

Mirka Leikas, Kati Kokkonen

”ASIALLISESTI KERROTTU,  
KYSYTTÄESSÄ SELITETTIIN”  
Kysely vanhemmille lasten leikkauksen jäl-  
keisestä kivunhoidon ohjauksesta

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma

Huhtikuu 2010




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  27.4.2010				
<b>Tekijä(t)</b> Mirka Leikas, Kati Kokkonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Hoitotyön koulutusohjelma/sairaanhoitaja</b>				
<b>Nimeke</b> ”ASIALLISESTI KERROTTU, KYSYTTÄESSÄ SELITETTIIN” - Kysely vanhemmille lasten leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon ohjauksesta					
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää erään sairaalan lasten leikkauksen jälkeistä kivun hoidon ohjausta sekä kipumittarien käyttöä vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyöllä pyrittiin saamaan vastauksia kysymyksiin: Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia tunnistamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua? Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia käyttämään kipumittaria? Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia hoitamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?</p> <p>Aineisto kerättiin puoli-strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi taustatietojen lisäksi monivalinta – sekä avoimia kysymyksiä. Kyselyyn osallistuivat vanhemmat (n=28), joiden 2–17-vuotias lapsi oli ollut leikkauksessa. Kyselyyn osallistuvien kriteerit olivat: Lapselle tehtiin elektiivinen leikkaus päiväkirurgian tai lastenosaston kautta, ohjaus annettiin vanhemmalle tai huoltajalle sekä pienet toimenpiteet jätettiin pois vähäisen kivunhoidon takia. Kysely toteutettiin huhti-kesäkuussa 2009. Aineisto analysoitiin käyttäen frekvenssejä, prosentteja sekä tunnuslukuja ja ristiintaulukointia SPSS for Windows 15.0 – ohjelmalla.</p> <p>Tämän kyselyn mukaan hoitohenkilökunta oli ohjannut joka toista vanhempaa tunnistamaan lasten leikkauksen jälkeistä kipua. Osalla vanhemmista oli virheellisiä käsityksiä lapsen kivun ilmaisemisesta, vaikka kaikki vanhemmat kertoivat tunnistavansa, jos lapsella on kipuja. Vanhempien mukaan hoitohenkilökunnan antama kivunhoidon ohjaus oli ollut monipuolista. Vanhemmat kuvasivat ohjausta riittävänä, ymmärrettävänä ja aikaa siihen oli käytetty riittävästi. Hoitajat olivat ammattitaitoisia ja motivoituneita. Ohjausta antoivat useat hoitajat sekä ohjeita kerrattiin.</p> <p>Tämän kyselyn mukaan lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja ja kipumittarin käyttöä ohjattiin vähän. Tulosten mukaan lasten leikkauksen jälkeistä kivunhoidon ohjausta olisi syytä kehittää, erityisesti kivun tunnistamisesta, lääkkeettömien kivunlievityskeinojen sekä kipumittarien käyttöä.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  kipu, kivunhoito, kipumittari, arviointi, ohjaus					
<b>Sivumäärä</b> 63 + LIITTEET	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Kieli</b></td> <td style="width: 33%;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	Suomi	
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
Suomi					
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Paula Mäkeläinen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Mikkelin ammattikorkeakoulu				

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  27.4.2010	
<b>Author(s)</b> Mirka Leikas, Kati Kokkonen		<b>Degree programme and option</b> Nursing education program / registered nurse	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> "Essentially told, when asked explained" – Parents' views on children's postoperative pain management guidance			
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of this study was to describe children's postoperative pain management guidance and the parents understanding of the use of pain scales. This study was aimed at answering the following questions: How are parents' guided to identify their children's postoperative pain and use pain scales by nursing staff? How are parents' guided to treat their children postoperative pain by nursing staff?</p> <p>The material was collected by using a half-structured questionnaire which contained a section on background information, a multiple-choice questions and open questions. The survey included 28 parents whose 2 to 17 year-old children had undergone an operation. Participating in the survey criteria were: The child had elective surgery in the day surgery ward or through the paediatric ward. Guidance on postoperative pain control was given to a parent or guardian. Small operative procedures were not included because of the low pain treatment. The survey was conducted in April-June 2009. Data were analyzed using frequencies, percentages and ratios, and cross tabulation by SPSS for Windows 15.0.</p> <p>According to this survey every second of parent was guided to identify their children's postoperative pain. Some of the parents had inaccurate perceptions of the child's expression of pain even though all parents reported that they recognized if the child is in pain. According to parents' the postoperative pain management guidance has been varied. The parents felt that the guidance was sufficient, understandable and that enough time was used in giving it. The nursing staff was highly skilled and motivated. Many of the nurses gave guidance and the advice was reviewed to be sure it was understood or clear.</p> <p>According to this survey non-pharmacological methods and pain scales were rarely offered. According to the results postoperative pain management guidance should be developed especially in the identification of pain and using non-pharmacological methods and pain scales.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b>  pain, pain management, pain scale, assessment, guidance			
<b>Pages</b> 63 + LIITTEET		<b>Language</b> English	
<b>URN</b>			
<b>Remarks, notes on appendices</b>			
<b>Tutor</b>  Paula Mäkeläinen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Mikkeli University of Applied Sciences	

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIPU.....	7
2.1 Kipu käsitteenä.....	7
2.2 Kivun luokittelu .....	8
2.2.1 Akuutti kipu .....	8
2.2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu .....	9
2.2.3 Lasten kipu.....	10
2.3 Lasten kivun tunnistaminen, arvioiminen ja mittaaminen .....	11
2.4 Kipumittarit lasten kivunarvioinnissa .....	12
2.5 Kivun hoitotyö.....	13
2.6 Leikkauskivun hoitomenetelmät .....	14
2.6.1 Lasten kivun lääkehoito .....	15
2.6.2 Lasten lääkkeetön kivunhoito .....	17
3 OHJAUS.....	20
3.1 Ohjaus käsitteenä .....	20
3.2 Ohjaus hoitotyössä .....	20
3.3 Potilaan taustatekijöiden merkitys potilaslähtöisessä ohjauksessa .....	21
3.4 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde .....	24
3.5 Ohjauksen toteuttaminen.....	26
3.6 Kivunhoidon ohjaus .....	27
4 YHTEENVETO TYÖN TEORIATAUSTASTA .....	29
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	30
6 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI.....	31
6.1 Kohderyhmä .....	31
6.2 Mittarin kuvaus .....	31
6.3 Aineiston analyysi .....	34
7 TULOKSET .....	35
7.1 Vanhempien ja lasten taustatiedot.....	35
7.2 Vanhempien käsityksiä lasten kivusta ja kivunhoidon ohjauksesta.....	37

7.3 Vanhempien näkemyksiä hoitohenkilökunnan antamasta ohjauksesta tunnistaa lapsen leikkauksen jälkeistä kipua .....	38
7.4 Kipumittarien käytön ohjaus vanhemmille .....	40
7.5 Vanhempien näkemyksiä hoitohenkilökunnan antamasta ohjauksesta lasten leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa .....	41
7.5.1 Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen ohjaus vanhemmille.....	41
7.5.2 Kipulääkkeiden ohjaus vanhemmille.....	44
8 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELO .....	47
8.1 Tutkimuseettiset kysymykset .....	51
8.2 Tulosten luotettavuus .....	53
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	56
LÄHDELUETTELO .....	57

LIITE 1. SUOMALAISIA JA KANSAINVÄLISIÄ TUTKIMUKSIA LASTEN  
LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUNHOIDOSTA

LIITE 2. KYSELYLOMAKE

LIITE 3. SAATEKIRJE VANHEMMILLE

LIITE 4. TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

LIITE 5. TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

LIITE 6. SAATEKIRJE PÄIVÄKIRURGIAN JA LASTENOSASTON  
HENKILÖKUNNALLE

LIITE 7. KYSELYLOMAKE, JOSSA KAIKKI VASTAUKSET

## 1 JOHDANTO

Potilaiden ohjauksen merkitys korostuu nykyisin, koska potilaat ovat entistä lyhyemmän ajan sairaalassa ja ohjaukselle jää vain vähän aikaa. Lyhyessä ajassa annetun ohjauksen minimitavoitteena on mahdollistaa potilaan selviytyminen ja itsensä hoitaminen kotona. Ohjaus on haasteellinen tehtävä hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus tutustua hyvin potilaaseen, jotta yksilöllinen ohjaustarve voidaan arvioida. Yleisellä tasolla ja rutiininomaisesti toteutettu ohjaus ei vastaa potilaan tarpeita eikä tue potilaan selviytymistä kotona sairautensa kanssa. (Kääriäinen & Kyngäs, 2005b, 213.)

Aihe on ajankohtainen, koska vanhempien merkitys lastensa kivun lievittäjinä korostuu entisestään päiväkirurgian lisääntyessä lasten leikkaushoidossa, kun lasten kivun hoitaminen siirtyy hoitotyöntekijöiltä vanhemmille koteihin. Useat tutkimukset (mm. Nikanne ym. 1999; Kankkunen ym. 2003; Kokinsky ym. 1999; Hamers ja Abu-Saad 2002) osoittavat, että lasten kivun lievittäminen kotona leikkauksen jälkeen on kuitenkin puutteellista ja osalla lapsista esiintyy kovaa kipua kotona pientenkin toimenpiteiden jälkeen. (Kankkunen, 2003, 23.)

Monet tekijät, kuten hoitajien asenteet, tiedot, koulutus, kokemus ja työmäärä voivat vaikuttaa lasten kivunarviointiin (Pölkki 2008, 20). Hoitohenkilökunnan lisäksi myös vanhemmilla on tärkeä merkitys lapsen kivunlievityksessä. Vanhempien näkemyksiä lapsen kivusta ja sen hoidosta kotona on tutkittu jonkin verran (**LIITE 1**). Tutkimuksissa on todettu, että vanhemmat lievittävät lapsen kipua monin eri tavoin, mutta useilla heistä on väärinkäsityksiä tai puutteita tiedoissaan lapsen kivun hoidosta (Pölkki, 2008, 19). Siksi vanhemmat tarvitsevat tietoa lasten kivusta ja sen lievittämisestä päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Lasten päiväkirurgisessa hoitotyössä tulisi ohjata lisää resursseja vanhempien ohjaamiseen ja lisäksi ohjauksen sisältöä olisi kehitettävä siten, että vanhempien virheellisiä käsityksiä pyritään muuttamaan tiedon avulla. Myös kotikäyttöön tarkoitettuja lasten kipumittareita voidaan antaa vanhemmille avuksi lapsen leikkauskivun tunnistamisessa. (Kankkunen, 2003, 27.)

Lasten kivun hoitotyön tutkimukset ovat lisääntyneet 2000-luvulla ja näistä suurin osa kuvaa potilaan kokemuksia, kivun arviointia, kivunhoitoa ja kirjaamista. Ohjaukseen liittyvä tutkimus on lähes olematonta. Tietoa tarvitaan esimerkiksi siitä, mitä, milloin ja millä keinoin annettua tietoa potilas tarvitsee pystyäkseen hallitsemaan kipuaan erilaisissa tilanteissa. (Kauppila ym. 2008, 38–40.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään sairaalan 2–17-vuotiaiden lasten leikkauksen jälkeistä kivunhoidon ohjausta sekä kipumittarien käyttöä vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin vanhemmille suunnatulla kyselylomakkeella, joka sisälsi taustatietojen lisäksi väittämiä sekä avoimia kysymyksiä.

## **2 LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIPU**

### **2.1 Kipu käsitteenä**

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study on Pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustavaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio tai jota kuvataan samalla tavoin (Sailo 2000a, 30).

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka monesti vaikeuttaa sitä kokevan elämää monella tavalla. Kun ihminen ilmaisee kipua, kyseessä on kipuongelma. Toisen ihmisen käsitys potilaan kokemasta kivusta syntyy siltä pohjalta, miten kipua kokeva ilmaisee kokemustaan; hän ontuu, voihtii, hieroo kipeää kohtaa, puhuu kivustaan, vetäytyy omiin oloihinsa. Käyttäytymisellään ihminen viestittää kipua ja ehkä myös kärsimystä. Auttajan tehtävänä on yrittää selvittää, mitä tämän kivun ilmaisemisen eli kipukäyttäytymisen takana on, mitä seurauksia kivulla on ja mitä asialle voitaisiin tehdä. Kun kipu on jatkunut pitempään, sen syytä ja seurauksia voi olla vaikea erottaa. Kivun vuoksi toimintakyky on rajoittunut ja mieli on maassa. Lisäksi passiivisuus ja masennus herkkivät kivulle. (Estlander, 2003, 9.)

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen moniulotteinen kipuluokitus on sopimusluontoinen eli asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen perustuva luokittelujärjestelmä. Siihen liittyy yli 200 kipudiagnoosia kuvauksineen. Luokittelu ottaa huomioon samanaikaisesti viisi ulottuvuutta tai akselia. Nämä ovat kivun sijainti (esim. pää, rintakehä, alaraajat), elinjärjestelmät (esim. hermosto, hengityselimet, lihakset), ajallinen esiintyminen (esim. jatkuva, tasainen, jaksoittainen, epäsäännöllinen) potilaan ilmoittama voimakkuus (lievä/keskinkertainen/voimakas) ja kesto (alle 1 kuukausi/ 1–6 kuukautta/ yli 6 kuukautta) sekä syy eli etiologinen (esim. tulehdus, kasvain). (Estlander, 2003, 19.)

## **2.2 Kivun luokittelu**

Kipua voidaan luokitella ajallisen keston mukaan akuuttiin ja krooniseen kipuun sekä kivun mekanismiin perustuvaan jaotteluun: Nosiseptiiviseen eli kudოსvauriosta johtuvaan kipuun, neuropaattiseen kipuun eli hermostoperäiseen kipuun ja idiopaattiseen kipuun. Kipu voidaan luokitella myös sijaintinsa mukaan (esim. pää- ja vatsakipuun). (Vainio 2009, 150–157.)

### **2.2.1 Akuutti kipu**

Akuutti kipu johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Sillä on siis selvä syy, sitä voidaan hoitaa ja pitääkin hoitaa tehokkaasti. Akuutti kipu voi liittyä esimerkiksi äkilliseen kudოსvaurioon, lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan. Kipu lievenee tavallisesti kudოსvaurion paranemisen myötä. Akuutti kipu on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen hälytysmerkki. Se viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Se käynnistää ihmisen toimimaan ja siihen liittyy usein ahdistusta ja pelkoa, jotka ovat luonnollisia reaktioita vaaratilanteessa. Potilaan käyttäytyminen ja reaktiot, hänen kuvauksensa kivusta, sen paikasta, laadusta ja voimakkuudesta auttavat auttajaa selvittämään kivun syitä. (Estlander 2003, 16–17.)

Akuutilla kivulla on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Se varoittaa kudოსvauriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurion syntymistä. Voimakas akuutti kipu aiheuttaa myös neurohumoraalisia vasteita, joiden ansiosta elimistö pystyy kompen-



soimaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa. Voimakas kivun aiheuttama vasospasmi voi huonontaa kriittisesti kudoksen hapensaantia ja johtaa kuolioon. Voimakas kipu estää rintakehän tai vatsan alueen vammojen yhteydessä kunnollisen hengittämisen ja yskimisen ja johtaa hapetuksen huononemiseen ja eritteiden kerääntymiseen hengitysteihin. Hormonaalisista vasteista antidiureettisen hormonin erityksen lisääntyminen aiheuttaa oliguriaa ja glukagonin sekä kortisolin erityksen lisääntyminen sotkee glukoositasapainon. Kipu pysäyttää myös tehokkaasti ruuansulatuskanavan, lisää mahahapon eritystä ja aiheuttaa virtsaumpea. (Kalso 2009, 105–106.)

Akuutille kivulle on yleensä selvä syy, joka voidaan hoitaa. Akuutin kivun patofysiologia tunnetaan ja akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti. Nykyään käytössä olevilla kivunhoitomenetelmillä voidaan taata tehokas akuutin kivun lievitys. Kudოსvaurion paranemisen ja hyvän kivunlievityksen ansiosta akuutit kivut paranevat päivien tai viikkojen kuluessa. Hoitamaton tai huonosti hoidettu kudოსvaurio ja kipu saattavat osalla potilaista pitkittyä ja mutkistua. (Kalso 2009, 105–106.)

### **2.2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu**

Kipu on subjektiivista ja sen vaikutus käyttäytymiseen on sidoksissa asenteisiin, ympäristöön ja kulttuuriseen taustaan. Lisäksi yksityiset erot kivun kokemisessa ovat varsin suuret. On olemassa kaikille yhteisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Näitä ovat potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka. (Salomäki & Rosenberg 2006, 838.)

Jokainen potilas kokee leikkauksen jälkeisen kivun omalla tavallaan. Kivun syntyyn ja voimakkuuteen vaikuttavat emotionaaliset ja affektiiviset tekijät kuten masennus, pelko ja jännittyneisyys sekä aikaisemmat kipukokemukset, kudoksen reaktiot, kudostulehdus ja siitä johtuva turvotus sekä yksilölliset erot, leikkausviillon sijainti, leikkaustekniikka ja toimenpiteen laatu. Monet ortopediset leikkaukset ovat kivuliaita, varsinkin jos luukalvoa on käsitelty, kun taas pintaleikkausten jälkeinen kipu on yleensä lievä tai olematon. Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa tuskin

tuntuvasta sietämättömään kipuun, jopa kipusokkiin. Kipu voi olla lyhytaikaista, ajoittaista ja ohimenevää, kestäen muutamasta minuutista muutamaan viikkoon. Kovinta kipu on yleensä kolmen ensimmäisen päivän aikana. (Iivanainen ym. 2001, 126–127.)

### **2.2.3 Lasten kipu**

Lasten kipuongelmat ja niiden hoito ovat erilaisia kuin aikuisilla. Lapsen fyysinen ja psyykkinen kehitysaste määrää, kuinka lapsi kokee ja ilmaisee kivun. Aikuisten käyttämien kipuilmaisujen ja kipukäyttäytymisen puuttuminen lapsilta on osaltaan johtanut virheelliseen käsitykseen, että lapsi ei kärsisi kivusta yhtä paljon kuin aikuinen. Lasten kivun hoidon onnistumisen perusedellytys on iänmukaisten fyysisten ja psyykkisten erikoispiirteiden huomioon ottaminen. (Maunuksela & Hamunen 2002, 312.)

Pikkulapsen kyky ymmärtää kipua riippuu hänen aikaisemmista kokemuksistaan ja tietoisuutensa kehitysasteesta. Toisen ja kuudennen ikävuoden välillä lapsen maailma on konkreettinen. Se käsittää asioita ja esineitä, jotka lapsi näkee, joita voi koskettaa ja joihin voi vaikuttaa. Koska lapsi näkee maailman vain omasta näkökulmastaan, hän ajattelee täysin itsekeskeisesti. Lapsi uskoo epäilyksittä omaan käsitykseensä tapahtumien kulusta. Tällaisen ajatuksen pohjalta hänen on vaikea ymmärtää, että kipua tuottava tapahtuma voisi olla hyväksi. Lapsi yhdistelee mielessään asioita määrittelemättä niiden syy-yhteyksiä: syy ja seuraus voivat vaihtaa paikkaa. Se, ettei lapsi voi ymmärtää, mistä kipu johtuu, saattaa horjuttaa luottamusta läheisiin ja lisätä kärsimystä. (Maunuksela & Hamunen 2002, 313.) Leikki-ikäinen tuntee kivun olevan usein rangaistus, eikä uskalla tunnustaa kipua. Kouluikäinen ymmärtää jo syy-seuraussuhteita ja kykenee paikallistamaan kivun. (Hiironen 2007, 509.)

Kivunhoito tulee huomioida sekä lapsen esivalmistelussa että anestesian suunnittelussa. Lapsipotilaiden leikkauskipu voidaan hoitaa tehokkaasti ja turvallisesti. Hyvin toteutetulla kivunhoidolla varmistetaan, että suurimmalla osalle lapsista jää leikkauksesta myönteinen kokemus. Kun lasten kivunhoito toteutetaan järkevästi, useimmat leikkauksen jälkeiset käytösmuutokset ovat myönteisiä. Mahdolliset kielteiset käytösmuutokset ovat useimmiten vähäisiä ja lyhytkestoisia. (Rosenberg 2006, 494–495.) Sairaalaan ja leikkaukseen joutuminen aiheuttavat lapselle stressitilan, joka saattaa ilmetä

päiviä tai jopa kuukausia kestävinä psyykkisinä reaktioina leikkauksen jälkeen. Uni-häiriöt, painajaisunet, yökastelun lisääntyminen, kiukunpuuskat ja vieraiden ihmisten pelko ovat tyypillisimpiä reaktioita. (Pouttu 2004a, 456.)

### **2.3 Lasten kivun tunnistaminen, arvioiminen ja mittaaminen**

Kivun arviointi on yksi vaikeimmista asioista lasten kivun hoidossa. Hoidettavien lasten joukkoon kuuluu monenikäisiä pienistä keskosista nuoriin aikuisiin, eivätkä kaikki isotkaan lapsen kykene sanalliseen kommunikaatioon. Myös lapsilla oma ilmoitus kivun voimakkuudesta on kivun ensisijainen arviointi- ja mittaamenetelmä. (Hiller ym. 2006, 2636–42.) Osalla lapsista kipua joudutaan tunnistamaan, sekä sen voimakkuus ja aiheuttama haitta arvioimaan muulla tavalla (Salanterä ym. 2006, 75).

