



KESKOSEN LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Opas vanhemmille

Jannika Herala
Sari Hänninen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HERALA, JANNIKA & HÄNNINEN, SARI:
Keskosen lääkkeetön kivunhoito - opas vanhemmille
Opinnäytetyö 83 s., liitteet 25 s.

Lokakuu 2010

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee ja auttaa heitä osallistumaan keskosvauvansa kivunhoitoon. Opas on tehty Kevyt-yhdistykselle (Keskosvanhempien yhdistys, Mannerheimin Lastensuojeluliiton Meilahden yhdistys ry), joka julkaisee oppaan sähköisessä muodossa omilla kotisivuillaan. Vanhemmat voivat tutustua oppaaseen kotisivuilla. Opasta voidaan sieltä myös tulostaa ja antaa vanhemmille käyttöön vastasyntyneiden osastoilla.

Opinnäytetyön menetelmänä käytimme tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä. Tuotoksena syntyi opas, joka antaa vanhemmille valmiuksia hoitaa oman lapsensa kipua ja auttaa kivun ennaltaehkäisemisessä. Oppaaseen valitut kivunhoidon menetelmät ovat lääkkeettömiä eli hoitotyön auttamismenetelmiä, joita vanhemmat voivat toteuttaa. Oppaassamme kerromme hoitomenetelmien edut ja miten ne käytännössä toteutetaan. Kuvat havainnollistavat tekstin sanomaa. Hoitotyön kivunlievitysmenetelmiä on useita ja ne täydentävät toinen toisiaan.

Työn tavoitteena oli lisätä vanhempien tietoa lääkkeettömistä kivunlievitystavoista ja tarjota vanhemmille keinoja osallistua oman vauvan kivunhoitoon. Oman lapsen hoitoon osallistuminen on vanhemmille voimaannuttava kokemus ja kivun lievittyminen keskoselle kiistattomasti hyödyllistä. Kipu kuluttaa lapsen rajallisia energiavarastoja ja vie voimia kasvulta ja kehitykseltä. Lapsella on eettinen ja inhimillinen oikeus tulla suojelluksi kivulta.

Asiasanat: keskosen, kipu, lääkkeetön kivunlievitys, vanhemmat

ABSTRACT

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

HERALA, JANNIKA & HÄNNINEN, SARI:

Non- Pharmacological Pain Management for Premature Infant - Guide for Parents

Bachelor's thesis 83 pages, appendices 25 pages.
October 2010

The objective of this thesis was to provide parents with a guide which encourages them to participate for their premature infant's pain management. The guide has been made for Kevyt-association (Association of Premature Babies' Parents). The association will publish the guide on their home page and it can be printed out and given to parents at hospital.

The variety of non-pharmacological ways of relieving pain is wide and they should be used together. The guide gives advice on how to use them. There are also pictures to support the advices and instructions.

The purpose of this thesis was to increase the knowledge of non-pharmacological pain management that can be used for premature infants and can be given by parents. Being able to participate in the care of the baby is an empowering experience for the parents. In addition, the child has the right to be protected from pain. Without pain the baby has strength to develop and grow.

Keywords: premature infant, pain, non-pharmacological pain management, parent

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 ALKUKARTOITUS	8
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1 Keskonen.....	12
4.2 Kipu	12
4.2.1 Keskosen kipu	13
4.2.2 Keskosen kivun tunnistaminen ja arviointi	15
4.3 Keskosen lääkkeetön kivunhoito.....	18
4.3.1 Lääkkeettömän kivunhoidon merkitys.....	18
4.3.2 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät	20
4.4 Vanhemmat lääkkeettömän kivunhoidon toteuttajina.....	37
4.5 Keskosen ja vanhempien välinen varhainen vuorovaikutus.....	39
5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	43
5.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö menetelmänä.....	43
5.2 Opinnäytetyöprosessi	44
5.3 Tuotoksen ulkoasu.....	46
5.4 Tuotoksen sisältö.....	48
6 PÄÄTÄNTÄ.....	50
6.1 Eettiset kysymykset ja luotettavuus	50
6.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	52
6.3 Pohdinta	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Suomessa syntyy vuosittain noin 60 000 lasta, joista keskosten osuus vuonna 2008 oli 5,7 % (Gissler & Vuori 2009). WHO määrittelee, että lapsi on ennenaikainen eli keskonen, kun hän syntyy ennen 37. raskausviikkoa (Kekki & Paavonen 2003).

Aiemmin keskosen kivunhoitoon on suhtauduttu vähättelevästi, koska on ajateltu, että keskonen ei voi tuntea kipua epäkypsän keskushermostonsa vuoksi. Lisäksi on ajateltu, ettei keskonen voi muistaa kipua ja että kipu on erilaista kuin aikuisella. Nykyään keskosen kipuun kiinnitetään kuitenkin lisääntyvästi huomiota, sillä tiedetään, että keskosella ovat kaikki anatomiset ja toiminnalliset valmiudet aistia kivun tunnetta. (Korhonen 1996, 180-181.) Sikiön ja vastasyntyneen vauvan keskushermostosta on viime vuosina saatu lisää tietoa ja on osoitettu, että vastasyntynyt tuntee kipua, vaikka hänen reaktionsa ja fysiologiansa kehittyvätkin edelleen (Kalso & Vainio 2002, 312). Kipu on merkittävä kokemus keskoslapsen elämässä, sillä häneen kohdistuu elämän alkutaipaleella useita kivuliaita toimenpiteitä (Korhonen 1996, 180-181).

Keskoslapsen kipua sekä kivun ilmenemistä ja arviointia (Oksanen-Sainio 2005, LIITE 4: 8), hoitoa (Axelin 2004, LIITE 4: 1) sekä keskosvauvan vanhempien saamaa tukea ja ohjausta (Huuskola 2005, LIITE 4: 4, Lassila 2006, LIITE 4: 6) on tutkittu Suomessakin tällä vuosikymmenellä useiden eri tutkijoiden toimesta. Keskosen kivunhoidon tutkimus on maassamme korkeatasoista ja tuoretta tutkimustietoa on hyvin saatavilla.

Keskosen vanhemmuus poikkeaa monella tavalla terveen vastasyntyneen vanhempana olemisesta. Vauvan syntymä tulee vanhemmille useasti yllätyksenä. Lisäksi vauva on pieni, hänellä on terveydellisiä ongelmia tai riskejä ja varhaisen vuorovaikutussuhteen luominen on hankalaa. (Kalland 2006, 38.)

Meitä kiinnostaa keskosuus ja siihen liittyvät erityispiirteet. Sen vuoksi otimme yhteyttä Kevyt yhdistykseen (Keskosvanhempien yhdistys, viralliselta nimeltään Mannerheimin Lastensuojeluliiton Meilahden yhdistys ry). He toivoivat van-

hemmille suunnattua opasta, joka antaisi tietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja keinoja osallistua keskoslapsensa kivunhoitoon.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee ja auttaa heitä edistämään oman keskosvauvansa hyvinvointia osallistumalla lapsen kivunhoitoon ja kivun ennaltaehkäisyyn lääkkeettömin menetelmin. Tavoitteena on lisätä vanhempien tietoa erilaisista kivunlievitysmenetelmistä ja tarjota keinoja osallistua lapsensa kivunhoitoon. Opas tullaan julkaisemaan Kevyt yhdistyksen kotisivustolla Internetissä. Oppaan vuoksi valitsimme opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi tuotoksellisen menetelmän.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee ja auttaa heitä edistämään oman keskosvauvansa hyvinvointia osallistumalla lapsen kivunhoitoon ja kivun ennaltaehkäisyyn lääkkeettömin menetelmin.

Opinnäytetyömme tehtävinä on selvittää:

1. Millaisia ovat keskosen kivun erityispiirteet?
2. Miten keskosen kipua tunnistetaan ja arvioidaan?
3. Minkälaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan käyttää keskosen hoidossa?
4. Miten vanhempien osallistuminen keskosen lääkkeettömään kivunhoitoon vaikuttaa vanhempiin ja lapseen?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä vanhempien tietoa keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta ja tarjota vanhemmille keinoja osallistua oman vauvan kivunhoitoon.

3 ALKUKARTOITUS

Valittuamme opinnäytetyön aiheen, päätimme lähestyä sitä kartoittamalla vanhempien kokemuksia ja käsityksiä keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta. Tämän avulla saimme suuntaa tiedonhakuun ja näkökulmaa asian käsittelyyn. Alkukartoituskyselyn vastaukset ohjasivat opinnäytetyöprosessiamme alusta alkaen. Opinnäytetyön sisällön ja näkökulmien hahmottamisen kannalta on hyvä tutustua ensiksi alkukartoituskappaleeseen. Alkukartoituskyselyn (LIITE 1) avulla toivoimme myös saavamme tietoa, millaista opasta vanhemmat haluaisivat lukea ja minkälainen opas palvelisi heitä parhaiten. Kysely lähetettiin Kevyt-yhdistykseen, joka julkisti kyselyn Kevyt-yhdistyksen jäsenille suunnatulla keskustelupalstalla. Kyselyyn vastasi kahdeksan keskoslapsen vanhempaa.

Halusimme selvittää, oliko vanhemmille kerrottu keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta, ja jos oli, niin millaisia asioita. Vastanneista kolme kertoi, että heille ei annettu minkäänlaista tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta. Kaksi vastanneista ei muistanut, kerrottiinko heille menetelmistä. Loput kolme vastaajaa kertoi saaneensa tietoa keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta. Heille oli kerrottu vanhemman läsnäolon ja kosketuksen vaikutuksesta, kenguruhoitosta, käsi- ja sokeriliuoksen käytöstä.

Alkukartoituskyselyssä selvitimme vanhemmilta, olivatko he saaneet käytännön ohjausta oman lapsen lääkkeettömään kivunlievitykseen. Pyysimme vanhempia myös kertomaan, millaista mahdollisesti saatu ohjaus oli ollut. Kolme vastaajaa kertoi, että eivät olleet saaneet minkäänlaista käytännön ohjausta. Vastaajista kolme oli saanut käytännön ohjausta kenguruhoitotoimeksissa. Yksi vastaajista kertoi saaneensa lähinnä suullista ohjausta, miten koskettaa lasta, ja tukea häntä. Kaksi vastaajista kertoi saaneensa kenguruhoitotoimeksien lisäksi ohjausta sokeriliuoksen käytöstä.

Jotta oppaamme palvelisi vanhempia mahdollisimman hyvin, koimme tärkeäksi kysyä vanhemmilta, minkälaista tietoa ja ohjausta he olisivat halunneet saada. Osa vanhemmista koki kysymykseen vastaamisen vaikeaksi, sillä heille ei ollut selvää, mitä tarkoitetaan lääkkeettömällä kivunlievitysmenetelmällä.

”Jos ei tiedä jotain olevan, on vaikeaa osata haluta sitä.”

” --- En osaa sanoa, mitä tietoa ja ohjausta olisimme aiheesta halunneet, sillä en tunne koko aihetta. En tiedä, mitä on lääkkeetön kivunlievitys.”

Muiden vastausten perusteella vanhemmat halusivat saada tietoa, mitä voisivat tehdä lapsen hyväksi ja saada konkreettista ohjausta. He olisivat toivoneet saavansa tietoa erilaisista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Lisäksi lääkkeettömän kivunlievityksen merkitystä lapselle olisi tullut korostaa. Tietoa keskosien kivun arvioinnista ja kivun ilmenemisestä kaivattiin myös. Vanhemman mukaan hänelle oli usein epäselvää, sattuiiko lapseen vai ei. Tutin käytön positiivisista vaikutuksista ja käsikapalosta oltaisi kaivattu myös lisää tietoa.

Selvitimme vanhempien halukkuutta osallistua oman lapsen kivunhoitoon ja oliko osallistumiseen annettu osastolla mahdollisuus. Suurin osa vastanneista halusi osallistua oman keskoslapsen kivunhoitoon, mutta vain neljälle annettiin siihen mahdollisuus. Loput vastanneista eivät olleet varsinaisesti haluttomia osallistumaan, vaan heidän kanssaan ei asiasta ollut vain puhuttu.

Kysyimme vanhemmilta, millainen olisi hyvä opas ulkoasultaan ja sisällöltään. Useat vastaajat nostivat esille havainnollistavien kuvien tärkeyden oppaassa. He toivoivat oppaalta selkeyttä, selkeäkielisyyttä, ytimekkyyttä, lyhyttä ja värikkyttä. Yksi kyselyyn vastaajista kertoi, että sopivan kokoinen opas voisi olla esimerkiksi A5 ja tekstin fontti luettava. Sen toivottiin olevan saatavilla sekä sähköisessä muodossa että paperiversiona. Keskosten vanhempien elämäntilanne ja tunteet tulisi ottaa huomioon oppaan sisältöä suunniteltaessa.

”--- Opas ei saa olla syyllistävä, kaikki vanhemmat eivät pysty/halua olla mukana kun keskoselle tehdään kivuliaita toimenpiteitä – tämäkin on sallittua, silloin hoitaja voi tehdä kipua lievittäviä toimia vanhemman puolesta.---”

Lopuksi annoimme vanhemmille mahdollisuuden kertoa jotain muuta aiheesta, jota kysymyksissä ei ehkä ollut tullut ilmi. Vanhemmat toivat esille useita tärkeitä asioita.

”Huomasin itse käytännössä, kuinka paljon läsnäolostani oli apua lapselle esim. verikokeiden oton yhteydessä. Muistan hyvin, kuinka lapseni ei tuntunut reagoivan mitenkään verinäytteen ottamiseen (pistos kantapäähän), kun käteni olivat

kaapissa, ja pidin häntä käsieni välissä ”pesässä”. Valvontamonitoreista saattoi havaita, että pulssissa ja hapetuksessa ei tapahtunut läheskään niin isoa muutosta, kun mitä tapahtui jos lasta kukaan ei ollut tukemassa.”

Vanhemmat toivoivat myös, että lääkkeellistä kivunlievitystä ei unohdettaisi lääkkeettömän kivunlievityksen rinnalla.

”Lääkkeetöntä kivunhoitoa pohdittaessa lääkkeellistä kivunhoitoa ei tule unohtaa. Varsinkin kuolevan keskosen hoidossa mielestäni lapsen lääkkeellinen palliatiivinen sedaatio ja opioidianalgesia ovat yhtä tärkeitä, kuin vanhempien läsnäolo, ja helpottaa sekä lapsen että vanhempien tuskaa. ---”

Vanhemmat kertoivat, että lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö olisi helpottanut myös heidän omaa oloaan.

”Vanhemmalle on hyvin raskasta kun lapselle tehdään kivuliaita toimenpiteitä. Itse usein itkin, kun lastamme pistettiin/imettiin ym. Koin sairaalassa oloajan hyvin raskaana, ei-lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät, joihin olisin voinut osallistua, olisivat voineet helpottaa henkistä taakkaani – on edes jotakin jota olisin lapseni puolesta voinut tehdä.”

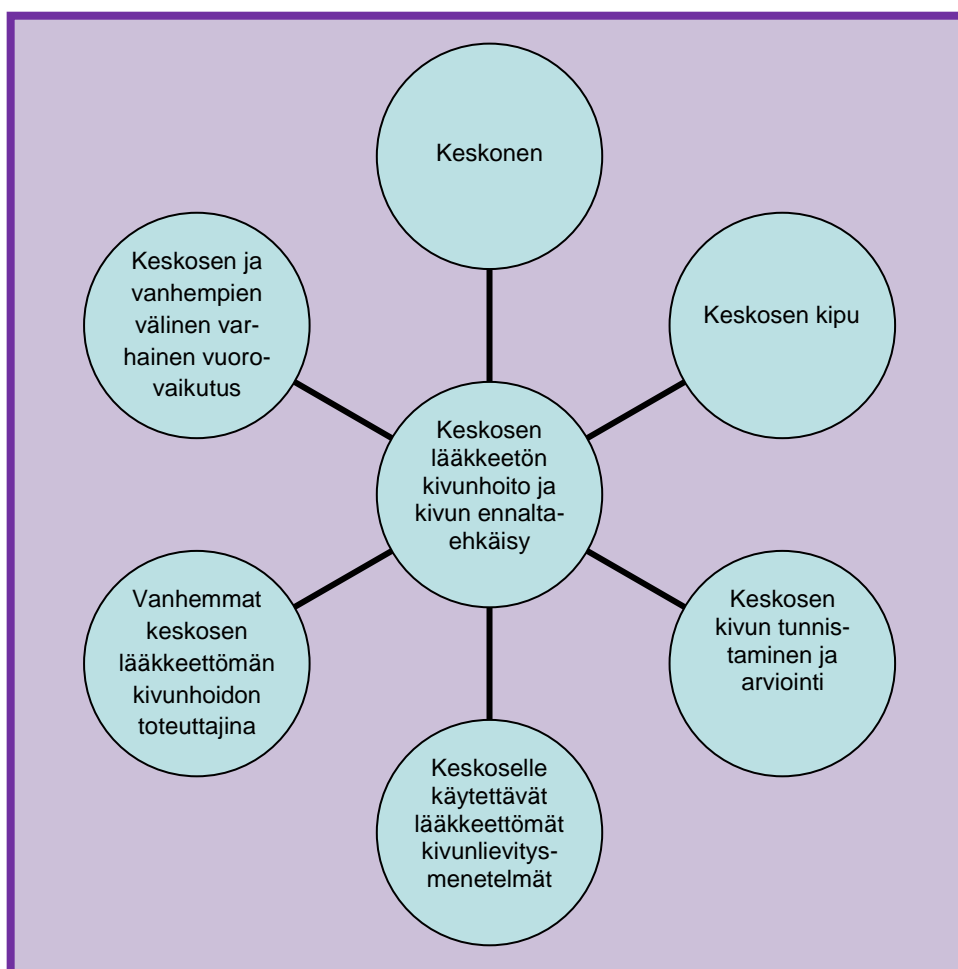
Lisäksi vanhemmat olivat hyvin vaikuttuneita lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien tehokkuudesta.

”--- Käytimme itse sekä sokeritippaa (sokeriliuos) että käsikapaloa mm. näytteenoton yhteydessä. Näin itse mm. oman lapseni kanyloinnin (päänahan ext. Vena) ja nml:n vaihdon, joissa lapsi ei itkenyt lainkaan. Tämä oli vaikuttava esitys käsikapalon ja sokeripisaran kliinisestä tehosta. --- enkä aikaisemmin ole juurikaan lääkkeettömään kivunhoitoon luottanut/uskonut. Nykyään uskon.”

Alkukartoituskyselyn vastausten avulla ymmärsimme, kuinka tärkeää on, että vanhemmat osallistuvat oman lapsen kivun hoitoon. Kyselyn avulla osasimme suunnata tiedonhakuamme myös keskoslapsen ja vanhempien väliseen vuorovaikutukseen sekä vanhempien osallistumiseen ja ohjaamiseen kivun hoidossa. Kyselyn vastaukset ohjasivat meitä opinnäytetyössämme käsittelemään aihetta vanhempien näkökulma ja tunteet huomioiden.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa esittelemme keskosen lääkkeettömän kivunhoidon teoreettisia lähtökohtia (KUVIO 1). Ensimmäisenä määrittelemme keskossuuden yleisellä tasolla ja meidän työssämme. Seuraavaksi esittelemme kivun eri määritelmiä, fysiologiaa, luokittelua ja arviointia. Lisäksi käsittelemme erikseen keskosen kivun erityispiirteitä. Kolmanneksi määrittelemme keskosen lääkkeetöntä kivunhoitoa ja esittelemme eri kivunlievitysmenetelmiä. Sen jälkeen käsittelemme vanhempien roolia kivunlievittäjänä sekä keskosen ja vanhempien välistä varhaista vuorovaikutusta. Viimeiseksi selvitämme millainen on hyvä opas sekä sisällöltään, että ulkoasultaan.



KUVIO 1. Keskosen lääkkeetön kivunhoito ja kivun ennaltaehkäisy

4.1 Keskonen

Arkkiatri Arvo Ylppö on aikanaan määritellyt keskosen lapseksi, joka painaa syntyessään alle 2500 g. Myöhemmin on myös yleistynyt määritelmä, jonka mukaan ennen 37. raskausviikkoa (rv) syntyneet lapset määritellään myös keskoseksi. (Jumpponen 2006, 8.) Keskosuudella tarkoitetaan siis lapsen ennenaikaista syntymää. Täysiaikainen raskaus kestää 38-42 viikkoa eli 266-294 vuorokautta. (Eskola & Hytönen 2002, 94.) Tässä opinnäytetyössä määrittelemme keskosuuden vauvoiksi, jotka ovat syntyneet ennen raskausviikkoa 37.

Keskokset voidaan jakaa syntymäpainonsa mukaan kahteen ryhmään. Alle 2500 g painoisia keskosvauvoja kutsutaan keskosiksi ja alle 1500 g painavia kutsutaan pikkukeskosiksi. Pikkukeskoset voidaan jakaa vielä kahteen ryhmään: alle 1500 g painavat hyvin pienet keskokset ja alle 1000 g painavat erittäin pienet keskokset. (Jumpponen 2006, 8.)

Keskosten ominaispiirteet ovat seurausta alhaisesta syntymäpainosta, syntymän ennenaikaisuudesta ja elimistön toiminnallisesta epäkypsyydestä. Tyypillisiä ulkoisia piirteitä ovat pään suuri koko suhteessa vartaloon, ihon suuri pinta-ala suhteessa painoon ja ohut iho. Lisäksi keskosella on vähäinen lihasmassa ja ihonalaista rasvaa niukasti. (Korhonen 1996, 24.)

Keskosen aistijärjestelmä on vielä kesken ja siellä tapahtuu nopeaa kasvua ja kehitystä. Tämän vuoksi hän on pitkään herkkä keskushermostoa vaurioittaville tekijöille kuten ärsykkeiden yli- ja alitarjonnalle. Ylitarjonta kuormittaa aivoja ja hidastaa niiden kehitystä. Toisaalta alitarjonta ei stimuloi aivoja ja näin ei tue niiden kehitystä. (Korhonen 1999, 54.)

4.2 Kipu

Koska työmme käsittelee keskosen kipua, on kivun määrittely tärkeää, jotta voidaan ymmärtää kivun kokemusta ja fysiologiaa. Lisäksi käsittelemme keskoslapsen kivun erityispiirteitä.

Kivun on ajateltu olevan tunnekokemus, elämys ja aisti. Kipuaisti on ihmiselle ja eläimelle hengissä selviämisen ehto, koska se varoittaa vaarasta. Sen ansiosta

opimme jo lapsena, ettei teräviin ja polttaviin esineisiin kannata koskea eikä mennä paikkoihin josta voi pudota. Kipu on siis hyödyllinen viesti biologisesta vammasta tai sairaudesta, kudოსvauriosta. (Vainio 2003, 11.)

Ärsykkeen ja siitä aiheutuvan tuntemuksen välillä on joukko monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia, jotka tapahtuvat hermoston siinä osassa jota sanotaan kipuradaksi. Kipurata alkaa kudoksissa olevista pienistä hermopäätteistä, joista se kulkee hermorunkoja pitkin kohti selkäydintä. Sieltä se jatkuu kipujuosteena kohti aivokeskuksia, päättyen lopulta aivokuorelle. Kun iholle tai muulle kipuherkälle kehon osalle kohdistuu voimakas ärsyke, esimerkiksi paine, pisto, kylmä tai kuuma, kipuhermopäätteet muuttavat ärsykkeen sähkökemialliseksi impulssiksi. (Vainio 2003, 12-13.)

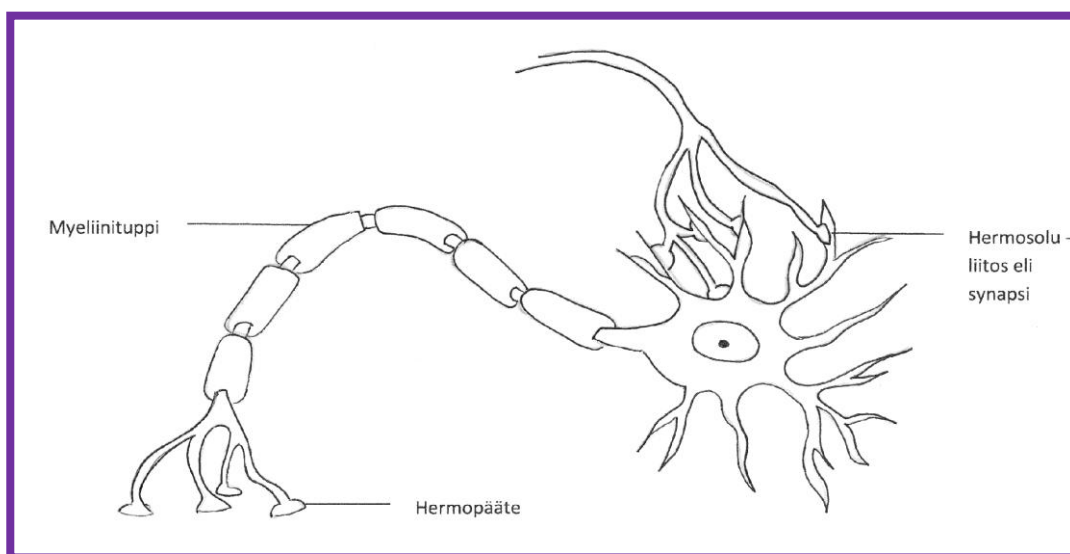
Aikaisemmilla kipukokemuksilla on yhteys siihen, miten potilas kokee kivun myöhemminkin. Mikäli potilas on kokenut kovaa kipua, hän kokee sitä herkemmin uudestaan. Kivunsietokykyyn ja kipukynnykseen vaikuttaa myös tunnetila. Kivunsietokyky tarkoittaa sellaista kivun määrää ja voimakkuutta jonka ihminen kestää, kun taas kipukynnys tarkoittaa sitä, kun ärsyke tunnetaan kipuna. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 10.)

4.2.1 Keskosen kipu

Kivun hoidolla on vaikutuksia pitkälle elämässä. Jos mielikuvat ympäristöstä täyttyvät kivulla ja epämukavuudella, voi lapselle myöhemmin kehittyä emotionaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Keskonen joutuu läpikäymään useita kivuliaita toimenpiteitä ja tutkimuksia, joten kivun arviointiin ja kivun lievittämiseen on syytä kiinnittää huomiota. (Korhonen 1996, 180.)

Useissa eri tutkimuksissa on todettu, että jo 20-viikkoisella sikiöllä on fysiologiset ja anatomiset edellytykset kokea kipua (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huimo 2009, 417). Tällöin myös sikiön iho on kauttaaltaan aistiva. 13-14-viikkoisella sikiöllä alkaa kipua välittävien synapsien kehittyminen ja kehitys on täydellistä viikolla 30. Jotta kiputieto kulkeutuu ääreishermostosta keskushermostoon, on tiedonkulun oltava toimivaa. Toimiva tiedonkulku edellyttää hyvää myelinisaatiota. Hermoston ympärillä olevaa, lipoproteiinikalvoista muodos-

tunutta tuppea sanotaan myeliiniksi (KUVA 2). Myelinisaatio alkaa kun sikiö on 16-viikkoa vanha. Lapsen pieni koko ja ääreisosien lyhyt etäisyys keskushermostosta korvaa kuitenkin vajavaisen myelinisaation vaikutusta. Keskosen hermostollisen kypsymättömyyden takia hän aistii ympäristöään ja sen ärsykeitä kokonaisvaltaisesti. (Korhonen 1996, 180- 181.)



KUVA 2 Hermosolu (mukaillen Sjaastad ym. 2003)

Kivulle reagointiin vaikuttavat muun muassa vastasyntyneen ikä, terveydentila ja kivun luonne. Vastasyntyneellä on rajalliset energiavarastot, joita kipu kuluttaa. Kipu hidastaa lapsen toipumista ja kasvamista, sekä aiheuttaa stressiä. Keskosen sietävät ärsykeitä huomattavasti huonommin kuin täysiaikaiset vastasyntyneet ja heidän voimavaransa ovat niukat, jolloin kipureaktiot saattavat jäädä huomiotta. (Arasola ym. 2009, 417.)

4.2.2 Keskosen kivun tunnistaminen ja arviointi

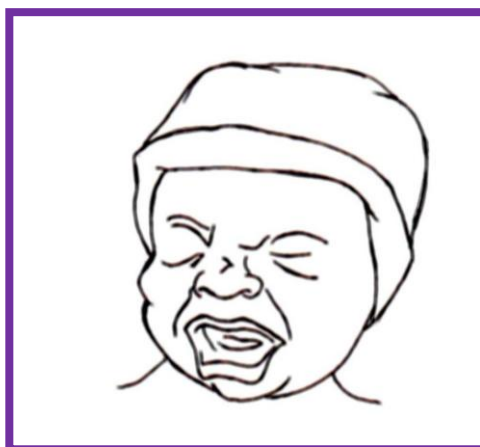
Yksi terveydenhuollon perustehtävistä on arvioida ja hoitaa kipua. Tunnistamisen lähtökohtana on ihminen itse. Vastasyntyneet ja keskoset muodostavat kuitenkin sellaisen potilasryhmän, joiden kohdalla kipu, kivun voimakkuus ja kivun aiheuttama haitta joudutaan arvioimaan muilla keinoilla. Oleellista olisi tunnistaa kivun syy, mutta vaikka syytä ei pystyittäisi selvittämään, tulee kipua kuitenkin arvioida. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Kivun oikea arviointi on tärkeää, sillä se mahdollistaa täsmällisen ja oikean kivunlievitystavan valitsemisen. Keskosten kipua voidaan arvioida fysiologisten muutosten, lapsen käyttäytymisen muutosten sekä hormonaalisten ja aineenvaihdunnallisten muutosten perusteella. Kivun aiheuttamia fysiologisia muutoksia arvioidaan muun muassa seuraamalla syketaajuutta, verenpainetta, hengitysfrekvenssiä ja hapetusta. Käyttäytymistä arvioitaessa kiinnitetään huomiota lapsen itkuun, ilmeisiin ja vartalon liikkeisiin (LIITE 4: 2). (Halimaa 2001, 32; Korhonen 1996, 184.) Ongelmana peruselintoimintoja tarkkailtaessa on kuitenkin se, että niihin vaikuttaa kivun lisäksi myös monet muut tekijät, kuten lääkitys ja sairaudet (Salanterä ym. 2006, 75). Kivun arviointi tulee olla toistuvaa ja järjestelmällistä. Arviointia tulee tehdä, kun lapsi saa ärsykeitä esimerkiksi toimenpiteiden yhteydessä, sekä silloin, kun lapsi on rauhassa ilman ulkoisia ärsykeitä. (Fellman & Luukkanen 2006, 24-28.)

Paras tapa arvioida kipua silloin, kun lapsi ei itse pysty kommunikoimaan, on arvioida käytöstä. Kivun kokemusta voidaan arvioida tutkimalla kasvojen ilmeitä, kehon asentoa ja raajojen liikkeitä sekä itkuisuutta. Vartalo saattaa olla jännittynyt tai liikkumaton, liikkeet voivat olla hitaita tai levottomia. Lapsi voi pyrkiä suojaamaan käsillään kivuliaita kohtia tai väistämään kipua. Jos kipua on kestänyt pitkään tai se on ollut kovaa, voi kivulle reagointi olla vähäistä. (Salanterä ym. 2006, 76 -78.)

Erityisesti vastasyntyneillä kasvojen ilmeiden arviointimenetelmää pidetään luotettavana. Lapsen kokiessa kipua, kasvoille tulee tyypillinen kipuilme, jota ei esiinny muutoin. Kipuilmeessä silmien väliin tulee ryppy, kulmakarvat ovat ko-

holla, silmät ovat tiukasti suljettuna, suupielien ja nenän väliin tulee juonne, huulet ovat viivamaiset ja avoinna, kieli on kireä ja työntynyt esiin sekä posket värähtelevät (KUVA 3). (Salanterä ym. 2006, 76 -78.)



KUVA 3 Kipukasvot (mukaillen Hummel 2009, N-PASS -kipumittari)

Lapsen itku ja sen eri sävyt voivat auttaa kivun tunnistamisessa. Lapsen kokiessa kipua itku on monotonista, kimeää, jännittyntä ja soinnitonta. Kipuitku eroaa selvästi esimerkiksi nälkäitkusta, joka on soinnikasta ja voimistuvaa. Aina lapsi ei kuitenkaan itke, eikä itkuttomuutta voida pitää kivuttomuutena. (Salanterä ym. 2006, 77.)

Vastasyntyneiden kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna siihen kehitettyjä mittareita. Hoitaja arvioi lapsen vireystilassa, käyttäytymisessä ja fysiologisissa mittauksissa tapahtuvia muutoksia ja pisteyttää ne ohjeen mukaan. Lasten kivun arviointiin kehitettyjä mittareita ovat muun muassa The Children Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS), The Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (LIITE 2), The Premature Infant Pain Profile (PIPP), Neonatal Facial Coding System (NFCS) ja Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) (Halima 2001, 31; Korhonen 1996, 185.)

Useimmat kipumittareista ovat kehitetty apuvälineiksi tunnistamaan lapsen akuuttia kipua. Keskosten kivun arvioinnissa tulisi kuitenkin huomioida myös

pitkäkestoista kipua. Kokonaisuudessaan hoito on keskoselle stressaavaa, uuvuttavaa ja useimmiten myös kivuliasta. Tämän vuoksi heidän kohdallaan kipua tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, eikä vain erilaisten toimenpiteiden yhteydessä. (Salanterä ym. 2006, 191.)

Vastasyntyneen kipua ja keskosen kipua arvioivat mittarit, NIPS ja PIPP, perustuvat kasvojen ilmeiden, kehon ja fysiologisten parametrien tarkkailuun. Kaavakkeessa pisteytetään ilmeet, itku, hengitys, kädet (asento), jalat (asento) ja vireystila. Kipua voidaan kaavakkeen avulla arvioida esimerkiksi ennen näytteenottoa, sen aikana ja jälkeen. PIPP mittarissa huomioidaan myös lapsen kehitysaste eli raskausviikot. Molemmilla mittareilla voidaan arvioida sekä akuuttia, että pitkäkestoista kipua. Kipumittareiden käyttöä tulee harjoitella ja niitä tulee käyttää säännöllisesti. Valittu kipumittari merkitään potilastietoihin ja samaa mittaria käytetään aina, kun kipua arvioidaan. (Salanterä 2006, 84, 190 - 191.) NIPS on käännetty suomeksi teoksessa Kivun hoitotyö (2006). Suomenkielinen kipumittari helpottaa hoitotyössä kivun arviointia. Käännöstyöntekijä Salanterä on antanut luvan kipumittarin julkaisemiseksi opinnäytetyössämme (LIITE 2).

Halimaa on tutkimuksissaan (2001, 1996) havainnut, että hoitajilla on melko hyvät tiedot keskosen kivun arvioinnista ja kivun hoidosta. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että tietoa kivusta ja sen hoidosta tulee lisätä. Tutkimuksen tulokset kertovat kivunhoidon riittämättömyydestä ja jopa puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista koki, että keskosen kivunhoito ei ole riittävää (LIITE 4: 3). (Halimaa 2001, 55-57. Halimaa 1996, 40-42.)

Kirra (2007) on tekemässään tutkimuksessa keskittynyt keskosen kivun hoitotyön kirjaamiseen (LIITE 4: 5). Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että kivun arvioinnin kirjaaminen on puutteellista ja yksipuolista. Tästä johtuen keskosen kipua saattaa jäädä tunnistamatta ja hoitamatta. Erityisesti lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä kirjataan vain vähän. Kivunhoidon menetelmät pitäisi kirjata myös siksi, että tieto käytetyistä menetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta siirtyy työvuorosta toiseen. (Kirra 2007, 68-69.)

4.3 Keskosen lääkkeetön kivunhoito

Keskosen lääkkeettömällä kivunhoidolla tarkoitamme tässä opinnäytetyössä niitä lääkkeettämiä keinoja, joilla voidaan lievittää keskosen kipukokemusta sairaalassaoloaikana. Kivunlievitysmenetelmät täydentävät toinen toisiaan. Hoitotyön kivunlievitysmenetelmiä tulisi siis käyttää useita yhtä aikaa, sillä ne voimistavat toistensa tehoa. (Axelin 2006, 29.) Vanhemmat voivat sairaalassa toteuttaa samoja hoitotyön kivunlievitysmenetelmiä, kuin hoitajatkin, lievittäessään lapsen kipua.

4.3.1 Lääkkeettömän kivunhoidon merkitys

Keskosen kivunhoitoon liittyy tärkeänä osana eettiset ja inhimilliset näkökulmat. Näistä merkittävin on lapsen suojeleminen kivulta. Lapsen oikeuksiin kuuluu turvallisuus, mutta kipu ja sen ennustamattomuus järkyttävät sitä. Inhimillisyys edellyttää, että lapsen kipua pyritään lievittämään kaikin mahdollisin keinoin. (Korhonen 1996, 181.) Kipua voidaan lievittää sekä farmakologisin että hoidollisin keinoin, joita on käytettävissä useita erilaisia (Korhonen 1996, 181, 185; Haapio, Reen & Salonen 2000, 155). Tässä työssä käsittelemme keskosen hoidollisia eli lääkkeettämiä kivunlievitysmenetelmiä. Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien avulla kipua ja stressiä vähennetään maksimoimalla vauvan omia sopeutumismekanismeja ja omaa säätelyä (Axelin 2006, 28).

Lapsen kipua, pahanolontunnetta ja epämukavaa oloa voidaan monissa tapauksissa lievittää tehokkaasti lääkkeettämin menetelmin (Korhonen 1996, 185). Suomalaisessa keskosen toimenpidekipun lievitystä arvioivassa tutkimuksessa todettiin, että vanhempien kosketus ja suuhun annettava glukoosiliuos lievittävät opiaattia paremmin keskosen toimenpidekipua (Axelin, Salanterä, Kirjavainen & Lehtonen 2009, 12). On tärkeää, ettei lasta jätetä kipunsa kanssa yksin, sillä se lisää lapsen turvattomuudentunnetta ja vaikeuttaa luottamuksen kehittymistä aikuiseen. Kivun hoidossa tavoitteena on ylläpitää lapsen turvallisuuden tunnetta, välttää tarpeetonta kärsimystä ja säilyttää lapsen elintoimintojen tasapainotila, joka järkkyy kivun aikana. (Korhonen 1996, 185-186; Arasola ym. 2009, 417.)

Lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja käytettäessä tulee jatkuvasti arvioida käytettyjen keinojen tehokkuutta ja hyötyä. Koskaan ei pidä automaattisesti olettaa, että käytettävä keino auttaa lasta, sillä se saattaa jopa huonontaa hänen vointiaan. Joskus menetelmä, joka auttaa yhtä lasta, saattaa aiheuttaa toiselle vain lisää kipua. Sen vuoksi keskosen kivunlievityksessä on tärkeää huomioida lapsen yksilöllisyys. Lapsen reaktioiden seuraaminen ja arviointi, sekä niistä huolellinen kirjaaminen takaavat turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden. (Arasola ym. 2009, 418; Haapio ym. 2000, 155.)

Kivun hoidossa on tärkeää tiedostaa, että lapsen laaja-alainen stressi voimistaa kipua (Salanterä ym. 2006, 192). Tämän vuoksi lapsen kipua hoidettaessa täytyy keskittyä myös stressiä aiheuttavien tekijöiden minimointiin. Hoitoympäristössä tulisi tällöin huomioida muun muassa luonnonvalo, meluttomuus, rauhallisuus ja hoitojen rytmittäminen (Salanterä ym. 2006, 192). Lapselle tulisi siis suoda syntymän jälkeen turvallinen ja luottamusta herättävä ympäristö. Siinä kivun tuottaminen tulisi minimoida ja kivun asianmukaisesta lievityksestä huolehdittava. (Axelin 2006, 27.) Minimoimalla ympäristön häiriötekijöitä voidaan siis lievittää lapsen stressiä ja siten ennaltaehkäistä kipua.

Keskosen kivunhoidossa on tärkeää tarkistaa alkuun, että hänen perustarpeensa on tyydytetty. Erityisesti täytyy huomioida hapetus, sillä hapenpuute aiheuttaa lapselle levottomuutta. Toisaalta levottoman lapsen hapentarve on lisääntynyt, minkä vuoksi on vaikeaa erottaa syy ja seuraus. (Korhonen 1996, 186.)

Kivunhoidon ensimmäinen perusasia on jokaisen kipua tuottavan hoitotoimenpiteen tarkka harkinta. Tämän avulla voidaan välttää vastasyntynyttä kokemasta turhaa kipua. Eräitä kivuliaita toimenpiteitä vastasyntyneelle ovat esimerkiksi kantapääverinäytteidenotto (seurattaessa vauvan verensokeri- ja bilirubiiniarvoja) ja Calmette - rokotuksen antaminen. Lisäksi kivuliaita ovat päässä olevat pahkat ja imukupinjäljet. (Axelin 2006, 27.) Myös erilaiset infektiot saattavat näkyä lapsen käsittelyarkuutena. Käsittelyarkuutta on hyvä havainnoida, sillä sen varhainen huomiointi edesauttaa vastasyntyneen nopeaa ohjautumista jatkohoitoon. (Axelin 2006, 27.)

4.3.2 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

Kosketus ja hieronta

Kosketus on varhaisen äiti-lapsi –kiintymyssuhteen perusta, minkä vuoksi tärkeä myös sosiaaliselle, emotionaaliselle ja kognitiiviselle kehitykselle. Kosketuksella on tärkeä merkitys myös lapsen varhaisen fysiologisen ja käytöksellisen säätelyn organisoinnina, sopeuttajana ja säätelijänä. Sensorisista aisteista ensimmäisenä kehittyä juuri kosketus. Täysiaikainen vauva kokee kosketusaistimuksen turvallisena. (Axelin 2006, 28-29.) Tuntoaisti on vastasyntyneen kehittynein ja voimakkain aisti (Axelin 2008, 24).

Tuntoaisti ja kosketus tulisi huomioida erityisesti, kun hoidetaan sairaita vastasyntyneitä sairaalassa. He tarvitsevat kosketusta jopa enemmän kuin terveet vauvat, sillä heidän täytyy kompensoida sairauden ja vanhemmista erossa pitämisen aiheuttamia vaurioita (Axelin 2008, 24). Sairaats lapset voivat kuitenkin kokea kosketuksen myös epämiukavana, vastanmielisenä tai jopa kivuliaana (Arasola ym. 2009, 421).

Kosketusta on kahdenlaista: stimuloivaa ja rauhoittavaa. Vanhemmat aloittavat usein vauvan koskemisen stimuloivalla kosketuksella, sivelemällä tai herättelemällä lasta. Lapsi havahtuu tälle kosketukselle, mikä rauhoittaa vanhempia, sillä se on merkki elinvoimaisuudesta. Stimuloiva kosketus on tärkeä oltaessa lapsen kanssa vuorovaikutuksessa ja syötettäessä häntä. Ensimmäisinä elinpäivinä sairaas vastasyntynyt kaipaas kuitenkin myös rauhoittavaa kosketusta, mikä on painavaa ja rytmistä. Se viestii lapselle turvasta sekä auttaa häntä nukahtamaan ja keskittämään voimiaan toipumiseen. Näiden kahden kosketuksen eron kertominen vanhemmille lisää vanhempien ymmärrystä ja tarjoaa vauvalle sopivaa kosketusta. (Axelin 2008, 24.)

Vastasyntynyttä tulee käsitellä ja kosketella lämpimin käsin sekä varmoin ja rauhallisin ottein. Otteiden on oltava kokonaisvaltaisia, sillä sormenpäillä tapahtuva käsittely saattaa tuntua lapsesta turvattomalta ja epämiellyttävältä. (Arasola ym. 2009, 418.) Käsittelyssä tulee ottaa huomioon lapsen viireystila (Haapio ym. 2000, 155). Unessa olevaa lasta on hyvä herätellä varovasti ennen hoitoja, jottei lapsi säikähdä yhtäkkistä kosketusta (Arasola ym. 2009, 418). Hyviä tapoja herätellä nukkuvaa lasta on nostaa hänet varovasti puoli-istuvaan

asentoon, puhua hänelle rauhallisella äänellä, koskettaa tai liikuttaa lasta kevyesti tai käsitellä lasta hitain ja rauhallisin ottein (Korhonen 1999, 68).

Vanhemman käsien välityksellä lapselle syntyy toisen ihmisen tuoma turvallisuuden tunne. Hyvänolontunteen mukana vapautuu elimistön endorfiineja (hormoni, välittäjäaine), joilla on kipua lievittäviä ominaisuuksia. Toimenpiteissä lasta voi rauhoittaa ja lohduttaa esimerkiksi tukemalla toisella kädellä hänen päätänsä ja toisella hänen jalkojaan koukkuasentoon. (Arasola ym. 2009, 420-421.) Jalkapohjien koskeminen koukkuasennossa ollessa saattaa myös rauhoittaa vauvaa. Lisäksi sormen tarjoaminen lapselle puristettavaksi toimenpiteen aikana saattaa tuoda hänelle lohtua ja turvaa. (Haapio ym. 2000, 155.)

Anna Axelin (2004) selvitti Pro gradu- tutkielmassaan vanhempien kosketuksen ja kiinnipitämisen vaikutusta kivunlievityksessä keskoslapsen hoidossa. Tutkimuksen hoitotilanne oli keskoslapsen hengitysteiden limaimu. Tutkimuksessa oli mukana 17 ennenaikaisesti syntynyttä lasta ja 17 vanhempaa. Lasten gestatioikä oli 24,1 – 33,0 raskausviikon välillä ja syntymäpaino vaihteli 690 - 1920 g välillä. Kivunarviointi tapahtui Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)- kipumittarin sekä pulssi- ja happisaturaatioarvojen avulla. NIPS-mittarin asteikossa on arvot 0 (ei kipua) – 7 (pahin mahdollinen kipu). (Axelin 2004, 21, 24-25, 29-30,33, 35-36.)

Tutkimustulokset ilmensivät, että vanhempien kosketus ja kiinnipitäminen on tehokas kivunlievitysmenetelmä keskosille hengitysteiden imutoimenpiteen yhteydessä. Kosketuksen ja kiinnipitämisen aikana NIPS -kipumittarin keskimääräinen pistearvio oli 3,0, kun kontrollihoidossa se oli 4,9. Tämä lähes kahden pisteen ero on erittäin merkittävä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että keskosien kipureaktio laski kiinnipitämisen ansioista yleistyneestä ja hallitsemattomasta lievään epämukavuuteen. Lisäksi keskoslasten rauhoittuminen oli kosketuksen ja kiinnipitämisen jälkeen nopeampaa. (Axelin 2004, 38, 55.)

Kosketus, silittelyt ja hieronta ovat hyviä menetelmiä lapsen lohduttamiseen. (Arasola ym. 2009, 418). Lastenpsykiatrian erikoislääkäriin Jukka Mäkelän mukaan keskoslasten aktiivisesta koskettamisesta (vauvahieronnasta) on tehty tutkimuksia (Mäkelä 2005, 1545). Vauvahieronnalla tarkoitetaan lapsen koskettelua rytmisesti kohtuullisella paineella vartalon eri puolille liikuttaen kättä ylhäältä alaspäin pitkin selkää, käsivarsia ja jalkoja. Tutkimuksessa keskosten

hieronta paransi painonnousua ja vahvisti uni-valverytimiä, samoin kuten kenguruhoito. Tämä näkyi kotiutumisvaiheessa sekä kahden ja kuuden kuukauden iässä tehdyssä mentaalisen ja psykomotorisen kehityksen arvioinnissa. Hierontaa saaneet keskoset menestyivät verokkejaan paremmin. He myös osoittivat suurempaa kiinnostusta muita ihmisiä kohtaan, mikä on nykykäsityksen mukaan hyväksi vauvan kehityksen ennusteelle. (Mäkelä 2005, 1545.) Lisäksi hieronta näyttää lisäävän lapsen fysiologista säätelykapasiteettia, vakauttaen hapetusta ja sydämen sykettä. Keskosten hierontatutkimuksessa on todettu myös, että hieronta vähentää stressihormonien määrää ja nostaa lapsen kipukynnystä. (Mäkelä 2005, 1545; Axelin 2008, 24.)

Kosketus on myös kommunikaatioväline, jonka avulla vanhemmat ja vauva voivat tutustua toisiinsa vieraassa ympäristössä (Axelin 2008, 24). Esimerkiksi isän toteuttaman hieronnan on todettu vahvistavan isän ja vauvan välistä vuorovaikutusta. Lisäksi hieronta lisäsi isän osallistumista vauvan hoitoon, mikä on perheen hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Hieronta parantaa siis vanhemman ja vauvan vuorovaikutusta, edistäen tämän ansiosta epäsuorasti vauvan myönteisen kehityksen mahdollisuuksia. (Mäkelä 2005, 1545.)

Kun vauva on kriittisesti sairas, voi kaikenlainen käsittely ja koskettelu kuitenkin tuntua kivuliaalta ja vastenmieliseltä. Usein erityisen epämiellyttävää vauvasta on vatsan, navan ja rinnan alueen koskettaminen. (Arasola ym. 2009, 421.) Jos vauva alkaa näyttää stressin merkkejä, kuten muutoksia käytöksessä tai elintoiminnoissa, tulisi koskettelu keskeyttää (Haapio ym. 2000, 157). Kosketuksen mahdollisesta epämiellyttävästä vaikutuksesta on hyvä kertoa vanhemmille, jotta he osaavat välttää kosketusta siihen asti, että vauvan vointi on kohentunut kestäämään kosketuksen paremmin. Kosketuksen sijasta vanhemmat voivat käyttää väliaikaisena korvaavana keinona juttelua ja hyräilyä. (Arasola ym. 2009, 421.) Vanhempia ei koskaan tule kieltää koskemasta vauvaansa ilman, että hänelle kerrotaan siihen syytä (Axelin 2008, 24).

Axelin (2008) kuvaa artikkelissaan tilanteita, joissa sairas vastasyntynyt ei kestä kosketusta tai vanhemmat rasittavat lastaan kosketuksella. Hänen mukaansa tilanne on ristiriitainen, sillä pelkkä keskoskaapin avaaminen voi huonontaa keskosen vointia. Samanaikaisesti vanhemmat kuitenkin itkevät, sillä eivät saa tarjota lapselleen kosketuksen tuomaa turvaa ja lohtua. Hänen mukaansa rat-

kaisu ongelmaan voisi olla se, miten ja milloin lasta kosketetaan. Hoitajien tulisi herkistyä kuuntelemaan lapsen viestejä ja ohjata vanhempia tulkitsemaan vauvan viestejä. (Axelin 2008, 24.)

Lapsen kosketuksen oikea hetki löytyy tarkkailemalla lasta. Rauhaton ja itkevä lapsi kaipaa vanhemman rauhoittavaa kosketusta. Kun lapsi on virkeä, hän on valmis stimuloivaan kosketukseen ja vuorovaikutukseen vanhemman kanssa. Sikeästi nukkuvaa lasta ei ole hyvä herättää kosketuksella, jotta hän olisi virkeimmillään seuraavalla hoidolla. Hoitajan tulee olla läsnä ja rauhallinen, kun vanhemmat tutustuvat vauvaansa ensimmäistä kertaa, jotta voi keskittyä tulkitsemaan vauvan reaktioita vanhemmalle. (Axelin 2008, 24.)

Hoitotieteessä on tutkittu useita eri menetelmiä, joiden avulla sairaalle vastasyntyneelle voidaan tarjota kosketusta. Mistään menetelmistä ei ole todettu olevan lapselle tai perheelle haittaa, päinvastoin. (Axelin 2008, 25.) Vuonna 2008 ilmestyneessä Neonataalihoitajat-lehdessä mainittiin, että Tampereen ja Turun yliopistollisissa sairaaloissa käynnistetään Hetki äidin sylissä –tutkimusta. Sen tavoitteena on kartoittaa käytäntöjä äidin ja keskoslapsen sylikontaktin suhteen synnytyssalissa, käytäntöjen taustalla olevia syitä sekä sylikontaktin merkitystä äidin ja lapsen väliseen kiintymyssuhteeseen. (Latva, Axelin, Tammela & Lehtonen 2008, 36.)

Käsiapalo

Rauhoittavan kosketuksen avulla voidaan lieventää keskosien kipua ja stressiä. Vastasyntyneiden teho-osastolla vauva joutuu kokemaan tavallista enemmän kipua ja stressiä tuottavia asioita. Jotta kipu ei aiheuttaisi lapselle kehityksellistä uhkaa, tulee se hoitaa niin, että lapsi tuntee olonsa turvalliseksi eikä joudu kärsimään siitä. Vanhempien käsiapalo on vauvan rauhoittamis- ja kivunlievityskeino, joka perustuu kosketukseen. (Axelin 2008, 25.) Se antaa vanhemmille aktiivisen kivunlievittäjän roolin (Axelin ym. 2009, 12). Vanhempien on helppo tarjota sitä lapselleen kivuliaiden toimenpiteiden, kuten kantapääpiston, teippien poiston tai hengitysteiden imemisen yhteydessä (Axelin 2008, 25-26).

Ennen käsiapalon toteutusta tulee huolehtia, että vanhempien kädet ovat lämpimät. Lapsi ohjataan ja tuetaan sikiöasentoon rauhallisesti käsien avulla. (Axe-

lin 2008, 26; Axelin 2009, 12.) Lapsen kädet ja jalat ovat siis lähellä keskivartaloa. Lapsen tulisi maata kyljellään tai selällään. (Axelin 2006, 29.) Suoraa ihocontactia tulisi olla mahdollisimman paljon. Käsikapalon lisäksi vanhemmat voivat puhua vauvalleen rauhallisesti, sillä se kertoo lapselle, että vanhemmat ovat läsnä ja hänen turvanaan. Lasta tulee pitää tiiviissä kapalossa koko kivuliaan toimenpiteen ajan ja niin kauan sen jälkeen, että hän on rauhallinen. Tämän jälkeen kädet voidaan irrottaa hitaasti lapsen ympäriltä. (Axelin 2008, 26.)

Hoidon vaikutuksen uskotaan perustuvan lapsen kehonhallintaa ja turvallisuutta parantavaan sikiöasentoon sekä ihokosketukseen, joka lisää parasympaattista aktiivisuutta ja näin rauhoittaa lasta. (Axelin ym. 2009, 12.) Parasympaattisen ärsyksen vaikutuksesta muun muassa sydämen syke hidastuu ja hengitystiheys pienenee (Bjålie ym. 2008, 84-92). Sairaalan henkilökunnan tulisi tarjota vanhemmille mahdollisuutta käsikapalointiin, sillä he eivät useinkaan osaa itse sitä ehdottaa vieraassa ympäristössä oltaessa (Axelin 2008, 26).

Käsikapalon tehoa keskosen kivunlievittäjänä on tutkittu Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen, Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Keski-Suomen keskussairaalan välisessä yhteistyössä. Tutkimusjoukon muodostivat keskoslapsen (n=20), postnataali-ikänsä 28-32 raskausviikkoa. Tutkimushetkellä keskokset tarvitsivat jatkuvaa nasaali CPAP-hoitoa ja heiltä otettiin verinäytteitä säännöllisesti. Kipua arvioitiin Premature In Pain Profile (PIPP) kipumittarilla. Lasten kipua hoidettiin vanhempien käsikapalolla, suuhun annettavalla glukosiliuksella, suonensisäisellä oksikodonilla ja plasebolla (lumelääke eli tässä tutkimuksessa suuhun annettava steriili vesi). Vanhempien käsikapalon oli tässä tutkimuksessa tehokas yhtä hyvä, kuin tämän hetkinen paras näyttöön perustuva kivunhoito eli suuhun annettava glukosiliuos. Käsikapalon etuna ovat kuitenkin vähäisemmät sivuvaikutukset verrattuna glukosiliukseen sekä vanhempien mahdollisuus osallistua keskosensa kivunhoitoon. (Axelin ym. 2009, 12-14.) Tutkimuksen perusteella vanhempien käsikapaloa voidaan suositella lyhytaikaisen toimenkivun lievitykseen keskoslasten hoidossa. Menetelmä on tehokas ja lyhytaikaisten sivuvaikutusten ansiosta turvallinen. Lisäksi käsikapalo mahdollistaa aikaisempaa paremmin vanhempien, lapsen ensisijaisten hoivaajien, osallistumisen kivuliaisiin ja lapsen hyvinvointia uhkaaviin tilanteisiin. (Axelin ym. 2009, 14.)

Vanhempien mielipiteitä käsikapalosta ja aktiivisesta osallistumisesta oman lapsen kivun hoitoon on myös arvioitu. Axelinin, Salanterän ja Lehtosen (2006) tutkimuksessa oli mukana kolme isää ja 17 äitiä, keski-ikältään 28-vuotiaita. Vanhemmista 95 % piti parempana aktiivista osallistumista oman lapsen kivunhoitoon verrattuna passiiviseen seuraamiseen. Osa vanhemmista koki olonsa kuitenkin epämukaviksi näissä tilanteissa, mutta halusivat silti osallistua ja auttaa lastaan kivuliaan toimenpiteen aikana. Vanhempien mielestä lapset olivat käsikapaloa käytettäessä rauhallisempia, vähemmän kivuliaita, tunsivat enemmän turvaa ja rauhoittuivat nopeampaa. Käsikapalo-menetelmä auttaa keskosien lisäksi myös vanhempia; vanhemmat selviävät paremmin oman stressinsä kanssa. (Axelin, Salanterä, & Lehtonen 2006, 241-247.)

Hellä kosketus

Menetelmässä on samoja elementtejä kuin käsikapalossa, mutta tilanteeseen ei liity kipua ja kosketusta tarjotaan lapselle pidemmän aikaa. Sitä voidaan pitää niin sanottuna esikenguruhoitona. (Axelin 2008, 26.)

Vanhemmat voivat pitää käsiään tiiviisti lapsen ympärillä 15 minuutin ajan esimerkiksi hoitojen jälkeen, kun lapsi saa ruokaa. Kosketuksen avulla lapsi rauhoittuu ja nukahtaa syvään uneen. Kun lapsi nukkuu rauhassa ja näyttää tyytyväiseltä, on vanhempienkin helpompi jättää osasto. Lisäksi hellän kosketuksen käyttö tukee kenguruhoitoa. (Axelin 2008, 26.)

Keinuttelu

Rauhoittavaa ja lohduttavaa keinuttelua käytetään usein lohdutusmenetelmänä kivuliaan toimenpiteen jälkeen. Keinuttelu vähentää vastasyntyneen itkua kantapääverinäytteenoton jälkeen. (Axelin 2006, 28.) Tehohoidossa olevan lapsen keinuttelussa voidaan käyttää apukeinona vesipatjaa (Haapio ym. 2000, 158).

Puhe ja musiikki

Keskosen lääkkeettömään kivunlievitykseen sisältyy myös verbaalinen puoli, jonka avulla voidaan välittää ymmärrystä lapselle (Korhonen 1996, 186). Kaikki lapset tarvitsevat ääniä kehittyäkseen, minkä vuoksi heidän hoidossaan hyödynnetään lapselle tuttuja ääniä. Äänien tarjoamisen tarkoituksena on lisätä turvallisuuden tunnetta, vähentää stressiä ja tukea lapsen kehitystä. (Korhonen 1999, 70.) Puhe on keskoselle myös tärkeä vuorovaikutuksen rakentaja (Virtanen 2008, 12). Lisäksi vauvalle puhuminen ja laulaminen kehittävät hänen kuulojärjestelmäänsä (Huotilainen 2008, 8). Puheen ja musiikin avulla voidaan siis vähentää lapsen stressiä ja siten ennaltaehkäistä ja lieventää lapsen kipua.

Sikiön kuulojärjestelmä kehittyy toimimaan noin raskauden puolivälistä alkaen ja tieto äänistä kulkee aivokuorelle raskauden viimeisen kolmanneksen aikana (Huotilainen 2008, 8). Lapsi kuulee sikiöaikana kohtuun äidin ja isän äänet. Vanhempien tuttujen äänien kuuleminen tehohoidon aikana antaa vauvalle jatkuvuuden ja tuttuuden tunnetta. Niitä tulisi tarjota lapselle hallitusti hänen viireystilojensa mukaan. (Korhonen 1999, 70, 156.) Keskonen pystyy erottamaan vanhemman puheen äänenpainot ja rytmin. Niiden kautta lapsi pystyy aistiin, että hänen pahaa oloaan ja kipuaan halutaan lievittää. (Korhonen 1996, 186.) Rauhallisella ja tutulla puhe- tai lauluäänellä yhdistettynä tuttuihin kasvoihin on turvallisuutta tuova vaikutus (Haapio ym. 2000, 158). Rauhalliseen puheeseen voidaan yhdistää myös lapsen kevyt hierominen tai taputtelu, sillä se tukee suullista viestiä kosketuksen kautta (Korhonen 1996, 186).

Vastasyntyneelle vauvalle puheella ja laululla on hyvin vähän eroa. Vauvalle puhuttaessa käytetään korkeaa äänialaa, laajaa vaihtelua äänenkorkeuksissa ja paljon toistoa. Puhe muistuttaa paljon laulua, ja vauva kuuntelee sellaista puhetta mielellään. Vauva analysoi puheesta tarkimmin sen melodiasia. (Huotilainen 2008, 8.)

Musiikkia voidaan käyttää myös lapsen rauhoittamiseen. Harmonisen musiikin, jossa on rauhallinen rytmia ja pehmeitä ääniä, on todettu rentouttavan lasta. Lapsen rauhoittamisessa voidaan käyttää myös kohdun ääniä imitoivaa musiikkia. (Haapio ym. 2000, 158.) Vauva nauttii myös melodisista äänistä. Keskonen musiikkiterapiaa on tutkittu ja toteutettu maailmalla jo yli 20 vuoden ajan. Musiikki vaimentaa tehohoitoympäristön äänimaailmaa, johon sisältyy keskosel-

le stressiä aiheuttavia piippauksia ja hälytyksiä. Keskosen musiikkiterapian tavoitteena on tukea ja edistää lapsen kehitystä ja kasvua. (Virtanen 2008, 12.)

Seinäjoen keskussairaalan vauvateholla musiikkiterapiaa toteutetaan siten, että lapsille soitetaan vanhempien tekemää äänitettä. Äänite on kestoaltaan noin 20 minuuttia, ja se voi sisältää vanhempien ja sisarusten puhetta sekä musiikkia. Sitä soitetaan päiväsaikaan hoitojen jälkeen, kun vanhemmat eivät ole paikalla. Musiikkiterapia ei korvaa vanhempien läsnäoloa, mutta toimii tukena silloin, kun vanhemmilla ei ole mahdollisuutta olla lapsensa luona. (Virtanen 2008, 12-13.)

Asentohoito

Asennolla on suuri merkitys rentoutumisessa (Arasola ym. 2009, 419). Hoito-toimenpiteiden jälkeen on tärkeää rauhoittaa ja lohduttaa lasta sekä auttaa hänet mukavaan ja rentoon asentoon (Haapio ym. 2000, 155). Asentohoitoon kuuluu myös säännöllinen asennon muuttaminen, sillä pitkäaikaisella liikkumattomuudella on epätoivottavia vaikutuksia keskoseen. Liikkumattomuus voi lisätä niskan vetoa taaksepäin, hartioden sisäänpäin vetäytymistä tai loitontumista, vartalon kaarelle vetoa ja sammakkoasentoa. Näillä seikoilla on vaikutusta silmän ja käden koordinaation kehittymiseen, pään hallintaan, ryömimiseen, kävelmiseen, tasapainon kehittymiseen sekä kognitiiviseen kehittymiseen. (Puiras-Finne, Vänni, Hopela 2009, 9.)

Vastasyntyneellä on usein taipumus hakeutua koukkuasentoon (fleksioon), sillä hän on tottunut kyseiseen asentoon kohdussa. Hoitotyössä lapsi tuetaan, sekä levossa että hoitojen aikana, koukkuasentoon. Koukkuasennossa kädet ovat symmetrisesti koukussa lähellä vartaloa, niin sanotusti keskiviivassa, ja jalat ovat koukussa vatsaa vasten. Lasta voidaan makuuttaa myös vatsallaan tai kyljellään. Selkäasento on huonoin, sillä siinä koukkuasennon säilyttäminen on hankalaa. Jos lapsi halutaan selkäasentoon, kohotetaan hänen lantionsa hie-man ylöspäin ja asetetaan hänen jalkansa koukistettuina vatsan päälle. Täytyy kuitenkin huomioida, etteivät lapsen lonkat ole auki, niin sanotussa sammakkoasennossa. (Arasola ym. 2009, 419; Haapio ym. 2000, 155.) Lapsen ollessa selällään pää on tuettava keskiviivaan, koska pään ollessa voimakkaasti sivulle käännettynä voidaan aiheuttaa mekaaninen tukos aivojen laskimopaluuseen.

Laskimopaluun huonontuminen taas voi vaikuttaa aivoverenvuotojen syntymiseen. (Puiras-Finne ym. 2009, 9.)

Tavoitteena on saada lapsi asentoon, jossa hänellä on mahdollisimman rento olo (Arasola ym. 2009, 419). Keskosen rentouttaminen vähentää ahdistusta ja stressiä sekä luurankolihashen jäykkyyttä lieventäen samalla kipukokemusta. Rentoutumiseen liittyy myös fysiologisia etuja esimerkiksi hengitysfrekvenssin harveneminen ja hapetuksen parantuminen sekä unen lisääntyminen. (Korhonen 1996, 186.) Asentohoidossa voidaan käyttää apuna erilaisia pehmeitä tukirullia, peitteitä ja liinoja (Arasola ym. 2009, 419). Esimerkiksi jalkapohjien tukeminen tukirullaa vasten on hyväksi lapsen kehitykselle ja useimmiten myös rauhoittaa lasta (Haapio ym. 2000, 156). Lapsen tukeminen kohtumaiseen asentoon parantaa hengitystä, kaasujen vaihtoa, keuhkojen mekaniikkaa ja volyyimia. Lisäksi se vähentää sydämen sykkeen vaihtelua ja vähentää energian kulutusta. (Puiras-Finne ym. 2009, 9.)

Kenguruhoito

Kenguruhoito on saanut nimityksensä kenguruemon tavasta hoitaa kehittymättömänä syntynyttä poikastaan. Emo kantaa poikastaan pussissaan, joka tarjoaa poikaselle lämpöä, ravintoa ja emon läheisyyttä. Kenguruhoitoa kutsutaan myös iho-ihoa vasten –kontaktiksi. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.)

Idea kenguruhoidosta on lähtöisin Kolumbian Bogotasta, jossa hoitomuoto aloitettiin vuonna 1979. Tällöin vastasyntyneiden ja erityisesti keskosten kuolleisuus oli siellä erittäin suuri. Alkeelliset sairaalaolot sekä työtilojen ja työvälineiden puute edistivät infektioiden leviämistä. Lisäksi vanhemmat hylkäsivät lapsiaan sairaalaan. Kun kenguruhoito otettiin käyttöön, kuolleisuus- ja hylkäämisluvut laskivat huomattavasti. Tieto Bogotan hyvistä hoitotuloksista herätti länsimaiden kiinnostuksen kenguruhoitoa kohtaan. Lontoon Hammersmithin sairaala oli ensimmäisiä, joissa kenguruhoito otettiin käyttöön korkeatasoisen tehohoidon rinnalle. Nykyään kenguruhoitoa toteutetaan useilla vastasyntyneiden teho-osastoilla ympäri maailman. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.)

Kenguruhoidon toteuttaminen on yksinkertaista. Vanhemmalle tarvitaan tuoli, joka mahdollistaa rennon puoli-istuvan asennon ja mahdollisesti tyynyjä. Van-

hemman vaatetuksen tulee olla väljä ja edestä avattava. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.) Vauvalla tulee olla yllään vain vaippa ja mahdollisesti myssy. Kenguruhoitossa vauva laitetaan äidin tai isän paljaalle rinnalle. (Arasola ym. 2009, 421.) Ensimmäisillä kerroilla, ja pidempäänkin, jos lapsella on seurantalaitteita ja kanyyleja, hoitaja auttaa lapsen rinnalle kenguruhoitoon (Tuomikoski-Koiranen 2000, 54). Lapsen jäähtymisen estämiseksi vanhemman paita napitetaan kiinni, jolloin lapsi ja vanhempi lämmittävät toinen toistaan (Arasola ym. 2009, 421). Vauvan tulee levätä vanhemman rintaa vasten pystyasennossa, hieman kippurassa ja pää sivulle taipuneena (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53-54). Pään tulee olla hieman taaksepäin kallistuneena, jotta hengitys sujuu ongelmitta. Asennon tukemiseen voidaan käyttää esimerkiksi kantoliinaa tai kenguruhoitoon tarkoitettua toppia. Lapsen hyvään asentoon ja asennon tukemiseen kannattaa kiinnittää huomiota, sillä keskosella ei ole voimia kannatella itseään. Kenguruhoiton tulisi kestää kerrallaan vähintään tunnista puoleentoista, sillä paikasta toiseen siirtäminen on keskoselle raskasta. Lapsen tulisi saada olla vanhempiensa kanssa ihokontaktissa mahdollisimman paljon. (Koskinen 2008, 137-138.)

Kenguruhoitossa oleva lapsi pääsee myös tutustumaan äidin rintaan. Vauvan alkaessa hamuilla voidaan hänet nostaa äidin rinnalle niin, että suu on nännin kohdalla. Näin vauva pääsee haistelemaan ja mahdollisesti nuoleskelemaan maitopisaraa nänninpäästä. Keskosta voidaan pitää tässä asennossa myös silloin, kun ruokaa annetaan nenämaha-letkulla. Tämän avulla lapsi oppii yhdistämään äidin rinnan tuoksun ja maidon maun kylläisyyden tunteeseen. (Koskinen 2008, 138.)

Rauhallinen ympäristö olisi toivottavaa, mutta sellaisen järjestäminen teho-osastolla voi kuitenkin olla hankalaa. Hoitajan vastuulla on kuitenkin toteuttaa tilanne, jossa vanhempi ja vauva pystyvät keskittymään vain toisiinsa ja tuntevat olonsa turvallisiksi ja hyväksi. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53-54.)

Kenguruhoitolla on useita suotuisia vaikutuksia lapseen. Vanhemman läheisyys luo lapselle lohtua ja turvaa (Arasola ym. 2009, 421). Vauva kuulee tutut sydänäänet, tutun puheäänien ja tuntee vanhempansa tutun tuoksun (Arasola ym. 2009, 421; Tuomikoski-Koiranen 2000, 53). Lisäksi lapsi tuntee kosketuksen koko ihollaan, mikä on hyvin merkityksellistä, sillä iho on vastasyntyneen tärkein

aistieliin. Lapsi saa kenguruhoidossa kehityksensä kannalta tärkeitä fyysisiä, psyykkisiä ja emotionaalisia kokemuksia. Tutkimuksetkin ovat osoittaneen kenguruhoidon tehokkuuden. Niiden mukaan kenguruhoitoa saaneet lapset nukkuvat verokkejaan enemmän syvää ja rauhallista unta. Lisäksi heillä on pidempiä virkeitä jaksoja. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.) Kenguruhoito myös nopeuttaa fysiologisten rytmien löytymistä: tasaa hengitystä, sydämensykeä ja ruumiinlämpöä, sekä nopeuttaa lasten painonnousua (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53; Mäkelä 2005, 1545). Painon nousu ja fysiologinen tasapaino ovat keskeisiä tekijöitä keskosvauvan kotiutuksessa, joten kenguruhoidolla on myös merkittävä terveystaloudellinen vaikutus (Mäkelä 2005, 1545). Kenguruhoitoa hyödynnetään myös kivunlievityksessä. Esimerkiksi ennen kantapääpistoa lapsen tulisi olla vanhemman rinnalla kengurussa 15-30 minuuttia. Kivunlievitys on tällöin merkittävää erityisesti isommilla keskosilla, rv 32-36 ikäisillä, mutta nuoremmilla keskosilla tämä yksistään ei riitä kivunlievitykseksi, vaan lisäksi voidaan käyttää muita menetelmiä. (Axelin 2009, 26.)

Kenguruhoidolla on myös positiivisia vaikutuksia vanhempiin. He saavat hoidon avulla tyydytyksen tunnetta, koska voivat tehdä jotakin konkreettisesti. He pääsevät tuottamaan lapselleen turvallista ja hyvää oloa, vahvistamaan vanhempi-lapsi -suhdetta ja lisäämään äitiyden ja isyyden kokemusta. Kenguruhoito tehostaa usein myös äidinmaidon herumista. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.) Lisäksi kenguruhoito edistää imetystä; äiti havaitsee helpommin vauvan vaihteistakin ilmaiseman imemishalukkuuden, mikä lisää imetysten määrää (Koskinen 2008, 138). Tutkimusten mukaan äitien kokema stressi ja pelko teho-osastosta vähenivät kenguruhoidon myötä. Lisäksi kenguruhoitoa toteuttaneet vanhemmat ovat valmiita ottamaan lapsen kotiin aikaisemmin verrattuna muihin vanhempiin. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.)

Tuomikoski-Koiranen työskentelee sairaanhoitajana Turun Yliopistollisen Keskussairaalan (TYKS) vastasyntyneiden teho-osastolla. Hänen mukaansa kenguruhoito voidaan aloittaa, kun lapsen vointi on riittävän tasainen. TYKS:n vastasyntyneiden teho-osastolla keskonen pääsee kenguruhoitoon noin parin päivän sisällä hengityskoneesta eroon pääsyn jälkeen. Kenguruhoidon toteuttaminen hengityskoneessa olevilla keskosilla ei ole mahdollista henkilökunnan määrän rajallisuuden vuoksi. Lapsi voi päästä kuitenkin syliin, vaikka olisikin hengi-

tyskoneessa. Keskonen, joka ei tarvitse tukea hengittämiseen, pääsee kenguruhoitoon heti, kun äidin vointi sen sallii. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 53.)

Maailmalla monet tutkijat suosittelevat kenguruhoidon aloittamista mahdollisimman varhain, jotta lapsen ja vanhemman erokokemus jäisi mahdollisimman lyhyeksi. Tutkijoiden mukaan lapsen epävakaa tila ja hengityskone eivät tulisi olla este kenguruhoidolle. (Tuomikoski-Koiranen 2000, 54.)

Sokeriliuokset

Suuhun annettava glukoosi- tai sakkaroosiliuos on turvallisin, tehokkain ja tutkituin yksittäinen hoitotyön kivunlievitysmenetelmä (Axelin 2006, 28). 30-prosenttisella glukoosilla voidaan lievittää lapsen lyhytkestoista näytteenottokipua. Kivunlievitys välittyy endogeenisten opioidireseptorien kautta. (Fellman 2007, 134.) Glukoosiliuoksen on todettu vähentävän itkun kestoa ja voimakkuutta sekä kivusta ilmaisevia kasvonliikkeitä ja alentavan pulssitasoa (Arasola ym. 2009, 419).

Suuhun annettavan glukoosiliuoksen tehokkuutta keskonen kivunlievittäjänä on tutkittu yhdessä vanhempien käsikapalon ja suonensisäisen oksikodonin kanssa. Glukoosiliuoksen todettiin lieventävän kipua kantapääpiston ja hengitysteiden imemisen aikana. Sen käyttöön liittyi kuitenkin käsikapaloon ja oksikodoniin verrattuna huomattavasti enemmän lyhytaikaisia sivuvaikutuksia, kuten happisaturaation laskua ($\text{SatO}_2 < 85$) ja/tai sydämen sykkeen laskua ($\text{syke} < 100$). (Axelin ym. 2009, 12-13.)

Sokeriliuoksia käytetään kivunlievittäjinä ennen pieniä toimenpiteitä esimerkiksi suonikanyylin laittoa tai verinäytteen ottoa. Niitä suositellaan käytettäväksi yli 28. gestaatioviikolla syntyneille lapsille. Sokeriliuosta ei kuitenkaan suositella lapsille, jotka kärsivät sokeritasapainon ongelmista, alle 1000 grammaa painaville keskosille, kriittisesti sairaille tehohoitopotilaille, huumeäitien lapsille (kipua vähentävä vaikutus välittyy opioidireseptorien kautta) eikä suolen vetovaikeuksista kärsiville lapsille, joilla on nekrotisoivan enterokoliitin vaara. Nekrotisoiva enterokoliitti on tehohoidossa olevilla, hyvin ennenaikaisilla lapsilla esiintyvä vakava suolistosairaus, jonka taustalla on muun muassa vähentynyt suoliston

verenkierto ja tulehdus. Jos tila etenee pahaksi, suoli voi mennä kuolioon. (Arasola ym. 2009, 419; Fellman 2007, 127.)

Huoneenlämpöistä glukoosiliuosta annetaan lapsen suuhun tutin tai ruiskun avulla (Arasola ym. 2009, 419). Tehokkainta on antaa sokerivesi kaksi minuuttia ennen toimenpidettä vauvan kielen etuosaan, vaikkakin aspiraatiovaaran takia suositeltavinta on annostella liuos suun sivuosaan (Gaspardo, Linhares & Martinez 2005, 437, 440). Sitä voidaan antaa myös uudelleen juuri ennen toimenpidettä (Axelin 2006, 28). Liuoksen antamisessa tulee huomioida lapsen koko, sillä liian suuri määrä voi aiheuttaa muun muassa hengityskatkoksia, oksentelua, pulauttelua tai aspiraation. Kipua lievittävä vaikutus ei ole riippuvainen annoksen suuruudesta. (Arasola ym. 2009, 419.) Axelinin mukaan tehokkaan sokeriannoksen määrä on vaihdellut tutkimuksissa, joten optimaalista annoskokoa ei niiden pohjalta pystytä sanomaan. Suositus vuonna 2006 oli 0,012 -0,12 grammaa sakkaroosia eli 0,05-0,5 ml 24% liuosta. (Axelin 2006, 28.) Axelin käsittelee artikkelissaan pääasiassa terveitä vastasyntyneitä, joten määrä voi keskosille olla eri. Fellmanin (2006) mukaan ennenaikaisille lapsille 30 % glukoosin suositusmäärä kivunlievityksessä on 1 ml ennen toimenpidettä (Fellman 2006, 26). Hyvin pienillä keskosilla annostelun varovaisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta lapsen hengitys ei häiriinny liuoksen nielemisestä (Axelin ym. 2009, 13). Suuhun annettavan sokeriliuoksen tehokkuutta voidaan lisätä, kun käytetään lisänä muita hoitotyön kivunlievitysmenetelmiä, kuten tuttia. Tällöin kivunlievitys on varmemmin taattu. (Axelin 2006, 28.)

Suomalaisissa sairaaloissa glukoosiliuosta on helpommin saatavilla, kuin sakkaroosiliuosta. Tämän vuoksi esimerkiksi 20% tai 30% glukoosiliuoksen käyttäminen on meillä perusteltua. (Axelin 2006, 28.)

Jalan lämmitys ennen verikoetta

Valtimokanyyleista huolimatta keskosista joudutaan ottamaan myös kipua tuottavia ihopistos- ja suoninäytteitä. Tavallisimmin otetaan verinäyte kantapäästä, johon ei valitettavasti voida käyttää paikallispuudutteita kuten esimerkiksi kyynärtaipeen laskimosta näytteitä otettaessa. Kantapäänäytteenotto on kivulias

toimenpide, sillä jalkapohjassa on paljon tuntohermoja ja näytteen ottoon liittyy voimakas kantapään puristusvaihe. (Arasola ym. 2009, 420.)

Kantapäiden vaurioiden ehkäisemiseksi ja näytteenoton helpottamiseksi kantapää tulee lämmittää ennen näytteenottoa (Arasola ym. 2009, 420). Kun kantapää on lämmitetty, ja lapsi on rento eikä vastusta näytteenottoa, saadaan parhaiten hyvälaatuinen ihopistosnäyte (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010). Lämpö vilkastuttaa kantapään verenkiertoa, minkä vuoksi tarvittava verimäärä saadaan helpommin eikä jalkaa tarvitse puristaa voimakkaasti (Arasola ym. 2009, 420).

Kantapään lämmittäminen voidaan toteuttaa esimerkiksi lämpimällä +37C vedellä täytetyn pussin tai lämpimän geelipussin avulla (Arasola ym. 2009, 420). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laboratorion sivuilla ohjeistetaan, että keskosilla käytetään lämpöpussissa +39C lämpötilaa. Lämmintä pussia painetaan näytteenottokohdan lähialueen ihoa vasten 10-15 minuutin ajan näytteenottohetkeen saakka. Kantapään ja pussin väliin voidaan laittaa ohut kangas esimerkiksi potkuhousut, pyyhe tai lakana. Veden lämpötila tulisi olla oikea, jotta vältetään palovammat tai tehoton lämmitys. Tarvittaessa veden lämpötila voidaan tarkistaa mittaamalla. Jos lämmittämiseen käytetään monikäyttöisiä geelipusseja, tulisi hygieniassa oltava tarkka. Lämmin keskoskaappi on hyvä kasvualusta mikrobeille, joten sinne ei tulisi viedä mitään monikäyttöisiä tavaroita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Oksasen ja Salanterän tutkimuksen mukaan kantapään lämmittämällä ei ollut yhteyttä lapsen kipuun (Oksanen & Salanterä 2002, 237). Tutkimustuloksista huolimatta laboratoriohoitajat kokevat kantapään lämmityksen olevan hyödyllistä. Kun kantapää on lämmin, sitä ei tarvitse puristaa niin lujaa verinäytteen saamiseksi. (Axelin 2006, 28.)

Vaikka kantapään lämmityksestä vauvan kipukokemuksen pienenemiseen ei ole tieteellistä näyttöä, toimenpide ei varmasti ole täysin hyödytön. Vauvat alkavat usein itkemään jo silloin, kun laboratoriohoitaja ottaa jalasta kiinni pistämistä varten, sillä vauva tuntee epämukavana asiana jalan paikallaan pitämisen. Tästä voidaan päätellä, että kantapään puristaminen aiheuttaa vauvalle toden näköisesti myös epämukavan olon. Lisäksi voidaan päätellä, että lämmitetyn kantapään vilkas verenkierto vähentää pistojen toistamista, sillä verinäyte tulee

helpommin näyteputkeen. Kantapään lämmittämällä voidaan siis mahdollisesti lievittää ainakin vauvan epämukavaa oloa, sekä vähentää pistokertojen määrää.

Vaatteet, peittely ja kapalointi

Lapsia voidaan pukea teho-osastolla, kun huomioidaan hoidon vaatimukset. Alkuvaiheessa saatetaan käyttää vain myssyä ja sukkia, mutta lapsen voinnin parantuessa vaatteita voidaan lisätä. Vaatteita ei voida käyttää, jos lapsi on sinivalohoidossa, sillä valon tulee kohdistua paljaalle iholle. Keskoskaapissa olevan vauvan puettamisessa tulee huomioida kaapin lämpö ja kosteus. Niitä pitää tällöin vähentää, jotta vältetään ihon hautumiselta ja sen myötä ihon infektioiden syntymiseltä. (Arasola ym. 2009, 419.)

Vaatteiden ja peitteiden avulla saadaan lapselle turvallisempi olo (Haapio ym. 2000, 156). Peitteiden avulla lapsen ympärille voidaan rakentaa pesä, joka rauhoittaa ja luo lapselle turvaa (Korhonen 1999, 57). Vaatteiden ompelu antaa myös läheisille mahdollisuuden osallistua lapsen hoitoon. Vaatteilla ja peitteillä voidaan korostaa lapsen yksilöllisyyttä. Lisäksi niillä on psykologinen merkitys lapsen vanhemmille. (Arasola ym. 2009, 419.)

Vauva voidaan lakanan avulla kääriä kapaloon. Kapalo rauhoittaa lasta ja saa hänet nukkumaan paremmin ja pidempiä aikoja. Tiivis kapalo muistuttaa tuttua ja luonnollista oloa kohdussa. Kapalo vähentää säpsähdysrefleksiä, joka voi usein herättää vauvan. Se auttaa lasta myös pysymään paremmin lämpimänä. (Kapaloitinkäsikirja 2010).

Pehmeä hoito

Keskosten tehohoidossa on alettu suosia ”pehmeää” hoitoteknologiaa, joka tukee keskosen kehitystä. Periaatteena hoidossa on, että olosuhteet muokataan mahdollisimman samankaltaisiksi, kuin kohdussa. Keskoskaapit peitetään peitolla, jotta voidaan välttää turhia ärsykeitä, kuten valoa ja ääniä. Keskosen normaalia vuorokausirytmää pyritään jäljittelemään säätelemään valon määrää suojapeittojen ja valohimmentimien avulla. Osaston melutaso pyritään pitämään

mahdollisimman matalana. Lapsen turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä rakentamalla ”pesä” hänen ympärilleen esimerkiksi tukirullien avulla, jotka korvaavat puuttuvia kohdun seinämiä. Keskosen asentohoidossa huomioidaan mahdollisimman hyvin hänen kehitysasteensa. (Arasola ym. 2009, 403.) Pehmeä hoito on hyvä tapa ennaltaehkäistä ja vähentää keskosen kokemaa ylimääräistä stressiä ja epämukavaa oloa, mikä on tärkeä osa keskosen kivun hoitoa.

Säästävä hoito

Säästävän hoidon keskeinen ajatus on, että lasta rasitetaan mahdollisimman vähän. Tavoitteena on tarjota vauvalle riittävästi yhtäjaksoisia uni- ja lepojaksoja. Sairasta vastasyntynyttä on hoidettava hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan, unohtaen ”kellon mukaan” toteutettavat hoidot. Tällä voidaan välttää sekä yli- että alihoitaminen. Vanhempia tulee ohjata toimimaan tavalla, joka vastaa parhaiten heidän vauvansa tarpeita. (Arasola ym. 2009, 418.)

Lasta tulee hoitaa suunnitelmallisesti, jotta hän rasittuisi mahdollisimman vähän. Esimerkiksi kaikki hoitovälineet tulee olla haettuna valmiiksi paikanpäälle, ennen kuin keskoskaapin luukkuja avataan ensimmäistäkään kertaa. Toimenpiteen jälkeen on huolehdittava, että lapselle jää mahdollisuus toipua toimenpiteestä ja levätä ennen seuraavia hoitotoimenpiteitä. Säästävään hoitoon kuuluu myös osaston yhtenäiset toimintatavat ja hoitoympäristön rauhoittaminen. (Arasola ym. 2009, 418.) Edellytys onnistuneelle säästävälle hoidolle on toimiva yhteistyö koko hoitotiimin kesken, mukaan lukien vanhemmat (Haapio ym. 2000, 155).

Vastasyntyneistä keskoset sietävät kaikenlaisia ärsykejä huonommin, kuin täysiaikaiset lapset. Lisäksi heidän voimavaransa ovat niukat. (Arasola ym. 2009, 417.) Keskosten hoidossa olisi siis tärkeää suosia säästävää hoitoa. Kun keskosta rasitetaan mahdollisimman vähän, jää hänellä voimavaroja kasvuun ja kehitykseen. Säästävän hoidon avulla voidaan siis ennaltaehkäistä keskosen ylimääräistä rasittumista, ja sen avulla vähentää varmasti myös lapsen kokemaa stressiä ja epämukavuutta. Säästävä hoito voidaan nähdä siis kivun ennaltaehkäisevänä keinona.

Keskoset ovat hyvin haavoittuvaisia; hermosto on vielä kehittymässä ja iho on paperimaisen ohutta. Tämä on syytä muistaa, kun heitä hoidetaan. Teippien käytössä tulee käyttää harkintaa, sillä sen irrottaminen aiheuttaa kipua ja jopa ihovaurioita. Kuitenkin, esimerkiksi mahdollinen hengityspannake täytyy kiinnittää huolella, sillä putken jatkuva liikkuminen trakeassa tuntuu epämiellyttävältä ja voi aiheuttaa limakalvovaurioita. Teipin poistamista helpottaa esimerkiksi öljy tai keinoihon laittaminen lapsen iholle ennen teippien kiinnittämistä. Nenäylipainetta käytettäessä tulee olla pitää huoli, ettei keskoselle aiheudu painumavaurioita nenään ja poskiin. Nämä voidaan ehkäistä esimerkiksi valitsemalla oikeankokoinen myssy ja nenäkappale, sekä vuorottelemalla nenäkappaleen ja maskin käyttöä intervalliluonteisesti. (Arasola ym. 2009, 420.)

Vastasyntyneen omat lohdutuskeinot: tarttuminen ja imeminen

Vastasyntynyt lohduttautuu ja hakee itselleen turvaa omilla keinoillaan, tarttumalla ja imemisellä. Lapsen asennon tulee olla sellainen, että hän voi halutessaan imeä nyrkkiään tai tarttua kädellään johonkin. Lapsen lähelle voidaan asettaa esimerkiksi pumpulirulla tarttumista varten. Raajat on hyvä olla symmetrisesti ja niin, että ainakin toinen käsi ylettyy suuhun. (Haapio ym. 2000, 156.)

Vastasyntyneen luonnolliseen imemistarpeeseen voidaan vastata tarjoamalla huvituttia esimerkiksi pitkäaikaisen suonensisäisen tai nenä-mahaletkuruokinnan aikana. Toimenpiteiden aikana lapselle voidaan tarjota (glukoosiliuokseen kostutettua) tuttia lieventämään epämiellyttäviä tuntemuksia. (Arasola ym. 2009, 421.) Huvitutin on useissa tutkimuksissa todettu vähentävän epämiellyttävyyttä kivuliaiden toimenpiteiden yhteydessä. Sen käyttö on erityisen perusteltua äidistään erotetun sairaan vastasyntyneen lohdutuksessa. (Haapio ym. 2000, 156.)

Keskosille on olemassa omia, pienempiä tutteja. Keskosilla tutin imeminen parantaa suoliston aaltomaista liikettä ja painon nousua. Tämä on seurausta siitä, että imeminen ilmeisesti stimuloi ruoansulatuskanavan hormoneja. Imemisellä on myös suoliston verenkiertoa edistävä vaikutus. (Sirviö 2009.)

Tutin imeminen on vastasyntyneiden yleinen lohduttautumis- ja rauhoittelukeino. Vastasyntyneillä kantapääverinäytteenotosta aiheutuvaa kipua tutti vähen-

tää merkittävästi. Tutin imemisen seurauksena lapset usein nukahtavat. (Axelin 2006, 28.) Kahden viikon ikäisillä lapsilla tutin on todettu vähentävän itkua huomattavasti enemmän kuin kapalo otettaessa kantapääverinäytettä (Axelin 2006, 28). Tuttia ei kuitenkaan käytetä kaikissa synnytyssaleissa tai lapsivuodeosastoilla. Näissä tapauksissa vauva voi imeä äidin rintaa tutin sijasta kantapääverinäytteenoton ajan, jos se vain sopii äidille. (Axelin 2006, 28.) Imettämistä voidaan varmasti hyödyntää myös keskosen kivunhoidossa, mikäli hänen vointinsa sen sallii.

4.4 Vanhemmat lääkkeettömän kivunhoidon toteuttajina

Synnytyksen jälkeinen aika on vanhemmille hyvin herkkää ja tunteikasta aikaa. He kokevat oman lapsensa kärsimän kivun erittäin ahdistavana asiana. Vanhemmat ovat valmistautumattomia lapsen kokemaan kipuun. Se saa vanhemmissa aikaan erilaisia tunteita: surua, pelkoa, avuttomuutta ja syyllisyyttä. Lapsen kipu aiheuttaa vanhemmissa myös psykologista stressiä ja ahdistusta. Vanhemmat kokevat itsensä tällaisissa tilanteissa kykenemättömäksi toteuttamaan vanhemman suojelevaa roolia. Vanhempien mielestä lapsen kivun aiheuttamaa stressiä helpottavat henkilökunnan tuki, osallistuminen kivunhoitoon ja tieto asiasta. (Axelin 2006, 27.)

Lapsen kivuttomuus on yksi mittari vanhempien mielestä kuvaamaan onnistunutta hoitoa. Lapsen kivun hoito on myös tärkeää vanhempien jaksamisen ja tunteiden kannalta. Kun lapsi on kivulias ja itkuinen, vanhemmat ahdistuvat, ovat peloissaan ja tuntevat itsensä voimattomiksi auttamaan lastaan. (Korhonen 1996, 188.) Vanhemmat ovat herkkiä tulkitsemaan lapsen viestejä, mitä onkin hyvä hyödyntää kivun ja kivunlievityksen arvioinnissa. Vastuu lapsen hoidosta on kuitenkin aina hoitajilla. (Arasola ym. 2009, 421.)

Vanhempia tulee ohjata tunnistamaan lapsen erilaisia itkuja ja opastaa heitä vastaamaan niihin. Useimmiten ensimmäisenä keinona itkun vaimentamiseen ei ole hoitajien antama kipulääke, vaan lapsen rauhoittaminen ja tilanteen analysointi. (Korhonen 1996, 188.) Lisäksi vanhempia tulee ohjata tunnistamaan kivun merkkejä ja opettaa heitä käyttämään erilaisia lohdutuskeinoja (Arasola ym. 2009, 421). Kun vanhemmat oppivat itse vastaamaan itkuihin ja rauhoittamaan

lapsen, he oppivat luottamaan itseensä lapsen tarpeiden tulkitsejana. Tämä taas vahvistaa vanhemmuuden tunnetta sekä lisää luottamusta ja varmuutta. (Arasola ym. 2009, 421; Korhonen 1996, 188; Haapio ym. 2000, 158.)

Lasta hoitavan henkilökunnan on kerrottava vanhemmille tehohoitoon liittyvistä toimenpiteistä, joista osa aiheuttaa lapselle kipua. Lisäksi henkilökunnan on tärkeää kertoa käytössä olevista kivunlievitysmenetelmistä. Vanhemmat voivat halutessaan lohduttaa lastaan erilaisissa toimenpiteissä. Toisaalta on tärkeää myös suoda heille mahdollisuus poistua huoneesta hoitotoimenpiteen ajaksi. (Arasola ym. 2009, 421.)

Axelin selvitti vanhempien kosketuksen merkitystä keskosien kivunlievityksessä arvioivassa tutkimuksessaan lisäksi myös sitä, miten vanhemmat suhtautuvat kyseiseen menetelmään ja aktiiviseen rooliinsa oman keskoslapsen kivunhoidossa. Aineistoa kerättiin antamalla vanhemmille kyselylomake koe- ja kontrollihoidon jälkeen. 94 % vanhemmista oli sitä mieltä, että aktiivinen osallistuminen oli parempi vaihtoehto, kuin passiivinen vierestä seuraaminen. Osa vanhemmista kuitenkin koki tilanteen epämiellyttävänä. Vanhemmat tahtoivat epämiellyttävistä kokemuksista huolimatta osallistua ja auttaa lastaan kivuliaassa toimenpiteessä. Lisäksi osa vanhemmista toi ilmi, että heidän oma ahdistunut olonsa helpotti, kun he saivat aktiivisesti osallistua lapsensa kivunhoitoon. (Axelin 2004, 30, 44-45.)

Hoitotyön kivunlievitysmenetelmien etuna on se, että niitä voi toteuttaa hoitajan lisäksi myös vanhemmat. Kun hoitotyö on kehittynyt yhä perhekeskeisemmäksi, on luonnollista antaa myös vanhemmille mahdollisuus olla lohduttajana ja kivunlievittäjänä. Tämän avulla vanhemmat voivat osallistua aktiivisesti vastasyntyneen hoitoon. Kivunhoitoon osallistuminen voi vaikuttaa positiivisesti vanhemmuuden kokemiseen, sillä vanhemmat pystyvät lievittämään lapsensa kipuja ja hoitamaan häntä vaikeissakin tilanteissa. Jotta vanhemmat voivat osallistua lapsen kivunhoitoon, täytyy henkilökunnan ensin ohjata vanhempia kivun havaitsemiseen ja lievittämiseen. (Axelin 2006, 29.)

4.5 Keskosen ja vanhempien välinen varhainen vuorovaikutus

Vanhemmuuden ja lapsen varhaisessa vuorovaikutuksessa on kyse kehityksellisestä molemminpuolisuudesta, jossa vanhempien ja lapsen kehitysmahdollisuudet kohtaavat. Siinä esiintyvät vahvat onnen ja ilon, hellyyden ja kärsivällisyyden hetket, sekä aina myös kaaoksen ja hämmennyksen, epäonnistumisen, avuttomuuden, epätoivon ja vierauden hetket. Vanhemmuuteen liittyy siis laaja kirjo erilaisia tunteita. Jokaisen lapsen syntyminen tuo mukanaan uuden vanhemmuustilan. Vanhempien mieli on tällöin avoin ottamaan vastaan uutta juuri kyseisen lapsen kanssa. Vanhempien tulisi löytää tunne siitä, että he ovat juuri tämän lapsen vanhempia. (Siltala 2003, 16.)

Varhainen vuorovaikutus alkaa jo raskauden aikana sikiön ollessa ensimmäisessä kodissaan, kohtukodissa. Äidin mielikuvat vauvasta, omasta äitiydestä, vauvan isästä, omasta itsestään vauvana ja omista vanhemmistaan rakentavat vuorovaikutusta ja ovat mukana äidin ruumiillisessa dialogissa vauvan kanssa. Myös isällä on mielikuvia, jotka ovat syntyneet hänen vuorovaikutuskokemuksistaan itselle tärkeiden ihmisten kanssa. Isä voi olla fyysisessä kontaktissa sikiön kanssa koskettelemalla tämän liikkeitä äidin vatsanpeitteiden läpi ja ottamalla vastaan sikiövauvan potkuja. (Siltala 2003, 19.)

Keskosvauvan äitiys poikkeaa normaaliraskauden aikana kypsyneestä äitiydestä siten, että ennenaikainen synnytys keskeyttää kehitysvaiheen, jossa äiti ja sikiö ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Lapsen syntymähetkellä saattaa juuri olla meneillään vaihe, jolloin äiti alkaa kokea lapsen itsestään erilliseksi yksilöksi. Tällöin myös äitiyden roolit saattavat jäädä epäkypsiksi. Ennenaikainen syntymä saattaa myös vaikuttaa syntyvään lapseen siten, että häneltä jää väliin kehitysvaihe, jossa hän oppii tajuamaan ympäristön äänet sekä äidin sykkeestä ja muista seikoista esimerkiksi äidin tunnetilat. (Korhonen 1999, 148.)

Isän emotionaalisen vanhemmuuden on havaittu kehittyvän myöhemmin kuin äitien, usein vasta syntymän jälkeen. Isän osallistuminen lapsen hoitoon heti alusta asti vahvistaa isänä olemisen varmuutta. Kiintymys lapseen kehittyy molemmilla vanhemmilla samalla tavoin. Myös isät luovat symbioottisen (vuorovaikutussuhde, josta molemmat osapuolet hyötyvät) suhteen lapseensa. Isän ja

lapsen suhde edistää lapsen kehittymistä, mutta myös samalla isän kehittymistä ja vanhemmuuden rooliin kasvamista. Isän ja lapsen -suhteen kehittymisen edellytyksenä on, että heillä on tilaisuus viettää aikaa keskenään sairaalassa ja myöhemmin kotona. (Korhonen 1999, 148-149.)

Keskosvauva syntyy ennenaikaisesti, eikä ole psykologisesti ja fyysisesti valmis olemaan erillään äidistään. Vauvat tarvitsevat selviytyäkseen teknologian apua, mutta toisaalta se vaikuttaa negatiivisesti lapsen ja vanhempien väliseen suhteeseen. Lapsi saa silloin pääasiassa mekaanista hoitoa ja vain vähän kasvua kehittävää inhimillistä hoivaa. (Schulman 2003, 151.) Ennenaikainen syntymä haavoittaa herkkää keskosvauvaa ja hänen vanhempiaan. Useat vauvan ja vanhempien välisen suhteen muodostumiseen liittyvät prosessit voivat keskeytyä tilapäisesti tai pitkäkestoisesti, ellei niitä ymmärretä. Vauvan ja vanhempien tarvitsema lohtu, hoiva ja tuki tulee ottaa tässä huomioon. (Schulman 2003, 153.) Lapsen ennenaikaisella syntymällä ja teho-osastolla ololla on väistämättömiä lyhyt- ja pitkäkestoisia vaikutuksia sekä vauvaan että vanhempiin. Vauvalle ennenaikainen syntymä ja ero äidistä on traumaattista ja stressaavaa. Jos lapsen stressiä ei huomioida, myös hänen olo jää vaille helpotusta. Tämän vuoksi keskosien hoidon tulisi olla mahdollisimman hellää, vauvan ja perheen suhdetta tukevaa sekä vauvan viestejä ja niiden merkitystä huomioivaa. Vauvaan kohdistuvaa empaattisuutta ja herkkyyttä tulisi lisätä sekä hänen käsittelynä tulisi olla turvaa antavaa ja kannattelevaa. Lisäksi inhimillisen lämmön tulisi välittyä keskoslapselle. Kaiken tämän tulisi tapahtua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Schulman 2003, 151-152.)

Lapsen syntyminen keskosena on vanhemmille traumaattinen kokemus. He tarvitsevat asiantuntevaa ymmärrystä ja tukea, jotta voivat kuntoutua mahdollisimman pikaisesti pienen keskosvauvansa hoivaaajiksi. Keskeinen haaste keskosien hoidossa on se, miten vanhempia voitaisiin ohjata ja auttaa toimimaan keskoslasten teho-osastolla. Henkilökunnan tulisi tiedostaa, millä tavalla vanhempien omat traumakokemukset, suru ja hätä heitä kuormittavat. Henkilökunnan tulisi antaa vanhemmille tilaa, jotta he voisivat virittäytyä lähelle lastaan ajattelemaan ja huomioimaan häntä. (Schulman 2003, 151.)

Vanhempien tulisi antaa mahdollisuuksien mukaan osallistua vauvansa hoitoon, vaikka tilaisuudet ovat vähäisempiä kuin terveiden vastasyntyneiden kanssa.

Vanhempia pitää informoida kaikesta meneillään olevasta, jotta he pysyvät ajan tasalla. Lisäksi heidät tulee ottaa mukaan päätöksen tekoon aina kun se on mahdollista. Tällä tavoin vanhemmuutta voidaan tukea ja kunnioittaa teho-osasto –olosuhteissakin. (Shculman 2003, 152.)

Keskosen hoidon alkuvaiheessa voidaan kiintymyssuhteen kehittymisen helposti ajatella olevan yksipuolista siten, että lapsi ei sitä itse aktiivisesti rakenna, vaan on ulkopuolisen avun varassa. Lapsi ei kuitenkaan ole vain passiivinen kiintymyksen vastaanottaja. Hän reagoi vanhempiensa ääniin omien resurssiensa mukaisesti ja oppii nopeasti tunnistamaan heidän kätensä, jos siihen annetaan mahdollisuuksia. (Korhonen 1999, 145.) Kukin vauva ja hänen vanhempansa löytävät omanlaisensa vuorovaikutustavan, sillä ei ole olemassa yhtä ainutta luonnonmukaista tapaa olla vuorovaikutuksessa. Useimmiten vanhemmat ja vauva korjaavat itse spontaanisti vuorovaikutuksessa esiintyviä vaikeuksia. Isä korjaa vauvan ja äidin vuorovaikutusta, ja vastaavasti äiti vauvan ja isän. Vauvalla on itsellään korjaavia voimavaroja. (Siltala 2003, 16.)

Lapsen ja vanhempien vuorovaikutus on intuitiivista eli vanhemmat osaavat vaistomaisesti antaa lapselle virikkeitä, tukea ja lämpöä. Keskosen vanhemmat saattavat tarvita tähän esimerkkiä ja rohkaisua. Hoitajat voivat esimerkiksi auttaa vanhempia siten, että hoitojen aikana lapselle puhellaan ja häntä koskellaan. Näin vanhemmat ymmärtävät lapsen olevan tietoinen ympäristöstään ja kykenevä vuorovaikutukseen omien, koko ajan vahvistuvien resurssiensa puitteissa. (Korhonen 1999, 160-161.)

Mäkinen (2005) on tekemässään tutkimuksessa selvittänyt vanhempien ja keskoslapsen vuorovaikutusta sairaalavaiheen aikana (LIITE 4: 7). Tutkimuksessa haastateltiin keskoslasten vanhempia. Tärkeimpinä hetkinä vuorovaikutuksen synnyssä he kertoivat olleen, kun isä pääsi saattelemaan lasta tehohoitoon ja kun äiti pääsi näkemään ja koskettamaan lastaan ensimmäisen kerran. Vanhemmat pitivät myös merkittävänä kokemusta, saadessaan vauvan ensimmäistä kertaa kenguruhoitoon. Myöhemmin vauvan voimistuessa, normaali päivittäinen hoitaminen sekä hänen kanssaan oleminen vahvisti vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen syntymistä edisti lapsen sylissä pitäminen, hänelle juttelu, imetämisen harjoittelu, vaipan vaihtaminen, kylvettäminen sekä muut hoitoon liittyvät asiat. (Mäkinen 2005, 33-48.)

”Vanhempien merkitys lapsen ensisijaisina hoitajina on perustavanlaatuista sekä lapsen hengissä selviytymiselle että kasvulle. Siksi sitä on edistettävä ja suojeltava kaikin keinoin.” (Schulman 2003, 151.)

Vanhempien osallistumisella keskosien kivunhoitoon voidaan nähdä myös varhaisista vuorovaikutusta tukeva vaikutus. Hoidollisten kivunlievitysmenetelmien avulla keskoslapsi voi saada vanhemmiltaan tarvitsemaansa empaattisuutta, herkkyyttä, turvaa antavaa käsittelyä ja inhimillistä lämpöä.

5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

5.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö menetelmänä

Opinnäytetyön aiheena on keskosen lääkkeetön kivunhoito. Työn tarkoituksena oli tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee ja auttaa heitä edistämään oman keskosvauvansa hyvinvointia osallistumalla lapsen kivunhoitoon ja kivun ennaltaehkäisyyn lääkkeettömin menetelmin. Opas esittelee lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ja antaa vanhemmille niistä tietoa.

Työmme tavoitteena oli lisätä vanhempien tietoa keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta sekä tarjota heille keinoja osallistua kivunhoitoon. Oppaan avulla vanhemmat voivat saada tietoa aiheesta. Myös työelämän yhteistyötahomme toiveena oli saada opas vanhemmille. Tämän vuoksi opinnäytetyön menetelmäksi muodostui tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Mielestämme muut tutkimusmenetelmät eivät olisi palvelleet työmme tarkoitusta. Vaikka työmme sisältää pienen kyselyn, se on vain suuntaa-antava alkukartoituskysely, jonka tarkoituksena oli ohjata tiedonhaussa sekä sisällön ja oppaan suunnittelussa.

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisesta tutkimusmenetelmästä käytetään myös termiä tuotoksellinen menetelmä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Tässä työssä käytämme termiä tuotoksellinen menetelmä.

Tuotoksellisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Se voi myös olla tapahtuman järjestäminen esimerkiksi messuosaston, konferenssin tai näyttelyn toteuttaminen. Tuotoksellisen opinnäytetyön tuloksena voi syntyä muun muassa kirja, kansio, opas, vihko, cd-rom, portfolio, kotisivut tai jokin näyttely tai tapahtuma. Siinä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

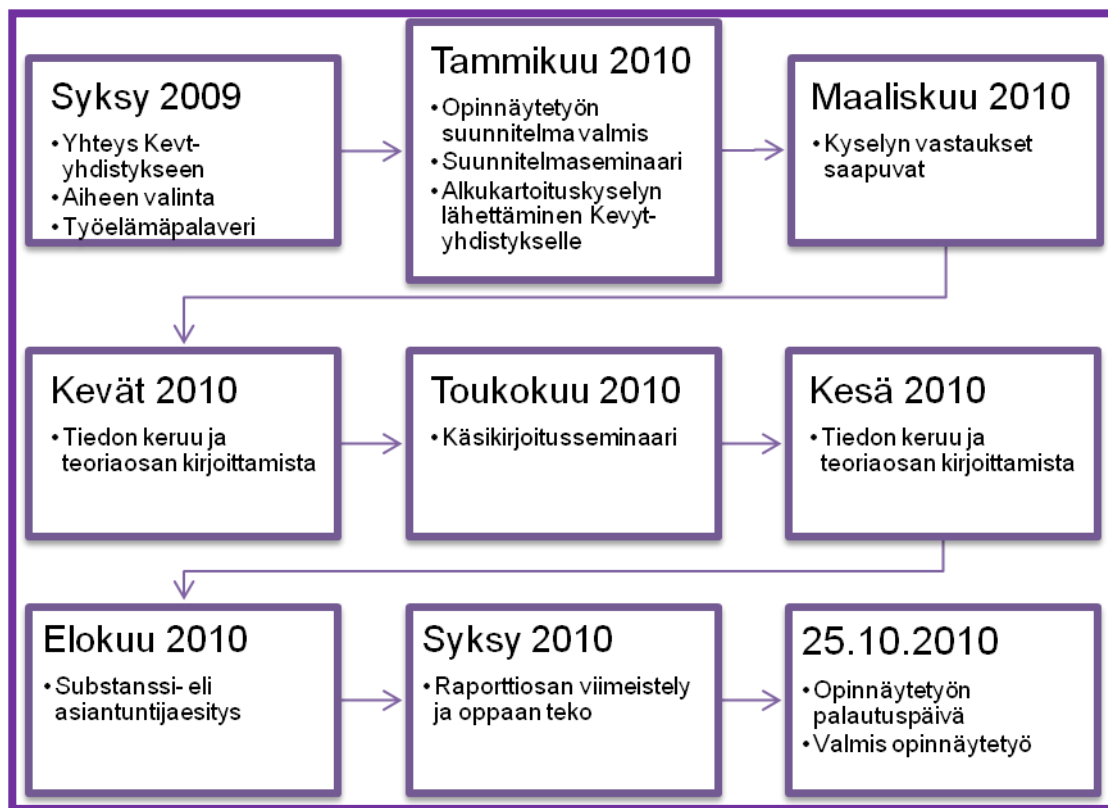
Opinnäytetyömme tuotos on opas vanhemmille, jossa käsitellään keskosen lääkkeetöntä kivunhoitoa. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa vanhemmille ja rohkaista heitä osallistumaan lapsen kivunhoitoon ja kivun ennaltaehkäisyyn. Vanhempien osallistuminen tukee varhaisen vuorovaikutuksen muodostumista, ehkäisisi vanhempien avuttomuuden tunnetta ja lieventäisi keskosen kipukokemuksia. (Korhonen 1996, 29, 37, 186.)

5.2 Opinnäytetyöprosessi

Syksyllä 2009 otimme yhteyttä Kevyt-yhdistykseen eli Keskosvanhempien yhdistykseen, koska meitä kiinnosti tehdä opinnäytetyö keskosista. Saimme yhdistyksen hallitukselta useampia aihe-ehdotuksia, joista valitsimme keskosen lääkkeettömän kivunhoidon ja aiheesta vanhemmille tehtävän oppaan. Syksyllä 2009 olimme yhteydessä Kevyeen, ja käsitelimme työelämänpalaverin sisällön sähköpostitse. Tammikuussa 2010 opinnäytetyösuunnitelmamme oli valmis. Esittelimme sen suunnitelmaseminaarissa ja lähetimme sen Kevyelle, opponoi-jillemme ja opinnäytetyön ohjaajalle.

Lähetimme Kevyt-yhdistykselle opinnäytetyösuunnitelman, jonka mukaan liitimme alkukartoituskyselyn ja tutkimusluvut (LIITE 3). Kysely sisälsi kysymyksiä keskosen kivunhoitotyöstä, joihin Kevyt-yhdistyksen jäsenet vastasivat. Kysely julkaistiin Kevyen keskustelupalstalla, johon keskoslaster vanhemmista kahdeksan vastasi. Vastaukset saimme Kevyt-yhdistyksen sihteeriltä, joka oli käsitellyt vastaukset valmiiksi Webropol-ohjelmalla. Tämän ansiosta vastaajien henkilöllisyys ei tullut esille, ja vastaukset oli helppo lukea.

Kevään 2010 aikana haimme kirjallisuudesta tietoa ja kirjoitimme teoriaosuutta. Toukokuussa 2010 oli käsikirjoitusseminaari. Kesän ajan jatkoimme kirjallisuuden tutkimista ja raporttiosan kirjoittamista. Elokuussa pidimme substanssi- eli asiantuntijaluennon kouluryhmällemme keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta. Syksyn 2010 aikana viimeistelimme raporttiosaa ja teimme oppaan. Opinnäytetyön palautuspäivä oli 25.10.2010 (KUVIO 2). Opinnäytetyö julkaistaan Kevyt-yhdistyksen kotisivujen lisäksi Theseus-verkkokirjastossa.



KUVIO 2. Aikataulukaaavio

Opinnäytetyömme yhteistyötahona oli Kevyt-yhdistys. Heihin olemme olleet yhteydessä yhdistyksen sihteerin kautta. Lisäksi olemme yhteydessä yhdistyksen puheenjohtajaan, joka allekirjoitti tutkimuslupahakemuksemme. Olemme tehneet tiivistä yhteistyötä opinnäytetyömme ohjaajan sekä opponijiemme eli vertaisarvioijiemme kanssa. Opponijat kommentoivat työtämme asiallisesti ja rakentavasti. He arvioivat työmme hyviä ja huonoja puolia, sekä esittivät korjaus-ehdotuksia ja kannanottoja.

Valmiita oppaita tulostimme opinnäytetöiden liitteiksi, ja niiden kustannuksista vastasimme itse. Lähetimme Kevyt-yhdistykselle oppaan sähköisessä muodossa. Kevyen yhteyshenkilö laittaa oppaan Kevyen kotisivuille, mistä vanhemmat voivat halutessaan tulostaa sen itselleen. Lisäksi sairaalan henkilökunta voi tu-

lostaa opasta vanhempien ohjaukseen. Oppaan tekstin ja kuvien muokkausoi-
keudet pidämme itsellämme.

Kevyt-yhdistyksen hallituksen jäsenistä valtaosa asuu pääkaupunkiseudulla. Meille annettiin mahdollisuus esittää työmme heille Helsingissä. Aikataulullisista ja käytännön syistä emme valitettavasti voineet lähteä työtä esittämään. Sen sijaan valmistimme yhdistykselle Power Point -diaesityksen, jossa esittelimme opinnäytetyömme. Halutessaan he voivat esittää diaesityksen yhdistyksen ta-
paamisissa muille jäsenille.

5.3 Tuotoksen ulkoasu

Hyvän ohjeen lähtökohta on taitto eli tekstin ja kuvien asettelu. Onnistunut taitto parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. (Torkkola, Heikki-
nen & Tiainen 2002, 53.) Oppaan taitossa olemme huomioineet tekstin ja kuvi-
en yhteensopivuuden ja loogisen asettelun. Kuvat tukevat tekstin sisältöä ja
havainnollistavat vanhemmille lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien toteu-
tusta.

Hyvin toteutetussa kirjallisessa ohjeessa on selkeä kirjasintyyppi, riittävä kir-
jasinkoko ja selkeä tekstin asettelu ja jaottelu. Tärkeimpiä asioita voidaan koros-
taa alleviivauksilla ja muilla korostuskeinoilla. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Valit-
simme oppaassa käytettäväksi kirjasintyypiksi *Lucida Calligraphy* -tyypin.
Tämä kirjasintyyppi on mielestämme pehmeämpi ja epävirallisempi, kuin esi-
merkiksi Arial, mutta on kuitenkin selkeälukuinen. Koska opas on tulostettavissa
A5-kokoiseksi lehtiseksi, tulee kirjasinkoon olla tarpeeksi suurta. Otsikot kirjoi-
timme kirjasinkoolla 16 ja leipätekstin koolla 14. Otsikot erottuvat leipätekstistä
paitsi kirjasinkoon, myös värityksen ja alleviivauksen ansioista. Asettelimme
oppaan tekstin keskitetysti ja jätimme riittävät marginaalit reunoille. Pyrimme
asettelemaan oppaan sisällön selkeästi niin, että yksi asiakokonaisuus tuli yh-
delle sivulle tai aukeamalle. Helpottaaksemme oppaan luettavuutta jaoinme
sisällön kappaleiksi. Kappalejaossa toistui sama kaava jokaisen asiakokonai-
suuden yhteydessä, mikä helpottaa sisällön hahmottamista. Ensimmäinen kap-
pale on kirjoitettu rohkaisevaan ja lämpimään tyyliin, jossa tuodaan esille van-
hempien ja kivunhoidon tärkeyttä kyseisessä menetelmässä. Kappaleessa pu-

huttelemme vanhempia, minkä toivomme lisäävän vanhempien kokemusta siitä, että opas on heitä varten. Seuraavissa kappaleissa olemme esitelleet menetelmän käytännön toteutusta. Viimeiseen kappaleeseen olemme koonneet menetelmän positiiviset vaikutukset.

Oppaassa on hyvä huomioida oppaan värit ja koko (Kyngäs ym. 2007, 127). Opinnäytetyössämme toistuu violetti-väriteema, joka on näkynyt työmme eri vaiheissa ja lopputuloksessa. Pyrimme valitsemaan värin, joka sopisi molemmille sukupuolille ja toisi pehmeää ilmettä työhömmme. Oppaan kokoa mietimme pitkään. A5-kokoinen lehtinen on mielestämme helppolukuinen ja kätevä sopia. Sen tulostaminen on kuitenkin haastavaa, sillä lukijan tulee valita tulostusasetuksista kaksipuoleinen tulostus ja kaksi sivua arkilla. Tällöin sivut tulevat oikeassa järjestyksessä, ja paperinipun voi vain taittaa keskeltä ja nittoa. A4-kokoinen on helpompi lukea tietokoneen näytöltä sekä yksinkertaisempi tulostaa, mutta epäkäytännöllisempi kooltaan. Päädyimme tekemään oppaan sekä A5- että A4- kokoisina, joista lukija voi tulostaa itselleen sopivan vaihtoehdon. Opinnäytetyö ja opas julkaistaan sähköisessä muodossa Kevyt-yhdistyksen kotisivuilla sekä Theseus-ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa. Vanhemmat voivat tulostaa opasta itse Kevyt-yhdistyksen sivuilta tai hoitajat voivat tulostaa niitä valmiiksi ja jakaa vanhemmille.

Oppaaseen voidaan lisätä kirjallisen osuuden lisäksi kuvia, kuvioita tai taulukkoita, jotka havainnollistavat ohjetta (Kyngäs ym. 2007, 127). Liitimme oppaan tekstin oheen valokuvia, jotka auttavat lukijaa ymmärtämään ohjeet sekä toteuttamaan niitä. Tekijänoikeussyistä otimme valokuvat itse luokahuoneesta, jonne lavastimme potilashuoneen. Kuvien malleina käytimme sekä keskosnukkea että tervettä vastasyntynyttä. Myös kuvissa pyrimme hempeään ilmeeseen ja toistimme violettiä väriteemaa niissä valitsemalla teemaan sopivat tekstiilit. Taivoittelimme valokuvissa mahdollisimman aidon näköisiä tilanteita, kuitenkin huomioiden vanhempien herkkyyden ja mahdolliset pelot. Pyrimme toteuttamaan Kevyt-yhdistyksen toiveen isän roolin näkymisestä keskoslapsen kivunhoidossa ottamalla valokuviin mukaan molemmat vanhemmat.

Oppaan ulkoasun tulisi olla sekä persoonallinen ja houkutteleva että selkeä ja johdonmukainen (Vilkkä & Airaksinen 2004, 73). Olemme mielestämme onnistuneet oppaan ulkoasun suunnittelussa ja toteutuksessa. Opas on tehty keskos-

lasten vanhempia varten, mikä on täytynyt ottaa huomioon oppaan ulkoasua suunniteltaessa. Oppaan ulkoasu on rauhallinen, selkeä ja helposti luettava. Kuvat ovat mielestämme erinomainen ja välttämätön lisä tukemaan tekstiä.

5.4 Tuotoksen sisältö

Selkeä ja ymmärrettävä kirjallinen ohje ilmaisee kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on sen tarkoitus. Ohjattavan asian sisältö olisi hyvä esittää vain pääkohdittain, jottei tietoa tulisi liikaa. Käsiteltävää asiaa voidaan selkeyttää esimerkeillä ja kuvauksilla. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Oppaan sisällön tulisi siis olla hyvin suunniteltu, oikein suunnattu ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva (Kyngäs ym. 2007, 125). Opinnäytetyömme teoriaosasta tiivistimme ja rajasimme vanhemmille sopivan tietopaketin. Pyrimme sisällön valinnassa huomioimaan, että liian laaja selvitys saattaa aiheuttaa vanhemmille hämmennystä ja ahdistusta jo muutenkin vaikeassa tilanteessa. Lisäksi liian yksityiskohtaisen ja suuren tietomäärän sisäistäminen voi olla vanhemmille hankalaa.

Kirjalliset ohjeet on kirjoitettu monesti liian vaikeasti, eikä niiden sanoma tavoita asiakasta. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Kieliasultaan oppaan täytyy olla selkeää ja termien ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Pitkiä sanoja ja virkkeitä on hyvä välttää. Mikäli lääketieteellisiä termejä käytetään oppaassa, ne tulee määritellä. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Tavoitteenamme on ollut, että oppaan sisältö todella tavoittaa vanhemmat. Kieli on selkeää ja ymmärrettävää, eikä lääketieteellisiä termejä ole käytetty. Olemme pyrkineet kielessä lämpimään ja kannustavaan sävyyn, joka rohkaisee vanhempia osallistumaan lapsen kivunhoitoon.

Kirjallisia ohjausmateriaaleja voivat olla muun muassa erilaiset kirjalliset ohjeet ja oppaat. Pituudeltaan ne voivat olla yhden sivun ohjeista useampisivuisiin kirjasiin tai oppaisiin. Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan antaa asiakkaille ennen hoitoa, hoidon aikana ja kotiutuessa. (Kyngäs, 2007, 124.) Oppaan pituudeksi muodostui A4-versiossa 13 sivua ja A5-versiossa 16 sivua. Oppaan pituus muodostui luontevasti riittävästä sisällöstä ja tarpeellisesta rajauksesta. Oppaan aihe on sellainen, jota ei mielestämme voida käsitellä liian suppeasti, koska aihe on laaja ja vanhemmille täytyy perustella sekä menetelmän toteutus ja sen

hyödyt. Lisäksi lämpimän sävyn luomiseksi emme voineet käyttää esimerkiksi luettelointia.

Oppaamme tarkoituksena on ohjata vanhempia sairaalahoidon aikana, mutta vanhemmat voivat halutessaan tutustua siihen myös ennakoivasti odotusaikana Internetissä, mikäli odotettavissa ennenaikainen synnytys. Sairalahoidossa kirjalliset ohjeet on hyvä olla suullisen ohjauksen lisänä. Niistä asiakas voi myöhemmin saada tukea ja hakea lisätietoa itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Tämä on erityisen tärkeää keskosten vanhempien kohdalla, sillä järkyttyneessä mielentilassa suullinen ohjeistus saattaa olla vaikeaa sisäistää ja muistaa myöhemmin.

6 PÄÄTÄNTÄ

6.1 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Etiikka tulee kreikan sanasta *ethos* ja moraali latinan sanoista *mos*, *mores*. Sanat tarkoittavat tapaa, tapoja koskevaa, henkeä ja traditiota. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12.) Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan tieteenalan totuudellisuuteen ja luotettavuuteen. Tällöin tarkastellaan tutkimuskohdetta, tutkimuksen tavoitetta ja tutkimusprosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.) Etiikassa ja moraalissa on kyse sosiaalisten yhteisöjen ja ihmisten toiminnasta, tavoista ja säännöistä, joita toiminta noudattaa sekä hengestä, jossa toiminta tapahtuu. Etiikka ei perustu pelkästään tosiasioihin, vaan ratkaisu perustuu arvoihin ja periaatteisiin. Eettiset ja moraaliset arvot käsittelevät sitä, mikä on hyvää ja paha sekä mikä on oikein ja väärin. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12-13.) Etiikassa pyritään siis selventämään, mitä on moraali ja miten moraalisia ongelmia voidaan ratkaista (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 37).

Opinnäytetyössämme kohtasimme eettisiä kysymyksiä useissa eri vaiheissa. Alkukartoituskyselyä tehdessämme jouduimme pohtimaan vastaajien anonymiteetin säilymistä. Kerroimme kyselykaavakkeessa, että käsittelemme vastaukset anonymisti, eikä vastaajien henkilöllisyys tule työssämme ilmi. Jouduimme anonymiteetin säilymisen turvaamiseksi poistamaan vastauksista muun muassa ammattiin, hoitoajankohtaan ja hoitopaikkaan viittaavia asioita. Alkukartoituskyselyn vastauksia käsitellessämme huomasimme, että kaikille vanhemmille ei ollut selvää, mitä tarkoitetaan lääkkeettömällä kivunhoidolla. Emme selvittäneet kyselykaavakkeessa käsitteen merkitystä, mikä saattoi vaikuttaa vastauksen sisältöön. Vanhemmat ovat mahdollisesti voineet saada ohjausta lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin esimerkiksi kenguruhoitoon tai käsikapaloon, mutta eivät ole tienneet sen olevan tapa lievittää keskosen kipua. Tämän vuoksi olisi ollut tärkeää selvittää lääkkeetön kivunhoito -termin merkitys.

Lupakäytäntöjen vuoksi olisi ollut hankalaa saada valokuvia sairaalassa olevista sairaista keskosvauvoista. Päätimme lavastaa valokuvissa olevat tilanteet ter-

veen vastasyntyneen ja hänen vanhempiansa sekä keskosnuken avulla. Kuvatavat henkilöt ovat perhepiiristä, ja antaneet luvat kuvien julkaisuun. Lisäksi kipumittareiden käyttöön liittyi lupakysymyksiä. Mielestämme suomenkielisen kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa on ensiarvoisen tärkeää. Tästä syystä halusimme liittää opinnäytetyöhömmme Oksasen ja Salanterän (alkuperäinen kipumittari Lawrence ym.) suomentaman NIPS -kipumittarin. Kipumittarin julkaisemiseen saimme luvan toiselta käännöstyön tehneeltä, Salanterältä.

Lähdekritiikissä arvioidaan tiedon luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnin lisäksi joudutaan miettimään, mitä tietoa valitaan, miten valinta suoritetaan sekä miten sen sisältöä ja merkitystä tulkitaan. (Mäkinen 2005, 85-86.) Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkineet mahdollisimman tuoreeseen aineistoon, ja valtaosa lähteistämme on 2000-luvulta. Keskosen kipua ja sen arviointia sekä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä on tutkittu Suomessa paljon. Tämän vuoksi olemme käyttäneet työssämme useita suomalaisia tutkimuksia. Suomenkielisen kirjallisuuden käyttö vähentää vieraalta kieleltä kääntämisen tulkinnan mahdollisuutta ja käännösvirheitä sekä lisää luotettavuutta. Käyttämämme aineisto sisältää väitöskirjoja, Pro gradu -tutkielmia, artikkeleita ja alan kirjallisuutta. Useissa näistä kirjoittajina toimivat arvostetut suomalaiset hoitotieteen tutkijat. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman alkuperäisiä lähteitä, mutta lähdeviitteiden puutteellisuuden takia tämä ei ole ollut aina mahdollista. Näissä tapauksissa olemme kuitenkin arvioineet kirjoittajan asiantuntijuutta sekä tiedon luotettavuutta ja yhdenmukaisuutta muun kirjallisuuden kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas keskosien vanhemmille. Oppaan tulisi rohkaista heitä osallistumaan keskosvauvansa kivunhoitoon lääkkeettömin menetelmin. Tuotimme tarkoituksen mukaisesti vanhemmille suunnatun oppaan. Opas on sisällöllisesti ja ulkoasullisesti suunniteltu sopivaksi herkässä mielentilassa oleville vanhemmille. Sisältö koostuu teoriaosaan keräämästämme tutkitusta tiedosta, joka on muokattu helposti ymmärrettäviksi ohjeiksi. Ulkoasussa olemme pyrkineet miellyttävään yleisilmeeseen, hempeään väriytykseen ja sopivaan kokoon. Oppaassa annetaan sekä kirjallisia ohjeita että havainnollistetaan annettuja ohjeita kuvien avulla. Kohderyhmän huomioiminen on ollut avainasemassa opasta suunniteltaessa ja tehdessä.

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää; mitä on keskosen kipu, miten keskosen kipua tunnistetaan ja arvioidaan, minkälaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä keskosella voidaan käyttää sekä vanhempien kivunhoitoon osallistumisen vaikutukset lapseen ja vanhempiin. Mielestämme olemme onnistuneet tehtävien selvittämisessä hyvin. Aineiston laajuus on mahdollistanut monipuolisen ja laajan selvityksen opinnäytetyöllemme asetetuista tehtävistä.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Mielestämme olemme saavuttaneet opinnäytetyöllemme asettamamme tarkoituksen ja tehtävät kaiken kaikkiaan hyvin. Olemme selvittäneet työllemme laaditut tehtävät teoriaosassa ja tuottaneet vanhemmille suunnatun, keskosen lääkkeetöntä kivunhoitoa, käsittelevän oppaan.

Työelämän yhteistyötahomme, Kevyt-yhdistyksen, toiveena oli saada opinnäytetyö keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta, joka sisältäisi vanhemmille suunnatun oppaan. Kevyt-yhdistys on todennut aiheen tärkeäksi ja oppaan tarpeelliseksi. Oppaalla on tärkeä merkitys sekä vanhemmille että keskosvauvalle. Sen avulla vanhemmat saavat tietoa ja mahdollisesti rohkaistuvat osallistumaan oman vauvan kivunhoitoon. Hoitoon osallistuminen tukee vanhempien ja keskosen välisen varhaisen vuorovaikutuksen muodostumista sekä ehkäisee vanhempien avuttomuuden tunnetta. Näin keskosen kipua ennaltaehkäistään ja hoidetaan lapsen ensisijaisten hoivaajien eli vanhempien avulla. Keskosvauva saa myös tärkeää läheisyyttä ja kosketusta sekä lieivitystä kipuihinsa vanhemmiltaan.

Mielestämme lääkkeettömät kivunlievitysmenettelyt ovat tärkeä osa keskosen kivun hoitoa ja niitä tuli tämän vuoksi tutkia lisää. Erityisesti olisi hyödyllistä tutkia lisää eri menetelmien yhteiskäytön tehokkuutta. Hoidollisten menetelmien tehokkuutta ilmentäviä tutkimustuloksia tulisi myös tuoda enemmän hoitajien ja lääkäreiden tietoisuuteen sekä kannustaa niiden käyttöön ottoa. Tätä voitaisiin tehostaa pitämällä enemmän koulutustilaisuuksia keskosia hoitavalle hoitohenkilökunnalle. Henkilökunnan velvollisuus on havainnoida ja arvioida vauvan kipua sekä hoitaa sitä. Lisäksi hoitohenkilökunnan vastuulla on vanhempien ohjaus ja opastus. Kivun luotettavan arvioinnin takaamiseksi olisi hyödyllistä

myös kehitellä suomenkielinen kipumittari, jonka käytöstä järjestettäisiin koulutusta.

6.3 Pohdinta

Mielestämme opinnäytetyö-prosessimme on ollut tasaisesti etenevä ja johdonmukainen. Olemme olleet aktiivisesti sähköpostitse yhteydessä työelämän yhteistyötahoomme Kevyt-yhdistykseen sekä käyneet opinnäytetyön ohjaajan luona useita kertoja. Ohjaajalta olemme saaneet arvokasta palautetta opinnäytetyöstämme sekä neuvoja ja kannustusta työn eteenpäin viemiseksi. Lisäksi opponetit ovat saaneet työtämme luettavaksi prosessin aikana ja antaneet siitä palautetta. Olemme myös esittäneet työtämme eri vaiheessa luokkaryhmällemme, opponoijillemme ja opettajille. Näissä tilaisuuksissa olemme saaneet palautetta työstä. Nämä kaikki ovat yhdessä edistäneet opinnäytetyön prosessin etenemistä ja auttaneet hyvän lopputuloksen saavuttamisessa.

Opinnäytetyönä syntynyt opas on mielestämme visuaalisesti onnistunut. Olemme saaneet poimittua mielestämme tärkeät ja vanhempien kannalta olennaiset asiat. Olemme pyrkineet selkeäsanaisuuteen ja yksinkertaistettuun tekstiin, joka rohkaisee vanhempia osallistumaan keskosien kivunhoitoon. Oppaassa esiintyvät kuvat ovat mielestämme onnistuneita ja aidon näköisiä, vaikka mallina toimikin keskosnukke ja terve vastasyntynyt. Nukkea käytimme siksi, että nukken koko on pienempi, ja sille voitiin kiinnittää muun muassa nenämahaletku. Tervettä vastasyntyntä käytimme joissakin kuvissa aidomman ja hellempään lopputuloksen saavuttamiseksi. Oppaan teknistä toteutusta jouduimme hieman miettimään, esimerkiksi millaisessa muodossa julkaisemme oppaan Internetissä, sekä miten sen tulostus onnistuu parhaiten. Mielestämme pääsimme kuitenkin hyvään ja käytännölliseen lopputulokseen.

Olemme oppineet opinnäytetyötä tehdessämme paljon keskosesta ja hänen ominaispiirteistään. Olemme ymmärtäneet myös kivunarvioinnin tärkeyden ja sen merkityksen kivun hoidossa. Lisäksi olemme saaneet runsaasti tietoa erilaisista hoidollisista kivunlievitysmenetelmistä sekä tutkimustietoa niiden tehokkuudesta. Opinnäytetyötä tehdessämme ymmärryksemme vanhempien tunteista ja halusta osallistua oman lapsen hoitoon lisääntyi. Työtä tehdessämme meil-

le selvisi myös, kuinka haastavaa ja tärkeää on vanhempien ja keskosien välisen varhaisen vuorovaikutuksen toteutuminen hoitotyössä. Opasta tehdessämme saimme tietoa, millainen on hyvä opas sisällöltään ja ulkoasultaan.

