

1-6 -VUOTIAIDEN LASTEN POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOITOTYÖ

Lapsen kivun arviointi, hoito ja kirjaaminen

Pauliina Rönkä
Pro Gradu – tutkielma
Hoitotiede
Terveystieteiden opettajankoulutus
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2018

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUN HOITOTYÖ.....	3
2.1 Tiedonhakuprosessi	3
2.2 Lapsen akuutti kipu	4
2.3 Lapsen kivun arviointi	6
2.4 Lapsen kivun arviointimittarit	7
2.5 Lapsen kivun hoito leikkauksen jälkeen.....	10
2.6.1 Lapsen kivun lääkkeetön hoito leikkauksen jälkeen	10
2.6.2 Lapsen kivun lääkehoito leikkauksen jälkeen	12
2.7 Lapsen kivun hoitotyön kirjaaminen	14
2.8 Yhteenveto lasten postoperatiivisesta kivun hoitotyöstä	16
3 TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	17
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	18
4.1 Aineiston keruu	18
4.2 Aineiston analyysi deduktiivisella sisällönanalyysillä ja kvantifioimalla	18
5 TULOKSET	22
5.1 Kivun arvioinnin kirjaaminen	22
5.1.1 Kirjatut kivun arvioinnin menetelmät	22
5.1.2 Kivun arvioinnin kirjaaminen ilman kivun arvioinnin menetelmää.....	24
5.2 Kivun lääkkeettömän hoidon kirjaaminen	25
5.2.1 Vanhempien tai huoltajan läsnäolo	26
5.2.2 Vierailijat.....	27
5.2.3 Asento- ja kylmähoito	28
5.2.4 Muu lääkkeetön hoito ja vanhempien ohjaus.....	28
5.3 Kivun lääkehoidon kirjaaminen	29
5.3.1 Suun kautta annetut lääkkeet.....	29
5.3.2 Suonensisäisesti annostellut lääkkeet	30
5.3.3 Epiduraalitalaan annostellut lääkkeet.....	31
5.3.4 Muuta reittiä annetut kipulääkkeet.....	31
5.4 Annettujen kipulääkkeiden vaikutuksen arviointi.....	33
5.5 Yhteenveto tutkielman tuloksista.....	35
6 POHDINTA.....	36
6.1 Tutkielman luotettavuus.....	36
6.2 Tutkielman eettisyys.....	38
6.3 Tutkielman tulosten tarkastelu	39
6.3.1 Lapsen kivun arviointi.....	40
6.3.2 Lapsen postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito.....	43
6.3.3 Lapsen postoperatiivisen kivun lääkehoito.....	44
6.3.4 Lasten postoperatiivisen kivun hoitotyön kirjaaminen	45
6.4 Tutkielman johtopäätökset	47
6.5 Jatkotutkimusaiheet.....	48
LÄHTEET	49

LIITTEET

Liite 1. Analyysirunko

Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Hoitotiede
Terveystieteiden opettajankoulutus

TIIVISTELMÄ

Rönkä, Pauliina

1-6 -vuotiaiden postoperatiivisen kivun hoitotyö
Lapsen kivun arviointi, hoito ja kirjaaminen
Pro Gradu-tutkielma, 52 sivua, 2 liitettä (7 sivua)
Yliopistonlehtori, TtT dosentti Päivi Kankkunen
Kliinisen hoitotyön asiantuntija, TtT Anne Vaajoki

Tutkielman ohjaajat:

Toukokuu 2018

Lasten postoperatiivinen kivun hoitotyö pitää sisällään lasten kivun arvioinnin eri menetelmillä, kivun hoidon menetelmät, kivun hoidon arvioinnin, sekä kivunhoitotyön kirjaamisen. Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää toteutuneiden kirjausten avulla lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisen toteutumista Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää toteutuneiden kirjausten avulla lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisen toteutuminen Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. Tutkielman aineisto (n=125) hankittiin keväällä 2018. Tutkija keräsi aineiston Effican hoitokertomuksista, keräämällä 125:n edellisen 1-6 -vuotiaan postoperatiivisen lapsen tiedot. Hoitokertomukset tulostettiin ja niistä poistettiin henkilötiedot heti. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkielman tulosten mukaan Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla lasten postoperatiivinen kivunhoitotyö on useimmissa tapauksissa puutteellista. Kivun arvioinnin menetelmien käyttö perustuu pitkälti keskusteluun. Kipumittareita käytetään vähän. Kivun arvioinnista oli kirjattu yhteensä 210 kertaa. Näistä kirjauksista validoitu kipumittari oli kirjattu yhteensä viisi kertaa. Hoitokertomuksista selvisi, että lapsille oli annostelut kipulääkkeitä suun kautta, suonensisäisesti, geelinä iholle tai peräsuolen kautta. Suun kautta annosteltavia lääkkeitä oli kirjattu selvästi eniten. Annetun kipulääkkeen vaikutusta oli arvioitu vain 14,6% kaikista kirjatusta lääkkeitä. Lääkkeettömiksi kivunhoidon menetelmiksi oli kirjattu eniten vanhempien läsnäolo, toiseksi tv-ohjelmat, älylaitteet, lelut ja pelit, seuraavina tulivat muut vieraat, kylmä- ja asentohoito, sekä mukava tekeminen. Kivun hoitotyön kirjaaminen on vaihtelevaa. Lääkkeet kirjataan pääosin tarkasti ja systemaattisesti, joissain tapauksissa oli puutteita. Lasten kivun arviointia ja lääkkeen vaikutuksen arviointia kirjataan vähän.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan kehittää lasten postoperatiivisen kivunhoidon arviointia ja kirjaamista, jolloin lasten postoperatiivinen kivunhoitotyön laatu paranisi. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan sairaanhoitajien asenteita kivun arviointiin. Tulisi selvittää, miksi kipua arvioidaan niin vähän ja miksi sitä ei kirjata. Lisäksi on tutkittava, vähentääkö akuutin kivun hoitoa sairaanhoitajan heikompi lääkehoidon osaaminen tai heikompi kyky itsenäiseen päätöksen tekoon.

Asiasanat: Lapsi, postoperatiivinen kipu, arviointi, kirjaaminen, lääkehoito, lääkkeetön hoito

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nursing Science
Nurse Teacher Education

ABSTRACT

Rönkä, Pauliina

1 to 6-year-old children postoperative pain nursing, Children's pain assessment, care and documentation

The level of thesis:

Master's thesis, 52 pages, 2 appendices (7)

Supervisors

University lecturer, PhD docent Päivi Kankkunen
Clinical nurse consultant, PhD Anne Vaajoki

April 2018

Postoperative pain nursing for children includes different methods for assessing pain, methods for pain management, assessment of pain management, and documentation of pain relief. The purpose of this study is to use the documentation of the children's postoperative pain assessment to describe the assessment of the pain and the implementation of the documentation of pain management in the pediatric ward of Kymenlaakso Central Hospital. The material for the study (n=125) was acquired during the spring 2018. Data of the previous 125 postoperative, 1 to 6 -year-old child, were collected from medical records documented in the Effica system. The medical records were printed, and personal data was removed immediately. The collected data was analyzed using the content analysis.

According to the results of this study, the postoperative pain nursing of children in Kymenlaakso Central Hospital's pediatric ward is in most cases inadequate. The use of pain assessment methods is largely based on discussion. The pain rating scales were not much used. Documentation about pain assessment had been done 210 times. The pain rating scale validated from these documentations was documented a total of five times. From the medical records turned out, that children had been dosed pain medication orally, intravenously, as gel on the skin and rectally. The most documented one was clearly orally dosed medication. The effect of given pain medication was assessed only in 14,6% of all documented medication. The most documented drug-free pain management method was the presence of parents. As second were tv-programs, smart devices, toys and games, and after that other guests, cold treatment and positioning, as well as nice activities. The documentation of pain management varied. Medication is documented mainly precisely and systematically, but in some cases, there was deficiency. The assessment of children's pain and the effect of medication is not much documented.

Based on the results of this study, the assessment and documentation of children's postoperative pain management can be developed, to improve the quality of postoperative pain management. The suggestion for further research is to discover the nurses' attitudes towards assessing pain. It would be important to find out why pain is not assessed and documented sufficiently. In addition, it is necessary to examine whether the treatment of acute pain is lessened by the nurses' weaker medical expertise or the weaker ability to make an independent decision.

Keywords: Child, post-operative pain, assessment, documentation, medication, non-pharmacological

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 velvoittaa hoitotyön kirjaamiseen. Laki velvoittaa kirjaamaan potilasasiakirjoihin tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. Jokaisella potilaalla on oikeus juridisesti ja eettisesti hyvään hoitoon. Leikkauksesta toipumiseen vaikuttaa olennaisesti tehokas ja turvallinen kivun hoito. Hyvä kivun hoito perustuu kivun arviointiin ja kirjaamiseen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2018, Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2014.)

Kipu määritellään kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain) mukaan tunteeksi tai kokemukseksi, joka on epämiellyttävä. Kipu rajoittaa kivusta kärsivän elämää ja vaikeuttaa jokapäiväisiä toimia. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2018, Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2014). Tässä tutkielmassa lapsen kivulla tarkoitetaan lapsen kokemaa ikävää tai kurjaa tunnetta tai aistimusta, joka voi johtua toimenpiteen jälkeisestä kivusta tai toimenpiteistä, joita tehdään sairaalajakson aikana. Nämä tunteet yhdistettynä pelkoon, hätään ja kipuun voivat vahvistaa lapsen tuntemuksia. (Lahtinen, Rantanen, Heino-Tolonen & Joronen 2015.)

Kipu kuvataan yksilölliseksi kokemukseksi, josta kukaan ei voi tietää, miltä kipua kokevasta tuntuu. Tähän perustaen hoitajien tulisi uskoa aina, kun potilas ilmaisee kivustaan. Kivusta tulisi aina kysyä joko lapselta itseltään, tai paikalla olevalta vanhemmalta tai huoltajalta. Kipua ei tulisi koskaan arvioida pelkästään käyttäytymisen perusteella. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Twycross, Forgeron & Williams 2015, Quinn, Sheldon & Cooley 2014.)

Lasten postoperatiivisen kivun hoitotyö on vaativaa ja edellyttää vankkaa osaamista hoitohenkilökunnalta, empaattista työtettä sekä arviointimenetelmien hallintaa. Kivun arviointi ja hoito ovat merkittävä osa lasten postoperatiivisen kivun hoidon kokonaisuutta. Postoperatiivisen kivun hoitotyössä merkitsevää on kivun säännöllinen arviointi ja tarkka kirjaaminen. (Rejeh, Ahmadi, Mohammadi, Kazemnejad & Anoosheh 2009, Leegaard, Watt-Watson, McGillion, Costello, Elgie-Watson & Partidge 2011, van Dijk, van Wijck, Kappen, Peelen, Kalkman & Schuurmans 2012.) Tästä syystä hoitajien ja lääkärien tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilaan kivun arviointiin, kirjaamiseen ja

hoitoon. Aihetta on tärkeä tutkia, jotta saadaan konkreettisesti selville, kuinka kivun arviointi, arvioinnin kirjaaminen ja kivun hoito toteutuvat sairaalan osastolla. Hoitamattomana kipu lisää taloudellisia menoja terveydenhuollossa (Cohen, Lemane, Blount, Dahlquist, Lim, Palermo, McKenna & Weiss 2008.)

Vuonna 2017 julkaistussa tutkimuksessa oli tutkittu erään suomalaisen yliopistollisen sairaalan päiväkirurgisen osaston kivun hoidon kirjauksia. Tässä oli mukana 108 lapsen potilasasiakirjat. Tutkimuksessa saatiin selville, että merkinnöistä 20 prosenttia koski havaintoja lapsen kivun arviointiin. Näistä 20 prosentista ei lainkaan ollut kirjattu fysiologisia tekijöitä. Kipumittarin käytöstä oli kirjattu kahden lapsen kohdalla. Tutkimuksessa todetaan, että lasten kivun arvioinnin kirjaaminen on puutteellista. (Rajanen & Pölkki 2017.) Tutkimustulosten perusteella tämä tutkielma on ajankohtainen ja tälle on tarvetta.

Tässä tutkielmassa kuvataan 1-6 vuotiaiden potilaiden leikkauksen jälkeisestä kivun hoidon kirjaamisen toteutumisesta erään keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. Tutkielmassa analysoitiin 125:n potilaan hoitokertomuksen sisällön analyysillä. Tässä kivun hoitotyöllä tarkoitetaan kivun arviointia, kivun hoitoa lääkkeillä ja lääkkeettömästi, hoidon arvioimista, sekä kirjaamista. Aihetta voidaan pitää yhteiskunnallisesti merkittävänä, koska aihe koskettaa monia lapsia. Leikkauksen jälkeisen kivun hyvä hoito edesauttaa toipumista ja estää pelkojen syntymistä.

Mielenkiinto aihetta kohtaan nousee tutkijan työstä lasten sairaanhoitajana ja työelämän kokemuksista. Toteutuneiden kivun hoitotyön kirjausten kuvaaminen on tärkeää. Sen avulla voidaan kehittää lisäkoulutusta tarpeen mukaan. Myös sairaanhoitajien koulutuksen kehittämisessä voidaan hyödyntää tämän tutkielman tuloksia.

Postoperatiivista kivun hoitotyötä on tutkittu jonkun verran, mutta lasten postoperatiivista kivun hoitotyötä on tutkittu viime vuosina melko vähän. Tämän vuoksi tämä tutkielma on ajankohtainen. Vuosituhannen alkupuolella lasten postoperatiivisen kivun hoitotyötä on tutkittu enemmän väitöskirjoissa ja Pro Gradu – tutkielmissa. (Kankkunen 2003, He 2006, Lehikoinen 2007).

2 LASTEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUN HOITOTYÖ

2.1 Tiedonhakuprosessi

Lapsen postoperatiivista kipua, sen arviointia ja hoitoa on tutkittu jonkin verran. Tässä tutkielmassa on mukana myös yleisesti kivun arviointia ja hoitoa käsitteleviä tutkimuksia, koska viimevuosina lasten postoperatiivista kipua käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu vähän. Tämän tutkielman kirjallisuuskatsaus perustuu aiemmasta tutkimuksesta koostettuun synteesiin.

Tutkimuksia haettiin kansainvälisistä ja kansallisista tietokannoista. Hakusanat määriteltiin tutkimuskysymysten avulla niin, että tutkimuksista saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Haku rajattiin kymmeneen vuoteen, eli vuosiin 2008-2018. Valitut tutkimukset olivat suomen-, sekä englanninkielisiä. Systemaattinen tiedonhaku toteutettiin seuraavista tietokannoista: Cinahl, PubMed, Medic, sekä Scopus. Hakusanoina käytettiin: *assessment, evaluation, management, alleviation, child, pain, painkillers, analgesics, analgesia, postoperative, documentation, lapsi, kipu, lääke, kirjaaminen*, sekä näiden sanojen lyhenteitä ja yhdistelmiä.

Tähän tutkielmaan artikkelien ja tutkimusten sisäänottokriteerit olivat 1) tutkimus on enintään 10 vuotta vanha (2008-2018) 2) tutkimus käsittelee lapsen postoperatiivisen kivun hoitotyön eri vaiheita (arviointi, hoito, kirjaaminen) 3) artikkeli on suomen tai englannin kielinen.

Tähän tutkielmaan artikkelien ja tutkimusten poissulkukriteerit olivat 1) tutkimus käsittelee kroonista kipua 2) tutkimus käsittelee lasten syöpäkipua 3) tutkimus käsittelee aikuisten kivun arviointia.

Hakuprosessin aikana tutkimuksia valittiin ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen tutkimuksista luettiin abstraktit tai tiivistelmät. Jos tiivistelmä vastasi tutkimuskysymyksiin, valittiin tutkimus mukaan ja luettiin kokonaan. Tutkimuksia valittiin laajalti kansainvälisesti. Tutkielmaan valitut tutkimukset ovat laajalti kansainvälisiä. Tutkimukset ovat Englannista (n=6), Suomesta (n=5), USA:sta (n=3), Singaporesta (n=2), Turkista, Ruotsista, Norjasta, Iranista ja Uudesta Seelannista

kustakin yksi tutkimus (n=1). Tutkimusartikkelit on kuvattu tarkemmin tutkimustaulukossa (Liite 2.).

2.2 Lapsen akuutti kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain) mukaan kipu on epämiellyttävä (sensorinen tai emotionaalinen) kokemus tai tunne, joka rajoittaa ja vaikeuttaa elämää ja jokapäiväisiä toimia (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2018, Suomen Anestesiologiyhdistys 2014, Piiparinen & Rauhala 2005, Estlander 2003). Kipu on jokaiselle ihmiselle subjektiivinen yksilöllinen kokemus. Myös lapsen kipuun tulee suhtautu objektiivisesti. Lapsi kokee kipua samoin kuin aikuinen, mutta sen lisäksi lapsen kivun kokemus on moniulotteinen, joka ylittää sosiaaliseen, psykologiseen, kognitiivisen ja biologisen kokemukseen. (Lahtinen ym. 2015.)

Kipua on akuuttia ja kroonista, tässä tutkielmassa käsitellään akuuttia kipua. Akuutti kipu on tyypillisesti lyhytaikainen ja voimakkuudeltaan vaihtelevaa. Akuutti kipu yleensä päättyy, kun tapaturmasta tai muusta syystä johtuva vamma parantuu (Korppi & Vilo 2017, Cohen ym. 2008). Tämän tutkielman aineistossa on leikkauksesta toipuvien lasten hoitokertomuksia. Aineistossa olevat lapset kokevat operaatiosta johtuvaa akuuttia kipua.

Lapsen kipuun voi liittyä monia taustatekijöitä, joita sairaanhoitaja ei voi tietää, ellei kysy lapselta tai perheeltä. Kivun taustalla voi olla aiemmat huonot leikkauskokemukset, kokemukset aiemmista sairaalajaksoista tai muista terveydenhuollon palveluista, kulttuurin ja perheen vaikutukset tai pelot. Kipua ei tule arvioida pelkästään käyttäytymisen mukaan, varsinkaan jos hoitaja ei tunne lasta. Hoitajien tulee arvioida lapsen kipua fysiologisten muutosten ja käyttäytymisen muuttumisen lisäksi jollain kipumittarilla tai kysyä kivusta mahdollisuuksien mukaan joko lapselta itseltään tai vanhemmalta, joka tuntee lapsensa aina parhaiten. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Lahtinen 2015, Twycross ym. 2015, Quinn, Sheldon & Cooley 2014.)

Pienet lapset kokevat kipua kokonaisvaltaisesti ja se ilmenee käyttäytymisen muutoksina, jolloin ääntely ja fysiologiset suureet muuttuvat. Fysiologisilla suureilla tarkoitetaan hengitysfrekvenssiä, eli hengityksen tiheyttä, sykettä ja verenpaineen muutoksia. Syömisen ja nukkumisen häiriöt ovat yleisiä kipuoireita kaikenikäisille lapsille. Lisäksi lapsi voi olla itkuinen, tuskainen ja levoton. Perheen huomioiminen on erityisen tärkeää, koska lapset aistivat vanhempien pelon ja ahdistuneisuuden. (Piiparinen & Rauhala 2005, Quinn, ym 2014.) Vanhemmat kokivat luottamusta hoitajiin, kun vanhempia tiedotettiin hoitajakson aikana lapsen kivun hoidosta. Kivun hoidosta tiedottaminen sai vanhemmat tuntemaan, että hoitohenkilökunta on avointa lapsen hoidon suhteen ja vanhemmat olivat tyytyväisiä lapsen saamaan hoitoon. (Twycross & Finley 2013.)

