

Anna-Kaisa Myllynen, Sanna Nevalainen

Astmaa sairastavan lapsen lääkehoidon  
ohjausintervention toteutuminen  
sairaanhoitajien kokemana

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
14.10.2011

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anna-Kaisa Myllynen, Sanna Nevalainen Astmaa sairastavan lapsen lääkehoidon ohjausintervention toteutuminen sairaanhoitajien kokemana 42 sivua + 3 liitettä 14.10.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Riikka Kukonlehto Lehtori Maarit Kärkkäinen Lehtori Marja Salmela
<p>Tämä opinnäytetyö on osa nelivuotista Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektia. Projekti toteutettiin yhteistyössä HYKS:n naisten ja lasten tulosityksiköiden, pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistysten ja ammattikorkeakoulu Metropolian kanssa. Projektin tarkoituksena on käytännön hoitotyön ohjauksen kehittämisen ohella pyrkiä kehittämään myös ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa.</p> <p>Opinnäytetyömme liittyy projektin kolmanteen vaiheeseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavien lasten ja perheiden lääkehoidon ohjausintervention toteutumisesta. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saamamme tiedon pohjalta lasten lääkehoidon ohjausta voitaisiin kehittää. Haastatteluaineisto (N=9) kerättiin Jorvin sairaalan lasten infektio-osasto L3:lta. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ohjausinterventio kokeilun loppuvaiheessa. Sairaanhoitajat olivat jo jonkin aikaa ohjanneet perheitä ohjausintervention avulla. Aineisto analysoitiin deduktiivis-induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tuloksista selvisi, että sairaanhoitajat suunnittelivat ohjausta kartoittamalla perheen ohjaustarvetta, laatimalla ohjaukselle tavoitteet ja valmistautumalla ohjaukseen. Sairaanhoitajat kertoivat perheen, lapsen ja ympäristön vaikuttavan ohjauksen kulkuun. Esille nousivat erityisesti perheen keskittymiskyky, lapsen rauhallisuus ja osaston kiireisyys. Ohjausta arvioitiin muun muassa perheen osaamisen kautta sekä annettiin perheelle mahdollisuus antaa palautetta. Ohjaustilanteet herättivät sairaanhoitajissa erilaisia tunteita. Puolella sairaanhoitajista heräsi positiivisia tunteita ohjaustilanteesta. Heille jäi ohjaustilanteesta onnistumisen tunne ja hyvä mieli. Lopuille sairaanhoitajille heräsi ohjaustilanteista negatiivisia tai neutraaleja tunteita. Heille jäi ohjaustilanteesta epäonnistumisen tunne ja turhautuminen. Sairaanhoitajat mainitsivat ohjausinterventiosta hyviä sekä huonoja puolia. Hyväksi puoleksi koettiin, esimerkiksi että ohjausinterventiosta oli kaikki asiat otettu huomioon. Kuitenkin ohjausinterventio koettiin myös työlääksi ja aikaa vieväksi. Sairaanhoitajien mielestä ohjausta sekä ohjausinterventiota voitaisiin kehittää edelleen muun muassa tekemällä ohjausintervention käsikirjasta tiivistetty versio.</p>	
Avainsanat	ohjaus, sairaanhoitajan kokemukset, astma, lapsi, lääkehoito,

	ohjausinterventio
--	-------------------

Author(s) Title Number of Pages Date	Anna-Kaisa Myllynen, Sanna Nevalainen Nurses' Experiences of Intervention guidance of Medical Treatment for Children with Asthma 42 pages + 3 appendices 14 October 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Riikka Kukonlehto, Lecturer Maarit Kärkkäinen, Lecturer Marja Salmela, Lecturer
<p>Our final project was a part of a 4-year-long Patient Education of Children, Adolescents and Their Families project. The project was accomplished in co-operation with the HUCH Hospital for Children and Adolescents, Finland and third sector associations which are related to the care of long term sick children and their rehabilitation and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. The purpose of the project was to develop the guidance of nursing and also to develop the teaching of guidance in the University of Applied Sciences.</p> <p>Our study belonged to the third part of this project. The purpose of this study was to describe the nurses' experiences when guiding medical treatment intervention for children with asthma and their families. The goal of our final project is to develop guidance of children's medical treatment with the results of this study. The interview data (N=9) were collected in the department of children's infectious diseases L3 in the Jorvi hospital, Finland. Interviews with the theme were carried out at the end of the intervention experiment, so nurses had already guided families with the guidance intervention. The data of this study were analyzed by using deductive-inductive analysis.</p> <p>The results of this study showed that the nurses plan guidance by identifying the need for guidance in the family, by establishing goals for guidance and preparing guidance. Nurses told that the family, the child and the environment affect the course of counseling. Attention was paid particularly to families ability to concentrate, child's calmness and to the busy department. Nurses rated the guidance by evaluating the family's knowledge, by giving families the opportunity to feedback and by evaluating their own guidance. Guidance situations aroused a variety of emotions. Half of the nurses experienced positive emotions. They felt that the guidance situation had been succesfull. The remaining nurses experienced guidance situations in a negative or in a neutral ways. For them, the situation was a failure frustrating. Nurses mentioned good and bad sides. Good thing was for example that in the guidance intervention all things had been taken into consideration. However, the nurses felt that the guidance intervention was also laborious and time-consuming. Nurses believe that guidance and guidance intervention could be developed further by making the guidance intervention a condensed version of the manual.</p>	
Keywords	education, nurses' experiences, asthma, child, medical

	treatment, intervention guidance
--	----------------------------------

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	2
2.1	Pienten lasten astma	2
2.2	Astman lääkehoito pienillä lapsilla	5
2.3	Pienen lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen	6
3	Ohjaus	7
3.1	Ohjaus käsitteenä	7
3.2	Ohjausprosessi	8
3.2.1	Ohjauksen suunnittelu	9
3.2.2	Ohjauksen toteutus	10
3.2.3	Ohjauksen arviointi	11
3.3	Voimaantuminen	12
3.4	Perheen huomioiminen hoitotyössä	13
3.5	Sairaanhoitajien kokemuksia ohjauksesta	15
3.6	Lääkehoidon ohjausinterventio	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	20
5	Aineiston keruu ja menetelmät	20
5.1	Aineiston keruu	20
5.2	Aineiston analysointi	22
6	Opinnäytetyön tulokset	23
6.1	Ohjauksen suunnittelu	24
6.2	Ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät	25
6.3	Ohjauksen arviointi	27
6.4	Ohjaustilanteen herättämät tunteet	28
6.5	Kokemukset ohjausinterventiosta	29
6.6	Kehittämisideat	31
7	Pohdinta	32
7.1	Luotettavuus	32
7.2	Eettiset näkökohdat	35
7.3	Tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusehdotus	36
8	Lähteet	39

## Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelu runko

Liite 2. Kirjallinen suostumus

Liite 3. Analysoinnin eteneminen



## 1 Johdanto

Astma on lapsuusiän yleisin pitkäaikaissairaus. Suomessa on 4–7 prosenttia astmaa ja astmankaltaisia oireita sairastavia lapsia ja nuoria. (Rajantie – Mertsola – Heikinheimo 2010: 295.) Lapsen sairastuminen merkitsee muutospäivää perheen elämässä ja aiheuttaa perheessä erilaisia tunteita (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 322). Vanhemmat tarvitsevat erityistä tukea selviytyäkseen lapsen sairauden aiheuttamista käytännön ja tunnepuolen ongelmista (Povlsen – Karlberg – Ringsberg 2008: 35). Tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja, unohtamatta itsehoitoperiaatetta (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 27).

Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Laadukas ohjaus edistää toimintakykyä, elämänlaatua, kotona selviytymistä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs – Kääriäinen 2007: 145.) Laadukkaan ohjauksen ominaispiirteitä ovat muun muassa hyvä vuorovaikutus, hoitajan asiantuntijuus ja päätöksentekotaidot sekä suotuisa ohjausympäristö (Kääriäinen 2008: 10–12). Tutkimuksissa on selvinnyt, että sairaanhoitajien mielestä heillä on hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2006: 9; Kyngäs – Kukkarainen – Mäkeläinen 2005: 14; Jaatinen – Silvan-Haluttunen 2009: 40). Sairaanhoitajien mielestä kuitenkin resurssit kuten ohjaustilat, aika ja koulutus ovat puutteellisia, (Kyngäs ym. 2005: 15; Kääriäinen ym. 2006: 10; Jaatinen ym. 2009: 40) ja näin ollen laadukas ohjaus ei aina toteudu (Jaatinen – Silvan-Haluttunen 2009: 40).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavan lapsen lääkehoidon ohjausinterventio toteutumisesta. Työ on osa laajempaa Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektia vuosina 2007–2011. Projekti toteutuu yhteistyöhankkeena HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosyksiköiden, pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistysten ja ammattikorkeakoulu Metropolian kanssa. Yhteistyöhön osallistuvat HUS:in osalta Jorvin sairaalan lasten- ja nuorten sairauksien toimialan kaikki lastenosastot ja lastenpoliklinikka sekä Lastenklinikan poliklinikka ja Lastenlinnan osasto L11. Kolmannen sektorin osalta yhteistyöhön osallistuvat Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys, Epilepsiyhdistys, Keskoslasten vanhempien Kevyt-yhdistys sekä Allergia- ja astmayhdistys. (Kelo 2009: 3.) Projektin tarkoituksena on kartoittaa lapsen,



nuoren ja perheen ohjauksen nykytilaa ja kehittää voimavaroja vahvistava ohjauksen malli. Tulevaisuuden näkemyksenä on kehittää sellaisia lapsen, nuoren ja perheen tarpeita ja odotuksia vastaavia uusia hoitotyön ohjausmenetelmiä ja sisältöjä, jotka ovat vaikuttavia ja joiden avulla saavutetaan toivottu tulos voimavarojen vahvistumisessa. Käytännön hoitotyön ohjauksen kehittämisen ohella pyritään kehittämään myös ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa. (Kelo 2009: 3.)

Tämä opinnäytetyö on osa projektin kolmatta vaihetta. Kolmannen vaiheen tavoitteena on hankkia määrällisiä ja laadullisia menetelmiä käyttäen tietoa voimavaroja vahvistavan ohjauksen mekanismeista, konteksteissa ja tuloksista. Tässä vaiheessa projektia osastojen, joissa interventiota toteutettiin, henkilökunta sai koulutusta ohjauksen sisältöihin ja menetelmiin. Tämän jälkeen sovittu ohjausmenetelmä otettiin näillä osastoilla käyttöön. (Kelo 2009: 11.)

Tässä opinnäytetyössä kuvataan sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavien lasten ja perheiden lääkehoidon ohjausintervention toteutumisesta. Haastattelut toteutettiin ohjausintervention kokeilun loppuvaiheessa, joten sairaanhoitajat olivat jo jonkin aikaa ohjanneet perheitä ohjausintervention avulla. Tavoitteena on, että saadun tiedon pohjalta lasten lääkehoidon ohjausta voitaisiin kehittää.

## 2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

Tiedonhaku teimme seuraavista tietokannoista; Medic, Arto, Cinahl, ja PubMed. Hakusanoina olemme käyttäneet seuraavia sanoja ja niiden erilaisia yhdistelmiä: ohjaus, lapset, astma, lääkehoito, sairaanhoitaja, voimaantuminen, ohja\*, laps\*, lääkehoi\*, kokemu\*, education, child, asthma, nurse experience, empowerment, counseling. Olemme etsineet myös kirjallisuutta Metropolian ja terveystieteiden kirjastoista hakusanoilla ohjaus, astma, voimaantuminen, lapset, perhe, education, counseling, child, asthma, family. Teimme tiedonhakuja vuoden 2010–2011 aikana.

### 2.1 Pienten lasten astma

Käsitlemme työssämme pienten lasten astmaa. Pienellä lapsella tarkoitamme työssämme 0-3-vuotiasta lasta. Varhaisleikki-ikässä lapsen kehityspiirteitä ovat omatoimisuuden tarve, sääntöjen ja rajojen omaksuminen, rituaalit, rikas mielikuvitus,

käsitteiden vähäinen ymmärtäminen sekä kehon vahingoittumisen ja kivun pelko (Minkkinen – Jokinen – Muurinen 1997: 109). Tässä ikävaiheessa lapsi kasvaa ja kehittyy fyysisesti, kognitiivisesti, emotionaalisesti sekä sosiaalisesti (Koistinen – Ruuskanen – Surakka 2004: 59). Lapsi oppii vähitellen kävelemään ja puhumaan (Koistinen ym. 2004: 66). Lapsi on innostunut liikkumaan ja oppimaan uutta. Käveleminen avartaa lapselle uuden maailman. Lapsen leikkiessä motoriset taidot kehittyvät itsestään. Liikkumisen perustaitojen harjoitteluvaihe on vahvimmillaan tässä ikävaiheessa. Tänä aikana lapsi oppii käyttämään lihaksiaan monipuolisesti arkipäivän erilaisiin askareisiin. (Vilén ym. 2006: 136–138.) Lapsella on luontainen kyky ihmetellä erilaisia asioita. Lapsi kysyy ja etsii vastauksia asioihin. Ennen kielen oppimista, hän hakee vastauksia toimimalla, kokeilemalla, katsomalla, koskettamalla, maistamalla ja haistamalla. (Vilén ym. 2006: 144–145.) Lapsi alkaa oppia, millainen hänen odotetaan olevan ja mihin hän pystyy. Hän luo kuvaa itsestään. Varhainen vuorovaikutus säätelee sitä, millaiseksi temperamentti alkaa muokkautua. Lapsi oppii ympäristöstään, miten hänen tulee reagoida eri tilanteissa ja miten hallita tunteitaan. (Vilén ym. 2006: 148.) Lapsen päivittäiseen olemiseen ja sosiaalisuuden kehittymiseen kuuluu tärkeänä osana leikki. Lapsi saa leikistä iloa ja kokemuksia vuorovaikutuksen perusteista. (Minkkinen ym. 1997: 109; Vilén ym. 2006: 160.)

Lapsilla astma todetaan yleensä leikki- tai kouluiässä. Osalla astma ilmenee kuitenkin ensi kerran jo 1-2-vuotiaana hengitysvaikeuksina infektioitautien yhteydessä. Ensimmäisinä elinvuosina uloshengityksen vinkuminen flunssan aikana on täysin yleinen oire pienillä lapsilla. Alle kolmivuotiaista lapsista 20 prosentilla on hengityksen vinkumista virusinfektion yhteydessä. Kahdella kolmesta tällainen oireilu häviää iän myötä, mutta osalla nämä oireet ovat merkki kehittyvästä astmasta. (Haahtela – Hannuksela – Mäkelä – Terho 2007: 217, 241.)

Astma on keuhkoputkien krooninen tulehdustila, jolloin keuhkoputket ovat erityisen herkkiä erilaisille ärsykeille, kuten pölylle, savulle, hajuille, pakkaselle tai ruumiilliselle rasitukselle (Rajantie ym. 2010: 295; Koistinen ym. 2004: 199). Keuhkoputkien limakalvo on tulehtunut ja turvonnut, mikä aiheuttaa keuhkoputkien ahtautumisen (Karling – Ojanen – Siven – Vihunen – Vilén 2009: 287; Koistinen ym. 2004: 200). Lapsilla tyypillinen oire on yskä, johon liittyy hengenahdistuksen tunne ja hengityksen vinkuminen. Hengitys on myös työläämpää ja tiheämpää. Tyypillistä on, että oireet ilmenevät yöllä sekä rasituksessa. (Rajantie ym. 2010: 295.) Lapsi saattaa olla myös väsynyt, ärtyisä ja äkkipikainen. Lisäksi on tyypillistä, että flunssan yhteydessä on

pitkäaikaista yskää ja jatkuvia hengitystietulehduksia. (Laitinen – Juntunen-Backman – Hedman – Ojaniemi 2000: 120.)

Pienten lasten astma jaetaan kahteen päätyyppiin: infektioastmaan ja atooppiseen astmaan. Riskitekijät ja ennuste erottavat nämä toisistaan. Infektioastman ennuste on hyvä, sillä lapsen kasvaessa oireet jäävät usein vähitellen pois. Infektioastman voi aiheuttaa se, että lapsella on syntyessään ikäistään pienemmät hengitystiet. Nämä pienet hengitystiet ahtautuvat helposti virustulehduksen seurauksena, ja tämä aiheuttaa astman kaltaisia oireita. Kuitenkin lapsen kasvaessa keuhkoputket kehittyvät, ja oireet jäävät usein vähitellen pois. Infektioastman riskitekijöitä ovat vanhempien tupakointi, vanhempien oma astmataipumus sekä lapsen toistuvat virustartunnat. Atooppinen astma taas on enemmän allergiseen taipumukseen liittyvä. Tälle on tyypillistä, että altistuminen allergeeneille ylläpitää keuhkojen tulehdustilaa. Tämä puhkeaa yleensä ensimmäisen kerran flunssasta johtuvan hengitystietulehduksen yhteydessä. (Laitinen ym. 2000: 118–119.)

Lapsilla astma diagnosoidaan yleensä kliinisten oireiden sekä toistuvien obstruktiivisten bronkiittien eli ahtauttavien keuhkoputkentulehdusten perusteella. Diagnoosi voidaan tehdä, kun hoitoa vaatineita bronkiitteja on ollut vuoden sisällä 3-4 kertaa. Diagnosoinnissa otetaan huomioon myös perinnölliset riskitekijät sekä allergiataipumus. (Rajantie ym. 2010: 296.) Kaikissa tapauksissa ei ole kuitenkaan kyse astmasta, koska suuri osa lapsista pääsee eroon hengityksen vinkumisesta jo muutaman vuoden kuluttua (Haahtela ym. 2007: 243). Diagnosoinnissa on tärkeää erottaa usein oireilevat lapset niistä, joilla oireet ovat vain satunnaisia. Usein oireilevan lapsen tauti voidaan määrittää pelkästään kliinisin perustein. (Haahtela ym. 2007: 246.) Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä todennäköisempää on, että oireiden taustalla on jokin synnynnäinen rakennevika (Rajantie ym. 2010: 300).

Kun lapsella diagnosoidaan astma, on aloitettava asianmukainen hoito. Asianmukaisella hoidolla voidaan turvata lapsen mahdollisimman normaali kasvu ja kehitys. Astman hoito koostuu lääkehoidosta sekä lääkkeettömästä hoidosta. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan oireille altistavien tekijöiden välttämistä. Esimerkiksi kotona tulisi vähentää sisäilmassa olevia ärsykeitä kuten pölyä. Myös tupakointi ei sovi astmalapsen ympäristöön. (Karling ym. 2009: 288; Koistinen ym. 2004: 204.)

## 2.2 Astman lääkehoito pienillä lapsilla

Astman lääkehoidon tarkoituksena on turvata lapsen mahdollisimman normaali kasvu ja kehitys. Lääkityksellä pyritään ylläpitämään hyvä tasapaino. (Rajantie ym. 2010: 300–301.) Hoitomyöntyvyys, oikea lääkkeenantotekniikka, ikään sopiva inhalaatiolaite sekä tuttu ja turvallinen seurantapaikka takaavat lapselle parhaan tasapainon (Rajantie ym. 2010: 303).

Keuhkojen krooninen tulehdustila rauhoitetaan riittävällä annoksella inhaloitavaa kortikoidia, jonka jälkeen etsitään pienin oireet hallitseva annos. Astman hoidossa käytettäviä lääkkeitä on kahta tyyppiä: hoitavia ja avaavia lääkkeitä. Tulehdusta hoitavat eli anti-inflammatoriset lääkkeet ovat astman lääkehoidon kulmakivi. Nämä hoitavat lääkkeet vähentävät oireita ja keuhkojen toiminta vakautuu. Avaavat lääkkeet taas laajentavat ahtautuneita keuhkoputkia. Niitä käytetään tarvittaessa hengenahdistuksen lievittämiseen tai vaikeassa astmassa säännöllisesti. (Haahtela ym. 2007: 255–258; Koistinen ym. 2004: 200–201.)

Pienillä lapsilla lääke annetaan aina niin sanotun inhalaatiokammion (Babyhaler, Volumatic) avulla (Rajantie ym. 2010: 300). Oikea inhalaatiolaite ja – tekniikka vaikuttavat merkittävästi lääkkeen perillemenoon, inhaloidun annoksen määrään ja mahdollisiin haittavaikutuksiin (Rajantie ym. 2010: 304). Pienelle lapselle inhaloitavan lääkkeen saa parhaiten annetuksi pitämällä lasta sylissä. Hengitysmaskia on pidettävä tiiviisti lapsen suun ympärillä, jottei lääkettä pääse hukkaan. (Ivanoff – Risku – Kitinoja – Vuori – Palo 2007: 181.) Hengitettävien lääkeaineiden vaikutus alkaa nopeasti. Lapsen vointia tulee seurata lääkkeenannon aikana ja sen jälkeen. Parhaiten lääkeinhalaatio vaikuttaa, jos lapsi nukkuu tai on muuten rauhallinen. Jos lapsi on itkuinen tai vastusteleva, voidaan lääkkeenanto keskeyttää hetkeksi ja jatkaa sitä lapsen rauhoituttua. (Koistinen ym. 2004: 154.)

Inhaloitavat kortikoidit ovat turvallisia, mutta haittavaikutuksia saattaa kuitenkin ilmetä. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat kurkun ärsytys ja äänen käheys. Lääkkeet voivat vaikuttaa myös hampaisiin, ne saattavat kuivattaa suun limakalvoja ja näin edistää hammasplakkia muodostavien bakteerien toimintaa. Lisäksi astmalääkkeet voivat hidastaa lapsen kasvua, tavallisesti ensimmäisen puolen vuoden aikana, mutta lapsen lopulliseen pituuteen lääkityksellä ei näytä olevan vaikutusta. (Haahtela ym. 2007: 259–260.) Vaikka astman lääkehoito saattaakin aiheuttaa erilaisia haittavaikutuksia,

hoitamattomana astma on kuitenkin suurempi riski kasvulle ja kehitykselle kuin säännöllinen lääkitys (Haahtela ym. 2007: 225). Haittavaikutuksia voidaan vähentää hyvän inhalaatiotekniikan sekä suun hoidon avulla (Haahtela ym. 2007: 259–260). Lääkehoidon kesto on aina yksilöllinen. Infektioastmaa sairastavilla lapsilla hoidon tarve on yleensä pidempi kuin atooppista astmaa sairastavilla. Astman seurantaväli vaihtelee lapsen iän ja astman vaikeusasteen mukaan. (Rajantie ym. 2010: 303.)

### 2.3 Pienen lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen

Pienen lapsen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen (Ivanoff ym. 2007: 90). Kun vanhemmille kerrotaan lapsen kroonisesta sairaudesta, he joutuvat usein epävarmuuden tilaan, joka vaihtelee täydellisestä tietämättömyydestä rajalliseen tietämykseen. Tämän vuoksi vanhemmat kokevat usein suurta ahdistusta. Tiedon vähyyden ja mielikuvien vuoksi ei olekaan yllättävää, että vanhemmat saavat ensin pahimman mahdollisen kuvan sairaudesta. (Davis 2003: 25.) Perhe on uuden tilanteen edessä ja perhe voi ajautua kriisiin (Ivanoff ym. 2007: 90). Lapsen sairastuminen vaativat erityisiä voimavaroja sekä lapselta itseltään, että koko perheeltä. Perheen tulee sopeutua niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin uuteen pelottavaan tilanteeseen. (Davis 2003: 18.) Perheen merkitys korostuu, kun lapsi sairastuu kroonisesti, sillä lapsen vointi aiheuttaa luonnollisesti perheessä huolta. Selviytyäkseen hankalasta tilanteesta perhe tarvitsee tietoa ja ohjausta lasta hoitavilta henkilöiltä. (Miceli – Clark 2005: 43.)

Lapsen sairastumisen myötä koko perheen normaali elämänrytmi muuttuu (Paunonen – Vehviläinen–Julkunen 1999: 323; Davis 2003: 18; Hopia 2006: 64). Lapsen sairastuttua perhe menettää hetkellisesti itsenäisyytensä, ja elämää ohjaavat lapsen sairaus sekä sairaalahoitojen aikataulu. Perheiden on sopeuduttava suunnittelemaan elämäänsä hyvin tarkasti etukäteen, mutta opittava samanaikaisesti elämään jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa. Sairastuneesta lapsesta tulee siis perheen toiminnan ja päätöksenteon keskipiste, koska hän tarvitsee paljon hoivaa ja huolenpitoa. Vanhemmat kokevat tämän kuluttavaksi ja raskaaksi. (Hopia 2006: 62–64.) Lapsen sairastuminen kuormittaa koko perheen elämää emotionaalisesti sekä sosiaalisesti (Ivanoff ym. 2007: 97–98). Eniten esiintyy kuitenkin sosiaalisten suhteiden häiriöitä, erityisesti lapsien ja vanhempien välisten suhteiden häiriöitä (Davis 2003: 34). Vanhempien parisuhde kulkee usein vuoristorataa lapsen sairastumisen myötä. Vanhemmilla on erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. He voivat olla yksinäisiä ja

tuntevat syyllisyyttä lapsen sairastumisesta. Vanhempien roolit muuttuvat perhekeskei-perhekeskeisemmäksi. (Hopia 2006: 62–63.) Lapsen sairaus vaikuttaa siis monin tavoin vanhempien keskinäiseen suhteeseen. Sairastumisen myötä parisuhde joutuu koetukselle, koska puoliset ovat huolissaan sairaasta lapsesta, ja heillä voi sen vuoksi olla vähemmän aikaa toisilleen sekä muille sisaruksille. (Davis 2003: 34.) Lapsen sairastuessa saattavat sisarukset jäädä vähemmälle huomiolle. Sisarusten on todettu häiriintyvän tavallista helpommin tällaisessa tilanteessa. Tämä voi näkyä ärtyisyytenä, sosiaalisista kontakteista vetäytymisenä, mustasukkaisuutena ja syyllisyydentunteena, alisuoriutumisenä koulussa, käyttäytymishäiriöinä, ahdistuneisuutena ja heikkona itsetuntona. Muut sisarukset saattavat kokea tulevansa laiminlyödyiksi sairaaseen lapseen kohdistetun erityisen huomion vuoksi. (Davis 2003: 18–19.) Sisarukset usein tuntevat olonsa ulkopuoliseksi, koska vanhemmat keskittyvät enemmän sairastuneeseen lapseen. Lisäksi he saattavat tuntea syyllisyyttä tapahtuneesta, sillä he pohtivat mistä sairaus johtuu ja miksi juuri tämä sisko tai veli sairastui. (Ivanoff ym. 2007: 97.) Sairastuneen lapsen sisarusten rooli ja käyttäytyminen muuttuvat monella tapaa. Sisarukset saattavat kärsiä muun muassa fyysisistä oireista, kuten vatsakivuista ja huimauksesta, eivätkä vanhemmat aina tiedä miten siihen pitäisi suhtautua. (Hopia 2006: 62.) Edellä mainitut seuraukset ovat tavallisia kaikissa perheissä kun lapsi on sairas, mutta kroonisesti sairaan lapsen perheessä niistä tulee elämäntapa ja perheen toiminta yhteisönä voi häiriintyä. Käynnit lääkärillä tai jopa sairaalajaksot ja niistä johtuvat poissaolot kotoa kuormittavat perheen sisäisiä suhteita. (Davis 2003: 18.)

### 3 Ohjaus

#### 3.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjaus käsitteellä on useita eri merkityksiä. Voidaan puhua neuvonnasta, tiedon antamisesta ja opetuksesta. (Heikkinen ym. 2006: 121; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 253; Kyngäs – Hentinen 2009: 78.) Aikaisemmin on ohjauksen lähtökohtana korostettu hoitajan asiantuntijuutta (Kyngäs – Hentinen 2009: 77). Nykyään potilaan ohjauksen perustana on kuitenkin potilaslähtöisyys, potilaan ja hoitajan jaettu asiantuntijuus ja vastuullisuus (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 10–11; Kyngäs – Hentinen 2009: 77). Ohjauksessa potilas on aktiivinen ongelman ratkaisija ja ohjaus rakentuu niille asioille, joita asiakas pitää tärkeinä terveydelleen, ja jotka hän nostaa esille. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa antamalla kuitenkin valmiita ratkaisuja. Ohjaus on

muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, ja ohjaussuhde on tasavertainen. (Kyngäs ym. 2007: 25.)

Viime aikoina ovat potilaiden hoitajaksot sairaalassa lyhentyneet, mutta moniongelmaisuus lisääntynyt. Ohjauksella voidaan helposti tukea potilaan itsehoitovalmiuksia kotona (Lipponen ym. 2006: 10; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 256) ja näin ollen vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 256). Siksi ohjaukseen panostaminen on erityisen tärkeää. Potilaalla on myös oikeus saada ohjausta, ja hoitajalla on velvollisuus ohjata potilasta huomioiden lakien, asetusten, ohjeiden, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämisen näkökulmat. (Kääriäinen 2008: 10–12; Kyngäs ym. 2007: 17.) Tutkimusten mukaan tiedon saaminen myös mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon, edistää itsehoitovalmiuksia (Lipponen ym. 2006: 10; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 256) ja lisää hoitoon sitoutumista (Kyngäs – Hentinen 2009: 81). Lisäksi ohjaus vähentää potilaan ahdistusta, masentuneisuutta ja pelkoa (Lipponen ym. 2006: 11; Kyngäs ym. 2007: 145).

Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. (Kääriäinen 2008: 10.) Laadukkaan ohjauksen tarjoamiseksi hoitaja tarvitsee tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia. Tämä vaatii hoitajalta tietoja ohjattavista asioista ja erilaisista ohjausmenetelmistä, sekä riittävät aika-, ja tilaresurssit. (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 255; Kyngäs – Hentinen 2009: 92–93.) Ohjaus ei voi myöskään toteutua ilman vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat potilaan kehitystä edistävän ohjauksen ajoitus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Päätöksentekotaitoja tarvitaan taas turvallisen ohjausympäristön valitsemiseen, ohjausprosessin ylläpitoon, arviointiin ja kirjaamiseen. (Kääriäinen 2008: 10–12; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 255; Kyngäs – Hentinen 2009: 92–93.) Jotta hoitajalla säilyvät ohjausvalmiudet ja ohjaus on laadukasta, on hänen velvollisuutenaan päivittää tietojansa ja taitojaan (Kääriäinen 2008: 12) sekä sitouduttava ohjaukseen (Kyngäs – Hentinen 2009: 93).

### 3.2 Ohjausprosessi

Ohjausta voidaan tarkastella prosessina ja erottaa siinä kolme eri vaihetta. Nämä vaiheet ovat ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen arviointi.

(Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005c: 28; Kyngäs – Hentinen 2009: 81.) Ohjauksen ominaispiirteitä ovat potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde, sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 254; Kyngäs – Hentinen 2009: 80).

### 3.2.1 Ohjauksen suunnittelu

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia (Kääriäinen ym. 2005c: 28; Kyngäs ym. 2007: 47). Ohjaustarpeen kartoittamiseksi on siis tärkeää ottaa huomioon esimerkiksi se, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän jo tietää sairaudestaan (Lipponen ym. 2006: 10–11; Kyngäs ym. 2007: 27). Selvityksen apuna voidaan käyttää kyselylomakkeita tai keskustelua potilaan kanssa tämän mieltä askarruttavista asioista, joista hän tuntee tarvitsevansa ohjausta (Kyngäs ym. 2007: 27).

Ohjaus on ohjaajan ja ohjattavan välistä tavoitteellista toimintaa ja siksi ohjauksen suunnittelussa on tärkeää muodostaa ohjaukselle tavoitteet. Tavoitteissa korostuvat potilaan vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan ja ne määräävät ohjauksen sisällön. (Kääriäinen – Kyngäs ym. 2005a: 255; Kääriäinen ym. 2005c: 28.) Ohjauksen tavoitteena voi olla muun muassa tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutosten edistäminen, sosiaalisten suhteiden muuttaminen sekä selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 255.) Hoitajan tulee asettaa yhdessä potilaan kanssa tavoitteet ja rakentaa ohjaussuhdetta tavoitteiden mukaisesti. Ohjaussuhteen rakentaminen sen sijaan vaatii, että hoitaja pyrkii aktiivisesti selvittämään potilaan taustatekijät, sekä tunnistaa omat taustatekijänsä, jotka vaikuttavat ohjaukseen. Taustatekijät vaikuttavat alkuhetkestä lähtien koko ohjausprosessin ajan ja ne ovat aina sidoksissa ohjaukseen ja niiden selvittäminen on välttämätöntä potilaslähtöisessä ohjauksessa. (Kääriäinen 2008: 12; Kyngäs ym. 2007: 42–43; Kyngäs – Hentinen 2009: 83.) Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 254; Kääriäinen ym. 2005c: 28; Kyngäs ym. 2007: 26–28; Kyngäs – Hentinen 2009: 83). Potilaan fyysiset taustatekijät, esimerkiksi ikä, sukupuoli ja sairaus, vaikuttavat siihen, miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan (Kääriäinen 2008: 12; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 254; Kyngäs ym. 2007: 29; Kyngäs – Hentinen 2009: 84). Psyykkiset taustatekijät, kuten terveysuskomukset, motivaatio ja mieltymykset vaikuttavat



esimerkiksi siihen, haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi (Kääriäinen 2008: 12; Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 254; Kyngäs ym. 2007: 32–33; Kyngäs – Hentinen 2009: 87). Hoitajan tulisi tunnistaa myös potilaan henkinen tila, sillä se voi edistää tai estää potilaan ohjauksen tavoitteiden saavuttamista (Kyngäs ym. 2007: 42–43). Sosiaalisia taustatekijöitä ovat esimerkiksi kulttuuri, uskonnollisuus ja etninen tausta. Nämä vaikuttavat potilaan toimintaan ja vaikuttavat siihen miten lähestyä ohjauksessa käsiteltäviä asioita. (Kyngäs ym. 2007: 35–36.) Ympäristöön liittyvät taustatekijät kuten fyysinen ympäristö, hoitotyön kulttuuri, ja ihmissuhdeympäristö vaikuttavat ohjaustilanteeseen joko heikentämällä sitä tai tukemalla sitä (Kyngäs ym. 2007: 36–37; Kyngäs – Hentinen 2009: 93). Suuri merkitys on esimerkiksi tilalla, jossa ohjaus toteutetaan (Kyngäs ym. 2007: 36). Myös hoitajan omat taustatekijät, kuten motivaatio, ikä ja kokemukset, saattavat vaikuttaa ohjaukseen ja niillä saattaa olla merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Siksi on tärkeää, että hoitaja tunnistaa ja ottaa huomioon myös omat taustatekijänsä. (Kääriäinen 2008: 12; Kyngäs ym. 2007: 47–49; Kyngäs – Hentinen 2009: 86–89.)

### 3.2.2 Ohjauksen toteutus

Ohjaussuhdetta rakennetaan hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen avulla ja sen toteutumiseksi on huomioitava potilaan, että hoitajan taustatekijät (Kyngäs ym. 2007: 38–40; Kääriäinen ym. 2005a: 255; Kyngäs – Hentinen 2009: 82). Potilaan taustatekijöiden huomioiminen vaatii vuorollaan vaikuttamista eli kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa että vuorovaikutus on tavoitteellista, mutta ei kaavamaisista, ja että vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla. Kuitenkin tavoitteista neuvotellaan yhdessä potilaan kanssa. Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella on myös rakenne, mutta sen eteneminen on joustavaa ja se rakentuu keskustelun välineiden pohjalta, joita ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. (Kyngäs ym. 2007: 38–40; Kääriäinen ym. 2005a: 254.) Vuorovaikutus ei kuitenkaan pääse toteutumaan, elleivät potilas ja hoitaja ole kumpikin aktiivisia ohjaussuhteessa. Ohjauksen vaikutuksiin vaikuttaa merkittävästi se millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä huomioidaan potilaan tarpeet ja tuetaan häntä aktiivisuuteen. Toimivassa ohjaussuhteessa potilas tuntee itsensä arvostetuksi, saa tilanteensa kannalta tarpeellista tietoa ja tukea sekä ymmärtää entistä paremmin itseään ja omaa tilannettaan. (Kyngäs ym. 2007: 38–40; Kyngäs – Hentinen 2009: 100.) Tilanteessa, jossa vuorovaikutus ei ole kaksisuuntaista, on

hoitajan otettava vastuu. Hoitajalla on ammatillinen vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamiseen. (Kyngäs ym. 2007: 41–43; Kyngäs – Hentinen 2009: 100.) Huomioitava on myös se, että vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa, jolloin hänen vastaanottokykynsä ohjauksen suhteen ei ole paras mahdollinen (Lipponen ym. 2006: 10–11).

Ohjauksessa käytettävän tiedon tulisi olla ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, ja sen antamisessa pitäisi huomioida asiakkaan näkemykset ja elämäntilanne. Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää tietoa siitä miten ihminen omaksuu asioita. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tiedostamaan omaa tyyliänsä oppia. Näitä tyyliä ovat esimerkiksi kuvien avulla -, tekemällä ja lukemalla oppiminen. (Kääriäinen ym. 2005c: 28.) Ohjauksessa myös hoitaja voi käyttää erilaisia ohjaustyyliä, esimerkiksi hyväksyvää, konfrontoivaa tai katalysoivaa ohjaustyyliä. Hyväksyvää ohjaustyyliä käytetään tilanteissa joissa potilas tarvitsee varmistusta asioille tai tunteet ovat pinnassa. Hoitajan roolina on kuunnella, hyväksyä ja tukea, mutta ei osallistua muuten kuin pyytämällä tarkentamaan jotain seikkaa. Konfrontoivaa tyyliä voidaan käyttää kun halutaan osoittaa potilaan puheen ja tekojen välisiä ristiriitoja. Katalysoivaa ohjaustyyliä kartoitetaan ja selkeytetään potilaan tilannetta avoimien kysymysten avulla. Näin potilas itse punnitsee, mitä hyötyä ja haittaa muutoksesta hänelle olisi. (Kääriäinen ym. 2005c: 29.)

### 3.2.3 Ohjauksen arviointi

Ohjausta tulee arvioida jatkuvasti itse ohjauksen että toivotun lopputuloksen näkökulmista. Ohjausta tulee arvioida myös asetettujen tavoitteiden mukaisesti ja ohjausprosessina. Vain näin voidaan olla varmoja ohjauksen vaikuttavuudesta. (Kyngäs – Hentinen 2009: 104.) Ohjaajan tulee myös aina arvioida omaa toimintaansa ohjaussuhteessa (Kyngäs – Hentinen 2009: 109). Arviointi tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa, mutta myös hoitajan kriittinen ja rehellinen itsearviointi kehittää ammattitaitoa (Kyngäs – Hentinen 2009: 109). Vaikuttavan ohjauksen yksi edellytys on, että se kirjataan huolellisesti (Lipponen ym. 2006: 11; Kyngäs – Hentinen 2009: 109). Potilaspapereihin kirjataan ohjauksen tarpeet, tavoitteet, toteutus sekä yhdessä potilaan kanssa tehty arviointi. Jos ohjausta ei kirjata, on sen jatkuvuus uhattu. Tällöin seuraava hoitaja ei tiedä mitä potilaalle on ohjattu ja mitä potilaan kanssa on sovittu. Myös ohjauksen vaikuttavuuden seuranta hankaloituu. (Kyngäs – Hentinen 2009: 109–110.) Toisaalta arviointi voi tehdä ohjaussuhteen samalla myös valtasuhteeksi ja

asettaa haasteita molemminpuoliselle vuorovaikutukselle ja yhteistyölle (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 255).

### 3.3 Voimaantuminen

Voimaantuminen on käänös englanninkielen sanasta empowerment. Voimaantumisesta on käytetty myös termejä sisäinen voimantunne ja voimavaraistuminen. Voimaantuminen-käsitteen voi liittää seuraaviin seikkoihin: asioiden mahdollistamiseen, voimavarojen löytämiseen, elämänhallintaan sekä toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamiseen. (Siitonen – Robinson 2001: 3.) Läheisinä käsitteinä voidaan nähdä myös prosessi, potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistuminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen, sekä tasavertaisuus, autonomia ja reflektio (Kettunen 2001: 80).

Voimaantuminen voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen hallintaan. Sisäisellä tarkoitetaan yksilön sisäistä kokemusta ja motivaatiota, jolla yksilö suhtautuu esimerkiksi terveyteensä. Ulkoisella taas tarkoitetaan miten ulkoisin toimin voidaan vahvistaa yksilöitä. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 29.) Sisäinen hallinta on voimantunnetta, joka syntyy ihmisen omien oivallusten ja kokemusten kautta. Voimaantuminen lähtee aina ihmisestä itsestään, eikä ulkopuolinen voi pakottaa toista voimaantumaan. Vuorovaikutus muiden kanssa on kuitenkin merkittävä voimaantumiseen vaikuttava ja sitä edistävä tekijä ja ulkoinen hallintakeino. (Siitonen 1999: 93; Vilen – Leppämäki – Eksröm 2008: 23–24.) Voimaantumista voidaan pitää myös yksilön tai ympäristön prosessina, jolloin se kuvaa sitä miten hallinta johonkin asiaan, esimerkiksi omaan terveyteen saavutetaan (Leino-Kilpi ym. 1999: 29). Tämän prosessin kautta saavutetaan hallinta omaan elämään ja toimintaan. Lopputuloksena ihminen kokee käyttävänsä valtaa terveyttään koskevissa toiminnoissa ja päätöksenteoissa. (Leino-Kilpi ym. 1999: 29; Kuokkanen – Leino-Kilpi 2001: 274.)

Voimaantumista tukeva tieto voidaan jakaa seitsemään eri sisältöalueeseen. Ensimmäinen alue on tiedollinen alue, johon kuuluvat muun muassa asiakkaan kyky ymmärtää, hankkia ja käyttää tietoa sekä se, mitä asiakas jo tietää. Biologis-fysiologiseen alueeseen kuuluvat esimerkiksi asiakkaan ikä, sukupuoli, temperamentti, sairaus ja sen laatu. Toiminnallisen alueen esimerkkeinä voidaan mainita asiakkaan

päivittäiset toiminnot, ja apuvälineet. Neljäs alue on sosiaalis-yhteisöllinen alue, johon kuuluvat muun muassa asiakkaan perhetilanne ja perheen vuorovaikutussuhteet. Kokemukselliseen alueeseen voidaan mainita asiakkaan aikaisempi terveys, sairaalakokemukset ja eettiseen alueeseen autonomia, asiakkaan oikeus päätöksentekoon. Seitsemäs alueista on taloudellinen alue, johon kuuluvat asiakkaan elinolosuhteet, työ, ammatti ja taloudelliset vaikeudet. (Leino–Kilpi ym. 1999: 33–34.)

Voimaannuttava ohjaus ei ole käyttäytymisen muuttamista vaan potilaan tietoisuuden lisääntymistä sekä tuen tarjoamista niin että potilaalla on välineet tehdä muutos itse. Voimaannuttava ohjaus on siis voimavaroja vahvistavaa toimintaa. Tällainen ohjaus lähtee potilaan kyvykkyydestä ja hänen täysvaltaisesta keskusteluun osallistumisestaan. (Kettunen 2001: 89.) Tärkeä osa hoitajan voimaannuttavaa ohjausta on neutraalisuus, joka kunnioittaa potilaan autonomiaa. Kun hoitoon liittyviä vaihtoehtoja esitellään tasavertaisina mahdollisuuksina, päätöksenteko on potilaan hallussa. Hoitajien aloitusratkaisu, tuntemuskysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalisuus tarjoavat potilaalle tilan osallistua ja näin potilaita koskettavat asiat pääsevät osaksi ohjausinterventiota. (Kettunen – Poskiparta – Karhila 2002: 217–220.)

### 3.4 Perheen huomioiminen hoitotyössä

Perheen huomiointi lapsen hoitotyössä on tärkeää, koska lapsen terveys liittyy vahvasti perheen hyvinvointiin (Paunonen – Vehviläinen–Julkunen 1999: 61; Åstedt-Kurki – Paavilainen 2002: 3). Lapsen sairastuessa hoitajilta saatu ohjaus ja tuki edesauttaa vanhempia ylläpitämään heidän vanhemmuuden roolia ja parantaa sitä kautta lapsen hoidon laatua (Wheeler 2005: 56; Sanjari ym. 2009: 120).

Hoitajien tulisi mahdollistaa vanhempien aktiivinen osallistuminen heidän sairaan lapsensa hoitoon, koska lapsi tarvitsee vanhempien läheisyyttä ja tukea sairaalassa oloaikana. Vanhemmat tutustutetaan osaston toimintatapoihin sekä pyritään muodostamaan luottamuksellinen hoitosuhde heidän kanssaan. Vanhemmille annettava tieto sekä turvallinen hoitoympäristö edesauttavat vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon. (Verwey – Jooste – Arries 2008: 30–42.) Lapsen ja vanhempien on tunnettava olonsa turvallisiksi sairaalassa. Turvallinen ja viihtyisä hoitoympäristö viestii vanhemmille, että lasta hoitavat henkilöt ovat asiantuntijoita. Turvallisuuden periaate toteutuu parhaiten, kun perhettä kunnioitetaan. Vanhempien ohjaaminen ja jatkohoito-

ohjeiden antaminen on erityisen tärkeää, koska vanhemmat ovat lapsen huoltajia ja heidän tehtävänsä on huolehtia lapsen hoidon jatkuvuudesta. (Knaapi - Mäenpää 2005: 362–363.)

Vanhemmat toivovat, että heidät otettaisiin huomioon koko lapsen hoitoprosessin ajan ja heille annettaisiin mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon aktiivisesti (Sarajärvi – Haapamäki – Paavilainen 2006: 205; Mäkinen – Välimäki – Katajisto 1999: 109). Lisäksi vanhemmat pitävät tärkeänä luottamuksellista hoitosuhdetta (Hayes 2001: 281; Kirk – Glendinning 2002: 625). Vanhemmat kaipaavat hoitohenkilökunnalta tiedollista ja emotionaalista tukea ennen kaikkea silloin, kun lapsi on vasta sairastunut astmaan. Tiedon antaminen on yksi tärkeimmistä perheen tukemismuodoista ja sitä pidetään erittäin tarpeellisena. (Lehto – Laitinen–Junkkari – Turunen 2000: 66.) Vanhemmille annetaan tietoa lapsen voinnista sekä hänelle suunnitelluista ja toteutetuista hoidoista (Nevalainen – Kaunonen – Åstedt–Kurki 2007: 192). Tiedon tulee olla totuuden mukaista ja sitä tulee antaa samanaikaisesti sekä lapselle että vanhemmille (Hopia 2004: 192). Lisäämällä perheen tietoisuutta, voi hoitohenkilökunta auttaa parantamaan koko perheen elämänlaatua (Navaie – Misener – Mersman – Lincoln 2004: 311). Kuitenkin vanhemmat pystyvät usein sairauden alkuvaiheessa vastaanottamaan vain rajallisesti tietoa lapsen sairaudesta, ja he antavatkin mielellään hoitovastuun terveydenhuoltohenkilöstölle (Toivanen – Kyngäs 1999: 22). Vanhemmat odottavat emotionaaliselta tuelta kuuntelua ja aktiivista läsnäoloa keskustelutilanteessa (Sarajärvi ym. 2006: 205; Tuominen – Halme – Åstedt–Kurki 2007: 212). Perheen voimaannuttavassa kohtaamisessa tulee esille perheenjäsenten hyväksyntä ja heistä välittäminen (Halme – Paavilainen – Åstedt–Kurki 2007: 18).

Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa erilaisten hoitotyön menetelmien avulla esimerkiksi antamalla tietoa vanhemmille voimia antavista ja kuormittavista tekijöistä, sekä lisäämällä valmiuksia toimia koko perheen voimia vahvistavasti. Perheistä lähes kaikki kokivat terveydenhuoltohenkilöstöltä saamansa tuen myönteisenä ja ilmapiirin turvallisena. Heidän mielestään terveydenhuoltohenkilöstö oli luottamusta herättävää ja heidän suhtautumisensa oli kunnioittavaa. Tietoa potilaan terveydentilasta ja hoitoon liittyvistä kysymyksistä perheenjäsenet saivat mielestään jonkin verran. Yli puolet perheenjäsenistä koki saaneensa tietoa hyvin. Vähiten perheenjäsenet saivat tietoa omaa jaksamistaan varten. (Rantanen – Heikkilä – Asikainen – Paavilainen – Åstedt–Kurki 2010: 146.) Voimavarakeskeistä työskentelyä voidaan tukea esimerkiksi erilaisin haastatteluin, jolloin perhe itse miettii voimavarojaan sekä kotikäynnein, jolloin

elämäntilanteen tunteminen korostaa perheen ainutlaatuisuutta. Voimavaraisiksi itsensä tuntevat vanhemmilla on oman elämänsä hallinnan tunne, ja he kykenevät tukemaan lapsensa kehitystä. Heillä on myös lisääntynyt itsetuntemus ja motivaatio selvitä vaikeissa tilanteissa. Perheellä on myös hyvä psyykinen ja fyysinen terveys. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 207–209.)

Yksilöllisyys sekä lapsen kasvun ja kehityksen turvaaminen ovat lapsen hoitotyön erityispiirteitä. Hoitoympäristön on oltava lapsen kehitystasoa vastaava sekä hoitokäytäntöjen tulee olla oikeita, varmoja ja tarpeellisia. Hoitotyössä yksilöllisyyttä toteutetaan ottamalla huomioon lapsen persoonalliset ominaisuudet, äidinkieli ja kulttuuriset taustat. (Knaapi – Mäenpää 2005: 362.) Yksilöllisyys on tärkeää lapsen hoidossa, koska jokainen lapsi on ainutlaatuinen ja arvokas yksilö. Lapsen yksilöllisyyttä hoitotyössä kunnioitetaan ottamalla hänen mielipiteensä huomioon ja kuuntelemalla häntä. Lapsen tulee tietää, mitä hoitotoimenpiteitä hänelle tehdään. (Sarajarvi ym. 2006: 205.) Hoitotyössä tulee ottaa huomioon myös lapsen kehitysvaiheet ja sairaanhoitajan tulee tuntea lapsen normaali kehitys, jotta hoito olisi yksilöllistä. Lapsen omatoimisuutta tuetaan ottamalla lapsi ja hänen perheensä mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi lapsen omatoimisuuden tukemisessa tulee huomioida lapsen ikä, sairaus ja toimintakyky. (Knaapi - Mäenpää 2005: 362–363.)

Leikki on lapsen selviytymiskeino sairastuessa. Leikki kuuluu lapsen normaaliin elämään ja lapsi pitää sitä erityisen tärkeänä sairastuessa. Varhaisleikki-iässä lapsilla voi esiintyä pelkoa, ahdistusta ja jopa taantumista sairaalahoidossa ollessaan. Sairaalahoito on pienelle lapselle voimakas emotionaalinen kokemus ja onkin tärkeää valmistella lapsi uusiin tilanteisiin rauhallisesti tutustuen ja sylissä pitäen. Lapsen annetaan leikkiä sairaalavälineillä esimerkiksi ruiskuilla. Tällöin välineet tulevat tutuiksi ja ovat vähemmän pelottavia. Sairaalapelkoa vähentää lapsen oma turvalelu, joka voi olla mukana toimenpiteessä. Lapselle voidaan myös antaa mahdollisuus valita, esimerkiksi kummasta kädestä verinäyte otetaan. Näin tuetaan lapsen halua hallita itseään. (Minkkinen ym. 1997: 110.)

### 3.5 Sairaanhoitajien kokemuksia ohjauksesta

Sairaanhoitajat toteuttavat suurimman osan potilaiden ohjauksista potilaslähtöisesti, ja lähes kaikilla sairaanhoitajilla ohjauksen lähtökohtana ovat potilaiden tarpeet (Kääriäinen ym. 2006: 10; Savolainen – Sirviö – Tarvainen 2008: 23). Sairaanhoitajat

kokevat tärkeäksi asiakkaan tarpeista ja odotuksista lähtevän ohjauksen toteuttamisen (Savolainen ym. 2008: 23). Pieni osa sairaanhoitajista ei kuitenkaan sovelta ohjattavia asioita potilaan elämäntilanteeseen, eikä keskustele ohjauksen tavoitteista potilaan kanssa (Kääriäinen ym. 2006: 10). Sairaanhoitajat saavat mielestään kuitenkin tarpeeksi esitietoa lapsen nykyisestä terveydentilasta potilasohjauksen toteuttamista varten (Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 38–44). Sairaanhoitajat pitävät ohjaukseen valmistautumista tärkeänä potilaan ymmärtämisen edistämiseksi. Esimerkiksi potilaan sairauskertomuksiin paneudutaan ennen ohjausta, jotta hänelle voidaan antaa yksilöllistä ohjausta. (Kyngäs ym. 2005: 14.) Hoidon ohjauksen yksilöityminen on kuitenkin puutteellista, koska sairaanhoitajilla ei ole tarvittavia taitoja tai riittävästi aikaa. Kaikkien sairaanhoitajien mielestä potilasohjauksessa tulee kartoittaa lapsen voimavarat hänen hoitonsa toteuttamiseksi ja terveytensä edistämiseksi. Lisäksi he myönsivät, että potilasohjauksessa perheen voimavarojen kartoittaminen on tarpeellinen lapsen hoidon toteuttamiseksi sekä perheen voimaantumiseksi. Sairaanhoitajista puolet käytti erilaisia kyselylomakkeita lapsen ja perheen voimavarojen kartoittamiseksi. Suuri osa kuitenkin katsoi, ettei heillä ollut riittävästi aikaa esimerkiksi potilasohjauksen suunnitteluun. (Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 38–44.)

Tiedot potilaalle ohjattavasta asiasta ovat suurimmalla osalla sairaanhoitajista joko hyvät tai erinomaiset. Parhaiten sairaanhoitajat tietävät sairaudesta ja huonoiten kuntoutumisesta. (Kääriäinen ym. 2006: 8.) Suurimmalla osalla sairaanhoitajista oli mielestään tarpeeksi tietoa lapsen astman hoidosta. Kuitenkin pienellä osalla ei ollut mielestään riittävästi tietoa ja taitoa lapsen astmahoidon ohjaukseen. Kuitenkin lähes kaikkien sairaanhoitajien mielestä heillä oli riittävästi tietoa astman vaikutuksista perheen ja lapsen arkeen. Yli puolet sairaanhoitajista kertoi osaamisensa lapsen ja perheen voimavaralähtöisestä potilasohjauksesta olevan riittävä. (Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 41–43.)

Lähes kaikki sairaanhoitajat huomioivat potilaan aktiivisuuden tukemisen ohjaustilanteessa tarjoamalla potilaalle mahdollisuuden kysyä, ilmaista tunteitaan ja keskustella ongelmistaan (Kääriäinen ym. 2006: 10). Sairaanhoitajien mielestä heillä itsellään on myös erinomainen vuorovaikutus- ja viestintäosaaminen (Kääriäinen ym. 2006: 9; Kyngäs ym. 2005: 14; Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 40). Sairaanhoitajat osaavat mielestään muun muassa keskustella vastavuoroisesti potilaan kanssa ja huomioida potilaan sanattoman viestinnän (Kääriäinen ym. 2006: 9). Sairaanhoitajat

osaavat luoda myös turvallisen ja luottamusta edistävän ilmapiirin, virittää luontevasti keskustelua lapsipotilaan kanssa sekä tukea hyvin lapsen ja tämän perheen sitoutumista sairauden aikana. Sairaanhoidajien mielestä he pitivät huolta myös lapsen ja perheen kanssa tapahtuvasta vastavuorovaikutuksesta. (Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 40.) Vuorovaikutus koettiin hyväksi, kun keskustelu oli sujuvaa ja avointa ja perhe oli vastaanottavainen. Ohjauksen vuorovaikutukseen kerrottiin vaikuttaneen myös perheen tunteminen entuudestaan, sillä pitkä hoitosuhde edesauttoi yhteistyön onnistumista sekä poisti jännittyneisyyttä osapuolten väliltä. (Savolainen ym. 2008: 27.) Osa sairaanhoidajista koki kuitenkin, etteivät vanhemmat olleet aktiivisia tai täysin vastaanottavaisia ohjaustilanteessa. Tämä johtui useasti vanhempien kiireestä päästä kotiin. (Heikkilä – Pesonen – Vuolle-Apiala 2010: 26.)

Sairaanhoidajien mielestä työyhteisön resurssien tilanne vaikuttivat suoraan ohjauksen laatuun ja sen toteuttamiseen, eikä ole helppoa toteuttaa laadullista potilasohjausta (Jaatinen – Silvan-Halttunen 2009: 40–44). Yli puolet sairaanhoidajista arvioi aikaa olevan liian vähän ja tilojen olevan epäasianmukaiset potilasohjaukseen (Kääriäinen ym. 2006: 10; Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 211). Heidän mielestään myös lyhyet hoitajaksot vaikuttivat siihen, että potilaat eivät ehtineet aina lyhyessä ajassa sisäistää kaikkea tietoa (Kyngäs ym. 2005: 15). Sairaanhoidajat mainitsivat ohjauksen heikkouksien liittyvän työjärjestelyihin esimerkiksi työnjakoon ja ohjauksen pätkittäisyyteen, ajan ja henkilökunnankunnan puutteeseen, sekä kirjallisiin ohjeisiin (Kyngäs ym. 2005: 15). Osassa ohjaustilanteissa ilmapiiri oli myös kiireinen (Heikkilä ym. 2010: 26). Sairaanhoidajat näkivät epäkohdaksi myös puutteellisen kirjaamisen (Kyngäs ym. 2005: 15) ja heidän mielestään tulisi enemmän arvioida ohjatun asian oppimista yhdessä potilaan kanssa (Kääriäinen ym. 2006: 9).

Lähes kaikki sairaanhoidajat asennoituvat myönteisesti potilaan ohjaamiseen. Positiivinen asennoituminen ilmenee motivaationa ohjata, ohjaukseen sitoutumisena sekä ohjauksen arvostamisena. (Kääriäinen ym. 2006: 9.) Sairaanhoidajat ovat sitä mieltä, että potilasohjaus on arvokasta työtä ja päätekijä potilashoidon onnistumiselle. Sairaanhoidajat totesivat myös potilasohjauksen olevan tärkeä ja merkittävä osa terveyden edistämistä. Sairaanhoidajat arvioivat asennoituvansa kunnioittavasti lasta ja tämän perhettä kohtaan sekä pitivät empaattisuutta tärkeänä potilasohjauksen kannalta. Lähes kaikki kertoivat suhtautuvansa positiivisesti myös työyksikön potilasohjauksessa tapahtuviin muutoksiin. (Jaatinen – Silvan-Halttunen 2009: 40.)



Suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että työyksikössä oli mahdollisuus kehittää, sekä ylläpitää omia potilasohjaustaitoja (Kääriäinen ym. 2006: 10; Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 38). Sairaanhoitajat toivoivat ohjauksessa kehitettävien resurssien, ohjauksen organisointia, ohjaustoimintaa sekä ohjauskäsitettä. Resurssien kuten aikaa, tiloja, henkilöstöä, koulutusta ja perehdytystä toivottiin enemmän. (Kääriäinen ym. 2006: 10; Kyngäs ym. 2005: 15–16.) Organisoinnilla voitaisiin jakaa ohjausvastuuta ja yhtenäistää ohjauskäytänteitä. Myös ohjaustoiminnan suunnitteleminen, arvioiminen ja erilaisten ohjausmenetelmien käytön monipuolistaminen esitettiin keinoiksi korostaa ohjauksen asemaa sairaalassa. (Kääriäinen ym. 2006: 10.) Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä myös lisää koulutusta astmalapsen ohjauksesta (Jaatinen – Silvan–Halttunen 2009: 42). Sairaanhoitajat toivoivat myös kehittämiskohteiksi sopimista yhtenäisistä, koko henkilökuntaa koskettavista toimintaohjeista, esimerkiksi siitä miten jaetaan eri hoitoyksiköiden vastuu ohjauksen sisällöistä. Yhteiset toimintaohjeet voisivat tehostaa myös ohjauksen jatkuvuutta niin sairaalan sisällä kuin kotiutusvaiheessakin. Samoin ohjauksen kirjaamisesta pitäisi tulla vakiintunut käytäntö. Aikaa ja käytettävää välineistöä kuten tietokoneita tulisi olla ajanmukaisia ja kaikkien niitä tarvitsevien saatavilla. Myös jatkuvaa ja säännöllistä koulutusta pidettiin kehittämisen keskeisenä. Nykyinen koulutus ei keskity potilaiden ohjaukseen ja on satunnaista. Lisäksi toivottiin, että henkilökuntaa koulutettaisiin etsimään tutkimustietoa työnsä tueksi. (Kyngäs ym. 2005: 15–16.)

### 3.6 Lääkehoidon ohjausinterventio

Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektiin liittyen on kehitetty 0–3-vuotiaan astmaa tai hengenhädistysoireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjausinterventiomalli. Tämän mallin mukaan Jorvin L3 osaston sairaanhoitajat ovat ohjanneet osastolle tulevia lapsia, jotka sopivat kyseiseen ohjausinterventiomallin kriteereihin.

Tässä projektissa ohjausinterventiomallin kriteereinä ovat olleet, että lapsi ja vanhemmat ovat suomenkielisiä eikä lapsella ole muita pitkäaikaissairauksia tai kehitysviivästymää. Lapsen tulee olla 0–3-vuotias, lääkehoidon ohjaus on ensimmäinen ja lääkehoidoksi tulee joko avaava tai sekä hoitava että avaava lääke. (Kelo 2010: 3–4.)

Ohjausinterventio etenee vaiheittain, aluksi kartoitetaan perheen ohjaustarvetta eli selvitetään vanhempien aikaisemmat tiedot astmasta ja sen hoidosta. Tämän jälkeen

siirrytään suunnitteluvaiheeseen, joka on jaettu konkreettiseen suunnitteluun ja ohjaohjauksen tavoitteiden määrittelyyn. Konkreettinen suunnittelu käsittää optimaalisen ohjausajan sopimisen, rauhallisen tilan ja kiireettömän ajan sekä ohjauksessa tarvittavien materiaalien ja havainnollistamisvälineiden varaamisen valmiiksi. (Kelo 2010: 5–18.)

Ohjaustavoitteista tulisi sopia yhdessä perheen kanssa. Tavoitteet jaetaan tiedollisiin tavoitteisiin, sekä taito-, asenne- ja kokemustavoitteisiin. Tiedollisiin tavoitteisiin kuuluu, että vanhemmat osaavat lääkehoidon toteuttamisen perusteet. Taitotavoitteet pitävät sisällään sen, että vanhemmat oppivat tarkkailemaan lapsen hengitystä ja tunnistavat siinä tapahtuvat poikkeavuudet sekä oppivat antamaan lääkkeen oikeaoppisesti ja oikeaan aikaan. Asenne- tai kokemustavoitteet toteutuvat kun vanhemmat uskovat kykyihinsä toteuttaa lapsen lääkehoitoa ja kokevat kotiin pääsyn turvallisenä. Ohjauksen päätavoitteena on siis, että vanhemmat uskovat omiin kykyihinsä toteuttaa lapsen lääkehoitoa ja kokevat kotiin pääsyn turvallisenä. Vanhemmat hyväksyvät lääkkeen osaksi lapsen arkipäivää ja lapsi ottaa lääkkeen mielellään. (Kelo 2010: 5-18.)

Toteutusvaihe käsittää ohjauksen sisältö- ja menetelmävaiheet. Ohjauksen aikana tulisi käydä ilmi muun muassa oireet, jotka vaativat lääkitystä, oirekalenterin käytön ohjeistaminen, hoitavan ja avaavan lääkkeen merkitys, oikeaoppinen lääkkeen antotekniikka ja muiden lääkkeiden vaikutus, esimerkiksi antibiootit ja kipulääkkeet. Lisäksi on tärkeää painottaa suun, hampaiden ja ihon hoitoa. Ohjauksessa käytettäviä menetelmiä voivat olla esimerkiksi suullinen ja kirjallinen ohjaus, sekä havainnollistaminen leikin avulla, harjoittelu käytännössä ja keskustelu. (Kelo 2010: 5–18.)

Ohjaussuunnitelmaan kirjataan ohjauksen pääsisällöt, käytetyt menetelmät ja materiaalit sekä ohjaukseen käytetty aika. Lopuksi toteutunutta ohjausta arvioidaan kysymällä lääkkeen annosta ja pyydetään vanhempia kuvaamaan omaa toimintaansa. Arvioidaan myös vanhemman ja lapsen toimintaa tilanteessa ja lapsen sekä vanhemman välistä vuorovaikutusta. Kirjataan arvio tavoitteiden- ja arvioinnin toteuttamisesta. (Kelo 2010: 5–18.)

Ohjauksen lopuksi on tärkeää arvioida toteutuneen ohjauksen vaikuttavuutta esimerkiksi kysymällä suoraan jäivätkö jotkin asiat mietityttämään ja tuntuuko, että

vanhemmat hallitsevat lääkehoidon toteuttamisen itsenäisesti. Voidaan myös pyytää vanhempia kertaamaan ohjauksessa käytyjä asioita muun muassa miten lääkkeenanto tapahtuu ja missä tilanteessa he antavat lääkettä. On myös tärkeää, että vanhemmat näyttävät käytännössä kuinka lääkkeenantolaite kasataan ja miten lääkkeenanto heiltä onnistuu. (Kelo 2010: 18.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavien lasten ja perheiden lääkehoidon ohjausintervention toteutumisesta. Työmme tavoitteena on, että saadun tiedon pohjalta lasten lääkehoidon ohjausta voitaisiin kehittää, esimerkiksi ohjausmenetelmiä ja ohjauksen sisältöä voidaan parannella.

Opinnäytetyössä esitetään yksi keskeinen tutkimuskysymys:

- Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on astmalasten lääkehoidon ohjausinterventiosta?

#### 5 Aineiston keruu ja menetelmät

##### 5.1 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä kerättiin tietoa sairaanhoitajien kokemuksista ohjausinterventiosta laadullisella menetelmällä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä tutkimuksen osallistujien näkökulmasta. Laadullinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. Siinä korostuu muun muassa ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 49; Kylmä – Juvakka 2007: 26.) Laadullinen tutkimus tarkastelee todellisuutta ilman tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa tutkimuksen aineistonkeruulle tai analyysille (Kylmä – Juvakka 2007:22).

Laadullisen tutkimuksen analyysin lähtökohtana on induktiivinen päättely, joka etenee yksittäistapauksista yleiseen. Siinä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Laadulliseen tutkimuksen ominaispiirteinä voidaan myös mainita osallistujien määrä, osallistujien näkökulman ymmärtäminen ja aineiston keruu avoimin kysymyksiin. Osallistujien vähäinen määrä johtuu tavoitteesta kerätä mahdollisimman rikas aineisto. Aineiston keruu voi tapahtua esimerkiksi haastatteluin, havainnoimalla ja kyselyllä. Laadulliseen tutkimuksen ominaispiirteisiin voidaan vielä mainita tutkimuksen tekijän aktiivinen rooli, ja tutkimustehtävien tarkentuminen prosessin aikana. Tutkimuksen tekijän aktiivinen rooli on tärkeä, sillä tutkimuksen tekijä itse on keskeinen laadullisen tutkimuksen väline. Tutkimustehtävät taas ovat yleensä varsinkin tutkimuksen alussa laajoja ja ne voivat tarkentua tutkimuksen kuluessa. (Kylmä – Juvakka 2007: 26–30; Eskola – Suoranta 1999: 15.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat Jorvin sairaalan lasteninfektio-osasto L3 sairaanhoitajat (N=9). Osastolla oli nimetty kaksi sairaanhoitajaa projektivastaaviksi. He valitsivat tutkimukseen soveltuvat sairaanhoitajat. Saimme projektipäälliköltä sähköpostilla tiedon haastateltavista sairaanhoitajista. Haastattelut jakautuivat kahden opinnäytetyötekijän välille tasapuolisesti. Molemmat opinnäytetyöntekijät olivat kuitenkin kaikissa haastattelutilanteissa mukana.

Aineiston keruu tapahtui teemahaastattelulla (Liite 1.), joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75.) Teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys, mutta se ei ole niin vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 48.)

Teemahaastattelurunko oli laadittu projektissa jo aiemmin, joten siihen emme voineet vaikuttaa. Teemahaastattelurunko mukaili projektin ohjauskokonaisuutta ja siinä olivat teemoina haastateltavan tausta, ohjaustarpeen kartoittaminen, ohjauksen suunnittelu, toteutus, arviointi ja oma kokemus interventtiosta. Teemojen alle oli koottu tarkentavia kysymyksiä teemaan liittyen.

Ennen haastattelun alkua sairaanhoitajille kerrattiin tietoa projektista sekä tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Sairaanhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus

tutkimukseen osallistumisesta. (Liite 2.) Haastattelut tapahtuivat rauhallisessa tilassa ja kestivät 20–40 minuuttia. Pyysimme sairaanhoitajia kuvailemaan kokemuksiaan teemojen mukaan.

## 5.2 Aineiston analysointi

Analysoimme aineiston sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.) Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida muun muassa kirjoitettua kommunikaatiota. Sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 21–24.) Sisällönanalyysin etenemisestä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen ja aineiston luokitus sekä tulkinta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 134).

Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja tämän jälkeen litteroitiin. Litteroitua aineistoa tuli yhteensä kahdeksantoista (18) sivua fontilla Tahoma, kirjaisinkoolla yksitoista (11) ja rivivälillä 1,15. Aineiston litteroiminen on tavallisempaa kuin päätelmien tekeminen suoraan tallenteista. Litterointi toimii hyvänä muistiapuna ja helpottaa tärkeiden yksityiskohtien havaitsemista aineistosta. (Ruusuvoori – Tiittula 2005: 16.) Aineiston kirjoittaminen tekstiksi vie paljon aikaa, koska aineisto on kirjoitettava sanasta sanaan (Kylmä – Juvakka 2007: 111). Ennen litteroimista opinnäytetyöntekijät sopivat litteroivansa sanatarkasti huomioiden myös pikkusanat. Sovittiin kuitenkin, ettei litteraatioihin merkitä haastateltavien äänenpainoja tai puheen taukoja. Litteroinnit koodattiin niin, että ne olivat helposti tunnistettavissa myöhemmin.

Aineisto analysoitiin käyttäen deduktiivis-induktiivista päättelyä. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä käsitellään käytännössä. Tällaisessa teorialähtöisessä analyysissä teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä ja aikaisempi tieto ohjaa analyysiä luokittelujen vuoksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.) Induktiivisessä menetelmässä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se perustuu lähinnä induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmien ohjaamana. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.) Induktiivisessä menetelmässä noudatetaan loogisia sääntöjä ja

siinä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 24).

Litteroitua tekstiä luettiin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen valittiin sanoja ja kokonaisia virkkeitä, joissa kerrotaan tutkimuskysymyksen mukaisesta asiasta. Aineistosta pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. Näitä voidaan kutsua merkitysyksiköiksi (Kylmä – Juvakka 2007: 117). Kun opinnäytetyöntekijät olivat varmoja, että aineisto oli käyty huolellisesti läpi, niin erilleen poimittiin merkitysyksiköt eli ilmaisut liittyen tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen pelkistettiin ilmaukset kääntäen ne yleiskielelle niin, että asian sisältö ei kuitenkaan muuttunut. Pelkistämisestä voidaan käyttää myös ilmaisua tiivistäminen. Pelkistäessä ilmaukset tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Tässä vaiheessa kukin pelkistetty ilmaus kannattaa koodata eli liittää siihen tunniste, mistä haastattelusta merkitysyksikkö on peräisin. (Kylmä – Juvakka 2007: 117.)

Analyysin toisessa vaiheessa koottiin pelkistetyt ilmaukset erilliseksi listaksi toiselle paperille. Tämän jälkeen vertailtiin pelkistetyksiä ja etsittiin sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia ja yhdistettiin samankaltaiset ilmaukset samaan ryhmään. Ryhmittelyssä on siis kyse pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä (Kylmä – Juvakka 2007: 118). Yhdistämisen jälkeen nimesimme ryhmät eli alaluokat. Alaluokan nimen tulee kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaisut (Kylmä – Juvakka 2007: 118). Kun alaluokat oli nimetty, ne yhdistettiin samojen piirteiden mukaan yläluokkiin. Tämän jälkeen yläluokat nimettiin. (Liite 3.) Ryhmittelyssä voi olla useampi vaihe: ensin muodostuu alaluokkia ja seuraavassa vaiheessa alaluokille yläluokkia. Yläluokan nimen tulee kattaa myös alle tulevien luokkien sisällön. (Kylmä – Juvakka 2007: 118.)

## 6 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavien lasten lääkehoidon ohjausintervention toteutumisesta. Haastateltavat (N=9) olivat iältään 24–60-vuotiaita naisia. Heillä oli vähintään kahden vuoden työkokemus kyseiseltä osastolta. Haastattelut sijoituivat vuoden 2010 loppupuolelle ja vuoden 2011 alkupuolelle. Haastateltavilla oli ohjausintervention toteuttamisesta aikaa viikosta kuukauteen ennen haastattelua. Haastatteluista saatujen tulosten avulla muodostettiin seuraavat kuusi yläluokkaa; ohjauksen suunnittelu, ohjaukseen

vaikuttavat tekijät, ohjauksen arviointi, ohjaustilanteen herättämät tunteet, kokemukset ohjausinterventiosta ja kehittämisideat. Alaluokkia tuli jokaiselle yläluokalle vaihtelevasti kahdesta kolmeen.

## 6.1 Ohjauksen suunnittelu

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui ohjauksen suunnittelu, jossa on kolme alaluokkaa: ohjaustarpeen kartoittaminen, ohjauksen tavoitteiden laatiminen ja ohjaukseen valmistautuminen. (Taulukko 1.) Osan (n=3) mielestä suunnittelu ei ollut aina mahdollista johtuen ohjaustilanteiden ennalta arvaamattomuudesta ja kiireestä osastolla.

Sairaanhoitajat aloittivat ohjauksen suunnittelun perheen ohjaustarvetta kartoittamalla. Ohjaustarvetta kartoitettiin perhettä haastatteleamalla sekä potilaspapereita lukemalla. Perheen kanssa keskusteltiin heidän aikaisemmista tiedoista ja taidoista sairauteen liittyen. Perheen ohjaustarpeen kartoittamisen pohjalta mietittiin mitä ohjaus tulee sisältämään.

”...kyselemällä perheeltä että onko babyhaler aikasemmin tuttu...keskusteltiin alussa vähän ihan niiku taustoista...”

Tärkeimmiksi ohjauksen tavoitteiksi nousivat perheen tiedon karttuminen, oikeaoppinen lääkkeenantotekniikka ja sairauden hyväksyminen. Tiedon karttuminen sisälsi lääkehoidon tärkeyden ymmärtämisen ja lääkitystä vaativien oireiden tunnistamisen. Tavoitteena oli, että vanhemmat pystyisivät ottamaan vastuun lapsen lääkehoidosta ja tietäisivät, koska oireet ovat niin pahoja, että pitää ottaa yhteys lääkäriin. Oikeaoppisen lääkkeen antotekniikan tarkoituksena on, että vanhemmat antavat lääkkeen turvallisesti ja niin, että siitä on mahdollisimman suuri hyöty lapselle. Yksi tärkeimmistä tavoitteista oli sairauden hyväksyminen. Tavoitteena oli että perhe hyväksyy lapsen sairauden osaksi arkea ja perhe ei pelkää toteuttaa lapsen lääkehoitoa.

”...se lääkitys tulis sellaseks tavalliseks asiaks, ettei ne jännitä sitä, et se ois niinku pukeminen...”

Suurin osa (n=6) sairaanhoitajista kertoi valmistautuneensa ohjaukseen suunnittelemalla kuinka tulee toteuttamaan tulevan ohjauksen. Sairaanhoitajat valmistautuivat ohjaukseen sopimalla ohjauksen ajankohdan yhdessä perheen kanssa. Näin perhe pystyi varautumaan tulevaan ohjaukseen. Sairaanhoitajat kertoivat valmistautuneensa ohjaukseen varaamalla ohjauksessa käytettävät materiaalit. Käytetyimmät kirjalliset materiaalit olivat astmalapsen kirjanen, babyhalerin käyttöohje, kuvakirja keuhkoista ja nukke. Kaksi (n=2) sairaanhoitajaa oli tehnyt itselleen henkilökohtaisen muistilistan ohjauksen pääkohdista, jotta he muistaisivat varmasti käsitellä kaikkia asioita.

"..otin ne teijänkin materiaalit siihen ja potilaspaperit ja sitten vetäydyin vähäksi aikaa miettimään että millä tavalla, kaikki nämä babyhalerit otin ja ohjaustarvikkeet siihen ja vähän mietin sitä kulkua päässäni.."

"..itselle just laittaa ylös niitä pääkohtia, että nämä pitää ainakin muistaa käydä läpi tarkemmin."

Taulukko 1. Ohjauksen suunnittelu.

Alaluokka	Yläluokka
Ohjaustarpeen kartoittaminen	Ohjauksen suunnittelu
Ohjauksen tavoitteiden laatiminen	
Ohjaukseen valmistautuminen	

## 6.2 Ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät

Toinen yläluokka on ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät, jossa on kolme alaluokkaa: vanhemmat ohjaukseen vaikuttavana tekijänä, lapsi ohjaukseen vaikuttavana tekijänä ja ympäristö ohjaukseen vaikuttavana tekijänä. (Taulukko 2.)

Vanhemmat vaikuttivat ohjaukseen omalla keskittymisellään, kiinnostuneisuudellaan ja valmistautumisellaan. Suurin osa vanhemmista (n=6) osoitti kiinnostusta muun muassa kuuntelemalla tarkasti ja osallistumalla aktiivisesti ohjaukseen. He tekivät esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä ohjaukseen liittyen. Näissä tapauksissa sairaanhoitajat kokivat vuorovaikutuksen molemminpuoliseksi. Kuitenkin pienessä osassa ohjauksista (n=3) vanhemmat eivät näyttäneet kiinnostustaan ohjaukseen tai heillä oli



keskittymisvaikeuksia. Vanhempien keskittymisvaikeudet johtuivat usein vanhempien kiireestä päästä kotiin tai lapsen levottomuudesta ja itkuisuudesta. Tämän vuoksi myös vuorovaikutus koettiin puutteelliseksi ja yksipuoliseksi näissä tapauksissa. Kahdessa ohjaustilanteessa (n=2) vanhemmat vaikuttivat ohjaukseen hyvällä valmistautumisellaan. Vanhemmat olivat esimerkiksi vaihtaneet lapsen vaipan ja syöttäneet hänet ennen ohjausta, jolloin lapsi pysyisi varmemmin rauhallisena ohjaustilanteen aikana.

„..hän oli aktiivisesti siinä, kyseli paljon ja täydens siinä niin ku sitä tietoa ja kuunteli tarkasti ja se oli niin ku semmost molemminpuolista et se ei ollu vaa luento..”

„..mä ehkä jäin kaipaamaan sellasta et se äiti olis aktiivisempi nii ku kyselly kaikkee..”

„..ne ei ois millään malttanut kuunnella sitä ohjausta ja ainoo mitä kysy, ni vieläkö menee pitkään.”

Lapsi vaikutti ohjaukseen rauhallisuudellaan, ja lääkkeenantoon suhtautumisellaan. Lapsen rauhallisuus (n=6) vaikutti ohjaukseen positiivisesti, koska se paransi vanhempien keskittymistä ja ohjauksen etenemistä. Kuitenkin pienessä osassa ohjauksista (n=2) lapsi vaikutti ohjaukseen negatiivisesti. Lapsi oli esimerkiksi levoton, itkuinen ja huomionhakuinen sekä suhtautui lääkkeenantoon huonosti. Tämä huononsi vanhempien keskittymistä ja yhdessä tapauksessa (n=1) toisen vanhemman osallistumista ohjaukseen.

” ihan rauhallinen tilanne et se lapsi siis leikki siinä mut siis piti hän sitä välillä siinä vähä viihdyttää tai leikittää ”

”..se tarve lapset oli aika pienet ja ne vaati aika paljon huomiota”

”.. sen isän piti ottaa se poika sylii ja lähteä vähä sivummalle”

Ympäristö vaikutti kolmessa (n=3) tapauksessa ohjaukseen. Näissä tapauksissa sairaanhoitajat eivät ehtineet suunnitella ohjausta etukäteen. Tämä johtui ohjausten

yllätyksellisyydestä, esimerkiksi että lääkäri oli viime hetkellä antanut määräyksen babyhalerista ja perheen oli määrä kotiutua samana päivänä.

”.. se on valitettavasti siinä sitten sinä hetkenä kun lääkäri käy katsomassa sen lapsen ja päättää et no nämä pääseekin kotiin, et nämä saa babyhalerin et meeppäs ohjaa.”

Taulukko 2. Ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät.

Alaluokka	Yläluokka
Vanhemmat ohjauksen toteutumiseen vaikuttavana tekijänä	Ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät
Lapsi ohjauksen toteutumiseen vaikuttavana tekijänä	
Ympäristö ohjauksen toteutukseen vaikuttavana tekijänä.	

### 6.3 Ohjauksen arviointi

Kolmas yläluokka on ohjauksen arviointi, joka koostuu kolmesta alaluokasta; osaamisen tarkistaminen, perheen mahdollisuus antaa palautetta ja sairaanhoitajan itsearviointi. (Taulukko 3.)

Pieni osa (n=3) sairaanhoitajista kertoi tarkistavansa vanhempien osaamista koko ohjauksen ajan kyselemällä vanhemmilta olivatko he ymmärtäneet kyseisen asian. Sairanhoitajat pyysivät vanhempia esimerkiksi selittämään juuri käydyn asian omin sanoin. Kaikki sairaanhoitajat (N=9) kertoivat tarkistavansa ohjauksen jälkeen vanhempien lääkkeenantosuorituksen Babyhalerilla lapselle. Näin he voivat varmistua siitä, että vanhemmat osaavat oikean lääkkeenantotekniikan ja näin antavat lääkettä turvallisesti lapselle.

Suurin osa sairaanhoitajista (n=6) antoi ohjauksen lopuksi vanhemmille mahdollisuuden antaa palautetta. Sairanhoitajat kysyivät vanhemmilta, että mitä mieltä he ovat ohjauksesta ja miltä vanhemmista tuntuu lähteä kotiin. Näin hoitajat saivat arviointia omasta ohjauksestaan sekä tiedon siitä onko vanhemmilla nyt riittävästi tietoa niin, että he pärjäävät varmasti kotona ja heillä on turvallinen tunne.

"No sen verran että ihan niiku kysyin siinä lopuks että miltä tuntuu että oliko että niiku oliko ollu semmosta riittävää sitä tietoa ja oliko tuntunu semmoselta tarkoituksenmukaselt ja ymmärrettävält..."

Suurin osa (n=7) sairaanhoitajista arvioi antamaansa ohjausta itsekseen kirjaamisen yhteydessä. He arvioivat ohjauksessa käyttämäänsä kieltä, esimerkiksi oliko se ollut selkokielistä sekä ohjauksen potilaslähtöisyyttä.

"..itsekseni pohdin ja mietin et mitenhän se oli menny.."

Taulukko 3. Ohjauksen arviointi.

Alaluokka	Yläluokka
Osaamisen tarkistaminen	Ohjauksen arviointi
Perheen mahdollisuus antaa palautetta	
Sairaanhoitajan itsearviointi	

#### 6.4 Ohjaustilanteen herättämät tunteet

Neljäs yläluokka muodostuu ohjaustilanteen herättämistä tunteista ja kolmesta alaluokasta. Alaluokkia ovat positiiviset tunteet, negatiiviset tunteet ja neutraalit tunteet. (Taulukko 4.)

Haastatteluista kävi ilmi, että puolelle (n=5) sairaanhoitajista heräsi positiivisia tunteita ohjaustilanteista. Sairaanhoitajat kertoivat kokeneensa että, ohjaustilanteesta jäi onnistumisen tunne ja hyvä mieli. Onnistumisen tunne jäi, kun ohjaus oli hyvin onnistunut. Tähän oli liittynyt perheen hyvä mukanaolo ohjauksessa ja motivoituneisuus. Myös lapsen rauhallinen käytös mainittiin merkittäväksi asiaksi ohjauksen onnistumisessa.

"..se oli kuitenkin semmonen mallitilanne.."

"No mulle jäi ihan hyvä mieli siitä..(ohjauksesta) "

"..onnistu tosi hyvin.. (ohjaus) "

Osa sairaanhoitajista (n=3) kuvaili ohjaustilanteesta jääneen negatiivisia tunteita. He kuvailivat ohjaustilanteesta jääneen epäonnistumisen, epävarmuuden ja turhautuneisuuden tunteita. Epäonnistumisen tunteita herätti, kun ohjaus ei ollut sujunut tai se oli ollut erityisen haastava. Tämän sairaanhoitajat mainitsivat johtuneen lapsen levottomuudesta ja itkuisuudesta sekä perheen passiivisuudesta. Epävarmuuden tunteita sairaanhoitajat olivat kokeneet perheen tiedoista ja taidoista: He miettivät, oppiko perhe varmasti ohjattavan asian. Ohjaustilanne herätti myös turhautuneisuutta, johtuen perheen keskittymiskyvyttömyydestä ja kiireestä.

"..edelleenkään mä en sit tienny et tietääks se niit vai ei.."

"..mulle tuli semmoin olo et mä vaan papatan ne asiat ja äiti kuuntelee.."

" Jää sellainen tunne, että ihan oikeesti muistatteks te mitään."

Yhdelle sairaanhoitajista (n=1) ohjaustilanteesta ei ollut jäänyt erityisempiä tunteita, vaan hän oli kokenut tilanteen neutraalina.

" Jäi neutraali vaikutelma, en kokenut ahdistavana vaikka oli havainnoija.."

Taulukko 4. Ohjaustilanteen herättämät tunteet.

Alaluokka	Yläluokka
Positiiviset tunteet	Ohjaustilanteen herättämät tunteet
Negatiiviset tunteet	
Neutraalit tunteet	

## 6.5 Kokemukset ohjausinterventiosta

Viides yläluokka muodostuu yläluokasta kokemukset ohjausinterventiosta ja kahdesta alaluokasta: ohjausintervention hyvät puolet ja ohjausintervention huonot puolet. (Taulukko 5.) Yli puolella sairaanhoitajista (n=5) oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia ohjausinterventiosta. Kolmella sairaanhoitajalla (n=3) oli vain hyviä kokemuksia ohjausinterventiosta, ja yhden sairaanhoitajan (n=1) haastattelun kohdalla nauha katkeaa, joten haastattelua ei tältä osin voitu huomioida.

Sairaanhoitajat kertoivat ohjausintervention hyväksi puoliksi, että siinä oli kaikki asiat otettu huomioon ja että oli hyvä, kun ohjattavat asiat tulivat kootusti kerralla. Sairaanhoitajat mainitsivat myös oppineensa uusia asioita, saaneensa ideoita ohjaamiseen. Oman ohjaamisen kerrottiin myös kehittyneen, kun toimintamallin mukainen ohjaus oli tuonut esille aikaisempien ohjausten sisällöllisiä puutteita. Yksi sairaanhoitaja (n=1) kertoi myös saaneensa ohjausintervention mukaisesta ohjauksesta uuden tavan ohjata.

"..tää on kyl tosi mielenkiintosta ollu. Et varmaa meille kaikille pitkäksi aikaa apua tästä. "

"..tää prosessin mukainen ohjaus on niin kun opettanu.."

Vähän alle puolet sairaanhoitajista (n=4) kokivat kuitenkin ohjausintervention työläänä ja aikaa vievänä. Sairaanhoitajat mainitsivat kirjaamisen vievän paljon aikaa ja olevan työläämpää, koska se oli ohjausinterventiossa tarkempaa kuin muuten. Ohjausintervention järjestäminen koettiin myös vaikeaksi, koska yhteisen ajan löytäminen perheen ja ohjaustilannetta havainnoivan opinnäytetyöntekijän kanssa tuotti hankaluuksia. Yksi sairaanhoitaja (n=1) mainitsi huonoksi puoleksi, kun ohjattavat asiat tulivat kaikki kerralla. Hänen mielestään vanhemmat eivät aina pysty ottamaan niin paljon tietoa kerralla vastaan ja näin ollen vanhempien keskittyminen kärsii.

"Kirjaaminen on ollut aikaa vievempää.."

"..se kirjaaminen vei niin ku paljon aikaa."

"..mutta kaiken kaikkiaan se prosessi kun piti sopia aika eikä se tapahtunut heti sillä hetkellä vaan piti odottaa havainnoijaa.."

" Millä tavalla niiku vanhemmat, perhe, lapsi pystyy ottamaan nii paljo tietoa kerralla vastaan.. et vaik äitiki hyvin keskitty tilanteeseen ja oli kiinnostunu ja motivoitunu ja kyseli paljon ni selvästi huomas siin lopus et ku sitä tietoa tuli nii paljon et hän ei enää jaksanu keskittyä "

Taulukko 5. Kokemukset ohjausinterventiosta.

Alaluokka	Yläluokka
Ohjausintervention hyvät puolet	Kokemukset ohjausinterventiosta
Ohjausintervention huonot puolet	

## 6.6 Kehittämisasiheet

Kehittämisasiheet on kuudes yläluokka ja muodostuu kahdesta alaluokasta: ohjaus ja ohjausinterventio. (Taulukko 6.) Lähes kaikilla sairaanhoitajilla oli kehittämissiideoita (n=8). Näistä sairaanhoitajista viidellä (n=5) oli kehittämissiideoita koskien yleensä ohjausta ja kolmella (n=3) koskien ohjausinterventiota.

Sairaanhoitajien (n=2) mielestä ohjausta yleensä voitaisiin kehittää edelleen ottamalla erilaisia havainnollistamisvälineitä käyttöön, koska näin asiat voisivat jäädä paremmin mieleen vanhemmille. Sairaanhoitajien (n=2) mielestä tulisi myös enemmän ottaa huomioon sairaanhoitajille itsestään selvät asiat, ja kertoa kaikki mahdollinen tieto vanhemmille. Yhden sairaanhoitajan mielestä (n=1) olisi hyvä toteuttaa teoriaosuus ilman lapsia, koska hän koki lasten useasti häiritsevän vanhempien keskittymistä ohjaustilanteessa. Sairaanhoitajien (n=2) mielestä ohjauksen arviointia voitaisiin kehittää niin, että se tapahtuisi useammin yhdessä perheen kanssa. Lisäksi yksi sairaanhoitaja (n=1) koki, että tulisi vaatia tiukemmin aikaa perheeltä ohjauksen toteuttamiseen, eikä antaa perheen kiireen haitata.

”Ehkä kannattais tarkentaa sitä että vanhemmat on ymmärtäny ne ohjeet ja vois ehkä ollu hyvä että käytettäis enemmän sellasia demostroitivälineitä et jäis ehkä paremmin mieleen vanhemmille. ”

”Se mikä meille on itsestään selvää ni ei välttämättä vanhemmille ole itsestään selvää. ”

”..olisi tosi hyvä jos me pystyisimme jossakin olla vanhempien kanssa ilman lapsia...”

”..et perheen kanssa yhdessä arvioidaan et tulis se perheenkin et monestihan se on vähän yksipuolista että ite antaa sen ohjauksen ja kokee että mä onnistuin ni tuleeko se oikeesti sitte ihan rehellisesti

kysyttyä ja selville et millä lailla se perhe on sen kokenut et sitä vois miettiä et millä lailla sen toteuttais.”

Sairaanhoitajien (n=3) mielestä ohjausinterventiota voisi kehittää edelleen. Sairaanhoitajat mainitsivat kehityskohteiksi käsikirjan. Heidän mielestään siitä voisi tehdä lyhyemmän ohjeistuksen tai tiivistetyn muistilistan tapaisen ohjeistuksen. Tämä siksi koska ohjeistus on pitkä ja sairaanhoitajat kokivat osaavansa ohjeistuksen, kunhan saivat vain muistilistan ohjauksen pääkohdista. Kahden sairaanhoitajan (n=2) mielestä arviointia ja erityisesti arviointia perheen kanssa tulisi vielä kehittää. Olisi haluttu muun muassa nähdä vanhempien tietotestien tulokset ja vastausten pohjalta käydä asioita vielä läpi vanhempien kanssa. Yksi sairaanhoitaja toivoi myös että ohjausinterventiota kehitettäisiin niin että kirjaus ei veisi niin paljon aikaa.

” ..et joku sellanen muistilista vaan mist vois sit käydä ne asiat läpi, et nythän ne on siin kansios juurta jaksan selitetty.”

Taulukko 6. Kehittämisasiat.

Alaluokka	Yläluokka
Ohjauksen kehittämissideat	Kehittämissideat
Ohjausintervention kehittämissideat	

## 7 Pohdinta

### 7.1 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa ja virheetöntä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Siksi on tärkeää, että tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan ja selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä myös tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: siirrettävyys, refleksiivisyys, vahvistettavuus, ja uskottavuus. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134; Kylmä – Juvakka 2007: 127.)

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin, esimerkiksi jos tutkimus halutaan toistaa myöhemmin. Jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä, on tutkimuksen tekijän annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen ympäristöstä, osallistujista ja haittatekijöistä, sekä aineiston keruusta. (Kylmä – Juvakka 2007: 129; Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 160; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 232.) Opinnäytetyöntekijät pyrkivät kuvailemaan työssään mahdollisimman tarkasti tutkimukseen osallistujien taustatietoja sekä haastattelu ympäristöä että aineiston keruuta.

Kaikki haastattelut toteutettiin erillisessä ja rauhallisessa tilassa. Sellainen haastattelupaikka on paras, missä kommunikointi on mahdollisimman häiriötöntä (Hirsjärvi – Hurme 2008: 74). Ensimmäinen haastatteluista oli koehaastattelu. Näin päästiin kokeilemaan nauhurin toimivuutta, sekä haastattelun toteuttamista. Koehaastattelujen tekeminen on hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä kohderyhmässä (Vilka 2005: 109). Tapahtuman ja haastattelun välillä on aina aikaviive. Tämän takia tapahtuma saattaa haastatteluhetkellä, näyttää aivan toisenlaiselta kuin tapahtumahetkellä. (Nieminen 2006: 217.) Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että osa sairaanhoitajista ei muistanut tarkasti toteuttamaansa ohjausinterventio tilannetta. Tämä johtui siitä, että osastolla on päivittäin paljon samankaltaisia ohjaustilanteita, joten tilanteet menevät helposti sekaisin keskenään. Luotettavuutta parantaa, että haastattelu litteroidaan niin nopeasti kuin mahdollista, varsinkin jos tutkija itse sekä haastattelee että litteroi (Hirsjärvi – Hurme 2008: 185). Tekemiemme haastatteluiden laatua parantaa juuri se, että kumpikin opinnäytetyöntekijöistä litteroi tekemänsä haastattelut noin viikon sisällä haastatteluista. Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu myös sen laadusta. Jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa, haastattelu aineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 185.) Luotettavuutta heikentää se, että yhden haastattelun kohdalla nauhoituslaatu on heikkoa, jonka vuoksi haastattelusta saatu aineisto jäi vähäiseksi. Ennen litterointia laadimme säännöt, joita noudatimme litteroinnin ajan. Näitä sääntöjä olivat, että litteroimme kaikki pienetkin sanat, mutta emme merkitse ylös esimerkiksi puheentaukoja tai naurahduksia.

Refleksiivisyys eli itsensä tarkastelu tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on arvioitava kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat



tutkimusraportissa. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.) Tutkimuksen tekijä vaikuttaa aineis-aineistoonsa jo haastatteluvaiheessa. Tutkija voi parantaa aineiston luotettavuutta haastatteluvaiheessa esimerkiksi osallistamalla haastattelijakoulutukseen, jossa voidaan varmistaa että tutkimuksen haastattelijat ovat sisäistäneet haastattelurungon. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 185.) Kummallakaan opinnäytetyöntekijöistä ei ollut haastattelijakoulutusta eikä aikaisempaa kokemusta haastatteluista. Kuitenkin jokaisessa haastattelutilanteessa olivat mukana molemmat opinnäytetyöntekijät. Tämä paransi luotettavuutta, koska näin molemmilla opinnäytetyöntekijöillä oli kokonaiskuva kaikista haastatteluista ja haastattelutilanteet olivat tasalaatuisia. Laadullista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä myös yksin, jolloin hän saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen (Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 159). Opinnäytetyöntekijät työskentelivät yhdessä koko analysoinnin ajan. Litteroidut tekstit luettiin yhdessä useaan kertaan läpi ennen kuin aineiston analysointi aloitettiin. Luotettavuutta heikentää se, etteivät opinnäytetyöntekijät välttämättä kokemattomina analysoijina nähneet kaikkea aineistosta. Toisaalta tiedostettiin kokemattomuus ja siksi aineistoa käytiin useaan kertaan läpi merkitysyksiköitä poimittaessa. Ennen analysointia luettiin paljon myös kirjallisuutta sisällönanalyysiin liittyen ja käytiin sisällönanalyysin työpajassa syventymässä analysointiin. Analysoitaessa opinnäytetyöntekijät kävivät paljon ohjauksessa saamassa neuvoja ja vinkkejä. Luotettavuutta lisää myös se, että tulkinta aineistosta oli koko analysoinnin ajan pääsääntöisesti opinnäytetyöntekijöiden kesken yksimielistä.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuuteen sisältyy se miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset kattavat aineiston ja että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tärkeää on myös esittää tulokset niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tai toisten samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa tutkimusprosessista ja sen tuloksista. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä – Juvakka 2007: 128; Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 160; Tuomi – Sarajärvi 2009: 142.) Opinnäytetyöntekijät eivät keskustelleet tutkimukseen osallistuneiden tai samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa tutkimusprosessista tai tuloksista, johtuen tutkimuksen resurssien riittämättömyydestä. Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta parannettiin

tutustumalla kirjallisuuteen ja aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin koskien tutkittavaa ilmiötä.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata sen kulkua pääpiirteissään. On siis pystyttävä kuvaamaan ja perustelevaan tutkimustekstissä, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä nämä ratkaisut olivat ja miten on lopullisiin ratkaisuihin päädytty. Aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeää ja edellyttää sitä, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. Voidaan esimerkiksi käyttää liitteitä, joissa analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. (Kylmä – Juvakka 2007: 129; Vilka 2005: 159; Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 160.) Tutkimustekstissä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman hyvin, kuinka analysointiprosessissa on edetty ja miten lopullisiin ratkaisuihin on päädytty. Tutkimustuloksissa esitetään suoria lainauksia ja tässä opinnäytetyössä on liitteenä kaavio analyysimme etenemisestä. (Liite 3.)

## 7.2 Eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikka eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen liittyy tärkeänä osana tutkimuksen tekemiseen. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131; Hirsjärvi ym. 2009: 23.) Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan esiin tulleita eettisiä periaatteita kuten tutkittavien suojaa sekä yksityisyyttä ja tiedonhankintaa koskevia periaatteita.

Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tämä tarkoittaa, että tutkittavan on tiedettävä täysin, mikä on tutkimuksen luonne eli tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavien itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkittaville on turvattava vapaaehtoisuus osallistua ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen tekijän tulee myös varmistaa, että antaessaan suostumuksensa tutkittava tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131; Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 178; Hirsjärvi ym. 2009: 25.) Kaikille haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tavoite ja menetelmä ennen haastattelun alkamista. Haastateltaville painotettiin, että heillä on oikeus ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta, keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa ja kieltää jälkikäteen itseä koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona. Kysymällä

varmistettiin, että tutkittavat ovat varmasti ymmärtäneet opinnäytetyön luonteen sekä oikeutensa. Tutkimukseen osallistuvilta pyydettiin lisäksi kirjallinen suostumus ennen haastattelun alkamista.

Anonymiteetti on keskeinen eettinen periaate, joka tulee aina huomioida tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle, eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikkien tutkimukseen osallistuvien nimettömyys tulee taata. Aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131; Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2009: 179.) Haastateltaville kerrottiin, että he tulevat pysymään anonyymeina koko tutkimuksen ajan. Anonymiteetin varmistettiin niin, että nauhalla tai litteroinneissa ei tule esiin haastateltavien nimiä tai mitään mikä voisi paljastaa heidän henkilöllisyytensä esimerkiksi murreilmauksia. Jotta haastatteluihin voitaisiin palata myöhemmin, ne koodattiin litteroituihin teksteihin niin, että haastattelut erotettaisiin toisistaan esimerkiksi SH1. Tutkittaville kerrottiin, että tutkimusaineisto säilytetään projektipäällikön toimesta lukitussa paikassa, ja kun tulokset on julkaistu, aineisto tullaan hävittämään.

Tutkimukseen osallistujilla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa eli tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia niin, että tutkimuksen rehellisyyttä ei vaaranneta. Tutkimusetiikan mukaan tutkimusryhmällä on myös vastuu jollakin tapaa tiedottaa tutkimuksesta ja tutkimustuloksista. Tulokset tulee julkistaa sellaisina kuin ne tutkimuksessa ovat ilmenneet ilman valikointia tai painotuksia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131; Viikka 2005: 166.) Opinnäytetyöntekijät ovat noudattaneet lupaamiaan sopimuksia koko tutkimuksen ajan, eikä tutkimuksen rehellisyyttä ole vaarannettu missään vaiheessa. Tämän opinnäytetyön tulokset on raportoitu sellaisina, kuin ne haastatteluista ilmenivät. Opinnäytetyöntekijät ovat olleet myös puolueettomia tuloksia raportoidessamme. Tämän opinnäytetyön tulokset julkistetaan syksyllä 2011.

### 7.3 Tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusehdotus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia astmaa sairastavien lasten ja perheiden lääkehoidon ohjausintervention toteutumisesta. Haastatteluaineisto kerättiin yhdeksältä sairaanhoitajalta.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että suurin osa hoitajista oli suunnitellut ohjausta etukäteen. Sairaanhoitajat suunnittelivat ohjausta esimerkiksi kartoittamalla ohjaustarvetta ja laatimalla tavoitteet ohjaukselle. Ohjaustarvetta kartoitettiin lukemalla aikaisempia potilaspapereita ja keskustelemalla perheen kanssa. Potilaan ymmärtämisen näkökulmasta on tärkeää, että ohjausta suunnitellaan. Esimerkiksi potilaan sairauskertomuksiin paneudutaan ennen ohjausta, jotta hänelle voidaan antaa yksilöllistä ohjausta (Kyngäs ym. 2005: 14.) Opinnäytetyömme haastatteluista selvisi, että sairaanhoitajat keskustelivat perheen kanssa heidän aikaisemmista kokemuksistaan ja näin selvittivät mitä perhe jo tietää. Ohjauksen suunnittelun pitäisi aina lähteä siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005d: 28). Sairaanhoitajat määrittivät ohjaukselle tavoitteet. Ohjauksen suunnittelussa tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä potilaan kanssa, jotta ne sopisivat hänen elämäntilanteeseensa. Se, että tavoitteet sisältävät potilaan näkemyksen hoidosta, edistää hänen tyytyväisyyttään ja hoitoon sitoutumistaan. Asiakkaan tarpeiden, näkemysten ja elämäntilanteen huomioidussa on kuitenkin havaittu puutteita. (Kääriäinen ym. 2005d: 28.)

Suurin osa sairaanhoitajista arvioi ohjauksen vaikuttavuutta pyytämällä vanhempia näyttämään kuinka lääkkeenanto lapselle sujuu sekä kertomaan juuri käydyn asian omin sanoin. Perheelle annettiin myös ohjauksen lopuksi mahdollisuus kertoa ajatuksistaan ja tunteistaan ohjaukseen liittyen. Kääriäinen ym. (2006: 10) mukaan terveydenhuoltohenkilöstöstä palautetta ohjauksesta pyysi potilailta puolet tutkittavista. Hoitaja voi tukea asiakkaan arviointia antamalla toiminnasta palautetta ja rohkaisemalla keskustelussa asiakasta pohtimaan ohjauksen vaikuttavuutta (Kääriäinen ym. 2005d: 29).

Sairaanhoitajilla heräsi erilaisia tunteita ohjauksesta. Puolelle sairaanhoitajista heräsi positiivisia tunteita. Näissä tilanteissa nousi esille perheen hyvä mukanaolo ja motivoituneisuus. Pienelle osalle sairaanhoitajista heräsi kuitenkin ohjaustilanteesta negatiivisia tunteita. Näihin ohjaustilanteisiin liittyi lapsen levottomuus tai perheen passiivisuus. Lisäksi koettiin turhautuneisuutta perheen ollessa kiireinen. Myös Heikkilä ym. (2010: 26) mukaan osa sairaanhoitajista koki, että vanhemmat eivät olleet täysin vastaanottavaisia, koska heillä oli kiire ohjauksesta kotiin.

Sairaanhoitajilla oli erilaisia kokemuksia ohjausinterventiosta. Sairaanhoitajat kokivat lähes yksimielisesti ohjausintervention tarpeelliseksi ja opettavaiseksi. Hyväksi oli todettu muun muassa sen kattavuus. Heikkilä ym. (2010: 28) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat ohjausinterventioon liittyvän enemmän tehtävää kuin tavalliseen ohjaukseen. Meidän tutkimus tehtiin samalle osastolle, mutta vuotta myöhemmin. Vaikka sairaanhoitajilla oli jo kokemusta ohjausintervention toteuttamisesta, tutkimuksemme mukaan he silti kokivat sen työläänä.

Suurin osa haastateltavista ei osannut kertoa mitään kehittämisideoita ohjaukseen ja ohjausinterventioon liittyen. Kuitenkin mainittiin ohjauksen kehittämisideoiksi muun muassa, että ohjauksen arviointia tehtäisiin enemmän perheen kanssa ja käytettäisiin enemmän havainnollistamisvälineitä. Myös Kääriäinen ym. (2006: 10) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivovat ohjauksessa kehitettävän resursseja, kuten materiaalia. Myös ohjaustoiminnan arvioiminen ja erilaisten ohjausmenetelmien käytön monipuolistaminen esitettiin keinoiksi korostaa ohjauksen asemaa sairaalassa. Sairaanhoitajat kehittäisivät ohjausinterventiota myös antamalla perheelle kirjallista materiaalia. (Heikkilä ym. 2010: 28) Opinnäytetyössämme selvisi, että sairaanhoitajat halusivat ohjausinterventiota kehitettävän edelleen niin, että käsikirjasta tehtäisiin tiiviimpi paketti ja, että ohjaus toteutettaisiin useammassa osassa. Toisaalta sairaanhoitajilta oli tullut myös kiitosta siitä, että kerrankin ohjaus tuli kootusti kerralla

Mielestämme jatkotutkimuksia voisi tehdä siitä, miten sairaanhoitajat ovat hyödyntäneet ohjausinterventiomallin käyttöä osastolla projektin loppumisen jälkeen (2011). Opinnäytetyötämme voisi jatkossa hyödyntää ohjausinterventiomallin mahdollisessa kehittämissä.

## 8 Lähteet

- Davis, Hilton 2003: Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia. Sipoo.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Haahtela, Tari – Hannuksela, Matti – Mäkelä, Mika – Terho, Erkki 2007: Allergia. Duodecim.
- Halme, Nina – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2007: Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa – kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 5 (1). 18–24.
- Hayes, John S. 2001: Perceived needs of patients of critically ill infants in a neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing* 27 (3). 281–286.
- Heikkilä, Anne – Pesonen, Kalle – Vuolle-Apiala, Henriikka 2010: Sairaanhoidtajien kokemuksia 0-3-vuotiaiden astman kaltaisia oireita sairastavien lasten lääkehoidon ohjauksesta. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sairaanhoidajan koulutusohjelma.
- Heikkinen, Katja – Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena - Rankinen, Sirkku - Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2006: Potilashoito tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* 18 (3). 120–129.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008: Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hopia, Hanna 2006: Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: toimintatutkimus lasten osastolla. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Ivanoff, Päivi – Risku, Aija – Kitinoja, Helli – Vuori, Anne – Palo, Raija 2007: Hoidatko minua?: Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Jaatinen, Lotta – Silvan-Halttunen, Héléne 2009: Astmalapsen ja hänen perheensä ohjaaminen sairaanhoidtajien itsearvioimana: ohjausosaaminen. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Karling, Marjo – Ojanen, Tuija – Sivén, Tuula – Vihunen, Riitta – Vilén, Marika 2009: Lapsen aika. Helsinki: WSOY
- Kelo, Marjatta 2009: Projektisuunnitelma. Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus.
- Kelo, Marjatta 2010: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus projekti: 0-3-vuotiaan astmaa tai hengenahdistusoireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjaus.

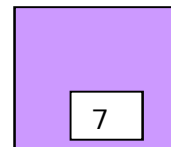
- Kettunen, Tarja 2001: Neuvontakeskustelu: Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002: Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5). 213–222.
- Kirk, Susan – Glendinning, Colin 2002: Supporting expert parents: professional support and families caring for a child with complex health care needs in the community. *International Journal of Nursing Studies* 39. 625–635.
- Knaapi, Kirsti - Mäenpää, Inger 2005: Lapsi ja nuori päivystyspotilaana: Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 361–373.
- Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula 2004: Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.
- Kuokkanen, Liisa – Leinokilpi, Helena 2001: The qualities of an empowerment in nurse and factors involved. *Journal of nursing management* 9 (5). 273–280.
- Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2009: Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Kyngäs, Helvi – Kukkurainen, Marja-Leena - Mäkeläinen, Paula 2004: Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 16 (5). 225–234.
- Kyngäs, Helvi – Kukkurainen, Marja-Leena – Mäkeläinen, Paula 2005: Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2). 12–17.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kääriäinen, Maria 2008: Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4). 10–15.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005a: Käsitemaalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5). 250–258.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17 (4). 208–216.
- Kääriäinen, Maria – Lahdenperä, Tiina – Kyngäs, Helvi 2005c. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3). 27–31.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2006: Terveystuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1). 4–13.
- Laitinen, Lauri A. – Julkunen-Backman, Kaisu – Hedman, Jouni – Ojaniemi, Seija 2000: Astma. Duodecim.

- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Helsinki: WSOY.
- Lehto, B. - Laitinen-Junkkari, P. – Turunen, H. 2000: Omaisten saama sosiaalinen tuki tehohoito-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede* 12 (2). 66–76.
- Leino-Kilpi, Helena - Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999: Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperusteiden kehittäminen. 229.
- Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006: Potilasohjauksen haasteet. Oulu: Oulun yliopisto.
- Miceli, Penny – Clark, Paul 2005: Your patient – my child: Seven priorities for improving pediatric care from the parent´s perspective. *Journal of Nursing Care Quality* 20. 43–53.
- Minkkinen, Leena – Jokinen, Sirpa – Muurinen, Erja 1997: Lasten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Mäkinen, Birgitta – Välimäki, Matti. – Katajisto, Jonna 1999: Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede* 11 (3). 109–118.
- Navaie-Waliser, Maryam – Misener, Mark – Mersman, Cynthia – Lincoln, Priscilla 2004: Evaluating the needs of children with asthma in home care: The vital role of nurses as caregivers and educators. *Public Health Nursing* 21 (4). 306–315.
- Nevalainen, Aino – Kaunonen, M. – Åstedt-Kurki, Päivi 2007: Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede* 19 (4). 192–201.
- Nieminen, Heli 2006: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Paunonen, Marita 1999: Suomalaisen perheen rakenteet ja perheiden toiminnan vaikutus perheenjäsenten terveyteen. Teoksessa: Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri *Perhe hoitotyössä: Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Helsinki: WSOY.
- Pelkonen, Marjaana – Hakulinen, Tuovi 2002: Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5). 202–212.
- Povlsen, Lene – Karlberg, Ingvar – Ringsberg, Karin C. 2008: Support and education of immigrants with chronically ill children: Identified needs from a case study of Turkish and Kurdish families. *Health Education Journal* 67 (1). 35–43.
- Rajantie, Jukka – Mertsola, Jussi – Heikinheimo, Markku 2010: Lastentaudit. Helsinki: Duodecim
- Rantanen, Anja – Heikkilä, Asta – Asikainen, Paula – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2010: Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa: Pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2). 141–152.



- Ruusuvuori, Johanna – Tiittula, Liisa 2005: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Vastapaino.
- Sanjari, Mahnaz – Shirazi, Fatemah – Heidari, Shiva – Salemi, Sedigheh - Rahmani, Marjan – Shoghi, Mahnaz 2009: Nursing support for parents of hospitalized children issues in Comprehensive. *Pediatric Nursing* 32 (3). 120–130.
- Sarajärvi, Anneli – Haapamäki, M-L – Paavilainen, Eija 2006: Emotional and informational support for families during their child`s illness. *International Nursing Review* 53. 205–210.
- Savolainen, Heini – Sirviö, Niina – Tarvainen, Nora 2008: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana. *Opinnäytetyö*. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto.
- Siitonen, Juha – Robinson, Heljä 2001: Pohdintaa voimaantumisesta. Voimaantuva suomi. Verkkodokumentti. <<http://www.voimaantuvasuomi.org/sirob.pdf>>. Luettu 17.9.2010
- Toivanen, Maire – Kyngäs, Helvi 1999: Astmaa sairastavien lasten vanhempien selviytymiskeinot äitien kuvaamana. *Hoitotiede* 11 (1). 22–30.
- Tuominen, A – Halme, Nina - Åstedt-Kurki, Päivi 2007: "Se, et joku kuuntelee": Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. *Hoitotiede* 19 (4). 212–222.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vilen, Marika – Leppämäki, Päivi – Eksröm, Leena 2008: Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Oppimateriaalit. Helsinki: WSOY.
- Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.
- Vervej, M. – Jooste, K. – Arries, E. 2008: Experiences of parents during the hospitalization of their child in a private paediatric unit. *Curations* 31 (2). 30–42.
- Wheeler, Homer-Jay 2005: The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care* 10 (2). 56–62.
- Åstedt-Kurki, Päivi – Jussila, Aino-Liisa – Koponen, Leena – Lehto, Paula – Majjala, Hanna – Paavilainen, Riitta – Potinkara, Heli 2008: Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY: Porvoo.
- Åstedt-Kurki, Päivi – Paavilainen, Eija 2002: Hoitotieteellinen tutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto. *Hoitotiede* 14 (6). 3–8.





## Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projekti

Teemat ohjausinterventiota toteuttaneiden sairaanhoitajien haastattelun:

1. Haastateltavien tausta:
  - ikä, sukupuoli, koulutus (sh: opistoaste / amk, erikoissairaanhoitaja, erikoistumisopinnot, muu koulutus)
  - työkokemus sairaanhoitajana ja ko. osastolla
  
2. Ohjaustarpeen kartoittaminen
  - Kuvaile
    - o miten kartoitettiin perheen taustaa, aikaisempia tietoja, taitoja ja kokemuksia
    - o miten kartoitettiin perheen tarpeet ja odotukset
  
3. Ohjauksen suunnittelu
  - Kuvaile
    - o miten ohjaukseen valmistauduttiin
    - o millaisia tavoitteita ohjauksella oli
    - o miten tavoitteet määritettiin
  
4. Ohjauksen toteutus
  - Kuvaa
    - o missä ohjaus tapahtui
    - o keitä ohjaustilanteessa oli paikalla
    - o kuinka paljon aikaa ohjaukseen käytettiin
    - o millaista ja miten oheismateriaalia ohjauksessa käytettiin
    - o millaisia ja miten ohjausmenetelmiä käytettiin
    - o millaisia sisältöjä ohjauksessa oli
    - o millaista vuorovaikutusta ohjaustilanteessa oli
    - o miten lasta ja vanhempia huomioitiin ohjauksessa
    - o miten lapsi ja vanhemmat osallistuivat ohjaukseen
  
5. Ohjauksen arviointi
  - Kuvaa
    - o miten ohjausta arvioitiin
    - o miten ohjaukselle asetetut tavoitteet toteutuivat
    - o miten vanhemmat osallistuivat arviointiin
    - o miten ohjaus ja arviointi kirjattiin
  
6. Oma kokemuksesi interventiosta
  - Kuvaile
    - o millainen kokemus ohjaus oli
    - o miten ohjausinterventio erosi aiemmin toteuttamistasi ohjauksista
    - o miten ohjausinterventiota voisi kehittää edelleen
    - o mitä vielä haluaisit lisätä

2(2)

## SAIRAANHOITAJAN SUOSTUMUS OHJAUKSEN TOTEUTUSTA KOSKEVAAN HAASTATTELUUN

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa lapsen ja perheen potilasohjauksen tutkimusprojektista ja mahdollisuuden esittää niistä kysymyksiä projektipäällikölle.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä.

Annan suostumukseni ohjauksen toteutusta koskevaan haastatteluun ja sen käyttöön tutkimusprojektissa.

---

Paikka ja aika

---

Sairaanhoitajan allekirjoitus

Nimen selvennys

---

Suostumuksen vastaanottaja:

---

Haastattelijan allekirjoitus

---

Nimen selvennys

ANALYYSIN ETENEMINENPelkistyksetAlaluokatYläluokka

Äiti oli kiinnostunut ohjauksessa käsiteltävistä asioista.

Äiti oli motivoitunut ohjaukseen.

Äiti oli aktiivinen ohjaustilanteessa.

Äiti kyseli paljon ohjaustilanteessa.

Sairaanhoidajan mielestä vuorovaikutus oli molemminpuolista. (n=3)

Isä oli aktiivinen ohjauksessa.

Sairaanhoidajan mielestä vanhemmat olivat hyvin mukana ohjauksessa.

Vanhemmat olivat kiinnostuneita. (n=3)

Vanhemmat valmistautuivat hyvin ohjaukseen. (n=2)

Sairaanhoidajan mielestä äiti ei osallistunut aktiivisesti ohjaukseen.

Sairaanhoidajan mielestä vuorovaikutus oli puutteellista äidin puolelta.

Perheellä oli kiire kotiin. (n=4)

Äiti ei pystynyt keskittymään kunnolla ohjaukseen.

Vanhemmat eivät pystyneet keskittymään ohjaukseen.

Lapsi oli ohjaustilanteessa rauhallinen. (n=6)

Lapsi ei häirinnyt vanhempia ohjaustilanteessa.

Lapsi häiritsi ohjausta vaatimalla huomiota.

Lapset veivät äidin huomion ohjauksesta.

Lasta täytyi välillä viihdyttää ohjaustilanteessa.

Sairaanhoidaja sai yllättäen tietää, että joutuu lähtemään ohjaamaan. (n=2)

Sairaanhoidaja kertoi, että osaston kiireisyys vaikutti ohjaukseen.

Vanhemmat ohjauksen toteutukseen vaikuttavana tekijänä

Lapsi ohjauksen toteutukseen vaikuttavana tekijänä

Ympäristö ohjauksen toteutukseen vaikuttavana tekijänä

Ohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät