

KIVUNHOIDON OHJAUS VANHEMPIEN KOKEMANA  
1–6-VUOTIAIDEN LASTEN KOTIUTUESSA  
KIRURGISELTA VUODEOSASTOLTA

Anne Lönnbäck  
Opinnäytetyö, syksy 2016  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Lönnbäck, Anne. Kivunhoidon ohjaus vanhempien kokemana 1–6-vuotiaiden lasten kotiutuessa kirurgiselta vuodeosastolta. Diak Helsinki, syksy 2016, 45 s., 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kivunhoidon ohjaus toimii eräällä lasten ja nuorten kirurgisella vuodeosastolla. Vastausta tähän haettiin seuraavilla kysymyksillä: Miten vanhemmat tunnistivat lapsen kivun kotona? Miten vanhemmat lievittivät lapsen kipua kotona? Millaisena vanhemmat kokivat saamansa ohjauksen?

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi taustatietojen lisäksi väittämiä, monivalinta- sekä avoimia kysymyksiä. Kyselyyn osallistuivat vanhemmat (n=17), joiden 1–6-vuotias lapsi oli kotiutumassa osastolta. Kysely toteutettiin tammi-huhtikuun 2016 aikana. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelman avulla. Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna Excel-taulukkolaskentaohjelmaa.

Tämän kyselyn mukaan vanhemmat olivat tunnistaneet lapsessaan kivun tunnetta ilmaisevia käyttäytymismuutoksia. Eniten oli havaittu lapsen halua olla vanhemman lähellä sekä lapsen olevan väsyneempi. Osa vanhemmista ei ollut tunnistanut lapsen kipua ilmaisevia käyttäytymismuutoksia selvästi. Vanhemmat olivat käyttäneet monipuolisesti lääkkeettömiä menetelmiä lastensa kivun lievitykseen. Yleisin menetelmä oli läheisyys ja yhdessäolo. Sylissä pitäminen ja lohduttaminen sekä lapsen kehuminen ja rohkaiseminen olivat myös useasti käytettyjä menetelmiä. Suurin osa vanhemmista oli antanut lapselleen kipulääkettä osastolta kotiutuksen jälkeen.

Tämän kyselyn mukaan vanhemmat kokivat, että kivunhoidon ohjaus oli hyödyllistä ja riittävää. Ohjaus oli ollut ystävällistä ja se oli toteutettu sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjauksessa otettiin huomioon lapsen ikä ja kehitys. Ohjaustilanne koettiin rauhalliseksi ja ohjaukseen käytettiin riittävästi aikaa.

Tämän kyselyn mukaan vanhemmat saivat vähän ohjausta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttämiseen. Tulosten mukaan lasten kivunhoidon ohjausta olisi aiheellista kehittää erityisesti kivun tunnistamisen ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien osalta.

Asiasanat: kivunhoito, potilasneuvonta, lapset, leikki-ikäiset, vanhemmat

## ABSTRACT

Lönnbäck, Anne. Guidance for parents on postoperative pain management in children aged 1–6 years. 45 p. 4 appendices. Language: Finnish. Autumn 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how well the guidance on children's pain management for parents functions in a department of pediatric surgery. The answer of this was sought by questions how did parents identify and alleviate their children's pain at home? What were parents' views about the guidance they were given after the surgery?

This study involved quantitative methods. The material was collected by using a semi-structured questionnaire which contained a section on background information, claims, multiple-choice questions and open questions. 17 parents participated in the survey. Their children were between 1–6 years old. The survey was conducted in January-April 2016. The survey was carried out by using the Webropol program. The data was analyzed by the Excel-spreadsheet program.

As a result, parents had identified behavior changes in their children. Most often, parents had noticed the child's need to be close to the parent and the child had been more tired. Some of the parents had not recognized behavior changes in their children as well. Parents had used several non-pharmacological methods to alleviate their children's pain. The most usual method was closeness. Holding in arms and comforting also praising and encouraging a child were methods which were often used. Most of the parents had given painkillers to their children. Parents stated that pain management guidance was useful and adequate. Guidance was friendly and it was achieved both oral and briefly. Child's age and development were noticed. Guidance situation was felt peaceful and there was enough time to go through the situation.

In conclusion, this study showed that non pharmacological pain methods were rarely guided. According to the results children's pain management guidance should be developed especially in the identification of pain and using non pharmacological pain methods.

Keywords: pain management, patient education, children, preschooler, parents

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 LASTEN KIPU.....	6
2.1 Lasten kivun lääkehoito .....	9
2.2 Lasten lääkkeetön kivunhoito .....	10
3 PERHEEN OHJAUS .....	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	18
4.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	18
4.2 Tutkimusympäristö, aineiston keruu ja analysointi .....	18
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	22
6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU.....	28
6.1 Tulosten pohdinta.....	28
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys sekä jatkotutkimushaasteet .....	30
6.3 Ammatillinen kasvu .....	33
LÄHTEET.....	34

LIITE 1: Saatekirje vanhemmille

LIITE 2: Suostumuslomake

LIITE 3: Webropol-kyselylomake

LIITE 4: Taulukoita ja kuvia

## 1 JOHDANTO

Lyhentyneet hoitoajat edellyttävät tehokasta ja hyvin annettua ohjausta. Hyvän ohjauksen avulla potilaat, heidän perheenjäsenensä ja läheisensä osaavat kotona toteuttaa itsehoitoa sekä selviytyvät terveysongelmiensa kanssa. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi erityisesti pre- ja postoperatiivisen hoidon vastuu on siirtynyt potilaalle itselleen sekä hänen perheelleen ja läheisilleen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa perioperatiivista hoitohenkilökuntaa antamaan tietoja päätöksenteon tueksi sekä kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 32.)

Lasten kivusta ja kivunhoidosta on saatu uutta tietoa vuosituhannen alun jälkeen. Lapset kokevat kipua samoin kuin aikuisetkin. Lapsilla kova, huonosti hoidettu kipu aiheuttaa pitkäaikaisia haittoja. Kipujärjestelmä herkistyy ja mieleen jää pysyviä muutoksia, jotka voivat aktivoitua vasta myöhemmin. (Kokki 2012, 9.) Lasten kivuttomuutta leikkaushoidon jälkeen voidaan lisätä sillä, että vanhemmille annetaan asianmukaista tietoa lasten kivusta ja sen lievittämisestä kipulääkkeillä sekä lääkkeettömien menetelmien avulla (Kankkunen 2003b, 268).

Opinnäytetyön aiheena on lasten kivunhoito ja siihen liittyvä vanhempien ohjaus. Yhteistyökumppanina on Turun yliopistollinen keskussairaala (jäljempänä TYKS), Lasten ja nuorten klinikka (TO8). Opinnäytetyö koskee 1–6-vuotiaiden lasten kivunhoitoa sekä vanhempien saamaa ohjausta lapsen kotiutuessa kirurgiselta vuodeosastolta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhempien lapsilleen käyttämiä kivunlievityskeinoja osastolta kotiutuksen jälkeen sekä kotiutusvaiheessa annetun kivunhoidon ohjausta. Tarkoituksena oli myös kartoittaa vanhempien hyväksi havaitsemia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Tässä opinnäytetyössä vanhemmilla tarkoitetaan sekä lapsen vanhempia että huoltajia. Opinnäytetyö toteutettiin vanhemmille suunnatulla Webropol-kyselyllä, joka sisälsi taustatietojen lisäksi väittämiä, monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä.

## 2 LASTEN KIPU

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP International Association for the Study of Pain) mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein. Yksilön kyvyttömyys kommunikoida ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. (International Association for the Study of Pain 2012.)

Varhainen leikki-ikä käsittää vuodet 1–3. Varhaisessa leikki-ikässä lapsen motorikka, kieli ja ajattelu kehittyvät ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa lisääntyy (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2013, 39–44.) Myöhäisleikki-ikäiseksi kutsutaan lasta, joka on 3–6-vuotias. Lapsi oppii ilmaisemaan omaa tahtoa ja oivaltaa oman erillisyytensä. Lapsi oppii oman sukupuoliroolin ja hänen sukupuoli-identiteettinsä kehittyä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 47–53). Leikki-ikäinen lapsi ajattelee kipua fyysisenä kokemuksena. Hän ei kenties hahmota syytä ja seurausta, vaan selittää kipua mielikuvituksensa avulla. Hän ei ymmärrä, että kipu lievittyy lääkkeen avulla. Lapsi voi kokea kivun rangaisuksena ja ajatella, että kipu tuli, koska hän oli tottelematon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 192.)

Valtaosa lasten kivusta on akuuttia kipua, jonka syytä ovat tulehdustaudit, erilaiset traumat, rokotusreaktiot, hammastoimenpiteet sekä leikkauksen jälkeinen kipu. Pitkäaikaiseen sairauteen liittyvä kipu johtuu lapsella usein toistuvista sairaalakäynneistä ja kipua tuottavista toimenpiteistä. Suhteellisen pienikin kipu voi kehittyä peloksi ja aiheuttaa lapselle kärsimystä. (Hamunen 2009, 443.)

Lasten kirurgisia toimenpiteitä tehdään lisääntyvässä määrin päiväkirurgisesti. Suuri osa on pienehköjä leikkauksia, joista useimmat aiheuttavat lievää tai kohdalaista kipua postoperatiivisesti. Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen lapsilla voi esiintyä käyttäytymisen muutoksia, kuten lisääntynyt huomionkipeys, itkuisuus, kiukunpuuskat, nukkumisongelmat ja yksinjäämisen pelko. (Hamunen 2009, 443.)

Toistuva tai pitkittynyt kipu vaikuttaa lapsen myöhempiin kipukokemuksiin. Puutteellisesti hoidettu kipu traumatisoi ja vaikeuttaa myöhempää kivunhoitoa. Lapsuuden kipukokemukset altistavat kroonisille kivuille ja depressiolle aikuisiässä. (Viheriälä 2009a, 465.) Lapsilla on aikuisia suurempi riski trauman aiheuttamaan häiriökehitykseen. Traumaattisia kokemuksia ovat vanhemmista eroon joutuminen sekä esimerkiksi vakavat sairaudet, onnettomuudet, väkivalta, kaltoinkohtelu ja kivuliaat toimenpiteet. (Viheriälä 2009a, 464.) Kovaa kipua kokeneilla lapsilla on kouluikässä muita enemmän keskittymisvaikeuksia ja häiriökäyttäytymistä, ja he menestyvät huonommin koulussa (Kokki 2015, 22).

Lapsen kipu on, kuten aikuisillakin, henkilökohtainen kokemus. Lapsen kivun voimakkuutta ja laatua voidaan arvioida vain epäsuorasti lapsen kertomana tai tarkkailijan tulkitsemana lapsen käyttäytymisen ja fysiologisten muutosten mukaan. Lapsen kipukokemukseen sekä kivun ilmaisemiseen vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, kognitiivinen ja kielellinen kehitys, aikaisemmat kipukokemukset, oppiminen ja mieliala. Ero vanhemmista, ympäristö sekä lapsen ymmärrys sairaudesta ja tehtävistä toimenpiteistä vaikuttavat lapsen kipukokemukseen ja kivun ilmaisemiseen. (Hamunen 2009, 442.)

Lapsi osaa ilmaista kipua, kun hän on 2–3-vuotias. Kivun tunnistaminen ja arviointi on kuitenkin sitä vaikeampaa, mitä nuorempi lapsi on kyseessä. Leikkiikäinen lapsi ei vielä kykene kuvailemaan kipua ja sen luonnetta tarkemmin. Varhaisessa leikki-iässä oleva lapsi kokee kivun kokonaisvaltaisena pahana olona eikä osaa eritellä kivun tunnettaan. Myöhäisessä leikki-iässä oleva lapsi osaa jo kertoa kivun sijaintipaikan luotettavasti. Hän osaa myös kertoa, onko kipu kovaa vai lievää. Jos lapsella on kehitysviivästymä, aiheuttaa kivun sanallinen arviointi ongelmia. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 323–324.) Leikkiikäisen lapsen kipua voi arvioida seuraamalla ja arvioimalla lapsen fysiologisia muutoksia (esimerkiksi pinnallinen hengitys), lapsen olemusta (liikkuminen, paikallaanolo, kiemurtelu), lapsen väriä, itkua, ärtyneisyyttä ja käsittelyarkuutta, nukkumiseen liittyviä ongelmia, kiukunpuuskia, huomion kipeyttä, ilmeitä ja eleitä sekä ruokahalua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 325–327.)