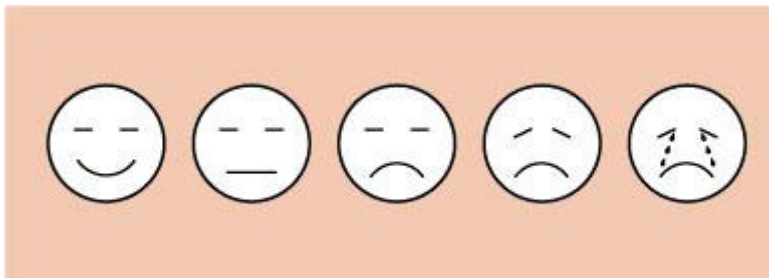
Kipua voidaan arvioida myös lapsen käyttäytymisestä. Kommunikoimaan kykenemättömillä käyttäytymisen arviointi on yleensä paras tapa arvioida kipua ja sitä pidetään luotettavampana kuin fysiologisten muutosten arviointia. Kipua voidaan arvioida käytöksestä mm. tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, itkua, kyyneleitä, kehon asentoa ja yksilön suhtautumista kehoon sekä raajojen liikkeitä. Hermostuneisuus, kehon suojaaminen ja ahdistus saattavat myös viitata kipuun. Kipu lisää itkuherkkyyttä, mutta itkuttomuutta ei voi tulkita kivuttomuudeksi sen enempää lapsilla kuin aikuisillakaan. Tärkeätä on, että potilas arvioi kipunsa voimakkuuden lisäksi myös sen sijaintia, kestoa, laatua ja asioita, jotka lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 77–78.)

Lapsen kipukokemukseen ja sen ilmaisemiseen vaikuttavat mm. ikä, sukupuoli, kognitiivinen ja kielellinen kehitys, aikaisemmat kipukokemukset, oppiminen ja mieliala. Myös ympäristö, ero vanhemmista ja lapsen ymmärrys sairaudesta ja tehtävistä toimenpiteistä vaikuttavat lapsen kokemaan kipuun ja sen ilmaisemiseen. (Hamunen 2009, 442.) Kysyttäessä lapselta hänen kivustaan on valittava lapsen ikätasolle sopivat sanat. Jo leikki-ikäinen osaa kertoa tuntemastaan kivusta. Apuna voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. Käytettävä mittari riippuu lapsen iästä; nuoremmille lapsille sopivat eri-ilmeisiä kasvoja sisältävät taulut, esikouluikäiset alkavat yleensä jo ymmärtää erilaisia kipusanoja. (Hamunen & Pouttu 2000, 4955–4958.)

## 2.4 Kipumittarit lasten kivunarvioinnissa

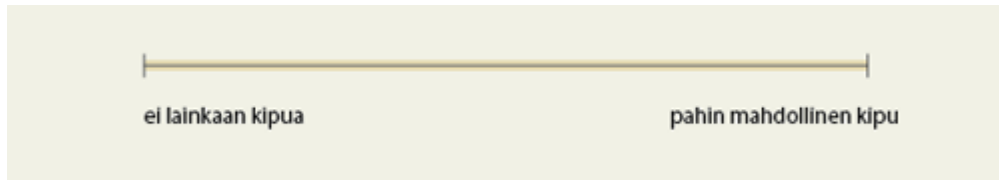
Lasten kivunarvioinnin avuksi on kehitetty runsaasti kansainvälisiä kipumittareita (**LIITE 1**), joista useimmat mittaavat kivun voimakkuutta. Näistä yleisimmin tunnettuja ovat leikki-ikäisille alun perin kehitetyt erilaiset kasvokuva-asteikot ja isommille lapsille VAS (Visual Analogue Scale), joista on muokattu kliiniseen käyttöön erilaisia versioita. Vastasyntyneille ja keskosille luotettavia kipumittareita ovat NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) ja PIPP (Premature Infant Pain Scale), jotka soveltuvat akuutin kivun arvioimiseen. PPPM (The Parents' Postoperative Pain Measure) -mittari on tarkoitettu vanhemmille apuvälineeksi, jonka avulla he voivat arvioida lapsen kipua kotona leikkauksen jälkeen. (Pölkki 2008, 17; Kankkunen ym. 2002, 305.)

Lapsen kivun mittaamisessa voidaan käyttää **kipukasvomittaria (KUVA1)**, jossa on 5-9 erilaista ilmettä iloisesta surulliseen. Iloinen ilme on 0 pistettä ja itkevää ilme on 10 pistettä. Lapselle kerrotaan kuvien esittävän ihmistä, joka on ensimmäisessä kuvassa iloinen, kun hänellä ei ole kipuja. Seuraavassa kuvassa tuntuu vähän kipua ja sitä seuraavassa tuntuu enemmän kipua. Lopuksi on kuva ihmisestä, jota koskee todella paljon ja sen takia hän itkee. Lapsi saa valita kuvan, joka parhaiten kuvaa hänen kipuaan. Kasvomittari soveltuu yli kolmevuotiaille. (Sailo 2000b, 105.)



**KUVA 1. Kipukasvomittari (Lepistö, 2008, 14)**

Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli **VAS (Visual Analogue Scale, KUVA 2)**. Alkuperäisessä muodossaan se on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Potilas merkitsee janan leikkaavan pystyviivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Janan vasen ääripää vastaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipua, oikea ääripää puolestaan pahinta mahdollista kipua. (Kalso & Kontinen 2009, 55.)



**KUVA 2. VAS-kipujana. (Terveyskirjasto, kivun arviointimenetelmät)**

Janasta on kehitetty erilaisia versioita, jotka helpottavat sen käyttöä kliinisessä työssä. Janan asemasta voidaan käyttää punaista kipukiilaa (**KUVA 3**), jolloin asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipujanana käyttöä esim. postoperatiivisessa tilanteessa. (Kalso & Kontinen 2009, 55.) Kipukiilaa käytetään kuten VAS-kipujanaa eli kiilaan merkitään pystyviiva sille kohdalle, joka kuvaa kivun voimakkuutta. Vasen pää kuvaa kivutonta tilannetta ja oikea pää pahinta mahdollista kipua. (Terveyskirjasto, kivunarviointimenetelmät.)



**KUVA 3. Kipukiila. (Terveyskirjasto, kivunarviointimenetelmät).**

## 2.5 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipu, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja arvioida hoidon onnistumista. Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään kivun hoitoon. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito tarkoittaa hänen subjektiivista kokemustaan, joka ei aina tarkoita kivun lievittymistä, vaan se voi olla kivun hallintaa tai toimintakyvyn paranemista. Hyvä kohtelu tarkoittaa kivusta kärsivän potilaan kuuntelemista, hänen oman subjektiivisen kipukokemuksensa todesta ottamista. (Salanterä ym. 2006, 9, 29–30.)

Onnistuneen kivun hoitotyön edellytyksenä on motivoitunut, ajatteleva ja tietävä hoitaja. Ei riitä, että potilas osaa kertoa kivustaan, vaan hoitajalla tulee olla myös valmiu-

det kivun hoitotyön toteutukseen. Yksi syy kivun hoidon epäonnistumiseen on terveydenhuollon ammattihenkilöiden asennoituminen. Tietoa hyvästä kivunhoidosta on tarjolla paljon, mutta välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivun hoitoon sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute estävät kivun hoitotyön onnistumisen. Työhönsä motivoituneella ja yhteistyön tärkeyden ymmärtävällä hoitajalla on hyvä mahdollisuus onnistua kivun hoitotyössä. Luonnollisesti pelkkä motivaatio ei yksin riitä, vaan hoitajan tulee pitää tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Kivun hoitotyön onnistumista auttaa selkeä vastuunjako. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyötä toteuttavat tietävät, kuka tekee ja mistä asioista saadaan ratkaisut kivunhoitoon. Kivun hoitotyö onnistuu paremmin, mikäli on etukäteen mietitty, miten hoito kokonaisuutena toteutetaan, mitä arviointi- ja kivun tunnistamisen apuvälineitä käytetään, mitä hoitotyön auttamiskeinoja käytetään, miten hoito toteutetaan, miten kivusta kirjataan ja raportoidaan ja kenelle raportoidaan. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Jotta kivunhoidon tehoa ja vaikuttavuutta on mahdollista arvioida, hoidolle asetetaan tavoite, jonka toteutumista järjestelmällisesti seurataan. Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa tavoitteen toteutumisen päivittäinen seuranta on sairaanhoitajan vastuulla. Tavoite määritellään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Leikkauksen jälkeistä kipua hoidettaessa pyritään tavallisesti kivun voimakkuuteen 3–4/10 tai vähemmän levossa VAS-asteikolla arvioituna. Sanallisella asteikolla kipu on tällöin lievää tai siedettävää. Yhtä oleellista kuin kivun tunnistaminen ja tehokas hoito, on hoidon vaikutusten arviointi. Hoito on onnistunut vasta, kun se on tehokasta. Hoidon vaikutusta arvioidaan seuraamalla kivun voimakkuuden lievittymistä samalla kipumittarilla, jonka avulla kipua on arvioitu ennen hoidon aloittamista. Myös muiden hoitojen vaikutusta arvioidaan. Hoitojen tehon lisäksi tulee arvioida mahdollisia haittavaikutuksia. (Salanterä ym. 2006, 100–101.)

## **2.6 Leikkauskivun hoitomenetelmät**

Kivun hoitomenetelmien periaatteiden tunteminen ja tutkimuksiin perustuva näyttö eri menetelmien tehosta ovat tärkeä perusta hoitoa suunniteltaessa. Eri menetelmien kipua lievittävä ominaisuus perustuu pääasiallisesti joko elimistön kipua voimistavien järjes-

telmien toiminnan hillitsemiseen, kipua estävien mekanismien vahvistamiseen tai moolimpiin. (Salanterä ym. 2006, 98.)

Postoperatiivisen kivun adekvaatti (riittävä, asianmukainen, oikea) hoito mahdollistaa fysiologisen toiminnan kuten yskimisen, syvään hengittämisen, liikkumisen ja suoliston motiliteetin sekä nopeamman mobilisaation ja kuntoutuksen. Se myös vähentää sydän-, keuhko- ja infektiokomplikaatioita. Riittävä kivun hoito estää kivun kroonistumisen sekä lisää potilastyytyväisyyttä ja voi säästää hoitokustannuksissa. (Nelskylä 2006, 202.)

Kivunhoitomenetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa kirurgiset: leikkausalue ja leikkauksen laajuus, onko kyseessä iso leikkaus vai pieni tai onko leikkaus elektiivinen vai päivystysleikkaus. Potilaasta johtuvat tekijät kuten kunto, hyytymisjärjestelmä, verenkierto, tajunta, muut mahdolliset sairaudet sekä potilaan aiemmat kokemukset vaikuttavat kivunhoitomenetelmän valintaan. (Nelskylä 2006, 202.)

Vaikka lääkehoito on tärkein ja yleisimmin käytetty kivun hoitomenetelmä, se muodostaa vain yhden potilaan kivun hoidon osa-alueen. Akuutin kivun hoidossa voidaan monipuolisesti hyödyntää lääkkeiden annostelutekniikoista ja fysioterapeuttisia menetelmiä. Kivun lääkehoidon osalta on tärkeää tuntea lääkkeen pääasiallinen vaikutusmekanismi, lääkkeen farmakokineettinen ja farmakodynaamiset perusominaisuudet, vasta-aiheet, annostelun periaatteet, haittavaikutukset ja seuranta. (Salanterä ym. 2006, 99.)

### **2.6.1 Lasten kivun lääkehoito**

Kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista lääkelaiissa määriteltyä valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua. Kipulääke saattaa sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. Kipua hoidetaan sekä itsehoito- että reseptilääkkeillä. (Salanterä ym. 2006, 107.)

Lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon perustan muodostaa säännöllisesti annosteltu kipulääkitys (Hiller ym. 2006, 2636–42; Pouttu 2004b, 460; Tuomilehto 2002, 40–41; Pokela & Ryhänen 2001, 126–128; Hamunen & Pouttu 2000, 4955–58). Kipulääkkeiden käytössä potilasta tulee ohjata noudattamaan suositeltua annostusta. Kipulääkettä tulee ottaa riittävä annos kerrallaan, jotta lääkkeen plasmapitoisuus nousee tasolle, että kipu lievittyy. Tällöin lääkkeen pitoisuus plasmassa pysyy mahdollisimman tasaisena ja kipuhuippujen esiintyminen vähenee. Mikäli kipulääke on ohjelmoitu tarvittaessa käytettäväksi, tulee lääke ottaa riittävän ajoissa ennen kuin kipu on voimakkaimmillaan, sillä etukäteen otettu lääke tehoaa parhaiten. Tämä on erityisen tärkeää hoidettaessa leikkauksen jälkeistä kipua. Vaikka kivun hoidossa tarvitaan usein monia eri mekanismein vaikuttavia lääkeaineita, saman ryhmän lääkkeitä, kuten tulehduskipulääkkeitä tai opioideja, potilaalla tulisi olla käytössä vain yksi valmiste kerrallaan. Potilaalle tulee kertoa, että kipu kuluttaa paranemisprosessiin tarvittavaa energiaa ja vie voimia. On mielekkäämpää käyttää muutama päivä kipulääkettä ja toipua nopeasti sen sijaan, että kärsii kivusta, toipuminen hidastuu ja hoitamaton kipu pääsee pitkittymään. (Salanterä ym. 2006, 144.)

Lasten kivun lääkehoitoon on käytettävissä monia tehokkaita lääkkeitä, vaikka ei yhtä laajaa valikoimaa kuin aikuisilla. Lasten lääkehoidossa voidaan aikuisten tavoin noudattaa WHO:n kivunhoidon porrastusta. Lasten lieviä kipuja hoidetaan yleisimmin parasetamolilla, joka on todettu lapsille turvalliseksi ja tehokkaaksi kivun ja kuumeen lievittäjäksi. Myös muita tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää alle vuoden ikäisiä lukuun ottamatta. Vahvoja kipulääkkeitä käytetään silloin, kun lapsen kipu on keski- vaikeaa tai vaikeaa. Leikkausten jälkihoidossa käytetään yleensä vahvoja kipulääkkeitä. Lapsilla voidaan käyttää samoja opioideja kuin aikuisillakin. Miedoista opioideista lapsille soveltuvat tablettina, poretablettina tai peräpuikkona annosteltava kodeiini ja parasetamolin tai ibuprofeinin yhdistelmävalmisteet sekä tramadoli, jota saa tippoina. Bubrenorfiini voidaan annostella kielenalustablettina tai injektiona. Vahvoista opioideista lapsilla käytetään muun muassa oksikodonia ja fentanyyliä. Vahvoja opioideja voidaan tuotteen ja tarpeen mukaan annostella joko suun kautta mikstuurana tai tablettina, jatkuvana infuusiona suoneen, ihon alle tai laastarina (Salanterä ym. 2006, 197–198; Hiller ym. 2006, 2636–42; Pouttu 2004, 460–461; Pokela & Ryhänen 2001, 126–128; Mildh 2001, 157–158).



### 2.6.2 Lasten lääkkeetön kivunhoito

Lasten postoperatiivisen kivun hoidossa on tärkeää käyttää lääkehoidon rinnalla muita kivunlievitysmenetelmiä, koska kipu sisältää sensorisen ja affektiivisen kokemuksen ulottuvuuden. Kivun moniulotteisuus saattaa selittää myös lapsipotilaiden kokeman kivun voimakkuuden heidän saamastaan kipulääkkeestä huolimatta (Pölkki ym. 2007, 103). Ei-lääkkeellisiä menetelmiä voidaan käyttää yksin tai kipulääkkeiden lisänä. Lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä menetelmiä yhdistämällä saavutetaan luultavasti paras kivun lievyys sekä tehokkaasti vähennettyä toimenpiteisiin liittyvää ahdistusta ja hätää (Väisänen 2000, 25; Pölkki ym. 2007, 103). Tutkimusten (Kankkunen 2003; Kankkunen ym. 2002; Pölkki ym. 2007; Pölkki 2006, 2002; Siedliecki & Good 2006) mukaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä pitäisi tehostaa ja lapsille voitaisiin entistä aktiivisemmin opettaa sellaisia kivunlievityskeinoja, joita he itse voisivat ottaa käyttöön tarvittaessa.

Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytön lisääminen on haaste hoitotyölle. Näihin menetelmiin voidaan lukea kuuluviksi monet kognitiivis-behavioraaliset ja fyysikaaliset menetelmät, emotionaalisen tuen antaminen sekä viihtyisän ja turvallisen ympäristön järjestäminen. Nämä kivunlievitysmenetelmät voivat vaikuttaa huomion suuntaamiseen pois kivusta ja siten muuttaa tai estää kivun tuntemusta. Toisaalta menetelmät voivat myös aktivoida elimistön omia kipua sääteleviä mekanismeja, koska ne vaikuttavat esimerkiksi endorfiineja ja kolekystokiniinien erittymiseen lievittäen kipua analgeettien tavoin. (Pölkki 2008, 18.)

**Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät** ovat tärkeä osa lasten kokonaisvaltaista kivunhoitoa, koska pelkkä kipulääkitys ei välttämättä vähennä tai poista kipua riittävästi (Pölkki 2006, 4). Rentoutusmenetelmillä pyritään vaikuttamaan suoraan kipukokemukseen tai muuttamaan kipuun liittyviä, yleensä tahdosta riippumattomia fysiologisia reaktioita, esimerkiksi lihasjännitystä ja autonimisen hermoston ylivilkkautta, joka voi ilmetä hermostuneisuutena, vapinana tai sydämentykytyksenä. (Estlander, 2003, 196.) Rentoutuminen auttaa potilasta suuntaamaan ajatuksensa pois kivusta. Äkillinen kipu aiheuttaa potilaassa pelkoa ja lihasjännitystä, joka lisää kipua leikatussa tai vaurioitu-

neessa kudoksessa. Rentoutus ei kuitenkaan korvaa kipulääkitystä, vaan täydentää sitä. (Blomqvist 2000, 136.)

Ohjattu mielikuvittelu on mielikuvitusta hyödyntävä rentoutumiskeino, joka sopii hyvin lyhytkestoisen toimenpiteisiin liittyvän kivun ja pelon lievitykseen erityisesti lapsilla. Tavoitteena on, että potilaalla olisi mahdollisuus kontrolloida tilannettaan oman mielikuvituksensa avulla ja että potilas voisi käyttää omia kivunlievitysvoimavarojaan aktiivisesti. Mielikuvittelu voi harjoitella ja hoitajien tulisi aktiivisesti ohjata lapsia tämän menetelmän käyttöön. Se ei vaadi paljon aikaa eikä ole kallista. Mielikuvittelu on lapsella aina mukana ja hän voi käyttää sitä milloin, missä ja miten tahtoo. Menetelmää voidaan käyttää lapsilla jo viidestä ikävuodesta lähtien. (Salanterä ym. 2006, 152–153, 194–195.)

Lasten leikkauksen jälkeistä kipua voidaan lievittää myös huomion siirtämisellä muualle. Tämä onnistuu helposti muun muassa lelujen tai satujen avulla. Yksinkertaiset taskussa kulkevat sorminuket ovat hyvä ja helppo tapa auttaa lasta ajattelemaan muita kuin pelottavia ja ikäviä asioita. Myös lapselle tutut lorut, satukirjat, satukasetit ja videot ovat hyviä keinoja ajatusten siirtämiseen. Huumori on myös erittäin hyvä pelon ja kivun lievittäjä. Lapset pitävät tilannekomiikasta ja hassuttelusta, joten näitä kannattaa käyttää ja tukea lasta itsekin nauramaan ja iloitsemaan. (Salanterä ym. 2006, 195.)

Musiikin kuuntelu on edullinen ja helposti toteutettava interventio, jota voidaan käyttää laajasti. Musiikki soveltuu eri-ikäisille potilaille ja erityyppisen kivun hoitoon, kuten akuutin toimenpidekivun ja kroonisen kivun lievitykseen. Musiikin vaikutusmekanismi on moninainen. Se suuntaa ajatukset pois epämiellyttävistä kivun oireista ja lievittää ahdistuksen, pelon ja kivun tunteita autonomisen keskushermoston kautta. Musiikki voi edistää myös rentoutumista viemällä ajatukset miellyttäviin tunnetiloihin. Musiikki voi vaikuttaa lasten kivun kokemiseen siten, että se jättää vähemmän huomiota kivun aistimiselle ja siten muuttaa tai estää kivuntunteen. (Pölkki 2006, 4.)

**Fysikaalisia hoitomenetelmiä** käytetään yleisesti erilaisten kiputilojen, muun muassa akuutin kivun hoidossa. Menetelmät vaihtelevat passiivisista hoidoista aktiivisiin kuntouttaviin menetelmiin. Akuuttien kiputilojen hoidon tavoitteena on ensisijaisesti ki-

vun lievitys, ja hoitojen painopiste on passiivisten menetelmien käytössä. Fysikaalisiin hoitomenetelmiin luetaan muun muassa asentohoito, hieronta, kylmähoito, lämpöhoito ja TNS (Transkutaaninen hermostimulaatio). (Salanterä ym. 2006, 158.)

Yksi tärkeimmistä hoitotyön kivunlievitysmenetelmistä on asentohoito, koska asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä (Blomqvist 2000,134). Asentohoidolla saadaan mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Mitä rennompi olo potilaalla on, sitä kauemmin kipu pysyy poissa ja parantuminen edistyy. (Jäntti 2000, 124.)

Kylmähoitoa käytetään akuuttien pehmytkudosvammojen ja leikkausten jälkitiloissa. Kylmähoidon fysiologiset ja biologiset vaikutukset perustuvat lämpötilan alenemiseen eri kudoksissa ja johtavat yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Akuuteissa vammoissa kylmä hidastaa paikallisesti kudosten metaboliaa, vähentää hypoksiasta johtuvaa kudosvauriota ja rajoittaa turvotuksen muodostumista. Kylmä vaikuttaa analgeettisesti hidastamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmäkäsitely vähentää myös spastisen lihaksen tonusta ja helpottaa liikesuorituksia. (Airaksinen 2003, 374–375.)

Kylmähoitoa toteutetaan tavallisimmin kylmäpakkauksina, -pyyhkeinä ja -hierontana. Näillä kylmäkäsitely kestää tavallisimmin 20 – 30 minuuttia. Kylmän vaikutukset pinnallisiin ja syvempiin kudoksiin riippuvat kylmän antotavasta, annosteluajasta ja kudoksen lämpötilasta. Kliinisissä tutkimuksissa kylmähoidolla on todettu edullista vaikutusta kivunlievityksessä ja leikkausten jälkeen. Kylmä on edullinen, tehokas ja varsin turvallinen hoitovaihtoehto. (Airaksinen 2003, 374–375.)

