

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiina Alatalo ja Minna Kelkka

## **Leikki-ikäinen potilas päiväkirurgisessa adenotomia-toimenpiteessä eli kitarisan poisto- leikkauksessa - kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Opinnäytetyö 2016

## Tiivistelmä

Tiina Alatalo ja Minna Kelkka

Leikki-ikäinen potilas päiväkirurgisessa adenotomia-toimenpiteessä eli kitarisan poistoleikkauksessa – kuvaileva kirjallisuuskatsaus, 40 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: lehtori Riitta Kalpio, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kertoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin leikki-ikäisen lapsen kehitysvaiheista, leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgisesta hoitoprosessista sekä adenotomiasta toimenpiteenä. Aihe valikoitui tekijöiden oman mielenkiinnon vuoksi. Molemmat ovat kiinnostuneita lasten kirurgisesta hoitotyöstä. Adenotomia valittiin toimenpiteeksi, koska se on yleinen leikki-ikäiselle lapselle (1 - 6 vuotta) tehtävä päiväkirurginen toimenpide. Lisäksi huomattiin, että kaikkia kolmea aihealueita yhteen liittäviä opinnäytetöitä ei ole juurikaan tehty aikaisemmin.

Opinnäytetyömme aineiston keruu on toteutettu käyttäen menetelmänä integroivaa, kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineisto on kerätty erilaisista kirjallisista ja Internet-lähteistä, jotka sisältävät tutkittua tietoa leikki-ikäisten lasten päiväkirurgisesta hoitotyöstä sekä adenotomiasta. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää leikki-ikäisen lapsen fyysinen ja motorinen, kognitiivinen ja kielellinen sekä psykososiaalinen kehitys. Lisäksi perehdytään leikki-ikäiseen lapseen päiväkirurgisena potilaana. Tähän aihealueeseen valittiin käsittelyyn leikin merkitys lasten hoitotyössä, leikki-ikäisten lasten sairaalahoitoon liittyvät pelot, lapsen psyykinen valmistelu leikkaukseen sekä vanhempien rooli toimenpiteeseen valmisteltaessa. Lopuksi kerrotaan leikki-ikäisen päiväkirurgisesta hoitopolusta adenotomia-toimenpiteessä. Opinnäytetyössä kerrotaan adenotomiasta ja sen indikaatioista sekä käsitellään toimenpiteeseen liittyvät operatiiviset vaiheet ja käydään läpi lapsen kivunhoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tietoa päiväkirurgisten leikki-ikäisten lapsipotilaiden parissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle sekä lisätä tekijöiden omaa tietoa aiheesta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää esimerkiksi uusien hoitajien perehdytyksessä. Tämän opinnäytetyön jatkotutkimuksena voisi tehdä esimerkiksi laadullisen haastattelututkimuksen siitä, miten riittävänä leikki-ikäisten lasten vanhemmat pitävät hoitohenkilökunnalta saamaansa ohjausta lapsen tullessa adenotomia-toimenpiteeseen.

Asiasanat: päiväkirurgia, lastenhoitotyö, leikki-ikäinen lapsi, adenotomia

## **Abstract**

Tiina Alatalo and Minna Kelkka

A pre-school aged adenoidectomy patient in a day surgery operation – a descriptive literature review, 40 pages

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2016

Instructor: Senior Lecturer Riitta Kalpio, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this study was to describe through a descriptive literature review what kind of knowledge exists about the developmental phases of preschool aged children, their day surgical treatment process and adenoidectomy as a procedure. The subject was chosen because of the authors' interest in surgical nursing of children. Adenoidectomy is a common procedure among preschool aged children and because of that this particular procedure was chosen as the topic of the thesis.

The information was gathered from literature, scientific nursing publications and the Internet. Most of the search was done manually. Many sources were found with the help of other sources. The material was collected only from Finnish publications published in 2000.

The target of this thesis was to provide information to people who work with preschool aged children and to increase the authors' knowledge of the subject. Follow-up research could be done as a qualitative interview study of how the parents experience the sufficiency of the information which the nursing staff affords them when their child is having an adenoidectomy procedure.

Keywords: day surgery, pediatric nursing, preschool aged child, adenoidectomy

## Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	6
3	Opinnäytetyön toteutus .....	7
3.1	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus.....	7
3.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	8
4	Tulokset.....	11
4.1	Leikki-ikäisen lapsen kehitys.....	11
4.1.1	Fyysinen ja motorinen kehitys .....	11
4.1.2	Kognitiivinen ja kielellinen kehitys .....	12
4.1.3	Psykososiaalinen kehitys .....	14
4.2	Leikki-ikäinen lapsi päiväkirurgisena potilaana .....	17
4.2.1	Leikin merkitys lasten hoitotyössä .....	17
4.2.2	Leikki-ikäisten sairaalahoitoon liittyvät pelot.....	19
4.2.3	Lapsen psyykinen valmistelu leikkaukseen .....	21
4.2.4	Vanhempien rooli toimenpiteeseen valmistelmissä .....	21
4.3	Leikki-ikäisen adenotomiapotilaan päiväkirurginen hoitoprosessi.....	22
4.3.1	Adenotomia ja sen indikaatiot .....	22
4.3.2	Preoperatiivinen vaihe.....	24
4.3.3	Intraoperatiivinen vaihe .....	27
4.3.4	Postoperatiivinen vaihe sairaalassa ja kotona.....	30
4.3.5	Leikki-ikäisen lapsen kivunhoito .....	34
5	Pohdinta .....	37
	Lähteet.....	38

# 1 Johdanto

Päiväkirurgisella toimenpiteellä tarkoitetaan paikallispuudutusta laajempaa anestesiaa vaativaa, suunniteltua toimenpidettä, jonka aikana potilas on toimenpideyksikössä korkeintaan 12 tuntia (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 10). Noin puolet Suomessa tehtävistä leikkauksista tehdään päiväkirurgisesti. Päiväkirurgiaa pidetään ensisijaisena kiireettömän leikkaushoidon vaihtoehtona. Tehokkaat toimintamallit, vuodeosastohoitoa matalammat kustannukset sekä potilas- ja henkilökuntamyönteisyys lisäävät sen suosiota. Lisäksi vakavat komplikaatiot päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen ovat hyvin harvinaisia. (Mattila 2010, 35.) Lapselle päiväkirurginen toimenpide on turvallinen, koska se minimoi eroa perheestä ja lapsen tavanomaisesta arjesta (Hotus 2016, 3).

Opinnäytetyömme aiheena on leikki-ikäinen lapsi päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Valitsimme toimenpiteeksi adenotomian eli kitarisan poistoleikkauksen. Päädyimme aihevalintaan, koska olemme molemmat kiinnostuneita lasten kirurgisesta hoitotyöstä ja haluamme syventää tietämystämme aiheesta. Opinnäytetyöstämme on hyötyä myös sairaanhoitajille, jotka työskentelevät yleisesti lasten päiväkirurgisen hoitotyön parissa, hoitotyön opiskelijoille sekä muille aiheesta kiinnostuneille. Aloitimme opinnäytetyöprosessin suunnittelun yhdessä sairaanhoitajaopiskelija Sini Kiiverin (2015) kanssa, mutta eroavien opintosuunnitelmien vuoksi yhteisestä opinnäytetyöprojektista luovuttiin ja jatkoimme tätä opinnäytetyötä kahdestaan.

Leikki-ikä voidaan jakaa varhaisleikki-ikään (1 - 3 vuotta) ja myöhäisleikki-ikään (3 - 6 vuotta) (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 66; Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2013, 39 - 47). Tässä opinnäytetyössä leikki-ikäisellä tarkoitetaan 1 - 6-vuotiasta lasta.

Opinnäytetyössä selvitetään ensin työn tarkoitus ja tavoitteet. Sitten raportoimme opinnäytetyön toteutuksesta kuvailevana kirjallisuuskatsauksena sekä perehdymme opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen. Opinnäytetyömme tuloksissa kuvaamme leikki-ikäisen lapsen kehityksen osa-alueita sekä kerromme leikki-ikäisestä lapsesta päiväkirurgisena potilaana ja siihen mielestäm-

me olennaisesti liittyvistä aihepiireistä. Lisäksi käsittelemme leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgista hoitoprosessia kaikkine osa-alueineen sekä adenotomiaa toimenpiteenä. Lopuksi pohdimme opinnäytetyömme hyödyllisyyttä ja käytettävyyttä.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kertoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgisesta hoitoprosessista päiväkirurgisessa adenotomia- toimenpiteessä sekä käydä läpi leikki-ikäisen lapsipotilaan kehityksen osa-alueet. Tavoitteenamme on, että pienten päiväkirurgisten potilaiden parissa työskentelevät hoitotyön ammattilaiset saavat lisää tietoa aiheesta. Leikki-ikäisen lapsen tullessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen on tärkeää, että hoitohenkilökunta tiedostaa, missä vaiheessa kehitystä lapsipotilas on. Erityisesti on tärkeää ymmärtää, missä vaiheessa kielellistä kehitystä lapsi on. Näin hoitohenkilökunta osaa valmistaa lasta toimenpidettä sekä koko hoitoprosessia varten tämän yksilöllisen kehitystason mukaisesti. Opinnäytetyöstä on myös hyötyä vanhemmille, joilla on tärkeä rooli lapsen valmistelemissa toimenpidettä varten. Opinnäytetyöstämme vanhemmat saavat tietoa toimenpiteestä, sen mahdollisista vaikutuksista lapseen, koko hoitoprosessista sekä jälkihoidosta kotona. Tavoitteenamme on myös lisätä omaa tietämystämme tulevana sairaanhoitajina päiväkirurgisen lapsipotilaan hoitotyöstä, leikki-ikäisen kehitysvaiheista sekä adenotomiasta toimenpiteenä.

Opinnäytetyössämme etsimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin: leikki-ikäisen lapsen kehityksen osa-alueet, leikki-ikäinen lapsipotilas päiväkirurgisessa toimenpiteessä, adenotomia toimenpiteenä.

### 3 Opinnäytetyön toteutus

#### 3.1 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme on toteutettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen. Yleisesti kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on ilmentää, mistä näkökulmista ja millä tavoilla kyseistä aihetta on aiemmin tutkittu sekä miten tekeillä oleva tutkimus liittyy aiempiin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 112). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perustana on aineistolähtöisyys sekä tarkasteltavan ilmiön kuvaus. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty tutkimusmenetelmänä hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa paljon. Menetelmä voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, jotka ovat 1. tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2. aineiston valitseminen, 3. kuvailun rakentaminen ja 4. tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä sekä ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Tämän lisäksi vaiheet etenevät osin päällekkäin koko prosessin ajan lähtien tutkimuskysymyksestä ja päättyen tuotetun kuvailun tarkasteluun. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291 - 292.)

Opinnäytetyömme aineiston kokoamisessa olemme käyttäneet aineistolähtöistä analyysiä eli pyrimme muodostamaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95). Aineiston keruuta varten teimme hakuja Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalista Aleksis- ja Arto tietokannoista erilaisilla opinnäytetyömme aihealueeseen liittyvillä hakusanoilla esim. ”laps? AND leikkau?”, ”leikki-ikä? AND leikkau?” ja ”laps? AND pelko”. Tämän lisäksi teimme hyvin paljon manuaalista hakua artikkeleissa ja samaa aihealuetta käsittelevissä opinnäytetöissä käytettyjen lähteiden perusteella. Poissulkukriteereinämme oli, että aineiston tuli käsitellä leikki-ikäistä lasta ja olla suomenkielinen. Lisäksi aineiston tuli olla melko tuoretta. Olemme pyrkineet valitsemaan 2000-luvulla julkaistua materiaalia, mutta joukossa on joitakin vanhempia julkaisuja. Tämä ei liene ongelma, koska näiltä osa-alueilta tiedot eivät ole oleellisesti muuttuneet verrattuna nykypäivään. Joissakin aihealueissa on kuitenkin käytetty myös aineistoja, jotka käsittelevät lasta yleisesti, koska esimerkiksi ainoastaan leikki-ikäisen lapsen kirurgisen hoitotyön vaiheista löytyy hyvin vähän tietoa. Lähteinä olemme käyttäneet tieteellisiä lehtiä, kirjallisuutta

sekä Internet-julkaisuja. Hoitotieteellisistä lehdistä olemme valinneet tarkasteltavaksi Tutkiva hoitotyö- ja Hoitotiede-lehdet.