Lasten kivun arviointiin voidaan käyttää erilaisia mittareita. MAFS (McGrath affective faces scale) on ilmeasteikko, jossa on viisi eri kasvojen kuvaa itkevästä hymyileviin kasvoihin. Mittaria käytettäessä lasta pyydetään osoittamaan kuvaa, joka parhaiten kuvaa hänen kokemaansa kipua. Mittari soveltuu käytettäväksi noin 3–vuotiaasta lähtien. Alle 2–vuotiaiden kivun arviointiin soveltuva OPS (Objective pain scale) on kehitetty HUS:n lasten ja nuorten sairaalassa. Mittarin perustana ovat hoitajien tekemät arviot lapsesta. Mittarissa arvioidaan lapsen käyttäytymistä ja fysiologisia muutoksia. Eri osa-alueista annetaan 0–9 pistettä siten että 0 tarkoittaa kivutonta tilaa ja 9 mahdollisimman voimakasta kipua. Alle 2–vuotiaiden kivun arviointiin soveltuu myös CRIES (Cry, requires oxygen, increased vital signs, expression, sleeplessness). Mittari sisältää viisi kipua ilmaisevaa muuttujaa, joista kustakin voi saada 0–2 pistettä. Mitä enemmän lapsi saa pisteitä, sitä enemmän hän todennäköisesti kokee kipua. NIPS (Neonatal infant pain scale) sekä PIPP (Premature infant pain profile) ovat mittareita, jotka soveltuvat erityisesti ennenaikaisesti syntyneiden ja vastasyntyneiden kivun arviointiin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 324–327.)

Kouluikäisten kivun arviointiin sopii VAS (Visual analogue scale), jossa kipua arvioidaan kipukiilalla. Mittarin takana on kipujana sekä asteikko 0–10. Kouluikäisten kivun arviointiin sopii myös VRS (Verbal rating scale), missä lapsi valitsee sanallisista vaihtoehtoista sen, joka parhaiten kuvaa hänen kokemaansa kipua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 324–327.) Värejä ja väriliukumia voidaan käyttää havainnollistamaan kivun voimakkuutta. Näkövammaisia varten on kehitetty kohokuvioinen kipukiila. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Kipua voidaan arvioida moniulotteisilla mittareilla, joiden avulla selvitetään kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijaintia esimerkiksi ihmiskehoa esittävän kuvan avulla. Lasten mittareissa kehon kuvien tulisi olla ikään ja sukupuoleen suhteutettuja. (Salanterä ym. 2006, 87.) Vanhempia varten on kehitetty PPPM-mittari (Parents' Postoperative Pain Measure), jonka avulla leikki-ikäisen lapsen leikkauskipua voidaan arvioida kotioloissa. Mittari koostuu väittämistä, jotka kuvaavat lasten käyttäytymismuutoksia leikkauksen jälkeen. (Kankkunen 2003b, 269.)



## 2.1 Lasten kivun lääkehoito

Lasten lääkehoidon haaste on, että lapsilla tutkittuja ja lapsille virallisesti hyväksytyjä valmisteita ei juuri ole saatavilla (Kokki 2015, 22). Lasten ja nuorten kivun hoidossa käytetään samoja lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä hoitomenetelmiä kuin aikuistenkin kivun hoidossa. Lapsen kipulääkkeen määrää aina lasta hoitava lääkäri. Lapsi ei pyydä kipulääkettä vaan sen tarpeen arviointi jää lapsen vanhempien ja sairaanhoitajien tehtäväksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 327–328.) Vanhemmat saattavat olettaa, että heidän lapsensa kipu vähenee leikkausta seuraavina päivinä ja hän tämän vuoksi tarvitsee aina vähemmän kipulääkettä. Kipu voi kuitenkin juuri lisääntyä lapsen tultua kotiin ja hänen ollessaan aktiivinen. (Vincent, Chiappetta, Beach, Kiolbasa, Latta, Maloney & Van Roeyen 2012, 117.)

Lapselle annettavien lääkkeiden annostelu suunnitellaan lapsen painon mukaan. Lasten kivun lääkehoidossa on peruseriaatteena, että lääke annetaan ensisijaisesti suun kautta. Vaihtoehtona tabletille on usein olemassa mikstuura. Leikkausten jälkeen ja vaikean kivun hoitoon käytetään myös suonensisäisiä lääkkeitä ja puudutuksia. Peräpuikkojen käyttö voi olla jo leikki-ikäisen mielestä epämiellyttävää ja nöyryyttävää. (Salanterä ym. 2006, 197.)

Parasetamoli on peruslääke lasten kivun ja kuumeen hoitoon. Sitä voi antaa jo vastasyntyneestä lähtien, ja sen vaikutus riittää usein lievän ja keskivaikean kivun hoitoon yksinäänkin. Ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja diklofenakki ovat tavallisimmat muut lasten kivun hoitoon käytetyt tulehduskipulääkkeet. Niitä voidaan käyttää yli kuuden kuukauden ikäisille lapsille. Keskivaikean tai vaikean kivun hoitoon käytetään opioideja, jotka helpottavat potilaan vointia myös lievittämällä tuskaa ja ahdistusta. Tramadoli ja kodeiini sopivat enintään keskivaikean kivun hoitoon. Morfiinia käytetään lasten vaikean kivun hoitoon esimerkiksi leikkauksen jälkeen postoperatiivisesti. Opioideja voidaan käyttää turvallisesti lapsilla, kun huomioidaan oikea annostus ja tarpeenmukainen seuranta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329.)

Pistoskipua lievittämään esimerkiksi ennen laskimokanyylin laittamista tai verinäytteen ottoa voidaan käyttää pintapuudutetta, joka sisältää lidokaiinia ja prilokaiinia (EMLA) tai ametokaiinia (Ametop). (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329.) Lasten kivunhoidossa käytetään myös puudutuksia erityisesti erilaisten toimenpiteiden kivunlievittäjinä. Ne soveltuvat myös lasten päiväkirurgisiin toimenpiteisiin sekä itsenäisesti että nukutusten yhteydessä. (Salanterä ym. 2006, 198.)

## 2.2 Lasten lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien perustana on lapsen hallinnantunteen vahvistaminen ja kivun sisäisen säätelyjärjestelmän aktivaatio. Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä tulee käyttää lääkehoidon rinnalla kun lapsi kokee voimakasta kipua. Lievän kivun hoitoon menetelmät saattavat sellaisinaan riittää. Sopiva kivunlievitysmenetelmä tulee valita yksilöllisesti huomioiden lapsen ikä- ja kehitystaso. (Lahtinen, Rantanen, Heino-Tolonen & Joronen 2015, 326.)

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät voidaan jaotella seuraavasti: kognitiivis-behavioraaliset menetelmät (esimerkiksi sanallinen kannustus ja rohkaisu, positiivisten mielikuvien käyttö ja rentoutuminen, hengitysharjoitukset, palkitseminen), fyysikaaliset menetelmät (esimerkiksi hieronta, kylmä- ja lämpöhoito), emotionaalisen tuen antaminen, auttaminen päivittäisissä toiminnoissa ja viihtyisän ympäristön järjestäminen (Pölkki 2002, 36; Lahtinen ym. 2015, 327). Emotionaalisen tuen muotoja lääkkeettömänä kivunlievitysmenetelmänä ovat syliin ottaminen, silittely, paijaaminen, rauhoittelu, puhaltaminen, hierominen, tutin käyttö, lohduttaminen, kapalointi imeväisikäisillä, leikkimisen mahdollistaminen sekä vanhempien läsnäolo. Lisäksi kipua voidaan lievittää asentohoidolla, musiikin ja satujen kuuntelulla, lapsen huomion kiinnittämisellä muualle sekä tilanteeseen sopivalla huumorilla. Tiedon antaminen lapselle sekä vanhemmille on myös kipua lievittävä menetelmä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 328.) Musiikki voi vaikuttaa lasten kivun kokemiseen siten, että se vähentää huomiota kivun aistimiselle. Musiikki voi siten muuttaa tai estää kivuntunteen. (Pölkki 2006, 4.)

Ohjatussa mielikuvittelussa lasta ohjataan kuvittelemaan jotain itselle mukavaa asiaa ja kertomaan siitä hoitajalle. Menetelmään liittyy nopea lihasten rentouttaminen, minkä jälkeen ajatukset siirretään muualle. Lapsi voi jo muutamassa minuutissa siirtää mielikuvituksensa avulla ajatukset pois kivuliaasta ja pelottavasta tapahtumasta ja rentoutua. Menetelmä sopii hyvin leikki-ikäisille lapsille, joilla on yleensä vilkas mielikuvitus. (Salanterä ym. 2006, 194–195.) Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala ja Kiviluoma (2007, 111) puolestaan toteavat, että esimerkiksi mielikuvien käyttö edellyttää lapselta kognitiivista kypsyyttä, mikä saavutetaan yleensä kouluiässä.

Pelkkä kipulääkitys ei poista tai vähennä riittävästi kipua, koska kipu on kokonaisvaltainen kokemus. Lapselle pelko ja ahdistus saattavat aiheuttaa lähes samanlaisen tunteen kuin itse kivulias toimenpide. Tämän vuoksi lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät (non-pharmacological methods) ovat tärkeä osa lapsen kivunhoitoa. (Pölkki 2003, 56.)

Lasten kokemaa pelkoa ja pelon voimakkuutta päiväkirurgisen toimenpiteen aikana on tutkittu 5–6-vuotiailla lapsilla. Lasten kokemukset olivat pääosin myönteisiä päiväkirurgisesta hoitoprosessista. Lapset kuvasivat pelkoa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, paitsi kotiin lähtiessä. (Flinkman & Salanterä 2004, 121.)

Vanhempien käsityksiä leikkauskivusta ja sen lievittämisestä kotona päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen on tutkittu 1–6-vuotiaiden lasten vanhemmilla. Vanhemmilla oli pääosin totuudenmukaista tietoa lasten kivusta, mutta myös harhaanjohtavia käsityksiä lasten kivusta ja kipulääkityksestä. Näissä käsityksissä oli eroja sekä vanhempien että lasten sukupuolissa. Tutkimuksen mukaan isät käyttivät vähemmän kivunlievitysmenetelmiä kuin äidit. Poikien kipua lievitettiin tyttöjen kipua vähemmän. (Kankkunen 2003a, 74–75)

Vanhempien osallistumista lapsensa kivunhoitoon sairaalassa kuvailevassa tutkimuksessa vanhempien osallistumiseen vaikuttivat useat tekijät. Näitä olivat vanhempien taidot tunnistaa kipua, vanhempien saama ohjaus kivunhoidosta, vanhempien motivaatio, vanhempien emotionaaliset tekijät, vuorovaikutus hoita-

jien kanssa sekä hoitajien asenteet ja aikaresurssit. Toimenpiteeseen liittyvät tekijät sekä lapsen ominaisuudet vaikuttivat myös vanhempien osallistumiseen. (Jaakola, Tiri, Kääriäinen & Pölkki 2013, 194.) Kykenemättömyys lievittää lapsen kipua aiheutti vanhemmille muun muassa huolta, pelkoa, avuttomuutta ja ahdistuneisuutta (Jaakola ym. 2013, 203).

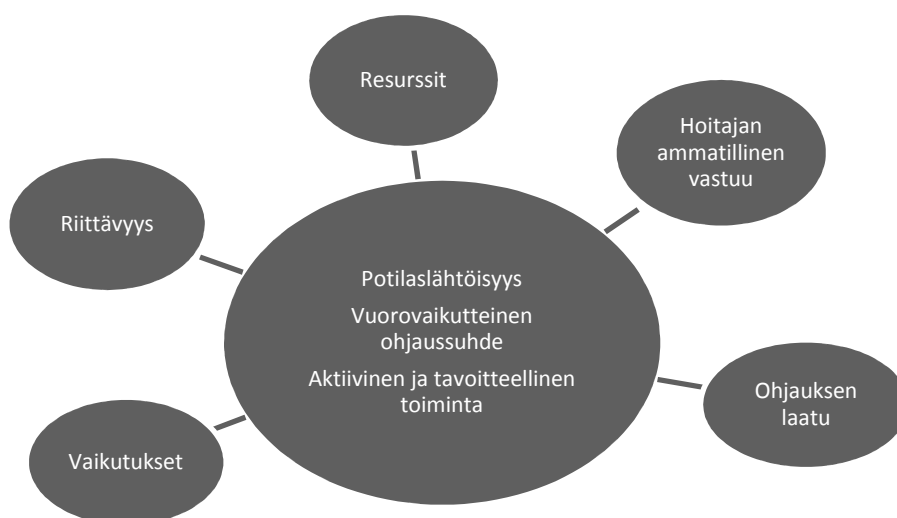
Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä lasten postoperatiivisen kivun hoidossa sekä lasten kivun hoitoon yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu sairaalahoitossa olevien 8–12-vuotiaiden lasten osalta. Hoitajat ja vanhemmat käyttivät monia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä lasten leikkauksen jälkeisen kivun lievittämisessä. Lapsen auttamista päivittäisissä toiminnoissa ja emotionaalisen tuen antamista käytettiin eniten. Monet kognitiivis-behavioraaliset ja fysikaaliset menetelmät olivat vähemmän käytettyjä ja ohjattuja auttamismenetelmiä. Vanhempien mielestä he saivat osallistua lapsensa sairaalahoitoon, mutta heille ei opetettu keinoja, miten auttaa kivuliasta lasta. Vanhemmat tarvitsivat mielestään enemmän emotionaalista tukea ja tietoa lapsen kivusta ja sen hoitokeinoista. (Pölkki 2003, 56–57)

Mielikuvien käytön ja rentoutumisen vaikutusta lasten postoperatiivisen kivun hoidossa on tutkittu 8–12-vuotiailla lapsilla. Mielikuvaretkiäänitteen kuuntelu vähensi lasten mielestä kipua välittömästi intervention jälkeen. Tunnin kuluttua vaikutusta ei enää ollut. (Pölkki ym. 2007, 102.)