Lapsen leikkauksen jälkeisen kivunhoidon lievittämiseen voidaan käyttää myös **emotionaalisen tuen antamista**, johon kuuluvat muun muassa läsnäolo, lohduttaminen ja rauhoittaminen puhumalla lapselle rauhoittavalla äänellä sekä kosketus. Kosketus voi olla lapsen pään silittämistä tai kädestä pitämistä. Myös kiinnittämällä huomiota ympäristöön, kuten ääniin, huoneen lämpötilaan ja ilman laatuun sekä sisustukseen voidaan lapselle luoda viihtyisiä ja turvallinen ympäristö. (Pölkki 2002, 36.)

### **3 OHJAUS**

#### **3.1 Ohjaus käsitteenä**

Suomen kielen sanat ohjaus, ohjata, suunnata, johdattaa ja johtaa ovat johdoksia germaanisiperäisestä ohja-sanasta. Ohjaaminen määritellään ohjauksen antamisena jollekin, kuten käytännöllisenä opastuksena. Lisäksi se on jonkin suuntaamista, johdattamista tai johtamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 252.)

Hoitotieteessä ohjaus-käsite on osa ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Ammatillisena toiminta ohjausta tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen ja oppimiseen liittyvistä asioista. Prosessina ohjaus on joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 253.)

Käsiteanalyysin perusteella ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250). Määritelmän mukaan ohjauksessa on olennaista asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiointi, vuorovaikutteisen ohjaussuhteen rakentaminen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7).

#### **3.2 Ohjaus hoitotyössä**

Ohjauksen merkitys hoitotyössä korostuu, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Toisaalta hoitoaikojen lyhentymisen vaatii ohjauksen tehostamista, sillä samalla oletetaan, että potilaat selviytyvät toipumisajasta kotona. (Kyngäs ym. 2007, 5; Lipponen ym. 2006, 1.)

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen osa potilaan hoitoa. Jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä on ohjata asiakkaita. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa ja osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä (Kyngäs ym. 2007, 5). Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia muun muassa potilai-

den hoitoon, kivun hallintaan, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi opetus ja ohjaus vähentävät pelkoa ja ahdistusta. (Lipponen ym. 2006, 1; Iso-Kivijärvi ym. 2006,10.)

Ohjaus mahdollistaa potilaan ja hoitajan oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvun sekä edistää potilaan terveyttä ja tuo kansantalouteen säästöjä (Kääriäinen 2008, 13). Yhteisönäkökulmasta ohjauksen vaikuttavuutta voidaan puolestaan tarkastella kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen osalta. Ohjaus on vähentänyt sairauteen liittyviä toistuvia oireita, lisäsairauksia, hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä sekä tehostanut hoidonseurantaa (Kyngäs ym. 2007, 145).

Ohjauksessa potilas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaus rakentuu yleensä niille asioille, joita potilas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairautelleen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

### **3.3 Potilaan taustatekijöiden merkitys potilaslähtöisessä ohjauksessa**

Potilaiden taustatekijöiden selvittäminen on välttämätöntä potilaslähtöisessä ohjauksessa. Tästä huolimatta Kääriäisen (2007) tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilöstö ei ole käyttänyt riittävästi aikaa potilaan taustatekijöihin ja ohjaustarpeen selvittämiseen. Ohjauksessa on otettu esiin erilaiset ohjeet, reseptit ja hoitajien päätelmät, vaikka potilas olisi kaivannut apua tiedon soveltamiseen omaan elämäänsä. Potilaan taustatekijät (**TAULUKKO 1**) voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Kyngäs & Hentinen 2008, 83–97; Kääriäinen 2008, 12; Kyngäs ym. 2007, 26–38; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7).

**TAULUKKO 1. Potilaan taustatekijöitä. (Kyngäs ym. 2007, 31)**

TAUSTATEKIJÄT	
Fyysiset tekijät	Ikä
	Sukupuoli
	Sairauden tyyppi
	Terveydentila
Psykkiset tekijät	Terveysuskomukset
	Kokemukset
	Mieltymykset
	Odotukset
	Tarpeet
	Oppimistyyli
	Oppimisvalmiudet
	Motivaatio
Sosiaaliset tekijät	Kulttuuritausta
	Etninen tausta
	Sosiaalisuus
	Uskonnollisuus
	Eettisyys
Ympäristötekijät	Hoitotyön kulttuuri
	Fyysinen ympäristö
	Psyykinen ympäristö
	Sosiaalinen ympäristö

Fyysisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila (Kyngäs ym. 2007, 29). Potilaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan, vältteleekö hän ohjausta, unohtaako asioita tai kieltäkö niitä. Iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjaukseen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvitsemiin tietoihin ja taitoihin. (Kääriäinen 2008, 12.)

Lapsen ohjauksessa on useimmiten mukana joku aikuinen, joko perheenjäsen tai muu lapsen huoltaja. Ennen ohjauksen aloittamista on aina arvioitava lapsen iän mukaan,

minkä verran ja millaisissa asioissa ohjausta toteutetaan suoraan lapselle. Jos lapsi pystyy jo ymmärtämään ohjattavaa asiaa, on huolehdittava siitä, ettei hän jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Ohjattaessa lasta tai lapsen vanhempia ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä ominaisuuksia voivat ovat myös vanhempien motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyylit ja -valmiudet (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8). Vanhemmilla saattaa olla omakohtaisia kokemuksia leikkauksista ja kivunhoidosta tai vääriä uskomuksia kipulääkkeiden turvallisuudesta sekä niiden haittavaikutuksista (Salanterä ym. 2006, 91; Kankkunen 2003).

Hoitajan ohjausvalmiuksista olennaisia ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erialaista ohjausmenetelmistä. Lisäksi hoitajalla tulee olla vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, koska hänen roolinsa on toimia ohjauksen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. Hoitajan on myös annettava potilaalle riittävästi tilaa tehdä päätöksiä ja autettava tätä erilaisilla kysymyksillä valintojen teossa. Ohjaustavoitteen saavuttamiseen vaikuttaa hoitajan kyky aistia potilaan tilanne. (Kyngäs ym. 2007, 34–35.)

Ympäristössä olevat tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tällaisia tekijöitä hoitoympäristössä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ensivaikutelma hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä luo pohjaa odotuksille ja merkitsee asiakkaalle paljon. Merkittävin on kuitenkin huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. (Kyngäs ym. 2007, 36.)

Ohjauksen psyykinen ilmapiiri rakentuu monista asioista. Yksi ohjausta hankaloittava tekijä on kiire ja siitä johtuva ohjaukseen käytettävän ajan vähäisyys. Kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun. Se vähentää asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

### 3.4 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

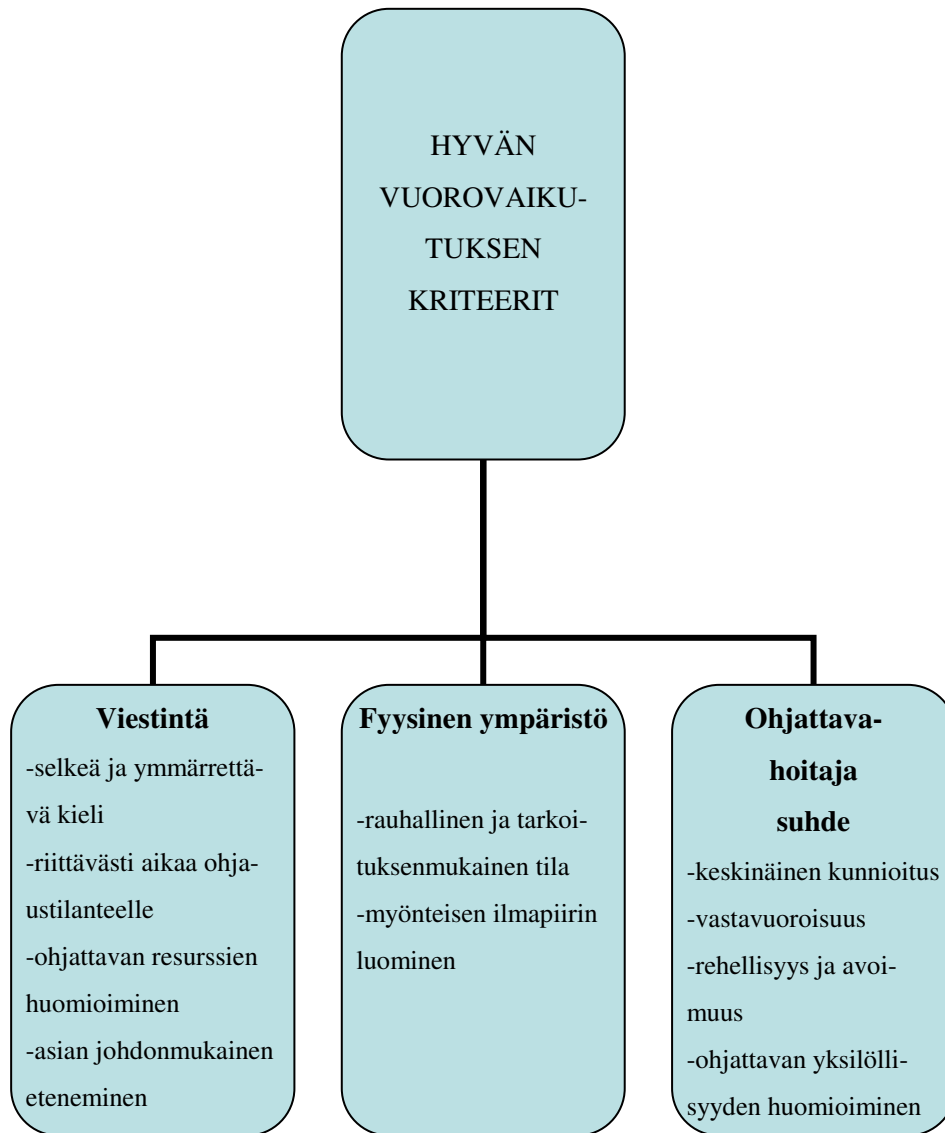
Vuorovaikutussuhteen onnistumisen yhtenä edellytyksenä on sujuva viestintä. Siinä hoitaja ja ohjattava ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla. Jokaista viestintätilannetta edeltävät osallistujien käsitykset, mielikuvat, tunteet, kokemukset ja odotukset sekä aikaisemmat tapahtumat. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen muodostuminen. (Hankonen ym. 2006, 24–25.)

Ohjaussuhde rakentuu sekä sanattomasta että sanallisesta vuorovaikutuksesta. Sen lähtökohtana on ohjaajan ja asiakkaan tunnustelu, jossa ohjaaja arvioi sekä asiakkaan taustaa että omia taustatekijöitä, jotka vaikuttavat ohjaukseen. Toimivaan vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen kuuluu kummankin osapuolen läsnäolo, odottaminen, vastaaminen, ilmaisun mukauttaminen ja tulkinnan tarkastelu. (Kyngäs & Hentinen 2008, 97.)

Toimivassa vuorovaikutuksessa asiakas ja ohjaaja ovat aidosti läsnä tilanteessa ja ovat kiinnostuneita toisistaan. Aito läsnäolo näkyy siinä, että he pystyvät sulkemaan mielestään muut asiat ja keskittyvät ohjaukseen ja siinä esitettäviin asioihin. Läsnäolonsa vuorovaikutustilanteessa voi ilmaista esimerkiksi hymyilemällä, myönteisellä ääntelyllä, kun kuuntelee toisen osapuolen puhetta, ja katsekontaktilla. Myös kiireettömyys viestii siitä, että olen tätä tilannetta varten ja minulla on aikaa ohjaukseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 98.)

Vuorovaikutus rakentuu keskustelun välineiden avulla. Tällaisia välineitä ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Kohtelu ilmenee välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena, inhimillisyytenä ja hyväksyntänä. Ymmärtäminen on empatiaa, kuuntelemista ja kysymistä. Tukemiseen kuuluvat auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen. Yhteistyö puolestaan perustuu neuvotteluun. (Kääriäinen 2008, 12.) Hankosen ym. (2006) mukaan hyvän vuorovaikutuksen kriteerejä (**KUVIO 1**) ovat muun muassa selkeä ja ymmärrettävä kieli, myönteisen ilmapiirin luominen ja keskinäinen kunnioitus.





**KUVIO1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit. (Hankonen ym. 2006, 28)**

Kaksisuuntainen vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. Vuorovaikutus, jossa potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun, tarjotaan mahdollisuus kysyä sekä annetaan palautetta, mahdollistaa luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumisen. Toimivan ohjaussuhteen – sellaisen, jossa potilas ja hoitaja voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteiden saavuttamiseksi – edellytyksenä on, että molemmat kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. (Kääriäinen 2008, 12.)

Onnistunut ohjaus vaatii, että sekä hoitaja että potilas ovat tavoitteellisia ja aktiivisia (Kyngäs ym. 2007, 41–42). Aktiivisuus edellyttää potilaalta vastuullisuutta omasta toiminnasta (Kääriäinen 2008, 12). Hoitajalla on ammatillinen vastuu edistää potilaan valintoja ja vastuu ohjauksesta (Kyngäs ym. 2007, 41–42; Kääriäinen 2008, 12).

Aktiivisuus ja tavoitteellisuus vaativat hoitajalta sitä, että hän pyrkii aktiivisesti selvittämään potilaan taustatekijöitä, asettaa yhdessä potilaan kanssa sopivia tavoitteita ja rakentaa ohjaussuhdetta tavoitteiden mukaisesti (Kyngäs ym. 2007, 42). Aktiivisuutta voivat estää potilaan riippuvuus hoitajasta sekä potilaan aikaisemmat kokemukset, uskomukset ja tarpeet (Kääriäinen 2008, 12).

### 3.5 Ohjauksen toteuttaminen

Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä siitä, miten potilas omaksuu asioita eli millainen on hänen oppimistyylinsä. On arvioitu, että potilaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämä osoittaa, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Oppimistyylin tunnistaminen vaatii, että hoitaja perehtyy potilaan/vanhemman taustatekijöihin ja on keskustellut hänen kanssaan. Hän voi myös ehdottaa potilaalle/vanhemmalle erilaisia vaihtoehtoisia ohjaustapoja ja neuvotella siitä, mikä potilaasta tuntuisi parhaalta tavalta oppia. Potilas voi omaksua asioita kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla tai yhteistyössä muiden asiakkaiden kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 33–34, 73.)

Useimmiten ohjaus toteutetaan suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Suullista ohjausta toteutetaan joko yksilöllisesti tai ryhmissä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Toisaalta yksilöohjaus vaatii henkilökunnalta aikaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.)

Hyvin laadittu ja sisällöltään yksilöllistä ohjausta tukeva kirjallinen materiaali voi auttaa asiakasta sitoutumaan hoitoonsa (Kyngäs & Hentinen 2008, 115). Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Antamalla potilaille kirjallisia ohjeita pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjalliset ohjeet on

tarkoitettu antamaan potilaille ohjeita muun muassa valmistamaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Kirjallisen materiaalin merkitys korostuu nykyisin, koska ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Potilas voi tarkastella suullisessa ohjauksessa läpi käytyjä asioita myöhemmin kotona ja näin saada tukea omalle ajattelulle. Materiaalia voidaan myös antaa ennakkoon tutustuttavaksi niistä asioista, joita tullaan käsittelemään myöhemmin ohjauksessa. Kun potilas on ehtinyt pohtia näitä asioita ennen ohjausta, niin asioiden keskusteleminen ja niiden puheeksi ottaminen on helpompaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 115.)

Kirjallisen materiaalin tulee olla ohjaustilanteeseen sopiva. Materiaalin on tuettava sisällöllisesti muuta ohjausta, oli se suullista yksilöohjausta, ryhmäohjausta tai teknologiavälitteistä ohjausta. Materiaalin tulee olla myös potilaan tiedon tason ja tarpeen mukaista. Luonnollisesti sen on oltava ymmärrettävää ja helposti luettavaa, ja kirjalliselle ohjeille on olemassa omat vaatimuksensa (Kyngäs & Hentinen 2008, 115). Kirjallinen materiaali ei myöskään saa olla ristiriidassa puhutun kanssa, ja koko henkilökunnan tulee antaa yhdenmukaista toinen toistaan tukevaa tietoa. Potilaan tulee saada tietoa omista mahdollisuuksistaan ja keinoistaan esim. lievittää kipuaan ja vaikuttaa hoitoihinsa. (Salanterä ym. 2006,92.)

### **3.6 Kivunhoidon ohjaus**

Potilasohjauksen tavoitteena on, että potilaalla on riittävästi tietoa omasta kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidosta ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä, jotta hän kykenee tekemään omaan kivunhoitoon liittyviä päätöksiä ja hallitsee elämäntilannettaan mahdollisesta kivusta huolimatta. Kivuliaan ihmisen kyky vastaanottaa tietoa on rajallinen, ja hoitajan tulee olla valmis toistamaan ohjausta riittävän usein ja varmistamaan, että potilas on saanut riittävästi tietoa. (Salanterä ym. 2006, 16, 91.)

Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta ja sen hoidosta. Monesti kivunhoidon epäonnistuminen johtuu tietämättömyydestä. Kankkusen (2003) mukaan vanhemmilla on ollut virheellisiä käsityksiä lasten kivusta sekä kipulääkkeiden käytöstä

että lääkeriippuvuuden synnystä. Potilailla saattaa olla vääriä uskomuksia hoitajien ja lääkärin työstä. Potilaat myös ajattelevat, että hoitajat ja lääkärit ammatillisina tietävät, kuinka kipeitä potilaat ovat, eikä kivusta siis tarvitse kertoa. Asianmukainen, ajantasainen ja ristiriidaton tiedon tarjoaminen potilaalle ja sen varmistaminen, että tieto on mennyt perille, edesauttaa hyvää kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Kun potilailta on kysytty, minkälaista ja mitä tietoa he haluavat toimenpiteeseen liittyvän kivun hoitoon, potilaat toivovat tietoa erityisesti siitä, tulevatko he toimenpiteen aikana tai sen jälkeen kokemaan kipua, miten kauan kipu kestää, miltä sen kokeminen tuntuu, milloin heidän kuuluu kertoa kivustaan, mitä hoitovaihtoehtoja kipuun on tarjolla, mitä ongelmia kivusta ja sen hoidosta seuraa, mistä he voivat saada apua, jos kipu yltyy ja minkälainen kipu on normaalia. Leikkausta edeltävällä ohjauksella on yhteyttä leikkauksen jälkeen koettuun kipuun. Potilaat, jotka tietävät mitä on tulossa, kokevat vähemmän kipua kuin potilaat, jotka eivät tiedä mitä on odotettavissa. Tieto vähentää myös leikkaukseen liittyvää ahdistusta ja pelkoa, jotka ovat omiaan lisäämään kivun kokemusta ja kipulääkkeiden tarvetta. Myös akuuttia kipua kokevan potilaan täytyy saada tietää, miten hän voi itse lievittää kipuaan. Erilaisista vaihtoehdoista kukin potilas voi löytää itselleen sopivimmat keinot, joita hän voi sitten toteuttaa itsenäisesti, itselleen sopivina aikoina. (Salanterä ym. 2006, 92.)

Valmisteltaessa lasta leikkaukseen terveydenhuoltohenkilöstön tulisi antaa tietoa ennen kirurgista toimenpidettä mm. toimenpiteestä, erilaisista kivunlievityskeinoista ja lapsen mahdollisista tuntemuksista, kuten pelko ja kipu toimenpiteen aikana (Pölkki 2002, 36). Kipu ja pelko ovat usein ongelmana, kun lapsipotilas tulee erilaisiin toimenpiteisiin. Toimenpiteen tarkoitus ja kulku selitetään lapsen ikätason mukaisesti. Keskusteltaessa on tärkeää empatia ja ennen kaikkea rehellisyys. Lasta tulisi jo etukäteen hyvissä ajoin valmistaa tulevaan toimenpiteeseen erityisesti ennen suuria toimenpiteitä ja antaa mahdollisuus kysymysten esittämiseen. (Hamunen & Pouttu 2000, 4956.)

Potilas tarvitsee riittävän ohjeistuksen hyvään kivunhoitoon. Potilaalla pitää olla selkeät kirjalliset ohjeet kotiin lähtiessään siitä, miten hänen tulee seurata mahdollisia kipuja, lääkittää niitä ja miten hän voi turvallisesti itse hoitaa omaa kipuaan kotiolosuht-

teissa. Hän tarvitsee myös ohjeet siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä, mikäli hänen kipunsa pitkittyy tai on hallitsematonta. (Salanterä ym. 2006, 13.)

#### **4 YHTEENVETO TYÖN TEORIATAUSTASTA**

Yhteenvetona kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus ja jokainen potilas kokee kivun omalla tavallaan. Lapsen kipu on kokonaisvaltainen ja moniulotteinen kokemus, johon liittyy usein pelkoa ja ahdistusta. Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttaa monia tekijöitä muun muassa leikkausviillon syvyys ja kohta sekä toimenpiteen laatu. Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee tuskin tuntevasta sietämättömään kipuun.

Kivun arvioinnissa ensisijaisena on aina potilaan oma kertomus kivusta. Lapsilla huomioidaan muun muassa hänen ikänsä sekä kognitiivinen ja kielellinen kehitystasonsa. Oman kertoman lisäksi lapsilla voidaan käyttää apuna myös kipumittareita, joita on kehitetty runsaasti. Kipumittareita ovat muun muassa VAS-asteikko ja kipukasvomittari. Lapsen kivun kokonaisarviossa otetaan huomioon myös lapsen käytös, asento, liikkuminen sekä lapsen ilmeet ja eleet.

Kivunhoitomenetelmien periaatteiden tunteminen ja niiden oikea valinta leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa on tärkeä perusta. Vaikka lääkehoito on yleisimmin käytetty hoitomenetelmä lasten leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa, on tärkeää käyttää myös lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Näin saavutetaan luultavasti paras kivun lievitys sekä saadaan tehokkaasti vähennettyä lapsen kokemaa toimenpiteeseen liittyvää ahdistusta ja hättää. Lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja ovat muun muassa kognitiivis-behavioraaliset (mielikuvien käyttö ja ajatusten muualle suuntaaminen, rentoutus) ja fysikaaliset menetelmät sekä emotionaalisen tuen antaminen ja viihtyisän ympäristön järjestäminen.

