



HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ
20.05.2009

LEIKKI-IKÄISEN LAPSEN EMOTIONAALINEN TUKI PÄIVÄKIRURGISESSA HOITOTYÖSSÄ

- Hoitotyön suositus.

Työryhmän johtaja:

Korhonen Anne, TtT, sh, klinisen hoitotieteen asiantuntija, Oulun yliopistollinen sairaala, lasten ja nuorten tulopsyksikkö

Työryhmän jäsenet:

Kaakinen Pirjo, TtM, sh, projektityöntekijä, Oulun yliopistollinen sairaala, lasten ja nuorten tulopsyksikkö

Miettinen Seija, TtM, sh, osastonhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala, lasten ja nuorten tulopsyksikkö

Ukkola Liisa, TtM, sh, ylihoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala, lasten ja nuorten tulopsyksikkö

Heino Raija, FM, informaatikko, Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

Työryhmällä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen. Hoitotyön suosituksen käyttöönotto ei aiheuta lisäkustannuksia.

Laaditusta hoitotyön suositusluonnoksesta lausuntonsa antoivat Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeen johtoryhmä ja seuraavat ulkopuoliset asiantuntijat: osastonylilääkäri Kai Kiviluoma, osastonhoitaja Mailis Mäkelä ja sairaanhoitaja Tarja Backman (OYS, Lasten ja nuorten klinikka), ylihoitaja Wiveka Kauppila (TYKS, Lasten klinikka), osastonhoitaja Satu Kiesvaara (HUS, Lasten klinikka), lehtori Terttu Koskela (OAMK, Sosiaali- ja terveysala), yliopettaja Hanna Hopia ja lehtori Katri Huuskola (JAMK, Sosiaali- ja terveysalan laitos), lehtori Anne Vuori ja lehtori Päivi Ivanoff-Lahtela (LAMK, Sosiaali- ja terveysalan laitos) sekä lehtori Ulla Härkönen (JoY, Savonlinnan opettajankoulutuslaitos).

SISÄLLYS

JOHDANTO	3
SUOSITUKSEN RAJAUS JA KESKEISET KÄSITTEET	4
KIRJALLISUUSKATSAUS HOITOTYÖN SUOSITUKSEN POHJANA.....	7
Aineiston valintakriteerit	7
Aineistonkeruu.....	7
Näytön asteen arviointi	10
Aineiston analysointi.....	10
Suosituksen laadintaan liittyvät ongelmat.....	11
HOITOTYÖN SUOSITUS.....	12
1. Vanhempien kannustaminen osallistumaan lapsensa hoitoon.....	12
2. Lapsen aikaisempien sairaalakokemusten kartoitus lähetteen kirjoittavassa yksikössä.....	13
3. Vanhempien ohjaus lapsen valmistamiseen.....	13
4. Lapsen ja vanhempien ohjaaminen.....	13
5. Preoperatiivinen soitto kotiin.....	14
6. Vanhemmat lapsen tukena toimenpidepäivänä	14
7. Lapsen ja vanhempien preoperatiivisen ahdistuksen lievittäminen toimenpideyksikössä	14
8. Vanhempien ohjaus lapsen postoperatiivisten kokemusten läpikäynnissä	15
9. Postoperatiivinen soitto kotiin.....	15
SUOSITUKSEN SOVELTAMISESSA HUOMIOON OTETTAVIA TEKIJÖITÄ JA RAJOITUKSIA.....	15
HOITOTYÖN SUOSITUKSEN YHTEENVETO JA SOVELTAMINEN	16
LÄHTEET	18
LIITTEET	23

JOHDANTO

Päiväkirurginen toimenpide määritellään paikallisuudutusta laajemman anestesian vaativaksi, suunnitelluksi toimenpiteeksi, jonka aikana potilas viipyy toimenpideyksikössä korkeintaan 12 tuntia (1). Noin puolet (53 %) kaikista Suomessa alle 16-vuotiaille tehtävistä kirurgisista toimenpiteistä on päiväkirurgisia (2), vastaava luku oli Ruotsissa 43 % vuonna 2006 (3). Kaikista päiväkirurgisesti tehtävistä toimenpiteistä lasten osuus oli vuonna 2007 vain 14 % (2). Kuntaliiton (4) mukaan suuntauksena on lisätä lasten päiväkirurgisten toimenpiteiden määrää.

Lapsen näkökulmasta päiväkirurginen toimenpide on suositeltava, koska se minimoi lapsen eroa perheestä ja hänelle tavanomaisesta arjesta (5–8). Myös vanhemmat ovat tyytyväisiä siihen, että toimenpide suoritetaan päiväkirurgisesti (5, 7, 9), sillä toimenpiteeseen johtaneen syyn helpottuminen tai poistuminen tuovat myönteisiä asioita koko perheen elämään (10, 11). Organisaation näkökulmasta päiväkirurgia on suositeltava hoidon vaihtoehto. Se on potilaalle turvallinen, kustannusvaikuttava, lisää sairaaloiden tehokkuutta, kilpailukykyä ja parantaa palvelujen saatavuutta (4).

Lapsipotilaan päiväkirurgiselle toimenpiteelle on ominaista, että toimenpiteeseen valmistaminen ja jälkihoito jäävät vanhempien tehtäväksi (12). Vanhemmat haluavat osallistua lapsensa hoitoon toimenpideyksikössä (13, 14), joka voi selittyä vanhempien halulla auttaa lastaan oudossa tilanteessa (15), mutta myös vanhempien pyrkimyksellä lievittää omaa lapsensa toimenpiteeseen liittyvää ahdistustaan (16). Suurin osa vanhemmista kokee olevansa valmistautunut toimenpiteeseen (17), vaikka lapsen jälkihoito lisää myös hänen hoitoonsa liittyviä huolia (18).

Lapsen selviytymistä toimenpiteestä on tarkasteltu suurten kirurgisten leikkausten yhteydessä, kuten esimerkiksi avosydänkirurgiassa (19). Sen sijaan selviytymistä päiväkirurgisesta toimenpiteestä on tarkasteltu vähemmän, vaikka myös se aiheuttaa lapselle tunne-elämään liittyviä seuraamuksia, esimerkiksi unihäiriöitä, käyttäytymismuutoksia, eroahdistusta vanhemmista, syömisvaikeuksia ja lääkäripelkoa (20, 21). Oireilun kesto vaihtelee, osalla (9 %) lapsista oireet voivat jatkua kuukauden ajan (11), kun osalla (7 %) lapsista oireet voivat jatkua jopa lähes vuoden (20).

Toimenpide aiheuttaa lapselle ahdistusta (20, 22–27) ja pelkoja (28). Ahdistus on riskitekijä perioperatiivisille komplikaatioille, ja sen lievittäminen edistää lapsen toipumista (29). Lapsen lisäksi myös vanhemmilla on toimenpiteestä johtuvaa ahdistusta ja pelkoja. Niiden tunnistaminen on välttämätöntä, koska vanhempien tunnetila heijastuu lapseen (13,16, 25, 30) ja molempien ahdistavat kokemukset lapsen seuraaviin hoitokertoihin (31, 32).

Tämä hoitotyön suositus kohdentuu leikki-ikäisen lapsen (2–5-vuotiaat) emotionaaliseen tukeen päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotyön suositus tuo tutkimukseen ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa tietoa perioperatiiviseen päätöksentekoon. Koska päiväkirurgiseen hoitoon liittyvät valmistelukäytännöt vaihtelevat organisaatioiden ja yksiköiden välillä, antaa suositus perusteita valita vaikuttaviksi tiedettyjä hoitotyön auttamismenetelmiä leikki-ikäisen lapsen ja hänen perheensä valmistamiseen päiväkirurgisen palveluketjun eri vaiheissa (ks. 33). Suosituksen tavoitteena on varmistaa lapsen turvallisuuden tunteen säilyminen

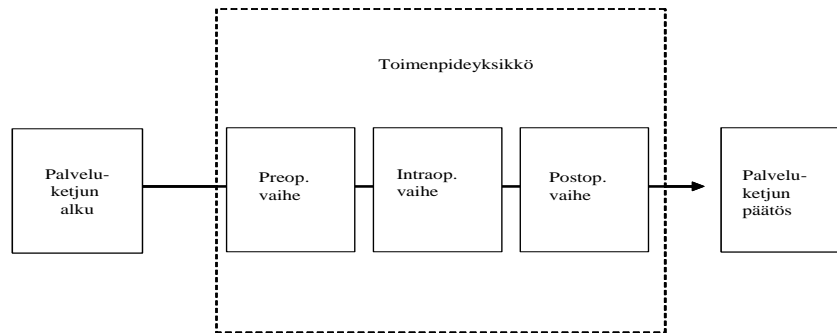
hoidon kaikissa vaiheissa (ks. 34). Kansanterveydelliseltä ja taloudelliselta kannalta tarkasteltuna hoitotyön suosituksen merkitys rakentuu preventiivisen hoitotyön kautta. Suosituksella on lapsen ja perheen terveyttä edistävä tavoite. Sillä on myös lapsipotilaan asemaa vahvistava tavoite, joka suuntaa huomion lapsen kokonaisvaltaiseen hoitoon toimenpidekeskeisessä päiväkirurgiassa.

Hoitotyön suositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeeksi kliiniseen hoitotyöhön sairaanhoitajille, lastenhoitajille, terveydenhoitajille ja muille terveydenhuollon ammattiryhmille, jotka työskentelevät lasten päiväkirurgisen hoidon eri vaiheissa. Suositus lisää henkilökunnan tietoa emotionaalisen tuen merkityksestä leikki-ikäisen lapsen selviytymiselle päiväkirurgisesta toimenpiteestä ja tarjoaa näyttöön perustuvaa tietoa lapsen ja vanhempien valmistamisesta toimenpiteeseen. Suositus voidaan ottaa käyttöön lasten hoitotyössä välittömässä potilashoidossa. Hoitotyön johtamisessa suositusta voidaan käyttää henkilöstösuunnittelussa, henkilöstön osaamisen arvioinnissa ja kehittämisessä. Sitä voidaan myös käyttää oppimateriaalina ja oppisisältöjen kehittämisessä lasten ja nuorten hoitotyön sekä kirurgisen/leikkaus- ja tehohoitotyön ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa.

SUOSITUKSEN RAJAUS JA KESKEISET KÄSITTEET

Tämä hoitotyön suositus asemoidaan palveluketjuajatteluun, jossa päiväkirurgista hoitoa tarkastellaan yli sektorirajojen ulottuvana hoidon kokonaisuutena. Palveluketjussa hoidon tarkastelu ylittää organisaatio- ja ammattiryhmäkeskeisen lähestymistavan ja kohdentaa huomion lapsen ja perheen sujuvaan kulkuun palvelujärjestelmässä. Synonyyminä palveluketjukäsitteelle käytetään kirjallisuudessa käsitettä hoitoketju, englanninkielisessä kirjallisuudessa myös ”clinical pathway”, ”care pathway” ja ”critical pathway”. Palveluketjun tavoitteena on vähentää potilaan hoidossa esiintyvää vaihtelua, lisätä hoidon laatua ja vähentää kustannuksia. (Ks. 35–38) Palveluketju koostuu useista, eri yksiköissä tapahtuvista hoitoprosesseista (38, 39). Palveluketju hoitotyön suosituksen rakenteena lisää hoitoon osallistuvien tietoa hoidon kokonaisuudesta. Se myös lisää työntekijöiden vastuullisuutta yhteistyöhön lapsen ja vanhempien toimenpiteeseen valmistamisessa.

Tässä hoitotyön suosituksessa tarkastellaan lasten päiväkirurgiaa ketjuna (Kuvio 1), joka alkaa terveysongelman toteamisesta. Palveluketjun alkuvaiheessa tehdään kirurgisen hoidon tarpeen arviointi ja kirjoitetaan lähete toimenpideyksikköön, jossa päätös toimenpiteen ajankohdasta tehdään. Preoperatiivisessa vaiheessa lapsi ja vanhempi saapuvat toimenpiteen suorittavaan yksikköön, jossa lapsi valmistellaan toimenpiteeseen. Toimenpide suoritetaan intraoperatiivisessa vaiheessa. Postoperatiivinen vaihe kestää toimenpiteen päättymisestä lapsen kotiutumiseen. Palveluketju päättyy joko lapsen kotiutumiseen, jälkitarkastukseen tai postoperatiiviseen jälkisoittoon. Lapsen ja hänen vanhempiansa valmistamista toimenpiteeseen sekä käytetyn valmistelumenetelmän vaikuttavuutta arvioidaan usein toimenpidepäivänä toimenpideyksikön sisällä (esim. 22, 23, 26, 40, 41) ja vain harvoin toimenpideyksiköstä kotiutumisen jälkeen (11, 20, 25, 30, 41, 42).



Kuvio 1. Päiväkirurginen palveluketju.

Leikki-ikäisellä lapsella tarkoitetaan tässä hoitotyön suosituksessa 2–5-vuotiaita lapsia. Ikäkauden määrittely perustuu kansainvälisessä kirjallisuudessa käytettyyn kehitysteoriaan ja koulujärjestelmään. Lancaster (43) ja Baker (44) määrittelevät alle kaksivuotiaat vauva- ja leikki-ikäisiksi (infants and toddlers) ja 2–5-vuotiaat esikoululaisiksi (preschool). Ziegler ja Prior (45) pitävät puolestaan 1–3-vuotiaita leikki-ikäisinä ja 3–5-vuotiaita esikoululaisina. Suomalaisessa koulujärjestelmässä 6-vuotiaat ovat esikoululaisia, siksi tässä suosituksessa leikki-ikäisen ylärajaksi asetettiin ikä ennen esikouluun menoa. Ikäkauden alarajaksi asetettiin 2 vuotta. Nopeiden ja suurten kehityksessä tapahtuvien muutosten vuoksi leikki-ikäiset voidaan jakaa myös pienempiin (2–4-vuotiaat) ja suurempiin (5–6-vuotiaat) (44). Tässä hoitotyön suosituksessa leikki-ikäisiä lapsia ei ole jaoteltu erikseen, mutta on huomioitu 2–5-vuotiaille lapsille ominaiset kehitykselliset piirteet ja niistä johtuvat haasteet valmistelumenetelmien valinnalle.

Leikki-ikäiselle lapselle on luonteenomaista minäkeskeisyys, kaikkivoipaisuuden tunne ja konkreettinen ajattelu, jota kuvaa ehdottomuus (hyvä/paha). Hän näkee tapahtumat ulkoisten tekijöiden vaikutuksina. Tyypillistä on rikas mielikuvitusmaailma, jonka merkitystä korostaa loogisen ajattelun kehittymättömyys. Oppiminen on konkreettista, kokemuksellista ja tapahtuu parhaiten käsillä tekemisen ja leikin avulla. Leikki-ikäinen kykenee vastaanottamaan vain rajoitetun määrän (noin 15 minuuttia) tietoa kerrallaan. Hoitoon liittyvän tiedon antamisessa käytetyn kielen tulee olla yksinkertaista ja rauhoittavaa, sairaalakäsitteitä välttävää. Leikki-ikäiselle suhde perheeseen on tärkeä, siksi ero vanhemmista aiheuttaa ahdistusta. (19, 31, 44) Pienet leikki-ikäiset kokevat helposti syyllisyyttä ja häpeää, mutta vastaavasti myös kyky tuntea empatiaa ja ylpeyttä omista saavutuksistaan ovat ikäkaudelle ominaisia. Isot leikki-ikäiset ymmärtävät pieniä paremmin syy-seuraus-suhteita. Kehittyneemmän symbolisen ajattelun vuoksi he voivat myös tulkita toimenpiteen rangaistukseksi tai seuraukseksi omasta toiminnastaan tai ajatuksistaan. (46) Leikki-ikäiset lapset voivat poiketa suuresti toisistaan taitojen ja kykyjen osalta, siksi saumaton yhteistyö lapsen ja vanhempien kanssa on hyvän hoitamisen edellytys päiväkirurgisessa palveluketjussa.

Leikki-ikäisten lasten selviytymistaidot ja hallintakeinot stressiä aiheuttavassa tilanteessa ovat puutteellisia. Hallintakeinoilla viitataan ajatuksiin ja toimintatapoihin, joita yksilö käyttää selviytyäkseen kuormittaviksi kokemistaan tilanteista ja niiden asettamista vaatimuksista. Tunnekeskeisillä hallintakeinoilla yksilö pyrkii käsittelemään tilanteen herättämää ahdistusta. Yksilö voi käyttää myös ongelmakeskeisiä keinoja, jolloin toimintaa leimaa pyrkimys hakea ratkaisua tilanteeseen. (47)

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan potilaan auttamista tunteisiin ja ajatuksiin liittyvissä kysymyksissä. Tuki välittyy ihmissuhteiden kautta ja sen tavoitteena on tunne-elämältään tasapainoinen potilas. (48, 49) Tässä hoitotyön suosituksessa emotionaalisella tuella tarkoitetaan sellaisia hoitotyön auttamismenetelmiä, joilla ylläpidetään ja lisätään lapsen ja vanhempien turvallisuuden tunnetta sekä minimoidaan ahdistusta aiheuttavien tekijöiden vaikutuksia. Konkreettisesti tämä tarkoittaa tiedon antamista ja perheen yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitämistä hoidon kaikissa vaiheissa.

Emotionaalisen tuen tavoitteena on vähentää toimenpiteestä johtuvaa lapsen ja hänen vanhempansa ahdistusta vaikuttamalla heidän tunteisiinsa ja ajatuksiinsa esimerkiksi antamalla tietoa toimenpiteestä. Tieto edistää selviytymiskeinojen käyttämistä, vähentää ahdistusta ja pelkoja sekä lisää vanhemman ja henkilökunnan välistä luottamusta (8, 29). Lapsipotilaan ja hänen vanhempansa ohjaus etenee prosessina, joka on sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan yksilölliseen kontekstiin ja kokemusmaailmaan (33, 50) ja siksi siihen on varattava aikaa.

Emotionaalinen tuki jää käytännön hoitotyössä usein käsitteelliselle tasolle, jolloin tukimenetelmien tunnistaminen, kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi vaikeutuvat. Tämä lisää käytännön hoitotyössä tarvetta tarkastella tunnetasolla koettavaa tukea ja siihen liittyviä auttamismenetelmiä. Suosituksen lähtökohtana on, että hyvin valmistellut ja emotionaalisesti itsensä turvalliseksi kokevat lapset ja heidän vanhempansa selviytyvät kokemuksistaan puutteellisesti valmisteltuja paremmin ja ovat organisaation näkökulmasta tarkasteltuna myös yhteistyökykyisempiä (ks. 31).

Lapsen emotionaalista tukemista ei voida tarkastella ilman vanhempien ohjaamista ja tukea (31). Siksi suosituksen tavoitteena on turvata myös vanhempien riittävä tiedonsaanti ja vahvistaa sen avulla heidän valmiuksiaan valmistella lastaan tulevaan toimenpiteeseen (51). Vanhemmille annettu ohjaus ja tuki auttavat heitä hyväksymään lapsensa toimenpiteestä johtuvat reaktiot sekä auttamaan lasta käsittelemään kokemuksiaan kotona ja päivähoitossa. Vanhemmat toivovat enemmän suullista ja kirjallista ohjausta ennen toimenpidettä ja sen jälkeen (52). Terveystieteiden ammattihenkilöstö on avainasemassa lapsen ja vanhempien ohjaamisessa.

Emotionaalista turvallisuutta uhkaavat ahdistus ja pelko ovat toisiaan lähellä olevia käsitteitä. Ahdistusta määrittää huoli tulevasta tapahtumasta, pelko puolestaan kohdistuu välittömästi havaittavaan, tiettyyn ärsykkeeseen (53). Ahdistusta pidetään pelon yläkäsitteenä (40). Preoperatiivinen ahdistus on subjektiivinen kokemus, jota luonnehtii jännitys, pelko, huoli ja hermostuneisuus. Ero vanhemmista aiheuttaa lapselle ahdistusta (44, 45, 54), kun pelkoja aiheuttavat mm. pistäminen, toimenpiteen suorittaminen ja siihen liittyvä kipu (8, 28).

Päiväkirurgisesta toimenpiteestä johtuvaa ahdistusta on tarkasteltu intraoperatiivisena (26), postoperatiivisena (32) ja vaiheita erottamatta perioperatiivisena (23, 28). Tavallisimmin sitä on tarkasteltu preoperatiivisessa vaiheessa (esim. 40, 41, 55). Preoperatiivista ahdistusta arvioidaan esiintyvän ennen anestesiaa merkittävän voimakkaana yli 60 prosentilla lapsista (20, 30, 31). Suurimmassa riskissä ovat alle 5-vuotiaat lapset (30, 55). Ahdistukselle altistavat mm. lapsen nuori ikä, aikaisemmat kielteiset sairaalakokemukset, sosiaalinen sopeutumattomuus, puutteelliset selviytymiskeinot ja esilääkityksen puuttuminen

sekä vanhempien ahdistus. Koetun ahdistuksen määrään vaikuttavat myös lapsen rauhoittamiseen käytetyt lääkkeelliset ja lääkkeettömät menetelmät. Viimeksi mainittuja ovat ajatuksiin ja mielikuviin sekä niiden kautta käyttäytymiseen vaikuttavat (behaviooraaliset) menetelmät. (55)

KIRJALLISUUSKATSAUS HOITOTYÖN SUOSITUKSEN POHJANA

Hoitotyön suosituksen pohjaksi etsittiin aikaisempaa tietoa päiväkirurgisesta toimenpiteestä ja sen vaikutuksista lapseen ja vanhempiin. Tietoa haettiin järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (56) avulla, jossa etsittiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia emotionaalisia vaikutuksia päiväkirurgisella toimenpiteellä on leikki-ikäisiin lapsiin ja heidän vanhempiinsa?
2. Millaisia interventioita on aiemmin käytetty lasten ja heidän vanhempiensa valmistamisessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen?
3. Millaiset interventiot vähentävät lapsen ja hänen vanhempiensa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyvää ahdistusta?

Aineiston valintakriteerit

Kirjallisuuskatsaus rajattiin päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyviin tutkimuksiin. Rajausta perustellaan sillä, että toimenpiteen nopeus ja lyhyt hoitoaika toimenpideyksikössä saattavat johtaa lapsen kokemusmaailman ja tuen tarpeiden puutteelliseen tunnistamiseen. Näistä voi seurata lapsen ja vanhempien riittämätön valmistaminen toimenpiteeseen. Aineiston valintakriteerit esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit.

Hyväksymiskriteerit	Hylkäämiskriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • alkuperäistutkimukset ja järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset, jotka on julkaistu tieteellisissä julkaisuissa • alan muu keskeinen kirjallisuus, kuten asiantuntijoiden konsensuslauseisiin perustuvat hoito-ohjeet • tutkimukset, jotka kuvailevat/selvittävät päiväkirurgisen toimenpiteen emotionaalisia vaikutuksia lapseen ja/tai vanhempiin tai selvittää niiden taustatekijöitä • kuvailevat, arvioivat tai vertailevat interventioita, joiden tavoitteena on edistää leikki-ikäisen lapsen ja hänen vanhempiensa emotionaalista turvallisuutta päiväkirurgisessa hoidossa • kohderyhmään sisältyy* leikki-ikäisiä lapsia • on tehty kulttuurisesti länsimaisissa olosuhteissa • ovat suomen- tai englanninkielisiä vuosilta 1995–2008. 	<ul style="list-style-type: none"> • ei-tieteelliset artikkelit ja tutkimukset • tutkimukset, jotka liittyvät lapsen kipuun ja sen lievittämiseen, toimenpiteeseen liittyviin fyysisiin komplikaatioihin (pahoinvointi jne.) tai niiden esiintymiseen • tutkimukset, jotka kuvailevat tai arvioivat leikkaus- ja anestesiamenetelmiä • tutkimukset, jotka liittyvät hoitoon osallistumisen fysiologisiin vaikutuksiin vanhempiin tai lapseen • tutkimukset, jotka selvittävät vanhempien tyytyväisyyttä • tutkimukset, jotka perustelevat päiväkirurgisen toiminnan tarpeellisuutta organisaation näkökulmasta.

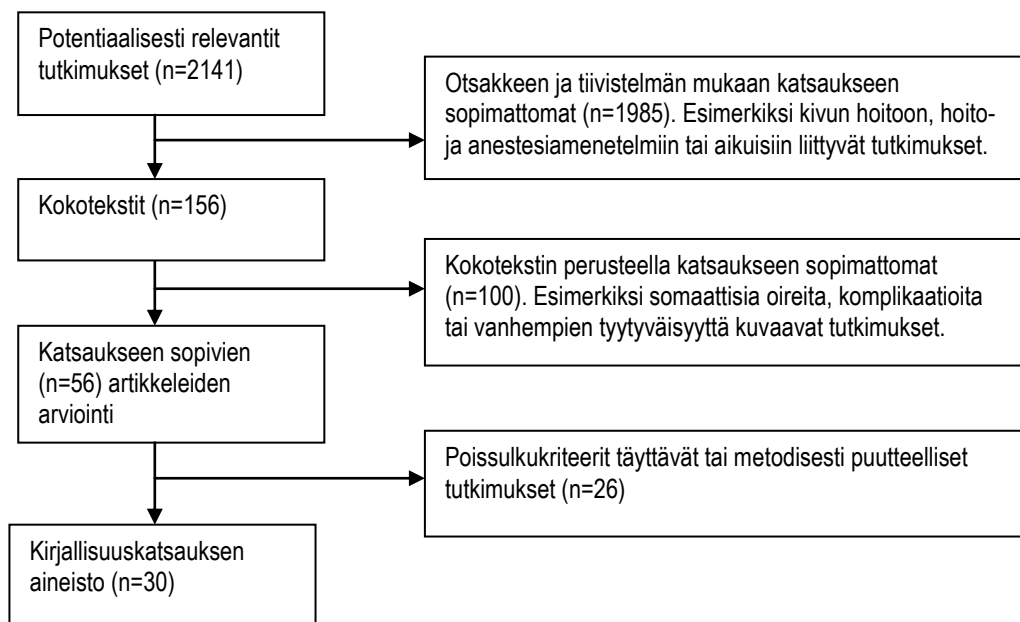
* Hakuprosessin alkuvaiheessa laajennettiin kohderyhmään liittyvää kriteeriä siksi, että ainoastaan leikki-ikäisiin kohdistuvia tutkimuksia on vähän.

Aineiston keruu

Aineiston keruu tehtiin LINDA, Medic, CINAHL, Medline OVID, PsycINFO, COCHRANE: CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR (Ovid) tietokannoista.

Suomen- ja englanninkielisten hakusanojen ohessa käytettiin tietokantojen asiasanastojen termejä (mm. MeSH- ja CINAL-headings). Hakusanojen yhdistämisessä käytettiin kaikkia mahdollisia variaatioita käyttämällä synonyymien kohdalla AND ja OR -määrittä ja sanojen katkaisua laajan haun saamiseksi. Käytetyt hakusanat ja niiden yhdistelmät tietokannoittain ovat liitteenä (LIITE 1).

Varsinainen aineiston keruu tehtiin neljässä vaiheessa. Kaksi ensimmäistä aineiston keruuta olivat järjestelmällisiä ja kolmas automaattinen uutuusseuranta (Auto Alert) ajanjaksolta maaliskuu 2004–huhtikuu 2007. Viimeinen aineiston keruu sisälsi manuaalisen haun alan keskeisistä tieteellisistä julkaisuista ja päivityshaun automaattisesta uutuusseurannasta (toukokuu 2007–joulukuu 2008) sekä PsycINFO tietokannasta tammikuun 2004–marraskuun 2008 väliseltä ajanjaksolta. Jokaisessa vaiheessa noudatettiin edellä esitettyjä hyväksymis- ja poissulkukriteereitä. Ensimmäisen vaiheen niukkojen tulosten vuoksi laajennettiin hakua toisessa vaiheessa vuosina 1995–1998 julkaistuihin tutkimuksiin. Viitteitä etsittiin myös tutkimusten lähdeluetteloista, joista arvioitaviksi hankittiin asiayhteyden tai otsikon perusteella sopivilta vaikuttavat. Aineiston valintaprosessi on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineiston valintaprosessi.

Ensimmäinen hakuvaihe

Ensimmäisessä hakuvaiheessa (Taulukko 2) löydettiin tutkimusviitteisiin (n=983) sisältyi eri tietokannoissa olevia viittauksia samoihin artikkeleihin. Katsauksesta suljettiin kipulääkkeisiin, kivunhoitoon, anestesiamenetelmiin, leikkausteknisiin menetelmiin ja lasten somaattisiin oireisiin tai vanhempien tyytyväisyyteen liittyvät tutkimukset. Katsauksesta suljettiin myös erilaiset kommenttiartikkelit ja ei-tieteelliset julkaisut. Otsakkeen ja tiivistelmän mukaan tehdyn valintaprosessin jälkeen hankittiin kokotekstit soveltuvista tutkimuksista (n=74). Kokotekstien arvioinnin jälkeen katsauksen aineistoon jäi 11 tutkimusta.

Toinen hakuvaihe

Ensimmäisen hakuvaiheen niukan tuloksen vuoksi aineistonhakua laajennettiin koskemaan vuosina 1995–1998 julkaistuja tutkimuksia. Toinen haku (Taulukko 2)

tuotti yhteensä 434 viitettä, johon sisältyivät eri tietokannoissa olevat viittaukset samoihin tutkimuksiin. Tiedonhaku oli identtinen ensimmäisen vaiheen kanssa. Otsakkeen ja tiivistelmän arvioinnin jälkeen 45 julkaisua täytti hyväksymiskriteerit. Koska näiden joukossa oli kahdeksan ensimmäisen hakuvaiheen aikana hankittua tutkimusta, hankittiin arviointia varten kokotekstit 37 tutkimuksesta. Kokotekstien arvioinnin jälkeen katsaukseen hyväksyttiin kuusi tutkimusta.

Kolmas hakuvaihe: Automaattinen uutuuksiseuranta (Auto Alert)

Ensimmäisen ja toisen tiedonhaun jälkeen ohjelmoitiin Automaattinen uutuuksiseuranta- hakuohjelma Medline- ja CINAHL- tietokantoihin. Ohjelma lähettää kuukausittain tiedot (lähdetiedot, otsake ja tiivistelmä) hakuehdot täyttävistä artikkeleista työryhmän jäsenten sähköpostiin. Hakuohjelmaan ohjelmoitiin kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat ja aikarajaukseksi maaliskuun 2004 alusta lähtien julkistavat tutkimukset. Ohjelma tuotti yhteensä 464 viitettä huhtikuun 2007 loppuun mennessä (Taulukko 2). Saadut viitteet arvioitiin identtisesti aikaisempien vaiheiden kanssa ja kokotekstit hankittiin 18 artikkelista jatkoarviointia varten. Arvioinnin jälkeen katsauksen aineistoon jäi yhdeksän tutkimusta.

Neljäs hakuvaihe

a) Manuaalinen haku

Neljännessä vaiheessa (Taulukko 2) manuaalinen aineiston haku tehtiin alan keskeisistä ammattilehdistä, joissa julkaistaan päiväkirurgisen lapsipotilaan ja hänen perheensä hoitoon liittyviä tutkimuksia. Journal of Advanced Nursing julkaisee kansainvälisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia, Anesthesia & Analgesia päiväkirurgiaan liittyviä lääketieteellisiä tutkimuksia, Pediatrics lastenalan lääketieteellisiä tutkimuksia ja Hoitotiede kotimaisia hoitotieteen tutkimuksia. Edellä mainituista julkaisuista tarkasteltiin kaksi vuosikertaa (2004–2005). Haussa ei löydetty uusia viitteitä.

b) Päivityshaku

Hakutulosten päivittäminen tehtiin ottamalla mukaan automaattisesta uutuuksiseurannasta ajanjaksolla toukokuu 2007–joulukuu 2008 tulleet viitteet (n=241). PsycINFO -tietokantaan tehtiin manuaalinen päivityshaku tammikuun 2004 ja marraskuun 2008 väliseltä ajanjaksolta (n=19), koska tietokanta ei sisälly automaattisen uutuuksiseurannan piiriin. Aikaisempien aineiston hakukertojen kanssa identtisesti luettiin viitteiden otsikot ja tiivistelmät, ja hankittiin kriteerit täyttävistä (n=27) kokotekstit. Päivityshaku tuotti neljä viitettä hoitotyön suosituksen aineistoksi.

Taulukko 2. Aineiston keruun vaiheet, tulokset, luettujen kokotekstien määrä ja arvioinnin jälkeen mukaan otettujen tutkimusten lukumäärä.

Hakuvaihe	Tiivistelmä (n)	Koko teksti (n)	Hyväksytty (n)
Ensimmäinen vaihe:			
Tammikuu/1999–helmikuu/2004	983	74	11
Toinen vaihe:			
Helmikuu/1995–joulukuu/1998	434	37	6
Kolmas vaihe:			
Automaattinen uutuuksiseuranta maaliskuu/2004– huhtikuu/2007: Ovid (Medline & Cinahl)	464	18	9
Neljäs vaihe:			
Manuaalinen haku 2004–2005	0		0
Päivityshaku toukokuu/2007–joulukuu/2008: Automaattinen uutuuksiseuranta	241	27	4
Päivityshaku tammikuu/2004–joulukuu/2008: PsycINFO	19	0	0
YHTEENSÄ	2141	156	30

Näytön asteen arviointi

Näytön aste arvioitiin käyttämällä yleisesti hyväksytyjä kriteereitä (57, 58). Kriteereissä luokka A kuvaa vahvinta näytön astetta ja D heikointa, asteikon sisältö on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Näytön asteen arviointikriteerit (57, 58).

Luokka	Kuvaus
A (I)	Meta-analyysi, järjestelmällinen katsaus.
B (II)	Järjestelmällinen katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
C (IIIa, IIIb, IIIc)	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset TAI Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tulokset TAI Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset.
D (IV)	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat, ja asiantuntija-arviot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt.

Kaksi työryhmän jäsentä arvioi saatujen tutkimusviitteiden otsikot ja tiivistelmät itsenäisesti sekä valitsi hyväksymiskriteerit täyttävät tutkimukset. Tämän jälkeen he vertailivat ensimmäisen arviointivaiheen tuloksia, eriävistä mielipiteistä keskusteltiin kunnes konsensus saavutettiin. Milloin otsakkeen tai tiivistelmän mukaan ei voitu ratkaista tutkimuksen hyväksymistä tai hylkäämistä, tilattiin sen kokoteksti arvioitavaksi. Jokaisessa hakuvaiheessa hankittiin edellä kerrotun arvioinnin jälkeen otsakkeen ja tiivistelmän mukaan sopivien tutkimusten kokotekstit, jotka em. kaksi työryhmän jäsentä arvioi ensin itsenäisesti ja sen jälkeen yhdessä. Arviointitulokset esitettiin työryhmän muille jäsenille hyväksyttäväksi.

Aineistona olevat tutkimukset arvioitiin käyttäen Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin käsikirjan (57) ohjetta, jonka lisäksi sovellettiin Franckin ja Spencerin (29) käyttämää tapaa arvioida tutkimusten metodista laatua. Kuvailevista tutkimuksista arvioitiin otanta ja kato sekä mittarin reliabiliteetin ja validiteetin raportointi. Interventiotutkimuksista arvioitiin satunnaistaminen, tehtävän kuvaus, seuranta, intervention eheys ja mittarin reliabiliteetin ja validiteetin raportointi. Metodinen laatu arvioitiin antamalla jokaiselle arviointilomakkeen solulle arvo seuraavasti: 2 = asianmukainen, 1 = epäselvä, heikko ja 0 = selkeästi epäasianmukainen. Jos tutkimuksessa oli käytetty useampia mittareita, pisteytettiin kukin mittari erikseen sen mukaan, oliko mittarin luotettavuus raportoitu. Lopuksi laskettiin solulle keskiarvo. Näin pisteytettynä kuvailevat ja korrelatiiviset tutkimukset sekä kirjallisuuskatsaukset saattoivat saada enintään 6 pistettä. Interventiotutkimusten suurin mahdollinen pistemäärä oli 8. Hylkäysrajaksi määriteltiin 50 % enimmäispistemäärästä. Tulokset käsiteltiin työryhmässä.

Aineiston analysointi

Hoitotyön suosituksen pohjana on järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus (56), jonka aineisto muodostui kotimaisista ja kansainvälisistä tutkimus- ja asiantuntija-artikkeleista. Aineiston valintaa ohjasi ennalta asetetut hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit. Saatu aineisto koostui pääsääntöisesti hoitotieteellisistä ja lääketieteellisistä tutkimusartikkeleista. Valitut tutkimukset ja katsausartikkelit

esitellään liitteessä 2, jonka mukaan lukijan on mahdollista arvioida niiden sopivuus hoitotyön suosituksen pohjaksi.

Suosituksen laadintaan liittyvät ongelmat

Hoitotyön suositus perustuu määrällisesti niukkaan tutkimustietoon. Päiväkirurgista hoitoa on tutkittu runsaasti, kiinnostus on kuitenkin kohdistunut aikuispotilaisiin tai lapsipotilaiden kohdalla päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyvään kivunhoitoon tai leikkaus- ja anestesiamenetelmiin. Lisäksi ongelmallisena koettiin se, että lapsipotilaan päiväkirurgiaan liittyvää emotionaalista tukea on tarkasteltu niukasti hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Lääketieteen kirjallisuudessa kiinnostusta lasten pre- ja perioperatiiviseen ahdistuksen lievittämiseen selittää osittain se, että perioperatiivinen ahdistus muodostaa itsenäisen riskitekijän erilaisille postoperatiivisille komplikaatioille. Niukasta tutkimusnäytöstä johtuen osa suosituslauseista perustuu kliiniseen kokemukseen, jolloin suosituslauseet perustuvat asiantuntijaryhmän sekä kliinisessä päiväkirurgisessa hoitotyössä toimivien näkemyksiin. Leikki-ikäisen lapsen ja hänen vanhempinsa valmistamisesta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tarvitaan hoitotieteellistä ja muuta terveystieteellistä tutkimusta. Samoin tarvitaan ahdistusta lievittämään tarkoitettujen menetelmien vaikuttavuuden arviointia suomalaisessa palvelujärjestelmässä, jolle on leimaa-antavaa perheiden aktiivisuus.

Tutkimusasetelmallisesti hoitotyön suosituslauseet perustuvat paljolti kokeellisiin ja kvasikokeellisiin lääketieteellisiin tutkimuksiin. Hoitotieteelliset tutkimukset ovat pääsääntöisesti kvalitatiivisia ja kuvailevia. Hoitotieteen intressinä on tutkia lapsipotilaan ja perheen perioperatiivista ohjausta ja tukea sekä heidän selviytymistään edistäviä menetelmiä päiväkirurgisessa palveluketjussa.

Palveluketjun alku- ja loppupäähän sijoittuvat suositukset, jotka ovat myös toimenpideyksikössä tapahtuvan hoidon ulkopuolella, perustuvat asiantuntijoiden näkemykseen. Nyt tehty katsaus tukee ajatusta, että leikki-ikäisen lapsen ja vanhempien valmistaminen tulee aloittaa ennen kuin he saapuvat toimenpideyksikköön. Palveluketjun alussa aloitetun valmistelun tavoitteena on edistää vanhempien tiedon saamista mm. siitä, miten lasta on hyvä valmistella ja miten valmistelut tulisi ajoittaa.

HOITOTYÖN SUOSITUS

Hoitotyön suositus perustuu järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen (56). Sen tavoitteena on varmistaa, että leikki-ikäinen lapsi ja hänen vanhempansa saavat tarvitsemansa tuen päiväkirurgisen palveluketjun kaikissa vaiheissa. Tavoitteena on, että lapselle toimenpiteestä aiheutuvat ja tunne-elämässä ilmenevät haitalliset seuraamukset lievittyvät tai estyvät. Tavoitteena on myös, että leikki-ikäisen lapsen vanhemmat saavat riittävästi ohjausta lapsen valmistamiseen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Ohjauksen turvin he osaavat valmistella lastaan toimenpiteeseen, auttaa häntä toimenpideyksikössä ja ohjata häntä käsittelemään sairaalakokemuksiaan kotona.

Leikki-ikäisen lapsen päiväkirurgiseen hoitoon liittyvät yhdeksän suosituslausetta asettuvat ajallisesti päiväkirurgisen palveluketjun etenemisen mukaan. Ensimmäiset neljä suosituslausetta kohdistuvat palveluketjun alkuvaiheeseen, jossa tunnistetaan toimenpiteen tarve ja kirjoitetaan lähete. Suurin osa lapsista saa toimenpideajan lähetteen perusteella, osa käy poliklinikalla ennen ajan antoa, josta syystä palveluketjun alkuvaiheen suosituslauseet kohdentavat vastuun lapsen ja vanhempien valmistamisesta ammattiryhmää tarkentamatta terveydenhuollon ammattilaisen tehtäväksi. Ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, perus- tai lastenhoitajaa sekä lääkäriä, jotka toimivat päiväkirurgisen palveluketjun alkuvaiheessa lapsen ja perheen kanssa. Viides suosituslause kohdistuu preoperatiiviseen vaiheeseen toimenpidettä edeltävänä päivänä ja kuudes ja seitsemäs lapsen ja vanhempien sairaalaan saapumisvaiheeseen toimenpidepäivänä. Kaksi viimeistä suosituslausetta liittyvät toimenpiteen jälkeen postoperatiivisen hoidon ohjaukseen. Kunkin suosituslauseen yhteydessä esitetään sitä tukeva tutkimuskirjallisuus (ks. LIITE 2). Sekä suosituslauseen että sitä tukevan kirjallisuuden ohessa ilmoitetaan suluissa näytön aste (A–D), joista A merkitsee vahvinta tutkimusnäyttöä ja D heikointa. Suositusten laadinnassa kuultiin käytännön ammattihenkilöitä. Jos suosituslause perustuu heidän asiantuntemukseensa, ei suosituslauseessa viitata näytön asteeseen (A–D).

1. Vanhempien kannustaminen osallistumaan lapsensa hoitoon

Päiväkirurgiseen hoitoon lähettävän yksikön ammattihenkilö kannustaa leikki-ikäisen lapsen vanhempia osallistumaan lapsensa hoitoon. Tavoitteena on auttaa vanhempia ennakoimaan tuleva toimenpide ja järjestämään koti- ja työasiat niin, että osallistuminen on mahdollista. Vanhempien osallistuminen edistää tiedon kulkua, hoidonohjausta ja lisää lapsen turvallisuuden tunnetta. (C)

- Vanhemmat haluavat osallistua lapsensa hoitoon (15, 65): C.
- Vanhempien arviointi lapsen reaktioista auttaa henkilöstöä valitsemaan lapselle sopivia auttamismenetelmiä (59): C.
- Tutkimusnäyttö vanhempien osallistumisen merkityksestä lapsen ahdistuksen lievittämisessä on ristiriitainen: vanhempien hoitoon osallistuminen vähentää lapsen hoitoon liittyvää ahdistusta (13, 28, 30, 62): C.
Edellytyksenä tälle on, että vanhempi itse on rauhallinen (65): B.
Vanhempien osallistumisen lisäksi myös esilääkitys lievittää lapsen preoperatiivista ahdistusta (24, 42, 64): B.

Leikki-ikäisen puutteelliset hallintakeinot, tiedonkulku ja postoperatiivisen hoidon ohjaus edellyttävät kuitenkin vanhempien osallistumista hoitoon.

- Vanhempien ahdistus lisää lapsen ahdistusta (13, 15, 16, 28, 61, 62): B.
- Vanhempien hoitoon osallistuminen vähentää heidän toimenpiteeseen liittyvää ahdistustaan (13, 15, 16, 28, 62): C
ja huolestuneisuutta (61): C.
Lapsen saama esilääkitys ei vähennä vanhempien kokemaa ahdistusta (13): B.
- Hoidon alkuvaiheessa annettava ohjaus valmistaa vanhempia lapsen postoperatiiviseen hoitoon kotona (18): C.

2. Lapsen aikaisempien sairaalokokemusten kartoitus lähetteen kirjoittavassa yksikössä

Ammattihenkilö kartoittaa lapsen ja vanhempien aikaisemmat sairaalokokemukset. Tavoitteena on tunnistaa lapsen ja vanhempien valmistelussa huomioitavat asiat, esimerkiksi kielteiset aikaisemmat sairaalokokemukset ja huomioida ne valmistelumenetelmän valinnassa. (B)

- Lapsen taustatekijöiden tunnistaminen on lähtökohta suunniteltaessa ahdistuksen lievittämiseen tähtäävien interventtioiden käyttöä (11, 20, 25, 32, 41, 66): C.
- Lapsen alhainen ikä (< 5 v) lisää perioperatiivista ahdistusta (10, 11, 20, 25, 30, 32, 41, 42): B.
- Aikaisemmat kielteiset sairaalokokemukset lisäävät lapsen ahdistusta (20, 32): C.
- Lapsen ahdistusta tulee arvioida preoperatiivisesti, koska se voi aiheuttaa vaikeuksia anestesiassa ja lisätä postoperatiivista kipua (68): A.

3. Vanhempien ohjaus lapsen valmistamiseen

Ammattihenkilö ohjaa vanhempia valmistamaan lasta ikäkaudelle sopivin käsittein ja oikein ajoitetusti. Tavoitteena on, että vanhemmat tietävät valmistamisen merkityksestä lapsen ahdistuksen ja toimenpiteestä toipumisen kannalta sekä osaavat ajoittaa lapsen valmistamisen ikäkauteen nähden sopivasti. (C)

- Lapselle kerrotaan tulevasta toimenpiteestä ikäkaudelle sopivin käsittein (leikki-ikäisen konkreettinen ajattelu, rikas mielikuvitusmaailma, helposti heräävä syyllisyys) (41): B.
- Pienten lasten (2–4-vuotiaat) valmistelu ajoitetaan 1 vrk ennen toimenpidettä. Isompien lasten valmistaminen aloitetaan noin viikkoa ennen toimenpidettä (20, 30, 25): C.

4. Lapsen ja vanhempien ohjaaminen

Ammattihenkilö antaa vanhemmille suullista ohjausta. Sen lisäksi hän antaa päiväkirurgisesta toimenpiteestä kertovaa materiaalia, joka voi olla video, cd tai opaskirjanen sekä ohjaa niiden käyttöön. Tavoitteena on, että vanhemmat tietävät tulevasta toimenpiteestä ja voivat annostella ja kerrata lapsensa kanssa materiaalia lapsen tarpeiden mukaan kotona. (B)

- Toimenpiteeseen liittyvä tieto vähentää lasten ja vanhempien ahdistusta (22, 29, 63, 67): B.
- Toimenpiteestä tiedottaminen lisää vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon (22, 29, 63, 67): B.
- Kirjallinen ja multimediaa hyödyntävä materiaali lisäävät vanhempien tietoja toimenpiteestä: B.
Vanhempien ja lapsen tietoja lisäävät myös toimenpiteestä kertova opetusvideo (22): B,
cd: (63): B ja interaktiivinen tietokirja (67): B.

5. Preoperatiivinen soitto kotiin

Sairaanhoitaja soittaa kotiin toimenpidettä edeltävänä päivänä. Soiton tavoitteena on varmistaa ja kerrata vanhempien kanssa lapsen valmistamiseen liittyviä asioita, arvioida valmistelun riittävyyttä ja kertoa toimenpidepäivän tapahtumista sekä vastata perhettä askarruttaviin kysymyksiin.

- Preoperatiivisen soiton tavoitteena on antaa vanhemmille mahdollisuus kerrata toimenpiteeseen ja lapsen valmisteluun liittyviä asioita, sen aikana luodaan myös vuorovaikutussuhde vanhempiin.

6. Vanhemmat lapsen tukena toimenpidepäivänä

Sairaanhoitaja edistää vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon esittelemällä toimenpideyksikön tilat ja käytännöt ja kertaamalla tulevat tapahtumat. Tavoitteena on, että vanhemmat tietävät, miten voivat auttaa lastaan toimenpidepäivän aikana ja tietävät kenen puoleen voivat kääntyä apua tarvitessaan. (B)

- Vanhemmille kerrotaan lapsen omahoitajasta, hoidon etenemisestä (toimenpideaika ja yleinen kesto) ja siihen liittyvistä rajoituksista (ravinnosta, esilääkkeen jälkeen pysyttävä vuoteessa), osaston tiloista (leikkihuone, WC, hoitajien kanslia), lapsen viihdyttämisen mahdollisuuksista (kirjat, lelut, videot) ja postoperatiivisesta toipumisesta ennen kotiutusta. Lisäksi sairaanhoitaja kertoo vanhemmille lapsen leikkauksen jälkeisestä hoidosta kotona (63): B.
- Mikäli suunniteltu toimenpideaika siirtyy, vanhemmille kerrotaan, että pidentynyt odotusaika ei välttämättä ole lapsen kannalta haitallinen, vaan antaa hänelle aikaa sopeutua tilanteeseen (69): B.

7. Lapsen ja vanhempien preoperatiivisen ahdistuksen lievittäminen toimenpideyksikössä

Sairaanhoitaja arvioi lapsen ja vanhempien preoperatiivista ahdistusta ja tarjoaa heille sen lievittämiseksi mahdollisuutta käsitellä ahdistusta ammattihenkilöiden kanssa. Tavoitteena on, että lapsen ja vanhempien ahdistus vähenee. (C)

- Lapsipotilaan valmisteluun ja lasten hoitotyöhön perehtyneiden ammattilaisten antama valmennus vähentää lasten preinduktiivista ahdistusta: B.
Lasten ja vanhempien preoperatiivista ahdistusta vähentävät hoitotyöhön perehtyneen työntekijän tekemä valmistelu (41): C
sekä sairaalaklovni (40): B.
- Musiikkiterapian tehosta lapsen ahdistuksen vähentäjänä ei ole riittävää näyttöä (26): B.
- Toimenpideyksikössä toteutettavan valmisteluohjelman monipuolistaminen ei merkittävästi vähennä lasten ja vanhempien kokemaa perioperatiivista ahdistusta (20, 23, 32,): C.

8. Vanhempien ohjaus lapsen postoperatiivisten kokemusten läpikäynnissä

Sairaanhoitaja sisällyttää kotihoidon ohjaukseen tietoa toimenpiteen emotionaalista seuraamuksista lapselle (C).

Sairaanhoitaja ohjaa vanhempia auttamaan lasta sairaalakokemusten käsittelyssä esimerkiksi leikin, piirtämisen ja kuvakirjojen avulla. Tavoitteena on antaa lapselle mahdollisuus käsitellä kokemuksiaan turvallisesti.

- Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyviä emotionaalisia seuraamuksia ovat esimerkiksi nukkumis- ja unihäiriöt, kielteiset käyttäytymismuutokset, eroahdistus vanhemmista ja syömisvaikeudet (10, 11, 18, 21, 30, 61): C.
- Käyttäytymismuutokset eivät liity lapsen ikään (10,11): C.
- Unihäiriöt voivat jatkua kuukausia toimenpiteen jälkeen (30): C.
- Leikki-ikäinen lapsi tarvitsee mahdollisuuksia puhua ja käsitellä toimenpiteen herättämiä tunteita käyttäen ikäkaudelle tyypillisiä selviytymiskeinoja kertomisen, leikin ja piirtämisen avulla.
- Vanhempien on hyvä tiedottaa lapsen päivähoidon toimenpiteestä ja siitä mahdollisesti aiheutuvista seuraamuksista sekä lapsen tavoista käsitellä kokemuksiaan.

9. Postoperatiivinen soitto kotiin

Toimenpideyksikön sairaanhoitaja soittaa kotiin toimenpidettä seuraavana päivänä. Soiton tarkoituksena on varmistaa postoperatiivisen hoidon ohjauksen riittävyys ja tarvittaessa täydentää sitä.

- Postoperatiivinen soitto lisää kotiutumiseen liittyvää turvallisuutta ja vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon.

SUOSITUKSEN SOVELTAMISESSA HUOMIOON OTETTAVIA TEKIJÖITÄ JA RAJOITUKSIA

Hoitotyön suositukset on rajattu leikki-ikäisen lapsen (2–5-vuotiaat) päiväkirurgiseen hoitoon. Valintaa puolsi se, että päiväkirurginen hoito on nopeatempoista, jolloin lapsen valmistamisen tarve saattaa jäädä tunnistamatta. Lasten päiväkirurgiaa on tutkittu hoitotieteen alueella pääsääntöisesti kvalitatiivisin menetelmin ja kokeellisia tai kvasikokeellisia aihealueen tutkimuksia on niukasti. Sen sijaan lääketieteessä perioperatiivista ahdistusta on tutkittu paljon. Järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto tuottaa tutkimusnäytön näille suosituksille, joiden tavoitteena on tuoda perusteita lapsen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyvien valmistelumenetelmien valintaan ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen.

Vaikka hoitotyön suosituksen kohderyhmänä ovat leikki-ikäiset lapset, suurin osa suosituksesta kohdistuu vanhempien valmistamiseen. Vanhempien valmistelu on lapsen näkökulmasta keskeinen, sillä lapsen turvallisuuden tunne on sidoksissa vanhempien emotionaaliseen tilaan. Lisäksi leikki-ikäisen lapsen kyvyt hallita stressiä ovat puutteelliset. Vanhemmat myös tuntevat lapsensa ja osaavat ennustaa lapsensa käyttäytymistä erilaisissa tilanteissa (59), he valmistelevat lapsensa toimenpiteeseen sekä kantavat vastuun postoperatiivisesta hoidosta kotona. Ohjauksen tavoitteena on antaa vanhemmille tietoa lapsen valmistamisen ajoittamisesta ja menetelmistä,

hoitoon osallistumisen merkityksestä ja toimenpiteen mahdollisista pitkäaikaisseuraamuksista.

Pääosa suosituksen pohjana olevista kokeellisista tutkimuksista on Kainin tutkimusryhmän (USA) tekemiä. Marraskuussa 2008 saadun tiedon mukaan kaikki tutkimusraportit ovat itsenäisiä ja jokaisessa on käytetty erillisiä tutkimusaineistoja (60).

Kirjallisuudessa raportoitujen interventioiden vertailtavuus on vaikeaa, koska samalla nimellä (behavioraalinen valmisteluohjelma) toteutetaan monenlaisia valmisteluohjelmia kuvaamatta yksityiskohtaisesti intervention sisältöjä. Lapsipotilaan emotionaalisia, päiväkirurgiaan liittyviä kokemuksia on tarkasteltu pääsääntöisesti ahdistuksen ja sen lievittämisen kautta. Poreoperatiiviselle ahdistukselle on tyypillistä, että sitä voidaan kokea jo ennen kipua aiheuttavia toimenpiteitä (20, 30, 55). Ahdistus edellyttää erilaisten hallintakeinojen (coping) käyttämistä (47). Kyvyt ja hallintakeinojen laajuus ovat leikki-ikäisellä lapsella puutteelliset, siksi hän tarvitsee ahdistuksensa käsittelyssä vanhempiensa apua. Toisaalta, koska vanhempien kokemus ahdistus lisää lapsen ahdistusta (13, 15, 16, 61), myös he tarvitsevat terveydenhuollon ammattihenkilöstön ohjausta ja tukea voidakseen auttaa lastaan päiväkirurgisen palveluketjun kaikissa vaiheissa.

Tämän suosituksen yhdeksi tavoitteeksi asetettiin lapsipotilaan asemaa vahvistava tavoite, joka suuntaa huomion lapsen kokonaisvaltaiseen hoitoon toimenpidekeskeisessä päiväkirurgiassa. Tavoitteen ajankohtaisuus ja tarpeellisuus sai tukea havainnosta, ettei esimerkiksi kansallisissa toimenpidetilastoissa tarkastella lapsipotilaille tehtäviä toimenpiteitä omana ikäryhmänään. Näin ollen tässä asiakirjassa käytetyt lasten päiväkirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät luvut perustuvat Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) erikoistutkijan tätä raporttia varten laskemiin lukuihin (21.1.2009).

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN YHTEENVETO JA SOVELTAMINEN

Lapsipotilaan päiväkirurgiseen palveluketjuun sisältyy kolme kriittistä vaihetta lapsen emotionaalisen tuen ja ammattihenkilöstön osaamisen näkökulmasta. Ensimmäinen näistä on lapsen aikaisempien sairaalakokemusten kartoittaminen ja niiden pohjalta hänelle sopivan valmistelumenetelmän valinta yhteistyössä vanhempien kanssa. Toinen vaihe on valmistelun toteutumisen varmistaminen esimerkiksi preoperatiivisen soiton välityksellä. Viimeisin, erityistä osaamista edellyttävä vaihe palveluketjussa muodostuu lapsen jälkihoidon ohjauksesta, jossa ammattihenkilöstöltä edellytetään valmiuksia ohjata vanhempia tunnistamaan toimenpiteen mahdollisia emotionaalisia seuraamuksia ja auttamaan lasta kokemusten käsittelyssä. (Ks. 50)

Hoitotyön suosituksen toteuttaminen edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstö perehtyy näihin suosituksiin. Toteuttamista edistää järjestelmällinen käytössä olevien leikki-ikäisen lapsen valmistelumenetelmien vaikuttavuuden arviointi ja kehittäminen. Palveluketjun toimivuuden arviointi tuo tietoa päiväkirurgisen hoidon tehokkuudesta ja laadusta. Kuitenkaan toimenpiteiden tai hoidettujen potilaiden lukumäärä ei ole riittävä palvelun laadun mittari, vaan on arvioitava menetelmien vaikuttavuutta erityisesti lapsen ja vanhempien saaman ohjauksen ja sen vaikuttavuuden

näkökulmista. Tällöin voidaan arvioida esimerkiksi lapsen ja vanhempien ahdistuksen lievittymistä, tiedon lisääntymistä ja vanhempien selviytymistä lapsen valmistelusta ja jälkihoidosta.

Tätä suositusta voidaan käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa, erityisesti lasten ja nuorten hoitotyön sekä kirurgisen/leikkaus-tehohoitotyön oppisisällöissä. Näin se tulee opiskelijoille tutuksi jo koulutuksen aikana ja muodostuu osaksi näyttöön perustuvan hoitotyön tietoperustaa. Suosituksesta voidaan rakentaa hankkeita eri oppilaitoksissa (AMK, Yo) tehtävien opinnäytetöiden aiheiksi. Tämä edellyttää henkilöstöltä aktiivisuutta lapsen ja perheen emotionaaliseen tukemiseen tähtäävien hoitotyön auttamismenetelmien arviointien ja kehittämishankkeiden markkinoinnissa opiskelijoille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen keinoin tuetaan hoitotyön suosituksen käyttöön ottamista huolehtimalla henkilöstön osaamisesta ja sen ylläpitämisestä säännöllisten organisaation sisäisten ja alueellisten koulutusten avulla. Lapsen ja perheen toimenpiteeseen valmistaminen ja valmisteluohjelmien toteutuminen voivat myös muodostaa osan asiakasnäkökulman arviointia työyksikössä. Lisäksi alueellinen yhteistyö palveluketjun toimijoiden kesken edistää näiden suositusten integroitumista käytäntöön ja yhtenäistää lapsen ja vanhempien valmistamista.

Hoitotieteellinen ja muu terveystieteellinen tutkimus ovat avainasemassa päiväkirurgisen hoitotyön kehittämisessä sekä palveluketjun ja hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuuden arvioimisessa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että arvioitavat auttamismenetelmät ja interventiot kuvataan niin yksiselitteisesti, että niitä voidaan verrata toisiinsa. Kuvausten yksityiskohtaisuus mahdollistaa myös interventioiden toimivien elementtien erottamisen toimimattomista. Arviointitutkimuksissa tulee raportoida myös ne auttamismenetelmät, joilla ei ole vaikutusta lapsipotilaan ja hänen vanhempiansa kokemaan preoperatiiviseen ahdistukseen.

Hoitotyön suositus avaa mahdollisuuksia alueelliseen yhteistyöhön. Alueellista yhteistyötä voidaan tehdä esimerkiksi lapsen ja vanhempien valmistamisessa tarvittavan materiaalin hankkimisessa ja arviointitiedon välittämisessä palveluketjun kaikkiin osiin. Konkreettisesti tämä voidaan tehdä ohjelmoimalla alueellinen yhteistyö ja sen dokumentit tietojärjestelmiin kaikkien palveluketjuun osallistuvien saataville, mikä edistää lapsipotilaan ja perheen näkökulmasta toimivan palvelujärjestelmän luomista kuntiin, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Internet-yhteyksien hyödyntäminen mahdollistaa myös yksityissektorin osallistumisen päiväkirurgisen palveluketjun kehittämiseen ja yhtenäistämiseen. Päivähoidossa kohdataan lapsia, joilla voi ilmetä erilaisia päiväkirurgisesta toimenpiteestä aiheutuvia käyttäytymismuutoksia. Siksi päivähoito tulee ottaa mukaan yhteistyöhön. Yhteistyö varmistaa, että päiväkirurgisesta toimenpiteestä toipuva leikki-ikäinen lapsi saa käsitellä kokemuksiaan turvallisessa ympäristössä tuettuna.

LÄHTEET

1. Hautakangas A-L, Horn T, Pyhälä-Liljeström P & Raappana M. 2003. *Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla*. Helsinki: WSOY.
2. Rasilainen J. 2009. Sähköpostitse saatu tieto lasten päiväkirurgisten toimenpiteiden määrästä. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt33_08.pdf . 21.1.2009.
3. Segerdahl M, Warren-Stromberg M, Rawal N, Brattwall M & Jakobsson J. 2008. Children in day surgery: clinical practice and routines. The results from a nation-wide survey. *Acta Anesthesiologica Scandinavica* 52, 821–828.
4. Kuntaliitto. 2004. Päiväkirurgiset leikkaukset 2004. Katsaukset ja erillisselvitykset. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;553;66831;84154, 15.1.2009.
5. Kanerva M, Tarkkila P & Pitkäranta A. 2001. Lasten päiväkirurginen nielurisaleikkaus. *Suomen lääkirilehti* 45, 4607– 4611.
6. NHS. 2002. Day Surgery: *Operational guide*. m02/35243. Department of Health, NHS UK.
7. Bittman S. & Ulus H. 2004. Parent satisfaction with paediatric day-surgery: a questionnaire-based study. *Ambulatory Surgery* 11(1–2), 3–5.
8. Justus R, Wilson J, Walther V, Wyles D, Rode D & Lim-Sulit N. 2006. Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing* 32(1), 35–43.
9. Forsbacka J, Tepponen H, Leino-Kilpi H & Suominen T. 2002 Leikki-ikäisten lasten toipuminen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. *Hoitotiede* 14(4), 148–157.
10. Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1996. Behavioural changes following routine ENT operations in two-to-ten-year-old children. *Paediatric Anaesthesia* 6, 45–49.
11. Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1997. Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 551 children. *Anaesthesia* 52, 970–976.
12. Mansson ME & Dykes A-K. 2004. Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in Swedish pediatric wards. *Pediatric Nursing* 30(3), 182–187, 229.
13. Kain Z, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Wang S-M, Krivutza DM & LoDolce ME. 2003a. Parental presence during induction of anesthesia: physiological effects on parents. *Anesthesiology* 98(1), 58–64.
14. Tourigny J, Chapados C & Pineault R. 2005. Determinants of parental behaviour when children undergo day-care surgery. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 490–497.
15. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Wang S-M, Krivutza DM, Weinberg ME & Mayes LC. 2003b. Parental intervention choices for children undergoing repeated surgeries. *Anesthesia & Analgesia* 96, 970-975.
16. Caldwell-Andrews AA, Kain ZN, Mayes LC, Kerns RD & Ng D. 2005. Motivation and maternal presence during induction of anesthesia. *Anesthesiology* 103(3), 478–483.
17. Chapados C, Pineault R, Torigny J & Vandal S. 2002. Perceptions of the parents' participation in the care of their child undergoing day surgery: pilot-study. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 25, 59–70.
18. Hughes JM. & Callery P. 2004. Parents' experiences of caring for their child following day case surgery: a diary study. *Journal of Child Health Care* 8(1), 47–58.
19. LeRoy S, Elixon EM, O'Brien P, Tong E, Turpin S & Uzark K. 2003. Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures: a statement from the American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing in collaboration with the Council on Cardiovascular Diseases of the Young. *Circulation, Journal of the American Heart Association* 103, 2550–2564. <http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/108/20/2550>, 20.4.2004.
20. Kain ZN, Mayes LC. & Caramico LA. 1996a. Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia* 8, 508–514.

21. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Alexander GM, Krivutza D, Teague BA & Wang S-M. 2002a. Sleeping characteristics of children undergoing outpatient elective Surgery. *Anesthesiology* 97(5), 1093–1101.
22. Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM, Cancel DD & Izenberg N. 1999. Use of preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory Surgery. *Anesthesia & Analgesia* 88, 246–250.
23. Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevro JL, Bornstein MH & Hostadter MB. 1998a. Preoperative preparation program in children: a comparative examination. *Anesthesia & Analgesia* 87(6), 1249–1255.
24. Kain ZN, Mayes LC, Wang S-M, Caramico LA, Krivutza DM & Hofstadter MB. 2000a. Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. *Anesthesiology* 92(4), 939–946.
25. Kain ZN, Mayes LM, Weisman SJ & Hofstadter MB. 2000b. Social adaptability, cognitive abilities and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia* 12, 549–554.
26. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang S-M & Mayes LC. 2004. Interactive music therapy as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia* 98, 1260–1266.
27. Wang S-M & Kain ZN. 2000. Preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting in children: is there an association? *Anesthesia & Analgesia* 90(3), 571–575.
28. Flinkman T & Salanterä S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16(3), 121–131.
29. Franck LS & Spencer C. 2005. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counselling* 59, 117–125.
30. Kain ZN, Mayes LC, O'Conner TZ & Cicchetti DV. 1996b. Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 150(12), 1238–1245.
31. Dreger VA & Tremback TF. 2006. Management of preoperative anxiety in children. *AORN Journal* 84(5), 778–804.
32. Hatava P, Olsson GL & Lagerkranser M. 2000. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric Anesthesia* 10, 477–486.
33. Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.
34. Wennström B, Hallberg LR-M & Bergh I. 2008. Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 96–106.
35. Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. *Duodecim* 116, 1821–1828.
36. Panella M, Marchisio S & Di Stanislao F. 2003. Reducing clinical variation with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care* 15(6), 509–521.
37. De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J & Sermeus W. 2006. Defining pathways. *Journal of Nursing Management* 14, 553–563.
38. Tanttu K. 2007. *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Vaasan yliopisto, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2, No 176. Vaasa.
39. Laki 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Suomen säädöskokoelma N:o 159–161. <http://www.finlex.fi>. 20.12.2008.
40. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A & Messeri A. 2005. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics* 116, 563–567.
41. Brewer S, Glenditsch SL, Syblic D, Tietjens ME & Vacik HW. 2006. Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 21(1), 13–22.
42. Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA, Silver D, Spieker M, Nygren M, Anderson G & Rimar S. 1996c. Parental presence during induction of anesthesia: a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 84(5), 1060–1067.

43. Lancaster KA. 1997. Care of the pediatric patient in ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America* 32(2), 441–455.
44. Baker P. 2004. *Basic child psychiatry*. (7th ed.) Blackwell Publishing, UK, 1–8.
45. Ziegler DB & Prior MM. 1994. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. *Pediatric Surgical Nursing* 29(4), 654 – 669.
46. Romino SL, Keatley VM, Secrest J & Good K. 2005. Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal* 81(4), 780–792.
47. Lazarus RS & Folkman S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company, New York.
48. Kuuppelomäki M & Lauri S. 1998. Cancer patients' reported experience of suffering. *Cancer Nursing* 21(5), 364–369.
49. Kuuppelomäki M. 2003. Emotional support for dying patients – the nurses' perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 7(2), 120–129.
50. Kääriäinen M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, D 937. Oulun yliopisto, Oulu.
51. Kristensson-Hallström I, Elander G & Malmfors G. 1997. Increased parental participation in a paediatric surgical day-care unit. *Journal of Clinical Nursing* 6, 297–302.
52. Klemetti S. 2004. *Päiväkirurgisen lapsipotilaan paasto – vanhempien näkökulma*. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.
53. Ledoux J. 2003. *Synaptinen itse. Miten aivot tekivät minusta minut?* Terra Cognita, Helsinki.
54. Doellman D. 2003. Pharmacological versus nonpharmacological techniques in reducing venipuncture psychological trauma in pediatric patient. *Journal of Infusion Nursing* 26(2), 103–109.
55. Kain ZN, Caldwell-Andrews A & Wang S-M. 2002b. Psychological preparation of the parent and pediatric surgical patient. *Anesthesiology Clinics of North America* 20(1), 29–44.
56. Korhonen A, Kaakinen P, Miettinen S, Ukkola L & Heino R. 2009. Käsikirjoitus: Lapsipotilaan emotionaalinen tuki päiväkirurgiassa.
57. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä. 2004. Käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. <http://www.hotus.fi>, 6.11.2008.
58. Käypä hoito -käsikirja. 2007. <http://www.kaypahoito.fi>, 30.8.2007.
59. Voepel-Lewis T, Tait AR & Malviya S. 2000. Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 15(1), 6–11.
60. Kain ZN. 2008. Vastaus aineistoa koskevaan tiedusteluun, sähköpostiviesti 25.10.2008.
61. Caldwell-Andrews AA & Kain ZN. 2006. Psychological predictors of postoperative sleep in children undergoing outpatient surgery. *Pediatric Anesthesia* 16, 144–151.

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN PERUSTANA OLEVAT TUTKIMUS- JA ASIAANTUNTIJA-ARTIKKELIT

41. Brewer S, Glenditsch SL, Syblic D, Tietjens ME & Vacik HW. 2006. Pediatric anxiety: Child life intervention in day surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 21(1), 13–22.
61. Caldwell-Andrews AA & Kain ZN. 2006. Psychological predictors of postoperative sleep in children undergoing outpatient surgery. *Pediatric Anesthesia* 16, 144–151.
16. Caldwell-Andrews AA, Kain ZN, Mayes LC, Kerns RD & Ng D. 2005. Motivation and maternal presence during induction of anesthesia. *Anesthesiology* 103(3), 478–483.
62. Cameron JA, Bond MJ & Pointer SC. 1996. Reducing the anxiety of children undergoing surgery: Parental presence during anaesthetic induction. *Journal of Paediatric Child Health* 32, 51–56.
22. Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM, Cancel DD & Izenberg N. 1999. Use of preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory Surgery. *Anesthesia & Analgesia* 88, 246–250.

28. Flinkman T & Salanterä S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16(3), 121–131.
29. Franck LS & Spencer C. 2005. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counselling* 59, 117–125.
32. Hatava P, Olsson GL & Lagerkranser M. 2000. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric Anaesthesia* 10, 477–486.
63. Hug M, Tönz M & Kaiser G. 2005. Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatric Surgery Internationale* 21, 94–99.
18. Hughes JM & Callery P. 2004. Parents' experiences of caring for their child following day case surgery: a diary study. *Journal of Child Health Care* 8 (1), 47–58.
20. Kain ZN, Mayes LC & Caramico LA. 1996a. Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia* 8, 508–514.
30. Kain ZN, Mayes LC, O'Conner TZ & Cicchetti DV. 1996b. Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 150(12), 1238–1245.
42. Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA, Silver D, Spieker M, Nygren M, Anderson G & Rimar S. 1996c. Parental presence during induction of anesthesia: a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 84(5), 1060–1067.
23. Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevro JL, Bornstein MH & Hostadter MB. 1998a. Preoperative preparation program in children: a comparative examination. *Anesthesia & Analgesia* 87(6), 1249–1255.
64. Kain ZN, Mayes LC, Wang S-M, Caramico LA & Hofstadter MB. 1998b. Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication. *Anesthesiology* 89(5), 1147–1156.
24. Kain ZN, Mayes LC, Wang S-M, Caramico LA, Krivutza DM & Hofstadter MB. 2000a. Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. *Anesthesiology* 92(4), 939–946.
25. Kain ZN, Mayes LM, Weisman SJ & Hofstadter MB. 2000b. Social adaptability, cognitive abilities and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia* 12, 549–554.
21. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Alexander GM, Krivutza D, Teague BA & Wang S-M. 2002a. Sleeping characteristics of children undergoing outpatient elective Surgery. *Anesthesiology* 97, 1093–1101.
13. Kain Z, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Wang S-M, Krivutza DM & LoDolce ME. 2003a. Parental presence during induction of anesthesia: physiological effects on parents. *Anesthesiology* 98(1), 58–64.
15. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Wang S-M, Krivutza DM, Weinberg ME & Mayes LC. 2003b. Parental intervention choices for children undergoing repeated surgeries. *Anesthesia & Analgesia* 96, 70–975.
26. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang S-M & Mayes LC. 2004. Interactive music therapy as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia* 98, 1260–1266.
65. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, Nelson W & Mayes L. 2006. Predicting which child – parent pair will benefit from parental presence during induction of anesthesia: a decision-making approach. *Anesthesia & Analgesia* 108, 81–84.
10. Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1996. Behavioural changes following routine ENT operations in two- to ten-year-old children. *Paediatric Anaesthesia* 6, 45–49.
11. Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1997. Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 551 children. *Anesthesia* 52, 970–976.
66. Litman RS, Berger AA & Chhibber A. 1996. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Paediatric Anaesthesia* 6, 443–447.
67. Margolis JO, Ginsberg B, Dear GDL, Ross AK, Goral JE & Bailey AG. 1998. Paediatric preoperative teaching: effects at induction and postoperatively. *Paediatric Anaesthesia* 8: 17–23.

68. Palermo TM, Drotar DD & Trip PA. 1999. Current status of psychosocial intervention research for pediatric outpatient surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 6(4), 405–126.
40. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A & Messeri A. 2005. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics* 116, 563–567.
69. Varughese AM, Nick TG, Gunter J, Wang Y & Kurth CD. 2008. Factors predictive of poor behavioral compliance during inhaled induction in children. *Pediatric Anesthesiology* 107(2), 413–421.
59. Voepel-Lewis T, Tait AR & Malviya S. 2000. Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 15(1), 6–11.

LIITTEET

LIITE 1

Kirjallisuuskatsauksen aineistonhankinnassa käytetyt hakusanat ja niiden yhdistelmät tietokannoittain.

MEDLINE (Ovid)	CINAHL (Ovid)
<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Ambulatory Surgical Procedures/ 2. day surg\$.ti,ab. 3. ambulatory surg\$.ti,ab. 4. outpatient surg\$.ti,ab. 5. office surg\$.ti,ab. 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. exp Social Support/ 8. psychosocial support\$.ti,ab. 9. emotional support\$.ti,ab. 10. psychosocial network\$.ti,ab. 11. psychological network\$.ti,ab. 12. psychological support\$.ti,ab. 13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. 6 and 13 15. toddler\$.ti,ab. 16. child\$.ti,ab. 17. 15 or 16 18. 6 and 17 19. limit 6 to "preschool child (2 to 5 years)" 20. limit 6 to "child (6 to 12 years)" 21. 14 or 18 or 19 or 20 	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Ambulatory Surgery/ 2. day surg\$.ti,ab. 3. ambulatory surg\$.ti,ab. 4. outpatient surg\$.ti,ab. 5. office surg\$.ti,ab.. 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. exp Support, Psychosocial/ 8. psychosocial support\$.ti,ab. 9. emotional support\$.ti,ab. 10. psychosocial network\$.ti,ab. 11. psychological network\$.ti,ab. 12. psychological support\$.ti,ab. 13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. 6 and 13 15. child\$.ti,ab. 16. toddler\$.ti,ab. 17. 15 or 16 18. 6 and 17 19. limit 6 to preschool child <2 to 5 years> 20. limit 6 to child <6 to 12 years> 21. 14 or 18 or 19 or 20
<p>PsycINFO (EbscoHost)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. day surg* /Default fields 2. ambulatory surg*/Default fields 3. outpatient surg*/Default fields 4. 1 or 2 or 3 5. outpatient treatment/DE 6. outpatient commitment/DE 7. outpatients/DE 8. psychosocial factors/DE 9. (5 or 6 or 7) and 8 10. emotional support*/Default fields 11. (5 or 6 or 7) and 10 12. nursing/DE 13. (5 or 6 or 7) and 12 	<p>CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR (Ovid)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. exp Ambulatory Surgical Procedures 2. day surg\$.ti,ab. 3. ambulatory surg\$.ti,ab. 4. outpatient surg\$.ti,ab. 5. office surg\$.ti,ab 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. exp Social support/ 8. psychosocial support\$.ti,ab 9. emotional support\$.ti,ab. 10. psychosocial network\$.ti,ab 11. psychological network\$.ti,ab. 12. psychological support\$.ti,ab. 13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. 6 and 13 15. toddler\$.ti,ab 16. child\$.ti,ab. 17. pediatric.ti.ab. 18. paediatric.ti.ab. 19. 15 or 16 or 17 or 18 20. 6 and 19 21. 14 or 20 22. Limit 21 to systematic reviews (limit not valid in: ACP Journal Club, DARE, CCTR records were retained)
<p>LINDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 päiväkirurg? or lyhytkirurg? 2 laps? or last? or leikki? or child? 3. 1 and 2 4. ambulatory surg? 5. 2 and 4 6. sosiaal? or emotionaal? 7. surg? or kirurg? 8. 2 and 6 and 7 	<p>Medic</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. päiväkirurg* and laps* 2. päiväkirurg* and last* 3. ambulatory surgical procedures 4. child or laps* or last*or leikki* 5. 3 and 4 6. sosiaal* and tu* 7. social and support 8. 4 and 7 9. emotionaal* and tu* 10. day surg* 11. surg* or kirurg* or leikkau* or lyhytkir* 12. 4 and 11

Kirjallisuuskatsauksen aineistona olevat tutkimukset.

LIITE 2

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Brewer S, Glenditsch SL, Syblic D, Tietjens ME & Vacik HW. 2006.	Kvasikokeellinen Mittari: stand. mittari	Lapsen preoperatiivinen ahdistus. N=142 Ikä: 5–11 v	R1: n=80, lasten hoitotyöhön erikoistuneen tekemä valmistelu. R2: n=62, tavanomainen valmistelu.	1. Lasten hoitotyöhön erikoistuneen (Child life specialist, CLS) tekemä valmistelu vähensi lasten postop. ahdistusta. 2. Ikäryhmittäin (5–7 ja 8–11 v) ryhmissä ei eroa 3. Toimenpiteen laajuus: niiden poikien ahdistus ↑, joilla oli pieni toimenpide, kun taas suuri toimenpide lisäsi vain hieman ahdistusta.	B	7 / 8
Caldwell-Andrews AA, Kain ZN, Mayes LC, Kerns RD & Ng D. 2005.	Kuvaileva määrällinen	Äitien motivaatio osallistua induktioon. N=289 Ikä: 2–12-vuotiaat lapset ja heidän äidit		1. Lasten ahdistuksen taso lisääntyi merkittävästi siirryttäessä odotustilasta leikkaussaliin ja maskin esittelyyn 2. Nuoremmat lapset olivat vanhempia lapsia ahdistuneempia. 3. Induktioon osallistumista haluavien äitien lapset olivat ahdistuneempia induktiossa kuin lapset, joiden äidit empivät osallistumista. 4. Äidit, jotka halusivat osallistua induktioon, olivat ahdistuneempia.	C	5/6
Caldwell-Andrews A & Kain ZN. 2006.	Kvasikokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Psykologiset, postoperatiiviseen uneen vaikuttavat tekijät. N=52 Ikä: 4–10 v	Toimenpiteeseen ja tutkimusmenetelmään liittyvä tiedonanto ja tutustuminen leikkaussaliin	1. Postop. univaikeuksia esiintyi 22 %:lla lapsista. 2. Lapsen iällä ei ollut yhteyttä univaikeuksiin 3. Vanhempien huolestuneisuus oli yhteydessä lapsen postoperatiivisen unen laatuun. 4. Lapsen aggressiivinen käyttäytyminen oli yhteydessä postoperatiivisen unen laatuun	B	8 / 8
Cameron JA, Bond MJ & Pointer SC. 1996.	Kvasikokeellinen tutkimus Mittari: kyselylomake	Lapsen induktion aikainen ahdistus. N=74 Ikä: 1–8 v	R1: n=38, vanhemmat mukana. R2: n=22, ero odotustilassa, ei induktiossa. R3: n=14, vanhemmat eivät poistuneet osastolta. - vanhemmat valitsivat ryhmän	1. Esilääkittyjen lasten vanhemmat raportoivat enemmän ahdistusta kuin ei-lääkittyjen lasten vanhemmat. 2. Vanhempien mukanaolo vähensi lasten ahdistusta. 3. Osallistuminen lisäsi vanhempien ahdistusta. 4. Lapset tarvitsivat enemmän esilääkitystä, ellei vanhempi ollut mukana. 5. Vanhemmat perustelivat osallistumistaan lapsen hyödyllä sekä oman ahdistuksensa vähentymisellä.	C	5 / 8

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Cassady JF, Wysocki TT, Miller KM, Cancel DD & Izenberg N. 1999.	Kokeellinen Mittari: stand. mittarit	Videon vaikutus lapsen ja vanhempien ahdistukseen ja tiedon saamiseen. N=85 Ikä: 4 kk–6 v	R1: n=43, preoperatiivinen opetusvideo. R2: n=42, verrokkit.	1. Anestesiasta kertova video vähensi vanhempien ahdistusta. 2. Video lisäsi vanhempien anestesiaan liittyviä tietoja.	B	7 / 8
Flinkman T & Salanterä S. 2004.	Kuvaileva laadullinen Mittari: teemahaastattelu	Lasten pelot N=25 Ikä: 5–6 v		1. Lasten kokemukset olivat pääosin myönteisiä. 2. Lapset kokivat vanhemman mukana olon hyväksi. 3. Lasten kielteiset kokemukset liittyivät pääosin nukutukseen ja toimenpiteeseen 4. Lapset kuvasivat 24 eri pelon aihetta, joita olivat a) lääkäriasemalle tulo (7 asiaa) b) hoitajan ja lääkärin tapaaminen (4 asiaa), c) nukutuksen aloitus ja toimenpide (14 asiaa), d) heräämövaihe (5 asiaa), e) kotiinlähtö (ei pelottavia asioita).	C	6 / 6
Franck LS & Spencer C. 2005.	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, 1996–2004	Tiedottaminen vanhemmille, vaikutus tiedon määrään ja tyytyväisyyteen. N=11		1. Vanhempien tietoon, ahdistukseen ja tyytyväisyyteen liittyviä tutkimuksia vähän (n = 5). Lasta toimenpiteeseen valmistelevat vanhemmat olivat erittäin ahdistuneita, erityisesti lapsen anestesia lisäsi ahdistusta. Vanhemmat halusivat tietoa anestesiasta. Millaisena he näkivät anestesian, vaikutti heidän hoitoon liittyvään tyytyväisyyteen. Tuloksiin suhtauduttava varoen (pienet aineistot, mittarit vaihtelivat ja kohdistuivat selektiivisesti tiettyihin kokemuksiin). 2. Interventiotutkimuksia, joiden tavoitteena oli lisätä vanhempien tietoa tai tyytyväisyyttä ja vähentää ahdistusta, on niukasti (n=6). Tulosten yleistäminen ja vertailtavuus vaikeaa (tutkimusasetelmat, menetelmät ja interventiot vaihtelivat, tiedon antamisen menetelmiä ei kuvattu). 3. Kirjallisuuskatsauksen johtopäätös: Vanhemmat haluavat tietoa anestesiasta. Saatu tieto vähentää heidän ahdistustaan. Tiedon antaminen tulee yhdistää rutiinisti preoperatiiviseen käyntiin.	A	6 / 6

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Hatava P, Olsson GL & Lagerkranser M. 2000.	Kvasikokeellinen Mittari: itse kehitetty	Lasten ja vanhempien tieto sekä muutokset pre- ja postoperatiivisessa epä-mukavuudessa. N=160, sijoitettiin kahteen ryhmään Ikä: 2–0 v	R1: n=80, laajennettu preoperatiivinen informaatio-ohjelma. R2: n=80, tavanomainen tiedonanto	1. Koeryhmän tiedot preoperatiivisista tapahtumista olivat merkittävästi paremmat kuin verrokeilla. 2. Koeryhmän lasten suhtautuminen anestesian aikaisiin tapahtumiin oli verrokkeja myönteisempää. 3. Vanhemmat lapset (>5 v) olivat merkittävästi vähemmän pelokkaita valmisteluissa ja induktiossa kuin nuoremmat lapset. 4. Koeryhmän <5 v lapset suhtautuivat verrokkeja vähemmän negatiivisesti induktioon. 5. Aikaisemmat sairaalakokemukset vaikuttivat kielteisesti esilääkitykseen ja induktioon liittyviin kokemuksiin. 6. Koeryhmän <5 v lasten vanhemmat osoittivat vähemmän kielteisiä tunteita lapsen anestesiaa ja iv-kanyylin laittoa kohtaan kuin verrokkit. 7. Molempien ryhmien lasten ja vanhempien näkemykset anestesiasta ja käsitykset leikkaukseen ja anestesiaan liittyvien tietojen suhteesta kokemuksiin olivat samanlaiset.	C	5 / 8
Hug M, Tönz M & Kaiser G. 2005.	Kvasikokeellinen aikasarja.	Vanhempien tiedon yhteys stressiin. Kaikki vanhemmat kolmen ajanjakson aikana (18+13+13 kk) vuosina 1995–2000 N=1490 Ikä: lapset 2–10 v	Vanhemmille annettiin vuodesta 1999 lähtien lapsille ja vanhemmille suunnattua tietoa sisältävä interaktiivinen Cd/kirja tavallisen tiedotuslehdisten mukana.	1. Cd/kirja lisäsi vanhempien tiedon määrää. 2. Cd/kirja ei vähentänyt vanhempien raportoimaa stressiä.	B	7 / 8
Hughes JM & Callery P. 2004.	Kuvaileva laadullinen Mittari: Vanhemman päiväkirja	Vanhempien kokemukset ja huolet toimenpiteestä sekä muut asiaan liittyvät seikat. N=12		Lapsen päiväkirurginen toimenpide 1. Vaikutti perheen arkielämään (fyys. tarpeet) ja 2. Lisäsi vanhempien huolia. 3. Emotionaaliset vaikutukset lapsiin liittyivät joutilaisuuteen ja toimenpiteen prosessointiin. 4. Sosiaaliset vaikutukset lapseen liittyivät aktiivisuuden rajoituksiin. 5. Vanhemmat raportoivat tarvitsevansa virallisia ja epävirallisia tukijärjestelmiä lapsen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	C	4 / 6

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang S-M & Mayes LC. 2004.	Kokeellinen Mittari: stand. mittarit	Lasten preinduktiivinen ahdistuneisuus. N=123 Ikä: 3–7 v	Interaktiivinen musiikkiterapia. R1: n=51, musiikkiterapia. R2: n=34, esilääke. R3: n=38, verrokkit.	1. Musiikkiterapia ei vähentänyt lasten preinduktiivista ahdistusta. 2. Esilääkitys oli musiikkiterapiaa parempi ahdistuksen lievittäjä. 3. Tuloksiin vaikutti terapeutin persoonalliset piirteet.	B	8 / 8
Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, Nelson W & Mayes L. 2006.	Kvasikokeellinen Mittari: stand. mittarit	Vanhempien mukanaolon vaikutus lapsen ahdistukseen. N=568 Ikä: 2–12 v	R1: n=284, vanhemmat mukana. R2: n=284, vanhemmat ei mukana. Kohortit: 1. rauhallinen vanhempi, rauhallinen lapsi 2. rauhallinen vanhempi, ahdistunut lapsi 3. ahdistunut vanhempi, rauhallinen lapsi 4. ahdistunut vanhempi, ahdistunut lapsi	1. Rauhallisten vanhempien mukanaolo rauhoitti ahdistunutta lasta paremmin kuin jos lapsi olisi ollut ilman vanhempaa. 2. Ahdistuneen vanhemman mukanaolo lisäsi rauhallisen lapsen ahdistusta enemmän kuin jos lapsella ei olisi ollut mukana vanhempaa. 3. Rauhallisen vanhemman mukanaololla ei ollut vaikutusta rauhallisen lapsen ahdistukseen. 4. Lapsen ikä (2–6 v ja 7–12 v) ei liittynyt em. tuloksiin. 5. Kohortin 1 (rauhallinen vanhempi ja lapsi) lapset olivat vähiten ahdistuneita verrattaessa kolmeen muuhun kohorttiin. Samoin kohortin 4 (ahdistunut vanhempi ja lapsi) lapset olivat eniten ahdistuneita verrattuna kolmeen muuhun kohorttiin. 6. Ahdistuneet lapset, joilla ei ollut rauhallista tai ahdistunutta vanhempaa mukana, olivat induktion aikana merkitsevästi ahdistuneempia kuin rauhalliset lapset, joilla ei myöskään ollut rauhallista tai ahdistunutta vanhempaa mukana.	B	8 / 8
Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Wang S-M, Krivutza DM & LoDolce ME. 2003a.	Kokeellinen Mittari: stand. mittari	Vanhempien induktion aikainen stressi. N=80	R1: n=29, vanhemmat mukana induktiossa. R2: n=24 ero lapsesta leikkaussalin ovella R3: n=27, vanhemmat mukana induktiossa + lapselle esilääke.	1. Lasten ahdistus lisäsi vanhempien stressiä. 2. Erotilanteessa kaikkien vanhempien ahdistuksen taso oli samanlainen. 3. Lapsen esilääkitys ei vähentänyt induktioon osallistuneiden vanhempien ahdistusta 4. Verrokkiryhmän (R2) itseään kontrolloivien vanhempien raportoima ahdistus oli erotilanteessa tutkimusryhmiä korkeampia, vaikka heidän stressitasonsa oli matalampi.	B	8/8

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Wang S-M, Krivutza DM, Weinberg ME & Mayes LC. 2003b.	Kuvaileva määrällinen seurantatutkimus Mittari: stand. mittarit	Vanhempien intervention valinta uudessa päiväkirurgisessa toimenpiteessä. N=83	R1: n=13, esilääke. R2: n=27, vanhempi osallistui induktioon. R3: n=10, esilääke + vanhempi osallistui induktioon. R4: n=33, ei interventiota.	1. Suurin osa (>80 %) vanhemmista halusi osallistua induktioon riippumatta, mihin tutkimusryhmään he olivat kuuluneet lapsen ensimmäisessä toimenpiteessä. 2. Lähes kaikki (93 %) ensimmäisessä toimenpiteessä lapsen mukana olleista vanhemmista valitsi saman seuraavalla kerralla. 3. 80 % vanhemmista, joiden lapsi kuului ensimmäisessä toimenpiteessä ryhmään R3, valitsi saman seuraavalla kerralla. 4. 38 % vanhemmista, joiden lapsi sai pelkän esilääkkeen, valitsi sen myös toisessa. 5. 15 % vanhemmista, joiden lapsi kuului ryhmään R4 ensimmäisessä toimenpiteessä, ei halunnut interventiota myöskään seuraavalla kerralla. 6. Vanhempien valintaan vaikuttivat lapsen ahdistus ja myöntöväisyys ensimmäisessä toimenpiteessä. 7. Molemmissa toimenpiteissä lasten odotusvaiheen ahdistus oli samanlainen. 8. Vanhempien ahdistus oli merkitsevästi matalampi toisessa toimenpiteessä.	C	8 / 8
Kain ZN, Caramico LA, Mayes L.C, Genevro JL, Bornstein MH & Hostadter MB. 1998a.	Kokeellinen Mittari: stand. mittarit	Lapsen ja vanhempien perioperatiivinen ahdistus sekä lapsen käyttäytyminen induktion ja postoperatiivisen jakson aikana. N=73 Ikä: 2–12 v	R1: n=24, tietoperustainen ohjelma: leikkausosastolla (ls) vierailu. R2: n=25, informaatio + mallintamisohjelma: vierailu ls + video. R3: n=24, kuten ed. + coping-based ohjelma: vierailu ls + video + lasten hoitotyöhön erikoistuneen hoitajan valmistelu.	1. Ryhmien demografiset piirteet samanlaiset. 2. Ryhmien välillä ei eroa heräämössä. 3. Laaja valmisteluohjelma (R3) vähensi parhaiten lasten ja vanhempien preoperatiivista ahdistusta. 4. Laaja ohjelma (R3) ei vaikuttanut lasten käyttäytymiseen induktion aikana, heräämössä tai 2 viikkoa toimenpiteen jälkeen.	B	8 / 8

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Alexander GM, Krivutza D, Teague BA & Wang S-M. 2002b.	Kuvaileva määrällinen Mittarit: stand. mittarit	Lasten pre- ja postoperatiivisen unen laatu ja ahdistus. N=169 Ikä: 3–9 v		1. Puolet (50 %) lapsista kärsi postoperatiivisesti unihäiriöistä. 2. Postoperatiivinen kipu oli yhteydessä unen laatuun. 3. Unihäiriöt ja lisääntynyt perioperatiivinen ahdistus olivat yhteydessä toisiinsa.	C	8 / 8
Kain ZN, Mayes LC & Caramico LA. 1996a.	Kvasikokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Lapsen ja vanhempien preoperatiivinen ahdistus. N=143 Ikä: 2–10 v	R1: n=102, ajoitukseltaan vaihteleva behavioraalinen valmisteluohjelma (tietoa, orientoiva sairaalaan + roolileikit lasten hoitotyöhön erikoistuneen hoitajan ohjauksessa). R2: n=41, tavanomainen valmistelu.	1. Interventio lisäsi vanhempien eroahdistusta. 2. Ryhmien välillä ei eroa ahdistuksessa viikon kuluttua toimenpiteestä. 3. Intervention ajoitus ja lapsen temperamentti ennustivat vanhempien ahdistusta: a) Ikä: odotusvaiheessa 2-3 v koeryhmän lapset ahdistuneempia; b) Intervention ajoitus: >6v lapset ja vanhemmat vähiten ahdistuneita, jos interventio 5-7 vrk ennen toimenpidettä; c) Intervention ajoittaminen 1 vrk ennen toimenpidettä lisäsi >6 v lasten ja vanhempien ahdistusta. 4. Aikaisemmat sairaalakokemukset lisäsivät koeryhmän lasten ahdistusta. 5. Emotionaalisesti epävakait koeryhmän lapset ahdistuneempia. 6. Intervention ajoitus, lapsen ikä ja persoonallisuus olivat itsenäisiä ahdistusta lisääviä tekijöitä.	C	8 / 8
Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA, Silver D, Spieker M, Nygren M, Anderson G & Rimar S. 1996b.	Kokeellinen Mittarit: stand.mittarit	Lasten ahdistuneisuus N=84 Ikä: 1–6 v	R1: n=41, vanhemmat mukana induktiossa. R2: n=43, vanhemmat eivät mukana induktiossa.	1. Ryhmien tausta, preoperatiivinen ahdistus, yhteistyö, käyttäytyminen ja fysiologiset suureet samankaltaiset. Samoin induktion pituus, anestesia-komplikaatioiden esiintyminen, postoperatiivinen pahoinvointi, kipulääkkeen tarve ja kotiutuminen olivat samanlaisia. Ei myöskään lasten käyttäytymisessä 2 vk:n ja 6 kk:n kuluttua toimenpiteestä ollut eroja. 2. Niiden lasten stressi (kortisonitaso) oli matalampi, jotka itse olivat luonteeltaan rauhallisia tai joiden rauhalliset vanhemmat olivat mukana induktiossa. 3. Vanhempien mukanaolo vähensi yli 4-v lasten stressitasoa (matala kortisoni). 4. Vanhempien mukanaolo ei vähentänyt alle 4 v lasten stressitasoa.	B	8 / 8

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Kain ZN, Mayes LC, O'Conner TZ & Cicchetti DV. 1996c.	Kuvaileva määrällinen Mittarit: stand. mittarit	Ahdistusta ennakoivat sosio-demografiset piirteet, psykologiset tekijät sekä käyttäytymismuutokset. N=163 (1 vaihe) N=142 (2 vaihe) Ikä: 2–10 v		1. Lasten ahdistusta ennakoivat: nuori ikä, sisarusten lkm (ainoa lapsi >), lapsen ja vanhempien preoperatiivinen ahdistus, ei päivähoitossa. 2. Kahden viikon kuluessa toimenpiteestä yli puolella (54 %) lapsista esiintyi kielteisiä käyttäytymisen muutoksia. 3. Heistä viidesosalla (20 %) oireet jatkuivat 6 kk. 4. Osalla lapsista (7 %) kielteisiä muutoksia esiintyi vuoden ajan.	C	5 / 6
Kain ZN, Mayes LC, Wang S-M, Caramico LA & Hofstadter MB. 1998b.	Kokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Lasten preoperatiivinen ahdistus N=93 Ikä: 2–8 v	R1: n=29, vanhemmat mukana. R2: n = 33, esilääke. R3: n=26, verrokki.	1. Esilääkityt lapset olivat vähiten ahdistuneita prosessin eri vaiheissa. 2. Vanhempien läsnäolo vähensi lapsen ahdistusta paremmin kuin, jos lapselle ei olisi annettu esilääkettä tai hän oli mennyt toimenpiteeseen yksin.	B	8 / 8
Kain ZN, Mayes LC, Wang S-M, Caramico LA, Krivutza DM & Hofstadter MB. 2000a.	Kokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Lasten ja vanhempien perioperatiivinen ahdistuneisuus. N=103 Ikä: 2–8 v	R1: n=52, esilääke. R2: n=51, esilääke + vanhemmat mukana.	1. Ryhmien välillä ei ollut eroa prosessin eri vaiheissa. 2. Vanhempien läsnäololla ei vaikuttanut lasten ahdistukseen tai sopeutuvuuteen induktion aikana.	B	8 / 8
Kain ZN, Mayes LM, Weisman SJ & Hofstadter MB. 2000b.	Korrelatiivinen Mittarit: stand. mittarit	Lapsen sosiaalinen sopeutuvuuden, kognitiivinen kyvykkyyden ja persoonallisuuden yhteys perioperatiiviseen ahdistukseen. N=60 Ikä: 3–10 v		1. Lasten perioperatiivinen ahdistus oli yhteydessä: ikään (nuoremmat >), temperamenttiin (ujot ja estyneet >), sosiaalisuuteen ja sosiaalisiin taitoihin (heikot taidot >), kognitiiviseen kyvykkyyteen (korkea kogn. kyvykkyys >), vanhemman ahdistuneisuuteen (korkea >) ja kontrolloivuus (kontrolloivat >). 2. Lasten ahdistusta eivät ennustaneet: äidin ikä, lapsen sukupuoli, etninen tausta, sisarusten lkm, syntymäjärjestys, temperamentin impulsiivisuus ja emotionaalisuus, vanhempien siviilisäätö tai sosiaalinen asema. 3. Itsenäisiä ahdistusta ennustavia tekijöitä olivat lapsen ikä, kognitiivinen kyvykkyys ja vanhempien selviytymistyylit, kun otettiin huomioon vanhemman ahdistuneisuus, lapsen sosiaalinen sopeutuvuus ja temperamentti.	C	5 / 6

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1996.	Kvasikokeellinen Mittarit: stand. mittarit + kyselylomake	Postoperatiivisten käyttäytymismuutosten esiintyvyys tavanomaisessa korva-nenä-kurkkualueen toimenpiteessä. N=85 Ikä: 2–10-v	R1: n=40, päiväkirurginen. R2: n=45, yöpyi sairaalassa.	1. Käyttäytymismuutoksia esiintyi sekä päiväkirurgisesti että yön yli yöpyneiden lasten ryhmässä. 2. Yli puolella (61 %) lapsista esiintyi vähintään kerran käyttäytymismuutoksia, heistä 33 %:lla muutokset olivat myönteisiä (nukkui paremmin, vähemmän painajaisia, aktiivisuus lisääntyi), 17 %:lla muutokset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. 3. Kielteisiä käyttäytymismuutoksia osoittaneiden lasten määrä väheni ensimmäisen päivän tilanteesta (59 %) kuukauden aikana (32 %). 4. Pienimmillä (alle 3.5 v) lapsilla esiintyi useimmin (79 %) kielteisiä muutoksia, kun vastaava luku oli 5–7 -vuotiailla lapsilla 43 %. 5. Tavallisimpia ongelmia olivat huomion hakeminen (34 %), kiukkukohtaukset (25 %), yöheräämiset (16 %) ja syömisvaikeudet (16 %).	C	7 / 8
Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK. 1997a.	Kuvaileva määrällinen Mittarit: kyselylomake	Päiväkirurgisen toimenpiteen vaikutukset lasten käyttäytymiseen 4 viikon aikana toimenpiteestä. N=551 Ikä: 4 kk–13.4 v (ka 3,8 v)		1. Suurimmalla osalla lapsista ei esiintynyt käyttäytymisen ongelmia esilääkityksen (81 %) eikä induktion (61 %) aikana. 2. Seuranta-aikana lähes puolella (47 %) lapsista esiintyi vähintään kerran kielteisiä käyttäytymismuutoksia. 3. Vajaalla viidesosalla (17 %) toimenpiteestä seurasi myönteisiä vaikutuksia käyttäytymiseen. 4. Kielteisiä muutoksia esiintyi useimmin toimenpidepäivänä, niiden määrä laski kuukauden kuluessa 46 %:sta 9 %:iin. 5. Osalla (9 %) lapsista esiintyi käyttäytymismuutoksia vielä kk:n kuluttua toimenpiteestä. 6. Lapsen nuori ikä (0–4 v) lisäsi merkitsevästi kielteisten muutosten esiintymistä, sukupuolella ei ollut vaikutusta. 7. Sairaalahakso vaikutti useammin tyttöjen (19 %) kuin poikien (9 %) leikkeihin kotona, näiden lasten keskimääräinen ikä oli 4.1 vuotta. 8. Vain lapsen ikä ennusti yhteistyön laatua sairaalassa tai käyttäytymisen muutoksia kotona. Lapsen persoonallisuus ei.	C	4 / 6

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Litman RS, Berger AA & Chhibber A. 1996.	Kuvaileva määrällinen Mittari: stand. mittari	Vanhempien preoperatiivista ahdistusta ennustavat tekijät. N=600 vanhempaa, joiden 2 kk–16 v lapsi päiväkirurgisessa toimenpiteessä.		1. Alle 1 v lapsen vanhemmat olivat ahdistuneempia kuin isompien lasten. 2. Vauvaikäisten lasten äidit olivat ahdistuneempia kuin isät. 3. Lapsen aikaisempi anestesia vähensi kaiken ikäisten lasten äitien ahdistusta. 4. Vanhempien koulutustaso ei vaikuttanut ahdistukseen.	C	4 / 6
Margolis JO, Ginsberg B, Dear GDL, Ross AK, Goral JE & Bailey AG. 1998.	Kokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Lapsen post-operatiivinen käyttäytyminen ja vanhempien tyytyväisyys ohjausmenetelmään. N=143 Ikä: 2–6 v	Monimuotoinen tietokirja. R1: n=56, kirja. R2: n=46, verrokkit.	1. Tietokirja lisäsi hieman lasten preoperatiivista ahdistusta. 2. Tietokirjan saaneet lapset käyttäytyivät vähemmän aggressiivisesti kahden viikon kuluttua toimenpiteestä. 3. Vanhemmat olivat tyytyväisiä lisätiedon saamiseen. 4. Koeryhmän lapsilla oli vähemmän postoperatiivisia käyttäytymisen muutoksia.	B	8 / 8
Palermo TM, Drotar DD & Trip PA. 1999.	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus	Psykososiaalinen tuki. N=20 tutkimusta		1. Psykososiaalisilla interventioilla on havaittu vähän myönteisiä tuloksia. 2. Psykososiaalisesta tuesta on vain vähän metodisesti hyvätasoista kokeellista tutkimusta. 3. Lapsen ahdistusta tulee arvioida preoperatiivisesti, koska se voi aiheuttaa vaikeuksia anestesiassa ja lisätä postoperatiivista kipua. 4. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia: a) Interaktiivisella ohjauskirjalla ei ollut vaikutuksia lasten ahdistukseen; b) Vanhempien antamalla preoperatiivisella ohjauksella oli ristiriitaisia vaikutuksia lapsen ahdistukseen; c) Kirjalliset ohjeet saaneiden vanhempien lapset olivat merkittävästi ahdistuneempia kuin verrokkit tai opetuksellisen ohjauksen (didaktinen instruktio) saaneet; d) Preoperatiivisella valmennuksella ei ole vaikutusta lasten käyttäytymiseen leikkaussalissa; e) Kivunhoidon ohjaus tehosti hieman lasten kivunhoitoa kotona. 5. Psykologisilla interventioilla ei ollut vaikutusta lasten postoperatiiviseen kipuun tai käyttäytymiseen toimenpiteen jälkeen.	A	6 / 6

Kirjoittaja(t), vuosi	Tutkimusasetelma ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohde ja kohderyhmä	Interventio	Tulokset	Näytön aste	Metod. laatupisteet/max
Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A & Messeri A. 2005.	Kokeellinen Mittari: stand. mittarit	Lapsen ja vanhempien preoperatiivinen ahdistus. N=40 Ikä: 5–12 v	R1: n=20, klovnit. R2: n=20, verrokkit.	1. Klovnit vähensi lasten ja vanhempien preoperatiivista ahdistusta. 2. Henkilökunta arvioi klovnien tuovan lapselle hyötyä, mutta olivat haluttomia jatkamaan käytäntöä.	B	7 / 8
Varughese AM, Nick TG, Gunter J, Wang Y & Kurth CD. 2008.	Kvasikokeellinen Mittarit: stand. mittarit	Lapsen induktion aikaista sopeutumista ennustavat tekijät. N=861 Ikä: 1–13 v		1. Alle 4 v ikä, lyhyt preoperatiivinen valmistelu-aika ja lisääntynyt preoperatiivinen ahdistus ennustivat heikkoa sopeutuvuutta induktion aikana. 2. Aikaisemmat anestesiakokemukset lisäsivät todennäköisyyttä kouluikäisten, mutta ei sitä nuorempien, lasten puutteelliseen sopeutumiseen. 3. Taustatekijöistä sukupuoli, etninen tausta, toimenpiteen laatu, ASA-luokitus, esilääke tai paasto-aika ei ennustanut induktion aikaista sopeutumattomuutta. 4. Lasten sopeutuminen parani, kun odotusaika piteni	C	5 / 6
Voepel-Lewis T, Tait AR & Malviya S. 2000.	Kuvaileva määrällinen Mittari: itse kehitetty	Vanhempien kyky ennustaa lapsen käyttäytymistä erotilanteessa. N=252 Ikä: 1–10 v		1. Vanhemmat ovat hyviä ennustamaan lapsensa käyttäytymistä erotilanteessa. 2. Lapsen ikä (alle 6 v) ennusti vaikeaa erotilannetta.	C	4 / 6