Kun lapsi ilmaisee kipua, sitä ei voi kyseenalaistaa ja on muistettava, ettei lapsi valehtele kipunsa määrää. Lapsi ilmaisee kipuaan erilaisin keinoin. Kivun ilmaiseminen voi olla voihkimista, ontumista, puhumista, hiljaa olemista jne. Myös kulttuuritausta vaikuttaa kivun ilmaisemiseen. On kulttuureita joissa ei ole sopivaa ilmasta kovin voimakkaasti tunteita tai tuntemuksia. Hoitajan tehtävänä on selvittää, miten voimakasta kipu on, mitä kivun takana on ja mitä kivulle voi tehdä. (Estlander 2003, Piiparinen & Rauhala 2005.)

Lasten kivunhoitotyön tavoitteena on kivun toteaminen ja arviointi, sekä mahdollisuuksien mukaan estää kipu ja minimoida kova kipu. Kipulääkitystä tulisi jatkaa tarpeeksi pitkään toimenpiteen jälkeen, jotta lapsen toimintakyky paranee ja kipu pysyy mahdollisimman lievänä. Pitkään jatkunut ja hoitamaton akuutti kipu voi aiheuttaa lapselle pitkäkestoisia ja negatiivisia vaikutuksia asenteisiin, terveydenhuollon pelkoon ja jopa immuunijärjestelmän toimintaan. Toisaalta kova kipu ja toipumisen hidastuminen altistavat leikkauksen jälkeisille komplikaatioille. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2018, Käypähoito 2015, Suomen Anestesiologiyhdistys ry 2014, Hiller 2011, Cohen ym. 2008.)

Koulutuksen tärkeyttä painotetaan useissa tutkimuksissa. Eräessä tutkimuksessa kuvattiin hoitajien kokemia esteitä hyvälle kivun hoitotyölle. Suurimmaksi esteeksi hoitajan kuvasivat koulutuksen puutteen. Vasta vähäisempinä esteinä sairaanhoitajat kokivat resurssien puutteen ja sairaanhoitajien vähäiset oikeudet kivun hoidossa.

(Rejeh ym. 2009.) Toisissa tutkimuksissa kuvattiin sairaanhoitajien koulutuksen tai lisäkoulutuksen tärkeyttä kivun arvioinnin menetelmien käytössä, sekä kivun hoidon toteuttamisessa. Useimmissa tutkimuksissa painotettiin lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käytön lisäkoulutuksen tärkeyttä. (He ym. 2010, Leegaard ym. 2011, Alreshidi ym. 2018.)

2.3 Lapsen kivun arviointi

Lapsen kivun arviointi on edellytys hyvälle kivunhoidolle lasten postoperatiivisessa hoidossa ja leikkauksen jälkeisen kivun hoidon tehostamisessa (Cohen ym. 2008). Axelinin, Mikkelssonin, Metsähonkalan, Korpelan & Vuorimaan (2008) tutkimuksen mukaan kipumittareita käytetään kaikissa sairaaloissa, mutta ne ovat lähinnä hoitajien käytössä. Tarvitaan myös lääkäreiden kiinnostusta kipumittareiden käyttöön. Kuitenkin kipumittareiden käyttö on hyvin epäjohdonmukaista. Kipumittarin käytön on todettu ohjaavan sairaanhoitajien toimintaa; kun mittaria käytettiin useammin, saivat lapset useammin kipulääkettä. On todettu, että kun lapsi arvioi kivun olevan 1-10 asteikolla viisi tai enemmän, sairaanhoitaja antoi kipulääkettä. (Twycross, Finley & Latimer 2013.) Kun sairaanhoitajien aktiivisuus kivun arvioinnissa vaikuttaa myös lapsen kipulääkkeen saantiin, olisi jokaisen hoitajan käytettävä kipumittaria rutiinomaisesti, jotta jokainen potilas saisi hyvää kivun hoitoa. Kivun arvioinnin ollessa epäsäännöllistä tai olematonta, lapsen kipua hoidetaan vähemmän ja lapsi kokee kipua enemmän. (Twycroos ym. 2013, Shrestha-Ranjit & Manias 2009.)

Toisaalta löytyy tutkimustietoa ylilääkitsemisen uhasta. Jos sairaanhoitajat käyttävät kipumittaria kankeasti ja orjallisesti ohjeiden mukaan ja lääkitsevät aina, kun potilas arvioi kivun olevan yli kolme, voi muodostua liiallisen lääkitsemisen uhka. Aina mittarin lisäksi kipua tulisi arvioida myös potilasta ja hänen käyttäytymistä havainnoimalla. (van Dijk ym. 2012.) Sairanhoitajien on päästävä eroon ajatuksesta, jossa sairaanhoitajan oma arvio kivusta on oikea. Systemaattiseen ja säännölliseen kivun arviointiin päästään lisäkoulutuksella, perehdytyksellä ja asennekasvatuksella, sekä ajan kuluessa kokemuksella. Organisaation suhtautumisella ja kannustuksella on suuri vaikutus työntekijöiden suhtautumiseen, joten koko organisaatiossa tulisi olla yhtenäiset näyttöön perustuvat ohjeet kivun arviointiin ja hoitoon. (Twycross 2015, Axelin ym. 2008.)

Hyvä kivun arviointi edellyttää luottamuksellista, kuuntelevaa, hyvää suhdetta hoitajan ja lapsen sekä vanhemman välillä. Hoitajan on suhtauduttava lapsen kipuun empaattisesti. Lisäksi hoitajan on luotettava vanhemman arvioon lapsensa kivusta, koska vanhemmat tuntevat lapsensa parhaiten ja pystyvät kertomaan, mikä lapsen käytöksessä on normaalia ja mikä poikkeavaa. Kuitenkin joissain tutkimuksissa on huomattu, että sairaanhoitajien ja perheen välistä keskustelua on vähän. Keskustelu liittyy yleensä kipulääkitykseen (Twycross ym. 2015, McKay & Clarke 2012, Terveyskirjasto 2016.)

Twycross ym. (2015) tutkimuksessa huomattiin, että suurin kivun arviointiin vaikuttava tekijä sairaanhoitajilla oli lapsen käyttäytyminen. Kuitenkaan mitään kriteeristöä käyttäytymisen arvioinnille ei ollut. Kivun arviointi vaihtelee suuresti organisaatioiden välillä ja yhden organisaation sisällä. Organisaation tulisi luoda yhtenäiset tutkimusnäyttöön perustuvat ohjeet postoperatiivisen kivun arvioinnin tueksi jokaiselle hoitajalle.

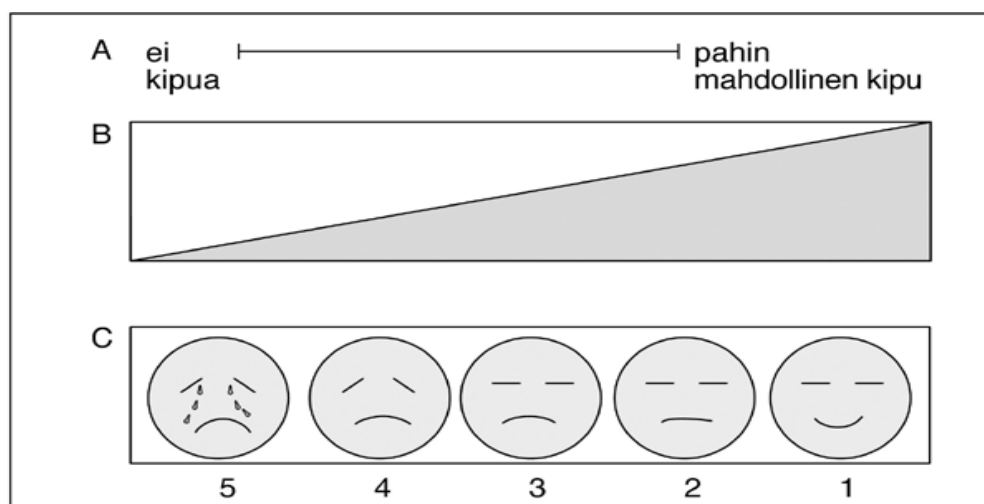
2.4 Lapsen kivun arviointimittarit

Kivun arvioinnissa yleisimmin käytetty mittari on Visual Analogue Scale, eli VAS (kuva 1A). VAS on 10cm pitkä jana, jonka vasemmassa päässä on "ei lainkaan kipua", eli 0 ja oikeassa reunassa on "pahin mahdollinen kipu", eli 10. Tämän avulla potilas itse arvioi juuri sen hetkisen kipunsa voimakkuuden. Lapsella on janalla merkkiviiva, jonka hän voi asettaa arvioidun voimakkuuden kohdalle. Lapsen on siis osattava numerot, tai hänellä on oltava käsitys mittasuhteista. VAS- mittaria pidetään helppokäyttöisenä ja edullisena menetelmänä. Myös vanhemmat voivat käyttää tätä mittaria, kun he arvioivat lapsen kipua. (Korppi & Vilo 2017, Cohen ym. 2008.)

Kipukiila (kuva 1B) on yleisimmin väritään punainen. Kipukiilan pituus on 10cm. Kipukiilaan voi liittää liikuteltavan pystyviivan, jota potilas voi siirtää arvioimaansa kohtaan. Numeroasteikko on kipukiilan toisella puolella, jolloin arvioidun kivun voi muuttaa numeeriseksi. (Kalso & Kontinen 2009.) Kipukiila on tarkoitettu yli 8-vuotiaille lapsille, jolloin lapsi yleensä tuntee numerot (Hiller 2011).

Lapsille kehitetty kasvoasteikossa (kuva 1C) on viidet kasvot. Kasvojen ilmeiden perusteella lapsi voi itse arvioida omaa sen hetkistä kipuaan ja valita oikean ilmeen kuvaamaan hänen kiputuntemustaan. Tätä pidetään sopivana lapsille, koska tässä ei ole vieraita sanoja tai numeerisia käsitteitä. (Cohen ym. 2008.) Tämä kipumittari on tarkoitettu n.4-12-vuotiaille lapsille (Hiller 2011).

Kasvoasteikko voi kuitenkin olla pienemmille, alle seitsemän vuotiaalle lapsille hankala käyttää ja ymmärtää. Se saattaa antaa vääriä tuloksia. Pienet lapset eivät välttämättä osaa erottaa kipua ja mielialaa. Lapsi voi olla surullinen, mutta kivuton. Toisaalta lapsi voi olla iloinen, mutta kipeä. Yksi keino kehittää kasvoasteikkoa on tehdä kuvista valokuvia, jolloin kuvissa voidaan huomioida tuska ilman kyyneliä ja etninen tausta huomioidaan esimerkiksi kuvaamalla tummia ja vaaleita lapsia. Hoitajan rooli on tässä tärkeä. Hoitajan on osattava ohjata lasta kipumittarin käytössä ja kerrottava potilaalle ikätason mukaisesti, kuinka mittaria käytetään. (Cohen ym. 2008, Quinn ym 2014.)



Kuva 1. Yleisimmin käytettyjä kipumittareita.

Parents' Postoperative Pain Measure (PPPM)- mittari, joka mittaa lapsen kipukäyttäytymistä, on kehitetty vanhempien käytettäväksi. Hoitoajat sairaalassa ovat yhä lyhyempiä, joten vastuu lääkähoidosta on siirtynyt vanhemmille. Mittarissa on kysymykset jaettu 1-2 -vuotiaiden ja 3-6 -vuotiaiden vanhemmille. Mittari on koostettu kysymyksistä, jotka antavat vanhemmille vastauksia lapsen käyttäytymisestä, tarmokkuudesta, läheisyyden kaipuusta, ruokailusta ja nukkumisesta. 1-2 -vuotiaiden mittarissa on 14 muuttujaa ja 3-6 -vuotiaiden mittarissa on 13 muuttujaa. Mitä

enemmän mittarin tarkastelusta saa ”kyllä”-vastauksia, sitä suurempi on lapsen kiputila. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2005.)

PPPM- mittari on alun perin kehitetty Kanadassa. Mittaria on testattu myös Suomessa. Se on ominaisuuksiltaan testattu ja todettu sen olevan suositeltavin mittari vanhemmille kotikäyttöön lapsen leikkauksen jälkeisen kivun arviointiin. (Kankkunen ym. 2005.)

Kivun arviointi on vaikeaa esimerkiksi kehitysvammaisilla tai hyvin pienillä lapsilla, koska heillä ei välttämättä ole kognitiivisia valmiuksia kuvaamaan ja tunnistamaan kipua. Vanhemmat ja hoitajat voivat arvioida lapsen kipua mm. ilmeistä, eleistä, tavasta liikkua, itkusta, syömisestä/syömättömyydestä ja nukkumisesta/unettomuudesta. Kehitysvammaisten käyttäytymisestä voi olla vaikea tunnistaa muutoksia, jolloin kivun kärsimys saattaa pidentyä, joten arviointimittarin käyttäminen on välttämätöntä. (Cohen ym. 2008, Kankkunen, Jänis & Vehviläinen-Julkunen 2010, McKay & Clarke 2012.) Kehitysvammaisten hoitajat kuvaavat arvioivansa asiakkaittensa kipua käyttäytymisen muutosten perusteella. Osa hoitajista arvioi kipua myös fysiologisten muutosten perusteella. (Kankkunen ym. 2010.)

Silloin kun kipua arvioidaan käytöksen tai käytöksen muuttumisen perusteella, on hoitajilla oltava kriteeristö arvioimiseen, jottei arviointia toteuteta mielivaltaisesti. Joidenkin hoitajien kivunhoitoon vaikutti eniten lapsen tuskaisuus ja ahdistus. (Twycross ym. 2015.) Vanhemmat ja hoitohenkilökunta käyttivät kivun voimakkuuden arvioimiseen mm. VAS- asteikkoa. (Jaakola, Kääriäinen, Pölkki & Tiri 2013, Cürçani, Celebioglu & Küçükoglu 2011). Yleisesti lapset pitävät kivun arvioinnista ja varsinkin isommat lapset ovat mielissään, kun heidän kipua pidetään kiinnostavana asiana (Axelin, ym. 2008). Vakiintuneita kipumittareita on useita. Hyvä mittarin käyttö riippuu kuitenkin sen käyttötarkoituksesta ja asiayhteydestä, eli siitä, että mittari on oikein valittu oikean ikäiselle lapselle. (Cohen ym. 2008.)

Hoitohenkilökunnan on luotettava vanhempien arvioon pienen lapsen kipulääkkeen tarpeesta. Yleensä äiti pystyy arvioimaan luotettavasti lapsensa kipua ja mahdollista kipulääkkeen tarvetta. Vanhempien lasten kivun arviointiin paras keino on kommunikoida lapsen kanssa ja kysyä lapselta itseltään kivun määrää, apuna voi

käyttää kipumittareita. (van Dijk ym. 2012, Hiller, 2011.) Myös vanhempien lasten kanssa vanhemmat seuraavat valppaasti lastensa kipuja (Lim, Mackey, Liam & He 2012). Toisaalta on huomattu, että vanhemmat arvioivat lapsen kipua helposti korkeammaksi, kuin se on (Quinn ym. 2014).

Eräessä tutkimuksessa havaittiin, että hoitajien ja lasten tai hoitajien ja vanhempien välistä keskustelua on tutkittu todella vähän. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että kommunikaatio on todella vähäistä vanhemman tai lapsen ja hoitajan välillä. Kommunikaatio sekä hoitajien ja lasten, että hoitajien ja vanhempien välillä perustui lähinnä kipulääkitykseen. Sairaanhoidtajien oman arvion mukaan kipumittareiden ja kivun arviointi ovat lisääntyneet vuosien takaiseen verrattuna. Toinen huomio tutkimuksessa oli, että kivun arviointi on edelleen vaihtelevaa eri organisaatioiden välillä. (Twycross, ym. 2015.)

2.5 Lapsen kivun hoito leikkauksen jälkeen

Lasten kivunhoitoa toteutetaan yhteistyössä potilaan ja perheen kanssa. Mukana voi mahdollisesti olla myös anestesia lääkäri. Kaikki päätökset ja kivun arvioinnit tulee kirjata hoitokertomukseen. Säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen ovat edellytyksiä hyvän kivun hoidon suunnittelulle ja toteutukselle. Lääkkeetön hoito on kivun hoidon perusta. Lääkkeettömiä menetelmiä on käytettävä aina, kun se on mahdollista. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Piiparinen & Rauhala 2005, Sailo 2000.)

2.6.1 Lapsen kivun lääkkeetön hoito leikkauksen jälkeen

Lääkkeettömät kivunlievityskeinot ovat kivunhoidon peruspilareita, joihin tarvittaessa lisätään lääkehoito. Lääkkeetöntä kivun hoitoa jatketaan aina lääkehoidon rinnalla. Hyviä keinoja ovat fysikaaliset menetelmät, eli kylmä ja kuuma, kosketus (hieronta, käsikapalo tai pajoitus), liikehoito, asentohoito, huomion kiinnittäminen muualle, vanhemman läsnäolo ja turva, rauhallinen hoitoympäristö ja annetaan aikaa ja tilaa lapsen kysymyksille. (Käypähoito 2015, Lahtinen ym. 2015, Rejeh ym. 2009, Piiparinen & Rauhala 2005.)

Vanhempien läsnäolo osoittautui yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi lasten kivunhoidossa. Vanhemmat toimivat sanansaattajina lapsen ja hoitajien välillä. He välittivät tietoa muun muassa kipulääkityksen riittämättömyydestä hoitajille. Lisäksi vanhemmat loivat lapsilleen mukavan ympäristön sairaalassa, esimerkiksi tuomalla omia tavaroita, vähentämällä häiritseviä ääniä, tekemällä jotain mielekästä yhdessä mahdollisuuksien mukaan, kuten pelien pelailu tai ulkoilu. Näin lapsen ajatukset saadaan kivusta toisaalle. (Jaakola ym. 2013, Lim ym. 2012.)

Jaakola ym. (2013) huomasivat tutkimuksessaan, että vanhempien käyttämiin kivunlievitysmenetelmiin ja tapoihin vaikuttivat lapsen ominaisuudet, kuten ikä ja sukupuoli. Vanhemmat käyttivät esimerkiksi hierontaa ja kosketusta enemmän tytoilla, kuin pojilla. Poikia kannustettiin enemmän positiiviseen ajatteluun. Nuoremmille lapsille luotiin viihtyisämpi ja kotoisampi ympäristö.

Muita vanhempien käyttämiä lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja olivat puhuminen, kosketus (hieronta, silittely), ajatusleikit, rohkaisu ja tiedon antaminen (Jaakola ym. 2013, Lim ym. 2012). Myös ruoan/juoman tarjoaminen ja muu hoivaaminen, sekä lohduttaminen ovat vanhempien käyttämiä keinoja kivunlievittämiseen (Sepponen 2011). Hiller (2011) nostaa esiin myös musiikin kuuntelun ja tv:n katselun. Lisäksi muista tutkimuksista poiketen Lim ym. (2012) raportoivat tutkimuksessaan uskon ja rukouksen rentouttavan ja rauhoittavan vaikutuksen.

Myös hoitajat voivat toteuttaa lääkkeetöntä kivunhoitoa. Hoitohenkilökunnan käyttämiä keinoja ovat asentohoito ja kylmä/kuuma- hoito. (He, Jahja, Lee, Neo, Sinnappan, Vehviläinen-Julkunen & Chan 2010.) Hoitajien asenteissa näkyy, että lääkkeetön kivunhoito mielletään pääasiassa vanhemmille. Kuitenkaan hoitajat eivät ole aktiivisia ohjaamaan lääkkeetöntä kivunhoitoa vanhemmille. (Twycross & Finley 2013.)

Lapset itse kertoivat käyttävänsä mielikuvitusta silloin, kun ovat kipeitä. Myös musiikin kuuntelu ja pelikonsolien pelaaminen, tai sosiaalinen media helpottaa kipuja, tällöin lapset saavat ajatukset kivusta toisaalle. Muita keinoja, joita lapset mainitsivat, ovat hyvän asennon etsiminen, nukkuminen ja kivusta kertominen vanhemmille. (Sng, Taylor, Lian, Klainin-Yobas, Wang & He 2012.) Twycross ym (2015) tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä käytetään vähän. Kaikki hoitajat

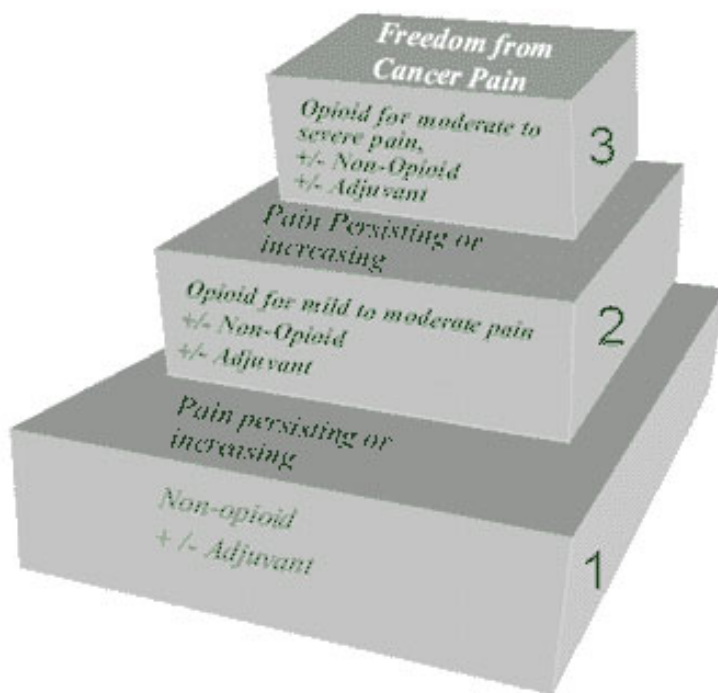
eivät suosi lääkkeitöntä kivunhoitoa ja siihen tulisi ehdottomasti kiinnittää enemmän huomiota. (Twycross, ym. 2015).

Lääkkeetön kivun hoito voi olla yksinkertaisimmillaan sitä, että pienten toimenpiteiden (kuten verinäytteen otto) aikana vanhemmat näyttävät älylaitetta lapselle, jolloin ajatuksen toimenpiteestä siirtyvät muualle. Lisäksi hoitajan mielenkiintoa lasta ja lapsen tuntemuksia kohtaan voi jo sinällään helpottaa kipua ja tuoda hyvän mielen potilaalle. (Jaakola ym. 2013, Twycross & Finley 2013, Lim ym. 2012.)

2.6.2 Lapsen kivun lääkehoito leikkauksen jälkeen

Postoperatiivisen kivun hoidossa riittävän pitkä ja oikeanlainen kipulääkitys on tärkeää. Lasten postoperatiivisen kivun hoidosta vastaa aina lääkäri. Postoperatiivisen kivun hoidossa lapsilla käytetään yleisimmin samoja kipulääkkeitä, kuin aikuisillakin. Annosmäärät lasketaan aina lapsen painon mukaan. Maailman terveysjärjestön, World Health Organization (WHO) kipuportaita (kuva 2.) pidetään lääkkeellisen kivunhoidon perustana. Sen mukaan kipulääkitys etenee portaittain kivun voimakkuuden mukaan. Ensimmäisellä portaalla lievään kipuun käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkettä. Portaiden toisella tasolla edellisten lisäksi tarjotaan mukaan heikot opioidit (kodeiini, tramadoli). Kolmannella tasolla parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen lisäksi käytetään keskivahvoja (buprenorfiini) ja vahvoja (morfiini, fentanyl) opioideja. (WHO 2017.)

WHO's Pain Relief Ladder



Kuva 2. WHO:n kipuportaati. Lähde: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>.

Sairaalassa yleisimmin käytettyjä peruslääkkeitä lievän ja kohtalaisen kivun hoitoon ovat paracetamoli ja ibuprofeeni tai ketoprofeeni (tulehduskipulääkkeet), sekä näiden lääkkeiden yhtäaikainen annostelu. Näitä lääkkeitä myös suositeltiin kotiin itsehoitolääkkeeksi toimenpiteen jälkeen säännöllisesti annettavaksi. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen on lisääntynyt vuosien aikana. Kuitenkaan aina hoitajat eivät tehosta kipulääkitystä parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän voi vaikuttaa lääkärin määräykset, hoitajan omat asenteet tai pelot. Sairaanhoitaja voi pelätä opioidien lisäämistä riippuvuuden pelossa. Kuitenkaan kipulääkkeiden pidättämisen syitä ei ole raportoitu. (WHO 2017, Hiller 2011, Sepponen 2011.)

Parasetamoli imeytyy parhaiten ohutsuolesta (63–90%), joten mahdollisuuksien mukaan parasetamoli tulisi annostella suun kautta. Koska parasetamoli imeytyy huonosti peräsuolesta, sekä annostelu peräsuoleen on lasten mielestä loukkaavaa, pitäisi tätä antoreittiä käyttää ainoastaan silloin, kun muita ei ole mahdollista käyttää. Myös tulehduskipulääkkeet imeytyvät suolistosta erittäin hyvin, joten nekin

annostellaan mieluiten suun kautta. Tutkimukset ovat osoittaneet myös, että parhain tulos kivunhoidosta saadaan yhdistämällä tulehduskipulääke, toisen ryhmän kipulääkkeeseen, kuten esimerkiksi parasetamoliin. (Korppi & Vilo 2017, Hiller 2011, Sepponen 2011.)

2.7 Lapsen kivun hoitotyön kirjaaminen

Kivun hoidon kirjaaminen on puutteellista ja sitä tulisi yhä kehittää. Kivun arviointia, hoitoa tai hoidon vaikuttavuutta ei aina kirjata. Dokumentaation puute voi osaltaan vaikuttaa kivunhoitoon ja sen onnistumiseen. Vaikka kivun arvioiti ja kipupisteet olisivat kirjattu ylös, ne eivät välttämättä vaikuta sairaanhoitajien työskentelyyn. (Twycross ym. 2015.)

Kivunarvioinnin kirjaaminen on potilaan kivunhoidon kannalta merkityksellistä. Tutkimuksessa on todettu, että kirjattu kipu hoidetaan 25 prosenttiyksikköä todennäköisemmin, kuin kirjaamaton. Puutteellisen postoperatiivisen kivun hoidon syynä saattaa olla sairaanhoitajien puutteelliset tiedot ja riittämättömät arviointimenetelmät. Lisäksi sairaanhoitajien asenteet ja kirjaamisen puute voivat vaikuttaa kivun hoidon kokonaisuuteen. (Lahtinen ym. 2015, Gunningberg & Idvall 2007, Suomen Anestesiologiyhdistys ry ja Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetuksen (298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Tiedot on merkittävä riittävän laajasti ja selkeästi. Suomessa on kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, jossa on päivitetty hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC). Sen tarkoituksena on auttaa hoitajia kirjaamaan potilastietoja sähköiseen järjestelmään hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaan. FinCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toiminta luokituksesta (SHToL), sekä Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). Näitä eri luokituksia käytetään hoidon eri vaiheissa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.)

FinCC luokituksen mukaan esimerkiksi lapsen kivun hoidon arviointi kirjataan seuraavasti:

Komponentti: Lääkehoito. *Pää- tai alaluokka:* Parasetamol 250mg po. *Vapaa teksti:* Lääke auttoi hyvin päänsärkyyn. Hoidon tuloksen tila: Parantunut. (Liljamo ym. 2012.) Tätä luokitusta käytettäessä, kivun lääkehoidon vaikutuksen arvioinnin kirjaaminen helppoa.

Suomen Anestesiologiyhdistys ry ja Suomen kivuntutkimusyhdistys ry (2012) ovat kirjoittaneet yhdessä ”suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta”. Suosituksessa on määritelty leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisen vähimmäisvaatimukset, jotka ovat:

1. Kivun voimakkuuden arviointi validoidulla mittarilla. Lapsen kivun arvioinnissa tämä mittari valitaan kehitystason mukaan. Kipu tulee mitata levossa ja liikkeessä. Kivun voimakkuus kirjataan vähintään kerran työvuorossa. Jos potilas kärsii kivuista tai tarvitsee hoitotoimenpiteitä, tulee kipua mitata ja kirjata useammin.
2. Käytetty kivun hoidon menetelmä. Kokoaikaisesta tekniikasta tulee kirjata infuusioliuoksen koostumus, infuusion nopeus ja mahdolliset muutokset näissä. Lisäksi hoidon lopettamisen aika ja syy tulee kirjata.
3. Kivun hoidon haittavaikutukset. Kivunhoidon kannalta keskeiset haittavaikutukset tulee kirjata vähintään yhtä usein, kuin kipua arvioidaan. Opioidilääkityksen aikana on mainittava sedaatio ja mahdollinen pahoinvointi. Potilaalla ollessa epiduraali- tai spinaalianalgesia, on kirjattava sedaatio, verenpaine, alaraajojen lihasvoima, sekä puuduteseoksen (opioidi) mukainen seuranta. Perifeerisen kestopuudutteen aikana kirjataan vähintään puuduteaineen mahdolliset systeemiset haittavaikutukset, kuten verenpaineen lasku tai toksiset oireet.

Suomen Anestesiologiyhdistys ja Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen (2012) yhdessä määrittämät kirjaamisen vähimmäisvaatimukset vaativat hoitajaa arvioimaan potilaan kipua ja käyttämään apunaan validoitua mittaria ja kirjaamaan sen. Lisäksi annettu hoito ja sen arviointi (vaikutus ja haittavaikutus) tulee kirjata. Näin ollen kirjaamisen vähimmäisvaatimukset takaavat potilaalle hyvää kivun hoitoa, johon hänellä on eettinen ja juridinen oikeus.

2.8 Yhteenveto lasten postoperatiivisesta kivun hoitotyöstä

Lasten postoperatiivisen kivun hoitotyön haasteena on pieni potilas, joka ei välttämättä osaa kertoa kivustaan tai sen paikasta. Hoitajan on arvioitava lapsen kipua herkästi ja yhteistyössä vanhempien kanssa. Pienikin lapsi osaa kertoa jotain kivustaan, kun hoitaja osaa keskustella lapsen kanssa ikätason huomioiden. Kivun arviointimenetelmiä on useita ja monipuolisia, mutta hoitajan tulisi osata valita oikealle potilaalle oikea kipumittari ja ohjata potilasta mittarin käytössä. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Twycross ym. 2015, Piiparinen & Rauhala 2005, Sailo 2000.)

Lasten postoperatiivisen kivun lääkkeettömän hoidon tulisi olla kivun hoidon perusta. Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä on muun muassa pelit, tv-ohjelmat, lelut, musiikki, vierailijat, vanhempien läsnäolo, kylmä- tai kuumahoito, sekä asentohoito. Lääkkeettömään hoitoon lisätään tarvittaessa lääkkeitä, jotka lääkäri määrää noudattaen WHO:n kipuportaita. (WHO 2017, Käypähoito 2015, Twycross ym. 2015, Sepponen 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) on määrittänyt asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) ja sen mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Tiedot on merkittävä riittävän laajasti ja selkeästi. Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n ja Suomen kivuntutkimusyhdistys ry:n (2012) yhdessä laatima suositus postoperatiivisen kivun hoidon kirjaamisesta suosittaa, että potilasasiakirjoihin kirjataan vähintään kivun arviointi, käytetty kivun hoidon menetelmä, sekä kivun hoidon haittavaikutukset.

3 TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää toteutuneiden kirjausten avulla lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisen toteutuminen Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla.

Tutkielman tavoitteena oli saada tietoa, kuinka lasten leikkauksen jälkeinen kivun arviointi, kivun hoito ja kirjaaminen toteutuvat Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. Tutkimustulosten pohjalta on tarkoitus kehittää lasten postoperatiivisen kivunhoidon toteutumista, arviointia ja kirjaamista. Tuloksia voidaan käyttää myös sairaanhoitajan koulutuksen sisällön kehittämisessä.

Tämän tutkielman tutkimuskysymys on

1. Mitä lapsen postoperatiivisen kivun hoidosta on kirjattu?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoon pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin. Kun populaatiolla tarkoitetaan koko joukkoa, eli tässä tutkielmassa tarkoitetaan kaikkia 1-6 -vuotiaita lapsia, jotka ovat olleet kirurgisessa toimenpiteessä, ei tutkielmaan voida valita koko joukkoa. Tähän tutkielmaan aineisto hankitaan harkinnanvaraisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Aineistoa ei rajattu vuosiluvun perusteella, vaan aineistoon kerättiin takautuvasti 125 edellistä hoitokertomusta. Aineiston lapset olivat operaatiohetkellä 1-6 -vuotiaita. Tutkimusluvan saatuaan tutkija keräsi tutkielman aineiston valmiista Efficakirjauksista, eli hoitokertomuksista Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolta. Tässä tutkielmassa käytetään siis sekundaariaineistoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tutkija vastaa myös aineiston asianmukaisesta hävittämisestä tutkielman valmistuttua.

Aineiston hoitokertomuksista (n=125) 39 oli tyttöjä ja 86 oli poikia. Tutkielmassa käytetyistä hoitokertomuksista ei selviä potilaiden henkilötietoja. Hoitokertomuksista kerättiin taustatiedoiksi vain potilaiden ikä ja sukupuoli. Aineistosta 1 -vuotiaita oli n=11, 2 -vuotiaita n=22, 3 -vuotiaita n= 13, 4 -vuotiaita n=21, 5 -vuotiaita n=29 ja 6 -vuotiaita n=29. Iän keskiarvoksi tuli neljä vuotta ja kaksi kuukautta (4v2kk). Hoitokertomukset analysoitiin analyysirungon (liite 1.) avulla, joka tehtiin tätä tutkielmaa varten.

4.2 Aineiston analyysi deduktiivisella sisällönanalyysillä ja kvantifioimalla

Aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällön analyysiä sekä kvantifiointia. Deduktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan analyysiä, joka perustuu teoriaan. (Tuomi & Sarajarvi 2018, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tämä tutkielma on analysoitu analyysirungon (Liite 1) mukaan. Analyysirunko on luotu aiemman tutkimustiedon perusteella. Aiemman tutkimustiedon lisäksi analyysirungon termit

saatiin FinCC-luokituksista, joiden mukaan määräytyy hoitotyön kirjaaminen fraasien mukaan hoitokertomuksiin. Termit analyysirungossa ovat kivun arvioinnin menetelmät, kivun arvioinnin kirjaaminen, lääkehoito, lääkkeetön hoito, kivun hoidon kirjaaminen, sekä kivun hoidon arvioinnin kirjaaminen. Nämä termit jaettiin vielä pienempiin ja yksityiskohtaisempiin termeihin.

Tutkielman deduktiivinen sisällönanalyysi eteni vaiheittain analyysirungon mukaan. Kuvassa 3 kuvataan aineiston analyysiprosessin eteneminen yksinkertaistettuna. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto luettiin ja analyysirungon perusteella tehtiin alleviivauksia eri väreillä. Näin jokaiselle teemalle annettiin oma väri. Teemat olivat kivun arviointi, lääkkeetön kivun hoito, lääkehoito ja lääkkeen vaikutuksen arviointi. Näiden teemojen jälkeen teemoja pilkottiin vielä lisää. Pienemmät teemat olivat kivun arvioinnista: 1. eri kipumittarit, 2. keskustelu, sekä fysiologiset ja käyttäytymisen muutokset. Lääkkeettömästä kivun hoidosta teemoiteltiin: 1. vanhempien läsnäolo, 2. videot, pelit, musiikki ja lelut, 3. muut vieraat ja ulkoilu, 4. asento- ja kylmähoito. Lääkehoito jaettiin antoreittien mukaan.



Kuva 3. Aineiston deduktiivinen sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain.

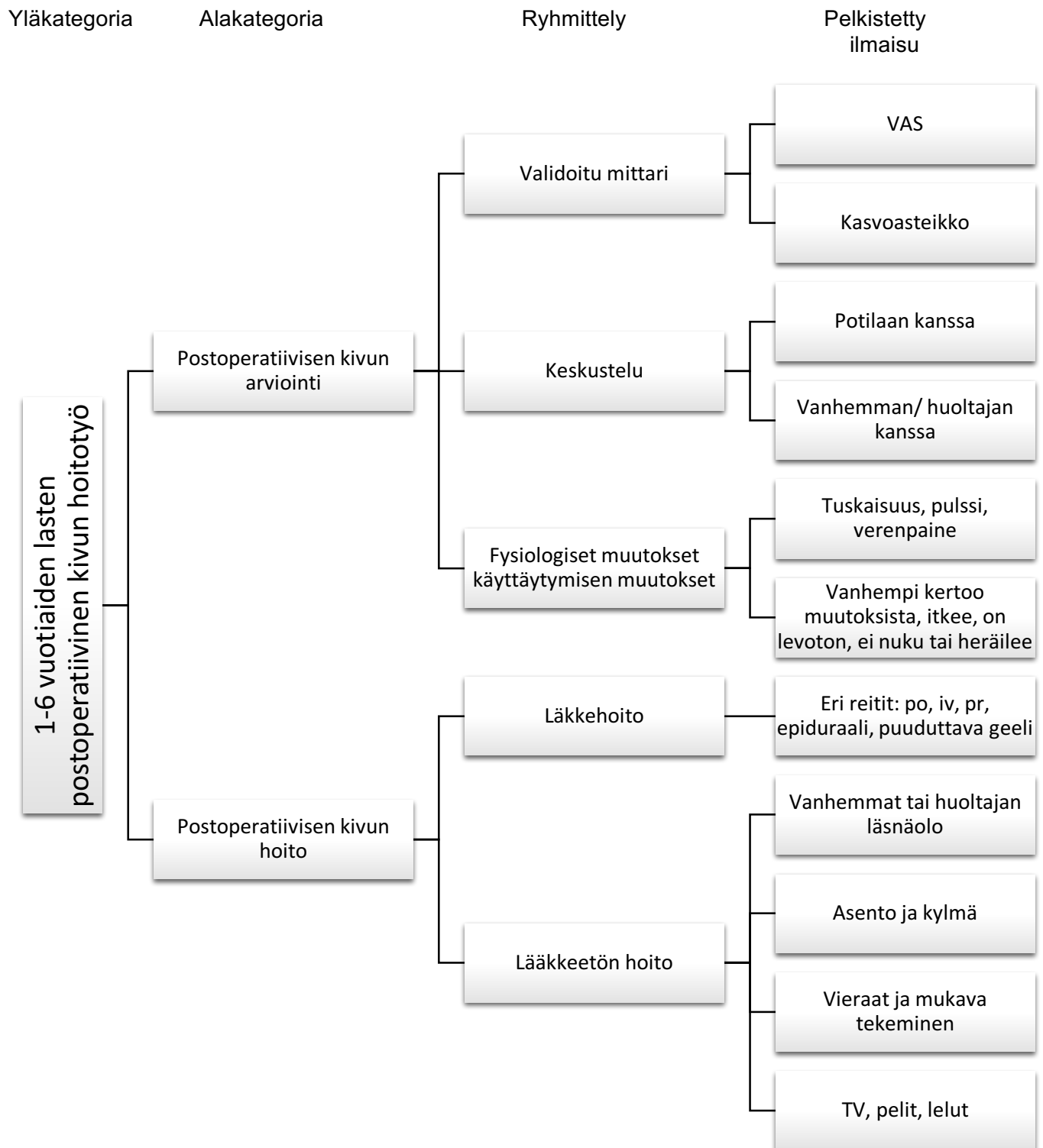
Tuloksilla pyritään koostamaan tiivis kokonaisuus kirjaamisen tämänhetkisestä tilasta yhdessä kvantitatiivisesti kuvatuiden taulukoiden kanssa. Deduktiivisella sisällön analyysillä tuotetusta tiedosta voidaan saada kuvailevaa tietoa kirjaamisen toteutumisen kokonaisuudesta. Kuvailevien tulosten johdosta hoitajat voivat ymmärtää tarkan ja systemaattisen kirjaamisen tärkeyden.

Saadut teemat koottiin kokonaisuuksiin, jolloin voitiin nähdä analyysin ylä- ja alaluokat. Samankaltaisia tuloksia yhdistettiin niin kauan, että tulos oli tiivis. Analyysi muokattiin kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, Kylmä

& Juvakka 2013.) Sisällönanalyysiä käytettäessä on pidettävä koko analyysivaiheen ajan kirkkaana mielessä se, mistä ollaan kiinnostuneita. Tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja vastaus niihin tulee näkyä koko raportin ajan ja niiden tulee olla linjassa raportoidun ilmiön kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Kuvassa 4 on kuvattu aineiston deduktiivisen sisällönanalyysin tulokset yläkategorioista pelkistettyihin ilmaisuihin. Tulososiossa teemoja on avattu enemmän ja kirjoitettu autenttisia lainauksia hoitokertomusten kirjauksista teemojen mukaan.

Deduktiivisen sisällön analyysin lisäksi aineistoa kvantifioitiin. Laadullisen aineiston kvantifioinnilla saadaan uutta näkökulmaa tulosten tarkasteluun. Tässä tutkielmassa kvantifioitiin teemat, jotka nousivat aineistosta alleviivauksien aikana. Kvantifioinnilla saatiin selkeitä määriä esiin, joiden avulla voidaan osoittaa hoitajien dokumentaation toteutumista eri työvuoroissa. Aineistoa kvantifioimalla laskettiin, kuinka monta kertaa sama asia esiintyi hoitokertomuksissa. Tässä tutkielmassa laskettiin frekvenssit hoitokertomuksissa esiintyvistä hoitajien kirjauksista. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Aineiston kvantifiointia kuvataan frekvensseistä lasketuista ja muodostetuista taulukoissa tulososiossa.



Kuva 4. 1-6 -vuotiaiden postoperatiivisen kivun hoitotyö Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla.

5 TULOKSET

Tässä tutkielmassa keskitytään postoperatiiviseen kivun hoitotyöhön ja sen kirjaamiseen. Hoitokertomuksista on analysoitu operaation jälkeiset kirjaamiset. Joissain tapauksissa lapset ovat olleet osastolla jo ennen operaatiota. Analyysissä huomioitiin tarvittava lisäkipulääkitys. Säännöllinen lääkitys ei ole mukana tuloksissa. Säännöllisesti menevä lääkitys ei näy hoitokertomuksissa. Näin ollen myös epiduraalilääkityksessä ja sen analysoimisessa on huomioitu ylimääräiset annokset, bolukset.

5.1 Kivun arvioinnin kirjaaminen

Taulukko 1. Kivun arvioinnin kirjaamisen määrät ja niiden prosentuaaliset osuudet eri työvuoroissa (N=354, n, %).

Työvuoro	Montako kertaa kivun arviointia oli kirjattu	%-osuus kivun arvioinnin kirjauksista
Aamuvuoro	143	40,4%
Iltavuoro	95	26,8%
Yövuoro	116	32,8%
Yht.	354	100%

Kivun arviointia oli kirjattu yhteensä 354 kertaa. Aamuvuorossa oli kirjattu 143 kertaa, joka on 40,4% kaikista kivun arvioinnin kirjauksista. Iltavuorossa oli kirjattu 95 kertaa, joka on 26,8% kaikista kivun arvioinnin kirjauksista. Yövuorossa oli kirjattu 116 kertaa, joka on 32,8% osuus kaikista kivun arvioinnin kirjauksista. Iltavuoron pieni arvioinnin kirjaaminen voi ainakin osittain selittyä sillä, että aamuvuoroon on laskettu vielä noin kello 15 aikaan tapahtuneet arvioinnit ja kirjaamiset.

5.1.1 Kirjatut kivun arvioinnin menetelmät

Aineistossa mainittuja kivun arvioinnin menetelmiä olivat, keskustelu, fysiologisten ja käyttäytymisen muutosten arviointi, sekä kipumittarit. Kivun arvioinnin menetelmä oli kirjattu 210 kertaa. Fysiologisia muutoksia ja käyttäytymisen muutoksia oli käytetty kivun arvioinnissa yhteensä 64 kertaa. Fysiologisia muutoksia olivat pulssin, saturaation tai verenpaineen muutokset. Käyttäytymisen muutoksia oli itkuisuus,

levottomuus, unettomuus, tai jokin muu muutos, jonka vanhempi/hoitaja kuvasi normaaliin käyttäytymiseen kuulumattomaksi.

”Tullessa itkuinen ja väsynyt, ei rauhoitu”

”Kovasti touhuaa, ei ole kipeän oloinen”

”Nukkuu rauhallisesti”

”Kipeä ja kalpea, ei suostu seisomaan tai kävelemään, tulee huono olo”

”Pulssitaso 70-95, saturoi 95-100. On rauhallinen”

”reipastunut kovasti eilisestä”

”Vähän kaikki tuntuu olevan huonosti”

Jokin validoitu kivun arvioinnin mittari oli mainittu yhteensä viisi kertaa. VAS oli kirjattu neljä kertaa ja kasvoasteikko yhden kerran. Yhdessä hoitokertomuksessa oli maininta, että lapsi ei suostunut kertomaan kipuaan kipumittarilla. Kipumittaria oli kuitenkin lapselle tarjottu ja hoitaja oli sen dokumentoinut. Yhdessä kirjauksessa oli mainittu sekä VAS- että kasvoasteikko. Siinä oli pyydetty lasta arvioimaan kipua VAS-asteikolla, mutta tuloksen hoitaja oli kirjannut kasvoasteikolla. Hoitokertomuksissa, joissa oli kirjattu kipumittarin käyttö, ei kuitenkaan oltu kirjattu mittarin käytön ohjauksesta lainkaan.

”VAS 4-5”

”Ei suostu kertomaan kipua VAS-asteikolla.”

”Arvioi kipua vas-mittarilla toiseksi kivuttomimmalla naamalla”

Yleisin maininta kivun arvioinnin menetelmästä oli keskustelu potilaan tai vanhemman kanssa. Keskustelu oli kirjattu kivun arvioinnin mittariksi yhteensä 141 kertaa. Keskustelu on ollut joko suoraan potilaan kanssa tai vanhemman/hoitajan kanssa. Keskustelu oli kuvattu yksinkertaisesti niin, että potilaalta tai vanhemmalta oli kysytty kipua. Vanhemmat olivat kertoneet hoitajille lapsen käytöksen muuttumisesta, nukkumisesta sekä heidän havaintojaa ja ajatuksia lapsen sen hetkisestä kivusta. Hoitajat olivat keskustelleet hyvinkin pienten potilaiden kanssa. Pienetkin osaavat kertoa ja näyttää, jos kipua on jossain tietyssä paikassa, toisaalta pienet saattavat

kertoa kivusta, mutta sen spesifi paikantaminen on vaikeaa. Pienten kanssa hoitajat käyttivät heille tuttuja sanoja, kuten masu ja pipi.

"Sanoi, että sattuu"

"Kysyttäessä ei ole kipeä, ei halua lääkettä"

"...kertoo olevansa kipeä"

"Äiti kokee, ettei ... ole kipeä"

"Äidin kertoman mukaan ei ole kipeä"

"... kertoo, että masussa on pipi"

"Hiljaisella äänellä vastaa, että on vähän vielä kipeä maha"

5.1.2 Kivun arvioinnin kirjaaminen ilman kivun arvioinnin menetelmää

Kivun arvioinnista ei oltu kirjattu jokaisen potilaan kohdalla. Potilasasiakirjoista selvisi, että kivun arvioinnin menetelmä oli kirjattu yhteensä 210 kertaa, eli 144 kertaa oli kirjattu arvio kivusta, mutta kirjausta kivun arvioinnin menetelmästä ei ollut. Kipua tai sen arviointia ei oltu mainittu lainkaan kuudessa hoitokertomuksessa. Joissain potilastiedoissa kivun arviointia oli kirjattu "kivun arviointi"-fraasin alle, mutta toisissa hoitokertomuksissa oli kirjattu kivun arviointia muuallekin. Joissain hoitokertomuksissa kivun arvioinnista oli kirjattu vain pelkkä arvio, ei kivun arvioinnin menetelmää. Näistä tapauksista saattaa saada kuvitelman, että kyseessä on pelkästään hoitajan oma arvio. Yhden kerran vanhempia oli neuvottu ja ohjeistettu tarkkailemaan kivun merkkejä.

"Käsi ei ole ollut kipeä koko aamuna"

"Aamulla kivuton"

"Ei kipuja"

"käsi ei ole kipeä koko aamuna"

"Vanhempia opastettu tarkkailemaan kivun merkkejä"

Toisaalta kivun arviointi-fraasin kohtaan oli kirjoitettu tietoa, joka ei suoranaisesti arvioi potilaan kipua.

”... kävi jopa pesulla”

”Patisteltu liikkeelle, kerrottu, että on lähdettävä liikkeelle, jos haluaa kotiutua”

Hoitokertomusten kirjauksista ilmeni joitain ristiriitoja kirjatun kivun ja lääkehoidon kanssa. Yhdessä hoitokertomuksessa oli selvästi kirjattu yövuorossa lapsen kivuliaisuudesta, mutta kuitenkin hoitaja ei ollut antanut kipulääkettä. Hoitokertomuksesta ei selvinnyt syytä siihen, että lääkettä ei oltu annettu. Hoitokertomukseen hoitaja kuitenkin oli kirjannut ja kuvannut tekstissään joitain merkkejä lapsen käyttäytymisen muuttumisesta, joita olisi voitu pitää merkkeinä kivusta. Epäselväksi kirjauksista kuitenkin jää se, miksi lääkettä ei ole annettu tai selvitetty kipua enempää.

”valittaa kipua klo 00”, ”klo 02 itkee ääneen...” Ja klo 00 potilaalle ei ole annettu lääkettä, mutta klo 02 kirjattu, että *”saa Buranan kuumeeseen”*

Toisenlainen ristiriita löytyi useammin, kun kivun arviointia ei oltu kirjattu, mutta lapselle oli kuitenkin hoitokertomuksen kirjauksen perusteella annettu kipulääkettä. Aiemmasta tutkimustiedosta löytyy tuloksia myös ylilääkitsemisestä. Ylilääkitsemisen vaara voi kehittyä silloin, kun kipua ei arvioida, mutta kipulääkettä annostellaan rutiininomaisesti. Hoitokertomuksiin ei kirjata niin kutsuttuja listalla meneviä lääkkeitä, eli niitä, jotka on määrätty säännöllisesti meneväksi. Hoitokertomuksiin kirjataan näiden lääkkeiden lisäksi annettavat lääkkeet.

5.2 Kivun lääkkeettömän hoidon kirjaaminen

Lääkkeetöntä kivunhoitoa oli kirjattu yhteensä 243 kertaa. Läheskään kaikki kirjauksen lääkkeettömästä kivun hoidosta ei ollut kivun hoidon komponentin alla. Kaikkia kirjauksia ei ehkä oltu ajateltu liittyvän lääkkeettömään kivun hoitoon, mutta teoretietoon nojaten tutkija poimi menetelmät hoitokertomusten tekstistä.

Taulukko 5. Kirjatut lääkkeettömän kivun hoidon menetelmät, sekä niiden prosentuaaliset osuudet kirjatusta lääkkeettömistä menetelmistä. (N=243, n, %).

Lääkkeetön hoito	Montako kertaa kirjattu	%- osuus kirjatusta menetelmistä
Tv, pelit, musiikki, lelut, kännykkä	51	40,8%
Vanhempien läsnäolo	125	100%
Muut vieraat, mukava tekeminen	47	37,6%
Kylmä, asentohoito	20	16%
Yht.	243	

5.2.1 Vanhempien tai hoitajan läsnäolo

Kukaan aineiston potilaasta (n=125) ei ollut yksin sairaalassa. Jokaisella potilaalla oli mukana vanhempi, isovanhempi tai muu hoitaja hoitokertomusten mukaan. Äidin tai isän uusi puoliso on laskettu tässä tutkielmassa vanhemmaksi. Vanhemmat olivat sairaalassa paikalla lähes jatkuvasti. Monesti oli kirjoitettu, että vanhemmat lähtivät käymään kotona sinä aikana, kun lapsi oli leikkausosastolla. Vanhemmat myös saivat saattaa lapsen ainakin leikkausosaston ovelle asti, yöllä vanhemmat saivat saattaa leikkaussaliin asti. Lähes jokaisessa hoitokertomuksessa ilmeni, että lasta jännittää ja vanhemman läsnäolo rauhoittaa lasta.

”Vanhemmat ...:n seurana sairaalassa”

”Äiti mukana hakemassa ... leikkaussalista osastolle, isä huoneessa odottamassa”

”Mummo ollut yön seurana, äiti tulee aamulla”

”Saapuu osastolle äidin kanssa”

”Äiti saattamassa leikkausosastolle”

Televisio, eli sarjat tai elokuvat, musiikki, puhelin tai lelut olivat seuraavaksi yleisempiä lääkkeettömiä kivun hoitoon liittyviä asioita, joita oli kirjattu. Niistä kirjattua tietoa yhteensä 51 kertaa. Älylaitteet olivat yleisiä juttuja, joita lapset käyttivät. Hoitajien

kirjauksista selvisi, että lapsen huomio yritettiin viedä vanhemman puhelimella esimerkiksi kanyylin laitton tai verikokeen ajaksi pois itse toimenpiteestä.

”Katselee telkkaria hyväntuulisena”

”Katsoo lastenohjelmia telkkarista isän kanssa”

”Haettu ...n kanssa leluvarastosta dinoja”

5.2.2 Vierailijat

Muut vieraat tai mukava tekeminen, jolla tarkoitetaan ulkoilua tai kahvilassa käyntiä, oli kirjattu yhteensä 47 kertaa. Kaikki potilaat, jotka lähtivät kahvilaan tai ulkoilemaan, lähtivät vieraiden kanssa. Hoitajan ei oltu kertaakaan kirjattu lähtevän ulos potilaan kanssa. Yhdessä hoitokertomuksessa oli kirjaus, että potilas oli käynyt kahvilassa vieraiden kanssa. Hoitokertomusten mukaan vanhemmat turvautuivat älylaitteisiin, tv-ohjelmiin ja syliin, kun isovanhemmat ja muut vieraat leikkivät, lukivat satuja ja toivat herkkuja.

”Mummo lukee satua ...lle”

”Vaari tuli yllätysvierailulle”

”... ja äiti lähtivät käymään kahviossa”

”sisarukset tulivat vierailulle, leikkivät porukassa”

Hoitokertomuksiin kirjatusta tiedosta selvisi, että potilas ilostui vieraista jokaisella kerralla. Vieraat olivat sisaruksia, muita sukulaisia tai ystäviä. Jokaisesta kirjauksesta, joissa oli mainittu sisaruksia, tuli ilmi, että sisarukset saivat potilaan villiin leikkiin mukaan. Joissain kirjauksissa oli havaittavissa hoitajan lievä ärsyyntyminen potilaan tai vieraiden riehumisesta.

”Sisarukset tulivat riehumaan...”

”Sisko tuli ilahduttamaan. ... ja sisko peuhasivat sängyllä villisti, nyt ... on väsähtänyt”

”... ja isommat sisarukset menivät huonetta ympäri...”

5.2.3 Asento- ja kylmähoito

Kylmää ja asentohoitoa oli kirjattu 20 kertaa. Hoitokertomukseen kirjatun tiedon mukaan kylmää tai kohoasentoa oli käytetty vain raajaleikatuilla potilailla. Jokaisella, jolle oli hoitokertomuksen mukaan tarjottu kylmäpussia, oli murtuma raajassa ja se oli operoitu. Kylmää ei oltu tarjottu muille potilaille haavakivun hoitoon. Myöskään liikkumisen ohjaamista tai esimerkiksi sängystä nousemisen ohjaamista ei oltu kirjattu kertaakaan. Joissain hoitajan kirjauksissa oli mainittu, että fysioterapeutti tulee ohjaamaan sauvakävelyä.

Asentohoito oli jokaisessa hoitokertomuksen kirjauksessa sitä, että leikattua raajaa nostettiin tyynyjen tai kiilatyydyn avulla kohoasentoon. Myös kaikki, joille oli kirjattu asentohoitoa, olivat raajaleikattuja.

”Tuettu käsi hieman kohoasentoon”

”Tuotu jalalle kylmäpakkaus ja nostettu tyynyllä kohoasentoon”

5.2.4 Muu lääkkeetön hoito ja vanhempien ohjaus

Yksi lapsi oli sairaalassa syntymäpäivänään ja hän sai lahjan ja kortin sairaanhoitajalta. Tästä oli kirjattu, että lapsi ilahtui paljon ja alkoi touhuta lahjansa kanssa. Yllättävä lahjan saanti vei potilaan ajatukset aivan muualle kuin kipuun.

Yhdestäkään hoitokertomuksesta ei löytynyt kirjausta kosketuksesta ja sen tärkeydestä. Kirjatun tiedon perusteella voidaan olettaa, että yksikään vanhempi ei ole silittänyt tai hieronut lastaan. Sylissä ja vieressä olemista oli kirjattu useinkin, tästä voidaan kuitenkin jälleen olettaa, että hoitajat eivät tiedä, tai eivät ajatelleet kosketuksen olevan lääkkeetön kivun hoitomenetelmä.

