

Anna Eskelinen  
Viivi Alanko

# Kouluikäisen lapsen lääkkeettömät kivun- hoitomenetelmät

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

6.3.2015

Tekijät	Anna Eskelinen, Viivi Alanko
Otsikko	Kouluikäisen lapsen lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät
Sivumäärä	26 sivua + 3 liitettä
Päivämäärä	6.3.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja	FT, THM, Marjatta Kelo
<p>Tämä opinnäytetyö käsittelee kouluikäisen lapsen lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Opinnäytetyö on toteutettu käyttämällä kirjallisuuskatsausta ja sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä varten olemme analysoineet kahdeksan tutkimusta, jotka käsittelevät opinnäytetyömme aihetta ja tutkimuskysymyksiä. Kaikki tutkimukset ovat englanninkielisiä ja monikansallisia.</p> <p>Opinnäytetyö on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanketta, joka on toteutettu yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja HYKS naisten ja lastentautien tulosyksikön kanssa.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat että kognitiivis-behavioraalisten ja fysikaalisten menetelmien käyttö oli vähäistä ja hoitajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät lisääntyivät merkittävästi hoitajien saaman koulutuksen myötä, mikä auttoi parantamaan lasten hoidon laatua.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kun mietitään tarvetta lisätutkimuksille. Tähän opinnäytetyöhön on koottu myös tietoa yleisimmistä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, joita voivat hyödyntää terveydenalan ammattilaiset ja vanhemmat.</p>	
Avainsanat	Kivunhoito, lääkkeetön, kipu, kouluikäinen, lapsi

Authors	Anna Eskelinen, Viivi Alanko
Title	School-aged children's non-pharmacological pain relief methods
Number of Pages	26 pages + 3 appendices
Date	6.3.2015
Degree	Nursing (undergraduate)
Degree Programme	Bachelor of Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marjatta Kelo, MNsc, PhD
<p>This thesis deals with school-aged children's non-pharmacological pain treatments. Thesis has been done by using literature review and content analysis method. For content analysis we have chosen 8 research, which deals our thesis subject and research questions. All researches are in English and multinational.</p> <p>This thesis is part of Future of Specialized Health Care for Children- project, which has been done as cooperation with Metropolia university of applied sciences and Helsinki University Central Hospital Gynecology and Pediatrics Unit.</p> <p>The studies showed that kognitive-behaviorals and physical methods use were slight and methods used by nurses increased significantly after education, which helped to improve childcare quality.</p> <p>The benefit of this thesis is especially when considering the need of more research from subject. This thesis also contains most general non-pharmacological pain relieving methods which can be exploit by health care professionals and parents.</p>	
Keywords	Pain relief, non-pharmacological, pain, school-aged, children

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
3	Kipu	3
3.1	Krooninen ja akuutti kipu	3
3.3	Psykosomaattinen kipu	4
3.4	Lapsi ja kipu	5
4	Kouluikäinen lapsi	6
4.1	Kognitiivinen kehitys	7
4.2	Psykososiaalinen kehitys	8
4.3	Fyysinen kehitys	9
4.4	Kouluikäisen lapsen kivun arviointi	9
5	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	10
5.1	Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät	11
5.2	Emotionaaliset kivunhoitomenetelmät	13
5.3	Kognitiivis-behavioraaliset kivunhoitomenetelmät	14
6	Opinnäytetyössä käytetyt aineistot ja menetelmät	15
6.1	Aineiston keruu	16
6.2	Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla	18
7	Opinnäytetyön tulokset	20
7.1	Sairaanhoitajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	20
7.2	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön vaikuttavat tekijät	21
8	Pohdinta	22
8.1	Tulosten tarkastelu	22
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	23
8.3	Tutkimusetiikka ja hyvä tieteellinen käytäntö	24
8.4	Johtopäätökset	25
9	Lähteet	26

Liite 1 Tutkimusten hakusanat ja hakujen tulokset

Liite 2 Tutkimusaineiston analyysikehys

### Liite 3 Sisällönanalyysin perusteella muodostetut kategoriat

## 1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena ovat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät kouluikäisen lapsen kivun hoidossa. Kouluikäisen lapsen iäksi olemme rajanneet 7–12 vuotta. Opinnäytetyömme on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanketta (2011–2014), joka on tehty yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja HYKS naisten- ja lastentautien tulosyksikön kanssa. Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hankkeen tarkoituksena on luoda lasten ja nuorten hoitotyöhön uusia potilaslähtöisiä toimintakäytäntöjä, kehittää yhtenäisiä, joustavia ja saumattomia hoitopolkuja sekä vahvistaa verkostomaista työskentelyä erikoissairaanhoidon näkökulmasta näyttöön perustuen. (Salmela 2011).

Lääkkeetön kivunhoito on keino lievittää kipua ilman altistamista lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksille. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää myös kipulääkityksen rinnalla, sillä ne eivät estä kipulääkkeiden käyttöä. Erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on runsaasti, ja moni toteuttaa niitä rutiininomaisesti jokapäiväisessä hoitotyössä. Ne ovat usein edullisia ja saavat ihmiset ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Lasten kivunhoidossa tehokkaiksi lääkkeettömiksi hoitomenetelmiksi on todettu muun muassa koskettaminen, silittely ja läsnäolo, sillä ne luovat turvallisuudentunnetta, joka taas lisää hyvää oloa ja vähentää näin kivun tuntemusta. (Boyse 2007)

Toteutamme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena, jossa aineistona käytämme englanninkielisiä tutkimuksia ja artikkeleita hoitotieteellisistä tietokannoista. Opinnäytetyön teoriapohjaan etsimme tietoa myös muusta hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Analysoimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen tulokset käyttämällä sisällönanalyysiä.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla kouluikäisten lasten lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Tavoitteenamme oli tuottaa kirjallisuudesta ja tutkimusartikkeleista tiivistettyä tietoa, joka auttaa edistämään laadukasta lasten hoitotyötä. Kivunhoito on olennainen osa hoitotyötä ja erityisesti lasten kohdalla siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Asenteet kivunhoitoon ovat vuosikymmenien aikana muuttuneet. Aikaisemmin lasten kivunhoitoon on suhtauduttu välinpitämättömämmin, koska on ajateltu, että lapset eivät tuntisi kipua samalla tavalla kuin aikuiset ja ”unohtaisivat” kivun nopeammin.

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä, sillä laadukkaimpaan kivunhoitoon päästään yhdistämällä lääkkeelliseen kivunhoitoon lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta tutkittua tietoa on vähän, mutta niiden käytöstä lapsen hoitotyössä hoitajien ja vanhempien käyttämänä löytyy hyvin tutkimuksia. Nykyään lasten kivunhoitoon kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota ja kipua pyritään ehkäisemään tehokkaammin. Haluamme myös oman opinnäytetyömme avulla olla parantamassa lasten hoitotyön laatua. Hyvä kivunhoito on osa laadukasta hoitotyötä, jonka kehittämiseen jokainen voi vaikuttaa oman osaamisensa päivittämisellä ja uuden oppimisella. Hoitajien olisi hyvä omata riittävät tiedot lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, jotta he osaisivat antaa niiden käytöstä ohjausta myös vanhemmille. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat halpoja, turvallisia ja opittuina helppoja käyttää, ja ne sopivat turvallisen hoitotyön toteuttamiseen silloin, kun lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä ei ole syystä tai toisesta mahdollista antaa enempää tai käyttää ollenkaan.

Pyrimme käyttämään mahdollisimman uutta tutkimustietoa, sillä haluamme opinnäytetyöstämme mahdollisimman ajankohtaisen. Koska tutkimuksia aiheesta on Suomessa tehty vain muutama, olemme käyttäneet opinnäytetyössämme paljon kansainvälisiä tutkimuksia.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sairaanhoitajat käyttävät?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön?

### 3 Kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for Study of Pain) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen ja tunneperäinen kokemus, joka on yhteydessä jo tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaan, tai jota kuvataan kudosaan käsittein. Kipu on aina yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri sekä fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät. Lähes aina kipuun liittyy myös epämiellyttäviä tunteita, kuten ahdistusta, tuskaa, pelkoa ja kärsimystä. Kiputunto on yksi ihmiselämän tärkeimmistä suojausmekanismeista. Kipureaktio voi ilmetä ärtyneisyytenä, unettomuutena, masennuksena sekä jännittyneisyytenä niin lapsilla kuin aikuisillakin. Näkyviä ulkoisia reaktioita kipuun ovat muun muassa hikoilu, kalpeus ja silmäterien laajentuminen. (Sailo - Varti 2000: 30–33; Suomen kivuntutkimusyhdistyksen ry.)

#### 3.1 Krooninen ja akuutti kipu

Kipu voi olla lyhytaikaista eli akuuttia tai pitkäaikaista eli kroonista. Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se on kestänyt yli kuusi kuukautta tai yli normaalin kudoksen paranemisaikaa. Krooninen kipu kuluttaa elimistöä ja huonontaa elämänlaatua. Kroonisen kivun seurauksena ilmenee usein unihäiriöinä, syömisvaikeuksia, motoriikan taantumista, kastelua, ärtyneisyyttä ja kiukkuisuutta, sosiaalisten vuorovaikutustaitojen heikkenemistä, alakuloisuutta sekä persoonallisuuden muutoksia. Krooninen kipu on usein vaikeasti hoidettavissa. Lapsilla kroonista kipua esiintyy esimerkiksi syöpä- ja reumatautien yhteydessä. (Estlander 2003: 16; Ivanoff – Risku – Kitinoja – Vuori – Palo 2007: 191.)

Akuutin kivun tarkoituksena on suojata elimistöä varoittamalla kudosaan ja estämällä lisävaurioiden syntymistä. Akuutti kipu ”käynnistää” ihmisen toimintaan, jolloin siihen usein liittyy myös ahdistusta ja pelkoa, jotka ovat kuitenkin luonnollisia reaktioita. Akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti eri hoitokeinoilla, mutta lyhytaikaisenakin se on hyvin kuluttavaa ja vie toipumiseen tarvittavia voimavaroja. Hoitamattomana akuutti kipu voi muodostua krooniseksi, jolloin sen hoitaminen on haasteellisempaa. Akuutista kivusta ei jää pysyvää jälkeä keskushermostoon, toisin kuin kroonisessa kivussa, joka saattaa aiheuttaa pysyviä muutoksia. Kipu yleensä paranee kudosaan parantumisen myötä. Lapsen akuuttiin kipuun on syytä suhtautua aina vakavasti ja lapsi, jonka



kipu ei hellitä tavanomaisella lohduttamisella, on syytä toimittaa lääkärin hoitoon. Näiden kahden edellä mainitun kiputyypin merkitys, mekanismit ja hoitaminen on erilaista, mutta jotkut kiputilat sisältävät piirteitä sekä akuutista että kroonisesta kivusta. (Estlander 2003: 16; Ivanoff ym. 2007: 191.)

Nykylääketieteessä kiputilat jaetaan akuutin ja kroonisen kivun lisäksi nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun niiden patofysiologian mukaan. Edellä mainitut kiputilat voivat liittyä sekä akuuttiin että krooniseen kipuun. (Estlander 2003: 16; Ivanoff ym. 2007: 191.)

