

Jasmine Karesvuo, Noora Karhu ja Krista Sivula

Lasten palovammat

Sairaanhoitajan ohjeistus vanhemmalle kotihoidon tueksi

Opinnäytetyö

Kevät 2014

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja AMK

Tekijät: Jasmine Karesvuo, Noora Karhu ja Krista Sivula

Opinnäytetyön nimi: Lasten palovammat – Sairaanhoidajan ohjeistus vanhemmalle kotihoidon tueksi

Ohjaajat: THM Katriina Kuhalampi ja HTM Aija Risku

Vuosi: 2014

Sivumäärä: 52

Liitteiden lukumäärä: 2 (16)

Suomessa vuosittain noin 13 000 henkilöä hakeutuu palovamman vuoksi lääkärin hoitoon, joista sairaalahoitoa tarvitsee noin 1 300 ja heistä lähes puolet on lapsia. Hengenvaarallisia palovammoja Suomessa vuosittain sattuu noin 100. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen opas lasten palovammoista Seinäjoen keskussairaalan lastenosaston B21 sairaanhoitajille, jonka sairaanhoitajat antavat vanhemmille kotiutuksen yhteydessä.

Opinnäytetyön tehtävinä oli etsiä tietoa eriasteisista palovammoista ja selvittää miten lapsen palovammat hoidetaan kotona ja miten lapsen kipua hoidetaan palovammahaavojen hoidon yhteydessä. Tehtävänä oli myös selvittää miten huolehditaan kotona hyvästä hygieniasta lapsen palovammoja hoidettaessa sekä millainen on hyvä kirjallinen ohje palovammapotilaan vanhemmille.

Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Miten lapsen palovammat hoidetaan kotona?
- 2) Miten lapsen kipua hoidetaan palovammahaavojen hoidon yhteydessä?
- 3) Miten huolehditaan kotona hyvästä hygieniasta lapsen palovammoja hoidettaessa?
- 4) Millainen on hyvä kirjallinen ohje palovammapotilaan vanhemmille?

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön keinoin eli pidimme osastotunnin Seinäjoen keskussairaalan lastenosastolle B21 sekä teimme heille oppaan, jonka he antavat palovamman saaneen lapsen vanhemmille kotihoidon tueksi. Kotihoito-opas on hyödyllinen vanhemmille, koska perheet saavat suullisen ohjeistuksen lisäksi kirjallisen oppaan. Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää tietoa ihon rakenteesta ja tehtävästä, palovammoista, palovammojen hoidosta, kivun hoidosta palovammojen hoidon yhteydessä sekä millainen on hyvä kirjallinen ohje.

Avainsanat: palovamma, potilasohje, haavanhoito, kivunhoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor's Degree Programme in Nursing

Specialisation: Registered Nurse (RN)

Authors: Jasmine Karesvuo, Noora Karhu and Krista Sivula

Title of thesis: Children's burns – Nurse's home instructions for parents

Supervisors: MNSc Katriina Kuhalampi and MHS Aija Risku

Year: 2014 Number of pages: 52 Number of appendices: 2 (16)

Roughly half of the patients treated for burn wounds in Finland are children. The amount of life threatening burn wounds in Finland is roughly 100 per year. The aim of this thesis is to compile a written guide of children's burn wounds for the nurses working in the children's ward B21 in Seinäjoki Central Hospital. The guide will be given to the patient's parents.

The thesis aimed to search for information on first to third degree burns and to find out how they are treated at home after hospital care and how pain is managed. The thesis also focuses on how to maintain good hygiene while treating the wounds at home and ponders what aspects are important for a good home treatment guide.

The task of the thesis:

- 1) How are children burn wounds treated at home?
- 2) How is the pain associated with burn wounds treated simultaneously with burn wounds?
- 3) How to maintain good hygiene while treating burn wounds at home?
- 4) What aspects are included in a good written guide for burn wound treatment at home?

The thesis was conducted as a functional study. A ward session was held at the children's ward B21 in Seinäjoki Central Hospital. The guide was given out to parents of actual patients and it was considered to be useful as parents got a written guide to compliment the verbal instructions. The theory section includes information on skin structure, function of the skin, burn wounds, burn wound treatment, pain management and the aspects of a good written guide.

Keywords: burn, patient instruction, wound care, pain management

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä | 1 |
| Thesis abstract..... | 2 |
| SISÄLTÖ..... | 3 |
| 1 JOHDANTO..... | 5 |
| 2 IHO JA PALOVAMMAT | 7 |
| 2.1 Ihon rakenne ja tehtävät | 7 |
| 2.2 Palovammojen luokittelu | 8 |
| 2.3 Palovammojen vammamekanismit | 11 |
| 2.4 Palovamman laajuuden arviointi | 12 |
| 2.5 Palovammojen hoidon porrastus | 13 |
| 2.6 Palovammojen ensihoito..... | 14 |
| 2.7 Palovammahaavan paikallishoito..... | 15 |
| 2.8 Ravitseminen | 18 |
| 3 KIPU | 20 |
| 3.1 Kivun arviointi..... | 20 |
| 3.2 Kivun hoito | 23 |
| 3.3 Lääke- ja nestehoito..... | 25 |
| 3.4 Kipu haavanhoidossa..... | 28 |
| 4 PERHEHOITOTYÖ JA PERHEEN OHJAUS LASTEN PALOVAMMOJEN HOIDOSSA..... | 30 |
| 4.1 Perhehoitotyö..... | 30 |
| 4.2 Suullinen ohje | 35 |
| 4.3 Kirjallinen ohje..... | 35 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT | 37 |
| 6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI | 38 |
| 6.1 Teoriaperusta ja lähtökohdat | 38 |
| 6.2 Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu | 39 |
| 6.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus..... | 41 |
| 6.4 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi | 44 |
| 7 POHDINTA | 46 |

| | |
|--|----|
| 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus..... | 46 |
| 7.2 Oma pohdinta ja jatkokehittämishaasteet..... | 47 |
| LÄHTEET..... | 49 |
| LIITTEET..... | 53 |

1 JOHDANTO

Suomessa vuosittain noin 13 000 henkilöä hakeutuu palovamman vuoksi lääkärin hoitoon, joista sairaalahoitoa tarvitsee noin 1 300 ja heistä lähes puolet on lapsia. Hengenvaarallisia palovammoja Suomessa vuosittain sattuu noin 100. (Vuola 2011.)

Jaakkola, Tiri, Kääriäinen ja Pölkki (2013, 194–195) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen vanhempien osallistumisesta lapsen kivunhoitoon sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata lasten vanhempien osallistumista kivunhoitoon sairaalassa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Vanhemmat osallistuivat tulosten mukaan lastensa kivunhoitoon sairaalassa toimimalla puolestapuhujana, olemalla läsnä sairaalahoidon aikana, vointia seuraamalla, tukemalla lapsen arjessa viihtymistä ja selviytymistä sekä käyttämällä lääkkeitä kivunlievitysmenetelmiä.

Vanhemmat haluavat osallistua lapsensa kivunhoitoon sairaalassa, joten sairaanhoitajan on tärkeä kannustaa heitä, koska vanhemmat tuntevat lapsensa parhaiten ja huomaavat kivun aiheuttamat muutokset lapsessa ja hänen käytöksessään. Perheiden huomioiminen ja osallistuminen lapsensa hoitoon sairaalassa vaikuttaa lapsen hyvinvointiin ja terveyteen sekä parantaa perheiden ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä ja kommunikaatiota. (Jaakkola ym. 2013, 194–195.)

Opinnäytetyön aiheena olivat lasten palovammat. Opinnäytetyössä kerrotaan sairaanhoitajan ohjeistus vanhemmalle kotihoidon tueksi. Opinnäytetyössä käsitellään yleisesti palovammat (I, II ja III -aste), palovammojen hoitolinjaukset ja niiden hoito, hygienia sekä kivunhoito. Haavanhoidossa on vanhempien informointi tärkeää, jotta vältetään infektiolta. Haavanhoidon toteuttamisessa kivunhoito on suuressa merkityksessä, että hoito pystytään suorittamaan mahdollisimman kivuttomasti. Vanhemmat ovat tärkeässä osassa lapsen parantumista, koska lapsi tarvitsee paljon vanhemman tukea ja luottaa heihin.

Opinnäytetyötä tehtiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan lastenosaston hoitohenkilökunnan kanssa. Opinnäytetyössä perehdyttiin lasten palovammoihin ja tehtiin siihen liittyvä hoito-ohjeistus, jotta sairaanhoitaja voi ohjeistaa ja neuvoa vanhempia tulemaan toimeen palovamman saaneen lapsen kanssa kotona. Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja pidettiin osaston sairaanhoitajille osastotunti. Osastotunnilla kerrottiin opinnäytetyöstä sekä palovammoista. Lopuksi esiteltiin opas ja pyydettiin heiltä vielä korjausehdotuksia siihen.

Opas on hyödyllinen, koska perheet saavat suullisen ohjauksen lisäksi kirjallisen oppaan. Opas voi toimia myös hoitohenkilökunnan apuvälineenä potilaan hoidossa. Perheen näkökulmasta opas antaa tietoa ja tukea kotihoidon tueksi. Hoitotyön näkökulmasta opas tarjoaa mahdollisuuden perheelle tulla toimeen kotona, eikä heidän tarvitse mennä sairaalaan palovammahaavanhoitoon. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta opas motivoi ja kannustaa perhettä ja samalla se vähentää terveyskeskuksen tai sairaalan kuormitusta palovammahaavanhoidoissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitajille kirjallinen opas, jonka he antavat palovamman saaneen lapsen vanhemmille kotihoidon tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lastenosaston palovammapotilaiden hoitotyötä. Osastolle vietiin oma kamera, jolla henkilökunta otti kuvia palovammoista.

2 IHO JA PALOVAMMAT

2.1 Ihon rakenne ja tehtävät

Iho on ihmisen suurin elin. Aikuisella ihon koko on noin 1,5–2,0 m² ja paksuus keskimäärin on 2–3 mm. Ihmisen painosta noin 15 prosenttia on ihon ja ihonalaiskudoksen yhteenlaskettu osuus. Rakenteeltaan iho voidaan jakaa kahteen kerrokseen. Uloimpana kerroksena on orvaskesi eli epidermis, ja sen alla on verinahka eli dermis. Näiden kahden välillä on vielä tyvikalvo, joka kiinnittää kerrokset toisiinsa. (Lagus 2012, 16.)

Ihon uloin kerros epidermis muodostuu useista eri kerroksista. Epidermiksen paksuus on noin 0,05–0,2 mm. Se on paksummilla ihoalueilla, kuten jalkapohjissa tai kämmenissä, luonnollisesti paksumpi. Epidermis uusiutuu jatkuvasti hilseilemällä vähitellen pois uusien ja tuoreempien tieltä. Normaalisti se uusiutuu kokonaan 6–10 viikon sisällä. (Iholiitto ry 2014.)

Orvaskeden alla on 0,5–1,5 mm paksuinen verinahka. Sen tärkeimmät rakenneosat ovat elastaania, kollageenia ja erilaisia glykosaminoglykaaneja. Kollageenia on 70 % terveen ihon kuivapainosta ja sen säikeet ovat hyvin kestäviä, ja niitä pysyvät hajottamaan vain osa entsyymeistä. Iholla oleva kollageeni uusiutuu 1–2 kertaa vuodessa. Elastiniin tehtävänä on pitää iho kimmoisana eli ihon palautuminen normaaliksi venytyksen jälkeen on riippuvainen elastiniin vaikutuksesta. (Iholiitto ry 2014.)

Verinahan alla on ihonalaiskudos eli subcutis, joka koostuu rasvasoluista ja niitä tukevista sidekudossäikeistä sekä verisuonista. Subcutiksen paksuus vaihtelee esimerkiksi ravitsemuksellisen ja hormonaalisen tilan, sukupuolen ja iän mukaan millimetristä jopa yli kymmeneen millimetriin. Verinahka vastaa ihon mekaanisesta joustavuudesta ja kestävydestä, sekä verisuonia sisältävänä myös orvaskeden ravinnon ja hapen saannista. Verinahka sisältää ihon apuelimiä, kuten karvatupia, hiki- ja talirauhasia. (Lagus 2012, 16.)

Ihonalaiskudoksen tehtävänä on suojata elimistöä iskuilta, toimia siteenä muiden kudosten ja jänteiden välillä, eristää lämpöä sekä toimia rasvavarastona. Ihon teh-

tävänä on elimistön suojaaminen ulkoisia fysikaalisia ja kemiallisia tekijöitä vastaan, kuten kuumuus, kylmyys ja lämpötilan aistiminen. (Lagus 2012, 17.) Iho toimii aistielimenä ja osallistuu kommunikointiin. Ihon aisteihin kuuluvat tuntoaisti, kuten kosketus-, paine-, ja kipuaisti sekä termiset aistit, kuten lämpimän- ja kylmänäisti. Aistireseptorit vastaanottavat erilaisia aistimuksia. Aistireseptoreista yleisimpiä ovat vapaat hermopäätteet. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 15.)

Terve iho suojaa elimistöä viruksilta, bakteereilta, kuumalta, kylmältä, säteilyltä, kemiallisilta aineilta, mekaaniselta ärsytykseltä ja kuivumiselta. Iho estää tehokkaasti monien pieneliöiden ja aineiden tunkeutumisen elimistöön. Kehon lämmönsäätelyssä iholla on tärkeä merkitys, kuten huolehtia kehon viilennyksestä ja estää lämmönhukka. Ihon kylmää ja kuumaa aistivat solut välittävät tiedot ihon lämpötilasta hermostoon. Lämmönsäätelyyn osallistuvat lisäksi myös dermiksen verisuonet. Verenkierto luovuttaa lämpöä ympäristöön silloin, kun vallitseva lämpötila on matalampi kuin kehon lämpö. Kylmässä ympäristössä verisuonet supistuvat ja lämmönhukka on mahdollisimman vähäinen elimistössä. Ihossa kiertää 5–10 kertaa enemmän verta kuin ihon ravitsemus tarvitsee ja iho toimii näin verisäiliönä. Hermot ja hormonit säätelevät ihon verenkiertoa. (Hietanen ym. 2003, 14.)

2.2 Palovammojen luokittelu

Ihon tai sen alaisten kudosten vaurioita kutsutaan palovammoiksi, jotka syntyvät lämmön, säteilyn, sähköön tai kemiallisten aineiden vaikutuksesta (Vuola 2012, 248). Palovammat lapsilla ovat melko yleisiä kotitapaturmia (Ivanoff, Risku, Kitiñoja, Vuori & Palo 2006, 166). Lapsille sattuu vuosittain pieniä pinnallisia palovammoja useita tuhansia ja sairaalahoitoa vaativia pienempiä vammoja satoja. Lasten palovammojen osuus kaikista palovammoista on noin kymmenen prosenttia. Palovamman saaneen lapsen hoidossa korostuu yksinkertainen haavanhoito, kipulääkitys, lapsen huomiointi ja perheen osallistuminen hoitoon. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 388.)

Lapsi voi saada syvän palovamman kämmeneensä, kun ei ymmärrä refleksinomaisesti ottaa kättään pois kuumalta (Andersson, Elfving-Little & Kokkola

2004, 388). Lapsen iho on ohuempi kuin aikuisella, ja siitä syystä palovamma voi olla hyvin syvä. Lapsen kudosten paranemistaipumus on parempi kuin aikuisella. Palovamman sijainti, pinta-ala ja syvyys määräävät palovamman hoidon. (Pyörälä 2002, 306–307.) Pinnallisia palovammoja hoidettaessa hoitotulokset ovat lähes poikkeuksetta hyviä. Hoidossa käytettäviä hoitomuotoja ja sidoksia on lukemattomia. (Vuola 2012, 248.) Pinnallinen palovamma paranee ilman hoitoa yleensä kahdessa viikossa (Pyörälä 2002, 307).

