
LEIKKI-ikäISEN LAPSEN LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO OSASTOLLA

Hoitotyöntekijän näkökulmasta



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2015

Essi Bräyschy

LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tekijä	Essi Bräyschy	Vuosi 2015
Työn nimi	Leikki-ikäisen lapsen lääkkeetön kivunhoito osastolla – hoitotyöntekijän näkökulmasta	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe valikoitui kiinnostuksesta lasten hoitotyötä kohtaan. Ajatus opinnäytetyön aiheesta nousi aikaisempien opinnäytetöiden jatkotutkimusehdotuksista. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion yliopistollisen sairaalan Lasten ja nuorten osaston kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää leikki-ikäisten lasten lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on rakennettu käyttäen aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, tutkimuksia ja julkaisuja sekä hoitosuosituksia.

Kyseessä oli kvalitatiivinen tutkimus, johon aineisto kerättiin kyselytutkimuksen avulla. Kyselytutkimus toteutettiin tammikuussa 2015 yhteistyösosaston hoitohenkilökunnalle. Kysely sisälsi taustatietoja kartoituksen lisäksi avoimia strukturoimattomia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita soveltaen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla on tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ja he myös soveltavat tietoaan leikki-ikäisten hoitotyössä. Käytetyimpiä menetelmiä tulosten perusteella olivat kylmä- ja lämpöhoito, lapsen huomion kiinnittäminen muualle ja vanhemman tai hoitajan läsnäolo. Toisaalta lasten ja vanhempien toimenpiteeseen valmistamisen sekä siitä informoimisen merkitys ja tärkeys jäivät vastaajien keskuudessa vähemmälle huomiolle.

Tämän opinnäytetyön avulla lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunta saa arvokasta tietoa osaston tämänhetkisestä tilanteesta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien suhteen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää lasten lääkkeettömän kivunhoidon kehittämisessä.

Avainsanat Lapsi, leikki-ikäinen, lääkkeetön kivunhoito, pelko, ahdistus

Sivut 43 s. + liitteet 8 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Essi Bräyschy	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	Non-Pharmacological Pain Relief to Preschoolers on the Ward – the Perspective of the Nursing Staff	

ABSTRACT

The subject of the Bachelor's thesis was selected by the interest of pediatric nursing. The theme of the thesis rose from the development ideas of previous theses. The thesis was carried out in co-operation with the Pediatric ward of Kuopio University Hospital in Pohjois-Savo hospital district.

The purpose of the thesis was to develop non-pharmacological pain relief in the nursing of preschoolers. The aim was to describe the use of non-pharmacological methods of pain relief among the nursing staff in Pediatric ward.

The information of the theoretical framework was acquired from literature, studies and articles on the related fields. In addition the Nursing Clinical Practice Guidelines have been used in the gathering of the theoretical frame.

The research method was qualitative and the data was collected by a survey. The questionnaire included open questions and back ground information about respondents. The material was analyzed by using the principles of deductive and inductive content analysis.

According to the results of the survey, the nursing staff has knowledge about non-pharmacological pain relief. They apply the knowledge in the nursing of preschoolers. The conclusion was that the most commonly used methods were thermal regulation both cold and warm, distraction and presence of a parent or a nurse. The importance of children's and parents' preparation and informing for the upcoming operation were left in the minor role by respondents.

Through this thesis the nursing staff of the Pediatric ward will have valuable information about the current state of non-pharmacological pain relief methods used on the ward. The results of this thesis can be used in developing non-pharmacological analgesia of pediatric patients.

Keywords Child, preschooler, non-pharmacological pain relief, fear, distress

Pages 43 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LEIKKI-IKÄINEN LAPSI.....	2
2.1	Fyysinen ja motorinen kehitys	3
2.2	Kognitiivinen kehitys	3
2.3	Psykososiaalinen kehitys.....	4
3	LAPSEN KIPU.....	5
3.1	Kipuaistimuksen syntymekanismi.....	5
3.2	Kivun muodot.....	6
3.3	Kivun mittaaminen.....	7
3.4	Kivun hoito.....	9
4	LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO.....	10
4.1	Kognitiivis-behavioralistiset menetelmät.....	11
4.1.1	Toimenpiteisiin valmistaminen ja tiedon antaminen.....	11
4.1.2	Huomio kiinnittäminen muualle.....	12
4.1.3	Rentoutuminen, mielikuvaharjoitukset ja lepo.....	12
4.1.4	Rohkaisu ja palkitseminen.....	13
4.1.5	Musiikki.....	13
4.2	Emotionaaliset tukikeinot.....	14
4.2.1	Vanhempien, tutun ihmisen tai hoitajan läsnäolo.....	14
4.2.2	Sylittely, kosketus ja lohduttelu	14
4.3	Fysikaaliset keinot.....	15
4.3.1	Kylmä- ja lämpöhoito.....	15
4.3.2	Asentohoito, hengitysharjoitukset, hieronta	16
4.3.3	TENS	16
4.4	Viihtyisä, rauhallinen ympäristö	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
6	TUTKIMUSMENETELMÄT JA – AINEISTO	18
6.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	18
6.2	Kyselylomakkeen laadinta	19
6.3	Aineiston keruu	20
6.4	Aineiston käsittely ja analyysi.....	21
7	TULOKSET	23
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	24
7.2	Menetelmiä lääkkeettömän kivunhoidon toteutukseen	24
7.3	Lääkkeettömän kivunhoidon käyttö hoitotyössä.....	27
7.4	Vastaajien mielteitä lääkkeettömästä kivunhoidosta.....	30
8	POHDINTAA.....	31
8.1	Eettisyys	31
8.2	Luotettavuus	33

8.3 Tulosten pohdinta.....	34
8.4 Johtopäätökset	38
8.5 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
8.6 Oma oppimisprosessi	39
LÄHTEET	41

Liite 1	Kivun aiheuttamia muutoksia lapsen yleisessä olemuksessa ja käyttäytymisessä
Liite 2	Kivun fysiologiset muutokset
Liite 3	Kyselytutkimuksen saatekirje
Liite 4	Kyselytutkimuslomake
Liite 5	Kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereitä
Liite 6	Työssä käytetyt tutkimukset

1 JOHDANTO

Joka kymmenennelle lapselle tehdään vuosittain toimenpide, joka tuottaa kipua, ja muutenkin lapset altistuvat kiputilanteille useita kertoja vuodessa. Kivunhoito on valitettavan usein riittämätöntä niin sairaala- kuin kotihoi- dossakin ja tietämättömyys onkin aiheuttanut lapsille paljon kipua. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 322; Piiparinen & Rauhala 2009, 156.)

Kaikkien lasten hoitotyön parissa työskentelevien olisi hyvä muistaa seuraavat kaksi periaatetta lasten kivunhoidosta: kivun olemassaoloa ei saa koskaan valehdella lapselle, eikä lapsi yleensä valehtele kipunsa määräästä. Kipu on aistimus, kokemus tai tunne, mikä tarkoittaa, että kipuärsyksen voimakkuuden lisäksi myös kiputilanne vaikuttaa kivun kokemiseen. Eli sama kipuärsyke voi aiheuttaa turvallisessa ympäristössä vähemmän kipua kuin pelottavassa tilanteessa. Huonolla kivunhoidolla voidaan aiheuttaa lapselle ja nuorelle pelkoa, ja pahimmassa tapauksessa niistä syntyy elinikäisiä jälkiä sekä muistiin että kipujärjestelmään. (Piiparinen & Rauhala 2009, 156; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322.)

Lasten kivun arviointiin ja hoitoon alettiin kiinnittää huomiota enenevässä määrin vasta niinkin myöhään kuin 1980-luvulla, jolloin saatiin uutta tutkimustietoa aiheesta. Tämän jälkeen eri-ikäisten lasten ja nuorten kipukokemuksia koskevia tutkimuksia on alettu tehdä enemmän sekä lääke- että hoitotieteen aloilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322.)

Opinnäytetyöni aiheena on leikki-ikäisen lapsen lääkkeetön kivunhoito, jota tarkastelen hoitotyöntekijän näkökulmasta. Aiheen valinta lähti liikkeelle siitä, että halusin tehdä opinnäytetyöni koskien lasten hoitotyötä ja lisäksi kivunhoito tuntui kiinnostavalta osa-alueelta. Aikaisempia lasten kivunhoitoon liittyviä opinnäytetöitä selaillessani ja niiden jatkotutkimusideoita lukiessa mielenkiinto lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin heräsi. Jottei opinnäytetyöstä tulisi liian laaja, päädyin rajaamaan alueen lapsen leikki-ikää eli vuosia 1–6 koskevaksi. Lisäksi tein rajausta myös kivun eri muotojen suhteen. En käsittele työssäni ollenkaan lasten syöpäkipua ja kroonista kipua sivuan teoriaosuudessa.

Mielestäni aihe on hyvin ajankohtainen, sillä jokainen ihminen ja etenkin lapsi kokee kivun omalla tavallaan. Lisäksi aikuinen ei koskaan voi täysin ymmärtää lapsen kokemaa kipua, koska ei pääse lapsen maailmaan. Lapsen kipu on aina otettava vakavasti ja sitä on pyrittävä hoitamaan parhaalla mahdollisella tavalla käyttäen niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettömiä menetelmiä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 323.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää leikki-ikäisten lasten lääkkeettöntä kivunhoitoa. Tavoitteena on kuvata hoitohenkilökunnan lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Yhteistyökumppaninani toimii Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion yliopistollisen sairaalan Lasten ja nuorten osasto.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsittelen leikki-ikäisen lapsen kehityksen osa-alueita ja lapsen kivun syntymekanismia, muotoja, mittaamista sekä hoitoa yleisesti. Tarkemmin perehdyn lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien teoriaan.

Haluan kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoisuutta erilaisista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja siitä kuinka paljon he kyseisiä menetelmiä työssään käyttävät. Työn tuloksia voidaan hyödyntää lasten lääkkeettömässä kivunhoidossa niin yhteistyöosastolla kuin muissakin lasten hoitotyön parissa työskentelevissä yksiköissä. Uskon, että opinnäytetyön kautta saan itselleni arvokasta lisätietoa ja -ymmärrystä lapsilla käytettävistä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Toivon pystyväni hyödyntämään opinnäytetyöprosessin aikana oppimaani tulevaisuudessa työelämässäni ja vastaamaan näin ollen osaltani lasten sekä nuorten kivunhoidon laadukkuudesta.

2 LEIKKI-IKÄINEN LAPSI

Lapsen kasvu ja kehitysrytmi voidaan jakaa eri ikäkausiin seuraavasti: vastasyntynyt 0–28 vrk, imeväisikäinen 0–1 vuotta, leikki-ikäinen 1–6 vuotta, kouluikäinen 7–12 vuotta ja nuori 12–18 vuotta. Tässä opinnäytetyössä keskitytään leikki-ikäisen lapsen lääkkeettömään kivunhoitoon, joten seuraavissa kappaleissa käsitellään kyseiseen ikäkauteen liittyviä ominaispiirteitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 11.)

Leikki-ikäiset voidaan jakaa ikänsä mukaan varhais- ja myöhäisleikki-ikäisiin. Ikäkaudelle on ominaista monenlaisten motoristen, kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen oppiminen. Varhaisessa leikki-ikäessä eli 1–3-vuotiaana lapsi oppii kävelemään ja puhumaan. Myöhäinen leikki-ikä eli ikävuodet 3–6, ovat voimakasta fyysisen kehityksen aikaa. Kaiken aikaa lapsi tutkii ja tutustuu ympäröivään maailmaan aktiivisen liikkumisen ja tekemisen avulla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 11; Katajamäki 2009, 66.)

Kaikkivoipaisuuden tunne, minäkeskeisyys ja konkreettinen ajattelu ovat luonteenomaisia piirteitä leikki-ikäiselle lapselle. Tällöin lapsen mielikuvitusmaailma on hyvin rikas ja looginen ajattelu on kehittymätön. Lapsi oppii kokemalla konkreettisesti eli tekemällä käsillään ja leikkimällä. Tiedon vastaanotto on leikki-ikäisellä lapsella rajallista ja kerralla hän pystyykin omaksumaan uutta tietoa vain noin 15 minuutin ajan. Annettavan tiedon on oltava kieleltään rauhoittavaa, yksinkertaista ja sisältää mahdollisimman vähän sairaalakäsitteitä. (Korhonen, Kaakinen, Miettinen, Ukkola & Heino 2009, 5.)

Varhaisleikki-ikäisen lapsen ominaispiirteisiin kuuluvat helposti koettavat syyllisyyden sekä häpeän tunteet ja empatia sekä ylpeys omista saavutuksistaan. Myöhäisleikki-ikäessä lapsi ymmärtää jo syy-seuraussuhteita ja myös symbolinen ajattelu on alkanut kehittyä. Joskus tämä voi aiheuttaa sen, että lapsi kokee tehtävät toimenpiteet seurauksiksi tai rangaistuksiksi omista ajatuksistaan ja toimistaan. Leikki-ikäiselle lapselle perheen merkitys on tärkeä ja ero vanhemmista voikin aiheuttaa suurta ahdistusta. (Korhonen ym. 2009, 5.)

2.1 Fyysinen ja motorinen kehitys

Varhaisleikki-iässä lapsen karkeamotoriset taidot kehittyvät. Normaalisti lapsi oppii kävelemään 1,5 ikävuoteen mennessä. Kehon hallinta ja tasapaino kehittyvät nopeasti, mikä mahdollistaa lapselle tyypillisen vilkkaan liikkuvuuden. Varhaisleikki-ikäinen oppii paljon uusia karkea- ja hienomotorisia taitoja kuten juokseminen, portaiden nousu, hyppiminen, palikkatorien rakentelu, piirtely ja askartelu. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 40.)

Myöhäisessä leikki-iässä lapsen karkea- ja hienomotoriset taidot kehittyvät voimakkaasti. Lapsi harjoittelee erilaisia liikuntalajeja, kuten pyöräily ja luistelu. Lapsi oppii silmän ja käden yhteistyötä, esimerkiksi palapelien rakentelua, saksien käyttöä ja mallista piirtämistä. Myöhäisleikki-iässä koordinaatiokyky on kehittynyt, lapsi kykenee tekemään useampaa asiaa samaan aikaan ja motoriset perustaidot automatisoituvat. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 48.)

2.2 Kognitiivinen kehitys

Kognitiivinen kehitys tarkoittaa havainnoinnin, oppimisen, kielen, muistin ja ajattelun kehittymistä eli toisin sanottuna tiedon käsittelyyn liittyvää kehitystä. Myös kognitiivinen kehitys on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat niin yksilön oma aktiivisuus kuin perimä ja ympäristö. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 11.)

Varhaisleikki-iässä lapsi havainnoi ympäristöään ja kehittyy kognitiivisesti aktiivisen liikkumisen sekä tutkimisen avulla. Tällöin keskiössä ovat välittömät teot, aistit ja lapsen keho, eivät niinkään ajattelu sekä kuvittelu. Lapsi alkaa noin kahden ikävuoden paikkeilla ymmärtää alkeellisesti myös syy-suhteita ja hän tarkastelee sekä sittemmin jäljittelee aikuisten puuhia omissa leikeissään. Virikkeellisessä ympäristössä lapsi oppii toistojen ja jäljittelyn avulla uusia taitoja, jotka antavat iloa sekä intoa oppia lisää. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 41; Tamminen 2004a, 37–38, 41–42.)

Kolmen vuoden iässä lapsen muisti alkaa toimia tehokkaasti ja hän alkaa hahmottaa maailmaa objektiivisesti. Lapsi pystyy muistamaan hetken kolmesta viiteen asiaa eli työmuisti alkaa parantua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 41.)

Kielellisen kehityksen herkkyyksikausi alkaa noin yhden vuoden iässä ja jatkuu aina neljänteen ikävuoteen. Kielen avulla lapsi oppii ilmaisemaan itseään ja kokemuksiaan. Noin yhden vuoden iässä lapsi sanoo ensimmäiset merkitykselliset sanansa, useimmiten ne ovat substantiiveja ja yksi sana voi tarkoittaa kokonaista lausetta. Useimmiten lapsi kuitenkin ymmärtää paljon enemmän sanoja kuin mitä itse käyttää. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 41–42; Lyytinen 2008, 105–121; Tamminen 2004b, 34–35.)

Kahden ja kolmen ikävuoden aikana lapsi alkaa elää mikä-kyselykautta, joka edistää lapsen sanavaraston karttumista. Tällöin lapsi osaa jo muodostaa muutaman sanan lauseita eli tässä kehitysvaiheessa lapsi oppii puheen

sekä kielioppia. Kielestä tulee siis vuorovaikutuksen väline. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 42; Tamminen 2004b, 38–39.)

Myöhäisessä leikki-ikässä lapsen muisti ja ajattelu kehittyvät ja tietorakenteet sekä käsitemaailma laajenevat. Aluksi lapsi pystyy katsomaan asioita vain omasta näkökulmastaan, mutta pikkuhiljaa ymmärrys laajenee ja hän alkaa vertailla sekä arvioida itseään suhteessa muihin. Neljävuotiaana lapsi on tiedonhaluinen, aktiivinen ja kiinnostunut ympäristöstään, mutta ei osaa vielä tehdä selkeää rajaa toden ja sadun välillä. Myöhäisessä leikki-ikässä myös lapsen mielikuviutus kehittyy ja voi välillä aiheuttaa ongelmallisia tilanteita, kuten pelkoja. Ajattelun kehittyessä lapsen käsitys kuolemasta sanana ja käsitteenä muokkautuu pikkuhiljaa. Viiden ja kuuden ikävuoden tienoilla lapsi alkaa ymmärtää käsitteiden merkityksiä, esimerkiksi vähän-paljon, oikea-väärä. Lapsen ajattelu on intuitiivista ja realistisempaa kuin aiemmin, mikä mahdollistaa sen, että lapsi alkaa ymmärtää mieltä askarruttavia asioita tai ristiriitoja satujen kautta. (Lyytinen 2008, 105–121; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 49–50.)

Kolmesta ikävuodesta lähtien lapsen kielen kehitys on nopeaa, hänen kiellensä rikastuu, sanavarasto laajenee ja mielikuviutus kehittyy. Neljävuotiaana alkaa niin sanottu miksi-kyselyvaihe, joka entisestään edistää sanavaraston laajenemista ja kielen kehittymistä monimutkaisempiin lauserakenteisiin. Kuusivuotiaana lapsi pystyykin jo muodostamaan kieliopillisesti oikeita, selkeitä ja monimutkaisiakin lauserakenteita. Lapsi alkaa käyttää ajattelussaan konkreettisia asioita sekä ymmärtää sanojen ja käsitteiden tarkoitusta, mutta abstraktit käsitteet ovat edelleen vaikeita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 49–50; Lyytinen 2008, 105–121.)

