan perheiden tyytyväisyyttä, henkilökunnan välistä kommunikaatiota ja hoidon koordinoitua, ne ovat herättäneet henkilökunnan keskuudessa myös huolia. Useimmat näistä koskevat lääkäriopiskelijoiden teoreettista oppimista kierroilla (Rappaport, Cellucci, & Leffler, 2010), tilojen ahtautta, toteutuksen epätasalaatuisuutta sekä potilastietoja koskevan salassapitovelvollisuuden toteutumista (Mittal, 2014).

On myös syytä muistaa, että lääkärinkierto on hyvin vanha ja vakiintunut sairaalakäytäntö, jonka muuttamiseksi tarvitaan uusia käytännön järjestelyjä ja toimintamalleja. Ylipäätään perhekeskeisen hoidon implementaatiossa on huomattu, että pysyvän muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan jokaisen työntekijän asenteiden ja uskomusten muutosta yksittäisten toimintatapamuutosten sijaan (Ahlqvist-Björkroth ym., 2017). Perhekeskeisten kiertojen implementaatiossa työntekijät ovatkin ammatillisen kehityshaasteen edessä, ja implementaation onnistumisen kannalta on tärkeä kohdistaa toimet heidän tukemiseensa tässä sisäisessä muutoksessa. Tällaisen muutoksen voidaan ajatella edellyttävän tietoisuutta omasta toiminnasta kierrolla ja analyysia sen vaikutuksesta kierrolla tapahtuvaan vuorovaikutukseen eli kiertokokemuksen reflektiota.

#### 1.4. Reflektio

Koska reflektiivistä ajattelua pidetään keskeisenä ammatillisen kehittymisen, transformatiivisen oppimisen, elämän mittaisen jatkuvan oppimisen (Koole ym., 2011; Dewey, 1933; Schön, 1983; Mezirow, 1990) ja psyykkisen muutoksen (Bennet-Levy,

2003; 2006; Tiuraniemi, 2002) kannalta, kehitteellä olevan intervention välineeksi valittiin ohjattu ja puolistrukturoitu reflektiivinen keskustelu.

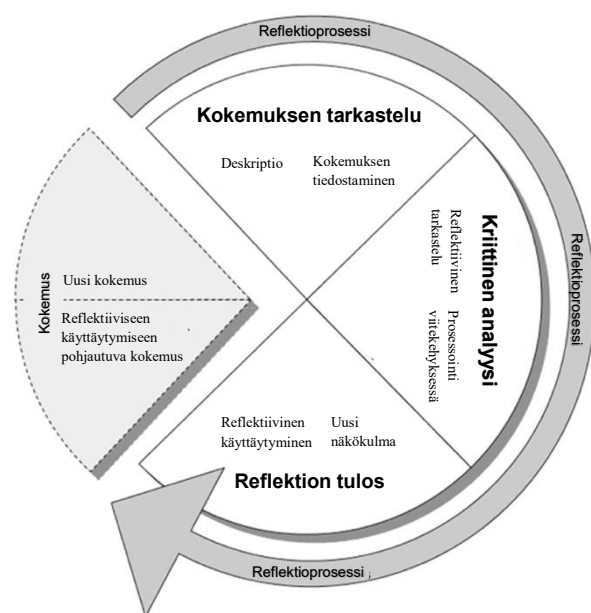
Reflektio on käsitteenä käytössä monella eri tieteenalalla. Reflektiivisyyttä pidetään edellytyksenä lääketieteellisen asiantuntemuksen kehittämiseksi ja ylläpidolle (Guest ym., 2001), mutta se katsotaan merkittäväksi osaksi asiantuntijuutta ja ammatillista taitoa kaikessa suorassa vuorovaikutuksessa asiakkaan tai potilaan kanssa tapahtuvassa työssä (Stedmon & Dallos, 2009). Näin reflektiota on tutkittu hoitotieteen (Taylor, 2006), yleisterveydenhuollon (Kember, 2000), lääketieteen (Greenhalg & Hurwitz, 1998), sosiaalityön (Gould & Taylor, 1996; Fook, 1999), kasvatustieteen (Boud ym., 1985; Jarvis, 1995), asiantuntijuuden ja johtajuuden (Schön, 1983) sekä psykologian ja psykoterapian (Bennet-Levy, 2003; 2006) tutkimuksen konteksteista käsin. Tieteenalojen erilaisten ihmiskäsitysten vuoksi on luonnollista, että reflektio saa käsitteenä eri tutkimusaloilla hiukan erilaisia painotuksia ja on käsitteenä liikkuva. Kun kasvatustieteessä reflektiota on tutkittu lähinnä yksilöllisenä prosessina ja kirjallisten tuotosten kautta, psykologian ja psykoterapian puolella se liitetään enemmän vuorovaikutusprosesseihin.

Reflektiolla tarkoitetaan kokemuksen analyttistä tarkastelua sekä tulkinnan muodostamisen ja testaamisen prosessia (Mezirow, 1990). Lääkärinkiertointervention kontekstissa tämä tarkoittaa kiertokokemuksen tarkastelemista yhteisten havaintojen pohjalta sekä tulkinnan muodostamista esimerkiksi siitä, miten päätöksentekoprosessi tilanteessa eteni. Dewey määritteli reflektion ensimmäisenä teoksessaan *How we think* (1933) ”ajatteluna, joka poikkeaa muusta ajattelusta siinä, että se on aktiivista, itsepintaista ja huolellista uskomusten tai tiedon taustaoletusten tarkastelua, joka ottaa huomioon sitä tukevat perusteet ja jatkopäätelmät.” Hän määritteli reflektion systemaattiseksi, järjestelmälliseksi, perusteelliseksi ja kurinalaiseksi tavaksi ajatella ja näki sen juuret tieteellisessä tutkimuksessa. Reflektio on siis metakognitiivista eli omiin sisäisiin prosesseihin kohdistuvaa, oman kokemuksen tutkimiseen tähtäävää ajattelua. Reflektio määritellään usein kokemuksen kautta tapahtuvaksi oppimiseksi, jonka kautta henkilö saavuttaa uusia näkökulmia (Boud ym., 1985; Boyd & Fales, 1983; Dunfee, Rindfleisch, Driscoll, Hollman, & Plack, 2008; Mezirow, 1990). Dewey (1933) ajatteli, että kokemus on oleellisesti sitä, minkä merkityksen ihminen kokemilleen tapahtumille luo ja näin kokemuksesta oppiminen on merkityksen muodostamisen prosessi. Tällöin reflektio on tähän merkityksen muodostamiseen sisältyvä, rekonstruoinnin ja

uudelleenjärjestämisen prosessi, jossa kokemuksen tulkinta vahvistetaan, siihen lisätään tai sitä muutetaan (Mezirow, 1991). Deweyn (1933) mukaan reflektio mahdollistaa oppimisen jatkuvuuden, kun sen ansiosta seuraava kokemus kohdataan syvemmän ymmärryksen kanssa. Muodostuvaa reflektiivistä kehää pidetäänkin oleellisena ammatillisen taidon oppimisen ja sen jatkuvan kehittymisen kannalta.

#### 1.4.1. Reflektiivinen prosessi

Reflektioprosessin mallintamista on lähestytty eri tavoin, mikä on luonut kentälle kirjavuutta. Kemberin ym. (2000) kehittämään reflektiivisen ajattelun arviointimenetelmään sisältyy kriteeristö, jonka avulla voidaan tehdä luokittelu ei-reflektion, reflektion ja kriittisen reflektion välillä. Menetelmä perustuu Mezirowin (1990) ja Boudin (1995) malleille, ja siinä on neljä tasoa, joiden välillä reflektio lisääntyy. Kaksi ensimmäistä tasoa ovat ei-reflektiivisiä; automaattisen ja rutiininomaisen toiminnan taso (habitual action) sekä ajatuksella toimimisen taso (thoughtful action), jossa aiemmin opittua tietoa ja toimintamalleja käytetään sellaisenaan ja tunnereaktioita ja tunteita tunnustetaan. Kolmas taso on reflektion taso (content & process reflection) ja neljäs kriittisen reflektion taso (premise reflection), jossa ajattelun taustavaikuttajia arvioidaan kriittisesti ja tavoitetaan uusia näkökulmia. Koolen (2011) malli kokoaa yhteen sen, mikä on Deweyn (1933), Boudin (1985), Schönin (1987), Kolbin (1984), Moonin (1999) ja Mezirowin (1990) esittämälle teoreettiselle tietämykselle yhteistä.



Kuva 1. Koolen ym. (2011) syklinen reflektioprosessin malli (suomennettu)

Lisenssi: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>

Koolen ja työryhmän (2011) mallin mukaan reflektioprosessin ensimmäisessä, kokemuksen läpikäymisen vaiheessa henkilö tiedostaa tilanteen oleelliset piirteet liittyen omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa sekä kokemuksen kontekstiin (kuva 1). Hän kuvailee tapahtuneen kokonaisuutena. Toisessa, kriittisen analyysin vaiheessa hän asettaa etsiviä kysymyksiä ja tavoittelee niihin vastauksia sekä tunnistaa viitekehysten tässä prosessoinnissa. Etsivien kysymysten tekeminen ja vastausten hakeminen niihin toimivat tässä ajattelun ja reflektion välisenä kynnyksenä (Bourner, 2003; Koole, 2011) ja ovat näin olennainen reflektion tunnusmerkki. Merkittävää tässä vaiheessa on analyysin tapahtuminen yksilöllisessä viitekehyksessä, eli omat oletukset ja odotukset ohjaavat analyysia. Kolmannessa, reflektiivisen lopputuleman vaiheessa henkilö muodostaa toisen vaiheen tuloksena uusia näkökulmia sekä muuttaa nämä uudet näkökulmat käyttäytymiseksi. Kun henkilö käyttäytyy reflektion seurauksena uudella tavalla seuraavassa tilanteessa, tämä syntyvä tilanne voi taas olla uuden reflektionin kohde. Näin reflektio muodostaa ammatillista kehitystä tukevan ja reflektiivisiä toimintatapoja tuottavan kehän.

Tämän tutkimuksen analyysin pohjana käytettiin Koolen syklistä reflektioprosessimallia (2011), johon kuitenkin yhdistettiin Kemberin arviointimenetelmästä (2000) reflektion tarkemmat kriteerit sekä eriteltiin kriittinen reflektio. Kriittinen reflektio on reflektiotutkimuksessa keskeinen käsite ja se sisältyy myös Koolen malliin, vaikkei sitä ole mallissa suoraan nimetty. Toisen, kriittisen analyysivaiheen lopussa kuitenkin alkaa tarkastelu viitekehyksessä, joka kolmannen vaiheen alussa tuottaa uuden näkökulman, mikä on kriittisen reflektion tunnusmerkki.

#### *1.4.2. Kriittinen reflektio*

Siinä missä reflektiivinen ajattelu on osa kokemuksen tulkinnan muodostamisen prosessia, kriittinen reflektio viittaa toimintamme tai tulkintamme pohjalla olevien vinoumien, arvojen, uskomuksien, mielipiteiden, asenteiden ja oletusten ottamiseen kriittiseen tarkasteluun (Boud ym., 1985; Dunfee ym., 2008; Mezirow, 1990), ja sitä pidetään edistyneenä reflektiivisen ajattelun muotona. Se mitä olemme tottuneet odottamaan kussakin tilanteessa muodostaa viitekehysten, joka vaikuttaa voimakkaasti siihen, miten havaitsemme ja ajattelemme tilanteessa ja edelleen miten kokemuksen tulkitsemme. Lääkärinkierto-kontekstissa tämä voi olla esimerkiksi sen kysymistä, tulkitsinko vanhempia jonkin aiemman kokemukseni pohjalta tekemäni olettamuksen pohjalta. Oletinko esimerkiksi heidän kokemuksestaan jotain suoraan heidän teho-

osastolla viettämänsä ajan perusteella ja tulinko huomioineeksi juuri tämän perheen yksilöllistä kokemusta? Kriittisessä reflektiossa itsestäänselvyytenä otettu taustasetelma problematisoidaan ja sen validiteetti nostetaan kysymysten kohteeksi (Mezirow, 1990). Lisäksi kriittiseen reflektioon kuuluu reflektiivinen skeptismi eli vaihtoehtoisten tapahtumaketjujen kuvittelemisen (Eby, 2000). Reflektiivinen skeptismi on esimerkiksi sen kuvittelemista, mitä olisi seurannut, jos vuorovaikutustilanteessa olisi tehnyt jossain kohtaa oman toiminnan suhteen eri valinnan. Kriittinen reflektio voidaan nähdä ajattelun tietoisena korjausliikkeenä, joka tuottaa oivalluksen kautta uudenlaisen, kokemukseen nähden validimman tulkinnan. Juuri oivallus ja näkökulman muutos ovatkin kriittiselle reflektiolle tunnusomaisia (Mezirow, 1990), joten niiden kautta voidaan saavuttaa merkittävää oppimista ja muutosta. Kriittinen reflektio voidaan myös nähdä laajemman sosiaalisen muutoksen välineenä, sillä olettamuksemme ja uskomuksemme on usein omaksuttu ympäristömme kautta (Reynolds, 1998). Näistä tietoiseksi tuleminen tuo vapauden vaikuttaa omaan toimintaan, mikä on laajemman muutoksen alku. Kriittinen reflektio on kuitenkin vaativaa, sillä olettamukset ovat usein syvästi omaksuttuja, emmekä ole niistä läheskään aina tietoisia. Annettuina otettujen toimintatapojen ulottuvuuksien tunnistaminen, sanallistaminen ja tarkastelun kohteeksi ottaminen edellyttävät myös kriittisen ajattelun taitoja (Eby, 2000).

#### *1.4.3. Vuorovaikutus ja tunteet reflektiossa*

Koska Koolen ja Kemberin mallit on kehitetty koulutuksen kontekstissa ja lähinnä kirjallisten töiden arviointia varten, niistä puuttuu vuorovaikutuksen näkökulma. Tämän vuoksi analyysissa hyödynnettiin lisäksi psykologista ja psykoterapeuttista reflektiokäsitystä, joka ottaa paremmin huomioon vuorovaikutuksellisuuden sekä tunteiden merkityksen reflektioprosessissa.

Psykoterapian kontekstissa korostuu inhimillisen kokemuksen kokonaisvaltaisuus, jolloin kognitiivisen lisäksi myös kokemuksen aisti- ja tunneulottuvuus ovat tärkeässä osassa. Tämä heijastuu myös reflektiokäsitykseen, ja esimerkiksi Tiuraniemi (2002) kuvaa reflektiota omien ja toisten sisäisten tilojen havainnoinniksi, tunnistamiseksi, ilmaisuksi ja niihin suhtautumiseksi. Psykoterapian viitekehyksessä reflektio suuntautuu lähtökohtaisesti vuorovaikutukseen. Reflektio on itseasiassa hyvin lähellä toista psykoterapian keskeistä käsitettä, mentalisaatiota. Mentalisaatio viittaa kykyymme käsittää mentaalitiloja käyttäytymisen selittäjinä itsessä ja muissa (Fonagy, 2008). Mentalisaatio viittaa siis kykyyn havaita ja tulkita toisen käyttäytymistä ja kuvitella mitä

hän saattaa ajatella ja tuntea (Busch, 2008). Psykoterapian yksi keskeisistä tavoitteista on fasilitoida muutosta asiakkaan mentalisaatio- ja reflektiokykyä tukemalla (Steele & Steele, 2008; Tiuranimi, 2002), ja reflektio voidaankin ajatella olevan sekä psykoterapian keino että tavoite. Mentalisaatio voidaan osaltaan nähdä välineenä myös henkilökunnan toimintatapoja koskevassa muutoksessa. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi sen pohtimista, mitä vanhempi saattoi jossakin kohtaa ajatella tai tuntea ja miten tämän havaitseminen tai havaitsematta jättäminen vaikutti omaan vuorovaikutustyyliin ja sitä kautta vanhemman toimintaan tilanteessa. Selvyuden vuoksi tässä tutkimuksessa käytetään mentalisoivaa reflektiota nimenomaan kuvaamaan omien ja toisten ajatusten, tunteiden ja toiminnan sekä näiden välisen vuorovaikutuksen tarkastelua.

Reflektio nähdään myös tärkeänä psykoterapian tekniikkana (Stedmon & Dallos, 2009). Psykoterapeuttiseen reflektiokäsitykseen sisältyy ajatus, että vuorovaikutuksessa toisen sisäisen tilan voi tunnistaa oman sisäisen tilan kautta (Tiuraniemi, 2002) niin kehollisesti, kognitiivisesti kuin affektiivisesti. Huomionarvoista on, että tässä prosessissa tunteet eivät ole vain laadullinen sivutuote, vaan niillä on merkittävää informaatioarvoa (Hill & Safran, 1994; Tiuraniemi, 2001). Toisen tunnereaktioiden aiheuttamien omien täydentävien tunnereaktioiden avulla voidaan siis saada tietoa toisen ihmisen sisäisestä maailmasta, mikä tosin edellyttää hyvää itsetuntemusta ja oman reagointitavan ymmärtämistä. Myös tarkasteltaessa lääkärintoimintaa tunteiden havainnointi ja tarkastelu voi tuottaa tärkeää tietoa vuorovaikutuksesta ja kokonaisemman reflektiivisen tulkinnan.

Tunteet ovat tärkeitä myös reflektiivisen prosessin ymmärtämisen kannalta. Vaikka muilla tieteenaloilla reflektion kognitiivisuus korostuu, myös affektiivisuuden rooli nähdään reflektioprosessissa tärkeänä (Boud & Walker, 1985; Atkins & Murphy, 1993; Kember ym., 2000). Deweyn mukaan (1933) reflektiivistä ajattelua syntyy nimenomaan tilanteessa, missä jokin tapahtuma synnyttää epävarmuuden tunteen ja saa henkilön etsimään vaihtoehtoisia selitysmalleja tai ratkaisuja. Brookfield (1988) kutsuu reflektiota laukaisevia tapahtumia kriittisiksi tapahtumiksi (critical events), jotka ovat joko myönteisiksi tai kielteisiksi koettuja tapahtumia, jotka erottuvat henkilölle tapahtumien kulusta erityisen merkittävinä. Nämä tapahtumat aiheuttavat epämiellyttäviä ajatuksia ja tunteita, joiden tiedostaminen suuntaa ajattelua reflektiota kohti. Mezirow (1990) kutsuu tätä tiedostamista epäorientoivaksi pulmaksi (disorienting dilemmas), josta pyritään reflektoimalla pois. Voidaan siis ajatella, että tunteiden kokeminen ja tunnistaminen on

merkittävä osa reflektiota erityisesti reflektioprosessin käynnistymistä edesauttavana tekijänä.

### 1.5. Reflektio ammatillisen kehityksen välineenä

Ajatus reflektiosta keskeisenä ammatillisen kehityksen välineenä juontaa juurensa Scönin työstä (1987). Reflektion kautta ammattilainen voi Schönin mukaan tulla tietoiseksi implisiittisestä tiedostaan ja oppia kokemuksestaan, jolloin ammatillinen kehitys mahdollistuu. Kriittisen reflektion voidaan ajatella olevan ammatillisessa kehityksessä keskeistä, kun tavoitellaan toiminnan muutosta, koska siinä analyysin kohteeksi otetaan oletukset ja laajempi sosiaalinen konteksti (Reynolds, 1998). Kun ammattilainen tulee tietoiseksi laajemmasta toimintaympäristöstään, yksilön kautta alkava laajempi muutos on mahdollista (Reynolds, 1998; Fook, White, & Gardener, 2006). Tässä tutkimuksessa lähdettiin ajatuksesta, että tämä laaja sosiaalinen muutos koskee sairaalan vallitsevaa toimintatapaa suhteessa perhekeskeisyyden tavoitteeseen.

Schönin teoria on ollut hyvin vaikutusvaltainen, ja reflektoiminen onkin käytännössä integroitu merkittäväksi osaksi terveydenhoitoalan koulutusta. Se katsotaan myös merkittäväksi osaksi jatkuvaa ammatillista kehitystä. Mannin, Gordonin ja MacLeodin (2009) 29 tutkimusta sisältävän katsausartikkelin mukaan reflektioita pystytään jo luotettavasti arvioimaan ja sitä varten on kehitetty psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyviä arviointivälineitä. On kuitenkin epäselvää, aiheuttaako reflektio muutosta toiminnassa ja miten reflektiota voidaan käytännössä tehokkaimmalla tavalla stimuloida (Mann ym., 2009; Koole ym., 2016). Tutkimus reflektiota mahdollistamaan pyrkivien menetelmien ja interventioiden vaikuttavuudesta on vielä varhaisessa kehitysvaiheessa (Mann ym., 2009). Katsauksen (Mann ym., 2009) mukaan löytyy viitteitä, että reflektio vahvistaisi kokemuksesta oppimista ja useat tutkimukset ovat raportoineet viitteitä reflektion laadullisista vaikutuksista (Priddis & Rodgers, 2017). Reflektiivisyys vaikuttaa myös lisääntyvän ja kehittyvän joidenkin interventioiden yhteydessä, mutta satunnaistettujen verrokkiryhmien puute vaikeuttaa yleistettävien johtopäätösten tekemistä. Erilaisia reflektiota tukevia menetelmiä on kuitenkin laajasti käytössä koulutuksen, terveydenhuollon ja sosiaalityön konteksteissa. Osa niistä on yksin, osa dialogisesti sekä osa kirjallisesti ja osa suullisesti toteutettavia. Olemassa oleva analyttinen tutkimus tarjoaa laadullista tietoa erilaisista mahdollisista tavoista stimuloida reflektiota sekä niiden toimivuudesta käytännössä.



