

**Astmaa tai astmankaltaisia oireita
sairastavan alle 4-vuotiaan lapsen
lääkehoidon ohjaukseen kehitetyn
intervention kirjaaminen lastenosastolla**

Hoitotyön koulutusohjelma,
terveydenhoitaja
Opinnäytetyö
23.11.2010

Sanna Eskelinen
Laura Hyttinen
Katariina Ijäs

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Terveydenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Sanna Eskelinen, Laura Hyttinen, Katariina Ijäs			
Työn nimi			
Astmaa tai astmankaltaisia oireita sairastavan alle 4-vuotiaan lapsen lääkehoidon ohjaukseen kehitetyn intervention kirjaaminen lastenosastolla			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syksy 2010	57	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Astma on yksi yleisimmistä lapsuudenaikaisista kroonisista sairauksista. Tutkimuksien mukaan astman pääasiallinen hoito on keskittynyt kotiin, ja juuri tästä syystä on tärkeää saada tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan antamasta perhettä voimaannuttavasta ja kotona selviytymistä tukevasta ohjauksesta lastenosastolla.</p> <p>Opinnäytetyömme on osa lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjausprojektia. Projekti toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoalan ja Hyks Naisten- ja lastentautien tulosityksikön yhteisenä projektina. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata miten 0 - 4-vuotiaiden astmaa tai astmankaltaisia oireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjaukseen kehitetyn ohjausinterventiomallin mukaista ohjausta oli kirjattu hoitosuunnitelmiin lastenosastolla. Tavoitteenamme oli myös tehdä johtopäätöksiä intervention käyttöönoton toteutumisesta osastolla. Aineisto analysoitiin SPSS- ja Excel-ohjelmia apuna käyttäen sekä deduktiivis-induktiivisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että perheen aikaisemmat tiedot, taidot, kokemukset ja tausta olivat kirjattuina hoitosuunnitelmiin ja taustatietolomakkeisiin melko usein. Vastaavasti tiedollisia, taidollisia tai kokemuksellisia ohjaustarpeita ei juurikaan oltu kirjattu. Tavoitteiden kirjaaminen oli suppeaa ohjausprosessin joka vaiheessa. Kirjaamisen perusteella voidaan olettaa, että lääkehoidon ohjaus oli suunniteltu lähes ainoastaan tiedollisten tavoitteiden pohjalta. Lääkehoidon ohjaustilanteesta kirjattiin yleisimmin ohjatut lääkkeet, miten lääkettä annetaan ja millä laitteella lääkettä annetaan. Lääkehoidon ohjaustilanteessa käytettiin useimmiten suullista ohjausta, havainnollistamista sekä kirjallista materiaalia. Kirjaamisen perusteella hoitosuunnitelmissa oli arvioitu kattavimmin tiedollisten tavoitteiden toteutumista sekä ohjaustilanteen arvioinnin toteuttamista sairaanhoitajan näkökulmasta. Vaikka kokemus-, asenne- ja taitotavoitteita ei oltu kirjattu kuin kerran hoitosuunnitelmiin, niin siitä huolimatta näitä oli kirjaamisen perusteella arvioitu useammassa hoitosuunnitelmassa.</p> <p>Johtopäätöksenä voimme esittää, että ohjatun intervention kirjaaminen toteutui vain osittain. Tulosten perusteella emme voi tehdä johtopäätöksiä ohjausintervention käyttöönoton toteutumisesta osastolla dokumentoinnin perusteella.</p>			
Avainsanat			
Alle 4-vuotias lapsi, kirjaaminen, lapsen astma ja astman hoito, ohjaus, voimaantuminen			