Ohjaus on hoitotyössä tärkeä osa potilaan hoitoa. Hoitaja on vastuussa laadukkaasta ohjauksesta, joten hoitajan ammattitaito, motivaatio ja asennoituminen ohjaukseen

ovat tärkeitä. Hoitoaikojen lyhentyessä jää ohjaukselle yhä vähemmän aikaa, minkä takia ohjauksen tehostaminen on tarpeen.

Ohjaus on tavoitteellista ja aktiivista opastusta, johon vaikuttavat sekä lapsen ja vanhemman että hoitajan taustatekijät. Laadukas ohjaus vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta lapsen/vanhemman ja hoitajan välillä, jolloin ohjaussuhteesta muodostuu luottamuksellinen ja turvallinen sekä toista kunnioittava. Ohjausta voidaan toteuttaa suunnitelmallisesti eri ohjaustilanteissa sekä eri menetelmin, riippuen siitä, miten lapsi tai vanhempi omaksuu asioita. Eri menetelmien yhdistäminen auttaa lasta ja vanhempia muun muassa muistamaan ohjattavia asioita paremmin sekä estää väärinkäsityksien syntymistä.

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää erään sairaalan 2–17-vuotiaiden lasten leikkauksen jälkeistä kivunhoidon ohjausta sekä kipumittarien käyttöä vanhempien näkökulmasta. Ohjauksen tehostaminen on tarpeen, kun hoitoajat lyhenevät ja päiväkirurgiset leikkaukset lisääntyvät, jolloin hoitovastuu jää vanhemmille lapsen kotiutuksessa sairaalasta. Tästä syystä vanhempien näkemystä kivunhoidon ohjauksesta sekä hoidon onnistumisesta kotona tarvitaan sairaalan osastoilla laadittaessa ajantasaisia ohjeita kivunhoidosta ja potilasohjeista.

Tällä opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia tunnistamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?
2. Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia käyttämään kipumittaria?
3. Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia hoitamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?

Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksen kehittämisessä.

## 6 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

### 6.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin erään sairaalan päiväkirurgian ja lastenosaston kautta leikatut 2–17-vuotiaat lapset, joiden vanhemmille hoitohenkilökunta antoi lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksen. Kyselyyn osallistuvien kriteerit olivat seuraavat: 1. Lapselle tehdään elektiivinen leikkaus päiväkirurgian tai lastenosaston kautta. 2. Ohjaus annetaan vanhemmalle tai huoltajalle, ei lapselle. 3. Pienet toimenpiteet, kuten korvien putkitukset jätettiin ulkopuolelle vähäisen kivunhoidon takia.

Valitsimme kohderyhmän ikäjakaumaksi laajan, koska kyseisessä sairaalassa tehdään suhteellisen vähän elektiivisiä leikkauksia ja halusimme kuitenkin mahdollisimman suuren otoksen kyselyyn. Lisäksi perustelimme laajaa ikäjakaumaa sillä, että koemme tärkeänä myös nuorten (15–17v.) vanhemmille annettavaa ohjausta, vaikka nuori kykenisi jo huolehtimaan itse kivunhoidosta.

Valitsimme ainoastaan elektiivisen (suunnitellun) leikkauksen, koska päivystysluntoinen leikkaus on yleensä äkillinen ja vaatii sopeutumista tilanteeseen. Kivunhoidon ohjauksellakin voi olla hieman eri lähtökohdat kuin elektiivisessä leikkauksessa. Oletettavasti vanhemmilla ei ole tällaisessa tilanteessa myöskään aikaa ja haluja miettiä osallistumista kyselyyn.

### 6.2 Mittarin kuvaus

Valitsimme opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi kyselyn, koska sen etuna pidetään yleensä sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on myös tehokas ja aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon sekä analysoida se ohjelman avulla. (Hirsjärvi ym. 2008, 188–190.)

Aineistonkeruun menetelmäksi valitsimme puolistrukturoidun kyselylomakkeen. Strukturoidussa lomakkeessa on etukäteen tarkkaan määritetyt kysymykset ja vastausvaihtoehdot (Tuomi 2007, 138).

Kyselylomakkeessa (**LIITE 2**) käytimme taustatietojen osalta monivalintakysymyksiä, joihin olimme laatineet valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot. Kyselyn taustatietoja olivat muun muassa lapsen ja vastaajan ikä sekä sukupuoli, perheessä olevien lasten lukumäärä, toimenpiteeseen liittyviä tietoja sekä leikkauksen ajankohta

Varsinaisten kysymysten kohdalla käytimme asteikkoihin perustuvia kysymystyyppettä, jossa esitimme väittämiä ja vastaaja valitsi niistä sen, miten voimakkaasti hän oli samaa mieltä tai eri mieltä. Tästä käytetään nimitystä Likert-asteikko. Väittämät pohjautuivat muun muassa Pölkin ym. (2004, 2007) ja Kankkusen (2003) tutkimustuloksiin sekä tämän opinnäytetyön tutkimusongelmiin.

Kyselylomake sisälsi 20 väittämää, joihin vanhemmat vastasivat 5-portaisen Likert-asteikon mukaan, jossa 1=täysin samaa mieltä ja 5=täysin eri mieltä. Väittämät oli jaettu kolmeen ryhmään: yleisiä kysymyksiä kivunhoidosta k10–14, vastaajan lasta koskevat kysymykset k15–20 ja ohjaukseen liittyvät kysymykset k21–29. Yleisillä kysymyksillä pyrittiin saamaan vastauksia vanhempien käsityksistä lasten kivusta ja kivunhoidosta. Vastaajan lasta koskevilla kysymyksillä haluttiin saada tietoa vanhempien käsityksistä, miten lapsi ilmaisee kipua ja ahdistusta, onko lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista hyötyä lapsen leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa sekä käyttivätkö vanhemmat kipumittaria arvioidessaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. Ohjaukseen liittyvissä kysymyksissä pyydettiin vastauksia ohjauksen sisällöstä sen ymmärrettävyydestä sekä riittävydestä. Kyselylomakkeita tehdessämme koodasimme taustatiedot ja väittämät numeeriseen muotoon tilastollista analyysia varten. Aineistosta oli muodostettu muuttujia, joille jokaiselle annettiin arvo.

Koska halusimme vastaajille mahdollisuuden kertoa omin sanoin, mitä mieltä he oikeasti olivat kivunhoidon ohjauksesta, lisäsimme kyselyn loppuun viisi avointa kysymystä. Avoimilla kysymyksillä halusimme tarkennusta mm. hoitohenkilökunnan motivaatiosta ja asenteesta ohjaukseen, ohjaukseen käytetystä ajasta sekä suullisten ja kir-



jallisten ohjeiden ymmärrettävyydestä sekä lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista. Kyselyssä ei ollut tarkoitus vertailla osastojen kivunhoidon ohjausta, joten kyselylomakkeet eivät olleet numeroituja.

Kyselylomake sisälsi saatekirjeen (**LIITE 3**) vanhemmille, jossa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön taustasta ja tarkoituksesta. Siinä kerrottiin myös kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta, nimettömyydestä ja luottamuksellisuudesta sekä tietojen käytöstä ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten.

Kyselylomakkeet esiteltiin Mikkelin ammattikorkeakoululla terveydenhoitajaopiskelijoilla maaliskuussa 2009, jonka jälkeen muutimme joidenkin kysymysten muotoa ymmärrettävyyden ja luettavuuden takia. Esitestaajien palautteen mukaan kysely olisi ollut liian pitkä. Emme kuitenkaan halunneet karsia kysymyksiä ja päädyimme pitämään kyselyn alkuperäisen suunnitelman pituisena, koska kysymysten vähentäminen olisi meidän mielestämme vähentänyt oleellisia tietoja muun muassa vanhempien taustatiedoista sekä kivunhoidon yleisistä kysymyksistä.

Haimme opinnäytetyölle tutkimuslupaa (**LIITE 4**) johtajaylilääkäriltä. Tutkimusluvan myöntämisen (**LIITE 5**) jälkeen (5.3.2009) pidimme sairaalan osastoilla osastotunnit, joissa esittelimme opinnäytetyön hoitohenkilökunnalle ja samalla motivoimme heitä tähän kyselyyn. Päiväkirurgian osastotunnille (25.3.2009) osallistui koko osaston hoitohenkilökunta ja osastonhoitaja. Lastenosaston osastotunnille (30.3.2009) osallistui 4 hoitajaa ja osastonhoitaja. Osastotuntien jälkeen kyselylomakkeet annettiin osastoille jaettavaksi niin, että päiväkirurgian osastolle annettiin 30 ja lastenosastolle 20, yhteensä 50 kyselylomaketta. Hoitohenkilökunnalle annettiin myös saatekirje (**LIITE 6**), jossa ohjeistettiin kyselyn jakamisessa vanhemmille.

Hoitohenkilökuntaa ohjeistettiin kertomaan vanhemmille kyselystä ennen leikkauksen jälkeistä kivunhoidon ohjausta. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet vanhemmille leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksen yhteydessä. Kysely toteutettiin osastoilla huhti-toukokuussa 2009. Toukokuun lopulla osastoilla oli vielä kyselylomakkeita jakamatta, joten sovimme otoksen suurentamiseksi kyselyn jatkamista kesäkuun 2009 loppuun. Päiväkirurgian osasto oli jakanut kaikki 30 kyselylomaketta ja lasten-

osasto oli jakanut 12 kyselylomaketta, jolloin vanhemmille jaettuja kyselylomakkeita oli 42.

Vanhemmat vastasivat kyselylomakkeisiin kotona lapsen kotiutuessa sairaalasta, jolloin he pystyivät arvioimaan kivunhoidon ohjauksen riittävyttä sekä kivunhoidon onnistumista kotona. Vanhemmat palauttivat vastaukset suoraan opinnäytetyön tekijöille palautuskuoressa. Kyselyyn vastasi 28 vanhempaa, joten vastausprosentti oli 67 %.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Ennen varsinaista aineiston analyysia suoritimme aineiston tarkastuksen kyselyn loputtua. Tarkastuksessa kiinnitimme huomion vastauslomakkeiden tietoihin; sisältyikö niihin virheellisyksiä tai puuttuiko tietoja. Kaikki vastauslomakkeet, jotka palautuivat opinnäytetyön tekijöille, olivat hyväksyttäviä ja näin ollen yhtään lomaketta ei hylätty.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönerittelyllä. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönerittelyllä saadaan kerätty aineisto kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Aloitimme aineiston analysoinnin litteroinnilla, eli kirjoitimme vanhempien vastaukset puhtaaksi sanasta sanaan. Tämän jälkeen käytimme teemoittelua analyysin apuna. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Näin on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Pyrimme löytämään teemoittelun avulla tutkimusongelmien ja kysymysten kannalta olennaiset asiat ja merkitsimme ne värikoodein. Tämän jälkeen laskimme kuinka monta kertaa sama asia esiintyy kuvauksissa tai kuinka moni vanhemmista ilmaisee saman asian.

Taustatiedot, väittämät ja avoimet kysymykset analysoitiin käyttäen SPSS for Windows 15.0-ohjelmaa. Analyysi on matemaattinen, tilastollinen, ja sillä haimme frekvenssejä, prosentteja sekä tunnuslukuja ja ristiintaulukoinnilla etsimme taustamuuttu-

jien yhteyttä muihin muuttujiin. Aineiston pienuudesta (n=28) johtuen Chi Square-testiä, joka mittaa muuttujien välistä yhteenkuuluvuutta, ei voitu tehdä.

## **7 TULOKSET**

### **7.1 Vanhempien ja lasten taustatiedot**

Kyselyyn vastasi 28 vanhempaa, joista suurin osa oli äitejä. Suurin osa vanhemmista oli 31–40-vuotiaita. Melkein puolella vanhemmista oli opistotason tutkinto. Vastaajien perheissä suurimmalla osalla oli kaksi lasta. Leikatuista lapsista poikia oli vähän yli puolet. Lapsista puolet oli 6–9-vuotiaita. Suurin osa leikkauksista oli korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauksia. Leikkaus oli suurimmalle osalle ensimmäinen. Vanhempien mukaan leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus oli annettu hieman yli puolelle ennen leikkausta. (TAULUKKO 2).

**TAULUKKO 2. Vanhempien ja lasten taustatiedot (n=28)**

<b>Taustatiedot</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kyselyyn vastaaja</b>		
Isä	5	18
Äiti	23	82
<b>Vanhemman ikä</b>		
21–30 v.	5	18
31–40 v.	15	54
41–50 v.	8	29
<b>Vanhemman koulutus</b>		
Ammattikoulu	6	21
Opistotason tutkinto	12	43
AMK	6	21
Yliopistotutkinto	4	14
<b>Lasten lukumäärä perheessä</b>		
1 lapsi	2	7
2 lasta	14	50
3 lasta tai enemmän	12	43
<b>Lapsen sukupuoli</b>		
Poika	17	61
Tyttö	11	39
<b>Lapsen ikä</b>		
2–5 v.	8	29
6–9 v.	14	50
10–13 v.	3	11
14–17 v.	3	11
<b>Leikkaustyyppi</b>		
Korva-, nenä- ja kurkkutautien	15	54
Suoliston ja vatsan alueen leikkaus	3	11
Ortopedia	3	11
Muu	7	25
<b>Monesko leikkaus</b>		
Ensimmäinen	18	64
Toinen	10	36
<b>Ohjauksen ajankohta</b>		
Ennen leikkausta	16	57
Leikkauksen jälkeen	11	39
Ei ollenkaan	1	4

## 7.2 Vanhempien käsityksiä lasten kivusta ja kivunhoidon ohjauksesta

Hieman yli puolet (n=17) vanhemmista oli samaa mieltä siitä, että lapset kokevat kipua yhtä kauan kuin aikuiset. Neljän vanhemman mielestä lasten kipukynnys on korkeampi kuin aikuisten, kun valtaosa (n=21) vanhemmista oli eri mieltä. Suurin osa (n=24) vanhemmista oli sitä mieltä, että leikkaushoitoon kuuluu aina tietty määrä kipua. Kuitenkin kaikkien (n=28) vanhempien mielestä leikkauskivun hyvä hoito ehkäisee lapsen pelkoja. (LIITE 7).

2–5-vuotiaiden lasten vanhemmista lähes kaikki (n=6) uskoivat, että leikkaushoitoon kuuluu aina tietty määrä kipua. 6–9-vuotiaiden lasten vanhemmista enemmistö (n=12) oli samaa mieltä ja 10–13- sekä 14–17-vuotiaiden lasten kaikki (n=3) vanhemmat olivat samaa mieltä.

Vanhemmista hieman yli puolet (n=19) oli sitä mieltä, että lapsi on kivuton, jos hän pystyy nukkumaan. Lähes kaikki (n=25) vanhemmat olivat sitä mieltä, että lapsi ilmaisee kipua ilmeillä ja eleillä. Tätä mieltä oli suurin osa poikien (n=14) sekä kaikki (n=11) tyttöjen vanhemmat. Yhden pojan äiti oli sitä mieltä, ettei kipu vaikuta lapsen käyttäytymiseen.

Tulosten mukaan lähes kaikki (n=25) vanhemmat kokivat leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksen riittävänä ja kaikki (n=28) vanhemmat ymmärrettävänä. Kaikki (n=28) vanhemmat kokivat voivansa keskustella avoimesti hoitohenkilökunnan kanssa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.

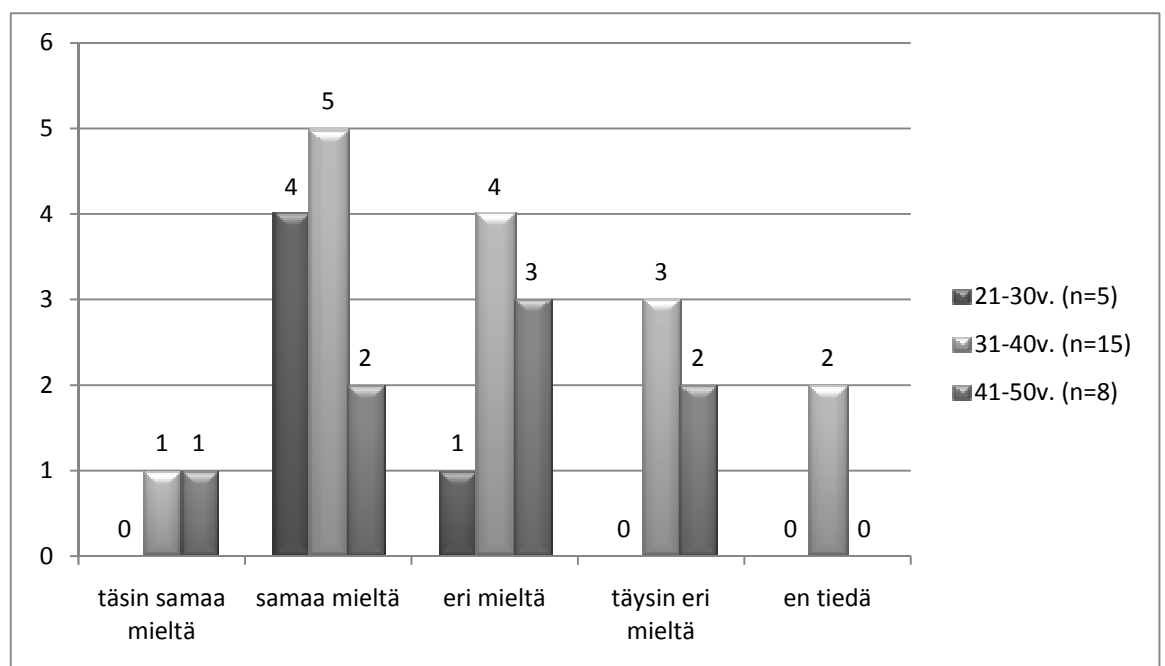
Reilu kolmannes (n=11) vanhemmista kuvasi hoitohenkilökunnan asennetta lapsen leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon hyväksi, osa asialliseksi (n=9) ja ohjaavaksi (n=8). Neljännes (n=6) vanhemmista kuvasi hoitohenkilökunnan asennetta myös ystävällisenä ja empaattisena. Muutama (n=2) vanhempi kuvasi asennetta sekä ammattitaitoisena että myönteisenä ja aktiivisena. Vanhemmat kirjoittivat vastauksissa asenteesta muun muassa seuraavasti:

*”Hoitohenkilökunta on hoitanut hyvin leikkauksen jälkeistä kipua. Asenne on ollut ymmärtäväinen ja empaattinen. Kertoivat kivusta ja sen hoidosta lapselle ja vanhemmalle.”*

*”Asenne on ollut hyvä, mutta ehdotukset (aikaisemman leikkauskokemuksen perusteella) ovat tulleet minulta (ehdotus lääkkeitä: tramal).”*

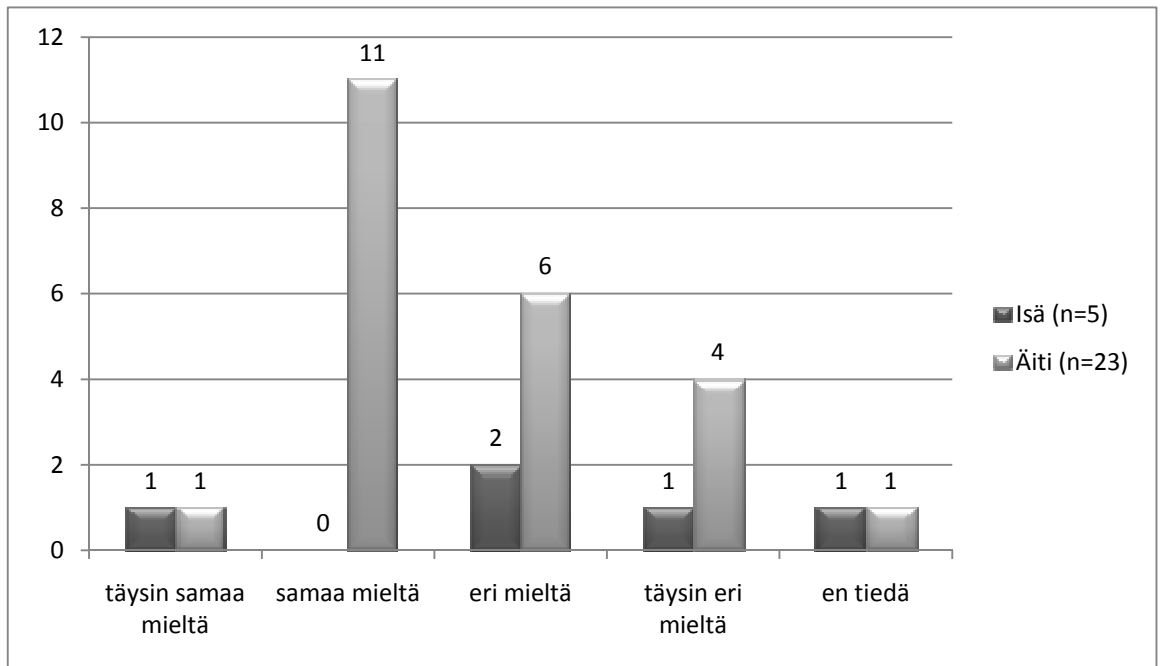
### 7.3 Vanhempien näkemyksiä hoitohenkilökunnan antamasta ohjauksesta tunnistaa lapsen leikkauksen jälkeistä kipua

Melkein puolet (n=13) vanhemmista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli ohjannut tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. Tätä mieltä oli suurin osa (n=4) 21–30-vuotiaista vanhemmista. (KUVIO 2).



