



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

”PISTOSPELOT OVAT VÄHENTYNEET TODELLA MERKITTÄVÄSTI”

Sairaanhoitaja lapsipotilaan perifeerisen
kanyylin asettajana

Mira Kaunismäki

Sini Korhonen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KAUNISMÄKI, MIRA & KORHONEN, SINI:

”Pistopelot ovat vähentyneet todella merkittävästi”

Sairaanhoitaja lapsipotilaan perifeerisen kanyylin asettajana

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 5 sivua

Lokakuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa. Opinnäytetyö toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimeksiannosta. Tutkimustehtävinä oli selvittää lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloiden lapsia hoitavissa yksiköissä, sairaanhoitajan rooli sekä kuinka paljon ilokaasua käytetään lapsen perifeerisessä kanyloinnissa.

Tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyölle valikoitui kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä, jota tuettiin laadullisella menetelmällä. Opinnäytetyö toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin 117 lapsia hoitavaan yksikköön maaliskuussa 2017. Vastauksia saatiin 75 yksiköstä (n=75). Vastausprosentti oli 64,1 prosenttia.

Aineisto analysoitiin kuvailevalla tilastollisella menetelmällä sekä aineistolähtöisellä sisällönanalysysillä. Tulosten mukaan sairaanhoitaja asetti lapsipotilaille perifeerisen kanyylin 40 prosentissa lapsia hoitavista yksiköistä. Eniten sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita yhteispäivystyksissä. Sairaanhoitajan kanyloidessa lapsipotilaita hoidon aloitus ja eteneminen oli nopeaa, sekä perheiden kohtaaminen yksilöllistä. 60 prosentissa lapsia hoitavista yksiköistä sairaanhoitaja ei kanyloinut lapsipotilaita. Näissä yksiköissä lääkäri kanyloi lapsipotilaat. Tulosten mukaan perusteluja käytännölle, ettei sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita olivat vakiintunut toimintatapa, kanylointikertojen vähäinen määrä, kanyloinnin haastavuus sekä puutteellinen kokemus. Ilokaasua käytettiin lapsen akuutin pistoskivun lievittämiseen perifeerisessä kanyloinnissa 23 prosentissa yksiköistä.

Sairaanhoitaja asettaa lapselle perifeerisen kanyylin jo monessa yksikössä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa. Yksiköissä, joissa sairaanhoitaja ei kanyloinut lapsipotilaita, sairaanhoitajan mahdollisuutta kanyloida lapsipotilaita oli harkittu 47 prosentissa yksiköistä. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan rooli muuttunee lapsipotilaiden kanyloinnissa avustajasta kanyloijaksi, jolloin koulutuksen merkitys korostuu. Opinnäytetyön avulla pyritään herättämään keskustelua ja edesauttamaan lapsen perifeerisen kanyloinnin käytänteiden muutosta sairaanhoitajan työnkuvan osalta. Jatkotutkimusehdotuksena olisi selvittää koulutuksen sisältöä ja miten sairaanhoitajien kouluttaminen tulee toteuttaa, että käytäntö jalkautuisi koko Suomeen.

Asiasanat: lapsipotilas, perifeerinen kanylointi, perhe, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KAUNISMÄKI, MIRA & KORHONEN, SINI:
“The Fear of Needles has Decreased Truly Significantly”
Peripheral Cannulation of a Child Patient done by a Registered Nurse

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 5 pages
October 2017

This study was conducted in collaboration with Pirkanmaa District Hospital. The purpose of this thesis was to research the practices of children's peripheral cannulation in Finland. The main research questions were to find out the kind of practices of children's peripheral cannulation in Finland's university and central hospitals, the role registered nurse play in children's peripheral cannulation and how nitrous oxide has been used in pain relief of children's peripheral cannulation in Finland.

The research method of this thesis was quantitative which was endorsed qualitative method. Closed questions were analyzed using the descriptive quantitative method and open questions using the qualitative content analysis. The data was collected with a online questionnaire from 117 pediatric patient care units. The answer rate was 64,1 % (n=75).

The answers indicate that in 40 per cent of pediatric patient care units the registered nurses cannulate pediatric patients. In 60 per cent of the pediatric patient care units the children were cannulated by doctors. Nitrous oxide was used in 17 of the 75 pediatric patient care units.

The findings indicate that registered nurses in cannulation of pediatric patients is relatively a common practice in pediatric healthcare, but measures still need to be taken to ensure the practice becomes the norm in all of Finnish universities and central hospitals. Further research is required to investigate the kind of education is needed to proceed with cannulation of pediatric patients by registered nurses so that all of the pediatric patients care units in Finland follow the same rule.

Key words: pediatric patient, peripheral cannulation, family, quantitative method

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Perhe lapsen tukena perifeerisessä kanyloinnissa.....	8
2.1.1	Lapsen pelot ja selviytymiskeinot perifeerisessä kanyloinnissa	8
2.1.2	Lapsen ja vanhempien valmistaminen kanylointiin.....	10
2.2	Lapsen perifeerinen kanylointi	12
2.2.1	Erytyspiirteet lapsen perifeerisessä kanyloinnissa.....	13
2.2.2	Akuutin pistoskivun lievittäminen lapsen perifeerisessä kanyloinnissa	16
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	19
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
4.1	Aineistonkeruu.....	21
4.2	Aineiston analysointi	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
5.1	Taustamuuttajat	24
5.2	Lasten perifeerisen kanyloinnin suorittava ammattihenkilö.....	26
5.3	Toimintaohje ja toimipaikkakoulutus lasten perifeerisestä kanyloinnista.....	30
5.4	Erytysilanteet, kun sairaanhoitaja ei kanyloi lapsipotilasta.....	30
5.5	Sairaanhoitaja lapsipotilaiden perifeerisenä kanyloijana.....	32
5.6	Sairaanhoitajan työnkuvan muutos lasten perifeerisessä kanyloinnissa..	33
5.7	Ilokaasun käyttö lapsen perifeerisessä kanyloinnissa.....	37
6	POHDINTA.....	39
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	39
6.2	Tulosten tarkastelu	42
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	45
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	52
	Liite 1. Kyselylomake	52
	Liite 2. Saatekirje	56

1 JOHDANTO

Perifeerisen eli ääreislaskimon kanylointi kuuluu tavanomaisimpiin toimenpiteisiin lasten ja nuorten osastoilla (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori ja Uotila 2012, 355). Suoniyhteyttä voidaan käyttää nestehoidon toteuttamiseen sekä lääkkeiden annosteluun (Rautava-Nurmi ym. 122). Rauchin ym. (2009) mukaan lasten perifeerinen kanylointi on haastavaa ja tutkimukset osoittavat sen onnistuvan ensimmäisellä yrityksellä 53-76% tapauksista. Toistuvat pistoskerrat ovat kivuliaita lapsille sekä stressaavia perheelle ja hoitohenkilökunnalle (Rauch ym. 2009). Erityispiirteitä ja haasteita lasten perifeerisessä kanyloinnissa ovat muun muassa lapsen ja perheen valmisteleminen kanylointiin, välineistö, pistokohta sekä kivunlievitys. Laskimokanyylin lapselle asettaa lääkäri, ensihoitaja tai toimipaikkakoulutettu sairaanhoitaja. (Kuhlampi 2016.) Perifeerinen kanylointi on osa sairaanhoitajan perusosaamista (Rautava-Nurmi ym. 2010, 122).

Lapsen ja perheen valmisteleminen toimenpiteeseen vähentää lapsen toimenpidettä edeltävää ahdistusta (Kain ym. 2007). Lapsen ja perheen valmistaminen kanylointiin sujuvoittaa toimenpidettä, antaa positiivisemmän kokemuksen lapselle ja perheelle sekä lievittää lapsen kipua, stressiä ja pelkoja. Sairaanhoitajan rooliin kuuluu valmistella lapsi ja perhe lapsen perifeeriseen kanylointiin, tukea lasta toimenpiteen aikana, kerätä siihen tarvittavat välineet saataville sekä tehdä yhteistyötä kanyylin asettajan kanssa. Perifeerisen kanyylin asettaminen voi tulla lapselle yllätyksenä sairaalassa, jos se ei ole suunniteltu tutkimukseen liittyvä toimenpide. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 355.)

Leikki-ikäisten lasten pelot sairaalassa kohdistuivat vahvimmin hoitotoimenpiteisiin, kuten pistämiseen ja näytteiden ottoon. Yksinolo ilman vanhemman läsnäoloa oli myös yksi pelätyimmistä asioista. (Salmela 2010, 35.) Vanhemmat voivat olla mukana lapsen toimenpiteessä pitämällä lasta paikallaan sekä lohduttaa ja koskettaa lasta (Lehto 2004, 64-66). Vanhempien läsnäolo ja osallistuminen lapsensa hoitoon vahvistavat lapsen ja vanhempien turvallisuuden tunnetta. Lapsen pelot liittyen kanylointiin vaihtelevat lapsen iän ja kehitysvaiheen mukaan. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 105, 304- 305.)

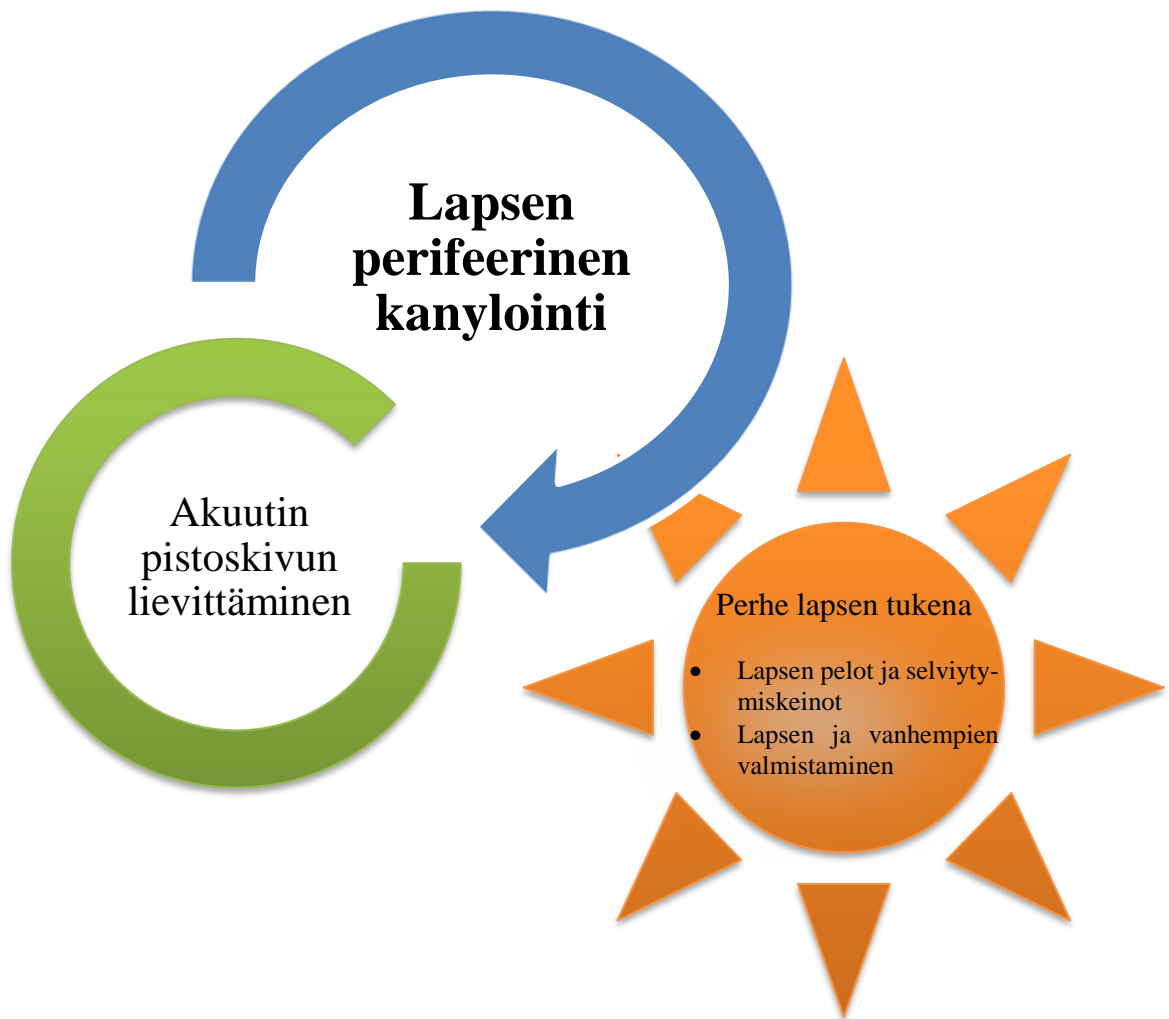
Lapsilla perifeerisen kanyloinnin aiheuttamaan akuutin pistoskivun lievittämiseen käytetään muiden muassa pintapuudutevoiteita, Buzzy®:a ja ilokaasua. (Pharmaca Fennica 2016; Chalk ym. 2010, 593-594.; Linde 2013, 2.) Ekbom, Kalman, Jakobsson ja Marcus

(2011) tekemän tutkimuksen mukaan typpioksiduulin käyttäminen paikallisen pintapuu-
dutevoiteen kanssa vähensi perifeerisen kanyloinnin pistokertoja viidestä kahteen sekä
lisäsi lapsipotilaiden tyytyväisyyttä. Ilokaasu on erityisesti pistämistä pelkäävien potilai-
den kanyloinnissa hyvä apukeino (Kerkelä & Aallos- Ravenna 2013, 214).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä
Suomen yliopisto- ja keskussairaaloiden lapsia hoitavissa yksiköissä. Lisäksi tarkoituk-
sena on selvittää, millainen on sairaanhoitajan rooli lapsen perifeerisessä kanyloinnissa
ja käytetäänkö ilokaasua perifeerisen kanyloinnin kivunlievityksessä lapsipotilailla.
Opinnäytetyön tavoitteena on saada selville lasten perifeerisen kanyloinnin käytännöt yli-
opisto- ja keskussairaaloissa Suomessa ja antaa niistä tietoa kyselyyn osallistuneille lap-
sia hoitaville yksiköille. Tavoitteena on lisäksi saada selville sairaanhoitajan rooli lapsen
perifeerisessä kanyloinnissa. Opinnäytetyön kautta lisätään omakohtaista tietoa lasten pe-
rifeerisestä kanyloinnista sekä perhekeskeisestä hoitotyöstä. Opinnäytetyö toteutettiin ky-
selytutkimuksena Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimeksiannosta. Tutkimusmetodiksi
valikoitui määrällinen menetelmä, jota täydennettiin laadullisella menetelmällä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys (kuvio 1) selventää työn keskeiset käsitteet. Lapsen perifeerinen kanylointi, akuutin pistoskivun lievittäminen sekä perhe lapsen tukena muodostavat opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat. Lapsen perifeerisen kanyloinnin vaiheita ja haasteita kuvataan muiden muassa iän, pistopaikan, välineistön, aseptiikan ja kanyylin asettajan osilta. Perheen merkitystä lapselle perifeerisessä kanyloinnissa tarkastellaan lapsen pelkojen ja selviytymiskeinojen myötä. Lapsen ja vanhempien valmistamisen merkitystä perifeeriseen kanylointiin tarkastellaan myös teoreettisessa lähtökohdassa. Tässä opinnäytetyössä lapsella tarkoitetaan alle 16-vuotiasta.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

2.1 Perhe lapsen tukena perifeerisessä kanyloinnissa

Perifeerinen kanylointi kuuluu tavanomaisimpiin toimenpiteisiin lasten ja nuorten osastoilla ja on yksi pelätyimmistä asioista sairaaloissa leikki-ikäisillä lapsilla (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 355; Salmela 2010, 35). Lapsen ja perheen valmisteleminen toimenpiteeseen vähentää lapsen toimenpidettä edeltävää ahdistusta (Kain ym. 2007). Salmelan (2010) mukaan vanhempien osallistuminen hoitoon sekä leikki olivat leikki-ikäisten lasten tärkeimpiä selviytymiskeinoja sairaalassa koettuihin pelkoihin.

2.1.1 Lapsen pelot ja selviytymiskeinot perifeerisessä kanyloinnissa

Leikki-ikäisten lasten pelot sairaalassa kohdistuivat vahvimmin hoitotoimenpiteisiin, kuten pistämiseen ja näytteiden ottoon Salmelan (2010) mukaan. Lapset pelkäsivät myös kipua, sairaalaympäristöä ja potilaana oloa. Yksinolo ilman vanhemman läsnäoloa oli myös yksi pelätyimmistä asioista. (Salmela 2010, 35.) Lapsen ja perheen turvallisuuden tunteen kannalta pelkojen huomioon ottaminen on ensiarvoisen tärkeää. Vanhempien ja lapsen välillä on suhde, jossa pelot ja epävarmuus peilautuvat vanhemmasta lapseen ja lapsesta vanhempaan. Vanhemmat ovat lapsensa asiantuntijoita ja osaavat kertoa lapsen tavoista, peloista sekä aikaisemmista kokemuksista. Sairaanhoidtaja voi selvittää lapsen pelkoja havainnoimalla lasta sekä leikkimällä lapsen kanssa. Lapsen pelot liittyen kanylointiin vaihtelevat lapsen iän ja kehitysvaiheen mukaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304-305.)

Perifeerisen kanyylin laitton yhteydessä imeväisikäisen lapsen pelkoja ovat kirkkaat valot ja äänet sekä äkkinäiset liikkeet. Leikki-ikäiset lapset pelkäävät eroa vanhemmista sekä tiukkoja otteita toimenpiteissä. (Storvik-Sydänmaa 2012, 308-309.) Myöhäisleikki-ikäisen pelon aiheet sairaalassa kohdistuvat toimenpiteisiin, kuten kanyylin laittoon ja pistämiseen, sairaalaympäristöön sekä omaan kehoon kohdistuviin tuntemuksiin (Talka 2009, 40). Kouluikäiset lapset pelkäävät pistämistä, oman kehon vahingoittumista sekä paikallaan pitämisestä johtuvaa itsemääräämisoikeuden puuttumista kanyylin laitossa. Murrosikäiset pelkäävät oman kehon vahingoittumista sekä itsehillinnän pettämistä. (Storvik-Sydänmaa 2012, 308- 309.)

Salmelan (2010) tutkimuksessa lasten sairaalapelosta tutkittavat 4-6 vuotiaat lapset mainitsivat selviytymiskeinoikseen vanhemman läsnäolon, oman lelun, leikin, huumorin ja sairaanhoitajan avun. Suurin osa haastatelluista lapsista mainitsi leikin mielihyvän tuojaksi ja pelkojen käsittelyn keinoksi. Selviytymiskeinot antoivat lapsille mielihyvän, huolenpidon ja turvallisuuden tunnetta. (Salmela 2010, 38-40.) Leikki on lapselle merkityksellistä pelottavien asioiden käsittelemiseen (Suomen NOBAB 2005). Lapsen pelkoja vähentää leikki, omat lelut, hoitohenkilöstön sanavalinnat ja turvalliset otteet, hoitolaitteisiin ja -välineisiin tutustuminen, lapsen iänmukainen ja perheen osallistaminen kanylointiin sekä vanhempien läsnäolo (Storvik-Sydänmaa 2012, 308-310).

Lapsen pelkojen vähentämisessä on keskeistä saada lapsen huomio pois toimenpiteestä. Hoitohenkilökunnan tulisi välttää liian tiukkoja otteita lapsen paikallaanpitoon, äkkinäisiä liikkeitä sekä hätäistä ja äänekkästä lohduttamista, sillä nämä lisäävät lapsen pelkoja. (Keituri 2010, 564.) Emotionaalisen tuen antaminen lievittää pelkoja ja ahdistusta, edesauttaa selviytymistä sekä luottamuksen rakentumista vanhemman, lapsen ja hoitohenkilökunnan välillä (Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä, hoitotyön suositus 2016, 5, 8).

Hoitohenkilökunnan antamat vaikutusmahdollisuudet perheelle sekä vanhempien osallistuminen ovat merkityksellisiä asioita perheelle (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 83). Vanhempien osallistuminen lapsen hoitoon on tärkeää, sillä he tuntevat lapsensa ja osaavat hoitohenkilökuntaa taidokkaammin tulkita lasta (Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä, hoitotyön suositus 2016, 12). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) kertoo, että alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä, mikäli hän kykenee päättämään hoidostaan, muissa tapauksissa hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä huoltajan tai laillisen edustajansa kanssa. Vanhempia tulee rohkaista lapsen hoitoon osallistumiseen sekä lapsen luona olemiseen (Suomen NOBAB 2005).

Vanhempien osallistuminen lapsen hoitotoimenpiteisiin tapahtuu yhdessä olemisen sekä yhteistyön muodossa hoitohenkilöstön kanssa. Vanhemmat voivat olla mukana lapsen toimenpiteessä pitämällä lasta paikallaan sekä lohdutuksen ja kosketuksen keinoin. (Lehto 2004, 64-66.) Vanhempien osallistuminen lapsen kanylointiin vahvistaa lapsen ja vanhempien turvallisuuden tunnetta. Vanhemmat ovat kyvykkäämpiä antamaan lapselle tukea ja turvallisuuden tunnetta, kun heidät on valmisteltu lapsen kanylointiin. (Storvik-Sydänmaa 2012, 83, 305).

2.1.2 Lapsen ja vanhempien valmistaminen kanylointiin

Lapsen ja vanhempien valmistaminen kanylointiin sujuvoittaa toimenpidettä, antaa positiivisemman kokemuksen lapselle ja perheelle sekä lievittää lapsen kipua, stressiä ja pelkoja. Valmistamisella pyritään turvallisuuden tunteen herättämiseen lapselle ja hänen perheelleen. Valmistelusta ja hoitotoimenpiteistä kerrotaan lapselle rehellisesti, jotta luottamus lapsen ja hoitohenkilöstön välillä voi rakentua. Lapsen iänmukainen osallistuminen hänelle tehtävään perifeeriseen kanylointiin lisää lapsen turvallisuuden tunnetta sekä saa huomion siirtymään toisaalle. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304-306.)

Lapsen ja perheen valmistamisessa kanylointiin huomioidaan, onko lapsi äkillisesti sairastunut vai onko kyseessä suunniteltu sairaalaan tulo toimenpiteeseen tai tutkimukseen. Perifeerisen kanyylin asettaminen voi tulla lapselle yllätyksenä sairaalassa tai olla suunniteltu tutkimukseen liittyvä toimenpide. (Storvik-Sydänmaa 2012, 304.) Ennalta määrättyihin tutkimuksiin lapsen valmistamisen vanhemmat voivat aloittaa jo kotona, jolloin sairaanhoitajan tulee varmistaa ja kartoittaa vanhempien kyky, taito ja valmiudet ohjata lastaan tuleviin tutkimuksiin ja toimiin. Äkillisesti sairastuneen lapsen kohdalla sairaanhoitajalla on vastuu perheen ja lapsen valmistamisesta sairaalaan tuloon ja toimenpiteisiin. (Lehto 2004, 69.)

Lapsen ja perheen valmistamisessa korostuu vanhempien valmistaminen ja heille annettava tieto etukäteen. Tavoitteena vanhempien valmistamiselle on vähentää heidän huolia ja pelkoja. (Hiitola 2008.) Lapsen valmistaminen perifeeriseen kanylointiin edellyttää tiedon antamista toimenpiteestä ja tulevista tapahtumista. Lähtökohtana tietojen antamiselle on lapsen ja perheen edun tavoittelu. Tiedottamisessa korostuvat sairaanhoitajan ja perheen keskinäinen kannustus ja tuki. (Lehto 2004, 66, 68-69.) Lapsen kehitystaso vaikuttaa lapselle annettavan tiedon määrään joko rajaavalla tai laajentavalla tavalla (Storvik-Sydänmaa 2012, 304). Informointi toteutetaan niin, että tiedon saa vanhempi ja lapsi hänen ymmärtämiskykynsä sekä ikätasonsa edellyttämällä tavalla. Leikin avulla voidaan antaa lapselle tietoa toteutettavasta hoidosta. (Suomen NOBAB 2005.) Tiedottamisessa voi hyödyntää myös muita aistikanavia, kuten visuaalista, auditivista ja tuntoaistimusta (Hiitola 2008).

Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksessa lapsen oikeuksista (1989) osoitetaan, että lapsen näkemykset on huomioitava lapsen iän ja kehitystason mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että lapsi otetaan osalliseksi hoitotyöhön eikä hän ole vain hoidon kohde. Lapsella on myös oikeus tuoda ilmi oma mielipiteensä häntä koskevissa asioissa. Lapsen mielipiteitä tulee kuunnella ja antaa hänelle kokemus kuulluksi tulemisesta. (YK:n yleissopimus 1989.) Lapsen ikä, kehitystaso ja yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon lapsipotilaan valmistamisessa perifeeriseen kanylointiin. Lapsen valmistamisen tavoitteena on lisätä lapselle selviytymiskeinoja vastaaviin tilanteisiin tulevaisuudessa ja niiden tunnistamisessa voi hyödyntää vanhempien asiantuntijuutta (Hiitola 2008; Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 304- 305).

Alle kaksivuotiaan lapsen puheen ymmärtäminen on vahvempaa kuin sen tuottaminen. Vanhempien läsnäolo on merkityksellinen erityisesti alle kaksivuotiaille, sillä heille vanhempien poissaolo kanyloinnin aikana on haavoittavampi kokemus kuin itse toimenpide. (Keituri 2013, 634.) Useita tunteja aikaisemmin annettu tieto ja ohjaus unohtuvat ajankäsitksen kehittymättömyyden vuoksi alle kaksivuotiaalle lapsella. Lapsi valmistellaan muutama tunti ennen kanylointia kertomalla toimenpiteestä, mikäli se on mahdollista. Lasta rauhoitellaan toimenpiteen aikana sekä sen jälkeen. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 305-306.)

Yli kaksivuotiaan ja alle seitsemänvuotiaan lapsen valmistaminen tapahtuu muutamaa päivää tai viikkoa edeltävästi riippuen lapsen iästä, mikäli kanylointi on suunniteltu toimenpide. Valmistamiseen käytetään leikkiä ja konkreettisia hoitovälineitä, sillä leikkiaässä lapsen ajattelu on konkreettista. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 305-306.) Leikkiaässä lapsen ajattelu ja mielikuvitus ovat hyvin rikasta, jolloin sanavalintojen merkitys korostuu. Valmistamisen yhteydessä tulisi välttää sanoja ”pistäminen” ja ”leikkaaminen”. Informoinnin osalta lapselle on tärkeä painottaa, ettei kanylointi ole rangaistus vaan hoitotoimenpide. Valmistamisessa otetaan lapsi osalliseksi hoitoaan ja annetaan hänelle mahdollisuus kertoa oma mielipide. (Keituri 2010, 564.) Esimerkiksi lapsi voi valita kumman vanhemman sylissä hän istuu kanyloinnin aikana tai kumpaan käteen kanyyli laitetaan.

Yli seitsemänvuotiaiden lasten ja nuorten valmistaminen aloitetaan heti, kun toimenpide on tiedossa. Kouluikäisten ja nuorten valmistelussa korostuu tiedonanto kanyloinnista,

sekä sen tarpeellisuudesta. Kanylointi kerrotaan lapselle tai nuorelle mahdollisimman täsmällisesti hoitovälineistä tapahtumapaikkaan. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 305-306.) Kouluikäiselle lapselle annetaan mahdollisuus keskustella peloista ja kysyä kanyloinnista. Nuorelle merkityksellisiä asioita kanylointiin valmistamisessa ovat ohjauksen kohdistaminen hänelle itselleen sekä hienotunteisuus. (Keituri 2013, 634.) Lapsen ja perheen valmisteleminen voi käyttää mallintamista dvd- elokuvien tai videoiden muodossa (Hiitola, 2008).

Akuutisti sairastunutta lasta, joka tarvitsee pian perifeerisen kanyylin, ei ole yleensä mahdollista valmistella kanylointiin. Perifeerisen kanyylin asettamisen yhteydessä valmistamattomalle lapselle on tärkeä kertoa tarkasti kanylointiin tarvittavista välineistä, toimenpiteen kulusta, kestosta ja tärkeydestä sekä kuka lapsen kanyloi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 405.) Valmistamisen vaiheisiin kuuluu toimenpiteen jälkeinen seuranta ja työskentely (Hiitola 2008). Kanyylin asettamisen jälkeen lasta kehuaan ja kiitetään, jonka jälkeen hänelle voidaan antaa palkinto. Palkitseminen tapahtuu verbaalisesti, emotionaalisesti tai pienillä tavaroilla, kuten tarroilla. Kanyloinnin sujumisesta ja itse toimenpiteestä keskustelu auttaa lasta käsittelemään kokemuksia. Leikkiä ja satuja voi hyödyntää lapsen kanssa keskusteltaessa kanyloinnista. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 306-307.) Leikki edistää lapsen fyysistä ja emotionaalista hyvinvointia, vähentää lapsen ahdistusta sekä auttaa lasta paranemaan nopeammin. (Koukourikos, Tzaha, Panelidou & Tsaloglidou 2015.)

Sairaanhoitaja voi kehittää ammatillista osaamistaan lapsen ja perheen valmistamisessa hoitotoimenpiteisiin koulutuksilla sekä osaamisen arvioinnilla. Lapsipotilaan kanyloinnin valmistamiseen tarvittavat välineet ja materiaali tulee olla helposti saatavilla. Lapsen ja perheen valmistamisen käytännöt ja periaatteet on hyvä jakaa uusille työntekijöille. (Hiitola, 2008.)

2.2 Lapsen perifeerinen kanylointi

Lapsen hoidon kannalta epäoleellisia tutkimuksia sekä lääketieteellisiä hoitoja tulee välttää (Suomen NOBAB 2005). Lasten perifeerisen kanyylin asettamisessa pyritäänkin minimoimaan pistokerrat, jotta lapsi välttyisi turhalta kivulta ja hoitotoimilta (Storvik- Sy-

dänmaa 2012, 355). Laskimokanyylin lapselle asettaa lääkäri, ensihoitaja tai toimipaikkakoulutettu sairaanhoitaja. Lääketieteen opiskelijat voivat myös kanyloida lapsia. (Kuhlampi 2016.) Perifeerinen kanylointi on osa sairaanhoitajan perusosaamista (Rautava-Nurmi ym. 2010, 122). Lasten perifeerisen kanyylin asettamisessa sairaanhoitajan työnkuvana on myös valmistella lapsi ja perhe toimenpiteeseen, tukea lasta toimenpiteen aikana, kerätä siihen tarvittavat välineet saataville sekä tehdä yhteistyötä kanyylin asettajan kanssa (Storvik-Sydänmaa 2012, 355).

2.2.1 Erityispiirteet lapsen perifeerisessä kanyloinnissa

Perifeeristä suoniyhteyttä käytetään lasten nestehoidon toteuttamiseen, lääkkeiden ja verituotteiden annosteluun (Rautava-Nurmi ym. 2010, 122; Kelsey 2010, 601; Brown 2015, 920). Välineistö lapsen perifeeriseen kanylointiin on poikkeava aikuisten kanyloinnista muun muassa kanyylin koon osalta. Kanyylin koko valitaan käyttötarkoituksen ja lapsen iän mukaisesti. (Kiviluoma 2014, 796; Chalk, Harvey, Watson & Kelsey. 2010, 593). Sopiva kanyylin koko vastasyntyneelle lapselle on 26G, pienelle lapselle 24G ja kouluikäiselle lapselle 22G tai 20G (Hutri-Kähönen, Salo & Vänttinen 2016, 310). Kanyyliksi valitaan mahdollisimman pieni, mutta käyttötarkoitukseen soveltuva kanyyli, jotta verenvirtaus punktoidussa suonessa säilyy (Kotilainen, Terho & Kurvinen 2010, 274).

Laskimoa kanyloitaessa tulee noudattaa ehdotonta aseptiikkaa. Kanyyli on infektioportti laskimon ja ulkomaailman mikrobien välillä. Korkealaatuisella aseptiikalla ja pistokohdan huolellisella hoidolla sekä käsittelyllä pystytään ennaltaehkäisemään kanyloinnin komplikaatioita. Perifeerisen laskimon kanyloinnin suorittajan hyvä käsihygienia on tärkeä osa aseptista toimintaa. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 125, 129.) Punktoitavan ihon desinfektioon käytetään vähintään 70-prosenttista alkoholiliuosta. Tehdaspuhtaiden käsi- neiden käyttäminen perifeerisessä kanyloinnissa riittää, jos punktio kohtaa ei enää ihon desinfektion jälkeen kosketeta. (Kotilainen ym. 2010, 281.)

Pistokohdan valinnassa perifeeriseen kanylointiin tulisi huomioida lapsen ikä, aikaisemmat kokemukset, laskimoiden saatavuus sekä yleisvointi. Perifeerisen laskimon kanylointi aloitetaan kauimmaisesta laskimosta ja tarvittaessa edetään kohti sentraalisia laskimoita. Kanyyli asetetaan ei- dominoivaan käteen, mikäli se on mahdollista. (Chalk

ym. 2010, 592-593.) Suositeltuja paikkoja perifeeriselle laskimokanyylille ovat kämmenselän, jalkapöydän, otsa- ja ohimoalueen sekä kyynärvarsien laskimot (Brown 2015, 927). Pään laskimoita voidaan hyödyntää alle 1-vuotiaiden lasten hoidossa ja pään laskimoiden kanyloinnin toteuttaa lääkäri. Alle 7-vuotiailla lapsilla voidaan turvallisesti käyttää sekä yläraajojen että alaraajojen laskimoita ilman trombiriskiä. (Hutri-Kähönen ym. 2016, 310; The Royal Children's Hospital Melbourne 2014).

Punktiokohdan löytämisen helpottamiseksi voi hyödyntää ultraäänilaitetta tai kylmävalolamppua (Kontiokari & Hutri-Kähönen 2012, 280.; Rautava-Nurmi ym. 2010, 123). Toistuvat pistokerrat aiheuttavat lapselle pelkoa, vastustelua ja kipua, kanyylinasettajalle hermostuneisuutta sekä epäonnistumisriskin lisääntymistä (Rautava-Nurmi ym. 2010, 123-124). Haasteita lapsen perifeerisen kanyylin asettamiselle ovat muun muassa infuusioreitin löytäminen pienten suonien takia ja pienillä lapsilla runsaan kämmenselän ihonalaiskudoksen takia (Kiviluoma & Peltoniemi 2016; Rautava-Nurmi ym. 2010, 122; Hutri-Kähönen ym. 2016, 310). Kehon rasvapitoisuus on vastasyntyneillä matala. Ensimmäisen ikävuoden aikana kehon rasvapitoisuus nousee ja jälleen laskee lapsen saavuttaessa leikki-ikä. (Ahonen & Hoppu 2004.) Haastavaa lapsipotilaiden perifeerisessä kanyloinnissa on myös verisuonten huono näkyvyys (Storvik-Sydänmaa 2012, 355).

Pistoskertojen minimointi sekä lapsen turvallinen paikallaanpito toimenpiteen ajan ovat lapsen edun mukaista ja välttämätöntä toimenpiteen onnistumisen kannalta (Rautava-Nurmi ym. 2010, 123-124; Hutri-Kähönen 2016, 310). Lapsen turvallisuuden tunnetta lisää napakka kiinnipitämisen ote. Paikallaanpitämisen otteet eivät saa olla liian tiukkoja, sillä ne lisäävät lapsen pelkoja. (Storvik-Sydänmaa 2012, 307.) Lasta voidaan pitää paikallaan lapsen istuessa vanhemman tai hoitajan sylissä. Lapselle voi asettaa perifeerisen kanyylin myös lapsen ollessa makuullaan. (Sparks ym. 2007, 442-443.) Sparksin, Setlikin ja Luhmanin (2007) mukaan lapsipotilaan kiinnipitäminen vanhempien toimesta istuvassa asennossa verrattuna makuuasentoon vähensi lapsen perifeerisen kanyylin asettamisen aiheuttamaa ahdinkoa. Vanhempien osallistuminen lisäsi myös vanhempien tyytyväisyyttä lapsiensä kanylointiin (Sparks ym. 2007, 446).

Kun perifeerinen suoniyhteys on löytynyt ja sen toimivuus on varmistettu, tulee kanyyli kiinnittää huolella liikkumattomaksi. Perifeerisen kanyylin kiinnittämiseen käytetään teippiä, kalvosidoksia, joustosidosta sekä lastaa, joka immobilisoi raajan eli pitää raajan liikkumattomana. (Keituri & Laine 2013, 637-638.) Lapsilla kanyylin kiinnittämiseen ja

peittämiseen tulee panostaa. Kanyylin tulee pysyä hyvin paikallaan ja kuivana. Huomioitavaa on sidosten riittävä pysyvyys, ettei lapsipotilas pysty itse poistamaan kanyyliä laskimosta. Kanyylin kiinnittämisessä käytettävän materiaalin tulee olla punktiokohdasta läpinäkyvä, jotta mahdollisia tulehduksen merkkejä, sekä kanyylin paikallaan pysymistä voitaisiin tarkkailla. Muut kiinnitysvälineet valitaan kanyylin paikan mukaan. (The Royal Children's Hospital Melbourne 2014.) Kanyylin kiinnittäminen kämmenselälle tulee toteuttaa siten, että sormet voivat vapaasti liikkua. Käden tai jalan perifeerisen kanyylin liikkumattomuuden varmistamiseksi voidaan käyttää lastaa. Vauvoilla pään kanyylin suojaksi voidaan laittaa verkkopipo tai putkiharsoa. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 106-107; Kokki, Kiviluoma, Aantaa, Manner & Kaisti 2009, 34.)

Lapsella perifeerisen kanyylin toimivuutta tulee tarkkailla päivittäin. Kanyyli tulisi vaihtaa uuteen 2-3 vuorokauden välein. (Nurminen 2011, 37.) Laskimokanyylin ympäristöstä tulee tarkkailla mahdollista punoitusta, turvotusta, kipua ja tromboflebiittiä. Perifeerisen kanyylin pinnalliset tromboflebiitit, eli pinnalliset laskimotulehdukset ovat harvoin bakteerin aiheuttamia. Tromboflebiitin oireet usein johtuvat mekaanisesta ärsytyksestä suonessa. Riski infektiolle saattanee kasvaa kuitenkin jälkikäteen. (Kotilainen ym. 2010, 277.)

Perifeerinen kanyyli voi herkästi liukua pois laskimosta ja infuusio tippua esteettä kudokseen vähäisemmän kudostuksen vuoksi. Neste- ja lääkeaineiden joutuminen ympäröiviin kudoksiin voi aiheuttaa merkittävän haitan lapsipotilaille. (Rautava-Nurmi yms. 2010, 301.) Suonen puhkeaminen neste- tai lääkeinfuusion aikana johtaa nesteen pääsyyn ihonalaiskudokseen. Neste ihonalaiskudoksessa aiheuttaa turvotusta kanyylin lähettyvillä. (Nurminen 2011, 40-41.) Pahimmillaan neste ihonalaiskudoksessa voi johtaa kudoksetuhoon, jos käytetty infuusioneste on esimerkiksi hypertonisista, sytoksista tai emäksistä (Bährentz 2008, 15).

Mikrobien kolonisaatio ja infektio on merkittävin verisuonensisäisen kanyylin komplikaatio. Infektioiden aiheuttajat ovat yleisimmin peräisin potilaan iholta tai henkilökunnan käsistä. Rikkoessaan ihon, verisuonikanyyli alentaa elimistön vastustuskykyä ja kanyyli voi toimia hyvänä kasvualustana mikrobeille. Kanyylin käytön pidentyessä riski infektiolle kasvaa, joten kanyylin poisto on suositeltua heti sen käyttötarpeen loputtua. (Kotilainen ym. 2010, 270-271, 273.) Mikrobien kolonisaation johdosta voi kehittyä paikallinen

pehmytkudosinfektio tai septinen yleisinfektio. Paikallisen infektion oireina voi olla kosketusarkuus, märkäinen erite ja kuumotus pistopaikassa. Sepsis esiintyy usein kuumeiluna, yleistilan ja verenpaineen laskuna, hengitysfrekvenssin ja pulssin nousuna. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2012; Kotilainen ym. 2010, 277.)

2.2.2 Akuutin pistos kivun lievittäminen lapsen perifeerisessä kanyloinnissa

Lasten perifeerisen kanyloinnin yksi tärkeä erityispiirre on kivunlievitys toimenpiteen aikana. Perifeerisen laskimon kanyloinnissa kipu on luonteeltaan akuuttia kipua. (Piiparinen & Rauhala 2005, 159.) Pistos kivun lievitykseen on olemassa pintapuudutevoiteita, kuten lidokaiini-prilokaiini (Emla®, Tapin®) ja tetrakaiini (Ametop®) (Pharmaca Fennica 2016, 2017; Duodecim lääketietokanta 2013). Puudutevoide lidokaiini-prilokaiini levitetään pistokohdan iholle noin tunti ennen toimenpidettä, ja sen vaikutus kestää noin 2-4 tuntia. Lidokaiini-prilokaiinia on saatavilla puudutevoiteena ja -laastarina. Puudutevoide tai -laastari saa olla korkeintaan tunnin vastasyntyneiden ja alle 3 kuukautta vanhojen imeväisten iholla. Puudutevoiteen voidaan antaa vaikuttaa enintään 4 tuntia ja kahden puudutelaastarin tunnin ajan 3-11 kuukautta vanhojen lapsipotilaiden ihon puudutuksessa. 1-11-vuotiaille lapsille lidokaiini-prilokaiinin voidaan antaa vaikuttaa 1-5 tuntia. (Pharmaca Fennica 2016, 2017.)

Tetrakaiini (Ametop®) on vastaavanlainen pintapuudutevoide, jota voidaan käyttää, jos lidokaiini-prilokaiinin käyttäminen ei käy. Pintapuudutevoiteen vaikutus on saavutettu 45 minuuttia voiteen annostelusta. Tetrakaiinia ei suositella alle yhden kuukauden ikäiselle lapselle. (Duodecim lääketietokanta, 2013.) Molempien pintapuudutevoiteiden haittavaikutuksia voivat olla vasokonstriktio eli suonten supistuminen. Puudutevoiteen poistamisen jälkeen suonet palautuvat hiljalleen takaisin näkyviin. (Keituri & Laine 2013, 637.) Puudutevoiteen haittoja voivat olla suonten häipyminen näkyvistä, tilapäinen ihottuma tai turvotus. Puudutevoidetta ei tule käyttää ihottuma-alueella. (Pharmaca Fennica 2016, 2017; Duodecim lääketietokanta 2013.)

Meirin ym. (2016) tutkivat 2-10 vuotiaiden lasten laskimonäytteiden ja kanyloinnin aikana sairaalaklovnien vaikutusta kivun, ahdistuksen ja itkun lievitykseen. Lapset, joita sairaalaklovnii viihdytti toimenpiteen ajan, itkivät vähiten ja ahdistus oli vähäisempää.

Akuutin pistoskivunlievitys oli tehokkainta EMLA- puudutevoiteen avulla. Toimenpiteen kesto oli lyhyin lapsilla, joilla ei ollut sairaalaklovnia tai EMLA-puudutevoidetta käytössä. Toimenpide vei kauiten aikaa, kun kivunlievityskeinona oli EMLA-puudutevoide. (Meiri ym. 2016, 373-379.)

Perifeerisen kanyloinnin aiheuttaman akuutin pistoskivun muita lievityskeinoja ovat Buzzy® ja ilokaasu (Chalk ym. 2010, 593-594.; Linde 2013, 2). Buzzy® on lääkkeetön kivunlievityskeino lyhytkestoiseen pistoskipuun lasten perifeerisessä kanyloinnissa. Väriävä laite estää terävän kivun ja vie lapsen huomiota kivusta toisaalle. Laitteeseen on saatavilla jäähdytettävät siivekkeet, jolloin värinän lisäksi hyödynnetään kylmää kivun lievittämisen keinona. Ennen perifeerisen kanyylin asettamista Buzzy® laitetaan pistoskohdan yläpuolelle ja sen vaikutus alkaa n. 15 sekunnissa. (MMJ Labs 2017.) Canbulatin, Ayhanin ja Inalin tutkimuksessa, Buzzy®:n käyttö koettiin tehokkaana kivun ja ahdistuksen lievittäjänä 7-12-vuotiaiden lasten perifeerisessä kanyloinnissa. Laite toi lapsipotilaille lievitystä toimenpiteen aiheuttamaan kipuun ja vei keskittymisen perifeerisestä kanyloinnista toisaalle. (Canbulat ym. 2015, 33-34, 37-38.) Toisin kuin pintapuudutevoiteissa Buzzy®:n käytössä ei ole rajoitteita (MMJ Labs 2017).

Typpioksiduuli eli ilokaasu on suun ja nenän kautta hengitettävä rauhoittava, lievästi sedatoiva ja kipua lievittävä kaasu (Linde 2013, 2-3; Kerkelä & Aallos- Ravenna 2013, 213). Tutkimuksissa on selvinnyt ilokaasun soveltuvan myös lapsille. Ilokaasun annostelun ikäraja vaihtelee maan ja sairaalan mukaan. Esimerkiksi Turun yliopistollisessa sairaalassa ilokaasua annostellaan lapsille, jotka pystyvät kuuntelemaan ja noudattamaan annettuja ohjeita. (Kerkelä & Aallos- Ravenna 2013, 214.) Ilokaasua tulisi käyttää lapsille, jotka eivät ymmärrä annettuja ohjeita, ainoastaan ilokaasun annosteluun perehtyneen hoitajan tai lääkärin toimesta (Livopan 2010, 12).

Lievää ja lyhytaikaista kipua aiheuttaviin pientoimenpiteisiin, kuten perifeeriseen kanylointiin ilokaasu on oikein käytettynä hyvä ja turvallinen lisälääke. Haittavaikutuksina voi esiintyä käytön jälkeen lievää pahoinvointia, huimausta ja uneliaisuutta. Ilokaasu on helppokäyttöinen, eikä vaadi edeltävää paastoa. (Kerkelä & Aallos- Ravenna 2013, 213.) Ekbom ym. (2011) tekemän tutkimuksen mukaan typpioksiduulin käyttäminen paikallisen pintapuudutevoiteen kanssa vähensi perifeerisen kanyloinnin pistokertoja viidestä kahteen, sekä lisäsi lapsipotilaiden tyytyväisyyttä. Ilokaasu on erityisesti pistämistä

pelkäävien potilaiden kanyloinnissa hyvä apukeino (Kerkelä & Aallos- Ravenna 2013, 214).

Lähes hajuton ja mauton ilokaasu ei ärsytä lapsen limakalvoja. Ilokaasua annosteltaessa leikkaussalin ulkopuolella, käytetään aina ilokaasu-happi seosta. (Ahonen, Tarvonen & Sainio 2009.) Ilokaasu liukenee huonosti kudoksiin ja sen takia vaikuttaa sekä eliminoituu elimistöstä nopeasti (Hallonsten ym. 2011, 23). Ilokaasua annostellaan hengitysmaskin kautta ja sen kipua lievittävä vaikutus alkaa muutamassa minuutissa ja vaikutus katoaa noin 5-10 minuutissa (Livopan 2010, 3-4).

Ilokaasu on luokiteltavissa lääkekaasuksi, joten annostelun määrittelee lääkäri. Sairaanhoidtaja voi olla antamassa lapselle ilokaasua, kun hän on saanut anestesia- ja lääkäritä ohjeet sekä koulutuksen ilokaasun annostelemiseen. (Kerkelä & Aallos-Ravenna 2013, 215.) Lapsesta seurataan ihon väriä, reagointia puheeseen ja kosketukseen, hengitysfrekvenssiä ja syvyyttä, sekä rintakehän liikkumista ilokaasun antamisen aikana ja sen jälkeen (Hallonsten ym. 2011, 22). Ilokaasu ei tule antaa ilmarinta-, suolentukkeuma-, sivuontelotulehdus- ja korvatulehduspotilaille. Pään traumat ja tajuttomuus ovat myös vasta-aihe ilokaasun käytölle. (Kerkelä & Aallos-Ravenna 2013, 215.)

Vanhemmat voivat olla mukana lapsen akuutin pistoskivun lievittämisessä sairaalassa osallistumalla kivunhoitoa koskevaan päätöksentekoon, rauhoittamalla lasta sekä tarkkailemalla lapsen kipua (Jaakola, Tiri, Kääriäinen & Pölkki 2013, 194). Yleisesti käytettyjä lääkkeettömiä akuutin pistoskivun lievittämisen keinoja ovat lohduttaminen, läsnäolo ja kosketus. Muita menetelmiä kivunlievitykseen lapsipotilaan hoidossa olivat sanallinen rohkaisu, lapsen valmisteleminen toimenpiteeseen ja huomion kiinnittäminen toisaalle. (Lahtinen, Rantanen, Heino-Tolonen & Joronen 2015, 328-329.) Lapsen perifeerisen kanyloinnin aikana lapsen kipua voi lievittää esimerkiksi pitämällä lasta sylissä, rauhoittelulla sekä lohduttamalla. Pienempien lasten kipua voi lievittää kapaloinnilla, käsikapallolla, antamalla tuttia tai sokeriliuosta. Fyysisen tuen antaminen toimenpiteen aikana lisää lapsen turvallisuuden tunnetta. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 328, 307.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloiden lapsia hoitavissa yksiköissä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, millainen on sairaanhoitajan rooli lapsen perifeerisessä kanyloinnissa ja käytetäänkö ilokaasua perifeerisen kanyloinnin kivunlievityksessä lapsipotilailla.

OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT

1. Millaisia lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä on yliopisto- ja keskussairaaloissa Suomessa?
2. Millainen on sairaanhoitajan rooli lapsen perifeerisessä kanyloinnissa?
3. Kuinka käytetty kivunlievitysmenetelmä ilokaasu on lasten perifeerisessä kanyloinnissa Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada selville lasten perifeerisen kanyloinnin käytännöt yliopisto- ja keskussairaaloissa Suomessa ja antaa niistä tietoa kyselyyn osallistuneille lapsia hoitaville yksiköille. Tavoitteena on myös saada selville sairaanhoitajan rooli lapsen perifeerisessä kanyloinnissa. Opinnäytetyön kyselyn kautta selvitetään millaisissa tilanteissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita sekä käytänteiden etuja ja haasteita. Opinnäytetyöllä tavoitellaan keskustelun herättämistä sairaanhoitajan työnkuvan muutoksesta lasten perifeerisen kanyloinnin osalta. Opinnäytetyön kautta lisätään omakohtaista tietoa lasten perifeerisestä kanyloinnista sekä perhekeskeisestä hoitotyöstä.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä sairaanhoitajien työnkuvan osalta Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, jota tuettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Useamman tutkimusmenetelmän käyttämistä yhdessä nimitetään triangulaatioksi. Triangulaation käyttö tutkimusmenetelmänä on perusteltua, kun yhden menetelmän käyttö jättäisi aineiston puutteelliseksi. Triangulaatio on mahdollisuus lisätä tutkimuksen luotettavuutta kattavammalla aineistolla. (Kananen 2008, 39-40.) Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin määrällisen ja laadullisen menetelmän yhdistelmä, jotta lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä voitaisiin selvittää ja kuvata mahdollisimman kattavasti.

Kvantitatiivinen tutkimus on luonteeltaan numeerinen tutkimustapa, jossa tutkittavat asiat ja niiden ominaisuudet esitetään numeroiden muodossa. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista myös tutkijan puolueettomuus eli objektiivisuus, tiedon strukturointi, mittaaminen sekä runsas vastaajien määrä. (Vilkkä 2007, 14-16.) Määrällinen tutkimus kuvaa muuttujien välillä olevia riippuvuuksia, sekä muuttujissa määrällisesti tapahtuneita muutoksia. Tutkimustulosten ymmärtäminen ja oikea tulkinta vaativat tutkittavan asian teorian laajaa tietämystä. (Tuomi 2007, 95.) Ennen opinnäytetyön kyselyn toteuttamista syvennettiin tietämystä lasten perifeerisestä kanyloinnista, jotta tulokset pystyttiin analysoimaan luotettavasti.