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Katariina Ijäs, Sanna Eskelinen and Laura Hyttinen		
Title		
Patient Education for the Parents of Children with Asthma ; Recording of the Medical Guidance Intervention		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Autumn 1010	57
<p>ABSTRACT</p> <p>Asthma is one of the most common chronic diseases during childhood. Previous studies have indicated that the treatment of asthma is mainly focused on the home environment. It is therefore important to produce more research knowledge on children's departments' guidance to empower families and help them cope with everyday life.</p> <p>Our thesis is part of a more extensive steering project entitled Patient Education of Children, Adolescents and Their Families. The project is being conducted jointly by the Department of Health and Care at Metropolia University of Applied Sciences and the Department of Women's and Children's Diseases at Helsinki University Hospital. The Women's and Children's Department provided us with the material for our thesis. The topic for our thesis was to evaluate the documentation of the patient education intervention method for the medical guidance under 4-year old children suffering from asthma. The purpose of our thesis was to find out how the implementation of the intervention was documented in the patient records. The material was analysed with the help of SPSS and Microsoft Excel and by using deductive-inductive content analysis.</p> <p>The results of our thesis showed that families' previous knowledge, skills, experiences and background had quite often been recorded in the treatment plans and the background information forms. On the other hand, the need for guidance with regard to information, skills and experiences was not recorded to any significant extent. The recording of the objectives was very limited at every stage of the guidance process. Looking at the records, we can assume that the guidance of medical treatment was planned solely based on informational objectives. The guidance was given mostly verbally and through observation and written material. According to the records, the attainment of informational objectives and the implementation of the guidance evaluation from the nurses' perspective were recorded most extensively. Although the objectives in terms of experiences, attitudes and skills were recorded only once in the treatment plans, they had still been assessed in many of the plans.</p> <p>Our results supported the conclusion that patient education interventions were only partially recorded. However, the results do not enable us to draw any conclusions as to the implementation of patient education intervention in hospital wards based on records.</p>		
Keywords		
children under 4 years, recording, asthma, patient education, empowerment		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KIRJAAMINEN.....	2
2.1 Kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä.....	3
2.2 Hoitotyön kirjaaminen lääkehoidon ohjausinterventio käsikirjan mukaan.....	4
3 VOIMAANTUMINEN.....	5
4 OHJAUS.....	6
4.1 Laadukas ohjaus lapsiperheen hoitotyössä.....	7
4.2 Ohjausprosessi ja alle 4-vuotiaan lapsen lääkehoidon ohjaukseen kehitetty interventio.....	7
5 ALLE 4-VUOTIAS LAPSI.....	11
5.1 Lapsen perhe	12
5.2 Lapsen sairastuminen.....	13
6 LAPSEN ASTMA JA ASTMAN HOITO.....	18
6.1 Alle 4-vuotiaiden lasten astman erityispiirteet.....	18
6.2 Pikkulasten astman hoito ja astmalääkitys.....	19
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	21
8 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....	22
8.1 Aineisto.....	22
8.2 Kvantitatiiviset menetelmät.....	22
8.3 Kvalitatiiviset menetelmät.....	24
9 TUTKIMUSTULOKSET.....	25
9.1 Ohjaustarpeen kartoittaminen.....	26
9.2 Ohjauksen suunnittelu.....	30
9.3 Ohjauksen toteutus.....	33
9.4 Ohjauksen arviointi.....	37
10 POHDINTA.....	42
10.1 Tulosten tarkastelu.....	42
10.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	45
10.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	47
LÄHTEET.....	49

1 JOHDANTO

Astma on yksi yleisimmistä lapsuudenaikaisista kroonisista sairauksista. Lapsen sairastuminen astmaan vaikuttaa koko perheen elämään (Toivanen – Kyngäs 1999: 23). Tutkimuksen mukaan astman pääasiallinen hoito on keskittynyt kotiin, ja juuri tästä syystä on tärkeää saada tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan antamasta perhettä voimaannuttavasta ja kotona selviytymistä tukevasta ohjauksesta lastenosastolla (Brazil – Krueger 2002: 167, 172).

Opinnäytetyömme aiheena on astmaa tai astmankaltaisia oireita sairastavan pikkulapsen lääkehoidon ohjaukseen kehitetyn intervention kirjaamisen arviointi lastenosastolla. Tarkoituksenamme on selvittää hoitosuunnitelmiin tehtyjen merkintöjen perusteella miten ohjausprosessin eri vaiheet on kirjattu hoitosuunnitelmiin. Dokumentoinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitosuunnitelmiin kirjattuja tietoja etenkin ohjauksen toteutumisen näkökulmasta. Aineisto saatiin Jorvin sairaalan lastenosasto L3:lta. Potilasasiakirjat ovat kopioita alkuperäisistä, jotka osastolle nimetty vastuuhenkilö kerää osastolta suljettuun kirjakuoreen. Potilasasiakirjat kerättiin analysoitavaksi, kun projektissa aiemmin kehitetty uusi lääkehoidon ohjausinterventio oli ohjattu osaston työntekijöille ja otettu käyttöön osastolla. Opinnäytetyömme kannalta oleellisin tieto saatiin analysoimalla potilasasiakirjoja niiden analysointiin kehitetyllä tietojen luokittelulomakkeella. Analysoinnin tavoitteena oli tarkastella uuden ohjausintervention kirjaamista osastolla hoitosuunnitelmien perusteella.

Tietojenluokittelulomake sisältää kaikki aiemmin projektissa tuotetun ohjausintervention osa-alueet. Nämä osa-alueet on jaettu jokainen erillisiin kysymys-sarakkeisiin, joissa merkintävaihtoehtoina ovat kyllä ja ei-kohdat sekä ”Mitä on kirjattu”- kohta. Lomakkeen lopussa on tilaa huomioille, ja se on merkitty ”Muita huomioita”- otsikolla. Kerätty aineisto analysoitiin sekä laadullisin että määrällisin analyysimenetelmin.

Opinnäytetyömme on osa Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektia. Projekti toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoalan ja Hyks:n Naisten- ja lastentautien tulosityksikön yhteisenä projektina. Opinnäytetyömme yhteistyötahoina toimii Jorvin sairaalan lastenosasto L3. Projektin tavoitteena on erityisesti kartoittaa sekä kehittää lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjausta lastenosastolla, kehittää uusia ohjausinterventioita, joilla saavutetaan lapsen, nuoren ja perheen voimaantuminen, sekä kehittää potilasohjauksen opetusta. Tavoitteiden toteutumisen tuloksena saavutetaan uutta tietoa potilasohjauksesta lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta. Projektissa kartoitetaan, millaista on tällä hetkellä lapsen, nuoren ja lapsiperheen saama ohjaus sekä kirjallisuuden että aikaisempien tutkimusten ja haastattelujen perusteella. Suoritetun kartoituksen avulla pystytään paremmin tuottamaan sellainen voimavaroja vahvistava ohjauksen malli, joka vastaa lapsen, nuoren sekä lapsiperheen ohjauksen tarpeita. Projektin tuloksena tunnistetaan aikaisempaa tarkemmin ohjausta tarvitsevat kohderyhmät sekä ne olosuhteet ja ohjausmenetelmät, jotka saavat aikaan toivotun muutoksen lapsen, nuoren ja perheen tilanteessa. (Kelo – Salmela 2009: 7.) Projekti keskittyy hoitotyön konkreettiseen kehittämiseen, käytännön tason työskentelyyn. Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata, miten kehitetyn ohjausinterventiomallin mukaista ohjausta on kirjattu hoitosuunnitelmiin.