Lääkkeetöntä kivunlievitystä ja sen kirjaamista lasten sairaalahoidon aikana sekä taustatekijöiden yhteyttä lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamiseen on tutkittu hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat käyttivät lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä melko monipuolisesti. Lohduttaminen, rohkaisu, lapsen huomion siirtäminen pois kivusta, valmistelu toimenpiteeseen, asentohoito ja päivittäisissä toiminnoissa auttaminen olivat rutiininomaisia menetelmiä. Hengitysharjoitukset, rentoutusharjoitukset, kylmä- ja lämpöhoidot sekä hieronta olivat menetelmiä, joita käytettiin muita harvemmin. (Lahtinen ym. 2015, 334.)

### 3 PERHEEN OHJAUS

Ohjauksen laatua voidaan tarkastella laatumallin kautta (Kuvio 1), missä keskiössä ovat potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Laatumallissa ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen. Ohjaus on toteutettu asianmukaisin resurssein ja se on riittävää sekä vaikuttavaa. (Kääriäinen 2010, 27.)



KUVIO 1. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli (Kääriäinen 2010, 27).

Ohjauksessa potilas on aktiivinen osapuoli, joka vastaa omista valinnoistaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä ohjauksesta tai olla noudattamatta saatuja ohjeita. Hoitajalla on ammatillinen vastuu varmistua siitä, että potilaalla on riittävät tiedot tehdäkseen itsenäisiä päätöksiä ja ratkaisuja. (Kääriäinen 2010, 26.) Jotta hoitaja voi ymmärtää potilaan käyttäytymistä ja perustella omaa ohjaamistaan, hänen tulee tiedostaa eettisten periaatteiden ja terveyden edistämisen päämäärien vaikutus ohjaukseen. (Kääriäinen 2010, 27.) Ohjauksen tulee perustua näyttöön tai hyviin käytäntöihin. Ajantasainen ja tutkittu tieto tekee ohjauksesta luotettavaa. (Kyngäs ym. 2007,154.)

Potilaslähtöisessä ohjauksessa on välttämätöntä selvittää potilaiden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Taustatekijöiden avulla voidaan arvioida esimerkiksi, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, miten motivoitunut hän on ohjaukseen sekä voivatko omaiset osallistua ohjaukseen. Ohjaukseen liittyvien tavoitteiden asettamisessa huomioidaan potilaan aikaisempi tieto sekä mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää. Sairaalassa saadulla ohjauksella on vaikutuksia muun muassa potilaiden tiedon määrään, klinisiin tuloksiin ja itsehoitoon sekä hoitoon sitoutumiseen. Potilaslähtöiseen ohjaukseen voidaan vaikuttaa ohjausresursseilla, joita ovat muun muassa riittävä hoitohenkilöstö, asianmukaiset tilat, tarvittava välineistö ja ajan tasalla oleva ohjausmateriaali. (Kääriäinen 2010, 27–29.)

Vuorovaikutus koostuu sanallisesta (verbaalista) ja sanattomasta (nonverbaalista) viestinnästä. Jos sanallinen ja sanaton viesti ovat ristiriidassa, uskotaan sanatonta enemmän. Sanatonta viestintää voi käyttää täysin harkitusti ohjaustilanteessa, mutta se saatetaan tulkita eri tavoin kuin miten puhuja on tarkoittanut. Kulttuurilla on vaikutusta siihen, millainen sanaton viestintä on sopivaa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 47.) Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat monet seikat, kuten osaako toinen osapuoli lähettää sanoman ymmärrettävässä muodossa, kuunteleeko toinen osapuoli viestiä, kuuleeko hän sen ja miten hän tulkitsee viestin. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 99.)

Potilaslähtöinen vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentuminen edellyttää, että potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun, hänelle tarjotaan mahdollisuus kysyä sekä annetaan palautetta. Hoitajalla tulee olla tietoa ohjattavista asioista, oppimisesta, ohjausprosessista ja ohjausmenetelmistä. Ohjaustilanteissa ajankäyttö vaihtelee. Jatkuva kiire näkyy kehonkielessä, minkä ohjattava aistii. (Kääriäinen 2010, 27–28; Vänskä ym. 2011, 50.)

Ohjaustilanteiden vuorovaikutus voidaan jakaa asiantuntijakeskeiseen, asiakas-keskeiseen ja dialogiseen vuorovaikutusorientaatioon. Ohjaajan tulisi käyttää vaihdellen eri vuorovaikutusorientaatioita niin, että ohjattava pääsee osallistumaan ja vaikuttamaan tilanteeseen. (Vänskä ym. 2011, 52.) Asiantuntijakeskei-

sessä vuorovaikutuksessa ohjaaja ottaa esille käsiteltävät asiat ja johdattelee vuorovaikutusta. Hän esittää neuvoja ja ohjeita, mikä perustuu hänen asiantuntijuuteensa ja kokemukseensa. Asiantuntijakeskeisyys voi olla tarpeellista, jos ohjattava ei pysty itse vastaamaan tilanteesta ja siihen liittyvistä valinnoista. (Mönkkönen 2010, 35; Vänskä ym. 2011, 52–53.)

Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa asiakas puolestaan johdattelee vuorovaikutusta haluamallaan tavalla. Ohjaajan roolina on olla kuuntelija, myötäilijä tai konsultti. Joskus ohjattavalla voi olla tarve purkaa kokemuksiaan yksityiskohdaisesti ja tällöin asiakaskeskeinen vuorovaikutus on välttämätöntä. (Vänskä ym. 2011, 54–56.) Dialogin käsitteellä tarkoitetaan yleensä kaksinpuhelua, vuoropuhelua tai keskustelua (Mönkkönen 2010, 34). Dialoginen vuorovaikutus ohjaustilanteessa on sitä, että ohjaaja ja ohjattava pyrkivät työskentelemään vastavuoroisesti ja tasapainoisesti riittävässä yhteisymmärryksessä. (Vänskä ym. 2011, 58–59.)

On arvioitu, että potilaat muistavat 75 prosenttia näkemästään ja vain 10 prosenttia kuulemastaan. Siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia hyödyntäen, he muistavat 90 prosenttia. (Kyngäs ym. 2007,73.) Ohjausta annetaan useimmiten suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään tärkeänä osana ohjausta. Suullinen ohjaus tapahtuu joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa ja sitä voidaan tukea erilaisten oheismateriaalien avulla. (Kyngäs ym. 2007,74.) Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tarpeellista erityisesti silloin, kun suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Kirjallinen ohjausmateriaali voi olla lyhyt yhden sivun mittainen ohje tai lehtinen tai useampisivuinen pieni kirjanen tai opas. Kotiutusohjeet ovat usein kirjallisia. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla sisällöltään ja kieliasultaan sopivaa ja ymmärrettävää. Se tulisi tarjota asiakkaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. (Kyngäs ym. 2007,124–125.)

Asiakaslähtöisen toiminnan tavoitteena on antaa potilaan itse päättää ja valita ne menetelmät, joita hoitotyössä ja potilasohjauksessa käytetään. Tieto- ja viestintätekniikkaa hyödyntäviä menetelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisina menetelminä. (Jauhiainen 2010, 42.) Tietokoneavusteisessa ohjauksessa tulee huomioida asiakkaan tarpeet, elämäntilanne, tiedot ja tietokoneen käyttötaidot. Tie-

tokoneavusteinen ohjaus lisää asiakkaiden tietoa ja edistää toivottavaa hoitokäyttäytymistä. Ohjauksen apuna voidaan käyttää myös joukkoviestinnän keinoja. Radio- ja televisiokanavien lisäksi joukkoviestimiin kuuluvat nykyisin sähköposti, internet ja matkapuhelimet. Ohjauksessa voidaan käyttää myös videoita. (Kyngäs ym. 2007,122–123.) Sosiaalisen median mahdollisuudet tulisi hyödyntää potilasohjausmenetelmien kehittämisessä (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 70). Puhelinohjausta käytetään esimerkiksi päiväkirurgian yhteydessä. Leikkausta tai toimenpidettä edeltävä ohjaus tai toimenpiteen jälkeinen seuranta voidaan järjestää puhelinohjauksen avulla. (Kyngäs ym. 2007,119.)

Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta sekä kivunhoidosta. Kivunhoidon epäonnistuminen johtuu usein tietämättömyydestä. Potilailla saattaa olla uskomuksia lääkeriippuvuuksien synnystä tai kipulääkkeiden turvallisuudesta. Asianmukainen, ajantasainen ja ristiriidaton tiedon tarjoaminen edesauttaa hyvää kivunhoitoa. Ohjauksen antajan tulee varmistaa, että tieto on mennyt perille. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Ohjaus on erottamaton osa lasten kivunhoitoa, sillä lapsen vanhemmat ja lapsi itse voivat myös käyttää lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä (Lahtinen ym. 2015, 326). Jaakola ym. (2013, 206) mukaan hoitajien asenteella on merkitystä vanhempien osallistumiseen lapsensa kivunhoitoon sairaalassa. Hoitajien tulee ymmärtää vanhempien osallistumisen merkitys sekä korostaa vanhempien mahdollisuutta osallistua lapsensa kivunhoitoon. Vanhemmille tulisi tarjota enemmän tietoa lapsen kivusta, kivun merkkien tunnistamisesta, kivun hoidosta ja siitä, miten vanhemmat voivat osallistua kivunhoitoon. Vanhempia voidaan rohkaista esimerkiksi olemaan läsnä hoidon aikana sekä ohjata heitä käyttämään monipuolisesti erilaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä (Jaakola ym. 2013, 206; Lahtinen ym. 2015, 326).

Lapsen kokema kipu lisää hänen pelkojaan, kun taas hyvä tutkimuksiin ja hoito-toimenpiteisiin valmistaminen puolestaan vähentää niitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 308.) Lapsella ja vanhemmilla on oikeus saada tietoa lapsen sairaudesta ja sen hoitamisesta säännöllisesti sairaalahoidon aikana. Tiedon antamisessa tulee ottaa huomioon lapsen ikä, kehitystaso, tietotaso ja yleistila. (Suo-



men NOBAB – NOBAB i Finland r.y. 2009.) Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeinen soitto kotiin antaa vanhemmille mahdollisuuden tarkentaa saamaansa kotihoidon ohjausta. Yhdessä vanhemman kanssa voidaan miettiä sopivia menetelmiä, joilla voidaan auttaa lasta purkamaan toimenpiteen jälkeisiä tunteita. (Hoitosuositus 2016.) Vanhemmat tarvitsevat joskus apua sairauden ja kivun käsittelemisessä lapsen kanssa. Vanhemman ahdistus ja pelot lisäävät lapsen pelkoa ja kipua. Tällöin vanhemmat tarvitsevat myös itse apua. Vanhempien jaksamisen tukeminen on osa pitkäaikaissairaalan lapsen hoitoa ja kivun lievitystä. (Viheriälä 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Vanhemmat vastaavat enimmäkseen lasten kivunhoidosta avohoidossa hoidettavien sairauksien ja päiväkirurgian yhteydessä. On tärkeää, että vanhemmat saavat selkeät, mieluiten kirjalliset ohjeet kipulääkityksen annostelusta kotona tapahtuvaa kivunhoitoa varten. Myös ilman reseptiä myytävistä lääkkeistä tulisi antaa vanhemmille tarpeelliset ohjeet oikeasta annostelusta. (Hamunen 2009, 445.)

Yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyssä tutkimuksessa hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena parantuneen vuodesta 2001 vuoteen 2010. Ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajeneminen oli kehittynyt myönteisesti tarkasteltuna ajanjaksona. Kuitenkin potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. (Eloranta ym. 2014, 63.) Lasten hoitotyössä sairaanhoitajan osaamisalueet ovat yhteneväiset sairaanhoitajan yleisen osaamisen kanssa. Keskeinen ero liittyy lapsipotilaan erityistarpeisiin sekä yhteistyöhön lapsen ja perheen kanssa. Kliinisen osaamisen alueella lasten hoitotyössä tarvitaan erilaista osaamista kuin aikuispotilaiden parissa työskenneltäessä. (Tuomi 2008, 36.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhempien lapsilleen käyttämiä kivunlievityskeinoja osastolta kotiutuksen jälkeen sekä kotiutusvaiheessa annetun kivunhoidon ohjausta. Tarkoituksena oli myös kartoittaa vanhempien hyväksi havaitsemia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kivunhoidon kehittäminen.

Pääongelma: Miten kivunhoidon ohjaus toimii lasten ja nuorten kirurgisella vuodeosastolla?

1. Miten vanhemmat tunnistivat lapsen kivun kotona?
2. Miten vanhemmat lievittivät lapsen kipua kotona?
3. Millaisena vanhemmat kokivat saamansa ohjauksen?

Pyrin opinnäytetyön avulla tuomaan esille lasten kivunhoidon moninaisuutta sekä löytämään kivunhoidon ohjauksessa mahdollisesti esiintyviä kehittämisalueita. Tarkoituksena on kehittää omaa sairaanhoidollista osaamista lasten kivunhoidossa sekä omaa ohjausosaamista. Lisäksi tavoitteena on opinnäytetyön prosessin kautta harjaantua tutkimusprosessin tekemisessä käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyössä käytän teoreettisen tiedon pohjana aiemmin tehtyjä tutkimuksia, väitöskirjoja, tieteellisiä artikkeleita sekä soveltuvaa kirjallisuutta. Hain aineistoa ProQuest- sekä EBSCO-tietokannoista. Asiasanat testasin yleisessä suomalaisessa asiasanastossa (YSA).

### 4.2 Tutkimusympäristö, aineiston keruu ja analysointi

TYKS Lasten ja nuorten klinikalla (TO8) tavallisimmat leikkaustoimenpideryhmät vuonna 2015 olivat tuki- ja liikuntaelinten pientoimenpiteet, virtsaputken diagnostiset toimenpiteet, laskimoiden pientoimenpiteet, ruuansulatuskanavan

yläosan tähystykset, aivonselkäydinnesteen punktiot, lantion alueen pientoimenpiteet, kyynärnivelen ja -varren leikkaukset, mahan alueen pientoimenpiteet, selkärangan luudutusleikkaus sekä nivustyrän leikkaus. Kaikkiaan leikkauksia tai pientoimenpiteitä tehtiin 3113, joista päiväkirurgiana 300 toimenpidettä. Lasten ja nuorten klinikalla, lasten ja nuorten kirurgiassa oli keskimääräinen hoitoaika 2,1 päivää vuonna 2015 (2,4 vuonna 2014). Lasten ja nuorten kirurgian vastuualue vastaa lastenkirurgian eri alojen (esimerkiksi ortopedia, virtsa- ja sukupuolielin ja gastrointestinaali kirurgia) hoidosta. Lasten ja nuorten kirurgian yleisin toimenpide vuonna 2015 oli nivustyrän sulkku sekä päivystystoimenpiteenä umpilisäkkeen poisto. Lasten ja nuorten kirurgisella vuodeosastolla hoidetaan 0–16-vuotiaita kirurgisia lapsipotilaita. Lapset tulevat osastolle joko suunnitellusti ajanvarauksella tai päivystyksenä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015.)

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Edellytyksenä on riittävän suuri ja edustava otos. Aineiston keruu tehdään yleensä standardoitujen tutkimuslomakkeiden avulla, missä on valmiit vastausvaihtoehdot. Asioita kuvataan numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoiden ja kuvioiden avulla. (Heikkilä 2014, 15.) Opinnäytetyön toteutuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusotetta, mikä oli perusteltua tutkimusjoukon koon perusteella.

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Turun yliopistolliselta keskussairaualta. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen osastolla pidettiin osastotunti, missä esiteltiin tulevaa kyselyä ja hoitohenkilökunnan roolia kyselyn toteuttamisessa. Vanhemmille suunnattu kysely toteutettiin sähköisesti käyttäen Webropol-ohjelmaa. Vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn heille parhaiten sopivana ajankohdana. Sähköisen kyselyn toimivuus esiteltiin lähettämällä kysely viidelle osaston henkilökuntaan kuuluvalla. Kysely toteutettiin keväällä 2016.

Vanhemmille suunnatun saatekirjeen (Liite 1) ja suostumuslomakkeen (Liite 2) esittelystä ja jakelusta huolehti osaston hoitohenkilökunta. Saatekirjeessä esiteltiin tutkimusta osana Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ja kerrottiin, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Suostumuslomakkeella pyydet-

tiin sähköpostiosoite kyselylinkin lähettämistä varten. Yhteystietojen antaminen ei sitonut vastaamaan kyselyyn, mikä kerrottiin sekä saatekirjeessä että suostumuslomakkeessa. Täytetyt suostumuslomakkeet kerättiin kotiutusvaiheessa ja säilytettiin osastolla. Lomakkeet postitettiin opinnäytetyön tekijälle noin kahden viikon välein valmiiksi maksetuissa kuorissa.

Kyselylomake (Liite 3) laadittiin käyttäen apuna aiemmin tehtyjä tutkimuksia sekä alan kirjallisuutta. Osastolta saadun palautteen perusteella kyselyä muokattiin vielä. Kysymykset koostuivat seuraavista aiheista: vastaajan sekä lapsen perustiedot, lapsen sairaalahoidon syy, lapselle annettu kipulääkitys sekä sen vaikutus, lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttö, lapsen käyttäytymismuutokset sekä vanhemman mielipide sairaalassa annetusta ohjauksesta. Lisäksi kysyttiin, oliko vanhempi ollut yhteydessä sairaalaan lapsen kipuun liittyen. Lopuksi vastaajilla oli mahdollisuus antaa avointa palautetta kivunhoidon ohjauksesta sekä kertoa omista lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista.

Kysely laadittiin niin, että vastaaja oli pakotettu vastaamaan taustatietojen kysymyksiin (k1–k7), kysymykseen kipulääkkeen annosta lapselle (k8) sekä yhteydenotosta sairaalaan (k28). Lapsen käyttäytymismuutokset (k11–k16) sekä ohjaukseen liittyvät väittämät (k17–k27) oli asetettu 5-portaisen Likert-asteikon mukaisesti niin, että 1=Täysin eri mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä. Näihin asteikkolisiin kysymyksiin oli myös pakotettu vastaaminen. Kipulääkkeen vaikutus (k9), lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttö (k10), yhteydenoton syy, jos vastasi ”kyllä” kysymykseen k28 sekä avoin kysymys (k29) olivat kyselyssä kysymyksiä, joihin vastaaminen oli vapaaehtoista.

Tutkimusjoukko koostui osastolta kotiutuvien 1–6-vuotiaiden lasten vanhemmisista. Saatekirjeitä ja suostumuslomakkeita oli tarkoitus jakaa 50 vanhemmalle. Vastauksia kyselyyn oli tavoitteena saada 30 kappaletta. Kyselyä oli tarkoitus jatkaa enintään kahden kuukauden ajan. Suostumuslomakkeiden kerääminen aloitettiin tammikuun 2016 alussa. Helmikuun loppuun mennessä oli suostumuslomakkeita kerätty 17 kappaletta, joten aikaa päätettiin jatkaa huhtikuun 2016 loppuun asti. Allekirjoitettuja suostumuslomakkeita kerättiin osastolla yhteensä 32 kappaletta neljän kuukauden aikana. Kaikille suostumuksensa anta-

neille vanhemmille lähetettiin sähköisesti linkki kyselyyn kahden viikon kuluessa lapsen kotiutumisesta.

Vastauksia kyselyyn tuli 17 kappaletta, mikä on 53 prosenttia tutkimusjoukosta (n=32). Tulosten analysoinnissa käytettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Vastauksista laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet. Sekä kuvioissa että tekstissä on prosenttiluvut esitetty täysinä lukuina, jotta luettavuus olisi selvää. Riskiintaulukoinnilla etsittiin taustamuuttujien yhteyttä muihin muuttujiin. Tilastollisen testauksen avulla tutkitaan, voiko otoksesta saatuja tuloksia yleistää koko perusjoukkoon (Heikkilä 2014,181). Aineiston pienyydestä (n=17) johtuen ei ollut perusteltua tehdä tilastollista testausta.

Vanhemman ikä, koulutustaso sekä toimiala luokiteltiin ennen vastausten analysointia. Luokiteltuina kyseiset taustamuuttujat olivat tarkoituksenmukaisesti käytettävissä tulosten tulkinnoissa, eikä yksittäistä vastaajaa voida tuloksista tunnistaa. Vanhemman ikä, koulutustaso ja toimiala oli kuitenkin perusteltua kysyä vastaajilta avoimena, jotta luokista saatiin tasapuoliset tulosten analysointia varten. Lapsen ikä kysyttiin avoimena, minkä jälkeen se luokiteltiin kahteen ikäryhmään leikki-iän vaiheen mukaisesti.

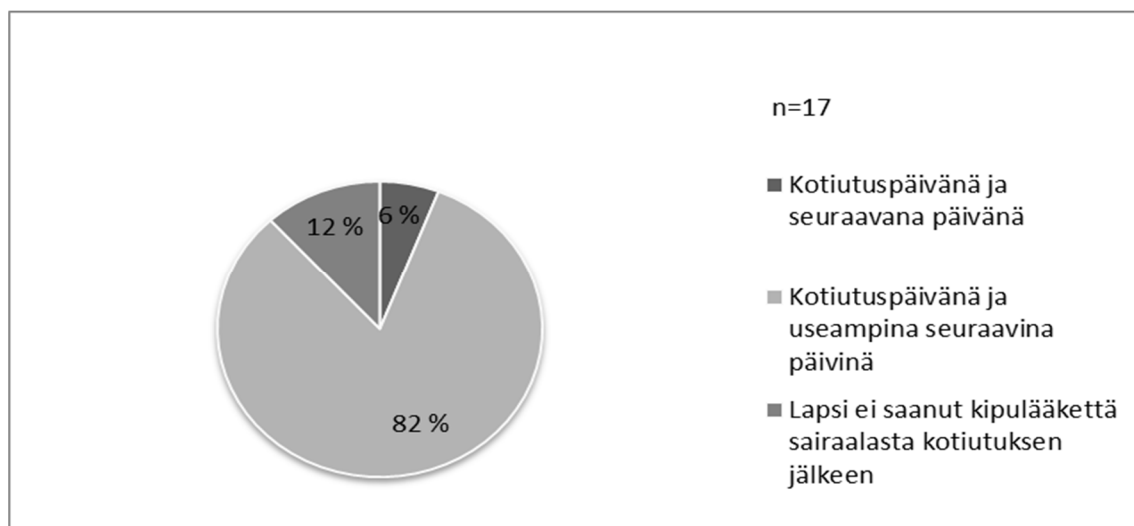
## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastanneista vanhemmista (n=17) suurin osa oli naisia. Yli puolet vastaajista oli iältään 35 vuotta tai yli. Hieman yli puolella vastaajista oli korkeasteen koulutus. Vanhemmista lähes puolet työskenteli terveys- ja sosiaali-alalla. Lapsista yli puolet oli poikia. Valtaosa lapsista oli iältään 4–6 vuotta. Yleisin lapsen sairaalahoidon syy oli päiväkirurginen leikkaus. Päiväkirurgisen ja päivystyksellisen leikkauksen ohella muita sairaalahoidon syitä olivat kallonpohjan murtuma, trauman jälkeinen vetohoito, vierasesineen poisto korvasta sekä onnettomuus. (Taulukko 1). Kyselyn viimeiseen, avoimeen, kysymykseen vastasi viisi (n=5) vanhempaa.

TAULUKKO 1. Vanhempien ja lasten taustatiedot (n=17) (n, %)

Taustatiedot	n	%
Vanhemman sukupuoli		
Mies	4	24
Nainen	13	76
Vanhemman ikä		
Alle 35 vuotta	7	41
35 vuotta tai yli	10	59
Vanhemman koulutustaso		
Perusaste tai keskiaste	8	47
Korkea-aste	9	53
Vanhemman toimiala		
Terveys- ja sosiaali-alalla	8	47
Muu kuin terveys- ja sosiaali-alalla	9	53
Lapsen sukupuoli		
Poika	10	59
Tyttö	7	41
Lapsen ikä		
1–3 vuotta	3	18
4–6 vuotta	14	82
Lapsen sairaalahoidon syy		
Päiväkirurginen leikkaus	11	65
Päivystyksellinen leikkaus	2	12
Muu syy	4	24

Suurin osa (82 %) vanhemmista oli antanut kipulääkettä lapselleen kotiutuspäivänä ja useampina seuraavina päivinä. Vanhemmista 6 prosenttia oli antanut kipulääkettä kotiutuspäivänä ja seuraavana päivänä. Vanhemmista 12 prosenttia ei ollut antanut kipulääkettä lainkaan sairaalasta kotiutuksen jälkeen. (Kuvio 2).

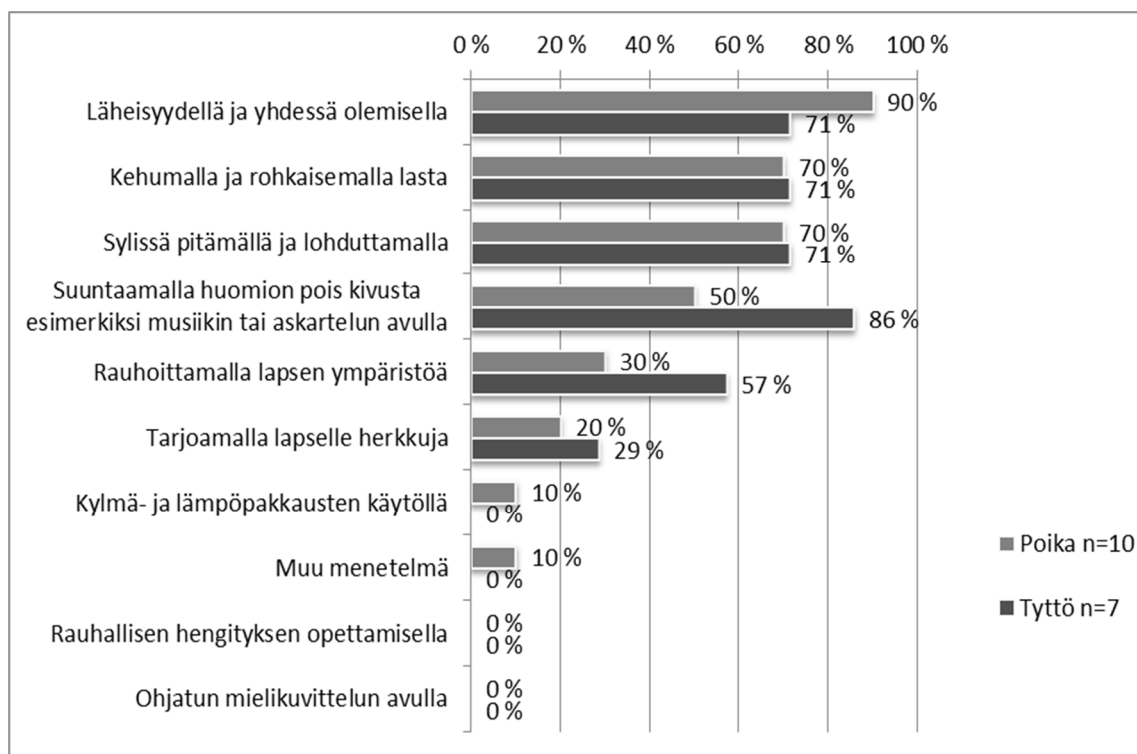


KUVIO 2. Vanhempien lapsilleen antama kipulääkitys kotona sairaalahoidon jälkeen

Vanhemmilta kysyttiin kipulääkkeen vaikutusta lasten kipuun. Kysymykseen vastasi 16 vanhempaa (n=16). Kaikkien vastanneiden (100 %) mielestä kipulääke oli auttanut kipuun.

Vanhempien käyttämä suhteellisesti yleisin lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä lastensa kivunhoidossa oli läheisyys ja yhdessäolo (82 %). (Liite 4). Poikien kivunlievitykseen menetelmää käytettiin useimmiten (Kuvio 3). Seuraavaksi yleisimmät menetelmät olivat lapsen kehuminen ja rohkaiseminen (71 %) sekä sylissä pitäminen ja lohduttaminen (71 %). Huomion suuntaaminen pois kivusta esimerkiksi musiikin tai askartelun avulla (65 %), lapsen ympäristön rauhoittaminen (41 %) sekä herkkujen tarjoaminen lapselle (24 %) olivat myös vanhempien käyttämiä kivunlievitysmenetelmiä. Tyttöjen kivunlievitykseen käytettiin useimmiten huomion suuntaamista pois kivusta esimerkiksi musiikin tai askartelun avulla. Vähiten käytetty menetelmä lapsilla oli kylmä- ja lämpöpakkausten käyttö (6 %). Yksi vanhempi (6 %) ilmoitti lapsensa kivunlievitysmenetelmäksi

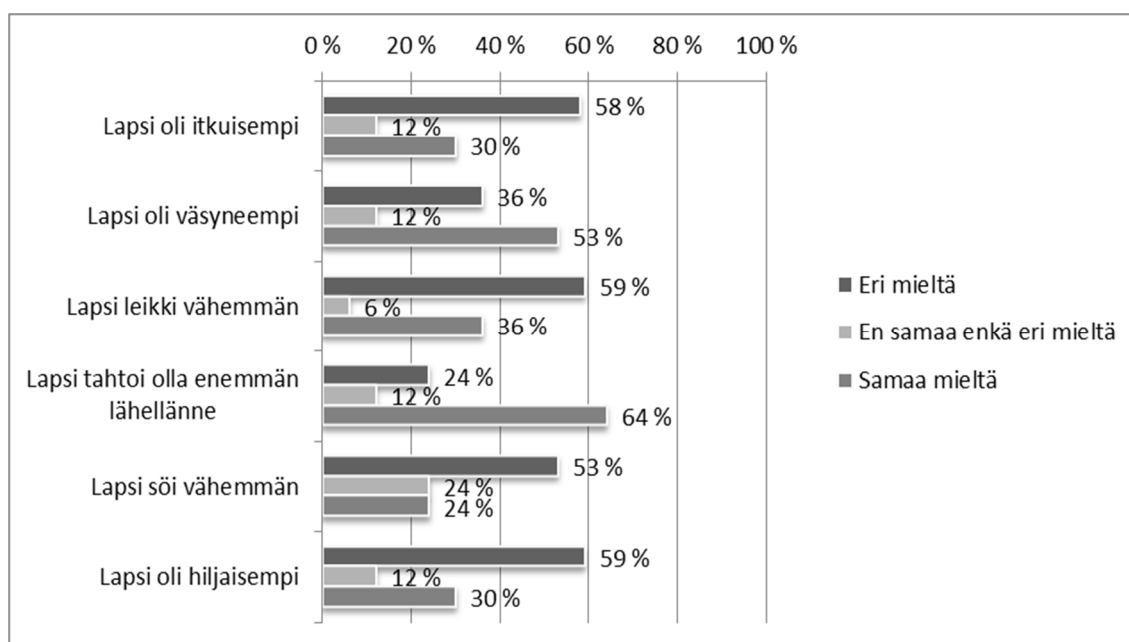
kylmän ruoan syönnin, mikä oli auttanut nielun kipuun. Kukaan vanhemmista ei ollut käyttänyt rauhallisen hengityksen opettamista tai ohjattua mielikuvittelua lapsensa kivunlievitykseen.



KUVIO 3. Vanhempien lapsilleen käyttämät lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät suhteutettuna lapsen sukupuoleen (n=17)

Lasten käyttäytymismuutoksia koskevissa mielipiteissä vanhemmista 64 prosenttia oli sitä mieltä, että lapsi tahtoi olla enemmän vanhemman lähellä. Vanhemmista 53 prosenttia oli sitä mieltä, että lapsi oli väsyneempi. Vanhemmista yli puolet oli eri mieltä väittämistä, että lapsi oli hiljaisempi (59 %), lapsi leikki vähemmän (59 %), lapsi oli itkuisempi (58 %) sekä lapsi söi vähemmän (53 %). (Kuvio 4). Kuviossa vastaukset ”Täysin eri mieltä” ja ”Melko eri mieltä” on yhdistetty sekä vastaavasti vastaukset ”Täysin samaa mieltä” ja ”Melko samaa mieltä” selkeyden vuoksi. Koulutustason ”perusaste tai keskiaste” omaavat vanhemmat olivat vastanneet suhteellisesti useammin ”en samaa enkä eri mieltä” lapsen käyttäytymismuutoksia koskeviin mielipiteisiin verrattuna koulutustason ”korkeaste” omaaviin vanhempiin (Liite 4). Lasten käyttäytymismuutoksia koskevissa käsityksissä oli melko paljon hajontaa.

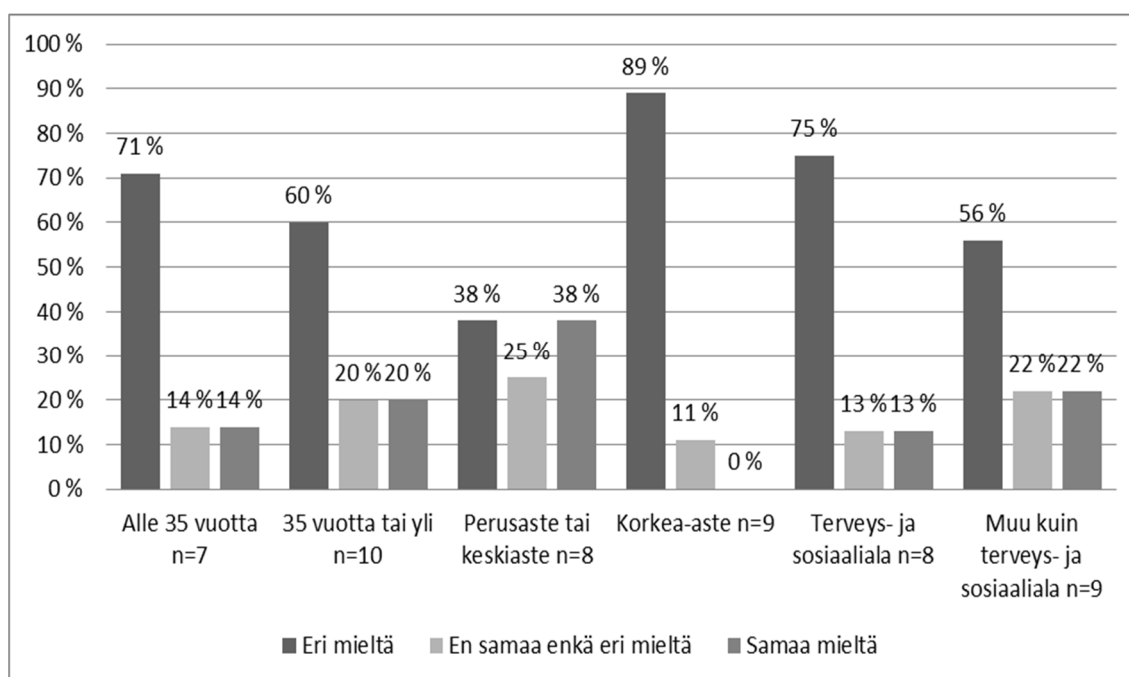




KUVIO 4. Lasten käyttäytymismuutokset vanhempien havaitsemina (n=17)

Avoimissa vastauksissa eräs vanhempi kertoi, että lapsen kivunhoito oli hoidettu hyvin sairaalassa eikä lapsi ollut kotiuduttuaan vaikuttanut kipuilevalta tai pyytänyt lääkettä. Toinen vanhempi kertoi, ettei lapsi kärsinyt missään hoidon vaiheessa kovista kivuista, ja kipu oli pysynyt hallinnassa peruskipulääkityksen sekä läsnäolon avulla. Avoimet vastaukset olivat samansuuntaisia kyselyn muiden vastausten kanssa.