Laadullisella tutkimuksella pyritään ilmiön ymmärtämiseen, sekä kuvailemiseen kielellisin keinoin. Kvalitatiivinen tutkimus on selittävä, eikä siinä pyritä yleistämään tutkittavaa asiaa. Laadullinen tutkimus tutkii asioita, joita ei voida määrällisesti mitata. Aineisto kerätään kyselyn muodossa ja analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Päätelyprosessi on induktiivinen laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 99; Kananen 2008, 25.) Induktiivisessa ajatteluprosessissa päätely etenee yksityisistä tosiasioista yleiselle tasolle (Tuomi 2007, 107). Tässä opinnäytetyössä päätelyprosessi on induktiivinen eli tuloksia tarkasteltaessa päätely etenee yksityiskohdista yleistettäväksi.

4.1 Aineistonkeruu

Tutkimuslupa opinnäytetyön toteuttamiselle saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä tammikuussa 2017. Osa tutkimusjoukosta oli meihin yhteydessä ja pyysi hakemaan tutkimuslupaa kyseiseltä sairaanhoitopiiriltä. Kyseisiltä sairaanhoitopiireiltä tutkimusluvut haettiin myös alkuperäisen tutkimusluvan lisäksi. Kohdejoukon sähköpostiosoitteet kyselyn lähettämistä varten kerättiin internetistä sairaanhoitopiirien verkkosivuilta.

Määrällisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruumuoto on kyselylomake. Tutkimusjoukon ollessa suuri ja hajanainen, kyselylomake on soveltuva aineistonkeruumuoto. Kyselylomake on tarkkaan suunniteltu, jolla pyritään lisäämään työn luotettavuutta sekä yleistettävyyttä. (Vilka 2015, 101-102.) Kyselylomakkeen tulee olla standardoitu, eli kysymykset ovat samoja kaikille vastaajille. Vastaajien jääminen tuntemattomaksi on yksi kyselylomakkeen eduista. Tyypillisimpänä haittana kyselylomakkeelle on vastausprosentin jääminen alhaiseksi eli aineiston kato. (Vilka 2007, 28; Vilka 2015, 94-95.)

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen (liite 1) avulla. Opinnäytetyön kyselylomake laadittiin yhdessä työelämäyhteistyötahon kanssa tutkimuskysymyksiä vastaaviksi hyödyntäen Google Forms-ohjelmaa. Kyselylomake sisälsi jäseneltyjä suljettuja kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen taustamuuttujia olivat vastaajan työnimike, sairaalatyyppe, lapsia hoitavat yksiköt toimintaympäristöinä, sairaanhoitajien määrä yksiköissä sekä perifeeristen kanylointien määrä viikossa. Kyselylomake esiteltiin eräillä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osastonhoitajilla. Esiin nousseet puutteet korjattiin ennen kyselyn lähettämistä lapsia hoitaviin yksiköihin. Kyselylomake lähetettiin opinnäytetyön tekijöiden sähköpostista. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje (liite 2), jossa selvisi opinnäytetyön tarkoitus, toteutus ja aikataulu. Lisäksi kerrottiin, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti

Opinnäytetyön kyselylomake lähetettiin 117 lapsia hoitavaan yksikköön. Kyselyyn ohjeistettiin vastamaan yhden henkilön koko lapsihoitavan yksikön puolesta. Kyselyyn vastanneet olivat osastonhoitajia, apulaisosastonhoitajia ja sairaanhoitajia. Vastauksia saatiin 75:ltä yksiköltä (n=75), joista 32 tuli keskussairaaloista ja 43 yliopistollisista sairaaloista. Vastausprosentti oli 64,1 prosenttia. Tämän opinnäytetyön vastausten kato oli 35,9 pro-

senttia. Rajaukset perusjoukkoon teimme yhdessä työelämäyhteistyötahon kanssa. Yksityissairaalat sekä lasten leikkaus-, neurologian ja psykiatrian yksiköt sekä lasten poliklinikat rajattiin tutkimusjoukon ulkopuolelle. Rajauksista huolimatta vastauksia saatiin lasten poliklinikoilta 9 kappaletta. Kyseiset vastaukset otettiin osaksi aineistoa välttämättä aineiston jäämisen suppeaksi.

4.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin kuvailevalla tilastollisella menetelmällä sekä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Määrällisessä tutkimuksessa aineiston analysointi aloitetaan havaintomatriisin tekemisellä. Huolellinen tutustuminen aineistoon antaa tutkijalle käsityksen aineiston laadusta ja sen ilmiöistä. Lisäksi virheellisesti syötetyt tai puuttuvat tiedot voidaan havaita. Seuraavassa vaiheessa aineisto muokataan mitattavaan muotoon tunnuslukujen avulla. Kuvailevan tilastollisen menetelmän tarkoituksena ei ole hakea syyseuraussuhteita ilmiöistä vaan kuvailla aineistoa numeerisesti. Havaintojen lukumäärien selvittäminen edesauttaa aineiston graafista esittämistä. (Nummenmaa 2009, 57, 59-60.)

Opinnäytetyön kyselyn aineisto käytiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Havainnoinnin jälkeen saaduista vastauksista tehtiin havaintomatriisi Google Sheets-ohjelmaa hyödyntäen. Vastausten tarkistaminen tehtiin aineiston syöttämisen aikana. Virheelliset vastaukset karsittiin pois aineistosta. Tuloksia käsiteltiin kuvailevalla tilastollisella analyysillä suljettujen kysymysten osalta. Ohjelman avulla tuloksista esitettiin frekvenssejä ja prosentteja, sekä ristiintaulukoitiin tuloksia taustamuuttujiin. Tuloksia esiteltiin kuvioiden avulla kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Kuviot tehtiin Microsoft Excelin avulla.

Avoimilla kysymyksillä saatiin vastauksia, joita ei voitu ennakoida kyselyä tehdessä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi. Siinä etsitään merkityskokonaisuuksia ja –suhteita, joita koskeva tieto ei ole mitattavissa numeerisesti vaan vastaukset tarvitsevat sanallista tulkintaa. Sisällönanalyysissä pyritään tutkittavasta asiasta saamaan yleistettävä ja tiivistetty kuvaus. (Vilkkä 2015, 163.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on jakautunut kolmeen eri vaiheeseen, joita ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämässä aineistoa

tiivistetään ja karsitaan epäolennainen pois. Aineiston ryhmittelyssä samanlaiset käsitteet luokitellaan ryhmiksi, jonka ansiosta aineisto tiivistyy ja yleistyy yksittäisistä tekijöistä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa aineistosta poimitaan oleellinen tieto, jonka pohjalta teoreettiset käsitteet muodostetaan. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108-111.)

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka avulla muodostettiin yhtenäisiä asiakokonaisuuksia. Avoimet kysymykset näkyvät havaintomatriisilla. Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla avoimet vastaukset huolellisesti useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Aineistosta poistettiin epäolennaiset ja tyhjäksi jätetyt vastaukset, jolloin aineisto tiivistyi. Avoimien vastauksien sisältöä pohdittiin ja lähdettiin etsimään vastauksien yhteneväisyyksiä. Vastaukset ryhmiteltiin asiasisältöjen mukaisesti. Esimerkiksi kysymyksestä ”miksi sairaanhoitajat eivät kanyloi lapsia Teidän yksikössänne?” ryhmiksi muodostui vakiintunut toimintatapa, lääkärin tehtävä, kanylointien vähäinen määrä sekä ammattitaidon ylläpitämisen haastavuus. Opinnäytetyön aineiston pohjalta ei muodostettu teoreettisia käsitteitä.

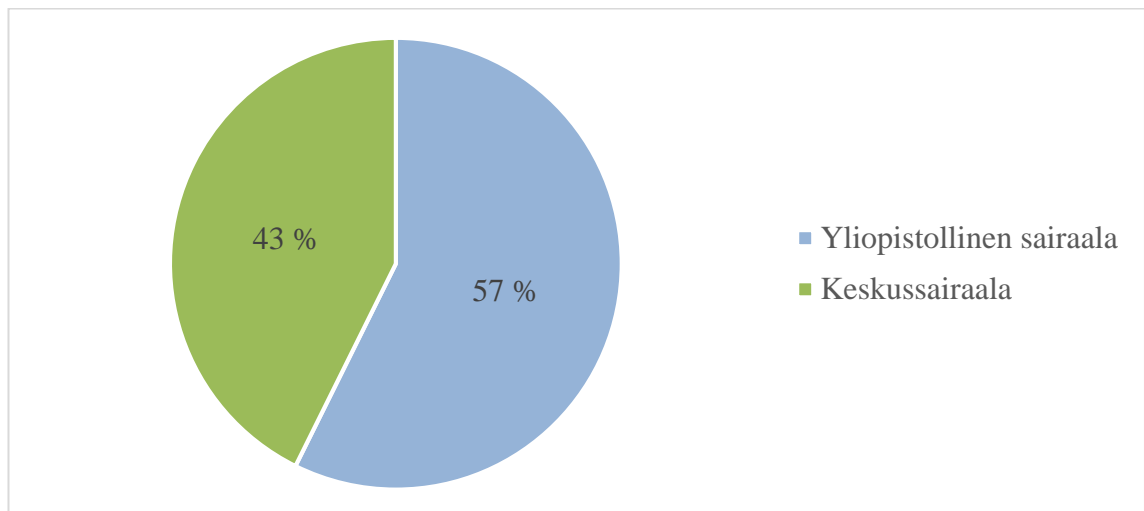
Aineisto tulee säilyttää huolellisesti ja suojattuna, jotta tutkittavien yksityisyydensuoja ei vaarannu. Tutkimusaineiston käyttö ja luovuttaminen tulee olla tutkimustarkoituksen mukaista eikä niitä saa luovuttaa ulkopuolisille. (Yksityisyys ja tietosuoja 2013.) Aineisto säilytettiin henkilökohtaisilla tietokoneilla salasanoilla suojattuina eikä sitä luovutettu ulkopuolisille. Aineiston käsittelyssä noudatettiin huolellisuutta. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön kyselylomake lähetettiin 117 lapsia hoitavaan yksikköön. Kyselyyn vastasi osastonhoitaja (43%), apulaisosastonhoitaja (13%) tai yksikön sairaanhoitaja (44%) koko lapsia hoitavan yksikön puolesta. Vastauksia saatiin yhteensä 75 (n=75) lapsia hoitavasta yksiköistä. Vastausprosentti oli 64,1%.

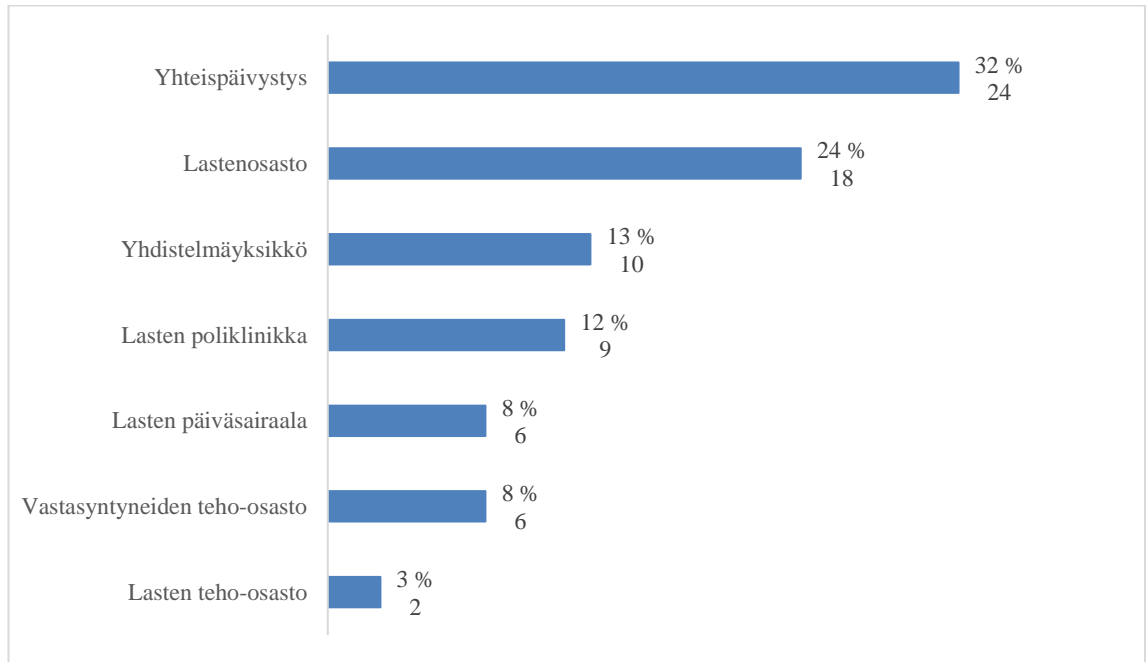
5.1 Taustamuuttujat

Keskussairaaloista vastauksia tuli 43% ja Yliopistollisista sairaaloista 57% (n=75). Kuviossa 2 on esitetty prosentteina sairaalatyypin jakauma. Kyselyyn vastanneiden toimintayksiköiden sairaanhoitajien kokonaismäärä vaihteli 7 – 200 välillä.



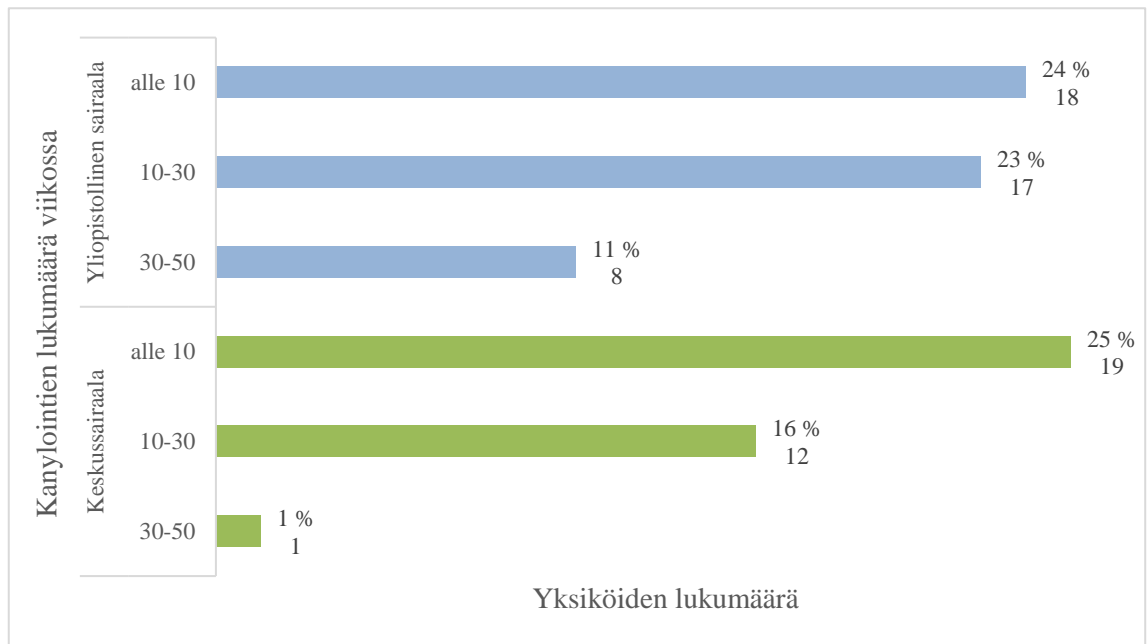
KUVIO 2. Kyselyyn vastanneiden toimintayksiköiden sairaalatyypin jakauma (n=75)

Kyselyyn osallistuneet lapsia hoitavat yksiköt on esitetty kuviossa 3 prosentteina ja lukumäärinä. Eniten vastauksia saatiin yhteispäivystyksistä (32%). Toiseksi suurimmaksi vastausryhmäksi muodostui lastenosastot (24%). Yhdistelmäyksiköitä (13%) olivat lastenosasto yhdistettynä vastasyntyneiden tehoon, lasten poliklinikkaan, neurologian yksikköön, päivystykseen, päiväsairaalaan tai kotisairaalaan. Vastauksia saatiin myös lasten poliklinikoita (12%), päiväsairaaloista (8%), vastasyntyneiden teho-osastoilta (8%) sekä lasten teho-osastoilta (3%).



KUVIO 3. Kyselyyn vastanneet lapsia hoitavat yksiköt prosentteina ja lukumäärinä (n=75)

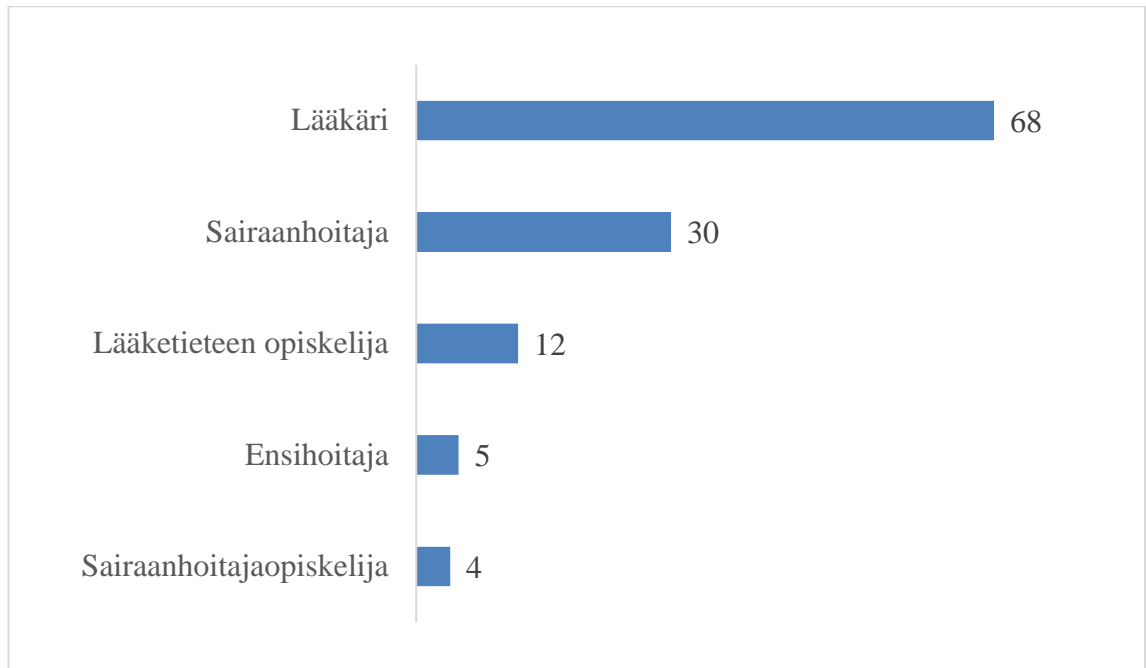
Kyselyyn osallistuneissa lapsia hoitavista yksiköissä puolessa (49%) kanylointien määrä viikossa jää alle kymmeneen keskimääräisesti. 39 prosentissa lapsia hoitavassa yksikössä kanylointeja viikoittain tuli 10-30 kertaa. Vain 12 prosentissa lapsia hoitavassa yksikössä kanylointeja viikossa tuli 30-50 kertaa. Kuviossa 4 on esitetty eroavaisuus sairaalatyyp-
pien ja viikoittaisten kanylointikertojen välillä. Yliopisto- ja keskussairaaloiden yksiköi-
den välillä ei ollut suuria eroavaisuuksia lapsipotilaiden kanylointien määrässä viikkota-
solla, lukuun ottamatta yliopistosairaaloita, joilla oli enemmän yksiköitä keskussairaalo-
ihin verrattuna, joissa kanylointiin viikossa 30-50 kertaa.



KUVIO 4. Lapsipotilaiden perifeerisen kanyloinnin keskimääräinen määrä viikossa yliopisto- ja keskussairaaloiden yksiköissä prosentteina ja lukumäärinä (n=75)

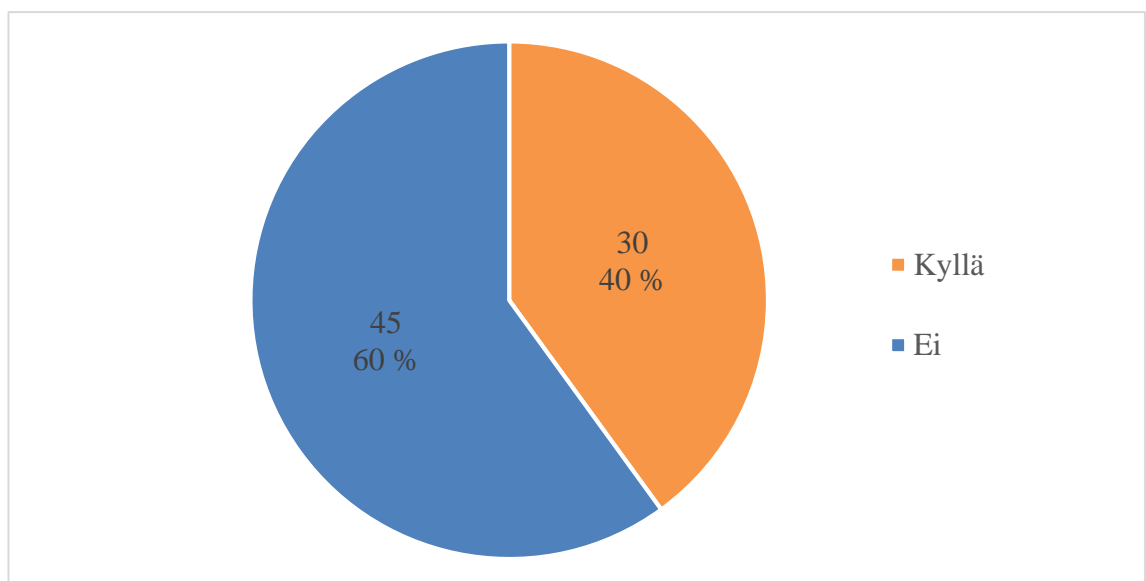
5.2 Lasten perifeerisen kanyloinnin suorittava ammattihenkilö

Kuviossa 5 on kuvattu lasten perifeerisen kanyloinnin suorittavien ammattihenkilöiden jakauma lukumäärinä. Kysymykseen sai vastata useammalla vastausvaihtoehdolla. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin yhteensä 119. 68:ssa lapsia hoitavista yksiköistä lääkäri asetti lapsipotilaalle perifeerisen kanyylin. 30:ssä toimintayksiköstä myös sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita, mikä oli toiseksi suurin ammattiryhmä. Lääketieteen opiskelijat saivat asettaa lapselle perifeerisen kanyylin useammassa lapsia hoitavassa yksikössä verrattuna sairaanhoitajaopiskelijoihin.



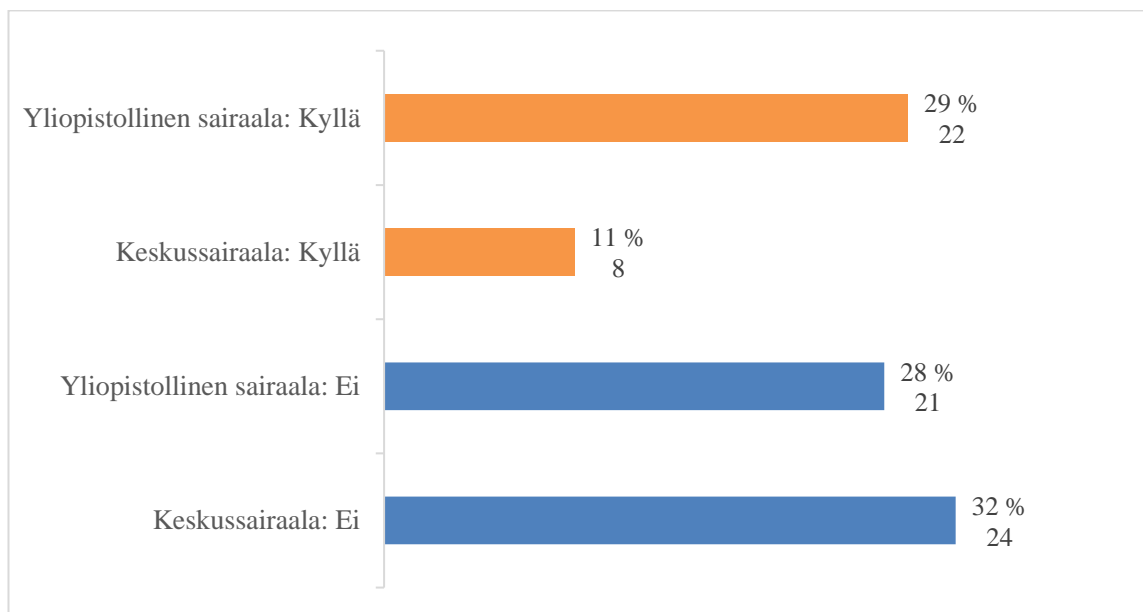
KUVIO 5. Lasten perifeerisen kanyloinnin suorittavien ammattihenkilöiden jakauma lukumäärinä

Lapsia hoitavista yksiköistä (n=75) 40 prosentissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita. 60 prosenttia toimintayksiköistä sairaanhoitaja ei kanyloinut lapsipotilaita (kuviosta). Sininen osuus kuviosta kuvaa yksiköiden määrää, joissa sairaanhoitaja ei kanyloi lapsipotilaita. Oranssi osuus kuviosta kuvaa yksiköiden määrää, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita.



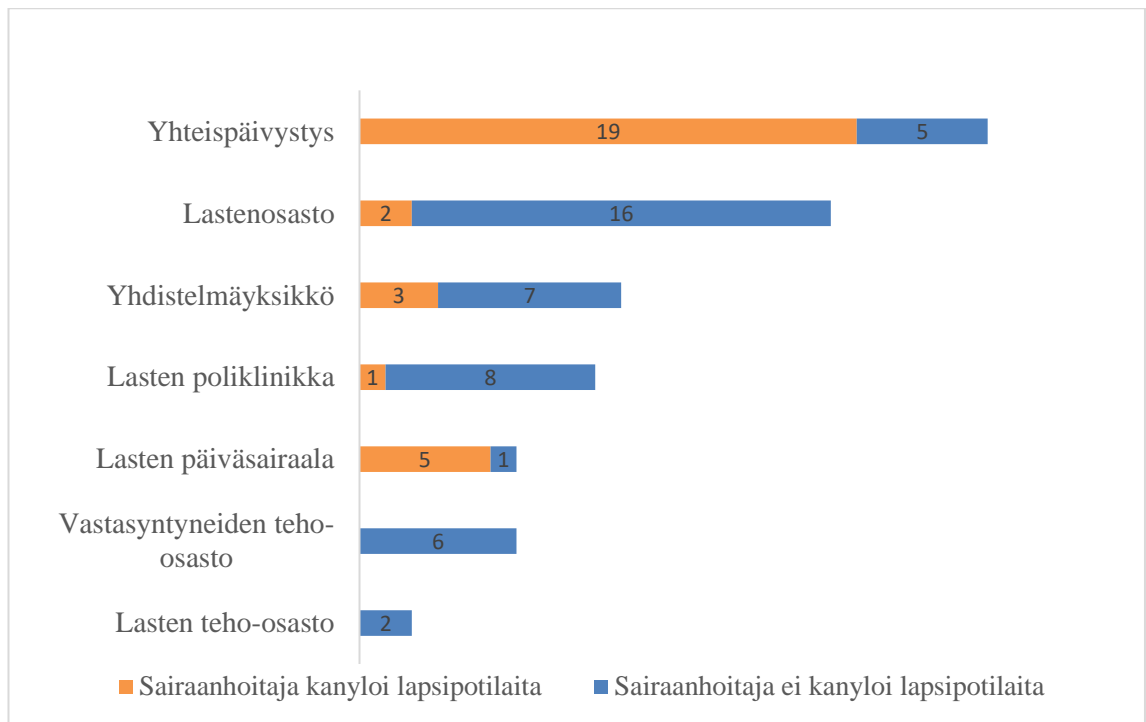
KUVIO 6. Kanyloiko sairaanhoitaja lapsipotilaita yksikössä esitettynä lukumäärinä ja prosentteina yksiköiden määrän mukaan (n=75)

Yliopistosairaaloiden lapsia hoitavissa yksiköissä sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita yleisimmin kuin keskussairaaloissa. Kuviossa 7 on havainnollistettu, kuinka monessa yliopisto- ja keskussairaalassa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita. Sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita yliopistollisissa sairaaloissa 22 yksikössä (29%) ja keskussairaaloissa 8 yksikössä (11%). Yksiköt, joissa sairaanhoitaja ei kanyloinut lapsipotilaita, oli lähes yhtä paljon yliopisto- ja keskussairaaloissa. Yliopistosairaaloissa 21 yksikössä (28%) ja keskussairaaloissa 24 yksikössä (32%).



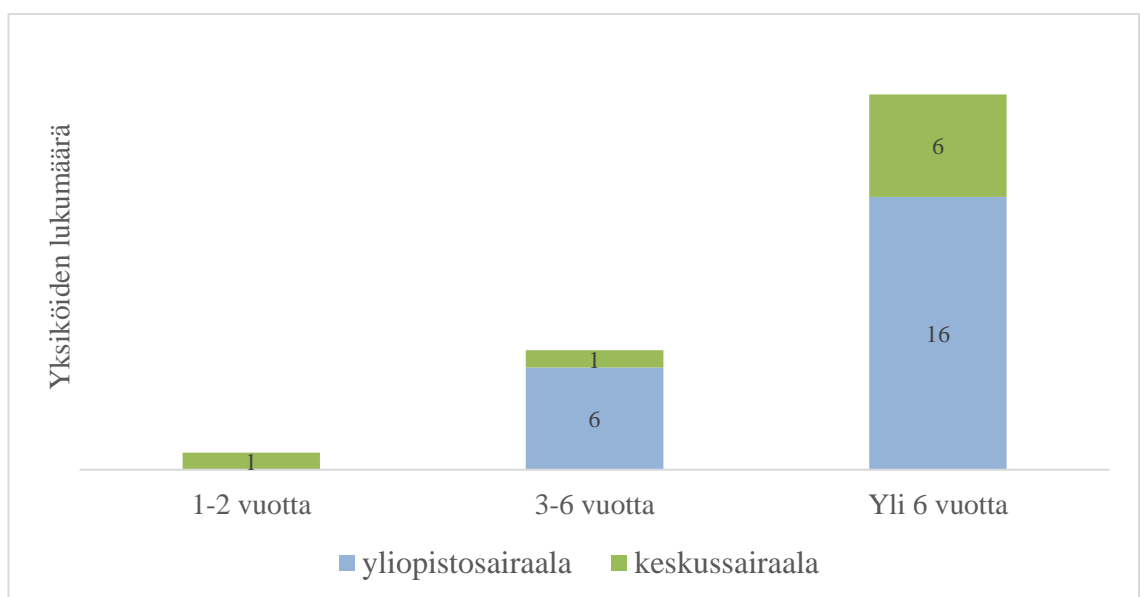
KUVIO 7. Yliopisto- ja keskussairaalan yksiköt prosentteina ja lukumäärinä sekä asettaako sairaanhoitaja perifeerisiä kanyyleja lapsipotilaille (n=75)

Kolmessakymmenessä lapsia hoitavassa yksikössä sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita, näistä yksiköistä yhteispäivystyksien osuus oli yli 60%. Sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita lasten päiväsairaaloista viidessä yksikössä, lastenosastoista kahdessa yksikössä, lasten poliklinikoista yhdessä yksikössä ja yhdistelmäyksiköistä kolmessa yksikössä. Vastasyntyneiden sekä lasten teho-osastolla sairaanhoitajat eivät asettaneet lapsipotilaille perifeeristä kanyyliä. Kuviossa 8 oranssi palkki kuvaa yksiköitä, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita. Sininen palkki kertoo yksiköistä, missä sairaanhoitaja ei kanyloi lapsipotilaita.



KUVIO 8. Lapsia hoitavat yksiköt ja kanyloiko sairaanhoitaja lapsipotilaita (n=75)

Lapsia hoitavista yksiköistä, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita, 22 toimintayksikössä käytäntö oli ollut voimassa yli 6 vuotta. Seitsemässä toimintayksikössä sairaanhoitajat olivat kanyloineet lapsipotilaita 3-6 vuoden ajan. Yhdessä yksiköstä käytäntö oli ollut voimassa 1-2 vuotta. Kuviossa 9 on esitetty, kuinka kauan sairaanhoitajat ovat kanyloineet lapsipotilaita yliopisto- ja keskussairaaloiden yksiköissä (n=30).



KUVIO 9. Yliopisto- ja keskussairaaloiden yksiköt lukumäärinä, joissa sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita sekä kauanko käytäntö on ollut voimassa (n=30)

5.3 Toimintaohje ja toimipaikkakoulutus lasten perifeerisestä kanyloinnista

Yksiköiltä, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita (n=30), selvitettiin, löytyykö yksiköistä toimintaohjetta sairaanhoitajille lasten perifeerisestä kanyloinnista ja noudatetaanko kyseistä ohjetta. 25 yksikköä (83%) vastasi, että toimintaohjetta ei ole. Viidestä yksiköstä (17%) löytyi toimintaohje ja sitä noudatettiin.

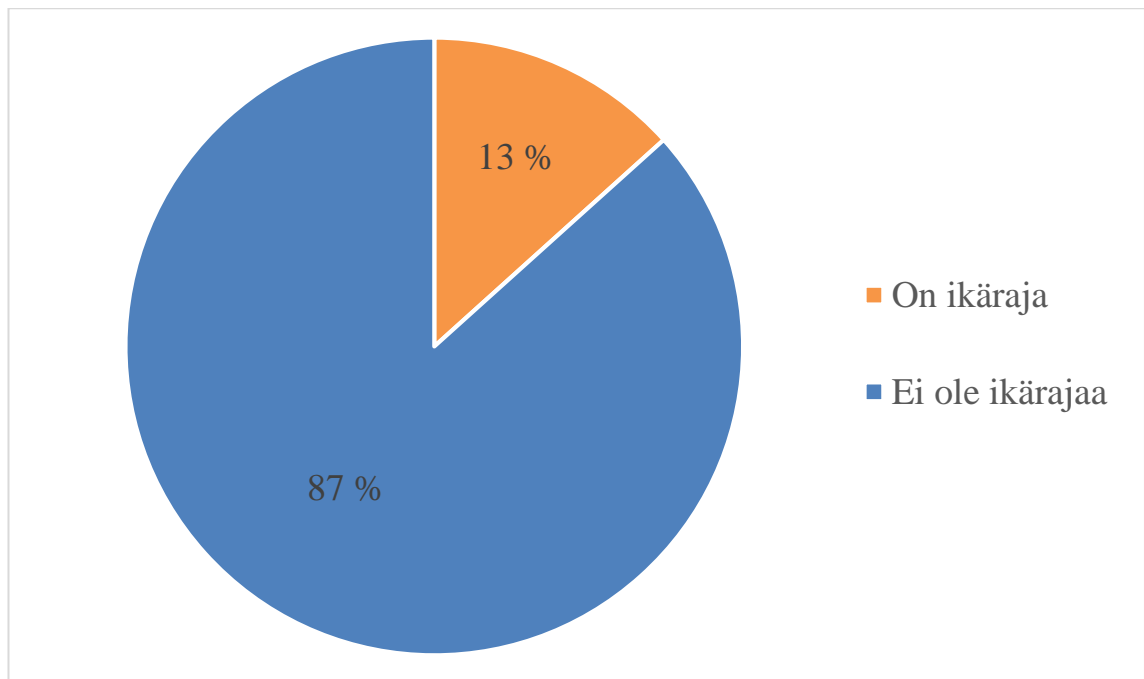
Toimipaikkakoulutusta lasten perifeerisestä kanyloinnista ei järjestetty 80 prosentissa yksiköistä ja 20% järjestettiin (n=30). Toimipaikkakoulutuksen sisältöä pyydettiin kuvailemaan, jos toimipaikkakoulutus järjestettiin. Osassa vastauksista kävi ilmi, että lasten perifeerisen kanyloinnin koulutus oli osana valtakunnallista Lääkehoidon osaaminen verkossa- koulutusta viiden vuoden välein. Yhdessä yksikössä tuli antaa näyttö lapsen perifeerisen kanyloinnin osaamisesta. Osassa yksiköistä toimipaikkakoulutus oli järjestetty erillisenä koulutuksena, johon sisältyi kanylointitekniikan harjoittelu.

”Koulutus ja näyttö ennen kuin voit kanyloida ja sen jälkeen love-näytön yhteydessä 5:n vuoden välein”

”Ennen kanyloinnin aloitusta käydään kerran koulutuksessa, jossa yleisesti harjoitellaan kanylointitekniikka, kollegojen kanssa.”

5.4 Erityistilanteet, kun sairaanhoitaja ei kanyloi lapsipotilasta

Lapsen ikä vaikutti sairaanhoitajien mahdollisuuteen kanyloida lapsipotilaita. Ikäraja lasten perifeeriseen kanyloimiseen sairaanhoitajan toimesta esitetään kuviossa 10 prosentteina. Lapsia hoitavista yksiköistä 87% (n=30) vastasi, että määriteltyä ikärajaa yksikössä lasten perifeeriselle kanyloinnille ei ole. 13% toimintayksiköistä oli ikäraja.



KUVIO 10. Ikäraja lasten perifeeriseen kanyloimiseen sairaanhoitajan toimesta (n=30)

Yksikkökohtaisissa erityistilanteissa, joissa sairaanhoitaja ei kanyloi lapsia vastattiin, että lääkäri kanyloi vastasyntyneet ja vauvaikäiset. Useassa yksikössä lääkäri kanyloi alle 1-vuotiaat lapset ja erityisesti lapset, joilla kanyyli asetettiin päähän. Sairaanhoitajat eivät kanyloineet lapsipotilaita tilanteissa, joissa lapsi oli menossa leikkaukseen tai lääkäri oli helposti saatavilla. Pistospelkoiset ja ennalta tiedossa olevat lapset, joilla suonet olivat huonosti näkyvissä kanyloi usein lääkäri. Häätitilanteissa sairaanhoitajat eivät kanyloineet lapsia. Tilanteissa, joissa lapsipotilaan vanhemmat toivoivat lääkäriä kanyloimaan, heidän toivettaan kunnioitettiin. Jos sairaanhoitaja ei onnistunut asettamaan lapsipotilaalle perifeeristä kanyyliä, pyydettiin lääkäriä kanyloimaan.

”Haasteellinen kanyloitava (todella arka ja pelokas lapsi, suonet huonosti näkyvissä, vastasyntynyt)”

”Jos on aiemmin lapsella tiedossa kanylointivaikeuksia, esimerkiksi huonot suonet. Joidenkin lapsien vanhemmat toivovat lääkärin kanyloimaan.”

”Vauvat, lapset jotka menevät odottamaan leikkausta eivätkä heti tarvitse iv-yhteyttä”

5.5 Sairaanhoidaja lapsipotilaiden perifeerisenä kanyloijana

Sairaanhoidajan kanyloidessa lapsipotilaita suurimpana hyötynä oli nopeus hoidon aloituksessa ja etenemisessä. Osa vastanneista nosti esille odottelun jäävän pois, kun sairaanhoidaja kanyloi lapsipotilaita. Sairaanhoidajat olivat helpommin saatavilla ja lääkärin resursseja säästy toisaalle. Lääkärin kanyloidessa sairaanhoidaja tarvitaan usein avustamaan.

”Iv-yhteys saadaan nopeammin, taito pysyy hyvänä myös lasten kanyloinnissa”

”Nopeuttaa toimintaa, koska lääkäriä ei tarvitse aina odottaa paikalle. Vähentää resursseja, koska useasti hoitajat pystyvät kanyloimaan itsenäisesti. Lääkäri tarvitsee useasti lisäkäsia kanylointiin.”

Perheen tarpeet huomioitiin yksilöllisemmin, kun sairaanhoidajat asettivat perifeerisen kanyylin lapselle. Kokeneilla sairaanhoidajilla oli enemmän kokemusta perifeerisestä kanyloinnista ja siksi onnistuminen toimenpiteessä oli todennäköisempää. Sairaanhoidaja oli lapsipotilaille usein entuudestaan tuttu, mikä auttoi lievittämään pistospelkoja ja rauhoittamaan tilannetta.

”Pistospelot ovat vähentyneet todella merkittävästi! Meillä lapsia hoitaa pääasiassa yksi ja sama henkilö. Lapsi tietää kuka on vastassa ja kanyloi. Joka kerralla eri erikoistuva lääkäri on todella huono juttu lapsille, joita pistellään säännöllisesti.”

”Tilanne usein rauhallisempi, hoitajat voivat olla lapselle tutumpia kuin lääkärit. Lapsi ja vanhemmatkin tulee huomioitua yksilöllisemmin. Voi olla, että myös pistoskertoja tulee vähemmän eli onnistumisprosentti on parempi hoitajilla.”

”Kokenut sairaanhoidaja kanyloi usein taitavammin kuin nuori lääkäri. Tällä hetkellä meillä on paljon nuoria hoitajia, joten lääkärit kanyloivat nyt enemmän”

77 prosenttia (n=30) yksiköistä vastasi, että haittoja ei oltu havaittu sairaanhoidajan asettaessa perifeerisen kanyylin lapsipotilaille. Vanhempien suhtautuminen sairaanhoidajaan lapsen kanyloijana oli positiivista. Tärkeämpänä pidettiin kokemusta ja osaamista kuin kanyloijan ammattinimikettä.

”Kanyloija ammattinimikkeellä ei ole lopputuloksen kannalta ratkaisevaa merkitystä. Tärkeintä on, että työhön on riittävä kokemus ja osaaminen.”

”Ei. Myös vanhemmat ovat suhtautuneet hyvin. Monet hoitajat suoriutuvat kanyylien laitosta lääkäreitä näppärämmin.”

Vastanneista viidesosa (n=30) kertoi haitaksi, että kanyloijan taito tai kokemus saattoi olla puutteellista. Tämä saattoi johtaa negatiivisiin kokemuksiin ja epäonnistuneeseen lopputulokseen. Sairaanhoidajan hermostuneisuuden tai taidon puuttumisen takia lapsipotilas joutui kokemaan useamman pistoskerran ja turhaa kipua. Epäonnistuneet kanylointikerrat vaikeuttivat entisestään huonosti saatavilla olevien suonten kanyloimista.

”Taito ei aina riitä ja silloin lapsi joutuu ehkä kokemaan monta pistoa.”

”Monesti lapsipotilaita jännitetään, jolloin hermostuneisuuden vuoksi kanylointi ei välttämättä onnistu. Tällöin myös suoni ”käytetään” ja anestesia/lastenlääkärille tulee vaikeampi työ. Lapselle aiheutetaan myös turhaa kipua.”

”Epäonnistuneiden kanylointien kohdalla lasten ja vanhempien epäluottamus kanyylilaittajaa kohtaa - oli sairaanhoitaja tai lääkäri.”

5.6 Sairaanhoidajan työnkuvan muutos lasten perifeerisessä kanyloinnissa

Lapsia hoitavista yksiköistä (n=75) 45 vastasi, että sairaanhoitajat eivät kanyloi lapsia heidän toimintayksikössään. 47 prosenttia näistä yksiköistä (n=45) oli kuitenkin harkinneet sairaanhoidajan työnkuvan muutosta lasten perifeerisessä kanyloinnissa. Kuviossa 13 on vertailtu sairaalatyypin ja yksiköiden välillä sairaanhoidajan työnkuvan muutoksen harkintaa lapsipotilaiden perifeerisessä kanyloinnissa. Yliopisto- ja keskussairaaloitten lastenosastoilla muutosta oli harkittu eniten kyselyyn vastanneista yksiköistä. Vastasyntyneiden teho-osastoilta yhdessä yksikössä ja lasten teho-osastolla kahdessa yksiköistä oltiin harkittu sairaanhoidajan mahdollisuutta kanyloida lapsipotilaita. Sairanhoitajat eivät kanyloineet lapsipotilaita lasten ja vastasyntyneiden teho-osastoilla.

Yliopistollisten sairaaloiden yhteispäivystyksistä ei tullut vastauksia, sillä näistä yksiköistä tulleissa vastauksissa sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita. Keskussairaaloiden yhteispäivystyksistä viidessä ei oltu harkittu sairaanhoitajan työnkuvan muutosta. Työnkuvan muutosta ei oltu harkittu 53 prosentissa lapsia hoitavista yksiköistä. Keskussairaaloiden päiväsairaloista ja lasten teho-osastoilta ei saatu yhtäkään vastausta koko kyselyyn.



KUVIO 13. Yliopisto- ja keskussairaaloiden yksiköiden välistä vertailua sairaanhoitajan työnkuvan muutoksen harkinnasta lasten perifeerisessä kanyloinnissa (n=45)

Toimintayksiköiltä, joissa sairaanhoitaja ei kanyloi, selvitettiin miksi sairaanhoitajan työnkuvaan ei kuulu lapsipotilaiden perifeerinen kanylointi. Vastauksista yleisimpänä perusteluna oli, että lasten kanylointi yksikössä kuuluu lääkärin toimenkuvaan. Lähes puolet toimintayksiköistä kertoi lääkärin kanyloinnin olevan vakiintunut toimintatapa. Tietyissä

lapsia hoitavissa yksiköissä kanylointien määrä jäi vähäiseksi, joten ammattitaidon säilymiseksi kanylointi on keskitetty lääkärin tehtäväksi. Lapsilla ei myöskään haluttu harjoitella kanylointia, jos kokemusta ei ollut paljon.

”Hoitajilla ei ole ollut omaa motivaatiota lähteä ajamaan tätä asiaa, lisäksi hoitokulttuuri on edelleen vahva ja kanylointia lasten kohdalla pidetään lääkärin tehtävänä.”

”Lääkärit tehneet sen aina =). Yhden sh:n kohdalle kanylointitilanne ei tule usein, osaamisen ylläpitäminen? Lapsilla ei voi ”harjoitella”, simulaatiot? keskokset, vauvat ja leikkikäiset vaikeita kanyloita. Aikuisilla harjoitellut ja osaamisen saanut sh voi ja saa laittaa perifeerisen kanyylin isommille lapsille.”

Haasteina koettiin heikosti löydettävissä olevat karkaavat ja ohuet suonet. Tuloksista nousi esiin, että perifeerinen kanylointi on jännittävä tilanne. Vastauksista nousi esiin, että lasten perifeerinen kanylointi vaatii paljon kokemusta etenkin vakavasti sairaiden lasten, keskosten sekä vastasyntyneiden kohdalla. Lapsipotilaille ei haluta aiheuttaa turhaa pistoskipua ja stressiä perifeerisen kanylointitaidon kartuttamiseksi.

”Sairaalla lapsella usein ohuet, karkaavat suonet, joita lääkäritkin joutuvat pistämään toisinaan useita kertoja. Kanyylin laittoja <10/viikko, joten harjaannusta ja kokemusta tulisi varsin vähän/hoitaja.”

”Vastasyntyneiden ja pienten keskosten kanylointi on haastavaa ja tehtävä on keskitetty lääkäreille, joille kertyy asiasta runsaasti kokemusta ja osaaminen säilyy hyvällä tasolla”

”Kanylointeja niin harvoin, että tällaista ammattitaitoa vaikea ylläpitää. Pistäminen toimenpiteenä lapselle jännittävä, joskus puudutteesta huolimatta kivuliaskin, joten hyvän hoidon kannalta tärkeää, että sellainen henkilö kanyloi, joka sen todella osaa. Lapsen mahdollisimman positiivinen kokemus sairaalahoidosta äärimmäisen tärkeää!”

Suurimpana hyötynä, jos sairaanhoitajat kanyloisivat lapsipotilaita, kävi ilmi hoidon aloituksen nopeutumisen. Vastauksista kävi myös ilmi, että kanyloijien määrä lisääntyisi, jos sairaanhoitajat kanyloisivat lapsipotilaita. Hyötynä nähtiin myös lääkärin työmäärän vähentyminen sekä lääkäriresurssien säästymisen toisaalle.

”Lääkäriin työ vähenisi, hoitajan tekemä kanylointi voisi helpottaa aikataulullisesti päivän kulkuakin”

”Potilaan hoidon aloitus saapumisen jälkeen nopeutuisi ja saisimme huippukanyloijia hyvinkin nopeasti rutiinin myötä. Lisäksi lapsen tai nuoren kohtaaminen ja valmistaminen toimenpiteeseen olisi todennäköisesti hallitumpaa.”

Tietyissä toimintayksiköissä ei nähty tarpeellisenä sairaanhoitajan työnkuvan muutosta, sillä lääkäreitä oli hyvin saatavilla. Kymmenen yksikköä vastasivat, etteivät näe hyötyä sairaanhoitajan työnkuvan muutoksessa lapsen perifeerisessä kanyloinnissa, sillä kanylointikertoja on harvoin.

”En näe isoa hyötyä, sillä kanylointeja tulee viikkotasolla vähän.”

”Lääkärit ovat hyvin saatavilla yksikössämme. En näe merkittävää hyötyä siitä, että kanylointi olisi sh:n tehtävä”

Lapsen ja perheen edun mukaisena nähtiin, että kanyloija olisi tuttu ja turvallinen. Lapsen ja perheen kohtaaminen sekä valmistaminen toimenpiteeseen oli sairaanhoitajilla hallitumpaa. Vastauksista hyötyinä nousi esiin sairaanhoitajan työnkuvan ja osaamisen laajentuminen, sekä työn mielekkyyden ja motivaation kasvaminen.

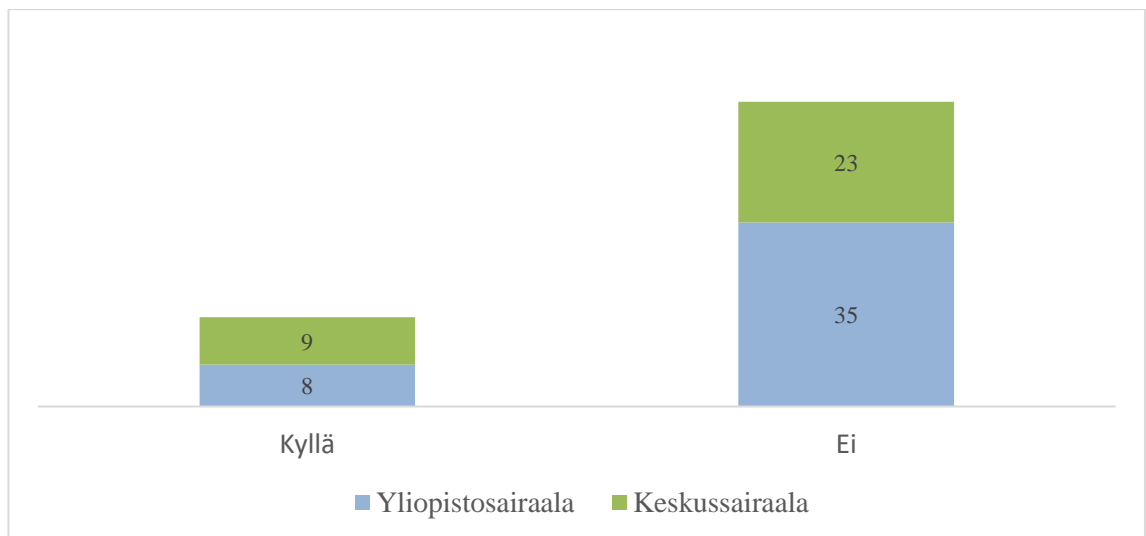
”Tuttuja lapsia kanyloisivat tutut hoitajat, jolloin toimenpide voisi olla lapselle mukavampi ja turvallisempi. ”

”Hoitajan työnkuva laajenisi; osaaminen lisääntyisi, mahdollisesti työn mielekkyys ja motivaatio myöskin. ”

”Hoitajalle lapsen kohtaaminen on usein miten luonnollista ja mukaan osataan ottaa leikin keinot. Hoitaja kyllä oppii kanyylinlaiton ja voisi olla monesti huomattavasti kätevämpi tässä hommassa. Myös turhat lääkäreiden odottamiset jäisivät pois. Asiat sujuisivat jouhevammin potilaan ja koko toiminnan kannalta. Asiakaslähtöisyyskin siinä paransi huomattavasti!”

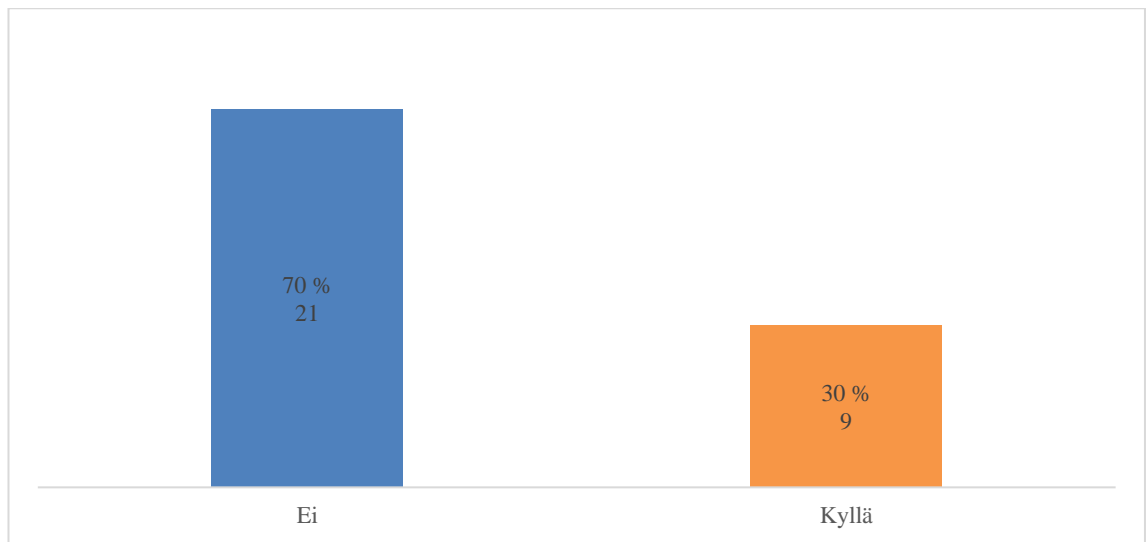
5.7 Ilokaasun käyttö lapsen perifeerisessä kanyloinnissa

Lasten perifeerisen kanyloinnin aikaiseen akuutin pistoskivun lievitykseen käytetään ilokaasua 17 toimintayksikössä (n=75). Yliopistosairaaloiden lapsia hoitavista yksiköistä kahdeksassa ilokaasu oli käytössä, kun taas keskussairaaloissa yhdeksässä yksikössä. Lapsia hoitavista yksiköistä 58 ei käytä ilokaasua kivunlievitykseen lasten perifeerisessä kanyloinnissa, joista 35 oli yliopistosairaalan yksiköitä ja 23 keskussairaalan yksiköitä. Ilokaasun käyttö lapsia hoitavissa yksiköissä on esitetty kuviossa 11.



KUVIO 11. Ilokaasun käyttö lapsipotilaan perifeerisen kanyylin laitton yhteydessä esitetty lukumäärinä ja vertailtuna yliopisto- ja keskussairaalan välillä (n=75).

Toimintayksiköissä, joissa sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita (n=30) käytettiin ilokaasua 30 prosentissa yksiköistä. Ilokaasun käyttäminen on esitetty kuviossa 12 prosentteina ja lukumäärinä. Vastauksista ei käy ilmi, kuka ilokaasua annostelee lapsipotilaalle perifeerisen kanyloinnin aikana.



Kuvio 12. Ilokaasun käyttäminen yksiköissä, joissa sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita esitettynä prosentteina ja lukumäärinä (n=30)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa. Ajatus opinnäytetyölle nousi työelämätahon tarpeesta kehittää lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä. Opinnäytetyö toteutettiin sähköisen kyselyn muodossa maaliskuussa 2017. Vastausprosentti nousi korkeaksi 64,1% (n=75), mikä lisäsi kyselyn luotettavuutta.

Lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteistä saatiin selville kuka yksikössä kanyloi lapsipotilaat, löytyykö yksiköstä toimintaohje ja sairaanhoitajille suunnattu toimipaikkakoulutus. Tietoa saatiin myös ilokaasun käyttämisen yleisyydestä akuutin pistoskivun lievitykseen lapsen perifeerisessä kanyloinnissa sekä erityistilanteet, milloin sairaanhoitaja ei voi asettaa lapselle perifeeristä kanyyliä. Lisäksi selville saatiin ikäraja lapsipotilaalle, joita sairaanhoitaja voi kanyloida sekä hyödyt ja mahdolliset haitat, kun sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita. Sairaanhoitajan rooli lapsen kanyloinnissa muotoutui lapsia hoitavan yksikön käytänteiden mukaan joko avustajaksi tai kanyylin asettajaksi. Jatkotutkimuksen aiheeksi ehdotetaan selvittää sairaanhoitajien kokemusta lapsen perifeerisestä kanyloinnista.

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisessä tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä sekä tutkimusetiikkaa. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti sekä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 23-24.) Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa pidettiin palaveri työelämätahon, opetuskoordinaattorin, ohjaavan opettajan sekä opinnäytetyötekijöiden kesken. Työelämäpalaverissa sovittiin aikataulu ja tavoitteet työn tekemiselle sekä tehtiin aiheen rajauksia. Tutkimussuunnitelma sisälsi ajankohtaista tietoa lasten perifeerisestä kanyloinnista ja se hyväksyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetuskoordinaattorilla. Tutkimussuunnitelmassa selvisi kaikkien osapuolten vastuut, velvollisuudet sekä työelämätahon taloudellinen riippumattomuus.

Tutkimuslupa opinnäytetyön toteuttamista varten haettiin asianmukaisesti ja se myönnettiin meille helmikuussa 2017 Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Osa tutkimusjoukosta oli meihin yhteydessä ja pyysi hakemaan tutkimuslupaa kyseiseltä sairaanhoitopiiriltä. Kyseisiltä sairaanhoitopiireiltä tutkimusluvut haettiin myös alkuperäisen tutkimusluvun lisäksi. Kyselyyn vastaamisaikaa pidennettiin lupaprosessin pitkittyessä. Alkuperäisestä vastausajasta oltiin valmiita joustamaan, sillä se kasvatti tutkimusjoukon sekä aineiston kokoa.

Tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettia lisää tutkimuksen huolellinen suunnittelu, harjattu tiedonkeruu sekä ajankohtainen lähdekirjallisuus (Heikkilä 2014, 27-28). Opinnäytetyön suunnitteluun panostettiin tutkimussuunnitelman ja tiedonhaun muodoissa. Ajantasaista tietoa ja tutkimuksia haettiin aktiivisesti opinnäytetyöprosessin ajan. Tiedonhaakuun hyödynnettiin muiden muassa PubMed, EBSCO sekä Google Scholar – palvelimia. Tiedonhakua toteuttaessa pyrittiin hakemaan alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Jotakin yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä käytettiin opinnäytetyössä, sillä asiasisällöiltään ne eivät ole muuttuneet. Tiedonhaun myötä kansainvälisistä tietoa ja tutkimuksia osoittautui löytyvän kotimaista runsaammin. Opinnäytetyössä hyödynnettiin useita kansainvälisiä tutkimuksia sekä artikkeleita lasten perifeerisestä kanyloinnista. Opinnäytetyön tekemisen vaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheissa.

Tutkimustuloksien ja tutkimusprosessin tulee olla mahdollisimman puolueettomia. Tutkijan objektiivisuus on tärkeää. Tutkimuksen puolueettomuutta tukee tutkittavan kohteen ja tutkijan etäisyys. Kyselylomakkeella verkossa tehty tutkimus on hyvä esimerkki objektiivisesta tutkimusprosessista. (Vilka 2007, 13, 16.) Tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettia lisää perusjoukon koko (Heikkilä 2014, 28). Opinnäytetyön kyselyn perusjoukoksi muodostui 117 Suomen yliopisto- ja keskussairaaloiden lapsia hoitavaa yksikköä. Opinnäytetyön toteutusvaihe alkoi sähköisen kyselylomakkeen luomisella, jolloin tutkijan ja kyselyyn vastanneiden yhteys pysyi etäisenä.

Vilkan (2007, 16) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tulosten toistettavuus. Kyselylomake laadittiin tarkkaan, jotta tulokset ovat mahdollisimman toistettavissa tutkijasta riippumatta. Kysymykset laadittiin helposti ymmärrettäväksi ja täsmällisiksi. Kysymyksillä haettiin vastauksia opinnäytetyön tehtäviin ja työelämätahon toiveisiin. Esimerkiksi ilokaasun käyttäminen nostettiin esiin muista perifeerisen kanyloinnin akuutin

pistoskivunlievityskeinoista, sillä se oli yksi opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä ja työelämätahon toive. Suljetuissa kysymyksissä oli valmiit vastausvaihtoehdot ja sekakysymyksissä lisäksi pieni tila vapaalle kirjoittamiselle

Opinnäytetyön kyselylomake esiteltiin eräillä osastonhoitajilla ja esiin tulleet puutteet korjattiin ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä, mikä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Kyselyyn ohjeistettiin vastaamaan yhden henkilön koko lapsia hoitavan yksikön puolesta. Vastausprosentti kyselyyn oli 64,1 prosenttia (n=75). Kyselyyn vastanneen henkilön vastuulle jäi antaa mahdollisimman kattava näkemys yksikön lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteistä. Luotettavuutta voi heikentää vastaajan puutteellinen käsitys yksikön käytänteistä. Opinnäytetyön kyselylomake oli toimiva ja systemaattisia virheitä ei havaittu. Opinnäytetyön kyselylomakkeella saaduista vastauksista saatiin monipuolinen kuva lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteistä Suomen yliopisto- ja keskussairaaloiden lapsia hoitavissa yksiköissä, mitä haluttiinkin selvittää.

Aineisto analysoitiin kuvailevalla tilastollisella menetelmällä sekä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön kyselyn aineisto käytiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Havainnoinnin jälkeen saaduista vastauksista tehtiin havaintomatriisi Google Sheets-ohjelmaa hyödyntäen. Vastausten tarkistaminen tehtiin aineiston syöttämisen aikana. Virheelliset vastaukset karsittiin pois aineistosta. Kyselylomakkeen suljetut kysymykset antoivat numeerista tietoa lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteistä. Avoimet kysymykset toivat sellaisia vastauksia, joita ei olisi voitu ennalta arvioida tai kysyä suljetuilla kysymyksillä. Sisällönanalyysissä pyritään tutkittavasta asiasta saamaan yleistettävä ja tiivistetty kuvaus. Aineiston ryhmittelyssä samanlaiset käsitteet luokitellaan ryhmiksi, jonka ansiosta aineisto tiivistyy ja yleistyy yksittäisistä tekijöistä. (Vilka 2015, 163). Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka avulla muodostettiin yhtenäisiä asiakokonaisuuksia.

Tutkimuksen raportti on asiakirja, jossa tehty tutkimus taltioidaan kirjalliseen muotoon sanallisesti, kuvailevasti sekä numeerisesti. Tutkimusraportin tarkoituksena on selventää lukijalle tutkimuksen toteuttamistapa sekä tulosten uskottavuus ja vakuuttavuus. Tutkimusraportin kieliasu on luonteeltaan asiallista, tieteellistä, objektiivista ja perustelevaa. (Vilka 2007, 157-159.) Opinnäytetyö raportoitii Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyö kirjoitettiin asiallisella yleiskielellä välttämättä ammattislangia ja vaikeasti ymmärrettäviä käsitteitä.

Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat on selvennetty työn teoriaosuudessa. Teoria-tieto on perusteltua ja pohjautuu ajankohtaiseen tieteellisesti tutkittuun tietoon. Tulokset on raportoitu kuvailevalla tilastollisella analyysillä. Tuloksia on esitetty numeerisesti, sanallisesti ja kuvailevasti. Kuvioiden värit ovat yhdenmukaiset ja toistuvat läpi työn. Valmis opinnäytetyö luovutettiin Tampereen ammattikorkeakoululle ja työelämätaholle kirjallisena versiona sekä sähköisessä muodossa kyselyyn osallistuneille lapsia hoitaville yksiköille. Valmis opinnäytetyö on luettavissa julkisena asiakirjana Theseuksessa. Opinnäytetyö esitettiin Tampereen ammattikorkeakoululle ja työelämätaholle.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisen ja laadullisen menetelmän yhdistelmällä, jonka avulla aineistosta saatiin kattava ja analyysistä monipuolinen. Kysely lähetettiin 117 lapsia hoitavaan yksikköön. Vastauksia saatiin 43 yliopistosairaaloista ja 32 keskussairaaloista, eli yhteensä 75 (n=75). Yksiköt jakautuivat toimintaympäristöinä yhteispäivystykseen, lastenosastoihin, lasten poliklinikkoihin, lasten päiväsairaaloihin, vastasyntyneiden teho-osastoihin, lasten teho-osastoihin sekä yhdistelmäyksiköihin. Yksiköiden toimintaympäristöä kysyttäessä vastaajalla oli mahdollisuus valita valmis vaihtoehto tai kirjoittaa oma vastaus. Tämän kysymyksen avoimien vastauksien ristiintaulukointi kyselyn muiden vastauksien kanssa oli haastavaa, sillä yksiköt olivat yhdistelmäyksiköitä eli toiminnaltaan hyvin monimuotoisia. Luotettavuutta olisi voinut lisätä tekemällä valmiit vastausvaihtoehdot kysymykseen. Toisaalta avoimien kysymysten sisältöä ei voi ennakoida, joten valmiit vastausvaihtoehdot olisivat voineet johtaa myös harhaan.

Ollakseen hyödyllinen, tutkimuksen tulee olla käyttökelpoinen ja jotain uutta esiin tuova (Heikkilä 2014, 27-30). Opinnäytetyön kyselyn avulla saatiin selville, millaisia käytänteitä lapsipotilaiden perifeerisestä kanyloinnista on Suomen yliopisto- ja keskussairaaloilla, sairaanhoitajan rooli sekä ilokaasun hyödyntämisen yleisyys lasten perifeerisessä kanyloinnissa. Opinnäytetyön kyselyn avoimet kysymykset toivat vastauksia, joita ei voitu ennakoida. Avoimista vastauksista nousi esiin muiden muassa hyötyjä ja haittoja, kun sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita. Avoimien vastausten kautta saatiin tietoa, kuinka yleisesti yksiköissä on harkittu sairaanhoitajan työnkuvan muutosta lasten perifeerisessä kanyloinnissa.

Rauchin ym. (2009) mukaan tutkimukset osoittavat, että lasten perifeerinen kanylointi onnistuu ensimmäisellä yrityksellä 53-76% tapauksista. Toistuvat pistokerrat ovat kivuliaita lapsille sekä stressaavia perheelle ja hoitohenkilökunnalle (Rauch ym. 2009). Opin- näytetyön kyselyn avoimista vastauksista nousi esiin pistokertojen vähentyminen sairaanhoitajan kanyloidessa lapsipotilaita. Lisäksi lapsia hoitavat yksiköt kuvasivat sairaanhoitajien taitoa ja kokemusta lasten perifeerisestä kanyloinnista vahvemiksi lääkäreihin verrattuna. Lapsia hoitavat yksiköt kertoivat lapsen ja perheen kohtaamisen olevan hallitumpaa sairaanhoitajilla, mikä edesauttaa lapsen perifeeristä kanylointia.

Kysyttäessä lapsen perifeerisen kanyloinnin suorittavaa ammattihenkilöä, suurin ammattiryhmä oli lääkärit. Seitsemässä yksikössä lääkäri ei osallistunut lapsipotilaiden kanylointiin vaan perifeerisen kanyloinnin suoritti sairaanhoitaja tai ensihoitaja. Näistä yksiköistä kuusi oli yhteispäivystyksiä ja yksi lasten päiväsairaala, joka sijaitsi aikuisten päiväsairaalan yhteydessä. Sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita 40 prosentissa lapsia hoitavista yksiköistä. Yleisimmin (63%) sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita yhteispäivystyksissä (n=30). Yksiköissä, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita, käytäntö on ollut 22 yksikössä yli 6 vuotta. Seitsemässä yksikössä käytäntö ollut voimassa 3-6 vuotta ja vain yhdessä yksiköistä 1-2 vuotta.

Suurimassa osassa yksiköistä, joissa sairaanhoitaja kanyloi lapsipotilaita (n=30) toimintaohjetta lasten perifeeriselle kanyloinnille ei ollut. Yli 16 prosentissa yksiköistä (n=30) toimintaohje löytyi ja sitä noudatettiin. Toimipaikkakoulutus oli järjestetty sisäisenä koulutuksena tai se sisältyi lääkehoidon osaaminen verkossa-koulutukseen. Suurimassa osassa yksiköistä (80%) toimipaikkakoulutusta ei ollut.

Sairaanhoitajaliiton työryhmän kirjoittaman raportin (2016) mukaan sairaanhoitajan työnkuva on muutoksen kohteena. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työnkuva muuttuu laaja-alaisemmaksi sekä asiantuntijalähtöiseksi, jolloin sairaanhoitaja voi hoitaa potilaita kokonaisvaltaisemmin. Sairaanhoitajien sekä lääkäreiden sujuvan työnjaon ansiosta osaaminen voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisemmin. Työnkuvan muutoksilla pyritään laadukkaaseen sekä kustannustehokkaaseen hoitotyöhön. (Sairaanhoitajaliitto 2016, 20.) Lapsipotilaiden perifeerinen kanylointi ei kuulunut 45 yksikössä sairaanhoitajan työnkuvaan. Noin puolessa yksiköissä työnkuvan muutosta oltiin harkittu.

Lapsia hoitavat yksiköt kertoivat perusteluna käytännölle, ettei sairaanhoitaja kanyloi, välttää lapsipotilaan ylimääräistä pistoskipua ja stressiä. Yksiköissä, joissa lääkäri oli helposti saatavilla, ei nähty tarpeelliseksi muuttaa työnjakoa lapsipotilaan kanyloinnissa. Tuloksista nousi esiin, että lääkäri lapsipotilaiden kanyloijana on vakiintunut käytäntö. Toisena haastavana tilanteena sairaanhoitajien kanyloidessa lapsipotilaita oli ammattitaidon ylläpitäminen kanylointien määrän ollessa vähäinen, jolloin lapsen perifeerinen kanylointi oli asetettu lääkärin tehtäväksi. Hyötyinä lapsia hoitavissa yksiköissä, joissa sairaanhoitaja ei kanyloinut lapsipotilaita (n=45), nähtiin turhan odottelun jäävän pois sekä lapsen ja perheen kohtaaminen paranisi.

Kyselyn tuloksista kävi muun muassa ilmi monia hyötyjä, minkä vuoksi sairaanhoitaja voisi toimia lapsipotilaiden perifeerisenä kanyloijana. Keskeisimpinä hyötyinä nähtiin hoidon nopeutuminen, yksilöllisempi huomiointi sekä tuttuuden ja turvallisuuden tunteen lisääntyminen lapsilla ja perheillä. Tilanteet, joissa tarvitaan lääkäriä kanyloimaan, olivat selvitetty hyvin vastauksissa. Erityistilanteina pidettiin vastasyntyneiden kanylointia, hätätilanteita, pistospelkoisten sekä huonosuonisten lasten kanylointia. Yksiköissä, joissa sairaanhoitaja kanyloi (n=30) 77 prosenttia raportoi, ettei haittoja oltu havaittu sairaanhoitajan asettaessa perifeerisen kanyylin lapsipotilaalle. Vastauksista esiin tulleita haittoja olivat puutteellinen taito ja kokemus tai jännitys tilannetta kohtaan. Lasten perifeerisen kanyylinasettajalta odotettiin kokemusta ja taitoa.

Salmelan (2010) mukaan leikki-ikäisten lasten pelot sairaalassa kohdistuivat vahvimmin hoitotoimenpiteisiin, kuten pistämiseen ja näytteiden ottoon. Lapset pelkäsivät myös kipua, sairaalaympäristöä ja potilaana oloa. Yksinolo ilman vanhemman läsnäoloa oli myös yksi pelätyimmistä asioista. (Salmela 2010, 35.) Kain ym. (2007) mukaan lapsen ja perheen valmisteleminen toimenpiteeseen vähentää lapsen toimenpidettä edeltävää ahdistusta. Opinnäytetyön avoimista vastauksista nousi esiin pistospelkojen vähentyminen sekä turvallisuuden tunteen lisääntyminen lapselle sairaanhoitajan kanyloidessa lapsipotilasta.

Ekbon ym. (2011) tekemän tutkimuksen mukaan typpioksiduulin käyttäminen paikallisen pintapuudutevoiteen kanssa vähensi perifeerisen kanyloinnin pistokertoja viidestä kahteen sekä lisäsi lapsipotilaiden tyytyväisyyttä. Ilokaasua käytettiin 17:ssä lapsia hoitavassa yksikössä akuutin pistos kivun lievittämiseen lasten perifeerisessä kanyloinnissa.

Toimintayksiköissä, joissa sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita (n=30) käytettiin ilokaasua 30 prosentissa yksiköistä.

Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa lasten perifeerisistä kanyloinnin käytännöistä Suomessa, mikä mahdollistaa lapsia hoitaville yksiköille käytänteiden kehittämisen. Lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteiden selvittämisen kautta Suomen lapsia hoitavat yksiköt voivat kehittää lasten perifeerisen kanyloinnin käytänteitä. Opinnäytetyön kautta saatu tietoa lasten perifeerisen kanyloinnin käytännöistä voimme hyödyntää tulevaisuudessa työpaikoilla lastenosastoilla ja leikkaussalissa. Opinnäytetyön tulosten avulla pyritään herättämään keskustelua sairaanhoitajan työnkuvan muutoksesta lasten perifeerisessä kanyloinnissa.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksen aiheeksi ehdotetaan selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lasten perifeerisestä kanyloinnista. Lisää tietoa toimipaikkakoulutuksen sisällöstä olisi haluttu, mutta vastauksia tähän kysymykseen saatiin vain viisi. Mielenkiintoisena jatkotutkimusehdotuksena olisikin lasten perifeerisen kanyloinnin sairaanhoitajille osoitetun toimipaikkakoulutuksen sisällön selvittäminen eli miten sairaanhoitaja voi saada luvan kanyloida lapsipotilaita.

Opinnäytetyön kyselyssä selvitettiin, kuinka yleisesti lapsia hoitavissa yksiköissä ilokaasua hyödynnetään akuutin pistoskivun lievittämiseen lapsen perifeerisessä kanyloinnissa. Ilokaasun käyttämisestä lasten pientoimenpiteissä on valmistunut tuore opinnäytetyö, jossa käsitellään myös lasten perifeerisen kanyloinnin yhteydessä ilokaasun käyttämistä. Jatkotutkimuksena ehdotetaan selvittää, kuka ilokaasun annostelee yksikössä lapsipotilaalle sekä kuinka kauan ilokaasua on hyödynnetty lasten perifeerisessä kanyloinnissa.

LÄHTEET

Ahonen, J., Tarvonen, M. & Sainio, S. 2009. Typpioksiduuli synnytyskivun hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(10):1060-8. Viitattu: 10.5.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/10/duo98052>

Ahonen, K. & Hoppu, K. 2004. Lasten lääkehoidon erityispiirteet. Suomalainen lääkäri-lehti. 11/2004. s. 1114-1145.

Brown, T. 2015. Pediatric Nursing Inventions and Skills. Teoksessa: Hockenberry, M. & Wilson, D. Wong's Nursing Care of Infants and Children. Canada: Elsevier Mosby.

Bährenz, P. 2008. BD Lyhytkestoisen IV-terapian käsikirja. Moniste.

Canbulat, N., Ayhan, F. & Inal, S. 2015. Effectiveness of External Cold and Vibration for Procedural Pain Relief During Peripheral Intravenous Cannulation in Pediatric Patients. Pain Management Nursing 16 (1), 33-39.

Chalk, S. Harvey, J., Watson, N. & Kelsey, J. 2010. Venesection, cannulation and the care of children requiring intravenous infusions. Teoksessa: Glasper, A. Aylott, M. & Battrick, C. Developing Practical Skills for Nursing Children and Young People. Great Britain: Hodder Arnold.

Duodecim Lääketietokanta. 2013. Ametop geeli iholle. Luettu 22.9.2017.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/terveysportti/dlr_laake.valmiste?id=duo562206&toiminto=SPC

Ekbohm, K., Kalman, S., Jakobsson, J. & Marcus, C. 2011. Efficient intravenous access without distress: a double-blind randomized study of midazolam and nitrous oxide in children and adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 165(9): 785-91.

Hallonsten, A-L., Jensen, B. Raadal, M., Veerkamp, J., Hosey, M. T. & Poulsen, S. 2011. Sedaatio-ohjeet lasten hammashoitoon. Suomen Hammaslääkärilehti 10/2011. Viitattu: 10.5.2017. <http://www.eapd.eu/dat/0630F0CC/file.pdf>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hiitola, B. 2008. Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Jyväskylän yliopisto. Luentosarja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jaakola, H., Tiri, M., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2013. Vanhempien osallistuminen lapsensa kivunhoitoon sairaalassa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 25 (3), 194-208.

Kain, Z., Caldwell-Andrews, A., Mayes, L., Weinberg, M., Wang, S-M., MacLaren, J. & Blount, R. 2007. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. Viitattu: 22.9.2017.

<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1922803>

Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja.

Keituri, T. & Laine, R. 2013. Lapsen parenteraalinen nesteyttäminen. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim: Porvoo.

Keituri, T. & Laine, R. 2013. Lapsen valmistaminen näytteenottoon ja toimenpiteeseen. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim: Porvoo.

Keituri, T. 2010. Lapsen valmistaminen näytteenottoon ja toimenpiteeseen. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim: Porvoo.

Kelsey, J. 2010. Peripheral intravenous therapy. Teoksessa: Glasper, A. Aylott, M. & Battrick, C. *Developing Practical Skills for Nursing Children and Young People*. Great Britain: Hodder Arnold.

Kerkelä, E. & Aallos- Ravenna, M. 2013. Ilokaasu- vanha naurattaja, uudet kujeet. Finnanest, 46 (3), 213-215.

Kiviluoma, K. & Peltoniemi O. 2016. Laskimoyhteys lapsilla. Teoksessa: Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Perttilä, J., Ruokonen, E., Silfvast, T. (Toim.) Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kiviluoma, K. 2014. Lasten nestehoidon toteutus. Teoksessa: Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K & Ruokonen, E. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kokki, H., Kiviluoma, K., Aantaa, R., Manner, T. & Kaisti, K. 2009. Lasten nestehoito 2009-opas. Helsinki: Fresenius Kabi.

Kontiokari, T. & Hutri-Kähönen, N. 2012. Pintalaskimon kanylointi. Teoksessa: Korppi, M., Kröger, L. & Rantala, H. Lastentautien päivystyskirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 280.

Kotilainen, P., Terho, K. & Kurvinen, T. 2010. Verisuonikatetreihin liittyvät infektiot. Teoksessa: Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H., Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 270-282.

Koukourikos, K., Tzeha, L., Panelidou, P. & Tsaloglidou, A. 2015. The importance of play during hospitalization of children. Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina, 27(6), 438-441. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733554/>

Kuhlampi, T. sairaanhoitaja, apulaisosastonhoitaja. Haastattelu 14.9.2016. Haastattelija Korhonen, S. & Kaunismäki, M. Tampere.

Lahtinen, M., Rantanen, A., Heino-Tolonen, T. & Joronen, K. 2015. Lääkkeetön kivunlievitys ja sen kirjaaminen lasten sairaalahoidon aikana. Hoitotiede, 27 (4), 324-337.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2016.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Linde healthcare. 2013. Tietoa lapsille ja vanhemmille. Valmistajan esite. Oy Aga Ab.

Linde healthcare. 2010. Livopan Pain relief. Just a few breaths away. Valmistajan esite. Oy Aga ab.

Meiri, N., Ankri, A., Hamad-Saied, M., Konopnicki, M. & Pillar, G. 2016. The effect of medical clowning on reducing pain, crying, and anxiety in children aged 2-10 years old undergoing venous blood drawing – a randomized controlled study. *European Journal of Pediatrics*, 175 (3), 373-379.

MMJ Labs. 2017. How to use Buzzy. Viitattu: 16.5.2017. <https://www.buzzy-helps.com/for/how-to-use-buzzy>

Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.

Pharmaca Fennica. 2016. Emla emulsiovoide 25/25 mg/g. Luettu 22.9.2017. <https://pharmacafennica.fi/spc/2010975>

Pharmaca Fennica. 2017. Emla laastari 25/25 mg. Luettu 22.9.2017. <https://pharmacafennica.fi/spc/2010929>

Piiparinen, S. & Rauhala, S. 2005. Kivunhoito. Teoksessa: Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.). Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Rauch, D., Dowd, D., Eldridg, D., Mace, S., Schears, G. & Yen, K. 2009. Peripheral Difficult Venous Access in Children. *Clinical Pediatrics* 48 (9) 895-901.

Rautava- Nurmi, H., Sjövall, S., Vaula, E., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2010. Helsinki: WSOY pro.

Sairaanhoitajaliitto. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat- laatua tulevaisuuden sote-palveluihin- raportti. Sairaanhoitajaliiton APN-asiantuntijatyöryhmä. Viitattu: 22.8.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Salmela, M. 2010. Hospital-related fears and coping strategies in 4-6-year-old children. Academic Dissertation. Viitattu: 22.9.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22646/hospital.pdf?sequence=1>

Sparks, L., Setlik, J. & Luhman, J. 2007. Parental Holding and Positioning to Decrease IV Distress in Young Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing* 22 (6), 440-447.

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

Suomen NOBAB. 2005. Standardit lasten sairaalahoitoon. Viitattu: 7.5.2017. <http://www.nobab.fi/standardit.html>

Talka, V. 2009. 5-6 vuotiaiden lasten pelot sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2014. Peripheral intravenous (IV) device management. Luettu: 22.9.2017. http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Peripheral_Intravenous_IV_Device_Management/

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Yhdistyneet kansakunnat. 1989. Yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu: 14.11.2016.

https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf

Yksityisyys ja tietosuojat. 2013. Tampereen yliopisto. Viitattu: 26.11.2016.

<http://www.uta.fi>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

1(4)

Lasten perifeerisen kanyloinnin käytännöt Suomessa

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä sairaanhoitajan työnkuvan osalta Suomen yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloissa. Työn teemme yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa, jolta olemme saaneet luvan opinnäytetyön toteuttamiselle.

Lapsella tässä kyselyssä tarkoitamme 0-16-vuotiasta

1. Vastaajan työnimike

- a. Osastonhoitaja
- b. Apulaisosastonhoitaja
- c. Sairaanhoitaja
- d. Muu _____

2. Sairaala

- a. Yliopistollinen sairaala
- b. Keskussairaala
- c. Aluesairaala

3. Millainen yksikkönne on toimintaympäristönä

- a. Lastenosasto
- b. Lasten poliklinikka
- c. Lastenpäivystys
- d. Yhteispäivystys
- e. Lasten teho-osasto
- f. Vastasyntyneiden teho-osasto
- g. Muu _____

4. Kuinka monta sairaanhoitajaa yhteensä työskentelee yksikössä?

2(4)

5. Kuinka monelle lapselle perifeerisiä kanylointeja tehdään Teidän yksikössänne keskimäärin viikossa?
- alle 10
 - 10-30
 - 30-50
 - yli 50
6. Käytetäänkö ilokaasua Teidän yksikössänne kivunlievitykseen lasten perifeerisessä kanyloinnissa?
- Kyllä
 - Ei
7. Kuka Teidän yksikössänne kanyloi lapsia?
Voit valita useamman vaihtoehdon.
- Lääkäri
 - Lääketieteen opiskelija
 - Sairaanhoitaja
 - Sairaanhoitajaopiskelija
 - Ensihoitaja
 - Muu _____
8. Kanyloiko sairaanhoitaja Teidän yksikössänne lapsia?
- Kyllä
 - Ei
- Jos vastasit kyllä, siirry kysymykseen yhdeksän.
- Jos vastasit ei, siirry kysymykseen viisitoista.
9. Kuinka pitkään sairaanhoitajat ovat kanyloineet lapsipotilaita Teidän yksikössänne?
- 1-2 vuotta
 - 3-6 vuotta
 - yli 6 vuotta

3(4)

10. Onko Teidän yksiköllänne toimintaohjetta lapsia kanyloiville sairaanhoitajille ja noudatetaanko sitä?

- a. Kyllä on toimintaohje ja sitä noudatetaan
- b. Kyllä on toimintaohje, mutta sitä ei noudateta
- c. Ei ole toimintaohjetta

11. Järjestetäänkö Teidän yksikössänne toimipaikkakoulutusta lasten perifeerisestä kanyloinnista sairaanhoitajille?

- a. Kyllä
- b. Ei

12. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kuvaile toimipaikkakoulutuksen sisältöä ja kuinka usein koulutus tulee käydä?

13. Onko Teidän yksikössänne määritelty ikärajaa lapsipotilaille, joita sairaanhoitajat saavat kanyloida?

Jos yksikössänne on määritelty ikäraja, kirjoita ikäraja annetulle riville

- a. Ei ole ikärajaa
- b. Muu _____

14. Kuvaile erityistilanteita, kun sairaanhoitaja ei kanyloi lapsipotilaita Teidän yksikössänne:

15. Mitä hyötyä olette Teidän yksikössänne havainneet, kun sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita?

16. Oletteko havainneet haittapuolia, kun sairaanhoitajat kanyloivat lapsipotilaita?

4(4)

17. Oletteko harkinneet, että sairaanhoitajat kanyloisivat lapsipotilaita Teidän yksikössänne?

- a. Kyllä
- b. Ei

18. Miksi sairaanhoitajat eivät kanyloi lapsia Teidän yksikössänne?

19. Mitä hyötyä olisi, jos sairaanhoitajat kanyloisivat lapsipotilaita Teidän yksikössänne?

Liite 2. Saatekirje



Arvoisa vastaanottaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä sairaanhoitajan työnkuvan osalta Suomen yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloissa.

Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa, jolta olemme saaneet luvan opinnäytetyön toteuttamiselle helmikuussa 2017. Idea opinnäytetyölle nousi työelämätahon tarpeesta kehittää lasten perifeerisen kanyloinnin käytäntöjä sairaanhoitajan työnkuvan osalta.

Kyselyymme vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyys tai yksikkö selviä opinnäytetyöstä. Vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia. Aikaa kyselyyn vastaamiseen on 11.04.2017 asti. Kyselyyn voi vastata joko osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai osaston sairaanhoitaja. Kyselylomakkeeseen pääsette oheisella linkillä:

<https://goo.gl/forms/Evto395Vk1zn9mPt2>

Opinnäytetyömme valmistuu lokakuussa 2017. Tampereen Ammattikorkeakoulussa työtämme ohjaa lehtori Anne Mäenpää. Työn valmistuttua lähetämme sen Teille sähköpostitse. Opinnäytetyö on myös luettavissa Theseuksessa.

Jos kyselystä tai itse opinnäytetyöstämme nousee mieleenne kysymyksiä, voitte olla yhteydessä meihin sähköpostilla.

Kiitos vaivannäöstänne ja aurinkoista kevättä!

Ystävällisin terveisin,

Mira Kaunismäki & Sini Korhonen