Nosiseptiivinen kipu syntyy, kun hermopäätteet reagoivat voimakkaalle kudonsvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Tyypillisiä nosiseptiivisiä kiputiloja aiheuttavia syitä voivat olla mm. tulehdukset, iskemia ja kasvaimet. Kudonsvauriosta johtuva nosiseptiivinen kipu jaetaan somaattiseen (lihas, luusto, iho, sidekudos jne.) kipuun sekä viskeraaliseen eli sisäelimestä lähtöisin olevaan kipuun. Viskeraaliselle kivulle on tyypillistä, että se on vaikeasti paikannettavissa, toisin kuin nosiseptiivinen kipu, jonka voi paikantaa helpommin. Neuropaattisessa kivussa vaurio on kipua välittävässä hermossa. Kipu voi johtua ulkoisen tekijän aiheuttamasta hermovauriosta tai olla sisäisen vamman, kuten hermoja painavan kasvaimen, aiheuttama. Idiopaattisessa kivussa aiheuttajana eivät ole kudons- tai hermovauriot, eikä sille ole löydetty varsinaista elimellistä syytä. Kipu on itsessään kuitenkin aito kokemus, jota ei pidä vähätellä, vaan sitä tulee myös hoitaa asianmukaisesti. (Kalso - Haanpää - Vainio 2009: 155–157; Sailo - Varti 2000: 33.)

### 3.3 Psykosomaattinen kipu

Ihminen on psykosomaattinen kokonaisuus. Ihmisen mieli rakentuu ja kehittyy vuorovaikutuksen kautta johtaen ainutlaatuisen yksilöllisyyteen. Mielen tehtävänä on ylläpitää tasapainoinen hyvän olon tila. Tasapainon järkkyyessä liikaa mieli reagoi erilaisilla suojamekanismeilla. Suojamekanismien riittämättömyys voi johtaa somaattisiin oireisiin, jolloin puhutaan somatisaatiosta. Somatisaatio on tila, jossa ihmisen mieli on kuormittunut liiallisesti eikä pysty käsittelemään siihen kohdistuvaa rasitetta ja painetta. Kuormittava ärsyketulva voi tulla ulkopuolisesta maailmasta tai mielen sisältä. Psykkisten toimintojen pettäessä ihminen joutuu hallitsemattomaan tilaan, jota ei kykene hoitamaan psyykkisillä menetelmillä, vaan tila purkautuu somaattisina oireina. Psykosomaattinen kipu vaihtelee yksilöllisesti ja on yleensä

määräaikainen tila, joka katoaa psyykkisten keinojen lisääntyessä. Psyykkisillä reaktioilla on vaikutusta terveenä pysymiseen, sairastumiseen sekä parantumiseen. Koko ihmisen elämä on ruumiin, mielen ja ympäristön vuorovaikutusta, jotka muodostavat yhdessä terveydentilan. (Sailo - Vartti 2000: 66–67.)

Lasten psykosomaattiseen oireiluun liittyvät erilaiset kiputilat, joista lapset toistuvasti valittavat. Lastenpsykiatriassa on pitkään tunnettu psykosomaattiset kiputilat, jotka ovat luonteeltaan usein toistuvia sekä riittävän vaikeita aiheuttamaan esimerkiksi koulusta poisjäämisen. Tällaisia psykosomaattisia kiputiloja ovat muun muassa toistuvat vatsakivut, psykosomaattinen päänsärky sekä erilaiset jäsensäryt. Tällaiset särkytilat eivät ole kovin harvinaisia mutta ne on aina syytä tutkia huolellisesti. (Moilanen ym. 2004: 330.)

### 3.4 Lapsi ja kipu

Lapsen kipua voi olla vaikeaa tunnistaa. Tunnistamista helpottaa vanhempien oma tietämys lapsestaan. Mahdolliset käyttäytymisen muutokset tai uudet reagoitavat voivat olla merkkejä siitä, että lapsi tuntee kipua. Keinoja, joilla vanhemmat ja lasta hoitava hoitohenkilökunta voivat havainnoida ja etsiä merkkejä lapsen kivusta, ovat esimerkiksi ilmeiden, eleiden, äänenpainon ja asennon tarkkailu. (Sailo - Vartti 2000: 81.)

Lapset saattavat kieltää kipunsa. Syitä kivun kieltämiseen voivat olla muun muassa pelko pistoksena annettavan kipulääkkeen toimenpidekivusta ja halu olla urhea sekä itsenäisyyden korostus erityisesti kouluiässä, jolloin lapsi saattaa pitää kivun ilmaisemista heikkoutena ja kestää tämän vuoksi kipua valittamatta. Hoitotyössä kivun ilmaiseminen saatetaan liittää ikävään tai kiukkuisuuteen, jolloin kipu on vaarassa jäädä hoitamatta. Omahoitajan kannattaa kuunnella lapsen vanhempien tekemiä huomioita lapsensa kipukäyttäytymisestä, sillä vanhemmat pystyvät yleensä hyvin tunnistamaan lapsensa kivun ja erottamaan sen kiukuttelusta ja huomionkipeydestä. (Ivanoff ym. 2007: 192.)

Lapsen kivun ilmenemiseen vaikuttaa hänen persoonansa ja psyykkinen sekä fyysinen kehitystaso. Kipu voi ilmentyä käytös- ja unihäiriöinä sekä somaattisina oireina. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, myös lapselle, joten sitä ei pidä koskaan vähätellä. Aikuisen on mahdotonta päästä lapsen tasolle kokemaan lapsen itsensä tuntemaa kipua, jolloin

väärinymmärryksiä saattaa tapahtua. Lapset ilmaisevat kipua yksilöllisesti, joten on hyvä tietää lapselle ominaiset tavat ilmaista kipua ja muuta huonoa oloa. Kaikenikäiset lapset voivat salata ja vähätellä kipuaan erilaisista syistä johtuen. Kivulias lapsi tuntee itsensä turvattomaksi, jolloin on tärkeää, ettei lasta jätetä yksin. Lapseen tulee suhtautua siten, että lapsi aistii aikuisen todella haluavan auttaa häntä. (Storvit – Sydänmaa – Talvensaari – Kaisvuori – Uotila 2013: 322–24; Sailo - Varti 2000: 80–81.)

Mikäli elimellistä syytä lapsen kivuille ei löydy, saattaa olla aiheellista tehdä psykiatrinen tutkimus. Tutkimuksissa on aiheellista kartoittaa lapselle mahdollista stressiä aiheuttavat tekijät kotona ja koulussa, sekä hänen persoonallisuutensa ja kyvykkyytensä erilaisin testein. On hyvä arvioida, saattaisiko lapsen kykyjen, hänen itsensä asettamien vaatimusten sekä ympäristön vaatimusten välillä olla ristiriitaa aiheuttamassa stressiä. (Moilanen ym. 2004: 332.)

Vaikka varhaislapsuuden kipukokemukset eivät jätä tietoista muistikuvaa, on tutkimuksissa todettu niiden säilyvän alitajunnassa aikuisikään asti. Huonosti hoidettu pitkäaikainen kipu jättää jälkensä pitkäaikaisia kipuja aistivaan järjestelmään. Lapsuuden kokemukset vaikuttavat tuleviin kipukokemuksiin ja voivat olla myöhemmin kehittyvien psykosomaattisten sairauksien ja neuroosien syinä. (Ivanoff ym. 2007: 191.)

#### **4 Kouluikäinen lapsi**

Kouluikäisellä lapsella tarkoitetaan Suomessa 7-12-vuotiasta lasta. Kouluiässä lapsen fyysinen kasvu on hidastunut verrattuna leikki-ikänsä nopeaan kasvamiseen. Koska fyysinen kehitys on hitaampaa, se mahdollistaa motoristen taitojen nopean kehityksen sekä ruumiinhallinnan paranemisen. Silmän ja käden yhteistyö kehittyy, motoriikka paranee ja tarkkuutta vaativat taidot kehittyvät. Kouluikäisen kehityksessä erityisesti tapahtuvia asioita ovat itsetunnon kehittyminen, oman sukupuoliroolin oppiminen, oppiminen ikätovereiden kanssa toimimiseen sekä ahkeruuden kasvaminen. (Storvit-Sydänmaa ym. 2013: 62.)

7-12-vuotiaat lapset eivät ole vielä psyykkiseltä ja fyysiseltä kehitykseltään aikuisia, joten he tarvitsevat erilaista tukea kivun hoidossa. Kouluikäisellä lapsella alkaa olla jonkinlainen hahmotus omasta kehostaan ja sisäelimestään. Fyysinen eheys on tärkeää, jonka vuoksi heille tulisi kertoa asiallista tietoa kivusta ja sen hoidosta,

huomioiden kuitenkin lapsen kehitysasteen. (Salanterä - Hagelberg - Kauppila - Närhi 2006:195–196.)

Noin 10-vuotiaana lapsi alkaa ymmärtää syy-seuraussuhteita. Tämän ikäiselle lapselle on hyvä kertoa erilaisten kivunlievitysmenetelmien vaikutuksista. Lapselle voi esimerkiksi kertoa että kylmägeelipussin käyttö lievittää kipua, kun sen asettaa kivuliaan kohdan päälle, jolloin turvotus laskee ja kipu lieventyy. Vaikka kylmägeelipussi saattaa tuntua lapsesta epämiellyttävältä, on lapsen sitä mieluisampi käyttää, kun hän tiedostaa sen vähentävän kipua. (Salanterä ym. 2006: 196.)

#### 4.1 Kognitiivinen kehitys

Kognitiivisella kehityksellä tarkoitetaan ihmisen kehitystä kielellisesti, oppimisessa, havaitsemisessa, muistamisessa ja ajattelemisessa. Voidaan puhua myös ihmisen tiedollisesta osa-alueesta. Lapsen kognitiivista kehittymistä säätelevät sekä perintökijät että myös ympäristö. Lapsi hakee ympäristöstään aktiivisesti uusia oppimiskokemuksia. (Vilén - Vihunen - Vartiainen - Sivén - Neuvonen - Kurvinen 2006: 144.)

Ajattelun kehittymisen vuoksi kouluikäinen pystyy irtautumaan välittömistä aistihavainnoista. Kouluikäisen lapsen ajattelu on johdonmukaista ja loogista, ja hänelle ominaisia piirteitä ovat muun muassa tiedonhalu ja uteliaisuus. Kouluikäinen kykenee rakentamaan omat käsityksensä ja tietonsa ympäröivästä maailmasta omien kokemustensa ja tulkintojensa pohjalta. Ongelmia ratkotaan erehdysten ja yritysten kautta. Lapsen ajattelumaailma myös kehittyy kouluiän kynnyksellä realistisempaan suuntaan, jolloin todellisuuteen sitoutuminen on parempaa. Ajattelu on sidoksissa aistihavaintoihin ja kokemuksiin, sillä se on kehittynyt muistin yhteydessä. Kouluikäiselle on ominaista myös muistiin kerääntyneen tiedon pohtiminen. (Storvit-Sydänmaa ym. 2013: 63–64.)

Äkillinen tai jatkuva kipu aiheuttaa kognitiivisen häiriön. Muut kognitiiviset havainnot vaimenevat tai jopa lakkaavat. Ajattelu katkeaa ja palautuessaan se on usein siirtynyt toisiin ajatuksiin. Kivun aiheuttamalla kognitiivisten toimintojen häiriöillä on monenlaisia kielteisiä seurauksia. Kivulias ihminen saattaa vaikuttaa olevansa täysin omissa maailmoissaan eikä kiinnitä huomiota muihin ihmisiin ja puheeseen. Näin tapahtuu, vaikka kipu olisi hetkellisesti poissa. (Granström 2010: 31.)