Suuri osa vanhemmista oli sitä mieltä, että ohjaus oli hyödyllistä (88 %), ohjauksen avulla osattiin helpottaa lapsen kipua kotona (88 %) ja ohjaus sisälsi riittävästi tietoa lapsen kivun helpottamiseen kotona (82 %). (Liite 4). Vanhemmista 83 prosenttia oli sitä mieltä, että ohjaus sisälsi tietoa lääkkeiden käytöstä lapsen kivunlievitykseen. Vanhemmista 64 prosenttia oli eri mieltä väitteestä, että ohjaus sisälsi tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, joilla lapsen kipua voi helpottaa kotona. Mielenpiteet väittämästä olivat enimmäkseen kielteisen puolella iän, koulutustason sekä toimialan perusteella (Kuvio 5). Kuviossa vastaukset ”Täysin eri mieltä” ja ”Melko eri mieltä” on yhdistetty sekä vastaavasti vastaukset ”Täysin samaa mieltä” ja ”Melko samaa mieltä” selkeyden vuoksi. Vanhemmista yli puolet (59 %) oli eri mieltä väitteestä, että ohjaus sisälsi uutta tietoa lapsen kivun helpottamisesta. Näiden kahden väittämän kohdalla oli vastauksissa melko paljon hajontaa.



KUVIO 5. Vanhempien mielipiteet saamastaan lääkkeettömien kivunhoitomethodien ohjauksesta suhteutettuna vanhemman luokiteltuun ikään, koulutustason ja toimialaan (n=17)

Kaikkien vanhempien (100 %) mielestä ohjaus oli ollut ystävällistä. (Liite 4). Vanhemmista suurin osa (94 %) oli sitä mieltä, että ohjaus toteutettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Suuri osa vanhemmista (83 %) oli sitä mieltä, että ohjauksessa otettiin huomioon lapsen ikä ja kehitys. Vanhemmista suuri osa (82 %) oli samaa mieltä väitteestä, että ohjaustilanne oli rauhallinen. Vanhemmista 70 prosenttia oli samaa mieltä väitteestä, että ohjaukseen käytettiin riittävästi aikaa. Vastausten painopiste on selvästi myönteinen.

Vanhemmista (n=17) yksi oli ollut yhteydessä sairaalaan lapsensa kipuun liittyen kotiutuksen jälkeen. Yhteydenoton syynä oli vanhemman mukaan ”normaali tarkastus”. Suurin osa (94 %) vanhemmista ei ollut yhteydessä sairaalaan lapsen kipuun liittyen kotiutuksen jälkeen.

Avoimissa vastauksissa eräs vanhempi kertoi ohjauksen olleen hyvää ja asiallista. Eräs vanhempi kehui sairaalan palvelua. Kaksi vanhempaa kertoivat, etteivät oman ammattinsa (terveys- ja sosiaali-ala) puolesta juuri tarvinnut kivun-

hoidon ohjausta. Tämän vuoksi ohjaus oli toteutettu lyhyesti vanhemman ammatti huomioiden. Toinen kyseisistä vanhemmista kertoi, että ohjaus oli toteutettu niin, ettei lapsi ollut paikalla. Toinen puolestaan uskoi, että ohjausta olisi saanut enemmän tarvittaessa. Eräs vanhempi kertoi, ettei kivun lääkkeettömästä hoidosta ollut puhuttu. Kyseinen vanhempi arveli, ettei se kuulunut siinä tilanteessa hoitoprotokollaan. Avoimet vastaukset olivat samansuuntaisia kyselyn muiden vastausten kanssa.

## 6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

### 6.1 Tulosten pohdinta

Suurin osa vanhemmista oli antanut lapselleen kipulääkettä osastolta kotiutuksen jälkeen. Vanhemmat olivat myös huomioineet lääkkeen kipua lievittävän vaikutuksen. Kankkunen (2003b, 274) havaitsi tutkimuksessaan, että mitä asianmukaisempia vanhempien käsitykset lasten kipulääkkeistä olivat, sitä enemmän he antoivat kipulääkettä lapselleen leikkaushoidon jälkeen.

Vanhemmat käyttivät useita lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä lastensa kivun lievitykseen. Yleisimmät vanhempien käyttämät lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät lastensa kivunhoidossa olivat emotionaaliset menetelmät läheisyys ja yhdessäolo sekä sylissä pitäminen ja lohduttaminen. Lisäksi kognitiivis-behavioraalista menetelmistä lapsen kehuminen ja rohkaiseminen sekä huomion suuntaaminen pois kivusta olivat usein käytettyjä menetelmiä. Lapsen sukupuoli on havaittu olevan merkitystä siihen, miten hyvin lapsen kipua lievitetään. Poikien kipua on lievitetty tyttöjä vähemmän. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Nikkonen 2009, 130.) Tämän kyselyn tulosten perusteella sekä tyttöjen että poikien kipua lievitettiin kipulääkkeen avulla kuin myös erilaisten lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien avulla (Liite 4). Kankkunen (2003b, 273) mukaan vanhemmat pyrkivät käyttämään sekä kipulääkkeitä että lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä lastensa kivun hoidossa, jos lapsella on kovaa kipua.

Tämän kyselyn mukaan vanhemmat eivät kotona käyttäneet lainkaan kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä rauhallisen hengityksen opettamista tai ohjattua mielikuvittelua lapsensa kivunlievitykseen. Terveys- ja sosiaalialan ammattissa toimivat vanhemmatkaan eivät olleet käyttäneet näitä menetelmiä. Vanhempien ohjaukseen monipuolisten lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöstä tulisi kiinnittää huomiota kyselyn tulosten perusteella.

Vanhemmat olivat tunnistaneeet lapsessaan kivun tunnetta ilmaisevia käyttäytymismuutoksia. Kankkusen (2003a, 73) tutkimuksessa lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö selitti lapsissa havaittuja käyttäytymismuutoksia. Tässä kyselyssä eniten oli havaittu lapsen halua olla enemmän vanhemman lähellä sekä lapsen olevan väsyneempi. Yli puolet vanhemmista oli sitä mieltä, ettei lapsi ollut tavallista hiljaisempi, leikkinyt tavallista vähemmän, ollut tavallista itkuisempi tai syönyt tavallista vähemmän. Kankkusen (2003b, 273) tutkimuksessa lasten kipukäyttäytymistä olivat havainneet eniten korkeimmin koulutetut vanhemmat. Tämän kyselyn mukaan kivun tunnistaminen lapsen käyttäytymismuutosten perusteella ei ollut aina selvää perusasteen tai keskiasteen koulutustason omaaville vanhemmille. Jaakola ym. (2013, 203) mukaan vanhemmat eivät mielestään saaneet riittävästi ohjausta siitä, miten tunnistaa kivun merkkejä lapsessa. Lapsen kivun tunnistamiseen tulisi vanhempien ohjauksessa kiinnittää huomiota kyselyn tulosten perusteella.

Vanhempien saama kivunhoidon ohjaus koettiin hyödylliseksi ja riittäväksi. Ohjauksen avulla vanhemmat osasivat helpottaa lapsen kipua kotona. Vanhemmat eivät kuitenkaan kokenee saaneensa uutta tietoa. Kyselyn mukaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ei juuri ollut ohjattu. Avoimien vastausten mukaan terveys- ja sosiaalialan ammattissa toimivat eivät olleet saaneet ohjausta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä oman ammattialansa vuoksi. Vanhemmilla tulisi olla oikeus laadukkaaseen ohjaukseen ammattialastaan riippumatta. Suurin osa vanhemmista, myös terveys- ja sosiaalialan toimialalta, oli saanut ohjausta lääkkeiden käytöstä kivun lievitykseen (Liite 4). Jaakola ym. (2013) mukaan vanhemmat saivat vähemmän ohjausta niistä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, jotka eivät kuuluneet osaston päivittäiseen toimintaan. Vanhemmista lähes puolet piti kivunhoidon ohjausta riittämättömänä. (Jaakola ym. 2013, 203.) Tämän kyselyn mukaan vanhempia on ohjattu lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytössä vain vähän. Kotiutustilanteessa annetun ohjauksen sisältöön tulisi kiinnittää huomiota kyselyn tulosten perusteella.

Vuorovaikutuksen osalta ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Kaikki vanhemmat olivat kokeneeet ohjauksen ystävällisenä. Ohjaus oli toteutettu sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjauksessa otettiin huomioon lapsen ikä ja kehitys. Ohjaustilanne

koettiin rauhalliseksi ja ohjaukseen käytettiin riittävästi aikaa. Erään voimavara-keskeisen ohjauksen mittarilla tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajien parasta osaamisaluetta neuvontakeskustelussa on tunnetyö. Hoitajat onnistuvat luomaan keskusteluilmapiiiriin positiivisuutta. (Vänskä ym. 2011, 132.)

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys sekä jatkotutkimushaasteet

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia tutkimusetiikan näkökulmasta on muun muassa, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyön eri vaiheissa olen noudattanut tutkimuseettisesti kestäviä toimintatapoja. Kyselyn valmistelun ja toteuttamisen olen tehnyt opinnäytetyön suunnitelman mukaisesti. Muutoksista sovin erikseen yhteistyötahon sekä ohjaavien opettajien kanssa. Vanhemmille suunnatussa saatekirjeessä korostettiin vastausten nimettömyyttä ja luottamuksellisuutta sekä yhteystietojen käyttöä vain tätä opinnäytetyötä varten. Vanhempien yhteystietolomakkeet sekä muu kyselyn aineisto on säilytetty ja hävitetty asianmukaisesti.

Opinnäytetyön tekijänä en missään vaiheessa tavannut henkilökohtaisesti ketään tutkimusjoukkoon kuuluvista vanhemmista. Opinnäytetyön tekijällä ei ole tietoa siitä, kuinka moni vanhempi on kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen, tai kuinka monelle vanhemmalle on jäänyt kysely esittelemättä. Osaston hoitohenkilökunta ei tiennyt, ketkä yhteystietonsa antaneista vanhemmista vastasivat kyselyyn.

Isien pienen vastaajamäärän (n=4) vuoksi ei vanhemman sukupuoleen perustuvia vertailuja tehty kyselyn minkään vastausten osalta. Myöskään vertailua lasten iän perusteella ei tehty varhaisessa leikki-iässä (1–3 vuotta) olevien lasten pienen määrän (n=3) vuoksi. Tällä suojattiin vastaajien anonymiteettia.

Osaan kysymyksistä vastaukset annettiin Likertin asteikon mukaisesti (1–5), missä numeroa 3 vastasi mielipide ”En samaa enkä eri mieltä”. Kyseisen vas-

tausvaihtoehdon antaminen oli perusteltua, koska asteikollisiin kysymyksiin oli pakotettu vastaaminen. Tällä haluttiin varmistaa, että jokaiseen väittämään saadaan vastaus.

Avoimet kysymykset toivat opinnäytetyöhön kvalitatiivista tutkimusotetta. Strukturoidun lomakkeen tutkimuksellinen heikkous on se, että kysymykset ja valmiit vastausvaihtoehdot rajaavat ilmiöitä. Avokysymyksillä pyritään saamaan vastaajien omia näkemyksiä esiin. (Juholin 2009, 359.) Avokysymyksillä pyrittiin saamaan lisää tietoa ja kenties uusia keinoja vanhempien käyttämistä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Vanhemmilta saadut omakohtaiset kokemukset ovat arvokasta tietoa, mitä ei tässä kyselyssä saatu kerättyä esitettyä enempää.

Ennen kuin otoksesta saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa, on varmistuttava, että sattuman todennäköisyys muuttujien väliseen riippuvuuteen tai ryhmien väliseen eroon on tarpeeksi pieni (Heikkilä 2014, 181). Tätä opinnäytetyötä koskevan kyselyn tulokset perustuvat pienelle otantalalle ( $n=17$ ). Tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko perusjoukkoa.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231). Mittauksen reliabiliteetti on suuri, jos eri mittauskerroilla saadaan samanlaisia tuloksia käytettäessä samaa tai samantapaista aineistoa (Holopainen & Pulkkinen 2008, 17). Tässä opinnäytetyössä esitetyt tulokset koskevat ainoastaan tätä kyselyä eivätkä ole yleistettävissä laajempaan tutkimusjoukkoon.

Mittaamisen validiteetti ilmaisee, missä määrin on kyetty mittaamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata. Ideaalilanteessa muuttuja mittaa täsmälleen sitä, mitä haluttiin mitata. Mittauksessa voi esiintyä validiteettia heikentäviä systemaattisia virhetilanteita. Virhetilanne voi olla esimerkiksi, kun muuttujan ala ja käsitteet eivät täysin kohtaa, tai kun muuttujan ala on rajoittuneempi tai laajempi kuin käsitteen ala. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 16–17.)

Kysymykseen siitä miten pitkään lapsi sai kipulääkettä kotiuduttuaan (k8), oli kaksi (n=2) vanhempaa vastannut, ettei lapsi saanut kipulääkettä sairaalasta kotiutuksen jälkeen. Kysymykseen siitä, auttoiko kipulääke kipuun (k9), oli 16 (n=16) vanhempaa vastannut. Kyselyyn vastanneiden kokonaismäärä (n=17) huomioiden, yksi vanhempi ilmoitti kipulääkkeen auttaneen vaikka lapsi ei ollut saanut kipulääkettä kotiutuksen jälkeen. Virheellisen vastaamisen mahdollisuus olisi voitu estää niin sanotun hyppykysymyksen luomisella kyselyyn, missä annettu vastaus siirtää vastaajan automaattisesti tiettyjen kysymysten ohi vastauksesta riippuen.

Yhdessä vastauslomakkeessa lapsen iäksi oli ilmoitettu seitsemän vuotta. Opinnäytetyön kohteena olivat 1–6-vuotiaat lapset ja heidän vanhempansa. Seitsemänvuotias on hyvin lähellä kyseistä ikäryhmää, joten lomake otettiin kokonaisuudessaan mukaan tulosten analysoinnissa. Lapsen ikä käsiteltiin luokitellusti kuten kuusivuotiaat. Pienehkö vastausprosentti (53 %) sekä vastausten määrä (n=17) vaikuttivat myös siihen, että kaikki vastaukset otettiin huomioon tulosten analysoinnissa.

Vastaamattomuuden tai tavoitettavuuden eli kadon vuoksi lopullinen otoskoko poikkeaa tavoitteesta. Tällöin lopullisesta otoksesta saattaa jopa karsiutua pois tai olla aliedustettuna jokin osajoukko. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 41). Kyselyyn vastanneista lähes puolet (47 %) työskenteli terveys- ja sosiaalialalla ja heitä on saattanut kyselyyn vastaaminen kiinnostaa juuri oman ammattialan kautta.

Kyselyn jälkeen ohjausta koskevat kysymykset jaoteltiin vielä ohjauksen sisältöä ja ohjauksen vuorovaikutusta koskeviin kysymyksiin. Kyselyn tulosten kokonaisuus huomioiden edellä esitetyillä virhetilanteilla ja päätöksillä ei ole ollut suurta merkitystä johtopäätösten luotettavuuteen. Opinnäytetyö on lähetetty yhteistyötaholle ylihoitajalle kommentoitavaksi tulosten analysointivaiheessa. Valmis opinnäytetyö toimitetaan sähköisessä muodossa TYKS Lastenlinikalle. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.



Kyselyn tulosten avulla saatiin vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Jatkotutkimuksella voitaisiin selvittää, mitä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä hoitohenkilökunta käyttää työssään, ja onko sillä vaikutusta kivunhoidon ohjauksen sisältöön. Alle 1-vuotiaiden lasten vanhemmille annettua kivunhoidon ohjausta voitaisiin tarkastella omana tutkimuksenaan. Sosiaalisen median hyödyntämistä kivunhoidon ohjauksessa sekä ohjausvideoiden saatavuutta voitaisiin myös tarkastella.

### 6.3 Ammatillinen kasvu

Lasten kivunhoidossa korostuu perhehoitotyön merkitys. Pohdittavaksi jäi, miten omassa lapsuudessaan kivusta traumatisoitunut vanhempi kykenee kohtaamaan ja tunnistamaan oman lapsensa kivun. Vanhemmalla saattaa olla lisääntynyt tarve ohjaukseen. Pohdittavaksi jäi myös kulttuuristen tekijöiden vaikutus lasten kivunhoitoon. Sairaanhoidajien tulisi olla tietoisia lasten kipuun vaikuttavista kulttuurisista tekijöistä (Kankkunen ym. 2009, 126)

Sairaanhoidaja toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja käyttää hoitoa koskevassa päätöksenteossa tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta parasta, saatavilla olevaa ajantasaista tietoa (Opetusministeriö 2006, 65). Tutkimuksia ja artikkeleita lukiessani sain lisätietoa erilaisista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, mitä voin hyödyntää tulevana sairaanhoidajana hoitotyössä. Näyttöön perustuvaa uutta tietoa etsiessä tulee muistaa lähdekriittisyys sekä puolueettomuus tiedonhakijana.

Sairaanhoidajan tulee jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan. Ammattikuntana sairaanhoidajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä ja tieteellisyyden edistämisestä. (Sairaanhoidajaliitto 2014.) Opinnäytetyön kautta oli tavoitteena harjaantua tutkimusprosessin tekemisessä. Opinnäytetyön tekeminen yksilötyönä toi varmuutta hallita kokonaisvaltaisesti prosessia, mitä voi hyödyntää myöhemmin esimerkiksi mahdollisten jatko-opintojen yhteydessä.

## LÄHTEET

- Eloranta, Sini; Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1), 63–73. Viitattu 19.2.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, ProQuest-aineisto.
- Flinkman, Tiina & Salanterä, Sanna 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16 (3), 121–131.
- Hamunen, Katri 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 442–453.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. painos. Helsinki: WSOY.
- Hoitosuositus 2016. Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 4.9.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/HOITOSUOSITUS\\_Leikki\\_ik%C3%A4isen\\_emotionaalinen\\_tuki.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOITOSUOSITUS_Leikki_ik%C3%A4isen_emotionaalinen_tuki.pdf).
- International Association for the Study of Pain 2012. IASP Taxonomy. Viitattu 4.9.2016. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>.
- Jaakola, Heidi; Tiri, Mervi; Kääriäinen, Maria & Pölkki, Tarja 2013. Vanhempien osallistuminen lapsensa kivunhoitoon sairaalassa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 25 (3), 194–208. Viitattu 19.2.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, ProQuest-aineisto.
- Jauhiainen, Annikki 2010. Teknologia asiakaslähtöisyyden tukena potilasohjauksessa. Teoksessa Annikki Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 41–48.
- Juholin, Elisa 2009. *Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Inforviestintä.

- Kankkunen, Päivi; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Pietilä, Anna-Maija & Nikkonen, Merja 2009. Cultural Factors Influencing Children's Pain. *International Journal of Caring Sciences*. 2 (3), 126–134.
- Kankkunen, Päivi 2003a. Parents' Perceptions and Alleviation of Children's Postoperative Pain at Home after Day Surgery. *Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet*, no 100. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Kankkunen, Päivi 2003b. 1–6-vuotiaiden lasten leikkauskipu kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. *Finnanest* 36 (3), 268–276.
- Kokki, Hannu 2015. Lasten akuutin, kovan kivun lääkehoito. *Sic!* 5 (4), 22–23.
- Kokki, Hannu 2012. Lapsen kipukokemus pyritään estämään. *Sic!* 2 (4), 9–11.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen, Maria 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Annikki Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 26–32.
- Lahtinen, Minna; Rantanen, Anja; Heino-Tolonen, Tarja & Joronen, Katja 2015. Lääkkeetön kivunlievitys ja sen kirjaaminen lasten sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 27 (4), 324–337. Viitattu 19.2.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, ProQuest-aineisto.
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2010. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja 2012. *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Mönkkönen, Kaarina 2010. Dialogisuus potilasohjauksessa. Teoksessa Annikki Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 33–40.
- Opetusministeriö 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot*. Viitattu 8.10.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

- Pölkki, Tarja; Pietilä, Anna-Maija; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Laukkala, Helena & Kiviluoma, Kai 2007. Interventiotutkimus: mielikuvien käyttö ja rentoutuminen lapsipotilaiden postoperatiivisen kivun lievityksessä. *Hoitotiede* 19 (2), 102–112.
- Pölkki, Tarja 2006. Musiikin käyttö interventiona lasten kivunlievityksessä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 4 (4), 4–10.
- Pölkki, Tarja 2003. Postoperative pain management in hospitalized children - focus on nonpharmacological pain relieving methods from the viewpoint of nurses, parents and children. *Finnanest* 36 (1), 56–57.
- Pölkki, Tarja 2002. Postoperative pain management in hospitalized children - focus on nonpharmacological pain relieving methods from the viewpoint of nurses, parents and children. *Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet*, no 94. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Sairaanhoidajaliitto 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. Viitattu 8.10.2016. <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Storvik-Sydänmaa, Stiina; Talvensaari, Helena; Kaisvuori, Terhi & Uotila, Niina 2013. *Lapsen ja nuoren hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Suomen NOBAB – NOBAB i Finland r.y. 2009. Lasten ja nuorten oikeudet sairaalassa. Viitattu 4.10.2016. <http://www.nobab.fi/julkaisut.html>.
- Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. *Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet* 156. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 4.9.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016. Potilashoidon vuosikertomus 2015. Lasten ja nuorten klinikka. Viitattu 23.8.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoidopiiri/media-tiedotteet- viestinta/julkaisut/Documents/lapset-ja-nuoret-phvk-2015.pdf>.

- Viheriälä, Liisa 2009a. Lapsen kipu lastenpsykiatrin näkökulmasta. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 464–468.
- Viheriälä, Liisa 2009b. Lapsen kipu lastenpsykiatrin näkökulmasta. Sairaalahoido ja toimenpiteet. Duodecim Oppikirjat i.a.. Viitattu 1.10.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti-aineisto.
- Vincent, Catherine; Chiappetta, Maria; Beach, Abigail; Kiolbasa, Carolyn; Latta, Kelsey; Maloney, Rebekah & Van Roeyen, Linda Sue 2012. Parents' management of children's pain at home after surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 17 (2), 108–120. Viitattu 20.2.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO-aineisto.
- Vänskä, Kirsti; Laitinen-Väänänen, Sirpa; Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

## LIITTEET

LIITE 1: Saatekirje vanhemmille

LIITE 2: Suostumuslomake

LIITE 3: Webropol-kyselylomake

LIITE 4: Taulukoita ja kuvia

## LIITE 1: SAATEKIRJE VANHEMMILLE

Arvoisa vanhempi / huoltaja,

TYKS Lasten ja nuorten kirurgisella vuodeosastolla tehdään tutkimusta vanhempien kokemuksista heidän saamastaan lasten kivunhoidon ohjauksesta kotiutuksen yhteydessä. Tutkimukseen pyydetään osallistumaan 1–6-vuotiaiden lasten vanhempia / huoltajia. Vanhemmilta saatava palaute on tärkeää, jotta kivunhoidon ohjausta voidaan entisestään parantaa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumaan pääsee vastamalla sähköiseen kyselyyn. Teiltä pyydetään lupa kyselylinkin lähettämiseen sähköpostiosoitteeseen erillisellä lomakkeella. Yhteystietojenne antaminen ei millään tavoin sido Teitä vastaamaan kyselyyn. Antamanne yhteystiedot säilytetään tutkimuksen ajan, minkä jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Yhteystietoja ei käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen kuin tämän kyselyn tekemiseen.

Antamanne vastaukset käsitellään nimettömästi ja luottamuksellisesti niin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tuloksista tunnistaa. Tutkimusaineistoa analysoidaan tilastollisin menetelmin, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Vapaamuotoiset tekstit analysoidaan samoin anonyymisti.

Osastolla toteutettava tutkimus on osa opinnäytetyötäni. Opiskelen Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingin toimipisteessä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Valmis opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Kiitos yhteistyöstä!

Opinnäytetyön suorittajan yhteystiedot:  
Anne Lönnbäck, sairaanhoitajaopiskelija  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

██  
██

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot:  
██  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

██  
██

## LIITE 2: SUOSTUMUSLOMAKE

Annan suostumukseni siihen, että minulle lähetetään kyselylinkki sähköposti-osoitteeseeni. Kyselylinkki liittyy TYKS Lasten ja nuorten kirurgisella vuodeosastolla toteutettavaan tutkimukseen kivunhoidon ohjauksesta osana opinnäytetyötä.

Olen vastaanottanut tutkimukseen liittyvän saatekirjeen. Yhteystietojeni luovuttaminen ei velvoita minua vastaamaan kyselyyn.

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys:

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Kiitos yhteistyöstä!

