

Riina Lytter, Marika Mikkonen

4–6-vuotiaiden lasten tutkimuksiin liittyvät sairaalapelot

– Anestesiassa suoritettava magneettitutkimus

<p>Tekijä Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Riina Lytter, Marika Mikkonen 4–6-vuotiaiden lasten sairaalapelot tutkimuksiin liittyen – Anestesiassa suoritettava magneettitutkimus</p> <p>26 sivua + 1 liite 25.11.2011</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoitaja (AMK)</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Terveys- ja hoitoala</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Hoitotyö</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Lehtori Marja Salmela Lehtori Maarit Kärkkäinen</p>
<p>Opinnäytetyömme kuului Lapsen, nuoren ja perheen ohjausprojektiin, jossa yhteistyökumppaneita olivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaala, HYKS Naisten ja lastentautien tulosyksikkö, sekä pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistyksiä.</p> <p>Opinnäytetyömme aiheena oli lasten sairaalapelot erilaisissa tutkimuksissa, työmme keskittyi anestesiassa tehtävään magneettitutkimukseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa vanhemmille ohjausmateriaalia, jonka avulla he voivat yhdessä lapsensa kanssa valmistautua lapselle anestesiassa tehtävään magneettitutkimukseen ja käsitellä siihen mahdollisesti liittyviä lapsen pelkoja. Rajasimme lasten sairaalapelkojen käsittelyn 4-6-vuotiaisiin eli myöhäisleikki-ikäisiin. Opinnäytetyön työstäminen alkoi teorian tiedon kokoamisella, jonka pohjalta rakensimme ohjausvihkon.</p> <p>Teoriaosuudessa käsittelemme työhöme liittyviä keskeisiä käsitteitä, joita olivat myöhäisleikki-ikäinen lapsi, leikki-ikäinen lapsi sairaalassa, lasten sairaalapelot, anestesiassa suoritettava magneettitutkimus ja ohjaushoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksena syntyi ohjausvihko vanhemmille, lasten mahdollisten sairaalapelkojen lievittämisestä anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen liittyen. Ohjausvihkon tekemisen tavoitteena oli tuoda vanhemmille tietoa lasten mahdollisista sairaalapeloista sekä luoda heille sen avulla totuudenmukainen ja positiivinen kuva tutkimuksesta ja sen kulusta. Tavoitteenamme oli myös luoda hoitohenkilökunnalle toimiva työkalu lapsen ja perheen ohjausta varten. Ohjausvihkossa käsitellään anestesiassa suoritettavaa magneettitutkimuksen etenemistä vaihe vaiheelta sekä lapsen mahdollisia pelkoja tutkimukseen liittyen</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>myöhäisleikki-ikäinen lapsi, sairaalapelot, ohjaus hoitotyössä, voimaantuminen, magneettitutkimus, anestesia, pelko</p>

Author Title Number of Pages Date	Riina Lytter, Marika Mikkonen 4–6-years old children’s hospital fears related to different researches - Magnetic resonance research performed in anesthesia 26 pages + 1 appendices 25 November 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Marja Salmela, Senior Lecturer Maarit Kärkkäinen, Senior Lecturer
<p>Our thesis was part of Children’s, Adolescents and their Families guiding project. The partners of this project were the Hospital for Children’s and Adolescent’s in Helsinki University Central Hospital and some Finnish associations which work for long-term sick children.</p> <p>Our thesis was about children’s hospital fears related to different researches, main focus was in magnetic resonance research performed in anesthesia.</p> <p>The purpose of our thesis was to produce guidance material for 4–6 years old children’s parents, allowing them to prepare themselves with their child to the magnetic resonance research performed in anesthesia and to deal with the possible fears that their child might have. whit their child to anesthesia performed magnetic resonance research and deal with their child possible fears related to the research. First we searched and wrote the theory to the thesis, which we used as the basis to the guidance booklet for the parents.</p> <p>The result of the thesis is a guidance booklet for the parents about how to minimize the possible hospital related fears that the children might have about the magnetic resonance research performed in anesthesia. Children’s possible hospital related fears related to anesthesia performed magnetic resonance research. The booklet’s aim was to bring the information to parents about their child’s possible hospital related fears and also the research where these fears are coming from. The booklet describes the research progress step by step and a child’s possible fears related to it.</p>	
Keywords	4-6-year-old child, guiding, empowerment, magnet research, anesthesia, fear

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Myöhäisleikki-ikäinen lapsi	2
3.1	Myöhäisleikki-ikäisen lapsen kehitys	2
3.2	Leikki	3
4	Leikki-ikäinen lapsi sairaalassa	4
4.1	Sairaalaan joutumisen merkitys lapselle	4
4.2	Lasten sairaalapelot	5
4.3	Lapsen valmistaminen tutkimuksiin	8
5	Lapsen magneettikuvaus	11
5.1	Magneettikuvaus	11
5.2	Lasten anestesia	12
6	Ohjaus hoitotyössä	14
6.1	Ohjauksen käsite hoitotyössä	14
6.2	Vanhempien ohjaus	15
6.3	Voimaantuminen ohjauksen tavoitteena	17
6.4	Potilasohjeet	18
7	Opinnäytetyön prosessinkuvaus ja tulos	21
8	Pohdinta	23
	Lähteet	27
	Liitteet	

1 Johdanto

Opinnäytetyömme kuuluu Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektiin. Projektin tavoitteina ovat ohjausmenetelmien- ja sisältöjen kehittäminen niin, että niiden avulla saavutettaisiin tuloksia lapsen, nuoren ja perheen voimaantumisessa. Projekti toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoalan, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaalan, HYKS Naisten ja lastentautien tulosyksikön sekä pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistyksien kanssa. (Kelo 2009: 3.)

Opinnäytetyömme aiheena on lasten sairaalapelot erilaisissa tutkimuksissa, työemme keskittyy anestesiassa tehtävään magneettitutkimukseen. Lasten ja nuorten sairaala esitti Metropolia Ammattikorkeakoululle tarpeensa ohjausmateriaalista anestesiassa suoritettavasta magneettitutkimuksesta, jossa käsitellään tutkimuksen ohella myös lasten mahdollisia tutkimukseen liittyviä sairaalapelkoja. Kuullessamme heidän tarpeensa kyseiselle ohjausmateriaalille kiinnostuimme aiheesta, sen tarpeellisuuden vuoksi. Kiinnostustamme aiheeseen lisäsi, valmistuvan ohjausmateriaalin mahdollinen konkreettinen hyöty vanhemmille sekä lapsille ja ohjausmateriaalin hyödynnettävyys käytännön työssä sairaalassa.

Hoitohenkilökunta kohtaa päivittäin työssään lasten sairaalapelkoihin, tämän vuoksi heidän tulee osata ohjata vanhempia lasten sairaalapelkojen käsittelyssä ja lievittämisessä sekä osata tukea lasta ja käsitellä hänen kokemiaan pelkoja. Vanhempien saadessa tietoa lasten sairaalapeloista he pystyvät käsittelemään niitä yhdessä lapsensa kanssa, tämä luo lapselle turvallisuuden tunteen ja tiedon vanhempien tuesta. (Lampinen – Åstedt-Kurki – Tarkka. 2000: 196–197.)

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään myöhäisleikki-ikäisen lapsen kehitystä, lasten sairaalapelkoja, lasten valmistamista tutkimuksiin, anestesiassa suoritettavaa magneettitutkimusta, yleisellä tasolla ohjausta hoitotyössä, vanhempien ohjausta sekä voimaantumista sekä potilasohjeiden laatimisen kriteerejä.

Opinnäytetyömme tuloksena on vanhemmille suunnattu ohjausvihko anestesiassa suoritettavasta magneettitutkimuksesta. Ohjausvihko sisältää tiivistetysti teoriatietoa tutkimuksen kulusta sekä havainnollistavia kuvia siitä.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa vanhemmille ohjausmateriaalia, jonka avulla he voivat yhdessä lapsensa kanssa valmistautua lapselle anestesiassa tehtävään magneettitutkimukseen ja käsitellä siihen mahdollisesti liittyviä lapsen pelkoja. Rajasimme lasten sairaalapelkojen käsittelyn 4–6-vuotiaisiin eli myöhäisleikki-ikäisiin.

Ohjausvihkoon kohdistuvia tavoitteitamme ovat vanhempien tietoisuuden lisääminen lasten mahdollisista sairaalapelosta, sekä luoda vanhemmille ja lapselle totuudenmukainen ja positiivinen kuva tutkimuksesta ja sen kulusta. Henkilökuntalähtöisenä tavoitteena on, että he saavat ohjausvihkosta toimivan työkalun perheen ohjausta varten anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen. Tavoitteena on rakentaa toimiva ja hyvä ohjausvihko, sen teoriatiedon pohjalta jonka olemme koonneet opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyöprosessin myötä tavoitteiksi itsellemme asetimme ammatillisen kasvun ja laajan perehtymisen lasten kokemuksiinsa sairaalapelkoihin ja niiden lievittämiseen sekä tutustumisen magneettitutkimukseen. Tavoitteenamme oli myös oppia laatimaan kirjallista ohjausmateriaalia käytännön työn tueksi.

3 Myöhäisleikki-ikäinen lapsi

3.1 Myöhäisleikki-ikäisen lapsen kehitys

Myöhäisleikki-ikäinen lapsi käsitetään osassa kirjallisuutta 3–6-vuotiaiksi ja osassa 4–6-vuotiaiksi. 3–6-vuotiaalle lapselle tyypillistä on nopea fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen kasvu. Kehityksen ja hyvinvoinnin edellytys on jatkuva,

kiinteä, vastavuoroinen ja lämmin suhde omiin vanhempiin. (Lampinen – Åstedt-Kurki – Tarkka 2000: 196.)

Neljävuotias osaa kävellä portaita vuoroaskelin ja hyppiä yhdellä jalalla sekä käyttää saksia ja piirtää kolme osaa tikku-ukkoon. Viisivuotias oppii ajamaan kaksipyöräisellä, hiihtämään ja luistelemaan, osaa hyppiä kummallakin jalalla erikseen sekä piirtää tähden ja kolmion, luetella numeroita ja saattaa osata kirjoittaa oman nimen. Kuusivuotias on oppinut motoriset perusvalmiudet ja alkaa hioa taitoja yksityiskohtaisemmin. (Ivanoff – Risku – Kitinoja – Vuori – Palo 2007: 60.)

Lapsen sosiaaliset taidot kehittyvät vähitellen. Neljävuotias on omatoiminen ja itsenäinen mutta tarvitsee paljon vanhempien tukea. Hän luo helposti uusia kaverisuhteita mutta valikoi heidät tarkkaan. Kodin ja yhteenkuuluvuuden merkitys ovat tärkeitä. Viisivuotias on hyvin sosiaalinen, hän haluaa olla ikäistensä seurassa ja jakaa heidän kanssaan iloja ja suruja. Hän osaa huomioida toisten tunteet ja olla sovitteleva. Kuusivuotias on sosiaalinen ja haluaa toimia itsenäisesti mutta on toisaalta apua tarvitseva pieni tyttö tai poika. Tässä iässä ystävyysuhteet ovat tärkeitä, joiden avulla hän harjoittelee luotettavuuttaan kertomalla salaisuuksia ystäville ja vanhemmille. (Ivanoff ym. 2007: 61.)

Myöhäisleikki-ikäisen lapsen kielelliset taidot kehittyvät paljon. 4–5-vuotias hallitsee yli 1000 sanaa ja muodostaa 5–6-sanaisia lauseita. Nelivuotiaalla voi ilmetä ääntämisvirheitä, oikeat taivutusmuodot alkavat löytyä. Tämän ikäiselle tyypillistä on kyselyvaihe, näin hän laajentaa sanavarastoaan ja maailmankuvaansa. Kuusivuotias hallitsee noin 14000 sanaa, osaa äidinkielen taivutussäännöt ja ymmärtää kielen merkityksen. Hän huomaa sanojen muodostumisen erilaisista äänneistä ns. foneeminen tietous, oppii poistamaan, lisäämään ja yhdistämään äänneitä. Hän osaa keskittyä kuuntelemaan puhetta ja esittää kysymyksiä. (Ivanoff ym. 2007: 62.)

3.2 Leikki

Leikki on lapsen työtä. Se tukee lapsen motorista, kielellistä ja sosiaalista kehitystä sekä tukee mielikuvituksen kehitystä. Lapsi käy pelottavia kokemuksiaan läpi leikin avulla ja purkaa tunteitaan sen kautta. (Hermanson 2008.)

Neljävuotiaat rakastavat roolileikkejä. Leikki eriytyy sukupuolen mukaan, tytöt leikkivät useimmiten hoivaleikkejä ja pojat seikkailu- ja rakenteluleikkejä. Viisi- ja kuusivuotiaat osaavat leikkiä sääntöleikkejä, jotka auttavat lasta ymmärtämään yhteiskunnassa olevia normeja ja sääntöjä. Leikki-ian loppupuolella lapset osaavat leikkiä omaehtoisesti. Tämä edellyttää, että vanhemmat järjestävät lapselle riittävästi ohjelmoimatonta vapaa-aikaa. He osaavat käyttää tietokoneita, joiden avulla voi opetella erilaisia taitoja esimerkiksi lukemaan. Kuusivuotiailla lapsilla on oikeus osallistua esiopetukseen. (Ivanoff ym. 2007: 65–66.)

4 Leikki-ikäinen lapsi sairaalassa

4.1 Sairaalaan joutumisen merkitys lapselle

Usein sairaus ja sairaalahoido ovat ensimmäisiä kriisejä, joita lasten täytyy kohdata. Varsinkin ensimmäisinä elinvuosinaan lapset ovat erityisen alttiita sairauden ja sairaalahoidon aiheuttamille kriiseille, koska sen aiheuttama stressi merkitsee muutosta tavallisesta terveydentilasta ja ympäristön rutiineista, lapsilla on myös rajallinen määrä selviytymismekanismia stressitekijöiden ratkaisuun. (Hockenberry – Wilson 2009: 659.)

Sairaalaan joutuminen sekä sairaus ovat lapselle ja koko perheelle stressiä aiheuttavia kokemuksia. Sairaala on lapselle vieras ja normaalista elinympäristöstä poikkeava paikka, jossa on vieraita ihmisiä, hajuja sekä ääniä ja tapahtumia. Usein lapsi joutuu kokemaan sairaalassa kivuliaita ja pelottavia asioita, hän voi olla jo sairaalaan tullessaan peloissaan ja ahdistunut. Usein lapsi saattaa kokea sairaalaan joutumisen rangaistukseksi ja voi yhdistää sairastumisen johonkin aiemmin tapahtuneeseen asiaan. Krooninen tai pitkäaikainen sairaus stressaavat lasta, ne voivat olla esteitä normaalille kehitykselle ja lisätä riskiä mielenterveysongelmiin. (Hiitola 2000: 48; Hockenberry – Wilson 2009: 659–660.)

Lapset voivat reagoida sairaalahoittoon ennen sairaalaan tuloa, sairaalahoidon aikana ja kotiutumisen jälkeen. Ennen sairaalahoittoa on tärkeää erityisesti keskittyä lapsen

käsitykseen sairaudesta ja hänen kokemiin pelkoihin. (Hockenberry – Wilson 2009: 663.) Lapset reagoivat sairauteen ja sairaalassaoloon yksilöllisesti, myös selviytymisstrategiat ovat yksilöllisiä. Niihin vaikuttavat lapsen aiemmat sairaalakokemukset, persoonallisuus, kulttuuritausta ja senhetkiset voimavarat. Lasten käyttäytymiseen ja toiminnan muutokseen katsotaan vaikuttavan ero tutusta ja turvallisesta ympäristöstä, sopeutumisvaikeudet uuteen ympäristöön, autonomian ja kontrollin menettäminen sekä erilaiset pelot, kuten pistämisen ja kuoleman pelko. Sairaalakokemukseen liittyvät pelot voivat ilmetä vasta kotona esimerkiksi unihäiriöinä, yökasteluna tai aggressiivisena käyttäytymisenä. (Hiitola 2000: 49–50.)

Lasten pelkoreaktiot voidaan luokitella avoimiin tai aggressiivisiin reaktioihin, passiivisiin reaktioihin tai regressiiviseen käyttäytymiseen. Avoimia ja aggressiivisia reaktioita ovat esimerkiksi itkeminen, huutaminen, takertuminen vanhempaan, hoitojen tai toimenpiteiden vastustaminen tai ympäristön tuhoaminen. Passiivinen reagoiminen ei näy ulospäin, tällöin lapsi vetäytyy vuorovaikutuksesta ja luopuu aiemmin kiinnostaneista tekemisistä. Näitä reaktioita ovat esimerkiksi liiallinen nukkuminen, vähentynyt kommunikointi ja vähentynyt ruokahalu. Regressiivisesti käyttäytyvä lapsi luopuu vastaopituista ja omaksutuista uusista taidoistaan ja palaa aikaisempiin käyttäytymismalleihin. Hän saattaa esimerkiksi tarvita uudestaan vaippoja, nukkumisrytmiin ja syömistottumuksiin voi tulla muutoksia tai hän voi tuntea erilaisia pelkoja sairaalaa kohtaan. (Hiitola 2000: 50.)

4.2 Lasten sairaalapelot

Pelko kuuluu ihmisen perustunteisiin. Se määritellään normaalina reaktiona todelliseen tai kuviteltuun uhkaan ja se on osa lapsen kehitystä. Pelon tarkoitus on suojella elämää vaaroilta. "Pelko on subjektiivinen kokemus, joka voi aiheuttaa sekä fysiologisia että käyttäytymisen muutoksia (Flinkman – Salanterä 2004: 122)." Pelkojen kokemiseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, asuinympäristö ja kulttuuri. (Ivanoff – Laijärvi – Åstedt-Kurki 1999: 272–273; Flinkman – Salanterä 2004: 122–123.)

Leikki-ikäisellä lapsella on paljon sairaalapelkoja. Usein ne liittyvät hoitotyön toimintoihin, kipuun ja hoitoympäristöön. Sairaalapelko muodostuu turvattomuuden, haavoittumisen ja avuttomuuden kokemuksista sekä pelon torjunnasta. Yleisimpiä

lasten sairaalahoitoon liittyviä pelkoja ovat mm. potilaana olemiseen liittyvät pelot, kipu, hylätyksi tulemisen pelko, ero vanhemmista, oman kehon hallinnan menetys, kehitysvaiheeseen liittyvät pelot, esimerkiksi pimeän pelko, vieraan ympäristön aiheuttama pelko, hajut ja äänet, vähäinen informaatio, hoitotoimenpiteisiin liittyvät pelot, kuten injektioiden anto tai lääkkeiden otto, verikokeiden ottaminen, normaalin elämän rajoittuminen, toiset potilaat, hoitajat, lääkärit, sekä epätietoisuus siitä, kuinka sairaalassa tulisi käyttäytyä ja epäonnistumisen pelko. Muita lapsille tyypillisiä pelkoja ovat esimerkiksi kummitusten, erilaisten naamioiden tai omien ”pahojen ajatusten” pelko. Pelkojen ilmaisemiseen lapsi tarvitsee aikuisen apua. Tämän vuoksi vanhempien on tärkeä saada tietoa lapsen pelkojen ehkäisemisestä ja lievittämisestä. (Salmela – Salanterä – Aronen 2009: 269, 274; Salmela – Aronen – Salanterä 2011: 23.)

Myöhäisleikki-ikäiset pystyvät keskustelemaan peloistaan ja ilmaisemaan niitä. Tutkimusten mukaan myöhäisleikki-ikäiset kokevat vanhempiin lapsiin verrattuna enemmän kehitysvaiheeseensa liittyviä sairaalapelkoja. He eivät aina osaa erottaa mielikuvitusta todellisuudesta ja välillä heidän on vaikea erottaa kipu ja pelko toisistaan. Lapset, joiden pelot huomioidaan ja joita tuetaan selviytymään niistä, ovat usein yhteistyökykyisiä ja vähemmän ahdistuneita. He tarvitsevat vähemmän lääkkeitä ja paranevat sekä kotiutuvat nopeammin. (Salmela ym. 2009: 269–270.)

Pelot näkyvät lapsen käyttäytymisessä ahdistuneisuutena, lisääntyneenä vastustamisena tai pakoyrityksinä. Merkkeinä lapsen pelokkuudesta voi olla taantumisen, ruokailuongelmat, vihamielisyys ja nukkumisongelmat. Pelot näkyvät myös lapsen ilmeissä ja eleissä sekä kehon fysiologisina muutoksina. (Salmela ym. 2011: 24.)

Lasten sairaalapelkoja voidaan vähentää ja ennaltaehkäistä hoitajien tietoisuutta lisäämällä. Hoitajien halu estää ja tunnistaa mahdollisia sairaalapelkoja ja niitä aiheuttavat tekijät, sekä halu auttaa ja tukea lapsia niistä selviytymisessä ovat merkityksellisiä. Hoitajan tiedostaessa lasten pelot hän pystyy helpommin eläytymään lasten maailmaan, mikä mahdollistaa lapsen kokemuksen ymmärtämisen. Nämä ovat edellytykset hyvälle lastenhoitotyölle. Myös vanhempien tietoisuuden lisääminen peloista ja vanhempien erossa olemisen ahdistuksesta voi ehkäistä ja lieventää lasten sairaalaan liittyviä pelkoja. Vanhempien tietoisuus ja osallistuminen lapsensa

sairaalahoitoon on olennainen osa lapsen tehokasta selviytymistä. Tämän vuoksi vanhempia tulee ohjeistaa tukemaan lapsiaan. Olisi ihanteellista, jos sairaala olisi paikka, joka edistää lapsen paranemista ja turvallisuuden tunnetta, eikä paikka, joka lisää pelkoa. (Salmela ym. 2009: 276; Ivanoff ym. 1999: 272–273.)

Lasten sairaalapelot luokitellaan eri tutkimuksissa erilailla. Salmelan ym. tutkimuksen mukaan sairaalaan liittyvän pelon merkitys muodostuu neljästä teemaryhmästä, jotka ovat turvattomuus, haavoittuminen, avuttomuus ja torjunta. Oleellisin sairaalaan liittyvän pelon merkityksistä oli turvattomuuden kokemus, turvattomuus uudessa tilanteessa, lapsen ollessa erossa vanhemmista, epäluottamus aikuista kohtaan ja muiden pelkojen aiheuttama turvattomuus. Tuntemattoman pelko ilmenee lapsessa turvattomuuden kokemuksena, joka vahvistuu lapsen joutuessa olemaan erossa vanhemmista, tai lapsen pelätessä sitä. Turvattomuus ilmenee voimistuneena riippuvuutena vanhemmista ja koti-ikäväenä. Lapsen luottamusta henkilökuntaan vähensi henkilökunnan käyttäytyminen, jonka lapsi koki valheellisena tai uhkaavana, tämä myös vähensi turvallisuuden tunnetta. Lapsen muut arkiset pelot lisäävät turvattomuuden tunnetta sairaalassa. (Salmela ym. 2011: 25–26.)

Haavoittumisen kokemus perustuu lapsen kokemuksiin satutetuksi tulemisesta ja vastustamisesta sekä suojautumisesta. He eivät ymmärrä kipua tuottavien toimenpiteiden yhteyttä terveyteensä vaan kokevat aikuisen satuttavan tarkoituksellisesti. Satutetuksi tulemisen kokemus tai uhka siitä saattaa johtaa vastustamiseen ja lapsen pyrkimykseen suojautua vaaralliselta tilanteelta. (Salmela ym. 2011: 26.)

Avuttomuuden kokemus muodostuu riittämättömyyden tunteesta, itsekontrollin menetyksestä sekä taantumisesta ja alistumisesta. Riittämättömyyden tunne muodostuu lapsen kokiessa aikuisten esittäneen hänelle kohtuuttomia vaatimuksia tai jos aikuiset eivät hyväksyneet häntä. Avuttomuuden tunteeseen liittyy myös kokemus itsestään kehitysvaihettaan nuorempana ja taitamattomampana. Pelkoja kuvatessa lapsen puhe saattaa muuttua pikkulapsenomaiseksi, ja hän käyttäytyy ikäistään nuoremman tavoin. Lapset kuvaavat, että aikuinen ei välitä hänestä tai hänen toiveistaan. He ovat hiljaisia ja passiivisia eivätkä he osaa kuvata elämänsä iloja. Osa kieltää saaneensa mitään apua aikuiselta. (Salmela ym. 2011: 26.)

Torjunta on tavanomainen reaktio lapsen pelkoon. Lapset ilmaisevat pelkojaan ristiriitaisesti, kieltävät pelkonsa tai siirtävät sen toiseen lapseen tai ajankohtaan. Lapsi saattaa ensin kieltää pelkonsa ja sitten kertoa toisen lapsen pelkäävän, sen jälkeen hän myöntää itse pelkäävänsä tai jopa samanaikaisesti sekä kieltää että myöntää pelkäävänsä. Osa lapsista kieltää pelkäävänsä, vaikka olisikin myöntänyt itkeneensä tai vastustaneensa hoitotoimenpidettä. (Salmela ym. 2011: 26–27.)

Sen sijaan Flinkmanin ja Salanterän tutkimuksen mukaan pelot jakautuvat kolmeen ryhmään: synnynnäisiin pelkoihin, kehityksellisiin pelkoihin ja traumaattisen kokemuksen aiheuttamiin opittuihin pelkoihin (Flinkman ym. 2004: 122).

4.3 Lapsen valmistaminen tutkimuksiin

Sairaalahoitoon aiheuttamien negatiivisten vaikutusten minimoimiseksi lapsi tarvitsee yksilöllistä hoitoa. Lapsen valmistaminen sairaalahoitoon ja tutkimukseen on yksi keino, jonka avulla lapsen kokemia negatiivisia tunteita ja pelkoja voidaan vähentää. (Hockenberry – Wilson 2009: 664–665.)

Valmistaminen on aina osa hoitotyötä. Hyvällä valmistamisella hoitaja voi auttaa lasta selviytymään tutkimuksista, jotka pelottavat tai ovat kivuliaita. Suunniteltaessa ohjausta tulee ottaa huomioon tuleva tutkimus, lapsen persoona ja kehitysvaihe. Tutkimuksessa lasta auttaa tieto tutkimuksen kulusta, tutkimukseen valmistaminen, ja hänen oma aktiivisuutensa sen yhteydessä sekä jälkihoito. Aina ei kuitenkaan ole tarpeeksi aikaa valmistella lasta tutkimukseen, esimerkiksi äkillisen sairastumisen vuoksi. Tällöin lapsi valmistellaan niin hyvin kuin pystytään ja jälkihoitovaiheen rooli korostuu, jolloin lapsen kanssa käydään jälkikäteen läpi toimenpidettä, esimerkiksi leikkimällä tai piirtämällä. (Jokinen – Kuusela – Lautamatti 1999: 37–38.)

Vaikka valmistaminen sairaalahoitoon on yleinen käytäntö, ei sille ole olemassa yleismaailmallista standardia tai ohjetta, mutta sen taustalla on aina jokin tavoite (Hockenberry – Wilson 2009: 664–665).

Lasten tutkimuksiin valmistamisessa tavoitteena on ehkäistä pelkoja ennen tutkimusta, sen aikana ja lieventää jälkireaktioita. Myös yhteistyön parantaminen lapsen ja perheen kanssa on yksi tavoitteista. Hoitohenkilökunnan yhteistyö lapsen kanssa on sujuvampaa, kun hänet on valmisteltu hyvin. Hyvällä valmistelulla pyritään myös kasvattamaan vanhempien luottamusta sairaalaa, sen henkilökuntaa ja siellä tehtäviä tutkimuksia kohtaan. Lapselle kerrottaessa tulevasta tutkimuksesta tulee ottaa huomioon hänen ikänsä, esimerkiksi leikki-ikäiselle tutkimuksesta kerrotaan vasta hoituhuoneessa lapsen rajallisen aikakäsityksen vuoksi. Tulee kuitenkin muistaa, että lapsi pystyy käsittelemään ja hyödyntämään vain rajallista määrää tietoa. Lapselle kerrotun tiedon tulee perustua siihen, miten lapsi voi auttaa itseään ja mitä hän voi tehdä. Tietoja tulee tarkastella ja selittää lapsen näkökulmasta, on tärkeää myös muistaa antaa tilaa lapsen kysymyksille. Tutkimustilanteiden harjoittelu etukäteen helpottaa lapsen selviytymistä. Asiat tulee kertoa mahdollisimman konkreettisesti, koska se on tärkeää lapsen kognitiivisten taitojen sekä vanhempien ymmärtämisen kannalta. Yhdessä lapsi ja vanhemmat voivat tutkia esimerkiksi nukkea, jolle on asennettu samanlaiset kanyylit ja drenit, joita lapsella tulee olemaan. Tämä on vanhempien kannalta tärkeää siksi, että oman lapsen näkeminen toimenpiteen jälkeen voi olla sokki. Kun vanhemmat tietävät, mitä odottaa, heidän on helpompi tukea lasta ja hahmottaa lapsen tilanne. (Jokinen ym. 1999: 35; Hiitola 2000: 91–92.)

Lasten valmistamisessa tutkimukseen on kyse oppimisesta. Uuteen asiaan tutustuminen on helppoa leikin kautta tai esimerkiksi tutustumalla tutkimusvälineisiin lääkäri-laukun avulla, myös oikeisiin tutkimuksessa käytettäviin välineisiin tutustuminen on tärkeää. Valmistamisessa käydään läpi tapahtuman kulku esimerkiksi nuken tai kirjan avulla. Lapsen päästessä itse konkreettisesti osallistumaan valmistamiseen hän oppii parhaiten. (Hiitola 2000: 92–93.)

Valmistaminen etenee vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa lapselle kuvaillaan tulevaa tutkimusta, esimerkiksi millaisessa asennossa hän on ja millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään. Toisessa vaiheessa harjoitellaan taitoja, joita tutkimus vaatii, esimerkiksi hengityksen pidättäminen ja paikoillaan oleminen. Kolmannessa vaiheessa keskitytään toimenpiteeseen kokonaisuutena, harjoitellaan kaikkia eri tutkimukseen liittyviä vaiheita. Neljännessä vaiheessa eli jälkihoitovaiheessa käydään läpi

tapahtunutta tutkimusta ja pyritään selvittämään mielikuvituksen mahdollisesti tuottamat väärät käsitykset. (Jokinen ym. 1999: 38.)

Kun vanhempien ja lapsen kanssa ruvetaan käsittelemään uutta asiaa, tulee selvittää kuinka paljon heillä on aiempaa tietoa asiasta, minkälaisia odotuksia ja oletuksia heillä on tutkimusta kohtaan. Lopuksi tulee varmistaa ovatko he sisäistäneet kerrotun. Tärkeää on myös huomioida ohjauksen ajankohta. Ajoituksen perussääntönä on, että lapselle jää aikaa ajatella ja esittää kysymyksiä mutta ei luoda pelottavia mielikuvia. (Hiitola 2000: 91–92.)

Tehokas ja systemaattinen valmistaminen on laadukkaan lasten sairaanhoidon merkki. Se on myös merkki siitä, että lasta ajatellaan kokonaisuutena, kehittyvänä ja oppivana yksilönä. Sen avulla pyritään tekemään uusista ja vanhoista sairaalakokemuksista siedettäviä, jopa kehittäviä. Valmistamisen tavoitteena on lapsen selviytymiskeinojen rakentaminen sekä tukeminen. Pienten lasten kohdalla vanhempien valmistaminen on ensisijalla, koska lapset eivät kykene käsittelemään heille annettua tietoa. Vanhempi kykenee rauhoittamaan lastaan omalla luottamuksellaan ja turvallisuudellaan. Valmistamiseen ei ole yhtä ainoaa ja oikeaa tapaa. Jokainen lapsi on ainutlaatuinen yksilö, joten valmistamistapa tulee valita yksilöllisesti. Joskus on hyvä, että etukäteen valmistellut vanhemmat valmistavat lapsensa ammattihenkilön läsnä ollessa, tai valmistamisen tekee asiantuntija vanhempien läsnä ollessa. Jos vanhemmat suorittavat valmistamisen yksin kotona, heidän tulee saada etukäteen ohjeita ja opastusta sairaalasta, jotta he osaavat auttaa ja tukea lastaan. Valmistamisen ei tulisi perustua pelkästään visuaaliseen informaatioon, kuten videoihin ja kuvakirjoihin, vaan niiden lisäksi tulee olla vuorovaikutusta aikuisen kanssa, jotta saadaan tietoa lapsen asenteista ja peloista tutkimusta kohtaan. Aikuisen läsnäolo on tärkeää myös sen takia, että sairaala on lapsen mielestä usein persoonaton ja kylmä paikka. (Hiitola 2000: 89–91.)

Usein vanhemmilla ja hoitohenkilökunnalla on käsitys, että pelokkaalle lapselle on hyvä antaa mahdollisimman vähän tietoa tulevasta tutkimuksesta, heidän mielestään asian käsittely etukäteen lisää lapsen pelkoa. Pelokkaiden lasten valmistaminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, sillä lapsi, joka on valmistettu tutkimusta varten, toipuu

nopeammin ja luottaa enemmän häntä hoitaviin aikuisiin. Valmistellun lapsen on myös helpompi kehittää selviytymiskeinoja. (Hiitola 2000: 91.)

5 Lapsen magneettikuvaus

5.1 Magneettikuvaus

Magneettikuvaus on yksi kehon kuvantamismenetelmä. Sen lähtökohtana on vetyatomien ydinten magneettiset ominaisuudet. Vety-ytimissä tapahtuu muutoksia voimakkaassa magneettikentässä niiden tasapainotilaa häiritäessä ulkoisella energialla, tällöin saadaan aikaan radioaatajuista sähkömagneettista värähtelyä ja tapahtuu ydinmagneettinen resonanssi-ilmiö. Häiriö lopetettaessa tapahtuu palautumismuutoksia ja sitoutunut energia vapautuu. Tämän energian mittaukseen perustuu magneettikuvaus. (Jokinen ym. 1999: 47–48; Soimakallio – Kivisaari – Manninen – Svedström – Tervonen 2005: 58.) Kuvan muodostamisessa hyödynnetään voimakasta magneettikenttää ja elimistössä olevaa, veteen ja rasvaan sitoutuneita vetyatomeja (Magneettitutkimus 2006). Eri kudoksista saadaan erilainen signaali, joka pystytään muokkaamaan kuvaksi monimutkaisilla tietokonemenetelmillä. (Jokinen ym. 1999: 47–48).

Magneettikuvaus sopii lähes kaikkien kudosten kuvaamiseen ja sen tarkkuus on erittäin hyvä. Se soveltuu pään, selän sekä tuki- ja liikuntaelimien ja vatsan alueen tutkimiseen. Se on vaaraton tutkimus, sillä siinä ei käytetä röntgensäteilyä. Potilaalle voidaan antaa suonensisäisesti gadolinium-pitoista ainetta, jolla tehostetaan eri kudosten erottumista toisistaan. (Magneettitutkimus 2006.)

Tutkimus suoritetaan noin 60 cm halkaisijaltaan olevassa tunnelissa, joka on valaistu, tuuletettu ja auki molemmista päistään. Laite on sijoitettu suojahuoneeseen, joka estää laitteen ulkopuolelta tulevan säteilyn pääsemistä huoneeseen, esimerkiksi radioiden ja matkapuhelimien aiheuttamana. Hoitohenkilökunta huolehtii koko tutkimuksen ajan potilaan hyvinvoinnista ja heillä on koko tutkimuksen ajan kuva- ja ääniyhteyshyönteys potilaaseen. Magneettitutkimuslaite pitää tutkimuksen ajan kovaa ääntä, jota voidaan vaimentaa potilaalle annettavilla korvatulpilla, tai potilaan halutessa hän voi kuunnella

esimerkiksi musiikkia kuulokkeilla. Magneettikuvaus kestää 30 minuuttista puoleentoista tuntiin. Pienet lapset nukutetaan kuvausta varten, koska tutkimuksen aikana ei saa liikkua. (Magneettitutkimus 2006; Soimakallio ym. 2005: 68.) Lapsen tullessa magneettitutkimukseen vanhempi saa olla mukana, tämä luo lapselle turvallisuudentunteen ja helpottaa tutkimuksen tekemistä (Larsen – Iivanainen 1994: 165).

Magneettitutkimuksen vasta-aiheita ovat elimistössä olevat metallit, esimerkiksi sydämentahdistin tai sisäkorvaistute. Potilaan täytyy riisua kaikki korut ja kellot, nämä tulee jättää tutkimushuoneen ulkopuolelle. (Larsen – Iivanainen 1994: 165.) Esteenä tutkimukselle voi olla myös ahtaan paikan pelko, jota voidaan yrittää helpottaa rauhoittavalla lääkkeellä (Magneettitutkimus 2006).

5.2 Lasten anestesia

Sana anestesia tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa tunnottomuutta, sen ajatellaan tarkoittavan sekä kivottomuutta että menetelmiä, joilla saadaan aikaan kivottomuus erilaisten toimenpiteiden aikana. Anestesia voidaan saavuttaa nukuttamalla tai puuduttamalla. Nukutus eli yleisanestesia vaikuttaa koko potilaaseen, kun taas puudutus voidaan rajoittaa tietylle alueelle potilaan kehossa. Lasten anestesia poikkeaa aikuisten anestesiasta ja edellyttää huolellisuutta ja tarkkuutta, sillä lapsen pieni koko ja elintoimintojen kypsyttömyys asettavat suuria haasteita. (Korhonen 1994: 6, 85.)

Lapsi tulee noin tunti ennen suunniteltua toimenpidettä toimenpideyksikköön. Lapsen tulee olla ollut ravinnotta vähintään kuusi tuntia ennen anestesian aloitusta, kaksi tuntia ennen tutkimusta lapsi voi vielä juoda lasillisen laimennettua mehua. Täällä lapsi usein tapaa anestesiologin. Anestesiologi suunnittelee lapsen anestesian yksilöllisesti, perehtyen lapsen perussairauksiin ja sen mahdollisesti aiheuttamiin erityisongelmiin. (Annala – Meretoja 1998.)

Tarvittaessa lapselle voidaan antaa esilääkettä, esimerkiksi rauhoittavaa lääkettä jännittyneisyyteen. Esilääkettä voidaan antaa myös estämään liiallista syljeneritystä ja pahoinvointia. Esilääkitys ei saa olla pitkävaikutteinen, koska lapsen toivotaan toipuvan anestesiasta mahdollisimman pian tutkimuksen päätyttyä. Itse nukutus voidaan

suorittaa maskilla tai suonensisäisillä lääkkeillä, jos tehtävä toimenpide on niin sanotusti kivuton. Esimerkiksi magneettikuvauksessa lapselle riittää yleensä suonen kautta annettava sedaatio. Nukutuksen aikana lapsi hengittelee itse happinaamarin kautta ja lääkkeitä annetaan jatkuvana infuusiona tai säännöllisin väliajoin. Suonensisäisinä sedaatioaineina lapsilla voidaan käyttää lapsilla propofolia tai tiopentaalia. Jossain tapauksissa lapsi voidaan joutua intuboimaan hengityksen turvaamiseksi, ja tällöin voidaan tarvita anesteetin lisäksi lihasrelaksanttia. Tässä tapauksessa anestesian lopetuksessa tarvitaan vasta-aineita lihasrelaksantille, joiden antamisen jälkeen odotetaan spontaanin hengityksen palautumista. Hengityksen ollessa riittävää lapsi voidaan ekstuboida. Vanhemmat voivat olla mukana nukutuksen alussa, aina siihen asti kunnes lapsi nukahtaa joko heidän syliinsä tai sängylle. Tämän jälkeen heitä pyydetään siirtymään odotustilaan, josta he voivat palata joko heräämään tutkimuksen jälkeen tai tavata lapsen osastolla. Joskus vanhempi voi olla lapsen mukana tutkimuksessa. Lapsilla yleisin sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin liittyviä pelko on pistämisen pelko. Jos lapselle annetaan nukutusaine suonensisäisesti, voidaan lapselle laittaa lidokaiinia ja prilokaiinia sisältävää puudutusvoidetta vähintään tunti ennen pistoa näkyvän suonen kohdalle. Lapsi ei välttämättä ensimmäisellä kerralla usko voiteen tehoon, mutta kivuttoman kokemuksen jälkeen lapsi luottaa sen tehoon seuraavalla kerralla. (Annala – Meretoja 1998.)

Anestesian aikana lapsen vointia seurataan erilaisilla valvontalaitteilla, joita ovat pulssioksimetri, EKG ja verenpainemittari. Pulssioksimetri mittaa hemoglobiinin happikyllästeisyyttä sormenpäätä, arvot pyritään pitämään 95–100 prosentissa, se ilmoittaa myös sydämen syketaajuuden. (Annala – Meretoja 1998.)

Anestesian liittyviä vasta-aiheita ovat kuume, yli 38 astetta, ylähengitystietulehdus, nenäeritys ja alahengitystieoireet. Kun ylähengitystietulehduksesta on kaksi viikkoa tai alahengitystietulehduksesta neljä viikkoa, voidaan anestesia suorittaa turvallisesti. Nukutuskelpoisuus mietitään kuitenkin yksilöllisesti. (Annala – Meretoja 1998.)

Lapsen ensimmäiset muistikuvat tutkimuksen jälkeen ovat yleensä heräämöstä. Heräämisvaiheen tulee olla rauhallinen. Lapset heräävät yleensä puolessa tunnissa tutkimuksen jälkeen lyhytvaikutteisten lääkkeiden käytön ansiosta ja voivat siirtyä heräämöstä odottamaan 1–2 tunnin kuluttua tapahtuvaa mahdollista kotiutusta osastolle tai toipumistilaan. Tutkimuksen aikana lapselle aloitetaan sokeritippa

ravinnotta olon vuoksi ja tätä jatketaan heräämössä niin kauan, että hän voi juoda itse. Kotiutumisen edellytyksiä ovat ikää vastaava yhteistyökyky ja liikkuminen, elintoimintojen vakaus, kivuttomuus ja korkeintaan lievä pahoinvointi. (Annala – Meretoja 1998.)

Anestesia aiheuttaa lapsille eniten pelkoa sairaalahoidossa. Eniten anestesiassa lapsia pelottaa toimenpiteen aikana herääminen. Isommat lapset saattavat pelätä allergistareaktiota nukutusaineelle ja kuolevansa siihen. Myös se, että lapsella ei ole aiempaa kokemusta nukutuksesta, lisää pelon tuntemuksia. Lapsilla on usein myös muita mielikuvituksen kehittämiä pelkoja anestesiasta, joita anestesia­lääkärin tapaaminen usein auttaa hälventämään. Myös vanhempien kanssa on tärkeä keskustella epäselvistä ja pelottavista asioista. (Pölkki – Pietilä – Vehviläinen-Julkunen 2003: 19; Annala – Meretoja 1998).

6 Ohjaus hoitotyössä

6.1 Ohjauksen käsite hoitotyössä

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjauksella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välillä tapahtuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on aina sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjauksen lähikäsitteitä ovat opetus, neuvonta ja tiedon antaminen (Eloranta – Virkki 2011: 19.) Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjausta määritellään myös ohjauksen antamiseksi, esimerkiksi opastuksen antamiseksi ja hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjaamisella voidaan tarkoittaa myös potilaan johdattamista tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjauksen tavoitteena on edistää potilaan sitoutumista hoitoonsa. (Kygäs ym. 2007: 5, 21, 25–27, 47–49.)

Ohjauksen perusta rakentuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä, ammattietiikasta, erilaisista toimintaa ohjaavista laatu- ja hoitosuosituksista sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmista (Eloranta – Virkki 2011: 11). Ohjausta ei suoraan mainita laeissa ja asetuksissa, mutta potilaan asema on määriteltä laissa. Tämän lain mukaan potilaalle on annettava tarpeeksi tietoa ymmärrettävällä tavalla ja ohjaus on

toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan kunnioittaen hänen ihmisarvoaan, itsemääräämisoikeuttaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään. Hoitotyön ammattietiikka ohjaa myös tapahtuvaa ohjausta. Terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia työssään, näissä periaatteissa ohjauksen katsotaan olevan olennainen osa hoitotyötä. Terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto. Näiden eettisten periaatteiden pohjalta eri ammattikunnat ovat tehneet omat ammattieettiset ohjeet, jotka sisältävät alan periaatteet ja tavoitteet. Tällaisia ohjeita ovat esimerkiksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Etiikan tehtävä on auttaa myös toiminnan perusteiden tunnistamisessa sekä oman ja toisten eettisen toiminnan arvioimisessa. Erilaiset toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuosituksiset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat ohjaavat hoitoa ja ohjausta lakien ja ammattietiikan lisäksi. Näiden suositusten pyrkimys on yhtenäinen ja laadukas toiminta. (Eloranta – Virkki 2011: 11–14.)

Hoitotyössä tapahtuvassa ohjauksessa hoitaja on ohjauksen ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Yleensä ohjaus pohjautuu niihin asioihin, joita potilas tuo esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen. (Kyngäs ym. 2007: 21, 26.) Ohjaustilanteissa potilaan ohjaustarpeen, aikaisempien tietojen ja taitojen sekä kokemusten, uskomusten ja asenteiden huomioiminen on tärkeää, jotta välttyttäisiin potilaan turhauttamiselta ja loukkaamiselta. (Eloranta – Virkki 2011: 22–23.)

Hoitotyössä tapahtuva ohjaus on suunnitelmallinen prosessi, ja toteutuessaan hyvin se turvaa potilaan sitoutumisen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuuden arjessa. Ohjausprosessiin kuuluu kuusi eri vaihetta, jotka ovat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnitteleminen, ohjauksen toteuttaminen, ohjauksen arvioiminen ja ohjauksen kirjaaminen. (Eloranta – Virkki 2011: 25–27.)

6.2 Vanhempien ohjaus

Leikki-ikäisen sairaus ja sairaalaan joutuminen vaikuttavat lapsen itsensä lisäksi myös hänen vanhempiin ja perheeseen, joskus myös laajasti hänen muuhun lähiyhteisönsä. Vanhemmat saattavat kokea lapsen sairauden myötä avuttomuutta, rooliristiriitoja,

syllisyyttä ja epäonnistumisen tunteita, toisinaan he kieltävät lapsensa sairauden kokonaan. Vanhimille on tällöin tärkeää tarjota mahdollisuus keskustella lapsen hoitajan kanssa, sekä lapsesta että omista kokemuksista, peloista, perheen tilanteesta ja siitä, miten he kokevat selviävänsä arjesta ja tehtävistään lapsen sairauden aikana. Vanhemmat tarvitsevat hoitajien tukea epätietoisuuden ja syyllisyyden vaiheissa. (Lampinen ym. 2000: 196–197.)

4–6-vuotiaalle lapselle tyypillistä on nopea fyysinen kasvu ja kehittyminen liikunnallisissa perustaidoissa, ajattelun, kielen ja oman kehon hallinnan kehitys, asteittainen itsenäistyminen sekä sosiaalisten taitojen kehittyminen. Kehityksen ja hyvinvoinnin edellytys on jatkuva, kiinteä, vastavuoroinen ja lämmin suhde omiin vanhempiin. Vanhempien voimavaroja ja päätöksentekokykyä perheen hyvinvointiin liittyvissä asioissa saattavat heikentää vanhempien huoli lapsen voinnista ja turvattomuuden sekä syyllisyyden tunteet. Tiedon puute, epävarmuus ja vieras ympäristö lisäävät vanhempien huolta. Vanhemmat tarvitsevat tietoa, ohjausta ja neuvontaa, joskus konkreettista apua päivittäisessä elämässään. Perheen osallistumisella lapsen hoitoon on suuri merkitys, sillä lapsen on helpottavaa saada olla vanhempien turvallisessa läheisyydessä. He voivat tukea lasta ja auttaa häntä kohtaamaan uusia tilanteita sairaalassa, vanhempien läsnäolo vähentää lapsen koti-ikävää ja pelkoja sekä luo hänelle turvallisuudentunteen. (Lampinen ym. 2000: 196–197.)

Vanhempien tukeminen edistää lapsen hyvinvointia, sillä vanhempien luottaessa omiin voimiinsa ja tuntiessaan hallitsevansa tilanteen myös lapsen on helpompi suhtautua myönteisesti hoitoonsa. Mikäli vanhemmat eivät saa tarpeeksi ohjausta ja tietoa, he saattavat kokea epävarmuutta omasta roolistaan, joka vaikeuttaa heidän osallistumisestaan lapsensa hoitoon. Vanhempien tukeminen koostuu myös emotionaalisesta ja itsemääräämisoikeuden tukemisesta. Emotionaalinen tuki voi olla esimerkiksi läsnäoloa. Itsemääräämisoikeuden ja päätöksenteon tukeminen edellyttävät vanhempien kanssa neuvottelua sekä heidän ohjaamistaan. (Lampinen ym. 2000: 196–197.)

6.3 Voimaantuminen ohjauksen tavoitteena

Sana voimaantuminen tulee englanninkielen sanasta empowerment, sen suomenkielisiä synonyymejä ovat mm. täysvaltaistaminen, valtautuminen, voimavaraistuminen ja voimaannuttaminen. (Mattila 2008: 29–30).

Mattilan mukaan (2008: 28) voimaantuminen antaa potilaalle tai omaisille vallan ja oikeuden toimia. Voimaantuneella ihmisellä tarkoitetaan ihmistä, joka on löytänyt omat voimavaransa. Ominaispiirteitä voimaantumiselle ovat yhteistyösuhde, luottamuksellinen kommunikointi ja avoimuus, joka mahdollistaa potilaan tai perheen täysivaltaisen osallistumisen, yhteisesti sovitut tavoitteet, kuulluksi tulemisen kokemuksen.

Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä henkilökohtainen prosessi, jota toinen ihminen ei voi aiheuttaa toiselle. Sen sijaan hoitaja voi hoitotyön menetelmin vahvistaa omaisten voimavaraisuutta, ja näin voimaannuttaa heitä. Keskeiset omaisia voimaannuttavat hoitotyön menetelmät ovat heidän tietoisuuden lisääminen voimavaroja antavista ja kuormittavista tekijöistä sekä valmiuksien lisääminen toimia omaisten voimia vahvistavasti ja kuormittavia tekijöitä vähentävästi. Voimaantuminen on myös sosiaalinen prosessi, koska toimintaympäristön olosuhteet esim. valinnan vapaus ja turvallinen ilmapiiri, voivat olla merkityksellisiä sille. (Mattila 2008: 30; Hakulinen – Pelkonen 2002: 208–209.)

Eri ihmisissä voimaantuminen ilmenee eri ominaisuuksina, käyttäytymisenä, taitoina ja uskomuksina, ympäristön ja ajankohdan mukaan voimaantumisen ominaisuuudet voivat vaihdella. Voimaantuminen voidaan nähdä ihmisestä muun muassa itsetunnon parantumisena, omien päämäärien saavuttamisena ja parantuneena oman elämänhallinnan muutoksena. Voimaantuneista vanhemmista se näkyy luottamisena itseensä vanhempana, kykyä ratkoa arkipäivän ongelmia ja päätöksistään ja teoistaan vastuunottamisena. Potilaan ja omaisten voimaantumista voidaan estää, siten ettei heidän anneta vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin tai osallistua hoitoon. (Mattila 2008: 30; Hakulinen– Pelkonen 2002: 208–209.)

Kyettäkseen voimaannuttamaan potilasta ja hänen omaisiaan esimerkiksi sairauteen liittyen tulee hoitohenkilön itse olla voimaantunut. Hoitaja voi vahvistaa potilaan ja

omaisten voimavaroja aktiivisella kuuntelulla, tukea tarjoamalla ja merkityksellistä tietoa antamalla. Potilaan tai omaisten tarvitessa apuvälineitä voimaantumiseksi, tulee hoitohenkilökunnan tarjota tarvittavat välineet heille. Voimaantumisen mahdollistamiseksi on tärkeää auttaa potilasta tai omaisia arvioimaan omia voimavarojaan ja tukijärjestelmiä sekä niiden käyttöä. (Mattila 2008: 30–32.)

Lapsen ja perheen tukeminen ja ohjaaminen tutkimukseen vähentää pelkoa kun taas puutteellinen tiedonsaanti ja huono lapsen valmistaminen tutkimukseen lisäävät niin lapsen kuin vanhempien pelkoa. (Flinkman – Salanterä 2004: 123).

6.4 Potilasohjeet

Tänä päivänä potilaiden ohjaus on haasteellisempaa, sillä yhä enemmän siirrytään laitoshoidosta avohoitoon. Tämän vuoksi hoidon jatkuvuuden takaamiseksi tarvitaan kirjallisia ohjeita suullisen ohjauksen lisäksi. Potilaat ovat entistä tietoisempia omista oikeuksistaan hoitoonsa, heillä on myös juridinen oikeus saada tietoa omasta hoidostaan. Potilaan itsehoitotaitojen tukeminen ja edistäminen ovat tämän takia keskeisiä asioita hoidon opetuksessa ja ohjauksessa. Tämä tukee potilaan omaa yksilöllistä elämänhallintaa, joka puolestaan lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. On kuitenkin huomattu, että potilasohjeita on riittämättömästi. Ohjeita tulisi aika ajoin verrata potilaiden tarpeisiin ja uusiin hoitokäytäntöihin sekä tehdä niihin tarpeellisia muutoksia. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 24–25; Marttila – Piekkola 1996: 59–60.)

Sairastuminen on potilaalle uusi tilanne ja se voi aiheuttaa hänelle epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Tämän vuoksi onkin hyvin tärkeää, että potilas saa riittävästi ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sairaudestaan, mahdollisista tutkimuksista ja hoidoista. Tutkimusten mukaan tiedon saanti rohkaisee potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon ja edistää itsehoitovalmiuksia sekä vähentää sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Potilaan tunne siitä, että hän hallitsee omaa elämäänsä ja terveyttään, lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. (Torkkola ym. 2002: 23–24; Marttila – Piekkola 1996: 59.)

Hoitotyössä kirjallista materiaalia käytetään erilaisissa tilanteissa potilasohjauksen tukena. Materiaali voi sisältää esimerkiksi neuvoja sairaalaan tulosta, yksittäisten sairauksien hoidosta tai, kuten opinnäytetyömme kohdalla tietoa tietyistä tutkimuksesta. Ohjausmateriaalin voi antaa potilaan ollessa sairaalassa tai lähettää sen hänelle kotiin. Tällöin potilas saa rauhassa tutustua ohjeisiin ja suunnitella valmiiksi kysymyksiä, joiden kautta voidaan vahvistaa potilaan oman elämänsä hallinnan tunnetta. Ohjeissa asiat tulee ilmaista lyhyesti ja ytimekkäästi sekä täsmällisesti, jotta tärkeät asiat saadaan hyvin esille. Ohje toimii tällöin myös potilaan muistilistana, josta on helppo tarkistaa, onko valmistautuminen ollut ohjeiden mukaista. Ohjeiden tulee olla yksiselitteisiä mahdollisten väärinkäsitysten välttämiseksi. Esimerkiksi ilmaisu ravinnosta on epäselvä, koska se ei kerro tarkoitetaanko sillä sekä juomatta että syömättä olemista, vai saako potilas mahdollisesti juoda jotain. (Torkkola ym. 2002: 25–26; Marttila – Piekkola 1996: 62.)

Potilaan oppimiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Sairauden tai kriisin vaihe voi heikentää hänen kykyään vastaanottaa uutta tietoa. Ohjauksen omaksumisessa tärkeä osuus on oppimisvalmiuksilla, motivaatiolla, tiedoilla ja taidoilla sekä opittavan asian yksilöllisellä merkityksellä. Tilanteessa, jossa potilas ei ymmärrä itse sairautensa tai kehityksensä vuoksi ohjeita, ohjausta annetaan myös omaisille. Potilaan ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö vaikuttavat ohjaustilanteissa. Ohjeiden kirjoittajalle tämä tarkoittaa sitä, että sisällöltään samanlaisesta ohjeesta voi olla tyyliltään erilaiset ohjeet lapsille, nuorille ja aikuisille. Kirjalliset ohjeet ovat kuitenkin yleisluotoisia eivätkä välttämättä sisällä yksityiskohtaista tietoa jokaiselle potilaalle. (Torkkola ym. 2002: 31–32.)

Hyvälle kirjalliselle materiaalille ja sen käytölle on asetettu vaatimuksia. Kirjallista materiaalia käytettäessä tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt asian oikein. Sitä käytetään suullisen tiedon tukena ja se on laadittu helposti ymmärrettäväksi, sillä huonosti ymmärrettävä tieto estää potilaan osallistumista hoitoonsa, ja pahimmassa tapauksessa siitä voi olla vakaviakin seurauksia etenkin lääkehoidon ohjauksen kohdalla. Ohjausmateriaalissa tulisi käyttää yleiskieltä ja välttää ammattisanastoa. Lauseissa tulee esittää vain yksi asia. Kirjallista materiaalia tehdessä tulee pohtia, miksi potilas haluaisi lukea sen, vihkosen alkuun voi esimerkiksi laittaa lyhyen yhteenvedon materiaalin sisällöstä ja tarkoituksesta. (Marttila – Piekkola 1996: 64–65.)

Lähtökohtia ohjeiden kirjoittamiseen on kaksi, laitoksen tarpeet ohjata potilasta toimimaan oikein eli järjestelmän hyvinä ja tarkoituksenmukaisina pitämien mallien mukaisesti ja potilaan tarpeet saada olennaista tietoa. Hyvää potilasohjetta kirjoittaessa tulee miettiä, kenelle ohjetta kirjoitetaan, ohjeen tulee puhutella potilasta ja hänen tulee ymmärtää, että teksti on tarkoitettu hänelle. Ohjeen otsikon lisäksi ensimmäisessä virkkeessä tulee ilmetä, mistä on kysymys. On hyvä myös sopia puhuttelutavasta yksikön kanssa, yleensä on parempi teitillä kuin sinutella. Käskymuotoja tulee välttää, sillä se saattaa saada potilaan tuntemaan itsensä aliarvioiduksi. Käskyjen sijaan ohjeiden ymmärtämistä ja tärkeyttä voidaan edistää perustelemalla ja selittämällä. Kunnon perustelut suositellulle toiminnalle antavat myös potilaalle mahdollisuuden itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen. Tällöin potilas tietää, miksi kannattaa toimia ohjeiden mukaisesti, eikä vain toteuta saamiaan ohjeita. Perustelut ovat hyväksi myös siinä tapauksessa, että potilas ei halua noudattaa annettuja ohjeita. Tästä seuraavien mahdollisten ongelmien ilmetessä potilas ei voi vedota siihen, ettei hän tiennyt asian tärkeyttä. (Torkkola ym. 2002: 35–38.)

Potilasohjetta kirjoittaessa on hyvä noudattaa ”tärkein ensin” periaatetta, tällöin taataan, että vain alun lukeneet saavat oleelliset asiat tietoonsa. Potilaalle tärkeän asian esittäminen heti aluksi kertoo myös tekstin kirjoittajan arvostavan lukijaa. Ohjeessa tärkeimmät luettavuuden kannalta ovat otsikot ja väliotsikot. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo ohjeen aiheen, ja väliotsikot kertovat alakohdan olennaisimman asian. Olennaista väliotsikoissa on, että ne auttavat kahlaamaan tekstin loppuun saakka. Kolmanneksi tärkein asia on kuvat. Hyvä kuvitus voi parhaimmillaan herättää mielenkiintoa sekä auttaa ymmärtämään. Kuvia voidaan käyttää sekä tukemassa että täydentämässä tekstin asiaa. Hyvin valitut, tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat ja piirroksot lisäävät ohjeen luotettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvat olisi myös hyvä tekstittää, sillä kuvateksti nimeää kuvan sekä kertoo siitä jotain mitä kuvasta ei voi suoraan nähdä. Kuvien käyttöön vaikuttavat myös tekijänoikeudet. Kuvat ja piirroksot on suojattu tekijänoikeuslailla, jonka mukaan kirjalliset ohjeet ja taiteelliset teokset kuuluvat teoksen luojalle. Ohjeen varsinainen teksti tulee vasta otsikoiden ja kuvien jälkeen. Jotta ohje on ymmärrettävä, tulee kirjoittaa havainnollista yleiskieltä. Tekstin rakenne riippuu ohjeen aiheesta. Asioiden esittämisjärjestyksen lähtökohtana voi olla esimerkiksi aikajärjestys, tämä sopii erityisesti toimenpiteestä kertovaan

valmistautumisohjeeseen. Selkeä kappalejako lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Viimeisenä ohjeessa ovat yhteystiedot, ohjeen tekijöiden tiedot sekä viitteet lisätietoihin. Hyvä ohje kertoo, mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos hän ei ymmärrä ohjetta tai hänellä on jotain kysyttävää. Potilaiden kaikkiin kysymyksiin eivät riitä yksi eivätkä kymmenen ohjetta, joten ohjeessa voisi olla muutama vinkki lisätiedoista. Potilaan ohjaaminen tuoreelle tietolähteelle on parempi kuin se, että hän tukeutuu yksinään parikymmentä vuotta vanhaan lääkärikirjaan. (Torkkola ym. 2002: 39–45.)

7 Opinnäytetyön prosessinkuvaus ja tulos

Aiheena lasten sairaalapelot eri tutkimuksiin liittyen on tärkeä. Tänä päivänä siihen on alettu kiinnittämään yhä enemmän huomiota, joka on tärkeää sairaalapelkojen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn vuoksi. Lasten pelkoja tunnistamalla ja ennaltaehkäisemällä vanhemmat ja hoitohenkilökunta voivat auttaa lasta selviytymään niistä.

Opinnäytetyön aihevalinnan jälkeen aloimme perehtymään aiheeseemme tarkemmin hankkimalla tarvittavaa aineistoa sen tekemistä varten. Opinnäytetyön aineisto koostuu tietokantahauista, kirjallisuudesta kerätystä materiaalista ja työelämäyhteysosastolta saadusta materiaalista. Kirjallisuuden valintakriteereinä toimivat opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ja kirjallisuuden tuoreus. Riittävän aineiston keräämisen jälkeen pääsimme työstämään opinnäytetyön teoriaosaa. Valmis teoriaosa oli vaatimuksena ohjausvihkon suunnittelun aloittamiselle.

Opinnäytetyömme teoreettista kehystä sekä ohjausvihkoa tehdessämme saimme perehtyä laajemmin ja tarkemmin lasten kokemuksiin sairaalapelkoihin sekä niiden lievittämiseen, sekä itse anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen, opinnäytetyömme edisti myös ammatillista kasvuamme.

Opinnäytetyömme tuloksena teorian tiedon keräämisen ja kirjoittamisen jälkeen syntyi ohjausvihko vanhemmille, lasten mahdollisten sairaalapelkojen lievittämisestä anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen liittyen. Ohjausvihkon tavoitteena oli tuoda vanhemmille tietoa lasten mahdollisista sairaalapelkoista sekä luoda heille sen

avulla totuudenmukainen ja positiivinen kuva tutkimuksesta ja sen kulusta. Ohjausvihkosta hyötyy myös yhteistyöosaston henkilökunta, he saavat ohjausvihkosta toimivan työkalun perheen ohjaukseen sekä itsellensä muistilistan tutkimuksesta.

Ohjausvihkossa käsitellään anestesiassa suoritettavaa magneettitutkimuksen etenemistä vaihe vaiheelta sekä lapsen mahdollisia pelkoja tutkimukseen liittyen. Ohjausvihkoa varten kokosimme ensin teoriatietoa sekä kävimme seuraamassa yhden magneettitutkimuksen Lasten ja Nuorten sairaalassa, jotta saimme todellisen kuvan tutkimuksen etenemisestä ja lapsen suhtautumisesta siihen. Ohjausvihkon teoriatiedot olemme yrittäneet kirjoittaa vanhempi-lapsi-lähtöisesti. Opinnäytetyön toteutusvaiheessa kävimme tapaamassa yhteistyöosaston osastonhoitajaa kaksi kertaa. Tarkoituksena oli hankkia lisää näkemystä siihen millaista ohjausvihkoa he tarvitsisivat osastolla, ja mikä olisi heidän mielestään toimiva. Työn edetessä olimme säännöllisesti yhteydessä osastonhoitajaan sähköpostitse.

Ohjausvihkon kuvitusta miettiessämme meillä oli vaihtoehtoina piirroskuvat ja valokuvat. Näistä kahdesta vaihtoehdosta päädyimme havainnollistamaan tutkimusta ja sen kulkua valokuvien, koska valokuvista saa totuudenmukaisemman kuvan tutkimuksesta kuin piirroksista. Myös valokuvien toteuttaminen oli helpompaa. Päätimme ottaa ohjausvihkoon tulevat valokuvat lavastetusta tilanteesta, johon saimme malliksi kaverin pojan. Koimme sen olevan parempi siksi, että oikeasti tutkimukseen menevä lapsi olisi saattanut häiriintyä liikaa valokuvaamisesta, lapsen pelko olisi saattanut välittyä kuvista, emmekä oikeassa tutkimustilanteessa olisi pystyneet vaikuttamaan kuvausasetoihin. Kävimme kuvaamassa röntgenosastolla sekä yhteistyöosastolla eri päivinä. Ottamistamme valokuvista valitsimme mielestämme havainnollistavimmat kuvat. Tekemämme ohjausvihkon ulkoasuun tulee täyttää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laatimat kriteerit ohjausmateriaaleista. Ohjausvihkoon otettuja valokuvia käyttöä varten tarvitsimme neljä allekirjoitettua lupalappua lapsen huoltajalta.

Opinnäytetyömme valmistuessa meillä on valmis ohjausvihko vanhemmille anestesiassa suoritettavasta magneettitutkimuksesta ja siihen liittyvistä mahdollisista lasten peloista. Ohjausvihko on kirjoitettu selkokielellä, se sisältää havainnollistavia kuvia ja soveltuu luettavaksi sekä vanhemmille että lapsille. Ohjausvihkossa annetaan vanhemmille

vinkkejä ja keinoja, kuinka käsitellä lapsen kanssa tulevaa tutkimusta ja siihen liittyviä pelkoja. Ohjausvihkon avulla lisäämme myös vanhempien tietoutta tutkimuksesta ja näin vähennämme vanhemmasta lapseen välittyvää epävarmuutta.

8 Pohdinta

Halusimme tehdä opinnäytetyön tästä aiheesta, koska aihe vaikutti erittäin mielenkiintoiselta, ja mikäli onnistuisimme luomaan onnistuneen ohjausvihkon tutkimuksesta, siitä olisi paljon hyötyä anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen tuleville perheille sekä osaston työntekijöille, sekä mahdollisesti muille Lasten ja Nuorten sairaalan osastoille.

Opinnäytetyön tekemisen koimme haastavaksi ja aikaa vieväksi, hyvien lähteiden löytyminen oli työn takana. Sopivia lähteitä opinnäytetyöhömmä oli hyvin rajallisesti sekä niitä oli hankala saada käsiin, etenkin kansainvälisiä lähteitä oli saatavilla hyvin vähän. Aikaa vievintä ja haastavinta oli tietokantahakujen tekeminen opinnäytetyön teon alkuvaiheessa. Myöhemmin löysimme uusia lähteitä hakusanoilla, joita emme osanneet aikaisemmin käyttää. Kirjoittaminen sujui hyvin, sillä meillä oli melko samankaltaisia näkemyksiä opinnäytetyön teoria sisällöstä sekä ohjausvihkosta. Haasteita teorian tiedon kirjoittamiseen toi aiheiden rajaaminen, kuinka laajasti kustakin osa-alueesta olisi hyvä kirjoittaa ja mistä kaikesta tulisi kirjoittaa.

Opinnäytetyötä tehdessämme koemme kasvaneemme ammatillisesti, opimme paljon ohjauksesta hoitotyössä, etenkin lapsen ja lapsi perheen ohjaamisesta ja siihen liittyvistä asioista. Koemme ymmärtävämmä lapsen ja lapsi perheen voimaantumisen prosessin paremmin ja siihen liittyvät tekijät. Tämä on hyvin tärkeä osa-alue tulevaa sairaanhoitaja uraamme ajatellen sillä potilaiden ohjaus on hyvin olennainen osa hoitotyötä. Saimme hyvää kokemusta ohjausmateriaalien tekemisestä, josta voi myös olla hyötyä tulevalla urallamme. Opinnäytetyön teoreettista kehystä tehdessämme saimme perehtyä laajemmin ja tarkemmin lasten kokemiin sairaalapelkoihin sekä niiden lievittämiseen, sekä itse anestesiassa suoritettavaan magneettitutkimukseen. Tulevaisuudessa kohdatessamme lapsen potilaana, osaamme ottaa huomioon lapsen mahdollisesti kokemat sairaalapelot sekä ennaltaehkäistä niitä.

Yhteistyöosastonamme toimi yksi Lasten ja Nuorten sairaalan osastoista. Teimme yhteistyötä etenkin osaston osastonhoitajan kanssa, jota kävimme tapaamassa opinnäytetyön alkuvaiheessa sekä ohjausvihkon suunnitelma vaiheessa. Työn edetessä olimme säännöllisesti yhteydessä häneen sähköpostitse. Opinnäytetyön teon alkuvaiheessa pääsimme seuraamaan lapselle anestesiassa suoritettavaa magneettitutkimusta, joka oli hyvin hyödyllistä meille todenmukaisen kuvan saamisessa tutkimuksesta. Myöhemmin kävi kuitenkin ilmi, että kyseinen tutkimus ei ollut täysin samanlainen kuin opinnäytetyömme aiheen tutkimus. Annoimme opinnäytetyömme sekä ohjausvihkon suunnitelman osastonhoitajalle, jotta hän voisi antaa parannus ehdotuksia ja korjata mahdollisia sisällöllisiä virheitä. Häneltä saimme hyviä korjausehdotuksia ja hänen näkemyksiään teorian tiedon sisällöstä. Emme voineet hyödyntää kaikkia hänen näkemyksiään, sillä halusimme työn säilyvän meidän näköisenä. Kuitenkin noudattaen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laatimia kriteerejä ohjausmateriaalille.

Opinnäytetyön-prosessin edetessä olemme saaneet opinnäytetyömme ohjaajalta ohjausta aina sitä tarvitessamme. Meidän ei tarvinnut missään prosessin vaiheessa odottaa ohjausaikaa pitkään, mikä on edesauttanut prosessin sujuvuutta. Saimme opinnäytetyömme ohjaajalta paljon tukea ja lähdevinkkejä opinnäytetyön edetessä. Ohjaajalta saatu tuki motivoi meitä jatkamaan opinnäytetyön tekemistä eteenpäin. Ohjauksen hyödyntämistä vähensi opinnäytetyön kanssa samaan aikaan sattuneet kaksi työharjoittelu jaksoa.

Oma sitoutumisemme opinnäytetyöhön on ollut hyvää; olemme saavuttaneet opinnäytetyölle ja ohjausvihkole antamamme tavoitteet sekä itseemme kohdistuvat tavoitteet. Yhteistyö työelämänyhteisöosaston kanssa on sujunut hyvin koko prosessin ajan. Ohjausvihkon toimivuuden arviointi etukäteen on mahdotonta, koska ohjausvihkoa päästään hyödyntämään vasta opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyömme teoria osan teimme keväällä 2011 ja toteutus vaiheen syksyllä, sen tekeminen viime hetkille työharjoitteluiden vuoksi. Opinnäytetyön tekeminen parityönä oli haastavaa, sillä ajoittain oli hankalaa saada sovittua yhteistä aikaa sen tekemiseen, kun toinen meistä käy lähes vakituisesti töissä ja toisella on pieni lapsi. Onnistuimme

kuitenkin työnjaossa hyvin ja molemmilla oli kokoajan selkeää mistä aiheesta kirjoittaa, vaikka emme yhdessä teoritietoa kirjoittaneetkaan. Kun molemmat olivat saaneet omat teoritietonsa kirjoitettua, kävimme ne yhdessä läpi, jotta työstä saataisiin yhtenäisen näköinen. Opinnäytetyön tekstit ovat muokkautuneet jatkuvasti opinnäytetyöprosessin aikana.

Ohjausvihkon tekemisen jätimme syksylle. Aluksi hahmottelimme tutustumiskäynnin sekä teoratiedon pohjalta ohjausvihkon runkoa, jonka jälkeen kävimme kuvaamassa lavastetun tutkimustilanteen mallilapsen kanssa magneettitutkimusosastolla sekä yhteistyöosastolla. Ohjausvihko valmistui loppujen lopuksi melko nopeasti ja hyvässä yhteisymmärryksessä. Kokonaisuutena koemme opinnäytetyön ja ohjausvihkon onnistuneen hyvin.

Koemme ohjausvihkolla olevan suurta merkitystä vanhempien ja lapsen valmistautumisessa tutkimukseen. Ohjausvihkon avulla vanhemmat voivat itse valmistella lapsensa tulevaan tutkimukseen, mikä voi luoda lapselle turvallisuuden tunteen. Vanhempien saadessa tietoa tutkimuksesta heidän omat mahdolliset ennakoasenteensa ja omat pelot tutkimusta kohtaan vähenevät, mikä on tärkeää myös lapsen kannalta, jottei vanhempien epävarmuus välity lapselle.

Työmme pohjautuu osittain melko tuoreeseen tietoon, osittain yli 10 vuotta vanhaan tietoon, huonon lähteiden saatavuuden vuoksi. Työmme luotettavuuteen vaikuttaa, työssä lähteenä käytetty oppikirjat. Toisaalta itse anestesiassa suoritettava magneettitutkimus ei muutu, laitteet kehittyvät paremmiksi. Myöskään lapsen kokemat sairaalapelot eivät muutu mutta niistä saadaan jatkuvasti uutta tietoa.

Ohjausvihko on melko toimenpidekeskeinen, jossa kerrotaan tiivistetysti tutkimuspäivän etenemisestä ja lasten yleisistä sairaalapelosta. Mielestämme ohjausvihkossa olevat kuvat havainnollistavat tutkimuksen kulkua ja luovat siitä positiivisen kuvan. Ohjausvihkossa käsiteltävien lasten sairaalapelkojen osuus jäi heikoksi. Ohjausvihkoa voisi kehittää tuomalla lisää tietoa lastenpelosta erityisesti magneettitutkimukseen liittyen.

Mielestämme olisi hyvä luoda lapsille oma ohjausvihko kyseiseen tutkimukseen, jossa esimerkiksi tutkimuspäivän kulku käytäisiin läpi sadun avulla.

Lähteet

- Annala, Päivi – Meretoja, Olli 1998. Lapsi ja anestesia. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo80347&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusin_numero>. Luettu 3.4.2011.
- Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi. 11, 14, 19, 22-27.
- Flinkman, Tiina – Salanterä, Sanna 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotiede 16 (3). 122-123
- Hakulinen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana 2002. Voimavaroja vahvista malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14 (5). 208-209
- Hermanson, Elina 2008. Leikki on lapsen työtä. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00037&p_haku=leikki>. Luettu 17.11.2011
- Hiitola, Briitta 2000. Parantava leikki. Helsinki: Tammi. 48-50, 89-93.
- Hockenberry, Marilyn J. – Wilson, David 2009. Wong's essentials of pediatric nursing. St. Louis;Missouri: Mosby Elsevier 659- 660, 663- 665.
- Ivanoff, Päivi – Laijärvi , Heli – Åstedt-Kurki, Päivi 1999. Leikki-ikäisten kokema sairaalapelko. Hoitotiede 11 (5). 272-273.
- Ivanoff, Päivi – Risku, Aija – Kitinoja, Helli – Vuori, Anne – Palo, Raija 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 60-66.
- Larsen, Andreo – Iivanainen, Matti 1994. Epilepsia. Helsinki: Otava. 165.
- Jokinen, Sirpa – Kuusela, Anna-Leena – Lautamatti Visa 1999. "Sattuuko se?" Lasten kliiniset tutkimukset. Helsinki: Kirjayhtymä. 35, 37-38, 47-48.
- Kelo, Marjatta 2009. Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus. Projektisuunnitelma.
- Korhonen, Matti 1994. Anestesia. Helsinki: WSOY. 6, 85.
- Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY. 5, 21, 25-27, 47-49.
- Lampinen, Marja – Åstedt-Kurki, Päivi – Tarkka, Marja-Terttu 2000. Hoitajien antama tuki leikki-ikäisen vanhemmille sairaalassa. Hoitotiede 12 (4). 196-197.

Magneettitutkimus 2006. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.1.2006.<http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=117,92986&_dad=wportal&_sc_hema=WPORTAL>. Luettu 3.4.2011.

Marttila, Marita – Piekkola, Sinikka. Kirjallinen materiaali potilasneuvonnan tukena. Teoksessa Munnukka, Terttu – Kiikkala, Irma 1996. Teoria käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä. 59-60, 62, 64-65.

Mattila, Heleena 2008. Voimaantumisen ydin: sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Kuopion Yliopisto. Väitöskirja. 25, 29-32.

Pölkki, Tarja – Pietilä, Anna-Maija – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. Sairaanhoitaja 76, (10). Tutkimus. 19.

Soimakallio, Seppo – Kivisaari, Leena – Manninen, Hannu – Svedström, Erkki - Tervonen, Osmo 2005. Radiologia. Helsinki: WSOY. 58, 68.

Salmela, Marja – Salanterä, Sanna – Aronen, Eeva 2009. Child reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. Pediatric nursing 35, (5). 269, 274, 276.

Salmela, Marja – Salanterä, Sanna – Aronen, Eeva 2011. Sairaalaan liittyvät pelot ja pelon merkitys leikki-ikäiselle lapselle. Tutkiva Hoitotyö 9, (3). Tutkimus. 23-27.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilas ohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilas ohjeiden tekijöille. Helsinki:Tammi. 23-26, 31-32, 35-45.