## 4.2 Psykososiaalinen kehitys

Kouluikäisen psyykkinen ja sosiaalinen kehitys etenevät merkittävästi tiedon määrän ja ympäristön laajentuessa. Lapsi oppii tällöin ymmärtämään abstrakteja kokonaisuuksia, käsitteitä sekä syy-seuraussuhteita. Itsetunnon normaalin kehittymisen kautta kouluikäisen on tärkeää saada positiivista palautetta onnistumisistaan mutta on myös tärkeää oppia sietämään epäonnistumista. Epäonnistumisen jälkeen aikuisen tehtävänä on kannustaa lasta yrittämään uudelleen. Motivaatio kasvaa hyvän yrityksen tunnustamisesta eikä pelkästään saavutetusta lopputuloksesta. Kouluikässä monet nuorempina pelkoa tuottaneet asiat muuttuvat arkipäiväisiksi ja pelon kohteet vaihtuvat. Kouluikässä psyykkiseen kehitysvaiheeseen liittyvä pelkotiloja luovat muun muassa pelko kontrollin menettämisestä omiin kehon toimintoihin, vahingoittumisesta ja kivusta. Tietoisuuden kasvaessa kouluikäinen alkaa myös ymmärtää voivansa menettää vanhemmat ja ystävänsä. Kouluikäinen ei niinkään vielä ajattele omaa kuolevaisuuttaan tai vammautumisen mahdollisuutta ja siksi saattaa käyttäytyä vaaroja uhmaten ja uhkarohkeasti. (Ivanoff ym. 2007: 68–70.)

Kouluikäiselle lapselle on tärkeää tuntee kuuluvansa johonkin ryhmään ja samaistua ikätovereihinsa. Lapsi oppii ikätovereiltaan uusia käyttäytymismalleja, sekä tapoja ilmaista tunteitaan ja itseään niin positiivisesti kuin negatiivisestikin. Persoonallisuus kehittyy vuorovaikutuksen kautta, jolla on myös suuri merkitys psyykkisessä kehityksessä. Kouluikäiselle saattaa olla vaikeaa luoda kestäviä, vastavuoroisia, terveesti riippuvaisia, mutta silti sopivan itsenäisiä ihmissuhteita. Terveen minäkuvan luominen on yksi keskeisistä tavoitteista kouluikäisen lapsen kehityksessä. (Storvit-Sydänmaa ym. 2013: 64–65.)

Lapsen kipukokemus ja kyky ymmärtää kipua muuttuvat lapsen kehityksen aikana. Yrittäessään hallita kokemaansa kipua osa lapsista käyttäytyy hyvinkin aktiivisesti tuoden esillä kipunsa sekä verbaalisesti että non-verbaalisesti. Lapset yrittävät hallita kipukokemustaan myös passiivisesti, kuten olemalla hiljaa paikoillaan tai pyrkimällä ajattelemaan kivun aikana jotakin mieluisaa. Passiivisesti kipua ilmaisevien lasten kivun tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska lapsen kipu saattaa jäädä helpommin huomaamatta. (Ivanoff ym. 2007: 191.)

### 4.3 Fyysinen kehitys

Kouluiässä lapsen fyysinen olemus muuttuu: pää pienenee suhteessa koko pituuteen, raajat pitenevät ja pikkulapselle ominainen pyöreys katoaa. Kouluiässä kasvu on tasaista, pituus lisääntyy keskimäärin 5cm ja painoa kertyy noin 2½ kg vuodessa. Pysyvät hampaat puhkeavat keskimäärin 6-13 vuotiaana, tytöillä hieman aikaisemmin kuin pojilla. Kouluikäinen lapsi on motorisesti orientoitunut ja oppii taitoja helposti. Kouluiässä lapset kiipeilevät, juoksevat, hyppivät. Hienomotoriikka kehittyy vähitellen aikuistalolle jolloin mm. kengännauhojen rusetille solmiminen onnistuu kuin myös perunoiden kuoriminen itsenäisesti. Kouluikäisen lapsen on hyvä saada harjoittaa nopeasti kehittyviä motorisia taitojaan turvallisesti. (Ivanoff ym. 2007: 68–70.)

### 4.4 Kouluikäisen lapsen kivun arviointi

Kouluikäinen lapsi osaa paikallistaa kivun sekä myös kuvailla sitä hieman sanallisesti. Kivun tehokkaan arvioinnin edellytyksenä on lapsen kehityksen tunteminen, jossa keskeisiä asioita ovat ajattelun, havaintojen ja puheen kehittyminen. Lapsen kipua voidaan mitata kipumittareilla, mutta niiden ongelmana on tulkinnan luotettavuus. Kipumittarin tulos saattaa kertoa kivun lisäksi myös jostain muusta mielipahasta kuten pelosta, ikävästä tai muusta mieltä painavasta asiasta. Kouluikäiset lapset käyttävät mielellään numeerista asteikkoa, sillä he ovat tottuneet käyttämään numeroita jo koulussa. Lapsen vanhemmilta saatu arvio kivusta on hyvä huomioida, mutta myös lapsen oman kivun kokemuksen kunnioittaminen ja kuuleminen on tärkeää. Mitä isommasta lapsesta on kysymys, sitä tärkeämpää on ottaa lapsi mukaan arvioimaan omaa kipuaan ja suunnittelemaan sen hoitoa. (Storvit-Sydänmaa ym. 2013: 63, 322–324; Salanterä ym. 2006: 195–196.)

Kouluiässä lapset osaavat kuvata kipuaan ja sitä helpottavia tekijöitä. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä aina hyödyntää lapsen omaa tietoa kivusta kysymällä hänen kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Lapsen kivun tunnistaminen voi olla erityisen vaativaa silloin, kun lapsi ei kykene sitä sanallisesti ilmaisemaan. Hoitajien asenteet, tiedot ja taidot ratkaisevat, minkälaista lievitystä lapsi kipuunsa saa. Kipumittareiden käytössä on tärkeää varmistaa, että lapsi ymmärtää oikein, kuinka mittaria käytetään. Suomessa kipumittareiden käyttö lasten kivun arvioinnissa on vielä melko vähäistä, vaikka mittarit ja niiden käyttöperiaatteet ovat helppoja ja tuttuja. Kipumittareiden käytön tehostaminen on yksi keinoista lisätä laadukasta kivunhoitoa. (Ivanoff ym. 2007: 192–193.)

## 5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeetön kivunhoito on tärkeä osa-alue kivunhoidossa. Sitä voidaan käyttää joko yksin tai lääkehoidon tukena. Paras kivunhoito saavutetaan, kun yhdistetään lääkkeettömän ja lääkkeelliset hoitomuodot. Osa kivunhoidon keinoista on hyvin tavallisia emotionaalisia tukikeinoja, joita jokainen voi toteuttaa päivittäisissä toiminnoissaan lasten hoitotyössä, kuten syliin ottamista, silittelyä ja lohduttamista. (Storvit-Sydänmaa 2013: 328.) Hyvä ja hellä perushoito on myös olennainen osa kivunhoitoa.

Koska monet lääkkeettömät kivunhoitokeinot ovat näinkin yksinkertaisia, tulisi niiden käyttöä lisätä erityisesti sairaaloissa. Hoitajien kouluttamisessa ja tiedon lisäämisellä niiden käyttö olisi varmempaa. Monet hoitajat käyttävät päivittäisessä hoitotyössään automaattisesti monia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä.

Lapsen kipu, pelko ja ahdistus vahvistavat toinen toistaan. Kipua lieventää luottamuksellinen ja turvallisuuden tunnetta lisäävä vuorovaikutus sekä huolellinen kivuliaaseen toimenpiteeseen valmistaminen. Vanhempien ja muiden läheisten ihmisten tuoma turva ja hellyys ovat tärkeitä lapsen kivunhoidossa. Äidin, isän tai jonkun muun tutun kosketus rauhoittaa levotonta lasta. Vanhempien pelko ja ahdistus heijastuvat myös lapseen, joten vanhempien henkisestä jaksamisesta sekä ohjauksesta on hyvä huolehtia, sillä sitä kautta hoidetaan myös lapsen kipua. Antamalla tietoa kivun syntytaivoista, olemuksesta ja hoitomahdollisuuksista vanhemmille laajennetaan heidän ja potilaan mahdollisuuksia hoitaa kipua. (Kalso - Haanpää - Vainio 2009: 190.) Koska vanhemmat eivät välttämättä pysty olemaan lapsen jatkuvana turvana, on turvallisuuden tunteen luominen ja ylläpitäminen yksi hoitajien tärkeimmistä tehtävistä. Lapset myös kokevat turvaliseksi erityisesti tutun hoitajan, jonka pelkkä läsnäolo voi helpottaa kipua.

Opinnäytetyössämme olemme tarkastelleet yleisimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, jotka olemme jakaneet fysikaalisiin, emotionaalisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin.

Seuraavissa kappaleissa tarkemmin kuvattuja fysikaalisia menetelmiä ovat lämpö- ja kylmähoito, hieronta, akupunktio sekä TNS-hoito. Emotionaalisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat mm. uni ja lepo sekä kosketus ja lohdutus. Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ovat tietynlaiset terapiamuodot ja rentoutusharjoitukset.

## 5.1 Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät

Lämpö- ja kylmähoitoja käytetään paljon lääkkeettömässä kivunlievityksessä. Riippuen potilaasta, kivun aiheuttajasta ja hoidettavan kivun vaikeudesta joko lämpö- tai kylmähoito sopii helpottamaan kipua. Lihasten ja nivelten kiputiloihin apua voi olla sekä kylmästä että lämpimästä. Lämpö aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, hiussuonten aukenemista, lihasten rentoutumista, kudosten verenkierron lisääntymistä ja kudoksen aineenvaihdunnan lisääntymistä. Tämä voi vähentää huomattavasti potilaan kokemaa kipua ja soveltuu hyvin esimerkiksi lihaskivun hoitamiseen. Kylmähoitossa biologiset ja fysiologiset tekijät aiheuttavat kudosten lämpötilan laskemista, joka lievittää kipua lihasten rentoutuessa. Kylmähoito myös vähentää kudosten verenkiertoa ja hidastaa niiden aineenvaihduntaa lievittäen kipua.

Kylmä- ja lämpöhoito annetaan yleisimmin käyttämällä geelipusseja, jotka voidaan lämmittää tai jäähdyttää esimerkiksi jääkaapissa ja niitä käytetään kivun paikallisessa hoidossa. Kylmägeelipussien käyttö on suositeltavampaa kuin lämpöpussin käyttö, sillä kylmä vähentää kipua tehokkaammin, nopeammin ja pidempään. Jos kylmägeelipusseja ei jostain syystä voi asettaa kipeään kohtaan, voidaan ne laittaa myös kipua aistivan kehonosan vastakkaiselle puolelle samaan kohtaan tai kipualueen ylä- tai alapuolelle. Kylmä- ja lämpöhoitoa voidaan antaa myös nopeasti vaihtuvien aikavälein, jolloin vaihdetaan kylmägeelipussit tietyn ajan jälkeen lämpimiin ja toisinpäin. Saatu hyöty voi olla suurempi kuin vain toinen hoito yksinään. Tärkeintä on kuitenkin tarjota potilaalle sitä hoitoa, josta hän kokee hyötyvänsä kivun lievityksessä eniten. (Sailo - Varti 2000: 138; Kalso - Haanpää - Vainio 2009: 238.)

Hieronnan uskotaan vaikuttavan myönteisesti ihoon, verenkiertoon, imunesteen kiertoon, lihaskudokseen, hermoihin sekä sisäelimiin. Se rauhoittaa ja rentouttaa samalla kun lihasten rentoutuminen lievittää kipua. Hieronnalla käsitellään pehmytkudoksia järjestelmällisesti, ja sen on katsottu olevan turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Hieronnalla on myös psykologisesti myönteinen vaikutus: se rauhoittaa ja tukee hoitosuhteen muodostumista.

Tavallisimpia hierottavia paikkoja ovat hartiat, selkä, jalat ja kädet. Lämpimän voiteen käyttö hieronnan yhteydessä on mahdollista, jolloin yhdistetään lämpöhoito mukaan kivunhoitoon. Rauhallisten ja sivelevien otteiden käyttö hieronnassa edistää potilaan rentoutumista ja myös huomion siirtämistä pois kivusta. Useiden lihasryhmien käsittely voi laukaista reflektorisia toimintoja, jolloin sekä kipu että lihaskouristus helpottuvat.



Kipuaistimukseen hyvinkin merkittävä osa voi olla mielialatekijöillä ja mielen vireydellä, ja kuten edellä on mainittu niin miellyttävien tuntemusten aikaansaaminen hieronnalla voi lievittää kipua. (Sailo - Vartti 2000: 137; Kalso 2009: 239.)

Hieronta on käytännössä ilmainen, turvallinen ja miellyttävä hoitomenetelmä, mutta sen käyttämisestä olisi hyvä järjestää koulutusta, jotta hierontaa voisi antaa ”oikeaoppisesti” myös sairaaloissa muutkin kuin hierojan ammatin omaavat. Erityisesti lapsille hellävaraisen hieronnan kautta tuova kosketus lisää turvallisuudentunnetta ja läheisyyttä.

Akupunktio on yli 2000 vuotta vanha kiinalainen hoitomuoto. Se on varsin laajasti käytetty menetelmä mm. tuki- ja liikuntaelinperäisten sairauksien, päänsäryn ja lanneselän kipujen hoidossa. Tavallisin akupunktiohoito toteutetaan 8-20 neulan asettelulla eri puolille kehoa tiettyihin akupunktiopisteisiin. Suurin osa ihmisistä ei tunne neulojen laittaa ihon läpi lainkaan, osa tuntee neulat, mutta ei kipua. Neuloja voidaan stimuloida joko pyörittelemällä tai värisyttämällä niitä, sekä kytkemällä neuloihin matalataajuinen sähkövirta hoidon aikana. Tutkimusnäyttöä akupunktiosta on vähän, mutta siitä on raportoitu aiheutuvan hyvin vähän komplikaatioita, kun tekniikkaa on käytetty oikein ja neulat ovat steriilejä. Akupunktio toistetaan 10–15 hoitokerran ketjuna 1-7 päivän välein kiputilan mukaan. Yksi hoitokerta kestää noin 15–30 minuuttia. (Kalso - Haanpää - Vainio 2009: 241–241; Salanterä ym. 2006: 162.)

Akupunktiota toteuttavat siihen koulutuksen saaneet henkilöt. Akupunktiota ei ole tarjolla julkisessa terveydenhuollossa, mutta sitä toteuttavat monet yksityisklinikat, joskin melko kalliilla hinnalla, sillä hoitokertoja tarvitaan useampi. Nuoret lapset saattavat myös kokea akupunktion pelottavana asiana, mikä voi olla este hoidolle.

TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio on yksinkertainen kivun lääkkeetön hoitomuoto, jota käytetään pitkäaikaisten tuki- ja liikuntaelinperäisten kipujen sekä neuroopaattisten kipujen hoidossa, kun kipu on paikallista. Siinä iholle laitettavien elektrodien avulla annetaan pieniä sähköimpulsseja, jotka potilas aistii kivuttomina tuntemuksina, kuten värinä. Sähkövirran seurauksena ääreishermostojen sensoriset ja motoriset hermosäikeet aktivoituvat ja porttikontrolliteorian mukaisesti sen uskotaan vähentävän kipua, kun aktivoituneissa selkäytimen takasarven kipua estävät välittäjähermosolut aktivoituvat jolloin aivokuorelle välittyvien kipuimpulssien määrä vähenee. (Salanterä ym. 2006: 164–165.)

TNS-hoidon kaikkia vaikutusmekanismeja ei tunneta, mutta sen käyttöä pidetään turvallisena, ja siihen liittyvät komplikaatiot ovat olleet harvinaisia. Koulutuksen saanut hoitaja tai fysioterapeutti vastaa TNS-hoidon käytännön toteutumisesta. Hoito annetaan TNS-laitteella, johon kuuluvat virtalähde, hoitolähde ja ihoon liimautuvat elektrodit. Elektrodit laitetaan joko kipualueelle tai sen ympärille. Jos iho on rikkoutunut tai siinä on ihottumaa, ei elektrodeja voida laittaa kohtaan. Joskus myös vaikea neuropaattinen kipu saattaa estää elektrodien laitton kipukohtaan, jolloin voidaan yrittää stimuloida vastaavaa ihoaluetta terveeltä puolelta tai asettaa kylmägeelipussien tavoin kipukohdan ylä- ja alapuolelle. TNS-laitteella voidaan säätää sähköimpulssien voimakkuutta, kestoa sekä taajuutta. TNS-laite on mahdollista saada myös kotiin joustavasti käytettäväksi. Itsehoidon edellytyksenä on, että potilas osaa käyttää laitetta turvallisesti joko itse tai yhdessä perheenjäsenen avustuksella. TNS-hoitoa ei saa antaa kaulan alueelle, sillä hoito saattaa laukaista kurkunpään lihasten kouristuksen sekä sydämen harvalyöntisyyttä. TNS-hoito sopii myös syöpäpotilaalle ja lapsille. (Salanterä ym. 2006: 164–165.)

## 5.2 Emotionaaliset kivunhoitomenetelmät

Unen ja levon merkitys ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille on suuri. Yksilöllisesti vaihtelee kuinka paljon ihminen tarvitsee unta, mutta monet nukkuvat keskimäärin seitsemästä kahdeksaan tuntia vuorokaudessa. Toiset selviävät 4-5 tunnin yönillä, mutta lapset tarvitsevat paljon unta. Lapset nukkuvat myös päiväunia. Murrosiässä alkaa aivojen toinen kasvuvaihe minkä vuoksi unta tarvitaan paljon - jopa yhdeksän tuntia vuorokaudessa. (Uniliitto 2010.)

Kouluikäinen tarvitsee unta 9-10 tuntia vuorokaudessa. Riittävä uni ja lepo edistävät tervettä kehitystä ja kasvua. Alkuyön aikana uni on syvimmillään, jolloin aivot palautuvat päivän rasituksista ja virikemäärästä. Väsymyksestä kärsivän lapsen unirytmii on usein sekaisin. (Kouluikäisen terveystietä 2011.)

Väsymys vaikuttaa vireystilaan ja tekee kivun kokemisesta epämiellyttävämpää. Riittävä uni auttaa pitämään vireystilaa yllä, jolloin lapsi pystyy helpommin keskittymään mm. mielikuvaharjoituksiin. Kipu saattaa aiheuttaa unettomuutta ja valvottaa öisin, jolloin päivällä voi väsyttää paljon, mikä vaikuttaa mielialaan. Unen ja levon merkitys on suuri kivun hoidossa. Lepotilassa keho rasittuu vähemmän, mikä myös helpottaa kivun

tuntemista. Rasiitusta tulee muutoinkin välttää sairaana ollessa komplikaatioiden, kehon yllirasittumisen ehkäisemiseksi sekä parantumisen nopeuttamiseksi.

Erityisesti lapsilla koskettaminen rauhoittaa ja luo turvallisuuden sekä mielihyvän tunnetta, mikä helpottaa kiputuntemuksia. Kosketus on myös huomion kääntämisen menetelmä, jossa huomio kivusta siirtyy kosketuksen tuomaan mielihyvään. Erityisesti lapset tarvitsevat kosketusta ja lohdutusta osakseen, sillä niiden avulla he tuntevat olonsa turvalliseksi ja rakastetuiksi, mikä auttaa kivun käsittelemisessä. Kosketus vahvistaa luottamuksellista hoitosuhdetta myös hoitajan ja lapsen välillä. Kosketusta voi toteuttaa ihan vain yksinkertaisesti silittämällä, halaamalla ja sylissä pitämällä.

### 5.3 Kognitiivis-behavioraaliset kivunhoitomenetelmät

Psykoterapiaa on käytetty paljon lasten ja nuorten psykiatrisessa työssä. Vakiintuneita hoitomuotoja ovat muun muassa psykodynaaminen ja kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia.

Psykodynaaminen yksilöterapia on tavallisimmin käytetty terapiamuoto sekä lapsilla, nuorilla ja aikuisilla. Sen tavoitteena on vapauttaa lapsen tai nuoren kykyjä sekä voimavaroja, joiden käyttäminen on estynyt. Yksilöterapia auttaa potilasta nauttimaan elämästään ja olemassaolostaan. Hoidossa tavoitteina ovat muun muassa ahdistuneisuuden vähentäminen, itsetunnon vahvistaminen, pettymysten sietokyvyn lisääminen, selviytymiskeinojen parantaminen ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen. (Moilanen ym. 2004: 409–410.)

Kognitiivis-behavioraalisen terapian tavoitteena on helpottaa potilasta tunnistamaan sekä muuttamaan turhia, kipua ja muita ongelmia pahentavia mielikuviaan, asenteitaan ja käyttäytymistään. Yhdistelemällä Menetelmiä muun muassa fysikaalisiin hoitoihin ja rentoutukseen, voidaan vaikuttaa samanaikaisesti kivun psykologisiin, fysiologisiin ja sosiaalisiin osatekijöihin. Terapian tavoitteena on, että lapsi tai nuori tunnistaa omat tunteensa, pystyy nimeämään niitä sekä muuttamaan vääristyneitä ja kielteisiä tuntemuksia itsestään ja toiminnastaan. Tavoitteena on myös lisätä vuorovaikutustaitoja. Kognitiivinen terapia soveltuu juuri kouluikäisten lasten hoitoon, koska se edellyttää kognitiivisten taitojen kypsyä, jota heillä tässä kehitysvaiheessa jo on. (Moilanen ym. 2004: 409–410.)