**Reflektiopäiväkirja** on tavallisimmin käytetty reflektion mahdollistamiseen pyrkivä väline. Se on pitkään ollut osa kasvatustieteen ja terveydenhoitoalan koulutuksia. Reflektiopäiväkirja on henkilökohtainen ja yleensä strukturoimaton reflektiivinen kirjoitus. Sen tulisi tapahtumien kuvauksen ja omien tunteiden ja ajatusten lisäksi sisältää henkilön toimintatapojen tavoitteellista analyysia (Gray, 2007). Koulutus kontekstissa reflektiopäiväkirjoissa on todettu tapahtuvan reflektiota (Pee, Woodman, Fry, & Davenport, 2002; Pearson & Heywood, 2004), ja sen kirjoittamisen on todettu kehittävän reflektiotaitoja (Uline ym., 2004). Reflektiopäiväkirjaa on kuitenkin kritisoitu siitä, ettei se tue kriittistä reflektiota (Finlay, 2008; Gray, 2007). Yksityiseksi kirjoitettu reflektiopäiväkirja saattaa muodostua introspektioksi (Gray, 2007), eli jäädä omien ajatusten ja tunteiden kuvaamisen tasolle tai keskittyä lähinnä kompetenssien reflektointiin (Tigelaar ym., 2006). Reflektiopäiväkirjan heikkous onkin yksinään reflektointi. Ainakin reflektiopäiväkirjan sisällön käsittely ohjaussuhteessa voi olla hyödyllistä, sillä jo Dewey (1933) totesi, että reflektiota tulee opettaa. Myös Mann ym. (2009) katsaustutkimus korostaa ohjaamisen roolia reflektion mahdollistamisessa. Myös reflektiopäiväkirjan strukturoimattomuutta on kritisoitu ja on kehitetty strukturoituja kysymysrunkoja, joiden on havaittu lisäävän erityisesti kriittistä reflektiota (Deslandes, Lucas, Hughes, & Mantzourani, 2018).

Reflektiivisessä dialogissa eli **ryhmäkeskustelussa** ryhmä ammattilaisia jakaa ajatuksiaan vetäjän ohjauksessa. Vetäjä jakaa puheenvuoroja, luo turvallista ilmapiiriä, stimuloi reflektiota ja rohkaisee ryhmää ottamaan totuttuja näkökulmia ja olettamuksia kriittisen tarkastelun kohteeksi (Gray, 2007; Isaacs, 1993; Schein, 1996; Koole ym., 2016). Ryhmäkeskustelun etuna voi olla ryhmän sisäinen vastavuoroinen tuki, ja mahdollisuus oppia toisen kokemuksesta (Plutzer ym., 2000; Mann ym., 2009). Finlay (2008) näkee dialogisen reflektion hyödyllisenä nimenomaan ammattilaisten muodostaminen tiimien kohdalla, sillä se vie vähemmän aikaa kuin kirjallinen reflektointi ja tarjoaa vaihtoehtoisten näkökulmien kuulemisen, mikä on reflektion kannalta olennaista. Terveystieteiden koulutuksen kontekstissa tehdyissä tutkimuksissa mentoriryhmän osallistujat raportoivat ryhmäkeskusteluun osallistumisen myönteisenä ja oppimista mahdollistavana kokemuksena (Koole ym., 2016) sekä merkittävää kehitystä reflektiokyvyssään (Plazer ym., 2000). Teoreettisesti on esitetty, että ryhmäkeskustelu mahdollistaa myös kriittistä reflektiota, sillä ryhmän sisäisessä dialogissa oletukset ja ajattelumallit tulevat näkyviksi, jolloin niitä päästään yhteisesti tarkastelemaan (Isaacs, 1993). Olemassa olevien ajatusmallien kriittinen tarkastelu mahdollistaa myös uusien

mallien muodostamisen yhdessä (Jacobs & Heracleous, 2005). Kun tämä kriittinen tarkastelu tapahtuu avoimesti ryhmässä, voidaan myös spekuloida, että se edesauttaa yhteistä toimintakulttuurin muutosta yksilöllistä reflektiota paremmin.

**Kriittisten tapausten analyysissä** tiettyjä yksittäisiä merkittäviä kokemuksia tunnustetaan ja otetaan tarkemman tarkastelun kohteeksi (Gray, 2007). Kriittisillä tapauksilla (Flanagan, 1954) tarkoitetaan myönteisiksi tai kielteisiksi koettuja tapahtumia, jotka eivät välttämättä sinällään ole dramaattisia mutta erottuvat henkilölle tapahtumien kulusta erityisen merkittävänä (Brookfield, 1988). Kriittiset tapahtumat aiheuttavat epämukavia ajatuksia ja tunteita, joiden tiedostaminen suuntaa ajattelua reflektiota kohti (Brookfiel, 1988). Mezirow (1990) kutsuu tätä tiedostamista epäorientoivaksi pulmaksi (diorienting dilemmas), josta pyritään refleктоimalla pois. Suuri osa tällaisista kriittistä tapahtumista on ”virheitä”, jotka voivat olla katalysaattoreita ammatilliselle kehitykselle (Cormier, 1988). Opettajankoulutuksen kontekstissa tehdyn tutkimuksen mukaan kriittisten tapahtumien tarkastelu lisäsi osallistujien reflektiivistä kykyä (Griffen, 2003). Osallistujat pystyivät muodostamaan kokonaisvaltaisempia näkökulmia ja voittamaan henkilökohtaisia pelkojaan.

Intervention reflektiota mahdollistamaan pyrkiväksi menetelmäksi valittiin reflektiivinen ryhmäkeskustelu, jotta reflektiivistä prosessia voidaan toisaalta aktiivisesti tukea sekä toisaalta edistää sellaista kriittistä reflektiota, joka johtaisi kollektiiviseen toimintatapamuutokseen. Tavoiteltiin reflektiivistä keskustelua (Ghaye, 2000), jota Finlay (2008) kuvaa osallistavaksi, dialogiseksi ja vastavuoroiseksi yhteistyöksi. Reflektiokeskustelu oli puolistrukturoitu, samaan tapaan kuin sairaanhoitajien koulutuksessa käytettävät simulaatiokeskustelut (Eppich & Cheng, 2015), eli se sisälsi alustuksen, reaktiot, tilanteen kuvauksen ja analyysin ja yhteenvedon. Yhtenä reflektion työkaluna käytettiin kriittisten tapausten analyysia laukaisemaan reflektiota. Erityisesti intervention suunnitelmassa korostui kollektiiviseen reflektioon pyrkiminen vetäjän tuella sekä aitojen, juuri tapahtuneiden kliinisten tilanteiden reflektiivinen tarkastelu. Myös Koole ym. (2016) suosittelivat mentoriryhmien implementoinnissa aitojen kliinisten kokemusten ottamista keskustelujen lähtökohdaksi. Lisäksi he suosittelivat osallistujien kouluttamista reflektion käsitteestä ja mentoreiden kouluttamista tehtävään, mitkä integroitiinkin osaksi interventiota.

## 1.6. Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida reflektiokeskustelun toimivuutta osana pilotoitavaa interventiota, jonka tavoitteena oli implementoida perhekeskeisiä toimintatapoja lääkärinkierrolle vastasyntyneiden tehohoidossa. Tavoitteena oli tarkastella, tukeeko lääkärinkierron jälkeen toteutettava reflektiokeskustelu reflektiivisen ajatteluprosessin käynnistymistä henkilökunnassa ja tunnistaa tekijöitä, jotka edesauttavat reflektion toteutumista ja reflektiivisen prosessin etenemistä.

### Tutkimuskysymykset:

- A. Syntyykö lääkärinkierto-intervention reflektiokeskusteluissa reflektiota ja mitä reflektiivisen prosessin vaiheita saavutetaan?
- B. Millaiset tekijät edistävät ja estävät reflektioprosessin etenemistä keskustelun aikana?

## 2. Menetelmät

### 2.1. Tutkimusasetelma

Tutkimus on osa laajempaa intervention hyväksyttävyyttä ja toimivuutta tarkastelevaa pilottitutkimusta. Kokonaistutkimus perustuu lääketieteellisen tutkimuksen neuvoston interventioiden kehittämisen ja arvioinnin kahta ensimmäistä vaihetta, toimivuutta ja pilotointia, koskevaan ohjeistukseen (MRC, 2008).

Tutkimuksessa käytettiin kuvailevaa laadullista tutkimusasetelmaa, jolle tunnusomaista on laadullisen datan käyttäminen rikkaan ja elävän kuvauksen ja tulkinnan luomiseksi ilmiöstä (Willis, Sullivan-Bolyai, Knafl, & Cohen, 2016). Kuvailevan laadullisen tarkastelun kohteena oli vuorovaikutuksessa tapahtuva kollektiivinen reflektiivinen prosessi. Deduktiivisen ja induktiivisen tutkimusotteen yhdistelmällä analysoitiin yhdeksän äänitettyä ja litteroitua reflektiokeskustelua.

### 2.2. Tutkimusympäristö

Tutkimus toteutettiin syksyllä 2018 Ruotsissa Uppsalan yliopistollisen keskussairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla, missä hoidetaan vuosittain 400 vastasyntyntä. Vanhemmillä on mahdollisuus yöpyä osastolla, ja kenguruhoito kuuluu osaston

normaaliin rutiiniin. Vanhemmat myös lähtökohtaisesti kutsutaan osallistumaan lääkärinkierroille (Raiskila ym., 2016; 2017), ja vuonna 2013 89 % äideistä ja 73 % isistä osallistuikin (Axelin, Raiskila, Normann, Montirosso, & Lehtonen, 2015). Uppsalan yliopistollisen keskussairaalan vastasyntyneiden teho-osasto valittiin, koska sieltä odotettiin löytyvän vanhempien vahvaa osallistumista lääkärinkiertoihin. Sen ajateltiin näin olevan myönteinen ympäristö intervention toteuttamiselle ja kehittämiseksi.

Lääkärinkierrot toteutetaan tavallisesti aamupäivisin, ja niissä on aina läsnä lääkäri sekä lisäksi mahdollisuuksien mukaan lapsen oma sairaanhoitaja ja lastenhoitaja. Kierro alkoi salissa lapsen luona. Lapsi mahdollisesti tutkitaan ja perheen kanssa keskustellaan. Kierro yleensä vielä jatkuu hoitotiimin kesken toisessa huoneessa, jolloin lapsen tiedot tarkistetaan tietokoneelta ja lopulliset päätökset tehdään. Tämän jälkeen hoitaja informoi vanhempia tehdyistä päätöksistä.

### 2.3. Osallistujat

Tutkimukseen osallistui viisi neonatologian erikoislääkärinä ja 11 sairaanhoitajaa, joista neljä oli alemman koulutustason suorittaneita lastenhoitajia, sekä seitsemän eri perhettä. Osallistuminen oli vapaaehtoista, ja osallistujilta saatiin kaikilta kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Lapsista viisi oli syntynyt 24.–32. raskausviikoilla ja yksi täysiaikaisena. Mukana ei ollut monikkoraskauksia. Yhden lapsen kohdalla taustatiedot puuttuivat. Äitien keski-ikä oli 27,8 ja isien 35,1 vuotta. Lääkäreistä 40 % ilmoitti sukupuolekseen nainen, hoitajista 100 %. Lääkärien keski-ikä oli 46,5 vuotta, hoitajien 41,6 vuotta. Jokaisessa lääkärinkiertotilanteessa ja reflektiokeskustelussa oli yksi lääkäri ja yksi sairaanhoitaja sekä neljässä keskusteluista lisäksi lastenhoitaja. Neljä lääkäreistä osallistui kahteen eri reflektiokeskusteluun. Muutamien keskustelujen kokoonpanot muuttuivat lennossa joidenkin osallistujien joutuessa lähtemään kesken tai saapuessa keskusteluun myöhässä. Tällaiset muutokset on mainittu tuloksissa, silloin kun niillä oli vaikutusta reflektioprosessiin. Osallistujakokoonpanojen ja osallistujien taustatietojen avaaminen keskustelukohtaisesti kuitenkin vaarantaisi osallistujien anonymiteetin, joten sitä ei voida tutkimuseettisistä syistä tehdä.

### 2.4. Intervention

Intervention tavoite oli tukea hoitohenkilökunnan jäsenten kommunikaatioon ja päätöksentekoon liittyvien työskentelytapojen tietoista ja kriittistä tarkastelua. Näin

pyrittiin käynnistämään muutosta kohti toimintatapaa, joka mahdollistaa vanhempien aktiivisempaa osallistumista kierrolle.

Intervention toteutti sama tutkijaryhmä, joka keräsi tutkimusaineiston. Reflektiokeskusteluissa oli kerrallaan kaksi vetäjää, yhteensä heitä oli siis neljä. Neljästä tutkijasta kahdella oli aiempaa kokemusta vastaavan reflektiokeskustelun vetämisestä ja kahdella vain hiukan. Yksi tutkijoista kuului kyseisen teho-osaston henkilökuntaan, ja hän oli myös ainoa vetäjästä, joka puhui ruotsia äidinkielenään. Kaikki olivat hyvin perehtyneitä perhekeskeistä hoitoa koskevaan tutkimustietoon sekä reflektion käsitteisiin ja sen mahdollistamisen periaatteisiin.

Interventio oli nelivaiheinen, ja se toteutettiin seuraavassa järjestyksessä: teoriaosuus, lääkärikiertotilanteen havainnointi, vanhempien haastattelu sekä reflektiokeskustelu. Interventio alkoi teoriaosuudella. Uppsalan sairaalan vastasyntyneiden teho-osaston koko henkilökunnalle lähetettiin sähköpostitse perhekeskeistä hoitoa käsittelevä puolen tunnin videoluento. Videon katsomisaktiivisuudesta ei kerätty tietoa. Seuraavaksi intervention toteuttajat/tutkijat havainnoivat sairaalan normaaliin toimintaan kuuluvan lääkärikiertotilanteen. Tutkimuksen puolesta kiertotilanteelle ei asetettu valintakriteereitä, vaan ne valikoituivat sairaalan realiteeteista käsin ja henkilökunnan toimesta. Lisäksi kiertotilanteiden valikoitumista ohjasi vanhempien suostumus interventioon ja tutkimukseen. Kaksi perhettä kieltäytyi osallistumisesta lapsen sen hetkisen terveystilanteen vuoksi. Heti lääkärikiertotilanteen jälkeen yksi intervention toteuttajista haastatteli vanhempia heidän kokemuksestaan vuorovaikutuksesta kiertotilanteessa. Vanhemmilta kysyttiin erityisesti, minkä he kokivat tärkeäksi kyseisessä kiertotilanteessa ja kuinka he kokivat osallistumisensa mahdollistuneen niin kommunikaation kuin päätöksenteon alueilla.

Puolistrukturoitu reflektiokeskustelu toteutettiin saman päivän aikana. Siihen osallistuivat ne hoitotiimin jäsenet, jotka olivat mukana aiemmin havainnoidussa yhtä perhettä koskevassa lääkärikiertotilanteessa. Keskustelua veti kaksi intervention toteuttajaa, joista toinen oli haastatellut vanhemmat. Pilottitutkimusta varten reflektiokeskustelun pohjaksi laadittiin runko Johnsin (1994) strukturoidun reflektion mallin pohjalta (Liite 1). On havaittu, että kommunikaatiolla on keskeinen rooli vanhempien osallistamisen toteutumisessa lääkärikierrolla (Axelin ym., 2018) ja että erityisesti lääkärin kommunikaatiotyylillä pitkälle tukee tai estää vanhempien osallistumista lääkärikierrolla. Näin ollen reflektiivinen keskustelu kohdennettiin sisällöllisesti

päätöksentekoprosessien lisäksi kierrolla tapahtuneen kommunikaation tarkasteluun. Keskustelussa pyrittiin reflektiivisesti tarkastelemaan hoitotiimin kokemusta kiertotilanteesta kommunikaation ja jaetun päätöksenteon näkökulmista. Keskustelun alussa keskusteltiin osallistujien merkittävimiksi kokemista lääkärikiertotilanteen sisäisistä tapahtumista, joista yksi valittiin yhdessä tarkempaan tarkasteluun. Keskustelua pyrittiin kuljettamaan reflektiiviseen analyysiin ja kohti uusien näkökulmien syntymistä. Vetäjät toivat keskustelussa esille vanhempien näkökulmaa näiden haastattelun pohjalta. Lopuksi mietittiin, millaisia uusia oivalluksia tai näkökulmia keskustelu on avannut ja mitä ne merkitsevät jatkon kannalta. Keskustelut kestivät 45–60 minuuttia. Tehohoitoympäristön todellisuutta leimaa kiire, mikä toi tutkimuksen ja intervention toteuttamiselle haasteensa. Reflektiokeskustelujen toteuttamiselle oli haastavaa löytää riittävästi yhteistä ja rauhallista aikaa.

## 2.5. Aineiston keruu

Reflektiokeskusteluja toteutettiin yhdeksän. Aineistonkeruu tapahtui rinnan lääkärikiertointervention toteuttamisen kanssa vastasyntyneiden tehohoidon normaalin toiminnan aikana yhteensä kuutena päivänä marras–joulukuussa 2018. Reflektiokeskustelut käytiin pääosin ruotsiksi muutamien henkilöiden käyttäessä puheenvuoroissaan englantia. Reflektiokeskustelut äänitettiin, ja tutkimusryhmän ulkopuolinen ruotsia äidinkielenään taitava henkilö litteroi äänimateriaalin sanatarkasti.

Reflektiokeskusteluihin osallistuneilta hoitotiimin jäseniltä kerättiin taustatiedot lomakkeella reflektiokeskustelujen jälkeen. Kysytyjä taustatietoja olivat sukupuoli, ikä, koulutustaso, ammattinimike, työvuosien määrä ja työsuhteen laatu. Vastaavasti perheiltä kerättiin taustatiedot, joihin kuului lapsen ikä raskausviikoissa, syntymäpaino, sukupuoli, kaksosuus, mahdollinen separaatio äidin ja lapsen sekä isän ja lapsen välillä heti syntymän jälkeen, vanhempien ikä, äidinkieli, koulutustaso, työllisyystilanne sekä parisuhdestatus, kodin etäisyys sairaalasta ja mahdollisten muiden lasten lukumäärä.

## 2.6. Aineiston analyysi

Jenni Nyberg analysoi aineiston käyttäen analyysimenetelmänä sisällönanalyysia, jonka tavoitteena on tulkita merkitystä tekstimuotoisen datan sisällöstä systemaattisesti tunnistamalla, koodaamalla sekä luokittelemalla teemoja ja säännönmukaisuuksia (Hsieh & Shannon, 2005). Keskustelut analysoitiin ruotsinkielisinä ja tekstimuodossa.

Tutkimusotteessa yhdistettiin deduktiivista eli teorialähtöistä sekä induktiivista eli aineistolähtöistä otetta. Deduktiivisella sisällönanalyysilla pyrittiin vastaamaan ensimmäiseen, induktiivisella toiseen tutkimuskysymykseen.

### *2.6.1. Deduktiivinen analyysi*

Deduktiivisessa tai ohjatussa (directed) sisällönanalyysissa analyysia ohjaa aiempi teoratieto, jota analyysin kautta myös validoidaan ja laajennetaan (Hsieh & Shannon, 2005). Kussakin keskustelussa toteutuneita reflektioprosessin vaiheita tarkasteltiin käyttäen useita teoreettisia malleja yhdistävää Koole ym. syklistä reflektioprosessin (2011) mallia sekä David Kemberin ja työryhmän (2000) Mezirowin transformatiivisen oppimisen teorian pohjalta luomaa reflektiivisen ajattelun arviointimenetelmää. Lisäksi analyysin pohjana käytettiin psykoterapeuttista vuorovaikutteisuuden sisältävää reflektiökäsitystä. Tämä tarkoitti tunteiden merkityksen huomioimista reflektioprosessissa sekä mentalisaation käsitteen käyttöönottoa. Ennen analyysia koottiin edellä mainitun teoratiedon pohjalta kriteeristö (Taulukko 1). Tutkijat myös laajensivat kriteeristöä analyysin aikana pohtiessaan, mitä kriteerit tarkoittavat lääkärinterapian reflektiokeskustelun kontekstissa. Tämän kokonaiskriteeristön pohjalta analysoitiin, milloin keskustelussa syntyi reflektiota ja mihin asti reflektiivinen prosessi eteni.

*Taulukko 1. Analyysissa käytetty reflektiovaiheiden kriteeristö*

	Reflektiokriteerit olemassaolevassa kirjallisuudessa	Kriteerit reflektiokeskustelun kontekstissa
1. DESKRIPTIO	<p>Kokemuksen läpikäyminen kuvailemalla (1)</p> <p>Tapahtumien, tunteiden ja olennaisten kontekstuaalisten tekijöiden palauttaminen tietoisuuteen (1)</p> <p>Introspektio: omista tunteista ja tunnereaktioista tietoiseksi tuleminen (2)</p> <p>Aiemman tiedon soveltaminen sellaisenaan (2)</p>	<p>Kierron kulun sekä oman, perheen ja tiimin jäsenten toiminnan ja kokemuksen kuvaamista</p> <p>Laadultaan toiminnallista, affektiivista, informatiivista tai arvioivaa</p>
2. REFLEKTIO	<p>Kokemuksen tarkastelua etsiviä kysymyksiä käyttämällä ja niihin kysymyksiin vastauksia tavoittelemalla (1)</p> <p>Tulkinnan muodostaminen: sen vahvistaminen, täydentäminen tai muuttaminen (2)</p> <p>Omien ja toisten sisäisten tilojen havainnointi, tunnistaminen, ilmaisu ja niihin suhtautuminen 3)</p>	<p>Kiertokokemuksen analyttistä tarkastelua vuorovaikutuksen ja jaetun päätöksenteon näkökulmista</p> <p>Tulkinnan muodostaminen siitä, mitä kierrolla tapahtui</p> <p>Mentalisoiva reflektio: omien ja vanhempien ajatusten, tunteiden ja toiminnan sekä näiden välisen vuorovaikutuksen tarkastelua</p>
3. KRIITTINEN REFLEKTIO	<p>Ajatusten, tunteiden tai käyttäytymisen syistä tietoiseksi tulemista. Johtopäätösten vetoa ja toimintasuunnitelmien tekemistä (1)</p> <p>Aiemmin syntyneiden skeemojen, oletusten ja uskomusten sekä niiden vaikutusten tiedostamista sekä kriittistä arviointia (2)</p> <p>Seurauksena merkittävä näkökulman muutos (2)</p>	<p>Toimintatapoihin, perheeseen tai tilanteeseen liittyvien oletusten tai aiemmin muodostettujen ajatusrakennelmien kriittistä tarkastelua</p> <p>Muutosehdotuksia ja niiden tarkastelua</p>
4. KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS REFLEKTION TULOKSENA	<p>Uusien näkökulmien vaikutus käyttäytymiseen (1)</p> <p>➔ Ammatillinen kehitys</p>	<p>Näkökulman muutoksen sanallistaminen</p>

<sup>1)</sup> Koole ym. (2011)

<sup>2)</sup> Kember ym. (2000)

<sup>3)</sup> Tiuraniemi (2002)



Tekstistä tunnistetut reflektion vaiheet merkittiin tekstiin värikoodein. Näin päästiin näkemään, miten reflektioprosessi kokonaisuutena yhden keskustelun aikana eteni ja mitkä olivat sen avain- ja käännekohtat.

### *2.6.2. Induktiivinen analyysi*

Seuraavaksi keskustelujen kulkua ja niissä tapahtuvia reflektiivisiä prosesseja tarkasteltiin induktiivisella sisällönanalyysilla. Induktiivisessa tai konventionaalisessa sisällönanalyysissa ilmiötä pyritään kuvaamaan sallien kategorioiden ja luokitteluiden nousta aineistosta (Hsieh & Shannon, 2005). Induktiivisella sisällönanalyysilla pyrittiin tässä tutkimuksessa tunnistamaan aineistosta keskustelun laadulliset piirteet sekä tarkastelemaan näiden sijoittumista reflektioprosessin vaiheisiin nähden. Puheenvuoro kerrallaan lähdettiin selvittämään, mitä keskustelussa reflektioprosessin kannalta tapahtui. Havainnot keskustelun etenemisestä ja vuorovaikutuksellisista tapahtumista merkittiin omalle palstalleen tekstin viereen. Näissä havintomerkinnöissä esimerkiksi todettiin, kuinka vetäjä kutsuu kuvaamaan kierron kulkua ja osallistuja kieltäytyy tai kuinka myönteisen palautteen jälkeen osallistuja jatkaa reflektiivistä tarkastelua ja vie sen aiempaa pidemmälle. Analyysin kärki kohdistui siihen, miten erilaisten piirteiden läsnäollessa reflektiivinen prosessi eteni ja kehittyi tai hidastui ja tyrehtyi. Reflektioprosessin vaihekoodauksesta ja havaintomerkinnöistä muodostettiin kunkin keskustelun reflektiivisen prosessin tiivis mutta tarkka kuvaus. Reflektiivisen prosessin ajoittumisen kannalta merkittävistä sekä toistuvista samankaltaisista havainnoista alkoi muodostua kategorioita.

### *2.6.3. Keskusteluluokkien muodostaminen*

Seuraavaksi aineisto jaettiin luokkiin sen perusteella, mihin asti reflektioprosessi kussakin pääsi etenemään. Tämä jaottelu vastasi kriteeristön kolmea vaihetta deskription ja kriittisen reflektion osalta, mutta reflektio-vaihe jaettiin vielä kahteen ryhmään sen perusteella syvenikö reflektiivinen tarkastelu yksittäisestä reflektiivisestä puheenvuorosta yhteiseksi tarkasteluksi.

Analyysin vahvistamiseksi kahden keskustelun värikoodattu aineisto sekä keskustelukohtaiset kuvaukset annettiin vielä kahdelle tutkijalle tarkasteltavaksi (SA-B, AA). He vahvistivat analyysit ja deduktivisen analyysin kriteeristöä tarkennettiin erityisesti ei-reflektion ja reflektion välisen määrittämisen osalta. Myös lopullinen aineiston luokittelu on kaikkien näkemysten välisen konsensuksen mukainen.

#### *2.6.4. Luokkien kuvaaminen ja luokkien vertaaminen toisiinsa*

Luokkien tiedot koottiin taulukoihin, joiden avulla päästiin paremmin tarkastelemaan yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia keskustelujen välillä. Tässä taulukossa oli kolme saraketta deduktiivisen analyysin tuloksille: kuinka paljon reflektion eri vaiheita esiintyi (kuvaus/reflektio/kriittinen reflektio), millaisia nämä vaiheet olivat (toiminnallinen/affektiivinen/kognitiivinen kuvaus, mentalisoiva/toimintakeskeinen reflektio), ja millainen reflektioprosessin eteneminen kokonaisuutena oli. Induktiivisen analyysin tulokset merkittiin aluksi 13 sarakkeeseen, sillä kaikki erillisinä koodatut havainnot pidettiin mukana. Taulukoinnin kautta yksittäiset havainnot alkoivat hahmottua koko aineistossa toteutuviin piirrekategorioihin, joita kutsutaan tulosluvussa dimensioiksi.

Analyysissa pyrittiin siis yksittäisistä havainnoista kohti yleisempiä havaintoja reflektiivisen prosessin etenemisestä. Tietoa pyrittiin tiivistämään ja kiteyttämään siirtyen yhä ylemmälle abstraktion tasolle. Seuraavaksi luokkien kuvaukset kiteytettiin dimensioiden kautta ja koottiin koko aineistoa kuvaavaksi kaavioksi (kuva 2). Näin päästiin tarkastelemaan dimensioiden laadun suhdetta reflektion etenemisen onnistumiseen ja tekemään johtopäätöksiä aineistosta kokonaisuutena. Kuvan dimensiokohtaiset kuvaukset ovat siis tiivistelmä tulososan kuvauksesta ja siinä kuvatuista yksittäisistä havainnoista. Analyysiprosessi kokonaisuudessaan kulki siis yksittäisistä havainnoista luokittelun ja kategorisoinnin kautta kohti yhä korkeampaa abstraktion tasoa, ja se on toisaalta myös purettavissa ja johdettavissa takaisin tulososan kuvaukseen ja aineistoa edustaviin yksittäisiin lainauksiin.

### **3. Tulokset**

Deduktiivisessa analyysissa havaittiin, että reflektiota tapahtui yhdeksästä reflektiokeskustelusta seitsemässä. Kun aineisto jaettiin luokkiin saavutetun reflektiovaiheen perusteella, syntyi neljä luokkaa: kuvailevan, alkavan reflektion, reflektiivisen tarkastelun ja kriittisen reflektion luokat. Kuvailevaan keskusteluun kuului kaksi keskustelua, alkavan reflektion ja reflektiivisen tarkastelun luokkiin kuhunkin kolme keskustelua ja kriittisen reflektion luokkaan ainoastaan yksi keskustelu. Kun kunkin aineistosta muodostetun luokan keskusteluja tarkasteltiin induktiivisesti, huomattiin, että samaan reflektiovaiheeseen yltäneiden keskustelujen piirteissä oli paljon samankaltaisuutta myös muiden piirteidensä kannalta.

Analyysin toteuttaja Jenni Nyberg käänsi seuraavissa luokkien kuvauksissa käytetyt suorat sitaattit ruotsista suomeksi ja sen jälkeen kaksi ruotsia toisena äidinkielenään puhuvaa henkilöä tarkisti ne.

### 3.1. ”Tänään oli tosi hyvä kierto” – kuvaileva keskustelu

#### 3.1.1. *Deskriptioon juuttuva reflektioprosessi*

Ensimmäisessä luokassa reflektiivinen prosessi ei päässyt etenemään deskriptiivistä eli kuvailevaa tasoa edemmäs, eli kyseessä oli ainoa ei-reflektiivinen luokka. Kutakin nimenomaista kiertokokemusta kuvattiin niukasti, kuten toteamalla lyhyesti että kierto oli hyvä. Vetäjän kysyessä kuvaukseen tähtäävän kysymyksen, osallistujat olivat haluttomia kuvaamaan kiertoa ja kuvaaminen oli kerrallaan lyhyttä. Kuvauksessa esiintyi hiukan affektiivisuutta, lähinnä yleistä tyytyväisyyden ilmaisu kierron sujumisesta hyvin, mutta pääosin kuvauksessa keskityttiin kierron kulkuun liittyvän toiminnan kuvaamiseen. Kuvattiin, missä seistiin, puhuivatko vanhemmat paljon, miten lääkäri toimi ja missä kohtaa tehtiin päätöksiä. Kuvaus pysyi siis tietyllä ulkoisen toiminnan pintatasolla eikä pureutunut esimerkiksi vuorovaikutuksen tarkempaan kulkuun.

Ulf: *En muista yhtään, mutta... kysyimme miten menee, useimmiten on parempi kysyä yleisesti, kuin kysyä suoraan että mites happi ja mites kakkaaminen, sillä usein tärkeimmät asiat tulee silloin sanottua ensimmäisenä. Sitten hän sanoi, että päivä on ollut hyvä, se oli minusta hyvä, se tuntui tosi ok'ta.*

Kierron kuvaamisesta ei noussut osallistujien omia reflektiivisiä kysymyksiä ja jopa merkittävän tapahtuman nimeäminen oli haastavaa. Osallistujat vastasivat kysymykseen tärkeimmästä tapahtumasta kuvaamalla kiertoa hyvin yleisesti tai nostamalla tärkeimmäksi sen, että vanhemmat ylipäätään olivat paikalla. Keskusteluissa toistui kuvio, jossa lyhyttä kuvausta seurasi yleiselle tasolle siirtyminen, eikä reflektioprosessi edistynyt reflektiiviseen kysymyksenasetteluun ja tarkasteluun.

Keskusteluissa oli kyseisen kiertokokemuksen reflektiivisen tarkastelun sijaan paljon puhetta siitä, miten yleensä toimitaan. Esimerkiksi perusteltiin osastolle tyypillistä kaksiosaista kiertoa, eli hoitotiimin tapaa kokoontua keskenään lääkärinkierron loppuksi eri huoneeseen tietokoneen ääreen tarkastamaan lapsen tietoja ja tekemään lopullisia päätöksiä. Tätä perusteltiin siirrettävien tietokoneiden kömpelyydellä, niiden

aiheuttamalla häiriöllä perheen kanssa kommunikoinnissa sekä tarpeella pallotella vaihtoehtoja hoitotiimin kesken.

Osallistujien kuvauksissa tyypillisesti myös useasti toistui kiertoa ja osallistujien toimintaa arvioivia ilmauksia. Ensisijaisesti kuvattiin ja vahvistettiin toisten osallistujien kommentteja siitä, kuinka hyvin kierto oli suorituksena onnistunut, jolloin kiertoa kuvattiin esimerkiksi ”optimaaliseksi”, ”esimerkilliseksi” tai ”hyväksi”. Osallistajat pyrkivät tulkitsemaan myös vetäjien arvioita kierron onnistumisesta, mikä tuli jopa suoraan esille vastauksista kun lopussa kysyttiin, mitä keskustelusta jäi tärkeimpänä mieleen.

*Jon: Oli vahvistavaa kuulla että olette sitä mieltä, että tämä toimii, en ole ammattilainen tässä mutta toimin kuten tavallisestikin, yritin keskustella vanhempien kanssa ja ottaa heitä ja koko tiimiä mukaan, ja kuulostaa että se ilmeisesti meni hyvin. Olemme siis jokseenkin oikeilla jäljillä.*

Keskustelun orientoituminen arviointia kohti saattoi olla yksi syy reflektiivisen prosessin toteutumattomuuteen, sillä se saattoi osaltaan viedä keskustelua pois yhteisen reflektiivisen tarkastelun tavoitteesta. Samalla arviointiin keskittyminen viittasi myös ryhmädynamiikkaan, jossa luottamus oli vähäistä.

### *3.1.2. Yhteistoiminnallisuuden puute ja defensiivisyys ryhmädynamiikassa*

Ryhmädynamiikkaa leimasi tyypillisesti defensiivisyys eli puolustautuvuus ja erityisesti totuttujen toimintatapojen aktiivinen puolustaminen vei keskustelussa tyypillisesti paljon tilaa. Yhden osallistujan puolustaessa esimerkiksi kaksiosaista kiertoa muut olivat välittömästi samaa mieltä ja alkuperäinen puolustava puheenvuoro vahvistettiin moneen kertaan. Keskusteluissa ilmeni myös haluttomuutta reflektiiviseen tarkasteluun sekä tarkastelusta kieltäytymistä. Reflektiivisiin kysymyksiin vastattiin esimerkiksi alkamalla puhua siitä, miten yleensä tai muuten tehdään tai kieltäydyttiin pohtimisesta

*Vetäjä: Menikö kaikki kuten ajattelitte, vai olisitteko tehneet jotain toisin? Miten osallistitte äitiä alussa?*

*Ulf: En tiedä. Meillä on tapana olla joku ajatus etukäteen, että mitä tapahtuu*

*Vetäjä: Teillä ei ollut mitään suunnitelmaa?*

*Ulf: Ei*

*Vetäjä: Oliko suunnitelma, että puhutte äidin kanssa, että hän on se tärkein?*

*Ulf: Tyyliin joo. Kysyttäisiin häneltä, miten hänestä menee, että toimiiko se mitä päätimme eilen.*

*Vetäjä: Aa. Entä onko sinulla siitä ajatuksia?*

*Kajsa: Ei*

Kieltäytyminen tapahtui usein myös sen kautta, että osallistuja täysin kielsi pohdinnan tarpeellisuuden juuri tämän perheen kohdalla. Vaikka yleisellä tasolla esimerkiksi kannatettiin vanhempien osallistamista, saatettiin kiistää, että sen pohtiminen juuri tämän äidin kohdalla olisi hyödyllistä.

*Vetäjä: Eli tavallaan (äiti) oli tyytyväinen päätöksentekoon, mutta hän ajatteli ettei hänellä oikeastaan ole siinä isoa roolia. Ajatteletko että voisimme jotenkin osallistaa häntä päätöksentekoon jollain muulla tavalla, tai...*

*Alice: Minusta hän osallistuu aika paljon. Hänellä ei ole kokemusta tai koulutusta hengityslaitteista. Ja luulen, että hänen on vaikeaa ymmärtää kaikkea. Hän ymmärtää joitain asioita, hän voi vaihtaa happitasoa ja sen kaltaisia pieniä asioita, mutta luulen että hengityslaitteita koskevat päätökset ovat hänestä liian isoja päätöksiä hänelle.*

Tämän esimerkin puheenvuoro oli ristiriitainen. Äiti kuvattiin osallistuvana ja aktiivisena ja samalla hänen kykyään ja haluaan osallistua kyseenalaistettiin. Äidin puolesta puhumalla hoitaja ikään kuin torjui vetäjän esittämän kysymyksen, voisiko äitiä osallistaa enemmän. Hoitaja oikeastaan kaappasi äidin äänen ja puolusti sillä vallitsevaa tilannetta ja vastusti muutosta.

Samalla kun osallistujat puolustivat toimintatapoja yhteisrintamana, vuorovaikutuksellisesta reflektiivisestä prosessista puuttui yhteistyö. Kiertotilanteen kuvaamista ei lähdetty rakentamaan yhdessä. Tällöin kuvaavat sisällölliset säikeet jäivät lyhyiksi, eikä reflektiivinen prosessi saanut tuulta siipiensä alle. Keskustelussa tulivat jonkin verran esille osallistujien väliset hierarkkiset suhtet, esimerkiksi lastenhoitajan jääminen usein kiertojen ulkopuolelle ja lääkärin keskeisyys päätöksenteossa tulivat

puheenvuoroissa esille. Lisäksi pieniä jännitteitä oli välillä havaittavissa osallistujien välillä. Esimerkiksi rooleista keskusteltaessa tuli esille pientä erimielisyyttä roolien määrittelyssä.

*Vetäjä: Onko teillä erilaiset roolit hoitajilla ja lääkärillä? Tämän kierron kommunikaatiossa?*

*Ulf: Ei minusta muuten. Minä olen tavannut hänet (äidin) kuitenkin joka päivä useiden viikkojen ajan, joten tuntuu että tunnemme toisemme oikein hyvin.*

*Kajsa: Minäkin tapaan hänet joka päivä*

*Vetäjä: Juuri niin, mutta eri aikoina*

*Ulf: Tuntuu kuin kierroilla olisi ollut eri hoitaja, ei joka kerta, mutta on ollut eri hoitajia päivisin ja kierroilla. Muuten emme tee eri asioita. Pyrimme huomaamaan asiat yhdessä. Niin se toimii.*

Toisin sanoen siis myös tiettyjen piirteiden puuttuminen ryhmän tavasta rakentaa keskustelua on huomion arvoista. Erityisesti avoimuuden ja luottamuksen puuttuminen vaikutti olevan merkittävä haaste reflektiivisen prosessin etenemiselle.

### *3.1.3. Helpoksi koettu kierto*

Tyypillisesti osallistujat suhtautuivat kiertotilanteeseen deskriptiivisen luokan keskusteluissa melko neutraalisti. He kuvasivat kyseessä ollutta kiertoa selkeäksi ja helpoksi. Helppoutta perusteltiin sitä sillä, että he tunsivat perheen jo hyvin ja että vanhemmat ovat aktiivisia.

*Vetäjä: Kuinka koitte itse kierron?*

*Kajsa: Helpoksi*

*Ulf: Joo, mehän tapamme heidät joka päivä. Olemme tavanneet heidät niin monta kertaa lapsen syntymän jälkeen, että olemme tavallaan melkein kuin kavereita. Jatkamme siitä, mistä eilen puhuimme. (...) Hänhän on, minusta tuntuu, osallinen ja tekee kaiken, ja silloin on todella yksinkertaista, on helppo luottaa*

*häneen, ja antaa hänen pitää tämä komento. Mutta joidenkin muiden kohdalla on loppuun saakka pakko sanoa, mitä tehdään.*

Lapsesta ja hänen voinnistaan puhuttiin ylipäättään erittäin vähän. Ainoastaan yhdessä kohtaa mainittiin lapsen voinnin olleen epävakaa. Taustatietojen perusteella kaikki lapset olivat kuitenkin jossain vaiheessa sairaalahoitoa voineet huonosti. Osallistujat ilmaisivat yleistä tyytyväisyyttä kierron kulkuun ja toivat tämän tyytyväisyyden esille joko yleisenä toteamuksena tai liittivät sen lääkärin hyvään kommunikaatioon perheen kanssa. Kiertotilanteiden kuvausten perusteella kiertokokemus ei motivoinut osallistujia tapahtumien tarkempaan tarkasteluun tai herättäneet osallistujissa spontaania reflektiivistä pohdintaa.

#### *3.1.4. Passiivinen reflektiokeskustelun vetäjä*

Vetäjän alustuksesta puuttui tyypillisesti keskustelun ei-arvioivan luonteen sekä vanhempien osallistamisen ja jaetun päätöksenteon teemojen esille tuominen. Kun keskustelussa syntyi kuvausta, vetäjä ei pysähtynyt näihin kohtiin esimerkiksi jatkokysymyksiä esittämällä. Deskriptiivien kohdissa hän usein vaihtoi aihetta. Vetäjä osaltaan myös piti keskustelua yleisellä tasolla tekemällä kyseiseen kiertoon kohdistamattomia kysymyksiä ja kysymällä toimintatapoihin, kuten kaksiosaiseen kiertoon tai kierron yleiseen merkitykseen liittyviä kysymyksiä.

Lisäksi tässä luokassa vetäjä antoi tyypillisesti hyvin niukasti myönteistä palautetta osallistujille. Deskriptiivien luokan keskusteluissa vetäjän toimia reflektioprosessiin ohjaamisen suhteen voisikin kuvata pääsääntöisesti passiivisiksi. Toisaalta niissä muutamissa kohdissa, missä vetäjä aktiivisesti kutsui osallistujia reflektioon esimerkiksi liittyen äidin havaintojen käyttämiseen päätöksenteossa, osallistujat kieltäytyvät, ja dynamiikka juuttui helposti kutsumisen ja kieltäytymisen välimaastoon. Pyrkiessään viemään prosessia eteenpäin vetäjä teki sen välillä hyvinkin voimakkaasti. Hän esimerkiksi ehdotti suoraan toimintamuutosta, kuten äidin kanssa keskustelua siitä, että tämä osallistuisi kierrolle useammin. Tämä aiheutti osallistujien vetäytymistä reflektiivisestä prosessista.

*Vetäjä: Oletteko keskustelleet äidin kanssa kierroille osallistumisesta (useammin)?*

*Alice: Emme osallistumisesta, ei siitä. Enemmän läsnäolosta ja tämän ja kotielämän yhdistämisestä ja sellaisesta.*

*Vetäjä: Ja uskotteko että se olisi liian painostavaa, jos te vaikka...*

*Alice: Kyllä*

*Vetäjä: Joo, se miten sanot sen nyt, saa minut...*

Vetäjien toimet olivat siis toisaalta liian passiivia, toisaalta liian voimakkaita ryhmädynamiikkaan tai kulloiseenkin reflektion vaiheeseen nähden. Voidaankin ajatella että vetäjien toimet eivät olleet ryhmän kanssa sopivasti ajoitettuja. Toisaalta luottamuksen ja motivaation puutteen kaltaisiin ryhmädynamiikan haasteisiin vastaaminen on intervention puitteissa rajallista, sillä hoitotiimin sisäinen dynamiikka on paljon keskustelutilannetta laajempi ilmiö. Lisäksi keskusteluissa eri tavoin ilmenevä vastustaminen herättivät kysymyksen, koettiinko jaettuun päätöksentekoon tähtäävä muutos ylipäättään täysin hyväksyttäväksi.

## 3.2. Alkavan reflektion keskustelu

### 3.2.1. Alkuunsa pysähtyvä sooloreflektio

Alkavan reflektion keskustelu oli analyysin ensimmäinen varsinaisesti reflektiivinen luokka. Reflektiivistä tarkastelua oli kaiken kaikkiaan vähän, se pysähtyi alkuunsa, eikä päässyt syvenemään varsinaiseen reflektiiviseen tarkasteluun.

Kiertotilannetta kuvattiin melko vähän, mutta osallistujat rakensivat kuvausta välillä myös yhdessä. Etupäässä kuvaus keskittyi kierron toiminnallisiin tapahtumiin, erityisesti päätöksenteon vaiheisiin. Kuvattiin, mitä päätöksiä tehtiin, millaisten puheenvuorojen kautta niihin päädyttiin ja miten niistä kerrottiin äidille. Kuvattiin myös, kuinka vanhempia otettiin mukaan päätöksentekoon esimerkiksi antamalla heille vaihtoehtoja, joista valita. Lisäksi kuvattiin tiimin välistä kommunikaatiota lähinnä seisomapaikkojen ja puheenvuorojen ottamisen kautta. Kommunikaatiota vanhempien kanssa kuvattiin vähän, heidän läsnäolonsa ja osallistumisensa puheenvuoroja ottamalla todettiin tärkeiksi. Lisäksi kiertoa kokonaisuudessaan arvioitiin sen kautta, mitä saatiin aikaiseksi, ja tyypillisesti ilmaistiin yleistä tyytyväisyyttä kierron kulkuun.

Kierron kuvaaminen sisälsi paikoittain hiukan mentalisoivaa reflektiota, kun esimerkiksi arvioitiin omaa suhdetta tehtyyn päätökseen tai tulkittiin tehtyjen päätösten vaikutusta vanhempien mielentilaan. Deskriptio seassa ikään kuin käväistiin reflektion puolella. Lisäksi saatettiin esimerkiksi kuvata päätöksentekoa niin, että kuvaus sisälsi selvästi



mentalisoivaa näkökulmaa, mutta tämä näkökulma ei kuitenkaan noussut tarkastelun kohteeksi.

*Lea: Minusta se oli hyvä, ei ehkä tärkein, mutta että äidillä oli jo ennen kiertoa ajatuksia ruokinnasta, se oli hienoa. Ja sen seuraaminen, vaikka tiedän että ohjaan...*

*Vetäjä: Siinä (äiti) oli hiukan sinua rohkeampi*

*Lea: Tiedän että tätä minun pitää harjoitella, se on vaikeaa.. hänellä oli ehdotus, että hän haluaisi laskea annosta vielä lisää, ja se on juuri vaikeaa, kun en ehkä todella uskalla, joten sitten kuitenkin vähän ohjasin häntä, ja joskus se onkin oikein ohjata, sillä meillä on ehkä ollut useita lapsia aiemmin samassa tilanteessa, ja joskus (annoksen vähentäminen) ei ole lainkaan oikein. Sitä ei voi tietää. Voi olla että joku muu voisi uskaltaa kokeilla enemmän.*

Lisäksi keskusteluissa erottui joitakin mahdollisia syvemmän reflektiivisen tarkastelun paikkoja. Yksi osallistujista toi tyypillisesti esille esimerkiksi oman, jollakin tavalla ristiriitaiseksi kokemansa toiminnan vuorovakutuksessa vanhemman kanssa. Seuraavassa esimerkissä oli vanhemman ja lääkärin näkemyksen välillä ristiriita, jonka vuoksi lääkäri ohitti vanhemman esittämän ajatuksen. Samaan aiheeseen useasti palaaminen viittaa siihen, että osallistuja olisi ollut motivoitunut jatkamaan reflektiivistä tarkastelua aiheesta.

*Joel: Isä puhui, että hän lähtisi kotiin. Minulla ei ole koskaan tapana puhua siitä, en minä halua heidän lähtevän kotiin, joten annoin sen mennä ohi, en sanonut, että onpa hyvä idea, että lähdet kotiin. Niin en sano koskaan. Hän ei saanut innokasta vastaanottoa kotiin lähtemiselle, ei häneltä eikä minulta.*

### *3.2.2. Yhteistoiminnallisuuden puute ja varautuneisuus ryhmädynamiikassa*

Ryhmädynamiikalle oli tyypillistä tietynlainen varautuneisuus. Toisen osallistujan toimien kuvaamiseen, muuten kuin melko yleistä myönteistä palautetta antaen, suhtauduttiin varovaisuudella. Usein hoitajat välttivät lääkärin toiminnan kommentoimista erityisesti, jos siihen liittyi kriittisiä sävyjä.

*Vetäjä: Ajattelitteko te, että lääkäri ei kysynyt meiltä mitään?*

*Maj: Minä en ajatellut sitä juuri tuolloin, mutta kun hän puhuu siitä nyt, voin ajatella että meillä on tapana toimia hiukan toisin kuin nyt. Siinä oli vähän paljon kaikenlaista meneillään ja siitä tuli vähän... he halusivat keskelle ja minä jäin siihen, sillä he ottivat näytteitä. Siinä oli ylipäätään paljon meneillään, en ajatellut sitä juuri tuolloin, mutta nyt kun sanot, niin on meillä useimmiten tapana kommunikoida yhdessä.*

Keskustelujen ryhmädynamiikassa oli tyypillistä myös varovaisuus spesifien tilanteiden tarkastelun suhteen, ja kyseisen kierron kuvaamisesta siirryttiin hyvin usein yleisen kiertotavan kuvaamiseen. Reflektiivistä tarkastelua ei kuitenkaan suoraan vastustettu, vaan ryhmässä uskallettiin myös kuvailla omaa toimintaa ja tuoda omia havaintoja tarkasteluun. Osallistujat eivät kuitenkaan toimineet kovin kollaboratiivisesti, mikä teki reflektiosta kerrallaan lyhyttä. Tyypillisesti reflektio jäikin yksittäisen ihmisen tehtäväksi.

### *3.2.3. Suoraviivaiseksi koettu kierto ja ei-mentalisoiva suhtautuminen perheeseen*

Perheen tilanne oli tyypillisesti kierron hetkellä vakaa, kotiinlähtö jo lähellä ja osallistujat määrittivät kyseessä olleen kierron suoraviivaiseksi, mukavaksi ja rennoksi. Vaikka perheisiin suhtautuminen oli myönteistä, keskustelu ei kuitenkaan ollut juuri näiden vanhempien ja heidän kokemuksensa ymmärtämiseen aktiivisesti pyrkivää, vaan vanhemmista puhuttiin tyypillisesti hyvinä ja luotettavina informaationlähteinä.

Vanhempien käyttäytymistä tulkittiin myös aiempien ajatusrakennelmien kautta. Heidän kokemuksestaan tulkittiin esimerkiksi tekemällä tulkintoja heidän sen hetkisestä tilanteestaan ja edellytyksistään osallistua, sairaalassa vietetyn ajan kautta. Vanhempia myös tulkittiin henkilökunnan ja vanhempien rooleihin liittyvän mallin kautta. Vanhemmat esimerkiksi nähtiin nuorina ja hoitohenkilökunnan rooliksi nähtiin heidän ohjaamisensa tietynlaisesta auktoriteettiasemasta käsin.

*Lea: Yleensä vanhemmilla on paljon huolta. Isällä on huolta talvirenkaisista, jotka pitäisi vaihtaa, ja paljon muusta. Haluan joskus minimoida nuo ongelmat, koska... tai ennemminkin sivuuttamalla ne, että nyt tehdään jotain muuta, joka on tässä ja nyt. Mutta en tiedä sitten vanhemmista, heille se on ehkä suurin asia, ja siihen tulisi vastata. Mutta me ehkä kuitenkin ajattelemme, että tämä talvirengasasia ei ole se ensisijainen tavoite. Että sen voi tehdä myöhemminkin.*

*Sitten ehkä heitä täytyy auttaa priorisoimaan vähän tai saamaan heidät pääsemään siihen, mikä on ...*

*Joel: Sitten he ovat usein niin nuoria. Tarkoitan että jos sinä ja minä makaisimme siinä ja meillä olisi lapsi, niin kai meistä toinen voisi lähteä vaihtamaan talvirenkaat ja toinen jäädä, eihän me siihen asiaan ketään muita sekoiteta. Minä käyn vessassa ja kun tulen takaisin, sinä voit vaihtaa talvirenkaat. Mutta jos muut eivät halua että lähdemme kotiin, nii sitten emme lähde.*

*Lea: Kyllä. Joskus he pyytävät meiltä lupaa ja ihmettelevät*

*Vetäjä: Johtuuko se siitä että olette sellaisia auktoritetteja/viranomaisia?*

*Lea: Ehkä*

*Vetäjä: He ovat kuitenkin loppujen lopuksi heikommassa asemassa*

*Lea: Tässä tapauksessa olemme ehdotomasti auktoriteetteja. Ehkä nuorille vahvistamme sitä.*

Tällaiset jo aiemmat ajattelumallit kavensivat tilaa vanhemman psyykkisen tilan yksilölliseltä havaitsemiselta ja tulkinnalta. Reflektiota ei synny esimerkiksi siitä, miksi talvirenkaiden vaihto saattoi olla tälle isälle tärkeää. Näin tulkinta esti reflektiivistä pyrkimystä aidosti ymmärtää kyseisten vanhempien kyseiseen kiertoon liittyvää kokemusta ja reflektiivisesti tarkastella muita mahdollisia syitä heidän käyttäytymisensä taustalla tai vanhemman kokemuksen vaikutusta vuorovaikutustilanteeseen.

#### *3.2.4. Aktiivinen reflektiokeskustelun vetäjä*

Vetäjien toimet tukivat useissa kohdin reflektiivisen prosessin etenemistä. Vetäjien alustukset olivat kattavia ja niissä korostettiin, ettei keskustelun tarkoitus ole arvioida kenenkään ammatillista suoriutumista. Vetäjä mallinsi deskriptiota ja pyysi suoraan palauttamaan tapahtumia muistiin mikä synnytti kuvausta. Muutamiiin syntyneisiin reflektiopaikkoihin sen sijaan ei niinkään onnistuttu pysähtymään. Keskustelussa toistui kuvio, jossa osallistuja toi esille mahdollisen kriittisen tapahtuman, mutta reflektiivinen prosessi keskeytyi, koska vetäjä ei tunnistanut sitä ja keskustelu siirtyi uuteen aiheeseen. Tällaisia reflektion paikkoja oli esimerkiksi pohdinta siitä, olivatko vanhemmat tulkinneet lapsen tilanteen vakavuutta eri tavalla kuin henkilökunta.

*Maj: ...mutta epäselvää on vielä aivojen ja sydämen ultraäänitulokset, joista luulen meidän olevan enemmän huolissamme, kuin heidän. (...) Joten aivojen ultraäänien tulos roikkuu ilmassa. Mutta luultavasti enemmän meille kuin heille. He menevät tutkimukseen eivätkä enää kannu siitä huolta, vaan jatkavat tutkimusta ja näkevät sen olevan enemmän... eräänlainen kontrolli, josta heidän ei tarvitse etukäteen. Sikäli kuin tiedämme, he eivät ole huolissaan.*

*Tove: No, he ovat huolissaan melkein kaikesta.*

*Maj: Onko muuta, mikä roikkuu ilmassa?*

Esimerkissä toinen osallistuja ei lähde pohtimaan ensimmäisen esiin tuomaa havaintoa vanhempien ja hoitohenkilökunnan tilanteen tulkintaerosta ja keskustelu siirtyy muihin lapsen hoitoon liittyviin kysymyksiin, minkä jälkeen vetäjä vaihtaa aihetta. Tyypillisesti havainnon esille tuonut osallistuja kuitenkin palasi siihen myöhemmin keskustelun aikana useaan kertaan. Havaintoon palaaminen kertoo oman reflektiivisen kysymyksen olemassaolosta, sen henkilökohtaisesta painoarvosta ja aiheeseen kohdistuvasta reflektiomotivaatiosta.

Muutamassa reflektiokohdassa reflektiota onnistuttiin kuitenkin myös tukemaan vaiheeseen sopivasti ja synnyttämään mentalisoivaa reflektiivistä tarkastelua, esimerkiksi kysymällä suoraan syitä äidin käyttäytymiseen.

*Lars: Kyllä. Tämä jäi auki, kun lähdimme sängyn luota, ilman päätöstä. Mutta äidillä oli vastaus. Hän olisi voinut kertoa CRP:n, jos me vain ... sitten olisin pystynyt vastaamaan ja pyöristämään sen ja tekemään päätöksiä kaikesta, eikä mitään kysymyksiä olisi jäänyt avoimiksi.*

*Vetäjä: Kyllä. Tavoititko ymmärryksen siitä, miksi äiti ei sanonut mitään?*

*Lars: Ajattelen jälleen sitä, että äiti oli tässä ja puhuin hänen kanssaan, ja kun kuulin tämän kysymyksen kännyin tänne, jolloin minulla oli selkä häntä kohti. Joten ehkä hän automaattisesti, ehkä hän ei halunnut osallistua keskusteluun ja sanoa asioita selkäni takaa. (...) Se voi olla jotain sellaista, koska voi olla selvää, että olen kääntymässä pois äidistä. Sitten hän tuntee syrjäytyneensä keskustelusta. Hänen olisi oltava erittäin aggressiivinen päästäkseen keskusteluun takaisin.*

*Siihen ei riittäisi katsekontakti, vaan tarvittaisi fyysinen kontakti tai ääneen sanominen.*

Esimerkissä vetäjän kysymys sopi osallistujan sen hetkiseen reflektioprosessin vaiheeseen, oli riittävän avoin, eikä pyrkinyt ulkoapäin kiiruhtamaan sitä prosessin seuraavaan vaiheeseen. Huomionarvoista on, että kun deskriptiivisessä luokassa vetäjät tekivät suoria toimintamuutosehdotuksia, tässä osallistuja kutsuttiin ajattelemaan ja oivaltamaan itse. Osallistuja onnistui tavoittamaan äidin näkökulman tilanteeseen ja arvioimaan oman ja äidin käyttäytymisen vaikutuksia toisiinsa, eli reflektiivinen tarkastelu toteutui.

Vetäjät antoivat osallistujille myönteistä palautetta vanhempien huomioimisesta kierrolla sekä välittivät myönteistä palautetta vanhempien haastatteluista. Myönteistä palautetta seurasi usein reflektiivisen prosessin eteneminen. Myös osallistujan kokemuksen empaattisen vahvistamisen ja osallistujan esittämän kritiikin hyväksyvän vastaanottamisen jälkeen osallistujan reflektioaktiivisuus lisääntyi. Hyväksyessään osallistujan ilmaiseman tunteen vetäjä myös asettui ikään kuin osallistujien tunteiden puolelle ja ei-arvioivaan positioon, vahvistaen ryhmän sisäistä luottamusta.

Alkavan reflektion luokassa oli siis paljon vastaavia ryhmädynamiikan haasteita kuin kuvailevan keskustelun luokassa, mutta vetäjät onnistuvat tukemaan reflektiivistä prosessia aktiivisemmin. Vaikka he ohittivat reflektiokohtia, he myös tukivat prosessia useilla luottamusta lisäävillä tavoilla sekä tekemällä vaiheeseen sopivia kysymyksiä. Vetäjän toimet olivat siis osittain yhteensopivia ryhmän kanssa.

### 3.3. ”Musta aukko, johon he katoavat” – Reflektiivisen tarkastelun keskustelu

#### 3.3.1. *Spontaani, monimuotoinen ja laaja reflektiivinen tarkastelu*

Reflektiivisen tarkastelun luokassa kiertotilannetta kuvattiin aktiivisesti ja monipuolisesti ja reflektiivinen prosessi eteni spontaanisti syvälliseen ja laajaan reflektiiviseen tarkasteluun saakka. Tämä luokka oli selvästi reflektiivinen, mutta tarkastelu ei kuitenkaan päässyt etenemään kriittiseen reflektioon.

Deskriptio oli sekä toiminnallista että affektiivista. Siinä kuvattiin erityisesti vuorovaikutuksen kulkua ja hoitohenkilökunnan ja kyseisen perheen välistä suhdetta.

Kun tapahtumien kulkua kuvattiin konkretian tasolla, tilanne kuvattiin hyvin elävästi ja kokonaisvaltaisesti. Huomionarvoista on, kuinka kuvaus nousi kierrolla tehdyistä aidoista ja tarkoista havainnoista, kuinka sitä rakennettiin yhteistyössä ja kuinka siihen nivoutui mentalisoiva näkökulma. Esimerkiksi kierron aloituksen toiminnallinen kuvaus sisälsi samalla vuorovaikutukseen liittyvän kuvauksen siitä, kuinka kierron alussa jouduttiin astumaan perheen henkilökohtaiseen tilaan. Lainauksen viimeisissä puheenvuorossa oli jo mentalisoivaa reflektiota siitä, miten osapuolet tilanteen kokivat.

*Vetäjä: Koska silloin ajattelin, että kun tulitte sisään, sinähän menit ensin, kuinka perhe oli silloin, kun astuitte huoneeseen? Makasivatko he sängyllä ja nukkuivatko he, kun tulimme sisään?*

*Gry: He istuivat.*

*Lisa: On todella pimeää, jolloin meillä on tapana sytyttää valot, nyt sytytimme vähän ovelasti, halusimmehan nähdä lapsen. Isä oli makuulla.*

*Gry: Emme tiedä nukkuiko hän, mutta hän oli makuulla.*

*Vetäjä: Se on juuri vaikeaa, kun menette sisään, kun sehän on heidän makuuhuoneensa. Siitä juuri puhuimme myös, arvesta, hänhän istui siinä ilman paitaa, juuri heränneenä.*

*Gry: Mutta en kokenut, että heistä me olisimme tulleet ja häirinneet, että olisi ollut liian aikaista. Mutta ehkä tulkitsin sitä väärin. Saapastellaan sisään vaan.*

Osallistujat alkoivat tyypillisesti jo heti keskustelun alussa reflektoida spontaanisti ja rikkaasti, ja myös reflektion keskiössä oli vuorovaikutus perheen ja henkilökunnan välillä sekä tämän vuorovaikutuksen perustana oleva hoitosuhde. Reflektiossa oli alusta saakka voimakasta affektiivisuuden ilmaisua, erityisesti vanhempien kokemukseen liittyen, ja juuri tämä affektiivisuus vaikutti herättävän osallistujien omia reflektiivisiä kysymyksiä.

*Åsa: En tiedä, siitä tulee vähän ... Tiedän, että tämä äiti on erittäin huolissaan. Tietenkin sitä on huolissaan lapsestaan, mutta että ... siinä joutuu valitsemaan sanansa tosi tarkkaan, kun puhuu tämän äidin kanssa. No, niin sitä toki tekee aina, mutta te tiedätte mitä tarkoitan, helposti... En halua luoda tarpeetonta huolestumista käsittelemällä jotain, joka ei ole tärkeää, mutta johon hän tarttuu*

*ja tekee siitä jotain suurempaa. No, se minulla oli mielessäni, kun menin sinne, sellainen tekijä että tämä on vähän erityinen...*

Esimerkissä reflektiivinen kysymys koski hyvin huolestuneen äidin kanssa kommunikoinnin haasteellisuutta, jonka syitä ja johon vastaamisen tapoja osallistujat reflektoivat hyvin laajasti keskustelun kulussa. Tällaisen mentalisoivan reflektiivisen tarkastelun jatkuminen läpi keskustelun olikin tyypillistä.

Mentalisoivaa reflektiivistä tarkastelua oli keskustelussa tyypillisesti runsaasti ja siinä tehtiin tulkintaa, niin omasta, kuin vanhemman affektiivisesta kokemuksesta, esimerkiksi kuvattiin molempien kierrolla kokemaa iloa ja kiitollisuutta. Seuraavassa esimerkissä lääkäri tulkitsee tilannetta iloa tuottavaksi onnistumiseksi sekä pohtii havaintoaan, että vanhempien tekemä tulkinta lapsen aiemmasta terveydentilasta oli erilainen kuin hänen omansa. Hoitaja jatkaa reflektiivistä tarkastelua vahvistamalla lääkärin tekemän affektiivisen havainnon ja tekee tulkinnan hoitosuhteesta, jossa on pystytty luomaan ja säilyttämään luottaus. Näin esimerkki havainnollistaa monia aiheista mentalisoivaa reflektiivistä tarkastelua, jota rakennettiin yhteisesti.

*Vetäjä: Jos palataan kiertoan, niin mitä kierrolla tänään tapahtui?*

*Gry: Tapasin mielestäni tosi pirteän ja mukavan näköisen lapsen sekä vanhemmat, jotka tiesivät, että lapsi oli ollut sairas, muttei niin kovin sairas. Minusta tuntui, että siitä tuli, miten sen nyt sanoisi ... ilo ja kiitollisuus ovat oikeastaan väärää sanoja, mutta sellainen, että tässä me olemme todella olleet hyödyksi, olemme pelastaneet lapsen, ja se on melko korkealla asteikollani. Voi kuulostaa hiukan naurettavalta, mutta tunsin iloa, että terveydenhuolto on onnistunut parantamaan lapsen ilman vakavia seurauksia terveydelle. Nämä vanhemmat eivät ehkä oikeasti ymmärrä kuinka paha lapsen tilanne oli tai miten paha siitä olisi voinut tulla. Uskon, että se ainakin vaikutti suhtautumiseeni koko tilanteeseen. Sitten ajattelin, että tuntui todella hyvältä, että he onnistuivat vähän avautumaan, koska raskaus ja synnytys ovat olleet tosi vaikeita. Saimme heidät sanomaan sen, etteivät he kätke sitä sisäänsä ja mene kotiin sen kanssa. Sellaiset asiat tulee helposti stressissä ohitetuksi. Koin kierroksella myös, että he olivat erittäin kiitollisia ja iloisia siitä, että lapsi oli toipunut.*

*Lisa: Mielestäni ei ole niin yleistä, että vanhemmilla on tällainen luottamus hoitoon, usein sitä tulee kyseenalaistetuksi, googletetaan jne. Varsinkin jos on ollut vaikea alkumatka, kuten heillä, ja se on mielestäni aika hienoa. Olen ollut paikalla enemmän tai vähemmän viime viikon alusta lähtien, ja he ovat olleet monessa mukana, mutta uskon silti, että mainitsemasi tyytyväisyys ja kiitollisuus ovat silti jäljellä, että olemme onnistuneet säilyttämään sen.*

Affektiivisuuden ilmaisu ja empaattinen pyrkimys asettua omaan sekä vanhemman emotionaaliseen tilaan olivat luokan hallitsevia tunnuspiirteitä. Mentalisoivasta reflektiivisestä tarkastelusta ei kuitenkaan noussut kriittiselle reflektiolle otollisia kohtia, eli kyseenalaistuksia ei tehty eikä tulkintojen taustalla oleviin oletuksiin päästy käsiksi.

### *3.3.2. Yhteistyön ja luottamuksen ryhmädynamiikka*

Ryhmädynamiikassa korostui yhteistoiminnallisuus, eikä prosessin vastustamista ollut havaittavissa lainkaan, vaan kuvausta ja reflektiota rakennettiin hyvin aktiivisesti ja yhdessä. Kaikki ryhmän jäsenet osallistuivat kierron kuvauksen rakentamiseen, ja osallistujat toivat aktiivisesti ja rohkeasti esille omia, hyvinkin tarkkoja havaintojaan sekä omaa kokemustaan kierrosta. Ryhmä oli ikään kuin keskittynyt reflektio tehtävään kierron arvioimisen sijaan. Ryhmässä vallinneeseen luottamukseen ja avoimuuteen viittasi myös se, että osallistujat toivat keskusteluun myös kokemuksia omasta epävarmuudesta tai neuvottomuudesta haastavassa vuorovaikutustilanteessa, tai osallistuja saattoi todeta, miten he olisivat voineet toimia toisin.

Reflektiivisen tarkastelun keskusteluissa kaikki osallistujat ilmoittivat sukupuolekseen nainen, mikä saattoi olla hierarkkisuuksi laskeva tekijä. Joka tapauksessa tasa-arvoinen ja salliva ryhmädynamiikka oli tässä luokassa merkittävä reflektiivistä prosessia edistävä voimavara.

### *3.3.3. Merkittävä kiertokokemus ja empatia perhettä kohtaan*

Reflektiivisen tarkastelun luokassa perheen tilanne oli melko äärimmäinen: lapsi joko voi huonosti, jolloin vanhemmat olivat hyvin huolestuneita, tai lapsi oli toipunut erittäin hyvin, jolloin vanhemmat olivat kierrolla iloisia. Tämä tausta heijastui kiertokokemuksiin niin, että vuorovaikutus koettiin hyvin haastavaksi tai vuorovaikutuksen onnistumisista iloittiin. Intensiivinen keskittyminen kierrolla tapahtuneeseen vuorovaikutukseen viittaa sen merkitykselliseksi kokemiseen. Vanhempien näkökulma kulki mukana



keskusteluiden läpi ja affektiivisuutta ilmaistiin paljon. Ylipäätään vanhempiin ja perheen tilanteeseen suhtauduttiin hyvin empaattisesti.

*Vetäjä: He palasivat tähän useita kertoja ja sanoivat hänen olleen kuolamaisillaan. Että hän oli kuolemansairas. He sanoivat tämän useita kertoja. Mietin, vanhemmat todella uskovat lapsensa olleen kuolamaisillaan ja palasivat siihen useaan kertaan, hän melkein kuoli. He sanoivat sen useita kertoja ...*

*Gry: Luulen että kuulemme sen monta kertaa, vaikka lapsi ei olisikaan kuolemansairas (...) kotiinlähtökeskustelussa heidän pitäisi saada käydä läpi kaikki. Se on tärkeää myös syntymän suhteen, missä oli mielestäni kaaosta, vanhemmat kokevat kaaosta, syntyy sininen lapsi ja laitetaan hengityskoneeseen, silloin he huulevat lapsen olevan kuollut.*

*Vetäjä: Niin hänkin sanoi.*

*Gry: Mm, juuri tämä kaaos, musta aukko, johon he katoavat, eivätkä näe mitään, kauheaa, mitä he joutuvat kokemaan.*

Emotionaalisesti latautuneesta kiertokokemuksesta nouseva empatia ja halu ymmärtää perhettä vaikutti olevan merkittävä reflektiivistä prosessia motivoiva ja eteen päin vievä tekijä.

#### *3.3.4. Passiivinen kiertokeskustelun vetäjä*

Vetäjien toimet reflektiivisen prosessin tukemiseksi olivat kaiken kaikkiaan melko passiivisia. Vetäjät alustivat keskustelun perusteellisesti arvioimattomuutta korostaen ja jonkin verran vahvistivat empaattisesti osallistujien ilmaisemia tunteita toistamalla osallistujan ilmaisun ja toteamalla ymmärtävänsä, mitä tämä tarkoittaa. Sen sijaan myönteistä palautetta vetäjä antoi tyypillisesti hyvin niukasti.

Vetäjien toimille oli erityisesti tyypillistä reflektiivisiin kysymyksiin tarttumattomuus. Osallistujien merkittäviksi kokemista havainnoista tehtiin hyvin vähän jatkokysymyksiä. Omia reflektiivisten kysymysten kohtia tai merkittäviksi koettuja hetkiä, kuten puolison avautuminen kierrolla, tuotiin toistuvasti keskustelun kulussa esille, mutta vetäjät eivät ottaneet niitä tarkastelun keskiöön. He eivät esimerkiksi kysyneet reflektiivisiä

jatkokysymyksiä tapahtumiin mahdollisesti johtaneista syistä tai niiden vaikutuksista vuorovaikutukseen.

Kuten kuvaavan keskustelun luokassa, vetäjä pyrki välillä liiankin voimakkaasti edistämään reflektiivistä prosessia. Vetäjä ehdotti suoraan toiminnan muutoksia, kuten avointa keskustelua äidin kanssa tämän huolestuneisuudesta ja tunteiden nimeämistä, ja näistä lähdettiin kyllä keskustelemaan mutta ehdotuksiin suhtauduttiin torjuvasti.

*Vetäjä: Mitä luulette, olisiko se jotain mitä voisi tehdä, että ottaisi tämän ahdistuksen avoimeen keskusteluun äidin kanssa. Auttaisiko se tai tapahtuisiko jotain eri tavalla tai ... Kun se on kuitenkin olemassa, me kaikki näimme ja tunsimme sen aika voimakkaasti mielestäni, se oli vahva tunne.*

*Lisa: En tiedä. Mielestäni ahdistuksen suhteen parasta on vain niin kuin olla siellä. Ja olla lapsen luona, oppia tuntemaan lapsi ja alkaa tuntea olonsa turvalliseksi.*

*Vetäjä: Joo, että se menee sillä tavalla ohi?*

*Lisa: Kyllä, kyllä ... En osaa oikeasti selittää, mutta se täytyy vain käydä se läpi (...) ja sitten minusta tuntuu, että jos silloin menen hänen luokseen ja vahvistan hänen ahdistuksensa, se ehkä vain pahentaa sitä (...) Mielestäni on olemassa vaara, että imeytyy niiden vanhempien luo, kenen kanssa on helppo puhua, ja sitten vain tulee vahvistaneeksi jokaisen tunteen, joka heillä on. Ja joitain näistä tunteista ei voida poistaa millään tavalla, ainakaan minä. Minun on löydettävä joku tapa ja sitten ehkä tulen vain vahvistaneeksi vielä enemmän, ja pahentaakseni tilannetta lisää tain näin. Voisiko olla niin, tai?*

*Vetäjä: Kyllä, kyllä. Näen sinun luottavan häneen, että hänellä on kyky huolehtia siitä.*

*Lisa: Ehkä hän tarvitsee jotain muuta apua, mutta se ei välttämättä tarkoita minun apuani, vaikka olen salissa. Voisi löytyä psykologi tai joku, jolta voisi saada apua.*

Esimerkin keskustelun kulussa ehdotuksen jälkeen koko reflektiivisen prosessin suunta muuttui vetäytyen kuvailevalle tasolle, eikä se enää edennyt reflektiiviseen tarkasteluun. Liian voimakas vetäjän pyrkimys jouduttaa prosessia aiheutti siis vetäytymistä myös tässä luokassa.

Keskustelun kululle oli tyypillistä yleiselle tasolle siirtyminen loppua kohden. Aktiivisesti alkanut reflektiotyö ikään kuin hiipui saavuttamatta kriittistä reflektiota. Kun osallistujat eivät päässeet prosessissa eteenpäin, muut tavoitteet, esimerkiksi hoidon suunnittelu, alkoivat loppua kohden viedä keskustelua yhä enemmän. Myös vetäjät alkoivat tehdä yleisen tason kysymyksiä ja yleisen tason puheen lisääntyessä myös reflektio väheni. Voi olla, että yleisen tason puhe vei reflektiiviseltä prosessilta tilaa, tai voi olla, että kun reflektiivinen prosessi ei muista syistä päässyt etenemään, vetäydyttiin yleiselle tasolle.

Reflektiivisen tarkastelun luokassa oli siis paljon ryhmädynamiikan ja kiertokokemuksen merkityksellisyyden tuomia resursseja, mutta vetäjien toimet eivät kohdanneet ryhmän tarpeiden kanssa nimeomaan reflektion syventämisessä vaativimpaan vaiheeseen, kriittiseen tarkasteluun.

### 3.4. ”Mehän emme kutsu vanhempia aktiivisesti mukaan” – Kriittisen reflektion keskustelu

#### 3.4.1. Täydentyvä reflektioprosessin kehä

Vain yhden keskustelun sisältävässä kriittisen reflektion luokassa reflektiivinen prosessi pääsi etenemään deskriptiosta reflektiiviseen tarkasteluun ja edelleen viitekehyksen kriittiseen tarkasteluun. Omien tulkintojen taustalla olevia olettamuksia ja ajatusrakennelmia onnistuttiin nostamaan tarkasteluun ja tultiin tietoisiksi laajemmasta toimintaympäristöstä. Tämän seurauksena löydettiin kokonaan uusia näkökulmia. Tämä oli siis ainoa luokka, jossa koko reflektion kehä täydentyi. Huomionarvoista on kuitenkin, että kriittiseen reflektioon etenevän tarkastelun sisältö koski kaksiosaista kiertoa toimintatapana yleisellä tasolla, eikä siis ollut yhteydessä juuri tähän kiertokokemukseen. Aktiivista reflektiivistä tarkastelua vaikutti motivoivan keskustelun yllättävä tapahtumakulku, jonka alussa sairaanhoitaja toi esille, että kierto oli sikäli poikkeuksellinen, että se toteutettiin kokonaan salissa ja lääkäri ilmaisi yllättävän ja kontroversiaalinen väittämän, ettei kierto lähtökohtaisesti sisällä keskustelua vanhempien kanssa.

*Hans: Verrattuna siihen mihin olen tottunut kotona Karlstadissa, koen täällä erilaiseksi sen, että kierros ei lähtökohtaisesti sisällä keskustelua vanhempien kanssa. Melko usein vanhemmat eivät ole paikalla, kun kävellään aamulla ja lääkärit kiertävät ja katsovat potilaita, sitten istutaan (henkilökunnan*

*huoneessa) ja pidetään kierto. Sitten ehkä myöhemmin päivällä tullaan takaisin ja puhutaan vanhempien kanssa, mutta aina vanhemmat eivät...häilytys.*

Tämän kannanoton yllättävyys ja ristiriita osaston perhekeskeisen hoidon tavoitteen ja mahdollisesti osallistujien oman käsityksen kanssa sai osallistujat ponnistelemaan enemmän kohti uutta ymmärrystä. Osallistujat lähtivät reflektiiviseen, toimintatapaa ja totuttua ajattelutapaa kritisoiwaan tarkasteluun. He kyseenalaistivat periaatteen kanssa ristiriidassa olevaa toimintatapaa ja pohtivat aiemmin kokeiltuja ratkaisumalleja kuten kuulokeiden käyttöä.

*Eva: Mutta hän on oikeassa sanoessaan, että emmehan me aktiivisesti kutsu vanhempia kierrokselle. Kukaan ei pidä outona, jos he ovat mukana, mutta emme kutsu heitä aktiivisesti mukaan. Sitä voidaan kyllä pitää haittana, ettei meillä ole sellaista toimintatapaa. Yritimme aikaisemmin sellaista, että laitoimme kuulosuojaimia muille vanhemmille, mutta se ei ollut kovin hyvä.*

*Ida: Mutta sen edun silti huomasi, että syntyi dynaamista keskustelua, joka perustui vanhempien ... Ainakin tunsin, että vanhempi puhui ensin, sitten täydensin omilla huomioillani. Voi olla asioita, jotka eivät tule meille mieleen, mutta jotka ovat vanhemmille tärkeitä. Kuulosuojaimet ovat vähän...*

*Eva: Luulen, että se johtuu siitä, ettemme kutsu heitä. Emme kerro heille, että aloitamme kierroksen puoli yhdeksältä ja jos haluat mukaan, olet tervetullut. Emme sano niin.*

Keskustelun siirryttyä kyseisen kierron tarkasteluun se jatkui hyvin laajana ja yhdessä rakennettuna kuvauksena vuorovaikutuksesta vanhempien kanssa. Tarkastelussa tavoitettiin mentalisoivana reflektio, kun tarkasteltiin tilannetta, jossa ilmeni laitevika, ja pohdittiin, miten hoitohenkilökunnan stressaantuminen vaikutti vanhempien tunnetilaan. Mentalisoiva reflektiivinen tarkastelu ei kuitenkaan päässyt etenemään kriittiseen reflektioon tässäkin keskustelussa.

Keskustelun lopussa palattiin kritisoiimaan päätöksentekoa vanhempien poissa ollessa, oivallettiin näin käyvän suurimmassa osassa päätöksentekoa, ja lähdettiin ideoimaan uutta toimintatapaa, vanhempien mukaan ottamista erilliseen huoneeseen. Näin yleistä toimintatapaa koskeva reflektiivisen prosessin kehä täydentyi kokonaiseksi.

### *3.4.2. Yhteistyön ja luottamuksen ryhmädynamiikka*

Keskusteluryhmän kokoonpano oli poikkeuksellinen, sillä pian keskustelun aloittamisen jälkeen lääkäri hyvin yllättävän kannanottonsa jälkeen poistui, ja suurin osa keskusteluista käytiin kahden sairaanhoitajan eli työroolien suhteen keskenään hierarkkisesti tasa-arvoisen osallistujan kesken.

Ryhmän dynamiikassa hyvin hallitsevaa oli sen kollaboratiivisuus, joka ilmeni kuvauksen ja reflektion yhteisenä rakentamisena. Reflektiivistä työtä lähestyttiin ahkeruudella ja tavoitteellisuudella. Ryhmässä oli myönteinen ilmapiiri, erityisesti huumoria käytettiin paljon. Osallistujat antoivat myös toisilleen myönteistä palautetta heidän toimistaan kierrolla. Työskentelyilmapiirissä korostui luottamus ja uskallus ottaa asioita kriittiseenkin tarkasteluun. On mahdollista, että kun heti kärkeen ilmaistiin, ettei perheiden läsnäolo kierroilla lähtökohtaisesti toteudu, se vähensi odotusta arvioinnista ja saattoi osaltaan myös rentouttaa ilmapiiriä.

### *3.4.3. Tavallinen kiertokokemus*

Kiertoa kuvattiin tavalliseksi, ja toisaalta se, että perhe oli paikalla, koettiin myönteiseksi asiaksi. Perhettä ei kuvailtu lainkaan suoraan, ja perheen näkökulmakin otettiin hyvin vähän. Tuolloin sitä kuitenkin tarkasteltiin empaattisesti. Toisaalta toteutunut kriittinen reflektio koski yleistä toimintatapaa, eikä siihen siten ehkä suoraan vaikuttanut kiertokokemus tai suhtautuminen perheeseen.

### *3.4.4. Aktiivinen ja hienovarainen reflektiokeskustelun vetäjä*

Vetäjät tukivat työskentelyä hyvin aktiivisesti sekä kuhunkin vaiheeseen soveltuvalla tavalla. Myönteistä palautetta annettiin paljon, esimerkiksi toimivasta vuorovaikutuksesta ja rauhallisesta toiminnasta kierrolla, ja osallistujat tyypillisesti jatkoivat antamalla myönteistä palautetta toisilleen. Tässä palautteessa oli huomionarvoista, että se nousi suoraan tarkoista havainnoista kierrolta. Vetäjät tukivat myönteistä ilmapiiriä tuomalla osallistujien tavoin keskusteluun huumoria ja rentoutta.

Vetäjät myös tukivat reflektiivistä prosessia hyvin aktiivisesti ja vaihesopivasti. He toivat esille aitoja havaintoja ja tekivät suoria kuhunkin vaiheeseen istuvia kysymyksiä. Esimerkiksi deskriptiota he tukivat kysymällä tapahtumien kulkua ja pyytämällä

palauttamaan kierron tapahtumia muistiin. Mentalisoivaa reflektiivistä tarkastelua vetäjät ohjasivat hienovaraisesti esimerkiksi tarjoamalla jossittelua, mihin osallistujat tarttuvat.

*Vetäjä: Voiko käydä niin, että...te kaksi olitte rauhassa silloin, voiko käydä niin että se vaikuttaa äidin...*

*Ida: Kyllä, uskon niin. Jos minä olisin hermostunut tai sinä, silloin äiti olisi hermostunut enemmän kuin hän nyt hermostui*

Kun osallistujat pääsivät yleistä toiminta tapaa koskevassa reflektiivisessä tarkastelussa kriittisen reflektion äärelle, vetäjät tarttuivat aiheeseen ja tukivat jälleen osallistujia hyvin aktiivisesti mutta pysytellen kysyjän positiossa.

*Eva: Se on ehkä vähän tyypillistä. Kun lääkärit kiertävät, he keskustelevat vanhempien kanssa siitä, miten he ajattelevat ja pohtivat, eikä siitä sitten tule sen enempää. Sitten menemme ulos ja teemme kierron ja sitten ehkä päätökset tehdään. Tämä on haitta, koska vanhemmat eivät ole...*

*Vetäjä: Eli monia päätöksiä tehdään (salin) ulkopuolella olevassa huoneessa*

*Eva & Ida: Niin tehdään*

*Vetäjä: Koskeeko tämä kaikkia päätöksiä? Mitä tahansa päätöksiä?*

*Eva: Kyllä. Se voi koskea mitä tahansa, jos joudutaan ottamaan näytteitä sinä päivänä, kun siirrymme CPAP-hoitoon, jos muutetaan ruokintaa tai lääkitystä, niin kyllä se voi olla mitä tahansa.*

*Ida: Jos otetaan yhteys ravitsemusterapeutteihin, sekin*

*Vetäjä: Eli suurin osa päätöksistä tehdään ilman vanhempien läsnäoloa?*

*Eva: Kyllä, sanoisin niin*

Esimerkissä vetäjä sanallisti oivalluksen kysyvässä muodossa, jotta osallistuja saattoi sen vahvistaa. Tämän jälkeen vetäjä lähti hyvin varovasti johdattelemaan eteenpäin tarjoten kriittisen reflektion oivallukseen liittyvää lopputulemaa.

*Ida: Salissa on paljon muitakin ja siellä voi vetää johtopäätöksiä niin, että muut kuulevat, mutta sellainen tiukka paikka, jossa keskustellaan lapseen liittyvistä eduista ja haitoista, voi olla parempi viedä toiseen huoneeseen.*

*Vetäjä: Eikä mukaan oteta koskaan...ymmärrän*

*Ida: Pitäisi voida ottaa vanhemmat sinne mukaan*

*Eva: Ehdottomasti pitäisi voida ottaa*

*Ida: Jos he haluavat*

Osallistujat tarttuivat vetäjän tarjoamaan ehdotukseen. Huomionarvoista on, että ehdotus tehtiin hienovaraisesti kysyvään, ei toteavaan sävyyn, jolloin oivallus säilyi osallistujien omana. Vetäjä onnistui siis tunnistamaan kunkin vaiheen niin, että hänen oli mahdollista tukea osallistujien reflektiota kussakin vaiheessa sopivalla tavalla ja riittävän hienovaraisesti. Näin kriittinen reflektio pääsi toteutumaan, ja syntyi uusi näkökulma, idea uudesta toimintamallista.

Kriittisen reflektion luokassa ryhmadynamiikka tuki kollaboratiivista reflektiivistä työskentelyä, yllättävyys motivoi reflektiiviseen tarkasteluun ja vetäjät onnistuivat tukemaan prosessia ryhmän kanssa yhteensopivalla tavalla. Kun sama kokoonpano ei onnistunut syventämään rinnakkaista eri sisältöistä mentalisoivaa reflektiota, tärkeäksi nousevat kriittiseen reflektioon edenneen prosessin erityispiirteet, yllättävyys ja ristiriitaisuuden ja totutun ajattelun välillä. Tämä piirre erottaa keskustelun myös aineiston kaikista muista keskusteluista.

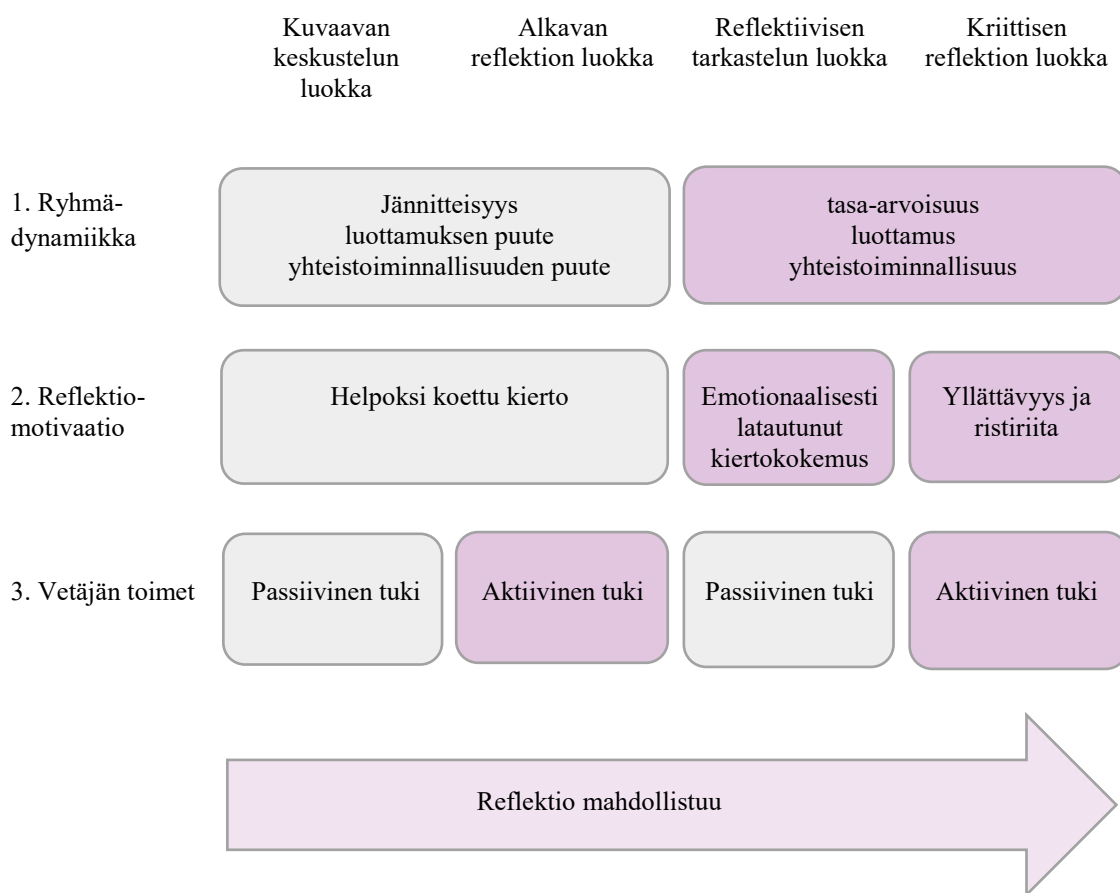
### 3.5. Reflektioprosessin etenemiseen liittyvät piirteet jakautuvat kolmeen dimensioon

Luokkien piirteitä yhteisesti taulukoinnin avulla tarkasteltaessa onnistuttiin tunnistamaan useita reflektioprosessia edistäneitä piirteitä, jotka sijoittuivat kolmeen dimensioon: ryhmadynamiikan, reflektiomotivaation ja vetäjän toimien dimensioihin (kuva 2).

Analyysin mukaan ryhmadynamiikka ja reflektiomotivaatioon vaikuttavat tekijät muodostivat yhdessä lähtökohdat reflektion toteutumiseksi. Huomionarvoista on, että ryhmadynamiikan ja reflektion ollessa samankaltaisia reflektioprosessi pääsi etenemään

pidemmälle niissä luokissa, joissa vetäjien tuki on aktiivista. Voidaan myös ajatella, että vaikka keskustelussa oli läsnä useita haasteita, reflektiivinen prosessi pääsi kuitenkin edistymään, mikäli ryhmä sai tuekseen aktiivisen vetäjän toimet, ja näin kävikin kahdessa luokassa. Näin ollen vetäjien aktiivisuus nousi merkittäväksi reflektioprosessia edistäväksi tekijäksi.

*Kuva 2. Reflektion mahdollistumiseen vaikuttavien piirteiden kolme dimensiota*



Vetäjän toimien keskeisyyden vuoksi on syytä vielä palata tarkemmin havaintoihin keinoista, joilla vetäjä pystyi reflektiivistä prosessia edistämään. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että reflektioprosessia tuki sellaisen kiertotilanteen valitseminen, jota ei koettu helpoksi ja rutiinimaiseksi tai joka oli emotionaalisesti latautunut. Toisaalta analyysin mukaan vetäjällä oli lisäksi kaikenlaisissa ryhmissä useita keinoja edistää reflektiota keskustelun aikana. Vetäjä pystyi toimillaan vahvistamaan ryhmän sisäistä luottamusta ja avoimuutta, ja ohjaamaan reflektiivistä prosessia (Taulukko 2).



Taulukko 2. Vetäjän reflektioprosessia edistävät ja estävät toimet

	Estävät	Edistävät
Luottamuksen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alustus, jossa ei tuoda esille, ettei tavoitteena ole arvioida kiertoa</li> <li>• Vähäinen myönteinen palaute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alustus, jossa korostetaan, ettei tavoitteena ole arvioida kiertoa</li> <li>• Havainnoista nousevan myönteisen palautteen antaminen</li> <li>• Empaattinen validointi</li> <li>• Kritiikin hyväksyvä vastaanottaminen</li> <li>• Huumori</li> </ul>
Reflektioprosessin ohjaaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jatkokysymysten vähyys</li> <li>• Suorat muutosehdotukset</li> <li>• Useat kysymykset yleisistä toimintatavoista</li> <li>• Reflektiivisten kysymysten ohittaminen</li> <li>• Aiempien ajatusmallien tarkastelemattomuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huolellinen, yhteinen deskription rakentaminen</li> <li>• Kriittisten tapahtumien ja reflektiivisten kysymysten ottaminen tarkasteluun</li> <li>• Avointen kysymysten käyttö</li> <li>• Vaiheeseen sopiva tukeminen</li> <li>• Hienovarainen ohjaus</li> <li>• Uuden näkökulman löytymiseen pysähtyminen</li> </ul>

## 4. Pohdinta

### 4.1. Tutkimuksen keskeiset tulokset

Henkilökunnan reflektiota syntyi yhdeksästä reflektiokeskustelusta seitsemässä. Keskustelut jaettiin reflektiivistä tasoa arvioivien Kemberin ym. (2000) sekä Koolen ym. (2011) kriteeristöjen avulla neljään luokkaan: kuvailevan keskustelun, alkavan reflektion, reflektiivisen tarkastelun ja kriittisen reflektion luokkiin. Analyysissä tunnistettiin lukuisia reflektioprosessin etenemiseen ja estymiseen liittyviä piirteitä, jotka muodostivat kolme dimensiota: ryhädynamiikan, reflektiomotivaation ja vetäjän toimien dimensiot.

### 4.2. Reflektiota syntyi, mutta se syveni harvoin

Reflektiokeskusteluissa refleктоitiin aineiston yhdeksästä keskustelusta seitsemässä. Voidaan siis ajatella, että interventio tuki jossain määrin henkilökunnan reflektiivistä ajattelua perhekeskeisistä toimintatavoista lääkärinterrolla. Tämä oli tuloksena kuitenkin melko odotettava, ja se on yhdenmukainen aiemman empiirisen tutkimuksen kanssa (Duke & Appleton, 2000; Tunker & Özkan, 2018; Hulsman, Harmsen, & Fabriek, 2008; 2019, Wong, Kember, Chung, & Yan, 1995; Wallman, Lindblad, Hall, Lundmark, & Ring, 2008; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck, & Meiers, 2004; Pee, Woodman, Fry, & Davenport, 2002; Liimatainen, Poskiparta, Karhila, & Sjögren, 2001).

Finlay (2008) toteaakin, että kaikilla tutkimuksissa käytetyillä menetelmillä on onnistuttu stimuloimaan reflektiota.

Analyysin myötä aineiston keskustelut jaettiin saavutetun reflektiivisen prosessin vaiheen perusteella neljään luokkaan. Ensimmäisessä, kuvailevan keskustelun luokassa tyypillistä oli prosessin etenemättömyys kuvailevaa taso edemmäs. Toisessa, alkavan reflektion luokassa tyypillistä oli alkuunsa päättyvä ja yksin tapahtuva reflektointi, jota ei onnistuttu elaboroimaan tai syventämään. Kolmannessa, reflektiivisen tarkastelun luokassa reflektiivinen tarkastelu oli monipuolista ja runsasta, mutta se ei kuitenkaan päässyt syvenemään kriittiseen reflektioon, kun taas neljännessä, kriittisen reflektion luokassa saavutettiin kriittinen reflektio ja koko reflektiivinen kehä täydentyi.

Tämän tutkimuksen aineistossa reflektioprosessin eteneminen syvempään reflektiiviseen tarkasteluun ja kriittiseen reflektioon oli kaiken kaikkiaan vähäistä. Keskusteluiden enemmistö eli kuusi keskustelua kuului alkavan reflektion ja reflektiivisen tarkastelun luokkiin. Kuvailevaan keskusteluun kuului kaksi keskustelua ja kriittisen reflektion luokkaan ainoastaan yksi keskustelu. Aiemmassa tutkimuksessa raportoidaan hyvin vähän vastaavia luokitteluja. Wongin ym. (1995) tutkimuksessa, jossa arvioitiin opiskelijoiden kirjallisia reflektiopäiväkirjoja Kemberin ym. (2000) arviointijärjestelmällä, tulokset olivat hyvin samansuuntaisia tämän tutkimuksen kanssa. Myös siinä reflektioijia oli selvä enemmistö, ei-reflektioijia vähän ja kriittisiä reflektioijia kaikkein vähiten. Empiirisessä tutkimuksessa toistuu havainto, että matalampia reflektion tasoja on yleistä saavuttaa, mutta korkeampian tasojen saavuttaminen on selvästi harvinaisempaa ja haastavampaa (Duke & Appleton, 2000; Tunker & Özkan, 2018; Hulsman ym., 2008; 2019, Wong ym., 1995; Wallman ym., 2008; Peden-McAlpine ym., 2004; Pee ym., 2002; Mann, 2007).

### 4.3. Reflektioprosessia edistävät ja estävät piirteet

Reflektioprosessin etenemiseen liittyvät piirteet jaettiin ryhädynamiikan, reflektiomotivaation ja vetäjän toimien dimensioihin. Tämän tutkimuksen mukaan ryhmän sisäinen luottamus, vetäjien toimien aktiivisuus ja reflektiokokemuksen koettu merkityksellisyys mahdollistivat reflektiota ja edistivät reflektiivistä prosessia. Kuhunkin dimensioon liittyvät piirteet kuvataan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

Empiirisiä tutkimuksia, jotka olisivat tehneet vastaavaa laadullista analyysia, on hyvin vähän. Iranilaisessa sairaanhoidon koulutuksen kontekstissa toteutetussa tutkimuksessa (Karimi, Haghani, Yamani, & Kalyani, 2017), jossa tarkasteltiin sairaanhoitajaopiskelijoiden omaa kokemusta reflektion mahdollistumisesta klinisen harjoittelun aikana, saatiin kuitenkin hyvin samansuuntaisia tuloksia.

#### *4.3.1. Luottamus ja avoimuus ryhmädynamiikassa*

Kun keskustelua tarkastellaan saavutetun reflektiovaiheen mukaisessa järjestyksessä, voidaan havaita, että mitä yhteistoiminnallisempi, avoimempi, luottavaisempi ja tasa-arvoisempi osallistujaryhmän dynamiikka oli, sitä pidemmälle reflektio keskustelussa eteni (kuva 2). Luottamus ja avoimuus olivat tunnusomaisia kahdelle viimeiselle luokalle, niiden puute taas kahdelle ensimmäiselle luokalle. Luottamuksen merkitys tuli siis tutkimuksessa esille merkittävänä reflektioprosessia edistävänä piirteenä. Luottamuksen merkitystä korostetaan myös teoreettisessa ja empiirisessä reflektiokirjallisuudessa. Deweyn (1933) mukaan vuorovaikutuksellinen reflektio edellyttää oman ja muiden henkilökohtaista ja älyllistä kehitystä kunnioittavaa ja arvostavaa asennetta. Koole ym. (2016) korostavat empiirisen tutkimuksensa pohjalta turvallisen tilan merkitystä, ja luottamuksen rakentumisen tukemista pidetään vetäjän tärkeimpänä tehtävänä (Koole, 2016; Schaub-de Jong, Schönrock-Adema, Dekker, Verkerk, & Cohen-Schotanus, 2011). Osallistujien on vaikea syventyä reflektiiviseen tarkasteluun tuoden esille oma kokemuksensa ja ajatuksensa, jollei ryhmää koeta riittävän turvalliseksi. Luottamus ja avoimuus ovat siis kollaboratiivisen reflektiivisen työn edellytyksiä (Mezirow, 1990), minkä aineistomme hyvin selvästi vahvistaa.

#### *4.3.2. Merkittäväksi koettu kierto ja yllättävyys motivaatiotekijöinä*

Reflektiivisen tarkastelun ja kriittisen reflektion luokissa prosessin etenemistä vaikutti merkittävästi edistävän osallistujien yhteinen ja määrätietoinen työskentely, jonka taustalla voidaan ajatella olevan osallistujien korkea reflektiomotivaatio. Reflektiivisen tarkastelun luokassa kierto koettiin tyypillisesti merkittäväksi ja osallistujat olivat motivoituneita ymmärtämään vanhempien kokemusta. He pyrkivät empaattisesti asettumaan vanhempien emotionaaliseen tilaan ja selvittämään, mitä vuorovaikutuksessa oli tapahtunut. Kokemuksen affektiivisuudella, joka ilmeni niin affektiivisena kuvauksena kuin mentalisoivana reflektiona, vaikutti olevan merkittävä osansa

motivaation muodostumisessa. Tunteen onkin katsottu olevan merkittävää reflektion käynnistymisessä (Boud ym., 1985) ja tämän tutkimuksemme osaltaan vahvistaa.

Tässä tutkimuksessa kriittistä reflektiota tapahtui ainoastaan ryhmässä, jossa reflektioprosessin käynnisti yllättävyyden ja ristiriidan kokemus, joka sai osallistujat ponnistelemaan ristiriidan selvittämiseksi. Teoreettisen reflektiokirjallisuuden mukaan reflektio käynnistyykin reaktiona rutiinista poikkeaviin kompleksisiin tilanteisiin (Schön, 1983; Mamede & Schmidt, 2004). Aineistossa emotionaalisesti latautunut kiertotilanne ja kriittisen reflektion ryhmässä yllättävä kannanotto keskustelutilanteessa toimivat siis kriittisinä tapahtumina (Flanagan, 1954; Brookfield, 1988), joilla oli reflektiotyötä motivoiva ja laukaiseva vaikutus. Toisaalta enemmistö tutkimukseen valikoituneista kiertokokemuksista oli melko tavanomaisia, eivätkä osallistujat kuvanneet niitä erityisen merkityksellisinä. On myös esitetty, että reflektion väheneminen kokemuksen lisääntymisen myötä (Mamede & Schmidt, 2005) saattaa johtua siitä, että harvempi tilanne aiheuttaa enää yllätyksen ja epämukavuuden tunteita, jolloin reflektio ei käynnisty (Mann ym., 2009). Henkilökunnan kokemus ja karttunut ammattitaito saattavat siis osaltaan myös selittää, miksi reflektiota voimakkaasti stimuloivia kiertokokemuksia osui aineistoon niin vähän.

Reflektiomotivaatioon vaikuttavia tekijöitä on tutkittu empiirisesti hyvin vähän. Karimin ym. (2017) tutkimus tarjoaa kuitenkin merkittävän näkökulman juuri reflektiomotivaatioon vaikuttaviin tekijöihin, koska siinä tarkasteltiin nimenomaan osallistujien omaa kokemusta reflektion mahdollistumisesta. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajaopiskelijat painottivat tärkeimpänä motivoivana tekijänä omaa tahtoaan reflektoida ja kehittyä. Yksi sairaanhoitajista toteaa ”*nukkuvan voi herättää, mutta häntä, joka teeskentelee nukkumista, ei voi saada hereille. Mikään ei ole mahdollista ellemmme halua sitä.*”. Omassa tutkimuksessamme tunnistimme ulkoisia motivaatiotekijöitä, mutta päästäksemme selville vastasyntyneiden tehohoidon kontekstissa vaikuttavista henkilökunnan sisäisistä motivaatiotekijöistä – ja esteistä – meidän tulisi haastatella heitä.

#### 4.3.3. Vetäjän toimien aktiivisuus, hienovaraisuus ja oikea-aikaisuus

Aineiston analyysissä vetäjän tuki erottui merkittäväksi reflektioprosessia edistäväksi piirteeksi. Tämä löydös on yhdenmukainen aiemman empiirisen reflektiotutkimuksen kanssa, joka painottaa ohjaamisen tärkeyttä (Mann, 2007) reflektion mahdollistamisessa. Pätevän ohjauksen on havaittu muun muassa lisänneen reflektiota, kehityshalukkuutta,

itsevarmuutta ja teoreettisen tiedon integroimista käytäntöön (Priddis & Rogers, 2018). Se on katsottu merkittäväksi erityisesti kriittisen reflektion saavuttamisen kannalta (Sandars, 2009). Tutkimuksessamme lisäksi havaittiin, että vetäjän ollessa toimissaan aktiivinen mutta kuitenkin hienovarainen hänen onnistui tukea reflektiivistä prosessia myös silloin, kun läsnä oli ryhmädynamiikan ja reflektiomotivaation haasteita.

Sitä, millaiset ohjaajan toimet edistävät reflektiota, on tutkittu aiemmin vähän. Analyysimme tuottaa uutta laadullista tietoa useista konkreettisista keinoista, joilla reflektiota oli lääkärinteraktion kontekstissa mahdollista tukea (Taulukko 2). Tutkimuksemme siis vahvistaa aiemman teoreettisen ja empiirisen reflektiokirjallisuuden käsityksen ohjaajan keskeisestä roolista reflektion mahdollistajana ja lisäksi tarjoaa kontekstispesifejä havaintoja konkreettisista keinoista, joilla vetäjät edistivät reflektiota. Näillä havainnoilla on erityisesti merkitystä intervention kehittämisen kannalta.

#### 4.4. Kriittisen reflektion haasteellisuus

Aineiston analyysi antaa aihetta pohtia, miten kriittistä reflektiota voisi paremmin tukea. Tämä on tärkeää, sillä juuri kriittisen reflektion ajatellaan johtavan näkökulman muutokseen ja oppimiseen (Koole ym., 2011; Mezirow, 1990). Kriittinen reflektio edellyttäisi tiettyä uskallusta lähteä kriittisesti tarkastelemaan omia ja osaston toimintatapoja sekä kyseenalaistamaan niiden taustalla olevia ajatusrakennelmia. Aineistossa ilmeni kuitenkin paljon yleisellä keskustelun tasolla pysyttelyä. Erityisesti kuvailevan tason ja alkavan reflektion ryhmässä ilmeni halua pysytellä turvallisella alueella, minkä taustalla voi olla riittämätön turvallisuus ryhmässä. Voikin olla, että ryhmädynamiikan avoimuus ja luottamus korostuvat juuri kriittisen reflektion kohdalla. Huomionarvoista on, että reflektiivisen tarkastelun ja kriittisen reflektion ryhmässä oli samantyyppisiä reflektiota edistäviä ryhmädynamiikan ja reflektiomotivaation piirteitä, mutta vain siinä ryhmässä, missä myös vetäjän tuki oli aktiivista, saavutettiin kriittisen reflektion vaihe. Kriittisen reflektion saavuttaminen näyttää siis olevan niin vaativa ponnistus, että siihen tarvitaan ryhmän toimivuuden lisäksi vetäjän tuki. Koska kriittistä reflektiota ilmeni aineistossa vain yhdessä keskustelussa, oli sen mahdollistumiseen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu kuitenkin tämän tutkimuksen puitteissa hyvin rajallista. Tämä olisikin tärkeä tarkastelun kohde jatkotutkimuksessa.

## 4.5. Tutkimuksen implikaatiot intervention kehittämiseksi

### 4.5.1. *Reflektiota edistävien toimien käyttö*

Tutkimus tuottaa useita viitteitä reflektiota edistävään keskustelun vetämisen tapaan (taulukko 2). Vetäjän oli mahdollista tukea luottamuksen ilmapiirin syntymistä tai ohjata reflektioprosessia sen eri vaiheissa. Ryhmän sisäistä luottamusta ja avoimuutta pystyttiin tukemaan alustuksella, jossa korostettiin, ettei tarkoitus ole arvioida kiertoa suorituksena, antamalla osallistujille myönteistä palautetta, validoimalla empaattisesti, ottamalla kritiikkiä hyväksyvästi vastaan sekä käyttämällä huumoria. Lisäksi vetäjät onnistuivat tukemaan reflektiivisen prosessin edistymistä ohjaamalla sitä kysymyksiin keskustelun aikana. Olennaista reflektion syventämisessä oli mahdollisten reflektion paikkojen, kuten kriittisten tapahtumien sekä reflektiivisten kysymysten, tunnistaminen ja tarkastelun kohdentaminen niihin. Toimivaa oli erityisesti sellainen hienovarainen ja vaihesopiva tukeminen, joka jätti tilaa osallistujille saapua reflektiivisiin oivalluksiin ja johtopäätöksiin itse.

Nämä edellä kuvatut keinot voidaan ottaa käyttöön interventiota kehittäessä, ja ne on integroitu uudistettuun reflektiokeskustelurunkoon (liite 2). Jatkossa tulee säilyttää avoimuus myös muille tavoille, joilla voidaan tukea otollista ryhmädynamiikkaa sekä ohjata ja tukea reflektioprosessia keskustelun aikana.

### 4.5.2. *Osallistujien perehdytys*

Koole ym. (2016) suosittelevat reflektiokeskustelun integroimista osaksi laajempaa reflektio-opetusta. Hänen mukaansa osallistujien tulisi minimissään tietää etukäteen reflektioprosessin koostuvan tietoisesti tulemisesta, analyysistä ja lopputuloksesta. Tämä tieto tulisi välittää osallistujille intervention ensimmäisessä osassa, videoluennossa, joka lähetetään osallistujille. Finlayn (2008) mukaan keskustelua edeltävällä perehdytyksellä on tärkeä tehtävä herättää osallistujissa reflektiomotivaatiota ja valmistaa heitä siihen epävarmuuden kokemukseen, mikä reflektioimiseen liittyy, kun valmiita vastauksia ei ole. Finlay kehottaa perehdyttämään osallistujat etukäteen reflektioon tavalla, joka ei ole pelkästään akateeminen esitys prosessimallineen vaan avaa, mitä reflektio voi olla siinä kontekstissa, jossa osallistujat toimivat. Tässä tutkimuksessa esille noussut korkeampien reflektiotasojen ja erityisesti kriittisen reflektion saavuttamisen haasteellisuus korostaa myös riittävän perehdyttämisen merkitystä. Jotta reflektio voi onnistua, tulisi osallistujilla sekä ryhmällä yhteisesti olla käsitys siitä, mitä reflektiolla tarkoitetaan ja mitä se

intervention kontekstissa voi käytännössä olla. Finlay (2008) lisäksi toteaa, että osallistujilla pitäisi olla saatavilla henkilö, joka pystyy mallintamaan tehokasta reflektiota. Interventiota kehitettäessä olisikin syytä pohtia, kuinka reflektiota voisi konkreettisemmin avata, sitoa vastasyntyneiden tehohoidon kontekstiin sekä mallintaa reflektiokeskustelun aikana.

#### *4.5.3. Vetäjien perehdytys*

Interventiossa vetäjät olivat sekä sairaalan ulkopuolisia että omia työntekijöitä. Position vaikutusta reflektion mahdollistumiseen ei kuitenkaan tutkittu, joten siihen ei voida ottaa kantaa. Koole ym. (2016) näkevät vetäjän roolin keskustelujen onnistumisessa keskeisenä ja suosittelevat resurssien varaamista heidän kouluttamiseensa ja tukemiseensa. Lääkärinkiertointervention vetäjien perehdyttämisessä keskeiseksi voidaan katsoa riittävä ymmärrys reflektion ja perhekeskeisen hoidon ja jaetun päätöksenteon periaatteista sekä toisaalta vastasyntyneiden tehohoidon kontekstin tuntemus, jotta vetäjät pystyvät avaamaan reflektion merkitystä kontekstisidonnaisesti ja perhekeskeisyyden tavoitteet huomioon ottaen. Tämän tutkimuksen tarjoamat käytännön viitteet toimivista vetäjän keinoista (kuva 3) tulisi jatkossa sisällyttää vetäjien perehdytykseen. Erityisen tärkeää on, että vetäjillä on hyvä tuntemus reflektioprosessin vaiheista ja että he pystyvät tunnistamaan kriittiset tapahtumat esille tuoduista havainnoista.

#### *4.5.4. Lääkärinkiertoilanteiden valinta*

Interventiota tulisi jatkossa kehittää niin, että reflektoitavaksi pyritään valitsemaan mahdollisimman merkitykselliseksi koettuja kiertotilanteita eli sellaisia, jotka parhaiten motivoivat osallistujia refleктоimaan. Näiden tutkimustulosten perusteella tulee suosia tilanteita, jotka ovat herättäneet osallistujissa tunteita tai joihin liittyy yllättävyyden kokemusta. On tärkeää kuitenkin muistaa, että tämä ei välttämättä tarkoita dramaattisia tapahtumia kierrolla, vaan kyse on nimenomaan osallistujien kokemuksesta, ja että emotionaalinen lataus voi olla yhtä hyvin myönteistä kuin kielteisistäkin. Intervention kehitystyössä tulee siis harkita sellaista intervention rakennetta, jossa vetäjä havainnoi useamman kiertotilanteen ja yhdessä osallistujien kanssa valitsee niistä jollakin edellä mainitulla ominaisuudella erottuvan tilanteen. Vähintään rutiininomaiset ja hyvin suoraviivaisiksi tai helpoiksi koetut kiertotilanteet tulisi jättää valinnan ulkopuolelle.

## 4.6. Tutkimuksen arviointi

Laadullisessa tutkimuksessa validiteetin ja reliabiliteetin sijaan tutkimuksen laatua arvioidaan luotettavuuden käsitteen (trustworthiness) kautta (Lincoln & Guba, 1985), mistä on tullut laadullisen tutkimuksen standardi (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). Luotettavuus koostuu useista osa-alueista, joista tässä tarkastelen uskottavuutta (credibility), siirrettävyyttä (transferability), käyttövarmuutta (dependability) ja reflektiivisyyttä.

### 4.6.1. Uskottavuus

Uskottavuuden voidaan ajatella vastaavan kvantitatiivisen tutkimuksen sisäistä validiteettia (Whittemore ym., 2001). Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuudella tarkoitetaan tietoista pyrkimystä täsmällisesti tulkita aineistoa (Carboni, 1995), ja se määräytyy lukijan kokemuksessa (Guba & Lincoln, 1989). Vastaavatko tulokset osallistujien kokemuksesta tai kontekstia uskottavalla tavalla (Lincoln & Guba, 1985)?

Tutkimuksen uskottavuutta voi parantaa pitkäjänteisellä havainnoinnilla (Lincoln & Guba, 1985) eli aiheeseen ja kontekstiin riittävästi tutustumalla ja riittävästi aineistoa keräämällä. Tämä tutkimus olisi hyötynyt hiukan laajemmasta aineistosta, mutta tehosaston kiireisyys asetti käytännön rajoitteita aineiston keräämiselle. Erityisesti kriittisen reflektion vähäisyys aineistossa rajoitti sen mahdollistumisen syvällistä tarkastelua.

Lisäksi henkilökunta valikoi kiertotilanteet, ja aineistossa korostuvat ”helpot” kierrot haastavamman potilasvuorovaikutuksen kiertojen jäädessä aliedustetuiksi. Vaikka potilastilanteiden valikoituminen vaikutti ensisijaisesti reflektion sisältöön, joka ei ollut tutkimuksessa ensisijaisena tarkastelun kohteena, on tämä näkökulma syytä pitää mielessä analyysin tuloksia arvioidessa.

Kun aineistona on osallistujien tuottama puhe, uskottavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka tutkijat ovat saavuttaneet osallistujien luottamuksen sekä kyenneet tavoittamaan heidän ilmaisemansa sisällöt. Tutkijoiden ulkopuolisuus ja käytettävissä ollut lyhyt aika saattoivat heikentää luottamuksen saavuttamista. Yksi tutkijoista oli töissä samalla tehohoidon osastolla, millä saattoi olla myös merkitystä luottamuksen saavuttamiseen, mutta tätä ei tutkimuksessa arvioitu, joten emme tiedä millaista vaikutusta sillä oli. Osallistujien ja tutkijoiden välinen kommunikatiivinen kulttuuriero sekä kieli saattoivat



heikentää osallistujien kommunikoimien asioiden ymmärtämistä. Reflektiokeskusteluissa pääosin käytetty ruotsi ja vähän käytetty englanti eivät olleet kahden vetäjän eivätkä aineistoa analysoineen tutkijan äidinkieliä. Tämä saattoi lisätä aineiston analysoimiseen liittyvää virhetulkinnan riskiä. Kieli lisäsi näin yhden värinymmärryksille alttiin translaatiopisteen.

Tutkimuksen uskottavuutta paransi huolellinen ja kollaboratiivinen työskentelytapa, joka noudatti Lincolnin ja Guban (1985) suositusta tehdä tilanneselontekoja tutkimusprosessin kuluessa tutkijoiden kesken prosessin tarkistamiseksi. Kaksi tutkijaa tutustui analyysin eri vaiheissa tehtyihin reflektiovaiheiden koodaukseen, laadullisten piirteiden luokitteluun ja taulukointiin. Esitetyt tulokset ovat yhteisen konsensuksen mukaisia. Analyysiprosessi on kuvattu tarkemmin luvussa 3.6 Aineiston analyysi.

#### *4.6.2. Siirrettävyys*

Siirrettävyyden käsitteen voidaan ajatella vastaavan kvantitatiivisen tutkimuksen ulkoista validiteettia (Whittemore ym., 2001), ja se liittyy tutkimuksen yleistettävyyteen (Nowell, Norris, White, & Moules, 2017). Laadullisella tutkimuksella ei kuitenkaan tavoitella täyttä yleistettävyyttä, vaan lukijan on arvioitava siirrettävyyttä jokaisen tilanteen ja kontekstin kohdalla erikseen. Tämän tutkimuksen kohdalla siirrettävyys merkitsee vastuuta kuvata tarkasti ja rikkaasti niin tulokset kuin se konteksti, josta aineisto on kerätty. Näin on tehty kohdissa 3.2 Tutkimusympäristö, 3.3 Osallistujat, 3.4 Interventio sekä 4. Tulokset. Tulosluvussa siirrettävyyttä parantaa erityisesti suorien lainausten käyttäminen, sillä niiden avulla tehdyt havainnot ovat johdettavissa aineistoon ja niiden konteksti tulee läpinäkyväksi. Lisäksi siirrettävyyttä parantaa tutkimuksen tavoite tuottaa tietoa tietystä spesifistä, vastasyntyneiden tehohoidon, kontekstista. On siis mahdollista, että tuloksia voidaan harkinnanvaraisesti siirtää myös muihin vastaaviin konteksteihin ja vastaavassa muutoksen tilassa oleville vastasyntyneiden teho-osastoille. Niiden siirtämiseen muihin ammatillisen kehityksen konteksteihin tulisi kuitenkin suhtautua varauksella reflektion kontekstisidonnaisuuden vuoksi (Finlay, 2002).

#### *4.6.3. Käyttövarmuus*

Käyttövarmuuden voidaan käsitteenä ajatella vastaavan kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia (Whittemore ym., 2001). Sen varmistamisessa keskeistä on tutkimusprosessin looginen, jäljitettävä ja selkeä dokumentointi (Tobin & Begley, 2004),

mihin tässä tutkimuksessa on pyritty läpi aineistonkeruu- ja analyysiprosessien. Tutkimusprosessi on raportoitu kattavasti kohdissa 3.5 Aineiston keruu ja 3.6 Aineiston analyysi.

Toisaalta käyttövarmuutta heikentää intervention sisäinen epäjohtonmukaisuus ryhmien kokoonpanoissa ja vetäjien toimissa. Vetäjien toimet olivat hyvin erilaisia eri vetäjien ja eri keskustelujen välillä. Vetäjien toimien epäjohtonmukaisuutta lisäsi myös vetäjien erilaiset ruotsin kielen taidot. Epäjohtonmukaisuuden vuoksi keskustelujen vertaaminen toisiinsa ei ole mahdollista. Ainostaan voidaan kuvata, millaisia erilaiset keskustelut olivat vetäjän toimet mukaan lukien. Tämä on pyritty tekemään mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi.

Käyttövarmuutta saattaa heikentää myös reflektion metakognitiiviseen luonteeseen liittyvät arviointia ja operationalisointia koskevat haasteet (Rodgers, 2002; Koole ym., 2011). Tutkimuksessamme tämä esiintyy problemaattisuutena todentaa reflektion tapahtuminen tuotetun puheen perusteella. Käyttövarmuutta kuitenkin lisää huolellinen arviointi luotettavien arviointimallien avulla. Aineiston analyysissä käytettyjen Koole ym. syklisen reflektioprosessin mallin (2011) vahvuus on kokoavana mallina sen laaja teoriaperusta. Kemberin ja työryhmän (2000) koodausjärjestelmän reliabiliteetti reflektion arvioimisen välineinä on todettu aiemmassa tutkimuksessa. Kaikkien neljän tason testaaajien välistä reliabiliteettia mittaava keskimääräinen Cronbachin alpha on 0.67. Koole ym. (2011) lisäksi esittävät, että reflektion arviointi on mahdollista sen validiteettiongelmista huolimatta, mikäli arviointi kohdistuu reflektion subjektiivisen sisällön sijaan reflektiiviseen prosessiin. Tässä tutkimuksessa keskityttiinkin juuri reflektiivisen prosessin tunnistamiseen, arvioimiseen ja kuvaamiseen.

#### *4.6.4. Eettisyys*

Eettisten kysymysten huomioon ottaminen ohjasi koko tutkimusprosessia suunnittelusta aineiston keräykseen ja analyysin tulosten raportointiin. Tutkimukselle haettiin lupa Uppsalan alueelliselta eettiseltä arviointilautakunnalta (Uppsala regionala etikprövningsnämnden) sekä Uppsalan yliopistolliselta sairaalalta, jossa aineiston keruu toteutettiin. Kaikkia osallistujia informoitiin tutkimuksesta etukäteen kirjallisesti ja suullisesti. Osallistuvilta henkilökunnan jäseniltä sekä perheiden vanhemmilta pyydettiin ja saatiin kirjallinen suostumus osallistua tutkimukseen. Osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuttanut lapsen hoitoon. Aineiston keruu

pyrittiin toteuttamaan teho-osaston arkea mahdollisimman vähän häiritsevällä tavalla. Osallistujien anonymiteetistä pidettiin aineiston käsittelyssä ja tulosten raportoinnissa huolta. Anonymisoitu data lähetettiin Turun yliopistoon tietoturvallisen Seafiler-serverin kautta. Tulosluvun lainauksiin nimet muutettiin, jottei osallistujien henkilöllisyys olisi jäljitettävissä. Myös lainausten valinnassa käytettiin tarkkaa harkintaa, etteivät henkilöt olisi sen perusteella tunnistettavissa. Osallistujien anonymiteetin suojaamiseksi kerättyjä taustatietoja ja ryhmien kokoonpanoja ei raportoitu keskustelukohtaisesti.

#### *4.6.5. Reflektiivisyys*

Reflektiivisyys oli tärkeä osa tutkimusprosessia, sillä tietoisuus omasta toiminnasta ja sen vaikutuksesta tutkimusprosessiin oli merkittävää ajattelua ohjaava ja korjaava tekijä. Oma toiminta tutkimusprosessin aikana kriittisesti arvioidessa esille nousi tutkijoiden ulkopuolisuuden vaikutus heidän ja osallistujien väliseen luottamukseen sekä toisaalta tutkijoiden taustan ja aiempien kokemusten synnyttämien ennako-odotusten ja toiveiden vaikutukset analyysiin.

Tutkijoiden ulkopuolisuus saattoi vaikuttaa osallistujien ja tutkijoiden väliseen luottamukseen. Keskusteluissa ilmennyt varovaisuus voikin ryhmän sisäisen dynamiikan lisäksi liittyä tutkijoiden ulkopuolisuuteen, kielikysymykseen sekä siihen, että keskustelut äänitettiin. Luottamusta pyrittiin rakentamaan työyhteisöön kuuluvan tutkijan kautta sekä tiedottamalla tutkimuksesta hyvin etukäteen. Tuloksia tulkitessa on kuitenkin syytä muistaa, että myös vetäjät eli tutkijat vaikuttivat ryhmädynamiikkaan. On kuitenkin vaikea arvioida, millainen tämä vaikutus oli, etenkin kun tutkijoilla oli kaksoisrooli keskustelun vetäjinä ja tutkijoina. Koska aineistossa kuitenkin oli sekä ryhmiä, joissa oli luottamuksen haasteita, sekä niitä, joissa luottamusta oli, luottamuksen ja reflektion mahdollistumisen välistä suhdetta päästiin tarkastelemaan.

Tutkijoiden aiempi kokemus lääkärinterventiointervention toteuttamisesta Suomessa ja Norjassa osana aiempaa interventiota saattoi ohjata tutkimukseen kohdistuvia odotuksia ja oletuksia. Tutkimusprosessin aikana toistui pohdinta työyhteisön kommunikaatiokulttuurin vaikutuksesta kriittisen reflektion vaikeuteen. Aineistossa toistui halu olla samaa mieltä ja vaikeus esittää eriäviä näkemyksiä. Nämä havainnot eivät välttämättä olleet virheellisiä, mutta niiden yllättävyys suhteessa aiempaan kokemukseen saattoivat korostaa niitä muiden piirteiden joukosta enemmän kuin jos tutkimusta olisi lähestytty ilman aiempaa kokemusta reflektiokeskusteluiden vetämisestä. Tietoisuus tästä

ennakko-odotuksesta mahdollisti kuitenkin analyysin aikana avoimuuden myös niille havainnoille, jotka eivät olleet odotuksen mukaisia. Toinen tutkijoiden aiempaan kokemukseen liittyvä ennakko-odotus oli, että nimenomaan haasteellinen kierto lisäisi reflektiota. Tämän olettamuksen rinnalle nousi havainto myönteisen kokemuksen vastaavasta vaikutuksesta. Oivallus, että kyse on kiertokokemuksen merkityksellisyydestä, on paitsi tutkimustulos, myös tutkijoiden reflektiivinen lopputulos.

Tutkijoiden omassa ammatillisessa ja koulutustaustassa, niin psykologian kuin hoitotieteen koulutusaloilla, reflektio on vakiintunut osa opintosuunnitelmia ja ammattikäytäntöjä. Tämän vuoksi on mahdollista, että tutkijat lähestyivät tutkimusta taustaolettamuksella, että reflektiosta on perhekeskeisen kierron implementaation kannalta hyötyä, vaikka tutkimustietoa asiasta ei vielä ole. Tämä on voinut vaikuttaa tapaan havaita ja tulkita keskusteluprosesseja reflektion edistymistä vahvistavina. Kun sama työryhmä lisäksi kehittää ja tutkii interventiota, on vaarana, että toive nähdä toimivuutta tuottaa osaltaan havaintoja siitä. Toisaalta tämä olettamus sanallistettiin tutkijoiden kesken jo prosessin alkuvaiheessa, mikä mahdollisti sen tiedostamista ja kriittistä reflektointia tutkimusprosessin aikana.

Myös omat henkilökohtaiset kokemukset osallistumisesta kiertotilanteisiin ja reflektiokeskusteluihin ovat jättäneet subjektiivisesti värittyneen muistijäljen, joka voi vaikuttaa aineiston analyysiin. Tämän vuoksi oli merkittävää, että analyysistä ensisijaisesti vastannut tutkija, Jenni Nyberg, oli aineistoa kerättyä havainnoijan positiossa eikä osallistunut reflektiokeskusteluiden vetämiseen. Analyysin tekijän astetta neutraalimpi positio vahvisti analyysin luotettavuutta.

#### 4.7. Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella lääkärinkiertointervention kontekstissa toteutuneen reflektion mahdollistumisessa keskeistä on ryhmän sisäinen luottamus ja avoimuus, merkityksellisyyden kokemuksen synnyttämä reflektiomotivaatio sekä vetäjien toimien aktiivisuus ja yhteensopivuus ryhmän kanssa. Reflektiivisen prosessin käynnistyminen oli aineistossa tavallista, mutta korkeampien reflektiotasojen, erityisesti kriittisen reflektion tavoittaminen oli kuitenkin haastavaa, ja sen mahdollistamista tulisi tutkia lisää.

Aiemman tutkimuksen kanssa yhdenmukaisesti tämä tutkimus korosti erityisesti vetäjän toimien merkitystä reflektion mahdollistumisen kannalta. Kun keskusteluissa oli samankaltaisia reflektion esteitä, prosessi kuitenkin pääsi etenemään pidemmälle, jos vetäjien toimet olivat aktiivisempia. Tutkimus vahvisti aiemman teoreettisen tiedon luottamuksen ja avoimuuden (Dewey, 1933; Mezirow, 1990) sekä kriittisiin tapahtumiin (Brookfield, 1988) ja epäorientoivaan dilemmaan (Mezirow, 1990) kytkeytyvän reflektiomotivaation keskeisyydestä reflektion edellytyksinä. Tutkimuksen mukaan lääkärinteraktiointervention kontekstissa reflektiivistä työtä vaikuttaa motivoivan merkitykselliseksi koettu tai emotionaalisesti latautunut kiertotilanne sekä erityisen tehokkaasti yllättävyyden tai ristiriidan kokemus.

Lisäksi tutkimuksemme tarjoaa runsaasti uutta laadullista tietoa toimivista reflektiivisen prosessin tukemisen keinoista vastasyntyneiden tehohoidon kontekstissa (Taulukko 2). Vetäjä voi mahdollistaa reflektiota tukemalla niin ryhmän sisäistä luottamusta kuin reflektiomotivaatiota monin keinoin. Tämän tiedon perusteella lääkärinteraktiointia voidaan edelleen kehittää reflektiota paremmin mahdollistavaksi. Interventiota tulisi lisäksi kehittää perehdyttämällä osallistujat ja vetäjät paremmin reflektioprosessiin sekä pyrkimällä valitsemaan reflektoitaviksi kiertotilanteiksi sellaisia, jotka erottuvat osallistujille kiertotilanteiden joukosta merkityksellisinä.

Reflektiokeskustelujen keinoja muokattaessa niiden toimivuuden arviointia tulisi kuitenkin jatkaa ja ottaa tarkastelun kohteeksi lisäksi sisäisen motivaation ja yksilöllisten reflektiotaitojen merkitys, jotka jäivät tässä tutkimuksessa katveeseen. Lisäksi tutkimus tulisi laajemman aineiston kautta kohdistaa erityisesti sen selvittämiseen, mitkä seikat vaikuttavat kriittisen reflektion toteutumiseen ja miten sitä voidaan tehokkaasti mahdollistaa. Myöhemmin, intervention kehittämisen myötä, tutkimus tulee kohdistaa intervention vaikuttavuuden arviointiin. Tulisi selvittää, tuottaako reflektio muutosta toiminnassa. Jos reflektiota ja erityisesti kriittistä reflektiota pystytään interventiolla tehokkaasti mahdollistamaan, tulisi selvittää, onko tällä vaikutusta perhekeskeisen lääkärinteraktiointin ja aidosti jaetun päätöksenteon implementaation kannalta.

## 5. LÄHTEET

- de Alencar, A. E., Arraes, L.C., de Albuquerque, E.C., & Alves, J.G. (2009). Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55, 36–38.
- Abdel-Latif, M.E., Boswell, D., Broom, M., Smith, J., & Davis, D. (2015). Parental presence on neonatal intensive care unit bedside rounds: randomised trial and focus group discussion. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 100, 203–209.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Boukydis, Z., Axelin, A., & Lehtonen, L. (2017). Close Collaboration with Parents<sup>TM</sup> intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol, *Behavioral Brain Research*, 325, 303–310.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Axelin, A., Korja, R., & Lehtonen, L. (2019). An educational intervention for NICU staff decreased maternal postpartum depression. *Pediatric Research*, 85, 982–986.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Axelin, A. & Lehtonen, L. (2019). Vanhempien osallistuminen keskosien hoitoon. Stolt, S., Yliherva, A., Parikka, V., Haataja, L. & Lehtonen, L. (toim.) *Keskosien hoito ja kehitys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care (2003). Policy statement. Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 112(3), 691–696.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Leading Global Nursing Research* 18(8), 1188–1192.
- Axelin, A., Outinen, J., Lainema, K., Lehtonen, L., & Franck, L. (2018). Neonatologists can impede or support parents' participation in decision-making during medical rounds in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 107(2), 2100–2108.
- Axelin, A., Raiskila, S., Normann, E., Montirosso, R., & Lehtonen, L. (2014). *Parental Presence and Participation in Medical Rounds in Neonatal Intensive Care Unit*. The Pediatric Academic Societies (PAS) Annual Meeting, 25.–28.4.2014, San Diego, USA, Poster presentation.
- Bailey S.M., Hendricks-Munoz K.D., & Mally P. (2013). Parental influence on clinical management during neonatal intensive care: a survey of US neonatologists. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26, 1239–44.
- Barratt, A. (2008). Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Councelling*, 73, 407–412.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- Bourner, T. (2003). Assessing reflective learning. *Education + Training*, 45(5), 267–272.

- Boyd, E. & Fales, A. (1983). Reflective Learning, Key to Learning from Experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1).
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open* 2011.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49:651–61.
- Cormier, L. S. (1988). Critical Incidents in Counselor Development: Themes and Patterns. *Journal of Counseling and Development*, 67, 131–2.
- Deslandes, R., Lucas, C., Hughes, M., & Mantzourani, E. (2018). Development of a template to facilitate reflection among student pharmacists, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14, 1058–1063.
- Dewey, J. (1933). *How we think*. Boston: D.C. Heath & Co, Publishers.
- Duke, S., & Appleton, J. (2000). The use of reflection in a palliative care programme: A qualitative study of the development of reflective skills over an academic year. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1557–1568.
- Dunfee, H., Rindfleisch, A., Driscoll, M., Hollman, J., & Plack, M. M. (2008). Assessing reflection and higher-order thinking in the clinical setting using Electronic Discussion Threads. *Journal of Physical Therapy Education*, 22(2), 60–67.
- Eby, N. (2000). *Understanding Professional Development, Critical practice in Health and Social Care*. London: SAGE Publications.
- Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing. *Society for simulation in Healthcare*, 10(2), 106–115.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J.F., Kuint, J., & Eidelman, A.I. (1999). The nature of the mother’s tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss, *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 929–939.
- Finlay, L. (2008). Reflecting on ‘Reflective practice’, *Practice-based Professional Learning Paper*, 52, 1–27. The Open University.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V., Ewald, U., & Dykes, F., the SCNENE group. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Pædiatrica*, 101, 1032–1037.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (2018). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London: Routledge.

- Fook, J., White, S., & Gardener, F. (2006). *Critical Reflection in Health and Social Care*. Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Ghaye, T., Melander-Wikman, A., Kisare, M., Chambers, P., Bergmark, U., Kostenius, C., & Lillyman, S. (2008). Participatory and appreciative action and reflection (PAAR) - democratizing reflective practices. *Reflective Practice*, 9(4), 361–397.
- Griffen, M. L. (2003). Using Critical Incidents to Promote and Assess Reflective Thinking in Preservice Teachers, *Reflective Practice*, 4(2), 207–20.
- Gooding, S., Cooper, L., Blaine, A., Franck, L., Howse, J., & Berns, S., (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35 (1), 20–28.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guest, C.B., Regehr, G., & Tiberius, R.G. (2001). The life long challenge of expertise, *Medical Education*, 35(1), 78–81.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., Rautava, P., & PIPARI study group (2014). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children, *Early Human Development*, 90(3), 119–124.
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., Rautava, P., & PIPARI study group (2012). Parental psychological well-being and behavioral outcome of very low birth weight infants at 3 years, *Pediatrics*, 129 (4), 937–44.
- Hulsman, R.L., Harmsen, A.B., & Fabriek, M. (2009). Reflective teaching of medical communication skills with DiViDU: Assessing the level of student reflection on recorded consultations with simulated patients. *Patient Education and Counseling* 74, 142–149.
- Isaacs, W. (1993). Taking Flight: Dialogue, Collective Thinking and Organizational Learning, *Organizational Dynamics* 22(2), 24–40.
- Jacobs, C.D. and Heracleous, L.T. (2005). Answers for Questions to Come: Reflective Dialogue as an Enabler of Strategic Innovation, *Journal of Organizational Change Management*, 18(4), 338–52.
- Johns, C.C. (1994). Guided reflection. Palmer A., Burns A. & Bulman C. (toim) *Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional Practitioner*. Cornwall, UK: Blackwell Science Ltd, 110–130.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study, *Journal of the American Academy of Child and*



*Adolescent Psychiatry*, 49, 453–463.

- Kaaresen, P.I., Rønning, J.A., Ulvund, S.E., & Dahl, L.B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth, *Pediatrics*, 118 (1), 9–19.
- Kaaresen, P.I., Rønning, J.A., Tunby, J., Nordhov, S.M., Ulvund, S.E., & Dahl, L.B. (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years, *Early Human Development*, 84(3), 201–209.
- Karimi, S., Haghani, F., Yamani, N., & Kalyani, M. J. (2017), A Qualitative Inquiry into Nursing Students' Experience of Facilitating Reflection in Clinical Setting. *Hindawi The Scientific World Journal*, 4(4).
- Kember, D., Leung, D. Y. P., Jones, A., Loke, A. Y., McKay, J., Sinclair, K., Tse, H., Webb, C., Wong, F., K., Y., Wong, M., & Yeung, E. (2000). Development of a Questionnaire to Measure the Level of Reflective Thinking. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 25(4), 381–395.
- Kero, P. (2017). Keskoshoidon historiaa. Stolt, S., Yliherva, A., Parikka, V., Haataja, L. & Lehtonen, L. (toim.) *Keskosen hoito ja kehitys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koole, S., Dornan, T., Aper, L., Sherpbier, A., Valcke, M., Cohen-Schotanus, J. & Derese, A. (2011). Factors confounding the assessment of reflection: a critical review. *BMC Medical Education*, 11(104).
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: Experience as a source for learning and development*. New Jersey: Prentice Hall.
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2008). Mother–infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84(4), 257–267.
- Lasiuk, G., Comeau, T., Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13.
- Liimatainen L., Poskiparta, M., Karhila P., & Sjögren, A. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 648–658.
- Lincoln, Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mamede, S. & Schmidt, H.G. (2005). Correlates of Reflective Practice in Medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 10(4), 327–337.
- Mann K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 595–621.

- Medical Research Council (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337.
- Melnyk, B.M., Feinstein N.F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H.F., & Sinkin, R.A., (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*; 118, 1414–27.
- Melnyk, B.M., & Feinstein, N.F., (2009). Reducing hospital expenditures with the COPE program for parents and premature infants. An analysis of direct healthcare neonatal intensive care unit costs and savings, *Nursing Administration Quarterly*. 33(1), 32–37.
- Mezirow, J. (1990). *How critical reflection triggers transformative learning*. In J. Mezirow (Ed.), *Fostering critical reflection in adulthood: A guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mikkelsen, G., & Fredriksen, K. (2011) Family-centered care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162.
- Mikkola, K., Tommiska, V., Hovi, P., & Kajantie, E. (2009). Keskosesta aikuiseksi. *Duodecim*, 125(12),1341–1347.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mittal, V. (2014). Family-Centered Rounds. *Pediatric Clinics of North America*, 61(4), 663–670.
- Moon J.A., *Reflection in learning and professional development: theory and practice* London: Kogan Page; 1999.
- Nowell, L., Norris, J., White, D., & Moules, N. (2017) Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, 1–13.
- Pee, B., Woodman, T., Fry, H., & Davenport, E. (2002). Appraising and assessing reflection in students' writing on a structured worksheet. *Medical Education*, 36, 575–585.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P.S., Fornberis, S.G., Geneck, G., & Meiers, S.J. (2004). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494–501.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2000). Barriers to learning from reflection: A study of the use of group work with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1001–1008.
- Priddis, L., & Rogers, L. (2018). Development of the reflective practice questionnaire: preliminary findings. *Reflective Practice*, 19(1), 89–104.

- Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., Tandberg, B.S., Montirossa, R., Normann, E., Hallberg, B., Westrup, B., Ewald, U., & Lehtonen, L. (2017). Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Pædiatrica*, 106, 878–888.
- Rappaport, D., Cellucci, M., & Leffler, M. (2010). Implementing Family-Centered Rounds: Pediatric Residents' Perceptions. *Clinical Pediatrics*, 49(3), 228–234.
- Reynolds, M. (1998). Reflection and Critical Reflection in Management Learning, *Management Learning* 29(2), 183–200.
- Rodgers, C. (2002). Defining Reflection: Another look at John Dewey and Reflective thinking. *Teachers College Record*, 104(4), 842–866. Viitattu 15.6.2020. <https://surreyfp.wikispaces.com/file/view/defining+reflection-Rogers.pdf>
- Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685–695.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33, 77–84.
- Schaub-de Jong, M., Schönrock-Adema, J., Dekker, H., Verkerk, M., & Cohen-Schotanus, J. (2011). Development of a student rating scale to evaluate teachers' competencies for facilitating reflective learning. *Medical Education* 45(2), 155–165.
- Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom, *Organizational Dynamics*, 9(2), 27–47.
- Schön, D., (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: The Jossey-Bass Higher Education Series. Jossey-Bass Publishers.
- Solhaug, M., Bjørk, I. T., & Sandtrø, H. P. (2010). Staff perception one year after implementation of the newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). *Journal of Pediatric Nursing*, 25(2), 89–97.
- Soltys F., Philpott-Streiff S.E., Fuzzell L., & Politi M.C. (2019). The importance of shared decision-making in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 40, 504–509.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of Reflective Functioning. Busch, F. (toim) *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. New York, London: The Analytic Press.
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 388–396.
- Thompson, N., & Pascal, J. (2012). Developing critically reflective practice. *Reflective Practice*, 13(2), 311–325.

- Tigelaar, D., Dolmans, D., DeGrave, W., Wolfhagen, I., & Van Der Vleuten, P.M. (2006). Portfolio as a tool to stimulate teachers' reflections. *Medical Teacher*, 28(3), 277–282.
- Tiuraniemi, J. (2002). Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Niemi P. & Keskinen E. (toim.) *Taitavan toiminnan psykologia*. Turku: Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja.
- Tunker, H., Özkan, Y. (2018). A Case study on assessing reflectivity levels of pre-service language teachers through journals. *Novitas-ROYAL (Research on Youth and Language)*, 12(2), 173–186.
- Uline, C., Wilson, J. D., and Cordry, S. (2004). Reflective Journals: A Valuable Tool for Teacher Preparation, *Education*, 124(3), 456–60.
- Wallman, A., Lindblad, A., Hall, S., Lundmark, A., & Ring, L. (2008). A Categorization Scheme for Assessing Pharmacy Students' Levels of Reflection During Internships. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(1), 1–10.
- Whittemore, R., Chase, S., & Mandle, C. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522–537.
- Welch, M. G., Firestein, M. R., Austin, J., Hane, A. A., Stark, R. I., Hofer, M. A., Garland, M., Glickstein, S. B., Brunelli, S. A., Ludwig, R. J., & Myers, M. M. (2015). Family nurture intervention in the neonatal intensive care unit improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(11), 1202–1211.
- Willis, D. G., Sullivan-Bolyai, S., Knafl, K., & Cohen, M. Z. (2016). Distinguishing Features and Similarities Between Descriptive Phenomenological and Qualitative Description Research, *Western Journal of Nursing Research*, 38(9), 1185–1204.
- Wong, K., Kember, D., Chung, L., & Yan, L. (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 48–57.
- Wrzus, C., & Roberts, B. (2017). Processes of Personality Development in Adulthood: The TESSERA Framework. *Personality and Social Psychology Review*, 21(3) 253–277.
- Zhang, X., Kurtz, M., Lee, S.Y., & Liu, H. (2014). Early intervention for preterm infants and their mothers: A systematic review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4).

## 6. Liitteet

### 6.1. Liite 1: Keskustelurunko Johnsins (1994) strukturoidun reflektion mallin pohjalta

#### **Reflektiv diskussion med undersköterskor, sjuksköterskor och läkare**

Syftet med den reflekterande diskussionen är att få en gemensam medvetenhet och förståelse för vad som skedde i mötet mellan personal och föräldrar under rondan. Diskussionen bör handla om en specifik rondsituation och fokusera på följande tre teman; kommunikation, beslutsfattande och föräldradeltaktighet. Efter en beskrivning av rondan får gruppen fatta ett gemensamt beslut om vilket specifikt ögonblick de skulle vilja diskutera närmare.

#### **Beskrivning av rondan**

- Hur upplevde du rondan? Vad hände?
- Vilka känslor hade du under rondan?
- Vad minns du som det viktigaste händelsen under dagens rond
- Relaterat till kommunikation och beslutsfattande; var det något som var oklart eller förvirrande under rondan?
- Feedback från intervjun med föräldrar; föräldrarnas upplevelse av det viktigaste samt de mest otydliga tillfällena under rondan.

**Välj tillsammans ut en av de beskrivna situationerna under rondan och diskutera detta mer i detalj utifrån följande teman:**

#### 1. Kommunikation

- Beskriv kommunikationen under rondan
- Ditt eget deltagande
- Kommunikationens påverkan på dig själv, dina kollegor, på föräldrarna samt på föräldrabarn relationen

#### 2. Beslutsfattande

- Vilka beslut fattades?
- Vem fattade dessa beslut? Hur fattades dessa beslut?
- Beslutsfattandets påverkan på dig själv, dina kollegor, på föräldrarna samt på föräldrabarn relationen

#### 3. Föräldrarnas erfarenheter och delaktighet

- Beskriv föräldrarnas delaktighet
- Hur upplevde föräldrarna rondan? (Hur vet du detta?)
- Feedback från föräldrantervjun

#### **Vad kan vi lära från detta?**

- Vilka faktorer kring rondan har haft störst påverkan för dig och för föräldrarna?
- Så här i efterhand; finns det något du skulle gjort annorlunda?
- Hur känns det nu?
- Vad kan du ta med dig från detta inför framtida ronder?

#### **Avslutande frågor**

- Kan Du/Ni se tänkbara fördelar med denna intervention? (Effekt på kunskap, färdigheter, attityd?)
- Vad har Du/Ni för uppfattning om den teoretiska och reflekterande delen av denna forskningsintervention? (Vad var bra, vad kan förbättras?)
- Hur tycker Du/Ni att genomförandet av denna interventionen i kliniken?
- Potentiella fördelar med att genomföra två ronder med efterföljande diskussion (endast till dem som deltar för andra gången i den reflekterande diskussionen).

## 6.2.Liite 2: Uudistettu keskustelurunko

### Lääkärinkiertointervention reflektiokeskustelu

#### **Alustus**

- Tavoite: ei ole arviointi, vaan tavoittaa yhteinen ymmärrys, siitä mitä kiertotilanteessa tapahtui päätöksenteon ja kommunikaation näkökulmasta.
- Mitä reflektio on:
  - Reflektioprosessi: Tietoiseksi tuleminen, analyysi ja lopputulos
  - Tämän reflektiokeskustelun kontekstissa: Kuvaamista, pyörittelyä, jossittelua, asioiden vaikutusten tarkastelua, näkökulmien vaihtelua

#### **Kuvaus**

- Miltä havainnoinnin kohteena oleminen tuntui?
- Kokemuksesi lääkärintilanteesta – mitä siinä mielestäsi tapahtui?
- Mikä tilanne/kohta sinusta merkittävin? Sekava?
- Palaute vanhempien haastattelusta: kokemus kierrosta ja merkittävin hetki

#### **Kommunikaatio**

- Kuvaile lääkärintilanteen kommunikaatiota. Millainen oli vallitseva kommunikaatiotapa keskustelussa vanhempien kanssa?
- Millainen oma kommunikaatiotapasi oli?
- Ymmärsittekö toisianne kierrolla?
- Miltä luulet, että kommunikaatio tuntui vanhemmista? (+ palaute vanhempien haastattelusta)
- mitä vaikutuksia kommunikaatiotavalla oli? (perheelle, itsellesi, kollegoillesi)

#### **Roolitus**

- Miten kuvailisit rooliasi tässä kiertotilanteessa?
- Miten koit oman roolisi?
- Entä millainen oli vanhempien rooli?
- Kollegoiden?
- Roolien vaikutus toisiinsa?
- Miten luulet vanhempien kokeneen roolituksen? (+ palaute vanhempien haastattelusta)

#### **Perheen osallistuminen**

- Kuvaile perheen osallistumisen astetta
- Miten luulet vanhempien kokeneen kiertotilanteen? (mistä tiesit tämän?)
- Mitkä kierron ulkopuoliset tekijät mahdollisesti vaikuttivat vanhempien osallistumiseen?
- Palaute vanhempien haastattelusta - mitä ajatuksia herättää?

#### **Päätökset**

- Mitä päätöksiä tehtiin?
- Kuka ne teki?
- Miten ne tehtiin?
- Miten vanhemmat olivat osallisia päätöksenteossa?
- Miten arvelisit näiden vanhempien kokeneen päätöksenteon tässä tilanteessa?
- Palaute vanhempien haastattelusta - mitä ajatuksia herättää?
- Miten vanhempia voisi vastaavassa tilanteessa ottaa mukaan päätöksentekoprosessiin?

#### **Reflektiotulos**

- Jälkeen päin ajateltuna, miten haluaisit toimia vastaavassa kiertotilanteessa?
- Mitä voit viedä tästä kokemuksesta mukana tuleviin lääkärintilanteisiin?

#### **Pysähtyminen reflektiokohtiin:**

**Kuvaus** - Kuinka koit tilanteen, kun se tapahtui?

**Vanhempien näkökulma** – miten luulet, että vanhemmat kokivat sen?

**Miten nyt esille tulevat asiat saattoivat vaikuttaa toisiinsa?**