2.3 Psykososiaalinen kehitys

Varhaisessa leikki-ikässä lapsen psyykinen kehitys etenee nopeasti ja hänen persoonallisuutensa muodostuu kognitiivisten taitojen kehittyessä. Kahden vuoden iässä lapsi oppii uusia sosiaalisia tunteita, kuten empatia, häpeä, syyllisyys ja ylpeys. Tässä vaiheessa lapsi pystyy myös olemaan erossa vanhemmistaan tutussa ympäristössä. Keskeistä on, että lapsi itsenäistyy ja itseluottamus kehittyy toiminnasta saadun positiivisen palautteen myötä, jolloin lapselle kehittyy hyvä itsetunto. Lapsi oppii myös arvioimaan ja säätlemään omaa käyttäytymistään suhteessa ympäristön normeihin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 42–44.)

Myöhäisleikki-ikässä lapsen minuus alkaa muodostua kolmen ikävuoden lopulla. Kolmannella ikävuodella uhmaikä alkaa väistyä ja lapsi opettelee oman tahtonsa ilmaisua ja säätelyä. Kolmen ja neljän ikävuoden aikana lapsen sosiaalinen kanssakäyminen monipuolistuu ja hän alkaa kiinnostua ystävistä sekä osaa leikkiä muiden lasten kanssa. Viidennellä ikävuodella lapsi pystyy jo huomioimaan toisten tunteita, jakamaan tavaroita sekä pohtii sanomisiaan sekä tekemisiään. Kuusivuotiaana lapsi osaa toimia itsenäisesti sekä ryhmässä sovittuja sääntöjä noudattaen. Hän alkaa myös pohtia moraalisia käsityksiä sekä omaksuu arvoja ja asenteita. Itsekritiikki herää ja ystävien mielipiteet ovat tärkeitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 53–54; Poikkeus 2008, 122–126.)

3 LAPSEN KIPU

International Association for the Study of Pain on määritellyt aikanaan kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy kudonvaurio tai sen uhka. Kipua jaotellaan patofysiologisten mekanismiensa mukaan kudon- ja hermovauriokipuun sekä keston mukaan akuuttiin ja krooniseen. Ihminen voi kokea näitä kivun erilaisia muotoja sekä erikseen että yhtä aikaa. Koska kipu on aistimus, kokemus tai tunne, kokee jokainen ihminen sen yksilöllisesti. Kipukokemukseen vaikuttavat kipuärsykkeen lisäksi muun muassa ikä, kulttuuri, sukupuoli, aiemmat kipukokemukset, kipua aiheuttava tilanne ja pelko. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 34; Piiparinen & Rauhala 2009, 156; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322.)

3.1 Kipuaistimuksen syntymekanismi

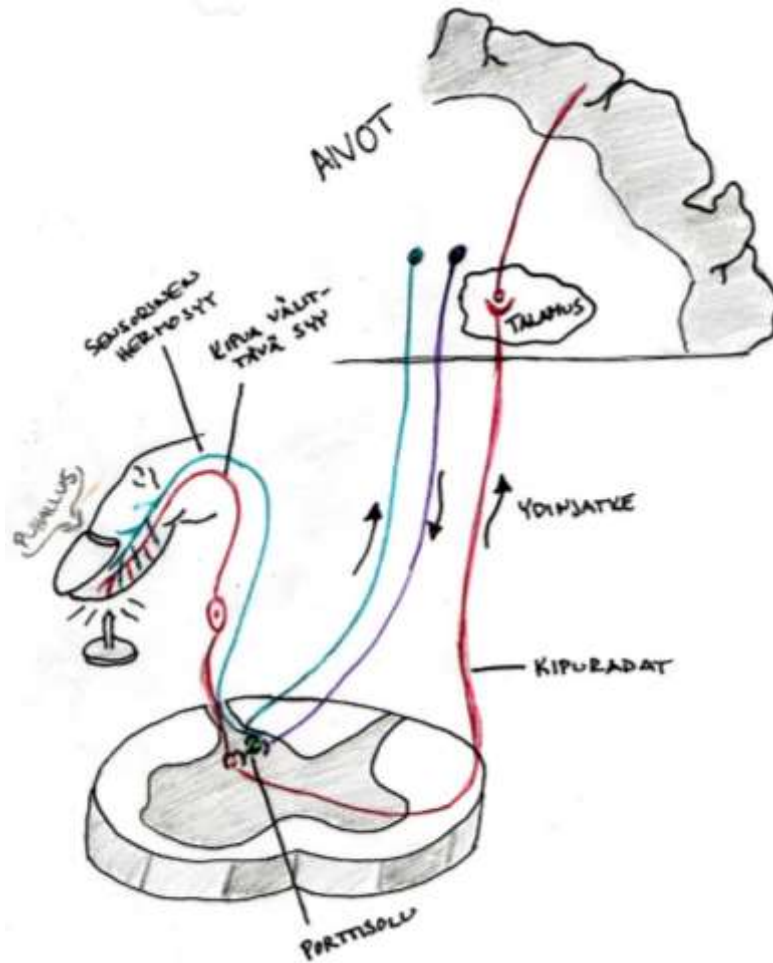
Monet erilaiset kehoon kohdistuvat ärsykkeet voivat laukaista kivun ja yhteistä näille kaikille on se, että ne joko aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudonvaurion. Kipuaistimus on epämiellyttävä ja pelottava eli sen vaikutus ihmiseen on muihin aisteihin verrattuna päinvastainen. Kipu aktivoi sympaattista hermostoa pelon ja suuttumuksen tavoin, mikä tarkoittaa, että muun muassa sydämen syke nopeutuu ja verenpaine nousee. Kipuaistimuksella on erikoisominaisuutena se, että kipua tunteva kohta vedetään automaattisesti pois kipuärsykkeen läheisyydestä, mikä estää vakavampien vaurioiden syntyä. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud. 2009, 151.)

Kipuaistimuksen synty alkaa, kun ärsyke aiheuttaa eteenpäin välittyviä hermoimpulsseja. Hermopäätteiden aktivoituminen voi tapahtua joko suorasti (viiltohaava) tai epäsuorasti. Epäsuorassa aktivoitumisessa vaurioalueen kudoksista vapautuu tai niissä muodostuu kemiallisia aineita kuten prostaglandiineja ja histamiinia, jotka aktivoivat hermopäätteet. Hermoimpulssit välittyvät pitkin erityisiä sensorisia hermosyitä, jotka ovat haarautuneet vapiksi hermopäätteiksi. (Haug ym. 2009, 151; Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lähti 2013, 454–458.)

Kipuhermosyyt poikkeavat muita aisteja välittävistä hermosyistä siten, että niissä on joko vajavaisesti kehittynyt myeliinituppi tai sitä ei ole ollenkaan. Myeliinituppi on hermotukisolusta muodostunut rakenne, joka ympäröi hermosyitä ja nopeuttaa hermoimpulssien johtumista. Kipuhermosyyissä tämän rakenteen puutos aiheuttaa impulssin hitaamman etenemisen. Muilla aistinsoluilla on ominaisuus adaptoitua eli mukautua ärsykkeen jatkuessa ja tällöin vaste heikkenee. Kipuhermosyyt ovat tästä poikkeus ja mukautumisen sijaan impulssien syntyminen helpottuu, jolloin kipu voimistuu. (Haug ym. 2009, 151; Leppäluoto ym. 2013, 454–458.)

Kipuhermosyiden runko-osa eli sooma sijaitsee muiden sensoristen hermosyiden tapaan selkäytimen takasarvissa (Kuva 1). Sieltä impulssi jatkaa matkaansa aivorunkoon tai talamukseen päätyviin hermosyihin. Paikasta riippuen hermoimpulssi välittyy seuraavaksi aivorunkoon tai isoavokuo-
relle. (Haug ym. 2009, 151.)

Tilanteesta riippuen kiputuntemukset voivat vaihdella suurestikin, vaikka ärsyke olisikin saman suuruinen. Tämä johtuu siitä, että ulkopuoliset hermosolut voivat vaikuttaa kipuratojen hermojen liitoskohtiin eli synapseihin. Ulkopuolisista hermosoluista vapautuu estäviä välittäjäaineita, jotka sulkevat kipuimpulssin tien, kuten portit, ja tällöin impulssin johtuminen estyy. Heikot, vaarattomat ihoärsykkeet voivat aktivoida porttisoluja sensoristen hermosyiden kautta (Kuva 1) ja, koska niiden impulssitiheys on suurempi kuin kipuimpulsseilla, ne estävät kipuärsyksen etenemisen. Kyseinen tapahtuma selittää esimerkiksi sen, miksi puhaltaminen tai hierominen auttaa pienissä ihonaarmuissa tai kolhuissa. (Haug ym. 2009, 151–152.)



Kuva 1. Kipuimpulssin johtuminen ja porttisoluteoria.

3.2 Kivun muodot

Kipu voidaan jakaa syntyvän mukaan nosiseptiiviseen eli kudosaauriosta ja neuropaattiseen eli hermovauriosta johtuvaan kipuun. Jaottelua voidaan jatkaa vielä pienempiin alaryhmiin, mutta tässä työssä esitellään vain laajimmat kokonaisuudet. (Haug ym. 2009, 151.)

Nosiseptiivisessä kivussa on synnä kudosaaurion aiheuttama kipureseptoreiden aktivoituminen. Kudosaurio aiheuttaa myös tulehduksen välittäjäaineiden syntyä sekä vapautumista elimistöön, mikä osaltaan aktivoi ja herkistää kipureseptoreita muille ärsykkeille. Kudosauriokivulla on siis selvä

syy eli esimerkiksi leikkaustoimenpide tai vamma ja useimmiten kipu häviää kun vaurio paranee. Nosiseptinen kipu voidaan jakaa somaattisen hermojärjestelmän välittämään sekä sisäelimestä peräisin olevaan eli viskeraaliseen kipuun, joilla molemmilla on sama lähtökohta eli kipureseptorien aktivoituminen. (Salanterä ym. 2006, 35–36.)

Nosiseptisen kivun tavoin neuropaattinen eli hermovauriokipukin on alun perin seurausta kudosaivuriosta. Nimensä mukaan näissä tapauksissa vaurio kohdistuu hermostoon. Hermovauriot ovat hitaasti sekä epätäydellisesti korjaantuvia, välillä jopa pysyviä vaurioita, joista on seurauksena sekä perifeerisen eli ääreishermoston että keskushermoston muutoksia. Nämä muutokset johtavat kipujärjestelmän toiminnan pitkäaikaisiin tai pysyviin muutoksiin. (Salanterä ym. 2006, 35–36.)

Keston mukaan kipu jaetaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutille kivulle on ominaista, että sille on yleensä selvä syy. Sen tehtävänä on varoittaa elimistöä kudosaivuriosta sekä suojella ja estää lisävaurioiden syntymistä aiheuttamalla väistöheijasteen. Voimakas akuutti kipu tehostaa myös monia elintoimintoja, kuten sydämen sykettä, verenpainetta sekä hengitystä. Usein ihminen tuntee itsensä kivuttomaksi heti onnettomuuden jälkeen, vaikka hänellä olisi suuretkin vammat, koska tällöin huomiokyky on kohdistunut eloon jäämiseen. Kipukokemukset alkavat vasta, kun ihminen kokee olevansa turvassa. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105–106.)

Akuutin kivun hyvä puoli on se, että sen syntymekanismi tunnetaan ja sitä pystytään tehokkaasti lievittämään ja hoitamaan erinäisillä kivunhoitomenetelmillä. Hyvin hoidettu akuutti kipu useimmiten häviää, kun sitä aiheuttanut kudosaivurio paranee, mikä vie ajallisesti muutamasta päivästä muutamaa viikkoon. (Kalso ym. 2009, 105–106.)

Krooniseksi kivuksi määritellään kipu, joka on kestänyt yli 3-6 kuukautta tai kipu, joka kestää pidempään kuin kudoksen odotettu paranemisaika on. Kivun pitkittymiseen ja kroonisen kivun syntyyn vaikuttavat mekanismit painottuvat eritavalla erilaisissa kiputiloissa. (Kalso ym. 2009, 106–107.)

3.3 Kivun mittaaminen

Kuten aikuisille, myös lapsille kipu on henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat niin ikä, sukupuoli, mieliala, oppiminen, aiemmat kipukokemukset kuin moni muukin asia. Lasten kivun voimakkuuden ja laadun arviointi on haastavampaa kuin aikuisen, sillä lapsen kognitiivinen ja kielellinen kehitys eivät välttämättä ole riittävän kehittyneet omien tuntemustensa tarkkaan sanalliseen ilmaisuun. Pienet lapset kokevat kivun kokonaisvaltaisena pahana olona, eivätkä välttämättä osaa kohdentaa kipua oikeaan paikkaan. Lisäksi voi olla, että lapsi ei aina kerro kivustaan, koska ajattelee sen olevan hänen oma vikansa tai pelkää kipukokemuksista kertomisesta aiheutuvia seurauksia. Lapsen kivun arviointiin on kolme päälinjaa: käyttäytymisen tarkkailu, fysiologiset muutokset ja lapsen oma sanallinen arviointi. (Hämnen 2009, 442–443; Pölkki 2002, 43; Kankkunen 2003, 34.)

Lasten kanssa työskenneltäessä on tärkeää osata tunnistaa eri-ikäisten lasten kipua ilmentävät merkit. Ensisijainen menetelmä lapsen kivun mittaamisessa on tietenkin lapsen oma kokemus kivusta ja sen voimakkuudesta, mutta koska lapsen sanallinen ilmaisu voi olla iän ja kehitystason vuoksi rajallinen, on kipua pyrittävä arvioimaan myös muilla keinoilla. Yleensä näissä tilanteissa kivun arviointiin käytetään käyttäytymisen ja yleisvoiminnan muutosten tarkkailua (Liite 1), esimerkiksi onko lapsi itkuinen, levoton, onko iho kylmän hikinen ja kalpea, leikkiikö lapsi, entä kuinka hän syö ja juo. Tällaisia mittareita ovat muun muassa HUSissa kehitetty OPS (Objective pain scale) ja Pölkin väitöskirjassaan mainitsevat CHEOP (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) ja TPPS (the Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale). (Pölkki 2002, 43; Hamunen 2009, 442–443; Piiparinen & Rauhala 2009, 158–159.)

Leikki-ikäisen lapsen kipua voidaan arvioida myös sanallisesti (VRS eli verbal rating scale), sillä jo 2–3-vuotias pystyy kertomaan kivustaan. Tällöin on kuitenkin pidettävä mielessä lapsen rajoittunut verbaalinen ilmaisu. Ilmaisuun vaikuttavat niin kehitystaso, ikä kuin kehityshäiriöt. Leikki-ikäinen voi nimittää ruumiinosia väärin, hänen sanavarastonsa ei vielä ole kovin laaja, eikä hän ymmärrä abstrakteja käsitteitä. Usein 3–4-vuotias osaa jo käyttää yksinkertaista verbaalista asteikkoa, kuten ”ei koske yhtään”, ”koskee vähän” tai ”koskee kovasti”. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 325; Hamunen 2009, 442–443)

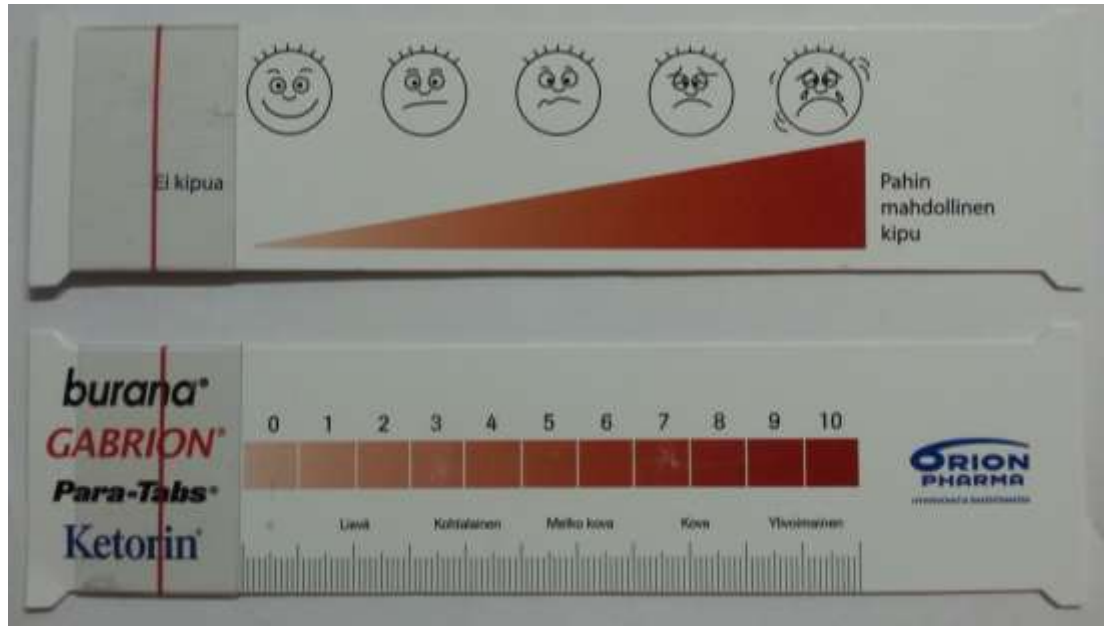
Lapsen kivun asiantuntijoita ovat useimmiten vanhemmat, joiden läsnäolo lapsen hoidossa tulisi mahdollistaa. Vanhemmat voivat antaa kallisarvoista tietoa lapsen kipua arvioitaessa. Lisäksi voidaan tarkkailla kivun aiheuttamia kehon fysiologisia muutoksia (Liite 2), kuten verenpainetta, pulssia ja hengitystä. On kuitenkin hyvä muistaa, että kyseiset suureet reagoivat suhteellisen nopeasti sekä kipuun että kivuttomuuteen. (Hamunen 2009, 442–443; Piiparinen & Rauhala 2009, 158–159; Pölkki 2002, 43.)

Eri-ikäisten lasten kivun arviointiin on kehitetty myös apuvälineitä, joista tässä työssä mainittakoon leikki-ikäiselle lapselle soveltuvia vaihtoehtoja. Lapsen kipua voidaan arvioida kipumittareilla (Kuva 2), joista käytetyimpiä ovat kasvoasteikko (MAFS) ja kipukiila (VAS). (Hamunen 2009, 442–443; Piiparinen & Rauhala 2009, 158–159.)