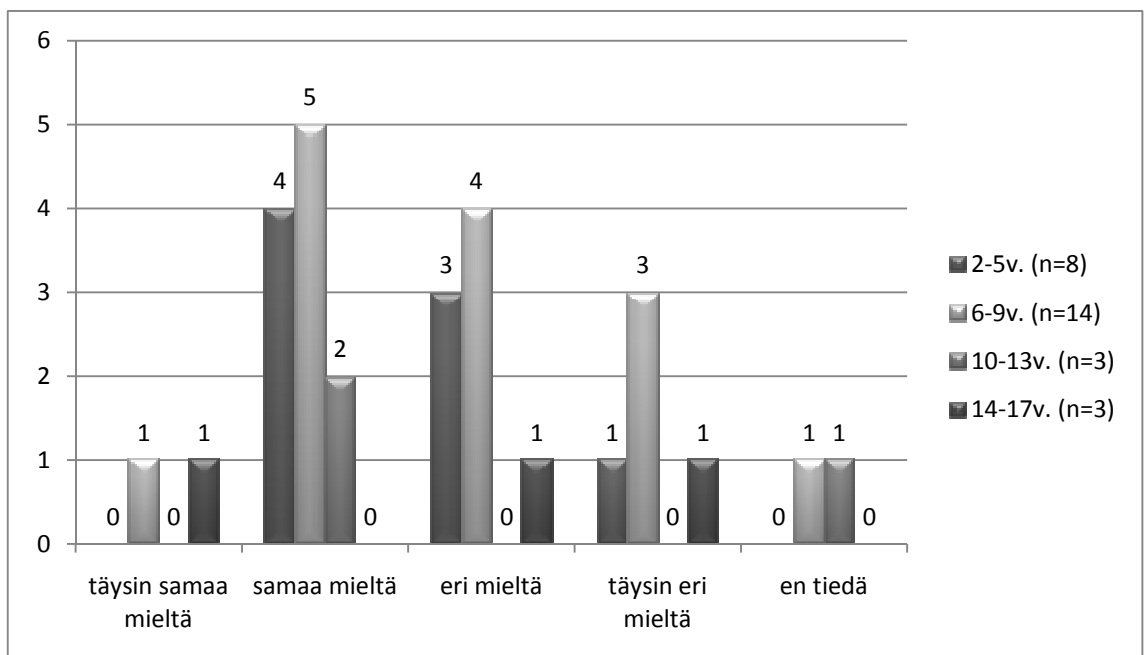
**KUVIO 2. Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua.**

Hoitohenkilökunta on ohjannut yhtä isää ja joka toista (n=12) äitiä tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. (KUVIO 3). Kaikki äidit (n=23) ja isät (n=5) tunnistavat, jos lapsella on kipuja.



**KUVIO 3. Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua.**

Hoitohenkilökunta oli ohjannut joka toista (n=4) 2–5-vuotiaiden lasten vanhempaa tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua, kun vajaalle puolelle (n=6) 6–9-vuotiaiden lasten vanhemmille oli ohjattu tunnistamista. 14–17-vuotiaiden lasten vanhemmista kolmasosa oli enää tätä mieltä. (KUVIO 4).



**KUVIO 4. Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua.**

Yli puolet (n=6) tyttöjen vanhemmista koki, että hoitohenkilökunta oli ohjannut tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua, kun poikien vanhemmista alle puolet (n=7) oli samaa mieltä.

Hoitohenkilökunta oli ohjannut lasten leikkauksen jälkeistä kivun tunnistamista puolille vanhemmista, kun perheessä oli yksi lapsi (n=1) tai kaksi lasta (n=7) mutta hieman alle puolille (n=5) vanhemmista, kun perheessä oli kolme lasta tai enemmän.

Hoitohenkilökunta oli ohjannut tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua ennen leikkausta annetussa ohjauksessa yli puolelle (n=9) vanhemmista ja leikkauksen jälkeen joka kolmannelle (n=4) vanhemmista.

Vanhemmista hieman yli puolet (n=8), joiden lapsi oli korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauksessa oli saanut ohjausta lapsen leikkauksen jälkeisen kivun tunnistamisessa. Kolmannes vanhemmista, joiden lapsi oli suoliston- ja vatsanalueen leikkauksessa (n=1) tai ortopedian leikkauksessa (n=1) oli saanut ohjausta kivun tunnistamisessa kun muun leikkauksen yhteydessä ohjattuja oli alle puolet (n=3) vanhemmista.

#### **7.4 Kipumittarien käytön ohjaus vanhemmille**

Suurimmalle osalle (n=25) vanhemmista ei ollut ohjattu kipumittarien käyttöä. Henkilökunta oli ohjannut kipumittarin käyttöä yhdelle vanhemmalle, jonka lapselle oli tehty suoliston ja vatsan alueen leikkaus. Kaksi vanhempaa ei tiennyt, oliko heille ohjattu kipumittarin käyttöä.

Suurin osa (n=24) vanhemmista ei ole käyttänyt kipumittaria arvioidessaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua. Kolme vanhempaa on käyttänyt numeroasteikkoa 1-10 arvioidessaan lapsen kipua. Yksi vanhemmista kuvaa kipumittarin käyttöä myös seuraavasti:

*”En, mutta neljän lapsen vanhempana ”mittari” on päässä.”*

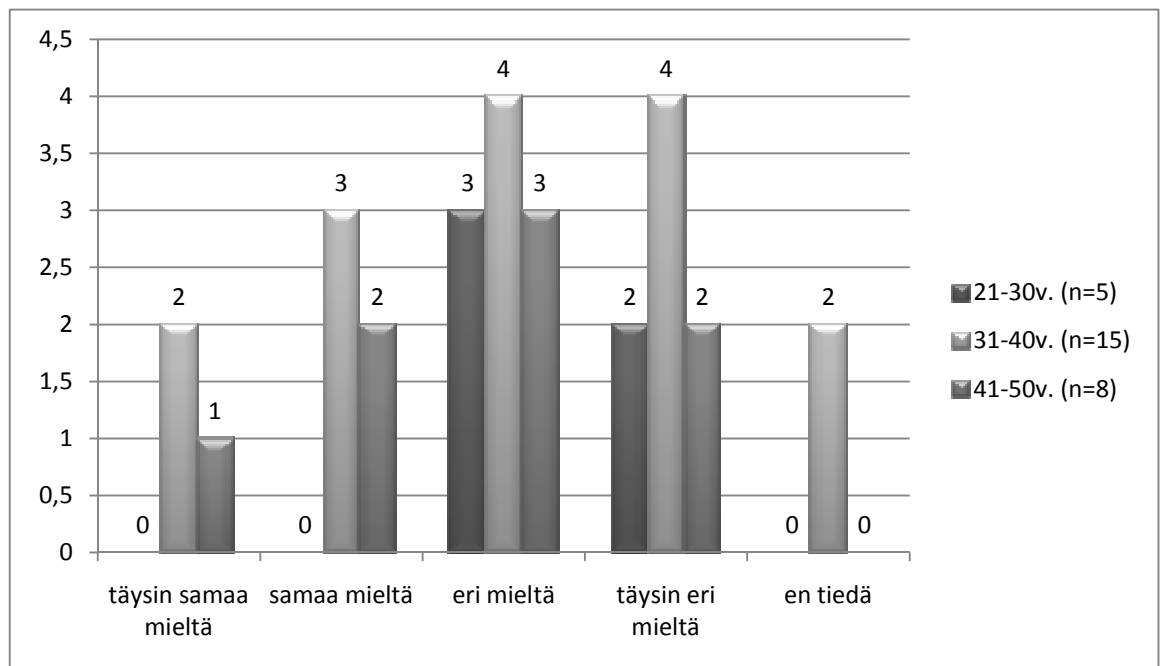


Kipumittaria olivat käyttäneet kaksi 31–40-vuotiasta ja kaksi 41–50-vuotiasta vanhempaa, joista kaksi oli äitejä ja kaksi isää. Kipumittaria käyttäneiden vanhempien lapset olivat kaikki 6–9-vuotiaita, joista kolme oli poikia ja yksi oli tyttö.

## 7.5 Vanhempien näkemyksiä hoitohenkilökunnan antamasta ohjauksesta lasten leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa

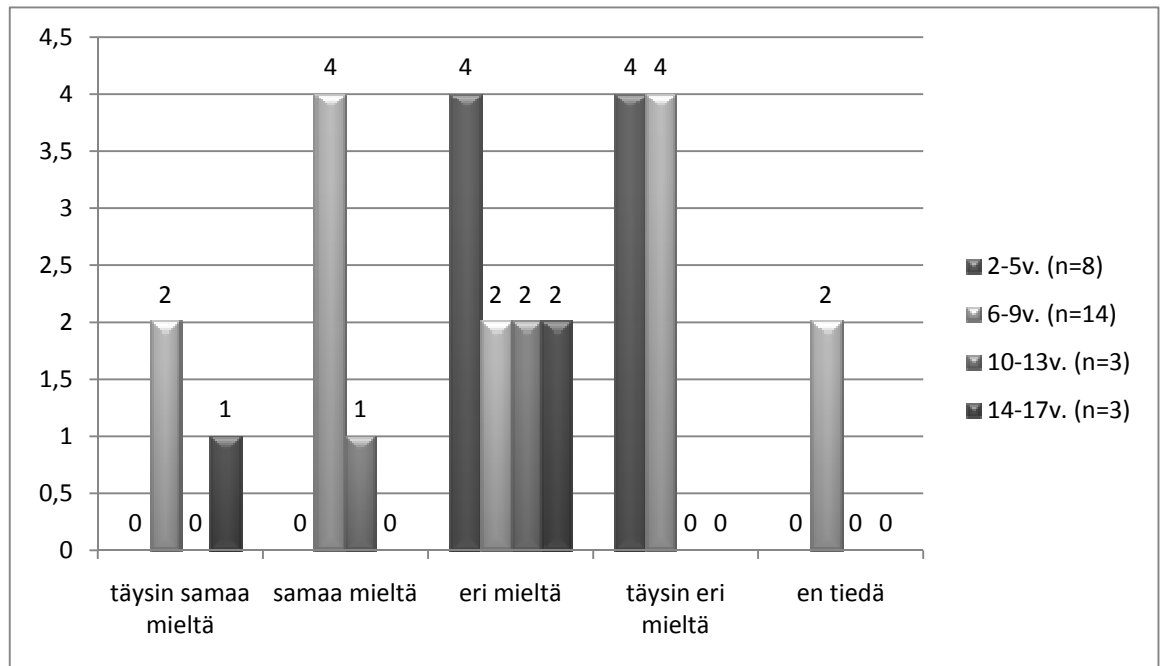
### 7.5.1 Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen ohjaus vanhemmille

Hoitohenkilökunta oli ohjannut kahdeksalle vanhemmalle lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja oli ohjattu viidelle 31–40-vuotiaalle ja kolmelle 41–50-vuotiaalle vanhemmalle (**KUVIO 5**).



**KUVIO 5.** Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja.

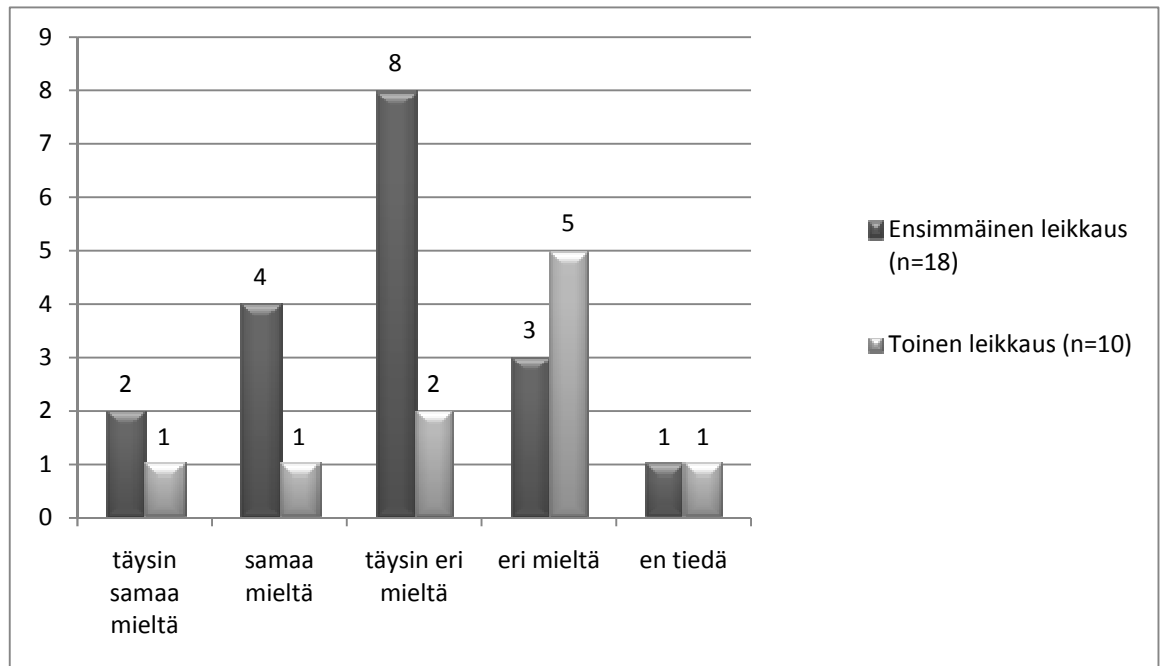
Vanhemmat, joille hoitohenkilökunta oli ohjannut lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja, oli seitsemän äitiä ja yksi isä. Ohjausta saaneiden vanhempien lapsista suurin osa oli 6–9-vuotiaita (**KUVIO 6**), joista neljä oli tyttöjä ja neljä poikaa.



**KUVIO 6. Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja.**

Perheissä, joissa oli yksi lapsi, kukaan vanhemmista (n=2) ei tiennyt oliko hoitohenkilökunta ohjannut lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Hoitohenkilökunta oli ohjannut lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja alle kolmasosalle (n=4) vanhemmista, kun perheessä oli kaksi lasta ja kolmasosalle (n=4), kun perheessä oli kolme lasta tai enemmän.

Lapsen ollessa ensimmäistä kertaa leikkauksessa joka kolmannelle (n=6) vanhemmista oli ohjattu lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja, mutta toista kertaa leikkauksessa olleen lapsen vanhemmille ainoastaan joka viidennelle (n=2) oli annettu ohjausta (**KUVIO 7**).



**KUVIO 7. Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja.**

Hoitohenkilökunta oli ohjannut käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja ennen leikkausta annetussa ohjauksessa alle puolelle (n=7) vanhemmista ja leikkauksen jälkeen yhdelle vanhemmista. Henkilökunta on ohjannut käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja kolmasosalle korva-, nenä- ja kurkkutautien (n=5), suoliston- ja vatsan alueen (n=1) sekä ortopedian leikkauksen (n=1) yhteydessä, mutta ainoastaan yhdelle vanhemmista, kun kyseessä oli muu leikkaus.

Lääkkeettöminä kivunlievityskkeinoina hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia käyttämään lapsen leikkauksen jälkeiseen kipuun kylmää (n=14), lepoa (n=2), asentohoittoa (n=1), KKK (kylmä, koho ja kompressio, n=1), lasta/tukisidosta (n=1), henkistä tsemppausta (n=1) sekä rentoutusta (n=1). Puolelle vanhemmista on ohjattu kylmähoitona mm. kylmiä syömisiä ja juomisia, kylmägeelipussia ja jääpaloja. Kolmen vanhemman mukaan kipulääke on myös lääkkeetön kivunlievityskkeino. Vanhemmista hieman alle puolet (n=11) koki, ettei henkilökunta ole ohjannut lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja ollenkaan. Vanhemmat kuvasivat lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja mm. seuraavasti:

*”Ei mitään, eikä olisi järkeväkään koettaa muita kuin tehokkaita keinoja kivun lievityksessä.”*

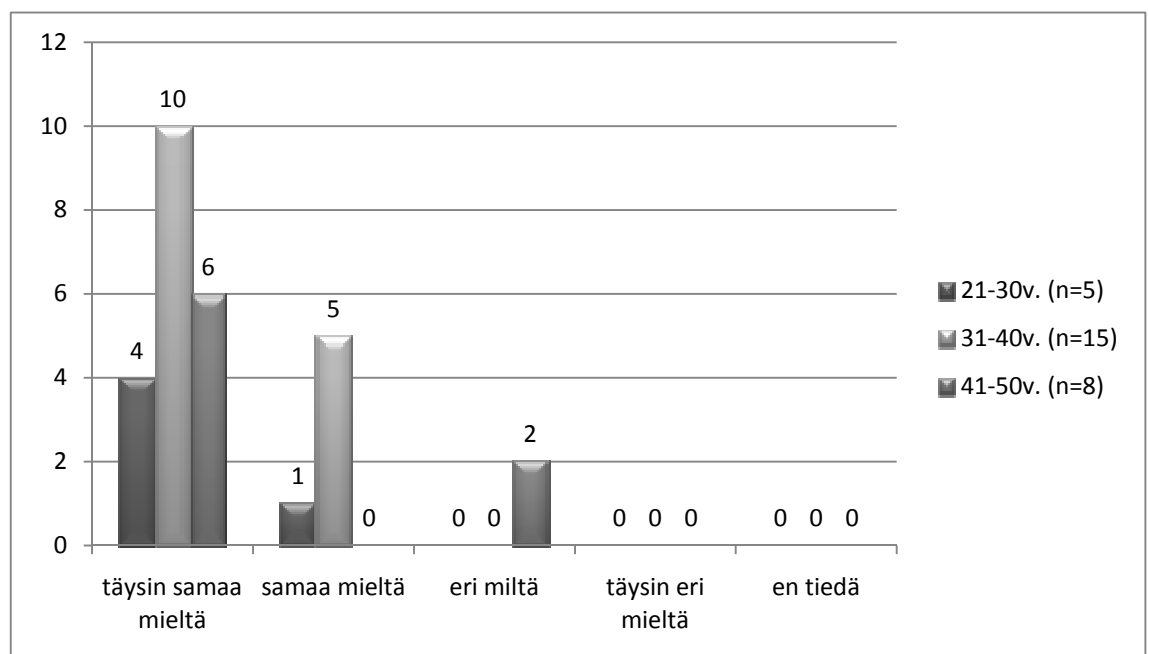
*”Nielurisaleikkaus vaatii särkylääkkeiden käytön.”*

Lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja käytti 15 vanhempaa; yli puolet (n=13) äideistä ja kaksi isää. Yli puolet (n=9) lapsista oli 6 – 9 – vuotiaita, joiden vanhemmat käyttivät lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja lapsen leikkauksen jälkeiseen kipuun.

Vanhemmista hieman yli puolet (n=18) oli sitä mieltä, että lääkkeettömät kivunlievityskeinot vähentävät lapsen leikkauksen jälkeistä kipua ja ahdistusta. Seitsemän vanhempaa, joista kuusi oli äitejä ja yksi isä, ei tiennyt vähentävätkö lääkkeettömät kivunlievityskeinot lapsen kipua ja ahdistusta. Kolmen äidin mielestä lääkkeettömät kivunlievityskeinot eivät vähennä lapsen kipua ja ahdistusta.

### 7.5.2 Kipulääkkeiden ohjaus vanhemmille

Suurin osa (n=26) vanhemmista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta on ohjannut kipulääkkeiden käytössä (**KUVIO 8**).



**KUVIO 8.** Hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia (n=28) kipulääkkeiden käytössä.

Hoitohenkilökunta oli ohjannut kaikkia äitejä (n=23) ja kolmea isää kipulääkkeiden käytössä. Kaksi pojan vanhempaa oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta ei ollut ohjannut kipulääkkeiden käytössä.

Hoitohenkilökunta oli ohjannut kipulääkkeiden käyttöä yhdeksälle vanhemmalle kymmenestä, joiden lapsi oli ensimmäistä kertaa leikkauksessa. Vastaavasti hoitohenkilökunta oli ohjannut kipulääkkeiden käytön kaikille (n=10) vanhemmille, joiden lapsi oli toista kertaa leikkauksessa. Kaikkia vanhempia, joiden lapsi oli korva-, nenä- ja kurkkutautien (n=15) sekä suoliston ja vatsan alueen leikkauksessa (n=3), oli ohjattu kipulääkkeiden käytössä. Ortopedian leikkauksen yhteydessä kipulääkkeiden käyttöä oli ohjattu hieman yli puolelle (n=2) vanhemmista ja muissa leikkauksissa lähes kaikille (n=6).

Lähes kaikki vanhemmat (n=26) antoivat kipulääkkeen lapselle hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan, ainoastaan kaksi äitiä iältään 31–40-vuotta ei käyttäneet kipulääkkeitä ohjeiden mukaan.

Vanhemmista kaikki (n=18), joiden lapsi oli ensimmäistä kertaa leikkauksessa, antoi kipulääkkeen hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan, kun toista kertaa leikkauksessa olleen lapsen vanhemmista neljä viidestä (n=8) antoi kipulääkkeen ohjeiden mukaan.

Suurin osa (n=26) vanhemmista kuvaa leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistuneen kotona hyvin. Yksi vanhemmista oli käyttänyt ainoastaan lääkkeitöntä kivunhoitoa. Yksi vanhemmista oli poikennut lääkärin antamista ohjeista seuraavasti:

*”Lääkärin ohje oli, että särkylääkettä annetaan vain tarvittaessa. Annoin särkylääkettä säännöllisesti 4 päivän ajan vaikka lapsi ei valittanut kipua. Säännöllisesti annettu lääke (2 kertaa päivässä) auttoi eikä lapsi valittanut kipua ollenkaan.”*

Yksi vanhemmista kuvaa lapsensa olleen erittäin kivulias:

*”Lapsi oli ensimmäisen viikon todella kivulias ja tuntui että lääkkeet ja muu hoito ei ollut riittävää.”*

Kaksi vanhempaa, joiden poika oli ollut leikkauksessa, joutui soittamaan sairaalaan saadakseen uusia ohjeita lapsen leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon.

Yli puolet (n=16) vanhemmista kuvaa leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjeiden olleen ymmärrettäviä ja ohjauksen onnistuneen hyvin. Neljäsosa (n=7) vanhemmista pitää ohjaukseen käytettyä aikaa riittävänä. Muutaman vanhemman mielestä hoitajat olivat motivoituneita ohjaukseen (n=2) sekä ammattitaitoisia (n=3). Ohjeita myös kerrattiin (n=2) sekä niitä antoivat useat hoitohenkilöt (n=1). Yksi vastaajista koki, että ohjausta ei annettu oma-aloitteisesti, ja yhden mielestä kipulääkkeitä pitäisi käyttää kipua ennaltaehkäisevästi ja yhden vanhemman mielestä lääkkeettömiin kivunlievityskkeinoihin voisi saada enemmän ohjeita. Vastauksissa tuli myös seuraavia asioita ilmi:

*”Ohjausta saa vain jos kysyy ja keskustelee. Oma-aloitteisesti ei ohjata, siis hoitajien puolelta.”*

*”Lääkkeet kerrottiin tarkasti ja kerrattiin pyynnöstäni (ohjauksen kertaaminen tarpeellista, me maallikot kun keskitymme outoon tilanteeseen ja puhutut asiat haihtuvat päästä ennen kuin kotiin on päästy). Aikaa oli ennen leikkausta ja sen jälkeen, hyvä! Ohjeet olivat helposti ymmärrettäviä, kivunlievitys ja varotoimet leikkauksen jälkeen.”*

*”Saimme ohjeet kivunhoitoon; kipulääkettä aluksi kuurina ja myöhemmin tarpeen mukaan. Tytär ei halunnut lääkettä kuin kerran, koska kipuja ei ollut. Lääkkeettömään kivunlievitykseen voisi myös saada ohjeita, esim. lääkkeiden tueksi!”*

Vanhempien koulutustaustalla ei ollut kyselyn mukaan suurta merkitystä. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista vanhemmista kuitenkin suurin osa (n=5) oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta ei ole ohjannut heitä tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua eikä lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja.

## 8 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vanhempien näkemyksiä lasten leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon ohjauksesta. Pölkin (2008) mukaan vanhemmille annettavan ohjauksen merkitys korostuu tulevaisuudessa, kun päiväkirurgisten leikkausten määrä kasvaa, jolloin vastuu kivunlievityksestä siirtyy vanhemmille kotihoitoon.

Vastausten perusteella suurin osa vanhemmista oli tyytyväisiä hoitohenkilökunnan antamaan ohjaukseen. Vanhemmat kuvasivat kivunhoidon onnistuneen hyvin kotona sairaalasta saatujen ohjeiden mukaan. Vain kaksi vanhempaa oli joutunut ottamaan yhteyttä sairaalaan saadakseen uusia ohjeita lapsen leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Vanhemmat kuvasivat ohjauksen olleen riittävää ja ohjeiden olleen ymmärrettäviä. Ohjausta annettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjeita myös kerrattiin tarvittaessa ja ohjausta antoivat useat henkilöt. Ohjausta annettiin ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen.

Hankosen ym. (2006) mukaan hyvän vuorovaikutuksen kriteerejä ovat muun muassa selkeä ja ymmärrettävä kieli, riittävästi aikaa ohjaustilanteelle, myönteinen ilmapiiri, yksilöllisyyden huomioon ottaminen ja ammatillisuus. Tämän kyselyn avoimissa vastauksissa tuli selkeästi näitä asioita esiin, joten ohjausta voidaan pitää tältä osin onnistuneena.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunta oli ohjannut joka toista vanhempaa tunnistamaan lasten leikkauksen jälkeistä kipua. Kuitenkin vastauksissa käy ilmi, että osalla vanhemmista oli virheellisiä käsityksiä lapsen kivun ilmaisemisesta, vaikka kaikki vanhemmat kertoivat tunnistavansa, jos lapsella on kipuja. Kankkunen (2002) kuvaa tutkimuksessaan, että äidit olisivat herkempiä tunnistamaan lapsissaan pieniäkin käyttäytymisen muutoksia, etenkin kun kyse on pienistä lapsista. Tämän kyselyn perusteella kuitenkin äideillä oli virheellisiä käsityksiä mm. lapsen kivun ilmaisemisesta. Vastausten mukaan pieni osa äideistä oli sitä mieltä, että lapsi ei ilmaise kipua ilmeillä ja eleillä ja että kipu ei vaikuta lapsen käyttäytymiseen.

Vanhemman iällä oli merkitystä saatuun ohjaukseen. Mitä iäkkäämmästä vanhemmas- ta oli kyse, sitä vähemmän hoitohenkilökunta oli tulosten mukaan ohjannut tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. Myös vanhemman ja lapsen sukupuolella oli merkitystä. Isistä yli puolet oli sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta ole ohjannut tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. Aikaisempien tutkimusten mukaan (mm. Kankkunen 2003) lasten sairauksien hoitoa pidetään enimmäkseen naisille kuuluvana ja voidaan ajatella, että tältä osin isille annettavaa ohjausta pitäisi tehostaa. Poikien vanhemmista alle puolia oli ohjattu tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua. Aikaisempien tutkimuksien mukaan (mm. Kankkunen 2003) hoitohenkilökunnalla tulisi olla aikaa keskustella vanhempien kanssa ja arvioida heidän käsityksiään lapsensa kivusta ja kipulääkityksestä. Ohjauksen tarve korostuu erityisesti silloin, kun leikkaushoidossa on poikalapsi.

Kaikki vanhemmat olivat samaa mieltä siitä, että leikkauskivun hyvä hoito ehkäisee lapsen pelkoja. Kaikki isät ja suurin osa äideistä uskoi, että leikkaushoitoon kuuluu aina tietty määrä kipua, vaikka Kankkunen (2003) mukaan monipuoliset kivunlievityskkeinot mahdollistavat leikkauspotilaille kivuttomuuden. Tämän kyselyn mukaan vanhemmille annettavaa ohjausta lapsen kivusta ja sen kokemisesta pitäisi tehostaa, jotta mahdolliset väärät uskomukset korjaantuisivat.

Ohjauksen ajankohdalla oli myös merkitystä. Ennen leikkausta annetussa ohjauksessa vanhemmista yli puolia oli ohjattu tunnistamaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua, kun leikkauksen jälkeen annetussa ohjauksessa enää joka kolmatta vanhempaa oli tulosten mukaan ohjattu tunnistamisessa. Lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja oli ohjattu ennen leikkausta hieman alle puolelle vanhemmista mutta ainoastaan yhdelle vanhemmalle, kun ohjaus oli annettu leikkauksen jälkeen. Vastauksista herää kysymys, miksi ohjausta on annettu suunnitelluissa leikkauksissa vasta leikkauksen jälkeen, kun Salanterän (2006) mukaan leikkausta edeltävällä ohjauksella on yhteyttä leikkauksen jälkeen koettuun kipuun. Potilaat, jotka tietävät mitä on tulossa, kokevat vähemmän kipua kuin potilaat, jotka eivät tiedä mitä on odotettavissa. Tieto vähentää myös leikkaukseen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Nämä asiat pitäisi mielestämme huomioida erityisesti lapsipotilaiden kohdalla.



Hoitohenkilökunta oli ohjannut yhdelle vanhemmalle kipumittarin käyttöä. Kuitenkin kolme vanhempaa on käyttänyt numeroasteikkoa 1–10 arvioidessaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua. Numeroasteikkoa käyttäneiden vanhempien lapset olivat kaikki olleet suoliston ja vatsan alueen leikkauksessa ja kaikki lapset olivat 6–9-vuotiaita poikia. Yksi vanhempi kuvasi ”mittarin olevan päässä neljän lapsen vanhempana”. Näistä neljästä vanhemmasta, jotka ovat käyttäneet kipumittaria tms. arvioidessaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua, kaksi oli isiä. Vastauksista käy ilmi selvästi, että kipumittarien käyttö on vähäistä, eikä hoitohenkilökunta ohjaa niiden käyttöä, vaikka aikaisempien tutkimusten mukaan (Pölkki 2008, Kankkunen 2003) kotikäyttöön tarkoitettuja lasten kipumittareita voidaan antaa vanhemmille avuksi lapsen leikkauskivun tunnistamiseksi.

Hoitotyössä kipua voidaan arvioida käyttämällä lapsen itsearviointia, käyttäytymisen havainnointia ja fysiologisia indikaattoreita (mittareita) riippuen lapsen iästä ja hänen kommunikaatiokyvyistään. Kivun yksilöllisen kokemisen vuoksi lasten kivunarvioinnissa on suositeltavaa käyttää myös itsearviointiin perustuvia mittareita. Pölkkin (2008) mukaan monet tekijät, kuten hoitajien asenteet, tiedot, koulutus, kokemus ja työmäärä, voivat vaikuttaa lasten kivunarviointiin. Vaikuttavatko nämä asiat myös vanhemmille annettavaan ohjaukseen kipumittareista? Tämä asia ei selviä kyselyssä. Selvää syytä, miksi kipumittareita ohjataan käyttämään näin vähän, ei löytynyt. Tätä voitaisiin selvittää esim. hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä.

Vastausten mukaan hoitohenkilökunnan antama ohjaus vanhemmille siitä, miten hoitaa lapsen leikkauksen jälkeistä kipua, oli ollut monipuolista. Hoitohenkilökunta oli ohjannut sekä suullisesti että kirjallisesti ja ohjausta oli annettu useasti. Vanhemmat kuvasivat lääkärin tapaamista tärkeänä osana ohjausta. Myös henkilökohtainen kipulääkityksen sekä annostelun läpikäyminen ja ohjeiden tarkennus oli koettu hyväksi. Ohjaus, joka annettiin koko perheelle, niin että lapsikin ymmärtää sen, oli vanhempien mielestä oleellinen osa hyvää ohjausta. Ohjauksessa oli myös otettu hyvin huomioon mahdolliset ongelmat leikkauksen jälkeen, sekä se, miten toimia ongelmatilanteissa.

Lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista hoitohenkilökunta oli ohjannut käyttämään muun muassa kylmää, lepoa ja asentohoitoa. Vanhemmista vain pieni osa oli saanut

ohjausta, vaikka aikaisempien tutkimusten mukaan (Pölkki ym. 2007, 2004, 2003; Pölkki 2006; Kankkunen 2003; Siedliecki & Good 2006; Väisänen 2000) lapsipotilailta pelkkä kipulääkitys ei välttämättä riittävästi lievitä tai poista kipua. Nämä tutkimukset sekä tämä kysely osoittavat, että kaikkia hyväksi todettuja kivunlievitysmenetelmiä ei käytetä riittävästi hoitotyössä. Näitä ovat esimerkiksi fysikaaliset menetelmät (mm. kylmä, lämpö, asento), kognitiivis-behavioraalisista keinoista mielikuvien käyttö ja rentoutuminen, emotionaalisen tuen antaminen ja viihtyisän ympäristön luominen. Pölkin (2003) mukaan hoitajat ja vanhemmat saattavat tarvita enemmän tietoa näiden kivunlievitysmenetelmien käytöstä taikka ajan tai resurssien puute on esteenä monipuolisempien menetelmien käytölle.

Lisäksi osalla vanhemmista oli virheellinen käsitys, että leikkauskipuun ei auta lääkkeettömät kivunlievityskeinot, vaikka muun muassa Pölkin (2008) mukaan kivunhoito edellyttää lääkehoidon rinnalla myös kivunlievitysmenetelmien käyttöä, koska kipu on enemmän kuin pelkkä sensorinen kokemus. Tämän kyselyn mukaan kaksi vanhempaa ei edes tiennyt, oliko heille ohjattu lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja ja vanhempien ikäluokassa 21–30-vuotta ei ollut ohjattu lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja ollenkaan. Lisäksi leikkauksen ollessa ensimmäinen, vanhemmilla oli puutteita tiedoissa lääkkeettömien kivunlievityskeinojen vaikuttavuudesta.

Tämän kyselyn mukaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien ohjausta pitäisi tehostaa, jotta vanhempien virheelliset käsitykset muuttuisivat sekä lääkkeettömät kivunlievityskeinot tulisivat tehokkaasti käyttöön hoidettaessa lasten leikkausten jälkeistä kipua. Tämän kyselyn mukaan heräsi myös ajatus, ymmärtävätkö vanhemmat, mitä lääkkeettömät kivunlievityskeinot ovat ja miten ne auttavat ja lievittävät lasten leikkauksen jälkeistä kipua ja ahdistusta.

Pääasiassa vanhemmat olivat tyytyväisiä ohjaukseen kipulääkkeistä. Kuitenkin kipulääkkeiden ohjauksessa ilmeni hieman epäselvyyksiä: yksi vastaajista mietti, kuinka suuren tulee lapsen kivun olla, jotta tarvittaessa lääkettä voidaan antaa. Tältä osin ohjaus ei ole toteutunut nykykäsityksen mukaan. Nykyään suositellaan (Hiller ym. 2006; Pouttu 2004; Tuomilehto 2002; Hamunen & Pouttu 2000) lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon perustaksi ennakoivasti ja säännöllisesti annettavaa parasetamolia tai tu-

lehduskipulääkettä, jota jatketaan riittävän kauan toimenpiteen jälkeen kotonakin. Vaikeassakin kivussa tulehduskipulääke säännöllisenä peruskipulääkkeenä vähentää opioidien tarvetta.

Hoitohenkilökunta oli ohjannut kipulääkkeiden käyttöä kaikille korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä suoliston ja vatsan alueen leikattujen lasten vanhemmille mutta ainoastaan hieman yli puolelle, kun kyseessä oli ortopedian leikkaus. Vanhemmat, joiden lapset olivat ikäryhmää 14–17-vuotta, vain hieman yli puolet oli saanut ohjausta kipulääkkeiden käytöstä. Isistä melkein puolet koki, ettei hoitohenkilökunta ollut ohjannut kipulääkkeiden käytössä.

Vanhemmat olivat pääsääntöisesti käyttäneet kipulääkkeitä hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan. Kuitenkin yksilapsisissa perheissä vain puolet vanhemmista oli antanut kipulääkettä hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan.

Hoitohenkilökunnan antama leikkauksen jälkeisen kivun hoidon ohjaus on yksi iso osa leikkaushoitoa. Ohjauksen merkitys ja laatu korostuvat lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen sekä päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntyessä. Hoitohenkilökunnan vastuulle jää vanhempien asianmukainen ja hyvä ohjaus, jotta vanhemmat pystyvät hoitamaan lasta kotona leikkauksen jälkeen. Ohjauksen onnistumisen edellytyksenä on myös hoitohenkilökunnan ammattitaito sekä motivaatio. Hoitohenkilökunnan myönteinen ja empaattinen suhtautuminen koko perheeseen on osa laadukasta ohjausta.

## **8.1 Tutkimuseettiset kysymykset**

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.) Opinnäytetyössämme noudatimme muun muassa seuraavia yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita; noudatimme rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta ja kysely on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyt-

tämällä tavalla sekä toisten tutkijoiden tuloksia on käytetty asianmukaisesti ja kunnioittavasti.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi 2007, 143.) Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa (Vilka 2007, 90). Tutkimuksen eettiset kysymykset eivät koske vain tutkijan toimintaa tutkimusaineiston hankinnassa tai raportoinnissa vaan että eettiset kysymykset ovat koko tutkimustoiminnan lähtökohta (Tuomi 2007, 143).

Tutkimuslupaa haettiin sairaalan ohjeiden mukaan helmikuussa 2009 sairaalan johtajalääkäriltä, joka myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan maaliskuussa 2009. Pidimme myös eettisenä valintana olla vertailematta eri osastoja keskenään. Kyselylomakkeita ei ollut numeroitu, joten vastauksista ei tiennyt, kummalta sairaalan osastolta ohjaus oli annettu.

Selvitimme saatekirjeessä kyselyyn osallistuville vanhemmille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät mahdollisimman ymmärrettävästi. Kerroimme myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta, jolloin vanhemmilla oli mahdollisuus valita vastaako kyselyyn vai ei. Kyselylomakkeen vastaanottaminen ohjauksen yhteydessä ei vielä edellyttänyt kyselyyn suostumista, vaan vanhemmat saivat rauhassa miettiä asiaa kahden viikon ajan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kyselyyn osallistuvilta vanhemmilta ei myöskään pyydetty kirjallista suostumusta, koska sellaiseksi tulkittiin kyselylomakkeen palauttaminen.

Kyselyyn osallistuville vanhemmille kerrottiin myös kyselyn luottamuksellisuudesta; saatuja tietoja käytetään vain ja ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten. Vanhemmille kerrottiin heidän nimettömydestään eikä opinnäytetyön tekijöille tullut missään vaiheessa vastaajien henkilötietoja, koska he palauttivat vastaukset palautuskuorilla suoraan tekijöille. Opinnäytetyön tekijät eivät tavanneet kyselyyn osallistuneita vanhempia missään vaiheessa henkilökohtaisesti. Myöskään hoitohenkilökunta ei tiennyt, ket-

kä vanhemmista lopulta osallistuivat kyselyyn. Nämä kaikki asiat kuuluvat Tuomen mukaan (2007, 145–146) tutkittavan suojaan ja ne toteutuivat opinnäytetyössä hyvin.

Opinnäytetyön rehellisyyttä tai luottamusta ei vaarannettu missään vaiheessa. Luottamus tarkoittaa, että tutkija käyttää, käsittelee ja säilyttää tutkimusaineistoa ja siinä olevia tietoja, kuten on tutkimuksen alussa sopinut tutkittavien kanssa (Vilka 2006, 113). Kyselyn aineisto on säilytetty ja hävitetty asianmukaisesti.

Tutkimuksen aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys lisää kyselyn eettisyyttä. Vanhemmilta saatua tietoa kivunhoidon ohjauksesta voidaan käyttää hyväksi suunniteltaessa tai kehiteltäessä esim. kivunhoidon ohjausta sekä potilasohjeita.

## 8.2 Tulosten luotettavuus

Määrällisessä tutkimuksessa mittauksen hyvyttä tai luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Nämä muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. (Tuomi 2007, 149.)

Validiteetti kuvaa, missä määrin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata: onko tehty mitä luvattiin? Validius liittyy aina tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Esimerkiksi kysely- ja haastattelututkimuksissa tämä tarkoittaa ensisijaisesti sitä, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla saada ratkaisu tutkimusongelmiin. (Tuomi 2007, 150.) Esitetasimme kyselylomakkeen terveydenhoitajaopiskelijoilla, jonka jälkeen muutimme joidenkin kysymysten muotoa ymmärrettävyyden ja luottavuuden takia. Testaajien mielestä mittari oli toimiva, ymmärrettävä ja helposti käytettävä ja ohjeet ymmärrettäviä. Kysymykset pohjautuvat aikaisempaan teoriaan ja tutkimuksiin, joten tältäkin osin sitä voidaan pitää luotettavana. Kysytyt käsitteet olivat ymmärrettäviä, koska puuttuvia vastauksia ei ollut yhtään. Käsitteitä, muun muassa lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, oli hieman selvennetty kysymyksissä epäselvyyksien välttämiseksi.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kysymys on mittauksen toistettavuudesta. Tutkimus on luotettava ja tarkka,

kun toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta tutkijasta. (Vilka 2007, 149.) Tämä kysely suoritettiin vain kerran, joten kyselyä ei voida yleistää ja tulokset ovat vain päteviä kyseisessä sairaalassa.

Kysely suoritettiin erään sairaalan päiväkirurgian ja lasten osaston kautta leikattujen lasten vanhemmille. Opinnäytetyön tekijöille ei missään vaiheessa tullut tietoa, kuinka moni vanhemmista kieltäytyi osallistumasta kyselyyn. Opinnäytetyön tekijät saivat ainoastaan tiedon, kuinka monta kyselylomaketta oli jaettu vanhemmille kummankin osaston kautta. Jaetuista 42 kyselylomakkeesta opinnäytetyön tekijöille palautui 28, joten vastausprosentti oli 67.

Otoskoon vaikutti todennäköisesti leikkausten vähyys kyseisessä sairaalassa. Toisaalta myös hoitohenkilökunnan kiire ja motivaatio on saattanut vaikuttaa kyselyn kertomisesta vanhemmille. Myös vanhempien motivaatio ja kiinnostus aiheeseen on voinut olla osatekijä vastausten määrään. Vanhemmat vastasivat kyselyyn kotona sairaalasta kotiutumisen jälkeen, joten osalla vanhemmista kysely on saattanut vain unohtua.

Otoskoko ei yksin vaikuta tulosten edustavuuteen ja yleistettävyyteen, vaan siihen vaikuttaa myös vastausprosentti. Jos vastausprosentti jää alhaiseksi (alle 70 %) oletetaan, että systemaattinen virhe alkaa vaikuttaa vastauksissa jo häiritsevästi. Systemaattinen virhe voi olla esimerkiksi se, että tietyn tyyppiset ihmiset eivät vastaa laisinkaan. Vastausprosenttia pyritään nostamaan muistuttamalla vastaajia toistamiseen kyselyyn vastaamisesta. (Tuomi 2007, 142.) Tämän kyselyn toteutusta jouduttiin pidentämään kuu-kaudella, koska vanhemmille jaettavia kyselylomakkeita oli vielä toukokuun lopulla molemmilla osastoilla. Kyselyajan pidentämistä vielä lisää ei olisi ollut hyötyä, koska kesäaikaan leikkaustoimintaa supistettiin sairaalassa entisestään.

Vaikka kyselymenetelmä on tehokas, siihen liittyy myös heikkouksia. Aineistoa voidaan pitää pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Ei ole myöskään mahdollisuus varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen: ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Kato (vastaamattomuus) saattaa nousta joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.)

Likertin asteikko on järjestysasteikko, joka on erittäin käytetty mielipideväittämissä (Vilka 2007, 46). Samaa mieltä/eri mieltä –väittämät, joita käytetään asennemittauksessa, sisältävät vastaustaipumuksen, josta käytetään nimitystä sosiaalinen suotavuus. Se tarkoittaa sitä, että ihmisillä on taipumus valita se vastausvaihtoehto, jota he arvelevat odotettavan, siis jonka he arvelevat olevan yleensä suotava vastaus. (Hirsjärvi ym. 2008, 198.) Toisaalta Likert-tyyppiset kysymykset nopeuttavat vastaamista ja vanhemmilla oli mahdollisuus valita vaihtoehto ”en tiedä”. Kyselylomakkeessa vanhemmilta tiedusteltiin ohjauksen ja kivunhoidon riittävyttä. Tähän saattoi olla osalla vanhemmista vaikeuksia vastata, koska kaikilla ei välttämättä ollut tietoa tai odotuksia, millaista ohjauksen ja kivunhoidon tulisi olla. Lisäksi kyselylomake sisälsi yleisiä kysymyksiä kivunhoidosta, joihin saattoi olla vaikea vastata ilman perusteellista ohjausta.

Mietimme menetelmän sopivuutta tutkimusongelmiin ja huomasimme, että esim. haastattelututkimuksella pääsisi koko ohjausprosessiin ja ohjattaviin asioihin huomattavasti syvällisemmin kiinni kuin kyselyllä. Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä yritimme saada vanhemmilta tarkempia vastauksia ko. asioihin, mutta vastaukset jäivät osittain vajaiksi ja puutteellisiksi tai epätarkoiksi. Siitä huolimatta ne antoivat arvokasta tietoa vanhempien käsityksestä kivunhoidon ohjauksesta sekä kipumittarien käytöstä.

Vaikuttiko hoitohenkilökunnan antamaan ohjaukseen tieto kyselystä? Tätä mietti myös yksi vanhemmista: ”hoitohenkilökunnalla oli aikaa kertoa ja selittää, epäilen kun kyseessä oli lapsi selvitys oli tarkempaa!” Tämä on yksi asia, mikä saattoi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen.

Lähdekritiikki on tutkimuksessa tärkeä asia, koska lähteen ja aineiston laatu vaikuttavat suoraan tutkimuksen luotettavuuteen. Lähdekritiikki tarkoittaa, että tutkija arvioi käyttämänsä lähteen tai aineiston laadun ennen sen käyttämistä tutkimuksessaan. (Vilka 2007, 34.) Rajasimme lähdemateriaalin mahdollisimman tuoreeseen. Käytimme pääsääntöisesti vain 2000 –luvulla kirjoitettuja tekstejä. Internet lähteitä pyrimme välttämään. Käytimme väitöskirjoja tai Pro Gradu –tasoisia tutkimuksia sekä alan oppikirjoja.

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän kyselyn perusteella johtopäätökset ja mahdolliset jatkotutkimusaiheet ovat seuraavat:

1. Tämän kyselyn mukaan vanhempia on ohjattu tunnistamaan lasten leikkauksen jälkeistä kipua vain vähän. Tähän pitäisi mielestämme kiinnittää enemmän huomiota, erityisesti kun kivunhoidon ohjaus annetaan iäkkäämmille vanhemmille tai isille. Ohjauksen sisältöä voitaisiin tutkia tarkemmin esimerkiksi haastattelulla, joka on suunnattu sekä vanhemmille että hoitohenkilökunnalle. Haastattelulla voitaisiin saada tarkempia tietoja, mitä asioita ohjauksessa käydään läpi, mitä ohjeita hoitohenkilökunta antaa vanhemmille kivun tunnistamiseen (ilmeet, eleet jne.) sekä millainen vuorovaiikutustilanne on. Myös ympäristöä, missä ohjausta annetaan, voitaisiin haastattelulla selvittää tarkemmin.
2. Tämän kyselyn mukaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien ohjaus sekä käyttö ovat vähäistä. Vastauksista käy ilmi myös vanhempien epätietoisuus lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista sekä niiden vaikuttavuudesta. Osa vanhemmista ei edes tiedä oliko heille ohjattu kyseessä olevia menetelmiä. Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä voitaisiin selvittää henkilökunnan antamaa ohjausta lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista ja tämän perusteella tehdä yhtenäiset, kirjalliset ohjeet osastoille. Myös lääkkeettömien kivunlievityskeinojen vaikuttavuutta voitaisiin tutkia vanhemmille sekä lapsille suunnatulla kyselyllä tai haastattelulla.
3. Huolimatta kipumittareiden runsaudesta niiden käyttö on tämän kyselyn tulosten mukaan vähäistä. Kipumittareita voidaan kuitenkin käyttää luotettavana kivunarviointivälineenä myös kotona lasten toipuessa leikkauksesta. Kipumittarien käyttöä vanhempien tukena lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnissa voitaisiin tutkia esimerkiksi haastattelulla ja tämä voitaisiin suunnata sekä lapsille että vanhemmille.



## LÄHDELUETTELO

- Airaksinen, Olavi 2003. Fysikaaliset hoidot. Teoksessa Alaranta, Hannu, Pohjolainen, Timo, Salminen, Jouko, Viikari-Juntura, Eira (toim.), 2003. Fysiatría. Helsinki: Duodecim. 373–386.
- Alaperä, Pirjo, Antila, Elsi, Blomster, Kaarina, Hiltunen, Hilikka, Honkanen, Anneli, Honkanen, Raija, Holtinkoski, Tarja, Konola, Anne, Leiviskä, Heli, Meriläinen, Salmela, Ojala, Heli, Pelkonen, Esko, Suominen, Airi 2006. Kirjallinen potilasohje. Teoksessa Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. 66–68.
- Blomqvist, Cenita 2000. Hoitotyön kivunlievityskeinot. Teoksessa Sailo, Eriikka, Varti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 134–139.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Helsinki:WSOY.
- Hamers JP, Abu-Saad HH 2002. Children's pain at home following lamenoltonsillectomy. *European Journal of Pain* 6(3), 213-219. Artikkeleihin on viitattu teoksessa Kankkunen Päivi 2003. Vanhempien käsitykset lasten leikkauskivusta ja kipulääkkeiden käytöstä, *Tutkiva Hoitotyö*. 1 (3), 2003, 23–28.
- Hamunen, Katri 2009. Kivun mittaaminen lapsilta. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki:Duodecim.442–443.
- Hamunen, Katri, Pouttu, Jukka 2000. Onko lasten kipu hoidossa? *Lääkärilehti* 2000;55(48):4955–4958.
- Hankonen, Anu, Kaarlela, Elsi, Palosaari, Tiina, Pinola, Kati, Säkkinen, Mika, Tolonen, Anne, Virola, Minna 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käy-

tännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. 23–30.

Hiironen, Kaarina 2007. Lapsen kivun hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen, Elina, Rasimus, Mirja (toim.) 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki:Duodecim. 508–510.

Hiller, Arja, Meretoja, Olli, Korpela, Reijo, Piiparinen, Satu, Taivainen, Tomi 2006. Lasten postoperatiivinen kivunhoito. Helsinki:Duodecim 2006;122(21):2636–42.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen Ansa, Jauhiainen Mari, Pikkarainen Pirjo, 2001 Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iso-Kivijärvi, Marketta, Keskitalo, Outi, Kukkola, Katja, Ojala, Pia, Olsbo, Annikki, Pohjola, Mervi, Väänänen, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. 10–17.

Jäntti, Mirja 2000. Hoitotyön kivunlievityskeinot. Teoksessa Sailo, Eriikka, Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 124–126.

Kankkunen, Päivi 2003. Vanhempien käsitykset lasten leikkauskivusta ja kipulääkkeiden käytöstä. Tutkiva Hoitotyö Vol. 1 (3), 2003, 23–28.

Kankkunen, Päivi, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Pietilä, Anna-Maija, Halonen, Pirjo 2003. Parents' use of non-pharmacological methods to alleviate children's postoperative pain at home. Journal of Advanced Nursing 41, 367–375. Artikkeleihin on viitattu

teoksessa Kankkunen Päivi 2003. Vanhempien käsitykset lasten leikkauskivusta ja kipulääkkeiden käytöstä, Tutkiva Hoitotyö. 1 (3), 2003, 23–28.

Kankkunen, Päivi, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Pietilä, Anna-Maija 2002. Lasten leikkauskivun arviointi kotona – kyselytutkimus 1–6-vuotiaiden vanhemmille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2002:39 304–311.

Kalso, Eija 2009. Akuutti kipu. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki:Duodecim. 105–106.

Kalso, Eija, Kontinen, Vesa 2009. Kipuasteikot. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki:Duodecim. 55–56.

Kauppila, Marjo, Axelin, Anna, Kiuru, Marja, Koukkula, Rauni, Nikula, Sirkka, Onkinen, Kaarina, Ratinen, Pirkko, Rintala-Salminen, Tuula, Salanterä, Sanna 2008. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. Kipuviesti 2-2008, 38–40.

Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE 1999, Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. Paediatric Anaesthesia 9(3) 243–251. Artikkelin on viitattu teoksessa Kankkunen Päivi 2003. Vanhempien käsitykset lasten leikkauskivusta ja kipulääkkeiden käytöstä, Tutkiva Hoitotyö. 1 (3), 2003, 23–28.

Kyngäs, Helvi, Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila, Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 6 (4), 2008, 10–15.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu; Oulun yliopistopaino.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajalehti 10/2006, Vol. 79, 6–9.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede Vol. 17, no 5/-05, 250–258.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede Vol. 17, no 4/-05, 208–216.

Lepistö, Miia, 2008. Leikki-ikäisen lapsen postoperatiivisen kivun arviointi- ja hoitomenetelmät. Opinnäytetyö. Luettu 7.4.2009.

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/545/2008\\_samk\\_lepisto\\_miia.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/545/2008_samk_lepisto_miia.pdf?sequence=1)

Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. Esipuhe. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. 1–4.

Maunuksela, Eeva-Liisa, Hamunen, Katri 2002. Lasten kipu. Teoksessa Kalso, Eija, Vainio, Anneli 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim. 312–327.

Mildh, Leena 2001. Opioidit lasten postoperatiivisen kivun hoidossa. Finnanest Vol.34 Nro 2 2001, 157–158.

Nelskylä, Kaisa 2006. Postoperatiivisen kivun hoito. Teoksessa Leppäniemi, Ari, Ala-Opas, Martti, Haapiainen, Reijo, Kemppainen, Esko, Lepäntalo, Mauri, Pettilä, Ville, Sipponen, Jorma (toim.) 2006. Päivystyskirurgian opas. Helsinki: Duodecim. 202–203.

Nikanne, E, Kokki, Hannu, Tuovinen, K 1999. Postoperative pain after adenoidectomy in children: an investigation to provide better instructions for parents to improve postoperative analgesia at home. British Journal of Anaesthesia 82, 886-889. Artikke-

liin on viitattu teoksessa Kankkunen Päivi 2003. Vanhempien käsitykset lasten leikkauksivusta ja kipulääkkeiden käytöstä, Tutkiva Hoitotyö. 1 (3), 2003, 23–28.

Pokela, Marja-Leena, Ryhänen, Pauli 2001. Kivun hoidossa, sedaatioissa, yleisanestesiassa ja paikallispuudutuksessa käytettävät lääkkeet. Teoksessa Kouvalainen, Kauko, Rantanen, Pentti, Uhari, Matti (toim.) 2001. Lapsi ja lääke. Helsinki: Duodecim. 126–133.

Pouttu, Jukka 2004a. Lasten anestesia. Teoksessa Siimes, A. Martti, Petäjä, Jari (toim.) 2004. Lastentaudit. Helsinki: Duodecim. 456–459.

Pouttu, Jukka 2004b. Sedaatio ja kivunhoito. Teoksessa Siimes, A. Martti, Petäjä, Jari (toim.) 2004. Lastentaudit. Helsinki: Duodecim. 459–460.

Pölkki, Tarja 2008. Lasten kivunhoidon kehittäminen – haasteita hoitotyölle ja hoitotieteelliselle tutkimukselle. Tutkiva Hoitotyö Vol. 6 (2), 2008, 17–22.

Pölkki, Tarja, Pietilä, Anna-Maija, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Laukkala, Helena, Kiviluoma, Kai 2007. Interventiotutkimus: mielikuvien käyttö ja rentoutuminen lapsipotilaiden postoperatiivisen kivun lievityksessä. Hoitotiede Vol. 19, no 2/-07, 102–112.

Pölkki, Tarja, 2006. Musiikin käyttö interventiona lasten kivunlievityksessä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö Vol.4 (4), 2006, 4–10.

Pölkki, Tarja, Pietilä, Anna-Maija, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Laukkala, Helena 2004. Vanhempien näkemyksiä osallistumisestaan lapsen kivunhoitoon sairaalassa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004: 41, 29–37.

Pölkki, Tarja, Pietilä, Anna-Maija, Vehviläinen-Julkunen, Katri 2003. Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. International Journal of Nursing Studies 40(1), 33–44.

Pölkki, Tarja, 2002. Postoperative pain management in hospitalized children. Focus on Non-pharmacological Pain Relieving Methods from the Viewpoints of Nurses, Parents and Children. Kuopion yliopisto, väitöskirja.

Sailo, Eriikka 2000a. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka, Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 30–34.

Sailo, Eriikka 2000b. Lapsen kivun arviointi ja mittaaminen. Teoksessa Sailo, Eriikka, Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 105–106.

Salanterä, Sanna, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo, Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salomäki, Timo, Rosenberg, Per 2006. Leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Rosenberg, Per, Alahuhta, Seppo, Lindgren, Leena, Olkkola, Klaus, Takkunen, Olli (toim.), 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim. 838–839.

Siedliecki, Sandra, Good, Marion 2006. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing* 54(5),553–562.

Terveyskirjasto, Kivun arviointimenetelmät, luettu 6.4.2009.

[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00170#rek00091](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170#rek00091)

Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomilehto, Henri 2002. Ketoprofeenin käyttö lasten päiväkirurgisen kitarisaleikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa; eri annostelumuotojen vertailu sekä ennakoivan kivun-

hoidon vaikutus lasten psyykkiseen selviytymiseen leikkauksen jälkeen. Kipuviesti 2/02, 40–41.

Vainio, Anneli teoksessa: Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim. 150–158.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väisänen, Marjut 2000. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito – kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Kuopion yliopisto, tutkielma.

**LIITE 1: Suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia lasten leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.**

TEKIJÄ, TUTKIMUS	TARKOITUS	TUTKIMUS MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Forsbacka J., Tepponen H., Leino-Kilpi H., Suominen T. 2002, Suomi	Kuvata vanhempien käsityksiä leikki-ikäisten lasten toipumisesta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	1-6 -vuotiaiden lasten vanhemmille (N=67) tehty kyselytutkimus.	Lapsilla useita ongelmia välittömästi toimenpiteen jälkeen, mutta ne vähenivät merkittävästi jo seuraavana päivänä. Vanhempien ohjausta ja hoitomenetelmiä tulisi kehittää erityisesti kivun hoidon suhteen.
Hesselgard K., Larsson S., Romner B., Strömblad LG & Reinstrup P. 2007, Ruotsi	Kuvata päteviä ja luotettavia kivun käytös- ja havaintomittareita lasten postoperatiivisen kivun arvioinnissa.	Hoitajat arvioivat BOPS-mittarilla (Behavioural Observational Pain Scale) ja CHEOPS-mittarilla (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) lasten kipua ja vertailivat tuloksia. Leikkauksessa olleet lapset (N=76) olivat iältään 1-7 vuotiaita,	Hoitajien kesken käyttäytymisen arvioimisen välinen luotettavuus oli yksimielistä. Erot BOPS -mittarin pisteytyksestä vaihteli huomattavasti ennen ja jälkeen kipulääkkeen antamisen.
Kankkunen P. 2003, Suomi	Kuvata 1-6 -vuotiaiden lasten vanhempien käsitystä lasten kivusta ja kipulääkkeiden käytöstä sekä eroja käsityksissä lapsen ja vanhemman sukupuolen perusteella.	Lasten vanhemmat; äitejä (N=201), isiä (N=114), joiden 1-6 vuotias lapsi on ollut päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Lapsista 62% poikia Aineisto kerättiin kymmenen keskussairaalan 19 osastolta.	Vanhemmilla on osittain virheellisiä käsityksiä lasten kivusta ja kipulääkkeiden käytöstä. Isien mielestä poikien tulisi oppia sietämään kipua, eikä pojat koe kipua. Äidit pyrkivät välttämään lääkkeiden käyttöä erityisesti poikien osalta.
Kankkunen P., Vehviläinen-Julkunen K., Pietilä A-M. 2003, Suomi	Kuvata 1-6 -vuotiaiden lasten vanhempien lääkkeitömiä kivunlievitysketinoja kotona.	Kyselylomake, johon oli liitetty visuaalis-analogiateikko eli VAS-mittari (Visual Analogue Scale), vanhempien postoperatiivinen kivun mittari. Aineisto kerättiin äideiltä (N=201) ja isiltä (N=114)	Yleisimmät lääkkeettömät kivunlievitysketinoet olivat sylissä pitäminen, lasten lohduttaminen ja ajan vietto normaalia enemmän.



Kokki A. 2000, Suomi	Arvioida kanadalaisen Parents' Postoperative Pain Measure (PPPM) – mittarin(The Parents Postoperative Pain Measure) luotettavuutta suomalaisten leikki-ikäisten lasten leikkauksen jälkeisen kivun arviointiin kotona.	1-6 -vuotiaiden lasten vanhemmat (=85) Kivunarvioinnissa käytetty kipukiilaa.	Tulosten avulla voidaan kehittää vanhemmille annettavaa lasten kivunhoidon ohjausta ja parantaa lasten kivunhoitoa kotona kirurgisen toimenpiteen jälkeen. (Aineiston pienuus ja alhainen vastausprosentti)
Pesonen K., Kokki H., Ahonen R. 1999, Suomi	Tutkia lääkäreiden ja hoitajien käsityksiä lasten postoperatiivisen kivun hoidossa - hoitohenkilökunnan asenteita ja hoitokäytäntöjä kartoittava tutkimus	Lääkäreille ja sairaanhoitajille tehty kyselytutkimus Lääkäreitä (N=29) Sairaanhoitajia (N=41) Kivun voimakkuutta arviointiin VAS-asteikolla. (Visual Analogue Scale).	Toimenpiteen jälkeinen kipulääkitys tarpeellinen ja vain lievä lasten kokema kipu sallittua. Hoitohenkilökunta pyrkii kertomaan toimenpiteestä etukäteen. Kotihoito-ohjeet ovat tarpeelliset, lääkkeitä maksimi annokset tulisi käydä ilmi. Lääkkeiden hättävaiikutusten suhteen tärkeää tunnistaa riskiryhmiin kuuluvat lapset. Henkilökunnalle järjestettävä kivunhoitokoulutus oltava säännöllistä.
Pölkki T., Pietilä A-M., Vehviläinen-Julkunen K., Laukkala H., Kiviluoma K., 2007, Suomi	Testata mielikuvien käytön ja rentoutumisen vaikutusta lasten postoperatiivisen kivunhoidossa, selvittää taustatekijöiden yhteyttä kivun voimakkuuteen sekä lapsen ja hoitajan kivunarviointien yhtenevyyttä.	Kyselylomake. 8-12 - vuotiaita lapsia, (N=60)	Mielikuvaretkiäänitettä kuunneltaessa lapset arvioivat kivun vähentyneen välittömästi intervention jälkeen. Tunnin kuluttua äänitteen kuuntelemisesta vaikutusta ei enää ollut. Hoitajan arvioivat lapsen kivun vähäisemmäksi kuin lapset itse.
Pölkki T., Pietilä A-M., Vehviläinen-Julkunen K., Laukkala H. 2004, Suomi	Kuvata vanhempien näkemyksiä osallistumisestaan lapsensa (8-12 v) postoperatiiviseen kivunhoitoon sairaalassa. Selvitettiin sekä vanhempien osallistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.	Kyselylomake (N=192) lastenkirurgisella osastolla.	Vanhemmille on annettu mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon sairaalassa, mutta heillä oli epäselvä kuva omasta roolistaan lapsen kivunhoidossa. Monet vanhemmat kokivat huolta, pelkoa ja avuttomuutta lapsen sairaalassaoloaikana. Vanhempien ja lasten taustatiedoilla oli yhteyttä vanhempien kokemiin negatiivisiin tunteisiin ja näkemyksiin riittävän ja ymmärrettävän tiedon saamisesta.
Pölkki T., Pietilä A-M., Vehviläinen-Julkunen K. 2003, Suomi	Kuvata 8-12 –vuotiaiden lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta.	Haastattelu (n=52).	Lasten kokemusten mukaan hoitajien eniten käyttämiä kivunlievitysmenetelmiä olivat kipulääkkeiden antaminen ja auttaminen päivittäisissä toiminnoissa. Vanhemmat käyttivät eniten ajatusten muualle suuntaamista ja positiivista vahvistamista ja olivat lapsen lähellä kivun helpottamiseksi.
Pölkki T. 1999, Suomi	Kuvata kouluikäisten lasten kipukokemuksia sairaalassa.	7-11 v. (N=20), sairaalassa hoidossa lasten osastolla Vapaamuotoiset kirjoitukset ja haastattelut, potilasasia-kirjat.	Kaikille lapsille kipua aiheuttavat tilanteet liittyivät pistämiseen. Kipukokemukset fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia. Kipua lieventäviä keinoja: selviytymiskeinot, vanhempien läsnäolo, henkilökunnan apu, aikaisemmat kokemukset.

<p>Rheiner J., Megel M., Hiatt M., Hallbacah R., Cy- ronek D.A., Quinn J. 1998, USA</p>	<p>Tutkia 5-17 -vuotiaiden lasten kipukokemusta sekä hoitajien toteuttamaa kivun hoitoa ortopedisen leikkauksen jälkeen.</p>	<p>5-17 v (N=19), ortopedinen leikkaus Taustatietolomake; Pain Research Data (PRD) Collection Form (esitetattu) Kivun mittaus; Oucher</p>	<p>Kivun voimakkuus kohtalaista ja aleni vain loivasti sairaalassaoloaikana. Kivun nonverbaalisena merkinä itkeminen ka kasvojen jännittyneisyys. Ei -lääkkeellisiä menetelmiä asentohoito ja vakuuttelu. Kaikki lapset saivat kipulääkettä.</p>
<p>Romsing, J &amp; Walther-Larsen, S. 1996, Tanska</p>	<p>Tunnistaa vanhempien leikkauksen jälkeistä kipua ja kivun lievitystä koskevia odotuksia ja havaintoja.</p>	<p>Lasten vanhemmat, (N=31) ja heidän 3 kk-15 v. lapsensa (N=31) Kysely vanhemmille (2X); kivun arviointi: Poker Chip Tool, sekä lapset että vanhemmat.</p>	<p>Nykykäytäntö leikkauksen jälkeisen kivun hallitsemiseksi ei optimaalinen. 29 % koki kohtalaista kipua. 19 % koki kipua suurimman osan aikaa tai koko ajan. Kaikki lapset saivat kipulääkettä 24 h leikkauksen jälkeen.</p>
<p>Simons J., Franck L., Roberson E. 2001, UK</p>	<p>Tutkia vanhempien osallistumista lasten kivunhoitoon leikkauksen jälkeen; vanhempien ja hoitajien näkemyksiä.</p>	<p>Haastattelu; hoitajat (n=20), äidit (20)</p>	<p>Osallistumista lasten kivunhoitoon kuvataan pintapuoliseksi ja niukaksi. Vanhemmat kuvailevat roolinsa passiiviseksi lasten kivunhoidossa ja ilmaisevat turhautumista. Vain pieni osa vanhemmista ilmaisee tyytyväisyyttä lastensa kivunhoitoon.</p>
<p>Väisänen M. 2000, Suomi</p>	<p>Kuvat kouluikäisten lasten kokemaa kipua ja oma-aloitteisten kivunlievityskeinojen käyttöä leikkauksen jälkeen. Kuvata vanhempien ja/tai sisarusten ja hoitohenkilöiden käyttämiä kivunlievityskeinoja sekä hyvää kivunhoitoa lapsen näkökulmasta.</p>	<p>Teemahaastattelu ja kivun arvioinnissa kipukiila. 8-12 -vuotiaita tyttöjä (N=9) ja poikia (N=9)</p>	<p>Tytöt kokivat leikkauksen jälkeen kovempaa kipua kuin pojat. Lasten kuvaamista omista kivunlievityskeinoista auttoivat parhaiten lepääminen, liikkumattomuus, mukavien asioiden ajattelevinen, oksentaminen ja kipulääke. Kouluikäisillä lapsilla on runsaasti omia kivunlievityskeinoja. Hyvään kivunhoitoon kuuluu tärkeänä osana kipulääke, mutta myös "pehmeämmät" keinot, kuten keskusteleminen, kipukokemuksen kysyminen ja kuunteleminen, potilaan luona käyminen ja ystävällisyys.</p>

**LIITE 2. KYSELYLOMAKE**

**Olkaa hyvä ja vastatkaa ympäröimällä oikea vaihtoehto. Jos kysymykseen pyydetään sanallista vastausta, siihen on varattu tilaa viivalla.**

**Lapsen taustatiedot:**

1. Lapsen ikä
  1. 2-5v.
  2. 6-9v.
  3. 10-13v.
  4. 14-17v.
  
2. Lapsen sukupuoli
  1. poika
  2. tyttö
  
3. Mikä leikkaus lapselle on tehty?
  1. Korva-, nenä-, kurkkuleikkaus, mikä\_\_\_\_\_
  2. Suoliston ja vatsan alueen leikkaus, mikä\_\_\_\_\_
  3. Virtsateiden leikkaus, mikä\_\_\_\_\_
  4. Ortopedia, mikä\_\_\_\_\_
  5. Muu. mikä\_\_\_\_\_

---
  
4. Monesko leikkaus tämä on lapselle?
  1. Ensimmäinen
  2. Toinen
  3. Kolmas
  4. Neljäs tai useampi

**Olkaa hyvä ja vastatkaa ympyröimällä oikea vaihtoehto.**

**Vanhemman taustatiedot:**

5. Ikä
1. alle 20v.
  2. 21-30v.
  3. 31-40v.
  3. 41-50v.
  4. yli 50v..
6. Vanhempi
1. Isä
  2. Äiti
  3. Muu, mikä \_\_\_\_\_
7. Koulutus
1. Ei ammattikoulutusta
  2. Ammattikoulutason tutkinto tai ammattikurssi
  3. Opistotason tutkinto
  4. Ammattikorkeakoulututkinto
  5. Yliopistotutkinto
  6. Muu, mikä \_\_\_\_\_
8. Perheessä olevien lasten lukumäärä
1. Yksi lapsi
  2. Kaksi lasta
  3. Kolme lasta tai enemmän
9. Milloin hoitohenkilökunta on ohjannut leikkauksen jälkeisen kivunhoidon?
1. Ennen leikkausta
  2. Leikkauksen jälkeen
  3. Ei ollenkaan

**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mieltä pidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

1.Täysin samaa mieltä	2.Samaa mieltä	3.Eri mieltä	4.Täysin eri mieltä	5.En tiedä
-----------------------	----------------	--------------	---------------------	------------

**Yleisiä kysymyksiä lasten leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta:**

10. Lasten leikkauksen jälkeinen kivunhoito on riittävää

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

11. Lapset kokevat kipua leikkauksen jälkeen yhtä kauan kuin aikuiset

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

12. Lasten kipukynnys on korkeampi kuin aikuisen

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

13. Leikkaushoitoon kuuluu aina tietty määrä kipua

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

14. Leikkauskivun hyvä hoito ehkäisee lapsen pelkoja

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

**Lastani koskevat kysymykset:**

15. Tunnistan, jos lapsellani on kipuja

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

16. Lapseni on kivuton, jos hän pystyy nukkumaan

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mieli-  
pidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

	1.Täysin samaa mieltä	2.Samaa mieltä	3.Eri mieltä	4.Täysin eri mieltä	5.En tiedä
17. Lapseni ilmaisee kipua ilmeillä ja eleillä	1.	2.	3.	4.	5.
18. Kipu ei vaikuta lapseni käyttäytymiseen	1.	2.	3.	4.	5.
19. Lääkkeettömät kivunlievityskeinot (esim. rentoutus, kylmähoito) vähentävät lapseni kipua ja ahdistusta	1.	2.	3.	4.	5.
20. Olen käyttänyt kipumittaria arvioides- sani lapsen kipua	1.	2.	3.	4.	5.
<b>Ohjaus:</b>					
21. Hoitohenkilökunta on ohjannut minua tunnistamaan lapseni leikkauksen jälkeistä kipua	1.	2.	3.	4.	5.
22. Hoitohenkilökunta on ohjannut minua lapseni kipulääkkeiden käytössä	1.	2.	3.	4.	5.

**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mieli-  
pidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

	1.Täysin samaa mieltä	2.Samaa mieltä	3.Eri mieltä	4.Täysin eri mieltä	5.En tiedä
23. Hoitohenkilökunnan ohjaus on ollut ymmärrettävää	1.	2.	3.	4.	5.
24. Hoitohenkilökunnan ohjaus on ollut riittävää	1.	2.	3.	4.	5.
25. Hoitohenkilökunta on ohjannut käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja	1.	2.	3.	4.	5.
26. Hoitohenkilökunta on ohjannut kipumittarin käyttöä	1.	2.	3.	4.	5.
27. Annan lapselleni kipu- lääkettä hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan	1.	2.	3.	4.	5.
28. Olen voinut keskus- tella avoimesti hoitohenkilö- kunnan kanssa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	1.	2.	3.	4.	5.
29. Olen joutunut soit- tamaan sairaalaan (tai muuhun hoitopaikkaan) saadakseni uusia ohjeita kivunhoidosta	1.	2.	3.	4.	5.

**Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin.**

30. Millaista hoitohenkilökunnan asenne on ollut lapsenne leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon? \_\_\_\_\_

---

---

31. Mitä lääkkeitömiä kivunlievityskeinoja hoitohenkilökunta on ohjannut käyttämään lapsenne leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon? \_\_\_\_\_

---

---

---

32. Oletteko käyttäneet kipumittaria? Jos vastasitte kyllä, niin mitä mittaria?

---

33. Miten leikkauksen jälkeinen kivunhoito mielestänne onnistui kotona?

---

---

---

34. Oma mielipiteenne siitä, miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus onnistui? (Esimerkiksi: Hoitohenkilökunnan motivaatio ohjaukseen, ohjaukseen käytetty aika, suullisten ja kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyys jne.)

---

---

---

---

---

**Kiitos vastauksestanne!**



**LIITE 3. SAATEKIRJE VANHEMMILLE**

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö  
Raviradantie 16  
50100 MIKKELI  
Puh. 0153 5561

SAATE  
20.3.2009

**KYSELY LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUNHOIDON OHJAUksesta**

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ja valmistumme keväällä 2010. Teemme opiskelumme liittyen opinnäytetyön lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksesta Mikkelin keskussairaalan lastenosastolla ja päiväkirurgian osastolla.

Tarkoituksena on kartoittaa, miten hoitohenkilökunta on ohjannut Teitä vanhempana arvioimaan lapsen leikkauksen jälkeistä kipua ja millaisia ohjeita hoitohenkilökunta on antanut kivun hoitoon.

Aihe on ajankohtainen, koska lasten leikkauksen jälkeinen kivunhoito on edelleen riittämätöntä. Vanhemmat pitävät lapsen kivun tunnistamista vaikeana ja heillä on osittain harhaanjohtavia käsityksiä lasten kivusta ja kipulääkkeistä.

Tulemme käsittelemään kaikki antamanne tiedot luottamuksellisesti ja vain tätä kyselyä varten. Vastauksenne voitte antaa nimettöminä niin, etteivät kenenkään vastaajan yksittäiset tiedot erotu. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme Teidän vastaavan kyselyyn kotona kahden viikon sisällä kotiutumisen sairaalasta, kuitenkin viimeistään 31.5.2009. Vastaukset voitte lähettää suoraan opinnäytetyön tekijöille oheisella palautuskuorella.

Toivomme, että Teillä olisi aikaa vastata kyselyyn. Jokaisen mielipide on tärkeä ja tuloksia voidaan käyttää hyväksi esim. ohjattaessa vanhemmille lasten leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja arviointia sekä kehitettäessä potilasohjeita.

Kiitos yhteistyöstänne.

Opinnäytetyötämme ohjaa ma. yliopettaja Paula Mäkeläinen, puh: 040 829 8462.

---

Mirka Leikas

Kati Kokkonen

**LIITE 4. TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

HAKEMUS

Sosiaali- ja terveystalo  
Raviradantie 16  
50100 MIKKELI  
puh: 0153 5561

18.2.2009

Mikkelin keskussairaala  
Hallintoylihoitaja  
Mirja Rasimus  
Porrassalmenkatu 35-37  
50100 MIKKELI  
puh: (015) 3511

**TUTKIMUSLUPA-HAKEMUS**

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ja valmistumme keväällä 2010. Teemme opiskelumme liittyen opinnäytetyötä lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksesta vanhempien näkökulmasta.

Olemme laatineet kyselylomakkeen vanhempien täytettäväksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada lisää tietoa 1) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia tunnistamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua? 2) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia käyttämään kipumittaria? 3) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia hoitamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?

Ennen kyselylomakkeiden jakamista vanhemmille pidämme lastentautien ja päiväkirurgian osastoille osastotunnin, jossa kerromme opinnäytetyöstä. Osastoilta valitaan yhteyshenkilöt, jotka jakavat kyselylomakkeet vanhemmille. Vanhemmat voivat vastata kyselyihin kotona ja palauttaa lomakkeet suoraan opinnäytetyön tekijöille palautuskuorissa. Vanhempia informoidaan, että he voivat vastata nimettömänä. Aineisto käsitellään siten, ettei kenenkään vastaajan yksittäiset tiedot erotu ja tietoja käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Vanhempia informoidaan myös kyselyn vapaaehtoisuudesta. Toimitamme opinnäytetyön tulokset yhteyshenkilöille työn valmistuttua.

Pyydämme lupaa opinnäytetyön aineiston keruun suorittamiseen laatimallamme kyselylomakkeella Mikkelin keskussairaalan lastentautien osastolla ja päiväkirurgian osastolla keväällä 2009, luvan saamisesta kaksi kuukautta tai (N=50).

Yhteyshenkilöt:

Lastenosasto, vs. osastonhoitaja Pirjo Ihalainen

Päiväkirurgia, osastonhoitaja Anne Lirkki

Opinnäytetyötämme ohjaa ma. yliopettaja Paula Mäkeläinen Puh: 040 8298462  
Pyydämme ystävällisesti ilmoittamaan mahdollisesta tutkimusluvasta kirjeitse. Kiitämme yhteistyöstänne.

Mirka Leikas  
Riikolankatu 1 C 9  
50970 MIKKELI  
050 308 7311

Kati Kokkonen  
Haajalantie 2 as 1  
50770 KORPIKOSKI  
045 127 0671

---

Mirka Leikas

Kati Kokkonen

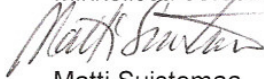
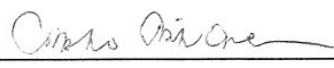


**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## LIITE 5. TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

<b>Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.</b> Sairaanhoitopiirin toimisto Johtajaylilääkäri	<b>Viranhaltijapäätös</b> 05.03.2009	Pykälä Mu 17	Sivu 1
---	---	--------------------	-----------

1. Asia **Tutkimusluvan myöntäminen**  
Kati Kokkonen Mirka Leikas
2. Asiaselostus **Lasten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus**  
Tutkijat: sairaanhoitajaopiskelijat Mirka Leikas ja Kati Kokkonen, Mikkelin ammattikorkeakoulu  
  
Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa päiväkirurgian ja lasten osaston kautta leikattujen (elektiiviset leikkaukset) 2-17 -vuotiaiden lasten kivunhoidon ohjausta vanhempien näkökulmasta sekä kipumittarin käyttöä.  
  
Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena lasten vanhemmille. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja vain tätä tutkimusta varten.
3. Päätös Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Mikkelin keskussairaalan lastentautien osastolla ja päiväkirurgian osastolla keväällä 2009.  
  
Ei tarvitse käsitellä eettisessä toimikunnassa.
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo 9.3.2009 klo 9.00-15.00.
5. Allekirjoitus, paikka ja pvm Mikkeliissä 05.03.2009  
  
Matti Suistomaa  
Johtajaylilääkäri
6. Lisätiedot Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa, puh. 015 351 2400.
7. JAKELU sairaanhoitajaopiskelija Kati Kokkonen  
sairaanhoitajaopiskelija Mirka Leikas  
ylihoitaja Pirjo Löytty  
ylihoitaja Pietari Perkinen  
vs. osastonhoitaja Pirjo Ihalainen  
osastonhoitaja Anne Lirkki  
hallintoylihoitaja Mirja Rasimus
8. Muutoksenhaku Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.
9. Tiedoksiantajan allekirjoitus Pvm 9.3.2009 Tiedoksiantaja 

**LIITE 6. SAATEKIRJE PÄIVÄKIRURGIAN JA LASTENOSASTON HENKILÖKUNNALLE.**

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

Sosiaali- ja terveystalo  
Raviradantie 16  
50100 MIKKELI  
puh: 0153 5561

20.3.2009

**KYSELY LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUNHOIDON OHJAUksesta**

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ja valmistumme keväällä 2010. Teemme opiskelemme liittyen opinnäytetyötä lasten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjauksesta vanhempien näkökulmasta.

Olemme laatineet kyselylomakkeen vanhempien täytettäväksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada lisää tietoa:

- 1) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia tunnistamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?
- 2) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia käyttämään kipumittaria?
- 3) Miten hoitohenkilökunta on ohjannut vanhempia hoitamaan lapsensa leikkauksen jälkeistä kipua?

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa päiväkirurgian ja lastenosaston kautta leikattujen (elektiiviset leikkaukset) 2-17 -vuotiaiden lasten kivunhoidon ohjausta vanhempien näkökulmasta sekä kipumittarien käyttöä.

Tutkimuksesta voidaan jättää pois lasten korvien putkitukset sekä pienet hammastoimenpiteet.

Kyselylomakkeet jaetaan lasten vanhemmille päiväkirurgian ja lastentautien osaston kautta, esim. hoitohenkilökunnan antaessa ohjausta leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta. Pyydämme teitä informoimaan vanhempia opinnäytetyöstä ennen leikkausta.

Vanhemmat vastaavat kyselylomakkeisiin kotona. Kyselylomakkeen mukana on vastausosoitteella ja postimerkillä varustettu kirjekuori, jossa vanhemmat palauttavat kyselylomakkeet opinnäytetyön tekijöille.

Kysely on tarkoitus tehdä kevään 2009 aikana, alkaen heti osastotuntien pitämisen jälkeen, kestäen n. 2 kuukautta tai (N=50).

Kyselylomakkeet jaetaan niin, että päiväkirurgian osastolle tulee 30 kpl ja lastentautien osastolle 20 kpl.

Yhteyshenkilöt:

Lastenosasto, vs. osastonhoitaja Pirjo Ihalainen

Päiväkirurgia, osastonhoitaja Anne Lirkki

Opinnäytetyötämme ohjaa ma. yliopettaja Paula Mäkeläinen, puh: 040 8298462

Mirka Leikas

Riikolankatu 1 C 9

50970 MIKKELI

050 308 7311

Kati Kokkonen

Haajalantie 2 as 1

50770 KORPIKOSKI

045 127 0671

---

Mirka Leikas

Kati Kokkonen



**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

**LIITE 7. KYSELYLOMAKE, JOSSA KAIKKI VASTAUKSET.**

**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

	1.Täysin samaa mieltä % (n)	2.Samaa mieltä % (n)	3.Eri mieltä % (n)	4.Täysin eri mieltä % (n)	5.En tiedä % (n)
<b>Yleisiä kysymyksiä kivunhoidosta:</b>					
10. Lasten leikkauksen jälkeinen kivunhoito on riittävää	46 % (13)	43 % (12)	4 % (1)	0 % (0)	7 % (2)
11. Lapset kokevat kipua leikkauksen jälkeen yhtä kauan kuin aikuiset	25 % (7)	36 % (10)	21 % (6)	4 % (1)	14 % (4)
12. Lasten kipukynnys on korkeampi kuin aikuisen	0 % (0)	14 % (4)	39 % (11)	36 % (10)	11 % (3)
13. Leikkaushoitoon kuuluu aina tietty määrä kipua	36 % (10)	50 % (14)	7 % (2)	4 % (1)	4 % (1)
14. Leikkauskivun hyvä hoito ehkäisee lapsen pelkoja	86 % (24)	14 % (4)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
<b>Lastani koskevat kysymykset:</b>					
15. Lapseni on kivuton, jos hän pystyy nukkumaan	57 % (16)	43 % (12)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
16. Tunnistan, jos lapsellani on kipuja	25 % (7)	43 % (12)	29 % (8)	0 % (0)	4 % (1)

**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

	1.Täysin samaa mieltä % (n)	2.Samaa mieltä % (n)	3.Eri mieltä % (n)	4.Täysin eri mieltä % (n)	5.En tiedä % (n)
17. Lapseni ilmaisee kipua ilmeillä ja eleillä	46 % (13)	43 % (12)	11 % (3)	0 % (0)	0 % (0)
18. Kipu ei vaikuta lapseni käyttäytymiseen	0 % (0)	4 % (1)	36 % (10)	61 % (17)	0% (0)
19. Lääkkeettömät kivunlievityskeinot (esim. rentoutus, kylmähoito) vähentävät lapseni kipua ja ahdistusta	11 % (3)	54 % (15)	7 % (2)	4 % (1)	25 % (7)
20. Olen käyttänyt kipumittaria arvioidesani lapsen kipua	4 % (1)	11 % (3)	25 % (7)	29 % (8)	32 % (9)
<b>Ohjaus:</b>					
21. Hoitohenkilökunta on ohjannut minua tunnistamaan lapseni leikkauksen jälkeistä kipua	7 % (2)	39 % (11)	28 % (8)	18 % (5)	7 % (2)
22. Hoitohenkilökunta on ohjannut minua lapseni kipulääkkeiden käytössä	71 % (20)	21 % (6)	7 % (2)	0 % (0)	0 % (0)



**Olkaa hyvä ja ympyröikää seuraavista väittämistä se, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettänne. Olkaa hyvä ja vastatkaa joka kohtaan.**

	1.Täysin samaa mieltä % (n)	2.Samaa mieltä % (n)	3.Eri mieltä % (n)	4.Täysin eri mieltä % (n)	5.En tiedä % (n)
23. Hoitohenkilökunnan ohjaus on ollut ymmärrettävää	57 % (16)	43 % (12)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
24. Hoitohenkilökunnan ohjaus on ollut riittävää	50 % (14)	50 % (14)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
25. Hoitohenkilökunta on ohjannut käyttämään lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja	11 % (3)	18 % (5)	36 % (10)	29 % (8)	7 % (2)
26. Hoitohenkilökunta on ohjannut kipumittarin käyttöä	0 % (0)	4 % (1)	43 % (12)	46 % (13)	7 % (2)
27. Annan lapselleni kipulääkettä hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan	46 % (13)	46 % (13)	7 % (2)	0 % (0)	0 % (0)
28. Olen voinut keskustella avoimesti hoitohenkilökunnan kanssa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	71 % (20)	29 % (8)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
29. Olen joutunut soitamaan sairaalaan (tai muuhun hoitopaikkaan) saadakseni uusia ohjeita kivunhoidosta	0 % (0)	7 % (2)	25 % (7)	64 % (18)	4 % (1)

**Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin.**

30. Millaista hoitohenkilökunnan asenne on ollut lapsenne leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon?

	%	(n)
Hyvä asenne	39%	(11)
Asiallista	32%	(9)
Ohjaavaa	29%	(8)
Ystävällinen, empaattinen	21%	(6)
Ammattitaitoista	18%	(5)
Myönteinen, aktiivinen	7%	(2)

31. Mitä lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja hoitohenkilökunta on ohjannut käyttämään lapsenne leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon?

	%	(n)
Kylmä	50%	(14)
Ei mitään	39%	(11)
Kipulääke	11%	(3)
Lepo	7%	(2)
Asento	4%	(1)
KKK	4%	(1)
Lastahoito/tukisidos	4%	(1)
Henkinen tsemppaus/ tukeminen	4%	(1)
Rentoutus esim. musiikin avulla	4%	(1)

32. Oletteko käyttäneet kipumittaria? Jos vastasitte kyllä, niin mitä mittaria?

	%	(n)
Ei	89%	(25)
Kyllä	11%	(3)

33. Miten leikkauksen jälkeinen kivunhoito mielestänne onnistui kotona?

	%	(n)
Erittäin hyvin	4%	(1)
Hyvin	89%	(25)
Lääkkeetön kivunhoito	4%	(1)
Poikennut ohjeista	4%	(1)
Erittäin kivulias lapsi	4%	(1)

34. Oma mielipiteenne siitä, miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus onnistui? (Esimerkiksi: Hoitohenkilökunnan motivaatio ohjaukseen, ohjaukseen käytetty aika, suullisten ja kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyys jne.)

	%	(n)
Hyvin	36%	(10)
Ohjaus riittävää	7%	(2)
Ohjeet ymmärrettäviä	57%	(16)
Hoitajat motivoituneita	7%	(2)
Hoitajat ammattitaitoisia	11%	(3)
Aikaa käytetty riittävästi	25%	(7)
Useat ohjasivat	4%	(1)
Ohjeiden kertaus	7%	(2)
Puutteita ohjauksessa	11%	(3)

**Kiitos vastauksestanne!**