
**”KUN LAPSET ON HYVIN VALMISTELTU, NE ON
HUOMATTAVASTI KIVUTTOMAMPIA JA KAIKKI
MENE PAREMMIN”**

Sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssan yksikkö, työn hyväksymispäivä

Tuomas Hujala



Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi ”Kun lapset on hyvin valmisteltu, ne on huomattavasti kivuttomampia ja kaikki menee paremmin” -sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä

Tekijä Tuomas Hujala

Ohjaava opettaja Päivi Homan-Helenius

Hyväksytty 18.11.2010

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Tuomas Hujala	Vuosi 2010
Työn nimi	”Kun lapset on hyvin valmisteltu, ne on huomattavasti kivuttomampia ja kaikki menee paremmin” -sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä kirurgisella osastolla. Opinnäytetyössä selvitettiin kokemuksia lasten kivun arvioinnista ja millä eri hoitotyön interventioilla olemassa olevaa kipua hoidettiin. Sairaanhoitajat myös kuvasivat kivunhoitotyön kehittämishaasteita omalla osastollaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lasten kivunhoitotyön kehittämiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin erään yliopistosairaalan lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 6 sairaanhoitajaa. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluiden avulla, jotka nauhoitettiin. Tutkimusaineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin tuloksena syntyi kuvaus sairaanhoitajien kokemuksista lasten kivunhoitotyössä.

Opinnäytetyön keskeisiksi tuloksiksi muodostuivat lasten kivun arviointi ja hoitaminen. Kivun tunnistamiseen oli monia menetelmiä aina läheisten arviosta fysiologisten suureiden muutosten tunnistamiseen. Arvioinnissa kivun tunnistamisen lisäksi kivun voimakkuuden ja sijainnin selvittämistä pidettiin tärkeänä, jotta tiedettiin, kuinka kipua lähdetään hoitamaan. Kivun hoitamisessa lievissä kiputapauksissa yritettiin ensi turvautua lääkkeettömään kivunlievitykseen, mutta kovempaa kipua ilmetessä turvauduttiin farmakologiseen kivunhoitoon. Kivunhoidon kehittämisessä nousi keskeisesti esiin hoidon jatkuvuus, kirjaaminen, valmistaminen ja henkilöstötarpeet.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön kivunhoitotyössä ja sen kehittämisessä. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöönoton lisääminen voisi vähentää käytettävien kipulääkkeiden määrää. Lasten valmistamisella toimenpiteisiin koettiin olevan suuri osuus kivun ja siihen liittyvän pelon lievityksessä, joten huolelliseen valmistamiseen tulisi kiinnittää riittävästi huomiota lasten kivunhoitotyössä.

Avainsanat Kivunhoitotyö, lapset, kipu, sairaanhoitaja
Sivut 29 s, + liitteet 3 s.

Forssa
Degree programme in nursing
Nursing

Author	Tuomas Hujala	Year 2010
Subject of Bachelor's thesis	The Better Prepared, the Less Pain and Everything Goes Well – Nurses' Experiences of Under-School-Age Children's Pain Management Nursing	

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of pain management nursing with under-school-age children. This study looked into nurses' thoughts about children's pain assessment and pain management. Nurses also described development challenges of pain management in their ward. The aim of this study was to obtain new knowledge to develop pain management nursing with children.

Research data were collected from six nurses. Research method was qualitative. Research data were collected using theme interviews at a hospital. Based on the analysis resulted in a description of nurses' experiences of pain managements nursing with children.

The main results of this study were children's pain assessment and pain management. There were plenty of ways to recognize pain starting from the assessment of family and friends to the recognition of changes of physiological quantities. Also important things were identifying the severity of the pain and locating the painful area of the body. In cases of mild pain, non-pharmacological pain management was tried first, but when a more severe pain occurred pharmacological pain management methods were used.

The results of this study can be utilized in clinical pain management nursing and its developing. Increasing the use of non-pharmacological pain management methods the use of pain killers could be decreased. The preparation for operations of pre-school children was experienced as a significant factor in pain management nursing. Thus it would be important to increase this kind of methods

Keywords pain management nursing, children, pain, nurse

Pages 29 p + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIVUN MÄÄRITTELYÄ	2
3	LASTEN KIVUN ERITYISPIIRTEITÄ	2
4	LASTEN KIVUN ARVIOINTIA	3
5	LASTEN KIVUNHOITOTYÖN INTERVENTIOITA	6
5.1	Farmakologisia kivunhoitomenetelmiä.....	6
5.2	Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä.....	7
6	OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	9
7	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	9
7.1	Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä	9
7.2	Aineistonkeruu	9
7.3	Aineiston analyysi	10
8	TULOKSET	11
8.1	Lasten kivun arviointi.....	11
8.1.1	Lasten kivun tunnistaminen.....	13
8.1.2	Kivun voimakkuuden arviointi.....	14
8.1.3	Kivun sijainnin selvittäminen.....	14
8.1.4	Kivunhoidon kirjaaminen.....	15
8.2	Lasten kivun hoitaminen	15
8.2.1	Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät.....	16
8.2.2	Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät.....	17
8.3	Lasten kivunhoitotyö.....	18
8.4	Kehittämisehdotuksia lasten kivunhoitotyöhön	19
9	POHDINTA.....	20
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	20
9.2	Opinnäytetyön eettisyys	22
9.3	Tulosten tarkastelu	23
9.4	Jatkotutkimusehdotukset	25
	LÄHTEET	26

Liite 1	Teemahaastattelurunko
Liite 2	Tiedote
Liite 3	Suostumuslomake

1 JOHDANTO

Lasten kipua ja kivun kautta ilmeneviä käyttäytymismuutoksia, kivun arviointia ja kipulääkkeiden farmakologiaa on tutkittu runsaasti viimeisen 20 vuoden aikana. Useista tutkimuksista huolimatta lasten kipua ei hoideta tarpeeksi. (Hiller, Meretoja, Korpela, Piiparinen & Taivainen 2006, 2636.)

Hoitamaton kipu herkistää lasta kokemaan kipua ja reagointi seuraavaan kipuun voi olla voimakkaampi, kuin se olisi, jos kipua hoidettaisiin (Kokki 2003, 103–23). Huonosti hoidettu kipu esimerkiksi leikkauksen jälkeen aiheuttaa myös sekundaarivaikutuksia, joiden myötä sairaalassaoloaika ja toipuminen pitenevät (Salonen 2002; Wiggins & Foster 2007). Tämä taas aiheuttaa yhteiskunnalle lisäkustannuksia (Roykulcharoen & Good 2004) ja lapselle ylimääräisiä kipukokemuksia.

Sairaanhoitajien asenteet lasten kivunhoitoon ovat pääsääntöisesti kivunhoitoa edistäviä. Sen sijaan kivun voimakkuuden arvioinnissa ja kivun kirjaamisessa on vielä todettu olevan puutteita. (Salanterä 1999.)

Ajatus opinnäytetyön tekemiseen heräsi aiheen ajankohtaisuuden ja sen yhteiskunnallisen merkityksen vuoksi. Aihe on tärkeä, koska pienten lasten voimakkaat kipukokemukset saattavat aiheuttaa myöhemmällä iällä muun muassa oppimishäiriöitä (Meretoja 2005).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivun hoitotyöstä lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lasten kivunhoitotyötä kehittämiseksi.

2 KIVUN MÄÄRITTELYÄ

Kivun merkitystä ihmiskunnan olemassaololle on pohdittu jo aikojen alusta asti ja kipua pidetään elossa säilymisen ehtona. Kivun aistiminen on kehon hätähuuto uhkaavasta kudosvauriosta ja tästä alkaa tapahtumaketju, jolla pyritään estämään kudosvaurion synty tai eteneminen. (Kalso 2002, 85.)

Kipua voidaan kuvata kokemuksena, jonka laatu ja voimakkuus määräytyvät yksilön aiemmista kipukokemuksista, siitä merkityksestä, jonka hän antaa kipua tuottavalle tapahtumalle, ja senhetkisestä ”mielentilastaan” (Melzack & Wall 1973). Kipukokemusta ei voida kyseenalaistaa kivun subjektiivisen luonteen vuoksi ja kun ihminen ilmaisee kipua, kyseessä on kipuongelma. Kipua viestitään käyttäytymisellä ja kivun kokemisen ilmaisu antaa objektiivisen käsityksen ihmisen kivusta. (Estlander 2003, 9.)

Kiputyypit voidaan jakaa nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivistä eli kudosvauriokipua syntyy, kun nosiseptorit reagoivat kudosvauriota aiheuttavaan ärsytykseen. Tavallisimmin tällaisia ovat erilaiset tulehdusreaktiot, iskeeminen kipu ja syöpäkasvaimen aiheuttama kipu, johon ei liity hermovauriota. Neuropaattisessa eli hermovauriokivussa kipu aiheutuu viallisesta hermojärjestelmästä. Kipua kuvataan epänormaaleina tuntemuksina, kuten pistelynä, polttavalla tunteella tai puutumisenä kipualueella. Kipulääkkeiden huono vaste on tyypillistä neuropaattiselle kivulle. Jotta kroonista kiputilaa ei syntyisi, kivunhoito akuuttivaiheessa ja leikkauksen jälkeen on ensisijaisen tärkeää. Kipu on idiopaattista silloin, kun potilaalla ei todeta kipua selittävää kudos- tai hermovauriota. Idiopaattisen kivun diagnoosi voi tuntua loukkaavalta, koska kipu kielletään ulkoapäin. Idiopaattinen on siis psykogeenistä, koska kivun kokeminen vaatii psyyken olemassaoloa. (Vainio 2002, 96–100.)

3 LASTEN KIVUN ERITYISPIIRTEITÄ

Lapsilla kipu johtuu tavallisimmin tapaturmasta tai toimenpiteestä ja on akuuttia kipua (Piiparinen & Rauhala 2004, 159). Aikuisten ja lasten kipuongelmat ja niiden hoito poikkeavat toisistaan. Pieni lapsi ei kykene vielä ymmärtämään esimerkiksi kipua tuottavan toimenpiteen merkitystä ja tästä syystä hyvin pienikin kipu voi kehittyä peloksi ja aiheuttaa kärsimystä lapselle. Toimenpidekipuja onkin hyvä ennaltaehkäistä esimerkiksi puudutevoiteella, jotta kipua ja pelkoa ei kehittyisi. Lapsi ilmaisee ja kokee kivun eritavalla eri ikäkausina riippuen fyysisestä ja psyykkisestä kehitystasosta. (Maunuksela & Hamunen 2002, 312, 315.) Yhteistä kaikenikäisille kivusta kärsiville lapsille on unenlaadun heikkeneminen ja syömisessä ilmenevät häiriöt (Piiparinen ym. 2004, 157).

Vaikka vastasyntyneiden kipujärjestelmä ei ole täysin kehittynyt, he voivat silti aistia kipua (Renqvist & Fellman 2000, 1977). Vastasyntyneet ja imeväiset kokevat myös kivun kokonaisvaltaisimmin. Käyttäytymisen

muutokset ilmentävät koettua kipua ja se näkyy ääntelynä ja fysiologisten suureiden muutoksena. Tässä kehitysvaiheessa tulevaisuuden pelkoa ei osata käsitellä ja kivun päättymisen ennakointiin lapsi ei vielä kykene. Tästä syystä kipukokemus voi olla hyvinkin voimakas verrattuna aikuiseen ihmiseen. (Piiparinen ym. 2004, 157.)

Leikki-iässä kipu koetaan rangaistuksena ja se on hyvin fyysistä ja konkreettista. Kipua ei myöskään koeta itse aiheutetuksi, vaan sen syyksi haetaan usein ulkoista ilmiötä. Tämä korostuu varsinkin lähestyessä kouluikää. (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 19–21.) Leikki-iässä kivun paikallistaminen voi tuottaa vielä vaikeuksia ja kipua ilmennetään käyttäytymisen muutoksina, kieltämisenä, aggressiivisella käytöksellä, ilmein ja elein tai lapsi voi jopa sulkeutua. Taantumisen ja kivun kieltäminen ovat myös prosesseja, joilla leikki-ikäinen saattaa kipua käsitellä. (Piiparinen ym. 2004, 157.)

