

Ulla Rauma

Maija Tiihonen

Jenni Turtiainen

TERVETULOA-KANSIO
Savonlinnan keskussairaalan lastentautien
yksikköön

Opinnäytetyö
Hoitotyö


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 18.5.2010
Tekijä(t) Ulla Rauma, Maija Tiihonen, Jenni Turtiainen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja.
Nimeke Tervetuloa-kansio Savonlinnan keskussairaalaan lastentautien yksikköön		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme menetelmänä käytämme tuotekehitysprosessia, jonka avulla on tarkoitus luoda esittelykansio Savonlinnan keskussairaalan lastentautien yksikköön. Saimme idean lastenosaston henkilökunnalta. Osastolla oli jo pieni esittelylehtinen, mutta siihen toivottiin täydennystä. Lastentautien yksikössä hoidetaan lapsia ja nuoria vastasyntyneistä 16-vuotiaisiin. Esittelykansion on tarkoitus palvella yksikön potilaita sekä heidän vanhempiaan.</p> <p>Tuotekehitysprosessin ensimmäisessä vaiheessa teimme kirjallisuuskatsauksen. Sen avulla löysimme esittelykansion pohjaksi näyttöön perustuvaa tietoa. Opinnäytetyön teoriaosuudessa kuvaamme lapsen kasvua ja kehitystä imeväisiästä nuoruusikään. Ikävaiheiden kuvaamisella pyrimme havainnollistamaan, miten eri vaiheet lapsen kehityksessä vaikuttavat kansion käyttöön ja sen sisällön ymmärtämiseen. Käsittelemme myös sairaalaympäristöä ja pelkoa sekä niiden vaikutuksia lapseen. Lapsen kehitysvaihe määrittää useimmiten pelon aiheet ja selittää hänen käyttäytymistään sairaalassa. Hygieniaa ja aseptiikkaa käsittelemme melko laajasti, koska niiden toteuttaminen lastenosastolla on haastavaa. Kansio sisältää myös osion käsihygieniasta. Perhe, vanhemmuus ja kasvatusta ovat tärkeitä lapsen kehityksen kannalta. Lapsen joutuessa sairaalaan korostuu vanhempien tuen merkitys ja iänmukaisen hoidon toteutus. Yksilövästuihin hoitotyö eli omahoitajuus tukee myös lapsen kehitystä ja luo turvallisen hoitoympäristön koko perheelle.</p> <p>Tervetuloa-kansio osaston potilaille, sekä heidän vanhemmilleen rakentui toukokuussa 2010. Etenimme kansion suunnittelussa tuotekehitysprosessin vaiheiden mukaisesti. Kansion sisältö on rakentunut osastonhoitajan sekä yksikön henkilökunnan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Kansion info-osuuksissa on tietoa esimerkiksi osaston henkilökunnasta, käsihygieniasta, päiväohjelmasta ym. Lisäksi kansio sisältää artesaani Ninja Behmin piirroksia, jotka ovat toteutettu osastolta otettujen valokuvien pohjalta. Valmistetun tuotteen arvioimme Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kriteereiden mukaisesti. Tuotetta voivat hyödyntää sekä lastentautien yksikön potilaat ja vanhemmat että osaston henkilökuntakin.</p>		
Asiasanat (avainsanat) lapsi ja sairaalahoito, omahoitajuus, lapsen kasvu ja kehitys, sairaalaympäristö		
Sivumäärä 50 s. + liitteet 8 s.	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Tuula Okkonen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 18.5.2010	
Author(s) Jenni Turtiainen, Ulla Rauma, Maija Tiihonen		Degree programme and option Nursing degree programme, nurse	
Name of the bachelor's thesis An introduction-file for the paediatric ward in Savonlinna central hospital			
Abstract <p>Our thesis is a product development process, which purpose is to create an introduction file for the paediatric ward at Savonlinna central hospital. We got the idea from the nurses at the ward. There was already a small introduction file at the ward, but it was not extensive enough and the staff hoped completion. The paediatric ward cares for children from 0 to 16 years of age. The introduction file is meant to serve the patients and their parents.</p> <p>For gathering the information, we used a literature review. We also found evidence based information in the internet. In the theory section we describe a child's growth and development from an infant to a youngster. By describing the different ages, we specify, how the different stages in a child's development affect the use and contents of the file. Furthermore, we discuss the hospital environment as well as fear including their impact on a child. The reason for fear is usually determined by the age of the child and it explains the child's behaviour in hospital. Hygiene and asepsis are also thoroughly discussed, because they are hard to carry through on a paediatric ward and because there is a section of hand hygiene in our file. Family, parenthood, and parenting are very important in a child's growth and development. When a child is admitted at the hospital, the meaning of parental support and care according to the age is emphasized. Individual nursing also supports the child and creates a safe nursing environment for the whole family.</p> <p>Introduction-file for the patients and for their parents was finished in May 2010. We proceeded according to the stages of the product development process. The contents of the file were created according to the wishes and ideas by the ward staff. There is information on the staff, hand-hygiene, daily programme etc. We also included photograph-based drawings by Ninja Behm. We evaluated the product by using the criteria set by the Finnish Centre for Health Promotion. The product can be useful for the ward and the target group.</p>			
Subject headings, (keywords) child and health care, personal nursing, child's growth and development, hospital environment			
Pages 50 + appendix 8	Language english	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Tuula Okkonen		Bachelor's thesis assigned by Savonlinna central hospital	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	LAPSEN KASVU JA KEHITYS	2
2.1	Imeväisikä.....	4
2.2	Leikki-ikä.....	6
2.3	Kouluikä	8
2.4	Nuoruusikä.....	11
3	LAPSI SAIRAALASSA	14
3.1	Pelko	15
3.2	Äänmukainen sairaalahoito	18
4	PERHE – LAPSEN TUKI SAIRAALASSA.....	21
4.1	Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen.....	22
4.2	Vanhemmuus	24
4.3	Kasvatus.....	26
5	SAIRAALA HOITOYMPÄRISTÖNÄ	27
5.1	Hygieniä sairaalassa.....	28
5.2	Eristys	30
6	OMAHOITAJUUS	32
7	TYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	34
8	TUOTEKEHITYSPROSESSI	34
8.1	Ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen.....	35
8.2	Ideavaihe.....	35
8.3	Luonnosteluvaihe.....	36
8.4	Tuotteen kehittelyvaihe	38
8.5	Viimeistelyvaihe	39
9	VALMIIN TUOTTEEN KUVAUS JA ARVIOINTI.....	40
10	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	42
11	POHDINTA	43
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on tuotekehitysprosessi, eli kehitämme edelleen jo olemassa olevaa tuotetta. Saimme opinnäytetyön idean Savonlinnan keskussairaalan lastentautien yksikön henkilökunnalta. He kokivat, ettei osastolla ole tarpeeksi kattavaa opasta, josta selviäisi vanhempien ja potilaiden tarvitsema tieto osaston toiminnasta. Huomasimme harjoittelussa ollessamme myös itse, että vanhemmilla/hoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa osaston toiminnasta. Vanhempien ohjaus osaston käytäntöihin tuotti hoitajille paljon työtä ja johti siihen, että molempien osapuolien huomio keskittyi hoidon ulkopuolisiin asioihin.

Osastolla jo oleva esittelylehtinen on melko suppea ja sisältää seuraavat osiot: henkilökunnan esittely, päiväohjelma, ajanviete, potilashuone, omaisten vierailut sekä omaisten yöpyminen ja ruokailu osastolla. Osaston hoitajat toivoivat edellä mainittuihin asioihin laajennusta sekä halusivat myös lisätä uusia aihealueita oppaaseen. Meillä opinnäytetyön tekijöillä oli ajatuksena suunnata opas lapsille, osaston henkilökunta valitsi kuitenkin kansion kohderyhmäksi vanhemmat. Päädyimme yhdessä ratkaisuun, jossa oppaan informaatio-osiot suunnataan vanhemmille ja kuvilla haluamme esitellä osastoa lapsille. Kuvissa tulee olemaan mm. osaston henkilökuntaa, potilashuoneita sekä muita tärkeitä tiloja. Kuvaamme myös pieniä yksityiskohtia, esimerkiksi soitto-kelloa. Ottamistamme kuvista artesaani Ninja Behm piirtää lapsille suunnattuja väripiirroksia, joiden avulla lapset hahmottaisivat osaston paremmin.

Oppaan esittelymuodoksi valikoitui kansio, koska osastolla on jo olemassa ”tullaan tutuiksi” kansio, jossa käsitellään päiväkirurgisen potilaan hoitopolkua. Siihen on otettu kuvia hoitopolun eri vaiheista. Kyseinen opas on ollut hyvänä ohjenuorana ideoidessamme omaa tuotetta.

Lähtökohtana kansion suunnittelussa on helppolukuisuus ja värikkyys. Haastetta kansion tekoon tuo mm. osaston tilojen todennäköiset muutokset. Olemme varautuneet muutoksiin niin, että ottamamme kuvat tulevat toimimaan mahdollisesti uusiutuvissa tiloissa.

Lastenosastolla hoidetaan lapsia ja nuoria, aina vastasyntyneistä 16-vuotiaisiin nuoriin. Tilanteen vaatiessa voidaan osastolla hoitaa myös yli 16-vuotiaita. Tarkoituksena olisi, että nuoret voisivat itsenäisesti lukea kansiota ja pienemmät lapset tutustuisivat kansioon yhdessä vanhempiensa kanssa; näin se palvelisi käyttötarkoitustaan.

Opinnäytetyömme koostuu kahdesta osiosta, teoriaosuudesta sekä tuotekehitysprosessista. Käsittelemme teoriaosuudessa muun muassa lapsen kehitystä ja kasvua. Eri kehitysvaiheiden kuvaamisella pyrimme osoittamaan, että on tärkeää tietää, mitä tietyn ikäinen lapsi ymmärtää ja kuinka hänelle asiat tulisi kertoa. Imeväinen esimerkiksi katselee mielellään värikkäitä kuvia, kun taas koululainen osaa jo lukea mutta ei välttämättä ymmärrä kaikkea lukemaansa.

Otamme esille teoriaosuudessa myös perheen ja vanhemmuuden merkityksen, joka korostuu etenkin lapsen ollessa sairaalassa. Vanhemmilla on tärkeä rooli turvallisuuden luojana, ja heidän antamansa tuki on lapsen kehitykselle välttämätöntä. Mainitsemme myös lapsen pelot ja sen, kuinka ne tulisi huomioida sairaalaympäristössä. Lapsen valmistaminen toimenpiteisiin eroaa suuresti aikuiseen verrattuna, sillä lapsi voi pelätä vieraita ihmisiä. Kehitysvaiheiden myötä pelkojen kohteet muuttuvat suuresti ja ne voivat liittyä sekä mielikuvituksen tuottamiin että todellisiin pelkoihin. Kerromme myös omahoitajuuden tärkeydestä, koska lapsen sairaanhoidossa huomioidaan koko perhe. Luottamuksella on merkittävä rooli hoitokokonaisuudessa.

2 LAPSEN KASVU JA KEHITYS

Lapsen kehitystä ja kasvua on kuvattu monin eri tavoin. Erityisesti ihmisen psykologinen kehitys on ollut kiinnostuksen kohteena jo keskiajalta lähtien (Nurmi ym. 2006, 294). Nykyään tunnetuimpina kehitysvaiheteorioiden kehittäjinä tunnetaan mm. Margareth Mahler, Sigmund Freud, Erik H. Erikson sekä Daniel Stern. (Aaltonen ym. 1997, 145.) Käsittelemme seuraavassa Erik H. Eriksonin (1959) kehitysteoriaa, koska se on yksi tunnetuimpia lapsen persoonallisuuden kehityksestä kertovia teorioita. Erikson jakoi ihmisen elämän kahdeksaan eri vaiheeseen kehitystehtävien mukaisesti. Jokaisessa kehitysvaiheessa ihmisen tulisi ”suorittaa” vaiheeseen liittyvä kehitystehtävä tai kriisi. Kehitystehtävistä selviytyminen muodostaa hyvän perustan jatkokehitykselle. Epäonnistuminen taas johtaa siihen, ettei lapsi pysty ratkaisemaan seuraavaa

kehitystehtävää. (Nurmi ym. 2006, 71.) Käsittelemme näistä kehitysvaiheista vain viittä ensimmäistä, koska keskitymme työssämme juuri tähän ikäryhmään (0 - 16 v.).

Ensimmäisessä vaiheessa (0 - 1 v.) rakentuu Eriksonin mukaan lapsen luottamus tai päinvastoin epäluottamus. Kriisiin vaikuttaa se, kuinka hyvin hoitaja/vanhempi tyydyttää lapsen tarpeet, kuten nälän, lämmön ja puhtauden. Mikäli lapsen tarpeet tulevat tyydytetyiksi, hänellä on edellytykset hyvän perusluottamuksen syntyyn. Kriisin onnistunut ratkaisu tuottaa henkilölle positiivisen toivon elämyksen. Epäonnistuminen aiheuttaa epäluottamuksen ja toivottomuuden tunteita. (Nurmi ym. 2006, 71.)

Toisessa vaiheessa (1 - 3 v.) saavutetaan itsenäistyminen tai päinvastoin epäilyä ja häpeän tuntemuksia. Lapsen tehtävänä on tässä iässä oppia muun muassa hallitsemaan ruumiintoimintojaan. Onnistuminen kriisissä tuottaa lapselle elämyksen omasta tahdosta ja itsenäisyydestä. Liiallinen kritiikki tai ylisuojelu voi aiheuttaa lapselle häpeän tunteita ja tunteen siitä, ettei pysty itsenäisesti vaikuttamaan asioihin. (Nurmi ym. 2006, 71.)

Kolmannessa vaiheessa (4 - 5 v.) lapselle kehittyy aloitteellisuus tai syyllisyys. Kyse-lyiässä muodostuu lapsen omantunnon perusta. On tärkeää, että lapsen kysymyksiin ja ehdotuksiin suhtaudutaan asiallisesti. Lapsi voi saavuttaa näin tarkoituksen tunteen eli tunteen siitä, että voi toimia omasta halustaan omia tarkoituksiaan varten. Mikäli lapsi saa kuulla olevansa lapsellinen ja hänen kysymyksiään pidetään typerinä, hän tuntee syyllisyyttä. Hän saattaa myös tuntea toimivansa vain muiden painostuksesta eikä osaa luoda omia tavoitteitaan. (Nurmi ym. 2006, 71.)

Neljännessä vaiheessa (6 - 10/11 v.) on tärkeää oppia ahkeruutta. Lapsi harjoittelee yhteiskunnassa toimimista esimerkiksi koulun ryhmätöissä. Onnistuminen sosiaalisessa työskentelyssä tuottaa lapselle pätevyyden tunteen. Jos lapsi epäonnistuu, hän kokee alemmuuden tunnetta, kun hän vertaa itseään muihin. (Nurmi ym. 2006, 71.)

Viidennessä vaiheessa (10/11 - 20/25 v.) kehitystehtävä on oman identiteetin rakentaminen. Jos nuori epäonnistuu tässä tehtävässä, se näkyy yksilön persoonassa roolien hajaannuksena. Tällöin nuori ei kykene tekemään päätöksiä omasta elämästään ja hänestä tuntuu usein, ettei hän tiedä, kuka on. Tässä vaiheessa tehdään valinnat koulutus- ja ammattiurasta, ystäväpiirin vakiinnuttamisesta ja selkiytetään käsitystä omasta

kehonkuvasta. Nuori etsii oman paikkansa yhteiskunnassa tai kokee jäävänsä sen ulkopuolelle. (Nurmi ym. 2006, 71; Aaltonen ym. 1997, 146.)

2.1 Imeväisikä

Imeväisellä tarkoitetaan 0 - 1-vuotiasta lasta. Imeväisikäinen kasvaa nopeasti, mutta kehitys on kuitenkin yksilöllistä ja kasvuun vaikuttavat monet eri tekijät. On todettu, että muun muassa perimä, ravitsemus, ympäristö, sekä hormonit vaikuttavat lapsen kehitykseen joko edistävästi tai hidastavasti. (Muurinen & Surakka 2001, 33; Aaltonen ym. 1997, 123.)

Psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Aivan kehityksen alkuvaiheessa kommunikaatio on ikään kuin ”katsojan silmässä”. Pienen vauvan ääntelyt, liikkeet ja suuntautumiset saavat merkityksen ja kommunikaatiivisen tulkinnan lähiympäristön ihmisten kautta. Vauva voi esimerkiksi heilauttaa kättä ylöspäin, jolloin isä voi kommentoida, että ”niin siellä on lamppu, lamppu on kiva, eikö olekin?”. (Siiskonen ym. 2003, 21.)

Vastasyntynyt opettelee kommunikointia itkuääntein, hän viestii niiden avulla eri asioista, kuten väsymyksestä, nälästä, janosta ja pahasta olost. Vastasyntynyt reagoi valoihin, väreihin, ääniin muotoihin sekä kasvojen ilmeisiin. Hän rauhoittuu tutuista äänistä ja tarvitsee paljon turvaa ja hoivaa. Kahden kuukauden ikäinen vauva osaa jo hymyillä ja tässä iässä tulevat myös ensimmäiset kyneleet. Kolme ikäkuukautta saatuttuaan vauva tunnistaa oman äitinsä ja muut perheenjäsenet. (Muurinen & Surakka 2001, 37 - 38; Vilén ym. 2006, 15.)

Puolivuotiaana lapsi kykenee jakamaan tunnekokemuksiaan ja alkaa kehittää tavoitteellista kommunikaatiota (Siiskonen ym. 2003, 33). Viiden kuukauden ikäinen vauva osaa äänellä erilaisilla äänensävyillä ja tutkii jo innokkaasti ympäristöään ja lelujaan. Vauva tunnistaa myös oman peilikuvansa ja osaa jäljitellä toisten ilmeitä. Kutsuttaessa vauva osaa kääntyä kutsujan suuntaan. (Muurinen & Surakka 2001, 37.)

7 - 8 kuukauden iässä imeväinen seurailee jo äitinsä touhuja ja nauttii musiikista. Tämän ikäisellä vauvalla on jo erilaisia pelkoja, hän näyttää tunteensa ja voi tarvita mm.

tunnelelun. (Muurinen & Surakka 2001, 37.) Vauva ilmaisee tunteensa jokelteleamalla tai itkemällä ja kokeilee vuorovaikutustaitojaan muihin (Vilén ym. 2006, 158).

Kun imeväinen saavuttaa yhden vuoden iän, ovat sosiaaliset taidot kehittyneet jo huomattavasti. Vauva tunnistaa ei-sanan merkityksen, vierastaa ja reagoi voimakkaasti äidistä erotessaan. (Muurinen & Surakka 2001, 37.)

Yksivuotiaan lapsen puhe alkaa kehittyä nopeasti ensimmäisen elinvuoden jälkeen. Lapsi oppii aluksi paljon matkimalla kuultuja ääniteitä ja sanoja. (Aaltonen ym. 1997, 137.) 1-vuotias ei ymmärrä kuitenkaan vielä tekojensa seurauksia ja tarvitsee aikuisten tukea sosiaalisten taitojen harjoitteluun (Muurinen & Surakka 2001, 37).

Fyysinen kasvu ja kehitys

Lapsen ensimmäisenä elinvuotena fyysinen kehitys on voimakkaimmillaan. Pituutta kertyy noin puolet syntymäpituudesta ja lapsen paino kolminkertaistuu syntymäpäivän nähden. (Koistinen ym. 2004, 59.) Solujen lukumäärä ja koko kasvaa, sekä suurin osa kudoksista lisääntyy määrällisesti. Imeväisen normaali kasvu edellyttää riittävästä ravitsemuksesta, liikuntaa, rakkautta sekä lepoa. (Vilén ym. 2006, 158.)

Vastasyntyneellä liikkumista säätelevät ns. varhais- eli neonataaliheijasteet. Heijasteilla eli reflekseillä tarkoitetaan tahdosta riippumattomia lihasliikkeitä, jotka vastaavat aina samanlaisena tiettyyn ärsykkeeseen. (Koistinen ym. 2004, 59.) Näitä heijasteita ovat muun muassa Moron-heijaste, jossa lapsi ojentaa ylä- ja alaraajat symmetrisesti säikähtäessään, sekä asymmetrinen tooninen niskaheijaste, mikä ilmenee, kun lapsen päätä kääntää sivulle, lapsi reagoi kääntämiseen saman puolen raajan ojennuksella ja vastakkaisien raajojen koukistuksella. (Aaltonen ym. 1997, 127.) Neonataaliheijasteet alkavat väistyä 3 - 4 kuukauden iässä kehon hallinnan kehittymisen seurauksena (Koistinen ym. 2004, 59).

Suojeluheijasteet ovat kehittyneempiä refleksiä, jotka ilmaantuvat kuudesta ikäkuukaudesta eteenpäin. Suojeluheijasteella lapsi nimensä mukaisesti suojaa itseään mm. kaatumiselta. Imeväinen osaa tuolloin ottaa käsillään vastaan eteen, sivuille ja taakse kaatuessaan. (Aaltonen ym. 1997, 127.) Lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana heijasteet syrjäytyvät, ja lapsi aloittaa uusien motoristen taitojen oppimisen.

Motoriikan kehittyessä lapselle tulisi antaa tilaa liikkua ja harjoitella uusia liikeratoja. Lapsi oppii aluksi karkeamotoriset taidot eli suurten, liikkumiseen tarvittavien lihasten käytön. Hienomotoriset eli pienten lihasten taidot esimerkiksi käden taitojen kehittyminen opitaan karkeamotoristen taitojen lomassa. Joitakin hienomotorisia taitoja alkaa lapselle kehittyä jo kahden kuukauden iässä, koska silloin tarttumisheijasteet häviävät ja antavat tilaisuuden uuden oppimiselle. (Aaltonen ym. 1997, 128.)

12 kk:n iässä imeväinen osaa jo kurotella esineitä painopistettään säätelällä ja pystyy kävelemään tuettuna tai lyhyitä matkoja ilman tukeakin. 1-vuotias lapsi osaa myös laskeutua seisoma-asennosta istualleen ja alkaa pikkuhiljaa opetella vaatteiden pukeamista ja ruokailua. Tämän ikäinen lapsi osaa myös jo taitavasti tarttua esineisiin pinsettioitteella. (Aaltonen ym. 1997, 131.)

2.2 Leikki-ikä

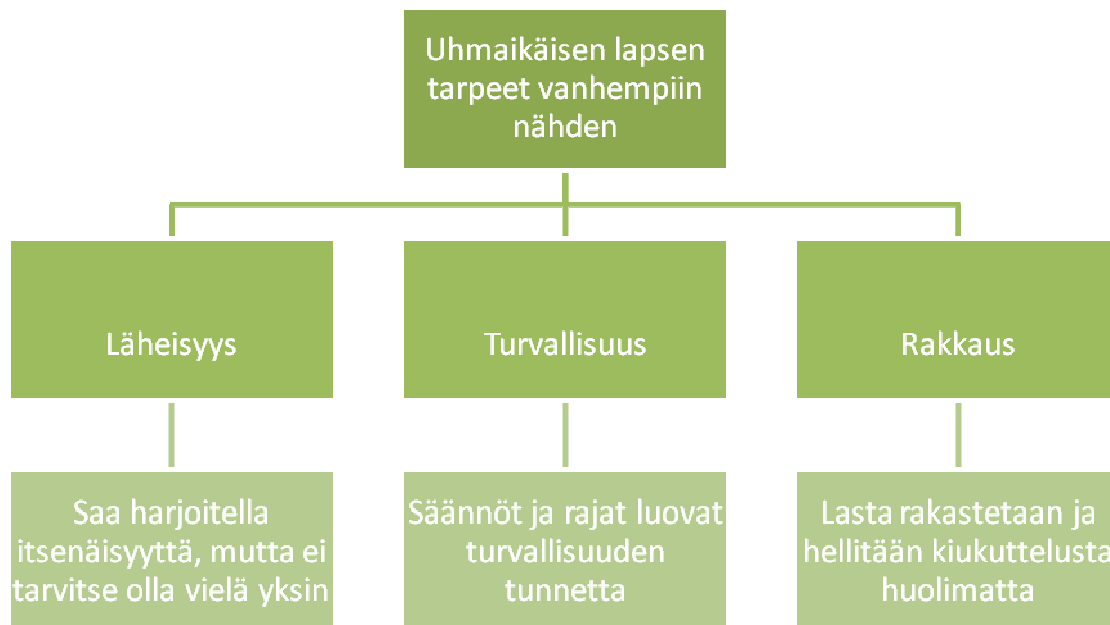
Leikki-ikäällä tarkoitetaan ikävuosia 1 - 6. Leikki-ikä voidaan jakaa varhaiseen leikki-ikään (1 – 3 v.) ja myöhäiseen leikki-ikään (3 – 6 v.) Tämä ikäkausi on tärkeä ns. käytännöllisten taitojen oppimisen kannalta. Leikki-ikässä lapselle avautuvat ovet ”uuteen maailmaan”. (Ivanoff ym. 2001, 84; Koistinen ym. 2004, 66.)

Psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Leikki-ikäinen lapsi oppii nopeasti puhumaan ensimmäisten sanojen jälkeen. 3-vuotias puhuu jo 3-4 sanan mittaisia lauseita ja kyselee ahkerasti ”mikä tämä on” - kysymyksillä. Lapsi syö melko hyvin itse ja osallistuu myös mielellään ruokailuun ja ruoan valmistamiseen. Kolmevuotias leikkii jo yhdessä muiden kanssa, kun vielä kaksivuotias leikkii toisten rinnalla puhuen leluille ja eläimille. Ennen neljättä ikävuotta alkavat myös sukupuoliroolit näkyä leikin lomassa ja lapsi tunnistaa oman sekä muidenkin sukupuolen. Sukupuolisuuden tunnistaminen näkyy erityisesti lapsen lääkäri-leikeissä, joissa lapset pystyvät varmistamaan, että he ovat sellaisia kuin olivat ajatelleetkin. (Koistinen ym. 2004, 66 - 67.)

Neljännän ikävuoden saavutettuaan lapsella alkaa jo näkyä merkkejä ensimmäisestä uhmaiästä. Tavallisimmin uhmaiäke ajoittuu 3 - 5 vuoden ikään ja kuuluu normaaliin lapsen kehitykseen. Uhmaiässä lapsi ”itsenäistyy” ja opettelee ”tahtomaan”. Uhmaiän

käyttäytymistä kuvaavat vastaan hangoittelu tai raivokkaiden sinistelykohtauksien esiintyminen, ns. ”minä itse” -käyttäytyminen. (Koistinen ym. 2004, 67.) Uhmaikässä lapsi tarvitsee erityisesti läheisyyttä, turvallisuutta sekä rakkautta (kuvio 1).



KUVIO 1. Uhmaikäisen lapsen tarpeet (Ivanoff ym. 2001, 85)

Nelivuotiaalla on jo kovin vilkas mielikuvitus, mikä näkyy muun muassa lapsen leikeissä ja peloissa. On havaittu, että lapsen leikki on jo 1,5-vuotiaana monipuolisempaa toisen lapsen kanssa kuin aikuisen kanssa. Leikki ikätovereiden kanssa on erittäin tärkeää sosiaalisen kehityksen kannalta. Mielikuvitus- ja roolileikeissä lapset harjoittelevat muuan muassa yhteistoimintaa ja ristiriitojen ratkaisua. Lapsille tulisi antaa tilaa omien leikkien toteuttamiseen. Leikki on lapselle usein ”intiimiä”, ja se halutaan tehdä aikuisilta piilossa. (Koistinen ym. 2004, 67; Aaltonen ym. 1997, 215.)

Mielikuvituksen vilkastuessa lapselle voi tulla useampia ja toinen toistaan kauheampia pelon aiheita. Nykyaikana varsinkin televisio, dvd:t ja tietokonepelit tuovat esiin yhä pelottavampia hahmoja ja otuksia. 4-vuotiaat lapset kuvittelevat näiden mielikuvitusolentojen elävän heitä ympäröivässä maailmassa. Aikuisen ja vanhemman tehtävänä on tässä ikävaiheessa tukea lasta ja luoda turvallinen elinympäristö, jossa lapsi kokee olonsa rakastetuksi ja turvatuksi. (Ivanoff ym. 2001, 86.)

Viisivuotiaana lapsi ei ole enää puheissaan ja toimissaan niin avoin. Lapsella on voimakas tarve noudattaa sääntöjä ja tehdä asioita oikein. Aiempaan ”minä itse” -toimintaan tulee nyt muutos, kun lapsi alkaa kysellä vanhempien mielipiteitä ja käsitä asioista. Kuusivuotias esittelee mielellään jo oppimiaan taitoja ja osaakin jo tehdä muutamia asioita ilman vanhempien apua. Kavereiden tärkeys nousee kuusivuotiaana voimakkaasti esille. Jos lapsella ei tässä iässä ole kavereita, hänestä voi helposti tulla itsekeskeinen. (Koistinen ym. 2004, 68.)

Fyysinen kasvu ja kehitys

Leikki-iässä lapsen fyysinen kehitys hidastuu. Kahden vuoden iässä lapsi kasvaa vielä n. 12 cm vuodessa, mutta sen jälkeen pituutta kertyy enää n. 5 - 10 cm ja painoa noin kolme kiloa vuodessa. (Ivanoff ym. 2001, 84.)

Ensimmäisen syntymäpäivänsä paikkeilla lapsi alkaa jo harjoitella kävelemistä. 1,5-vuotiaana kävely onnistuu jo melko hyvin, mutta juoksu on vielä kömpelöä ja lapsi kompastelee paljon. 3,5 vuoden ikäisenä leikki-ikäinen hyppii jo yhdellä jalalla ja ajaa kolmipyöräisellä. Viidentenä ikävuotena lapsi kävelee portaat vuoroaskelin, hyppii ketterästi vuoroin kummallakin jalalla, ajaa kaksipyöräisellä ja oppii pikkuhiljaa hiihtämistä ja luistelua. 4-vuotiaana silmän ja käden koordinaatio on jo niin kehittynyt, että lapsi pystyy piirtämään mallista ympyröitä, rasteja, neliöitä ja kolmioita. Lapsi osaa myös nimetä piirustuksiaan taitavasti ja leikata saksilla piirtämiään kuvia. 5-vuotiasta alkavat kiinnostaa myös numerot ja kirjaimet, oman nimenkin kirjoittaminen onnistuu. (Koistinen ym. 2004, 66.)

Kuusivuotiaana lapsi on oppinut hallitsemaan liikkeitään jo melko hyvin. Hän osaa syödä omatoimisesti ja käyttää käsiään ahkerasti. Lapsi harjoittelee piirtämistä, kirjoittamista ja värittämistä. Hän osaa myös pukea ja riisua vaatteensa itse. Ennen kouluikää lapsi on jo oppinut motorisen kehityksen perusvalmiudet ja jatkossa niitä hiotaan vain hienoimpiin muotoihin. (Ivanoff ym. 2001, 85.)

2.3 Kouluikä

7 - 12-vuotiaat kuuluvat kouluikäisiin, tämä ikävaihe alkaa koulun aloittamisesta ja loppuu murrosiän alkamiseen. Kouluikässä kehitys keskittyy pääasiassa älyllisiin toi-

mintoihin, joskin fyysistä kehitystäkin tapahtuu, mutta kehitys on tasaisempaa ja aiempaan verrattuna vähäisempää. (Minkkinen ym. 1997, 78.) Tässä iässä koulunkäynti on erittäin tärkeää niin sosiaalisten, psyykkisten kuin älyllistenkin taitojen oppimiselle. Kouluikäisellä on Suomessa oppivelvollisuus, joka säädetään perustuslaissa. Perusopetuslain 7. luvun 25. §:n mukaan: ”Suomessa vakinaisesti asuvat lapset ovat oppivelvollisia. Oppivelvollisuus alkaa sinä vuonna, jona lapsi täyttää seitsemän vuotta. Oppivelvollisuus päättyy, kun perusopetuksen oppimäärä on suoritettu tai kun oppivelvollisuuden alkamisesta on kulunut 10 vuotta.” (Perusopetuslaki 628/1998.)

Psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Koulu-ikäinen aloittaa erilaisen vaiheen elämässään täyttäessään seitsemän vuotta. Sen lisäksi, että perustuslaki velvoittaa lasta oppimaan, hän myös luontaisesti haluaa oppia uusia taitoja. Koululaitoksella on tärkeä rooli osana suomalaisen lapsen kehitysympäristöä. Suomalaisessa koulussa samanikäiset lapset ovat ryhmittyneet samoille luokille kykytasosta huolimatta, tämän seurauksena opetuksen taso asetetaan luokan yleisen tason mukaisesti. Järjestelmä mahdollistaa tasavertaiset mahdollisuudet jatko-opintoihin, mutta samalla ajaa heikosti menestyvät tilanteeseen, jossa he saavat jatkuvasti kielteistä palautetta menestymisestään. Jatkuva kielteinen palaute vaikuttaa lapsen käsitykseen omista kyvyistään ja voi johtaa epämielikkäiden puolustusstrategioiden käyttöön. (Lyytinen ym. 2007, 272.)

Ensimmäiset kouluvuodet ovat tärkeitä lapsen itsetunnon kehittymiselle. Hän muodostaa siis käsityksen itsestään oppijana ja saadun palautteen perusteella hänelle myös selviää, mitä hän koulussa osaa. Kouluikäinen viihtyy yhä enemmän kavereiden seurassa ja itsenäistyy. Tytöt viettävät usein aikaa tyttöjen kesken ja pojat poikien kesken. (Koistinen ym. 2004, 72.)

Lapselta vaaditaan sopeutumiskykyä, jotta hän selviää uusista tilanteista ja oppii toimimaan niin itsenäisesti kuin myös ryhmässä. Jo seitsenvuotiaan on pystyttävä irtautumaan vanhemmistaan kodistaan koulupäivän ajaksi. Häneltä edellytetään myös tiettyjä käyttäytymismuotoja, keskittymistä sekä sääntöjen noudattamiskykyä. 8 - 9-vuotias luettelee viikonpäivät, kuukaudet ja kellonajat sekä tunnistaa myös vasemman ja oikean. Lapsi auttaa myös mielellään pienissä kotiaskareissa ja on hyvin seurallinen. (Koistinen ym. 2004, 72; Ivanoff ym. 2001, 96.)

Koulu-ikäinen lapsi ei enää pelkää esim. nukkumaanmenoa niin kuin leikki-ikäinen. Tässä ikävaiheessa kehityksellisiin eli psyykkisen kehitysvaiheen mukaisiin pelkoihin kuuluvat ruumiintoimintojen kontrollin menettämisen, vahingoittumisen ja kivun pelko. Kun ajattelu kehittyy, lapsi alkaa pelätä läheistensä menettämistä. Hän ei ajattele enää omaa vammautumista tai kuolemaa, mikä selittääkin varhaismurrosikäisen nuoren uhkarohkeaa käyttäytymistä. (Ivanoff ym. 2001, 94 - 96.)

Lapsi oppii myös pikkuhiljaa käyttämään erilaisia viestinnän keinoja. 10 - 12-vuotias lapsi kirjoittaa jo omatoimisesti kirjeitä ystäville, käyttää matkapuhelinta, lukee kuvalehtiä ja kirjoja sekä viihtyy TV:n ja tietokoneen ääressä. Liikenne- ja viestintäministeriön selvityksen (2008) mukaan suuri osa lapsista aloittaa aktiivisen netin käytön jo alle 10-vuotiaana. Nettiympäristöstä muodostuu sosiaalisen vuorovaikutuksen tärkeä kanava jo ennen yläkouluikää. Kouluikäinen ei vielä ymmärrä internetin sisällön monimuotoisuutta, mikä vuoksi lähes 30 % 11–17-vuotiaista lapsista ja nuorista on törmännyt netissä mieltä järkyttäneeseen tai ahdistavaan materiaaliin. (Kangas ym. 2008, 7.)

Leikin merkitys vähenee yhä lähestyttäessä 12 ikävuotta. Roolileikkejä saattaa vielä ajoittain esiintyä, mutta kiinnostus siirtyy nyt enemmän kognitiivisia haasteita tarjoaviin peleihin ja leikkeihin. Varhaismurrosiässä tytöt ja pojat alkavat muodostaa omia ryhmiä ja heidän välillään ilmenee mitätoimista. Pojat saattavat kommentoida tyttöjä tyhmiksi ja päinvastoin Tällä käyttäytymisellä korostetaan oman sukupuolen paremmuutta. (Ivanoff ym. 2001, 98.) Perhe on lapselle edelleen tärkeä, mutta kavereiden merkitys korostuu entisestään. Kaverit valitaan huolellisemmin ja vastakkainen sukupuoli alkaa kiinnostaa. (Koistinen ym. 2004, 73.)

Fyysinen kasvu ja kehitys

Koulu-ikäinen kasvaa vuosittain noin 5 cm ja painoa kertyy noin 2,5 kiloa. Lapsen pää pienenee suhteessa vartaloon, raajat pitenevät ja lapsen pyöreys häviää. Seitsemästä ikävuodesta eteenpäin toiminta nopeutuu jatkuvasti ja silmän sekä käden yhteistyö on jo hyvää. Uuden oppiminen ja uteliaisuus ovat tunnusomaisia piirteitä tälle ikävaiheelle. Lapsi on liikkeessä lähes jatkuvasti, ja kömpelyys kehittyy vähitellen hioutuneiksi motorisiksi taidoiksi. Lapsi harjoittelee ja kokeilee omien taitojensa rajoja mm. pyö-

räillessään ”ilman käsiä” ja kiipeillessään mitä hurjimpiin paikkoihin. Koulu-ikäiselle on tärkeää saada harjoittaa nopeasti kehittyviä taitoja turvallisessa ympäristössä. (Koistinen ym. 2004, 72; Ivanoff ym. 2001, 94.)

Murros- eli puberteetti-iässä lapsen fyysinen kasvu lähtee taas räjähdysmäisesti kasvuun. Tyttöillä murrosikä alkaa n.10 - 12 vuoden iässä ja pojilla jonkin verran myöhempään. Tyttöjen menarkeiän eli kuukautisten alkamisiän on todettu aikaistuneen viime vuosikymmenen aikana. Joissakin teollisuusmaissa murrosiän aikaistuminen on yhteydessä lihavuuden yleistymiseen. (Wehkalampi & Dunkel 2009, 125.) Murrosiässä kasvu kiihtyy sukupuolihormonien vaikutuksesta; tätä vaihetta kutsutaan kasvupyrähdykseksi. Hormonit lisäävät myös luuston kehittymistä ja kasvurustojen luutumista. Tämän seurauksena nuori saavuttaa pyrähdysten seurauksena lopullisen pituutensa. Kaiken kaikkiaan kyseessä oleva fyysinen muodonmuutos vie aikaa noin 3 vuotta. (Koistinen ym. 2004, 72.)

Murrosiässä erot ikätovereiden kesken ovat suuremmat kuin koskaan aiemmin tai myöhemmin. Murrosiän alkamiseen vaikuttavat varsinkin geneettiset tekijät, mutta on myös huomattu, että ympäristöstä tulevilla signaaleilla on vaikutusta puberteetin alkamisikään. Uusien tutkimusten mukaan tarjolla olevan ravinnon määrällä on esimerkiksi merkittävä rooli sukukypsyuden saavuttamiseen. (Wehkalampi & Dunkel 2009, 125; Koistinen ym. 2004, 72.)

2.4 Nuoruusikä

Nuoruus on varsin pitkä ajanjakso ja sen määrittely on hankalaa, koska nuoruusiän päättymisessä on paljon yksilöllistä vaihtelua. Karkeasti voidaan kuitenkin sanoa nuoruuteen kuuluvan kolme eri vaihetta: varhaisnuoruus (11 – 14 v.), keskinuoruus (15 – 18 v.) ja myöhäisnuoruus/varhaisaikuisuus (19 – 25 v.). Käsittelemme opinnäytetyösämme varhais- ja keskinuoruutta yksikön ikärajan mukaisesti (0 - 16v). Nuoruusiässä kehitystä ohjaavat biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja jopa yhteiskunnalliset tekijät, jotka ovat monin tavoin vuorovaikutuksessa keskenään. (Lyytinen ym. 2003, 257.)

Psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Psykologiassa nuoruuden kehitykselle löytyy monia eri käsitteitä. Keskeisimpinä kehitystehtävinä voitaisiin kuitenkin mainita identiteetin muodostuminen, minäkuvan kehitys, koulutusurat ja sosialisatio eli yksilön kasvaminen yhteiskunnan jäseneksi. Identiteetin kehittymistä on kuvattu tapahtumasarjana, jossa yhteiskunnan haasteet ja vaatimukset pakottavat nuoren tiettyihin valintoihin ja päätöksiin, jotka koskevat hänen tulevaa elämäänsä. (Lyytinen ym. 2007, 256 - 259.)

Varhaisnuoruudessa ajattelu muuttuu abstraktimmaksi ja yleistävämmäksi, mikä selittää nuoruudessa tapahtuvia suurempia ajattelun muutoksia mm. minäkuvan kehityksen kannalta. Harterin (1990) tutkimuksessa on esimerkiksi vertailtu kouluikäisen ja nuoren käsityksiä minäkuvastaan. Koulu-ikäisen kuvaus itsestään perustuu konkreettisiin asioihin, kuten: ”olen pitkä”, ”olen hyvä jääkiekossa” tai ”en osaa matematiikkaa”. Nuorella minäkuva sisältö on jo yleisemmällä tasolla, kuten: ”olen sosiaalinen”, ”olen hyvä koulussa” tai ”olen syrjitty”. (Nurmi ym. 2006, 128.) Ajattelutaitojen kehittymisen auttaa nuorta hahmottamaan ympäröivää maailmaa ja tulevaisuuttaan. Minäkuvan muodostumiseen vaikuttaa keskeisesti muiden ihmisten palaute ulkonäöstä, ikätoverien hyväksyntä sekä koulu- ja urheilumenestys. (Nurmi ym. 2006, 143.)

Nuori viettää aikaansa pääasiassa kahdessa sosiaalisessa ympäristössä, perheessä ja kavერიipiirissä. Perheen ja vanhempien merkitys jatkuu lapsuudesta lähes muuttumattomana lapsuudesta varhaisnuoruuteen. (Nurmi ym. 2006, 130.) Keskinuoruudessa kavereiden kanssa vietetty aika lisääntyy huomattavasti ja suhde vanhempiin muuttuu aaltomaiseksi. Välillä nuori haluaa voimakkaasti irti vanhemmistaan, kun taas toisaalta riippuvaisuuden tarve on suuri. Nuori kyseenalaistaa vanhempien tekoja ja mielipiteitä ja kokee, ettei häntä ymmärretä. Itsenäistymisen kannalta kiistat ovat tarpeellisia, niiden avulla nuori hakee omaa autonomiaansa. Uhma, kapina ja raivostumisen puuskat ovat välttämättömiä nuoren suunnistaessa kohti aikuisuutta. Arjen tilanteissa nuori saa parhaimmillaan mallin rakentavasta haastavien tunteiden ilmaisusta. Tässä ikävaiheessa on tärkeää, että nuori saa tukea ystävistä ja toisista aikuisista. (Koistinen ym. 2004, 81.)

On olemassa paljon tutkimustietoa siitä, että nuoren ajattelu ja toimintatavat ovat yhteydessä vanhempien toimintaan ja kasvatuskäytäntöihin. Nuori omaksuu vaikutteita

runsaasti myös kaveripiiristään, kun taas toisaalta nuoret itse hakeutuvat samankaltaisten nuorten pariin. Esimerkiksi huonosti koulussa menestyvät ja rikollisuuteen taipuiset nuoret ajautuvat samoihin porukoihin. Varhais- ja keskinuoruudessa ystävät ja kaverit ovat yleensä samaa sukupuolta. Myöhäisnuoruudessa kaveriryhmät muuttuvat sekaryhmiksi, joissa on niin tyttöjä kun poikiakin. Nuoren itsenäistyminen alkaa jo varhaisnuoruudessa, jolloin vanhempien kanssa vietetty aika vähenee ja nuori voi kokea häpeää ollessaan vanhempiensa seurassa. Oma huone tulee entistä tärkeämmäksi, ja intymiteettisuojaus kasvaa. (Nurmi ym. 2006, 130; Koistinen ym. 2004, 81.)

Suomalaisessa nuoruudessa viime aikojen kehitystrendinä on ollut tieto- ja viestintätekniikan tulo nuoren elämään. Liikenne- ja viestintäministeriön tekemässä selvityksessä (2008) ilmenee, että nuoret tavoittelevat uudenlaista julkisuutta ja osallistumista. Selvityksen mukaan, ”Nuoret ymmärtävät esimerkiksi, että muotiblogin kirjoittajasta voi tulla muotimaailman vaikuttaja ja nuoresta pöytälaatikko-runoilijasta tai -muusikosta tunnettu ympäri maailman. Kouluympäristössä syrjäänvetäytyvä poika voi olla internetin verkkopeliympäristössä taitava strategikko tai suurten joukkojen komentaja”. Useissa tutkimuksissa on myös todettu, että aikuiset kasvattajat tietävät varsin vähän lasten mediamaailmoista, näin ollen lapset jäävät kotona liian usein medioiden keskelle ilman tukea. (Kangas ym. 2008, 6; Nurmi ym. 2006, 157.)

Fyysinen kasvu ja kehitys

Nuoruusiän aikana yksilö kehittyy fyysisesti aikuiseksi. Sukukypsyyden saavuttaminen kuuluu olennaisena kehitystehtävänä nuoruuden ajanjaksoon. Puberteetti ja erityisesti tytöillä menarkeikä alkaa nykytutkimusten mukaan teollisuusmaissa jo huomattavasti 12 ikävuotta aiemmin, jopa jo 9-vuotiaana. Tämä johtuu jo aiemmin mainitsemistamme ravitsemuseroista sekä ympäristöstä tulevista vaikutteista. Puberteetin keston ei tiettävästi ole tullut muutosta, voidaan siis sanoa puberteetin kestävän yksilöllisesti noin kahdesta viiteen vuotta. Puberteetin aikana nuori kasvaa pituutta noin 25 cm, myös lihasmassa lisääntyy hormonien vaikutuksesta aiempaa voimakkaammin. Merkkipaalut puberteetin alkamiselle ovat tytöillä kuukautisten alkaminen ja pojilla siemensyöksyjen ilmaantuminen. Tytöt kehittyvät poikia noin 2 vuotta aiemmin. (Koistinen ym. 2004, 81; Aalberg & Siimes 2007, 15 - 46.)

Keho muuttuu murrosiässä nopeasti ja aiheuttaa nuorelle niin ylpeyttä kuin häpeääkin. Fyysisten muutosten nopea alkaminen johtaa siihen, ettei nuoren sisäinen kehonkuva pysy mukana kehityksessä, minkä seurauksena syntyy kehitysvaiheelle ominainen kömpelyys. Varhaisnuoruuden tärkeimpinä kehitystehtävinä ovat oman vartalon ulkoiset muutokset sekä seksuaalisen identiteetin jäsentäminen. Tytöt korostavat seksuaalisuuttaan provosoiden ja pojat aggressiivisella käyttäytymisellä. Voimakkaat tunne-elämykset, mielihyvä, pelko ja jännitys aiheuttavat erektioita aikaa tai paikkaa katso-matta, mikä on pojille kiusallista ja hankalaa. Keskinuoruudessa nuoret jatkavat tutus-tumista omaan kehoonsa itsetyydytyksen, mielikuvien ja kokeilun kautta. (Koistinen ym. 2004; Aalberg & Siimes 2007, 39.)

Hygienian hoito vaikeutuu murrosiässä. Hien hajua on voimakas ja ihon rasvoittuessa kuona-aineiden peseminen vaikeutuu. Tutkimusten mukaan hygienian hoito varsinkin nuorilla miehillä voi olla puutteellista. Useimmat nuoret kaipaavatkin henkilökohtaista opastusta hygienian hoidossa, joskaan he eivät osaa sitä pyytää. (Aalberg & Siimes 2007, 48.)

3 LAPSI SAIRAALASSA

Useimmiten lapset saapuvat sairaalaan etukäteen suunniteltuun hoitoon. He voivat myös joutua äkillisen sairastumisen tai trauman vuoksi sairaalaan hoidettavaksi. Lapsen sairaalahoito vaatii koko perheen valmistamista uuteen tilanteeseen. Lapsen sairastuminen koskettaa koko perhettä. Sairaalaan joutuminen muuttaa perheen arkipäivää, ja se merkitsee lapselle hetkellistä luopumista kodin turvallisesta ympäristöstä. Mitä nuoremasta lapsesta on kyse, sitä riippuvaisempi hän on myös vanhemmistaan. (Ivanoff ym. 2001, 131.)

Perhekeskeisyys on hoitotyön ja erityisesti lastenhoitotyön keskeisiä periaatteita. Tätä on pidetty hyvän hoidon ominaisuutena ja ihanteena. Vanhemmat kantavat hoitajien ohella suuren vastuun sairaasta lapsesta ja hänen hoitamisestaan. (Lehto 2004, 7).

Paunosen ym. mukaan (1999, 329) lapsen perhetilanteen tunteminen on hoidossa tärkeää. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi varmistaa, mikä merkitys perheellä on potilaalle ja mitä perhe mahdollisesti tarvitsee. Lapsen ja hänen perhetilanteensa mahdollisim-

man hyvä tunteminen on hoitotyössä lähtökohtana hyvän yhteistyösuhteen syntymiselle.

Vanhemmat kaipaavat totuudenmukaista, ajankohtaista tietoa lapsensa sairaudesta sekä hoidosta. Tieto antaa mahdollisuuden vanhempien sopeutua tulevaan. Tutkimukset ovat usein vanhemmille vieraita, joten he eivät sen vuoksi pysty valmistamaan lasta niihin. Vanhempia auttaa tutkimuksista annettava selkeä ja ymmärrettävä esitieto, jota he voivat käydä läpi lapsen kanssa. (Ivanoff ym. 2001, 133.)

Lapsilla on paljon mielikuvia sairaalasta, tämä vaikuttaa siihen, miten lapsi asennoituu sairaalaan menemiseen ja hoitoon. Mielikuvat syntyvät omista ja aiemmista kokemuksista sekä myös läheisten sairaalakokemuksista. Jotta lapsi selviytyy hyvin sairaalahoidosta, hänen tulee saada tukea omilta vanhemmiltaan ja läheisiltään. Lapsen omat tavat ja tottumukset tulee myös kartoittaa tarkasti lapsen tullessa sairaalaan, ja näitä tapoja tulee noudattaa mahdollisuuksien mukaan. (Vilen ym. 2006, 345 - 348.)

Leikkiä ja sen merkitystä on tutkittu hoitotieteessä. Leikki on näissä tutkimuksissa ollut lähinnä lapsen psyykkisen tilan arvioinnin väline. Lapsen leikkiä sairaalassa tukee esimerkiksi sellainen aikuinen, joka pystyy auttamaan lasta pelkojen käsittelyssä. Sairaalakokemuksiin liittyvän stressin vähentämiseksi ja selviytymiskeinojen tueksi on leikkitoiminnassa kiinnitetty erityistä huomioita tiedon saatavuuteen, antamiseen ja välittämiseen lapsen ja perheen tarpeiden mukaisesti. (Hiitola 2000, 23 - 28, 61 - 62.)

Sairaalassa leikki kuuluu olennaisena osana hoitotyöhön. Hoitohenkilökunnan vastuulla on ottaa leikki osaksi hoitoa. Sairaalassa on paljon asioita, joissa vaaditaan lapselta passiivista olemista, kuten paikallaan pysymistä ja pakollista lepoa sekä alistumista vieraiden ihmisten koskettelulle. Tämän vuoksi tulee kiinnittää erityistä huomiota lapsen aktiivisen leikin osallistumiseen, jolloin lapsi voi ottaa hallintaansa niinkin pelottavan paikan kuin sairaala. Sairaalassa leikki voi olla spontaania, ohjattua, tutkimuksiin valmistamista tai terapeutista. (Jussila & Kalliomäki 2008, 4.)

3.1 Pelko

Pelko on määritelty tietyn todellisen tai epätodellisen vaaran aiheuttamaksi emotionaaliseksi reaktioksi. Se aiheuttaa meissä kaikissa epänormaalia käyttäytymistä ja fy-

siologisia muutoksia. Pelkokäyttäytymistä voidaan kuvata muun muassa pakenemisella ja salaamisella. Fysiologiset muutokset puolestaan ilmenevät käsien tärinänä, äänen vapinana, hikoilemisena sekä pulssin nousuna. (Ivanoff 1996, 7.)

Ihminen pelkää usein outoa ja tuntematonta; kuitenkin ihminen osaa pelätä vain sellaista, minkä hän tietää tai kuvittelee olevan. Pelon esiintuloa pidetään tarkoituksenmukaisena reaktiona, joka on osa ihmisen itsesuojeluvaistoa. (Kantero ym. 1993, 70.)

Lapselle tulee jatkuvasti uusia pelkoja ja vanhat pelonaiheet väistyvät, kun hän kehittyy ja oppii ymmärtämään maailmaa. Pelot ovat väistämätön ja tärkeä osa jokaisen lapsen kasvua ja kehitystä. Lapsen kypsyminen- ja oppimisprosessi ei johda pelkojen häviämiseen vaan epärealististen pelkojen hylkäämiseen ja realististen pelkojen kehittymiseen. (Ivanoff 1996, 8.)

Lapsi voi oppia pelkäämään mitä tahansa. Tutkijoiden mukaan osa lapsen peloista on synnynnäisiä, kuten kovat äänet tai kivun pelko. Yksikin epämiellyttävä kokemus voi aiheuttaa lapselle pelon tunteen. (Kantero ym. 1993, 70.)

Lapsen ja nuoren pelko sairaalassa

Lasten kokemat pelot sairaalaan tullessa ovat valkoisten vaatteiden, pistosten, kiinnittämisen, kodista erottamisen ja erilaisten kipujen pelkoja. Selvitysten mukaan lapsi, joka kysyy paljon toimenpiteestä, on vähemmän ahdistunut ja pelokas, kuin lapsi, joka ei kysy. Suurin osa lasten peloista liittyy sellaisiin tilanteisiin, joissa vanhemmat eivät ole läsnä. (Jokinen ym. 1999, 15.)

Alle 1-vuotiaiden lasten on todettu pelkäävän kovia ääniä, outoja ihmisiä sekä uusia paikkoja ja putoamista. Ensimmäisen ikävuoden jälkeen lapsi alkaa vierastaa eikä suostu menemään vieraiden ihmisten syliin. Vierastaminen menee kuitenkin ohi toisen vuoden aikana. (Jokinen ym. 1999, 15.)

Leikki-ikäisen pelko koostuu yleensä hänen omakohtaisista kokemuksistaan. Pelon kohteina voivat olla muun muassa pimeä, vieraat ihmiset sekä yksin jääminen. (Kantero ym. 1993, 70.) Leikki-ikäisen on vaikea ymmärtää sairaalassa asioita, mitkä aikuisille ovat päivänselviä. Lapsi saattaa kuvitella esimerkiksi verikokeen tarkoittavan

sitä, että hänestä imetään kaikki veri pois. Tässä iässä on erityisen tärkeä keskustella peloista lapsen kanssa yhdessä. (Lähteenmäki 2009, 13.)

Esikouluiän saavutettuaan lapsi voi pelätä esimerkiksi sairaaloita, unia, taikuutta, epäonnistumisia ja eläimiä. Lapsi voi käyttäytyä korostuneen pelottomasti pyrkien siihen, ettei ympäristö huomaisi hänen pelkoaan. Pelko on uhka lapsen itsetunnolle. Vanhempien ja hoitotyöntekijöiden tulisi kannustaa ja rohkaista lasta kertomaan peloistaan. (Ivanoff 1996, 7.) Kehittyessään lapsi oppii itsekin löytämään keinoja pelosta vapautumiseen. Lapselle on tärkeää, että kodin ilmapiiri on turvallinen ja, että lasta ymmärretään. (Kantero ym. 1993, 70.)

Alle 15-vuotias saattaa kokea syyllisyyttä sairastumisestaan ja pitää hoitoa ja toimenpiteitä rangaistuksena. Hänellä on puutteellinen tieto elimistöstään ja hän pelkää toimenpiteiden vammauttavan. Tutkimusten mukaan koululaiset pelkäävät sairaalassa eniten pistämistä ja lääkäreitä. Koululaiset vaativatkin jo tarkan selityksen tutkimuksen tai toimenpiteen syistä ja kivuliaisuudesta sekä niiden haitoista ja hyödyistä. (Jokinen ym. 1999, 16.)

Nuoret pelkäävät menettävänsä kontrollinsa kivuliaiden toimenpiteiden yhteydessä. Nuori ilmaisee kipuaan aggressiivisuudella, masennuksella, kiusaamisella tai vetäytymisellä. Hänellä saattaa olla huono ruokahalu, sekä hän voi luistaa hygienian hoidosta. (Jokinen ym. 1999, 16.)

Hanhisalo toteaa pro gradu -tutkimuksessaan (2002, 84), että lapset arvostavat sairaalassa saamaansa hoitoa. Hoidossa tärkeimpänä he pitivät kiireettömyyttä. Lapset näkivät harvemmin lääkäreitä, kuin hoitajia, joten oli selvää, että lapsilla kehittyi lähempi suhde hoitajiin. Lapset pystyivät myös puhumaan hoitajille niin hoidosta kuin muistakin asioista. Tutkimuksessa huonetovereiden merkitystä korostettiin. Toverin kanssa voitiin viettää aikaa leikkien ja videoita katsellen sekä keskustellen tulevasta toimenpiteestä. Lasten välinen kokemusten vaihto toimi olennaisena osana pelon vähentämistä.

Toivottavaa olisi, että kouluikäiset lapset pystyisivät käymään luokan kanssa tutustumassa sairaalaan, henkilökuntaan ja toimintaan. Näin lapset saisivat mahdollisimman realistisen kuvan sairaalasta ja siten mahdolliset sairaalapelot vähentyisivät. (Hanhisalo 2002, 88.)

Hoitoyhteisössä tulee olla lasta ja perhettä kunnioittava ilmapiiri. Lapsen, perheen ja hoitajien välillä tulee olla luottamuksellinen vuorovaikutus. Lasten, nuorten ja perheiden pelkojen ja ahdistuksen lievittämiseen on kiinnitettävä jatkuvasti huomiota. (Koistinen ym. 2004, 16.)

3.2 Iänmukainen sairaalahoito

Kasvun ja kehityksen turvaaminen on yksi tärkeimmistä asioista lapsen sairastuessa. Lapsi on koko ajan kasvava ja kehittyvä yksilö. Kehityksen turvaamiseksi voidaan tarvita monenlaisia erityistyöntekijöitä: psykologeja, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja sekä opettajia. (Koistinen 2004, 33.)

Sairaalalla on omat erityispiirteensä lapsen kasvu- ja kehitysympäristönä, myös lapsen sairaus ja siihen liittyvät hoidot vaikuttavat lapsen arkeen ja elämään. Sairaala on ensisijaisesti suunniteltu lääketieteellisten ja hoidollisten tarpeiden näkökulmasta. Osastoilla lasten lukumäärä vaihtelee jatkuvasti, kontaktit ovat lyhytkestoisia, ja lapsen fyysinen ja psyykinen tila vaihtelee jatkuvasti. (Hiitola 2000, 23 - 28,61 - 62.)

Sairauden fyysiset muutokset ilmenevät usein pahana olona, mikä saa aikaan levottomuutta ja ahdistusta. Lapsi voi kokea sairauden ja toimenpiteet rangaistuksena ja näin ollen pelokkuus lisääntyy. Vieras ympäristö, laitteet ja ihmiset sekä oudot hajut ja äänet voivat tehdä lapsen olon turvattomaksi. Aikuisen tehtävä on olla läsnä. Pelokasta lasta ei tule jättää yksin. (Kantero ym. 1995, 112.)

Lapset ovat saaneet tarpeidensa ja oikeuksiensa suojaksi kansainvälisen Lasten oikeuksien sopimuksen. Suomi hyväksyi sopimuksen toukokuussa 1991. Laki painottaa lapsen mielipiteen kuulemista. (Koistinen ym 2004, 132.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista 2. luvun 7. §:n mukaan: ”Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1991/785.)

Imeväisikäinen sairaalassa

Imeväisikäiselle luodaan turvallisuuden tunnetta sairaalassa äidin ja isän läheisyydellä sekä rauhallisella käsittelyllä. Imeväisikäinen lapsi ei kykene ilmaisemaan tunteitaan, yksinäisyyttään, turvattomuuttaan tai pahaa oloaan sanallisesti. Valmisteltaessa alle 2-vuotiaasta lasta tutkimukseen tai toimenpiteeseen on tärkeintä ohjata lapsen vanhempia, jotta he olisivat tietoisia oman osuutensa merkityksestä. Vanhempien tulee tietää, että heidän rauhallinen läsnäolonsa luo turvallisuuden tunnetta ja tukee lapsen selviytymistä. Lapselle puhutaan ystävällisellä äänellä, kosketetaan, hellitään ja otetaan syliin. Valmistelussa voidaan apuna käyttää nukkeja ja kuvakirjoja ottaen huomioon lapsen kehitysvaiheen. (Muurinen & Surakka 2001, 9; Ivanoff ym. 2001, 131-133.)

Leikki-ikäinen sairaalassa

Leikki-ikäisille on tunnusomaista omatoimisuus, sääntöjen ja rajojen omaksuminen, rituaalit, rikas mielikuvitus ja kivun pelko (Muurinen & Surakka 2001, 99 - 100). Alle kouluikäinen lapsi on hyvin kiinnostunut omasta ruumiistaan, siksi kaikki omaan kehoon kohdistuvat toimenpiteet tuntuvat uhkaavilta. Lapsen tiedot ja käsitykset ruumiin toiminnoista ovat vähäiset, jopa väärät ja mielikuvituksen värittämät. (Kantero ym. 1995, 112.) 2 - 7-vuotiaat lapset sijoittavat myös usein kaikki esineet elävään elämään ja antavat niille näin ollen oman identiteetin. Tätä käsitystä voisi hyödyntää leikki-ikäisen hoidossa puhumalla esimerkiksi ”surullisesta herra sormesta” tai ”kipeästä neiti polvesta”. Lapsen ymmärtäminen parantaa hoitohenkilöstön ja leikki-ikäisen keskinäistä vuorovaikutusta. (Taylor ym. 1999, 54.)

Alle 5-vuotiaille on pelottavinta ero vanhemmista. Tunneside omiin vanhempiin on niin voimakas, että sitä on vaikea siirtää nopeasti vieraaseen aikuiseen. (Kantero ym. 1995, 112.) Kerrottaessa tulee olla rehellinen, ei saa vähätellä, eikä myöskään liioitella; on tärkeää valita oikeat sanat. Leikin avulla lapsi voi käsitellä ja purkaa vihan, pelon, jännityksen ja hämmennyksen tunteita. Leikki-ikäiselle ajan merkitys on vielä epäselvä, siksi sairaalaan menosta ei kannata kertoa liian aikaisin, ettei lapsi huolestu tulevista tapahtumista. (Muurinen & Surakka 2001, 99 - 100 ; Ivanoff ym. 2001, 131 - 133.)

Kouluikäinen ja nuori sairaalassa

Kouluikäisille on tunnusomaista toimeliaisuus, itsenäisyyden vahvistuminen sekä oikeudenmukaisuus. Hän pelkää nolatuksi tulemista ja kuolemaa. Lapsen tulee voida kokea, että hänen ajatuksiaan ja mielipiteitään kunnioitetaan. Kouluikäistä kannustetaan kyselemään. Hänelle tulisi muodostua riittävän selkeä käsitys siitä, mitä hänelle tullaan tekemään sairaalassa. (Muurinen & Surakka 2001, 100 - 101.)

Kouluikäiselle kerrotaan sairaalaan menosta hyvissä ajoin; tällöin jää aikaa sopeutua ajatukseen. He tarvitsevat myös aikaa kouluasioiden järjestämiseen. Voinnin salliessa kouluikäinen voi viettää aikaa sairaalassa pelaamalla lautapelejä, tietokonepelejä tai playstationia sekä katsomalla videoita. Itse sairaus ja siitä johtuvat rajoitukset ja avuttomuus ovat kouluikäiselle monesti vaikeita. (Kantero ym. 1993, 120 - 121; Ivanoff ym. 2001, 131.)

Nuoria hoidetaan lastenosastolla yleensä 16-vuotiaiksi. Vakavasti sairastuminen murrosiässä voi olla erityisen hankalaa. Oma psyykinen, sosiaalinen, seksuaalinen ja fyysinen kehitys on juuri alkanut ja unelmat tulevaisuudesta syntyneet. Pahin mahdollinen sairastumisikä on murrosiän keskivaiheilla, tytöillä 12,5 vuoden ja pojilla 13,5 vuoden iässä. Murrosikäisellä nuorella kavereiden asettamat käyttäytymissäännöt ja elämäntyyli joutuvat usein ristiriitaan sairauden sekä sairaalassa olon kanssa. (Koistinen ym. 2004, 83.)

Nuoret myös kokevat olonsa helposti vaivautuneeksi pienten lasten seurassa. Yleensä he kaipaavat omaa rauhaa ja yksityisyyttä. Jo vastaanottotilanteesta lähtien kiinnittään huomiota nuoren intimitteettisuojan säilymiseen. (Ivanoff ym. 2001, 131.)

Lapsen valmistelu toimenpiteeseen

Valmistaminen on hoitotyön auttamismenetelmä, joka painottaa yksilön käsitysten, aikaisempien kokemusten ja selviytymistapojen huomioon ottamista. Jotta lapsi voi kokea olonsa turvalliseksi jokaisessa tilanteessa, hän tarvitsee kehitystasonsa mukaisia, konkreettisia ja selkeitä selityksiä. (Muurinen & Surakka 2001, 96.)

Kun lasta valmistellaan toimenpiteisiin ja sairaalassa oloon, otetaan huomioon lapsen ikä, persoonallisuus ja kehitystaso. Esimerkiksi leikki-ikäisen valmistaminen tapahtuu parhaiten leikin avulla, apuvälineinä käytetään mm. nukkeja, joiden avulla tapahtumat käydään läpi. Lapsen voidaan antaa leikkiä oikeilla hoitovälineillä, kuten ruiskuilla ja stetoskoopilla. (Muurinen & Surakka 2001, 99 - 100; Ivanoff ym. 2001, 131.) Yksilöllisen periaatteen noudattaminen hoitotyössä ilmenee potilaan kunnioittamisena. Hoitaja ei voi ottaa potilaiden yksilöllisyyttä huomioon, ellei hän ole kiinnostunut jokaisesta potilaasta. (Sarvimäki 1996, 128.)

Hoitajan rauhallisuus ja kiireettömyys viestii ammattitaitoa ja turvallisuutta lapselle sekä koko perheelle. Lapselle varataan riittävästi aikaa toimenpiteisiin sekä vastaanottamiseen. (Ivanoff ym. 2001, 131.) Valmistaminen suunnitellaan ja toteutetaan siten, että lasten hoitotyön arvot ja periaatteet toteutuvat. Tärkeintä on, että lapsen perusturvallisuus ja luottamus säilyvät, minkä vuoksi lapsen fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta on huolehdittava jokaisessa tilanteessa. On hyvä ottaa myös huomioon perheen tarpeet ja toiveet, jatkuvuuden turvaamiseksi on tarpeen hyvä tiedotus, ohjauksen suunnitelmallisuus ja kirjaaminen. (Minkkinen 1997, 107 - 108.)

Lapselle kerrotaan rehellisesti ja oikeita sanoja käyttäen, miksi sairaalaan mennään ja mitä siellä tapahtuu. Hyvän ja totuudenmukaisen valmistamisen ansioista lapset pystyvät nopeasti muodostamaan sairaalasta ennakkokäsityksen ja luomaan selviytymisstrategioita. Valmistamisen on myös todettu vähentävän pelkoa, lisäävän turvallisuudentunnetta ja auttavan säilyttämään luottamuksensa hoitohenkilökuntaan. (Ivanoff ym. 2001, 132.)

4 PERHE – LAPSEN TUKI SAIRAALASSA

Perhe määritellään yleensä isän, äidin ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Perheen rakenne muodostuu ulkoisista ja sisäisistä suhteista. Esimerkiksi perheen sisäiset suhteet syntyvät niiden henkilöiden välille, jotka mieltävät muodostavansa perheen. Ulkoiset suhteet muodostuvat taas muista tärkeistä ihmisistä, joiden kanssa perhe on tekemisissä. Perhetyyppejä ovat ydinperheet, suurperheet, yksinhuoltajat, sateenkaari-perheet sekä jatkuvasti yleistyvät uusperheet. (Vilén ym. 2006, 55; Åsted-Kurki ym. 2008, 12 - 13.)

Lasten käsitykset perheestä ja siihen kuuluvista henkilöistä ovat erilaiset (Aaltonen ym. 1997, 43). Uusperheiden lapset ovat esittäneet muun muassa erilaisia tulkintoja siitä, keitä heidän perheeseensä kuuluu. Yhden tulkinnan mukaan perheeseen kuuluvat kaikki ne, jotka asuvat yhdessä. Toinen perhetulkinta pitää taas sisällään alkuperäisen biologisen perheen jäsenet, joiden kanssa asutaan yhdessä, ja mahdollisesti muita, mutta heidän kuulumistaan perheeseen lapset arvioivat sen mukaan, kuinka läheinen suhde on. Lapsen käsityksiä perheestä voi selvittää esimerkiksi pyytämällä lasta piirtämään kuvan hänen perheestään. (Sutinen 2005, 35.)

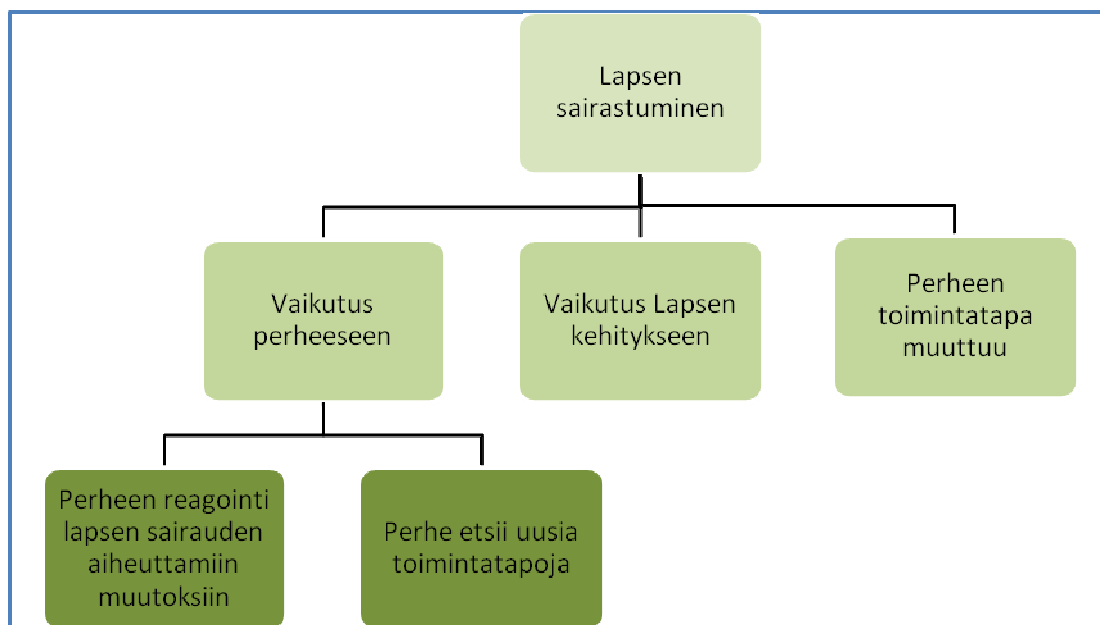
Työtahdin kiristyessä ja ylitöiden lisääntyessä perheillä on yhä vähenevissä määrin aikaa lapsilleen (Salmi & Lammi-Taskula 2004, 30). Lapsuus on yksinäistynyt, ja lapset viettävät suuren osan ajastaan päiväkodeissa ja kouluissa, joissa ryhmäkoot ovat suuria ja aikuiskontaktit ovat vähäisiä. Lasten käyttäytymishäiriöt sekä lastensuojelun asiakasmäärät ovat tämän seurauksena lisääntyneet. (Vilén ym. 2006, 65.) Tutkimus vanhempien työn vaikutuksesta perhe-elämään kertoo, että 50 % miehistä ja 46 % naisista kokee työn häiritsevän perhe-elämää. Luvut kasvavat sitä mukaan, mitä suurempi lasten lukumäärä on. Samainen tutkimus toteaa, että työ häiritsee enemmän perhe-elämää kuin perhe-elämä työtä. (Kinnunen & Rönkä 2002, 103.)

Tutkimuksissa on myös osoitettu, että lasten ja perheen parissa vietettyä ajan määrää ei voi korvata laadulla. Tämä tarkoittaa sitä, että vanhempien tulisi panostaa mahdollisimman paljon perheen yhteiseen aikaan. Vanhempi ei pysty myöskään korvaamaan poissaoloaan rahalla tai lahjuksilla. Yhdessäolo viestii lapsille ja muulle perheelle välittämistä, huolenpitoa sekä luo luottamusta perheenjäsenten välille. Yhdessä tekeminen opettaa perheenjäseniä ottamaan huomioon toiset sekä heidän tunteensa. (Kinnunen & Rönkä 2002, 105.) Lapsen ikä liittyy myös vanhempien ajanpuutteen kokemiseen. Etenkin pienten lasten vanhemmat kokevat, ettei heillä ole riittävästi aikaa perheelleen. (Salmi & Lammi-Taskula 2004, 35.)

4.1 Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen

Lapsen sairastuessa vanhemmat kokevat monenlaisia tunteita. Ahdistusta ja huolta aiheuttavat suuresti lapsen sairaus, sairaalassaolo sekä lapsen hoidot. Vanhemmat kantavat suuren vastuun sairaasta lapsesta ja muusta perheestä. Huoli ja hätä heijastuvat

myös kodin ulkopuolelle. Huoli sairaasta lapsesta vaikuttaa myös oleellisesti koko perheeseen ja vanhempien omaan jaksamiseen (Kuvio 3). Perheen sosiaaliset suhteet saattavat myös kärsiä lapsen sairastuessa. Tämä voi aiheuttaa eristäytymistä sekä yksinäisyyttä perheeseen. Lapsen sairastuminen vaikuttaa myös suuresti työpanokseen. (Lehto 2004, 27.)



KUVIO 2. Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen (Lehto 2004, 35)

Lapsi kaipaa enemmän vanhempiensa läheisyyttä ollessaan sairaana. Toiselle vanhemmista tarjotaankin usein mahdollisuus jäädä yöksi osastolle lapsen luokse. Lapsi tarvitsee myös mielekästä tekemistä sairaudestaan huolimatta. (Vilén ym. 2006, 338 - 339.)

Leikkiä voidaan käyttää lapsen viihdyttämiseen sairaalassakin. Leikki toimii samalla terapiana, ja se on lapsen tapa sopeutua ympäristöön ja sen tuomiin paineisiin. Leikki edistää myös sosiaalista kehitystä sen tapahtuessa toisten lasten tai aikuisten kanssa. Yhteisleikki ehkäisee myös sairaalassa mahdollisesti aiheutuvaa taantumista. Vanhempia tulee ohjata välttämään liiallista huolenpitoa lapsen halutessa toimia itse. Esimerkiksi lapsen etsiessä leluja vanhemman ei tule palvella ja hakea niitä hänelle, vaan lapsen tulee itse antaa tutkia ja löytää mieleisensä lelun. (Vilén ym. 2006, 349 - 351.)

Lapsen ollessa sairaalassa perheellä on erityisasema hänen hoidossaan. Vanhempien asemaan vaikuttavat lapsen ikä ja hänen kehitystasonsa. Vanhempien tulee kunnioittaa

lapsen mielipiteitä ja ajatuksia. Heidän ei tule toiminnallaan estää lastansa saamista hoitoa, jonka toteuttamatta jättäminen saattaisi vaarantaa hänen terveyttään. (Åstedt ym. 2008, 131.) Perheelle tulee selventää, miksi lapsi on joutunut sairaalaan, mitä toimenpiteitä hänelle tullaan tekemään sekä kuinka lapsen oloa olisi mahdollista helpottaa. Asioiden selventäminen auttaa vanhempia hyväksymään lapselle tehtävät toimenpiteet ja ymmärtämään niiden merkityksen. Mitä enemmän vanhemmille kerrotaan lapsen tutkimuksesta ja hoidosta, sitä paremmin he pystyvät osallistumaan lapsensa hoitoon. (Vilén ym. 2006, 344.)

Vanhempien mukana olo sairaalassa ja lapsen hoitaminen takaa kokonaisvastuun säilymisen vanhemmilla lapsen sairaudesta huolimatta. Vanhempien osallistuminen lapsen hoitamiseen ja heidän läsnäolonsa sairaalassa on lisääntynyt huomattavasti 1990-luvulla. Perheen rooli ja asema tulisi olla luonnollista myös sairaalaoiloissa. Vanhemmat yrittävät yhdistää perheen elämän sekä työhön liittyvät tehtävät siten, että he voivat hoitaa omaa lastaan sairaalassa. Ajan järjestäminen voi joskus olla hankalaa, ja vanhemmat kaipaavatkin tukea ja joustamista hoitohenkilökunnalta. (Lehto 2004, 29.)

Lapsen pitkäaikaissairaus muuttaa perheen elämää merkittävästi. Perheen selviytymiseen tärkeinä tekijöinä ovat toimivuus sekä perheen voimavarat. Sairaalassa hoitohenkilökunnan on myös tärkeä kiinnittää huomiota sairaan lapsen vanhempiin ja heidän jaksamiseensa sekä tukemiseensa. Kokemusten ja tunteiden jakaminen auttaa selviytymään ja sopeutumaan tilanteeseen. (Lehto 2004, 32.)

Usein perhe huomaa, ettei lapsen sairaus voi olla hallitseva tekijä perheessä. Sairastunut lapsi on kuitenkin se tavallinen lapsi, joka haluaa ja jonka kuuluu saada tehdä ja unelmoida samoista asioista kuin ikätoverinsa. Paras voimavara sairastuneelle lapselle on perheen läheisyys ja tuki, joka rohkaisee häntä ilmaisemaan tunteitaan ja edistää hänen omatoimisuuttaan. Tuen avulla lapsi oppii ymmärtämään omat rajoituksensa sekä hyväksymään ne. (Vilén ym. 2006, 343 - 344.)

4.2 Vanhemmuus

Vanhemmuus on elämänpitäinen rooli; se on vuorovaikutteinen ja kehittyy koko ajan lapsen kasvaessa. Vanhemmuus on myös lapsen kehitykselle välttämätön. (Rautiainen 2001, 3.)

Vanhemmuus on yhdessä elämistä ja arjen jakamista. Vanhemmuus on suuri muutos niin tulevalle äidille kuin isällekin. Heidän onkin hyvä miettiä jo ennen lapsen syntymään, kuinka yhdistää vanhemmuus ja parisuhde. Aikaisemmin saattoivat harrastukset, työ tai muut velvollisuudet viedä paljon aikaa, nyt syntyvän lapsen tarpeet ohjailivat pitkälti vanhempien päivittäistä elämää. (Aaltonen ym. 1998, 93; Vilén ym. 2006, 93.) On tärkeää, että molemmat vanhemmat sisäistävät joustamisen tärkeyden arjessa, jolloin isä sekä äiti panostavat yhtä paljon lapsen kasvatukseen ja itse perheeseen (Aaltonen ym. 1998, 93).

Vanhemmilla on usein odotuksia ja toiveita vauvasta, vauvan luonteesta tai ulkonäöstä. Vanhempien kulttuuri ja arvot vaikuttavat heille syntyviin mielikuviin. Synnytyksen jälkeen isän ja äidin käsivarsille annettu lapsi voi yllättääkin täysin. Lapsi on esimerkiksi pienempi kuin ajateltiin. Uuden tulokkaan pienuus ja avuttomuus haastaa vanhempia rakkauden antajana. Tähän tehtävään he tarvitsevat paljon tukea ympäristöltään. (Kantero ym. 1996, 27.)

Isovanhemmat toimivat merkittävänä henkisenä ja fyysisenä tukena ja tuovat kaivatua apua vanhempien elämään (Kinnunen & Rönkä 2002, 5). Aikuisten taakkaa lapsen kasvatuksessa keventää myös paljon jaettu vanhemmuus. Tämä tarkoittaa lasten kanssa vietetyn ajan jakamista, ei kotiin liittyvien askareiden jakamista. Vanhemmat voivat siis jakaa keskenään ilot, surut, vastuun sekä kannustaa toisiaan arjen keskellä. Vanhemmat toimivat ns. ”tiiminä”. (Vilén 2001, 86.)

Tietyt vanhemmuuden piirteet voivat olla uhkana lapsen tai nuoren kehitykselle, esimerkiksi vanhemman / huoltajan päihteiden käyttö, epäsosiaalisuus tai rajojen puute (Karttunen 2009, 4). Vanhempien välinen hyvä suhde, perheenjäsenten yhteenkuuluvuuden tunne, elämän säännöllisyys ja vanhempien välittäminen lapsistaan ehkäisevät lapsia joutumasta päihdekierteeseen sekä tuntemasta kuulumattomuuden tunnetta yhteiskuntaan. (Karttunen 2009, 4.)

Muita vanhemmuutta vaikeuttavia tekijöitä ovat sosiaalisten suhteiden mureneminen, esimerkiksi isovanhempien asuminen kaukana. Myös perherakenteiden muutokset sekä pirstoutumiset tuovat vanhemmuudelle uusia haasteita. Uusperheet voivat luoda

sosiaalisia konfliktitilanteita lasten saadessa uuden isä- tai äitipuolen. (Kinnunen & Rönkä 2002, 5; Rautiainen 2001, 60.)

Vanhemmuuden tukeminen sairaalassa on erityisen tärkeää. Vanhemmilla tulisi olla rajoitukseton pääsy sairaalaan lastensa luo. Vanhemmilla tulisi olla myös mahdollisuus ruokailuun ja lepoon vieraillessaan lapsensa luona. Lapsen voinnista ja toimenpiteistä kertominen on tärkeää pelkojen vähentämisen näkökulmasta. Vanhempien ja erityisesti äidin pelot sairaalaympäristöä kohtaan vaikuttavat myös lapsen käsittämiin pelkoihin. (Taylor ym. 1999, 96 - 100.)

4.3 Kasvatus

Kasvatuksen tarkoituksena on auttaa lasta olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Lapsen tulisi omaksua realistinen kuva itsestä ja ympäristöstä sekä oppia ilmaisemaan itseään niin, että hänelle tärkeät ihmiset oppivat ymmärtämään häntä ja hän heitä. Kasvatustyyli muodostuu vanhempien tarjoamasta lämmöstä, tuesta, kurista ja valvonnasta. Kasvatustyyliään ihanteelliset vanhemmat osoittavat myönteisiä tunteita lastaan kohtaan sekä tukevat ja auttavat. (Poijula ym. 2007, 148.) Vanhempien tulee myös toimia johdonmukaisesti ja valvoa lastensa käyttäytymistä sekä selvittää rajojen rikkomiset yhdessä lapsen kanssa, jotta lapsi oppisi ymmärtämään toimintansa seuraukset (Kantero ym. 1997, 27).

Rajojen asettaminen on tärkeä osa kasvatusta. Rajat luovat lapselle ja nuorelle turvallisuuden tunnetta, ja välittämisen kautta hän oppii luottamaan vanhempiinsa. Rajojen mukainen käyttäytyminen ei saisi kuitenkaan perustua niin sanotusti sokeaan tottelemiseen. Rajat tulisi olla aina perusteltavissa. Selkeiden rajojen olemassaolo lisää lapsen ja nuoren itseluottamusta ja kykyä selviytyä vaikeista tilanteista. Lapsen mielestä rajojen asettaminen voi tuntua kielloilta, siksi ei-sanan käyttöä tulisikin rajoittaa. Kun joku asia kielletään, sille olisi hyvä antaa perustelu ja kertoa vaihtoehto, mikä voisi korvata kielletyn tekemisen. (Rautiainen 2001, 38.)

Mitä vanhemmaksi lapsi tulee, sitä enemmän hän tarvitsee vanhemmiltaan ohjausta ja tukea. Vanhempien on hyvä sisäistää se, ettei pelkkä lapsen fyysisten tarpeiden tyydyttäminen tuo lasta lähemmäksi vanhempaa, vaan äidin tai isän tulee osoittaa aitoa kiinnostusta lastansa kohtaan. (Kantero ym. 1997, 27.)

Elämä lapsen kanssa on tunteita täynnä. Kiukun, surun, pettymyksen ja pelon keskellä lapsi tarvitsee vanhempiensa tukea ja turvaa. Lapsi omaksuu vanhempiensa tekemiset, tavat ja tottumukset. Vanhemman yrittäessä muuttaa lapsen käytöstä tulee hänen kiinnittää huomiota myös omaan toimintaansa. Vanhemmuus on aikuisellekin henkisen kasvun paikka. Vanhemman tulee ymmärtää, että jokainen kasvattaja tekee virheitä (Sinkkonen 1995, 13).

Vanhemman on hyvä välillä pysähtyä tutkimaan ajatuksiaan, uskomuksiaan sekä arkipäiväistä toimintaansa. Tunteiden kanssa eläminen saattaa olla myös aikuiselle hankalaa. Tilanteissa, joissa vanhemman tai vanhempien voimavarat hiipuvat, voi lähiyhteisö antaa tukea lapsen kasvuun ja kehitykseen. Isovanhemmat, pysyvä päivähoito tai luokkayhteisö antaa turvaa lapselle sekä suojaa iänmukaista kehitystä. (Karttunen 2009, 4.)

5 SAIRAALA HOITOYMPÄRISTÖNÄ

Lapsi tai nuori otetaan sairaalahoitoon silloin, kun hänen tarvitsemaansa hoitoa tai lääkitystä ei voi kotona toteuttaa. Sairaalan lapsen hoitoympäristö suunnitellaan aina tarkasti. On todettu, että hoitoympäristö vaikuttaa hoidon etenemiseen ja sen lopputulokseen. (Ivanoff ym. 2001, 120.)

Sairaalaan joutuminen ja lapsen sairaus tiedetään stressiä aiheuttavaksi kokemukseksi lapselle ja koko perheelle. Sairaala on lapselle vieras, kodista ja normaalista elinympäristöstä poikkeava paikka, jossa on vieraita ihmisiä, hajuja, ääniä ja tapahtumia. Esimerkiksi leikki-ikäinen lapsi voi pitää sairaalaa uutena ja jännittävänä mutta myös pelottavana tai vaarallisena kokemuksena. (Jussila & Kalliomäki 2008, 2.)

Sairaalassa hoitohenkilökunta on vastuussa hoidon ja ympäristön turvallisuudesta, vaikka vanhemmat olisivatkin läsnä (Jussila & Kalliomäki 2008, 3). Sairaanhoidajan tehtävä on ohjata vanhempia ja muita perheenjäseniä niin, että vaaratilanteita ei pääse syntymään. Käytössä olevien hoitolaitteiden, apuvälineiden ja lelujen tulee olla turvallisia. Lääkkeet eivät saa koskaan olla lapsen ulottuvilla. (Ivanoff ym. 2001, 120 - 122.)

Hoitoympäristö jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin (Ivanoff ym. 2001, 120). Psykkisen turvallisuuden perustana ovat ihmissuhteet. Lastenosaston ilmapiiriin vaikuttaa muuan muassa henkilökunnan keskinäiset suhteet sekä heidän suhteensa potilaisiin ja vanhempiin. Lapsen perusturvallisuuden kannalta on tärkeää ottaa huomioon perhekokonaisuus. Ihmissuhteet osana vaikuttavat siihen, millaisena lapsi kokee hoitoympäristön. (Kantero ym. 1993, 103.) Kokemus hoitoympäristöstä sekä vuorovaikutuksesta lääkäreiden ja hoitajien kanssa saattaa näkyä vielä vuosienkin kuluttua suhtautumisessa sairastumiseen sekä sairaalaan. (Jussila & Kalliomäki 2008, 3.)

Sairaalassa lapset ja nuoret sijoitetaan ympäristöön, joka on kalustettu ja suunniteltu heidän tarpeidensa mukaan. Vuoteet, kalusteet ja tekstiilit tulee olla lapsille sopivat. Hoitoympäristön tulisi olla kodikas, viihtyisä ja potilaiden yksityisyyttä sekä turvallisuutta tukeva. Tutut äänet luovat turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta, joten ylimääräisten ääniärsykkeiden vähentämiseen on syytä kiinnittää huomiota. (Kantero ym. 1996, 87; Ivanoff 2001 ym. 120 - 122.)

5.1 Hygienia sairaalassa

Erilaiset infektio-ongelmat ja erityisesti sairaalainfektiot ovat tämän päivän haasteita hoitotyössä. Infektioita aiheuttavat mikrobit, joita ovat bakteerit, virukset, loiset, alkueläimet, hiivat ja home (Iivanainen & Syväoja 2009, 376). Tämän vuoksi sairaalaoiloissa korostuu asianmukainen käsihygienia, joka on tärkeä osa sairaalainfektioiden torjuntaa. (Leppälä & Nylander 2008, 28.)

Lapsen suojaaminen infektioilta ja hyvin hoidettu eristys kuuluvat hoitoympäristön fyysiseen turvallisuuteen (Ivanoff 2001, 120 - 122). Jotta käsihygieniaa voidaan toteuttaa onnistuneesti, tulee kiinnittää huomiota sen ohjaamiseen. Ei riitä, että käsihygienian toteuttamista ohjataan ainoastaan työntekijöille ja potilaille, vaan myös vanhempia tulisi opastaa, sillä he voivat toimia tartunnan välittäjinä. (Leppälä & Nylander 2008, 28.) On myös huomioitava, etteivät alle kouluikäiset lapset ymmärrä infektion tartuntamekanismia. Leikki-ikäinen ajattelee, että kaikki taudit voivat tarttua suoraan ihmisestä. He eivät ymmärrä, että infektioportteina voivat toimia esimerkiksi ovenkahvat. Vanhempien ohjauksella on siis merkittävä rooli infektioiden ennaltaehkäisemisessä. (Taylor ym. 1999, 61.)

Hygienian toteuttaminen osastolla kuuluu tavanomaisiin varotoimiin. Käsitteellä pyritään korostamaan sitä, että kyseessä on jokapäiväinen tapahtuma. Rutiinien tavoitteena on estää tautien tarttuminen hoitavaan henkilökuntaan sekä muihin potilaisiin. (Kujala ym. 2005, 27.) Varotoimet edustavat käytössä olevaa hyvää hoitokäytäntöä. Hoitotilanteet tulee pyrkiä suunnittelemaan huolellisesti ja etukäteen, jolloin voidaan taata hyvä hygienian toteutuminen. (Hietala ym. 1999, 37.) Tavanomaisissa varotoimissa voidaan erottaa neljä osaa: oikea käsihygienia (käsihuuhe), oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat sekä pistos- ja viiltovahinkojen välttäminen. (Kujala ym. 2005, 27.)

Käsien desinfektio

Arkielämässä sekä kotona huolellinen käsien pesu saippualla ja kuivaaminen pyyheliinalla riittää. Sairaalassa hygienian tulee olla kotioloja parempi, koska potilaiden vastustuskyky on alentunut ja sairaalaympäristössä haavat ja kanyylit ovat alttiita infektoitumaan. Sairaalassa esiintyvät bakteerit ovat yleensä huomattavasti vastustuskykyisempiä antibiooteille ja niiden aiheuttamat infektiot vaikeampia hoitaa. (Kujala ym. 2005, 27.)

Useat bakteerit ja mikrobit leviävät kosketustartunnalla. Huolellista käsihygieniaa noudattavan tulisi käyttää alkoholipitoista huuhdetta ja näin estää infektioiden tartuntareitti. Käsihuuhteen bakteereja tuhoava vaikutus on moninkertainen saippuapesuun verrattuna. (Kujala ym. 2005, 27.)

Oikeaoppinen käsihuuhteen käyttö, toteutetaan seuraavasti:

Kuiviin käsiin otetaan riittävä määrä (3 – 5 ml = yksi painallus) käsihuuhdetta, jota hierotaan huolellisesti käsiin, sormenpäihin sekä väleihin, kunnes kädet ovat kuivuneet (Käsihygienian potilasohje 2003, 3).

Suojaimet

Suojakäsineitä käytetään koskettaessa verta, kehon nesteitä tai eritteitä. Suojakäsineet ovat kertakäyttöisiä ja käsineiden pois ottamisen jälkeen tulisi käyttää käsihuuhdetta. Suojakäsineitä ovat tehdaspuhtaat käsineet sekä steriilit käsineet. Silmäsuojusta käy-

tään roiskevaaran uhatessa. Hengityssuojainta käytetään silloin, kun hoidetaan potilaita joiden sairaus / infektio leviää pisaratartuntana. Suojatakki puetaan ylle oltaessa lähikontaktissa eristyspotilaan kanssa. (Hietala ym. 1999, 37.)

5.2 Eristys

Eristämisen tarkoituksena on estää infektioiden leviäminen potilaasta toiseen ja henkilökuntaan (Koistinen ym. 2004, 166). Potilas sijoitetaan yleensä yhden hengen huoneeseen, jossa on sulku-tila. Sulku-tilan ovet eivät saa olla yhtä aikaa auki, eikä potilas saa poistua huoneesta. Tavallisesti eristys ei ole pitkäkestoinen. (Kujala ym. 2005, 646.)

Potilaan eristämällä pyritään estämään sairauksia aiheuttavien tai antibiooteille resistenttien mikrobien tarttumisen toisiin potilaisiin, työntekijöihin tai vierailijoihin tartuntateitä katkaisemalla. Eristysluokkia on kolme: ilmaeristys, pisaraeristys sekä kosketuseristys. (Kujala ym. 2005, 646.)

Eristystä toteuttaessa kädet on desinfioitava huoneesta poistuttaessa ja sinne mentäessä. Suojatakki on tarpeen eritteitä käsiteltäessä ja toimenpiteissä, joihin liittyy roiskumisvaara. Suojakäsineitä käytetään kolmesta syystä: ne pienentävät työntekijän infektioriskiä, ne vähentävät mikrobien siirtymistä hoitajan käsistä potilaaseen ja ehkäisevät potilaasta toiseen siirtyvien mikrobien leviämistä. (Kujala ym. 2005, 655.) Suunenäsuojusta sekä suojalaseja käytetään niitä tarvittaessa. Suojavaatetus puetaan sekä riisutaan eristyshuoneen välillä. Kaikki suojaimet ovat kertakäyttöisiä. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 11.)

Huoneeseen varataan vain välttämättömät näytteenotossa ja hoitotoimenpiteissä tarvittavat välineet. Välineet puhdistetaan ja desinfioidaan eristyksen päätyttyä, tai tilanteen vaatiessa hävitetään. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 11.) Eristyksen purkamiseen vaikuttavat muun muassa taudin luonne, aiheuttajamikrobi sekä lääkehoito. Vierailut eristyshuoneessa sallitaan, kun vierailijoille on kerrottu tartuntavaara ja sen torjuntakeinot. (Kujala ym. 2005, 655.)

Potilaan eristäminen omaan huoneeseen vähentää tartunnan mahdollisuutta ja muistuttaa henkilökuntaa noudattamaan tarvittavia suojakeinoja. Tarttuvien infektioiden le-

viämistä tulee ehkäistä, vaikka taudin aiheuttajaa ei tiedettäisikään. Tärkeintä on tietää taudin tartuntamuoto eli tarttuuko se pisara- vai kosketustartuntana. Tartuntamuodon perusteella osataan suojautua oikein. (Heikkinen ym. 2004, 22.)

Virusinfektiota sairastavan eristäminen on usein tarpeetonta sekä tehotonta, sillä tartuttaminen on voimakkainta ennen oireita (Heikkinen ym. 2004, 22). Vesirokko ja rotaviruksen aiheuttama ripulitauti ovat yleisimmät eristystä vaativat infektiotaudit Suomessa (Koistinen ym. 2004, 167).

Pisaraeristys

Pisaroita erittyy yskiessä, niistäessä, puhuessa, aivastaessa jne. Pisarat eivät leijaille ilman mukana vaan ne tippuvat nopeasti maahan. Näin ollen tartuntaan tarvitaan melko läheinen kontakti. Pisaraeristys toteutetaan seuraavasti: Suu-nenäsuojusta käytetään lähihoidossa ja silloin kun on roiskevaara. Suojakäsineitä käytetään toimenpiteissä, kosketeltaessa infektiotiloja sekä eritteiden käsittelyssä. Suojaesiliinaa käytetään suojaamaan roiskeilta. Suojatakkia käytetään lapsipotilaita hoidettaessa. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 11.)

Esimerkkeinä pisaroiden välityksellä tarttuvista infektiosta voi mainita seuraavat: Kurkkumätä, hinkuyskä, vihurirokko, sikotauti, influenssa, Meningokokki ja Haemofilus bakteerin aiheuttama meningiitti (aivokalvontulehdus), pneumonia (keuhko-kuume) sekä sepsis (verenmyrkytys) (Heikkinen ym. 2004, 24).

Kosketustartuntaeristys

Potilas sijoitetaan omaan huoneeseen, jossa on henkilökohtainen wc- ja suihkutila. Samaa infektiota sairastavat potilaat pystyvät useimmiten olemaan yhteisessä eristysvuoneessa. Kosketuseristykseen joudutaan, kun infektio leviää suorasti (käsien välityksellä) tai epäsuorasti (vuodevaatteet, ovenkahvat) henkilöstä toiseen. (Heikkinen ym. 2004, 25.) Kosketuseristys toteutetaan seuraavasti: Tehdaspuhtaita suojakäsineitä käytetään huoneeseen mennessä ja kaikessa potilaskosketuksessa. Suojaesiliinaa käytetään lähihoidossa ja toimenpiteissä. Suojatakkia käytetään, kun parempi suojautuminen tarpeen tai hoidetaan lapsipotilasta. Suu-nenäsuojusta käytetään lähihoidossa, kun on vaaraa roiskeista. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 6.)

Esimerkkeinä kosketuksen kautta tarttuvista infektioista voi mainita seuraavat: Rotavirus, RSV (hengitystieinfektio), märkärupi, hepatiitti A, enterovirusinfektio, täiden ja syyhyn aiheuttama infektio, herpes simplex (yskänrokkovirus) (Heikkinen ym.2004, 29)

Ilmaeristys

Ilmaeristystä käytetään sairauksissa, joissa potilaalla tiedetään tai epäillään olevan ilmateitse tarttuva sairaus. Esimerkkejä ilmaeristys infektioista ovat epäilty tai todettu keuhko- tai kurkunpääntuberkuloosi, tuhka- ja vesirokko, SARS (äkillinen vakava keuhkotieoireyhtymä) ja lintuinfluenssa. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 9.)

Potilaalle ohjataan oikea yskimishygieniaetiketti; yskittää, aivastetaan aina kertakäytönenäliinaan peittäen suu ja nenä tiiviisti nenäliinalla sekä käytetty nenäliina laitetaan suoraan roskeen ja desinfioidaan kädet. Potilas sijoitetaan mahdollisuuksien mukaan alipaineistettuun eristyshuoneeseen tai sulkuutilalliseen yhden hengen huoneeseen, jossa oma wc ja suihku. Potilaan käynnit eristyshuoneen ulkopuolella tulee rajata vain välttämättömään. (Sairaalahygieniayksikkö 2009, 9.)

6 OMAHOITAJUUS

Ennen potilaan osastolle tuloa hänelle valitaan omahoitaja, joka opastaa ja perehdyttää potilaan ja hänen omaisensa osaston toimintaan ja päivärytmiin. Suunniteltu omahoitajuus ei ole aina mahdollista, koska kaikki lapset eivät päädy lastenosastolle suunnitellusti, vaan tulevat kiireellisenä päivystyksen kautta. Omahoitajuus vaatii hoitajalta päätöksentekokykyä, vastuunottoa ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Omahoitajuutta ohjaavat periaatteet ovat potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, vastuullisuus, itsenäinen toiminta, jatkuvuus sekä koordinointi. (Kantero ym. 1996, 100.)

Omahoitajan tehtäviin sisältyy potilaan hoitaminen työvuorossa, potilaan sekä perheen ohjeistaminen, yhteistyö muiden työntekijäryhmien kanssa, kirjallisen hoitotyön suunnitelman laatiminen jne. Kirjallinen hoitotyön suunnitelma toimii muille hoitajille työohjeena. (Ivanoff ym. 2001, 131.)

Omahoitajan ollessa poissa, joku toinen hoitaja vastaa hänen tehtävistään työvuorossa ja toteuttaa toimintaansa vanhempien ja omahoitajan yhdessä laatiman hoitosuunnitelman mukaan. Omahoitajuus edellyttää henkilökunnalta potilaskeskeistä näkemystä hoitotyön sisällöstä. Hoitotyö tulee nähdä välineeksi, jolla autetaan potilasta saavuttamaan asetetun hoidon tavoitteet. Omahoitajan tulee ottaa huomioon lapsen kehitystaso ja yksilölliset piirteet ja pitää niitä lähtökohtana työssään. (Kantero ym. 1996, 101.)

Lasten- ja nuorten osastolla toteutetaan usein yksilövastuullista hoitotyötä, jossa omahoitaja on lapsen kanssa mahdollisimman paljon. Tämä mahdollistaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Lasten ja nuorten hoitotyössä terapeutin ja luottamuksellinen hoitosuhde muodostaa laadukkaan hoitotyön perustan. (Ivanoff ym. 2001, 125.)

Omahoitajuuden tavoitteena lastenosastolla on pyrkiä tukemaan vanhemman ja lapsen välistä kiintymyssuhdetta päivittäisen eron aikana. Tavoitteena on myös lisätä ja syventää yhteistyötä vanhempien kanssa. Vanhempien on helpompi kertoa mieltä askarruttavista asioista ja pyytää neuvoa, kun kyseessä on jo ennestään tuttu hoitaja, joka on perillä perheen ja hoidettavan lapsen asioista. (Ivanoff ym. 2001, 125.)

Vanhemmat ovat usein peloissaan ja stressaantuneita lapsen sairastuessa. Mielentila voi estää kysymysten mieleen tulemisen ja aktiivisen keskustelun syntymisen hoitohenkilökunnan kanssa. Saatavat tiedot voidaan kokea hämmentävinä, eikä kysymyksiä uskalleta tehdä, vastauksia pelätessä. Perheenjäsenet voivat myös arastella keskustelua ja hoitohenkilökunnan kanssa, peläten olevansa hankalia tai vaivaksi. Kysymysten esiin nostamisessa hoitohenkilökunnalla on ratkaiseva rooli. Asiallisesti, realistisesti sekä rauhallisesti toimiva ja asioihin suhtautuva työntekijä on koettu erityisesti vaativissa elämäntilanteissa avuksi vanhemmille. (Ästedt-Kurki ym. 2008, 77 - 78.)

Hoitajan tulee rehellisellä myönteisyydellä tukea perhettä; hänen ei tule antaa perusteettomia lupauksia. Hoitajan tulee antaa toivoa osoittamalla perheen toimivuutta ja auttamisen mahdollisuuksia. Hoitajan tulee myös osata kunnioittaa perheenjäsenten toiveita sekä päätöksiä. (Ästedt-Kurki ym. 2008, 84 - 85.)

Onnistunutta kotiutumista ja hoidon jatkuvuutta edeltää koko hoitojakson aikainen ohjaus ja neuvonta. Vanhemmat saavat ennen lapsensa kotiutumista kirjalliset hoito-ohjeet, jotka omahoitajan on syytä kerrata suullisesti ja samalla selventää vanhemmille kysymystä herättäviä asioita ja näin helpottaa kotona toteutettavaa hoitoa. Tällöin vältetään mahdolliset väärinkäsitykset. (Kantero ym. 1996, 103.) Kotiutuminen ja hoidon jatkuvuus onnistuvat sitä paremmin, mitä enemmän vanhemmat ovat sairaalassa mukana lapsen hoidossa. Vanhempien ”perehdyttäminen” lapsen hoitoon osastohoidon aikana olisi hyvä tulla omahoitajan toimesta. (Ivanoff ym. 2001, 132.)

7 TYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tavoitteenamme on tehdä lastenosaston esittelykansio Savonlinnan keskussairaalaan. Kansio on suunnattu lastenosaston potilaille ja heidän vanhemmilleen/huoltajilleen. Kansiossa tulee olemaan tietoa monilta eri osa-alueilta, koska osaston henkilökunnalta tuli runsaasti aihe-ehdotuksia koskien kansion sisältöä. Pyrimme tekemään kokonaisuudesta selkeän ja helppolukuisen.

8 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Olemme edenneet tuotteen kehittämissä Jämsän ja Mannisen (2000) prosessimallin mukaisesti. Mallin mukaan sosiaali- ja terveysalan tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsentyy viideksi eri vaiheeksi. Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan ongelma ja kehitystarve. Tätä seuraa ideavaihe, jossa pyritään vaihtoehtojen ja innovaation avulla etsimään ratkaisu ongelmaan. Kolmantena on luonnosteluvaihe, jossa selvitetään tuotteen kehittelyä ohjaavat näkökohdat. Neljännessä vaiheessa tuotetta kehitellään edellisessä vaiheessa selvitettyjen näkökohtien avulla. Viimeistelyvaiheessa saadun palautteen ja arvioinnin tuloksena valmistuu lopullinen tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 28 - 94.) Jotta lopullisesta tuotteesta tulisi hyödyllinen ja kohderyhmäänsä palveleva, täytyisi huomioida myös laadunvarmistus. Käytimme laadun arvioinnin perustana Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2008) hyvän terveystieteiden kriteeristöä.

8.1 Ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen

Ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen on tuotekehityksen ensimmäinen vaihe. Tässä vaiheessa selvitetään ongelma tai kehittämistarve, jonka perusteella tuotetta aletaan kehittää. (Jämsä & Manninen 2000, 29.)

Meille tuotteen kehittämistarve tuli lastentautien yksikön henkilökunnan toiveesta. Se oli huomannut osaston entisen esittelylehtisen olevan suppea ja ”aikansa elänyt”. Esittelylehtinen ei vastannut käyttötarvettaan. Osaston henkilökunta koki myös, että esitteestä puuttui paljon sellaista tietoa, jonka kertomiseen hoitajilta kului paljon ylimääräistä aikaa. Näitä asioita olivat mm. soittokellon käyttö, käsihygieniä, omaisten/vanhempien ruokailu ja ruokalaan meneminen.

Tarve uuden esittelykansion luomiseen vahvistui entisestään osaston tilamuutoksen varmistuttua maaliskuussa 2010. Lastenosasto ja lastentautien poliklinikka siirtyvät uusiin tiloihin heinäkuun 2010 aikana. Esittelykansion tarpeellisuus korostuu, sillä osastosta tulee nyt lastentautien yksikkö, joka on osana naistentautien sekä rintakirurgian osastoa. Kansion tarkoituksena on perehdyttää lapset ja heidän vanhempansa osaston toimintaan. Asianmukaisella ja kattavalla perehdytyksellä edistetään samalla myös hoitoympäristön turvallisuutta.

8.2 Ideavaihe

Kun tuotteen kehittämistarve oli selvinnyt, siirryimme ideointiin. Jämsän ja Mannisen (2000, 35) mukaan tässä vaiheessa kuvataan niitä asioita, jotka ovat edesauttaneetideoimaan tulevan tuotteen muotoa ja ulkoasua.

Lähdimme työstämään jo valmiista lastenosaston esittelylehtisestä kattavampaa kokonaisuutta. Tähän käytimme apuna, osastolla jo ennestään olevaa ”tullaan tutuiksi” -kansiota. Siinä käsitellään päiväkirurgisen potilaan hoitopolkua ja se sisältää valokuvia päivän eri vaiheista. Siinä on kerrottu vaiheittain operatiivisen potilaan hoitopolusta osastolta lähtemiseen asti. Kyseinen opas on antanut meille hyviä ideoita ja suuntaa omalle työllemme. Pidimme oppaan selkeydestä ja sen ulkoasusta. Erityisesti meitä miellyttivät oppaassa olevat valokuvat. Ne täydensivät kirjoitettua tekstiä hyvin ja loivat mielenkiintoa käsiteltävään asiaan. Halusimme omaan työhömmme jotain saman-

kaltaista. Tässä vaiheessa olimme jo päättäneet, että tuotteessamme tulee olemaan myös kuvia.

Mietimme paljon ulkoasun ja sisällön luettavuutta ja sen sopivuutta kohderyhmälle. Haasteena oli tehdä kansioista myös lapsille kiinnostava ja heidän tarpeitaan palveleva. Saimme idean tehdä valokuvista väripiirroksia. Artesaani Ninja Behm lupautuikin piirtämään ottamistamme valokuvista mahdollisimman totuudenmukaiset väripiirroksiset. Piirroksiset tulisivat toimimaan kansiossa tekstin tukena ja tekisivät kansioista lapsille ymmärrettävän ja mielenkiintoisen. Vanhemmat voisivat näin ollen lukea kansiota yhdessä lapsensa kanssa ja keskustella piirrosten aiheuttamista mielikuvista. Kouluikäiset ja nuoret voisivat lukea kansiota itsenäisesti.

Henkilökunta osallistui kansion ideointiin pitämällä aiheesta useita osastotunteja. Olimme myös itsekin mukana yhdellä osastotunnilla. Mietimme yhdessä tulevan tuotteen ulkoasua ja sisältöä. Kokosimme ideat paperille ja kävimme niitä yhdessä läpi.

Olimme yhtä mieltä tuotteen muodosta, joka tulisi olemaan kansio. Päädyimme tähän vaihtoehtoon, koska kansio on helposti puhdistettava ja liikkuu hoitajien mukana mutkattomasti huoneesta toiseen. Tuotteen valikoituessa kansioksi, jatkaa se myös samaa linjaa ”tullaan tutuiksi” -oppaan kanssa ja tekee näistä kahdesta yhtenäisemmän kokonaisuuden. Olimme kaikki yhtä mieltä myös siitä, että kansiossa tulisi olla eri värejä ja tekstin tulisi olla selkeä ja tiivis.

Sisällön hahmottaminen oli haastavaa, koska ideoita tuli runsaasti, emmekä voineet ajanpuutteen vuoksi toteuttaa niistä kaikkia. Teimme kompromisseja joidenkin asioiden suhteen, esimerkkinä idea ruokalan kartasta. Idean mukaan olisimme piirtäneet kartan omaisille siitä, kuinka siirtyä osastolta sairaalan ruokalaan. Vaihdoimme vaikeasti toteutettavan kartan selkeään piirrokseseen, jossa nuoli ohjaa ruokalan ulkopuolelta oikeaan suuntaan.

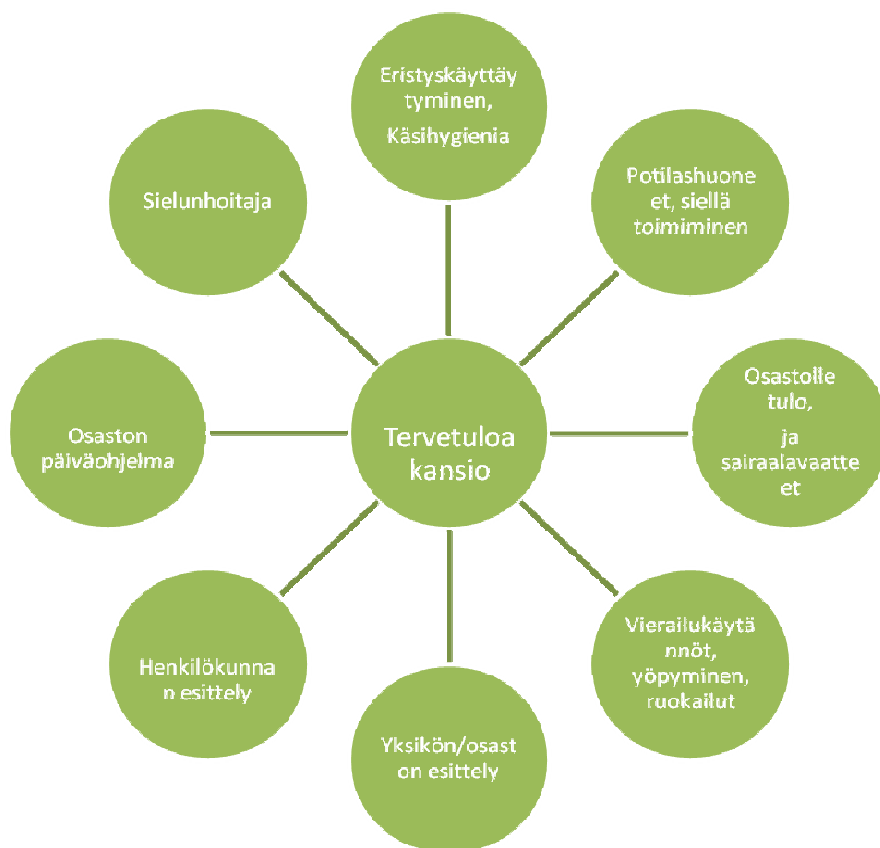
8.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe käynnistyi, kun olimme tehneet päätöksen siitä, millainen tuote oli aikomus suunnitella ja valmistaa. Luonnosteluvaiheelle on ominaista analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tuot-

teen asiiasisällön selvittäminen edellyttää tutustumista tutkimustietoon aiheesta. (Jämsä & Manninen 2000, 43.)

Tuotteen asiiasisältöä varten keräsimme näyttöön perustuvaa tutkimustietoa lapsen kehityksestä ja kasvusta, peloista, sairaalaympäristöstä, vanhemmuudesta, hygieniasta, sekä omahoitajuudesta. Tutkimustietoa löytyi aiheista melko paljon ja jäsensimme sitä aluksi kirjallisuuskatsauksen (liite 1) avulla. Tämän jälkeen etenimme teorian tiedon kirjoittamisessa, tarkentaen ja hioen tekstiä, niin että se tukisi kaikilta osin kansion asiiasisältöä. Teoriaosuuden valmistuessa ja tutkimusluvan (liite 3) saatuaamme, aloitimme kansion sisällön kokoamisen ja informaatio-osuuksien kirjoittamisen.

Käytimme paljon aikaa sisällön tarkentamiseen ja sen lopullisen muodon löytämiseen. Meillä opinnäytetyöntekijöillä oli kuitenkin selkeä näkemys tulevasta kansiosta. Halusimme sen olevan tiivis ja helposti luettava. Sisältö ei saisi olla liian laaja, eikä se saisi sisältää sellaista ammattisanastoa, jota ”maallikon” olisi vaikea ymmärtää. Osaston henkilökunnalla oli samanlaisia ajatuksia kansion sisällöstä. He toivoivat lisäksi, että informaatio-osuuksissa olisi maininta myös sielunhoitajasta. Päädyimme lopputulokseen, jossa sisältöön tulivat seuraavat osiot (kuvio 2).



KUVIO 3. Tervetuloa - kansion sisältö

Kansioon tulevat kuvat määräytyivät asiasisällön mukaisesti. Kuvauskohteiksi meitimme aluksi muun muassa potilashuoneita, kansliaa, päiväsalia sekä henkilökuntaa. Suunnitelmat muuttuivat kuitenkin jo aiemmin mainitsemiemme tilamuutosten vuoksi. Otettujen kuvien tulisi toimia uusituissakin tiloissa, joten emme voineet kuvata laajoja kokonaisuuksia vaan, meidän oli otettava kuvia pienemmistä yksityiskohdista. Valitsimme lopulliset kohteet huolella ja pyysimme osastonhoitajan sekä muun henkilökunnan mielipidettä kuvauskohteiden valintaan. Päädyimme ottamaan kuvia osaston lääkäristä, hoitajasta, fysioterapeutista, ruokalan ulko-ovelta, leluista, soittokellosta, sairaalasängystä, eristysvaatteisiin pukeutuneesta hoitajasta sekä käsistä desinfiektion aikana.

Kuvilla on tuotteessamme merkittävä rooli. Onnistuessaan kuvitus tukee tekstin sanomaa ja saattaa antaa lisätietoa käsiteltävästä asiasta. Kuvat voivat myös välittää tietoa nopeammin kuin teksti; tämän vuoksi vaikeita asioita kannattaa selkiyttää kuvien avulla. (Parkkinen ym. 2001, 19.) Kansiossa korostuu kuvien tukemana erityisesti käsien desinfektio ja ruokalaan meneminen. Kuvat toimivat informaation antajana, jopa ilman tekstiäkin.

8.4 Tuotteen kehittelyvaihe

Jämsän ja Mannisen (2000, 54) mukaan tuotteen kehittely etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioon ottaen.

Tässä vaiheessa tarkoituksenamme oli kehittää jo aiemmin rajattuja vaihtoehtoja ja ideoita. Aloitimme tuotteen yksityiskohtaisen suunnittelun, jotta se vastaisi sille asetettuja vaatimuksia. Kansion kehittelyä ohjasi osaston henkilökunnalta saatu palaute. Pyysimme palautetta yhteisissä tapaamisissamme suullisesti sekä kirjallisena. Keskustelimme myös paljon sähköpostin välityksellä. Saatu palaute oli tärkeää, koska valmistimme tuotetta, joka toimisi myös hoitajien apuna päivittäisessä työssä.

Kehittelyvaiheessa olisimme hyötyneet myös kohderyhmän mielipiteistä. Lastenosaston potilaat ja heidän vanhempansa olisivat voineet kansion luettuaan jättää esimer-

kiksi kirjallisen palautteen nimettömänä palautelaatikkoon. Ajan vähyys rajoitti kuitenkin toimintaamme ja päätimme luopua ajatuksesta.

Saimme paljon positiivista palautetta lastenosastolta ja etenkin piirrosten käyttö herätti mielenkiintoa ja innostusta niin lääkäreiden kuin hoitajienkin keskuudessa. Koska tuotteen esittelymuoto, sisältö ja ulkoasu olivat työelämän ohjaajan toimesta hyväksi arvioituja, aloimme hankkia materiaaleja ja suunnitella sisällön rakennetta. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti olimme varautuneet yhden kansion tekemiseen. Osastonhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa kävi kuitenkin ilmi, että tarve olisi myös toiselle kansiolle. Toisen kansion toivottiin tulevan eristyshuoneen potilaille ja sen haluttiin olevan väriltään keltainen (infektion värikoodin mukaisesti). Päädyimme siis tekemään eristyshuoneisiin tarkoitettua kansiosta keltaisen. Yleiseen käyttöön tulevan kansion väriksi valikoitui punainen. Molempien kansion sisältö tulisi olemaan samanlainen.

Tekstiosuuksien halusimme olevan selkeitä, joten käyttämämme lauseet olivat lyhyitä ja ytimekkäitä. Monimutkaisten lauserakenteiden ja vaikeiden käsitteiden käyttö heikentää luettavuutta (Parkkinen ym. 2001, 15). Kiinnitimme huomiota myös tekstin kappalejakoon, fonttikokoon sekä kirjasintyyppiin. Jaoin tekstin lyhyisiin, muutama lauseen mittaisiin kappaleisiin ja sijoittelimme ne yhdessä kuvien kanssa helposti luettavaan muotoon. Asian muistissa säilymisen kannalta kuvan ja tekstin yhdistäminen on tehokkaampaa kuin erikseen esitettynä (Parkkinen ym. 2001, 19).

Päätimme tehdä kansion myös sähköiseen muotoon, näin ollen osaston henkilökunnan olisi vaivatonta päivittää opasta. Helpon muokattavuuden vuoksi tuotteen käyttöikä piteni myös huomattavasti.

8.5 Viimeistelyvaihe

Tuotteen viimeistelyyn tarvitaan palautetta ja arviointia. Parhaita keinoja olisi koe-käyttää tai esitestata tuotetta jo sen valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjänä voisivat olla tuotekehitysprosessiin osallistuvat tuotteen tilaajat ja asiakkaat. (Jämsä & Manninen 2000, 28 - 80.)

Osastonhoitaja sekä henkilökunta olivat tyytyväisiä kansion sisältöön sekä sen kokonaisuuteen. Informaatio-osiot olivat heidän mielestään helppolukuisia ja sopivan pituisia. Kuvapiirroksiset toivat heidän mielestään kansioon ilmettä.

Halusimme esitellä tuotettamme usealla eri lapsella ja heidän vanhemmillaan, mutta ajanpuutteen vuoksi teimme sen pienimuotoisesti vain muutamalle henkilölle. Valitsimme esitestaajat lastenosaston ikäjakauman mukaisesti. Jokaista ikävaihetta kohden oli yksi testaaja. Valitsimme 1v 6 kk ikäisen pojan ja hänen äitinsä. Leikki-ikäisestä testajaksi tuli 3-vuotias tyttö ja hänen äitinsä. Kouluikäisenä oli 11-vuotias poika ja nuoren ikävaihetta edusti 16-vuotias poika.

Esitestaajilta saadut kommentit ja palaute olivat positiivisia. Kansioihin tutustuneet olivat sitä mieltä, että kansiota oli helppo lukea. Heidän mielestään kuvat konkretisoivat ja yhdistivät kirjoitettua tekstiä toisiinsa. Kattavan palautteen kansioista ja sen vaikeavuudesta tulemme saamaan osaston potilailta sekä heidän vanhemmiltaan, sen jälkeen kun kansio otetaan käyttöön.

Kokonaisuudessaan tuotteen viimeistelyssä auttoivat esitestaajilta, ohjaavalta opettajalta sekä lastenosaston osastonhoitajalta saadut palautteet. Toteutimme osastonhoitajalta sekä ohjaavalta opettajalta saadut muutosehdotukset ja korjasimme tekstiä palautteen perusteella lopulliseen muotoonsa. Hyödyimme myös idea- sekä suunnitelmaseminaareista saaduista palautteista. Palautteen saaminen ”ulkopuolisilta” henkilöiltä oli tervetullutta, sillä he arvioivat työtämme eri näkökulmasta kuin ohjaavat opettajat ja työelämän ohjaaja.

9 VALMIIN TUOTTEEN KUVAUS JA ARVIOINTI

Tuotekehitysprosessin tuloksena valmistui kaksi esittelykansiota lastentautien yksikköön Savonlinnan keskussairaalaan. Toinen kansio on tarkoitettu osaston yleiseen käyttöön ja toinen eristyshuoneisiin. Yleisessä käytössä oleva kansio on väriltään punainen, osa sivuista on vaaleanpunaisia. Punainen väri valittiin, jotta se erottuisi osaston muiden kansioiden joukosta. Eristyskansio on infektion värikoodin mukaisesti keltainen ja siinä on myös oransseja sivuja. Valmiissa kansiossa on yhteensä 13 sivua, jotka koostuvat tekstiosioista ja väripiirroksista (liite 2).

Tuotteen laadun arviointiin olemme käyttäneet Terveyden edistämiskeskuksen (2008) tuottamaa kriteeristöä. Kriteeristö muodostuu kolmesta tavoitteesta, seitsemästä standardista, kysymyksistä sekä 36 kohtaa täyttävistä kriteereistä. Tavoitteina ovat terveyden edistämisen näkökulmien esittäminen, aineiston sopivuus kohderyhmälle sekä se että tuotteen esitystapa tukee tuotteen tavoitteita. (Terveyden edistämisen keskus 2008.)

Ensimmäisenä tavoitteena kriteeristössä on terveyden edistämisen näkökulmien esittäminen (Terveyden edistämisen keskus 2008), mikä toteutuu kansiossamme monissa eri osioissa. Esimerkiksi käsihygieniahjeiden antamisella pyrimme ehkäisemään tautien leviämistä niin osastolla kuin osaston ulkopuolellakin. Osaston pelisääntöjen kertomisella pyrimme vaikuttamaan terveyttä edistävasti potilasturvallisuuteen ja tupakoinnin lopettamiseen.

Kuvien ja värien käytöllä on myös tutkitusti terveyttä edistäviä vaikutuksia (Verner-Bonds 2008, 21). Kansion kuvitukseen on käytetty runsaasti eri värejä. Pääväreinä kuitenkin ovat keltainen ja oranssi (eristysluokan kansio) sekä punainen ja vaaleanpunainen (yleisessä käytössä oleva kansio). Keltaisen värin uskotaan karkottavan myrkyllisiä aineita elimistöstä ja nopeuttavan mahanesteiden virtausta. Keltainen torjuu myös kielteisiä ajatuksia sekä auttaa masennukseen ja erilaisiin pelkoihin. Oranssilla värillä on todettu olevan ruokahalua edistävä vaikutus, se myös auttaa ruoansulatausta ja lievittää lihaskipuja. Punainen väri puolestaan vilkastaa verenkiertoa, kohottaa verenpainetta, helpottaa jalkojen lihas- ja niveljäykkyyttä ja auttaa kylmettymiseen. (Verner-Bonds 2008, 25.)

Kriteeristön toinen tavoite on aineiston sopivuus kohderyhmälle (Terveyden edistämisen keskus 2008). Aineiston sopivuudesta kertoo tekemämme esitestaukset. Heidän antamansa positiivinen palaute antoi viitteitä aineiston sopivuudesta. Esitestausryhmän pienestä koosta johtuen emme voi kuitenkaan yleistää saamiamme tuloksia. Tuotteen sopivuutta voisi parhaiten mitata jo aiemmin mainitsemallamme kyselyllä, sen voisimme toteuttaa esimerkiksi jatkotyönä terveydenhoitajan lopputyössä.

Kolmannessa kohdassa vaaditaan, että tuotteen esitystapa tukee sen tavoitteita. Mielestämme kansiomuoto sopii tuotteellemme parhaiten, sillä se on muovitaskujensa

ansiosta helposti puhdistettava sekä käytännöllinen. Se on helppo kuljettaa huoneesta toiseen, eikä se häviä niin helposti kuin esittelylehtiset. Kansio on myös ekologisesti parempi valinta kuin esittelylehtinen. Esitystavan valinnassa olemme myös huomioineet eristysluokan potilaat, joille on tehty oma kansio. Eristyskansio on infektion värikoodin mukaisesti keltainen, joten se erottuu osaston yleisessä käytössä olevasta punaisesta kansiosta.

Valmiista tuotteesta olemme saaneet palautetta niin työelämän ohjaajalta kuin ohjaajalta opettajaltakin. Väripiirrosten tekijä antoi myös hyvää palautetta ja kehui ideaa, tehdä oikeista valokuvista piirroksia. Hän oli tyytyväinen myös itse tekemiinsä piirroksiin, jotka osoittautuvat olemaan tärkeäksi osaksi kansion kokonaisuutta. Työelämän ohjaaja oli myös erittäin tyytyväinen kuviin sekä kansion sisältöön. Hänen mielestään kuvat tukevat tekstiä ja tekevät kokonaisuudesta selkeän.

10 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Eettisyys ja luotettavuus kulkevat työssämme rinnakkain. Eettisyydellä tarkoitetaan moraalialueita eli sitä, mikä on hyvää ja oikein. Eettisyys perustuu arvoihin ja teoreettiseen tietoperustaan. Luotettavuus lähdekirjallisuuden mukaan tarkoittaa mm. tutkimuksiin perustuvien lähteiden käyttöä ja tiedon esittämistä lähteisiin viitaten. (Sarvimäki 2009, 80.)

Opinnäytetyössämme eettisyys painottui erityisesti valokuvausvaiheessa. Eettisen tutkimuskäytännön mukaisesti oppaan tekoon osallistuvilta henkilöiltä pyydettiin myös suostumus valokuvien ottamiseen (Hirsjärvi ym. 1997, 25). Eettisyyden takamiseksi näytimme otetut valokuvat kuvauskohteena olleille henkilöille ja, jos he eivät olleet tyytyväisiä kuvaan, otimme uuden. Pidimme huolen, etteivät potilaat tai omaiset näkyneet kuvissa. Emme ottaneet kuvia myöskään sellaisista henkilöistä, joiden kuvaamiseen emme olleet saaneet suostumusta.

Ohjasimme piirrosten tekijää piirtämään kuvista mahdollisimman todenmukaisia niin, ettei kukaan kuvattavista henkilöistä pahoittaisi mieltään vääristyneen kuvan vuoksi. Kuvissa olleet henkilöt olivat tyytyväisiä otettuihin kuviin ja pitivät piirroksista jopa enemmän kuin oikeista kuvista.

Opinnäytetyömme luotettavuutta on parantanut säännölliset arvioinnit ohjauskeskustelujen ja seminaarien muodossa. Olemme myös olleet yhteydessä osastonhoitajan kanssa niin sähköpostitse kuin kasvokkain. Osastonhoitaja on lisäksi ottanut opinnäytetyömme esille useasti osastotuntien aikana, näin henkilökunta on saanut nostaa omat mielipiteensä ja kehitysehdotuksensa esille.

Lähdetiedon hankinnan aloitimme kirjallisuuskatsauksen avulla. Sen tarkoituksena oli näyttää, miten ja mistä näkökulmista asiaa on aiemmin tutkittu ja miten ne liittyivät suunnitteilla olevaan opinnäytetyöhön (Hirsjärvi ym. 1997, 115). Etsimme tietoa eri lähteistä ja otimme selvää aiemmin luoduista esittelykansioista ja oppaista. Löysimme paljon näyttöön perustuvaa tutkimustietoa oppaiden merkityksestä hoitotyössä, mikä vahvistaa työmme luotettavuutta.

Lähdekirjallisuuteen perehtyessämme, arvioimme kriittisesti kirjojen, www-sivujen ja artikkeleiden luotettavuutta. Verkossa olevien lähteiden luotettavuutta arvioimme kirjatietoon verraten ja tarkistamalla tiedon painetuista versioista. Varmistimme myös, että www-sivut olivat ajankohtaisesti päivitettyjä ja niiden ylläpitäjä tai perustaja on terveysalan ammattilainen. Edelleen työmme luotettavuutta parantaa se, että teorian tietoa kerätessämme pyrimme etsimään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Opinnäytetyössämme on siis ajantasaista tietoa ja näyttöön perustuvia tutkimuksia.

Olemme noudattaneet työssämme Mikkelin ammattikorkeakoulun tieteellisen kirjoittamisen raportointiohjetta (2008). Tuotteen luotettavuutta olemme arvioineet aiemmin mainitsemiemme Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2008) kriteereiden mukaisesti.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Matkalla törmäsimme monenlaisiin vaikeuksiin, mutta ratkoimme ongelmat yleensä joko yhdessä tai kysymällä neuvoa muilta asiantuntijoilta.

Lähdeaineiston kokoaminen onnistui melko mutkattomasti. Osa käyttämistämme kirjallaisista lähteistä oli melko vanhoja. Asiasisältö oli kuitenkin edelleen ajantasaista ja näin

ollen pystyimme hyödyntämään sitä työssämme. Uudemmat lähteet tukivat vanhemmaa tietoa.

Jämsän ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin malli oli selkeä ja toimi moitteettomasti työssämme. Vaiheet etenivät loogisesti ja selkeyttivät oman tuotteemme kehitystä.

Tuotteen valikoituminen kansioksi oli helppo ja selkeä päätös, mutta sisällön hahmotelu oli haasteellista. Vaikean siitä teki kohderyhmä, joka sisälsi monen ikäisiä lukijoita. Kansiossa tuli olla tietoa osaston toiminnasta sekä käytänteistä, kuvapiirrosten tuli toimia täydentäjinä kirjoitetun tekstin rinnalla.

Kansiossa olevat piirrokset onnistuivat mielestämme hyvin, ja ne helpottavat luettavuutta ja luovat mielenkiintoa niin lapsille kuin aikuisillekin. Kuvien värikkyyttä rajoitti totuudenmukaisuuteen pyrkiminen, mutta piirtäjämme onnistui kuitenkin korostamaan värejä juuri sopivasti. Kuvauskohteiden valitseminen osoittautui aiempaa haastavammaksi. Esimerkiksi päiväsalista ja potilashuoneista emme voineet ottaa kuvia, koska uudella osastolla ei tule olemaan samanlaisia tiloja. Onnistuimme mielestämme valitsemaan sellaiset kohteet, jotka toimivat uusissa tiloissa ja ovat myös helposti muokattavissa.

Tarkoituksenamme oli sisällyttää kansioon mahdollisimman vähän tekstiä eli tiedot olisivat tiiviissä muodossa. Onnistuimme tässä tavoitteessa mielestämme hyvin. Yllätyimmekin lähinnä siitä, kuinka vähän tekstiä lopputuotteeseen tuli. Vaikka infoosuudet ovatkin lyhyitä, sisältö on kuitenkin kattava ja siinä on kaikki kohderyhmän tarvitsema tieto.

Kansion sisällön tiivis muoto kertoo mielestämme onnistuneesta teoriaosuuden käsittelystä. Valitsimme yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa asiasisältöä tukevat aiheet ja onnistuimme siinä hyvin. Teoriaosuudessa käsitelimme laajasti eri osa-alueet ja annoimme perusteluja kansioon valituille informaatio-osuuksille.

Lastentautien yksikköön teimme kaksi sisällöltään samanlaista kansiota. Toinen on tarkoitettu erityshuoneisiin ja toinen yleiseen käyttöön. Tarvittavan materiaalin kansioihin hankimme omakustanteisesti. Lähetimme osastolle kansion sisällön myös sähköisenä versiona, jolloin henkilökunta voi muokata sitä tilanteen niin vaatiessa.

Olemme miettineet, että terveydenhoitajan jatkotyönä voisimme tehdä kansioista pienemmän esittelylehtisen, jota jaettaisiin jokaiselle yksikköön tulevalle. Toivomme, että kansio koetaan hyväksi ja saamme siitä positiivista palautetta, näin olisi mukavampi jatkaa esittelylehtisen kehittelyä.

Opinnäytetyötä tehdessämme yhteisen ajan löytämisen koimme hankalaksi ja jouduimme jokainen joustamaan aina ajoittain. Koulun ja työn ohella opinnäytetyön tekeminen vaati paljon hyviä hermoja sekä ponnisteluja. Kaikesta huolimatta yhteistyömme sujui kaikkien tahojen kanssa moitteettomasti ja ryhmähenkemme tiivistyi entisestään.

Työskentely ryhmässä kehitti sosiaalisia taitojamme. Harjoittelimme kuuntelemaan toisen mielipidettä ja antamaan sille arvoa. Opinnäytetyön tekeminen opetti myös ajankäytön priorisointia ja suunnitelmallisuutta. Loppua kohden kiire pääsi kuitenkin yllättämään, ja viimeistelyyn jäi melko vähän aikaa. Pyrimme kuitenkin huolellisuuteen, ja lopputulokseen olemmekin todella tyytyväisiä.

LÄHTEET

Aalberg, Veikko & Siimes, Martti A. 2007. Lapsesta aikuiseksi, nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Aaltonen, Marjo, Ojanen, Tuija, Sivèn, Tuula, Vihunen, Riitta & Vilèn, Marika 2002. Lapsen aika. Porvoo: WSOY.

Hanhisalo Sanna. Sairaala on kuin pieni unikupla. Kuopion yliopisto. Tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. PDF dokumentti

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10750/sanhan.pdf?sequence=1>

Päivitetty 17.2.2003. Luettu 17.4.2010.

Heikkilä, Merja, Kumpula, Päivi, Lehtonen, Mervi, Liikala, Minna, Mertaniemi, Anna-Maija, Niemelä, Kaija & Seljänperä, Sinikka 2004. Aseptiikan toteutuminen erityispotilaan hoidossa lasten tehosteisen hoidon osastolla. Diakonia - ammattikorkeakoulu ja Oulun ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä. PDF-dokumentti.

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2004/HeikkinenMerjaKehittamistehtava2004.pdf

Päivitetty 3.1.2005. Luettu 19.4.2010.

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

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hurme, Tiina 2009. Nuoren tukeminen hänen sairastaessaan ja kirjallisen opaslehtisen laatiminen nuorelle. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin- näytetyö. PDF-dokumentti.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5996/Hurme_Tiina.pdf?sequence=1. Luettu 28.4.2010. Ei päivitystietoa.

Ivanoff, Päivi 1996. Leikki-ikäisen kokema sairaalapelko ja pelon hallinta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Ivanoff, Päivi, Kitinoja, Helli, Rahko, Raija, Risku & Aija, Vuori, Anne 2001. Hoidatko minua? - Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Jokinen, Sirpa, Kuusela, Anna-Leena & Lautamatti, Visa 1999. ”Sattuuko se?” Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Jussila, Johanna & Kalliomäki, Mari 2008. Nukkesairaala. Helsingin Ammattikorkeakoulu, Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/37443/stadia-1208516511-2.pdf?sequence=1>Päivitetty 18.4.2008. Luettu 9.1.2010.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Kangas, Sonja, Lundvall, Annina & Sintonen, Sara 2008. Lasten ja nuorten mediamaailma pähkinänkuoressa. Liikenne- ja viestintäministeriö. Lasten ja nuorten mediafoorumi. 13.11.2008. WWW-dokumentti.

http://www.lvm.fi/c/document_library/get_file?folderId=22170&name=DLFE-4803.pdf&title=Lasten Päivitetty 17.11.2008. Luettu 9.1.2010.

Kantero, Riitta-Liisa, Levo, Hellevi & Österlund, Kalle 1996. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kantero, Riitta-Liisa, Seppänen, Mirja, Vähäkainu, Aino & Österlund, Kalle 1993. Lapsen terveys ja sairaus. Porvoo: WSOY.

Karttunen Mauri 2009. Riittävän hyvä vanhemmuus 9/2005. Nettiartikkeli.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/9_2005/riittavan_hyva_vanhemmuus Päivitetty 25.3.2009. Luettu 23.11.2009.

Kinnunen, Ulla, Rönkä & Anne 2002. Perhe ja vanhemmuus: Suomalainen perhelämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Koistinen, Paula, Ruuskanen, Susanna & Surakka, Tuula 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kujala, Pekka, Mäkeläinen Riitta & Ylipalosaari Pekka 2005. Infektioiden torjunta sairaalassa 2005. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Käsihygienian potilasohje 2003. Forssan sairaala. PDF-dokumentti.
<http://www.fstky.fi/DowebEasyCMS/Sivusto/Dokumentit/Kasihygienia.pdf>
Päivitetty 1.1.2003. Luettu 16.4.2010.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1991/785. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Päivitetty 17.8.1992 Luettu 28.4.2010.

Lehto, Paula 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf>. Päivitetty 15.4.2004. Luettu 20.11.2009.

Leppälä, Henna & Nylander, Paula 2008. Vanhempien käsihygieniaojaus sairaalaolosuhteissa. Helsingin ammattikorkeakoulu, Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/37793/stadia-1209478621-4.pdf?sequence=1> Päivitetty 29.4.2008. Luettu 19.1.2010.

Lyytinen, Paula, Korhonen, Mikko & Lyytinen, Heikki 2007. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. Porvoo: WSOY

Minkkinen, Leena, Jokinen, Sirpa, Muurinen, Erja, Surakka, Tuula 1997. Lasten hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Muurinen, Erja & Surakka, Tuula 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Tampere: Tammi.

Nurmi, Jari-Erik, Ahonen, Timo, Lyytinen, Heikki, Lyytinen, Paula, Pulkkinen, Lea & Ruoppila, Isto 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.

Parkkunen, Niina, Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja sarja 7/2001. Helsinki

Perusopetuslaki 1998/628. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=oppivelvollisuus>. Päivitetty 12.8.2009. Luettu 19.11.2009.

Pojjula, Soili 2007. Lapsi ja kriisi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Rautiainen, Mari 2001. Vanhemmuuden roolikartta – syvennä ja sovelle. Helsinki: Hakapaino oy.

Sairaalahygieniayksikkö 2009. Tartuntavaarallisen potilaan eristäminen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala. Potilasohje. PDF-tiedosto. <http://www.epshp.fi/terveyskeskuksille/ohjeet/Tartuntavaarallisenpotilaaneristamisohje.pdf> Päivitetty 17.8.2009. Luettu 19.4.2010

Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna 2004. Puhelin, mummo ja joutava työaika. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina, 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY.

Sinkonen, Jari, 1995. Lapsen kanssa hyvinä ja pahoina päivinä. Juva: WSOY.

Sutinen, Päivi 2005. Vanhempana ja aikuisena uusperheessä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 203. Helsinki.

Taylor, Jayne, Müller, Dave, Wattley, Lesley & Harris, Pam 1999. Nursing children – Psychology, Research and Practise. Third edition. UK: Stanley Thornes Ltd.

Terveyden edistämisen keskus 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineistokriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. PDF-dokumentti.

<http://www.health.fi/timage.php?i=100722&f=2&name=Microsoft+Word+-+aineisto121208.pdf>

Luettu 20.3.2010. Päivitetty 12.12.2008.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Sotkanet 2010. WWW-dokumentti.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤t> Luettu 7.5.2010. Päivitetty 7.5.2010.

Verner-Bonds, Lilian 2008. Healing Colour For Health And Well Being. Englanti: Annes Publishing.

Vertio, Harri 2003. Terveystiedon edistäminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilèn, Marika, Kurvinen, Auli, Neuvonen, Sohvi, Sivèn, Tuula, Vartiainen & Jari, Vihunen, Riitta 2006. Lapsuus - erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.

Wehkalampi, Karoliina & Dunkel, Leo 2009. Miksi tyttöjen menarkeikä on varhaistunut? Aikakausikirja Duodecim 14, 125. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=murrosik%E4

Päivitetty 12.8.2009. Luettu 20.11.2009.

Åstedt-Kurki, Päivi, Jussila, Aino-Liisa, Koponen, Leena, Lehto, Paula, Maijala, Hanna, Paavilainen, Riitta & Potinkara, Heli 2006. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

Hakusanat: omahoitajuus, lapsi

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytteen kannalta
Theseus	Vanhempien kokemuksia omahoitajuudesta, lasten neurologian poliklinikalla. Taina Verroinen. Oulun diakoniaammattikorkeakoulu 2006.	Tarkoitus kuvailla vanhempien kokemuksia omahoitajuudesta sekä kehittää omahoitajan työtä lasten ja nuorten parissa.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin tiedonkeruulomakkeilla. 5 perhettä osallistui, 4 vastasi lomakkeeseen. Analysoitiin Induktiivisella aineiston analyysillä	Todettiin, että omahoitajalla liian vähän aikaa lapsipotilaalle ja hänen perheelle. Hoidon jatkuvuuden ja pysyvyyden merkitystä korostettiin. Omahoitajan rooli todettiin keskeiseksi ja tärkeäksi osaksi hoitopolkua.	Omahoitajan merkitys lapsipotilaalle ja hänen perheelleen.

Hakusanat: vanhemmat, sairaala

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Linda	”Jaettu mukanaolo-substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa” väitöskirja Paula Lehto, Tampereen yliopisto 2004	Vanhempia osallistui tutkimukseen 48 ja Sairaanhoidtajia 53. Tarkoituksena oli tuottaa substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa.	Otoskoko oli 101 sairaanhoitajaa (53) ja vanhempaa (48). Tutkimus on laadullinen ja perustuu grounded theory-metodologiaan. Aineistona käytettiin kirjallisia esseitä ja haastatteluja.	Tutkimustuloksena saatiin yläkategoriat: saavutettu luottamus, yhdessäolo toimintana, mukanaolon merkitys, jaettu vastuu, kohdatuksi tuleminen ja ydinkategoriat: jaettu mukanaolo ja sen ulottuvuudet.	Vanhempien osallistuminen lapsen hoitoon sairaalassa.

Hakusanat: Vanhemmat, sairaala

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Linda	”Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus” pro gradu Arja Hastrup, Tampereen yliopisto 2006	Tutkimukseen osallistui 8 hoitajaa ja 9 vanhempaa vastasyntyneiden vuodeosastolta. Tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen sisältöä.	Yhteensä 17 osallistui. Varsinainen aineisto koostui neljän hoitajan ja vanhempien välisen keskustelun liitteistä. Tutkimus on laadullinen, ja aineisto kerättiin videomalla hoitajien ja vanhempien keskustelut.	Hoitajat puhuivat enemmän kuin vanhemmat. Hoitajat ja vanhemmat puhuivat osittain eri asioista. Keskusteluissa käytettiin paljon yksittäisiä sanoja, sanapareja ja lyhyitä lauseita kommentoivassa merkityksessä. Kommentteja oli kahdenlaisia, toiset olivat kannustavia ja keskustelua rakentavia ja toiset vuorovaikutuksesta vetäytymistä ja passiivisuutta siinä.	Vanhempien ja hoitotyöntekijöiden välinen vuorovaikutus

Hakusanat: lapsi, potilas

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Theseus	”Minna röntgenissä-kuvakirja” Leikki-ikäinen lapsi röntgenissä, Jenni Lähteenmäki, Pirkanmaan amk 2009	Kohteen olivat röntgenin lapsipotilaat. Tarkoituksena oli tuottaa kuvakirja ja kirjoittaa satu lapsesta röntgentutkimuksessa.	Menetelmänä oli toiminnallinen opinnäytetyö.	yhteistyökumppani oli saanut hyvää palautetta sekä tuotos herätti yleistä mielenkiintoa	Tuotekehitys ja sen kohdistaminen lapsille. Lapsi potilaana.

Hakusanat: lapsipotilas

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Theseus	Leikkaukseen menevän lapsipotilaan ja vanhempien ohjaaminen, hoidon koulutusohjelma 2009, Linda Urponen Janina Vihermaa	Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla osaston hoitohenkilökunta pystyy kehittämään ohjausta asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Tavoitteena oli myös tuottaa osastolle ja vanhempien käyttöön ohjekirjanen koskien lapsen leikkausta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin 0-6-vuotiaiden lasten vanhemmille jaettavan kyselylomakkeen avulla. 16 lomaketta jaettiin 12 palautettiin täytettynä (75%)	Suullinen ohjaus oli hyvä, mutta olisi vaatinut rinnalleen kirjallisen ohjeistuksen.	Tuotekehitys. Vanhempien näkemys informaation laadusta ja keinoista sairaalassa.

Hakusanat: sairaala

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Linda	Pitkäaikaispotilaan esteettinen ympäristö, gradu Jyväskylän yliopisto 2008, Riikka Krohnström-Johansson	Pitkäaikaisraiden esteettistä ympäristöä ja sen kautta syntyvää esteettistä kokemusta	Argumentaatioon pohjautuva sekä laadullinen tutkimus,	Tutkimuksen kohteena olevien osastojen viihtyvyys oli vaihteleva, työntekijät olivat esteettisyyden luojia.	Sairaalaympäristö ja sen merkitys potilaalle.

Hakusanat: sairaala, lapsi

Hakukone	Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde ja tarkoitus	Otoskoko ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
Linda	”Sairaala on kuin pieni uni-kupla” kasvatustieteiden pro gradu, jyväskylä 2002, Sanna Hanhisalo	7-12 -vuotiaiden lasten ajatuksia ja kokemuksia sairaalasta.	18 lasta haastateltiin teemamenetelmällä ja edettiin lasten ehdoilla.	Vanhempien läsnäolo lapsille sairaalassa tärkeää, lapset pitivät hoitohenkilökuntaa ammattitaitoisina sekä kokivat turvallisuuden tunnetta muista lapsipotilaista	Vanhemmat lapsen tukena sairaalassa, kouluikäinen potilaana, lasten tuntemuksia sairaalasta

**PYYNTÖ**

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Savonlinnan keskussairaala

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Tehdä Tervetuloa-kansio lasten osastolle. Kansion tarkoituksen esitellä osastoa ja sen toimintaa kohderyhmälle. Kansioon tulee purrettyjä kuvia, sekä tekstiä.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Kohderyhmänä ovat osaston potilaat, sekä heidän vanhemmat. Yhteistyötahona ovat olleet osaston henkilökunta sekä erityisesti osastonhoitaja.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Kokoamme aineiston kansioon teoria-tiedon pohjalta. Otamme valokuvia osastoilta mm. henkilökunnasta pienistä yksityiskohdista, kuten soittekoellosta. Kuvissa ei näy osaston potilaita, eikä heidän läheisiä.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Huhtikuu 2010
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Kesäkuu 2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty	12 päivänä huhti... kuuta 2010 <i>Toula Oksanen</i> opettaja
Opinnäytetyön AMK ja työelämäohjaaja ja molempien yhteystiedot	AMK-ohjaaja: Toula Oksanen, toula.oksanen@mamk.fi Työelämä-ohjaaja: Jaana Kulhoranta, jaana.kulhoranta@isshp.fi
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	Talvisalonkatu 23-25 57100 Savonlinna 24
Nimi Jenni Turtiainen	puh. 044-544 2062
s-posti jenni.turtiainen@mail.mamk.fi	Maija Tuhonen 050-5475035
Nimi Ulla Pauna	puh. 0400 486 518
s-posti ulla ulla.pauna@mail.mamk.fi	maija.tuhonen@ mail.mamk.fi

Anomus käsitelty 30 4 2010

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____

Toula Oksanen, hallintoyksikön johtaja
Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. Mikäli hakemus koskee asiakkaita, potilaita tai heidän tietojään, hakemus käsitellään kuukaudessa eettisessä toimikunnassa. Muussa tapauksessa käsittelyyn varataan vähintään 2 viikkoa. Liitteenä pitää olla hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, johon sisältyy aineiston hankintalomake saatekirjeineen. Luvan saamisen jälkeen voi vasta tehdä työn empiirisen osan.

6.4.2010lu