2 KIRJAAMINEN

Hoitotyön ja sen kirjaamisen tulisi perustua näyttöön ja tämä näyttö tulisi voida lukea hoitotyön kirjauksista. Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence based nursing) määritellään useimmiten ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. (Hallila 2005b: 10, 12.)

Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehtoista, hoitotyöstä

karsiutuvat pois tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot, voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti sekä huomioidaan tiedonkulun tuomat hyödyt sekä suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraisesta tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon (Hallila 2005c: 13).

2.1 Kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät asiakkaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjat on määritelty juridisesti laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (L785/1992.) Potilasasiakirjoista muodostuu henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä (L523/1999). (Graeffe – Hallila 2005: 16.) Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja on monia. Näiden lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaavat rekisterinpitäjän eli organisaation velvollisuus huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisiin menettelytapoihin. (Graeffe – Hallila 2005: 19.)

Nykyisin laajasti käytetty potilaskertomusjärjestelmä on saanut nykyisen muotonsa erityisesti 1980-luvulla käynnistyneiden kansallisten ja paikallisten kehittämishankkeiden seurauksena. Yksittäiset tietomerkinnot potilaan sairaudesta, annetusta hoidosta ja hoidon tuloksista sekä vaadittavista tilastoista ovat laajentuneet kertomusjärjestelmiksi. Keskeisiä tietoja siirretään myös organisaatiosta toiseen. Tietojen yhteistä käyttöä pidetäänkin sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa tärkeänä potilaan hoitamisen laatutekijänä. Kirjaamisen systemaattisuus, eli sen yhtenäisyys ja määrättyt tavat tallentaa ja säilyttää tietoa, antaa runsaasti vaihtoehtoja tietojen myöhempää hyödyntämistä varten. (Sonninen 2007: 66.)

2.2 Hoitotyön kirjaaminen lääkehoidon ohjausintervention käsikirjan mukaan

Hoitotyön kirjaaminen aloitetaan hoidon suunnittelulla, joka tehdään potilaan tullessa hoidon tai palvelun piiriin. Hoidon suunnittelussa määritellään hoidon tarpeet, tavoitteet ja mahdollisesti myös keinot niiden toteuttamiseksi. Potilas voi aktiivisesti osallistua hoitotyön suunnitelman tekemiseen ja toteutetun hoidon dokumentointiin. Erityisesti kiinnitetään huomiota potilaan omiin tuntemuksiin ja mielipiteisiin. Hoitajan vapaassa kirjaamisessa näkyy yleensä organisaatiossa tai yksikkötasolla sovittu toiminta- tai hoitofilosofia. (Tanttu – Ikonen 2007: 115-118.)

Lääkehoidon ohjausinterventio- käsikirjassa on kuvattu eri ohjausprosessien vaiheiden kirjaamisen osa-alueet ohjaussuunnitelmaan. Kuvauksesta käy ilmi mitä asioita tulee kirjata ohjaussuunnitelmaan ohjaustarpeen kartoittamisen, suunnittelun, toteutuksen sekä ohjauksen arvioinnin jälkeen. Ohjaustarpeen kartoittamisen jälkeen ohjaussuunnitelmaan kirjataan perheen aiemmat tiedot, taidot ja kokemukset etenkin lääkehoidon ja sairauteen liittyvän aikaisemmin saadun tiedon osalta. Lisäksi kirjataan keskeiset ohjaustarpeet sekä oppimisen haasteet. Suunnitteluvaiheen jälkeen tulee ohjaussuunnitelmaan kirjata ohjauksen keskeiset tieto-, taito-, asenne- ja kokemustavoitteet, jotka on sovittu yhdessä perheen kanssa. Toteutusvaiheen jälkeen ohjaussuunnitelmaan kirjataan ohjauksen pääsisällöt, käytetyt menetelmät ja materiaalit sekä ohjaukseen käytetty aika. Ohjauksen pääsisällöistä kirjataan muun muassa lääkkeet, lääkkeiden antaminen ja siinä tarvittavat välineet, lääkkeiden vaikutus ja sivuvaikutukset ja omaseuranta. Tärkeää on myös kirjata ohjauksen vuorovaikutusta. Ohjauksen arvioinnin kirjaaminen sisältää arvion tavoitteiden toteutumisesta ja arvioinnin toteuttamisesta eli toisin sanoen mihin arviointi perustuu. Lisäksi kirjataan, miten lapsi ja vanhemmat kokivat tilanteen sekä se, miten vanhemmat arvioivat osaavansa lääkehoidon. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 4 - 18.)

3 VOIMAANTUMINEN

Voimaantuminen on sisäinen voimantunne omasta vahvuudesta, pätevydestä, ja luovuudesta. Vaikka voimaantuminen onkin ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, voidaan sitä tukea myös hoitotyön keinoin. Voimaantuminen tapahtuukin ympäristössä, jossa ihminen kokee ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi (Iivanainen – Syväoja 2008: 94.) Perheen voimavaroja vahvistetaan ennen kaikkea kuuntelemalla ja antamalla tietoa. Perhettä tuetaan arvioimaan, käyttämään ja vahvistamaan perheen sisäisiä voimavaroja. Sisäisen voimantunteen saavuttaminen heijastuu myönteisyytenä, joka rakentuu hyväksymisen, arvostuksen kokemisen, luottamuksen, turvalliseksi koetun ilmapiirin, toimintavapauden ja kunnioituksen kokemisen yhteisvaikutuksesta. Koettu myönteisyys vapauttaa voimavaroja ja heijastuu positiivisena asennoitumisena ja arvostuksena sekä itseä että yhteistyökumppaneita kohtaan. (Iivanainen – Syväoja 2008: 93 - 94.)

Voimaantuminen on tärkeä osa terveyden edistämistä (Trollvik – Severinsson 2005: 157). Lasten terveydenhuollon tavoitteena on onnellinen lapsuus ja aikuisiän hyvä terveys. (Strid ym. 2003: 744 - 745.) Vaikka Suomessa 0 - 4-vuotiaiden lasten kuolleisuus on maailman pienimpiä, tarvitaan aktiivista toimintaa tämän ikäryhmän terveyden edistämiseksi (Strid ym. 2003: 743).

Simnett nimeää terveyden edistämisen keskeiseksi arvoksi niiden ihmisten kuulluksi saattamisen, jotka ovat tulleet yhteisöissään vähiten kuulluiksi. Yhtenä tällaisena ryhmänä voidaan pitää lapsia. (Simnett 1999, Okkosen 2004: 23 mukaan.) Terveyttä edistävä toiminta lapsille suunnattuna voisi tapahtua esimerkiksi leikin avulla (Okkonen 2004: 23). Lapsiperspektiivin löytyminen terveydenhoitotyöhön edellyttää lapsen kanssa toimivilta aikuisilta lapselle ominaisten toimintatapojen huomaamista. Moni tilanne saattaa näyttäytyä aikuisen näkökulmasta aivan toisin kuin lapsen perspektiivistä. Kun lapsen kanssa työskentelevä aikuinen tekee lapseen liittyviä tulkintoja, niihin vaikuttavat käsitykset lapsesta, hänen kasvustaan ja oppimisestaan sekä näkemys tiedosta, ryhmästä ja organisaatiosta, jossa hän toimii. (Okkonen 2004: 18.)

4 OHJAUS

Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa (Kääriäinen 2008: 10). Asiakkaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on aina ollut osa sairaanhoitajan työtä. Hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjata asiakasta, sillä hoitajat ovat ajallisesti eniten tekemisissä asiakkaiden kanssa. Hoitajalla on myös kokonaisvastuu potilasohjauksen neuvonnan koordinoinnista ja toteuttamisesta. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 26.) Ohjauksella tuetaan asiakasta löytämään omia voimavaroja, kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kyngäs ym. 2007: 5.) Asiakas hyötyy ohjauksesta eniten silloin, kun ohjaus on oikein ajoitettu, annettu ja ohjauksen vaikuttavuutta on arvioitu (Kyngäs ym. 2007: 17).

Ohjaus- termiä on käytetty rinnakkain erityisesti tiedon antamisen, neuvonnan ja opetuksen käsitteiden kanssa. Käsitteiden välillä on kuitenkin eroavaisuuksia esimerkiksi vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Kääriäinen 2008: 10.) Hoitotyössä ohjauksesta käytetään moninaisia käsitteitä ja usein epäselvästi (Kyngäs ym. 2007: 25). Ohjaus-käsitteen määrittely onkin osin sopimuksenvaraista (Kääriäinen 2008: 251). Sanakirjamääritelmässä korostuvat ohjauksen perinteet eli asiakkaan passiivinen rooli, hoitajan asiantuntemus ja yksilöohjaus (Kyngäs ym. 2007: 25). Hoitotieteessä ohjaus-käsite ilmenee ammatillisena toimintana tai prosessina (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 250). Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija, hoitajan rooli on tukea asiakasta päätöksenteossa. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. (Kyngäs ym. 2007: 25.)

Asiakkaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ohjata lakien, asetusten, ohjeiden ja suositusten, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämisen näkökulmat huomioiden (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 250). Lisäksi monissa muissa säädöksissä on terveydenhuoltoa koskevia normeja. (ETENE 2001.)

4.1 Laadukas ohjaus lapsiperheen hoitotyössä

Nykyaikana hoitotyössä tulisi panostaa ohjaukseen entistä enemmän, sillä asiakkaiden hoitopäivien määrä on lyhentynyt ja asiakkaiden heterogeenisuus ja moniongelmaisuus ovat lisääntyneet. Onnistuneella ohjauksella on myös kansantaloudellista merkitystä, sillä onnistuneella ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen. (Kääriäinen 2008: 10.) Lapsen sairastuminen horjuttaa perheen tasapainoa ja tuo lisähaasteita lapsen hoitoon ja kasvatukseen. Tämä on haaste hoitohenkilökunnalle, koska vanhemmat tarvitsevat erityisesti sairauden toteamisvaiheessa paljon tietoa ja tukea. (Toivanen – Kyngäs 1999: 23.) Ohjaus voidaan toteuttaa suullisena ja audiovisuaalisena ohjauksena sekä kirjallisen ohjausmateriaalin avulla (Kääriäinen – Kyngäs 2003: 211 - 212).