Kasvoasteikossa on neljä tai viisi kuvaa kasvoista, joiden ilmeet vaihtelevat hyvin surullisesta iloiseen eli surulliset kasvot kuvaavat kivuliaisuutta ja iloiset kasvot kivuttomuutta. Lapselle selitetään mittarin käyttö ja hän saa itse asettaa osoittimen sille kohdalle, miltä sen hetkinen kiputilanne tuntuu. Mittarin kääntöpuolella on numeerinen asteikko eli kipujana, josta hoitaja voi tarkastaa kivun voimakkuuden. (Hamunen 2009, 442–443; Piiparinen & Rauhala 2009, 158–159.)

Kipukiila toimii samalla periaatteella eli siinä kivuttomuutta kuvaa kiilan ohut pää, ja kipu voimistuu sitä mukaa kun kiila paksunee. Nämä molemmat menetelmät ovat käyttökelpoisia noin 4–5-vuotiaille tai sitä vanhemmille lapsille, koska silloin lapsi alkaa luotettavasti ymmärtää ja käyttää kyseisiä

mittareita. Tutkimuksissa on havaittu, että kipumittarit voivat joissakin tapauksissa ennemminkin ilmentää lapsen tunteita kuin kipua. (Hamunen 2009, 442–443; Piiparinen & Rauhala 2009, 158–159.)



Kuva 2. Erilaisia kivun mittaamisen apuvälineitä.

Lapsen kipua arvioitaessa on tärkeää käyttää yhdistelmää erilaisista kivun mittaamenetelmistä, jotta arvio antaisi mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan ja lapsi tulisi autetuksi riittävällä sekä oikealla tavalla. Aivan yhtä tärkeää kuin kivun mittaaminen on myös sen kirjaaminen. Kirjaamisen tulee olla riittävän yksityiskohtaista ja kattavaa. Kipua tulee arvioida ja huomiot kirjata säännöllisesti ja aina sekä ennen että jälkeen kivunlievityksen. Kirjauksista tulee käydä esille, mikä on potilaan omaa arviota kivusta, mikä vanhempien ja mikä hoitajan, jotta kaikki potilaan kanssa hoitosuhteessa olevat voivat saada yhtenevän kuvan lapsen tilanteesta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 323; Piiparinen & Rauhala 2009, 158; Pölkki 2002, 43.)

3.4 Kivun hoito

Lasten kivun hoito perustuu aikuisten kivun hoidon tapaan lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin menetelmiin. Erona aikuisten kivun hoitoon on se, että lapsi ei välttämättä kerro kivustaan ja pyydä kipulääkettä, vaan sen tarpeen arviointi jää vanhempien ja hoitohenkilökunnan tehtäväksi. Tärkeää on lapsen kivun hyvä hoito, mikä edistää paranemista ja vähentää pelkojen muodostumista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 327–328; Piiparinen & Rauhala 2009, 159–160.)

Useimmiten lasten kipu on akuuttia ja johtuu esimerkiksi tapaturmasta, toimenpiteestä tai jostakin lapsille tyypillisestä tulehdustaudista, kuten korvatulehdus. Varsinainen krooninen kipu on lapsilla melko harvinaista, mutta pitkäkestoisia kiputiloja sen sijaan voi esiintyä kaikenikäisillä. Näiden kiputilojen taustalla voivat olla krooniset perussairaudet muun muassa syöpä,

reuma ja fibromyalgia. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 327–328; Piiparinen & Rauhala 2009, 159–160; Hamunen 2009, 443–444.)

Lääkkeellisessä kivunhoidossa lapsilla käytetään pitkälti samoja lääkeaineita kuin aikuisillakin. Kipulääkkeen valintaan vaikuttaa kivun laatu ja kesto sekä lapsen ikä. Lääkäri määrää lääkkeet lapsille painon mukaan. Lääkemuotona suositaan mahdollisuuksien mukaan suun kautta otettavia lääkkeitä, mutta pienille lapsille voidaan joissakin tilanteissa antaa lääke myös peräsuoleen. Lisäksi suonensisäinen ja epiduraalitilaan annettava kipulääkitys tulee kyseeseen, esimerkiksi suurempien toimenpiteiden jälkeen. Lihakseen ja ihon alle eli subkutikseen annettavia pistoksia tulisi lapsilla välttää, sillä niiden antaminen aiheuttaa turhaa kipua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328; Piiparinen & Rauhala 2009, 159–160; Hamunen 2009, 445.)

Lapsilla käytettyjä peruskipulääkkeitä ovat parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet kuten ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja diklofenaakki. Parasetamolia voidaan antaa jo vastasyntyneestä lähtien, kun taas tulehduskipulääkkeitä käytetään yli kuuden kuukauden ikäisille lapsille. Usein parasetamolia ja jotakin tulehduskipulääkettä käytetään rinnakkain riittävän hyvän tehon aikaan saamiseksi. Vaikeampien ja voimakkaiden kipujen hoitoon lapsilla voidaan käyttää opioideja, joista eniten käytetään tramadolia, kodeiinia, oksikodonia, fentanyyliä ja morfiinia. Lisäksi lasten kivun hoidossa on tärkeää muistaa toimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyvän kivun lievitys, esimerkiksi ennen kanylointia ja verinäytteiden ottoa lapselle on hyvä laittaa puuduterasvat (Emla[®], Ametop[®]) hyvissä ajoin. (Piiparinen & Rauhala 2009, 160–161; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328–330; Hamunen 2009, 446–451.)

Lasten kivunhoidossa lääkkeettömät menetelmät ovat suositeltavia ja välillä jopa toimivampia kuin lääkkeelliset. Kipua hoidettaessa voidaan käyttää rinnakkain sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä keinoja. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käsitellään seuraavaksi tarkemmin. (Piiparinen & Rauhala 2009, 159; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328.)

4 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Kivun aistimiseen vaikuttavat niin sensoriset, kognitiiviset kuin emotionaalisetkin tekijät, joten hyvässä kivunhoidossa täytyy pystyä vastaamaan kaikkien näiden osa-alueiden vaatimuksiin. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on lukuisia ja esimerkiksi Pölkki jaottelee ne tutkimuksessaan seuraavasti: emotionaalinen tuki, fyysiset keinot, miellyttävän ympäristön luominen, mielialan kohottaminen sekä päivittäisissä toimissa avustaminen ja kognitiivis-behavioraaliset keinot. (Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikuttavuus lasten ja nuorten kroonisen kivun lievityksessä 2010; Pölkki 2002, 35.)

Niin lääkkeellisessä kuin myös lääkkeettömässä kivun hoidossa menetelmän valintaan vaikuttaa osittain kivun laatu. Fyysiset hoidot, kuten kylmä- ja lämpöhoito, ovat parhaimmillaan akuutin kivun hoidossa esimerkiksi postoperatiivisessa kivunlievityksessä, kun taas kognitiiviset ja emotionaaliset keinot ovat pitkälti pelon sekä kivun ennaltaehkäisyä tai lapsen

huomion toisaalle siirtämistä. Tällaiset keinot ovat käyttökelpoisia niin akuutin kuin pitkäaikaisenkin kivun lievityksessä. (Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikuttavuus lasten ja nuorten kroonisen kivun lievityksessä 2010; Pölkki 2002, 35.)

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien jaottelussa Pölkin (2002) käyttämää mallia. Eri lähteitä apuna käyttäen lääkkeettömistä keinoista lasten hoitotyössä on pyritty muodostamaan kattava kuvaus.

4.1 Kognitiivis-behavioralistiset menetelmät

Pölkki mainitsee väitöskirjassaan tutkimuksia, joissa on todettu lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien olevan merkittävässä osassa lasten kivun ja ahdistuksen lievityksessä sairaalahoidon aikana. Useat näistä tutkimuksista ovat keskittyneet juuri kognitiivis-behavioraalsiin menetelmiin. Kognitiivis-behavioraalisissa lähestymistavassa huomio kiinnittyy potilaan tunteisiin, ajatuksiin, uskomuksiin ja käyttäytymiseen. (Pölkki 2002, 42; Salanterä ym. 2006, 149.)

4.1.1 Toimenpiteisiin valmistaminen ja tiedon antaminen

Hyvän hoidon perustana niin aikuisten kuin lastenkin sairaanhoidossa on tiedottaminen tulevista toimenpiteistä ja valmistaminen niihin. Kun lapsi tietää ennalta tulevista tapahtumista, pelko ja ahdistus vähenevät. Toimenpiteisiin valmistaminen toimii parhaimmillaan silloin, kun lapsi on tulossa ennalta sovittuun operaatioon. Tällöin voidaan järjestää preoperatiivinen käynti, jossa lapsi ja vanhempi tapaavat esimerkiksi toimenpidelääkärin, postoperatiivisen osaston hoitajia sekä muita hoitoon osallistuvia ammattihenkilöitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304.)

Hoitotyön suosituksessa leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä (2009) tuodaan esille vanhempien tiedottamisen ja valmistamisen tärkeys lapsen tulevasta toimenpiteestä. Riittävä tieto ja mahdollisuus mieltä askarruttaville kysymyksille auttaa vanhempia hyväksymään tulevat tapahtumat ja näin ollen lievittävät ahdistusta sekä pelkoa. Tämä auttaa myös lasta toimenpiteeseen valmistautumisessa, sillä vanhempien tunnetilat, kuten juuri ahdistus tai pelko heijastuvat lapseen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304–305.)

Toimenpidettä edeltävään valmisteluun kuuluu olennaisena osana myös lapsen ja hänen vanhempiansa aikaisempien sairaalakokemusten kartoitus, jotta saadaan käsitys esimerkiksi mahdollisista aiemmin muodostuneista kielteisistä kokemuksista. Tieto aiemmista kokemuksista auttaa valmistelumenetelmien valinnassa sekä huomioimaan valmistelun kannalta tärkeät asiat. (Korhonen ym. 2009, 12–14.)

Sekä lapsi että vanhemmat valmistellaan toimenpiteeseen. Lasta ohjataan kehitystä vastaavalla tavalla käyttäen apuna esimerkiksi leikkiä ja konkreet-

tisia asioita. Vanhemmille annetaan riittävästi tietoa niin suullisesti kuin kirjallisesti ja vastaillaan kysymyksiin. Vanhempia ohjataan myös lapsen valmistamiseen kotona tämän ikäkauteen sopivilla käsitteillä ja keinoilla. Valmistamisessa korostetaan myös oikea-aikaisuuden merkitystä eli pienten 2–4-vuotiaiden lasten valmistaminen ajoitetaan vuorokautta ennen toimenpidettä ja isompia lapsia voidaan valmistella viikkoa ennen. (Korhonen ym. 2009, 13; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 305–306.)

Hoitaja tekee vielä toimenpidettä edeltävänä päivänä preoperatiivisen soiton kotiin lapsen vanhemmille. Tämän puhelun tarkoituksena on käydä läpi, varmistaa ja kerrata vanhempien kanssa lapsen valmistamiseen liittyviä asioita ja arvioida valmistamisen riittävyttä. Lisäksi hoitaja myös kertoo toimenpidepäivän tapahtumista ja suunnitelluista aikatauluista mahdollisuuksien mukaan. (Korhonen ym. 2009, 13.)

4.1.2 Huomio kiinnittäminen muualle

Usein ahdistus ja pelko ovat lapsella sellaisia tunteita, jotka voivat lisätä kivuliaisuutta tai päinvastoin, joten onkin tärkeää pyrkiä viemään lapsen ajatuksia pois negatiivisista tunteista. Hyvänä keinona on yrittää kiinnittää lapsen huomio toisaalle, sellaiseen tekemiseen, joka lapsesta tuntuu mielekkäältä. Käyttökelpoisia tapoja on monia, ja lapselta itseltään voi kysyä, mikä häntä mahdollisesti kiinnostaisi. (Salanterä ym. 2006, 194; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 310.)

Lasten ja nuorten osastoille on useimmiten järjestetty mahdollisuus erilaisille peleille ja leikeille, esimerkiksi lauta- ja palapelit, pelikonsolit, pehmolelut, legot ja rakennuspallit. Lisäksi lapsella on mahdollisuus katsoa televisiota, elokuvia ja piirrettyjä. Myös kirjojen, sarjakuvien sekä lehtien lukeminen ja erilaiset askartelut on hyviä keinoja siirtämään ajatuksia pois kivuista sekä peloista. Usein osastoilla toimii askarteluohjaajia tai lastentarhanopettajia, jotka voivat yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa järjestää lapselle mielekkästä tekemistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 310.)

Leikin ja mielekkään tekemisen lisäksi myös huumori on tärkeä apukeino lapsen kivun hoidossa ja ehkäisyssä. Lapset pitävät usein tilannekomiikasta ja hassuttelusta. Huumorin käytössä on kuitenkin muistettava se, että kaikki eivät miellä samoja asioita hauskoiksi. Hoitajan on tärkeää yrittää aistia lasta ja hänen vanhempiaan niin, että kommunikointiin löytyisi yhteisymmärrys ja kyseiselle perheelle sopiva tapa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328; Salanterä ym. 2006, 195.)

4.1.3 Rentoutuminen, mielikuvaharjoitukset ja lepo

Lapsen kipua voidaan yrittää lievittää erilaisilla rentoutusharjoituksilla ja levolla. Lisäksi myös mielikuvaharjoitukset voivat joissakin tapauksissa olla toimivia. Lasta voidaan esimerkiksi johdatella kuvien tai puheen avulla ajattelemaan mukavia asioita, tapahtumia, matkoja ja mielikuvia, jotka vievät huomiota sen hetkisestä tilanteesta. Mielikuvaharjoitteluun liittyy no-

peaa lihasten rentoutumista ja ajatusten siirtäminen muualle, mikä voi auttaa lasta siirtämään ajatukset pois pelosta ja kivusta. Mielikuvittelu on erittäin käyttökelpoinen juuri leikki-ikäisillä lapsilla, sillä heidän mielikuvituksenensa on yleensä vilkas. Kun lapsi oppii käyttämään mielikuvittelua apukeinona, hän voi käyttää sitä itsenäisesti sellaisena ajankohtana, joka hänelle itselleen parhaiten sopii. Mielikuvittelu on halpa ja helppo keino rentoutumiseen ja hoitajien kannattaisikin aktiivisesti ohjata lasta menetelmän käyttöön. (Salanterä ym. 2006, 194–195.)

Mielikuvaäänitteet voivat helpottaa postoperatiivista kipua. On tutkittu, että lasten ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä kuuntelemat rentoutumiseen ja mielikuvien käyttöön ohjaavat äänitteet olivat lasten subjektiivisen arvion mukaan lievittäneet kipua merkittävästi. (Ivanof, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2006, 195; Bond & Simpson 2006, 266–268; Salanterä ym. 2006, 194–195.)

4.1.4 Rohkaisu ja palkitseminen

Sekä vanhemmat että hoitohenkilökunta voivat rohkaista ja palkita lasta niin sanallisesti kuin konkreettisesti. Välillä pelkkä lapsen kehuminen reippaaksi voi kohottaa lapsen mielialaa ja näin poistaa ahdistusta. Lapselle voidaan myös luoda positiivista mielikuvaa tehdyistä toimenpiteistä palkitsemalla hänet konkreettisella palkinnolla. (Pölkki 2002, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 306–307.)

Hyviä palkintoja ovat lapselle mieleiset pienet syötävät ja juotavat, esimerkiksi jäätelö tai sipsit. Lisäksi lapselle voi antaa pienen ikään sopivan lahjan, kuten tarran, lelun, värikynät tai pelin, muistoksi omasta reippaudesta sairaalassa. Tällaiset asiat voivat tuntua aikuisesta pieneltä, mutta ovat erittäin tärkeitä lapselle ja auttavat lasta luomaan positiivisemmän kuvan sairaalahoidosta. (Pölkki 2002, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 306–307.)

4.1.5 Musiikki

Musiikin käyttö potilaan kivun lievityksessä ja ahdistuksen helpotuksessa on hoitotyössä viimeisinä vuosin lisääntynyt. Sitä voidaan käyttää kaiken ikäisille potilaille muun muassa ennen ja jälkeen kirurgisten toimenpiteiden. Musiikkia voidaan käyttää omana elementtinään tai liittää se muiden aktiviteettien yhteyteen, esimerkiksi rentoutukseen tai videoihin. Musiikin ahdistusta ja kipua lievittävä vaikutus perustuu siihen, että se voi viedä huomiot muualle ja rentouttaa. (Musiikki interventiona sairaalassa 2009; Musiikki lasten ja aikuisten hammashoitoon liittyvän ahdistuksen hoidossa 2009.)

JBI-suosituksen Musiikki interventiona sairaalassa (2009) mukaan musiikilla voi olla vaikutusta kirurgisten tai kivuliaiden toimenpiteiden yhteydessä tarvittavien kipulääkkeiden määrään. Musiikilla on tutkimusten mukaan kuitenkin vain vähäinen kipua ja ahdistusta lievittävä vaikutus, joten suosituksen mukaan, sitä ei pidä käyttää ainoana kivunlievitysmenetelmänä.

Ahdistukseen ja kipuun parhaiten vaikuttavan musiikin todetaan suosituksessa olevan tahdiltaan 60–80 lyöntiä minuutissa, hidasta ja virtaavaa eittunelmallista musiikkia. Musiikin tulisi sisältää matalia jousisoittimia ja vain erittäin vähän vaskisia lyömäsoittimia. Äänentason tulisi olla noin 60 dB. JBI-suosituksessa (2009) kuitenkin todetaan, että merkittävää eroa kivun tai ahdistuksen lievittymisessä ei ole havaittu riippumatta siitä ovatko lapset valinneet kuunneltavan musiikin itse vai eivät.

Toisessa JBI-suosituksessa on tutkittu musiikin käyttöä lasten ja aikuisten hammashoitoon liittyvän ahdistuksen hoidossa (2011). Tässä suosituksessa kuvataan Intiassa tehtyä tutkimusta, jossa on tutkittu hammashoidon lapsiasiakkaita kolmessa ryhmässä; instrumentaalimusiikki, lastenlaulut ja ei musiikkia. Tulosten mukaan instrumentaalimusiikkia kuunnelleet lapset olivat vähemmän ahdistuneita kuin lastenlauluryhmän lapset.

