

SKOLIOOSILEIKKAUKSESTA TOIPUVA NUORI
SAIRAALAHOIDOSSA

Potilasohje Oulun yliopistollisen sairaalan lastenkirurgiselle osastolle 60

Vartiainen Annika

Ylipukki Jenny

Opinnäytetyö

21.4.2010

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Vartiainen Annika ja Ylipukki Jenny. Skolioosileikkauksesta toipuva nuori sairaalahoidossa. Potilasohjeen laadinta Oulun yliopistollisen sairaalan lastenkirurgiselle osastolle 60. Oulu 2010. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja.

Opinnäytetyö 42 sivua + liitteenä 10 sivua + potilasohje 2 sivua.

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyöprojektin tarkoituksena oli tuottaa potilasohje skolioosileikkauksesta toipuville nuorille. Opinnäytetyö valmistui yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lasten ja nuorten tulosyksikön lastenkirurgisen osaston 60 kanssa. Osastolla oli tarve saada skolioosileikkauksesta toipuville nuorille potilasohje.

Skolioosilla tarkoitetaan selän kiertymistä sivusuuntaisesti. Nykyään skolioosia osataan seuloa, seurata ja hoitaa tehokkailla menetelmillä. Kuitenkin skolioosi voi vaikeahoitoisena tai pitkälle edenneenä johtaa leikkaushoitoon. Skolioosileikkaukset ovat suuria lastenkirurgisia leikkauksia, ja niistä toipuminen vaatii niin teho- kuin vuodeosastohoitoakin.

Projektin tavoitteena on edistää kirjallisen potilasohjeen avulla skolioosileikatun nuoren toipumista teho- ja vuodeosastohoidossa. Lisäksi nuoret saavat potilasohjeen avulla tietoa sairaalassaoloajastaan.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kaksisivuinen kirjallinen potilasohje, jonka otsikkona on ”Tiedote skolioosileikkaukseen tulevalle”. Potilasohje sisältää tiivistettynä skolioosileikatun nuoren hoitopolun sairaalahoidossa. Ohje liitettiin osaksi OYS:n lasten ja nuorten tulosyksikön sisäistä tietoverkkoa.

Avainsanat: nuori, nuoren hoitotyö, kehitysvaiheet, skolioosi, leikkauksesta toipuminen, projekti, potilasohje

Vartiainen Annika and Ylipukki Jenny. A young person in hospital care recuperating from scoliosis surgery. Drawing up patient help instructions for children's surgical ward 60 at Oulu University Hospital. Oulu 2010. Oulu University of Applied Sciences, nursing degree programme, nurse.

Thesis 42 pages + appendices 10 pages + patient help instructions 2 pages

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to draw up patient help instructions for young people recuperating from scoliosis surgery. The thesis was compiled in co-operation with children's surgical ward 60 within the profit centre for children and young people at Oulu University Hospital. The ward needed patient help instructions for young people recuperating from scoliosis surgery.

The term *scoliosis* means a curve in the spine from side to side. Nowadays scoliosis can be screened, monitored and treated with effective methods. However, when scoliosis is difficult to treat or when it is advanced scoliosis, it can lead to surgery. Surgical treatments for scoliosis are major children's surgical operations, and recuperating from them requires both intensive and inpatient care.

The aim of the project is to promote the healing of a young person in intensive and inpatient care after scoliosis surgery with the help of written patient help instructions. In addition, the young people will get further information on their time at hospital with the help of a patient help instruction sheet.

The thesis resulted in a two-page written patient help instruction sheet with the title *Info for a patient about to undergo scoliosis surgery*. The patient help includes a summary of the hospital treatment history of a young person who has undergone scoliosis surgery. The instruction sheet became part of the intranet of the profit centre for children and young people at Oulu University Hospital.

Key words: a young person, nursing a young person, stages of development, scoliosis, recuperating from surgery, a project, patient help

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	PROJEKTIN TARVE JA TAVOITTEET	5
2	PROJEKTIN SUUNNITTELU	7
2.1	Projektiorganisaatio	7
2.2	Projektin päätehtävät	10
3	SKOLIOOSILEIKATTU NUORI SAIRAALAHOIDOSSA	12
3.1	Nuoren hoitotyön periaatteita	12
3.2	Nuoren kehitysvaiheita	14
3.3	Skolioosi ja sen hoito	17
3.4	Kirurgisen potilaan hoitopolku	19
3.5	Skolioosileikkauksen jälkeinen toipuminen	20
3.5.1	Kivun hoito	22
3.5.2	Nuoren kokemuksia sairastumisesta ja sairaalassaolosta	23
3.5.3	Nuoren ja perheen ohjauksen tarve	25
4	POTILASOHJEEN SUUNNITTELU JA LAADINTA	27
4.1	Potilasohjeen luonnostelu	27
4.2	Potilasohjeen sisällön kehittäminen	28
4.3	Potilasohjeen ulkoasun kehittäminen	33
5	POTILASOHJEEN JA PROJEKTIN ARVIOINTI	34
5.1	Potilasohjeen sisällön ja ulkoasun arviointi	34
5.2	Projektityöskentelyn arviointi	35
6	POHDINTA	37
	Katko, Riitta 2001. Nuorten skolioosit pitäisi havaita ajoissa. Luettu 11.04.2010.	40

LÄHTEET

LIITTEET

1 PROJEKTIN TARVE JA TAVOITTEET

Nuorten selkä- ja niskakivut ovat yleistyneet viime vuosikymmenien aikana (Kilponen 2008). Skolioosi eli kierselkäisyys on yleisin kasvuikäisten selkäsairauksista, ja sillä tarkoitetaan selkärangan käyristymistä sivusuuntaan (Katko 2001). Tavallisimman muodon eli idiopaattisen skolioosin yleisyys on 3:1000 ja jopa 80 % potilaista on tyttöjä (Kuupakko, Koota, Lehtinen, Savola & Sykkö & Valli 2006). Idiopaattinen skolioosi ilmaantuu yleisimmin nuoruuden kasvuvaiheiden aikana, jolloin sen pahentuminen voi olla nopeaa (Katko 2001).

Skolioosin hoito voidaan jakaa seurantaan, konservatiiviseen hoitoon, korsettihoitoon ja leikkaushoitoon (Katko 2001). Vuosittain koko maassa skolioosihoitoa tarvitsee 200-250 lasta ja nuorta, joista leikkaukseen joutuu korkeintaan 80 henkilöä (Katko 2001). Suomessa skolioosileikkaukset on keskitetty Helsingin, Tampereen ja Oulun yliopistosairaaloihin (Kuupakko ym. 2006).

Potilaan ohjaus terveyteen ja sairauteen liittyen on aina ollut osa sairaanhoitajan työtä. Ohjaus suunnitellaan aina vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Suullinen ohjaus ei yleensä riitä yksinään potilaan ohjaukseen, vaan se tarvitsee tuekseen kirjallisia ohjeita (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25-26.) Kirjallisen ohjeen etuna on se, että potilas voi tutustua rauhassa tietoon ja kerrata sitä myöhemmin omia aikojaan (Parkkunen, Ollonqvist, Koskinen & Vertio, 2001, 9).

Projektimme sai alkunsa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa (OAMK) sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä syksyllä 2007, jolloin aloitimme opinnäytetyömme ideointivaiheen. Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) tilasi koulultamme selkäleikatulle nuorille liittyvän opinnäytetyön koulumme ideapankin kautta. Halusimme tehdä aiheesta potilasohjeen, mihin saimme OYS:n yhteistyöhenkilöltä hyväksynnän. Potilasohje valmistui yhteistyönä OYS:n lasten ja nuorten tulosityksikön kanssa.

Yhteistyöhenkilönämme toimi OYS:n klinisen hoitotieteen asiantuntija Anne Korhonen. Tapasimme Anne Korhosen ensimmäisen kerran keväällä 2008, jolloin keskustelimme aiheen valinnasta ja siitä koskevista tarkennuksista. Tällöin aihe rajautui skolioosileikkattuihin nuoriin ja myöhemmin tarkensimme ikäryhmän 15-19- vuotiaisiin, koska yleensä skolioosileikkaukset ajoittuvat näiden ikävuosien välille. Ennen potilasaineiston valinnan suunnittelua on tärkeä selvittää, millaiselle ohjeelle on tarvetta ja mikä on sen kohderyhmä (Parkkunen ym. 2001, 7). Potilasohjeemme tulee ensisijaisesti lastenkirurgisen osaston 60 käyttöön.

Valitsimme opinnäytetyömme kohderyhmäksi skolioosileikatut nuoret, koska aiheessa yhdistyivät kiinnostuksenkohteemme ja suuntaudumme perhekeskeiseen lasten ja nuorten hoitotyöhön. Lisäksi projektityöskentelystä on hyötyä myös tulevissa hoitotyön tehtävissämme.

Projektin *tulostavoitteena* oli tuottaa potilasohje skolioosileikkauksesta toipuville nuorille. Potilasohje oli määrä tehdä yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Ohjeen ulkonäön tuli olla selkeä ja sisällön tutkittuun tietoon perustuva. Lisäksi ohjeen oli tarkoitus noudattaa Oulun yliopistollisen sairaalan asettamia potilasohjeiden säännöksiä niin sisällöllisesti kuin ulkomuodollisestikin. Sisällössä oli määrä käsitellä skolioosileikatun nuoren hoitopolkua sairaalahoidossa.

Toiminnallisena tavoitteena on edistää kirjallisen potilasohjeen avulla skolioosileikatun nuoren toipumista teho- ja vuodeosastohoidossa. Lisäksi nuoret saavat potilasohjeen avulla tietoa sairaalassaoloajastaan. Hoitotyöntekijät voivat myös käyttää ohjetta nuoren ohjaamiseen.

Oppimistavoitteenamme oli saada laajempaa tietämystä nuoren, skolioosileikatun potilaan hoidosta, potilasohjeen laadinnasta ja potilaan ohjauksesta. Syvennyimme opinnäytetyön tekemisen yhteydessä skolioosileikatun nuoren hoitoon ja kuntoutumiseen, skolioosiin sairautena, nuorten hoitotyöhön, projektin tekemiseen ja työskentelemiseen osana projektia. Projekti edisti myös omaa oppimistamme ja ammatillista kasvuamme hoitotyön ammattilaisiksi. Opinnäytetyömme ansiosta yhteistyötaitomme karttuivat ja opimme työskentelemään eri yhteistyötahojen kanssa.

Tämän lisäksi tavoitteenamme oli oppia ja harjaantua tuotteen suunnittelussa sekä sen laatimisessa.

2 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projektimuotoinen työskentely edellyttää hyviä yhteistyötaitoja muiden kanssa (Karlsson & Marttala 2001, 86). Projektioorganisaatio voidaan jakaa työn suorittaviin projektivastaaviin ja projektin etenemistä avustavaan projektin ohjausryhmään (Anttonen 2003, 101). Projektiin voidaan myös perustaa tueksi asiantuntijaryhmiä sekä käyttää hyväksi muuta ulkopuolista apua (Kankkunen, Lagerroos, Lehtinen & Välimaa 1994, 54). Laaturyhmä voi olla projektin ulkopuolinen asiantuntijaryhmä tai organisaation sisältä joku henkilö, joka pystyy vastaamaan projektin laadusta (Karlsson & Marttala 2001, 88). Tässä projektissa projektioorganisaatio muodostui projektin asettajasta, ohjausryhmästä, projektivastaavista sekä tukihenkilöistä. Kuvio 1. kuvaa projektioorganisaatiota.

2.1 Projektioorganisaatio

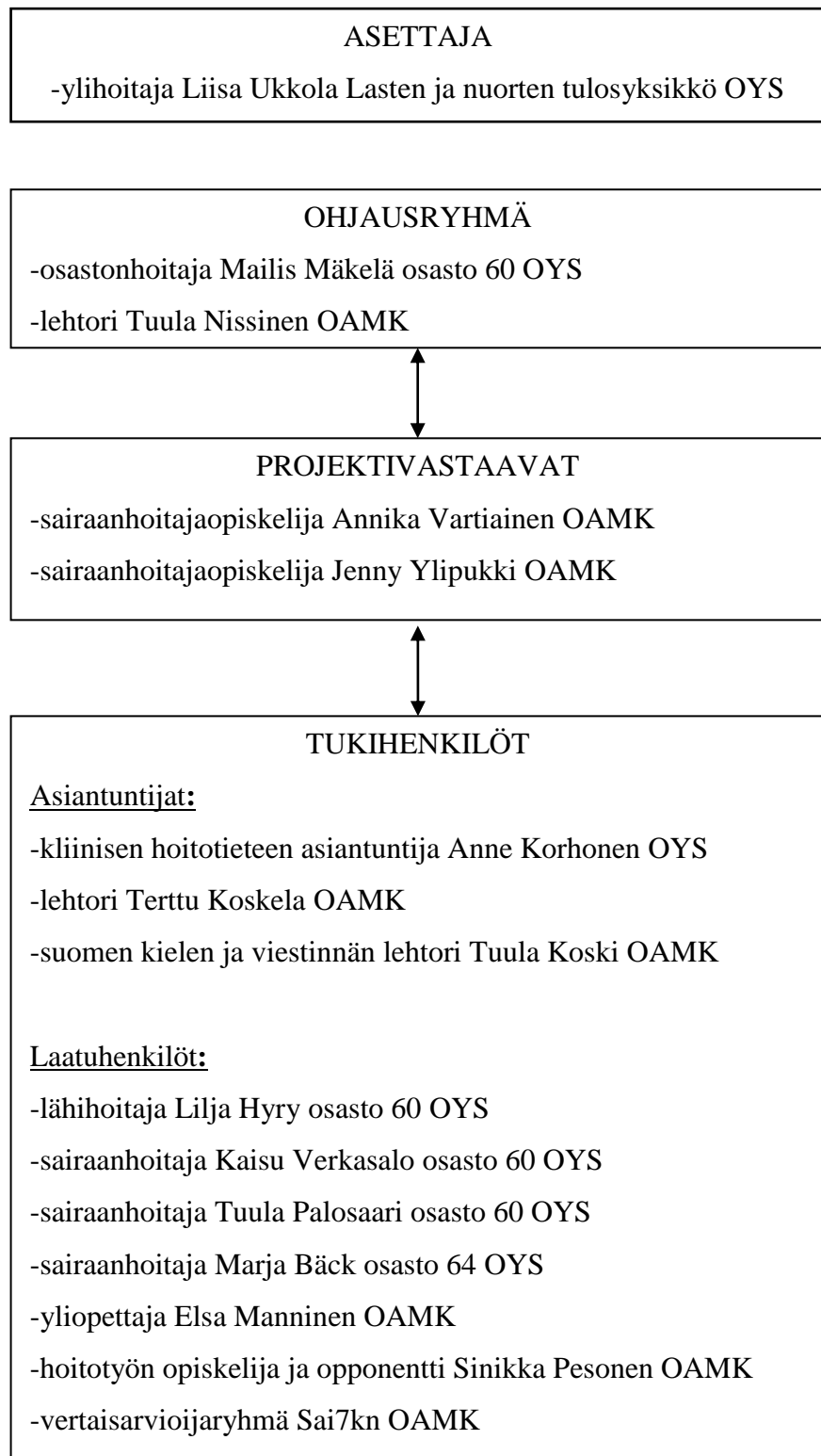
Tämän projektin asettajana toimi OYS:n lasten ja nuorten tulosityksikön ylihoitaja Liisa Ukkola. Asettaja käynnisti projektin ja vahvisti projektiryhmän ja yhteistyötahon väliset sopimukset (liite 1 ja 2). Projektin ohjausryhmään kuuluivat OYS:n lastenkirurgiselta osastolta 60 osastonhoitaja Mailis Mäkelä ja OAMK:n lehtori Tuula Nissinen, joka oli opinnäytetyön menetelmäohjaaja. Heidän tuli valvoa projektin edistymistä ja arvioida sen tuloksia.

Projektivastaavat, Annika Vartiainen ja Jenny Ylipukki, toimivat yhdessä projektipäällikön ja projektisihteerin tehtävissä. Projektivastaavien ensimmäisenä tehtävänä oli laatia projektin alkuvaiheessa valmistava seminaarityö ja projektisuunnitelma. Projektisuunnitelman pohjalta tuli laatia ohje, josta oli määrä tehdä palautekysely. Kyselyn avulla ohje oli tarkoitus saattaa lopulliseen muotoonsa. Ohjeen valmistuttua projektivastaavien tehtävänä oli kirjoittaa projektista loppuraportti ja esittää valmis opinnäytetyö sekä suorittaa kypsyysnäyte. Lisäksi projektivastaavien

vastuutehtävinä oli koko organisaation välinen tiedonkulku, raportointi palaverien pitäminen.

Tässä projektissa tukihenkilöt on jaettu asiantuntija- ja laatuhenkilöihin. OYS: sta klinisen hoitotieteen asiantuntijana oli Anne Korhonen ja OAMK: sta sisällön asiantuntijana lehtori Terttu Koskela. Valmistuvan tuotteen viestinnällisestä laadusta ja tekstinohjauksesta vastasi OAMK: n viestinnän lehtori Tuula Koski.

OYS:n lastenkirurgisen osaston 60 hoitajat, Lilja Hyry, Tuula Palosaari ja Kaisu Verkasalo ja lasten teho-osaston sairaanhoitaja, Marja Bäck, olivat projektin laatuhenkilöinä. Hoitajien tehtävänä oli toimia potilasohjeen versiointivaiheessa laadunvarmistajina ja lopullisen ohjeen arvioijina. Laatuhenkilöinä OAMK:sta oli yliopettaja Elsa Manninen, joka on tuotekehityksen osaaja, sekä opponenttiopiskelija Sinikka Pesonen ja oma sairaanhoitajaryhmämme (Sai7kn) toimivat opinnäytetyön vertaisarvioijina. Laatuhenkilöiden avulla oli tarkoitus varmistaa työn laatua ja lisätä asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Vertaisarvioijien tehtäviin kuului koko opinnäytetyöprosessin ajan seurata työn edistymistä.



Kuvio 1. Projektioorganisaatio

2.2 Projektin päätehtävät

Opinnäytetyössä oli kuusi päätehtävää, jotka on esitetty taulukkomuodossa (liite 3). *Ensimmäisenä päätehtävänä* oli ideoiminen. Tällöin suunnittelimme valmistavassa seminaarissa käsiteltävää teoriaosuutta, jota oli tarkoitus hyödyntää opinnäytetyön viitekehyksessä. Ideointivaiheeseen kuuluivat alustava tiedonhaku ja ideointiseminaarin esittäminen. Ideointiseminaari pidettiin joulukuussa 2007, minkä jälkeen projektin vastaavat ottivat yhteistyöhenkilöön Anne Korhoseen yhteyttä.

Projektin *toisena päätehtävänä* oli aiheeseen tutustuminen, mikä suurimmilta osin koostui valmistavasta seminaarityöstä, joka esitettiin marraskuussa 2008. Valmistavan seminaarin tarkoituksena ja tavoitteena oli perehtyä nuoren idiopaattiseen skolioosiin sairautena, lasten ja nuorten hoitotyön sekä projektin että painotuotteen laatimiseen teoretiedon avulla. Samalla tuotettiin kirjallista materiaalia aiheesta, josta muodostui teoreettinen viitekehys koko opinnäytetyölle. Muina osatehtävinä tähän sisältyivät tuotekehitykseen liittyvien kurssien käyminen koulutuksen aikana.

Projektin *kolmantena päätehtävänä* oli Skolioosileikatun nuoren jaksamisen tukeminen vuodelevossa -projektin suunnitteleminen. Tarkoituksena oli perehtyä keväällä 2009 projektikirjallisuuden avulla projektityöskentelyyn sekä muodostaa projektiorganisaatio. Kolmannen päätehtävän päätteeksi esitettiin projektisuunnitelma, jolla haettiin yhteistyökumppanilta lupaa tuotteen tekemiselle.

Projektin *neljäs päätehtävä* oli potilasohjeen versiointi, joka ajoittui syksyille 2009 ja keväälle 2010. Suunnitelmana oli keskittyä tässä vaiheessa potilasohjeen tekemiseen. Tavoitteena oli hakea ohjausta sekä yhteistyötaholta että opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta.

Projektin *viidentenä päätehtävänä* oli potilasohjeen arvioinnin toteuttaminen. Arvioinnin tarkoituksena oli taata potilasohjeelle mahdollisimman korkea laatu. Laadun varmistamiseksi oli tarkoitus laatia palautekysely OYS:n lastenkirurgisen osaston 60 skolioosihoidajille, muutamalle skolioosileikatulle nuorelle sekä omalle

sairaanhoitajaryhmällemme (Sai7kn). Palautekyselyä (liite 4) oli määrä käyttää ohjeen arvioinnin apuna.

Viimeisenä päättehtävänä oli loppuraportin laadinta ja valmiin opinnäytetyön esittäminen. Osatehtävinä tähän vaiheeseen kuuluivat loppuraportin kirjoittaminen, valmiin opinnäytetyön esittäminen ja kypsyysnäytteen kirjoittaminen. Loppuraportti oli määrä valmistua tammikuussa 2010 ja valmiin opinnäytetyön esitysajankohta sijoittui maaliskuu-huhtikuun vaihteeseen vuonna 2010, jolloin projekti sai päätöksensä.

3 SKOLIOOSILEIKATTU NUORI SAIRAALAHOIDOSSA

Nuoren hoitotyössä on tärkeää, että nuori kohdataan aina yksilönä. Nuorta ei voi irrottaa koskaan kodista tai perheestä silloin, kun nuori joutuu sairaalaan. Perhe liittyy hyvin olennaisena osana nuoren kokonaisvaltaiseen hoitoon. Niin vanhempia kuin sisaruksiakin ohjataan tarkasti nuoren hoitoon liittyvissä seikoissa. (Muurinen & Surakka, 2001, 13.)

3.1 Nuoren hoitotyön periaatteita

Nuorten hyvään sairaalahoitoon liittyy tiettyjä erityispiirteitä, jotka on otettava huomioon lasten kanssa työskenneltäessä (Lindén 2004, 31). Hoidon alkaessa ja jatkuessa perheen ja nuoren kanssa sovitaan hoidon tavoitteista. Ne voivat olla erilaisia eri sairauksien yhteydessä. Tavoitteina voivat olla esimerkiksi lapsen terveyden edistäminen, elämän laadun parantaminen tai sairauden kanssa eläminen (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Silven & Kurvinen, 2006, 19.)

Yksilöllisyyden periaatteen mukaan nuorella on oikeus olla ainutkertainen ja arvokas yksilö, jonka kehittymismahdollisuuksiin uskotaan. Tämä toteutuu hoidossa silloin, kun nuoren persoonalliset ominaisuudet, äidinkieli ja kulttuurillinen tausta otetaan huomioon hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa sekä toteuttaessa. Tämä edellyttää hoitajalta nuoren normaalin kehityksen tuntemista. Sairaus merkitsee murrosikäiselle poikkeavaisuutta ja uhkaa terveen identiteetin kehitykselle. Nuori tarvitsee osakseen ymmärrystä, hienotunteisuutta ja yksilöllisyyden kunnioittamista. Erityisen tärkeää on nuoren kuuleminen. (Lindén 2004, 32.)

Perhekeskeisyyden periaate toteutuu sairaalahoitoon, kun nuori kykenee pitämään yhteyttä hänelle tärkeisiin ihmisiin sairaalahoidon aikana (Lindén 2004, 32). Perhekeskeisyys lähtee aina perheen tarpeista. Perheen tukemisen tavoitteena on, että perhe kokee tukemisen auttavan tai helpottavan heidän tilannettaan ongelmien kanssa. (Vilén ym. 2006, 72.) Perhekeskeisyyttä on myös se, että vanhempien asiantuntijuutta nuoren suhteen kunnioitetaan suunnittelemalla ja toteuttamalla nuoren hoito

yhteistyössä vanhempien kanssa. Hoitotyöntekijän vastuulla on huolehtia, että nuoren oikeutta tuetaan ja ylläpidetään hänen hoitoaan. Perhekeskeisyys on keskeinen osa nuoren sairaalahoidon. (Lindén 2004, 32-33.)

Nuoren kasvun ja kehityksen turvaaminen on myös otettava huomioon sairaalahoidossa. Tällöin nuoren ainutkertainen huomioiminen vaatii hyvää tutustumista nuoreen, hänen kasvuun ja kehitykseen sekä aikaisempiin kehitysvaiheisiin. Myös sairaalassa ollessa hänelle tulee antaa kehitysmahdollisuuksia. (Lindén 2004, 33.)

Hoitotyössä nuoren turvallisuuden tunteesta huolehditaan siten, että hoitoympäristöstä poistetaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaaratekijät. Turvallisuutta voivat luoda myös hoitohenkilökunnan yhtenevät toimintaperiaatteet ja yhteiset hoitokäytänteet. (Vilén ym. 2006, 20.) Jokaisen nuoren tulee tuntea olonsa turvalliseksi sairaalahoidon aikana. Tämä toteutuu, kun hoitoympäristö on turvallinen, hoitohenkilökunta kunnioittaa nuorta ja perhettä sekä perheen ja hoitajien välillä vallitsee luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. (Lindén 2004, 33.)

Omatoimisuuden periaatteella tarkoitetaan sitä, että nuori ja perhe otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen. Tärkeänä pidetään hoitohenkilökunnan ja perheen välistä vuorovaikutusta. Perhettä ohjataan ja kannustetaan hoitamaan nuorta hoitotyön ammattilaisista riippumattomasti. Samaan asiaan tähtää se, että nuorelle annetaan vastuuta omasta hoidosta ja toimintakyvyn ylläpidosta. (Vilén ym. 2006, 20-21.)

Jatkuvuuden periaatteen lähtökohtana on se, että hoito suunnitellaan alusta alkaen nuoren ja perheen kanssa yhteistyössä (Lindén 2004, 33-34). Tähän sisältyy katkeamaton tiedonkulku kodin, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Vilén ym. 2006, 21). Näin perhe kykenee sitoutumaan hoitoon voimavarojensa mukaan ja jatkamaan nuoren toipumista tukevaa hoitoa kotoa. Jatkuvuuden periaatteen toteutuminen on mahdollista moniammatillisen yhteistyön avulla. (Lindén 2004, 33-34.)

3.2 Nuoren kehitysvaiheita

Nuoruusikä sijoittuu lapsuuden ja aikuisuuden väliin eli ikävuosiin 12-22 (Aalberg & Siimes 2007, 15). Tällöin nuoren maailma avartuu ja hänelle alkaa muodostua aikuisen tunne-elämän, käyttäytymisen ja ajattelun piirteitä. Etenkin tunteiden esiintulo voimakkaammin voi aiheuttaa nuorena kuohuntaa. (Turunen 2005, 113-114.) Nuoruusikä voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen eli varhaisnuoruuteen, varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen. (Aalberg & Siimes 2007, 68-69.) Niin sanottu murrosikä, jonka ajankohta sijoittuu noin 13-16 ikävuoden välille, menee myös vaiheiden kanssa päällekkäin (Turunen 2005, 114-115).

Varhaisnuoruus käsittää ikävuodet 12- 14, jolloin nuoren elämä on täynnä hämmennystä ja levottomuutta (Aalberg & Siimes 2007, 68-69). Nuoren keho muuttuu nopeasti ja kasvu on voimakasta, mikä vaikuttaa nuoren kehonkuvan hahmottumiseen. Tällöin hän voi olla hyvinkin kömpelö ja kiinnostunut omasta ulkonäöstään eikä useinkaan kestä itseensä kohdistuvaa kritiikkiä. (Muurinen & Surakka 2001, 55-56.) Myös suhde vanhempiin vaihtelee tässä ikäkaudessa hyvin paljon. Toisaalta nuori pyrkii korostamaan yksilöllisyyttään ja itsenäistymistään, mutta kuitenkin tarve riippuvuudesta on yhä taustalla. (Aalberg & Siimes 2007, 68-69.)

Niin sanotun murrosiän ajankohta vaihtelee yksilöittäin, mutta yleensä sen alku sijoittuu 13. ja 14. ikävuoden välille. Murrosikää on myös vaikea määritellä täsmälliseksi ajanjaksoksi, mutta sen voidaan ajatella päättyvän noin 16 vuoden iässä. Murrosiässä kehityksessä ajatellaan tapahtuvan jonkinlainen murros, ja fysiologisesti murroksella tarkoitetaan sukukypsyyttä. Joskus murrosikä aiheuttaa nuoren elämässä myös vakavan kriisin. Nuori saattaa vetäytyä itseensä tai villiintyä uusien tuntojensa vuoksi. (Turunen 2005, 114-115.)

Varsinainen nuoruus sen sijaan sijoittuu 15-17- ikävuoden väliin (Aalberg & Siimes 2007, 69-70). Tällöin itsenäisyyteen pyrkiminen korostuu, vaikka nuori tavoittelee sekä aikuisen että lapsen etuja (Muurinen & Surakka 2001, 56-57). Nuori on myös alkanut jo sopeutua ruumiinkuvaansa, kun varhaisnuoruudessa alkaneet paineet ulkonäöstä ja omasta itsestä alkavat helpottua. Nuori alkaa myös hiljalleen etsiä omaa

seksuaalisuuttaan. (Aalberg & Siimes 2007, 69-70.) Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaisvaltaista persoonallisuutta, minkä voidaan sanoa muodostuvan perimän, kulttuurin, kasvatuksen ja kokemusten kautta. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 2004, 160). Omaa minuutta myös vahvistetaan seurustelusuhteiden avulla. (Aalberg & Siimes 2007, 69-70). Lisäksi nuori kokee usein ensimmäisiä rakastumisen tunteita tässä ikävaiheessa (Muurinen & Surakka 2001, 56-57).

Jälkinuoruus on 18-22 -vuotiaiden nuorten aikaa (Aalberg & Siimes 2007, 71). Nuoren elämä alkaa muuttua seesteisemmäksi, kun hän lähestyy täysi-ikäisyyttä eli 18:aa ikävuotta (Turunen 2005, 135, 138). Jälkinuoruuden aikoihin nuoren pituuskasvu on päättynyt ja hän on fyysisesti kypsä. Suhteet vanhempiin usein paranevat ja muuttuvat aikuisten välisiksi suhteiksi. Nuori näkee vanhempansa realistisesti ja hyväksyy heidät. Lisäksi kaveriryhmän tilalle astuu hyviä ystäviä, ja nuori kykenee rakentamaan elämällensä päämääriä sekä pystyy kompromisseihin ja pitkäjänteisyyttä vaativiin töihin. (Muurinen & Surakka 2001, 57.) Nuori alkaa olla jo itsenäinen persoona, jolla on omat käsityksensä, mieltymyksensä ja elämänsuuntansa. Hän kaipaa vapautta ja tilaa etsiä itseään. (Turunen 2005, 135, 138.) Lisäksi nuori alkaa ottaa enemmän vastuuta itsestään ja ympäristöstään (Aalberg & Siimes 2007, 71).

Yksi nuoren kehityksen kannalta tärkeistä tehtävistä on vastuunotto. Siihen nuori opettelee päivittäin tehden yhä isompia valintoja ja päätöksiä koskien itseä, ystäviä, lähimpiä, ympäristöä ja opiskelua. Välillä vastuunotto ja valinnat voivat tuntua vaikeilta ja jopa ylitsepääsemättömiltä yksin käsiteltäviksi. Ympäröivien ihmisten, vanhempien ja muiden aikuisten tulee avustaa ja tukea nuorta vaikeina hetkinä sekä auttaa löytämään sopiva ratkaisu. (Huttunen 2007, 106-107.) Vastuun kantaminen omasta itsestä on keskeinen osa nuoren itsemääräämisoikeuden eli autonomian kehittymistä (Huttunen 2007, 97-98).

Perhe, joka on ihmisen kehityksen ensimmäinen perusta ja lähiympäristö, on tärkeä osa nuoren elämää. Nuoren turvallisuudentunteeseen vaikuttaa se, millaiset olosuhteet kotona on ollut lapsuudessa ja nykyään. Lisäksi hyvä itsetunto vaikuttaa nuoren turvalliseen oloon. Itsetunnolla tarkoitetaan todellisuuteen perustuvaa itsensä tuntemista, kunnioittamista ja arvostamista. Itsetunnon katsotaan olevan myös

sidoksissa nuoren vuorovaikutussuhteisiin lähipiirissä ja elinympäristöön. (Aaltonen ym. 2004, 151-152.)

Kavereiden rooli nuoren kehittyessä vaihtelee sukupuolien välillä. Aluksi tytöt ja pojat hakeutuvat samaa sukupuolta olevien seuraan, jolloin esimerkiksi kaikista kehittyneimmistä tytöistä voi tulla toisille esikuva. Pojat usein välttelevät tyttöjä, kun taas tytöt alkavat olla aktiivisia. Kun sukupuolinen kypsyminen menee eteenpäin, naisellisia ja miehekkäitä piirteitä aletaan entistä enemmän korostaa niin vaatteilla kuin käyttäytymiselläkin. Joskus myös naisena ja miehenä oleminen voi nuoren mielestä tuntua pelottavalta. Tällöin nuori voi käyttäytyä hyvin äänekkäästi, ja toisaalta hakea myös omaa rauhaa. (Muurinen & Surakka 2001, 56.)

Identiteetti tarkoittaa minän kokemisen jatkuvuutta, toisin sanoen kokemusta omasta itsestään sellaisena kuin on. Ehjän minäkokemuksen syntymiselle ja kehittymiselle on tärkeää, että yksilön itseen kohdistuvat odotukset ja tarpeet ovat tasapainossa ulkoapäin tulevien odotusten ja vaatimusten kanssa. Nämä odotukset ja tarpeet voivat jatkuvasti muuttua. Identiteetti on siis minän kokemus tietyssä elämänvaiheessa, tietynä aikana ja tiettyjen sosiaalisten suhteiden ympäröimänä. (Huttunen 2007, 167.)

Kehityspsykologisten teorioiden mukaan identiteetti alkaa muodostua vasta nuoruusiässä, kun ihminen on riittävän kypsä elämäkokemuksen, ajattelun ja psyykkisten ominaisuuksien puolesta (Huttunen 2007, 167). Identiteetin muodostuminen pohjautuu lapsuudessa saatuihin kokemuksiin itsestä, kyvyistä ja ominaisuuksista. Identiteetin kehittyminen on aina kytköksissä sosiaalisiin suhteisiin, erilaisiin ryhmiin, kuten perheen, ystävien ja harrastuksien mukana tulleisiin yhteyksiin. Nuoren tulee saada jatkuvaa palautetta ympäristöstään, jotta tämä ymmärtää, millaisena muut hänelle tärkeät ihmiset nuoren näkevät. (Huttunen 2007, 169.)

Nuoren kehitykseen vaikuttavat siis monet tekijät. Toiset vaikuttavat positiivisesti ja toiset negatiivisesti. Nuoren kehitystä vahvistavat ja tukevat hyvät ja terveet ihmissuhteet niin vanhempiin kuin ystäviinkin. Heiltä omaksutaan hyväksi kokemia piirteitä, kuten vanhempien hyväksyntää, tukea ja huolenpitoa sekä riittäviä rajoja. Toisaalta on myös hyvä säilyttää vanhempiin tarvittava etäisyys. Nuoren täytyy kunnioittaa perheen arvomaailmaa ja moraalialia. Lisäksi nuoren tulee olla nuori eli

nauttia musiikista, harrastuksista ja ystävistään. Nämä auttavat nuorta sopeutumaan itsessään ja elämässään tapahtuviin muutoksiin. (Huttunen 2007, 103.)

3.3 Skolioosi ja sen hoito

Nuorten selkäkipujen syyt vaihtelevat harvinaisista vaikeista sairauksista moniin yleisiin ja ohimeneviin kivun aiheuttajiin (Salminen 2000). Nuorten niska- ja selkäkipujen yleisyydestä kertoo fysiatri Jouko J. Salmisen tutkimus, jonka mukaan jopa kolmasosalla 400 potilaan joukosta 11-17 vuotiaista oli erilaisia ryhtivirheitä. Suhteellisen yleisiä ryhtivirheitä ovat kenoselkä, notkoselkä ja kumara selkä. (Haukatsalo 2002, 83-84.)

Nuorten vakavampi selkäsairaus on kierreskolioosi eli idiopaattinen skolioosi, joka voi edetä varsin pitkälle huomaamatta. Lievä skolioosi ei oireile välttämättä ollenkaan, joten sen voi havaita vain selän vinoudesta. Kuitenkin noin joka neljännellä esiintyy kipua rintarangan tai lannerangan alueella jo sairauden alussa, ja sairauden edetessä melkein jokaisella skolioosia sairastavalla on jonkinasteisia selkäoireita. Lievää skolioosia eli selän vinoutumista esiintyy 7 %:lla ikäluokasta, mutta vaikeampaa leikkaushoitoa tarvitsevaa skolioosia on vain 0,2 %:lla ikäluokasta. (Helenius 2008.)

Skolioosi voidaan luokitella sen syntymekanismin mukaan kolmeen tyyppiin: idiopaattiseen, kongenitaaliseen ja neuromuskulaariseen skolioosiin. Yleisin skolioosin muoto on idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä syntynyt skolioosi. Kongenitaalinen skolioosi on synnynnäinen ja siihen liittyy usein elinjärjestelmien häiriöitä, kuten ruuansulatuskanavan, sydämen tai selkäydinkanavan rakenteellisia poikkeamia. Neuromuskulaarisen skolioosin taustalla sen sijaan on lapsuuden neurologisia tai lihasten sairauksia (Helenius 2008.) Myös erilaiset traumat, tuumorit eli kasvaimet tai infektiot voivat johtaa sekundaariseen eli toisen sairauden aiheuttamaan tai toissijaiseen skolioosiin (Helenius 2007).

Idiopaattinen skolioosi on selkärangan kasvuhäiriö, jossa rinta- ja lannerangan alueelle tulee sivusuuntainen ryhtivirhe. Usein ryhtivirhe kuvataan käänteisen s-kirjaimen muotoiseksi. Rangan kasvuhäiriöön liittyy myös yleisesti nikamien kiertyminen, mikä

näky rangan kurvikohdissa nikamien kallistumisena. Rintakehässä ryhtivirhe näky kylkiluiden kohoamisena eli niin sanottuna kylkikyytynä. (Haukatsalo 2002, 84-86.) Idiopaattisella skolioosilla on voimakas geneettinen tausta, ja sitä aiheuttavia geenejä on useita (Helenius 2008).

Hoitoa vaativaa skolioosia tavataan 10 kertaa yleisemmin tytöillä kuin pojilla. Hyvin hoidettuna idiopaattisesta skolioosista paranemisen ennuste on erittäin hyvä niin pitkällä kuin lyhyelläkin hoitajaksolla. (Helenius 2008.) Idiopaattista tyyppiä voi ilmetä jo varhaislapsuudessa, mutta suurimmalla osalla se löydetään vasta nuoruusiän pituuskasvun yhteydessä (Helenius 2007). Skolioosi voi myös ilmetä missä tahansa kasvukehityksen vaiheessa. Skolioosin kehittyminen myötäilee nuoren pituuskasvua ja pituuskasvun loputtua myös skolioosin kehitys pysähtyy. (Haukatsalo 2002, 86.) Useimmiten tytöillä skolioosi kehittyy 10-12 vuoden iässä ja pojilla pari vuotta myöhemmin (Helenius 2007).

Lasten ja nuorten selkävaivat tulee ottaa aina vakavasti ja hakeutua lääkäriin (Haukatsalo 2002, 83-84). Terveystieteissä skolioosia seulotaan varhaislapsuuden neuvolakäynneillä ja koulussa kouluterveydenhoitajien vastaanotolla, jolloin lapsen fyysistä ja psyykkistä kehitystä seurataan säännöllisesti. Tärkeimmät seulontatarkastukset ovat kasvukauden ajalla eli noin 9-13- vuoden välillä. (Helenius 2007.) Kuitenkin skolioosia sairastavien nuorten vanhemmat ovat kokeneet, että nuoren oireita on terveydenhuollon organisaatioissa vähätelty ja vanhemmat ovat joutuneet pitämään nuoren puolta saadakseen apua (Mäenpää 2005, 27). Epäily skolioosista voi herätä selkään kohdistuvista kivuista (Helenius 2008). Vanhempien mukaan merkkeinä skolioosista voivat olla myös muun muassa selän kankeus ja puutumisen, jotka vaikuttavat eniten nuoren normaaliin elämään (Mäenpää 2005, 26).

Idiopaattinen skolioosi vaatii hoitoa, kun lapsella tai nuorella todetaan radiologisesti röntgenkuvissa selän yli 25°:n vääristymä. Tuolloin hoitona on yleensä korsettihoito, jonka aikana pidetään yksilöllisesti teetettyä tukiliiviä 23 tuntia vuorokaudessa. Tämän niin kutsutun korsetin on havaittu estävän tehokkaasti selän kiertymän pahentumisen. Korsetti ei kuitenkaan oikaise selkää virheasennosta, mutta hidastaa sairauden etenemistä ja sen avulla lapsi voi jopa välttää leikkaushoidon. (Helenius 2008.)

Vaikean skolioosin, 60° -kulman, ja jo 40° -kulman ylittävissä skolioositapauksissa selän parantamiseen tarvitaan leikkaushoitoa (Haukatsalo 2002, 86). Suomessa skolioosileikkaukset on keskitetty Helsinkiin, Tampereelle ja Ouluun (Helenius 2008). Leikkaushoidolla voidaan korjata selän kiertymiskulmaa, mutta usein se edellyttää myös luudutusleikkausta, jotta estettäisiin virheasennon uusiutuminen (Haukatsalo 2002, 86). Leikkaushoidolla on saavutettu hyviä tuloksia (Helenius 2008).

Hoitamattomasta skolioosista voi tulla hyvin pahoja rintarangan ja rintakehän asentovirheitä. Nykyään nämä ovat kuitenkin harvinaisia, koska skolioosia osataan seuloa, seurata ja hoitaa tehokkailla menetelmillä. Hoidettuna skolioosista on harvoin haittaa myöhemmin. Tosin suuriasteiset skolioosit voivat aikuisiällä aiheuttaa jatkuvia lihasten ja rangan pikkunivelten kiputiloja. (Haukatsalo 2002, 86.) Vaikea rintarangan skolioosi voi hoitamattomana johtaa keuhkojen tilavuuden pienentymiseen. Tämän takia skolioosin hoito tulisi aloittaa mahdollisimman pian, kun sairaus on diagnosoitu. (Helenius 2008.)

3.4 Kirurgisen potilaan hoitopolku

Hoitopolulla tarkoitetaan potilaan hoidon etenemistä kotoa hoidettavaan laitokseen, laitosten sisällä ja eri laitosten välillä sekä hoitolaitoksesta kotiin (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2001, 43). Kirurgisen potilaan kohdalla hoitopolku muodostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoidosta, joita yhdessä kutsutaan perioperatiiviseksi hoidoksi (Iivanainen ym. 2001, 89).

Leikkausta edeltävänä eli preoperatiivisena aikana kirurginen potilas valmistautuu tulevaan leikkaukseen niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Tätä vaihetta seuraa leikkaus ja siitä aiheutuva intraoperatiivinen aika, joka alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy heräämööseen. (Iivanainen ym. 2001, 89.) Skolioosipotilas kuitenkin vaatii tehovalvontaa heti leikkauksen jälkeen, minkä vuoksi potilas menee suoraan teho-osastolle käymättä heräämössä (Hartikainen 2004, 293). Heräämövaiheen jälkeen alkaa leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen aika, johon kuuluu potilaan toipumis- ja kuntoutumisvaihe vuodeosastolla (Iivanainen ym. 2001, 89).

Skolioosileikkaus kestää koko päivän, ja nuori tarvitsee yleensä tehovalvontaa seuraavaan päivään asti. Leikkauksen jälkeen tulee välttää selän kiertoliikettä. Selkäleikattu nuori tarvitsee tehokkaan kipulääkityksen ja perushoidon, jotta leikkauksen komplikaatiot vältetään. Esimerkiksi hengitysharjoituksilla, asentohoidolla ja ihonhoidolla ehkäistään makuuhaavoja, joita voi syntyä pitkän paikallaan olon vuoksi. Jos leikkauksesta toipuminen etenee normaalisti, nuori pystyy seisomaan jo viikon kuluttua leikkauksesta ja pääsee kotiin noin 7-12 vuorokauden kuluttua. (Hartikainen 2004, 293.)

Selkäleikkaus on raskas leikkaus, ja nuori joutuu olemaan vuodelevossa erilaisiin monitoreihin kiinnitettynä. Koko perheen laadukas valmistaminen ja ohjaaminen ennen leikkausta ovat ensiarvoisen tärkeitä, kuten myös hoitajan tuki ja kannustus leikkauksen jälkeen. (Hartikainen 2004, 293.)

3.5 Skolioosileikkauksen jälkeinen toipuminen

Kaverisuhteiden ylläpitäminen on yleensä tärkeää nuorelle sairaalassaoloaikana. Kavereiden merkitys korostuu varsinkin silloin, kun nuori on pitkäaikaisessa sairaalahoidossa. Osat nuorista kokee, että kavereiden tapaaminen on tärkeämpää kuin vanhempien vierailut. (Muurinen & Surakka 2001, 85.) Skolioosileikattuja nuoria tutkittaessa on käynyt ilmi, että vanhempien, kavereiden ja sukulaisten vierailut ja heidän kanssaan seurustelu edesauttoivat toipumista leikkauksesta. Myös kavereiden tuomat kuulumiset sairaalan ulkopuolelta tapahtuvista asioista antoivat positiivisia voimavaroja. (Kukonlehto 2008, 49.)

Nuori kaipaa sairaalassakin mielekästä ikäiselleen sopivaa tekemistä, jota lastenosastot pyrkivät tarjoamaan (Vilén ym. 2006, 338). Viihdykkeiden järjestämisen tärkeyttä sairaalassaoloaikana tukee myös skolioosinuorille tehty tutkimus, jonka mukaan kiputunteukset skolioosileikkauksen jälkeen koettiin ajoittuvan aikaan, jolloin nuorilla ei ollut mitään tekemistä (Kukonlehto 2008, 44). Lisäksi tutkimuksen mukaan nuoret kokivat pitkästyvänsä sairaalassa rajoittuneen toimintakyvyn ja vähäisen jaksamisen vuoksi (Kukonlehto 2008, 47).

Nuorelle etenkin oman kehon koskemattomuus on tärkeää, sillä nuori kokee oman kehonsa omana minänään. Kehon sairaus tai vamma on nuorelle arka kohta, ja sukupuolisuuden kehittyminen hämmentää. Tämän vuoksi altistuminen muiden koskettavaksi, nähtäväksi ja tutkittavaksi on kiusallista. (Lindström 2004, 431.) Intimiteettisuojaan säilyminen on siis erittäin tärkeää muistaa nuorta hoidettaessa (Muurinen & Surakka 2001, 84). Myös skolioosileikkattujen toipumisesta tehdyn tutkimuksen mukaan autettavana oleminen tuntui kiusalliselta ja kummalliselta. Toisaalta auttaminen ja huolenpito koettiin positiivisena ja niistä oltiin kiitollisia. (Kukkonlehto 2008, 41.) Onkin hyvin tärkeää, että nuoren kehitysastetta arvioidaan ja nuorta lähestytään kunnioittavasti, kun suoritetaan muun muassa erilaisia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä (Muurinen & Surakka 2001, 65). Tällaisia hoitotoimenpiteitä ovat esimerkiksi peseytymistilanteet ja erityistoimintaan liittyvät hoidot (Lindström 2004, 431).

Tietty nuorten sairauksien ja hoitomuotojen, kuten pitkäaikaisen vetohoidon tai vuodelevon, aikana nuoret tarvitsevat erityistä ihonhoidon huomiota. Vuodelevossa nuoren iho voi helposti hautua ja näin aiheuttaa painehaavoja kehoon. Tuolloin on huolehdittava hygieniasta ja asennollisesta hoidosta. Nuori pestään päivittäin vuoteessa, jos häntä hoidollisista syistä ei voida siirtää, ja hiukset pestään kaksi kertaa viikossa. (Vilén ym. 2006, 363.) Puhdas olo lisää nuoren hyvää oloa ja itsetuntoa. Myös omassa kehossa tapahtuvat muutokset, kuten kuukautiset tytöillä, saattavat aiheuttaa hämmennystä. Nuori kaipaakin tukea ja hyväksyntää aikuisilta ja kavereiltaan. (Aaltonen ym. 2004, 148-149.)

Asentohoidosta huolehditaan nuoren asentoa vaihtaen muun muassa kyljeltä toiselle. Ihoa pyyhitään kosteilla pyyhkeillä useita kertoja päivässä. Pyyhkimisen jälkeen on huolehdittava, että iho kuivataan huolellisesti. Varmistetaan myös, ettei mikään vaatekappale tai vuodevaate ole likainen tai rypyyinen. Jos vamma tai sairaus ei estä raajojen liikuttamista, nuorta autetaan liikuttamaan niitä vuoteessa, jotta verenkierto säilyisi hyvänä ja tehokkaana. (Vilén ym. 2006, 363.)

Uni on ihmiselle välttämätöntä, sillä sen tehtävänä on antaa elimistölle mahdollisuus rakentaa ja korjata itseään. Nuoren elimistö myös erittää kasvuhormonia yön aikana.

Nukkuessa ihosolut lisäksi uusiutuvat, kuona-aineet poistuvat, ja uni edesauttaa hivenaineiden ja hormonien kiertoa. (Aaltonen ym. 2004, 142-143.)

Liikunta on myös yksi nuoren terveyttä edistävä tekijä. Liikunta vaikuttaa myönteisesti nuoren toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Liikunta lisää elimistön vastustuskykyä ja pienentää moniin sairauksiin sairastumisriskiä. (Aaltonen ym. 2004, 144.) Nuorille skolioosileikkauksen jälkeinen liikkumisen aloittaminen tuotti hankaluuksia suoran selän vuoksi. Etenkin tasapainon löytäminen vaikeutti kävelemistä. (Kukonlehto 2008, 46.)

3.5.1 Kivun hoito

Kipua on vaikea määrittää, sillä se on yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus (Muurinen & Surakka 2001, 122-123). Kivun hoidon tavoitteena on kivun poistaminen tai, mikäli se ei ole mahdollista, ainakin kivun lievittäminen (Muurinen & Surakka 2001, 127). Kivun lievittämiseksi ja ehkäisemiseksi on olemassa erilaisia hoitotyön keinoja niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettömiäkin (Vilén ym. 2006, 377-378). Lääkkeettömänä menetelmänä voidaan käyttää muun muassa hoitoympäristön rauhoittamista ja nuoren asennon järjestämistä rentouttavaksi vuodelevon aikana (Muurinen & Surakka 2001, 130). Kivulla on tarkoitus suojella ihmistä ärsykkeiltä, ja kivun aiheuttaja tulee aina selvittää ennen kuin sitä aletaan hoitaa (Vilén ym. 2006, 375).

Kokemus kivusta ja siihen reagoimisesta kuitenkin vaihtelee hyvin yksilöllisesti (Muurinen & Surakka 2001, 123). Nuori osaa paikallistaa kipukohdat, ja kipu on näin helpompi tunnistaa. Kipu kuitenkin heijastuu koko kehoon ja aiheuttaa niin sanotusti henkistä kipua fyysisen kivun lisäksi. (Muurinen & Surakka 2001, 65.) Skolioosileikkauksesta toipumista tutkittaessa nuoret ovat kuvanneet, että kivuntunteukset ovat monimuotoisia. Kipu kohdistui pääosin selkään leikkausalueelle, kylkiin, lihaksiin ja luihin. Lisäksi kipu koettiin jatkuvana tai ajoittaisena. (Kukonlehto 2008, 44.)

lästä riippumatta jokaisen potilaan kipua tulee hoitaa tehokkaasti tehohoidon aikana. Hoitamattomana kipu lisää tehohoitopotilaiden kuolleisuutta, sillä tällöin potilaat

altistuvat epäsuotuisille hormonaalisille ja immunologisille muutoksille. Tehohoidon aikana on syytä tavoitella kivun ennaltaehkäisyä. Yleensä kivuttomuus saadaan aikaan riittäväillä tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla sekä opioidien yhteiskäytöllä. Kipulääkitys on aiheellinen niin leikkauksen jälkeisen, sairauden kuin hoitotoimenpiteidenkin aiheuttaman kivun hoidossa. (Korpela & Mildh 2003, 16-17.)

Suurissa lasten ja nuorten leikkauksissa, kuten selkäleikkauksissa, on perusteltua käyttää tulehduskipulääkkeiden lisäksi jatkuvaa opioidi-infuusiota, PCA:ta eli kipupumppua (Hamunen 2009, 453). PCA (Patient Controlled Analgesia) eli kivun itsehoito on tehokkaimpia leikkauksen jälkeisen kivun hoitomuotoja potilailla, jotka tarvitsevat voimakasta kipulääkettä vähintään kaksi vuorokautta leikkauksen jälkeen. PCA:n avulla nuori pystyy itse osallistumaan kivunhoitoon ja annostelevaan tehokkaasti omien tarpeidensa mukaan tarvitsemansa kipulääkeannoksen. (Piiparinen & Rauhala 2004, 160-161.) Myös nuorille tehdyssä tutkimuksessa kipupumppu koettiin hyödylliseksi leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa kivun nopean lievittymisen vuoksi. Parhaimmillaan pumppu vei kivun kokonaan pois. (Kukkonlehto 2008, 44.)

Myös epiduraalista kivunhoitoa käytetään leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa (Hamunen & Kalso 2009, 285). Epiduraalisessa kivunhoidossa potilaan selkään, epiduraalitalaan, asetetaan katetri (Blomqvist 2000, 143-144). Katetrin avulla epiduraalipuudutuksesta saadaan kestävä kivunhoidon muoto (Piiparinen & Rauhala 2004, 160). Katetriin on mahdollista yhdistää kipupumppu, jonka avulla puudutetta annostellaan. Puudutteen tehoa voidaan lisätä käyttämällä sen rinnalla opioideja. (Blomqvist 2000, 143- 144.) Epiduraalinen kivunhoito on todettu tehokkaaksi kivunlievitysmenetelmäksi ja se vähentää keuhkokomplikaatioita verrattuna suonensisäisiin opioideihin (Hamunen & Kalso 2009, 284-285).

3.5.2 Nuoren kokemuksia sairastumisesta ja sairaalassaolosta

Nuori kokee sairastumisen hyvin yksilöllisellä tavalla. Hän saattaa tuntea syyllisyyden tunteita sairastumisestaan ja kuolemanpelko voi tulla ajankohtaiseksi esimerkiksi leikkauksien tai toimenpiteiden yhteydessä. (Muurinen & Surakka 2001, 64.) Skolioosiin sairastuneita nuoria tutkittaessa ilmeni, että leikkaukseen liittyvät

suurimmat pelon- ja huolenaiheet olivat halvaantuminen ja kuolema. Myös nukutus aiheutti pelkoja nuorissa. (Kukonlehto, 2008, 31.) Myös toisen tutkimuksen mukaan leikkaus aiheutti nuorissa ja heidän vanhemmissaan eniten huolia muun muassa ulkonäköön, tuleviin selkäkipuihin ja fyysisiin rajoituksiin liittyen (Narayanan 2008, 180). Sairastuminen on myös uhka identiteetille varsinkin nuorilla, joilla identiteetin muovautuminen on vasta vaiheessa. Nuori kokee eri tilanteet hyvinkin ristiriitaisina. (Muurinen & Surakka. 2001, 64.)

Sairaus myös tekee elämän hankalaksi, sillä muun muassa syöminen, pelaaminen, lukeminen tai musiikin kuunteleminen saattavat vaikeutua tai jäädä kokonaan pois. Kavereiden näkeminen myös vaikeutuu ja koulunkäynti voi keskeytyä. Yksilöllisyyden lisäksi myös elämäntilanne ja sairaus vaikuttavat siihen, miten nuori kokee terveyden ja sairauden. (Muurinen & Surakka 2001, 65.)

Sairastuminen pitkäaikaisesti tai sairaalaan joutuminen voivat masentaa nuorta, sillä sairaalassa hän joutuu normaalista elämästään poikkeavaan tilanteeseen. Sairauden takia nuori voi joutua pitkäksi aikaa vuoteeseen, eroon koulumaailmasta, normaaliarjesta ja kavereistaan. Hänen aktiivinen elämänsä vaihtuu passiivisemmaksi sairaan elämäksi. Tästä syystä onkin tärkeää antaa nuoren osallistua mahdollisimman paljon hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Vilén ym. 2006, 341-342.) Myös skolioosia sairastaville nuorille tehdyn tutkimuksen mukaan nuoret kokivat tärkeäksi, että he itse pystyivät vaikuttamaan omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin (Mäenpää 2005, 34).

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa suuresti myös muuhun perheeseen. Eniten nuorta auttaa perheen ja läheisten tuki, perheen läheisyys ja rohkaisu (Vilén ym. 2006, 343- 344). Perhe on ihmisen kehityksen ensimmäinen perusta ja lähiympäristö. Nuoren turvallisuudentunteeseen vaikuttaa se, millaiset olosuhteet kotona on ollut lapsuudessa ja nykyään. Lisäksi hyvä itsetunto vaikuttaa nuoren turvalliseen oloon. (Aaltonen ym. 2004, 151-152.)

3.5.3 Nuoren ja perheen ohjauksen tarve

Ohjaus tapahtuu sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ja hoitaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen ohjauksen lopulla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38.) Tutkimuksen mukaan skolioosileikattujen nuorten vanhemmat toivoivat, että heidän kanssaan käydyissä keskusteluissa huomioitaisiin ymmärrettävien sanojen käyttäminen (Mäenpää 2005, 56).

Kirjallista materiaalia ei tule antaa vain siksi, että sitä on tarjolla, vaan materiaalin tulee tukea ohjauskeskustelussa käytyjä asioita (Kyngäs ym. 2007, 73). Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tarpeellista tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Tällaiset tilanteet yleistyvät kokoajan potilaiden sairaalassaoloaikojen lyhentyessä. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia oppaita ja ohjeita, joiden laajuus vaihtelee yhdestä sivusta pieniin, useampisivuisiin kirjasiin. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Ohjeen avulla asiakkaalle voidaan välittää tietoa tulevasta hoidosta ja hoidon onnistumiseen liittyvistä asioista tai ohjata potilasta, kuinka jatkaa hoitoa ja vointinsa tarkkailua kotona. Potilaat pitävät tärkeänä, että suullisesti saadun ohjauksen lisäksi hoitoon liittyvä ohjaus on myös kirjallisena saatavilla. Tällöin potilas voi tukeutua kirjalliseen ohjaukseen ja tarkastaa niistä tietoja myös itsekseen ohjaustilanteen jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Skolioosileikatuille nuorille tehdyn tutkimuksen mukaan nuoret olisivat halunneet luettavakseen sellaista materiaalia, missä olisi selvitetty leikkausta ja sairaalassaoloaikaa tarkemmin ja helposti ymmärrettävällä tavalla. Tämä olisi auttanut heitä valmistautumaan jo etukäteen siihen, mitä osastolla tulee tapahtumaan. Nuoret kokivat myös, että leikkausvalmisteluista ja toipumisesta olisi ollut mukava katsella kuvia ja harjoitella etukäteen esimerkiksi sängystä nousemista. (Mäenpää 2005, 55.)

Myös toisen tutkimuksen mukaan skolioosileikatut nuoret olisivat toivoneet, että he olisivat saaneet leikkausta ennen enemmän tietoa muun muassa leikkauksen

vaikutuksista ulkonäköön ja koulunkäyntiin, leikkauksesta toipumisesta ja selviytymisestä kotona leikkauksen jälkeen. Lisäksi nuoret perheineen olisivat halunneet tukea ja tietoa siihen, kuinka hyödyllinen leikkaus on. (MacCulloch ym. 2009, 3-5.)

Lisäksi vanhemmat olisivat halunneet ohjelehtisiä, missä olisi kerrottu esimerkiksi, mitä skolioosi on, mistä se tulee ja alusta loppuun sairaalassaoloprosessi. Vanhempien mukaan kirjallisesta materiaalista olisi ollut myös hyötyä siihen, että kuva leikkauksesta olisi tullut realistisemmaksi eivätkä asiat olisi jääneet vain mielikuvan ja muistin varaan. Lisäksi vanhemmat kokivat tärkeäksi sen, että materiaaliin olisi voinut palata rauhassa kotona. Myös oppaan avulla vanhemmat olisivat voineet miettiä paremmin kysymyksiä lääkäreille ja hoitajille. (Mäenpää 2005, 56.)

Lisäksi vanhemmat, joille oli annettu ohjausta, pysyivät rauhallisina ja luottavaisina nuoren ollessa sairaalassa. Tällä on vaikutusta nuoren toipumiseen, kuten kivun tuntemuksiin sekä turvallisuuden tunteen ylläpitämiseen. Myös henkilökunnan antamalla yhdenmukaisella tiedottamisella ja ohjaamisella saadaan rauhoitettua vanhempia ja lievennettyä heidän pelkoja, mikä puolestaan vaikuttaa nuoren onnistuneeseen toipumiseen. (Clinch & Dale 2007, 5.)

4 POTILASOHJEEN SUUNNITTELU JA LAADINTA

Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan jatkuvasti uusia tuotteita helpottamaan potilaan ja hoitohenkilökunnan arkea. Uuden tuotteen kehittämisessä on muistettava, että se edellyttää tekemiseen osallistuvilta ryhmältä yhteistyökykyä, tuotekehitysprojektin hallintaa, omien erityisalueiden osaamista sekä tietoa, joka tulee osata jalostaa tuotteeksi. (Kankkunen ym. 1994, 7.)

4.1 Potilasohjeen luonnostelu

Potilasohje (liite 5) valmistui yhteistyönä OYS:n lasten ja nuorten tulosityksikön kanssa. Potilasohje on kohdennettu skolioosileikkauksesta toipuville nuorille. Suunnitteluvaiheessa mietimme, että ohjeeseen tulee ainoastaan vuodeosastohoidon osuus skolioosileikatun nuoren hoidossa. Käsittelemme hoidosta oli tällainen, koska potilasohje oli tulossa lastenkirurgisen osaston 60 käyttöön. Kuitenkin työmme edetessä huomasimme, että tarvitsimme tietoa ja asiantuntijuutta myös lasten teho-osastolta 64. Laajemmalla tiedonkeruulla halusimme varmistaa, että potilasohje kattaa skolioosileikatun nuoren hoitopolun monipuolisesti. Tällä tavoin potilasohjetta pystytään käyttämään vuodeosaston lisäksi myös tehohoidon puolella ja poliklinisessa hoitotyössä.

Luonnostelimme potilasohjeen aiheen selkiyttämiseksi miellekartan skolioosileikatun nuoren vuodeosastohoidosta. Miellekartassa olivat skolioosileikatun nuoren päivään sisältyvät toiminnot vuodeosastolla, kuten kivun hoito, intimitietin huomioiminen, erilaiset virikkeet, opiskelu ja tukiverkosto. Potilasohjeen luonnostelun alkaessa syyskuussa 2009 kävimme tapaamassa OYS:n yhteyshenkilöä, Anne Korhosta, jolle esitimme miellekartan avulla idean potilasohjeen sisällöstä. Tällöin kohderyhmä myös tarkentui 15–19-vuotiaisiin leikattuihin nuoriin, koska yleensä skolioosileikkaukset ajoittuvat näiden ikävuosien välille.

Ohjeen tavoitteelliseksi pituudeksi tapaamisessa sovittiin 2-3 sivua A4-paperiarkkia. Tapaamisessa oli myös mukana lasten teho-osastolta skolioosipotilaita hoitava

sairaanhoitaja, Virpi Riuttanen, joka kertoi meille skolioosista sairautena, skolioosipotilaan hoidosta ja hoidon erityiskysymyksistä. Tapaaminen vahvisti käsitystämme tehohoidon tärkeydestä skolioosileikattujen nuorien hoidossa. Sovimme yhteyshenkilön kanssa, että vuodeosastohoidon lisäksi myös tehohoidon osuus huomioitaisiin potilasohjetta tehtäessä. Parin viikon kuluttua tapaamisesta saimme OYS: n lasten ja nuorten tulosityksikön ylihoitajalta luvan potilasohjeen tekemiseen.

4.2 Potilasohjeen sisällön kehittäminen

Koska potilasohje oli tulossa lastenkirurgiselle osastolle 60, olimme sähköpostitse yhteydessä osaston 60 kolmeen hoitajaan. Sairaanhoitaja Tuula Palosaarella ja lähihoitaja Lilja Hyryllä on paljon kokemusta skolioosipotilaiden hoitotyöstä vuodeosastolla, kun taas sairaanhoitaja Kaisu Verkasalo hoitaa skolioosipotilaita poliklininisesti. Tapasimme hoitajat lokakuussa 2009, mitä varten hahmottelimme potilasohjeesta ensimmäisen version. Versio sisälsi alkujohdattelun lisäksi yhdeksän päälukua keskustelumme tueksi. Pääluvut käsittelivät skolioosileikatun nuoren päivään sisältyviä toimintoja vuodeosastolla. Tällaisia toimintoja olivat muun muassa ravitsemus, hygienia, lepo ja erittäminen. Lisäksi versiossa käsiteltiin lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunhoitoa.

Tapaamisessa hoitajat toivat esille, että osa skolioosileikkauksessa olleista nuorista ei tiennyt, minkälainen leikkaus on tai millaista hoitoa siitä toipuminen vaatii. Tämän vuoksi hoitajat neuvoivat kertomaan muun muassa kivun tuntemuksista todenmukaisesti mutta pelontunnetta lisäämättä. Kipua on vaikea määrittää, sillä sen aistiminen on yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus (Muurinen & Surakka 2001, 65, 122-123). Poliklinikalla työskentelevä sairaanhoitaja ehdotti myös, että ohjetta voisi hyödyntää poliklininisessa hoitotyössä skolioosinuoren hoidon suunnittelussa ja nuoren valmistautumisessa hoitoihin. Saimme tapaamisesta uusia ideoita ja potilasohjeen rakenne selkiytyi. Hoitajat kokivat oman tietonsa riittämättömäksi tehohoidosta, minkä vuoksi he ehdottivat ottamaan yhteyttä lasten teho-osastolle 64.

Marraskuussa 2009 aloimme luonnostella potilasohjeen toista versiota, joka rakentui pääosin skolioosihoidajien tapaamisesta saatujen tietojen ja omien ideoidemme pohjalta.

Tässä vaiheessa ohje sisälsi 12 eri päälukua, joista yksi luku käsitteli leikkaukseen valmistautumista ja loput leikkauksen jälkeistä toipumista ja siinä tukemista. ”*Ennen leikkausta*” –luvussa käsitelimme lyhyesti leikkaukseen valmistautumista, koska koimme valmistautumisen tärkeäksi osaksi leikkaushoitoa. Tällöin valitsimme koko ohjeen kirjoitustyyliksi teitittelyn. Pohdimme, että teitittelytyylin avulla saamme ohjeesta nuorta kunnioittavan. Etenkin pidimme tätä tärkeänä täysi-ikäisten, lähes aikuisten, nuorten kohdalla. ”*Leikkauksen jälkeen*” –luvussa käsitelimme leikkauksen jälkeistä hoitoa pääosin vuodeosastolla. Tehohoidosta kirjoitimme muutamalla lauseella lyhyesti.

”*Leikkauksen jälkeen*” –lukuun kuuluvat alaluvut mukailivat nuoren hoitopolkua aikajärjestyksessä vuode- ja teho-osastohoidossa. Asioiden esittämisjärjestyksen lähtökohtana voi olla muun muassa aikajärjestys, jolloin asiat esitetään tapahtumien kulun mukaan (Torkkola ym. 2002, 42). Tällöin mietimme myös, että teemme potilasohjeeseen johdantokappaleen, johon sisällytämme erilaisten lääketieteellisen termien selitykset. Johdantokappaleen tarkoituksena oli luoda nuorelle yleiskäsitys tulevasta hoidosta.

Alaluvuissa ”*Ravitsemus*”, ”*Eritys*” ja ”*Kivun hoito*” avasimme yleiskielellä nuoren hoitoon liittyviä lääketieteellisiä termejä, koska mietimme, että termien selitys parantaa potilasohjeen luettavuutta. Ymmärrettävä ohje sisältää havainnollista yleiskieltä ja ohjeen kirjoittamisessa tulee välttää sairaalaslantia sekä monimutkaisia virkkeitä. Yhden asiakokonaisuuden käsittely yhdessä kappaleessa lisää myös asian ymmärrettävyyttä (Torkkola ym. 2002, 42- 43). Lisäksi lisäsimme ”*Kivun hoito*”-luvun alle kaksi pienempää alalukua, joiden otsikkoina olivat ”*Keskuslaskimokatetri*” ja ”*Kipupumppu*”.

Alaluvut ”*Asentohoito*” ja ”*Liikkuminen*” yhdistimme yhdeksi kappaleeksi, koska lukujen asiat sivusivat toisiaan. Kun nuoren toipuminen etenee ja passiivinen asentohoito vähenee, nuori kykenee liikkumaan omin avuin. Kappaleessa kerroimme kronologisessa järjestyksessä nuoren toipumisen vuodelevosta itsenäiseen liikkumiseen. Painotimme myös kappaleessa asentohoidon merkitystä vuodelevossa olevan nuoren hoidossa. Liitimme luvun loppuun myös osaston 60 yhteystiedot. Tarkoituksena oli, että

osaston yhteystiedot ovat helposti löydettävissä nuoren kotiutuessa, kun ne ovat nähtävillä ohjeessa.

”*Haavan hoito*” –luvussa kerroimme leikkaushaavan ulkonäöstä, oireilusta ja sen hoidosta leikkauksen jälkeen. Nuoren hoidon jatkuvuuden kannalta ohjeessa on tarpeen mainita, miten nuoren on toimittava sairaalahoidon jälkeen. Tämän vuoksi luvun lopussa oli myös mainittu haavalla olevien hakasten poistamisesta terveysasemalla. ”*Hygienia*” –luvussa painotimme intymiteettisuojaan säilyttämistä ja sen huomioimista hoitojen aikana.

Alkuperäisenä suunnitelmana oli käsitellä virikkeitä ja lepoa samassa luvussa, mutta muokkasimme myöhemmin luvusta levon osuuden pois. Kohdassa ”*Virikkeet*” kerroimme osastojen 60 ja 64 vierailuajat sekä mahdollisuudet erilaisiin ajanvietteisiin. Lopuksi muotoilimme johdannon ohjeen alkuun ja luvusta ”*Kotiutuminen*” erotimme ohjeen loppuun osaston yhteystiedot, jotka otsikoitiin nimellä ”*Muuta huomioitavaa*”.

Potilasohjeen toisen version valmistuttua huomasimme, että tarvitsemme lisää tietoa skolioosileikkauksen jälkeisestä tehohoidosta. Otimme yhteyttä OYS:n yhteyshenkilöön sähköpostilla ja saimme lasten teho-osastolta 64 sairaanhoitajan, Marja Bäckin, yhteystiedot. Toivomuksenamme oli päästä tutustumaan teho-osastolle ja keräämään tietoa skolioosileikatun nuoren tehohoidosta, mutta H1N1 –epidemian vuoksi vierailu ei ollut mahdollista. Tämän vuoksi lähetimme sähköpostilla sairaanhoitajalle potilasohjeen ensimmäisen version, johon olimme lisänneet tehohoitoon liittyviä kysymyksiä ja josta olimme poistaneet asioita vuodeosastohoitoa koskien. Koimme riittämättömäksi tietomme laskuputkien ja epiduraalipuudutuksen käytöstä leikkauksessa ja sen jälkeen, joten teimme tarkentavia kysymyksiä sairaanhoitajalle aiheisiin liittyen.

Yhdistimme tammikuussa 2010 vuodeosasto- ja tehohoitoa koskevat tiedot potilasohjeen kolmanteen versioon. Lisäsimme ”*Kivun hoito*” –lukuun pienemmän alaluvun, joka otsikoitiin nimellä ”*Epiduraalipuudutus*”. Tehohoitajalle tehdyn tiedonkeruun ja hakemiemme tietojen perusteella epiduraalipuudutus on yksi tärkeimmistä kivun lievittäjistä skolioosileikatuilla nuorilla. Lisäksi teimme ”*Haavan hoito*” –luvun alle pienemmän alaluvun otsikolla ”*Laskuputket*”. Laskuputkia käytetään aina leikkauksen jälkeisessä hoidossa, joten ne on tarpeellista mainita ohjeessa. Ohjeen

sisällön muutosten jälkeen veimme potilasohjeen kolmannen version sekä sisällönohjaajalle että viestinnän asiantuntijalle luettavaksi mahdollisia muutoksia varten.

Sisällönohjaajan Terttu Koskelan ja viestinnän asiantuntijan Tuula Kosken tapaamisissa kävi ilmi, että potilasohjeessa käytettyä tyyliä olisi hyvä muuttaa nuorta puhuttelevammaksi. Puhuttelun merkitys korostuu etenkin silloin, kun kyseessä on käytännön toimintaan liittyvä ohje. Lukijan tulee ymmärtää lyhyellä vilkaisulla, että teksti on kohdennettu juuri hänelle. (Torkkola ym. 2002, 36.) Vaihdoin siten koko ohjeen tyylin teitittelystä sinutteluun ja pyrimme muuttamaan ohjeen viestiä nuorta läheisemmäksi. Viestinnän asiantuntija myös ehdotti, että pelon tunnetta lisääviä sanamuotoja pehmenettäisiin etenkin johdantoluvussa ja luvussa ”*Kivun hoito*”.

Ohjaajien tapaamisten pohjalta tehtyjen korjauksien jälkeen valmistui potilasohjeen neljäs versio, jonka nimeksi muodostui ”*Jaksamisesi tukeminen skolioosileikkauksen jälkeen*”. Helmikuun lopussa 2010 veimme potilasohjeen neljännen version ja siihen liittyvän palautekyselyn OYS:n osaston 60 osastonhoitaja Mailis Mäkelälle ja ohjeen tekemisessä mukana olleille osaston 60 hoitajille. Lisäksi oli tarkoitus, että osastonhoitaja valitsisi sattumanvaraisesti viisi aiempina vuosina leikattu nuorta, joille lähetettäisiin OYS:sta postitse potilasohjeen neljäs versio ja palautekysely.

Saimme maaliskuun alussa 2010 Anne Korhoselta sähköpostia potilasohjeen palautteen keräämisestä ja sovimme hänen kanssaan tapaamisen, jossa oli mukana myös Terttu Koskela. Anne Korhonen oli keskustellut Mailis Mäkelän kanssa potilasohjeesta, mistä oli käynyt ilmi, että skolioosipotilaita hoitavat hoitajat ja kaksi muuta sairaanhoitajaa osastolta 60 olivat kokeneet potilasohjeen sisällön monilta osin virheelliseksi. Potilasohjeen kirjoitustyyli aiheutti hoitajien mielestä pelkoa nuorissa ja sisältö oli kirjoitettu liian yksityiskohtaisesti. Hoitajat myös halusivat ohjeen lyhyemmäksi ja selkeämmäksi. He olivat lisäksi sitä mieltä, että potilasohjetta ei voi lähettää nykyisessä muodossa palautteenantajiksi suunnitelluille nuorille.

Pian tapaamisen jälkeen aloitimme potilasohjeen muokkaamisen ja viidennen version tekemisen. Saimme hoitajien palautteen pohjalta ideoita ohjeen nimen vaihtamiseksi. Muutimme ohjeen nimeksi ”*Tiedote skolioosileikkauksen tulevalle*”, joka sopii

paremmin ohjeen sisältöön. Teimme ohjeeseen laajoja muutoksia, minkä vuoksi jako pää- ja alalukuihin oli epäkäytännöllistä. Tiivistimme päälukujen sisällön potilasohjeen alkuun johdantokappaleeksi. Pohdimme, että päälukujen tiivistyksellä ohje selkeytyy ja saa jäsennellymmän ulkonäön.

Päälukujen tiivistämisen jälkeen ohjeeseen jäi johdantokappaleen lisäksi 10 lukua, joiden järjestys oli: ”Kivun hoito”, ”Asentohoito”, ”Liikkuminen”, ”Viihtyminen”, ”Ravitsemus”, ”Haavanhoito”, ”Hygienia”, ”Eritys”, ”Kotiutuminen” ja ”Muuta huomioitavaa”. Lukujen alaotsikot ja niiden sisältö poistettiin lähes kokonaan ohjeesta, sillä osaston 60 hoitajat kokivat niiden käsittelyn turhaksi ja nuorta ahdistavaksi asioiden yksityiskohtaisuuden vuoksi. Myös asentohoidon ja liikkumisen käsittely jaoteltiin omiksi luvuikseen.

Ohjeessa lukujen käsittely alkaa mielestämme nuoren hoidon kannalta tärkeimmällä asialla eli kivun hoidolla. ”Tärkein ensin”-periaatteella potilaan mielenkiinto saadaan herätettyä. Tärkeimmän asian kertominen alussa viestii myös siitä, että tekstintekijä arvostaa lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 39.) Kivun hoidon jälkeen jatkoimme nuorta kannustavilla ja rohkaisevilla asioilla, kuten liikkumisen omatoimisella aloittamisella ja viihdykkeiden huomioimisella. Vähensimme kivun hoidon painotusta ohjeessa, sillä olimme keskittyneet edellisessä versiossa kivun hoitoon liian laajasti ja tarkasti. Asentohoidon merkitystä lääkkeettömänä hoitona korostimme erottamalla sen ”Liikkuminen” –luvusta omaksi luvukseen. Myös haavanhoidon osuutta tiivistimme ja poistimme hoitajien mielestä nuoren hoidon kannalta epäoleellisia ja virheellisiä tietoja.

Ohjeen muutokset teimme yhteistyössä osaston 60 skolioosipotilaita hoitavien hoitajien kanssa. Työskentelimme hoitajien kanssa sähköpostin välityksellä. Maaliskuun puoleessa välissä saimme ohjeen hyväksytettyä hoitajilla. Tämän jälkeen pyysimme uudelleen palautetta potilasohjeesta ja lähetimme hoitajille potilasohjeen viidennen version palautekyselyineen sähköpostilla. Aikataulun kiireellisyyden vuoksi päätimme, että emme lähetä potilasohjeesta palautekyselyä nuorille. Lisäksi Anne Korhonen oli sitä mieltä, että hoitajilta saatu palaute on riittävä.

4.3 Potilasohjeen ulkoasun kehittäminen

Valitsimme potilasohjeen paperikooksi A4:n. Ohje on suunniteltu tulostettavaksi valkoiselle paperille, jossa tekstinväri on musta. Valintaan vaikutti se, että potilasohje liitettiin OYS:n Intranetiin, jossa potilasohjeen tulee olla mahdollisimman helposti tulostettavassa muodossa. Yksi- ja kaksisivuisille potilasohjeille soveltuvin malli on pystysuuntainen (Torkkola ym. 2002, 56). Potilasohje on kaksisivuinen ja sen tekstin asettelu on pystymallissa.

Potilasohje sisältää potilasohjeen nimen ja johdantokappaleen lisäksi 10 lukua. Ohjeen nimi ja lukujen otsikot on kirjoitettu suuraakkosin, sekä kappaleet sijoiteltu paperiarkille siten, etteivät ne katkea papereiden välillä. Kappaleet ovat myös tasattu vain vasemmalta reunalta. Ohjeen jäsentelyllä pyrittiin siihen, että ohjeen luettavuus säilyy. Kellonajoissa ja osaston puhelinnumerossa käytimme tehosteena lihavoitua.

Kirjoitimme ohjeen fonttikoolla 12, kirjasintyyliä Times New Roman ja rivivälillä 1. Mielestämme valittu kirjasintyyli on selkeä ja helppolukuinen sekä se on yhdenmukainen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) muiden potilasohjeiden kanssa. Samanmuotoisuus muiden ohjeiden kanssa helpottaa ohjeiden käyttöä ja rakentaa osaltaan laitoksen imagoa (Torkkola ym. 2002, 55). Ohje sisältää myös PPSHP:n tunnistetiedot ja logon vasemmassa yläreunassa. Muuten ohjeessa ei ole kuvia.

Potilasohjeen ulkoasun kehittämisessä olemme käyttäneet apuna viestinnän lehtoria. Hän on tarkistanut kielioppivirheitä ja antanut palautetta kappaleiden jäsentelyssä. Lisäksi ulkoasun kehittämisessä ovat olleet mukana muut projektia ohjaavat henkilöt.

Potilasohje tilattiin OYS:sta ja se liitettiin sen sisäiseen tietoverkkoon eli Intranetiin. Intranetiä voidaan hyödyntää organisaation sisäisen viestinnän kanavana (Nordman 2002, 136). Tarkoituksena oli, että potilasohje on mahdollista lukea joko sähköisesti tai tulostaa potilaalle. Lisäksi OYS:n päivitysmahdollisuus lisää potilasohjeen käyttöikä.

5 POTILASOHJEEN JA PROJEKTIN ARVIOINTI

Arvioinnin tarkoituksena on arvioida OYS:n lasten ja nuorten tulosityksikön lastenkirurgiselle osastolle 60 tehty potilasohje, joka on tiedote skolioosileikkaukseen tulevalle nuorelle. Haimme kirjallista palautetta potilasohjeesta kolmelta osaston 60 hoitajalta, joiden kanssa ohje on tehty yhteistyössä. Lisäksi pyysimme palautetta opponoijalta ja yhdeltä projektiin kuulumattomalta henkilöltä. Palautetta pyysimme maaliskuussa 2010 palautekyselyn avulla. Palautekyselyn laadinnassa käytimme ”Hyvän” terveysaineiston laatukriteerejä. (Parkkunen ym. 2001, 9). Tavoitteena oli, että potilasohje on mielenkiintoinen, helposti luettava, virheetön, ulkoasultaan selkeä sekä tietoa on riittävästi ja se on ajantasaista.

5.1 Potilasohjeen sisällön ja ulkoasun arviointi

Potilasohjetta arvioineiden henkilöiden mielestä skolioosileikatut nuoret hyötyvät potilasohjeesta, ja ohje on sellainen, että sitä voidaan käyttää lastenkirurgisella osastolla 60. Lisäksi ohje on sisällöltään ja ulkoasultaan linjassa OYS:n muiden ohjeiden kanssa. Ohjeeseen on sisällytetty tarvittavat asiat, ja se toimii myös hyvänä lisänä nuoren ohjauksessa. Kielellisesti ohje on yleiskieltä, eikä siinä ole käytetty sairaalasanastoa. Sisältö on myös virheetön ja tieto ajantasaista.

Mielestämme onnistuimme potilasohjeen aihealueen rajaamisessa hyvin. Ohjeen tyylistä käy ilmi, mikä on ohjeen käyttäjäryhmä. Sinuttelu luo tunteen, että ohje on nuorelle ihmiselle kohdennettu. Aihealueet sivuavat nuorelle tärkeitä asioita, kuten ystäviä, vanhempia ja viihtymistä osastolla. Sisältö myös etenee kronologisessa järjestyksessä ja kattaa nuoren koko hoitopolun sairaalassaoloaikana.

Potilasohje on otsikoitu aiheittain, mikä jäsentää ohjeen sisältöä. Otsikoiden alla asia on kerrottu tiiviisti. Lisäksi luvut ovat lyhyitä, mikä selkeyttää ohjetta ja säilyttää mielenkiinnon. Mielestämme kuitenkin luvut ”*Haavanhoito*” ja ”*Hygienia*” olisivat voineet sisältää asioita yksityiskohtaisemmin. Myös ”*Kivun hoito*” –luvussa olisimme voineet käsitellä kivun hoitomenetelmiä laajemmalti ja selventää lääketieteellisiä

termejä, kuten epiduraalipuuduksen tavanomaiselle yleiskielelle. Toisaalta termien selittämättä jättäminen on perusteltua, koska sillä tavoin asioiden käsittely jää yleisemmälle tasolle, minkä voidaan ajatella vähentävän nuoren pelon tunnetta. Pelko määritellään tunnereaktioksi, jonka aiheuttaa koettu vaarallinen tilanne (Vilén ym. 2006, 342).

Mielestämme olemme onnistuneet käsittelemään potilasohjeen aihesisältöä monipuolisesti ja myötäillen potilaan hoitopolkua. Ohje luo nuorelle turvallisuuden tunteen. Asiat on ilmaistu totuudenmukaisesti, mutta tekstin sanamuodot on valittu siten, että ne pehmentävät tyyliä. Ohje myös puhuttelee nuorta kunnioittavasti. Olisimme kuitenkin voineet aloittaa ohjeen johdanto-osuuden vieläkin puhuttelevammin ja painottaa ystävien merkitystä nuoren hoidossa. Ohjetta olisi voinut myös konkretisoida muun muassa ”*Liikkuminen*” -luvussa erilaisilla omatoimisilla liikeharjoituksilla.

Mielestämme potilasohje on ulkoasultaan siisti. Sen pituus on riittävä eikä tekstiä ole liikaa yhdellä sivulla. Otsikointi selkeyttää ohjetta ja sen avulla ohjeesta saa nopeasti yleiskäsityksen siitä, mitä ohje käsittelee. Kappaleet eivät katkea sivujen välillä ja lukujen välille on lisätty tyhjää tilaa, mikä tuo ohjeeseen ilmavuutta. Fonttityylissä Times New Roman kirjaimet erottuvat hyvin toisistaan, mikä helpottaa ohjeen lukemista. Ohjeen tasaus vain vasemmasta laidasta ja rivivälin valinta myös saavat ohjeen näyttämään ulkoisesti selkeältä. Lisäksi lihavointi korostuskeinona kellonajoissa ja puhelinnumerossa on onnistunut.

Olisimme alun perin halunneet tehdä ohjeesta A5 -kokoisen opaslehtisen, johon olisi liitetty useampi värillinen kuva. Ohje on yhdenmukainen muiden OYS:n potilasohjeiden kanssa, minkä vuoksi ohjeeseen ei ollut mahdollisuutta lisätä kuvia ja ohjeen tuli olla helposti tulostettavassa muodossa.

5.2 Projektityöskentelyn arviointi

Olemme tyytyväisiä projektin kulkuun ja yhteistyöhön projektiryhmän kesken. Yhteistyö OYS:n yhteistyöhenkilöiden taholta oli kannustavaa ja projektia eteenpäin

vievää. Saimme myös tukihenkilöiltä ja ohjausryhmältä rohkaisevia mielipiteitä sekä hyvää ohjausta koko opinnäytetyöprojektin ajan. Ainoastaan useamman henkilön osallistuminen projektin kulkuun aiheutti aikataulun yhteensovittaminen vaikeutta. Myös tiedonkulussa projektiryhmän eri henkilöiden välillä oli ajoittain katkoksia.

Projektivastaavien yhteistyö sujui hyvin. Kannoimme molemmat oman vastuumme projektin toteuttamisesta ja työskentelimme pääsääntöisesti yhdessä lukuun ottamatta teoriatiedon kokoamista. Tavoitteet koko projektin ja potilasohjeen tekemiselle olivat samansuuntaiset molemmilla, mikä helpotti yhteisten päämäärien saavuttamista. Kohdatessamme vaikeita tilanteita keskustelimme asioista päästäksemme tyydyttävään ratkaisuun. Ajoittainen motivaation ja ajan puute muilta koulutöiltä vaikeutti projektin etenemistä. Myös oma aktiivisuutemme yhteistyöhön OYS:n kanssa olisi voinut olla tiiviimpää. Sen sijaan ohjausta OAMK:n yhteistyöhenkilöiltä haimme mielestämme riittävästi. Etenkin projektin loppuvaiheessa osasimme pyytää enemmän ohjausta opettajilta ja asiantuntijahenkilöiltä.

Alkuperäistä projektin aikataulua olemme joutuneet muuttamaan useaan otteeseen, mikä on johtunut projektivastaavien henkilökohtaisista kiireistä. Alun perin valmiin opinnäytetyön esittäminen suunniteltiin maaliskuulle 2010, jotta olisimme voineet keskittyä suuntaaviin opintoihin täysipainoisesti. Esitysajankohta kuitenkin siirtyi muutamalla kuukaudella. Aikataulun viivästyminen aiheutti meille ylimääräisiä paineita, sillä ammattiin valmistuminen keväällä 2010 oli lähinnä opinnäytetyöstä kiinni. Aikataulun viivästyamiseen vaikuttivat projektiin osallistuneiden sairastuminen ja aikataulujen yhteensovittaminen.

Projektille suunnitellut laskennalliset kustannukset olivat 9350 euroa. Kustannukset kuitenkin ylittyivät noin 200 eurolla projektin edetessä. Syinä tähän olivat projektivastaavien puhelin- ja bensinikulujen lisääntyminen sekä tiivistelmän käännettäminen englannin kielelle projektin aikana. Kustannusten jako on mennyt sopimuksen mukaan eli yhteistyötaholle ei tule minkäänlaisia kustannuksia.

6 POHDINTA

Hoitotyössä korostetaan sitä, että jokainen kohdataan yksilönä. Etenkin nuorten kohdalla tämä näkyy yksilöllisessä ohjauksessa ja nuoren mielipiteiden sekä toiveiden huomioimisessa. Myös perhekeskeisyydellä on tärkeä osa nuoren hoidossa. Nuorta ei voi koskaan erottaa perheestään silloin, kun nuori sairastuu.

Nykypäivänä korostetaan yhä enemmän tehokkuutta ja tuottavuutta hoitotyössä, minkä vuoksi potilasohjaukseen käytettävä aika on rajallista. Tästä syystä kirjallisen potilasohjauksen tulisi toimia hyvänä tukena suulliselle ohjaukselle. Kirjallinen ohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden perehtyä materiaaliin rauhassa hoitajan henkilökohtaisen ohjauksen jälkeen. Tällä varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt viestin.

OYS:ssa käytetään kirjallisessa potilasohjauksessa OYS:n Intranetistä löytyviä potilasohjeita, jotka ovat helposti tulostettavissa ja annettavissa potilaalle. Saimme koulun ideapankin kautta OYS:n lasten ja nuorten klinikalta pyynnön tehdä opinnäytetyö nuorten selkäleikkauksiin liittyen. Päädyimme tekemään skolioosileikatuille nuorille kirjallisen potilasohjeen, sillä olimme kiinnostuneet tuotteen tekemisestä jo alusta alkaen. Lisäksi motivaatiotamme lisäsi se, että kyseiselle potilasohjeelle on tarvetta lastenkirurgisella osastolla 60.

Opinnäytetyölle oli aluksi vaikea valita itseämme kiinnostavaa aihetta, sillä kokemuksemme hoitotyöstä oli opinnäyteprosessin alkaessa melko vähäistä. Projektin edetessä motivaatiomme työskentelyyn kasvoi, kun aihe rajautui tiettyyn potilasryhmään. Lisäksi aihe oli kiinnostava ja monipuolinen. Suuntautumisemme perhekeskeiseen lasten ja nuorten hoitotyöhön tuki opinnäytetyön etenemistä ja omaa oppimistamme.

Potilasohje on hyvä antaa nuorelle jo siinä vaiheessa, kun hänelle suunnitellaan skolioosileikkausta. Ohje voidaan antaa joko poliklinikkakäynnin yhteydessä tai ohje voidaan lähettää nuorelle suoraan kotiin. Kirjalliseen potilasohjeeseen on myös hyvä

liittää suullinen ohjaus joko ohjeenannon yhteydessä tai sen jälkeen, jotta nuorella on mahdollisuus asettaa kysymyksiä ammattilaisille, kuten fysioterapeuteille ja lääkäreille. Idealisinta on, että moniammatillinen henkilökunta osallistuisi nuoren ohjaukseen koko hoidon ajan.

Projektia tehdessä olemme hyödyntäneet mahdollisimman paljon asiantuntijoiden ammattitaitoa. Olemme olleet yhteistyössä OYS:n lasten klinikan kanssa sekä saaneet tietoa ja ohjausta projektiin kuuluvilta tukihenkilöiltä. Asiantuntijoiden avulla olemme lisänneet potilasohjeen luotettavuutta ja laatua.

Laadimme potilasohjeen nuoren tarpeet huomioon ottaen. Valitsimme ohjeen sisällön skolioosileikatun nuoren hoitoa ja leikkauksesta toipumista tukevaksi. Potilasohje on suunnattu nuorelle ammattihenkilöstön sijasta. Potilasohjeessa on myös otettu huomioon nuoren kehitys- ja tietotaso. Tämän vuoksi ohjeeseen on sisällytetty asiat mahdollisimman selkeästi ja välttäen vaikeita lääketieteellisiä termejä.

Projektin alussa ja sen edetessä asetimme itsellemme oppimistavoitteita, jotka olemme mielestämme saavuttaneet. Yhteistyötaitomme ovat kehittyneet ja olemme saaneet varmuutta työskentelyyn osana työyhteisöä. Kirjallisen tuottamisen taidot ovat myös saaneet harjoitusta koko opinnäytetyöprosessin aikana. Projektin myötä saimme asiantuntijuutta nuoren ohjaamisen erityispiirteistä ja tietomme syveni nuoren hoitotyöstä. Opinnäytetyöprosessi on antanut valmiuksia työskennellä myös nykypäivänä lisääntyvässä sosiaali- ja terveysalan projektitöissä.

Tulevaisuudessa potilasohjetta voisi kehittää edelleen. Sairauteen ja hoitokäytänteisiin liittyvät tiedot voivat muuttua, minkä vuoksi ohjeen päivittäminen tulee jossain vaiheessa ajankohtaiseksi. Lisäksi ohjeeseen voisi jatkossa liittää kuvia tai toimintaohjeita muun muassa liikkumiseen liittyen. Tulevia ohjeita olisi myös hyvä testata nuorilla ennen ohjeen käyttöönottoa. Laatimamme ohjeen kohdalla tämä ei toteutunut, mikä osaltaan laskee tuotteen laatua. Lisäksi tulevaisuudessa voitaisiin selvittää tutkimuksella, kuinka potilasohje on palvellut nuoria ja kuinka tyytyväisiä nuoret ja henkilökunta ovat olleet ohjeeseen.

LÄHTEET

- Aalberg, Veikko & Siimes, Martti A. 2007. Lapsesta aikuiseksi – nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Nemo, Jyväskylä.
- Aaltonen, Marjo & Ojanen, Tuija & Vihunen, Riitta & Vilén, Marika 2004. Nuoren aika. 2. uudistettu painos. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Anttonen, Kyösti 2003. Tehosta projektityötä – johda hanketta 80/20-periaatteella. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.
- Blomqvist, Cenita 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka & Varti, Anne-Marie (toim.). Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere. 127-148.
- Clinch, Jacqui & Dale, Stephen 2007. Managing childhood fever and pain – the comfort loop. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 1 (7), 1-6. Luettu 18.4.2010. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1753-2000-1-7.pdf>
- Hamunen, Katri 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.). KIPU. Kustannus Oy Duodecim, Keuruu. 442-453.
- Hamunen, Katri & Kalso, Eija 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.). KIPU. Kustannus Oy Duodecim, Keuruu. 278-294.
- Haukatsalo, Kim 2002. Hoida selkäsi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hartikainen, Sirpa 2004. Ortopedia. Teoksessa Koistinen, Paula & Ruuskanen, Susanna & Surakka, Tuula (toim.). Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Tammi, Jyväskylä. 293-305.

- Helenius, Ilkka 2007. Skolioosi ja kyfoosi. Luettu 25.09.2009.
<http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ltk/ltk.koti>
- Helenius, Ilkka 2008. Skolioosi. Luettu 22.09.2009. <http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti>.
- Huttunen, Teija 2007. Kuka kantaa vastuun? Teoksessa Martikainen, Liisa (toim.).
Minä nuori mies. UNIPress Oy, Kuopio.
- Iivanainen, Ansa & Pikkarainen, Pirjo. & Jauhiainen Mari 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tammi, Hämeenlinna.
- Kankkunen, Martti & Lagerroos, Olle & Lehtinen, Markku & Välimaa, Veikko
1994. Tuotekehitys – Asiakastarpeesta tuotteeksi. Painatuskeskus Oy,
Helsinki.
- Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2001. Projektikirja – onnistuneen projektin toteuttaminen. Talentum Media Oy, Tampere.
- Katko, Riitta 2001. Nuorten skolioosit pitäisi havaita ajoissa. Luettu 11.04.2010.
<http://www.verkkoklinikka.fi/?id=6282018&page=1571403>
- Kilponen, Anna 2008. Nuorten selkä – ja niskavaivat yleistyneet. Luettu 11.04.2010.
<http://www.kaleva.fi/plus/index.cfm?j=740094>
- Korpela, Reijo & Mildh, Leena 2003. Kivun hoito ja sedaatio. Teoksessa Ranta, Seppo & Peltola, Kaija & Kaarne, Markku & Leijala, Mauri & Rautiainen, Paula & Rintala, Risto (toim.). Pediatrinen tehohoito. 1.painos. Duodecim, Rauma. 16-20.
- Kukonlehto, Rikka 2008. Idiopaattista skolioosia sairastavien nuorten kokemuksia skolioosileikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

- Kuupakko, Leena & Koota, Ella & Lehtinen, Essi & Savola, Riitta & Sykkö, Marko & Valli, Matti 2006. Skolioosileikkaukset yhä vaativampia – Nopeammin, taidokkaammin, enemmän. Terve – Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lehti 4 (6), 6-7.
- Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maaria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Ella & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Lindén, Leena 2004. Lasten sairaalahoito. Teoksessa Koistinen, Paula. & Ruuskanen, Susanna. & Surakka, Tuula. (toim.). Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Tammi, Jyväskylä. 30-34.
- Lindstöm, Jaana 2004. Lapsi tehohoidossa. Teoksessa Koistinen, Paula. & Ruuskanen, Susanna. & Surakka, Tuula. (toim.). Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Tammi, Jyväskylä. 429-451.
- MacCulloch, Radha & Donaldson, Sandra & Nicholas, David & Nyhof- Young, Joyce & Hertherington, Ross & Lupea, Doina & Wright, James G. 2009. Towards an understanding of the information and support needs of surgical adolescent idiopathic scoliosis patients: a qualitative analysis. Scoliosis 4 (12), 1-9. Luettu 18.04.2010. <http://scoliosisjournal.com/content/pdf/1748-7161-4-12.pdf>
- Muurinen, Erja & Surakka, Tuula 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Tammi, Tampere-Paino Oy, Tampere.
- Mäenpää, Anne 2005. Idiopaattista skolioosia sairastavien nuorten ja heidän vanhempiansa skolioosileikkaukseen liittyvästä ohjauksesta. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Narayanan, Unni G. 2008. Concerns, Desires and Expectations of Surgery for Adolescent Idiopathic Scoliosis: a Comparison of Patients', Parents' & Surgeons' Perspectives. Luettu 18.4.2010. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/11155/1/Narayanan_Unni_G_2008June_MSc_thesis.pdf

- Nordman, Tarja 2002. Viestintä terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) & Kunelius, Risto & Mustonen, Margit & Nikander, Pirjo & Nordman, Tarja & Poskiparta, Marita & Renvall, Mika & Ruusuvuori, Johanna & Sukula, Seija. Terveysviestintä. Tammi, Vammala. 121-149.
- Parkkunen, Niina & Vertio, Harri & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 7/2001, Helsinki.
- Piiparinen, Satu & Rauhala, Saimi 2004. Kivunhoito. Teoksessa Koistinen, Paula. & Ruuskanen, Susanna. & Surakka, Tuula. (toim.). Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Tammi, Jyväskylä. 156-163.
- Salminen, Jouko 2000. Nuorten toistuva alaselkäkipu. Lannerangan varhainen välilevyn pullistuma. Luettu 21.10.2008. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/ltk/ltk.koti?p_haku=lasten%20selkäsairaudet
- Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi, Tampere.
- Turunen, Kari E. Ikävaiheiden kriisit, 2005. Atena, Juva.
- Vilén, Marika & Vihunen, Riitta & Vartiainen, Jari & Sivèn, Tuula & Neuvonen, Sohvi & Kurvinen, Auli 2006. Lapsuus – erityinen elämänvaihe 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Porvoo.