



Anne Heikkilä, Kalle Pesonen, Henriikka Vuolle-Apiala

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA 0–3- VUOTIAIDEN ASTMAN KALTAISIA OIREITA SAIRASTAVIEN LASTEN LÄÄKEHOIDON OHJAUKSESTA

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja
Hoitotyö
Opinnäytetyö
25.11.2010

Tekijä(t) Otsikko	Anne Heikkilä, Kalle Pesonen, Henriikka Vuolle-Apiala Sairaanhoitajien kokemuksia 0–3-vuotiaiden astman kaltaisia oireita sairastavien lasten lääkehoidon ohjauksesta
Sivumäärä Aika	33 sivua + 2 liitettä 25.11.2010
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihto
Ohjaaja(t)	Lehtori Marja Salmela Lehtori Marjatta Kelo
<p>Opinnäytetyömme oli osa nelivuotista Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektia. Projekti toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoalan, HUS Lasten ja nuorten sairaalan sekä pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistysten kanssa. Opinnäytetyömme liittyi tämän hankkeen kolmanteen vaiheeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia 0–3 -vuotiaiden astman kaltaisia oireita sairastavien lasten lääkehoidon ohjauksesta. Opinnäytetyömme tavoitteena oli käytännön hoitotyön ohjauksen kehittämisen ohella pyrkiä kehittämään myös ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa.</p> <p>Opinnäytetyössä haimme vastausta kysymyksiin: Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjaustarpeen suunnittelusta? Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjauksen toteutuksesta? Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjauksen arvioinnista? Miten sairaanhoitajat kokivat interventiomallin mukaisen lapsiperheen ohjauksen? Työ toteutettiin sairaanhoitajien teemahaastatteluna lastenosastolla. Haastattelimme tähän työhön kuutta sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyömme tulokset: Tulosten mukaan sairaanhoitajien ohjauksen tavoitteina oli, että lapsi ja perhe ymmärtävät lääkityksen merkityksen sekä hallitsevat lääkkeenantovälineet, jotta lapsi pysyisi oireettomana. Tulosten mukaan perheen ohjaustarve kartoitettiin keskustelemalla ja kysymällä perheeltä aikaisempia tietoja lapsen astmasta. Tietoa annettiin perheelle ohjaustilanteessa suullisesti ja kirjallisesti. Asioita kerrattiin ohjauksen varmistamiseksi. Vuorovaikutus oli ohjauksessa hyvää, vaikka osa sairaanhoitajista koki ilmapiiriin vanhempien osalta kiireiseksi. Ohjausta arvioitiin tekemällä vanhemmille kysymyksiä ohjatuista asioista. Ohjaukselle asetetut tavoitteet toteutuivat hyvin. Sairaanhoitajat pitivät interventiomallin mukaista ohjausta mielekkäänä, vaikka se lisäsi heidän työtään.</p> <p>Johtopäätökset: Osa sairaanhoitajista oli antanut ohjausta kuten aina ennenkin. Ohjausta oli tapahtunut koko lapsen sairaalassa oloajan. Tavoite oli saada perhe motivoitumaan lapsen hoitoon.</p>	
Avainsanat	Lasten astma, lapsen ja perheen lääkehoidon ohjaus, voimaantuminen

Author(s) Title	Anne Heikkilä, Kalle Pesonen and Henriikka Vuolle-Apiala The experiences of practical nurses when guiding medical treatment for 0-3 year old children with asthma like symptoms
Number of Pages Date	33 pages + 2 appendix 25.11.2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Nursing
Instructor(s)	Marja Salmela, Project Manager Leena Rekola, Principal 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 Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, 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. Our study belonged to the third part of this project. The study described the practical nurses' experiences when guiding medical treatment for 0-3 year old children with asthma like symptoms. The goal of our final project was to develop the guidance of practical nursing and also to develop the teaching of guidance in the University of Applied Sciences.</p> <p>In our study, we tried to the find answers to following questions: What kind of experiences registered practical nurses had in planning the need for guidance? What kind of experiences practical nurses had concerning the execution of guidance? What kind of experiences practical nurses had about the evaluation of the guidance? How did the practical nurses experience the guidance of family based intervention model? The data was collected with a theme interview for practical nurses in a department for children. Six practical nurses were interviewed for this study. The data of this study was analysed by using inductive analysis.</p> <p>Results of our final project: According to results, the objective in guidance of practical nurses was that both the child and the family understand the significance of medication and that they are able to control the medical devices needed for medication to keep the child without symptoms. According to the results, family's need for guidance was determined in discussions and by asking information from the family on the child's earlier experiences concerning asthma. Information was given to the family both orally and in writing. Instructions were repeated to make sure the guidance was understood. The interaction in guidance was good even though some of the practical nurses felt that the atmosphere was busy when dealing with the parents. The evaluation of the guidance was made by making questions to parents about guided issues. The aims of the guidance were well accomplished. Practical nurses liked the intervention model guidance even though it increased their work load.</p> <p>Conclusions: Some of the practical nurses gave guidance as earlier. Guidance had been given continuously when the child was in the hospital. The aim was to motivate the family to treat the child.</p>	
Keywords	children's asthma, guidance of medical treatment for child and family, empowerment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	1
3 ASTMA SAIRAUTENA	2
3.1 Lasten astma	3
3.2 Diagnoosin kriteerit lapsilla	4
3.3 Astman lääkehoito 0–3 -vuotiailla lapsilla	5
4 LAPSEN SAIRASTUMISEN VAIKUTUS PERHEESEEN	7
4.1 Sairastumisen ja sairaalassaolon vaikutus lapseen	7
4.2 Lapsen sairastumisen vaikutus vanhempiin	9
4.3 Astmaa sairastavien lasten vanhempien selviytymisvoimavarat	9
5 PERHEEN VOIMAANTUMISTA VAHVISTAVA OHJAUS	11
5.1 Voimaantumisen määrittely	11
5.2 Voimaantumista vahvistavan ohjauksen ominaispiirteet	13
5.3 Voimaantumisen myönteiset seuraukset	15
6 LAPSEN JA PERHEEN LÄÄKEHOIDON OHJAUS	15
6.1 Ohjauksen tarve ja merkitys	15
6.2 Astmapotilaan ohjauksen erityispiirteet	18
6.3 Lääkehoidon ohjaus	19
6.4 Hoitajien kokemuksia ohjaamisesta	20
7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	23
7.1 Aineiston keruu	23
7.2 Haastattelujen analysointi	23
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	24
8.1 Sairaanhoitajien kokemukset ohjaustarpeen suunnittelusta	24
8.2 Sairaanhoitajien kokemukset ohjauksen toteutuksesta	25
8.3 Sairaanhoitajien kokemukset ohjauksen arvioinnista	27
8.4 Sairaanhoitajien kokemukset interventiomallin mukaisesta lapsiperheen ohjauksesta	28
9 POHDINTA	28
9.1 Tulosten tarkastelua	28
9.2 Tulosten luotettavuus	29
9.3 Tulosten eettisyys	29
9.4 Jatkotutkimusehdotuksia	30

LÄHTEET

31

LIIKTEET 1-2

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa nelivuotista Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektia (2007–2010). Tämän projektin tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista on lapsen, nuoren- ja lapsiperheen ohjaus sekä kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten että haastattelujen perusteella. Niiden pohjalta on projektin toisessa vaiheessa kehitetty uusi voimavaroja vahvistava ohjausinterventiomalli. Tarkoituksena on kehittää uusia hoitotyön ohjausmenetelmiä ja sisältöjä, jotka vastaavat lapsen, nuoren ja perheen tarpeita ja odotuksia ja joiden avulla saavutetaan toivottu tulos voimavarojen vahvistumisessa. Käytännön hoitotyön ohjauksen kehittämisen ohella pyritään kehittämään myös ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa. (Kelo 2009.)

Projekti toteutetaan yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoalan, HUS Lasten ja nuorten sairaalan (HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö 1.2.2008 alkaen) sekä pitkäaikaissairaiden lasten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien kolmannen sektorin yhdistysten kanssa. Yhteistyöhön osallistuvat Jorvin sairaalan lasten- ja nuorten sairauksien toimialan kaikki lastenosastot ja lastenpoliklinikka, Lastenklinikan poliklinikka ja Lastenlinnan osasto L11 sekä Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys, Epilepsiayhdistys, Keskoslasten vanhempien Kevyt-yhdistys sekä Allergia- ja astmayhdistys. (Kelo 2009.)

Opinnäytetyömme liittyy tämän hankkeen kolmanteen vaiheeseen. Työmme tarkoituksena on kuvata 0–3-vuotiaiden astman kaltaisia oireita sairastavien lasten lääkehoidon ohjausta sairaanhoitajien kokemana. Työ toteutettiin sairaanhoitajien teemahaastatteluna Jorvin sairaalan lastenosasto L3:lla. Projekti tulee hyödyttämään kaikkia yhteistyöhön osallistuvia antamalla lisätietoa lapsiperheiden voimavaroja vahvistavan ohjauksen sisällöstä ja menetelmistä. Projekti antaa välineitä työn konkreettiseen kehittämiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työmme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia 0–3 -vuotiaiden astman kaltaisia oireita sairastavien lasten lääkehoidon ohjauksesta Jorvin sairaalan lastenosasto L3:lla. Haastattelimme sairaanhoitajia käyttämällä teemahaastattelua. Projektin tarkoituksena on kehittää uusia hoitotyön ohjausmenetelmiä ja sisältöjä, jotka vastaavat lap-

sen, nuoren ja perheen tarpeita ja odotuksia ja joiden avulla saavutetaan toivottu tulos perheen voimaantumisen. Tavoitteena on käytännön hoitotyön ohjauksen kehittämisen ohella pyrkiä kehittämään myös ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa.

Projekti tulee hyödyttämään kaikkia yhteistyöhön osallistuvia antamalla lisätietoa lapsiperheiden voimavaroja vahvistavan ohjauksen sisällöstä ja menetelmistä. Projekti antaa välineitä työn konkreettiseen kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset loimme haastattelulomakkeen pohjalta. Työmme tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjaustarpeen suunnittelusta?
2. Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjauksen toteutuksesta?
3. Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla oli ohjauksen arvioinnista?
4. Miten sairaanhoitajat kokivat interventiomallin mukaisen lapsiperheen ohjauksen?

3 ASTMA SAIRAUTENA

Astma on yksi yleisimmistä sekä aikuisten että lasten pitkäaikaissairauksista. Suomalaisista astmaa sairastaa n. 6 %. Lisäksi n. 5 %: lla on ajoittain astman kaltaista tulehdusta keuhkoputkien limakalvoilla esimerkiksi infektioiden- tai siitepölykauden aikana.

(Haahtela – Hannuksela – Mäkelä – Terho 2007: 219.)

Astma on keuhkoputkien pitkäaikainen tulehduksellinen sairaus, jossa monet tulehdus- solut, kuten valkosolut, lisääntyvät. Tulehdus aiheuttaa keuhkoputkien vaihtelevaa ah- tautumista, lisääntynyttä limanmuodostusta, yskää ja hengenahdistusta. Astma on myös koko elimistön sairaus, joka ilmenee usein samalla myös nenän limakalvolla aiheuttaen pitkäaikaista nuhaa ja nenän sivuonteloiden tulehduksia. (Haahtela ym. 2007: 220.)

Astmassa uloshengitys on vaikeutunut. Hengenahdistus ilmenee tavallisimmin aamuöi- sin ja aamuisin, rasituksen jälkeen, ylähengitysteiden tulehdusten yhteydessä ja allergi- an aiheuttajille kuten siitepölylle ja eläimille altistumisen jälkeen. Pitkäaikainen yskä on tyypillistä aamuöisin ja aamuisin. (Huovinen 2002: 22.)

Astma jaetaan allergiseen astmaan ja ei-allergiseen astmaan. Aikuisten astmasta noin puolet on allergista tyyppiä, lasten astmasta n. 80 %. Allergista astmaa sairastavalla on taipumus atooppiseen allergiaan ja hän reagoi herkästi ympäristön tavallisiin allergeeneihin, kuten siitepölyihin ja eläinpölyihin. (Haahtela ym. 2007: 219.)

3.1 Lasten astma

Noin 5 % suomalaislapsista sairastaa astmaa, ja se on lasten yleisin pitkäaikaissairaus (Koistinen – Ruuskanen – Surakka 2004: 199). Vuonna 2004 sai lapsen hoitotukea astman perusteella vajaat 15 000 vanhempaa (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 18). Suurin osa lapsista saa ensimmäiset astmaoireensa ennen kouluikää ja puolet ennen kolmen vuoden ikää. Astma on tavallisempi pojilla kuin tytöillä ennen murrosikää. Pienillä lapsilla astman taustalla on usein virusinfektio. Lapsilla ulkosyntyinen astma eli allerginen astma on tavallisin. (Koistinen ym. 2004: 199.)

Astman syntyyn vaikuttavat sekä perinnöllisyystekijät että ympäristö. Tärkeimpiä perinnöllisiä tekijöitä ovat taipumus atooppiseen allergiaan ja taipumus keuhkoputkien supistumisherkkyyteen. (Haahtela ym. 2007: 219.) Atopia voi esiintyä imeväisiällä atooppisena ihottumana ja ruoka- aineallergiana sekä allergisina silmä- ja nenäoireina varhaisesta leikki- iästä lähtien. (Reijonen – Ashorn – Korppi 2001: 326.) Jos perheessä on yksi astmaatikko, tämän vanhemman, sisaruksen tai lapsen riski sairastua astmaan on 2–3-kertainen verrattuna sellaisiin perheisiin, joissa kenelläkään ei ole astmaa. Astmataipumus on elinikäinen. Yksikin astmakohtaus merkitsee taipumusta astmaan. Sairauden kulku vaihtelee oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin. Yleinen oire lapsilla ensimmäisinä elinvuosina on uloshengityksen vinkuna flunssan aikana. (Haahtela ym. 2007: 219–242). Noin kolmasosalla lapsista esiintyy hengitystieinfektion yhteydessä hengityksen vinkunaa kolmeen ikävuoteen mennessä. Kuuteen ikävuoteen mennessä oireisto häviää kahdella kolmasosalla. Alkavat tai jatkuvat hengenahdistusoireet kolmen ikävuoden jälkeen viittaavat astmaan. Kouluikään mennessä häviävä hengenahdistustaipumus liittyy rakenteellisesti pienikokoisiin hengitysteihin, jotka ahtautuvat herkästi erittyneen liman ja limakalvoturvotuksen vaikutuksesta. Näillä lapsilla ei ole atopiataipumusta, mutta heillä on aikuisena suurentunut kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauksen riski. (Reijonen ym. 2001: 325–326.)

Alle vuoden ikäisillä lapsilla ensimmäistä episodtia, johon liittyy uloshengityksen vaikeus tai hengityksen vinkuna, kutsutaan bronkioliitiksi. Usein sen on aiheuttanut RS-virus sekä muut hengitystievirukset kuten rino-, entero-, influenssa- ja pneumovirus. Seuraavaa hengenahdistuskohtausta tai yli 1-vuotiaiden ensimmäistä episodtia kutsutaan ahauttavaksi tai vinkuvaksi keuhkoputkitulehdukseksi eli obstruktiiviseksi bronkiitiksi. (Haahtela ym. 2007: 242.) Hengitystieinfektion yhteydessä hengenahdistusta potevien ennuste alle yksivuotiaana on myöhemmin astman suhteen hyvä verrattuna lapsiin, joilla oireita esiintyy yli yksivuotiaana ja infektioista riippumatta (Reijonen ym. 2001: 326).

3.2 Diagnoosin kriteerit lapsilla

Astman havaitseminen voi olla vaikeaa, koska vanhempien voi olla vaikea tulkita lapsen oireita, sillä pikkulapsi ei osaa kertoa oireistaan. Lapset ovat myös taitavia ”salamaan”, että heillä on hengitysvaikeuksia. Lapset osaavat hyvin kompensoida astman, mikä voi näkyä mm. leikkien muuttumisena rauhallisemmiksi. (Sairaslapsi 2009.)

Lapsen keuhkojen toimintaa mitataan, jos se on mahdollista. Imeväisten keuhkojen toimintaa voidaan tutkia kehopletysmografialla ja transkutaanisen happikyllästeisyyden mittauksella oireiden ollessa epämääräisiä tai vaikeita. Impulssioskillometrian avulla saadaan tietoa keuhkojen toiminnasta 2–3-vuoden iästä lähtien. Tutkimus mittaa hengitysvastusta keuhkoputkissa. Alle kouluikäisillä uloshengityksen typpioksidin mittaus auttaa löytämään astmaa sairastavat paremmin kuin keuhkojen toiminnan mittaus teknisine hankaluuksineen. (Käypä hoito -suositus 2006.)

Oleellista on erottaa jatkuvaoireiset lapset niistä, joilla oireet ovat jaksottaisia. Jatkuvasti oireisen lapsen tauti voidaan määrittää pelkin kliinisin perustein, jos esitiedot ovat luotettavat ja keuhkoputkia avaavalle lääkkeelle todetaan selvä vaste eli oireet vähenevät. (Haahtela ym 2007: 246.) Diagnoosi on kliininen, kun lapsella todetaan selviä, toistuvia hengitysvaikeuskohtauksia, jolloin varsinkin uloshengitys on vaikeutunut ja muut syyt kuin astma on suljettu pois. Joskus diagnoosi joudutaan tekemään hoitokokeilun perusteella. Lapsilla ja nuorilla diagnoosiin tarvitaan usein juoksurastuskoe. (Haahtela – Stenius - Aarniala 2002: 17; Käypä hoito -suositus 2006.)

Pienten lasten ja vaikeaa astmaa sairastavien, paljon oireilevien lasten, astman diagnostiikan ja hoidon päävastuu on erikoissairaanhoidossa (Käypä hoito- suositus 2006). Koska astman diagnostiikka on tässä ikäryhmässä vaikeaa, diagnostiikka perustuu hoitavan lääkärin kokemukseen, ja esimerkiksi keuhkojen toimintakokeita voidaan tehdä vain erikoissairaanhoidossa (Reijonen ym. 2001: 328). Lapsella pitää olla omalääkäri tai hoidosta vastaava lääkäri. Hoitava lääkäri ja lapsen omahoitaja suunnittelevat ja toteuttavat lapsen hoidon yhteistyössä lapsen ja perheen kanssa. (Käypä hoito -suositus 2006.)

3.3 Astman lääkehoito 0–3 -vuotiailla lapsilla

Astmaan ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta paljon voidaan tehdä sairauden ehkäisemiseksi ja oireiden lievittämiseksi. Astma on yksilöllinen sairaus, jonka oireet ja hoito vaihtelevat, joten hoito on suunniteltava jokaiselle erikseen. (Huovinen 2002: 9.)

Lasten astman lääkehoidon ja hoidon periaatteet ovat lähes samat kuin aikuisilla. Lääkehoidon periaate on se, että lääkkeet valitaan oireiden voimakkuuden mukaisesti. Hoidon tavoitteita ovat pitkät lääkehoitoa vaatimattomat jaksot lievässä astmassa sekä pitkällä tähtäimellä jopa lapsen täydellinen paraneminen. Astman hyvä hoito erityisesti lapsuusiässä parantaa taudin ennustetta. Yli 3-vuotiaiden astma on n. 80 %: ssa tapauksia allergista. Siksi lapsilla allergian ottaminen huomioon on keskeinen osa hoitoa. (Haahtela ym. 2007: 225.)

Atooppisille pikkulapsille kannattaa aloittaa inhaloitava anti- inflammatorinen steroidihoito toisen hengenahdistusvaiheen jälkeen. Lisäperusteina ylläpitolääkityksen aloittamiselle ovat hengen ahdistuksen esiintyminen ilman samanaikaista infektiota sekä toisen perheenjäsenen astma. Aikaisemmassa Kuopiolaisessa tutkimuksessa pikkulasten myöhäisempi astmariski on todettu suurentuneeksi, jollei hengitysvaikeuden laukaisevaa virusta ole osoitettavissa. Anti- inflammatorisen hoidon tehoa on kokeiltava potilas-kohtaisesti jos ei- atooppisen lapsen hengitysvaikeus johtaa toistuvasti sairaalahoitoon tai se esiintyy kolme kertaa puolen vuoden aikana. Säännöllisestä inhaloitavasta steroidilääkityksestä eivät näytä hyötyvän lieväoireiset, jotka kärsivät hengenahdistuksesta ainoastaan hengitystieinfektion aikana. (Reijonen ym. 2001: 327–328.)

Astmatulehdus rauhoitetaan riittävällä annoksella inhaloitavaa kortikoidia, jonka jälkeen etsitään pienin oireet hallitseva annos. Säännöllinen lääkitys koostuu astmatulehdusta

hoitavasta inhaloitavasta kortikoidista tai leukotrieeninsalpaajasta, jotka lievittävät keuhkoputkien tulehdusta ja oireisiin tarpeen mukaan käytettävästä nopeavaikutteisesta avaavasta beeta-2-agonistista, joka laajentaa ahtautuneita keuhkoputkia. Vaikeassa astmassa, jossa tarvitaan molempia lääkkeitä päivittäin, yhdistelmävalmiste yksinkertaistaa hoitoa. (Haahtela ym. 2007: 225.) Spira- kompressorilla lääkitys voidaan antaa vaikeaoireisille pikkulapsille, jolloin tarvitaan suurempia annoksia. Kromoglikaattia voidaan kokeilla jatkohoidossa etenkin atooppisten lasten hoidossa, mutta tieteellinen näyttö niiden hyödyllisyydestä pikkulapsille on vähäinen. (Reijonen ym. 2001: 328.)

Avaavat lääkkeet ovat akuutin vinkunan hoidon kulmakivi. Jaksottaisesti, harvakseltaan oireilevia pieniä lapsia ei tarvitse hoitaa jatkuvalla inhaloitavalla kortikoidilla, vaan esimerkiksi pulssimaisella kortikoidilääkityksellä tai jatkuvalla montelukastilla. Jo 1-2 vuoden ikäinen lapsi ymmärtää keuhkoputkia laajentavan lääkkeen nopean tehon. Inhaloitavia kortikoideja määrätään lapsille varovaisemmin kuin aikuisille. Lapsella pitkäaikashoidossa yli 400 mg beklometasonia ja budesonidia tai yli 200 ug flutikasonia voi heikentää lisämunuaisen toimintaa ja vaikuttaa luustoon. Kortikoidit voivat hidastaa lapsen kasvua, yleisimmin ensimmäisen puolen vuoden aikana. (Haahtela ym. 2007: 225–247.)

Astman hoito ei saa olla tarpeettoman rajoittavaa. Tavoitteena on lapsen säännöllinen lääkehoito ja ettei sairaalahoitoa vaativia kohtauksia esiintyisi. (Laitinen – Juntunen-Backman – Hedman - Ojaniemi 2000: 127.) Systeemisesti annettu steroidilääkitys lyhentää yli puolivuotiaiden ahtauttavasta keuhkoputkitulehduksesta kärsivien lasten sairaalahoitoa. Tosin kaikki lapset eivät hyödy hoidosta, koska vaikutus on pieni (Reijonen ym. 2001: 327.) Lääkehoidon on oltava kohtuullisen helppoa, eikä siitä saa aiheutua astman vaikeuteen nähden kohtuuttomia sivuvaikutuksia. Lapsen pitää pystyä osallistumaan leikkeihin astman tai yskän haittaamatta. (Laitinen ym. 2000: 127.)

Pienet lapset käyttävät annossumutinta yhdistettynä tilanjatkeeseen (sumutussäiliöön, kuten Babyhaler) ja pienimmät, alle 3-vuotiaat kasvomaskin kanssa. Aivan pienten lasten ollessa kyseessä voi alussa olla lääkkeiden ottamisessa ongelmia, kun lapsesta voi tuntua, että kasvoille kevyestikin painettu maski tekee pahaa. Hyvä keino on antaa lapsen itse tarkastella lääkkeenottolaitetta tai antaa esimerkiksi sisaruksen näyttää pienemmälle esimerkkiä. Lääkkeiden nimellisannokset ovat suuria, koska vain melko pieni osa lääkkeestä menee keuhkoihin. (Haahtela ym. 2007: 251; Laitinen ym. 2000: 128.)

4 LAPSEN SAIRASTUMISEN VAIKUTUS PERHEESEEN

Lapsen sairastuminen koskettaa aina koko perhettä ja aiheuttaa vanhemmille henkistä stressiä ja huolta. Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja sen toimintaan monin tavoin. (Lehto 2004: 7.) Pitkäaikaissairaana lapsen perheessä perheenjäsenten kommunikaatio voi katketa, roolit voivat muuttua sekä muiden kuin sairastuneen yksilölliset tarpeet jäädä tyydyttämättä (Jurvelin ym. 2006: 19).

Perheenjäsenen ollessa sairaalassa perheellä on erityinen merkitys potilaan hyvinvointiin ja sen edistämiseen. Yhden perheenjäsenen sairastuessa jää perhe kuitenkin kokonaisuutena edelleen ottamatta huomioon. Hoitaminen kohdistuu usein yksilöön, jolloin perhe on taustalla. Vuorovaikutusteorian mukaan yhden perheenjäsenen sairastuessa muut perheenjäsenet reagoivat yksilöllisesti ja usein eri aikaan. Koska eriaikaisuus ja perheenjäsenten yksilölliset tavat ja kyvyt käsitellä muutoksia vaikuttavat jatkuvana stressitilanteena, saattaa perheen vuorovaikutus olla vaikeaa ja toimimatonta pitkään. (Lehto 2006: 15–16.)

Sairauden tuomat muutokset aiheuttavat perheille selviytymisvaatimuksia. Selviytyminen on prosessi ja tilanteen muuttuessa perhe ottaa käyttöönsä uusia selviytymiskeinoja. Näiden keinojen avulla perhe pyrkii mukautumaan lapsen pitkäaikaissairaudesta aiheutamaan tilanteeseen vaatimusten ja omien voimavarojensa välillä. (Jurvelin ym. 2006: 18.)

4.1 Sairastumisen ja sairaalassaolon vaikutus lapseen

Jo varhaisimmissa tutkimuksissa 1940- ja 1950- luvulta todettiin lapsen sairaalassaolon aiheuttavan lapselle voimakkaan psyykkisen eroreaktion ilman vanhempien mukanaoloa. Eroreaktio on sitä suurempi, mitä pienemmästä lapsesta on kyse. Lapsen kokemaa ahdistusta kuvataan yksinäisyyden ja eron tunteena. Sairaalaan joutuminen aiheuttaa lapselle muutoksen totuttuun ja turvalliseen rytmiiin. Lapselle se merkitsee luopumista kodin turvallisesta ympäristöstä. Sairaalassaolo saattaa olla lapselle ensimmäinen erokokemus vanhemmista. (Lehto 2006: 18–19.)

Kokemukset sairastumisesta ja sairaalassaolosta lapsuudessa liittyvät oleellisesti perusturvallisuuteen. Imeväisiässä sairastuminen ja sairaalakokemukset voivat haitata ja horjuttaa perustuottamuksen syntymistä erityisesti, mikäli kokemus on lapselle kielteinen. Ero tutusta ja läheisestä henkilöstä on lapselle emotionaalisesti ja psyykkisesti rasittava. Imeväisikäinen reagoi kokonaisvaltaisesti sairastuessaan. Hän voi olla itkuinen, levoton sekä kosketusarka. Lapsen uni voi olla katkonaista ja häiriintyä. Lapsella saattaa esiintyä ruokahaluttomuutta. Hänen olemuksessaan voidaan nähdä hätää tai poissaolevaa etäisyyttä eikä hän kykene solmimaan katsekontaktia toiseen ihmiseen. Imeväisiässä on tärkeää, että lasta hoitaa mahdollisimman paljon sama ja tuttu henkilö. Huolenpito, läheisyys ja lapsen huomioon ottava ympäristö luovat lapselle turvallisuuden tunteen ja edistävät perusturvallisuutta. (Lehto 2006: 20.)

Varhaisessa leikki- iässä lapsen mielikuvitusmaailma on rikas, ja sen avulla lapsi käsittelee kokemuksiaan ja ympäristöstä välittyvää informaatiota. Mielikuvitus, kehitysvaiheeseen liittyvät pelot ja ajattelun konkreettisuus muokkaavat lapsen kokemusta sairastumisesta ja sairaalassa olosta. Leikki- ikäiselle lapselle sairastuminen ja sairaalaan joutuminen voivat aiheuttaa monenlaisia pelkoja. Sairaalaympäristö on lapselle vieras ja outo. Leikki- ikäinen lapsi kokee pelottavana eron vanhemmista ja sen, että hänet jätetään yksin tai satutetaan. Sairaalaympäristön hoitolaitteet ovat lapselle outoja ja aiheuttavat lapselle turvattomuutta. Lapsen mielikuvitus yhdistettynä erilaisiin pelottaviin asioihin, aiheuttavat leikki- ikäiselle pelkoa ja ahdistusta sairaalassa. Myös tiedon ja kokemuksen vähyys eri tutkimuksista ja hoitotilanteista aiheuttavat lapselle pelkoja. (Lehto 2006: 21.)

Lapsi vaistoaan herkästi vanhempien tunnetilan sekä huolen ja reagoi niihin herkästi. Leikki- ikäisen lapsen aito kohtaaminen ja turvallisten läheisten läsnäolo sekä leikki auttavat lasta selviytymään sairastumisen tai sairaalan joutumisen aiheuttamista peloista ja stressistä. Lapsen valmistaminen toimenpiteisiin tai tuleviin tutkimuksiin leikin avulla edistävää lapsen myönteistä kokemusta sairastumisesta tai sairaalaan joutumisesta. Myös lapsen ja vanhempien ohjaaminen edistävät myönteisyyttä. (Lehto 2006: 22.)

Lapsen pitkäaikaissairaus saattaa aiheuttaa hänelle itselleen monenlaisia stressitekijöitä. Pitkäaikaissairailta lapsilla on enemmän psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita ja heikompi minäkuva, kuin terveillä lapsilla. Ongelmia lisäävät sairauden vaikeus, useiden lääkkeiden käyttö, stressaava perhetilanne, perheen heikko hallinnan puute ja vähäinen

ulkopuolinen apu. Terveet sisarukset saattavat joskus kiusata sisarustaan tämän sairauden vuoksi. (Jurvelin ym. 2006: 19.)

4.2 Lapsen sairastumisen vaikutus vanhempiin

Lapsen sairastumisen myötä vanhemmat kokevat monenlaisia tunteita. Lapsen sairastuminen, sairaus ja sairaalaan joutuminen, lapsen hoidot ja roolimuuotos aiheuttavat vanhemmille ahdistusta ja huolta. (Lehto 2006: 23.) Vanhemmilla voi olla myös huoli siitä, hoitavatko he lastaan parhaalla mahdollisella tavalla ja onko lapsi onnellinen (Jurvelin ym. 2006: 19). Vanhempien huoli sairaasta lapsesta ja muusta perheestä heijastuu myös vanhempien rooliin kotona ja sen ulkopuolella. Perheen ja vanhempien jaksamiseen vaikuttaa myös huoli sairaan lapsen tulevaisuudesta. Lapsen sairastuminen vaikuttaa tunteisiin vanhempana. Tunteet ilmenevät suruna, pelkona lapsen menettämisestä, masennuksena, väsymyksenä sekä epävarmuutena. Lapsen sairastuessa vanhemman rooli muuttuu sairaan lapsen vanhemman rooliksi. (Lehto 2006: 23–24.)

Lapsen sairastuessa voi vanhempien keskinäinen suhde lujittua tai heiketä, mikäli vanhemmilla ei riitä voimia huolehtia keskinäisestä suhteestaan. Myös vanhempien omat tarpeet ja kokemukset lapsen sairastumisesta jäävät usein huomiotta ja käsittelemättä. (Lehto 2006: 24.) Vanhempien parisuhteelle riskitekijöinä ovat vaativa sitoumus lapsesta huolehtimisesta, oman ajan puute sekä epätasa- arvoinen työjako lapsen hoitamisessa. Parisuhdetta suojaavat riittävä tieto lapsen sairaudesta ja sen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään sekä käytännön neuvot siitä, miten lapsen kanssa selviydytään kotona. Tieto auttaa perhettä sairauteen sopeutumisessa. Osa vanhemmista tuntee syyllisyyttä lapsen sairaudesta ja vanhempia tulisikin tukea, että he käsittelevät lapsen pitkäaikaisen sairauden heti sen toteamisen jälkeen. (Jurvelin ym. 2006: 19–21.)