Kudosvaurio ja tulehdusreaktio ovat paikallisia pienissä palovammoissa. Palovamma tuhoaa ihon luonnollisen suojan mikrobeja vastaan ja näin altistaa potilaan tulehduksille. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 388–389.) Pinnallisten vammojen hoidossa pyritään kivun vähentämiseen, hoidon yksinkertaisuuteen ja edullisiin sidosten käyttöön, mitään ratkaisevasti haavan paranemista nopeuttavaa menetelmää ei toistaiseksi ole. Sairaalahoittoa vaativien palovammojen hoito edellyttää erityistä perehtyneisyyttä palovamman luonnollisen paranemisen kulun tuntemiseen, vammamekanismeihin, paikallishoitoaineisiin, leikkaustekniikoihin ja erilaisiin haavasidoksiin. Oleellinen ja tärkeä osa tätä prosessia on haavanhoito, joka eroaa monelta kohdin etiologialtaan muiden haavojen hoidosta. (Vuola 2012, 248.)

Palovammojen luokituksen tarkoituksena on helpottaa niiden vertailua toisiinsa ja auttaa valitsemaan oikea hoitomuoto. Palovammahaavojen oikean hoidon perusta on paranemismekanismien ymmärtäminen, sillä erityyppiset palovammat paranevat eri tavoin. Palovammat on jaettu kolmeen asteeseen. (Vuola 2012, 248.) Palovamman vakavuuteen vaikuttaa palovamman syvyys, koko ja sijainti. Huomioon on otettava myös potilaan ikä, peruskunto, mahdolliset näkymättömissä olevat kudostuhot, ja muut vammat tai sairaudet. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 353.)

Palovamman arviointi lapsella on vaikeaa ja vaatii asiantuntemusta ja kokemusta, jonka vuoksi leikkausta tarvitsevien lasten palovammojen hoito olisi keskitettävä palovammojen hoitoihin erikoistuneisiin yksiköihin. Palovammayksiköissä toimivia lääkäreitä on syytä konsultoida herkästi lasten palovammoista. Lapsen palovammojen hoitopaikkaa valittaessa huomioidaan lapsen ikä, palovamman sattumista pa, altistumisaika kuumaan ja vammasta kulunut aika. Palovammojen paranemista

ja leikkauksen tarpeellisuutta arvioidaan lasten kohdalla pidempään kuin aikuisten. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 389.)

Ensimmäisen asteen palovamma on lievin ja pinnallinen, siinä vain epidermoksen uloin kerros on vahingoittunut. Ensimmäisen asteen palovammassa iho on kuiva, kosketusarka ja turvonnut. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 353.) Iho on myös punoittava, mutta ehyt (Ilmarinen 2013, 39). Pinnalliseen palovammaan ei jää arpia ja se paranee viikossa (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 353). Siinä ei ole kirvelevää kipua, eikä siihen muodostu rakkuloita (Sahi, Castren, Helistö & Kämäräinen 2010, 96).

Toisen asteen palovammat jaetaan pinnallisiin ja syviin palovammoihin (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 353). Toisen asteen pinnallinen palovamma ulottuu verinahon eli dermoksen ylempiin kerroksiin. Ihoon kertyy rakkuloita, joiden alla on hyvin arka ja punoittava verinahka. (Vuola 2012, 249.) Pinnallisessa dermaalises- sa palovammassa iho on punoittava. Painettaessa ihoa tylpällä esineellä punoitus katoaa veren paetessa hiussuonista ja väri palaa takaisin heti painamisen loputtua merkinä toimivasta verenkierrosta. Palovamma on kivulias, koska hermopäätteiltä puuttuu ihon suoja. Palovamma paranee kahdessa viikossa, mutta saattaa jättää pienen arven. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 354.) Palovamma hoidetaan konservatiivisesti eli ilman ihonsiirtoleikkausta (Vuola 2012, 249).

Toisen asteen syvä palovamma tuhoaa tyvisolukerroksen ja vaurioittaa dermistä syvemmillä. Ensimmäisinä päivinä palovamma-alue on punoittava ja hyvin arka, mikä on merkki toimivasta verenkierrosta. Ensin ihoon syntyy rakkuloita ja muutamien päivien kuluttua palovammaan muodostuu dermoksen tuhoutumisen seurauksena vaaleaa, katteista kuollutta kudosta. Palovamma paranee hitaasti viikkojen kuluessa säästyneiden ihon terveiden karvatuppien sekä hiki- ja talirauhasten epi- teelikerroksen soluista pistemäisinä saarekkeina. Useimmiten palovamma hoide- taan kuitenkin kirurgisesti kuolleen kudoksen poistolla ja ihonsiirrolla. (Vuola 2012, 249.)

Kolmannen asteen palovamma ulottuu ihon läpi kokonaan jopa lihaksiin ja luuhun asti. Iho on hermopäätteiden ja reseptorien tuhoutumisen vuoksi tunnoton, eikä rakkuloita synny. Väri vaihtelee haavassa korppumaisesta mustasta nahkamai-

seen vihreään tai harmaaseen. Syvä vamma voi parantua vain rajalliselta pituudelta haavan reunoilta uutta epidermistä kasvattamalla noin pari senttimetriä. Pehmeillä alueilla voi haavan vetäytyminen sulkea suuretkin haava-alueet, mutta siihen kuluu viikkoja, jopa useita kuukausia. (Vuola 2012, 249.)

Suuremmissa palovammoissa haavan kokoa pienentää kontraktio eli kuroutuminen. Jos haava ei sulkeudu kuroutumalla esimerkiksi ihon kireyden tai palovamman laajuuden vuoksi, paikalle jää krooninen haavauma. Koska hermot ovat tuhoutuneet, ei potilas tunne kipua. Kolmannen asteen suuret palovammat eivät parane konservatiivisesti, vaan tarvitaan kirurgista hoitoa. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 354.)

2.3 Palovammojen vammamekanismit

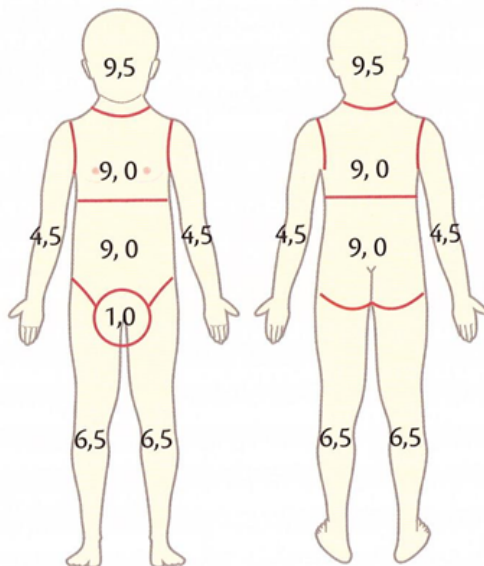
Palovamman syvyysasteesta voidaan usein saada viitteitä vammamekanismin perusteella (Vuola 2012, 250). Tapaturmamekanismin perusteella voidaan päätellä, millainen palovamma on kyseessä. Yleisin palovamman aiheuttaja on kuuma vesi. Lapsille tapahtuneet palovammat keittiössä ovat yleisiä, esimerkiksi juuri kävelemään oppinut lapsi voi helposti vetää pöydältä tai liedeltä kuumaa nestettä sisältäviä astioita päälleen. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 352.)

Kuumavesivamma aiheuttaa yleensä joko pinnallisen tai syvän toisen asteen palovamman. Koska alkuvaiheessa on vaikeaa tarkka vamman syvyyden arviointi, voidaan konservatiivista hoitoa jatkaa 7 - 10 vuorokauden ajan. Leikkaushoito on todennäköisesti tarpeen, ellei suurin osa palovammasta ole tässä vaiheessa epiteliisoitunut. (Vuola 2012, 250.) Kontaktivamma syntyy usein kuumaan esineeseen koskettaessa. Pienten lasten halu tutkia esineitä ja paikkoja voi johtaa lapsen käden osumisen kuumalle keittolevylle tai silitysrautaan. Aina lapsi ei osaa vetää kättään refleksinomaisesti pois, vaan saattaa ennemminkin jähmettyä ja käsi jäädä kuumaan esineeseen. Palovammat syntyvät kämmenen alueelle, jossa paksu iho kestää kuumuuden hyvin. Usein näistä selvitään konservatiivisella hoidolla. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 352.)

2.4 Palovamman laajuuden arviointi

Palovamma voidaan todeta pinnalliseksi, ensimmäisen ja toisen asteen vammaksi, säilyneen kosteuden, tunnon ja karvoituksen perusteella (Sahi ym. 2010, 96). Palovammojen vakavuuteen vaikuttaa potilaan ikä. Potilaan iän karttuessa paranemistaipumus huononee voimakkaasti. Lapsilla on hyvä paranemistaipumus, mutta koska iho on ohutta, palovammat ovat helposti syviä. Nestehoidon merkitys korostuu lapsilla jo melko pienissä 5–10 %:n kokoisissa palovammoissa, koska lapset ovat alttiita nestetasapainon häiriöille. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 355.)

Palovamman laajuuden arviointiin käytetään niin kutsuttua yhdeksän prosentin sääntöä. Kämmen edustaa noin yhtä prosenttia ihon pinta-alasta, yksi alaraaja 18 % ja yksi yläraaja 9 %. (Korte & Myllyrinne 2012, 77.) Lapsella 9 prosentin sääntö on epätarkempi kuin aikuisella palaneen pinta-alan arvioimisessa, koska lapsella pää ja alaraajat ovat eri mittasuhteissa (kuvio 1). Palovammat, jotka ovat yli 15 % aikuisella ja lapsella yli 10 % pinta-alasta tai palovammat, jotka ovat hyvin nuorella tai hyvin vanhalla ovat vakavia. (Management of burns 2003, 3.) 20 % laajuinen palovamma on hengenvaarallinen (Ivanoff ym. 2006, 166).



Kuvio 1. Palovamman laajuuden arviointi lapsella 9 %:n sääntöä käyttäen (Vuola 2012, 250).

Konservatiivisen hoidon ja leikkaushoidon raja kulkee toisen asteen pinnallisen ja syvän palovamman välissä. Tarkka vammamekanismin tunteminen helpottaa oikean hoitolinjan valitsemista. Toisen asteen syvä palovammahaava voi umpeutua vähitellen viikkojen kuluessa, jos se jätetään paranemaan konservatiivisesti. Sen seurauksena ovat kumminkin kivuliaat siteiden vaihdot, vahva arpimuodostus sekä myöhemmin tehtävät korjausleikkaukset. (Vuola 2012, 249.)

Palovamma syvenee 2 - 3 päivän ajan, tällöin ulomman ihon osan verenkierto heikkenee ja alkuperäistä syvemmät osat muuttuvat kuolleiksi. Toisen asteen vammasta voidaan arvioida lopullisen haavan syvyys aikaisintaan noin kolmen vuorokauden kuluttua. Suunniteltu konservatiivinen hoitolinja voi vaihtua leikkaushoidoksi, jos alkuvaiheen pinnallinen toisen asteen palovamma muuttuu syväksi toisen asteen palovammaksi. (Vuola 2012, 249.) Jatkohoitoa vaativat käsien ja kasvojen syvät palovammat, kämmentä suuremmat toisen asteen sekä kaikki kolmannen asteen palovammat, sähkö- ja hengityspalovammat sekä vanhusten ja lasten palovammat, jos on epäily, että palovamma ei ole pinnallinen tai palovamma on yli lapsen kämmenen kokoinen (Sahi ym. 2010, 98).

2.5 Palovammojen hoidon porrastus

Ensimmäisessä asteessa palovammat hoidetaan avosairaanhoidossa. Toisen asteen pinnalliset palovammat, jotka käsittävät alle 10 % ihon pinta-alasta voidaan hoitaa myös polikliinisesti. Palovammahoidon kirurginen periaate on, että kaikki syvät eli osa toisen asteen palovammoista ja kaikki kolmannen asteen palovammat hoidetaan kirurgisesti, lukuun ottamatta hyvin pieniä palovammoja. Vain alle 2 cm:n, kolmannen asteen palovammat voidaan joskus hoitaa konservatiivisesti. Alle 20 %:n syvät palovammat voidaan hoitaa kirurgisella osastolla keskussairaalassa, jos tietotaito ja välineistö riittävät. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 355.)

Pinnalliset alle 3 prosentin palovammat voidaan hoitaa avosairaanhoidossa. Sairaalahoitoon kuuluvat kaikki alle 1-vuotiaiden palovammat, kasvo-, käsi-, jalka- ja genitaalipalovammat sekä kaikki pienetkin syvät palovammat. Lapsi pitää ottaa sairaalaseurantaan yli 5 prosentin palovamman sattuessa ja yli 10 prosentin palo-

vamma vaatii tehoseurantaa. Nestehoito laajan palovamman sattuessa on aloitettava tunnin kuluessa onnettomuudesta. (Pyörälä 2002, 307.)

Suomessa pyritään hoitamaan syvät yli 20–30 % ihosta käsittävät palovammat valtakunnallisesti keskitetysti. Suomessa on kaksi palovammayksikköä, jotka sijaitsevat Kuopiossa ja Helsingissä. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 355.) Töölön palovammayksikössä vuosina 1995–2010 suurin osa palovammahereista, joiden palovammaa ei voitu hoitaa, kuoli joko itse palovammaan tai monielinvaurioon (Kallinen 2013, 11). Hyvin nuorten ja hyvin vanhojen palovammat tulisi lähettää palovammayksikköön tai edes konsultoida niitä. Palovamman oikea hoitopaikka arvioidaan uudelleen ensimmäisten siteenvaihtojen yhteydessä, kun palovamma on saavuttanut lopullisen syvyyden. Jos palovammahaava ei ole epitelisoitunut kahden viikon kuluessa, on leikkaus tarpeen. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 355–356.)

2.6 Palovammojen ensihoito

Ensiapuna palovammassa on, että lopetetaan kontakti kuumaan. Kun kuumaa vettä on kaatunut päälle, riisutaan kastuneet vaatteet. (Pyörälä 2002, 307.) Palanut alue tulee jäähdyttää mahdollisimman nopeasti pitämällä palanutta aluetta viileän, juoksevan veden alla niin kauan kuin lapsi suinkin sitä sietää, mutta vähintään 10–20 minuuttia (Einon 2002, 217). Viileä vesi vähentää kipua ja estää samalla palovamman leviämisen syvemmälle ihon kerroksiin (Sahi ym. 2010, 97). Jääkylmää vettä ei tule käyttää. Lapsi voidaan viedä viileään kylpyyn tai suihkuun, jos palovamma on laaja. Jos lapsi viedään kylmään kylpyyn, tulee olla varovainen, sillä se voi aiheuttaa alilämpöisyyttä. Kylvyn jälkeen peitetään palanut kohta viileillä, märillä lakanoilla, mutta muuten peitellään lapsi lämpimästi. (Einon 2002, 217.) Lapsi voidaan kääriä peittoon tai pyyheliinaan, ettei hän jäähdy ja annetaan kipulääkettä (Pyörälä 2002, 307).

Palovamman tulehtumisen estämiseksi voidaan vamma-alue ensihoitona peittää esimerkiksi muovikelmulla tai jollain nukkaamattomalla materiaalilla kuten puhtaalla tyynyliinalla tai sideharsolla. Vamma-aluetta ei saa peittää materiaalilla, joka voi tarttua siihen kiinni. Raajojen ollessa palaneet, ne tulee nostaa muuta kehoa kor-

keammalle. (Einon 2002, 217.) Palovammaan ei saa käyttää tavallisia ihorasvoja tai voiteita. Palovammaan ei saa koskea eikä rakkuloita saa puhkaista. (St John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association & British Red Cross 2009, 275.) Pienien palovammojen kohdalla kostea side saattaa lievittää kivun tunnetta, mutta laajoissa palovammoissa sitä ei tule käyttää (Saarelma 2013).

