



**ASTMALAPSEN
JA
HÄNEN PERHEENSÄ OHJAAMINEN
– Sairaanhoidtajien itsearvioima ohjausosaaminen**

Lotta Jaatinen
Hélène Silvan-Halttunen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2009

Hyvinvointiyksikkö



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) Jaatinen, Lotta Silvan-Halttunen, Hélène	Julkaisun laji Opinnäytetö	
	Sivumäärä 78	Julkaisun kieli Suomi
	<input type="checkbox"/> Luottamuksellisuus <input checked="" type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi Astmalapsen ja hänen perheensä ohjaaminen – Sairaanhoidtajien itsearvioima ohjausosaaminen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tuomi, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Astma on lapsen yleisin pitkäaikainen sairaus. Astmalapsen hoidon onnistumisen edellytys on lapsen ja perheen tehokas astmahoidon ohjaus. Siihen sairaanhoitaja tarvitsee oikeaa asennetta, vahvaa astmahoitotyön asiantuntijuutta, laadullista viestintä- ja vuorovaikutusosaamista sekä asianmukaisia resursseja työyhteisössä.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sairaanhoidtajien itsearvioimaa potilasohjausosaamistaan astmalapsen ja perheen ohjaamisessa sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Työn tarkoituksena oli selvitystä varten pilotoida itsearviointimittaria, jolla pyrittiin myös saamaan sairaanhoitajat pohtimaan kriittisesti omaa potilasohjausosaamistaan.</p> <p>Opinnäytetyö oli määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin digitaalisesti puolistrukturoidulla itsearviointimittarin sähköisellä kyselylomakkeella joulukuun 2008 ja helmikuun 2009 välisenä aikana. Kyselyyn lisättiin avoimia kysymyksiä täydentämään vastauksia. Kyselyn vastaanotti 55 sairaanhoitajaa. Työn toteuttaminen oli myös itsearviointimittarin esitestaus.</p> <p>Tulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät potilasohjausta sekä siihen liittyvää perheen ohjausta avaintekijänä astmalapsen hoidon onnistumiselle. Ohjauksella sairaanhoitajat pyrkivät voimavaralähtöisesti saamaan koko perheen osallistumaan hoidon tavoitteiden laatimiseen ja päätöksentekoon sekä vaikuttamaan heidän sitoutumiseensa astmalapsen omahoitoon. Sairaanhoitajat arvioivat riittäväksi tietonsa astmasairaudesta, sen hoidosta sekä sen vaikutuksista koko perheen arkeen. He kokivat silti kiireen ja hoitotyön kuormittavuuden vaikuttavan negatiivisesti ohjaukseen ja toivoivat saavansa enemmän voimavaroja ohjaukseen sekä lisää ohjauskoulutusta.</p> <p>Sairaanhoitajat voivat hyödyntää kyselyn tuloksia hoitotyön asiantuntijuutensa, potilasohjaustaitojensa ja työyhteisönsä ohjausresurssien kehittämiseksi. Tuloksia voidaan käyttää myös osastolla kehityskeskusteluissa arvioitaessa sairaanhoitajan voimavaralähtöistä ohjausosaamista lapsen astmahoidossa perhehoitotyön näkökulmasta. Itsearviointimittari on luotu siten, että sitä voidaan kehittää ja soveltaa eri potilasohjaustilanteisiin erilaisten sairauksien hoidon ohjauksessa hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamisen itsearvioimiseksi ja kehittämiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Ohjaus, lapsen astma, lastenhoitotyö, perhe, itsearviointimittari, sairaanhoitaja, osaaminen		
Muut tiedot Liitteenä SALKO-itsearviointimittari +10 sivua; muut liitteet + 4 sivua.		

Author(s) Jaatinen, Lotta Silvan-Halttunen, Helen	Type of Publication Bachelor's Thesis <hr/> Pages 78 <hr/> Language Finnish <hr/> Confidential <input type="checkbox"/> Until _____
Title The counseling of an asthmatic child and her / his family – Nurses' self-evaluation about their own counseling competence	
Degree Programme Degree programme in Nursing	
Tutor(s) Tuomi, Sirpa	
Assigned by Central Finland Health Care District	
Abstract <p>Asthma is children's most common chronic disease. The successful care of an asthmatic child demands effective asthma care counseling. Therefore the nurse needs to focus on the guidance of the child and her/his parents with the appropriate attitude, a strong nursing competence in children's asthma care with child-and-family focused counseling skills, quality communication and interaction skills and appropriate resources of the ward.</p> <p>The main objective of the quantitative study was to found out about nurses' self-evaluation about their child-and-family-focused counseling competence in children asthma care. The goal of the study was to reveal the ward resources for counseling practice and to trigger the nurses' critical reflection about their own counseling skills. Between December 2008 and January 2009 the data was gathered with the help of an electronic self-evaluation survey-questionnaire. Supplementary open questions were used to reinforce the questionnaire data. 55 nurses received the questionnaire. The study is the first test of the self-evaluation questionnaire.</p> <p>Based on the results it occurs that the nurses saw counseling as the main key to a successful child's nursing asthma care. The family guidance was considered as the major factor. With counseling the nurses aimed to empower both child and family, and to help them to commit themselves to the essential care of asthma. The nurses encouraged the family to participate in the child's nursing care planning and decision making. In their assessment the nurses had got enough knowledge about child's asthma, the principles of asthma medical care and its effects on the child's and his family's life. The nurses acknowledged the negative influence of the lack of time and the permanent haste on counseling. Nurses demanded more resources and more training.</p> <p>The questionnaire data can be used for the reinforcement and development of the nurses' counseling competence in children asthma care. The questionnaire can be developed and used again for the evaluation of counseling competence of the nursing and medical professionals.</p>	
Keywords Asthma, child, competence, counseling, family, nurse, self-evaluation	
Miscellaneous Attachments SALKO-self-evaluation survey-questionnaire +10; other + 4	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Potilasohjaukseen vaikuttavista säädöksistä	4
2.2	Ohjaus hoitotyössä	6
2.3	Potilasohjauksen lähtökohdat	8
2.4	Hoitotyön vuorovaikutteinen ohjaussuhde	10
2.5	Potilasohjauksen resurssit työyhteisössä	12
2.6	Yhteenvedo potilasohjauksen lähtökohdista	13
3	ASTMAA SAIRASTAVAN LAPSEN JA PERHEEN OHJAUS	16
3.1	Lapsen astmasta	16
3.2	Lapsen asemasta ja oikeuksista ohjauksessa	17
3.3	Lapsen ja perheen voimavaralähtöinen ohjaus	18
3.4	Lapsen astmahoidon ohjaus	20
3.5	Perheen merkitys ohjauksessa	22
3.6	Perheen terveyden edistäminen osana ohjausta	24
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	26
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
5.1	Tutkimusmenetelmät	27
5.2	Kyselymittarin laadinta ja sen luotettavuus	29
5.3	Aineiston keruu ja analysointi	33
5.4	Kohderyhmä	35
6	TULOKSET	37
6.1	Sairaanhoitajien näkemys työyhteisön resursseista potilasohjaukseen	37
6.2	Sairaanhoitajien asenteet sekä viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen	40
6.3	Sairaanhoitajien näkemys lasten astmahoidon osaamisestaan	41
6.4	Sairaanhoitajien näkemys perhehoitotyön toteutumisesta	41
6.5	Sairaanhoitajien näkemys voimavaralähtöisyydestä	43
6.6	Sairaanhoitajien näkemys jatkohoidon turvaamisesta	44
6.7	Palautteet SALKO-itsearviointimittarista	45
7	YHTEENVETO JA POHDINTA	46
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	46
7.2	Keskeisimmät tulokset	49
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	53

LÄHTEET	56
LIITTEET	66
Liite 1. Erityiskorvattaviin astmalääkkeisiin oikeutettujen tilastot.....	66
Liite 2. SALKO-itsearviointimittari.....	67
Liite 3. SALKO-itsearviointimittarin kyselyn tulosten analyysi.....	77
Liite 4. Sairaanhoidtajien vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen potilas-ohjauksen toteuttamiseen.....	78
Liite 5. Lapsen astmasairaudesta tieto ja taito.....	79

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijöitä.....	8
TAULUKKO 2. Opinnäytetyön tehtävöngelmat ja kyselykysymykset.....	32
TAULUKKO 3. Vastaajien ikä.....	35
TAULUKKO 4. <i>Terveyttä edistävä työyhteisö</i>	37
TAULUKKO 5. <i>Työyhteisön voimavarat</i>	39
TAULUKKO 6. Asenteet lapsi- ja perhekeskeiseen ohjaamiseen.....	42
TAULUKKO 7. Voimavara- ja lähtöolosuhteet lapsen ja hänen perheensä ohjaamiseen.....	43
TAULUKKO 8. Astman vuoksi erityiskorvattavien lääkkeisiin oikeutettujen määrä iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1993 ja 2004 sekä vuoden 2008 tilasto kaikista lapsista ja nuorista alle 16-vuotiaista.....	66
TAULUKKO 9. Sairaanhoidtajien vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen ohjaukseen.....	78
TAULUKKO 10. Lapsen astmasairaudesta tieto ja taito.....	79

KUVIOT

KUVIO 1. Kauhasen (2000) yksilön pätevyys.....	9
KUVIO 2. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli.....	11
KUVIO 3. Sairaanhoidtajien peruspilarit laadullisen Potilasohjauksen toteuttamiseen lastenhoitotyössä.....	14
KUVIO 4. SALKO-itsearviointimittari – Kyselyn tulosten analyysi.....	77

1 JOHDANTO

Astma on lasten yleisin *ei-tarttuva* pitkäaikainen sairaus (ISAAC 1997; EUVL 2007). Suomessa 4–7 prosenttia lapsista ja nuorista sairastaa astmaa; yhtä suurella joukolla esiintyy astman kaltaisia oireita. (Käypä hoito 2000, 2; Laitinen & Haahtela 2009.) Kansaneläkelaitoksen rekisterin mukaan vuonna 2008 Suomessa oli 21 249 alle 16-vuotiaista lasta oikeutettu erityiskorvattaviin astmahoidon lääkkeisiin (Pajunen 2009). Kaila, Grönlund, Mäkelä, Vanto, Virta ja Klaukka (2008, 55) toteavat astmalasten hoidon toimivan Suomessa mallikkaasti (ks. myös liite 1.). Astmalasten määrä kasva edelleen (THL 2009). Nykyään astmahoito toteutetaan uuden kansallisen Allergia-ohjelman 2008–2018 mukaisesti. Ohjelmassa annetaan selkeät keinot astma-, nuha- ja allergiahoitoon sekä hoitokustannusten vähentämiseen. (Allergiaohjelma 2008, 9- 21.)

Astmaan sairastuminen merkitsee muutosta lapsen, perheen ja muiden läheistensä elämäntilanteeseen (Stenman & Toijamo 2002, 20). Astmahoito edellyttää perheiltä riittävää tietoa, taitoa ja tukea elämänmuutosten kohtaamiseen sekä tilanteeseen sopeutumista ja vastuunkantamista (Peltoniemi 2007, 13 - 15). Sairaanhoidajan antaman yksilöllisen ohjauksen keskeinen tavoite on koko perheen tukeminen, lapsen omahoidon opettaminen ja toteuttaminen sekä pulmatilanteiden ennaltaehkäiseminen ja ratkaiseminen (Käypä hoito 2000, 2 - 3; Valovirta & Killström 2003, 7; Heikkinen 2007, 15). Terveystieteiden kustannusten kiristyessä, hoito-aikojen lyhentyessä, kiireisen työtahdin ja potilaiden tietotason lisääntymisen myötä sairaanhoitajalta vaaditaan tehokasta toimintaa (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251; Tuomi 2008, 11 - 12).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien itsearvioimaa potilasohjausosaamistaan astmalapsen ja tämän perheen ohjaamisessa sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Työn tarkoituksena oli selvitystä varten pilotoida SALKO-itsearviointimittaria, jolla pyrittiin myös saamaan sairaanhoitajat pohtimaan kriittisesti omaa potilasohjausosaamistaan. Sairaanhoitajat voivat hyödyntää tuloksia hoitotyön asiantuntijuutensa, potilasohjaustaitojensa ja työyhteisönsä ohjausresurssien kehittämiseksi. Tuloksia voidaan käyttää myös osastolla kehityskeskusteluissa arvioitaessa sairaanhoitajan voimavaroalähtöistä ohjausosaamista lapsen astmahoidossa perhehoitotyön näkökulmasta. SALKO-itsearviointimittari on luotu siten, että sitä voidaan kehittää ja soveltaa eri potilasohjaustilanteisiin erilaisten sairauksien hoidon ohjauksessa hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamisen itsearvioimiseksi ja kehittämiseksi.

2 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Laki ja säädökset edellyttävät hoitohenkilöstön suunnittelevan ja toteuttavan hoidon ohjausta yhdessä potilaan ja tämän perheen kanssa (STM 2005, 3). Sairaanhoitajan ja moniammatillisen ryhmän tavoitteena on potilaan terveyden tilan kohentaminen ja terveellisten elintapojen ja ennaltaehkäisyä korostavien asenteiden edistäminen yksilön, perheen ja yhteisön tasolla (EUVL 2007).

Nykyään hoitotyössä potilasohjaus on sairaanhoitajan keskeisin toiminta (OPM 2006, 63). 2000-luvulla *ohjaus*-käsite on esillä hoitotyössä ja hoitotieteessä enemmän kuin koskaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251), mutta se on epäselvä (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Hoitotyöstä puuttuu laadullisen potilasohjauksen tunnusmerkit (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 12).

2.1 Potilasohjaukseen vaikuttavista säädöksistä

”Jokaisella potilaalla on oikeus tasa-arvoiseen taudin määritykseen, hoitoon, sairautta koskevaan tietoon ja potilasohjaukseen.”

(Valovirta & Killström 2003, 2.)

Potilasohjausta voidaan tarkastella sekä juridisista, eettisistä että teoreettisista lähtökohdista (Kääriäinen 2007, 25; Kyngäs ym. 2007, 13 - 17). Lait ja asetukset toimivat sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen ja ammattihenkilöstön toimintaa linjaavina suosituksina (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 8). Potilasoikeuksia määritteleviä lakeja löytyy Suomen perustus- (L731/1999), kunta- (L365/1995) ja kansanterveyslaista (L66/1972) sekä erikoissairaanhoitolaista (L1062/1989) ja laista potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992). Edellisten lakien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon erikoisaloja koskevat lait ja asetukset säätelevät alan toimintaa, kuten esimerkiksi lastensuojelu- (L417/2007), mielenterveys- (L1116/1990) ja potilasvahinkolakia (L585/1986). Suomen lainsäädännön mukaan ammattihenkilöstön on kunnioitettava myös potilasta suojaavaa tasa-arvolakia (L609/1986) ja lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007). (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 43 - 48; Kyngäs ym. 2007, 13 - 21.)

”Ihmiset ovat tasa-arvoisia lain edessä, eikä heitä saa sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella asettaa eri asemaan.”

(Lehestö ym. 2004, 44.)

Euroopan Unionin (EU) terveysstrategian päätökset ja säädökset vaikuttavat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään, sen päätöksiin ja toimintaan. Valkoinen Kirja ”Yhdessä terveyden hyväksi” on EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. Strategian päätavoitteet ovat *ennaltaehkäisevä terveydenhoito, terveyden edistäminen ja laadullisen hoidon toteuttaminen*. (Valkoinen Kirja 2007 KOM 2007/630.) Suomessa terveyden edistämistä ohjaavat muun muassa Terveys 2015-kansanterveys-ohjelma (2001) ja Terveyden edistämisen laatusuositus (2006). Yhteistyöohjelman tavoitteena on kansalaisten kokonaisvaltainen terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. (STM 2001; STM 2006.) EU:n strategian mukaan jokaisen jäsenvaltion on pyrittävä *samanaikaisesti* terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden varmistamiseen, terveydenhuollon laadun parantamiseen ja kestävän rahoituksen turvaamiseen (Terveys-EU 2009a). Lisäksi jäsenmaiden on pyrittävä ehkäisemään eri strategioiden avulla perussairauksia (Terveys-EU 2009b).

Valovirran ja Killström (2003, 2) mukaan hoitohenkilöstöllä on ammatillinen vastuu eettisestä hoitotoiminnasta ja -ohjauksesta. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (1996) velvoittavat sairaanhoitajia hyvään hoitotyöhön (Strandell-Laine, Heikkinen, Leino-Kilpi & Van der Arrend 2005, 260). Kääriäisen (2008) mukaan sairaanhoitajan on oltava tietoinen terveyden edistämiseen asetetuista tavoitteista, terveydenhuollon eettisistä periaatteista, ammattietiikasta, koska ne kuuluvat potilaan sairauden hoidon ohjausperustaan. Vaikka potilaalla on eettinen velvollisuus olla hoidossaan aktiivinen, hänellä on toisaalta oikeus kieltäytyä hoitohenkilöstön tarjoamasta hoidosta ja sen ohjauksesta (L785/1992, 2§ 6). (Kääriäinen 2008, 10 - 11; ETENE 2001.)

EU:n ja valtion terveysstrategian käyttöönoton myötä potilasohjauksen järjestäminen ja toteuttaminen on tullut sairaanhoitotoiminnassa keskeiseksi. Täten potilasohjaus on avainasemassa potilaan laadullisessa hoidossa (Valkoinen kirja 2007, 2, 11; EUVL 2007; Kääriäinen 2008, 10 - 11). Potilaslain (L785/1992, 2§ 3, 2§ 9) mukaan hoitohenkilökunnan on annettava potilaalle ja perheelle *tarpeeksi* tietoja hänen *terveytensä tilasta, hoitonsa laajuudesta, vaihtoehtoista ja mahdollisista riskitekijöistä selkeästi*.

2.2 Ohjaus hoitotyössä

Nykysuomen etymologisen sanakirjan (2004, 818) mukaan *ohjaus*-sana on johdos germaanisperäisestä *ohjata*-kantasanasta. Nykysuomen sanakirjan (1996, 13) mukaan *ohjaus*-sana tulee *ohjata*-verbistä, joka tarkoittaa muun muassa *opastaa, vaikuttaa määrävällä tavalla, neuvoen johtaa*.

Näiden määritelmien lisäksi ohjausta on määritelty eri tutkimustietojen perusteella. Vance Peavyn (1999, 34 - 35) toteaa, että hoitotyössä ohjauksella on konstruktiiivinen viitekehys, johon kuuluvat psykoanalyttiset, behavioristiset ja humanistiset viitekehukset. Onnismaan, Paasasen ja Spangarin (2000, 14) mukaan ohjaus on tilanne, jossa ammattilainen *asettuu ohjattavan palvelukseen* antamalla hänelle *aikaa, huomioita, kunnioitusta*. Vehviläisen (2001, 17) mukaan ohjaus on laaja-alainen opettamis- ja kouluttamistoiminta, jossa ohjaaja johdattaa ohjattavaa kognitiivisen toiminnan kautta oikeille raiteille. Onnismaa (2007, 7) yleisesti määrittelee ohjauksen työmenetelmänä, jossa korostuu ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutussuhde ja heidän yhteinen pyrkimyksensä. Kääriäisen (2007) sekä Kyngäs ja muiden (2007) mukaan hoitotyössä ohjaus on kommunikaation ja ajattelun väline, jolla sairaanhoitaja pyrkii suunnittelemaan ja toteuttamaan yhdessä potilaan kanssa tämän sairauden itsenäistä hoitoa vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen 2007, 25, 28; Kyngäs ym. 2007, 5.)

Hoitotyössä ohjaus ei ole uusi nykyajan ilmiö. Sorvettulan (1998) ja Kääriäisen (2007) mukaan *ohjaus*-käsite ilmestyi jo selvästi 1880-luvulla sairaanhoitohistorian Florence Nightingalin työmenetelmissä ja kirjoituksissa. Jo tuolloin hän opetti sairaanhoitotyön edelläkävijänä, että sairaanhoitajan tehtävä on *opettaa ja ohjata potilasta*. (Sorvettula 1998, 55; Kääriäinen 2007, 19.) Hoitotieteessä ohjausta on tutkittu melko paljon, mutta tutkittu tieto on hajanaista. Ohjaukseen liittyvistä ongelmista ja niiden vaikutuksista hoitotyöhön ei ole selkeää kuvausta. (Kääriäinen 2007, 27.) Suomessa on liian vähän pohdittu ohjauksen terapeuttista vaikutusta (Vehviläinen 2001, 16). Hoitotyössä terveysviestintä on vasta nuori tutkimuskohde (Torkkola 2002, 9). *Ohjaus* on hoitotyömenetelmänä olennainen osa potilaan asianmukaista sairaudenhoitoa (Kääriäinen 2007, 19). Potilaan ohjaus eli potilasohjaus on sairaanhoitajan keskeisin toiminta, jokaisen hoitoammattilaisen tehtävä (OPM 2006, 63; Kyngäs ym. 2007, 5).

Stenmanin ja Toijamon (2002), Hölttän (2004), Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Kääriäisen (2008) mukaan ainutlaatuisen potilasohjauksen tavoitteena on kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta elämästään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Potilas-ohjauksen tarkoitus on edistääkin hänen tiedonsaantiaan sekä voimaannuttaa häntä sairauden hoidon ja tulevan terveyden hallinnassa muun muassa löytämällä *omia voimavaroja, omaa aloitteellisuutta ja omaa tukiverkostoa*. (Stenman ja Toijamo 2002, 19 - 25; Kyngäs ym. 2007, 5, 47 - 49; Kääriäinen 2008, 12.)

Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Tuomen (2008) mukaan nykyään terveydenhuollossa hoidon laadullisen potilasohjauksen merkitys korostuu huomattavasti, kun kiireisen työtahdin, kustannusten kiristämisen, hoitajaksojen ja -aikojen lyhentymisen myötä sairaanhoitajan aika potilaan ja tämän perheen kanssa lyhenee. (Kyngäs ym. 2007, 5 - 6; Tuomi 2008, 11 - 12.) Potilasohjaukseen tarvitaan tehostamista ja jatkuvaa kehittämistä (Hupli 2004, 1; Kääriäinen 2008, 12).

Kääriäinen (2008, 10) väittää, että potilasohjauksen laatuun panostaminen on tärkeä tekijä hoitotyön tehokkuuteen. Kääriäinen ja Kyngäs (2005) sekä Kääriäinen (2007) toteavat, että laadulliseen ohjaukseen kuuluvat potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja tämän perheen huomioiminen sekä potilaan aktiivisuuden korostaminen ja positiivisen palautteen antaminen. Laadullinen hoito-ohjaus vaatii myös potilas- ja voimavara-lähtöisyyttä sekä vaikuttavan ohjauksen riittävyyttä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250 - 258; Kääriäinen 2007, 21 - 39) Kääriäisen (2008) tutkimuksen mukaan laadullinen potilasohjaus saavutetaan, kun sairaanhoitajan ohjausvalmiudet ja työyhteisön asianmukaiset resurssit (perehdytys, aika, tilat, materiaalit) vastaavat potilasohjauksen tarpeita, ja kun hyvin koulutetun hoitohenkilökunnan ja asianmukaisen kirjaamisen määrä on riittävää (L785/1992, 1§ 2); Sairaanhoitajan näkökulmasta potilasohjauksessa *kirjaaminen* on erittäin tärkeä, koska *kirjaaminen* tukee potilaan hoidon toteuttamista eli turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta, sairauden hoidon eteenpäin tiedostamista ja antaa laillista suojaa sairaanhoitajan toimintaan. (Kääriäinen 2008, 10 - 14.)

Laadullisen ohjauksen avulla sairaanhoitaja vaikuttaa potilaan ja tämän perheen jaksamiseen, voimaantumiseen, sopeutumiseen ja selviytymiseen sairaudessa ja tulevassa terveydessä. (Kääriäinen 2007, 19, 28, 38.) Laadullinen hoito-ohjaus johtaa siihen, että potilaan yhteydenotot ja paluut takaisin sairaalaan vähenevät (Schult, Musolf, Meurer, Cohn, & Kelly 2004, 304; Kyngäksen ym. 2007, 6).

2.3 Potilasohjauksen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveysministeriön (2000, 14) sekä Schulten ja muiden (2004, 304), opetusministeriön (2006, 65) ja Kääriäisen (2008, 11) mukaan sairaanhoitaja on *hoitotyön ja ohjausprosessin asiantuntija*. Hänen asiantuntijaroolinsa sairauden hoidossa, sen koordinoinnissa ja onnistumisessa on merkittävä (Kääriäinen 2008, 11).

Kääriäisen (2007, 30) mukaan ohjaus vaatii sekä hoitajalta että potilaalta *aktiivista ja tavoitteellista* yhteistyösuhdetta. Tutkimuksissaan Kyngäs ja muut (2007) sekä Kääriäinen (2007) toteavat sairaanhoitajan ja potilaan *fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten* tekijöiden sekä eri *ympäristötekijöiden* vaikuttavan hoitosuhteessa yksilöllisesti potilasohjaukseen (ks. taulukko 1). (Kyngäs ym. 2007, 26 - 38; Kääriäinen 2007, 117.) Vertion (2003, 6) mukaan hoitotyöhön ja hoitosuhteeseen vaikuttavat potilaan *kokonaisvaltainen persoona* ja hänen *biosfäärinsä*, johon kuuluvat perhe ja ympäristötekijät.

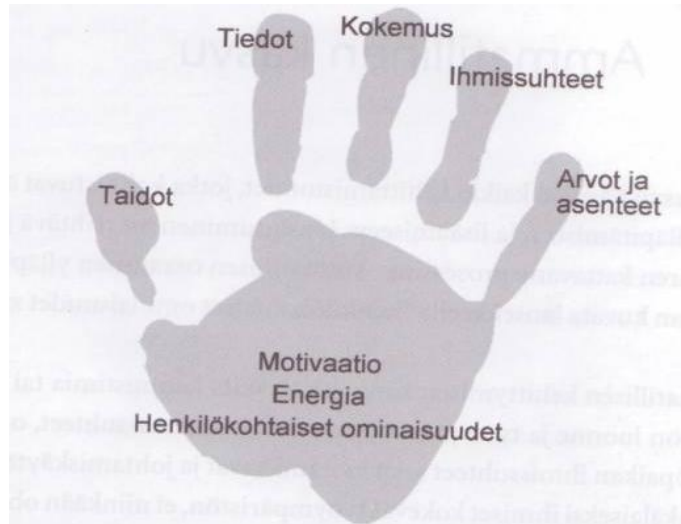
TAULUKKO 1. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijöitä (Kyngäs ym. 2007, 31).

Taustatekijät

Fyysiset	Psyykkiset	Sosiaaliset	Ympäristö
Ikä Sukupuoli Sairauden tyyppi Terveyden tila	Terveys-uskomukset Kokemukset Mieltymykset Odotukset ja tarpeet Oppimistyyli ja -valmiudet Motivaatio	Kulttuuritausta Etninen tausta Sosiaalisuus Eettisyys	Hoitotyön kulttuuri Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö

Ennen potilasohjauksen alkua sairaanhoitajan on laadittava oma käsityksensä ohjauksesta ja siitä *miksi, miten, millä* (Kääriäinen 2007, 108) sekä *missä* (Davis 2003, 70) ja *milloin* (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori ja Palo 2001, 90) parhaiten ohjataan. Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Kääriäisen (2008) mukaan sairaanhoitajan on hallittava asiantuntijana ohjausmenetelmät, oppimisperiaatteet ja ohjattavan asiaa. Nämä olennaiset tekijät hänen on huomioitava sekä potilasohjauksen *suunnittelussa* että sen *toteuttamisessa*.

Hildénin (2002, 34) mukaan sairaanhoitajan *taustatekijät* vaikuttavat *merkittävästi* potilasohjaukseen – eivät ainoastaan tiedot ja taidot, vaan myös sairaanhoitajan *henkilökohtaiset ominaisuudet, kokemukset, asenteet ja motivaatio* (ks. kuvio 1.).



KUVIO 1. Kauhasen (2000) yksilön pätevyys. (Hildén 2002, 34.)

Viitaten Mattilan (2001) tutkimukseen sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittämisestä Hankonen, Kaarlela, Pinola, Palosaari, Säkkinen, Tolonen ja Virola (2006) toteavat, että hoidon ohjauksessa sairaanhoitajan ja potilaan ohjaussuhteeseen vaikuttavat henkilökohtaiset *ajatukset, tunteet ja toiminnot* (Hankonen ym. 2006, 23). Eri tutkimusten mukaan sairaanhoitajan perusasenteet, *kunnioitus, nöyryys, motivaatio, aitous, ja empatia* (Davis 2003, 56 - 61) sekä *arvot* (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 39), *joustavuus* ja *kyky sopeutua eri ohjaustilanteisiin* (Ahonen 1997, 43 - 44) vaikuttavat auttamisprosessiin.

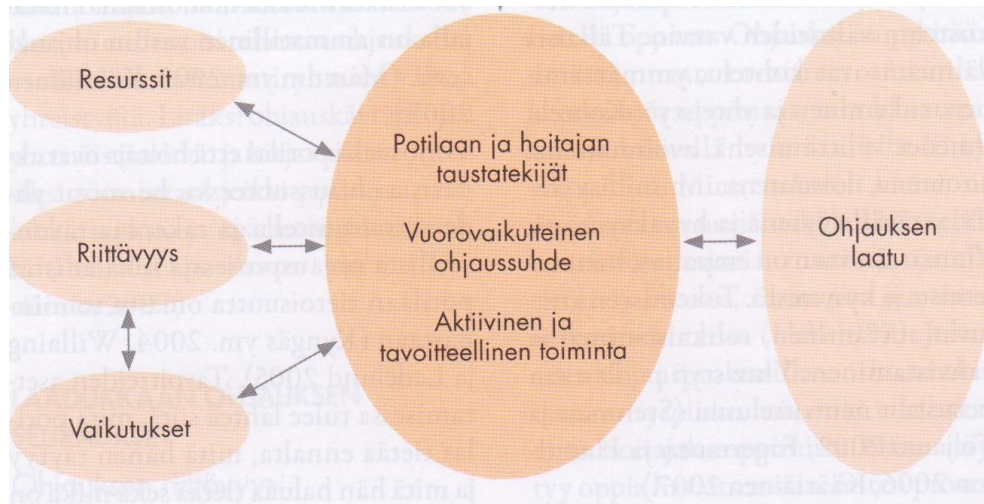
Westin (2008, 97) mukaan potilaskeskeinen ohjaus onnistuu, kun sairaanhoitaja uskoo potilaan päätöksentekoon sekä kykyyn muuttua ja toteuttaa omaa hoitoansa. Lisäksi Ahonen (1997, 41 - 42) toteaa sairaanhoitajan optimismiin ja positiivisuuden mahdollistavan potilaan hyvää ohjausta. Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Kääriäisen (2008) tutkimusten mukaan sairaanhoitajan ohjaukseen vaikuttavien omien taustatekijöiden tunnistaminen vaikuttaa koko potilasohjaukseen – sen aloittamiseen, tavoitteisiin pääsemiseen ja toteuttamiseen. Sairanhoitajan on ymmärrettävä omat tunteensa ja niiden peilaamisen vaikutukset (Ahonen 1997, 57). Lisäksi hänen on tiedostettava omat toimintatapansa potilaan ja perheen ohjauksen onnistumiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 38; Kääriäinen 2008, 10 - 14.)

Kyngäksen ja muiden (2007) mukaan sairauden hoidon ohjauksessa potilaan ja perheen ohjaustarpeiden tunnistaminen ja arvioiminen tapahtuu yhdessä potilaan kanssa. Dialogissa he yhdessä suunnittelevat ja toteuttavat ohjausta, jossa *potilas on oman elämänsä asiantuntija ja sairaanhoitaja on hoidon ohjauksen asiantuntija*. Potilasohjaustilanne on aina sidoksissa potilaan ja sairaanhoitajan taustatekijöihin. Sairaanhoitajan ohjauksen muodostaminen perustuu potilaan asioihin, jotka ovat *hänen hyvinvoinnilleen, terveydelleen, sairaudelleen tärkeitä*. (Kyngäs ym. 2007, 5, 26 - 28.) Potilaan monipuolisten taustatekijöiden poisjättäminen potilasohjauksen suunnittelusta ja sen toteutuksesta aiheuttaa todennäköisesti hoidon ohjauksen epäonnistumisen. Tällöin potilasohjaus ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Potilaan taustatekijöiden selvittäminen on välttämätön, koska ne muodostavat potilasohjauksen lähtökohdan. (Kyngäs ym. 2007, 47; Kääriäinen 2008, 10 - 12.)

2.4 Hoitotyön vuorovaikutteinen ohjaussuhde

Hoitotyössä vuorovaikutus on myös hoitotyön ja potilasohjauksen lähtökohta sekä keino potilaan auttamiseen (Ahonen 1997, 9). Hoitotyön ohjauksessa sairaanhoitajan tärkein tekijä on vuorovaikutteinen ohjaussuhde potilaan ja hänen perheensä kanssa. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen luominen ja kehittäminen. (Kyngäs ym. 2007, 25, 39.) Tavoitteen saavuttamiseksi sairaanhoitaja tarvitsee keskittymistä, vuorovaikutus- ja johtamistaitoa, ohjausilmapiirin luomistaitoa, potilaan kokonaisviestinnän havaitsemistaitoa ja ammatillista päätöksentekotaitoa. (Kaloinen, Suntinen & Vallisaari 2003, 52 - 54; Schulte ym. 305 - 307; Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 62; Kääriäinen 2008, 12.)

Vuorovaikutussuhteen muodostamisen lisäksi sairaanhoitajan ohjauksen ydintekijöinä ovat ongelmien kartoitus ja suunnittelu (Davis 2003, 61; Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 93; Kääriäinen 2008, 12). Tuomen (2008, 8) sekä Isoherranen ja muiden (2008, 15) mukaan sairaanhoitaja tarvitsee hoidon ohjauksen suorittamiseksi hoitotyön asiantuntijuutta vahvistavaa kokemusta ja vahvoja ammatillisia valmiuksia. Kääriäinen (2008, 11) toteaa, että ohjauksen on oltava *tavoitteellista, aktiivista ja potilaan hoitoon sitoutumista vahvistavaa* laadullista toimintaa. (Ks. kuvio 2.)



KUVIO 2. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli. (Kääriäinen 2008, 11.)

Sairaanhoitajan on kiinnitettävä erityisesti huomiota potilasohjauksen *lähtötilanteen arviointiin*. Sairaanhoitajan *ensitapaamisen vaikutelma* on luottamuksellisen ja tietoa välittävän vuorovaikutussuhteen perusta. Onnistunut ensitapaaminen potilaan ja lähiomaistensa kanssa vahvistaa tärkeää hoitosuhdetta. Potilaan, perheen ja sairaanhoitajan ohjaussuhde perustuu luottamukseen, empatiaan ja välittämiseen (Hankonen ym. 2006, 25). Hoitotyössä laadullinen kumppanuussuhde sairaanhoitajan ja potilaan välillä vaikuttaa merkittävästi tulevaan yhteistyöhön potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Davis 2003, 40, 56 - 61, 70, 71; Lindholm 2004, 15; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255; Kääriäinen 2007, 39.)

Nykyään *monikulttuurisuus* on terveydenhuollossa arkipäivää (Campbell 1991, 1). Tämä osaltaan tekee sairaanhoitajan ja potilaan ohjaussuhteesta haastavamman. Rädyn (2002) mukaan hyvän vuorovaikutteisen monikulttuurisen ohjaussuhteen luomisen edellytyksenä on potilaan ja hänen perheensä *kulttuuristen ja etnisten taustatekijöiden selvittäminen* ennen potilasohjausta. Sairaanhoitajan on kunnioitettava potilaan ja tämän perheen *erilaisia arvoja, kulttuurisia eroja, uskomuksia ja selviytymistapoja* (Hyypä & Liikanen 2005, 62). Erilaisuuden ja ulkomaalaisuuden ei saa antaa hallita potilasohjausta, jonka tavoite on vuorovaikutteinen ja tasavertainen ohjaussuhde potilaan ja perheen kanssa. Sairaanhoitajan on korostettava heidän omaa asiantuntemustaan ja tuettava heidän valintojaan. (Räty 2002, 210.) Yhteisen kielialueen muodostuminen on yhteisten päätösten onnistumisen edellytys (Seikkula & Arnkil 2005, 106).

Lohtajan ja Kaihovirta-Rapon (2007) mukaan viestintä on *vuorovaikusta, ihmisten välistä toimintaa*, joka on hoitotyössä sairaanhoitajan ja potilaan välissä tapahtuva kaksisuuntainen vuorovaikutus (Kääriäinen 2008, 10) eli *dialogia* (Mönkkönen 2007, 8; Isoherranen ym. 2008, 65 - 66). Siksi sairaanhoitajan *viestintäosaaminen* vaikuttaa vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen. Kyngäs ja muiden (2007) sekä Lohtajan ja Kaihovirta-Rapon (2007) mukaan *non-verbaalinen* viestintä (katse, ilmeet, eleet, kehon kieli) ja *verbaalinen* viestintä (puhe) vaikuttavat potilasohjauksen aloittamiseen, sujuvuuteen ja sen omaksumiseen. Täten sairaanhoitajan viestintäosaamiseen perehdyttäminen on ohjauksessa avaintekijänä. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 11 - 13; Kyngäs ym. 2007, 38 - 39.)

Sairanhoitajan on kehitettävä omaa vuorovaikutusosaamistaan hoitotyön ja potilasohjauksen tehostamiseksi. Hänen on tunnistettava omat vuorovaikutukselliset *vahvuudet, heikkoudet, kehittämiskohteet* ja *muut ohjaukseen vaikuttavat tekijät*. Potilasohjauksessa *terveysviestinnän sisäisten ja ulkoisten häiriöiden* ennakkoinnilla, havainnollistamisella ja *kommunikointia tukevilla välineillä* sairaanhoitaja edistää myös ohjauksen perillemenoaa. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 10 - 13, 21, 58 - 59, 93.) Sairanhoitajan keho vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen heikentää potilaan hoidon ohjauksen onnistumista. (Kääriäinen 2008, 11 - 12; Davis 2003, 56.)

2.5 Potilasohjauksen resurssit työyhteisössä

Suomen terveydenhuollon paikallisen järjestelmän, työyhteisön ja osaston asettamat arvot, toiminta- ja taloussuunnitelma vaikuttavat sairaanhoitajaan ja hänen työnsä toteuttamiseen ja kehittämiseen. Samaten ne vaikuttavat sairaanhoitajan antamaan potilasohjaukseen ja sitä kautta jokaisen potilaan hoidon onnistumiseen tai epäonnistumiseen. (Lehto 2004, 4; Vuori 2005a, 69.) Kääriäisen väitöskirjassa (2007) Marcumin, Ridenourin, Shaffin, Hammonsin ja Taylorin (2002) ohjauslähtökohtien määrittelystä ja potilaslaista (L785/1992) käy ilmi, että organisaatiolla on täysi vastuu siitä, miten työyhteisössä arvostetaan potilasohjausta. Vuoren (2005a, 65) ja Kääriäisen (2007, 25) mukaan työyhteisöllä on oltava asianmukaiset resurssit hyvään ohjaukseen. Erikoissairaanhoitolain (L1062/1989) lisäluvun (L1256/2005, 11 § 51 - 53) mukaan organisaatiolla on vastuu potilasohjauksen hallinnasta ja hoitohenkilöstöllä on puolestaan vastuu asianmukaisen ja laadullisen potilasohjauksen toteuttamisesta.

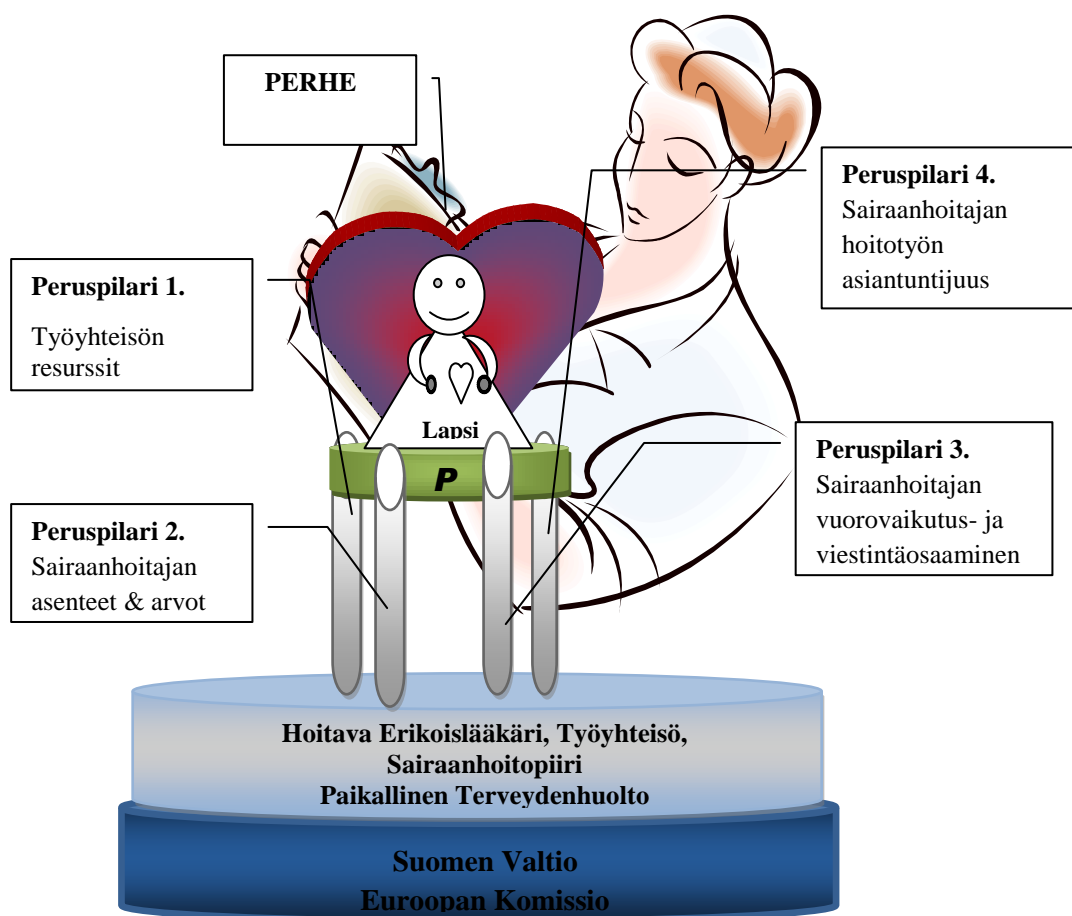
Lehestön ja muiden (2004), Vuoren (2005b) sekä Lohtaja ja Kaihovirta-Rapon (2007) mukaan toimivassa työyhteisössä työntekijöille annetaan mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä suunnitteluun ja kehittämiseen. Tämä johtaa laadullisen työn hallintaan ja lisää henkilökunnan tyytyväisyyttä. (Lehestö ym. 2004, 203; Vuori 2005b, 133; Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 93.) Lehestö ja muut (2004), Kivimäki, Elovainio, Vahtera ja Virtanen (2005) sekä Groene (2006) toteavat *selkeän tehtäväkuvan, oikeudenmukaisen johtamisen ja roolijaon* mahdollistavan terveyttä edistäviä työyhteisöjä. Ennaltaehkäisevällä toiminnalla, hyvällä johtamisella ja henkilökunnan kuuntelemisella voidaan lisätä työmotivaatiota ja työssä jaksamista – työuupumus syntyy pitkän-ajan kuluessa. (Lehestö ym. 2004, 200; Kivimäki ym. 2005, 150 - 161; Groene 2006, 11.)

Lehestön ja muiden (2004) mukaan jos henkilökunta ei pysty saavuttamaan toiminnassaan henkilökohtaisia asetettuja tavoitteita, *koko työyhteisölle syntyy kuormittavuutta ja työn tehokkuus laskee* – silloin potilasohjauksen laatu laskee. Outisen, Lempisen, Holman ja Haverisen (1999, 16) laadunhallinnan tueksi työyhteisö ja hänen henkilöstönsä tarvitsee itsearviointia ja täydennyskoulutuksia. Lehestön ja muiden (2004) mukaan työnantajalla on velvollisuus kouluttaa ja ylläpitää henkilökunnan ammattitaitoa sekä kehittää sitä. Hoitohenkilökunta on myös vastuussa oman ammattiosaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä laadukkaan sairaanhoitotyön toteuttamiseksi. (Lehestö ym. 2004, 198 - 204.) Erikoissairaanhoidossa on olennaista, ettei kotiutumisen jälkeen koko jatkohoitoa eli potilaan sairauden kotihoitoa toteuttamisen siirry perheen ongelmaksi. Työyhteisön on mahdollistettava laadullista yhteistyötä terveydenhuollon muun henkilöstön ja muiden tahojen kanssa potilaan ohjauksen tueksi ja hänen sairautensa hoidon onnistumiseksi. (Tuomi 2005, 89.) Laadullisen kirjaamisen kautta hoitohenkilöstö vahvistaa tätä yhteistyötä sekä potilaan ohjauksen toteuttamista ja hänen hoitonsa jatkuvuutta.

2.6 Yhteenveto potilasohjauksen lähtökohdista

Potilasohjauksen taustalla ovat eri lait ja asetukset, jotka määräytyvät EU:n Komission ja Suomen valtion taholta. Näitä lakeja ja asetuksia sairaanhoitopiirit toteuttavat eri työyksiköissä. Vuoren (2005b) mukaan, jos terveydenhuollon taustalla olevat tahot eivät ole kunnossa, erikoissairaanhoidon työyhteisön perusta heikkenee ja se vaikuttaa aste asteelta potilasohjauksen laatuun (Vuori 2005b, 132 - 133).

Kääriäisen (2007, 30) mukaan laadullinen potilasohjaus kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Laadullisen potilasohjauksen ominaisuuksiin kuuluvat potilaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja koko perheen täysvaltainen huomioon ottaminen sekä sairaanhoitajan tietämys ohjauksen vaikutuksesta, potilasohjauksen tarkoituksesta ja sairauden hoidon periaatteista ja tavoitteista. Potilasohjauksessa sairaanhoitajalla on tukenaan **neljä (4) peruspilarista**, jotka mahdollistavat laadullista potilasohjausta: työyhteisön resurssit, sairaanhoitajan omat asenteet ja arvot, luottamusta edistävä vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen ja sairaanhoitajan hoitotyön asiantuntijuus. (Ks. kuvio 3.)



KUVIO 3. Sairaanhoitajan peruspilarit laadullisen Potilasohjauksen toteuttamiseen lastenhoitotyössä. (Silvan-Halttunen 2009.)

Potilasohjauksen peruspilarit ovat jokaisella sairaanhoitajalla ja hoitohenkilökunnalla, mutta peruspilareiden sisällön laadun ja määrän vaihtuvuus tulee vaikuttamaan merkittävästi ohjauksen toteuttamiseen. Sairaanhoitajan jokainen henkilökohtainen tekijä tulee vaikuttamaan potilasohjaukseen. Lapsen astmahoidossa potilasohjauksen toteuttamiseksi sairaanhoitajan potilasohjauksen peruspilareiden on oltava vahvoja.

Lohtajan ja Kaihovirta-Rapon (2007), Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Kääriäisen (2008) mukaan sairaanhoitajan on tunnettava ohjausmenetelmät ja -osaamisensa; hänen on tunnistettava sen heikot lenkit, tiedostettava niiden ongelmat ja etsittävä niihin ratkaisuja. Sairaanhoitaja tarvitsee *säännöllisesti itsearvioida* potilasohjaus-pilareittensa kunnosta, laadusta (ks. kuvio 3.). (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 26; Kyngäs ja muut 2007, 45; Kääriäinen 2008 10 - 14.)

Haasteellinen laadullisen potilasohjauksen toteuttaminen vaatiikin jokaiselta sairaanhoitajalta *motivaatiota, aikaa ja tukea* (Kääriäinen 2007, 11).

3 ASTMAA SAIRASTAVAN LAPSEN JA PERHEEN OHJAUS

Suomessa lapsen astmahoidon päävastuu on lastenlääkäreillä ja erikoissairaanhoidolla, vaikka perusterveydenhuollon rooli lapsen astmahoidossa on tärkeä ja se kasvaa niin kuin aikuistenkin kohdalla (Kaila ym. 2008, 2155). Erikoissairaanhoidossa astmalapsen hoidon ohjauksen onnistumisen edellytys on olennainen perheen läsnäolo ja aktiivinen osallistuminen lapsen astmahoidon ohjaukseen. Hongin, Murphyn ja Connolly (2008, 289) toteavat sairaanhoitajan ja perheen välisen vuorovaikutuksen olevan haastava ja vaativa. Davis (2003, 51) mukaan luottamus ei helposti synny. Lapsen ja perheen ohjauksen tavoitteiden löytämiseksi sairaanhoitaja tarvitsee laadullista ohjaus- ja vuorovaikutusosaamista *auttamisen välineenä*. (Ahonen 1997, 107; Korhonen 2008.) Ivanoffin ja muiden (2001, 90), Seppälän (2003, 167) sekä Hopian, Paavilaisen ja Åstedt-Kurken (2004, 575) mukaan lapsen sairastuminen koskettaa merkittävästi ja stressaavasti lapsen ja perheen. Lapsen astmaan sairastuessa voimavaralähtöisen sekä perhe- ja lapsikeskeisen astmahoidon ohjauksen avulla sairaanhoitaja mahdollistaa koko perheen terveyden edistämistä muutoksiin sopeutumisessa (Callery 2009, 226).

3.1 Lapsen astmasta

Astma on lasten yleisin pitkäaikaissairaus. Suomessa astmaoireita on enemmän tytöillä kuin pojilla. Tupakoivilla nuorilla on kolmikertaisesti enemmän verrattuna tupakoimattomiin. Alueelliset erot astmaoireissa ovat maassamme pieniä. Astmaa on hieman vähemmän Itä-Suomessa. (STM1998; Käypähoito 2000, 2; Helske 2004, 199.)

Astman kehittymiselle on tärkeitä monitekijäinen perinnöllinen alttius. On todettu, että astma periytyy monen geenin välityksellä. Eri tutkimuksissa on varmennettu astman alttiusgeenin kertyminen tiettyihin kromosomialueisiin. Todennäköistä on, että alttiusgeenit vaikuttavat astman ilmaantumiseen yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Passiivinen tupakointi lisää lasten astmariskin noin 1,3-kertaiseksi ja pahentaa jo ilmaantuneen astman vaikeusastetta. Äidin raskauden aikainen tupakointi lisää paljon pienten lasten hyvänlaatuista astman kaltaista oireilua. Astmasairauden laukaisevia tekijöitä voivat olla varhaislapsuudessa sairastetut hengitystieinfektiot ja monet allergeenit leikki-ikäen jälkeen. Astman riskitekijöitä ovat perimä ja atopiaherkkyys. (Käypähoito 2000, 3 - 4; Kajosaari 2007, 260; Allergiaohjelma 2008, 10.)

Astmasairauteen liittyvät keuhkoputkien ärtyvyystaipumus ja keuhkoputkien tulehtuminen. Ärsytystulehdus ja siihen liittyvä keuhkoputkien supistumisalttius aiheuttavat erilaisia oireita kuten hengitysvaikeutta, yskää, uloshengityksen vinkumista, limaisuutta sekä hengityksen vaikeutumista. Lapsen astmassa on tavallista, että oireet pahenevat aamuyöllä. Sen diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin sekä toimintahäiriöihin hengitysteissä ja iänmukaisiin hengitysfunktio- tutkimuksiin. Kun lapsella diagnosoidaan astma, tarkoittaa se säännöllisen ja jatkuvan anti-inflammatorisen eli hoitavan lääkityksen aloittamista. Astmalapsi tarvitsee myös varalle keuhkoputkia avaavan lääkkeen tarvittavaan käyttöön. Astmahoidon- ja lääkityksen tarkoituksena on, että lapsi kasvaa ja kehittyy (myös keuhkot ja niiden toiminta) mahdollisimman normaalisti sekä kestää normaalia räsitusta. (Laitinen & Räsänen 2000, 15 - 20; Kajosaari 2007, 260 - 261; Helske 2004, 199 - 200; Haahtela, Pientinalho, Tuomisto, Klaukka, Erhola, Kailoa, Nieminen, Kontula & Laitinen, 2006, 4369; Pelkonen, Malmberg, Remes & Mäkelä 2006, 3713- 3718.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on kansallisessa Astmaohjelmassa 1994–2004 laatinut lapsen astmahoidon tavoitteet. Tavoitteisiin kuuluvat, että sairaalahoitoa vaativia kohtauksia ei tulisi. Lapsen pitää pystyä osallistumaan leikkeihin, koululiikuntaan ja harrastuksiin astman yskän haittaamatta. Koulusta poissaoloja ei pitäisi olla normaalia runsaammin. Astmahoito ei saisi olla tarpeettoman rajoittavaa sekä lääkehoidon olisi oltava kohtuullisen helppoa. Nyt uudessa kansallisessa Allergiaohjelmassa 2008–2018 on laadittu uudet tavoitteet ja keinot lasten astman, nuhan ja allergian hoitoon – astmahoidon tehostamiseksi ja hoitokustannusten vähentämiseksi. Tärkeä painopiste on, että astmadiagnoosien määrä pysyy ennallaan ja alueellista vaihtelua vähennetään sekä astmadiagnostiikassa käytetään Käypä hoidon suosituksia. Olennaista on myös se, että pikkulasten astma hoidetaan oikein ja astmadiagnoosin yhteydessä selvitetään allergia- ja nuhatilanne. (Allergiaohjelma 2008, 3 - 5)

3.2 Lapsen asemasta ja oikeuksista ohjauksessa

Lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta ja sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Vanhemmilla ja tapauksesta riippuen laillisilla huoltajilla ja holhoojilla on ensisijainen vastuu lapsen kasvatuksesta ja kehityksestä. Lapsen edun on määrättävä heidän toimintaansa. Lapsipotilaita

hoidettaessa otetaan huomioon myös muun perheen tarpeet ja toiveet. Jos lapsi on liian nuori ilmaisemaan oman mielipiteensä, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen vanhempiansa tai huoltajansa kanssa. (L60/1991.) Lapsilla on oikeus pitää omat vanhemmat tai vanhempia korvaavat henkilöt luonaan koko ajan sairaalassa ollessaan (Lasten ja nuorten sairaalahoidon standardit 1989, § 3).

Lastenhoitotyössä sairaanhoitajan on kannustettava vanhempien aktiivista osallistumista ja hänen on kunnioitettava lapsen itsemääräämisoikeutta. (Tuomi 2008, 11, 21.) Lapsilla on sekä yksilöllisesti että perheensä kanssa oikeus asianmukaiseen ja laadulliseen hoitoon. Kääriäisen (2008, 10 - 11) mukaan se toteutuu *ainoastaan* laadullisen ohjauksen kautta. Potilaslain (L785/1992) mukaan sairaanhoitajan on otettava aina huomioon lapsen asema hoitotyössä ja potilasohjauksen toteuttamisessa.

Potilasohjausta toteuttaessa sairaanhoitajan on arvioitava lapsi tämän **kehitystason ja iän mukaan**, minkä verran ja millaista ohjausta lapselle itselle toteutetaan. Sairaanhoitajan on kuunneltava lapsen omia mielipiteitä ja päätöksenteko on toteutettava *yhteisymmärryksessä* lapsen ja hänen vanhempiansa kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 29.) Sairaanhoitajan on huomioitava, että lapsen mielipiteet *eivät aina* vastaa perheen omia näkemyksiä (Moules & Ramsay 2008, 647). Jos lapsi ei itse kykene ymmärtämään ohjattavaa asiaa, sairaanhoitajan on huolehdittava siitä, ettei lapsi jää oman hoidon ohjauksen ulkopuolelle (Lehestö ym. 2004, 44).

3.3 Lapsen ja perheen voimavaralähtöinen ohjaus

Voimavaralähtöisyyden näkökulman taustalla on termi *empowerment*, joka merkitsee voimaantumista. Voimaantuminen tarkoittaa yksilön ja perheen saamaa tukea, jonka ehtona ovat hyvä yhteistyösuhde, avoimuus ja luottamus. (Kettunen, Poskiparta, Karhila 2002, 214.)

Avoimessa kommunikaatiossa korostuvat sekä perheen täysivaltainen osallistuminen, yhteisesti sovitut tavoitteet että perheen kuulluksi tulemisen tunne. Voimavarojen vahvistamisen tärkein ominaispiirre on luottamuksellinen yhteistyö, jossa tärkeää on perheen tietoisuuden lisääminen ja heidän valinnanvapautensa kunnioittaminen. Voimavaralähtöisessä ohjauksessa vahvistetaan aktiivisesti perheen voimavaroja kuuntelemalla sekä tarjoamalla perheelle tukea ja merkityksellistä tietoa. Pelkonen ja

Hakulinen (2002) esittelevät Hulmenin (1999) näkemyksiä pitkäaikaissairaana lapsen perheen voimavarojen vahvistamisesta. Perheen omia voimavaroja vahvistavaan hoitotyöhön ja ohjaukseen kuuluu tiedon antamisen lisäksi perheen auttaminen vertaisryhmien hyödyntämisessä ja terveydenhuoltojärjestelmän vaihto-ehtoisten mahdollisuuksien tunnistamisessa. (Hakulinen ym. 2002, 202.)

Jokaisella perheellä on omia yksilöllisiä voimavaroja eli voimia antavia tekijöitä ja myös kuormittavia tekijöitä perheen omien subjektiivisten kokemusten pohjalta. Pelkkä voimavarojen olemassa olo ei itsessään riitä, ellei perhe itse usko niihin eikä kykene saamaan niitä käyttöönsä (Callery 2009, 226). Vanhemman voimavarat voidaan määritellä vanhempaan itseensä ja hänen ympäristöönsä liittyviksi tekijöiksi, jotka auttavat yksilöä kehittymään vanhempaan, puolisona ja yhteisön jäsenenä, välttämään haitallisia kuormitustekijöitä ja selviytymään niistä paremmin. Tällaiset tekijät lisäävät lapsiperheen koherenssitunnetta eli elämän hallittavuustunnetta (Vertio 2003, 49) ja sen ymmärrettävyyttä sekä tukevat vanhemmuutta ja parisuhteen ja perheen toimivuutta. Perheen voimavarat koostuvat sisäisistä ja ulkoisista voimavaroista, joihin vaikuttavat myös vanhempien persoonalliset tekijät. (mts. 207 - 208.)

Voimavaralähtöisessä ohjauksessa tuetaan ja vahvistetaan koko perheen omia voimavaroja (Hopia 2006). Hakulinen ja muut (2002) toteavat, että taitojen ja kykyjen kehittämisessä vahvistetaan heidän henkilö-kohtaista hallinnantunnettaan. Ohjauksen keskustelussa nostetaan tietoisuuteen perheen olemassa olevia voimavaroja, joita perhettä autetaan tunnistamaan ja käyttämään. Yhdessä perheen ja lapsen kanssa sovitaan yhteiset tavoitteet. Tavoitteisiin pääsyssä voidaan perhettä auttaa tukemalla heidän sosiaalisia verkostoja, helpottamalla valinnan mahdollisuuksien tunnistamisessa sekä tarjoamalla vertais-tukea. Voimavaralähtöisen työskentelyn lähtökohdana on sairaanhoitajan ja vanhemman tasavertainen yhteistyösuhde. Siinä keskeisintä on aktiivisen osallistumisen rohkaisu ja kunnioittaminen.

Voimavarakeskeisessä työskentelyssä perhettä voidaan aktivoida miettimään omia ja lapsen voimavaroja sekä heitä kuormittavia tekijöitä esimerkiksi lomakkeiden ja haastattelun avulla. (mts. 209.)

Westin (2008) mukaan voimavaralähtöiseen lapsen ohjaukseen kuuluu eettisesti ja loogisesti lapsi itse. Hoidon ohjauksessa sairaanhoitaja kannustaa lasta, kognitiivisen kypsymisen ja iän mukaan, olemaan aktiivinen omassa hoidossaan ja sitoutumaan

siihen. Lapsen osallistumisen toteuttamiseksi sairaanhoitajan ja lapsen välinen *laadullinen* dialogi on avaintekijä. Potilasohjauksessa lapsi oppii uusia asioita ja omaksuu uusia kokemuksia. Lapsikeskeinen hoitotyö vaatii **riittävästi aikaa**. Lapsikeskeisessä ja voimavaralähtöisessä ohjauksessa on tärkeää, että lapsi koee olevansa tärkeänä osana oman sairautensa hoidossa. Silloin lapsen omahoitoon aktiivinen osallistuminen onnistuu. Se auttaa myös sairaanhoitajaa potilasohjauksessa ja *lapsen koherenssitunne* tukee samalla vanhempien sitoutumista lapsen hoitoon. (West 2008, 94 - 99.)

3.4 Lapsen astmahoidon ohjaus

Ivanoffin ja muiden (2001, 90 - 93) mukaan lastenhoitotyössä korostuvat turvallisuus, yksilöllisyys, iänmukainen omatoimisuus ja perhekeskeisyys. Tutkimuksessaan Keys ja Walshaw (2008, IX) korostavat rakkauden, kunnioituksen ja ajan kuuluvan lapsen hyvään hoito-ohjaukseen. Valovirta (2000, 195) toteaa, että lapsen astmahoidon ohjaus on monimuotoista ja vaatii sairaanhoitajalta taidollista osaamista. Jokisen (1999) sekä Moulesin ja Ramsayn (2008, 540) mukaan perheen merkitys korostuu lapsen astmahoidossa ja sen ohjauksessa. Sairanhoitajan täytyy pitää sekä perhettä (Jokinen 1999) että lasta (West 2008, 94) voimavarana lapsen hoidon onnistumiseksi. Useat astmaa sairastavien lasten vanhemmat eivät kykene astmatiedon ja käytännön tiedon soveltamiseen ilman tukea. (Jokinen 1999, 85, 132.)

Astmaa sairastavan lapsen perheen ohjauksen ja tuen tarve korostuu lapsen astmaan sairastuessa ja astmalääkityksen aloittamisessa (Mäkelä 2006, 14). Lapsen sairauden diagnosoinnin aikana vanhemmat saattavat tuntevat epävarmuutta ja pelkoa. Ivanoffin ja muiden (2001, 90) teoksessa esitellystä Cullbergin (1991) kriisiteoriasta käy ilmi, että silloin sairaanhoitajan perheen mahdollisen sokkitilan / järkytyksen huomioiminen on tärkeä potilasohjauksen toteuttamisen sopivan ajankohdan löytämiseen (Lindén 2004, 31). Glasperin ja Richardsonin (2006) mukaan lapsi koee sairastumisen aikana kärsimystä ja ahdistusta. Tutkimuksesta käy ilmi, että lapsi saattaa kokea *kipua, epä mukavuutta, janoa, painajaisia ja pelon tuntemuksia*. (Glasperin ja Richardsonin 2006, 765.) Perhe odottaa sairaanhoitajalta emotionaalista ja käytännöllistä tukea sekä tietoa astmasta, sen hoidosta ja lapsen hoitoon osallistuvien eri tahojen yhteistyöstä. (Jokinen 1999, 15; Jurvelin, Kyngäs & Bäckman, 2005, 37 - 42.)

Heikkisen (2007) teoksessa esitellystä Homan-Heleniuksen (2006) tutkimuksesta käy ilmi, että on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota niihin perheisiin, joissa on paitsi astmaa sairastavia pieniä lapsia, myös liian vähän tietoa astmasta, astmahoitoon liittyviä vääristyneitä toimintatapoja, sairautta koskevia kielteisiä kokemuksia, heikko taloudellinen tilanne ja puutteelliset elinolosuhteet. (Heikkinen 2007, 8.)

Astmaa sairastavien lasten perheiden tärkein tiedonhankintakanava on lasta hoitavan sairaalan sairaanhoitajat ja lapsen astmaan erikoistunut lääkäri. Ohjauksen yhteydessä lapsi ja hänen perheensä saavat sekä suullista että kirjallista astmatietoa. Niiden lisäksi he odottavat perheen arkipäivään soveltavaa käytäntötietoa ja riittävää astmalääkkeenannon perehdytystä, harjoittelua. (Jokinen 1999, 85; Heikkinen 2007, 48, 77.) Viitaten Proutin (1999) tutkimukseen Jokinen (1999) toteaa, että lapsen astmalääkitys on perheille isompi ongelma kuin itse astma, koska se vaikuttaa perheen arkipäivään ja aiheuttaa huolta (Jokinen 1999, 100 - 101). Ohjauksessa huomioidaan koko perhe ja sen yksilöllinen tilanne. Lapsi otetaan mukaan ja hänelle annetaan ohjausta siinä määrin kun hän pystyy ymmärtämään asioita. (Kaila ym. 2008, 2157.)

Heikkinen (2007) on tutkimuksessaan tarkastellut vanhempien saamaa tukea astmahoidon ohjauksessa. Vanhempien saama sosiaalinen tuki jakautuu emotionaaliseen, instrumentaaliseen, tiedolliseen ja arvioivaan tukeen. Sairauden akuuttivaiheessa sosiaalisella tuella on rauhoittava ja turvallisuuden tunnetta lisäävä vaikutus. Se voi myös vaikuttaa hoito-ohjeiden noudattamiseen, omatoimisuuteen sekä positiiviseen terveyden ylläpitoon. Astmaohjauksen pitäisi olla tukea antavaa, jotta se vähentäisi perheiden taakkaa. (Heikkinen 2007, 14 - 15.) Ohjauksen tarkoituksena on tukea ja neuvoa vanhempia ja lasta astman omahoidossa. Ohjauksen apuna lapselle voidaan näyttää kuvia havainnollistamaan astman hoitoon liittyviä asioita (Bonnet & Hughes 2009, 171 - 172). Ohjauksen tukena voidaan hyödyntää erilaisia apuvälineitä, kuten videoita ja kirjallisia ohjausmateriaaleja. Vanhempia kannustetaan aktiiviseen omahoitoon. Lapsen kanssa voidaan leikin avulla harjoitella lääkkeen ottoa niin, että lapsi saa nukan / nallen kanssa harjoitella lääkkeen antamista. (Valovirta 2000, 126 - 127; Mäkelä 2006, 14.)

Lapsen hoito-ohjaus tulisi antaa perheelle heti akuutin hoitojakson aikana, jolloin mahdollisesti pienennetään sairaalahoidon riskiä jatkossa. Alkuohjauksen antaa lääkäri, joka selittää perheelle diagnoosin perustan, sairauden luonteen ja lääkehoidon

periaatteet. Hoitajan antama ohjaus perheelle on käytännön toimintaohjeita, joissa käydään läpi oireiden merkitys ja niiden tunnistaminen sekä ärsyttävien tekijöiden välttäminen, kuten tupakka, allergeenit ja muut yksilölliset ärsykkeet. Lääkehoidon ohjaus on keskeisintä. Perheelle ja lapselle opetetaan lääkityksen periaatteet, hoitavan ja avaavan lääkityksen erottelu ja lääkkeenottotekniikka (Valovirta 2000, 127 - 128) sekä lääkityksen mahdolliset haitta- ja yhteisvaikutukset (Raunio 2001, 31). Perheelle annetaan ohjaus myös PEF-seurannasta ja hoito-ohjeet lapsen astmaoireiden vaikeutumisen varalta suullisesti ja kirjallisesti. Lisäksi keskustellaan liikunnan merkityksestä ja annetaan perheelle tärkeitä yhteys-tiedot, joihin vanhemmat voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Käypähoito 2000, 2 - 7.)

Ohjauksessa lapsen ja perheen sairauden hoitoon sitoutuminen on avainasemassa, koska hoidon onnistumisen vastuu siirtyy perheelle itselleen. Silloin lapsen ja perheen selviytyminen *perustuu toisilta ihmisiltä saatavaan tukeen*, ensiarvoiseen sosiaalitukeen (Siponen 2003, 147). Alkuohjauksen jälkeen ohjattuun omahoitoon kuuluu lapsen seuranta säännöllisin väliajoin. Seurantakäynnit määräytyvät sairauden vaikeudesta ja tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. Seuranta-käynneillä tarkistetaan lapsen vointi ja mahdolliset muutokset, kuten sairastetut flunssat ja niistä johtuvat pahenemistilanteet sekä yölliset oireilut. Silloin tarkastellaan kotona tehtyjä PEF-seurannan arvoja, tarvittaessa lääkitystä muutetaan ja joka käynnillä tarkastetaan systemaattisesti lääkkeenottotekniikka, joka käydään ohjatusti lävitse (Valovirta 2000, 128). Käynnillä sovitaan seuraava käynti, laaditaan jatkohoitosuunnitelma sekä annetaan tarvittavat reseptit ja todistukset. (mts. 2 - 7.)

3.5 Perheen merkitys ohjauksessa

Lapsen sairastuessa perhekeskeisyys korostuu ja erityisesti lapsen omien vanhempien asema korostuu (Lehto 2004, 196). Perheen yhden jäsenen sairastuminen ja siihen liittyvät vaikutukset muuttavat silloin koko perheen elämää. Usein kuitenkin hoitaminen kohdistuu vain yksilöön, jolloin perhe jää taustalle vaikka vaikutukset koskettavatkin koko perhettä. Lapsen sairauteen sairastuminen aiheuttaa perheen järjestelmän uudelleen muokkautumisen, jolloin perheen jäsenet hakevat uudelleen roolinsa ja asemansa. (Hopia ym. 2004, 575; Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavialainen & Pontinkara 2008, 44 - 45.)

Perinteisesti perhe on määritelty isän, äidin ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Nykyään perhe määritellään ja ymmärretään yksilöiden omasta kokemuksesta ja merkityksestä käsin, jolloin perheen katsotaan muodostuvan yhteenkuuluvista yksilöistä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11, 44 - 45.) Lehto (2004, 15) toteaa, että sitä voidaan tarkastella myös yhteisönä, joka elää yhteiskunnan asenteiden ja arvojen ehdoilla. Ja tutkimuksessaan Baggaley (1997, 27 - 28) toteaa perhetyyppejä olevan yhtä paljon kuin sosiaalisia ryhmiä. Siksi sairaanhoitajan on joskus selvitettävä mikä on lapsen perhe ja sen jäsenet.

Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999) kritisoivatkin suppeaa perhemäärittelyä. Nyky-yhteiskunnassa perheen määrittely on jossain määrin hankala, koska perheet koostuvat harvoin enää ydinperheiden jäsenistä. Nykypäivän perheet ovat pienentyneet, yksinhuoltajaperheitä on enemmän ja rooliijat perheissä ovat muuttuneet. Perhe on eräänlainen prosessi, joka muuttuu ja elää ajan myötä. Perhe ja läheiset ihmissuhteet mahdollistavat turvallisen paikan ja tilan yhdessäololle, joka edistää perheen omaa hyvinvointia. Lapselle perhe tarkoittaa merkityksellisten suhteiden kokemista, elämän taitojen oppimista ja kulttuuriin kasvamista. (Lehto 2004, 16.) Lastenhoitotyössä perhe tulisi nähdä potilaan hoitamisessa hyödynnettävä voimavara. Perheen ja muiden perheen jäsenten huomioimisella, mukaan ottamisella ja tukemisella on keskeinen vaikutus lapsen paranemiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä edistetään koko perheen sopeutumista ja selviytymistä sairaudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15 – 17; Åstedt-Kurki ym. 2008, 44 - 45.)

Lapsen sairastuminen ja sairaalassaolo koettelevat erityisesti perheen voimavaroja ja tämä pitäisi huomioida hoidonohjausta annettaessa. Usein perheeltä vaaditaan lapsen sairastumisen yhteydessä hyvää sopeutumiskykyä tilanteeseen ja uskoa lapsen selviytymiseen sairauden kanssa. Åstedtin ja muiden (2008) mukaan vanhemmilla voi olla paljon negatiivisia tunteita kuten *epävarmuutta, huolta, turvattomuutta, ahdistusta, syyllisyyttä, vihaa, pelkoa ja surua* lapsen sairastumisen ja sairaalahoidon aikana (Åstedt ym. 2008, 44 - 45). Sairanhoitajan on tunnistettava milloin ja missä määrin ohjausta kannattaa antaa sekä huomioida perheen yksilölliset ohjaustarpeet (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15 - 17; Lehto 2004, 15 - 16). Veijolan (2004) mukaan sairaanhoitaja tarvitsee perheen tukemiseen ja perhelähtöiseen ohjaukseen riittävästi tietotaitoa *perhekeskeisyydestä* kuten perheen kehitysvaiheista, tehtävistä, toiminnoista, dynamiikasta sekä eri selviytymiskeinoista (Veijola 2004, 28).

Lehto (2004) esittelee väitöskirjassaan Coynen (1994), Hakullisen ja muiden (1999) sekä Hutchfieldin (1999) näkemyksiä perhekeskeisyyden tärkeydestä lastenhoitotyössä. Aikaisemman käsityksen mukaan vanhempien oli osallistuttava niihin toimintoihin, joihin hoitohenkilökunta näki heidän tarpeelliseksi osallistua. (Lehto 2004, 196.) Rantala (2002) esittelee tutkimuksessaan Bairdin ja Petersonin (1997) myös perhekeskeisyyden näkemyksiä. Heidän perusnäkemysenään on perheen keskeisen ja aktiivisen roolin sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen lastenhoidossa ja sen ohjauksessa. Sairaanhoitajan ja muun henkilökunnan on kunnioitettava ja otettava huomioon perheen asiantuntijuutta ja heidän päätöksentekoaan lasta ja perhettä koskevissa asioissa. **Perhe on pysyvä vaikuttaja lapsen elämässä, hoitajan ollessa vain tilapäinen vaikuttaja.** Perheellä on etuoikeus määrittellä heitä koskevia tarpeita ja palveluja. Heillä on valintamahdollisuus osallistua perheenjäsenen hoitamiseen. Perhettä ei tulisi painostaa yhteistyö, mikäli vanhemmat eivät jostain syystä koe haluavansa, jaksavansa tai osaavansa osallistua. Tavoitteena on tukea perhettä lapsensa huolenpitäjänä. (Rantala 2002, 39 - 40.)

Nykyään perhehoitotyössä korostetaan kumppanuutta ja valtaistamista aktiiviseen päätöksentekoon (Lindholm 2004, 15). Kumppanuudella tarkoitetaan sitä, että vanhemmat ja hoitajat työskentelevät yhdessä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi *molempien tietämyksiä ja näkemyksiä hyödyntäen*. Vanhempien ja hoitajien tieto ja asiantuntijuus yhdistyvät. Kumppanuus perustuu molemminpuoliseen kunnioitukseen. Perheen valtaistamisella sairaanhoitaja vahvistaa perheen voimavaroja ja mahdollistaa perheen kykyjen kehittämistä. Lisäksi hän pyrkii vahvistamaan perheen omia hallintakeinoja sekä mahdollisuuksia saada enemmän valtaa elämäänsä. (mts. 37 - 38.)

3.6 Perheen terveyden edistäminen osana ohjausta

Perheiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat nyky-yhteiskunnassa ajankohtaisia, vaikka Suomessa on painotettu lapsiperheiden terveyden edistämistä jo vuosikymmeniä. Nykyään korostetaan lapsiperheiden osallistumista omaa terveyttä edistävään toimintaan. Perheen ja lapsen terveyttä edistävään toimintaan osallistuminen ja terveysosaaminen edellyttävät hoitohenkilökunnalta moniammatillista työotetta. Eri tutkimuksissa korostetaan erityisesti perheen aktiivista mukanaoloa heitä koskevassa toiminnassa, kuten hoito-ohjauksessa. (Eirola 2003, 38.)

Terveyden edistäminen on keskeinen osa hoitotyötä ja myös ohjausta. Eiolan (2003, 38) mukaan perheiden terveyden edistämisen perustana on elämäntilanteeseen liittyvä voimavaralähtöisyys. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Terveys 2015-ohjelmassa (STM 2001) painotetaan lasten, nuorten ja perheiden tukemisen tärkeyttä ja heitä koskevien palvelujen kehittämistä. Tämän lisäksi terveyttä edistävien sairaaloiden standardeissa korostetaan eri väestöryhmien, myös perheiden, terveyden edistämistä sairaaloissa (Groene 2006, 11).

Lapsiperheiden terveyden edistämisen onnistumisen edellytyksenä on, että sairaanhoitaja tiedostaa perheeseen vaikuttavia eri tekijöitä. Perheen toiminta- ja sopeutumiskyky ongelmissa, eri tilanteissa ja muutoksissa on yhteydessä perheen terveyteen. Muutokset vaikuttavat joko kielteisesti tai myönteisesti perheeseen, ja riippuu perheen voimavaroista, kuinka se kykenee toimimaan muutoksissa. Kun perheellä on riittävästi voimavaroja ja se kykenee sopeutumaan taitojensa ja tietojensa avulla muuttuviin tilanteisiin, niin perhe kokee mielihyvää ja hyvinvointia toimintansa tuloksena. Terveyden edistämistoiminnassa ja ohjauksessa keskeisintä on tiedon lisääminen. Tämä toteutetaan aktiivisella keskustelulla, kysymyksiä esittämällä ja jakamalla uuta tietoa. Vuorovaikutuksen merkitys, samoin asiantuntijalähtöisyys, korostuu terveyden edistämässä ja ohjauksessa. Aito kiinnostus perheen tilannetta kohtaan, kuuntelu sekä avoin keskustelu mahdollistavat aktiivisen vuorovaikutuksen perheen kanssa. (Sirviö 2006, 24.)

Perheen terveyden edistämässä sekä ohjaamisessa on tärkeää tarkastella perheen terveyttä ja voimavaroja ennakoivasta näkökulmasta. Siinä pohditaan, miten perheen terveyttä mahdollisesti heikentäviä tekijöitä perheessä, perheen toiminnassa ja yhteisössä voidaan välttää ja miten perheen määrittämiä terveyttä edistäviä tekijöitä ja voimavaroja voidaan vahvistaa ja lisätä. Hoitaja ja perhe eivät pelkästään keskity perheen nykytilanteeseen. Ennakoivan osaamisen menetelmä helpottaa tilanteen dialogisuutta eli hoitohenkilökunnan ja perheen asettumista samalle asiantuntijuustasolle arvioimaan yhdessä näkemyksiä tulevasta. Ennakoiva toiminta soveltuu eri elämäntilanteissa olevien lapsiperheiden terveyden edistämiseen, vaikka hoitosuhde olisikin lyhyt. Perheiden terveyden edistämässä on suhde muihin perheiden kanssa toimijoihin tärkeää, mikä korostuu potilasohjausta annettaessa. (mts. 114.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön aiheen valinta on lähtenyt kiinnostuksesta lastenhoitotyöhön ja laadullisen potilasohjauksen merkitykseen astmalapsen hoidossa sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ylihoitajan toimeksiannosta: *astmalapsen ja perheen ohjaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta*.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien itsearvioimaa potilasohjausosaamistaan astmalapsen ja tämän perheen ohjaamisessa sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Työn tarkoituksena on selvitystä varten pilotoida SALKO-itsearviointimittaria, jolla pyritään myös saamaan sairaanhoitajat pohtimaan kriittisesti omaa potilasohjausosaamistaan.

Ideana on luoda sairaanhoitajalle hyödyllinen hoitotyöväline, jolla hän voi itsearvioida omat kompetenssit lapsen ja perheen ohjaamiseen ja siihen vaikuttavat tekijät. Sairaanhoitajat voivat hyödyntää tuloksia hoitotyön asiantuntijuutensa, potilasohjaustaitojensa ja työyhteisönsä ohjausresurssien kehittämiseksi. Tuloksia voidaan käyttää myös osastolla kehityskeskusteluissa arvioitaessa sairaanhoitajan voimavaralähtöistä ohjausosaamista lapsen astmahoidossa perhehoitotyön näkökulmasta. SALKO-itsearviointimittari on luotu siten, että sitä voidaan kehittää ja soveltaa eri potilas-ohjaustilanteisiin erilaisten sairauksien hoidon ohjauksessa hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamisen itsearvioimiseksi ja kehittämiseksi.

Itsearviointimittarin kyselyn tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1) Kuvata työyhteisön potilasohjauksen resursseja terveyttä edistävän sairaalan standardien pohjalta
- 2) Kuvata sairaanhoitajien asenteita sekä viestintä- ja vuorovaikutusosaamista potilasohjauksessa
- 3) Kuvata sairaanhoitajien lastenastman ja sen hoidon osaamista
- 4) Kuvata sairaanhoitajien näkemystä perhehoitotyö toteutumisesta potilasohjauksessa

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteuttamiseksi valittiin määrällinen tutkimusmenetelmä. Tavoitteen saavuttamiseksi luotiin itsearviointimittari. Opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi tuli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastentautienyksikkö. SALKO-itsearviointimittarin kyselyn avulla kerättiin tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä omasta ohjaustaidostaan astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamisessa.

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmä oli pääasiallisesti määrällinen, koska määrällinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa tutkittavan ilmiön ja tutkimusongelmaan liittyvien kysymyksiä tutkivan pieneltä joukolta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 184). Mittarin luomiseen ja käyttämiseen tarvitaan määrällistä tutkimusmenetelmää. Sen rakentamisessa tarvitaan osittain myös laadullista tutkimusmenetelmää, koska itsearviointimittarin laadullisessa rakentamisessa tarvitaan molemmat tutkimusmenetelmät (Metsämuuronen 2000, 12). Kananen (2008) mukaan täsmentämiseen tarvitaan rinnakkain laadullista tutkimusmenetelmää, joka perustuu muun muassa kirjoitettuihin teksteihin. (Kananen 2008, 10 - 11.) Mittarin kyselyn taustatiedot - osiossa oli avoimia kysymyksiä (ikä, potilasohjausaika, kokemus) ja kyselyn kolmeen eri kohtaan liitettiin avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat voivat tarkentaa vastauksiaan kirjoittamalla omia ajatuksiaan tutkittavasta ilmiöstä.

Viitaten Sintosen (1987) tutkimukseen Kananen (2008, 10) toteaa, että määrällisessä tutkimuksessa ”korostetaan tiedon *perusteluja, luotettavuutta ja yksiselitteisyyttä*. Se perustuu mittaamiseen, jonka tavoitteena on tuottaa *perusteltua, luotettavaa ja yleistävää tietoa*”. (Kananen 2004, 10.) Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla tutkittiin yksikön kaikkien sairaanhoitajien näkemyksiä omasta ohjausosaamisestaan astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamisessa sekä siihen vaikuttavista asioista. Kyselyn avulla kerättiin tilastollisin menetelmin tietoja tosiasioista, vastaajien käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista ja asenteista. Kyselyn avulla selvitettiin myös, millaisia käsityksiä ja mielipiteitä vastaajilla oli asiasta. Kyselytutkimuksen valintaa puolsi se, että se on halpa, tehokas ja säästää tutkijan aikaa. (Hirsijärvi ym. 1997, 184, 186; Metsämuuronen 2000, 15; Kananen 2008, 10.)

Tähän tutkimukseen sähköinen kysely sopi myös siksi, että kyselyssä oli mahdollista esittää runsaasti kysymyksiä, etenkin kun vastausvaihtoehdot oli laadittu valmiiksi. Luotettavuutta parantava tekijä oli se, että kysymys esitettiin jokaiselle koehenkilölle täysin samassa muodossa. Sähköisessä kyselyssä vastaaja voi valita itselleen sopivimman vastaamisajankohdan ja voi näin rauhassa pohtia vastauksia ja tarkistaa niitä. Sähköisen kyselyn etuja perinteiselle paperilomakkeelle ovat sen nopeus, joustavuus, helppous ja ympäristöystävällisyys. Internet mahdollistaa laajan tutkimusjoukon tavoittamisen maantieteellisesti ja kulttuurisesti, mikä lisää tutkimustulosten yleistettävyyttä. Verkkokysely saattaa innostaa vastaajia osallistumaan aktiivisemmin tutkimukseen perinteiseen paperikyselyyn verrattuna. Tarvittaessa tutkija voi edistää kyselyn käytännöllisyyttä ja lisätä tutkimukseen osallistujien määrää järjestämällä tutkittaville vastaamistilanne tietynä ajankohtana. Näin voidaan varmistaa, että kukin tutkittava on todella itse vastannut kyselyyn. Sähköisen kyselyn vastausprosentit saattavat vaihdella melko paljon. Keinoja lisätä otoksen edustavuutta ja vastausprosenttia ovat sähköisen kyselyn kohdentaminen rajatulle joukolle, henkilökohtainen yhteydenotto tutkittaviin, yhdyshenkilön käyttö, vastaamistilanteen järjestäminen ja luovien motivointikeinojen käyttö, kuten tiedottaminen ja vastaajien ohjeistaminen. (Heikkilä, Hupli ja Leino-Kilpi 2008, 101 - 102, 105, 108.)

Tutkimusmenetelmän valintaa perusteltiin myös sillä, että kyselylomakkeen avulla oli mahdollista tutkia sellaisia asioita, joista ihmiset eivät mielellään puhu. Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa tutkija ei vaikuta olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin, toisin kuin esimerkiksi haastattelussa. Haastattelujen teko edellyttää kouluttautumista haastattelijan rooliin ja haastatteluun katsotaan sisältyvän monia haastattelijasta, haastateltavasta ja itse tilanteesta johtuvia virhelähteitä. Etenkin haastattelussa ihmisillä on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, mikä heikentää haastattelun luotettavuutta. Sähköiseen kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Väärinymmärtämisen mahdollisuus on ongelma, sillä vastaaja ei voi saada tarkentavaa informaatiota itselleen epäselvien kysymysten yhteydessä. Tätä voidaan kuitenkin pienentää huolellisilla vastausohjeilla, selkeällä lomakkeella ja lomakkeen huolellisella esi-testauksella. Ei ole myöskään mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Ei ole selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. (Hirsijärvi ym. 1997, 184, 195.)

Sähköistä kyselyä käytettäessä on otettava huomioon, että tutkittavilla on vastaamiseen tarvittava verkkolukutaito, tietotekniset taidot sekä mahdollisuudet tietokoneen käyttöön ja pääsy internetiin. Sähköinen kysely on suunniteltava huolellisesti ja käyttäjäystävälliseksi teknisten ominaisuuksien osalta, ja sitä on testattava riittävästi ennen aineistonkeruuta (Metsämuuronen 2000, 15). Opinnäytetyön toteuttaminen on SALKO-itsearviointimittarin esitestausta. Mittarin rakentamisessa, sen käyttöönotossa ja sen analyysissä tutkijan / tutkijoiden on myös oltava tietoinen ajankohtaisista tietoturvaan koskevista säädöksistä (muun muassa vaitiolovelvollisuus, kyselyyn vastanneiden anonymiteetin suoja). Kyselyn toteuttamiseksi ajankohta on myös suunniteltava hyvin vastaajien tavoittamiseksi. (Heikkilä ym. 2008, 108.)

5.2 Kyselymittarin laadinta ja sen luotettavuus

Kyselyn mittarina toimi puolistrukturoitu tiedonkeruulomake, joka laadittiin tätä kyselyä varten. Sähköisen kyselyn suunnittelussa ja rakentamisessa edettiin alkuvaiheessa samoilla periaatteilla kuin paperikynälomakkeessa (Hupli ym. 2008, 103). Määrällisenä tutkimuksena mittarin luominen tapahtui vaiheittain (Metsämuuronen 2000, 15; Kananen 2008, 10). Mittarin rakentamisessa pyrittiin jäsentämään selkeä lähtökohta löytämällä oikea kysymys, johon haluttiin vastaus (Metsämuuronen 2000, 12). Siksi mittaria laadittaessa mietittiin asetettuja tutkimusongelmia ja sitä, mihin niillä haettiin vastauksia, sekä määriteltiin kirjallisuuskatsauksen avulla käsitteet, joita haluttiin mitata. Mittarilla (ks. liite 2.) tarkoitetaan tässä työssä **S**airaanhoitajan lapsen ohjaus**k**ompetenssien (SALKO-) itsearviointimittaria, jonka tarkoituksena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä haluttua tietoa. Toimeksiannon mukaisesti itsearviointimittarissa kyseltiin sairaanhoitajan näkökulmasta astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamisesta.

Ensiksi lähtökysymys oli: ”mitkä ovat sairaanhoitajan potilasohjauksen lähtökohdat?” Monet tekijät vaikuttavat potilasohjauksen toteuttamiseen. Siksi alussa saatiin muodostettua yli kymmenen (10) tutkimusaluetta ja melkein sata (100) kysymystä. Vähitellen eri osioiden ja eri kysymysten yhdistämisellä ja samanlaisia kysymyksiä karsimalla selvitettiin, mitkä olivat itsearviointimittarin kyselyn tärkeämmät osiot eli 1) taustatiedot, 2) työyhteisön resurssit terveyttä edistävänä organisaationa, 3) sairaanhoitajan kompetenssit astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamiseen ja 4) koulutus-

tarve ja palaute. Mittarin osioiden löytämisen jälkeen hiottiin kaikki kysymykset selkeämmiksi ja tarkemmiksi (ks. liite 2.). Samaten opinnäytetyön tutkimuskysely täsmentyi ja lähtökysymys muuttui: ”mitkä ovat sairaanhoitajan laadullisen potilasohjauksen peruspilarit astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamisessa?” Itsearviointimittarin kyselyn kolmeen eri kohtaan liitettiin avoimia kysymyksiä. Siinä sairaanhoitajat saivat mahdollisuuden tarkentaa omia ajatuksiaan kirjoittamalla runsaasti työyhteisöstä, omasta potilasohjausosaamisestaan erityisesti astmalapsen ja perheen ohjaamisessa. Lisäksi kysyttiin palautetta mittarista. Oli tärkeä selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä mittarin toimivuudesta, relevanttiudesta ja oikeellisuudesta sekä mittarin uudelleen käytöstä.

Itsearviointimittarin laadittaessa hyödynnettiin Kääriäisen (2007) uusinta tutkimusta ”Potilasohjauksen laatu – Hypoteettisen mallin kehittäminen” ja sen hoitohenkilöstömittaria sekä POPPI- projektin itsearviointikyselystä. Lisäksi hyödynnettiin Maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 2006 julkaisema Groenin terveyden edistäminen standardit terveydenhuollossa (Groene 2006).

Mittarin sisältö

Kyselylomake sisälsi yhteensä 74 kysymystä, jotka jakautuivat 4 osioon: 1) taustatiedot, 2) työresurssit, 3) sairaanhoitajan astmalapsen ja tämän perheen ohjausosaaminen. 4) potilasohjauksen koulutustarve ja palaute itsearviointimittarista.

Taustatiedot: Taustatekijöinä kysyttiin vastaajien vastaamisajankohtaa, työpistettä, ammattinimikettä, työsuhdetta, valmistumisvuotta, ikää, sukupuolta, työkokemusta lastenhoitotyöstä ja potilasohjaukseen käytettyä työaikaa työvuoron aikana.

Työyhteisön resurssit: Työyhteisön resursseista kysyttiin yhteensä 15 kysymystä. Viidellä kysymyksellä tiedusteltiin työyhteisön terveyden edistämisen resursseista. Nämä kysymykset pohjautuivat WHO:n terveyden edistämisen standardeihin (Groene 2006, 7). Sitten esitettiin 6 kysymystä työyksikköön liittyvistä mahdollisuuksista potilasohjauksen kehittämiseksi sekä potilasohjaukseen liittyvistä voimavaroista. Osion lopussa 3 kysymyksellä selvitettiin potilasohjauksen suunnitteluun käytettävää aikaa sekä esitietojen merkitystä ohjauksen suunnittelulle ja henkilökunnan välistä yhteistyötä potilasohjauksen tukemiseksi. Avoimessa kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin työyksikön kehittämistarpeista potilasohjauksessa sekä siihen liittyvistä resursseista.

Sairaanhoitajan astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen: Kyselyn

kolmas osio jakautui 4 osaan: 1) sairaanhoitajan oma asenne lastenhoitotyötä kohtaan, 2) sairaanhoitajan potilasohjausosaaminen, 3) sairaanhoitajan hoitotyön asiantuntijuus lapsen astmahoidossa, 4) sairaanhoitajan osaaminen astmalapsen ja tämän perheen voimavaralähtöisen ohjauksen toteuttamiseksi.

Sairaanhoitajan omia arvoja, asenteita ja suhtautumista ohjaukseen hoitotyössä sekä perheeseen asennoitumista annetussa ohjauksessa kysyttiin 5 kysymyksen avulla. Neljällä kysymyksellä selvitettiin astmahoidon ohjaukseen varatun ajan käyttöä, ohjauksen ilmapiiriä ja keskustelutaitoja lapsen kanssa ohjauksessa sekä suhtautumista työyksikössä tapahtuviin potilasohjausmuutoksiin. Kuudessa eri kysymyksessä kysyttiin sairaanhoitajan viestintä- ja vuorovaikutusosaamisesta ohjaus-tilanteessa, kuten sanaton viestintä ja sen vaikuttavuus, kommunikaatioita tukevat menetelmät sekä monikulttuurisuuden vaikutus hoitajan, lapsen ja tämän perheen väliseen vuorovaikutukseen.

Sairaanhoitajan hoitotyön asiantuntijuudesta astmahoidossa ja astmahoidon potilasohjauksessa kysyttiin 11 kysymyksen avulla. Niissä kysyttiin lyhyesti astmahoidon porrastuksesta, astmasairauden diagnosoinnista ja sen tutkimuksista sekä sairauden aiheuttamista rajoituksista ja vaikutuksista lapsen ja perheen arkeen. Lisäksi kysyttiin astman riskitekijöiden välttämisestä ja allergiasaneerauksesta sekä astmasairauden lääkehoidosta, lääkkeenantotekniikasta ja lääkityksen yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa.

Avoimessa kysymyksessä vastaaja pystyi täydentämään lapsen astmahoidon potilasohjaukseen liittyviä asioita.

Hoitoon sitoutumisesta ja sen tavoitteista, moniammatillisuuden merkityksestä sekä perheen merkityksestä lapsen astmahoidon ohjauksessa ja voimavaralähtöisyydestä kysyttiin 10 kysymyksen avulla. Seitsemällä kysymyksellä selvitettiin lapsen ja perheen astmahoidon ohjausta vahvistavia tekijöitä kuten havainnollisen materiaalin käyttöä, ohjauksen arviointia ja jatkohoitoa turvaavaa kirjaamista. Avoimessa kysymyksessä vastaaja pystyi täydentämään lapsen astmahoidon potilasohjaukseen liittyviä asioita.

Koulutustarve ja palaute: Kyselyn viimeisessä osiossa kysyttiin täydennyskoulutus-tarpeita potilasohjauksessa. Kahdella kysymyksellä kysyttiin SALKO-itsearviointi-mittarin mahdollisesta tulevasta käytöstä. Vastaajalla oli mahdollisuus antaa kyselyn päätteeksi sekä positiivista että negatiivista palautetta itsearviointimittarista.

Mittarin rakenne

Mittarissa käytettiin taustatietojen selvittämiseen monivalintakysymyksiä, joihin oli laadittu valmiit vastausvaihtoehdot: vastaaja valitsi valikosta hiiren avulla oikean vastausvaihtoehdon. Ikää kysyttiin suljetun kysymyksen avulla. Mittarissa käytettiin myös avoimia kysymyksiä, jotka antoivat vastaajalle mahdollisuuden sanoa oma mielipiteensä. (Hirsijärvi ym. 1997, 190.) Mittarin muut kysymykset olivat strukturoituja Likertin viisiportaisella asteikko-mittarilla, joka on monissa kysely-tutkimuksissa käytetty keskeisenä mittaustapana. Likertin mittarin asteikon on todettu olevan hyvä järjestysasteikon tunnusmerkit täyttävä asteikko. Siksi Likertin asteikko-mittarin laadinnassa varmistettiin sen asteikon muodostuvan selkeänä, yksiulotteisena jatkumona jostain ääripäästä toiseen ja asteikon keskimmäisen vaihtoehdon olevan neutraali: *täysin samaa mieltä, samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä, täysin eri mieltä*. (Metsämuuronen 2000, 15; Heikkilä 2008, 53; Vehkalahti, 2008, 35).

Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin myös kiinnittämään huomiota lomakkeen selkeyteen, ulkoasuun, kysymysten loogiseen etenemiseen, kysymysten määrään ja eri vastausvaihtoehtoihin (Hirsijärvi ym. 1997, 187, 191 - 192).

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön tehtäväongelmat ja kyselykysymykset.

Nro	Opinnäytetyön tehtäväongelmat	Kyselyn kysymykset
1.	Kuvata työyhteisön potilasohjauksen resursseja terveyttä edistävän sairaalan standardien pohjalta	11–15, 16–24, 25
2.	Kuvata sairaanhoitajien asenteita sekä viestintä- ja vuorovaikutusosaamista potilasohjauksessa.	26–31, 32–43, 55–56, 62–64, 69, 70.
3.	Kuvata sairaanhoitajien lastenastman ja sen hoidon osaamista.	44–54, 65–68 ja 69
4.	Kuvata sairaanhoitajien näkemystä perhehoitotyön toteutumisesta potilasohjauksessa	57–61 ja 69

Mittarin luotettavuus

Mittarin luotettavuus on määrällisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Mittarin luotettavuudella tarkoitetaan mittarin reliabiliteettiä eli mittausvirheettömyyttä ja validiutta eli pätevyyttä. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa keskeistä on se, mitaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. (Hirsijärvi ym. 1997, 216, 217.)

Sähköistä kyselyä käytettäessä on luotettavuuden ja eettisyyden osalta otettava huomioon samat seikat kuin muita aineistonkeruumenetelmiä käytettäessä. Sähköisessä kyselyssä on kiinnitettävä erityistä huomiota otoksen edustavuuden eli riittävään vastausprosenttiin, mutta sähköisessä kyselyssä vastausprosentti saattaa myös jäädä alhaiseksi sen modernin menetelmän kiinnostavuudesta huolimatta. Henkilökohtaisilla kontakteilla pyrittiin lisäämään motivaatiota SALKO-kyselyn vastaamiseen, koska tutkimusten mukaan kontaktin tutkittaviin ennen kyselyn käyttöä on todettu parantavan vastausprosenttia. Tavattiin osastonhoitajaa ja yhteensä yksikön seitsemän (7) sairaanhoitajaa (Heikkilä ym. 2008, 106).

SALKO-itsearviointimittarin luotettavuutta lisättiin perehtymällä kirjallisuuteen (Kananen 2008, 17) ja tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin sekä aikaisemmin tehtyihin itsearviointimittareihin, joista saatuja tuloksia käytettiin hyväksi. Itsearviointimittaria laadittaessa hyödynnettiin Kääriäisen (2007) uusinta tutkimusta ”Potilasohjauksen laatu – Hypoteettisen mallin kehittäminen” ja sen hoitohenkilöstömittaria sekä POPPI- projektin itsearviointikyselyä. Lisäksi hyödynnettiin Maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 2006 julkaisemaa Groenin terveyden edistäminen standardit terveydenhuollossa (Groene 2006). Itsearviointimittarin luotettavuuteen pyrittiin mittarin tarkalla suunnittelulla sekä aineistonkeruun ja analysoinnin huolellisella suorittamisella. Mittarin validiteetin parantamiseksi sen sisältöä arvioivat yksikön lastenhoitotyön asiantuntijoina ylihoitaja, osastonhoitaja ja sairaanhoitaja.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen kohderyhmä olivat lastentautien yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat (n= 55). Joulukuussa 2008 SALKO-itsearviointimittarin kysely toimitettiin Digium Enterprisen avoimena linkkinä SALKO-kutsussa, joka välitettiin sähköpostitse

osastonhoitajalle, joka välitti kutsun eteenpäin yksikön sairaanhoitajien sähköpostiin, sillä hänellä oli tiedossa työyksikön kaikkien sairaanhoitajien sähköpostiosoitteet. Osastonhoitaja tiedotti henkilökuntaa kyselystä ja ohjeisti heitä siinä. (Ks. Liite 2.)

Saatekirjeessä kerrottiin kyselystä, kyselyn tarkoituksesta, tulevien vastausten luottamuksellisuudesta ja vastaajien henkilöllisyyden salassa pysymisestä. Kyselyyn osallistumiseen ei tarvinnut erillistä kirjautumista. Sairaanhoitajan vastaukset tallentuivat automaattisesti Digium Enterprise -ohjelmaan. Käyttämällä lähetä -painiketta sairaanhoitajat osoittivat vastanneensa koko kyselyyn. Sähköisellä kyselyllä ei ollut erillistä keskeytä-painiketta, mutta vastaajat voivat painaa www-sivuston oikeassa yläkulmassa olevaa X-ruutua. Tällöin vastaamisen keskeytys oli mahdollista. Silloin vastaukset tallentuivat myös automaattisesti Digium Enterprise -ohjelmaan.

Alun perin kyselyyn vastaamiseen sairaanhoitajilla oli aikaa kaksi (2) viikkoa, mutta vastaajien vähyden vuoksi jätettiin Digium Enterprise -ohjelmassa kyselyn avoin linkki auki helmikuun 2009 asti. Tämän työn oli SALKO-itsearviointimittarin esitestaus. Vastausten käsittelyn helpottamiseksi kyselyn viisiportainen asteikko pienennettiin kolmeportaiseksi. Lisäksi kyselyyn vastaajien kadon takia otos on pieni ($n = 12$, 22 %; $n = 8$, 15 %). Aineiston pienuuden vuoksi tuloksia käsiteltiin suorina jakaumina (n) ja prosentteina (%) ja niitä kuvattiin sanallisesti (Vilka 2007). Kyselyn tuloksia jouduttiin käsittelemään ottamalla huomioon niiden kaksijakoisuus eli ensimmäinen ryhmitelmä $n = 12$ ja toinen $n = 8$. (Ks. Liite 2.)

Aineisto analysoitiin Digium Enterprise- ja Microsoft Excel -ohjelmien avulla sekä välillä laskukoneen kanssa. Kyselyn sulkemisen jälkeen pyrittiin tulosta Digium Enterprise -ohjelmasta kyselyn tilastolliset vastaukset pienissä taulukoissa. Sitten ryhmiteltiin kysymysten vastaukset tehtäväongelmien mukaisesti. Siihen Digium Enterprise -ohjelma oli vaikea käsitellä vähäisen perehdytysten vuoksi. Siksi käytettiin tilastollisten tulosten muodostamiseen myös Microsoftin Excel -ohjelma, jonka käyttö oli helpompaa. Tilastolliset tulokset tulivat Excel-ohjelman avulla.

Avointen kysymysten tulokset tulostettiin paperille ja siirrettiin ne tulostaulukoihin Excel-ohjelmassa, jotta pystyisimme paremmin lukemaan sairaanhoitajien mielipiteet. Jokaisen sairaanhoitajan vastauksen liitettiin Digium Enterprise antama tunnistenumero: ID = xx. Tulosten analyysissä yhdistettiin samat väitteet yhteen. Niillä vahvistettiin opinnäytetyön tutkimuksen tulosta.

5.4 Kohderyhmä

Kaikki kyselyyn vastanneista (n= 12) olivat samasta organisaatiosta ja yksiköstä naissairaanhoitajia, joista suurin osa (n= 10, 84 %) oli alle 40-vuotiaita ja pienin osa (n= 2, 16 %) yli 40-vuotiaita. Koko kyselyyn vastanneista sairaanhoitajien ikäjakauma oli hieman erilainen. Ryhmästä (n= 8) puolet sairaanhoitajista (n= 4, 50 %) oli 30 - 39 -vuotiaita. Ryhmästä pienin osa (n= 1, 13 %) oli 40 - 49 -vuotiaita ja yli kolmannes (n= 3, 37 %) oli 20 - 29 -vuotiaita. (Ks. Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Vastaajien ikä (n= 12 & n= 8).

n= 12 & n= 8		Sairaan- hoitajaa	n= 12	Sairaan- hoitajaa	n= 8
Ikä	20 - 29 v.	5	42 %	3	37 %
	30 - 39 v.	5	42 %	4	50 %
	40 - 49 v.	2	16 %	1	13 %
Yhteensä		12	100 %	8	100 %

Kyselyn keskimääräinen vastaamisaika saatiin ainoastaan toisesta ryhmästä (n= 8), koska Digium Enterprise -ohjelma ei antanut vastaamisaikaa keskeneräisille kyselyille. Ryhmän (n= 8) keskimääräinen vastaamisaika oli alle 30 minuuttia. Pisin vastaamisaika oli 45 minuuttia ja lyhyin 9 minuuttia.

Kaikista sairaanhoitajista (n= 12) kolmasosa (n= 4, 33 %) vastasi taustatietojen antamisen jälkeen ainoastaan *Työyhteisön resurssit* -osion kysymyksiin. 12 sairaanhoitajaa edustaa noin 22 prosenttia yksikön sairaanhoitajista. Koko kyselyyn vastannut sairaanhoitajaryhmä (n= 8) edustaa noin 15 prosenttia yksikön sairaanhoitajista. Kaikista sairaanhoitajista (n= 12) sijaistysuhteessa oli vajaa puolet (n= 5, 42 %) ja vakituisessa työsuhteessa oli lähes 60 prosenttia (n= 7, 58 %). Toisessa ryhmässä (n= 8) vakituisessa työsuhteessa oli enemmistö (n= 6, 75 %). Sijaistysuhteessa oli neljäsosa (n= 2, 25 %) sairaanhoitajista.

Kaikkien sairaanhoitajien (n= 12 & n= 8) keskimääräinen valmistumisvuosi oli 1998–1999 ja heidän työkokemuksensa lastenhoitotyössä oli keskimäärin 7 vuotta. Kaikkien kyselyyn vastanneiden (n= 12) keskimääräinen potilasohjausaika työ-vuorossa oli noin 150 minuuttia. Koko kyselyyn vastanneiden (n= 8) keskimääräinen työvuoron potilasohjausaika oli 160 minuuttia. Sairaanhoitajien yksilölliset vastaukset vaihtelivat

suuresti. Pienin keskimääräinen potilasohjausaika työvuorossa oli 60 minuuttia ja suurin 350 minuuttia. Kaikista kyselyyn vastanneista (n= 12) vajaa puolet (n = 5, 42 %) käytti työvuorossa keskimäärin yli 60 minuuttia potilasohjaukseen ja toiset vajaa puolet (n= 5, 42 %) käytti yli 100 minuuttia. Ryhmästä (n= 12) alle 20 prosenttia (n= 2, 17 %) käytti työvuorossa keskimäärin potilasaikaa yli 200 minuuttia. Koko kyselyyn vastanneiden (n= 8) kesken yli kolmannes (n= 3, 37 %) käytti työvuorossa keskimäärin potilas-ohjausaikaa yli 60 minuuttia. Yli kolmasosa (n= 3, 37 %) käytti yli 100 minuuttia. Ryhmästä (n= 8) neljännes (n= 2, 25 %) käytti työvuorossa keskimäärin potilasohjausaikaa yli 200 minuuttia.

6 TULOKSET

6.1 Sairaanhoidajien näkemys työyhteisön resursseista potilasohjaukseen

Sairaanhoidajista (n= 12) kolme neljäsosan (n= 9, 75 %) mielestä heidän työyhteisönsä kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ohjasi terveyden edistämisen toimintaa. Neljäsosa (n= 3, 25 %) oli eri mieltä eikä osannut sanoa mitään asiasta. Ryhmästä (n= 12) lähes kaikki (n= 11, 92 %) olivat sitä mieltä, että potilaan terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeiden arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa. Ryhmästä (n= 12) puolet sairaanhoidajista (n= 6, 50 %) oli sitä mieltä, että työyksikön resurssit mahdollistivat potilaan terveyttä edistävän potilasohjauksen hoitopolun eri vaiheissa. Neljännes (n= 3, 25 %) sairaanhoidajista oli eri mieltä väitteestä. Kyselyyn vastanneista (n = 12) reilu kolme neljäsosaa (n= 10, 83 %) katsoi, että työyhteisöllä on edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä ja vajaa 20 prosenttia (n= 2, 17 %) oli eri mieltä asiasta. Vastanneista kolmanneksen (n= 9, 75 %) mielestä työyhteisössä oli suunnitelma potilaan hoidon jatkuvuudesta sekä yhteistyöstä muiden terveyden-huollon sektoreiden ja tahojen kanssa. Neljänneksen (n=3, 25 %) mielestä tilanne oli toisin. (Ks. Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. *Terveyttä edistävä työyhteisö.* Sairaanhoidajien itsearvioima (n= 12).

Terveyttä edistävä työyhteisö	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä (n= 12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
11. Työyhteisöni kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ohjaa terveyden edistämisen toimintaa.	9	75	1	8	2	17	12	100
12. Potilaan terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeiden arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa.	11	92	1	8	0	0	12	100
13. Työyksikköni resurssit mahdollistavat potilaan terveyttä edistävän potilasohjauksen hoitopolun eri vaiheissa.	9	75	3	25	0	0	12	100
14. Työyhteisölläni on edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä.	10	83	2	17	0	0	12	100
15. Työyhteisössäni on suunnitelma potilaan hoidon jatkuvuudesta ja yhteistyöstä muiden terveydenhuollon sektoreiden, tahojen kanssa.	9	75	2	17	1	8	12	100

Kaikkien sairaanhoitajien (n= 12) mielestä työyhteisössä oli mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omia potilasohjaustaitoja. Heistä kolme neljäsosaa (n= 9, 75 %) katsoi, ettei työyhteisössä ollut riittävästi tarjolla potilasohjaukseen liittyviä koulutuksia. Neljänneksen (n= 3, 25 %) mielestä tarjolla oleva koulutus oli työyhteisössä riittävä. Puolet sairaanhoitajista (n= 6, 50 %) oli sitä mieltä, että työyhteisössä oli henkilökunnalle riittävästi tarjolla potilasohjausta tukevaa välineistöä kuten video, AV- ja ATK-välineet. Toinen puoli (n= 6, 50 %) oli eri mieltä tai ei osannut sanoa mitään. Sairaanhoitajista (n= 12) reilu puolet (n= 8, 63 %) oli sitä mieltä, että työyksikössä oli asianmukaiset tilat potilasohjaukselle. Reilu kolmannes (n= 4, 37 %) sairaanhoitajista ajatteli päinvastoin. (Ks. Taulukko 5.)

Lähes kaikki (n= 12) sairaanhoitajat (n= 10, 87 %) olivat samaa mieltä työyksikön potilasohjaukseen liittyvän ja ajan tasalla olevan ammatillisen materiaalin hyvästä riittävydestä. Puolet sairaanhoitajista (n= 6, 50 %) katsoi kuitenkin, ettei työyksikössä ollut tarpeeksi potilaalle ja potilasohjaukseen tarkoitettua havainnollista materiaalia. Ryhmästä neljänneksen (n= 3, 25 %) mielestä tilanne oli toisin ja toinen neljännes (n= 3, 25 %) ei osannut sanoa mitään. (Ks. Taulukko 5.)

Ryhmästä (n= 12) suuri osa (n= 9, 75 %) katsoi, ettei ollut riittävästi aikaa potilasohjauksen suunnitteluun. Ainoastaan kolmanneksen (n= 3, 25 %) mielestä aika oli riittävä. Lähes kaikkien sairaanhoitajien (n= 10, 87 %) mielestä potilasohjauksen toteuttamiseen he saivat tarpeeksi esitietoa lapsen nykyisestä statuksesta. Suurin osa (n= 9, 75 %) oli sitä mieltä, että työyksikön henkilökunnan välinen yhteistyö tuki potilasohjausta. Neljänneksen (n= 3, 25 %) mielipide oli toisin. (Ks. Taulukko 5.)

Kokonaisuudessaan sairaanhoitajista (n= 12) reilu kolme neljäsosaa (n= 9, 80 %) katsoi työyhteisönsä olevan terveyttä edistävä organisaatio. Vajaa neljännes sairaanhoitajista (n= 2, 20 %) oli kuitenkin eri mieltä asiasta tai eivät osanneet sanoa mitään väitteestä. Ryhmästä reilu puolet (n= 7, 62 %) katsoi, että työyhteisön voimavarat potilasohjaukseen olivat riittävät, mutta ryhmästä lähes kolmannes (n= 4, 31 %) oli eri mieltä asiasta. (Ks. Taulukko 4. ja 5.)

Koko kyselyyn vastanneista (n= 8) lähes kolme neljäsosaa (n= 6, 71 %) piti työyhteisöään terveyttä edistävänä organisaationa ja katsoi sen voimavarat potilasohjaukseen riittäviksi. Ryhmästä pieni kolmannes (n= 4, 29 %) oli eri mieltä asiasta. (Ks. Taulukko 4. ja 5.)

TAULUKKO 5. Työyhteisön voimavarat. Sairaanhoidajien itsearvioima (n= 12).

Työyhteisön voimavarat	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä (n= 12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
16. Työyhteisössäni on mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omia potilasohjaustaitojani.	12	100	0	0	0	0	12	100
17. Työyhteisössäni on riittävästi tarjolla potilasohjaukseen liittyviä koulutuksia.	3	25	8	63	1	12	12	100
18. Työyhteisössäni on henkilökunnalle riittävästi tarjolla potilasohjausta tukevaa välineistöä (esim. AV- ja ATK-välineet).	6	50	5	38	1	12	12	100
19. Työyksikössäni on asianmukaiset tilat potilasohjaukselle.	8	63	4	37	0	0	12	100
20. Työyksikössäni on riittävästi potilasohjaukseen liittyvää ja ajan tasalla olevaa ammatillista materiaalia.	10	87	0	0	2	13	12	100
21. Työyksikössäni on riittävästi potilaalle ja potilasohjaukseen tarkoitettua havainnollista materiaalia.	6	50	3	25	3	25	12	100
22. Minulla on riittävästi aikaa potilasohjauksen suunnitteluun.	3	25	9	75	0	0	12	100
23. Saan riittävästi esitietoa lapsen nykyisestä statuksesta potilasohjauksen toteuttamiseen.	10	87	2	13	0	0	12	100
24. Työyksikön henkilökunnan välinen yhteistyö tukee potilasohjausta.	9	75	3	25	0	0	12	100

Avointen kysymysten vastausanalyysissä kävi ilmi, että monet sairaanhoitajat (n= 8) korostivat vähäisen ajan ja kiireen vaikutuksia laadulliseen potilasohjaukseen, sen suunnitteluun ja toteuttamiseen.

”Hyvään ja perusteelliseen potilasohjaukseen on harvoin aikaa.” (ID10)

”Usein ei ole riittävästi aikaa ohjaukseen... täytyy tehdä kauheassa kiireessä.” (ID14)

”Rajoitettu aika ja vähäinen suunnittelu vaikeuttavat ohjauksen toteuttamista.” (ID5)

”Kaikki saavat varmasti asiallisen ohjauksen, mutta varmistaminen tai uudelleen toistaminen jää tekemättä.” (ID 23)

Sairaanhoitajat (n= 8) totesivat lapsen hoitotyön olevan raskasta kiireen ja työmäärän takia. Heidän mielestään työyhteisön resurssien tilanne vaikutti suoraan lapsen ja perheen ohjauksen laatuun ja sen toteuttamiseen. Sairaanhoitajat myös totesivat *esimiehen ja työyhteisön tuen* olevan sairaanhoitajille tärkeä. Lisäksi he halusivat enemmän potilasohjauskoulutusta *eri sairauksista*.

”Potilaita on paljon yhdellä hoitajalla.” (ID6)

”Potilasohjaukseen ei ehdi paneutua hyvin.” (ID14)

”Kiire vaikuttaa siihen, ettei ole aikaa ohjata perheitä.” (ID23)

”Ei ole aikaa ohjata perheitä tarpeeksi pitkään.” (ID34)

6.2 Sairaanhoitajien asenteet sekä viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen

Kaikki (100 %) koko kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat (n= 8) olivat sitä mieltä, että potilasohjaus on arvokasta työtä ja pääavain potilashoidon onnistumiselle. Sairaanhoitajat arvioivat asennoituvansa kunnioittavasti lasta ja tämän perhettä kohtaan sekä pitivät empaattisuutta tärkeänä potilasohjauksen kannalta. Sairaanhoitajat pyrkivät potilasohjauksella vaikuttamaan potilaan ja hänen perheensä hoitoon sitoutumiseen. Lähes kaikki (n= 7, 88 %) vastaajat suhtautuivat positiivisesti työyksikön potilasohjauksessa tapahtuviin muutoksiin ja osasivat käyttää tehokkaasti lapsen astmahoidon potilasohjaukseen varattua aikaa. (Ks. Liite 4.)

Lähes kaikkien (n= 8) sairaanhoitajien (n= 6, 89 %) mielestä heillä oli erinomainen vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen. Sairaanhoitajat (n= 8) osasivat omasta mielestään luoda turvallisen ja luottamusta edistävän ilmapiirin, virittää luontevasti keskustelua lapsipotilaan kanssa sekä tukea hyvin lapsen ja tämän perheen sitoutumista sairauden aikana. Lisäksi sairaanhoitajat (n= 8) itsearvioivat pitävänsä huolta potilasohjauksessa lapsen ja perheen kanssa tapahtuvasta vastavuorovaikutuksesta ja olevansa tietoisia oman kehonkielensä vaikuttavuudesta lapsen potilasohjaukseen sekä katsekontaktin tärkeydestä ja vaikutuksesta ohjaukseen. (Ks. Liite 4.)

Sairaanhoitajista (n= 8) kolme neljäsosan mielestä (n= 6, 75 %) he esittivät potilasohjauksen alussa astmahoidon ohjauksen sisällön ja tarkoituksen sekä osasivat käyttää lapselle ja perheelle sopivaa kieltä ja puhenopeutta. Neljännes (n= 2, 25 %) ei osannut

sanoa näistä asioista mielipidettään. Lähes kaikki sairaanhoitajat (n= 7, 88 %) olivat sitä mieltä, että he käyttivät tarvittaessa potilaan ohjauksessa kommunikaatioita tukevia menetelmiä. Enemmistön mielestä (n= 6, 75 %) äänivaihteluiden käyttämisellä tuettiin ohjauksessa kuuntelijoiden keskittymiskykyä. Neljännes sairaanhoitajista (n = 2, 25 %) ei käyttänyt niitä. Reilut puolet (n= 5, 63 %) oli tietoisia monikulttuurisuuden vaikutuksesta lapsen / perheen ja sairaanhoitajan väliseen vuorovaikutukseen potilasohjauksessa. Neljännekselle (n= 2, 25 %) se oli vieras asia. (Ks. Liite 4.)

6.3 Sairaanhoitajien näkemys lasten astmahoidon osaamisestaan

Kaikista sairaanhoitajista (n= 8) kolme neljäsosan (n= 6, 75 %) mielestä he tiesivät riittävästi lapsen astman hoidosta. Neljänneksen (n= 2, 25 %) mielestä heillä ei ollut riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmahoidon potilasohjaukseen. Koko ryhmä (n= 8) itsearvioi tietävänsä riittävästi lapsen mahdollisuuksista osallistua omaan hoitoonsa tämän kehitystason mukaisesti. Heistä (n= 8) suurin osa (n= 5, 62 %) tiesi omasta mielestään riittävästi lapsen astman hoidon porrastuksesta ja oli riittävästi tietoinen lapsen astman sairauden diagnosoinnista. Reilu kolmannes (n= 3, 38 %) totesi toisin. (Ks. Liite 5.)

Lähes kaikkien (n= 8) sairaanhoitajien (n= 7, 87 %) mielestä heillä oli riittävästi osaamista astmasairauden tutkimuksista sekä vaikutuksista perheen ja lapsen arkeen. Kaikista sairaanhoitajista (n= 8) enemmistö (n= 6, 75 %) tiesi omasta mielestään riittävästi astmasairauden aiheuttamista rajoituksista, lapsen astman riskitekijöiden välttämisestä, allergiasaneerauksesta sekä astmalääkehoidosta ja sen periaatteista. Lisäksi heillä oli riittävästi tietoa ja taitoa lapsen inhalaatiokyvyistä ja -tekniikasta tämän kehitystason mukaisesti. Ryhmästä neljänneksen (n= 2, 25 %) mielestä nämä tiedot ja taidot olivat puutteellisia. Sairaanhoitajista puolen (n= 4, 50 %) mielestä tieto astmalääkkeiden yhteisvaikutuksista muihin lääkkeisiin oli riittävä ja toisen puolen (n= 4, 50 %) mielestä se oli riittämätön. (Ks. Liite 5.)

6.4 Sairaanhoitajien näkemys perhehoitotyön toteutumisesta

Kaikki sairaanhoitajat (n= 8) yhtenäisesti itsearvioivat omat asenteensa lapsi- ja perhekeskeiseen voimavaraalähtöiseen ohjaukseen hyväksi. Heidän mielestään lapsen

ohjauksen tarkoituksena oli tukea lasta omaan hoitoonsa sitoutumisessa ja vaikuttaa lapsen itsehoitoon hänen kehityksensä ja ikänsä mukaisesti. Lisäksi lapsen ohjaukseen kuuluu perheen ohjaaminen sekä rohkaiseminen astmahoidon ratkaisujen ideoimisessa ja päätöksenteossa. Yli puolet ryhmästä (n= 5, 62 %) kertoi osaamisensa lapsen ja perheen voimavaralähtöisestä potilasohjauksesta olevan riittävä. Reilu kolmannes (n= 3, 38 %) myönsi sen riittämättömäksi. (Ks. Taulukko 6.)

Lähes kaikkien sairaanhoitajien (n= 7, 88 %) mielestä potilasohjauksessa oli tärkeää pystyä hyvin perustelemaan annettu ohjaus. He totesivat tarvitsevansa lisää koulutusta astmalapsen ohjauksesta. (Ks. Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Asenteet lapsi- ja perhekeskeiseen ohjaamiseen. Sairanhoitajien itsearvioima, n= 8.

Asenteet lapsi- ja perhekeskeiseen ohjaamiseen	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä n= 8	
	n	%	n	%	n	%	n	%
55. Potilasohjauksen tarkoitus on vaikuttaa lapsen sitoutumiseen omaan hoitoonsa / itsehoitoon hänen kehityksensä ja ikänsä mukaisesti.	8	100	0	0	0	0	8	100
56. Perheen ohjaus kuuluu tärkeänä osana lapsen astmahoidon ohjaukseen.	8	100	0	0	0	0	8	100
62. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen ja perheen voimavara-lähtöisestä potilasohjauksesta.	5	62	3	38	0	0	8	100
63. Perhettä tulee rohkaista astma-hoidon ratkaisujen ideoimisessa ja päätöksenteossa.	8	100	0	0	0	0	8	100
64. Potilasohjauksessa on tärkeää pystyä hyvin perustelemaan antamani ohjaus.	7	88	0	0	1	12	8	100
70. Tarvitsen lisää koulutusta lapsen potilasohjauksen taidosta.	7	88	0	0	1	12	8	100

6.5 Sairaanhoidajien näkemys voimavaralähtöisyydestä

Kaikkien sairaanhoidajien (n= 8) mielestä potilasohjauksessa tulee asettaa perheen kanssa lapsen astmahoidolle selkeitä yksilöllisiä tavoitteita sekä kartoittaa lapsen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja terveytensä edistämiseksi. Lisäksi he myönsivät, että potilasohjauksessa lapsen perheen voimavarojen kartoittaminen on tarpeellinen lapsen hoidon toteuttamiseksi sekä perheen voimaantumiseksi ja terveyden edistämiseksi. Lähes kaikki (n= 7, 87 %) katsoivat lapsen astmahoidon moniammatillisuuden huomioon ottamisen olevan tarpeellista potilasohjauksen yhteydessä. (Ks. Taulukko 7.)

Vastanneista sairaanhoidajista puolet (n= 4, 50 %) myönsi käyttävänsä erilaisia kyselylomakkeita lapsen ja hänen perheensä voimavarojen kartoittamiseksi. Muut sairaanhoidajat (n= 4, 50 %) eivät käyttäneet niitä. (Ks. Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Voimavaralähtöisyys lapsen ja hänen perheensä ohjaamiseen. Sairaanhoidajien itsearvioima, n = 8.

Voimavaralähtöisyys lapsen ja hänen perheensä ohjaamiseen.	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
							n= 8	
57. Potilasohjauksessa tulee asettaa perheen kanssa lapsen astmahoidosta selkeitä yksilöllisiä tavoitteita.	8	100	0	0	0	0	8	100
58. Potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon lapsen astmahoidon moniammatillisuuden tarvetta (esim. fysio- ja ravitsemusterapia).	7	87	0	0	1	13	8	100
59. Potilasohjauksessa tulee kartoittaa lapsen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja terveytensä edistämiseksi.	8	100	0	0	0	0	8	100
60. Potilasohjauksessa tulee kartoittaa myös lapsen perheen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja perheensä voimaantumiseksi / terveyden edistämiseksi.	8	100	0	0	0	0	8	100
61. Käytän lapsen ja perheen voimavarojen kartoittamiseen erilaisia kyselylomakkeita, jne.	4	49	4	51	0	0	8	100

6.6 Sairaanhoidajien näkemys jatkohoidon turvaamisesta

Kaikki sairaanhoidajat (n= 8) olivat samaa mieltä jatkohoidon turvaamisesta. Sairaanhoidajien mielestä ohjauksessa piti ottaa huomioon astmalapsen jatkohoito. Oli tärkeä vahvistaa suullista potilasohjausta kirjallisten ja kuvallisten materiaalien avulla lapsen astmahoidosta sekä arvioida yhdessä perheen kanssa annettua ohjausta. Lisäksi kaikki olivat samaa mieltä, että potilasohjauksen lopussa tulisi dokumentoida tarkasti toteutettu potilasohjaus Efficaan.

Avointen kysymysten vastausanalyysissä tuli ilmi, että kaikki sairaanhoidajat (n= 8) totesivat potilasohjauksen olevan tärkeä ja merkittävä osa terveyden edistämistä.

Kyselyyn vastanneet sairaanhoidajat katsoivat lapsen perheen olevan avainasemassa. Lisäksi sairaanhoidajat totesivat perheen roolin olevan tärkeä tekijä lapsen ohjauksessa, samoin kuin ympäristön rauhallisuuden ja riittävän pitkän ohjausajan.

”Perheen hyvinvointi on tosi tärkeää.” (ID14)

”Ohjaus osana terveyden edistämistä ja perheen hyvinvointia on tärkeää” (ID11)

”Lapsen ohjaukselle tulisi varata riittävästi aikaa.” (ID23)

”Ohjaustilanne tulisi olla rauhallinen.” (ID6)

Avointen kysymysten vastauksissa sairaanhoidajat (n= 8) kertoivat, ettei osastolla ole helppoa toteuttaa laadullista potilasohjausta. Heidän mielestään koko hoitoprosessi tapahtuu liian nopeasti ja on liian vähän aikaa sekä hoidon ohjauksen yksilöityminen on puutteellista, koska ei ole tarvittavia taitoja eikä ole riittävästi aikaa.

”Osastolla potilasohjaus on joskus hankalaa sen vuoksi, että lapsi on ollut ahdistuksen takia osastolla tai vanhemmat ovat jo ”jalka oven välissä” lähdössä kotia.” (ID14)

”Yleensä kotiutuspäätös tulee hyvin nopeasti (ei ennakoitavissa) ja samoin lääkityksen aloitus.” (ID23)

”Lapsen ja perheen monikulttuurisuus on vaikea huomioida.” (ID23)

”Astmalapsen ja perheen hoito ei ole minulle tuttua.” (ID11)

Lisäksi heidän mielestään on sairaanhoidajia, joilla on heikko astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen puutteellisen perehdytyksen ja vähäisen astmahoidon

ohjauskokemuksen vuoksi. Lisäksi sairaanhoitajat toteavat lääkityksen yhteisvaikutusten ohjaamisen olevan olematon, koska

”lääkityksen yhteisvaikutuksia ei välttämättä muisteta” (ID23).

”osastolta puuttuu kokonaan perehdytystä.” (ID23)

”astmalapsen ja perheen hoito ei ole minulle tuttua.” (ID11)

Työyksikön astmalapsen ja perheen ohjaukseen tarkoitettua havaintomateriaalista annettiin sekä positiivista että negatiivista palautetta

”Osaston kirjallinen materiaali [astmalapsen] perheelle on mielestäni kattava ja esitteet ovat värikkäitä, uudistettuja painoksia ja mukavalukuisia.” (ID10)

”Astmavideo on hyvä.” (ID10)

”Saisi olla enemmän materiaali mitä antaa luettavaksi jo etukäteen perheille.” (ID34)

”Kyselylomakkeita on hyvin vähän.” (ID23)

6.7 Palautteet SALKO-itsearviointimittarista

Kyselyn viimeisessä osiossa kävi ilmi sairaanhoitajien antama palaute SALKO-itsearviointimittarista. Kaikki sairaanhoitajat (n =8) arvioivat, että itsearviointimittari on ”*monipuolinen, tarkka, laaja, selkeä ja hyvä kysely, joka käy myös muille potilasryhmille.*” Heidän mielestään keskeiset potilasohjaukseen liittyvät asiat olivat esillä ja kysely auttoi heitä *miettimään kriittisesti omaa potilasohjausosaamistaan.* (ID6, ID10, ID11, ID14, ID23 & ID34.)

SALKO-itsearviointimittarista annettiin myös miettimisasiheita ja kehittämideoita. Esimerkiksi vaihtoehtovastaukset eivät olleet riittäviä, sillä

Moneen kysymykseen tekee mieli laittaa vastauksen perään jokin selitys (ID10)

Sairaanhoitajien (n = 2) mielestä kyselyssä oli ”*liian pitkät kysymykset*”. Lisäksi sairaanhoitajat (n = 3) totesivat alkukysymyksistä, etteivät tienneet, oliko kysymys ”*ohjauksesta yleisesti vai pelkästään astmaohjauksesta*”.

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön aiheenvalinta lähti kiinnostuksesta lapsipotilaan ja perheen voimavaralähtöiseen ohjaukseen sekä kiinnostuksesta perhehoitotyöhön ja sen merkitykseen lapsipotilaan ohjauksessa. SALKO-itsearviointimittarin laadinnassa nousivat keskeisiksi sairaanhoitajan hoitotyön asiantuntijuus ja vahvat potilasohjauskompetenssit sekä niihin vaikuttavat asiat. Tärkeäksi aihealueeksi nousi myös lapsen laadullinen potilasohjaus sekä siihen olennaisesti vaikuttava perheen rooli. Kysely oli kohdennettu erityisesti astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamiseen. Itsearviointimittarin tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitajalle hyödyllinen ja hoitotyötä tukeva työväline, jolla hän voisi itsearvioida potilasohjausosaamisensa ja työyhteisönsä ohjausresurssit niiden kehittämiseksi ja vahvistamiseksi. SALKO-itsearviointimittaria voidaan tarvittaessa muokata ja sen eri osioita soveltaa eri sairauksiin lapsen ja perheen potilasohjauksessa hoitotyön eri aloilla.

SALKO-itsearviointimittari julkaistiin sähköisen kyselyn muodossa. Tutkimuksen otoksen huonon edustavuuden vuoksi tulosta pidettiin itsearviointimittarin pilottitutkimuksena eli esitestauksena (Metsämuuronen 2000, 20). Mittaria käytettäessä oli tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden osalta huomioitava samat tekijät kuin muissa aineistonkeruumenetelmissä (Heikkilä ym. 2008, 106 - 107). Hoitotieteen kehittymisen näkökulmasta oli tärkeää, että määrällisessä tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja tulokset olivat luotettavia. Siksi mittarin luotettavuus ja eettisyys tuli arvioida hyvin huolellisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206, 212.)

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön toteuttamisessa keskeisenä tekijänä nousi **luotettavuus**.

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen valinta, sillä täytyy miettiä, onko aiheella eettinen oikeutus (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28). Aiheen valinnan eettisyydessä on pyritty siihen, että tutkimuksen aihe on tarpeellinen ja ajankohtainen, sillä astmaa sairastavia lapsia on paljon ja heidän määränsä kasvaa yhä. Siksi on tärkeää, että sairaanhoitaja kiinnittää ohjaukseen erityistä huomiota, muun muassa siihen, mikä tehostaa astmalapsen ja perheen ohjausta ja sitä kautta mahdollistaa heidän selviytymistään sairauden kanssa.

Potilasohjaus on dynaaminen toiminta, joka muuttuu ajan, sairaanhoitajan kokemusten ja lapsipotilaiden ja hänen perheensä vuorovaikutuksen sekä työyhteisön ohjausresurssien myötä (Kääriäinen 2008, 10 - 12). Siksi itsearviointimittarin kehittämisessä rajattiin tutkittava käsite ja sitä täsmennettiin eri osioilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206, 211.)

Tutkimuksessa on tärkeää, että aihe on rajattu ja tutkija tiedostaa myös sen (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28). Potilasohjauksesta ja astmasta sekä itsearviointimittarista tietoa hankittiin luotettavista lähteistä kirjallisuutta, erilaisia tutkimuksia ja väitöskirjoja. Näiden avulla pyrittiin määrittelemään tutkittava asia hyvin. Lisäksi mittarissa kysymykset käsittelevät samaa asiaa eli astmalapsen ja perheen ohjaaminen ja sairaanhoitajan ohjauskompetenssit astmasairauden ohjauksessa. Rakennelähditeetti on oikein ja tämä lisää tutkimus-aiheen luotettavuutta. (Metsämuuronen 2000, 19 - 20; Kananen 2008, 82).

Asiantuntijoiden kriittinen tarkastelu on tärkeä mittarin luotettavuudelle. Siksi SALKO-itsearviointimittarin ensimmäinen vedos annettiin ylihoitajalle, osastonhoitajalle ja erikoissairaanhoitajalle tarkistettavaksi; heidän mielipiteensä mittarin sisällöstä oli positiivinen ja hyväksyvä. Mittarin kehittämisessä luotettavuuden kannalta se on keskeinen vaihe. (Metsämuuronen 2000, 19 - 20.) Triangulaatio-keino lisää tutkimuksen luotettavuuteen. Siksi itsearviointimittarin strukturoituihin kysymyksiin lisättiin avoimia kysymyksiä, jotka mahdollistavat potentiaalisia vastauksia, joita *ei osattu ennakoida kysymystä laadittaessa*. (Kananen 2008, 84.)

Mittaria laadittaessa on tärkeä, että tutkija pohtii huolellisesti tutkittavaa asiaa ja sitä, miten luotettavia saadut tulokset ovat. 2000-luvulla toteutetut tutkimukset potilasohjauksesta osoittavat, että *ohjaus*-käsitettä voidaan mitata. Itsearviointimittarin kyselyssä käytettiin samanlaista Likertin mittariasteikkoa kuin muissa potilasohjaus-tutkimuksissa. Se mahdollistaa mittarin ekvivalenssin eli vastaavuuden, koska se ilmoittaa mittaustuloksen samanlaisuuden asteen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28).

Tutkittava sairaanhoitajaryhmä oli valittu, mutta se oli harkinnanvaraisena otoksena eli mittarin käyttäminen oli vapaaehtoista. Esitestauksen tarkoitus oli varmistaa itsearviointimittarin toimivuuden, loogisuuden, ymmärrettävyyden ja käytettävyyden helppous. (mts. 206 - 210.)

Mittariin liittyvät epätarkkuudet voivat heikentää sen luotettavuutta. Sairaanhoitajat voivat mahdollisesti vastata epäjohdonmukaisesti kysymyksiin, koska he ovat ihmisiä ja heihin vaikuttaa monenlaisia ympäristötekijöitä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Tässä tutkimuksessa oli vaikea välttää työyhteisön ympäristötekijöitä, kuten hoitotyölle tyypillinen kiire, vähäinen aika ja väsymys. (Kääriäinen 2007, 28) Digium Enterprise ohjelmasta kävi ilmi, että muutamat sairaanhoitajat vastasivat aamuyöllä. Kun ajankohta ei ole oikein, kun vastaajan hyvinvointi on alentunut (väsymys, stressi), vastauksen luotettavuus kärsii.

Tutkimuksen eettisyys nousee tärkeäksi silloin, kun ollaan tutkimassa inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä ja hoitotyössä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003). Eettiset kysymykset liittyvät usein tutkimusta ohjaaviin arvoihin, tutkijan ja tutkittavan väliseen suhteeseen, aineiston keruuseen ja tutkimustulosten julkaisemiseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26 – 31)

Hyvän tutkimuksen tekeminen vaatii eettisten näkökulmien huomioon ottamista ja tutkimuksen tekijät noudattavat huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta koko tutkimusprosessissa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 26 - 28.) Siksi ennen tutkimuksen toteuttamista Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä hankittiin tarpeellinen tutkimuslupa.

Arvioitaessa tutkimusta eettisesti mittarin käyttö aineistonkeruumenetelmänä on hyväksyttävä ja sillä voidaan saavuttaa haluttu tieto. Tutkimuksessa mittari toimi esitestauksena, jonka laatimisessa kiinnitettiin erityistä huomiota sen validiteettiin ja reliabiliteettiin eli luotettavuuteen. Tutkimusprosessissa pyrittiin rehellisyyteen, avoimuuteen ja tutkittavien kunnioittamiseen. Tutkimukseen osallistujat saivat kirjallisen saatekirjeen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, tutkimusaineiston käyttämisestä, anonymiteetista ja luottamuksellisuudesta. Lisäksi tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista eikä sitonut vastaajaa mihinkään. Itsearviointimittaria käyttäessään sairaanhoitaja toimi itse eettisesti oikein, sillä hän kehitti ja vahvisti hoitotyön asiantuntijuuttaan ja ohjausosaamistaan ja sitä kautta hän pyrki toteuttamaan laadullista potilasohjausta ja hoitoa. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (L785/1992). Sairaanhoitaja saa hyödyntää mittarin käyttöä ja sen tuloksia. Outisen ja muiden mukaan (2003) säännöllisesti toteutettu itsearviointi tukee työntekijän toimintaa ja antaa hänelle mahdollisuuden pohtia omaa osaamistaan ja sen

puutteita. Potilasohjauksen arvioiminen ja kehittäminen hyödyntää myös hoitotiedettä. Siksi itsearviointimittarin käyttäminen on eettisesti oikein.

Tutkimukseen vastattiin nimettömänä, ja anonymiteettiä suojeltiin tutkimusraportin aineiston suorissa lauseissa. Vastaukset tulivat vain opinnäytetyön tekijöiden tietoon ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto hävitettiin tutkimusraportin valmistumisen jälkeen. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin toimimaan eettisesti oikein. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26 – 31)

7.2 Keskeisimmät tulokset

Erikoissairaanhoidossa lapsen potilasohjaus on suuri haaste sairaanhoitajalle ja sen toteuttaminen onnistuneesti vaati häneltä motivaatiota, aikaa ja paljon tukea sekä korkeaa, laadullista ammattitaitoa, kokemusta ja luottamusta. Potilasohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivinen ja tavoitteellinen, dynaaminen toiminta, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä, ja se tapahtuu laadullisessa vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen ja Kyngäs 2005, 252 - 253). Potilasohjaus on sairaanhoitajan keskeinen toiminta hoitotyön toteuttamiseksi, ja se vaatii työyhteisöltä myös asennoitumista ja arvostusta potilasohjaukseen (Davis 2003; Hildén 2002).

Työyhteisön resurssit: Tutkimusaineistosta käy ilmi, että lähes kaikki sairaanhoitajat pitivät omaa työyhteisönsä terveyttä edistävänä organisaationa, sillä heidän mielestään työyhteisössä kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ohjaa työyhteisön edistämisen toimintaa, ja he kokivat heidän työyhteisöllään olevan edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä. Työyhteisön terveyden edistämisen strateginen suunnitelma on sairaanhoitajien hoitotyön toiminnalle tärkeä (Groene 2006). Vuoren (2005) ja Lehdon (2008) mukaan työyhteisön ja osaston asettamat arvot, toiminta- ja taloussuunnitelma vaikuttavat huomattavasti sairaanhoitajan työn toteuttamiseen ja kehittämiseen. Ne vaikuttavat merkittävästi potilasohjaukseen ja sitä kautta jokaisen potilaan hoidon onnistumiseen tai epäonnistumiseen (Vuori 2005, 93; Lehto 2008, 4). Lähes kaikkien vastanneiden mielestä erikoissairaanhoidossa toteutuu potilaan terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeiden arviointi, samoin potilaan hoidon jatkuvuus ja yhteistyö muiden tahojen kanssa. Mutta enemmistön mielestä työyhteisön

resurssit potilasohjaukseen eivät olleet riittäviä, ja osa sairaanhoitajista koki työyhteisön voimavarojen terveyttä edistämiseen tarvitsevan vahvistusta. Kääriäisen (2007) mukaan työyhteisöllä on täysi vastuu siitä, miten työyhteisössä arvostetaan hoito-ohjausta. Lain (L785/1992) mukaan työyhteisössä on oltava asianmukaiset resurssit hyvään ohjaukseen ja hoitohenkilöstöllä on vastuu sen toteuttamisesta. (Kääriäinen 2007, 25). Siksi työyhteisön valmius hyvään hoitotyöhön on avainasemassa. Lisäksi potilaan sairauden hoidon onnistumiseksi tarvitaan laadullista potilasohjausta, johon kuuluvat hyvä diagnoosi, hyvä hoitosuunnitelma ja jatkohoidon turvaaminen. (Davis 2003; Ivanoff ym. 2004; Kyngäs ym. 2005; Kääriäinen 2007) Erikoissairaanhoidossa on olennaista, ettei kotiutumisen jälkeen koko jatkohoidon eli potilaan sairauden kotihoidon toteuttaminen siirry perheen ongelmaksi. Siksi työyhteisön on mahdollistettava laadullinen yhteistyö terveydenhuollon muun henkilöstön ja muiden tahojen kanssa potilaan ohjauksen vahvistamiseksi ja hänen sairautensa hoidon onnistumiseksi. (Tuomi 2005, 89.)

Tutkimusaineiston mukaan sairaanhoitajien mielestä työyhteisössä oli mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omia potilasohjaustaitoja. Työyksikössä olevat resurssit, kuten ohjausta tukeva välineistö, asianmukaiset tilat ohjaukselle sekä ammatillinen materiaali, olivat riittävät. Lehestön ja muiden (2004, 144) sekä Kääriäisen (2007, 25) mukaan työyhteisössä on oltava asianmukaiset resurssit hyvään potilasohjaukseen. Esimiehen ja työyhteisön tuki koettiin tärkeäksi ohjausta toteutettaessa. Lehestön ja muiden (2004), Vuoren (2005) sekä Lohtaja ja Kaihovirta-Rapon (2007) mukaan toimivassa työyhteisössä eri työntekijöille annetaan mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä suunnitteluun ja kehittämiseen. Tämä johtaa laadullisen työn hallintaan ja lisää henkilökunnan tyytyväisyyttä. Sairaanhoitajat halusivat lisää potilasohjauskoulutusta eri sairauksista. Lehestön ja muiden (2004) mukaan työnantajalla on velvollisuus kouluttaa ja ylläpitää henkilökunnan ammattitaitoa sekä kehittää sitä.

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat pitivät potilasohjausta arvokkaana työnä ja pääavaimena potilashoidon onnistumiselle. Kääriäisen (2007, 19) mukaan ohjaus on hoitotyömenetelmänä olennainen osa potilaan asianmukaista sairauden hoitoa. Se on sairaanhoitajan keskeisin toiminta, jokaisen hoitoammattilaisen tehtävä. (OPM 2006, 63; Kyngäs ym. 2007, 5.) Kyngäksen ja muiden (2007) sekä Kääriäisen (2008) mukaan ainutlaatuisen hoito-ohjauksen tavoitteena on kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta elämästään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksen

tarkoitus on edistää hänen tiedonsaantiaan sekä voimaannuttaa häntä sairauden hoidon ja tulevan terveyden hallinnassa muun muassa löytämällä omia voimavaroja, omaa aloitteellisuutta ja tukiverkostoa. (Kyngäs ym. 2007, 5, 47; Kääriäinen 2008, 12.)

Sairaanhoitajien näkemysten mukaan kiireen ja ajan vähyiden vuoksi ohjauksen suunnittelulle ja toteuttamiselle jäi vähän aikaa. Tällä oli vaikutusta laadukkaan potilasohjaukseen toteuttamiselle. Tuomen (2008), Kyngäksen ja muiden (2007) mukaan nykyään terveydenhuollossa potilaan hoidon laadullisen ohjauksen merkitys korostuu huomattavasti, kun kiireisen työtahdin, kustannusten kiristämisen, hoitajaksojen ja -aikojen lyhentymisen myötä sairaanhoitajan aika potilaan ja tämän perheen kanssa lyhenee. Hupli (2004) ja Kääriäinen (2008) toteavat, että potilasohjaukseen tarvitaan tehostamista ja jatkuvaa kehittämistä.

Sairaanhoitajien kompetenssit astmalapsen ja perheen ohjaamiseen: Sairaanhoitajat pitivät vuorovaikutus- ja viestintätaitoja tärkeinä taitoina, ja heidän mielestään heillä oli hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot. Kuten Kyngäs ym. (2007, 25, 39) toteavat, ohjauksessa sairaanhoitajan tärkein tekijä on vuorovaikutteinen ohjaussuhde potilaan ja hänen perheensä kanssa, ja vuorovaikutuksen tavoitteena onkin ohjaussuhteen luominen ja kehittäminen. Tavoitteen saavuttamiseksi sairaanhoitaja tarvitsee vuorovaikutus- ja johtamistaitoa, ohjausilmapiirin luomistaitoa, potilaan kokonaisviestinnän havaitsemistaitoa ja ammatillista päätöksentekotaitoa. (Kaloinen ym. 2003, 52 - 54; Davis 2003, 71; Schulte ym. 305; Kääriäinen 2008, 12.)

Sairaanhoitajat toivoivat saavansa perehdytystä monikulttuurisuuden vaikutuksiin ohjauksessa. Nykyään monikulttuurisuus on terveydenhuollossa arkipäivää (Campbell 1991, 1). Rädyn (2002) mukaan erilaisuuden ja ulkomaalaisuuden ei saa antaa hallita ohjausta. Potilasohjauksen tavoite on vuorovaikutteinen ja tasavertainen ohjaussuhde potilaan ja hänen perheensä kanssa. Sairaanhoitajan on korostettava heidän omaa asiantuntemustaan ja tuettava heidän valintojaan. (Räty 2002, 210.) Siihen tarvitaan tietoa ja taitoa.

Sairaanhoitajat itsearvioivat omien asenteidensa lapsi- ja perhekeskeiseen voimavara- lähtöiseen ohjaukseen olevan hyvät. Ahosen (1997), Hildénin (2001), Daviksen (2003), Hankosen ja muut (2006, 23) sekä Moulesin ja Ramsayn (2008) ja Westin (2008) mukaan sairaanhoitajan laadulliset asenteet potilasohjaukseen vaikuttavat potilasohjauksen sujuvuuteen ja sen onnistumiseen, samoin sairaanhoitajan vahva

uskominen potilaan päätöksentekoon ja hänen kykyynsä muuttua ja toteuttaa oman hoitonsa. Sairaanhoidajien mielestä lapsen ohjauksen tarkoituksena oli tukea lasta omaan hoitoonsa sitoutumisessa ja vaikuttaa lapsen itsehoitoon hänen kehityksensä ja ikänsä mukaisesti. Lisäksi lapsen ohjaukseen kuuluu perheen ohjaaminen sekä rohkaiseminen astmahoidon ratkaisujen ideoimisessa ja päätöksenteossa. Osan sairaanhoidajien mielestä heidän osaamisensa lapsen ja perheen voimavaralähtöisestä potilasohjauksesta oli riittävä. Mutta toinen osa myönsi osaamisensa riittämättömyyden; heidän mielestään potilasohjauksessa oli tärkeää pystyä hyvin perustelemaan annettu ohjaus. He totesivat tarvitsevansa lisää koulutusta astmalapsen ohjauksesta. Daviksen (2003) Hopian ja muiden (2004, 575) sekä Åstedt-Kurken (2008, 44) mukaan lapsen sairastuessa krooniseen sairauteen perhekeskeisyys korostuu. Sairastuminen vaikuttaa perheen arkielämään stressaavasti ja aiheuttaa merkittäviä muutoksia perheen järjestelmään (Seppälä 2003, 162).

Asiantuntijuudellaan ja intuitiollaan (Tuomi 2005, 81 - 82) sairaanhoitaja tukee perhettä. Hän tunnistaa, milloin ja missä määrin ohjausta kannattaa antaa, ja huomioi sekä perheen että lapsen ohjaustarpeet. Sairaanhoidajan on perheen valtaistamisella tuettava ja vahvistettava perheen omia hallintakeinoja ja mahdollisuuksia saada enemmän valtaa elämäänsä (Rantala 2002, 37 - 38). Perhekeskeisellä ohjauksella sairaanhoitaja vahvistaa lapsen omahoitoa (Ivanoff ym. 2001, 90). Siksi sairaanhoidajan on pidettävä huolta siitä, että hänen hoitotyön asiantuntijuutensa on vahva ja ajan tasalla mukaan lukien oma vuoro-vaikutusosaamisensa ja perhehoitotyön tietotaitonsa (Lohtaja ym. 2007 10 - 13; Kääriäinen 2008, 11 - 12). Sairaanhoidajat tarvitsevat väliajoin lisäkoulutusta potilasohjauksesta eri sairauksien hoitotilanteissa. (Lehestö ym. 2004; Kääriäinen 2007)

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat tiesivät lapsen astman hoidosta riittävästi, lapsen astman hoidon porrastuksesta sekä sairauden diagnosoinnista. Valovirta (2000, 195) toteaa, että lapsen astmahoidon ohjaus on monimuotoista ja vaatii sairaanhoidajalta taidollista osaamista. Lapsen mahdollisuudet osallistua hoitoonsa kehitystasonsa mukaisesti onnistuivat sairaanhoidajien mielestä hyvin. Kyngäksen (2007,29) mukaan sairaanhoidajan on kuunneltava lapsen omia mielipiteitä, ja päätöksenteko on toteutettava yhteisymmärryksessä lapsen ja hänen vanhempiensa kanssa. Jos lapsi ei itse kykene ymmärtämään ohjattavaa asiaa, sairaanhoidajan on huolehdittava siitä, ettei lapsi jää oman hoidon ohjauksen ulkopuolelle (Lehestö ym.

2004, 44). Sairaanhoitajat tiesivät ohjausta annettaessa astmasairauden aiheuttamista rajoituksista ja astman riskitekijöistä. Astman lääkehoidosta heillä oli riittävästi tietoa. Jokisen (1999) mukaan lapsen astmalääkityksen haasteellisuus vaikuttaa perheen arkipäivään ja aiheuttavat huolta (Jokinen 1999, 101). Astman vaikutukset lapsen ja perheen arjen sujumiseen osattiin huomioida ohjauksessa hyvin. Ohjauksella sairaanhoitajat pyrkivät vaikuttamaan lapsen ja hänen perheensä sitoutumista omahoitoon. Vaikka sairaanhoitajat kokivat, että aikaa ei ollut riittävästi ohjaukseen, osasivat he silti käyttää ohjaukseen varatun ajan tehokkaasti. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa ja että ohjaustilanteen tulisi olla rauhallinen.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät potilasohjausta pääavaimena hoitotyössä, ja vastausten perusteella heillä oli tarvittavat tiedot ja taidot ohjaamiseen. Sairaanhoitajat kokivat silti tarvitsevan lisäkoulutusta potilasohjauksesta. Vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat toivoivat saavansa lisäkoulutusta eri sairauksien potilasohjauksesta, muttei selvinnyt, miksi ja millaista muuta lisäkoulutusta ohjauksesta he tarvitsisivat. Jatkotutkimushaasteena voisi siis olla tutkia, miksi ja millaista lisäkoulutusta potilasohjauksesta sairaanhoitajat tarvitsisivat.

Groenin (2006) mukaan jos sairaanhoitajat kokevat työyhteisönsä terveyden edistämisen valmiuden olevan puutteellista, työyhteisö voisi tarkentaa tuloksia toteuttamalla WHO-standardeihin pohjautuvan itsearviointikyselyn. Tutkimusaineiston mukaan tämä ei ole selkeä ongelma, mutta laajemmalla otoksella tilanne voisi olla toisin, ja silloin Groenin itsearviointimittari olisi ajankohtainen.

Itsearviointimittarin kehittäminen on pitkä prosessi, ja SALKO-itsearviointimittarin jatkokehittämisen prosessi on vielä kesken. Liian pienen otoksen takia opinnäytetyön toteuttaminen olikin SALKO-itsearviointimittarin esitesti eli pilottitutkimus. Tässä vaiheessa itsearviointimittari tarvitsee korjaamista, kehittämistä, muokkaamista ja hiomista. Toisin sanoen mittarin osioiden hyvyuden ja parametrien tarkistaminen olisi seuraava etappi. Muun muassa voitaisiin selvittää astmalapsen ja hänen perheensä voimavaroalähtöisen ohjaamisen rakenteen. (Metsämuuronen 2000, 19 - 20, 60.)

Lisäksi taustatiedot -osiota voisi kehittää esimerkiksi vaihtamalla ”ikä”-kysymyksen vastaamisvaihtoehdot avoimeksi kysymykseksi.

Sairaanhoitajien palautteesta kävi ilmi, että SALKO-kyselyssä oli liian pitkiä ja huonosti muotoiltuja kysymyksiä. Toisaalta sairaanhoitajien mielestä kyselyn sisältö oli kattava ja asiallinen. Lisäksi monet sairaanhoitajat (n = 7) totesivat, että he voisivat tulevaisuudessa käyttää tällaista itsearviointimittaria uudelleen oman potilasohjauskompetenssien kehittämiseksi. Lisäksi he olisivat halunneet avoimissa kysymyksissä kirjoittaa enemmän, mutta he kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa vastaamiseen. Kyselyn avoimet kysymykset voitaisiin muokata selkeämmiksi, jotta vastaaja voisi antaa vastauksensa helpommin.

SALKO-itsearviointimittaria voitaisiin myös jaksottaa eri osioihin, jotta vastaaminen olisi vastaajille sopivampaa. Olisiko mahdollista tulevaisuudessa käyttää Digium Enterprise -ohjelmaa tehokkaammin? Mittarin käyttäjä tarvitsee omia tunnuksia, jolloin hän voi keskeyttää hetkellisesti kyselyyn vastaamisen ja jatkaa myöhemmin, kun on aikaa. Toisaalta mittarin luotettavuuden kannalta olisi tärkeää, että kyselyyn vastaajat eli sairaanhoitajat voisivat vastata kysymyksiin keskittyneesti ja rauhassa eikä kiireessä työvuoron aikana. Ympäristötekijät vaikuttavat kyselyyn vastaamiseen ja sen tuloksiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 211).

Pilottivaiheen jälkeen tutkimus SALKO-itsearviointimittarilla astmalapsen ja hänen perheensä ohjaamisesta voitaisiin toteuttaa loppuun asti. Olisi hyvin mielenkiintoista tarkastella työyhteisön vaikuttavuutta sairaanhoitajan ohjausosaamiseen. Lisäksi laajempi otos mahdollistaisi muuttujien tekijöiden tutkimisen ja Likertin mittariasteikon keskiarvotulosten käyttämisen.

SALKO-itsearviointimittarin tarkoitus oli ja on olla sairaanhoitajalle hyödyllinen hoitotyöväline potilasohjauksen kehittämiseksi. Siksi olisi tärkeää pohtia, millä tavalla mittarin tulokset voitaisiin esittää. Ideana on, että jokainen sairaanhoitaja saa itsearvioinnista henkilökohtaisen tuloskaavion, joka olisi luotettava, helppolukuinen, värikäs ja sairaanhoitajaystävällinen eli helposti ymmärrettävä.

Kun SALKO-itsearviointimittarin syntyi, ideana oli, että tulokset keskiarvot tulisi näkyviin **salkon** muodossa Excelissä radar-kuvio lippuna, joka olisi hyvin havainnollinen tuloskuvio - myös koko työyksikön ja -yhteisön kokonaistulosta

ajatellen. Se korkeampi kuvio/lippu on, se parempi sairaanhoitaja näkee potilasohjaus-osaamistaan.

SALKO-itsearviointimittarin suuremmat haasteet ovat sen kyselyn kehittäminen, sen luotettavuuden vahvistaminen sekä kyselyyn vastaajien eli sairaanhoitajien motivoiminen ja tutkimukseen osallistumisen tukeminen. Lisäksi olisi hyvä vaihtaa SALKO-kutsun sisältö.

Lopuksi tämän opinnäytetyön yhteydessä tuli ilmi, että otannan kadon välttämiseksi on tärkeä välttää itsearviointimittarin välittäminen esimiehen kautta. Digium Enterprise -ohjelmalla on mahdollista lähettää kutsun ja itsearviointimittarin suoraan sairaanhoitajien sähköpostiin.

LÄHTEET

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Allergiaohjelma 2008. Kansallinen Allergiaohjelma 2008–2018, aika muuttaa suuntaa. Hahtela, T., von Hertzen, L., Mäkelä, M., Hannuksela, M. & Allergia-työryhmä 2008. Lääketiede-katsausartikkeli. Liite Suomen Lääkärilehti 2008, 14 vsk 63.

Baggaley, S. E. 1997. Defining Family – The family images, definitions and development. 2. luku. Whyte, D. A. (toim.) 1997. Explorations in Family Nursing. London (GB): Routledge, 27 - 29.

Bennet, J. & Hughes, J. 2009. Communication. Implementation of the role within the acute setting. The Advanced practitioner in emergency and acute assessment units. 10. luku. Hughes, J. & Lyte, G. (toim.) 2009. . Developing nursing practice with children and young people. Wiley-Blackwell. Oxford (GB): Blackwell publishing ltd, 2009, 172 - 173.

Callery, J. 2009. Child and family centered care – Looking to the future. Developing nursing practice with children and young people. Hughes, J. & Lyte Geraldine. Wiley-Blackwell Publishing Ltd. Singapore: Utopia press Pte Ltd

Campbell, S. K. & Wilhelm, I. J. 1991. Meaning of culture in pediatric rehabilitation and health care. London: The Haworth press, Inc.

Davis, H. 2003. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Kustantaja: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Eirola, R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet perheohjauksen arviointi. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö.

EUVL 2007. Euroopan Parlamentin ja Neuvoston yhteisellä päätöksen tekomenettelyllä tekemät päätökset. N:o 1350/2007/EY. Tehty 23.10.2007, toisesta terveysalan yhteisön toimintaohjelmasta (2008–2013) – ETA:n kannalta merkityksellinen teksti. Euroopan Unionin Virallinen Lehti, 20.11.2007. FI, L301/4 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:FI:PDF>

Glasper, A. & Richardson, J. 2006. A textbook of children's and young people's nursing. Edinburgh (GB): Churchill Livingstone Elsevier.

Groene, O. 2006. Terveysthuollon edistäminen sairaaloissa: käsikirja ja itsearviointilomakkeet. Division of Country Health Systems WHO Regional Office for Europe. Lähettäjä: Saarikoski, T. 2008. VL: Standardien mittaaminen suomenkielinen 2008. Sähköpostiviesti vastaanotettu 8.7.2008. Vastaanottaja: Hélène Silvan-Halttunen.

Haahtela, N. 2007. Lastenpsykiatrisen osastohoito perheiden kokemana. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Haahtela, T., Pientinalho, A., Tuomisto, L.E., Klaukka, T., Erhola, M., Kailoa, M., Nieminen, M. M., Kontula, E. & Laitinen, L. A. 2006. Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. *Terveydenhuolto-artikkeli. Suomen Lääkärilehti* 42/2006 vsk 61, 4369 - 4378.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Pinola, K. Palosaari, T., Säkkinen, M. Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. 4. Osa teoksesta Lipponen, K., Kyngäs, H. ja Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino, 23 - 31.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Business-sarja. Helsinki: Edita Prima oy.

Heikkilä, A., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede – Journal of nursing science* 20 (2), 101 - 110.

Heikkinen, K. 2007. Vanhempien saama sosiaalinen tuki lastentautien ajanvarauspoliklinikalla teema haastattelu 3–4-vuotiaiden astmaa sairastavien lasten vanhemmille. Pro-gradu tutkielma, hoitotiede. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Helske, M. 2004. Astma. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hygieia-sarja. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino 2004, 199 - 206.

Hildén, R. 2002, Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Hygieia-sarja. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Kirjayhtymä oy. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy, 2000.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen – Toimintatutkimus lastenosastolla. Väitöstudium. Acta Universitatis Tamperensis 1151.

Hopia, H., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Promoting health for families of children with chronic conditions. *Journal of advanced nursing* 48 (6), 575 - 583.

Hong, S. S., Murphy, S. O., Connolly, P. M. 2008. Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Continuing Nursing Education series. Pediatric nursing*. 7/8 2008 vol. 34 (4), 239–293.

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Turku: Digipaino Turun yliopisto, 2009.

Hyypä, M. T. & Liikanen, H.-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. 1. painos. Hoitotieto-sarja. Edita publishing Oy. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hölttä, R. 2004. Astmapotilaiden tiedonsaanti ja kokemukset ohjauksesta. Hupli, M. (toim.) 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Turku: Digipaino Turun yliopisto, 2009, 21 - 37.

ISAAC 1997. The International Study of Astma and Allergies rapport: Pekkanen J, Remes, ST, Husman T., Lindberg, M. Kajosaari, M. Koivikko, A. & Soininen, L. 1997. Prevalence of asthma symptoms in video and written questionnaires among children in four regions of Finland. *European Respiratory Journal* 1997,10, 1787.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Wsoy oppimateriaalit. Helsinki: Wsoy.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uudistettu painos. WSOY-oppimateriaalit. Helsinki: WSOY.

Jokinen, P. 1999. Astmaa sairastavan lapsen perheen elämänpolku-etnografia astmaa sairastavien kouluikäisten lasten perheiden elämässä. Akateeminen väistökirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K. 2005. Tulokset: lapsen sairauden aiheuttamat tunne-reaktiot ja sairauden hoitaminen. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede - Journal of nursing science*. 17 (1), 37 - 42.

Kaila, M., Grönlund, J., Mäkelä, M., Vanto, T., Virta, L. & Klaukka T. 2008. Lasten astman diagnostiikka, lääkehoito ja hoidon tulokset vaihtelevat alueittain. Artikkel. *Suomen Lääkärilehti* 2008, 23 vsk 63, 2155 - 2159.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto23_2.pdf

Kaila, M., Pietinalho, A., Vanto, T., Klaukka, T. ja Hirvonen, A. 2004. Miten lasten astmaa hoidetaan Suomessa? Terveystieteiden tutkimuskeskuksen artikkeli. *Suomen Lääkäri-lehti* 2004, 33 vsk 59, 2937.

Kajosaari, M. 2007. Astma. Siimes, M. A. & Petäjä, J. (toim.). *Lastentaudit*. 3. uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 260 - 267.

Kaloinen, M.-L. , Suntinen, R. & Vallisaari, M. 2003. Viesti ja vaikuta. 3. uudistettu painos. Wsoy oppimateriaalit. Helsinki: Wsoy, 2008.

Kananen, J. 2008. Kvantti – kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu – liiketalous .Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede – Journal of nursing science*. Vol. 14 (5) 2002, 213 - 220.

Keys, S. & Walshaw, T. 2008. Person-centered work with children and young people. UK practitioner perspectives, I - XIV.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Virtanen, M. 2005. Pitkittynyt stressi vaikutusmekanismina? – Johtaminen ja työntekijöiden hyvinvointi. Jakso III 7. luku. Vuori, J. (toim.) 2005. Terveys ja johtaminen – terveyshallintotiede terveydenhuollontyöyhteisöissä. 1. painos. Helsinki: Wsoy, 159 - 160.

Korhonen, A. 2008. Lasten hengitysvaikeudet. Lastenlääkärin luentomateriaali. PowerPoint-esitys. 7.4.2008. Sähköpostiliite. Viestin vastaanottaja: Helen Silvan-Halttunen, 21.4.2008.

Kouvalainen, K., Rantanen, P. & Uhari, M. 2001. Lapsi ja lääke. 1. painos. Helsinki: Duodecim. Hämeenlinna. Karisto oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. ja Renfors, T. 2007. Ohjauksen tarve ja merkitys – Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Wsoy oppimateriaalit Oy. 1. painos, 11- 22.

Käypä hoito 2000. Astma. 1. Päivitys 19.5.2006. Duodecim 2000;116(22):2568 – 84, 1 – 17. Viitattu 1.8.2008. <http://www.kaypahoito.fi/>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Universitatis Ouluensis D 937. Oulu: University Press, 2007.

Kääriäinen, M. 2008 Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö – hoitotieteellinen aikakauslehti, 2008 (4), 10 - 14.

Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjauksikäsitteestä hoitotieteessä. Journal of nursing science. Hoitotiede 17(5), 250 - 258.

Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Teemana potilaan ohjaus. Johtava hoitotyön ammattilehti: Sairaanhoidtaja 10. Julkaistu 6.10.2006, 6 - 9.

L66/1972. Suomen Kansanterveyslaki, [28.1.1972/66](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L585/1986. Suomen Potilasvahinkolaki, [25.7.1986/585](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L609/1986. Suomen tasa-arvolaki. [8.8.1986/609](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609>

L1062/1989. Suomen Erikoissairaanhoitolaki, [1.12.1989/1062](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L1116/1990. Suomen mielenterveyslaki, [14.12.1990/1116](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L60/1991. Yleissopimus lapsen oikeuksista – Asetus lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta, Annettu: 21.8.1991. Verkko-dokumentti. FINLEX 2008. Viitattu 17.11.2008.

<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060>

L785/1992. Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista, [17.8.1992/785](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L365/1995. Suomen Kuntalaki, [17.3.1995/365](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L731/1999. Suomen Perustuslaki, [11.6.1999/731](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L1256/2005. Ohjaus ja valvonta. L 29.12.2005/1256. Luku 11. § 51, 52 & 53.

L1062/1989. Suomen Erikoissairaanhoidolaki, [1.12.1989/1062](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, [9.2.2007/159](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

L417/2007. Suomen Lastensuojelulaki, [13.4.2007/417](#). Suomen lainsäädäntö. FINLEX 2009. Viitattu 15.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Laitinen, L., Haahtela, T. 2009. Astma – sairauksien ehkäisy. Duodecim Terveyskirjasto. Nettisivu. Julkaistu 19.1.2009. Viitattu 1.3.2009..

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00068

Laitinen, L. A. & Räsänen M. 2000. Mitä astma on? Onko minulla astma? 1. luku.

Laitinen, L. A., Juntunen-Bäckman, K., Hedman, J., Ojaniemi, S. (toim.) 2000.

Astma. Kustannus Duodecim Oy & Hengitysliitto. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 14 - 20.

Lasten ja nuorten sairaalahoidon standardit 1989. Lasten ja nuorten oikeudet

sairaalassa. 12/2006. Suomen NOBAB. Yhdistys sairaiden lasten asioiden

edistämiseksi Suomessa. <http://www.nobab.fi/standardit.html>

Lehestö, M., Koivunen, O., Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Edita Publishing Oy. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Acta Universitatis Tamperensis 999. Tampere: University Press.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1.- 2. painos. WSOY. Juva: WS Bookwell Oy, 2004.

Lindén, L. 2004. Lasten sairaalahoito. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hygieia-sarja. Helsinki: kustannus-osakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino 2004, 30 - 34.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hygieia-sarja. Helsinki: kustannus-osakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino 2004, 14 - 18.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Lohtaja, S. & Kaihoviirta-Rapo, M. 2007. Tehoa työelämän viestintään. Helsinki: WSOYpro-sarja. Juva: WS Bookwell oy.

Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia-sarja 6. osa. Helsinki: Methelp. Võru (Viro): Jaabes OÜ.

Moules, T. & Ramsay, J. 2008. The textbook of children's and young people's nursing. 2. edition. Oxford (GB): Blackwell publishing Ltd.

Mäkelä, M. 2006. Pienten lasten astmaoireiden hoitolinjauksia. KTL-artikkeli. Kansanterveyslehti 4/2006, 14.

Mäkelä, M. 2009. Lasten astma. Lasten allergiat. Lastentaudit. Therapia Fennica.fi nettisivut. Viitattu 13.1.2009.

[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lasten allergiat#Lasten astma](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lasten_allergiat#Lasten_astma)

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nykysuomen etymologinen sanakirja. 2004. 4. painos. Toim. Häkkinen, K. WSOY. JUVA: WS-Bookwell Oy, 2007.

Nykysuomen sanakirja, 1996. Kirjaimet O- R – 4. Osa. Porvoo / Helsinki / Juva: WSOY.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö – aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus. Helsinki. Hakapaino oy.

Onnismaa, J., Paasanen, H. & Spangar, T. 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. – ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Opetus 2000. Jyväskylä: PS-kustannus.

OPM – Opetusministeriö 2006. Sairaanhoitaja (AMK) – Bachelor of health care. (4.10) Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulu-tutkinnosta valmistuvien osaaminen. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006:24, 63–71. Viitattu 15.4.2008.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T., Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupokua – vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Suomen kuntaliitto. STAKES, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki.
- Pajunen, R. 2009. Erityiskorvattaviin astmalääkkeisiin oikeutetut alle 16-vuotiaiset lapset. KELA:n Aktuaari- ja tilasto-osasto/tilastoryhmä. Sähköpostiviesti 3.3.2009. Vastaanottaja Hélène Silvan-Halttunen.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. 4.1 luku. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: Wsoy-oppimateriaalit. Juva: Wsoy, 205 – 213.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, M. 1999. Perhe hoitotyössä – tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Journal of nursing sciences – Hoitotiede* 14(5), 202-212.
- Pelkonen, A., Malmberg, P., Remes, S. & Mäkelä M. 2006. Pienten lasten astma: diagnostiikan ja hoidon linjauksia. *Suomen Lääkärilehti* 37/2006, 3713- 3718.
- Peltoniemi, A. 2007. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun Yliopisto. *Universitatis Ouluensis D Medica* 912. Oulu: University Press, 2007.
- POPPI 2004. Hoitajan toiminta – teoreettinen pohja: voimavaraistavien puhekäytäntöjen arviointimittari: hoitajan osio.
- Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta. Jyväskylän työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistonpaino.
- Raunio, H. 2001. Lääkkeiden yhteisvaikutuksista – Lapsi ja lääke. Toim. Kouvalainen, K., Rantanen, P. & Uhari, M. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto oy
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Schulte, A., Musolf, J., Meurer, J. R., Cohn, J. & Kelly, K. 2004. Pediatric Asthma Case management: a review of evidence and an experimental study design. *Clinical practice column. Article. Journal of pediatric nursing* (19), nro 4 / August 2004, 304 - 310.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.-E. 2005. Dialoginen verkostotyö. 1.- 3. painos. Hygieia-sarja. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino, 2007.
- Seppälä, U. 2003. Sairas, potilas, omainen – Näkökulmia sairauden kokemiseen. Toim. Honkasalo, M.-L., Kangas, I., Seppälä, U. Helsinki: Tietolipas 189 SKS. Tampere: Tammer-paino, 167 - 191.

Silvan-Halttunen, H. 2009. Sairaanhoidajan laadullisen potilasohjauksen peruspilarit lastenhoitoon. Muistinpanot. Opinnäytetyö 2008–2009.

Siponen, A. 2003. Astmaa sairastavat arjen selviytyjinä. Sairastavan näkökulma. Toim. Honkasalo, M.-L., Kangas, I., Seppälä, U. Helsinki: Tietolipas 189 SKS. Tampere: Tammer-paino,

Sirviö K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Stenman, P. & Toijamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Journal of nursing science – Hoitotiede 14 (1), 19–25.

STM – Sosiaali- ja Terveysministeriö, 1998. Astman esiintyvyys. Astmaohjelma 1994–2004. Seurantaraportti. Työryhmämuistioita 1998:21, 10-14. Viitattu 13.12.2008. www.filha.fi/@Bin/29365/astma1998.pdf

STM – Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatin harjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelu-kunta. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2000:15. Helsinki: Edita Prima Oy, 14–15.

STM – Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös: terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. 2. painos. Julkaisu 2001:4. Helsinki: Edita Prima oy.

STM – Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriö esitteitä 2005:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM – Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Edita Prima oy.

Strandell-Laine, C., Heikkinen, A. Leino-Kilpi, H. & Van der Arrend, A. 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – mikä niiden merkitys on? Hoitotiede 17 (5), 259–269.

Terveys -EU 2009a. Pitkäaikaishoito >Terveydenhuolto >Terveys -EU >Euroopan komissio. http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_fi.htm

Terveys -EU 2009b. Astma ja muut krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet. Muut tarttumattomat taudit >Terveysongelmat >Terveys -EU >Euroopan komissio. http://ec.europa.eu/index_fi.htm

THL 2009. Astma ja allergia. KTL nettiartikkeli, päivitetty 5.9.2007. Viitattu 18.1.2009. <http://www.ktl.fi/portal/11128>

Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Hygieia-sarja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammalan kirjapaino oy.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Hygieia-sarja. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-paino oy.

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Hygieia-sarja. Helsinki: Tammi. Tampere: Tammer-paino Oy.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet 156. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto ja Tutkimusyksikkö, Kuopion yliopistollinen sairaala. <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>

Valkoinen Kirja 2007. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008 – 2013. Bryssel 23.10.2007. KOM[2007] 630 lopullinen versio. Euroopan yhteisöjen komissio. Fi-versio.

Valovirta, E. Tutkimusten ja hoidon erityispiirteet lapsen astmassa. Laitinen, L. A., Juntunen-Bäckman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. 2000. Astma. 17. luku. Kustannus Duodecim Oy & Hengitysliitto. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 124 – 135-

Valovirta, E. & Killström, L. 2003. Astma: Maailmanlaajuinen terveysohjelma – julkilausuma astmasta. Euroopan Allergia- ja Hengityselinsairauksien potilasliiton esite. EFA 2003.

Vance Peavy, R. 1999. Sosiodynaaminen ohjaus – konstruktivistinen näkökulma 21. vuosi-sadan ohjaustyöhön. Psykologien kustannus Oy. Helsinki: Työministeriö.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino oy.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus. Helsinki: Yliopistopaino, 2003.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tutkimus Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.). Helsinki: Wsoy.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Acta universitatis Ouluensis – Medica. Oulu: Oulun University Press.

Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. tammi. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino oy.

Vuori, J. 2005a. Terveys ja hallinnon käsitteet. Käsitteet ja tieteenalan määrittely. Jakso I luku 2. Terveys ja johtaminen – terveyshallintotiede terveydenhuollontyöyhteisöissä. 1. painos. Helsinki: Wsoy, 34 - 73.

Vuori, J. 2005b. Hyvä elämä ja työ johtajan haasteina. Jakso III. Terveys ja johtaminen – terveyshallintotiede terveydenhuollontyöyhteisöissä. 1. painos. Helsinki: Wsoy, 132 - 133.

West, J. 2008. Child-centred negotiation. 11. luku. Toim. Keys, S. & Walshaw, T., 2008. Person-centred work with children and young people. Ross-on-Wye (GB): PCCS Books Ltd. Gateshead (GB): Athenaeum Press, 94 - 99

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1. painos. WSOY oppimateriaalit. Helsinki: Wsoy.

LIITTEET

Liite 1. Erityiskorvattaviin astmalääkkeisiin oikeutettujen tilastot

TAULUKKO 8. Astman vuoksi erityiskorvattavien lääkkeisiin oikeutettujen määrä iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1993 ja 2004 (Suomen lääkärilehti 42/2006, 4374) sekä vuoden 2008 tilasto kaikista lapsista ja nuorista alle 16-vuotiaista (Pajunen 2009).

Ikäryhmä	1993	2004	Muutos 1993 – 2004	Muutos %	2008	Muutos 2004 – 2008	Muutos %
KAIKKI	135 363	212 117	76 754	56,7			
miehet	60 659	91 764	31 105	51,3			
naiset	74 704	120 353	45 649	61,1			
0-15 vuotiaat	19 105	28 561	9 456	49,5	21 249	– 7312	– 25,6
pojat	12 091	18 151	6 060	50,1			
tytöt	7 014	10 410	3 396	48,4			
16-64 vuotiaat	80 237	116 587	36 350	45,3%			
miehet	34 294	47 484	13 190	38,5			
naiset	45 943	69 103	23 160	50,4			
yli 65- vuotiaat	36 021	66 969	30 948	85,9			
miehet	14 274	26 129	11 855	83,1			
naiset	21 747	40 840	19 093	87,8			

Liite 2. SALKO-itsearviointimittari

SALKO-kutsu

Joulukuu 2008 - Tammikuu 2009

Arvoisa Sairaanhoidaja,

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KSSHP) kehittää aktiivisesti potilasohjaustaan yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveys-alan yksikön kanssa.

Tänä vuonna olemme tekemässä **opinnäytetyöhöme liittyvää tutkimusta lapsen astmahoidon potilasohjauksesta sairaanhoidajan näkökulmasta** Osaston 1:llä ja Lastentautien poliklinikalla. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii TtT, lehtori Sirpa Tuomi.

Kysely toteutetaan tätä tutkimusta varten kehitetyn **SALKO**-itsearviointimittarin avulla. Haluamme kerätä tietoa työyksiköiden **sairaanhoitajien valmiudesta** lasten astmahoidon potilasohjauksessa.

Pyydämme Teitä vastaamaan **SALKO**-kyselyyn, koska potilasohjauksen kehittäminen on jokaiselle sairaanhoidajalle tärkeää. Toivomme samalla, että voimme **auttaa Teitä tunnistamaan ja kehittämään voimavarojanne lasten astmahoidon potilasohjauksessa.**

Lisäksi olemme kiinnostuneita lapsipotilaan ja perheen potilasohjauksesta ja meille olisi tärkeää tietää, **millaiseksi Te lapsipotilaan ja perheen ohjaajana koette potilasohjauksen.**

Aikaa **SALKO**-kyselyn vastaamiseen kuuluu noin 15–30 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään **luottamuksellisesti**. Vastauksenne eivät tule työyhteisönne tietoon, eikä Teidän henkilöllisyydestänne voida tarkista.

Vaikka vastaaminen on vapaaehtoista, toivomme Teidän vastaavan **SALKO**-kyselyyn **kahden viikon kuluessa.**

Yhteistyöstänne kiittäen

Lotta Jaatinen & Helen Silvan-Halttunen

Sairaanhoidajaopiskelijat

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Osa I: Taustatiedot**1. Vastaamisajankohta** _____

- Valitkaa oikea vastausvaihtoehto.
- Kirjoittakaa vastaus sille varattuun paikkaan.

2. Työpaikka

Keski-Suomen Keskussairaala, Jyväskylä

3. Työpiste

- Osasto 1
- Lasten poliklinikka
- Molemmat

4. Ammattinimike _____**5. Työsuhde**

- Vakituinen
- Osa-aikainen
- Sijainen

6. Valmistumisvuosi _____**7. Sukupuoli**

- Nainen
- Mies

8. Ikä

- 20 – 29 v.
- 30 – 39 v.
- 40 – 49 v.
- yli 50 v.

9. Montako vuotta olette työskennellyt sairaanhoitajana lasten hoitotyössä?

10. Kuinka paljon aikaa käytätte keskimäärin potilasohjaukseen työvuoron aikana?

_____ minuuttia

Osa II: Työyhteisön resurssit

1) Terveyttä edistävä työyhteisö

- Arvioikaa **työyhteisönne resurssit**:
*5. täysin samaa mieltä, 4. jokseenkin samaa mieltä,
3. jokseenkin eri mieltä, 2. täysin eri mieltä, 1. en osaa sanoa.*
- Valitkaa **parhaiten mielipidettänne** vastaava vastaus.

11. Työyhteisöni kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ohjaa terveyden edistämisen toimintaa.

12. Potilaan terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeiden arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa.

13. Työyksikköni resurssit mahdollistavat potilaan terveyttä edistävän potilasohjauksen hoitopolun eri vaiheissa.

14. Työyhteisölläni on edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä.

15. Työyhteisössäni on suunnitelma potilaan hoidon jatkuvuudesta ja yhteistyöstä muiden terveydenhuollon sektoreiden ja tahojen kanssa.

Osa II: Työyhteisön resurssit

2) Työyhteisön voimavarat ohjauksen toteuttamiseen

- Arvioikaa **työyhteisönne resurssit**:
*5. täysin samaa mieltä, 4. jokseenkin samaa mieltä,
3. jokseenkin eri mieltä, 2. täysin eri mieltä, 1. en osaa sanoa.*
- Valitkaa **parhaiten mielipidettänne** vastaava vastaus.
- Kirjoittakaa tarvittaessa varattuun tilaan lisää omasta mielipiteestänne asiasta.

16. Työyhteisössäni on mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omia potilasohjaustaitojani.

17. Työyhteisössäni on riittävästi tarjolla potilasohjaukseen liittyviä koulutuksia.

18. Työyhteisössäni on henkilökunnalle riittävästi tarjolla potilasohjausta tukevaa välineistöä (esim. videot, AV- ja ATK-välineet).

19. Työyksikössäni on asianmukaiset tilat potilasohjaukselle.

20. Työyksikössäni on riittävästi potilasohjaukseen liittyvää ja ajan tasalla olevaa ammatillista materiaalia.

21. Työyksikössäni on riittävästi potilaalle ja potilasohjaukseen tarkoitettua havainnollista materiaalia.

22. Minulla on riittävästi aikaa potilasohjauksen suunnitteluun.

23. Saan riittävästi esitietoa lapsen nykyisestä statuksesta potilasohjauksen toteuttamiseen.

24. Työyksikön henkilökunnan välinen yhteistyö tukee potilasohjausta.

25. Mitä muuta haluatte kertoa työyksikkönne resursseista tai/ja kehittämistarpeista potilasohjauksen suhteen?

Osa III: Sairaanhoidajan astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen

1) Oma asenne ja arvot

- Arvioikaa **teidän omaa potilasohjausosaamista:**
5. *täysin samaa mieltä*, 4. *jokseenkin samaa mieltä*,
3. *jokseenkin eri mieltä*, 2. *täysin eri mieltä*, 1. *en osaa sanoa*.
- Valitkaa **parhaiten** mielipidettänne vastaava vastaus.

26. Potilasohjaus on arvokasta työtä sairaanhoidossa.

27. Potilasohjaus on pääavain potilashoidon onnistumiselle.

28. Asennoidun kunnioittavasti lasta ja perhettä kohtaan.

29. Empatia on tärkeä ominaisuus potilasohjauksen toteuttamiseksi.

30. Potilasohjauksella pyrin vaikuttamaan potilaan ja hänen perheensä sitoutumiseen taudin hoitoon / itsehoitoon.

31. Suhtaudun positiivisesti työyksikössä tapahtuviin muutoksiin liittyen potilasohjaukseen.

Osa III: Sairaanhoidajan astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen

2) Vuorovaikutus ja viestintäosaaminen

- Arvioi teidän omaa potilasohjausosaamista: :
5. täysin samaa mieltä, 4. jokseenkin samaa mieltä,
3. jokseenkin eri mieltä, 2. täysin eri mieltä, 1. en osaa sanoa.
- Valitkaa **parhaiten** mielipidettänne vastaava vastaus.

32. Osaan käyttää lapsen astmahoidon potilasohjaukseen varattua aikaa tehokkaasti.

33. Osaan luoda turvallista ja luottamusta edistävää ilmapiiriä potilasohjauksessa.

34. Osaan luontevasti virittää keskustelua lapsipotilaan kanssa.

35. Osaan hyvin tukea lapsen ja perheen sitoutumista sairauden hoitoon.

36. Potilasohjauksen alussa esitän astmahoidon ohjauksen sisältö ja tarkoitus.

37. Pidän huolta, että potilasohjaus tapahtuu vastavuoroisesti sekä lapsen että perheen kanssa.

38. Olen tietoinen kehoni kielen vaikuttavuudesta lapsen potilasohjaukseen.

39. Olen tietoinen katsekontaktin tärkeydestä ja sen vaikutuksesta potilasohjaukseen.

40. Käytän lapselle ja perheelle sopivaa kieltä ja puhenopeutta.

41. Käytän tarvittaessa kommunikaatiota tukevia menetelmiä.

42. Äänivaihteluilla tuen kuuntelijoiden keskittymiskykyä potilasohjaukseen.

43. Olen tietoinen monikulttuurisuuden vaikutuksista lapsen / perheen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen potilasohjauksessa.

Osa III: Sairaanhoidajan astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen

3) Lapsen astmahoito

- Arvioikaa **teidän omaa potilasohjausosaamista:**
5. *täysin samaa mieltä*, 4. *jokseenkin samaa mieltä*,
3. jokseenkin eri mieltä, 2. täysin eri mieltä, 1. en osaa sanoa.
- Valitkaa **parhaiten** mielipidettänne vastaava vastaus.

44. Tiedän riittävästi lapsen astmasairauden hoidon porrastuksista.

45. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmasairauden diagnosoinnista.

46. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmasairauden tutkimuksista.

47. Minulla on riittävästi tietoa astmasairauden aiheuttamista rajoituksista.

48. Tiedän riittävästi lapsen mahdollisuuksista osallistua omaan hoitoonsa hänen kehitystasonsa mukaisesti.

49. Minulla on riittävästi tietoa lapsen astman riskitekijöiden välttämisestä ja allergiasaneerauksesta.

50. Tiedän riittävästi astmalääkehoidosta ja sen pääperiaatteista.

51. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen inhalaatiokyvyistä ja -tekniikasta hänen kehitystason mukaisesti astmahoidon lääkityksen potilasohjaukseen.

52. Tiedän riittävästi astmalääkkeiden yhteisvaikutuksista muihin lääkkeisiin.

53. Tiedän riittävästi astmasairauden vaikutuksista lapsen arkeen.

54. Tiedän riittävästi astmasairauden vaikutuksista perheen arkeen.

Osa III: Sairaanhoidajan astmalapsen ja hänen perheensä ohjausosaaminen

4) Lapsen astmahoidon voimavaralähtöinen potilasohjaus

- Arvioikaa **teidän omaa potilasohjausosaamista:**
 5. *täysin samaa mieltä*, 4. *jokseenkin samaa mieltä*, 3. *jokseenkin eri mieltä*, 2. *täysin eri mieltä*, 1. *en osaa sanoa*.
- Valitkaa **parhaiten** mielipidettänne vastaava vastaus.

55. Potilasohjauksen tarkoitus on vaikuttaa lapsen sitoutumiseen omaan hoitonsa / itsehoitoon hänen kehityksensä mukaisesti.

56. Perheen ohjaus kuuluu tärkeänä osana lapsen astmahoidon ohjaukseen.

57. Potilasohjauksessa tulee asettaa perheen kanssa lapsen astmahoidosta selkeitä yksilöllisiä tavoitteita.

58. Potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon lapsen astmahoidon moniammatillisuuden tarvetta (fysioterapia, ravitsemusterapia, jne.).

59. Potilasohjauksessa tulee kartoittaa lapsen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja terveytensä edistämiseksi.

60. Potilasohjauksessa tulee kartoittaa myös lapsen perheen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja perheensä voimaantumiseksi / terveyden edistämiseksi.

61. Käytän lapsen ja perheen voimavarojen kartoittamiseen erilaisia kyselylomakkeita.

62. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen ja perheen voimavaralähtöisestä potilasohjauksesta.

63. Perhettä tulee rohkaista astmahoidon ratkaisujen ideoimisessa ja päätöksenteossa.

64. Potilasohjauksessa on tärkeää pystyä hyvin perustelemaan antamani ohjaus.

65. Suullista potilasohjausta tulee vahvistaa antamalla kirjallista ja kuvallista materiaalia lapsen astmahoidosta.

66. Perheen kanssa tulee arvioida yhdessä toteutettua potilasohjausta.

67. Potilasohjauksessa tulee muistaa huomioida lapsen astman jatkohoito.

68. Potilasohjauksen lopussa tulee dokumentoida tarkasti toteutettu potilasohjaus (Effic).

69. Mitä muuta haluatte kertoa lapsen astmahoidon potilasohjauksesta?

Osa IV: Palaute SALKO-itsearviointimittarista

- Arvioikaa **toteutettua itsearviointia**
- Valitkaa **parhaiten** mielipidettänne vastaava vastaus.
- Kirjoittakaa varattuun tilaan omaa mielipiteenne SALKO-itsearviointimittarista (Ruusut ja Risut)

70. Tarvitsen lisää koulutusta lapsen potilasohjauksen taidosta.

- Ei
- Kyllä
- En osaa sanoa

71. SALKO-itsearviointimittari auttoi minua selvittämään lapsen astmahoidon potilasohjaus-valmiuksiani.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
- En osaa sanoa

72. Käyttäisin SALKO-itsearviointimittaria tulevaisuudessakin oman potilasohjaukseni kehittämiseksi.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
- En osaa sanoa

73. SALKO-itsearviointimittarin RUUSUT

74. SALKO-itsearviointimittarin RISUT

Osa V: SALKO-Kiitosviesti**Kiitos vastauksistasi**

KUVA 1. Lapsen käsissä kaksi keltaista kukkaa. (Microsoft ClipArt 2008.)

Me kiitämme Teitä ajastanne, vastauksistanne

ja

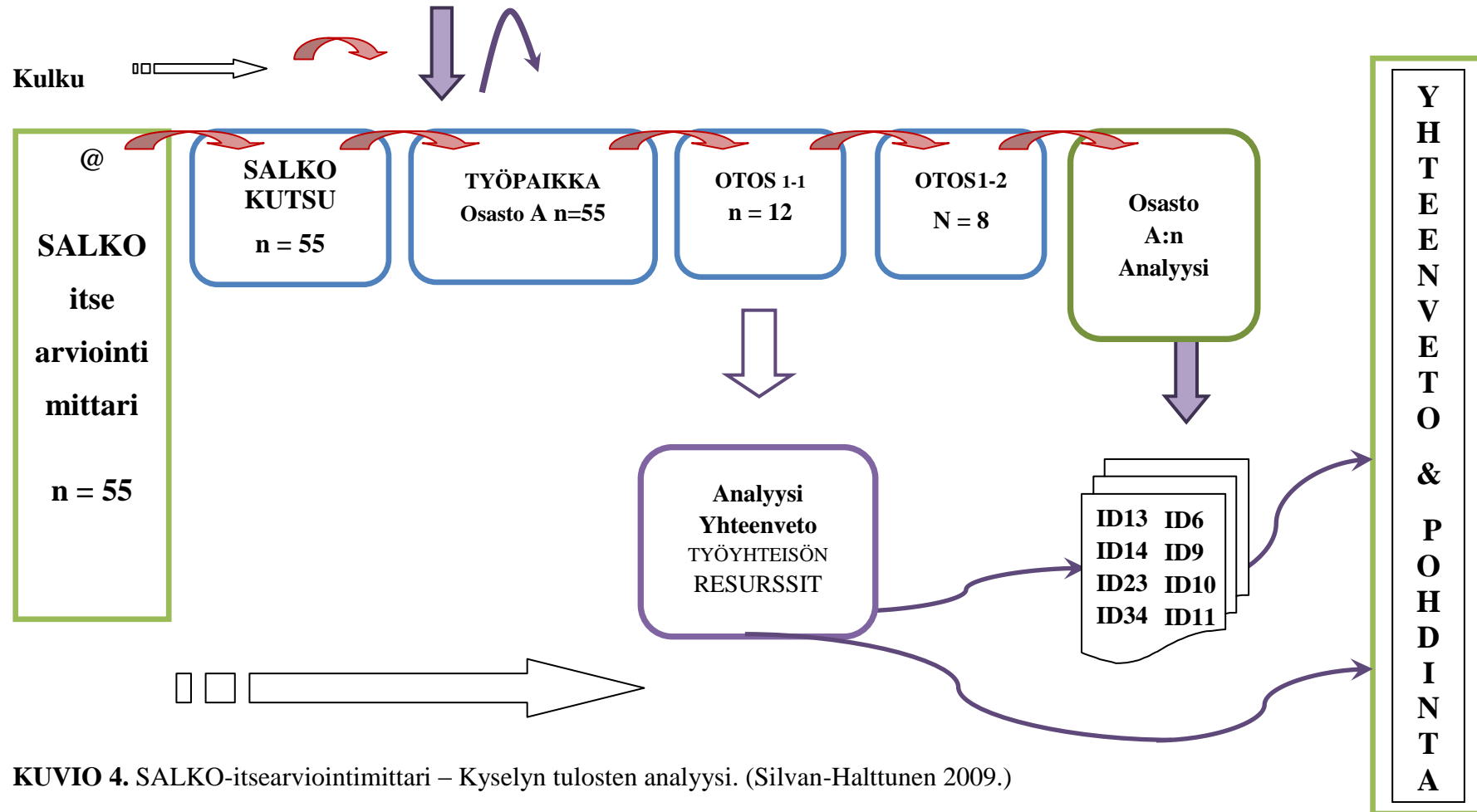
arvioinnistanne

lapsen astmahoidon potilasohjauksen kehittämiseksi!

Lotta Jaatinen & Helen Silvan-Halttunen

Sairaanhoitaja-opiskelijat

Liite 3. SALKO-itsearviointimittarin kyselyn tulosten analyysi



KUVIO 4. SALKO-itsearviointimittari – Kyselyn tulosten analyysi. (Silvan-Halttunen 2009.)

Liite 4. Sairaanhoidtajien vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen potilas-ohjauksen toteuttamiseen

TAULUKKO 9. Sairaanhoidtajan vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen ohjaukseen. Sairaanhoidtajien itsearvioima (n = 8).

Sairaanhoidtajan Vuorovaikutus- ja Viestintäosaaminen ohjaukseen	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
32. Osaan käyttää lapsen astmahoidon potilasohjaukseen varattua aikaa tehokkaasti.	7	88	0	0	1	12	8	100
33. Osaan luoda turvallista ja luottamusta edistävää ilmapiiriä potilasohjauksessa.	8	100	0	0	0	0	8	100
34. Osaan luontevasti virittää keskustelua lapsipotilaan kanssa.	8	100	0	0	0	0	8	100
35. Osaan hyvin tukea lapsen ja perheen sitoutumista sairauden hoitoon.	8	100	0	0	0	0	8	100
36. Potilasohjauksen alussa esitän astmahoidon ohjauksen sisältö ja tarkoitus.	6	75	0	0	2	25	8	100
37. Pidän huolta, että potilasohjaus tapahtuu vastavuoroisesti lapsen ja perheen kanssa.	8	100	0	0	0	0	8	100
38. Olen tietoinen kehoni kielen vaikuttavuudesta lapsen potilasohjaukseen.	8	100	0	0	0	0	8	100
39. Olen tietoinen katsekontaktin tärkeydestä ja sen vaikutuksesta potilasohjaukseen.	8	100	0	0	0	0	8	100
40. Käytän lapselle ja perheelle sopivaa kieltä ja puhenopeutta.	6	75	0	0	2	25	8	100
41. Käytän tarvittaessa kommunikaatiota tukevia menetelmiä.	7	88	1	12	0	0	8	100
42. Äänivaihteluilla tuen kuuntelijoiden keskittymiskykyä potilasohjaukseen.	6	75	1	12	1	13	8	100
43. Olen tietoinen monikulttuurisuuden vaikutuksista lapsen / perheen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen potilasohjauksessa.	5	63	2	25	1	12	8	100

Liite 5. Lapsen astmasairauden tieto ja taito

TAULUKKO 10. Lapsen astmasairauden tieto ja taito. Sairaanhoidtajien itsearvioima (n = 8).

Lapsen astmasairauden tieto ja taito.	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	n = 8							
44. Tiedän riittävästi lapsen astmasairauden hoidon porrastuksista.	5	62	3	38	0	0	8	100
45. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmasairauden diagnosoinnista.	5	62	3	38	0	0	8	100
46. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmasairauden tutkimuksista.	7	87	1	13	0	0	8	100
47. Minulla on riittävästi tietoa astmasairauden aiheuttamista rajoituksista.	6	75	2	25	0	0	8	100
48. Tiedän riittävästi lapsen mahdollisuuksista osallistua omaan hoitoonsa hänen kehitystasonsa mukaisesti.	8	100	0	0	0	0	8	100
49. Minulla on riittävästi tietoa lapsen astman riskitekijöiden välttämisestä ja allergiasaneerauksesta.	6	75	2	25	0	0	8	100
50. Tiedän riittävästi astmalääkehoidosta ja sen pääperiaatteista.	6	75	2	25	0	0	8	100
51. Minulla on riittävästi tietoa ja taitoa lapsen inhalaatiokyvyistä ja -tekniikasta hänen kehitystason mukaisesti astmahoidon lääkityksen	6	75	2	25	0	0	8	100
52. Tiedän riittävästi astmalääkkeiden yhteisvaikutuksista muihin lääkkeisiin.	4	50	4	50	0	0	8	100
53. Tiedän riittävästi astmasairauden vaikutuksista lapsen arkeen.	7	87	1	13	0	0	8	100
54. Tiedän riittävästi astmasairauden vaikutuksista perheen arkeen.	7	87	1	13	0	0	8	100