Pölkkin (2008) mukaan kehittämishaasteita lasten kivunhoitoon niin hoitotyön, kuin hoitotieteen näkökulmista on olemassa. Kantaviksi teemoiksi nousivat lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät, lapsen näkökulma, vanhempien rooli ja kivun arvioinnin luotettavuus. Hoitotyölle kehittämishaaste lääkkeettömissä kivunlievitysmenetelmissä on niiden käytön lisääminen farmakologisen kivunhoidon rinnalla. Kivun arvioinnin luotettavuus puolestaan paranisi, jos kipumittareiden käyttöä lisittäisiin ja kaikkialla olisi yhtenäiset kivunarviointi käytännöt.

4 LASTEN KIVUN ARVIOINTIA

Jotta lasta voidaan hoitaa, kivun syy tulee selvittää lapselta kehitystason mukaisesti. Lapsen kivun olemassaolon kieltäminen on estävä tekijä kivunhoidossa. Lasten on myös todettu olleen rehellisiä kivun voimakkuutta arvioidessa. Kivunhoito keinoja on monia ja tilannekohtaisesti arvioiden käytetään sopivimmalta vaikuttavaa kivunhoito menetelmää. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 157; Muurinen & Surakka 2001, 128.)

Kivun arviointi ja asianmukainen kirjaaminen ovat perusedellytyksiä lasten kivunhoidon kehittämiseksi (Maunuksela ym. 2002, 314). On todettu, että lasten ja hoitajien kivunarviointi ei ole yhtenäistä; Hoitajat usein aliarvioivat lapsipotilaiden kipua. Kivun subjektiivinen luonne kokemuksena on ainutlaatuinen, eikä hoitaja voi sitä yksin määrittellä. (Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2005; Romsing & Moller-Sonnergaard 1996.) Toteutettavien hoidollisten kivunlievitysmenetelmien teho ei ole koskaan itseisarvo, vaan ne saattavat jopa pahentaa lapsen oloa. Tämän takia on tärkeää, että käytettyjen keinojen tehokkuutta ja hyötyä arvioidaan systemaattisesti. (Haapio ym. 2000, 155.)

Axelin ym. (2008) mukaan hoitajilla on tarpeellinen tieto kivunarvioinnin tarpeellisuudesta ja arviointia pidetään tärkeänä erityisesti lasten ja nuorten kivunhoitotyössä. Puutteita on sen sijaan kivun arvioinnin systemaattisuudessa. Gradin (2000) on saanut samansuuntaisia tuloksia

kivun arvioinnista ja sen kirjaamisesta vastasyntyneiden hoitoyksiköissä; Hoitajien arvioimana kivunarviointi nähtiin pääsääntöisesti riittämättömänä. Pölkki, Vehviläinen-Julkunen ja Pietilä (2009) kuitenkin toteavat, että hoitajat osaavat omasta mielestään havaita, onko vastasyntyneellä kipua ja ottavat huomioon vanhempien havainnot vauvan kokemasta kivusta.

Pikkulasten voimakkaat kipukokemukset saattavat johtaa myöhemmin oppimishäiriöihin, koska kipuaistimus voi häiritä aivojen kypsymistä luultua enemmän. Lapsen puhuessa omista kiputuntemuksistaan hänet on otettava vakavasti ja kuunneltava, mitä lapsella on sanottavaa. Lasten on myös vaikea arvioida omaa kipuaan, koska heillä ei ole kipukokemuksia samalla tavalla kuin aikuisella ihmisellä. (Meretoja 2005.)

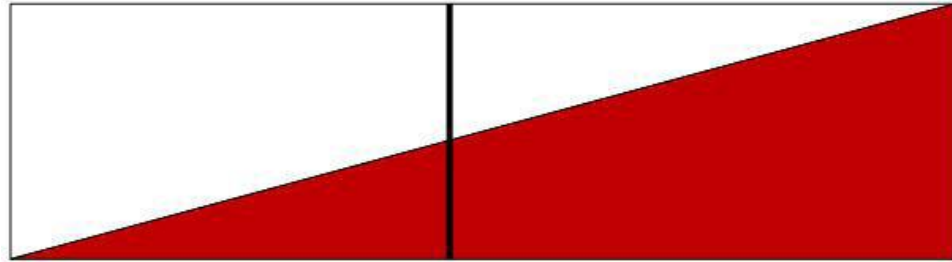
Lapset eivät usein kykene sanallisesti arvioimaan kipuaan luotettavasti vasta, kun 3-vuotiaina (Jokinen ym. 1999, 23). Edellä mainitussa tilanteessa kipu on kyettävä tunnistamaan objektiivisesti havainnoimalla esimerkiksi fysiologisten suureiden muutosten avulla tai, jos lapsen käyttäytyminen ja olemus muuttuvat. (Piiparinen ym. 2004, 158.)

Vastasyntyneen ja imeväisten kipureaktioita voivat olla esimerkiksi seuraavat muutokset: sydämen syke nousee, kulmakarvojen väliin syntyy pysty vako, otsa kurtistuu, silmät ovat tiukasti kiinni ja ilmehtimistä seuraa itku, jossa lapsi on aluksi hengittämättä ja tämän jälkeen seuraa vaihtelevia itkuääniä. Varhaisessa leikki-ässä lapsi osaa ennakoida kipua tuottavan tilanteen; lapsi esimerkiksi vetää kätensä pois ennen verikokeen ottoa. Lapsi voi myös ripustautua vanhempiin ja torjua muut ihmiset. Muita kipureaktioita ovat muun muassa kasvojen ahdistuneet ilmeet, itku, kipeän kohdan koskettelu ja lapsi voi olla erityisen hiljainen. Leikki-ään loppuvaiheessa aggressio on tavallista. Lapsi voi juosta karkuun välttyäkseen kipua tuottavalta toimenpiteeltä tai työntää toimenpidettä tekevän henkilön sivuun. (Jokinen ym. 1999, 24.)

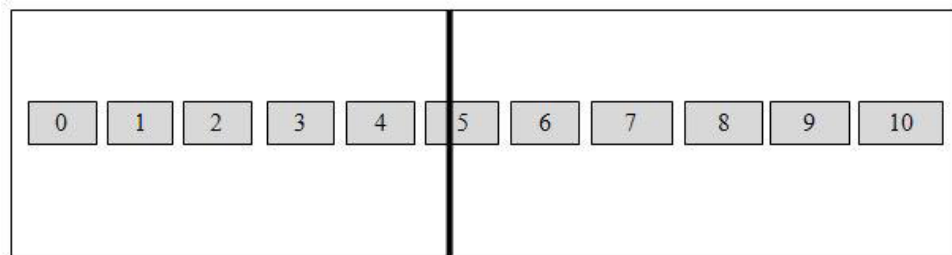
Kivun sijaintia voidaan paikantaa erilaisilla kipupiiroksilla tai nukeilla, joista lapsi värittää tai osoittaa kipeän paikan. Kivun voimakkuudesta taas saadaan tietoa kipumittareiden avulla. (Maunuksela ym. 2002, 314.) Lasten kipua voidaan arvioida monilla eri kipumittareilla riippuen lapsen kehitystasosta. Näitä ovat muun muassa kipukiila, kipujana (VAS), numeerinen kipumittari (NRS), kasvoasteikko ja kokonaisvaltaista kipua arvioiva CGRS-mittari. Kipumittareita käytettäessä tulee muistaa, että lapsen täytyy ymmärtää, mistä on kysymys, jotta saatu tulos olisi luotettava. (Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Kankkunen 1999, 265–266.) Kipumittareiden käytön on kuitenkin todettu olevan vielä vähäistä lasten kivunhoitotyössä ja lapsille soveltuva, nopeatulkintainen mittari olisi tarpeellinen (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2002, 26).

VAS-mittari (Kuvio 1) on 10 cm pitkä viivain, jossa on punainen kiila. Kiilan alkupää kuvaa kivuttomuutta ja loppu pää pahinta mahdollista kipua. Lapsi ilmoittaa kivun siirtämällä muovista liukuvaa osaa pitkin kiilaa ja pysäyttää sen kohtaan, jota kipu asteikolla hänen mielestään vastaa. Mittarin käänttöpuolella on numeerinen skaala (Kuvio 2), joka

ilmoittaa kivun asteikolla 0–10. 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 sietämätöntä kipua. (Piiparinen ym. 2004, 158.) VAS-mittarin on todettu selkiyttävän kivun kuvaamista ja parantavan kivun dokumentoimista. VAS:n käytöllä saadaan myös paremmin seurattua kipulääkkeiden vastetta. (Vartiainen 2004, 14.)

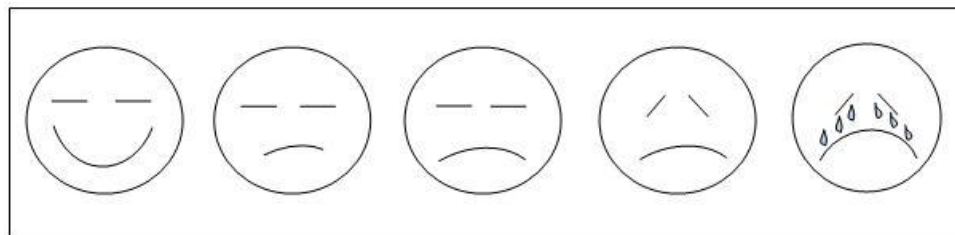


Kuvio 1 Kipukiilan etupuoli (Lähde: Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 266)



Kuvio 2 Numeerinen kipuaasteikko (Lähde: Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 266)

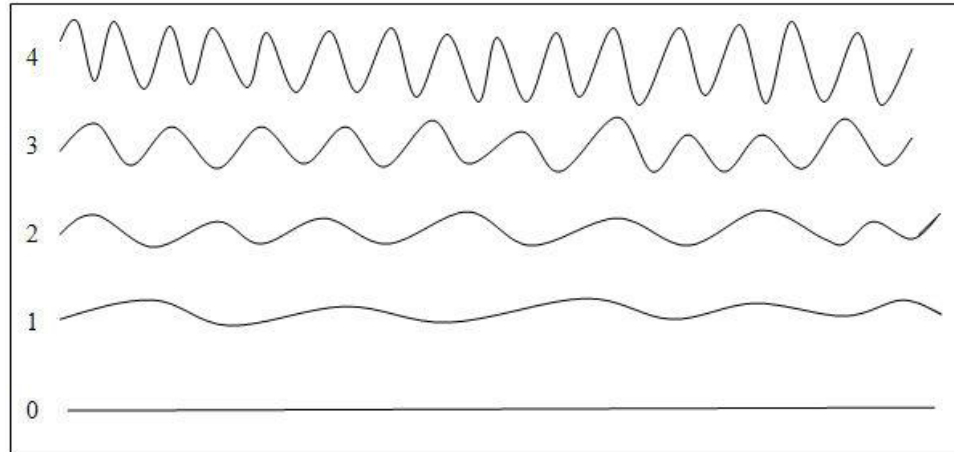
Lapsille kehitetty kasvomitari (Kuvio 3), joka koostuu tavallisesti 5–9 erilaisesta ilmeestä. Mittarin toimintaperiaate on selkeä: kasvojen ilme muuttuu kivun kasvaessa. Iloinen ilme viestii kivuttomuutta (0 p.), Seuraavassa kuvassa on myös iloiset kasvot, mutta eivät niin iloiset, kuin ensimmäisessä (1 p.). Loppua kohden mentäessä kipukasvot muuttuvat tuskaisiksi, ahdistuneiksi ja itkuisiksi. Kasvot 6–9 merkitsevätkin sietämätöntä kipua lapsella. Kun lapselle on esitetty kuvat, hän valitsee kipuaan vastaavan kuvan. Kasvomittari soveltuu erityisen hyvin yli 3-vuotiaille lapsille. (Jokinen ym. 1999, 25–26.)



Kuvio 3 Kasvoasteikko (Lähde: Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 266)

NRS-mittari mittaa kipua numeerisesti nolasta sataan. Mittarin käyttö edellyttää lapselta laskutaitoa nolasta sataan. Nolla merkitsee kivuttomuutta, 1–29 on pientä kipua, 30–69 kipua, joka tuntuu jo kohtalaisena, 70–99 merkitsee suurta kipua ja 100 merkitsee suurinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. Tässäkin mittarissa lapsi valitsee itse asteikolta kipua vastaavan numeron. (Salanterä ym. 2006, 85; Jokinen ym. 1999, 26.)

Lasten kokonaisvaltaista kipua mittaava CGRS-mittari (Children's Global Rating Scale) (Kuvio 4) on tarkoitettu lähinnä 4–8 -vuotiaille lapsille. Mittarissa on viivoja, joista yksi on suora, joka kuvaa kivuttomuutta ja muut viivat aaltomaisia niin että viimeinen, suurinta kipua kuvaava aalto, on terävä- ja kapea-aaltainen viiva. Lapsi osoittaa kipua kuvaavaa viivaa ja näin saadaan käsitys kivun voimakkuudesta. (Vehviläinen-Julkunen, ym. 1999, 265.)



Kuvio 4 CGRS (Lähde: Vehviläinen-Julkunen ym. 1999, 267)

Lasten kivunhoidon kirjaaminen perustuu jatkuvuuteen. Kirjaamisessa tulee näkyä ainakin se, onko lapsella kipua vai ei. Kivun kirjaaminen on sairaanhoitajan käyntikortti kokonaisvaltaisesta sairaan lapsen hoitamisesta. Mikäli kipua on ollut, tulee myös kirjata kuinka kipua on hoidettu ja millaista kipu on ollut kivunhoidon jälkeen. (Sailo & Varti 2000, 106.) Ihanne tapauksessa kivunhoidon kirjaamisen tulisi olla kuvailevaa (Estlander 2003, 14).

5 LASTEN KIVUNHOITOTYÖN INTERVENTIOITA

5.1 Farmakologisia kivunhoitomenetelmiä

1900-luvulla tapahtuneet traagiset lasten lääkehoidon katastrofit osoittivat, että lapsia ei voida pitää pieninä aikuisina lääkehoidon osalta. Lapsen kasvu ja kehitys vaikuttavat suuresti farmakodynamiikkaan ja farmakokinetiikkaan. (Hoppu 2004, 554–555.)

Tiheiden ruokailuvälien ja mahalaukun tyhjenemisen hitauden takia imeväisillä ja vastasyntyneillä lääkkeet imeytyvät ruoansulatuskanavasta hitaammin kuin aikuisilla. Rasvaliukoiset lääkkeet voivat aiheuttaa lapsella systeemisiä vaikutuksia, koska ne läpäisevät lapsen ihon herkemmin kuin aikuisen. Lapsilla on myös suhteellisesti aikuista suurempi ihon ja limakalvojen pinta-ala. Vastasyntyneiden vilkas lihasverenkierto myös nopeuttaa depot-valmisteiden imeytymistä. (Ahonen & Hoppu 2004, 1141–1142.)

Lasten vesi- ja rasvamäärissä tapahtuvat muutokset vaikuttavat lääkeaineen jakautumistilavuuteen, ja siksi myös puoliintumisaikaan. Suurimmillaan muutokset ovat heti syntymän jälkeen. Tämän takia lapsilla on eroja lääkkeiden iänmukaisissa annostelusuosituksissa. (Ahonen ym. 2004, 1142.)

Väisänen ym. (2001) mukaan lapset eivät pyydä kipulääkettä aina, kun kipua on, vaan harvoin. Sairaanhoitajien velvollisuutena onkin siis, että lapset saavat tarvittavat kipulääkkeet ajallaan ja tarvittaessa enemmän, jos peruskipulääke ei yksin turvaa lapsen kivuttomuutta. Lasten kivunhoidossa tulisi siis pyrkiä preventiiviseen kipulääkkeiden antoon eikä niin, että lääkettä annetaan vasta kipupiikin huipussa tai lähellä sitä (Huttunen 2002, 65).

Lasten lääkehoito on erityistä tarkkuutta vaativaa kivunhoitoa. Lapsen tulee saada oikeaa lääkettä, oikea määrä, oikeaan aikaan ja oikeaa paikkaan. Lasten eräs kivunhoidon peruseräaateista on lääkkeiden annostelu peroraalisesti. (Hiironen 2007, 505; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 133.) Peroraalisesti lääkkeitä on monessa muodossa muun muassa tabletteina, mikstuuroina, tippoina ja jauheina. Varsinkin mikstuura muotoinen lääke on suosittu lasten keskuudessa, koska sitä on helppo niellä. Lisäksi mikstuura vaikuttaa nopeammin, kuin tablettimuodossa oleva kipulääke. (Hiironen 2007, 505; Salanterä ym. 2006, 135.). Tablettimuotoisissa kipulääkkeissä tulee myös ottaa huomioon se, että alle 5-vuotias ei välttämättä kykene nielemään kokonaista tablettia (Kouvolainen 2001, 12).

Lääkkeiden antamisen tulisi olla lapselle kivutonta ja sen ei saisi aiheuttaa lapselle ylimääräistä pelkoa (Pölkki 2002, 33). Kankkusen (2003) mukaan lasten lääkkeen antotapaan pitäisi kiinnittää yhä enemmän huomiota. Enteraalisesta antotavasta esimerkiksi per rectum annettavia lääkkeitä käytetään vielä paljon, vaikka niiden on todettu imeytyvän hitaasti ja vajaasti peräsuolesta. Kankkunen (2003) myös toteaa, että injektioita tulisi välttää, koska ne ovat kivuliaita ja pelottava kokemus lapselle.

5.2 Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä

Kipu ei ole vain sensorista, joten affektiivinen kivunlievitys on myös yhtä tärkeää lapsella (Pölkki 2007, 103). Huolimatta lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien näytöstä, niitä ei kuitenkaan käytetä riittävästi. Hoitajilta saatu kivunlievitys on pääsääntöisesti lääkkeellistä kivunhoitoa. (Pölkki 2002a, 36.)

Lasten kivunhoitotyössä käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat läsnäolo, rentoutus, kylmän ja kuuman käyttö, huomion siirtäminen pois kivusta, musiikki, leikki ja asennon vaihtaminen. (Väisänen ym. 2001, 10.) Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet myös muun muassa Kokki ym. (1999) sekä Salanterä ym. (2006, 194). Pölkkin (2002b) väitöskirjassa ilmeni, että varsinkin kognitiivis-behavioraaliset ja fysiikkaaliset lääkkeettömät

kivunlievitysmenetelmät ovat vielä vähän käytettyjä lasten postoperatiivisen kivun hoidossa. Lasten valmistamisessa toimenpiteeseen tulisi kiinnittää myös huomiota avoimeen keskusteluun mahdollisista peloista ja kivuista. Kivunhoidon kehittäminen vaatii moniammatillista ja monitieteellistä yhteistyötä.

Lasten kognitiivis-behavioraaliset kivunlievitys menetelmät tarkoittavat muun muassa lapsen valmistamista, tiedon saantia, ajatusten suuntaamista pois kivusta ja rentouttamista (Pölkki 2002a, 36). Lapsen valmistamisen tarkoituksena on tuoda lapselle informaatiota tulevasta toimenpiteestä ja siitä mitä sairaalajaksolla tulee tapahtumaan. Valmistamiseen tulisi käyttää riittävästi aikaa, jotta lapsi pystyy omaksumaan tiedon. Valmistamisella pyritään luomaan lapselle miellyttävämpi sairaalakokemus. (Hiitola 2000, 89,92; Maunuksela & Hamunen 2004, 314.) Usein lapsen joutuminen sairaalaan tulee kuitenkin yllätyksenä perheelle ja näin ollen lapsen valmistaminen voi jäädä vähälle (Ivanoff, Åstedt-Kurki & Laijärvi 1999, 273, 275–278).

Toinen paljon käytetty lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä on huomion siirtäminen pois kivusta (Pölkki 2008, 20). Vanhempien ja hoitajan läsnäolo sekä lapsen kanssa leikkinen tai muu tekeminen suuntaa lapsen ajatukset pois kipeästä paikasta (Kivijärvi 2008; Kokki & Heiskanen 2002, 4). Lapsen huomio kiinnittyy myös erilaisten videopelien avulla tai videoita katsellessa (Hiller ym. 2006, 2642).

Fysikaalisiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluvat muun muassa asentohoito ja kylmä-kuumahoidot (Pölkki 2002, 36). Kylmähoidot ovat erityisen hyviä, kun kyseessä on tuki- ja liikuntaelimestön vamma. Kylmähoito vähentää verenkiertoa sillä alueella, jossa hoitoa toteutetaan ja näin ollen myös kudosturvotukset vähenevät. (Kalso & Vainio 2004, 203–204; Salanterä ym. 2006, 160.) Lämpöhoitoja käytetään lähinnä lihas- ja luustoperäisessä kivussa. Ne lisäävät pintaverenkiertoa ja rentouttavat lihasta. (Kalso & Vainio 2004, 203–204.) Lapset kokevat asentohoidon suhteellisen hyvänä kivunlievitysmenetelmänä varsinkin postoperatiivisessa kivussa (Väisänen 2000, 60–61).

Emotionaalisen tuen antaminen lapselle on hyvä keino ehkäistä pelkoa ja kivuliaita tilanteita. Tuki voi olla esimerkiksi hierontaa, koskettelua sekä hoitajan tai vanhempien läsnäoloa. (Haapio, Reen & Salonen 2000, 157.) Varsinkin vanhempien rooli lapsen läheisimpinä ihmisinä on tärkeä, koska lapsi usein purkaa pelkoaan ja hätäänsä juuri heille (Muurinen ym. 2001, 130). Vanhempien mukana olo lapsen kivunhoidossa on todettu vielä vähäiseksi. Vanhempien rohkaisu ja paremmin mukaan ottaminen toisi vanhemmille enemmän itseluottamusta ja he olisivat varmempia lapsen kivunhoidon suhteen. Hoitajan on siis tärkeää rohkaista vanhempia olemaan aktiivisemmin mukana. (Väisänen ym. 2001, 10.)

Salanterä ym. (2006, 192) kiinnittivät tutkimuksessaan huomiota lapsen hoitoympäristöön. Hoitoympäristön tulisi olla sellainen, että se ei itsessään aiheuta lapselle lisää stressiä. Valaistus, meluttomuus, rauhallisuus ja hoitotoimenpiteiden keskittäminen niin, että lapsi saa myös levätä

tarpeeksi, ovat tärkeitä aspekteja. Hoitotoimenpiteiden käänköpuolena on tietysti se, että useat toimenpiteet samaan aikaan eivät myöskään ole hyvästä.

6 OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivun hoitotyöstä lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lasten kivun hoitotyötä kehittäessä.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten sairaanhoitaja arvioi lapsen kipua?
2. Millaisia kivunhoitotyön interventioita sairaanhoitaja käyttää lasten kipua hoitaessa?

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen, koska halutaan uutta tietoa käsiteltävästä ilmiöstä (Krause & Kiikala 1997, 62). Kvalitatiivisia tutkimusmetodeja on lukuisia. Fenomenologinen lähestymistapa kuvaa ihmisten inhimillisiä kokemuksia ja niihin liittyviä merkityksiä (Paunonen ym. 1998, 152–153), joten edellä mainittu lähestymistapa sopi tämän opinnäytetyön tutkimusmetodiksi, koska haluttiin tutkia kokemuksia.

Tiedonantajat (N=6) koostuivat lasten kirurgisen osaston sairaanhoitajista. Kohderyhmänä oli sairaanhoitajia, joilla oli vaihteleva kokemus lasten kirurgisesta hoitotyöstä. Osa hoitajista oli työskennellyt osastolla pitkään ja muutama tiedonantaja oli alle puolivuotta.

7.2 Aineistonkeruu

Fenomenologisessa tutkimuksessa tieto kerätään niin, että tiedonantajat kertovat omilla ilmaisutavoillaan kokemuksistaan, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 156). Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua aineiston keruussa. Teemahaastattelulla pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtäviin, joita ohjaavat etukäteen valitut teemat (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78). Teemoiksi valittiin lasten kivun arviointi ja arvioidun kivun hoitaminen sekä kivunhoitotyön kehittämisehdotukset (Liite 1).

Tutkimuksen aineisto kerättiin erään yliopistosairaalan lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tutkimusluvan opinnäytetyöhön myönsi yliopistosairaalan sairaanhoitopiirin tutkimuksista vastaava opetusylihoitaja. Opinnäytetyöntekijä piti osastolla informaatiotilaisuuden ennen teemahaastattelujen pitämistä ja samalla kertaa osastolle jätettiin tiedotteita opinnäytetyöstä (Liite 2). Informaatiotilaisuudessa sovittiin, että osastonhoitaja ottaa vastaan ilmoittautumiset tutkimukseen. Kun tarvittava määrä tiedonantajia oli saatu, sovittiin haastattelupäivät. Aineisto kerättiin keväällä 2010 ja haastattelupäiviä oli kaksi. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla (Liite 3).

Haastattelutilana toimi hoitohenkilökunnan osoittama huone, joka oli rauhallinen ja oveen oli laitettu ”Ei saa häiritä” -kyltti, jotta haastattelurauha säilyisi. Haastattelut kestivät keskimäärin 20 minuuttia. Pisin haastattelu kesti 35 minuuttia ja lyhyin 11 minuuttia. Haastatteluista pidettiin päiväkirjaa, jota hyödynnettiin litteroinnin ja analysoinnin yhteydessä.

Teemahaastattelurunkoa esitettiin kahdella sairaanhoitajalla, joilla oli kokemusta lasten kivunhoitotyöstä. Teemahaastattelurungon esitelmäaineistoa ei hyödynnetty tutkimustuloksissa. Esitelmän jälkeen haastattelurunkoon tehtiin pieniä kieliopillisia täsmennyksiä. Muutosten pohjalta muodostui varsinainen haastattelurunko (Liite 1). Haastatteluja oli kuusi kappaletta ja ennen jokaisen haastattelun alkua tiedonantaja antoi perehtyneesti annetun suostumuksen osallistumisesta tutkimukseen (Liite 3). Haastatteluiden teemoina olivat sairaanhoitajien kokemukset alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä ja kivunhoitotyön kehittämisehdotuksista. Haastattelun kysymykset olivat kaikille samanlaisia, mutta vastausten ja kysymysten välillä ei ollut sidosta, vaan tiedonantaja annettiin kertoa omin sanoin. Paunosen ym. (1998, 156) mukaan haastatteluaiheiden pitäminen väljänä ei estä tiedonantajien omien kokemusten esille tuloa, ja tutkijan esiyttämisensä pohjalta syntyneet teemat eivät ohjaile tiedonantajan vastauksia.

Tässä opinnäytetyössä mukailtiin Paunosen ym. (1998, 156) ajatusta haastatteluaiheiden väljyydestä.

7.3 Aineiston analyysi

Haastatteluiden jälkeen haastatteluaineisto litteroitiin sana sanalta. Auki kirjoitettua tekstiä tuli varsinaisissa haastatteluissa 28 sivua Times New Roman -fontilla 12 ja rivivälin ollessa 1,15.

Kankkusen ym. (2009) mukaan sisällön analyysi tapahtuu aineistolähtöisesti, kun sanoja luokitellaan niiden teoreettisten merkitysten perusteella. Tämän opinnäytetyön analyysi perustui induktiiviseen päättelyyn, koska ongelman asettelu ohjasi tutkimuksen analyysivaihetta.

Analyysistä voidaan erottaa kolme vaihetta: redusointi, klusterointi sekä abstrahointi. Redusoinnissa auki kirjoitetusta informaatiosta poimitaan

tutkimukselle ja tutkimustehtäville oleellisia ilmaisuja ja karsitaan epäoleellinen informaatio pois. Klusteroinnissa kootuista ilmaisuista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja, joita ryhmitellään, sekä lopuksi muodostetaan luokkia ryhmien informaation sisällön avulla. Analyysin viimeisessä vaiheessa, abstrahoinnissa, alkuperäisinformaation ilmauksien avulla luodaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Luokittelua ja yhdistelyä jatketaan, kunnes se ei enää ole sisällön kannalta mahdollista. Sisällönanalyysi perustuu tutkijan omiin tulkintoihin ja päättelyihin, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteitä ja lopulta saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajarvi 2006, 110–115.)

Haastatteluaineiston usean läpikäynnin jälkeen opinnäytetyöntekijä alkoi alleviivata erivärisillä kynillä teemojen mukaisia ilmaisuja ja analyysiyksiköksi valittiin lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tekstin pelkistämisen vaiheessa tutkimustehtävät ohjailivat pelkistämistä tarkkaan. Tutkimustehtäville epäoleelliset ilmaisut karsittiin aineiston ulkopuolelle ja tutkimustuloksista esiin nousseet, tutkimustehtävälle oleelliset ilmaisut, pelkistettiin talteen. Jokainen ilmaisu sai saman arvon riippumatta siitä, ilmenikö se aineistossa kerran vai toistuvasti.

Pelkistämisen jälkeen tutustuttiin vielä tarkasti aineistosta koodattuihin alkuperäisilmauksiin. Tämän jälkeen alettiin etsiä yhtäläisyyksiä ja sitä kautta muodostamaan alaluokkia samankaltaisille ilmauksille. Alaluokkien nimet tulivat pelkistettyjen ilmauksien sisältämästä, niitä kuvaavasta informaatiosta. Alaluokkia muodostui tutkimuksessa yhteensä kaksikymmentäyksi ja ne olivat toisiaan poissulkevia. Jokainen alaluokka muodostui vähintään kahdesta pelkistetystä ilmauksesta, jotka olivat erilaisia.

Alaluokkien muodostamisen jälkeen alettiin erotella tutkimuksen kannalta oleellista tietoa ja sitä kautta muodostamaan teoreettisia käsitteitä. Alaluokkien ryhmittelyn jälkeen yhdistin samaa merkitsevät alaluokat yläluokiksi. Yläluokkia muodostui yhteensä seitsemän. Yläluokista muodostui vielä kaksi pääluokkaa. Muodostuneille pääluokille löytyi yhdistävä luokka, joka kuvaa hyvin tutkittavaa ilmiötä.

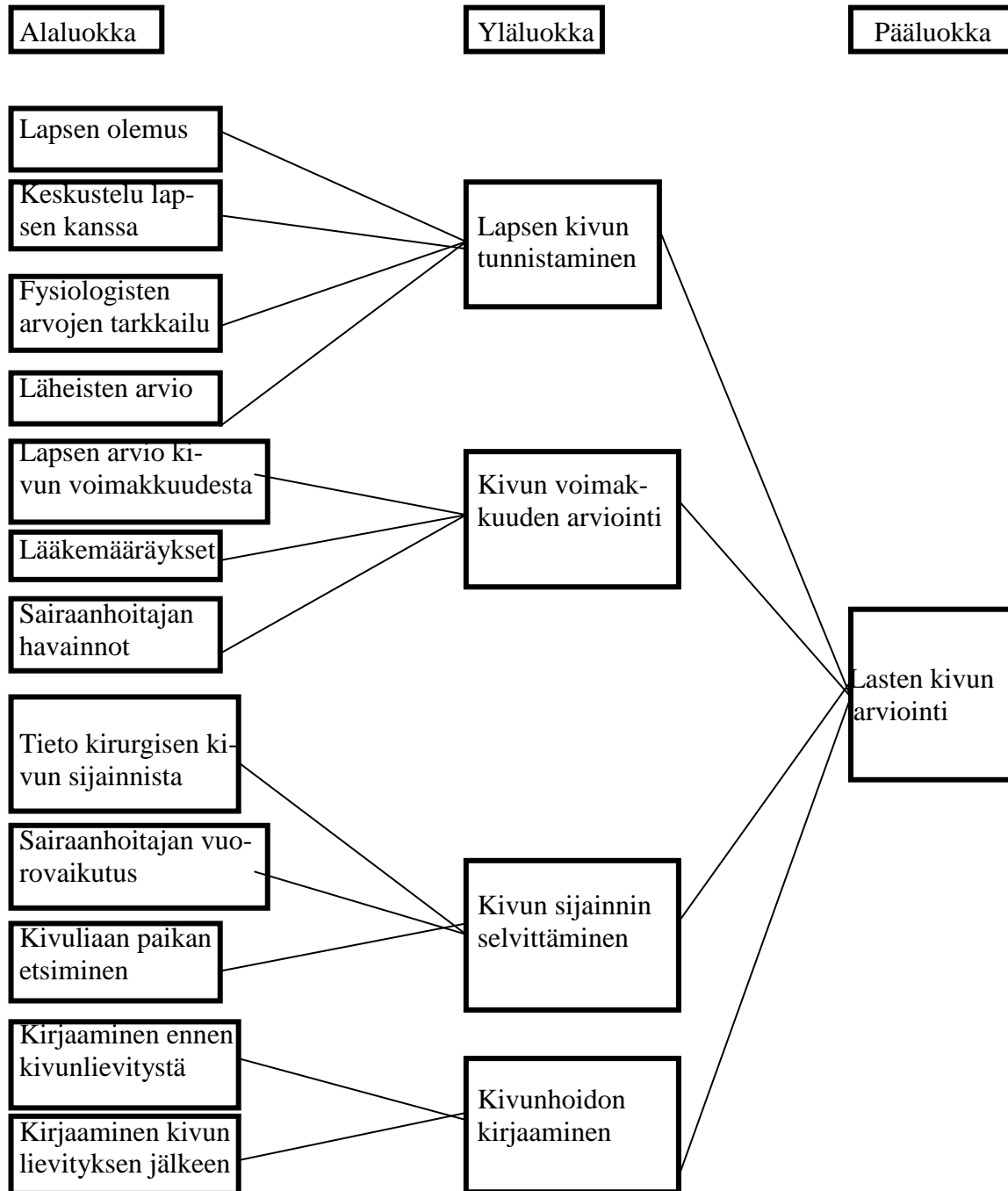
8 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset on jaettu neljään osaan, jotta tulosten tarkastelu olisi mahdollisimman selkeää. Ensimmäinen käsiteltävä aihe on lasten kivun arviointi (8.1). Toinen aihe on lasten kivun hoitaminen (8.2). Kolmantena on edellä mainittujen osioiden yhteenkokoama (8.3) ja neljäntenä ehdotuksia osaston kivunhoitotyön kehittämiseen (8.4).

8.1 Lasten kivun arviointi

Lasten kivun arvioinnista muodostui neljä yläluokkaa. Niitä olivat lasten kivun tunnistaminen, kivun voimakkuuden arviointi, kivun sijainnin selvittäminen ja kivunhoidon kirjaaminen. Yläluokkien alle muodostui

vaihteleva määrä alaluokkia, pääsääntöisesti 2–4. Lapsen kivun tunnistaminen muodostui seuraavista alaluokista: lapsen olemus, keskustelu lapsen kanssa, fysiologisten arvojen tarkkailu ja vanhempien arvio. Kivun voimakkuuden arviointi muodostui lapsen ja hoitajan kivun arviosta, sekä lääkemääräyksistä. Kivun sijainnin selvittäminen syntyi alaluokista, joita olivat tieto kirurgisen kivun sijainnista, sairaanhoitajan vuorovaikutus, sekä kivuliaan paikan etsiminen. Kivunhoidon kirjaaminen muodostui kirjaamisesta ennen ja jälkeen kivunhoidon.



Kuvio 5 Lasten kivun arviointi

8.1.1 Lasten kivun tunnistaminen

Sairaanhoitajat kykenivät tunnistamaan lapsen kivun monilla eri tavoilla. Sairaanhoitajat kertoivat osaavansa tunnistaa kivun lapsen olemuksesta ja yleisestä habituksesta. Lapsen kivun tunnistamiseen vaikutti myös lapsen kehitysaste. Vauvan ikäiset yleensä itkivät, mutta leikki-iässä lapsi saattoi olla hiljaa ja peittää kivun

”No tarkkailemalla... Sen lapsen käyttäytymisestä näkee. Et se on merkki, jos lapsi on hiljaa ja makaa jäykkänä sängyssä ni melkein arvaa, että se on kipeä” (H1)

”Jos vauvan ikänen itkee ja ei rauhotu millään ni ne on kipeitä ja siihen sitten kiinnittää huomiota tietysti”(H2)

Lapsen kanssa keskustelemalla sai hyvin kuvan siitä onko lapsi kipeä vai onko taustalla jotain muuta. Lapselta voitiin kysyä joko suoraan kivusta tai sitten lapsi kertoi oma-aloitteisesti onko hän kipeä. Lapsen tutustuminen helpotti myös joidenkin mielestä lapsen kivun arviointia.

”No tietysti haastatteleamalla sitä lasta ja kyselemällä ihan jokapäiväisiä asioita” (H2)

”Vähän arvioi sitä ihan tämmöseltä ihan jokapäiväisten elämän asioiden taustalta aloittaa tutustumisen lapseen. Että tota arvioi onko sillä kipua?” (H3)

”Tietenkin, jos on pienempi lapsi hän itke ja sanoo, että nyt on kipeä. Mutta tota semmonen, joka sanoo heti suoraan et mä oon kipeä, itkee ja parkuu..ni senhän nyt tietenkin näkee helposti” (H2)

Fysiologisten arvojen tarkkailusta sai myös kuvan lapsen mahdollisista kivuista. Happisaturaatiomittarista näki lapsen pulssin ja pulssi nousee, kun on kipua.

”Meilläkin on saturaatiomittari. Näähähän me siitä myöskin..pulssi nousee, jos on kipua” (H1)

Sairaanhoitajat ottivat myös vanhempien kivun arvioinnin vakavasti ja uskoivat, jos vanhemmat sanoivat, että lapsi on kipeä. Hoitajat, joko kysyivät vanhempien mielipidettä, tai sitten äiti tai isä ilmoitti, että lapsi ei ole oma itsensä ja, että pitäisikö harkita kivunlievitystä.

”...aina jos on vanhempia mukana..nini..se tieto kyllä kulkee..et vanhemmat on tulkkina.” (H5)

”Tai sitten vanhemmilta(kysytään), että osaako vanhemmat arvioida miten heidän lapsensa voi...onko mitään normaalista poikkeavaa? Onko kivuliaan oloinen?” (H6)

”Vanhemmat yleensä tietää sen että tota millon lapsi on kipee, että kun äiti sanoo että lapsi on kipeä ni siihen on uskominen sitten vaan” (H1)

8.1.2 Kivun voimakkuuden arviointi

Sairaanhoitajien mukaan kivun voimakkuuden arvioinnissa oli kolme kulmakiveä, joilla kivun voimakkuutta voitiin arvioida tai mitata.

Lapsen arvio kivusta perustui lähinnä kipumittarin käyttöön. Osa sairaanhoitajista piti kipumittaria luotettavana, mutta joidenkin mielestä siihen ei pitänyt luottaa liikaa.

”...sit semmoset, jotka osaa puhuu jo ja on enemmän yhteistyökkyksii ni sit on se kipumittari, jota näyttämällä ne osaa sanoo.” (H4)

”No kivun voimakkuutena mä käytän kipumittaria ite sillon kun arvioin sitä voimakkuutta. Se on mun mielestä paras näin pienen lapsen kohdalla..paras siihen voimakkuuteen.” (H6)

”Tietysti mä käytän kun on näitä mittareita ja tämmösiä..VAS:ia voi käyttää ja naamanuvia, kun lähtee eksaktisti hakemaan sitä kivun..että mitä tasoa se mahdollisesti on..vai onko enemmän pelkoo.” (H2)

Havainnointi oli myös tärkeä osa kivun voimakkuuden arvioinnissa. Tutkimustuloksissa ilmeni, että kun hoitajat viettivät aikaa huoneessa tarpeeksi niin, he saivat kyllä kuvan siitä, miten kipeä lapsi on. Fraasi, ”Terve lapsi leikkii”, kuvasi hyvin onko kipu voimakasta.

”...mitkä perustuu siihen kommunikaatioon ni siitä voimakkuudesta saa ehkä paremman kuvan..kun tota käyttää sen lapsen luona vähän enemmän aikaa.” (H5)

”Jos lapsi leikkii toimenpiteen tai jonkun kolarin jälkeen ni kyl se sitten on vähän kivuttomampi. Et se kipu ei oo sillon niin kauheen korkee” (H2)

Haastatteluissa kävi ilmi, että kipulääkkeiden määrästä voi päätellä kuinka kipeä lapsi on, esimerkiksi leikkauksen jälkeen.

”Ja sitten kun me kirjataan lääkkeet me tietysti nähdään sieltä aina eli aina se opioidien tarve kirurgisella potilaalla kertoo, että kipua on ollut liikaa ja sit on jouduttu antamaan(lääkettä).” (H2)

8.1.3 Kivun sijainnin selvittäminen

Kivun sijainnin selvittäminen ei sairaanhoitajien mielestä ollut kovin suuri ongelma kirurgisella osastolla, koska suurin osa kivusta oli jonkin toimenpiteen jälkeen aiheutuvaa esimerkiksi haavakipua. Ja näin ollen tiedettiin missä kipu mahdollisesti on.

”Tää on lasten kirurginen osasto ni, jos nyt joku vauvakin tulee ja siltä on operoitu kumpurajalat ni kipu on tietysti siinä jalassa tai sitten jos on vatsakipujen takia tullut ni tietää, että kipu on siinä vatsassa.” (H1)

”Haastattelee niinku tavallaan ja kyselee siltä, että onks sulla nyt se jalka vai onks se käsi kipee? Ni, että kohdistaa sen kysymyksen sille lapselle myös sille alueelle.” (H2)

Haastatteluissa kävi ilmi, että lapset voivat myös osoittaa kipeän paikan, jos sairaanhoitaja kysyi missä kipu on?

”Pyydän niitä näyttämään sormella että se on semmonen..tai kysyn että mistä kohtaa se on kipee että osaatko sanoa vai näytätkö ihan sormella.” (H6)

Kipeää paikkaa voitiin myös etsiä tunnustelemalla lasta esimerkiksi palpoimalla vatsaa ja näin saatiin tieto kivun sijainnista.

”Toki lapset on joskus kosketusarkoja ja että kun on kipee niin on kosketusarka ni sitä voi tietenkä ite koittaa varovasti, että aristaako jotain kohtaa enemmän kun normaalisti” (H6)

8.1.4 Kivunhoidon kirjaaminen

Kivunhoidon kirjaamisessa sairaanhoitajat pitivät tärkeänä sitä, että kirjataan kivunlievityksen vaikuttavuutta ja ennen lääkkeen antoa kirjataan se, onko kivusta kysytty ja miten aikoo hoitaa.

”...onko lapsella kipua, lapselta on kysytty kivusta, sitten mä kirjaan et miten sitä kipua on hoidettu ja hetken päästä sitten että mitenkä kivunhoito on auttanu...onko vai eikö auttanut?” (H6)

”Ja sit jos muistaa kirjata ni sitten sen (lääkkeen annon) jälkeen kysyy aina et onks se kipulääke auttanut ja sit monesti huomaakin jos lapsi rauhoittuu..ni sit se tulee kirjattua.” (H4)

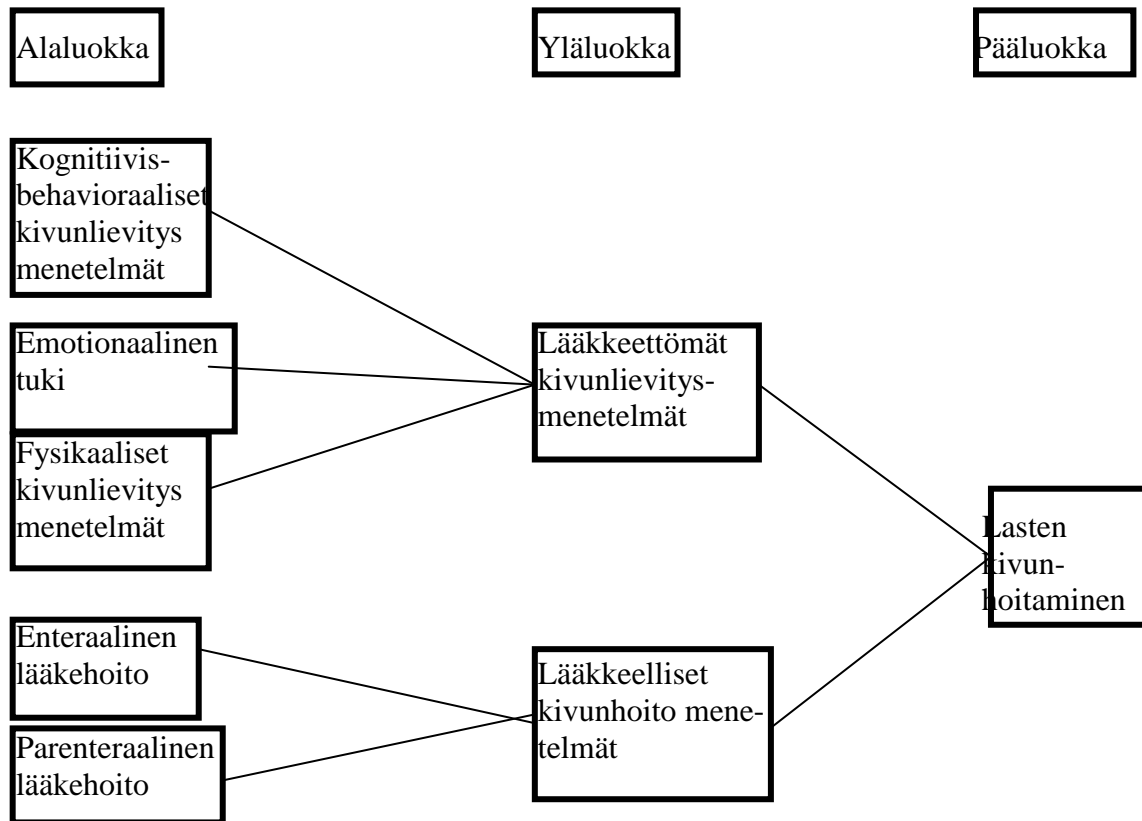
Kipua myös kirjattiin mukaan silloin, kun työvuoro on aluillaan ja kierretään potilas huoneita.

”No ainakin siin kohtaa aina kun vuoro alkaa ni me kierretään kattomassa kaikki potilaat joita hoidetaan siin vuorossa..Ni siin oikeestaan jo kirjaa millanen se vointi on ollut sillon? Onks kipee?” (H3)

8.2 Lasten kivun hoitaminen

Lasten kivun hoitamisesta muodostui kaksi yläluokkaa, joita olivat lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ja lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät. Yläluokat muodostuivat yhteensä viidestä alaluokasta. Alaluokkia olivat kognitiivis-behavioraaliset kivunlievitysmenetelmät, emotionaalinen tuki, fyysiset

kivunlievitysmenetelmät, enteraalinen lääkehoito ja parenteraalinen lääkehoito.



Kuvio 6 Lasten kivun hoitaminen

8.2.1 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

Sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Fysikaalisista kivunlievitysmenetelmistä käytetyimpiä olivat muun muassa asentohoito, hieronta ja kylmähoito. Edellä mainittuja keinoja käyttäneet hoitajat myös sanoivat niiden auttavan kivun lievityksessä ja rauhoittavan lasta.

"Monta kertaa kun lasta hieroo ni rauhoittaa ihan vauvaakin kun sitä selästä hieroo ja näin ni kyllä ne rauhoittuu. Jalkapohjien hierontaa meilläkin jotkut hoitajat harrastaa ni kyllä se on myös ihan kivunhoitoa." (H1)

"No asentohoito tietysti se ei ihan pienillä lapsilla...se ei välttämättä mee perille mitä me tarkotetaan sillä, mutta tottakai me yritetään sitä mahdollisimman paljon. Isommat ymmärtää kyllä ja ne huomaa et se kipu kyllä helpottuu sillä asentohoidolla" (H2)

"No kylmäpussii tulee käytettyä jollain murtumapotilailla" (H4)

Lapsen emotionaalinen tuki lievitti myös kipua. Tuki oli juttelua lapsen kanssa ja sitä että oli lapsen vierellä. Lisäksi tuloksista nousi esiin, että vanhempien rauhoittelu oli myös hyvä kipua lievittävä tekijä.

” Ja sitten tietysti vanhempien rauhoittelu että keskustelu niitten kanssa. Vanhempien panikointi ja semmonen hätä ja tuska ni selisää myös kyllä lapsen kipua..et sillä on vaikutus sinne sängynpohjalla makaavaan potilaaseen.” (H2)

”Keskustelu on monta kertaa hyvä, kun siihen kipuun liittyy usein se pelko ni on hyvä että voi jutustella..on siinä lapsen vierellä..se on kyllä tosi tärkeitä.” (H1)

Kognitiivis-behavioraalista kivunhoitomenetelmistä käytetyin oli ajatuksen pois vieminen kivusta. Sitä ilmoitti käyttävänsä kaikki haastatellut tiedonantajat. Ajatuksen pois vienti kivusta oli tekemisen keksimistä lapselle, lapsen kanssa leikkiminen ja ajanvietto ylipäättään.

”Lapsen kanssa aika usein auttaa, kun sen kanssa on..ja vie sen ajatuksen muualle.” (H5)

”Leikkiminen on kauheen hyvä ja kaikki tämmönen, että viedään ajatukset pois muualle.” (H2)

”...ajatuksen pois vieminen..että se tekemisen keksiminen.” (H6)

Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen koettiin myös kivunlievitys keinona. Lapsen valmistaminen oli esimerkiksi tulevan toimenpiteen läpikäymistä leikin varjolla. Tutkimustulosten mukaan tällä oli suuri vaikutus potilaan kivuttomuuteen.

”Monta kertaa leikin varjolla näytettiin ja leikittiin sitä tipanlaittoa..rauhallisesti puhuttiin moneen kertaa ni se meni tosi hyvin.” (H1)

”Kun lapset on hyvin valmisteltu ni ne on huomattavasti kivuttomampia ja kaikki menee paremmin.” (H1)

8.2.2 Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät

Lääkkeellinen kivunhoito oli edelleen hoitajien mielestä varmin tapa hoitaa kipua. Enteraalinen antotapa kuvattiin eniten käytetyksi. Enteraalista antotapaa suosittiin lähes kaikissa tilanteissa, koska sen ei ajateltu aiheuttavan kipua lapselle. Hoitajat katsoivat potilaskohtaisesti lasten kehitystason mukaan, missä muodossa lääke parhaiten vaikuttaisi.

”Sitten on suppo, mutta niitä me käytetään vähemmän. Pienillä vauvoilla suppo on edelleen hyvä ja myöskin oksentelevilla lapsilla.” (H1)

”Mitä pienempi lapsi niin kyllähän me mikstuuraa käytetään ja nykyäänhän on sellanen pamol-f.ni se on suosittu alle kouluikäisillä” (H6)

"No alle kouluikäisillä mä otan selvää esitiedoista et minkäläilla se lääke parhaiten menee..suppona, tablettina vai mikstuurana" (H5)

Parenteraalista antotapaa suosittiin silloin kun kipu oli akuutimpaa, kovempaa tai jos tiedossa oli joku kivulias toimenpide; Esimerkiksi palovammapotilaan siteiden vaihto, tai kun potilas oli tullut leikkaussalista. Iholla vaikuttavia puudutteita käytettiin myös ennen suonensisäisen yhteyden laittoa. Lisäksi parenteraalista kivunhoitoa käytettiin, kun enteraalinen ei syystä tai toisesta onnistunut.

"Ja sitten, kun kipu on oikein paha ni sitten annetaan oxnormia pistoksena.. sitä ei kuitenkaan hirveesti suosita." (H2)

"..No käytetäänhän me kivunlievitykseen sitten ihan tällasta.. silloin kun on palovammapotilaita.. ni dormicumia nenään tämmösenä pienenä rauhoittavana" (H2)

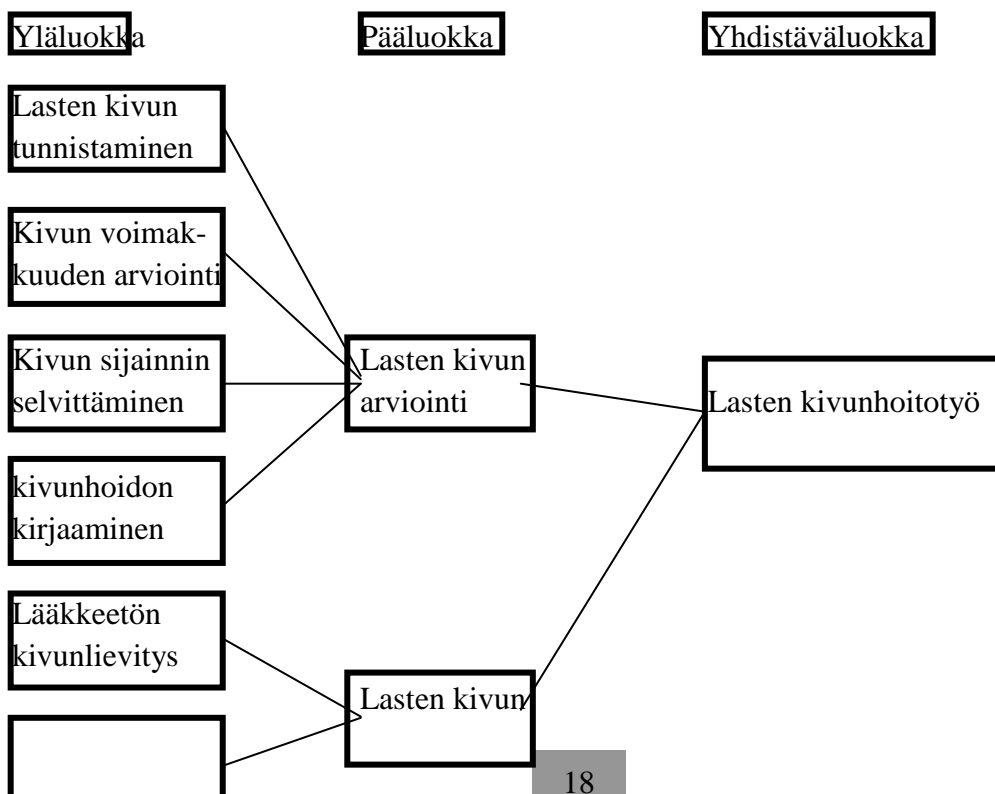
"Jos on tosi kipee eikä pysty ottaa kipulääkettä ni sit voidaan antaa i.v.:sti perfalgaania tai ketoriinia" (H4)

"Jos potilas on juuri leikattu niin sitten ne (lääkkeet) menee jonkin aikaa luultavasti suonensisäisesti" (H6)

"Käytetäänhän me aina päivittäin emlaa verinäytteiden otossa ja tipanlaitossa.. ja sitten vasta laitetaan se kanyyli" (H1)

8.3 Lasten kivunhoitotyö

Lasten kivun arvioinnille ja kivun hoitamiselle muodostui yhdistävä luokka, lasten kivunhoitotyö.

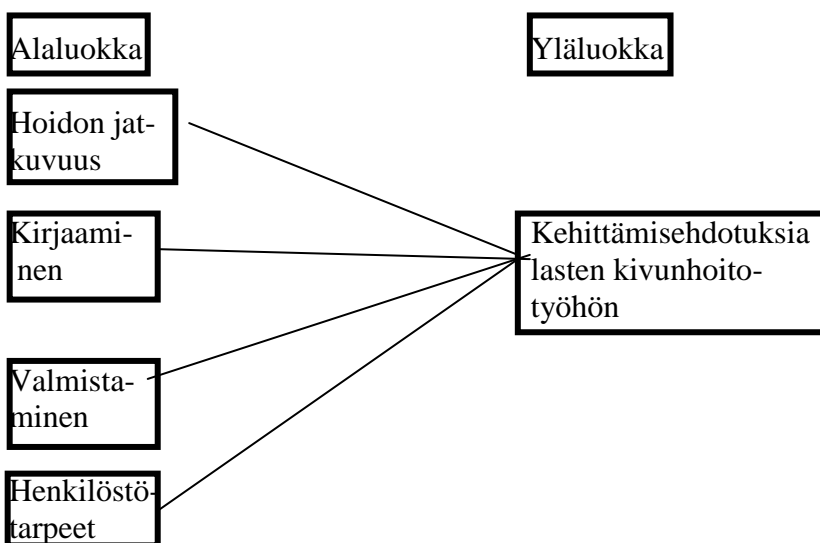


Lääkkeellinen hoitaminen
kivunhoito

Kuvio 7 Lasten kivunhoitotyö

8.4 Kehittämisehdotuksia lasten kivunhoitotyöhön

Kehittämisehdotuksissa muodostui neljä alaluokkaa ja niistä yksi yläluokka. Alaluokkia olivat hoidon jatkuvuus, kirjaaminen, valmistaminen ja henkilöstötarpeet



Kuvio 8 Kehittämisehdotuksia lasten kivunhoitotyöhön

Sairaanhoitajien kehittämisehdotukset painottuivat lääkemääräysten selvytyteen ja hoidon jatkuvuuteen. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan osastojen välinen yhteistyö lääkemääräysten suhteen tulisi olla yhtenevämpi, jotta aika ei kuluisi puhelimen ja tietokoneen äärellä, vaan pystyisi tekemään enemmän potilastyötä.

"..näitten määräysten niinku sellasta että ne on niinku ajantasalla heti, kun potilas tulee osastolle..tavallaan et välttyttäis siltä puhelin rumbalta.." (H2)

"Kun on monta taho... heräämö ja teho-osasto kenen kanssa toimitaan ni että se kipulääkitys olis niinku yhteneväinen.." (H6)

Kivunhoidon kirjaamisen kokemuksia nousi myös esiin tässä opinnäytetyössä. Hoitotyöhön kaivattiin edelleen helppoa kirjausohjelmaa, joka ei veisi liikaa hoitajan työajasta. Lisäksi se, että kirjataan se mitä on tehty, koettiin aavistuksen puutteelliseksi.

”Mutta että mitä hoitotyöhön kaipaa ni erittäin helposti kirjattavaa ohjelmaa.. hoitajien ajasta melkein 60 prosenttia menee tietokoneen edessä ja se on ehdottoman väärä suunta” (H5)

” No varmaan se kirjaaminen (kivunhoidon)..et se löytyis sieltä, koska sen huomaa itsekin että se niinku..et sen saattaa niinku olettaa et miten on kipulääkitty että sen mukaan miten on hoidettu” (H6)

Lasten toimenpiteeseen valmistamisen kehittymisen koettiin tärkeäksi. Lasta valmistava video on asia jota kaivataan valmistavien kirjojen tueksi tai tilalle.

”Ja sitten mitä on kaivattu tänne osastolle ni että olis sellaset viedot..kuinka oikein viedolta vois kattoo piirrettyä satua..siinä lapsi näkee kuinka sairaalaan tullaan, kuinka hoitaja on vastassa, kuinka verinäytteet otetaan ja miten leikkaussaliin mennään, et ihan sellasena piirrettynä” (H1)

Henkilökunnan riittämättömyydestä informantit eivät maininneet, mutta kokopäiväisen anestesiologian erikoislääkärin tarve osastolla nousi esiin tuloksista.

”Jos me saatais oma anestesia lääkäri tänne meidän osastolle ni voitais tulevaisuudessa pienessä humauksessa tehdä kaikkee esimerkiksi palovammapotilaille siteen vaihto” (H1)

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat validiteetti ja reliabiliteetti. Luotettavuutta heikentää, jos tutkimusaineisto ei esimerkiksi anna vastausta tutkimustehtävään tai aineiston analyysin aikana on tehty koodausvirheitä ja virhetulkintoja. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215.) Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset antoivat monipuolisia vastauksia tutkimustehtäviin, ja tuotettua tietoa voidaan jatkossa käyttää lasten kivunhoitotyön kehittämiseen. Huolellinen tutustuminen aineistoon jokaisessa analyysin vaiheessa pienensi koodausvirheiden ja virhetulkintojen mahdollisuutta. Toisaalta Paunosen ym. (1998, 215) mukaan tuotettu tulkinta on kuitenkin tutkijan näkemys asiasta tai ilmiöstä.

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti sisältyy validiteettiin. Validiteetti kertoo tuotetun tiedon tarkoituksenmukaisuudesta liittyen tutkimuskohteeseen. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti on sisäistä ja lisääntynyt validiteetti on metodologisesti eräs laadulliseen tutkimukseen kuuluvista seikoista. Reliabiliteettia tukee se, että tutkimustulokset vastaavat tutkimuskohdetta ja johtopäätökset vastaavat tutkimuksen tarkoitusta. (Krause & Kiikala 1997, 72.) Tässä opinnäytetyössä ilmiön

taustaan ja tiedonantajien subjektiivisiin tiloihin syventyminen paransivat työn reliabiliteettia ja validiteettia. Tutkimusprosessin aikana tehdyt havainnot tutkittavasta ilmiöstä vastaavat hyvin todellista lasten kivunhoitotyötä. Opinnäytetyön tekijä tutustui lukemattomiin lasten kivunhoitotyötä koskeviin artikkeleihin ja tutkimuksiin ja muodosti täten kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Haastatteluiden yhteydessä pidetty päiväkirja antoi opinnäytetyöntekijälle mahdollisuuden tarkastella tiedonantajien tunneilmiöitä uudestaan tutkimuksen analyysivaiheessa. Ilmiön tulkinnan yhteneväisyys oli siis tärkeää ja ne nousivat tutkimuksessa tiedonantajien kokemuksista.

Aineisto tulisi koota siellä missä tutkittava ilmiö esiintyy (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216). Sairaanhoitajia, jotka ovat hoitaneet kirurgisia lapsipotilaita, tavoitettiin sairaalan osastolta. Ongelma oli siinä ketkä valitaan tutkittaviksi. Hirsjärven ym. (2009) mukaan tarkoituksena on kuvata ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti, joten tutkimusaineistoon on tarkoitus valita ensisijaisesti niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, jotta otos olisi tarkoituksenmukainen, eikä sattumanvarainen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöhön liittyen. Tiedonantajia, jotka kuvasivat tutkimuksen ilmiötä, lasten kivunhoitotyötä, oli kuusi kappaletta. Haastateltavat olivat kaikki naisia. Työkokemus lasten kivunhoitotyön parissa oli vaihteleva.

Haastattelututkimuksessa kysymysten avoimuuden ja suppeuden välille on hyvä löytää sellainen linjaus, että toisaalta aineistoa ei kerry liikaa ja näin ollen joutuisi jättämään jotain tutkimuksesta pois. Toisaalta myös niin, että mitään oleellista ei jäisi pois liian suppeilla kysymyksillä. Oleellisinta kysymyksissä on, että tutkimuksen tehtävät saavat mahdollisimman kattavan kokonaisuuden. (Hirsjärvi ym. 2000, 187; Niemi 1998, 217.) Tässä opinnäytetyössä kysymykset oli muodostettu tarkoin vastaamaan tutkimustehtäviä. Teemojen sisällä olevat kysymykset antoivat tiedonantajille suhteellisen vapaat kädet kertoa kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelut kuitenkin pysyivät hyvin teemojen sisällä ja ylimääräistä aineistoa ei kertynyt kovin paljoa. Haastattelijan kokemattomuus saattoi olla osasy siihen, että välillä dialogia käytiin hieman aiheen vierestä, ja näin ollen myös tutkimuksen luotettavuus hieman kärsi.

Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon, että tiedonantajat voivat pantata tietoa tai muunnella totuutta. Tämä voi johtua muistamattomuudesta tai siitä, että he haluavat vastauksista yleisesti hyväksyttävämpiä. On myös huomioitava, että tiedonantajat saattavat vastata tutkijalle mielekkäällä tavalla kysymyksiin. (Niemi 1998, 217.) Sairaanhoitajat ovat lasten kivunhoitotyön kanssa tekemisissä jokaisessa työvuorossa, joten aikaviive oli supistettu todella pieneksi. Tiedonantajien muistamattomuus voi tietenkin olla sidoksissa pieneen jännitykseen. Osa hoitajista kuitenkin kertoi ennen haastattelun alkua, että ovat ennenkin olleet vastaavassa tilanteessa. Tutkimuksen teemat eivät olleet mitenkään henkilökohtaisia

tai arkoja aiheita. Kokemukset ovat kyllä henkilökohtaisia, mutta opinnäytetyöntekijän on vaikea kuvitella, että tiedonantajat olisivat muunnelleet totuutta kertoessaan ilmiöstä omin sanoin.

Aineiston analyysin luotettavuus säilyy, kun analyysin tueksi otetaan riittävä määrä alkuperäishavaintoja (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215–220). Huolimatta pienestä tiedonantajamäärästä, tämän opinnäytetyön aineisto osoittautui varsin rikkaaksi ja monipuoliseksi.

Abstrahoinnissa alaluokkien ja yläluokkien taso tulee olla yhdenmukainen ja muodostettujen luokkien toisiaan poissulkevia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215–220). Raportoinnin luotettavuutta tukee se, että lukija tulee vakuuttuneeksi tutkijan tekemistä ratkaisuksista koskien luokkien muodostusta ja tutkimuksen kulun perusteluja (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215–220). Jotta lukija tulisi vakuuttuneeksi kokemuksista, otettiin tulos osion yhteyteen sairaanhoitajien suoria lainauksia haastatteluista. Aineiston analysoinnin aikana huolehdittiin siitä, että muodostetut luokat kuvaavat eri asioita, mutta ovat kuitenkin sopivia tässä kontekstissa. Raportointia tukevat tutkimustulosten yhteydessä olevat kaaviot luokkien muodostuksesta.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkija on ensisijaisesti vastuussa tutkimuksen eettisistä ratkaisuksista. Tutkimisessa on peruskysymyksenä, mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26.) Opinnäytetyössä tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivunhoitotyöstä, joten rajausta ja arvovalintaa oli siis etukäteen tehty.

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tiedonantajilla oli oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tiedonantajille taattiin täysi anonymiteetti, eikä haastattelujen nauhoittamista salattu tiedonantajilta.

Tutkijan ja tutkimukseen osallistuvan organisaation välillä on oltava suhde. Molemmilla edellä mainituista on vastuu siitä miten tutkimuksen tuloksia käytetään. Tutkimuksen toteuttamisesta sovitaan hoitotieteessä tutkimuslupa-anomuksella. (Eskola & Suoranta 1998, 52–53; Vehviläinen- Julkunen 1998, 28.)

Opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä organisaatioon opinnäytetyön aiheen merkeissä. Myöhemmin molemmat osapuolet allekirjoittivat sopimuksen opinnäytetyöstä sekä opinnäytetyöntekijä teki hoitotieteen protokollan mukaan tutkimuslupa-anomuksen tutkimuksista vastaavalle ylihoitajalle. Tutkimuslupa-anomuksen ensimmäinen versio meni hyväksyttävästi läpi.

Esihaastattelujen tarkoituksena on auttaa tutkijaa varmistumaan siitä, että haastattelujen teemat ja kohdejoukko ovat juuri kyseiseen tutkimukseen oikeat ja samalla haastattelujen keskimääräisestä kestosta saadaan informaatiota. (Hirsjärvi ym. 2000, 72–73.) Opinnäytetyöntekijä piti kaksi esihaastattelua osastolla ja siihen osallistuivat henkilöt, jotka sopivat

kohderyhmään. Esihaastattelut eivät konkreettisesti muuttaneet varsinaisen teemahaastattelun struktuuria, mutta sanavalintoja jouduttiin miettimään vielä ennen haastattelujen alkua. Esihaastatteluilla sai myös varmuutta varsinaisten haastattelujen toteuttamiseen.

Ennen teemahaastattelua haastateltavia tulee informoida siitä, mitä tutkimuksessa tulee tapahtumaan, tällä tavoin vältetään manipulointi ja saadaan perehtyneesti annettu suostumus (Homan 1991, 71). Opinnäytetyön tekijä piti tiedotustilaisuuden osaston sairaanhoitajille ennen haastatteluja ja haastattelutilanteen alussa pyysi vielä erikseen tiedonantaja kirjallisen suostumuksen tutkimukseen.

Tutkimus ei saa aiheuttaa aiheuttaa fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista vahinkoa tutkittavalle. (Paunonen ym. 1998, 27.) Tutkimus tietoja tulee säilyttää luottamuksellisesti koko tutkimusprosessin ajan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129).

Tässä opinnäytetyössä huomioitiin edellä mainitut tutkimuseettiset ongelmat. Pienehkön otoksen vuoksi tiedonantajien anonymiteetti korostui. Tämän vuoksi opinnäytetyössä ei käytetty sellaisia suoria, joiden perusteella yksittäisen tiedonantajan henkilöllisyys olisi voinut paljastua. Tutkimusaineistoa ei luovutettu missään tutkimuksen vaiheessa ulkopuolisille ja saatuja tutkimustuloksia käytettiin vain tässä opinnäytetyössä. Suorien lainauksien perässä olevat kirjain-numero-yhdistelmät eivät ole sidoksissa haastattelujärjestykseen, vaan ne ovat sekoitettu anonyymiuden parantamiseksi. Tutkimusprosessin päätteeksi tutkimukseen liittyvät audiotallenteet ja paperit hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

9.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön avulla saatiin tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat ja arvioivat alle kouluikäisten lasten kipua. Lisäksi tietoa saatiin myös siitä, millaisia kivunhoitotyön interventioita sairaanhoitajat käyttävät kivunhoidossa. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat myös kehittämisehdotuksia omalle osastolleen. Yliopistosairaalaan osasto varmasti hyötyy niistä muutamista ideoista, joita sairaanhoitajat kertoivat. Tästä opinnäytetyöstä saadut hoitajien subjektiiviset kokemukset lasten kivunhoitotyöstä auttavat jo olemassa olevan hoitotyön ja lääketieteellisen tiedon lisäksi sairaanhoitajia muodostamaan paremmin kuvan lasten kivunhoitotyöstä.

Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kivun tunnistamiseen on monia keinoja. Lapsen käytöksen muuttuminen, yleinen habitus ja haastattelu ovat avainasemassa kipua tunnistettaessa. Sairaanhoitajat kertoivat, että lapsen ikä ja kehitystaso vaikuttavat paljolti siihen, miten lapsi ilmaisee kipuaan. Leikki-ikässä lapsi voi kipeänä olla itkuinen, ahdistunut, mutta toisena ääripäänä on hiljaa makaaminen (Jokinen ym. 1999, 24). Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Sairaanhoitajat eivät kertoneet aliarvioivansa lasten kipua, vaan ottivat sen vakavasti ja uskoivat, jos lapsi kertoi

olevansa kipeä. Edellä mainittu tukee Koistisen ym. (2004) ja Muurisen ym. (2001) ajatuksia, jossa on todettu, että lapsi ei valehtele kivusta tai sen voimakkuudesta. (vrt. Pölkki ym. 2005; Romsing ym. 1996.) Tässä opinnäytetyössä vanhempien rooli kivun arvioinnissa nähtiin todella tarpeellisena elementtinä. Vanhempia uskotaan ja heidän arvionsa otetaan vakavasti.

Kivun voimakkuutta arvioidessa sairaanhoitajat käyttivät yleisesti kipumittaria, jossa oli kasvot. Mittari todettiin yleisesti hyväksi lapsilla, mutta joskus lapsen pelko voi nostaa mittarin asteikkoa ja tällöin kipu ei ehkä olekaan se suurin huolenaihe. Jokinen ym. (1999) ovat todenneet kasvomittarin soveltuvan hyvin yli 3-vuotiaille lapsille. Kankkunen ym. (2002) kuitenkin muistuttaa, että kipumittarin käyttö on edelleen suhteellisen vähäistä. Lapsen luona olemalla saa myös käsityksen siitä onko kipu niin voimakasta, että sitä tulisi lääkittää. Jos lapsi leikkii, voidaan olettaa, että kipu ei ole ehkä niin suurta.

Kirjaamisen systemaattisuus kivunhoidon suhteen oli tässä opinnäytetyössä hyvin pitkälle samanlaista kuin Sailon ym. (2000) tutkimuksessa, jossa pidettiin tärkeänä, että kipu, kivunhoitomenetelmä ja kivun seuraaminen löytyvät potilaan asiakirjoista. Sen sijaan siitä, millaista kirjaaminen oli, ei tullut esiin tässä opinnäytetyössä (vrt. Estlander 2003).

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät olivat suhteellisen käytettyjä kivunlievitys menetelmiä, mutta lähes aina niitä tuki farmakologinen kivunhoito. Pölkkin ym. (2002) tutkimuksessa todettiin myös, että farmakologinen kivunhoito on se mitä sairaanhoitajat usein käyttävät.

Kognitiivis-behavioraaliset ja fysikaaliset kivunhoito menetelmät eivät jääneet tässä opinnäytetyössä vähäpätöisiksi. Ajatusten pois vieni kivusta ja esimerkiksi kylmäpussi olivat paljon käytettyjä (vrt. Pölkki 2002b). Pölkki (2008) on kuitenkin myöhemmin todennut, että ajatusten pois vieni kivusta on paljon käytetty kivunlievitys muoto. Lasten lääkkeettömien kivunlievitys menetelmien käytettävyys tuntuu siis olevan lisääntymään päin.

Valmistamisessa tulisi käyttää riittävästi aikaa, jotta lapsi pystyy omaksumaan tiedon. Valmistamisella pyritään luomaan lapselle miellyttävämpi sairaalakokemus. (Hiitola 2000, 89,92; Maunuksela & Hamunen 2004, 314.) Sairaanhoitajat antavat lapselle aikaa valmistautumiseen. Perifeerisen kanyylin laitossakin hoitajat antavat lapselle tarvittavan ajan ja tilanteen vaikeutuessa draamaa voidaan käyttää valmistavana tekijänä.

Vanhemmat ovat lasten kivunhoidossa avainasemassa. Vanhempien läsnäolo rauhoittaa lasta. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että vanhempien rauhoittelu rauhoittaa myös lasta. Haapio ym. (2000) ovatkin todenneet, että emotionaalinen tuki kipeälle lapselle on hyvä keino ehkäistä pelkoja ja kivuliaita tilanteita.

Lääkkeellisesti toteutettu kivunhoito pyrittiin hoitajien mukaan toteuttamaan aina mahdollisuuksien mukaan peroraalisesti. Erityisesti mikstuura todettiin hyväksi, koska se on helppo niellä. Lasten kohdalla oikean annostelutavan määrää kuitenkin aina lapsen kokonaistilanne. Edellä mainittu tukee Hirosen (2007) ja Salanterä ym. (2007) tutkimuksia, joissa suun kautta annettu lääke todettiin ensisijaiseksi lapsella. Oksentelevalle lapselle tai ihan pienelle lapselle per rectum annettu lääke todettiin edelleen hyväksi. Kankkunen (2003) ei kuitenkaan puolla peräsuoleen annettavia lääkkeitä, koska niiden teho on todettu vajaaksi ja imeytyminen vie suhteellisen paljon aikaa.

Pistämistä pyrittiin välttämään, mutta kovissa kiputiloissa sitäkin käytetään. Leikkauksen jälkeen lapsella todettiin lääkkeiden menevän suonensisäisesti, mutta siitä pyrittiin eroon mahdollisimman nopeasti. Erilaiset puudutteet olivat myös käytössä varsinkin verinäytteiden otossa ja kanyloinnissa.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön pohjalta nousi muutama kiinnostava jatkotutkimus ehdotus. Etenkin lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien osalta olisi tärkeää saada lisänäyttöä nimenomaan koskien niiden tehokkuuden arviointia. Lisäksi kiinnostavaa olisi saada tietää miksi hoitohenkilökunta ei aktiivisemmin käytä kyseisiä kivunlievityskeinoja. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat kuitenkin lapsiystävällisiä ja turvallisia käytössä.

Kivunhoidon kirjaamisessa on vielä epäselvyyksiä, joten toinen jatkotutkimus ehdotus koskee nimenomaan kirjaamisen yhteneväisyyttä. Kirjaaminen on kuitenkin jokaisen hoitajan tehtävä ja se myös huolellisesti ja yhteneväisesti toteutettuna parantaa hoitotyön toteuttamista edistäen samalla potilasturvallisuutta.

LÄHTEET

- Ahonen, K. & Hoppu, K. Lasten lääkehoidon erityispiirteet. Suomen Lääkärilehti 11/2004 vsk. 59, 1141–45.
- Axelin, A., Mikkelsen, M., Metsähonkala, L., Korpela, R. & Vuorimaa, H. 2008. Toteutuvatko lasten ja nuorten kivun arviointi ja kuntoutus Suomessa? Kipuviesti 2, 46–48.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologiaa. 1.painos. Juva: WSOY.
- Gradin, M. 2000. Need for a reliable pain evaluation scale in the newborn in Sweden. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 552–554.
- Haapio, M., Reen, E. & Salonen, A. 2000. Vastasyntyneen kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hiironen, K. 2007. Lapsen kivunhoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Hiitola, B. 2000. Parantava leikki. Helsinki: Tammi, 89–93.
- Hiller, A., Meretoja, O., Korpela, R., Piiparinen, S. & Toivainen, T. 2006. Lasten postoperatiivinen kivun hoito. Duodecim 122(21), 2636–2642.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu temahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Homan, R. 1991. The ethics of social research. Aspects of modern sociology. London: Longman.
- Hoppu, K. 2004. Lasten lääkehoidon erityispiirteitä. Teoksessa Petäjä, J. & Siimes, M. (toim.) Lastentaudit. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. 1.p. Porvoo: WSOY.
- Ivanoff, P., Åstedt-Kurki, P. & Laijärvi, H. 1999. Leikki-ikäisen kokema sairaalapelko. Hoitotiede 11 (5), 272–280.
- Jokinen, S., Kuusela, A-N., Lautamatti, V. 1999. ”Sattuuko se?” Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2004. Kivun hoitomuodot. Teoksessa E. Kalso & A. Vainio (toim.) Kipu. Jyväskylä: Duodecim, 127–206.

Kalso, E. 2002. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimusprosessi kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy, 135

Kankkunen, P. 2003. Parents' Perceptions and Alleviation of Children's Postoperative Pain at Home After Day Surgery.1. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2002. Miksi lapsen leikkauskipu voi jäädä lievittämättä? Sairaanhoitaja 75 (6-7), 23–27.

Kivijärvi, R. 2008. ”Vähän niin kun olis potkassu varpaan seinään”. Sairaanhoitaja 81 (1), 27–29.

Koistinen P, Ruuskanen S & Surakka T.(toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Kokki, H. 2003. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for postoperative pain: a focus on children. Paediatric Drugs 2003;5:103–23.

Kokki, H. & Heiskanen, M. 2002. Lasten kivunhoito. Hoito-ohje. Kuopion yliopistollinen sairaala, 1-4.

Kokki, H. & Nikanne, E. 1999. Lapsen kipu pitää hoitaa. Suomen Lääkärilehti. 54(13), 1663–1667.

Kouvalainen, K., Rantanen, P. & Uhari, M. 2001. Lapsi ja lääke. 1.p. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Maunuksela, E-L. & Hamunen, K. 2002. Lasten kipu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Meretoja O. 2005. Lasten kivunhoito on otettava vakavasti. Suomen lääkäri-lehti 40(60):3961.

Melzack, R. & Wall, P. 1973. The challenge of pain. Penguin Books. New York.

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

Niemi, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. toim. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K, 215–221.

- Nurminen, M-L. 2001. Kipulääkkeet, reuma- ja kihtilääkkeet sekä anestesia-aineet. Teoksessa Lääkehoito. 7.–8. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Paunonen, M. & K. Vehviläinen-Julkunen 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY - Kirjapainoyksikkö.
- Piiparinen, S. & Rauhala, S. 2004. Kivunhoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskonen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1.–3. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2009. Hoitajien käsityksiä tehohoitoa vaativien keskosten kivunarvioinnista. Hoitotiede 2009 vol.21 (2), 86–96.
- Pölkki, T. 2008. Lasten kivunhoidon kehittäminen: haasteita hoitotyölle ja hoitotieteelliselle tutkimukselle. Tutkiva hoitotyö 6 (2), 17–22.
- Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala H. & Kiviluoma K. 2005. Alkuperäistutkimus. Suomen lääkärilehti 40/2005 vsk.60, 3965–3968.
- Pölkki, T. 2002a. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Pölkki, T. 2002b. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children – Focus on Non-pharmacological Pain relieving Methods from the Viewpoints of Nurses, Parent and Children. Finnanest 2003:36(1):56–57. Väitöskirjareferaatti. Kuopion yliopisto.
- Renqvist, H. & Fellman, V. 2000. Sokeri lievittää vastasyntyneen kipua kantapää pistossa. Duodecim. 2000:116(18),1977–81.
- Romsing, J., Moller-Sonnergaard, J., Hertel, S. & Rasmussen, M. Post-operative pain in children: comparison between ratings of children and nurses. Pain Symptom Manage 1996;11:42–46.
- Roykulcharoen, V. & Good, M. 2004. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. Journal of Advanced Nursing 48(2), 140–148.
- Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salanterä, S. 1999. Caring for children in pain nursing knowledge, activities and outcomes. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Salonen, A. 2002. Ketoprofen in Tonsillectomy and Adenoidectomy With Special Reference to the Effects on Surgical Time, Postoperative Pain, Adverse Events and Recovery After Surgery. Väitöskirja. Kuopion

yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 283. Kuopio: Yliopiston painatuskeskus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. 2002. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

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

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: *Hoitotieteen tutkimus metodiikka*. toim. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K, 26-33.

Väisänen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2001. Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee lapsen mukaan. *Pinsetti*. (2), 10-12.

Wiggins, S. & Foster, R. 2007. Pain after tonsillectomy and adenoidectomy: "ouch it did hurt bad". *Pain Management Nursing* 8(4), 156–165.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Lasten kivunhoitotyö

1.1. Kokemuksia lasten kivun arvioinnista (tunnistaminen ja mittaaminen)

1.1.1. Millä tavalla tunnistatte lasten kivun?

1.1.2. Millä tavoin arvioitte kivun sijainnin?

1.1.3. Millä tavoin arvioitte kivun voimakkuuden?

1.1.4. Miten systemaattisesti arvioitte ja kirjaatte kipua?

1.2. Kokemuksia lasten kivunhoitotyön interventioista

1.2.1. Farmakologiset kivunhoitomenetelmät

1.2.1.1. Millaisia farmakologisia kivun hoitomenetelmiä käytät?

1.2.1.2. Kuinka tehokkaiksi arvioitte ne?

1.2.2. Kognitiivis-behavioraaliset kivunlievitysmenetelmät

1.2.2.1. Millaisia kog.-behav. kivunlievitysmenetelmiä käytät?

1.2.2.2. Kuinka tehokkaiksi arvioitte ne?

1.2.3. Fysikaaliset kivunlievitysmenetelmät

1.2.3.1. Millaisia fysikaalisia kivunlievitysmenetelmiä käytät?

1.2.3.2. Kuinka tehokkaiksi arvioitte ne?

2. Millaisia ehdotuksia sinulla on osaston kivunhoitotyön kehittämiseksi?

HAMK

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ:

Sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivun hoitotyöstä lasten ja nuorten kirurgisella osastolla

1. Tutkijan yhteystiedot:

Tuomas Hujala Sairaanhoitajaopiskelija (AMK) HAMK

2. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alle kouluikäisten lasten kivun hoitotyöstä lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lasten kivun hoitotyötä kehittäessä.

3. Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on oikeus jäädä pois tutkimuksesta missä tutkimusprosessin vaiheessa tahansa. Tulokset julkaistaan niin, että yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa. Tutkittavilla on myös oikeus saada lisätietoa allekirjoittaneelta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

4. Tutkimuksen taustatiedot

Kyseessä on yksittäinen opinnäytetyö, joka valmistuu syksyllä 2010. Tutkimusaineisto kerätään huhti-maaliskuussa. Saatuja tutkimustuloksia käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä periaatteita ja tietosuojalakia koko tutkimusprosessin ajan.

5. Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineisto kerätään teemahaastattelulla, joka nauhoitetaan.

6. Tutkimusaineiston säilyttäminen

Tutkimusaineisto ei pääse ulkopuolisten ulottuville missään tutkimusvaiheessa. Tutkimusprosessiin liittyvät audiotallenteet ja paperit hävitetään asianmukaisesti, kun tulokset on julkaistu.

7. Julkaisu & Raportointi

Tulokset raportoidaan syksyllä 2010 Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden julkaisusarjassa ja valmis työ toimitetaan Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastoon sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten kirurgiselle osastolle.

Tutkittavan suostumus

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tutkittavien oikeuksiin. Suostun osallistumaan teemahaastatteluun, joka nauhoitetaan. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani saa käyttää opinnäytetyössä sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus