



5-7 VUOTIAAN LAPSEN VALMIS- TAMINEN NIELU-JA KITA- RISALEIKKAUKSEEN

Esite lapsiperheelle

Tuuli Alapiha & Jenni Halme

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Perioperatiivisen hoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot, Lasten- ja nuorten hoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot

TUULI ALAPIHA & JENNI HALME:

5-7 vuotiaan lapsen valmistaminen nielu- ja kitarisaleikkaukseen

Esite lapsiperheelle

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 10 sivua

Maaliskuu 2014

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli toteuttaa leikkaukseen liittyvä opas lapselle. Nielu- ja kitarisaleikkaus valikoitui aiheeksi sillä Pirkanmaan Sairaanhoidopiiristä löytyi yhteistyötaho, joilla oli tarvetta ko. esitteelle. Tarkoituksenamme oli selvittää leikkaukseen tulevan 5-7 vuotiaan lapsen ohjaus, sekä tuottaa esite jonka avulla lapselle voidaan kertoa tulevasta leikkauksesta. Tehtävänäme oli selvittää 5-7 vuotiaiden lasten ohjausta nielu- ja kitarisaleikkauksiin, sekä avata sitä millaisia ovat kyseiset leikkaukset. Tehtävänäme oli myös kuvata miten huomioidaan lapsen kehitystaso leikkauksen ohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lapsen kehitystasoon sopivalla tiedolla lapsen turvallisuuden tunnetta sairaalaoloissa ja valmistaa lasta tulevaan toimenpiteeseen. Lapsen vanhempien ymmärtäessä toimenpiteeseen liittyviä asioita helpottaa se osaltaan myös lapsen ja aikuisen välistä asian käsittelyä kotona. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna myös uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä. Lisäksi tavoittelimme oman tietoisuuden lisäämistä lapsen leikkausvalmisteluihin.

5-7-vuotiasta lasta voidaan valmistella leikkaukseen sadun ja leikin kautta. Tärkeässä osassa valmistelussa on myös preoperatiivinen käynti, joka Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin yhteisyksikössä tapahtui useimmiten poliklinikkakäynnin merkeissä. Suurin merkitys lapsen valmistelussa leikkaukseen on kotona tehtävä esivalmistelu, jolloin päävastuun valmistelusta kantaa lapsen vanhemmat. Lapsen valmistelua tehdään myös leikkauksosastolla, mutta etenkin päiväkirurgiassa vanhempien rooli korostuu lapsen ohjauksessa.

Keskeisenä tehtävänä oli tuottaa laadukas opas lapselle. Oppaan tekstin tuli olla lapsen kehitykseen sopivaa ja lapsen ikätason huomioon ottavaa. Siksi opinnäytetyömme teoriaosa tarkastelee lasta potilaana eri näkökulmista, jotta tuotoksessa osattiin ottaa huomioon lapsen henkinen kehitys ja sitä myötä myös lapsen valmisteleamiseen liittyvät erityispiirteet niin perioperatiivisesta kuin lasten hoitotyön näkökulmastakin.

Asiasanat: ohjaus, vanhemmat, risaleikkaus, lapsen anestesia, lapsen valmisteleminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

ALAPIHA TUULI & HALME JENNI:
Preparing a 5-7 – year- old Child to Tonsillectomy and Adenoidectomy
Guide to Family with Child

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 10 pages
March 2014

The starting point for this study was to produce a guide on tonsillectomy and adenoidectomy to family with children. Tonsillectomy and adenoidectomy were selected, because partner of cooperation was found in PSHP district and they had a need for this kind of guide. The purpose of this study was to produce a guide which can help the way how you tell about the surgery to child. Our assignment was to describe how to take a child's level of development into account in surgery guidance.

The objective of this study was to increase the children's sense of security in the hospital and prepare a child to the forthcoming surgery.

A 5-7- year-old child can be prepared to the surgery through stories and play. An important part of preparing is also the preoperative visit, which in PSHP unit were usually in the outpatient clinic. A major role in preparing children to the surgery is that of the parents at home, particularly when preparing for day surgeries.

Key words: guidance, parents, tonsillectomy, adenoidectomy, preparing of child

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	8
3	TYÖN KESKEISET KÄSITTEET	9
4	5-7 VUOTIAAN LAPSEN KEHITYSKULKU	10
5	LAPSI POTILAAN LEIKKAUKSEN SUUNNITTELU.....	12
6	LEIKKI-ikäISEN LAPSEN VALMISTELU TULEVAAN PÄIVÄKIRURGISEEN TOIMENPITEESEEN.....	13
6.1	Preoperatiivinen käynti	13
6.2	Lapsen ohjaus päiväkirurgiassa	15
6.3	Leikin merkitys lapsipotilaalle.....	16
6.4	Sadun merkitys lapsipotilaalle	18
6.5	Leikki ja satu - välineinä lapsen tukemisessa ja ohjaamisessa	19
7	VANHEMMAT OSALLISINA LEIKKAUKSEN OHJAUKSESSA.....	21
8	LAPSEN SAIRAALAPELKOJEN EHKÄISEMINEN.....	23
9	LAPSEN ANESTESIAVALMISTELUT	25
9.1	Ravinnotta olo ennen anestesiaa	25
9.2	Lapsen anestesiakelpoisuuden tarkistaminen	25
9.3	Esilääkitys anestesiaa edeltävästi.....	26
9.4	Lapsen anestesiamenetelmät	27
9.5	Leikkauksessa käytettävät lapsen anestesia lääkkeet.....	28
10	KITA- JA NIELURISA- POTILAAN INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	30
10.1	Kitarisan poiston syyt	30
10.2	Nielurisojen poiston syyt	32
10.3	Risojen poistoleikkauksien kulku	32
11	POSTOPERATIIVINEN HOITO	34
11.1	Kotihoito	34
12	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAOPINNÄYTETYÖ.....	36
12.1	Toteuttaminen vaiheittain	37
12.2	Tuotoksen kuvaus	38
13	POHDINTA.....	41
13.1	Opinnäytetyön teoreettinen osuus pohjana esitteen tekstille	41
13.2	Työn luotettavuus ja eettiset lähtökohdat	42
13.3	Työn tarkastelu arviointikriteerien pohjalta.....	43
13.4	Esitteen toteutus	45
13.5	Työn onnistuminen ja kehittämissuhteet	46
	LÄHTEET.....	47

LIITTEET	51
Liite 1. Punni ja Risat	51

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui lapsen valmisteleminen nielu- ja kitarisaleikkaukseen, johon liittyen tehdään esite lapsiperheelle. Aihe koettiin tärkeäksi siksi, että tämän tuotoksen avulla pystytään vaikuttamaan lapsen kokemaan sairaalapelkoon ehkäisevästi, sekä antamaan vanhemmille tarvittavaa lisätietoa päiväkirurgisesta nielu- ja kitarisaleikkauksen kulusta ja siihen liittyvistä asioista.

Sairaala on vieras ympäristö, jonka lapsi kokee turvattomaksi. Lapsilla on yleensä vähän, jos ollenkaan kokemusta sairaaloista. Pelkästään sairaalan haju, kirkaavat valot, kovat äänet ja sairaalan laitospäristöön tuleminen aiheuttavat pelkoa. (Nevalainen 2010, 6.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sen 7§ määrittää, että alaikäisen lapsen mielipide hoitotoimenpiteeseen, tässä tapauksessa leikkaukseen, on selvitettävä. Mielipide selvitetään silloin, kun se on hänen kehitystasoonsa ja ikäänsä mahdollista. Lasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, tai jos hän itse ei ole kykenevä päättämään hoidostaan, niin yhteistyössä hänen huoltajiensa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Laki toimii mielestämme ohjeistuksena siihen, että lapsella on oikeus saada omaan ikätasoonsa nähden kunnollinen ohjeistus hänelle suoritettavasta toimenpiteistä. Tällöin lapsen on helpompaa sopeutua tulevaan toimenpiteeseen, kun hänen mielipiteensä ja toiveensa on huomioitu ja pelkoa pyritty lievittämään. Samalla huoltajien tehtävä tiedottajana ja rauhoittajana korostuu.

Kiinnostus lapseen kohdistuvaan toimenpiteeseen ja siihen kuuluvaan ohjaamiseen ohjasi opinnäytetyön aihevalinnan kohdistumaan lapsen nielu- ja kitarisaleikkaukseen. Aihe painottui tuotokselliseen opinnäytetyöhön Pirkanmaan Sairaanhoidopiirille, työelämän tarpeiden mukaisesti. Tuotoksella pyritään antamaan konkreettinen apu lapsiperheille, joiden lapsi läpikäy kyseisen leikkauksen. Työn teoreettinen osuus puolestaan on koottu pohjaksi työn tuotoksen toteuttamiselle. Opinnäytetyön teoriaosa toimii esitteen pohjana. Se toimii myös tiedon antajana kitarisaleikkauksesta kiinnostuneille aikuisille, esimerkiksi hoitotyön ammattilaisille sekä muille aiheesta kiinnostuneille. Teoriaosuudessa on käytetty paikoin vanhoja lähteitä, joista otettu tieto ei ole kuitenkaan muuttunut oleellisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää 5-7- vuotiaan lapsen ohjausta, joka soveltuu hänen kehitystasoonsa, selvittää nielu - ja kitarisaleikkauksien kulkua, sekä lisätä omaa tietämystä lapsen kehitystason vaikutuksesta hänen leikkaukseen valmisteluun. Tarkoituksena oli myös tuottaa esite kyseisestä aiheesta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä esitteen avulla lapsen turvallisuuden tunnetta sairaalassa sekä ehkäistä ja vähentää leikkauspelkoa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nielu- ja kitarisaleikkaukseen tulevan 5-7 vuotiaan lapsen kehitystasoon sopivaa ohjausta, sekä tehdä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitajien työvälineeksi esite, jonka avulla kerrotaan lapselle nielu- ja kitarisaleikkauksesta. Esite postitetaan kutsukirjeen mukana lapselle ja hänen perheelleen kotiin.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia asioita lapselle ohjataan nielu- ja kitarisaleikkauksesta?
2. Millaisia ovat nielu- ja kitarisaleikkaus?
3. Miten huomioidaan 5-7 vuotiaan lapsen kehitystaso leikkaukseen ohjattaessa?

Opinnäytetyn tavoitteena on esitteen avulla lisätä lapsen kehitystasoon sopivalla tiedolla lapsen turvallisuuden tunnetta sairaalaooloissa ja valmistaa tätä tulevaa toimenpidettä varten. Lasten vanhempien mahdollisuus ymmärtää tulevan toimenpiteen luonnetta helpottaa omalta osaltaan heidän suhtautumistaan tulevaan toimenpiteeseen ja sitä kautta helpottaa vanhemman ja lapsen välistä asian käsittelyä kotona. Tämä voi omalta osaltaan hälventää lapsen mahdollisia pelkoja tulevaa toimenpidettä kohtaan. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna myös uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä. Lisäksi tavoitteena on lisätä tekijöiden omaa tietoa hoitotyöntekijöinä lapsen kehityksen vaikutuksesta leikkauksen valmisteluun.

3 TYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Keskeisimpiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat 5-7- vuotiaan lapsen kehitystaso, sairaalapelkojen ehkäiseminen, postoperatiivinen hoito, lapsen anestesia ja anestesiakelpoisuus, nielu- ja kitarisaleikkaus sekä leikki-ikäisen lapsen valmistelu toimenpiteeseen. Kaikkiin näihin käsitteisiin liittyy tärkeänä osana vanhempien ohjaus. Lasta leikkaukseen ohjatessa tarvitsee ottaa huomioon lapsen oma kehitystaso. Tuleva esite on suunnattu 5-7-vuotiaiden lasten leikkaukseen ohjaamisen apuvälineeksi. Nämä käsitteet on valittu siksi, että koemme niiden avaamisen antavan työlle hyvän teoreettisen pohjan, jonka avulla opasta pystyy rakentamaan.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

4 5-7 VUOTIAAN LAPSEN KEHITYSKULKU

5-7 vuotiaan lapsen kehityskulun aikana lapsi on oppinut suurimman osan hänen kehitykseensä vaikuttavista tehtävistä, kuten kiintymyssuhteen muodostamisen, itsesuojelun, tunteiden säätelyn, oman toiminnan säätelyn sekä itsekontrollin. Kehitystehtäviin kuuluvat myös oppiminen ja leikkiminen. Tässä iässä lapsi on kiinnostunut ja motivoitunut oppimaan uusia asioita. Kehitystason mukaisesti lapsi osaa olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa ja sietää yksinoloa lyhyissä tai pidemmissä jaksoissa. Lapsi on oppinut ympäristön hyväksymiä tapoja puolustaa itseään ja omia tavaroitaan sekä osaa tunnistaa vaaroja. Lapsi pystyy säätämään tunteitaan ja käyttäytymistään, mm. pettymyksen ja turhautumisen saralta. Lapsi pystyy useimmiten selviytymään ilman apua pelottavissa tai ahdistavissakin tilanteissa. Iän karttuessa leikkien sisältö muuttuu, mielikuvitusleikkien tilalle tulee sääntöjä sisältäviä pelejä ja leikkejä. 5-7-vuotias lapsi on näppärä käsis-tään, hänen hienomotoriikkansa kehittyä koko ajan. (Puura, 2013.)

5-vuoden iässä lapsi alkaa hahmottaa numeroita ja voi oppia kirjoittamaan nimensä. Hänellä on käsitys esineiden erilaisista ominaisuuksista. Tässä iässä lapsen verbaalinen taso on kehittynyt huomasti, hän pystyy puhumaan entistä selvemmin ja kieliopillisesti melko oikein. 5-vuotiaana lapsi osaa jo esittävän kuvituksen, eli piirtää ihmiselle vartalon, raajat ja pään. Piirroksessa on myös paljon yksityiskohtia kuten silmät, nenä ja hymy. Hän osaa piirtää erilaisia kuvioita kuten kolmion, neliön ja ympyrän. Saksien käyttö on opittu. Lapsi pystyy hahmottamaan erilaisia käsitteitä, kuten vähän, paljon, edessä, takana tai nopeasti ja hitaasti. Abstraktien kielikuvien hahmottaminen ei vielä onnistu, esim. silmiinpistävä tarkoittaa lapselle jotain asiaa joka kirjaimellisesti pistää silmään. (Vilen, Vihunen, Vartiaine, Siven, Neuvonen & Kurvinen 2011, 141–146; Mannerheimin lastensuojeluliitto, 2013.)

5- vuotiaan lapsen kehityksen kulun huomaa siinä, että lapsi pitää kavereita tärkeänä, sekä kyläilee yksin heidän luona. Leikkiminen ja harrastaminen kavereiden kanssa lisääntyvät suhteessa yksin leikkimiseen, sekä leikin eri teemoja jatketaan seuraavina päivinä. Ristiriitatilanteissa lapsi kaipaa vielä aikuisen apua ajoittain, mutta pienistä kärehtymistä osaa selviytyä jo itse. 5- vuotiaan lapsen empatiakyky kehittyy ymmärryksenä toisen pahasta olost, mutta käyttäytyminen saattaa silti olla itsekeskeistä. Vuorovaikutustaidot hioutuvat keskinäisissä leikeissä, joissa opetellaan samalla erilaisia rooleja, kuten miehen ja naisen roolit. (Vilen ym. 2011, 155–156.)

6-vuotias lapsi leikkii ja harrastaa yhä enemmän kaveriensa kanssa, sekä kiinnostuu kodin ulkopuolisista asioista. Tässä iässä lapsi osaa toimia ryhmässä noudattaen yhteisiä sääntöjä, mutta säännöistä tarvitsee vielä muistuttaa. 6-vuotias käsittelee tulevaa miettimällä isoksi kasvamistaan, hän myös kokeilee rajojaan. Lapsi on omaksunut erilaisia arvoja ja asenteita vuorovaikutussuhteiden avulla vanhempiltaan ja muihin aikuisiin. Lapsi osaa myös tuoda omia mielipiteitään julki sosiaalisissa tilanteissa. Lapsen tiedonhalua kannattaa tukea, sillä muisti, sanavarasto ja ajattelukyky kehittyvät yhteisten pohdintojen ja havaintojen pohjalta. Oppimisen ollessa liian pitkäkestoista toimintaa, lapsi väsähtää. Tässä iässä lapsi tarvitsee vielä vapaata leikkiä. (Vilen ym. 2011, 155–156; Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013.)

