



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Satukirja lapsen leikkauspelkoja lievittämään

Lifflander Mari, Lindberg Pia ja Packalen Annika

2012 Laurea Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Oili ja Harminpaikka

Lifflander Mari
Lindberg Pia
Packalen Annika
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2012

Annika Packalen
Mari Lifflander
Pia Lindberg

**Satukirja lapsen leikkauspelkoja lievittämään
”Oili ja Harminpaikka”**

Vuosi 2012 Sivumäärä 43

Päiväkirurgisena toimenpiteenä pidetään suunniteltua kirurgista toimenpidettä, joka vaatii paikallisuudutusta laajemman anestesian. Potilas viipyy toimenpideyksikössä useimmiten korkeintaan 12 tuntia. Päiväkirurgiset toimenpiteet ovat lisääntyneet myös lapsilla. Tavallisia päiväkirurgisia toimenpiteitä leikki-ikäisille lapsille ovat esimerkiksi kitarisan poisto ja korvien putkitukset.

Suurimmat sairaalapelot leikki - ikäisillä (3 - 5 - vuotiailla) lapsilla liittyvät tilanteisiin, joissa he eivät voi olla yhdessä vanhempiensa kanssa. Yleisimpiä lasten pelon aiheita sairaalassa ovat vieras ympäristö ja kipu. Leikki - ikäiset eivät välttämättä myöskään ymmärrä toimenpiteen tarkoitusta tai he voivat ymmärtää sen usein myös väärin. Lapset saattavat kokea pelkoa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, paitsi kotiin lähtiessä. Kaikkein voimakkainta pelkoa lapset kokevat nukutusta ja toimenpidettä kohtaan. Hyvä toimenpiteeseen valmentaminen lieventää lasten pelkoja.

Opinnäytetyössä syvennyttiin kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun keinoin lapsipotilaan pelkojen lievittämiseen perioperatiivisessa hoitotyössä. Työn tarkoituksena oli tuottaa teorian tiedon ja haastatteluiden perusteella satukirja, jonka avulla lapsen leikkausta tai toimenpidettä koskevat pelot vähenisivät ja lapsi kokisi vähemmän pelkoa sairaalassa tapahtuvia toimenpiteitä kohtaan. Satukirjan suunnitteluvaiheessa haastateltiin neljää päiväkirurgisen osaston sairaanhoitajaa avointa haastattelutekniikkaa käyttäen, haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaalan päiväkirurgisen yksikön (PÄIKI) kanssa, jossa teemahaastattelut toteutettiin yksikön sairaanhoitajille.

Haastatteluiden perusteella merkittävimiksi pelkoa vähentäviksi tekijöiksi nousivat lapsen riittävä valmistaminen tulevaan toimenpiteeseen sekä tehokas kivunhoito sairaalassa ja kotona toimenpiteen jälkeen. Työn tutkimuksellinen osa oli laadullinen ja satukirjan toteutus toiminnallinen.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kuvallinen satukirja, jonka avulla lapsen toimenpidettä koskevat pelot vähenisivät. Satukirjan tavoitteena on toimia valmistavana oppaana leikkausta odottavalle lapselle, vastaten sadunomaisin keinoin lapsen kysymyksiin leikkauspeloista. Vanhemmat voivat yhdessä lapsen kanssa valmistautua lapsen toimenpiteeseen etukäteen jo kotona.

Avainsanat:
Leikki-ikäinen lapsi
Perioperatiivinen hoitotyö
Toimenpide
Pelot
Ohjaus
Satukirja

Annika Packalen
Mari Lifflander
Pia Lindberg

**Storybook to help children prepare for the operation
“Oili ja Harminpaikka”**

Year	2012	Pages	43
------	------	-------	----

‘Day Surgery’ is a term referring to a planned operation requiring a general anesthetic but less than 12 hours in the operating unit. The incidence of day surgery for children has increased common operations include adenotomy and tympanotomy.

Children aged 3 - 5 years express their greatest anxiety in relation to the situations where their parents cannot be with them, the strange hospital environment and painful experiences. Additionally they may not always understand the point of the operation, or misunderstand the procedure. All stages of the nursing process cause some degree of anxiety except for leaving the hospital, but anesthesia and the operation itself are the steps that cause the most concern. A thorough preparation and pre-operation coaching can help to alleviate these fears.

A literature review of the alleviation of children`s fears in perioperative nursing was followed up by focused theme interviews with a group of four day surgery nurses and the production of a storybook intended to adequately prepare the children prior to the operation and thus soothe their fears. The study was made in co-operation with the Day Surgery Unit (PÄIKI) at Hyvinkää Hospital which belongs to the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, where the theme interviews were executed in co-operation with the unit`s nurses.

Based on the interviews the most significant factors in alleviating the fears were adequate preparation for the operation as well as sufficient pain medication both in hospital and at home after the operation. The theoretical part of the thesis was qualitative and the execution of the storybook was functional.

One result of this study was the design and production of an illustrated storybook. The book is intended to help children prepare for the operation with their parents in advance at home and to ease their fears related to the operation as well as answer their questions about the operation.

Key words:

Children aged 3 - 5 years
Perioperative nursing
Operation
Fears
Guiding
Storybook

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus	8
2	Leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgia ja päivä kirurginen hoitotyö	9
2.1	Päiväkirurginen toimenpide	9
2.1.1	Kitarisaleikkaus	10
2.2	Lapsen ja vanhempien ohjaus.....	11
2.3	Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen	13
2.4	Hoitajien ja vanhempien läsnäolo toimenpiteen aikana	15
2.5	Lapsen kivunhoito	16
2.6	Lapsen kotiuttamisvaihe	19
3	Leikki-ikäisen lapsen sairaalapelot.....	20
3.1	Pelon hallinta	21
3.2	Pelon ennaltaehkäisy	22
4	Leikki-ikäisen lapsen kehitys.....	24
4.1	Myöhäisleikki-ikäinen lapsi	24
4.2	Sosiaalinen kehitys.....	25
4.3	Kognitiivinen kehitys	25
5	Ammattieettinen toiminta leikki-ikäisten lasten hoitotyössä	26
5.1	Eettiset ongelmat hoitotyöntekijän ja lapsen välisessä suhteessa	27
5.2	Lapsen vanhemmista lähtöisin olevat eettiset ongelmat	27
5.3	Hoitotyöntekijästä lähtöisin olevat eettiset ongelmat	28
6	Kuvakirjan laatiminen päiväkirurgiaan tulevalle leikki-ikäiselle lapselle	28
6.1	Sadun merkitys leikki-ikäisen lapsen pelkojen hallinnassa	29
6.2	Mikä on kuvakirja?.....	30
6.3	Kuvakirja ja satu	31
6.4	Typografia	32
6.5	Kuvitus ja teksti	32
6.6	Satukirjan toteuttaminen.....	33
7	Tutkimusongelmat.....	33
8	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut.....	34
8.1	Teemat ja haastattelukysymykset	34
8.2	Haastattelu ja aineiston keruu.....	35
8.3	Analysointi.....	37
9	Haastatteluiden tulokset	37
10	Opinnäytetyön toteuttaminen	40
11	Pohdinta.....	41
11.1	Keskeisten tulosten pohdinta	41

11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja käyttökelpoisuus	42
11.3 Opinnäytetyön eettisyys	42
11.4 Kehittämisehdotukset ja tulevaisuuden haasteet	43
Lähteet	44
Kuviot	
Taulukot	
Liitteet	

Johdanto

Päiväkirurgisena toimenpiteenä pidetään suunniteltua kirurgista toimenpidettä, joka vaatii paikallispuudutusta laajemman anestesian. Potilas viipyy toimenpideyksikössä korkeintaan 12 tuntia. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 10.) Suomessa alle 16 -vuotiaille tehtävistä kirurgisista toimenpiteistä noin puolet (53 %) ovat päiväkirurgisia (Korhonen, Kaakinen, Miettinen, Ukkola & Heino 2009, 3). Tavallisimpia päiväkirurgisia toimenpiteitä alle 16-vuotiaille lapsille ovat ahtaan esinahan korjaus, kitarisan poisto, tyräleikkaukset ja korvien putkitukset (Ivanoff, Åstedt-Kurki & Laijärvi 1999, 155; Hautakangas ym. 2003, 26).

Suurimmat sairaalapelot leikki - ikäisillä (3 - 5 - vuotiailla) lapsilla liittyvät tilanteisiin, joissa he eivät voi olla yhdessä vanhempiensa kanssa. Sairaalassa lapselle pelkoa aiheuttavat vieras ympäristö, hylätyksi tuleminen, kehon vahingoittumisen uhka, kipu, itsemääräämisoikeuden rajoittuminen, alistaminen sekä mielivalta. Leikki-ikäiset eivät välttämättä myöskään ymmärrä toimenpiteen tarkoitusta tai he voivat ymmärtää sen usein myös väärin. Traumaattisiksi kokemuksiksi lapselle voivat muodostua esimerkiksi laboratorio- tai röntgentutkimukset. (Ivanoff ym. 1999, 272 - 280.) Lapset saattavat kokea pelkoa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, paitsi ei kotiin lähtiessä. Kaikkein voimakkainta pelkoa lapset kokevat nukutusta ja toimenpidettä kohtaan. Osalle lapsista tiedonpuute aiheuttaa pelkoja. He eivät tiedä riittävästi toimenpiteeseen ja nukutukseen liittyvistä asioista. (Flinkman & Salanterä 2004, 121 - 127.)

Opinnäytetyössä syvennyttään kirjallisuuskatsauksen ja haastattelun keinoin valittavaan aiheeseen, lapsipotilaan pelkojen lievittämiseen perioperatiivisessa hoitotyössä. Työn tarkoituksena on tuottaa teorian tiedon ja haastatteluiden perusteella satukirja, jonka avulla lapsen leikkausta tai toimenpidettä koskevat pelot vähenisivät ja lapsi kokisi vähemmän pelkoa sairaalassa tapahtuvia toimenpiteitä kohtaan. Satukirjan tavoitteena on toimia valmistavana oppaana leikkausta odottavalle lapselle.

1 Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa päiväkirurgiselle yksikölle satukirja, jonka avulla voidaan vähentää tai lieventää leikkaukseen menevän lapsen ja vanhemman pelkotoiloja ja ennakkoluuloja. Satukirjan tarkoituksena on perehdyttää leikki-ikäinen lapsi ennalta tulevaan leikkaukseen.

Tutkimus on kvalitatiivinen, joka auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Taustalla on kuitenkin alun perin aristoteelinen ajatus, että yksityisessä toistuu yleinen. Tutkimalla yksityistä tapausta riittävän tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein yleisellä tasolla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 170 - 171.)

Teoriatietoon ja asiantuntijahaastatteluihin perustuen, opinnäytetyön tarkoitus on suunnitella ja toteuttaa kuvallinen satukirja, joka toimisi tulevaisuudessa työvälineenä lapsipotilaan valmistamisessa leikkaukseen tai muuhun sairaalassa tapahtuvaan toimenpiteeseen. Satukirjan tavoitteena on vastata sadun omaisin keinoin lapsen kysymyksiin. Tavoitteena on tuottaa kirja, joka toimisi työvälineenä preoperatiivisesti osastolla tai kotona. Satukirja on tarkoitus tuottaa apuvälineeksi HUS:n Hyvinkään sairaalan päiväkirurgisen yksikön (PÄIKI) lapsipotilaille ja heidän vanhemmilleen. Tutkielmia lapsesta leikkauspotilaana löytyy useita. Vielä ei kuitenkaan tietojemme mukaan ole toteutettu satukirjaa, joka toimisi työvälineenä perioperatiivisissa yksiköissä.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat leikki-ikäisen lapsen kehitys, leikki-ikäisen lapsen pelot ja niiden ehkäiseminen, kipu, perioperatiivinen hoitotyö, päiväkirurginen toimenpide ja lapsen valmistaminen hoitotoimenpiteisiin. Opinnäytetyön teoriaosuus keskittyy muun muassa leikki-ikäisen lapsen kehityspsykologiaan, lapsen kipuun ja kivunhoitoon sekä lapsen pelkoihin. Lisäksi teoriassa on keskitytty päiväkirurgiseen hoitotyöhön, lapsen ohjaukseen, potilasohjeiden ja kuvakirjojen laatimiseen. Teoria käsittelee myös ammattieettistä toimintaa lasten hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastatteluiden avulla, minkälaisia leikkauspelkoja leikki-ikäisellä lapsella on. Asiantuntijahaastattelut keskittyy tarkoin rajattuun kohderyhmään, päiväkirurgisessa yksikössä työskenteleviin sairaanhoitajiin.

Pyrimme opinnäytetyössämme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin;

- Mitkä ovat lapsen keskeisimpiä pelkoja lapsen valmistautuessa leikkaukseen?
- Millaisin keinoin lapsen leikkauspelkoja voidaan lievittää?

- Mitä keskeisiä asioita sairaanhoitajat nimeävät, mitä satukirjassa tulisi olla, jotta se palvelisi leikki-ikäisen lapsen pelkoa vähentävänä työvälineenä valmisteltaessa lasta leikkaukseen?

2 Leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgia ja päivä kirurginen hoitotyö

Hautakangas ym. määrittelevät ”päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi hoitojakson, johon liittyy suunniteltu toimenpide ja jossa potilas viipyy sairaalassa korkeintaan 12 tuntia toimenpiteen ja hoidon vuoksi. Lasten päiväkirurgiset leikkaukset tehdään yleensä yleisanestesiassa. Yleisimpiä päiväkirurgisesti lapsille tehtäviä leikkauksia ovat tyräleikkaukset, kitarisanpoistot, korvien putkitukset, ahtaan esinahan korjaukset, sekä erilaiset täyhystysleikkaukset. Päiväkirurgiset toimenpiteet sopivat yleisiltään hyväkuntoisille lapsille. Alle kolmen kuukauden ikäisille lapsille päiväkirurgisia toimenpiteitä ei yleensä tehdä”. (2003, 10.) Lyhyt sairaalassaoloaika vaikuttaa mahdollisimman vähän lapsen päivittäiseen rytmiin. Lyhyt anestesia- ja leikkauksaika vähentävät jälkikomplikaatioita, kuten kipua ja pahoinvointia, ja sitä kautta edistävät lapsen parantumista. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2001, 155.)

Päiväkirurgisen toiminnan osuus on lisääntynyt jatkuvasti myös lapsilla. Pääsyyinä tähän on ollut uusien ajanmukaisten päiväkirurgisten toimintaympäristöjen valmistuminen. Päiväkirurgian etuna on se, että lapsen tavallinen elämä häiriintyy päiväkirurgisessa toimenpiteessä mahdollisimman vähän. Lapsen vanhemmat ovat mukana hoidossa, ja tämän vuoksi ero vanhemmista jää lyhyeksi. Lapselle aiheutuva stressi jää pieneksi, jolloin toimenpiteen jälkeiset käytöksen häiriöt ovat epätodennäköisiä. Lapsen ja perheen kannalta palautuminen normaaliin toimintaan on nopeaa. (Rosemberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 486.)

2.1 Päiväkirurginen toimenpide

Päiväkirurginen palveluprosessi käynnistyy lääkärin lähetteen kirjoittamisesta. Leikki-ikäinen lapsi tulee vanhempansa kanssa toimenpideaamuna hoitoyksikköön ja kotiutuu samana päivänä. Organisaation kannalta päiväkirurgiset toimenpiteet ovat potilaalle turvallisempia, koska sairaalassa olon lyhyys ei altista infektioille yhtä paljon kuin useamman päivän osastohoito. Taloudellisesti päiväkirurgisia toimenpiteitä pidetään kustannusvaikuttavina, koska ne ovat kolmanneksen halvempia kuin osastohoito. Lisäksi päiväkirurgiaa pidetään sairaalan tehokkuutta lisäävinä ja palvelujen saatavuutta edistävinä. (Hautakangas ym. 2003, 3.) Palveluprosessi päättyy toimenpiteen jälkeen lääkärin tekemään palautteeseen läheittäville taholle (Hautakangas ym. 2003, 10).

Lasten preoperatiivisessa valmistelussa on kolme osa-aluetta: leikkauskelpoisuuden ja asiakirjoihin liittyvät valmistelut, lapsen ikätasoon soveltuva ohjaus ja valmistelu sekä vanhempien ohjaus ja valmistelu (Kortesalmi, Lipsonen, Piispanen & Vuorela 2004; Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13 - 14; Lukkari, Kinnunen, & Korte 2007, 11 - 12, 20 - 23). Päiväkirurgisen lapsipotilaan valmistamisessa toimenpiteeseen on vanhempien ja hoitoyksikön ohjauksella tärkeä sijansa, koska ne tukevat lapsen psyykkistä selviytymistä kirurgisesta toimenpiteestä ja luovat perustan koko hoitoprosessille (Hiitola 2000, 98; Flinkman & Salanterä 2004, 25; Kortesalmi ym. 2004; Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13; Korhonen ym. 2009, 3). Hyvin valmistellut ja ohjatut lapsipotilaat pelkäävät vähemmän sekä heillä on vähemmän komplikaatioita ja leikkauksen jälkeistä pahoinvointia (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 52; Kortesalmi ym. 2004; Kortesalmi & Lipsonen 2005, 13 - 14).

Päiväkirurgisen hoitajakson lyhyden vuoksi tiedon tarve korostuu. Tiedon antamisessa tulee huomioida lapsen kehitystaso. Tiedon tulee olla havainnollista ja ymmärrettävää. Leikkiikäinen lapsi ja hänen vanhempansa tarvitsevat tietoa valmistautuessa toimenpiteeseen toimenpiteen kulusta ja jälkihoidosta, jotta he kykenevät itsehoitoon. (Hiitola 2000, 98 - 99; Lukkari ym. 2007, 22.) Vanhemmilla on tärkeä rooli lapsensa tukemisessa (Hiitola 2000, 98; Pelander 2008, 84 - 91). Tiedon antamiseen pohjautuvaa ohjausta käytetään yleisimmin, mutta yksistään se ei ole riittävän tehokas pelkojen lievittämiskeino. Perhekeskeinen, tietoa antava, havainnollistava ja leikin avulla tapahtuva ohjaus, on puolestaan havaittu hyödyllisemmäksi keinoksi. (Korhonen ym. 2009, 3.) Lääkärilaukut, sairaala-aiheiset kuvakirjat ja tarinat auttavat lasta jäsentämään tulevaa ja tutustumaan sanastoon (Hiitola 2000, 99; Hiitola 2005, 140 - 141). Sairaalakohteisesti voi vaihdella, minkä verran vanhemmat voivat osallistua lapsensa hoitoon toimenpideyksikössä (Korhonen ym. 2009, 3).

2.1.1 Kitarisaleikkaus

Kitarisaleikkaus tehdään aina nukutuksessa ja toimenpiteen tekee korvalääkäri. Yleensä leikkaus kestää alle 15 minuuttia ja se tehdään suun kautta peilin avulla. Leikkaus on lähes aina päiväkirurginen toimenpide. Lasta tarkkaillaan toimenpiteen jälkeen sairaalassa muutamia tunteja, jonka jälkeen hän pääsee kotiin. Lapset toipuvat yleisesti kitarisaleikkauksesta nopeasti. Leikkauksesta johtuvat jälkivaivat ovat lähes aina lieviä ja harmittomia. Leikkauksen jälkeen nenänielu voi olla hieman arka ja turvonnut, joten lapselle on hyvä antaa kipulääkettä parin päivän ajan. Parantumisvaiheessa voi lapsen hengitys haista muutaman päivän ajan todella pahalle. Leikkausalueen parannuttua haju häviää. Hyvin harvoin leikkausalue alkaa vuotaa verta leikkauksen jälkeen. Melkein aina tämä tapahtuu jo leikkauspäivänä. Jälki-vuodon saanut lapsi tulee viedä heti takaisin sairaalaan. Muutamina ensimmäisinä öinä nenänielun turvotus voi aiheuttaa lapselle kuorsausta. (Blomgren 2011.)

Tavallisin syy kitarisan poistolle on suurentuneen kitarisan aiheuttama suuhengitys ja jatkuva kuorsaus. Nenänielu tukkeutuu kitarisan ollessa suuri ja tällöin lapsi ei kykene hengittämään normaalisti nenän kautta. Unenlaatu voi heikentyä jatkuvan suuhengityksen ja kuorsauksen vuoksi ja lisäksi se voi aiheuttaa päiväaikaista levottomuutta sekä estää hyvän purennan kehittymisen. Jos kitarisa on kroonisesti tulehtunut, on sen pinnalla tai suunielussa nähtävissä valuvaa märkäeritettä, jonka vuoksi kitarisa on syytä poistaa. Tulehtunut kitarisa ei kuitenkaan välttämättä ole aina suurentunut. (Blomgren 2011.)

Aikaisemmin on ajateltu kitarisan aiheuttavan toistuvia korvatulehduksia ja oireileville lapsille tehtiin herkästi kitarisaleikkaus. Uusimmat tutkimukset kuitenkin osoittavat, ettei terveen kitarisan poistaminen estä korvatulehduksia pienillä lapsilla. Toistuvat korvatulehdukset tai liimakorva voivat vaatia myös ilmastointiputkien korviin laittamisen. Tällöin korvalääkäri tutkii myös kitarisan. Mikäli risa on selvästi tulehtunut tai suurentunut, voidaan se poistaa samalla. Mikäli korvatulehduskierre jatkuu putkituksesta huolimatta, voidaan kitarisan poistoa myös harkita. (Blomgren 2011.)

Kitarisa sijaitsee nenänielussa. Koostumukseltaan se on samanlaista imukudosta, kuin suun takaosassa olevat nielurisat. Kitarisoja on vain yksi, mutta sen koko vaihtelee yksilöllisesti. Suurimmillaan se voi olla jopa luumun kokoinen. Kookkaimmillaan kitarisa on leikki-ikäisellä lapsella, mutta se surkastuu vähitellen lapsen kasvaessa. Yli 20 - vuotiailla ei ole yleensä juurikaan kitarisaa jäljellä. Kitarisalla on tehtävänsä lapsen puolustusjärjestelmässä. Se estää bakteerien kiinnittymistä nenänielun limakalvolle. Lapsen alttiuteen sairastua hengitysteiden tulehduksiin tai muihin sairauksiin, kitarisan poisto ei vaikuta. (Blomgren 2011.)

2.2 Lapsen ja vanhempien ohjaus

Ymmärrettävät, potilaan huomioon ottavat kirjalliset ohjeet ovat tulleet entistä tärkeämmäksi osaksi hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Monessa sairaalassa ja terveyskeskuksessa pohditaan entistä tarkemmin miten asiat voidaan ilmaista, niin että potilaat ja asiakkaat ne ymmärtäisivät. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.)

Kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun on Torkkolan ym. (2002, 7) mukaan useita syitä. Potilaat paitsi haluavat itse tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidosta, heiltä myös odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. Muuttuneiden hoitokäytänteiden myötä sairaaloiden hoitoajat ovat merkittävästi lyhentyneet. Lyhimmillään potilas viipyy toimenpiteessä vain muutaman tunnin. Tämän vuoksi aikaa suulliseen, henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän. Toisinaan potilaan henkilökohtainen ohjaus jää vajavaiseksi ja niukaksi henkilökunnan kiireen vuoksi, jolloin on merkittävää täydentää ohjeistusta kirjallisesti.

Potilaat ovat mielestään saaneet liian vähän tietoa niin sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä kuin jatko- että itsehoidostakin. Vuonna 1993 voimaan tullut potilasoikeuslaki korostaa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä myös potilaan itsemääräämisoikeutta. Jotta potilas voisi realistisesti itse päättää hoidostaan, hän tarvitsee päätöksensä tueksi tietoa. Tämän hoitoa koskevan tiedon antaminen on terveydenhuollon velvollisuus. Kirjalliset ohjeet eivät voi korvata henkilökohtaista potilasohjausta, mutta ovat usein henkilökohtaisen ohjauksen välttämätön täydennys. (Torkkola ym. 2002, 8.)

Muuttuneista hoitokäytännöistä erityisesti lyhytjälkihoitoisen kirurgian sekä päiväkirurgian kehittyminen on lisännyt tarvetta kehittää kirjallisia potilasohjeita. Toisinaan potilaat saavat ajan toimenpiteeseen lähetteen perusteella, eikä heillä näin ollen toimenpidepäivää edeltäen ole mahdollisuutta keskustella muiden, kuin lähettävän lääkärin kanssa. Uudet hoitokäytännöt ja lyhentyneet hoitoajat lisäävätkin merkittävästi potilasviestinnän kehittämisen tarvetta. (Torkkola ym. 2002, 9.)

Suullinen ohjaus ei tavallisesti yksinään riitä, vaan rinnalle tarvitaan tueksi kirjallisia ohjeita. Käytännössä ohjeet laaditaan soveltuvaksi esimerkiksi kirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle potilaalle. Osa ohjeista annetaan henkilökohtaisesti, jolloin kuvitteelliselle keskivertopotilaalle laadittua ohjetta voidaan tarvittaessa täydentää ohjattavan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti toimenpiteestä riippuen. Henkilökohtaisessa ohjaustilanteessa potilaalla on välitön mahdollisuus kysyä, mikäli jokin asia vaikuttaa epäselvältä. (Torkkola ym. 2002, 25.)

Tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin Torkkola ym. (2002, 25) kertoo. Kotiin lähetettävien ohjeiden etuna on se, että potilaalla on mahdollisuus tutustua ohjeisiin rauhassa etukäteen ja miettiä tarvittaessa kysymyksiä hänelle tärkeistä asioista. Ohjeissa asiat ilmaistaan lyhyesti ja täsmällisesti, joskus jopa luettelomaisesti, jolloin voidaan painottaa erityisesti tärkeitä asioita. Tällainen ohje toimii tavallaan myös potilaan muistilistana. Erikoissairaanhoidossa tehtävät tutkimukset ja toimenpiteet vaativat nykypäivänä potilaalta entistä huolellisempaa valmistautumista. Potilaat tulevat toimenpiteisiin suoraan kotoa, ja näin ollen vastuu leikkauksen esivalmisteluista on potilaan ja hänen saamiensa ohjeiden varassa.

Ilman selviä ohjeita, pelkän muistin varassa toimenpiteeseen valmistautuminen on epävarmaa. Väärinkäsitysten välttämiseksi toimenpiteisiin tarkoitettujen valmistautumisharjoitusten tulee olla ehdottoman yksiselitteisiä. Esimerkiksi ohjeissa yksiselitteisesti käytetty ilmaisu ”ravinnotta” on epätarkka. Ilmaisua ei kerro, tarkoitetaanko sillä sekä syömättä ja juomatta olemista, vai saako potilas kenties juoda jotakin. Syömättömyyteen ja juomattomuuteen ohjaava neuvo kaipaa lisäksi tuekseen myös kellonaikoja. Pelkkä ilmaisu ”edellisenä iltana” ei ole riittävä, sillä yhdelle iltana alkaa viideltä, toiselle vasta kello 23. (Torkkola ym. 2002, 26.)

Potilaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on aina ollut osa sairaanhoitajan työtä. Hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjata potilaita, sillä he ovat ajallisesti eniten tekemisissä heidän kanssaan. Vaikka potilaat saavat sairastuessaan tietoa monilta eri asiantuntijoilta, on hoitajalla kokonaisvastuu potilasohjauksen sekä neuvonnan koordinoimisesta ja toteuttamisesta. (Torkkola ym. 2002, 26.)

Torkkola ym. (2002, 32) kertovat lapsipotilaan ohjauksessa huoltajan läsnäolon olevan välttämätöntä. Lapsen hoitoon liittyvistä asioista keskustellaan ensin yhdessä perheen kanssa. Lapsi huomioidaan kertomalla tulevasta hoidosta hänen ikätasolleen sopivalla tavalla. Lapselle on tärkeää, että hän voi luottaa siihen, mitä hänelle on kerrottu. Tarvittaessa sairaanhoitaja keskustelee vielä hoito-ohjeista vanhempien kanssa kahden kesken.

2.3 Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen

Päiväkirurgiassa vanhempien läsnäolo on erityisen suositeltavaa. Anestesianuoto valitaan normaalein periaattein, kuitenkin suosien lyhytvaikutteisia ja mahdollisimman vähän pahoinvointia aiheuttavia lääkkeitä. Anestesiamenetelmistä naamarianestesia on usein hyvä vaihtoehto, koska toimenpiteet ja niiden valmistelut ovat lyhyitä. Kurkunpäämaskin (LMA) käyttö on jatkuvasti lisääntynyt, mutta intubaatiokaan ei ole este päiväkirurgiselle toimenpiteelle ja monet päiväkirurgiset tutkimustoimenpiteet nimenomaan edellyttävät sitä. (Rosemberg ym. 2006, 487.)

Lapsen ja perheen valmistaminen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen on paljolti lapsen vanhempien ja perheen tehtävä, johon he usein tarvitsevat neuvoja hoitavalta henkilökunnalta. Lapsen vanhempia rohkaistaan kertomaan lapselle etukäteen tulevasta toimenpiteestä rauhallisesti kotona. Mitä vanhempi lapsi on, sitä aikaisemmin hänelle tulee kertoa suunnitelmista. Kouluikäiselle lapselle toimenpiteestä kerrotaan heti leikkauspäätöksen jälkeen. Lääkäri ja sairaanhoitaja ovat keskustelleet lapsen kanssa asiasta yleensä jo vastaanottokäynnin yhteydessä. Jos lapsi on leikki-ikäinen, hänen kanssaan aloitetaan keskustelu toimenpiteestä miellään muutama päivä ennen sairaalaan menoa. Pienimmille lapsille asiasta tulisi kertoa vasta leikkausta edeltävänä päivänä. (Viitamäki 1996, 58.)

Lapselle annetaan aikaa miettiä sairaalaan tuloa ja hänen kysymyksiinsä vastataan. Mikäli vanhemmat eivät tiedä vastauksia lapsen kysymyksiin, he kertovat ottavansa niistä selvän. Lapselle on tärkeää, että hän voi luottaa siihen, mitä hänelle on kerrottu. Lapsen preoperatiivista ohjausta varten on olemassa erilaisia kertomuskirjoja, joita vanhemmat voivat lukea yhdessä lapsen kanssa toimenpidettä edeltävästi. Perhettä rohkaistaan osallistumaan preoperatiiviseen hoitoon leikkauspäivänä. (Viitamäki 1996, 58 - 59.)

Kun sairaanhoitaja valmistaa lasta toimenpiteeseen, on hänellä mahdollisuus kertoa lapselle yksityiskohtaisemmin tulevasta toimenpiteestä ja sen kulusta. Lapselle on hyvä näyttää etukäteen esimerkiksi maski ja antaa hänen tutustua siihen ja kokeilla, miltä sen läpi hengittäminen tuntuu. Lapselle kerrotaan, että toinen vanhemmista on hänen kanssaan koko toimenpidepäivän ajan. Hän on odottamassa lapsen kanssa toimenpiteeseen pääsyä ja on lapsen luona tämän herätessä toimenpiteen jälkeen. Lapsi voi ottaa sairaalaan mukaan mielilelunsa, omia kirjoja tai korvalappustereot tai videoita odotusajan viihdykkeeksi. (Viitamäki 1996, 58 - 59.)

Päiväkirurginen toimenpide lapselle asettaa henkilöstölle erityisiä vaatimuksia. Sairaalaan tulo voi aiheuttaa lapselle pelon tunteita, koska useinkaan lapsella ei ole aiempia kokemuksia sairaalarakennuksesta. (Pölkki 2003, 18 - 19; Flinkman-Salanterä 2004, 122 - 123; Talka 2009, 13.) Sairaalan tuoksut, äänet ja kirkas valaistus ovat uusia kokemuksia lapselle. Rauhallinen ja miellyttävä ympäristö luo lapsipotilaalle mahdollisuuden valmistautua toimenpiteeseen pelkoja ja ahdistuneisuutta lisäämättä. (Pölkki 2003, 20 - 21; Ruuskanen & Airola 2004, 121.)

Sairaalaan ja leikkaukseen joutuminen aiheuttaa lapselle henkistä stressiä, joka saattaa ilmaista toimenpiteen jälkeen muutamista päivistä jopa kuukausiin kestävinä psyykkisinä reaktioina, kuten unihäiriöinä, käytöksen muutoksina, kiukutteluna ja syömishäiriöinä. Alle kouluikäiset lapset ovat erityisen alttiita jälkioireille. Kouluikäisen lapsen on jo helpompi ymmärtää hetkellinen ero vanhemmista. Lapselle on kerrottava ikä ja kehitystaso huomioiden hoidosta rehellisesti ja paisuttelematta yksityiskohtia ja välttäen väärinymmärrysten mahdollisuutta. (Rosenberg ym. 465.)

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valmistettaessa tulee välttää sairaalasanastoa. Sanoja, joita kannattaa välttää lasten kanssa työskenneltäessä, ovat esimerkiksi leikata, pistää, elektrodi, testata, nukuttaa, katetroida, satuttaa ja nipistää. Myös sanontoja 'täti pistää', 'isot tytöt eivät itke' ja 'tämä ei satu yhtään' tulisi välttää, koska sanat ja sanonnat voivat aiheuttaa pelkoja lapsen mielikuvituksessa. (Jokinen ym. 1999, 31.) Etukäteen tutustuminen tulevaan sairaalamaailmaan ja sen laitteisiin auttaa lapsia käsittelemään tilannetta. Kuvakirjalla, videoilla, peleillä, värityskirjalla voi tutustuttaa sairaalaan ja sen laitteisiin. Keskustelut kirjan sisällöstä ja kuvista antavat lapselle mahdollisuuden kysyä häntä askarruttavista asioista. (Ivanoff ym. 1999, 14 - 15; Korhonen ym. 2009, 13; Kajander & Karhunen 2001, 14 - 15; Hiitola 2005, 137 - 138, 140 - 146; Korhonen ym. 2009, 13.) Valmistamista ei tule aloittaa liian aikaisin, jotta lapsi ei muodosta pelottavia mielikuvia (Hiitola 2000, 92).

Lapsen kuullen tulee välttää puhumista leikkaamisesta tai poistamisesta, vaan tulee puhua mielummin hoitamisesta tai toimenpiteestä. On hyödyllistä esitellä lapselle toimenpiteeseen liittyviä välineitä. Lisäinformaation tarjoaminen videonauhoitteiden, esittelykirjasten, inter-

net- tai sairaalaesittelyjen muodossa on kannatettavaa. Anestesia- ja lääkäriin sekä mahdollisuuksien mukaan myös anestesiahoitajan tapaaminen etukäteen lisää myönteisen tiedon määrää ja auttaa hälventämään pelkoa. Puudutusvoiteen ja esilääkityksen eduista kannattaa mainita, jos niitä aiotaan käyttää. Jos lapsen anestesia aiotaan suorittaa naamari-induktiolla, kannattaa sekin mainita etukäteen. Joillekin lapsille saattaa olla kaikkein tärkeintä tietää, että laskimokanyyli asetetaan vasta unessa naamari-induktion jälkeen. (Rosemberg ym. 2006, 465.)

Esilääkitys ei ole rutiinikäytäntö lasten anestesiassa, mutta joskus rauhoittava lääkitys pieninä annoksina voi olla hyödyksi. Liian iso annos saattaa aiheuttaa toimenpiteen jälkeisiä jännönsävaikutuksia ja olla este kotiutukselle. Puudutusvoide on erittäin tärkeä, mikäli laskimokanyyli asetetaan hereillä olevalle lapselle. (Rosemberg ym. 2006, 486.)

2.4 Hoitajien ja vanhempien läsnäolo toimenpiteen aikana

Lapsen kotiutuessa jo toimenpidepäivänä, tulee vanhempien sitoutua yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä on tärkeää, koska vastuu hoidosta kotona toimenpiteen jälkeen kuuluu vanhemmille. Vanhempien tehtävä on huolehtia myös lapsen kivun hoidosta sekä haavan hoidosta lapsen kotiuduttua. (Hautakangas ym. 2003, 15 - 16.) Kotiutuksen edellytyksiä lapsella ovat, viraalitoimintojen vakaus, ikää vastaava yhteistyökyky, liikkuminen, leikkausalueen kivuttomuus ja vuotamattomuus, sekä joissakin tapauksissa se, että lapsi saa virtsattua. (Ivanoff ym. 2001, 156.) Lyhyen hoitajakson vuoksi vanhempien tarvitseman tiedon tarve korostuu. Vanhemmat tarvitsevatkin tietoa toimenpiteeseen valmistautumisesta, sen kulusta ja jälkihoidosta kyetäkseen hoitamaan lasta kotona toimenpiteen jälkeen. (Hautakangas ym. 2003, 19.)

Päiväkirurgisessa hoitoyksikössä on tärkeää kannustaa vanhempia tukemaan lasta tulevassa toimenpiteessä (Lukkari ym. 2007, 22). Hoitohenkilöstö ohjaa vanhempia valmistamaan lasta ikäkaudelle sopivin käsittein ja oikein ajoitetusti (Hiitola 2005, 132 - 134; Korhonen ym. 2009, 13). 2 - 4 - vuotiaiden lasten valmistelu ajoitetaan päivään ennen toimenpidettä ja vanhempien lasten valmistelua tehdään noin viikko ennen toimenpidettä. Toimenpiteeseen liittyvä tieto ja tunteiden käsittelymahdollisuus vähentää lasten ja vanhempien ahdistusta sekä lisää lapsen turvallisuuden tunnetta. (Hiitola 2005, 144; Korhonen ym. 2009, 13 - 15.)

Lapset voivat kokea toimenpiteen myös positiivisena ja itsetuntemusta lisäävänä. Lapsen yksilöllinen kokemus tulisi huomioida. Yksilölliseen kokemukseen vaikuttavat ikä, kehitystaso, lapsen mielikuvitus, valmistautuminen sairaalaan menoon, vanhempien suhtautuminen lapsen sairauteen ja lapsen aikaisemmat kokemukset sairaalahoidosta. Myös kulttuurisilla ja ympäristötekijöillä on vaikutusta kokemuksellisuuteen. (Flinkman & Salanterä 2004, 122.)

Pelanderin opinnäytetyössä (2008) tutkittiin lasten arviointia hoitajista päiväkirurgisessa yksikössä. Lapset arvioivat hoitajien huolenpito- ja vuorovaikutustaidot kiitettäväksi. Hoitajien viihdyttämistaitoja pidettiin tyydyttävinä. Hoitajien odotettiin pelaavan lasten kanssa rutiinitoimenpiteiden välissä.

2.5 Lapsen kivunhoito

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (2005a) mukaan lapsipotilaiden kivunhoitoon on viime vuosina alettu kiinnittää enemmän huomiota. Siinä onkin viimeisten 20 vuoden aikana tapahtunut merkittävää kehitystä. Huomiota on alettu kiinnittää niin leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon kuin sairaalahoidossa esimerkiksi infektion takia olevan lapsen kivunhoitoon. Merkittävä muutos lasten kivunhoitoon alkoi 1980-luvulla. Tuolloin alettiin kiinnittää huomiota etenkin lasten leikkauksen jälkeiseen kipuun. Aiemmin kipuun annosteltiin lääkkeitä hyvin varovaisesti. Luultiin etteivät lapset koe kipua samalla lailla kuin aikuiset. Ja toisaalta taas kipulääkkeitä ei uskallettu antaa tarpeeksi suuria määriä lapsille.

Lapset ilmaisevat ja kokevat kivun eri tavalla kuin aikuiset. Tämän vuoksi aikaisemmin onkin ajateltu, että lapset eivät koe kipuja ja kärsi niistä yhtä paljon kuin aikuiset. Kivunhoidon onnistumisen kannalta lasten iänmukaisten fyysisten ja psyykkisten erityispiirteiden huomioiminen on erittäin tärkeää. Lasten kipuongelmat ovat hyvin erilaisia kuin aikuisilla. Kipulääkkeen lisäksi lapsen kipuun auttavat monet muutkin seikat kuten vanhempien ja sisarusten läsnäolo, leikki, mukavien asioiden ajattelu, keskusteleminen, erilaisten asioiden tekeminen ja rentoutuminen. Lasten kivun mittaamisessa käytetään erilaisia mittareita. Kipulääkkeitä lapselle annetaan tarpeen mukaan eikä kellon mukaan. Hyvä kivunhoito auttaa, parantaa ja lopettaa kivun. (HUS 2005b.)

Terveystieteiden tohtori Tarja Pölkki kirjoittaa, että erityisesti lapselle kipu on moniulotteinen ja kokonaisvaltainen asia. Kivunomaisen tunteen saattaa aiheuttaa jo pelko ja ahdistus. Perinteisen lääkehoidon lisäksi lasten kivunhoidossa tulisikin käyttää myös muita menetelmiä, kuten valmistavan tiedon antaminen, ohjaaminen rentoutumaan ja hengittämään oikein, ajatusten muualle suuntaaminen, palkitseminen, läsnäolo ja koskettaminen sekä erilaiset fyysikaaliset menetelmät, kuten kylmä- ja lämpöhoito, hieronta ja asentohoito. Eniten tutkimusnäyttöä lääkkeettömistä menetelmistä on mielikuvien käytön vaikutuksista sekä ajatusten muualle suuntaamisesta. Lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin suhtaudutaan positiivisesti mutta niiden käyttö on vähäistä. Yhtenä tulevaisuuden haasteena Pölkki näkeekin lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön lisäämisen. Mielenkiintoista olisikin nähdä vähentäisikö lääkkeettömien kivunhoito menetelmien käyttö kipulääkkeiden käytön tarvetta lasten kivunhoidossa. (Ritmala-Castrén 2010.) Sairaanhoitajien tiedoista ja taidoista lapsen kivunhoidon suhteen onkin tehty tutkimuksia. Vielä toistaiseksi on havaittu, että sairaanhoitajien tiedot ja taidot selviytyä lasten kivun hoidosta eivät ole riittävällä tasolla. Lasten kivunhoidosta selviy-

tyminen on kuitenkin erittäin tärkeä asia lastenosastolla työskennellessä. (Children of the New Earth Magazine 2007.)

Lapsen kivunhoito onkin ongelmallista ja vaatii hoitohenkilökunnalta vahvaa ammattitaitoa. Erityisesti pienten lasten kivunhoito on haasteellista, koska he eivät osaa puhua ja näin ollen kertoa kivustaan. Viime aikoina kuitenkin on opittu tulkitsemaan jopa keskoslasten kipua ja on kehitetty keinoja, joilla vanhemmat voivat auttaa kivunlievityksessä. Myös isompien lasten kivunhoidossa vanhempien rooli korostuu. Hoitohenkilökunta onkin tässä avainasemassa antamalla vanhemmille kivunhoitoon liittyvää neuvontaa ja tukea. (HUS 2005b.)

Ensisijaisia hoivaajia lapsen elämässä ovat vanhemmat. Vanhempien tulisikin olla aktiivisesti lapsensa tukena lapsen akuutissa kiputilanteessa. He eivät vain useinkaan tiedä kuinka toimia lapsensa parhaaksi. Kiputilanteessa vanhempien hämmennys vain lisää lapsen ahdistusta. Vanhemmat kaipaavatkin opastusta hoitohenkilökunnalta siihen, miten he voivat lievittää lapsensa kipua. On havaittu, että lasten pelot ja kivut ovat lievittyneet, mikäli vanhempia on ohjeistettu kivunlievityksessä. (Kähkönen 2007.) Tutkittua tietoa on myös siitä, että vanhemmat kaipaavatkin enemmän kommunikaatiota hoitajien ja vanhempien välille lapsen kivun hoidossa. Vanhemmat kokevat, että heidän mielipiteitään oman lapsensa kivunhoidosta ei kuunnella riittävästi. Varsinkin lapsen leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon vain murto-osa vanhemmista oli tyytyväisiä. (Simons, Franck ja Roberson 2001.)

Yleisin virhe lasten kivunhoidossa on odottaa liian pitkään ja antaa lääkettä silloinkin liian vähän. Lyhytaikaisessa ja tilapäisessä käytössä kipulääkkeet ovat oikein annosteltuna turvallisia myös lapsilla. Parhaiten kipulääke tehoaa, kun se otetaan mahdollisimman varhain ja oikealla annoksella. Useimmiten lapsilla lääkkeet annostellaan painon mukaan. Lasten kivunhoitoon käytettäviä lääkkeitä on tutkittu runsaasti ja siten siihen on löydetty tehokkaat ja turvalliset lääkkeet eri tilanteisiin. (Poliklinikka 2007.) Pääsääntö on, että lapsen kipu tulee hoitaa asianmukaisesti. Kipulääkkeiden käyttöä ei tule pelätä ja niitä tulee antaa tarpeen mukaan. Tutkimusnäyttöä on olemassa myös sille, että jos esimerkiksi vastasyntyneen tai keskosien toistuvat kipujaksot jätetään hoitamatta, niin ne voivat aiheuttaa myöhemmässä elämässä herkistymistä kivun kokemukselle. (HUS 2005b.)

Ensisijaisesti lapsilla kuume- ja kipulääkkeenä käytetään parasetamolia. Sitä voidaan antaa 6 - 8 tunnin välein. Parasetamoli aiheuttaa kuitenkin maksavaurioita ja siksi sen kokonaisvuorokausiannos ei saisi ylittää yli 90 - 100mg/kg ja 2 - 3 päivän jälkeen annos voi enintään olla 60mg/kg vuorokaudessa. Mikäli parasetamoli ei tuo riittävää helpotusta kipuun tai kuumeen alenemiseen, voidaan lisäksi käyttää tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeenia tai naprokseenia. Kivunhoidon tehoa voidaan tehostaa antamalla sekä parasetamolia että tulehduskipulääkettä samanaikaisesti. Tulehduskipulääkkeitä annosteltaessa tulee muistaa niiden puoliintumisajat. Juuri puoliintumisajan vuoksi ibuprofeenia voidaan antaa 3 - 4 kertaa vuorokau-

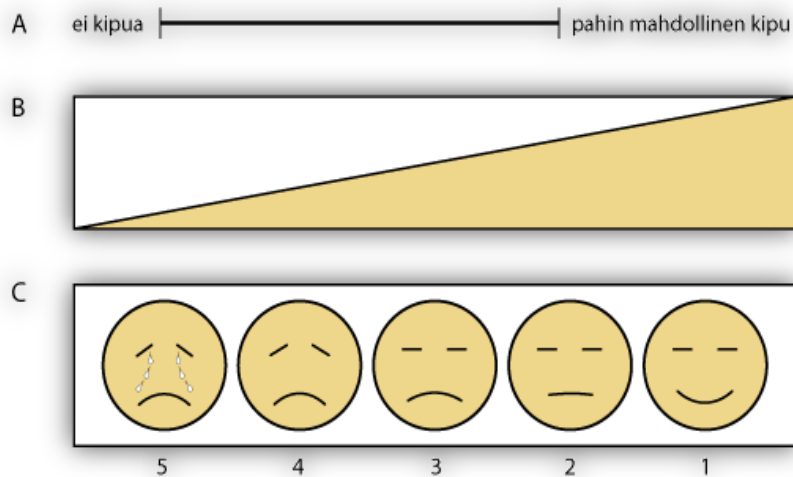
nessa ja naprokseenia 2 kertaa vuorokaudessa. Tulehduskipulääkkeitä tulisi käyttää vasta yli kolmen kuukauden ikäisillä lapsilla. Yleisimmin lääkkeet annostellaan suun kautta annettavana mikstuurana, suussa sulavina tabletteina sekä peräpuikkoina. (Rosenberg ym. 2006, 495 - 496.)

Lääkkeen antaminen lapselle saattaa olla haasteellista, koska osa lääkkeitä voi olla pahanmakuisia. Tässä tulee esille hoitotyöntekijän ammattitaito. Lapselle voi lääkkeenoton jälkeen tarjota esimerkiksi mieluisaa juomaa tai syömistä. Lapselle tulee myös kertoa totuudenmukaisesti miksi lääkettä otetaan. Lääkettä annettaessa mittaruiskulla kannattaa ruisku suunnata vinosti kielen yli kohti posken takaosaa, jolloin lääkkeen sylkeminen suusta on vaikeaa ja lääkkeen hengitysteihin joutumisen vaara on pieni. Kurkun kevyt siveleminen alas päin suuntaavalla liikkeellä voi stimuloida nielemään, mikäli lapsi kieltäytyy nielemästä lääkettä. Useimmiten tablettien nieleminen onnistuu vasta 5 - vuodesta eteenpäin riippuen lapsesta. (Poliklinikka 2007.)

Rosenbergin ym. (2006, 493 - 494) mukaan kivunhoito perustuu toistuvaan kivun voimakkuuden ja kivunhoidon vasteen arviointiin ja kirjaamiseen. Diabeteksen hoitoa voisi verrata kivunhoitoon. Jos sitä ei hoideta kunnolla, lapsen terveyteen kohdistuu pitkäaikaisia haitallisia vaikutuksia. Niin diabeteksen hoidossa kuin myös kivun hoidossa toimenpiteiden tarpeellisuus arvioidaan mitattujen suureiden avulla ja annetun hoidon haitat ja teho arvioidaan myöhemmin. Lapsella kivun voimakkuuden arviointi perustuu lapsen omaan ilmoitukseen tai ulkopuolisen tarkkailijan tekemiin havaintoihin. Kivuton lapsi seurailee kiinnostuneena ympäristöään tai nukkuu luonnollista unta. Kolme- ja neljävuotiaista osa ja viisi vuotiaista lapsista lähes kaikki kykenevät arvioimaan kivun voimakkuuden joko sanallisesti tai erilaisten kipumittareiden avulla. Useiden tutkimusten mukaan lastensairaanhoidajat eivät kiinnitä tarpeeksi huomiota lapsen kipuun, he aliarvioivat lapsen kivun määrän. (Children of the New Earth Magazine 2008.)

Olemassa on Spagrudin, Piiran ja Von Bayerin (2003) mukaan kolme erilaista kipumittaria. Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS eli visuaalianalogiasteikko. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kipu" (kuvio 1, kuva B). Potilas merkitsee sen hetkisen kipunsa voimakkuuden perusteella janaan kohdan, jota hänen kipunsa voimakkuus vastaa. Tätä asteikkoa käytettäessä tulee kuitenkin varmistaa, että lapsi ymmärtää numeroiden merkityksen. Lasten kivunhoidon arviointia varten on kehitetty kasvoasteikko, jonka viidellä eri ilmeellä kuvataan kivun voimakkuutta (kuvio 1, kuva C). Näin lapsi voi valita ne kasvot, jotka parhaiten kuvaavat hänen kokemansa kivun määrää. (Vainio 2009.) Spagrudin ym. (2003) kertovat, että tälle perinteiselle kasvoasteikolle on myös kehitelty hieman erilaisempaa kasvoasteikkoa. Uudemmassa kasvoasteikossa ei käytetä hymynaamaa eikä itkevää naamaa, siinä kivutonta olotilaa kuvataan neutraalilla ilmeellä ja kivuliasta olotilaa irvistävällä ja kulmia kurtistavalla ilmeellä. Tutkimukset ovat

osoittaneet tätä asteikkoa käytettäessä lapset kuvaavat kipunsa pienemmäksi kuin hymynaama asteikkoa käytettäessä. Eräiden tutkimusten mukaan kasvoasteikkoa suositellaan käytettävän mutta, kuitenkin vain murto-osa lasten sairaanhoitajista käyttää sitä (CNE 2008). Kvaliteettisen asteikon lisäksi voidaan myös käyttää sanallista asteikkoa, jolloin kipua arvioidaan asteikolla 0 - 4. Tällöin 0 vastaa kivutonta kiputilaa ja 4 sietämätöntä kipua (kuvio 1, kuva A). (Vainio 2009.) Pääasia kuitenkin kivunhoidossa käytettäville asteikoille on se, että ne ovat luotettavia ja helposti käytettäviä sekä helposti potilaalle selitettäviä (Spagrud ym. 2003).



KUVIO 1. Kipumittarit (Vainio 2009)

Kähkönen (2007) painottaa, että lasta tulisi aina valmistella ennakolta kivuliaaseen hoitotoimenpiteeseen. Lapselle tuli selvittää kivun syyt niin hyvin kuin se on mahdollista ottaen huomioon kuitenkin lapsen iän, kehitystason ja käsityskyvyn. Lapsen kipukokemukseen vaikuttavat toimenpiteen vaikeus, kesto ja erityisesti kivunlievitys. Kivun lääkkeellisen lievittämisen ohella tulee lapselle antaa mahdollisuus hallita tuntemuksiaan. Lapsi hahmottaa ja käsittelee uusia asioita leikin kautta. Sairaalamailmassa leikkiä käytetään edelleenkin kivunhoidon yhteydessä liian vähän. Lapsilla tulee käyttää puudutuksia aina kun se on mahdollista. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi suonensisäisen laskimokanyylin laitto tai verinäytteen ottaminen. Tällöin iho puudutetaan paikallispuudutevoiteella, jonka tulee vaikuttaa vähintään 30 - 60 minuuttia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin 2010.)

2.6 Lapsen kotiuttamisvaihe

Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen kotiuttamiskriteerit täyttyvät lapsipotilaalla yleensä 1 - 2 tunnin aikana. Lasta ei välttämättä tarvitse pyytää juomaan ennen kotiutusta, koska se lisää pahoinvoinnin riskiä kotimatalla. Anestesian jälkeiselle pahoinvoinnille altistavat erityisesti nielu-, kitarisa- ja karsastusleikkaukset. Pieni osa lapsipotilaista joudutaan ottamaan osastolle mm. seuraavista syistä: jatkuva pahoinvointi, komplisoitu kirurgia, hengitysvaikeudet, hal-

litsematon kipu, leikkauksen jälkeinen vuoto ja liiallinen väsymys. On erityisen tärkeää varmistaa kivunhoidon tehokkuus ennen kotiuttamista. Kotiutuvan lapsen vanhemmille on annettava ohjeet suoritettujen toimenpiteiden mahdollisesta jälkihoidosta ja kipulääkityksestä sekä informoitava niistä tilanteista ja oireista, jolloin on otettava yhteyttä sairaalaan. On lisäksi suositeltavaa soittaa vanhemmille toimenpidettä seuraavana arkipäivänä ja tiedustella jälkioireista, potilaan voinnista ja tyytyväisyydestä. (Rosemberg ym. 2006, 487.)

3 Leikki-ikäisen lapsen sairaalapelot

Pelko on ihmisen epämiellyttävä peruskokemus. Se toimii varoituksena tilanteessa, jossa yksilön turvallisuus on uhattuna. Pelot kuuluvat osaksi lapsen kehitystä ja kasvua. (Toskala 1997, 16 - 17.) Lasten pelkoja jaotellaan synnynnäisiksi, kehitykselliseksi ja traumaattiseksi. Synnynnäiset pelot muodostuvat voimakasta äänistä, vieraista ihmisistä ja vieraasta ympäristöstä. Kehitykselliset pelot liittyvät eri kehitysvaiheisiin. Traumaattiset pelot syntyvät järkyttävästä tilanteesta, tapahtuman näkemisestä tai kokemisesta. (Wolman 1979, 28.) Lapsen myönteiselle kehitykselle on tärkeää, että häntä tuetaan kohtaamaan erilaisia asioita ja ilmiöitä (Toskala 1997, 116 - 117). Lääkinnälliset toimenpiteet, ero vanhemmista, sairaalan hajut, vieraat hoitajat sekä laitteiden äänet aiheuttavat lapselle erilaisia pelkoja (Ivanoff ym. 1999, 53; Flinkman & Salanterä, 2004, 273; Talka 2009, 46 - 47). Lapset voivat kokea sairaalalaitteet myös elävinä. He voivat mieltää infuusiopumpun valot ja vaihtuvat numerot silmiksi, joiden tuijotus koetaan pelottavana. Pistosneulaa lapset kuitenkin yleensä pitävät esineenä. (Ivanoff ym. 1999 38 - 53.) Lapsi ei osaa itsenäisesti käsitellä mieltänsä prosesseja, joten pelkojen voittaminen yhdessä vanhempien kanssa on tärkeää (Toskala 1997, 117). Keskeistä lapselle on pyrkimys hallita pelkoaan, mikä ilmenee näkyvänä käyttäytymisenä sekä lapsen sisäisenä työskentelynä. Äänen käyttö, toiminta, kehollinen ilmaisu ja turvautuminen vanhempiin sekä hoitohenkilöstöön kertovat pelon hallinnasta. (Ivanoff ym. 1999, 71 - 72.)

Ivanoffin ym. (1999, 272 - 280) tutkimuksen mukaan lapset kokivat sairaalassa ollessaan voimakasta pelkoa erilaisissa tilanteissa eri tekijöiden aiheuttamana. Lapsille pelko on todellista ja liittyy sairaalassa oloaikana hoitotoimenpiteisiin, tutkimuksiin, näyttöön kuten pistoksiin sekä lääkitymiseen. Myös pelko kivusta aiheuttaa lapsille yleisimmin tunteita pelosta. Kivun pelko liittyy usein myös lasten tietämättömyyteen sekä rajalliseen ymmärtämykseen mitä sairaalassa tehdään sekä siihen, aiheuttavatko sairaalassa tehdyt toimenpiteet kipua. Kivun pelkoa kuvattiin sellaisissakin tilanteissa, joihin aikuisen arvioimana ei liity kipua.

Lasta voivat pelottaa myös sairauden oireet, kuten pahoinvointi tai liikunnan rajoittaminen, sairaalan fyysinen ympäristö laitteineen, vieraat ihmiset sekä epävarmuus tulevista. Yleisesti ottaen kaikki lapselle tuntematon ja sekä erityisesti se, että lapsi ei tiedä mitä hänelle tulee tapahtumaan, aiheuttaa pelkoa. (Flinkman & Salanterä 2004, 121 - 127.)

Leikki-ikäinen lapsi ei välttämättä pysty käsittelemään hänelle tuntemattomia asioita. Lapset kokevat pelkoa leikkauksen kaikissa vaiheissa ja siksi pelon voimakkuus on tärkeää tunnistaa. Pelot ovat usein mielikuvituksen rikastamia. Pelot lisääntyvät, kun vanhemmat eivät ole paikalla. (Ivanoff ym. 1999, 272 - 280; Tirkkonen, 2002, 30 - 31.) Talkan (2009, 47- 48) pro gradu varten haastattelemat lapset eivät kuitenkaan maininneet pelkäävänsä hoitohenkilökuntaa. Toimenpiteestä aiheutuvan kivun lapset saattavat kokea rangaistuksena. Lisäksi lapsen kokemat tuntemukset, kuten pahoinvointi ja oksentaminen voivat aiheuttaa pelkoja. (Flinkman & Salanterä 2004, 129.)

Ivanoffin ym. (1999, 272 - 280) tutkimuksessa pelko ilmeni näkyvänä käyttäytymisenä ja sisäisenä työskentelynä. Itkeminen ja huutaminen ovat tyypillisintä lapsille pelottavassa tilanteessa. Ääntään lapset käyttivät henkilökunnan ja vanhempiensa kutsumiseen sekä sanalliseen vastustamiseen. Lapset käyttivät monipuolisesti kehoaan ilmaistessaan pelkoaan. Huitominen ja potkiminen ovat tyypillistä pelottavassa tilanteessa. Pelkoa ilmaistiin myös piirtämällä tunteita paperille. Mielenkiintoista tutkimuksen mukaan oli se, että lapset ajattelivat pystyvänsä piiloutumaan pelottavalta asialta olemalla vain hiljaa paikoillaan. Lapsi voi siis olla hyvin pelokas, vaikka näyttäisikin ulkoisesti rauhalliselta ja hiljaiselta. Tutkimus vahvistaa myös käsitystä siitä, että lasta voi ymmärtää vain hänen maailmansa kautta. Toisaalta taas lapset pyrkivät myös hallitsemaan pelon tunnetta ja ilmaisevat pelkoa kysymyksillään erityisesti toimenpiteen jälkeen (Salminen & Soini 2005, 16).

Joensuu & Karpin (2008) opinnäytetyössä 43 % vanhemmista (9/21) eivät havainneet lapsen pelon kohdetta, mutta jännitys oli yleisimmin nimetty ennakkotunne. Pelkoja liitettiin pistämiseen, outoon ympäristöön, eroon vanhemmista, kipuun, epätietoisuuteen, toimenpiteeseen, nukutukseen sekä laastariin vanhempien arvioiden mukaan.

3.1 Pelon hallinta

Lapsilla on käytössään erilaisia keinoja päästä pois pelosta. Lapset pyrkivät hallitsemaan pelkojaan erilaisten toimintojen avulla, joissa heillä itsellään on aktiivinen rooli. Tällöin lapset ”tekevät jotain”, ettei pelko tuntuisi suurelta, eikä se saisi yliotetta heistä. Leikkimisen ja tekemisen avulla lapset kestävät pelon tunteen ja pystyvät myös hallitsemaan sitä. Nukkumaanmeno on lapsille tyypillisin tapa pois pääsemiseksi pelottavasta tilanteesta. Nukkuminen, lukeminen ja leikkiminen ovat lapsen keinoja irrottautua pelottavasta tilanteesta. Kuuntelemalla satua tai leikkiessään lapsi on siellä, missä hän kuvittelee olevansa. Erityisesti yksin ollessaan lapset käyttävät edellä mainittuja pelonhallintakeinoja. Pelkoa poistavia tekijöitä ovat myös pyrkimys piiloutua tai paeta joko konkreettisesti tai mielikuvien avulla. Apuvälineitä pelon hallintaan ovat kotoa tuodut tutut esineet, kuten pehmolelut tai valokuvat. Positiivi-

set mielikuvat, kotoisten asioiden miettiminen ja arkisten asioiden muisteleminen ovat myös pelkoa vähentäviä tekijöitä. (Salminen & Soini 2005, 7 - 16.)

Vähitellen lapsi oppii normaalin kypsyms- ja oppimisprosessin kautta erittelemään ja hallitsemaan pelkojaan. Kokonaan ne eivät kuitenkaan katoa, vaan lapsi oppii hylkäämään epärealistiset pelot ja kehittämään tilalle realistisia pelkoja. Lasta tulee auttaa tässä luonnollisessa pelkojen voittamisprosessissa, jossa hän pyrkii vähitellen voittamaan kullekin ikäkaudelle kuuluvat pelot. (Mäki ja Arvola 2009, 66.)

Leikki-ässä lasten pelot liittyvät eri ikävaiheisiin. Lapsen alttius pelkoon, on sitä suurempi, mitä pienempi lapsi on. Pienillä lapsilla ei ole luontaista kykyä selviytyä uhkaavista tilanteista, jonka vuoksi he ovat hyvin riippuvaisia vanhemmistaan. Pienillä lapsilla on pelko tulla torjutuiksi ja hylätyiksi. Lapsen normaali kasvuprosessi ei johda pelkojen katoamiseen. Lapsen kehittyessä epärealistiset pelot normaalisti hälvenevät ja pelon aiheet muuttuvat enemmän realistisempaan suuntaan. (Wolman 1979, 39 - 56.)

Myöhäisleikki-ikäiset lapset omaavat usein hyvin vilkkaan mielikuvituksen, jonka vuoksi he voivat pelätä epätodellisia vaaroja. Neljävuotiaalla yksinjäämisen pelko on suurimmillaan, mutta tavallisesti se katoaa kuudennen ikävuoden aikana. Pimeän pelko on yleistä tämän ikäisillä lapsilla. (Wolman 1979, 67 - 73.) Lapsi pystyy aistimaan myös vanhempiensa pelon. Se, miten lapsi oppii suhtautumaan ja luottamaan ympäristöönsä, riippuu usein vanhemman ja lapsen välisestä suhteesta sekä vanhemman huolenpidosta. (Ivanoff ym. 2001, 62 - 63.) Sairaalahoidon tai toimenpiteen aikana lapsille yleisimmin pelkoa aiheuttavat fyysinen vamma, kipu, ero vanhemmista, tuntemattomat ihmiset, tietämättömyys tulevasta tapahtumista, epävarmuus säännöistä ja sopivasta käyttäytymisestä sekä kontrollin ja yksityisyyden menettäminen. Lapset kuvasivat Flinkmanin ja Salanterän tutkimuksessa pelkoa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, paitsi kotiin lähtiessä. Kaikkein voimakkainta pelkoa lapset kokivat nukutusta ja toimenpidettä kohtaan. Osalle lapsista pelkoa aiheutti tiedonpuute. He eivät tienneet riittävästi toimenpiteeseen ja nukutukseen liittyvistä asioista. (Flinkman & Salanterä 2004, 121 - 127.)

3.2 Pelon ennaltaehkäisy

Toisten ihmisten läsnäolo vähensi oleellisesti lasten pelon tunnetta. Vanhempien läsnäolon katsotaan olevan tärkein lapsen ilmaisemista selviytymiskeinoista. Läheisten turva koettiin tärkeäksi erityisesti tilanteessa, jossa esiintyi kipua tai kivun uhkaa. Lapset hakevat aikuisista turvaa, sillä suhde aikuisiin on lapsille emotionaalisesti tärkeää. (Salmela, Salanterä & Aronen 2010.)

Huolenpidon ja turvan rinnalle lapsi tarvitsee leikkiä ja positiivisia mielikuvia. Esimerkiksi roolileikkien avulla lapsi pyrkii läpikäymään omia hoito- ja tutkimustilanteita. Sairaalaleikki on lasten keskuudessa suosittu ja yleinen asiaan kuuluvine välineineen. Leikin kautta lapset käyvät läpi tilanteita voittaakseen pelkonsa. Leikkiä on käytetty hoitoon valmistavana ja rohkaisevana tekijänä, jonka myötä lapsi saa tietoa siitä, miksi ja mitä tehdään. Leikki voi olla ohjattua tai vapaata, piirtämistä tai erilaisia pelejä. Huumori ja hassuttelu leikin myötä ovat tärkeitä keinoja selviytyä peloista. (Salminen & Soini 2005, 14 - 15.)

Ivanoffin ym. (1999, 272 - 273) tutkimuksen mukaan pelkotiloja voisi vähentää kertomalla lapselle etukäteen tulevista tutkimuksista esimerkiksi erillisellä vastaanottokäynnillä tai antaa lasten tutustua tutkimusvälineisiin ja -laitteisiin omalla ajalla ja rauhassa kertoa hänelle laitteesta. Mahdollisuuksien mukaan ja aina kun on mahdollista, pitäisi lapselle sallia tutun ja turvallisen aikuisen läsnäolo. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöiden tulisi pohtia valmiuksiaan kohdata lasten pelkoja. Lasten kokemusten mukaan hoitohenkilökunta ei ollut riittävästi vastannut lasten pelon ilmaisiin, vaan he jatkoivat pelottavaa toimintaa huomioimatta lasta. Vanhempien mukaan lapsen iän ja kehitystason huomiointi on erittäin tärkeää sairaalahoidon aikana. Hoitohenkilökunnalta vanhemmat odottavat ammattitaitoa ja henkilökunnan riittävyyttä, jotta he voivat luottaa lapsensa sairaalahoittoon. Vanhemmat toivoivat myös, että samat ihmiset hoitaisivat lasta mahdollisimman paljon, jotta lapsi kokisi olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Lasten pelkoa lievitetään myös sallimalla vanhempien hoitoon osallistuminen. Toimenpiteiden aiheuttaman kivun lievittäminen ennaltaehkäisee pelkoa, jolloin saman toimenpiteen uudelleen suorittaminen yleensä on helpompaa.

Lehtonen & Nybacka (1997, 25) ovat käsitelleet tutkimuksessaan leikin merkitystä pelon lievittämisessä. Heidän mielestään niin sairaalla kuin terveelläkin lapsella on halu leikkiä. Tutkimus tuo esille leikin parantavan vaikutuksen lapsen toipumisen kannalta. Leikin kautta lapsi kokee suoriutumisen ja onnistumisen iloa, jotka vahvistavat hänen itseluottamusta sekä luottamusta omiin voimavaroihin. Lapselle ei saisi asettaa liian korkeita tavoitteita omien toimintojensa suhteen, koska tällöin lapselle syntyy suorituspainetta ja leikin mielekkyys katoaa. Tutkimuksen mukaan leikillä on parantava vaikutus, joka luo mielihyvää, rentouttaa ja laukaisee jännitystiloihin. Leikki saa aikaan fyysisen hyvinolon, jolloin lapsen voimavarat kokonaisuudessaan lisääntyvät.

Levo (1995, 35 - 51) tutki vanhempien näkökulmasta, mitkä seikat saattaisivat ennaltaehkäistä lasten pelkotiloja. Tutkimuksessa merkittäviksi tekijöiksi mainittiin vanhempien tuki ja lohdutus. Vanhemmat kokivat oman roolinsa osittain tärkeäksi lapsen tukemisessa, koska sen myötä saatiin lapsen epävarmuutta poistettua. Tutkimuksessa kuitenkin tuli esille tilanteita, joiden johdosta vanhempien läsnäolo ei aina ollut mahdollista. Näitä ovat esimerkiksi perheen taloudellinen tilanne, sairaalan ja kodin pitkä välimatka, muun perheen huomioiminen sekä vähäinen tieto sairaudesta ja toimenpiteistä. Vanhempien rooli lapsen hoitoon osallistumis-

ta ei tuntunut vanhemmista työläältä, mutta he kokivat kuitenkin kaipaavansa enemmän tukea hoitohenkilökunnalta. Kehitysehdotuksena tässä tutkimuksessa oli muun muassa sosiaalisten tukien parantaminen sairaan lapsen vanhemman vapaan saamiseksi. Vanhemmat pyrkivät järjestämään vuoroajat lapsen kanssa sairaalassa olemiseen, jolloin tutun ihmisen läsnäolo lievitti pelon tunnetta.

4 Leikki-ikäisen lapsen kehitys

Leikki-ikä ajoittuu ensimmäisen ja seitsemännen ikävuoden välille (Eronen, Kanninen, Katainen, Kauppinen, Lähdesmäki, Oksala ja Penttilä 2001, 62). Kronqvistin ja Pulkkisen (2007, 78) mukaan muutokset ovat suuria kaikilla kehityksen alueilla, ja jokainen vuosi on kehitykselle tärkeä. Usein korostetaan, että lapsen kokonaisyhyvinvoinnin kannalta kolme ensimmäistä vuotta ovat erityisen tärkeitä. Yksilöllinen persoonallisuus muovautuu kognitiivisten taitojen harjaantuessa, erityisesti kielen- ja päättelytaitojen kehittyessä. Lapsi oppii ilmaisemaan sisäisiä kokemuksiaan kielen avulla. Päättelytaitojen kehitys taas mahdollistaa yhä itsenäisemmän toiminnan. Aloitteellisuus ja luovuus ympäristön tutkimisessa kasvavat itsenäistymisen myötä. (Eronen ym. 2001, 62.) Tarkasteltaessa eri osa-alueiden kehitystä on kuitenkin muistettava, että kehitys on kokonaisvaltainen ja dynaaminen tapahtuma. Jollain kehityksen osa-alueella tapahtuva muutos vaikuttaa myös muihin kehityksen osa-alueisiin. (Kronqvist ja Pulkinen 2007, 78.)

4.1 Myöhäisleikki-ikäinen lapsi

Myöhäisleikki-ikäisellä tarkoitetaan 3 - 6 - vuotiasta lasta (Ivanoff ym. 2001, 60). Leikki-ikäisen kehitysvaiheeseen kuuluvat itsenäisyyden tavoittelu, aktiivisuus, oma-aloitteisuus, sekä halu oppia uutta. Vilkkaan mielikuvitusmaailmansa avulla lapsi kykenee käsittelemään kokemuksiaan, sekä ympäristöstä heijastuvaa informaatiota. (Lehto 2004, 21.) Perusluottamus on tärkeää leikki-ikässä ja sen alussa on havaittavissa kiinteä vanhempilapsi suhde, joka on välttämätön lapsen turvallisuuden ja luottamuksen syntymisen edistämiseksi (Ivanoff ym. 2001, 61; Lehto 2004, 19). Lapsen sosiaalisuuden kehitystä edesauttaa vanhempien hoiva ja huolenpito, jolla on myönteistä merkitystä myös lapsen irtautuessa vanhemmistaan (Ivanoff ym. 2001, 61). Leikki-ikäinen lapsi ajattelee vielä hyvin mustavalkoisesti, jolloin hän on kykenemätön ajattelemaan johdonmukaisesti. Oppiminen tapahtuukin usein yrityksen ja erehdyksen kautta. Tehokkaaksi oppiminen muuttuu, jos saa kokeilla ja tehdä asioita itse. (LeRoy, Elixson, O'Brien, Tong, Turpin, & Uzark 2003, 2552.) Leikki-ikäinen reagoi sairauksiin tunnepitoisesti ja hän voi ajatella aiheuttaneensa sairastumisensa omalla toiminnallaan (Ivanoff ym. 2001, 91; Lehto 2004, 21). Lapsen kokemuksiin omasta sairaalassaolostaan vaikuttavat hänen ikänsä, kasvu- ja kehitysvaiheensa, yksilölliset ominaispiirteensä, taustansa, sekä aikaisemmat sairaalakokemuksensa (Lehto 2004, 19). Myöhäisleikki-ikäinen lapsi tarvitsee jo

enemmän tietoa häneen kohdistuvista toimenpiteistä ja ohjaus voidaan kohdistaa suoraan lapselle vanhempia ja muuta perhettä unohtamatta (Lehto 2004, 21). Leikki-ikäiselle lapselle päivittäisillä rutiineilla on merkitystä ja niiden muuttuessa lapsi voi kokea pelon ja ahdistuksen tunteita (Ivanoff ym. 2001, 91).

4.2 Sosiaalinen kehitys

Sosiaalisilla taidoilla tarkoitetaan niitä valmiuksia, joilla lapsi pystyy ratkaisemaan ongelmia arkipäivän tilanteissa ja saavuttamaan henkilökohtaisia päämääriään sellaisilla tavoilla, jotka johtavat sosiaalisissa tilanteissa positiivisiin seuraamuksiin, esimerkiksi siihen, että lapsi pääsee mukaan leikkiin. Tämä edellyttää lapselta empatiakykyä eli taitoa tehdä havaintoja toisten tunteista, ajatuksista ja aikomuksista. Oman toimintansa seuraamuksia tulee myös osata ennakoita ja arvioida. Lapsen kyky ymmärtää omia tunteitaan sekä ilmaista niitä tilanteeseen sopivalla tavalla on myös tärkeä taito. Lapsen onnistuminen tässä on yhteydessä hänen kognitiivisiin taitoihinsa, minäkuvaansa ja asemaansa ryhmässä. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen ja Ruoppila 2008, 54.)

Kolmen ja kuuden ikävuoden välillä lapsen sosiaaliset taidot kehittyvät nopeasti. Lapsi oppii iän myötä hahmottamaan ympäristönsä tapahtumia ja kuvaamaan niitä kielellisesti. Kielitaito mahdollistaa myös uudenlaisen sosiaalisen kanssakäymisen. Innokkuus mielikuvitus- ja rooli-leikkeihin yhdessä toisten lasten kanssa kasvaa. Lapsi kokee yhteenkuuluvuutta ryhmässä ja ymmärtää sosiaalisten suhteiden pysyvyyttä. Joitakin lapsia hän alkaa pitää ystävinään. Toverisuhteet muuttuvat ystävyysuhteiksi, jotka ovat intensiivisempiä ja sisältävät enemmän vastavuoroisuutta ja molemminpuolista kiintymystä. Oman käyttäytymisen seuraamuksia lapsi oppii arvioimaan esimerkiksi leikitilanteissa. Lähestyttäessä esikouluikää lapsi pystyy vastaavuoroiseen kanssa käymiseen. Toisten ehdotuksia ja mielipiteitä otetaan huomioon sekä niihin pystytään vastaamaan. Lapsi kykenee muuttamaan omaa käyttäytymistään pyydytyllä tavalla, jakamaan tavaroita toisten kanssa ja odottamaan vuoroaan. Erinomaisen mahdollisuuden näiden asioiden harjoitteluun tarjoaa lasten yhteiset leikit. Alle kouluikäisten lasten elämässä leikillä on keskeinen merkitys. (Nurmi ym. 2008, 54 - 55.)

4.3 Kognitiivinen kehitys

Kronqvistin ja Pulkkinen mukaan (2007, 86) kognitiivisella kehityksellä tarkoitetaan oppimista, joka liittyy havaitsemisen, muistin, ajattelun, kielen ja oppimisen kehitykseen. Tarkasteltaessa kognitiivista kehitystä, tarkastellaan siis ihmisen kykyä oppia uusia taitoja sekä sitä miten hän oppii hyödyntämään niitä elämässään. Lapsella kognitiivinen kehitys on sekä perimän että ympäristön säätelemää. Lapsi hakee itse aktiivisesti uusia oppimiskokemuksia. Riittävän virikkeellinen elinympäristö mahdollistaa uusien tietojen ja taitojen oppimisen.

Lapsen oppiessa käyttämään sanoja hän samalla oppii kertomaan aikomuksistaan, toiveistaan ja tuntemuksistaan. Kieli on väline, jonka avulla lapsi voi kysellä ja saada tietoa. Tämä taas auttaa lasta jäsentämään ympäröivää maailmaa entistä paremmin. Kieli on tärkeä käyttäytymisen säätelijä sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen, mielikuvituksen, ajatusten ja tunteiden väline. Lapsen ohjauksessa tulee huomioida lapsen kielellinen kehitys. (Kronqvist ja Pulkkinen 2007, 89.)

Tyypillistä lapsen kielen kehitykselle on, että hän ymmärtää sanoja ja lauseita paljon ennen kuin itse pystyy niitä tuottamaan. Kolmevuotias lapsi voi oppia kertomaan tarinoita, ja neljävuotiaana tarinoista tulee entistä selkeämpiä. Yli kolmivuotiaat lapset voivat oppia päivässä jopa yli kymmenen uutta sanaa. Viisivuotiaana lapsen puhe on jo niin joustavaa, että kommunikointi erilaisten ihmisten kanssa on sujuvaa ja kertominen omista ajatuksista myös vieraille ihmisille onnistuu. (Kronqvist ja Pulkkinen 2007, 90 - 91.) Kuusivuotiaana lapsi osaa jo käyttää noin 10000- 15000 sanaa. Tässä iässä opitaan paljon myös kielen rakenteesta eli kieliopista, lauserakenteet muuttuvat yhä monimutkaisemmiksi. Lapsi kykenee yleistämään kielen rakenteelle tyypilliset ilmaisutavat uusiin yhteyksiin. Kielen oppimisesta muodostuu aktiivinen tapahtuma. Lapsi ei enää vaan toistele vanhemmilta tai tovereilta kuulemiaan ilmauksia, vaan hän luo alusta asti kieltä omiin tarkoituksiinsa. (Eronen ym. 2007, 65.)

5 Ammattieettinen toiminta leikki-ikäisten lasten hoitotyössä

Lastenhoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyötä, jonka asiakkaana ovat lapset. Eettiset lähtökohdat ovat kuitenkin tässä hoitotyössä samat kuin aikuistenkin hoitotyössä. Lasten hoitotyölle leimaa-antava on lapsi, hänen ominaispiirteensä ja maailmansa sekä käsityksensä hyvästä olost ja terveydestä. Lapsi tuntee oman hyvän olonsa, mutta hänen tietonsa terveydestä sekä hänen mahdollisuutensa tehdä päätöksiä ja ottaa vastuuta terveydestään ovat rajoittuneet. Lapset kehittyvät ja kypsyvät yksilöllisesti, joten pelkkään ikään perustuva määrittely ei aina ole riittävää. Etiikka kysymyksissä oleellisinta on lapsen kehitysvaihe sekä mahdollisuus ottaa vastuuta omista asioistaan. (Leino- Kilpi ja Välimäki 2003, 186 - 187.)

Leino- Kilpi ja Välimäki (2003, 187) pitävät yhteisenä tekijänä lastenhoitotyössä sitä, että on kyse kasvavasta, omien arvojen perustekijöitä rakentavasta yksilöstä, jonka peruselintoimintojen ja turvallisuuden takaaminen vaatii aina aikuisen apua. Lasten hoitotyö tehdäänkin aina kiinteässä yhteydessä vanhempiin tai muihin lapsesta vastuussa oleviin aikuisiin. Lapsen hoitotyössä hoitotyöntekijän asiakkaana kuitenkin on aina ensisijaisesti lapsi.

Eettisissä periaatteissa lapsilla korostuvat samat asiat kuin aikuisillakin: autonomia, hyvän tekeminen, vahingosta pidättäytyminen ja oikeudenmukaisuus. Lainsäädännössä lapsia

useimmiten käsitellään erityistapauksina. Suomessa lasten tasa-arvo todetaan jo perustuslais-
sa ja terveydenhuollon osalta laissa potilaan oikeuksista ja asemasta. Molemmat lait korosta-
vat lapsen mielipiteen huomioimista häntä koskevissa asioissa hänen kehitystään vastaavasti.
(Leino- Kilpi ja Välimäki 2003, 188.)

5.1 Eettiset ongelmat hoitotyöntekijän ja lapsen välisessä suhteessa

Lapsesta itsestään lähtöisin olevat tekijät johtuvat siitä, että lapsi ilmaisee itseään kehitys-
tasoaan vastaavalla tavalla, jota aikuinen ammattilainen ei välttämättä ymmärrä. Tällöin
luottamuksellisen suhteen luominen lapseen voi olla hankalaa, koska hoitaja ei tunne lasta.
Lapsen kyky taas ilmaista itseään voi johtua hyvinkin monesta asiasta. Se voi liittyä kehitys-
vaiheeseen, pelkoon ja huoleen, luottamuksen puutteeseen tai turvattomuuden tunteeseen.
Omien ajatusten ilmaiseminen saattaa isommastakin lapsesta tuntua vaikealta. Epäilevä suh-
tautuminen vieraisiin aikuisiin kuuluu osana lapsen kehitykseen. Toisaalta epäilevän suhtau-
tumisen taustalta saattaa löytyä myös lapsen luottamuspula aikuisiin, joka on syntynyt aikui-
sen hänet pettäessä. Aikaisemmat kivuliaat kokemukset hoitotyössä horjuttaa myös lapsen
luottamusta ja näin ollen estää luonnollisen hoitosuhteen luomista. (Leino-Kilpi & Välimäki
2003, 192 - 193.)

5.2 Lapsen vanhemmista lähtöisin olevat eettiset ongelmat

Lapsen vanhemmista tai muista vanhemman tilalla olevista aikuisista Leino- Kilven ja Välimä-
en (2003, 195 - 196) mielestä saattaa aiheutua myös eettisiä ongelmia. Tällöin kyseeseen tu-
lee tilanteet, joissa vanhemmat haluaisivat lastaan hoidettavan toisin kuin ammattilaiset ovat
ajatelleet tai he jopa haluaisivat jättää hänet hoitamatta kokonaan. Vanhemmat voivat myös
haluta suojella lastaan kivuilta ja seurauksilta, joita hoidot aiheuttaa. Vanhemmat voivat
myös yli- tai aliarvioida lapsensa selviytymiskyvyn. Kaikissa näissä tilanteissa syntyy ristiriita
siitä, mikä lapselle olisi parasta. Näissä tilanteissa hoitotyöntekijän on selvitettävä itselleen,
kenen asianajaja hän on. Lapsen ollessa potilaana, tulisi hänen ensisijaisesti pyrkiä löytämään
lasta koskeva paras vaihtoehto kulloisessakin tilanteessa. Huomioidessa kokonaistilanne, lap-
sen parhaan määrittäminen ei kuitenkaan ole aina yksiselitteistä.

Lapsen hyvä on kuitenkin aina myös perheen hyvä, eikä alaikäistä lasta voida hoitaa vanhem-
pien käsitysten vastaisesti. Hoitotyöntekijän tulee selvittää kuinka hyvin vanhemmat ovat
perillä lapsen terveysongelmasta sekä sen hoidosta ja ennusteesta. Tarvittaessa hoitotyönte-
kijä tuottaa lisätietoa heidän käyttöönsä. Lisäksi hoitotyöntekijän tulee tukea lasta ilmaise-
maan itseään niin, että hänen oma käsityksensä pystytään mahdollisuuksien mukaan selvittä-
mään. Tärkeää on myös selvittää mikä ammattilaisten toiminnassa epäilyttää vanhempia.
Taustalta saattaa löytyä aikaisempia huonoja kokemuksia, jotka ovat aiheuttaneet epäluot-

tamusta ammattilaisia tai koko terveystalvvelujärjestelmää kohtaan. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2003, 195 - 196.)

5.3 Hoitotyöntekijästä lähtöisin olevat eettiset ongelmat

Hoitosuhteessa hoitotyöntekijä on aina Leino- Kilven ja Välimäen (2003, 196- 197) mukaan aikuinen ihminen. Tämä merkitsee sitä, että hänen perspektiivinottokykynsä lapsen maailmaan on heikentynyt, vaikka hän itsekin on joskus ollut lapsi. Lapselta hoitotyöntekijä saattaa odottaa samanlaista toimintaa kuin aikuiselta. Lapsen näkemys saatetaan sivuuttaa kokonaan, etenkin vanhempien ollessa paikalla. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä puhuu ainoastaan vanhemmille, eikä ole kiinnostunut siitä, mitä lapsi ajattelee. Toiminnan takana on todennäköisesti ajatus siitä, että lapsi ei osaa kuvata asioita tai että vanhemmilta saa luotettavampaa tietoa. Lapsen kyetessä ilmaisemaan itseään saattaa hän pitää loukkaavana tämänkaltaista väheksymistä. Tällaisia tilanteita on havaittu esimerkiksi vammaisten lasten hoidossa. Tällöin hoitotyöntekijä saattaa aliarvioida lapsen kognitiivisen kyvykkyyden. Kunnioittavaa suhtautumista lapseen voi kehittää. Perusta kunnioitukselle luodaan jo ammatillisessa koulutuksessa. Lapsen kunnioittaminen sisältää myös vanhempien ja koko perheen kunnioittamisen. Oleellisinta hoitotyöntekijälle on kuitenkin luoda luottamuksellinen suhde sekä lapseen että vanhempiin.

6 Kuvakirjan laatiminen päiväkirurgiaan tulevalle leikki-ikäiselle lapselle

Lasten ja nuorten kirjallisuusterapiassa satuja, tarinoita ja muita tekstejä sekä lasten ja nuorten omia suullisia ja kirjallisia tuotoksia käytetään sekä ennaltaehkäisevästi kasvun ja kehityksen apuna, että kuntouttavina ja parantavina välineinä. Itseilmaisun harjoittelu eri keinoilla parantaa lasten ja nuorten itsetuntoa ja itsetuntemusta ja edistää näin tervettä kasvua ja kehitystä. (Mäki & Arvola 2009, 13.)

Kirjallisuusterapeuttinen työskentely lapsen kanssa voi olla joko ennaltaehkäisevää tai hoitavaa. Lapsen yksilöllisyys ja kehityksellinen vaihe tulee ottaa huomioon. Kirjallisuusterapeuttisia menetelmiä käytetään muun muassa sairaaloissa sekä psykiatristen että somaattisten sairauksien hoidon yhteydessä, lastensuojelulaitoksissa, kouluissa ja päiväkodeissa kasvatuksen ja opetuksen tukena sekä sanataideopetuksessa ennaltaehkäisevänä ja kuntouttavana toimintana. (Mäki & Arvola 2009, 14.)

Ennen toimenpidettä lasta voidaan valmentaa kotona psykologisesti päiväkirurgisesta yksiköstä lähetetyllä kirjallisella tiedolla (Hiitola 2005, 144; Peltoniemi & Suominen 2007, 8). Tämä voi olla toimenpiteen esittelyä lapsen kehityskaudelle sopivalla kirjallisella materiaalilla, esim. kuvakirjalla. Kuvat kertovat lapselle enemmän kuin pelkkä asiasta puhuminen. Kuvien

avulla lapselle muodostuu mielikuva tulevasta tapahtumasta. Finne & Holopainen (1991) pro gradu- työssä selvitettiin päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valmistautumista vanhempien kokemana ja siinä vanhemmat toivoivat kuvakirjaa ohjauksen välineeksi.

Täsmäkirjoiksi kutsutaan kirjoja, joissa kuvataan lapsen tai nuoren arkielämään liittyviä asioita ja tapahtumia tiettyyn teemaan liittyen. Teemoja ovat esimerkiksi lääkäriissä käynti, kouluksaaminen, sisaruksen kuolema tms. Kirjojen teemat eivät liity vain mukaviin arkisiin asioihin, vaan pikemminkin lapsille vaikeisiin ja käsittelemistä vaativiin tapahtumiin ja tilanteisiin. Nykypäivän sadut ja täsmäkirjat kulkevat käsi kädessä ja täydentävät toisiaan antamalla lapselle mahdollisuuden kokea fantasiamaailmaa sekä arkirealismia, joiden avulla lapsi voi tarkastella maailmaa eri näkökulmista. Satujen kautta mahdollistuu mielikuvitusmaailman kehittyminen ja täsmäkirjojen avulla lapsi voi harjoitella turvallisesti arkitodellisuutta. (Mäki & Arvola 2009, 29.)

6.1 Sadun merkitys leikki-ikäisen lapsen pelkojen hallinnassa

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valmistautumista voidaan edistää ohjaamalla lasta sadun avulla (Kajander & Karhunen 2001, 14; Ivanoff ym. 1999, 15; Korhonen ym. 2009, 15). Sadut ovat luonteeltaan monimerkityksellisiä. Taide- ja viihde-elämyksen lisäksi ne tarjoavat lapselle elämisen tietoutta. Lapset kokevat sadut aidosti ja tuoreesti varsinkin ensimmäisillä luku-kerroilla. Sadut koskettavat lasta, koska niissä on arkipäivän tilanteita. Lapsi näkee tilanteen sankarin kannalta. Saduissa kuvataan usein lapsen tavanomaisimpia pelkoja ja ne johtavat rauhoittavaan, onnelliseen lopputulokseen. Lapsi osoittaa tunteidensa voimakkuutta pyytämällä lukemaan satua uudestaan. (Ojanen, Lappalainen & Kurenniemi 1980, 11 - 18.) Lapset mielellään matkivat leikeissään todellisia tapahtumia tai kuvittelevat itsensä satumaailmaan (Rusanen & Torkki, 2001, 92). Lapsen mielikuvitusta hoitaja voi hyödyntää lapsen voimavarojen tukemisessa. Satuhahmon selviytyminen vaikeasta tilanteesta voi helpottaa lapsen kokemuksia pelkoja. (Ojanen ym. 1980, 20 - 23; Ivanoff ym. 1999, 16.) Sadun avulla voidaan houkutella lasta kertomaan tuntemuksistaan ja tunnelmistaan toimenpidettä kohtaan. Lapsi päättää, mitä ja miten hän haluaa sanoa. Näin sadun kertomisella ja lapsen tuntemuksia kuunnellen ja niistä keskustellen voidaan sukeltaa lapsen maailmaan ja antaa tilaa lapsen omille ajatuksille. Sen avulla voidaan nostaa esiin lapsen ajatuksia, joita vanhemmat eivät ole välttämättä pitäneet tärkeinä ja ne jääneet siten huomioimatta. (Alasuvanto - Suutari & Kalliomäki 2008, 21.)

Alasuvanto - Suutari & Kalliomäki (2008, 20 - 21) viittasivat tutkimukseen, jossa analysoitiin sairaalamaailmaa kuvaavia viittä satukirjaa. Niissä lapsilla vaivat ovat melko lieviä ja toimenpiteen jälkeen lapsi lähtee kotiin iloisena. Satukirjojen hoitohenkilöstö huolehtii lapsen hy-

västä olostä, tekee hoitotoimenpiteitä ja huolehtii hoidon etenemisestä. Satukirjat kaipasivat kehittämistä, mutta sitä ei ollut kuvattu tarkemmin (mitä ja miten, miksi).

6.2 Mikä on kuvakirja?

Kuvakirjana pidetään lastenkirjaa, joka sisältää sanoja ja kuvia. Yleisemmin alle kouluikäiselle suunnattu kuvakirja on 32 - 48 - sivuinen ja joko nelivärinen tai mustavalkoinen. (Oittinen 2004, 24 - 25.) Lapsille suunnatut, helppolukuiset kuvakirjat tulisi suunnitella lapsen käteen ja kehityskauteen sopivaksi. Yksinkertaisenkin sadun tulisi kartuttaa lapsen sanavarastoa. Kirjan kuvituksen tulisi valaista juonen eri käännteitä. (Ylimartimo 2002, 82; Hatva 1993, 129.) Kiinnostusta ja mielikuvitusta ruokkiva kuvitus on suositeltavaa silloin, kun lapsi ei itse osaa lukea (Bicknell 1988, 30 - 31). Kuvien tehtävä on lisätä ymmärrettävyyttä, lapsi saa tukea lukemaansa. Kuvilla tuodaan esille se, mikä on rivien välissä. Kuvittajan tulisi saada kuvaan jotain, mikä tarjoaa lapselle kuvan vastaanottajana sopivasti haastetta ja mielikuvitus saa eväitä. (Ylimartimo 2002, 82; Hatva 1993, 129.) Kuvakirjassa kuvilla on tärkeä merkitys lapsen mielikuvitukselle tilaa antavana ja kuvilla kiinnitetään katsojan huomio itseensä. Kuvakirjan lukemisessa on tärkeää lukea myös kuvat. Kuvien tulisi kestää useampia lukukertoja kuin sanojen, sillä lapsi katselee kuvakirjaa myös itsekseen. (Laukka 1996, 96.)

Väri on kuvakirjassa tunnelman luoja. Väreillä voi korostaa asioita. (Oittinen 2004, 65 - 68). Sairaalamailmasta lapsella ei ole välttämättä minkäänlaista mielikuvaa, ja näin hänellä ei riittävästi aineksia kuvitella tarinan ympäristöä ja hahmoja. Kuvat lisäävät mielenkiintoa aiheeseen ja motivoi pysymään kirjan äärellä. Kuvat voivat toimia muistina sisältöjen ymmärtämisessä ja tukea leikki-ikäisen lapsen työmuistia. Ne voivat laajentaa lapsen käsitystä tulevasta ja todellisuudesta. (Hatva 1993, 132 - 135.) Hyvä kuvakirja syntyy kuvien kanssa sopuoinnusta olevasta tekstistä, juonesta, mielestä, tunnelmasta ja aiheesta. Kuvat auttavat jäsentämään tekstiä. (Laukka 1996, 96.)

Väri on usein esteettinen kokemus, sillä lapsilla ja aikuisilla on lempivärejä. 4 - 6 - vuotiaita lapsia miellyttävät yleisesti värilliset piirrookset ja kuvat. (Hatva 1993, 123.) Lapset pitävät kylläisistä väreistä (Hatva 1993, 112). He ovat mieltyneitä iloisein ja puhtaisiin väreihin. Pienet lapset pitävät eritoten punaisista ja keltaisista väreistä. (Rihlama 1997, 108.) Väreistä vaaleansininen ja vihertävä luovat turvallisuuden tunnetta. Vaaleanvihreä koetaan värinä rauhoittavana. Se tuo toivoa, turvallista varmuutta sekä miellyttävää ympäristöä. Terapeuttisesti ajatellen vihreä symboloi tasapainoisuutta. Sininen väri on rauhoittava ja silmiä lepuuttava. (Rihlama 1993, 39 - 71.) Punaista käytetään lähinnä tehokeinona, piristeenä ja huomion herättäjänä. Punaisen runsas käyttö voi aiheuttaa lapselle aggressioita. (Rihlama 1993, 54.) Väreillä voidaan korostaa asioita. Liiallista värikylläisyyttä tulisi välttää, koska se saattaa olla

liikaa aktivoiva. Lisäksi niillä voidaan tuoda esiin tai häivyttää asioista taustasta. (Rihlama 1993, 48 - 54; Oittinen 2004, 65 - 68.)

6.3 Kuvakirja ja satu

Satu koskettaa lasta, kun se perustuu arkipäivän konkreettisiin tilanteisiin. Maailma esitetään niissä sellaisena, kuin lapsi näkee sen sankarin kannalta. Sadussa voi kuvata lapsen tavantomaisia pelkoja, ja ne johtavat aina onnelliseen lopputulokseen, mikä on rauhoittavaa. (Ojanen ym. 1980, 17 - 18; Heinonen & Suojala 2001, 147; Jarasto & Sinervo 2004, 213 - 214.) Kuvakirjassa tai sadussa käytetty kerronta ei tulisi olla liian yksityiskohtaista, koska lapsi voi mielikuvituksessaan suurennella asioita. Käytetyn kielen tulisi muistuttaa puhetta ja olla yksinkertaista. (Oittinen 2004, 24 - 27.)

Jantusen (2007, 68) mukaan valmis kuva ei ruoki lapsen mielikuvitusta. Kamera- tai tv-kuva antaa kuvan ulkoapäin valmiiksi verkkokalvolle. Kuvalla, mielikuvituskuvalla, lapsi kokee todennäköisemmin tunteita, kuten iloa ja surua. Lapset näkevät tunteet kuvissa konkreettisenä. He samaistuvat helposti kuvan esittämiin henkilöihin ja lukevat sadun hahmon eleitä. (Hatva 1993, 116 - 118.) Leikin avulla lapsi voi kohdata paremmin tapahtumat ja saada otetta tunteisiinsa. Esimerkiksi piirtämällä lapsi tai leikkimällä lapsi voi käydä ahdistavia tuntemuksia lävitse. (Heinonen & Suojala 2001, 145 - 146.)

Veera lääkarissä - kirjassa (Havukainen & Toivonen 1999) käsitellään lääkarissä käyntiä ja Pikku potilas - kirjassa (Civard 2006) käsitellään sairaalassaoloa. Molemmissa kirjoissa on käytetty värillisiä kuvia ja kuvissa selkeitä perusvärejä. Molemmissa kirjoissa päähenkilö eli lapsipotilas on rauhallinen. Kirjoissa on hauskoja yksityiskohtia ja huumoria. Veera lääkarissä - kirjassa tytön veljet Tatu ja Patu hauskuttavat lukijaa. Pikku potilas - kirjassa on kujeilevia yksityiskohtia, kuten keltainen anka. Äiti on mukana kuvissa, mikä todennäköisesti viestii turvallisuuden tunnetta. Myös hoitohenkilöstö on piirretty lapsen tasolle, mikä todennäköisesti viestii luottamuksellisuutta. Molemmissa saduissa lapsi näyttää selviytyvän hyvin tilanteesta. Sadun henkilön kokema selviytyminen vaikeasta tilanteesta helpottaa lapsen oloa ja näin satu voi rikastuttaa lapsen mielikuvista ja voimaannuttaa häntä. (Alasuvanto - Suutari & Kalliomäki, 2008, 3.)

Kuvissa hoitohenkilöstön asettaminen lapsen tasolle huomio lasta ja tätä kautta edistää lapsen luottamuksellisuutta. Kuvissa esiintyvät lapsen vanhemmat luovat lapselle turvallisuuden tunnetta. Myös oman pehmolelun mukanaolo kuvissa luo turvallisuuden tunnetta. Sairaala-termistöä tulisi välttää, koska lapsi ei ymmärrä sitä. Leikkauksen sijaan tulisi korostaa toimenpiteellä tehtävää korjausta. (Sairaanhoitaja 2004.) Sadun henkilön kokema selviytyminen

vaikeasta tilanteesta helpottaa lapsen oloa ja näin satu voi rikastuttaa lapsen mielikuvista ja voimaannuttaa lasta (Alasuvanto - Suutari & Kalliomäki, 2008, 3).

6.4 Typografia

Typografia, jolla tarkoitetaan kirjan visuaalisuutta, koostuu kannen, kirjainten muodon, otsikoinnin, painoasun, layoutin ja paperin laadun harmoniasta (Oittinen 2004, 140). Kuvakirjoissa se on tehokas tapa ilmentämään mielenliikkeitä, fyysistä liikettä, tunnelmia ja äänenvoimakkuutta. Typografian vaikutus on merkityksellinen tarinankerronnassa. Se auttaa tavoittamaan tekstin merkityksen. Kirjaimien asettelussa voidaan huomioida kuvakirjan sisältöä, esim. autokirjoissa auto-sana voi olla autonmuotoinen. Typografialla kertoja pystyy painottamaan myös ympäristön aiheuttamia ääniä. (Oittinen 2004, 77- 81.) Harmonisessa julkaisussa on kiinnitetty huomiota marginaalien kokoon, kirjain- ja riviväleihin, kirjainkokoihin ja sivun päihin, jotta ne muodostavat sopivan mittasuhteen (Oittinen 2004, 140).

6.5 Kuvitus ja teksti

Lasten lukemista voi tukea selkeällä, avoimella, miellyttävällä ja helposti lähestyttävällä tekstin fontilla. Pistekoon tulisi olla suurempaa (13 - 20 pisteen väliltä fontista riippuen), jotta katseen siirtyminen riviltä toiselle helpottuu. Georgia, CenturySchoolbook ja Century-fonteilla on iso x-korkeus ja ne ovat helposti luettavia. Ne on suunniteltu koulukirjoihin käytettäväksi. Myös riviväljyys helpottaa lapsilukijaa. Rivit on hyvä pitää lyhyinä ja tekstimäärä sivulla mahdollisimman pienenä. (Itkonen 2003, 150.)

Kuvitus pohjautuu yleensä tekstiin. Kuvitus voi olla tekstiä toistavaa tai tekstiä rikastavaa. (Hatva 1993, 134.) Kuvakirjan aukeama jakautuu tavallisesti siten, että teksti on vasemmalla sivulla ja kuva oikealla. Kuvakirjan lukemisessa on tärkeää hahmottaa, miten sanat vaikuttavat kuvien ja kuvat sanojen käsittämiseen. Kuvilla on kertovia tehtäviä. Kuva tarjoaa näkökulman tarinan havainnointiin. Sanat välittävät kertojan äänen. Tekstiä luettaessa mietitään, mitä seuraavaksi tapahtuu. Kuvia katsellessa keskitytään siihen, mitä tapahtuu juuri nyt ja miltä asiat näyttää ja mitä tunteita herää. (Mikkonen 2005, 369 - 377.)

Hyvän terveysaineiston laatukriteereinä pidetään terveystavoitetta, sisällön selkeää esitystä, helppolukuisuutta, oikeaa tietoa, sopivaa tietomäärää, kohderyhmän selkeää määrittelyä, tekstiä tukevaa kuvitusta, hyvää tunnelmaa ja huomiota herättävyyttä. Myös kohderyhmän kulttuuri tulee huomioida terveysaineistossa. (Parkkunen, Vertio & Koskinen - Ollonqvist 2001, 9 - 10.) Potilasohjeesta lukija ymmärtää, että se on suunniteltu hänelle (Torkkola ym. 2002, 36). Hyvän potilasoppaan tärkeimmät osiot on otsikoitu, tärkein asia tulee ensin ja tekstiä täydentävät kuvat herättävät mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään sisältöä (Torkkola ym.

2002, 39 - 40). Tekstin tulisi olla havainnollistavaa yleiskieltä. Asioiden esittämisessä on suositeltavaa käyttää aikajärjestystä. Selkeä kappalejako edistää asian ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 42 - 43.) Hyvän potilasohjeen lopussa on yhteystiedot, mistä potilas voisi kysyä tarkennuksia (Torkkola ym. 2002, 44). Lisäksi potilasohje tulisi olla organisaation laatu järjestelmän mukainen (Torkkola ym. 2002, 76).

6.6 Satukirjan toteuttaminen

Satukirjan tarina kertoo päähenkilön joutumisesta toimenpiteeseen, kitarisaleikkaukseen. Tarinassa kuvataan lapsen perhettä, ajatuksia sekä tapahtumia sairaalassa. Tarinassa haluttiin painottaa perheen, läheisten sekä turvallisuuden tunteen merkitystä. Satukirja etenee leikkauskutsun saamisesta sairaalaan menemiseen, sairaalassa tapahtuviin toimenpiteisiin sekä toimenpiteestä heräämiseen, kotiutumiseen ja toipumiseen. Tarinassa tapahtuvat asiat ovat päähenkilölle uusia ja vieraita ja tätä kautta haluttiin asettaa lapsi, jolle kirja luetaan samaan tilanteeseen.

Kuvituksen avulla pyritään lapselle havainnollistamaan mitä sairaalassa tapahtuu. Kuvissa on käytetty värejä ja yksityiskohtia, jotka ovat lapselle kiinnostavia. Kuvakirjaan haluttiin kuvien ja tarinan kautta luoda positiivinen ja rohkaiseva tunnelma. Satukirjan tarina on kirjoitettu päähenkilön kuvaamana. Kieliasu tarinassa on pyritty saamaan lapsen ymmärrettävälle tasolle.

Satukirjan teksti on kirjoitettu pistekoolla 14 käyttäen fonttia Georgia. Tämä selkeyttää lukemista, sekä helpottaa katseen siirtymistä riviltä toiselle. Pistekoko soveltuu sekä lapselle että aikuiselle, mutta kyseinen satukirja suunniteltiin aikuisen lapselle luettavaksi. Satukirjassa kuvat ja teksti asetettiin samalle sivulle. Sivun kuva on valittu tekstiin sopivaksi ja sitä kautta kuva ja teksti täydentävät toisiaan. Satukirjan pituus on kansilehden kanssa noin 21 sivua.

7 Tutkimusongelmat

Teoriatietoon ja asiantuntijahaastatteluihin perustuen, opinnäytetyömme tarkoitus on suunnitella ja toteuttaa kuvallinen satukirja, joka toimisi tulevaisuudessa työkaluna lapsipotilaan valmistamisessa leikkaukseen tai muuhun sairaalassa tapahtuvaan toimenpiteeseen. Satukirjan tavoitteena on vastata sadun omaisin keinoin lapsen kysymyksiin. Tavoitteena on tuottaa kirja, joka toimisi työvälineenä preoperatiivisesti osastolla tai kotona. Satukirja on tarkoitus tuottaa HUS:n Hyvinkään sairaalan päiväkirurgiselle yksikölle (PÄIKI) preoperatiiviseksi apuvälineeksi lapsipotilaille ja heidän vanhemmilleen.

Pyrimme opinnäytetyössämme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin;

- Mitkä ovat lapsen keskeisimpiä pelkoja lapsen valmistautuessa leikkaukseen?
- Millaisin keinoin lapsen leikkauspelkoja voidaan lievittää?
- Mitä keskeisiä asioita sairaanhoitajat nimeävät, mitä satukirjassa tulisi olla, jotta se palvelisi leikki-ikäisen lapsen pelkoa vähentävänä työvälineenä valmisteltaessa lasta leikkaukseen?

8 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

Tutkimus on kvalitatiivinen, joka auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Taustalla on kuitenkin alun perin aristoteelinen ajatus, että yksityisessä toistuu yleinen. Tutkimalla yksityistä tapausta riittävän tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein yleisellä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2004, 171.)

Perehdyimme kirjallisuuden ja asiantuntijahaastatteluiden avulla lapsen perioperatiiviseen hoitotyöhön. Teoriatiedon ja haastatteluiden perusteella halusimme selvittää, mitkä ovat lapsen ja lapsen keskeisimmät pelon aiheet, kun lapsi menee toimenpiteeseen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna.

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelua käytetään paljon kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2004, 197.)

Hirsjärven ym. (2004, 199) mukaan ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. Lotti (1994, 65 - 66) kirjoittaa, että ryhmäkeskustelut ovat kestoaltaan noin 1 - 2 tuntia. Ryhmäkeskustelussa ihmiset vaihtavat keskenään kokemuksia, tunteita ja mielipiteitä keskustelua ohjaavan tutkijan valvonnassa. Tutkija havainnoi osallistujien ilmeitä, eleitä ja asentoja. Vastajat tuntevat ryhmähaastattelussa olonsa turvalliseksi ja rentoutuvat. Keskustelussa yhden henkilön kokemukset aiheesta synnyttävät reaktioita ja tuntemuksia muissa.

8.1 Teemat ja haastattelukysymykset

Ryhmähaastattelussa käytettyjä teemoja oli kaksi. Haastattelussa käsiteltiin kahta aihepiiriä, joihin tutkimusongelmat liittyivät olennaisesti. Teemoja haastattelussa olivat sairaanhoitajien toiveet satukirjasta sekä lapsen pelkojen lievittäminen.

Teema 1. Toiveet satukirjasta

Haastattelukysymykset

1. Millaisia toivomuksia teillä on lapsen leikkaukseen valmistavan satukirjan suhteen?
2. Millaisia käyttötarkoituksia toivotte kirjalla olevan päiväkirurgisen hoitotyön suhteen?

Teema 2. Lapsen pelkojen lieventäminen

3. Mitä keskeisiä asioita kirjassa mielestänne tulisi esittää, jotta se palvelisi tarkoitustaan lapsen pelkoa vähentävänä työkaluna?
4. Minkälaisia keinoja teillä tällä hetkellä käytetään lapsen pelkojen vähentämiseksi?
(LIITE 2)

8.2 Haastattelu ja aineiston keruu

Tutkimuksessa on käytetty harkinnanvaraista otosta, koska on ollut tarkoitus haastatella juuri tiettyjä henkilöitä valitusta organisaatiosta. Tässä työssä haastateltiin päiväkirurgisen yksikön sairaanhoitajia, joilla on työnsä kautta kokemusta lasten valmistamisesta toimenpiteeseen. Tämä valinta perustui tutkimusongelmaan.

Asiantuntijahaastatteluiden suorittamiseksi kävimme esittelemässä opinnäytetyömme aiheen (3.11.2011) Hyvinkään sairaalan päiväkirurgisen yksikön sairaanhoitajille. Paikalla oli valtaosa yksikön sairaanhoitajista. Opinnäytetyön aiheen lisäksi esiteltiin myös satukirjan tarina sekä kuvien luonnokset. Ideasta, kuvista ja tarinasta pidettiin jo tässä vaiheessa. Esittelyn jälkeen viisi sairaanhoitajaa ilmoitti kiinnostuksensa opinnäytetyötämme kohtaan, ja tällä tavoin he valikoituivat haastateltaviksemme. Sovimme heidän kanssaan myöhemmin tehtävästä teema-haastattelusta, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Opinnäytetyönä valmistuvan satukirjan tarinan luonnoksen olimme laatineet ennen asiantuntijasairaanhoitajien haastatteluita. Alustavan tarinaluonnoksen olimme lähettäneet sairaanhoitajille sähköpostitse, jotta he pystyivät siihen tutustumaan ennen teema-haastattelua. Ryhmähaastattelu tapahtui (28.11.2011) muutamien viikojen kuluttua ensitapaamisestamme Hyvinkään sairaalassa, PÄIKI:n tiloissa. Haastattelutilanteessa kävimme läpi ennalta laaditut teema-haastattelukysymykset (LIITE 2) sekä satukirjan tarinan alustavan luonnoksen, jota peilattiin haastattelukysymyksiin. Haastattelun

ilmapiiri oli rauhallinen sekä keskusteleminen ja se suoritettiin tilassa, jossa ei ollut häiriötekijöitä. Haastattelutilanteessa vuorovaikutus oli avointa sekä haastateltavien että haastattelijoiden kesken.

Tutkimushaastattelua on kirjallisuudessa jaoteltu moniin ryhmiin. Tavallisesti haastattelulajeja erotellaan sen mukaan, miten strukturoitu ja miten muodollinen haastattelutilanne on. Haastattelulla on tavoitteet, joiden avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. Avoimella haastattelulla on useita nimityksiä. Voidaan puhua myös vapaasta haastattelusta, syvähaastattelusta, informaalista haastattelusta, ei-johdetusta haastattelusta ja strukturoimattomasta haastattelusta. Avoimessa haastattelussa haastattelijat selvittelevät haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sen mukaan kun ne tulevat aidosti vastaan keskustelun kuluessa. Avoin haastattelu on kaikista haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. Tavallisesti avoin haastattelu vie aikaa ja edellyttää useita haastattelukertoja. (Hirsijärvi ym. 2004, 198 - 200.)

Teemana haastattelussa oli sairaanhoitajien toiveet satukirjasta ja lapsen pelkojen lieventäminen. Pyrimme selvittämään sairaanhoitajien kokemuksia leikki-ikäisen lapsen leikkauspeleista ja niiden ehkäisystä perioperatiivisessa hoitotyössä. Haastatteluiden avulla pyrimme selvittämään, millaisia näkemyksiä ja toiveita yksikön sairaanhoitajilla on perioperatiiviseen ohjaukseen tarkoitetulta satukirjalta. Aikaa teemahaastatteluun kului noin tunti. Satukirjan toteutuksen tueksi tarvitsimme asiantuntijasairaanhoitajien näkemyksiä satukirjan toteutuksesta ja sisällöstä. Haastattelutilanteita ei nauhoitettu. Haastattelutilanteessa esille tullut tieto kirjattiin ylös satukirjan suunnittelua ja toteuttamista varten. Haastattelun jälkeen sovittiin, että korjaukset tehdään ja haastateltavat saavat korjatun version luettavaksi sähköpostitse. Ryhmähaastattelun jälkeen muistiinpanot yhdistettiin ja niistä valittiin tarinaan vaikuttavat merkittävimmät muutokset, joiden pohjalta satukirjan luonnosta kehitettiin toimivammaksi ja tarvettaan vastaavammaksi. Korjattu luonnos lähetettiin hyväksyttäväksi sähköpostitse haastatelluille sairaanhoitajille. Vastaukset korjattuun satukirjan luonnokseen saatiin kaikilta haastatteluun osallistuneilta hoitajilta. Tarina oli muuttunut haastateltavien hoitajien mielestä käyttötarkoitustaan vastaavaksi ja sai näin lopullisen muotonsa.

Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa kerrotaan olosuhteista ja paikoista, joissa aineistot kerättiin. Samoin kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinat ja myös tutkijan oma arviointi tilanteesta. (Hirsijärvi ym. 2004, 216 - 218.)

Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, millaisia toivomuksia yksikön sairaanhoitajilla oli kirjan suhteen sekä, mitä edellytyksiä he toivoivat kirjalla olevan päiväkirurgisen hoitotyön suhteen. Tavoitteena oli selvittää asiantuntijahaastatteluiden keinoin, mitä keskeisiä asioita kir-

jassa tulisi esittää, jotta se palvelisi tarkoitustaan lapsen pelkoa vähentävä työvälineenä. Haastatteluiden avulla pyrittiin myös saamaan tietoa siitä, minkälaisia keinoja päiväkirurgisessa yksikössä sillä hetkellä käytettiin pelkojen vähentämiseksi. Asiantuntijahaastattelut pyrittiin tekemään vapaamuotoisesti keskustellen päiväkirurgisen yksikön sairaanhoitajien kanssa.

8.3 Analysointi

Tulosten tulkinta on tutkimusaineiston analyysissä esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. Kasvatus - ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa tarvitaan monenlaisia analyysitapoja. Niitä ei Hirsjärven ym. (2004, 212) mukaan voida asettaa missään yleisessä mielessä tärkeysjärjestykseen. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti kvalitatiivista analyysia ja päätelmien tekoa.

Haastattelijat tekivät haastattelutilanteessa erilliset muistiinpanot, jotka yhdistettiin tulosten tarkastelua ja yhteenvedoa varten. Haastattelun tulosten analysoinnissa huomioitiin merkittävimpiä ryhmähaastattelussa esille tulleita seikkoja, joiden perusteella satukirjan luonnosta kehitettiin. Pääpiirteittäin kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä tarinaan tehtävistä muutoksista ja siinä esiintyneistä puutteista. Tulosten analysointi ja muutosten teko luonnokseen sujui nopeasti, koska tarina koettiin jo luonnosvaiheessa melko toimivaksi. Haastattelussa esille tullut ja analysoitu tieto käsiteltiin luottamuksellisesti ja haastateltavat pysyivät anonyymeinä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyössä haastatteluun saatua laadullista tietoa käytettiin empiirisinä lähteinä kirjallisuuskatsauksen lisäksi. Opinnäytetyön empiirinen osuus koostuu edellä mainittujen lähteiden pohjalta nykytiedosta, joka meillä tällä hetkellä tutkittavasta aiheesta on. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Yksityistä tapausta tarkemmin tutkimalla saadaan selville, mikä ilmiössä on tärkeää ja mikä toistuu tarkasteltaessa sitä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2004, 169.) Opinnäytetyössä saadut tulokset ovat pääpiirteiltään yleistettävissä koskemaan leikki-ikäisen lapsipotilaan toimenpide- ja sairaalapelkojen lievittämistä perioperatiivisessa hoitotyössä.

9 Haastatteluiden tulokset

Teemahaastattelun tulokset painottuivat haastattelukysymyksissä 1 ja 3 (LIITE 2) esitettyihin kysymyksiin. Vastauksia saatiin runsaasti siitä, minkälaisia toivomuksia haastateltavilla oli satukirjan suhteen ja mitä keskeisiä asioita satukirjassa tulisi esittää, jotta se palvelisi tarkoitustaan. Haastattelutilanteessa apuvälineenä toiminut tarinan luonnos herätti paljon keskustelua ja luonnos käsiteltiinkin tarkasti.

Haastatteluissa nousi esille esi- ja kotilääkityksen merkitys, joka lapsen kivunhoidon tarpeellisuuden vuoksi lisättiin tarinaan haastatteluiden perusteella. Lapsen pelko toimenpiteestä aiheutuvasta kivusta nousi myös hyvin keskeiseksi asiaksi. Riittävä kivunhoito- ja ennaltaehkäisy nimettiin merkittäväksi lapsen toimenpidepelkoa vähentäväksi tekijäksi. Haastatteluiden perusteella merkittävimmiksi pelkoa vähentäviksi tekijöiksi nousivat lapsen riittävä valmistaminen tulevaan toimenpiteeseen sekä tehokas kivunhoito sairaalassa ja kotona toimenpiteen jälkeen. Haastattelussa kävi myös ilmi, että lasten toimenpidettä koskevia pelkotiloja ratkaistaan yksikössä tällä hetkellä pääosin vastaamalla lapsen kysymyksiin, mutta tilannetta ei juurikaan etukäteen käsitellä lapsen kanssa. Sairaalalla on olemassa kuitenkin erityyppisiä tietoiskumaisia oppaita lapsen valmistamiseen toimenpidettä varten, jotka ovat lähinnä tarkoitettu lasten vanhemmille. Teoriatieto vahvistaa haastatteluiden tuloksia.

Lapsipotilaiden kivunhoitoon on viime vuosina alettu kiinnittää enemmän huomiota. Siinä onkin viimeisten 20 vuoden aikana tapahtunut merkittävää kehitystä. Huomiota on alettu kiinnittää niin leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon kuin sairaalahoidossa esimerkiksi infektion takia olevan lapsen kivunhoitoon. Merkittävä muutos lasten kivunhoitoon alkoi 1980-luvulla. Tuolloin alettiin kiinnittää huomiota etenkin lasten leikkauksen jälkeiseen kipuun. (HUS 2005.)

Kähkösen (2007) mukaan kivuliaaseen hoitoon tulisi lasta aina valmistella ennakolta. Lapselle tuli selvittää kivun syyt niin hyvin kuin se on mahdollista ottaen huomioon kuitenkin lapsen iän, kehitystason ja käsityskyvyn. Lapsen kipukokemukseen vaikuttavat toimenpiteen vaikeus, kesto ja erityisesti kivunlievitys. Kivun lääkkeellisen lievittämisen ohella tulee lapselle antaa mahdollisuus hallita tuntemuksiaan.

Lapset ilmaisevat ja kokevat kivun eri tavalla kuin aikuiset. Tämän vuoksi aikaisemmin onkin ajateltu, että lapset eivät koe kipuja ja kärsi niistä yhtä paljon kuin aikuiset. Kivunhoidon onnistumisen kannalta lasten iänmukaisten fyysisten ja psyykkisten erityispiirteiden huomiointi on erittäin tärkeää. Lasten kipuongelmat ovat hyvin erilaisia kuin aikuisilla. Kipulääkkeen lisäksi lapsen kipuun auttavat monet muutkin seikat kuten vanhempien ja sisarusten läsnäolo, leikki, mukavien asioiden ajattelu, keskusteleminen, erilaisten asioiden tekeminen ja rentoutuminen. (HUS 2005a.)

Lapselle annetaan aikaa miettiä sairaalaan tuloa ja hänen kysymyksiinsä vastataan. Mikäli vanhemmat eivät tiedä vastauksia lapsen kysymyksiin, he kertovat ottavansa niistä selvää. Lapselle on tärkeää, että hän voi luottaa siihen, mitä hänelle on kerrottu. Perhettä rohkaistaan osallistumaan preoperatiiviseen hoitoon leikkauspäivänä. (Viitamäki 1996, 58 - 59.)

Merkittäviksi asioiksi haastattelussa nousi lapsen turvallisuuden tunteen tukeminen. Turvallisuuden tunnetta satukirjassa luo lapselle tuttuun asioiden näkyminen kuvissa ja tarinassa. Tarinassa turvallisuuden tunnetta pyritään luomaan vanhemman läsnäololla, oman lelun tuomisella toimenpiteeseen sekä sillä, että lapsi saa olla toimenpiteessä omilla vaatteilla.

Toisten ihmisten läsnäolo oli lasten pelon tunnetta vähentävä tekijä. Vanhempien läsnäolo katsotaan olevan tärkein lapsen ilmaisemista selviytymiskeinoista. Läheisten turva koettiin tärkeäksi eritoten jos tilanteessa koettiin kipua tai kivun uhkaa. Turvan hakeminen aikuisista on hallintakeino lapsilla, suhde aikuisiin on lapsille emotionaalisesti tärkeää. (Salmela ym. 2010)

Apuvälineitä pelon hallintaan ovat kotoa tuodut tutut esineet, kuten esimerkiksi pehmolelut tai valokuvat. Positiiviset mielikuvat, kotoisten asioiden miettiminen, arkisten asioiden muisteleminen vähentävät pelkoa (Salminen & Soini 2005; 7 - 16.)

Haastattelussa tuli ilmi tarinassa käytettyjä asia- ja sanavirheitä, jotka korjattiin tarinaan oikein. Lisäksi kolme neljästä haastateltavasti piti alkuperäistä tarinaa liian jännittävänä käyttötarkoitukseensa. Tarinaluonnoksessa käytetty sana ”riekaleet” koettiin hieman pelottavana, joten sana vaihdettiin sanaan ”risat”. Haastattelussa kävi myös ilmi, että yksikkö käyttää ”leikkaus” sanan sijasta sanaa ”toimenpide”. Tarinasta pyrittiin siis saamaan pois sana ”leikkaus” ja korvaamaan sen tarvittaessa sanalla ”toimenpide”. Palautetta saatiin myös tarinassa esiintyvän lapsen perherakenteesta, mutta se päädyttiin pitämään ennallaan, niin sanottuna ydinperheenä. Lapsipotilaiden perhetausta on nykypäivänä hyvin moninainen, joten kaikkia perheitä koskevaa perhemallia ei voitu kirjaan valita. Ydinperheen kuvaamista kirjassa opinnäytetyön tekijät pitivät neutraalina lähestymistapana.

Hyvinkään sairaalassa lapsi menee leikkaukseen omilla vaatteillaan, joten tämä kohta muutettiin luonnokseen Hyvinkään sairaalan toimintamallin mukaiseksi. Asiantuntijasairaanhoidajat pitivät tarinan tyylistä. Yksi neljästä haastateltavasta oli lähes tyytyväinen tarinaan juollaisenaan. Kuitenkin laajempaa lapsipotilasjoukkoa miellyttääkseen tarinaa oli muutettava edellä mainituin keinoin. Tarinan pituudesta sairaanhoitajat olivat erimielisiä. Osa haastateltavista piti tarinaa liian pitkänä. Valmiina kuvallisena satukirjana teoksen pituus on noin 20 sivua, joka on keskiverto satukirjan pituus. Tästä suppeampi toteutus vaatisi liikaa tärkeän informaation poistamista, ja tarinan looginen järjestys kärsisi.

Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavat toivoivat satukirjasta joko toimenpideyksikössä lapselle luettavaa satukirjaa, kotiin lähetettävää satukirjaa tai mahdollisesti sähköistä versiota, jonka voisi lukea internetissä tai lähettää sähköpostilla lapsen vanhemmille.

10 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyö prosessi on kuvattu alla olevassa taulukossa 1.

Helmikuu	2011	Valittiin opinnäytetyön aihe ja selvitettiin onko tarvetta satukirjalle. Oltiin yhteydessä opinnäytetyömme suhteen Hyvinkään sairaalan osastoryhmän päällikköön, Sinikka Mikkoseen.
Maaliskuu	2011	Sinikka Mikkonen osoitti kiinnostuksensa satukirjaa kohtaan. Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen. Aiheanalyysin työstäminen.
Huhtikuu	2011	Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen. Ohjaavaksi opettajaksemme lupautui Aliisa Karlsson. Tapaaminen opinnäytetyön ohjaajan kanssa.
Toukokuu	2011	Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen.
Kesäkuu	2011	Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen.
Heinäkuu	2011	Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen.
Elokuu	2011	Tutkimuslupahakemuksen työstäminen. Satukirjan tarinan ja kuvituksen työstäminen. Tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa.
Syyskuu	2011	Tutkimuslupahakemuksen työstäminen. Tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa.
Lokakuu	2011	Tutkimuslupahakemus valmis. Tutkimuslupahakemus hyväksyttiin.
Marraskuu	2011	Opinnäytetyön aiheen esittely PÄIKI:ssä. Asiantuntijahaastattelut ja satukirja luonnoksen esittely PÄIKI:ssä.
Joulukuu	2011	Satukirjan tarinan hyväksyttäminen. Satukirjan tarinan työstäminen lopulliseen muotoonsa.
Tammikuu	2012	Opinnäytetyön muokkaaminen.
Helmikuu	2012	Tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa vko:lla 6. Tapaaminen Eila Harlen kanssa vko:lla 6. Satukirjan ulkoasun työstäminen. Ohjaavan opettajan sähköpostiohjaus. Opinnäytetyön muokkaaminen lopulliseen muotoonsa. Kuvituksen ja satukirjan työstäminen lopulliseen muotoonsa.
Maaliskuu	2012	Opinnäytetyön valmistuminen. Satukirjan valmistuminen. Julkaisuseminaari ja arviointi.

		Satukirjan esittely PÄIKI:ssä. Satukirjan jatkokehittämisen suunnittelu Laurea Hyvinkään Innowillassa.
--	--	---

(TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu)

11 Pohdinta

Suurimmat sairaalapelot leikki - ikäisillä lapsilla liittyvät tilanteisiin, joissa he eivät voi olla yhdessä vanhempiensa kanssa. Lapset kuitenkin kokevat pelkoa hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Pelkoa yleisimmin aiheuttavat vieras ympäristö ja kipu. Lapsi ei läheskään aina ymmärrä sairaalassaolon tai toimenpiteen tarkoitusta. Syvennyimme opinnäytetyössämme kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun keinoin lapsen toimenpidepelkoihin ja niiden lievittämiseen. Opinnäytetyötä varten haastattelimme asiantuntijasairaanhoitajia päiväkirurgisessa yksikössä ja toteutimme perioperatiiviseksi työvälineeksi suunnitellun satukirjan.

11.1 Keskeisten tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tulosten pohjalta keskeisimmiksi pelkoa vähentäviksi tekijöiksi nousivat lapsen riittävä valmistaminen tulevaan toimenpiteeseen ja tehokas kivunhoito sairaalassa sekä kotona toimenpiteen jälkeen. Riittävä kivunhoito ja kivun ennaltaehkäisy vähentävät lasten toimenpidepelkoja merkittävästi. Lapset pelkäävät toimenpiteen aiheuttamaa kipua. Pelkoa lievittääkseen osa lapsista haluaa selvittää pelon aiheuttajan tekemällä siitä kysymyksiä ja pyrkimällä hankkimaan tietoa pelottavasta asiasta. Lapset kokevat myös toisten ihmisten läsnäolon pelkoa vähentäväksi tekijäksi. Vanhemman läsnäolo onkin lapsen turvallisuudentunteen kokemisen kannalta merkittävin tekijä tilanteessa, jossa lapset kokevat kipua tai kivun uhkaa. Toimenpiteen selittäminen ja tulevista tapahtumista kertominen auttavat lapsia käsittelemään toimenpidettä koskevia pelkoja. Lapsen valmistaminen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen on myös lapsen vanhempien tehtävä, johon he kuitenkin tarvitsevat neuvoja ja tukea hoitohenkilökunnalta. Tällä hetkellä ei välttämättä vielä ole saatavilla riittävän yksilöllisiä lapsille suunnattuja toimenpiteeseen valmistavia työvälineitä. Opinnäytetyömme pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen.

Päiväkirurginen toiminta lisääntyy lapsien sairauksien hoitamisessa. Lapsen vanhemmat ovat mukana hoidossa ja lapsen ero vanhemmista jää tämän vuoksi lyhyeksi. Päiväkirurgisesta toimenpiteestä lapselle aiheutuva stressi jää lyhyen hoitajakson vuoksi pieneksi ja perheen kannalta palautuminen normaaliin arkeen on nopeampaa. Lyhyen hoitajakson vuoksi tiedon merkitys kuitenkin korostuu. Asianmukaisen, lapsen kehitystasolle suunnatun tiedon saatavuus on vielä suppeaa. Tiedon tulisi samanaikaisesti olla sekä havainnollistavaa ja ymmärrettävää,

mutta myös riittävän informatiivista ja luotettavaa. Lapsi ja hänen vanhempansa tarvitsevat tietoa valmistuessaan toimenpiteeseen. Samalla myös toimenpiteen jälkihoito ja siihen valmistaminen on erittäin tärkeää.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja käyttökelpoisuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, validius puolestaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen suorittamisesta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.)

Opinnäytetyön empiirinen osuus koostuu nykytiedosta, joka tällä hetkellä tutkittavasta aiheesta on. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Yksityistä tapausta tarkemmin tutkimalla saadaan selville, mikä ilmiössä on tärkeää ja mikä toistuu tarkasteltaessa sitä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2004, 169.) Opinnäytetyössä saadut tulokset ovat pääpiirteiltään yleistettävissä koskemaan leikki-ikäisen lapsipotilaan toimenpide- ja sairaalapelkojen lievittämistä operatiivisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tuloksena syntyneen satukirjan vastaavuus käyttötarkoitukseensa oli haasteellisin osuus. Laajankin teoriakatsauksen ja asiantuntijahaastatteluiden perusteella kirjan toteutus oli haastava, jotta varmuudella pystyttäisiin toteamaan sen vastaavaan juuri tarkoitustansa; lapsen leikkauksen vähentämistä. Pelon kokeminen on yksilöllistä, kuten myös pelkoa lievittävien seikkojen kokeminen.

11.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisestä näkökulmasta katsottuna, ei välttämättä voida kertoa kirjan vähentävän leikki-ikäisten lasten leikkauksen pelkoa. Voidaan kuitenkin tarjota uusi työväline, jonka avulla on mahdollista keskustella leikkauksen ja toimenpiteiden aiheuttamista ennakkopeloista yhdessä lapsen kanssa. Kirjasta ja sen tarinasta aiheutuvan keskustelun kautta on mahdollista hälventää pelkoa ja ennalta käsitellä lapsen kanssa tulevaa toimenpidettä.

Opinnäytetyön toteutuksessa olemme huomioineet eettisyyden ja toimineet sen mukaisesti. Haastatteluissa esille tulleet tiedot on käsitelty luottamuksellisesti, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule tuloksissa esille. Opinnäytetyöprosessin valmistuttua aiheeseen liittyvät haastatteludokumentit hävitetään asianmukaisesti. (LIITE 1)

11.4 Kehittämisehdotukset ja tulevaisuuden haasteet

Vastaavanlaiselle satukirjalle olisi varmasti laajemmaltikin käyttöä. Tulevaisuudenhaasteena onkin opinnäytetyön satukirjan saattaminen sellaiseen muotoon, että sitä voisivat hyödyntää muut tahot. Satukirja vastaisi mahdollisesti käyttötarkoitustaan myös esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin muissa sairaaloissa, toisissa sairaanhoitopiireissä tai vaihtoehtoisesti sitä voisi hyödyntää yksityisillä sektoreilla, joissa on leikkaustoimintaa lapsille.

Nykypäivänä monenlaista tietoa voi lukea internetistä. Opinnäytetyön tekemisen yhteydessä nousikin esille idea satukirjan sähköistämisestä. Haastatteluissa esitettiin sähköistä kirjaa, jonka vanhemmat voisivat lukea lapsille sairaalan kotisivuilta tai vaihtoehtoisesti kirja voitaisiin lähettää sähköpostitse vanhemmille luettavaksi lapsille. Satukirjan jatkokehittäminen etenee Laurea ammattikorkeakoulun Innovillassa. Kaupallistamisen vuoksi kirjaa ei tulla julkaisemaan opinnäytetyön yhteydessä. Opinnäytetyön liitteeksi on laadittu dispositio satukirjasta Oili ja Harminpaikka. (LIITE 3).

Lähteet

- Alasuvanto - Suutari, V. & Kalliomäki, M. 2008. Leikki - ikäisen lapsen pelon ja kivun hoitotyön tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen loppuraportti. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Bicknell, T - P. 1988. How to write & illustrate children´s books and get them published!.London: MacDonald.
- Blomgren, K. 2011. Duodecim Terveyskirjasto. Kitarisa ja kitarisan poisto. Viitattu 20.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00428>.
- Civard, A. 2006. Pikku potilas. Helsinki: Satusiivet - Sagoringar / Lasten parhaat kirjat.
- Children of the New Earth Magasine. 2008. Nurse Characteristics And Inferences about Children`s Pain. Pediatric nursing. Vol. 34. (4). 297 - 305.
- Children of the New Earth Magasine. 2007. Nurses Knowledge And Attitudes Regarding Children`s Pain. Pediatric nursing. Vol. 33. (4). 313 - 314.
- Eronen, S., Kanninen, K., Katainen, S., Kauppinen, L., Lähdesmäki, M., Oksala, E. & Penttilä, M. 2001. Persoona kehityspsykologia. Helsinki: Edita.
- Finne, H. & Holopainen, P. 1991. 4 - 6 - vuotiaan lapsen valmistaminen päiväkirurgiseen hoitotoimenpiteeseen vanhempien kokemana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Flinkman, T. & Salanterä, S. 2004. Leikki- ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotiede. Vol. 16. (3). 121 - 131 ja 272 - 280.
- Hatva, A. 1993. Kuvittaminen. Helsinki: Rakennustieto.
- Hautakangas, A - L., Horn, T., Pyhälä - Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Havukainen, A. & Toivonen, S. 1999. Veera lääkäriässä. Helsinki: Otava.
- Heinonen, S - L. & Suojala, M. 2001. Lapsi elää satua. Teoksessa: Karppinen, S., Puurula, A. & Ruokonen, I. 2001. Taiteen ja leikin lumous 4 - 8 - vuotiaiden lasten taito- ja taidekasvatus. Tampere: FINN LECTURE.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2005a. Lapsen kivun hoito. Viitattu 15.4.2011. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,804,847,849>>.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2005b. Lapsipotilaiden kivunhoito kehittynyt. Viitattu 15.4.2011. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;8021;10365&print=1>>.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Lapsen kivun hoito. Viitattu 15.4.2011. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29228,29239>>.
- Hiitola, B. 2000. Parantava leikki. Hygieia - sarja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hiitola, B. 2005. Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Teoksessa Koistinen P., Ruuskanen, S., Surakka, T. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R. & Risku A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Teoksessa: Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell.

Ivanoff, P., Åstedt - Kurki, P. & Laijärvi, H. 1999. Leikki - ikäisen kokema sairaalapelko. Hoi-
totiede vol. 1. (5). 272 - 281.

Itkonen, M. 2003. Typografian käsikirja. Helsinki: RPS-yhtiöt.

Jantunen, T. 2007. Satu kasvattaa, Topeliuksen sadut ja kasvatustietä. Porvoo: WSOY.

Jarasto, P. & Sinervo N. 2003. Elämää varten. Alle kouluikäisen lapsen maailma. 3. painos.
Jyväskylä: Gummerus.

Joensuu, H. & Karppi, S. 2008. Leikki- ikäisen lapsen tukeminen ja pelkojen vähentäminen
päiväkirurgiassa vanhempien arvioimana. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak
Etelä.

Jokinen, S., Kuusela A-L. & Lautamatti, V. 1999. "Sattuuko se?" Lasten kliiniset tutkimukset.
Helsinki: Hygieia Kirjayhtymä.

Kajander & Karhunen 2001. Päiväkirurginen lapsi ja hänen perheensä - Suuri haaste ohjauksel-
le. Pinsetti- lehti 2.14 - 15.

Koponen, M. & Mannonen, M. 2008. Myöhäisleikki-ikäisen valmistaminen päiväkirurgiseen
toimenpiteeseen ja siihen liittyvien pelkojen lievittäminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulu-
tushjelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Korhonen A., Kaakinen, P., Miettinen, S., Ukkola, L. & Heino, R. 2009. Leikki - ikäisen lapsen
emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyönsuositus. Hoitotyön tutkimussää-
tiö.

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

Kortessalmi, R., Lipsonen, A., Piispanen, M. & Vuorela, E. 2004. Preoperatiivisten valmistelu-
jen kehittäminen OYS:n lasten ja nuorten klinikassa. Viitattu 21.7.2011.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2004/muut_artikkelit/preoperatiivisten_valmistelujen/>.

Kronqvist, E - L. & Pulkkinen, M - L. 2007. Kehityopsykologia matkalla muutokseen. Porvoo:
WSOY.

Kähkönen, E. Lääkärilehti. 2007. Lapsen kivunhoito tehostuu. Viitattu 15.4.2011.
<http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=4835/type=1>.

Laukka, M. 1996. Kuvakirja on kaveri, silta, matka tai sukellus tuntemattomaan. Teoksessa:
Jokipaltio, J. Sadun voimat. Lapsi tuo sadun tullessaan. Jyväskylä: Maaseudun sivistysliitto.

Lehtonen, K., & Nybacka, S. 1997. Leikki ja sairaalan leikkitoiminta - alle kouluikäisten leikki-
toiminta OYS:ssa. Kasvatustieteen kandidaattityö. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiede-
kunta, Oulun opettajankoulutuslaitos.

Leino - Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo: Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsi-
ensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

- LeRoy, S., Elixson, M., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S. & Uzark, K. 2003. Recommendations for Preparing Children and Adolescents for Invasive Cardiac Procedures. *Circulation* 108. 2550 - 2564.
- Levo, H. 1995. Vanhempien osallistuminen leikki-ikäisen lapsensa hoitoon sairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lotti, L. 1998. Markkinointitutkimuksen käsikirja. 4. painos. Porvoo: WSOY.
- Lukkari, L., Kinnunen, T., & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY
- Mikkonen, K. 2005. Kuva ja sana - kuvan ja sanan vuorovaikutus kirjallisuudessa, kuvataiteessa ja ikoniteksteissä. Helsinki: Yliopistokustannus Universitypress Finland.
- Mäki, S. & Arvola, P. 2009. Satu kantaa lasta. Opas lasten ja nuorten kirjallisuusterapiaan 1. Porvoo: WSOY.
- Mäki, S. & Arvola, P. 2009. Tarina tukee lasta. Opas lasten ja nuorten kirjallisuusterapiaan 2. Porvoo: WSOY.
- Nurmi, J - E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2008. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.-3. painos. Porvoo: WSOY.
- Oittinen, R. 2004. Kuvakirja kääntäjän kädessä. Helsinki: Lasten Keskus.
- Ojanen, S., Lappalainen, I. & Kureniemi, M. 1980. Sadun avara maailma: Sadut varhaiskasvatuksen tukena. Helsinki: Otava.
- Parkkunen, N., Vertio, H & Koskinen - Ollonqvist, H. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Pelander, T. 2008. The Quality of Pediatric Nursing Care - Children's Perspective. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Peltoniemi, N. & Suominen, S. 2007. Perioperatiivinen sairaanhoitaja leikki -ikäisen lapsen perioperatiivisella kierrolla Keski-Suomen keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Pölkki, T. 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. *Sairaanhoitaja*. 10 (76), 18 - 21.
- Poliklinikka. 2007. Lasten kivunhoito. Viitattu 15.4.2011. <<http://www.poliklinikka.fi/?page=3221510&id=4292533>>.
- Rihlma, S. 1997. Värioppi. Hanko: Hangon Kirjapaino.
- Rihlma, S. 1993. Värit ja kuviot ympäristövaikuttajina. Vantaa: Tikkurilan Paino.
- Ritkala - Castrén, M. 2010. Aikuisten lääkkeitä lapsille? - Lasten ja nuorten lääkehoidon pulmia. *Sairaanhoitajaliiton verkkolehti*. Viitattu 20.4.2011. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5_2008/ajankohtaiskirjoitus/aikuisten_laakkeita_lapsille_las/>.
- Rosenberg, M., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Rusanen, S. & Torkki K. 2001. Mistä on lapsen kuvat tehty. Teoksessa Karppinen, S., Puurula A., Ruokonen I. Taiteen ja leikin lumous. 4-8-vuotiaiden lasten taito- ja taidekasvatus. Helsinki: FINN LECTURE.

Ruuskanen & Airola. 2004. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa: Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Sairaanhoitaja. 2004. Preoperatiivisten valmistelujen kehittäminen OYS:n lasten ja nuorten klinikassa. Viitattu 21.7.2011.

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2004/muut_artikkelit/preoperatiivisten_valmistelujen/>.

Salmela M., Salanterä S. & Aronen E.T. 2010. Coping with hospital- related fears: experiences of pre - school - aged children. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 66. (6). 1222 - 1231.

Salminen, T., Soini, P. 2005. Leikki- ikäisen 2 - 4 vuotiaan lapsen selviytymiskeinoja pelosta sairaalassa. Opinnäytetyö. Helsinki. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Simons, J., Franck, L. & Roberson, E. 2001. Parent involment in children`s pain care: wiew of parents and nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 36. (4). 591 - 599.

Spagrud, L., Piira, T., Von Baeyer, C. 2003. Children`s self- report of pain intensity: The Faces Pain Scale - Revised. *Am J Nurs*. Vol. 103. (12). 62 - 64.

Talka., V - L. 2009. 5 - 6 - vuotiaiden pelot sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Tammikuu 2009. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tirkkonen, T. 2002. Psykkinen kasvu. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer - Paino.

Toskala, A. 1997. Pelot. Porvoo: WSOY.

Vainio, A. 2009. Doudecim Terveyskirjasto. Voiko kipua mitata?. Viitattu 15.4.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025>.

Viitamäki, R. 1996. Hygienia. Päiväkirurginen hoitotyö. Tampere: Tammer - Paino.

Ylimartimo, S. 2002. Helppoja tekstejä, helppoja kuvia? Teoksessa Kuvituksen monet muodot. Toim. N. Bengtsson & I. Loivamaa. BTJ Kirjastopalvelu. Jyväskylä: Gummerus.

Wolman, B. 1979. Lapsen pelot. Helsinki: Otava.

Kuviot

Kuvio 1 Kipumittarit

Taulukot

Taulukko 1 Opinnäytetyön aikataulu

Liitteet

- Liite 1 Tutkittavan tiedote ja suostumusasiakirja
- Liite 2 Teemat ja haastattelukysymykset
- Liite 3 Dispositio satukirjasta Oili ja Harminpaikka

TIEDOTE- JA SUOSTUMUSASIAKIRJA

Minua on pyydetty osallistumaan haastatteluun Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoululle tehtävään opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena tutkia ja kartoittaa leikki-ikäisen lapsen leikkaus- ja sairaalapelkoja. Haastatteluiden ja teorian tiedon perusteella on opinnäytetyön tekijöillä tarkoitus työstää satukirja Hyvinkään sairaalaan päiväkirurgisen osaston yksikön lapsipotilaiden ja heidän vanhempiensa ohjaukseen. Olen saanut tietoa opinnäytetyöstä kirjallisen tiedotteen muodossa. Minulla on mahdollisuus esittää kysymyksiä sekä saada niihin vastauksia.

Minulla on oikeus peruuttaa osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Henkilöllisyyteni ei paljastu opinnäytetyön aikana, eikä opinnäytetyössä. Haastatteluaineistot pysyvät luottamuksellisina, eikä niitä tulla nauhoittamaan.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni

Allekirjoitus _____ päiväys _____ / _____ 2011

Nimenselvennys _____

Teemat ja haastattelukysymykset

Teema 1. Toiveet satukirjasta

1. Millaisia toivomuksia teillä on lapsen leikkaukseen valmistavan satukirjan suhteen?
2. Millaisia käyttötarkoituksia toivotte kirjalla olevan päiväkirurgisen hoitotyön suhteen?

Teema 2. Lapsen pelkojen lieventäminen

3. Mitä keskeisiä asioita kirjassa mielestänne tulisi esittää, jotta se palvelisi tarkoitustaan lapsen pelkoa vähentävänä työkaluna?
4. Minkälaisia keinoja teillä tällä hetkellä käytetään lapsen pelkojen vähentämiseksi?

Oili ja Harminpaikka



Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Mari Lifflander, Pia Lindberg ja Annika Packalén ovat osana opinnäytetyötään laatineet perioperatiivisen satukirjan ”Oili ja Harminpaikka”.

Satukirjaa suunniteltaessa on analysoitu ja käytetty teoria- ja tutkimustietoa lasten toimenpite- ja leikkauspeloista (opinnäytetyön sivut 13 - 16, 20 - 24 & 36 - 37), sekä haastateltu asiantuntijasairaanhoitajia Hyvinkään sairaalan päiväkirurgisessa yksikössä (opinnäytetyön sivut 34 - 37).

Satukirjan tekstissä ja kuvituksessa on erityisesti pyritty huomioimaan tekijöitä, jotka lievittävät lasten pelkoja ja luovat lapselle turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksien mukaan (Salmi- nen ym. 2005; Salmela ym. 2010 & Talka 2009) tällaisia ovat erityisesti vanhempien läsnäolo sairaalassa, tutut ja turvalliset asiat, sekä riittävä ohjaus ennen toimenpiteeseen tuloa. Lapsen emotionaaliset, kognitiiviset ja sosiaaliset taidot tulee myös huomioida lapsen ohjauksessa.

Satukirjan kuvituksen on luonut Päivi Lifflander opinnäytetyön tekijöiden toiveiden mukaisesti. Kuvituksessa on erityisesti pyritty huomioimaan lapsen turvallisuudentunne, sekä lapsen, hoitajien, lääkärin ja vanhempien välinen vuorovaikutus sairaalassa. Värimaailmassa on huomioitu erityisesti iloisuus ja leikkimielisyys. Kirjaan on haluttu tuoda leikkimielisyyttä myös tarinan kielen avulla.

Satukirja toimii tulevaisuudessa työkaluna lapsipotilaan valmistamisessa leikkaukseen tai muuhun sairaalassa tapahtuvaan toimenpiteeseen. Kirja vastaa sadun omaisin keinoin lapsen kysymyksiin ja sitä voidaan käyttää työvälineenä preoperatiivisesti osastolla tai kotona yhdessä vanhempien kanssa.

Satukirjan jatkokehittäminen etenee opinnäytetyön valmistumisen jälkeen Laurea - ammattikorkeakoulun Innovillassa. Tavoitteena on julkaista ”Oili ja Harminpaikka” kirjana. Julkaisu- neuvottelut kustantajien kanssa ovat vielä kesken, jonka vuoksi satukirjaa ei vielä tulla julkaisemaan sähköisesti Theseus - julkaisuarkistossa opinnäytetyön kanssa.