Tutkimuksellisia artikkeleita hakemalla esimerkiksi Nelli-tiedonhakuportaalista saatiin hakusanalla "laps?" yhteensä 70 hakutulosta Hoitotiede-lehdestä ja 33 hakutulosta Tutkiva hoitotyö-lehdestä. Aleksi-tietokantahaun perusteella etenkin Tarja Pölkki on tutkinut paljon lasten kivunhoitoa kuten esimerkiksi vuonna 2008 lasten kivunhoidon edistämistä ja vuonna 2006 musiikin käyttöä interventiona lasten kivunlievityksessä Tutkiva hoitotyö-lehdessä.

Theseus-haun perusteella saatiin neljä hakutulosta, joista yhdessä opinnäytetyössä mainitaan kahdesti sana "adenotomia" tekstissä, mutta sitä ei käsitellä sen tarkemmin. "Leikki-ikäinen"-sana tuotti hakutuloksia 1801 kappaletta, joista suurimmassa osassa opinnäytetöitä käsitellään leikki-ikäistä, "päiväkirurginen" sanalla saatiin tuloksia 222. Nopean silmäilyn perusteella osa näistä käsittelee lasten päiväkirurgiaa aiheena. Puolestaan "kitarisa" tuotti 20 hakutulosta. Tämän tuloksen perusteella havaittiin, että osa näistä opinnäytetöistä sivuaa melko paljon opinnäytetyötämme. Kun taas yhdistettiin sanat "leikki-ikä" ja "päiväkirurginen", saatiin 39 opinnäytetyötä, jotka käsittelevät näitä aiheita.

Opinnäytetyön toteuttamisessa on käytetty menetelmänä sisällönanalyysiä. Tällöin tutkittavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103). Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa, että aineistosta on poimittu tekijöiden mielestä opinnäytetyön aiheeseen olennaisesti liittyvä materiaali ja näistä koottu yhtenäinen kuvaus.

### **3.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymysten muotoiluun ja tutkimusetiikan noudattamiseen jokaisessa vaiheessa. Menetelmänä käyttämämme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiden jäsentäminen lisää opinnäytetyömme luotettavuutta. Kuitenkin menetelmän luotettavuutta on myös kritisoitu sen subjektiivisuuden sekä sattumanvaraisuuden vuoksi. (Kangasniemi ym. 2013, 292.)



Opinnäytetyömme eettisyyttä lisää se, että olemme noudattaneet prosessissamme hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Lähdeviitteiden oikeaan merkitsemistapaan olemme kiinnittäneet erityistä huomiota ja käyttäneet viittausta aina, kun teksti pohjautuu jonkun toisen kirjoittamaan aineistoon. Olemme kuitenkin aina kunnioittaneet alkuperäistä lähdettä siten, että tekstin asiasisältö on pysynyt samana eikä sen sanomaa ole muutettu liikaa.

Aineistoa kerätessämme olemme kiinnittäneet huomiota lähdekritiikkiin. Olemme olleet kriittisiä lähteitä valitessa ja niitä tulkitessa. Useissa lähteissämme on toistunut sama kirjoittajanimi, joka kertoo, että kirjoittajalla todennäköisesti on alalla asiantuntemusta. Tämä lisää lähteen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004, 102.)

Opinnäytetyömme reliabiliteetti eli toistettavuus (Hirsjärvi ym. 2004, 216) toteutuu, koska olemme käyneet työssämme läpi vaihe vaiheelta prosessin, jolla lopputulokseen on päädytty. Lisäksi tarkka lähdeluettelo ja lähdeviitteet mahdollistavat, että samat tulokset ovat jokaisen tutkijan saatavilla.

Lisäksi myös valideetti eli pätevyys toteutuu. Tämä tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä on lähdetty tutkimaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) . Validiteetin lisäämisen vuoksi opinnäytetyömme tutkimusmuodoksi valittiin integroiva, kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tämä menetelmä mittaa tässä opinnäytetyössä haluamaamme asiaa ja sillä saadaan vastaukset muodostamiimme tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössämme toteutuvat myös laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128 – 129).

Tutkimuksen uskottavuuden lisäämiseksi tutkijan on varmistettava, että hänen tulkintansa ja käsityksensä vastaavat lähdeaineiston tarjoamaa tietoa (Eskola & Suoranta 2000, 211). Tämän toteutuminen on varmistettu siten, että opinnäytetyön aineisto sisältää ainoastaan lähteitä, joissa esiintyy sellaista tietoa, joka vastaa tekijöiden ennakkokäsityksiä aihealueesta. Uskottavuuteen on kiinnitetty huomiota myös lähteiden valinnassa. Opinnäytetyössä käyttämämme aineiston lähteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja painottuvat 2000-luvulle.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksista tulkitut tiedot saavat tukea toisista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2000, 212). Opinnäytetyössämme tämä toteutuu siten, että käytetyn aineiston eri lähteiden tiedot vastaavat sisällöltään toisiaan tai niiden tiedot eivät ainakaan olennaisesti poikkea toisistaan. Lisäksi olemme kirjanneet huolellisesti koko tutkimusprosessin ja opinnäytetyön lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua.

Refleksiivisyys määritellään siten, että tutkijan on tiedostettava omat lähtökohdansa tutkijana ja pystyttävä arvioimaan, millainen vaikutus hänellä on aineistoonsa ja tutkimusprosessiin sekä ilmoitettava lähtökohdansa tutkimusprosessissa ja arvioitava edellä mainittua (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Tämä toteutuu opinnäytetyössämme, sillä kyseistä asiaa on arvioitu ja huomioitu sen vaikutus opinnäytetyöprosessiimme.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija kuvaa aineiston keruuprosessinsa yksityiskohtaisesti sekä tutkimuksen tulokset on mahdollista siirtää ja soveltaa toiseen vastaavaan ympäristöön (Janhonen & Nikkonen 2003, 197 – 198). Opinnäytetyössämme on kuvattu aineiston keruuprosessi tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Tästä johtuen kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat siirrettävissä ja sovellettavissa.

## 4 Tulokset

### 4.1 Leikki-ikäisen lapsen kehitys

#### 4.1.1 Fyysinen ja motorinen kehitys

Leikki-iässä lapsen fyysinen kasvu alkaa tasaantua. Toisen ikävuoden jälkeen pituutta tulee lisää noin 5 - 7 cm vuodessa ja painoa noin 2 - 3 kg. (Koistinen ym. 2004, 66.)

Varhaisessa leikki-iässä karkeamotoriikka eli kehon suurten lihasten liikkeiden säätely kehittyy (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 39). Yhden ikävuoden tienoilla lapselta onnistuu jo ilman tukea käveleminen sekä portaiden ylös kiipeäminen. Puolitoistavuotiaan juoksu on vielä kömpelöä ja hän kaatuilee usein. Lapsi osaa kiivetä portaat yhdellä kädellä tuettuna, istua yksin tuolilla ja heittää palloa kaatumatta. Parivuotiaan juoksu on jo melko ketterää. Portaiden kiipeäminen onnistuu ylös ja alas tasajalkaa. 2,5 vuoden ikäinen lapsi osaa hypätä rapulta alas ja pomppia tasajalkaa. Yhdellä jalalla seisominen onnistuu hetken ajan, samoin askeleiden ottaminen varpailla. Kolmen vuoden iässä lapsi ajaa kolmipyöräisellä. Hän osaa pukea helposti puettavat vaatteet päälleen sekä laittaa kengät jalkaan, jos saa apua vasemman ja oikean löytämisessä. Silmän ja käden koordinaation kehittymisen myötä jopa 10 palikan torninkin rakentaminen onnistuu. Lapsi kykenee myös jäljentämään ympyrän ja ristin mallista paperille. (Muurinen & Surakka 2001, 46 - 48.)

Myöhäisleikki-iässä lapsen motoriikan kehittymiseen vaikuttaa yksilöllisesti kasvuvauhti. Tällä ikäkaudella selkeimmät merkit lapsen kehityksestä ja kasvusta ovat fyysisiä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 48.) 4-vuotias osaa hyppiä yhdellä jalalla siten, että tasapaino säilyy sekä kävellä portaat alas vuoroaskelin. Hän leikkaa kuvia saksilla ja osaa jäljentää neliön ja kolmion. (Koistinen ym. 2004, 66.)

Viiden vuoden iässä lapsi oppii ajamaan kaksipyöräisellä pyörällä. Luistelu ja hiihtäminen onnistuvat. Hän kykenee kävelemään kapeaa viivaa pitkin ja hypimään kummallakin jalalla erikseen. Lapsen hienomotoriikka on jo niin kehittynyttä, että kolmion ja tähden piirtäminen onnistuu. Viisivuotias luettelee jo nu-

meroita ja osaa kirjoittaa nimensä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 60.) Tämän ikäinen lapsi omaa jo kaikki motorisen kehityksen perusvalmiudet (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 141).

Kouluikäinen hallitsee melko kätevästi erilaiset käytännön taidot. Lapsi käyttää käsiään mielellään – kirjoittaa, piirtää ja värittää. Haarukan ja veitsen käyttäminen, perunoiden kuoriminen, kengännauhojen solmiminen sekä vetoketjun vetäminen onnistuvat. (Koistinen ym. 2004, 66.)

#### **4.1.2 Kognitiivinen ja kielellinen kehitys**

Ensimmäisten ikävuosien aikana lapsen kognitiiviselle kehitykselle luo perustan liikkuminen ja havainnointi. Kahden vuoden iässä lapsi alkaa ymmärtää alkeellisesti syy-suhteita. Viivästynyttä jäljittelyä ilmenee. Lapsi tarkkailee aikuisten puuhia ja kopio niitä sitten leikkeihinsä. 1 - 2 vuoden iässä kerätään tietoja liikkeen ja havaintojen avulla. Tässä iässä lapsi ilmentää myös itseään liikkeellä. Ympäristöä ei omaksuta niinkään kuvittelemalla ja ajattelemalla, vaan aistien ja kehon avulla sekä välittömien tekojen kautta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 41.)

Kielen avulla lapsi jäsenteleo havaintojaan, hankkii tietoja ympäristöstään ja tutustuu siihen. Kielen omaksuminen edellyttää, että lapsen keskushermosto on kehittynyt normaalisti ja hän kuulee käytettävän kieltä ympäristössään. (Lyytinen, Korkiakangas & Lyytinen 1995, 105.) Puhumisella on yhteys muistin kanssa. Lapsen on pystyttävä pitämään jonkin verran aineistoa mielessään. Melkein kaikki lapset oppivat puhumaan puolentoista vuoden ikään mennessä. (Vilkkö-Riihelä 1999, 216.)

Noin yhden vuoden iässä lapsi siirtyy jokelluksesta puheeseen. Hän poimii, varastoi sanoja sekä keskittyy kuuntelemiseen ja matkimiseen. Ensimmäiset sanat kuvailevat asioita, joita lapsi näkee. Nämä yhden sanan lauseet voivat sisältää lapselle monia erilaisia merkityksiä. (Hofsten & Lidbeck 1997, 255 - 256.)

Kaksivuotias lapsi osaa yhdistellä sanoja yksinkertaisiksi lauseiksi. Hän oppii taivuttamaan monikkoja ja verbejä sekä osaa ilmaista genetiivillä omistussuhteen (sinun, veljen). Tämän ikäinen lapsi erottaa käsitteet sinä ja minä. Hän alkaa hahmottaa kielen sosiaalisen luonteen. (Vilén ym. 2013, 145 - 146.)

2 - 3 vuoden ikäinen lapsi oppii uutta virikkeellisen ympäristön kannustamana. Oppimisen synnyttämät tunteet tulevat voimakkaammiksi. Lapsi oppii varhaisimmat taidot pääosin seuraamalla ja jäljittelemällä muiden käytöstä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 41.)

Kolmevuotias kartuttaa sanavarastoaan yli kymmenellä uudella sanalla päivässä. Hän käyttää jo lauseita, jotka sisältävät 3 - 5 sanaa. Tässä iässä lapselle on ominaista puheen kehityksen nopeus. (Ivanoff ym. 2001, 62.) Lapsi opettelee taivuttamaan verbien eri aikamuotoja ja käyttää puheessaan kielto-, käsky- ja kysymyslauseita (Ojanen, Ritmala, Sivén, Vihunen & Vilén 2011, 136).

Neljän vuoden iässä lapsi osaa luokitella esineitä koon ja värin mukaan sekä laskea jonkin verran. Tämän ikäinen lapsi ei osaa vielä vetää rajaa sadun ja todellisuuden välille. Hän alkaa arvioida omia kykyjään ja taitojaan sekä vertailla itseään kavereihinsa. Ajattelun muokkautumisen tuloksena myös lapsen käsitys kuolemasta muuttuu. Alle viisivuotias lapsi saattaa sanoa kuolema-sanana, vaikka sen merkitys ei ole hänelle avautunut täysin. Kuolemaa ei pidetä lopullisena, vaan uskotaan, että kuollut voi palata takaisin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 49 - 50.) Neljävuotiaan lapsen lauseet sisältävät jo 5-6 sanaa ja hänen sanavarastonsa kuuluu joitakin tuhansia sanoja. Tässä iässä lapsi kyselee paljon miksi-kysymyksiä, koska haluaa tietää mitä tapahtuu ja miksi. (Vilén ym. 2013, 146.) Hän osaa vertailla asioita superlatiivien avulla ja opettelee lukumäärien laskeamista (Ojanen ym. 2011, 136).

Viisivuotiaalle ominaista on sisäisen maailman rikastuminen sekä mielikuvituksen voimistuminen. Tämän seurauksena mielikuvitus voi synnyttää pelkoja, sillä lapsi ei aina kykene erottamaan mielikuvituksen tuotteen ja todellisuuden eroa. Tässä iässä lapsi pystyy luovaan ajatteluun sekä uusien ratkaisujen keksimiseen ongelmatilanteissa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 50.) Viiden vuoden ikäinen lapsi osaa sujuvasti äidinkieltä taivutussäännöt ja hallitsee vaikeat äänneet kuten r:n ja s:n. Hän pystyy kertomaan tapahtumia ja tarinoita ymmärrettävästi vieraallekin kuulijalle. Myös yksinkertaisten laskujen laskeminen sormia apuna käyttäen luonnistuu. (Ojanen ym. 2011, 136.)

5 -6-vuotiaan lapsen ajattelu on intuitiivista sekä muuttunut realistisemmaksi Jean Piaget'n ajattelun kehityksen mukaan. Ymmärretään oikean ja väärän ero. Pohditaan, mikä on oikeudenmukaista. Lapsi muodostaa käsityksiä spontaanisti, eikä hän kykene huomioonottamaan kuin yhden ominaisuuden kerralla. Siksi omien käsitysten perustelu on hänelle vaikeaa. Leikkien sääntöjen tulee olla selkeitä ja yksinkertaisia. Tässä iässä tunteita ilmaistaan liikkeen avulla ja asioita otetaan haltuun aistimalla omaa kehoa ja sen liikkeitä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 50.)

Kuusivuotiaan sanavarasto sisältää jo noin 14 000 sanaa. Lapsi ymmärtää, että sanat koostuvat erilaisista äänneistä. Hän oppii lisäämään, poistamaan ja yhdistämään äänneitä sekä oivaltaa kielen merkityksen kommunikaation välineenä. (Ivanoff ym. 2001, 62.) Tämän ikäistä lasta kiinnostavat kirjaimet ja lukeminen. Lapsi osaa kertoa yksityiskohtaisia tarinoita. Abstraktien käsitteiden ymmärtäminen tuottaa vielä hankaluuksia. (Ojanen ym. 2011, 136.)

#### **4.1.3 Psykososiaalinen kehitys**

Sairaanhoitajan on tärkeää ymmärtää, missä vaiheessa psykososiaalista kehitystä tietyn ikäinen lapsipotilas on, jotta hän osaa valmistaa lasta leikkaukseen lapsen ymmärryksen mukaisesti. Varsinkin lasten päiväkirurgisessa hoitotyössä tämä korostuu, koska hoitajaksot ovat lyhyitä ja on tärkeää millainen kokemus lapselle jää toimenpiteestä ja sairaalassaolosta.

1 - 2 vuoden ikäinen lapsi on luonnostaan sosiaalinen ja nauttii leikeistä sekä muiden seurasta (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 43). Yksivuotias tutustuu mielellään uusiin ihmisiin. Hän on kiinnostunut muiden lasten tekemisistä ja yrittää matkia heitä. Tässä iässä lapsi voi leikkiä pienen hetken itsekseen, jos aikuinen on lähellä. Lapsen ymmärtämys ei vielä riitä tekojen seurausten ymmärtämiseen, vaan hän tarvitsee tässä aikuisen apua. (Ojanen ym. 2011, 169.)

Toisen ikävuoden aikana vuorovaikutusketjut pidentyvät ja vastavuoroisen käyttäytymisen määrä kasvaa (Lyytinen ym. 1995, 124). Kaksivuotiaalle samanikäisten kanssa leikkiminen on kuitenkin vielä haastavaa ja siinä tarvitaan aikuisen ohjausta. Lapsi on erittäin kiinnostunut aikuisen tekemisistä ja tahtoo olla mukana kaikessa. Mielikuvitus on yhä vilkkaampi ja tämä voi näkyä lisäänty-

neenä varovaisuutena ja pelkona uusissa tilanteissa. Kiitos-sana luonnistuu kaksivuotiaalta tilanteissa, joissa se on hänelle opetettu. (Vilén ym. 2013, 159.)

Leikki-ialle keskeinen kehitysvaatimus on minänkehityksen alkuvaiheen työstö (Kantero, Levo & Österlund 1997, 40). Toisen ja kolmannen ikävuoden välille sijoittuu uhmakausi. Tällöin lapsi kokeilee hänelle asetettuja rajoja ja tuloksena on pettymys, mikäli hän ei saa tahtoaan läpi. Lapselta puuttuu vielä kyky hillitä tunteitaan. (Ivanoff ym. 2001, 61.) Ei-sana on lapselle tyypillinen kuten myös fyysinen sekä verbaalinen aggressiivisuus. Uudet asiat ja muutokset on vaikea hyväksyä, jonka vuoksi lapsen on annettava itse tutustua uuteen asiaan tai ihmiseen rauhassa. Huomiota haetaan paljon itkemällä tai huutamalla, joka on seurausta lapsen tunne-elämän monipuolistumisesta. Tyypillisiä tälle vaiheelle ovat myös kiukkukohtaukset, kun lasta kielletään tekemästä jotakin. Tärkeää on, että kiukkukohtausten aikana aikuinen pysyy rauhallisena. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 43.)

Suurin piirtein kolmen vuoden iässä lapsi oppii ottamaan huomioon toisten tunteita ja tunnistamaan niitä (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 43 - 44). Kolmen vuoden ikäinen lapsi harjoittelee yhdessä leikkimistä muiden lasten kanssa ja on kiinnostunut leikkikavereistaan. Hän opettelee leikkien sääntöjä. Rajojen kokeilu voi tässä iässä olla hyvinkin voimakasta, mutta jos lapsi luottaa aikuisiin, niin lopputuloksena on ymmärtämys rajojen tuomasta turvallisuudesta. (Ojanen ym. 2011, 169.) Tämän ikäisen lapsen toiminnassa alkavat näkyä sukupuoliroolit, jonka myötä tyttöjen ja poikien erot alkavat kiinnostaa lasta (Muurinen & Surakka 2001, 48; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 52).

Kolmevuotiaalta arkipäivän tilanteissa ja sosiaalisissa tilanteissa toimiminen ei vielä onnistu yksin, mutta hetkittäin itsenäinen toimiminen on mahdollista. Aikuisen kanssa touhuaminen on hänelle mieluista. (Vilén ym. 2013, 159.) Kognitiivisten taitojen kehittymisen myötä lapselle muodostuu yksilöllinen persoonallisuus. Positiivisen palautteen seurauksena lapsen itseluottamus alkaa kehittyä ja hänelle syntyy hyvä itsetunto. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 44.) Lapsen minuuden muodostuminen alkaa kolmannen ikävuoden lopulla. Minäkeskeisyys onkin ominaista 3 - 4 vuoden ikäiselle lapselle. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 52.)

Neljävuoτίας lapsi on itsenäinen ja omatoiminen, mutta vaatii paljon vanhemman tukea (Ivanoff ym. 2001, 61). Hän on erittäin kiinnostunut kavereista. Lapselta onnistuu jo kaverin kanssa tai pienessä ryhmässä leikkiminen, mutta ristiriitatilanteissa tarvitaan vielä aikuisen apua. Tässä iässä lapsi kiinnostuu erityisesti roolileikeistä. (Vilén ym. 2013, 159.) Lapsi tietää useimmiten, miten tutuissa tilanteissa pitäisi toimia, mutta ei aina pysty hallitsemaan tunteitaan, niin että jaksaisi käyttäytyä oikein (Ojanen ym. 2011, 170). Nelivuotiaan leikit ovat hyvin paljon mielikuvituksen värittämiä (Koistinen ym. 2004, 67). Tässä iässä lapsen moraalintajun kehittyminen alkaa, jonka myötä hän alkaa pohtia oikean ja väärän eroa (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 52 - 53).

Viiden vuoden ikäiselle lapselle ominaista on voimakas tarve tehdä asiat oikein ja sääntöjen mukaan. Lapsi kyselee paljon vanhempien käsityksiä ja mielipiteitä asioista. (Muurinen & Surakka 2001, 49.) Luonteenpiirteet ja persoonallisuus tulevat esiin (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 53). Kaverit ovat hänelle tärkeitä ja kyläilyt yksinkin onnistuvat. Myös pitkäjänteinen leikkiminen tuttujen kavereiden kanssa luonnistuu. (Ojanen ym. 2011, 170.) Viisivuoτίας kykenee jo ottamaan huomioon toisten lasten tunteet ja olemaan sovitteleva (Ivanoff ym. 2001, 61). Hän pystyy selvittämään ristiriitatilanteita yhdessä kavereiden kanssa, mutta tarvitsee ajoittain aikuisen apua. Isoissa ryhmätilanteissa toimiminenkin onnistuu aikuisen riittävässä ohjauksessa. (Vilén ym. 2013, 160.)

5 - 6 vuoden iässä lapsi katsoo vanhempiaan aivan uudesta näkökulmasta, isää miehenä ja äitiä naisena, mikä vahvistaa hänen sukupuoli-identiteettiään. Tärkeässä roolissa lapselle ovat omaa sukupuolta edustavat ihanteet ja esikuvat. Tässä iässä herää myös itsekritiikki, joka voi aiheuttaa epäonnistumisen pelkoa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 53.)

Kuusivuotiaalle ominaista ovat sosiaalisuus ja halu toimia itsenäisesti (Ivanoff ym. 2001, 61). Kaverit ovat tärkeässä asemassa (Koistinen ym. 2004, 68). Lapsi pystyy toimimaan ryhmässä ja noudattamaan sääntöjä, mutta tarvitsee ajoittain tukea niiden muistamisessa. Tämän ikäinen lapsi on omaksunut paljon asenteita ja arvoja sosiaalisesta ympäristöstään. (Ojanen ym. 2011, 170.) Kuuden vuoden iässä lapsi alkaa sisäistää ohjeet omaan mieleensä, jolloin voidaan ajatella, että hänen omatuntonsa syntyy (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 53). Hän



ymmärtää jo melko hyvin sosiaalisia tilanteita ja kykenee ilmaisemaan omia mielipiteitään. Kuuden vuoden ikäinen lapsi tarvitsee vielä vapaata leikkiä ja väsähtää mikäli toiminta on liian paljon ohjattua. (Vilén ym. 2013, 160.)

Yritimme etsiä hoitotieteellisiä tutkimuksia leikki-ikäisen fyysisestä ja motorisesta, kognitiivisesta ja kielellisestä sekä psykososiaalisesta kehityksestä Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalin avulla, mutta niitä ei löytynyt.

## **4.2 Leikki-ikäinen lapsi päiväkirurgisena potilaana**

### **4.2.1 Leikin merkitys lasten hoitotyössä**

Leikki on keskeinen osa lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä (Olli 2011, 18). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2009) mukaan leikki on lapselle arkea ja tapa, jonka avulla toimia. Leikeissään lapsi on aktiivinen toimija ja hyödyntää kaikkea kokemaansa, näkemäänsä ja kuulemaansa. Leikin avulla lapsi ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan sekä parantaa hyvinvointiaan ja vahvistaa käsitystä itsestään. (Alapiha & Halme 2014, 16.) Lapsella ei ole tarkoitus oppia leikkiessään, mutta oppiminen tapahtuu leikin mukana (MLL-Vanhempainnetti 2016).

Leikki ja lasten hoitotyö ovat aina kuuluneet kiistattomasti yhteen (Hiitola 2000, 75). Sairaalassa leikki on tärkeä väline lapsen parantumis- ja kuntoutumisprosessissa ja tärkeää vastapainoa sairauden aiheuttamalla pahalle ololle. Korhosen, Kaakisen, Miettisen, Ukkolan ja Heinon (2009) mukaan päiväkirurginen toimenpide voi synnyttää lapsessa pitkäaikaisiakin tunne-elämään liittyviä seuraamuksia kuten eroahdistusta, unihäiriöitä, syömisvaikeuksia ja lääkäripelkoa vielä vuodenkin päästä leikkauksesta. Hatavan, Olssonin ja Lagerkranserin (2000) mukaan leikin käytön on todettu vähentävän lasten ahdistusta ja pelkoa. (Olli 2011, 18 - 19.)

Pienelle lapselle kommunikointi leikin ja toiminnan avulla on luontevampaa kuin pelkkä puhuminen, koska hänen abstrakti ajattelunsa tai kielellinen ilmaisunsa ei ole vielä riittävän kehittynyttä. Karlssonin (2005) mukaan aikuisen esittäessä kysymyksen lapselle, lapsi on tottunut arvaamaan, mikä olisi oikea vastaus aikuisen mielestä. Leikin kautta lapsi ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan helpom-

min kuin suoraan kysyttäessä. Tätä tietoa hyödyntämällä sairaanhoitaja voi saada tärkeää tietoa lapsen tuntemuksista, kuten kivuista ja peloista. (Olli 2011, 18.)

Leikki on myös hyvä apuväline luottamuksellisen kontaktin luomiseen. Jos lapsi on pelokas, hoitaja voi ottaa ensin kontaktia vaikkapa lapsen nalleen. Leikki on lapsen kieltä ja tutun kielen kuuleminen auttaa lasta rentoutumaan oudossa tilanteessa. Leikin avulla lapsi voi ”leikkiä ulos” tunteensa, samalla tavalla kuin aikuinen ”puhuu ulos” tunteensa. Kiellettynäkin pidettyjen tunteiden ilmaisu on helpompaa leikin kautta symbolisen etäisyyden tuodessa turvallisuutta. Esimerkiksi nukke voi tuntea samoja tunteita kuin lapsi. Leikin avulla ujokin lapsi uskalttaa ilmaista tuntemuksensa. Lindquistin (1981) mukaan leikki on lisäksi tärkeää vastapainoa toimenpiteille ja tutkimuksille, joihin lapsi joutuu alistumaan. (Olli 2011, 18 - 19.)

Toimenpiteisiin ja tutkimuksiin valmistellessa lapsen ahdistusta voi lievittää toteuttamalla valmistelu leikin keinoin ja antamalla lapselle aktiivinen rooli. Li'n & Lopezin (2008) mukaan tällainen ohjaus on huomattavasti tehokkaampaa verrattuna pelkkään tiedonantoon. (Olli 2011, 18.) Kun lapselle annetaan mahdollisuus olla tilanteessa toimija, eikä pelkästään toiminnan kohde, aiheutuu tutkimus- ja toimenpidetilanteista vähemmän paineita sekä potilaalle että henkilökunnalle (Hiitola 2000, 12).

Leikistä lapsi saa itsetuntoaan vahvistavia kokemuksia. Hoitajalle tarjoutuu leikissä oiva mahdollisuus osoittaa lapselle hyväksyntää. Hänen vastuullaan on huolehtia, että lapselle on tarjolla leikkivälineitä ja riittävän usein seuraa ja että lapsi saa leikkiä. Hoitajan tulisi myös huolehtia, että hoitotoimet eivät jatkuvasti keskeytä leikkiä. Lapsen mielialan kohottaminen leikin avulla on tärkeää sairaudesta toipumisen sekä sairauden ja hoidon pitkäaikaisvaikutusten kannalta. (Olli 2011, 19.) Leikin toteuttaminen sairaalassa on jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen vastuulla (Hiitola 2000, 67).

#### 4.2.2 Leikki-ikäisten sairaalahoitoon liittyvät pelot

Pelko on hyödyllinen ja tarpeellinen tunne, jonka ideana on suojata lasta vaaroilta. Synnynnäisiä pelkoja ovat putoaminen, kipu sekä kovat äänet. Opitut pelot kehittyvät epämiellyttävien kokemusten mukana tai kun lapsi havaitsee muiden pelkäävän. Yksikin epämiellyttävä kokemus riittää ehdollistamaan lapselle pelon. Lapsen pelon perimmäinen ydin on se, että hän joutuu eroon hoitavastaan vanhemmasta. (Kantero ym. 1997, 111.)

Lapselle pelkoa sairaalassa aiheuttavat erilaiset asiat. Pelkojen ennaltaehkäisy ja lievittäminen edellyttävät, että sairaanhoitajalla on tietoa yleisistä sairaalaan liittyvistä peloista, joita leikki-ikäisillä on. Pieni lapsi tarvitsee aikuisen apua päästääkseen pelkonsa yli ja voittaakseen sen. Salmelan mukaan leikki-ikäisten lasten yleisimmät sairaalapelot kohdistuvat hoitotoimiin. Haastatelluilla lapsilla pelkoja kuvattiin eniten hoitotoimenpiteitä, tutkimuksia ja näytteenottoa sekä lääkitystä, kuten pistoksia, kohtaan. Myös kivun pelko oli usein mainittu. (Salmela 2011, 21.) Ivanoffin, Åstedt-Kurjen ja Laijärven (1999) tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että leikki-ikäisten lasten pelot muodostuivat hylätyksi tulemisen pelosta, vieraasta ympäristöstä, kehon vahingoittumisen uhasta, itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, kivusta ja alistamisen sekä mielivallan kokemuksista (Luotolinna-Lybeck 2003, 20).

Levottomuutta ja ahdistusta lapselle synnyttää sairaus fyysisenä muutoksena. Alle viiden vuoden ikäisiä lapsia pelottaa eniten ero vanhemmista. Lapsen ajantaju ei ole vielä tarpeeksi kehittynyt, jotta hän ymmärtäisi, etteivät vanhemmat lähde iäksi, vaikka he poistuvat hetkeksi. Tunneside omiin vanhempiin on niin vahva, että sitä on vaikea siirtää nopeasti toiseen vieraaseen aikuiseen. Turvallisen aikuisen ollessa lähellä, lapsi kestää paremmin pelottaviakin asioita. (Kantero ym. 1997, 112.)

Alle kouluikäinen lapsi kokee kaikki omaan vartaloon kohdistuvat toimenpiteet uhkaavina. Lapsen käsitys ja tiedot oman kehonsa toiminnoista ovat vähäiset, jopa mielikuvituksen värittämät sekä väärät. Esim. leikkaus-sanasta puhuttaessa lapsi käsittää, että jotakin otetaan kokonaan irti. Operaatiosta kannattaisikin puhua ennemmin parannuksena tai korjauksena. Verinäytteen otto taas pelot-

taa lasta, koska hän luulee, että veri voi loppua kokonaan. Alastomuus saa aikaan turvattomuuden tunnetta lapsessa, joten sitä on syytä välttää. Näissä tilanteissa hoitajan olisi tärkeää kuvitella itsensä lapsen asemaan ja miettiä, miltä lapsesta tuntuu. (Kantero ym. 1997, 112.)

Lapsi saattaa kokea toimenpiteet ja sairauden rangaistuksena, jolloin pelko lisääntyy. Lapset pelkäävät kipua. Tärkeää on olla rehellinen lapselle. Toimenpiteissä, joissa kipua ei voida ehkäistä kokonaan, on tärkeää lapsen valmistelu. Pelouksiaan olevaa lasta ei saa jättää yksin. Outo, uusi ympäristö, ihmiset ja laitteet tulisi voida kohdata yhdessä aikuisen kanssa. Leikillä on tärkeä merkitys pelon poistamisessa. (Kantero ym. 1997, 112.)

Leikki-ikäisellä lapsella on käytössään monia eri keinoja selviytyä peloista. Salmelan, Salanterän ja Arosen (2010) tekemässä tutkimuksessa lapset kuvasivat 75 erilaista selviytymiskeinoa sairaalapelouille. Vanhempien läsnäoloa lapset pitivät tärkeimpänä keinona. Tämän lisäksi lapsi tarvitsee leikkiä ja positiivisia mielikuvia. Vapaa tai ohjattu leikki, pelit, satujen kuuntelu, piirtäminen ja television katselu sekä hassuttelu ja huumori ovat myös tärkeitä selviytymiskeinoja. Omasta turvavalelusta lapsi saa lohtua. (Salmela 2011, 21.)

Positiivisilla mielikuvia tarjoamalla lievitetään myös leikki-ikäisen pelkoa. Esimerkiksi mukavien asioiden miettiminen sekä pelottavan asian muuttaminen ajatuksissa joksikin hauskaksi ovat hyviä keinoja. Salmelan, Salanterän & Arosen (2010) sekä Wennströmin & Bergh'n (2008) tekemien tutkimusten mukaan lapsi voi selviytyä sairaalapelostaan myös omalla aktiivisella toiminnallaan esimerkiksi piiloutumalla, pakenemalla konkreettisesti tai sulkemalla silmänsä. Salmelan ym. (2010) mukaan osa lapsista haluaa ottaa selvää pelottavasta tilanteesta kyselemällä. Perustelut saatuaan, lapsi rauhoittuu ja sopeutuu tilanteeseen. Pelon ilmaiseminen ja hyväksyminen, pelkoa torjuva ajattelu, avun pyytäminen, syöminen ja juominen, ystävien ja sisaruksien tapaaminen sekä lahjojen ja palkkioiden saaminen olivat myös lasten kuvailemia keinoja. (Salmela 2011, 21.)

Sairaanhoitajan tehtävänä lapsen pelkojen lievittämisessä on luoda ja vahvistaa lapsen luottamusta siitä, että hänestä pidetään huolta. Salmelan ym. (2010)

mukaan pelosta selviytymisen kokemus perustuu siihen, että lapsi saa kokea päivittäin ilon ja mielihyvän kokemuksia sairaalassa. On kuitenkin muistettava, että edellä mainitut pelosta selviytymisen tavat ovat hyvin yksilöllisiä. Lapsen voidaan olettaa hyötyvän pelkonsa voittamisessa juuri niistä keinoista, joita hän itse kuvaa. (Salmela 2011, 22-23.)

#### **4.2.3 Lapsen psyykkinen valmistelu leikkaukseen**

Flinkmanin (2004) tutkimuksen mukaan lapset kokevat päiväkirurgisen hoitoprosessin pääasiassa myönteisenä. Myönteisyyttä lisäsivät ennen toimenpidettä lapsen piirtely ja leikkiminen ja toimenpiteen jälkeen jäätelön syöminen, lepääminen, lukeminen ja kotiin lähtö. Kokemukset olivat enimmäkseen positiivisia, vaikka osalla lapsista esiintyi huonovointisuutta ja kipuja leikkauksen jälkeen. Lasten myönteistä käsitystä hoitoprosessia kohtaan lisäsi vanhempien läsnäolo. Kielteisinä lapset kokivat nukutusmaskin ja pistämisen sekä nukkumisen ja nukuttamistapahtuman kokonaisuudessaan. Nukutusaineen hajusta tai mausta lapset eivät pitäneet. (Alapiha & Halme 2014, 16.)

Lapsen psyykkinen valmistelu korostuu leikkausvalmisteluissa, koska eri ikäkaudesta riippuva ajattelun taso heijastuu toimenpiteeseen kohdistuviin kuvitelmiin ja pelkoihin. Lasta valmistellessa leikkaukseen hoitajan on huomioitava lapsen kehitysvaiheet, kehitystaso ja aikaisemmat sairaalakokemukset. Tärkeää on kuunnella lapsen ajatuksia toimenpiteestä. Keskustellessa lapsen kanssa sairaanhoitajan on pystyttävä luomaan avoin ja kiireetön ilmapiiri. Annetun tiedon päiväkirurgisesta hoitoprosessista tulee olla ymmärrettävää, havainnollistavaa ja konkreettista. Apuna voi käyttää esimerkiksi erilaisia kuvakirjoja ja videoita. Sairaalakieltä tulee välttää, kuten myös yksityiskohtaisuutta, koska vilkkaan mielikuvituksen omaava lapsi voi liioitella asioita päässään. Leikkausvalmisteluissa käydään läpi lapselle vaikeita ja pelottavia asioita leikin avulla. Sairaanhoitaja ohjaa lasta hänen ikäkautensa mukaisen tekemisen pariin. (Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13-14.)

#### **4.2.4 Vanhempien rooli toimenpiteeseen valmistelemissä**

Hoitoaikojen lyhentyessä vanhemmille jää yhä suurempi vastuu lapsen valmistamisesta sairaalaan tuloon, kuten myös jälkihoidosta. Vanhempien ohjaukses-

sa lievitetään heidän omia pelkojaan ja ennakkoluulojaan toimenpidettä kohtaan. Tämän myötä myös lapsi tuntee olonsa turvalliseksi, koska lapsi peilaa vanhempiensa tunnetiloja. (Kortesalmi & Lipsonen 2005, 14.) Vanhemman omien pelkojen ollessa hallinnassa, hän pystyy rauhoittamaan lasta nonverbaalisella viestinnällä, turvallisuudellaan ja omalla luottamuksellaan (Hiitola 2000, 90).

Hoitohenkilökunnan on tärkeää tukea vanhempien osallistumista lapsen päiväkirurgiseen hoitoon, jotta lapsen turvallisuuden tunne säilyy ja näin varmistetaan turvallisen päiväkirurgisen palveluketjun toteutuminen. Vanhemmat tuntevat oman lapsensa parhaiten ja osaavat tulkita häntä tarkemmin kuin ammattilaiset. (Kaakinen, Korhonen, Miettinen & Mäkelä 2016, 5.) Vanhemman osallistuminen lapsen hoitoon päiväkirurgisen hoitoprosessin eri vaiheissa saattaa lievittää lapsen ahdistusta. 2 -8-vuotiaan lapsen itkuherkkyyteen heräämössä ei vaikuttanut vanhemman paikalla olo, mutta se vähensi myöhempien (2 vk tmp:n jälkeen) käyttäytymismuutosten esiintymistä. (Kaakinen ym. 2016, 8.)

Hoitohenkilökunnan on annettava tarpeeksi tietoa vanhemmille, jotta he osaavat kertoa lapselle tulevista tapahtumista. Vanhempien ohjauksessa käydään läpi tietoa erilaisista leikkauksen jälkeisistä ongelmista, niiden tunnistamisesta sekä lapsen postoperatiivisesta hoidosta kotona (Kortesalmi & Lipsonen 2005, 14). Lapsen päiväkirurgisen toimenpiteen yhteydessä on tärkeää lievittää myös vanhemman ahdistusta. Ahdistusta lievitetään vanhempien tiedottamisella toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Tutkimusten mukaan vanhemman osallistuminen nukutukseen saattaa lisätä ahdistusta ja stressiä. Myöskään lapsen esilääkityksen yhdistämisen vanhemman osallistumiseen ei ole todettu lievittävän vanhemman ahdistusta. (Kaakinen ym. 2016, 11.)

### **4.3 Leikki-ikäisen adenotomiatiltaan päiväkirurginen hoitoprosessi**

#### **4.3.1 Adenotomia ja sen indikaatiot**

Kitarisa koostuu samanlaisesta kudoksesta kuin nielurisat. Ihmisellä on kitarisoja vain yksi kappale ja sen koko vaihtelee pienen pienestä jopa luumun kokoi-

seen. Leikki-ikäisellä lapsella kitarisa on suurimmillaan, jonka jälkeen se alkaa surkastua. Noin 20 vuoden iässä kitarisaa ei juurikaan ole enää havaittavissa. (Blomgren 2015.) Kitarisa sijaitsee kitalaen takana nenänielussa nenäsierainten takapäiden ja korvatorvien suuaukkojen alueella. Kun suuhun katsotaan, niin kitarisa ei ole nähtävissä, sillä se on pehmeän suulaen yläpuolella. (Careya 2013.)

Kitarisan tehtävää ei tiedetä tarkasti. Se muodostaa osan lapsen immuunipuolustuksesta ja mahdollisesti suojaa nenänielun limakalvoa haitallisilta bakteereilta. Kitarisan poiston ei tiedetä lisäävän lapsen riskiä sairastua hengitysteiden tulehduksiin tai muihin sairauksiin. (Blomgren 2015.)

Kitarisa ei näy tavallisessa nielututkimuksessa. Kitarisaa voidaan tutkia korvalääkärin tekemällä peilitutkimuksella, joka tehdään suun kautta. Tutkimus ei aiheuta kipua, mutta vaatii yhteistyötaitoja potilaalta, joten sitä on vaikea toteuttaa kovin vilkkaille leikki-ikäisille tai sitä nuoremmille lapsille. Kouluikäisille se onnistuu jo hyvin. Kitarisaa on mahdollista tutkia myös nenän kautta tähystämällä. Tällöin kapea ja taipuisa tähystin viedään nenään. Tutkimus tehdään vastaanottohuoneessa pintapuudutuksen jälkeen ja se onnistuu aivan pienillekin lapsille. Röntgenkuvan perusteella ei voida tehdä luotettavaa arviota kitarisan koosta. Kitarisan kokoa voi arvioida jonkun verran tarkkailemalla potilasta: mikäli tämä hengittää sujuvasti nenän kautta, ei kitarisa ole häiritsevän suuri. (Blomgren 2015.)

Tavanomaisin indikaatio eli syy adenotomia-toimenpiteeseen on suurentuneen kitarisan aiheuttama jatkuva kuorsaus ja suun kautta hengittäminen. Kun kitarisa on suurentunut, se tukkii nenänielun, jolloin lapsen normaali hengittäminen nenän kautta vaikeutuu. Tästä aiheutuva kuorsaaminen ja suun kautta hengittäminen voivat heikentää unen laatua, aiheuttaa pitkäaikaista levottomuutta ja estää hampaiden hyvän purennan kehittymisen. (Blomgren 2015.) Adenotomia voidaan tehdä myös silloin, jos lapsella on toistuvasti korvatulehduksia tai kroonista nuhaa tai yskää (Vaasan keskussairaala 2015).

Etsimme oman sairaanhoitopiirimme eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) potilasohjetta adenotomia-potilaalle, mutta sitä ei löytynyt. Siksi

olemme käyttäneet opinnäytetyössämme aineistoina muun muassa Carean eli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ja Vaasan keskussairaalan potilasohjeita. Eksoten (2016) 29.2.2016 päivättyjen erikoissairaanhoidon jonotustietojen mukaan keskimääräinen jonotusaika adenotomia-toimenpiteeseen on leikkauspäätöksestä kolme kuukautta.

Kroonisesti tulehtunut kitarisa voi olla osasyynä ylähengitysteiden tulehduskier-teeseen (Carea 2013). Kun kitarisa tulehtuu kroonisesti, niin silloin sen pinnalla tai suunielussa on näkyvissä valuvaa märkäeritettä. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei tulehtunut kitarisa ole aina suurentunut. (Blomgren 2015.) Kooltaan pieni tai keskisuuri kitarisa voi myös sijaita epäedullisesti korvatorven suulla ja siten aiheuttaa välikorvan ilmastointiongelman. Tämä tarkoittaa sitä, että kitarisan koko ei aina korreloi siitä aiheutuvaa haittaa. (Kolho 2010, 599.)

Jos hyvä anamneesi ja kliininen status antavat aiheutta epäillä kitarisaongelmaa, on tällöin syytä konsultoida jatkon suhteen korvalääkäriä. Tässä tilanteessa kitarisaröntgentutkimus ennen konsultaatiota ei ole tarpeellinen. (Kolho 2010, 599.) Kitarisaleikkauksia tekevät korvalääkärit. Toimenpide tehdään suun kautta peiliä apuna käyttäen ja toimenpide kestää yleensä alle 15 minuuttia. (Blomgren 2015.)

#### **4.3.2 Preoperatiivinen vaihe**

Preoperatiivinen haastattelu voidaan tehdä joko poliklinikkakäynnin yhteydessä strukturoitua kaavaketta käyttäen tai puhelimitse, jos lapsi saapuu suoraan toimenpiteeseen. Preoperatiivinen soitto toimenpidettä edeltävänä päivänä vähentää tarpeetonta sairaalaan tuloa ja potilaspaikan turhaa varaamista. (Aantaa & Manner 2001, 151.) Soiton avulla sairaalan henkilökunta ja etenkin lapsen omasairaanhoidtaja saa informaatiota lapsen valmistamisesta toimenpidettä varten ja täten varmistutaan toimenpiteen toteutumisesta. Sekä lapsi että vanhemmat saavat puhelun aikana ohjausta ja vanhemmat voivat kysyä mieltä mahdollisesti askarruttaneista asioista. (Kaakinen ym. 2016, 6.)



Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tuleva lapsi tulee osastolle tuntia tai kahta ennen varsinaisen toimenpiteen alkamista. Lasta hoitavan omasairaanhoitajan tulee perehtyä etukäteen lapsen aikaisempiin sairauskertomuksiin ja lapsen tullessa osastolle valmistella hänet toimenpidettä varten. Lapsi on kylvetettävä tai suihkutettava kotona edellisenä iltana. Kun lapsi vaihtaa osastolla ylleen sairaalavaatteet, niin samalla tarkistetaan ihon kunto leikkausalueella. Laboratorionäytteitä ei oteta enää rutiininomaisesti lapsilta. (Ivanoff ym. 2001, 155.)

Omasairaanhoitaja haastattelee lasta ja hänen vanhempiaan. Hänen tehtävänä on selvittää miten lapsen valmistelu toimenpiteeseen on sujunut kotona. (Ivanoff ym. 2001, 155.) Esitietojen eli anamneesin avulla selvitetään lapsen anestesiakelpoisuus, sillä ennen toimenpidettä on selvitettävä lapsen terveydentila ja mahdolliset riskitekijät. Näin vältetään toimenpiteen peruuntumiselta ja minimoidaan anestesiaan liittyviä riskejä. (Pouttu 2010, 566.) Haastattelussa lapselta ja hänen vanhemmiltaan kysytään muun muassa lapsen aikaisemmasta ja nykyisestä terveydentilasta, käytössä olevasta lääkityksestä, allergioista, ravitsemuksesta, aikaisemmista sairaalajaksoista ja leikkauksista ja mahdollisista toiveista ja odotuksista, joita lapselle tai hänen vanhemmillaan saattaa olla koskien lapsen hoitoa (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 209).

Lasta tutkittaessa on huomioitava myös akuutit hengitystieinfektiot, sillä ne ovat riskitekijöitä anestesian aikana esiintyviin hengitystiekomplikaatioihin. Toimenpidettä on hyvä siirtää myös silloin, mikäli lapsen limaisuus on vanhempien mielestä poikkeavaa tavalliseen verrattuna, lapsella on kova yskä ja eritteet ovat märkäisiä, lapsen ruumiinlämpö nousee yli 38 asteeseen, röntgenkuvista löytyy infektiomuutoksia keuhkoissa tai poskionteloissa tai lapsella on laryngiitti eli kurkunpääntulehdus. Kiireelliset leikkaukset on mahdollista tehdä mikrobilääkesuojassa, mutta jos lapsella on esimerkiksi akuutti korvatulehdus, niin toimenpide on hyvä siirtää kaiken varalta myöhempään ajankohtaan. Ylähengitystieinfektion kohdalla toimenpidettä on aihetta siirtää kahdella viikolla ja alahengitystieinfektion kohdalla 4-6 viikolla. (Pouttu 2010, 566.) On kuitenkin muistettava, että viime kädessä anestesia lääkäri päättää hengitystieinfektiota sairastavan lapsen anestesiakelpoisuuden arvioinnista. Adenotomiaan tulleen lapsen kohdalla on huomioitava, että toimenpide voidaan tehdä, vaikka taustalla olisi usei-

den infektioiden kierre, sillä kokonaan infektiovapaaseen ajanjaksoon ei välttämättä ole mahdollisuutta. (Ivanoff ym. 2001, 155.)

Mikäli lapsi sairastaa kroonista tautia kuten esimerkiksi hengitystiesairautta, on sairauden oltava mahdollisimman hyvässä hoitotasapainossa ennen toimenpidettä (Pouttu 2010, 566). Jos lapsi sairastaa jotakin kroonista sairautta ja saa siihen lääkitystä, on sitä syytä jatkaa toimenpiteeseen asti. Epäselvissä ja monimutkaisissa tapauksissa on hyvä ottaa yhteyttä hoitavaan sairaalaan. Jos lapselle on esimerkiksi diabetes tai hän sairastaa sydän- tai veritautia, niin siinä tapauksessa voidaan harkita lapsen ottamista sairaalaan ennakolta, jotta hänen sairautensa tilanne voidaan varmistaa ja tarkistaa sen mahdollisia vaikutuksia toimenpiteeseen. (Pouttu 2010, 566.)

Ennen anestesian aloittamista mahalaukun tulee olla tyhjä. Tämän vuoksi lapsen on oltava ravinnotta ennen toimenpidettä. Anestesia estää elimistön normaalien suojausmekanismien toimimisen ja altistaa lapsen aspiraatiolle, jolloin mahaneste nousee ylös ruokatorveen ja joutuu hengitysteihin. Yli vuoden ikäisten lasten kohdalla kiinteän ravinnon syömisestä tulisi olla kuusi tuntia aikaa ennen anestesiaa. Esimerkiksi tuoremehut, jotka sisältävät hedelmälihaa, luetaan kuuluvan kiinteäksi ravinnoksi. Vettä ja kirkasta mehua lapsi saa juoda yhden desilitran kymmentä painokiloa kohden vielä kaksi tuntia ennen anestesian aloittamista. (Huttunen 2002, 77.) Ennen leikkausta tapahtuvan paaston pitkitäminen ei lisää anestesian eli nukutuksen turvallisuutta. Myös hypoglykemian eli alhaisen verensokerin vaara estetään parhaiten välttämällä liian pitkiä paastoajoja. Samalla lapsen kokema stressi vähenee, kun paasto ei ole liian pitkä. (Pouttu 2010, 567.)

Ennen toimenpidettä annettavan esilääkkeen tarkoitus on rauhoittaa lasta ja vähentää lapsen pelkoa tulevaa toimenpidettä kohtaan. Sopiva esilääke vähentää huomattavasti varsinaisten anestesiassa käytettävien aineiden tarvetta ja saattaa täten nopeuttaa lapsen toipumista toimenpiteestä. (Huttunen 2002, 77.) Esilääke ehkäisee myös liiallista syljeneritystä, pahoinvointia ja edistää mahan tyhjenemistä (Ivanoff ym. 2001, 155). Voi kuitenkin olla myös niin, ettei esilääkettä tarvita ollenkaan ja sen antamista onkin mietittävä tapauskohtaisesti (Aantaa & Manner 2001, 152). Esilääke voidaan antaa suun kautta, peräsuoleen tai

nenäsuihkeen muodossa. Lapsille ei tule antaa esilääkettä suonen sisäisesti, sillä suoniyhteyden avaaminen tuottaa lapselle turhaa kipua. (Ivanoff ym. 2001, 155.) Lapsien kohdalla lihakseen pistettäviä esilääkkeitä ei tule käyttää. Mikäli lapsi kokee pistokammoa, niin esimerkiksi laskimokanyylin laittokohdan pinta-puudutus voiteen avulla rauhoittaa lasta ja lievittää pistämisestä aiheutuvaa kammoa. (Huttunen 2002, 77.)

Diatsepaamilla on pitkä vaikutusaika ja tämän vuoksi sen merkitystä yhtenä esilääkevaihtoehtona on kyseenalaistettu. Midatsolaami on lyhytvaikutteisempi diatsepaamiin verrattuna ja sitä käytetäänkin päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan lapsen esilääkinnässä yhä useammin. On kuitenkin olemassa tutkimustuloksia, joiden mukaan midatsolaami voi mahdollisesti aiheuttaa toimenpiteen jälkeisiä haittavaikutuksia kuten esimerkiksi hallusinaatioita, sekavuutta tai liian pitkää sedaatiota. Lasten esilääkkeenä voidaan näiden lisäksi käyttää myös klonidiinia, joka sedatoivan vaikutuksen lisäksi tehostaa analgeettien eli kipulääkkeiden sekä anesteettien eli anestesiassa käytettävien aineiden vaikutusta. Klonidiini tasaa myös toimenpiteen aikaista hemodynamiikkaa eli ihmisen verenkiertoelimistön toimintaa ja tehostaa sekä pidentää puudutteen vaikutusta. (Aantaa & Manner 2001, 152.)

#### **4.3.3 Intraoperatiivinen vaihe**

Adenotomia tehdään aina anestesiassa (Blomgren 2015). Anestesiaan liittyy kolme tärkeää osa-aluetta, joita ovat uni, kivuttomuus ja lihasrelaksaatio (Lindgren 2004, 41). Toimenpiteeseen valmistaudutaan aloittamalla anestesiavälineistön varaaminen. Anestesiavaarten leikkaussaliin tarvitaan anestesiakone, hengitysjärjestelmä, muu anestesiahoitovälineistö, nesteytys ja lääkkeet. Koska potilaana on lapsi, häntä varten varataan ja tarkistetaan sopiva anestesiavälineistö ja -järjestelmä, joita ovat esimerkiksi Jackson Reesin tai Bainin järjestelmät. Intubointia varten varataan lapsen koon mukaiset intubaatiovälineet sekä tehokas limanimulaite. Sydämen ja hengityselinten toiminnan valvomista varten paikalle varataan stetoskooppi, joka teipataan rintaan. Näiden lisäksi varataan myös hengitysilman O<sub>2</sub> ja CO<sub>2</sub>-analysointilaite, joka mittaa näiden pitoisuuksia. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 161, 167.)

Leikkaussalin tulisi olla lämmin adenotomiaan tullutta lasta varten, jotta voidaan minimoida anestesian ja toimenpiteen aikainen lämmönmenetys. Tätä voidaan ehkäistä esimerkiksi lämpöpatjalla ja –peitoilla. Ylimääräinen lämmönmenetys voi pitkittää heräämössä oloaikaa, sillä elimistö kuluttaa tällöin enemmän happea ja tuottaa enemmän hiilidioksidia yrittäessään pitää ruumiin lämpötilan taseisena. (Korte ym. 1997, 167.)

Lapsen anestesiamenetelmän valintaan vaikuttavat suoritettava toimenpide/leikkaus, lapsen ikä, anestesiologin omat kokemukset ja mieltymykset sekä mahdollisesti lapsen ja hänen vanhempiensa toiveet. Lopullisen valinnan tekee kuitenkin anestesiologi. (Pouttu 2010, 568.) Potilasta nukuttaessa voidaan käyttää joko laskimoon annosteltavaa anesteettia, kuten esimerkiksi propofolia tai tiopentaalia tai maskin kautta annettavaa inhalaatioanesteettia, kuten esimerkiksi isofluraania tai sevofluraania (Korte ym. 1997, 161; Aantaa & Manner 2001, 152). Maskianestesiaa käytetään alle tunnin kestävässä toimenpiteissä eli esimerkiksi tärykalvoputkien laiton ja pienten yleiskirurgisten toimenpiteiden, kuten adenotomian yhteydessä. Vaikka maskianestesia on helppo ja miellyttävä anestesiamuoto, niin myös siinä on omat komplikaatoriskinsä, joita ovat esimerkiksi sydämen rytmihäiriöt, aspiraatio ja hengitystieongelmat. Mahdollisten komplikaatioiden varalta laskimoyhteys on aina oltava ennen toimenpiteen aloittamista. (Pouttu 2010, 568.)

Intubaatioanestesia tapahtuu muuten samalla tavalla kuin maskianestesia, mutta siinä intubaatioputki asetetaan nenän tai suun kautta, jotta hengitystiet pysyvät auki ja riski aspiraatioon pienenee. Intubaation toteuttaminen vaatiiikin syvemmän anestesian ja lihasrelaksaation. Anesteetti voidaan antaa samalla tavalla kuin maskianestesiassa. Myös intubaatioanestesiassa on komplikaatoriskinsä. Yleisin niistä on laryngospasmi eli kurkunpään kouristus ekstubaation eli intubaatioputken poisoton jälkeen. (Pouttu 2010, 568.)

Asetettaessa lapselle larynksmaskia tai laryngoskopian ja intubaation yhteydessä pelkän propofolin käyttö voi riittää. Propofoliin yhdistetty pieniannoksinen opiaatti vähentää tarvittavaa annosta. Propofolin annon yhteydessä esiintyvää injektiokipua voidaan lievittää lidokaiinilla. (Aantaa & Manner 2001, 152.) Myös pelkän sevofluraanin käyttö voi riittää laryngoskopiaan ja intubaatioon tai la-

rynksmaskin asettamiseen. Sevofluraania käytetään yleisesti lasten anestesioiden yhteydessä, sillä etuina ovat sen nopea ja lyhyt vaikutus. Sen haju ei myöskään aiheuta ärsytystä lapsen hengitysteissä. Haittavaikutuksena voi esiintyä lyhytaikaista sekavuutta lapsen ollessa heräämössä. Ennen toimenpidettä annettu bentsodiatsepiini tai anestesian yhteydessä annettu pieniannoksinen fentanyl vähentää sekavuuden todennäköisyyttä. (Aantaa & Manner 2001, 152 - 153.) Ilmateiden varmistaminen larynksmaskin avulla on hyvä vaihtoehto silloin, jos kyseessä on pitkäkestoinen sedaatio, vaikka potilas hengittäisi itse. Larynksmaskia asetettaessa kevyempi anestesia tai sedaatio riittää verrattuna laryngoskopiaan ja intubaatioon. Sen asettaminen ei myöskään edellytä lihasrelaksaatiota ja vaikutukset verenkiertoon ovat pienemmät. Lisäksi se ärsyttää vähemmän hengitysteitä ja aiheuttaa vähemmän kurkkukipua. (Aantaa & Manner 2001, 153.)

Kaikissa lasten päiväkirurgisissa toimenpiteissä lihasrelaksaatio ei ole välttämätön. Se on olennainen osa toimenpiteissä, joissa leikkausalueena on korva, nenä tai kurkku kuten juuri adenotomiassa. Potilaan lihasrelaksaation eli lihasjännityksen väheneminen saadaan aikaan lyhytvaikutteisella lihasrelaksantilla, kuten esimerkiksi rokuronilla. (Aantaa & Manner 2001, 153.) Muita lyhytvaikutteisia lihasrelaksanteja ovat mivakuuri ja sisatrakuuri (Korte ym. 1997, 161).

Myös puudutuksia voidaan käyttää lapsipotilailla. Puudutuksen yhteydessä lapsi sedatoidaan kevyesti ja sen avulla pyritään minimoimaan toimenpiteen jälkeinen väsymys, hengitysvajaus, sekavuus ja pahoinvointi, jotka johtuvat anestesiassa käytettävistä aineista. Sedatointi aloitetaan jo ennen puudutusta ja sitä jatketaan toimenpiteen aikana. Toimenpiteestä riippuen sedaatio voi olla niin kevyt, että lapsi on heräteltävissä. Sedaatiota voidaan pitää yllä propofolilla tai sevofluraanilla ja jomman kumman rinnalla voidaan käyttää myös typpioksiduulia. Puudutusten etuihin lukeutuvat toimenpiteen aikainen kivuttomuus, postoperatiivisen kivun alkuvaiheen hoituminen samanaikaisesti sekä lapsen kokeman stressin väheneminen. (Aantaa & Manner 2001, 153.)

Antikolinergien käyttöä toimenpiteiden yhteydessä tulisi rajoittaa koskemaan ainoastaan toimenpiteitä, joissa oleellista on eritteiden vähentäminen tai bradyarytmioilta suojaaminen. Antikolinergeilla on myös ei-toivottuja haittavaikutuk-

sia, sillä ne kuivattavat suuta ja esimerkiksi atropiini vaikuttaa myös keskushermostoon. (Aantaa & Manner 2001, 152.) Mikäli toimenpiteessä käytetään antikolinergia, niin sen asemassa voidaan käyttää glykopyrrolaattia (Korte ym. 1997, 161).

Kun lasta aletaan nukuttaa, niin lapselle kaikkein turvallisin paikka nukahtaa on jomman kumman vanhemman syli. Useiden tutkimustulosten mukaan lapsen on havaittu olevan nukutuksen alkupuolella rauhallisempi, jos paikalla on toinen vanhemmista. Tämä on mahdollista yhä useammassa sairaalassa. (Ivanoff ym. 2001, 156.)

Anestesian ja toimenpiteen aikana pulssioksimetri on tärkein valvontalaite. Sen avulla mitataan veressä olevan hapen määrää ja seurataan syketaajuutta. Puls-sioksimetrin lisäksi EKG-rekisteröinti ja verenpaineenmittaus ovat tärkeitä rutiineja lapsen voinnin seurannassa. (Ivanoff ym. 2001, 155.) Toimenpiteen aikana on myös tärkeää ylläpitää lapsen laskimonsisäistä nestetasapainoa (Korte ym. 1997, 161). Nesteytystä jatketaan siihen asti, kunnes lapsi on hyvin herännyt ja elintoiminnot ovat palautuneet toimenpiteen jäljiltä normaaleiksi (Ivanoff ym. 2001, 155).

Adenotomiassa lapsi on selkäasennossa ja vartalo peiteltynä. Niskan on tärkeää olla toimenpidettä varten taaksepäin ojennettuna. Tämä saadaan aikaiseksi laittamalla lapsen hartioiden alle pieni tyyny. Steriili alue luodaan suojaamalla pää ja silmät steriilillä liinalla. Rintakehä suojataan liinalla, joka ulottuu kaulan yläosaan asti. Leikkausalueen desinfektiota ei tehdä, sillä adenotomiassa leikkausalue on suussa. (Korte ym. 1997, 161.)

Toimenpiteen jälkeen näkyville ei jää haavapintaa. Muutaman päivän ajan nenästä ja suusta tulevat eritteet, kuten lima ja sylki, voivat olla väriltään punertavia. Kun adenotomia toimenpide on tehty, niin leikkausaluetta ei ommella. (Vaasan keskussairaala 2015.)

#### **4.3.4 Postoperatiivinen vaihe sairaalassa ja kotona**

Kun lapsi on herännyt toimenpiteen jälkeen ja häneltä on poistettu hengitysputki, siirretään hänet potilassängyllä heräämöö. Ennen kuljetusta hänet irrote-

taan toimenpiteen aikaisista monitorointilaitteista. Sekä kuljetuksen että heräämössä olon aikana lapsen on hyvä olla kylkiasennossa toimenpiteen jälkeisen verenvuodon, oksentamisen ja aspiraation varalta. Heräämössä ollessaan lapsi hengittää kostutettua happea ja hänet monitoroidaan uudelleen. Monitoroinnin avulla tarkkaillaan lapsen happisaturaatioarvoja ja pulssia. Lasta ei jätetä yksin, mutta jos lapsi on tästä huolimatta erityisen itkuinen ja levoton, heräämööseen voidaan tuoda toinen vanhemmista. Koko heräämössä olon aikana lapsen kokonaisvointia seurataan ja etenkin vuotoja, kipua ja nesteytystä valvotaan. (Korte ym. 1997, 169.)

Lapsen oltua heräämöhoidossa 1 - 2 tuntia ja voinnin ollessa hyvä, hänet siirretään vuodeosastolle. Vuodeosastolla lapsen vointia tarkkaillaan ja erityisesti verenvuotoihin, virtsaneritykseen ja lämmönnousuun kiinnitetään huomiota. (Korte ym. 1997, 169.) Näiden lisäksi hengitystä, nesteytystä, pahoinvointia ja kipua seurataan. Lapsen ei ole pakko syödä tai juoda ennen kotiutumista, mutta kahden tunnin kuluttua nukutuksesta lapselle voidaan antaa juotavaa ja pientä syötävää. (Ivanoff ym. 2001, 156.) Viileät nesteet tai jäätelö ovat hyviä vaihtoehtoja, sillä niiden nauttiminen vähentää myös vuotovaaraa, kipua ja turvotusta (Korte ym. 1997, 169; Ivanoff ym. 2001, 156).

Toimenpiteen jälkeinen kivunhoito on erittäin tärkeää. Sairaanhoidaja, lapsi ja tämän vanhemmat arvioivat yhdessä kipua, jotta kipua saataisiin hoidettua mahdollisimman hyvin (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 213). Lääkehoidon lisäksi lapsen kanssa tapahtuva vuorovaikutus, kuten esimerkiksi jutteleminen, laulaminen, leikkiminen, lukeminen ja musiikin kuunteleminen auttavat viemään pois huomiota kivusta ja tehdystä toimenpiteestä (Ivanoff ym. 2001, 156).

Toimenpiteen onnistumisen kannalta kotihoidon ohjaus on tärkeä osa päiväkirurgista hoitotyötä. Kotiutumisen ollessa ajankohtainen, lasta hoitanut kirurgi antaa lapselle ja tämän vanhemmille lääketieteelliset hoito-ohjeet, jotka tukevat toimenpiteestä toipumista. Myös sairaanhoidaja antaa hoito-ohjeet hoitotyön osalta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 213.) Ennen lapsen kotiutumista hoito-ohjeet on muistettava antaa myös suullisesti. Mahdollisten komplikaatioiden ja ongelmatilanteiden varalta yhteystiedot annetaan kirjallisena. (Ivanoff ym. 2001,

157.) Vanhemmille ja lapselle on myös annettava tilaisuus esittää kysymyksiä ennen kotiutumisen toteutumista (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 213).

Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen lapsi voidaan kotiuttaa samana päivänä, jos siihen on riittävät edellytykset (Korte ym. 1997, 169). Lapsen vitaalitoimintojen tulee olla vakaat ja leikkausalueen vuotamaton. Lisäksi hänen tulee liikkua omatoimisesti kehitysvaihe huomioiden ja olla hyvävointinen sekä kivuton. Lasta ei tule kotiuttaa yksin, vaan kotiutumisen yhteydessä lapsella tulee olla mukanaan saattaja, jonka vastuulla on lapsen voinnin seuraaminen. (Ivanoff ym. 2001, 156.) Lapsi jää osastolle hoitoon hankalissa toimenpiteen jälkeisessä jälkivuototapauksessa. Tällöin nenänieluun asetetaan ns. takanielutamponi hillitsemään jälkivuotoa ja tarvittaessa lapsi saa kipulääkettä. (Korte ym. 1997, 169.) Atulan ja Blomgrenin (2009, 132) mukaan arviolta noin 0,2 % kitarisanpoistoleikkauksessa olleista potilaista saa jälkivuodon ja vuoto alkaa lähestulkoon aina toimenpidepäivänä.

Lapsen on vältettävä ylimääräisiä ponnisteluja toimenpidepäivänä ja sitä seuraavana päivänä. Normaali ja rauhallinen leikkiminen on kuitenkin sallittua. (Jokilaakson Terveys 2014.) Toimenpiteen jälkeen lapsi on hyvä pitää sisätiloissa toimenpidepäivän ajan ja vanhemman on hyvä hoitaa lasta yhden tai kahden päivän ajan kotona (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015). Lapsi voi mennä hoitoon tai kouluun toisena tai kolmantena päivänä, riippuen lapsen voinnista (Carea 2013; Jokilaakson Terveys 2014).

Lapsen tulee välttää kuumia ruokia ja juomia, koska ne lisäävät vuotoriskiä leikkausalueella. Niiden sijaan lapsen tulee juoda viileitä juomia sekä syödä pehmeitä ruokia, kuten esimerkiksi jäätelöä ja jogurttia, sillä ne laskevat turvotusta ja vähentävät leikkausalueen vuotoa. Myös riittävästä nesteiden saannista tulee huolehtia. Toimenpiteen jälkeisenä päivänä voi vähitellen siirtyä tavalliseen ruokaan. (Carea 2013.) Lapsi voi peseytyä suihkussa normaaliin tapaan, mutta saunan kuumia löylyjä on hyvä välttää viikon ajan (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015). Jokilaakson terveyden (2014) mukaan sekä kuumia kylpyjä että saunomista tulee välttää kahden vuorokauden verran.



Toimenpiteen jälkeisinä päivinä väsymys, kurkkukipu ja lievä lämmönnousu on normaalia. Adenotomian aikana käytetyt anesteetit aiheuttavat lapselle väsymystä ja mahdollisesti myös pahoinvointia. Lapsen kuorsaaminen muutamana toimenpiteen jälkeisenä yönä on normaalia, sillä se johtuu turvotuksesta leikkausalueella. Myös kurkunpää saattaa turvota ja aiheuttaa yskää, joka muistuttaa haukkumista. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015.) Lapsen yöunet voivat poiketa normaalista, sillä ne ovat mahdollisesti levottomat ja itkuiset (Carea 2013).

Jos lapsen nielu tai nenä alkaa vuotamaan runsaasti verta ja vuoto ei tyrehdy kymmenessä minuutissa tai lapsi oksentaa verioksennuksia useaan otteeseen, on aiheellista viedä lapsi jatkohoitoon lähimpään terveyskeskukseen tai keskussairaalan päivystykseen (Carea 2013). Jatkohoito on aiheellinen myös silloin, jos lapsella esiintyy pieniäkin hengitysvaikeuksia (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015). Lääkäriin on hyvä ottaa yhteyttä myös silloin, jos toimenpiteestä on kulu-  
nut 2 - 3 viikkoa ja lapsen kuulo vaikuttaa olevan alentunut tai jos puhe on yli kolmen kuukauden ajan honottavaa (Korte ym. 1997, 169 - 170). Lapsen ei tarvitse mennä jälkitarkastukseen, mikäli vain kitarisa on poistettu ja muita toimenpiteitä, kuten korvien putkitusta ei leikkauksen yhteydessä ole tehty (Carea 2013).

Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeisen kivun tunnistaminen ja hoito tapahtuvat pääosin kotona. Vanhemmillä ei välttämättä ole riittävän paljon tietoa kipulääkkeisiin liittyvästä annostelusta tai lääkkeettömästä kivunhoidosta. Sairaalassa lapsen omahoitaja voi opettaa vanhemmille PPPM-mittarin (parent's postoperative pain measure) käytön, koska sen avulla lapsen kivun arviointi on vanhemmille helpompaa. PPPM-mittari on varta vasten kohdennettu alle kouluikäisille lapsille ja se on kehitetty lasten leikkauskivun arviointiin. Mittariin on kirjattu erilaisia muuttujia, joiden tarkoituksena on kuvata lapsen kipukäyttäytymistä. Muuttujia ovat seuraavat esimerkit: lapsi pitelee kipeää kohtaa, itkee tavallista enemmän, näyttää tavallista kalpeammalta tai leikkii tavallista vähemmän. Muuttujat on koottu listaksi, jonka avulla vanhempien tehtävänä on arvioida lapsen kipukäyttäytymistä. Jos vanhemmat havainnoivat muuttujien kuvaamia muutoksia lapsen käyttäytymisessä, niin silloin he antavat lapselle kipulääkettä.

Vanhempien on mahdollista harjoitella PPPM-mittarin käyttöä jo sairaalassa ja silloin, kun lapselle on tehty toimenpide. Käytön yhteydessä heille opetetaan myös lapselle määrätyn kipulääkkeen oikeaa annostelua ja lääkkeetöntä kivunhoitoa (Ivanoff ym. 2001, 156.), kuten esimerkiksi lapsen ajatusten viemistä pois kivusta positiivisten mielikuvien avulla.

Toimenpidepäivänä tai seuraavan päivän aikana sairaalasta tulisi ottaa yhteyttä kotiin postoperatiivisella soitolla. Puhelun aikana on hyvä kerrata kivunhoito-ohjeet, käydä yhdessä läpi lapsen reagointia toimenpiteeseen ja miettiä keinoja, joiden avulla lapsen on mahdollista purkaa toimenpiteen jälkeen heränneitä ajatuksia ja tunteita. Vanhemmilla on myös mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Aantaa & Manner 2001, 155; Kaakinen ym. 2016, 13.)

#### **4.3.5 Leikki-ikäisen lapsen kivunhoito**

Kaikenikäiset lapset tuntevat kipua toimenpiteiden yhteydessä. Kaikista pienimmät lapset eivät selkeästi pysty ilmaisemaan tuntemaansa kipua. Kivun ilmaisemiskyky on jokaisen lapsen kohdalla erilainen, sillä se vaihtelee yksilöllisesti ja ikäkausittain. (Huttunen 2002, 64 - 65.) Mitä nuorempi lapsi on kyseessä, sitä vaikeampaa kivun tunnistaminen ja arviointi kuitenkin on (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 323). Lapsen vanhemmilla ja lasta hoitavilla on tärkeä rooli kivun havaitsemisessa (Huttunen 2002, 64 - 65).

Huonosti hoidettu kipu aiheuttaa lapsen elimistössä psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia. Tämä voi johtaa lapsen hoitomyöntyvyyden vähenemiseen ja sairaalaympäristö voi aiheuttaa jopa painajaisunia. Kivusta aiheutuvat hormonaaliset muutokset lisäävät stressiä ja altistavat myös toimenpiteen jälkeisille komplikaatioille. (Huttunen 2002, 64.) Riittämätön kivunhoito aiheuttaa lapselle pelkoa, joka kohdistuu hoitotilanteeseen ja henkilökuntaa. Pidemmällä aikavälillä toistuvat kipukokemukset voivat jättää jäljet muistiin ja kipujärjestelmään koko eliniän ajaksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 322.)

Kivun hoidon tulee olla yksilöllistä ja sen vaikutuksia tulee seurata lapsen voimissa. Kaikista parhain hoitotulos saavutetaan aloittamalla kipulääkitys etuajassa riittävän tehokkaalla lääkkeellä ja riittävän suurilla annoksilla. Jos kivun annetaan kehittyä ja kipulääkitys aloitetaan hitaasti liian pienillä annoksilla, niin

lopulta tarvitaan enemmän lääkettä kuin siinä tapauksessa, jos kipulääkitys olisi aloitettu riittävän ajoissa ja oikealla määrällä. (Kantero ym. 1997, 225.)

Oikein ja säännöllisesti annosteltuna tulehduskipulääkkeet ovat hyvä perusta kivunhoidolle ja päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen ne voivat riittää yksinään kivun jälkihoitoon (Huttunen 2002, 65). Tulehduskipulääkkeistä parasetamoli on lasten kivunhoidon peruslääke ja sitä on saatavilla nestemäisenä, tabletteina, peräpuikkoina ja suonensisäisenä muotona. Parasetamoli on tehokas kipulääke riittävän isoilla annoksilla käytettynä. Suun kautta annosteltuna annos on 15-20 mg/kg ja peräsuoleen annosteltuna annos on 40-60 mg/kg 3-4 kertaa vuorokaudessa. Parasetamoli on maksatoksinen aine ja se voi aiheuttaa liiallisella käytöllä maksavaurioita. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329.) Pysyttäessä suositeltujen annosten sisällä parasetamoli on kuitenkin turvallinen lääke. Se on turvallinen niin vastasyntyneille kuin isommillekin lapsille ja se soveltuu myös allergisille ja munuaisvikaisille. (Aantaa & Manner 2001, 154.)

Muita tulehduskipulääkkeitä ovat ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja diklofenaakki. Ellei jokin näistä lääkkeistä yksinään riitä kivunhoitoon voidaan siihen yhdistää parasetamoli, jolloin saadaan aikaan parempi teho. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329.) Peräpuikkojen käytössä on huomioitava niiden hitaampi imeytymisaika verrattuna vastaaviin suun kautta otettaviin valmisteisiin (Huttunen 2002, 65). On kuitenkin hyvä muistaa, että peräpuikkojen käyttö tuntuu monen lapsen mielestä epämiellyttävältä ja niiden käytön ei tulisi olla ensisijainen annostelumuoto. Lasten kivunhoidossa ei käytetä asetyylisalisyylihappoa, sillä sen käyttö kivun tai kuumeen hoidossa voi aiheuttaa sivuvaikutuksena Reyen oireyhtymän, jolla on aivoja ja maksaa vaurioittava vaikutus ja joka voi pahimmassa tapauksessa jopa tappaa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 328 - 329.)

Mikäli lapsi tarvitsee kovempaa kipulääkitystä kuin tulehduskipulääkkeet, niin kivunhoitoon käytetään opiaatteja, jotka lievittävät myös tuskaa ja ahdistusta (Kantero ym. 1997, 225; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329). Opiaatit vaikuttavat keskushermoston kautta ja niiden vaikutusta lapseen on seurattava. Niiden käytöllä on haittavaikutuksia, sillä ne voivat aiheuttaa pahoinvointia, kutinaa, virtsaumpea ja hengityslamaa. (Huttunen 2002, 66.) Enintään keskivaikeaan ki-

vunhoitoon soveltuvat tramadoli ja kodeiini, jotka ovat opiaateista heikkotehoisimpia. Tramadolia voidaan hyödyntää monessa eri annostelumuodossa ja lapsille etenkin tipat ovat hyvä ja sopiva vaihtoehto. Tramadolिन pahoinvointia aiheuttava haittavaikutus voidaan välttää annostelemalla ensimmäinen annos laskimoon anestesian jossakin vaiheessa. (Aantaa & Manner 2001, 154.) Tramadoli on myös tehokas läpilyöntikipuun eli kipuun, joka voimistuu lyhytaikaisesti ja joka ilmaantuu ilman syytä tai linkittyy äkilliseen liikkumiseen, yskimiseen tai ponnistamiseen (HUS 2016). Vaikean kivun hoidossa käytetään morfiinia, joka soveltuu myös postoperatiiviseen kivunhoitoon kaikenikäisten lasten kohdalla (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 329).

Pinta- ja limakalvopuudutusten avulla voidaan tehokkaasti hoitaa esimerkiksi verinäytteen oton tai laskimokanyylin laiton aiheuttama kipu. Mikäli toimenpide tehdään anestesiassa, on jälkikivun hoidossa etua siitä, että haava-alue puudutetaan ennen toimenpiteestä herätystä. Jälkikivun hoitamiseksi sopivat erilaiset johtopuudutukset. Kertapuudutuksia käytettäessä on huomioitava, että niiden vaikutusaika kestää vain joitakin tunteja ja täten on huolehdittava puudutuksen jälkeisestä kivunhoidosta. (Huttunen 2002, 67.)

Toimenpiteen jälkeisen eli postoperatiivisen kivun hoitoon varaudutaan jo ennen varsinaisen toimenpiteen alkamista. Tarvittaessa voidaan käyttää lyhytvaikutteista opioidia, kuten esimerkiksi alfentaniilia tai fentanyyliä. (Korte ym. 1997, 161.) Potilaan ollessa heräämössä, voidaan hänelle antaa fentanyyliä pieninä annoksina laskimoon, jolloin annos on 1,0 µg/kg. Heräämövaiheen jälkeen useimpien päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleiden potilaiden kivut eivät ole niin kovat, että kivun hoitoon tarvittaisiin opioidia. (Aantaa & Manner 2001, 154-155.) On hyvä muistaa, että toimenpiteen aikana ja sen jälkeen heräämössä hoitohenkilökunnan on tärkeää minimoida turhat ympäristön ja kirkkaiden valojen aiheuttamat aistiärsykkeet, sillä niillä on oma osuutensa lasten kivunhoidossa (Ivanoff ym. 2001, 156).

Kaikki päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat kotiutetaan aina kipulääkereseptin kanssa. Päiväkirurgisessa hoitotyössä nouseekin esille kivun hoidon toteuttamisen merkitys kotiolosuhteissa. On tärkeää muistaa korostaa toimenpi-

teessä olleen lapsen vanhemmille kivunhoidon merkitystä ja kipulääkkeen antamista säännöllisin väliajoin. (Aantaa & Manner 2001, 154.)

## 5 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tutkia leikki-ikäisen lapsen kehitystä, leikki-ikäisen lapsipotilaan päiväkirurgista hoitoprosessia sekä adenotomiaa toimenpiteenä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Mielestämme käyttämämme tutkimusmenetelmä oli onnistunut ja palveli tavoitettamme. Saimme kootuksi paljon tietoa eri tietolähteistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Lisäksi saimme vastaukset etsimiimme kysymyksiin.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä erityisesti leikki-ikäisten lasten päiväkirurgisen hoitotyön parissa työskentelevälle henkilökunnalle sekä muille hoitotyön ammattilaisille, jotka tekevät työtä leikki-ikäisten lasten kanssa. Kirjallisuuskatsaustamme lukemalla myös vanhemmat saavat tietoa adenotomiasta toimenpiteenä, päiväkirurgisesta hoitopolusta sekä keinoista leikki-ikäisen lapsen valmisteluun toimenpidettä varten.

Leikki-ikäisten lasten hoitotyöstä on tehty monia erilaisia aihetta sivuavia opinnäytetöitä. Ainoastaan leikki-ikäiselle tehtävästä adenotomia-toimenpiteestä ei ole Theseus-arkiston mukaan tehty opinnäytetöitä aiemmin. Lasten päiväkirurgiseen leikkausprosessiin liittyviä opinnäytetöitä on jonkin verran. Lasten kitari-saleikkausta käsitteleviä opinnäytetöitä on vain muutamia. Tämän opinnäytetyön jatkotutkimuksena voisi tehdä esimerkiksi laadullisen haastattelututkimuksen siitä, miten riittävänä leikki-ikäisten lasten vanhemmat pitävät hoitohenkilökunnalta saamaansa ohjausta lapsen tullessa adenotomia-toimenpiteeseen.

## Lähteet

Aantaa, R. & Manner, T. 2001. Lasten PÄIKI-anestesiaista. Finnanest vol 34 (2). 152-155.

Alapiha, T. & Halme, J. 2014. Opinnäytetyö. 5-7-vuotiaan lapsen valmistaminen nielu- ja kitarisaleikkaukseen-Esite lapsiperheelle. Tampereen ammattikorkeakoulu.

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74012/Alapiha\\_Tuuli%20ja%20Halme\\_Jenni.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74012/Alapiha_Tuuli%20ja%20Halme_Jenni.pdf?sequence=1). Luettu 17.3.2016.

Atula, T. & Blomgren, K. Risaleikkausten jälkivuodot. Teoksessa Atula, T. & Blomgren, K. (toim.) 2009. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit. 1.-2. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 132.

Blomgren, K. 2015. Kitarisa ja kitarisan poisto. Duodecim: Terveyskirjasto. Kirjoitettu 14.10.2015. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Luettu 10.3.2016.

Carea. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Lapsen kitarisaleikkaus potilasohje.

<http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Korva-,nen%C3%A4-%20ja%20kurkkutaudit/190315%20Lapsen%20kitarisaleikkaus.pdf>. Luettu 3.5.2016.

Eksote. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri. Jonotiedot erikoissairaanhoidossa. <http://www.eksote.fi/eksote/hoidon-saatavuus/erikoissairaanhoido/Sivut/default.aspx>. Luettu 3.5.2016.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkurgisella osastolla. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hiitola, B. 2000. Parantava leikki. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Hofsten, K. & Lidbeck, L. 1997. Lapsi käsikirja vanhemmille. Italia: Gummerrus Kirjapaino Oy.

HUS. Kivun hoitoon liittyvää sanastoa.

[www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun\\_hoitoon\\_liittyvaa\\_sanastoa/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitoon_liittyvaa_sanastoa/Sivut/default.aspx). Luettu 31.3.2016.

Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uudistettu painos. Porvoo: Werner Söderström Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jokilaakson Terveys. Päiväkirurgia. Kitarisanpoistoleikkauksen jälkeinen kotihoito.  
[http://www.jokilaaksonterveys.fi/uploads/potilasohjeet/paivakirurgia/Kitarisanpoisto\\_kotihoito-ohje.pdf](http://www.jokilaaksonterveys.fi/uploads/potilasohjeet/paivakirurgia/Kitarisanpoisto_kotihoito-ohje.pdf). Luettu 12.5.2016.

Kaakinen, P., Korhonen, A., Miettinen, S. & Mäkelä, M. 2016. Hoitotyön suositus. Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö.  
[http://www.hotus.fi/system/files/HOITOSUOSITUS\\_Leikki\\_ikäisen\\_emotionaalinen\\_tuki.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOITOSUOSITUS_Leikki_ikäisen_emotionaalinen_tuki.pdf). Luettu 22.3.2016.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291 - 292.

Kantero, R.-L., Levo, H. & Österlund, K. 1997. 2. painos. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kiiveri, S. 2015. Opinnäytetyö. Leikki-ikäinen päiväkirurgisessa tympanostomia-toimenpiteessä- kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Saimaan ammattikorkeakoulu.  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99183/kiiveri\\_sini.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99183/kiiveri_sini.pdf?sequence=1). Luettu 15.3.2016.

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Kolho, K-J. Kitarisaan liittyvät ongelmat. Teoksessa Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) 2010. Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 599.

Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kortessalmi, R. & Lipsonen, A. 2005. Leikkaukseen tuleva lapsi ja nuori tarvitsevat myös psyykkistä valmistelua. Pinsetti 2/2005. 13-14.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi?  
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93495&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93495&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=). Luettu 26.5.2016.

Lindgren L. Anestesia ja analgesia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) 2004. Kirurgia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 41.

Luotolinna-Lybeck, H. 2003. Lapsipotilas teknisessä hoitoympäristössä. Esi-merkkinä virtsan refluksin gammakuvaus. Turku: Painosalama Oy.

Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) 1995. Näkökulmia kehityspsykologiaan – kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY.

Mattila, K. 2010. Päiväkirurgia Suomessa. Finnanest 2011 44 (1). 35.

MLL. Vanhempainnetti. Leikin merkitys lapselle.  
[http://www.mll.fi/vanhempainnetti/lasten\\_leikit/leikin\\_merkitys\\_lapselle/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/lasten_leikit/leikin_merkitys_lapselle/). Luettu 24.3.2016.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ojanen, T., Ritmala, M., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2011. Lapsen aika. Helsinki: WSOYpro Oy.

Olli, J. 2011. Leikki lasten hoitotyön keinona. Sairaanhoidaja 3/2011, 18 - 20.

Pouttu, J. Lasten anestesia. Teoksessa Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) 2010. Lastentaudit. 4. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 566-568.

Salmela, M. 2011. Miten autan 4 -6-vuotiasta pelkäävää lasta sairaalassa?. Sairaanhoidaja 3/2011, 21 - 23.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. Kitarisaleikkaus. Potilasohje.  
<http://www.satshp.fi/sairaanhoito/lasten-ja-nuorten-sairaudet/Lastentaudit/Kitarisaleikkaus.pdf>. Luettu 12.5.2016.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vaasan keskussairaala. Kitarisan poisto (adenotomia).  
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/erikoisalut/korva--nena--ja-kurkkutaudit/kitarisan-poisto-adenotomia---kotihoito-ohjeet2/>. Luettu 16.3.2016.

Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2013. LAPSUUS erityinen elämänvaihe. 1. - 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vilko-Riihelä, A. 1999. Psykyne psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.