7-vuotiaana lapsen älyllinen päättelykyky ja johdonmukainen ajattelu kehittyvät pikkuhiljaa. Helppointa on ajatella asioita, joita on itse kokenut, nähnyt, tuntenut tai käsitellyt. Ajantajun laajentuessa lapsi oppii kuvaavien käsitteiden merkityksiä, kuten nykyhetki, menneisyys ja tulevaisuus. Lapsi osaa leikkiä isossa kaveriporukassa varsin itsenäisesti, sekä on kiinnostunut yhteisestä oppimisesta heidän kanssa. Lapsi osaa toimia sääntöjen mukaisesti isoissa ryhmissä, mutta tarvitsee ja haluaa myös yksilöllistä huomiota. Uuden oppimisessa 7-vuotias tarvitsee kannustusta ja tukemista vanhemmiltaan. Yhteiset hetket ja leikit, kuten sanaleikit ovat tapoja joiden avulla opetella mm. huumorin merkitystä. 7-vuotiaan lapsen voi olla vaikeata kuvailla tai perustella omaa toimintaansa. Mielikuvitus on vielä varsin vilkasta, jolloin satu ja todellisuus voivat ajoittain sekoittua. (Vilen ym. 2011, 158–163; Mannerheimin lastensuojeluliitto, 2013.)

5 LAPSIPOTILAAN LEIKKAUKSEN SUUNNITTELU

Olellaisena osana lastenkirurgiaan kuuluu se, että arvioidaan lapselle oikea leikkausikä. Taudit ja leikkausiän tuomat riskit leikkaukseen on otettava huomioon, mutta huomiotta ei voi myöskään jättää lapsen kasvua, spontaania paranemista ja psykologisia seikkoja. Jos lapsella on akuutti hengenvaara, ei ikä vaikuta leikkauksen hoitoaiheeseen, jos leikkauksen avulla lapsi voidaan pelastaa. Jos leikkauksen siirtäminen ei aiheuta lapselle välitöntä hengenvaaraa, silloin voidaan vertailla ja punnita leikkauksen riskin ja taudin riskin suhdetta ja päätökset tehdään sen pohjalta. Ei siis voida antaa yleispäteviä sääntöjä leikkaukseen ja sairauteen liittyvissä asioissa, sillä arvioinnit ovat lapsi-, yksilö-, ja sairaalakohtaisia. (Louhimo, Peltonen & Rantala 2000, 9-10; Reunanen 2011, 66.)

Lapsen ikää tärkeämpi seikka leikkausta suunniteltaessa on lapsen koko. Joissain tapauksissa myös huomataan, että spontaani paraneminen on parempi vaihtoehto kuin leikkaus. Myös lapsen psyykinen kehitys on tärkeä vaikuttaja leikkausikään. Lapsien suunnitellut leikkaukset pyritään suorittamaan päiväkirurgisesti, jotta lapsen vanhemmat voisivat olla hänen luonaan lapsen herätessä ja leikkaukseen mentäessä. (Louhimo ym. 2000, 9-10.)

Aikuisen potilaan valmistelu leikkaukseen eroaa lapsen leikkausvalmisteluista siinä, että lasta valmisteltaessa huomioon on otettava niin lapsi kuin perhekin. On tärkeää myös huomioida lapsen kehitysvaiheet ja hänen aikaisemmat kokemuksensa sairaalasta. Eri ikäkaudet vaikuttavat lapsen fantasioihin ja pelkoihin leikkausta kohtaan, sillä eri ikätasoilla ne ovat erilaisia. Ikätaso täytyy ottaa huomioon lapsen psyykkisessä valmistelmissä leikkaukseen. (Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13–14.)

6 LEIKKI-ikäISEN LAPSEN VALMISTELU TULEVAAN PÄIVÄKIRURGI- SEEN TOIMENPITEESEEN

Preoperatiiviseen valmisteluun kuuluu kolme osa-alueita. Oman osa-alueensa muodostaa vanhemmille annettava ohjaus ja tuki. Toisena osa-alueena on lapsen kehitys- ja ikätason huomioon ottava psyykinen valmisteleminen. Kolmannen alueen muodostaa leikkauksekelpoisuuden varmentaminen sekä siihen liittyvien asiapapereiden valmistelu. (Korttesalmi & Lipsonen 2005, 13–14.)

Preoperatiivisten eli ennen leikkausta tapahtuvien käyntien merkitys on hoitotyön tekijöiden piirissä tiedostettu. Preoperatiivisen käynnin tarkoitus on antaa vanhemmille ja lapselle tietoa tulevasta leikkauksesta sekä antaa mahdollisuus keskustella ja esittää kysymyksiä tulevasta leikkauksesta. Tämä tiedon jakaminen palvelee samalla koko hoito-
ketjua. (Korttesalmi, Lipsonen, Piipanen & Vuorela 2004, 5-9.)

6.1 Preoperatiivinen käynti

Lapsen huomioiminen tulisi aloittaa heti, kun hoitotyön tekijä ja lapsi tapaavat ensimmäisen kerran. Huone jossa perhe otetaan vastaan, tulisi olla lapsesta mielenkiintoinen ja turvallinen. Kuvat ja erilaiset piirustukset sekä lelut sopivat tähän tarkoitukseen. Lelujen avulla lapsi pääsee tutustumaan vastaanottotilanteen aikana sairaalaympäristöön ja siellä vallitsevaan ilmapiiriin. (Mertsola & Heikinheimo 2010.)

Lapsi havaitsee kehonkielestä ilmapiirin, tämän takia on myös tärkeää kuinka lähellä vastaanottotilanteessa oleva hoitaja tai lääkäri sillä hetkellä on. Jos vastaanottotilanne on huoneessa, pitäisi lapsen ja hoitajan välillä olla avoin yhteys, jota ei ole jaettu esim. pöydällä. Tuolit eivät saa myöskään olla ahdistavasti liian lähekkäin. Tietokoneen tulisi olla niin, ettei kirjatessa joudu kääntymään täysin lapsesta pois päin. (Mertsola & Heikinheimo 2010.) Lapsi tekee jo vastaanottotilanteessa havaintoja hoitajasta ja siitä voiko tähän luottaa. Siksi oikean ilmapiirin luominen jo alkuvaiheessa on tärkeää. Hoitajan on omalla käytöksellään ansaittava lapsen luottamus, jonka avulla hän voi lähteä rakentamaan hoitosuhdetta lapsen ja hänen perheensä välille.

Preoperatiivisen käynnin aikana, lasta hoitava henkilökunta esittelee itsensä lapselle, tarkastaa lapsen yleistilan, kelpoisuuden päiväkirurgiseen toimenpiteeseen sekä sen, ovatko leikkauksen hoitoaiheet yhä voimassa. Käynnin tarkoitus on myös esitellä lapselle ja vanhemmille leikkaukseen osallistuva henkilökunta ja yksikkö, jossa leikkaus suoritetaan, sekä antaa heille tarvittavaa informaatiota. Käynnin aikana on tärkeä kertoa edeltävistä tutkimuksista, miksi niihin joudutaan ja mitä siellä tehdään. Lapselle tarvitsee myös kertoa milloin ja miksi leikkaus tehdään. (Tirkkonen 1996, 35–37; Virkkunen 2004, 9–12; Reunanen 2011, 66.)

Lapsen tullessa leikkaukseen perhe on tiiviisti hoidossa mukana. Se, miten lapsi suhtautuu leikkaukseen, sairaalaan ja hoitoon riippuu paljon lapsen persoonallisuudesta ja iästä. Myös se, miten vanhemmat pystyvät olemaan lapsen tukena, vaikuttaa lapseen väistämättä. Jos lapsi huomaa vanhempiansa pelkävän ja jännittävän, myös lapsi alkaa jännittää ja pelätä. Lapselle kerrotaan rehellisesti hoidosta hänen ikä- ja kehitystasonsa mukaisesti. Hänelle on tärkeintä tietää hereillä olon tapahtumat. Lapselle kannattaa puhua mieluummin korjaamisesta, hoitamisesta ja hoituhuoneesta kuin leikkauksesta ja leikkaussalista. Hoitajien ei kannata käyttää sanaa nukahtaminen, sillä lapsi voi ruveta pelkäämään nukahtamista hänen yhdistäessä tämän leikkaukseen. Nukahtamisen sijaan lapselle voitaisiin kertoa lääkkeestä joka alkaa unettaa ja sen vaikutuksesta lapsi nukahtaa. (Tirkkonen 1996, 35- 37; Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 166; Puustinen 2013, 242.)

Leikkauksen jälkeisistä rajoituksista sekä jatkohoidosta tulee keskustella esikäynnillä vanhempien lisäksi lapsen kanssa. Hoitohenkilökunnan on syytä keskustella lapsen kanssa myös tulevista asioista ja tapahtuvasta toiminnasta ennen varsinaista nukutusta. Näitä ovat mm. esivalmistelut, heräämään kuljettamisesta vuoteella, leikkausosaston ulkonäöstä ja muista muutoksista tavalliseen ympäristöön verrattuna kuten hajut, vieraat ihmiset, henkilökunnan vaatteet ja myssyt. Myös leikkauksen jälkeisestä tilanteesta ja asioista kannattaa puhua etukäteen, esimerkiksi syömisestä ja juomisesta. (Tirkkonen 1996, 35- 37.)

6.2 Lapsen ohjaus päiväkirurgiassa

Oleennaista lapsen päiväkirurgisissa valmisteluissa on potilaan preoperatiivinen käynti eli esikäynti yksikössä, jonka sisältöä on avattu aikaisemmassa kappaleessa. Päiväkirurgian yleistyessä, kustannustehokkuuden myötävaikutuksesta leikkausvalmistelujen sujuvuuteen tulee kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Hoitotyön haasteena päiväkirurgisessa leikkauksessa on luoda lapselle ja perheelle emotionaalisesti hyvä kohtaanmistilanne hoitajan kanssa, tehokkuusajattelusta huolimatta. (Kortesalmi & Lipsonen 2005.)

Pienen lapsen rooli ohjauksessa on kuunnella, esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä sekä kertoa omista tunteistaan, toiveistaan ja sairauden oireistaan. Lapsen ohjaaminen voi olla haasteellista, jos lapsi pelkää, vierastaa tai on levoton. Lapsi ei välttämättä pysty myöskään keskittymään ohjaustilanteeseen tai vastustaa täysin yhteistyötä. (Savolainen, Sirviö & Tarvainen 2008, 20–30.)

Haasteellista lapsen ohjauksessa voi olla vanhempien tasapuolinen huomiointi. Savolaisen, Sirviön ja Tarvaisen opinnäytetyön (2008) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat isän olevan vanhemmista vetäytyneempi, hiljaisempi osapuoli, kun taas äiti toimia aktiivisempänä osapuolena. Usein äiti oli ohjaustapahtumissa ottanut omaksi roolikseen ohjauksen sisäistämisen ja lapsensa valmistamisen. Tällöin vaarana on isän pois jääminen ohjauksesta. (Savolainen ym., 2008.) Molempien vanhempien tulisi saada positiivinen kokemus ohjauksesta sekä tunne siitä että voivat osaltaan auttaa.

Ohjaustilanteissa sairaanhoitajat ovat kokeneet positiivisena, ohjausta parantavana asiana perheen tuntemisen entuudestaan ennen itse varsinaista ohjaustilannetta. Tällöin ohjaustilanne koettiin vähemmän jännittäväksi sekä molemminpuolinen kontakti koettiin paremmaksi. Tutun perheen kanssa sairaanhoitajat kokivat helpommaksi arvioida perheen aktiivisuutta kysymysten asettamisella. Myös sairaanhoitajien tuntemus siitä, että vanhemmat uskaltaisivat keskeyttää ja kysyä jos eivät jotain ymmärrä, oli parempi tutun perheen ollessa ohjattavana. Haasteena päiväkirurgisessa ohjauksessa onkin arvioida perheen vastaanottavaisuutta ja aikaisempaa tietotasoa, sillä perhe ei yleensä ole entuudestaan tuttu. Vuorovaikutus saattaa myös olla jännittänyttä tuntemattoman perheen ja hoitajan välillä. Vuorovaikutuksen laatua koettiin haittaavan myös keskustelun hyppi-

minen aiheesta toiseen, vanhempien levottomuus, keskittymisvaikeudet sekä tilanteen hektisyys. (Savolainen ym. 2008, 20–30.)

Sairaanhoitajat kokivat myös haasteellisempina kohdata hankalasti käyttäytyvä lapsi, kun perhe ei ole tuttu, koska tällöin lapsen ja hoitajan välille ei ole vielä muodostunut yhteistyösuhdetta. Hankalasti käyttäytyvä lapsi voi vastustaa ohjaustilannetta niin, että vetäytyy vuorovaikutuksesta. Tällöin haasteena koettiin ohjauksen muuttumiseksi yksi-puoliseksi ja hoitajavetoiseksi. (Savolainen ym. 2008, 20–30.) Päiväkirurgisessa ohjauksessa, kun perhe ei ole tuttu, haasteena on luoda luottamussuhde lyhyessä ohjausajassa perheen ja lapsen sekä hoitajan välille.

Flinkmanin (2004) tutkimuksen mukaan lapset kokevat päiväkirurgiset hoitoprosessit lähinnä myönteisiä. Myönteisiä kokemuksia olivat lisäämässä lapsen leikkiminen ja piirtäminen ennen toimenpidettä, ja toimenpiteen jälkeen jäätelönsyöminen, lukeminen, lepääminen ja kotiin lähteminen. Vaikka osalla lapsista esiintyi huonovointisuutta ja kipuja operaation jälkeen, oli heidän kokemuksensa pääasiassa positiivisia. Vanhempien läsnäolo lisäsi lasten myönteistä kuvaa hoitoprosessista. Kielteisiä tuntemuksia lapsille oli tutkimuksen mukaan ollut pistäminen ja nukutusmaski, sekä nukkuminen ja nukuttamistapahtuma kokonaisuudessaan. Lapset kokivat nukutusaineen pahanhajuiseksi ja inhottavan makuiseksi. (Flinkman 2004, 126–130.)

6.3 Leikin merkitys lapsipotilaalle

Lapsille leikki on arkea, tapa jonka avulla toimia. Lapset eivät suunnittele oppivansa leikkimisellä, mutta oppivat silti leikkiessään. Leikin aikana lapsi on aktiivinen toimija, jossa hän käyttää kaikkea näkemäänsä, kokemaansa ja kuulemaansa hyväkseen. Leikin avulla lapsi pystyy jäljittelemään sekä luomaan uutta. Lapsi pystyy poimimaan ympäristöstään ja omista fantasioistaan itselleen merkityksellisiä asioita ja liittämään ne leikkiin. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2009, 23–26.)

Leikin avulla lapsi pystyy vahvistamaan hyvinvointiaan ja käsitystään itsestään. Leikki myös lisää lapsen osallistumisen mahdollisuuksia. Mielekkäällä tavalla toimiessaan lapsi kykenee ilmentämään ajatuksiaan ja tunteitaan. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2009, 23–26.)

Lapsi ei aina välttämättä käsitä omaa sairauttaan ja sitä, miksi sitä hoidetaan sairaalassa. Hänellä ei ole ennakkoinnin taitoa, ja kokemukset ovat uusia, joten olisi tärkeää että lapsi saa ”leikkiä ulos” mielessä myllertävät asiat, samaan tapaan kuin aikuiset puhuvat ja käsittelevät suullisesti tunteitaan ja kokemuksiaan. (Olli 2011, 18–20.)

Leikki kuuluu lapselle, se on osa hänen arkipäiväänsä, joten sairaalan tulisi mahdollistaa leikkiminen lapselle. Leikki lisää lapsen viihtyvyyttä osastolla, ja onkin yleensä lapsilla ensimmäisenä mielessä osastolle tultaessa. Leikin avulla lapsi pääsee käsittelemään sairaalassa kokemaansa sekä käymään läpi tulevia ja menneitä toimenpiteitä. Lapsi tutustuu sairaalaympäristöön leikin avulla, jos virikkeitä, eli leluja ei ole saatavilla, etsii lapsi virikkeitä muualta ympäristöstään. Tämä kertoo lapsen leikin tarpeesta. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2009, 23–36.) Karttusen ja Salmisen (2010, 23–26) tutkimustulosten mukaan, leikki on rauhoittava, toimintaa helpottava tekijä, rentouttava sekä lapsen voinnin mittari.

Leikin kautta lapsi voi myös ilmaista tunteita, joita pidetään kiellettyinä. Lapsi voi kuvata omia tunteitaan esimerkiksi sadun, nukan tai piirustuksen kautta. Kun vaikeat tunteet saadaan käsiteltyä objektiivisesti ja konkreettisesti, lisää se lapsen turvallisuuden tunnetta. (Olli 2011, 18–12.)

Sairaalassa leikin merkitys on edustaa lapselle tuttua ja turvallista toimintaa, sekä tuoda mielihyvän tunnetta ja iloa. Leikin avulla lapsi sekä käsittelee että jäsentää omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Leikin avulla lasta pystyy sairaalassa motivoimaan oppimaan. Leikki toimii aktivointikeinona, joka edistää samalla lapsen viihtymistä ja sopeutumista sairaalaan. Leikin tavoitteena on myös tukea lapsen ja aikuisen välistä vuorovaikutusta. Kaiken tämä saavuttamiseksi tulee ympäristön olla turvallinen ja ilmapiirin luottavainen. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2009, 23–26.)

Leikkiä on hyvä käyttää valmistellessa lasta tutkimuksiin tai toimenpiteisiin. Leikin avulla lapsi havainnollistaa oman kehonsa toimintoja sekä vapautuu jännityksestä. Leikin avulla lapselle voi oman ymmärryksensä ja ikätasonsa mukaisesti kertoa tulevasta tapahtumasta. Kun toimenpiteestä on kerrottu rehellisesti ja sitä on havainnollistettu leikin avulla, lapsen on helpompi suhtautua tulevaan toimenpiteeseen. Vaikka toimen-

pide tapahtuma hetkellä tuntuisi lapsesta epämiellyttävältä, valmistelu leikin avulla ehkäisee traumatisoivaa vaikutusta. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2009, 23–26.)

6.4 Sadun merkitys lapsipotilaalle

Kun lapselle aletaan lukea satuja, tulisi tiedostaa lapsen yksilölliset eroavaisuudet, kuten kehitystaso, elämätilanne ja mieltymykset. Jotta sadun lukemisen kokemus olisi lapselle miellyttävä, tulisi sadun aikana antaa tilaa lapsen kaikille tunteille. Sadut kehittävät lapsen persoonallisuutta sekä vahvistavat sitä. (Cafaro 2010, 5.)

Sairaalassa lapset ovat kovin herkkiä ja haavoittuvaisia. He ovat tulleet vieraaseen, outoon sairaalaympäristöön omasta tutusta ja turvallisesta kodistaan. Lapselle on siksi tärkeää, että hän saa levätä ja toipua oman mielikuvitustaan apuna käyttäen. Sadun avulla asioita voidaan tarkastella turvallisen etäisyyden päästä, jolloin lapsi pystyy käsittelemään ja kohtaamaan vaikeita asioita paremmin. Sadunkerronnan avulla voidaan käydä yhdessä läpi tulevaa tai jo ollutta toimenpidettä ja näin ollen lievittää toimenpiteisiin liittyviä pelkoja. (Cafaro 2010, 6-7.)

Sadun avulla voidaan tukea myös vanhempien ja lapsen vuorovaikutusta sekä lapsen ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta. Lapsi reagoi tilannekohtaisesti uusiin tapahtumiin, joten hoitajan laatimat ennakkosuunnitelmat eivät välttämättä toteudukaan. Sadunkerronnan avulla sairaanhoitaja voi kehittää vuorovaikutusta suotuisampaan suuntaan. Lapsi on herkkä kasvojen ilmeille ja reagoi suotuisasti hymyyn, huumoriin ja hassutteluun. Näitä ominaisuuksia voi yhdistää sadunkerrontaan. Sadunkerronnassa on tärkeä aitous, katsekontakti, kiireettömyys, vastavuoroisuus, eläytymiskyky sekä rauhallisuus. Sadunkerronta on yksi myönteinen kokemus leikin lisäksi, joka voi lisätä lapsen turvallisuudentunnetta sairaalassa. Sadulla voidaan myös omalta osaltaan tukea lapsen tunteiden ilmaisua, niin iloa kuin suruakin. (Cafaro 2010, 6-8.)

Jokainen lapsi tarvitsee hellyyttä sekä fyysistä läheisyyttä, sadunkerronnassa tätä voidaan hyödyntää sylikkään tai vieretysten lukemisella. Sadun lukemisen yhteydessä lapsen kanssa keskustelu antaa lapselle oman puheenvuoron, jolloin hän voi ilmaista omia tunteitaan, ihmetystä tai pelkojaan. Keskustelu lisää lapsen kykyä tuoda omat ajatuksen-

sa, tahtonsa ja toiveensa julki. (Cafaro 2010, 6-8.) Sadun avulla päästään lapsen maailmaan, jolloin mielestämme lapsen hoitaminen on potilaslähtöisempää.

6.5 Leikki ja satu - välineinä lapsen tukemisessa ja ohjaamisessa

Sairaalassa lastenosastoilla on yleensä rajallinen mahdollisuus toteuttaa leikkiä. Sairaanhoitajat huomioivat lapsen ikätason ja kehityksen valitsemalla tälle sopivia leluja ja leikkejä. Sairaaloissa on käytössä paljon erilaisia leluja, legoista nukkeihin, sekä autoista askarteluvälineisiin. Osastoille saa myös yleensä tuoda omia, tuttuja ja turvallisia leluja. Osastoilla on myös mahdollista saada leikkeihin mukaan erilaisia hoitovälineitä, kuten stetoskooppeja ja tyhjiä ruiskuja. (Karttunen & Salminen, 2010, 23–26.)

Sairaalassa toteutettavan leikin merkitys on suuri, sillä leikki on tärkeä osa lapsen fyysisistä, psyykkistä sekä sosiaalista kehitystä. Leikin merkitys sairaalassa korostuu siinä mielessä, että se toimii välineenä paranemisessa. Leikin merkitys on siinä, että sen kautta lapsi voi ilmaista itseään usein paremmin, kuin kielellisesti. Leikin kautta lapsi ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan helpommin kuin puhumalla. (Olli 2011, 18–20.)

Sairaanhoitajat pystyvät lapsen leikin kautta saamaan sellaista tietoa lapsen kokemuk-
sista, joita lapsi ei pystyisi kielellisesti tuottamaan. Leikin avulla lapsi ja sairaanhoitaja pystyvät luomaan välilleen keskinäisen luottamuksellisen suhteen. Lapselle leikki on tutumpaa kieltä kuin asioiden ilmaisu sanallisesti. Sairaanhoitajan leikkiessä lapsen kanssa, kokee lapsi olonsa helpommaksi ja luottavammaksi, sillä heillä on leikin kautta yhteinen tapa viestiä. (Olli 2011, 18-20 .)

Sairaanhoitajat hyödyntävät leikkiä toimenpiteiden ja tutkimusten aikana. Leikki nähtiin välineenä, jonka avulla lapsen huomio kiinnitettiin pois toimenpiteestä, jolloin toimenpiteen suorittaminen helpottui. Karttusen ja Salmisen (2010, 23-26) opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat heidän käyttämänsä leikin olevan lapsille ajanvietettä ja ettei heillä ole tarpeeksi aikaa leikkien järjestämiseen. Sairaanhoitajat pitivät tutkimustulosten mukaan leikkiä silti osana hoitotyötä, sekä kokivat leikin olevan apuväline kontaktin luomiseen lapseen. (Karttunen & Salminen 2010, 2010, 23–26.)

Lapselle itsetunnon kannalta on tärkeää saada kokemuksia siitä, että sairaalassa hän pystyy vaikuttamaan joihinkin asioihin. Tärkeää on siis, että lapsi kokee osaavansa tehdä asioita myös sairaalassa, häntä kannustetaan ja edistysaskeleet huomioidaan. Kokemus siitä, että lapsi hyväksytään ja häneen uskotaan, on lapselle tärkeää. (Olli 2011, 18–20.)

Osa sairaanhoitajista kokee leikin käyttämisen työssä vaikeaksi. Osa vaikeuden kokemuksesta voi liittyä sairaanhoitajan tehtäväkeskeiseen ajatteluun, ja tästä voi seurata toimenpiteiden mahdollisimman nopea suorittaminen. Sairaanhoitaja voi kokea, että hän laiskottelee, jos viettää lapsipotilaan huoneessa aikaa ilman tehtävän suorittamista. Kuitenkin lapsen ja perheen kanssa vietetty aika saattaa osoittautua paljon tärkeämmäksi työn kannalta, kuin jatkuva touhuaminen ja juttelu. Leikin aloittaminen lapsen kanssa voi vaatia hoitajalta heittäytymistä ja uskallusta. Täytyy myös olla suostuvainen siihen, ettei tiedä miten vuorovaikutus tilanteessa etenee. Vaikka leikkiin ryhtyy, ei silloinkaan hoitajan tarvitse luopua aikuisen roolista niin, että lapsi alkaisi määrällä hoitajaa myös leikin ulkopuolella. Kun aikuinen heittäytyy lapsen leikkiin lapsen ehdoilla, on lapsen myöhemmin helpompi toimia aikuisen ehdoilla. (Olli 2011, 18–20.)

Satu kehittää lapsen älyä, selventää lapsen tunteita ja auttaa lasta sen hetkisissä ongelmassa, sekä vastaa hänen pelkoihinsa. Kertomuksen tulisi kehittää lapsen mielikuvitusta, herättää uteliaisuutta, sekä luoda uskoa tulevaisuuteen ja vahvistaa näin ollen sisäisiä voimavaroja. (Cafaro 2010, 6-7.) Etenkin sairaalassa ollessa lapsi tarvitsee aikuista tukemaan hänen omaa uskoaan selviytymiseensä ja luomaan hänelle positiivinen ilmapiiri. Sairaalassa sadun avulla voidaan mielestämme tukea lapsen paranemista elvyttämällä hänen omia voimavarojaan. Satu toimii motivoivana apuvälineenä, kuten leikki. Sadun kautta lapsi voi käydä läpi edessä olevaa leikkausta. Lapsi saa oikeanlaista informaatiota sadun kautta, joka on kirjoitettu hänelle sopivaan ja ymmärrettävään muotoon. Sadun ollessa ohjaamisen välineenä, voi lapsi samaistua sadun tapahtumiin. Samalla hänelle selviää lapselle ominaisella tavalla ja termeillä, mitä tulee tapahtumaan. Lapsen tiedosta tulevat tapahtumat, helpottaa se hänen suhtautumistaan koko hoitoprosessiin.

7 VANHEMMAT OSALLISINA LEIKKAUKSEN OHJAUKSESSA

Lasta valmistaessa tulevaan leikkaukseen, vanhemmilla on oikeus ohjaukseen. Sekä lapsi että hänen vanhempansa haluavat tietoa tulevasta leikkauksesta. Sairaanhoitajan on siksi ohjauksessa huomioitava perheen tapa oppia, kyky vastaanottaa tietoa sekä perheen motivaatio ja sitoutuminen lapsen hoitoon. Savolaisen, Sirviön ja Tarvaisen (2008) opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan, ohjauksessa käytettävä materiaali valikoitui aina lapsipotilaan iän, kehityksen, sekä perheen oman tiedontarpeen mukaan. Pienten lasten ohjauksessa oli hyödynnetty erilaisia leluja, kirjoja ja tarroja, joiden avulla lapsen mielenkiinto asiaan saatiin herätettyä. Vanhemmille oli ohjaukseen varattu myös kirjallista materiaalia. Toimenpiteistä kertoessa oli perheelle varattu demonstraatiovälineitä, joiden avulla toimenpidettä voitiin harjoitella tai näyttää. (Savola, Sirviö & Tarvainen 2008.)

Pienten lasten ohjauksessa käytäntöä havainnollistetaan lelujen avulla, esimerkiksi leikkausta edeltävän kanyylin laittoa nukelle. Lelulta voidaan myös mitata paino, pituus sekä verenpaine, jotka kuuluvat anestesiavalmisteluihin. Ohjauksessa myös vanhemmat otetaan aktiivisesti mukaan, sillä näin pyritään lisäämään lapsen turvallisuudentunnetta. (Savolainen ym. 2008.)

Tärkeässä roolissa lapsen valmistelussa ovat tietenkin vanhemmat. Heille on annettava riittävästi tietoa, jotta he voivat valmistaa lasta edessä olevaan tapahtumaan. Avoin ja kiireetön ilmapiiri on tärkeää luoda lapsen kanssa keskustellessa. Myös lapsen yksilöllinen kehitystaso, täytyy ottaa huomioon tietoa annettaessa. Ei kannata käyttää sairaalakieltä, sitä tulee jopa välttää eikä asioista kannata selvittää lapselle liian yksityiskohtaisesti. Tärkeää on korostaa operaatiota korjauksena leikkaus-termin sijaan. Jo preoperatiivisessa vaiheessa vanhemmille annetaan postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen ohjaus, sillä etenkin päiväkirurgisissa toimenpiteissä jää vanhemmille iso vastuu lapsen valmistelusta etukäteen sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Kun vanhempia ohjataan, annetaan heille tietoa erilaisten leikkausten jälkeisistä ongelmista, jotta lapsen postoperatiivisessa hoidossa voidaan kiinnittää huomio olennaisiin asioihin. (Kortesalmi & Lipsanen 2005, 13-14.)

Yleensä lapsi tulee leikkaussaliin toisen vanhempien saattamana. Lapsi nukutetaan vanhemman syliin tai lapsen maatessa leikkaustasolla. Nukutuslääkkeet annetaan joko kannyyliin tai hengitysmaskin avulla. Vanhempi saa olla paikalla lapsen nukahtamiseen asti, jonka jälkeen vanhempi saatetaan ulos salista ja leikkausosastolta. Leikkausosaston työntekijät pyrkivät luomaan vanhemmille sellaisen tunteen, että heidän lapsensa on hyvissä käsissä ja voivat rauhassa odottaa leikkauksen loppua. Jos vanhemmista heijastuu jännitys ja pelko, on lapsikin usein peloissaan ja jännittynyt sillä hän seuraa vanhempien reaktioita. (Vähämaa 2013.)

Vaikka lapsen perioperatiivinen hoito on lyhytaikaista, täytyy lapsen preoperatiiviseen valmistamiseen kiinnittää huomiota. Perioperatiivinen hoitotyö kattaa leikkausosastolla tapahtuvan hoidon ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen. Vanhempien on hyvä kertoa lapselle tulevasta toimenpiteestä leikin kautta rehellisesti. On otettava huomioon lapsen ikä ja vastaanottokyky. Ajankohta, milloin asiasta kerrotaan lapselle, riippuu lapsen iästä. Lapselle kannattaa puhua korjaamisesta, hoitamisesta ja hoituhuoneesta kuin leikkauksesta ja leikkaussalista. Tärkeää on myös, että lapsen vanhemmat säilyttävät rauhallisuutensa, sillä lapsi vaistoo vanhempien tunnetiloja. (Korte ym. 1997, 166.)

8 LAPSEN SAIRAALAPELKOJEN EHKÄISEMINEN

Lapsilla voi olla pelkoja leikkausta kohtaan, niitä pyritään ehkäisemään ja jos lapselle on syntynyt pelkoja, niitä pyritään lievittämään. Leikki-ikäisellä usein fantasia ja mielikuvitus värittävät kuultua tietoa. Lapsi myös saattaa ymmärtää asioita väärin, ja häntä saattaa ahdistaa epämääräinen tieto. Tällöin lasta ei saa kuitenkaan jättää yksin, lapsen pelätessä on aikuisen rohkaisu ja tuki ensiarvoisen tärkeää. Jos pelkoa ei huomioida, saattaa lapsella tulla epäluottamus hoitoa ja sairaalaa kohtaan. Leikki-ikäiset voivat pelätä sairaalassa sitä, että jokin raaja tai elin tuhoutuu ja oudot tilanteet ja ihmiset saattavat pelottaa. Hieman isommat lapset osaavat pelätä tilanteita, joita he tietävät voivan tapahtua. Lapsen miettiessä tällaisia tilanteita pelko voi voimistua. (Puustinen 2013, 242.)

Pölkin, Pietiläisen ja Vehviläisen- Julkusen (2003) toteuttamassa tutkimuksessa havaittiin, että kolme neljäsosaa lapsista, jotka osallistuivat tutkimukseen, olivat kokeneet omien sanojensa mukaan pelkoa sairaalahoitoa kohtaan. Pääasiassa pelot olivat sairaalassa olemista kohtaan, pistämistä ja neuloja kohtaan, leikkauksesta toipumista kohtaan sekä anestesiaa ja leikkausta kohtaan (Pölkki, Pietilä & Vehviläinen- Julkunen 2003, 19–20.)

Flinkmanin (2004) tutkimuksessa mukana olleista lapsista suurinta osaa pelotti, syinä mm. leikkaus itsessään, ero vanhemmista, outo ympäristö ja kipu. Hoitoprosessin vaiheista kohdistui eniten pelkoa nukutusta ja toimenpidettä kohtaan. Nukutuksessa pelotti esimerkiksi se, miltä nukutus tuntuu, millaisia unia nukutettuna näkee ja leikataanko ilman nukutusta. Myös tiedon puute, pelko hapen saannista nukutuksen aikana ja tukehtumisen tunne pelottivat lapsia. Pelkoja oli myös vaikea eritellä. Pelkoa aiheuttivat omat fantasiat, esim. että pää leikataan pois, myös heräämistä kesken leikkausta pelättiin sekä kipu ja leikkauksen kesto pelottivat. Heräämisvaihe, pahoinvointi leikkauksen jälkeen ja paha haju nenässä pelottivat tutkimukseen osallistuneita lapsia. Myös happipullo heräämössä herätti pelkoa. (Flinkman 2004, 126–130.)

Sairaalassa olemisessa pelotti lasten mielestä myös se, etteivät he pääsisikään kotiin sovitusti. Pistämisessä ja neuloissa lapsia pelotti niiden aiheuttama kipu, joskus pelko heijastui aikaisemmista, huonoista kokemuksista. Toipumiseen kohdistui pelkoja siinä

mielessä, että lapset pelkäsivät kivun voimakkuutta toimenpiteen jälkeen sekä paranisivatko he. (Pölkki ym. 2003, 19-20.)

Kun preoperatiiviset valmistelut on tehty hyvin ja on ohjattu riittävästi sekä vanhempia että lasta, vähennetään niillä toimilla lapsen leikkauspelkoa. Myös leikkauksen jälkeinen aktiivisuus on korkeampi, komplikaatioita on vähemmän ja jopa pahoinvointi on vähäisempää, jos ohjauksella ja valmisteluilla on pystytty vähentämään lapsen leikkauspelkoa. Hyvän ohjauksen saaneet lapset kotiutuvat sairaalasta nopeammin kuin huonommin valmistellut ja ohjatut potilaat. (Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13-14 .)

Pelkojen lievittämiseen lapsi tarvitsee tietysti aikuisten huolenpitoa ja turvaa vanhemmilta. Myöskään leikin merkitystä ei voida koskaan korostaa liikaa. Leikki voi olla vapaata tai ohjattua, huumori ja hassuttelu ovat lapsille tärkeitä pelon käsittelyn väyliä piirtämisen, leikin ja satujen rinnalla. Myös lapsen arkisten tekemisten miettiminen, esimerkiksi kotiin pääsystä jutteleminen sekä muiden positiivisten mielikuvien luominen lievittää lapsen pelkoa. Myös pelottavat asiat kannattaa käydä läpi ja yrittää muuttaa lapsen mielessä positiivisiksi ja hauskoiksi. Pelkoa voidaan auttaa hallitsemaan etsimällä lapsen kanssa operaatiosta kiinnostavia ja hauskoja puolia. Tämän kautta lapsi voi oppia pelon hallintaa. (Salmela 2011, 21- 23; Puustinen 2013, 242.)

Sairaanhoitajan rooli on lapsen pelkoja kohdatessaan vahvistaa lapsen luottamusta siihen, että lapsi saa riittävästi huolenpitoa. Lapsen päivittäisestä hyvinvoinnista huolehditaan ja kivut ja oireet pyritään pitämään kurissa. Tärkeää on myös, että lapsi kokee, että hänen toiveensa hoidossa otetaan huomioon. Lapsen ymmärtäessä sairaalatapahtumia, mitä tehdään ja minkä vuoksi, on hänen helpompi sopeutua niihin. Pelosta selviytyminen on kuitenkin yksilöllistä, parhaat selviytymiskeinot peloistakin ovat näin ollen yksilöllisiä. Lapsi itse tunnistaa usein omat tapansa selvitä. Lapselle voidaan myös opettaa uusia keinoja pelosta selviytymiseen. (Salmela 2011, 21- 23.)

9 LAPSEN ANESTESIAVALMISTELUT

Opinnäytetyömme on painottunut 5-7-vuotiaiden lasten päiväkirurgisesti tehtävään nielu- ja kitarisaleikkaukseen. Käsittelemme tässä kappaleessa lapsen anestesiavalmisteluja myös yleisellä tasolla. Huomioon otettavia seikkoja anestesiavalmisteluissa on useita. Teoriaosuudessa painottuvat ravinnotta olon tärkeys, lapsen anestesiakelpoisuuden määrittäminen, esilääkitys, lapsen anestesiamenetelmät sekä lapsen anestesiassa käytettävät lääkkeet.

9.1 Ravinnotta olo ennen anestesiaa

Lapsilla paastoaikaan vaikuttaa syötävän ruuan laatu. Ennen leikkausta lapselle ei saa antaa kiinteitä ruokia eikä kiinteitä maitotuotteita kuuteen tuntiin, mutta kirkkaita nesteitä, kuten vesi ja kirkas mehu, voi juoda vielä 2-3 tuntia ennen leikkausta. Nestetasapaino pysyy parempana jos paastoaika on lyhyempi. Samoin lapsen mieliala pysyy pirteämpänä, yleisvointi pysyy parempana ja lyhyellä paastolla voidaan jopa vähentää postoperatiivista pahoinvointia. (Virkkunen 2004, 9-12; Puustinen 2013, 242.)

Jos lapsen yleisvointi huononee ja lapsen ravinnotta olo pitkittyy osastolla, voidaan lapselle aloittaa suonensisäinen infuusio. Jos lapsella on säännöllinen lääkitys, sovitaan anestesiasta vastaavan lääkärin kanssa, mitkä lääkkeet saa ottaa aamulla pienen nestemäärän ennen sairaalaan tuloa. (Virkkunen 2004, 9-12; Puustinen 2013, 242.)

9.2 Lapsen anestesiakelpoisuuden tarkistaminen

Kun lasta tutkitaan, on kiinnitettävä huomiota varsinkin hengitysteissä oleviin infektioihin, sillä anestesian yhteydessä ne saattavat edistää hengitystiekomplikaatioita. Suunniteltu leikkaus voidaan siirtää sovitusta ajankohdasta seuraavissa tilanteissa: lapsen limaisuus on vanhempien mielestä erilaista kuin tavallista, lapsella on märkäisiä eritteitä ja yskää, lapsen ruumiinlämpö on noussut yli 38 asteeseen, lapsella on kurkunpääntulehdus tai muutoksia poskiontelon röntgenkuvassa tai keuhkokuvassa. Suunniteltu leikkaus voidaan perua myös, jos lapsella on korvatulehdus, mutta kiireellinen leikkaus voidaan tehdä, kunhan lapsella on mikrobilääkesuoja. Ylähengitystieinfektion ol-

lessa kyseessä, täytyy leikkausta lykätä 2 viikkoa, ja alahengitystieinfektion kohdalla on leikkausta lykättävä 4-6 viikkoa. Jos leikattavalla lapsella on jokin krooninen sairaus, yritetään se hoitaa mahdollisimman hyvään tasapainoon ennen leikkaukseen menoa. Jos kroonisen sairauden hoidossa käytetään jotakin lääkettä, kannattaa lääkitystä yleensä jatkaa leikkauspäivään saakka. Jos on epäselvyyttä lääkityksestä ja sen suhteesta leikkaukseen, kannattaa yhteyttä ottaa hoitavaan sairaalaan. Usein kroonista sairautta sairastavat lapset otetaan sairaalaan sisään jo ennakkoon, jolloin heidän krooniset tai pitkäaikaissairaudet ja tasapaino voidaan tarkistaa sopivaksi ennen leikkausta. (Pouttu 2010, 565.)

Ennen lapsen saliin tuloa tehdään preoperatiivinen arviointi. Tieto saadaan potilaan asiakirjoista sekä vanhemmilta. Jos leikkaus on päivystystilanne, saadaan tietoa myös päivystyshoitopaikasta. Ennen leikkausta selvitetään millainen lapsen terveydentila on, ja onko hänellä aiempia sairauksia, onko lapsella allergioita sekä se, onko lapsi ollut ennen leikkauksessa ja nukutettuna. On hyvä myös selvittää mahdollisia erityiskysymyksiä, jotka voivat vaikuttaa hoitotyön tekemiseen. Näitä voivat olla esimerkiksi lapsen äidinkieli, lapsen persoonallisuus ja kehitysvaihe sekä lapsen mahdolliset ennakkoluulot ja pelot leikkausta kohtaan. Puudutusvoidetta laitetaan pistokohtien päälle vaikuttamaan, ja mahdollisesti annetaan esilääkettä, tilanteen mukaan. Tarvittaessa lapsi voidaan nukuttaa isän tai äidin syliin. Lapsen tullessa saliin laitetaan puutuneelle ihoalueelle kanyyli. Jos lapsi rimpuilee kovin, voidaan kanyyli asettaa paikoilleen maskinukutuksen jälkeen. (Virkkunen 2004, 9-12; Puustinen 2013, 242.)

9.3 Esilääkitys anestesiaa edeltävästi

Lapsen pelätessä tai jännittäessä, tai jos hänen on vaikea erota vanhemmista ennen leikkausta, voidaan lapselle antaa esilääkettä. Lapsi saa lääkkeen yleensä 0,5- 1h ennen toimenpiteen alkua. Kun esilääke on otettu, lapsen olisi hyvä pysyä sen jälkeen vanhempien sylissä tai vuoteessa, sillä lääke tekee lapsen olon raukeaksi ja hän saattaa tällöin herkemmin satuttaa itsensä liikkueessaan. (Eronen, Kiesvaara & Lommi 2009, 289.)

Merkittävin esilääkeryhmä, jota lapsille annetaan, on bentsodiatsepiinit ja niistä tavallisimmin annetaan diatsepaamia ja midatsolaamia. Diatsepaami ja midatsolaami kuuluvat siis bentsodiatsepiinien lääker ryhmään, ja ne mm. rentouttavat ja rauhoittavat, helpotta-

vat ahdistusta ja jännitystä sekä aiheuttavat uneliaisuutta. (Pouttu 2010, 566; Tunturi 2013.) Esilääkkeen antamiseen liittyvissä käytännöissä on sairaalakohtaisia eroavaisuuksia. Tämän opinnäytetyön yhteistyötahon organisaatioyksikössä päiväkirurgisesti suoritettavissa lasten nielu- ja kitarisaleikkauksissa ei yleensä annetta lapselle rauhoittavaa esilääkettä. Jos lapselle kuitenkin annetaan lääkettä, on käytäntönä antaa suussa hajoava särkylääke ehkäisemään leikkauksen jälkeistä kipua. Lapselle on mielekkäämpää ottaa lääke kyseisessä muodossa, sillä lapsille suunnatuissa suussa hajoavissa tableteissa on yleensä makean maku.

9.4 Lapsen anestesiamenetelmät

Anestesiatapa valitaan ja suoritetaan yksilöllisesti. Valintaan vaikuttavat lapsen ikä, aikaisemmat anestesiakokemukset sekä mahdollisuuksien mukaan lapsen vanhempien toiveet asiasta otetaan huomioon. Anestesiaalääkärillä on päävastuu anestesian toteutustavasta. (Pouttu 2010, 567.)

Lapsen toive nukutustavasta huomioidaan, jos se on mahdollista, eikä siihen ole lapsen turvallisuuteen liittyvää tai lääketieteellistä estettä. Jos vanhemmat haluavat, eikä siihen ole lapsen turvallisuutta uhkaavaa tai lääketieteellistä estettä, saavat vanhemmat halutessaan olla läsnä nukutettaessa. Usein pienet lapset saavat nukahtaa vanhempien syliin. (Puustinen 2013, 243.) Käytännöt vaihtelevat, siinä saavatko molemmat vanhemmat olla nukutuksessa mukana.

Anestesia voidaan toteuttaa maskinukutuksena, jolloin nukutusaine on kaasun muodossa. Tämä anestesiamuoto soveltuu sellaisiin toimenpiteisiin jotka ovat lyhyitä eivätkä aiheuta paljon kipua lapselle. Vaikka maskinukutus on tavallaan helppo ja miellyttävä, voi se kuitenkin aiheuttaa vakavia komplikaatioita kuten rytmihäiriötä, aspiraatiota tai hengitystieongelmia. Vaikka leikkaus tehtäisiin ”maskinukutuksena”, täytyy laskimoyhteys avata nukutuksen ajaksi. (Pouttu 2010, 567.)

Toisena anestesiamuotona voidaan käyttää intubaatioanestesiaa, jolloin lapselle laitetaan suun tai nenän kautta intubaatioputki jonka avulla pidetään hengitystiet avoimina ja vähennetään aspiraatiota eli mahan sisällön nousemista hengitysteihin. Jos lapselle laitetaan intubaatioputki, täytyy relaksaation ja anestesian olla syvempi, kuin maskianestesi-

assa. Muuten käytetään molemmissa anestesoissa samoja anesteetteja. Intubaatioanestesiassa anestesia-aineiden laitto tapahtuu kanyylin kautta. Kädessä johon kanyyli tulee, voidaan käyttää pinta-puudutetta. Useita pistoja tulee välttää kanyyliä laitettaessa, ja lapselle voidaan kertoa kun neula on poistettu ja kanyyli on paikallaan. (Pouttu 2010, 567; Puustinen 2013, 243.)

Anestesiapuolella varataan lapselle ensimmäiseksi anestesiakone. Tarkistetaan sovittu hengitysjärjestelmä sekä muu anestesiassa käytettävä välineistö. Lääkitys on samanlainen kita- ja nielurisojen poistossa. Etukäteen kannattaa varata valmiiksi tavallisimmat lääkkeet post-operatiivisen kivun hoitoon, sen mukaan mitä anestesiologi on sen ohjeistanut. Leikkauksen aikana pidetään huolta lapsen optimaalisesta lämpötiloudesta esim. lämpöpatjan ja peiton avulla. Leikkaussalissa varataan lapselle sopiva anestesiajärjestelmä ja sopiva hengityskone eli anestesiaventillaattori, sekä limanimulaite ja intubaatiovälineet. Intubaatioissa asetetaan potilaalle hengityspotki leikkauksen ajaksi. Näissä huomioidaan lapsen koko. Lasta valvotaan monin eri laittein, kuten hengitysilmaa mittaavat O₂ ja CO₂ mittarit, verenpaine- ja pulssimittarit, EKG- laite joka mittaa sydänsähkökäyrää, SaO₂ eli happisaturaatio- mittari. (Korte ym. 1997, 161,167; Reunanen 2011, 69.)

9.5 Leikkauksessa käytettävät lapsen anestesia-

Nukutuksen suhteen pyritään rauhalliseen ja kivuttomaan induktioon. Induktioksi sanotaan nukutuksen yhteydessä sitä vaihetta, kun lääkkeellisesti aloitetulla nukutuksella on uni saatu riittävän syväksi. Haasteen kuitenkin asettaa se, että maski- induktio voi ahdistaa lasta ja kanyloitavasta kädestä kiinni pitäminen voi sattua. Laskimoanesteettina käytetty rasvaliuospohjainen propofoli voi aiheuttaa kirvelyä suonessa, ja jättää lapsen mieleen epämiellyttävän muiston. Vaikka propofoli kirvelee, on se nopean toipumisen ja induktion takia ensisijainen nukutusaine lasten kirurgiassa. Lapsille kipulääkkeenä käytetään opioidipohjaisia kipulääkkeitä, fentanyyliä tai alfentaniilia. Opioidin valinta riippuu toimenpiteen kestosta. Relaksoivia eli lihasten jännittyneisyyttä vähentäviä lääkkeitä lapsilla harvoin käytetään, sillä intubaatio eli hengityspotken asettaminen onnistuu hyvin ilman relaksaatiotakin. (Virkkunen 2004, 9-12; Reunanen 2011, 69; Tunturi 2013; Terveyskirjasto 2014.)

Lapsi voidaan nukuttaa inhalaatioanesteeteilla eli hengitettävillä nukutusaineilla, jolloin nukutus tapahtuu maskin avulla. Vaihtoehtona on myös anesteetit jotka annetaan laskimoon. Hengitysanesteeteina toimivat mm. yleisin maski- induktioon käytetty, hyvin siedetty sevofluraani sekä pitkäaikaisiin anestesioihin soveltuva hengitysanesteetti isofluraani. Isofluraania ei kuitenkaan käytetä induktiovaiheessa, sillä se herkistää kurkunpäänkouristukselle. Laskimoanesteeteina puolestaan käytetään paljolti samoja anesteetteja kuin aikuisilla, mm. aiemmin mainittua propofolia sekä lyhytvaikutteista tiopentaa- lia. Lapsilla lääkkeiden vaikutukset voivat olla erilaisia kuin aikuisella, samat lääkkeet voivat siis tehotta eri lailla eri-ikäisiin. (Puustinen 2013, 255; Tunturi 2013; Terminologi- an tietokannat 2014.)

Kivun hoitoon voidaan lapsillakin käyttää opioideja, myös lihasrelaksantteja käytetään tarpeen mukaan lihaksia relaksoimaan. Parasympaattisen hermoston toimintaa estäviä anikolinergejä voidaan lapsilla käyttää liian matalan pulssitason nostamiseen sekä vähentämään liman ja syljen eritystä. Tarpeen mukaan käytössä ovat myös pahoinvointia ehkäisevät lääkkeet. (Puustinen 2013, 255- 257; Tunturi 2013.)

10 KITA- JA NIELURISA- POTILAAN INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Kitarisa ja nielurisat ovat osa elimistön omaa puolustusjärjestelmää, koska niissä molemmissa on kudosta joka on immunologisesti aktiivista. Suuhun katsottaessa, ei kitarisaa voi nähdä, mutta lääkäriellä on mahdollisuus nähdä kitarisa pehmeän suulaen yläpuolella nenänielussa peiliä apuna käyttäen. Kitarisat voi nähdä myös tähystimen avulla, joka laitetaan nenän kautta. Pienillä lapsilla kitarisat ovat usein suuria, mutta kouluikään mennessä ne ovat yleensä jo surkastuneet. (Hermanson 2008, 397,398.)

Nielurisat näkyvät molemmilla puolilla lakikaarretta. Nielurisojen koko vaihtelee, mutta ne ovat suuret yleensä lapsilla. Joskus lapsen nukkuessa kita- ja nielurisat saattavat häiritä lasta niin paljon, että ne poistetaan. Myös infektioiden takia nielu- ja kitarisat saateen poistaa. (Hermanson 2008, 397,398.)

Lapsi puetaan leikkausta varten avopaitaan, tai sitten hän saa pitää omat väljät vaatteensa päällä. Lääkäri määrää etukäteen tehtäviksi toimenpiteiksi laboratoriokokeista pienen verenkuvan, tarvittaessa takarinoskopian ja röntgenkuvan. Ennen leikkausta tulisi hoitaa akuutit ylätieinfektiot. Aina se ei kuitenkaan onnistu lapsen ollessa infektiokierteessä, joka johtuu risoista jotka tarvitsee poistaa kierteen katkaisemiseksi. (Helander 2013, 352; Korte ym. 1997, 167.)

10.1 Kitarisan poiston syyt

Kitarisan poisto tarkoittaa nielun kattorisan poistoa. Lapsella kitarisat ovat suurimmillaan kolmesta viiteen ikävuoteen. Suuret kitarisat voivat johtua lapsen perinnöllisistä tekijöistä, toistuvista hengitystieinfektioista sekä hengitysalergioista. Seitsemän ikävuoden jälkeen kitarisat alkava pienentyä, ja 20 vuotiailla kitarisat ovat yleensä hävinneet. (Korte ym. 1997, 166.)

Indikaatioina kitarisojen poistoon voivat olla kitarisojen liikakasvu, liimakorva ja krooninen tulehdus sekä usein toistuvat välikorvan tulehdukset ja krooninen märkäinen nuha. Syynä leikkaukseen voi olla myös ahtautunut nenänielu, jonka seurauksena voi tulla honottava puhe, koska potilas joutuu hengittämään suun kautta. Kitarisat voi poistaa

myös uniapnean, kuorsaamisen, pitkällisen nuhan tai toistuvien kuumeisten hengitystieinfektioiden takia. (Korte ym. 1997, 166; Hopsu 2004.)

Jos tulehdus on nenän ja nielun alueella, kitarisat saattavat turvota imusolmukkeiden tavoin. Usein kitarisan tulehdus jää muhimaan ja kitarisa jää suurentuneeksi. Jos kitarisa jää suureksi, se saattaa haitata nenän kautta hengittämistä etenkin yöaikaan. Seurauksena siitä lapsi saattaa kuorsata. Jos kitarisat ovat jääneet suurentuneiksi, se voi aiheuttaa myös päiväaikaan suun kautta hengittämistä ja honottamista. (Hermanson 2008, 397,398.)

Kitarisojen poistoleikkauksen avulla pyritään katkaisemaan toistuvien välikorvatulehdusten kierre. Viimeaikoina on todettu kuitenkin, ettei kitarisojen leikkaus kuitenkaan ole merkittävästi vähentänyt välikorvien tulehduksia. Nykyään käytetään välikorvan tulehdusten vähentämiseen enemmän korvien putkitusta, mutta tutkimuksista saatu tieto ei juuri puolla putkituksestakaan tulevaa hyötyä. (Peltola 2010, 192.) Haapakylän (2009, 48–39) tutkimuksen mukaan vuosina 1987–2002 korvien putkituksia on tehty 1,2 kertaa enemmän Suomessa, kuin tutkimuksen verrokkimaassa.

Vaikka kitarisojen poistamisen yksi indikaatio on ollut korvatulehdusten vähentäminen lapsella, uusimmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, ettei kitarisojen leikkaus estä korvatulehduksia lapsella. Jos risat ovat puolestaan suuret ja tulehtuneet, voi se olla syynä kitarisojen poistoon. Poistoa harkitaan myös tilanteessa, jolloin korvien putkituksen jälkeenkin korvatulehduskierre ei pysähdy. (Blomgren 2012.)

Haapakylän (2009, 48–59) väitöskirjan mukaan Suomessa leikattiin kitarisoja huomattavasti nuoremmilta lapsilta, kuin verrokkimaahan Norjaan nähden. Suomessa kitarisanpoistoleikkauksia tehtiin 2,5 kertaa useammin alle 17-vuotiaille lapsille, kuin Norjassa. Kitarisapoistoleikkauksen korkein ikäpiikki tilastollisesti oli 2-vuotiaiden lasten kohdalla Suomessa kun taas Norjassa vastaavia leikkauksia tehtiin enemmän 5-6 -vuotiaille. Poikia leikattiin merkittävästi enemmän tutkimuksen aikana molemmissa maissa. Tutkimuksessa ilmoitettiin poikien kohdalla aikaisemmista löydöksistä useaan otteeseen. Tutkimus viittaa siihen, että pojat ovat alttiimpia saamaan ylempiä hengitystieinfektioita, mikä voi osaltaan johtaa lisääntyneisiin akuutteihin välikorvatulehduksiin, sairaalakäynteihin sekä ylähengitystie operaatioihin. (Haapakylä 2009, 48–49.)

10.2 Nielurisojen poiston syyt

Nielurisat voidaan poistaa toistuvien angiinojen takia. Nielurisat ja kitarisat poistamalla voidaan vähentää nielurisatulehduksia lapsilla. Indikaationa voi olla myös nielupaise eli peritonsillaariabskessi. Myös keuhkoputken tulehdukset jotka seuraavat nielurisatulehduksia sekä munuaistulehdukset saattavat antaa syyntä poistaa nielurisat. Jos potilaalla on suurentuneet nielurisat, hän on kroonisen streptokokkiviruksen kantaja tai hänellä on suurentuneet kaularauhaset, antavat ne aiheutta nielurisojen poistoon. Krooniset vilustumissairaudet, reumaattinen kuume, kuulo- puhe ja hengitysvaikeudet ja keskikorvan tulehdukset antavat myös aiheutta nielurisojen leikkausta. (Korte ym. 1997, 160; Liukko 2012.)

Vaikka nielurisat poistetaan yleensä suunnitellussa leikkauksessa, voidaan risat poistaa myös akuutisti päivystyksenä. Yleensä päivystyksenä tehtävien nielurisojen poiston syyntä on nielupaise, joka on kehittynyt risakudoksen taakse, tai sitten äkillinen, hengitystä ahtaava tulehdus nielurisoissa. Oireina kyseisissä tapauksissa on suun avaamisen vaikeus, kovaa kipua kurkussa sekä korkea kuume. Myös nieleminen on vaikeaa, jopa nestettä on vaikea saada nieltyä. Puhe voi olla puuroutunutta, eikä hengityskään ole helppoa. (Hautera 2013.)

Tavallisin syy poistaa nielurisat lapselta on nielurisojen liiallinen kasvu. Liikakasvusta aiheutuu suuhengitys, sillä nielurisat ahtaavat nielua. Joskus harvoin lapsille voidaan tehdä nielurisojen poisto toisintokuumeen hoitamiseksi. (Helsingin yliopisto, 2013.)

10.3 Risojen poistoleikkauksien kulku

Lapsipotilaita varten leikkaussalin lämpötilaa pyritään kohottamaan, jottei lapsi menettäisi turhaan lämpöään leikkauksen ja anestesian kuluessa. Jos lämpöä menetetään turhaan, se lisää hapen ja kulutusta ja hiilidioksidin tuotantoa elimistössä. Tämä taas voi johtaa pidentyneeseen postoperatiiviseen valvonta- aikaan. Lapsen kipulääkitys aloitetaan useimmiten jo ennen kuin varsinainen toimenpide alkaa. (Korte ym. 1997, 167.)

Risat poistetaan aina niin, että lapsi on nukutettu. Kitarisojen leikkauksessa käytetään peiliä, koska leikkauspaikkaa ei näe suoraan silmillä. Leikkauksen kesto on keskimäärin 15 minuuttia. (Vähämaa 2013.)

Leikkausasento nukutettaessa on aina selkäsento. Asentoa kuitenkin käännetään hie-
man Trendelenburgin asentoon. Jotta kaula ojentuisi, voidaan hartioiden alle laittaa tyy-
ny ja pään alle rengastyyny. Potilaalle laitetaan neutraalielektrodi, jonka koko määräy-
tyy potilaan koon mukaan. Paikka, mihin neutraalielektrodi asetetaan, on oikeassa olka-
varressa, pienillä lapsilla pakarän alla. Desinfektiota ei tarvita, seillä leikkausalue on
suussa. (Korte ym. 1997, 160-162, 164.)

Steriili alue luodaan asettamalla risaleikkauspotilaan rinnalle keskeltä puoleen väliin
revitty liina siten, että liinan puolikkaat menevät hartioiden päälle. Instrumentoiva sai-
raanhoitaja asettaa instrumenttipöydälle steriilin liinan ja instrumenttikorin. Kirurgi ja
instrumentoiva sairaanhoitaja pukevat maskin ja steriilit käsineet, mutta eivät leikkaus-
takkeja. Kun potilas on nukutettu ja intuboitu intubaatioputken avulla, asetetaan suun-
avaaja. Intubaatioputki asetetaan suunavaajassa olevaan, sille tarkoitettuun uraan. Ki-
rurgi asettaa nielusykerön potilaan nieluun verenvuodon takia. Nielurisat irrotetaan kap-
selin reunoja myöten polttosaksia ja septum elevaattoria apuna käyttäen. Instrumentti-
hoitaja imee leikattavalta alueelta verta koko ajan. Kitarisat puolestaan rapsutetaan pois
nielupeiliä apuna käyttäen. Verenvuodot tyrehdytetään huolella. Leikkaus tehdään ”niin
puhtaasti kun voi;” koska käsitellään limakalvoja. Tästä johtuen leikkaus ei ole täysin
steriili leikkaus.

11 POSTOPERATIIVINEN HOITO

Leikkauksen loppuessa potilaalta otetaan hengityspotki pois ja monitorijohdot irti. Potilas laitetaan kyljelleen siirrettäessä heräämöhön, sillä jos potilas oksentaa, vuotaa tai aspiroi, ei tilanne ole niin hankala kun hän on kyljellään. Heräämössä hengitellään happea, joka on kosteutettu. Monitoriseurantaa jatketaan ja vointia seurataan. Tarvittaessa annetaan lääkitystä kipuun. Lasta ei jätetä yksin, ja turvallisuudesta huolehditaan, tarvittaessa vanhemmat voidaan pyytää heräämöhön. Vuodeosastolla potilasta tarkkaillaan edelleen, ja kipua arvioidaan kasvokuva- kipumittarilla. Viileitä nesteitä tai jäätelöä voidaan antaa anestesia-aineiden vaikutuksen lakattua. Jos lapsen tilanne säilyy hyvänä, kotiutus voidaan tehdä samana päivänä. (Korte ym. 1997, 169- 170.)

Heräämössä sairaanhoitaja odottaa vuoteen vieressä, että lapsi herää. Nielutuubi otetaan välittömästi lapsen herättyä suusta pois, ja lapselle jutellaan rauhoittelevasti. Kipua tiedustellaan, sekä annetaan tarpeen mukaan lääkitystä kipuun ja pahoinvointiin. Monitoreista seurataan lapsen verenpainetta ja pulssia sekä saturaatiota. Lapsen sänky asetetaan heräämössä paikkaan, johon hoitajilla on jatkuva näköyhteys kaikkialta.

11.1 Kotihoito

Leikkauksen jälkeen nielu saattaa olla kipeä usean viikon ajan, ja siitä johtuen syöminen ja juominen voi olla vaikeaa. Joskus kaulalle laitettu kylmäpussi saattaa helpottaa kivun tunnetta. (Helander 2013, 352.)

Kotihoito-ohjeet kerrataan ennen lähtöä kotiin, ohjeistetaan välttämään ponnistelua ensimmäisenä päivänä leikkauksen jälkeen sekä kerrotaan, että olisi hyvä olla sisällä 0-3 päivää säästä riippuen. Kouluun ja tarhaan voi mennä voinnin mukaan, ja ensimmäisen viikon aikana kannattaa vältellä hengästyttävää liikuntaa. Saunaa ja kuumia kylpyjä ei suositella. Kuumaa ja karkeaa ruokaa kannattaa vältellä parina ensimmäisenä päivänä. Jos kirkasta verta alkaa tulla suusta tai nenästä tai oksentaa useasti ruskehtavaa verta, täytyy yhteyttä ottaa välittömästi lääkäriin. Myös jos kuulo alenee 2-3 viikon jälkeen leikkauksesta, tai jos ilmaantuu yli 3kk kestävää honottavaa puhetta, on otettava yhteys lääkäriin. (Korte ym. 1997, 169- 170.)

Yleensä lapset toipuvat risaleikkauksesta nopeasti ja jos jälkivaivoja esiintyy, ne ovat yleensä harmittomia ja lieviä. Arkuutta ja turvotusta saattaa ilmetä nenänielun alueella, ja kipulääkettä voi tarvittaessa antaa. On myös normaalia, jos lapsi on pari päivää leikkauksen väsyksissä, hänellä on kurkkukipua tai lämpö nousee lievästi. Leikkauksen jälkeen saattaa lapsen hengitys haista todella pahalta muutaman päivän ajan, sillä se kuuluu limakalvojen paranemisprosessiin. Paranemisprosessin aikana nieluun kertyy katetta, joka aiheuttaa pahan hajun. 1-2 viikon päästä leikkauksesta katteet irtoavat itseksensä. Hajua voidaan vähentää purukumilla syönnillä ja suun huuhtelulla. Jos nenänielu alkaa vuotaa leikkauksen jälkeen kotiin pääsyn jälkeen, täytyy lapsi viedä takaisin sairaalaan. Jos verenvuoto nenästä on muutamaa viirua enemmän verta tai oksennuksessa on kirkasta verta, kannattaa sairaalaa hakeutua. Myös pienen lämpöilyn jatkussa paria päivää kauemmin tai lämmön noustessa yli 38 asteen täytyy sairaalaan ottaa yhteyttä. Haavakudoksen arpipinnan irrotessa saattaa arven irtoamisesta johtuva verenvuoto olla yllättävänkin voimakasta. Jos lapsella on jälkivuotoa, voidaan se hoitaa yleisanestesiassa. (Blomgren 2012; Hautera 2013; Helander 2013, 353.)

Kun risat on poistettu, saattaa olla oireena lämmön kohoaminen. Se ei kuitenkaan yleensä viesti infektiosta. Risaleikkauksen jälkeen saattaa lapsella olla kipua, joka voi säteillä korviin. Jos on tarve, lapselle voi antaa lääkettä joka vähentää kuumetta ja kipua. Hyviä tähän ovat esimerkiksi reseptilääke naprokseeni ja parasetamoli. Yleensä leikkauksesta toipumiseen menee päivä. Kuumia ruokia ja juomia kannattaa välttää, mutta nieleminen itsessään ei yleensä tee kipeää. (Hermanson 2008, 397- 398.)

12 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisesta näkökulmasta käytännön toiminnan opettamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla tuotos, esimerkiksi ohje, opastus tai perehtymisopas. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapana voi olla kohderyhmä huomioiden cd, vihko, kansio, kotisivut, opas tai kirja. (Airaksinen & Vilka 2003, 9-10.)

Potilasohjeiden, niin kuin muidenkin tekstien, kuten esitteiden tarkoituksena on ohjauksen ja neuvonannon lisäksi luoda kuva ohjetta jakavan organisaation johtamistavoista ja hoitoideologioista. Hyvä potilasohje on kehitetty palvelemaan juuri kyseistä organisaatiota ja sen henkilökuntaa ja potilaita. Potilasohje on kehitelty tietylle potilasryhmälle, kuten tässä tapauksessa 5-7-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen, sekä potilasohjeessa on otettu huomioon ryhmän ikä- ja kehitystaso. Ohjeiden ulkoasussa tulee ottaa huomioon kirjoitusasu, se että nuorille potilaille on käytetty heille sopivaa kieltä, joka ei ole liian lapsellista, mutta ei myöskään liian virallista. Saman ohjeistuksen tyyli vaihtelee sisällöllisesti, riippuen mihin kohderyhmään se on sillä hetkellä suunnattu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34.)

Potilasohjeiden ja esitteiden lähtökohtana ovat hoitotyön tarpeet ja pulmat. Ohjeella pyritään vastaamaan sekä organisaation ja potilaan tarpeisiin. Ohjeistuksen tulee antaa riittävä kuvaus toimenpiteestä ja siihen liittyvistä huomioista. Esimerkiksi päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle potilaalle täytyy tiedottaa asioista kuten kotihoito-ohjeista toimenpiteen jälkeen. (Torkkola ym. 2008, 34- 36.)

Hyvä potilasohje puhuttelee potilasta sekä arvostaa potilasta. Tämä näkyy mm. siinä, että lukijalle on heti alussa kerrottu hänelle tärkeimmät asiat ohjeen sisällöstä. Ohjeistuksissa, varsinkin lasten ohjaamisessa kuvitus on tärkeässä roolissa. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa sekä auttaa ymmärtämään asiasisältöä. (Torkkola ym. 2008 39- 40.)

Tämä opinnäytetyö on tuotoksellinen. Toteutustapana on esite nielu- ja kitarisaleikkaukseen valmistelusta, kulusta sekä kotihoidosta, joka on kohdennettu 5-7-vuotiaille lapsille ja heidän perheille. Esitteessä käydään läpi lyhyesti nielu- ja kitarisaleikkauksen määritelmä ja kuinka siihen tulisi lapsen kanssa valmistautua. Esitteessä painotetaan

enemmän lapsen valmistautumista sairaalaan tuloon ja kohtaamaan hoitohenkilökunta sekä vieras ympäristö. Esitteessä kerrotaan lapselle kuvien ja tekstin avulla mitä leikkaukseen tullessa tulee tapahtumaan. Esitteen avulla, halutaan saada lapsi osallistumaan omaan valmistautumiseensa tulevaan leikkaukseen. Esitteessä on myös tietopaketti vanhemmille nielu- ja kitarisaleikkaukseen liittyvistä asioista.

Esite suunnitellaan yhteistyöorganisaation standardien pohjalta. Esite tulee olemaan sähköisessä muodossa, joka valmiina luovutetaan PSHP:n käyttöön. Ensimmäisen valmiin sähköisen version kustannuksesta huolehtivat oppaan tekijät.

12.1 Toteuttaminen vaiheittain

Tuotoksemme 5-7-vuotiaiden lasten kita- ja nielurisaleikkauksen esitteen valmistelusta muodostui ja kehittyi koko opinnäytetyö prosessin aikana. Idea opinnäytetyön aiheeksi valikoitui jo ennen varsinaista opinnäytetyön aihevalintaseminaaria. Tämän aiheen pohjalta, meille löytyi yhteistyötaho PSHP:ltä. Palaverissa työelämäorganisaation yhdyshenkilö kertoi tarpeistaan ja toiveistaan esitteen suhteen. Keskustelimme aiheen rajauksesta myöhäisleikki-ikäisiin lapsiin. Tarkempaa rajausta ei vielä tällöin sovittu. Yhteistyötahomme halusi esitteeseen lapsen näkökulman, ja heille sopi ehdottamamme tarinamuotoinen esite, jossa tarinan avulla läpikäydään toimenpideprosessi. Työelämän toiveina oli saada esitteeseen vanhemmille tarkoitettu tietonurkka, jossa olisi kotihoito-ohjeita nielu- ja kitarisaleikkauksen jälkeen.

Ensimmäiseksi päätimme yhdessä luoda kattavan teoriapohjan esitteemme tueksi. Haimme monista eri kirjallisista lähteistä sekä verkkolähteistä monipuolista ja luotettavaa tietoa. Suunnitelmaseminaari pidettiin marraskuussa 2013, jolloin esittelimme ryhmällemme opinnäytetyömme tarkoituksen, tehtävät ja tavoitteet sekä teoreettiset ja menetelmälliset lähtökohdat. Opinnäytetyön lupa hyväksyttiin joulukuussa 2013.

Joulukuun 2013 ja tammikuun 2014 aikana kirjoitimme tiiviimmin opinnäytetyömme teoriaosuutta ja olimme sähköpostitse yhteydessä työelämä tahoomme PSHP:ssä. Yhteistyöorganisaatiosta saamamme palautteen ja heidän tarpeidensa mukaisesti lähdimme muokkaamaan teoriaosuutta heidän organisaationsa mukaisesti ja teimme tarvittavia korjauksia. Tällöin haimme lisää tietoa päiväkirurgisesta toimenpiteestä ja siihen val-

mistelusta sekä lasten sairaalapelosta. Saimme myös kattavaa tietoa nielu- ja kitarisaleikkauksen kulusta juuri kyseisen organisaation näkökulmasta.

Olimme yhteydessä opinnäytetyömme tuotoksen graafisesta visualisoinnista TAYS:n lastentarhaopettajan kanssa. Sähköpostiyhteyttä pidimme jo marraskuussa, mutta vasta tammikuussa 2014 pääsimme sopimaan tapaamisen. Tällöin näimme muita esitteitä ja saimme parannusehdotuksia tuotoksemme tarinaosuuteen lapsen kehitystason näkökulmasta.

Opinnäytetyöpalaverit ohjaavan opettajan kanssa koko opinnäytetyöprosessin aikana auttoivat meitä rajaamaan opinnäytetyömme aihetta sekä selkeyttämään teoriaosuuden kulkua. Työmme teoriaosuuden edetessä myös tuotoksen tarinaosuus matkasi mukana opinnäytetyöpalavereissa muokattavana.

Helmikuussa 2014 pääsimme yhteistyötahomme idean ansiosta seuraamaan nielu- ja kitarisaleikkausta päiväkirurgisena operaationa. Tällöin kirjoitimme myös tiivistelmän ja pohdinnan osuuksia. Pohdintaa täydensimme vielä maaliskuussa. Helmikuussa saimme vielä työelämäyhteistyötaholtamme viimeisiä parannusehdotuksia tuotoksemme tarinaan, jota lyhensimme ja tiivistimme korjausehdotusten mukaisesti.

Maaliskuun alussa tuotoksemme tarina nimeltään Punni ja risat oli hienosäätöä ja kuvitusta vaille valmis. Kuvituksena käytimme piirtämiämme kuvia, huomioiden tekijänoikeuslain. Valmiiden kuvien kanssa tarvitsi olla tekijältä kirjallinen lupa. Tuotos valmistui maaliskuussa, sillä oppaan viimeiset muutosehdotukset tulivat yhteistyöorganisaatiolta opinnäytetyö palautusta edeltävällä viikolla.

12.2 Tuotoksen kuvaus

Hyvän esitteen lähtökohtina ovat tekstin ja kuvien asettelu paperille, sillä se tekee esitteestä houkuttelevan lukijalle sekä parantaa esitteen ymmärrettävyyttä. Esitteen pohjana toimii asettelumalli, jonka avulla elementit, otsikot, tekstit ja kuvat saavat paikkansa. Asettelumallin tarkoituksena on helpottaa yksittäisten ohjeiden ja esitteiden tekijää. Tekijä pystyy tällöin keskittymään esitteen asiasisältöön, eikä aikaa kulu muodon pohtimiseen. Asettelumalli on myös osana organisaation imagoa. (Torkkola ym. 2002, 53–56.)

Käytimme esitteemme asettelumallina PSHP:n omaa kansipohjaa sekä sivupohjaa. Näin pystyimme itse keskittymään asiasisältöön ja kuvitukseen.

Sisällöllisesti esitteen tulee olla potilaslähtöinen, tekstin tulee puhutella potilasta ja saada hänet kiinnostumaan esitteestä. Ensivilkaisulla potilaan tulee saada vaikutelma, että esite on juuri hänelle. Esitteessä tulisi myös välttää suoraa käskymuotoa ja korvata se perusteluilla. Kunnon perustelut toimintaohjeissa antavat potilaalle itsemääräämisoikeuden. Perustelut tuovat syyn, miksi jokin asia kannattaa tehdä. (Torkkola ym. 2002, 34-37.)

Esitteen sisällössä kirjoitusohjeisiin kuuluu, että lähdetään tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeitä. Tämä tyyli on suotavaa siksi, että vain alun esitteestä lukenutkin potilas saa tietoonsa olennaisimman. Tärkeimmän kertominen esitteessä ensin, antaa myös vaikutelman, että tekijä arvostaa esitteen lukijaa ja herättää kiinnostuksen lukea koko esite. (Torkkola ym. 2002, 39-40.)

Esitteessämme olemme ottaneet lukijan heti alussa huomioon. Esitteessä puhutellaan heti ensimmäisellä lauseella lukijaa ja toivotetaan hänet tervetulleeksi yhteistyöorganisaatioon. Ensimmäisissä kappaleissa on myös otettu lapsiperhe huomioon ja selitetty mikä osa on vanhemmille ja mikä on tarkoitettu lapsen valmisteluun tulevaa toimenpideä varten. Perustelimme kyseisessä kappaleessa tiivistetysti, miksi juuri tämä esite olisi hyvä lukea loppuun asti ja miksi lapsen mukaan ottaminen valmisteluihin on tärkeitä.

Esitteen sisältöä on lähdetty läpi käymään tärkeimmästä vähemmän tärkeään. Myös aikajärjestys on huomioitu. Teimme esitteen lapsen nielu- ja kitarisaleikkaukseen valmistelusta, jolloin järjestyksenä on ollut ensiksi kodin huomiointi ja mitä sairaalaan tarvitsee ottaa mukaan. Seuraavaksi käsittelemme esitteessä leikkausostolle saapumista ja siellä huomioon otettavia asioita. Viimeiseksi kerromme toimenpiteen kulusta ja kotihoito-ohjeista. Nämä kohdat on kerrottu ensimmäisillä kolmella sivulla, jolloin voimme taata sen, että lukija saa oleellisimman tiedon jo alussa. Alkuosa esitteestä on siis suunnattu enemmän lapsiperheen vanhemmille.

Loppuosa on esitteemme tuotoksellisin osuus. Loppuosassa on lapselle suunnattu kuvitettu toimenpide kuvaus, jonka läpikäytyään toivomme lapselle jäävän mieleen pääpiirteittäin valmistautuminen tulevaan toimenpiteeseen.

Esitteen ulkoasun kriteerit tulevat suoraan PSHP:n oman graafisen ohjeiston pohjalta. Heillä oli valmiina asiakirjamalli, johon lähdimme tuotoksemme tuottamaan. Tämä sitoi käsiämme myös ulkoasun päättämisestä. Tekstin koko, muoto ja rivivälit sekä kuvitusten asettelu ovat heidän ohjeistuksensa mukaisia. Kuvat löytyvät tekstin alapuolelta keskitettynä sivun keskelle. Itse olisimme halunneet tarinamuotoisen esitteen näyttävän enemmän lapsenomaiselta. Nyt vain kuvat ja tarinan sisältö, kertovat sen että lapsi on otettu huomioon tässä tuotoksessa. Tarinan teksti on mielestämme liian pientä ja tiivistä, teksti ei ole tarkoitettu lapsen luettavaksi, vaan aikuisen.

Kuvitus herättää esitteen eloon ja antaa esitteelle oman arvonsa. Kuvat ovat piirroksia, jotka puhuttelevat lasta. Päädyimme tähän ratkaisuun siksi, että mielestämme piirrokset ovat tarinamuotoisessa esitteessä lapsenomaisia. Piirrokset tuovat esitteeseen satukirjan vaikutelman, jolla toivomme lapsen mielenkiinnon heräävän. Piirroksessa käytetty pingviinihahmo tuo turvallisen etäisyyden asiaan, lapsen on helpompi samaistua tarinaan, sekä läpikäydä asioita piirroshahmon turvin.

Teoreettiset lähtökohdat työssämme ovat kulkeneet tuotoksemme mukana. Olemme mielestämme huomioineet lähtökohdat esitteessämme. Punni Pingviini ja risat – tarina on kirjoitettu ottaen huomioon lapsen kehitystaso, käyttäen ikäluokkaan sopivaa kirjoitusasua sekä kertomalla tulevista asioista toimenpiteeseen liittyen heidän ikätasonsa mukaisesti. Tuotoksemme tekstissä ei ole liian abstrakteja käsitteitä, eikä toimenpidettä ole läpikäyty liian yksityiskohtaisesti. Huomioimalla tietopaketin avulla vanhemmat, koemme osaltamme lievittävän lapsen sairaalaa kohtaan tuntemaa pelkoa. Kun vanhemmat ovat ymmärtäneet toimenpiteeseen liittyvät asiat, heidän rauhallisuutensa heijastuu lapseen. Vanhempien tunnetila heijastuu lapseen. Postoperatiivista hoitoa, lapsen anestesiaa ja anestesiakelpoisuutta on käsitelty enemmän vanhemmille suunnatussa tietopaketissa sekä työmme teoriaosuudessa.

13 POHDINTA

Idea opinnäytetyönä toteutetusta esitteestä lapselle lähti elämään jo ennen kuin varsinainen opinnäytetyöprosessi alkoi. Me opinnäytetyön tekijät olimme ystäväystyneet perusopintojemme aikana, ja tästä syystä keskustelimme myös lähestyvistä opinnäytetyöstä. Esiin tuli ajatus toteuttaa yhdessä esite lapselle. Olimme jo tuossa vaiheessa valinneet opintojemme valinnaisten ammattiopintojen vaihtoehdoiksi perioperatiivisen hoitotyön ja lastenhoitotyön, joten aloimme miettiä, miten toisimme molempien asiantuntijuutta esiin koulutuksemme pohjalta.

Jako tuotoksen toteutuksen suhteen hahmottui jo ideointivaiheessa. Toinen meistä kantoi suuremman vastuun kuvituksesta ja toinen esitteen tarinasta. Yhdessä pohdimme ja ideoimme niin esitteen tekstiä kuin kuviakin, mutta vastuu toteuttamisesta oli molemmilla omasta osuudestaan. Työn edessä autoimme toisiamme niin tekstin kuin kuvien muokkaamisessa ja toteutuksessa.

13.1 Opinnäytetyön teoreettinen osuus pohjana esitteen tekstille

Pyrimme luomaan opinnäytetyöhön vahvan teoreettisen osuuden, joka loi pohjaa työn tuotokselliseen osuuteen. Vaikka opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat eivät tuotoksessa suoraan näy, on ymmärrys lapsesta ja hänen moniulotteisuudestaan edistänyt suunnattomasti myös tuotoksen toteuttamista. Mielestämme on ensiarvoisen tärkeää ymmärtää itse lapsen hoitamista ja ohjaamista nielu- ja kitarisaleikkauksessa, sillä ilman lapsen ymmärtämistä on antamamme ohjaus vain pintaraapaisu.

Työn teoriaosuuden kirjoittamista jaoimme ensisijaisesti omien vaihtoehtoisten ammattiopintojemme alueiden mukaisesti. Alussa kirjoitimme hyvinkin itsenäisesti sovittuja osuuksia, tuotimme raakatekstiä. Tapasimme ajoittain, ja työn edessä yhteistyö tiivistyi. Ajan myötä toki aloimme myös kirjoittaa ”yli rajojen”, loimme kahdesta eri alueesta yhtenäisen työn. Mielestämme työn teoreettinen osa on onnistunut hyvin siinä, ettei tekstiä lukiessa juurikaan huomaa kirjoittajan vaihtumista.

Teorian aluksi erillään kirjoittaminen tuotti niin haittoja kuin hyötyjäkin. Molemmat pidimme siitä, että kirjoittamista sai tehdä suhteellisen itsenäisesti, ilman toisen vierellä istumista ja sanelua. Ongelmia puolestaan aiheutui siitä, että valmiin teorian kanssa meille ei alusta saakka ollut loogista järjestystä tekstin kululle. Jouduimme siis useampaan kertaan muokkaamaan työt teoreettisen osan tekstin rakennetta ja kappalejärjestyksiä, yhdistelemään ja siirtelemään niitä.

13.2 Työn luotettavuus ja eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyömme teoreettista osuutta olemme pyrkineet rakentamaan hyviin ja luotettaviin tietolähteisiin perustuvaa materiaalia apuna käyttäen. Käytössämme on ollut muutama vanhahko lähde, mutta näissä tapauksissa emme ole löytäneet relevanttia tietoa asiasta muualta. Käyttäessämme ko. lähteitä olemme pyrkineet siihen, että käytetty tieto pitää paikkansa myös tänä päivänä. Siihen olemme pyrkineet tarkistamalla tiedon paikkansapitävyyden ajankohtaisista lähteistä tai yhteistyötaholtamme. Myös vanhan ja uuden lähteen käyttö rinnakkain on ollut tukemassa saadun tiedon paikkansapitävyyttä

Toivomme, että tuotoksesta olisi konkreettista hyötyä yksikössä, johon teimme opinnäytetyömme. Nielu- ja kitarisaleikkaukset ovat tyypillisiä leikkauksia lapsilla, joten haluttaessa esite voidaan hyödyntää paljonkin. Uskomme, että niin tulee tapahtumaan, ja lapset hyötyvät toteuttamastamme oppaasta.

Oman lukunsa muodostaa tietysti asiantuntijoiden erimieliset keskustelut siitä, onko kitarisan poisto turha toimenpide välikorvan tulehduksia hoidettaessa. Tätä keskustelua oli herättelemässä esim. Duodecim- lehdissä 17/2004 julkaistu teksti, jossa Aino Ruohola ja Olli Ruuskanen asettivat pääkirjoituksen otsikoksi ”Kitarisan poisto- turha toimenpide välikorvatulehduksen ehkäisyssä?” Tähän olivat laatineet vastineen Duodecim- lehteen 24/2004 Anne Pitkäranta, Petri Mattila, Jussi Jero, Hans Ramsay, Pekka Karma ja Heikki Rihkanen otsikolla ” Kitarisan poistoko turha toimenpide?”. Samassa numerossa myös Erkki Hopsun ja Hannu Tapiovaaran vastine oli otsikoitu ”Moni lapsi hyötyy kitarisan poistosta”. Näihin puolestaan Ruohola ja Ruuskanen olivat laatineet oman vastineensa. Tähän asiaan emme osaa omalta koulutus pohjaltamme ottaa kantaa, mutta on tärkeää tiedostaa, että keskustelua leikkauksen tarpeellisuudesta käydään.

Saimme molemmat viettää päivän tuotoksemme kohdeosastolla, ja mielestämme se paransi niin työn kirjallisen osuuden kuin tuotoksenkin luotettavuutta. Saimme olla seuraamassa toimintaa päiväkirurgialla ja kysellä asioita, joten saadusta teoriasta osasimme karsia pois sen mikä ei ollut oleellista. Päivä osastolla auttoi meitä niin esitteen kirjallisen kuin kuvallisenkin visuaalisen ilmeen realisoinnissa.

13.3 Työn tarkastelu arviointikriteerien pohjalta

Opinnäytetyömme työelämälähtöisyyteen olemme tyytyväisiä. Vaikka idea tuotoksesta lähti alun perin meistä tekijöistä, saavutimme hyvän yhteisymmärryksen työelämän kanssa oppaan tekotavasta ja tavoitteista. Pyrimme tuottamaan esitteen, joka vastaa työelämän tarpeita, ja saamamme palautteen perusteella koemme onnistuneemme tuottamaan halutunlaisen esitteen. Yhteistyömme työelämätahon kanssa oli alussa vähäisempää kootessamme työn teoreettista pohjaa, mutta etenkin oppaan toteutuksen kanssa olimme paljon kontaktissa työelämäyhteyshenkilöiden kanssa. Yhteyttä on pidetty yhteistyötahomme nimetyn hoitajan sekä yksikön osastonhoitajan kanssa. Ajoittain työmme tuotoksellisen osuuden kehittämistä hidasti viimeisien kuukausien aikana se, että yksikössä työskentelevällä yhteyshenkilömme ei usein ehtinyt vastaamaan meille oman työaikansa puitteissa niin pian kun itse olisimme toivoneet. Tästä syystä jouduimme odottamaan hänen kehitysehdotuksiaan arvioitua kauemmin. Tietysti omalta osaltamme olisimme voineet aloittaa tuotoksen kokoamisen jo aiemmin, jolloin oma aikataulumme ei olisi ollut niin tiukka. Yhteistyömme sekä osastonhoitajan sekä työelämäyhteyshenkilön kanssa oli kuitenkin kaiken aikaa laadukasta ja ammatillista, saimme heiltä mahtavia kehitysehdotuksia ja pyrimme muokkaamaan esitettä heidän toiveidensa mukaisesti huomioiden samanaikaisesti myös oman näkemyksemme. Enimmäkseen keskustelua käytiin oppaasta, sillä sen tuotimme työelämään. Ohjaavan opettajan kanssa käydyissä ohjauskeskusteluissa keskityimme enemmän työn teoriaan. Ohjausta haimme tarpeen mukaan, ja koemme saaneemme sitä hyvin. Toki työssämme on edelleen puutteita, jotka olisi voinut korjata hakemalla vielä aktiivisempaa ohjausta.

Koemme siis saavuttaneemme työlle asettamamme tavoitteen esitteestä, jolla lisätään lapsen turvallisuuden tunteen lisäämisestä ja lapsen valmistamisesta nielu- ja kitarisaleikkaukseen. Esitteessä kerrotaan aluksi vanhemmille leikkaukseen liittyvät asiat, jolloin tavoitteemme lapsen vanhempien ymmärryksen lisäämisestä ja sitä kautta vanhempien suhtautuminen leikkaukseen selkeytyy. Kun vanhempien suhtautuminen leikkaukseen selkeytyy, se helpottaa lapsen ja vanhempien asian käsittelyä kotona. Lapsen huomatessa vanhempien suhtautumistavan ja asian käsittelytaidon, helpottaa se lapsen pelkoja leikkauksesta omalta osaltaan. Opinnäytetyömme teoriaosuutta voidaan mielestämme käyttää uusien sairaanhoitajien perehdytykseen, mutta toki teoriaosuutemme olisi voinut edetä vielä johdonmukaisemmin ja selkeämmin, nykyisessä teoria osuudessaan jotkut aihealueet jäävät hieman irrallisiksi. Itse olemme työn kuluessa oppineet valtavasti niin lapsen kehityksestä kuin sen vaikutuksista leikkausvalmisteluihinkin. On ollut hienoa oppia myös toisiltamme erilaisia näkemyksiä liittyen lapsen hoitoon ja kehitykseen perioperatiivisen hoitotyön ja lastenhoitotyön näkökulmista.

Opinnäytetyön tarkoitus selvittää 5-7 vuotiaan nielu- ja kitarisaleikkaukseen tulevan lapsen kehitystasokohtaisesta ohjauksesta on toteutunut. Olisimme voineet tosin ko. työn teoriaosassa pohtia vielä enemmän kehitystason huomioimista sairaalaympäristössä, kun nyt työssä lapsen ohjauksesta sairaalassa ja 5-7 vuotiaan lapsen kehityksestä käsitellään erillisissä osioissa. Opinnäytetyön tarkoitus esitteen toteuttamisesta kuitenkin toteutui hyvin.

Työn teoriaosuus luo hyvän taustan tuotokselle. Tuotoksen osassa, jossa annetaan ohjeistus vanhemmille, näkyy työmme teoriapuoli. Lisäksi oppaan lapselle suunnattu teksti on pyritty suuntaamaan selvittämämme teorian avulla oikeanlaisena kohderyhmällemme. Tuotoksessa olisi enemmän voinut näkyä käyttämämme teoria sekä teoriassa enemmän toteuttamamme tuotos.

Työn lähteiden suhteen ajatuksemme ovat ristiriitaisia. Pyrimme käyttämään ajankoh-
taisia lähteitä, joista löytyy sopivaa teoriaa. Teimme paljon ja laajasti aineistohakua, mutta siitä huolimatta jouduimme osin turvautumaan oppikirjoihin sekä muutamaaan vanhaan lähteeseen. Lapsen kehityksen suhteen vanhempikaan teoria ei ole muuttunut juuri ajan saatossa, mutta myös leikkauspuolella oli käytössä vanha lähde. Tämä siitä syystä, että varsinaisesta nielu- ja kitarisatoimenpiteestä oli vaikea löytää teoriaa. Käytimme ajoittain myös omia havaintojamme työn niissä kohdin, johon emme löytäneet

teoriaa. Olemme kuitenkin nähneet nielu- ja kitarisaleikkauksia käytännössä, ja se auttoi tuomaan ajankohtaista teoriaa työhön. Ulkomaisten lähteiden puuttuminen on yksi opinnäytetyön teorian puutteista. Olisi ollut hyvä tarkastella aihetta myös kansainvälisellä tasolla. Käytimme työssämme tutkimustuloksia jotka olivat peräisin tutkintotöiden tuloksista, lehdissä julkaistuista tutkimuksista sekä väitöskirjasta.

Koemme valinneemme oikeanlaisen ja meille sopivimman toteutustavan työn tekemiseen. Vahvuutena opinnäytetyössämme on tekemämme esite. Opinnäytetyön heikot kohdat ovat mielestämme työn teoreettisessa osuudessa. Aikataulut meillä on ollut koko ajan selkeät, mutta ne ovat aina venyneet tilanteiden mukaan. Emme siis ihan ole pysyneet aikataulussa, ja välillä mietimme, saammeko työn valmiiksi ajoissa. Onnistuimme kuitenkin hyvällä yhteistyöllä saamaan aikaan toivotun tuotoksen sekä teorian ennen opinnäytetyn palauttamista.

Mielestämme työn rakenne on annetun ohjeen mukainen, sisältö tosin voisi olla johdonmukaisempi. Teoriaosuudessa kieli on sujuvaa, mutta osin aihealueet on nivottu yhteen hieman löysähkösti.

13.4 Esitteen toteutus

Esitteen tekstiä aloimme kirjoittaa siinä vaiheessa, kun koimme, että teoreettista pohjaa oli kertynyt riittävästi. Kyselimme potilaan hoitopolusta myös työelämästä. Ensimmäinen teksti oli pitkä, ja paikoin epätarkka. Saatuamme tarkennuksia hoitopolkuun, teksti selkeytyi huomattavasti. Tekstiä muokattiin myös opettajan kanssa. Omat vaikutteensa työlle toi myös Pirkanmaan Sairaanhoidopiirissä työskentelevä lastentarhanopettaja, jonka kanssa tarkastimme tekstiä. Hänen neuvostaan vähensimme huomattavasti etenkin nimiä ja niiden toistoa. Loppuvaiheessa teksti lyheni vielä, kun työelämäyhteyshenkilömme ehdotti, että ottaisimme esitteestä kokonaan pois tapahtumat ennen leikkausta. Tämän hän perusteli sillä, että hoitopolku ennen leikkausta on kullakin lapsella yksilöllinen, ja esitteessä esitetty erilainen hoitopolku voi hämmentää niin vanhempia kuin lapsiakin.

Mielestämme selitys oli niin hyvä, että muutimme tekstiä jälleen kerran. Vaikka esitteen tekstiä on muokattu useaan kertaan eri neuvoja kuunnellessa, on mielestämme esitteen tekstissä edelleen sama ”punainen lanka” kuin ensimmäisessäkin versiossa. Esitteen päähahmo Punni on edelleen se sama Pingviinilapsi kuin ensimmäisessä versiossa, teksti on lapsille sopivaa ja huumoriakin on pyritty sisällyttämään tekstin sekaan. Tekstiin voimme siis olla tyytyväisiä, sillä siinä tulee esille leikkauksessa olennaiset asiat ja samalla siinä kuitenkin kuuluu tekijöiden ”ääni”.

13.5 Työn onnistuminen ja kehittämisehdotukset

Mielestämme onnistuimme työn tuotoksellisessa osuudessa kiitettävästi ja työn teoriaosuudessakin hyvin. Tuotoksen toteutuksesta olemme saaneet hyvää palautetta työelämätaholta. Teoriaosuudessa olisi lähteitä paikoin voinut käyttää monipuolisemmin niin, että joissain kohdissa lähteet olisivat saaneet keskustella enemmän keskenään. Oman on luonut työn etenemisessä tekijöiden eri vaihtoehtoiset ammattiopinnot ja näkökulmatkin, mutta olemme pystyneet keskustelemaan aina näkemysristiriidoista keskenämme ja hakeneet sopivinta vaihtoehtoa molemmille.

Kehitysehdotuksia mietittäessä työn teoreettisesta osasta olisi voinut myös halutessaan tehdä tuotoksen työelämän käyttöön. Myös esitteen päähenkilöä Punni Pingviiniä voidaan hyödyntää jatkossakin esimerkiksi kulkemaan yhdessä lapsen mukana sairaalassa, tämän voisi toteuttaa maalaamalla Punni sairaalan seinälle, esittelemään yksikköä. Punnin hyödyntäminen koko leikkauspolun aikana voisi siis tulla kyseeseen. Punni Pingviiniä voitaisiin käyttää myös muissa toimenpiteissä kertovissa oppaissa päähenkilönä niin haluttaessa

LÄHTEET

Airaksinen T. & Vilkkä H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Blomgren K. 2012. Kitarisa ja kitarisan poisto. Duodecim: Terveyskirjasto. Kirjoitettu 16.8.2012, Luettu 28.11.2013. www.terveyskirjasto.fi

Cafaro, U.2010. Satujen ja tarinoinen merkitys alle kouluikäisen lapsen kehitykselle. Oppimateriaalin tuottaminen lasten ja nuorten hoitotyöhön. Oppimateriaali ”Sadut ja tarinta. Lapset ja luovuus”.. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Savonia ammattikorkeakoulu.

Eronen A., Kiesvaara S. & Lommi K. 2009. Lasten kirurginen hoitotyö, Leikkauksiin valmistaminen. Teoksessa Koistinen P., Ruuskanen S. & Surakka T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja 2009. Hämeenlinna: Tammi.

Flinkman T. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotiede- lehti 3/2004. 126-130.

Haapakylä J. 2009. Variations in paediatric upper respiratory surgery rates within and between two Nordic countries. University of Helsinki. Department of Otorhinolaryngology. Väitöskirja

Hautera M. 2013. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. Ohjepankki; Nielurisaleikkaus, Kitarisaleikkaus. Päivitetty 27.6.2013. Luettu 26.11.2013. ohjepankki.vsshp.fi

Helander J. 2013. Korvan, nenän ja kurkun toimenpiteet. Teoksessa Ilola T., Heikkinen K., Hoikka A., Honkanen R. & Katomaa J. (toim.) Anestesia- hoitotyön käsikirja 2013. Helsinki: Duodecim

Helsingin yliopisto: 2013. Nielutulehdukset. Nielurisojen poisto, tonsillektomia. Luettu 8.11.2013. www.apumatti.helsinki.fi

Hermanson E. 2008. Terve lapsi: lapsiperheen lääkärikirja. Helsinki: Wsoy.

Hopsu E. 2004. Moni lapsi hyötyy kitarisojen poistosta. Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja. www.duodecimlehti.fi

Karttunen S & Salminen A. 2010. Leikin käyttö lasten hoitotyössä.. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Savonia ammattikorkeakoulu Opinnäytetyö.

Korte R., Rajamäki A. & Lukkari L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Korva- nenä ja suukirurgia. Helsinki: WSOY.

Kortesalmi A., Lipsonen A., Piippanen M. & Vuorela E. 2004. Preoperatiivisten valmistelujen kehittäminen OYS:n lasten ja nuorten klinikassa. Sairaanhoidaja- lehti 9/2004., 5-9. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Liukko T. 2012. Tonillektomian indikaatiot lapsilla. Käypä hoito. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. www.kaypahoito.fi

Louhimo I., Peltonen J. & Rantala R. 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. Lasten leikkausikä. Jyväskylä: Kandidaattikustannus Oy.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013. Tietokulma. Lapsen kasvu ja kehitys. Luettu 18.11.2013. www.mll.fi

Nevalainen, R. 2010. Lapsi päiväkirurgisena korva-, nenä-, kurkkutautipotilaana. Päiväkirurginen prosessikuvaus. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylempi AMK. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

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

Peltola H. 2010. Infektiotaudit: Äkillinen välikorvantukehdus, akuutti otiitti, otitis media acuta, acute otitis media (with effusion), AOM(E). Teoksessa Rajantie J, Mertasalo J. & Heikinheimo M. (toim.) Lastentaudit 2010. Helsinki: Kustannusyhtiö Duodecim Oy.

Pouttu J. 2010. Anestesiologia ja elvytys. Lasten anestesia. Teoksessa Rajantie J, Mertasalo J. & Heikinheimo M. (toim.) Lastentaudit 2010. Helsinki: Kustannusyhtiö Duodecim Oy.

Mertsola J. & Heikinheimo M. Lapsi vastaanotolla. Lastentaudit. Helsinki: Duodecim oppikirjat. www.terveysportti.fi

PSHP 2013. Nielurisaleikkausohje lapsipotilaille. Korva- ja suusairauksien vastuualue. Ohje.

Puura, K.2013. Lapsen normaali psyykinen kasvu ja kehitys. TherapiaFennica. Kandi-
daattikustannus Oy. <http://therapiafennica.fi>

Puustinen M-L. 2013. Lapsipotilas. Teoksessa Ilola T., Heikkinen K., Hoikka A., Honkanen R. & Katomaa J. (toim.) Anestesia- hoitotyön käsikirja 2013. Helsinki: Duodecim

Puustinen M-L. 2013. Lapsilla käytettävät inhalaatioanesteetit. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 24.2.2014.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Pölkki T., Pietilä A-M. & Vehviläinen- Julkunen K. 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. Sairaanhoidaja- lehti 10/2003. 19- 20. Sairaanhoidajaliitto

Reunanen T. 2011. Sairaalanasto ja laboratorioarvoja.
Laitila: Reunanen M.

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

Savolainen H, Sirviö N & Tarvainen N.2008. Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana. Tulokset. Hoitotyön koulutusohjelma. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Terveyskirjasto. 2014. Induktio, relaksaatio. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.2.2014. www.terveyskirjasto.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Varhaiskasvatus sairaalassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tirkkonen K. 1996. Sairaanhoitaja leikki-ikäisen lapsen pelkojen lievittäjänä perioperatiivisessa hoitotyössä. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeen tekijöille. Tampere: Tammer Paino Oy.

Tunturi P. 2013. Bentsodiatsepiinit. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.2.2014. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Vilen M., Vihunen R., Vartiainen J., Siven T., Neuvonen S. & Kurvinen A. 2011. Lapsuus, erityinen elämänvaihe. Lapsen kasvu ja kehitys. 1-4 painos. Helsinki: Wsoy pro Oy.

Virkkunen H. 2004. Lasten päiväkirurginen anestesia ja puudutusten käyttö. *Spirium* 4/2004, 9-12.

Vähämaa K. Lehtori. 2013. Tonsillectomia, kitarisa- abraasio – tympanostomia. Luento. Perioperatiivisen hoitotyön leikkaushoitotyön oppitunti 4.9.2013. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere

LIITTEET

Liite 1. Punni ja Risat

1(10)

Tervetuloa korva- ja suusairauksien leikkausosastolle! Lapsenne on tulossa päiväkirurgiseen nielu- ja kitarisaleikkaukseen, ja toivomme tämän esitteen auttavan lapsenne valmistelussa kyseiseen toimenpiteeseen. Pyydämme teitä ystävällisesti tutustumaan alla olevaan tietopakettiin sekä lukemaan tarinamuotoisen esittelyn kyseisestä toimenpiteestä lapsenne kanssa.

Tarinan tarkoituksena on valmistaa lastanne tulevaa toimenpidettä varten sekä tutustuttaa häntä sairaalaympäristöön. 5–7 –vuotiaalle lapselle esite kannattaa lukea 1–2 viikkoa ennen toimenpidettä, ja nuoremmille pari päivää ennen toimenpidettä. Lukekaa tarina pariin otteeseen, jotta lapsenne voi sisäistää tarinasta mahdollisimman paljon. Tämä voi lievittää mahdollista sairaalaa kohtaan tuntuvaa pelkoa.

MITÄ MUKAAN SAIRAALAAN

Ottakaa mukaan neuvolakortti, jossa on lapsenne ajantasainen paino. Vaihtoehtoisesti voitte punnita lapsen kotona, mieluiten alushoususillaan tai vaippasillaan. Varatkaa myös vaippoja tarvittaessa mukaan sairaalaan. Lapsi voi halutessaan ottaa lempilelunsa mukaan tuomaan turvaa ja lohtua toimenpiteen ajaksi. Lelun tulee olla pesty ja puhdas.

Jos lapsellanne on todettu jokin ruoka-aineallergia, ottakaa sairaalaan mukaan omaa evästä, joka on helposti nieltävää (esim. jogurtti, maito, kiisseli, valmissoseet).

Pukekaa lapselle rennot vaatteet, esim. collegehousut, jotka eivät nukkuessa purista. Sairaalassa on mahdollisuus myös vaihtaa sairaalapyjama päälle.

Ottakaa mukaan lastanne rauhoittavia esineitä, kuten tutti, uniriepu, lelut, satukirjat, jotta heräämössä ja odotusaulassa aika kuluu paremmin.

SAAPUMINEN KORVA- JA SUUSAIRAUKSIEN LEIKKAUSOSASTOLLE

Lapsen mukana täytyy aina olla aikuinen saattaja, ottakaa siis tarvittaessa töistä vapaata leikkauspäiväksi. Paluumatkalla lapsella on oltava kaksi saattajaa, jos ei löydy kahta, kotiudutte taxilla, jolloin kuski on toinen saattajista. Jos lapsellanne on sisaruksia, huolehtikaa heille leikkauspäivän ajaksi hoitaja

tai hoitopaikka..Osastomme odotusaula ja heräämö ovat pieniä, joten tilaa säästääksemme vain toinen saattajista voi tulla heräämööön ja odotusaulaan. Kotiin lähtiessä on hyvä olla kaksi saattajaa, jotta kotiin ajaessa toinen saattajista voi keskittyä kokonaan lapsen vointiin. (Leikkauksen jälkeen voi tulla vielä huonovointiseksi.)

TOIMENPITEEN KULKU

Tullessanne osastolle lapsellenne laitetaan ensimmäiseksi puuduterasva käteen, johon myöhemmin leikkaussalissa anestesialääkäri laittaa kanyylin. Lapselta otetaan osastolla myös paino, ellei teillä ole tämän hetkistä tietoa lapsenne painosta. Ennen varsinaista toimenpidettä lasta pyydetään käymään pissalla sekä vaihtamaan sairaalavaatteet, jos omia rentoja vaatteita ei ole mukana.

Osastollamme on tapana, että toinen vanhemmista saa tulla mukaan lapsen nukutukseen. Voitte pitää lasta sylissä kun hänet nukutetaan tai olla hänen vieressään tukena. Ilmoittakaa hoitohenkilökunnalle, jos tullette huonovointiseksi tai koette nukutussaliin menemisen ahdistavaksi.

Toimenpiteen jälkeen hoitajat kutsuvat toisen vanhemmista heräämööön, kun lapsenne on herännyt. Heräämössä käydään toimenpide läpi, ja saatte kirjalliset kotihoito-ohjeet mukaanne.

Kun lapsenne on herännyt, teidät ohjataan toipumoon. Lapsenne saa pian nukutuksen jälkeen juoda ja syödä pieniä määriä nestemäisiä juomia ja ruokia. Pahoinvointi on yleistä, kun lapsi saa juotavaa, eikä siitä tarvitse huolestua. Nukutuksen jälkeen lapsi saattaa olla levoton ja itkuinen. Tämä johtuu siitä, etteivät nukutusaineet ole vielä kokonaan poistuneet verestä. Lapsellenne on nukutussalista asti ollut kanyyli kädessä tai jalassa, ja se saattaa häiritä lasta. Kanyyli pyritään pitämään kädessä siksi, että mahdollisen pahoinvoinnin tai kivun yllättäessä sitä kautta pystymme lääkitsemään lastanne. Kanyyli otetaan pois vasta, kun saatte luvan lähteä osastolta.

Kotiin pääsette, kun nukutuksesta on kulunut riittävästi aikaa, lapsella ei ole kovaa kipua, lapsi on syönyt ja juonut sekä käynyt pissalla. Lapsellenne ei kotiin lähtiessä ole välttämättä vielä täysin normaali olo. Lapsi voi kuvata oloansa höntiksi tai ällöttäväksi, ja tätä voi jatkua pari tuntia. Olo menee päivän mittaan ohi.

KOTIHOITO-OHJEET

Nielu- ja kitarisaleikkaukset tehdään aina nukutuksessa. Nukutusaineet vaikuttavat lapsen elimistössä useita tunteja heräämisen jälkeen. Lapsenne saattaa olla vielä kotonakin hieman tokkurassa, tämä voi näkyä kaatuilemisena tai heijaamisena. Tämä menee päivän mittaan ohi.

Leikkauksen jälkeen lapsella saattaa olla kipua, nielurisaleikkauksen jälkeen varsinkin kurkku on usein todella kipeä 2–3 viikkoa. Kipulääkettä suositellaankin antamaan lapselle säännöllisesti, parhaiten se tehoaa annettuna ennakoon. Tämä tarkoittaa, että kipulääkettä otetaan ennen kovaa kipuaistimusta. Ruokailu saattaa myös tehdä kipeää. Kitarisaleikkauksen jälkeen toimenpidepäivänä voi nauttia kylmiä ja pehmeitä ruokia sekä juomia. Seuraavana päivänä voi jo palata normaaliin ruokavalioon.

Nielurisaleikkauksen jälkeen lapselle kannattaa tarjota kaksi viikkoa pehmeitä, kylmiä ja helposti nieltäviä ruokia. Varatkaa siis jääkaappiin jo ennen toimenpidepäivää kyseisiä ruokia valmiiksi.

Nielurisaleikkauksessa poistetaan nielurisat niin, että haavapintaa ei ommella. Tällöin haavapinnalle muodostuu kate, joka lähtee itsestään muutamassa viikossa. Katteen irrotessa voi tulla pientä verenvuotoa.

Kitarisaleikkauksen jälkeen pahoinvointi ja oksentelu ovat yleistä. Toimenpiteen aikana mahaan joutunut veri ja käytetyt nukutusaineet voivat tehdä lapsen huonovointiseksi. Tällöin leikkauksen jälkeen voi suusta tai nenästä tulla veristä limaa hetken aikaa. Tämä on täysin normaalia. Jos vuoto kuitenkin on runsasta, ottakaa yhteyttä:

Korva- ja suusairauksien päiväkirurginen yksikkö puh. 03 311 65141 arkisin kello 13–15 tai korva-suusairauksien osasto puh. 03 311 66346 viikonloppuisin, ilta- ja yöaikana.

PUNNI PINGVIINI JA RISAT

Eräänä aamuna Punni Pingviini herää omassa huoneessaan. Tänään on tärkeä päivä. Tänään mennään sairaalaan ottamaan risat pois. Punni muistelee, miten usein hän on sairastellut. Edellisellä lääkärikäynnillä Viola-lääkäri ehdotti, että Punnin suusta otettaisiin risat pois. Punni muistaa, miten hän oli säikähtänyt, että jotain on risana. Kiltti lääkäri kuitenkin selitti, että suussa on sellaisia osia, joita sanotaan kuulemma kitarisaksi ja nielurisoiksi. Punnia naurattaa tuumissaan, onko hänelläkin kita, leijonilla ainakin on, sen Punni tietää.



Äiti, isä ja Punni hyppäävät autoon ja huristelevat kohti sairaalaa. Aluksi joudutaan odottelemaan vähän aikaa käytävällä, ennen kuin heidät kutsutaan sisään isoista pariovista. "Mikäs teidät tänne lennätti?" kyselee heidät vastaanottava hoitaja, joka esittäytyy Neelaksi. "Kyllä me autolla ja kävellen tultiin", Punni toteaa. Hän ei ymmärrä, miksi aikuisia naurattaa. "Se on vain sellainen sanonta", hoitaja selittää. Hän antaa Punnille sairaalavaatteet ja kehottaa vaihtamaan ainakin paidan. "Jos haluat, voit vaihtaa housutkin, mutta ei ole pakko, housusi kun näyttävät niin mukavilta päällä," Neela sanoo. Punni ei halua vaihtaa sairaalahousuja.



Sairaanhoitaja kyselee äidiltä, onko Punni ollut terveenä ja milloin hän on syönyt viimeksi. Äiti kertoo, että illalla viimeksi syötiin. ”Hyvä, nyt risat voidaan poistaa, jonka takia tarvitsee olla hetken aikaa syömättä.”, hoitaja kertoo. ”Minulla on nälkä”, Punni sanoo. ”Saat jäätelöä, kun risat on poistettu ja olet hieman toipunut”, hoitaja lupaa.

Hoitaja laittaa Punnin käteen taikarasvaa, jonka päälle tulee teippikalvo. Taikarasva saa olla kädessä toimenpidehuoneeseen asti. Pingviinit istuutuvat aulaan odottamaan Punnin vuoroa. Punni käy pissalla, jonka jälkeen hän ja isä menevät hoitajan kanssa toimenpidehuoneeseen, äiti jää aulaan odottamaan. Huoneessa olevilla on kaikilla samanlaiset asut ja hassut hatut päässä! Siellä on myös kummallisia koneita, ja keskellä huonetta oudon näköinen sänky. Seinät ovat samanlaiset kun kotona kylpyhuoneessa, Punni miettii.



Punni autetaan sängylle makaamaan. Viereen tulee lääkäri, joka sanoo: "Hei Punni. Minä olen nukutuslääkäri Matias. Olen sellainen Nukkumatti. Laitetaan sinulle unikorkki tuohon taikarasvan kohdalle. Ensin laitan sinulle tällöisen voimamittarin tähän käsivarteeseen", sanoo Matias ja asettaa paksun, vähän puristavan nauhan Punnin käsivarteeseen. "Mikä se unikorkki on?" Punni kysyy arasti. "Se on tuollainen korkki, josta lähtee ohut letku. Siihen annetaan lääkettä, niin että nukahdat. Unikorkin laittaminen tuntuu hyttysen pistön verran. Isä on sinun vierelläsi ja lukee satua", lääkäri selittää.

Punni tuntee, kuinka Matias ottaa kädestä kiinni, ja sitten nipistää. Toisella kädellä Punni pitää isän kädestä kiinni ja kuuntelee isän rauhallista ääntä. Lääkäri antaa lääkettä, ja Punni nukahtaa.



Punnin nukkuessa risat on poistettu. Herätessään hän on huoneessa, jossa on muitakin ihmisiä sängyillä. Punni avaa silmänsä ja haukottelee. "Hei Punni, minä olen sairaanhoitaja Sebastian. Sinä olet täällä heräämössä. Risat on poistettu ja olemme odotelleet, että heräät. Sattuuko kurkkuun?" Punni nyökkää, ja hoitaja laittaa lääkettä unikorkkiin. "Kohta pääset kotiin. Voit rauhassa vielä nukkua, sillä sinua taitaa unettaa." Seuraavan kerran Punnin herätessä vanhemmat ovat tulleet katsomaan häntä. Punni on tyytyväinen.

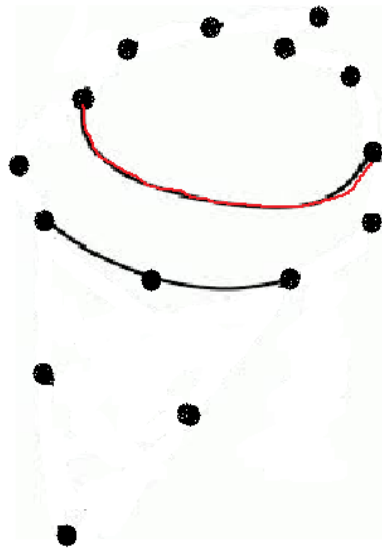


Punni istuu sohvalla syömässä jäätelöä ja jogurttia. Sairaanhoitaja Sebastian ohjeistaa vanhemmille, että jonkin aikaa täytyy syödä viileää, pehmeää ruokaa. Punnin pitää myös välttää jonkin aikaa rajuja leikkejä. Illemmalla Pingviinit lähtevät kotiin. Kotona kurkkuun sattuu. Äiti antaa lääkettä, joka auttaa kipuun.

Viikon päästä Punnista tuntuu hyvältä, hengittäminen on helpompaa. Kyllä Punni on tyytyväinen. Pihalla naapurin Ronja kertoo, että häneltä tarvitsee ottaa pois nielurisat ja kitarisa. Ronjaa pelottaa.

”Ei tarvitse pelätä”, sanoo Punni. ”Se on ihan helppo juttu. Minulta poistettiin ne juuri, ja kaikki meni ihan hyvin.”

Mitä Punni sai syödä toimenpiteen jälkeen? Auta Punnia yhdistämään pisteet ja väritys esiin tuleva herkku!



Esitteen tekijät: Tuuli Alapiha & Jenni Halme

Kuvitus: Jenni Halme

Esitteen hyväksyjät:

osastonhoitaja Jaana Norrbacka ja sairaanhoitaja Milla Epäilys