Vanhempia ei oltu kertaakaan ohjeistettu lääkkeettömään kivun hoitoon, tai tätä ei oltu kirjattu. Yhden kerran oli kirjattu, että vanhemmille oli ohjattu säännöllinen kivunhoito kotiutumisen jälkeen. Lisäksi vanhemmille oli kerran ohjeistettu tunnistamaan kivun oireet ja niiden tunnistaminen, jotta vanhemmat huomaavat, milloin lapsi alkaa olla kipeämpi. Joissain hoitokertomuksissa tuotiin ilmi vanhempien huoli ja

hermostuneisuus. Nämä tilanteet liittyivät joko leikkausosastolle odottamista tai menoa, tai sitä hetkeä, kun lapsi oli kipeä.

5.3 Kivun lääkehoidon kirjaaminen

Hoitokertomuksista ei selviä kirjaaja, joten suun kautta menevistä lääkkeistä ei pystytä sanomaan kuka ne on kirjannut. Lastenhoitaja ja lähihoitaja voi antaa ja kirjata suun kautta meneviä lääkkeitä. Suonensisäisiä ja epiduraalitiilaan annosteltavia lääkkeitä voi annostella ja kirjata vain sairaanhoitaja. Näin ollen aineistosta ei voi eritellä kirjaajan ammattitaustaa jokaisen lääkkeen kohdalla.

Taulukko 2. Kirjatut kipulääkkeiden antoreitit (N=302, n, %). Montako kertaa annettu ja niiden prosentuaaliset osuudet.

Antotapa	Montako kertaa annettu	%-osuus kirjatuista lääkkeistä	Muita huomioita
Suun kautta	235	77,8%	1 lääke, jota lapsi ei suostunut ottamaan 1 lääke, joka meni osittain iv
Suonen sisäisesti	45	14,9%	
Peräsuolen kautta	1	0,3%	
Epiduraali	19	6,3%	3 potilaalla
Puudutus geeli iholle	2	0,7%	
Yht.	302	100%	

Suun kautta annettavia lääkkeitä on kirjattu selkeästi eniten n=235. Koko lääkemäärästä (n=302) 77,8% oli kirjattu suun kautta menneeksi. Seuraavaksi eniten oli kirjattu suonensisäisiä lääkkeitä (n=45) ja muita reittejä pitkin oli kirjattu annettavan selkeästi pienempiä määriä.

5.3.1 Suun kautta annetut lääkkeet

Suun kautta annosteltavien lääkkeiden arvioinnin kohdalla oli joitain kertoja mainittu lääkkeen ottamisesta. Yleisimmin kirjaus koski sitä, että lapsi ei olisi halunnut ottaa

lääkettä. Suun kautta annettavia kipulääkkeitä oli muun muassa Panadol/Pamol F/Pinex, Pronaxen, Burana, Tramal ja Oxynorm.

"Tramal 10ggt po kovaan kipuun"

"Pamol F 250mg po, kipuun"

"Oxynorm oraaliliuos 1mg/ml 1mg po."

"Burana 20mg/ml 200mg po."

Hoitajien kirjauksista löytyi puutteita lääkkeiden kirjaamisessa. Puutteita aineistosta löytyi yhteensä 88 kertaa. Yleisin puute oli antoreitin puuttuminen. Myös joitain ristiriitaisuuksia huomattiin lääkkeiden kirjaamisessa, kuten esimerkiksi lääke oli kirjattu nestemäiseksi, mutta annettu lääke oli kirjattu tabletkiksi.

"Burana oraalisusp. 20mg/ml tbl"

"Annettu Oxynorm 1mg (0,1ml)"

"Pinex 24mg/ml 2,4ml"

"Tramal 4ggt kurkkukipuun"

"Annettu Pamol F 250mg ja Pamol F 250mg"

5.3.2 Suonensisäisesti annostellut lääkkeet

Suonensisäisiä kipulääkkeitä annosteltiin aineistossa yhteensä 45 kertaa, joka on 14,9% kaikista annetuista kipulääkkeistä. Suonensisäisten lääkkeiden vaikutusta oli arvioitu kuusi kertaa. Useimmiten lääkkeen vaikutuksen arvioinnin kohtaan oli kirjattu kanyylin toimivuudesta. Yhdessä hoitokertomuksessa, niissä tapauksissa joissa kanyylista oli kirjattu, että lääkkeen annostelun aikana oli mennyt kanyyli pieleen, muissa tapauksissa kanyyli oli kirjattu toimivaksi. Hoitokertomuksissa kirjatut suonensisäiset lääkkeet olivat Morphin, Fentanyl, Paracetamol/Perfalgan, Oxanest.

"Annettu FENTANYL 0,2mg iv"

"Paracetamol 200mg iv"

"Oxanest 1mg iv kovaan toimenpidealueen kipuun"

Yhdestä hoitokertomuksesta löytyi kolme kertaa kirjaus ”Oxanest 1mg.” Kirjauksissa ei ole merkintää lääkkeen annostelureitistä, mutta tässä tutkielmassa ne on laskettu suonensisäisiin lääkkeisiin. Saman potilaan hoitokertomuksesta löytyi myös merkintöjä, joissa sama lääke oli kirjattu suonensisäisesti annostelluksi.

5.3.3 Epiduraalitilaan annostellut lääkkeet

Kolmella lapsella oli kirjattu operaation jälkeen epiduraalilääkitys. Kirjauksen mukaan he saivat yhteensä 19 bolusta, jotka lasketaan peruslääkityksen lisäksi annettavaksi lisälääkitykseksi. Näistä annoksista vaikutusta oli arvioitu yhden kerran. Lisäksi epiduraalitilaan menevissä lääkkeissä oli myös puutteita lääkkeen antoreitin merkitsemisessä.

”... lääke menossa 2ml/h nopeudella”

”Fentanyl 50mikrg/ml 4ml + Ropivacain 7,5mg/ml 10ml + NaCl 0,9% 36ml menee 2ml/h”

Hoitokertomukseen kirjatun tekstin perusteella voitiin analysoida, että yksi lapsista, joilla oli epiduraalitilaan menevä lääkitys, oli todella kipeä. Hän sai yhteensä 16 bolusta sinä aikana, kun lääkitys oli. Toinen ääripää oli potilas, jolle annettiin yksi bolus toimenpiteen jälkeen ja myöhemmin annostusta vähennettiin tasaisesti, kunnes lääkitys pystyttiin lopettamaan. Epiduraalitilaan annosteltavan lääkityksen jälkeen jokainen sai yhden tai useamman kerran suonensisäisesti kipulääkettä. Tämän jälkeen potilaat siirtyivät kokonaan suunkautta annosteltaviin kipulääkkeisiin.

5.3.4 Muuta reittiä annetut kipulääkkeet

Aineistosta huomattiin, että yhdelle lapselle oli annettu kipulääke suppona, peräsuolen kautta. Tälle ei löytynyt mitään selitystä. Lapsi söi ja joi hoitokertomukseen kirjatun tiedon mukaan normaalisti. Teoriatiedon mukaan tätä reittiä ei nykyään käytetä ilman jotain syytä, esimerkiksi, että lapsi ei pysty nielemään. Peräsuoleen annosteltava lääke voi tuntua epämiellyttävältä, sekä lääkkeen laitto peräsuoleen voi olla nöyryyttävä kokemus lapselle.

Kahdelle lapselle laitettiin puuduttavaa geeliä. Toiselle laitettiin siittimen päähän operaation jälkeen helpottamaan virtsaamista. Toinen lapsi sai puuduttavaa geeliä peräaukon iholle toimenpiteen jälkeen kipulääkkeeksi.

”Parasuppo 225mg peräsuoleen toimenpidealueen kipuun”

”Xylogain geeliä pippelin päähän auttamaan pissamista”

Taulukko 3. Annettujen kipulääkkeiden kirjaus eri työvuoroissa sekä niiden vaikutusten arviointi ja prosenttiosuudet kaikista kipulääkekirjauksista. (N=302, n, %).

Työvuoro	Montako kertaa lääkettä oli annettu	Montako kertaa lääkkeen vaikutusta oli arvioitu	%- osuus kirjauksista
Aamuvuoro	114	17	14,9%
Iltavuoro	78	9	11,5%
Yövuoro	110	22	20%
Yht.	302	48	15,9%

Lääkkeitä annettiin yhteensä 302 kertaa, mutta lääkkeen vaikutusta arvioitiin ainoastaan 48 kertaa, joka on 15,9%. Lääkkeen vaikutuksen arviointia oli kirjattu eniten yövuorossa. Iltavuorossa lääkkeen vaikutuksen arviointia kirjattiin vähiten, yli puolet vähemmän kuin yövuorossa. Kivun arvioinnin kirjaamisessa on selkeästi sama suuntaus kuin lääkkeen vaikutuksen arvioinnissa; iltavuorossa arviointia tehdään vähemmän kuin muulloin. Iltavuorossa on myös lääkitty harvemmin, kuin muissa vuoroissa. Tämän voi selittää se, että aamuvuoro on klo 7-15, jolloin aamuvuorossa lääkitään usein vielä iltapäivän kipulääkkeet. Tässä tutkielmassa aamuvuoron kirjauksen on katsottu olevan klo 7-15:00, iltavuorossa klo 15:01-21:30 ja yövuoron 21:31-7:00.

5.4 Annettujen kipulääkkeiden vaikutuksen arviointi

Taulukko 4. Annettujen kipulääkkeiden määrät tiettyä reittiä pitkin, sekä lääkkeen arviointi ja arvioinnin prosentuaaliset osuudet, (N=302, n, %).

Lääkkeen antoreitti	Montako kertaa annettu	Montako kertaa arvioitu	Arvioinnin %-osuudet
Suun kautta	235	37	15,7%
Suonensisäisesti	45	6	13,3%
Epiduraali	19	1	5,3%
Puudutus geeli	2	-	0%
Peräsuolen kautta	1	-	0%
Yht.	302	44	14,6%

Suun kautta annosteltavia lääkkeitä oli aineiston mukaan annettu eniten (n= 235). Tästä määrästä lääkkeen vaikutusta oli arvioitu yhteensä 37 kertaa, eli 15,7% kirjatuista lääkkeistä oli kirjattu lääkkeen vaikutuksen arviointi. Eli 198:n lääkkeen vaikutuksen arviota ei oltu kirjattu.

Aineistosta nousi toinen huolestuttava huomio, kun suonensisäisten lääkkeiden vaikutusta oli kirjattu harvakseltaan. Suonensisäisiä lääkkeitä oli kirjattu annetuksi yhteensä 45 kertaa ja lääkkeen vaikutuksen arviointi oli kirjattu kuusi kertaa, eli vain 13,3%. Suonensisäisinä kipulääkkeinä oli käytetty Paracetamoliam/Perfalgania, Morphinia, Oxanestia ja Fentanylia.

”Perfalgan 500mg iv.” -> ei arviota

”Panadol 200mg i.v.” -> ei arviota

”Fentanyl 0,2mg iv klo...” -> Arviointi: auttoi vain hetkeksi

Epiduraalitilaan annosteltavan lääkityksen boluksia oli aineistossa 19 kertaa. Bolusten vaikutusten arvio oli kirjattu yhden kerran. Prosentteina tämä tekee 5,3%. Peräsuoleen annostellun lääkkeet tai puuduttavan geelin vaikutusta arviota ei oltu kirjattu lainkaan.

Kun kipulääkkeen vaikutuksen arviointia oli kirjattu, sitä oli kuvattu monin eri tavoin. Hoitajat olivat selvästi havainnoineet lapsen käytöstä, keskustelleet lapsen tai

vanhemman kanssa, sekä seurasivat uni- ja valvetilan muutoksia. Toisaalta huomattiin, että opiskelijat olivat kirjanneet arviointia selkeästi enemmän kuin osaston hoitajat. Opiskelijamerkinnot merkitään erikseen hoitokertomukseen. Opiskelija merkinnöissä lähes jokaisessa oli annetun lääkkeen vaikutuksen arviointi.

"Helpotti oloa"

"Kipulääkkeen jälkeen helpottaa, nukahtaa"

"Kipu helpottanut selkeästi"

"Rauhoittui hyvin katselemaan lastenohjelmia"

"... kertoo, että suurin kipu on helpottanut"

"Lääkkeestä huolimatta edelleen kovaa kipua vatsalla"

"Auttoi vain hetkeksi"

"Auttoi, nukahti uudestaan ja nukkui muutaman tunnin"

Lääkkeen vaikutuksen alle oli kirjattu tietoja, jotka eivät koske juuri lääkkeen vaikutuksen arviointia. Yleisimmin fraasin alle oli kirjoitettu kuvausta siitä, miten lapsi ottaa lääkkeen. Lisäksi lääkkeen vaikutuksen arviointiin oli kirjattu esimerkiksi antoreitti, vitaaliarvoja (verenpaine, pulssi, saturaatio), tai muita tietoja lapsesta.

"Lääkehoito"

"Isä antaa lääkkeen, soittaa kelloa, jos ei onnistu"

"Gastrostoomaletku ollut suljettuna lääkkeen jälkeen"

"RR..., p..."

"... hyvin ottaa lääkkeen"

"Vastusteleo lääketä, ei meinaa ottaa. Keskustelun jälkeen ottaa lääkkeen"

Erään todella kipeän lapsen hoitokertomuksesta nousi esiin hoitajan turhautuminen. Tapahtumakulku alkaa toimenpidettä seuraavana aamuna. Kipulääkitys on aloitettu jo ennaltaehkäisevästi, mutta silti kipu äityy kovaksi ja lopulta potilas huutaa kivusta. Hoitajan tekstistä näkyy hoitajan voimattomuus ja jopa hermostuneisuus. Hoitaja on kirjannut tarkasti tapahtumien etenemisen ja omat toimensa. Tämä kirjaus hoitokertomuksessa osoittaa, että hoitaja on tarkkaillut potilasta tiiviisti. Aikaväli tapahtumille on klo 9:45-16:48.

"Oxanest 1mg iv." -> "Lääkkeestä ei juurikaan apua"

"Oxanest 1mg iv." -> "Lääkkeestä ei ole mitään apua"

"Oxynorm-liuosta 1mg po." "Ei mitään apua, lapsi huutaa ja kiljuu, soitto kirurgille ja käsketty paikalle"

"Avattu splintti ja sidokset kirurgin toimesta, se auttaa"

"Viety leikkausosastolle uuteen toimenpiteeseen"

5.5 Yhteenveto tutkielman tuloksista

Tutkielman aineistossa oli kuvattu lasten postoperatiivisen kivun hoitotyötä sisältäen kivun arvioinnin ja hoidon. Kivun arviointia oli kirjattu hoitokertomuksiin hyvin vaihtelevasti. Kun kivun arviointia oli kirjattu, sitä oli kirjattu hyvin moninaisesti. Kipua oli arvioitu yleisimmin keskustelemalla joko itse potilaan tai vanhemman kanssa. Validoitu kipumittari oli mainittu yhteensä viisi kertaa (n=125).

Jokaisella potilaalla (n=125) oli vanhempi tai huoltaja sairaalassa seurana. Vanhemman läsnäolo oli kirjattu useasti rauhoittavana ja turvaa tuovana tekijänä pienissä toimenpiteissä tai leikkausosastolle siirtymisen aikana. Muita lääkkeettömiä kivun hoidon menetelmiksi oli kirjattu muut vieraat, tv-ohjelmat, pelit, lelut, musiikki, sekä kylmä- tai asentohoito. Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien tehoa kipuun ei oltu kirjattu kertaakaan.

Lääkehoidon kirjaaminen oli rutiininomaista ja systemaattista, lukuun ottamatta muutamaa puutetta. Puutteena oli yleisimmin lääkkeen antoreitin puuttuminen. Lääkehoidoksi oli kirjattu yleisimmin suun kautta annosteltavat lääkkeet, sen jälkeen suonensisäisesti annosteltavat ja muita reittejä oli kirjattu huomattavasti pienempiä määriä. Kivun lääkehoidossa yleisimpiä lääkkeitä olivat paracetamol, sekä tulehduskipulääkkeet. Lääkkeen vaikutusta kipuun oli arvioitu harvoin.

6 POHDINTA

6.1 Tutkielman luotettavuus

Tämän tutkielman lähtökohta on laadullinen. Tutkielman luotettavuus mahdollistetaan tarkalla prosessin kuvauksella. Prosessin tulee olla toistettavissa. Tulokset kuvataan tarkasti ja selkeästi, jotta prosessi on ymmärrettävissä. Tutkielmasta on tultava ilmi, kuinka analyysi on toteutettu, mitkä ovat taustat, konteksti, osallistujien valinta, aineiston keruu, sekä kuinka tuloksiin on päädytty. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi on yksinkertaistettuna tutkimusprosessin luotettavuutta. Tutkimusprosessin luotettavuudesta vastaa ja raportoi tutkija omalla rehellisyydellään. Luotettavuutta lisää tarkka tutkimusprosessien kuvaus ja avaus lukijalle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010.)

Lisäksi tutkielman luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja käytäntöön siirrettävyyden kriteereillä. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan omia lähtökohtia ja tietoisuutta niistä, jolla pyritään varmistamaan tutkimustulosten syntyminen aineistosta ja sen analysoinnista, eikä tutkijasta itsestään, tai hänen omista kokemuksista. (Kylmä & Juvakka 2013). Tässä tutkielmassa reflektiivisyys näkyy koko prosessin ajan. Tutkijalla on pitkä työkokemus lasten sairaanhoidosta. Se voi olla vahvuus, koska tutkijalla on kokemusta ja on jo aiemmin perehtynyt tutkittavaan ilmiöön. Työkokemus voidaan nähdä myös ongelmana siinä, että tutkijalla saattoi olla aiheesta tiettyjä ennakkosenteita. Itsereflektion avulla tutkija tiedosti koko tutkimusprosessin ajan tämän ristiriidan ja työskenteli niin, etteivät mahdolliset ennakkokäsitykset vaikuttanut tuloksiin. Hoitokertomuksissa saattoi olla tutkijan omia kirjauksia, mutta kirjaaja ei ollut aineistossa näkyvissä, joten tutkija pystyi analysoimaan aineistoa ulkopuolisena.

Laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan subjektiivisuus. Tutkijan on pyrittävä arvioimaan ja tiedostamaan omia ennakkokäsityksiään ja niitä on pyrittävä tietoisesti välttämään aineistoa analysoitaessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta, sekä

vahvistettavuutta. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten ja analyysiprosessin selkeää kuvausta, tutkimukseen osallistujien hankinta, tutkimusmenetelmän sopivuus, sekä valittu analyysi. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimuskontekstin tarkkaa kuvausta. Lisäksi tutkimuksessa on kuvattu osallistujien valinta, sekä lainauksia selkeästi. Näin voidaan hahmottaa tutkimustulosten yleistämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2006.)