4.2 Emotionaaliset tukikeinot

Potilasta voidaan auttaa ajatuksiin ja tunteisiin liittyvissä kysymyksissä monella tavalla, tätä sanotaan emotionaalisen tuen antamiseksi. Lasten ja nuorten hoitotyössä emotionaalisella tuella lisätään ja ylläpidetään niin lapsen kuin vanhempienkin turvallisuuden tunnetta sekä vähennetään ahdistusta aiheuttavien tekijöiden vaikutusta. Tukea voidaan antaa monella tavalla ja eräs tärkeä tapa on antaa tilaa sekä aikaa kysymyksille ja asioista puhumiseksi. (Korhonen ym. 2009, 6; Piiparinen & Rauhala 2009, 159.)

4.2.1 Vanhempien, tutun ihmisen tai hoitajan läsnäolo

Turvallisuus on lapselle erittäin tärkeä asia, joka voi myös olla yhteydessä koettuun kipuun. Lapselle on tärkeää, että hänen seuranaan on vanhempi tai joku tuttu ihminen tuomassa turvaa, tämä korostuu etenkin silloin, kun lapsella on kipuja. Kivuliasta lasta ei tulisikaan koskaan jättää yksin. Vanhemmat ovat lapsen tuki ja turva, joten siksi ainakin toisen vanhemman läsnäolo olisi pyrittävä mahdollistamaan tilanteen niin salliessa. Välillä lapselle voi riittää se, että joku tuttu ja turvallinen henkilö vain istuu hänen vuoteensa vierellä ja luo näin turvallisuudentunnetta. (Hiitola 2009; Pölkki 2002, 37.)

Yhtenä tärkeänä osana lapsen postoperatiivista kivun hoitoa on hänen avustamisensa esimerkiksi peseytymisessä, syömisessä, apuvälineiden käytössä, siirtymisissä ja vuoteesta nousuissa sekä sinne menoissa etenkin isojen ja liikkumista rajoittavien toimenpiteiden jälkeen. Aluksi lapsi voi opetella ja suorittaa toimia hoitajan tai fysioterapeutin kanssa ja vanhemmat voivat olla mukana opettelussa. Hoitaja opastaa vanhemmille oikeita menetelmiä ja kannustaa heitä sekä lasta toimimaan yhdessä. (Jäntti 2000, 125–126, Lindén 2009, 32–33.)

4.2.2 Sylittely, kosketus ja lohduttelu

Hoitajan on hyvä rohkaista vanhempia ottamaan lasta mahdollisuuksien mukaan syliin, sillä se luo lapselle turvaa ja näin ollen voi myös helpottaa

kipuja. Sylittelyn lisäksi myös pelkkä kosketus ja silittelyt ovat usein lapselle rauhoittavia ja olotilaa helpottavia kokemuksia. Usein, jos lapsi on esimerkiksi levoton, voi vanhemman tai turvallisen aikuisen kosketus muun muassa kädestä pitäminen, halaus tai pään silittely rauhoittaa häntä. Välillä voi olla myös sellaisia tilanteita, ettei lapsen pitäminen sylissä ole mahdollista ja tällöin kosketuksen merkitys korostuu entisestään. (Pölkki 2002, 36; Ivanof ym. 2006, 159.)

Tuttujen ihmisten, kuten vanhempien tai omahoitajan äänet ovat tärkeitä lapselle, sillä niiden kuuleminen vähentää lapsen pelkoa ja ahdistusta. Lasta voidaan lohdutella rauhallisella äänellä ja kertomalla kaiken sujuvan hyvin. (Pölkki 2002, 36.)

4.3 Fysikaaliset keinot

Lämpö- tai kylmähoito, hieronta, asentohoidot, hengitysharjoitukset ja TENS eli transkutaaninen hermostimulaatio ovat kaikki kivun lievityksessä käytettäviä fysikaalisia hoitomenetelmiä. Näiden menetelmien käytöstä lasten kivun hoidossa on kuitenkin melko vähän tutkittua tietoa. (Pölkki 2002, 37)

4.3.1 Kylmä- ja lämpöhoito

Kirurgisen toimenpiteen tai esimerkiksi tapaturman aiheuttamaa akuuttia kipua voidaan lapsilla hoitaa kylmällä tai lämpimällä, riippuen siitä, mikä tuntuu parhaiten kyseiselle potilaalle sopivan. Hoitoja voidaan toteuttaa muun muassa kylmä- ja lämpökääreillä tai -pakkauksilla, jotka voidaan asettaa kipeän alueen päälle. Toisaalta voidaan myös tarjota kylmiä tai lämpimiä ruokia ja juomia. Esimerkiksi tonsillektomian eli nielurisaleikkauksen jälkeen lapselle tarjotaan aluksi kylmiä nesteitä ja sitten helposti syötäviä ruokia, kuten jäätelöä nielun puudutukseen ja näin ollen kivun ehkäisyyn. (Pölkki 2002, 36; Kalso ym. 2009, 237–239)

Lämmön kipua lievittävä vaikutus perustuu siihen, että se vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, avaa hiussuonia, lisää kudosten verenkiertoa, rentouttaa lihaksia ja parantaa kudosten aineenvaihduntaa. Lämpöhoito voi olla toimiva menetelmä itsenäisenä kivunhoitomenetelmänä, mutta sitä käytetään myös esihoitona esimerkiksi ennen hierontaa. Vasta-aiheita lämpöhoidon toteutukselle ovat muun muassa ihottumat, tulehdukset ja kudosvauriot hoidettavalla alueella. (Kalso ym. 2009, 237–239)

Kylmähoito on edullinen, tehokas ja suhteellisen turvallinen hoitovaihtoehto. Kylmäpakkaukset ja kylmäpyyhkeet ovat käyttökelpoisia akuuttien pehmytkudosvammojen hoidossa ja leikkausten jälkeen, sillä ne vähentävät kipua ja turvotusta. Kylmähoidon teho perustuu kudoksen lämpötilan alenemiseen, joka johtaa lihasten rentoutumiseen sekä kudosten aineenvaihdunnan hidastumiseen. Kylmä myös hidastaa hermojen johtumisnopeutta, mikä aiheuttaa kivun lievittymisen. Kylmähoidon käyttöaika on kerrallaan noin 10–30 minuuttia, sillä liian pitkä käyttö voi aiheuttaa haittavaikutuksia,

kuten hermovaurioita. Kylmähoidon vasta-aiheita ovat muun muassa ihoalueen tunnottomuus ja huono verenkierto sekä kylmäallergia ja –urtikaria. (Kalso ym. 2009, 237–239; Jäntti 2000, 125)

4.3.2 Asentohoito, hengitysharjoitukset, hieronta

Kipua voidaan lievittää ja ehkäistä auttamalla lapsi sellaiseen asentoon, jossa hänen olonsa tuntuu mahdollisimman mukavalta. Tulee kuitenkin muistaa, että joskus kirurginen toimenpide voi asettaa joitakin rajoituksia asentohoidolle, esimerkiksi vatsanalueen suurissa kirurgisissa toimenpiteissä vatsallaan nukkuminen ei välttämättä ole suositeltavaa ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä. Joskus asentohoitoa voidaan myös toteuttaa erilaisilla lastoilla tai kipsillä, kuten esimerkiksi raajamurtumissa tehdään. Asentojen vaihdot tulee myös suorittaa hallitusti ja varoen esimerkiksi selän skolioosileikkauksessa, jossa pyritään niin kutsuttuihin blokkikäntöihin eli vältetään selkärangan kiertymistä epäedullisiin asentoihin. (Pölkki 2002, 36; Ivanof ym. 2006, 159; Jäntti 2000, 124.)

Asentohoidon lisäksi lasta opastetaan nousemaan vuoteesta ja menemään vuoteeseen oikein, esimerkiksi vatsanalueen toimenpiteiden jälkeen kyljen kautta nouseminen on suositeltavaa ja lisäksi leikkausaluetta voi tukea tyyneillä tai kädellä. Ohjeita ja harjoituksia käydään lapsen sekä vanhempien kanssa läpi jo ennen leikkausta esimerkiksi hoitajan tai fysioterapeutin kanssa. Toimenpiteen jälkeen asioita käydään uudestaan läpi muistin virkistämiseksi. (Pölkki 2002, 36; Ivanof ym. 2006, 159; Jäntti 2000, 124.)

Hengitysharjoituksiin kuuluu opastaa lasta rauhalliseen ja syvään hengittämiseen niin sanottuun palleahengitykseen. Fysioterapeutti voi käydä ohjaamassa ja antamassa kirjallisia ohjeita oikeista hengitystekniikoista ja käytettävistä apuvälineistä. Rauhallisen hengityksen lisäksi myös hieronta voi olla menetelmä, jolla lasta saadaan rentoutumaan. Hieronnalla voidaan helpottaa lihasten kireyttä ja vähentää lihasspasmeja, minkä seurauksena lapsi pystyy paremmin rentoutumaan. Hoitaja tai fysioterapeutti voi opastaa ja rohkaista vanhempia lapsen hierontaa. (Pölkki 2002, 36; Bond & Simpson 2006, 267.)

4.3.3 TENS

Transcutaneous electrical nerve stimulation eli sähköinen hermostimulaatio on lääkkeetön hoitomuoto, jossa iholle asetetaan sähköjohtojen päässä olevat kumiset elektrodilevyt. Itse TENS-laite on pieni sekä helppokäyttöinen ja esimerkiksi fysioterapeutti tai koulutuksen saanut hoitaja voi toteuttaa hoitoa sekä opastaa käytössä lapsen vanhempia. Laitteesta voidaan säätää virran voimakkuutta, sähköimpulssin kestoja sekä impulssin taajuutta. Nopeafrekvenssiset ärsykkeet tuntuvat iholla pienenä värinä ja hidastafrekvenssiset ärsykkeet aiheuttavat kivuttomia lihassupistuksia. (Salanterä ym. 2006, 163–165; Vainio 2009.)

Ihoelektrodit asetetaan kiputilasta riippuen joko kipualueelle tai sen läheisyyteen. TENS-hoito perustuu siihen, että siinä ärsytetään kosketushermopäätteitä, joista lähtevät signaalit estävät kipuärsykkeiden johtumista selkäytimestä aivoihin eli hyödynnetään niin sanottujen porttisolujen toimintaa. (Salanterä ym. 2006, 163–165; Vainio 2009.)

TENS-hoito on turvallista ja komplikaatiot ovat harvinaisia. Vasta-aiheita TENS-hoidolle ovat kuitenkin muun muassa sydämen tahdistin, paikallinen ihorikko hoitoalueella, ihon tunnottomuus sekä vaikea epilepsia. (Salanterä ym. 2006, 165.)

4.4 Viihtyisä, rauhallinen ympäristö

Osastolla olisi tärkeää panostaa osaston viihtyvyyteen, koska se helpottaa lasta sopeutumaan sen hetkiseen tilanteeseen. Sekä osastolla että potilashuoneissa olisi pyrittävä minimoimaan ääniongelmat ja säätämään lämpötila sekä ilmanvaihto sopivalle tasolle. (Pölkki 2002, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328.)

Osaston viihtyvyyteen voidaan vaikuttaa sisustuksella. Lapsille tärkeitä ovat omat lelut ja tutut tavarat, joten niiden tuominen omaan potilashuoneeseen olisi mahdollistettava. Potilaana olevalle lapselle on järjestettävä ikää ja kehitystasoa vastaavia virikkeitä kuten piirtäminen, askartelu, pelit, viideot ja lelut. (Pölkki 2002, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää leikki-ikäisten lasten lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tavoitteena on kuvata hoitohenkilökunnan lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Aineiston kerätään kyselytutkimuksen avulla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion yliopistollisen sairaalan Lasten ja nuorten osaston 2407 hoitohenkilökunnalta.

Kyselytutkimuksen avulla halutaan kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoisuutta erilaisista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja siitä kuinka paljon he kyseisiä menetelmiä työssään käyttävät. Työn tuloksi voidaan hyödyntää lasten lääkkeettömässä kivunhoidossa niin yhteistyöosastolla kuin muissakin lasten hoitotyön parissa työskentelevissä yksiköissä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mitä ja miten lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä osastolla käytetään?
2. Millaisissa tilanteissa lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään osastolla?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA – AINEISTO

Tutkimuksen toteutukseen on lukuisia tapoja. Tutkimusmenetelmät, aineiston keruutavat ja monet muut tutkimukseen liittyvät asiat muotoutuvat tehtävän tutkimuksen mukaan. Tässä opinnäytetyössä toteutettiin laadullinen tutkimus ja aineiston keräämisessä käytettiin apuna kyselytutkimusta ja analysoinnissa deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Seuraavaksi käsitellään opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa tehtyjä valintoja ja niiden taustalla olevaa teoriaa. Perehdytään sekä tutkimusmenetelmän valintaan, aineiston keruun suunnitteluun ja toteutukseen että tutkimusaineiston käsittelyyn ja analysointiin.

6.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää, eikä sen tavoitteena ole löytää absoluuttista totuutta tutkittavasta asiasta. Sen sijaan tarkoituksena on tutkimuksen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla löytää tai paljastaa tosiasioita, joiden pohjalta voidaan luoda tutkittavasta asiasta malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161; Vilkkä 2005, 98.)

Kvalitatiivinen tutkimus on käyttökelpoinen sellaisissa tilanteissa, joissa tutkimusalueesta ei vielä tiedetä juuri mitään, siihen halutaan saada uusia näkökulmia tai tutkia asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. Laadullisella tutkimuksella voidaan pyrkiä luomaan uusia teorioita ja hypoteeseja, saamaan ilmiöstä hyvä kuvaus tai syvälinen näkemys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50; Kananen 2008, 32.)

Siinä missä määrällinen tutkimus pyrkii tutkimaan tapausten joukkoa, laadullinen tutkimus kuvaa yksittäistä tapausta. Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan suurta joukkoa, vaan se koskee kyseistä tutkimuskohdetta. Kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä onkin se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa aineistoa kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa. Tämä tarkoittaa sitä, että kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on aina ainutlaatuista. (Kananen 2014, 19; Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu halu ihmisten motivaatioiden, käsitysten, tulkintojen ja kokemusten tutkimiseen sekä näkemysten kuvaukseen. Koska laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa todellisista tilanteista ja ilmiöistä, tutkijan on oltava suorassa kontaktissa tutkittaviin eli tiedonantajiin. Käyttökelpoisia kvalitatiivista tutkimusta tekeville ovat muun muassa erilaiset haastattelut ja kyselyt sekä havainnointi. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kananen 2008, 25.)

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Eräs tapa aineiston keräämiseen on kyselytutkimus. Yleensä kyselytutkimuksilla kerätään aineistoa määrällisiin tutkimuksiin, mutta se on käyttökelpoinen myös laadullista menetelmää käytettäessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.)

Kyselyllä on niin etuja kuin haittojakin. Etuna voi pitää esimerkiksi sitä, että kyselyn avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto eli kysyttäviä asioita voi olla monia ja vastaajia paljon. Kyselyllä tutkija voi myös säästää omaa aikaa ja vaivannäköä. Toisaalta kyselyyn liittyy myös monia haittoja ja heikkouksia: kerättyä aineistoa voidaan pitää pinnallisena ja näin ollen tutkimusta teoreettisesti vaatimattomana, ei voida olla varmoja, kuinka vakavasti vastaajat ovat tutkimukseen suhtautuneet, onko kysymyksiin vastattaessa tapahtunut väärinymmärryksiä, onko vastaajilla tietoa tai perehtyneisyyttä kysymysten aiheeseen. Lisäksi hyvän kyselylomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta sekä tietoa, taitoa että aikaa. Välillä käy myös niin, että vastaamattomuus koituu kyselytutkimuksen suureksi ongelmaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.)

Kyselyn avulla voidaan kerätä tietoa muun muassa tosiasioista, tiedoista, asenteista, arvoista, käyttäytymisestä, toiminnasta, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Haluttavasta tiedosta ja informaatiosta riippuu, millaisilla kysymyksillä vastauksia haetaan. Jos halutaan tietää täsmällisiä faktoja muun muassa vastaajan koulutuksesta, sukupuolesta ja työkokemuksesta, ovat kysymykset tällöin suoria ja yksinkertaisia. Tällaisessa tilanteessa toimivat hyvin esimerkiksi monivalintakysymykset, joiden vastauksia on helppo vertailla keskenään. Laadullisessa tutkimuksessa strukturoidulla kysymyksillä tutkimuskohde ja ilmiöt kytketään reaali maailmaan. Jos taas halutaan, että vastaajan oma ääni, ilmaisu, ajatukset, tietämys ja mielipiteet tulevat paremmin esille käytetään esimerkiksi avoimia kysymyksiä. Avointen kysymysten haasteena on kuitenkin vastausten kirjavuus, luotettavuus sekä käsittelyn työläisyys. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201; Vilka 2007, 67–68; Kananen 2014, 75.)

Kyselylomakkeen laatimiseen ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä, sillä onnistuneen lomakkeen laatimiseen vaikuttavat monet seikat. Yleisiä ja tärkeitä ohjeita voidaan kuitenkin antaa. Tärkeimpänä asiana on muistaa kyselyn selkeys ja yksiselitteiset kysymykset. Lisäksi lyhyet ja spesifiset kysymykset ovat paljon parempia kuin pitkät ja yleiset. Valmiita vastausvaihtoehtoja annettaessa käytetään mieluummin monivalintoja kuin ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä” -väittämiä ja annetaan vaihtoehdoksi myös vastausvaihtoehto ”ei mielipidettä”. Kyselyn laatijan on myös hyvä harkita sanavalintojaan, kysymysten määrää ja järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203; Vilka 2007, 77.)

Kun kyselylomake on laadittu, se olisi suotavaa testata eli niin sanotusti pilotoida ennen varsinaisen kyselytutkimuksen järjestämistä. Tällä menetelmällä varmistetaan kyselylomakkeen toimivuus ja havaitaan mahdollisia ongelmakohtia, jotka tarvitsevat vielä muokkausta. (Vilka 2007, 78; Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

Kyselytutkimukseen kuuluu oleellisena osana saatekirje tai saatesanat, jotka antavat vastaajalle tietoa tutkimuksesta. Saatteen perusteella tutkittava voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä. Saatekirje on enintään sivun mittainen ja sen informaatiotarkkuus määräytyy tapauskoh- taisesti. Saatekirjeessä tulisi olla seuraavat asiat:

- tutkimusongelma, tutkimuksen tarkoitus ja tavoite
- tutkimuksen osapuolet
- tutkimustulosten käyttäjät ja käyttö
- tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta, valmiin tutkimuksen säilytyspaikka
- tutkimusaineiston säilytys ja hävitys
- vastaajan motivointi vastaamiseen
- kyselyn vastausten palautusohjeet ja määräpäivä, vastaamiseen ku- luva aika
- tutkimuksesta vastaavan ja tiedottavan tahon yhteystiedot
- tieto henkilösuojan säilymisestä
- kiitokset vastaajalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Vilka 2007, 80–88.)

Tutkimukseen osallistuja kohtaa ensimmäisenä saatekirjeen, joten tekstin sisällön lisäksi on hyvä kiinnittää huomiota myös saatteen visuaaliseen il- meeseen. Hyvin suunniteltu ja toteutettu saatekirje motivoi vastaajaa osal- listumaan tutkimukseen. (Vilka 2007, 88.)

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin laatimaan kyselylomake (Liite 4), joka koostui muutamasta vastaajan taustatietoja kartoittavasta strukturoidusta kysymyksestä sekä kolmesta avoimesta kysymyksestä. Ajatuksena oli, että avoimien kysymysten avulla vastaajilta saadaan mahdollisimman todenmu- kainen vastaus tutkittavaan aiheeseen. Strukturoidut vaihtoehtokysymykset olisivat olleet liian johdattelevia ja aiheuttaneet ehkä sen, että vastaaja vas- taisi niin kuin ajattelee olevan ”oikein”. Avoimet kysymykset antoivat vas- taajalle mahdollisuuden saada oman äänensä kuuluviin ja tuoda esille mah- dollisesti myös uutta asiaa. Kyselylomakkeen kysymykset nousevat teoreet- tisesti viitekehuksesta ja tukevat tutkimuskysymyksiä.

Kyselylomaketta ei varsinaisesti testattu vastaajilla, vaan opinnäytetyön oh- jaava opettaja tarkasti kyselyn ja opasti sen muokkauksessa. Lisäksi kysely hyväksytettiin myös osastolla yhteyshenkilönä toimineella sairaanhoitajalla ennen kuin se jätettiin vastattavaksi henkilökunnalle. Kyselyyn liitettiin saatekirje (Liite 3).

6.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineiston määrä riippuu tutkittavasta aiheesta sekä taloudellisista ja ajallisista resursseista. Toisin kuin määrällisen, laadullisen tutkimuksen voi tehdä jo verrattain pienellä tutkimusjoukolla. Kvalitatiivi- sessä tutkimuksessa aineiston laatu on määrää tärkeämpää. Eli periaatteessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään omaavat tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta. (Kananen 2008, 34–35; Tuomi & Sarajärvi 2012, 85.)

Kyselyn toteuttamiseen on erilaisia keinoja, kuten posti- ja verkkokysely sekä kontrolloitu kysely. Toteutustapa valitaan aina sen mukaan, mikä tilanteeseen parhaiten sopii. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–197.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysely päädyttiin toteuttamaan paperisena versiona. Vastaamisen mielekkyyden ja osallistumisprosentin lisäämiseksi kyselylomakkeesta (Liite 4) tehtiin yhden sivun mittainen. Lomakkeet tulostettiin valmiiksi ja vietiin niille saatekirjeessä (Liite 3) määriteltyyn paikkaan, henkilökunnan kahvihuoneeseen, vastauslaatikon yhteyteen. Kyselyn käytännön toteutuksessa avustajana toimi eräs osastolla työskentelevä sairaanhoitaja, joka lähetti saatekirjeen sähköpostin välityksellä työntekijöille. Lisäksi saatekirje oli tulostettuna ja kiinnitettynä vastauslaatikkoon. Vastausajaksi määriteltiin kolme viikkoa ja tänä aikana hoitohenkilökuntaa muistutettiin kyselytutkimuksesta pariin otteeseen.

Kyselytutkimuksen toteutuksen aikaan osastolla työskenteli 39 vakituista hoitotyöntekijää ja 16 sijaista, joten lomakkeita tulostettiin yhteensä 55 kappaletta. Kyselyyn vastasi 23 työntekijää ja näin ollen vastausprosentiksi saatiin 41,8.

Tutkimussuunnitelmani valmistui joulukuussa 2014, jonka jälkeen anoin tutkimuslupaa Kuopion yliopistollisesta sairaalasta. Kysely oli tarkoitus toteuttaa tammikuussa 2015, mutta tutkimusluvan saamiseen meni hieman arvioitua pidempään, minkä vuoksi aineiston keruu viivästyi. Aineisto kerättiin helmikuun 2015 aikana.

6.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Kvalitatiivisen tutkimusprosessin haastavaksi osuudeksi muodostuu usein aineiston analysointi. Laadullinen tutkimus on saanut kritiikkiä muun muassa analyysin epäselvyydestä ja näkymättömyydestä sekä tulosten muodostusprosessin kuvauksen puutteellisuudesta. Sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysi on sekä metodi että väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Voidaan sanoa, että useimmat kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa jollakin tavalla sisällönanalyysiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131; Tuomi & Sarajärvi 2012, 91.)

Lähes mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali voi olla dokumentti, jota pystytään sisällönanalyysillä analysoimaan objektiivisesti ja systemaattisesti. Menetelmä sopii erittäin hyvin myös strukturoimattomaan aineistoon. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään sisällönanalyysillä saamaan tiivistetyssä ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Lisäksi menetelmällä kytetään esittämään tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 103; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa erottuvat seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Ilmiö siis esitetään laajasti, mutta tiiviisti ja selkeästi, kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota, esimerkiksi käsitekartan tai käsiteluokituksen avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat tutkimusasetelman joustavuus ja sisällöllinen sensitiivisyys. Heikkouksiksi puolestaan voidaan lukea analyysimenetelmän saama kritiikki yksinkertaisesta tekniikasta, joka ei johda tilastollisten analyysien mahdollisuuteen sekä laadullinen riittämättömyys. Sisällönanalyysi on myöskin usein melko monimutkainen ja työläs prosessi, sillä sen toteuttamiseksi ei ole laadittu yksinkertaisia ja suoraviivaisia kaavoja. Tutkija joutuu siis pohtimaan ja ajattelemaan paljon, jotta pääsisi syvällisiin tuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.)

Sisällönanalyysi voi olla sekä induktiivista eli aineistolähtöistä että deduktiivista eli teorialähtöistä. Molemmissa tavoissa ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta on mahdollista käyttää myös lausetta, lausumaa tai ajatuskokonaisuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineisto luetaan useaan kertaan läpi niin sanottua aktiivista lukemista käyttäen eli aineistolle tehdään kysymyksiä (kuka, missä, milloin, miksi, mitä). Tutustumisen jälkeen aineiston analyysin eteneminen riippuu siitä, ohjautuuko se aineiston vai ennalta valittujen kategorioiden, käsitteiden, teemojen tai käsitejärjestelmien mukaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aineistolähtöisessä analyysissä lähdetään liikkeelle aineiston pelkistämisestä, redusoinnista eli koodataan aineistosta tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaukset kerätään listoiksi, jonka jälkeen voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen ryhmittelyyn eli klusterointiin. Siinä etsitään pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään kategorioiksi ja nimetään sisältöä hyvin kuvaavasti. Yhdistely jatkuu saman sisältöisten kategorioiden yhdistämisellä yläkategorioiksi, joille myös annetaan sisältöä kuvaava nimi. Kategorioiden yhdistelyssä ja nimeämisessä toteutetaan niin sanottua käsitteellistämistä eli abstrahointia, jota jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Käsitteellistämisessä kohdataan välillä ongelmia kategorioiden nimeämisessä, jolloin voidaan käyttää apuna deduktiivista päätelyä eli antaa nimeksi jo aiemmin tunnettu käsite. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi & Sarajärvi 2012, 107–113.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä myös teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Tätä tapaa käytetään usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa. Deduktiivista sisällönanalyysia voi ohjata aikaisempaan tietoon perustuva teema, käsitekartta tai malli. Tietoon

pohjaten tehdään analyysirunko, johon etsitään aineistosta sisällöltään sopivia asioita. Runko voi olla suhteellisen väljä, jolloin sen sisään on mahdollista muodostaa induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden avulla kategorioita aineistosta. Analyysirungon muodostukseen on myös muita tapoja, kuten strukturoitu malli ja valmis runko, jolloin aineistosta poimitaan runkoon sopivia asioita. Näissäkin tapauksissa uusia kategorioita voidaan tarvittaessa luoda induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Menetelmät valitaan tutkimustarkoituksen mukaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7–9; Tuomi & Sarajärvi 2012, 113–117.)

Kyselylomakkeen kolme ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajien taustatietoja eli koulutusta ja kokemusta hoitotyöstä. Kysymys neljä selvitti lääkkeettömiä menetelmiä, joita leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa käytetään. Viides kysymys puolestaan selvitti, miten ja millaisissa tilanteissa mainittuja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään. Nämä kaksi kysymystä vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kuudennella kysymyksellä haluttiin vielä antaa vastaajalle mahdollisuus kertoa jotain muuta lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin liittyen. Tällä kysymyksellä pyrittiin antamaan vastaajille mahdollisuus tuoda esille esimerkiksi kehitysideoita ja mielipiteitä lääkkeettömien menetelmien käyttöön liittyen.

Takaisin saadut, 23 täytettyä kyselylomaketta katsottiin läpi ja todettiin, että ne voidaan kaikki hyväksyä aineistoksi. Lomakkeita käytiin ajatuksen kanssa tarkasti läpi ja kirjoitettiin puhtaaksi käsittelyn ja analysoinnin helpottamiseksi. Vastauksiin tutustumisen jälkeen, aineistosta poimittiin kysymyksittäin keskeinen sisältö merkitsemällä asiat värikoodein ja tekemällä pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista pyrittiin löytämään yhteneväisyyksiä, joista sitten muodostui alaluokkia. Näille alaluokille muodostettiin niitä yhdistäviä yläluokkia. Yläluokat nimettiin lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien kohdalla deduktiivisesti teoreettisessa viitekehyksessä mainitun Pölkin (2002) tutkimuksessa tekemää luokitusta mukailien. Tässä opinnäytetyössä tulokset siis analysoitiin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita soveltaen. Yläluokille muodostettiin vielä yksi niitä yhdistävä pääluokka. Muodostuneiden käsiteluokkien perusteella kirjoitettiin analyysi, jossa havainnollistamiseen ja luotettavuuden lisäämiseen on käytetty alkuperäisilmauksia.

7 TULOKSET

Ensin kootaan yhteen vastaajien taustatietoja kartoittavien kysymysten tulokset ja sitten käydään läpi saatujen avointen kysymysten vastausten tulokset sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Kysymysten neljä ja viisi vastausten tulokset käydään läpi ensin sanallisesti ja sen jälkeen käsiteluokituksen avulla, jotta ne olisivat mahdollisimman havainnollisia. Kysymyksen kuusi vastaukset on esitelty vain sanallisesti, koska sen tuloksia ei koettu tarpeelliseksi enää esittää käsiteluokkien avulla. Kysymykset neljä ja viisi vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja kuudes kysymys antaa lähinnä lisätietoa vastaajien ajatuksista liittyen lääkkeettömään kivunhoitoon.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Opinnäytetyön kyselytutkimukseen osallistui yhteensä 23 vastaajaa, joista 19 sairaanhoitajaa, 3 lasten-, perus- tai lähihoitajaa ja yksi fysioterapeutti. Kokemusta hoitotyöstä vastaajilla oli keskimäärin 13 vuotta ja 11 kuukautta. Lasten ja nuorten hoitotyön kokemuksen pituus oli keskimäärin 11 vuotta, 2 kuukautta.

7.2 Menetelmiä lääkkeettömän kivunhoidon toteutukseen

Lähes jokainen vastaaja kertoi käyttävänsä kylmä- ja lämpöpakkauksia kivunhoidon apuvälineenä (Kuvio 1). Lisäksi parissa vastauksessa mainittiin myös kylmien ruokien ja juomien antaminen tietyissä tilanteissa.

kylmä- / lämpöpakkaus kipukohtaan, --

-- kylmiä syömisiä, juomisia tietyissä kivuissa.

Kurkkupotilaille jätski, mehujää, viileät syömiset ja juomiset esim. vesi/jäävesi --

Kolmannes vastaajista kertoi hyödyntävänsä asentohoitoa muun muassa kylkiasentoa, raajan tukemista, asennonvaihtoa ja lastoitusta. Muutama mainitsi liikkumisen, levon tai hieronnan. Yhdessä vastauksessa mainittiin höyryhengityksen käyttö ja toisessa sidosten löysääminen tai tiukennus.

Asennonvaihto, --, liikkuminen/lepo, tyyny polvien alle, --

asentohoidot / lastotus / immobilisointi / mobilisointi

erilaisten sidosten löysyttäminen/ tiukentaminen

Asentohoito, esim. raaja koholla, kylkiasento vatsakipuisella usein auttaa.

Yhdessä vastauksessa mainittiin eritystoiminnasta huolehtiminen eli huolehditaan esimerkiksi, ettei rakko täytyisi liian täyteen.

Emotionaalisista keinoista suosituimmaksi vastaajien keskuudessa nousi vanhemman tai hoitajan läsnäolo, jota noin puolet kertoi hyödyntävänsä leikki-ikäisen kivunhoidossa. Noin neljännes vastaajista kertoi käyttävänsä kivun lievityksessä jotakin seuraavista: sylittely, kosketus ja silittely tai jutteleminen.

-- vanhempien läsnäolo / hoitajan läsnäolo, --

-- vanhempien tuki ja turva ← siihen kannustaminen, ”sylittely” ja rauhoittava jutustelu, --

Muutamassa vastauksessa mainittiin myös turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen sekä lohduttelu ja rauhoittelu.

Tutustuminen lapseen, vanhempien kanssa jutteleminen lapsen tavoista ja asioista, havainnointi toiminnasta. -- Hyvän olon järjestäminen lapselle, vanhemmille. -- Positiivista ilma-
piiriä. --

Lähes jokaisessa vastauksessa kerrottiin kivunhoitotyössä käytettävän apuna lapsen huomion kiinnittämistä muualle esimerkiksi antamalla hänelle mielekästä tekemistä. Vastajat nimesivät keinoiksi muun muassa leikin, lelut, erilaiset pelit, lukeminen, askartelu ja DVD:n tai television katselu. Myös musiikki oli, esimerkiksi laulun ja musiikin kuuntelun muodossa, käytössä lähes puolella vastaajista.

Muutama vastaaja mainitsi käyttävänsä lapsen kivunhoidossa palkitsemista esimerkiksi tarjoamalla herkkuja tai antamalla reippauslahjan. Muutamassa vastauksessa mainittiin myös rohkaisu ja kannustus. Yksi vastaajista toi esille lapsen valmistamisen tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Toinen vastaaja taas mainitsi huumorin käytön hoitotyössä.

-- ajatusten vieminen muualle esim. leikin avulla

Huomion kiinnittäminen muualle mieluisaan tekemiseen:
DVD:t, pelit, askartelu jne.

-- Isompien lasten kanssa huumori. Joitakin asioita ”voi laittaa leikiksi” → pelleily

Toimenpiteiden ja tapahtumien läpikäynti edeltävästi. Reippauspalkinnot.



Kuvio 1. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon.

7.3 Lääkkeettömän kivunhoidon käyttö hoitotyössä

Usea vastaaja mainitsi vastauksessaan käyttävänsä lääkkeetöntä kivunhoitoa lääkkeellisen kivunhoidon tukena tai lisänä. Lääkkeetöntä kivunhoitoa käytetään heidän mukaansa lääkkeellisen tukena muun muassa, kun kaikki mahdolliset kipulääkkeet on annettu ja lapsi on edelleen kipeä tai, kun odotetaan annetun lääkkeen vaikutusta (Kuvio 2).

Kun kaikki määrätyt kipulääkkeet on jo käytössä ja kivun lievitystä silti kaivataan.

Kun lääkkeitä ei riittävästi apua/vaikutus ei ole alkanut

Vastauksissa mainitaan, että lääkkeetöntä kivunhoitoa voidaan käyttää apuna, kun pyritään lopettamaan voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä. Kahdessa vastauksessa ilmaistiin selkeästi myös se, että lääkkeetöntä kivunhoitoa voidaan kokeilla ja käyttää ennen lääkkeellistä kivunlievitystä. Lisäksi osa vastaajista pohti sitä, että välillä lapsen kipua on vaikea arvioida, joten ennen kipulääkkeitä voi kokeilemalla löytää lääkkeettömistä keinoista oikean tavan auttaa lasta.

-- on tarkoitus päästä eroon esim. vahvoista kipulääkkeistä.

jos kivusta on vaikea saada selvää → kokeilen toimisiko -- jos epäilen, että lapsella onkin joku muu asia huolenaan → psykosomaattinen oireilu

Vastaajat kuvailivat käyttävänsä kylmä- ja lämpöhoitoa erilaisissa kiputilanteissa, kuten murtumissa, leikkausalueella sekä selkä- tai mahakivuissa kylmä- ja lämpöpakkauksia sekä muun muassa nielurisaleikatujen potilaiden kivunhoidossa kylmiä ruokia ja juomia. Eräässä vastauksessa mainittiin myös, että kylmäpakkauksella voidaan ennaltaehkäistä kipua. Toinen vastaaja kertoi käyttävänsä kylmää kipualueille esimerkiksi liikeharjoitusten jälkeen.

Koviin selkäkipuihin lämmin kauratyyny kylmäpusseja käsi ja jalkakipuihin

Kylmä/lämmin auttaa esim. vatsa- ja selkäkipuun.

-- Kylmähoito kipualueelle harjoituksen päätyttyä. --

Vastauksista käy esille, että asentohoitoa, liikuntaa sekä lepoa käytetään tilanteeseen sopivalla tavalla kivunhoitona muun muassa murtumaleikkattujen hoidossa.

Erilaisten murtumien/venähdysten hoidossa asento-
hoito/kylmä yms. tärkeät.

Vuodelepo → liikunta voi auttaa esim. selkäkipuun.

Monessa vastauksessa ilmaistiin vanhempien läsnäolon tärkeys lapselle ja siksi moni kertookin käyttävänsä läsnäoloa kivunhoidossa lukuisissa tilanteissa. Vastaajat kertovat, että lapselle järjestetään seuraksi esimerkiksi hoitaja silloin, kun vanhemmilla ei ole mahdollisuus olla lapsen luona tai he lähtevät tauolle.

