



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Reetta Hämäläinen

ALLE KOULUIKÄISEN LAPSEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITOTYÖ

Opas hoitohenkilökunnalle

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Reetta Hämäläinen
Opinnäytetyön nimi	Alle kouluikäisen lapsen kivun arviointi ja hoitotyö. Opas hoitohenkilökunnalle
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	39 + 1 liite
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas alle kouluikäisten lasten kivun arvioinnista Vaasan keskussairaalan lastenosaston hoitohenkilökunnalle. Työn tavoitteena oli perustaa tuotettava materiaali parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon ja muuhun näyttöön lasten kivun arviointimenetelmistä sekä tuottaa lasten parissa työskenteleville hoitajille materiaalia, joka toimii apuvälineenä lasten kivun arvioinnissa ja hoitotyössä.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään lasten kipua, kivun arviointia, kivun hoitotyötä sekä sen dokumentointia. Teoreettista viitekehystä varten tehtiin tiedonhakuja tieteellisistä tietokannoista. Materiaalin tuottamista varten haettiin tietoa hyvän kirjallisen materiaalin laatimisesta ja sitä hyödynnettiin opasta laatiessa. Oppaan suunnitteluvaiheessa haastateltiin kolmea hoitotyöntekijää lastenosastolta. Materiaali tuotettiin haastattelun ja teoreettisen viitekehksen pohjalta. Materiaalin luonnokseen saatiin kommentteja työelämän yhteyshenkilöltä.

Materiaalia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä työntekijöiden apuvälineenä lasten kivun arvioinnissa ja hoitotyössä. Toimeksiantaja on hyväksynyt materiaalin ja sitä tullaan käyttämään lasten hoitotyössä. Materiaalin toimivuutta voidaan arvioida vasta myöhemmin.

ABSTRACT

Author	Reetta Hämäläinen
Title	Assessing and Treating the Pain of a under School-Age Child. A Guide for the Personnel
Year	2015
Language	Finnish
Pages	39 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this practice-based bachelor thesis was to produce a guide about measuring the pain of children under school-age for the nursing personnel in the paediatric ward in Vaasa Central Hospital. The aim was to gather material from the best possible sources and other evidence about the methods to assess pain. The aim was that the guide could be used as a tool in the everyday nursing work and when assessing the children's pain.

The theoretical framework of the thesis deals with children's pain, pain assessment, pain management as well as documenting it. The theoretical framework was collected from scientific databases. Also information about making good written material was looked at. When planning the guide, three nurses were interviewed on the paediatric ward. The material for the guide was produced based on the interview and the theoretical framework. Material for the draft was collected from working life contacts.

The material can be used in the introduction of new employees, as well as in the daily work when assessing the children's pain. Vaasa Central Hospital has approved the material and it will be used in paediatric nursing. The usability of the material can be evaluated only later.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3	PROJEKTI.....	10
	3.1 Projektin määritelmä ja vaiheet	10
	3.2 Projektin SWOT-analyysi.....	10
4	LAPSEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITOTYÖ	12
	4.1 Lapsi.....	12
	4.2 Kipu.....	12
	4.2.1 Akuutti kipu	12
	4.2.2 Krooninen kipu	13
	4.3 Lapsen kivun erityispiirteitä	13
	4.4 Lapsen kivun hoitotyön merkitys.....	14
	4.5 Lapsen kivun hoitotyön tarpeen määrittäminen	15
	4.6 Lapsen kivun hoitotyön menetelmät ja toteutus	20
	4.6.1 Lapsen kivun lääkehoito	22
	4.6.2 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät	23
	4.7 Lapsen kivun hoitotyön arviointi	26
	4.8 Lapsen kivun hoitotyön kirjaaminen	27
5	KIRJALLISEN MATERIAALIN LAATIMINEN	29
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	31
	6.1 Alustavat taustaselvitykset.....	31
	6.2 Alustava rajaus ja lisäselvitykset	32
	6.3 Yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa	32
	6.4 Työsuunnittelu ja hankkeen toteutus	32
	6.5 Seuranta ja arviointi	33
7	POHDINTA.....	34
	7.1 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen	34
	7.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi	34
	7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	36

LÄHTEET..... 37
LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Opinnäytetyön SWOT-analyysi	s. 9
Taulukko 2. Tietokannoissa toteutetut tiedonhaut	s. 30

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Sairaanhoidajien haastattelukysymykset sekä niihin saadut vastaukset

1 JOHDANTO

Pohjoismaissa lasten hoitotyössä on käytössä eettiset NOBAB-ohjeet. Nämä ohjeet perustuvat Lasten oikeuksien sopimukseen, ja niiden mukaan lapsilla on oikeus kivuttomaan hoitoon ja tutkimuksiin. (Jokinen ym. 1999, 21; Suomen NOBAB 2014.)

Hoitotyöntekijöiden rooli lasten kivun arvioinnissa on merkittävä, sillä he ovat lapsen luona tai lapsen ja perheen käytettävissä ympäri vuorokauden. Heidän ammattitaitonsa on avainasemassa tunnistamaan pienten lapsen kipua fysiologisten muutosten sekä käyttäytymisen perusteella (Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Kankkunen 1999, 270).

Lasten kivun arviointi on haastavaa, sillä lapset eivät välttämättä osaa ilmaista kipua tai kohdentaa sitä. Lapsi ei välttämättä ymmärrä tai tiedä mitä kivulla tarkoitetaan, sekä jokainen lapsi ymmärtää kivun eri lailla. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 264.) Hamusen (2009, 442) mukaan hyvin nuorilla lapsilla sekä kehityshäiriöisillä lapsilla sanallisen ilmaisun rajoittuneisuus vaikeuttaa kivun mittaamista. Leikki-ikäiset eivät vielä ymmärrä numeroita ja saattavat nimittää ruumiinosia väärin. Lasten sanavarasto saattaa olla vielä heikkoa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas hoitohenkilökunnalle lasten kivun arvioinnista. Opinnäytetyön tilasi Vaasan keskussairaalan asiantuntijasairaanhoitaja. Aihe kuuluu tekijän sairaanhoitajaopintoihin ja kiinnostaa tekijää myös henkilökohtaisesti, koska tekijä aikoo suuntautua lasten ja nuorten hoitotyöhön tulevaisuudessa.

Aihe rajattiin alle kouluikäisten lasten kivun arviointiin, sillä Vaasan keskussairaalan lastenosastolla koettiin olevan tarvetta juuri tämän ikäryhmän kivun arvioinnin kehittämiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia hoitohenkilökunnalle opas alle kouluikäisten lasten kivun arvioinnista ja hoitotyöstä.

Opinnäytetyön tavoitteet olivat seuraavat:

1. Perustaa tuotettava materiaali parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon ja muuhun näyttöön lasten kivun arviointimenetelmistä.
2. Tuottaa lasten parissa työskenteleville hoitajille materiaalia, josta on heille hyötyä lasten kivun arvioinnissa ja hoitotyössä.

3 PROJEKTI

Seuraavassa määritellään projekti ja sen vaiheet, sekä esitellään tämän toiminnallisen opinnäytetyön SWOT-analyysi, ja sen kautta ilmenneet projektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.

3.1 Projektin määritelmä ja vaiheet

Tämä opinnäytetyö toteutettiin pienenä projektina. Tällä tarkoitetaan tehtäväkokonaisuutta, jolla pyritään kestäviin tuloksiin tietyssä aikataulussa ja jonka toteuttamisesta vastaa sitä varten perustettu organisaatio. (Silfverberg 2007, 5.) Projektin vaiheita olivat alustavat taustaselvitykset, alustava rajaus ja lisäselvitykset, yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa, työsuunnittelu ja hankkeen toteutus sekä seuranta ja arviointi (Silfverberg 2007, 10-12).

3.2 Projektin SWOT-analyysi

SWOT-analyysi on nelikenttäanalyysi, jossa tarkastellaan kehittämistilanteen ja sidosryhmien vahvuuksia ja heikkouksia sekä toimintaympäristön ja tulevaisuuden tarjoamia mahdollisuuksia ja mahdollisia uhkia (Silfverberg 2007, 15). Tämän opinnäytetyöprojektin SWOT-analyysi on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1 Opinnäytetyöprojektin SWOT -analyysi

Sisäiset	Ulkoiset
<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asiasta löytyy paljon tietoa - Tuotettavalle materiaalille on tarvetta - Mittareita lasten kivun arviointiin on jo kehitetty 	<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opas auttaa hoitajia työssään - Oppaasta hyötyvät myös lapsipotilaat sekä omaiset - Mahdollisesti yhteiskunta hyötyy -> kustannukset vähenevät
<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Projektin aloitusvaiheessa ei ollut nä- 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koska työn tilausvaiheessa sitä ei ol-

kyvissä projektiin liittyviä heikkouksia	lut osoitettu tiettyyn hoitoyksikköön, materiaalia ei ehkä pystytä kohdentamaan niille työntekijöille, jotka sitä eniten tarvitsisivat - Kaikki hoitajat eivät ehkä koe aihetta tarpeelliseksi
--	---

Mahdolliset uhat pyrittiin torjumaan siten, että projektin aikana tiedusteltiin mahdollisuutta keskustella joidenkin lastenosaston sairaanhoitajien ja/tai lastenhoitajien kanssa tarvittavasta materiaalista.

4 LAPSEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITOTYÖ

Seuraavassa tarkastellaan lasta ja lapsen kivun erityispiirteitä, sekä lapsen kivun hoitotyön merkitystä. Esitellään erilaisia apukeinoja tunnistamaan ja hoitamaan lapsen kipua. Tarkastellaan hoitotyön dokumentointia ja sen tärkeyttä lapsen kivun hoitotyössä.