Tutkielmaan valittiin osallistujat järjestyksessä. Tutkielmassa ei käytetty henkilötietoja, eikä potilaita henkilöity, joten heiltä ei pyydetty lupaa osallistumiseen. Henkilötiedot poistettiin hoitokertomuksista heti tulostamisen jälkeen. Aineiston hankinta suoritettiin sairaalassa ja tutkija itse suoritti aineiston hankintaprosessin. Näin tutkija itse on vastuussa tietosuojasta ja siitä rehellisyydestä, että aineisto (n=125) on hankittu järjestyksessä. Aineiston hankinta tapahtui rauhallisessa omassa tilassa. Näin häiriötekijöitä ei ollut ja aineiston hankintaan pystyttiin keskittymään huolellisesti.

Aineiston analyysin aikana tuli selväksi, että aineisto alkoi saturoitua. Saturoituminen tarkoittaa, että samat asiat alkavat löytyä ja toistua aineistossa (Polit & Beck 2006, Hirsjärvi ym. 2013). Aineiston analyysin onnistuminen edellyttää tutkijalta kykyä analysoida ja pelkistää aineistoa ja sen sisältöä ylä- ja alakategorioihin, niin että niistä muodostuu selkeä ja pelkistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysin luotettavuuden tarkastelua helpottaa tarkasti kuvattu analyysiprosessin kuvaus ja tutkimustulosten selkeä esittäminen ja esimerkiksi autenttisilla lainauksilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2006.)

Tämän tutkielman luotettavuutta voi heikentää se, ettei tutkijalla ollut aiempaa kokemusta tämän kokoluokan tutkielman toteuttamisesta. Sisällönanalyysin tutkija toteutti ensimmäisen kerran. Tutkielmaan ei tiedonhaussa valittu mukaan tutkimuksia, jotka eivät olleet suomeksi tai englanniksi. Kielen vaikutusta tutkimustuloksiin pohdittiin prosessin aikana. Tutkielmasta voi jäädä arvokasta tutkimustietoa pois, jos tutkimus on kirjoitettu tutkijalle vieraalla kielellä.

6.2 Tutkielman eettisyys

Etiikka on kaikkea sitä, mitä ja miten tulisi toimia ja käyttäytyä ja miten pitäisi kohdella toisia ihmisiä. Etiikka antaa ihmisille työkaluja siihen, että osataan tehdä mahdollisimman hyviä päätöksiä. Etiikka auttaa ihmisiä arvioimaan toimintaa ja ohjaa oikeita päätöksiä kohti. (Velasquez, Moberg, Meyer, Shanks, McLean, DeCosse, André & Hanson 2009.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittelee ohjeissaan hyvän tieteellisen käytännön ja sen loukkaukset. Tutkimuksessa eettisyys ulottuu suunnittelusta raportointiin asti. Tutkimuseettiset kysymykset jakautuvat tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin asioihin sekä tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta. Tällaisia asioita ovat tutkimuslupa, aineiston keruu, kohteen osallistuminen, anonymiteetti ja tiedottaminen. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa missään muodossa ja tutkimuksesta on oltava enemmän hyötyä kuin haittaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Polit & Beck 2006.)

Tämä tutkielma toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, tarkoittaen rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää eettisesti hyvät perustelut tutkimukselle, sen toteutumiselle ja raportoimiselle. Tässä tutkielmassa kunnioitetaan muita tutkijoita ja lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti ja niin kuin ne ovat. Tutkimustulokset kertoivat mitä hoitajat ovat kirjannet potilaiden hoitokertomukseen kivun hoitotyöstä. Kivun hoitotyö sisältää kivun arvioinnin, hoidon ja hoidon tulosten arvioinnin. Koulutuksella saavutettu uusi tieto ja osaaminen hyödyttävät leikkaukseen joutuvia lapsia. Tämä on yhteiskunnallisesti tärkeää; leikkauksen jälkeisen kivun tehokas hoito nopeuttaa toipumista ja hyvän kokemuksen saanut potilas ei pelkää terveydenhuollon palveluita jatkossakaan. Lisäksi sairaanhoitajakoulutuksessa voidaan kehittää kirjaamisen opetusta. Tutkimustulosten pohjalta on tarkoitus kehittää lasten postoperatiivisen kivunhoidon toteutumista, arviointia ja kirjaamista. Lisäksi sairaalassa voidaan kehittää kirjaamisen täydennyskoulutusta hoitajille.

Tutkielmaan haettiin tutkimuslupa Kymenlaakson sairaanhoitopiirin tutkimus- ja koulutusjohtajalta. Koska tutkielmassa ei tarvita potilaiden henkilöllisyystietoja, ei tutkimuseettiseltä toimikunnalta tarvita lausuntoa. Huomio kiinnittyy potilaiden kivun arviointiin, lääkitykseen, ikään ja sukupuoleen. Aineistoa käsiteltiin henkilötietolain (523/1999) mukaan. Laki (523/1999) edellyttää suojaamaan kaikki aineistossa esiintyvät tiedot. Ulkopuolisille ei ole luovutettu henkilö- tai muita yksityisyyteen liittyviä tietoja. Hoitokertomuksista poistettiin yksitellen leikkaamalla kaikki henkilötiedot. Aineistoa on säilytetty turvallisesti lukollisessa laatikossa. Tutkimusaineisto tuhoataan tutkielman valmistuttua tietosuojattavan jätteen mukana.

Tutkielman tulososiossa on poistettu kaikki nimet ja ne on korvattu kolmella pisteellä (...) ja suoria lainauksia ei ole muutettu, vaan ne on käsitelty autenttisina. Kaikki tulokset on tutkimusraportissa esitetty niin, ettei potilaita tai muita henkilöitä voida tunnistaa. Aiheen valintaa ja tutkimuksen toteuttamista voidaan pitää eettisesti perusteltuna. Tutkimus ei loukkaa tutkittavaa ryhmää tai sen osaa ja sitä voidaan pitää yhteiskunnallisesti tärkeänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Joidenkin kirjausten kohdalla tutkijalle tuli epäily, että onko kirjaus negatiiviseen sävyyn kirjoitettu. Kirjoitetusta tekstistä on vaikea analysoida tekstin sävyä, joten tutkielmassa ei analysoitu kirjoitetun tekstin sävyeroja.

6.3 Tutkielman tulosten tarkastelu

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin ja kuvattiin 1-6 -vuotiaiden postoperatiivisen kivun hoitotyön, eli kivun arvioinnin, hoidon ja kirjaamisen toteutumista Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla (n=125). Tutkielmassa analysoitiin 125:n potilaan hoitokertomukset. Kivun arvioinnilla tarkoitetaan kivun arviointia joko keskustelemalla, fysiologisista tai käyttäytymisen muutoksista arvioimalla tai eri mittareilla arvioituna. Kivun hoitoon sisältyy sekä lääkkeetön hoito, että lääkehoito. Keskeisiksi teemoiksi tuloksista nousi postoperatiivisen lapsen kivun arviointi, kivun lääkehoito, sekä lääkkeetön hoito.

6.3.1 Lapsen kivun arviointi

Tutkielmassa hoitokertomuksista selvisi, että lapsen postoperatiivinen kivun arviointi on melko vähäistä Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. Hoitokertomuksiin hoitajat olivat kirjanneet kivun arviointimenetelmiksi Visual Analogue Scale (VAS), kasvoasteikon, keskustelun, sekä fysiologiset ja käyttäytymisen muutokset. Keskustelu oli kirjattu ehdottomasti useimmiten kivun arvioinnin menetelmäksi.

Kivun arvioinnista oli kirjattu yhteensä 354 kertaa. Kuitenkin jopa kuuden potilaan (n=125) hoitokertomuksissa ei ollut lainkaan mainintaa kivusta ja 144 kertaa kivusta oli kirjattu arvio ilman arvioinnin menetelmää. Säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen ovat edellytyksiä hyvän kivun hoidon suunnittelulle ja toteutukselle. Toisaalta teoriassa kuvataan usein lasten kivun arvioinnin hankaluutta, koska lapsilla tai kehitysvammaisilla ei ole kielellisiä tai kognitiivisia taitoja arvioimaan ja ilmaisemaan kipua. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Kankkunen ym. 2010, Cohen ym. 2008, Piiparinen & Rauhala 2005).

Aineistosta selvisi, että VAS-asteikon käyttö oli kuvattu neljä kertaa ja kasvoasteikon käyttöä oli kuvattu yhden kerran. VAS on yleisimmin käytetty mittari, mutta sen käytössä on huomioitava, että potilas osaa käyttää mittaria. Hoitajan on opastettava mittarin käytössä. Hoitajan on myös osattava valita oikea mittari oikean ikäiselle lapselle. Myös vanhemmat voivat arvioida lapsen kipua lapsen puolesta. (Korppi & Vilo 2017, Jaakola, ym. 2013, Cürcani, ym. 2011 Cohen ym. 2008.) Aineistossa ei tullut ilmi kertaakaan, että vanhempaa olisi ohjeistettu kipumittarin käytössä ja kehoitettu arvioimaan lapsen kipua mittarin avulla.

Yhdelle lapselle oli tarjottu mahdollisuus käyttää kasvoasteikkoa, mutta hoitokertomuksen mukaan lapsi ei ollut suostunut käyttämään mittaria. Lapsi on voinut kokea mittarin käytön vaikeaksi, jonka vuoksi ei ole suostunut käyttämään mittaria. Kirjauksesta ei kuitenkaan selviä syytä tähän. Kasvoasteikko voi olla pienemmille, alle seitsemän vuotiaille lapsille hankala käyttää ja ymmärtää ja tässä tutkielmassa kaikki potilaan ovat alle seitsemän vuotiaita. Kasvoasteikko saattaa antaa vääriä tuloksia. Pienet lapset eivät välttämättä osaa erottaa kipua ja mielialaa. Lapsi voi olla surullinen,

mutta kivuton. Toisaalta lapsi voi olla iloinen, mutta kipeä. (Cohen ym. 2008, Quinn ym 2014.)

Sairaanhoitajan ollessa kiinnostunut potilaan kivusta, hoitaja huomioi potilaan ja voi jo sillä helpottaa potilaan oloa. Lapset pitävät huomiosta ja ovat mielissään, kun heidän kivustaan kysytään suoraan heiltä. (Twycross & Finley 2013.) Tätä ei oltu kirjattu erikseen. Kuitenkin kahteen hoitokertomukseen oli kirjattu, että vanhemmat olivat tyytyväisiä lapsen kivunhoitoon ja sairaalajaksoon. Twycross ja Finley (2013) huomasivat tutkimuksessaan, että vanhemmat olivat mielissään ja tyytyväisiä siihen, kun hoitajat antoivat tietoa lapsen kivunhoidosta. Tämä kertoo avoimuudesta ja luottamuksesta perheen ja hoitajan välillä.

Keskustelua oli kuvattu kivun arvioinnin menetelmäksi yhteensä 141 kertaa. Potilaan sana on aina varmin keino selvittää, onko potilaalla kipua. Kun potilas ilmaisee kipua, on hoitajan uskottava tämä. Axelin ym. (2008) toteavat, että lapset pitävät, kun heidän asioistaan ollaan kiinnostuneita ja he yleensä arvioivat mielellään kipuaan. Isommilla lapsilla paras keino arvioida kipua, on kommunikoida lapsen kanssa ja kysyä lapselta itseltään kivun määrää (van Dijk ym. 2012, Hiller, 2011). Tämän tutkielman aineistosta kävi ilmi, että hoitajat keskustelivat hyvinkin pienten lasten kanssa kysymällä kivusta ja sen paikasta. Hoitajat olivat käyttäneet erilaisia sanoja keskustellessaan lasten kanssa. Hoitokertomuksissa mainittiin sanoja kuten masu, massu, pisu, pipi.

Keskustelua kivusta oli käyty myös vanhempien kanssa. Hoitajien on luotettava vanhempien arvioon pienen lapsen kipulääkkeen tarpeesta, sillä yleensä äiti pystyy arvioimaan luotettavasti pienen lapsen kipulääkkeen tarpeen. (van Dijk ym. 2012, Hiller, 2011.) Myös isompien lasten kanssa vanhemmat seuraavat valppaasti lastensa kipuja (Lim, Mackey, Liam & He 2012). Hoitajat olivat kirjanneet hoitokertomukseen keskustelun vanhemman kanssa silloin, kun lapsi oli pieni, eikä itse osannut puhua tai silloin, kun lapsi nukkui.

Hoitajat olivat maininneet hoitokertomuksissa muun muassa lasten tuskaisuudesta, verenpaineesta ja pulssista, itkusta sekä uni- ja valvetilan muutoksista. Kuitenkaan mitään kriteeristöä tai validoitua mittaria tähän ei oltu mainittu. Aiemman tutkimustiedon mukaan kipua arvioidessa käytöksen tai käytöksen muuttumisen perusteella, tulisi

hoitajilla olla kriteeristö arvioimiseen, jottei arviointia toteuteta mielivaltaisesti (Twycross ym. 2015). Näyttöön perustuvaa kriteeristöä ei mainittu kertaakaan hoitokertomuksissa. Myöskään vanhempia ei ohjeistettu kivun merkkien tunnistamiseen yhtä kertaa lukuun ottamatta.

Aineistosta huomattiin, että joitain kertoja kipua oli arvioitu ja arvio oli kirjattu, mutta kivulle ei oltu tehty mitään, eli potilas ei ollut saanut hoitoa. Kirjatusta tiedosta ei löytynyt syytä lääkitsemättä jättämiseen. Joissain tapauksissa kivun arviointi oli kirjattu ilman arvioinnin menetelmää. Twycross ym. (2015) kirjoittavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajien oman arvion mukaan kipumittareiden ja kivun arviointi ovat lisääntyneet vuosien saatossa. Tämän tutkielman tulosten perusteella ei voida vahvistaa tätä tulkintaa, että kipumittareiden käyttö olisi yleistynyt. Toisaalta kivun arviointia, hoitoa tai hoidon vaikuttavuutta ei aina kirjata. Dokumentaation puute voi osaltaan vaikuttaa kivunhoitoon ja sen onnistumiseen. (Lahtinen ym. 2015, Twycross ym. 2015, Gunningberg & Idvall 2007, Suomen Anestesiologiyhdistys ry ja Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2012.) Kivun arvioinnin oikeaa toteutumista on mahdotonta analysoida tämän tutkielman aineiston perusteella, koska teorian tietoon nojaten voidaan olettaa, että kaikkea tehtyä arviointia ei kirjata.

Hoitokertomuksista huomattiin, että kivun arviointia oli kirjattu hyvin ja monipuolisesti silloin, kun hoitaja oli huolissaan lapsen kivusta. Silloin kun huomattiin, että lapsi on kipeä ja selkeästi tarvitsee lisää lääkettä, kirjauksista sai myös ulkopuolinen lukija selkeän kuvan kivun kehittymisestä. Kivunarvioinnin kirjaaminen on potilaan kivunhoidon kannalta merkityksellistä. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että kirjattu kipu hoidetaan 25 prosenttiyksikköä todennäköisemmin, kuin kirjaamaton. Puutteellisen postoperatiivisen kivun hoidon syynä saattaa olla sairaanhoitajien puutteelliset tiedot ja riittämättömät arviointimenetelmät. (Lahtinen ym. 2015, Twycross ym. 2015, Gunningberg & Idvall 2007, Suomen Anestesiologiyhdistys ry ja Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2012.)

Kivun arvioinnin tai arvioinnin kirjaamisen vähyyden syytä ei voida päätellä aineiston perusteella. Carlson (2010) huomasi tutkimuksessaan, että kokeneemmat ja koulutetummat sairaanhoitajat käyttivät työssään rutiininomaisesti erilaisia kivun arvioinnin menetelmiä, sekä lääkkeettömiä kivun hoidon menetelmiä. Näyttöön

perustuvan tiedon painottaminen, sekä menetelmien implementointi käytännötyöhön saattaisi siis edesauttaa niiden käyttöä.

6.3.2 Lapsen postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito

Koko aineistossa oli kirjattu lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä yhteensä 243 kertaa. Tutkielman tuloksissa oli kuvattu melko vähän lääkkeetöntä kivun hoitoa varsinaisessa merkityksessään. Lääkehoito oli, valtaosassa hoitokertomuksia, ainoa hoito vanhempien läsnäolon lisäksi. Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen tulisi olla kivunhoidon peruspilareita, joihin tarvittaessa lisätään lääkehoito. Lääkkeetöntä hoitoa tulisi aina jatkaa lääkehoidon rinnalla. Hyviä keinoja ovat fysikaaliset menetelmät, eli kylmä ja kuuma, kosketus (hieronta tai paijaus), liikehoito, asentohoito, huomion kiinnittäminen muualle, vanhemman läsnäolo ja turva, rauhallinen hoitoympäristö ja annetaan aikaa ja tilaa lapsen kysymyksille. (Käypähoito 2015, Lahtinen ym. 2015, Rejeh ym. 2009, Piiparinen & Rauhala 2005.)

Tämän tutkielman aineistossa jokaisella potilaalla (n=125) oli vanhemmat seurana sairaalassa. Hoitokertomuksissa oli kuvattu vanhempien rauhoittavan lasta ennen ja jälkeen toimenpiteen, kun lasta oli jännittänyt. Myös pienten toimenpiteiden aikana, kuten kanyylin laitossa tai sidosten vaihdossa, vanhemmat rauhoittivat lasta ja saivat lapsen ajatukset muualle esimerkiksi älylaitteen avulla. Tutkimuksissa ja artikkeleissa (Käypähoito 2015, Lahtinen ym. 2015, Rejeh ym. 2009, Piiparinen & Rauhala 2005) tuodaan esiin vanhempien kosketuksen ja hieronnan tärkeys. Myös asentohoidon lisäksi liikehoito todetaan hyväksi tutkimuksissa. Aineistossa tulee asentohoito esiin vain raajaleikatuilla potilailla, mutta liikehoitoa ei ole kuvattu hoitokertomuksissa.

Muita lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä aineistossa oli videot, pelit, lelut kirjat (yht.51 kirjausta), muut vieraan (yht.47 kirjausta) sekä kylmä ja asentohoito (yht.20 kirjausta). Kylmää ja asentohoitoa käytettiin vain raajaleikatuilla potilailla, joilla oli raajassaan ollut murtama. Esimerkiksi kylmän todetaan olevan hyväksi muidenkin leikkaushaavojen hoidossa (Käypähoito 2015, Lahtinen ym. 2015, Rejeh ym. 2009, Piiparinen & Rauhala 2005). Kaikkia menetelmiä ei oltu kirjattu kivun hoidon fraasin alle, vaan tiedot etsittiin koko hoitokertomuksesta. Näin ollen voidaan ajatella, että hoitajat eivät ole ajatelleet kaikkia toimia kivunhoidoksi. Hoitokertomuksista ei

selvinnyt, oliko esimerkiksi liikkeelle lähtöä tai sängystä nousemista ohjattu operaatioiden jälkeen.

Tämän tutkielman kaikki tulokset perustuvat kirjattuun tietoon. Se mitä ei ole kirjattu, ei näy tässä tutkielmassa. Tämän tutkielman perusteella ei voida sanoa, että lääkkeetön hoito on kaiken kivun hoidon perusta Kymenlaakson keskussairaalan lasten tautien vuodeosastolla, vaan kivun hoito perustuu pääasiassa lääkehoitoon. Lääkkeetön hoito on kivun hoidon perusta. Lääkkeettömiä menetelmiä on käytettävä aina, kun se on mahdollista. (Korppi & Vilo 2017, Terveyskirjasto 2016, Käypähoito 2015, Piiparinen & Rauhala 2005, Sailo 2000.)

6.3.3 Lapsen postoperatiivisen kivun lääkehoito

Tutkimustuloksista selviää, että lääkkeitä annettiin yhteensä 302 kertaa. Näistä suurin osa annosteltiin suun kautta (235 kertaa). Seuraavaksi suonensisäisesti (45 kertaa) ja sen jälkeen muita reittejä (22 kertaa). Kaikista lääkkeistä suurin osa oli paracetamolia tai jotakin tulehduskipulääkettä (esimerkiksi naproxeeni, ibuprofeeni). WHO:n kahdella ensimmäisellä portaalla olevia lääkkeitä annosteltiin se suun kautta, että suonen sisäisesti. Kolmannen portaan lääkkeitä, kuten morphinia ja fentanyyliä annosteltiin suonen sisäisesti. WHO:n kipuportailta seuraavaa tasoa olevia lääkkeitä, kuten tramadoli tai oxynorm, annosteltiin joitain kertoja. Lasten postoperatiivisen kivun hoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin aikuisten kivun hoidossa. Lapsille annosmäärät lasketaan aina lapsen painon mukaan. Maailman terveysjärjestön, WHO:n kipuportaita pidetään lääkkeellisen kivunhoidon perustana. (WHO 2017.)

Aineistosta nousi tärkeäksi huomioiksi se, että lääkkeen vaikutusta kipuun oli arvioitu vähän. Suonensisäisten ja epiduraalitaalannosteltujen lääkkeiden vaikutusta oli arvioitu yhteensä seitsemän kertaa. Suunkautta annosteltujen lääkkeiden vaikutusta oli arvioitu tässä aineistossa yhteensä 37 kertaa. Joitain kertoja lääkkeen vaikutuksen arvioinnin tilalle oli kirjattu havaintoja siitä, miten lapsi otti lääkkeen, tai kuka lääkkeen antoi. Joissain tapauksissa hoitokertomuksen mukaan vanhempi antoi lääkkeen ja hoitaja valvoi huoneessa lääkkeenannon. Postoperatiivisen kivun hoidossa riittävän pitkä ja oikeanlainen kipulääkitys on tärkeää. Lasten postoperatiivisen kivun hoidosta vastaa aina lääkäri. (WHO 2017.) Lääkärin määräämä lääke on annettava ja myös

otettava silloin, kun lääkkeen on tarkoitus mennä. Kahdessa kertomuksessa oli kirjattu, että kaksi kipulääkettä oli viety potilaalle, mutta vanhempi oli päättänyt antaa vain toisen lääkkeen. Myöhemmin oli kirjattu myös toinenkin lääke annetuksi. Kerran lapsi ei suostunut ottamaan lääkettä. Se oli kirjattu hoitokertomukseen siten, että lääke oli viety, mutta potilas ei suostunut ottamaan lääkettä. Näissä tapauksissa lapsen kipu selvisi myöhemmissä kirjauksissa, kun kivun arviointia oli kirjattu ja todettu lapsi kipeäksi.

Yhdessä hoitokertomuksessa suun kautta menevä lääke oli annosteltu vahingossa osittain suonen sisäisesti. Tässä tapauksessa tapahtuma oli kirjattu tarkasti ja siitä sai selkeän käsityksen, miten niin oli päässyt käymään. Tässä tapauksessa hoitaja oli vastannut osaston puhelimeen ollessaan potilashuoneessa ja vanhempi oli annostellut osan lääkkeestä, kunnes hoitaja oli keskeyttänyt tapahtuman. Tähän tapahtumaan ei oltu kirjattu lääkkeen vaikutuksen arviointia. Hoitokertomuksesta ei selviä oliko tapahtumasta tehty HaiPro-ilmoitusta (potilas-/asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely, Awanic 2016).

6.3.4 Lasten postoperatiivisen kivun hoitotyön kirjaaminen

Tämän tutkielman tulosten perusteella voidaan todeta, että Kymenlaakson lastentautien vuodeosastolla lasten lääkehoito, eli annettu lääke kirjataan hyvin, rutiinilla ja systemaattisesti joitain puutteita lukuun ottamatta. Puutteet lääkehoidon kirjaamisessa oli yleensä lääkkeen antoreitin puuttuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetuksen (298/2009) mukaan tiedot on merkittävä hoitokertomukseen riittävän laajasti ja selkeästi. Antoreitin puuttuessa kirjauksesta, voi siitä koitua joskus hankaluuksia hoitajalle ongelmatilanteessa. Kirjauksesta on asetuksen (298/2009), sekä Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n ja Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n (2012) kirjaamisen vähimmäisvaatimusten mukaan löydyttävä kaikki tarvittavat tiedot, kuten potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Lääkkeen annostelureitti on tärkeä tieto esimerkiksi siinä vaiheessa, jos lääkkeestä koituu haittaa potilaalle.

Luokitellusta kirjaamisesta huolimatta joissain kohdissa aineiston hoitokertomuksissa oli tiettyjen fraasien alla sinne kuulumatonta tietoa. Esimerkiksi lääkkeen vaikutuksen

arvioinnissa oli useasti kuvausta siitä, miten lapsi otti lääkkeen tai kuka lääkkeen antoi. Lapsi saattoi ottaa lääkkeen hyvin, tai vastusteli lääkettä tai jopa jätti lääkkeen kokonaan ottamatta. Suomessa on kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, jossa on päivitetty hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC) (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012). Tämän mallin mukaan kirjaamisen pitäisi olla hyvin samankaltaista jokaisella hoitajalla, silti hoitokertomuksista löytyi puutteita hoitotietojen dokumentoinnissa. Suurin puute hoitokertomuksissa oli annosteltujen lääkkeiden vaikutuksen arvioinnin puute. Kipulääkkeitä oli hoitokertomuksissa annosteltu yhteensä 302 kertaa. Lääkkeen vaikutusta tästä kokonaismäärästä oli kaiken kaikkiaan arvioitu 44 kertaa, mikä on 14,6% annostelluista lääkkeistä.

Lasten postoperatiivisen kivun arviointia ja hoitoa kirjataan vaihtelevasti Kymenlaakson keskussairaalan lastentautien vuodeosastolla. STM:n asetuksen (298/2009) mukaan hoitokertomukseen tulee kirjata myös hoidon seuranta, lisäksi SASK:n määrittämät kirjaamisen vähimmäisvaatimukset (2012) vaativat hoitajaa arvioimaan potilaan kipua ja käyttämään apunaan validoitua mittaria ja kirjaamaan sen. FinCC-luokitus on tehnyt arvioinnin kirjaamisen helpoksi, mutta tulosten perusteella voidaan todeta, että kivun arviointi tai ainakin sen kirjaaminen osoittautui puutteelliseksi.

Hoitokertomuksista ei selvinnyt hoitajien henkilöllisyys tai ammattistatus, mutta opiskelijamerkinnot oli osassa merkinnöissä merkitty erikseen. Tämän perusteella huomattiin, että opiskelijoiden merkinnät olivat kautta linjan perusteellisempia kuin muut merkinnät. Opiskelijamerkinnoissa oli kirjattu lääkehoito tarkasti sekä lisäksi hoidon arviointia oli kirjattu lähes jokaisessa opiskelija merkinnässä. Syynä voi olla se, että opiskelija on viimeisemmäksi opiskellut kirjaamiseen liittyviä asioita. Toisena syynä voi olla se, että osastolla opiskelijan kirjaamista vahditaan ja tarkastetaan kirjaamisen jälkeen. Hoitajat kiinnittävät suurempaa huomiota opiskelijoiden kirjaamiseen, kuin omaansa. Myös tutkimustiedossa todetaan, että koulutuksella on positiivisia vaikutuksia sairaanhoitajien lasten kivun hoitotyön osaamiseen (AlReshidi, Long & Darvill 2018).

Hyvä ja monipuolinen kirjaaminen antaa paitsi hoitajalle turvaa, myös potilas saa tarkkoja tietoja tarvittaessa, kun tiedot on dokumentoitu asiallisesti. Tässä tutkielmassa

huomattiin selkeästi ero hyvän ja monipuolisen, sekä heikomman ja vähäisemmän kirjaamisen välillä. Toisaalta osaston potilastilanne ja kiire eivät välity hoitokertomuksista. Tutkija ei voi tietää tilannetta, jossa tiedon on kirjattu. Esimerkiksi hoitokertomus, jossa oli erittäin kipeä lapsi ja kirjauksista huokui hoitajan hätä ja mielipaha kipeän potilaan puolesta, tilanne oli kirjattu monipuolisesti. Tästä tilanteesta saatiin tarkka mielikuva tapahtuneesta ja tapahtumien edistymisestä.

6.4 Tutkielman johtopäätökset

Tämän tutkielman tulokset ovat kautta linjan hyvin samansuuntaiset kuin aiemmin tehtyjen tutkimusten tulokset. Tämän tutkielman perusteella voidaan esittää seuraavia johtopäätöksiä:

- Kivun hoitotyön arviointia on saatava osastolle lisää, kivun arvioiti ja kipumittareiden käyttö, sekä annetun hoidon arviointi tulisi saada jokaiselle hoitajalle rutiiniksi ja systemaattiseksi.
- 1-6 -vuotiaiden lasten leikkauksen jälkeistä kipua ja varsinkin kivun suuruutta on hankala arvioida. Käyttäytymisen perusteella tapahtuva arviointi tulee perustua yhteiseen kriteeristöön. Jos osastolla ei ole yhteistä kriteeristöä, tulee sellainen hankkia tai luoda yhdessä näyttöön perustuen
- Kipulääkkeiden kirjaaminen on melko systemaattista. Silti siinä on toisinaan puutteita. Kirjaaminen on saatava yhteiseksi ja jokaisessa merkinnässä tulisi näkyä kaikki STM:n asetuksen mukaiset tiedot.
- Tärkeimmäksi kivun arvioinnin menetelmäksi nousi keskustelu hoitajan ja potilaan tai hoitajan ja huoltajan välillä. Aiempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että keskustelun tukena hoitaja voisi käyttää jotain validoitua kipumittaria.
- Kivun lääkkeetöntä hoitoa tulee lisätä ja tehostaa huomattavasti. Lääkkeetön hoito ei ole kivun hoidon perusta, vaan kivun hoito perustuu pääasiassa lääkehoitoon.
- Näyttöön perustuvan hoitotyön lisääntymistä edesauttaisi organisaatiossa sairaanhoitajien lisäkouluttaminen

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkielma tuotti tietoa siitä, mitä hoitajat ovat kirjanneet potilaan hoitokertomukseen 1-6 -vuotiaan potilaan leikkauksen jälkeisestä kivun hoitotyöstä. Sisällönanalyysillä tutkittiin hoitokertomuksista, mitä ja miten hoitajat ovat kirjanneet kivun arviointia, arvioinnin menetelmiä, kivun hoitoa ilman lääkkeitä ja lääkkeellisesti, sekä kivun hoidon tulosten arviointia.

Tämän tutkielman perusteella voidaan ehdottaa seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Aiemman tutkimustiedon mukaan sairaanhoitajat kokevat kaipaavansa lisää koulutusta kivun arvioinnin menetelmien, sekä lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käyttöön. Samoja johtopäätöksiä oli tehty monissa tutkimuksissa riippumatta maasta, missä tutkimus oli tehty. Organisaatiossa olisi mielekästä tutkia sairaanhoitajien ajatuksia tästä. Tulisi selvittää, miksi arviointia tehdään niin vähän ja miksi sitä ei kirjata. Tästä tarvitaan lisää tietoa Kymenlaakson keskussairaalan henkilöstöltä, jotta mahdollinen lisäkoulutus voidaan suunnitella mahdollisimman hyvin.
2. Myös hoitajien kivun arvioinnin taitoja tulisi tutkia ja arvioida. Vähäinen arviointi voi johtua taitojen puutteesta. Myös hoitajien asenteita kivun arviointia kohtaan tulisi samalla tutkia. Tutkimustiedon mukaan jotkut hoitajat saattavat ajatella, että hoitajan arvio on aina oikea.
3. On tutkittava, kuinka sairaanhoitajan päätöksenteon osaaminen vaikuttaa akuutin kivun hoitoon. Hyvän postoperatiivisen kivun hoidon kanalta olisi mielekästä tietää, vähentääkö akuutin kivun hoitoa sairaanhoitajan heikompi lääkehoidon osaaminen tai heikompi kyky itsenäiseen päätöksentekoon.

LÄHTEET

- AlReshidi N, Long T & Darvill A. 2018. A Systematic review of the impact of educational programs of factors that affect nurses' postoperative pain management for children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* 41(1), 9-24.
- Awanic. 2016. HaiPro. <http://awanic.com/haipro/>. Luettu 24.5.2018.
- Axelin A, Mikkelsen M, Metsähonkala L, Korpela R & Vuorimaa H. 2008. Toteutuvatko lasten ja nuorten kivun arviointi ja kuntoutus Suomessa? *Kipuviesti* 2, 46-49.
- Carlson C. 2010. Priot conditions influencing nurses' decisions to adopt evidence-based postoperative pain assessment practices. *Pain Management Nursing* 11(4), 245-258.
- Cohen L, Lemanek K, Blount R, Dahlquist L, Lim C, Palermo T, McKenna K & Weiss K. 2008. Evidence-based assesment of pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology* 33(9), 939-955.
- Cürçani M, Celebioglu A & Küçükoglu S. 2011. Turkish mothers' use of non-pharmacological methods for relieving children's postoperative pain. *HealthMEDm*(6)5, 1902-1908.
- van Dijk J, van Wijck A, Kappen T, Peelen L, Kalkman J & Schuurmans M. 2012. Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 49, 65-71.
- Estlander A-M. 2003. *Kivun Psykologia*. WSOY, Porvoo.
- Gunningberg L & Idvall E. 2007. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management* 15, 756- 766.
- He H-G. 2006. Non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief in China. *Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet* 133. Väitöskirja. Kopijyvä, Kuopio.
- He H-G, Jahja R, Lee T-L, Neo E, Sinnappan R, Vehviläinen-Julkunen K & Chan M. 2010. Nurses' use non-pharmacological methods in chilren's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of Advenced Nursing*, 2398-2409.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hiller A. 2011. Lapsen akuutti kipu. *Kipuviesti* 2, 36-39.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. 15.-17. painos. Bookwell Oy, Porvoo.

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

Johansson K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto, 3-9.

Kankkunen P. 2003. Parents' perceptions and alleviation of children's postoperative pain at home after day surgery. *Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet* 100. Väitöskirja. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Kankkunen P, Jänis P & Vehviläinen-Julkunen K. 2010. Pain assessment among non-communicating intellectually disabled people described by nursing staff. *The Open Nursing Journal*, (4)55-59.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kankkunen P, Vehviläinen- Julkunen K & Pietilä A-M. 2005. Lasten leikkauskivun arviointi. Vanhemmille kehitetty lasten kipumittari kotikäyttöä varten. *Sairaanhoitaja* 78(3), 24-27.

Kalso E & Kontinen V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso E, Haanpää M & Vainio A. (toim.) *Kipu*. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 52-53.

Korppi M & Vilo S. 2017. Lasten kipu ja kuume. *Duodecim*, 133, 1823-1827.

Kylmä J & Juvakka T. 2013. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita, Helsinki.

Käypä hoito. 2017. Kipu.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>. Luettu 27.6.2017.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.

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

Leegaard M, Watt-Watson J, McGillion M, Costello J, Elgie-Watson J & Partidge K. 2011. Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26(4), 312-320.

Lehkoinen N-M. 2007. Parents' postoperative pain measure –mittarin vaikutus 1-6 –vuotiaiden päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleiden lasten kivunlievitykseen kotona. *Hoitotieteen laitos*. Kuopion yliopisto. Pro Gradu – tutkielma.

Liljamo P, Kinnunen U-M & Ensio A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2/2012, Helsinki.

Lim SH, Mackey S, Liam JL & He HG. 2012. An exploration of Singaporean parental experiences in managing school-aged children's postoperative pain: a descriptive qualitative approach. *Journal on Clinical Nursing* 21, 860-869.

McKay M & Clarke S. 2012. Pain assessment tools for the child with severe learning disability. *Nursing Children and Young People* 24(2), 14-19.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Polit D.F & Beck C.T. 2006. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. 6th edition. Lippincott Williams & Williams, USA.

Quinn B, Sheldon L & Cooley M. 2014. Pediatric pain assessment by drawn faces scales: a review. *Pain Management Nursing* 15(4), 909-918.

Rajanen T & Pölkki T. 2017. Lapsen kivun arvioinnin kirjaaminen päiväkirurgisella osastolla: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. *Tutkiva hoitotyö* 15(1). 3-9.

Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A & Anoosheh M. 2009. Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Science* 23, 274-281.

Sailo E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo E & Vartti A-M. (toim.) Kivunhoito. Tammer-Paino, Tampere. 97-109.

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Luettu 18.9.2017.

Sepponen K. 2011. Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. nro 45. Farmasian laitos. Itä-Suomen yliopiston kirjasto, Kuopio.

Shrestha-Ranjit J & Manias E. 2009. Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb. *Journal of Clinical Nursing* 19, 118-128.

Sng Q, Taylor B, Liam J, Klainin-Yobas P, Wang W & He H. 2012. Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 22, 958-968.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Suomen Anestesiologiyhdistys, Kivun hoidon jaos. 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä.
https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf. Luettu 28.5.2018.

Suomen Anestesiologiyhdistys ry & Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. *Finnanest*, 45(2), 119.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. 2018. Mitä kipu on?
<https://www.skty.org/materiaalit/>. Luettu 28.5.2018.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 3-7.

Terveyskirjasto. 2016. Auta – nyt sattuu! (Kipu-suositus).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00119&p_hakusan_a=lapsi%20+%20kipu. Luettu 27.6.2017.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 17.5.2018.

Twycross A & Finley GA. 2013. Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 22(21-22), 3095-108.

Twycross A, Finley GA & Latimer M. 2013. Pediatric nurses' postoperative pain management practices: an observational study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 18(3), 189-201.

Twycross A, Forgeron P & Williams A. 2015. Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies* 52, 836-863.

