

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3. MYÖHÄISLEIKKI- IKÄISEN LAPSEN KEHITYS JA KIVUN ILMAISEMINEN	2
3.1 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kehitys	2
3.1.1 Piagetin kehityspsykologinen teoria	3
3.1.2 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen fyysinen ja motorinen kehitys	4
3.1.3 Myöhäisleikki- ikäisen lapsen psyykkinen kehitys	5
3.1.4 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen sosiaalinen kehitys	6
3.2 Lapsen kipu	7
4. TYÖN TOTEUTUS	12
4.1 Sadutus aineistonkeruu- menetelmänä	12
4.1.1 Historiaa	12
4.1.2 Sadutus käytännössä	14
4.2 Aineiston keruu	15
4.3 Aineiston analyysi	16
5. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	18
5.1 Kivun sijainti	18
5.2 Kivun syyt	19
5.3 Auttajat	20
5.4 Auttamiskeinot	21
6. EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS	22
8. POHDINTA	25
LÄHTEET	29
LIITE 1	

1. JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaalan, Turun yliopiston ja Helsingin ammattikorkeakoulu- Stadian yhteistä hanketta kehittää lievityskeinoja lapsen kivun ja pelon hoitotyöhön. Työmme tarkoituksena on tutkia lapsen käsityksiä kivusta sadutuksen avulla.

Työssämme käsitellään myöhäisleikki-ikäisen lapsen kehitysvaiheita, kipua sekä lapsen käsitystä kivusta hänen omasta näkökulmastaan. Pyrimme myös luomaan kattavan kuvan käyttämästämme aineistonkeruumenetelmästä, sadutuksesta, joka on menetelmänä melko uusi ja vähän käytetty. Opinnäytetyössämme haetaan vastausta kysymykseen: miten leikki-ikäinen lapsi käsittää kivun?

Kivun hoitoon ja sen tutkimiseen on alettu viime vuosina kiinnittää yhä enemmän huomiota. Erityisesti viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana kivun tutkimukseen ja tiedon kriittiseen arviointiin on panostettu. (O'Rourke 2004: 560.) Lapset ovat kivun kokijoina aikuisia huomattavasti pienempi ryhmä, ja sen takia tutkimus- ja kehittämistyö on keskittynyt aikuisiin. Lapsilla ei aina ole valmiuksia vaatia parempaa kivun hoitoa kuin mitä aikuiset heille tarjoavat. Lapsi ei välttämättä osaa ilmaista verbaalisesti kipuaan riittävän hyvin, että aikuinen pystyisi ymmärtämään hänen kipunsa voimakkuuden. Kivun voimakkuuden arvioimiseksi on kehitetty erilaisia kipumittareita. Niiden käyttö edellyttää lapselta tiettyä kehitystasoa. Ihmiset tulkitsevat kipumittarin asteikkoa eri tavoin, ja tämä vaikuttaa kivun arvioinnin luotettavuuteen. Oikean kivun arviointimenetelmän valinta vaatii ymmärrystä kivusta, sen mittaamisesta sekä lapsen kehityksestä (O'Rourke 2004: 560).

Sadutus antaa lapselle mahdollisuuden kertoa omia näkemyksiään tai kokemuksiaan kivusta. Niiden pohjalta voidaan rakentaa erilaisia lasta huomioivia kivun lievitysmenetelmiä. Hankkeen jatkotarkoituksena on kehittää kivun lievitysmenetelmiä musiikin ja draaman avulla. (Karlsson 2003: 116 - 117)

2. TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sadutuksen avulla myöhäisleikki-ikäisten lasten käsityksiä kivusta. Aineisto kerättiin saduttamalla myöhäisleikki-ikäisiä lapsia eräässä helsinkiläisessä päiväkodissa keväällä 2006. Myöhäisleikki-ikäisellä lapsella tarkoitamme opinnäytetyössämme 5 - 6-vuotiasta lasta. Opinnäytetyössämme haetaan vastausta kysymykseen: miten leikki-ikäinen lapsi käsittää kivun?

Opinnäytetyömme on osa laajempaa kokonaisuutta ja liittyy Leikki-ikäisen lapsen kivun, pelon ja hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, jossa toimii yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaala, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia ja Turun yliopiston hoitotieteenlaitos. Hankkeen laajempi tarkoitus on kehittää kulttuurisia, lasta ja hänen perhettään aktivoivia, pelon- ja kivunlievitysmenetelmiä hoitotyön käyttöön sekä selvittää, miten erilaiset taiteen ja viestinnän keinot voivat olla avuksi lasten kivun ja pelon lievityksessä sairaalassa. Työmme toimii, yhdessä muiden hankkeeseen liittyvien opinnäytetöiden ohella, apuna kehitettäessä lapsille erilaisia pelon- ja kivunlievitysmenetelmiä.

3. MYÖHÄISLEIKKI- IKÄISEN LAPSEN KEHITYS JA KIVUN ILMAISEMINEN

3.1 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Alle kouluikäinen lapsi on nopeasti kasvava ja kehittyvä olento. Hän on toimiva, tekevä, liikkuva, utelias ja vauhdikas. Hänen ei ole helppoa istua hiljaa paikallaan, kun kiehtova maailma houkuttelee liikkumaan, kysymään ja puhumaan. Uusien asioiden ja taitojen oppiminen on vilkasta. Tunne-elämä, ajattelu, motoriikka, havaintokyky, kieli ja sosiaaliset taidot kehittyvät. Lapsi tutkii, kyselee ja kokeilee kaikkea. Lapsen kehitys tapahtuu tietyssä järjestyksessä. Jokaisessa

kehitysvaiheessa on omat erityispiirteet, jotka tuovat mukanaan onnistumisia, epäonnistumisia, iloja ja suruja. Kun lapsen kasvattajat tietävät, mikä on tyypillistä lapsen ikäkaudelle ja mitä kuuluu mihinkin ikään, he ymmärtävät, mitä lapsessa on tapahtumassa. (Jarasto- Sinervo 2000: 17 - 21.)

Lapsen kehitys ei kulje tasaisesti eteenpäin. Se on jaksottaista, välillä nopeaa ylämäkeä, jota seuraa tasanne ja taas ylämäki sekä ajoittain myös alamäki. Se ei ole suoraviivaista, jota voisi ennustaa ja jonka varaan voi rakentaa tulevaisuuden suunnitelmia tyyliin ”ensi vuonna tai ensi kesänä”. Alamäeltä tuntuva vaihe kuuluu lapsen kehitykseen, tai sen aiheuttaa jokin muutos lapsen elämässä, jonka lapsi kokee uhkaavana ja joka vaatii sopeutumista. (Jarasto - Sinervo 2000: 19- 20.)

3.1.1 Piaget'n kehityspsykologinen teoria

Piaget'n kehityspsykologisen teorian mukaan ajattelun ja tiedon muodot rakentuvat sen toiminnan ja vuorovaikutuksen kautta, jolla yksilö sopeutuu ympäristöönsä. Jean Piaget'n kehityspsykologinen teoria perustuu hänen havaintoihin lapsen päättelystä ja ajattelusta. Lapsi elää todellisuudessa, jossa vallitsee biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden ykseys. Lapsen ajattelussa voidaan Piaget'n mukaan havaita kolmenlaisia kokonaisuuksia ja niiden osien välisiä toimintoja: kokonaisuus voi toimia itsenäisesti, osat voivat toimia itsenäisesti sekä osat voivat toimia kokonaisuuden yhteydessä. (Rutter - Rutter 1993: 191-195.) Lapsen ajattelutoiminnan perusrakenteet liikkuvat, kehittyvät sekä kasvavat kohti tasapainoa. Piaget'n mukaan biologiset ja ympäristötekijät ovat yhtä tärkeitä lapsen kehittymiselle. Lapsi on vuorovaikutussuhteen aktiivinen osapuoli. Hän etsii jatkuvasti ärsykeitä ympäristöstään, pyrkii kontakteihin ympäristönsä kanssa sekä on utelias ja halukas tutkimaan ympäristöään. (Ojala 1989 55-57; Lehtinen- Kuusinen 2001: 109-120; Sugarman 2001: 83-85.)

Piaget'n mukaan leikki-ikäinen lapsi osaa käyttää symboleita sekä ajatteluun että kommunikaatioon. Lapsella on kyky omaksua toisen näkökanta asiaan, luokitella asioita ja toimia yksinkertaisissa tilanteissa loogisesti ajatellen. (Bee - Boyd 2003: 39.)

3.1.2 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen fyysinen ja motorinen kehitys

Neljän ja kuuden ikävuoden välillä lapsen fyysinen kasvu melko tasaista. Lapsi kasvaa pituutta keskimäärin viisi – seitsemän senttiä ja painoa tulee lisää kaksi-kolme kiloa vuodessa. (Koistinen – Ruuskanen – Surakka 2004: 66.)

Viiden ikävuoden tienoilla tulee vaihe, jossa selvästi näkyy lapsen kypsyneisyys kehityksen eri osa-alueilla. Lapsi osaa jo ilmaista elein ja ilmein tunnelmia ja elämyksiä. Lapsen saavuttama kypsyys näkyy myös joustavampana sopeutumisena erilaisiin uusiin tilanteisiin ja jopa yllätyksiin. Hän nauttii uusista kokemuksistaan ennakkoluulottomammin kuin nuorempana. Uudet ruoat ja maut houkuttelevat lasta. Hän on myös kiinnostunut itse tehdyistä asioista, kuten ruoan laitosta. (Jarasto - Sinervo 2000: 62-63.)

