

**STADIA**

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

# **5-6-VUOTIAAN LAPSEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIPUKOKEMUS**

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja amk  
Opinnäytetyö  
syksy 2006

---

Pia Molnár  
Marianne Touru



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Molnár, Pia ja Touru, Marianne			
Työn nimi			
5-6-vuotiaan lapsen leikkauksen jälkeinen kipukokemus			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2006	35 sivua +7 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata 5-6-vuotiaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipukokemusta lapsen itsensä kertomana. Opinnäytetyömme kuuluu Helsingin ammattikorkeakoulun, HUS-piirin Lasten ja nuorten sairaalan ja Turun yliopiston yhteistyöprojektiin. Hankkeen tavoitteena on taiteen ja koulutuksen keinoin kehittää lasten kivunhoitotyötä.</p> <p>Tiedonkeruu toteutettiin Lasten ja nuorten sairaalan kahdella eri kirurgisella osastolla keväällä 2005. Aineisto (n=11) kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa käytettiin sairaala-aiheista kuvamateriaalia. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan lasten leikkauksen jälkeinen kipu liittyi kipupaikkaan, liikkumiseen ja pistämiseen. Lapset kuvasivat leikkauksen jälkeistä kivuntunnetta voimakkaasti epämiellyttävänä, jännityksenä, pelkona, puristavana ja nipistäväenä. Tuloksissa kävi ilmi, että lapset eivät aina osanneet kuvata kivuntunnetta tai kuvasivat sitä kivun voimakkuutta ilmaisevilla sanoilla. Leikkauksen jälkeistä kivun voimakkuutta kuvattiin monella erilaisella kivun määrää kuvaavalla sanalla. Kivun voimakkuus oli kovaa, kohtalaista tai lievää kipua. Kipua ilmaistiin esimerkiksi sanoilla kovasti, tosi paljon, aika kipee, jonkun verran, vähäsen ja pikkasen.</p> <p>Opinnäytetyömme tulokset yhdessä hankkeen muiden töiden kanssa tuottivat tietoa lapsen pelon ja kivun kokemuksista. Hoitotyössä tarvitaan tutkittua tietoa lapsen kokemuksesta, jotta osataan paremmin ymmärtää, huomioida ja hoitaa lapsen kipua kokonaisvaltaisesti.</p>			
Avainsanat			
Lapsi, kipu, leikkauksen jälkeinen kipu, kipukokemus			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care and Social Services	
Author/Authors			
Molnár, Pia and Touru, Marianne			
Title			
Postoperative Pain Experience of a 5-6-Year-Old Child			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2006	35 Pages + 7 Appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this study was to describe the postoperative pain experience of a 5-6-year-old child according to the child himself / herself. Our final project belongs to the co-operation project of Helsinki Polytechnic, HUCH Hospital Children's and Youths' Hospital and Turku University. The aim of the project is to develop children's pain nursing by the means of art and education.</p> <p>The data collection was carried out on two different surgical wards at the Children's and Youths' Hospital in Spring 2005. The material (n=11) was assembled by a half-structured theme interview. In these theme interviews we used hospital related picture material. The interviews were taped, lettered and analyzed by an inductive contents analyzis.</p> <p>The results suggested that the postoperative pain of children was related to the location of the pain, movements, and injection. The children described the postoperative pain as strongly unpleasant, as tension, fear, pressing, and pinching. The outcome seemed to indicate that the children did not always know how to describe the pain experience, or they portrayed it in words describing the strength of pain. The strength of post-operative pain was represented in many different words describing the amount of the pain. The pain amount was severe, moderate, or mild pain. The pain was expressed, for example, in words severely, very much, pretty painful, somewhat, a little, and a little bit.</p> <p>The outcome of our final project, in addition to the other studies of the project, produce knowledge of the fear and pain experiences of a child. Researched knowledge of a child's pain experience is needed in nursing so that it can be understood and observed better, as well as treated comprehensively.</p>			
Keywords			
Pain of a child, postoperative pain, experiencing pain.			

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	5-6-vuotiaan lapsen kehitys	2
2.2	Kipukokemus	5
2.3	5-6-vuotiaan lapsen kipukokemus	6
3	OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	7
3.1	Aikaisemmat tutkimukset	7
3.2	Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVA KYSYMYS	11
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA AINEISTON ANALYSOINTI	11
5.1	Puolistrukturoitu teemahaastattelu	11
5.2	Kohderyhmä ja tiedon keruu	12
5.3	Aineiston analyysi	14
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	16
6.1	Taustatiedot	16
6.2	Miten lapsi kuvaa kiputapahtumaa	17
6.2.1	Kiputapahtuma	17
6.2.2	Kivuntunne	17
6.2.3	Kivun voimakkuus	18
6.3	Miten lapsi kuvaa leikkauksen jälkeistä kipukokemusta	19
6.3.1	Leikkauksen jälkeinen kipu	19
6.3.2	Leikkauksen jälkeinen kivuntunne	20
6.3.3	Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus	21
6.4	Mieleen jääneet asiat sairaalassaolosta	22
6.5	Keskeiset tulokset leikkauksen jälkeisestä kipukokemuksesta	23
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS	23
7.1	Eettiset kysymykset	23
7.2	Luotettavuus	25
8	POHDINTA	29
8.1	Opinnäytetyön keskeiset tulokset ja niiden tarkastelu	29
8.2	Opinnäytetyön tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet	32
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Kipukokemuksen ymmärtämisen vaikeus johtuu kivun luonteesta. Kipu on aina todellista, yksilöllistä ja se ei ole verrattavissa toisen ihmisen kokemukseen kivusta (Blomqvist 2000: 127; Sailo 2000: 130.) Kipua ei voi objektiivisesti mitata, vaan se on pääteltävissä ihmisen verbaalisesta ja nonverbaalisesta kivun ilmaisusta (Woodgate - Kristjanson 1996: 233). Lapsen kipukokemukseen vaikuttavat lapsen kehitystaso, aikaisemmat kokemukset, persoona ja opitut kipureaktiot (Vehviläinen-Julkunen - Pietilä - Kankkunen 1999: 263). Lapsen kipu on kokonaisvaltaisempaa kuin aikuisen ja se on lapsesta epämiellyttävä aistimuksellinen ja emotionaalinen kokemus (Väisänen 2000: 10). Pelko liittyy läheisesti lapsen kipukokemukseen ja lisää kipua. Lapsen kivun kokemukseen vaikuttavat myös ero vanhemmista, outo tilanne ja ympäristö, jotka aiheuttavat turvattomuuden tunnetta. Kipu on traumaattista ja stressiä aiheuttavaa lapsille, joilla kongnitiiviset taidot ja puheen kehittymättömyys vaikeuttavat kivun ymmärtämistä ja ilmaisua (Wiroonpanich - Strickland 2004: 105). Lasten kivunhoito asettaa haasteita hoitotyöntekijälle. Hoitajan tulee tuntea lapsen kehitysvaihe ja osata tunnistaa ja hoitaa kipua siten kuin se kussakin kehitysvaiheessa ilmenee. (Salanterä - Hagelberg - Kauppila - Närhi 2006: 191; Flinkman - Salanterä 2004: 129-130.)

Lasten kipua on tutkittu aikaisemmin lähinnä vanhempien tai hoitotyöntekijöiden näkökannalta. Ulkomailla ja kotimaassa on tutkittu paljon lasten kivun lääkehoitoa sekä kivun arviointiin kehitettyjen kipumittareiden käyttöä. Tänä päivänä hoitotieteellinen tutkimus painottaa lapsen näkökulmaa ja lapsen kipukokemuksen kuvailemista ja ymmärtämistä. Tutkitun tiedon saaminen lapsen näkökulmasta auttaa hoitotyön tekijöitä eläytymään lapsen sisäiseen maailmaan ja kehittämään hoitotyön käytäntöä kohti lapsikeskeisempää ja kokonaisvaltaisempaa kivunhoitoa.

Opinnäytetyömme kuuluu Helsingin ammattikorkeakoulun, HUS-piirin Lasten ja nuorten sairaalan ja Turun yliopiston yhteistyöprojektiin. Hankkeen tavoitteena on taiteen ja koulutuksen keinoin kehittää 2-6-vuotiaiden lasten kivun hoitotyötä. Tarkoituksena on kehittää lasta ja hänen perhettään aktivoivia kulttuurisia kivunlievitysmenetelmiä hoitotyön käyttöön ja tutkimuksen keinoin selvittää miten erilaiset taiteen ja viestinnän keinot voivat olla avuksi eri-ikäisten lasten pelkojen ja kivun lievityksessä sairaalassa. (Salmela 2003: 4.)

Halusimme osallistua opinnäytetyöllämme hankkeeseen, koska lapsen kipu aiheena kiinnosti meitä. Rajasimme aiheeksi lapsen leikkauksen jälkeisen kipukokemuksen, koska työskentelemme kirurgisella osastolla. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata 5-6-vuotiaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipukokemusta lapsen itsensä kertomana. Opinnäytetyömme tulokset yhdessä hankkeen muiden töiden kanssa tuottavat tietoa lapsen pelon ja kivun kokemuksista. Hoitotyössä tarvitaan tutkittua tietoa lapsen kokemuksesta, jotta osataan paremmin ymmärtää, huomioida ja hoitaa lapsen kipua kokonaisvaltaisesti.

## 2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 5-6-vuotiaan lapsen kehitys

Terveen lapsen motorinen kehitys noudattaa päästä jalkoihin ja keskeltä äärialueille suuntaa sekä etenee kokonaisvaltaisista liikkeistä eriytyneisiin liikkeisiin. Fyysiseen kasvuun liittyvä läheisesti hermoston kypsymisprosessin kautta kehittyvät toimintavalmiudet, jotka mahdollistavat tiettyjen motoristen taitojen oppimisen. Oppimisprosessin kautta lapsi oppii kokeilemalla ja harjoittelemalla näitä uusia taitoja ja toimintoja. Vuorovaikutus ympäristön kanssa ja virikkeiden monipuolisuus vaikuttavat oppimiseen ja taitojen kehittymiseen. (Takala - Takala 1988: 97-99). Motorisen kehityksen myötä lapsi alkaa hahmottamaan ja ymmärtämään omaa ruumistaan ja sen toimintoja (Takala - Takala 1988: 103).

Piaget'n ajattelun kehitysteorian mukaan lapsi on aktiivinen oppija. Aluksi lapselle muodostuu toiminnan kautta sisäisiä toimintamalleja, joita hän tallentaa muistiinsa ja joiden avulla hän jäsentää maailmaa. Uuden tiedon sulauttamisen ja mukauttamisen avulla lapsi kartuttaa sisäisiä mallejaan ja ohjaa toimintaansa. Esioperationaalisella tasolla (2-7-vuotiaana) lapsi muodostaa kokemuksistaan sisäisiä kuvia eli mielikuvia. Lapsi omaksuu tietoa omakohtaisen havainnon perusteella. Puheen kehityksen myötä mielikuvat saavat merkityksensä sanoista ja vähitellen monimutkaistuvat. Lapsen muisti kehittyy sekä määrällisesti että laadullisesti. Kouluiässä ajattelu alkaa etäännyä havainnolliselta tasolta ja siirtyä enemmän symboliselle tasolle, joka mahdollistaa abstraktien käsitteiden ja suhteiden ymmärtämistä. (Anttila ym. 2005: 78-79; Takala - Takala 1988: 115-117). Piaget'n teoria ajattelun kehityksestä on kokonaisvaltainen, mutta ei ota huomioon ympäristön ja kulttuu-

rin vaikutusta. Uudemmat tutkimukset ovat myös osoittaneet, että ajatteluvalmiudet kehittyvät vähitellen eivätkä vaiheittain. (Anttila ym. 2005: 78-79).

Kielen oppiminen on aktiivista ja lapsi luo alusta lähtien kieltä omiin tarpeisiinsa. Lapsi viestittää monipuolisemmin kuin mitä hänen sanavarastonsa on. Hän ymmärtää enemmän kuin itse pystyy sanoja tuottamaan. (Anttila ym. 2005: 73-74). Pienellä lapsella kieli palvelee vielä sekä sisäistä ajattelua (egosentrinen puhe eli lapsi juttelee itselleen) että kommunikointia muiden kanssa. Kouluikään mennessä nämä vähitellen eriytyvät ja lapsi rajoittaa puheensa siihen, mitä hän haluaa viestiä muille ja egosentrinen puhe on muuttunut ajatteluksi. (Anttila ym. 2005: 74-75; Takala - Takala 1988: 163-164.) Kullakin lapsella, vanhemmalla, perheellä ja kulttuurilla on omia sanoja ja ilmaisutapoja, joiden merkityksen vain kyseessä oleva ymmärtää (Anttila ym. 2005: 73). Puheen kehityksen myötä lapsi tulee tietoiseksi siitä, että toisella ihmisellä ei ole samaa tietoa hänen ajatuksistaan eikä kokemuksistaan kuin hänellä itsellään. Hän oppii puhumaan toisen ihmisen kanssa siten, että antaa toiselle sen tiedon, jotta pystyy jakamaan jonkin kokemuksen hänen kanssaan. (Takala - Takala 1988: 174.)

Leikki-ikäisen eli 1-6-vuotiaan lapsen sosiaaliseen maailmaan kuuluu jo vanhempien lisäksi monia aikuisia ja lapsia hoitopaikoissa, leikkipuistoissa ja ystäväpiirissä. Lapsi viestii omia tarpeitaan ja oppii tulemaan toimeen muiden ihmisten kanssa. Lapsi omaksuu käyttäytymistapoja mallioppimisen, samastumisen ja kasvatuksen avulla. Lähipiiri välittää lapselle moraaliperiaatteita ja arvoja vuorovaikutuksen kautta (Takala - Takala 1988: 184). Lapset ovat jo syntyessään erilaisia temperamentiltaan ja vanhempien kasvatuksen lisäksi vertaisryhmällä eli kaveripiirillä on suuri merkitys lapsen sosiaaliseen kehitykseen. (Anttila ym. 2005: 80-85). Lapselle muodostuu käsitys minästään vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Minäkäsitys ja itsetunto vahvistuu tai heikkenee ympäristön palautteen mukaan. (Takala - Takala 1988: 103-104.) Leikki-ikäinen lapsi oppii tiedostamaan sosiaalisia tunteita, joita ovat ylpeys, empatia, häpeä, nolostuminen ja syyllisyys. Positiiviset tunteet kehittävät lapsen aloitteellisuutta ja oppimiskykyä, mutta lapsen on opittava myös käsittelemään ja kokemaan kielteisiä tunteita. Empatian kyky kehittyy vähitellen ja syyllisyyden tunteet vaikuttavat omantunnon syntyyn. Lapsi oppii arvioimaan tekojensa seurauksia ja suuntaamaan toimintaansa tavoitteiden mukaan. Lapsen sisäistämät tavoitteet muodostuvat

osaksi ihanneminaa, joka ohjaa kehitystä. Kasvatuksella ja ympäristön palautteella on suuri merkitys lapsen minän kehitykseen. (Anttila ym. 2005:86-90.)

5-6-vuotiaalla perusliikuntataidot ovat kehittyneet. Hän juoksee, hyppii, kiipeää sekä monimutkaisemmista taidoista uiminen, polkupyörällä ajaminen, luistelu, hiihtäminen, pallopelit ja soittaminen ovat mahdollisia ja opittavissa. Kouluikä lähestyessä lapsi on melko kätevä ja harjaantunut erilaisissa käden taidoissa. Hän osaa käyttää saksia, piirtää, askarrella, kirjoittaa numeroita ja kirjaimia ja opettelee käyttämään haarukkaa ja veistä. (Anttila ym. 2005: 71-72, Takala - Takala 1988: 99-101.) 5-6-vuotiaalla lapsella on monenlaisia ajattelutoimintoja, mutta hän ei aina ole selvillä niistä säännöistä, millä tavalla hän päätelee asioita. Lapsi ymmärtää aikuisten esittämiä syy-seuraussuhteita ja pyrkii itsekin jäsentämään tapahtumia niiden avulla, mutta toisinaan tekee vielä virheellisiä päätelmiä. Lapsi pystyy ajattelemaan, päättelemään ja yhdistelemään asioita, kunhan asiat ovat vielä konkreettisiä. Lapsen ajattelussa näkyy ne mallit, joita hän on ympäristöstään saanut. Lapsi pystyy omaksumaan asiakeskeistä ajattelua, jos hänelle selitetään asioita lapsentajuisesti ja rationaalisesti. Satujen ja tarinoiden avulla lapsi oppii vähitellen erottamaan mielikuvitusmaailman todellisuudesta. (Takala - Takala 1988: 122-128.) 5-6-vuotiaat lapset pystyvät rakentelemaan jo varsin monimutkaisia lauseita ja sanavarasto on laaja. Tämänikäisillä lapsilla on miksi-kyselyvaihe, jolloin lapsi pohtii erilaisia ilmiöitä ja niiden välisiä syy-seuraussuhteita. Hän kysyy paljon vaikeita kysymyksiä ja on kiinnostunut elämän perimmäisistä asioista esimerkiksi syntymästä, sairaudesta ja kuolemasta (Jarasto - Sinervo 1997: 64). Kielen ja muistin kehittymisen myötä lapsen kanssa voi keskustella ja neuvotella asioista sekä tehdä yhdessä sopimuksia. Lapsi ymmärtää myös vähitellen ennen kouluunmenoa sijaintia, suuntaa, aikaa, määrää ja järjestystä ilmaisevia käsitteitä. (Anttila ym. 2005: 74-77). Leikki on olennainen osa lapsen kokonaiskehitystä ja sosiaalisten taitojen oppimista. 4-6-vuotiaiden leikeissä rooli- ja mielikuvitusleikit ovat keskeisiä. (Anttila ym. 2005: 91-92, Takala - Takala 1988: 196-198.) Näissä pitkissä ja juonellisissa leikeissä lapset harjoittelevat sukupuoli-identiteetin omaksumista ja käsittelevät mielikuvituksen tuottamia pelkoja. Pelot ovat ikävaiheessa yleisiä, koska lapsi ei aina osaa erottaa mielikuvitusta todellisuudesta. Kouluikä lähestyessä ajattelu ja päättely muuttuu. Lapsi oppii paremmin ottamaan huomioon toisten ihmisten näkökulman ja ymmärtämään syy-seuraussuhteita. Tämä kehitys näkyy lapsen leikeissä ja sääntöleikit syrjäyttävät vähitellen mielikuvitusleikit. (Anttila ym. 2005:91-92.)



## 2.2 Kipukokemus

Amerikkalainen kipuasiantuntija McCaffery korostaa kivun määritelmässään kivun subjektiivista kokemusta. Kipu on aina todellista, se on juuri sitä mitä kivun kokeva sanoo sen olevan ja kipua on juuri silloin kun hän sanoo sitä olevan. (Blomqvist 2000: 127.) Kivun subjektiivisuudesta johtuen toisen ihmisen kokemaa kivun laatua ja voimakkuutta ei voida täysin objektiivisesti kuvailla ja mitata (Estlander 2003: 12; Sailo 2000: 102). Kipu on yksilöllisistä eikä sitä voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta (Sailo 2000: 30). Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP 1994) kivun määritelmän täydennyksessä on todettu kivun monimuotoinen luonne. Siinä todetaan, että vaikka yksilö ei kykenisi kommunikoimaan sanallisesti tai se on puutteellista, se ei tarkoita sitä, etteikö hän voisi kokea kipua. (Salanterä - Hagelberg - Kauppila - Närhi 2006: 7.)

Anatomian professori Basbaumin mukaan kivun kokemus ei ole vain aistihavainto, vaan se on monimutkainen mielen ja tunteen alueella tapahtuva ilmiö, jonka luonne ei riipu vain aistihavainnon voimakkuudesta, vaan tilanteesta ja ennen kaikkea kipua kokevan yksilön tunnetilasta (Vainio 2002: 91-92). Yksilön tunnetilaan ja lopulliseen kivun kokemiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset ja emotionaaliset tai affektiiviset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys (Kalso 2002: 225). Kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat Sailon (2000: 30-38) mukaan aikaisempien kipukokemusten ja psyykkisten tekijöiden lisäksi fyysiset, sosiaaliset, hengelliset ja kulttuuriset tekijät.

Fyysinen kipu jaotellaan kivun mekanismin perusteella kudonsvauriokipuun, hermovauriokipuun ja idiopaattiseen kipuun. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kipua, jolle ei löydy elimellistä syytä (Estlander 2003: 16; Vainio 2002: 95-100). Kipu luokitellaan kivun keston mukaan lyhytaikaiseen eli akuuttiin ja pitkäaikaiseen eli krooniseen kipuun. Akuutti kipu voi olla seurausta kudonsvauriosta, lääketieteellisestä toimenpiteestä tai leikkauksesta. Akuutilla kivulla on myös tärkeä tehtävä elimistön suojelemisessa. Haittavaikutuksena se voi esimerkiksi heikentää kudosten hapensaantia tai vaikeuttaa hengitystä (Väisänen 2000: 10). Akuutin kivun asianmukainen ja tehokas hoito voi ehkäistä kivun kroonistumisen. Kipua pidetään kroonisena, kun se on kestänyt yli kolme kuukautta tai kun se jatkuu yli normaalin kudosten paranemisen ajan. (Estlander 2003: 16-18; Sailo 2000: 34-35.)

Leikkauksen jälkeinen kipu muodostuu kudonvaurion aiheuttamasta kipureseptoreiden stimulaatiosta ja impulssien välittymisestä keskushermostoon (Holopainen - Lehtomäki 2002: 6). Kipu on voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa. Se on yleensä lyhytkestoista ja ohimenevää akuuttia kipua. (Kalso 2002: 222). Kipu on yleensä pahinta leikkauspäivänä ja sitä seuraavana päivänä. Tämän jälkeen kivut alkavat itsestään vähetä. (Komi 1991: 9.) Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuteen vaikuttavat leikkausalue, haavan koko sekä leikkaustekniikka. Siihen vaikuttavat myös anestesia-aine, potilaan yksilöllinen kipuherkkyys ja hänen aikaisemmat kokemuksensa. Leikkausta edeltävä potilasohjaus, hoitoympäristö ja kivunhoito vaikuttavat potilaan kivun kokemiseen. (Salanterä ym. 2006: 20.)

### 2.3 5-6-vuotiaan lapsen kipukokemus

Jo varhaisessa lapsuudessa voidaan todeta yksilöllisiä eroja lapsen kipureaktioissa (Kalso 2002: 312-313). Kaikenikäiset lapset tuntevat ja ilmaisevat kipua. Lapsen kipu on kokonaisvaltaisempaa kuin aikuisen ja se on lapsesta epämiellyttävä aistimuksellinen ja emotionaalinen kokemus. (Väisänen 2000: 10.) Lapsi kokee ja ilmaisee kipuaan kehitystasonsa, aikaisempien kipukokemuksiensa, persoonallisuutensa ja opittujen reaktiotapojensa mukaisesti (Vehviläinen-Julkunen - Pietilä - Kankkunen 1999: 263). Lapsi ei osaa ilmaista kipuaan yhtä hyvin kuin aikuiset, koska hänen sanavarastonsa ei ole vielä kovin laaja. Kivun ilmaisemista vaikeuttavat ero vanhemmista, uusi tilanne ja ympäristö, jotka lapsi voi kokea uhkaavana ja turvattomana. Lapsen kipukokemukseen vaikuttaa pelko. Lapsi sekoittaa usein kivun ja tunteet keskenään. Hän ei osaa vielä eritellä pelkoa, surua, kiukkua tai kipua toisistaan. Lapsen negatiivisilla emotionaalisilla tuntemuksilla on kipua lisäävä vaikutus. (Salanterä ym. 2006: 191-194.) Leikki-ikäinen lapsi käsittää kivun syyksi usein jonkin ulkoisen tai konkreettisen ilmiön. Lapsen persoonallisuus on vielä hyvin konkreettinen ja itsekeskeinen. Lapsi kokee kivun sellaiseksi mitä ei voi hallita ja mikä ei ehkä koskaan lopu. Kipu on jonkun toisen syytä tai se voi olla rangaistus jostakin tehdystä tai tekemättömästä vääryydestä. Lapselle kaikki on todellista tässä ja nyt. (Jokinen - Kuusela - Lautamatti 1999: 19-20; Hyyppä 1982: 90.)

### 3 OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

#### 3.1 Aikaisemmat tutkimukset

Väisäsen (2000: 51-54) tutkimus kuvasi 18 kouluikäisen 8-12-vuotiaan lapsen kokemaa kipua ja oma-aloitteisten kivunlievityskeinojen käyttöä leikkauksen jälkeen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun ja kipumittarin avulla. Keskeisimpien tutkimustulosten mukaan tytöt kokivat voimakkaampaa kipua kuin pojat. Lasten kokema leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus oli lievää, kohtalaista tai voimakasta. Lievää kipua kuvattiin sanoin vähän, jonkin verran, pikkusen, ei paljoa, ei kauheasti, ei järin kovaa tai nipistävä. Kohtalaista kipua kuvattiin keskinkertaisena, aika kovana tai aika paljon. Voimakkaasta kivusta käytettiin sanoja paljon, kauheasti tai hirveästi. Lapset kuvasivat kivun voimakkuuden vaihtelemisesta kipua olevan ajoittain ja kivun jatkuvaa luonnetta kuvattiin sanoilla koko ajan koskee. Kivun laatua eli kiputuntemustaan lapset kuvasivat ihmeelliseksi, nipistäväksi, kouristelevaksi ja eri asteisesti epämiellyttäväksi. Lievästi epämiellyttävää kipua lapset kuvasivat, ettei se tuntunut kovin kamalalta ja eikä ollut hauskaakaan. Voimakkaammin epämiellyttävää kipua luonnehdittiin sanoilla paha ja hirmu inhottava. Voimakkaimmat kivun kokemukset liittyivät heti leikkauksen jälkeiseen tai puudutuksen häviämisen jälkeiseen aikaan, liikkumiseen, huonoon asentoon, syömiseen tai juomiseen, hoito- toimenpiteisiin ja eri vuorokauden aikoihin. Kipu sijaitsi leikkausalueella ja sen ympäristössä, suonikanyylin kohdassa ja selässä puudutuskohtassa. Kipua seurannut tunne- reaktio oli avuttomuus. Kipu haittasi liikkumista, tekemistä, syömistä ja nukkumista. Pölkki - Rissanen - Pietilä (1997: 159, 163-165) kuvasi tutkimuksessaan ”Tuntuu kuin siili nippais jalakaan...” 20 kouluikäisen 7-11-vuotiaan lapsen kipukokemuksia sairaalassa. Tutkimus- aineiston muodosti lasten kirjoittamat vapaamuotoiset aineet kipukokemuksistaan sairaalassa ja haastattelut aineiden pohjalta. Tutkimustulosten mukaan lapsille tuottivat eniten kipua pistämiseen liittyvät toimenpiteet. Fyysisiä kiputuntemuksia olivat esimerkiksi nipistely, kirvely, tikasu, kouristelu, särky, kuumotus ja liikkumisrajoitus. Fyysistä kipua saattoi lisätä hankala asento ja kiinnipitäminen. Psykkisiksi kiputuntemuksiksi lapset kuvasivat epämiellyttävyyden tunteen, kauhun, ahdistuksen ja pelon. Hoitoon liittyvistä muista toimenpiteistä lapsille tuottivat kipua lääkkeen laittaminen ja veren antaminen kanyylistä, teippien irrottaminen iholta, kanyylin ja ompeleiden poistaminen. Näiden aiheuttamia fyysisiä kiputuntemuksia kuvailtiin kauheana särkynä, nipistykseenä, kirvelynä ja

kylmänä. Psykkisiä kiputuntemuksia voidaan pitää kipuun liittyvinä emootioina, jolloin kivun ja emootioiden välisen yhteyden on todettu olevan vastavuoroinen. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että lapsen kokema pelko ja fyysinen kiputuntemus liittyivät toisiinsa ja lapset kertoivat pelon lisäävän toimenpiteen aikaista fyysistä kiputuntemusta.

Komi (1991: 48-50) tutki lapsen postoperatiivista kipua. Kohderyhmänä oli 19 leikki-ikäistä 4-5-vuotiasta lasta. Haastattelussa lapset arvioivat kipujensa määrää kipumittarilla. Lapsista yli puolet koki vähän tai ei lainkaan kipua. Muutama lapsi ilmaisi kipumittarilla myös epämukavuus- tai mielialakipua. Suurin osa lasten sanallisista lausunnoista piti hyvin yhtä heidän kipumittareilta näyttämänsä kivun kanssa. Vaikutti kuitenkin siltä, että lapset eivät sanallisesti kerro kivustaan, ennen kuin se on todella kovaa. Mört (2004: 39-40) sai laajassa kyselytutkimuksessaan lasten kivun kokemuksista vastaavanlaisia tuloksia. Hänen tutkimuksessaan tutkimusjoukon muodostivat 125 3-20-vuotiasta lasta. Tutkimustulosten mukaan lapset kokivat sairaalassa kipua ja pelkoa. Kovaa tai sietämätöntä kipua koki neljäsosa lapsista, mutta kolme neljäsosaa lapsista ei kokenut lainkaan kipua tai kipu oli lievää. Kipua aiheuttivat eniten neulan pisto, sairauden aiheuttamat oireet ja toimenpide tai leikkaus. Lapsista 15 % ilmoitti pelkäävänsä sairaalassa. Vihunen (1996: 127, 130) tutki 80 3-8-vuotiaan lapsen kivun arviointia ja hoitoa nielurisojen poiston jälkeen. Aineisto kerättiin pääosin havainnointina ja kyselynä. Arvioitaessa lasten kipua leikkauspäivänä ja sitä seuraavana aamuna, voitiin havaita, että koettu kipu vaihteli huomattavasti. Kuitenkin 30 prosenttia lapsista kärsi voimakkaasta kivusta ja 10 prosentilla se oli sietämätöntä. Leikkausta seuraavan päivän aamuna 12 prosentilla kipu oli edelleen voimakasta. Lapsen kivun itsearviointi kasvoasteikon avulla ja vanhempien havainnointi antoivat lähes samanlaisen tuloksen arvioitaessa lapsen kivun voimakkuutta.

McGrath ym. (2000: 59, 70) epidemiologinen tutkimus käsitti 187 kanadalaisen 5-16-vuotiaan lapsen haastattelut tutkimusta varten kehitetyllä Pain Experience Interview-mittarilla (strukturoitu haastattelu). Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa lasten akuutista, toistuvasta ja kroonisesta kivun kokemuksesta. Yksi tutkimuksen ikäryhmistä oli 5-7-vuotiaat lapset. Lasten kertoma kokemus akuutista kivusta kävi yhteen akuutin kivun luonteen mukaan. Akuutti kipu oli yleisin lasten kivun muodoista. Lapset kuvasivat kivun kestoa, voimakkuutta ja vaikutusta. Kivun voimakkuutta ja vaikuttavuutta

mitattiin kipumittareilla. Tutkimuksista ilmeni, että lapset määrittivät kipua omien kokemusten kautta.

Wiroonpanich - Strickland (2004: 104-112) tutkimuksen tarkoituksena oli oppia ymmärtämään 15 5-7-vuotiaan thaimaalaisen lapsen leikkauksen jälkeistä kipukokemusta. Tutkimuksen lähtökohtana oli grounded-teoria ja haastattelut olivat aineistonkeruun tärkein menetelmä. Tutkimustulosten mukaan normalisoituminen oli perustava psykososiaalinen prosessi lasten leikkauksen jälkeisessä kipukokemuksessa. Päätaavoite lapsille oli kohdata ja päästä kivusta, jotta olisi taas normaali. Tähän päästäkseen lapset käyttivät keinona 'puhumista kivusta' ja 'kivun pysäyttämistä'. Tutkimustulosten mukaan tämänikäiset lapset osasivat kuvata ja arvioida kivun voimakkuutta, laatua, tunnetta ja luonnetta erilaisin sanoin. Nonverbaalisesti lapset ilmaisivat kipua itkemällä, kasvojen ilmeillä, näyttämällä tai liikehtimällä. Jotkut lapset löivät tai puhuivat vihaisella ja kovalla äänellä, kun olivat kipeitä. Jotkut taas olivat liikkumatta ja hiljaa. Kivun pysäyttäminen käsitti omat, vanhempien ja hoitajien kivunlievityskeinot ja lääkkeen saamisen. Keskeisten tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lapset yrittivät aktiivisesti kommunikoida eri tavoin sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, jotta saisivat apua leikkauskivun lopettamiseksi. Tutkijan mukaan on otettava huomioon, että kipua kuvaavat sanat ja ilmaisut ovat yhteydessä lapsen kulttuuristaan. Woodgate - Kristjansonin (1996: 235, 237, 239-240) tutkimuksen lähtökohtana oli myös grounded-teoria. Tutkimusjoukon muodosti 11 2,5-6,5-vuotiaasta leikkauksessa ollut kanadalaista lasta ja aineistonkeruu tapahtui osallistuvan havainnoinnin ja haastattelujen avulla. Keskeisten tutkimustulosten mukaan ero lasten välillä oli siinä, miten lapset ilmaisivat kipua sanoin. Vanhemmat lapset kuvasivat kipua monimutkaisemmin ja kehittyneemmin ilmaisuin, kun taas nuoremmat lapset käyttivät vastauksissaan useammin yksinkertaisia yksisanaisia kuvauksia. Tulokset osoittivat, että lapset reagoivat kipuun monella eri tavalla. Lapsen kivun kokemukseen vaikuttavat vanhempien ja hoitajien kivunlievityskeinot ja huolenpito sekä emotionaaliset tunteet, joita ovat pelko, ahdistus, viha ja suru. Tutkimustulosten mukaan näillä tunteilla on negatiivinen vaikutus kivun kokemiseen. Tutkimusaineiston pohjalta kehitettiin kivun kokemuksen malli "Getting Better From My Hurts".

Flinkman - Salanterän (2004: 121, 129-130) tutkimukseen lapsen peloista päiväkirurgisessa toimenpiteessä osallistui 25 leikki-ikäistä 5-6-vuotiaasta lasta. Aineisto kerättiin kuva-

avusteisella puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Pelon voimakkuutta arvioitiin tutkimusta varten muokatulla kolmeasteisella pelkomittarilla. Kielteisiä asioita lasten mielestä oli kipu, huonovointisuus ja oksentaminen. Lapset toivat esille tutkimuksessa 24 eri pelon kohdetta. Pelon kohteita, jotka tulivat esille useammassa hoitoprosessin vaiheessa, olivat nukutus, toimenpide, tiedonpuute, pistäminen ja nukutusmaski. Eniten lapset pelkäsivät kipua ja pistämistä. Lapsia pelotti ero vanhemmista ja outo ympäristö. Vanhempien läsnäolo hoitoprosessin aikana oli turvallisuuden tunteen takia tärkeä. Lapset osasivat arvioida pelon voimakkuutta johdonmukaisesti. Lasten sanallinen ilmaisu pelon voimakkuudesta piti yhtä pelkomittarilla mitatun arvion kanssa. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että 5-6-vuotiaat lapset pystyivät kertomaan omista kokemuksistaan ja peloistaan sekä osasivat arvioida pelkojensa voimakkuutta pelkomittarin avulla. Ivanoff - Laijärvi - Åstedt-Kurki (1999: 272, 275-278) tutkivat 9 leikki-ikäisen 4-6-vuotiaan lapsen kokemaa sairaalapelkoa. Aineistonkeruu tapahtui teemahaastattelulla. Tutkimuksen keskeisten tulosten mukaan pelko on lapsille todellista ja liittyy sairaalassaoloaikana niin jokapäiväisiin toimintoihin kuin hoitotoimenpiteisiin. Lasten kokema sairaalapelko jäsenyi kuuteen pääulottuvuuteen, jotka olivat vieras ympäristö, hylätyksi tuleminen, kehon vahingoittamisen uhka, kipu, itsemääräämisoikeuden rajoitukset sekä alistaminen ja mielivalta. Lasten sairaalapelosta lapset kuvasivat kivusta seuraavia asioita. Lapset olivat kokeneet hoito- ja tutkimustilanteissa kipua, joka oli pelottavaa. Lapset pelkäsivät tämän takia myös uusia tutkimuksia, jotka uudelleen aiheuttaisivat kipua. Erilaiset hoito- ja tutkimusvälineet olivat kipua tuottavia, pelottavia ja outoja. Neulat pelottivat, vaikka lapsella ei olisi ollut pistämisestä aiheutuvaa aikaisempaa kipukokemusta. Laskimokanyyli tai ompeleet aiheuttivat kipua liikkuesssa, jolloin lapsi pelkäsi liikkumista. Lasten pelon kokemukset sairaalassa liittyivät useimmiten tilanteisiin, joissa vanhemmat eivät olleet läsnä.

### 3.2 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Opinnäytetyötä ohjaavien aikaisempien tutkimusten mukaan lapset kokivat lievää, kohtalaista tai voimakasta kipua sairaalassa. Voimakkaimmat kivun kokemukset liittyivät esimerkiksi heti leikkauksen jälkeiseen tai puudutuksen häviämisen jälkeiseen aikaan, sairauden oireisiin, hoitoon, tutkimukseen, pistämiseen ja liikkumiseen tai huonoon asentoon. Kahdessa tutkimuksessa tuli esiin, että yli puolet lapsista koki vain lievää kipua tai ei kipua ollenkaan. Kipu oli yleensä akuuttia kipua. Kivun vaihtelua ja luonnetta sekä kivun laatua

eli kiputuntemusta lapset osasivat kuvata monin eri sanoin. Suurin osa lasten sanallisista lausunnoista piti hyvin yhtä heidän kipumittarilla näyttämänsä kivun arvion kanssa. Kivun verbaalinen ilmaisu oli yhteydessä lapsen ikään ja kehitystasoon. Kouluikäiset osasivat tutkimusten mukaan kertoa kipukokemuksestaan kuvailevimmin ja pidemmin ilmaisin, kun taas alle kouluikäiset lapset kuvasivat kipua lyhyesti ja yksisanaisesti. Lapset yrittivät aktiivisesti ilmaista kipuaan eri tavoin sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti. Lasten käyttämät kipua ilmaisevat sanat olivat yhteydessä hänen perhe- ja kulttuuritaustaansa. Lapsen kivun kokemukseen ja ilmaisuun vaikuttavat lapsen aikaisemmat kipukokemukset, kehitystaso, persoona, opitut kipureaktiot ja emotionaaliset tekijät kuten pelko ja ahdistus. Tutkimusten mukaan pelko lisää kipua. Vanhempien läsnäolo vähentää pelkoa ja turvattomuuden tunnetta.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVA KYSYMYS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata 5-6-vuotiaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipukokemusta lapsen itsensä kertomana. Lapsen kipukokemuksen ymmärtäminen auttaa hoitotyöntekijää pääsemään lähemmäksi lapsen sisäistä maailmaa ja kehittämään hoitotyön käytäntöä kohti lapsikeskeisempää ja kokonaisvaltaisempaa kivunhoitoa.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymys:

Miten 5-6-vuotias lapsi kuvaa leikkauksen jälkeistä kipua?

#### 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA AINEISTON ANALYSOINTI

##### 5.1 Puolistrukturoitu teemahaastattelu

Tänä päivänä hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa suoraan lapselta hänen ajatuksistaan, tunteistaan ja kokemuksistaan. (Kortesluoma - Hentinen - Nikkonen 2003: 434-435.) Teemahaastattelua on käytetty paljon lapsen kokemusta kuvaavissa aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Ivanoff ym. 1999; Flinkman - Salanterä 2004; Väisänen

2000). Tämä aineistonkeruumenetelmä välittää tutkittavan subjektiivisen kokemuksen ja sen keskeisen merkityksen tutkijalle. Se tuo tutkittavan äänen kuuluville ja hänen näkökulmansa hyvin esille. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 47-48.) Teemahaastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta niiden sanamuotoa voidaan muuttaa ja järjestystä vaihtaa. Vastausvaihtoehtoja ei ole annettu valmiiksi, vaan avoimet kysymykset haastattelussa antavat lapselle mahdollisuuden kuvata kokemustaan omin sanoin. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 47-48.) Tällä aineistonkeruumenetelmällä saadaan tietoa myös eroista lapsen ja aikuisen näkökulmien välillä (Kortesluoma ym. 2003: 434-435). Puolistrukturoitu teemahaastattelu on kokemattomalle tutkijalle luotettavampi tutkimusmenetelmä kuin avoin haastattelu (Väisänen 2000: 38).

Alle kouluikäisen lapsen haastatteluun vaikuttaa lapsen puheen kehitys. Kysymysten tulee olla lyhyitä ja sanojen tuttuja lapsille. Haastattelu on lyhyt, kestoltaan noin 15-20 minuuttia, jotta lapsi jaksaa keskittyä koko haastattelun ajan. Lasten haastattelua voidaan toteuttaa kuvamateriaalin, leikin ja piirtämisen avulla. On myös eduksi, jos lapsi voi tutustua haastattelijaan etukäteen ja että vanhemmat saavat olla läsnä haastattelun aikana. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 128-130). Hankkeen sisällä kaikille samaa aihetta käsitteleville opinnäytetöille laadittiin yhteinen teemahaastattelurunko. Tätä teemahaastattelurunkoa muokattiin vähän opinnäytetyön aiheeseen soveltuvaksi (LIITE 4). Teemahaastattelurungon laadinnassa otettiin huomioon kohderyhmän ikä ja kielellinen kehitystaso, esittämällä lapsille lyhyitä ja tuttuja sanoja käsittäviä kysymyksiä. Teemahaastattelussa käytettiin kuvamateriaalia helpottamaan kysymysten ymmärtämistä ja auttamaan lasta keskittymään haastatteluun (LIITTEET 5-7). Esihaastattelua ei toteutettu, mutta haastattelurungon kysymyksiä ja sanamuotoja tarkennettiin ensimmäisen haastattelun jälkeen. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat yhdessä haastattelujen toteutukseen yhtä haastattelua lukuunottamatta.