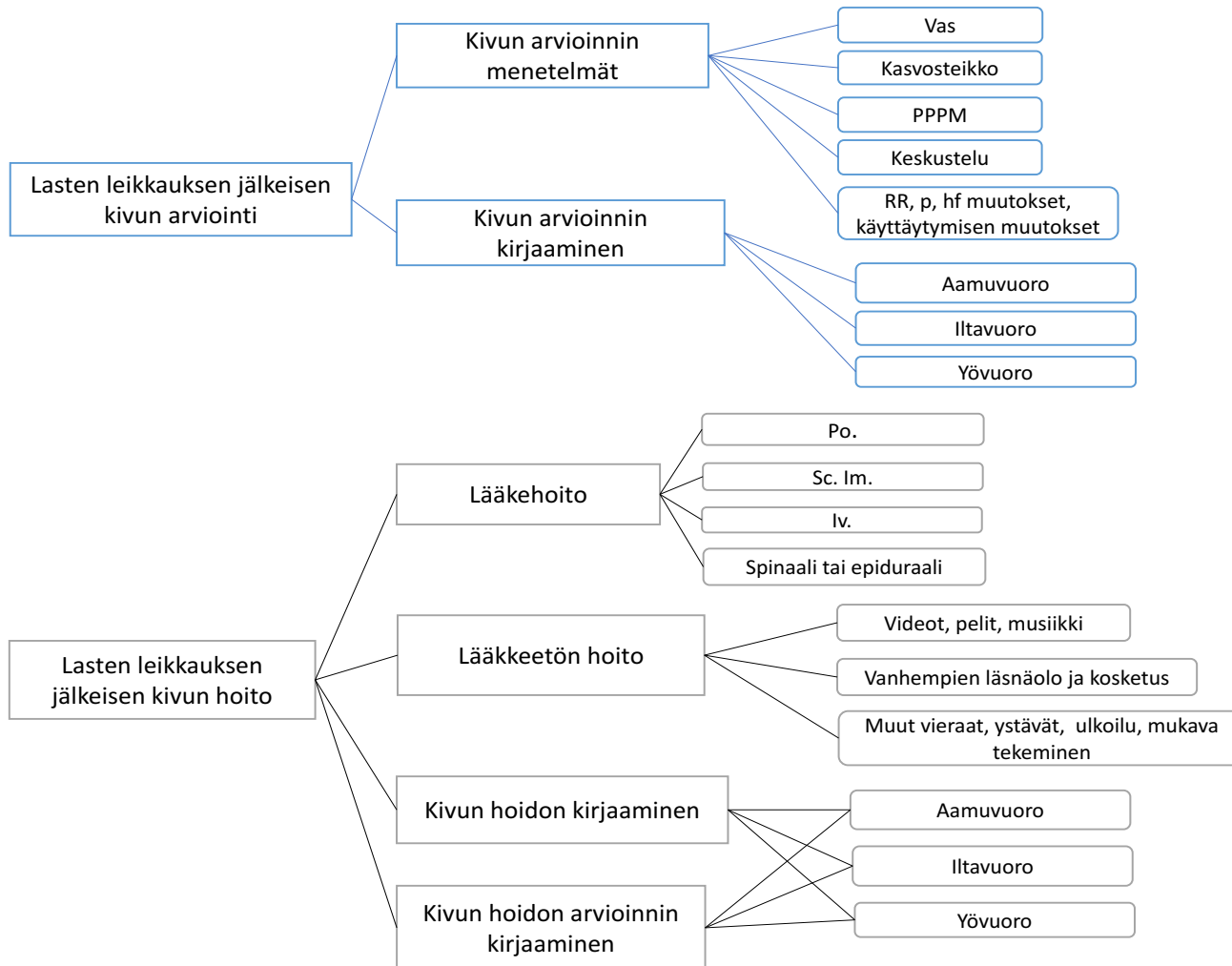
Vainio A. 2004. Kivunhallinta. Gummerus, Jyväskylä.

Velasquez M, Moberg D, Meyer M, Shanks T, McLean M, DeCosse D, André C & Hanson K. 2009. A Framework for ethical decision making.
<https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources/ethical-decision-making/a-framework-for-ethical-decision-making/>. Luettu 15.5.2018.

WHO. 2017. World health organization: WHO's pain ladders for adults.
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> Luettu 8.9.2017.

LIITTEET

Liite 1. Analyysirunko.



Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista. yht.6s

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Keskeiset tulokset
AlReshidi N, Long T & Darvill A. 2018, Englanti	Tarkoituksena oli selvittää koulutuksen vaikutusta pediatrien sairaanhoitajien kivun hoitotyön hallintaan	n=14 (tutkimusta)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimuksessa löytyi viitteitä siitä, että koulutusohjelmalla on positiivisia vaikutuksia lasten sairaanhoitajien kivun hoidon osaamiseen.
Axelin, A., Mikkelsen, M., Metsähonkala, L., Korpela, R. & Vuorimaa, H. 2008, Suomi	Kartoittaa lasten ja nuorten postoperatiivisen kivun arviointia Suomessa.	Yliopistolliset sairaalat (n=4) ja keskussairaalat (n=5), sairaanhoitajat (n=15), kirurgiset lastenosastot (n=15)	Toteutettiin puhelinkyselyllä. Kivunarviointi käytäntöjen lisäksi pyydettiin vastaajilta näkemyksiä tulevista koulutustarpeista sekä kehittämisehdotuksia uuden toimikunnan työskentelyn avuksi	Postoperatiivisen kivun arviointi on maassamme sen suhteen hyvässä vaiheessa, että hoitajilla on tietoa kivun arvioinnista ja sen tarpeellisuudesta. Kipumittarit ovat käytössä jokaisessa sairaalassa ja kivunhoito koetaan tärkeäksi osaksi lasten ja nuorten hoitotyötä. Kuitenkin arvioinnin systemaattisuudesta löytyy yhä puutteita.
Carlson, 2010, USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttivat sairaanhoitajien päätöksentekoon käyttää postoperatiivisen kivunarvioinnin menetelmiä, jotka ovat näyttöön perustuvia.	n=443 (kahdesta sairaalasta sairaanhoitajia)	Kyselylomaketutkimus	Sairanhoitajat, jotka käyttivät näyttöön perustuvia kivun arvioinnin ja lievittämisen keinoja, olivat kiinnostuneita alansa tutkimuksesta ja julkaisuista. Sairanhoitajat, jotka olivat tyytyväisiä sen hetkiseen kivun arvioinnin ja hoidon tilanteeseen, eivät nähneet kehittämisen tarvetta. Sairanhoitajat, jotka olivat innovatiivisia, olivat kokeneempia ja kouluttautuneita, ja he halusivat kehittää hoitotyötä.

<p>Cohen L, Lemaneck K, Blount R, Dahlquist L, Lim C, Palermo T, McKenna K & Weiss K, 2008, USA</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin kivun arvioinnin menetelmiä lasten sairaanhoidossa. Tuloksia on tarkoitus käyttää ammattilaisten apuna kliinisessä työssä</p>	<p>Aineistossa käsiteltiin 17 tiedostoa, jotka käsittelivät kipua. Itsearvioita, päiväkirjoja, kyselylomakkeita ja kirjauksia käyttäytymisen muutoksista.</p>	<p>Aineisto luokiteltiin kolmen otsikon alle sisällön analyysillä</p>	<p>On olemassa monia kivun arvioinnin mittareita, joilla voi arvioida kipua ja tuskaa. Tulevaisuudessa on otettava mm. Kulttuuri huomioon arvioitaessa kipua.</p>
<p>Cürçani, M., Celebioglu, A. & Küçükoglu, S. 2011, Turkki</p>	<p>Tarkoituksena oli kartoittaa lääkkeettömiä keinoja, joilla äidit pystyivät lievittämään lastensa postoperatiivista kipua.</p>	<p>n=150</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta ja VAS-asteikkoa kivun arvioinnissa.</p>	<p>Äitien läsnäolo ja kosketus helpottavat lasten postoperatiivista kipua, mutta kuitenkin on muistettava, että hoitajien tulee opastaa vanhempia kivunarvioinnissa ja kertoa mm. läheisyyden tärkeydestä.</p>
<p>Van Dijk J, van Wijck A, Kappen T, Peelen L, Kalkman J & Schuurmans M. 2012, Alankomaat.</p>	<p>Tarkoituksena arvioida kivun numeerista arvoa, kun suullinen arvio on sietämätön, eli tutkittiin numeerisen ja verbaalisen arvion suhdetta.</p>	<p>n=10434 (potilaita) n=303 (ammattilaisia)</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Potilailta kysyttiin kipua sekä numeerisesti, että verbaalisesti. Ammattilaisilta pyydettiin verbaaliseen kivun arvioon yhdistämään sopiva numeerinen arvio.</p>	<p>Kipua arvioitaessa numeerisella mittarilla, potilaat eivät anna kivusta samoja arvoja, kuin hoitajat. Johtopäätöksissä mainitaan, että voi tulla ylläläkitsemisen vaaraa, jos ammattilaiset noudattavat jäykästi numeerisen kipumittarin ohjeita. Tässä tutkimuksessa yli 3 kipuun annettava vahvaa kipulääkettä.</p>
<p>Gunningberg L & Idvall E. 2007, Ruotsi</p>	<p>Tarkoituksena tutkia postoperatiivisen kipulääkityksen laatua yliopistollisessa sairaalassa.</p>	<p>n=121 (potilasta) n=47 (rekisteröityä sairaanhoitajaa)</p>	<p>Kyselytutkimus Yleiskirurgian ja rintakehän alueen kirurgian osastoilla.</p>	<p>Huomattiin, että yleiskirurgian potilaat kärsivät kivusta enemmän, kuin rintakehän alueen leikatut potilaat. Potilaat arvioivat pahimman kipunsa korkeammaksi kuin sairaanhoitajat.</p>

Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista. (3/6)

<p>He, H., Jahja, R., Lee, T., Ang, ENK., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Chan, MF. 2010, Englanti</p>	<p>Tässä on tarkoitus selvittää sairaanhoitajien suhtautumista (ja sen käyttöä) lääkkeettömään kivunlievitykseen koulutuksen jälkeen. On näyttöä lääkkeettömän kivunlievityksen tehosta, mutta ilmeisesti esim. tiedonpuute estää hoitajia käyttämästä näitä metodeja.</p>	<p>n= 108</p>	<p>Kyselytutkimus, ennen- ja jälkeen kyselyt.</p>	<p>Tutkimus osoittaa, että koulutuksella on positiivinen vaikutus ei-lääkkeellisten kivunlievitysmetodien käyttöön postoperatiivisen kivunhoidossa. On kuitenkin muistettava, että asioista tulisi tiedottaa säännöllisesti, jotta pysyviä tuloksia saataisiin aikaan.</p>
<p>Jaakola, H., Kääriäinen, M., Tiri, M. & Pölkki, T. 2013. Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhempien osallistumista lastensa kivunhoitoon sairaalassa ja siihen vaikuttavia tekijöitä.</p>	<p>n=9</p>	<p>Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan vanhemmat haluavat osallistua lastensa kivunhoitoon sairaalassa. Tutkimuksesta selvisi myös, että hoitajien tuki ja kannustus kivunhoitoon on tärkeää.</p>
<p>Lahtinen M, Rantanen A, Heino-Tolonen T & Joronen K. 2015, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena kuvata lääkkeetöntä kivunlievitystä ja sen kirjaamista lasten sairaalahoidon aikana. Lisäksi tarkoituksena selvittää taustatekijöiden yhteyttä lääkkeettömän hoidon toteuttamiseen</p>	<p>n=185</p>	<p>Kyselylomake. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että hoitajat käyttivät lääkkeettömiä menetelmiä osin monipuolisesti, osia menetelmiä ei käytetty lainkaan. Lääkkeettömän kivunhoidon kirjaaminen osoittautui puutteelliseksi.</p>
<p>Leegaard M, Watt-Watson J, McGillion M, Costello J, Elgie-Watson J & Partidge K. 2011, Norja</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien oppimisen tarpeita, jotta voidaan kehittää koulutus potilaiden ohjaamisesta. Tarkoitus oli kouluttaa sairaanhoitajat ohjaamaan potilaita kivunhoitoon kotona sydänleikkauksen jälkeen.</p>	<p>N=22</p>	<p>focusryhmähaastattelu</p>	<p>Sairaanhoitajat tunnistivat potilaiden huolenaiheita, kuten opioidien käytön vaarat, tarve käyttää monia kivun arvioinnin menetelmiä ja huoli kotona pärjäämisestä. Näihin hoitajat kaipasivat lisää koulutusta, jotta he pystyvät ohjaamaan ja kannustamaan potilaita paremmin. Lisäksi osallistujat kokivat hyödyllisinä koulutuksina lyhyet käytännön harjoittelut sovittuina päivinä.</p>

Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista. (4/6)

Lim, SH., Mackey, S., Liam, JL. & He, HG. 2012, Singapore	Tarkoituksena kartoittaa kokemuksia vanhempien osallistumisesta lasten postoperatiivisen kivun arvioinnissa ja hoidossa. Vanhemmat käyttivät ei-lääkkeellisiä kivunlievityksiä	n=14	Toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelulla	Tutkimus osoittaa, että vanhempien osallistuminen lasten postoperatiiviseen kivunhoitoon on tärkeää. Onnistuneen kivunhoidon esteenä olivat vanhempien negatiiviset mielikuvat, puutteelliset tiedot ja hoitajien kiireinen aikataulu. Vanhemmat ilmoittivat kaipaavansa lisää ohjausta ja opastusta sairaanhoitajilta lastensa postoperatiivisen kivunhoitoon.
McKay, M. & Clarke, S. 2012. Englanti	Tutkimuksessa pyritään tunnistamaan ja kriittisesti arvioimaan kolmea kivun arvioinnin menetelmää.	n=3	Kirjallisuuskatsaus	Tärkeää on käyttää kivun arvioinnin työkaluja ja opettaa myös lapsille niiden käyttöä. Tärkeässä roolissa onnistuneeseen kivun arviointiin on myös hoitajien koulutus ja vanhempien läsnäolo
Rajanan T & Pölkki T. 2017, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lasten kivun arvioinnin kirjaamista päiväkirurgisella osastolla.	n=108 (lapsen hoitokertomukset)	Retrospektiivinen tutkimus puolistrukturoidulla havainnointilomakkeella	Potilasasiakirjojen perusteella lasten kivun arvioinnin kirjaaminen on puutteellista. Kipumittarin käyttöä oli kirjattu 2 kertaa, kaikista tehdyistä merkinnöistä 20% koski lapsen kivun arviointia.
Rejeh, N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A & Anoosheh M. 2009, Iran.	Tarkoituksena selvittää sairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidon esteistä	n=26 (rekisteröityä sairaanhoitajaa)	Puolistrukturoitu haastattelu, analysoitiin sisällönanalysillä.	Tutkimuksesta nousi esiin neljä teemaa, jotka ovat suurimpia esteitä postoperatiivisessa kivunhoidossa: koulutuksen puute, sairaanhoitajien rajoitetut oikeudet, sairaanhoitajien vähäinen määrä potilaisiin nähden ja häiriöt kivun hoidon tilanteissa.
Sepponen, Kati, 2011, Suomi	Tutkimus koostuu kolmesta osatutkimuksesta, mutta tässä tutkielmassa on käytetty vain ensimmäistä osaa, jonka tarkoituksena oli tutkia lasten kivunhoitoa kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen	Osatutkimuksen otos 1. (n=115 ja n=112)	ensimmäisessä osatutkimuksessa aineisto kerättiin vanhemmille lähetetyistä kyselyistä	Osatutkimuksen tulokset 1. Kipulääkkeitä käytettiin postoperatiivisesti vain muutamia päiviä. Kipulääkkeitä saaneiden lasten vanhemmista suurinosa piti niiden tehoa hyvänä. Muita kuin lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä oli käyttänyt suurin osa vanhemmista

Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista. (5/6)

<p>Shrestha-Ranjit, JM. & Manias, E. 2009, Uusi Seelanti</p>	<p>Tarkoituksena tutkia lasten sairaanhoitajien kivun arviointia ja hoitokäytäntöjä, jotka liittyvät alaraajamurtumien postoperatiiviseen hoitoon ja verrata näitä käytäntöjä näyttöön perustuviin ohjeisiin.</p>	<p>n=106</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus</p>	<p>Tutkimuksessa kävi ilmi, että lasten kivun arviointi ja hallinta olivat riittämätöntä. Jopa 50% potilaista koki keskivaikeaa tai vaikeaa kipua. Sairaanhoitajat arvioivat kipua paljon harvemmin, kuin oletettiin. Lisäksi useimmat kipulääkkeet oli määrätty ”tarvittaessa” ja lapset saivat lääkkeitä pienempiä määriä, kuin oli määrätty. Tämä tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajan tulee olla aktiivinen kivunarvioinnissa.</p>
<p>Sng, Q.W, Taylor, B., Liam, J.L.W., Klaining-Yobas, P., Wang, W. & He, H.-G. 2013, Singapore</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää kouluikäisten kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta.</p>	<p>n=15</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella teemahaastattelulla.</p>	<p>Lapset, vanhemmat ja sairaanhoitajat käyttävät monia eri metodeja postoperatiivisen kivun lievittämiseen. Tämä tutkimus antaa hoitohenkilökunnalle näyttöä siitä, että kivunlievitysmetodeja kannattaa harkita enemmän, kun hoidetaan lasten postoperatiivista kipua. Lisäksi tutkimuksesta saa ohjeita opastaa lapsia käyttämään näitä metodeja.</p>
<p>Twycross A, Forgeron P & Williams A. 2015, Englanti/Kanada</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia pediatrien sairaanhoitajien postoperatiivisen kivun hoidon käytäntöjä, joiden avulla pyritään tunnistamaan hallitsematon kipu</p>	<p>n=27 artikkelia</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tulokset osoittavat, että sairaanhoitajien arviointi lapsen kivusta ja lapsen kivun hoito eivät ole yhdenmukaisia julkaistujen ohjeiden kanssa. Kaivataan lisää tutkimusta organisaation tasolla kivunhoitotyön ohjeistuksista.</p>
<p>Twycross A & Finley GA. 2013, Englanti</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lasten ja vanhempien käsityksiä lasten postoperatiivisen kivun hoidon laadusta.</p>	<p>n=8 (lapsia) n=10 (vanhempia)</p>	<p>Lapsia haastateltiin piirrä ja kirjoita- tekniikalla tai puolistrukturoidulla haastattelulla. Vanhempia pyydettiin täydentämään tietoja.</p>	<p>Useimmat lapset kokivat keskivaikeaa tai vaikeaa postoperatiivista kipua. Lapset kokivat, että heidän kivustaan oltiin kiinnostuneita ja siitä kysyttiin. Lapset saivat kipulääkettä ja käyttivät lääkkeitä kivunlievityskäyttöön. Useimmat vanhemmat kertoivat saaneensa tietoa lapsen kivunhoidosta. Tutkimukseen osallistuneet olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.</p>

Liite 2. Taulukko tutkielmassa käytetyistä tutkimuksista. (6/6)

Twycross A, Finley GA & Latimer M. 2013, Englanti	Tutkimus lasten postoperatiivisesta kivusta lasten arvioimana.	n=10	Havainnointitutkimus	Tutkimuksessa huomattiin, että kipumittarin käyttö ohjaa hoitajien työskentelyä. Jos kipua oli viisi tai enemmän (asteikolla 1-10), niin potilaalle annettiin kipulääkettä. Tutkimuksessa todetaan, että jatkossa olisi hyvä keskustella lasten kivun pisteytyksen vaikutuksista hoitotyöhön.
Quinn B, Sheldon L & Cooley M. 2014. USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä hoitajien tietoisuutta siitä, että kasvoasteikko voi tuottaa väärää tietoa lapsen kivun suuruudesta. Lisäksi tarkoituksena oli ehdottaa muutoksia lastenhoitotyöhön.	12 artikkelia	Kirjallisuuskatsaus	Kasvoasteikko saattaa antaa väriä vastauksia arvioitaessa lapsen kipua, koska lapsen on vaikea erottaa mielialaa ja kipua. Teknologian lisääntyessä se voi mahdollistaa hyvinkin yksilöllisiä tapoja arvioida kipua.