Äkillinen kipu aiheuttaa usein pelkoa ja lihasjännitystä, jotka lisäävät kipua leikatussa tai vaurioituneessa kudoksessa. Rentoutus, kuten muutkaan lääkkeettömän kivunhoidomenetelmät, eivät korvaa kipulääkitystä vaan täydentävät sitä. Rentoutus auttaa potilasta siirtämään ajatuksensa pois kivusta ja siinä halutaan saada lihasjännitys laukaisuksi käyttäen erilaisia rentoutustekniikoita, esimerkiksi vuoroin jännittämällä ja rentoutamalla tiettyä lihasryhmää. Mielikuvaharjoitukset kuuluvat myös osaksi rentoutustekniikoita. Mielikuvaharjoituksissa potilasta pyydetään kuvittelemaan, että hän tekee harjoitusta itselleen mieluisassa paikassa, esimerkiksi meren rannalla. Mielikuvia käytettäessä voidaan valita myös sellainen mielikuva, joka vähentäisi kipua. Esimerkiksi puristava kipu voidaan kuvitella vanteeksi tai kiristäväksi vyöksi, jota löysätään. Rentoutustekniikoiden käyttäminen voi olla kuitenkin haastavaa lapsen kohdalla, sillä lapsen keskittymiskyky voi olla vähäistä, erityisesti jos lapsi on kipeä. (Sailo - Vartti 2000: 136; Kalso - Haanpää - Vainio 2009: 236.) Rentoutustekniikat lievittävät kipua, sillä niissä pyritään kääntämään potilaan huomio pois kivusta. Tänä on erityisen tarpeellinen keino pitkäaikaisen kivun hoidossa. Huomiota voidaan kääntää pois kivusta mm. edellä mainittujen rentoutustekniikoiden, leikin, piirtämisen, satujen ja musiikin avulla. Piirtäminen voi tarjota lapselle tavan käsitellä kokemuksiaan sairaalassa ja samaan aikaan auttaa irrottautumaan sairaalaympäristöstä ja kivusta.

## **6 Opinnäytetyössä käytetyt aineistot ja menetelmät**

Toteutimme opinnäytetyömme käyttämällä kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jolla tarkastellaan kirjallista aineistoa ja nostetaan sieltä esille oleellisia tutkimuksen kohteeseen liittyviä kuvauksia ja tuloksia. Kirjallisuuskatsaus on siis tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan keskustelua ja seuloetaan esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. (Salmi- nen 2011: 9.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuoda esille, mistä näkökulmasta ja miten tutkittavaa asiaa on aikaisemmin tutkittu sekä kuvata kuinka suunnitteilla oleva tutkimus liittyy aikaisempiin asiasta tehtyihin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuksen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen kuten lehtiartikkeleihin, tutkimusjulkaisuihin ja muihin julkaisuihin. Lähdeviitteiden avulla lukija voi tarkistaa tietoja alkuperäisistä kirjoituksista, kuinka niitä on käytetty tutkimuksessa ja seurata, miten tutkija on niiden poh-

jalta tuonut esille uutta tietoa. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 123; Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2012: 121.)

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys eli kirjallisuuskatsaus (luvut 3-5) perustuu pääasiassa suomenkieliseen hoitotyön kirjallisuuteen ja artikkeleihin. Haimme materiaalia viitekehukseen kirjastoista, tietokannoista sekä aikaisempien opintojemme perusteella.

Opinnäytetyön tutkimusaineistomme ja sisällönanalyysin kohteena ovat englanninkieliset artikkelit lääkkeettömästä kivunhoidosta. Näiden artikkelien perusteella pyrimme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme ”Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sairaanhoitajat käyttävät?” ja ”Mitkä tekijät ovat yhteydessä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön?”

Kuvaamme seuraavassa kappaleessa tarkemmin aineiston keruun ja käsittelyn sekä analyysin vaiheet.

## 6.1 Aineiston keruu

Käytimme opinnäytetyössämme paljon tietokirjallisuutta ja etsimme tieteellisiä tutkimuksia lääke- ja hoitotieteellisistä tietokannoista. Käytimme tietokannoissa paljon samoja hakusanoja kuten ”Non-pharmacological” ja ”Pain management”, sillä muita synonyymejä käyttäessämme tutkimuksia löytyi hyvin vähän. Tieteellisten tutkimusten hakeminen tuotti aluksi vaikeuksia, sillä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä tutkittua näyttöä löytyi vain vähän, jos ollenkaan. Sen sijaan löytyi kuitenkin melko paljon tutkittua tietoa siitä, kuinka lääkkeettömiä menetelmiä käytetään erityisesti toimenpiteen jälkeisen kivun hoidossa.

Aineistomme artikkelien sisäänottokriteerit on esitetty taulukossa 1. Tutkimusten hakusanat ja hakujen tulokset on esitetty liitteessä 1.

Taulukko 1. Artikkelien sisäänottokriteerit

<b>Sisäänottokriteerit</b>
Julkaistu 2002-2014
Suomen tai englanninkielinen artikkeli
Liittyy olennaisesti lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin ja/tai lapsiin
Luotettavasta lähteestä peräisin oleva artikkeli tai tutkimus

Tietokannoista koimme hyödyllisimmäksi PubMedin, joka tarjosi paljon tieteellisiä tutkimuksia aiheestamme hyvin yksityiskohtaisillakin hakusanoilla. Muutama opinnäytetyössämme käyttämä artikkeli löytyi Metropolian Tukholmankadun toimipisteen kirjastosta käsihaulla. Etsimme oppikirjoista tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, jolloin löysimme aiheeseemme liittyvät Tarja Pölkin ja Hong Gu Hen tutkimukset Suomesta ja Kiinasta.

Tietokannoissa tutkimusartikkeleita etsiessämme huomasimme samojen tekijöiden ja tutkimusten tulevan vastaan aina uudelleen, vaikka yritimme vaihdella hakusanoja. Osassa mahdollisista käytettävistä tutkimuksista oli ongelmana niiden saatavuus: tutkimusta ei saanut luettavaksi kokonaisuudessaan ilman ostamista.

Tutkimuskysymystemme vakiinnuttua tutkimusten etsiminen kävi helpommaksi. Löysimme vain kolme Suomessa tehtyä, aiheeseen liittyvää tutkimusartikkelia, joista yksi ei kelvannut käytettäväksi liian kauan sitten tehtynä. Kriteereissämme pysyimme siinä, että tutkimus oli tuoretta tietoa eli tehty vuoden 2001 jälkeen. Sisäänottokriteereissämme jouduimme joustamaan tästä ”10 vuoden säännöstä”, sillä halusimme erityisesti mukaan Tarja Pölkin tekemät tutkimukset, sillä hän on lasten kivunhoidon tunnettu asiantuntija.

Suurin osa tutkimuksista oli tehty ulkomailla, kuten Kiinassa ja Singaporessa, moniammatillisessa työryhmässä. Olisimme mielellämme halunneet tarkastella enemmän Suomessa tehtyjä tutkimuksia, mutta niitä ei löytynyt. Pidimme kuitenkin ulkomaisia tutkimuksia luotettavina, sillä niissä oli mukana samoja kirjoittajia kuin Suomessa teh-

dyissä tutkimuksissa, ja ne olivat tehty noin 10 vuoden sisällä. Alansa suomalaiset asiantuntijat selvästi olivat mukana myös kansainvälisissä tutkimuksissa.

Tutkimuksissa kohderyhmän määrä ja tutkimusten laajuus vaihteli suuresti. Suurimman osan tutkimuksista ongelmana oli, että niissä tutkittiin vastasyntyneiden ja leikkiikäisten lasten kipua. Kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä, mikä tuotti välillä vaikeutta niiden kääntämisessä ja tulkitsemisessä, koska tutkimukset sisälsivät paljon tieteellisiä termejä ja englanti ei ole äidinkieleemme.

Lopullisen analyysin kohteeksi valikoitui yhteensä 8 artikkelia. Tutkimusaineiston analyysikehys ja artikkelien tarkka kuvaus on esitetty liitteen 2 taulukossa. Olemme siinä esittäneet kunkin artikkelin tekijät, tutkimuksen tekoajankohdan ja julkaisumaan. Lisäksi olemme kuvanneet artikkelissa kuvatun tutkimuksen tarkoituksen, käytetyt menetelmät ja tulokset. Artikkelit ovat siis kaikki englanninkielisiä, suomalaiset kirjoittajat ovat Pölkki, Pietilä, ja Vehviläinen-Julkunen.

Artikkeleista kolme kappaletta (h, d, c) kuvaavat koulutuksellista intervention käyttöä, jolla pyritään parantamaan hoitajien tietämystä ja osaamista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä koulutuksen avulla. Artikkeleista neljä kappaletta (a, b, e, g) käsittelee lasten ja/tai heidän vanhempinsa sekä hoitajien käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ja kokemuksia asiasta. Yhdessä artikkelissa (f) tutkittiin hoitajien näkemyksiä vanhempien ohjaamisesta sekä siitä, kuinka vanhempien yhteiskunnallinen asema ja saadun tiedon riittävyys vaikuttivat ohjaustilanteeseen.

## 6.2 Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla

Analysoimme valitut artikkelit käyttämällä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan dokumenttien sisällön kuvaamista sanallisesti, ja sen tavoitteena on etsiä ja tunnistaa tekstin merkityksiä. (Ojasalo ym. 2009).

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti on laaja käsite tässä yhteydessä ja se voi tarkoittaa mm. kirjaa, artikkeleita, haastatteluja, keskustelua ja raportteja. Dokumentti voi olla melkein mitä tahansa aineistoa, joka on saatettu kirjalliseen muotoon. Sisällönanalyysi sopii myös täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin ja sillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja pelkistetyssä muodossa.

Sisällönanalyysilla saadaan aineisto järjestetyksi vain johtopäätösten tekoa varten ja siksi sisällönanalyysillä tehtyjä tutkimuksia onkin kritisoitu ”keskeneräisyydestä”. Tutkija on voinut kuvata aineiston analyysin hyvinkin tarkasti, mutta ei ole kyennyt tekemään tutkimuksessaan johtopäätöksiä vaan esittelee järjestellyn aineiston ikään kuin tuloksina. Tutkimus ei olekaan vielä valmis silloin, kun tulokset on analysoitu. Tulokset tulisi selittää ja tulkita lukijalle ilman, että ne esitetään vain taulukkoina, jakaumina ja korrelaatioina. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä että tutkija pohtii aineistonsa analyysin tuloksia sekä tekee niistä johtopäätöksiä. Tulkinta on aineiston analyysissa nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 103; Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2012: 229.)

Aineistoon tulisi tutustua hyvin ennen varsinaisen sisällönanalyysin aloitusta, koska aineisto ja sen muodostama kokonaisuus on hyvä ymmärtää ennen kuin valitsee tutkimuksen kannalta olennaiset asiasisällöt. Pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistosta poistetaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat. Aineistosta jätetään tarkemman analyysin kohteeksi tutkimustehtävää vastaavat sisällöt, joita aloitetaan työstämään eli pelkistämään ilmauksia. Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta valitut ilmaukset luokitellaan niiden välisten samankaltaisuuden tai erilaisuuden mukaan ryhmiin. Tällä luodaan tutkittavasta ilmiöstä alustava kuvaus. Tässä vaiheessa aineisto yleensä jonkin verran tiivistyy, sillä käsitteet yhdistetään yleisempiin käsitteisiin. Abstrahointi on klusteroinnin kanssa osittain päällekkäinen vaihe. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä valitaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja näistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteet yhdistetään alaluokkiin, josta voidaan jatkaa abstrahointia edelleen muodostamalla niille yläluokkia. Yhdistämistä jatketaan aineiston myötä mahdollisimman pitkälle. (Tuomi-Sarajärvi 2003: 109–111.)

Aloitimme sisällönanalyysin tekemisen lukemalla ensin kaikki artikkelit ja keskittymällä niiden menetelmiin ja tuloksiin. Sen jälkeen kuvasimme liitteen 2 mukaisesti artikkeleiden tulokset tiivistetysti. Tämä auttoi meitä muodostamaan kokonaiskuvan artikkeleista ja niitä yhdistävistä käsitteistä.

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa luimme artikkelit uudelleen läpi. Tässä vaiheessa tulostimme kaikki artikkelit paperille. Merkitsimme niihin lyijykynällä ympyröimällä tai paperin reunamerkinnoilla ja viime vaiheessa myös yliviivaustussilla usein esiintyviä tai tutkimuskysymystemme kannalta merkityksellisiä lauseita, sanoja tai muita kohteita. Tämän jälkeen listasimme nämä taulukkaan. Jatkoimme sen jälkeen taulukossa



esiintyvien sanojen yhdistämisellä isompiin kokonaisuuksiin eli klusteroimalla niitä. Samanaikaisesti yritimme myös käsitteellistää eli abstrahoida näistä teoreettisia käsitteitä. Tätä prosessia jatkoimme keskustelemalla ja taulukkoa täydentämällä, kunnes olimme kumpikin tyytyväisiä lopputulokseen. Lopullinen sisällönanalyysitaulukko on esitetty liitteessä 3.

Tämä vaihe oli opinnäytetyömme haasteellisin osuus. Vaikka olimme lukeneet kaikki artikkelit ja käyneet niiden tiivistelmät läpi, oli vaikea ymmärtää sisällönanalyysin merkitystä.

## **7 Opinnäytetyön tulokset**

### **7.1 Sairaanhoidtajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät**

Sisällönanalyysin perusteella meille muodostuivat seuraavat yläkategoriat lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä: fysikaaliset kivunhoitomenetelmät, emotionaaliset kivunhoitomenetelmät ja kognitiivis-behavioraaliset kivunhoitomenetelmät.

Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät- yläkategoria jakautui viiteen alakategoriaan, jotka ovat menetelmien käyttö, asentohoito, TNS-hoito, lämpö- ja kylmähoito sekä hieronta. Sisällönanalyysissä ilmeni, että fysikaalisia menetelmiä käytettiin vähiten lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Fysikaalisista menetelmistä eniten käytettiin asentohoittoa ja vähiten TNS-hoitoa. Lämpö- ja kylmähoitoa sekä hierontaa käytettiin satunnaisesti.

Emotionaalinen tuki, palkitseminen ja auttaminen olivat emotionaaliset kivunhoitomenetelmät- yläkategorian alakategorioita. Emotionaalisen tuen antamista käytettiin eniten, ja se sisälsi muun muassa koskettamisen, läsnäolon ja lohdutuksen. Hoitajat palkitsivat lapsia positiivisella palautteella ja konkreettisella palkinnolla, kuten herkuilla. Päivittäisissä toiminnoissa auttaminen oli myös yksi emotionaalisen tuen keino.

Kognitiivis-behavioraaliset kivunhoitomenetelmät -yläkategorian alakategorioiksi muodostuivat huomion siirtäminen muualle ja rentoutusharjoitukset. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät olivat vähiten käytettyjä yhdessä fysikaalisten menetelmien kanssa. Huomion siirtäminen muualle oli käytetyin kognitiivis-behavioraalinen mene-

telmä, jossa käytettiin muun muassa mielikuvitusta, huumoria, juttelemista ja piirtämistä. Rentoutusharjoituksia käytettiin lähes aina. Niihin kuuluivat myös hengitysharjoitukset.

## 7.2 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön vaikuttavat tekijät

Artikkelien analysoinnin perusteella meille muodostuivat seuraavat yläkategoriat: hoitajien taustatekijät, hoitajilla omia lapsia, tietämättömyys, koulutuksen vaikutukset, työympäristö, tuki ja yhteistyö, lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikuttavuus sekä osaston perinteinen toimintatapa.

Sisällönanalyysissä ilmeni, että koulutuksen puute ja tietämättömyys lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä olivat selkeimmin syynä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vähäiseen käyttöön. Hoitajien kokemuksissa ilmeni ristiriitaa. Yhdessä tutkimuksessa ilmeni, että ikä, koulutus tai työkokemus eivät vaikuttaisi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä, kun osassa tutkimuksissa todettiin, että nämä asiat vaikuttavat erityisesti. Hoitajien vanhemmuudella oli positiivinen vaikutus lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä, sillä se vaikutti muun muassa siihen, kuinka paljon hoitajat käyttivät hengitysharjoituksia, lohdutusta ja rauhoittamista lapsipotilaan kivun hoidossa. Sisällönanalyysissä tuli myös selkeästi ilmi, että hoitajilla oli puutteellinen tietotaso kivunhoidossa eikä kirjallisia ohjeita ollut käytössä. Koulutuksella oli positiivinen vaikutus hoitajien osaamiseen, mutta koulutus yksinään ei välttämättä riittänyt muuttamaan hoitajien käyttäytymistä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä. Hoitajien lääkkeettömien menetelmien käyttö kasvoi koulutuksen jälkeen. Työympäristössä nousi esiin sen tuomat rajoitteet, joista rajoittavin tekijä oli hoitajien vähäinen määrä sekä ajanpuute. Vanhempien, lapsen ja hoitajien välisen yhteistyön ja tuen vähäisyys oli yhtenä rajoittavana tekijänä. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hidas ja vähäinen vaikutus hoitajien näkökulmasta vaikutti myös niiden käyttämiseen. Osaston perinteisessä toimintatavassa ilmeni perinteisen kulttuurin rajoittavuus osastolla sekä se, että lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät kuulu tavanomaiseen postoperatiiviseen kivunhoitoon.

## 8 Pohdinta

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista huomasimme, että kognitiivis-behavioraalisten ja fysikaalisten menetelmien käyttö oli vähäistä ja niitä pitäisi tukea koulutuksella, jotta niitä saataisiin enemmän käyttöön käytännön työssä. (Pölkki - Pietilä - Vehviläinen-Julkulainen 2002). Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä hoitajat käyttivät yleisimmin huomion siirtämistä muualle, asentohoitoa, rentoutusta ja kannustamista kivun lievityksessä. Osalla hoitajista taustatekijät vaikuttivat tilastollisesti heidän käyttämäänsä lääkkeettömään kivunhoitoon. (He 2006; Pölkki 2002.)

Tutkimuksessamme tarkastellut artikkelit osoittavat, että hoitajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät lisääntyivät merkittävästi hoitajien saaman koulutuksen myötä, mikä auttoi parantamaan lasten hoidon laatua. Hoitajien tieto lasten kivunhoidosta loi näyttöä käytäntöön ja osoitti sairaaloiden tarpeen tarjota jatkuvaa kivunhoidon koulutusta hoitajille. (He – Vehviläinen-Julkunen – Pietilä – Pölkki 2008.) Tarkasteltujen artikkelien tulokset osoittivat, että hoitajilla oli usein hyvin alhainen tietotaso lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ennen koulutusta. Hoitajat tunsivat koulutuksen jälkeen kehittyneensä erityisesti kognitiivis-behavioraalisisissa, psyykkisissä ja emotionaalisisissa hoitokeinoissa. (Amal Ahmed Khalil Morsy 2013.)

Tilastollisesti merkittävä positiivinen kehitys koulutuksen jälkeen tapahtui hoitajien raportoimana mielikuvien, positiivisen palautteen, kylmä/lämpöhoidon, hieronnan ja asentohoidon käytössä. Hoitajien mielestä raskas työvuoro ja ajanpuute sekä lapsen yhteistyökyvyttömyys olivat yleisimmät syyt, jotka rajoittivat lääkkeettömien menetelmien käyttöä. (He - Jahja - Lee - Ang - Sinnappan - Vehviläinen-Julkunen - Chan 2010.)

Opinnäytetyössämme tarkastellut artikkelit siis osoittavat, että lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä on suuri merkitys lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien tukena. Jotta niitä osataan käyttää, tulee kuitenkin hoitajia kouluttaa ja koulutuksen tulee olla jatkuvaa. Myös työnantajan tulee ymmärtää, miten tärkeää lääkkeetön kivunhoito on ja järjestää hoitajille riittävästi aikaa kivuliaan lapsen hoitoon ja tukemiseen. Vaikka emme tutkimuskysymyksissämme etsi vastausta kuinka paljon lääkkeettömiä kivunhoitometodeja käytetään, koimme tarpeelliseksi tuoda niiden käyttämistä esille, jotta voidaan havaita missä erityisesti olisi parannettavaa käyttämisen suhteen.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuudella kuvataan ja arvioidaan, kuinka totuudenmukaista tietoa on pystytty luomaan (Kylmä - Juvakka 2007: 127). Myös alkuperäistutkimusten laatu ja epäonnistunut tiedonhaku voi heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Pudas - Tähkä - Axelin 2007: 47).

Olemme kuvanneet aineistomme so. tutkimusartikkelien haku- ja valintaprosessin mahdollisimman tarkasti. Koska kyseessä ovat arvioidut tieteelliset artikkelit, pidämme alkuperäistutkimustemme laatua sinänsä hyvänä ja tutkimustamme sillä perusteella luotettavana. Olemme myös pyrkineet kuvaamaan sisällönanalyysin suorittamisen edellä, koska sen esittäminen julkisesti ja prosessin kuvaus tuo opinnäytetyöhön lisää luotettavuutta.

Molemmille opinnäytetyömme tekijöille opinnäytetyössä käytettävät menetelmät, erityisesti sisällönanalyysi oli haaste, sillä kumpikaan ei tiennyt niiden tekemisestä etukäteen juuri mitään. Tutkimusmenetelmiin perehtyminen ja kokeneemman tutkijan apu auttoi jonkin verran ymmärtämään prosessia, mutta oma arviomme on kuitenkin, että teimme sisällönanalyysia mekaanisesti ymmärtämättä sen varsinaista tavoitetta. Tämä heikentää opinnäytetyömme luotettavuutta, sillä tutkimusmetodi on mahdollisesti jäänyt osittain sisäistämättä.

Opinnäytetyön alussa ja erityisesti artikkelien haussa tietokannoista teorian ja aineistojen yhdistäminen kokonaisuudeksi oli haasteellista. Uskomme kuitenkin, että se ei ole heikentänyt tutkimuksemme luotettavuutta. Ennen opinnäytetyömme palautusta käytämme opinnäytetyömme Turnit- järjestelmässä, joka todistaa että opinnäytetyömme ei ole plagioitu.

### 8.3 Tutkimusetiikka ja hyvä tieteellinen käytäntö

Tutkimusetiikan tarkoituksena on tehdä hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset asiat huomioidaan riittävästi ja luotettavasti, voi olla haastavaa, joten siksi siihen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on huomioitava. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat usein hyväksytyjä, mutta niiden mukaan toimiminen on tutkijan itsensä vastuulla. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2012: 23.)

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että sen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu mm., että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, soveltavat kriteerien mukaisia eettisesti pysyviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä ottavat huomioon muiden tutkijoiden saavutukset. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voidaan jakaa kahteen pääluokkaan: vilppiin tieteellisen käytännön toteuttamisessa ja piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Piittaamattomuus voi ilmentyä laiminlyönteinä ja vastuuttomuutena erityisesti tutkimuksen suorittamisessa. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi muiden tutkijoiden osuuden vähätteleminen, vähäinen viittaaminen aikaisempiin tutkimuksiin, tutkimustulosten ja käytettyjen metodien harhaanjohtava raportointi sekä samojen tulosten julkaiseminen ”uusina”. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, rehellisestä toiminnasta ja vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä sekä tutkimusyksikön johtajalla. Tämä tarkoittaa myös sitä että esimerkiksi ylemmän asteen tutkinnoissa suoritettavat opinnäytetyöt ovat myös opettajan vastuulla, joka vastaa viime kädessä oppilaidensa tekemistä eettisistä kysymyksistä jotka koskevat opinnäytetyötä. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 132–133; Leino-Kilpi - Välimäki 2014: 365.)