4.1 Lapsi

Lapsuus ja nuoruus jaetaan eri ikäkausiin. Lapseksi määritellään 0-12 vuoden ikäiset, ja vuodet 12–18 kuuluvat nuoruuteen. Ikäkaudet jaetaan eri osiin kasvun ja kehityksen mukaan. Vastasyntyneeksi sanotaan lasta, joka on alle yhden kuukauden ikäinen. Vauvan ensimmäistä elinvuotta kutsutaan imeväisiäksi. Silloin lapsen kehitys on nopeampaa kuin muina elinvuosina. Leikki-ikäiseksi määritellään 1-6-vuotias lapsi. Leikki-ikä voidaan jakaa varhaisleikki-ikään (vuodet 1-3) sekä myöhäisleikki-ikään (vuodet 3-6). (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 11.) Tässä opinnäytetyössä alle kouluikäisillä lapsilla tarkoitetaan 0-6-vuotiaita.

4.2 Kipu

Vainion (2009, 12) mukaan kipu on ruumiillista kärsimystä. Klassisen hoitotieteellisen määritelmän mukaan kipu on sellaista kuinka ihminen sen kokee, ja juuri siellä paikassa missä sanoo sen olevan (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 264). Biologisen käsityksen mukaan kipu on elossa säilymisen ehto. Kivun aistiminen on varoitus uhkaavasta kudosvauriosta. Suojaheijaste, jolla pyritään estämään kudosvaurion synty tai eteneminen, välittyy selkäytimen tasolla. Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 104.)

4.2.1 Akuutti kipu

Akuutin kivun päätarkoitus on ensisijaisesti olla elimistöä suojaava, mutta esimerkiksi äkilliset suuret vammat saattavat olla aluksi kivuttomia, sillä ihminen pyrkii ensin selviytymään hengissä ja kun hän on turvassa, vasta silloin kivut al-

kavat. Voimakkaalla kivulla elimistö pyrkii myös korvaamaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa. Lisäksi kipu stimuloi myös tehokkaasti hengitystä. Näiden erilaisten puolustustehtävien jälkeen kivun vaikutukset ovat kuitenkin pääasiassa haitallisia: kipu voi nimittäin ylävartalon vammoissa estää riittävän hengityksen ja näin ollen aiheuttaa hapetuksen huononemisen. Akuutin kivun syy usein tiedetään ja sitä voidaan myös hoitaa. Akuutit kivut paranevat usein viimeistään viikkojen kuluessa. (Kalso ym. 2009, 104-106.)

4.2.2 Krooninen kipu

Krooninen kipu kestää yleensä yli 3-6 kuukautta. Krooninen kipu kestää siis pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika olisi. Esimerkiksi leikkauksenjälkeinen kipu tulisi olla lievittänyt 3-6 kuukauden kuluessa. Kudoksen- tai hermovaurio voi johtaa krooniseen kipuun. Kipua aiheuttavasta tulehduksellisesta sairaudesta on sopivana esimerkkinä nivelreuma. Selkäytimen tai aivojen vauriot ovat voineet aiheuttaa kipuviestä siirtäviin ratoihin pysyviä muutoksia. Kroonisessa kivussa on myös osittain kyse psykososiaalisista tekijöistä sekä yksilöiden erilaisista valmiuksista puolustautua kipua välittäviin järjestelmiin kohdistuvia vaurioita vastaan. (Kalso ym. 2009, 106-107.)

4.3 Lapsen kivun erityispiirteitä

Lapsen kipu on hyvinkin kokonaisvaltaista. Se voi ilmetä muun muassa sanallisesti, ilmeillä, väistämismuutoksilla, huutamisena, jännittyneisyytenä sekä fysiologisina muutoksina, kuten sydämen sykkeen tiheytenä, ihonvärin muutoksena, vasteessa käsittelyyn, kapillaariveren happipitoisuuksissa sekä hormonipitoisuuksissa. Myös ahdistus, masennus sekä erilaiset persoonallisuuden ja sopeutumisen häiriöt voivat liittyä lapsen kipukokemukseen. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 264.) Muutokset elintoiminnoissa eivät itsessään kerro kivusta, mutta yhdistettynä tilannetekijöihin sekä käyttäytymiseen, antavat ne tietoa lapsen reaktioista kipuun (Korhonen & Pölkki 2008, 5). Lapsen kivun erityispiirteitä on otettava huomioon lapsen kehitystaso: mitä vanhempi lapsi, sen helpommin hän pystyy ilmaisemaan, paikantamaan ja jopa kuvailemaan kivun laatua. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 264.)

Kortesluoma (2009, 65-71) tutki 4-11-vuotiaiden lapsien kipukokemuksia haastattelun ja piirtämisen keinoin. Lapsien kivun voimakkuuteen vaikuttivat oletukset kivusta sekä verestä, esimerkiksi veren näkeminen tarkoitti lapselle vuotamista kuiviin ja aiheutti voimakkaamman kipukokemuksen. Ennako-oletukset kivusta johtivat usein liioiteltuun kipukokemukseen, pelkoon sekä toimenpiteiden vastusteluun. Myös instrumenttien näkeminen lisäsi pelkoa. Hoitotoimenpiteissä, kuten ompeleiden poistossa, veren tai eritteen tihkuminen ompeleiden välistä lisäsi kivun voimakkuutta. Kovinta kipua aiheuttivat onnettomuuskiput, kuten luunmurtumat sekä luiden ja nikamien sijoiltaanmeno. Myös sairauden tai loukkautumisen myötä syntyneet arvet ja jäljet stimuloivat lapsen kokemaan kipua, ja vaikuttivat lapsen kokeman kivun tulkintaan ja voimakkuuteen. Lapset jotka olivat tulleet hakatuiksi, kokivat fyysisen kivun lisäksi myös emotionaalista kärsimystä. Myös sanallinen pahoinpitely koettiin kipuna. Lapset kokivat kivun yleisesti ottaen pelottavana ja vieraana. Mitä vanhempia lapset olivat, sen tarkemmin he osasivat kuvailla omaa kipuaan. Lapset myös hyötyivät kivustaan, sillä sen avulla he saivat huomiota, hoivaa ja hellänpitoa, mitä he eivät välttämättä muuten saaneet. Kipu oli pakotie, sillä potilaan roolissa olevat lapset pystyivät lievittämään stressiä pakenemalla tavallisista arjen velvollisuuksista ja päivittäisistä rutiineista. Kortesluoman tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että lapsi kokee kivun kokonaisvaltaisesti.

4.4 Lapsen kivun hoitotyön merkitys

Hoitotyön eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajien tulee lievittää ihmisen kärsimystä. Tämä koskee kaikenikäisiä potilaita. (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 21.) Pohjoismaissa lasten hoitotyössä on käytössä eettiset NOBAB-ohjeet. Nämä ohjeet perustuvat Lasten oikeuksien sopimukseen, ja niiden mukaan lapsilla on oikeus kivuttomaan hoitoon ja tutkimuksiin. (Jokinen ym. 1999, 21; Suomen NOBAB 2014.) Ohjeista huolimatta lasten kivunhoito ei ole laadultaan tasaista. Tähän syynä on usein väärinymmärrys hoitajan ja lapsen välillä. Lapset saattavat ajatella, että muut tietävät miltä heistä tuntuu, eivätkä näin ollen osaa pyytää erikseen kivunlievitystä. (Jokinen ym. 1999, 21-23.)

Pölkin (2008, 17) katsauksessa todetaan, että viime vuosikymmenten aikana on alettu huomata, että lapsetkin voivat tuntea kipua samalla tavalla kuin aikuiset. Aikaisemmin oletettiin, etteivät lapset, etenkin vauvat, tunne kipua, ja tämän vuoksi lasten kivunhoito oli hyvinkin puutteellista. Nykyään tiedetään, että riittämätön kivunhoito lapsella voi jättää elinikäiset jäljet. Tämä voi ilmetä koulu- ja murrosikäisellä erilaisina häiriöinä käyttäytymisessä, oppimisessa sekä kivun sietämisessä. Pitkäaikaisten jälkien lisäksi riittämätön kivunhoito voi aiheuttaa välitömiä haittavaikutuksia, jotka ilmenevät esimerkiksi leikkauksen jälkeisenä päänsärkynä, pahoinvointina ja oksenteluna. Lisäksi voi aiheutua lisäkustannuksia yhteiskunnalle, jos lapsen sairaalassaoloaika pidentyy. Seuraavassa tarkastellaan lapsen kivun hoitotyön prosessin eri vaiheita.

4.5 Lapsen kivun hoitotyön tarpeen määrittäminen

Hoitotyön prosessi alkaa kivun hoitotyön tarpeenarvioinnilla. Sen jälkeen valitaan näyttöön perustuva ja lapselle yksilöllisesti sopiva hoitomenetelmä ja toteutetaan se. Lopuksi arvioidaan miten hyvin valittu menetelmä auttoi lasta.

Lasten kivun arviointi on haastavaa, sillä lapset eivät välttämättä osaa ilmaista kipua tai kohdentaa sitä. Lapsi ei välttämättä ymmärrä tai tiedä mitä kivulla tarkoitetaan sekä jokainen lapsi ymmärtää kivun eri lailla. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 264.) Hamusen (2009, 442) mukaan hyvin nuorilla lapsilla sekä kehityshäiriöisillä lapsilla sanallisen ilmaisun rajoittuneisuus vaikeuttaa kivun mittaamista. Leikki-ikäiset eivät vielä ymmärrä numeroita ja saattavat nimittää ruumiinosia väärin. Lasten sanavarasto saattaa olla vielä puutteellinen.

Kivunlievityksen edellytyksenä on hoitajan hyvä havainnointikyky sekä kivun mittaaminen (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2009, 87). Hoitotyöntekijöiden rooli lasten kivun arvioinnissa on merkittävä, sillä he ovat lapsen luona tai lapsen ja perheen käytettävissä ympäri vuorokauden. Heidän ammattitaitonsa on avainasemassa tunnistamaan pienten lapsen kipua fysiologisten muutosten sekä käyttäytymisen perusteella (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 270). Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on Pölkin (2008, 18) mukaan kuitenkin taipumus aliarvioida lapsen kipua, ja siksi kivunhoidon riittävyyden edellytyksenä on myös lapsen oma

arvio kivustaan. Myös lapsen vanhemmat ovat tärkeässä asemassa lapsen kivun arvioinnissa sekä hoidossa, sillä he yleensä tuntevat lapsensa parhaiten (Ivanoff ym. 2007, 194). Lasten kivun arviointiin on kehitetty useita erilaisia asteikkoja, mittareita sekä menetelmiä, joita tulee aina käyttää lapsen ikään ja kehitystasoon sopivalla tavalla. Lapsen kivun itsearvioinnissa on aina varmistettava, että lapsi ymmärtää mitä käytettävän mittarin sisällöllä tarkoitetaan ja mitä hänen tulee tehdä. Lapselle kerrotaan, mitä mittari kuvaa ja miksi sitä käytetään. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 324). Kiesvaaran (2004) tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajien kivun arviointi perustui pääasiassa lapsen fysiologisten muutosten sekä käyttäytymisessä tapahtuvien muutoksien arviointiin. Kipumittarien käyttö oli vähäistä ja vain alle kolmasosa hoitajista hyödynsi vanhempien arviota lapsen kivusta. Lapsen oma arvio kivusta otettiin sen sijaan hyvin huomioon. Luotettavimpaan tulokseen lasten kivun arvioinnissa päästään yhdistämällä erilaisia arviointimenetelmiä monipuolisesti.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan sekä siihen liittyvästä tiedosta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on myös huolehdittava siitä, että potilas ymmärtää asian sisällön. (L17.8.1992/785) Lapsen kivun hoito aloitetaan jo ennen toimenpiteitä, kertomalla mitä tehdään ja miksi ja keskustelemalla siitä vanhempien ja lapsen kanssa. On hyvä käydä läpi lapsen aikaisempia kipukokemuksia ja kertoa tulevista suunnitelluista tutkimuksista ja toimenpiteistä. Lapsen aikaisemmat negatiiviset sairaalakokemukset lisäävät tuleviin toimenpiteisiin liittyvää ahdistusta. Siihen vaikuttavat myös lapsen ikä ja kehitysvaihe. (Jokinen ym. 1999, 29; Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2009.)

Vanhempien riittävällä tiedonsaannilla voidaan vahvistaa heidän kykyään valmistella lasta ikäkautensa mukaisesti tulevaan toimenpiteeseen. Vanhemmille esitellään yksikön tilat ja käytäntö sekä kerrataan päivän tapahtumat. Lasta voidaan valmistella tulevaan toimenpiteeseen esimerkiksi leikin avulla. (Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2009.) Turvallisuuden tunnetta vahvistaa se, että lapselle kerrotaan jokaisen pienkin toimenpiteen tai tapahtuman yhteydessä, että mitä tapahtuu (Muurinen &

Surakka 2001, 97). Valmistamisella voidaan taata yhteistyökykyisempi ja vähemmän pelokas lapsi, joka kokee myös vähemmän kipua ja stressiä. Valmistaminen erilaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin on tiedonantamista tulevasta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304.)

Leikki-ikäistä nuoremmat lapset eivät vielä kykene ilmaisemaan tai arvioimaan kipua. Siksi vastasyntyneiden ja imeväisikäisten kivunarvioinnissa on tärkeää seurata seuraavia asioita: fysiologisia muutoksia, yleistä olemusta, erityisesti levottomuutta, ihon väriä, itkua, ärtyneisyyttä ja käsittelyarkuutta, ilmeitä ja eleitä sekä ruokahalua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325.) Erityisesti keskosilla, ennen 37 raskausviikkoa syntyneillä vauvoilla, kivunarviointia vaikeuttaa elimistön epäkypsyys ja näin ollen myös puutteellinen kyky ilmaista kipua. Keskosien kivunarviointi on pääasiassa hoitajan vastuulla. Tämän vuoksi hoitajan toteuttama kivunarviointi keskosilla on erityisen tärkeää, jotta voitaisiin välttää pitkään jatkuneen kivun seuraukset. (Korhonen & Pölkki 2008, 5; Pölkki ym. 2008, 87.) Pölkkin ym. (2009, 90) tutkimuksessa yli puolet hoitajista oli sitä mieltä, että heidän osastollaan keskosten kivunarviointi ei ollut riittävää. Suurin osa hoitajista koki, että he osasivat havaita tehohoidossa olevan keskosen kipua, mutta samalla he kokivat myös tarvitsevänsä lisää tietoa kivun aistimisesta ja sen ilmenemisestä keskosilla. Hoitajat kokivat myös kaipaavansa enemmän tietoa keskosille sopivista kipumittareista.

Vastasyntyneille, keskosille ja imeväisikäisille on kehitetty erilaisia kivunarviointimittareita kuten OPS (Objective Pain Scale), CRIES (Cries, Requires oxygen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness), NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), PIPP (Premature Infant Pain Profile) ja NFCS (Neonatal Facial Coding System) (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325; Pölkki ym. 2008, 87).

Leikki-ikäiset lapset eivät vielä pysty kuvailemaan kipua luotettavasti. Lapsesta tarkkaillaan seuraavia asioita: fysiologisia muutoksia, olemusta kuten liikkumista, kiemurtelua ja paikallaan oloa, väriä, itkua, ärtyneisyyttä ja käsittelyarkuutta, nukkumista, kiukunpuuskia, huomion kipeyttä, ilmeitä ja eleitä sekä ruokahalua. Havainnoinnin luotettavuuden lisäämiseksi tulee käyttää apuvälineenä erilaisia mittareita, kuten OPS, CRIES, NIPS, VAS (Visual Analogue Scale), FPS (Faces

Pain Scale). (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325-327.) Erityisesti leikkauksen jälkeiseen kipuun kehitettyjä mittareita ovat muun muassa TPPPS (Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale) sekä PPPM (Parent's Postoperative Pain Measurement). (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 266-267; Lehikoinen 2007, 5; McCarthy, Hewitt, Choonara 2000, 265.) McCarthyn ym. (2000, 265) tutkimuksessa on todettu yksinkertaistetun TPPPS-mittarin soveltuvan myös akuutin kivun arviointiin.

CRIES-mittarilla havainnoidaan viittä eri muuttujaa: happisaturaatio, syke, verenpaine, ilmeet ja lapsen vireystila. Jokaiselle muuttujalle annetaan pisteitä 0-2. Mitä enemmän pisteitä, sitä enemmän on oletettavissa lapsella olevan kipua. CRIES-mittari soveltuu parhaiten vastasyntyneen ja imeväisikäisen kivun arviointiin ja sitä voidaan käyttää myös muille alle 2-vuotiaille lapsille. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 324-327.)

NIPS-mittaria käytetään keskosten sekä vastasyntyneiden kivun arviointiin ja seurantaan, se soveltuu myös muille alle 2-vuotiaille lapsille. Se perustuu lapsen kasvon ilmeiden, itkun, käsien ja jalkojen liikkeiden, vireystilan sekä hengityksen seurantaan. Kasvoista havainnoidaan, ovatko ne rennot vai irveessä. Itkusta tarkkaillaan sen esiintyvyyttä sekä sen laatua. Käsien ja jalkojen liikkeistä havainnoidaan niiden rentous tai jännittyneisyys. Vastasyntyneen vireydestä tarkkaillaan onko vauva hereillä, touhukas vai unessa. Hengityksessä otetaan huomioon, onko se normaalia vai onko siinä muutoksia. Hoitaja antaa pisteitä yhteensä asteikolla 0-7. Mittarin kehittäjät eivät kuitenkaan ole halunneet antaneet selitystä pisteytyksen tulkinnalle. Mittari on todettu luotettavaksi välineeksi kivun mittaamiseen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 324-327; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori, Palo 2007, 192-193; Oksanen 2000, 8-9; Oksanen-Sainio 2005, 5-6.)

PIPP-mittari soveltuu keskosten ja vastasyntyneiden kivun arviointiin. Siinä lapsen tilaa verrataan normaaliin saman ikäisen vastasyntyneen käyttäytymiseen valveilolaoloajan, sydämen sykkeen, happisaturaation ja kasvonilmeiden, kuten silmien siristelyn tai kulmakarvojen kurtistelun mukaan. Pisteitä annetaan jokaisesta oireesta 0-3. Alle 6 pistettä tarkoittaa vähäistä kipua tai ei lainkaan kipuja, 6-12 pis-

tettä tarkoittaa kohtalaista tai voimakasta kipua ja 12–18 pistettä tarkoittaa voimakasta kipua. (Storvik-Sydänmaa 2012, 326; Jokinen ym. 1999, 27.)

Suomessa kehitetty OPS-mittari soveltuu alle 2-vuotiaille lapsille. Mittari perustuu hoitajien tekemiin arvioihin lapsesta. Siinä arvioidaan lapsen käyttäytymistä sekä fysiologisia muutoksia, joita ovat happisaturaatio, verenpaine ja syke, lapsen ääntely, ilmeet, eleet, jännittyneisyys, asento ja liikehdintä sekä reagointi käsitteilyyn. Näiden lisäksi huomioidaan lapsen väri, lämpö, hengitys ja ihon kosteus. Kaikki osa-alueet pisteytetään asteikolla 0-9 siten, että 0 pistettä tarkoittaa kivutonta ja 9 pistettä tarkoittaa kaikkein kivuliainta tilaa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325.)

