

5-6-VUOTIAIDEN LASTEN PELOT SAIRAALASSA

Vilma Lotta Talka
Pro gradu –tutkielma
Hoitotiede
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Tammikuu 2009

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TALKA, VILMA LOTTA: 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa

Pro gradu –tutkielma, 66 sivua, 6 liitesivua

Ohjaajat: TtT, dosentti Marja Kaunonen ja TtM, assistentti Anja Rantanen

Hoitotiede

Tammikuu 2009

Hoitotieteellistä leikki-ikäisten pelkoihin liittyvää tutkimusta on tehty Suomessa ja ulkomailla hyvin vähän. Tutkimukset painottuvat lähinnä pelon määrän tutkimiseen eri tilanteissa ja kouluikäisten lasten sairaalapelkoihin. Lasten pelkoja on lähinnä tutkittu kysyen asiaa joko vanhemmilta tai lasten hoitajilta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata lasten pelkokokemuksia, jotta sairaalassa koettuja pelkoja kyettäisiin lievittämään nykyistä tehokkaammin. Tutkimustulosten avulla on tarkoitus kehittää lasten sairaanhoitoa. Tutkimustehtävänä on kuvata mitä 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalassa ja kuinka paljon he pelkäävät sairaalassa.

Tutkimus on laadullinen ja lapsilta kysyttiin heidän kokemistaan peloista sairaalassa teemahaastattelun avulla. Teemat muodostuivat aikaisempien tutkimusten perusteella. Haastattelujen apuna käytettiin nukkeja. Pelon määrää kysyttiin kuvallisella VAS-asteikolla. Lapset saivat myös piirtää haastattelun aikana. Haastatteluihin osallistui kaksitoista 5-6-vuotiasta lastenosastolla hoidettavana ollutta lasta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Tutkimustulosten mukaan lasten pelot on jaettavissa kolmeen luokkaan; pelot sairaalaympäristöä kohtaan, toimenpiteisiin kohdistuvat pelot sekä lapseen itseensä kohdistuvien tuntemusten pelot. Sairaalaympäristöstä lapset pelkäsivät ympäristöä, kuten sairaalaan tuloa, pimeää ja erilaisia ääniä sekä hoitovälineitä, kuten tippalaskuria, tippaletkua, insuliinipumppua, ja kanyylyä. Toimenpiteisiin kohdistuvia pelkoja lapsilla olivat pistämisen pelko, jota aiheutti verinäytteen ottaminen, kanyylin ja insuliinipumpun laitto sekä itse pistäminen. Lisäksi pelkoja lapsille aiheuttivat lääketieteelliset toimenpiteet, kuten röntgenkuvan ottaminen, leikkaus, nukutus ja erilaiset tutkimukset. Omaan kehoon kohdistuvia tuntemuksia, jotka pelottivat lapsia olivat turvattomuus sekä fyysiset tuntemukset. Turvattomuutta lapsille aiheuttivat ero vanhemmista ja yksinolo. Fyysinen tuntemus, joka aiheutti lapsille pelkoja oli kipu. Kuvallisella VAS-asteikolla mitattuna lapset pelkäsivät sairaalassa keskimäärin jonkin verran (VAS, k.a. = 47).

Lapset ovat yksilöitä, joilla on oma arvonsa ja heitä halutaan kuunnella heidän omiin asioihinsa liittyen. Lapsen äänen kuuluviin saaminen tutkimuksen keinoin on hyvin tärkeää ja omalta osaltaan vahvistaa tämän päivän tutkimustiedon ja hoitamisen peruslähtökohtaa eli näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Maassamme tarvitaan lisätutkimusta leikki-ikäisten lasten pelkokokemuksista sairaalassa.

Asiasanat: 5-6-vuotias lapsi, pelko, lapsen haastattelu, kuvallinen VAS-asteikko

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

TALKA, VILMA LOTTA: Fears of pre-school children in hospital

Master's thesis, 66 pages, 6 appendix pages

Supervisors: Marja Kaunonen, PhD, Adjunct Professor and Anja Rantanen, MNSc,
Assistant Professor

Nursing Science

January 2009

Research into pre-school children's fears in hospital has been carried out only a little both in Finland and worldwide. Studies mainly focus the amount of fear in different situations and fears of school-aged children. Fears of children have been studied by asking parents or nurses about it. The purpose of this study is to get extra information about children's experiences of fear in hospital in order to alleviate those more than now. The aim of this study was to describe what five to six year old children fear during hospitalization and what is the depth of their fear.

The approach of this study is qualitative and children themselves were asked about their experiences of fear in hospital by theme interview. The themes of the interview were based on previous studies in nursing science. Dolls were used to help carry out the interviews. Children were also allowed to draw during the interview. Twelve children at the age of five to six, on a paediatric ward, participated in the study. The data was analysed by the means of the content analysis method.

Study results indicate, that fears of the children in the study can be divided into three categories; fears of the hospital environment, fears of the operations and fears that focused on the children themselves. About hospital environment pre-school children feared among other things coming into the hospital, dark and different kinds of sounds and nursing equipment such as intravenous drip counter, intravenous drip tube, insulinpump, and cannula. Fears that focused on operations were fear of a needle stick, that was caused by taking a blood example, putting the cannula, and the insulinpump and the needle stick. In addition children feared medical operations such as taking the ex-ray, the operation, anaesthesia and different kinds of examinations. Feelings in child's own body that feared them were insecurity and physical feelings. The things that made children fear in insecurity were separation of parents and being alone. Physical feeling that made children fear was pain. In the pictured VAS-scale children feared on average a little (VAS, avg. = 47).

Today children are seen as individuals who has their own esteem and one wants to listen to them about their own matters. Getting the voice of the child loud by the methods of the studies is very important and also strengthens today's knowledge of the studies and the base of nursing in other words evidence based nursing. Further research is needed in the experiments of fear of pre-school children in hospital.

Keywords: Pre-school child, fear, child interview, pictured VAS-scale

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 7 |
| 2.1 Lapsen kehitys leikki-iän loppupuolella | 7 |
| 2.1.1 Motorinen kehitys | 7 |
| 2.1.2 Kielen kehitys | 8 |
| 2.1.3 Sosiaalinen kehitys | 9 |
| 2.1.4 Psyykinen kehitys | 10 |
| 2.2 Leikki-ikäinen lapsi potilaana | 12 |
| 2.3 Pelko käsitteenä | 13 |
| 2.4 Leikki-ikäisen lapsen pelot | 15 |
| 2.5 Leikki-ikäisten lasten sairaalapelot tutkimusten valossa | 18 |
| 2.6 Leikin merkitys lapselle | 23 |
| 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 25 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 25 |
| 4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat | 25 |
| 4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä | 27 |
| 4.3 Lasten haastattelun erityispiirteitä | 29 |
| 4.4 Tutkimukseen osallistujat ja tutkimuspaikka | 32 |
| 4.5 Aineiston keruu | 33 |
| 4.6 Aineiston analysointi sisällön analyysillä | 36 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET | 40 |
| 5.1 Lasten pelot sairaalassa | 40 |
| 5.1.1 Pelot toimenpiteitä kohtaan | 40 |
| 5.1.2 Sairaalaympäristöstä aiheutuvat pelot | 42 |
| 5.1.3 Pelkoja, jotka aiheutuivat omaan kehoon kohdistuvista tuntemuksista | 43 |
| 5.2 Lasten ajatuksia sairaalasta | 44 |
| 5.3 Lasten arviot pelon määrästä sairaalassa | 45 |

| | |
|--|----|
| 6 POHDINTA | 46 |
| 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua | 46 |
| 6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset | 49 |
| 6.3 Tutkimuksen luotettavuus | 50 |
| 6.4 Päätelemät ja jatkotutkimusaiheet | 54 |
| | |
| LÄHTEET | 57 |
| | |
| LIITTEET: | |
| Liite 1. Vanhempien lupalomake | 67 |
| Liite 2. Haastatteluteemat | 69 |
| Liite 3. Lapsen taustatietolomake | 70 |
| Liite 4. Kuvallinen VAS-asteikko | 71 |
| Liite 5. Sisällön analyysi kokonaisuudessaan | 72 |

1 JOHDANTO

Lapsen sairastuminen ja sairaalaan joutuminen aiheuttaa stressiä sekä lapselle että koko perheelle. Lapsen pelon hoitaminen on yksi sairaanhoitajan vaikeimmista tehtävistä. Sairaalassa on tekijöitä, jotka aiheuttavat jo aikuisellekin pelkoja, saati sitten pienelle lapselle. Sairaala on uusi ja outo ympäristö lapselle. Lapsen joutuminen sairaalaan tarkoittaa luopumista tutusta kodin ympäristöstä ja sopeutumista sairaalan outoon ympäristöön ja outoihin, uusiin ihmisiin. Lapsen sairastuessa äkillisesti vanhemmille ei jää aikaa valmistella lasta sairaalaa varten, jolloin lapselle voi syntyä pelkoja, jotka olisi voitu ehkäistä valmentautumisen avulla. Lapsi saattaa olla myös ensimmäisiä kertoja yön poissa kotoa. (Kantero, Levo & Österlund 1996; Ivanoff, Åstedt-Kurki & Laijärvi 1999; Hiitola 2000; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001; Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2006.)

Lasten pelkoja on tutkittu paljon (Bar-Mor 1997; Nicastro & Whetsell 1999; Ollendick, King & Muris 2002; Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2003; King, Muris & Ollendick 2005; Bayer, Sanson & Hemphill 2006; Simmons, McFann, Brown, Rewers, Follansbee, Temple-Trujillo, & Klingensmith 2007). Edellä mainituissa tutkimuksissa tutkimusjoukon ikää ei ole rajattu ja tutkimusjoukkona ovat olleet lapset yleensä. Niissä lasten pelkoja ei ole tutkittu missään tietyssä kontekstissa.

Kouluikäisten lasten sairaalapelkoja on tutkittu huomattavasti enemmän viime aikoina kuin leikki-ikäisten lasten pelkoja sairaalassa (mm. Chaiyawat & Brown 2000; Nelson & Allen 2000; Gupta, Mitchell, Giuffre & Crawford 2001; Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2003; Mahat & Scoloveno 2003; Mahat, Scoloveno & Cannella 2004; Mahat & Scoloveno 2006). Leikki-ikäisiin kohdistuvaa sairaalapelon tutkimusta on saatavilla hyvin niukasti. Tämä voinee johtua siitä, että kouluikäisiä lapsia on helpompi haastatella ja heillä on kehittyneemmät kommunikaatiotaidot ja he ovat siten helpompia tiedonantajia. Pieniä lapsia myös usein epäillään haastattelun tiedonantajina (Kirmanen 2000; Kyrönlampi-Kylmänen 2007). Suomessa vuosina 1979-2004 sellaisia hoitotieteellisiä pro gradu-tutkimuksia, lissensiaatti- tai väitöskirjatöitä, joissa tutkimusaineisto on kerätty ainoastaan lapsilta, on tehty 68 kappaletta, Näissäkin tutkittavat lapset olivat pääasiassa terveitä, kouluikäisiä lapsia ja nuoria. Lasten näkökulmasta toteutettuja tutkimuksia on tällä hetkellä

todella vähän ja erityisesti alle kouluikäisten tutkimusta on niukasti. (Pelander, Nuutila, Salanterä & Leino-Kilpi 2006.)

Pelot ovat olennainen osa lapsen kasvua ja kehitystä. Lapsen kasvaessa ja kehittyessä turvallisessa ympäristössä ja saadessa tukea pelon kohtaamiseen ja hänestä kasvaa itsenäinen ja hyvän itsetunnon omaava aikuinen, joka ei kärsi elämää hallitsevista peloista. (Gullone 2000.)

Tällä hetkellä leikki-ikäisten lasten sairaalapelkoja on tutkittu yleisesti kohdistamatta tutkimusta tarkemmin mihinkään ikä- tai sairausryhmään (Kirmanen 2000; Hsu 2004), lastenosastolla (Ivanoff ym. 1999), päiväkirurgiassa (Flinkman & Salanterä 2004) sekä virtsan refluksen gammakuvaustutkimuksen yhteydessä poliklinikalla (Luotolinna-Lybeck 2003).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, mitä 5-6-vuotiaat lapset pelkävät sairaalan lastenosastolla sekä selvittää, kuinka paljon lapset pelkävät sairaalassa. Tutkimustiedon saaminen lasten kokemuksista auttaa hoitotyöntekijöitä eläytymään lasten kokemusmaailmaan ja auttamaan lasta hänelle outojen hoitotoimenpiteiden aikana sekä pyrkimään kohti lapsikeskeistä hyvää hoitoa (Kortesluoma & Hentinen 1995).

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lapsen kehitys leikki-ikäisen loppupuolella

2.1.1 Motorinen kehitys

Leikki-ikäillä tarkoitetaan ikävuosia yhdestä kuuteen. Leikki-ikä voidaan jakaa varhaiseen ja myöhäiseen leikki-ikäen tai taaperoihin ja palleroihin. (Kantero, Levo & Österlund 1997; Minkkinen, Jokinen, Muurinen & Surakka 1997.) Leikki-ikäisen lapsen mielikuvitusmaailma on hyvin rikas ja se voi aiheuttaa pelkoja, jotka voivat olla epärealistisia ja kuviteltuja (Wolman 1979). Leikki-ikäiselle lapselle oman ruumiin koskemattomuus on tärkeää (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2006).

Viisivuotiaana lapsi kävelee portaat alas vuoroaskelin ja hyppii jo melko ketterästi vuorojaloin, heittää palloa ja ottaa sen kiinni taitavasti. Myös luistelu ja hiihto alkavat sujua. Lapsi käyttää käsiään mielellään, piirtää, kirjoittaa ja värittää. Lapsi osaa myös käyttää ruokailuvälineitä ja sitoa kengännauhat. Viisivuotias lapsi osaa piirtää erilaisia merkityksellisiä kuvioita, luettelee numeroita ja osaa kirjoittaa oman nimensä. Kouluiän lähestyessä lapsi on melko kätevä erilaisissa käytännön taidoissa, joita hän harjoitteleekin aktiivisesti. (Minkkinen ym. 1997; Ivanoff ym. 2001.) Leikki-iässä lapsen hieno- ja karkeamotoriikka kehittyvät. Kuusivuotias lapsi on oppinut jo motorisen kehityksen perusvalmiudet ja alkaa hioa motorisia taitojaan yksityiskohtaisemmin. (Ivanoff ym. 2001.)

2.1.2 Kielen kehitys

Kielen kehitys edellyttää, että lapsen aivot ja muut elimet ovat valmiita tuottamaan ja ymmärtämään puhetta. Lapsi oppii, jos hän saa kielellisiä virikkeitä. Jos kielen herkkyykskaudet sivuutetaan, kehitys voi vaikeutua. Yleensä lapsi pystyy tuottamaan sanoja vasta, sitten, kun hän ymmärtää niiden merkityksen jossain tilanteessa. (Ivanoff ym. 2001.)

Esioperationaalaisessa vaiheessa olevat lapset (2-6-vuotiaat) ajattelevat hyvin konkreettisesti ja itsekeskeisesti. Lapsen kielessä sanojen merkitykset saattavat olla joko laajempia tai suppeampia kuin aikuisten kielessä. Tämän ikäinen lapsi vastaa yleensä esitettyihin kysymyksiin täsmällisesti mutta yksipuoleisesti. (Kortesuoma & Hentinen 1995.) 5-vuotias lapsi hallitsee jo yli tuhat sanaa ja käyttää 5-6-sanaisia lauseita. Tässä iässä omatekoiset taivutusmuodot vähenevät. Useilla kysymyksillään viisivuotias lapsi kasvattaa sanavarastoaan ja laajentaa maailmankuvaansa. (Ivanoff ym. 2001.)

Esikouluikäinen lapsi hallitsee jo noin 14 000 sanaa ja taitaa jo äidinkieltänsä taivutussäännöt. Kuusivuotias oivaltaa, että sanat muodostuvat erilaisista äänneistä eli niin sanottu foneeminen tietoisuus kehittyy. Lapsi keskittyy kuuntelemaan puhetta ja esittää kysymyksiä kuulemastaan. Hän oivaltaa kielen merkityksen kommunikaatiossa. Kielelliselle kehitykselle on erityisen tärkeää, että lapsen kanssa puhutaan paljon, hänelle selitetään asioita ja luetaan kirjoja. (Ivanoff ym. 2001.) 6-vuotiaana lapset kykenevät kuvailemaan ja tuomaan esille ideoitaan ja tuolloin heidän kielelliset valmiutensa ja taitonsa ovat kehittyneet ja aikakäsitys on selkeä. (Kyrönlampi-Kylmänen 2007.)

Sanavarasto kasvaa ja lapsi tajuaa sanojen merkityksen, alkaa kysellä ja keksii mielikuvitustarinoita, pitää loruista ja kuuntelee satuja. (Kantero ym. 1997.)

Mitä nuorempi lapsi on, sitä todennäköisemmin hän tuottaa yksinkertaisia ja konkreettisia selityksiä, käyttää vähän toiminnallisia ilmaisuja ja vain muutamia termejä kuvaamaan terveyttä ja sairautta. Iän mukana tulevat monimutkaisemmat selitykset ja ajatukset. Lapset usein kokevat sairauden kohtalona ja hoitotoimenpiteet rangaistuksina. (Eiser 1991a; 1991b; Hiitola 2000.) Okkosen ym. (2007) tutkimuksessa 5-6-vuotiaat lapset kuvasivat terveyttä hyvänä olona ja mahdollistajana. Terveys mahdollisti mukavien asioiden tekemisen. Terveys kytkeytyi turvallisuuteen siten, että lapsen hyvän sekä turvallisen olon paikat olivat samoja. (Okkonen ym. 2007.)

Kuusivuotiaalla lapsella on suhteellisen hyvä kokonaiskäsitys ruumiinsa toiminnoista, mutta huonompi käsitys siitä, miten ihmisen sisällä olevat elimet vaikuttavat hänen ulkoiseen toimintaansa. Vasta myöhemmin lapsi pystyy hahmottamaan erilaiset strukturoidut tehtävät, esimerkiksi että jalkojen lihakset koukistavat jalkaa. Lasten ymmärrys kehittyy prosessina eri vaiheiden kautta, jossa alle 6-vuotiaana nähdään sairauden syy ja vaikutus välittömästi ajassa. Sairauden syy 6-7-vuotiaalla lapsella on jokin määrittelemätön infektio. Vasta myöhemmässä iässä lapsi käsittää, että sairaus johtuu mikro-orgasmeista, esimerkiksi bakteereista sekä sen, että eri taudit johtuvat erilaisista organismeista. (Eiser 1991a; Hiitola 2000.)

Jopa lapsi vailla henkilökohtaista kokemusta sairaalasta tietää, että ihmiset menevät sairaalaan ambulanssilla ja että he eivät voi syödä ennen leikkaukseen menoa. Jo kaksivuotiaasta lähtien lapsilla on mielikuvia siitä, millainen sairaala on ja mitä siellä tapahtuu. Nämä tiedot ovat peräisin televisiosta, kirjoista ja toisten ihmisten kertomuksista enemmän kuin heidän omista kokemuksistaan. (Eiser 1991a; 1991b.)

2.1.3 Sosiaalinen kehitys

Sosiaalisen kehityksen pääpiirteet leikki-iässä ovat minäkäsityksen kehittyminen, kulttuurille ominaisten toimintatapojen oppiminen, vanhempien tärkeys ja perheenjäsenten tunteminen, kehotusten noudattaminen sekä halu auttaa kotiaskareissa. Itsenäistymisen

tarpeet lisääntyvät ja leikit muuttuvat rinnakkaisleikeistä yhteisleikeiksi. Uteliaisuutta, luovuutta ja kerskailuakin alkaa esiintyä leikki-iän loppuvaiheessa. (Kantero ym. 1997.)

Viisivuotias ei ole enää yhtä avoin puheissaan eikä toiminnoissaan kuin aiemmin. Hänellä on voimakas tarve tehdä asiat oikein ja toimia yhteisön sääntöjen mukaisesti. Tämä näkyy siten, että lapsi alkaa kysellä vanhempien mielipiteitä ja käsityksiä asioista. Viisivuotiaana lapsi on melko sosiaalinen. Hän haluaa olla paljon ikäistensä lasten seurassa ja jakaa iloja ja suruja heidän kanssaan. Hän osaa ottaa hyvin huomioon toisten lasten tunteet ja olla sovitteleva. (Minkkinen ym. 1997; Ivanoff ym. 2001.)

6-vuotias lapsi on jo melko tomera ja hän haluaa ja osaakin jo tehdä asioita omalla tavallaan ja näyttää mielellään muille taitojaan. Kaverit ovat lapselle tärkeitä, kun taas kateus omia sisaruskohtaan on melko yleistä. Kaverit ja sisarukset ovatkin parhaita sosiaalisen kanssakäymisen opettajia kuusivuotiaalle lapselle. Kuusivuotiaana lapsi on sosiaalinen ja haluaa toimia itsenäisesti, mutta saattaa toisaalta olla vielä paljon apua tarvitseva tyttö tai poika. Ystävyyssuhteet ovat 6-vuotiaalle lapselle tärkeitä ja hän harjoittelee luotettavuuttaan kertomalla salaisuuksiaan ystävälleen tai vanhemmilleen. (Minkkinen ym. 1997; Ivanoff ym. 2001.)

2.1.4 Psyykinen kehitys

Tammisen (2004) mukaan psykodynaaminen näkemys lapsuuden psyykkisestä kehityksestä koostuu eri tutkijoiden mukaan jonkin verran erilaisista painotuksista sen mukaan, mikä mielen kypsymisessä on milloinkin oleellista. Nämä eri näkemykset siis useimmiten täydentävät toisiaan ja rikastuttavat sitä ymmärrystä, jota lapsen sisäisestä kokemusmaailmasta on mahdollista saada.

Persoonallisuuden kehitys tarkoittaa prosessia, jossa yksilö etsii omaa minäänsä. Se tapahtuu aina suhteessa muihin ihmisiin. Kaikissa persoonallisuuden kehitysteorioissa kuvataan, miksi ihminen on sellainen kuin on ja miten ihminen muokkaa minäänsä vuorovaikutuksessa hoitavaan aikuiseen. Persoonallisuuden kehitysteorioissa korostetaan varhaislapsuuden merkitystä. Margaret Mahlerin varhaisen vuorovaikutuksen teoria keskittyy kolmeen ensimmäiseen elinvuoteen, jolloin lapsi kehittyy separaatio-

individuaalio-prosessissa. (Mahler, Pine & Bergman 1987; Tamminen 2004; Vilén ym. 2006.)

Erikson (1974; 1982) kuvaa ihmisen kehitystä kahdeksan kehitysvaiheen kautta. Vaiheteoria kuvaa ihmisen kehitysvaiheita suhteessa sosiaalisen ympäristön muutoksiin. Yksilö kohtaa kehityksessään ympäristön taholta aina uusia vaatimuksia ja jokainen uusi vaatimus saa aikaan psykososiaalisen kriisin, jonka onnistunut ratkaiseminen tuottaa ihmiselle uuden psyykkisen voiman tai itseä koskevan perustunteen, jonka avulla kohdata uudet sopeutumisvaatimukset. Viisi- ja kuusivuotias lapsi on Eriksonin kehitysvaiheen kolmannessa vaiheessa aloitteisuus vastaan syyllisyydentunne, joka sijoittuu ikävuosiin 3-7 v. eli leikki-iän loppuvaiheeseen, jolloin tavoiteltavana perustunteena Erikson määrittelee tarkoituksen tunteen. (Erikson 1974; 1982; Tamminen 2004; Vilén ym. 2006.)

Sigmund Freud kuvasi lapsen kehitystä psykoseksuaalisesta näkökulmasta ja hän korosti viettikehityksen eri vaiheita oleellisina lapsen kehitystä muovaavina tekijöinä. Viettitasapaino ja siinä fyysisen kypsymisen ja sosiaalisen kasvun myötä tapahtuvat iänmukaiset muutokset ovat eräs keskeinen osa lapsen kehitystä. (Tamminen 2004.) Itsen ulottuvuudet ovat viidenteen ikävuoteen mennessä integroituneet toimivaksi persoonallisuuden kokonaisuudeksi. Freud kutsuu vaihetta latenssivaiheeksi (5-12 vuotta), sillä silloin lapsen viettienergia on tasapainossa muiden voimien kanssa ja kanavoituu palvelemaan rakentavasti kehitystä, kasvua ja oppimista. Tällöin on havaittavissa lapselle ominaisia luonteenpiirteitä, ja lapsen persoonallisuus alkaa muovautua. (Almqvist 2004.)

Sternin (1992) teoria on ensimmäinen, jossa kehitystä tarkastellaan lapsen näkökulmasta ja lapsen asteittain muuttuvasta sisäisestä kokemusmaailmasta käsin. Sternin näkemyksen mukaan kaiken psyykkisen elämän perusta on ihmisen synnynnäinen tarve pyrkiä ymmärtämään niin itseään kuin ulkopuolista maailmaa. Tässä pyrkimyksessä keskeistä on yksilön oma sisäinen kokemus, ja kokemus muista ihmissuhteista. Sisäisen minuuden ja ihmissuhteen kokeminen muodostuu asteittain viidessä eri vaiheessa ensimmäisen kolmen elinvuoden aikana. Nämä minän ja ihmissuhteen kokemisen eri vaiheet eli osa-alueet kasvavat, syvenevät ja säilyvät läpi elämän. Ne muodostavat perustan kaikille yksilön myöhemmille kokemuksille. Kehitysvaiheet eivät korvaa toisiaan, vaan kerran muodostuttuaan ne toimivat täydesti, samanaikaisesti ja aktiivisesti läpi elämän. (Munter 1997; Tamminen 2004.)

2.2 Leikki-ikäinen lapsi potilaana

Lapset suhtautuvat ja sopeutuvat sairaalahoitoon eri tavoin. Sairaalaan joutuminen aiheuttaa lapselle kuitenkin aina jossain määrin traumaattisia pelkoja. Lapsen kokemuksista riippuu, miten traumaattisesti tapahtumat jäävät mieleen. Suuri merkitys on sillä, miten lasta valmistellaan pelottaviin tilanteisiin, miten pelkoja käsitellään hänen kanssaan ja miten turvallinen omahoitajasuhde lapsella on sairaalassaolon aikana. Leikki-ikäinen lapsi ei vielä ymmärrä varsinaisesti sairastumisen syytä ja merkitystä itselleen. Sairauden mukanaan tuomat kiputuntemukset, lääkärin tekemät tutkimukset ja jopa sairaalaan joutuminen aiheuttavat lapselle pelkoja ja turvattomuuden tunnetta. Lapsi voi myös tuntea syyllisyyttä sairastumisesta ja ajatella, että sairastuminen on rangaistus jostain pahasta teosta. (Vilén ym. 2006.)

Joutuessaan sairaalaan lapsella on jo mielikuvia sairastumisensa syystä ja hän pohdiskelee omaa tilaansa. Lapsi saattaa myös kokea syyllisyyttä sairastumisestaan. Syyllisyys ja mahdollinen rangaistus tottelemattomuudesta aiheuttavat pelkoja. Jos leikki-ikäisen lapsen päivittäisen rutiinit häiriintyvät, lapsi saattaa tuntea pelkoa ja ahdistusta. Lapsen pelkoja ei saa koskaan vähätellä eikä häntä pidä uhkailla hylkäämisellä. Pelokasta lasta ei myöskään saa pakottaa tilanteeseen, jota hän pelkää. Mielikuvitusleikit ovat hyvä keino käsitellä pelkoja ja tehdä tuntematon tapahtuma tutuksi. Lapset pelkäävät vähemmän, jos he saavat nähdä tulevan toimenpiteen tai kosketella toimenpidevälineitä ennen varsinaista tapahtumaa. Leikki-ikäisellä sairauden oireet ovat selkeämmät kuin imeväisikäisellä. Lapsi ei kuitenkaan osaa vielä nimetä kivun laatua tai kipukohtaa. Leikki-ikäisen loppupuolella voidaan kokeilla kipumittaria kivun voimakkuuden selvittämiseksi. (Ivanoff ym. 2001.)

Lasta on aina hyvä valmistella hoitoon jo etukäteen. Valmistamisen tavoitteena on pelkojen ja epävarmuuden vähentäminen ja hoitomotivaation ja yhteistyökyvyn lisääminen. Valmistaminen edistää myös esimerkiksi leikkauksen jälkeistä toipumista, lisää lapsen turvallisuudentunnetta ja auttaa lasta säilyttämään luottamuksen hoitohenkilökuntaan. Myös vanhempien valmistaminen on tärkeää – hyvin valmisteltujen vanhempien lapset pelkäävät vähemmän. Leikki-ikäisen lapsen hoitotyössä korostuvat turvallisuus, yksilöllisyys, omatoimisuus ja perhekeskeisyys. Lapselle on tärkeää, että hänellä on oma hoitaja ja vanhemmat saavat olla mukana sairaalassa. On yhtä tärkeää valmistella lasta

toimenpiteisiin, kuin ettei häntä jätetä koskaan yksin pelkojensa kanssa. Perhekeskeinen hoito korostuu leikki-ikäisen lapsen sairastaessa, koska vanhemmat ovat lapsensa parhaita asiantuntijoita. Vanhempien ohjaus on erittäin tärkeää, koska lapsi itse ei pysty hoitamaan sairauttaan. (Ivanoff ym. 2001.)

Sairaalassa lapsi joutuu kohtaamaan monia kivuliaita ja pelottavia asioita. Suurin osa lapsista reagoi psyykkisesti sairaalaan joutumiseen. Varsinkin ensimmäisellä käyntikerralla sairaala koetaan uhkaavaksi ja uhkaa ja pelkoa lisää myös sairaudesta johtuva fyysinen ja psyykkinen paha olo. (Hiitola 2000.)

2.3 Pelko käsitteenä

Pelko on yksi ihmisen perustunteista, jonka ensisijaisena tehtävänä on suojella ihmistä vaaroilta. Se on luonnollinen ja tärkeä osa ihmisen elämää. Pelon määrittelemisen täsmällisesti ja yksiselitteisesti on vaikeaa ja kirjallisuudessa sitä on tarkasteltu monelta taholta. Pelon tunne antaa tietoa uhkaavasta vaarasta ja se sisältää ylläkkeen pakenemiseen ja sen katsotaan kuuluvan olennaisena osana ihmisen kehitykseen. Pelko on hyödyllinen ja elämää ylläpitävä kokemus. (Toskala 1997; Gullone 2000; Kinnunen 2001.)

Pelko on itsesäilytyksen signaali, joka panee elimistön fysiologiset voimavarat liikkeelle ja pelkoreaktioon liittyy aina joukko fysiologisia ja somaattisia tekijöitä. Se nopeuttaa sydämen lyöntitiheyttä ja verenpainetta, lisää tarpeellisen sokerin määrää ja aktivoi adrenaliinin ja noradrenaliinin eritystä. Pelko voi aiheuttaa muun muassa hengenahdistusta, hyperventilaatiota, heikotuksen tunnetta, lihasjännitystä sekä pahoinvointia. Aivolisäkkeen etuosa ja lisämunuaiset lisäävät eritystään, mikä parantaa yksilön kykyä selviytyä vaarasta. (Wolman 1979; Kinnunen 2001; Hellström & Hanell 2003.)

Normaalia pelkoa kutsutaan signaalipeloksi. Sigmund Freud erotti toisistaan vielä reaalipelon ja neuroottisen pelon. Pelko, tai sen heikompi muoto, valpas, jännittynyt tarkkaavaisuus, viestittää elimistölle, että vaara lähestyy ja että elimistöltä vaaditaan puolustautumis- tai mukautumisreaktiota. Jos kestäkyky ylittyy, pelko muuttuu paniikiksi. Elimistö tuntee tullessa pelon nujertamaksi. Tällöin pelko vaikuttaa negatiivisesti ja

vaarana on alun perin mielekkään itsesäätelyn romahtaminen. Usein tuloksena on pelon noidankehä. Pelko aiheuttaa muutoksia aina kolmella tasolla; ruumiillisten tuntemusten muutokset, ajattelun muutokset ja toiminnan muutokset. (Wetter-Parasie & Parasie 2000; Freud 2006.)

Kirmanen (2000) ei näe pelkoa negatiivisena tunteena. Pelolla voi nähdä olevan monenlaisia merkityksiä ihmisten elämässä. Kirmanen mukaan kaikki pelon kohteet ovat yksilölle yhtä todellisia, joko realistisiin ja epärealistisiin pelkoihin on tarkoituksetonta. Pelko on luonnollinen osa sekä aikuisten että lasten elämää. (Kirmanen 2000.)

Pelko on hyvin lähellä jännitystä, sekä käytännön elämässä ihmisten puheissa että kielellisesti. Pelko voidaan kääntää englanniksi monella eri tavalla; fear, dread, fright, scare, anxiety, kun jännitys on englanniksi thrill, excitement tai anxiety. Englannin kielen sana anxiety siis viittaa sekä pelkoon että jännitykseen, mutta se tarkoittaa myös ahdistusta. Anxiety taasen suomennetaan peloksi. (Rekiaro & Robinson 1990; MOT 2009). Hoidokin eli hoitotyön asiansanaston mukaan fear on pelko ja anxiety ahdistus (Hoidokki 2009).

Anxiety ja fear ovat maailmanlaajuisesti käytössä olevia reaktioita joilla kuvataan epätoivottuja tuntemuksia (Finch & McIntosh 1990). Chaiyawat ja Brown (2000) lainaavat Mayta (1950) joka määritteli anxietyn epämiellyttäväksi, tilapäiseksi, emotionaaliseksi tilaksi, jossa mukana on jännitystä, huolta sekä pelon tunteita sekaisin, kun taas fear oli määritelty tilapäiseksi reaktioksi ja emotionaaliseksi vastaukseksi johonkin kohdennettuun joko todelliseen tai epätodelliseen vaaraan.

Chaiyawat ja Brown (2000) lainaavat Edelmania (1990) sekä Stallingsia ja Marchia (1995) kirjoittaessaan, että englannin kielisiä sanoja anxiety ja fear ovat viime aikoina yhdistetty psykologisessa kirjallisuudessa ja niitä on usein käytetty synonyymeinä arvioitaessa lasten pelkoja, koska nämä kaksi tunnetta voivat aiheutua samoista syistä ja ne vaikuttavat samoihin kognitiivisiin ja psykologisiin rakenteisiin (Chaiyawat & Brown 2000; Gupta ym. 2000.)

2.4 Leikki-ikäisen lapsen pelot

Lapset pystyvät aikuisia huonommin selviytymään uhkaavista tilanteista ja tarvitsevat aikuisia enemmän tukea selviytyäkseen niistä. Lapset ovat fyysisesti heikompia ja pienempiä, kokemattomampia ja älyllisesti aikuisia kehittymättömpiä. Mitä nuorempia lapset ovat, sitä alttiimpia he ovat pelkäämään. Lasten käyttäytymismallit muuttuvat lapsen kasvaessa ja kehittyessä. Kasvaminen ja kypsyminen ovat muutosprosesseja, ja vanhemmat määräävät muutosten ehdot mielivaltaisesti. Lasten pelot saattavat vahingoittaa heidän mielenterveyttään, ellei niitä lievennetä. Pelokkaat ja ahdistuneet lapset voivat taantua alemmalle kehitystasolle, jossa he tuntevat olonsa suojatummaksi ja turvallisemmaksi. Lapsella voi myös esiintyä kielteistä suhtautumista vanhempiin ja kuolemanpelkoa. (Wolman 1979; Bar-Mor 1997.)

Lapsen pelkojen määrä ja laatu riippuvat lapsen uskosta omiin voimiinsa – fyysiseen voimaan, notkeuteen ja älykkyyteen sekä häntä tukevien aikuisten läsnäoloon. Lasten on saatava riittävästi huolenpitoa voidakseen elää vapaasti lapsina. Lapsella on oikeus olla lapsi ja hän ansaitsee kaiken vanhempien huolenpidon ja hyväksymisen, jotta hän tuntisi olonsa turvalliseksi. Vahvojen ja ystävällisten vanhempien tai sijaisvanhempien läsnäolo vähentää huomattavasti lapsen pelkoja. (Wolman 1979.) Lapsen pelon kokemukseen vaikuttaa ikä, sukupuoli, asuinympäristö ja kulttuuri (Gullone 2000).

Wolmanin (1979) mukaan lapsen tavallisimpia pelkoreaktioita ovat hätkähtäminen, itku, paikoilleen jähmettyminen sekä takertuminen aikuiseen, tavallisimmin äitiin. Wolman jakaa lasten pelot kolmeen ryhmään: 1) jo syntymässä ilmenevät pelot eli synnynnäiset pelot; 2) tiettyinä ikä kautena ilmenevät pelot eli kehitykselliset pelot sekä 3) traumaattisen kokemuksen aiheuttamat pelkotilat. Synnynnäiset pelot ilmenevät eri lailla eri ikäkausina ja niiden voimakkuus vaihtelee. Tällaisia pelkoja voivat aiheuttaa oudot äänet, outo ympäristö ja vieraat ihmiset. Sairaalahoidon aikana synnynnäisiä pelkoreaktioita voivat aiheuttaa röntgenkamera, mikroskooppi, valvontalaitteiden äänet, hajut ja vieraat ihmiset. Kehitykselliset pelot liittyvät lapsen kehitysvaiheisiin. Ensimmäisen vuoden lopulla lapsi alkaa vierastaa. Lapsella on huoli joutumisesta eroon vanhemmista ja hylätyksi tulemisesta. Lapsen kasvaessa pelot muuttuvat. Lapsi pelkää asioita, joista hänellä ei ole kokemusta. Mielikuvituksen kehittyessä hän kuvittelee olentoja ja pelkää niitä. Traumaattiset ja opitut pelot liittyvät johonkin tapahtumaan, kuten perheenjäsenen

kuolemaan tai järkyttävään tapahtuman näkemiseen tai kokemiseen. (Wolman 1979.) Niemelä ja Kraav (1995) tutkivat turvattomuutta Suomessa ja Virossa. Heidän tutkimuksensa mukaan tietyt tapahtumat saavat aikaan enemmän turvattomuutta, vaikka niitä ei olisi koettu elämässä ja toiset tapahtumat voivat saada turvattomuusmerkityksen usein vasta omakohtaisen kokemuksen kautta.

Pikkulapset pelkäävät erilaisia asioita, mutta useimmat pelot menevät ajan mittaan ohi. Lapset ovat kautta aikain pelänneet, mutta vuosikymmenten mittaan pelkojen kohteet ovat vaihtuneet. 1980-luvulta lähtien lapset ovat alkaneet pelätä lääketieteellisiä tutkimuksia ja myöhemmin 1990-luvulla muun muassa bakteereja ja vakavan sairauden saamista. Pelkoja lapsille voi myös syntyä siksi, että aikuiset eivät ole suhtautuneet lapsen pelkoon vakavasti eivätkä ole osanneet toimia oikealla tavalla tietyissä tilanteissa. Lasten pelkoja on hoidettava, jos ne häiritsevät lapsen ja perheen elämää. (Hellström & Hanell 2003.) Leikki-ikäisen lapsen lisääntyvä motorinen ruumiinhallinta luo turvallisuutta, mutta toisaalta lapsen peloissa on paljon ainesta, jonka sisältönä on oman ruumiin vahingoittuminen (Kantero ym. 1997). Niemelän ja Kraav (1995) lainaavat Baueria (1976) kirjoittaessaan, että lapsen kognitiivisten kykyjen kehittymisen on todettu vaikuttavan siihen, että pelot tulevat eriytyneemmiksi ja realistisemmiksi iän lisääntymisen myötä. (Davidson ym. 1990; Niemelä & Kraav 1995) Ollendickin (1989) ja Solantauksen (1987) mukaan isommilla lapsilla ja nuorilla on enemmän abstraktimpeja tulevaisuuteen suuntautuvia pelkoja ja huolia.

Lapset pyrkivät hallitsemaan pelkojaan joko näkyvällä käyttäytymisellä tai työstämällä niitä sisäisesti. Pelko voi tulla esille aggression muodossa, jolloin lapsi ilmaisee sitä huutamalla ja itkemällä kovaäänisesti. Lapsi saattaa myös rimpuilla ja taistella hoitotoimia vastaan. Lapsen pelkoa ja turvattomuuden tunnetta lisää, jos hänellä ei ole turvallista aikuista lähellä sairastamisen aikana. Leikki-ikäiset lapset voivat oppia pelkäämään mitä tahansa. Yksikin epämiellyttävä kokemus ehdollistaa lapselle pelon koko ympäristöä kohtaan, jossa hän pelon koki. Lapsi oppii myös pelkäämään havaitessaan muiden ihmisten pelkäävän. Pelottelun ja rangaistusten käyttäminen kasvatukseen on monen lapsen pelkojen syynä. (Kantero ym. 1997; Vilén 2006.)

Lapset tarvitsevat pelon ilmaisuissaan vanhempiensa ja hoitohenkilökunnan rohkaisua. Pelosta puhuminen helpottaa ja vähentää pelkojen uhkaavuutta. Sairaalaympäristön

liittyviä pelkojen voidaan vähentää ja lievittää hyvin yksinkertaisin keinoin. Esimerkiksi hoito- tutkimus-, valvonta- ja hoitolaitteisiin kohdistuvaa pelkoa voidaan vähentää tutustuttamalla lapsi laitteisiin ennen niiden käyttöä. Omasairaanhoitajan kertomus laitteen tarkoituksenmukaisuudesta ja sen toiminnasta vähentää pelkoja ja lapsen mielikuvituksen keksimiä selityksiä näyttöjen valoille, hälytysäänille ja laitteiden eri osille. (Ivanoff ym. 2001.)

Lahikainen ym. (2003; 2006) tutkivat 5-6-vuotiaiden pelkoja Suomessa ja Virossa. Lapset pelkäsivät kuolemaa ja vaaraa, onnettomuuksia, painajaisia ja televisio-ohjelmia, pieniä vammoja sekä pieniä eläimiä, tuntematonta, pimeitä paikkoja, mielikuvitushahmoja, yksin olemista, epäonnistumista ja kritiikkiä sekä sairaalaan joutumista, kuolemaa tai lääkärillä käyntiä. Lasten pelot heijastivat heidän yksilöllistä kokemustaan yhteiskunnasta ja kulttuurista. Myös Ollendickin ym. (2002) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia.

Kirmanen (2000) tutki 5-6-vuotiaiden lasten pelkoja ja pelon hallintaa. Pelkojen pääulottuvuuksiksi muodostuivat televisio-ohjelmiin, nukkumaan menoon, pimeään ja mielikuvitukseen, ympäristöön, läheisiin ihmisiin, eroon sekä uusiin tilanteisiin liittyvät pelot. Tyypillisiä pelkojen hallintakeinoja olivat pakenemis- ja välttämiskäyttäytyminen sekä yritykset vaikuttaa pelottavaan tilanteeseen joko rakentavalla tai aggressiivisella käyttäytymisellä. Läheisiin ihmisiin turvautuminen ja fantasiamaailmaan uppoutuminen olivat tärkeitä pelon hallintakeinoja lapsilla. Lasten esille tuomat pelon hallintakeinot olivat erilaisia erilaisten pelkojen yhteydessä eli pelko ja hallinta muodostavat systeemisen kokonaisuuden, joita ei voida erottaa. Lapsen pelko on syklistä liikettä läheisyyden ja erillisyyden, riippuvuuden ja riippumattomuuden välillä. Pelot heijastavat samanaikaisia läheisyyden halua ja uhkaa sekä erillisyyden halua ja uhkaa.

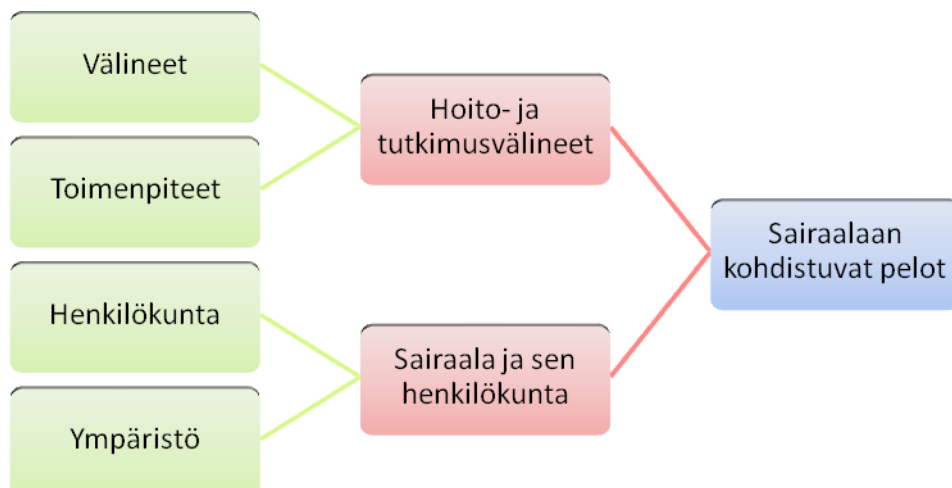
Pelko ja sen hallinta muodostavat erottamattoman dynaamisen kokonaisuuden, jossa ne ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa tai toisin sanottuna ne muuntuvat toinen toisikseen. Lapsi on aktiivinen toimija, joka on aina omalla toiminnallaan tuottamassa niitä konteksteja, joissa hän pelkää ja pelkoaan hallitsee. Se, mitä voi sanoa lapsesta ja hänen peloistaan, löytyy lapsen ja hänen ympäristönsä muodostamaa kokonaisuutta eli lapsi-ympäristösysteemiä tutkimalla. (Kirmanen 1999.)

Pelot liittyvät yleensä tiettyihin asioihin tai tilanteisiin, joiden yhteydessä koetaan voimakasta ahdistusta. Lapsen pelko saattaa kohdistua esimerkiksi eläimiin, lääkeruiskuihin tai hammaslääkəriin. Pimeyden pelko on tavallinen oire kaiken ikäisillä lapsilla. Pelko on myös voinut saada alkunsa tietystä tapahtumasta, kuten esimerkiksi jos koira on purrut lasta. Toisinaan ei ole osoitettavissa mitään selkeää pelon aiheuttajaa. Useimmiten esine tai eläin, jota lapsi pelkää, ei todellisuudessa ole vaarallinen. Pelko voi olla niin voimakasta, että lapsi karttaa jokaista tilannetta joutua kosketuksiin pelon aiheuttajan kanssa. Näin toimiessaan lapsi joutuu enemmän tai vähemmän rajoittamaan sosiaalista toimintaansa. (Cederblad 1992.)

2.5 Leikki-ikäisten lasten sairaalapelot tutkimusten valossa

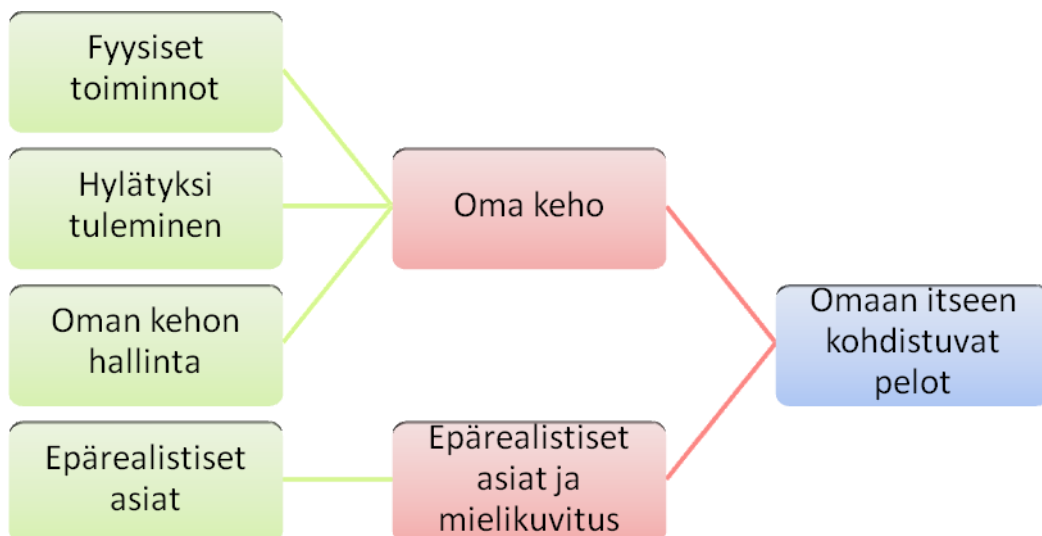
Aikaisempien tutkimusten mukaan (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004; Hsu 2004) leikki-ikäiset lapset pelkäävät sairaalassa. Aikaisempien tutkimusten lasten pelot voidaan jakaa sairaalaan kohdistuviin sekä lapseen itseensä kohdistuviin pelkoihin. (Kuviot 1. ja 2.)

Sairaalaan kohdistuvia pelkoja olivat pelot hoito- ja tutkimusvälineitä kohtaan sekä pelot sairaalaympäristöä ja sairaalan henkilökuntaa kohtaan. (Kuvio 1.). Tutkimusvälineisiin liittyviä pelkoja olivat nukutusmaski (Flinkman & Salanterä 2004), tutkimusvälineet (Ivanoff ym. 1999; Hsu 2004) sekä pihdit ja sakset (Luotolinna-Lybeck 2003). Tutkimusten mukaan lapset pelkäävät toimenpiteisiin liittyviä asioita, kuten pistämistä (Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Flinkman & Salanterä 2004), ompeleiden laittoa (Pekkalin 2002; Flinkman & Salanterä 2004) ja lääkkeen ottamista (Flinkman & Salanterä 2004), katetrointia, kuvausta ja sitä, ettei nähnyt, mitä tehtiin (Luotolinna-Lybeck 2003). Lapset pelkäsivät myös uudelleenleikkausta (Kirmanen 2000; Flinkman & Salanterä 2004) ja itse nukutusta (Pekkalin 2002). Henkilökuntaan liittyviä pelkoja olivat henkilökunnan asenteet ja hoitajien ulkonäkö (Hsu 2004), henkilökunnan puheet ja teot (Luotolinna-Lybeck 2003), vieraat ihmiset (Kirmanen 2000) sekä henkilökunnan toiminta ja käyttäytyminen (Ivanoff ym. 1999). Ympäristöön liittyviä pelkoja leikki-ikäisillä lapsilla aiheuttivat outo ympäristö (Pekkalin 2002; Flinkman & Salanterä 2004), lapsiystävällisen ympäristön puute (Hsu 2004), äänet ja sairaalahuone (Ivanoff ym. 1999), uudet tilanteet (Kirmanen 2000) sekä työkalujen ja tekniikan puute (Hsu 2004).



Kuvio 1. Sairaalaan kohdistuvat pelot aikaisempien tutkimusten mukaan

Lapseen itseensä kohdistuvia pelkoja aikaisempien tutkimuksen mukaan ovat pelot lapsen omaan kehoon liittyen. Myös epärealistiset asiat ja mielikuvitus aiheuttivat lapsille pelkoja. (Kuvio 2.) Fyysisistä toiminnoista lapset pelkäsivät kipua (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004; Friman 2005), jännittämistä (Luotolinna-Lybeck 2003) ja pahoinvointia (Flinkman & Salanterä 2004). Lapset pelkäsivät myös hylätyksi tulemista, kuten vanhemmista erossa olemista (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000) ja yksin jäämistä (Ivanoff ym. 1999; Pekkalin 2002). Lapset pelkäsivät myös oman kehon hallintaan liittyviä seikkoja, kuten oman kontrollin menettämistä (Flinkman & Salanterä 2004) sekä liikkumis- ja ruokailun rajoituksia (Ivanoff ym. 1999). Lisäksi lapset pelkäsivät epärealistisiä asioita, kuten pään irti leikkaamista (Flinkman & Salanterä 2004).



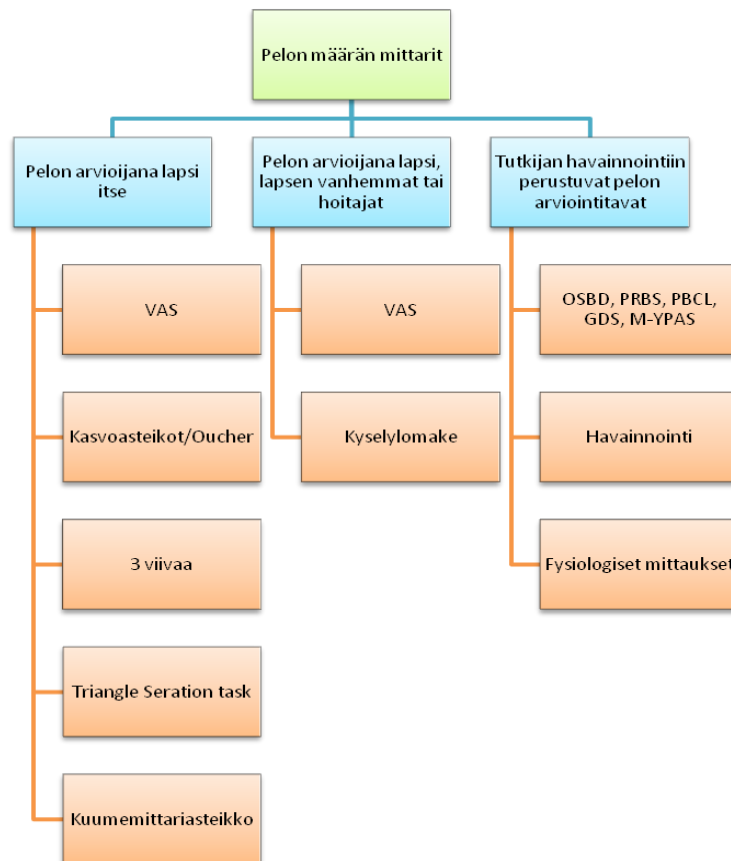
Kuvio 2. Lapseen itseensä kohdistuvat pelot aikaisempien tutkimusten mukaan

Lasten pelon määrää on tutkittu interventiotutkimuksilla tai ilman enemmän kuin lasten pelkojen aiheuttajaa. (Kortesuoma & Aavarinne 1992; Malone 1996; Carr, Lemanek & Armstrong 1998; Kain, Mayes, Wang, Caramico & Hofstadter 1998; Megel, Houser & Gleaves 1998; Carlsson, Broome & Vessey 2000; Kolk, van Hoof & Fiedeldij Dop 2000; Srivastava, Betts, Rosenberg & Kainer 2001; Dahlqvist, Busby, Slifer, Tucker, Eischen, Hilley & Sulc 2002; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen Pietilä & Halonen 2003; Luotolinna-Lybeck 2003; Vagnoli, Caprilli, Robiglio & Messeri 2005; Bal, Saricaoglu, Uzun, Dal, Çelebi, Çeliker & Aypar 2006).

Yleisimmin VAS-asteikko on vaakatasossa oleva, 10 cm viiva tai jana, jonka toisessa päässä on kohta: ei pelota yhtään ja toisessa päässä kohta pelottaa paljon. VAS-mittarissa osallistujat laittavat merkinnän sille kohtaa viivaa, jonka arvelevat vastaavan pelon määrää. (Finley, McGrath, Forward, McNeill & Fitzgerald 1996; Heikkilä 1998; Kain 1998; Carlsson ym. 2000; Dahlqvist ym. 2002; Kankkunen ym. 2003; Luotolinna-Lybeck 2003.) Aikaisemmista tutkimuksista (Finley ym. 1996; Heikkilä 1998; Kain 1998; Carlsson ym. 2000; Dahlqvist ym. 2002; Kankkunen ym. 2003; Luotolinna-Lybeck 2003) löytyy erilaisia VAS-asteikoita. Ensimmäisessä vaihtoehdossa janan vasemmassa reunassa on kohta ei pelota (lukuarvo 0) ja oikeassa laidassa kohta pelottaa paljon (lukuarvo 100) (Heikkilä 1998; Kain ym. 1998). Joissain tutkimuksissa (Heikkilä 1998; Dahlqvist ym. 2002) aineisto

on laskettu mittaamalla merkinnän etäisyys janan vasemmasta laidasta, jolloin tulos saadaan millimetreinä. Toisissa tutkimuksissa (Carlsson ym. 2000; Kankkunen ym. 2003) sen sijaan VAS-asteikon kerrotaan olevan sellainen, että toisessa päässä on kohta ei pelota ja toisessa pelottaa paljon sen enempää erittelemättä asteikon suuntaa. VAS-asteikolla kysytty pelon määrää on myös jaoteltu jatkoanalyysiä helpottamaan joko kolmeen (Finley ym. 1996) tai neljään osaan (Heikkilä 1998) siten, että esimerkiksi 0 tarkoittaa ei pelkoa, 1-33 tarkoittaa vähän pelkoa, 34-65 keskimäärin pelkoa ja 66-100 paljon pelkoa (Heikkilä 1998). Toisenlaisessa VAS-asteikossa (Luotolinna-Lybeck 2003) janan vasemmassa laidassa on kohta paljon pelkoa (lukuarvo 0) ja oikeassa reunassa kohta ei pelkoa (lukuarvo 100). VAS-asteikon tuloksia on myös esitetty eri tavoin, joko desimaalilukuina (Kain ym. 1998), kokonaislukuna (Luotolinna-Lybeck 2003) tai jatkoanalyysin tukemana sanallisesti akselilla vähän pelkoa–paljon pelkoa (Heikkilä 1998).

Aikaisemmissa tutkimuksissa leikki-ikäisten lasten pelkojen määrää on tutkittu siten, että pelon arvioijana on vain lapsi itse (Carr ym. 1998; Megel ym. 1998; Carlsson ym. 2000; Kirmanen 2000; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004), lapsen lisäksi hänen vanhempansa tai hoitajansa (Kortesuoma & Aavarinne 1992; Carr ym. 1998; Carlsson ym. 2000; Kirmanen 2000; Srivastava ym. 2001; Dahlqvist ym. 2002; Kankkunen ym. 2003; Luotolinna-Lybeck 2003; Vagnoli ym. 2005; Bal ym. 2006) tai pelon määrän arviointi on tutkijan havainnointiin perustuvaa (Malone 1996; Carr ym. 1998; Megel ym. 1998; Carlsson ym. 2000; Kolk van Hoof & Fiedeldij Dop 2000; Dahlqvist 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Vagnoli ym. 2005). (Kuvio 3.)



Kuvio 3 . Pelon määrän mittarit aikaisemmissa tutkimuksissa

Aikaisemmista tutkimuksista vain Luotolinna-Lybeck (2003) on kysynyt lapsilta itseltään pelon määrää VAS-asteikolla. Sitä on kysytty lapsilta itseltään erilaisilla kasvokuvio-asteikoilla (Carr ym. 1998; Megel ym. 1998; Carlsson ym. 2000 & Flinkman & Salanterä 2004). Megel ja Carlsson käyttivät Oucher-mittaria, jossa on nuoremmille lapsille tarkoitetun kuuden kasvokuvan lisäksi vanhemmille lapsille suunnattu numeerinen 0-100 asteikko, josta lapsi näyttää pelon määrää. Carr ym. (1998) sekä Flinkman ja Salanterä (2004) käyttivät kolmea kasvokuvaa, joista lapset valitsivat pelon määrän. Kirmasen (2000) tutkimuksessa lapsen arvioivat pelon määrää kolmen erilaisen ja erivärisen viivan avulla, joista yksi oli musta ja terävä sahalaitainen, keskimmäinen oli punainen hieman vähemmän sahalaitainen ja alin oli vihreä suora viiva. Ylimmäinen tarkoitti oikein pelottavaa, keskimmäinen aika pelottavaa ja alin vähän pelottavaa. Muita pelon määrän arviointiin käytettyjä keinoja ovat muun muassa triangle seritation task–arviointimenetelmä (Megel ym. 1998) ja kuumemittariasteikot (Carr ym. 1998).

Pelon määrää on kysytty siten, että pelon arvioijana on ollut lapsen lisäksi hänen vanhempansa tai hoitajat. Srivastava ym. (2001), Carlsson ym. (2002), Dahlqvist ym. (2002) ja Kankkunen ym. (2003) ovat kysyneet pelon määrää VAS-asteikolla lasten vanhemmilta tai hoitajilta. Myös kyselylomakkeita on käytetty (Kortesuoma & Aavarinne 1992; Carr ym. 1998; Carlsson ym. 2000; Kirmanen 2000; Srivastava ym. 2001; Kankkunen ym. 2003; Luotolinna-Lybeck 2003; Vagnoli ym. 2005; Bal ym. 2006) lasten pelon määrään arvioimiseksi.

Tutkijan havainnointiin perustuvia pelon määrän mittareita ovat muun muassa OSBD (Megel, Houser & Gleaves 1998; Dahlqvist, Busby, Slifer, Tucker, Eischen, Hilley & Sulc 2002), PRBS (Carlsson ym. 2000), PBCL (Malone 1996), GDS (Kolk, van Hoof & Fiedeldij Dop 2000), M-YPAS (Vagnoli ym. 2005), havainnointi (Luotolinna-Lybeck 2003) sekä erilaiset fysiologiset mittaukset kuten verenpaineen mittaus ja sydämen sykkeen seuraaminen (Carr ym. 1998; Megel ym. 1998).

Eniten leikki-ikäisten sairaalapelkoja on tutkittu interventiotutkimusten avulla (Kortesuoma & Aavarinne 1992; Malone 1996; Kain, Mayes, Wang, Caramico & Hofstadter 1998; Megel ym. 1998; Kolk ym. 2000; Kankkunen ym. 2003; Vagnoli ym. 2005). Tutkimusten mukaan leikki-ikäisten lasten pelkoja on lievennetty lääketieteellisillä menetelmillä, kuten lääkkeen antamisella (Kain ym. 1998) ja paikallispuudutteen avulla (Kortesuoma & Aavarinne 1992), musiikin avulla (Malone 1996; Megel 1998), hoitotyön menetelmillä, kuten lapsen valmistamisella (Kankkunen ym. 2003) ja ohjauksella (Kortesuoma & Aavarinne 1992) sekä lapsen mielenkiinnon suuntaamisella muualle klovnien (Vagnoli ym. 2005) ja terapeutin leikin (Kortesuoma & Aavarinne 1992) avulla.

2.6 Leikin merkitys lapselle

Huizingan (1947) mukaan ihmisen tekeminen on pelkkää leikkimistä. Hänen mukaansa ihminen on homo ludens, leikkivä ihminen. Inhimillinen kulttuuri syntyy ja kehittyy leikissä ja leikinä. Huizingan mukaan leikki on ensi kädessä vapaata toimintaa ja irtautumista tilapäisen aktiivisuuden ilmapiiriin, jolla on oma tarkoituksensa.

Lapsen aktiivinen osallistuminen omalla toiminnallaan on leikin merkittävin piirre. Leikin edellyttämä aktiivinen osallistuminen on Hiitolan (2000) mukaan se osa-alue, johon

sairaalassa erityisesti tulee paneutua. Aktiivinen leikki on kanava, jonka kautta lapsi voi ottaa hallintaansa häntä pelottavan paikan kuin sairaala. Leikillä lapsi voi ilmaista aggressiivisia impulsseja, joiden toteuttaminen on liian vaarallista todellisuudessa. Tässä mielessä leikki on toiveiden toteutuma. Lapsi toistaa leikeissään kaikkea, mikä on tehnyt vaikutuksen häneen. Leikissä lapsi tiedostamattaan käsittelee toiveitaan, pettymyksiään ja pelkojaan symbolisesti. Tätä kautta leikillä on parantava merkitys ja sen avulla lapsi pystyy kompensoimaan todellisuuden menetyksiä. (Hiitola 2000.)

Kalliala (1999) kirjoittaa leikin neljästä peruskategoriasta; agon, alea, mimicry ja ilinx. Agon-tyyppisiä leikkejä ovat kaikenlaiset pelit, joissa keskeisiä elementtejä ovat voittaminen ja häviäminen. Alea-leikit perustuvat onneen ja sattumaan, joista esimerkkinä mainittakoon lorut. Kun agon- ja alea-leikeissä toimitaan oikeasti ja tosissaan, mimicry-leikeissä ollaan leikisti. Leikkijä on uskovinaan ja uskottelevinaan itselleen tai toisille olevansa joku toinen. Tunnusomaista mimicry-leikeissä on siis jäljittely ja kuvitteellisuus ja roolinotto. Ilinx-leikeissä tavoitellaan fyysistä huimausta ja psyykkistä pyörrytystä. (Kalliala 1999.)

Sairaalan terapeuttisen leikin yhteydessä on nukelle löydetty monia käyttömahdollisuuksia. Nuken kautta voidaan tukea lapsen kehitystavoitteita mahdollisimman kattavasti, selvittää lapsen kipua tai sairaudesta johtuvaa epämukavuutta, ilmaista ja tulkita lapsen tunteita, arvioida emotionaalista, kognitiivista ja fyysistä tilannetta sairaalassa sekä valmistaa ja opettaa vanhempia tai lasta tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Sairaalassa nukke edustaa lapsen normaalia maailmaa ja lapsen on helppo samaistua siihen. Tutun esineen avulla on helppo tutustua sairaalaympäristöön. Nuken avulla voidaan korvata todelliset ihmiset ja tilanteet, joissa lapsen on vaikea olla. Nuken välityksellä ilmaistuna vaikeatkin asiat voidaan esittää lapsen kannalta miellyttävästi. (Hiitola 2000.)

Roolileikkien valtakausi alkaa kolmannen ikävuoden tienoilla ja jatkuu esikouluikänsä loppuun. Leikissä aletaan siirtyä roolileikistä sääntöleikkeihin. Kouluikää lähestyvät lapset kykenevät luomaan leikkiensä edellytyksiä itse. (Helenius 1993.) Leikki eriytyy sukupuolen mukaan jo leikki-iässä; tytöt leikkivät mieluummin hoivaleikkejä ja pojat seikkailu- ja rakenteluleikkejä. 5-6-vuotiaana sääntöleikkeihin siirryttäessä leikeille on tunnusomaista, että säännöt ja roolit ovat ennalta sovitut. Sääntöleikit auttavat ymmärtämään normeja ja sääntöjä, joita ympäröivässä yhteiskunnassa vallitsee. Leikki-ikänsä loppupuolella lapset pystyvät leikkimään

omaehtoisesti. (Ivanoff ym. 2001.) Leikki-ikäisen lapsen päivittäistä olemista on leikki, joka onkin yleismaailmallinen ilmiö. Leikissä päämäärä ei ole tärkeä, vaan leikkiin ryhdytään sen itsensä vuoksi. Leikin avulla lapsi ilmaisee tunteitaan ja on jatkuvasti vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Leikin avulla lapsi opettelee erilaisia taitoja. (Minkkinen ym. 1997.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lasten oman kokemuksen perusteella, mitä 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalan lastenosastolla sekä kuinka paljon lapset pelkäävät sairaalassa.

Tutkimusongelmat:

- 1) Mitä 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalassa?
- 2) Kuinka paljon 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalassa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Ihmistieteellisen tutkimuksen kohteena on ihminen laajasti. Pyrkimyksenä hoitotieteellisessä tutkimuksessa on löytää hoitotodellisuutta ja –ilmiötä kuvaavia malleja. Oma lisänsä ihmistieteelliseen todellisuuteen tulee siitä, että tutkimuskohteena ovat ihmiset, joiden intentiot, motiivit ja pyrkimykset, päämäärät ja tavoitteet sekä mielikuvat ja asenteet vaikuttavat tutkimustuloksiin. (Metsämuuronen 2006.) Koska leikki-ikäisten lasten sairaalassa koettuja pelkoja on tutkittu hyvin vähän, valitsin kvalitatiivisen tutkimusotteen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998). Kvalitatiivista metodologiaa on yleensä sovellettu terveydenhuoltoon, kun tutkimuksen mielenkiintona ovat tuntemukset, kokemukset ja ajatukset (Holloway & Wheeler 2002). Nykyään katsotaan, että tutkimustehtävä sinällään sanelee sen, millaisten menetelmien avulla tutkija saa parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiinsä (Syrjäläinen, Eronen & Värri 2007). Lapsen ikä ja kehitysvaihe vaikuttavat haastattelun toteuttamiseen (Kortesluoma & Hentinen 1995).

Aineistonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa voivat olla muun muassa haastattelut ja havainnointi, kirjallinen tai kuvallinen aineisto (Eskola & Suoranta 1998). Tässä tutkimuksessa haastattelin lapsia teemahaastattelun avulla. Ennen haastatteluja perehdyin lasten haastattelun erityispiirteisiin. Tutkimuksella saavutetaan kuvailevaa tietoa leikki-ikäisen lapsen peloista sairaalassa. Alasuutarin (2005) mukaan kvalitatiivinen haastattelu tarjoaa menetelmän, jonka on katsottu mahdollistavan lasten äänen kuulemisen ja heidän näkökulmansa esiin tuomisen. Lapsihaastattelun alaikäraja pidetään yleisesti ottaen neljän vuoden ikää (Kyrönlampi-Kylmänen 2007).

Perinteisesti lasta on pidetty epäluotettavana tiedonantajana, mutta koska lapsen äänen kuuleminen on tänä päivänä tärkeää, valitsin tämän tutkimuksen tiedonantajiksi lapset itse. YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen (60/1991) sekä Suomen perustuslain (731/1999) 2 § 1 momentin mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä ja heidän tulee saada vaikuttaa itseensä koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti (L60/1991; L731/1999, 2.1§). Lapsille pitää antaa oikeus tulla kuulluksi ja nähdä omilla ehdoillaan (Ruoppila 1999; Kuula 2006). Myös Suomen NOBAB, Pohjoismainen yhdistys sairaiden lasten hyväksi, tukee lapsia ja nuoria osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon ja tarjoaa lapsille ja nuorille kanavan omien mielipiteiden ja ajatusten esille tuomiseen sairaalassa (Suomen NOBAB 2005).

Nuket voivat auttaa lasta samaistumaan tilanteeseen ja siten helpottaa pelkojen ja tuntemusten kertomista. Alasuutarin (2005) mukaan mitä nuoremasta lapsesta on kysymys, sitä tärkeämpää on ottaa huomioon lapsen toiminnallisuus. Lapset kertovat asioista käyttäen kehoaan, leluja ja muita välineitä. Hiitolan (2000) mukaan leikissä lapsi tiedostamattaan käsittelee toiveitaan, pettymyksiään ja pelkojaan symbolisesti. Nuken avulla voidaan korvata todelliset ihmiset ja tilanteet, joissa lapsen on vaikea olla. Nuken välityksellä ilmaistuna vaikeatkin asiat voidaan esittää lapsen kannalta miellyttävästi. (Hiitola 2000.) Hughesin ja Bakerin (1990) mukaan lasten haastatteluissa puhuminen voi olla sivuosassa, jolloin leikin, nukkien ja piirrosten avulla voidaan saada lapsilta enemmän tietoa.

Flinkmanin ja Salanterän (2004) mukaan 5-6-vuotiaat lapset pystyvät kertomaan omista kokemuksistaan ja peloistaan hoitoprosessia esittävien kuvien avulla. Heidän tutkimuksensa lapset osasivat arvioida pelkojensa voimakkuutta pelkomittarin avulla ja

kykenivät erittelemään pelkojaan. Lapsen kertoma on totta lapsen näkökulmasta ja se on ainutkertaista ja arvokasta. (Flinkman & Salanterä 2004.)

Toteutin esitutkimuksen heti aineistonkeruun alussa kolmen lapsen kanssa. Teemat ja itse haastattelu toimivat hyvin, eikä suunnitelmia tarvinnut muuttaa, joten otin esitutkimuksessa olleet lapset mukaan tutkimusjoukkoon, kuten olin suunnitellut. Vilkan (2005) mukaan teemahaastattelussa koehaastattelujen tekeminen on hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys kohderyhmässä.

4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelu sopii tiedonkeruumenetelmäksi silloin, kun tutkittavana kohteena on vähän kartoitettu ja tuntematon alue sekä silloin, kun halutaan tutkia arkoja tai vaikeita asioita (Hirsjärvi & Hurme 2001). Tutkijan on vaikea tietää vastausten suuntia. Haastattelun etuna nähdään erityisesti sen joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajien kanssa. Haastattelussa on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Sen etuina pidetään myös sitä, että haastattelijalla voi samalla toimia havainnoitsijana, eli muistiin voidaan kirjoittaa paitsi mitä sanotaan, miten asiat sanotaan. Haastattelun heikkouksia ovat aika ja raha. Se on kallis ja aikaa vievä aineistonkeruumuoto. (Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Haastattelulla kerätään aineistoa tutkittavien omilla sanoilla siten, että tutkija voi päästä sisälle siihen, kuinka tutkittavat tulkitsevat jotakin osaa maailmasta. Laadullisen haastattelun luonteeseen kuuluu erityisesti, että sekä haastattelijalla että haastateltavalla on tietty vapaus muovata haastattelun kulkua. Haastattelu on kahden tai useamman ihmisen välinen vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijalla ja haastateltava yhdessä tuottavat aineiston eli luovat sosiaalista todellisuutta. (Bogdan & Biklen 1982.) Haastattelut voivat muistuttaa spontaania keskustelua, mutta eroavat näistä kuitenkin siinä, että ne ovat aina intentionaalisia. Haastattelun, toisin kuin normaalin vuorovaikutustilanteen, päämääränä on tiedonhankinta. (Ruusuvoori & Tiittula 2005.)

Teemahaastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat kysymykset. Valmiita vastausvaihtoehtoja ei haastateltaville anneta. Kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet

käydään haastateltavien kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella. Teemahaastattelu on niin avoin, että siinä vastaaja pääsee halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti, jolloin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien puhetta itsessään. Tavoitteena teemahaastattelussa on, että kaikista tema-alueista haastateltava voi antaa oman kuvauksensa. (Eskola & Suoranta 1998; Vilkkä 2005; Hirsjärvi & Hurme 2008.) Teemahaastattelua on kutsuttu myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi, sillä se sallii haastateltavalta enemmän vapauksia. Tutkija määrää kysymykset, mutta haastateltava voi vastata niihin omin sanoin ja joskus jopa ehdottaa uusia kysymyksiä. Haastateltava voi myös poiketa kysymysten järjestyksestä. Hyvin käytettynä teemahaastattelu on tehokas menetelmä. Sen tehokkuus perustuu siihen, että tutkija voi ohjata haastattelua ilman, että kontrolloi sitä tyystin. (Koskinen ym. 2005.) Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan teemahaastattelu-nimellä on se etu, että se ei sido haastattelua tiettyyn leiriin, kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen, eikä se ota kantaa haastattelukertojen määrään, vaan nimi kertoo siitä, mikä haastattelussa on kaikkein olennaisinta eli sen, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa.

Keräsin tutkimuksen aineiston teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun etuina yleisesti nähdään, että siinä haastattelu on vapaata eikä sitä kahlita liialla strukturoinnilla (Hirsjärvi & Hurme 2008). Teemahaastattelu sopii leikki-ikäisten lasten haastattelemiseen, sillä se on hyvin joustava haastattelumuoto. Haastatteluja tehdessäni käytin omia vaatteitani, en sairaalan suojavaatteita, joten erotuin hoitotyöntekijöistä.

Teemahaastattelussa oli kolme pääteemaa, jotka kävin kaikkien haastateltavien lasten kanssa läpi (ks. Liite 2). Haastatteluteemojen apuna käytin nukkeja, jotka olivat teeman mukaisessa tilanteessa. Lisäksi lapset saivat piirtää kuvan haastattelun aikana, jonka avulla heidän saattoi olla helpompi kertoa tunteistaan, sillä Fauxin ym. (1988) mukaan tilanteen jännittävyttä, outoutta ja pelottavuutta voi lievittää eri tavoin ja juuri piirtäminen haastattelun alussa voi vähentää pelkoa ja lisätä itseluottamusta. Piirustuksesta keskusteleminen on myös oivallinen tapa lähestyä itse haastattelua. Piirustuksia voi myös käyttää täydentämään haastattelussa kerättyä tutkimusaineistoa. (Kortesuoma & Hentinen 1995.)

Olin muodostanut teemat haastatteluun aikaisempien tutkimusten perusteella (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004; Hsu 2004). Pääteemoina olivat sairaalaympäristö ja sairaalan henkilökunta, hoito-, ja tutkimusvälineet sekä toimenpiteet että lapsen oma keho. Esitetasin teemahaastattelua kolmen osastolle tulleen lapsen kanssa. Teemat olivat hyvät, ja otin haastatellut lapset mukaan tutkimusjoukkoon.

Keskeinen haastattelua ohjaava instrumentti on haastattelurunko, joka teemahaastattelussa on teemat itse. Koskisen ym. (2005) mukaan sillä on kaksi keskeistä funktiota. Ensiksi se antaa haastattelulle hahmon ja varmistaa, että tutkija esittää tarvittavat kysymykset. Toiseksi se varmistaa, että haastattelu sujuu mahdollisimman luontevasti.

4.3 Lapsen haastattelun erityispiirteitä

Nykyään tutkimuksissa on huomattu niiden aikuiskeskeisyys. Tutkimusten mukaan lapsia tutkittaessa parhaita tiedonantajia ovat lapset itse (Docherty & Sandelowski 1999; Kirmanen 2000; Kyrönlampi-Kylmänen 2007; ks. Suomen NOBAB 2005). Lapsitutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, missä asioissa ja kysymyksissä lapset ovat parhaita asiantuntijoita, missä lapset voivat olla oman elämänsä informantteja (Ruoppila 1999). Lasta itseä haastatteleamalla päästään lähemmäksi hänen elämysmaailmaansa ja samalla lähemmäksi hänen käsityksiään ja mieltymyksiään. Nykypäivän maailmassa lapset nähdään yksilöinä, joilla on oma arvonsa ja heitä halutaan kuunnella ja heidän sanomansa otetaan vakavasti. Länsimaissa lapsiin on ruvettu suhtautumaan tasa-arvoisemmin kuin ennen. Lapsitutkimuksen lähtökohdaksi on entistä enemmän vakiintunut käsitys siitä, ettei ole olemassa abstraktia erillistä lasta, vaan lapsuutta voidaan tutkia ja ymmärtää vain lapselle ja aikuiselle yhteisten merkitysjärjestelmien avulla (Kortelainen & Hentinen 1995). Hughesin ja Bakerin (1990) mukaan lasten haastattelut eroavat aikuisten haastatteluista siinäkin määrin, että lasten haastatteluissa puhuminen voi olla sivuosassa. Lapsilta voidaan siis saada tietoa enemmän ei-kielellisistä tiedä. Leikki on yksi tällainen seikka. Muita ovat lelut ja niistä erityisesti nukket sekä piirroukset.

Kyrönlampi-Kylmänen (2007) mukaan lapsihaastatteluun liittyy kaksi keskeistä ongelmaa; ensiksi, haastattelu aineiston hankintatapana on aikuiskeskeinen ja toiseksi, lapsen voi

olla vaikea kertoa kokemuksistaan aikuisen johtaessa keskustelua ja määritellesä sen etenemisen ja sisältöalueet. Lapsihaastattelussa on olennaista lapsen ja aikuisen välinen kohtaaminen, dialogi ja leikki. Lapsen huomioiminen vaatii aikuiskeskiseen ajattelu- ja toimintamallien tarkistamista. Lapsen maailma täyttyy leikistä ja mielikuvituksesta toisin kuin aikuisilla. Jos haluamme oppia lasten tapaa ajatella, on osattava sukeltaa leikkisyyden maailmaan lasten kanssa. (Kyrönlampi-Kylmänen 2007.) On tärkeää luoda sellainen ilmapiiri, jossa lapsi kykenee voivansa vapaasti kysyä mitä tahansa ja noihin lapsen esittämiin kysymyksiin on myös vastattava. Haastattelutilanteessa pyritään mahdollisimman tasavertaiseen haastatteluun. Tarpeettoman pelon ja jännityksen välttämiseksi on syytä selvittää lapselle haastattelun tarkoitus perusteellisesti, samoin haastattelijan odotukset lasta kohtaan sekä haastattelijan rooli. (Kortesuoma & Hentinen 1995; Kirmanen 2000.) Haastattelulle yleensä onkin tunnusomaista kielen keskeinen merkitys (Kirmanen 2000; Hirsjärvi & Hurme 2001; Kyrönlampi-Kylmänen 2007). Kortesuoman ja Hentisen (1995) mukaan 4-11-vuotiaat lapset ovat kielellisen kehitysvaiheensa takia kaikkein haasteellisimpia haastateltavia.

Lapset vastaavat herkästi aikuisten kysymyksiin yksinkertaisesti ”kyllä” tai ”ei”, jos kysymysten muoto vain antaa siihen mahdollisuuden. Pienet lapset eivät usein halua asettua vastustamaan aikuisten kysymyksiä, joten sen vuoksi on vältettävä kysymyksiä, joihin saattaisi vastata kyllä tai ei. On myös tärkeä osoittaa lapselle, että kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia. On kuitenkin tärkeää huomata, myös lapsella on oikeus jättää vastaamatta ja että myös ”en tiedä” –vastaukset ovat hyväksyttäviä. Mostonin (1990) mukaan lapsen ”en tiedä” –vastaukset huokuvat lapsen turvallisuutta ja vähemmän turvallisessa ympäristössä lapsi vastaa jokaiseen hänelle esitettyyn kysymykseen. Kortesuoma ja Hentinen (1995) lainaavat Fauxia ym. (1988) kirjoittaessaan, että lapsi vastaa ”en tiedä” kun hän saattaa tietää, muttei pysty verbaalisesti ilmaisemaan tuntemuksiaan. Kortesuoman ja Hentisen oman päätelmän mukaan ”en tiedä” –vastaus voi olla osoitus luottamuksen puutteesta, sillä ”en tiedä” –vastauksen jälkeen lapsen usein täsmentävät lausumaansa välittömästi. (Kortesuoma & Hentinen 1995.) Waltzin ym. (1984) mukaan lasten vastausten epä johdonmukaisuuksien tunnistamiseksi voidaan käyttää reflektiivisiä tekniikoita, jolloin tutkija voi esimerkiksi omin sanoin ilmaista lapsen vastauksen tarkistaakseen, mitä lapsi todella tarkoitti tai sanoi.

Haastattelijan on huomattava tilanteet, jolloin on viisainta jatkaa eteenpäin toiseen aiheeseen. Kysymysten tulisi olla lapsen ikätasolle ja kehitykselle sopivia. On tärkeää asettaa haastattelukysymykset lapsen näkökulmasta ja siten, että ne nousevat lapsen, eivät aikuisen, kokemusmaailmasta. (Kosterluoma & Hentinen 1995; Kirmanen 1999; 2000; Vilka 2005; Kyrönlampi-Kylmänen 2007.) Lasten minäkäsitys kehittyy konkreettisista ja tilannespesifeistä itsemäärittämisistä kohti abstrakteja ja psykologisia määrittämiä. Tämän vuoksi alle kouluikäisten lasten haastattelussa on hyvä käyttää konkreettisia ja toimintaan tiiviisti kytkeytyviä kysymyksiä. (Docherty & Sandelowski 1999; Kirmanen 2000.) Okkosen, Vehviläinen-Julkusen ja Pietilän (2007) mukaan 5-6-vuotiaat lapset ovat kykeneviä kertomaan omaan kokemusmaailmaansa liittyvistä asioista.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan esikouluikäisen lapsen haastattelua rajoittavat useat eri seikat, joista he ensimmäiseksi mainitsevat sen, että lapsen sanavarasto on varsin pieni. Lapsille on hyvä esittää 3-5 sanaa käsittäviä kysymyksiä. Lisäksi kysymyksiin sisältyvien sanojen on oltava tuttuja lapsille. Toinen varteenotettava seikka lapsen haastattelussa on se, että lapsen on vaikea keskittyä pitkiä aikoja. Sen vuoksi haastattelun on kestettävä viidestätoista minuutista kahteenkymmeneen minuuttiin. Myös haastattelu ympäristön tulisi olla mahdollisimman neutraali. Kolmanneksi lapsi saattaa vierastaa haastattelijaa ja haluta, että jompikumpi vanhemmista on läsnä. (Hirsjärvi & Hurme 2008.) Haastatellessani lapsia lasten jompikumpi vanhempi oli aina läsnä haastattelussa.

On olemassa lukuisia seikkoja, jotka vaikuttavat siihen, millaiseksi vuorovaikutus lapsen ja haastattelijan välille muodostuu. Lapsi eroaa aikuisesta tutkimuskohteena monella tavalla ja näin tutkijan ja kohteen välisestä suhteesta tulee aivan erityinen. Pienen lapsen ajattelu on hyvin konkreettista eikä se sisällä abstraktin ajattelun tuomaa etäisyyttä. Lapsen käsitys ajasta ja sen kulusta on hyvin erilainen kuin aikuisen. (Kortesluoma & Hentinen 1995; Kirmanen 1999.)

Aikuinen ei saa liiaksi määrätä vuorovaikutuksen suuntaa. Haastattelulla saattaa kuitenkin olla jopa ahdistusta lieventävä vaikutus, koska lapsi saa vapaasti puhua omista kokemuksistaan ja yhdessä haastattelijan kanssa peloille annetaan nimi. Aihe, jota haastattelussa käsitellään, on keskeinen tekijä muovaamassa vuorovaikutuksen kulkua. Vuorovaikutus kulkee todennäköisesti erilaiseksi myönteisiä ja neutraaleja asioita

puitaessa kuin silloin kun aiheena ovat intiimit ja arat asiat, joista ihmisen on hankala puhua. Pelkoa usein pidetään negatiivisena ja väheksyttävänä tunteena. Lapset voivatkin helposti oppia sosiaalisessa elämässään, että peloista puhuminen ei ole hyväksyttävää ja olemalla ilmaisematta tiettyjä tunteitaan, he saavuttavat hyväksyntää. Täten haastattelutilanteessakaan lapset eivät välttämättä tuo esille pelkojaan. (Kirmanen 1999; 2000.) Lapsen haastattelu vaatii haastattelijalta joustavuutta ja luovuutta. Pieni lapsi ei jaksa keskittyä kovin pitkäksi aikaa istumaan hiljaa paikoillaan ja vastailemaan kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008.) Lapsen vastauksia tulkittaessa ei pidä tuijottaa ainoastaan ikäkauteen liittyviin kehityksellisiin normeihin, vaan haastattelutekniikkaa on syytä muokata kunkin lapsen yksilöllisten kehityspiirteiden mukaan (Kortesuoma & Hentinen 1995).

4.4 Tutkimukseen osallistujat ja tutkimuspaikka

Tutkimuspaikkana oli erään eteläsuomalaisen sairaalan lastenosasto. Tutkimukseen osallistui 12 lasta, joilla oli kokemusta sairaalassaolosta. Tutkimusjoukon muodostivat 5-6-vuotiaat lapset. Lapset olivat olleet sairaalassa yhdestä kahteen yötä. Sairaalahoitoon syyt vaihtelivat, ja olivat muun muassa nielurisaleikkaus ja diabetes. Tutkimukseen osallistui kuusi tyttöä ja kuusi poikaa. Tutkittavien lasten joukossa oli sekä kirurgisia että sisätautisia potilaita. Suurin osa tutkittavista lapsista tuli osastolle suunnitellusti. Haastattelut toteutuivat potilashuoneissa ennen lapsen kotiinlähtöä. Tutkimusympäristönä sairaala on hyvä tutkittaessa lasten sairaalassa koettuja pelkoja, sillä Kirmanen (2000) sekä Dochertyn ja Sandelowskin (1999) mukaan lapset vastaavat usein hyvin konkreettisesti ja tilannesidonnaisesti.

Tutkimusosastolla hoidetaan 0-15-vuotiaita erikoissairaanhoidon tarvitsevia lapsia ja nuoria sovitun hoitoporrastuksen mukaisesti. Tavallisimmat hoidettavat sairaudet ovat infektiosairaudet, astma ja allergiat, keskukset ja sairaut vastasyntyneet, diabeetikot, tutkimus- ja seurantapotilaat, lastenkirurgiset potilaat, korva- nenä- ja kurkkutaudit, neurologiset potilaat, syömishäiriöiset lapset sekä syöpäpotilaiden tukihoidot. (HUS 2007.) Edellytyksenä tutkimukseen osallistumiseen oli, että lapset olivat olleet osastolla vähintään yhden yön. Edellytyksenä oli myös, että tutkittavien lasten kommunikaatiotaidot olivat ikää vastaavat sekä se, että lapsi puhui suomea. Ennen tutkimuksen alkua suunnittelin kriteerejä tutkimukseen osallistumisesta osaston osastohoitajan kanssa, jonka

huoneeseen jätin valmiiksi vanhempien tiedotteen ja suostumuslomakkeen lapsensa haastattelusta (ks. Liite 1), lapsen taustatietolomakkeen (ks. Liite 3) sekä tutkimussuunnitelman suomenkielisen tiivistelmän, jotka oli tarkoitus jakaa tutkittavan lapsen vanhemmille tutkimuslupaa kysyessä.

Tutkimusosaston osastohoitaja sekä apulaisosastohoitaja toimivat yhdyshenkilöinäni. Kun osastolle tuli tutkimuskriteerit täyttävä lapsi, jompikumpi heistä pyysi luvan lapsen vanhemmilta tutkimukseen osallistumiseen sekä suullisesti että kirjallisesti (ks. Liite 1), jakoi vanhemmalle edellä mainitut lomakkeet/tiedotteet, jonka jälkeen he ilmoittivat siitä minulle. Kolmen haastattelun luvan kysyin itse, koska olin itse osastolla käymässä lapsen tullessa sairaalaan. Kysyin jokaiselta lapselta itseltään luvan haastatella heitä ennen haastattelujen alkua. (Kortesluoma & Hentinen 1995; Kuula 2006). Haastattelut toteutuivat sairaalassa vietetyn yön jälkeen aamupäivällä ennen lapsen mahdollista kotiinlähtöä. Yhden lapsen kanssa haastattelu siirtyi ja toteutui vasta seuraavana aamuna, sillä lapsi voi pahoin sovittuna ajankohtana. Kaikki vanhemmat, joilta tutkimuslupaa lapsensa haastatteluun kysyttiin, sen antoivat. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimusaikana osastolle tutkimuskriteerit täyttävistä lapsista haastattelulupia ei kysytty kahden lapsen vanhemmilta, sillä lapset eivät olisi kyenneet haastatteluun sairautensa vuoksi.

4.5 Aineiston keruu

Keräsin tutkimuksen aineiston lastenosastolla syys-marraskuussa 2008. Tutkimus alkoi 1.9.2008. Ensin tutkimusjoukkoon liittymisen kriteerinä oli, että lapsi oli syntynyt vuosina 2002 ja 2003. Ensimmäinen tutkimuskriteerit täyttänyt lapsi tuli osastolle kuitenkin vasta kahden viikon kuluttua tutkimuksen käynnistymisestä. Tutkimuksen aikataulullisista syistä hain lupaa eettiseltä toimikunnalta laajentaa tutkittavien lasten ikäjakaumaa vuodesta 2003 vuoteen 2004. Sain luvan ottaa mukaan myös nuorempia lapsia. Aloin haastatella nuorempia lapsia vasta saatuani siihen eettiseltä toimikunnalta myöntävän lausunnon. Ensimmäinen haastattelu toteutui 12.9.2008 ja viimeinen 2.12.2008. Lopetin haastattelujen tekemisen, kun aineisto alkoi toistaa itseään eli se alkoi saturoitua (Eskola & Suoranta 1998; Kyngäs & Vanhanen 1999; Neuendorf 2002).

Kerroin tutkittaville lapsille sekä heidän vanhemmilleen kerrottiin haastattelun tarkoituksen ja menetelmän. Mitä pienempi lapsi on, sitä konkreettisemmin hänelle on kuvattava tutkimuksen tarkoitus käyttäen käsitteitä, joita lapsi ymmärtää (Kortesuoma & Hentinen 1995). Nauhoitin haastattelut ja aukikirjoitin ne tekstiksi analyysiä varten. Tutkittavat lapset saivat halutessaan tutustua nauhuriin ennen haastattelua. Suoritin itse kaikki haastattelut. Lapset saivat valita, ovatko vanhemmat tai toinen vanhempi mukana haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Kaikki lapset halusivat, että jompikumpi vanhemmista olisi läsnä haastattelussa. Lasten vanhemmille annettiin, heidän niin halutessaan, haastatteluteemat haastattelun jälkeen, jos lapsi niistä vielä olisi kysellyt haastattelun jälkeen. Ennen haastattelua kerroin lapsille, että he saavat haastattelun jälkeen valita pienestä laatikosta tarran itselleen, sillä Kortesuoman ja Hentisen (1995) mukaan pienen materiaalsen palkkion lupaaminen lapselle rohkaisee lasta paneutumaan vastaamiseen.

Haastattelut toteutettiin potilashuoneissa. Haastateltava lapsi oli omalla sängyllään tai pöydän ääressä joko yksin tai vanhempansa kanssa. Minä istuin lapsen vieressä tuolilla tai olin sängyn vieressä polvillani. Jotkut lapset vaelsivat ympäri huonetta, mikä ei onneksi haitannut haastattelun kulkua. Vain yksi haastattelu keskeytettiin lääkärin tullessa tutkimaan lasta. Nauhoitin kaikki haastattelut digitaalisella nauhurilla, joka sijaitsi lähellä lasta, joko tuolilla tai (potilas-)pöydällä. Lapsi sai halutessaan tutustua nauhuriin ennen haastattelua. Nauhurin läsnäolo ei häirinnyt käytyjä keskusteluja. Haastattelun aikana en kirjoittanut muistiinpanoja. Kunkin keskustelun jälkeen kuitenkin kirjoitin ylös tuntemuksiani ja ajatuksiani tutkimuspäiväkirjaan. Koska itse kirjoitin auki haastattelut heti haastattelujen jälkeen, saatoin kirjoittaa litteroituun tekstiin muistini varassa mitä lapsi teki jonain tiettyinä hetkenä, kun nauhalta kuului epämääräistä rapinaa tai oli hiljaista. Keskustelut kestivät kahdeksasta ja puolesta minuutista kahdeksaentoista minuuttiin. Nauhoitukset onnistuivat teknisesti.

Onnistuneen haastattelun yhtenä edellytyksenä on pääsy mahdollisimman lähelle haastateltavan lapsen maailmaa (Kortesuoma & Hentinen 1995). Lapsen tulee saada kuvata asioita omalla kielellään ja omin sanoin. Pyrin haastatteluissa välttämään johdattelevia kysymyksiä ja käyttämään lapsen omia ilmaisuja.

Haastatellut lapset saivat piirtää haastattelun aikana tai sen jälkeen. Muutama lapsi ei halunnut piirtää. Lapset, jotka halusivat piirtää haastattelun alussa tai aikana, eivät halunneet piirtää jännittävistä tai pelottavista asioita sairaalassa. Annoin heidän piirtää mitä he halusivat. Sain pitää piirustukset haastattelujen päätyttyä. Piirustuksia en analysoi tutkimuksessani, sillä se oli vain apukeino saada lapsi puhumaan ja rentoutumaan haastattelun aikana. Haastattelun jälkeen annoin lapselle omaksi kuvallisen VAS-asteikon, jonka avulla kysyin lapselta pelon määrää. (ks. Liite 4) Lisäksi haastattelun päätteeksi lapsi sai valita pienestä laatikosta muutaman mieluisan tarran itselleen (Kortesuoma & Hentinen 1995).

Teemahaastattelun apuna käytin nukkeja, jotka olivat teeman mukaisessa tilanteessa, esimerkiksi joko tulossa sairaalaan, menossa leikkaukseen tai tulossa sieltä tai nukelta mitattiin verensokeria. Kyselin lapsilta, miltä nukesta mahtoi tuntia kyseisessä tilanteessa. Kysyin myös, miltä lapsesta itsestä tuntui, kun hän oli samassa tilanteessa. Osa lapsista ei halunnut tai jaksanut leikkiä ollenkaan, kun osan lapsista kanssa nukkien olemassaolo ja läsnäolo haastattelussa rentoutti lasta ja ”avasi” tilanteen ja haastattelu alkoi.

Tutkimuksessa kysyin lapsilta pelon määrää VAS-asteikolla mitattuna. (ks. Liite 4) Valitsin tutkimukseeni VAS-asteikon vaihtoehdoista (Finley ym. 1996; Heikkilä 1998; Kain 1998; Carlsson ym. 2000; Dahlqvist ym. 2002; Kankkunen 2003; Luotolinna-Lybeck 2003) sen, että asteikon vasemmassa laidassa on kohta pelottaa paljon (lukuarvo 0) ja oikeassa ei pelkoa (lukuarvo 100), jota Luotolinna-Lybeck (2003) käytti tutkimuksessaan, sillä aikaisemmista tutkimuksista vain hän on kysynyt lapsilta itseltään pelon määrää VAS-asteikolla.

VAS-asteikkoon oli sijoitettu eri eläimiä. Selitin ennen vastaamista lapselle, että vasemmassa laidassa janaa on kohta pelottaa paljon ja oikeassa reunassa on kohta ei pelota lainkaan. Kuvina janaassa vasemmanpuoleisena on pelokas käärme, seuraavana hiukan pelokas kettu, vain vähän pelkäävä lintu ja oikeanpuoleisena on peloton sammakko. Lapsi näytti sormella viivasta kohdan, jonne olisi sijoittanut itsensä. Mukautettu VAS-asteikko on minun oma keksimäni ja on sekoitus perinteistä VAS-asteikkoa (Luotolinna-Lybeck 2003) ja kasvokuvio-asteikkoja (Carr, Lemaneck & Armstrong 1998; Megel, Houser & Gleaves 1998; Carlsson, Broome & Vessey 2000; Flinkman & Salanterä 2004).

4.6 Aineiston analysointi sisällön analyysillä

Analysoin lasten haastattelut sisällön analyysin avulla, joka on kommunikaation ilmissisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua varten soveltuva tutkimustekniikka. Sisällön analyysi on tapa järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. Sitä voidaan tehdä joko induktiivisesti sisällöstä käsin tai deduktiivisesti aineiston ulkopuolista luokittelua apuna käyttäen. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Neuendorf 2002; Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Haastattelujen jälkeen kuuntelin äänitetyt haastattelut useampaan kertaan, jonka jälkeen aloin heti itse kirjoittaa haastatteluja tekstiksi. Samalla sain lisättyä muistini varassa litterointitekstin joukkoon, mitä lapsi teki tai itse tein tietyssä tilanteessa. Kirjoitettuja haastatteluja tuli yhteensä 94 sivua. Keskimäärin yksi haastattelu oli kirjoitettuna 8 sivua pitkä, jossa kirjasimena oli Arial 12, rivivälillä 2. Tutkittavia lapsia tuli osastolle harvakseltaan ja minulla oli hyvin aikaa paneutua jo tehtyihin haastatteluihin vielä aineiston keruun ollessa kesken ja analyysi alkoi jo aineistoon perehtymisen vaiheessa.

Kirjallisen materiaalin sisällön analyysissä ensiksi määritellään analyysiyksikkö, joka muun muassa voi olla sana, lause, sanayhdistelmä tai ajatuskokonaisuus. Valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tämän jälkeen aineistoon perehdytään eli aineistoa luetaan aktiivisesti läpi kysyen aineistolta tutkimuskysymyksen mukaisia kysymyksiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Neuendorf 2002; Tuomi & Sarajärvi 2003.) Tekstiksi kirjoituksen jälkeen luin ja kuuntelin haastatteluja uudelleen ja uudelleen ja kirjoitin litteroidun haastattelun reunaan sanoja tai sanayhdistelmiä, jotka siis valitsin analyysiyksiköksi. Sanaksi tai sanayhdistelmäksi valitsin esimerkiksi leikkaus tai insuliinipumpun laittaminen. Sanat tai sanayhdistelmät vastasivat tutkimuskysymykseen eli siihen, mitä lapset pelkäävät sairaalassa. Listasin valitsemani analyysiyksiköt allekkain, jonka jälkeen muutin niitä siten, että lausumien keskeinen sisältö pysyi samana, mutta kieliasu muuttui yleisemmäksi. (Taulukko 1.) Tätä vaihetta sisällön analyysistä Kyngäs ja Vanhanen (1999) kutsuvat pelkistämiseksi. Kaiken kaikkiaan alkuperäisiä lausumia oli haastattelumateriaalin joukossa 47. Erilaisia pelkistettyjä ilmauksia oli 18, joten aineisto saturoitui hyvin eli samoja lausumia tuli useampi kuin yksi. Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään uutta

tutkittavan ongelman kannalta. Aineisto on riittävä, kun se saturoituu eli alkaa toistaa itseään. (Eskola & Suoranta 1998; Kyngäs & Vanhanen 1999.) Myöskään Neuendorf (2002) ei anna ohjeita sisällön analyysillä analysoidun laadullisen tutkimuksen aineiston koosta.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

| Alkuperäinen lausuma | Pelkistetty ilmaus |
|---|---------------------------|
| verinäyte verikokeen ottaminen verikoe | verikoe |
| tipan laitto hanan laitto käteen unikorkin laitto uniperhosen laitto | kanyylin laitto |
| isi oli poissa | ero vanhemmista |

Pelkistettyäni aineistoa aloin ryhmitellä sitä. Sivuutin analyysivaiheessa aikaisempien tutkimusten perusteella muodostamani teemat tarkoituksellisesti ja pyrin tarkastelemaan aineistoa mahdollisimman induktiivisesti, aineistosta käsin. Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan ryhmittelyssä samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Tutkija päättää tulkintansa avulla, mitkä asiat voidaan yhdistä saman kategorian alle, jota kutsutaan myös alakategoriaksi. Jo tähän vaiheeseen liittyy aiheiston käsitteellistämistä eli abstrahointia. Tein ryhmittelyn manuaalisesti siten, että kirjoitin pienille paperilapuille pelkistetyt ilmaukset ja sijoittelin niitä pöydällä ryhmiin siten, että ne liittyivät toisiinsa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Aineiston ryhmittelyä ja alakategorioiden muodostuminen

| Pelkistettyjä ilmauksia | Alakategoria |
|--|--------------------------------|
| verikoe pistäminen kanyylin laitto insuliinipumpun laitto | pistäminen |
| röntgenkuvaus leikkaus nukutus tutkimukset | lääketieteelliset toimenpiteet |
| sairaalaan tulo pimeä äänet | ympäristö |
| tippalaskuri tippaletku insuliinipumppu kanyyli | hoitovälineet |
| yksinolo ero vanhemmista | turvattomuus |
| kipu | fyysiset tuntemukset |

Lopuksi aloin abstrahoida ryhmiteltyjä sanoja tai sanapareja. Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Muodostin ensin keskikategorian, jonka jälkeen muodostin yläkategorian, joka kokoaa koko aineiston sisäänsä (Taulukko 3). (Tuomi & Sarajärvi 2003.) Annoin yhdistävälle yläkategorialle nimen, joka oli samalla koko tutkimuksen nimi. (ks. Liite 5)

Taulukko 3. Aineiston abstrahointia

| Alakategoria | Keskikategoria | Yläkategoria |
|---|---|--|
| pistäminen lääketieteelliset toimenpiteet | toimenpiteet | 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa |
| ympäristö hoitovälineet | sairaalaympäristö | |
| turvattomuus fyysiset tuntemukset | omaan kehoon kohdistuvat tuntemukset | |

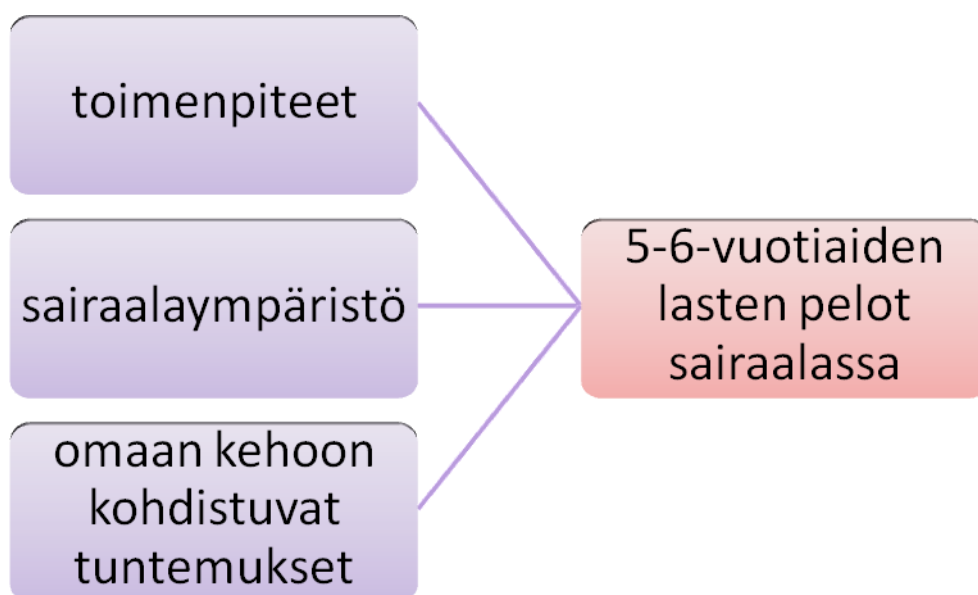
Toiseen tutkimuskysymykseen eli siihen, miten paljon lapset pelkäävät sairaalassa VAS-asteikolla mitattuna hain vastausta VAS-asteikon ja kasvokuvioasteikon yhdistelmällä, johon lapset näyttivät, mihin kohtaa janaa sijoittaisivat itsensä pelottaa paljon ei pelota ollenkaan –janalla (ks. Liite 4). Valitsin kuvallisen VAS-asteikon sen vuoksi, sillä lasten olisi ehkä helpompi näyttää pelkonsa viivalta, jolle on sijoitettu eläimiä, kuin kertoa pelon määrästä sanallisesti tai näyttää pelkkää viivaa, miltä tavanomainen VAS-asteikko näyttää (Luotolinna-Lybeck 2003). Myös Heikkilä (1998) kertoo VAS-asteikon rajoitukseksi sen, että se voi olla niin abstrakti, etteivät potilaat ymmärrä sitä.

Tutkimuksen tulokset on esitetty VAS-asteikon janalla olevien eläinten avulla kvantifioiden eli laskien kuinka moni lapsi sijoitti itsensä viivalla joko sammakon, linnun, ketun tai käärmeen luokse tai niiden väliin. Laskin myös VAS-keskiarvon. Paikka, jonne lapsi näytti itsensä, sai arvon välillä 0-100. Myös Luotolinna-Lybeck (2003) mittasi lasten pelon määrää VAS-asteikolla, jossa viivan vasen pää (0) mittasi negatiivista ja oikea pää (100) positiivista asiaa. Käärme vasemmalla edustaa kohtaa 0 (paljon pelkoa) ja sammakko oikealla kohtaa 100 (ei pelkoa). Esimerkiksi jos lapsi sijoitti itsensä ketun ja käärmeen väliin, tämä sai lukuarvoksi 25. Kaikkien lasten näyttämistä kohdista laskin loppujen lopuksi keskiarvon (VAS, k.a.).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Lasten pelot sairaalassa

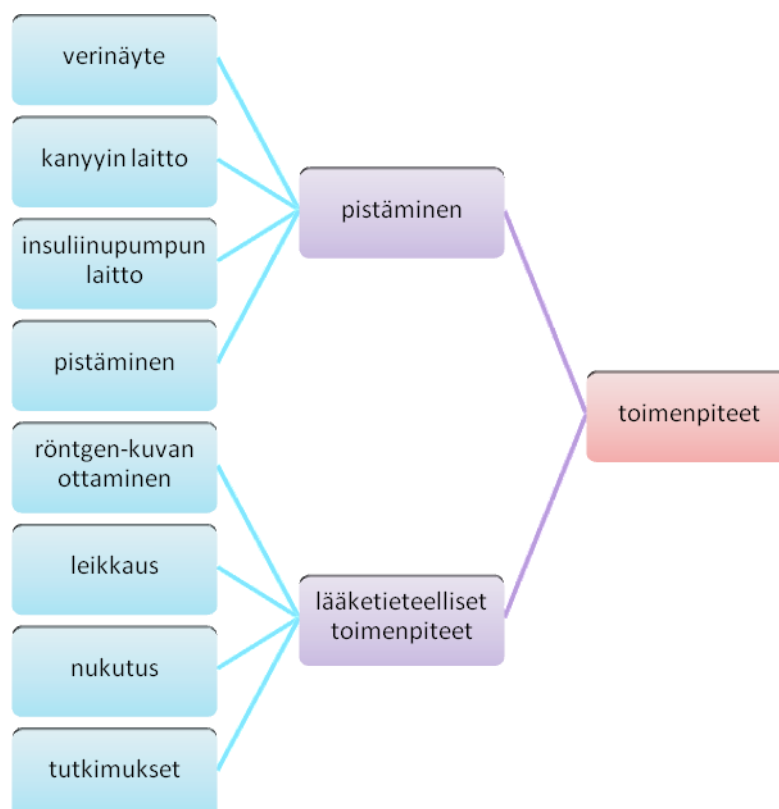
Lasten pelot sairaalassa on jaettavissa kolmeen luokkaan: pelko toimenpiteitä kohtaan, sairaalaympäristöön kohdistuva pelko sekä, pelko tuntemuksista, jotka kohdistuvat lapsen omaan kehoon (Kuvio 4). Kaiken kaikkiaan lasten mainitsemissa erilaisissa pelon kohteissa oli 18. Alkuperäisiä lausumia oli yhteensä 47.



Kuvio 4. 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa.

5.1.1 Pelot toimenpiteitä kohtaan

Useimmiten lasten pelot kohdistuvat toimenpiteisiin. Nämä sisältävät pelot lääketieteellisiä toimenpiteitä sekä pistämistä kohtaan (Kuvio 5). Lääketieteellisiä toimenpiteitä, jotka aiheuttivat lapsille pelkoja, olivat röntgen-kuvan ottaminen, leikkaus, nukutus ja tutkimukset yleensä. Monella eri tavalla suoritettu pistäminen pelotti lapsia. Pelot pistämisestä kohtaan sisältää verinäytteen ottamisen ja kanyylin laitton, jota lapset kutsuivat unikorkiksi, uniperhoseksi tai hanaksi. Lisäksi pistämisestä aiheutunutta pelkoa aiheuttivat insuliinipumpun laittaminen sekä pistäminen yleensä.



Kuvio 5. Toimenpiteistä aiheutuvat lasten pelot

Ote eräästä haastattelusta: (H: haastattelija, L: lapsi)

H: ...Mikäs sulla tossa kädessä on? [näyttää lapsen kädessä olevaa sidosta, jonka alla on kanyyli]

L: Joku side.

H: Onks siinä ollu jotain? Mitä siihen on tehty?

L: Tota, siellä on unikorkki. Tuolla alla.

H: Niin mikä siellä on?

L: Unikorkki.

H: Unikorkki. Miltäs se on tuntunu se unikorkki?

L: Öö, tota, hyvältä.

H: Hyvältä. Sattuko se ku sitä laitettiin?

L: [pudistaa päätään]

H: Ei. Miltä se sitten tuntu?

L: Pelotti.

Ote eräästä haastattelusta: (H: haastattelija, L: lapsi)

H: Ootko joutunu itkemään täällä sairaalassa?

L: Joo.

H: Minkä takia sä itkit?

L: Se leikkaukseen meno itketti.

H: Mikä siinä leikkaukseen menossa itketti? Pelottiko se?

L: Pelotti.

H: Ootko ollu täällä sairaalassa yksin?

L: En. [mutisee itsekseen] Mä en tykkää olla sairaalassa. Ku täällä leikataan.

5.1.2 Sairaalaympäristöstä aiheutuvat pelot

Tutkimuksen lapset kokivat sairaalan ympäristönä pelottavana (Kuvio 6). Jo itsessään sairaalaan tuleminen oli pelottavaa, lisäksi pelottavina asioina mainittiin pimeä sekä tippalaskurin ääni. Lapset kokivat sairaalaan tulon myös jännittävänä asiana. Myös hoitovälineet koettiin pelottavina. Hoitovälineistä pelottavina lapset mainitsivat tippalaskurin, insuliinipumpun, tippaletkun ja kanyylin.

Ote eräästä haastattelusta: (H: haastattelija, L: lapsi)

H: ...Mikä siinä sairaalaan tulossa pelotti?

L: No se nielurisaleikkaus.

H: Oliko se sen takia, ku sä et tienny sitten että mitä tapahtuu vai minkä takia..

L: [Keskeyttää haastattelijan] No, koska mä nukun.

H: Se nukutus sitten pelotti vai..?

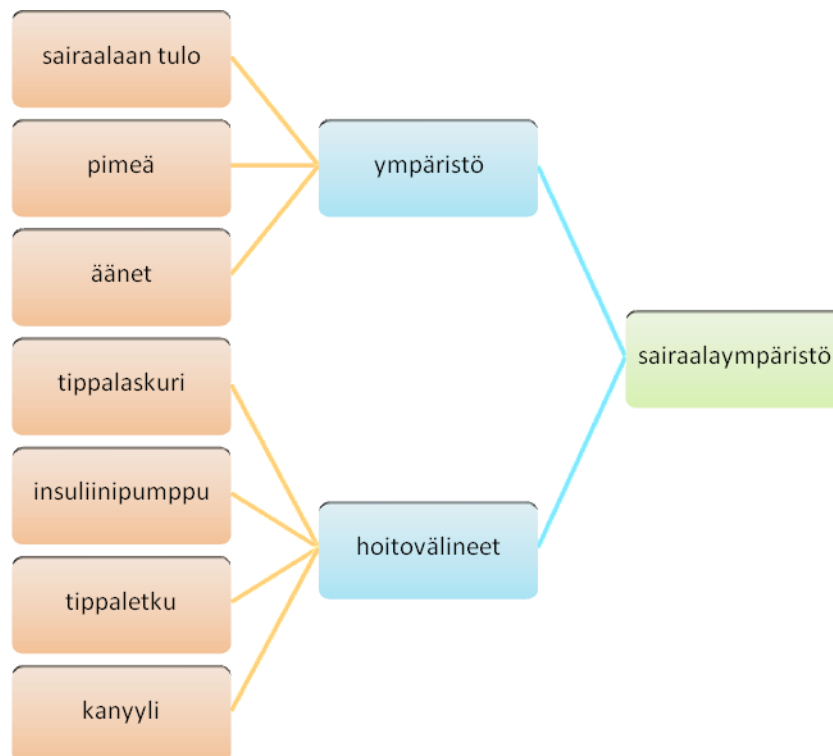
L: Joo, mut se pelotti se uniperhonen.

H: Mikä? Uni..

L: ..perhonen.

H: Uniperhonen. Mikäs se semmonen on?

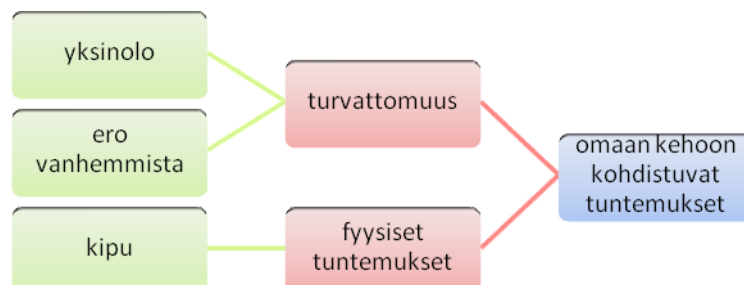
*L: Hmm. Se jotenkin pistetään käteen ja siinä vaan nukkuu. Sit vaan nukah-
taa.*



Kuvio 6. Sairaalaympäristöstä aiheutuvat pelot

5.1.3 Pelkoja, jotka aiheutuivat omaan kehoon kohdistuvista tuntemuksista

Pelkoja, jotka aiheutuivat tuntemuksista lapsen omassa kehossa, olivat turvattomuuden tunne sekä fyysiset tuntemukset (Kuvio 7). Pelkoa turvattomuuden tunteesta lapsille aiheuttivat yksinolo ja ero vanhemmista. Fyysiset tuntemukset, joita lapset pelkäsivät olivat kipu.



Kuvio 7. Omaan kehoon kohdistuvat tuntemukset, jotka aiheuttivat lapsille pelkoja

5.2 Lasten ajatuksia sairaalasta

Kaikki tutkimuksessa mukana olleet lapset kokivat osaston henkilökunnan, sekä hoitajat että lääkärit, mukavina. Lähes kaikki lapset kertoivat lääkärin tutkimuksen tuntuneen hyvältä. Lisäksi lapset toivoivat sairaalassa olevan värillisiä huoneita ja enemmän leluja.

Jos pelottaa, lapset kertoivat juoksevansa karkuun tai menevänsä vanhempansa syliin. Kysyttäessä lapsilta, jos he olisivat olleet sairaalassa yksin, olisiko heitä silloin pelottanut, vain yksi lapsi vastasi, ettei häntä silloin pelottaisi. Lapsilla oli tuntemus, ettei kukaan hoida heitä, jos vanhemmat eivät ole läsnä. Kuitenkaan suurin osa lapsista ei ollut joutunut olemaan yksin sairaalassa tällä sairaalakäynnillä.

Asiat, jotka toiset lapset kokivat jännittävinä, olivat samoja asioita, joita tutkimuksen toiset lapset pelkäsivät. Haastatteluissa tuli ilmi, että näitä asioita lapset erityisesti jännittivät, eivät pelänneet. Jännittäviä asioita olivat sairaalaan tulo, leikkaus sekä lääkärin tutkimus (Kuvio 8). Kaikki edellä luetellut asiat mainittiin moneen kertaan. Näistä vain lääkärin tutkimus on asia, joka ei myös pelottanut lapsia. Monet lapset sanoivat lääkärin tutkimuksen tuntuneen hyvältä heiltä siitä kysyttäessä.



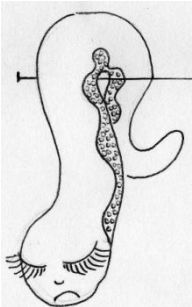
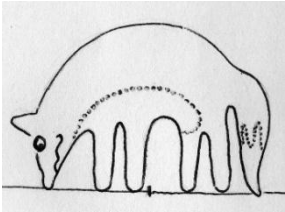
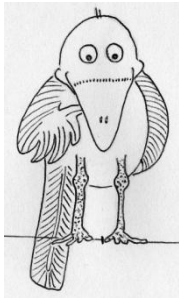
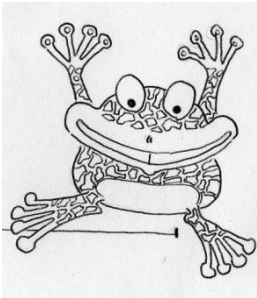
Kuvio 8. Lapsia jännittävät asiat sairaalassa.

5.3 Lasten arviot pelon määrästä sairaalassa

Lapset arvioivat pelon määrää sairaalassa kuvallisella VAS-asteikolla (ks. Liite 4). Lapset saivat sijoittaa itsensä janalle, joko eläinten viereen tai niiden väliin. Lapset näyttivät minulle paikan sormella.

Kuvallisessa VAS-asteikossa on oikealla sammakko, joka vastaa VAS-asteikon lukua 100 ja vasemmassa laidassa oleva käärme vastaa VAS-asteikon lukua 0. Lapset ilmoittivat kokeneensa sairaalassa oloaikana keskimäärin jonkin verran pelkoa (VAS, ka = 47).

Taulukko 4. Lasten arviot pelon voimakkuudesta sairaalassa.

| | käärme | | kettu | | lintu | | sammakko |
|--------|--|---------------------------------|--|--|---|--|--|
| |  | käärmeen ja ketun välissä |  | |  | |  |
| (N=12) | 1 | 4 | 3 | | 1 | | 3 |

Lasten arviot pelon voimakkuudesta sairaalassa olivat pääsääntöisesti yhteneviä sen kanssa, miten he kertoivat pelottavista asioista sairaalassa. Muutama lapsi kuitenkin sanoi vain yhden asian tai ei mitään pelottavaa asiaa sairaalassa, mutta kuitenkin sijoittivat itsensä VAS-asteikolla pelokkaan käärmeen luokse tai sen viereen.

6 POHDINTAA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Lapset kokevat sairaalan sekä pelottavana että jännittävänä paikkana. Pelko käsitteenä on hyvin häilyvä ja hyvin lähellä jännityksen käsitettä. Näkisin kuitenkin, että pelko käsitteenä on negatiivisempi, kun jännitys sen sijaan on positiivisempi asia. Lapsi voi odottaa jännittävää asiaa tapahtuvaksi, mutta ei haluaisi pelottavan asian tapahtuvan lainkaan.

Tutkimustulosten mukaan 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalassa sairaalaympäristöä, toimenpiteitä sekä omaan kehoon kohdistuvia tuntemuksia. Myös Ivanoffin ym. (1999) tutkimuksen lapset pelkäsivät vierasta ympäristöä, hylätyksi tulemista sekä kipua, mutteivät pelänneet toimenpiteitä, johon oman tutkimukseni lasten pelot yleisimmin kohdistuivat. Tutkimusjoukossa oli myös lapsia, joita ei pelottanut sairaalassa mikään, mikä jo sinällään on eroavainen tutkimustulos aikaisempiin tutkimuksiin nähden. Sisällön analyysin tuloksena muodostamani kolme pelon osa-alueita ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004; Hsu 2004; Friman 2005).

Lapset pelkäsivät sairaalaympäristöä, joka sisältää ympäristöstä aiheutuneet pelot sekä hoitovälineiden aiheuttamat pelot. Ympäristöstä aiheutuneita pelot sisältävät pelot sairaalaan tulosta, pimeään pelon sekä äänien pelot. Myös Pekkalinin (2002) sekä Flinkmanin ja Salanterän (2004) tutkimuksen lapset pelkäsivät outoa ympäristöä. Ivanoffin ym. (1999) tutkimuksessa lapset pelkäsivät erilaisia ääniä ja itse sairaalahuonetta. Hoitovälineiden aiheuttamat pelot sisältävät pelot tippaletkua, tippalaskuria, insuliinipumppua ja kanyylyä kohtaan. Myös Ivanoffin ym. (1999), Luotolinna-Lybeckin (2003) ja Hsun (2004) tutkimusten lapset pelkäsivät tutkimusvälineitä. Kirmanen (2000) tutkimuksen lapset pelkäsivät myös pimeää, mutta tutkimuksessa pimeään pelko ei ollut tullut esille sairaalassa vaan kotona. Pimeään pelkoa sairaalassa ei ole mainittu leikki-ikäisten lasten sairaalapelkoja käsittelevissä aikaisemmissa tutkimuksissa, muilta osin tutkimukseni vahvisti aikaisempia tutkimustuloksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa lapset pelkäsivät nukutusmaskia (Flinkman & Salanterä 2004). Vaikka lapset kokivat sairaalaan tulon pelottavana, osastolla oleminen oli heidän mielestään mukavaa. Vain muutama lapsi

olisi halunnut muuttaa osaston ulkonäköä, lähinnä lapset halusivat värillisiä huoneita valkoisten huoneiden sijaan.

Toimenpiteistä aiheutuneita pelkoja lapsille loivat pistäminen sekä erilaiset lääketieteelliset toimenpiteet. Pistämisestä aiheutuneita pelkoja olivat verinäytteen ottaminen, kanyylin ja insuliinipumpun laitto sekä itse pistäminen. Myös Kirmasen (2000), Pekkalinin (2002) ja Flinkmanin ja Salanterän (2004) tutkimuksen lapset pelkäsivät pistämistä. Aikaisempien tutkimusten mukaan lapset pelkäävät myös ompeleiden laittoa (Pekkalin 2002; Flinkman & Salanterä 2004). Pelkoja, jotka kohdistuivat lääketieteellisiin toimenpiteisiin, olivat röntgenkuvauksen, leikkauksen, nukutuksen sekä tutkimusten aiheuttamat pelot. Leikkauksia pelkäsivät myös Kirmasen (2000) sekä Flinkmanin ja Salanterän (2004) tutkimusten lapset. Luotolinna-Lybeckin (2003) tutkimuksen lapset pelkäsivät katetrointia, jota voi rinnastaa tutkimuksien aiheuttamiin pelkoihin. Pelkoa röntgenkuvauksesta ei ole mainintaan aikaisemmissa tutkimuksissa. Flinkmanin ja Salanterän (2004) lapset pelkäsivät lääkkeen ottamista.

Kolmas pelon ulottuvuus lapsilla oli pelot tuntemuksia kohtaan, jotka kohdistuivat lapseen itseensä. Nämä sisältävät turvattomuuden tunteen sekä fyysisten tuntemusten pelot. Turvattomuutta lapsille aiheuttivat yksinolo sekä ero vanhemmista. Myös Ivanoffin ym. (1999), Kirmasen (2000) ja Pekkalinin (2002) tutkimuksen lapset pelkäsivät hylätyksi tulemista ja eroa vanhemmista. Fyysisistä tuntemuksista lapset pelkäsivät kipua. Sitä lapset ovat pelänneet myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Pekkalin 2002; Luotolinna-Lybeck 2003; Flinkman & Salanterä 2004; Friman 2005). Omaan kehoon kohdistuvia tuntemuksia, jotka aikaisemmissa tutkimuksissa ovat aiheuttaneet lapsille pelkoja, olivat pahoinvointi (Flinkman & Salanterä 2004), jännittäminen (Luotolinna-Lybeck 2003), liikkumis- ja ruokailun rajoitukset (Ivanoff ym. 1999) sekä oman kontrollin menettäminen (Flinkman & Salanterä 2004), joita ei tullut esille omassa tutkimuksessani. Lisäksi aikaisemmista tutkimuksista Flinkmanin ja Salanterän (2004) tutkimuksen lapset pelkäsivät epärealistisia asioita, kuten pään irti leikkaamista, jota ei tullut ilmi tutkimuksessani.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Ivanoff ym. 1999; Kirmanen 2000; Luotolinna-Lybedck 2003; Hsu 2004) lasten pelot ovat kohdistuneet vieraisiin ihmisiin, henkilökuntaan, sen käyttäytymiseen ja toimintaan sekä puheisiin ja tekoihin. Sen sijaan tutkimuksessani

yksikään lapsi ei kertonut pelkäävänsä henkilökuntaa, ei hoitajia eikä lääkäreitä. Lapset pitivät todella paljon osaston hoitajista ja kokivat lääkärin tutkimuksen lähinnä kivaksi, tosin hiukan jännittäväksi. Jos pelottaa, lapset kertoivat juoksevansa karkuun tai menevänsä vanhempansa syliin. Myös Kirmasen (2000) tutkimuksen lasten pelkojen hallintakeinoja olivat pakenemiskäyttäytyminen sekä läheisiin ihmisiin turvautuminen.

Suurin osa lapsista sijoitti itsensä ketun tai käärmeen luokse tai niiden väliin, mikä tarkoittaa joko paljon tai todella paljon pelkoa. Aikaisemmista tutkimuksista vain Luotolinna-Lybeck (2003) on kysynyt lasten pelon määrää lapsilta itseltään VAS-asteikolla. Hänen tutkimuksensa lapset ilmoittivat kokeneensa toimenpiteen aikana keskimäärin jonkin verran pelkoa (VAS, k.a. = 56), kun haastattelemani lapset kokivat pelkoa sairaalassa myös keskimäärin jonkin verran (VAS, k.a. = 47). Minun olisi pitänyt pyytää lasta merkitsemään kynällä viivalle kohta, jonne sijoitti itsensä. Näin lapsen näyttämä paikka olisi ollut tarkempi. Nyt lapset näyttivät minulle sormella, mihin sijoittivat itsensä.

Muutama lapsi sanoi vain yhden asian tai ei mitään pelottavaa asiaa sairaalassa, mutta kuitenkin sijoitti itsensä VAS-asteikolla pelokkaan käärmeen luokse tai sen viereen. Lisäksi yksi lapsi kertoi monta erillistä seikkaa, jotka pelottavat häntä sairaalassa ja sijoitti itsensä vain vähän pelkäävän linnun luokse. Vaikka aluksi ajattelisi, että lapsen kertoma ja näyttämä ovat ristiriidassa keskenään, voi olla, että vaikka lapsi kertoi vain muutaman asian, jotka pelottavat, pelon voimakkuus vaihteli kerrottujen asioiden välillä. Lapset saattoivat vain hiukan pelätä montaa erillistä asiaa, tai pelätä muutamaa tai yhtä asiaa todella paljon. Pääosin lapset ilmaisivat itseään johdonmukaisesti eli jos lapsi kertoi pelkäävänsä sairaalassa jotain, hän myös sijoitti itsensä ketun tai käärmeen luokse tai niiden väliin. Vaihtoehtoisesti, jos lapsi sanoi, ettei hän pelännyt sairaalassa mitään, hän sijoitti itsensä sammakon lähelle. Myös Flinkmanin ja Salanterän (2004) tutkimuksen lapset ilmaisivat pelkoansa johdonmukaisesti.

Kuvallisessa VAS-asteikossa, jolla lasten pelon määrää mittasin, oli vasemmalla pelokas käärme (lukuarvo 0) ja oikeanpuoleisena peloton sammakko (lukuarvo 100). Asteikon idea on samanlainen, mitä Luotolinna-Lybeck (2003) käytti tutkimuksessaan, sillä hänenkin janan vasenpää mittasi negatiivista asiaa eli paljon pelkoa (lukuarvo 0) ja oikea positiivista asiaa eli ei pelkoa (lukuarvo 100). Siten tutkimusten tulokset ovat vertailukelpoisia. Muissa aikaisemmissa tutkimuksissa ei lapsi itse ole arvioinut pelkonsa määrää VAS-asteikolla.

Haastattelun lopussa kysyin lapselta pelon määrää VAS-asteikolla mitattuna. Selitin lapselle, että vasemmanpuoleisena on pelokas käärme ja oikeanpuoleisena on peloton sammakko ja niiden välissä hiukan pelkäävä lintu ja vielä enemmän pelkäävä kettu. Lapsi ymmärsi, miten päin asteikko oli laitettu ja näytti sormella kohdan, minne olisi sijoittanut itsensä viivalla, jonkun eläimen viereen vai niiden väliin.

Aikaisemmissa tutkimuksissa pelon määrän arvioijana ovat olleet VAS-asteikolla lapsen vanhemmat (mm. Carlsson ym. 2000; Srivastava ym. 2001; Dahlqvist ym. 2002; Kankkunen ym. 2003) ja vain harvoin lapsi itse (Luotolinn-Lybeck 2003). Mielestäni on hyvin tärkeää kysyä lapselta itseltään myös pelon määrää. Aikaisemmissa tutkimuksissa lasten pelon määrää lapsilta itseltään on kysytty kasvokuvioilla (Carr ym. 1998; Megel ym. 1998, Carlsson ym. 2000, Flinkman & Salanterä 2004). Tässä tutkimuksessa kysyin pelon määrää VAS-asteikon ja kasvokuvio-asteikon yhdistelmällä, joka oli mielestäni käyttökelpoinen.

6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Keskeistä tieteellisessä tutkimuksessa on, että tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja he voivat keskeyttää sen koska tahansa (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Lupa lasten haastatteluun kysyttiin ensin lapsen vanhemmilta, sitten lapsilta itseltään. Kaikki vanhemmat, joilta tutkimuslupaa kysyttiin, sen antoivat. Samoin kaikki lapset, joilta lupaa haastatteluun kysyin, antoivat minulle luvan haastatella itseään. Vaikka vanhemmilta pyydetään suostumuslupa (informed consent) lapsen osallistumisesta tutkimukseen, myös lapsella tulee olla oikeus kieltäytymiseen tutkimukseen osallistumiseen (Ruoppila 1999). Lisäksi lapsilla on oikeus lopettaa haastattelu ja kieltäytyä siitä, milloin he haluavat (Kortesuoma & Hentinen 1995; Kirmanen 2000; Mäkinen 2006). Haastatteluja tehdessäni pyrin siihen, ettei tutkimus vahingoittaisi tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Vertasin tutkimuksen hyötyä ja haittaa keskenään eli hyödyn oli oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Vastuu tutkimuksen toteuttamisesta minulla tutkijana. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimusluvan tutkimukselle myönsi sairaanhoitoalueen johtaja. Lisäksi eettinen toimikunta antoi tutkimukselle myönteisen lausunnon.

Tutkimuksesta syntyi henkilörekisteri osallistuvien lapsien ja heidän vanhempiensa nimistä ja lasten henkilötunnuksista sekä lasten sairauksista. Vanhemmat antoivat lapsensa tiedot samalla kun antoivat luvan lapsensa tutkimukseen osallistumisesta. Tarvitsin henkilötunnukset varmistuakseni tutkittavien lasten iästä ja siten soveltuvuudesta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri oli vain minun käytettävissä enkä luovuttanut sitä eteenpäin. Aukikirjoitin itse haastattelut tekstiksi. Säilytin syntynyttä henkilörekisteriä kotonani, lukollisessa kaapissa tutkimuksen valmistumiseen asti, jonka jälkeen hävitin sen polttamalla.

Lapset vastailivat kysymyksiini ja kertoivat peloistaan vaihtelevasti. Toiset lapset olivat puheliaampia kuin toiset. Jos lapsi ei vastannut tai kertonut mitään, kysyin asiaa toisella tavalla ja jos tämäkään ei tuottanut vastausta tai lapsi ei puhunut, en alkanut tivaamaan, vaan etenin teemahaastattelussa seuraavaan aiheeseen.

Lapset ovat yksilöllisiä kehitykseltään ja olemukseltaan. Toiset lapset puhuivat runsaammin kuin toiset. Toisten lasten kanssa oli helpompi keskustella teemoista kuin toisten. Lapsen ikä ei vaikuttanut siihen, puhuiko lapsi enemmän tai runsaammin eli noin neljä ja puolivuotias tyttö saattoi olla puheliaampi kuin kuusivuotias poika. Yleensä ottaen tytöt puhuivat poikia monisanaisemmin. Etenin haastatteluissa lapsen ehdoilla ja teemahaastattelun ohjeiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2003; Hirsjärvi & Hurme 2008) Teemojen järjestys ja laajuus vaihtelivat haastattelujen välillä.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Varton (1992) mukaan tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sen vapautta satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä. Koska laadullisessa tutkimuksessa itse tutkimus on koko ajan arvioinnin alla, satunnaisuudet yleensä karsiutuvat omalla ajallaan pois tutkimusaineistosta. Vaikka aineistonhankinnassa, tässä tutkimuksessa haastatteluissa, sattuisikin tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimusta heikentäviä virheitä, nämä usein paljastuessaan pakottavat tutkijan korjaamaan aineistonsa luotettavaksi uudella aineistonhankinnalla.

Haastatteluaineiston luotettavuutta pohdittaessa ongelma on siinä, ketkä kyseisen elämäntapahtuman kokeneista valitaan tutkimukseen. Aineiston valitsemisessa tulisikin

noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta eikä edustavuuden periaatetta. Lopetin haastattelut, kun aineisto alkoi saturoitua. Tutkittavat saattavat jättää asioita kertomatta, he voivat muunnella totuutta, muistaa väärin tai he voivat pyrkiä miellyttämään tutkijaa tuottamalla sosiaalisesti hyväksyttäviä kertomuksia. Tutkijan on huomioitava tapahtuneen ja haastatteluajankohdan välillä oleva aikaviive. Kyseisenä aikana tutkittava on saattanut keskustella asioista monien ihmisten kanssa (omaiset ja ammattiauttajat) ja tapahtuma saattaa näyttää aivan erilaiselta haastatteluhetkellä kuin se oli tapahtumahetkellä. (Nieminen 1998; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.) Tämän vuoksi on merkittävää, että tässä tutkimuksessa haastattelin lapset sairaalassa enkä vasta lasten kotiuduttua.

Se, miksi lapsi oli tullut sairaalaan, ei vaikuttanut siihen, otettiinko lapsi mukaan tutkimukseen vai ei. Kaikki vanhemmat, joilta lupa haastatteluun kysyttiin, sen antoivat. Lasten haastattelun kulusta on esitetty edellä ohjeita, kuinka se tulisi suorittaa ”oikeaoppisesti” ja mahdollisen parhaan lopputuloksen saamiseksi. Lapset saattoivat jättää asioita kertomatta, jos olivat jo jotain unohtaneet. Erään lapsen kohdalla otin tutkimustuloksiin mukaan vanhemman kertoman asian, jonka lapsi oli hänelle aiemmin kertonut pelottavana asiana. Lapsi oli siis unohtanut asian tapahtuneen ja haastattelun välillä. Kyseisessä tilanteessa tutkimustulos on pätevä, vaikka vanhempi asian minulle kertoikin, sillä olihan lapsi itse sanonut asian hänelle aiemmin. Kun vanhempi kertoi asiasta minulle, lapsi vahvisti äitinsä sanoman todeksi. Jotkut lapset saattoivat jännittää minua ja haastattelutilannetta, sillä niin sanotun virallisen haastattelun jälkeen he alkoivat puhua enemmän kuin haastattelutilanteessa, kuin mitä olivat puhuneet haastattelun aikana.

Lapsen haastattelulla on erityisiä luotettavuuskysymyksiä; esimerkiksi se, miten aikuinen luo sellaisen haastattelusuhteen lapsen kanssa, että lapsi kykenee avoimesti ja aidosti kertomaan kokemuksistaan tuntemattomalle aikuiselle (Lincoln & Cuba 1989). Toteutin haastattelut teemahaastattelun avulla, jossa siis minä, tutkija, aikuinen, olin luonut teemat, joiden ympärillä haastattelu eteni. Pyrin kuitenkin siihen, että tutkimus olisi ollut mahdollisimman lapsilähtöistä. Tutkijan tulee olla avoin lapsen kokemuksille ja luoda haastattelusta lapselle mukava ja luonteva keskustelutilanne. Tutkijan on myös huomattava, jos lapsi ei kykene jatkamaan haastattelua tai mentävä mukaan lapsen leikkiin, jos tilanne niin vaatii. Toisinaan haastattelujen välissä leikin lasten kanssa mukana olleilla nukeilla, mutta kuitenkin pyrin siihen, että haastattelu eteni teemasta toiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen käsitys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuiotensa. Tutkimuksen arviointi kohdistuu siten tutkimusaineiston keräämiseen, analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1998.)

Sisällön analyysin tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Suorien lainausten on tarkoitus lisätä raportin luotettavuutta sekä osoittaa lukijalle, minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Sisällön analyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Horsburgh 2003.) Pysin siihen, että tekemäni sisällön analyysi on mahdollisimman helppo seurata. Lisäksi tutkimustuloksia esitellessä luotettavuutta lisäävät suorat lainaukset haastatteluista.

Kortesluoma & Hentinen (1995) lainaavat Beckeriä (1970) kirjoittaessaan, että avointen kysymysten käyttö lisää kerättävän tiedon luotettavuutta silloin, kun halutaan tutkia lapsen kielellisiä ilmaisuja, tunteita, kokemuksia ja näkökulmaa. Avoimet kysymykset sallivat lapsen kuvata näkemystään omin sanoin, jolloin hänen subjektiivinen näkökulmansa pääsee esille. Avoimet kysymykset mahdollistavat lapsen ja aikuisen näkökulmaerojen huomioon ottamisen. (Lofland & Lofland 1984; Kortessluoma & Hentinen 1995.) Jos ja kun kysyin lapselta hänen tuntemuksistaan peloista sairaalassa, lapset vastasivat avoimeen kysymykseen vaihdellen. Toiset lapset osasivat selittää asian omin sanoin, toiset eivät lainkaan, vaan tarvitsivat apukysymyksiä vastaukset tuottamiseksi. Jos lapsi oli hyvin vähäsanainen, johdattelevia kysymyksiä oli todella vaikeaa välttää.

Haastattelukirjallisuuden mukaan (Kortessluoma & Hentinen 1995) lasten haastattelussa tulee välttää kysymyksiä, joihin lapsi voi vastata kyllä tai ei. Pysin siihen muun muassa siten, että kysyin lapselta miltä jokin tuntui tai mitä hän ajatteli jossain tietyissä tilanteissa. Joskin aina ei ollut mahdollista välttää ”kyllä-ei” –kysymyksiä, kuten jos jostain asiasta oli puhuttu, kysyin keskustelun jälkeen pelottiko asia lasta. Lapsen vastasivat kyllä tai ei tai vaihtoehtoisesti tulkitsin nyökkäyksen kyllä-vastaukseksi ja pään pudistuksen ei-vastaukseksi.

Fauxin ym. (1988) mukaan aikuisen tutkijan ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa ilmenevät ongelmat voivat alentaa kerättävän tiedon luotettavuutta. Koehaastatteluihin on mahdollista oppia huomioimaan erityisesti haastattelutilanteen outous lapselle, lasten kyky antautua vuorovaikutukseen aikuisen kanssa, kognitiiviset ja kielelliset valmiudet, abstraktien käsitteiden ymmärtäminen sekä lapsen rajallinen keskittymiskyky. (Kortesuoma & Hentinen 1995.) Suoritin esitutkimuksen tutkimuksen alussa kolmen ensimmäisen haastattelun lapsen kanssa. Haastattelut onnistuivat kaikin puolin ja otin haastatellut lapset mukaan tutkimusjoukkoon.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa sitä, vastaavatko tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinnot tutkittavan käsityksiä. Heidän mukaansa viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee siten arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Hirsjärven ja Hurmeen (2001) mukaan tutkijan on kyettävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt luokitamaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin hän on sen tehnyt. Tein aineiston analyysin sisällön analyysillä. Tein analyysin eri osista taulukot, jotta lukija voi varmistua siitä, mistä olen kategoriat muodostanut.

Alkuperäisiä lausumia haastatteluaineistossa oli yhteensä 47. Aineisto saturoitui hyvin, sillä pelkistettyjä ilmauksia oli 18. Haastateltavia lapsia oli mukana tutkimuksessa kaksitoista. Lapsista muutama jopa kertoi, ettei pelännyt osastolla mitään. Lapset vastailevat kysymyksiin harvasanaisemmin kuin aikuiset ja lasten haastattelussa tulee välttää johdattelevia kysymyksiä (Kortesuoma & Hentinen 1995). Nämä seikat huomioon ottaen mielestäni tutkimukseni aineisto on riittävä. Myös laadullisen tutkimuksen menetelmäkirjallisuus (Eskola & Suoranta 1998; Kyngäs & Vanhanen 1999; Neuendorf 2002) ei anna laadullisen tutkimuksen aineiston koosta sen enempää ohjeita eikä määriä kuin sen, että tutkimuksen aineistokeruu tulee lopettaa, kun aineistoa on riittävästi. Riittävästi aineistoa on silloin, kun aineisto saturoituu eli alkaa toistaa itseään eikä ilmiötä rikastuttavia ilmauksia enää ilmene.

Tutkimusta käytännössä ei voi toistaa koskaan sellaisenaan, koska jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen. Muut tutkijat

voivat päätyä eri tuloksiin luokitellessaan ja tulkitessaan samaakin tutkimusaineistoa, sillä tutkijoilla on takanaan eri teoreettinen perehtyneisyys aiheeseen ja erilainen esiyymmärrys tutkittavasta asiasta. (Eskola & Suoranta 2000; Hirsjärvi & Hurme 2001.) Pysin siihen, että suoritettu aineistonkeruu, analyysi ja tutkimusraportti ovat mahdollisimman avoimia, helppolukuista ja helposti seurattavaa. Tutkimuksen tulokset koskevat vain tutkimiani lapsia enkä yleistä tutkimukseni tuloksia.

Tutkimuksen luotettavuutta edisti se, etten itse työskennellyt tutkimusosastolla. Lastenosaston osaston- tai apulaisosastonhoitaja tosin huolehtivat siitä, että osastolla tutkimusaikana hoidossa olleiden kaikkien tutkimuskriteerit täyttäneiden lasten vanhemmilta tutkimuslupa lapsen haastatteluun kysyttiin. Vain muutaman luvan kysyin itse.

Litteroin eli puhtaaksikirjoitin itse kaikki haastattelut, jolloin aineiston analysointi alkoi jo kirjoitusvaiheessa. Se, että itse kirjoitin kaikki haastattelut, lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä muutamassa haastattelussa äänitetystä haastattelusta kuuluu vain muminaa lapsen suusta, mutta muistin itse, mitä lapsi oli siinä kohtaa puhunut epäselvästi ja sai siten kirjoitettua kaiken lapsen sanoman muistiin. Lisäksi se, että kirjoitin itse haastattelu auki, lisää luotettavuutta siinä mielessä, etteivät haastatteluaineisto eivätkä lasten henkilötiedot joutuneet vahingossakaan väärin käsiin tai muiden ihmisten nähtäviksi tai kuultaviksi.

6.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Lasten pelot ovat todellisia ja ne pitää ottaa vakavasti. Tässä tutkimuksessa lapset pelkäsivät sairaalaa ympäristönä, toimenpiteitä sekä tuntemuksia, jotka kohdistuivat häneen itseensä. Sairaaloissa tehdään nykyään paljon, jotta lasten pelot vähenisivät, mutta tuskin koskaan lasten pelkoja ennaltaehkäistään liikaa.

Lähes kaikki tutkimuksessa mukana olleet lapset tulivat osastolle sovitusti, vain yksi haastatelluista lapsista oli tullut sairaalaan päivystyksenä. Lapsia oli siis todennäköisesti jotenkin valmisteltu sairaalaan tuloon, mikä saattoi vähentää lapsen kokemia pelkoja. Lisäksi osa lapsista oli kokeneita sairaalakävijöitä, eikä tämä ollut heidän ensimmäinen kertansa sairaalassa. Olisi ollut mielenkiintoista, jos mukana olisi ollut enemmän päivystyksellisiä potilaita – olisiko heidän pelkonsa eronneet lasten peloista, joiden

sairaalakäynnit oli suunniteltu? Ivanoffin ym. (1999; 2001) mukaanhan lapsen valmistaminen sairaalaan vähentää lapsen pelkoja.

Tutkimuksia, joissa lapsia itseään on haastateltu, on vähän. Lapsia on usein kyseenalaistettu tiedonantajina ja tietoa lapsista on kerätty lähinnä haastattelemalla joko vanhempia tai lasten hoitajia. Vanhemmille ja hoitajille on myös jaettu kyselylomakkeita tiedon saamiseksi. Mielestäni on kuitenkin tärkeää kysyä lapsilta heitä koskevista asioista. Myös Ruoppilan (1999) mukaan lapset ovat oman elämänsä informantteja ja Kortesuoman ja Hentisen (1995) mukaan lasta haastattelemalla päästään lähemmäksi hänen elämysmaailmaansa ja samalla lähemmäksi hänen käsityksiään ja mieltymyksiään. Koska pelko on hyvin henkilökohtainen tunne ja vaikea määritellä, valitsin lapsihaastattelun vanhempien tai hoitajien sijaan. Flinkmanin ja Salanteränkin (2004) mukaan lapsen kertoma on totta lapsen näkökulmasta ja se on ainutkertaista ja arvokasta.

Lapset pelkäsivät keskimäärin jonkin verran (VAS, k.a. = 47) sairaalassa kuvallisella VAS-asteikolla mitattuna. Jatkossa lapsihaastattelun ohella olisi tärkeää kysyä lapsen pelon määrää VAS-asteikolla siten, että lapsi merkitsee kynällä kohdan, jonne sijoittaisi itsensä. Näin tulos olisi tarkempi, kuin mitä se nyt oli, kun lapset näyttivät minulle kohdan sormella. Kahdestatoista lapsesta kahdeksan sijoitti itsensä kuvallisella VAS-asteikolla joko paljon pelkäävän käärmeen tai hiukan pelkäävän ketun luokse tai niiden väliin.

Suurin eroavaisuus aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna oli, että tutkimuksessani yksikään lapsi ei kokenut osaston henkilökuntaa pelottavana, vaan hoitajat ja lääkärit olivat lasten mielestä mukavia. Lisäksi tutkimukseen osallistuneista lapsista muutama lapsi kertoi, ettei pelännyt sairaalassa mitään. Muilta osin tutkimukseni tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa.

Pelko ja jännitys ovat sanoina ja käsitteinä hyvin lähellä toisiaan. Jo sanoina englannin kielessä ne sekoittuvat toisiinsa tarkoittaen välillä samaa asiaa. Ymmärtääkö alle kouluikäinen lapsi sanojen merkitysten eroja? Aikuistenkin puheissa pelon ja jännityksen ero on häilyvä. Pelko on nähdäkseni negatiivinen tunne jännityksen ollessa positiivisempi. Tutkimuksessani toiset lapset pelkäsivät samoja asioita, joita toiset jännittivät. Asioita, jotka erityisesti jännittivät lapsia sairaalassa, olivat sairaalaan tulo, leikkaus sekä lääkärin tutkimus.

Nykypäivän maailmassa lapset nähdään yksilöinä, joilla on oma arvonsa ja heitä halutaan kuunnella ja heidän sanomansa otetaan vakavasti (Kortesuoma & Hentinen 1995; Suomen NOBAB 2005).

Hoitotieteellistä tutkimusta, jossa vain lapsi on tutkimuksen tiedonantajana, on todella niukasti. Erityisesti alle kouluikäisten lasten tutkimusta on todella vähän. Lapsen äänen kuuluviin saaminen tutkimuksen keinoin on hyvin tärkeää ja omalta osaltaan vahvistaa tämän päivän tutkimustiedon ja hoitamisen peruslähtökohtaa eli näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jossa palvelujen asiakas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Miksei tuo yhteistyökumppani voisi yhtä hyvin olla lapsi itse?

LÄHTEET

Alasuutari, M. 2005. Mikä rakentaa vuorovaikutusta lapsen haastattelussa? Teoksessa: Ruusu vuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Almqvist, F. 2004. Leikki-ikä ja varhainen kouluikä. Teoksessa: Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 42-46.

Bal, N, Saricaoglu, F., Uzun, S., Dal, D., Çelebi, N., Çeliker, V. & Aypar, Ü. 2002. Perioperative anxiety and postoperative behavioural disturbances in children: comparison between induction techniques. European Journal of Anaesthesiology 2002; 23, 470-475.

Bar-Mor, G. 1997. Preparation of children for surgery and invasive procedures: milestones on the way to succes. Journal of Pediatric Nursing 1997; 12(4), 252-255.

Bayer, J. K., Sanson, A. V. & Hemphill, S. A. 2006. Children's Moods, Fears, and Worries: Development of an Early Childhood Parent Questionnaire. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2006; 14(1), 41-49.

Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. 1982. Qualitative research for education. An introduction to theory and methods. Allyn and Bacon: Boston.

Carlsson, K. L., Broome, M. & Vessey, J. A. 2000. Using Distraction to Reduce Reported pain, Fear and Behavioural Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study. Journal of the Society of Pediatric Nurses 2000; 5(2), 75-85.

Carr, T.D., Lemanek, K. L. & Armstrong, F. D. 1998. Pain and Fear Ratings: Clinical Implications of Age and Gender Differences. Journal of Pain and Symptom Management 1998; 15(5), 305-315.

Chaiyawat, W. & Brown, J. K. 2000. Psychometric Properties of the Thai Versions of State-Trait Anxiety Inventory for Children and Child Medical Fear Scale. Research in Nursing & Health 2000, 23, 406-414.

Dahlqvist, L. M., Busby, S. M., Slifer, K. J., Tucker, C. L. Eischen, S. Hilley, L. & Sulc, W. 2002. Distraction for Children of Different Aged Who Undergo Repeated Needle Sticks. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2002; 19(1), 22-34.

Davidson, P. M., White, P. N., Smith, D. J. & Poppen, W. A. 1990. Content and intensity of fears in middle childhood among rural and urban boys and girls. *The journal of genetic psychology* 1, 51-58.

Docherty, S. & Sandelowski, M. 1999. Focus on Qualitative Methods. Interviewing Children. *Research in Nursing* 1999; (22), 177-185.

Eiser, C. 1991a. Its OK having asthma... young children's beliefs about illness. Teoksessa: Glasper, A. (toim.) *Child Care. Some Nursing Perspectives. The Professional Development Series*, London: Wolfe Publishing Ltd, 205-210.

Eiser, C. 1991b. What children think about hospitals and illness. Teoksessa: Glasper, A. (toim.) *Child care. Some Nursing Perspectives. The Professional Development Series*, London: Wolfe Publishing Ltd, 206-214.

Erikson, H. E. 1982. *Lapsuus ja yhteiskunta*. Jyväskylä: Gummerus.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Vastapaino.

Finch, J. & Mc Intosh, J. A. 1990. Assessment of anxieties and fears in children. Teoksessa: La Greca (toim.) *Through the eyes of the child: Obtaining selfreports from children and adolescents*. Boston: Allyn and Bacon, 234-258.

Finley, G. A., McGrath, P. J., Forward, P., McNeill, G., Fitzgearld, P. 1996. Parents' management of children's pain following 'minor' surgery. *Pain* 1996; 64, 83-87.

Flinkman, T. & Salanterä, S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 2004; 16(3), 121-131.

Friman, T. 2005. 4-7-vuotias lapsi verinäytteenotossa. Huomion suuntaaminen toisaalle kivusta ja pelosta lorun avulla. Pro Gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Gullone, E. 2000. The development of normal fear: a century of research. *Clinical Psychology Review* 2000; 20 (4), 429-451.

Gupta, S., Mitchell, I., Giuffre, R. M. & Crawford, S. 2001. Covert fears and anxiety in asthma and congenital heart disease. *Child: Care, Health & Development* 2001; 27(4), 335-348.

Heikkilä, J. 1998. Patient fears and the assessment of fears related to coronary arteriography. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 618. Väitöskirja.

Helenius, A. 1993. Leikin kehitys varhaislapsuudessa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hellström, K. & Hanell, Å. 2003. *Fobiat*. Helsinki: Edita.

Hiitola, B. 2000. *Parantava leikki*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hoidokki 2009. Hoitotyön asiasanasto. URL: http://www.shks.fi/hoidokki_hoitotyön_asiasanasto/ (Luettu 31.12.2008)

Holloway, I. & Wheeler, S. 2002. *Qualitative research in Nursing*. Blackwell Publishing. 2nd edition.

Horsburgh, D. 2003. Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12(2), 307-312.

Hudges, J. N. & Baker, D. B. 1990. *The clinical child interview*. New York: Guilford.

HUS. 2007. Lastentautien vuodeosasto 5. URL: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,1598,1884> (Luettu 18.2.2008)

Hsu, H. 2004. Reducing fear in preschool children during clinical examinations. *Journal of Nursing (China)* 2004; 51(1), 52-7.

Huizinga, J. 1947. Leikkivä ihminen. (Homo ludens). Yritys kulttuurin leikkiaineuksen määrittelemiseen. Helsinki: Nelopaino Oy.

Ivanoff, P., Åstedt-Kurki, P. & Laijärvi, H. 1999. Leikki-ikäisen kokema sairaalapelko. *Hoitotiede* 1999; 11(5), 272-281.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. WSOY. 3. uudistettu painos.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Wang, S -M., Caramico, L. A. & Hofstadter, M. B. 1998. Parental Presence during Induction of Anesthesia versus Sedative Premedication: Which Intervention Is More Effective? *Anesthesiology* 1998; 89(5), 1147-1156.

Kalliala, M. 1999. Enkeliprinsessa ja itsari liukumäessä. *Gaudeamus*. Tampere: Tammerpaino Oy.

Kankkunen, P. M., Vehviläinen-Julkunen, K. M. & Pietilä, A.-M. & Halonen, P. M. 2003. Parents' perceptions of their 1-6-year-old children's pain. *European Journal of Pain* 2003; 7(3), 203-211.

Kantero, R.-L., Levo, H. & Österlund, K. 1996. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kinnunen, P. 2001. Lentopelko hallintaan. Vantaa: WSOY.

King N. J., Muris P. & Ollendick T. H. 2005. Childhood Fears and Phobias. Assessment and Treatment. *Child and Adolescent Mental Health* 2005; 10(2), 50-56.

Kirmanen, T. 1999. Haastattelu lapsen ja aikuisen kohtaamisena – kokemuksia lasten pelkojen tutkimuksesta. Teoksessa: Ruoppila, I., Hujala, E., Karila, K., Kinos, J., Niiranen, P. & Ojala, M. Varhaiskasvatuksen tutkimusmenetelmiä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 194-217.

Kirmanen, T. 2000. Sosiaalipsykologinen tutkimus 5-6-vuotiaiden lasten peloista ja pelon hallinnasta. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 78. Väitöskirja. URL: <http://www.uku.fi/tutkimus/vaitokset/2000/tkirmane.pdf> (Luettu 15.9.2007)

Kolk, A. M., van Hoof, R. & Fiedeldij Dop, M. J. C. 2000. Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture. *Child: Care, Health and Development* 2000; 26 (3), 251-260.

Kortesluoma, R.-L. & Aavarinne, H. 1992. Kuusivuotiaan lapsen kivun ja pelon lievittäminen verinäytteenottotilanteessa. *Hoitotiede* 1992; 4(4), 155-161.

Kortesluoma, R.-L. & Hentinen, M. 1995. Laadullinen haastattelu lapsen kokemusten tutkimisessa. *Hoitotiede* 1995; 7(3), 119-127.

Koskinen, I., Alasuutari, P. & Peltonen, T. 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999; 11(1), 3-12.

Kyrönlampi-Kylmänen, T. 2007. Arki lapsen kokemana – eksistentiaalis-fenomenologinen haastattelututkimus. Lapin yliopisto. *Acta Universitatis Lapponiensis* 111. Väitöskirja. L 1991/60. Yleissopimus lapsen oikeuksista.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

Lahikainen, A.R., Kirjanen, T. & Taimalu, I.R. & M. 2003. Studying fears in young children. Two interview methods. *Childhood* 2003; 10(1), 83-104.

Lahikainen, A. R., Kraav, I., Kirmanen, T. & Taimalu, M. 2006. Child-Parent Agreement in the Assessment of Young Children's Fears: A Comparative Perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2006; 37(1), 100-19.

Lincoln, Y.,S. & Guba, E.G. 1989. *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications. 6. painos.

Leino-Kilpi, H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 222-231.

Lofland, J. & Lofland, L. H. 1984. Analyzing social settings: A guide to qualitative observations and analysis. (2nd ed.) Wadsworth, Belmont.

Luotolinna-Lybeck, H. 2003. Lapsipotilas teknisessä hoitoympäristössä. Esimerkkinä virtsan refluksin gammakuvaustutkimus. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja – Ser. C. Osa – Tom. 193. Väitöskirja.

Mahat, G. & Scoloveno, M. A. 2003. Comparison of Fears and Coping Strategies Reported by Nepalese School-Age Children and Their Parents. *Journal of Pediatric Nursing* 2003; 18(5), 305-313.

Mahat, G. & Scoloveno, M. A. 2006. Nepalese School-Age Children's Self-Reported Fears and Coping Strategies Related to Medical Experiences. *Journal of Cultural Diversity* 2006; 13(1), 34-40.

Mahat, G., Scoloveno, M. A., & Cannella. 2004. Comparison of Children's Fears of Medical Experiences Across Two Cultures. *Journal of Pediatric Health Care* 2004; 18(6), 302-307.

Malone, A. B. 1996. The effects of Live Music on the Distress of Pediatric Patients Receiving Intravenous Starts, Venipunctures, Injections, and Heel Sticks. *Journal of Music Therapy* 1996; 33(1), 19-33.

Megel, M. E., Houser, C. C. & Gleaves, L. E. 1998. Children's responses to Immunizations: Lullabies as a Distraction, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1998; 21(3), 129-145.

Metsämuuronen, J. 2006. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Teoksessa: Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 15-77.

Miller, S. 2003. Analysis of phenomenological data generated with children as research participants. *Nurse Researcher* 2003; 10(4), 68-82.

Minkkinen, L., Jokinen, S., Muurinen, E. & Surakka T. 1997. *Lasten hoitotyö*. Tampere: Hygeia.

Moston, S. 1990. Children Interpret and Respond to Questions: Situational Sources of Suggestibility in Eyewitness Interviews. *Social Behaviour* 5, 155-167.

Munter, H. 1997. Minä muiden kanssa: minuuden sosiaalinen synty. Teoksessa: Lyytinen, H. (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan*. Porvoo: WSOY, 66-86.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Neuendorf, K. A. 2002. *The Content Analysis Guidebook*. Cleveland State University. Sage Publications. Printed in United States of America.

Nicastro, E. A. & Whetsell M. V. 1999. Children's fears. *Journal of Pediatric Nursing* 1999; 14(6), 392-402.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 215-221.

Niemelä, P. & Kraav, I. 1995. Turvattomuus Suomessa ja Virossa. Artikkeleita eri ikävaiheista ja elämänaalueilta. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Nelson, C. C. & Allen, J. 1999. Reduction of Healthy Children's Fears Related to Hospitalization and Medical Procedures: The Effectiveness of Multimedia Computer Instruction in Pediatric Psychology. *Children's Health Care* 1999; 28(1), 1-13.

Okkonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. 2007. Lasten käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä – sisällöllinen ja metodinen näkökulma. *Hoitotiede* 2007; 19(5), 270-278.

Ollendick, T. H., King, N. J. & Muris, P. 2002. Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child & Adolescent Mental Health* 2002; 7(3), 98-106.

Ollendick, T. H., Neville K. J. & Fray, B. 1989. Fears in children and adolescents. Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behaviour research and therapy* 1, 19-26.

Pekkalin, T. 2002. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgiassa. Pro Gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pelander, T., Nuutila, L., Salanterä, S. & Leino-Kilpi, H. 2006. Lapsi tiedonlähteenä: katsaus Suomessa tehtyihin hoitotieteen opinnäytetöihin. *Hoitotiede* 2006; 18(4), 162-171.

Pölkki, T., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. *Sairaanhoitaja* 2003; 76(10), 18-21.

Rekiaro, I. & Robinson, D. 1990. Suomi-Englanti-Suomi. Sanakirja. Jyväskylä: Gummerus,

Ruoppila, I. 1999. Lasten tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa: Ruoppila, I., Hujala, E., Karila, K., Kinos, J., Niiranen, P. & Ojala, M. Varhaiskasvatuksen tutkimusmenetelmiä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 26-51.

Rusi-Pyykönen, M. 2007. Draamaleikki – vaihtoehtoinen väline lapsen kivun ja pelon lievitykseen sairaalaympäristössä. *Kipu Viesti* 1; 32-35. Luettavissa URL: http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkitet_tiedostot/Kipuviesti/Draamaleikki.pdf (Luettu 18.11.2007)

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa: Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 22-56.

Simmons, J. H., McFann, K. K., Brown, A. C., Rewers, A., Follansbee, D., Temple-Trujillo, R. E. & Klingensmith, G. J. 2007. Reability of the Diabetes Fear of Injecting and Self-Testing Questionnaire in Pediatric Patients With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30(4), 987-989.

Solantaus, T. 1987. Hopes and worries of young people in three European countries. *Health Promotion* 1, 19-27.

Srivastava, T., Betts, G., Rosenberg, A.R. & Kainer, G. 2001. Perception of fear, distress and pain by parents of children undergoing a micturating cystourethrogram: A prospective study. *Journal of Paediatric Child Health* 2001; 37, 271-273.

Suomen NOBAB. 2005. URL: <http://www.nobab.fi/Nobab.html> (Luettu 13.2.2008)

Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri V.-M. 2007. Johdanto. Teoksessa: Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V.-M. (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 7-12.

Tamminen, T. 2004. Psykykinen kehitys eri ikäkausina. Teoksessa: Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. *Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 37-42.

Toskala, A. 1997. Pelot ja niiden voittaminen – Kohti uudenlaista rohkeutta. Juva: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A. & Messeri, A. 2005. Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. *Pediatrics* 2005; 116(4), 563-567.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygeia. Terveysten- ja sairaanhoitajan kirjasto. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Elan vital. URL: <http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat.html> (Luettu 14.2.2008)

Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2006. Lapsuus, erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 14-25.

Waltz, C. F., Strickland, O. R. & Lenz E. R. 1984. Measurement in nursing research. F. A. Davis, Philadelphia.

Wetter-Parasie, J. & Parasie, L. 2000. Pelkojeni voittajaksi. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Wolman, B. 1979. Lapsen pelot. Keuruu: Otava.

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata, mitä 5-6-vuotiaat lapset pelkäävät sairaalan lastenosastolla lasten itsensä arvioimana. Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka ohjaajina toimivat dosentti Marja Kaunonen ja TtM, assistentti Anja Rantanen. Tutkimustulosten tavoitteena on saada lisätietoa lasten pelkokokemuksista, jotta sairaalassa koettuja pelkoja kyettäisiin lievittämään nykyistä tehokkaammin. Tutkimustulosten avulla kehitetään lasten sairaanhoitoa. Tutkimusluvan on myöntänyt sairaanhoitoalueen johtaja. Lisäksi eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle myönteisen lausunnon.

Tutkimuksen aineisto kerätään keskustelemalla lapsen kanssa hänen sairaalahoidon aikaisista kokemuksistaan. Lapsi saa päättää, haluaako hän vanhempansa mukaan haastattelutilanteeseen vai ei. Keskustelut nauhoitetaan, mikäli annatte siihen luvan. Haastattelun arvioidaan kestävän maksimissaan tunnin, mutta se lopetetaan heti, mikäli lapsi alkaa väsyä tai muuten haluaa lopettaa. Kirjoitan itse haastattelut auki tekstiksi heti haastattelujen jälkeen. Tutkimuksesta kirjoitetaan raportti, jossa on yhteenveto tuloksista. Raportista ei voi tunnistaa yksittäistä lasta.

Lapsenne minulle antamat tiedot ovat arvokkaita ja tärkeitä ja toivonkin, että annatte luvan lapsenne haastatteluun. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta mitenkään muuhun lapsenne saamaan hoitoon. Lapseltanne pyydetään suullinen suostumus keskusteluun Teidän antaman luvan jälkeen. Annan tarvittaessa lisätietoja tutkimukseen liittyvistä asioista.

Kiitoksin,

Vilma Lotta Talka
Sairaanhoitaja AMK, TtK, TtM-opiskelija

Lastentautien ylilääkäri

SUOSTUMUS LAPSENI OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

Liite 1

2/2

”5-6-vuotiaan lapsen pelot sairaalassa”

Tutkija: Vilma Lotta Talka, sairaanhoitaja AMK, Hyvinkään sairaala, TtK, TtM-opiskelija,
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Annan luvan lapseni tutkimukseen osallistumiseen.

Lapsen nimi

Lapsen henkilötunnus

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Annan luvan nauhoittaa lapseni haastattelu.

_____ Kyllä

_____ En

1) Sairaalaympäristö ja sairaalan henkilökunta

- ympäristö fyysisesti, äännet, värit
- hoitohenkilökunta (hoitajat ja lääkärit)
- henkilökunnan puheet ja teot
- henkilökunnan toiminta ja käyttäytyminen

2) Hoito- ja tutkimusvälineet ja –toimenpiteet

- hoito- ja tutkimusvälineet
- toimenpiteet, joita lapselle on tehty

3) Lapsen oma keho

- fyysiset toiminnot, kuten kipu, jännittäminen ja pahoinvointi
- hylkäämisen tunne, ero vanhemmista
- oman kehon hallinta, mahdolliset rajoitukset sairauden vuoksi

pvm: _____ / _____ 2008

Haastateltavan nro: _____

(tutkija täyttää)

LAPSEN TAUSTATIEDOT (vanhempi täyttää)

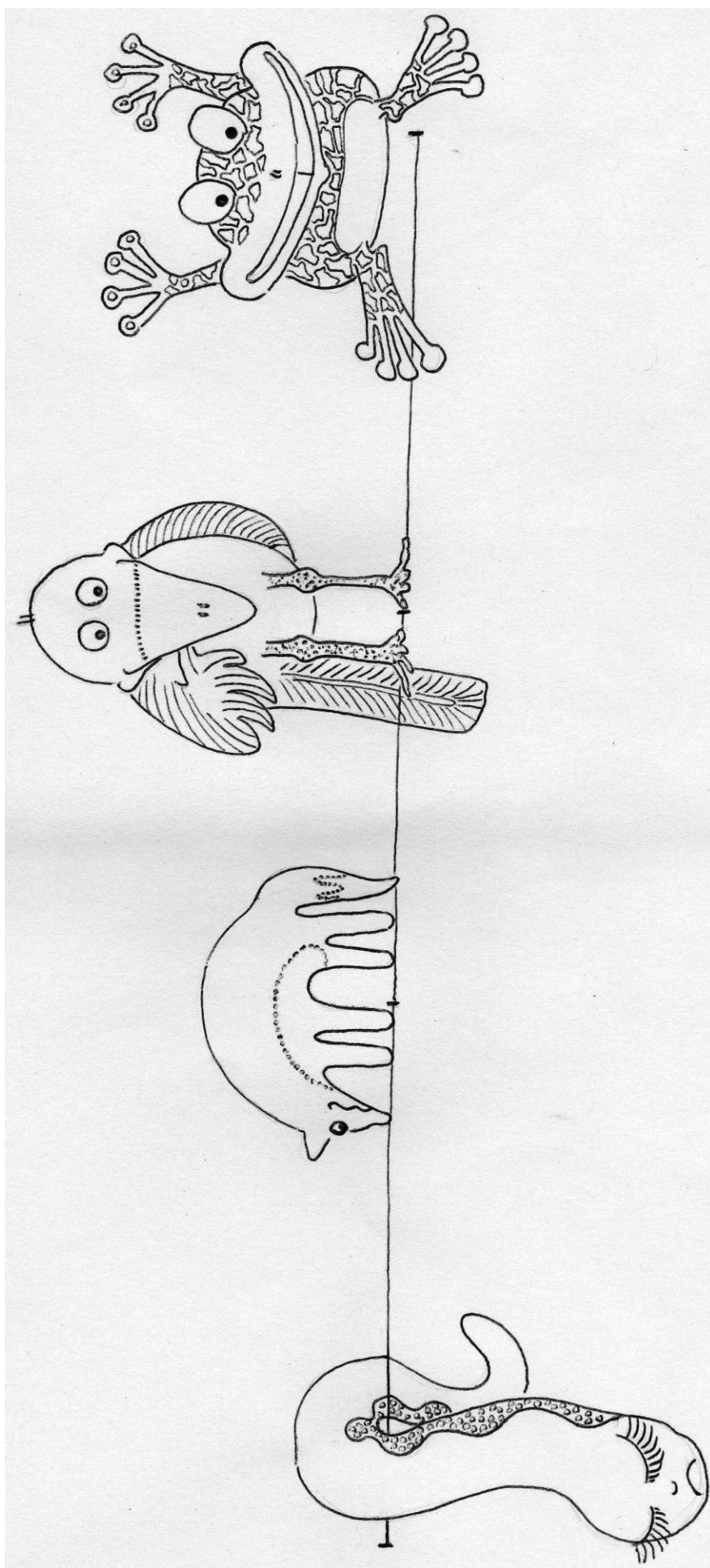
Lapsen nimi

Lapsen syntymäaika

Lapsen aikaisemmat sairaudet

Miksi lapsesi on nyt sairaalassa

Mitä toimenpiteitä lapsellesi on tehty tällä sairaalakäynnillä? (verikokeet, verenpaineen mittaukset, röntgenkuvaukset, ym.)



SISÄLLÖN ANALYYSI KOKONAISUUDESSAAN

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Keskikategoria | Yläkategoria |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| verinäyte kanyylin laitto insuliinipumpun laitto pistäminen | pistäminen | toimenpiteet | 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa |
| röntgenkuvaus leikkaus nukutus tutkimukset | lääketieteelliset toimenpiteet | | |
| sairaalaan tulo pimeä äänet | ympäristö | sairaalaympäristö | |
| tippalaskuri tippaletku insuliinipumppu kanyyli | hoitovälineet | | |
| yksinolo ero vanhemmista | turvattomuus | omaan kehoon kohdistuvat | |
| kipu | fyysiset tuntemukset | tuntemukset | |