Lapsi on tasapainoinen ja kypsän oloinen. Hänen kanssaan on levollisempaa, ainakin ajoittain. Lapsi suunnittelee liikkeensä paremmin ja taloudellisemmin. Hän liikkuu vapautuneesti ja viehättävästi. Hän tuntee omat voimavaransa ja osaa säännöstellä niitä. Hän nauttii liikuntaleikeistä, hän juoksee, hyppii vuoroin molemmilla jaloilla, kiipeää, heittää palloa ja ottaa sen taitavasti kiinni. (Bee - Boyd 2003:151.) Hän haluaa mielellään onnistua ja kokeilla vaikeita liikesarjoja. Leikki-ikäisen motoristen taitojen kehittyminen, kuten hiihto, pyöräily ja luisteleminen, tukee vahvasti tervettä itsetuntoa. Samoin epäonnistumiset, jotka lapsi sietää ja joista hän saa tyydytyksen, auttavat häntä selviämään eteenpäin. (Jarasto - Sinervo 2000: 62-63; Muurinen- Surakka 2001: 48.) Lapsen normaalin itsetunnon kehittymisen perustana on se, että häntä rakastetaan ja arvostetaan yksilönä. (Arajärvi 1988: 70-71; Seppänen 1993: 40.)

Käden ja silmän yhteistyö paranee ja visuaalinen havainnointikyky kehittyä. Lapsi käyttää käsiään mielellään, hän piirtää, kirjoittaa ja värittää. Muotolaudan tai palapelin kokoamisessa lapsi käyttää yhä enemmän silmän apua arvioidessaan palojen sopivuutta. Lapsen muistikuvat lisääntyvät sekä määrällisesti että laadullisesti. Lapsen kasvanut kokemusvarasto auttaa lasta seuraamaan monimutkaistakin kertomuksen juonta. Hän tulkitsee itse kuvia ja keksii tapahtumaketjun. Hän löytää huumorin ja rakastaa kaikkea hassua. (Jarasto - Sinervo 2000: 63; Koistinen - Ruuskanen - Surakka 2004: 66.)

Leikki-ikäisen lapsen kasvava taito leikkiä, askarrella, piirtää ja rakentaa merkitsee itseluottamuksen kasvua. Lapsi tarvitsee aikuisen mielenkiintoa ja kunnioitusta sille, mitä hän tekee. Hän myös tarvitsee tunnustusta onnistumiselle. (Arajärvi 1988: 70; Karjalainen - Kukkonen 2005: 73.)

3.1.3 Myöhäisleikki - ikäisen lapsen psyykkinen kehitys

Lapsi pyrkii kohti realismia ja haluaa ymmärtää ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Yhteenguuluvuus kiinnostaa lasta, mikä työkalu kuuluu mihinkin toimintaan ja mikä hedelmä mihinkin puuhun jne. Jos lapselta puuttuvat asialliset tiedot jostain asiasta, hän turvautuu mielikuvitukseensa ja korvaa tiedot sillä. Hän kuitenkin erottaa jo paremmin toden ja kuvittelun. (Jarasto - Sinervo 2000: 64.)

5 - 6 - vuotiaana syyn ja seurauksen pohtiminen lisääntyy, lapsi tekee paljon kysymyksiä. Hän kerää kokonaisuuksia, kysyy puuttuvia yksityiskohtia ja uskoo, että kaikella on tarkoitus. Lapsi luottaa vakaasti siihen, että aikuinen tietää kaikkien vastauksen ja kaikkeen löytyy selitys. Päämäärän saavuttaminen on lapselle hyvin tärkeää. Hänen on vaikea jättää työ tai tekeminen kesken. Hän hyväksyy jonkun toisen asettaman tavoitteen, vaikka parhaiten hän motivoituu saadessaan itse osallistua toiminnan suunnitteluun. Lapsen ajantaju on myös parantunut. Lapselle kannattaa opettaa aikakäsityksiä esim. vuosi, vuodenajat, viikontpäivät sekä kellonajat. Lapsi on kiinnostunut myös kirjaimista ja numeroista. Niiden parissa hän liikkuu suorituskyykynsä ääri rajoilla. Hän oppii kirjoittamaan nimensä. Lukusanat saavat merkityksen, esineiden laskeminen kiehtoo lasta. (Jarasto - Sinervo 2000: 64- 65.)

Viiden ja kuuden vuoden ikäkausi on lapselle todellista luomisen ja työn ilon aikaa. Hän nauttii saadessaan luoda uutta. Vapaasti maalaaminen ja muovailu ovat mieleisiä puuhia. Tänä ikäkautena lapset osoittavat ensimmäisiä kertoja selvää itsekritiikkiä. Lapsi pyytää usein aikuiselta palautetta työstään. Hän tarkkailee toisia lapsia ja jäljittelee heitä. (Jarasto - Sinervo 2000: 65.)

Lapsen kielen ja ajattelun kehitys riippuu hänen kypsymisestä sekä virikkeistä, joita hän saa ympäriltään. 5 - 6 - vuotiaalle lapselle kieli on työväline, jolla hän

voi oppia ymmärtämään ympäröivää maailmaa. Kysyminen on selvemmin tiedonhalua, ei enää kielellistä kokeilua tai yhteyden etsimistä niin kuin nelivuotiaana. Lapsi kysyy ns. vaikeita kysymyksiä aikuiselta. Lasten keskinäinen vuorovaikutus on jo selvemmin molemminpuolista vuorovaikutusta kuin nuorempaana. Kielen rakenne alkaa muistuttaa enemmän aikuisen käyttämää kieltä. Lapsi erottaa yksittäiset sanat ja analysoi niitä. Hän ymmärtää myös paremmin abstrakteja eli ei käsin kosketeltavia konkreettisia käsitteitä. (Jarasto - Sinervo 2000: 64-65; Seppänen 1993: 41.)

Jokainen lapsi on ainutlaatuinen yksilö, persoona. Hänellä on jo syntyessään oma temperamentti eli luonteen laatu. Yleinen vireystaso, sopeutumiskyky, reagoitiherkkyys, ärtyvyys ja mieliala ovat temperamenttitekijöitä. Lapsen kokemukset tietyssä kehitysvaiheessa vaikuttavat hänen myöhempään kehitykseen. Erot samanikäisten lasten kehitystasosta johtuvat lapsen elämänkokemuksesta ja historiasta. (Jarasto - Sinervo 2000: 18; Keltinkangas-Järvinen 2004: 36.)

3.1.4 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen sosiaalinen kehitys

Lapsen sosiaalinen kehitys tapahtuu parhaiten ryhmässä. Ryhmässä lapsi oppii yhteistyötä toisten kanssa, hän pystyy kuuntelemaan toisia ja ottamaan muut huomioon sekä kertomaan oman mielipiteensä ja puolustamaan sitä. Sosiaaliiseen kehitykseen liittyy mm. vuoron odottaminen sekä toisten tunteiden tajuaaminen. Lapsi ymmärtää yksinkertaisen ryhmän toimintaa. Hän oppii olemaan rooleissa ja siirtymään syrjään, jos leikki sitä vaatii. Lasten keskuudessa saattaa vielä syntyä riitoja, kun kaikki eivät jaksaa noudattaa roolijakoa yhtä kauaa. (Bee - Boyd 2003: 157.) Spontaanit ryhmät käsittävät yleensä vain kahdesta neljään lasta. Lapset ovat sosiaalisesti kiinnostuneita ja puheliaita. He keskustelevat ja jakavat vuoroja sekä leluja. Riitaa esiintyy lasten keskuudessa vähemmän. Pelit ovat myös suosittuja, mutta lapset eivät vielä osaa hävitä, joten he muuttavat sääntöjään mieleisikseen. Jos he keksivät pelin itse, säännöt ovat ankarat ja kohtuuttomat. (Jarasto - Sinervo 2000: 67; Seppänen 1993: 44; Arajärvi 1988: 22-31; Koistinen - Ruuskanen - Surakka 2004: 69.)

Viisivuotias on sopeutunut hyvin ympäristöönsä. Itsenäisyys lisääntyy, ja hän selviää usein arkirutiineista ilman aikuisen apua. Lapsi on yhteistyöhaluinen ja avulias. Hän huomioi toisten tunteet ja osaa olla hienotunteinen. Hän on taitava havaitsemaan, mikä toista miellyttää tai ärsyttää. Hän tietää, mitä kannattaa pyytää äidiltä ja mitä isältä ja millä äänensävyllä. Erimielisyyksistä aikuisten kanssa syntyy raivonpuuskia, mutta ne eivät ole enää yhtä voimakkaita kuin aikaisemmin ja ne menevät nopeammin ohitse. (Jarasto - Sinervo 2000: 66- 67.)

Tähän ikäkauteen liittyy myös voimakkaasti toistamisen tarve. Lapsi saattaa leikkiä samoilla legoilla viikosta toiseen tai lukea samaa kirjaa iltasaduksi joka ilta. Aikuiselle saattaa tulla halu piilottaa lapsen kirja ja legot, jotta lapsi saisi vaihtelua leikkeihinsä. Lapsi kuitenkin itse tietää, mitä hänen kehityksessään tapahtuu ja mitä hän tarvitsee minäkin ikä kautena. Kaverit houkuttelevat toinen toisensa vaihtelevaan puuhailuun. Lapsi saattaa kokea myös epävarmuuden ja osaamattomuuden tunnetta. Tällöin hän turvautuu tuttuun tekemiseen välttyäkseen epäonnistumiselta. (Jarasto - Sinervo 2000: 68.)

Lapsen kehitysvaihe tulisi ottaa huomioon hänen kipuaan arvioitaessa sekä kerrottaessa hänelle toimenpiteistä ja kivusta. Hoitajan tulisi aina puhua lapselle hänen kehitystasonsa vaatimalla kielellä, jotta lapsi ymmärtää, mistä puhutaan. Lapset, jotka ovat joutuneet olemaan sairaalassa, kuvaavat kipua eri tavalla kuin ikätoverinsa, jotka eivät ole olleet sairaalassa. Sairaalassa olleet lapset myös kuvaavat kipua enemmän sairaalamaailmaan painottaen. (Carter 1994:12.)

3.2 Lapsen kipu

Kipu määritellään Kansainvälisen kivun tutkimusjärjestön mukaan epämiellyttäväksi sensoriseksi tai tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy todellinen tai mahdollinen kudოსvaurio (International Association for the study of pain.) Toinen yleisesti käytössä oleva määritelmä kivulle on häiritsevä tunne, joka aiheuttaa kärsimystä tai ahdinkoa. (O'Rourke 2004: 561.)

1990- ja 2000-luvulla on tutkittu kipua paljon sekä kotimaassamme että kansainvälisesti. Vuosikymmenen loppupuolella lukuisat organisaatiot, kuten American academy of pediatrics ja Canadian Pediatric Society, tekivät julistuksen, jossa potilaille turvattiin oikeus hyvään kivun hoitoon. O'Rourken mukaan aikaisemmissa tutkimuksissa on myös havaittu ero tutkitun tiedon ja kliinisen kivun hoidon toteuttamisen välillä. (O'Rourke 2004: 562.)

Kipu jaetaan joko keston mukaan akuuttiin, kesto alle 3 kuukautta, ja krooniseen kipuun, kesto yli kolme kuukautta, tai kiputyypin mukaan nosiseptiseen (kudosvauriokipu), neuropaattiseen (hermokipu) ja psykogeeniseen (kipuun ei liity elimellistä vauriota) kipuun. Lapsilla yleisin kipu tyyppi on akuuttikipu. (Carter 1994:5; Sailo- Vartti 2000: 30-38; Vainio 2002: 95-99; O'Rourke 2004: 561.)

Lapset kokevat akuuttia kipua erilaisissa toimenpiteissä sekä normaaliin kasvuun kuuluvissa kolhuissa ja onnettomuuksissa sekä lapsille yleisissä tulehdustaudeissa. Suurin osa lasten kivusta on voimakkuudeltaan lievää tai kohtalaista. (Carter 1994: 6; Hamunen - Pouttu 2000: 4955; Kalso - Vainio 2002: 315; O'Rourke 2004: 560.)

Lasten kipu on usein alihoidettua ja aliarvioitua, huolimatta kivun kokemisen yleisyydestä (Carter 1994:6; Hamunen ym. 2000:4955; Kalso ym. 2002:315; O'Rourke 2004: 560.). Kivun vaillinaiseen hoitoon vaikuttavat sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät. Tällaisia ovat virheelliset tiedot ja uskomukset kivun neurobiologiasta, erilaiset pelot farmakologisista vaikutuksista, hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot ja taidot kivun hoidossa. Myös lapsille soveltuvien kipumittareiden epäsystemaattinen käyttö sekä luotettavan ja ajantasaisen tiedon puute ovat merkittäviä syitä lasten hoitamatta jääneeseen kipuun. (O'Rourke 2004: 560.) Salanterän (1999) mukaan suomalaisten hoitajien asenteet kivun hoitoon ovat positiiviset. Tämä on hyvä lähtökohta kivun hoitoon liittyvien teoria tietojen kehittämiseen sekä tutkimusten hyödyntämiseen käytännössä.

Lapsen kokemukseen kivun suuruudesta vaikuttavat ympäristö, jossa kipu ilmenee, sekä kivun syy. Lapsi saattaa kokea ympäristön vaikutuksesta rokotuksesta aiheutuvan kivun huomattavasti suuremmaksi kuin leikkiessä tulleen vam-

man, vaikka vamman aiheuttama kudonvaurio olisi suurempi kuin pistoksen aiheuttama vaurio. Pelko siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu, voi estää lasta kertomasta kivustaan. (Carter 1994: 6-9; Kalso - Vainio 2002: 313.)

Lapsen kivun kokemiseen vaikuttaa ratkaisevasti kipukynnys (toleranssi), joka vaihtelee yksilöllisesti. Kiputoleranssin eroihin saattavat vaikuttaa opitut käyttäytymismallit. (Carter 1994: 7; Kankkunen ym. 2002: 25; Kalso - Vainio 2002: 313.) Myös lapsen temperamentti vaikuttaa siihen, miten hän reagoi kipuun. Tutkimusten mukaan tyttöjen ja poikien kipukynnykset eivät ole erilaisia vaan heitä on rohkaistu eri tavalla kertomaan kivustaan. Tytöt arvioivat kipunsa usein vähäisemmäksi kuin pojat. (Kankkunen - Vehviläinen - Julkunen - Pietilä 2002: 20; Carter 1994: 9; Kalso - Vainio 2002: 313.) Myös kulttuuriset seikat vaikuttavat lapsen kykyyn ja tapaan ilmaista kipuaan. (Kalso - Vainio 2002: 312; Sailo - Varti 2000: 24-25.) Lapset saattavat reagoida kipuun vetäytymällä eivätkä välttämättä kerro kivustaan seurausten pelossa. (Carter 1994: 9; Kalso - Vainio 2002: 314.)

Hoitamaton kipu ilmenee lapsessa seuraavanlaisina fysiologisina ilmiöinä (Carter 1994: 6; Kankkunen ym. 2002: 23; Hamunen ym. 2000: 4956; Kalso - Vainio 2002: 315.)

- Hengitys tihenee ja muuttuu pinnallisemmaksi
- Pulssi ja verenpaine nousevat
- Lapsi ei liiku spontaanisti
- Neste- ja elektrolyytitasapaino järkkyy (tihentyneen hengityksen ja hikoilun johdosta)
- Henkiset vaikutukset: ahdistuneisuus, painajaiset, mahdollisesti tulevissa toimenpiteissä lapsi ei suostu yhteistyöhön
- Lapsi voi reagoida käsittelyyn normaalista poikkeavalla tavalla
- Muutokset ihon värissä, kosteudessa tai lämmössä
- Lapsi vetäytyy tai nukkuu
- Itku, tuskaiset kasvoniilmeet

Piagetin teorian mukaan esioperationaalisisessa vaiheessa (2 - 7- vuotiaat) lapsen on vaikeaa erottaa totuutta ja valhetta. ”Taikuus- ja satuajattelu on pinnalla”, lapsi saattaa tulkita tapahtumia ja asioita omalla tavallaan. (Carter 1994: 13-14.) Tässä ikävaiheessa lapsilla ei ole kykyä tehdä yleistyksiä tai johtopäätöksiä. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi ei ymmärrä yhteyttä kivun valittamisen ja siitä johtuvan avun saamisen välillä. Leikki-ikäiset lapset ovat huolestuneita näkyvistä, pintavammoista, mikä selittää sen, miksi tämän ikäisille lapsille laastarit ovat tärkeitä pientenkin haavojen hoidossa. (Carter 1994: 13-14; Hamunen - Pouttu 2000: 4956; Kalso - Vainio 2002: 313.)

Leikki-ikäinen lapsi saattaa vielä nimetä ruumiinosia väärin. Lapsen tullessa kouluikään abstraktien käsitteiden ymmärtäminen on vieläkin vajavaista. Koska lapsi ei vielä selvästi erota syy-seuraussuhteita, hän ei myöskään ymmärrä yhteyttä kipulääkeinjektioon ja kivun helpottumisen välillä. Se, ettei lapsi tiedä mistä kipu johtuu, voi horjuttaa hänen luottamustaan vanhempiin ja hoitohenkilökuntaan. Hyvin pienetkin lapset tietävät, miltä tuntuu kun sattuu, mutta he eivät välttämättä osaa paikantaa kipua tai heiltä puuttuu sanat sen kuvailuun. (Carter 1994: 13-14; Hamunen - Pouttu 2000: 4956; Kalso - Vainio 2002: 313.)

Leikki-ikäisen lapsen kykyyn ilmaista kipua vaikuttavat ikä, tiedollinen kehitystaso sekä aiemmat kipukokemukset (Hamunen - Pouttu 2000:4955; Kalso - Vainio 2002: 312; O'Rourke 2004: 565.). Mitä enemmän ikää lapsella on, sitä rikkaammaksi hänen verbaalinen kipuasteikkonsa tulee. Ääripäiden lisäksi asteikkoon tulee välimuotoja, kuten kohtalainen, melko kova. Useimmat kaksivuotiaat lapset osaavat kertoa kivun olemassaolosta ja ilmaista kivun sijainnin mutta vasta 3 - 4 - vuotias lapsi osaa kuvailla kivun voimakkuutta. Kolmevuotias lapsi osaa kuvata kivun voimakkuutta noin kolmella eri asteella: vähän kipua, jonkin verran kipua tai paljon kipua. 4 - 5 - vuotias lapsi osaa kuvata kipuaan jo neljällä tai viidellä eri asteella. Lapsen kyky kuvata kivun laatu kehittyy vasta kahdeksaan ikävuoteen mennessä. (O'Rourke 2004: 563.) Tutkimuksessa (Goodenough ym. 1997: 60.), jossa tutkittiin neljä-kuusivuotiaiden lasten kipureaktiota rokotuksen aikana vertaillen lapsen kipuilmaisuja ja käytöstä, todettiin, että myöhäisleikki-ikäinen lapsi reagoi kipuun ennen kaikkea käytöksellään: kasvon ilmeillä, itkulla, vartalon asennon muutoksella ja niin edelleen.

Vaikka kivun hoidon periaatteet ja kivun arviointimenetelmät säilyvät samana lähes koko elämänkaaren, lapset asettavat niihin aivan erityisiä haasteita. Lapsen ikätason asettamat vaatimukset johtuvat kognitiivisista taidoista, yleisestä kehityksestä, kommunikaatiotaidoista, aiemmista kipukokemuksista sekä niihin liittyvistä peloista ja uskomuksista (O'Rourke 2004: 563). Lapsen kehitysvaihe tulisi ottaa huomioon hänen kipuaan arvioitaessa sekä kerrottaessa hänelle toimenpiteistä ja kivusta. Hoitajan tulisi aina puhua lapselle hänen kehitystasonsa vaatimalla kielellä, jotta lapsi ymmärtää mistä puhutaan. (Carter 1994: 12; Hamunen - Pouttu 2000: 4956; Kalso - Vainio 2002: 312-314 .)

Avuksi lapsen kivun arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia kipumittareita sekä piirroksia ja nukkeja (Carter 1994: 12; Hamunen ym. 2000:4956; Kalso ym. 312-314; O'Rourke 2004: 563.). Kivun arviointimenetelmät jaetaan neljään osaan sen mukaan, mihin menetelmä perustuu. Itsearviointi menetelmässä (self-report measurement) potilas itse arvioi kipuaan yhdessä hoitajan kanssa käyttäen erilaisia apuvälineitä. Käytökseen perustuvassa menetelmässä hoitaja tai vanhemmat arvioivat lapsen käyttäytymistä, mm. itkua, kasvonilmeitä, liikkeitä, vartalon asentoa ja sitä viestivätkö nämä kivusta. Fysiologisissa menetelmissä arvioidaan erilaisten fysiologisten mitattavien arvojen muutoksia, esimerkiksi pulssia, hengitysfrekvenssiä, verenpainetta. Neljäs kivun arviointimenetelmä perustuu kolmen edellisen menetelmän yhdistelmään. (O'Rourke 2004: 563-566.)

Itsearviointinnissa esiintyy sekä non-verbaalista että verbaalista muotoa. Ne molemmat vaativat potilaalta tiettyä kognitiivisen ja kielellisen kehityksen tasoa, jotta hän ymmärtää annetun tehtävän sekä pystyy vastaamaan siihen. Verbaaliset itsearviointimenetelmät sisältävät strukturoidut haastattelut, kyselyt ja kivun adjektiiviset kuvaamiset. Non-verbaalisiin itsearviointimenetelmiin kuuluvat esimerkiksi kasvoasteikko, visuaalisanaloginen asteikko (VAS) ja piirustukset. (Carter 1994: 12; Hamunen - Pouttu 2000: 4956; Kalso- Vainio 2002: 312-314; O'Rourke 2004: 563-566.) Leikki-ikäiselle lapselle erityisen hyvin soveltuva kivun voimakkuuden arvioinnin mittari on Hester-Poker-Chip-Tool. Siinä on neljä erilaista palaa, jotka edustavat kivun osia. Lasta pyydetään valitsemaan, kuinka monta kivun palaa heillä on. (O'Rourke 2004: 563.)

Lapset, jotka ovat joutuneet olemaan sairaalassa, kuvaavat kipua eri tavalla kuin ikätoverinsa, jotka eivät ole olleet sairaalassa. Sairaalassa olleet lapset myös kuvaavat kipua enemmän sairaala maailmaa painottaen. (Carter 1994: 12; Hamunen - Pouttu 2000: 4956; Kalso - Vainio 2002: 312-314 .)

Luotettavia ja ajan tasalla olevia kivun arviointimenetelmiä tarvitaan kivun hoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistamiseksi sekä hoidon onnistumisen arvioimiseksi.

Tärkeimmän erot lasten ja aikuisten kivun hoidon välillä eivät ole fysiologisia vaan psykologisia tai käytännöllisiä. Paras tulos lasten kivun lievittämisessä saadaan aikaan yhdistämällä lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä menetelmiä. (Hamunen - Pouttu 2000: 4955,4957.) Pölkki, Pietilä ja Vehviläinen- Julkunen (2003: 22) kirjoittavat tutkimuksessaan, että hoitajat lievittivät sairaalassa lasten kipua lääkkeiden lisäksi auttamalla suuntaamaan ajatukset pois kivusta, auttamalla löytämään hyvän asennon, olemalla lähellä, koskettamalla, antamalla kylmä- tai lämpöhaudehoitoa sekä auttamalla päivittäisissä toiminnoissa. Pietilän, Vehviläinen-Julkusen ja Väisäsen tutkimuksen mukaan (2001: 11) lasten omia keinoja lievittää kipua olivat lepo, liikkumattomuus, mukavien asioiden ajattelu, oksentaminen ja kipulääkitys.

4. TYÖN TOTEUTUS

4.1 Sadutus aineistonkeruumenetelmänä

4.1.1 Historiaa

Monika Riihelä, valtiotieteen tohtori ja koulupsykologi, aloitti sadutusmenetelmän kehittämisen Suomessa 1980-luvulla. Riihelä kokeili sadutusta terapeuttisena välineenä lapsen itsetunnon kohottamiseen sekä osaamisen esille nostamiseen. Tarve uusien menetelmien kehittämiseen nousi, kun Riihelä huomasi,

että lasten omat ajatukset jäivät psykologisia testejä ja ammattimaisia kysymyksiä käytettäessä taustalle. Lapsen omia käsityksiä ei käytössä olevilla menetelmillä saanut esille. Riihelä kehitti mm. lasten aikakortit, joita käytettiin haastattelumenetelmänä. Aikakorteissa annettiin lasten ajatuksille ja tiedonkäsityksille painoarvoa. Korttien avulla lapset kertoivat käsityksiään aikaan liittyvistä ilmiöistä ja niiden syy-seuraussuhteista, jotka kirjattiin ylös. Aikakorttien avulla aikuiskeskeisestä haastattelutavasta siirryttiin lapsen näkökulman huomioimiseen. Menetelmää on käytetty kouluissa ja päiväkodeissa, niin yleis- kuin erityisopetuksessa. 1980- ja 1990- lukujen taitteessa lasten kertomusten kirjaamista kokeiltiin useissa eri koulutuksissa ja kehittämishankkeissa. (Karlsson 2003: 99–109.)

Vuonna 1995 Stakes käynnisti Riihelän aloitteesta Satukeikka-hankkeen, jonka myötä menetelmä levisi laajaan tietoisuuteen Kuperkeikkakytiverkoston kautta. Satukeikka-hankkeessa lapset kävivät keskinäistä kirjeenvaihtoa omien kertomustensa välityksellä. Toiminta oli ensimmäistä kertaa jatkuvaa ja lasten kertomuksia kirjattiin säännöllisesti kaksi toimintavuotta. Näin sadutus muodostui osaksi arkipäivän toimintaa. Sadutusmenetelmä ja kirjeenvaihto laajenivat kaikkiin Pohjoismaihin vuonna 1996 ja myöhemmin myös muualle maailmaan. Tässä hankkeessa menetelmä sai nimekseen sadutuksen. Ensimmäinen sadutusta koskeva väitöstutkimus ilmestyi vuonna 2000. (Karlsson 2003: 99–109; Karlsson 2000:190–93.)

Sadutusmenetelmien kehittymiseen ovat vaikuttaneet tuhannet lapset ja erialojen ammattilaiset. Alussa sadutusta käytettiin terapiapainotteisesti, nykyään sitä käytetään mm. myös haastattelun ja opetuksen kehittämiseen. (Karlsson 2003: 99–109.)

Sadutusmenetelmä on saanut tunnustuksia ja palkintoja. Sadutusmenetelmä on nimetty ainoana suomalaisena EU-maiden lasten mielenterveyttä edistävien mallitoimintojen joukkoon (Mental Health Europe 2000). Hankkeiden lisäksi sadutusta on kokeiltu sadoissa eri toimintaympäristöissä, Suomessa ja muissa maissa. Tiedotusvälineet ovat olleet kiinnostuneita hankkeesta. Siitä on kirjoitettu ainakin 170 suomalaista ja kansainvälistä artikkelia sekä tehty kymmeniä televisio- ja radio-ohjelmia. Vielä on kuitenkin paljon selvitettävää lasten omasta

kertomakulttuurista. Uutta tutkimustietoa syntyy jatkuvasti ja tieto lasten maailmasta, sellaisena kuin he itse siitä omilla tarinoillaan ja sanoillaan kertovat, avartuu ja syvenee vähitellen. (Karlsson 2003: 99–109.)

4.1.2 Sadutus käytännössä

Sadutusmenetelmä perustuu uusimpiin tutkimustuloksiin lapsesta ja aikuisesta sekä heidän välisestään toiminnasta. Sadutus perustuu lasten omiin käsityksiinsä siitä, millainen lapsi on, miten lapsi toimii ja mikä on aikuisen osuus yhdessä toimimisessa, miten aikuinen toimii lasten kanssa. (Karlsson 2003: 110–112.)

Sadutuksen avulla lapsi tulee kuulluksi, hän saa kertoa niistä asioista, joista hän tuntee tarvetta kertoa. Sadutuksen avulla lapsi oppii myös tuntemaan, että aikuisia ja muita kuulijoita kiinnostavat hänen ajatukset. Kun sadut säilytetään ja käsitellään lapsi huomaa, että hänen kertomuksensa ja sen sisältämä tieto on tärkeää. (Karlsson 2003: 110–112.)

Sadutus perustuu suhteelliseen ja dynaamiseen käsitykseen tiedon luonteesta ja tutkittuihin asioihin perustuvaa tietoa siitä, miten ihminen oppii, kasvaa ja muuttuu, millä tavoin lapsi toimii, miten hän tutustuu, miten ihminen käsittelee tietoa ja kenen tieto otetaan vakavasti. (Karlsson 2003: 110–112.)

Sadutuksessa saduttaja antaa puheenvuoron kertojalle, joka saa itse päättää, millaisen jutun hän haluaa kertoa. Sadutuksessa ei pyritä saduttajan määrittelemään lopputulokseen, sadutusta ei saa arvostella tai arvioida. Sadutetun sadun kautta ei pyritä tulkitsemaan kertojaa, hänen persoonallisuuttaan, ongelmiaan tai luovuuttaan. Tarkoituksena on kuunnella, mitä kertoja haluaa kertoa. Kertojalle on tärkeää, että kertomus on sellainen, jonka hän on itse tehnyt. (Karlsson 2003: 116–117.)

Sadutusmenetelmässä saduttaja sanoo lapselle, lapsiryhmälle tai aikuiselle:

”Kerro satu, sellainen kuin itse haluat. Kirjaan sen juuri niin kuin sen minulle kerrot. Lopuksi luen tarinasi, ja voit muuttaa tai korjata sitä, mikäli haluat.”

Perussadutuksessa saduttaja ei anna aiheita, josta kertoja kertoo, eikä tee lisäkysymyksiä. Samalla kun kertoja kertoo tarinaansa, saduttaja kirjaa sen sana sanalta ylös, juuri niin kuin kertoja sen kertoo. Lopuksi saduttaja lukee kertomuksen kertojalle, joka voi halutessaan muuttaa ja korjata kertomustaan. (Karlsson 2003: 115–116.)

Aihesadutuksessa periaatteena on että aloitteen, mistä haluaa kertoa, tekee kertoja, ei saduttaja. Aihesadutusta voi soveltaa myös niin, että saduttaja pyytää kertojaa kertomaan sadun esimerkiksi piirustuksestaan. Karlssonin mukaan aihesadutukseen voi siirtyä vasta useiden saduttamiskertojen jälkeen, kun on saatu luotua kuunteleva toiminnan kulttuuri. (Karlsson 2003:115.)

Sadutus on yksinkertainen menetelmä, joka sopii kaikille, ja välineeksi tarvitaan vain kynää ja paperia. Aivan pienimpiäkin lapsia voi saduttaa, koska pienellekään ei tarvitse opettaa kertomista, se on luontaista ihmiselle. Kertomuksen kirjaaminen tehdään aina avoimesti ja kertojan luvalla. Saduttaja kirjoittaa kertomuksen sana sanalta muistiin kertojan nähden. Kertomukseen voidaan sopia mukaan merkitä esimerkiksi etu- ja sukunimi, ikä ja päivämäärä. Saduttaja ei saa korjata tai muuttaa kertojan ”virheitä”, saduttajan on osoitettava arvostavansa kertojaa juuri sellaisena kuin hän on. Kun satu on valmis, se luetaan ääneen. Kertojalla on oikeus muuttaa kertomustaan, jos hän niin haluaa. Lapselle on myös tärkeää, että satua luetaan ääneen, esimerkiksi muille lapsille tai vanhemmille. (Karlsson 2003: 116–117, 144–145.)

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin saduttamalla 3 - 6 - vuotiaita lapsia Helsingin kaupungin sosiaaliviraston alaisuudessa olevassa päiväkodissa. Tutkimusluvut hankki hankkeen koordinaattori Helsingin sosiaalivirastolta, jonka jälkeen saimme itse valita päiväkodin. Yritimme valita päiväkodin jossa tämän projektin tiimoilta ei vielä olisi käyty keräämässä aineistoa. Otimme yhteyttä päiväkotiin ja kerroimme Leikki-ikäisen lapsen kivun, pelon ja hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeesta ja opinnäytetyömme tarkoituksesta. Kävimme päiväkodissa tutustumassa ja veimme päiväkodin henkilökunnalle luettavaksi suunnitelmavaiheen työmme.

Lisäksi veimme vanhemmille jaettavat haastattelupyyntölomakkeet (liite 1), joita oli 20 kpl. Päiväkodin työntekijät jakoivat haastattelupyyntökaavakkeet vanhemmille ja kertoivat heille projektistamme. Kaavakkeissa oli myös yhteystietomme, jotta meihin pystyi tarvittaessa ottamaan yhteyttä.

Haastattelupyyntölupia saimme takaisin 15 kpl ja kolmetoista lapsista suostui kertomaan sadun. Tyttöjä sadutettavista oli 8 ja poikia 7.

Käytännössä toteutimme aineiston keruun niin, että kävimme ensin tutustumassa lapsiin päiväkodissa yhden aamupäivän ajan. Aineisto kerättiin kahden päivän aikana. Päiväkodissa saimme kolme eri huonetta käyttöön, joissa saimme rauhassa olla lasten kanssa. Lapsia sadutettiin yksitellen. Ensin keskustelimme lasten kanssa heidän omista sairaala- tai kipukokemuksista. Näytimme heille lastenkirjoista otettuja kuvia, jotka liittyivät aiheeseen. Sen jälkeen pyysimme lasta keromaan sadun sairaalasta. Samalla kuin lapsi kertoi satua, kirjoitimme sen paperille muistiin sanasta sanaan. Kun lapsi oli kertonut sadun loppuun, luimme sadun lapselle ja hänellä oli oikeus muuttaa satua. Nauhoitimme myös alussa käydyt keskustelut ja lasten kertomat sadut nauhurilla, jotta pystyimme palaamaan niihin myöhemmin, analysointivaiheessa. Lopuksi kirjoitimme lapsen kertoman sadun kartongille ja lapsi sai valita siihen mieleisensä kiiltokuvan/tarran ja viedä sen kotiin muistoksi. Muistimme myös lapsia, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen, tarjoamalla heille keksejä.

4.3 Aineiston analyysi

Analysoimme tutkimusaineston käyttäen induktiivista sisällön analyysia. Sisällön analyysiin kuuluu kolme vaihetta: ensimmäinen on aineiston redusointi eli pelkistäminen, toinen aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmas abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen keskeisin asia. Analyysivaiheissa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiinsa tai miten ongelmat olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2004: 209-210; Tuomi - Sarajärvi 2002: 110-115.)

Aineiston pelkistämässä analysoitavasta informaatiosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Tämä voidaan toteuttaa informaatiota tiivistämällä. Aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävään. Opinnäyte-työssämme tämä tarkoittaa erilaisten kipuun liittyvien ilmaisujen etsimistä. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä luodaan alustavia kuvauksia tutkittavasta asiasta ja ryhmitellään samaa asiaa käsittelevät ilmaukset omiin luokkiinsa. Opinnäyte-työssämme ryhmittelimme aineiston neljään eri luokkaan. Luokat olivat kivun syyt, kivun sijainti, auttajat ja auttamiskeinot. Aineisto tiivistyy, koska yksittäiset asiat sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen on vaihe, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi ym. 2002:110-115.) Analyysin tueksi täytyy esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja eli suoria lainauksia saduista. Analyysin luotettavuus syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997: 219, Tuomi - Sarajärvi 2002: 102.)

Tutkimus ei ole vielä valmis silloin, kun tulokset on analysoitu. Tuloksia on selitettävä ja tulkittava lukijalle. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tutkija selvittää analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Tulkinta on aineistosta esiin nousevien kysymysten selkeyttämistä ja pohdintaa. (Hirsjärvi ym. 2004: 213; Tuomi - Sarajärvi 2002: 96-102.)

Sadutustilanteessa olimme kirjoittaneet lasten kertomat sadut paperille sekä nauhoittaneet nauhurilla. Analysointi vaiheessa kirjoitimme lasten kertomat sadut sanasta sanaan puhtaaksi tietokoneella. Kuuntelimme sadut myös nauhurilta ja täydensimme satuihin muutamia puuttuvia sanoja. Pelkistimme aineiston keräämällä lasten saduista kipuun jollain lailla liittyviä sanoja, asioita tai ilmaisuja. Pelkistämisen jälkeen luokittelimme keräämämme aineiston jokainen erikseen jonka jälkeen vertasimme saamiamme tuloksia ja kokosimme niistä yhdenmukaiset taulukot.

5. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Kivun sijainti

Taulukossa 1 on esitetty lasten ilmaisemia kivun sijaintipaikkoja. Lapset nimesivät saduissaan useimmiten kivun sijaitsevan raajoissa, esimerkiksi sormissa, kädessä, jalassa tai polvessa. Vartalosta mainittiin yleisimmin maha ja korvat. Aineistomme saduissa kipukokemus ilmeni fyysisenä kipuna. Lapset kertoivat saduissaan kivusta, joka yleisimmin ilmeni tapaturman yhteydessä. ”Menin päin kalliota ja laitettiin käsi kipsiin. Ja sitten tuota jalka tuota katkesi ja laitettiin minun jalka kipsiin”.

TAULUKKO 1. Kivun sijainti.

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Jalka Nilkka Reisi Käsi Sormi Polvi	RAAJAT	KIVUN SIJAINTI
Maha Korvat Keuhkot	RAAJAT	
”Vaik minne”	MÄÄRITTELEMÄTÖN	

Katkelmia lasten kertomista saduista, jotka viittaavat kivun sijaintiin sekä kipua aiheuttaviin tekijöihin.

”Mä oon kaatunu pyörälläki ja polvi sattu ja siihen piti panna laastari”

”Olipa kerran tuota sattui käteen ja tuli side tuota tonne käteen kun oli niin iso haava.”

”Ja sitten tuota se jalka tai reisi tai nilkan alaosa se taittui niin pahasti, että siihen piti laittaa kestävä side, et ei sillä se naksatais poikki.”

”Mulle on käyny vaik mitä ja sit mua on sattunu vaik minne.”

5.2 Kivun syyt

Taulukossa 2 on kuvattu lasten ilmaisemia kivun syitä. Yleisimmät kivun syyt olivat tapaturmasta johtuvia, kuten kaatuminen ja putoaminen. Lasten kertomisissa saduissa nämä ilmenivät sanontoina: ”tuli verta”, ”se taittui”, ”tippui tikapuilta”, ”jalka nyrjähti”, ”kaatunut pyörälläkin” ja ”jäänyt tää sormi oven väliin”. Vain pieni osa lapsista ilmaisi saduissaan kokeneensa kipua sairauden johdosta, ja vielä tästäkin harvinaisempaa oli hoitotoimenpiteiden aiheuttaman kivun ilmeminen saduissa. Sairaudesta johtuviksi kivun syiksi lapset mainitsivat saduissaan: yskän, korvat, sydämen ja ”tuli punaisiksi”. Hoitotoimenpiteen aiheuttamaksi kivuksi saduista nousivat esille rokottaminen, tutkiminen ja pistäminen.

TAULUKKO 2. Kivun syyt.

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Tuli verta Haava Iso reikä Jäänyt tää sormi oven väliin Kaatunut pyörälläkin Se taittui Tippui tikapuilta Jalka nyrjähti Hiihtelee ja kaatuu Meni päin kalliota Ampua Keppi	TAPATURMASTA JOHTUVA	KIVUN SYYT
Tuli punaiseksi Sydän pysähtyy Yskä Korvat	SAIRAUSTESTA JOHTUVA	
Rokottaminen Tutkittiin verisuonia Pisti	HOITOTOIMENPITEET	

Seuraavassa katkelmia lasten kertomista saduista jotka viittaavat sairauden tai hoitotoimenpiteen aiheuttamaan kipuun.

”Ja sit jos menee kylmään veteen ni voi vaikka sydän pysähtyy ja sit voi joutuu kans sairaalaan tai sitten ei.”

” Rokottaminen sattuu, laastari auttaa”.

”Ja sitten lääkärissä tutkittiin verisuonia taas.”

5.3 Auttajat

Taulukko 3 kuvaa lapsen näkemystä siitä, keneltä hän saa apua kokiessaan kipua. Auttajiksi lapset nimesivät saduissaan itsensä, läheiset tai hoitohenkilökunnan. Läheisiksi lapset nimesivät saduissaan äidin, isän, tai jonkun muun läheisen aikuisen. Hoitohenkilökunnaksi lapset nimesivät saduissaan lääkärin ja hoitajan. Seuraavassa esimerkki siitä, miten sadussa lapsi auttaa itseään: ” Mä oon pannu joskus kukkalaastarin sormeen”. Eräs lapsi kertoi sadussa näin: ”Ja sit ku mua sattu ja mä menin äidin viereen nukkuu ja sit aamulla oli jo parempi olo”.

TAULUKKO 3. Auttajat

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Äiti Isä Joku muu	LÄHEISET	AUTTAJAT
Lääkäri Hoitaja	HOITOHENKILÖKUNTA	
Lapsi	LAPSI	

Katkelmia lasten kertomista saduista jotka viittaavat henkilöihin, joilta lapsi kokee saavansa apua.

”Sami tippui tikapuilta ja jalka nyrjähti. Sitten Sami piti viedä sairaalaan. Se lääkäri tutki sen jalan.”

”Ei tarvinu mennä lääkäriin”.

”Ei vieläkään parantunu se vieläki oli, mut sit äiti anto mulle lääkke lääkkeen, ku me mentiin päiväkotiin. Lääke auttoi.”

5.4 Auttamiskeinot

Taulukko 4 kuvaa auttamiskeinoja. Auttamiskeinoiksi lapset nimesivät saduisaan välineellisiä ja ei-välineellisiä keinoja. Välineellisiksi auttamiskeinoiksi lapset nimesivät laastarin, siteen ja kipsin. Ei-välineellisiksi auttamiskeinoiksi lapset nimesivät odottamisen, sairaalaan menon, tutkimisen, hoitamisen, nukkumisen, läheisyyden ja leikkimisen. Seuraavassa katkelma lapsen sadusta ei välineellisestä auttamiskeinosta: ”Se jääkarhu meni sairaalaan ja sitten kun hän tuli pois niin tuntui jo paremmalta ja sitten meni nukkumaan ja aamulla hän oli jo parantunut. ”

TAULUKKO 4. Auttamiskeinot.

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Kipsi Laastari Side Lääke	VÄLINEELLISET	AUTTAMISKEINOT
Nukkuminen Läheisyys Hoidettiin Tutkittiin Sairaalaan meno Leikkiminen	EI-VÄLINEELLISET	

Katkelmia lasten kertomista saduista jotka kuvaavat välineellisiä auttamiskeinoja.

”Mä oon kaatunu pyörälläki ja polvi sattuu ja siihen piti panna laastari”.

”Mul on jääny tää sormi oven väliin. Silloin joutu panna laastarin, mutta nyt se onki parantunu.”

Ei-välineellisiä auttamiskeinoja mainittiin miltei jokaisessa sadussa. Ei-välineellisistä auttamiskeinoista odottaminen oli yleisimmin mainittu keino. Ei-välineelliset auttamiskeinot toimivat myös psyykkisesti: helpottaen kipuun ja sairauteen liittyvää pelkoa sekä auttamalla käsittelemään tilannetta.

”Alussa mä oon aika paljonki leikkiny et ne vauvat on ollu lääkäriissä. Mä en enää muista.”

”Ja sitten ku me mentiin nukkuu, mul oli maha kippee. En mä tiä mitä sitte tehtiin. Ei kun mä halusin vaan mennä äitin viereen nukkuu. Se vähä helpottaa.”

Saduista ilmeni, että vain vakavammat vammat vaativat sairaalaan menoa. Saduissa sairaalaanmenoon liittyi ilmauksia epätietoisuudesta ja pelosta ”en mä tiä mitä sitte tehtiin” ja ”voi käydä aika pahastikki”. Saduista kävi ilmi, että lapset mielsivät laastarilla tai siteellä olevan kipua helpottava sekä parantava vaikutus ”noo, kerran ku mä kaaduin pyörällä ja sit tuli tohon haava ja sit latettiin side ja sit tuli verta ja ei tarvinu mennä lääkäriin ku side autto”. ”Ja sit laastari auttaa kans”.

Saduissa lapset käyttivät kivun ilmaisuun seuraavia sanoja; itkeä, sattuu, on kippeä, tuntui jo paremmalta ja ei vielä kukaan parantunut. Saduista ilmeni, että paranemista täytyy odottaa. Erään sadun katkelmassa lapsi kertoi näin: ”Sami tippui tikapuilta ja jalka nyrjähti. Sitten Sami piti viedä sairaalaan. Se lääkäri tutki sen jalan. Ööö tota vaikkapa tota sit se laittoi siihen kipsin. Sitten Sami meni kotiin ja sitten piti odottaa ja Samin jalka oli terve. Loppu”.

6. EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS

Kanner, Langerman ja Grey (2004) kirjoittavat tutkimuksessaan, että lasten osallistuminen tutkimukseen on hyväksyttävää ainoastaan, kun heidän hyvinvointinsa ja eettiset oikeutensa pystytään turvaamaan. Tutkimukseen haastateltavien henkilöiden eli lasten osallistuminen tutkimukseen tapahtui vanhempien suostumuksella. Viime kädessä lapsi valitsi itse halusiko hän osallistua tutkimukseen kertomalla sadun. Alaikäisen lapsen ollessa kyseessä, vanhempien kieltä osallistua tuli ehdottomasti noudattaa. Kaksi lasta kieltäytyi kertomasta satua, vaikka vanhemmilta oli saatu lupa. (Ks. Hirsjärvi ym. 2004: 26.)

Luotettavuuden kannalta on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät ilmaisemaan itseään riittävän hyvin. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 216). Tutkimukseemme osallistui 13 vanhemmiltaan luvan saanutta lasta. Lapset kertoivat sadun omasta tahdostaan, vapaaehtoisesti. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkija ei vahingoita tutkimuksellaan tiedonantajaa. (Janhonen – Nikkonen 2003: 39.)

Vanhemmille lähetetyssä materiaalissa kerrottiin hankkeen tarkoituksesta ja taustoista sekä aineiston keruumenetelmästä. Vanhemmille korostettiin, että kerätty aineisto on luottamuksellista eivätkä lapsen henkilötiedot tule näkymään missään. Aineisto luovutettiin hankkeen projektikordinaattori Marja Salmelalle, joka hävittää sen asianmukaisesti tietosuojaturvaa noudattaen. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta tiedotettiin myös. Lapsen vanhemmilla tai huoltajalla oli oikeus olla sadutustilanteessa läsnä. (Ks. Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 33; Hirsjärvi ym. 2004: 26-27.)

Tärkeänä eettisenä kysymyksenä huomioitiin tutkimukseen osallistuvien lasten palkitsemiskäytäntö. Mietimme, annetaanko palkinto ainoastaan tutkimukseen osallistuville lapsille vai koko ryhmälle. Ratkaisimme kysymyksen niin, että annoimme palkinnon jokaiselle ryhmän lapselle huolimatta siitä, osallistuiko lapsi tutkimukseen vai ei. Vanhempia myös tiedotettiin palkitsemiskäytännöstä. Palkinto oli tärkeää antaa koko ryhmälle, koska lapsi ei itse voinut valita osallistumisestaan. Palkinto annettiin myös lapsille, jotka kieltäytyivät sadun kertomisesta.

Palkintona oli tarroja ja kiiltokuvia, joista lapsi sai valita mieleisensä, sekä keksejä välipalalle.

Jotta tutkimus voitiin toteuttaa päiväkodissa, täytyi hankkia tutkimusluvat sekä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta että päiväkodilta. Työmme osalta projektkoordinaattori hankki sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta tutkimusluvan. Saimme valmiin mallin päiväkotiin lähetettävästä tutkimusluvasta, jonka muokkasimme omaa tarkoitustamme palvelevaksi. Lähetimme tutkimuslupahakemuksen liitteineen päiväkotiin suunnitelmaseminaarien jälkeen. (Ks. Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 33.)

Työn luotettavuuden ja eettisten periaatteiden noudattamisen kannalta on tärkeää, että toisten tekstejä ei plagioida ja lainaukset osoitetaan asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimusryhmän jäsenten nimet tulee näkyä tutkimuksessa. Tutkimustulokset tulee esittää sellaisina kuin ne tutkimuksessa ilmenevät: niitä ei saa kaunistella eikä yleistää kriittikittömästi. Käytetyt menetelmät on selostettava tarkasti ja raportoinnin tulee olla selkeää ja asiallista. Myös mahdolliset puutteet tutkimuksessa on esitettävä rehellisesti. (Hirsjärvi ym. 2004: 27-28.)

Analysoimme tutkimusaineiston induktiivista sisällön analyysia käyttäen ja pyrimme löytämään vastauksia tutkimuskysymykseen. Työmme luotettavuuteen vaikuttaa aineiston suppeus. Tavoitteenamme oli saada noin 15 satua, mutta meistä riippumattomista syistä tämä ei ollut mahdollista. Vaikka toteutimme sadutukset kohtalaisen suuressa päiväkodissa, ikäryhmämme lapsia, jotka olisivat voineet osallistua tutkimukseemme, ei ollut riittävästi. Osa oikean ikäryhmän lapsista karsiutui pois äidinkielen tai kehitysviivästymän takia. Saimme satuja 13, joista kahdessa ei ollut kipuilmajua. Myös aihe sadutuksen käyttäminen on voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin. Lisa Karlsson kirjoittaa teoksessaan Sadutus, että aihe sadutusta tulisi käyttää vain sellaisissa tilanteissa, joissa sekä saduttaja että sadutettava ovat käyttäneet menetelmää useita kertoja. Hankkeemme kuitenkin vaati aihe sadutuksen käyttämistä, pyytämällä kertomaan satu sairaalasta. Päiväkodin kiireellisen kevätaitatun vuoksi emme kuitenkaan saaneet mahdollisuutta saduttaa lasta usempaan otteeseen.

Laadullisen aineiston analysointi vaatii tutkijalta kykyä käsitteelliseen ajatteluun. Tutkijalta edellytetään kykyä luovuuteen sekä valmiutta tarkastella asioita useasta eri näkökulmasta. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 219.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja analysointiin sekä tulosten esittämiseen. Sisällönanalyysin haasteena on se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa siten, että se kuvaa mahdollisimman luontevasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen - Nikkonen 2003: 36- 37.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Tutkijan tulee löytää luokitus aineistosta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää että muodostetut luokat ovat toinen toistaan poissulkevia. Aineiston analyysin luotettavuuden lisäämiseksi tutkijan tulee esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja. Tutkijan selkeä ja riittävä dokumentointi antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistuneisuutta. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 219.)

8. POHDINTA

Käyttämämme aineistonkeruumenetelmä sadutus oli hyvin mielenkiintoinen ja haastava. Mielenkiintoista oli päästä kurkistamaan lapsen maailmaan hänen kertoman sadun muodossa. Haastavinta oli saada lapsi kiinnostumaan sadutuksesta ja saada hänet kertomaan satu. Menetelmänä sadutus oli meille entuudestaan jokseenkin tuttu, mutta emme olleet kokeilleet sitä käytännössä aiemmin. Aineistonkeruumenetelmänä hoitotyön tutkimuksissa sitä ei ole kovin laajasti käytetty. Lähdeaineistoa ja tutkimuksia, jotka käsittelevät kipua nimenomaan lapsen näkökulmasta, oli saatavana rajoitetusti, mikä toi opinnäytetyön tekemiseen lisää haasteita.

Vaikka kävimme etukäteen tutustumassa lapsiin päiväkodissa, tuntui, että lapset jännittivät sadutustilannetta ja yrittivät kertoa sadussaan asioita, joita olettivat meidän haluavan kuulla. Ikäryhmän vanhimmat lapset pystyivät pysymään annetussa aiheessa huomattavasti paremmin kuin ikäryhmän nuorimmat. Nuorimmat kertoivat aikaisemmin kuulemistaan saduista tai sadun annetun aiheen

ulkopuolelta. Päiväkodin henkilökunnan toimesta nousi esiin idea, että sadutusta voisi kokeilla ryhmäsadutuksena, jossa muutamasta lapsesta koostuva ryhmä kertoisi yhdessä jatkosatua. Näin voitaisiin todennäköisesti vähentää lasten jännitystä tilanteessa ja aikaansaada rikkampi ja kattavampi aineisto.

Olimme etukäteen ajatelleet, että jokainen lapsi on kokenut jonkinlaista kipua jokapäiväisten pienten tapaturmien yhteydessä. Tämä ajatus tuntui pitävän hyvin paikkansa, sillä lapset nimen omaan kertoivat saduissaan erilaisten kaatumisten ja kolhujen aiheuttamasta kivusta. Vaikka lapset kertoivat saduissaan vain fyysisestä kivusta, psyykinen puoli nousi esiin pelkona sekä jännityksenä siitä, mitä tulee tapahtumaan lääkärissä.

Lasten vanhemmat suhtautuivat päiväkodissa tehtävään sadutukseen myönteisesti. Ollessamme tutustumassa päiväkotiin useat vanhemmat tulivat keskustelemaan ja erikseen mainitsemaan, että heidän lastaan saa saduttaa. Tämä oli meille positiivinen yllätys, koska olimme pohtineet vanhempien suhtautumista tutkimukseen. Myös päiväkodin henkilökunnan positiivinen ja kiinnostunut asenne helpotti tutkimuksen tekemistä. Päiväkodin valinta oli erittäin onnistunut, vaikka se tapahtui täysin sattumanvaraisesti Helsingin kaupungin päiväkodeista.

Toteutimme sadutukset keskivertoa suuremmassa päiväkodissa. Siitä huolimatta aineistomme jäi melko pieneksi. Osa lapsista karsiutui kehitysviivästymän tai vieraan äidinkielen takia pois. Myös keväinen ajankohta vaikutti lasten määrään päiväkodissa. Osa lapsista oli jäänyt jo kesälomalle. Osalta lapsista ei saatu satua tai satu ei liittynyt annettuun aiheeseen. Rajallisen ajan takia emme voineet jatkaa satujen keräystä toisessa päiväkodissa syksyllä.

Opinnäytetyön tuloksiin voi vaikuttaa se, että päiväkodissa olevat lapset ovat pääsääntöisesti terveitä. Osalla lapsista oli jonkin verran sairaalakokemuksia, osa lapsista ei tiennyt, minkälainen paikka sairaala on. Tulokset olisivat voineet olla erilaisia, mikäli aineisto olisi hankittu saduttamalla lapsia sairaalassa. Päiväkotisadutuksella saadut tulokset kivun syistä olivat useinmiten tapaturman

aiheuttamia. Sairaalassa toteutetussa sadutuksessa kivun syyksi olisi todennäköisesti nimetty useammin hoitotoimenpiteet tai tutkimukset.

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että lapset käsittävät kivun fyysisenä ilmiönä. Saman kaltaisia tuloksia on saatu myös projektin aikaisemmissa opinnäytetöissä. Hietalan ja Törrön (2006) opinnäytetyön tuloksissa kipua aiheuttavat tekijät olivat fyysisiä, kuten itsensä satuttaminen, sairaus tai sen oire sekä hoitotoimenpiteet. Myös Pehkosen ja Rantalan (2005) opinnäytetyön tuloksien mukaan lasten kipukokemukset liittyivät konkreettisiin tapahtumiin. Ei voida olettaa, etteivät lapsen kokisi psyykkistä kipua. Psyykkinen kipu voi ilmetä myös fyysisenä kipuna. Kehitysvaiheesta riippuen lapsi ei välttämättä pysty tunnistamaan kivun todellista syytä tai osaa kertoa sitä.

Saduissaan lapset käyttivät kivun ilmaisuun seuraavia sanoja: itkeä, sattuu, on kipeä, tuntui jo paremmalta ja ei vielääkään parantunut. Lapsen kipu ilmaisuja ei voida kuitenkaan käyttää ainoana tiedon lähteenä kipua arvioitaessa. McBriden tutkimuksen (1977) mukaan alle 7-vuotiaiden lasten verbaalinen ilmaisu ei ole kehittynyt vielä niin hyvin, että he voisivat määritellä kipua. Samoja tuloksia tukee myös O'Rourken tutkimus (2004), jossa korostettiin myös lasten verbaalisen ilmaisun riittämättömyyttä kivun ilmaisuun. Lapset ilmaisevat kipua myös käyttäytymissellään, ilmeillä ja eleillä. Goodenough ym. (1997) ovat tutkineet 4-6-vuotiaiden lasten kivun kokemuksia injektoiden saamisen yhteydessä. Tutkimuksessa lapset ilmaisivat kipua enemmän kasvojen ilmeillä ja eleillä kuin verbaalisesti.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että lapsen itsensä käyttämät kivunlievityskäytännöt ovat välineellisiä ja ei-välineellisiä. Välineellisiä keinoja olivat esimerkiksi kipsi ja laastari. Ei-välineellisiä keinoja olivat nukkuminen, läheisyys, hoitaminen, tutkiminen, sairaalaan meno ja leikkiminen. Samankaltaisia tuloksia saivat myös Isokangas ja Luttinen (2005), joiden opinnäytetyön tuloksissa kipua helpottavia tekijöitä olivat laastari, kipsi, lääke, lepo, leikki, nukkuminen, hierominen ja vanhemman syli. Pietilän ym. (2001) tutkimuksen mukaan lasten omia keinoja lievittää kipua olivat lepo, liikkumattomuus, mukavien asioiden ajattelu, oksentaminen ja kipulääkitys.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tehdä laajempaa tutkimusta samasta aiheesta. Sadutus ei mielestämme ainoana menetelmänä ole riittävä tutkimaan etenkin pienimpien lasten (2-3- vuotiaiden) käsityksiä kivusta. Sadutuksen tukena voitaisiin käyttää esimerkiksi haastattelua sekä lasten piirrosten analysointia. Sadutuksen käytettävyyttä voisi parantaa myös tutkimuksen kattava etukäteispilotointi, jolloin aineistonhankkija saisi kokemusta menetelmästä. Opinnäytetyömme tulokset ovat suuntaa antavia ja vaativat tuekseen laajempaa tutkimusta. Tuloksemme ovat yhteneväisiä usean muun projektiin tehdyn opinnäytetyön kanssa, joten mielestämme tuloksia voidaan pitää melko luotettavia.

LÄHTEET

Arajärvi, Terttu 1988: Tasapainoinen lapsuus. Juva. WSOY:n graafiset laitokset.

Bee, Helen - Boyd Denise 2003: Lifespan development. 3. painos. Boston: Allyn and Bacon.

Beyer, Judith E. – Levin, Cynthia R. 1987: Issues and advances in pain control in children. Nursing clinics of North America 22 (3).

Cater, Bernadette 1994: Child and infant pain. Principles of nursing care and management. London, England: Chapman&Hall.

Goodenough, Belinda – Addicoat, Louise – Champion, G. David – McInerney, Marita – Young, Bev – Juniper, Kate – Ziegler, John B. 1997: Pain in 4- to 6- year-old Children receiving intramuscular injections: A comparison of the faces pain scale with other self-report and behavioural measures. The Clinical Journal of Pain. 13: 60- 73.

Hamunen, Katri - Pouttu, Jukka 2000: Onko lasten kipu hoidossa? Suomen lääkärilehti 55 (48). 4955-4958.

Hietala, Lotta - Törrö, Marja 2006: ”Kerro pieni satu sairaalasta”. Leikki-ikäisen 3-5 vuotiaan lapsen kuvauksia kivusta. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

International Association for the Study of Pain. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.2.2006. <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>>. Luettu 9.2.2006.

- Isokangas, Anna-Kaisa – Luttinen, Marjo 2005: "Ei kieleen asti se kipu voi yletty". Kipu 4-vuotiaan lapsen kokemana. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Jarasto, Pirkko - Sinervo, Niina 2000: Elämää varten. Alle kouluikäisen lapsen maailma. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus kustannus Oy.
- Jerrett, Mary – Evans, Kathreen 1986: Children's pain vocabulary. Journal of Advanced Nursing 11: 403-408.
- Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.) 2002: Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kankkunen, Päivi - Pietilä, Anna-Maija - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002: Miksi lapsen leikkauskipu voi jäädä lievittämättä? Hoitohenkilöstön, vanhempien ja lasten näkökulma. Sairaanhoitaja 75 (6-7). 23-26
- Kanner, Sheri – Langerman, Susan – Grey, Margaret 2004: Ethical Considerations for a Child's Participation in Research. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 9 (1). 15-23.
- Karjalainen, Sirkka – Kukkonen, Pirjo 2005: Psykologista käyttötietoa. Helsinki: Edita Prima OY.
- Karlsson, Liisa 2001: Lapsille puheenvuoro. Ammattikäytännön perinteet murroksessa. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Karlsson, Liisa 2003: Sadutus. Avain osallistuvaan toimintakulttuuriin. Juva: WS Bookwell Oy,
- Keltinkangas – Järvinen, Liisa 2004: Temperamentti. Juva: WS Bookwell Oy.

- Koistinen, Paula - Ruuskanen, Susanna - Surakka, Tuula 2004: Lasten ja nuorten hoitotyö käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.
- Lehtinen, Erno - Kuusinen, Jorma 2001: Kasvatuspsykologia. Helsinki: WSOY.
- Muurinen, Erja – Surakka, Tuula 2001: Lasten ja nuorten hoitotyö. Tampere: Tammerpaino OY.
- Ojala, Mikko 1989: Varhaiskasvatuksen perusteita. Helsinki: Kirjayhtymä OY.
- O'Rourke, Deborah 2004: The Measurement of Pain in Infants, Children and Adolescents: From Policy to Practise. *Physical therapy* vol 84 nro 6.
- Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pehkonen, Anne – Rantala, Heidi 2005: Miten 5 - 6 vuotias lapsi kuvaa kipukokemuksiaan. *Opinnäytetyö*. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Pietilä, Anna-Maija - Vehviläinen-Julkunen, Katri - Väisänen, Marjut 2001: Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee lapsen mukaan. *Pinsetti* 2. 10-12
- Pietilä, Anna-Maija- Pölkki, Tarja - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2003: Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta 1 (2). 22-27.
- Sailo, Eriikka - Vartti, Anne - Marie (toim.) 2000: Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino.
- Salanterä, Sanna 1999: Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3) 727-736.

Seppänen, Mirja 1993: Lastenhoito. Hämeenlinna. Karisto OY:n kirjapaino.

Sugarman, Leonie 2001: Life- Span development – frameworka, accounts and strategies. USA & Canada. Taylor & Francis Inc.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummeruskirjapaino Oy

Rutter, Marjorie – Rutter, Michael 1993: Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life Span. London, England. Penguin Books Ltd.

Helsingin ammattikorkeakoulu STADIA
Sosiaali- ja terveystyö
Hoitotyö

HAASTATTELULUPAPYYNTÖ LAPSEN VANHEMMILLE/ HUOLTAJILLE

Hyvät vanhemmat/ huoltajat

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa. Opiskelumme kuuluu opintojen loppuvaiheessa opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on leikki-ikäisen lapsen kipukokemukset. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää miten leikki-ikäinen lapsi kokee kipua. Työmme on osa suurempaa tutkimus- ja kehittämishanketta, johon kuuluvat Helsingin ammattikorkeakoulun lisäksi HUS- piirin Lasten ja nuorten sairaala sekä Turun yliopiston Hoitotieteenlaitos. Tutkimus- ja kehittämishankkeen tarkoituksena on taiteen, tieteen ja koulutuksen keinoin kehittää 2- 6- vuotiaan lapsen pelon ja kivun lievitystä sairaalassa. Opinnäytetyötämme ohjaa Taru Ruotsalainen Helsingin ammattikorkeakoulusta (puh. 09- 310 81 707).

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston keräämme saduttamalla leikki -ikäisiä lapsia päiväkodissa. Sadutuksessa lapselle näytetään ensin opinnäytetyön aiheeseen sopivia kuvia satukirjasta. Kuvista keskustellaan lapsen kanssa ja sen jälkeen pyydetään lasta itseään kertomaan satu sairaalasta. Lapsen satu kirjoitetaan sanasta sanaan paperille ja luetaan sen jälkeen lapselle. Halutessaan lapsi voi vielä muuttaa satuaan. Keskustelu ja sadutus kestävät yhteensä 10- 15 minuuttia, ja ne nauhoitetaan kasetille. Vanhemmat/ lapsen huoltaja voivat halutessaan olla mukana sadutustilanteessa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja teillä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää se mikäli koette sen tarpeelliseksi. Lapselta saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Hänen henkilöllisyyttään ei paljasteta missään vaiheessa. Ennen sadutusta pyydämme myös lapselta suostumuksen.

Lapsi saa kertomansa sadun myös itselleen. Lisäksi palkitsemme kaikki päiväkotiryhmän lapset pienellä palkinnolla, huolimatta siitä osallistuuko lapsi tutkimukseen vai ei. Palkinto on tarra, kiiltokuva tms.

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

Yhteistyöstä kiittäen:

Linna-alho Janina

Mehto Laura

Mäkihonko Johanna

Yhteydenotot: etunimi.sukunimi@edu.stadia.fi

Annan suostumukseni lapseni tutkimukseen osallistumiseen.

Helsingissä ____ / ____ 2006.

Vanhemman/ huoltajan allekirjoitus ja nimenselvitys.