Opinnäytetyön suorittajan yhteystiedot:  
Anne Lönnbäck, sairaanhoitajaopiskelija  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot:  
\_\_\_\_\_  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## LIITE 3: WEBROPOL-KYSELYLOMAKE

1. Onko lapsenne
  - a) poika
  - b) tyttö
2. Lapsenne ikä \_\_\_\_\_ vuotta
3. Lapsenne sairaalahoidon syy
  - a) päiväkirurginen leikkaus
  - b) päivystyksellinen leikkaus
  - c) muu, mikä? \_\_\_\_\_
4. Oletteko
  - a) mies
  - b) nainen
5. Ikänne \_\_\_\_\_ vuotta
6. Ylin koulutustasonne
  - a) peruskoulu, keskikoulu tai kansakoulu
  - b) ammattikoulu tai lukio
  - c) ammatillinen opistotutkinto
  - d) ammattikorkeakoulu
  - e) yliopisto
  - f) muu, mikä? \_\_\_\_\_
7. Toimialanne
  - a) terveys- ja sosiaali-ala
  - b) teollisuus tai rakentaminen
  - c) kaupan ja hallinnon ala tai rahoitusala
  - d) maa- ja metsätalouden ala tai kalastus
  - e) majoitus- ja ravitsemisala
  - f) koulutus
  - g) muu, mikä? \_\_\_\_\_
8. Sairaalahoitoa jälkeen, lapsi sai kipulääkettä kotona
  - a) kotiutuspäivänä
  - b) kotiutuspäivänä ja seuraavana päivänä
  - c) kotiutuspäivänä ja useampina seuraavina päivinä
  - d) lapsi ei saanut kipulääkettä sairaalasta kotiutuksen jälkeen
9. Lapselle annettu kipulääke auttoi kipuun
  - a) kyllä
  - b) ei
10. Millä seuraavista lääkkeettömistä keinoista pyritte helpottamaan lapsenne kipua kotona? *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*
  - a) kehumalla ja rohkaisemalla lasta
  - b) kylmä- ja lämpöpakkausten käytöllä
  - c) läheisyydellä ja yhdessä olemisellä
  - d) tarjoamalla lapselle herkkuja
  - e) rauhallisen hengityksen opettamisella
  - f) ohjatun mielikuvittelun avulla
  - g) sylissä pitämällä ja lohduttamalla
  - h) rauhoittamalla lapsen ympäristöä
  - i) suuntaamalla huomion pois kivusta esimerkiksi musiikin tai askartelun avulla
  - j) muu, mikä? \_\_\_\_\_

*Seuraavista väittämistä pyydetään valitsemaan vaihtoehto, joka lähimmin vastaa omaa mielipidettä.*

#### Asteikko

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Melko eri mieltä
- 3 = En samaa enkä eri mieltä
- 4 = Melko samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä

#### Sairaalasta kotiutuksen jälkeen

- 11. Lapsi oli itkuisempi.
- 12. Lapsi oli väsyneempi.
- 13. Lapsi leikki vähemmän.
- 14. Lapsi tahtoi olla enemmän lähellänne.
- 15. Lapsi söi vähemmän.
- 16. Lapsi oli hiljaisempi.

#### Millaista oli sairaalassa annettu ohjaus lapsen kivunhoidosta kotona?

- 17. Ohjaus oli hyödyllistä.
- 18. Ohjaus sisälsi riittävästi tietoa lapsen kivun helpottamiseen kotona.
- 19. Ohjaus toteutettiin sekä suullisesti että kirjallisesti.
- 20. Ohjaus oli ystävällistä.
- 21. Ohjauksessa otettiin huomioon lapseni ikä ja kehitys.
- 22. Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa lapsen kivun helpottamisesta.
- 23. Ohjaus sisälsi tietoa lääkkeiden käytöstä lapsen kivun lievitykseen.
- 24. Ohjaus sisälsi tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, joilla lapsen kipua voi helpottaa kotona.
- 25. Ohjauksen avulla osasimme helpottaa lapsen kipua kotona.
- 26. Ohjaustilanne oli rauhallinen.
- 27. Ohjaukseen käytettiin riittävästi aikaa.
- 28. Olitteko yhteydessä sairaalaan lapsen kipuun liittyen kotiutuksen jälkeen?

a) kyllä

Yhteydenoton syy: \_\_\_\_\_

b) ei

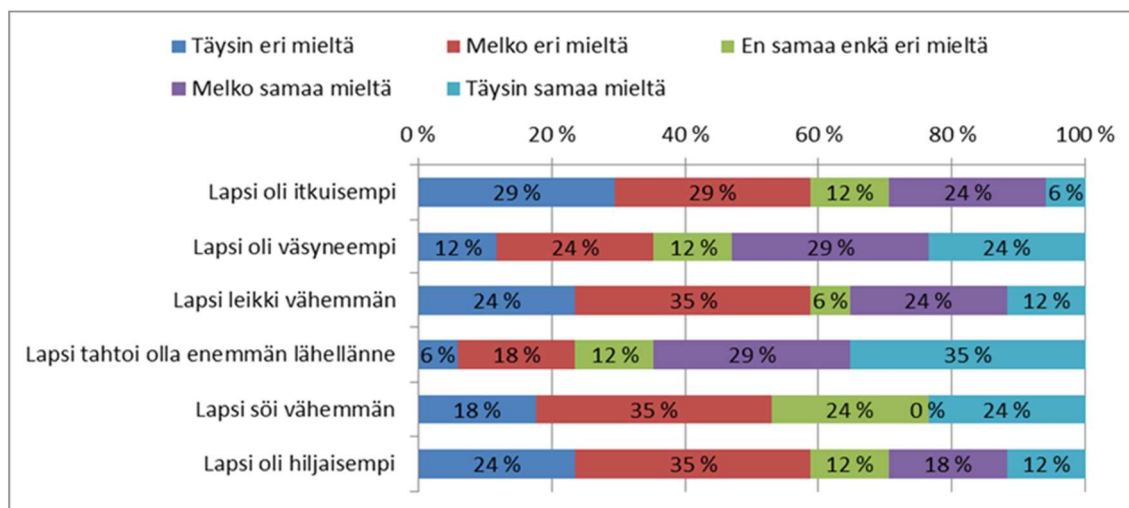
- 29. Lopuksi Teillä on mahdollisuus antaa avointa palautetta saamastanne kivunhoidon ohjauksesta. Voitte myös kertoa omista hyväksi kokemistanne lapsen lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista. Kiitos vastauksestanne!

## LIITE 4: TAULUKOITA JA KUVIOITA

**KIVUN LIEVITTÄMINEN**

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät (n=17)

Lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä	n	%	Poika n=10	Tyttö n=7
Läheisyydellä ja yhdessä olemisellä	14	82	90 %	71 %
Kehumalla ja rohkaisemalla lasta	12	71	70 %	71 %
Sylissä pitämällä ja lohduttamalla	12	71	70 %	71 %
Suuntaamalla huomion pois kivusta esimerkiksi musiikin tai askartelun avulla	11	65	50 %	86 %
Rauhoittamalla lapsen ympäristöä	7	41	30 %	57 %
Tarjoamalla lapselle herkkuja	4	24	20 %	29 %
Kylmä- ja lämpöpakkausten käytöllä	1	6	10 %	0 %
Muu menetelmä	1	6	10 %	0 %
Rauhallisen hengityksen opettamisella	0	0	0 %	0 %
Ohjatun mielikuvittelun avulla	0	0	0 %	0 %

**KIVUN TUNNISTAMINEN**

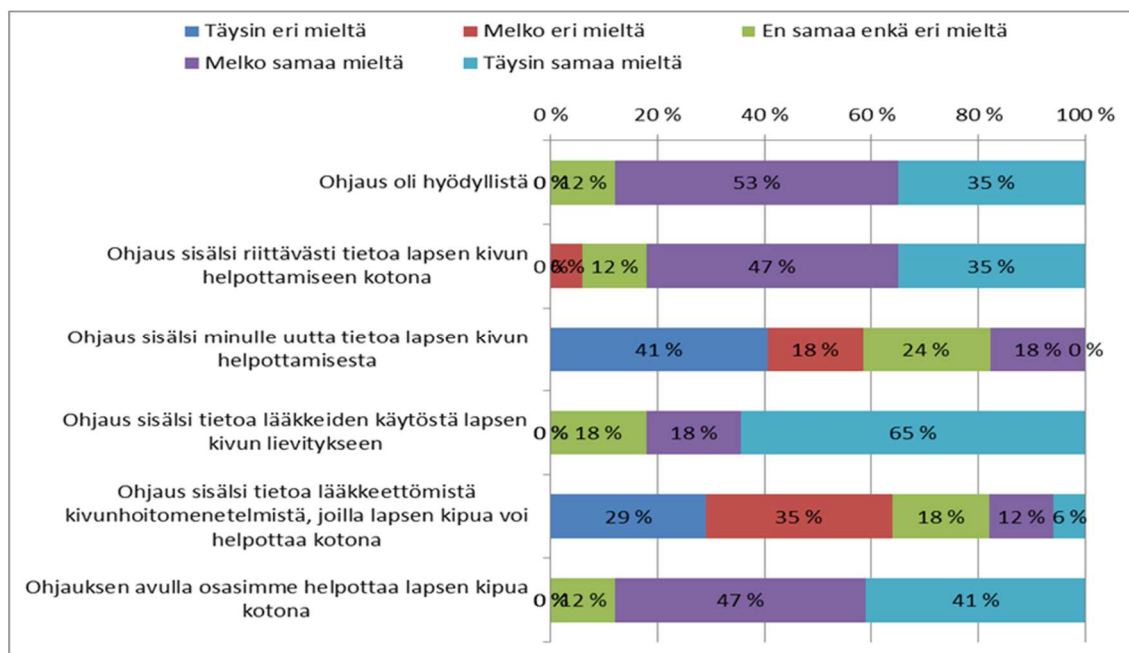
Lapsen käyttäytymismuutos (n=17)

## Lapsen käyttäytymismuutos (perusaste tai keskiaste, korkea-aste) (n=17)

Perusaste tai keskiaste	n=8		
Lapsen käyttäytymismuutos	Eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Samaa mieltä
Lapsi oli itkuisempi	63 %	25 %	13 %
Lapsi oli väsyneempi	25 %	25 %	50 %
Lapsi leikki vähemmän	38 %	13 %	50 %
Lapsi tahtoi olla enemmän lähellänne	13 %	13 %	75 %
Lapsi söi vähemmän	50 %	25 %	25 %
Lapsi oli hiljaisempi	50 %	25 %	25 %

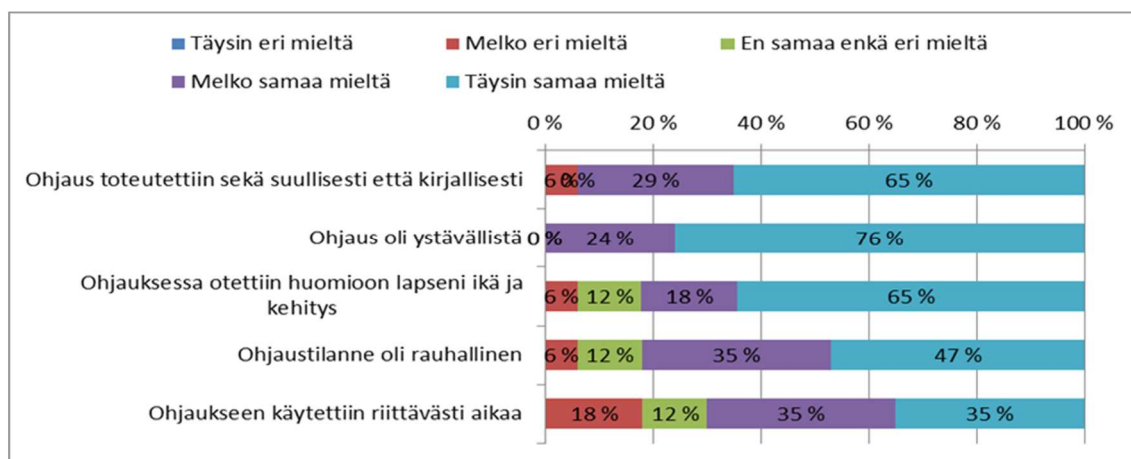
Korkea-aste	n=9		
Lapsen käyttäytymismuutos	Eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Samaa mieltä
Lapsi oli itkuisempi	56 %	0 %	44 %
Lapsi oli väsyneempi	44 %	0 %	56 %
Lapsi leikki vähemmän	78 %	0 %	22 %
Lapsi tahtoi olla enemmän lähellänne	33 %	11 %	56 %
Lapsi söi vähemmän	56 %	22 %	22 %
Lapsi oli hiljaisempi	67 %	0 %	33 %

## OHJAUKSEN SISÄLTÖ



Ohjauksen sisältö (n=17)

## OHJAUKSEN VUOROVAIKUTUS



Ohjauksen vuorovaikutus (n=17)