Koska tutkimuksemme perustuu kirjallisuuskatsaukseen ja artikkelien sisällönanalyyysiin, ei tässä tutkimuksessa ole mukana esimerkiksi potilaiden asianmukaiseen kohteluun liittyvää eettistä problematiikkaa. Olemme esittäneet kaikki tutkimuksemme kohteena olleet artikkelit ja niiden kuvaustavan mahdollisimman avoimesti. Katsomme siksi, että opinnäytetyömme on tehty eettisten periaatteiden mukaisesti.

#### 8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyössä tarkasteltujen tutkimusartikkelien kautta tuli ilmi puutteellinen tutkimustieto lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien sopivuudesta lapsille sekä hoitajien tiedonpuute eri menetelmistä ja niiden käytöstä. Monet tutkimusten tulokset osoittivat, että koulutusta lisäämällä hoitajat ja vanhemmat lisäsivät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä lapsipotilaan hoidossa. Näyttöön perustuvaa tutkimusta kuitenkin tarvittaisiin vielä eri menetelmien soveltuvuudesta lapsille, jotta osattaisiin valita parhaimmat lääkkeettömät hoitomuodot tiettyjen sairauksien ja operaatioiden hoitoon eri tilanteissa oleville lapsille.

Opinnäytetyömme aihe ja tulokset tarjoavat mielestämme hyvän pohjan sille, miksi lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä tulisi järjestää enemmän koulutusta ja miksi myös laajempi tutkimus niiden käytöstä ja tuloksista on tärkeää. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on sinänsä tutkittu hyvin vähän, joten niistä tarvittaisiin luotettavaa tutkimustietoa, joka auttaisi valitsemaan juuri lasten hoitotyöhön parhaiten soveltuvat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.

Oman oppimisprosessin kautta olemme kehittyneet monella tavalla opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyömme aihe oli mielenkiintoinen ja saimme lisää tietoa siitä, mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on olemassa. Osa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä on sellaisia, joita moni toteuttaa jokapäiväisessä hoitotyössä tiedostamatta välttämättä ollenkaan käyttävänsä niitä. Olemme molemmat sitä mieltä, että olisi tärkeää lisätä opetusta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä hoitotyön koulutuksessa ja työelämässä kannustaa niiden käyttämiseen. Kivunhoidon tulee olla monipuolista, eikä lääkkeettömien menetelmien käyttö saisi aiheuttaa myöskään liikaa kuormitusta hoitotyön toteuttamiseen.

Opinnäytetyömme julkaistaan Theseus-tietokannassa, jossa se on kaikkien halukkaiden luettavissa. Teemme myös opinnäytetyöstämme posterin, josta löytyy keskeisimmät asiat aiheesta.

## 9 Lähteet

Boyse, Kyla 2007. Pain and your infant: Medical procedures, circumcision and teething. University of Michigan. Verkkojulkaisu.

<<http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/paininf.htm>>. Luettu 30.09.2014.

Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Granström, Veikko 2010. Kipu ja Mieli. Helsinki: Edita publishing oy.

Vilen, Marika - Vihunen, Riitta - Vartiainen, Jari 2011. Lapsuus - erityinen elämävaihe. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara 2012. Tutki ja kirjoita. Kustannus Tammi.

Ivanoff, Päivi - Risku, Aija - Kitinoja, Helli - Vuori, Anne - Palo, Raija 2007. Hoidatko minua? Werner Söderström osakeyhtiö.

Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.

Kouluikäisen terveystyö 2011. Verkkodokumentti. Kuopion kaupunki. <[http://www.kuopio.fi/documents/12159/102976/kouluikaisen\\_terveyden\\_polku.pdf](http://www.kuopio.fi/documents/12159/102976/kouluikaisen_terveyden_polku.pdf)>.

Luettu 26.1.2015

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Ojasalo, Katri - Moilanen, Teemu - Ritalahti, Jarmo 2010. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Kustannus Tammi.

Salanterä, Sanna - Hagelberg, Nora - Kauppila, Marjo - Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY

Salmela, Marja 2014. TULE-hanke. Luentomateriaali.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisu.

Seitamaa-Hakkarainen, Pirita 2000. Kvalitatiivinen sisällön analyysi. Verkkojulkaisu.  
<[http://academia.edu/589363/kvalitatiivinen\\_sisallon\\_analyysi](http://academia.edu/589363/kvalitatiivinen_sisallon_analyysi)>. Luettu 30.9.2014.

Storvit-Sydänmaa, Stiina - Talvensaari, Helena - Kaisvuo, Terhi - Uotila, Niina 2013.  
Lapsen- ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Verkkodokumentti.  
<<http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf>>. Luettu 20.3.2014.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannus Tammi.

Uniliitto 2010. Verkkodokumentti. <[http://www.uniliitto.fi/File/HYVa\\_\\_UNI\\_2010.pdf](http://www.uniliitto.fi/File/HYVa__UNI_2010.pdf)>. Luettu 20.9.2014

Vilén, Marika - Vihunen, Riitta - Vartiainen, Jari - Sivén, Tuula - Neuvonen, Sohvi - Kurvinen, Auli 2006. Lapsuus erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.



## Liite 1 Tutkimusten hakusanat ja hakujen tulokset

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Hyväksytty otsikon perusteella	Hyväksytty tiivistelmän perusteella	Valitut (+ käsihaku)
Medic	"Pain Management" AND "Children" AND "Non-pharmacological"	2	1	1	1
Medic	"Non-pharmacological" AND "Children" "Pain Relief"	3	2	1	1
Cochrane library	"Pain management" "Non-pharmacological"	30	2	0	0
PubMed	((Non-pharmacological) AND Pain management) AND children	78	11	6	3
PubMed	((nurse) And non-pharmacological) AND pain management) AND children	35	9	1	1
<b>Yhteensä</b>		<b>148</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>6 (+3)</b>

## Liite 2 Tutkimusaineiston analyysikehys

<b>Tutkimus</b> <b>Tekijät</b> <b>Vuosi</b> <b>Maa</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b>	<b>Käytetyt menetelmät</b>	<b>Tulokset</b>
<b>”Postoperative pain management in hospitalized children ” (a)</b>  Tarja Pölkki  2002 Suomi	Tarkoituksena kuvata lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä sairaalahoidossa olevien 8-12 vuotiaiden lasten postoperatiivisen kivun hoidossa sekä kuvata ja selittää hoitoon liittyviä tekijöitä	Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja haastatteluilla. Eriasteisia hoitajia osallistui kyselylomakkeella 162 ja lasten vanhempia 192. Lisäksi haastateltiin 52 kouluikäistä lasta.	Tulosten perusteella lapsen auttamista päivittäisissä toiminnoissa ja emotionaalisen tuen antamista käytettiin eniten. Fysikaalisten menetelmien käyttö oli vähemmän käytössä. Tiedon antaminen etukäteen erilaisista kivunlievityskeinoista ja lapsen mahdollisista tuntemuksista toimenpiteen aikana oli vähäistä.
<b>”Non-pharmacological Methods in Children’s Postoperative Pain Relief in China” (b)</b>  Hong-Gu He  2006 Suomi/Kiina	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kiinalaisten hoitajien ja vanhempien käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä lapsen toimenpiteen jälkeisen kivun hoidossa ja kuvata hoitajien käsityksiä vanhempien ohjauksesta sekä kuvata lasten näkemyksiä kivunlievitysmenetelmistä.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeelta hoitajilta (n=178), vanhemmilta (n=206) sekä lapsilta (=59) vuosina 2002–2004 välillä. Kyselylomakkeet kerättiin 12 eri kirurgiselta osastolla viidestä eri sairaalasta Kiinassa. Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa 12 kirurgisen osaston hoitajille kehitettiin ohjekirjanen ja vuonna 2004 tehtiin uudel-	Tutkimustuloksissa havaittiin että hoitajat käyttivät yleisimmin huomion siirtämistä muualle, asentohoitoa, rentoutusta ja kannustamista kivunlievityksessä. Vanhemmat käyttivät erityisesti sosiaalisen tuen keinoja, päivittäisissä toiminnoissa auttamista sekä mielikuvaharjoittelua. Lasten itsensä eniten käyttämät menetelmät olivat lepo, van-

		leen kyselylomake hoitajille (n=181) tarkoituksena verrata vuosien 2002 ja 2004 vastauksia.	hempien läsnäolo ja asento-hoito. Osalla hoitajista ja vanhemmista taustatekijät vaikuttivat tilastollisesti heidän käyttämäänsä lääkkeettömään kivunhoitoon. Suurin osa vanhemmista oli sitä mieltä että toimenpiteestä saatu informaatio oli riittävää mutta kivunhoitamiseen annettu informaatio puutteellista.
<p><b>”Impact of and Educational Program for Pediatric nurses on non-pharmacological Pain management in Hospitalized Children” (c)</b></p> <p>Amal Ahmed Khalil Morsy</p> <p>2013 Egypti</p>	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää koulutuksellisen intervention vaikutuksia hoitajien käyttämien lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä esikoulu ja kouluikäisen lapsen kivun lievityksessä.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla sairaanhoitajilta (n=52) kirurgisilla osastoilta neljästä eri sairaalasta. Hoitajilta kerättiin aineistoa koskien hoitajien erityispiirteitä, tietoa kivunhoidosta lapsilla sekä itse raportoimiansa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Kyselylomakkeiden jälkeen hoitajille annettiin koulutusta interventiossa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja kysely toteutettiin uudelleen. Tuloksia verrattiin keskenään.	Tulokset osoittivat että hoitajille oli hyvin alhainen tietotaso lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ennen interventio-koulutusta. Hoitajat tunsivat kehittyneensä erityisesti kognitiivis-behavioraalisissa, psyykkisissä ja emotionaalisissa hoitokeinoissa. Muutokset lääkkeettömien hoitomenetelmien käytöstä kyselylomakkeiden analyysissä näkyivät selvästi interventio-ohjelman jälkeen.
<p><b>”Nurses use of non-pharmacological methods in children’s postoperative pain management: educational intervention study”</b></p>	Tämä tutkimus on raportti koulutuksellisen intervention vaikutuksessa hoitajien käyttämiin lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin lasten toimenpiteen jälkeisen kivun hoidossa	Aineisto kerättiin kokeellisena tutkimuksena 108 hoitajalta kahdessa julkisessa sairaalassa Singaporessa 2008 kyselylomakkeilla ennen koulutuksellista interventiota ja sen jälkeen.	Tilastollisesti merkittävä positiivinen kehitys tapahtui hoitajien raportoimana mielikuvien, positiivisen palautteen, kylmä/lämpö hoidon, hieronnan ja asentohoidon käytössä interventio koulutuksen jäl-

<p><b>(d)</b></p> <p>He HG Jahja R Lee TL Ang EN Sinnappan R Vehviläinen-Julkunen K Chan MF</p> <p>2010 Singapore</p>	<p>hoitajien itsensä raportoina. Raportti kuvaa myös hoitajien näkemyksiä asioista jotka rajoittavat lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä.</p>		<p>keen. Hoitajat kokivat että raskas työvuoro ja ajanpuute sekä lapsen yhteistyökyvyttömyys olivat yleisimmät syyt jotka rajoittivat lääkkeettömien menetelmien käyttöä ennen koulutusta ja sen jälkeen.</p>
<p><b>”Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study” (e)</b></p> <p>Snq QW Taylor B Liam JL Klainin-Yobas P Wang W He HG</p> <p>2013 Singapore</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää toimenpiteen jälkeisen kivun hoidon kokemuksia kouluikäisten lasten keskuudessa.</p>	<p>Menetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta käyttämällä henkilökohtaisia haastatteluja. Aineisto kerättiin 15 kouluikäiseltä lapselta jotka olivat sairaalahoidossa. Haastattelut kerättiin marraskuun 2010 ja tammikuu 2011 välillä. Aineisto analysoitiin teemallisella analysointimenetelmällä.</p>	<p>Viisi teemaa tunnistettiin: (1) lasten omatoimiset teot, joilla he yrittivät helpottaa leikkauksen jälkeistä kipua (kuten tiedollisten ja käyttäytymistapojen käyttö "(kivun) harhautuksessa", oikean asennon löytäminen, syöminen ja nukkuminen, avunpyyntö toisilta ihmisiltä esim. vanhemmille sanomalla, itkemällä ja käyttämällä kipulääkkeitä), (2) lasten suhtautuminen kivunlievitykseen, jonka vanhemmat hankkivat/tekivät lieventääkseen leikkauksen jälkeistä kipua (kivun arviointi, lääkkeiden ottaminen, kuinka vanhemmat käyttivät erilaisia fyysisiä ja tunteisiin vaikuttavia tukemiskeinoja, vanhempien apu</p>

			toiminnoissa ja lääkäreiden/sairaanhoitajien hälyttäminen tarvittaessa, (3) lasten suhtautuminen sairaanhoitajien tekoihin, kun he yrittävät lievittää lapsen kipua (ottamalla kipulääkkeitä, käyttämällä c-b tapoja, tunteisiin vaikuttavat apukeinot ja apu päivittäisissä toimissa) ja (4) ehdotukset vanhemmille (käyttämällä häiriötekijöitä (leikkimistä tms.) ja läsnäoloa) ja (5) sairaanhoitajille (ottamalla lääkkeitä, käyttämällä häiriötekijöitä ja sopivaa asentoa jolla he voivat helpottaa leikkauksen jälkeistä kipua.
<p><b>“Nurses’ Provision of parental guidance regarding school-aged children’s postoperative pain management: A descriptive correlational study” (f)</b></p> <p>He HG Klainin-Yobas And EN Sinnappan R Pölkki T Wang W 2014</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä vanhempien ohjaamiseen ennen heidän lastensa toimenpidettä ja informaation antamiseen lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, sekä kuinka vanhempien yhteiskunnallinen asema ja saadun tiedon riittävyys käytetyistä menetelmistä vaikuttivat ohjaukseen.</p>	<p>Aineisto kerättiin kuvailevana korrelaatiotutkimuksena käyttämällä kyselylomaketta. Kyselylomakkeet kerättiin 134 sairaanhoitajalta jotka työskentelivät seitsemässä eri kirurgisessa osastolla kahdessa julkisessa sairaalassa Singaporessa. Aineisto analysoitiin mm. käyttämällä kuvailevaa tilastoa.</p>	<p>Hoitajat antoivat vanhemmille ohjausta mm. hengitystekniikka-harjoituksista, rentoutumisesta, asentohoidosta, lohduttamisesta, päivittäisissä toimenpiteissä auttamisesta ja viihtyisän ympäristön luomisesta. Ohjauksen antamiseen vaikuttivat mm. hoitajan ikä, oliko omia lapsia, väestöryhmä ja hoitajan omat tiedot lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä</p>

Singapore			
<p><b>“Hospitalized children’s descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods” (g)</b></p> <p>Pölkki T Pietilä AM Vehviläinen- Julkulainen K</p> <p>2002 Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 8-12 vuotiaiden lasten kokemuksia toimenpiteen jälkeisen kivun lievittämisen menetelmistä, sekä heidän ehdotuksiaan hoitajille ja vanhemmille koskien kivunlievittämisen toimenpiteitä sairaalassa.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastattelulla 52 lasta jotka olivat hoidettavina kirurgisilla osastoilla yliopistollisessa sairaalassa Suomessa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Lapset kuvasivat kivun intensiivisyyttä kuvallisella analogisella asteikolla.</p>	<p>Tulokset osoittivat että lapset käyttivät itseohjautuvasti ainakin yhtä kivunlievitys menetelmää esimerkiksi huomion siirtämistä muualle, lepoa/nukkumista. Hoitajilta he saivat kivunlievitykseen apua kipulääkkeistä ja päivittäisissä toimenpiteissä auttamisesta, vanhemmat käyttivät huomion siirtämistä muualle ja läsnäoloa. Lapset myös ehdottivat keinoja erityisesti hoitajille kuten viihtyisemmän ympäristön luomista. Joidenkin kognitiivis-behavioraalisten ja fyysikaalisten menetelmien käyttöä pitäisi toteuttaa enemmän käytännön työssä. Monet lapset kertoivat että heidän pahin kipunsa oli vaikeaa tai kohtalaista minkä vuoksi lasten kivunhoidon pitäisi olla intensiivisempää.</p>
<p><b>“Increasing nurses’ knowledge and behavior changes in non-pharmacological</b></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli toteuttaa koulutusta kivusta kiinalaisille hoitajille käyttäen ennen-jälkeen tekniikkaa ja verraten hei-</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa ja vertailevan ennen-jälkeen testiä. Aineiston keräämiseen käytettiin Kiinalaista versiota aikai-</p>	<p>Tulokset osoittavat että hoitajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoito menetelmät lisääntyivät merkittävästi koulutuksen myötä, mikä auttoi paran-</p>

<p><b>pain management for children in China” (h)</b></p> <p>He HG Vehviläinen-Julkunen K Pietilä AM Pölkki T</p> <p>2008 Kiina</p>	<p>dän aikaisempaan käyttöä lääkkeettömissä menetelmissä lapsen toimenpiteen jälkeisen kivun hoidossa.</p>	<p>semmin Euroopassa validoidusta kyselylomakkeesta kesäkuussa 2002, jonka tulokset on jo aikaisemmin julkaistu. Myöhemmin kehitettiin koulutusohjelma kivusta johon hoitajat osallistuivat. Samaa kyselylomaketta käytettiin uudelleen Lokakuussa 2004, kaksi kuukautta koulutusohjelman jälkeen.</p>	<p>tamaan lasten hoidon laatua. Tutkimus lisäsi hoitajien tietoa lasten kivunhoidosta ja loi näyttöä käytäntöön demonstroimalla sairaaloiden tarvetta tarjota jatkuvaa kivunhoidon koulutusta hoitajille.</p>
--	--	--	---

## Liite 3 Sisällönanalyysin perusteella muodostetut kategoriat

### 1. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sairaanhoitajat käyttävät?

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Fysikaalisia menetelmiä käytettiin vähän Fysikaalisia menetelmiä käytettiin vähiten	Menetelmien käyttö	Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät
Asentohoito oli käytetyin menetelmä	Asentohoito		
TNS-hoitoa ei käytetty ollenkaan TNS-hoitoa käytettiin hyvin valikoidusti Kukaan hoitaja ei käyttänyt TNS-hoitoa	TNS-hoito		
Lämpöhoito sisälsi kylmän ja lämpimän käytön Kylmähoitoa käytettiin joskus Lämpöhoitoa käytettiin valikoidusti Lämpöhoitoa käytettiin satunnaisesti Lämpöhoitoa käytettiin vähän	Lämpö- ja kylmähoito		
Hierontaa käytettiin satunnaisesti	Hieronta		
Useimmat hoitajat käyttivät emotionaalisen tuen keinoja Emotionaalisen tuen antamista käytettiin eniten	Emotionaalinen tuki		



<p>Kosketus Läsnäolo Lohduttaminen Lohdutusta käytettiin aina</p>		<p>Emotionaaliset kivunhoitomenetelmät</p>	
<p>Konkreettinen palkitseminen Lapsen palkitseminen herkulla Positiivinen palaute Positiivisessa palautteessa käytettiin kehumista</p>	<p>Palkitseminen</p>		
<p>Päivittäisissä toiminnoissa auttaminen</p>	<p>Auttaminen</p>		
<p>Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä käytettiin vähiten Kognitiivis-behavioraalisista metodeista käytettiin eniten huomion siirtämistä muualle Hoitajat pyysivät ajattelemaan mieluista tekemistä Mielikuvitusta käytettiin vähiten Mielikuvitusta käytettiin satunnaisesti Huumori Jutteleminen Piirtäminen</p>	<p>Huomion siirtäminen muualle</p>	<p>Kognitiivis-behavioraaliset kivunhoitomenetelmät</p>	
<p>Rentoutusharjoitukset Rentoutumista käytettiin lähes aina Hengitysharjoitukset</p>	<p>Rentoutusharjoitukset</p>		

2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön?

<p>Ikä, koulutus ja työkokemus eivät vaikuttaneet lääkkeettömän kivunhoidon käytössä</p> <p>Hoitajien ikä ja työkokemus vaikuttivat kivunhoidossa</p> <p>lääkkäämmät hoitajat antoivat paremmin informaatiota toimenpiteestä</p>	<p>Hoitajien taustatekijät</p>	<p>Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön vaikuttavat tekijät</p>
<p>Hoitajien omien lasten sairaalakerrat vaikuttivat hengitysharjoitusten käyttämiseen ja huomion kääntämiseen muualle</p> <p>Hoitajien omien lasten määrä vaikutti lohdutuksen ja rauhoittamisen käyttöön</p> <p>Hoitajien omien lasten määrä vaikutti positiivisesti lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä</p>	<p>Hoitajilla omia lapsia</p>	
<p>Hoitajat olivat tietämättömiä kivun hoidosta</p> <p>Tiedottaminen lääkkeettömistä menetelmistä ei yksinään riitä käytännön hoitotyössä</p> <p>Kirjallisten ohjeiden puute</p>	<p>Tietämättömyys</p>	
<p>Koulutuksella oli positiivinen vaikutus hoitajien osaamiseen</p> <p>Hoitajien lääkkeettömien menetelmien käyttö kasvoi koulutuksen jälkeen</p> <p>Hoitajat eivät saaneet koulutusta kivunhoidossa</p> <p>Koulutus kivunhoidosta ei aina muuta hoitajien käyttäytymistä</p> <p>Koulutus ei yksinään välttämättä muuta käyttäytymistä</p> <p>Hoitajien koulutus ei vaikuttanut vanhemmille annettuun informaatioon</p> <p>Koulutus vaikutti informaation määrään</p>	<p>Koulutuksen vaikutukset</p>	

<p>Rajoittava työympäristö</p> <p>Rajoittavin tekijä oli hoitajien vähäinen määrä</p> <p>Hoitajilla ei ollut aikaa riittävästi</p>	<p>Työympäristö</p>	
<p>Vanhemmilta tulevan tuen puute</p> <p>Lapsen ja hoitajan yhteistyön puute</p>	<p>Tuki ja yhteistyö</p>	
<p>Hidas vaikutus kivunlievityksessä</p> <p>Vähäinen vaikutus kivunlievityksessä</p>	<p>Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien Vaikuttavuus</p>	
<p>Perinteinen kulttuuri oli rajoittava tekijä</p> <p>Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät kuulu tavanomaiseen postoperatiiviseen hoitoon</p>	<p>Osaston perinteinen toimintatapa</p>	