LÄHTEET

- Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L & Yli-Huumo, H. 2009. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 401-428.
- Axelin, A., Salanterä, S., Kirjavainen, J. & Lehtonen, L. 2009. Vanhempien kosketus ja suuhun annettava glukoosiliuos lievittävät opiaattia paremmin keskosen toimenpidekipua. Kipuviesti (2). Lyhennelmä alkuperäisjulkaisusta Axelin, A., Salanterä, S., Kirjavainen, J. & Lehtonen, L. 2009. Oral glucose and parental holding preferable to opioid in pain management in preterm infants. Clin J Pain (25), 168-145.
- Axelin, A. 2009. Tutkimusmatka hoitotieteeseen ja vastasyntyneiden hoitotyöhön Lontoossa. Suomen neonatalihoitajat ry:n jäsenlehti 34 (18), 26.
- Axelin, A. 2008. Kosketus sairaan vastasyntyneen hoitotyössä. Suomen Neonatalihoitajat ry:n jäsenlehti vol 16, nro 32, 24-27.
- Axelin, A. 2006. Vastasyntyneen kivunhoito synnytyssalissa ja lapsivuodeosastolla. Kätilölehti 111 (1), 27-29.
- Axelin, A., Salanterä, S. & Lehtonen, L. 2006. "Facilitated tucking by parents" in pain management of preterm infants – a randomized crossover trial. Early Human Development. 82 (4), 241-247.
- Axelin, A. 2004. Vanhempien kosketus ja kiinnipitäminen kivunlievitysmenetelmänä keskoslapsen hoidossa. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2008. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WSOY.
- Fellman, V. 2006. Kivun hoito ja sedaatio. Teoksessa Fellman, V. & Luukkainen, P. Vastasyntyneiden tehohoito. Rauma: Kirjapaino Oy West Point, 24-28.
- Fellman, V. 2007. Vastasyntyneen kivun hoito. Teoksessa Siimes, M-A & Petäjä, J. (toim.) Lastentaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 134.
- Fellman, V. 2007. Vastasyntyneen sairaudet. Teoksessa Siimes, M-A & Petäjä, J. (toim.) Lastentaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 117-135.
- Gaspardo, C., Linhares, M. & Martinez, F. 2005. The efficacy of sucrose for the relief of pain in neonates: a systematic review of the literature. Jornal de Pediatria 81 (6), 435-442.
- Gissler, M. & Vuori, E. Terveystieteen- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Synnytykset ja vastasyntyneet 2008. Luettu: 14.12.2009.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/tr22_09.pdf

Haapio, M., Reen, E. & Salonen, A. 2000. Vastasyntyneen kivun hoito. Teoksessa Sailio E. & Vartti A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy, 149-163.

Halimaa, S-L. 2001. Hoidetaanko keskoslapsen kipua? – Tutkimus hoitajien valmiuksista arvioida ja hoitaa keskoslapsen kipua. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Halimaa, S-L. 1996. Keskoslapsen kipukokemuksen arviointi ja auttamismenetelmät hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Lisenssiaattitutkimus.

Hummel, P. 2009. N-PASS: Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale. Luettu 25.9.2010. <http://www.n-pass.com>

Huottilainen, M. 2008, Mitä merkitystä puhuvalla ja laulavalla hoitajalla voisi olla vastasyntyneen aivojen kehitykselle? Suomen Neonataalihoitajat ry:n jäsenlehti 32(16), 8-10.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Huslab. Preanalytiikan käsikirja, ihopistonäytteenotto kantapäästä. Luettu: 30.9.2010. <http://www.huslab.fi>

Huuskola, K. 2005. Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoidon aikana. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Jumpponen, S. 2006. Keskosuuden määritelmät ja taustat. Teoksessa Tarpila, J. (toim.) Kevyt pienokainen – tietoa keskosesta vanhemmille. Helsinki: Keskosvanhempien yhdistys Kevyt, 8.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: WSOY.

Kalland, M. 2006. Keskosuuden määritelmät ja taustat. Teoksessa Tarpila, J. (toim.) Kevyt pienokainen – tietoa keskosesta vanhemmille. Helsinki: Keskosvanhempien yhdistys Kevyt, 38.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kapalointikäsikirja. Luettu: 29.9.2010 <http://www.kapalo.fi>

Kekki, M. & Paavonen, J. 2003. Mistä ennenaikainen synnytys johtuu? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 119 (12), 1137-1145.

Kirra, J. 2007. Keskosien kivun hoitotyön kirjaaminen -retroperspektiivinen asia-kirja-analyysi. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot – Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Korhonen, A. 1996. Keskosien hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

- Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu - tutkielma.
- Latva, R., Axelin, A., Tammela, O. & Lehtonen, L. 2008. Hetki äidin sylissä – tutkimus. Suomen Neonataalihoitajat ry:n jäsenlehti 31(16), 36.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Mäkelä, J. 2005. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. Suomen lääkäri-lehti 60 (14), 1543-1549.
- Mäkinen, K. 2005. Vanhemman ja keskoslapsen välinen vuorovaikutus lapsen sairaalavaiheen aikana. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Oksanen, I. & Salanterä S. 2002. Vastasyntyneen kivun lievittäminen glukosiliuoksella kantapääverinäytteen ottotilanteessa. Hoitotiede 14 (5), 233-242.
- Oksanen-Sainio, M. 2005. Ennenaikaisen vastasyntyneen kivun ilmeneminen ja kivun hoitotyö. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Pro gradu- tutkielma.
- Puiras-Finne, T., Vänni, N., Hopela, M. Koonnut Vesanto, A. 2009. Pikkukeskosen hoitotyö. Suomen neonataalihoitajat ry:n jäsenlehti 33 (17), 9.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sirviö, K. 2009. Imetyksen ja tutin vaikutus suun terveyteen. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 25.9.2010. <http://terveyskirjasto.fi>
- Sjaastad, Ø., Toverud, K., Sand, O., Bjålie, J. & Haug, E. 2003. Ihminen - Fysiologian ja anatomian työkirja. Helsinki: WSOY.
- Scuhlman, M. 2003. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen hoito. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY. 151-169.
- Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY. 16-43.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuomikoski-Koiranen, P. TYKS, vastasyntyneiden teho-osasto. 2000. Kenguru-hoidosta keskosten hoidossa. Kätilölehti 105 (2), 53-54.
- Vainio, A. 2003. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtanen, J. 2008. Musiikkia korvalle... Keskosvauvan musiikkiterapia. Suomen Neonataalohoitajat ry:n jäsenlehti. 32(16), 12-13.

Hyvät keskoslapsen vanhemmat!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä keskosien lääkkeettömästä kivunhoidosta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee heitä osallistumaan keskosvauvansa kivunhoitoon lääkkeettömin menetelmin. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä vanhempien tietoa keskosien lääkkeettömästä kivunhoidosta ja tarjota vanhemmille keinoja osallistua oman vauvan kivunhoitoon.

Tarkoituksenamme on aluksi tehdä kartoituskysely, jossa toivomme saavamme Teiltä kokemustietoa aiheesta. Vastaukset antavat meille suuntaa tiedonhakuun, ja ovat tärkeässä osassa suunniteltaessa opasta. Olisimme kiitollisia, jos vastaisitte esittämämme kysymyksiin.

Kysymykset:

- 1. Kerrottiinko teille keskosien lääkkeettömästä kivunhoidosta? Jos kerrottiin, mitä tietoa?*
- 2. Saitteko käytännön ohjausta lapsenne lääkkeettömään kivunlievitykseen? Millaista?*
- 3. Mitä tietoa ja millaista ohjausta olisitte halunneet aiheesta saada?*
- 4. Halusitteko osallistua lapsenne kivunhoitoon? Annettiinko siihen mahdollisuus?*
- 5. Millainen olisi mielestänne aiheesta tehtävä hyvä opas? (ulkoasu ja sisältö)*
- 6. Jotain muuta, mitä haluatte aiheesta kertoa.*

Vastaamalla kyselyyn annatte meille oikeuden käyttää saamaamme tietoa opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä käsittelemme alkukartoituskyselyn vastauksia erillisessä kappaleessa. Saatamme käyttää myös suoria lainauksia vastauksistanne. Kaikki vastaukset käsitellään anonyymisti, eli Teidän henkilöllisyytenne ei tule opinnäytetyössä ilmi. Kaikki saamamme materiaali liittyen kyselyn vastauksiin hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Kiitos, vastauksenne on meille arvokas!

Jos ilmenee kysyttävää, ottakaa rohkeasti yhteyttä meihin!

Ystävällisin terveisin,

Jannika Herälä jannika.herala@piramk.fi

Sari Hänninen sari.hanninen@piramk.fi

(Vastaukset voitte lähettää sähköpostitse yllä oleviin osoitteisiin 1.3.2010 mennessä.)

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja: Anne Mäenpää anne.maenpaa@tamk.fi

Lähde: Lawrence J ym. 1993. Käännös: Oksanen J ja Salanterä S

NIPS-MITTARI

Tutkimus nro:	Nimi:	Syntymäaika:		
Diagnoosi:	Gv:	Ikä:	Pvm:	
Näytteenottokerta (1/3):	Näytteet:			

ILMEET

- 0 - Rentoutuneet lihakset
1 - Irvistys
- levolliset kasvot, luonnollinen ilme
tiukat lapsen kasvolihakset, kulmat, posket ja leuka rypyssä (kielteinen kasvojen ilme)

ITKU

- 0 - Ei itke
1 - Valitus
2 - Kova itku
- hiljainen, ei itke
vaimea valitus, ajoittanen
kova huuto, nouseva, kimeä, jatkuva

HENGITYS

- 0 - Rento
1 - Muutoksia hengityksessä
- tämän lapsen luonnollinen tapa
sisään hengitys epäsäännöllinen, tavallista nopeampi, rajoittunut, pidättää hengitystään

KÄDET

- 0 - Rennot, hallitut
1 - Koukistuneet / ojentuneet
- ei lihasjännitystä, satunnaisia käsien liikkeitä
jännittyneet, suorat kädet, jäykät ja / tai nopeat ojennukset, koukistukset

JALAT

- 0 - Rento, hallitut
1 - Koukistuneet, ojentuneet
- ei lihasjännitystä, satunnaisia jalkojen liikkeitä
jännittyneet, suorat jalat, jäykät ja / tai nopeat ojennukset, koukistukset

VIREYSTILA

- 0 - Nukkuu / on hereillä
1 - Touhukas / hosuu
- hiljainen, rauhallinen, nukkuu tai on hereillä
pirteä, levoton, ja potkiva

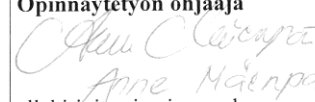
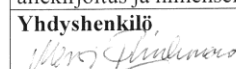
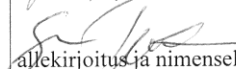
YMPYRÖI OIKEA VAIHTOEHTO	2 min. ennen näytteenottoa			näytteenoton aikana			2 min. näytteenoton jälkeen		
ILMEET	0		1	0		1	0		1
ITKU	0	1	2	0	1	2	0	1	2
HENGITYS	0		1	0		1	0		1
KÄDET	0		1	0		1	0		1
JALAT	0		1	0		1	0		1
VIREYSTILA	0		1	0		1	0		1

LIITE 3: 1 (2)



Pirkanmaan ammattikorkeakoulu/ Terveysala
Kuntokatu 4
33520 Tampere

HAKEMUS / LUPA
Opinnäytetyölle / kehittämistehtävälle

Opinnäytteen / kehittämistehtävän tekijä(t) Jannika Herala Sari Hänninen	Yhteyshenkilö, osoite, puhelin Anne Mäenpää Kuntokatu 4, 33520 Tampere 03 245 2111
Koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	Opinnäytetyön / kehittämistehtävän nimi Keskosen lääkkeetön kivunhoito – opas vanhemmille
Opinnäytetyön / tutkimuksen / kehittämistehtävän tarkoitus ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas vanhemmille, joka rohkaisee heitä osallistumaan keskosvauvansa kivunhoitoon lääkkeettömin menetelmin. Työn tavoitteena on lisätä vanhempien tietoa keskosen lääkkeettömästä kivunhoidosta ja tarjota vanhemmille keinoja osallistua oman vauvan kivunhoitoon. Työelämäntahona toimii Kevyt (Keskosvanhempien yhdistys).	
Opinnäytetyön / kehittämistehtävän aikataulu Tammikuu 2010 alkukartoituskysely Kevät ja kesä 2010 teoriaosuuden kirjoittaminen Syksy 2010 oppaan tekeminen Lokakuu 2010 opinnäytetyö valmis	
Kustannuksista vastaa <input type="checkbox"/> opiskelija(t) <input type="checkbox"/> muu, asiasta sovittu (pvm ja nimi)	
Opinnäytetyön / kehittämistehtävän raportointi <input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle <input type="checkbox"/> Raportista pidetään osastotunti <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä Raportoinnin ajankohta	
Opinnäytetyön ohjaaja  allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin P. 040
Yhdyshenkilö  MERVI FLINCKMAN  SANNA TIETÄVÄINEN allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin 040 040 /KEVYT RY /KEVYT-YHDISTYS HALLITUKSEN PUHEENJOHTAJA

LIITE 3: 2(2)

Hakija Jannika Herälä Jannika Herälä Sari Hänninen	Puhelin 045 044
Pvm ja allekirjoitus 27.1.2010	
Liitteet ___ kpl	

PÄÄTÖS

- ☒ Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen / kehittämistehtävään myönnetään hakemuksen mukaisesti
- ☐ Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin (lisätilaa kääntöpuolella)
- ☐ Hakemus hylätään, miksi

Pvm ja tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus

Puhelin

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään hakijalle

LIITE 4: 1(8)

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Axelin (2004)</p> <p>Vanhempien kosketus ja kiinnipitäminen kivunlievitysmenetelmänä keskoslapsen hoidossa</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Testata onko vanhempien kosketus ja kiinnipitäminen tehokas kivunlievitysmenetelmä keskoslapsilla hengitysteiden imemisen yhteydessä. Lisäksi työssä selvitettiin mikä on vanhempien suhtautuminen tähän menetelmään ja aktiiviseen rooliin.</p> <p>Tehtävä:</p> <p>Tehtävänä on lisätä tietoa menetelmän tehokkuudesta. Tuottaa uutta tietoa vanhempien näkemyksestä ja kokemuksesta.</p>	<p>Menetelmänä oli satunnaistettu kokeellinen tutkimus.</p> <p>Aineisto on koottu Turun yliopistollisessa keskussairaalassa.</p> <p>Tutkimusjoukko koostui N=34, joista 17 ennenaikaisesti syntyneestä lapsesta ja=17 vanhemmasta. Vanhemmista kolme oli isiä ja 14 äitejä.</p> <p>Aineisto on koottu videolle ja kyselylomakkeelle.</p> <p>Analyyssimenetelmä: Video aineisto on analysoitu käyttämällä NIPS- kipumittaria. Aineiston tilastollinen analysointi on suoritettu SAS- tilasto-ohjelman avulla. Kyselylomakkeet on analysoitu sisälönanalyysin avulla.</p>	<p>Vanhempien kosketus ja kiinnipitäminen on tehokas kivunlievitystapa keskoselle hengitysteiden imutoimenpiteen yhteydessä.</p> <p>Vanhemmat eivät ehkä ole aivan niin hyviä kivun arvioijia kuin aikaisemmat tutkimukset osoittavat. Ohjauksen lisääminen on tarpeellista.</p> <p>Vanhempien suhtautuminen kivunlievitysmenetelmään oli positiivista.</p>

LIITE 4: 2(8)

<p>Halimaa (2001)</p> <p>Hoidetaanko keskoslapsen kipua?</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata hoitajien tietoja keskoslapsen kivusta, kivun arvioinnista ja hoitamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitajien toimintaa toimenpiteisiin liittyvän kivun hoitamisessa sekä laadittiin kivun hoitoa kuvaava prosessi.</p> <p>Ongelmat:</p> <p>Millaista tietoa hoitajilla on keskoslapsen kivusta, kivun arvioinnista ja hoitamisesta? Millaisia kivunlievitysmenetelmiä hoitajat käyttävät keskoslapsen hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin liittyvän kivun hoitamisessa? Millainen on keskoslapsen kivun hoitoprosessi?</p>	<p>Menetelmätriangulaatio</p> <p>Kyselyaineisto kerätty Helsingin, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistollisten sairaaloiden vastasyntyneiden teho-osastoilta.</p> <p>Havainnointiaineisto kerätty Kuopion yliopistollisen sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolta.</p> <p>Teoreettinen aineisto kerätty PubMed/Medline –ja Cinahl –tietokannoista, sekä Cochrane kirjaston systemaattisista katsauksista.</p> <p>Kyselyaineisto: N=280 hoitajaa; 126 sairaanhoitajaa, 36 lastenhoitajaa, 118 laboratoriohoitajaa</p> <p>Havainnointiaineisto: N=70 hoitajaa, N=3 keskosta</p> <p>Teoreettinen aineisto: N=29</p> <p>Aineistonkeruumenetelmänä kysely (puolistrukturoitu lomake), havainnointi (videointi) sekä teoreettisen aineiston katsaus.</p> <p>Analyysimenetelmänä tilastollinen ja sisällön analyysi (kysely), sisällön analyysi (havainnointi) sekä sisällön analyysi (teoreettinen aineisto).</p>	<p>Sairaanhoitajista yli puolet, lastenhoitajista n. 40% ja laboratoriohoitajista 23% arvioi tietonsa riittäviksi keskoslapsen kivun arvioinnin ja hoitamisen suhteen.</p> <p>39% vastaajista arveli kivunhoidon olevan riittämätöntä.</p> <p>Kipua arvioitiin eniten käyttäytymismuutosten perusteella.</p> <p>Kipua lievitettiin rauhoittelemalla, hyväilemällä ja silittelemällä.</p>
---	--	--	--

LIITE 4: 3(8)

<p>Halimaa (1996)</p> <p>Keskoslapsen kipukokemuksen arviointi ja auttamismenetelmät hoitotyössä</p> <p>Lisensiaattitutkimus</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata hoitajien käsityksiä tehohoidossa olevan keskoslapsen hoito- ja tutkimustoimenpiteeseen liittyvän kivun kokemisesta.</p> <p>ja</p> <p>Kuvata erilaisia toimenpiteisiin liittyviä lapsen kivun aiheuttamia keskoslapsen käyttäytymismuutoksia. Lisäksi kuvata miten hoitajat havainnoivat ja arvioivat, sekä käyttävät havainnoimalla saamaansa tietoa hyväksi kivun lievittämisessä.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaista tietoa hoitajilla on keskoslapsen kivusta ja kivun kokemisesta? 2. Millaisia keskoslapsen käyttäytymismuutoksia hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin liittyvän kivun aikana voidaan havaita? 3. Millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä hoitajat käyttävät hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin liittyvän keskoslapsen kivun lievittämisessä? 	<p>Metodologinen triangulaatio</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin ja analysoitiin yhdistämällä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä.</p> <p>Aineisto kerättiin kyselyllä ja havainnoimalla, kahdessa eri vaiheessa.</p> <p>Kysely (N=280) Helsingin, Oulun; Tampereen ja Turun yliopistollisen sairaalan hoitajille, jotka ottivat verinäytteitä keskoslapsista syyskuussa 1995.</p> <p>Toisessa vaiheessa aineisto koottiin video- kuvaamalla lapsen eri hoito- ja tutkimustoimenpiteitä (30 erilaista tilannetta) KYS:ssä.</p>	<p>Tulosten mukaan hoitajilla on melko paljon tietoa keskoslapsen kivusta, sen kokemisesta, arvioinnista ja hoitamisesta.</p> <p>Kipua arvioitiin yleisimmin käyttäytymis- ja fysiologisten muutosten perusteella.</p> <p>Yleisin käyttäytymismuutos oli lapsen itku tai itkukasvot.</p> <p>Yleisin auttamismenetelmä oli lapsen turvallisuuden lisääminen.</p> <p>Hoitotyön auttamismenetelmiä käytettiin suhteellisen vähän.</p>
--	---	--	--

LIITE 4: 4(8)

<p>Huuskola (2005)</p> <p>Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki sairaalahoidon aikana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Saada tietoa vanhemmuutta tukevista hoitotyön auttamismenetelmistä keskosvauvan sairaalahoidon aikana.</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1. Kuvata minkälaista tukea vanhemmuuteen vanhemmat saivat hoitohenkilökunnalta keskosvauvan sairaalahoidon aikana?</p> <p>2. Kuvata minkälaista tukea vanhemmuuteen vanhemmat olisivat odottaneet ja toivoneet hoitohenkilökunnalta keskosvauvan sairaalahoidon aikana?</p>	<p>Menetelmätriangulaatio</p> <p>Tutkimuksen osallistuvat keskoslaster vanhemmat (N=13), joiden lapsi oli ollut hoidettavana keskus- tai yliopistosairaalas- sa vastasyntyneiden tehostetun hoidon osastolla. Osallistuneiden vanhempien vauvat olivat syntyneet 24?3-34 raskausviikoilla.</p> <p>Aineistona oli vanhempien kirjoittamat esseet (f=13) syysmarraskuussa 2004 ja osalle perheistä tehdyt puhelinhaastattelut (f4) helmikuussa 2005.</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan vanhemmat odottavat ja toivovat henkilökunnan kiinnostavan huomiota tiedon antamisen suunnitelmallisuuteen, vanhempien yksilöllisyyden huomioon ottamista, ja keskosvauvan vanhemmuuden erilaisuuden huomioon ottamista.</p> <p>Näiden alueiden huomioiminen ja kehittäminen sekä tuki on vanhemmille merkityksellistä ja kehittää hoitotyön auttamismenetelmiä edelleen vanhemmuutta tukeviksi.</p>
---	--	---	---

LIITE 4: 5(8)

<p>Kirra (2007)</p> <p>Keskosen hoitotyön kirjaaminen - retrospektiivinen asiakirja – analyysi</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata miten hoitotyöntekijät kirjaavat keskosen kivun hoitotyötä vastasyntyneiden teho-osastolla.</p> <p>Lisäksi haluttiin selvittää, miten hoitajat kirjaavat keskosen kivun arviointia, hoitoa, hoidon vaikuttavuutta ja vanhempien osallistumista kivun arviointiin, hoitoon ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten hoitajat kirjaavat keskosen kivun arviointia? 2. Miten hoitajat kirjaavat keskosen kivun hoitoa+ 3. Miten hoitajat kirjaavat kivun hoidon vaikuttavuutta? 4. Miten hoitajat kirjaavat vanhempien osallistumista keskosen kivun arviointiin, hoitoon ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin? 5. Miten keskosen taustatiedot ovat yhteydessä kivun hoitotyön kirjaamiseen? 	<p>Retrospektiivinen asiakirja-analyysi</p> <p>Tutkimusaineisto koostui kolmen yliopistollisen sairaalan keskosista (N= 170) ja heidän hoitotyön seurantalomakkeensa lapsen kahdelta ensimmäiseltä hoitopäivältä.</p> <p>Aineisto kerättiin sähköisistä potilasasiakirjoista keväällä 2007.</p> <p>Aineisto analysoidiin tilastollisesti käyttäen SPSS for Windows 14.0 – ohjelmaa.</p> <p>Tutkimustulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Keskosten taustatietojen yhteyttä kivun hoitotyön kirjaamiseen tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja Khiin nelötestillä.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan kivun arviointia kirjattiin lähes jokaiseen seurantalomakkeeseen. Arviointi oli yksipuolista, perustuen lähinnä vireystilan- ja uni-valverytmin arviointiin.</p> <p>Kipumittareita ei juuri käyetty ja arviointi tapahtui harvemmin kuin kuu-den tunnin välein.</p> <p>Toimenpidekipua arvioitiin puutteellisesti.</p> <p>Kipua hoidettiin lääkkeellisesti (47%) ja lääkkeettömin (23%) menetelmin.</p> <p>Kivunhoitomenetelminä yleisemmin käytettiin asentohoitoa ja tuttia. Vain 4% sai glukoosia.</p> <p>15% hengityskonehoide-tuista keskosista ei saanut mitään kipulääkettä.</p> <p>Kipulääkkeiden vaikuttavuuden kirjaaminen oli puutteellista.</p> <p>Vanhempien osallistumista kirjattiin vain vähän.</p> <p>Kivun hoitotyön kirjaaminen on tutkimuksen mukaan siis puutteellista eikä se tue hoidon jatkuvuutta eikä laadukasta kivun hoitotyötä.</p>
---	--	---	---