Lapsen sairastuminen aiheuttaa sokin vanhemmissa ja koko perheessä. Etenkin lapsen ollessa sairaalassa vanhemmat kokevat ahdistusta. Vanhempien aktiivisen roolin käynnistyminen lapsen hoitamisessa sairaalassa, sairaalassaoloon liittyvien asioiden järjestäminen ja muiden perheenjäsenten mukanaolo sairaalassa edistävät vanhempien sopeutumista. (Lehto 2006: 24.) Sairauden diagnoosin saatuaan vanhemmille on järjestettävä aikaa jäsentää ajatuksiaan ja esittää kysymyksiä. Heille on annettava kotiuttamisvaiheessa yhteystiedot sairaalaan ja kannustettava ottamaan yhteyttä, mikäli kysymyksiä, ongelmia tai huolia ilmaantuu. (Jurvelin ym. 2006: 21.)

4.3 Astmaa sairastavien lasten vanhempien selviytymisvoimavarat

Perhe on tärkeä voimavara, jota on osattava hyödyntää. Hoidon laatu voidaan paremmin varmistaa kun perhe on mukana hoidossa. Vanhempien jaksamiseen on kiinnitettävä huomiota, sillä heidän roolinsa lapsen hoidossa on korvaamaton. (Heikkinen 2007: 7.) Vanhemmat tarvitsevat aikaa itselleen lepoon ja oman terveyden ylläpitämiseen, koska sairaan lapsen hoitaminen vie aikaa ja energiaa (Jurvelin ym. 2006: 21). Vanhempien reaktio diagnoosiin saattaa vaihdella järkytyksestä helpotukseen (Heikkinen 2007: 7). Sairastuminen ei yleensä aiheuta vahvaa tunnereaktiota, jos perheessä on ennestään pitkäaikaissairas perheenjäsen. Vanhemmat saattavat myös kokea lapsen pitkäaikaissairauden vahvistavan perhettä. Joidenkin perheiden perhe-elämä ja avioliitto ovat voineet parantua lapsen sairauden diagnosoinnin jälkeen. On koettu, että lapsen sairaus vaikuttaa myönteisesti perheen ihmissuhteisiin lähentämällä perheenjäseniä ja laittamalla elämän arvoja uuteen järjestykseen. Suhtautuminen elämään on muuttunut myönteisemmäksi. (Jurvelin ym. 2006: 19–21.)

Perheet saavat emotionaalista, instrumentaalista, tiedollista ja arvioivaa tukea. Vanhemmat kuvaavat emotionaaliseksi tueksi mm. luottamuksen, arvostuksen ja kuuntelun. (Heikkinen 2007: 14.) Emotionaalista tietoa ja tukea vanhemmat saavat puolisolta, perheenjäseniltä, ystäviltä, terveydenhuollon henkilöstöltä, vertaisryhmiltä, sukulaisilta ja työtovereilta (Jurvelin ym. 2006: 20). Emotionaalista tukea estävät tekijät liittyvät vanhempaan tai henkilökuntaan. Vanhemmalla ei ole joko tarvetta tai aikaa emotionaaliseen tukeen. (Heikkinen 2007: 14, 31–35.) Pitkäaikaissairaiden lasten äidit toivovat kuitenkin saavansa enemmän tiedollista ja emotionaalista tukea kuin he saavat (Jurvelin ym. 2006: 20).

Instrumentaaliseksi tueksi vanhemmat kuvaavat henkilökunnan, tilat, ajan ja talouden. Kontrollikäynneillä tuttu henkilökunta koetaan hyväksi ja positiiviseksi asiaksi. Instrumentaalista tukea estäviä tekijöitä ovat ajanpuute, henkilökunta, Kelan tukien puuttuminen, ympäristön ja kontrolliaikojen ongelmat. (Heikkinen 2007: 48–52.) Perheen voimavaroja vahvistaa koko perheen huomioiminen ja lapsen terveiden puolien esiin tuominen sekä henkilökunnan tuki (Jurvelin ym. 2006: 20).

Tiedollista tukea kuvataan suulliseksi ja kirjalliseksi tiedoksi sekä käytännön tiedoksi. Tiedollista tukea estäviä tekijöitä ovat epäselvät ohjeet ja vanhemman oma vaikutus. Epäselvät ohjeet koskevat suullisia, kirjallisia ja käytännön ohjeita. (Heikkinen 2007: 68–76.) Terveystuoltohenkilöstön tuki sekä interventiot tukevat vanhempien selviytymistä. Hoitavan lääkärin ja hoitajien keskeisinä interventiotavoitteina ovat luoda tukea antava suhde vanhempiin sekä opettaa tarvittavat tiedot ja taidot. (Jurvelin ym. 2006: 21–22.)

Arvioiva tuki jakautuu todistusaineistoon, palautteeseen, perusteluihin ja sosiaaliseen tasavertaisuuteen. Sosiaalinen tasavertaisuus näkyy siinä, että on koettu ettei henkilökunta ole katsonut ylhäältäpäin, vaan on ollut tasavertainen olo. Arvioivaa tukea estäviä tekijöitä ovat perusteluiden puute, palautteen puute tai negatiivinen palaute. Vanhemmille ei ollut perusteltu lapsen hoitolinjoja, eikä esitetty tieteellisiä tutkimuksia. (Heikkinen 2007: 91–94.)

Sosiaalinen tuki on yksi merkittävimmistä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymiskeinoista. Perhe on yksi vanhempien selviytymisresurssi, joka kuuluu sosiaaliseen tukeen. Perheen selviytymiseen vaikuttavia voimavaroja ovat vanhempien hyvinvointi sekä itsetunto, perheen sisäinen vuorovaikutus, ihmissuhteet, myönteinen suhtautuminen tulevaisuuteen, yhteisen vapaa-ajan vietto sekä huumori. Perhettä tukevat hyväksyntä, perheen yhteenkuuluvuus ja yhteistyö, kommunikaatio sekä avoin tunteiden ilmaisemisen. Myös oma ajanvietto ja yksilölliset harrastukset tukevat vanhempia. (Jurvelin ym. 2006: 21.)

5 PERHEEN VOIMAANTUMISTA VAHVISTAVA OHJAUS

Terveystuollon toiminnan tarkoitus on pyrkiä edistämään potilaiden kykyä pitää huolta itsestään ja läheisistään. Sairaanhoitajat, jotka näkevät potilaan tarpeet, vaihtoehdot ja mahdollisuudet toimia ensiarvoisina toimintaansa ohjaavina, voivat tukea potilaiden voimaantumista. (Meretoja – Santala 2003: 17.)

5.1 Voimaantumisen määrittely

Kirjallisuudessa voimaantumista on määritelty sekä ominaisuuksina, että yksilön tai ympäristön prosessina. Voimaantumisprosessin tuloksena potilaat voivat maksimaalisesti vaikuttaa omaan elämäänsä ja valintoihinsa. Voimaantumisprosessi edellyttää yksilötasolla kriittistä itsetutkiskelua ja sen pohjalta muutoksia omiin toimintamalleihin. Yhteisön tasolla se tarkoittaa ihmisten yhteistä ponnistelua yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Meretoja – Santala 2003: 17–18.)

Uskomusjärjestelmät, maailmankatsomus ja minäkuva luovat perustan voimaantumisel-
le. Ne ohjaavat ihmisten käyttäytymistä vaikuttaen näin suoraan voimaantumisproses-
siin. Vaikuttaminen, taito, merkitys ja itsemääräämisoikeus ovat voimaantumista arvioi-
taessa avainalueita. Voimavaralähtöinen toiminta on asiakaskeskeistä. (Meretoja – San-
tala 2003: 17–18.)

Perheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden suhde vaikuttaa perheen voimavara-
suuteen tai haavoittuvuuteen. Omalla toiminnallaan perhe voi vahvistaa voimavarojaan,
mutta niitä on mahdollista vahvistaa myös perheen ulkopuolelta käsin. Pelkkä voimava-
rojen olemassa olo ei riitä, ellei yksilö itse tunnista niitä, usko niihin ja kykene saamaan
niitä käyttöönsä. Keskeistä on toimia aktiivisesti oman elämäntilanteensa hyväksi. (Pel-
konen – Hakulinen 2002: 202–207.)

Perheen voimavarojen perustana ovat vanhempien persoonalliset voimavarat muun mu-
assa fyysinen kunto, itsetunto, toimiva vanhemmuus sekä perheen sisäiset voimavarat
kuten perheenjäsenten väliset suhteet ja ulkoiset voimavarat, jotka muodostuvat perheen
käytettävissä olevasta sosiaalisesta tuesta. Kuormittavilla tekijöillä tarkoitetaan elämään
vääjäämättä kuuluvia asioita, jotka haittaavat perheen elämää ja saattavat vaarantaa lap-
sen suotuisan kehityksen. Ihmisen persoonallisuus vaikuttaa siihen, koetaanko jokin
tekijä voimavaraksi vai kuormittavaksi. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 207–208.)

Vanhempi tai perhe voi vahvistaa omia voimavarojaan monin eri tavoin kuten esimer-
kiksi hakemalla tietoa, vahvistamalla perheen kiinteyttä, käyttämällä huumoria, harjaan-
tumalla avoimeen keskusteluun, hakemalla tarvittaessa sosiaalista tukea ja hoitamalla
parisuhdetta aktiivisesti. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 208).

Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa myös hoitotyön menetelmien avulla muun mu-
assa tukemalla vanhempaa kykyjensä ja taitojensa kehittämisessä sekä lujittamalla van-

hemman itsetuntoa ja henkilökohtaista hallinnan tunnetta. Tarjotaan merkityksellistä tietoa ja elävöitetään toivoa. Keskustelemalla ja nostamalla tietoisuuteen perheen olemassa olevia voimavaroja autetaan perhettä tunnistamaan ja saamaan niitä käyttöönsä sekä tiedostamaan oman toimintansa vaikutuksia. Perheen kanssa yhteisesti sovittuja tavoitteita kohti voidaan edetä myös auttamalla perhettä valinnanmahdollisuuksien tunnistamisessa, tukemalla perhettä ihanteellisen työn ja levon tasapainon löytämisessä sekä vahvistamalla perheen sosiaalisia verkostoja. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 208–209.)

Perhehoitotyöhön voimavaranäkökulma sopii, koska siinä korostetaan perheen itsemääräämistä, sen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia elämänsä aikana. Voimaantumisen mahdollistaminen liittyy yksilön tai perheen kehitykseen ja sen tukemiseen. Se kuvaa yksilön tai perheen omista lähtökohdista tapahtuvaa voimavarojen vahvistumista. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 203–206.)

5.2 Voimaantumista vahvistavan ohjauksen ominaispiirteet

Ohjauksen tärkein työmuoto on ohjaajan ja potilaan välinen keskustelu. Hoitajalle voimaantumista tukeva keskustelu asettaa erityisiä haasteita, koska voimaa ei voi antaa toiselle. Vuorovaikutus itsessään voi olla vaikuttavaa. Voimaantumisen saavuttaminen on ihmisestä itsestään kasvava prosessi, jonka alkua ei voi todeta tietyistä hetkestä alkaen tai tietyn neuvon seurauksena. Hoitajan on alusta alkaen osoitettava erityistä herkkyyttä suotuisan ilmapiirin virittämiseen tarjoamalla tilaa esittää kysymyksiä ja ottaa aktiivinen rooli. Hoitajien aloitusratkaisu, tuntemuskysymykset, arkipuhuttelu, tunnusteleminen, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalisuus tarjoavat potilaalle tilan osallistua ja näin potilaita koskettavat asiat pääsevät osaksi neuvontakeskustelua. (Kettunen – Poskiparta – Karhila 2002: 213–220.)

Voimaantumisen saavuttamisen peruslähtökohdaksi on ihmisen aktiivinen osallistuminen. Asiakasta rohkaistaan osallistumaan. Keskustelussa potilaan osallistuminen edellyttää hoitajan ja potilaan välistä tasavertaista vuorovaikutussuhdetta sekä turvallista, luottamuksellista, arvostavaa ja kunnioittavaa ilmapiiriä. Tällaisessa tilanteessa vuorovaikutus mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon. Tärkeä osa hoitajan voimaantumista tukevaa ohjaustyötä on neutraalisuus. Esitellään hoitoon liittyviä vaihtoehtoja tasavertaisina mahdollisuuksina. Potilaan itsemääräämisoikeus to-

teutuu, kun hän voi päättää ohjauksen sisällöistä ja vastata tehdyistä päätöksistä. Hoitajan täytyy varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen sekä tietoisena päätöksensä seurauksista. Asiakkaan voimavaroja vahvistetaan aktiivisesti kuuntelemalla ja tarjoamalla tukea. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204–209; Kettunen ym. 2002: 214–220.)

Voimavarojen vahvistamisessa ennakkoehtoina pidetään vanhemman ja hoitajan tasa-vertaista yhteistyösuhdetta, yhteistyösuhteen ja kommunikoinnin luottamuksellisuutta ja avoimuutta, johon kuuluu vanhempien täysivaltainen osallistuminen, yhteisesti sovitut tavoitteet ja kuulluksi tulemisen kokemus. Asiakkaan näkökulmasta ennakkoehtona on, että asiakkaalta puuttuu voimia tai asiakasta uhkaa tilanne, jossa voimat ei riitä. Hoitotyöntekijällä on oltava itsellään riittävästi voimavaroja, muun muassa tietoja ja taitoja asiakkaiden voimavarojen vahvistamiseen, jotta hän voi vahvistaa asiakkaan voimavaroja. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204.)

Pitkäaikaissairaana lapsen perheen voimavaroja vahvistavassa hoitotyössä ominaispiirteenä pidetään monipuolisen tiedon antamisen lisäksi perheen auttamista arvioimaan omia vahvuuksiaan ja tukijärjestelmiään sekä tukijärjestelmien vahvuuksien käyttöönottoa. Lisäksi perheitä autetaan hyödyntämään vertaisryhmiä ja tunnistamaan vaihtoehtoisia mahdollisuuksia terveydenhuoltojärjestelmässä. Keskitytään enemmän asiakkaiden vahvuuksiin kuin rajoituksiin. Voimavarojen vahvistuminen on asiakkaan omaan uskomusjärjestelmään perustuva, aktiivinen sisäinen kasvuprosessi. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204–206.)

Allergia- ja Astmaliitto toteuttaa astmaa sairastavien lasten perheille sopeutumisvalmennuskursseja. Interventioryhmien avulla mitataan, miten valmennus vaikuttaa perheiden voimaantumiseen. Tutkimuksen mukaan perheet pitivät tietojaan lääkkeistä ja yleisimmistä huoneilman allergeeneista riittämättöminä ja ovat huolissaan vaikeista oireista sekä altistumisesta oireita aiheuttaville tekijöille. Perheet kokivat myös henkistä väsymystä, jota jatkuva kodin siivoaminen, yöllinen unenpuute ja useat astmaatikat samassa perheessä aiheuttavat. Sopeutumisvalmennuksen myötä perheet kokivat tiedollisen, kokemuksellisen ja toiminnallisen voimaantumisen lisääntyneen. Interventioryhmien lapset osoittivat valmennuksen myötä parempaa jauhemaisten inhaloitavien lääkkeiden lääkkeenoton hallintaa. Perheet, joiden lapsi sairasti kohtalaista tai vaikeaa astmaa sekä perheet, joissa ennestään sairastettiin astmaa, saivat korkeimpia toiminnallisen

voimaantumisen pistemääriä kuin perheet, joiden lapsi sairasti lievää astmaa tai joissa ei ennestään sairastettu astmaa. Päivystysluonteinen terveydenhuollon palveluiden käyttö vaihteli perheen voimaantumisen mukaan. (Homan – Helenius 2005:5.)

5.3 Voimaantumisen myönteiset seuraukset

Voimavarojen vahvistamisen seurauksena on muun muassa asiakkaan parantunut itsetunto, itsemäärääminen, oman elämän hallinnan tunne ja henkilökohtainen kasvu. Se johtaa asiakkaan terveyttä ylläpitävään käyttäytymiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Sen seurauksena myös hoitotyöntekijä kehittyy ammatillisesti ja hänen omat voimavaransa vahvistuvat, joka lisää hoitotyöntekijöiden valmiuksia tukea perheitä. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 206.)

Voimavaraiset vanhemmat luottavat itseensä vanhempina. He pystyvät ratkomaan arkipäivän ongelmia ja kykenevät kantamaan vastuuta omista päätöksistään ja teoistaan. He ovat tyytyväisiä vanhemmuuteensa. Heillä on riittävä oman elämän hallinnan tunne ja heidän parisuhteensa toimivuus paranee. Voimavaraiset vanhemmat kykenevät tukemaan lapsensa tervettä kehitystä ja vahvistamaan hänen voimavarojaan. Muita voimavarojen vahvistamisen seurauksia ovat lisääntynyt itsetuntemus ja motivaatio selvitä vaikeissa tilanteissa sekä perheenjäsenten fyysinen ja psyykinen terveys. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 209.)

Potilaan havaitessa, että hänellä on valtaa hallita ohjaustilannetta ja siinä tapahtuvaa omaan elämäänsä ja terveyteensä liittyvää keskustelua sekä päätöksentekoa, voi hänen itsetuntonsa vahvistua ja luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin lisääntyä. Potilaalle tarjoutuu mahdollisuus myös itsensä tarkkailuun ja itsearviointiin. Ohjauskeskustelu voi auttaa potilaan ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä, hänen terveyteensä liittyvien arvoasetelmien ymmärtämistä sekä mahdollisten esteiden havaitsemista. Voimaantumista tukeva vuorovaikutus voi lisätä potilaan energiaa toimia tiettyyn suuntaan ja edistää potilaan elämäntuntemuksen lisääntymistä myös muissa tilanteissa. (Kettunen ym. 2002: 214.)

6 LAPSEN JA PERHEEN LÄÄKEHOIDON OHJAUS

6.1 Ohjauksen tarve ja merkitys

Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Potilaan oikeutta tietää terveydestään ja hoidostaan voidaan pitää ohjauksen perusteena. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja ammattihenkilöillä on velvollisuus toteuttaa sitä. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muunkin potilaan hoidon osa-alueen. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa sekä osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007: 5–20.)

Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa. Ohjaus määritellään muun muassa ohjauksen antamiseksi, kuten käytännöllisen opastuksen antamiseksi tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjauksella voidaan myös tarkoittaa esimerkiksi potilaan johtamista tai johdattamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista. (Kyngäs ym. 2007: 25.) Ohjaus on osa ammatillista toimintaa, joka tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan oppimiseen ja tilanteeseen liittyvistä asioista. Prosessina ohjaus on joko tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä, aktiivista merkityksen luomista tai kokemusten reflektointia ja niistä oppimista. Ohjausprosessissa tuetaan ja autetaan ohjattavaa käsittelemään tilannettaan. (Kyngäs – Kääriäinen 2005a: 252–253.)

Ohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilas on aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa ja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan kotona selviytymistä ja vähentää hänen yhteydenottojaan hoitojakson jälkeen. Potilaille tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hän luo valinnoillaan lopulta itse omaa elämäänsä. Ohjauksessa potilaalla on itsemääräämisoikeus. Hyvä ohjaus kannustaa potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvin ne tavoitteet, jotka hoidossa on asetettu. Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskerroja. (Kyngäs ym. 2007: 6–25.)

Yleensä ohjaus rakentuu asioille, joita potilas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairaudelleen (Kyngäs 2007: 26). Ohjauksen sisältö liittyy ohjattavan tietojen ja taitojen oppimiseen sekä ohjattavan psykososiaaliseen tukemiseen (Kyngäs – Kääriäinen 2005a: 253). Hoitajan tehtävä on tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan sekä rohkaista potilasta ottamaan vas-

tuuta omasta hoidostaan. Hoitajalla on ammatillinen vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamiseen. Se ei tarkoita pelkästään tiedon antamista, vaan sisältää potilaan tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen. Potilas on ohjauksessa oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Ohjauksessa on välttämätöntä selvittää potilaan tilanne, voimavarat ja mahdollisuus sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Ohjauksen lähtötilanteen arviointi on tärkeä tekijä ohjauksen toteutumisessa. Potilaan taustatekijöiden huomioinnin lisäksi ohjaustavoitteisiin pääseminen vaatii myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Kyetäkseen toimimaan niin, että potilaan tilanne selkiytyy, on hoitajan ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. (Kyngäs 2007: 26–42.)

Laadukas ohjaus on aina yhteydessä potilaan ja hoitajan taustatekijöihin. Se vaatii asianmukaisia resursseja, joita ovat esimerkiksi riittävä henkilöstö, aika, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Ohjauksen tulee olla myös oikein ajoitettua ja mitoitettua. Ajantasainen ja tutkittu tieto takaavat ohjauksen asiasisällön luotettavuuden. Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjaustilanteen eteneminen perustuu hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Potilaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta sellaisissakin tilanteissa, joissa he tietävät ajattelevansa eri tavalla kuin hoitaja. Tavoitteena on, että potilas ja hoitaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, saavuttavat yhteisymmärryksen. Ohjaussuhde on tasarvoinen. Onnistunut ohjaus vaatii sekä hoitajan että potilaan tavoitteellista ja aktiivista toimintaa. Ohjauksen jatkuva arviointi on ohjauksen onnistumiseksi tärkeää. Hoitajan tulisi potilaan kanssa arvioida sitä, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu ja myös sitä, millaista ohjaus on ollut. Motivoinnin näkökulmasta on tärkeää, että potilaalle annetaan positiivista palautetta asioista, joissa hän on onnistunut. Myös hoitajan tulee arvioida säännöllisesti omia ohjaustaitojaan ja sitä miten ohjaus on toteutunut, jotta voisi kehittyä ohjaajana. Ohjauksen eri vaiheet tulee kirjata selkeästi. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Keskeisten asioiden kertominen ohjauksen lopuksi on tärkeää. Laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä. (Kyngäs ym.2007: 21–145.)

Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektin mukaan ohjausprosessi jaetaan neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan ohjaustarve. Tässä vaiheessa määritellään vanhempien aikaisemmat lääkehoitotiedot ja tiedolliset tarpeet. Kartoitetaan vanhempien aikaisemmat lääkkeenantotaidot ja taitotarpeet sekä heidän ja lapsen asennetta ja kokemustarpeita. Toisessa vaiheessa ohjausta suunnitellaan ja määritellään ohjauksen tavoitteet. Ohjaus suunnitellaan yhteistyössä lääkärin kanssa ja perheen kanssa sovitaan ohjausaika. Ohjauksen tavoitteet sovitaan yhdessä perheen kanssa. Ne voivat olla tiedollisia tavoitteita, taito-, asenne- ja kokemustavoitteita. Kolmas vaihe on ohjauksen toteutus, johon kuuluu ohjauksen sisältö ja menetelmät. Ohjauksessa huomioidaan lääkitystä vaativat hengenahdistusoireet, keuhkoputkia avaavan ja hoitavan lääkkeen, lääkkeen annon ja muut lääkkeet sekä hengenahdistusoireiden seurannan. Ohjausmenetelmiin kuuluvat havainnollistaminen leikin avulla, suullinen ja kirjallinen ohje, harjoittelu ja kokemusten käsittely sekä voimaannuttava vuorovaikutus. Neljännessä eli viimeisessä vaiheessa ohjausta arvioidaan kysymällä lääkkeen annosta ja pyydetään vanhempia kuvaamaan omaa toimintaansa. Lisäksi arvioidaan vanhemman ja lapsen toimintaa tilanteessa sekä vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projekti 2010.)

6.2 Astmapotilaan ohjauksen erityispiirteet

Vanhempien tehtävänä on huolehtia sairaan lapsen jokapäiväisen elämän sujumisesta. Siihen kuuluu esimerkiksi lääkehoidosta huolehtiminen terveestä lapsesta poikkeavalla tavalla sekä sairaan lapsen kehityksen turvaaminen. (Terveyskirjasto 2009.)

Useimmiten lapsen ohjauksessa on mukana joku aikuinen, joko perheenjäsen tai muu lapsen huoltaja. Tällöin ohjausta suunniteltaessa on aina arvioitava lapsen iän mukaan, minkä verran ja millaisissa asioissa ohjausta toteutetaan suoraan lapselle. Jos lapsi pysyy jo ymmärtämään ohjattavaa asiaa, on pidettävä huoli siitä, ettei lapsi jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. (Kyngäs 2007: 29.)

Lapsen astman hoitoon osallistuu monta henkilöä: vanhemmat, isovanhemmat, päivähoitajat, harrastusten ohjaajat, kenties sisarukset. Näiden henkilöiden osuus hoidossa on sitä suurempi, mitä pienemmästä lapsesta on kyse. Jotta hoito onnistuisi, on tärkeää, että kaikki osapuolet tietävät ja ymmärtävät sairauden syyt sekä hoidon mahdollisuudet ja tulokset. (Laitinen ym. 2000: 126; Stenman – Toljamo 2002: 20.) Yhdessä perheen

kanssa tehdään päätös tuleeko ohjausta antaa myös muille tahoille esimerkiksi päiväkodin hoitajalle (Kyngäs 2007: 29).

Varhaisdiagnostiikan ja hoito-ohjelmien lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa astmaohjelmassa on korostettu tehostettua ja ohjattua omahoitoa sekä siihen liittyvää ohjausta. Ohjatussa omahoidossa astmalapsen vanhemmat opastetaan muuttamaan lääkitystä voinnin ja oireiden mukaan. (Stenman – Toljamo 2002: 20.)

Astmapotilaan ohjauksen tavoitteena on hoitoon sitoutuminen. Useimmat potilaat toivovat saavansa ohjausta heti sairauden toteamisen jälkeen. He toivovat saavansa ohjauksessa yksilöllistä tietoa sekä hoidon ja ohjauksen jatkuvuutta. Parhaimmillaan ohjaus tapahtuu tasavertaisena ja neuvottelevana yhteistyösuhteena, johon liittyy asiakkaan auttamista ja tukemista. Neuvottelevassa vuorovaikutussuhteessa potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa ja hoidon tavoitteiden suunnitteluun. Tasavertaisen neuvotte-lusuhteen on todettu lisäävän potilaan itsehoitovalmiuksia ja edistävän hänen hoitoon sitoutumistaan. (Stenman – Toljamo 2002: 20–22.)

Tutkimusten mukaan astmaa sairastavat halusivat saatua enemmän tietoa monista hoitoon liittyvistä asioista, kuten lääkkeistä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista, astman pahenemisen oireista ja hoidosta sekä lääkityksen muuttamisesta omatoimisesti astman pahentuessa. Potilaille on tarve puhua myös astmaan liittyvistä peloista ja tunteista. Tutkimusten mukaan monet potilaat kaipaavat enemmän ohjausta näiden tunteiden käsittelemiseen. (Stenman – Toljamo 2002: 19.)

6.3 Lääkehoidon ohjaus

Omasairaanhoitaja ohjaa lasta ja perhettä lääkkeenottotekniikassa ja muissa käytännön-asioissa. Lääkkeiden oikean inhalointitekniikan opettaminen ja säännöllinen tarkistaminen ovat lääkehoidon toteuttamisessa tärkeintä. Jokaisella kontrollikäynnillä tarkistetaan lääkkeenottotekniikka. (Ivanoff – Risku – Kitinoja – Vuori – Palo 2001: 133; Laitinen ym. 2000: 127.)

Keskeisiä haasteita astmaa sairastavan lapsen hoidossa ovat oikeaoppinen hengittäminen ja siihen liittyvät ongelmat. Lapsi ei mahdollisesti osaa oikeaa hengitystapaa ahdistuskohtauksen aikana. Tavoitteena on, että lapsen hengitys helpottuu ja hän oppii oikean

hengitystavan, lapsen rintakehän liikkuvuus säilyy ja hengitysilhakset vahvistuvat sekä oppia suhteuttamaan hengityksen ja fyysisen rasituksen. Lapselle opetetaan oikea ja taloudellinen hengitystapa, jotta hän oppii palleahengityksen ja pystyy käyttämään sitä ahdistuskohtauksen ja rasituksen aikana. (Ivanoff ym. 2001: 132–133.)

Lapsi hakee yleensä itselleen ahdistuskohtauksen aikana sopivan asennon. On tärkeää löytää lapselle asento, jossa hartiat ja vatsanseutu ovat rentoina ja on helpompi hengittää. Rentoutumista tukevia asentoja ovat tuettu puoli-istuva-asento ja tuettu kylkiasento. Pieni lapsi rentoutuu parhaiten vanhempansa sylissä tai nojaamalla vanhempansa olkapäähän. (Ivanoff ym. 2001: 133.)

6.4 Hoitajien kokemuksia ohjaamisesta

Terveystenhoitohenkilöstön ammatillisesta vastuusta huolimatta potilaiden ohjaus on ollut muodollista ja yleisluontoista. Se ei ole aina myöskään perustunut potilaan tietoon ja näkemyksiin ohjattavista asioista. Terveystenhoitohenkilöstön ja potilaiden käsitykset ohjauksen sisällöstä ovat olleet ristiriitaiset. (Kääriäinen – Kyngäs - Ukkola – Torppa 2006: 5.)

Hoitajien mukaan ohjaajan vahvuuksia ovat kyky ymmärtää potilasta, kokemus ohjaamisesta, kiinnostus ohjata potilaita ja vuorovaikutustaidot. Potilaan ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että hoitaja osaa arvioida potilaan ohjaustarpeet ja huomioida ne ohjausta suunnitellessa. Ymmärtämistä on kyky arvioida, miten potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen sekä kyky antaa palautetta potilaalle ohjauksen aikana. Ohjaukseen valmistautumista pidetään myös tärkeänä potilaan ymmärtämisen näkökulmasta. Tavoitteena on, että voidaan vastata muihinkin potilaan tarpeisiin kuin vain sairauteen liittyviin. (Kyngäs – Kukkurainen – Mäkeläinen 2005b:14.) Terveystenhoitohenkilöstö uskoo potilaiden tarvitsevan eniten psyykkistä ja psykososiaalista tukea (Kääriäinen ym. 2006: 11).

Kokemus ohjaamisesta koetaan vahvuudeksi hoitajien mukaan, koska se tarkoittaa, että hoitohenkilökunta on sisäistänyt tarvittavan tiedon ja hän on sisällön asiantuntija. Kokemus näkyy myös ohjattavan asian perusteluina potilaalle, ohjauksen etenemisenä loogisesti sekä ohjaamisen kirjaamisena hoitosuunnitelmaan. Ohjaukseen kuuluu myös potilaiden tukeminen, joka on rohkaisemista, kannustamista sekä motivoimista. Koke-

nut ohjaaja varmistaa myös ohjauksen jatkuvuuden sairaalan sisällä, potilaan kotiutuksessa tai siirtyessä toiseen sairaalaan hoitoon. (Kyngäs ym. 2005b: 14.)

Hoitajien mukaan kiinnostus ohjauksesta näkyy jatkuvana itsensä ja ohjaukikäytäntöjen kehittämisenä. Ohjauksesta kiinnostunut tarkastelee ohjausta potilaan sekä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2005b: 14.)

Hoitajat pitävät hyviä vuorovaikutustaitoja vaativana ja moni- ilmeisenä ohjaajan vahvuutena. Vuorovaikutustaitoisella on ihmistuntemusta. Hän on empaattinen, ystävällinen, luottamusta herättävä, kärsivällinen sekä sensitiivinen. Hän toimii rauhallisesti ja joustavasti. (Kyngäs ym. 2005b: 14.)

Hoitajien mukaan pelkästään suullinen ohjaus ei ole riittävä. Tarvitaan demonstraatiota tai kirjallista materiaalia. Kirjallinen materiaali auttaa asiaan palaamisen myöhemmin kotonakin. (Kyngäs ym. 2005b: 15.) Ohjausmenetelmistä on hallittu hyvin suullinen yksilöohjaus ja toiseksi parhaiten kirjallinen ohjaus. Ryhmäohjaus, demonstrointi ja audiovisuaalinen ohjaus ovat huonoiten hallittuja ohjausmenetelmiä, jonka vuoksi menetelmiä on myös käytetty vähemmän. Demonstroinnin hallinnalla on todettu olevan yhteys työkokemukseen. (Kääriäinen ym. 2006: 9.)

Ohjauksen heikkoudet liittyvät hoitajien mukaan työjärjestelyihin, ajan ja henkilökunnan puutteeseen, kirjallisten ohjeiden puutteisiin sekä potilaiden kysymyksiin. Työjärjestelyiden epäkohtia ovat työnjako ja ohjauksen pätkittäisyys. Heikkoutena pidetään myös ohjauksen sisällön vaihtelua eri yksiköissä. Ajan ja henkilökunnan puutteen vuoksi ohjaus saattaa jäädä puutteelliseksi tai jäädä kokonaan antamatta. Kirjallinen materiaali ei aina ole käytettävissä tai tiedot saattavat olla vanhentuneita. Puutteellista kirjaimista pidetään myös heikkoutena. (Kyngäs ym. 2005b: 15.)

Terveystieteiden henkilöstön ohjausvalmiuksia on arvioitu tietojen, taitojen ja asenteiden osalta. Tiedot ovat olleet paremmat poliklinikalla kuin osastolla työskentelevillä. Tietoja on arvioitu tiedot sairaudesta, tiedot hoidon jälkeisestä voinnista ja tiedot kuntoutumisesta. Tiedot sairauden hoidosta olivat tiedon osa-alueista parhaimmat. Parhaiten tiedettiin sairaudesta ja sen vaaratekijöistä sekä tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Heikoimmin tiedettiin hoitovaihtoehtoista ja sairauden vaikutuksesta perheeseen. Tiedot olivat parhaimmat hoidon jälkeisistä ongelmista ja heikoimmat toipumisajan pituu-

desta. Tiedon osa-alueista heikoimmat tiedot olivat kuntoutumisesta. (Kääriäinen ym. 2006: 8.)

Parhaimmiksi ohjaustaidoiksi on todettu vuorovaikutustaidot. Ohjauksessa on osattu keskustella vastavuoroisesti potilaan kanssa ja huomioida potilaan sanaton viestintä. Heikoimmiksi ohjaustaidoiksi on arvioitu itsehoidon tukemisen taidot. Parhaiten on osattu tukea potilaan itsehoitoa motivoimalla potilasta osallistumaan hoitoon ja arvioimalla hänen ohjaustarpeitaan. Huonosti on osattu ohjata potilasta vertaistukeen ja arvioida ohjatun asian oppimista yhdessä potilaan kanssa. Terveystenhoitohenkilöstö on asennoitunut myönteisesti potilaiden ohjaukseen. Ohjaus syvensi hoitosuhdetta, mutta samalla se vähensi aikaa hoitaa muita potilaita. Naiset ja hoitajat ovat asennoituneet tutkimuksen mukaan miehiä ja lääkäreitä paremmin ohjaukseen. (Kääriäinen ym. 2006: 9.)

Suurin osa terveystenhoitohenkilöstöstä on arvioinut, että ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö on ollut toimivaa, ohjausmateriaalia on ollut käytettävissä ja työyksiköissä on ollut mahdollisuus kehittää ohjausta. Tutkimustietoa on ollut käytettävissä vähän ja koulutusta ohjausvälineistön käyttöön on saatu vähän. Terveystenhoitohenkilöstö on arvioinut aikaa olevan liian vähän, tilojen olevan epäasianmukaisia ja tarvittavia välineitä olevan puutteellisesti. Ohjaus-käsitteeseen ja sen käytön selventämiseen toivottiin kiinnitettävän huomiota. Osastolla työskentelevillä oli muita enemmän aikaa ohjaukseen ja ohjauksessa tarvittavaa välineistöä käytettävissä. (Kääriäinen ym. 2006: 10.)

Terveystenhoitohenkilöstö on huomoinut potilaan aktiivisuuden tukemisen ohjaustilanteessa tarjoamalla potilaalle mahdollisuuden kysyä, ilmaista tunteitaan ja keskustella ongelmistaan. Potilaslähtöistä ohjausta, potilaan tarpeet ohjauksen lähtökohtana huomioiden, on toteutettu hyvin. Puutteita on ollut ohjatuiden asioiden sovellettavuudessa potilaan elämäntilanteeseen. Ohjauksen tavoitteista potilaan kanssa on keskusteltu liian vähän. Myös palautetta ohjauksesta on pyydetty liian vähän. (Kääriäinen ym. 2006: 10.)

Taitoa tukea potilasta itsehoitoon tarvitaan enemmän. Ohjauksen arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Myös ohjauksen ulkoista arviointia tulisi tehostaa. Koska potilaat muistavat ja prosessoivat asioita eri tavoin, tulisi erilaisten ohjausmenetelmien

käyttöön ja hallintaan kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. (Kääriäinen ym. 2006: 11–12.)

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

7.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelu on suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa. Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa korostetaan haastateltavien elämysmaailmaa ja heidän määritelmiään tilanteista. Kyse on eräänlaisesta keskustelusta, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla, jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta häntä kiinnostavat asiat, tai ainakin ne, jotka kuuluvat tutkimuksen aihepiiriin. Jokaisen aloittelevan tutkijan on löydettävä omat rajansa siinä, miten hän kohtaa haastateltavan ja kuinka paljon antaa itsestään haastattelutilanteessa. (Hirsijärvi – Hurme 2009: 48; Aaltola – Valli 2001: 24–26.)

Haastattelukysymykset oli luotu projektissa jo aiemmin, joten emme voineet niihin itse vaikuttaa. Haastattelurunko (liite 1) mukaili projektin ohjauskokonaisuutta. Haastattelu-teemoina olivat ohjaustarpeen kartoitus, ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. Haastattelun lopuksi sairaanhoitajilta kysyttiin heidän omia kokemuksiaan interventiomallin mukaisesta ohjauksesta.

Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit on aina etukäteen määrätty. Menetelmästä puuttuu kuitenkin kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastatteliija varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus vaihtelevat haastattelusta toiseen. (Aaltola – Valli. 2001: 26–27.)

Haastattelimme kuutta sairaanhoitajaa. Kaikilta sairaanhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 2) haastattelujen tekemiseen. Haastattelut tapahtuivat Jorvin sairaalan lastenosasto L3:lla keväällä ja syksyllä 2010. Haastattelut tapahtuivat osastolla tyhjässä lääkärinhuoneessa, joka oli rauhallinen paikka haastatteluille. Haastattelujen kestoaika

vaihteli puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin nauhurille. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat olivat samalta osastolta.

7.2 Haastattelujen analysointi

Analysoimme aineiston aineistolähtöisellä (induktiivisella) sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95.)

Litteroimme eli kirjoitimme haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan. Luimme kaikki haastatteluaineistot läpi yhdessä ja erikseen useaan kertaan. Tämän jälkeen aineiston alkuperäisilmaisut pelkistettiin. Karsimme tutkimusaineistosta tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaisen informaation pois. Tiivistimme tutkimusaineiston osiin tutkimuskysymysten pohjalta. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhtäläisten ilmaisujen joukoksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan (luokkaan) ja annettiin kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Sitten analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa ja muodostettiin yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päätelyyn. (Tuomi ym. 2009: 112.)

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastattelimme kuutta sairaanhoitajaa. Kaikki haastatteluun osallistujista oli naisia. Haastateltavien keski-ikä oli 36 vuotta. Sairaanhoitajien työkokemus terveydenhuoltoalalla vaihteli. Osa sairaanhoitajista oli suorittanut opistoasteen koulutuksen ja osalla oli ammattikorkeakoulututkinto.

8.1 Sairaanhoitajien kokemukset ohjaustarpeen suunnittelusta

Haastateltavien mukaan ohjaustarve suunniteltiin käymällä ohjaustilanne mielessä läpi ja kerättiin ohjaustilanteessa tarvittavat lääkkeenantovälineet. Ohjaustarvetta suunniteltiin myös keskustelemalla perheen kanssa sekä kysymällä perheeltä astman lääkehoidosta. Ohjaustarpeet määriteltiin kartoittamalla aikaisempia tietoja lapsen astmasta sekä kartoittamalla ohjauksen tarve. Ohjauksen tavoitteina oli, että lapsi ja perhe ymmärtävät lääkityksen merkityksen sekä hallitsevat lääkkeenantovälineet.

”Kyseltiin tietoja perheeltä, onko aikaisempia sairaalakokemuksia, lääkeshoidon kokemuksia.”

”Minkälaista niinku ohjausta he itse kokevat tarvitsevansa.”

”Että vanhemmat ymmärtää sen missä tilanteessa annetaan lääkettä.”

Alakategoria	Yläkategoria
Ohjauksen läpikäyminen mielessä Ohjaustilanteessa käytettävien välineiden kerääminen.	Ohjaustilanteeseen valmistautuminen
Kysytään perheeltä astman lääkehoidosta. Aikaisemmat tiedot lapsen astmasta. Kartoitetaan ohjauksen tarve.	Tiedot ohjaustarpeesta perheeltä
Vanhemmat ovat selvillä lääkityksestä. Lapsi ymmärtää lääkeshoidon. Lapsi tottuu lääkitykseen.	Perhe ymmärtää ohjaustilanteen

KUVIO 1. Ohjaustarpeen suunnittelu

8.2 Sairaanhoidtajien kokemukset ohjauksen toteutuksesta

Ohjaus toteutettiin osastolla potilashuoneessa. Ohjaukseen käytettiin aikaa kymmenestä minuutista tuntiin. Ohjauksessa käytettiin demonstraatiota, jossa välineenä käytettiin Babyhaleria ja plasebolääkettä. Ohjauksen sisältö koostui teoretiedosta, joka sisälsi astmaoireiden läpikäymisen sekä lääkkeiden antamisen ohjauksen. Ohjausmenetelminä

käytettiin myös suullista ohjausta ja kirjallista materiaalia. Asioita kerrattiin useita kertoja ohjauksen varmistamiseksi.

Ohjauksessa kommunikointi oli molemminpuolista vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta oli äidin sekä lapsen kanssa. Vuorovaikutus oli hyvää, mutta osassa ohjaustilanteissa ohjauksen ilmapiiri oli kiireinen. Osa sairaanhoitajista koki, että vanhemmat eivät olleet täysin vastaanottavaisia, koska heillä oli kiire ohjauksesta kotiin. Ohjaukseen osallistuvat äiti ja lapsi sekä isä. Yhdessä ohjauksessa oli mukana vain äiti, joka lupasi opettaa isälle ohjauksessa läpikäytyt asiat.

”No siinä oli just se demonstraatio, näytin sen babyhalerin kädestä pitäen.”

”Käytiin läpi mitä astmaoireita ja sitä lääkitystä ja jatkaa mihin kannattaa kiinnittää huomio.”

”Kaikki ajatus ei ollu kumminkaan heillä läsnä, enemmän oli jo kiire kotiin.”

Alakategoria	Yläkategoria
Ohjauksen toteutuspaikka Rauhallinen ohjaustilanne Ohjaukseen osallistuvat henkilöt Käytetty aika ohjauksessa Demonstraatio	Perheen toteutunut ohjaustilanne
Teoriatieto Lapsen oireet Teoriatieto	Ohjauksen sisältämää tietoa
Kirjallinen tieto Kertaaminen Suullinen ohjaus Ohjauksessa käytettävät välineet	Ohjauksessa käytettävät menetelmät
Ohjauksen kommunikointi Ohjauksen ilmapiiri	Sosiaalinen toiminta

Ohjaukseen osallistuvat	
-------------------------	--

KUVIO 2. Ohjauksen toteutus

8.3 Sairaanhoidtajien kokemukset ohjauksen arvioinnista

Haastateltavien mukaan ohjausta arvioitiin tekemällä vanhemmille kysymyksiä sekä heille annettiin kaavake täytettäväksi. Muutamassa ohjaustilanteessa opiskelija osallistui arvioinnin tekemiseen. Ohjaukselle asetetut tavoitteet toteutuivat hyvin ja perhe oppi ohjauksen jälkeen astmalääkkeen antamisen.

Haastateltavien mukaan vanhemmat eivät juuri osallistuneet arviointiin. Yhdessä ohjauksessa vanhemmat kertoivat ohjauksen kokemuksista. Vain yhdessä ohjaustilanteessa oli keskusteltu äidin kanssa ohjauksesta. Haastateltavien mukaan osa ohjaustilanteista ja arvioinneista kirjattiin potilaspapereihin. Osa haastateltavista ei muistanut mihin kirjattiin.

"Eivät siinä sitä kommentoinut tai osallistuneet arviointiin."

"Kertomalla miten koki ohjaustilanteen ja miten he kokee pärjäävänsä Babyhalerin kanssa kotona."

"En muista miten oon kirjottanut."

Alakategoria	Yläkategoria
Kyselemällä vanhemmilta Vanhemmat täyttivät kaavakkeen Opiskelija osallistui arviointiin	Arvioinnin toteutus
Tavoitteet toteutuivat hyvin Perhe oppi lääkkeen annon	Asetettujen tavoitteiden toteutuminen
Vanhemmat eivät osallistuneet	

Kertomalla kokemuksista Keskustelemalla ohjauksesta	Vanhempien osallistuminen arviointiin
Kirjattiin potilaspapereihin Ei muista kirjaamista	Ohjauksen ja arvioinnin kirjaaminen

KUVIO 3. Ohjauksen arviointi

8.4 Sairaanhoitajien kokemukset interventiomallin mukaisesta lapsiperheen ohjauksesta

Haastateltavien mukaan intervention mukainen ohjaus oli mielekäs kokemus, vaikka siinä olikin enemmän tehtävää. Myös ohjattavia asioita piti miettiä enemmän. Intervention kehittämisehdotuksena toivottiin perheelle annettavan kirjallista materiaalia. Osa haastateltavista toivoi ohjekirjasta, jonka voi antaa perheelle luettavaksi.

"Ohjaus oli sellainen mielekäs kokemus."

"Positiiviset kokemukset sen takia kun piti tehdä enemmän töitä."

"Kirjallinen materiaali minkä vois antaa, semmone pieni ohjekirjanen"

Alakategoria	Yläkategoria
Mielekäs kokemus Enemmän töitä Mieleen palauttaminen	Kokemukset interventiosta
Kirjallista materiaalia Ohjekirja	Intervention kehittäminen

KUVIO 4. Sairaanhoitajien kokemukset ohjauksesta

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tavoite oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia interventiomallin mukaisesta lääkehoidon ohjauksesta. Tulosten pohjalta on vaikea arvioida itse intervention sisältöä, on mahdollista tarkastella vain sairaanhoitajien kokemuksia ohjauksesta. Sairaanhoitajien kuvaukset interventiomallin mukaisesta ohjauksesta poikkesivat toisistaan huomattavasti, vaikka se asetti ohjaukselle selvät raamit. Osa sairaanhoitajista oli kokenut interventiomallin mukaisen ohjauksen mielekkäänä. Toiset sairaanhoitajat eivät olleet täysin ymmärtäneet intervention merkitystä. Tuloksista nousi esille, että osa ohjaustilanteista tuli sairaanhoitajien mukaan liian nopeasti, jolloin valmistautuminen ohjaustilanteeseen oli vähäisempää. Ohjaus oli sairaanhoitajien mukaan kuitenkin jatkuvaa, ei vain siinä ohjaustilanteessa tapahtuvaa.

9.2 Tulosten luotettavuus

Laadullisen tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa sitä, vastaavatko tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinnat tutkittavan käsityksiä. Luotettavuuden kriteeri on viime kädessä tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla sekä arvioida myös ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteiden kannalta. Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt luokittamaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin hän on sen tehnyt. (Vilka 2005: 158–159.)

Luotettavuuteen vaikutti se, että haastattelut teki sama henkilö. Haastattelunauhoja purettaessa luotettavuutta lisäsi, että nauhat kuunneltiin tarkasti useaan kertaan. Tulkintamme aineistosta oli koko prosessin ajan pääsääntöisesti yksimielinen, joka osaltaan lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Osa teemahaastattelukysymyksistä oli samankaltaisia, joka johti samantyyppisiin vastauksiin.

Haastatellut sairaanhoitajat olivat kaikki samalta osastolta, joka lisäsi luotettavuutta. Työkokemus vaihteli, joka vaikutti motivaatioon interventiomallin mukaisen ohjauksen toteutukseen. Haastattelut toteutettiin useiden viikkojen jälkeen ohjauksista, joten osa sairaanhoitajista koki, että ohjaustilanteesta oli liian kauan aikaa. Tämän vuoksi osa sairaanhoitajista ei muistanut kunnolla ohjaustilanteen kulkua. Tältä osin tulosten luotettavuus kärsi, koska oli riski, että he muistivat väärin. Osalla haastateltavista ei ollut

ollut aikaa perehtyä interventiomalliin, mikä johti siihen, että ohjausta oli annettu niin kuin aina ennenkin.

9.3 Tulosten eettisyys

Tässä opinnäytetyössä ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettiset perusteet toteutuivat. Tutkittavien suojaan kuuluu, että tutkijan on 1) selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavien suojaan kuuluu 2) osallistuvien vapaaehtoinen suostumus. Tutkijan on varmistettava, että antaessaan suostumuksensa 3) osallistuja tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. 4) Osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tutkimustietojen on oltava 5) luottamuksellisia. Kaikkien osallistujien on jätävä 6) nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Tutkimukseen osallistujilla on 7) oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa. (Tuomi ym. 2009: 131.) Lasten, nuorten ja lapsiperheen ohjaus- projektiin on saatu tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Naisten- ja lastentautien tulosyksikön johdolta sekä puoltava lausunto on saatu eettiseltä toimikunnalta. Opinnäytetyön tulokset julkaistaan Lasten ja nuorten sairaalan Hoitotyön iltapäivässä.

Haastattelimme kuutta sairaanhoitajaa. Heiltä kaikilta oli pyydetty kirjallinen suostumus haastattelujen tekemiseen. Suostumalla kyselyyn he ovat antaneet luvan käyttää haastattelun tuloksia tässä projektissa. Huolehdimme sairaanhoitajien anonymiteetistä siten, että haastattelunauhoissa ja niiden puhtaaksikirjoittamisessa ei käytetty haastateltavien nimiä, vaan numeroimme sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat pyysivät vanhemmilta kirjallisen suostumuksen tutkimuksen osallistumiseen.

Kaikki perheet eivät halunneet olla osallisena tutkimuksessa. Kuusi perhettä suostui tutkimukseen. Perheet valikoituivat myös sen mukaan, missä oli 0–3-vuotias lapsi. Haastateltavat sairaanhoitajat valikoituivat sen mukaan, joiden perheet olivat suostuneet olemaan mukana tutkimuksessa. Vanhemmille kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista, mutta sairaanhoitajille sitä ei korostettu tarpeeksi.

9.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Mielestämme tarvitaan lisää tutkimuksia uuden interventiomallin mukaisesta ohjauksesta ennen kuin sen toimivuus voidaan taata. Tulevaisuudessa opinnäytetyömme tuloksia

voidaan hyödyntää ohjausinterventiomallin kehittämiseen. Kuten opinnäytetyömme tuloksista ja aiemmista tutkimuksista on käynyt ilmi, tulisi ohjauksen arviointiin kiinnittää enemmän huomiota. Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu jatkuvasti, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin ohjaukselle jää vähemmän aikaa. Hoitoaikojen lyheneminen vaatii myös ohjauksen tehostamista.

LÄHTEET

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2001: Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Haahtela, Tari – Hannuksela, Matti – Mäkelä, Mika – Terho, Erkki O. 2007: Allergia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Duodecim.

Haahtela, Tari – Stenius-Aarniala, Brita 2002: Astmalääkkeet, Hoidon periaatteet. Forssa: Forssan Kirjapaino Oy.

Heikkinen, Kati 2007: Vanhempien saama sosiaalinen tuki lastentautien ajanvarauspoliklinikalla. Teemahaastattelu 3–4-vuotiaiden astmaa sairastavien lasten vanhemmille. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Hirsijärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009: Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Yliopistopaino.

Homan-Helenius, Päivi 2005: Empowering families of children with asthma through adaptation training. Turun Yliopisto.

Huovinen, Maarit 2002: Astma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ivanoff, Päivi – Risku, Aija – Kitinoja, Helli – Vuori, Anne – Palo, Raija 2006: Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. WSOY.

Jurvelin, Tiina – Kyngäs, Helvi – Backman, Kaisa 2006: Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytyminen. Tutkiva Hoitotyö 4 (3). 18–22.

Kelo, Marjatta 2009: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus. Projektisuunnitelma. Metropolia ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitoala.

Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002: Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14 (5). 213–222.

Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula 2004: Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, Helvi – Kukkurainen, Marja Leena – Mäkeläinen Paula 2005b: Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 3 (2). 14–15.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2005a: Käsiteanalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5). 252–253

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti.><http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi06030><. Luettu 22.8.2009.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2006: Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1). 4 - 12.

Laitinen, Lauri A. – Juntunen-Backman, Kaisu – Hedman, Jouni – Ojaniemi, Seija 2000: Astma. Kustannus Oy Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus –projekti 2010: 0–3 –vuotiaan astmaa tai hengenhdistusoireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjaus. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Lehto, Paula 2004: Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Meretoja, Riitta – Santala Iris 2003: Voimaantuminen- sairaanhoitajien ja hoitotyön johtajien yhteinen haaste. Sairaanhoitaja 76 (1)

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2008: Kirjallisten töiden ohje. Sosiaali- ja terveysala

Pelkonen, Marjaana – Hakulinen, Tuovi 2002: Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5). 202 – 210.

Reijonen, Tiina – Ashorn, Per – Korppi, Matti 2001: Pikkulasten astma. *Duodecim* 117.

Sairaslapsi 2009. Mentor Instituutti, Kööpenhaminan Tiedekeskus. Verkkodokumentti.

<http://www.sygeboern.dk/frame.cfm/cms/id=545/sprog=4/grp=2/menu=1/>. Luettu 22.8.2009.

Stenman, Päivi – Toljamo, Maisa 2002: Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* 14 (1). 19 – 25.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy