

[A1][A2][A3][A4]

Mikaela Sandelin, Maria Seppälä, Riikka Äijänen

Lasten kivun hoitotyön havainnointilomakkeen suunnittelu

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

Lasten kivun hoitotyön havainnointilomakkeen suunnittelu

3.3.2015

Tekijä(t) Otsikko	Mikaela Sandelin, Maria Seppälä, Riikka Äijänen Lasten kivun hoitotyön havainnointilomakkeen suunnittelu
Sivumäärä Aika	26 sivua + 3 liitettä 3.3.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Lasten hoitotyö
Ohjaaja(t)	Marjatta Kelo
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lasten kivunhoidon kehittämiseen tarkoitettu havainnointilomake, jonka avulla saadaan arvokasta tietoa sairaanhoitajan työskentelystä lasten kivunhoidossa. Opinnäytetyömme on osa TuLE- eli Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa- hanketta. Hanke on toteutettu yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja HYKS:n naisten- ja lastentautien tulosityksikön kanssa. Hankkeen tavoitteena on vastata lasten hoitotyön kasvaviin haasteisiin. Työmme toteutetaan kehittämismenetelmää käyttäen. Käytännössä pilotoimme työtä kolmella eri lastenklinikan osastolla. Työssämme olemme hyödyntäneet runsaasti lasten sairaanhoitoa koskevaa kirjallisuutta sekä niin kotimaisia kuin kansainvälisiä tutkimuksia.</p> <p>Pitkäkestoinen kipu vaikuttaa huomattavasti elämänlaatuun niin lapsilla kuin aikuisilla. Kivun vaikutus voi ilmentyä monialaisesti rajoittaen normaalia elämää ja lapsen kehitystä. Lasten ja nuorten ongelmat ovat yhä monimuotoisempia, hoidon kehittyminen asettaa vaatimuksia toiminnalle ja toiminnan on oltava edelleen asiakaslähtöisempää.</p> <p>Lomake toimii käytännössä hyvin ja asiasisältö on riittävä. Kysymysten asettelu sekä soveltuvuus eri-ikäisten lasten kivunhoitoon vaativat kuitenkin edelleen paljon kehittämistä.</p>	
Avainsanat	Lapsi, Sairaanhoitaja, Kipu, Havainnointi

Author(s) Title	Mikaela Sandelin, Maria Seppälä, Riikka Äijänen Lasten kivun hoitotyön havainnointilomakkeen suunnittelu
Number of Pages Date	26 pages + 3 appendices 3 March 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Program	Nursing and Health Care
Specialisation option	Children nursing
Instructor(s)	Marjatta Kelo, PhD
<p>The purpose of this thesis is to create an observation form to get valuable information from nurses' work within children's pain. Our thesis is carrying out by developing. These sections of health care have been determined to be insufficient from the basis for our thesis. Our thesis is a part of the Future in Children's Special Healthcare- project (TuLE). The project is done in co-operation with Metropolia University of applied sciences and Helsinki Hospital's (HYKS) women- and children's unit.</p> <p>The aim of the project is to answer to the increasing challenges in children's nursing. Practically we are going to test our observation form in three wards of HYKS children clinics. We have conducted plentiful research on literature based on healthcare of children as well as domestic and international studies.</p> <p>Chronic pain has an immense effect on the quality of life of adults and children. The effect of the pain may appear in many different ways by limiting everyday life and physical developing of children. Problems related to children and youth are more diverse than before as the development of treatment methods set demands to procedures, which need to be more customer-oriented.</p> <p>The observation form is operating well and the subject content is sufficient. The layout of the observing questions and suitability for different aged children still need lots of developing.</p>	

Keywords

Child, Nurse, Pain, Observation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Lasten kipu	1
2.1	Kivun fysiologia	3
2.2	Krooninen kipu	4
3	Kivun arviointi	5
3.1	Keskosen kivunarviointi ja -hoito	6
3.2	Kipumittarit	7
3.3	Vanhemmat ja hoitoympäristö	8
3.4	Sairaanhoitajan ja lapsen välinen vuorovaikutus ja ohjaus	9
4	Kivunhoitomenetelmät	10
4.1	Lääkkeetön hoito	10
4.2	Lääkkeellinen hoito	11
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	12
6	Kehittämistyö opinnäytetyön menetelmänä	13
6.1	Tiedonhaku ja havainnointilomakkeen teko	14
6.2	Havainnointi osana kehittämistyötä	14
7	Havainnointilomake ja sen testaus	16
7.1	Havainnointilomakkeen sisältö	16
7.2	Havainnointilomakkeen pilotointi	18
8	Pohdinta	21
8.1	Havainnointilomakkeen arviointi	21
8.2	Eettisyys	22
8.3	Luotettavuus	23
8.4	Johtopäätökset	24
9	Lähteet	25

Liitteet

Liite 1. Havainnointilomake

Liite 2. Saatekirje

Liite

3.

Tiedonhakutaulukko

1 Johdanto

Opinnäytetyöryhmässämme vallitsi jo ennen aloittamistilaisuutta yksimielisyys siitä, että tulemme kohdistamaan opinnäytetyömme teeman lasten hoitotyöhön. Toimimme osana TuLE- hanketta, jonka tarkoituksena on vastata lisääntyneisiin palveluntarpeisiin lasten erikoissairaanhoidossa. Lasten ja nuorten ongelmat ovat yhä monimuotoisempia, hoidon kehittyminen asettaa vaatimuksia toiminnalle ja toiminnan on oltava edelleen asiakaslähtöisempää. Hankkeen tavoitteet käytännössä ovat lasten- ja nuorten hoitotyön kehittäminen, verkostomainen ja voimavarakeskeinen työskentely, saumattomat hoitopolut sekä yhtenäiset hoitokäytännöt sekä aikaisempaa enemmän perhe- ja lapsilähtöisyyttä huomioiva hoitotyö. Kaikki kehitys tulee tapahtua näyttöön perustuen. (Salmela 2014.)

Kivunkokemus on epämiellyttävä tapahtuma, joten se ilmenee usein myös psyykkisesti. Kun lapsi kuvaa kipuaan, on hänet otettava vakavasti. Ihminen oppii kivun kuvaamisen vanhoihin kokemuksiinsa pohjaten. Lapsi ei kehitystasonsa takia osaa vielä kuvata kipuaan samalla tavalla kuin aikuinen. Valitettavasti etenkin pienten lasten kipulääkehoitoa on tutkittu niukasti. Kivunhoidossa on äärimmäisen tärkeää muistaa myös lääkkeettömät kivunhoitomuodot, kuten rentoutuminen ja mielikuvat. Nämä menetelmät ovatkin osoittautuneet erityisen tehokkaiksi (Meretoja 2005, 3961.)

Opinnäytetyömme aihe on Lasten kivun hoitotyön havainnointilomakkeen suunnittelu. Lomake kattaa kaikenikäisten lasten kivunhoidon. Teemme yhteistyötä HYKS:n Nais- ja lastentautien tulosyksikön kanssa. Tavoitteenamme on kehittää lasten kivun hoitotyötä yhä eteenpäin lomakkeelta saadun tiedon perusteella. Lomakkeelle tulevien kysymysten apuna käytämme niin kotimaisia kuin ulkomaisia tieteellisiä tutkimuksia, kirjallisuutta sekä yhteistyöosastoltamme saatua arvokasta tietoa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta syntyy kehittämistyö TuLE- hankkeen arvoja ja tavoitteita noudattaen. (Salmela 2014.)

2 Lasten kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International association for the Study of Pain, IASP) on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio, tai jota kuvataan samalla tavoin. Perinteinen kivun luokittelu pohjautuu anatomiaan. Kipu voidaan luokitella paikallisesti, esimerkiksi jalka- tai pääkipuna. Jaottelu voidaan tehdä myös elinjärjestelmien mukaan, kuten ruoansulatuskanavakipu tai vaskulaarinen kipu. Lisäksi usein käytetään aiheuttajaan pohjautuvaa luokittelua, kuten syöpä- tai synnytyskipu. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 150.) Kipu on arkielämän peruskokemus, jolta tuskin kukaan elämänsä aikana välttyy. Sitä voidaan kuvata ruumiilliseksi kärsimykseksi. Kivun diagnostiikka ja hoito toteutetaan lääketieteellisen tiedon rajoissa. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 12.)

Kivun kokemus on elimistölle aina epämiellyttävä tapahtuma. Ihminen oppii kuvaamaan kipua aiempien kokemustensa perusteella. Siksi pieni lapsi ei vielä kykene ilmaisevan kipuaan samalla tavalla kuin aikuinen. Lapsen viestiä kivusta ei tule koskaan aliarvioida, vaikka sitä voi olla vaikea tulkita. Pienenkin lapsen kipu voi olla aikuisen kipua voimakkaampaa, ja sillä saattaa olla pidempikestoiset haittavaikutukset kuin aikuisella. On tutkittu, että pikkulasten voimakas kipukokemus on yhteydessä mm. oppimishäiriöihin myöhemmällä iällä. Alle kolmevuotiaan lapsen hermosto kehittyy jatkuvasti, ja kipujen kokeminen voi haitata aivojen normaalia kypsymistä. (Meretoja 2005, 3961.)

On olemassa harhakäsityksiä lasten kivuista. Luullaan etteivät lapset tunne kipua, koska heidän hermostonsa ei ole kehittynyt tarpeeksi. Todellisuudessa lapset tuntevat kipua. Kipu näkyy lapsissa käyttäytymismuutoksina, kuten itkuna ja ilmeilynä. Kivun-sietokyky nousee iän myötä. Luullaan myös, että lapset eivät tunne yhtä paljon kipua kuin aikuiset. Oikeasti lapset tuntevat kipua samalla tavalla kuin aikuiset, esimerkiksi jos lapsi tai aikuinen murtaa jalkansa, kipu on sama. Aikuiset hallitsevat kipua paremmin, koska he pystyvät pyytämään lisää kivunlievitystä toisin kuin lapset. Aktiiviset ja nukkuvat lapset voivat tuntea kipua, vaikka toisin luullaan. Lapsen lisääntynyt aktiivisuus on usein merkki kivusta. Kipu voi myös aiheuttaa väsymystä. Aktiivisuutta ja leikkimistä lisäämällä lapsi yrittää kestää kipua. Lapset eivät aina kerro totuutta kokemastaan kivusta. Lapsi voi valehdella kivustaan monesta eri syystä. Syitä valehtelemiselle ovat esimerkiksi se, että kysyjä on vieras henkilö, lapsi luulee, että hänen pitää olla reipas tai lapsi on pelokas. Jotkut lapset voivat kokea kivun rangaistuksena ja kärsivät kivusta hiljaisuudessa, koska heidän mielestään he ansaitsevat sen. Lapset osaavat

kuvailla ja paikantaa kipua vaikka toisin luullaan. Tutkimusten mukaan lapset osaavat näyttää mihin heitä koskee tietämättään kehon osia. Hoitajien tulisi käyttää asianmukaisia kivun arvioinnissa käytettäviä apuvälineitä, jotta lapset pystyisivät kuvailemaan ja paikantamaan kipua. Hoitajat odottavat vanhempien tietävän kaiken lapsensa kivusta, vaikka eivät todellisuudessa aina tiedä, ja tämän takia on tärkeää kysyä lapselta tämän kiputuntemuksista (Twycross ym. 1998, 4—11.)

2.1 Kivun fysiologia

Kudosvaurion aiheuttaman tuntemuksen ja subjektiivisen kipukokemuksen välille mahtuu runsas sarja monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia. Ne voidaan jaotella neljään eri vaiheeseen; transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio. Transduktiossa nosiseptori aktivoituu, kun kudokseen kohdistuu ärsyke. Ärsyke voi olla mekaaninen, kemiallinen tai lämpöenerginen, aiheuttaen aktiopotentialin. Transmissiossa kipuviesti siirtyy hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivoituminen johtaa kivun aistimiseen. Selkäytimen välittäjäneuronit aktivoituvat ja kuljettavat kipuviestä selkäytimestä aivorungolle sekä edelleen talamuksen kautta aivokuorelle. Modulaatiolla tarkoitetaan kivun muuntelua hermostossa. Viimeinen vaihe, perseptio, tarkoittaa kipuneuronien aktivoitumisen aiheuttamaa subjektiivista tunnetta. (Kalso — Haanpää — Vainio 2009: 76). Nosiseptiivinen- eli kudosvauriokipu syntyy nosiseptorien reagoitessa ärsykkeeseen. Tällöin voidaan katsoa kipua aistivan järjestelmän olevan terve. Esimerkkejä nosiseptiivisestä kivusta ovat tulehdukset, tuumorit ja iskemia. Viskeeraalisella kivulla tarkoitetaan sisäelinkipua. Hermovaurio- eli neuropaattinen kipu johtuu viasta kipua välittävissä hermojärjestelmissä. Idiopaattisessa kivussa ei yksiselitteisesti voida todeta kipua aiheuttavaa hermo- tai kudosvauriota. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155-157.)

Kudosvauriota seuraava kipu saattaa pitkittyä, jolloin kudos herkistyy ärsykeille. Tämä voi johtua esimerkiksi jatkuvasta kudosvauriosta, kuten infektion eteneminen. Nosiseptorit herkistyvät inflammaation aiheuttamista välittäjäaineista. Pitkään kestävä kipustimulaatio voi lopulta johtaa keskushermoston tai perifeeristen nosiseptoreiden pysyviin muutoksiin. Vain hieman kipukynnyksen ylittävät tekijät aiheuttavat kudosvaurion merkkeinä esimerkiksi vasodilataatiota ja turvotusta. Vaurioituneessa kudoksessa ärsykkeet, jotka terveessä kudoksessa eivät aiheuta kudosvauriota, aistitaan kivuliaina ja normaalia voimakkaampina. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 80.)

2.2 Krooninen kipu

Krooninen ja akuutti kipu erotetaan toisistaan kivun kestoon perustuen. Krooniseksi määritellään kipu, joka kestää kauemmin kuin odotettu kudoksen paranemisaika. Pitkityminen kuormittaa potilasta psykososiaalisesti. Uhkaavasta kudostuhosta varoittava signaali siirtyy kudoksesta selkäytimelle ja sieltä edelleen aivoihin. Matkalla tämä signaali aktivoi sekä kipuviestiä vahvistavia järjestelmiä (eksitaatio) että sitä vaimentavia järjestelmiä (inhibitio). Näiden järjestelmien tasapaino ratkaisee, kuinka voimakas on lopullinen kipuaistimus. Kroonistumista voi edesauttaa joko vahvistavien järjestelmien voimistuminen tai jarrujärjestelmien heikentyminen. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 104-107.)

Pitkäkestoinen kipu vaikuttaa huomattavasti elämänlaatuun niin lapsilla kuin aikuisilla. Kivun vaikutus voi ilmentyä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin, rajoittaen näin elämää monialaisesti. Muun muassa vuorovaikutussuhteet, sosiaalinen elämä, liikkuminen, nukkuminen ja yleinen jaksaminen voivat kärsiä pahasti. Pitkäkestoista kipua voidaankin tutkimusten mukaan verrata kroonisiin sairauksiin. Kivun kulku voi olla aaltoilevaa ja hoito- ja kuntoutusjaksot vaativat pitkäjänteisyyttä. Tällöin lapsi tarvitsee aikuisten tukea ja kannustusta arjessa ja sen rutiineissa. Tässä haluammekin korostaa sairaanhoitajan roolin ja ammattitaidon tärkeyttä sekä perheen ottamista mukaan hoitoon niin sairaalassa kuin sen ulkopuolella. Uskomme, että oikeanlaisella moniammatillisella hoidolla voidaan taata lapsen normaali kehitys ja elämänlaadun korkea taso. (Laaksonen, Aromaa & Salanterä 2009, 38 — 39.)

Psykologi Amanda Williamsin mukaan kivun ilmaisulla on tarkoitus; herättää kanssaihmisten halu auttaa. Kipukäyttäytymistä tulee käsitellä kokonaisuutena, erityisesti kun kyse on lapsista, joiden viestintä ei ole vielä aikuisen tasolla. Kokonaisuuteen voidaan katsoa kuuluvaksi ääntely, kasvojen ilmeet, asento ja liikkeet sekä sanallinen ilmaisu. Lapsien kivunhoito on aikoinaan ollut huonoa. On uskottu, että lapset eivät voi tuntea kipua samoin kuin aikuiset. Pikkulapsilla ei ole vielä taitoa puhua, jolloin vauvojen kykyä tuntea kipua on kyseenalaistettu. Kivun ilmaisu on lapsilla rajoittuneempaa kuin aikuisilla. Lapsi saattaa ilmaista kipunsa, nälkänsä ja esimerkiksi väsymyksensä samalla tavoin; itkemällä. Länsimainen lääketiede pyrkii aina täydelliseen kivun poistamiseen. Moderni ihminen osaakin vaatia hoidossaan täydellistä kivuttomuutta. (Laaksonen, Aromaa & Salanterä 2009, 21—30.)

Ljusegren ym. (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat olivat valmiita hoitamaan lapsia, joilla oli diagnoosi ja kärsivät fyysisestä kivusta. Eli ennalta arvattavissa tilanteissa sairaanhoitajat luottivat omiin kykyihinsä hoitaa potilasta. Kun taas odottamattomissa tilanteissa, joissa diagnoosia ei ollut, sairaanhoitajat kokivat pelkoa ja voimattomuutta sekä riittämättömyyttä potilasta hoitaessa. (Ljusegren ym. 2012, 464–470.)

3 Kivun arviointi

Lasten kivun arviointi aiheuttaa suuria haasteita hoitohenkilökunnalle. Ensimmäinen vaihe lasten kivunhoitoa toteuttaessa on tietää, kuinka kovasti lapsi tuntee kipua. Lapsen kipua tulee arvioida säännöllisesti, jotta kipua voitaisiin hallita. Kivun arvioinnin tulee olla yksilöllistä ja asianmukaista lapselle sekä hänen perheelleen. Jokainen lapsi tuntee kivun yksilöllisesti sekä reagoi ja selviää kivusta omalla tavallaan. (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 56.) Eri-ikäiset lapset kokevat kivun eri tavalla. Imeväisikäiset kokevat kivun kokonaisvaltaisesti, joka ilmenee käyttäytymisen ja fysiologisina muutoksina sekä ääntelynä. Yleensä he tuntevat myös kipua enemmän kuin aikuiset, koska he eivät osaa pelätä tulevaa eikä ennakoita kivun päättymistä. Leikki-ikäinen ilmaisee kivun ilmein, elein, käyttäytymisen muutoksina, kieltämisenä, sulkeutuneisuutena tai aggressiivisuutena. He voivat myös taantua alemmalle kehityksen tasolle. Nuori kykenee paikallistamaan kivun oikeaan paikkaan. Nuorten kivunsietokyky on tässä iässä jo parempi. (Piiparinen & Rauhala 2009, 157.)

Lasten kipuun vaikuttaa kivun aste, kulttuuri, sukupuoli, persoonallisuus, perhe, yhteiskunta, uskonto sekä aiemmat kipukokemukset. (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 57.) Kulttuuri vaikuttaa kivun arviointiin monin tavoin. Maahanmuuttajat ovat todella perhekeskeisiä, esimerkiksi jos joku perheenjäsen sairastuu, on yleensä hoidettava koko perhettä. Kipukynnys on sama kulttuurista riippumatta, mutta kipukäyttäytyminen ja siihen suhtautuminen on kulttuurisidonnaista, joka opitaan jo varhain. (Piiparinen & Rauhala 2009, 157.) Kipukäyttäytymiseen vaikuttaa myös persoonallisuus. Ulospäin suuntautuneilla persoonilla on korkeampi kivunsietokyky kuin sisäänpäin suuntautuneilla. Toisaalta sisäänpäin suuntautuneet valittavat kivusta vähemmän. Perheellä ja yhteiskunnalla on myös merkitystä. Perheillä on omat uskonsa, tapansa ja perinteensä. Lisäksi yhteiskunnalla on odotuksia asianmukaisesta kipukäyttäytymisestä. Perheenjäsen, jolla on ollut samankaltaisia kipukokemuksia kuin lapsellaan voi vaikuttaa siihen,

kuinka hyvin lapsi selviytyy kivusta. Eri uskonnoissa koetaan kipu erilalla, esimerkiksi juutalaiset hakevat apua, empatiaa ja muiden mielipiteitä kipuun. Jotkut kristityt näkevät kivun olevan rangaistus synneistä, toiset kristityt puolestaan uskovat, että jumala sallii kivun, mutta mahdollistaa kivusta selviytymisen. Lasten aiemmat kipukokemukset vaikuttavat siihen, miten he reagoivat myöhemmin kipua aiheuttavissa tilanteissa. Myös hoitajien oma kulttuuri vaikuttaa hänen käsitykseen lasten kivusta. (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 56 —59.)

QUESTT- mallin avulla voidaan arvioida kipua. Malli sisältää kuusi ohjetta, joita tulee huomioida lapsen kipua arvioitaessa. Ensin kysytään lapselta kiputuntemuksista (Question the child). Lapsen osallistaminen omaan kipuhoidoonsa lisää lapsen itsetuntoa, joka puolestaan vähentää hänen kipuaistimustaan. Tämän jälkeen käytetään lapsen ikään sopivaa kipumittaria (Use pain rating scales). Jos mahdollista, lapsi voi itse valita mieleisensä kipumittarin. Lapselle tulee kertoa, miten kipumittaria käytetään. Kipumittarin lisäksi tulee arvioida muutoksia lapsen käyttäytymisessä (Evaluate behaviour and physiological changes). Tämä tarkoittaa lapsen vitaalielintoimintojen sekä elekielen tarkkailua. Vanhempien osallistuminen tulee turvata (Secure parents' involvement). Tulee kuitenkin selvittää, kuinka paljon vanhemmat haluavat osallistua lapsensa kivunarviointiin. Tärkeää on huomioida kivun aiheuttaja (Take the cause of pain into account). Akuutti kipu tulee arvioida nopeasti ja tehokkaasti, kun taas kroonisen kivun arviointiin käytetään enemmän aikaa. Lopuksi valitaan kipua vastaava lääke tai lääkkeetön hoito ja arvioidaan annetun kivunlievityksen vaikuttavuus (Take action and evaluate results) (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 60—61.) Kivuliaan lapsen käyttäytymisessä yleisesti esiintyviä oireita ovat muun muassa ärtyneisyys, epätavallinen ryhti, huutaminen, haluttomuus liikkua, aggressiivisuus, lisääntynyt takertuminen, epätavallinen hiljaisuus, ruokahaluttomuus, levottomuus sekä itkuisuus (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 63.)

3.1 Keskosen kivunarviointi ja -hoito

Keskosten kivunarviointi on haasteellista, koska he eivät pysty kertomaan kivusta sanallisesti, vain elein. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutus on sanatonta. Anne Korhosen (2014) artikkelin mukaan tutkimukset osoittavat, että lasten kivunarviointi ja -hoito on edelleen riittämätöntä ja kipumittareiden käyttö vähäistä. Artikkelin mukaan eräässä ranskalaisessa tutkimuksessa seurattiin 430 keskosen kahden ensimmäisen elinviikon aikana tehtyjä toimenpiteitä. Tutkimuksessa jokainen keskosen koki 115 kivuliasta toi-

menpidettä tutkimuksen aikana. Kivuliaita toimenpiteitä on muun muassa tipanlaitot, verinäytteiden ottamiset, hengitysteiden puhdistaminen limasta ja teippien irrottaminen (Korhonen 2014: 29—30). Keskonen reagoi samoilla eleillä ja ilmeillä kivuttomiin sekä kipua aiheuttaviin toimenpiteisiin. Kivun aiheuttaman reaktiot ovat vähäisiä tai voivat puuttua kokonaan, ja juuri tämän vuoksi kivunarviointi on haastavaa. On siis tärkeää muistaa, ettei kipureaktioiden puuttuminen viittaa kyvyttömyyteen kokea kipua vaan kyvyttömyyteen ilmaista sitä. (Kassara ym. 2005: 350.)

3.2 Kipumittarit

Kipumittareita on useita erilaisia, joita käytetään kivun voimakkuuden arvioinnissa. Kipumittareita käytettäessä tulee huomioida lasten ikä, luotettavimmat tulokset saadaan 5-vuotiaasta alkaen. Käytetyimmät kipumittarit ovat kasvoasteikko ja kipukiila. Kipukiila on noin punainen kiila, jonka vasen puoli edustaa kivuttomuutta ja oikea puoli pahinta mahdollista kipua. Hoitaja näkee kiilan kääntöpuolelta numeeriset arvot, jotka ovat 0-10. Kasvoasteikko koostuu neljästä tai viidestä erilaisesta kasvosta, joista lapsi valitsee omaa oloaan kuvaavan ilmeen. (Piiparinen & Rauhala 2009, 158.) Melbyn ym. (2011) artikkelin mukaan kivun hoito on tehokkainta, kun kipua on arvioitu oikein. Artikkelissa mainitaan kolme erilaista kipua arvioivaa mittaria: Wong-Baker FACES eli kasvomittari, CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale), FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability) ja CEM (College of Emergency Medicine) kipumittarit. FACES kasvomittarista lapsi voi itse osoittaa, mitkä kasvot vastaavat kiputuntemusta. CHEOPS ja FLACC mittareilla hoitaja voi havainnoida lapsen kipua. CHEOPS mittarissa on viisi kategoriaa, jotka ovat itku, ilmeet, puhekyky, kehon kieli ja jalkojen liikkeet. Pisteitä annetaan nolasta kahteen jokaisesta kategoriasta, jotka lopuksi lasketaan yhteen. Yhteenlaskettu pistemäärä on 0-10. FLACC on samankaltainen mittari kuin CHEOPS, vain kategoriat eroavat hieman toisistaan. Näitä mittareita voidaan käyttää erityisesti vastasyntyneillä sekä lapsilla, joilla on vaikeuksia kommunikoida. CHEOPS ja FLACC -mittarit vastaavat suomalaista OPS (Objective Pain Scale) -mittaria. (Melby, McBride & McAfee 2011, 32—37.)

Joskus kipumittareita ei voida käyttää lapsen iän, kehitystason tai terveydentilan vuoksi. Silloin kipua arvioidaan lapsen käyttäytymisen, olemuksen sekä fysiologisten muutosten perusteella. Fysiologisia muutoksia ovat esimerkiksi verenpaineen nouseminen, hengityksen muuttuminen tiheämmäksi tai harvemmaksi sekä ihon muuttuminen kosteaksi ja kalpeaksi. (Piiparinen & Rauhala 2009, 158.)

Brasiliassa on tutkittu kahden eri kipumittarin kelpoisuutta ja luotettavuutta. Kipumittareina olivat kasvo- ja FLACC- mittarit. Tutkimukseen osallistui 7-17- vuotiaita syöpäsairauksista kärsiviä lapsia. Tulosten mukaan sekä kasvo- että FLACC- mittarit olivat kelpoisia ja luotettavia kivun arvioinnissa käytettäviä mittareita. Tutkimuksessa käytettyjen mittareiden antamat tulokset olivat samankaltaiset, mikä tekee mittareista luotettavia. (Claro da Silva, Claudio Santos Thuler & A de Leon-Casasola 2011, 1842 — 1848.)

3.3 Vanhemmat ja hoitoympäristö

Toimenpidehuoneeseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lapsen hoitotoimenpideympäristön tulee olla hiljainen. Ylimääräistä läpikulkua tulisi välttää, jottei lapsi säikähdä ja stressaannu tämän vuoksi. Puhelimet tulisi myös olla suljettuina rauhan varmistamiseksi. Tarvittavat välineet, kuten neulat tulisi olla pois lapsen näkyvistä. Toimenpiteeseen osallistuvien henkilöiden määrä tulisi olla rajoitettu, ainoastaan vanhemmat ja toimenpiteen tekijä tulisi osallistua. Lapsi voi pelästyä, jos liian monta henkilöä seuraa toimenpidettä. Lapselle tulee kertoa tulevasta toimenpiteestä vaihe vaiheelta lapsen ikä huomioiden, jotta lapsi tietää mitä odottaa. (Nilsson & Renning 2012, 50 — 51.) Ylimääräiset äänet ja valot vähentävät myös turvallisuuden tunnetta. Hoitohenkilökunta on tottunut esimerkiksi hoitolaitteiston merkkiääniin, jotka taas lapsi voi kokea uhkaavina. Lapsi ei tilanteessa välttämättä kykene sulkemaan ärsykeitä pois mielestään. (Ivanoff ym. 2011, 120 — 121.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 §3) edellyttää potilaan yksityisyyden kunnioittamisen. Potilaan yksityisyys tulisi huomioida toimenpidehuoneessa. Yksityisyyttä voidaan suojata esimerkiksi väliverhojen avulla, jos huoneessa on useampi vuodepaikka.

Vanhempien läsnäololla on tärkeä merkitys lasten kipua arvioitaessa. Usein luullaan, että vanhempi tietää lapsen kivusta parhaiten. Joissain tapauksissa se pitää paikkansa, mutta toisinaan on huomattu, että kivun arviointimenetelmiä käytettäessä lapsen kipu ei vastaakaan vanhempien arviota lapsensa kivusta. Vanhemmat voivat vaikuttaa lapsensa kipukäyttäytymiseen kannustamalla heitä näyttämään kipunsa dramaattisemmin kuin mitä se todellisuudessa on. Lasten kivun arviointiin vaikuttaa myös tila, jossa kipua arvioidaan. Tutkimuksen mukaan lapsien pelokkuus kiireisessä ympäristössä voidaan tulkita kivuksi, vaikka todellisuudessa lapsi on vain peloissaan tai stressaantunut. Se tekee kivun arvioinnista erityisen haastavaa. Näissä tilanteissa vanhempien läsnäolo tekee lapsen olon turvallisemmaksi (Nash 2012, 19 — 21.) Toisaalta vanhempien oma

pelko ja stressi toimenpidettä kohtaan voi vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen ja kipuun negatiivisesti (Nilsson & Renning 2012, 51.) Vanhempien läsnäolo on välttämätöntä, jos lapsi on vastasyntynyt, imeväisikäinen tai lapsi ei pysty ilmaisemaan itseään verbaalisesti. (Korhonen & Pölkki 2014, 31.)

3.4 Sairaanhoidajan ja lapsen välinen vuorovaikutus ja ohjaus

Ohjaajan ja potilaan ensitapaaminen on tärkeä, sillä myönteinen ilmapiiri antaa hyvän lähtökohdan ohjaukselle. Ohjaus ohjaajan ja potilaan välillä on parhaimmillaan vastavuoroista keskustelua sekä pohtimista. Tietoa annetaan ohjattavalle vähän kerrallaan, jotta ohjattava sisäistää saamansa tiedot. On myös tärkeää antaa ohjattavalle mahdollisuus osallistua keskusteluun ja esittää kysymyksiä. Ohjaajan tulee tarjota ohjattavalle riittävästi hoitoon liittyvää tietoa sekä vaihtoehtoja. (Eloranta & Virkki 2011, 54 — 58.) Leikin hyödyntäminen on hyvä toimintamuoto lapsen ohjauksessa. Leikki vähentää lapsen pelkoa ja stressiä. Tehokkaimpia leikkejä ovat erilaiset sairaalaleikit, aistileikit sekä luova toiminta. Roolileikit sopivat erityisesti 4-8 vuotiaille, pikkulapsille voidaan käyttää esimerkiksi nukkeja. Erityisen pelokkaille lapsille voidaan toteuttaa terapeuttisia leikkejä, joiden avulla voidaan käsitellä pelkoja (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2009, 142-146.)

Ohjattavan osallistumista ohjaustilanteeseen vahvistavat seuraavat asiat: ohjaajan rauhallisuus ja ymmärrys, ensivaikutelma, sanallisen ja sanattoman viestinnän samansuuntaisuus, hienovaraisuus henkilökohtaisia asioita käsitellessä, kuunteleminen ja palautteen antaminen, arkisista asioista jutteleminen sekä ohjaajan ohjattavalle antaa mahdollisuus esittää tunteita ja kokemuksia. Toisaalta ohjattavan osallistumista heikentäviä asioita ovat: ohjaajan liiallinen tiedonantaminen kerralla, vastavuoroisuuden puuttuminen, ohjaajan tai ohjattavan puolustusmekanismien käyttö esimerkiksi kieltäminen sekä suoraan asiaan meneminen ilman ”lämmittelyä”. (Eloranta & Virkki 2011, 54 — 58.)

Ohjaajan tuki on tärkeää ohjauksessa ja se ilmenee ohjattavan emotionaalisenä, tiedollisena sekä konkreettisena tukena. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan ohjattavaa rohkaisevaa ja kannustavaa tukea. Tiedollinen tuki on tiedon antamista mutta myös ohjattavan tilanteen selvittämistä sekä päätöksenteon tukemista. Konkreettisella tuella voidaan täydentää tiedollista tukea. Ohjaajan antama konkreettinen tuki on esimerkiksi

kotona suoritettavan hoitotoimenpiteen opettaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 54 — 58.)

Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen on sekä tärkeää että haasteellista. Lapsipotilaalla on juridinen oikeus sekä psyykinen tarve saada hänen ikäänsä ja kehitystasoaan vastaavaa tietoa asioista, jotka koskevat hänen tulevaa hoitotoimenpidettä. Suomessa on olemassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 §7), jolla pyritään muun muassa turvaamaan toimenpiteeseen valmistaminen. Laki painottaa kolmea asiaa, joista ensimmäinen on lapsen mielipiteen kuuleminen. Muodostaakseen käsityksen tilanteestaan, lapsi tarvitsee aikuista enemmän tietoa, ohjausta ja oivaltamista. Lapsi tarvitsee riittävästi aikaa tiedon sisäistämiseen. Lapsella on myös oikeus esittää oman mielipiteensä, ja se on juridisesti pakollista, kun lapsi on täyttänyt 12 vuotta. Seuraava asia, mitä laki painottaa on lapsen iän ja kehitystason huomioiminen tietoa annettaessa. Tiedon määrää tulee rajata tai laajentaa lapsen kehitystaso huomioiden ja tieto tulee kertoa niin, että lapsi ymmärtää. Kolmanneksi laki painottaa hoitamista yhteisymmärryksessä, eli toimenpidettä tai hoitoa ei saa toteuttaa ilman hoitajan, potilaan sekä huoltajan välistä yhteisymmärrystä. Toimenpiteeseen ei ole välttämättä valmistettu riittävästi, jos lapsi selvästi vastustaa tilannetta. (Hiitola 2009, 132-133.)

4 Kivunhoitomenetelmät

4.1 Lääkkeetön hoito

Lääkkeetön kivunhoito on tehokkainta, kun sitä käyttää lääkkeellisen kivunhoidon kanssa samaan aikaan. Toisinaan lääkkeetön kivunhoito voi helpottaa kipua yksinäänkin. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on useita, kuten asentohoito, lämpö- ja kylmähoito, hieronta, musiikki, hengitysharjoitukset, rentoutuminen sekä mielikuvitusharjoitukset. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Nämä kivunhoitomenetelmät soveltuvat kaikenlaisen akuutin kivun hoitoon. Imeväisikäisille lapsille voidaan käyttää 30 prosentista sokeriliuosta helpottamaan kipua esimerkiksi verinäytteenoton yhteydessä (Piiparinen & Rauhala 2009, 159.) Tehokkaita lääkkeetöntä kivunlievitystä vauvoilla ja pienillä lapsilla on tutin imeminen, kapalointi ja käsikapalo sekä kenguruhoito. (Korhonen & Pölkki 2014: 30.) Eräässä tutkimuksessa pyydettiin lapsia kirjoittamaan tai piirtämään, kuka tai mikä auttaa heitä selviytymään kivusta. Tuloksista kävi ilmi, että henkilöt, jotka

auttavat lapsia kivun hallinnassa, ovat hoitohenkilökunta ja läheiset. Lapset kuvailivat mukavien asioiden ajattelemisen auttavan heitä. Muiden ihmisten eleet, kuten halaukset ja suukot vanhemmilta sekä hoitohenkilökunnan toimet auttavat kun sattuu. (Franck, Sheikh & Oulton 2008.) Keskosten hoidossa oikein koskettaminen on tärkeää. Kokonaisvaltaiset, rauhalliset ja varmat otteet luovat lapselle turvallisuuden tunnetta. Myös oikeilla otteilla ja asentohoidolla pystytään vähentämään hänen kokemaa stressiä, ahdistusta sekä rasitusta ja vakauttaa keskosen hapetus ja syke. (Mäkelä 2005: 1543—1549). Erään toisen tutkimuksen mukaan hoitajat, jotka havaitsivat lapsilla voimakasta kipua, kokivat pystyvänsä hallitsemaan sitä useilla ei-lääkkeellisillä kivunhoitomenetelmillä. Käytettyjä menetelmiä olivat muun muassa hieronta, koskettaminen, kirjan lukeminen, lapsen keinuttelu ja tuudittaminen sekä läsnäolo (Griffin, Polit & Bryne, 2008, 297—305.)

4.2 Lääkkeellinen hoito

Lasten kivunhoidossa pyritään yksiselitteisesti kivuttomuuteen. Mikäli mahdollista, pyritään kipu hoitamaan jo ennen sen ilmenemistä esimerkiksi leikkausten jälkeisissä tiloissa. Kivun lääkehoidossa noudatetaan WHO:n suosittelemaa kipulääkkeiden portaitaista annostelua. Lääkitys aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Mikäli niillä ei saada riittävä vastetta, hoitoon lisätään heikko- ja tarvittaessa vahvempi opioidi. Lievää ja keskivaikeaa kipua hoidetaan tulehduskipulääkkeillä eli nonsteroidaalisilla anti-inflammatorisilla analgeeteilla (NSAID) tai parasetamolilla. On suositeltavaa käyttää tulehduskipulääkettä ja parasetamolia yhdessä, sillä niillä on yhdessä tehokas kipua alentava vaikutus. Sen sijaan kahta tulehduskipulääkettä ei tule koskaan käyttää yhdessä haittavaikutusten määrän lisääntymisen vuoksi. Kahden tulehduskipulääkkeen samanaikainen käyttö ei myöskään nosta tehoa. Asetyylisalisyylihappoa ei käytetä lapsilla kipu- tai kuumelääkkeenä sen allergisoivan vaikutuksen takia. Lisäksi se aiheuttaa mahaärsytystä. (Ivanoff ym. 2011, 171.) Alle puolivuotiaiden peruskipulääke on parasetamoli, jonka annos suhteutetaan lapsen painon mukaan. Yli puolivuotiailla voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä. Toimenpidekivun hoidossa käytetään parasetamolia sekä tulehduskipulääkkeitä rinnakkain. (Piiparinen & Rauhala 2009, 160.) Puudutevoiteita käytetään ennen injektion antoa tai kanyylin laittoa, jotta pistäminen olisi mahdollisimman kivutonta potilaalle. Pintapuudutteita on esimerkiksi Emla- ja Ametopvoiteet. Puudutevoiteen tulisi antaa vaikuttaa vähintään puoli tuntia. Vaikutuksen kesto on yli kolme tuntia, eikä sivuvaikutuksia ole juurikaan. (Arasola — Reen — Vepsäläinen & Yli-Huumo 2009, 422.) Tehdyn tutkimuksen mukaan kanyylin asettaminen tai veri-

näytteen ottaminen onnistui paremmin, kun puudutevoidetta oli käytetty. (Peltola 2012, 2521.)

Opioidien käyttö lasten kivunhoidossa on lisääntynyt. Niiden etuna ovat nopea annosteltavuus ja hyvä analgeettinen teho. Lyhytaikaisessa, voimakkaassa kivussa käytetään lyhytaikaisia opioideja ja pitkään jatkuneissa sekä voimakkaissa kiputiloissa hyödynnetään pitkävaikutteisia opioideja. Opioideja voidaan annostella suonensisäisesti, rektaalisesti, kielen alle, epiduraalisesti tai suun kautta. Laastarit ja nenäsuihkeet ovat myös mahdollisia tapoja saattaa lääke elimistöön. Tavallisimmin käytetyt opioidit Suomessa ovat petidiini, oksikodoni, morfiini, fentanyl ja buprenorfiini. (Ivanoff ym. 2011, 172.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Työn tarkoituksena oli suunnitella lasten kivun hoitotyöhön havainnointilomake. Havainnointilomakkeen avulla voidaan kehittää lasten kivunhoitoa sekä parantaa hoidon laatua. Havainnointilomake kattaa kaikenikäisten lasten kivun hoitotyön. Lomakkeen avulla otetaan huomioon sairaanhoitajan työskentely. Lomaketta käyttäen havainnoija pystyy arvioimaan ja kehittämään sairaanhoitajan työtä. Toteutimme opinnäytetyön kehittämismenetelmää käyttäen. Työmme esittelee myös lukijoilleen lasten erilaiset kiputyypit sekä hoitomenetelmät.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä monelle eri taholle. Itsellemme on hyötyä työstä, koska opimme lasten kivun hoitotyöstä ja sairaanhoitajan roolista kivun hoidossa. Potilaat hyötyvät työstämme. Lomakkeen avulla saamme tietoa, jota hyödyntäen voidaan kehittää hoitotyötä ja erityisesti lasten kivun hoitoa. Hyvän havainnointilomakkeen avulla kartoitetaan muun muassa lapsen kipu ja olo, jotta kivunhoito toteutuisi oikeaa menetelmää käyttäen. Myös sairaanhoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle on hyötyä opinnäytetyöstämme. Lomakkeen avulla sairaanhoitajat voivat toteuttaa kivunhoitoa paremmin sekä arvioida omaa työskentelyään. Opinnäytetyöllämme voimme ehkäistä mahdolliset lisäkustannukset sekä kivun kroonistumisen, eli myös valtio voi hyötyä työstämme. Lomakkeen avulla sairaanhoitaja pystyy tunnistamaan kehittämiskohteita lasten kivun hoitotyössä.

Opinnäytetyömme kehittämistehtävät ovat:

1. Selvittää, miten lasten kivunhoitotyötä voidaan arvioida
2. Suunnitella havainnointilomake lasten kivunhoidon arviointiin
3. Testata havainnointilomakkeen toimivuus

6 Kehittämistyö opinnäytetyön menetelmänä

Kehittämistyö sisältää monta eri vaihetta: ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnittelu-, käynnistys-, toteutus- ja päättämisvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seuranta-vaihe. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu tehtäviä, jotka toimivat pohjatyönä seuraavalle vaiheelle ja joiden avulla kerätään tietoa päätöksenteon tueksi. Vaikka vaiheita on monia, ne muodostavat ketjuuntuneena strukturoiden ja tavoitteellisen toimintakokonaisuuden, jonka avulla tavoiteltu tulos saavutetaan. Jokaisen vaiheen lopussa tehty työ arvioidaan ja vasta sen jälkeen siirrytään vaiheesta toiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 58—59.)

Hankkeen ideointi- ja suunnitteluvaiheen lähtökohtana on jonkin asian kehittäminen tai uusien ratkaisujen löytäminen. Hankkeen suunnitteluvaiheeseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Hyvällä suunnitelmalla voidaan osoittaa konkreettisesti mitä hankkeessa tehdään, mitkä ovat hankkeen tavoitteet, ketkä osallistuvat hankkeeseen, ketkä siitä hyötyvät sekä miten paljon resursseja tarvitaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 60—90.) Työmme suunnitteluvaiheessa kävimme läpi aikataulua, työtehtävien delegointia ryhmän sisällä sekä pohdimme, mitkä asiat olisivat tärkeitä huomioida lasten kivun hoidossa. Onnistunut suunnitteluvaihe luo hyvän pohjan koko hankkeen menestykselle. Hankkeen suunnitelma- ja käynnistysvaiheen jälkeen tulee toteutusvaihe, joka on hankkeen varsinainen työskentelyvaihe, silloin suunnitelmat otetaan käytäntöön. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 90—98.) Työskentelyvaiheessa etsimme enemmän tietoa ja tutkimuksia havainnointilomaketta varten ja niiden pohjalta kokosimme havainnointilomakkeen. Teoria- ja tutkimustiedon pohjalta päätimme, mistä asioista lomakkeen tulisi koostua. Tiedonhaun jälkeen tulee päättämisvaihe, joka ei kuitenkaan tarkoita, että työ on valmis. Päätös vaiheessa on tärkeää tallentaa, kerätä sekä siirtää eteenpäin kehittämisen aikaiset kokemukset ja tiedot. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 126.) Tällöin pilotoimme havainnointilomaketta Naisten ja lasten tulosityksikössä. Testauksen jälkeen teimme raportin havainnointilomakkeen toimivuudesta, jossa kävimme läpi hyvät ja kehitettävät puolet sekä saamamme palautteet. Kehittämishank-

keen päättää loppuseminaari sekä tulosten esittely. Kehittämishanketta tulee arvioida koko toteutuksen ajan. Arvioinnilla seurataan muun muassa sitä, eteneekö hanke suunnitellusti. Lopuksi tulee käyttöönotto- ja seurantavaihe. Hankkeen saattamista osaksi jokapäiväistä työtä vaatii henkilöstön sitoutumista ja ennakkoluulotonta suhtautumista muutokseen, sekä halua uudistaa ja kehittää omaa työtään. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 60 — 135.)

6.1 Tiedonhaku ja havainnointilomakkeen teko

Aloitimme aiheeseen tutustumisen etsimällä tieteellisiä tutkimuksia liittyen lasten kivunhoitoon sekä sairaanhoitajan rooliin lasten kivun hoidossa. Käytimme haussa Medic-suomalaisen terveystieteen artikkelitietokantaa, Cinahl EBSCO tietokantaa sekä PubMed tietokantaa. Rajasimme hakua vuosiluvuilla, tarkoituksena oli löytää tutkimuksia 2000-luvulta. Valitsimme haussa myös rajauksen, joka löytää vain tutkimukset, jotka pystymme avaamaan. Alussa tiedonhaku oli haasteellista, mutta loppujen lopuksi löysimme materiaalia hyvin. Tiedonhaku vei paljon aikaa. Haimme materiaalia koulumme kirjastosta ja saimme myös HUS:in yhteyshenkilöltä materiaalia opinnäytetyötämme varten. Tiedonhakutaulukko työn lopussa (liite 3).

Tutkimustiedon pohjalta aloimme työstämään havainnointilomaketta. Kivunhoidossa pidimme tärkeänä seitsemän asiaa: hoitoympäristö, sairaanhoitajan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus, kivun arviointi ennen ja jälkeen lääkkeenannon, lääkkeenanto, sairaanhoitajan ohjaamistaidot sekä kirjaaminen. Työn edetessä yhteistuumin jätimme pois kirjaamisen osion havainnointilomakkeesta, koska kirjaamisesta oli jo tehty oma tutkimus HUS:ssa. Lomakkeen suunnitteluvaiheessa jouduimme usein miettimään kysymysten muotoilua, jotta lomakkeen täyttäminen onnistuisi mahdollisimman sujuvasti. Kysymysten muotoilu on tärkeää myös siksi, että havainnoija ymmärtäisi kysymykset oikein ja välttyttäisiin mahdollisilta väärinkäsityksiltä. Haastavaa oli kysymysten muotoilu oikeanlaisiksi ja kokoaminen kysymykset pieneen tilaan. Havainnointilomakkeen ulkoasusta meillä oli jo alussa visio. Keskustelimme lomakkeen ulkoasusta myös työelämän yhteyshenkilön Kirsi Lindforsin kanssa.

6.2 Havainnointi osana kehittämistyötä

Kvalitatiivisella tutkimuksella muun muassa havainnoidaan ihmisiä ulkopuolisena tai osallistuvalla havainnoinnilla sekä havainnoidaan kontekstia kenttämuistiinpanoilla. Havainnointia kutsutaan myös nimellä observointi. Kun tutkimuksissa käytetään observointimenetelmää, tulee sen käyttö olla ennakkoon suunniteltu, jotta tietojen kokoaminen olisi systemaattista ja tieto olisi luotettavaa sekä tarkkaa. Havainnoinnissa käytetään kaikkia aisteja tiedonkeruussa. Havainnoinnin tarkoituksena on saada tietoa ympäristöstä, henkilön/henkilöiden tilasta, verbaalisesta ja nonverbaalisesta viestinnästä, erilaisesta toiminnasta, totumuksista sekä taidoista. Observoija voi olla osallisena tilanteeseen tai pysytellä ulkopuolisena. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 121–122.)

Havainnoinnin eri muotoja ovat systemaattinen havainnointi sekä osallistuva havainnointi. Systemaattisella havainnoinnilla tarkoitetaan suoraa havainnointia, jolloin tutkija ei osallistu toimintaan, vaan tutkii ja seuraa toisten suorituksia ja tapahtumia sivusta. Tutkittavat eivät välttämättä tiedä tutkijan läsnäolosta. Suora havainnointi toteutetaan tarkasti rajatuissa tiloissa, kuten laboratorioissa tai luonnollisissa tilanteissa, esim. luokkahuoneissa tai työpaikoilla. Tilanteita, joissa havainnoinnin kohteet tietävät tutkijan läsnäolon, kutsutaan avoimeksi suoraksi havainnoinniksi. Tilanteita, joissa tutkija on ns. ”piilossa”, kutsutaan piilohavainnoinniksi. Viiden aistin lisäksi tutkija voi käyttää tarvittaessa apuvälineitä havainnoidessaan muita. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 122.)

Havainnointimenetelmää käytetään täydentämään muita tiedonkeruumenetelmiä. Havainnointimenetelmää voidaan käyttää täydentävänä menetelmänä tilanteissa, joista ei ole ennakkotietoa tai joista on saatu alustavaa tietoa ja halutaan varmistaa asia. Haastattelun tukena voidaan käyttää havainnointia. Havainnoinnin suunnittelu ja toteuttaminen vie aikaa. Havainnointimenetelmää käyttäessä on hyvä muistaa, että tutkija erottaa havainnot ja omat tulkintansa näistä havainnoista. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 123.)

Havainnoinnin on todettu hyväksi menetelmäksi erityisesti silloin, kun halutaan tietoa hoitajien toiminnasta sekä hoitajien ja potilaiden keskisestä vuorovaikutuksesta hoitotilanteissa. Myös hoitotilanteen tapahtuminen luonnollisessa ympäristössä on etuna tiedon saannissa havainnointia tehtäessä. Havainnointi paljastaa ihmisen todellisen käyttäytymisen, eikä vain sitä, mitä he itse ajattelevat tekevänsä tai mitä he haluavat toisten luulevan heidän tekevän. Havainnointi voidaan tehdä niin, ettei havainnoijaa erota

muusta hoitohenkilökunnasta esimerkiksi pukeutumalla erottumattomiin vaatteisiin. Havainnoija voi kommunikoida hoitotilanteessa hymyilemällä tai lyhyesti vastaamalla, mutta hänen tulisi kuitenkin olla mahdollisimman huomaamaton havainnointitilanteen aikana. Havainnointitapahtumat tulisi kirjata mahdollisimman pian tilanteen edetessä, jotta tulokset olisivat mahdollisimman totuudenmukaisia. Havainnoijan olisi myös tärkeää kirjata muistiinpanoja omista ajatuksista ja tuntemuksista, jotta hän voi palata pohtimaan niitä havainnoinnin jälkeen. (Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 292—295.

7 Havainnointilomake ja sen testaus

Laatimamme havainnointilomakkeen sisältö koostuu erilaisista kysymyksistä, jotka tulisi ottaa huomioon lasten kipua arvioitaessa sekä toteuttaessa. Tutkimusten, artikkeleiden ja muun tutkitun tiedon avulla olemme perustelleet miksi kysymykset ovat tärkeitä. Kysymykset olemme jakaneet eri osioihin: ympäristö, sairaanhoitajan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus, kivun arviointi ennen lääkkeen antoa ja sen jälkeen, lääkkeenanto sekä sairaanhoitajan ohjaamistaidot. Kysymyksiä on yhteensä 23. Havainnointilomakkeen alussa tulee myös ilmi kuka havainnoi, päivämäärä, lapsen ikä ja sukupuoli, tilanteessa läsnä olevat henkilöt, mikä havainnointitilanne on kyseessä sekä havainnoinnin aloitus- ja lopetusaika. Lomakkeen lopussa on myös tilaa kirjoittaa muita havainnointitilanteessa huomioitavia asioita. Kysymyksiin vastataan laittamalla rasti ”kyllä”, ”ei” tai ”ei mahdollinen” kohtaan (liite 3).

7.1 Havainnointilomakkeen sisältö

Ympäristöllä on suuri vaikutus lasten kivun hoidossa, jonka vuoksi halusimme huomioida kyseinen tekijä havainnointilomakkeessamme. Tilan tulee olla rauhallinen. Rauhallisella hoitoympäristöllä tarkoitetaan tilaa, jossa ei ole ylimääräistä läpikulkua ja häiriötekijöitä. Häiriötekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi hoitolaitteiden ääniä, valoja (Ivanoff ym. 2011, 120 — 121) sekä välineet kuten neulat tulisi pitää pois lapsen näkyvistä (Nilsson & Renning 2012, 50 — 51), etteivät ne lisää lapsen pelokkuutta. Vanhempien läsnäolo lisää lapsen turvallisuudentunnetta ja vähentää pelkoa, jonka vuoksi vanhempien läsnäolo tulisi varmistaa jos mahdollista. (Nash 2012, 19 — 21.) Havainnointilomakkeessa on myös kysymys, joka koskee potilaan yksityisyyttä. Yksityisyyttä tulee suojella esimerkiksi väliverhojen avulla, jos huoneessa on useampi vuodepaikka.

Sairaanhoitajan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus on oleellinen osa kivun hoitoa. Hyvä vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä vaikuttaa positiivisesti hoitotulokseen, ja tämän vuoksi huomioimme aiheen havainnointilomakkeessamme. Kysymme potilaan ja omaisten osallistamisesta hoitoon liittyvään keskusteluun sekä antoiko sairaanhoitaja potilaalle ja omaisille mahdollisuuden esittää hoitoon liittyviä kysymyksiä. Sairaanhoitajan tulee aina osallistaa potilas sekä omaiset keskusteluun jos mahdollista. Lapsen ikä ja kehitys tulee huomioida vuorovaikutuksessa. Omaisille ja potilaalle tulee antaa mahdollisuus esittää hoitoon ja toimenpiteeseen liittyviä kysymyksiä. (Eloranta & Virkki 2011, 54 — 58.)

Kivun arviointi on edellytys hyvälle ja turvalliselle kivun hoidolle. Tutkimuksen mukaan kipumittareita käytetään liian vähän eikä hoitohenkilökunnalla ole riittävästi tietoa eri mittareiden käytöstä. (Melby, McBride & McAfee 2011, 32.) Muun muassa tämän vuoksi pidämme kivun arviointia tärkeänä osana havainnointilomaketta. Lomakkeen avulla havainnoimme huomioiko sairaanhoitaja potilaan kivun sekä käyttikö sairaanhoitaja kipumittaria kipua arvioitaessa. Sairaanhoitajan tulee kysyä potilaan kiputuntemuksista ennen lääkkeenantoa. Kipumittareita tulisi käyttää mahdollisimman paljon lapsen kipua arvioitaessa. On tärkeää valita oikea mittari lapsen ikä ja kehitys huomioiden. Imeväisikäisten kipua tarkkaillaan katsomalla muun muassa ihon väriä, liikkeitä, eleitä ja itkuu. (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 63.)

Havainnointilomakkeen lääkkeenanto-osio sisältää kysymyksiä, jotka käsittelevät potilaan henkilöllisyyden tarkistamista ennen lääkkeenantoa, potilaan valmistelemista toimenpiteeseen, puudutevoiteen käyttöä, potilaan osallistamista lääkkeenottoon sekä mahdollista lääkkeettömän kivunhoidon käyttämistä. Ennen lääkkeenantoa tulee aina varmistaa potilaan henkilöllisyys kysymällä potilaalta nimi ja syntymäaika tilanteen sallissa. Henkilöllisyys varmistetaan kysymisen lisäksi myös tunnustusrannekkeesta. (Veräjänkorva ym. 2006, 86.) Sairaanhoitajan tulee valmistella potilasta ennen lääkkeenantoa kertomalla rehellisesti tulevasta toimenpiteestä. Potilaalla tulee myös olla mahdollisuus itse osallistua lääkkeen ottamiseen, ettei tilanne aiheuttaisi ylimääräistä ahdistusta ja pelkoa lapselle. (Hiitola 2009, 132-133.) Ennen lääkkeellistä kivunlievitystä voidaan käyttää lääkkeettömiä vaihtoehtoja kuten hierontaa, musiikkia, kylmää tai kuumaa sekä leikin hyödyntämistä. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Jos hoitotoimenpide vaatii pistosta, niin lääkkeenanto tulee toteuttaa mahdollisimman kivuttomasti, esimerkiksi käyttämällä Ametop-puudutusvoidetta ennen pistämistä. Puudutusvoide tulee vaikuttaa vähintään 30 minuuttia ennen toimenpiteen alkua. (Arasola — Reen —

Vepsäläinen & Yli-Huumo 2009, 422.) Lääkkeenannon jälkeen tulee arvioida kipua uudelleen kysymällä potilaalta vointia sekä käyttämällä kipumittaria. Sairaanhoidajan tulee myös mitata potilaan verenpaine ja happisaturaatio. (Twycross, Moriarty & Betts 1998, 63.)

Havainnointilomakkeen viimeisessä osiossa kysymykset käsittelevät sairaanhoidajan ohjaamistaitoja, huomioiko sairaanhoitaja potilaan iän ja kehitystason ohjauksessa, osallistiko sairaanhoitaja omaiset potilaan ohjaukseen sekä ohjasiko sairaanhoitaja potilasta ja omaisia ymmärrettävästi. Sairaanhoidajan tulee ohjata potilasta hänen ikänsä ja kehitystasonsa huomioiden. 4-8 vuotiaita lapsia voidaan ohjata roolileikin avulla ja pienempiä lapsia esimerkiksi nukkeja apua käyttäen. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2009, 142-146.) Ohjauksessa sairaanhoidajan tulee myös huomioida omaiset, varsinkin kun kyseessä on hyvin pieni lapsi tai lapsi, joka ei pysty ilmaisemaan itseään verbaalisesti. (Korhonen & Pölkki 2014, 31.)

7.2 Havainnointilomakkeen pilotointi

Tapasimme työelämänohjaajamme ensimmäisen kerran opinnäytetyön merkeissä yksikkömme yhteistyöhenkilön 1.4.2014. Tapaamiskerta avasi paljon uusia näkökulmia opinnäytetyötämme varten. Lisäksi saimme vastaukset kaikkiin mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Haasteina meillä oli muun muassa havainnointilomakkeen erilaiset vaatimukset. Pohdimme, miltä ajalta lomake toteutetaan, eli onko kyseessä vain yksi osaluokkeella vai havainnoidaanko koko potilaan sairaalassaoloaikaan. Tarkoitus oli siis havainnoida useampia tilanteita ja niiden etenemistä. Suunnitelmavaiheessa olimme miettineet myös kyselylomakkeen kattavuutta; käsittääkö se kaiken ikäiset lapset ja nuoret, vai onko tarkoitus tehdä jopa useampia lomakkeita. Päädyimme yhteen lomakkeeseen, joka kattaa kaiken ikäisten lasten kivun hoidon. Kysymysten tuli olla selkeitä, jotta havaintoja on helppo tehdä ”rasti ruutuun”-periaatteella. Kysymysten asettelu tuli olla selkeää, objektiivinen ja konkreettinen. Monipuolisuus oli kuitenkin huomioitava, jotta saisimme tuloksia mahdollisimman paljon.

Saimme tiedon havainnoitavista osastoista yhdyshenkilöltämme Kirsi Lindforsilta tammikuun alussa. Pilotoinimme havainnointilomaketta Lastenkliniikalla kolmella eri osastolla: lasten päivystyksessä, ortopedisellä osastolla (K8) sekä vastasyntyneiden tehoosastolla (K7). Viikkoa ennen havainnoiteja kävimme Kirsi Lindforsin kanssa tutustumassa osastoihin sekä keskustelimme tulevista havainnoinneista. Tällöin lähetimme

myös tiedotteet tulostamme osastoille (liite 2). Sovimme osastojen kanssa, että jokainen meistä suorittaa havainnoin yksin sovitulla osastoilla. Suoritimme havainnointilomakkeen pilotoinnit 26.1.2015 jokainen omalla osastolla. Kaksi meistä suoritti pilotoinnin aamuvuorossa ja kolmas iltavuorossa. Sovimme Kirsin kanssa, että kirjaamme tulokset havainnoinnista vasta tilanteiden jälkeen, jottei keskittyminen herpaantuisi havainnoinnista. Tämän takia havainnoijan tulisi perehtyä lomakkeeseen ennen havainnointitilanteita. Havainnoiteja saimme yhteensä 17, joista kuusi saimme ortopediseltä osastolta, kuusi vastasyntyneiden teho-osastolta ja viisi päivystyksestä. Havainnointitilanteissa olleiden potilaiden/asiakkaiden ikähaarukka oli 0-15- vuotta. Seuraavaksi pohdimme havainnointilomakkeen toimivuutta ja käytännöllisyyttä eri osastoilla.

Havainnointilomake kattoi päivystysosastolla kiitettävästi ne kriteerit, joita hoidon laadun arvioinnissa tulisi opinnäytetyössämme käytettyjen tutkimusten mukaan korostaa. Päivystysosaston akuutin luonteen vuoksi ei ollut useinkaan mahdollista täyttää kaikkia lomakkeen osa-alueita, sillä hoito päivystysosastolla on erittäin moniammatillista. Esimerkiksi lääkkeenanto- osio jäi kuudesta lomakkeesta kolme kertaa täyttämättä, sillä sairaanhoitaja vastaanotti potilaan haastatteleamalla ja poistui tilanteesta lääkärin tullessa paikalle, jättäen näin lomakkeen vajaaksi. Jotta havainnoija voisi järjestelmällisesti arvioida kaikkia havainnointilomakkeella esiintyviä hoidon laadun kriteerejä, tulisi hänen tietää tarkasti päivystyksen luonteesta ja siitä, minkä ammattiryhmän edustaja vastaa kustakin hoidon osa-alueesta. Vain näin havainnoijan on mahdollista toimia mahdollisimman huomaamattomasti, henkilökunnan työtä häiritsemättä. Yhden lomakkeista täytin kahdessa otteessa. Tällöin potilasta palattiin lääkitsemään vasta jonkin ajan kuluttua esitietojen keräämisestä. Mikäli havainnoijassa toimii näin, on oltava hyvin tarkkana lomakkeiden sekoittumattomuudesta keskenään. Lomakkeiden nimettömyys lisää riskiä sekaannukseen ja näin laskee tulosten luotettavuutta kussakin tilanteessa.

Kaikissa kuudessa arvioitavassa hoidon osakokonaisuudessa kysymykset etenevät loogisessa järjestyksessä. Hoitotapahtumaa oli täten helppo arvioida. Lomakkeen sisällön hyvä tuntemus helpotti työtä huomattavasti. Jokaisesta havainnoinnista tein tarvittaessa muistiinpanoja. Sen sijaan hoidon osakokonaisuuksien järjestelyssä voisi tehdä muutoksia. Esimerkiksi sairaanhoitajan ohjaustaidot- osion voisi siirtää lääkehoidon osiota aiemmaksi, sillä lääkehoito toteutui tilanteissa lähes poikkeuksetta viimeisenä. Näin lomakkeen eteneminen olisi loogisempi ja helpottaisi havainnoijan työtä. Sairaanhoitajan ohjaustaidoista ehti myös mielestäni saada kokonaiskuvan hyvinkin nopeasti.

Ortopediselle osastolle tultaessa ilmapiiri oli todella mukava. Havainnointitilanteita tuli yhteensä kuusi. Havainnointitilanteet olivat lyhytkestoisia. Havainnointitilanteiden jälkeen täytin lomakkeen ja tein myös muistiinpanoja havainnointitilanteiden aikana. Tarkoituksena oli siis testata havainnointilomakkeen toimivuus ja käytännöllisyys. Havainnoissa kävi ilmi, että havainnointilomakkeen sisältöä ja sisällön järjestystä tulisi muuttaa. Havainnointilomakkeen neljä ensimmäistä osiota, jotka ovat ympäristö, sairaanhoitajan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus, kivun arviointi ennen lääkkeenantoa ja lääkkeenanto, oli helppo täyttää. Viides osio lomakkeesta eli kivun arviointi lääkkeenannon jälkeen, jäi täyttämättä jokaisen havainnointitilanteen kohdalla. Havainnoinnista teki haastavaa se, että havainnoiteja toteutettiin useamman sairaanhoitajan kanssa samanaikaisesti. Tämän vuoksi tilanteita jäi näkemättä, vaikka sairaanhoitaja tuli myöhemmin kertomaan tilanteista. Näitä tietoja emme voi käyttää hyväksi, koska havainnoija ei ollut tilanteessa paikalla. Lomakkeen kuudes osio, sairaanhoitajan ohjaamistaidot, tuli myös hyvin täytettyä.

Vastasyntyneiden teho-osasto oli lämmin ja vastaanottavainen. Henkilökunta oli kiinnostunut havainnoinnista ja otti hyvin vastaan eri toimenpidetilanteisiin. Havainnointitilanteita tuli kuusi. Havainnoissa kävi ilmi, ettemme olleet huomioineet vastasyntyneiden tarkkailua lomaketta tehdessämme. Havainnointilomakkeen kysymykset vuorovaikutuksesta eivät toimineet vastasyntyneiden teho-osastolla. Sanatonta vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja potilaan välillä sen sijaan oli, muttei havainnointilomakkeen kysymällä tavalla. Kivun arvioinnin, lääkkeenannon ja kivun arviointia lääkkeenannon jälkeistä havainnointia ei myöskään pystynyt toteuttamaan havainnointilomakkeen avulla.

Havainnointilomakkeen puutteet tulivat esiin yllättävän samankaltaisina, vaikka pilotointi tapahtui kolmella toisistaan eroavalla osastolla. Havainnointilomakkeen osa-alueiden etenemisjärjestys ei toiminut millään osastolla asianmukaisimmalla mahdollisella tavalla. Jotta lomaketta voidaan edelleen kehittää, on huomioitava sen looginen eteneminen. Toisaalta voi olla mahdotonta tehdä loogista etenemisjärjestystä, sillä tilanteet osastolla ovat hyvinkin toisistaan poikkeavia. Tämä vaatisi omat havainnointilomakkeensa kullekin osastolle. Koska potilaat ovat eri-ikäisiä, ei lomaketta voi soveltaa täysin eri kehitysvaiheessa oleviin lapsiin. Opinnäytetyömme ei esimerkiksi kata lainkaan sanatonta vuorovaikutusta, jota vastasyntyneiden teholla tulisi arvioida. Monet lomakkeen kysymyksistä eivät olleet vastasyntyneiden teholla tarkoituksenmukaisia.

Tilanteiden eteneminen oli usein ristiriidassa eheän lomakkeen kanssa. Potilas vanhempineen saatettiin jättää odottamaan esitietojen jälkeen pidemmäksikin aikaa toimenpidehuoneeseen odottamaan jatkohoitoa- ja toimenpiteitä. Täten myös lomakkeen täyttöä tuli jatkaa myöhemmin, mikäli halusi täyttää kaikki relevantit kohdat. Tämän vuoksi havainnointitilanteiden alkamis- ja päättymisaikojen kirjaaminen oli haastavaa. Toimenpiteet olivat myös keskenään niin erilaisia, että lomakkeen sisältö ja toimenpide eivät välttämättä kohdanneet toivotulla tavalla.

Toimivia osa-alueita olivat ympäristöä, vuorovaikutusta ja ohjaamistaitoja käsittelevät kokonaisuudet. ”Ei mahdollinen”- vaihtoehdot selkeyttivät tilannetta siten, ettei esimerkiksi vastasyntynyttä voi osallistaa keskusteluun. Ympäristön pystyy helposti arvioimaan osastosta ja lasten iästä riippumatta. Erityisen positiivisesti koimme niin henkilökunnan kun vanhempienkin suhtautumisen havainnointiimme. Asianmukaiset työvaatteen, eli hoitotyössä käytettävä vaatetus, sulauttivat meidät hoitoympäristöön luontevasti.

8 Pohdinta

8.1 Havainnointilomakkeen arviointi

Havainnointilomakkeen ulkoasu onnistui mielestämme hyvin. Lomake oli selkeä ja helppolukuinen. Kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä, tämän vuoksi lomakkeen täyttäminen oli sujuvaa. Mielestämme huomioimme ne oleelliset asiat lasten kivunhoidosta, joihin tulisikin kiinnittää huomiota käytännössä. Mielestämme olemme luoneet hyvän pohjan havainnointilomaketta varten, jota voidaan kehittää tulevaisuudessa.

Kehitettävää ilmeni havainnointilomakkeen testauksen jälkeen. Eri osioiden ja kysymysten järjestys olisi voinut olla erilainen. Esimerkiksi osio kivun arvioinnista lääkkeenannon jälkeen ei tullut täytettyä lähes missään havainnointitilanteissa, koska lääkkeenannon ja kivun arvioinnin välissä tulisi olla tarpeeksi aikaa, jotta lääke alkaisi vaikuttamaan. Jotkut kysymykset eivät kattaneet kaikenikäisten lasten kivun hoitotyötä. Olemmekin sitä mieltä, että on erittäin haastavaa tehdä havainnointilomake, joka kattaisi kaikenikäisten lasten kivunhoidon. Esimerkiksi kysymykset suullisesta vuorovaikutuksesta eivät toimineet vastasyntyneitä hoitaessa. Lomakkeen alussa kysytään ha-

vainnointitilanteen alkamis- ja päättymisaikaa. Tämän kohdan täyttäminen ei onnistunut täysin kaikissa tilanteissa, koska tilanteet olivat välillä sekavia ja pätkittäisiä.

Havainnointilomaketta suunniteltaessa osioita oli seitsemän. Osiot olivat ympäristö, sairaanhoitajan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus, kivun arviointi ennen ja jälkeen lääkkeenannon, lääkkeenanto, sairaanhoitajan ohjaamistaidot sekä kirjaaminen. Kirjaamisen osio poistettiin havainnointilomakkeesta myöhemmin, koska kirjaamisesta oli jo aiemmin tehty tutkimus HUS:ssa. Pilotoidessamme lomaketta huomasimme myös miten haastavaa olisi ollut havainnoida sairaanhoitajien kirjaamista. Haastavaa siitä olisi tehnyt esimerkiksi se, että jotkut hoitajat kirjaavat vasta vuoronsa päätteeksi.

8.2 Eettisyys

Havainnoinnissa meidän tulee myös huomioida eettisyys. Tutkijan tulee noudattaa yhdeksää eettistä periaatetta, jotka American Nurses Association julkaisi vuonna 1995. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien autonomiaa sekä estää ja minimoida tutkimuksessa mahdollisesti aiheutuvat haitat. Tutkijan tulee arvostaa tutkittavien erilaisuutta sekä varmistaa tutkittavien samanarvoisuus suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin. Tutkijan tulee suojella tutkittavien yksityisyyttä sekä varmistaa tutkimuksen eettisyys sen kaikissa vaiheissa. Mahdolliset oletetut tai havaitut tieteelliset virheet tulee raportoida asianmukaiselle tutkimustoiminnan valvojalle. Tutkijan tulee säilyttää asiantuntijuus ja ammatillinen pätevyys tutkimusta tehtäessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–218.)

Tutkimustyön eettiset kysymykset joudutaan aina ottamaan huomioon tutkittaessa ihmillistä toimintaa. Tutkimuksessamme ei vahingoiteta ketään henkisesti eikä fyysisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27). Teimme osastolle tiedotteen (liite 2), josta käy ilmi työmme tarkoitus ja tavoitteet, pilotoinnin ajankohta sekä havainnointitilanteeseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tiedotteessa kerromme myös että, havainnoinnin voi keskeyttää milloin vain. Havainnointimme kohdistuu sairaanhoitajan työhön. Emme siis havainnoi itse henkilöitä, vaan hoitotyötä. Emme kerää sairaanhoitajien, potilaiden tai heidän läheistensä henkilötietoja, mikä takaa täyden anonymiteetin kaikille asianosaisille. Kaikki keräämämme tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä sitä luovuteta eteenpäin. Tutkimuksen päätyttyä kaikki materiaali hävitetään tietosuojakäytännön mukaisesti tuhoamalla silppurilla (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27). Havainnoinnin pilotoinnille olemme anoneet tutkimusluvan sairaalasta.

8.3 Luotettavuus

Tutkimusaineiston luotettavuuden eli reliabiliteetin arviointi kohdistuu itse tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimusraportin kirjoittamiseen. Tutkimuksemme tarkoituksena on kerätä mahdollisimman realistisesti ja luotettavasti tietoa sairaanhoitajan työskentelystä lasten kivunhoidossa. Näin on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitsemme vain sellaisia henkilöitä, jotka itse haluavat osallistua tutkimukseen ja kykenevät ilmaisemaan itseään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215-216.)

Tiedonkeruumenetelmämme on tutkimustilanteen havainnointi eli observointi valmiin kysymyslomakkeen pohjalta. Kysymykset perustuvat lasten hoitotyössä aiempien tutkimusten mukaan ilmenneisiin puutteisiin. Havainnoinnin luotettavuutta epäillään, koska havainnoijan läsnäolo voi saada osallistujat toimimaan eritavalla kuin normaalisti sekä muuttamaan heidän käyttäytymistään hoitotilanteessa. On kuitenkin epätodennäköistä, että havainnoijan läsnäolo muuttaisi kokonaan osallistujien käyttäytymistä koko tilanteen ajaksi. Toki alkujännityksen voi huomata, mutta jännitys unohtuu tilanteen edetessä, eikä todennäköisesti vaikuta tuloksiin merkittävästi. (Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 296 — 298.) Aineiston luotettavuuteen vaikuttavat tutkijan perehtyneisyys observoinnin kohteeseen, tutkijan ja havainnoitavien välille syntynyt suhde sekä havainnointiin käytetty aika (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216). Kysymyslomakkeellamme on oma osionsa perustiedoille. Siitä selviää muun muassa tilanteessa läsnä olevat henkilöt, lopetus- ja aloitusajat, toimenpiteessä olevan lapsen sukupuoli sekä havainnointitilanne. Toimenpiteen aikana emme osallistu toimenpiteeseen tai keskusteluun, vaan toimimme mahdollisimman huomaamattomasti. Meillä ei ole aikaisempaa tietoa toimenpiteeseen tulevasta potilaasta.

Ennakkokäsitykset saattavat vaikuttaa tutkijan työhön havainnointia tehdessä. Havainnoijalla saattaa olla jo ennen havainnointia käsitys siitä, mitä tulee tapahtumaan. Tämä saattaa ohjata tutkijan havainnointia siinä määrin, että uudet ja odottamattomat asiat jäävät tutkijalta huomiotta. Näistä ennakkokäsityksistä tutkijan tulee olla tietoinen ennen havainnointiin ryhtymistä. Havainnoinnissa tulee pyrkiä objektiivisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216).

Yhteisön luottamusta pyrimme lisäämään erillisellä saatekirjeellä (liite 2), josta selviää keitä olemme ja mitä havainnoimme. Havainnointia suorittaa vain yksi henkilö, jotta toimenpidetilanne häiriintyy mahdollisimman vähän. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 218.) Havainnointiin käytämme aikaa vain sen verran, kuin havainnointi tilanne kestää. Yleisohje on, että havainnointi voidaan lopettaa, kun ilmiöstä ei enää tule uutta tietoa esille. Lomakkeen vastauksiin ei enää jälkikäteen puututa. Kirjoitamme tilanteessa muistiinpanoja, joita ei myöskään enää jälkikäteen muuteta.

8.4 Johtopäätökset

Havainnointilomake on tärkeä ja toimiva lasten kivunhoitotyön kehittämiskeino. Lomakkeen avulla voidaan myös kehittää sairaanhoitajien tietoa ja taitoja lasten kivunhoidossa. Mielestämme onnistuimme havainnointilomakkeen suunnittelussa hyvin, varsinkin kun vastaavanlaista tuotetta ei ole kehitetty aiemmin. Teimme hyvän pohjan, jota voidaan kehittää lisää tulevaisuudessa. Havainnointilomakkeen pilotoinnin jälkeen pohdimme, että yksi lomake ei riitä kaikenikäisten lasten kivunhoidon kattamiseen. Havainnointilomaketta kehitettäessä voisi suunnitella eri-ikäisille lapsille omat lomakkeet, varsinkin vastasyntyneillä ja vauvoilla tulisi olla oma havainnointilomake.

9 Lähteet

Arasola, Anneli — Reen, Eija — Vepsäläinen, Sirkka-Liisa & Yli-Huumo, Heli 2009. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Koistinen, Paula — Ruuskanen, Susanna — Surakka, Tuula (toim.): Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Claro da Silva, Flavia — Claudio Santos Thuler, Luiz — A de Leon-Casasola, Oscar 2011. Validity and reliability of two pain assessment tools in Brazilian children and adolescents. *Journal of Clinical Nursing*.

Eloranta, Tuija — Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Franck, L.S. — Sheikh, A. — Oulton, K. 2008. What helps when it hurts: children's views on pain relief. Vol.34 (4)

Griffin, Ruth A. -- Polit, Denise F. — Bryne, Mary W. 2008. Nurse Characteristics and inferences about children's pain. Vol.34 (4)

Heikkilä, Asta — Jokinen, Pirkko — Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Hiitola, Briitta 2009. Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Teoksessa Koistinen, Paula — Ruuskanen, Susanna — Surakka, Tuula (toim.): Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Ivanoff, Päivi — Kitinoja, Helli — Rahko, Raija — Risku, Aija — Vuori, Anne 2011. Hoidatko minua? Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kalso, Eija — Haanpää, Maija — Vainio, Anneli 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, Päivi — Vehviläinen- Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kassara, Heidi — Paloposki, Sanna — Holmia, Silja — Murtonen, Irja — Lipponen, Varpu — Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Koistinen, Paula — Ruuskanen, Susanna — Surakka, Tuula 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Korhonen, Anne — Pölkki, Tarja 2014. Keskosien kivunarviointi ja -hoito perustuvat lakiin ja ammattietikkaan. Neonataalihoitaja. Vol. 21 (41)

Laaksonen, Camilla — Aromaa, Minna — Salanterä, Sanna 2009. Kipu ja elämänlaatu. Kipuviesti. Saatavuus <<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/87>. Nro 1>. Luettu 12.2.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

- Ljusegren, G. – Johansson, I. – Gimbler, I. – Berglund – Enskär, K. 2012. Nurses' experiences of caring for children in pain. Vol.38 (4)
- Melby, Vidar — McBride, Charlene — McAfee, Alexandra 2011. Acute pain relief in children: use of rating scales and analgesia. Vol. 19 (6)
- Meretoja, Olli 2005. Lasten kivunhoito on otettava vakavasti. Suomen lääkärilehti. Saatavuus <<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000024298>> Luettu 12.2.2014
- Mäkelä, Jukka 2005: Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. Suomen lääkärilehti. Vol.60 (14)
- Nash, Louise 2012. How to assess pain in children and young people. Vol 20 (2). Emergency nurse. UK.
- Nilsson, Stefan — Renning, Ann-Christine 2012. Pain management during wound dressing in children. Vol 26 (32). Nursing standard / RCN Publishing. UK.
- Pudas-Tähkä, Sanna-Mari — Kangasmäki, Elisa 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas: Lääkkeetön kivunhoito. Saatavuus <http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=l%C3%A4%C3%B6n%20kivunhoito> Luettu 29.10.2014.
- Paunonen, Marita — Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Peltola, Ville 2012. Pediatria. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 128 (24)
- Piiparinen, Satu — Rauhala, Saimi 2009. Kivunhoito. Teoksessa Koistinen, Paula — Ruuskanen, Susanna — Surakka, Tuula (toim.): Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.
- Salanterä, Sanna 2005. Uutta ja vanhaa lasten kivun hoitotyöstä. Kipuviesti. Saatavuus <<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/87>>.Luettu 12.2.2014.
- Sinivuo, Riikka — Koivula, Meeri — Kylmä, Jari 2012. Havainnointi aineistonkeruun menetelmänä kliinisessä ympäristössä. Hoitotiede. Vol.24 (4)
- Twycross, Alison – Moriarty, Anthony – Betts, Tracy 1998. Paediatric pain management: a multi-disciplinary approach. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Twycross, Alison 2010. Managing pain in children: Where to from here? Vol.19 (15/16)
- Veräjänkorva, Oili — Huupponen, Risto — Huupponen, Ulla — Kaukkila, Hanna-Sisko — Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Liite 1**Havainnointilomake****Sairaanhoitajan työskentelyä havainnoiva havainnointilomake lasten kivun hoidossa**

Havainnoija: _____

Päivämäärä: _____

Läsnä tilanteessa: Lääkäri___ Sairaanhoitaja___ Vanhemmat___

Potilaan ikä:___ Sukupuoli: tyttö___ poika___

Havainnointitilanne: _____

Aloitusaika:_____ Lopetusaika:_____

YMPÄRISTÖ

1. Potilashuone:___ Heräämö:___ Toimenpidehuone:___

2. Hoitoympäristö: Rauhallinen___ Rauhaton___

Rauhallisella hoitoympäristöllä tarkoitetaan tilaa, jossa ei ole ylimääräistä läpikulkua ja häiriötekijöitä.

3. Onko potilaan yksityisyys huomioitu?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

Potilaan yksityisyyttä voidaan suojata väliverhojen avulla, jos huoneessa on useampi vuodepaikka.**SAIRAAHOITAJAN, POTILAAN JA OMAISTEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS**

1. Osallistiko sairaanhoitaja potilaan keskusteluun?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

2. Antoiko sairaanhoitaja potilaalle mahdollisuuden esittää hoitoon/toimenpiteeseen liittyviä kysymyksiä?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

3. Antoiko sairaanhoitaja omaisille/vanhemmille mahdollisuuden esittää hoitoon/toimenpiteeseen liittyviä kysymyksiä?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

4. Osallistiko sairaanhoitaja omaisia/vanhempia keskustelussa?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

KIVUN ARVIOINTI ENNEN LÄÄKKEENANTOA

1. Kysyikö sairaanhoitaja, oliko potilaalla kipuja?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

2. Käyttikö sairaanhoitaja kipumittaria?

Kyllä, mitä?_____ Ei___

Imeväisikäisten kipua tarkkaillaan katsomalla mm. ihon väriä, liikkeitä, eleitä ja itkua, yli 3-vuotiailla voidaan käyttää kasvokuvia ja yli 7-vuotiailla kipukiilaa.

LÄÄKKEENANTO

1. Tarkistiko sairaanhoitaja potilaan henkilöllisyyden?

Kyllä___ Ei___

Potilaan henkilöllisyys tulee varmistaa kysymisen lisäksi myös tunnustusrannekkeesta.

2. Valmisteliko sairaanhoitaja potilasta ennen lääkkeenantoa?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen ___

Sairaanhoitajan tulee kertoa rehellisesti tulevasta toimenpiteestä.

3. Saiko potilas mahdollisuuden osallistua lääkkeen ottamiseen?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

4. Käyttikö sairaanhoitaja Ametop voidetta?

Kyllä, mitä?_____ Ei___

Lääkkeenanto tulee toteuttaa mahdollisimman kivuttomasti.

5. Antoiko sairaanhoitaja Ametop voiteen vaikuttaa tarpeeksi kauan?

Kyllä___ Ei___ Muuta, mitä? _____

Ametopin tulee vaikuttaa vähintään 30 minuutin ajan.

**6. Lääkkeetönkivunhoito, _____ mi-
kä?_____**

_____ Ei___

Lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluu mm. kylmä- ja kuumahoito, hieronta, rentoutuminen, musiikki sekä leikin hyödyntäminen.

KIVUN ARVIOINTI LÄÄKKEENANNON JÄLKEEN

1. Kysyikö sairaanhoitaja potilaan vointia?

Kyllä___ Ei___ Ei mahdollinen___

2. Mittasiko sairaanhoitaja potilaan verenpaineen?

Kyllä___ Ei___

3. Mittasiko sairaanhoitaja potilaan happisaturaation?

Kyllä___ Ei___

4. Käyttikö sairaanhoitaja kipumittaria?

Kyllä, mitä? _____ Ei _____

5. Tarvitsiko potilas lääkkeettömän kivunhoidon lisäksi lääkkeellistä kivunlievitystä?

Kyllä____ Ei____

SAIRAANHOITAJAN OHJAAMISTAIDOT**1. Ohjasiko sairaanhoitaja potilasta hänen kehitystasoansa huomioiden?**

Kyllä____ Ei____ Ei mahdollinen ____

*Esimerkiksi 3-6-vuotiaita lapsia voidaan ohjata leikin avulla.***2. Osallistiko sairaanhoitaja omaiset/vanhemmat potilaan ohjaukseen?**

Kyllä____ Ei____ Ei mahdollinen____

3. Ohjasiko sairaanhoitaja potilasta/omaisia ymmärrettävästi?

Kyllä____ Ei____ Ei mahdollinen____

MUUTA HUOMIOITAVAA:

Havainnoijan allekirjoitus: _____

Liite 2**Saatekirje henkilökunnalle**

Hei!

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme osana HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosityksikön ja Metropolia Ammattikorkeakoulun Tulevaisuus Lasten Erikoissairaanhoidossa- hanketta, jolla on sairaalan hoitotyön johdon lupa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on havainnoida sairaanhoitajan työskentelyä lasten kivun hoidossa. Havainnointilomake kattaa kaikenikäisten lasten kivun hoitotyön. Tulemme osastollenne pilotoimaan havainnointilomakkeen toimivuutta ja käytännöllisyyttä. Havainnointi tapahtuu systemaattisesti ennalta laatimamme havainnointilomakkeen pohjalta.

Havainnoinnin kohteena on sairaanhoitajien työskentely lasten kivun hoidossa. Pyydämme hoitajien suostumuksen ennen havainnointitilanteen alkua. Sairaanhoitaja voi kieltäytyä havainnoinnista tai keskeyttää havainnointitilanteen milloin tahansa. Pyrimme havainnoimaan mahdollisimman monta eri tilannetta saadaksemme mahdollisimman kattavan käsityksen lomakkeen toimivuudesta. Emme kirjaa henkilöstön nimiä havainnointilomakkeille, vaan havainnoimme vain toimintaa. Vanhemmat voivat myös olla paikalla havainnointia suorittaessa. Pyydämme myös vanhempien suostumuksen ennen havainnointitilanteen alkua. Havainnoinneista saamamme tulokset hävitetään tietosuojakäytännön mukaisesti.

Havainnoimme osastollanne viikolla 5 useampana arkipäivänä noin 2-4 tuntia kerrallaan sekä aamu- että iltavuorojen aikana. Havainnoijina pyrimme toimimaan mahdollisimman huomaamattomasti ja häiritsemättä työskentelyänne.

Kiitos yhteistyöstänne!

Terveisin, Riikka Äijänen, Mikaela Sandelin ja Maria Seppälä
riikka.aijanen@metropolia.fi, mikaela.sandelin@metropolia.fi,
maria.seppala@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja Marjatta Kelo
marjatta.kelo@metropolia.fi

p. 040 630 219

Liite 3

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Löydös	Otsikon perusteella valitut	Aineistoon hyväksytyt
EBSCO (CINAHL)	child* AND pain* AND manage- ment*	135	17	3
EBSCO (CINAHL)	child* AND pain* AND inj*	73	9	2
EBSCO (CINAHL)	child* AND nurs* AND pain*	102	10	1
EBSCO (CINAHL)	child* AND pain* AND assess- ment*	123	14	1
EBSCO (CINAHL)	nurs* AND characte* AND pain*	106	5	1
PubMed	relief* AND view* AND pain*	192	11	1
Medic	kip* AND eläm* AND lap*	11	2	1
Medic	kip* AND sair* AND lap*	64	5	0
Medic	kip* AND hoit* AND lap*	70	9	1
Medic	laps* AND ki- vunhoit*	7	3	1
Medic	chil* AND envi- ron* AND fear*	28	2	0
Medic	lap* AND pelk*	21	3	0