FPS-asteikossa on vähintään viisi erilaista kasvokuvaa. Kasvokuvat siirtyvät asteittain alkupään iloisista kasvoista loppupään itkeviin kasvoihin. Iloiset kasvot tarkoittavat kivutonta tilaa ja itkevät kasvot tarkoittavat kivuliainta tilaa. Lapsen on tarkoitus itse osoittaa, mitkä kasvot kuvaavat hänen kokemaansa kipua. Kasvokipu-asteikkoa voidaan hyödyntää jo kaksivuotiaista lapsista asti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325-327; Ivanoff ym. 2007, 193.) Vihunen ja Sihvonen (1998) tutkivat kasvoasteikon käyttöä itsearviointikeinona 3-8-vuotiailla lapsilla. Tutkimuksessa kasvoasteikkoa käyttävällä osastolla todettiin lapsilla vähemmän kipua kuin vertailuosastolla. Lasten vanhemmat olivat tyytyväisempiä lapsensa kivun hoitoon kasvoasteikkoa käyttävällä osastolla.

CGRS-mittari on kehitetty 4-8-vuotiaiden lasten kokonaisvaltaisen kivun luokitteluun. Se sisältää viisi erilaista viivaa, joista suora tarkoittaa kivuttomuutta ja aaltomaiset viivat kipua. Ylin viiva on terävä- ja kapea-aaltainen ja kuvaa pahinta mahdollista kipua. Lasta pyydetään osoittamaan hänen kipuaan parhaiten kuvaavaa viivaa. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 265.)

VAS-kipujana on noin 10 cm pituinen. Sen vasen ääripää kuvaa kivutonta tilaa ja oikea ääripää pahinta mahdollisinta kiputilaa. Lapsi merkitsee janalle pystyviivan kohtaan, joka vastaa hänen kokemaansa kiputilaa. Kipujan toisella puolella on numeerinen asteikko 0-10, josta hoitaja näkee mikä numero vastaa lapsen kokema kipua. Kipujanasta on myös kehitetty punainen kipukiila, jonka alkupäässä

punaista väriä ei ole lainkaan ja loppupäähän mentäessä punainen väri lisääntyy. Punainen väri kuvaa kivun voimakkuutta. Kipukiilaa käytetään samalla tavalla kuin kipujanaa. Kipujanaa sekä -kiilaa voidaan käyttää viisivuotiaista lapsista ylöspäin lapsilla, jotka ymmärtävät jo geometrisiä kuvioita. (Ivanoff ym. 2007, 193; Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 265.)

TPPPS-mittari on kehitetty 1-5-vuotiaiden lasten leikkauksen jälkeiseen kivun arviointiin. Mittari koostuu kolmesta eri alueesta: kivun sanallisesta ilmaisusta, kasvojen ilmeistä ja kehon liikkeistä. Jokainen osa-alue pisteutetään ja tulokset voivat vaihdella asteikolla 0-8. Mitä suurempi pistemäärä, sen enemmän kipua. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 266-267; McCarthy, Hewitt, Choonara 2000, 265.)

PPPM on kehitetty vanhemmille lastensa leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin mittariksi kotiin. Mittarista on omat versiot 1-2-vuotiaille sekä 3-6-vuotiaille. Mittarissa on erilaisia väittämiä koskien lapsen käyttäytymistä. Vanhempien tehtävänä on vastata kysymyksiin ”kyllä” tai ”ei”. Kyllä-vastaus tarkoittaa aina yhtä pistettä ja mitä korkeampi pistemäärä on, sitä enemmän lapsella voidaan todeta olevan kipua. (Lehikoinen 2007, 21.)

Lapsen kivun arviointi dokumentoidaan FinCC 3.0-toimintoluokituksen mukaisesti (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 51).

4.6 Lapsen kivun hoitotyön menetelmät ja toteutus

Kivun hoitotyön tarpeen arvioinnin jälkeen valitaan näyttöön perustuva ja lapselle yksilöllisesti sopiva hoitomenetelmä ja toteutetaan se.

Kortesuoman (2009) tutkimuksessa lapset itse kuvasivat kivunlievityskeinoja. Lapset luottivat vahvasti lääkehoitoon. Perheenjäsenten läsnäolo kivuliaiden toimenpiteiden ja kipujaksojen aikana sai lapsen mielen levolliseksi. Lapset kokivat hyvinä fyysisinä kivunlievityskeinoina muun muassa kylmä/lämminhoidon, hieronnan, hellimisen, syvään hengittämisen, asentohoidon, levon ja rentoutumisen, liikkumattomuuden sekä liikkumisen, syömisen ja juomisen sekä vaatteiden löysäämisen. Kognitiivisina kivunlievityskeinoina nousivat esille muun muassa ki-

vusta kertominen ja kysyminen, positiivinen itselle puhuminen, huomion kiinnittäminen muualle, aggressio ja itkeminen. Lapsille oli tärkeää voida itse lievittää kipuaan ja he pystyivät siihen käyttämällä näitä lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Lapset kokivat, että hoitajat lievittävät heidän kipuaan ainoastaan hätätilanteissa. He myös kokivat, että sairaanhoitajat olivat aina kiireisiä, eikä heillä ollut tarpeeksi aikaa auttaa. Näissä tilanteissa lapset joutuivat itse selvittämään kuinka lievittää kipua. Nuoremmat lapset nimesivät ainoaksi auttavaksi tekijäksi sairaalan, kun he kokivat kipua. Nuoremmat lapset eivät siis osanneet soveltaa itse kivunlievityskeinoja.

Keskokset joutuvat tehohoidon aikana useisiin kipua tuottaviin toimenpiteisiin, kuten hengitysteiden imemiseen ja kantapääverinäytteen ottoihin (Axelin 2010, 19; Korhonen & Pölkki 2008, 5). Tästä huolimatta useat toimenpiteet suoritetaan ilman sopivaa kivunlievitystä. Tämän vuoksi on hyvin tärkeää, että keskosten hoidossa keskitytään kivunlievitysmenetelmiin. Keskosten kivun hoidossa voidaan käyttää lääkkeellisiä menetelmiä, kuten opiaatit, sekä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Lääkkeillä, varsinkin opiaateilla on tunnetusti monia haittavaikutuksia, kuten verenpaineen laskua sekä mahdollinen yhteys aivokomplikaatioihin, siksi lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat tutkitusti turvallisempia. Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa oraalinen glukoosiliuos, käsikapalo ja kenguruhoito. Lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin, kuten kenguruhoitoon ja käsikapaloon, on myös vanhemmilla mahdollisuus osallistua. Vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon lievittää niin vanhempien kuin lapsenkin stressiä. (Axelin 2010, 19-24.)

Jaakolan, Tirin, Kääriäisen ja Pölkin (2013, 194-195) tutkimuksessa osoitettiin, että lapsen joutuminen sairaalaan vaikuttaa kokonaisvaltaisesti perheen elämään ja perhekeskeisen hoitotyön merkitys korostuu lapsen hoidossa. Perhekeskeinen hoitotyö ja vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon vahvistaa perheen ja sairaalan välistä yhteistyötä. Hoitajat ymmärtävät, että vanhempien osallistuminen hoitoon on tärkeää, mutta kokevat käytännössä sen hankalaksi. Hoitajat saattavat myös kokea, että vanhemmat osallistuvat pääasiassa lapsen perustarpeista huolehtimiseen. Tutkimuksessa todettiin, että vanhemmat haluavat osallistua lastensa

kivunhoitoon. Heitä tuleekin kannustaa enemmän osallistumaan lapsensa kivun hoitoon, sillä vanhempien osallistumiseen vaikuttaa suuresti hoitohenkilökunnan antama ohjaus ja tieto kivusta ja sen tunnistamisesta, kipulääkkeistä sekä kivunlievitysmenetelmistä.

Lapsen kivun hoito dokumentoidaan FinCC 3.0-toimintoluokituksen mukaan (Liljamo ym. 2012, 51). Seuraavassa tarkastellaan lasten lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä.

4.6.1 Lapsen kivun lääkehoito

Lääkäri on vastuussa kivun lääkehoidosta, mutta sairaanhoitaja toteuttaa sen käytännössä (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013). Turvallista lääkehoitoa edellyttää se, että noudatetaan lääkärin määräämiä ohjeita. Lapsilla lääkemäärät ovat yleensä tavallista pienempiä, mikä edellyttää erityistä tarkkuutta. (Storvik-Sydänmaa 2012, 313.)

Lasten lääkehoidossa haasteita aiheuttaa myös lasten maksan metaboliakyky. Se on ensimmäisten elinkuukausien aikana vielä puutteellinen, ja jotkin lääkkeineet saattavat elimistöön kertymällä aiheuttaa haittavaikutuksia. Lapset saavuttavat aikuisten maksan metaboliakyvyn noin vuoden ikäisenä. Tämän jälkeen metaboliakyky nopeutuu ja leikki-ikäisillä lapsilla se on 1,5-2 kertaa nopeampaa kuin aikuisilla. (Nurminen 2012, 567.)

Lapsi ottaa yleensä mieluiten lääkkeen suun kautta, sillä injektiot aiheuttavat kipua ja peräpuikot voivat olla kiusallisia (Vihunen & Sihvonen 1998, 124). Lapsien on myös vaikea niellä tabletteja ja siksi lääkkeet annetaan usein nestemäisenä. Tällöin on huolehdittava, että nestemäiset lääkkeet ravistellaan hyvin ennen niiden antoa, jotta lääkkeessä on oikea määrä vaikuttavaa ainetta, eikä lääkeaine ole jäänyt pullon pohjalle. Nestemäinen lääke olisi hyvä antaa lääkeruiskulla suuhun poskea kohti, jolloin lääkkeen henkeen vetämisen vaara pienenee ja sen ulos sylkeminen vaikeutuu. (Nurminen 2012, 567–568.)