- Lasten kyseessä ollen myös kun ikävöivät omaisia tai kotia.
- Vanhempien rauhoittavaan läsnäoloon tukeminen --
- Lapsella ei vanhemmat paikalla, silloin tärkeää hoitajan läsnäolo.

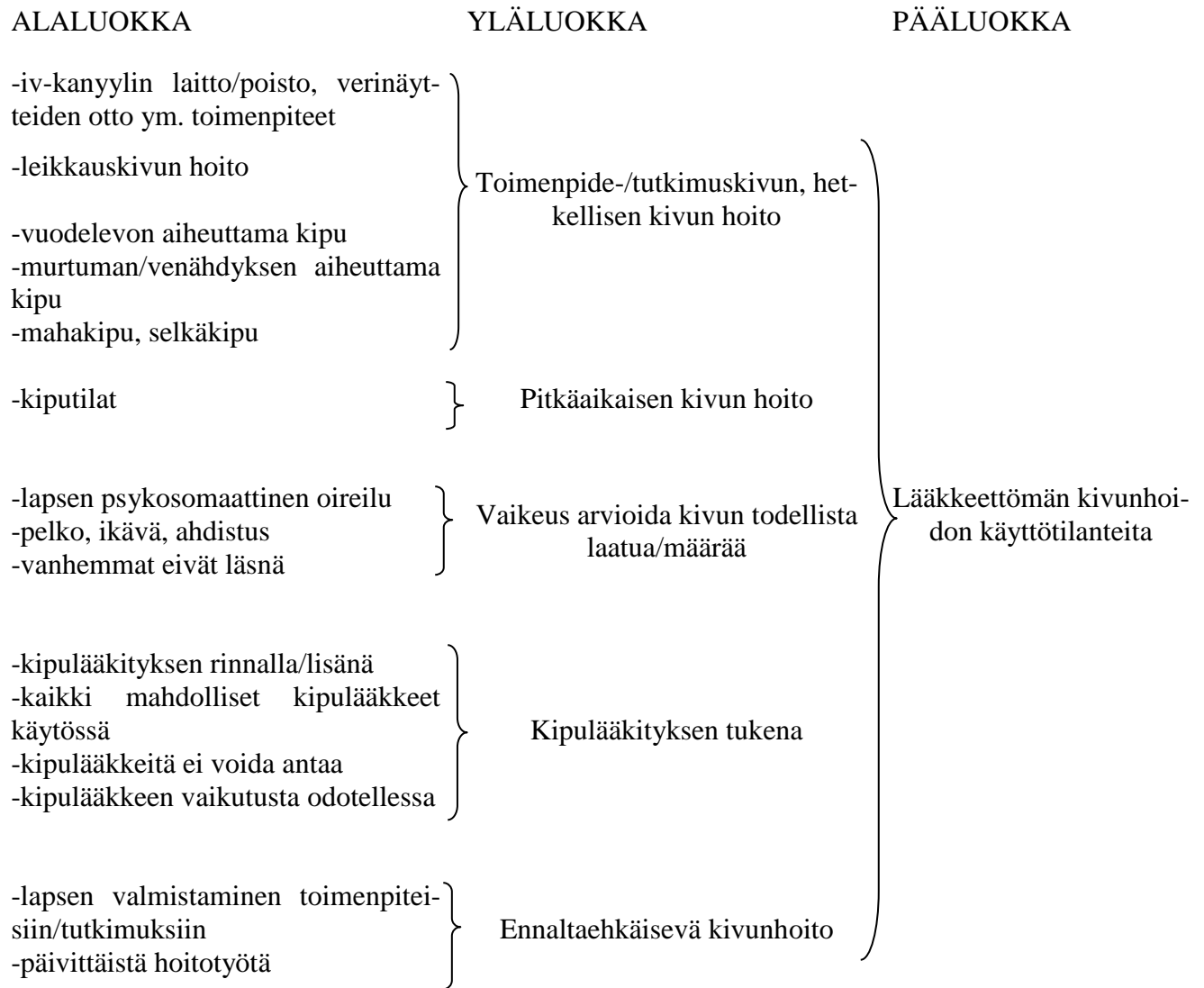
Usea vastaaja kertoi hyödyntävänsä erilaisia lapsen huomion kiinnitysmenetelmiä kivunhoitotyössä. Esimerkiksi leikki tai laulu voi viedä ajatukset pois kivusta tai ikävästä ja pelosta, jotka lapsi mieltää kivuksi. Huomion toisaalle viemistä voi vastaajien mukaan hyödyntää useissa tilanteissa ja jokapäiväisessä hoitotyössä. Mieleisen tekemisen lisäksi myös reippauspalkinnot toimivat erään vastaaja mukaan hyvin huomion kiinnittäjänä. Ajatusten toisaalle suuntaamisesta voi olla apua myös silloin, kun ei ole varma lapsen ilmaiseman kivun voimakkuudesta.

- Lapsen iästä ja kehitystasosta riippuen eri menetelmät, joilla huomio pois kivusta. --

Leikkiä ja laulua voi käyttää kaikissa tilanteissa. -- Reippauspalkinnot auttavat mielenkiinnon siirtämisessä.

- Laulujen, lorujen, leikkien harjoitellaan ”hankalia” asentoja, liikkeitä, jolloin lapsi ei keskity kipuun vaan mieluisaan tekemiseen.

- Jos epäilen/pohdin kivun voimakkuutta, kokeilen ensin huomion kiinnittämistä muualle, esim. leikkiin. --



Kuvio 2. Lääkkeettömän kivunhoidon käyttö leikki-ikäisen lapsen hoitotyössä.

7.4 Vastaajien mietteitä lääkkeettömästä kivunhoidosta

Muutamassa vastauksessa tuotiin esille, että lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä ja käytöstä kaivattaisiin enemmän koulutusta. Nykyisin koulutuksissa keskitytään vastaajien mukaan lääkkeelliseen kivunhoitoon.

Asiasta voisi olla esim. lisää koulutusta/tietoa → Nyt eneminkin lääkkeellisestä kivunhoidosta.

Usea vastaaja piti lääkkeetöntä kivunhoitoa tärkeänä osana lapsen hoitoa ja kertoivatkin käyttävänsä sitä kipulääkityksen tukena. Eräässä vastauksessa todettiin vaikeus arvioida vieraan lapsen kipua ja siksi vastaaja kertookin ensisijaisesti käyttävänsä kipulääkkeitä ja vasta sitten lääkkeettömiä menetelmiä varmistuakseen, ettei kipua tule alihoidettua.

Äärimmäisen tärkeä asia! Kaikkien hoitajien tulisi tiedostaa ja käyttää lääkkeetöntä kivunhoitoa lääkkeiden rinnalla

Tärkeää olla olemassa muitakin keinoja kuin lääkehoito. Pelko/ikävä/paha mieli/tylsyys yms. asiat joskus voimistavat kivun kokemusta; näiden huomioon ottaminen

Usein käytän lapsipotilaille osastolla ensisijaisesti kipulääkettä, koska vieraasta lapsesta on vaikea arvioida/mitata todellista kivun voimakkuutta. Lääkkeen jälkeen/lisäksi käytän lääkkeettömiä menetelmiä. Tuntuu sille, että näin lapsen kipua ei tule alihoidettua.

Eräs vastaaja kertoo kannattavansa sairaalaloissa lääkkeellistä kivunhoitoa, koska muun muassa toimenpiteistä aiheutuu sellaista kipua, johon lääkkeettömien menetelmien käyttäminen olisi lapsen aliarviointia.

Sairaalassa ollessa kannatan lääkkeellistä kivunhoitoa. Erilaiset toimenpiteet ja operaatiot aiheuttavat kipua, johon lääkkeettömät hoidot ovat lapsen aliarvioimista.

Eräässä vastauksessa pohdittiin myös sitä kuinka vanhemmat sietävät ja suhtautuvat lapsensa kipuun, kestävätkö he sitä vai kokevatko he lääkkeen ainoaksi vaihtoehdoksi. Muutamassa vastauksessa mainittiin myös se, että välillä hoitotyötä toteuttaessa ajan riittävyys on ongelma. Ajoittain käy niin, ettei hoitaja ehdi kunnolla paneutua lapsen vierellä oloon ja kuunteluun, jolloin kipulääkkeen antaminen koetaan helppona ratkaisuna. Eräässä vastauksessa pohditaan myös sitä, että työyhteisön antama tuki vaikuttaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön.

Vanhempien asenne kipuun → kestävätkö/jaksavatko ”kuunnella” kipua yhtään → onko lääke ainoa vaihtoehto.--

-- Osaston tilanne, ikävä kyllä, vaikuttaa! Onko aikaa paneutua vierellä oloon/kuuntelemiseen - helppo tapa antaa lääke.

--

-- Saako tukea lääkkeettömään kivunhoitoon muilta ammattiryhmiltä esim. lääkäri, ft ja omat kollegat

8 POHDINTAA

Seuraavissa alaluvuissa käsitellään aluksi laadulliselle tutkimukselle tärkeitä eettisyyttä ja luotettavuutta. Sen jälkeen pohditaan saatuja tuloksia teoreettisessa viitekehityksessä ja tehdään niistä johtopäätöksiä. Lisäksi kuvataan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä ja annetaan aiheeseen liittyviä jatkotutkimusehdotuksia. Lopuksi kuvataan omaa oppimista opinnäytetyöprosessin aikana.

8.1 Eettisyys

Tutkijan on hyvä muistaa, että tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyy paljon erilaisia eettisiä kysymyksiä aina aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka. Suomessa hoitotieteellistä tutkimusta ja sen etiikkaa ohjeistavat Helsingin julistus, kansallinen lainsäädäntö, Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK ja Terveystieteiden neuvottelukunta eli ETENE. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 227.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat muun muassa itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti ja tutkimuslupa. Lisäksi jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu, jossa hänen on pohdittava aiheen yhteiskunnallista merkitystä ja tutkimuksen vaikutusta siihen osallistuviin. Hyödyllisyys on tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta ja tutkimuseetiikan periaate. Tutkijan on pyrittävä tutkimuksessaan tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskien minimoimiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Tutkimukseen osallistuessaan tutkittavilla eli tiedonantajilla on itsemääräämisoikeus. Tämä tarkoittaa, että osallistuminen on aidosti vapaaehtoista ja aina on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus. Lisäksi tutkittavilla täytyy olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada lisätietoa tutkimuksesta niin halutessaan. Kaikki edellä mainitut asiat ovat välttämättömiä, jotta tutkittava voi antaa tietoisesti suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen. Keskeisenä osana tähän kuuluvat myös tutkittavan tietoisuus tutkimuksen luonteesta, aineiston säilytyksestä ja tulosten julkaisemisesta. Yleensä nämä asiat tuodaan esille saatekirjeessä, joka tutkimukseen osallistuville jaetaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.)

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen liitettiin mukaan saatekirje (Liite 3), josta yllämainitut asiat tulivat esille. Saatekirje liitettiin kyselylomakkeiden ja palautuslaatikon yhteyteen ja lisäksi osastolla toiminut yhteysthenkilö toimitti sen osaston hoitohenkilökunnan sähköpostiin, jotta jokainen vastaaja saisi tarvittavat tiedot ennen vastaamistaan. Sähköpostitse lähetetyllä saatekirjeellä pyrittiin myös kannustamaan vastaajia osallistumaan kyselyyn.

Tutkittavia on kohdeltava tutkimusta tehtäessä oikeudenmukaisesti ja anonyymisti. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, että tutkittaviksi valikoituvat ovat tasa-arvoisia eli heidän mielipiteitään, kulttuurisia uskomuksiaan, tapojaan ja elämäntapaa kunnioitetaan, eivätkä ne vaikuta tutkittavien valinnassa. Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ja aineisto säilytetään huolellisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia saatujen tutkimustuloksien selittämisessä. Tällöin on tärkeää pohtia voiko ilmauksen murrekieliset sanat tai vastaajien pieni alaryhmä, esimerkiksi miespuolinen hoitotyöntekijä, paljastaa vastaajan henkilöllisyyden. Näissä tapauksissa ilmaisuja voidaan kääntää yleiskielelle ja jättää raportoimatta ryhmittäisiä eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Vastaukset annettiin nimettöminä eli näin varmistuttiin vastausten anonyymiteetistä. Vastaukset myös säilytettiin huolellisesti niin, että vain opinnäytetyön tekijä pääsi niihin käsiksi. Lisäksi vastauksia ei ryhmitelty vastaajien hoitoalan kokemuksen tai ammattinimikkeen perusteella, vaan kyseiset tiedot ilmoitettiin keskiarvoina. Alkuperäisilmaukset eivät olleet murrekielisiä, joten niiden yleiskielelle muuttamiseen ei ollut sen suurempaa tarvetta.

Yleensä tutkimusta varten haetaan lupa ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tutkimusluvan hakemiseen tarvitaan huolellisesti laadittu tutkimussuunnitelma, joka auttaa myös tutkijaa hahmottamaan tutkimuksen kokonaisuuden muun muassa aikataulujen osalta sekä tuo tutkimustyöskentelyyn tavoitteellisuutta. Lupaa hakiessa varmistetaan, saako kohdeorganisaation nimen kuvata tutkimusraportissa. Jos tutkimuskohteena on hoitohenkilöstö, eettisen toimikunnan lausuntoa ei yleensä tarvita. Tutkimuslupaa hakiessa varmistetaan kohdeorganisaation lupa- ja tutkimuskäytännöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85, 222.)

Väliseminaarin jälkeen sain ohjaavalta opettajalta luvan hakea tutkimuslupaa, jota varten työstin ja hyväksytin opettajalla tutkimussuunnitelman marras-joulukuussa 2014. Täytin tarvittavat tutkimuslupahakemukset ja vein ne Lasten ja nuorten osaston 2407 osastonhoitajalle, joka toimitti ne eteenpäin tammikuun 2015 alussa. Ylihoitajan hyväksyvä päätös tuli tammikuun 2015 lopulla. Erillistä lausuntoa eettiseltä toimikunnalta ei tarvittu, koska tutkimus kohdistui hoitohenkilöstöön.

Tutkimuksen kohteisiin ja osallistujiin kohdentuvien tutkimuseettisten haasteiden lisäksi myös tutkimusraportin laatimiseen liittyy omat haasteensa. Näitä eettisiä kysymyksiä ovat muun muassa plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Plagiointi voi olla joko toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä tai omien tulosten toistamista eli esittämistä ja raportointia aina uudelleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.)

Tulosten sepittäminen tarkoittaa, että saadut tulokset on tekaistuja. Tutkijalla ei joko ole ollenkaan aineistoa tulosten perusteeksi tai hän saattaa muuttaa ja kaunistella saamiaan tuloksia. Tämän vuoksi on tärkeää kuvata

tutkimusraportissa tutkimuksen eri vaiheet tarkasti. Lisäksi tulokset kuvataan puhtaina tuloksina ja arviointi sekä tulkinta suoritetaan pohdinta-osiossa. Tutkijan on hyvä muistaa, että myös tutkimuksen puutteet ja kielteiset tulokset raportoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.)

Opinnäytetyössäni pyrin raportoimaan tutkimustulokset mahdollisimman totuudenmukaisesti, enkä lisännyt niihin omia oletuksia tai ajatuksia. Tulosten raportointiin käytin deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin menetelmiä, joista tuotoksena olivat käsiteluokitukset. Tulosten kuvauksen esitin puhtaina tuloksina. Tulosten arvioinnin ja tulkinnan suoritin tulosten pohdinnassa.

8.2 Luotettavuus

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu useita varsin erilaisia tutkimusperinteitä ja siksi myös käsitykset tutkimuksen luotettavuudesta vaihtelevat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta ja laatua mitataan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Näitä termejä voidaan käyttää myös kvalitatiivisen tutkimuksen arviointiin, mutta niiden sisältö on erilainen kvantitatiiviseen verrattuna. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida laskea samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa, jolloin se jää arvion varaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on tutkijan arvioinnin ja näytön varassa, mikä tarkoittaa, että objektiivisen luotettavuuden saavuttaminen on lähes mahdotonta. Sisällönanalyysia tehdessään tutkija tulkitsee asioita subjektiivisesti, mikä voi muodostua ongelmaksi. (Tuomi & Sarajarvi 2012, 134; Kananen 2014, 146–147, Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Eräiksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi on esitetty seuraavaa: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Se kuvaa myös sen, miten hyvin muodostetut luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Luotettavuuden kannalta aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeää, joten siksi tutkimukseen on hyvä liittää mukaan analyysin etenemistä kuvaavia taulukoita tai muita havainnollistamisen apuvälineitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Siirrettävyys puolestaan osoittaa sitä, kuinka hyvin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää huolellista tutkimusympäristön, osallistujien valinnan, taustojen selvittämisen, aineiston keruun ja analyysin kuvausta niin, että toinen tutkija voi halutesaan toistaa tutkimuksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Eräänä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä pidetään tutkimusraportissa esitettäviä autenttisia, suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä. Tällä pyritään antamaan lukijalle mahdollisuus seurata ja pohtia aineiston keruun polkua. Tutkijan on kuitenkin lainauksia käyttäessään pohdittava niiden laajuutta, lukumäärää sekä eettisyyttä eli sitä, ettei

niistä voi tunnistaa vastaajaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 202–204) käyttävät kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereinä Walshin ja Downen vuonna 2006 julkaisemaa mallia (Liite 5), johon kuuluvat seuraavat asiat: tutkimuksen tarkoitus, asetelma, otoksen valinta, analyysi, tulkinta, refleksiivisyys, eettiset näkökulmat ja tutkimuksen relevanssi. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty arvioimaan soveltuvin osin näiden kriteerien perusteella.

Opinnäytetyöraportissani pyrin tuomaan esille tutkimukseni tarkoituksen selkeillä tutkimuskysymyksillä ja perusteluilla. Tutkimusmenetelmänä työssäni käytin kvalitatiivista tutkimusta, jonka toteutin kyselytutkimuksena. Tutkimuksen laatua lisäsi se, että kyselyn kysymykset olivat avoimia, jolloin vastaaja ei joudu johdatelluksi, vaan vastaa spontaanisti. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voi olla se, että kyselylomaketta ei esitettävillä vastaajilla ennen varsinaista kyselyä.

Opinnäytetyöraporttia tehdessäni selvitin tarkasti tutkimusympäristöön ja osallistujiin liittyvät valinnat. Tulosten analysoinnissa kuvasin käytetyt analyysimenetelmät ja esittänyt tulosten tueksi käsiteluoituksia ja aineiston alkuperäisilmauksia. Mielestäni nämä olivat tutkimuksen luotettavuutta lisääviä tekijöitä, sillä niiden avulla lukijan on helppo seurata analyysin kulkua. Toisaalta luotettavuutta heikentävänä seikkana voidaan pitää sitä, että tein aineiston analysoinnin yksin, jolloin on vaarana niin sanotusti sokaistua omalle työlleen. Tämä on voinut aiheuttaa sen, että aineistoa analysoidessani tuloksista jäi puuttumaan jotakin oleellista. Toinen luotettavuutta heikentävä asia voi olla melko alhaiseksi jäänyt vastausprosentti 41,8.

Jo aiemmin pohdittiin opinnäytetyön sekä tutkimuksen eettisyyttä, mutta eettiset periaatteet nousevat esille vielä luotettavuudessa. Mielestäni kannoin työskentelyni aikana tutkijan eettisen vastuun eli hankin tarvittavat luvat ja kunnioitin tiedonantajia takaamalla muun muassa autonomian, anonymiteetin ja luottamuksellisuuden. Nämä asiat lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tulosten pohdinnassa toin esille yhteyden teoreettiseen viitekehykseen ja pyrin tulkitsemaan tuloksia sen perusteella. Noudatin lähdekriittistä työotetta teoreettista viitekehystä kirjoittaessani. Pyrin valitsemaan teorialähteet niin, että ne olisivat mahdollisimman ajantasaisia. Nämä seikat lisäävät työn luotettavuutta. Toisaalta sitä olisi voinut vielä parantaa liittämällä mukaan tutkimustietoa useammasta aiheeseen liittyvästä tutkimusjulkaisusta. Huomioin myös sen, että tulokset eivät ole yleistettävissä kuvaamaan laajempaa joukkoa, vaan koskevat tutkimuskohdetta.

8.3 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää leikki-ikäisten lasten lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan lääkkeet-

tömien hoitomenetelmien käyttöä leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Aineiston kerättiin kyselytutkimuksen avulla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Kuopion yliopistollisen sairaalan Lasten ja nuorten osaston 2407 hoitohenkilökunnalta.

Vaikka fysikaalisista keinoista on Pölkin (2002, 37) mukaan lasten kivun lievityksessä melko vähän tutkimustuloksia, lähes jokainen vastaaja oli tuonut vastauksessaan esille kylmä- ja lämpöhoidon käytön kivunhoidossa. Vastauksista käy selväksi, että kylmä- ja lämpöhoitoa käytetään niin kivun ennaltaehkäisyyn kuin hoitoonkin. Tapa, jolla hoitoa milloinkin annetaan, määräytyy hoidettavan vaivan mukaan ja esimerkkinä vastaajat olivat antaneet kylmäpakkauksien käytön murtuma- ja leikkausalueella sekä kylmien syömisten antamisen nielurisaleikatuille. Kylmä soveltuukin oivallisesti juuri akuuttien pehmytkudosvaurioiden ja leikkausten aiheuttamien kipujen hoitoon, koska se vähentää turvotusta ja hidastaa hermojen johtumisnopeutta. Kylmä- ja lämpöhoitojen käytön yleisyys kivun lievityksessä voi johtua muun muassa siitä, että ne ovat helppoja, edullisia, tehokkaita ja suhteellisen turvallisia toteuttaa. (Kalso ym. 2009, 237–239; Jäntti 2000, 125.)

Toiseksi käytetyimmäksi fysikaaliseksi hoitokeinoksi vastaajien keskuudessa nousi asentohoito. Menetelmiä, joilla asentohoitoa kerrottiin toteutettavan, olivat muun muassa raajan tukeminen koholle, erilaisten lastojen ja sidosten käyttö sekä asennonvaihdot. Näillä menetelmillä voidaan myös joko mobilisoida tai immobilisoida potilasta tarpeen mukaan. Huomiota herättävää oli se, ettei kukaan vastaajista tuonut esille oikeiden liikkumistekniikoiden opetusta, esimerkiksi sängystä nousua ja sinne menoa, sillä näillä pystytään usein ehkäisemään tai ainakin lievittämään kipua. Muutamassa vastauksessa kerrottiin käytettävän hierontaa lapsen kivun hoitamiseen. Hieronta on joissakin tilanteissa käyttökelpoinen kivun lievitysmenetelmä, sillä se vähentää lihasten kireyttä ja lihasspasmeja. (Pölkki 2002, 36; Ivanoff ym. 2006, 159; Jäntti 2000, 124.)

Yksi vastaajista mainitsi käyttävänsä höyryhengitystä kivun lievitykseen. Pölkin (2002, 36) sekä Bondin ja Simpsonin (2006, 267) mukaan erilaiset hengitysharjoitukset, joihin myös höyryhengitys voidaan lukea kuuluvaksi, auttavat lasta rentoutumaan.

Eräs vastaaja oli tehnyt hyvän huomion siitä, että potilaan eritystoiminnasta huolehtiminen on kivun ehkäisyyn kannalta oleellista, sillä esimerkiksi umpilisäkkeen poistoleikkauksen jälkeen rakon liiallinen täyttyminen voi aiheuttaa kohtuutonta kipua.

Emotionaalisista tukikeinoista ehdottomasti käytetyimmäksi osoittautui läsnäolo. Hiihtolan (2009) ja Pölkin (2002, 37) mukaan vanhemman tai tutun henkilön läsnäolo on erittäin tärkeää lapselle, koska se luo turvaa. Turvaton olo voi joskus voimistaa kiputuntemusta ja siksi olisikin pyrittävä siihen, että lapsella olisi aina mahdollisuuksien mukaan vanhempi tai muu tuttu henkilö seuranaan.

Osa vastaajista mainitsi käyttävänsä sylittelyä, kosketusta, silittelyä ja lohduttelua leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Syli on lapselle usein paikka,

jossa hän tuntee itsensä turvallisiksi ja siksi vanhempia onkin hyvä kannustaa ottamaan pieni potilas tilanteen niin salliessa syliin. Lisäksi jo pieni kosketus tai silittely sekä lohdulliset sanat voivat lievittää pelkoa, kipua sekä ahdistusta. (Pölkki 2002, 36; Ivanof ym. 2006, 159.)

Monessa vastauksessa mainittiin juttelu, jota kerrottiin käytettävän niin ajatusten kivusta pois ohjaamiseen kuin rauhoitteluun. Pölkin (2002, 36) mukaan tärkeiden ja tuttujen ihmisten rauhallisen äänen kuuleminen vähentää pelkoa ja ahdistusta. Piiparinen ja Rauhala (2006, 159) taas toteavat kivun ja pelon lievittyvän, kun lapselle annetaan aikaa kysymyksille ja juttelemiselle. Vastauksista nousi esille myös luottamuksellisen hoitosuhteen luominen lapseen ja vanhempiin, joka vastaajien mukaan onnistuu tutustumalla lapseen ja hänen perheeseensä.

Yhdeksi käytetyimmistä leikki-ikäisen lapsen lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä osoittautui huomion kiinnittäminen muualle. Lapsella kivuliaisuus, pelko ja ahdistus ovat tunteita, jotka niin sanotusti kietoutuvat yhteen ja voivat voimistaa toinen toistaan. Tästä syystä lapsen huomiota pyritään kiinnittämään muualle monilla erilaisilla tavoilla, joista vastaajat mainitsivat muun muassa leikin, sadut, pelit ja DVD:t. (Salanterä ym. 2006, 194; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 310.)

Lähes puolet vastaajista kertoi käyttävänsä musiikkia jossakin muodossa kivunhoidossa. Sen lisäksi, että musiikin kuuntelu tai laulu vievät ajatuksia pois negatiivisista tunteista, se myös rentouttaa. (Musiikki interventiona sairaalassa 2009.)

Muutamassa vastauksessa kerrottiin käytettävän palkitsemista, rohkaisua tai kannustusta leikki-ikäisen kivunhoidossa. Palkitseminen voi tapahtua niin sanallisesti kehumalla kuin reippauslahjoilla tai herkuilla. Rohkaisu ja kannustus voivat auttaa lasta suoriutumaan pelottavista toimenpiteistä tai hoitotoimista. Kaikilla näillä pyritään luomaan lapselle myönteinen kuva hoidosta, ja vaikka keinot tuntuvat aikuisesta pieniltä, ne ovat lapselle todella tärkeitä. Joten näitä keinoja toivoisi käytettävän enemmän hoitotyötä tehtäessä. (Pölkki 2002, 36; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 306–307.)

Vastauksissa vähälle huomiolle jäivät huumorin käyttö ja lapsen valmistaminen toimenpiteisiin, kumpaakaan keinoa ei mainittu kuin yhdessä vastauksessa. Huumori on käyttökelpoinen kivun lievittäjä joissakin tilanteissa ja hoitajan on yritettävä tunnustella sopivaa hetkeä sen käytölle. Lapset pitävät Salanterän ym. (2006, 195) sekä Storvik-Sydänmaan ym. (2012, 328) mukaan etenkin hassuttelusta ja tilannekomiikasta.

Valmistaminen ja tiedon antaminen tulevista toimenpiteistä sekä hoitotoimista on Storvik-Sydänmaan ym. (2012, 304) mukaan hyvän hoidon perusta. Hyvä valmistaminen voi ehkäistä tai vähentää lapsen pelkoa ja ahdistusta, jotka ovat yhteydessä kivun kokemiseen. On yllättävää, että vastaajat eivät vastauksissaan maininneet lapsen valmistamista kivunhoidon keinona, vaikka sillä on selkeästi tärkeä osa siinä. Ehkä vastaajat eivät jostain syystä miellä valmistamista kivunhoidon menetelmäksi.

Vastaajat kertoivat käyttävänsä lääkkeetöntä kivunhoitoa kipulääkkeiden lisänä tai rinnalla. Vastauksista selvisi, että lääkkeettömät menetelmät ovat tukena muun muassa silloin, kun kipulääkkeitä ei voida antaa enempää tai odoteltaessa niiden vaikutuksen alkamista. Toisaalta pyrittäessä pois voimakkaiden kipulääkkeiden käytöstä, voidaan lääkkeettömillä keinoilla edesauttaa pyrkimystä. Storvik-Sydänmaa ym. (2012, 328) toteavat, aivan kuten vastauksistakin selviää, että lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä voidaan käyttää yhdessä lääkkeiden kanssa.

Piiparinen ja Rauhala (2009, 159) sekä Storvik-Sydänmaa ym. (2012, 328) painottavat sitä, että välillä voidaan lapsen kivunhoidossa käyttää myös yksinomaan vain lääkkeettömiä keinoja. Joissakin tilanteissa se on Piiparisen ja Rauhalan (2009, 159) mukaan jopa suositeltavaa. Vain kaksi vastaajista ilmaisi selkeästi sen, että kokeilee välillä ensin tai pelkästään lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Osassa vastauksia tuotiin esille myös se, että lapsen kipua on vaikea arvioida ja siksi välillä voi kokeilla lääkkeettömien keinojen tehoa, esimerkiksi ajatusten muualle suuntaamista, ennen kuin antaa kipulääkkeitä. Tämä onkin erittäin hyvä käytäntö, sillä lapsi voi ilmaista muun muassa pelkoaan kipuina, jolloin ajatusten siirtäminen pois negatiivisesta helpottaa oloa (Salanterä ym. 2006, 194; Storvik-Sydänmaa 2012, 310).

Kyselyn vastaukset kertovat, että kylmä- sekä lämpöhoitoa erimuodoissa käytetään useimmiten akuutin kivun, esimerkiksi maha- ja selkäkipujen sekä toimenpiteestä tai murtumasta johtuvan kivun hoitoon, aivan kuten myös Kalso ym. (237–239) toteavat. Eräässä vastauksessa todetaan myös, että kipua voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi kylmäpakkauksella, mikä perustuu kylmän verisuonia supistavaan, turvotusta vähentävään ja hermo- solujen johtumisnopeutta alentavaan vaikutukseen (Jäntti 2000, 125). Muita fysikaalisia keinoja, kuten asentohoitoa, liikuntaa ja lepoa vastaajat kertoivat käyttävänsä tilanteen mukaan, esimerkiksi murtuneen raajan asettaminen kohoasentoon.

Pölkin (2002, 37) ja Hiitolan (2009) mukaan sairaalahoidon aikana lapselle on tärkeää luoda turvallinen olo, jolloin myös kipu ja pelko voivat helpottaa. Turvallisen olon luomisessa yksi tärkeimpiä asioita on läsnäolo. Mahdollisuuksien mukaan pyritään siihen, että lapsella olisi aina läsnä vanhempi tai joku tuttu henkilö, kuten hoitaja. Myös useimmat vastaajat kertoivat käyttävänsä tätä kivunhoidon menetelmää useimmissa tilanteissa. He joko kannustivat vanhempia rauhoittamaan läsnäoloon tai järjestivät vanhempien poissa ollessa lapselle seuraa, esimerkiksi hoitajasta.

Huomion kiinnittäminen muualle osoittautui vastaajien keskuudessa erittäin käytetyksi menetelmäksi kivunhoidossa. Tätä menetelmää käytettiin niin kivuliaiden toimenpiteiden ja hoitotoimien yhteydessä, oltaessa epävarmoja lapsen kivun voimakkuudesta, lapsen pelkojen ja ahdistuksen vähentämisessä kuin myös monissa muissa jokapäiväisissä hoitotilanteissa. Huomion kiinnittäminen onkin yksi monikäyttöisimpiä tapoja lapsen kivunhoidossa ja sen toteutukseen löytyy lukematon määrä erilaisia tapoja.

Kyselytutkimuksessa annettiin vastaajilla mahdollisuus myös kertoa muita ajatuksiaan lääkkeettömästä kivunhoidosta. Tässä osiossa vastaajat nostivat esille muun muassa sen, että välillä aika ei kunnolla riitä lapsen tutustumiseen ja tämän havainnointiin. Tällainen tilanne voi aiheuttaa sen, että on vaikeaa valita toimivia lääkkeettömiä menetelmiä ja päädytäänkin antamaan kipulääkkeitä ensisijaisena hoitokeinona. Ja tavallaan lääkkeen antaminen on suhteellisen helppo ja nopea ratkaisu pyrittäessä lapsen kivun lievitykseen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että se aina olisi paras ratkaisu. Lisäksi myös muun työyhteisön tuki vaikuttaa siihen, kuinka paljon lääkkeettömiä menetelmiä hoitotyössä käytetään.

Välillä vanhempien suhtautuminen voi erään vastaajan mukaan vaikuttaa lapsen kivunlievitystapojen valintaan. Jos vanhemmalla ei esimerkiksi ole riittävästi tietoa muista kivunhoidon menetelmistä kuin lääkkeistä, hän vaatii niitä helposti lapselleen. Aivan kuten Piiparinen ja Rauhala (2009, 160) toteavat, hoitotyössä on tärkeää kertoa sekä lapselle että vanhemmille kivunlievityksen erilisista vaihtoehdoista. Lisäksi he toteavat, että hoidon suunnittelu ja toteutus, niin myös kivunhoito, on moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien ja lapsen sekä hänen vanhempiensa kanssa eli tukea tulisi antaa puolin ja toisin.

Vastaajien antamissa vastauksissa ei mainittu lainkaan TENS-hoidon käyttöä tai viihtyisän ja rauhallisen ympäristön merkitystä kivunhoidossa. Tästä päätellen TENS ei ole käytössä kyseisellä lasten ja nuorten osastolla, eikä hoitohenkilökunta todennäköisesti ole saanut sen käyttöön myöskään koulutusta. Olisiko tulevaisuudessa mahdollista ottaa hoito kokeiluun ja olisiko sille riittävästi käyttökelpoisia tilanteita?

Vastaajat eivät eritelleet vastauksissaan ympäristön viihtyvyyttä lisääviä seikkoja kuten lapsen omia leluja, tilan meluttomuutta, rauhallisuutta, lämpötilaa tai sisustusta. Ehkä nämä ovat asioita, jotka ovat itsestään selviä osastolla, eikä niitä siksi ajatella kivunhoitomenetelmistä puhuttaessa. Toisaalta vastaajat ovat voineet ajatella ympäristön viihtyvyyden sisältyvän vastauksissaan esittämiinsä seikkoihin. Ympäristön viihtyisyys ja rauhallisuus ovat kuitenkin erittäin tärkeitä ja etenkin lapsi huomaa pienetkin yksityiskohdat kuten hassut kuvat ja iloiset värit seinillä tai huoneessa olevat lelut. Aikuisille kyseiset asiat eivät välttämättä merkitse kovin paljon, mutta lapsen viihtyvyyttä ne lisäävät huomattavasti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 328; Pölkki 2002, 36.)

8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tuloksista voi päätellä, että hoitohenkilökunnalla on tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta ja he myös käyttävät sen menetelmiä leikki-ikäisten kivunhoidossa. Tulosten perusteella käytetyimmiksi menetelmiksi leikki-ikäisen lapsen lääkkeettömässä kivunhoidossa osoittautuivat kylmä- ja lämpöhoito, huomion kiinnittäminen muualle ja läsnäolo. Useimmiten lääkkeettömiä menetelmiä käytetään lääkkeellisten rinnalla ja vain pari vastaajaa kertoi käyttävänsä niitä ensisijaisina keinoina.

Eräs vastaaja kertoi kannattavansa sairaalahoidossa lääkkeellistä kivunhoitoa, sillä hänen mukaansa lääkkeettömät menetelmät ovat lapsen aliarviointia.

Lasten hoitotyössä kivunhoitoon liittyy kiinteästi myös pelon ja ahdistuksen tunteiden ymmärtäminen ja huomioiminen. Pelkojen ja ahdistuksen ehkäisyssä keskeisenä tekijänä on lapsen ja vanhempien riittävä valmistaminen tuleviin toimenpiteisiin ja hoitoihin. Tämä asia jäi kuitenkin vastauksissa yllättäen melko vähälle huomiolle.

Saatujen tulosten ja parin vastaajan mielipiteiden perusteella voisikin olla hyvä, jos lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä sekä pelon ja ahdistuksen ehkäisemisestä lasten hoitotyössä olisi saatavilla lisäkoulutusta. Tämä voisi auttaa hoitohenkilökuntaa laajentamaan kivun, pelon ja ahdistuksen lievityksessä käyttämiensä keinojen valikoimaa, jolloin niiden käyttö voisi lisääntyä entisestään. Lisäksi myös vanhempien ohjaus lapsen kivun arvioinnissa ja lääkkeettömässä hoidossa voisivat koulutuksen myötä lisääntyä.

8.5 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö toimitetaan myös Kuopion yliopistollisen sairaalan Lasten ja nuorten osastolle henkilökunnan luettavaksi. Uskon, että tämän työn kautta henkilökunta saa arvokasta palautetta osaston tämänhetkisestä tilanteesta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien suhteen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lasten lääkkeetöntä kivunhoitoa.

Tulevaisuudessa voisi olla hyvä ajatus järjestää hoitohenkilökunnalle lisäkoulutusta lääkkeettömien menetelmien käytöstä lasten kivunhoidossa. Lisäksi myös vanhemmille voitaisi suunnitella jonkinlainen ohjaus esimerkiksi pieni opas lapsen kivusta ja lääkkeettömästä kivunhoidosta.

Jatkotutkimusehdotuksena voisinkin esittää vanhemmille tehtäväksi vastaavanlainen kartoittava kyselytutkimus lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tietämyksestä ja niiden käytöstä omien lasten hoidossa. Toinen jatkotutkimusehdotus on, että tehtäisiin kyselytutkimus, jossa hoitohenkilökunta voisi tuoda esille toiveita, ehdotuksia ja odotuksia lääkkeettömän kivunhoidon koulutuksen sisällöstä.

8.6 Oma oppimisprosessi

Aloitin opinnäytetyöni työstämisen keväällä 2014, jolloin sain idean aiheesta. Tiesin jo aloittaessani että prosessista tulee pitkä ja ajoittain myös haastava. Päätin kuitenkin jo silloin, että etenen omassa tahdissani ja pyrin mahdollisimman hyvään suoritukseen, vaikka se veisikin aikaa. Päädyin tekemään opinnäytetyötä yksin, koska tunsin sen olevan omille työskentelytavoilleni parempi vaihtoehto.

Olen ollut tyytyväinen valintaani, vaikka parin kanssa työskentelyssäkin olisi ollut hyviä puolia. Parin kanssa työn eteneminen olisi voinut olla nopeampaa, koska kaikkia asioita ja ratkaisuja ei olisi tarvinnut pohtia yksin.

Toisaalta parin kanssa olisi ollut vaikeampaa sopia muun muassa yhteisiä aikatauluja opinnäytetyön tekemiseen ja oman haasteensa olisi tuonut myös erilaisten kirjoitus- ja raportointityylien yhteensovittaminen. Yksin tehdesäni minun ei tarvinnut murehtia näistä ongelmista, mutta tavallaan kaikkien päätösten tekeminen on ollut raskasta ja aikaa vievää.

Prosessin aikana olen oppinut paljon niin kvalitatiivisen tutkimuksen kuin sisällönanalyysin tekemisessä tarvittavia taitoja ja ymmärtänyt niiden merkityksen tutkimustyössä. Opinnäytetyöni aiheeseen, leikki-ikäisen lääkkeettömään kivunhoitoon tutustuessani olen saanut paljon arvokasta lisätietoa, jota uskon voivani hyödyntää myös tulevassa sairaanhoitajan työssäni. Olen viimeistään työtä tehdessäni ymmärtänyt sen, kuinka tärkeää lasten kivun sekä pelon riittävä hoito on ja, että niiden hoidossa juuri lääkkeettömät menetelmät ovat erityisen käyttökelpoisia.

LÄHTEET

- Bond, M. & Simpson, K. 2006. Pain its nature and treatment. New York: Elsevier.
- Hamunen, K. 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 442–453.
- Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. Toverud, K. 2009. Ihmisen fysiologia. Helsinki: Wsoy.
- Hiitola, B. 2009. Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 132–147.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Ivanof, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, K. 2006. Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uud. p. Helsinki: Wsoy.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 118–126.
- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 104–115.
- Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.
- Kankkunen, P. 2003. Parents' Perceptions and Alleviation of Children's Postoperative Pain at Home After Day Surgery. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.
- Katajamäki, E. 2009. Terveen lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 52–76.

Kokki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Validation of Parents' Postoperative Pain Measure in Finnish children aged 1–6 years. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 1–7.

Korhonen, A., Kaakinen, P., Miettinen, S., Ukkola, L. & Heino, R. 2009. Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä – Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 21.10.2014. http://www.hotus.fi/system/files/lapsen_emotionaalinen_tuki.pdf

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lähti, S. 2013. *Anatomia ja fysiologia – Rakenteesta toimintaan*. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lindén, L. 2009. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 30–34.

Lyytinen, P. 2008. Lapsen kielen ja kommunikointitaitojen kehitys. Teoksessa Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan kehitys kontekstissaan*. Helsinki : WSOY, 105–121.

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikuttavuus lasten ja nuorten kroonisen kivun lievityksessä. 2010. *Best Practice* 17 (14). JBI-suositus. Viitattu 28.10.2014. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-17_1.pdf

Musiikki interventiona sairaalassa. 2009. *Best Practice* 13 (3). JBI-suositus. Viitattu 28.10.2014. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-3_0.pdf

Musiikki lasten ja aikuisten hammashoitoon liittyvän ahdistuksen hoidossa. 2011. *Best Practice* 15 (2). JBI-suositus. Viitattu 28.10.2014. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-2_0.pdf

Piiparinen, S. & Rauhala, S. 2009. Kivunhoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 156–163.

Poikkeus, A-M. 2008. Lasten toverisuhteet ja sosiaaliset taidot. Teoksessa Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan kehitys kontekstissaan*. Helsinki : WSOY, 122–138.

Pölkki, T. 2002. *Postoperative Pain Management in Hospitalized Children – Focus on Non-pharmacological Pain Relieving Methods from the Viewpoint of Nurses, Parents and Children*. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivunhoitotyö*. Helsinki: Wsoy.

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

Tamminen, T. 2004a. Varhaislapsuus. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 37–42.

Tamminen, T. 2004b. Olipa kerran lapsuus. Helsinki: Wsoy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uud. p. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2009. Stimulaatiomenetelmät. Duodecim. Viitattu 30.10.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

KIVUN AIHEUTTAMIA MUUTOKSIA LAPSEN YLEISESSÄ OLEMUKSESSA JA KÄYTTÄYTYMISESSÄ

Sekä vanhemmat että hoitajat voivat tarkkailla seuraavia asioita lapsesta.

- Lapsi saattaa olla
 - hiljainen ja puhumaton.
 - hiljaa paikallaan.
 - tavallista tarmottomampi ja leikkiä tavallista vähemmän.
 - levoton ja liikehtiä voimakkaasti.
- Lapsen ihon väri saattaa muuttua esimerkiksi kalpeaksi, punakaksi tai marmoroituneeksi.
- Lapsi saattaa
 - nyhyhkyttää, kitistä tai valittaa/vaikeroi tavallista enemmän.
 - itkeä tavallista herkemmin tai enemmän ja häntä on tavallista vaikeampi lohduttaa.
 - jäykistellä, olla ärtyisä ja oikutella.
- Lapsi tahtoo olla lähellä tavallista enemmän.
- Lapsi ei
 - tee asioita, joita hän tavallisesti tekee.
 - ei nuku yhtä hyvin kuin tavallisesti tai hänen on tavallista vaikeampi nukahtaa.
- Lapsi on käsittelyarka ja hän voi varoa tai pidellä kipeää kohtaa.
- Lapsi syö tavallista vähemmän tai kieltäytyy ruuasta.

(Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 324; Kokki, Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002.)

KIVUN FYSIOLOGISET MUUTOKSET

- Verenpaine ja syke nousevat
- Hengitystaajuus suurenee
- Hengitys usein pinnallista
- Happisaturaatio pienenee
- Veren glukagonipitoisuus suurenee
- Veren adrenaliini- ja noradrenaliinipitoisuudet suurenevat

(Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 324.)

KYSELYTUTKIMUKSEN SAATEKIRJE

Hyvä lasten ja nuorten osastolla työskentelevä hoitotyöntekijä!

Olen Essi Bräyschy. Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Hämeen ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin, Lasten ja nuorten klinikan osana toimivan Lasten ja nuorten osaston 2407 kanssa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää lasten lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tavoitteena on kuvata hoitohenkilökunnan lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöä leikki-ikäisen lapsen kivunhoidossa. Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää niin yhteistyösastolla kuin muissakin lasten hoitotyön parissa työskentelevissä yksiköissä.

Vastaukset annetaan nimettömästi, eikä niistä näin ollen voi tunnistaa Sinua vastaajaksi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto kerätään vain tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Vastauslomakkeet hävitetään sen jälkeen, kun tulokset on analysoitu ja opinnäytetyö hyväksytty. Vastauksesi on tärkeä, sillä se auttaa kehittämään ja parantamaan lapsen kivunhoitoa.

Vastaa kyselylomakkeen kysymyksiin ympyröimällä oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille annettuun tilaan. Vastattuasi palauta kyselylomake sille varattuun laatikkoon, joka löytyy henkilökunnan kahvihuoneesta (tyhjät kyselylomakkeet ovat laatikon vieressä). Vastausaikaa on helmikuun 28. päivään saakka.

Opinnäytetyöni valmistuu maaliskuussa 2015. Siihen ja tutkimustuloksiin voi tutustua verkossa ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa osoitteessa www.theseus.fi.

Opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin vastaa Essi Bräyschy puhelimitse 0408277995 tai sähköpostitse osoitteessa essi.j.brayschy@student.hamk.fi.

Ystävällisin terveisin
opiskelija Essi Bräyschy sekä tutkimuksen ohjaava opettaja TtM Helena Talvensaari



KYSELYTUTKIMUSLOMAKE

Leikki-ikäisen lapsen lääkkeetön kivunhoito – kyselytutkimus

1. Koulutus

- 1 sairaanhoitaja
- 2 erikoissairanhoitaja, erikoistumisala _____
- 3 lasten-, perus- tai lähihoitaja
- 4 muu, mikä _____

2. Kokemus hoitotyöstä _____ vuotta _____ kuukautta

3. Kokemus lasten ja nuorten hoitotyöstä _____ vuotta _____ kuukautta

4. Kuvaile lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, joita käytät leikki-ikäisen (1–6-vuotiaan) lapsen hoitotyössä?

5. Kuvaile miten ja millaisissa eri tilanteissa käytät edellä mainitsemiasi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä?

6. Mitä muuta haluat kertoa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyen?

Voit jatkaa vastaustasi lomakkeen kääntöpuolelle.

Kiitos osallistumisestasi!

KVALITATIIVISEN TUTKIMUKSEN ARVIOINTIKRITEEREITÄ

Vaihe	Keskeinen kriteeri	Erityiset huomiot
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuskysymysten selkeys	Tutkimuskohteen selkeä kuvaus
	Perustelut	Tarkoituksen selkeä esittäminen: - kuvailu - selittäminen - teorian kehittäminen - hypoteesin testaus
	Tutkimuksen konteksti perustuu kirjallisuuteen	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen esittäminen tulosten tulkinnan tueksi
Asetelma	Metodi ja asetelma selkeä	Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttämisen syy
	Looginen tutkimuksen tarkoituksen kanssa	Epistemologinen/ontologinen pohdinta Syy tietyn kvalitatiivisen menetelmän käytölle Perustelu, miksi kyseinen menetelmä sopii tutkittavaan ilmiöön Sopiva tutkimusasetelma
Otoksen valinta	Sopiva otoksen tai näytteen valinnan menetelmä	Valintakriteerin yksityiskohmainen kuvaus Otoksen valinnan perustelut Pohdinta siitä, miten laadukas aineisto saadaan Alkuperäisen suunnitelman mukaisen aineiston ja saadun näytteen epäsuhtaan pohdinta
Analyysi	Asianmukainen analyysimenetelmä	Lähestymistavan selkeä kuvaus (teemoittelu, jatkuva vertailu) Valitun menetelmän sopivuus Analyysi tietokoneella tai käsin Käsitteellisten jäsennysten syntyminen Kontekstin huomioiminen Todiste siitä, että osallistujien subjektiiviset merkitykset tulevat esiin Muiden tutkijoiden roolin kuvaus Tiedonantajien osallistumisen analyysin Todiste siitä, että tuotettiin tai etsittiin poikkeavaa dataa

Tulkinta	Kontekstin kuvaus ja käyttö tutkinnassa	Kuvaus aineiston keruun sosiaalisista/psykologisista kontekstista Todiste siitä, että tutkija on käyttänyt aikaa hakeakseen erilaisia selityksiä
	Tutkimusprosessin kuvaus	Tutkimusprosessin riittävä ja selkeä kuvaus
	Aineiston tutkinnan tukena	Kenttämuistiinpanojen käyttö Haastattelujen lainaukset Kuvaus siitä, miten tulkinta johti tulokseen
Refleksiivisyys	Tutkijan refleksiivisyys	Tutkijan ja osallistujan suhteen kuvaus Tutkijan vaikutuksen tarkastelu Itsearvio Tutkimuksen vaikutus tutkijaan Ongelmien ratkaisutavat
Eettinen näkökulma	Tutkijan eettinen vastuu	Eettisen toimikunnan lausunto Sitoutuminen Tiedonantajan kunnioitus Tutkimuseettisten ongelmien ratkaisutavat Autonomian, suostumuksen, luottamuksellisuuden ja anonyymiyden takaaminen
Relevanssi ja siirrettävyys	Evidenssi	Arviointi siitä, miten tulos sopii toisiin yhteyksiin Tutkimuksen rajoitusten selkeä esittäminen Aikaisempi tieto ja kokemus antavat tukea Järkevä tulkinta Uuden tiedon tuominen ja ymmärryksen lisääminen Käytännön merkityksen esittäminen Merkitys tiedonantajien voimaannuttajana Tutkimussyötteen antaminen Tutkimuksen tavoitteiden saavuttaminen

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 202–204.)

TYÖSSÄ KÄYTETYT TUTKIMUKSET

TEKIJÄ	TUTKIMUKSEN NIMI	JULKAISU VUOSI JA -MAA	TUTKIMUSMETELEMÄ	OTOS	TULOKSET
Kankkunen, P.	Parents' perceptions an alleviation of children's postoperative pain at home after day surgery - Vanhempien käsityksiä lasten leikkauksivusta ja sen lievittäminen päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen kotona	2003, Suomi	Tutkimus toteutettiin neljässä vaiheessa vuosina 1999–2001 soveltaen menetelmällistä abduktiota, tutkimus sisälsi mm. kyselytutkimuksia	1. vaihe: 17 perheen haastattelu 2. vaihe: PPPM-kipumittarin testaus neljässä eri sairaalassa, 85 vanhemmalla, joiden lapsi oli ollut päiväkir:tmp:ssä 3. vaihe: aineisto kerättiin kyselyllä 10 eri sairaalasta, 19 osastolta, 315 vanhemmalta, joiden 1-6 -vuot. lapsi ollut päiväkir.tmp:ssä 4. vaihe: kehitettiin polkumalli kuvaamaan tekijöitä, jotka selittävät lasten leikkaukskipua kotona	<ul style="list-style-type: none"> - Perhehaastattelut osoittivat vanhempien käyttävän monipuolisia menetelmiä lapsen leikkauksivun lievitykseen kotona. - Vanhemmat pitivät lapsen kivun tunnistamista vaikeana ja heillä oli osittain haanjohtavia käsityksiä lasten kivusta. - Kyselytutkimuksen mukaan kolmanneksella lapsista oli kohtalaita tai kovaa kipua ja käyttäytymismuutoksia leikkauksen jälkeen kotona. - Vanhemmilla oli pääosin todenmukainen käsitys lapsen kivusta, mutta myös haanjohtavia käsityksiä lasten kivusta ja kipulääkkeistä. -Käsityksissä eroja lasten ja vanhempien sukupuolen perusteella, ja olivat yhteydessä lasten kipuun ja sen lievittämisessä käytettyihin menetelmiin. - Yli ¾ vanhemmista oli antanut lapselleen kipulääkettä kotona ja valtaosa heistä käytti myös ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, kuten sylissä pitäminen ja lohduttaminen. - Polkumallin mukaan lapsen ikä, tehty leikkaus ja vanhempien käsitykset lasten kipulääkkeistä selittivät heidän lapsilleen käyttämiä kivunlievitysmenetelmiä. -Erityisesti ei-lääkkeellisten menetelmien käyttö selitti lapsissa havaittuja käyttäytymismuutoksia.

TEKIJÄ	TUTKIMUKSEN NIMI	JULKAISUVUOSI JA -MAA	TUTKIMUSMENETELMÄ	OTOS	TULOKSET
Pölkki, T.	Postoperative pain management in hospitalized children - focus on non-pharmacological pain relieving methods from the viewpoints of nurses, parents and children - Lasten postoperatiivisen kivun hoito sairaalassa - tutkimus ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmistä hoitajien, vanhempien ja lasten näkökulmasta	2002, Suomi	Kyselytutkimukset lomakkeilla, haastattelu	Kyselylomakkeet hoitajille n=162, vanhemmille n=192, jotka osallistuivat lasten kivun hoitoon Suomen yliopistollisten sairaaloiden lasten kirurgisilla osastoilla, haastattelu 52 kouluikäiselle lapselle, jotka olleet sairaalahoitossa	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajat ja vanhemmat käyttivät monia ei-lääkkeellisiä menetelmiä lasten postoper. kivun lievittämiseksi. - Emotionaalisen tuen antamista ja auttamista päivittäisissä toiminnoissa käytettiin eniten. - Kognitiivis-behavioraaliset ja fysikaaliset menetelmät olivat vähemmän käytettyjä ja ohjattuja auttamismenetelmiä. - Noin puolet hoitajista ilmoitti kysyvänsä rutiinomaisesti lapsen mielipidettä parhaiten auttavasta kivunlievitysmenetelmästä, lähes ¾ vanhemmista kysyi lapselta itseltään tätä asiaa. - Useimmat vanhemmat olivat sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus osallistua lapsen sairaalahoitoon, mutta heidän roolinsa lapsen kivun lievittämisessä oli epäselvä. - Hoitajien ja vanhempien taustatekijöillä oli yhteyttä lasten kivun hoidon toteuttamiseen sairaalassa. - Haastatteluissa ilmeni, että lapset käyttivät ainakin yhtä oma-aloitteista kivunlievitysmenetelmää sen lisäksi, että he saivat apua kivun lievitykseen hoitajilta tai vanhemmiltaan. - Lapsilla oli myös ehdotuksia kivun hoidosta, jotka kohdistuivat erityisesti hoitajien toimintaan. - Useimmat lapista ilmoittivat kuitenkin pahimman kivunsa olleen kovaa tai kohtalaista kirurgisen tmp:een jälkeen, mikä osoittaa, että sairaalassa olevien lasten kivun hoidon tulisi olla nykyistä tehokkaampaa.