LIITE 4: 6(8)

<p>Lassila (2006)</p> <p>Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana</p> <p>Pro gradu -tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Selvittää, minkälaisesta ohjauksesta keskosen vanhemmat olivat saaneet hoitohenkilökunnalta keskoslapsen sairaalahoidon aikana.</p> <p>Tutkimustehtävä:</p> <p>Millaista ohjausta keskoslapsen vanhemmat ovat saaneet hoitohenkilökunnalta sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin esseiden ja haastattelujen avulla keskosten vanhemmilta, joiden lapsi on ollut hoidossa Tampereen yliopistollisen sairaalan vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla syksyllä 2002 (N= 11).</p> <p>Aineisto on analysoitu, induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan keskosen vanhemmuus kehittyy hoitohenkilökunnalta saadunohjauksen avulla.</p> <p>Ohjaus mahdollistaa keskosen vanhempien osallistumisen lapsen hoitoon, auttaa vanhempia jaksamaan ja auttaa tietämään lapsen tilanteen.</p> <p>Vanhempien ohjauksesta tulee kehittää yksilöllisempään suuntaan ja hoitohenkilökunnan ja vanhempien yhteistyötä tulee kehittää.</p> <p>Vanhemmat odottivat henkilökunnalta kärsivällistä ja ystävällistä suhtautumista, rohkaisevaa ja kannustavaa otetta ja konkreettista tukea.</p>
--	--	--	---

LIITE 4: 7(8)

<p>Mäkinen (2005)</p> <p>Vanhemman ja keskoslapsen välinen vuorovaikutus lapsen sairaalavaiheen aikana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata ja ymmärtää vanhemman ja keskoslapsen välisen vuorovaikutuksen sisältöä ja merkitystä vanhemman kokemana lapsen sairaalassaolon aikana.</p> <p>Tutkimustehtävä:</p> <p>Kuvata vanhemman ja keskoslapsen vuorovaikutuksen sisältö ja merkitys vanhemman kokemana.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin havainnoinnin ja haastattelun avulla. Haastatteluihin osallistui keskoslasten perheitä (N=4). Yhteensä haastateltavia oli seitsemän.</p> <p>Aineisto analysoitiin Colaizzin fenomenologisen analyysin avulla.</p>	<p>Vanhemman ja keskoslapsen vuorovaikutuksen alkaminen raskausaikana helpotti suhteen luomista lapsen ennenaikaisen syntymän jälkeen.</p> <p>Isän vuorovaikutussuhde lapseen alkoi heti syntymän jälkeen ensimmäisestä kosketuksesta, lapsen siirryttyä tehohoitoon.</p> <p>Äidin suhteen alkamiselle oli merkittävintä ensimmäinen kohtaaminen lapsen kanssa sekä hänen koskettamisensa.</p> <p>Vuorovaikutus muodostui lapsen koskettamisesta, katselemisesta, silittämisestä, puhelemisesta, laulamisesta ja kenguruhoitosta.</p>
---	--	--	---

LIITE 4: 8(8)

<p>Oksanen-Sainio (2005)</p> <p>Ennenaikaisen vastasyntyneen kivun ilmeneminen ja kivunhoitotyö</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata ennenaikaisen vastasyntyneen kivun kokemiseen liittyviä kasvojen ilmeitä ja käyttäytymistä.</p> <p>ja</p> <p>Kuvata hoitajien käyttämiä kivun hoitotyön interventioita ja ympäristöllisiä kivunhoitomenetelmiä ennenaikaisen vastasyntyneen kivun ehkäisemiseksi, lievittämiseksi ja poistamiseksi.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaisia ovat ennenaikaisen vastasyntyneen kasvojen ilmeet ennen kiputilannetta, sen aikana ja jälkeen? 2. Minkälaista on ennenaikaisen vastasyntyneen käyttäytyminen ennen kiputilannetta, sen aikana ja jälkeen 3. Kuinka pitkän ajan kuluttua ennenaikaisen vastasyntyneen kasvojen ilmeet ja käyttäytyminen palautuivat samanlaisiksi kuin ne olivat ennen kiputilannetta? 4. Mitä hoitotyön interventioita ja ympäristöllisiä kivunhoitomenetelmiä hoitajat käyttävät kivun hoidossa? 	<p>Ei todennäköisyyteen pohjautuva kiintiöotanta</p> <p>Otos, alle 30- raskausviikkoiset vastasyntyneet, joille aiheutui normaalis- sa hoidossaan kiputilanteita (n=30)</p> <p>Ennenaikaisten kehitysikä vaihteli 26-36,2 raskausviikon välillä.</p> <p>Toisen tutkimusotoksen muodostivat hoitajat, joista tehtiin 30 havaintoa.</p> <p>Aineisto koottiin videoimalla.</p> <p>Tutkimusaineisto käsiteltiin tilastollisesti SPSS 12.0-ohjelmalla. Aineistoin kuvailu suoritettiin tarkastelemalla frekvenssitauluja ja tunnuslukuja. Kolmen havainnoinnin välisiä eroja tutkittiin Cochranin testillä ja McNemarin testillä. Kaikissa testeissä tilastollisen merkittävyyden rajana pidettiin havaittua merkittävyydestä, joka on korkeintaan 0.05.</p>	<p>Suurimmalla osalla ennenaikaisista vastasyntyneistä kasvojen ilmeet olivat rentoutuneet ennen kiputilannetta ja ne palautuivat rentoutuneiksi sen jälkeen.,</p> <p>Kipu ilmeni käsi- varsien nopeina ojenteluina ja koukisteluina, vireystilan touhukkuutena ja levottomuutena.,</p> <p>Kipua lievitettiin sekä hoitotyön interventioilla että ympäristön säätelyllä. Yleisimmin käytettiin kapaloit- tia, glukosinantoa suuhun ja kiputilan- teen jälkeen asen- tohoitoa ja peitte- lyä.,</p> <p>Ympäristöllisistä menetelmistä käy- tettiin eniten melun ja valaistuksen välttämistä.</p>
---	--	---	--

Kuinka voitte edistää keskoslapsenne hyvää oloa?

*- Opas keskosen lääkkeettömästä
kivunhoidosta vanhemmille -*



Hyvät vanhemmat!

Lapsenne on syntynyt ennenaikaisesti ja on sen vuoksi sairaalahoitossa. Lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi joudutaan hänelle sairaalassa tekemään toimenpiteitä ja ottamaan näytteitä. Hyvästä ja hellästä hoidosta huolimatta lapsi saattaa kokea epämukavuutta ja kipua.

Hoitotyö on kehittynyt yhä perhekeskeisemmäksi. Näin ollen on luonnollista antaa myös Teille mahdollisuus lohduttaa lastanne ja ennaltaehkäistä sekä lievittää lapsenne kipua. Tilanteita, joissa voitte helpottaa lapsenne oloa, ovat esimerkiksi kiinnitysteippien irrottaminen ja verinäytteiden otto. Tässä oppaassa kerromme Teille, kuinka lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä voidaan toteuttaa ja miten ne vaikuttavat lapsenne vointiin. Hoitohenkilökunta voi auttaa Teitä aluksi kivun havaitsemisessa ja tukea keinojen hyödyntämisessä. Lapsen kipua voidaan havainnoida ja arvioida muun muassa käyttäytymismuutosten, kasvojen ilmeiden, vartalon liikkeiden, itkun sekä monitoroinneissa tapahtuvien arvojen muutosten perusteella.

Osa vanhemmista kokee aktiivisen osallistumisen kivunhoitoon parempana vaihtoehtona, kuin passiivisen vierestä seuraamisen. On luonnollista kokea aluksi epävarmuutta ja kivunhoitoon osallistuminen saattaa tuntua myös pelottavalta. Teidän tulisi kuunnella omia tunteuksianne, eikä pakottautua tekemään sellaista, mikä tuntuu Teistä pahalta. Kivunhoitoon osallistuminen voi kuitenkin vaikuttaa positiivisesti vanhemmuuden kokemiseen ja edistää varhaista vuorovaikutusta eli vanhemman ja lapsen välistä tutustumista toisiinsa.

Kosketus

Tuntoaisti on vastasyntyneen kehittynein ja voimakkain aisti. Tämän vuoksi kosketus on tärkeä osa keskosien hoitoa. Lapsenne pitää siitä, että kosketatte häntä lämpimin käsin, rauhallisesti ja varmoin ottein. Otteiden olisi hyvä olla laajoja, sillä sormenpäillä tapahtuva hipsuttava kosketus saattaa tuntua lapsestanne turvatomalta ja epämiellyttävältä.

Kosketusta on kahdenlaista, piristävää ja rauhoittavaa. Kun lapsenne on virkeä ja hänen kanssaan ollaan vuorovaikutuksessa, on lapsenne valmis piristävään kosketukseen esimerkiksi sivelyyn. Rauhallista kosketusta lapsi kaipaa, kun hän on vastasyntynyt, rauhaton, itkevä, kivulias tai kun hän alkaa nukkua. Rauhoittava kosketus on painavaa ja rytmistä. Voitte esimerkiksi pitää käsiänne tiiviisti lapsen ympärillä 15 minuutin ajan hoitojen jälkeen, silloin kun lapsi saa ruokaa. Kosketukseen avulla lapsi rauhoittuu ja nukahtaa syvään uneen. Ennen hoitoja, kun lapsenne nukkuu, on häntä hyvä herätellä varovasti, jotta hän ei säikähdä yhtäkkiä kosketusta. Lisäksi voitte tarjota sormen lapselle puristettavaksi toimenpiteen ajaksi.

Jos lapsenne on kriittisesti sairas, voi kaikenlainen käsitteleminen ja koskettelu kuitenkin tuntua lapsesta ikävältä ja kivuliaalta. Erityisen epämiellyttävää lapsesta voi olla vatsan, navan ja rinnan alueen koskettaminen. Mikäli lapsenne alkaa näyttää stressin merkkejä, kuten muutoksia käytöksessä ja elintoiminnoissa, tulisi koskettelu keskeyttää ja korvata se esimerkiksi juttelulla tai hyräilyllä.

Kosketuksen avulla lapsi saa turvaa ja läheisyyttä, kun sen saaminen esimerkiksi keskoskaapissa on rajoitettua. Kosketus on lisäksi tehokas kivunlievittäjä ja hyväksi lapsen kehitykselle sekä varhaiselle vuorovaikutukselle.

LIITE 5: 4(13)



Käsikapalo

Vanhempien käsikapalo on lapsen rauhoittamis- ja kivunlievityskeino, joka perustuu kosketukseen. Voitte käyttää käsikapaloa lapsellanne epämukavuutta tuottavien toimenpiteiden yhteydessä.

Käsikapalossa lapsi tuetaan sikiöasentoon rauhallisesti käsien avulla, jolloin lapsen kädet ja jalat ovat koukussa lähellä vartaloa. Lapsen tulisi maata kyljellään tai selälään. Mahdollisuuksien mukaan suoraa ihokontaktia tulisi olla mahdollisimman paljon. Lasta tulisi pitää tiiviissä käsikapalossa koko kivuliaan toimenpiteen ajan ja niin kauan sen jälkeen, että lapsi on rauhallinen. Kädet tulisi tämän jälkeen irrottaa hitaasti lapsen ympäriltä.

Käsikapalon vaikutus perustuu lapsen keuhonhallintaa ja turvallisuutta parantavaan sikiöasentoon, sekä ihokosketukseen joka rauhoittaa lasta.



Kenguruhoito

Läheisyytenne tuo lapsellenne lohtua ja turvaa. Vauva kuulee tutut sydänäänet ja tutun puheäänien, sekä tuntee Teidän tuoksun ja kosketuksen.

Kenguruhoitoa toteutettaessa Teidän tulisi istua mukavalla tuolilla rennossa puoli-istuvassa asennossa. Vaateuksenne olisi hyvä olla väljä ja edestä avattava. Vauvallanne tulisi olla yllään vain vaippa ja mahdollisesti myssy. Ensimmäisillä kerroilla hoitaja auttaa lapsenne kenguruhoitoon. Mikäli lapsella on esimerkiksi useita seurantalaitteita tai hän tarvitsee hengitystukea, on hyvä pyytää alkuun ohjausta ja apua hoitajilta siirtymisvaiheeseen.



Kenguruhoidossa lapsi asetetaan paljaalle rintakehälle pystyasentoon, hieman kippuraan ja pää sivulle taipuneena. Pään tulisi olla hieman taaksepäin kallistuneena, jotta hengitys sujuu ongelmitta. Lapsen jäähtymisen estämiseksi on hyvä napittaa vanhemman paita ja laittaa tarvittaessa lisäpeitettä. Vanhemmalle voi antaa käteen peilin, jonka avulla hän näkee lapsensa kasvot. Vanhempien tulisi varata kenguruhoitoon tarpeeksi aikaa. Hoidon tulisi kestää kerrallaan 1-1,5 tuntia, sillä paikasta toiseen siirtäminen on keskoselle raskasta.

Kenguruhoidon on todettu parantavan lapsen unta ja lisäävän virkeitä jaksoja. Lisäksi se tasaa lapsen hengitystä, sydämensykeä ja ruumiinlämpöä, sekä nopeuttaa lapsen painonnousua. Kenguruhoitoa voidaan hyödyntää myös lapsen kivunhoidossa, esimerkiksi pitämällä lasta kengurussa 15 - 30 minuuttia ennen kivuliasta toimenpidettä ja toimenpiteen ajan. Lisäksi kenguruhoito vahvistaa vanhempi-lapsi suhdetta.

Vuorovaikutus

Ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa olla vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Te vanhemmat ja Teidän vauvanne löydätte kyllä omanlaisenne tavan olla vuorovaikutuksessa.

Vuorovaikutusta voidaan edistää koskettelemalla lasta sekä laulelemalla ja jutustelemalla hänelle. Lapsenne on tottunut ääniinne jo kohdussa ollessaan. Rauhallinen ja tuttu puhe yhdistettynä tuttuihin kasvoihin luo lapselle turvallisuutta. Keskonen ei pysty vastaamaan vuorovaikutukseen samalla tavalla kuin täysiaikainen vauva. Keskonen ei kuitenkaan ole passiivinen, vaan hän reagoi vanhempiensa ääniin omien voimavarojensa mukaisesti ja oppii nopeasti tuntemaan heidän kosketuksen

Pehmeä ja säästävä hoito

Ennenaikaisesti syntyneelle lapsellenne on hyväksi, jos sairaalan olosuhteet olisivat mahdollisimman samankaltaiset kuin kohdussa.

Lapsen ympäristöstä, keskoskaapista tai vuoteesta, voidaan tehdä kohtumainen rakentamalla pehmeistä rullista ja peitteistä lapselle ”pesä”. Pesässä on hämärää ja pehmeää, ja lapsen tila on rajattu turvallisiksi.

Keskosen normaalia vuorokausirytmää pyritään jäljittelemään säätelämällä valon ja melun määrää. Valoa voidaan rajoittaa valonhimentimillä ja peittämällä keskoskaappi peitteillä. Osastolla tulisi välttää ylimääräistä melua ja hälinää. Keskoskaapin ympäristö tulisi rauhoittaa esimerkiksi välttämällä keskoskaapin luukkujen tarpeetonta aukomista ja kaapin kolistelua. Osastoilla saattaa olla käytössä melutasoa mittaavia laitteita, jotka ilmoittavat säädetyn melutason ylityksistä.

Lapselle olisi hyvä suoda yhtäjaksoisia uni- ja lepojaksoja mahdollisimman paljon. Lasta tulisi rasittaa mahdollisimman vähän ja hoitaa yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoidot ja toimenpiteet tulisi keskittää ja varmistaa, että lapselle jää aikaa toipua toimenpiteestä ja levätä ennen seuraavia hoitoja.

Pehmeän ja säästävän hoidon tarkoituksena on vähentää lapsen stressiä sekä taata lapselle riittävästi rauhaa ja lepoa.



Jalan lämmitys ennen verikoetta

Lapseltanne joudutaan todennäköisesti ottamaan kantapääverinäytteitä. Kivun minimoimiseksi voitte lämmittää lapsenne kantapäätä, jotta verenkierto vilkastuu, ja näytteenotto helpottuu.

Kantapää voidaan lämmittää esimerkiksi lämpimällä vedellä (+37-39 astetta) täytetyllä suojakäsineellä tai pussilla. Liian kuuma pussi voi aiheuttaa keskosen herkälle iholle palovammoja, mutta toisaalta liian viileä pussi on tehoton. Kantapäätä tulisi lämmittää 10-15 minuuttia ennen näytteen ottoa painamalla näytteenottoaluetta lämpöpussilla.

Kun kantapää on lämmin, ei laboratoriohoitajan tarvitse puristaa lapsen jalkaa niin voimakkaasti, mikä vähentää lapsen epämukavaa oloa. Lisäksi näyte saadaan nopeammin otettua.



Sokeriliuos

*Lapsellenne voidaan antaa suuhun sokeriliuosta kivuli-
aan toimenpiteen yhteydessä. Sokeriliuos on turvallinen
ja tehokas lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä.*

*Huoneenlämpöistä sokeriliuosta annetaan lapsen suu-
hun tutin tai ruiskun avulla noin kaksi minuuttia ennen
toimenpidettä. Sitä voidaan antaa lisäksi uudelleen juu-
ri ennen toimenpidettä ja sen aikana.*

*Hyvin pienillä, alle 1000 grammaa painavilla pienokai-
silla, sokeriliuoksen käyttöä ei suositella. Sitä ei myös-
kään suositella sokeritasapainon ongelmista kärsiville,
kriittisesti sairaille tehohoitolapsille, huumeäitien lapsil-
le eikä suolenvetovaikeuksista kärsiville lapsille. Hoito-
henkilökunnalta saatte ohjausta sokeriliuoksen käytöstä
oman lapsenne kohdalla.*

*Sokeriliuoksen on todettu vähentävän lapsen itkun kes-
toa ja voimakkuutta sekä kivusta ilmaisevia kasvonliik-
keitä ja alentavan pulssitasoa.*

Asentohoito

Asentohoidon tavoitteena on saada lapsenne sellaiseen asentoon, jossa hänellä on mahdollisimman rento olo. Hoitotoimenpiteiden jälkeen on tärkeää rauhoittaa ja lohduttaa lasta sekä auttaa hänet mukavaan asentoon.

Vastasyntyneellä on usein taipumus hakeutua koukku-asentoon, sillä hän on tottunut kyseiseen asentoon kohdussa. Koukkuasennossa lapsella on kädet ja jalat symmetrisesti koukussa lähellä vartaloa. Koukkuasento on helppo tukea, kun lapsi makaa kyljellään tai vatsallaan. Selkäasento on huonoin, sillä siinä koukkuasennon säilyttäminen on vaikeaa, ja jalat aukeavat helposti "sammakkoasentoon". Kyseinen asento voi vaikeuttaa myöhemmin ryömimisen ja kävelemisen oppimista sekä tasapainon kehittymistä. Jos lapsi kuitenkin halutaan selkäasentoon, kohotetaan hänen lantionsa hieman ylöspäin, jalat koukistetaan vatsan päälle ja pää tuetaan suoraan. Asentohoidossa voidaan käyttää apuna erilaisia pehmeitä tukirullia, peitteitä ja liinoja.

Lapsen hyvä ja rento asento vähentää ahdistusta ja stressiä. Lihasjäykkyyden väheneminen lievittää samalla lapsen kipukokemusta. Vauvan tukeminen kohtumaiseen koukkuasentoon parantaa hänen hengitystään ja keuhkojen toimintaa sekä vähentää sydämen sykkeen vaihteluja. Lisäksi se vähentää energian kulutusta, säästäten rajallisia energiavaroja kasvuun ja kehitykseen.

Lapsen omat lohdutuskeinot

Vauvanne lohduttautuu ja hakee itselleen turvaa myös omilla keinoillaan, tarttumalla ja imemällä.

Lapsen asento tulisi olla sellainen, että hän voi halutesaan imeä nyrkkiään tai tarttua kädellään johonkin. Hänen lähelleen voidaan asettaa harsorulla tarttumista varten.

Jotta vauva pääsee lohduttamaan itseään imemällä, voidaan hänelle tarjota huvituttia. Tutin imeminen on vauvojen yleinen lohduttautumis- ja rauhoittelukeino. Erityisesti äidistään erotetun keskosien lohdutuksessa tutin käyttö on perusteltua. Pienille keskosille on olemassa omia pienempiä tutteja.

Tutin imemisen on todettu vähentävän epämukavuutta, kipua ja itkua kivuliaiden toimenpiteiden yhteydessä. Lisäksi se parantaa suoliston toimintaa ja edistää painonnousua.



Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä tulisi käyttää useita yhtä aikaa, sillä ne voimistavat toistensa tehoa. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat tutkitusti tehokkaita, mutta lääkkeellistä kivunhoitoa ei tule unohtaa. Lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunlievitystä tulisi käyttää samanaikaisesti.

Teidän läsnäolon suoma turva ja läheisyys ovat lapsellenne ensiarvoisen tärkeää. Vastuu hoidosta on viimekädessä kuitenkin hoitohenkilökunnalla. Heidän tehtävänsä on tukea ja ohjata Teitä lapsen hoitoon liittyvissä asioissa.

Ottakaa rohkeasti osaa lapsenne kivunhoitoon!

Olemme tehneet tämän oppaan yhteistyössä Kevyt-yhdistyksen (Keskosvanhempien yhdistys, Mannerheimin lastensuojeluliiton Meilahden yhdistys ry) kanssa.

Oppaan pohjana olemme käyttäneet tekemäämme opinnäytetyötä [Keskosen lääkkeetön kivunhoito - opas vanhemmille](#). Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan luettavissa yhdistyksen kotisivuilla www.kevyt.net.

Syksyllä 2010

Jannika Herala, Sari Hänninen

Tampereen ammattikorkeakoulu