Alle kouluikäisten lasten on vaikea ymmärtää, että kipua aiheuttava injektio voisi olla hyväksi. Lääkkeitä voidaan antaa myös edellä mainittujen lisäksi suonensisäisesti kanyyliin, kipupumppuun tai epiduraalitilaan. (Vihunen & Sihvonen 1998, 124). Korttesluoman (2009) tutkimuksessa lapset kokivat neulat pelottavina ja kipua aiheuttavina. Myös injektion sijainnilla oli vaikutusta koettuun kipuun. Kovin kipu koettiin infuusioiden aikana sekä niiden jälkeen. Infuusion nopeus ja suonien koko olivat yhteydessä kivun voimakkuuteen: mitä pienemmät suonet ja mitä nopeampi oli infuusion nopeus, sen enemmän lapset kokivat kipua. Lääkeinfuusiot aiheuttivat lapsille myös pahoinvointia sekä ruokahalun vähentymistä, mikä koettiin kipuna. Lääkeherkkyyden aiheuttamia tuntemuksia kuvattiin myös kivuksi.

EMLA® (Eutectic mixture of local anesthetics) –emulsiovoidetta tai –laastaria voidaan käyttää tehokkaana kivun lievittäjänä verinäytteenotossa ja laskimokanyyliin asettamisessa sekä lumbaalipunktiossa. Paikallinen puudute tulee asettaa iholle riittävän aikaisin, noin yksi tunti ennen toimenpidettä, jotta ihoalue on tarpeeksi puutunut. Puudutevoidetta levitetään alueelle paksu kerros, joka peitetään läpinäkyvällä kalvolla. Puudutevoiteen tai -laastarin poistamisen jälkeen puudutettava vaikutus säilyy jopa kaksi tuntia. Ennen puudutteen käyttöä tulee tutustua käyttöohjeisiin. (Ivanoff ym. 2007, 194; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 329.)

4.6.2 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytön lisääminen on Pölkkin (2008, 18-20) mukaan haaste hoitotyölle. On osoitettu, että näiden menetelmien käyttö ei ole riittävää hoitotyössä. Lasten kivunhoidon tulee perustua aina tutkittuun näyttöön, tämä luo myös osaltaan haastetta menetelmien käyttöön. Lääkkeettämiä kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa kognitiivis-behavioraaliset (kuten mielikuvien käyttö ja rentoutuminen), fyysiset menetelmät (esimerkiksi hieronta tai kylmähoito), emotionaalisen tuen antaminen sekä turvallisen ja viihtyisän ympäristön luominen. Näiden menetelmien avulla voidaan suunnata lapsen huomio pois kivusta ja näin muuttaa tai poistaa kivun tuntemusta. Menetelmät voivat myös saada elimistön omat kivunsäätelymekanismit aktivoitumaan ja lievittämään kipua analgeettien tavoin esimerkiksi endorfiinia erittämällä. Lääkkeettömät ki-

vunlievitysmenetelmät ovat myös turvallisia ja edullisia käyttää ja siksi niillä saattaa olla myös kansantaloudellisia vaikutuksia.

Emotionaalisella tuella pyritään vähentämään lapsen ja hänen vanhempiansa toimenpiteeseen liittyvää ahdistusta. Tällä tarkoitetaan perheen yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitämistä sekä tiedon antoa hoidon kaikissa vaiheissa. Vanhempia kannustetaan mukaan lasten hoitoon, sillä varsinkin leikki-ikäisen lapsen turvallisuuden tunne on riippuvaista vanhempien läsnäolosta. (Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2009.) Jos vanhemmat eivät ole paikalla, niin omahoitajalla on suuri rooli lapsen turvallisuuden tunteen ylläpitämisessä (Ivanoff ym. 2007, 195).

Vanhemmat voivat osallistua lapsensa kivunhoitoon. Se voi olla läsnäoloa, tai vanhemmat voivat auttaa konkreettisesti, kuten koskettamalla, hyvän asennon löytämisellä, ajatuksien muualle suuntaamisella, rauhoittamalla lasta, kertomalla hoitajille lapsen kivusta sekä osallistumalla kivunhoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitajien tulisi kannustaa ja rohkaista vanhempia nykyistä enemmän osallistumaan, sillä he tuntevat lapsensa parhaiten ja huomaavat muutokset lapsessa nopeasti. Vanhemmat tarvitsevat nykyistä enemmän tietoa ja ohjausta lapsen kivun tunnistamisessa sekä kivunlievitysmenetelmien käytössä. (Jaakola ym. 2013, 195-203.)

Kosketus ja hieronta vähentävät lapsen kokemaa stressiä ja siksi sitä voidaan käyttää erityisesti pienien kipujen lievitykseen, kuten vatsavaivoihin. Toimenpidealueen kosketuksella sekä kevyellä hieronnalla on todettu olevan kipua lieventävä vaikutus. Hoitaja voi hieroa kevyesti pistoskohdan alueelta ennen pistosta sekä sen aikana. Kosketus- ja kipuimpulssit kulkevat samoja ratoja pitkin, mutta kosketusimpulssit nopeammin. Kosketusimpulssit estävät kipuimpulssien pääsyn ja niiden määrä vähenee ja kipu lievittyy. (Kiesvaara 2004, 46-47.)

Kylmä- ja lämminhoitoa voidaan käyttää keinona lievittämään lapsen kipua. Eri-laisia menetelmiä ovat muun muassa kylmä- ja lämpökääreet sekä -hauteet. Lapselle sopivasta lämpötilasta huolehditaan tarpeen mukaan. (Ivanoff ym. 2007, 195; Kiesvaara 2004, 47.)

Glukoosiliuos on paljon tutkittu kivunhoitomuoto ja se on todettu tehokkaaksi kivunlievitysmenetelmäksi, kun annos on 0,05–0,5 ml 24 % sokeriliuosta. Annos tulisi antaa kaksi minuuttia ennen kivuliasta toimenpidettä. Kun annetaan toistuva annos kahden minuutin välein, se vähentää kipua vielä enemmän kuin vain kertaannos. Glukoosiliuosta voidaan käyttää täysiaikaisilla vastasyntyneillä sekä keskosilla. (Axelin 2010, 23.)

Tutin käyttö lievittää stressiä, sitä voidaan käyttää myös yhdessä glukoosiliuoksen kanssa. Nämä lievittävät ahdistusta tehokkaammin yhdessä kuin erikseen. Tutin käyttö kuitenkin vaatii hyvän ja voimakkaan imemisen, joka saattaa uupua keskosilta. (Axelin 2010, 23.)

Kenguruhoito on tehokas kivunlievitysmenetelmä. Kenguruhoitossa lapsi makaa äidin tai isän paljaalla rintakehällä iho ihoa vasten. Keskimäärin aika kenguruhoitossa on ollut 15-30 minuuttia ennen kivuliasta toimenpidettä. Kenguruhoito on siis toteutettavissa oleva menetelmä, mutta usein voi olla vaikeaa toteuttaa hoitoa useita kertoja päivässä. (Axelin 2010, 24.)

Axelin (2010, 32) on tutkinut käsikapalon vaikuttavuutta ja todennut sen tehokkuuden vastaavan glukoosiliuoksen tehokkuutta kivunlievitysmenetelmänä. Käsi- kapalo-otteessa vanhempi asettaa lämpimät kätensä tiiviisti lapsen ympärille niin, että lapsi on sikiöasennossa jalat ja kädet lähellä lapsen omaa keskivartaloa. Ote tulisi ottaa pari minuuttia ennen varsinaista toimenpidettä, jotta lapsi rauhoittuu, ja sitä tulee jatkaa myös toimenpiteen aikana sekä sen jälkeen niin kauan, että lapsi on rauhallinen. Otteen tulee olla rauhallinen ja se tulee toteuttaa hitaasti. Käsikapalo voidaan siis toteuttaa melko nopeasti ja useita kertoja päivässä.

Rintaruokinnalla voidaan lisätä kenguruhoiton vaikuttavuutta. Rintaruokinnalla saadaan myös kaksi eri hyötyä yhtä aikaa: maito ja imeminen. Rintaruokintaa on tutkittu vastasyntyneiden kivunlievitysmenetelmänä, mutta riittävää näyttöä sen vaikuttavuudesta ei ole keskosten kivunhoitossa. (Axelin 2010, 24.)

Säästävällä hoidolla tarkoitetaan lapsen rasittamista mahdollisimman vähän. Tähän kuuluu ympäristön rauhoittaminen turhilta ääniltä ja liialliselta valolta. Toi-

menpiteiden vähentämisellä sekä oikealla ajoituksella voidaan parantaa hoitotuloksia. Tärkeää on käyttää hoito- ja tutkimusmenetelmiä jotka aiheuttavat vähemmän kipua, kuten automaattinen lansetti verrattuna käsikäyttöiseen lansettiin. (Oksanen-Sainio 2005, 21.) Kiesvaaran tutkimuksessa lepoa ja hoitojen keskittämistä kivun lievityksessä käytti vain pieni osa hoitajista, vaikka sillä on merkitystä pienen lapsen kokemaan stressiin ja kipuun. (Kiesvaara 2004, 47.)

Erityisesti leikki-ikäisen lapsen hoidossa voidaan käyttää kivunlievityksen menetelmänä huomion kiinnittämistä muualle. Huomion kiinnittämisellä tarkoitetaan erinäisiä virikkeitä, kuten kirjojen ja television katselua, leikkimistä tai pelaamista, lelujen käyttöä tai hauskuuttamista. (Kiesvaara 2004, 50.)

Lapsen omien lelujen ja vaatteiden käytöllä voidaan vähentää lapsen kokemia pelkoja sairaalassa. Lapselle tutut tavat ja rutiinit tulee ottaa huomioon. Toimenpiteiden aikana varmat ja rauhalliset otteet ovat tärkeitä pelon ehkäisemisessä. (Storvik-Sydänmaa 2012, 310; Kiesvaara 2004, 49.)

Erityisesti myöhäisleikki-ikäisen kanssa olisi tärkeää huomioida, mitä sanoja käyttää valmistaessa lasta sairaalaan tuloa tai toimenpidettä varten. Lapsilla usein on vilkas mielikuvitus ja siksi esimerkiksi sanan ”leikkaaminen” sijaan olisi hyvä käyttää sanoja ”korjata” tai ”parantaa”. Lapsen reaktioita tulisi seurata ja asioita olisi hyvä kerrata useampaan otteeseen. On tärkeää antaa lapsen ymmärtää, ettei kyseinen tilanne ole kenenkään vika. (Muurinen & Surakka 2001, 64.)

Leikki on tärkeää pelkojen ehkäisyn sekä sairaalakokemusten käsittelyn kannalta. Lapsen on hyvä käydä läpi jo koettuja sekä tulevia tilanteita esimerkiksi sairaala-leikin avulla. (Storvik-Sydänmaa 2012, 310.)

4.7 Lapsen kivun hoitotyön arviointi

Lapsen kivunhoitotyön toteutuksen jälkeen arvioidaan miten hyvin valittu menetelmä auttoi lasta. Kivun hoitotyön arviointi kirjataan FinCC-toimintoluokituksen mukaisesti (Liljamo ym. 2012, 51). Seuraavassa tarkastellaan lapsen kivun hoitotyön kirjaamisen periaatteita.

4.8 Lapsen kivun hoitotyön kirjaaminen

Kivunarvioinnin kirjaaminen on yhtä olennainen osa lapsen hoitotyötä kuin kivun hoitokin. Kirjaamisella voidaan varmistaa tiedon kulku sekä edistää potilasturvallisuutta. Hoitohenkilökunta varmistaa kirjaamisella myös oman oikeusturvansa. Tästä huolimatta kivunarvioinnin kirjaaminen jää usein tekemättä ja tämän vuoksi kivunhoitokin näkyy hyvin usein vain lääkkeiden antona. (Korhonen & Pölkki 2008, 6.)

Suomessa hoitotyön dokumentoinnissa käytetään FinCC 3.0-luokituskokonaisuutta. Se muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Kirjaaminen perustuu hoidollisen päätöksenteon vaiheisiin, jotka ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Liljamo ym. 2012, 4-10.)

Kivusta kirjataan FinCC-tarveluokituksen mukaan akuutti ja krooninen kipu sekä kipuun liittyvä tiedon tarve (Liljamo ym. 2012, 36). FinCC-toimintoluokituksen mukaan kirjataan kivun seurannasta kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivun arviointi sekä toiminnoista kirjataan kivun hoito ja kivunhoitoon liittyvä ohjaus (Liljamo ym. 2012, 51). Kivun hoidosta tulee Arnsteinin (2002) ja Salanterän (2004) mukaan kirjata kivun kesto, laatu, paikka ja käytetty kivunlievitysmenetelmä sekä sen vaikuttavuus (Korhonen & Pölkki 2008, 5).

Lääkehoidosta kirjataan FinCC-tarveluokituksen mukaan lääkkeiden käyttöön liittyvät riskit, avun tarve lääkehoidossa sekä lääkehoitoon liittyvä tiedon tarve (Liljamo ym. 2012, 30-31). FinCC-toimintoluokituksen mukaan kirjataan lääkkeen anto sekä lisäksi on erityisen tärkeää kirjata syy miksi kipulääke on annettu sekä sen vaikuttavuus. Kirjattava on myös lääkehoidon ohjaus, lääkehoidon muodosta poikkeaminen ja lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta. (Liljamo ym. 2012, 43-44.)

Korhosen ja Pölkin (2008, 6) tutkimuksessa ilmeni, että keskosten kivunarvioinnin kirjaaminen on puutteellista. Tutkimuksen aikana yli puolessa kipulääkkeen

antokerroista ei ollut kirjattu kivun oireista mitään, ja kolmasosassa oli kirjattu vain yksi oire. Asiakirjoihin oli kirjattu lääkkeenanto, mutta kirjaamisesta puuttivat kivun oireet sekä lääkkeen vaikuttavuus. Korhosen ja Pölkin mukaan puutteellisella kivunarvioinnin kirjaamisella estetään lääkehoidon vaikuttavuuden arviointimahdollisuudet. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa kuten Reyesin (2003) tutkimuksessa on todettu, että hoitajien kirjaamisessa on puutteita. Hoitajat pitivät kirjaamista tärkeänä, mutteivat kuitenkaan toteuttaneet tätä käytännössä, sillä kivun arvioinnin kirjaaminen näkyi vain vajaassa 20 % potilasasiakirjoissa. (Korhonen & Pölkki 2008, 6.) Pölkin ym. (2009, 90) tutkimuksessa tuli ilmi, että valtaosa hoitajista oli sitä mieltä, että keskosten kivun arvioinnin kirjaaminen heidän osastollaan oli riittämätöntä. He myös kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivun kirjaamisesta.

5 KIRJALLISEN MATERIAALIN LAATIMINEN

Hyvässä ohjausmateriaalissa tulee ottaa huomioon se, kenelle ohje on tarkoitettu. Tekstin sisällöllä sekä ulkoasulla voidaan huomioida tekstin vastaanottaja. On hyvä edetä tekstissä johdonmukaisesti tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeitä. Tällä tavalla saadaan lukijan kiinnostus herätettyä ja myös ne, jotka lukevat tekstistä vain alun, saavat käsiinsä tärkeimmän tiedon. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002, 35-39.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin ollessa riittävän opetuksellinen, sen tulisi vastata vähintään kysymyksiin ”Mitä?, Miksi?, Miten? ja Milloin?”. Ohjeessa voi olla myös esimerkkejä selkeyttämässä asiaa. Olisi hyvä myös kertoa kenelle ohje on tarkoitettu, mikä on sen tarkoitus ja kehen voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkinen ja Leino-Kilpi 2005, 219)

Torkkolan ym. (2002, 39-40) mukaan otsikot ja väliotsikot tekevät ohjausmateriaalin tekstistä selkeämmin luettavaa. Otsikko aloittaa ohjeen kertomalla aiheen, ja seuraavaksi tärkeimpänä selkeät väliotsikot kertovat olennaisimman tekstikappaleesta ja jakavat tekstin sujuvaksi luettavaksi. Väliotsikot vievät tekstiä sujuvasti eteenpäin ja niiden avulla voidaan silmäillä teksti läpi.

Hyvän kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla painoasultaan siisti sekä tekstiltään virheetön. Ohjeessa tulisi käyttää vähintään kirjasinkokoa 12 ja selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä sekä painotettavat sanat tulisi olla korostettuina. (Salanterä ym. 2005, 219-223.) Varsinainen teksti tulee ohjeessa vasta otsikoiden jälkeen. Ohjetta kirjoitettaessa olisi hyvä käyttää havainnollista yleiskieltä. On hyvä myös miettiä millaisia kysymyksiä ohjeen lukija voisi esittää ja yrittää vastata näihin. (Torkkola ym. 2002, 42.) Lauseet on hyvä pitää lyhyinä ja yksinkertaisina. Tekstin alussa tai lopussa olisi hyvä olla yhteenveto aiheesta. (Salanterä ym. 2005, 223.)

Sujuvan ja selkeän tekstin ohessa tärkeänä ohjausmateriaalissa ovat myös kuvat. Kuvat toimivat mielenkiinnon herättäjinä ja ne sekä täydentävät että auttavat ymmärtämään tekstissä kerrottuja ohjeistuksia. Myös kuvien tueksi tarvitaan usein

kuvateksti, joka selittää tarkemmin mitä kuvassa tapahtuu. Turhia kuvituskuvia tyhjän tilan korvikkeena tulisi välttää, varsinkin jos ne eivät liity aiheeseen mitenkään. Kuvien käytössä on myös huomioitava tekijänoikeuslaki. Usein kuvien käyttöön tarvitaan lupa, mutta myös ilmaisia kuvia löytyy. (Torkkola ym. 2002, 40-41.)

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Seuraavassa tarkastellaan projektin kulkua alustavista taustaselvityksistä, seurantaan ja arviointiin asti.

6.1 Alustavat taustaselvitykset

Opinnäytetyön aihe valittiin keväällä 2014. Aihe saatiin keskustelemalla Vaasan keskussairaalan asiantuntijasairaanhoidtaja Anne-Mari Lehden kanssa. Keskustelussa kävi ilmi, että lastenosastolla olisi tarvetta ohjeistukselle lasten kivunarvioinnista. Aihe kiinnosti tekijää myös henkilökohtaisesti, koska tekijä aikoo suuntautua lasten ja nuorten hoitotyöhön tulevaisuudessa. Aiheen hyväksyi Vaasan ammattikorkeakoulussa koulutuspäällikkö Regina Nurmi.

Alustavina taustaselvityksinä tehtiin tiedonhakuja käyttäen tietokantoja Medic, Cinahl ja PubMed. Lisäksi tiedonhakua tehtiin käsin selauksella Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö -lehdistä. Projektin aikana lähteitä löytyi myös eri teosten lähdeluetteloita tutkiessa. Taulukossa 2 esitetään tehdyt tiedonhaukset.

Taulukko 2. Tietokannoissa toteutetut tiedonhaukset

Tietokanta Päivämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen artikkeleiden määrä
PubMed 17.10.2014	”children” AND ”pain measurement” AND ”assessment”	Vuodet 2004-2014	38	3
Medic 23.9.2014	”lapsi” AND ”kipu” AND ”arviointi”	Vuodet 2004-2014	23	7
Cinahl 24.9.2014	”Pediatric nursing” AND ”pain measurement”	Vuodet 2004-2014 Englanti Suomi	75	2

6.2 Alustava rajaus ja lisäselvitykset

Alustavana rajauksena oli lapsen kivun arviointi. Rajaus oli kuitenkin melko laaja, kattaen koko lapsuusiän. Rajauksesta keskusteltiin Vaasan keskussairaalan yhteys henkilön, lastenosaston osastonhoitaja Jaana Aholan kanssa, ja toiveena oli, että ohjeistus koskisi alle kouluikäisten lasten kivun arviointia.

6.3 Yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa

Projektin aikana haastateltiin Vaasan keskussairaalan lastenosastolta kolme sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat muodostivat harkinnanvaraisen näytteen, johon apulaisosastonhoitaja oli valinnut hyvät asiantuntijat. Esitetyt kysymykset perustuivat teoreettisen viitekehyksen pohjalta nousseisiin asioihin. Aineisto tallennettiin haastattelun yhteydessä muistiinpanoilla, joiden oikeellisuus varmistettiin lopuksi haastateltavilta. Anonymiteetti varmistettiin haastattelijan omilla muistiinpanoilla, jolloin hoitajien omat sanonnat tai kirjoitustyyli ei tule ilmi. Liitteessä 1 esitetään sairaanhoitajien haastattelukysymykset ja niihin saadut vastaukset. Vastauksia hyödynnettiin materiaalin laatimisessa.

Haastattelu on hyvä menetelmä silloin, kun ei tiedetä etukäteen millaisia vastaukset tulevat olemaan ja kun halutaan saada tietoa haastateltavan omista kokemuksista. Haastattelulla voidaan saada tarkempaa ja syvempää tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.)

6.4 Työsuunnittelu ja hankkeen toteutus

Materiaalin ensimmäinen luonnos laadittiin teoreettisen viitekehyksen ja sairaanhoitajien haastattelun pohjalta. Työelämän edustajat kommentoivat ensimmäistä luonnosta ja siihen tehtiin muutoksia kommenttien perusteella.

Materiaalissa esitetyt kipumittarit hankittiin ja kuvattiin itse.

6.5 Seuranta ja arviointi

Opinnäytetyön projektin aikana käytiin säännöllisesti ohjauksessa opinnäytetyön ohjaajan Hanna-Leena Melenderin luona. Opinnäytetyön tekemiseen kuuluivat myös kaksi väliseminaaria. Ensimmäisessä väliseminaarissa saatiin kommentteja ohjaajalta opinnäytetyön aiheesta. Toisessa väliseminaarissa käytiin läpi kevään aikataulua. Työelämän edustajiin pidettiin säännöllisesti yhteyttä, jotta siellä voitiin seurata materiaalin laatimisprosessia. Materiaalin luonnoksesta saatiin kommentteja kerran työelämän edustajilta.

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista arvioidaan luvussa 7.

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tämän toiminnallisen opinnäytetyön toteutumista, tarkoituksen ja tavoitteiden sekä projektin alussa tehdyn SWOT-analyysin pohjalta.

7.1 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas alle kouluikäisten lasten kivun arviointiin Vaasan keskussairaalan lastenosaston hoitohenkilökunnalle. Tämä toteutui, sillä osasto hyväksyi materiaalin ja se tulee hoitotyöntekijöiden käyttöön.

Seuraavassa tarkastellaan tavoitteiden toteutumista tavoite kerrallaan.

1. Perustaa tuotettava materiaali parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon ja muuhun näyttöön lasten kivun arviointimenetelmistä.

Ensimmäinen tavoite toteutui tekijän oman arvion mukaan hyvin, sillä tutkittua tietoa löytyi runsaasti monipuolisista lähteistä. Tekijä käytti saatavissa olevaa tutkittua tietoa monipuolisesti sekä kriittisesti. Tekijä haastatteli hoitohenkilökuntaa, jolloin saatiin selville, minkälaisia keinoja osaston työntekijöillä oli entuudestaan käytössä lasten kivun hoitotyössä.

2. Tuottaa lasten parissa työskenteleville hoitajille materiaalia, josta on heille hyötyä lasten kivun arvioinnissa.

Toinen tavoite toteutui tekijän oman arvion mukaan hyvin, sillä opas auttaa hoitajia työssään arvioimaan ja hoitamaan lasten kipua entistä paremmin. Työelämän yhteyshenkilön mukaan materiaalia tullaan hyödyntämään osastolla työntekijöiden apuvälineenä lasten kivun hoitotyössä sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Materiaalin toimivuutta käytännössä voidaan arvioida vasta myöhemmin opasta käytettäessä osastolla.

7.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyölle laadittiin prosessin alussa SWOT-analyysi ja seuraavassa tarkastellaan opinnäytetyön prosessia sen avulla.

Opinnäytetyön vahvuudeksi arvioitiin projektin alussa tutkitun tiedon runsaus lasten kivun hoitotyöstä. Vahvuudeksi arvioitiin myös se, että tuotettavalle materiaalille on tarvetta sekä lasten kivun arviointiin on jo kehitetty mittareita. Tiedon runsaus koettiin vahvuudeksi siitä näkökulmasta, että tietoa oli helposti saatavilla. Toisaalta se toi haastetta parhaimman tiedon löytämiseen sekä tiedon kriittiseen valintaan. Tuotettavan materiaalin tarpeellisuus koettiin vahvuudeksi koko projektin ajan sekä sen päättyessä. Projektia oli mielekästä tehdä, kun tieto materiaalin tarpeellisuudesta ja sen hyödystä oli tiedossa. Lapsille kehitettyjen kipumittareiden olemassaolo helpotti työtä siitä näkökulmasta, että niitä oli helppo esitellä opinnäytetyössä sekä materiaalissa, koska tieto niistä oli helposti saatavilla. Mittareiden runsaus vaikeutti tekijän päätöstä parhaimpien mittareiden valinnassa. Mittareiden saatavuus ja esittely koettiin kuitenkin haasteeksi, sillä useimmilla kipumittareilla on tekijänoikeussuoja.

Projektin alkuvaiheessa ei ollut, eikä projektin aikana tullut esiin heikkouksia.

Mahdollisuuksiksi projektin alkuvaiheessa koettiin, että tuotettavalla materiaalilla autetaan hoitajia työssään ja silloin siitä hyötyvät myös lapsipotilaat sekä heidän omaisensa. Mahdollisesti myös yhteiskunta hyötyisi tästä, sillä kustannukset vähenevät jos lasten kivunhoitoon kiinnitetään enemmän huomiota. Projektin päättyessä edelleen koettiin nämä asiat mahdollisuudeksi ja varsinaiset hyödyt tullaan näkemään vasta myöhemmin opasta hyödynnettäessä hoitotyössä.

Uhkaksi työn tilausvaiheessa koettiin se, ettei sitä ollut osoitettu tiettyyn hoitoyksikköön, jolloin materiaalia ei ehkä olisi pystytty kohdentamaan niille työntekijöille, jotka sitä olisivat eniten tarvinneet. Uhaksi koettiin myös se, etteivät kaikki hoitajat ehkä koe aihetta tarpeelliseksi. Työ osoitettiin tilausvaiheen jälkeen Vaasan keskussairaalan lastenosastolle, jolloin uhka hävisi tämän myötä. Se, etteivät kaikki hoitajat ehkä koe aihetta tarpeelliseksi, tulee aina olemaan uhkana. Uhkaa pyrittiin välttämään siten, että osastolla työskenteleviä hoitajia haastateltiin oppaan sisällöstä. Tästä huolimatta on mahdollista, että eri henkilöt saattavat kokea eri asiat tärkeäksi työssä. On kuitenkin todettu, että hoitajilla on taipumus aliarvioida lapsen kipua (Pölkki 2008, 18) ja siksi tietoa pitäisi lisätä hoitohenkilökunnan keskuudessa.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on pyritty käyttämään uusimpia lähteitä, pääasiassa 2000-luvulla julkaistuja, vain muutamaa vanhempaa tärkeää teosta on käytetty. Kansainvälisiä lähteitä on käytetty, mikä lisää luotettavuutta. Lähteet ovat asiantuntijoiden ja tutkijoiden kirjoittamia, jolloin voidaan todeta lähteiden olevan luotettavia.

Opinnäytetyön tekemiseen ei liittynyt erityisiä eettisiä kysymyksiä.

LÄHTEET

- Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2013. Viitattu 6.11.2014.
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
- Axelin, A. 2010. Parents as Pain Killers in the Pain Management of Preterm Infants. Doctoral thesis. Department of Nursing Science. University of Turku.
- Hamunen, K. 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Kipu, 442-453. Toim. Vainio, A. Helsinki. Duodecim.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4. painos. Helsinki. WSOY.
- Jaakola, H., Tiri, M., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2013. Vanhempien osallistuminen lapsensa kivunhoitoon sairaalassa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 25, 3, 194-208.
- Jokinen, S., Kuusela, A-L. & Lautamatti, V. 1999. ”Sattuaks se”? Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere. Kirjayhtymä Oy.
- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Vainio, A. Helsinki. Duodecim.
- Kiesvaara, S. 2004. Hoitajien käyttämät kivunarviointi- ja kivunlievitysmenetelmät 0-6-vuotiaiden lasten sairaalahoidossa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Korhonen, A. & Pölkki, T. 2008. Keskosten kivunarvioinnin kirjaaminen: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. Tutkiva Hoitotyö 6, 2, 5-11.
- Kortesuoma, R-L. 2009. Hospitalized children as social actors in the assessment and management of their pain. Doctoral thesis. Department of Nursing Science. University of Oulu.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.12.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehikoinen, N-M. 2007. Parents´ Postoperative Pain Measure – Mittarin vaikutus 1-6-vuotiaiden päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleiden lasten kivunlievitykseen kotona. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2009. Viitattu 26.10.2014.

http://www.hotus.fi/system/files/Lapsen_emotionaalinen_tuki_SUM.pdf

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.11.2014.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1

McCarthy, C., Hewitt, S. & Choonara, I. 2000. Pain in young children attending an accident and emergency department. *Journal of Accident & Emergency Medicine* 17, 4, 265-267.

Muurinen, E & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki. Tammi.

Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. 10.-11. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Oksanen, I. 2000. Vastasyntyneen lapsen kipu, sen arviointi ja lievittäminen. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Oksanen-Sainio, M. 2005. Ennenaikaisen vastasyntyneen kivun ilmeneminen ja kivun hoitotyö. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Pölkki, T. 2008. Lasten kivunhoidon kehittäminen – haasteita hoitotyölle ja hoitotieteelliselle tutkimukselle. *Tutkiva Hoitotyö* 6, 2, 17-22.

Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2009. Hoitajien käsityksiä tehohoitoa vaativien keskosten kivunarvioinnista. *Hoitotiede* 21, 2, 86-96.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K. & Korhonen, A. 2009. Miten keskosten kipua arvioidaan? Kyselytutkimus vastasyntyneiden tehohoito- ja valvontayksiköiden hoitajille. *Tutkiva Hoitotyö* 7, 3, 28-34.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17, 4, 217-228.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö.

Storvik-Sydänmaa, S. Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Suomen NOBAB. 2014. Tavoitteet ja toiminta. Viitattu 26.10.2014.
http://www.nobab.fi/tavoitteet_toiminta.html

Vainio, A. 2009. Kipu ja Kärsimys. Teoksessa *Kipu*, 12-19. Toim. Vainio, A. Helsinki. Duodecim.

Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 1999. Kansainvälisten kipumittarien käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä. *Hoitotiede* 11, 5, 263-271.

Vihunen, R. & Sihvonen, M. 1998. Kasvoasteikon käyttö lapsen kivun itsearviointimenetelmänä. *Hoitotiede* 10, 3, 123-133.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.

Sairaanhoitajien haastattelukysymykset sekä niihin saadut vastaukset.

Kysymys	Hoitaja 1	Hoitaja 2	Hoitaja 3
Millä tavoin lapsen kivun arviointia tällä hetkellä toteutetaan?	Kipua tunnistetaan muun muassa itkun, käsittelyarvokuden, pulssin, levottomuuden sekä potkimisen mukaan. Kipumittareita käytetään kyp-syysasteen mukaan, yleensä kouluikäisillä lapsilla. Nuoremilla lapsilla luotetaan eniten vanhempien arvi-oon lapsen kivusta. Kivun voimakkuus jää helposti huomaamatta.	Kipua tunnistetaan hoitajan ammattitai-don avulla muun muassa vitaalielin-toimintojen muutok-sista (pulssi, happi-saturaatio), lapsen käytöksen sekä itkun perusteella. Pienellä lapsella vanhempi on lapsensa kivun asi-antuntija. Isommalta lapselta kysytään kipua VAS-mittarilla tai kasvokipumittarin avulla. Kasvokipu-mittari on kuitenkin vähemmän käytössä, sillä sitä on vaikeaa käyttää.	Hoitajat kykenevät havainnoimaan kes-koslapsen kipua. Keskolassa käytössä jokaisen lapsen koh-dalla myös ALPS I (Astrid Lindgren Children's Hospital – Pain Assesment Scale for Neonates) –mittari käytössä.
Millä tavalla lap-sen kivun hoito tällä hetkellä kirja-taan?	Kivun hoito kirja-taan lääkehoito-osioon. Kirjataan mitä lääkettä lapsi on saanut, kuinka paljon ja mihin ai-kaan. Lääkkeen vaikuttavuus ei niin usein toteudu kir-jaamisessa. Kipu kirjataan siis lääke-hoidon yhteyteen.	Hoitosuunnitelmaan, lääkehoito-osioon sekä fysiologisiin mittauksiin (VAS). Esim. klo xx oli ki-pua ja sai lääkettä, oliko lääkkeestä hyötyä. Jos lapsi on kuvaillut omaa kipu-aan, niin se kirjataan sekä kivun laatu, kesto, kivun voi-makkuus. Kaikki eivät toteuta kirjaa-mista näin, ja sen saattaa huomata edellisessä vuorossa olleen hoitajan puut-teellisesta kirjaami-sesta.	Kivun hoito kirja-taan keskolassa eril-liseen paperiseen kaavakkeeseen sekä sähköiseen hoito-suunnitelmaan. Kir-jataan muun muassa vitaalielin-toiminnot vähintään 3 tunnin välein. Kirjataan myös mitä kivulle on tehty, sekä kipulääk-keen anto ennen toimenpiteitä.
Mitä lasten ki-	Kasvokipumittari	Kasvokipumittari ja	ALPS I –mittari käy-

vunarviointimittareita osastolla käytetään? Mistä mahdollisesti tarvittaisiin lisätietoa?	sekä VAS-kipujana. Kaikista mahdollisista kipumittareista tarvitaan tietoa.	VAS-mittari. Erityisesti pienten lasten (alle 2 v.) kipumittareista tarvittaisiin lisää tietoa.	tössä. Ei osaa sanoa.
Kuinka lapsi ja hänen perheensä valmistellaan tuleviin toimenpiteisiin? Käytetäänkö osastolla Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä - Hoitotyön suosituksen mukaista ohjeistusta?	Valmistelu on usein lyhyttä, nopeasti mennään toimenpiteisiin. EMLAa käytetään sekä joskus esilääkitys. Vanhempi valmistelee lapsen, sillä tuntee lapsensa parhaiten. Vanhemmille annetaan tietoa ja sen perusteella valmistelevat lapsensa. Käytetään tiettyjä sanoja kuten EMLA on ”taikasalva”. Hoitotyön suositus ei ole tuttu.	Tämä on hoitajakoh- taista. Potilaalle kerrotaan mihin on menossa, mitä ja miksi tehdään. Kerrotaan kanyylin laitosta. Vältetään sanoja kuten ”leikkaus”, ja sen tilalla voidaan käyttää ”korjaus”-sanaa. Valmistellaan lapsi iän mukaan. Samalla kerrotaan vanhemmille, kuitenkin muistaen että lapsi on päähenkilö. Kerrotaan toimenpiteen kulku, myös pois tulo esim. heräämö, takaisin osastolle yms. Aina ei keretä valmistella ja joissakin tapauksissa voi olla parempikin, ettei lapsi osaa jännittää tulevaa. Hoitotyön suositus ei ole tuttu.	Vanhemmille kerrotaan missä mennään ja jatkot, mitä tehdään ja miksi. Tarkkoja toimenpiteitä ei voida kertoa, sillä niitä tapahtuu useita päivän aikana.
Kuinka lapsen kivun lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi toteutuu?	Havainnoimalla rauhoittuuko, leikkiikö lapsi ja tulee-ko kipu uudelleen. VAS on käytössä todella kipeissä tapauksissa, jolloin VAS kysytään ennen ja jälkeen lääkkeenannon.	Jos on käytetty kipumittaria, niin samalla mittarilla arvioidaan lääkkeen vaikuttavuus. Sen jälkeen arvioidaan tarvitaanko lisää kipulääkettä.	Hoitajat havainnoivat autoiko kipulääke, mittari apuna.
Millaisia lääkkeitömiä kivunlievi-	Lääkkeettömiä kivunlievitysmene-	Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetel-	Rauhoittelu muun muassa sikiöasennol-

<p>tysmenetelmiä osastolla on käytössä? Miten vanhemmat osallistuvat lapsen kivun hoitoon?</p>	<p>telmiä ovat kylmägeelipussit, fysioterapia, huomion pois suuntaaminen pehmolelujen avulla. Vanhemmat osallistuvat lääkähoidon päätöksentekoon. Vanhemmat voivat tulla pyytämään lisää kipulääkettä lapselle.</p>	<p>miä ovat rauhoittaminen, kylmät geelipussit, pehmolelut, fysioterapia, asennot, pissaaminen sekä ulostaminen (vatsakivut), uni, lepo, huomion kiinnittäminen muualle elokuvien avulla. Glukoosiliuosta käytetään pienillä lapsilla rakkopunktion tai kanyylin laiton yhteydessä. Joskus vanhempien rauhoittamisella on vaikutus lapseen. Usein tilanteen mukaan, lääkkeitömiä kivunlievitysmenetelmiä käytetään lääkehoidon rinnalla.</p>	<p>la (raajat keskivii-vaan), vauva kootaan istuma-asentoon käsille, kenguruhoito (ei varsinaisesti toimenpidekipuun vaan sen jälkeiseen rauhoitteluun), glukosiliuos, tutti, pehmeiden rullaavien vokaalien käyttö, maitonarkoosi puoli tuntia ennen toimenpidettä, vanhempien läsnäolo ja kosketus.</p>
<p>Onko ohjelehtisen sisältöön ja ulkoasuun toiveita tai ehdotuksia?</p>	<p>Vaasan keskussairaalan logo ohjeeseen.</p>	<p>Selkeä ohje. Ei paljoa tekstiä putkeen, otsikot, kappaleet ja jaksotukset johdonmukaisesti. Ikähaitari mukaan ohjeeseen. Asiat kerrottu lyhyesti ja ytimekkäästi.</p>	<p>Ei ole.</p>