## 5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohderymänä oli HUS Lasten ja nuorten sairaalan kahdella eri kirurgisella osastolla sairaalahoidossa olevat lapset. Opinnäytetyön aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Opinnäytetyön tekijät haastattelivat 11 lasta. Haastatteluun osallistumiselle asetettiin seuraavat kriteerit: 1) lapsi on iältään 5-6-vuotias (syntynyt vuonna 1998-2000) 2)



on hoidettavana lastenkirurgisella osastolla joko elektiivisen tai päivystysleikkauksen vuoksi 3) on kognitiivisesti normaalisti kehittynyt 4) on fyysisesti ja psyykkisesti kykenevä osallistumaan tutkimukseen 5) puhuu äidinkielenään suomea ja 6) suostuu tutkimukseen. Kohderyhmästä rajattiin pois pitkäaikaissairaat lapset, joilla on useita sairaalakokemuksia. Opinnäytetyösuunnitelma käytiin esittämässä yhteistyöosastojen osastonhoitajille. Heiltä saatiin kohderyhmään kuuluvien lasten suunnitellut leikkausajankohdat. Päivystysleikkaukseen tulevien lasten kohdalla sovittiin, että opinnäytetyön tekijät ottavat päivittäin puhelimitse yhteyttä osaston henkilökuntaan.

Haastateltavan lapsen ja/tai hänen vanhempinsa tapaaminen henkilökohtaisesti ennen haastattelua toteutui vain kahden haastateltavan kohdalla. Potilaan tullessa päiväkirurgiseen leikkaukseen potilas saattoi olla leikkausta edeltävänä päivänä osastolla vain lyhyen aikaa tai tuli leikkaukseen vasta aamulla kotoa. Päivystyspotilaiden kohdalla tapaamista vaikeutti se, että potilaat tulivat osastolle päivystysleikkauksen jälkeen yleensä illalla. Haastattelijoiden oman aikataulun sovittaminen ei myöskään aina mahdollistanut tapaamista ennen haastattelua. Lupaa haastattelulle pyydettiin useimmiten lapsen vanhemmilta etukäteen puhelimitse. Yhteydenoton tapahtuessa puhelimitse osaston kansliasta löytyi opinnäytetyömme saate- ja suostumuskirje, joihin vanhemmat tarvittaessa saivat tutustua. Haastattelusta pyrittiin kertomaan vanhemmille hyvissä ajoin ennen haastattelua. Yhdeksän lapsen kohdalla ensimmäinen yhteydenotto tapahtui haastattelua edeltävänä päivänä tai aikaisemmin, kahden lapsen kohdalla vasta juuri ennen haastattelua. Haastatteluihin liittyvä tiedotus lasten vanhemmille hoidettiin itse.

Kaikki vanhemmat, joihin otettiin yhteyttä, suostuivat haastatteluun. Haastatteluajankohtaa sopiessa huomioitiin lapsen toipuminen ja päivärytmi keskustelemalla vanhempien ja omahoitajan kanssa. Vanhemmat saivat aikaa tutustua saatekirjeeseen ja täyttää suostumuslomake ennen haastattelun alkua. Haastattelun toteutumisen kriteerinä oli toisen vanhemman läsnäolo. Haastattelutilanteen alussa pyydettiin lapselta lupa haastatteluun. Haastattelusta käytettiin sanaa ”juttelu”. Lapselle kerrottiin haastattelusta sekä katsottiin yhdessä nauhurin käyttö ja sovittiin, että hän saa kuunnella omaa ääntänsä juttelun jälkeen. Lapselle ja vanhemmille painotettiin, että haastattelu kestää lyhyen aikaa ja heillä on mahdollisuus keskeyttää se halutessaan. Haastattelu aloitettiin kysymällä lapsen ikää sekä tulosyytä ja sen

jälkeen siirryttiin kuvakysymyksiin. Kuvamateriaali kannusti lapsia keskittymään ja lievitti jännitystä.

Haastattelutilanteesta pyrittiin järjestämään rauhallinen. Haastattelupaikkana oli potilashuone, yksi haastattelu tehtiin osaston leikkihuoneessa. Seitsemässä haastattelussa yhdestätoista potilashuoneessa ei ollut muita potilaita tai heidän vanhempiaan läsnä. Haastatteluista kahdeksan toteutettiin aamupäivällä ja kolme iltapäivällä. Lapsen omahoitajalle ilmoitettiin haastattelun alkamisesta ennen potilashuoneeseen menoa ja laitettiin ilmoituskylltti oveen keskeytysten vähentämiseksi. Yhden haastattelun aikana huoneessa olevan toisen potilaan luona kävi hoitaja. Muiden haastatteluiden aikana ei ollut keskeytyksiä. Haastattelut kestivät 10-15 minuuttia. Haastattelujen pitkittämistä pyrittiin välttämään. Tavoitteena oli, että lapselle jää haastattelusta positiivinen ja miellyttävä kokemus. Haastattelun aikana seurattiin lapsen jaksamista ja tarvittaessa haastattelua olisi lyhennetty. Lapset jaksoivat kuitenkin lyhytkestoisen haastattelun hyvin. Haastattelun aikana ja lopussa annettiin lapselle positiivista palautetta sekä mahdollisuus kuunnella nauhoitusta. Oman äänen kuuleminen nauhaltta oli jokaiselle lapselle jännittävä elämys ja mukava päätös haastattelulle. Lopuksi lapsia kiitettiin ja lapset saivat valita tarran palkinnoksi. Haastattelujen aikana ei kirjattu asioita ylös, koska se olisi häirinnyt lapsen keskittymistä. Haastattelupäiväkirjaa kirjoitettiin jokaisen haastattelun jälkeen haastattelun kulusta ja arvioitiin omaa työskentelyä haastattelijoina.

### 5.3 Aineiston analyysi

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa perusanalyysimenetelmänä pidetään sisällönanalyysiä, joka sopii hyvin ilmiöiden ja niiden välisten suhteiden kuvaamiseen sekä ilmiöiden käsitteellistämiseen (Kyngäs - Vanhanen 1999: 3-5; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 23). Kyngäksen - Vanhasen (1999: 5) mukaan sisällönanalyysissä voidaan edetä joko aineistotai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysiprosessin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen sekä aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Opinnäytetyössä käytettiin analyysimenetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimusmenetelmä esim. temahaastattelu voi toimia analyysin pohjana teemojen muodostaessa alustavat luokat (Hirsjärvi - Hurme 2000: 149). Aineisto analysoitiin induktiivisesti käyttäen haastattelun teema-alueita analyysin runkona.

Aineiston analyysia varten kaikki haastattelut numeroitiin. Lapsen sukupuoli, ikä, haastattelujankkohta lapsen hoitojaksossa ja haastattelun kesto merkittiin ylös. Haastattelu-dialogien litteroinnit aloitettiin aineistonkeruuvaiheen aikana ja kolme viimeistä haastattelua litteroitiin heti viimeisen haastattelun jälkeen. Kirjoittaessa haastattelujen aineistoa tekstiksi merkittiin tekstin sisään lasten eleet ja vanhempien kommentit. Lasten sanomat kirjoitettiin sanatarkasti. Kyngäksen - Vanhasen (1999: 5) ja Latvalan - Vanhanen-Nuutisen (2003: 25) mukaan analyysiyksikön määrittämiseen vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, lauseen osa, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksiköksi valittiin lausuma, joka on sana, lauseen osa tai lause. Tutkijan tulee myös päättää analysoiko hän aineiston ilmi- vai piilosisältöä tai molempia (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5). Haastatteluaineistosta analysoitiin lasten selvät ilmaisut eli ilmissisältö. Kyngäksen - Vanhasen (1999: 5) ja Hirsjärven - Hurmeen (2000: 143) mukaan aineiston aktiivinen lukeminen luo pohjan analyysille. Litteroitu teksti luettiin useamman kerran läpi ennen analysoinnin aloittamista kokonaisuuden hahmottamiseksi. Lasten vastaukset kerättiin teemojen sisällä olevista kysymyksistä listaksi alkeperäisiä ilmaisuja käyttäen. Muutamia lasten ilmaisuja siirrettiin sen kysymyksen alle, mitä se vastasi parhaiten, koska lapset ymmärsivät joskus kysymykset eri tavoin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä ja pelkistetyt ilmaisut kuvataan mahdollisimman tarkkaan aineiston termein (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 26; Tuomi - Sarajärvi 2002: 111-112). Teema-alueiden alkuperäisiä ilmauksia käytiin läpi alleviivaamalla merkityksellisiä ilmaisuja sekä tekemällä merkintöjä marginaaliin. Aineistolle esitettiin opinnäytetyön tehtävän mukaisia kysymyksiä. Lasten alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin käyttäen mahdollisimman tarkkaan samoja lausumia kuin aineistossa.

Aineiston ryhmittelyssä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmaisuista. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja nimetään. (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 28; Tuomi - Sarajärvi 2002: 112-113.) Muodostaessaan luokkia tutkija käyttää tulkintaa päättäessään, mitkä asiat hän yhdistää ja mitkä ei (Kyngäs - Vanhanen 1999: 6). Hirsjärven - Hurmeen (2000: 147-148) mukaan luokkien muodostamiseen vaikuttavat tutkimustehtävän lisäksi aineiston laatu sekä tutkijan oma teoreettinen tietämys ja hänen intuiotensa. Aineiston ryhmittelyvaiheessa edettiin teema kerrallaan. Teeman alla olevia pelkistettyjä ilmaisuja vertailtiin toisiinsa. Niistä etsittiin säännönmukaisuuksia ja yhdistettiin samankaltaiset ilmaisut. Samankaltaisista ilmaisuista muodostettiin

alaluokka, joka nimettiin sen sisältöä kuvaavaksi. Alaluokkia vertailtiin toisiinsa, jotta ne ovat toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Aineiston ryhmittelyyn liittyy jo Kyngäksen - Vanhasen (1999: 6) mukaan aineiston käsitteellistämistä eli abstrahointia. Alaluokkia vertailtiin keskenään ja palattiin vielä pelkistettyihin ilmaisuihin ennen pääluokkien muodostamista. Aineiston analyysivaiheessa palattiin jatkuvasti litteroituun tekstiin, jotta saataisiin varmuus, että lasten vastaukset ymmärrettiin oikein ja että yhteys aineistoon säilyi. Alkukysymyksiä ja viimeisen teema-alueen vastauksia ei luokiteltu, koska ne liittyivät yleisesti sairaalakokemukseen. Analysointi tehtiin uudelleen kuukauden tauon jälkeen, jolloin muokattiin ja tarkennettiin luokituksia. Tulosten raportointivaiheessa tehtiin muodostetuista luokista taulukot. Luokittelua ja taulukointia muokattiin vielä myöhemmin. Taulukkoja apuna käyttäen raportoitiin opinnäytetyön tulokset. Tuloksia kuvattiin käyttämällä suoria lainauksia lasten ilmaisuista esimerkinomaisesti.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Taustatiedot

Haastattelut toteuttiin keväällä 2005. Haastatelluista lapsista (n=11) tyttöjä oli kuusi ja poikia viisi. Lapset olivat iältään 5-7-vuotiaita (syntyneet vuosina 1998-2000). Iän mukaan lapset jakautuivat siten, että 5-vuotiaita oli haastatelluista viisi ja 6-vuotiaita viisi. Yksi haastatelluista lapsista oli juuri täyttänyt seitsemän vuotta. Lapset olivat tulleet sairaalaan päivystyksenä tapaturman tai sairauden takia tai suunniteltuun leikkaukseen. Tapaturmaan liittyviä tulosityitä olivat kaatuminen lasketellessa, pyöräilessä tai käden satuttaminen työkonseeseen. Yksi lapsista kuvasi kaatumista: *"Sitte ku tää tapahtu, niin mä menin sellasta hurjaa vauhtia yhtä mäkeä, ja sit siinä oli yksi semmonen töyssy, ku siel oli semmosta sohjoo lunta vähän ja menin siitä, niin sit mä kaadu in jotenki vinottain tai en mä osaa oikein selittää sitä nyt."* Sairauteen liittyviä tulosityitä olivat umpisuolenlisäkkeen tulehdus tai virtsateiden sairaus. Suunniteltuun leikkaukseen lapset tulivat jalka tai olkapääleikkauksen takia. Suunniteltuun leikkaukseen tuloa yksi lapsista kuvasi: *"Siksi kun miul oli käsi, ku minuu koski niin kovasti käteen ko se ei pystynyt menemään näin."* Toinen kertoi: *"Koska mulla leikattiin täältä semmonen luu, luu joka työntää."* Kahdeksan lapsista kertoi itse useammalla sanalla tai lauseella, miksi oli tullut sairaalaan. Kaksi lapsista vastasi sairaalaan

tulosyhyyn nyökkämällä tai näyttämällä kädellä kysyttäessä onko jotain kohtaa korjattu. Yksi lapsista ei vastannut kysymykseen.

## 6.2 Miten lapsi kuvaa kiputapahtumaa

### 6.2.1 Kiputapahtuma

Lapsille oli selvää, mitä Manulle tapahtuu kuvassa 1 (LIITE 5): ”*Se kaatuu pyörällä.*” Kaksi haastatelluista kuvaili, että Manua myös sattuu tapahtuman yhteydessä: ”*Se törmäs pyörällä kiveen ja pyörä meni rikki ja se satutti kätensä.*” Kuvassa 2 (LIITE 6) lapset kuvaivat Manun olevan lääkärissä. Viisi lapsista osasi enemmän kertoa ja kuvailla, mitä siellä lääkärissä tapahtuu: ”*Se meni lääkäriin, sit se lääkäri katsoo, kokeilee, sit se tuntuu silleen aika kipeeltä.*” ja ”*No, siinä tutkitaan sitä kättä, et onko se murtunut.*” Kuvan 3 (LIITE 7) kiputapahtuma oli lapsille tuttu. He käyttivät sanoja annetaan rokotus tai pistetään. Kaikki lapset osasivat kertoa kolmesta kuvasta kysytyä kiputapahtumaa. (TAULUKKO 1)

TAULUKKO 1. Kiputapahtuma.

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Kaatuu pyörällä Putoaa pyörältä ja satuttaa käden Törmää pyörällä kiveen ja satuttaa käden	Tapaturmaan liittyvä kipu	Kipu- tapahtuma
Lääkärissä, ne hoitaa sitä Tutkitaan kättä, onko se murtunut Lääkäri katsoo kättä Lääkäri katsoo ja kokeilee	Hoitamiseen liittyvä kipu	
Pistetään piikki Pistetään pyllyyn Annetaan rokotus	Rokottamiseen liittyvä kipu	

### 6.2.2. Kivuntunne

Lapset kuvasivat tapaturmaan, hoitamiseen ja rokottamiseen liittyvää kivuntunnetta voimakkaasti ja kohtalaisesti epämiellyttävänä, omaan kipuun verrattavana ja hoitavana. Voimakkaasti epämiellyttävästä kivuntunteesta käytettiin sanoja tosi paha, paha ja kauhea. Kohtalaisesti epämiellyttävää kivuntunnetta kuvattiin sanoilla tuntuu huonolta, nipistää ja kirvelee. Yksi lapsista kuvasi Pupu Tupunan rokottamiseen liittyvää kivuntunnetta: ”*Ei sitä*

*itketä, mutta sitä vaan kirvelee.*” Eräs lapsista vertasi omaa kivuntunnetta Manun tunteeseen: *”Tosi pahalta niinkuin mustakin.*” Hoitavaa kivuntunnetta eräs lapsista kuvasi Manusta tuntuvan: *”Varmaan vähän paremmalta. Miksi sä luulet niin? ”Koska se saa hoitoa siellä.*” Useat lapset kuvasivat kivuntunnetta kivun voimakkuuden kuvaavilla sanoilla tai eivät osanneet vastata. (TAULUKKO 2)

TAULUKKO 2. Kivuntunne.

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Tosi pahalta Pahalta Kauhealta	Voimakkaasti epämiellyttävä	Kivuntunne
Huonolta Nipistää Kirvelee	Kohtalaisesti epämiellyttävä	
Yhtä paljon kun muakin varmaan	Omaan kipuun verrattava	
Varmaan vähä paremmalta, kun se saa hoitoa siellä	Hoitava	
Ei osaa sanoa / En tiedä / Ei vastaa	Ei ilmaisua	

### 6.2.3 Kivun voimakkuus

Lapset kuvasivat kaikkiin kiputapahtumiin liittyvää kovaa kivun voimakkuutta sanoilla sattuu tosi paljon ja paljon sekä kohtalaista kivun voimakkuutta sanoilla sattuu aika paljon. Eräs lapsista kuvasi kohtalaista kivun voimakkuutta: *”Aika paljon varmaan kun painaa näin kunnolla.*” Lievästä kivun voimakkuudesta käytettiin sanoja vähän, aika vähän, vähemmän, vähäsen. Seuraava lievän kivun voimakkuuden ilmaisu liittyi rokottamiseen: *”No, vähäsen koska se annetaan nopeesti.*” Tapaturmaan liittyvää kivun voimakkuutta verrattiin omaan koettuun kivun voimakkuuteen: *”No yhtä paljon kun muakin varmaan.*” Vaihtelevaa kivun voimakkuutta eräs lapsista kuvasi rokottamiseen liittyen: *”No, joskus voi sattua mutta joskus ei, jos jännittää.*” Kolmesta kiputapahtuma kuvasta kolme lasta ei osannut vastata kysymykseen kivun voimakkuudesta. (TAULUKKO 3)

TAULUKKO 3. Kivun voimakkuus.

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Tosi paljon Paljon	Kova kipu	Kivun voimakkuus
Sattuu Aika kipeeltä Sattuu vähän, kun kokeillaan, onko se murtunut Aika paljon	Kohtalainen kipu	
Vähän / Aika vähän Vähemmän Väsäsen	Lievä kipu	
Yhtä paljon, kun muakin	Omaan kipuun verrattava kipu	
Joskus sattuu, joskus ei	Vaihteleva kipu	
Ei tunnu ollenkaan	Ei kipua	
Ei osaa sanoa / En tiedä	Ei ilmaisua	

### 6.3 Miten lapsi kuvaa leikkauksen jälkeistä kipukokemusta

#### 6.3.1 Leikkauksen jälkeinen kipu

Kaikki lapset osasivat sanomalla tai näyttämällä ilmoittaa kivun paikan. Kipua oli ivkanyylin kohdassa, verinäytteenottokohdassa, leikkaushaavassa ja sen ympäristössä tai luun murtumakohdassa tai kipua aiheutti liikkuminen. Haastatteluhetkellä kahdella lapsella oli kipua. Yhdeksällä lapsella ei ollut kipua haastatteluhetkellä. Leikkauksen jälkeistä kipua ennen haastatteluhetkeä oli kokenut lapsista yhdeksän ja yksi kertoi: ”No joo, eilen illalla sattuu. Tai itte asiassa yks yö niinku yks yö taaksepäin, niin oli ilta, niin mua sattuu...” Yksi lapsista ei oman kertomansa mukaan ollut tuntenut kipua leikkauksen jälkeen ja yksi lapsista ei muistanut kipua. Haastatelluista lapsista kymmentä oli pistetty sairaalaassa. Pistämiseen liittyvä kipu liittyi verinäytteen ottoon sormenpästä / kyynärtaipeesta tai ivkanyylin laittoon. Lapset kokivat liikkumiseen liittyvää kipua kävellessä ja kääntyessä: ”Öö, niinku kävellessä tai jotain, mut ei pelaa (tarkoittaa pelatessa PlayStationia).” ”No silloin jos mä yritän kääntyä niin mua sattuu ja näit sormii ku liikuttaa.” Leikatun raajan liikuttelu tuotti kipua. ”Ei vaan, silloin kun se sattuu niin mä väntelin ja kääntelin. Jos mä heilutan näin niin, jos mä liikaa vähä heilutan tai teen jotain semmosta mitä ei oikein vois oikein tehdä, niin se alkaa sattuu.” Leikatun raajan varpaiden liikuttaminen aiheutti kipua ”Jos mä heiluttelen varpaita ihan paljon niin sit se sattuu.” (TAULUKKO 4)

Taulukko 4. Leikkauksen jälkeinen kipu

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Mun masuun sattuu Mä olin kipee (näytti mahaa) Näytti kipsattua jalkaansa Sattu jalkaan Jalka leikattais Käsi Mun käsi siin sattui Leikattiin täältä semmonen luu	Kipupaikka	Leikkauksen jälkeinen kipu
Verinäytteen otto sormnepäästä / kyynärtaipeesta Iv-kanyylin laitto	Pistäminen	
Kävellessä Kääntyessä Liikuttaessa sormia / jalkaa Heiluttaessa varpaita / jalkaa	Liikkuminen	
Ei osannut sanoa / Ei vastannut	Ei ilmaisua	

### 6.3.2 Leikkauksen jälkeinen kivuntunne

Lapset kuvasivat leikkauksen jälkeistä voimakkaasti epämiellyttävää kivuntunnetta käyttäen ilmaisuja tuntuu pahalta sekä sattuu ja tuntuu pahalta. ”No, se on sellasta et sattuu ja se tuntuu pahalta.” Kaksi lasta osasi kertoa vähän eri tavalla leikkauksen jälkeisestä kivuntunteesta. Toinen kuvasi kipua jännityksenä: ”No, no varmaan jännitystä tai jotakin semmoista vaikka mua ei jännittänyt oikeastaan yhtään.” Toinen taas kuvasi tunnetta puristavana: ”...sattuu ja tuntee et joku niinku koskettais tätä, puristais tätä kovaa niinku...” Kivuntunteeseen liittyi myös pelon tunnetta. Yksi lapsi kuvasi kivun olevan: ”...No, varmaan jotain pelkoa.” ja toinen lapsi pelkäsi tulevaa kipua: ”No, jos tää osuu kovaan... Tätä sitte, tää sattuu... No, emmä tiedä, koska se ei oo osunut vielä mihinkään kovaan.” Erään lapsen mielestä pistäminen tuntui nipistäväänä: ”Pikkasen vaan nipisti.” Useat lapset kuvasivat kivuntunnetta kivun voimakkuuden kuvaavilla sanoilla tai eivät osanneet vastata. (TAULUKKO 5)



TAULUKKO 5. Leikkauksen jälkeinen kivuntunne

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Pahalta Sattuu ja tuntuu pahalta	Voimakkaasti epämiellyttävä	Leikkauksen jälkeinen kivuntunne
Jännitystä	Jännityksenä	
Tuntuu kuin puristaisi	Puristavana	
Jotain pelkoa Pelko osumisesta	Pelkona	
Pikkasen vaan nipisti	Nipistäväenä	
Ei osaa kuvata / Ei muista	Ei ilmaisua	

### 6.3.3 Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus

Lapset kokivat leikkauksen jälkeen kovaa, kohtalaista ja lievää kipua. Kovaa kivun voimakkuutta kuvattiin sanoin kovasti ja tosi paljon. Eräs lapsi kuvasi: *”No joo, eilen illalla sattuu. Tai itte asiassa yks yö niinku yks yö taaksepäin, niin oli ilta, niin mua sattuu kovasti jalkaan.”* ja toinen kuvasi: *”No silleen tosi paljon ja sit se sattuu ja tuntee, et joku niiku koskettais tätä...”* Kohtalaista kivun voimakkuutta lapset kuvasivat sanoin aika paljon, jonnekin verran ja aika kipee. Kipu oli lievää, kun lapset käyttivät esimerkiksi sanoja vähän, aika vähän, pikkasen ja vähä pikkasen. Lievää kivun voimakkuutta eräs lapsi kuvasi seuraavalla ilmaisulla: *”No, vähän sattuu, kun mä olin siellä leikkaussalilla, niin ne laitto tän kipsin niin nyt sattuu vähän.”* Pistämiseen liittyvää lievää kipua kuvattiin: *”Ei paljoo. No sen takia ko, siinä oli sellainen pellejuttu ja mie katoin sitä.”* (verinäytteenotto kyynärtaipeesta ei sattunut paljon, koska lapsen mielenkiinto kohdistui kuvalaastariin). Iv-kanyylin laitosta toinen lapsi kertoi: *”No, no tää sattuu vähä (osastolla leikkauksen jälkeen laitettu iv-kanyyli), mutta kun tää laitettiin (leikkaussalissa laitettu iv-kanyyli), niin silloin mä olin nukutuksessa... niin mä en tuntenut silloin.”* Haastattelijat eivät johdonmukaisesti kysyneet EMLA puudutevoiteen käytöstä ennen pistämistapahtumaa, mutta kolmen lapsen kohdalla puudutevoiteen käyttö tuli esille. Yksi näistä lapsista kertoi ettei tuntenut verinäytteenottoa kyynärtaipeesta ja toinen lapsista kertoi iv-kanyylinlaitosta: *”...tota ei se paljoo oikein sattunut, mut no joo jonkun verran.”* Tähän äiti kommentoi, että siihen laitettiin puudutusvoidetta, johon lapsi vastasi: *”Niin, mut jos ei oltais laitettu, kyllä varmaan aika paljon sit sattuis.”* Kolmannen lapsen mielestä puudutusvoiteesta huolimatta iv-kanyylin laitto sattui vähän. Sormenpäältä verinäytteenotto ei yhdestä lapsesta tuntunut

merkittävältä: ”No ei se sattunut paljoo. Mä en välittänyt siitä. Kyl se sattuu, mä en välittänyt siitä.” Lapset kuvasivat kivun voimakkuutta useilla eri sanoilla. (TAULUKKO 6)

TAULUKKO 6. Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus.

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Kovasti Tosi paljon	Kova kipu	Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus
Aika paljon Jonkun verran Aika kipee	Kohtalainen kipu	
Pikkasen Vähän Aika vähän Vähä pikkasen Vähäsen Ei paljon	Lievä kipu	
En välittänyt	Ei merkityksellisenä	
Ei tuntunut	Ei kipua	

#### 6.4 Mieleen jääneet asiat sairaalassaolosta

Neljän lapsen mielestä sairaalassa oli kivaa pelaaminen ja videoiden katselu. Leikkitati oli yhden lapsen mielestä kiva asia. Yksi haastateltavista koki tärkeäksi hoidon saamisen: ”No se, että mä saan lepää ja sit mua hoidetaan täällä ja mä tuun terveeksi. Se musta on kivaa.” Yksi lapsi kertoi syömisen olleen kiva juttu. Kaksi lasta ei tiennyt tai osannut vastata kysymykseen ja yhden lapsen mielestä sairaalassa ei mikään ollut kiva asia. Huonona asiana lapset pitivät veren näkemistä, ravinnotta oloa ja pelkoa sattumisesta esim. siirtotilanteessa: ”No, mua harmitti se koska ei pystynyt syömään ollenkaan... Leikkauksen menoa ja vähä sitte eilistä päivää mä en saanut ja sitte siinä leikkauspöydällä mä en saanut juoda enkä syödä mehua enkä sit sen jälkeisenä päivänä.” ”No, en mä ihan tykännyt ku tota tuli monta tättä tänne ja mä pelkäsin kun tota kärrytuolia ku laitettiin, aiottiin jo nostaa mut ni mä aloin jo vähä, olin shokissa.” Yhtä lapsista harmitti, kun oli pelännyt etukäteen leikkausta ja sattumista: ”Se minuu harmitti ko mie luulin että se sattuu se leikkaus.” Neljä ei tiennyt tai osannut vastata kysymykseen. Kahden lapsen mielestä sairaalassa ei mikään ollut huono asia.

## 6.5 Keskeiset tulokset leikkauksen jälkeisestä kipukokemuksesta

Kaikki lapset osasivat näyttää tai kertoa kivun paikan. Leikkauksen jälkeistä kipua koki yhdeksän lasta. Yksi lapsi ei kokenut kipua ollenkaan ja yksi lapsi ei muistanut kipua. Leikkauksen jälkeinen kipu liittyi kipupaikkaan, liikkumiseen ja pistämiseen. Leikkauksen jälkeistä kivuntunnetta kuvattiin voimakkaasti epämiellyttävänä, jännityksenä, puristavana, pelkona ja nipistävänä. Voimakkaasti epämiellyttävästä kivuntunteesta lapset käyttivät ilmaisua tuntuu pahalta. Lapset eivät aina osanneet kuvata kivuntunnetta tai kuvasivat sitä kivun voimakkuutta ilmaisevilla sanoilla. Leikkauksen jälkeinen kivun voimakkuus oli kovaa, kohtalaista tai lievää kipua. Kivun voimakkuutta osattiin kuvata monella erilaisella kivun määrää kuvaavalla sanalla. Kovaa kipua ilmaistiin sanoilla kovasti ja tosi paljon. Kohtalaista kipua kuvattiin sanoilla aika paljon, aika kipee ja jonkun verran. Lievästä kivusta löytyi esimerkiksi sanoja vähän, vähäsen ja pikkasen. Lapset osasivat kuvailla sanallisesti kipua. He käyttivät myös ilmeitä ja eleitä apuna ilmaisussa. Pienemmät 5-vuotiaat lapset vastasivat kysymyksiin lyhyesti yhdellä ja kahdella sanalla. He eivät aina osanneet kuvata kivuntunnetta tai erottaa sitä kivun voimakkuudesta. Isommat 6-7-vuotiaat lapset ymmärsivät kysymykset paremmin ja osasivat vastata kysymyksiin laajemmin ilmaisin. He ymmärsivät paremmin eron kivuntunteen ja kivun voimakkuuden välillä.

## 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS

### 7.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Hankkeen koordinaattori haki tutkimusluvan HUS-piirin Lasten- ja nuortensairaalan eettiseltä toimikunnalta lokakuussa 2004. Tutkimuslupa haettiin yhteisesti kaikille hankkeen sisällä tehtäville opinnäytetöille. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä oli opinnäytetyön suunnitelma. Tutkimuslupa myönnettiin 4.11.2004 ajalle 8.11.2004-30.5.2005 (LIITE 1). Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin HUS Lasten ja nuorten sairaalan kahdella lastenkirurgisella osastolla. Osastojen kansliaan jätettiin lasten- ja nuorten sairaalan johdon allekirjoittama saate- ja suostumuskirje, jossa kerrottiin haastattelun toteutuksesta ja josta löytyi tekijöiden yhteystiedot. Näin henkilökunnalla ja vanhemmilla oli mahdollisuus tutustua tarkemmin asiaan ja tarvittaessa ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin. Yhteydenotto

vanhempiin ja saate- ja suostumuskirjeen toimittaminen vanhemmille tapahtui pääsääntöisesti opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Tällä pyrittiin välttämään osastojen henkilökunnan työn kuormittamista. Yhteydenotto vanhempiin tapahtui pääsääntöisesti haastattelua edeltävä päivänä, jotta vanhemmilla ja lapsella olisi aikaa tehdä päätös halukkuudestaan osallistua haastatteluun.

Vanhemmille korostettiin seuraavia aineistonkeruuseen ja tulosten raportointiin liittyviä asioita. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonantajien ja heidän perheidensä henkilötietoja ei tuoda esille. Tulosten raportoinnissa kiinnitetään huomiota anonymiteetin säilyttämiseen, sillä aineiston otos on pieni ja tulosten luotettavuuden arvioimiseksi käytetään suoria lainauksia aineistosta. Tiedonantaja saattaa tunnistaa itsensä näistä suorista lainauksista, mutta ulkopuoliset eivät saa tunnistaa tiedonantajaa näistä ilmaisuista. (Vehviläinen-Julkunen 1997: 29, 31.) Tiedonantajalla ja vanhemmilla on oikeus saada tietoa itseään koskevan tiedon käytöstä ja tutkimuksessa saaduista tuloksista sekä oikeus tarkastaa itseään koskeva tieto (Leino-Kilpi - Välimäki 2003: 290-291). Saate- ja suostumuskirjeessä oli haastattelijoiden ja hankkeesta vastaavien henkilöiden yhteystiedot ja vanhemmille vielä kerrottiin ennen haastattelun aloittamista, että heillä on mahdollisuus saada tietoa opinnäytetyön tuloksista. Lupa haastattelulle pyydettiin joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti tapaamalla hyvissä ajoin ennen haastattelua. Tässä yhteydessä vanhemmat kertoivat lapselle haastattelusta ja alustavasti haastattelun toteutuksesta. Vanhemmille painotettiin ettei haastattelua suoriteta ilman vanhemman läsnäoloa, jotta lapsella säilyisi turvallinen olo uudessa ja vieraassa tilanteessa.

Ennen haastattelun aloittamista vanhemmille korostettiin uudelleen, että haastattelun voi keskeyttää koska tahansa ja kysyttiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelu aloitettiin vasta, kun lapsi oli selkeästi ilmaissut suoraan haastattelijalle suostuvansa 'jutteluun'. Lapsille kerrottiin haastattelun kulusta. Haastattelijat tarkkailivat lapsessa väsymisen merkkejä ja olivat tarvittaessa valmiita lyhentämään tai keskeyttämään haastattelun. Haastatteluja ei haluttu pitkittää liikaa, jotta lapsille jäisi haastattelusta miellyttävä muisto. Jo 5-6-vuotiaille lapsille muodostuu tutkimukseen osallistumisesta mieli- ja muistikuvia, jonka takia on tärkeää, että lapselle jää myönteinen kuva osallistumisesta (Ruoppila ym. 1999: 39). Aineistonkeruun loppuvaiheessa yhteistyöosastoilla oli saman hankkeen muitakin opiskelijaryhmiä suorittamassa haastatteluja. Koska aineistonkeruu

kohdistui rajattuun ikäryhmään ja tämän ikäryhmän lapsia oli vähän yhteistyöosastoilla, niin haastattelujen toteutuksessa oli vaikeuksia. Tutkijan on huomioitava, ettei tutkimus aiheuta fyysistä, psyykkistä eikä sosiaalista haittaa tiedonantajalle (Vehviläinen-Julkunen 1997: 26-27). Opinnäytetyön tekijät tekivät periaatteellisen päätöksen, ettei samaa potilasta haastatella kahden eri ryhmän toimesta.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkijaan, aineiston laatuun ja aineistonkeruuseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 36; Nieminen 1997: 216). Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan perehtyminen hoitotyön tutkimusmetodiikkaan ja tutkimusaiheen teoreettiseen viitekehykseen (Väisänen 200: 78). Tutkijan tulee sisäistää tutkijan rooli. Hänen tulee pyrkiä kuulemaan tiedonantajaa itseään antamatta omien ennakkokäsitystensä vaikuttaa siihen miten hän kuulee ja havainnoi. Tutkijan tulisi pohtia havaintojensa luotettavuutta ja niiden puolueettomuutta. (Tuomi - Sarajarvi 2002: 133.) Opinnäytetyön tekijät kokivat, etteivät ennakkokäsitykset ja kokemukset lasten sairaanhoidosta vaikuttaneet aineistonkeruun luotettavuuteen. Toisaalta työkokemus lasten sairaanhoidossa vaikutti positiivisesti vuorovai-  
kutussuhteen luomiseen lapseen ja hänen vanhempiinsa haastattelutilanteessa.

Aineiston valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaisuuden periaatetta siten, että tutkimuksen kohderyhmä valittiin tiettyjen kriteerien mukaan ja tiettyinä aikoina kahdella eri lastenkirurgisella yhteistyöosastolla hoidossa olevista potilaista (nämä kriteerit esitetty luvussa 5.2). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tulosten yleistettävyyys, vaan aineiston laatu korostuu, jotta tutkija onnistuu tavoittamaan tutkittavan ilmiön. (Nieminen 1997: 216.) Aineiston keruun kohderyhmänä oli 5-6-vuotiaat lapset. Iän mukaan haastattelut toteutuivat hyvin, koska molemmista ikäluokista haastateltiin yhtä monta lasta. Yksi haastateltava oli ehtinyt juuri täyttämään seitsemän vuotta. Sukupuolen mukaan haastateltavat jakautuivat siten, että tyttöjä oli kuusi ja poikia viisi. Aineiston kokoon vaikuttivat haastattelujen toteutusaikana yhteistyöosastoilla olevien potilaiden määrä, muut samaan aikaan haastatteluja tekevät hankkeen ryhmät, aineiston saturaatio ja tutkimusluvan päättymisen. Aineiston saturaatiolla haetaan vastausta haastateltavien määrään. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että haastatteluja jatketaan niin kauan kuin haastateltavilta saadaan tutkimuksen kannalta uutta

ja oleellista tietoa. Vastuu on kuitenkin tutkijalla ja hänen subjektiivisella päättelyllään, koska tässä vaiheessa ollaan. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 60.) Haastattelujen edetessä opinnäytetyöntekijät huomasivat pienempien lasten kuvaavan kipukokemustaan samankaltaisilla sanoilla ja lauseilla. Sen sijaan olisi ollut mielenkiintoista saada lisää aineistoa vähän isommilta lapsilta (6-7-vuotiailta), koska heiltä saatiin enemmän kipukokemusta kuvaavia ilmaisuja. Päädyttiin siihen, että 5-vuotiaiden lapsen haastatteluja oli riittävä määrä eli satu-raatio saavutettiin, mutta 6-7-vuotiaita lapsia olisi ollut hyvä saada haastateltua muutama lisää. Tämän esteenä oli kuitenkin tutkimusluvan päättyminen.

Hentisen ja Korttesluoman (1995: 122-123) mukaan tutkijan kokemus lapsen haastattelusta sekä teemahaastattelunrunгон esitetaus lisäävät varsinaisen haastattelun uskottavuutta ja luotettavuutta. Ennen opinnäytetyön suunnitelma- ja toteutusvaihetta perehdyttiin lapsen haastattelua koskeviin artikkeleihin ja kirjallisuuteen. Teemahaastattelurungon suunnittelussa näkyy opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus. Suunnittelussa pitäydyttiin liikaa hankkeen yhteisesti päättämässä teemahaastattelurungossa ja kuvamateriaalissa. Teema-alueita olisi voinut muokata enemmän oman työn aihetta vastaaviksi. Toisaalta teema-alueet ja kysymykset olivat monipuolisia. Kysymyksissä pyrittiin siihen, että ei johdateltaisi lasta antamalla hänelle valmiita sanoja tai ilmaisuja. Tarkoituksena oli saada lapsi kertomaan omin sanoin ja ilmaisuin kivun kokemuksestaan ja tuomaan esille ne asiat, mitkä olivat keskeisimpänä jääneet hänen mieleensä. Tässä onnistuttiin, mutta se vaikutti aineiston laajuuteen. Teemahaastattelurungon esitetaus olisi lisännyt aineistonkeruumenetelmän luotettavuutta.

Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa käytännön kokemusta haastattelun tekemisestä. Tämä vaikutti siihen, että haastattelutilanteessa ei aina onnistuttu tarttumaan ilmaisiin, joista olisi voinut kysyä vielä lisää. Lapsille esitettiin lisäkysymyksiä, jos he eivät ymmärtäneen kysymystä tai jos haastattelijat yrittivät saada lisää kipua kuvaavia ilmaisuja. Pienimmät lapset (viisivuotiaat) hämmentyivät lisäkysymyksistä, koska he olivat jo mielestään vastanneet kysymykseen. Isommat lapset (lähemmäs seitsemän vuotiaat) sen sijaan pohtivat ja yrittivät kuvailla kokemustaan useammalla sanalla. Hentisen ja Korttesluoman (1995: 122) mukaan tutkijan ja lapsen välinen vuorovaikutus ja kyky yhteistyöhön vaikuttaa haastattelutilanteen onnistumiseen. Haastatteluissa vuorovaikutus lasten kanssa oli luontevaa ja sujui hyvin.

Aineiston luotettavuutta lisää haastattelupäiväkirjan pitäminen, jolla pyritään kuvaamaan haastattelun etenemistä ja ilmapiiriä (Ivanoff - Laijärvi - Åstedt-Kurki 1999: 275; Nieminen 1997: 217). Opinnäytetyön tekijät eivät tehneet muistiinpanoja haastattelujen aikana, koska sen ajateltiin häiritsevän lapsen keskittymistä. Haastattelupäiväkirjaa kirjoitettiin välittömästi haastattelun päätyttyä. Tekijät arvioivat myös omaa rooliaan ja kehitystään haastattelijoina. Haastattelujen luotettavuutta lisää, että haastattelujen aloittamisesta ensimmäisen kahden viikon sisällä saatiin tehtyä haastatteluista jo puolet. Haastattelijat oppivat ja sisäistivät haastattelutekniikan paremmin, kun haastatteluja oli alkuvaiheessa tiheämmin. Loput haastatteluista tehtiin seuraavan 1,5 kuukauden kuluessa. Haastattelujen nauhoittamiseen perehdyttiin etukäteen. Haastattelut suoritettiin siten, että molemmat opinnäytetyön tekijät olivat paikalla. Tällä minimoitiin haastattelun tekniseen suoritukseen liittyvät virhemahdollisuudet. Yhden haastattelun kohdalla (haastattelua oli suorittamassa vain toinen tekijöistä) haastatteli unohti aloittaa nauhoituksen. Asia huomattiin haastattelun loppuvaiheessa. Keskusteltuaan asiasta lapsen ja isän kanssa, haastatteli saati luvan suorittaa haastattelun heti uudelleen. Luotettavuutta lisäsi, että haastattelijat olivat sopineet tietyn työnjaon haastatteluun, joka pidettiin samana koko aineistonkeruun ajan. Haastattelun luotettavuutta parantaa haastattelujen litterointi mahdollisimman nopeasti (Hirsjärvi - Hurme 2000: 185). Haastatteludialogien litteroinnit aloitettiin aineistonkeruuvaiheen aikana ja kolme viimeistä haastattelua litteroitiin heti viimeisen haastattelun jälkeen. Tällä ja haastattelupäiväkirjan pitämällä pyrittiin säilyttämään haastateltavan persoona muistissa ja säilyttämään haastatteluun liittyvät muut asiat muistissa (esim. keskeytykset, ilmeet, eleet, vanhempien kommentit, haastattelun kulku ja vuorovaikutus ).

Aineistosta analysoitiin vain ilmisältö, jotta objektiivisuus säilyisi eikä tulos perustuisi liikaa tekijöiden subjektiiiviseen näkemykseen (Kyngäs - Vanhanen 1999: 10). Aineiston analyysi vaatii tutkijalta kykyä tarkastella asioita eri näkökulmasta sekä luovuutta. Aineiston luokittelussa ja tulkinnassa ei ole vain yhtä totuutta, vaan tutkijan tulee luottaa omaan intuitioonsa. Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan tulee kirjata tarkasti analyysiprosessin vaiheet ja perustella luokitteluperusteensa. Hänen tulee esittää empiirisen tiedon ja luokittelun yhteys ja yhteensopivuus. (Nieminen 1997: 219.) Analyysivaiheen luotettavuuden haasteellisuus on siinä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja luokittelemaan sen niin, että se kuvaa mahdollisimman hyvin ja luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs - Vanhanen 1999:10). Analysoinnin jokaisessa vaiheessa palattiin aineistoon ja

läpikäytiin litteroitua tekstiä useamman kerran. Analysoinnissa pyrittiin mahdollisimman pitkälle käyttämään lasten alkuperäisiä lausumia luokkien sisällön määrittämiseen ja kuvailmiseen. Analyysiprosessi pyrittiin kuvaamaan tarkasti ja havainnollistamaan taulukoin. Haastatteluaineiston analyysi tulisi aloittaa mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen (Hirsjärvi - Hurme 2000: 185). Aineiston analyysi aloitettiin kuukausi haastattelujen jälkeen. Tämän ei katsottu vähentävän analyysin luotettavuutta, koska aineisto oli pieni. Luotettavuutta lisäsi analysoinnin tekeminen uudelleen kuukauden tauon jälkeen. Tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta lisää se, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päätelyä. Raportin tulee olla selkeästi kirjoitettu. Lukijalle tulee muodostua käsitys analysoinnin perusteista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta, jotta lukija pystyisi arvioimaan tulosten luotettavuutta (Nieminen 1997: 220; Tuomi - Sarajärvi 2002: 138) Tulosten raportoinnissa luotettavuutta lisää suorien lainauksien käyttö esimerkinomaisesti. Näin osoitetaan yhteys alkuaperäisaineiston ja analyysin välillä. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 10.) Tulosten raportointi tehtiin heti analysoinnin jälkeen. Raportoinnissa pyrittiin tuomaan esille lasten omia ilmaisuja kuvaamaan analysoinnin ja tulosten johdonmukaisuutta ja yhteensopivuutta. Opinnäytetyön tulokset eivät ole suoranaisesti siirrettävissä ja toistettavissa, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija ja tulkintaan vaikuttaa aina tutkijan subjektiivinen näkemys (Tuomi - Sarajärvi 2002: 133; Nieminen 1997: 215). Tulosten luotettavuutta lisää hankkeen sisällä tehdyt muut opinnäytetyöt, joiden aineisto on kerätty samalla aineistonkeruumenetelmällä ja näin ovat verrattavissa toisiinsa ja täydentävät toisiaan. Hanke tuo laajaasti tietoa lapsen kivun ja pelon kokemuksesta ja näin auttaa kehittämään hoitotyön käytäntöä. Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat luovuttamaan hankkeeseen liittyvät tuotokset ja kerätyn tutkimusmateriaalin hankkeen käyttöön ja edelleen kehiteltäväksi kuitenkin niin, että tekijänoikeudet ja niitä määrittelevä laki tulevat huomioituksi (Salmela 2003: 6).



## 8. POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön keskeiset tulokset ja niiden tarkastelu

Väisäsen (2000) tutkimuksen mukaan lapset osasivat kertoa kivun paikan. Hänen tutkimuksessaan tytöt kokivat enemmän kipua kuin pojat. Opinnäytetyömme tulosten perusteella lapset osasivat kertoa tai näyttää kivun paikan. Kipukokemuksen eroja tyttöjen ja poikien välillä ei työssämme tarkasteltu, koska otos oli niin pieni. Näitä sukupuolen välisiä eroja ei tullut esille myöskään muissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Väisäsen tulosten mukaan leikkauksen jälkeinen kipu oli voimakasta, kohtalaista ja lievää. Opinnäytetyössämme lasten kokema leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus oli yhteneväinen Väisäsen tutkimuksen kanssa. Myös Mört (2004), Komi (1991) ja Vihunen (1996) kuvasivat lasten kivun voimakkuutta vastaavanlaisin ilmaisin. Vihusen tutkimuksessa lapset kuitenkin kokivat enemmän kovaa tai sietämätöntä kipua kuin muissa tutkimuksissa tuli esille. Opinnäytetyössämme esille nousseita lasten sanoja ja ilmaisuja kivuntunteesta ja kivun voimakkuudesta on löydettävissä Väisäsen tutkimuksen tuloksista. Väisänen haastatteli kouluikäisiä lapsia ja hänen tutkimustuloksissaan lapset kuvasivat edellä mainittujen lisäksi kivun vaihtelua ja luonnetta, ajankohtaa, kivun aiheuttamaa haittaa ja kipua seurannutta tunnereaktiota. Näitä asioita ei tullut esille opinnäytetyömme aineistosta.

Pölkki (1996) oli haastatellut kouluikäisiä lapsia heidän kipukokemuksestaan ja hänen saamien tutkimustulosten mukaan eniten kipua lapsille aiheuttivat pistämiseen liittyvät toimenpiteet. Opinnäytetyömme tuloksissa pistämiseen liittyvä kipu nousi yhdeksi leikkauksen jälkeisen kivun alaluokaksi. Pölkki jakoi kivusta aiheutuvat kiputunteukset fyysisiin ja psyykkisiin. Opinnäytetyössämme saaduista kivuntunteen ilmaisuista yhteneväisiä Pölkin tutkimukseen olivat fyysisiä kivuntunteuksia kuvaavat sanat nipistävä ja kirvelevä, jotka liittyivät työssämme pistämiseen liittyvään kipuun. Psyykkisistä kivuntunteuksista nousi yhteneväiseksi Pölkin tutkimuksen kanssa jonkin asteinen epämiellyttävyyden tunne ja pelko.

Komin (1991) tutkimuksessa haastateltiin 4-5-vuotiaita lapsia kipumittarin avulla. Tulosten mukaan yli puolet lapsista koki vähän tai ei lainkaan kipua. Muutama lapsi ilmaisi kipumittarilla myös epä mukavuus- ja mielialakipua. Sanallinen ilmaisu piti yhtä kipumittarin

arvion kanssa. Tutkimuksen mukaan näytti kuitenkin siltä, etteivät lapset kertoneet sanallisesti kivusta, ennenkuin se on kovaa. Opinnäytetyömme tuloksissa pienemmät lapset eli 5-vuotiaat eivät aina osanneet erottaa kivuntunnetta kivun voimakkuudesta tai ilmaista sitä. Pieni lapsi kokee kipua usein kokonaisvaltaisemmin ja yleisenä epämukavuuden olona. Tästä syystä saattaa johtua, että pieni lapsi osaa kertoa kivusta vasta kun se on kovaa.

Vihusen (1996) tutkimuksen mukaan 3-8-vuotiaista nielurisaleikkauksessa olleista lapsista jopa 40 % koki voimakasta tai sietämätöntä kipua. Opinnäytetyömme tulosten mukaan lapset kokivat enimmäkseen kohtalaista tai lievää kipua leikkauksen jälkeen. Vihusen tutkimuksen aineiston keruussa käytettiin havainnointia, kyselyä ja kipumittaria. Tämä aineistonkeruumenetelmä saattoi tuoda esille tarkempaa tietoa kivun kokemuksesta, vaikkakin ei itsensä lapsen tuottamaa ja kuvailemaa tietoa. Vihusen tutkimus toi esille hyvin leikkauksen jälkeisen kivun akuutin luonteen. McGrathin ym. (2000) tutkimuksen mukaan 5-7-vuotiaat lapset osasivat kuvata kivun kestoa, voimakkuutta ja vaikutusta. Lasten kertoma kokemus akuutista kivusta kävi yhteen akuutin kivun luonteen mukaan. Opinnäytetyömme tuloksen mukaan lapsilta tuli useita erilaisia ilmaisuja kivun voimakkuudesta. Kivun kestosta ja vaikutuksesta ei sen sijaan noussut ilmaisuja aineistostamme. Työmme tuloksista kävi ilmi, että kipu oli lapsilla ohimenevää akuuttia kipua, jota oli ollut enimmillään tapaturman sattuessa tai leikkauksen jälkeen. Huomasimme, että jos lapsen leikkauksesta ja kipukokemuksesta oli pitkä aika, niin pienempien lasten oli vaikea muistaa kipua tai kuvailla sitä tarkemmin.

Wiroonpanich - Stricklandin (2004) tutkimustulosten mukaan 5-7-vuotiaat lapset osaavat kuvata ja arvioida kivun voimakkuutta, laatua, tunnetta ja luonnetta erilaisin sanoin, joka on tullut jo esille opinnäytetyössämme. Heidän tutkimuksensa mukaan lapset yrittivät aktiivisesti kommunikoida eri tavoin sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, jotta saisivat apua kipuun. Yleisen kehitysteorian mukaan tämän ikäiset lapset ovat aktiivisia ja heidän ajattelun ja puheen kehitys on nopeaa. Kuitenkin sairauden oireet, emootiot esim. pelko, persoona ja yksilölliset reagoitavat vaikuttavat verbaaliseen ja nonverbaaliseen kivun ilmaisuun. Haastattelujemme perusteella toteamme, että lapset kuvailevat kipua sanallisesti ja käyttävät ilmeitä ja eleitä apuna ilmaisussa. Woodgate - Kristjansonin (1996) tutkimuksen mukaan 2.5-6.5-vuotiaat lapset kuvasivat ikää ja kehitystasoansa vastaavalla tavalla kipukokemuksestaan sanallisesti. Vanhemmat lapset kuvasivat kipua monimutkaisemmin ja

kehittyneemmin ilmaisuin, kun taas nuoremmat lapset käyttivät useammin yksinkertaisia yksisanaisia kuvauksia. Tämä tuli esille selvästi opinnäytetyömme tuloksissa, 5-vuotiaat olivat arempia ja yksisanaisempia kun taas 6-7-vuotiaat rohkeampia ja kuvailevampia ilmaisuissaan.

Flinkman - Salanterän (2004) tutkimuksen mukaan lapset osasivat arvioida pelon voimakkuutta johdonmukaisesti. Lasten sanallinen ilmaisu pelon voimakkuudesta piti yhtä pelkomittarilla mitatun arvion kanssa. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että 5-6-vuotiaat pystyivät kertomaan omista kokemuksistaan ja peloistaan. Aineisto kerättiin kuva-avusteisella teemahaastattelulla. Tutkimus osoitti, että eniten lapset pelkäsivät kipua ja pistämistä. Lapsia pelotti ero vanhemmista ja outo ympäristö. Åstedt-Kurki (1999) tutki myös 4-6-vuotiaan lapsen kokemaa sairaalapelkoa. Hänen tutkimuksessaan yhdeksi pelon ulottuvuudeksi nousi kipu. Lapset olivat kokeneet hoito- ja tutkimustilanteissa kipua ja pelkäsivät sen takia uusia tutkimuksia. Erilaiset hoito- ja tutkimusvälineet ja neulat olivat pelottavia ja kipua tuottavia. Tärkeäksi nousi vanhempien läsnäolon vaikutus pelon kokemiseen. Pelon kokemukset liittyivät usein tilanteisiin, jolloin vanhemmat eivät olleet läsnä. Mörtin (2004) tutkimustulosten mukaan lapset kokivat sairaalassa kovaa, kohtalaista ja lievää kipua ja pelkoa. Woodgate – Kristjanson (1996) painottavat pelon, vihan, surun ja ahdistuksen negatiivista vaikutusta kivun kokemukseen. Pölkin (1996) tutkimuksen mukaan pelko ja fyysinen kivuntunne liittyvät toisiinsa ja pelko lisää fyysistä kiputuntemusta. Opinnäytetyössämme ei johdonmukaisesti kysytty pelosta, mutta muutamat lapset kuvailivat kivuntunnetta pelkona tai pelkäsivät kipua.

Opinnäytetyömme tuloksia verrattessa teoreettiseen viitekehykseen toteamme, että lapsen kipukokemus on yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus. Lapsi määrittelee kipua omien kokemuksiansa kautta. Lapsen kehitystaso ja persoona vaikuttavat siihen, miten lapsi ilmaisee kipua verbaalisesti ja nonverbaalisesti. 5-6-vuotias lapsi elää tässä ja nyt-aikaa ja kivun muistaminen ja kuvaileminen on vielä vaikeaa pienemmälle lapselle. Esikoululaisen 6-7-vuotiaan lapsen ajattelu, muisti ja puhe ovat määrällisesti ja laadullisesti kehittyneet niin, että tämän ikäisen on helpompi ymmärtää ja kuvailla kipua ja kertoa kivusta.

## 8.2 Opinnäytetyön tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyömme tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä, vaan kuvaavat ilmiötä tietynä ajankohtana tietyllä osastolla. Tulokset hankkeen muiden opinnäytetöiden kanssa antavat kuitenkin tärkeää tietoa alle kouluikäisten lasten kivun ja pelon kokemuksista. Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava, olemme syventäneet tietojamme leikki-ikäisen lapsen kehityksestä ja kivusta sekä perehtyneet aiheesta tehtyihin viimeisimpiin tutkimuksiin. Aineistonkeruu, analysointi ja tulosten raportointivaihe oli uusi kokemus meille kummallekin. Uuden tutkitun tiedon ja hoitotyön käytännön raja on lähentynyt opinnäytetyöprosessin aikana. Olemme saaneet uutta näkökulmaa omaan työhömmе, kun ymmärrämme lapsen kipukokemusta paremmin.

Opinnäytetyössämme käytimme teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Teemahaastattelu leikki- tai kuva-avusteisesti on sopiva menetelmä kerätessä tietoa alle kouluikäisten lasten kokemuksista. Lasten kokemuksia tutkittaessa on käytettävä luovasti erilaisia keinoja, jotka vaativat tutkijalta hyvää perehtymistä ja harjoittelua. Eettisyys koko opinnäytetyöprosessin aikana on erityisen tärkeä asia, kun tiedonantajina ovat lapset. Mielestämme on tärkeää, että lapselle jää positiivinen mielikuva tutkimukseen osallistumisesta.

Hoitotyöntekijälle on tärkeää nähdä asioita kokonaisvaltaisesti ja huomioida yksilöllisyys lapsen kivunhoidossa. Hoitotyöntekijällä tulee olla aikaa ja halua pysähtyä kuuntelemaan lasta ja juttelemaan lapsen kanssa. Lasta ei saa sivuuttaa, koska hän on kipunsa paras asiantuntija. Howardin (2003) mukaan lapsen kivun tutkimiseen tarvitaan kekseliäisyyttä ja uutta näkökulmaa (uusia innovaatioita). Mielestämme eri aineistonkeruumenetelmien yhdistäminen tuo laajuutta ja eri näkökulmia tutkimukseen. Haastattelu täydennettynä havainnoinnilla sekä kipumittarin käyttö sopii lapsen kokemuksen tutkimiseen alle kouluikäisillä lapsilla. Lasten kipukokemuksen tutkiminen on vielä aluillaan ja sitä tarvitaan tulevaisuudessa enemmän. Aikaisemmin on tutkittu ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä kouluikäisillä, mutta tutkimuksia näiden kivunlievitysmenetelmien käytöstä alle kouluikäisillä tarvitaan lisää. Vanhempien kokemukset lapsensa kivunhoidosta sairaalassa on myös tärkeä tutkimusaihe. Mielenkiintoista olisi saada tutkittua tietoa enemmän pelon yhteydestä kipukokemukseen. Kun tutkittua tietoa lapsen kipukokemuksesta ja kivunhoidosta saadaan lisää, on mahdollisuus toteuttaa hyvää näyttöön perustuvaa hoitoa.

## LÄHTEET

- Anttila, Raija - Eronen, Sanna - Kallio, Minka - Kanninen, Katri - Kauppinen, Laura - Paavilainen, Petri - Salo, Saara 2005: *Persoonaa 2 Kehityopsykologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Blomqvist, Cenita 2000: Aikuisen tehohoitopotilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, Eriika - Vartti, Anne-Marie (toim.): *Kivunhoito*. Tampere: Tammer-paino.
- Estlander, Ann-Mari. 2003: *Kivun psykologia*. Juva: WSOY.
- Flinkman, Tiina - Salanterä, Sanna 2004: Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16 (3). 121-131.
- Helgadóttir, Helga 2000: Pain Management Practices in Children After Surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 15 (5). 334-340.
- Hentinen, Maija - Korttesluoma, Riitta-Liisa. 1995: Laadullinen haastattelu lapsen kokemusten tutkimisessä. *Hoitotiede* 7 (3). 119-127.
- Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holopainen, Tarja - Lehtomäki, Pirjo 2002: Postoperatiivinen kivunhoito – potilaiden kokema leikkauksen jälkeinen kivun hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan keskusheräämössä. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Hyyppä, Markku 1982: *Kivun kasvot*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ivanoff, Päivi - Åstedt-Kurki, Päivi - Laijärvi, Heli 1999: Leikki-ikäisten kokema sairaalapelko. *Hoitotiede* 11 (5). 272-281.
- Jarasto, Pirkko - Sinervo, Nina 1997: *Alle kouluikäisen lapsen maailma*. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jokinen, Sirpa - Kuusela, Anna-Leena - Lautamatti, Visa. 1999: ”Sattuuko se?” Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Kalso, Eija 2002: Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Komi, Marjaana 1991: Lapsen postoperatiivinen kipu ja sen havaitseminen. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Korttesluoma, Riitta-Liisa - Hentinen, Maija - Nikkonen, Merja 2003: Conducting a qualitative child interview: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (5). 434-441.
- Kyngäs, Helvi -Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.

- Latvala, Eila - Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2003: Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.
- McGrath, Patricia - Speechley, Kathy - Seifert, C.E. - Biehn, J.T. - Cairney, A.E.L. - Gorodzinsky, F.P. - Dickie, G.L - McCusker, P.J. - Morrissey, J.R. 2000: A survey of children's acute, recurrent, and chronic pain: validation of the Pain Experience Interview. *Pain*, 87. 59-73.
- Mört, Susanna 2004: Lasten ja heidän vanhempiensa kokemukset ja tyytyväisyys lapsen sairaalassa saamasta kivunhoidosta. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos.
- Nieminen, Heli 1997: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Pölkki, Tarja - Rissanen, Lea - Pietilä, Anna-Maija 1997: ”Tuntuu kuin siili nippais jalakaan...” Kouluikäisten lasten kipukokemuksia sairaalassa. *Hoitotiede* 9 (4). 159-168.
- Pölkki, Tarja - Pietilä, Anna-Maija - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2003: Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* 1(2). 22-27.
- Ruoppila, Isto 1999: Lasten tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Ruoppila, Isto - Hujala, Eeva - Karila, Kirsti - Kinos, Jarmo - Niiranen, Pirkko - Ojala, Mikko (toim.): Varhaiskasvatuksen tutkimusmenetelmiä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sailo, Eriikka 2000: Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino.
- Sailo, Eriikka 2000: Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino.
- Salanterä, Sanna - Hagelberg, Nora - Kauppila, Marjo - Närhi, Matti 2006: Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Salmela, Marja 2003: Kulttuuri Lasten pelon ja kivun lievittäjänä. Lasten kivun ja pelon hoitotyön tutkimus- ja kehittämishanke. Projektisuunnitelma.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Sihvonen, Marja - Vihunen, Riitta 1998: Kasvoasteikon käyttö lapsen kivun itsearviointimenetelmänä. *Hoitotiede* 10 (3). 123-133.

- Takala, Annika - Takala Matti, 1988: Psykologinen kehitys lapsuusiässä. 3. painos. Porvoo: WSOY.
- Vainio, Anneli. 2002: Tunnemeko kipua? Kipu ja tunteet. Teoksessa Kalso, Anneli - Vainio, Eija (toim.): Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vainio, Anneli. 2002: Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Kalso, Anneli - Vainio, Eija (toim.): Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri - Pietilä, Anna-Maija - Kankkunen, Päivi 1999: Kansainvälisten kipumittareiden käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä. Hoitotiede, 11 (5). 263-271.
- Vihunen, Riitta 1996: Lapsen kivun arviointi ja hoito kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketieteen ja perusterveydenhoidon laitos.
- Väisänen, Marjut 2000: Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito -kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Wiroonpanich, Wantanee - Strickland, June 2004: Normalizing: postoperative acute abdominal surgical pain in Thai children. Journal of Pediatric Nursing, 19 (2). 104-112.
- Woodgate, Roberta - Kristjanson, Linda J. 1996: "Getting Better From My Hurts": Toward a Model of the Young Child's Pain Experience. Journal of Pediatric Nursing, 11 (4). 233-242.

Hakija Sairaanhoidon opiskelijat ~~Minna~~ Touru ja Pia Molnár  
Marianne

Esittelijä Johtava ylihoitaja Leena Lindén

Asia **TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OPINNÄYTETYÖLLE: KULTTUURI LAPSEN KIVUN JA PELON LIEVITTÄJÄNÄ: 5-6 VUOTIAAN LAPSEN KOKEMUS LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUSTA**

Perustelut Olen tutustunut minulle esitettyyn tutkimuslupahakemukseen ja siihen liittyvään oheismateriaaliin ja pidän tutkimusta tieteellisesti tärkeänä. Tutkimuslupahakemuksesta käy ilmi tutkimusluvan myöntämisen kannalta oleelliset seikat. Tutkimuksen vastuuhenkilöinä toimii Lasten ja nuorten sairaalassa vastaava ylilääkäri Harry Lindahl ja ylihoitaja Inger Mäenpää. Tutkimuksen suorittaa opinnäytetyönään Helsingin ammattikorkeakoulun Stadian sairaanhoidon opiskelijat ~~Minna~~ Touru ja Pia Molnár. Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtM Marja Salmela.  
Marianne

Päätös Edellä esitetyn perusteella päätän, että sairaanhoidon opiskelijoille ~~Minna~~ Tourulle ja Pia Molnárille myönnetään tutkimuslupa esitetylle tutkimukselle ajalle 8.11.2004 - 30.5.2005.  
Marianne

Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten potilastietojen kopioiden hävittämisestä.

Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto ylihoitaja Inger Mäenpäälle.

Sovelletut oikeusohjeet HUS, Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002  
HUS, Hallituksen päätös § 82/13.3.2000  
HUS, toimitusjohtajan päätös § 168/2002  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)  
Henkilötietolaki (523/1999)  
Laki Viranomastoiminnan julkisuudesta (621/1999)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvallan peruste HUS Yleiskirje 22/2000  
Veli Ylitalo  
Toimialajohtaja, LNS

JAKELU Marianne Touru  
Pia Molnár



SAATEKIRJE LAPSEN VANHEMMILLE

8.9.2004

## KULTTUURI LAPSEN PELON JA KIVUN LIEVITTÄJÄNÄ

Lasten kivun ja pelon hoitotyön tutkimus- ja kehittämishanke  
HUS Lasten ja nuorten sairaalan, Helsingin ammattikorkeakoulun ja Turun yliopiston Hoitotieteen  
laitoksen yhteistyöprojekti

Hyvät vanhemmat

Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, HUS Lasten ja nuorten sairaala sekä Turun yliopiston Hoitotieteen laitos ovat käynnistäneet yhteisen tutkimus- ja kehittämishankkeen Kulttuuri lapsen pelon ja kivun lievittäjänä. Hankkeen tarkoituksena on taiteen, tieteen ja koulutuksen keinoin kehittää hoitotyötä 2 – 6 -vuotiaiden lasten kivun ja pelon lievittämiseksi sairaalassa. Hanke on viisivuotinen ja sen aikana kootaan tietoa leikki-ikäisten lasten sairaalapelosta ja kivun kokemuksista sairaalassa. Kootun tiedon perusteella kehitetään ja testataan erilaisia leikkiin ja mielikuvituksen käyttöön perustuvia pelon- ja kivunlievitysmenetelmiä lasten ja heidän perheittensä tueksi.

Kehittämishankkeen aineisto kootaan haastattelemalla leikki-ikäisiä lapsia Lastenlinikalla. Haastattelujen tarkoituksena on koota tietoa lasten omista ajatuksista, mahdollisista peloista tai kipukokemuksista sairaalassa sekä heidän käyttämistään selviytymiskeinoista pelottavissa ja kivuliaissa tilanteissa. Lapsia haastattelevat Helsingin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat opinnäytetöinään. Haastatteluille on saatu lupa sairaalan eettiseltä toimikunnalta..

Lisätietoja hankkeesta ja lasten haastatteluista antavat mielellään hankkeen opinnäytetöitä koordinoiva opettaja TtM Marja Salmela (puh 09-31081666), opinnäytetöiden ohjaaja ThM Eila-Sisko Korhonen (puh. 31081641) Helsingin ammattikorkeakoulusta ja opinnäytetöiden tekijät Pia Molnar ja Marianne Tournu (puh. 050-5911555).

Helsingissä   1   /   11   2004

Harry Lindahl  
Lastenkirurgian vastaava ylilääkäri



Inger Mäenpää  
Lastenkirurgian ylihoitaja

## SUOSTUMUSKIRJE HAASTATTELUA VARTEN LAPSEN VANHEMMILLE

Hyvät vanhemmat

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa. Opiskeluamme kuuluu opintojen loppuvaiheessa opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on 5-6-vuotiaan lapsen kokemus leikkauksen jälkeisestä kivusta. Opinnäytetyömme tavoitteena on saada lapsi omin sanoin kertomaan kipukokemuksestaan. Tarkoituksena on kuvata ja oppia ymmärtämään sairaalassa olevan lapsen kokemusta kivusta.

Työmme on osa suurempaa tutkimus- ja kehittämishanketta, johon kuuluvat Helsingin ammattikorkeakoulun lisäksi HUS-piirin Lasten ja nuorten sairaala sekä Turun yliopiston Hoitotieteen laitos. Tutkimus- ja kehittämishankkeen tarkoituksena on taiteen, tieteen ja koulutuksen keinoin kehittää 2 – 6 -vuotiaan lapsen pelon ja kivun lievitystä sairaalassa. Opinnäytetyötämme ohjaa Eila-Sisko Korhonen Helsingin ammattikorkeakoulusta (puh. 09-310 81641).

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston keräämme haastattelemalla leikki-ikäisiä lapsia Lasten ja nuorten sairaalassa. Haastatteluissa keskustelemme lapsen kanssa käyttäen apuna kuvamateriaalia. Haastattelut kestävät 10 – 20 minuuttia ja ne nauhoitetaan kasetille. Vanhemmat / lapsen huoltaja voivat halutessaan olla mukana haastattelun aikana.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja Teillä on oikeus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se mikäli koette sen tarpeelliseksi. Lapselta saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Hänen henkilöllisyyttään ei paljasteta missään vaiheessa. Ennen haastattelua pyydämme lapselta suostumuksen haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelu keskeytetään, mikäli lapsi väsyä tai osoittaa, että ei halua jatkaa keskustelua.

Pyydämme Teiltä ystävällisesti lupaa saada haastatella lastanne. Lapsenne antamat tiedot ovat arvokkaita ja merkityksellisiä. Tutkimustulosten avulla voidaan kehittää lastenhoitotyötä ja lievittää lapsen sairaalassa kokemaa pelkoa ja kipua. Lisätietoja voitte kysyä allekirjoittaneilta tai opinnäytetyömme ohjaajalta.

Yhteistyöstä kiittäen

\_\_\_\_\_  
Marianne Touru (puh. 050-5911555)      Pia Molnár (puh. 0400-464024)

-----  
Annan suostumukseni lapseni tutkimukseen osallistumiseen.

Lapsen nimi \_\_\_\_\_, henkilötunnus \_\_\_\_\_

Helsingissä \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2005

\_\_\_\_\_  
Vanhemman/huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennös

## 5-6-VUOTIAAN LAPSEN KOKEMUS LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUSTA

### TEEMAHAASTATTELURUNKO

#### 1. ALOITUS

- Mikä sinun nimesi on?
- Voimmeko jutella sinun kanssasi?
- Kuinka monta vuotta sinä olet?

#### 2. LAPSEN TULO SAIRAALAAN

- Miksi tulit sairaalaan? / Minkä takia tulit sairaalaan? / Mitä sinulle on tapahtunut?

#### 3. KIPU (kuvat 1, 2 ja 3)

- Mitä Manulle / Pupu Tupunalle tapahtuu kuvassa?
- Miltä Manusta / Pupu Tupunasta tuntuu kuvassa?
- Kuinka paljon Manua / Pupu Tupunaa sattuu?
- Kuva 3 kysytään myös:  
Onko sinua pistetty?  
Mihin sinua on pistetty?  
Miltä pistäminen tuntui? Kuinka paljon pistäminen sattui?

#### 4. OMA KIPU

- Sattuuko sinua nyt? / Onko sinua sattunut aikaisemmin?
- Mihin sinua sattuu?
- Milloin sinua sattuu? / Mitä tehdessä sinua sattuu?
- Kuinka paljon sinua sattuu?
- Miltä sinusta tuntuu, kun sinua sattuu?
- Mitä se sattuminen on? Osaatko kuvailla, mitä se sattuminen on?
- Minkälaista se sattuminen on?

#### 5. LOPETUS

- Mikä oli kiva juttu täällä sairaalassa?
- Mikä oli huono juttu täällä sairaalassa?
- Nyt voit sanoa ihan mitä vain nauhalle, jos haluat?
- Haluatko kuunnella puhettasi nauhalta?
- Annetaan lapselle positiivista palautetta ja kiitetään haastattelusta
- Annetaan tarra