Kotona hoidettuja palovammoja tulee tarkistaa säännöllisesti, jos ne ovat pahentuneet, tulee heti ottaa yhteys lääkäriin (Einon 2002, 217). Hoitoon tulee lähteä jos palovamma on yhtä prosenttia suurempi toisen asteen palovamma ja kaikkien kolmannen asteen palovammojen vuoksi (Saarelma 2013). Ammattimaista hoitoa vaativat kaikki paitsi aivan pienimmät palovammat (Einon 2002, 217). Myös palovamman sijaintipaikasta riippuen pienemmänkin kuin toisen asteen palovamman kanssa on hakeuduttava hoitoon (Saarelma 2013). Pienemmissä palovammoissa riittää, että haava puhdistetaan ja peitetään rasvaharsosidoksella (Saarelma 2013). Vakavat palovammat voivat aiheuttaa nestehukkaa (Einon 2002, 217).

2.7 Palovammahaavan paikallishoito

Tuore palovamma on puhdas ja erittää kudostenestettä runsaasti. Hoitona pienillä palovamma-alueilla on puhdistus ja peittäminen paksuilla joustavilla sidoksilla. Rasvataitos tai antibakteerista salvaa laitetaan haavan pohjalle ensimmäisenä puhdistuksen jälkeen. Palovamman syvyys tarkistetaan 2 - 3 vuorokauden kuluttua ja sidoksia vaihdetaan 2 - 3 vuorokauden välein, kunnes palovamma on parantunut. (Pyörälä 2002, 307.) Palovamman saaneen potilaan kahden ensimmäisen vuorokauden aikana on tavoitteena turvata kudosten hapensaanti ja riittävä verenkierto (Kukko 2007, 16–17). Kirurgin on arvioitava tilanne, jos palovamma osoittautuu kontrollissa arvioitua syvemmäksi. Laajoissa palovammoissa käytetään hopeasulfadiatsiinisalvaa ja joustavia, paksuja sidoksia. Syvien palovammojen hoito on kirurginen ja periaatteena on, että leikkauksessa poistetaan kuollut kudos ja peitetään alue ihosiirteillä. (Pyörälä 2002, 307.)

Keskeisintä palovammapotilaiden hoitotyössä on haavanhoito. Palovammat ovat erittäin infektioherkkiä ja kivuliaita. Siteidenvaihdon yhteydessä korostuu aseptinen työskentely. Lapsen kivunhoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, kaikki kivuliaat

hoidot tehdään nukutuksessa. Palovammoja saaneen lapsen hoidossa on vanhemmilla tärkeä rooli ja heille annetaan mahdollisuus olla lapsen luona hoitotoimenpiteen aikana. Lapsi voi myös osallistua siteiden vaihtoon, ettei hän koe kipua ulkopuolisen tahallaan aiheuttamaksi. Vaikeiden palovammojen hoito on pitkäaikaista ja niissä aloitetaan fysikaalinen hoito yleensä jo sairaalassa, jotta lapsen liikeradat pysyisivät normaaleina. Vielä vuosia tapaturman jälkeenkin voidaan tehdä ihonsiirtoja. (Ivanoff ym. 2006, 166.)

Palaneen pinta-alan koosta riippumatta on haavanhoito periaatteiltaan samanlaista. Saksilla ja pinseteillä poistetaan irtonaiset kudospappaleet ja puhdistetaan haavat antiseptisellä liuoksella, keittosuolaliuoksella tai juomakelpoisella vesijohdovedellä. Potilaan hyvästä kipulääkityksestä tulee huolehtia ennen haavanhoitoa. Lapsille voidaan käyttää parasetamolia tabletteina suun kautta tai peräpuikkoina noin puoli tuntia ennen haavanhoitoa. (Vuola 2012, 252.) Haavanhoito suunnitellaan etukäteen sekä siihen tulee varata riittävästi aikaa. Myös haavanhoitoympäristön tulee olla rauhallinen, valoisa ja puhdas. (Tenhunen 2012, 118.)

Haavanhoitotuotteiden valintaan vaikuttavat useat tekijät, kuten haavan luonne, koko ja sijainti, haavaympäristön kunto ja tuotteen hinta. Epätarkoituksenmukainen sidos saattaa aiheuttaa turhia kustannuksia sekä hidastuttaa palovammahaavan paranemista. Lapsen ja hänen läheisensä tulee sitoutua hoitoon ja tietää, kuinka kauan paranemiseen arvioiden mukaan menee, mitä sidokset ja hoito maksavat sekä mistä tuotteita saa. Haavanpuhdistusaineet, liuokset sekä haavanpeittämiin ja hoitamiseen tarkoitettut sidokset kuuluvat haavanhoitotuotteisiin. (Hietanen 2012, 136.)

Ennen sidevaihtoa kootaan valmiiksi hoitovälineet ja sidetarvikkeet. Perus hoitovälineet ovat puhdistusaineet, taitokset, pumpulipuikot, saksit ja pinsetit. Sidokset ja teipit irrotetaan ja haava puhdistetaan suihkuttamalla. Sidosten vaihtamisessa huomioidaan lapsen liikkuvuuden ja toiminnallisuuden säilyminen. Sidoksen tulee pysyä paikoillaan esimerkiksi lapsen leikkiessä, mutta se ei saa olla liian kireällä. Jokainen sormi sidotaan erilleen, jotta lapsi voi käyttää kättään. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 390–391.) Palaneet varpaat ja sormet tulee sitoa erikseen myös siksi, etteivät ne kasva kiinni toisiinsa ja samoin myös korvat tulee erottaa päänahasta sidoksilla (Ilmarinen 2013, 41).

Lapselle tulee kertoa ennen toimenpidettä, miten hänen odotetaan käyttäytyvän, esimerkiksi pitääkö toimenpiteen aikana olla hetken aikaa liikkumatta. Toimenpiteen aikana puhutaan rauhoittavasti ja yritetään kohdistaa lapsen ajatuksia muualle. Lapselle on tärkeää kertoa toimenpiteen jälkeen sen olevan nyt ohi sekä kehua ja kiittää lasta toimenpiteen aikana käyttäytymisestä. Toimenpiteen jälkeen lasta ei saa jättää yksin ennen kuin hän on rauhoittunut. (Muurinen & Surakka 2001, 128.)

Hoitotilanteesta lasta auttaa selviytymään turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö. Lapsen ikä- ja kehitystaso huomioidaan vuorovaikutuksessa. Turvaa lapselle tuo myös jokin mieluisa asia esimerkiksi oma lelu, lempivideo tai tutti. Lapsi kokee itse voivansa auttaa omaa parantumistaan, jos häntä kannustetaan mahdollisuuksien mukaan osallistumaan hoitoihin. Hoitajan määrätietoisuus hoitotilanteissa antaa lapselle turvallisuutta ja lapsi luottaa hoitajan tekemiin hoitopäätöksiin. Hoitotoimenpiteiden edistyessä lapselle ja hänen vanhemmilleen selitetään haavanhoito totuudenmukaisesti ja yksinkertaisesti. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 390.)

Vanhemmille annetaan palovammasta ja sen hoitoon liittyvistä asioista tietoa suullisesti ja kirjallisesti. Vanhemmat ovat mukana sidevaihdossa ja heille opetetaan myös siteidenvaihdon toteuttaminen kotona. Haavantulehduksen merkkejä ovat kipu, punotus, kuumotus, turvotus, voimakas haju ja lisääntynyt erityis. Vanhempia ohjataan seuraamaan näitä tulehduksen merkkejä. Lapsesta voidaan myös seurata mahdollisen tulehduksen merkkejä, kuten jos lapsi ei käytä palovamman saanutta raajaa tai hän on rauhattomampi. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 391.)

Hyvän palovammahaavan hoidon periaatteena on, että hoitaja saa poistettua haavasta kaiken katteen ja mahdollisen vieraan materiaalin. Kate tarkoittaa kuollutta kudosta haavalla. Tulehdusriski kasvaa ja parantuminen pitkittyy, jos bakteerit pääsevät lisääntymään katteen vuoksi. Koko haava voi olla kosketusarka, mutta usein haavan reunat ovat kipeimmät. Kipua voi ennaltaehkäistä ja lievittää erilaisilla puudutusgeeleillä, -nesteillä ja -voiteilla. Puudutusaineet vaikuttavat nopeasti, mutta ne eivät pääse vaikuttamaan katteen läpi. Lapsilla tulisi olla käytössään suun kautta otettava kipulääke, jonka voi ottaa tarvittaessa tai säännöllisesti. (Turunen 2014, 14.)

Haava paranee parhaiten, kun sen antaa olla rauhassa, eikä sidoksia vaihdeta tarpeettomasti. Sen vuoksi hoitojen vaihteluväli on laaja. Infektoituneiden palovammahaavojen puhdistamista saattaa joutua tekemään joka toinen päivä tai päivittäin. Ilman erityistä syytä vaihtaa sidoksia, haavanhoito tehdään pari kertaa viikossa. Hoitajat käyttävät haavan parantumisen seuraamisessa apuna kameraa, sen avulla näkee, miten paraneminen edistyy. (Turunen 2014, 14.)

Aseptisten työskentelytapojen avulla pyritään ehkäisemään kudoksen tai steriilin materiaalin kontaminaatio mikrobeilla. Aseptinen toiminta edellyttää hoitohenkilökunnalta taitoa, tietoa ja eettistä vastuuntuntoa toteuttaa suunnitelmallista aseptistä työskentelyä, että haavanhoitojen yhteydessä ei aiheuteta tartuntoja. Aseptiset työtavat on tärkeä omaksua kaikissa työtilanteissa. Haavanhoidossa noudatetaan aina aseptistä työjärjestystä, eli työssä edetään puhtaimmasta kohteesta likaisimpaan. Hoitajien on muistettava hyvä käsihygienia, jolla estetään tartuntaa aiheuttavien mikrobien siirtyminen henkilökunnan käsien välityksellä ympäristöstä tai potilaasta toiseen. (Tenhunen 2012, 115.)

2.8 Ravitsemus

Huono ravitsemus hidastaa haavan parantumista. Se hidastaa haavan sulkeutumista sekä lisää infektoriskiä. (Turunen 2014, 18.) Ruoka voi muuttaa lääkkeen aineenvaihduntaa, imeytymistä tai erittymistä, ja näin vaikuttaa lääkityksen onnistumiseen. Hoitajan on tärkeää tietää lääkkeiden ja ravinnon vuorovaikutuksista sekä tunnistaa tilanteet milloin niitä esiintyy. Näin hoitaja osaa kertoa yhteisvaikutuksista ja tarvittaessa toimivan ratkaisun löytämiseksi ottaa yhteyttä lääkäriin tai ravitsemusterapeuttiin. Lasten kohdalla on erityisen tärkeää minimoida yhteisvaikutukset. (Tiainen 2009, 55.)

Maidosta valmistetut tuotteet ovat tärkeä energian, valkuaisaineen ja kalkin lähde. Kaikki ruoan sisältämät normaaliin aineenvaihduntaan osallistuvat aineet katsotaan ravintoaineeksi. Ravintoaineita, jotka sisältävät energiaa ovat valkuaisaineet, rasvat ja hiilihydraatit. Energiaa sisältämättömiä ravintoaineita ovat kuidut, vitamiinit ja kivennäisaineet. Terveellisessä ravinnossa on sopivassa suhteessa kaikkia lapsen tarvitsemia ravintoaineita. (Huttunen 2002, 48–49.)

Tärkeimmät hiilihydraatinlähteet ovat viljat ja perunat. Kudosten keskeinen rakenusaine on valkuaisaineet eli proteiinit. Erilaiset maitovalmisteet, liha ja kala ovat tärkeimmät proteiinilähteet. Viljassa on myös kohtuullisesti valkuaisaineita, mutta kasvisproteiinit eivät pysty tyydyttämään kokonaan lapsen valkuaisainetarvetta, sillä niistä puuttuu tietyt lapsen kehitykselle välttämättömät aminohapot. (Huttunen 2002, 50–51.)

Vitamiinit ovat välttämättömiä orgaanisia aineita elimistölle. B- ja C-vitamiinit ovat vesiliukoisia yhdisteitä. B-ryhmän vitamiineja on lihassa ja viljatuotteissa. C-vitamiinia on hedelmissä, marjoissa ja perunassa. A-, D- ja E-vitamiinit ovat rasvaliukoisia, ja niitä lapsi saa kalasta, öljystä ja maitotuotteista. Lapsen ruokavalion ollessa monipuolinen hän saa normaalista ruoasta kaikki muut tarvitsemansa vitamiinit, paitsi D-vitamiinia. Lapsi saa ravintokuituja marjoista, hedelmistä, vihanneksista ja kokoviljatuotteista. Niukkakuituisia ruokia ovat maito, juusto, peruna ja kuoritusta viljasta tehty leipä. (Huttunen 2002, 51–53.)

Lapsen vireyden ja ruokahalun lisäksi on tärkeää tarkkailla virtsan ja ulosteen määrää, ulkonäköä ja tuoksua. Myös lapsen omiin ravinnon ja nesteiden saantiin liittyviin tuntemuksiin sekä kuivumisen oireisiin tulee kiinnittää huomiota. Pienellä lapsella on luontainen kyky säädellä ravintonsa laatua ja määrää, joten ruokaa ei tule tuputtaa lapselle, eikä häntä pidä milloinkaan pakottaa syömään, mutta ruokailua tulee kuitenkin seurata. Lapsen ruokailutottumukset ja mieliruoka tulee huomioida ja ruoka on hyvä asettaa miellyttävästi esille. (Ivanoff ym. 2006, 118.)

Riittävästä nesteensaannista on tärkeä huolehtia. Lapsen syömisestä ja juomisesta voidaan tarvittaessa pitää kirjaa ja näin arvioida ravinnonsaannin riittävyyttä. Ellei lapsen ravinnon- ja nesteensaantia kyetä turvaamaan, käytetään suonensisäistä nesteytystä tai nenämahaletkua. (Ivanoff ym. 2006, 119.) Neste tulee tarjota sellaisessa muodossa, josta saa muitakin tarpeellisia ravintoaineita energian ohella (Paganus 2004, 127). Hoitoa voidaan tehostaa riittäväksi proteiinia ja energiaa sisältävillä täydennysravintovalmisteilla (Turunen 2014, 18).

3 KIPU

3.1 Kivun arviointi

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä emotionaalinen tai sensorinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein”. Määritelmä kattaa kroonisen sekä akuutin kivun, eikä määritelmässä oteta kantaa kuinka kipu on syntynyt. Kipu on aina henkilökohtainen ja kaikki kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Kipu on sidoksissa kokemuksiin ja kulttuuriin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.) Kipukokemukseen vaikuttavat fysiologiset, psykologiset ja kokemukselliset tekijät. Lapsen kipukokemus ja kyky ymmärtää kipua muuttuvat koko hänen kasvu- ja kehitysprosessin ajan. (Ivanoff ym. 2006, 191.)

Hoitotyössä keskeinen vastuu kivunarvioinnista on hoitajilla. Kivunarvioinnin kehittäminen on tärkeää, sillä se luo perustan hoitotyössä lasten kivunhoidon onnistuneelle toteutukselle. Lapsilla on eettisesti oikeus saada lievitystä kipuunsa. Hoitajilta edellytetään kykyä havaita ja mitata lapsen kipua luotettavasti. (Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen & Korhonen 2009, 28.) Lapsella kivun arvioinnin haasteellisuutta lisää se, että hoidettavien potilaiden ikä vaihtelee vastasyntyneistä nuoriin aikuisiin. Lapsen kivunhoitoa toteutetaan yhteistyössä potilaan, perheen, oman hoitajan, anestesia lääkäriin ja kirurgin kanssa. (Piiparinen & Rauhala 2004, 158.)

Kaikki lapset tuntevat kipua toimenpiteiden ja palovammojen hoidon yhteydessä, vaikka pienet lapset eivät aina pystykään selvästi ilmaisemaan kivun tunnettaan. Huonosti hoidettu kipu aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia lasten elimistössä, samalla kun lasten hoitomyönteisyys voi laskea, sairaala voi näin muodostua painajaisten aiheuttajaksi. (Kiviluoma 2002a, 64.) Yleisimmin itku, kasvojen ilmeet, kehon liikkeet ja vireystilan muutokset lapsen käyttäytymisessä kuvaavat havaittavaa kipua (Pölkki ym. 2009, 29). Jotkut lapset vetäytyvät yksinäisyyteen, kun taas toiset kiljuvat paniikissa. Vanhemmilla ja hoitajilla onkin tärkeä tehtävä lapsen kivun arvioinnissa pyrkiä havaitsemaan lapsen hoitoa vaativa kipu. (Kiviluoma 2002a, 64–65.)

Kipu on aistimus, tunne tai kokemus ja kivun kokemiseen vaikuttaa myös itse kiputilanne eikä vain kipuärsykkeen voimakkuus. Pelottavassa tilanteessa kipu saattaa lapselle olla kovempaa kuin turvallisessa ympäristössä, vaikka kipuärsyke olisi sama. Pelko voi myös purkautua kipuna, eikä tällöin pelkästään kivun lievittäminen helpota tilannetta. Lapset vaistoavat yleensä vanhempien pelon ja ahdistuksen ja siksi vanhempien huomiointi on tärkeää. (Piiparinen & Rauhala 2004, 156.) Jotkut lapset pyrkivät hallitsemaan kipukokemustaan passiivisesti, esimerkiksi ajattelemalla kivun kestäessä jotakin mieluisaa tai olemalla hiljaa paikoillaan. Kivun tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota passiivisesti kipua ilmaisevien lasten kohdalla, sillä kipu jää helpommin huomaamatta. Lapset voivat kieltää kipunsa, yleensä kivun kieltämiseen syynä on lapsen pelko tai halu olla urhea ja riippumaton toisen avusta. (Ivanoff ym. 2006, 191–192.)

Fysiologisia kipuun liittyviä muutoksia tavallisimmin ovat muutokset hengityksessä, sydämensykkeessä ja hapetuksessa (Pölkki ym. 2009, 29). Kipua arvioitaessa voidaan seurata lapsen verenpainetta, kipu nostaa sydämen sykettä ja verenpainetta. Kipua voidaan arvioida myös oireiden perusteella, yksittäinen oire ei kerro luotettavasti kivusta, mutta sen yhdistäminen muihin havaintoihin tukee kivun arviointia. (Ivanoff ym. 2006, 192.)

Oireita, jotka kertovat kivusta ovat muun muassa ärtyneisyys, levottomuus, jäykistely, täristely, hikoilu, ihon värinmuutokset sekä sormien ja varpaiden koukistelu. Myös lapsen ääntelyä, eleitä ja ilmeitä seuraamalla saadaan tietoa kivusta ja sen voimakkuudesta. Kipuitku on kimeää, jännittyntä ja epäsäännöllistä, mutta lapsi ilmaisee kipua myös hiljaisella nyhkytyksellä, vaikertamalla sekä valittamalla. Kipuilmestä esimerkkejä ovat otsan rypistäminen, silmien kiinni puristaminen, suun nutristaminen ja hampaiden yhteen pureminen. Tärkeää on muistaa, että myös hiljaa paikoillaan oleva lapsi voi kärsiä voimakkaasta kivusta. (Ivanoff ym. 2006, 192.)

Hoitajan tehtävänä kivun arvioinnissa on auttaa ja rohkaista lasta ilmaisemaan kipuaan. Kivunhoidon perustana on lapsen oma arvio kivustaan. Jos lapsi ei itse pysty ilmaisemaan kipuaan, sitä arvioidaan yhdessä perheen ja läheisten kanssa sekä tarkkaillaan lapsen kipukäyttäytymistä. Kivun arviointiin ja keskusteluun varataan riittävästi aikaa ja rauhallinen ympäristö. Lapselle annetaan mahdollisuus ku-

vata kipuaan omin sanoin ja keskustelu aloitetaan esimerkiksi siitä, onko hänellä juuri nyt kipua. Lapselta kysytään esimerkiksi, missä tilanteissa kipua esiintyy, mikä pahentaa kipua, mikä lievittää kipua ja onko kivun kokemuksessa vuorokausivaihtelua. (Malmgren & Kontinen 2012, 91.)

Kivun voimakkuutta arvioidaan monin eri tavoin (Malmgren & Kontinen 2012, 92). Kätevä ja asianmukainen kivun arviointiin käytettävä väline on tärkeä lapsilla, koska lapset eivät välttämättä valita tai kerro kipua yhtä hyvin kuin aikuiset. Kivun arviointiin käytettävän välineen valinnan tulee perustua lapsen valintaan, mutta pitää aina sisältää kipuasteikon, esimerkiksi kuvia kivun asteista. (Mann & Carr 2006, 88.) Lapsen kivun voimakkuudesta saadaan tietää erilaisten kipumittareiden avulla. Kipumittareiden käyttö edellyttää etukäteen hyvää opetusta ja on muistettava, että lapsen saattaa olla uneliaisuuden vuoksi vaikea käyttää kipumittaria. (Piiparinen & Rauhala 2004, 158.) Kipumittareita käytettäessä on tärkeää varmistaa, että lapsi ymmärtää mittarin käyttöperiaatteen oikein (Ivanoff ym. 2006, 193). Lapselta voidaan kysyä, mistä kohtaa kipumittaria hän näyttää, kun tarkoittaa, että sattuu oikein kovasti tai kun sattuu vain vähän (Hamunen 2009, 442).

Yksi keino laadukkaamman kivunhoidon toteuttamiseksi on kipumittareiden käytön tehostaminen (Ivanoff ym. 2006, 193). Kipumittarin valinnassa on huomioitava lapsen kyky arvioida kipuaan ja aikaisemmat kokemukset mittareista. Lapselle tulee käyttää jo ennestään tuttua mittaria. Jos lapsella ei ole aiempaa kokemusta mittarin käytöstä, niin valitaan käytännöllinen ja hoitohenkilökunnalle tuttu kipumittari. Kaikilla mittauskerroilla käytetään samaa mittaria, jolloin hoidon tehoa voidaan arvioida. Kivun sijainti määritellään ja kirjataan kipuasteikolta saadun arvion yhteydessä ja lapsi voi myös omin sanoin kuvailla tarkasti kivun tyyppiä ja näyttää kipualueen. Kipualueen muutoksia ja laajuutta seurataan tarkasti. (Malmgren & Kontinen 2012, 92.)

Yleisesti käytettyjä kivun voimakkuutta määritteleviä mittausmenetelmiä ovat erilaiset numeeriset, visuaaliset tai sanalliset asteikot, joiden apuna voidaan käyttää tarkentavia kipusanastoja. Visuaalisella asteikolla arvioitu kipu muutetaan numeroiksi tavallisesti asteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 voimakkainta kipua. Sanallisella asteikolla mitattu kipu muutetaan kirjaamista varten numeroiksi, tavallisesti 0–4. Kivun voimakkuuden arvioinnissa arvioidaan erikseen liike-

sekä lepokipu ja kirjataan molemmat. Visuaalinen kipumittari on esimerkiksi kipukiila tai kipujana eli VAS ja kasvoasteikko, jossa kivun voimakkuutta arvioidaan erilaisilla ilmeillä, tätä käytetään eniten lapsilla kivun arvioinnissa. (Malmgren & Kontinen 2012, 92.) Yksinkertaisia verbaalisia asteikkoja sekä kasvoasteikkoja osaavat käyttää 3–4-vuotiaat ja vasta yli viisivuotiaat lapset ymmärtävät geometrisia symboleja, kuten VAS-kipujanaa (Hamunen 2009, 442).

Kivun arviointi kirjataan aina ennen kivun hoitoa ja sen jälkeen. Kirjatuista tiedoista tulee ilmetä hoitotyöntekijän sekä lapsen oma arvio. Lapsen kivun hoidossa ovat hänen vanhempansa avainasemassa, sillä he tuntevat parhaiten lapsensa tavan ilmaista kipua. Vanhempien yhdessä lapsen itsensä esittämien arvioiden kanssa tekemät havainnot ovat hyvän kivunhoidon perusta. Kipua pyritään hoitamaan jo ennen sen ilmenemistä tai ennen lievän kivun voimistumista. Lasta kunnioittavan kivunhoidon päätavoitteena on kivuttomuus. (Ivanoff ym. 2006, 194.)

3.2 Kivun hoito

Perusterveydenhuoltoon kuuluvat kroonisten kiputilojen perushoito ja seulonta. Akuutin kivun hoito on erityisen tärkeää, sillä hoitamaton kipu altistaa lapsen kivun kroonistumiselle. (Salanterä ym. 2006, 63.) Tavoitteena on turvata jokaiselle lapselle turvallinen ja tehokas kivunhoito. Hyvä kivunhoito mahdollistaa toipumisen ja haavan optimaalisen paranemisen sekä aiheuttaa vain vähän haittavaikutuksia. Tärkeitä ovat arjen toimista selviäminen, mahdollisuus liikkumiseen, lepoon sekä haavanhoitojen onnistuminen ja hoitomyöntyvyyden lisääminen. (Malmgren & Kontinen 2012, 93.)

Palovammahaavapotilaan kivunhoito koostuu useimmiten säännöllisen kipulääkityksen lisäksi lääkkeettömistä hoitomuodoista. Lääkkeettömiä kivun hoitokeinoja ovat esimerkiksi asentohoidot, kuten raajan asettaminen kohoasentoon ja tukisidos turvotusten vähentämiseksi, sekä myös haavasidosmateriaalin oikea valinta ja käyttö. Lisäksi sopivan lämpötilan ja kosteuden ylläpito, hyvin paikallaan pysyvät ja tarttumattomat sidokset sekä tarttuneiden sidosten kostuttaminen ennen irrottamista ovat myös lääkkeettömiä kivun hoitokeinoja. (Malmgren & Kontinen 2012, 94.)

Haavan paikallishoidot aiheuttavat kipua, joten haavan hyvä puhdistus vaatii tehokasta kivunlievitystä. Lapselle kerrotaan ennen haavanhoidon aloittamista, että hoito voidaan tarvittaessa keskeyttää tai kipulääkitystä voidaan tehostaa, jos kipu käy hankalaksi. Hoidon onnistumisen kannalta tärkeitä on informoida lasta ennen hoitotoimenpidettä kipulääkityksestä ja lääkkeen annostelusta. Suun kautta otettavan lääkkeen tulisi ottaa 30–60 minuuttia ennen haavanhoitoa. Myös paikallisen puudutteen tulisi vaikuttaa noin tunnin verran ennen haavan käsittelyä. Lasten ja nuorten akuutin vaiheen haavanhoidot tehdään yleensä sedaatiossa tai anestesiassa. (Malmgren & Kontinen 2012, 94–95.)

Lasten kipuongelmat ja niiden hoito ovat haasteellisempia kuin aikuisilla, koska lapsen fyysinen ja psyykinen kehitysaste määrää, kuinka lapsi ilmaisee ja kokee kivun (Eatlander, Hamunen, Kalso, Maunuksela, & Vainio 2002, 312). Sairastuessaan lapsi saattaa taantua käytökseltään ja kokea sairaalan turvattomana ja uhkaavana ympäristönä. Lapsen kivun hoitotyössä oleellista on, että hoitaja tuntee lapsen kehitysvaiheen sekä osaa tunnistaa ja hoitaa kipua siten kuin se kussakin kehitysvaiheessa ilmenee. (Salanterä ym. 2006, 190–191.)

Kivunhoidon parantamiseksi ensimmäinen askel on asianmukainen kivun arviointi ja kirjaaminen (Eatlander ym. 2002, 314). Leikki on lapsen tapa käsitellä tunteita ja asioita. Sairaalassa lasta kannattaa tukea leikkimään, koska osalle heistä sillä on terapeuttinen merkitys. Tuttu lelu tuo myös lapselle turvaa. (Salanterä ym. 2006, 194.) Tärkeä asia sairaan lapsen hoidossa on myös näyttää lapselle, että välität hänestä ja vastaat hänen tarpeisiin. Lapsi tarvitsee sairastaessaan turvaa ja rakkautta. (Bruce, Meggitt & Grenier 2010, 302.)

Lasten kipu voidaan hoitaa turvallisesti nykyaikaisilla kivunlievitysmenetelmillä. Kivun hoidon tulee olla yksilöllistä, sillä lapsi kokee kivun aina yksilöllisesti, sekä myös hoidon tehoa pitää seurata. Lapsen kipua on hyvä pyrkiä hoitamaan etujassa. Rehellinen ja asiallinen etukäteisinformaatio kivunhoitomahdollisuuksista ja kivuliaista toimenpiteistä luo pohjan onnistuneelle kivunhoidolle. (Kiviluoma 2002a, 65.) Pitkään jatkuvan kivun hoidossa on tarpeellista lievittää lapsen kipukokemusta kääntämällä hänen ajatuksensa pois kivusta. Lapsen huomio voidaan ohjata pois kivusta esimerkiksi juttelun, mielikuvien, satujen, musiikin, piirtämisen tai leikin avulla. (Ivanoff ym. 2006, 195.)

Pölkin (2008, 17) artikkelissa ilmeni, että lapsella huonosti hoidettu kipu aiheuttaa välittömiä kivun hättävaiikutuksia, esimerkiksi päänsärkyä, pahoinvointia tai oksentelua voi ilmetä leikkauksen jälkeen. Hättävaiikutukset voivat pidentää lapsen toipumista ja siten myös sairaalassaoloaika, josta aiheutuu lapselle turhaa kärsimystä. Leikkauksen jälkeen lapset kokevat kipua yhtä kauan kuin aikuiset ja tarvitsevat säännöllisesti kivunlievitystä ensimmäisten päivien aikana toimenpiteestä.

Perustelut lasten kivunhoidon tärkeydelle ovat kiistattomat. Kivunhoito edellyttää lääkehoidon rinnalla myös kivunlievitysmenetelmiä, sillä kipu on lapselle enemmän kuin pelkkä sensorinen kokemus. Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytön lisääminen on hoitotyölle haaste, näitä menetelmiä ovat muun muassa lapsen ajatusten muualle suuntaaminen, mielikuvien käyttö, rentoutuminen, hieronta sekä turvallisen ja viihtyisän ympäristön järjestäminen. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät voivat vaikuttaa lapsen huomion suuntautumiseen pois kivusta ja näin estää tai muuttaa kivun tuntemusta. (Pölkki 2008, 18.)

Hoitajilla on taipumus aliarvioida lapsen kipua. Alaikäisen potilaan mielipide on huomioitava silloin, kun se on hänen ikään ja kehitystasoon nähden mahdollista. Hoitotyölle haasteena on myös lasten mukaan ottaminen oman kipunsa arviointiin ja hoitoon. Vanhemmilla on hoitohenkilökunnan lisäksi tärkeä merkitys lapsen kivunlievityksessä. Tutkimuksissa on todettu, että lapsipotilaiden kivun tunnetta vähentää vanhempien osallistuminen lapsensa sairaalahoitoon. (Pölkki 2008, 18–19.) Vanhempien hoiva on lapselle korvaamaton ja se voi vähentää lapselle kipualtistuksesta aiheutuvia haitallisia pitkäaikaisvaikutuksia (Axelin 2011, 50).

3.3 Lääke- ja nestehoito

Lapsen lääkehoidossa noudatetaan WHO:n kivunhoidon porrastusta. Lieviin kipuihin soveltuvat tulehduskipulääkkeet, erityisesti parasetamoli ja keskivaikeisiin sekä vaikeisiin kipuihin käytetään mietoja opioideja. Parasetamoli on todettu turvalliseksi ja tehokkaaksi kivun lievittäjäksi. Vahvoja kipulääkkeitä käytetään vain silloin, kun lapsen kipu on keskivaikea tai vaikea. (Salanterä ym. 2006, 197.)

Peruseriaatteena lapsen kivun hoidossa on, että aina kun mahdollista, lapselle annetaan lääke suun kautta. Jos tabletin nieleminen ei onnistu, on monista lääkkeistä olemassa mikstuura. Kipulääkityksenä käytetään myös peräpuikkoja. Leikkiikäiset lapset kokevat peräpuikkojen saamisen usein epämiellyttävinä ja nöyryyttävinä. Lääkkeiden annostelu suunnitellaan aina lapsen painon mukaan, mutta yli 50-kiloisilla lapsilla voidaan käyttää aikuisten lääkeannoskokoja. Akuutissa kivunhoidossa tulisi lasten kipulääkkeet annostella säännöllisesti annettaviksi. (Salanterä ym. 2006, 197.)

Turvallisen lääkehoidon edellytyksiä ovat lapsuusiän lääkehoidon erikoispiirteiden tuntemus ja huomioonotto. Lapsi eroaa aikuisesta olennaisesti monien lääkehoidon vaikuttavien tekijöiden osalta. Lääkkeen valinnassa, annostelussa ja antamisessa tulee ottaa huomioon lapsen kasvu ja kehitys. Lääkkeitä ei tule antaa lapselle jatkuvasti, vaan vain silloin, kun häiritseviä oireita esiintyy. (Hoppu 2002, 58.) Ennen lääkkeen antamista lapselle tarkistetaan, että lääke on määräyksen mukainen ja annos sekä antamisaika oikeita ja että lääke annetaan oikealle lapselle (Ivanoff ym. 2006, 178).

Lääkkeitä ei saa koskaan jättää lapsen ulottuville. Lääkkeitä annettaessa tulee valvoa, että lapsi ottaa ja myös nielee hänelle määrätyt lääkkeet. Vanhempien kanssa voidaan sopia, että he voivat antaa lapselle lääkkeen esimerkiksi aterian yhteydessä. (Muurinen & Surakka 2001, 118.) Oireenmukaisen hoidon erikoisperiaate on pienten lasten kohdalla, että lapsi ei itse tee päätöstä lääkkeen ottamisesta, eikä ota lääkettä itse (Hoppu 2002, 58). Lapsi voi kumminkin päättää esimerkiksi siitä, ottaako hän lääkkeen mehun vai jogurtin kanssa. Lapselle kerrotaan ikätason mukaisesti, miksi lääke on tarpeellinen, hoitajan rauhallisuus ja päättäväinen käyttäytyminen viestittävät lapselle lääkkeenoton välttämättömyyttä. (Ivanoff ym. 2006, 179.)

Lääkkeen aikaansaama vaikutus on suhteessa annettuun annokseen. Tavallisesti annokset suhteutetaan painoon tai pinta-alaan, sillä kooltaan pienempi lapsi tarvitsee milligrammoina pienemmän annoksen lääkettä. Ellei lapselle ole iän mukaista annosteluohjetta, ei lääkettä saa antaa kuin tarkoin kontrolloiduissa tutkimusolosuhteissa. Lääkkeen antaminen lapselle osoittautuu useimmiten suuremmaksi ongelmaksi kuin oikean annoksen löytäminen. Lääke voi maistua pahalle tai sen an-

taminen voi tehdä kipeää. Ongelmia voi syntyä myös, jos lapsi on pelokas tai hänellä on huonoja kokemuksia lääkehoidosta tai tietyissä kehitysvaiheissa, kuten uhmaiässä. Hoidon onnistumiseksi tulisi kiinnittää huomiota lääkkeen antotapaan ja makuun sekä pyrkiä harvoin antokertoihin ja lyhyeen hoitoon. (Hoppu 2002, 61.) Vanhemmat tietävät usein parhaiten, onko lapsen helpointa ottaa lääkkeet kokonaisina vai puolitettuina, tablettina tai mikstuurana. Myös lapsen omia toiveita pyritään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan lääkemuotoa valittaessa, koska näin voidaan lääkkeen antamista helpottaa. (Ivanoff ym. 2006, 179.)

Lapsille on helpompaa antaa nestemäistä lääkettä kuin tabletteja. Nestemäistä lääkettä voidaan annostella tarkasti painon mukaan, etenkin ruiskulla onnistuu hyvin pienenkin annoksen mittaaminen. Lääkkeen kätkemisessä juomaan tai ruokaan täytyy olla varovainen, sillä jos lapsi ei juo tai syö kaikkea, jää epäselväksi kuinka paljon lääkkeestä on päätynyt hänen elimistöönsä, eikä lisäännosta voida antaa yliannostelun vaaran vuoksi. Lääkkeen sekoitettaessa juomaan tulee käyttää hyvin pientä nestemäärää, jotta voidaan paremmin varmistua annostelun onnistumisesta. (Hoppu 2002, 62.)

Tablettien tarkka annostelu eri-ikäisille lapsille on vaikeaa, sillä tablettivahvuuksia on tavallisesti vain rajoitettu valikoima. Kaikkia tabletteja ei voi jakaa, eikä lääkkeen jakaminen ole suositeltavaa kuin jakourteita pitkin. (Hoppu 2002, 63.) Tabletit voidaan jakaa kahteen tai jopa neljään osaan tai ne voidaan tarvittaessa jauhaa hienoksi. Jauhettu lääke voidaan antaa sekoitettuna johonkin nesteeseen. (Muurinen & Surakka 2001, 118–119.) Jos tablettia pitää suussa, voi kuorikerroksen kätkemä lääkkeen paha maku tulla esiin. Alle 5-vuotiaan ja vanhemmankin lapsen on vaikeaa niellä tabletteja, nielemistä helpottaa runsas nesteen juonti. (Hoppu 2002, 63.) Nielemistä helpottaa myös lapsen pään pitäminen hieman eteenpäin taivutettuna. Nielemisen ollessa esimerkiksi kivun vuoksi hankalaa, on lääkkeen antaminen peräsuoleen eli rektaalisesti suositeltavaa. Lääkkeen imeytyminen on hitaampaa peräsuolen kuin suun kautta. (Ivanoff ym. 2006, 179–180.)

Nestehoidon periaatteet ovat samat lapsilla ja aikuisilla (Kiviluoma 2002b, 67). Lapset ovat nestetasapainon häiriöille alttiimpia kuin aikuiset (Pyörälä 2002, 306). Lapsen nestehoidossa on arvioitava tilannetta tarpeeksi tiheästi uudelleen (Kiviluoma 2002b, 68). Nestetasapainon seuranta on tärkeää ja seurantatiheys vaihte-

lee lapsen tilan mukaan (Ivanoff ym. 2006, 186). Palovamman paranemiselle on tärkeää riittävä nesteytys. Suuri kehon pinta-alan ja painon suhde otetaan huomioon. Nesteiden laskun perustana käytetään pinta-alaa tarkempaan nestearvioon, sillä nesteiden perustarve/kg muuttuu lapsen kasvaessa. Erikseen arvioidaan nestehoidon ylläpitotarve ja palovamman laajuuden mukainen tarve. Laajuutta arvioidessa otetaan huomioon toisen ja kolmannen asteen palovammat. Kun palaneen alueen pinta-ala on alle 2-vuotiailla yli 5 prosenttia ja sitä vanhemmilla yli 10 prosenttia, tarvitaan suonensisäistä nestehoitoa. (Pyörälä 2002, 307.)

Palovamman saaneen lapsen riittävästä nesteytyksestä tulee huolehtia hyvin ja myös lapsen energian tarve on erittäin suuri. Kudosten paraneminen edellyttää valkuaispitoista ja monipuolista ruokavaliota. Nestetasapainoa seurattaessa mitataan lapsen elimistöön menneet ja sieltä ulos tulleet nesteet, joista pidetään tarkasti listaa. Nestehoito pyritään toteuttamaan mahdollisimman luonnonmukaisesti. (Ivanoff ym. 2006, 166, 187.) Lapsen voinnin kannalta on tärkeintä kliininen seuranta ja tarpeen mukaan laboraatiokokeiden ottaminen. Perusnesteytys lyhytaikaisessa hoidossa toteutetaan 5-prosenttisella glukoosiluoksella, johon lisätään kalium ja natrium. (Kiviluoma 2002b, 68.)

Aina kun mahdollista nestehoitoon tulisi käyttää lapsen omaa ruoansulatuskanavaa, koska tällöin hyödynnetään suolen säätelymekanismeja ja infektioriski pienee. Perifeeriset tippatiet yleensä riittävät suonensisäisessä nestehoidossa. Lapsella hyviä kanyylin paikkoja ovat ranteen sisäpuolen, käden selän ja jalkaterän laskimot. Laskimokanyyleja tulee aina käsitellä aseptisesti. Mikäli punktiopaikassa on epäilykin tulehduksesta, tulee kanyyli vaihtaa uuteen. (Kiviluoma 2002b, 68.) Suun kautta annettu nesteytys voidaan yhdistää suonensisäisen nesteytyksen tueksi pienemmissä palovammoissa (Pyörälä 2002, 308).

3.4 Kipu haavanhoidossa

Kivunhoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota lasten palovammojen hoidossa, sillä vamma aiheuttaa jo itsessään perheelle syyllisyyden ja ahdistuksen tunteita. Vamman laajuus ja syvyys vaikuttavat kivun voimakkuuteen. Fyysisen kivun lisäksi palovamman saaneilla lapsilla on myös psyykkistä kipua, kuten surua, ahdistusta,

väsymystä ja pelkoa. Kipu hoidetaan suunnitelmallisesti ja tehokkaasti alusta alkaen. Kivunhoidolla edesautetaan lapsen toipumista, hoitojen onnistumista sekä myöhempää sopeutumista. Lapsi ei aina ymmärrä, mistä paha olo tulee, eikä välttämättä siksi osaa pyytää lääkettä. Kivun asteesta saadaan tietoa lapsen käytöstä tarkkailemalla ja kysymällä yksinkertaisia kysymyksiä. Puutteellisesta kipulääkityksestä voi lapsen käyttäytyminen muuttua aggressiiviseksi, apaattiseksi tai hänelle voi tulla uni- ja syömishäiriöitä. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 389–390.)

Kärsimyksen lievitys ja hyvä kivunhoito ovat lapsen oikeuksia ja niiden tarjoaminen on terveydenhuollon ammattilaisten velvoite. Haavan kipu on aina yksilöllinen kokemus, joten hoidon perustana on kivun mittaaminen. Kivun erilaiset hoitomenetelmät vaikuttavat kivun eri tasoihin. Haavan aiheuttama kipu on luonteeltaan yleensä tavallista kudonvaurio- ja tulehduskipua. Palovamman aiheuttama kipu ei ole välttämättä selkeässä suhteessa vamman vakavuuteen, esimerkiksi syvä palovamma saattaa aiheuttaa akuuttivaiheessa vähemmän kipua kuin pinnallinen palovamma. Monista muista akuuteista kudonvaurioista palovammat eroavat siinä, että niiden hoitoon ja parantumiseen liittyy usein pitkäaikaista kipua. (Malmgren & Kontinen 2012, 90–91.)

Haava voi olla kipeä koko ajan, jolloin puhutaan taustakivusta tai lepokivusta. Haava-alueen liikuttaminen, koskettaminen ja hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa kipua, joka voi vielä jatkua ärsykkeen loputtua. Monissa erilaisissa kiputiloissa on havaittu, että vuorokauden aika vaikuttaa kivun voimakkuuteen. Kipu lisääntyy usein iltaa kohden, mutta joillakin se voi olla pahimmillaan yöllä tai aamulla. Kivun voimakkuuden vaihtelujen taustalla voi olla osittain liikkuminen ja hoitotoimenpiteiden keskittyminen päiväaikaan, mutta myös sisäisten kivunsäätelyjärjestelmien aktiivisuus noudattaa omaa vuorokausirytmäänsä. Kipulääkkeiden vaikutuksen loppuminen saattaa myös vaikuttaa tiettyyn vuorokauden aikaan pahenevan haavakivun taustalla. (Malmgren & Kontinen 2012, 91.)

4 PERHEHOITOTYÖ JA PERHEEN OHJAUS LASTEN PALOVAMMOJEN HOIDOSSA

4.1 Perhehoitotyö

Perheen määrittelemisen on nykypäivänä entistä haasteellisempaa. Perheen yhteiskunnallinen merkitys on muuttunut ja samalla on muuttunut sen merkitys myös yksilölle itselleen. Perheen tukeminen ja arviointi lähtee siitä, että jokaisella perheenjäsenellä saattaa olla eri näkemys perheestä. Tavallisimmin perhe määritellään yhdessä asuvien ihmisten ryhmäksi, jonka muodostavat kaksi keskenään avo- tai avioliitossa olevaa henkilöä ja heidän lapsensa. Perhettä voidaan pitää eräänä yhteiskunnan perusyksikkönä. (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvo- nen & Kurvinen 2008, 54.)

Saira- ja terveydenhoidon hoitamisen käytännössä ja teoriassa perhetyöstä käytetään käsitettä perhehoitotyö. Sitä pidetään tärkeänä osana asiakkaan tai potilaan hyvänä hoitona. Kokonaishoidon kannalta tärkeitä asioita ovat suunnitelmallinen yhteistyö perheiden kanssa, sekä perheiden jokapäiväinen huomioiminen. (Kivimäki 2008, 56.) Perhehoitotyön kohteena ovat kaiken ikäiset ihmiset vauvasta vaariin. Aiemmin hoitotyössä keskityttiin lähinnä yksilön hoitamiseen ja perhettä pidettiin taustalla olevana joukkona. Vähitellen perhehoitotyöstä on tullut olennainen osa potilaan hyvää hoitoa. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2012, 16.)

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan koko perheen hoitamista ja potilaan läheisten mukanaoloa sekä huomioonottamista hoidossa. Ensisijainen potilaan kohtaaminen on tärkeää osana perheyhteisöä. Hoitavan henkilön ja perheen välinen vuorovaikutus ovat keskeisiä auttavia tekijöitä perhehoitotyössä. Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, molemminpuolinen kunnioitus sekä voimavarojen vahvistaminen ovat tekijöitä, joiden avulla perheet jaksavat hoitaa lastaan sairaalassa. Perheet tarvitsevat erilaista emotionaalista ja tiedollista tukea sekä tietoa lapsen tilanteesta. Vanhemmat odottavat ohjausta ja tukea siihen, miten olla vanhempana sairaalassa ja mitä heiltä odotetaan, sillä monille perheille sairaala on outo ympäristö. (Majala, Helminen, Heino-Tolonen & Åstedt-Kurki 2011, 15.)

Perhehoitotyön kehittämisen perustana ovat perheiden tarpeet ja näkemykset. Hoito on tehokkaampaa silloin, kun koko perhe otetaan huomioon. Perhekeskeinen hoito on hyvää hoitamista, jossa perhekeskeisyyden periaate konkretisoidaan. Perhe on tullut mukaan hoitotyön toteuttamiseen aktiivisena osallistujana. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä ja lasten sairaanhoidossa. Ennaltaehkäisevissä palveluissa, kuten neuvolatyössä tai kouluterveydenhuollossa perhe on perinteisesti ollut mukana. (Järvinen ym. 2012, 16.)

Perhelähtöinen lähestymistapa tarkoittaa perheen huomioimista kaikissa toiminnoissa. Perhelähtöistä lähestymistapaa voidaan toteuttaa silloin, kun esimerkiksi joku perheestä sairastuu. (Vilén ym. 2008, 70.) Perhe kuuluu olennaisena osana lapsen hoitamiseen, eikä sairaalaan joutuessaan lasta voi irrottaa edes ajatuksellisesti perheestä ja kodista. Tilanteen ja mahdollisuuksien mukaan otetaan vanhemmat huomioon ja ohjataan heitä tarkasti kaikkeen, mihin he osallistuvat. (Ruuskanen & Airola 2004, 121.) Lasta on kuunneltava häntä koskevissa asioissa, mutta myös vanhemmat ovat yhtä suuressa osassa kertomassa näkemyksiä ja kokemuksia. Lapsen paras ei yleensä voi toteutua ilman vanhempia, koska lapsen hyvinvointi on riippuvainen myös koko perheen hyvinvoinnista. (Järvinen ym. 2012, 26–27.)

Perheenjäsenet tarvitsevat alkuvaiheessa tietoa päivittäin lapsen voinnista, hoidon edistymisestä ja paranemisen tulevaisuudennäkymistä. Tietoa annettaessa tulee huomioida vanhempien vastaanottokyky. Vanhempien oman sopeutumisprosessin eteneminen vaikuttaa siihen, kuinka he pystyvät tietoa ottamaan vastaan. Perheen tukemisessa tulee ottaa huomioon lapsen ja vanhempien tukeminen yhdessä sekä erikseen. Vanhempia tuetaan osallistumaan mahdollisimman paljon lapsen hoitotapahtumiin. Hoidon tavoitteena on saavuttaa lapsen ja vanhempien luottamus hoitoihin ja näin lapsen hoidot voidaan toteuttaa hyvällä yhteistyöllä. (Andersson, Elfving-Little & Kokkola 2004, 392.)

Lapsen ja hänen perheen hyvinvointia edistää henkilökunnan ja perheen tiivis vuorovaikutus. Perheen kuuntelu ja heidän kysymyksiin vastaaminen antavat kuvan, että perheenjäsenet ovat osallisia lapsen hoitoon. Perheen hoitoon osallistumisen mahdollistaminen lisää perheen turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitaviin henkilöihin, sekä myös hoitajilta saatu positiivinen ja rohkaiseva palaute tukee

vanhemmuutta. Perhe kokee jääneensä ilman apua, jos vuorovaikutus epäonnistuu ja tällöin pettymys sekä epäluottamus usein kohdistuvat hoitoon kokonaisuudessaan. (Maijala ym. 2011, 15.)

Lapsen sairastuminen tai sairaus voi koetella perheen voimavaroja. Sairaudesta aiheutuvat rajoitukset, uudet järjestelyt ja riippuvuus mahdollisista toistuvista hoidoista muuttavat sekä lapsen, että koko perheen emotionaalista ja sosiaalista tilannetta. Perheen sosiaaliset suhteet saattavat vähentyä, mikä voi aiheuttaa yksinäisyyttä perheessä. Vanhemmat kokevat stressiä lapsen sairastumisesta ja myös omasta roolista sairaan lapsen vanhempana. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 43–44.) Hoitajat huomioivat perhehoitotyössä lapsen sairauden ja sairaaloiden vaikutukset koko perheen elämään sekä tukevat ja auttavat perhettä selviämään stressaavassa tilanteessa hoitotyön keinoin (Hopia, Paavilainen, Heino-Tolonen & Åstedt-Kurki 2004, 159).

Vanhemmat kantavat suuren vastuun sairaasta lapsesta ja hänen hoitamisesta. Vanhempien keskinäinen suhde voi lujittua tai heikentyä lapsen sairastumisen myötä. Vanhemmat voivat kokea syyllisyyttä lapsen sairastumisesta. Vanhempien ja koko perheen sopeutumista sekä selviytymistä edistää vanhempien aktiivinen rooli ja muiden perheenjäsenten mukanaolo lapsen hoitamisessa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 44–45.)

Lapsen sairastumisen on kuvattu myös vaikuttavan terveeseen sisarukseen ja hänen tunteisiinsa sairasta perheenjäsentä kohtaan. Lapsi voi tuntea sairasta lasta kohtaan syyllisyyteen tai huolehtimiseen liittyviä tunteita. Terveet sisarukset voivat kokea myönteisiä tunteita sairasta sisarusta kohtaan ja kokevat auttavansa hoitessaan sairasta sisarusta. Toisaalta he voivat kokea mustasukkaisuutta tai kateutta sairasta sisarusta kohtaan sekä kantavat huolta sisaruksen sairaudesta. Muut sisarukset saattavat jäädä taustalle, koska vanhempien voimavarat kohdistuvat sairaan lapsen hoitamiseen. Näin ollen myös perheen terveet lapset tarvitsevat sosiaalista ja emotionaalista tukea. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 46.)

Vanhemmat osallistuvat lasten hoitoon. Hyvä ohjaus ja tiedonanto antavat vanhemmille tunteen tilanteen hallinnasta ja helpottavat heidän ahdistusta. Perheitä voi auttaa ymmärtämään ja hyväksymään palovammasta aiheutuvat hoitotoimen-

piteet ja tutkimukset opastamalla ja ohjaamalla heitä. Vanhempia kannustetaan ja ohjataan osallistumaan lapsensa hoitoon, heille on annettava totuudenmukaista tietoa toimenpiteestä, että he voivat sopeutua tilanteeseen ja näin tukea lasta. (Koljonen 2005, 16.)

Perhelähtöisyys sanana kuvaa hyvin, mikä työotteessa on tärkeää. Ensiksi työn suunnittelu lähtee perheen tarpeista, eikä työntekijän tarpeista ja hänen perinteisistä toimintatavoista. Keskiössä on perhe, ei työntekijän työ. Perhelähtöinen tukeminen tähtää siihen, että perhe kokee heidän voimavarojen lisääntyvän ja esimerkiksi vamman kanssa on helpompaa elää. Jos perhe luottaa siihen, että heidän asioitaan käsitellään kunnioitettavasti, antaa perhe luvan yhteistyöhön. Vaikka koko perheen tukeminen vaatii enemmän aikaa, vaivaa ja yhteistyötä kuin yhden ihmisen tukeminen, on se kuitenkin pitkällä aikavälillä kannattavaa. Tällä estetään, ettei kaikki perheessä uuvu. Vaikeuksien kautta perhe voi oppia löytämään heidän omat vahvuutensa ja hyödyntämään niitä. (Vilén ym. 2008, 71–73.)

Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositustyöryhmä (Hotus) on kehittänyt suosituksen leikki-ikäisen lapsen emotionaaliseen tukeen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön suositus tukeutuu järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen. Hoitotyön suosituksen tavoitteena on, että leikki-ikäisen lapsen vanhemmat saavat riittävästi ohjausta päiväkirurgisen toimenpiteen valmistamiseen ja, että lapselle tunne-elämässä ilmenevät ja toimenpiteestä kehittyvät haitalliset seuraamukset lievittyvät tai loppuvat. (Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositustyöryhmä 2009, 12.)

Hoitotyön suositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeeksi kaikille hoitotyön ammattilaisille. Hoitotyön suositukseen liittyy yhdeksän suosituslausetta, jotka liittyvät lapsen hoitoon ja suositukset etenevät päiväkirurgisen palveluketjun mukaan. Ensimmäiset neljä suositusta liittyvät palveluketjun alkuvaiheeseen, jossa kirjoitetaan lähete ja tunnistetaan toimenpiteen tarve. Esimerkiksi ensimmäinen suositus ”Vanhempien kannustaminen osallistumaan lapsensa hoitoon” liittyy juuri siihen, että vanhempien tulisi olla lapsen tukena aktiivisesti ennen toimenpidettä, jotta lapsella olisi turvallinen olo. (Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositustyöryhmä 2009, 12.)

Viides suositus kohdistuu preoperatiiviseen vaiheeseen ennen toimenpidettä edeltävinä päivinä. Kuudes ja seitsemäs liittyvät vanhempien saapumisvaiheeseen toimenpidepäivänä, esimerkiksi kuudes suositus on ”Vanhemmat lapsen tukena toimenpidepäivänä”. Viimeiset kaksi suositusta liittyvät toimenpiteen jälkeiseen postoperatiiviseen ohjaukseen. Lapsen näkökulmasta katsottuna vanhempien valmistelu on keskeisessä asemassa, sillä lapsen turvallisuuden tunne sitoutuu vanhempien emotionaaliseen tilaan. Suositusten toteuttaminen edellyttää, että hoitotyön ammattilaiset ovat perehtyneet näihin suosituksiin. (Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositustyöryhmä 2009, 12, 14–16.)

Hoitotiede-lehdessä (2010, 163) Maijala, Helminen, Heino-Tolonen ja Åstedt-Kurki ovat julkaisseet tekemänsä artikkelin liittyen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kaksi vuorovaikutuksen arviointiin kohdentuvaa mittaristoa, toinen hoitaville henkilöille ja toinen vanhemmille. Mittarit oli suunnattu 1–3-vuotiaiden, äkillisesti sairaalahoitoa tarvitsevien lasten perheiden hoitamiseen ja tutkimus toteutettiin neljässä suomalaisessa sairaalassa 15 lasten vuodeosastolla.

Mittareiden kysymyksiä perheille olivat esimerkiksi: ”Hoitavat henkilöt ovat ilmaisseet välittävänsä perheemme hyvinvoinnista.”, ”Hoitavat henkilöt ovat pohtineet yhdessä kanssamme lapsen hoitoon liittyviä asioita.” ja ”Hoitavat henkilöt ovat usein myöhästyneet sovituista tapaamisista.”. Hoitohenkilökunnalle kysymyksiä olivat esimerkiksi: ”Olen ymmärtänyt hyvin lapsen sairastamiseen liittyviä tunteita perheessä.”, ”Olen arvostanut perheenjäsenten hoitoon liittyviä mielipiteitä.” ja ”Olen ollut haluton kertomaan perheille lapsen sairauteen liittyvistä asioista.”. Tuloksista käy ilmi, että molempien mittaristojen kysymyksistä ”neuvottelevan myötätunnon saaminen”, ja ”sivuutetuksi joutuminen” ovat saaneet rohkaisevia tuloksia, mutta edellyttävät henkilökunnan mittarin kehittämistä. (Maijala ym. 2010, 171, 173–174.)

Kehitettävää perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa on vielä runsaasti. Hoitoajat lyhenevät, joten potilaiden ja läheisten oma vastuu lisääntyy. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilökunta kokee antavansa perheille enemmän tietoa ja ohjausta kuin perheet kokevat saavansa. (Järvinen ym. 2012, 16.)

4.2 Suullinen ohje

Lapsen ohjauksessa yleensä mukana on hänen vanhempansa tai esimerkiksi joku muu perheenjäsenistä. Ennen ohjauksen aloittamista on arvioitava lapsen iän mukaan, millaiset asiat ja minkä verran ohjausta annetaan lapselle. Jos lapsi pystyy jo ymmärtämään ohjattavaa asiaa, on huolehdittava, ettei hän jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. Lapsen ohjauksessa on myös päätettävä huoltajan kanssa siitä annetaanko ohjausta myös esimerkiksi päiväkodin hoitajalle tai koulun terveydenhoitajalle. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 29.)

Kotihoito-ohjeet ovat merkittäviä vanhempien kyvyille arvioida ja lievittää lastensa kipua, kun lasten kivun lievittäminen siirtyy vanhempien vastuulle koteihin. Kotihoito-ohjeisiin tulee sisältyä tietoa lasten kipulääkkeiden turvallisuudesta. Vanhemmille tulee kertoa, miksi mahdollisesti tuleva leikkaushoito on lapselle tarpeellinen ja mitä leikkauksessa on hänelle tehty. Vanhemmille tulee opettaa, miten lasta käsitellään aiheuttamatta hänelle lisää kipua, ja miten lapsen kipua lievitetään käyttämällä lääkkeettömiä menetelmiä. Vanhemmille kerrotaan myös, miten he saavat tarvittaessa yhteyttä sairaalaan. Vanhemmille on hyvä antaa suullisten ohjeiden lisäksi selkeät kirjalliset ohjeet. Hoitajilla tulee olla riittävästi aikaa vanhempien kanssa vuorovaikutukseen ja näin huomioida kunkin vanhemman yksilölliset ohjaustarpeet. (Kankkunen 2003, 10, 12.)

4.3 Kirjallinen ohje

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on erityisen tarpeellista sellaisissa tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on lyhentynyt. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan esimerkiksi erilaisia oppaita ja ohjeita. Ne voivat olla lyhyitä yhdensivunmittaisia ohjeita tai useampisivuisia pieniä oppaita tai kirjasia. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla asiakkaalle voidaan ennalta välittää tietoa tulevasta hoitoon liittyvistä asioista. Toinen tärkeä käyttöalue, jossa kirjallisia ohjeita käytetään, ovat kotiutumishojeet. Asiakkaiden mielestä hoitoon liittyvät ohjeet on myös hyvä olla saatavilla kirjallisina, suullisen opetuksen lisänä. Kun ohjeet ovat kirjallisina,

voi asiakas tukeutua niihin ja tarkastaa tietojaan myös niistä itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisen ohjeen tulisi olla jokaiselle asiakkaalle sopiva ja hänen tarpeidensa ja tietojensa mukainen. Asiakkaat tarvitsevat tietoa etenkin omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, sairauden etenemisestä, lääkityksestä, komplikaatioista ja sairau-teen liittyvästä epävarmuudesta. Tutkitun tiedon mukaan kirjalliset ohjeet on usein kirjoitettu liian vaikeasti asiakkaalle, eikä näin ohjeiden sanoma tavoita asiakasta. Usein sisältö on esitetty liian yleisesti ja laajasti, jolloin yksittäisen asiakkaan tarpeiden huomiointi on unohdettu ohjeista. Jos ohje on tehty vaikeaselkoiseksi, asiakas saattaa ymmärtää ohjeen väärin. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

Hyvän kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla sekä sisällöltään, että kieliasultaan ymmärrettävää ja sopivaa. Kirjallinen ohjausmateriaali tulisi myös tarjota oikeaan aikaan ja sopivassa paikassa asiakkaalle, esimerkiksi kotihoito-ohjeen annon ajankohta riippuu siitä, mitä hoitoa asiakkaan tulisi toteuttaa kotona. Jos kirjallinen ohje on hyvin suunniteltu, oikein suunnattu ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva, voi asiakas käyttää sitä itseopiskeluun. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Ymmärrettävässä ja selkeässä kirjallisessa ohjeessa on ilmoitettu, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Jos ohjeessa on konkreettisin esimerkein ja kuvauksin selkeytetty käsiteltävää asiaa, niin ymmärtäminen helpottuu. Jottei tietoa tulisi liikaa, tulisi opetettavan asian sisältö esittää vain pääkohdittain. Lisä- ja yhteystietojen hankkimisesta olisi hyvä olla myös tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on riittävä kirjasinkoko ja se on selkeästi luettavissa. Sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvin, taulukoin ja kuvioin. Alleviivauksin ja muilla korostuskeinoilla voidaan painottaa tärkeitä asioita tekstistä. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Potilasohjeen lukijan pitää ymmärtää heti ensimmäisellä lukukerralla, että ohje on tarkoitettu hänelle. Ohjeessa tulisi välttää monimutkaisia virkkeitä ja sairaalasingia, jotta kaikki ymmärtäisivät sanojen merkityksen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–36, 42.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen opas lasten palovammoista Seinäjoen keskussairaalan lastenosaston B21 sairaanhoitajille. Kirjallisen oppaan sairaanhoitajat antavat palovamman saaneen lapsen vanhemmille kotiutuksen yhteydessä. Hoito-oppaan tuli olla selkeä ja ymmärrettävä sekä herättää mielenkiintoa ja olla helposti luettava.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lastenosaston palovammapotilaiden hoitotyötä. Tavoitteena oli tuottaa hoitajille opas, jonka he antavat palovamman saaneen lapsen vanhemmille. Tehtävänä oli tuottaa opas, jonka Seinäjoen keskussairaalan lastenosaston sairaanhoitajat voivat antaa vanhemmille kotihoidon tueksi, jotta he tulevat toimeen palovamman saaneen lapsen kanssa kotona sairaalajakson jälkeen. Lisäksi pidimme osastotunnin sairaanhoitajille, jossa kerroimme lasten palovammojen hoidosta. Yksi tehtävistä oli etsiä tietoa eriasteisista palovammoista ja selvittää niiden yleinen hoitolinja.

Opinnäytetyö jakaantuu seuraaviin opinnäytetyön tehtäviin:

- 1) Miten lapsen palovammat hoidetaan kotona?
- 2) Miten lapsen kipua hoidetaan palovammahaavojen hoidon yhteydessä?
- 3) Miten huolehditaan kotona hyvästä hygieniasta lapsen palovammoja hoidettaessa?
- 4) Millainen on hyvä kirjallinen ohje palovammapotilaan vanhemmille?

6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

6.1 Teoriaperusta ja lähtökohdat

Vilkan ja Airaksisen (2003, 9–10) mukaan ammattikorkeakouluissa tutkimuksellisille opinnäytetöille vaihtoehtona on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista tai toiminnan järjestämistä. Se voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjeistus tai ohje, esimerkiksi potilasohje. Toteutustapa voi olla esimerkiksi kirja, opas tai portfolio. Opinnäytetyön pitäisi olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu.

Hyvä opinnäytetyöaihe on sellainen, jonka idea nousee koulutusohjelman opinnoista ja sen avulla pystyy luomaan yhteyksiä työelämään ja syventämään tietoja ja taitoja. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on suositeltavaa löytää opinnäytetyölle toimeksiantaja. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla voi näyttää osaamista laajemmin ja luoda suhteita työelämään. Opinnäytetyön aihe kannattaa valita alueelta, jossa tuntee olevansa hyvä ja on motivoitunut lisäämään omia tietojaan. Yksi tärkeä muistettava asia on kohderyhmän täsmällinen määrittäminen, koska tuotteen tai ohjeistuksen sisällön ratkaisee se, mille kohderyhmälle suunnitelma on ajateltu suunnata. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16, 24, 40.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on aina lopullisena tuotoksena jokin konkreettinen tuote, kuten portfolio, ohjeistus tai kirja. Toteutustapaa valittaessa on hyvä miettiä miten idea kannattaisi toteuttaa, jotta se palvelisi kohderyhmää parhaiten. Oppaiden ja ohjeistusten kohdalla lähdekritiikki on erityisessä asemassa. Tärkeää on miettiä mistä tiedot oppaaseen on hankittu, kuten internet, kirjallisuus, tutkimukset, artikkelit ja ohjeet. Tärkeää on myös muistaa tarkastella käyttämien lähteiden luotettavuutta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu raportti, josta selviää miten, miksi ja mitä on tehty sekä miten omaa prosessia, tuotosta ja oppimista arvioi. Raportin lisäksi toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu produktio eli tuotos, joka on yleensä kirjallinen. Tehdyn tuotteen käytettävyys ja ohjeistuksen selkeys ovat asioita, joista voi

pyytää palautetta kohderyhmältä, kun työ on valmis. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40, 65.)

6.2 Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu ja tekeminen aloitettiin keväällä 2013. Opinnäytetyöstä haluttiin tehdä merkityksellinen, joten aihetta varten kysyttiin neuvoa ja ideoita Seinäjoen keskussairaalan lastenosaston osastonhoitajalta. Osastonhoitaja ehdotti opasta palovammoista, sillä lastenosastolla ei ollut opasta liittyen lasten palovammoihin, jonka voisi antaa vanhemmille. Tällainen opas tulisi tarpeeseen ja hetken mietinnän jälkeen päätettiin tehdä opinnäytetyö liittyen lasten palovammoihin. Aihe ja oppaan tekeminen kiinnosti kaikkia. Sairaanhoitajat antavat oppaan palovamman saaneen lapsen vanhemmille kotiutuksen yhteydessä. Vilkan ja Airaksisen (2003, 17) mukaan työelämästä saatu opinnäytetyöaihe tukee ammatillista kasvua ja opiskelija pääsee peilaamaan tietotaitojaan työelämään.

Toimeksiannetussa opinnäytetyössä on vaarana, että opinnäytetyö laajenee alkuperäisiä suunnitelmia suuremmaksi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 18). Hakalan (2004, 62) mukaan aiheen rajaaminen tulee suorittaa aiheen valinnan jälkeen. Tehtävänasettelussa tulee olla kriittinen, koska työssä tulee pyrkiä siihen, että voi tarjota opinnäytetyöllä ratkaisun yhteen, kahteen tai korkeintaan kolmeen selkeästi rajattuun kysymykseen tai kehittämistehtävään. (Hakala 2004, 62.) Opinnäytetyön aiheen rajaamista mietittäessä pohdittiin, että tehdäänkö opinnäytetyö vain ensimmäisen ja toisen asteen palovammoista, joita pääsääntöisesti lastenosastolla hoidetaan. Päätettiin kuitenkin kertoa opinnäytetyössä myös kolmannen asteen palovammoista, jolloin aiheen laajuus muodostui riittäväksi kolmelle tekijälle. Oppaassa ei kuitenkaan kerrota eri palovammojen asteista, vaan keskitytään palovammojen hoitoon kotona. Opinnäytetyön nimi on ollut sama alusta asti, mutta alaotsikko on hieman tarkentunut prosessin aikana.

Huhtikuussa ahkerointiin opinnäytetyötä aiheseminaaria varten, joka oli 17.4.2013. Kesätauon aikana nähtiin muutaman kerran ja tehtiin suunnitelmia opinnäytetyön etenemisestä ja teoretiedon hankinnasta. Opinnäytetyötä alettiin työstää ja kirjoittaa syksyllä 2013. Suunnitelmaseminaari pidettiin 24.10.2013 ja siihen mennessä

oli saatu hyvin rajattua, mitä käsitellään opinnäytetyössä. Aihe ja suunnitelmaseminaariin kerättiin teorian tietoa jonkin verran, mutta suurin osa teorian tiedosta kasattiin myöhemmin.

Suunnitelmaseminaarissa saatiin hyvää palautetta opinnäytetyön ohjaavilta opettajilta ja opponenteilta. Seminaarin jälkeen tehtiin vielä korjauksia opinnäytetyöhön ja joulukuussa 2013 opinnäytetyön ohjaaja hyväksyi lopullisen opinnäytetyön suunnitelman. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen tehtiin yhteistyösopimus keskussairaalan lastenosaston B21 ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun kanssa. Lastentautien toimintayksikön kokouksessa 14.1.2014 on puollettu tätä opinnäytetyötä.

Vilkan ja Airaksisen (2003, 129) mukaan tuotoksen laatimisessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietous aiheesta. Tekstiä sisältävä produkti voi olla esimerkiksi opas. Produktin tekstin tyylistä ja sävystä on hyvä keskustella ohjaajan että toimeksiantajan kanssa. Heidän on hyvä tutustua aiheeseen ja tekstiluonnoksiin sekä pyytää palautetta tekstistä kirjoitusprosessin eri vaiheista. (Vilka & Airaksinen 2003, 129.) Toiminnallisen opinnäytetyön opas tulee palvelemaan palovamman saaneen lapsen vanhempia. Vanhemmat saavat suullisen ohjeistuksen tukena myös kirjallisen oppaan. Opas tarjoaa vanhemmille tietoa haavanhoidosta, ravitsemuksesta, kivunhoidosta ja arven hoidosta. Opas toimii myös vanhempien muistin tukena siihen, mitä he ovat osastolla sopineet sairaanhoitajan kanssa esimerkiksi kipulääkityksestä tai haavanhoidosta, ja muistavat näin, mitä haavanhoitotuotteita he käyttävät kotona lapsen palovammaa hoidettaessa.

Osaston henkilökunnalle pidettiin osastotunti, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja tehdystä oppaasta. Osastonhoitajan kanssa keskusteltiin osastotunnin pitämisestä jo ennen joululomaa ja osastotunnin päiväksi sovittiin 27.3.2014. Osastotunnille valmistauduttiin tekemällä PowerPoint -esitys, jossa kerrottiin ensin opinnäytetyöstä ja yleisesti palovammoista, esitys on liitteenä (liite 1). Oppaasta tehtiin esitysversio ja oppaan raakaversiosta tulostettiin mallikappaleita näyttille osastotunnille.

Ennen osastotuntia jaettiin osa-alueet mitä kukin kertoo. Osastotunnista pyrittiin saamaan mielenkiintoinen ja esityksen selkeyteen kiinnitettiin huomiota muun muassa puheenvuoroja suunnitteleamalla. Puheen tulisi olla rauhallista, selkeää ja

ymmärrettävää. Suunniteltiin, että esitetään ensin PowerPoint -esitys ja sen jälkeen kerrotaan oppaasta ja loppuun varataan aikaa yleiseen keskusteluun.

Opinnäytetyössä tehtiin opas eli tuotos, joka on osa toiminnallista opinnäytetyötä. Tehty opas on suunnattu potilasohjaukseen palovammahaavojen sekä niihin liittyvän kivun hoitoon Seinäjoen keskussairaalan lastenosastolle B21. Opasta suunniteltaessa piirrettiin ensin paperille hahmotelma, millainen oppaan tulee olla ja mitä asioita sen tulee sisältää. Pidettiin tärkeänä että oppaasta tulee selkeä, helppokäyttöinen ja tiedot olisivat lyhyesti, mutta kattavasti esitettynä. Päätös oppaan koosta muodostui helposti. Oppaan tuli olla riittävän iso, mutta kuitenkin sopivan kokoinen käsitellä. Laitettiin kaksi A4 kokoista paperia päällekkäin ja taitettiin ne kahtia, jolloin oppaasta saatiin kahdeksan sivun mittainen. Opas on liitteenä A4 koossa (liite 2).

Osastolta ei tullut etukäteen paljoa toivomuksia oppaaseen, joten saatiin sen tekemiseen melko vapaat kädet. Osaston haavanhoitaja antoi vinkiksi, ettei oppaan tarvitse olla pitkä, vaan sen tulisi olla ennemminkin helppokäyttöinen. Lisäksi toiveena oli, että oppaassa olisi tyhjiä kohtia, joihin sairaanhoitaja ja lääkäri voisivat kirjoittaa hoito-ohjeita vanhemmille. Palovammojen hoito-ohjeet ovat aina yksilöllisiä, eikä yhtä tiettyä hoito-ohjetta voi oppaaseen kirjoittaa.

Osastolle vietiin oma kamera, jolla sairaanhoitajat saivat ottaa kuvia osastolla olevista lasten palovammoista. Toivomuksena oli saada kuvia eri palovamman asteista ja siitä mitä haavaprosessissa tapahtuu. Valokuvia oli tarkoitus käyttää opinnäytetyössä.

6.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön toteutus alkoi teorian tiedon keräämisellä. Kerättiin kirjoja, joiden avulla alettiin kirjoittaa opinnäytetyötä. Teoriatietoa oli vaikea löytää palovammoihin liittyen. Myös kipuun ja kivun hoitoon palovammojen yhteydessä oli hankala löytää tietoa. Kipuun liittyvää teoriaa löytyi hyvin, mutta palovammakivun teoriaan ei aluksi löytynyt tietoa, etenkin sellaista missä olisi tietoa erityisesti lapsiin liitty-

en. Lisäksi etsittiin teorian tietoa myös toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä sekä perhehoitotyöstä ja siitä millainen olisi hyvä opas.

Alkuun palovammoista oli hankala löytää tietoa ja monet löydetyt lähteet olivat liian vanhoja. Teoriatiedon etsiminen ensimmäisen asteen palovammoihin liittyen tuotti hankaluuksia. Siitä oli teorian tietoa erittäin vähän ja useassa lähteessä tieto oli samaa. Saatiin kuitenkin opinnäytetyöhön tarpeeksi tietoa ensimmäisen asteen palovammasta. Toisen ja kolmannen asteen palovammoista teorian tietoa löytyi paremmin.

Lasten palovammoista, niiden hoidosta ja lapsen kivunhoidosta ei löytynyt alkuun tietoa. Useassa lähteessä käsiteltiin vain aikuisten palovammojen ja kivun hoitoa. Opinnäytetyön teon loppupuolella tehtiin hyvä löytö myös lapsiin kohdistuvista lähteistä. Aiheeseen liittyen löydettiin myös tutkimustietoa ja artikkeleita. Tietoa haettiin suomen- ja englanninkielisistä lähteistä muun muassa kirjallisuudesta, internetistä, lehtiartikkeleista ja tutkimuksista.

Toiminnallisia opinnäytetöitä tehdään usein paritöinä toteutustapojen laajuuden ja monitasaisuuden vuoksi (Vilka & Airaksinen 2003, 55). Tätä opinnäytetyötä tehtiin kolmen henkilön ryhmänä, mutta aikataulujen yhteen sopimisen hankaluuden vuoksi jokaiselle jaettiin omat aihealueet, jotka sitten koottiin kokonaiseksi opinnäytetyöksi. Kolmenhengen ryhmässä toimiminen onnistui hyvin. Välillä hankaluuksia tuotti muun muassa saada aikataulut kaikille sopiviksi sekä kaikkien mielipiteiden huomioonottaminen. Opinnäytetyötä tehdessä huomattiin, että kaikilla kolmella oli aika yhtenevät mielipiteet ja ajatus siitä millainen opinnäytetyöstä tulee.

Vilkan ja Airaksisen (2003, 56) mukaan on opinnäytetyön tekijänä hyvä kartoittaa henkiset ja ajalliset resurssit sekä tunnistaa, että tunnustaa omat osaamiset (Vilka & Airaksinen 2003, 56). Opinnäytetyöhön liittyviä tehtäviä jaettiin meidän omien vahvuuksien mukaan esimerkiksi niin, että kuka oli englannin kielessä hyvä, otti vastuun englanninkielisistä osuuksista ja äidinkielellisesti hyvä otti vastuun opinnäytetyön kirjoitus- ja ulkoasusta.

Teoriatietoa kerättiin pitkin opinnäytetyön prosessia, mutta suurin osa teoriatiedosta saatiin kokoon viimeisen kuukauden aikana ennen opinnäytetyön palautusta. Opinnäytetyötä tehdessä huomattiin, että oli tärkeää pitää mielessä opinnäytetyön aihealueet eli lapsi ja palovamma. Teoriatietoa kirjoittaessa tuli kartoittaa tekstistä pois asioita, jotka eivät kuulu lasten palovammojen hoitoon. Kuten esimerkiksi jos lähteessä kerrottiin, että tupakointi heikentää haavan paranemista, niin tämä on hyvä tieto, mutta se ei kuulu lasten palovammojen hoidon oleellisimpiin asioihin. Välillä haasteita tuotti nimenomaan teoriatiedon rajausta kuitenkin niin, että saatiin kasaan riittävästi teoriaa.

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulisi tehdä hyvä toimintasuunnitelma, että opinnäytetyön idea ja tavoitteet olisivat harkittuja, tiedostettuja sekä perusteltuja. Toimintasuunnitelmaa tehdessä tulee suunnitella opinnäytetyön aikataulu sekä mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Aikataulussa tulee olla joustonvara sitä enemmän, mitä useampi henkilö on tekemässä opinnäytetyötä. (Vilka & Airaksinen 2003, 26–28.) Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa tavoitteessa ja aikataulussa pysymisen suhteen. Paremman toimintasuunnitelman tekeminen ja sen pitäminen ajan tasalla olisi voinut auttaa paremmin aikataulussa pysymisessä.

Osastotunnille mentiin hyvissä ajoin ennen sen sovittua alkamista, saatiin rauhasa valmistautua ja laittaa PowerPoint -esitys päälle. Osastotunti sujui suunnitelmien mukaan. Esittäytymisen jälkeen kerrottiin opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Kerrottiin palovammoista, niiden luokituksesta, hoidon porrastuksesta ja ensihoidosta. Osastotunnilla esiteltiin myös opas ja lopuksi kerättiin osaston työntekijöiden mielipiteitä oppaasta. Sairaanhoidajat olivat kiinnostuneita oppaasta, heidän mielestään se oli hyvä ja he sanoivat sen tulevan tarpeeseen. Osastotunnilla saatiin muutamia korjausehdotuksia oppaaseen, jotka on toteutettu.

Opas toteutui melko nopeasti hyvän suunnittelun jälkeen. Opas saatiin suunnitella itse ja tehtiin siitä mahdollisimman käyttökelpoinen. Oppaan laatimisessa tavoitteena oli, että opas on hyödyllinen, helppolukuinen ja selkeä. Pientä hiomista oppaaseen on tehty jälkeinpäin, osaston henkilökunnalta ja ohjaavilta opettajilta saatujen ohjeiden mukaan. Oppaan ulkoasu ja koko on pysynyt samana.

Osastolle vietyyn kameraan oli tullut muutamia kuvia, mutta niistä ei ollut kerrottu yhtään, minkä asteen palovamma oli kyseessä, tai oliko palovammahaavaa hoidettu jo pitkän aikaa. Osastolla oli ollut vain muutama palovamman saanut lapsi, eivätkä sairaanhoitajat olleet aina muistaneet ottaa kameralla kuvia niistä palovammoista, joita oli hoidettu. Tultiin siihen päätökseen, että ei käytetä kuvia opinnäytetyössä. Oppaan kanteen laitettiin kuitenkin yksi kuva, jonka sairaanhoitajat olivat kameralla ottaneet.

6.4 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyön kokonaisuuden arviointi on osa oppimisprosessia. Opinnäytetyön tekemisessä on muistettava, että sen tulee olla ammatillisesti kiinnostava ja jollakin tavalla merkittävä kyseiselle kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154, 157.) Opinnäytetyötä tehdessä pidettiin samalla opintopäiväkirjaa, jonne merkittiin milloin opinnäytetyötä tehtiin yhdessä sekä se, koska aihe- ja suunnitelmaseminaarit olivat olleet ja miten ne olivat menneet. Opintopäiväkirjaa olisi pitänyt kirjoittaa vielä tarkemmin ja huolellisemmin, sen merkitys on korostunut tärkeäksi opinnäytetyön edetessä. Opintopäiväkirjan tulisi sisältää kaikki ideoinnit ja pohdinnat sekä opinnäytetyön aiheesta löydetyt kirjallisuudet ja artikkelit, jotta se toimisi opinnäytetyön kirjoittamisen tukena (Vilkkä & Airaksinen 2003, 20).

Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata seuraaviin kysymyksiin: miten lapsen palovammat hoidetaan kotona, miten lapsen kipua hoidetaan palovammahaavojen hoidon yhteydessä ja miten huolehditaan kotona hyvästä hygieniasta lapsen palovammoja hoidettaessa? Opinnäytetyön yhtenä tehtävänä oli myös selvittää millainen on hyvä kirjallinen ohje palovammapotilaan vanhemmille. Tehtäviin saatiin vastaukset opinnäytetyön prosessin aikana.

Pidetty osastotunti sujui suunnitelmien mukaan. Puhuttiin kuuluvalla ja selkeällä äänellä sekä toiminta oli rauhallista. Suunniteltu toimintajärjestys toteutui hyvin ja loppuun jätetty aika oppaan keskustelusta tuli tarpeeseen. Sairaanhoitajilta saatiin hyvää palautetta osastotunnista.

Opas on hyvin toteutunut ja onnistunut. Toivotaan, että opas tulisi käyttöön osastolla. Sairaanhoitajat kovasti kyselivät jo osastotunnilla, milloin opas tulee heille käyttöön, joten uskotaan, että opas ei jää vain kansioon muistoksi. Oppaasta tuli kahdeksan sivun mittainen, joten tieto on nopeasti saatavilla, eikä lukijan tarvitse selata montaa sivua tiedon löytääkseen. Oppaassa käytetty kieli ei sisällä ammat- tisanastoa. Oppaaseen valittiin fontti joka on helppolukuinen. Opas on sopivan kokoinen mukana kuljetettavaksi ja on näin helposti saatavilla. Opas on tarpeellinen osastolle, koska sairaanhoitajat voivat käyttää opasta suullisen ohjeistuksen tukena. Vanhemmat hyötyvät oppaasta kotona, kun heidän ei tarvitse muistaa kaikkea kerrottua.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä käytimme mahdollisimman uutta lähdemateriaalia eli tavoitteena oli käyttää alle kymmenen vuotta vanhaa tietoa. Lähdemateriaalin keräsimme luotettavista lähteistä ja lähteiden haussa käytimme luotettavia tietokantoja, kuten Plari, Aleksis, Melinda ja Medic. Pyrimme myös käyttämään mahdollisimman laajasti lähdemateriaaleja etsimällä esimerkiksi kirjoista, artikkeleista ja tutkimuksista.

Tutkimusaiheen valintaa voidaan sanoa eettiseksi ratkaisuksi. Tutkimusetiikan periaatteena ja lähtökohdana on sen hyödyllisyys. Tutkimusetiikan mukaisesti on pyrittävä haittojen ja riskien minimointiin ja tutkimussuunnitelmaa laatiessa on jo mietittävä riskejä. Tutkimussuunnitelmassa tulee myös arvioida millä lailla tuotettava tieto voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Valitsimme kyseisen aiheen, koska tekemämme opas on osastolle hyödyllinen ja sellaista ei vielä osastolta löytynyt. Opasta voidaan hyödyntää paljon lasten palovammojen hoidossa, koska opas on tehty niin, että oppaaseen pystyy täydentämään tarvittavia tietoja jokaisen potilaan kohdalla.

Opinnäytetyössä oman alan kirjallisuuden seuraaminen ohjaa käyttämään ajantasaisia lähteitä, ja soveltuvien lähteiden käyttö paljastaa lukijoille, mikä on tekijän tietämys alasta opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyössä tulisi suosia alkuperäisiä julkaisuja eli ensisijaisia lähteitä. Oppikirjoissa ja opinnäytetyöohjeissa voi olla muuttuneita tietoja ja siksi niitä tulisi välttää. Toiminnallisten opinnäytetöiden arvo ei ratkea lähteiden lukumäärän perusteella, koska olennaisempaa on soveltuvuus ja laatu (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–73, 76). Lähteitä olemme saaneet kerättyä hyvin. Opinnäytetyössämme pyrimme käyttämään mahdollisimman uutta lähdemateriaalia sekä hyödynsimme erilaisia tutkimuksia.

Pyrimme opinnäytetyössä käyttämään tunnettuja ja ensisijaisia lähteitä. Lähteitä opinnäytetyöhön löytyi paljon ja rajasimme niistä vanhimmat pois. Käytimme opinnäytetyössä uusia ja luotettavia lähteitä. Internetin käyttö tutkimuksen aineistona tuo uusia eettisiä kysymyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 27). Opinnäyte-

työssä emme juuri käyttäneet internetistä löytyviä lähteitä, koska mielestämme jotkut niistä eivät olleet luotettavia. Kuitenkin englanninkielisiä lähteitä löytyi internetistä paljon, mutta jätimme niistä vain luotettavimmat jäljelle.

7.2 Oma pohdinta ja jatkokehittämishaasteet

Opinnäytetyön tekemisen prosessi oli kaikille haasteellista. Alussa opinnäytetyön kokonaisuutta oli vaikea hahmottaa ja sen edellyttämä työmäärä askarrutti. Kuitenkin kaikki ryhmästämmme pitivät aiheesta ja innostuimme tekemään sitä. Välillä opinnäytetyön tekeminen oli hyvin puuduttavaa, mutta kannustavien palautteiden myötä saimme lisäpuhtia opinnäytetyön tekemiseen ja aihe alkoi kiinnostaa entistä enemmän.

Kolmen hengen ryhmässä ryhmätyöskentely sujui hyvin, vaikka aluksi tuntui haastavalta tehdä työtä kaikkien mielipiteet huomioiden. Opinnäytetyöprosessin aikana tiimitaitotyöskentely kehittyi paljon. Kolmen hengen ryhmässä piti huomioida kaikkien aikataulut ja saada ne sopimaan yhteen. Jaoimme aluksi kirjoitustyötä kaikkien kesken, jonka jälkeen kokosimme työn, sekä muokkasimme tekstiä. Luottamussuhde oli tässä erityisasemassa, koska kaikkien tuli ottaa vastuu omista aihealueistaan.

Asuimme kaikki eri paikkakunnilla, jonka vuoksi opinnäytetyön teko vaati meiltä suunnitelmallisuutta. Teimme opinnäytetyötä koulussa ja kirjastossa sekä olimme toisiimme yhteydessä myös puhelimitse ja sähköpostitse. Vaikka aloitimme opinnäytetyön tekemisen ajoissa ja pyrimme tekemään opinnäytetyötä tasaisesti kulu- neen vuoden aikana, niin kumminkin viimeiselle kuukaudelle jäi paljon tekemistä. Huomasimme, että pieniinkin korjauksiin ja viimeistelyihin meni yllättävän paljon aikaa. Ahkeroimme opinnäytetyötä tiiviisti palautuspäivään asti.

Ohjausta saimme ohjaavalta opettajalta, jonka kannustuksen myötä opinnäytetyötä oli aina helpompi jatkaa eteenpäin. Saimme hyviä korjausehdotuksia myös kak- kosohjaajalta. Opinnäytetyöstä tuli kaikille mieleinen ja olemme työhön tyytyväisiä. Mielestämme myös oppaasta tuli hyvä, selkeä, ytimekäs ja helposti luettava koko- naisuus.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut tiedon tarkastelua, tiedonhakua, pitkäjänteisyyttä, ryhmätyöskentelyä, avun pyytämistä ja joustavuutta. Ryhmätyöskentely on opettanut töiden delegointia sekä luottamaan toisiin ryhmäläisiin. Olemme oppineet hakemaan tietoa eri tietokannoista ja käyttämään erilaisia hakukoneita tiedon hakemiseen. Tietoperustamme on laajentunut opinnäytetyöprosessin aikana koskien yleisesti palovammoja, niiden hoitoa, kivun hoitoa painottuen lapsen kivun hoitoon ja perheen merkitykseen hoitotyössä sekä myös toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyen.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia sitä, ovatko vanhemmat kokeneet oppaan hyödylliseksi ja ovatko he oppaan avulla pystyneet suorittamaan tarvittavat hoidot kotona. Oppaan tiedot tulisi olla ajan tasalla ja jatkossa opas voisi löytyä Etelä-Pohjanmaan keskussairaalan internet-sivuilta. Tekemämme opas on suunniteltu käytettäväksi Seinäjoen keskussairaalan lastenosastolle B21. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia palovammojen hoitoa laajemmin ja tehdä opas, jota voisi käyttää valtakunnallisesti.

Yksi tutkimuksen aihe voisi liittyä vanhempiin. Vanhemmilla on usein iso vastuu lapsen jatkohoidosta ja mietittävää voi olla paljon. Tutkimuksen aiheena voisikin olla esimerkiksi, saavatko vanhemmat omasta mielestään riittävät kotihoito-ohjeet ja minkälaiset ohjeet vanhemmat haluaisivat. Lapset tai nuoret voitaisiin ottaa huomioon myös tutkimuksissa esimerkiksi haastatteleamalla 14–16-vuotiaita, kuinka heidät otetaan huomioon omien hoitojen suunnitteluissa.

LÄHTEET

- Andersson, K., Elfving-Little, U. & Kokkola, E. 2004. Lapsi palovammapotilaana. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 388–392.
- Axelin, A. 2011. Vanhemmat paras kivunlievitys keskoslapselle. Sairaanhoidtaja 84 (9), 50–52.
- Bruce, T., Meggitt, C. & Grenier, J. 2010. Child Care & Education. 5th edition. London: Hodder Education.
- Eatlander, A-M., Hamunen, K., Kalso, E., Maunuksela, E-L. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Einon, D. 2002. Lapsen hoito ja kehitys – Terve, tyytyväinen ja tasapainoinen lapsi. Helsinki: Otava.
- Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Gaudeamus.
- Hamunen, K. 2009. Kivun mittaaminen lapsilta. Teoksessa: E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Duodecim, 442–443.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2003. Haava. 1-2, p. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa: V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 136–167.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositustyöryhmä. 2009. [Verkkosivu] Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä – Hoitotyön suositus. [Viitattu 25.4.2014]. Saatavana: http://www.hotus.fi/system/files/lapsen_emotionaalinen_tuki.pdf
- Hopia, H., Paavilainen, E., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. Hoitotiede 16 (4), 158–167.
- Hoppu, K. 2002. Lasten lääkehoidon erikoispiirteitä. Teoksessa: N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 58–64.

- Huttunen, N-P. 2002. Ravitseminen. Teoksessa: N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 47–57.
- Iholiitto ry. 2014. [Verkkosivu] Terveen ihon rakenne. [Viitattu 14.4.2014]. Saatavana : http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/
- Ilmarinen, S. 2013. Pienen palovamman hoito. Haava 3, 39–41.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua?: Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Jaakkola, H., Tiri, M., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2013. Vanhempien osallistuminen lapsensa kivunhoitoon sairaalassa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 25 (3), 194-208).
- Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2012. Perheen parhaaksi: Perhetyön arkea. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Kallinen, O. 2013. Fatal Burns in Helsinki Burn Center. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Väitöskirja. [Viitattu 22.4.2014]. Saatavana: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41761/kallinen_dissertation.pdf?sequence=1
- Kankkunen, P. 2003. Riittävätkö kotihoito-ohjeet? – Vanhempien kokemuksia lasten päiväkirurgisista toimenpiteistä. Sairaanhoitaja 76 (10), 10–12.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kiviluoma, K. 2002a. Kivun hoito. Teoksessa: N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 64–67.
- Kiviluoma, K. 2002b. Nestehoito. Teoksessa: N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY, 67–69.
- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Koljonen, V. 2005. Lapsipalovammapotilaan ja perheen psyykinen tukeminen. Haava 8 (3), 16-17.
- Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Espoo: Suomen Punainen Risti.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Kukko, H. 2007. Kun syntyy laaja palovamma. *Systole* 6, 16–19.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Lagus, H. 2012. Ihon rakenne ja tehtävät. Teoksessa: V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro, 16-25.
- Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välinen vuorovaikutus- substansiivisesta teoriasta mittareiden kehittämiseen. *Hoitotiede* 22 (3), 163-183.
- Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (4), 14–22.
- Malmgren, K. & Kontinen, V. 2012. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa: V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro, 90–99.
- Management of burns. 2003. [Verkkosivu]. World health organization. [Viitattu 21.4.2014]. Saatavana: http://www.who.int/surgery/publications/Burns_management.pdf
- Mann, E. & Carr, E. 2006 *Pain Management*. Blackwell.
- Muurinen, E., Surakka, T. 2001. *Lasten ja nuorten hoitotyö*. Helsinki: Tammi.
- Paganus, A. 2004. Lapsen ravitseminen. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 125–131.
- Piiparinen, S. & Rauhala, S. 2004. Kivunhoito. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 156–163.
- Pyörälä, S. 2002. Palovammat. Teoksessa: N-P. Huttunen (toim.) *Lasten ja nuorten sairaudet*. Porvoo: WSOY, 306–308.
- 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. & Korhonen, A. 2009. Miten keskosten kipua arvioidaan? – Kyselytutkimus vastasyntyneiden tehohoito- ja valvontayksiköiden hoitajille. *Tutkiva Hoitotyö* 7 (3), 28–34.

- Ruuskanen, S. & Airola, K. 2004. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 120–123.
- Saarelma, O. 19.8.2013. Palovamma. [Verkkosivu]. Terveyskirjasto: Duodecim. [Viitattu 14.4.2014]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00316
- Sahi, T., Castren, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2010. Ensiapuopas. Helsinki: Duodecim.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- St John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association & British Red Cross. 2009. First Aid- Manual. 9th edition. London: Dorling Kindersley.
- Tenhunen, E. 2012. Aseptinen toiminta haavanhoidossa. Teoksessa: V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 115–121.
- Tiainen, A-M. 2009. Ravinnon ja lääkkeiden vuorovaikutus. Teoksessa: S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen & L. Sinisalo (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 55–61.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.
- Turunen, V. 2014. Aikaa haavoille. Tehy (4), 14-18.
- Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2008. Lapsuus: Erityinen elämänvaihe. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vuola, J. 2011. Vaikeat palovammat. Teoksessa: Yleistä palovammoista. [Verkköjulkaisu]. Helsinki: Iholiitto. [Viitattu 10.4.2013] Saatavana: <http://iholiitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/5edd00abf9dc36f26bfa827a07dfd0d5/1398876013/application/pdf/940407/Vaikeat%20palovammat.pdf>
- Vuola, J. 2012. Palo- ja paleltumavammat. Teoksessa: V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 248–256.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

LIITTEET