Laadukas ohjaus sisältää emotionaalista tukea, käytännön tukea, tiedollista tukea sekä tulkintatukea. Emotionaalinen tuki sisältää pitämisen, välittämisen, arvostamisen sekä muiden myönteisten tunteiden osoittamisen. Käytännön tuki puolestaan kattaa taloudellisen avun, tarvikkeet ja erilaiset palvelut, joita sairastuneen lapsen perhe tarvitsee. Tiedollinen tuki käsittää tarpeellisen tiedon tarjoamisen. Antamalla tulkintatukea lapsiperheelle autetaan heitä ymmärtämään ja arvioimaan itseään, omaa tilannettaan tai muita ihmisiä. (Kyngäs ym. 2007: 42.)

4.2 Ohjausprosessi ja alle 4-vuotiaan lapsen lääkehoidon ohjaukseen kehitetty interventio

Hoitotyön interventioiden kehittämisessä tavoitteena on tuottaa asiakaslähtöisiä ja perhekeskeisiä malleja. (Pölkki – Pietilä – Vehviläinen-Julkunen 2005: 129.) Asiakaslähtöinen ohjausprosessi koostuu ohjaustarpeen kartoittamisesta, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista (Kääriäinen – Kyngäs – Lahdenperä 2005: 27 - 30.) Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektissa on tuotettu alle 4-vuotiaiden astmaa tai hengenahdistusoireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjaukseen käsikirja, joka sisältää ohjausprosessin eri osa-alueet, ohjausprosessin toteutumisen eri ohjausmenetelmien avulla sekä ohjausprosessin arvioinnin. Jotta

käsikirjan mukaista ohjausta voidaan toteuttaa, on määriteltävä sisäänottokriteerit. Ohjaus toteutetaan, kun

- lapsi ja vanhemmat ovat suomenkielisiä
- lapsella ei ole muita pitkäaikaissairauksia eikä kehitysviivästymää
- astmaa tai astman kaltaisia oireita sairastava lapsi on alle 4-vuotias
- lääkehoidon ohjaus on ensimmäinen kyseessä olevalle lapselle lääkehoidoksi tulee joko avaava tai sekä hoitava että avaava lääke. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 3.)

Lääkehoidon ohjauksen aluksi määritetään vanhempien aikaisemmat lääkehoitotiedot ja heidän tiedolliset tarpeensa. Lisäksi selvitetään vanhempien aiemmat lääkkeenantotaidot ja taitotarpeet ja kartoitetaan vanhempien ja lapsen asenteita. Ohjaustarpeita kartoitettaessa huomioidaan myös perheen aikaisempia kokemuksia ja suhtautumista sairauteen ja sen lääkehoitoon. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 4.) Taustojen selvittelyllä saavutettua tulosta voidaan käyttää niin ohjauksen sisällöllisen kuin menetelmällisenkin suunnittelun lähtökohtana. Tällä tavoin mahdollistuu potilaan todellisiin tarpeisiin vastaaminen (Kyngäs ym. 2007: 47, Kääriäinen 2008: 14, Torkkola – Heikkinen - Tiainen 2002: 26).

Suunnitteluvaiheessa tavoitteet on hyvä asettaa yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen elämäntilanteensa ja taustatekijänsä huomioiden. Suunnittelussa otetaan huomioon, mitä asiakas tietää ennestään, mitä hänen pitäisi vielä oppia ja mikä on hänelle paras tapa oppia. (Kääriäinen – Kyngäs – Lahdenperä 2005: 27 -30.) Perheen kanssa sovitaan yhdessä ohjaustavoitteet, jotka koostuvat tiedollisista, taidollisista ja asenteellisista tai kokemuksellisista tavoitteista. Tiedollisina tavoitteina pidetään, että vanhemmat kykenevät tunnistamaan lääkitystä vaativat hengenahdistuksen oireet. Vanhempien tulee myös ymmärtää miksi lääkettä otetaan, millainen on sen toivottava vaikutus, milloin pitää hakeutua lääkäriin ja

milloin lääkityksen voi lopettaa. Lisäksi tiedollisiin tavoitteisiin kuuluu, että vanhemmat ovat selvillä lääkkeiden sivuvaikutuksista, lääkehoitoon tarvittavista hoitovälineistä, lääkehoidon kustannuksista ja korvauksista. On tärkeää, että myös lapsi tietää, että lääke helpottaa hengenahdistusoireita. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 4.) Turvallisuuden tunnetta lisäävät yhteystiedot sairaalaan, mikäli kotona tulee ongelmatilanteita (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 21 -22).

Lääkehoidon ohjauksen toteutuksessa perheiden kanssa käydään läpi seuraavat asiat: lääkitystä vaativat hengenahdistusoireet, keuhkoputkia hoitava ja avaava lääke, lääkkeen anto, muut lääkkeet ja lääkehoidossa huomioitavat asiat, hengenahdistusoireiden seuranta sekä oirekalenterin pito (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 8 – 14). Alkuvaiheessa on tärkeää antaa vanhemmille aikaa sopeutua tilanteeseen ja antaa tilaa kysymyksille. Vanhempien kannustaminen ja perheen vahvuuksien löytäminen on tärkeää, jotta sairaus ei peitä alleen olemassa olevia hyviä asioita. (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 21 -22.) Annettaessa palautetta vanhemmille lapsen hoidon toteutumisesta, on hyvä muistaa positiivinen ja informatiivinen ote arvostelun sijaan (Meng – McConnell 2002: 370).

Ohjausmenetelmät valitaan perheen oppimisen, tavoitteiden ja ohjattavan sisällön mukaan. Ohjausmenetelmät koostuvat suullisesta ja kirjallisesta ohjauksesta, havainnollistaen näyttämisestä, harjoittelusta sekä kokemusten käsittelystä ja keskustelemisesta. Suullinen ja kirjallinen ohjaus täydentävät toisiaan. Suullisessa ohjauksessa on edellytyksenä, että kielen käyttö on ymmärrettävää ja siinä on huomioitu lapsen kehitystaso. Leikin avulla voidaan näyttää havainnollistaen, miten lääkehoito toteutuu. Lisäksi ohjauksessa on mukana kuvamateriaalia, joka helpottaa kirjallisen ohjeen ymmärtämistä. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 15.)

Lapsen ohjauksessa tarkoituksena on löytää lapselle sopivat selviytymiskeinot, jotka mahdollistavat hänen aktiivisen roolin. Lasta rohkaistaan ilmaisemaan

tunteitaan ja ajatuksiaan kuvakirjojen ja lelujen avulla sekä esittämällä hänelle suoria kysymyksiä. Lasta rohkaistaan tekemään myös itse kysymyksiä, joiden avulla hän saattaisi ymmärtää tilanteen merkitystä. Lapsen ohjaamisessa on tarkoituksena löytää positiivisia mielikuvia ja vahvistaa hänen itsetuntoaan sekä rohkaista häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Lapselle on hyvä osoittaa välittämistä, huolenpitoa ja luottamusta. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjausprojektiryhmä 2010: 16.) Nuoremmille lapsilla vanhempien läsnäolo ohjauksessa on välttämätöntä tietojen ja hoito-ohjeiden antamisen kannalta, mutta se lisää myös lapsen turvallisuuden tunnetta. Kiireettömyys, riittävä ajankäyttö ja hyvä ilmapiiri vaikuttavat myönteisesti ohjauskokemukseen. Jos ohjaus tapahtuu sairaalassa, osaston esittely perheelle on tärkeää. Nämä asiat vaikuttavat siihen, että ohjaukselle luodaan sitä tukevat myönteiset puitteet. Vanhemmille yksi ohjausta tukeva tekijä onkin lapsen huomioon ottaminen hoitajan taholta. Vanhemmat arvostavat hoitajaa, jolla on taitoa kohdata lapsi aidosti. He arvostavat myös sitä, että hoitajalla on kokemusta lasten kanssa työskentelystä. Lapsen kuulumisten ja voinnin kysely herättävät vanhemmissa positiivisen tunteen. Ohjaustilanteesta tekee luontevamman ja myönteisemmän, jos lapsen ikä ja kehitystaso otetaan huomioon. Tämä toteutuu esimerkiksi siten, että pienimmillä lapsilla on mahdollisuus leikkiin. Toinen ohjausta tukeva tekijä on sairaanhoitajan ammattitaito sekä hoitajan käyttämä ymmärrettävä kieli. Tärkeinä vanhemmat pitävät myös hyviä vuorovaikutustaitoja, esimerkiksi kuuntelemisen taitoa. (Takala – Suominen 2008: 27, 32 - 33.)

Arvioinnin tarkoituksena on selvittää, miten ohjauksen tavoitteet saavutettiin. Perheeltä voidaan kysyä mitkä asiat lääkkeenannossa askarruttavat? Miltä lääkehoito ja sen toteuttaminen tuntuu? Missä tilanteessa annetaan mitään lääkettä? On tärkeää kysyä myös vanhempien arvioita ohjauksesta. Vanhempia voidaan pyytää kuvaamaan miten ja missä tilanteissa he antavat lääkettä, kertaamaan ohjauksen sisältöä ja miten he toimisivat vastaavanlaisissa tilanteissa kotona. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 18.)

Tarve tällaiselle lääkehoidon interventiolle on, sillä Homan-Heleniuksen (2005: 5) tutkimuksessakin käy ilmi, että tutkimukseen osallistuvat interventoryhmät pitivät tietojään sekä lääkehoidosta että yleisimmistä huoneilman allergeeneista huonoina

ja lisäksi ryhmät olivat huolissaan lasten vaikeista oireista ja oireita aiheuttaville tekijöille altistumisesta. Myös Stenmanin ja Toljamon (2002: 19) tutkimuksessa tuli esiin, että tutkimukseen osallistuneet astmapotilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa astman lääkehoidosta sekä lääkehoidon omatoimisesta muuttamisesta astman pahenemisvaiheissa.

5 ALLE 4-VUOTIAS LAPSI

Lapsi on jo syntymästään saakka suuntautunut ympäristöönsä. Hän pyrkii aktiivisesti tutkimaan sitä sekä olemaan vuorovaikutuksessa häntä hoitavien aikuisten kanssa. Vuorovaikutuksessa aikuisen kanssa lapsi oppii, miten voi herättää vanhempien huomion ja saada lohtua ja turvaa. Lapsen kokemukset häntä ympäröivästä maailmasta vaikuttavat myös hänen tapaansa havainnoida ja tulkita ympäristöään ja käsitellä ajatuksiaan ja tunteitaan. (Nurmi ym. 2006: 29.) Tiedetään, että vastasyntyneelläkin on jo valmiudet havaitsemiseen, oppimiseen ja muistamiseen. Etenkin aivojen muovautuvuus ja alttius uusien asioiden omaksumiselle on alle 3-vuotiaana poikkeuksellisen suurta. (Nurmi ym. 2006: 18, 20.)

Aivojen kypsyminen ja siihen liittyvä hermoverkkojen järjestyminen on edellytys myös motoristen taitojen kehitykselle. (Nurmi ym. 2006: 26.) Kuten muuhunkin lapsen kehitykseen, myös motoriseen kehitykseen vaikuttavat lapsen yksilölliset ominaisuudet. Tästä syystä onkin lapsen kehityksessä havaittavissa merkittävää yksilöllistä vaihtelua. Kehityksen kannalta ei olekaan merkityksellistä vain liikkuminen ja ympäristön tutkiminen, vaan myös lapsen ja hänen lähiympäristönsä välinen vuorovaikutus. Lapsen tiedollinen ja emotionaalinen kehitys kietoutuvat varhaislapsuudessa kiinteästi toisiinsa, mikä tulisi ottaa huomioon myös vuorovaikutuksessa. Kehitys, joka tapahtuu varhaislapsuudessa, on perusta myöhemmin opittaville tiedoille ja taidoille. (Nurmi ym. 2006: 18, 27.)

Lapsen kykyä ymmärtää terveyttä on tutkittu vertaamalla, miten ajatukset ja tietämys muuttuvat kehityksen myötä. Kulttuurisilla ja ympäristötekijöillä on selvästi merkitystä siihen, mitä lapset pitävät terveytenä tai terveellisenä. Kirjallisuuden mukaan lasten ymmärrys kehittyy prosessina eri vaiheiden kautta: Alle 6-vuotiaana nähdään sairauden syy ja vaikutus välittömästi ajassa kun taas vastaavasti 6 - 7-vuotiaana sairauden syyn ajatellaan olevan jokin määrittelemätön infektio. Kehityksellisen ajattelun kautta voidaan ymmärtää lapsen omia teorioita terveydestä ja sairaudesta. Mitä nuorempi lapsi on, sitä todennäköisemmin hän tuottaa yksinkertaisia ja konkreettisia selityksiä, käyttää vähän toiminnallisia ilmaisuja ja vain muutamia termejä kuvaamaan terveyttä ja sairautta. Merkittävää on huomioida se, että lapset näkevät sairauden usein johtuvan jostakin, mitä he ovat itse tehneet. Tällaisia syitä voivat olla muun muassa valehteleminen, tappeleminen tai liikaa leikkiminen. (Hiitola 2000: 57.)

5.1 Lapsen perhe

Perhekäsitykseen vaikuttaa olennaisesti sitä tarkastelevan henkilön näkökulma ja kulttuuritausta. Perhe voidaan nähdä yhteiskunnassa perusyksiköksi, joka toimii vastavuoroisesti sekä keskenään että ympäristönsä kanssa. (Palonen 2005: 8.) Tällöin perhe on määritelty avioliiton solmimisen kautta muodostuneeksi ydinperheeksi, johon kuuluvat äiti, isä sekä heidän jälkeläiset. Tämä perinteinen ja suppeaksi kritisoitu perhekäsitys kuvaa huonosti nykyihmisen perhesuhteita, sillä se jättää ulkopuolelle muun muassa avoliitossa elävät, yksinhuoltajaperheet, uusperheet, homoseksuaaliset pariskunnat ja aikuisten muodostamat yhteisöt sekä perheet, jotka eivät asu yhdessä. Perhetilastoissa perheeseen lasketaan kuitenkin kuuluviksi yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avo- ja aviopuolisot, joilla ei ole lapsia. (Jokinen 1999: 19.)

Käsitystä perheestä ovat muuttaneet myös avoliittojen, uusperheiden ja yksiasuvien määrän lisääntyminen sekä seksuaalielämän vapautuminen. Perheen määrittelemisen yksiselitteisesti on mahdotonta. (Palonen 2005: 8.) Yhteiskunnalliset muutokset kuten teollistuminen, kaupungistuminen, yleinen

koulutustason nousu ja naisten ryhtyminen työskentelemään kodin ulkopuolella ovat osaltaan muuttaneet nykyistä käsitystä perheestä. Muutosta tulee tapahtumaan edelleen tulevaisuudessa. Vallalla ollut käsitys perhekokonaisuuden vahvistamisesta ja ylläpitämisestä on saanut väistyä yksilöä korostavan ajattelun tieltä. Perhettä on alettu yhä enemmän pitää ihmisten omien valintojen ja tietoisien ratkaisujen tuloksena ja siksi perhe itse on paras määrittelemään, ketkä muodostavat heidän perheensä. Vaikka muutosten myötä osa perheen perinteisistä hoiva- ja kasvatustehtävistä on siirtynyt yhteiskunnalle, pidetään perheen perustehtävänä edelleen lapsen kasvattamista sekä perheenjäsenten terveyden- ja sairaanhoitoa. (Jokinen 1999: 19 - 20.)

Suomessa perheiden koossa on tapahtunut muutoksia. Perheiden koot ovat pienentyneet, yksinhuoltajaperheiden lukumäärä on kasvanut ja roolijaot perheessä ovat muuttuneet (Jokinen 1999: 20). Hoitotieteessä on perheen määrittelyssä noussut perinteisen ydinperhettä kuvaavan määritelmän rinnalle tai sitä korvaamaan näkökulma, joka korostaa yksilön ja perheen oikeudellisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. (Jokinen 1999: 21.) Hoitotyöntekijöillä on oltava valmius tiedostaa erilaiset perhekäsitykset ja perhedynaamiset erot sekä tarvittaessa heidän on kyettävä muuttamaan totuttuja asenteitaan ja ajatusmallejaan. Yksilölle perheen vaikutus on merkityksellinen. Perhe vaikuttaa yksilön elämään, terveyteen, toipumiseen ja selviytymiseen tukemalla tai kuluttamalla voimavaroja. Perheenjäsenen sairaus tai muuttunut elämäntilanne vaikuttaa koko perheen toimintaan ja hyvinvointiin. (Palonen 2005: 8.)

5.2 Lapsen sairastuminen

Lapsen sairastuminen aiheuttaa lapselle voimattomuutta, väsymystä, haluttomuutta, pahanolontunnetta ja mahdollisesti myös kipua (Kantero – Levo – Österlund 1995: 91, Jurvelin ym. 2006: 19). Se, miten oireet vaikuttavat lapsen käyttäytymiseen ja kehittymiseen, on riippuvainen lapsen iästä, kehitystasosta, lapsen ja vanhempien välisestä suhteesta, sairauden ja hoitotoimenpiteiden laadusta. Sairaustilanne käynnistää lapsessa erilaisia suojakeinoja, jotka ilmenevät harvoin yksin tai puhtaina. Tällaisia suojautumiskeinoja ovat esimerkiksi taantuminen, kieltäminen,

järkeistäminen ja samaistuminen. Suojautumistapojen erittelemisen saattaa helpottaa sairaan lapsen reaktioiden ymmärrystä, sekä niiden myönteisyyden ja kielteisyyden arviointia. Sairas lapsi voi myös kokea vihan tunteita, joiden määrä ja ilmaisutapa riippuu lapsen erilaisista vuorovaikutuskokemuksista. Rakastavassa ilmapiiirissä kasvanut lapsi pystyy tuntemaan ja ilmaisemaan vihan tuntemuksiaan ilman, että siitä muodostuisi hänelle liian tuhoava kokemus.

Koska sairastumisen myötä lapsen elämäntilanne muuttuu, merkitsee se hänelle stressiä. Lapsi vaistoa myös vanhemmissaan mahdollista huolestuneisuutta ja epävarmuutta ja hän kaipaa tavallista enemmän tukea, turvaa, läheisyyttä ja syyliä. On ensiarvoisen tärkeää, että lapsi saa vanhemmiltaan ymmärrystä ja helpotusta pahaan oloonsa. (Kantero – Levo – Österlund 1995: 91.) Pieni lapsi ei vielä osaa ilmaista itseään sanoin, eikä kykene kertomaan voinnissaan tapahtuvista muutoksista. Isommankin lapsen kohdalla on vaikea saada selville millä lailla hän on sairas, koska hän ei vielä osaa paikallistaa oireita. (Kantero – Levo – Österlund 1995: 84.)

Yksilövastuinen hoitotyö soveltuu hyvin lasten hoitotyöhön. Omahoitaja ottaa vastuun lapsen hoidon kokonaisvaltaisesta suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista sekä tarjoaa aktiivisesti perheenjäsenille mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja päätöksentekoon. Vanhempien ja sisarusten mukana oleminen sairaalassa mahdollistaa koko perheen tukemisen ja terveyden edistämisen. Kun vanhemmat saavat tietoa ja mahdollisuuden keskustella lasta koskevista asioista, he jaksavat osallistua paremmin lapsensa hoitoon (Iivanainen – Syväoja 2008: 93.)

Perheen terveyden edistämisen näkökulmasta pitkäaikaisesti sairaiden lasten perheet odottavat sairaanhoitajien edistävän perheen terveyttä seuraavanlaisesti; vahvistamalla vanhemmuutta, auttamalla perhettä jakamaan lapsen sairauden aiheuttamaa tunnekuormaa, tukemalla heitä selviytymään arkipäivässä sekä rakentamalla luottamuksellisen hoitosuhteen (Tuomi 2008: 24). Toimiva kumppanuussuhde perheen ja hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä hoitoon sitoutumisen kanssa takaa optimaalisen hoidon astmalapselle (Bartlett ym. 2004: 235). Hanna Hopian lastenosastolla tekemän toimintatutkimuksen tulokset tukevat

edellä mainittua. Tutkimuksen tulosten mukaan pitkäaikaissairaana lapsen vanhemmat tarvitsevat apua vanhemmuuden vahvistamisessa, tunnekuorman jakamisessa ja arkipäivässä selviytymisen tukemisessa. Hoitajilla on erittäin hyvät mahdollisuudet vastata tähän tarpeeseen kohtaamalla perheen todellisuus lapsen sairauden ja sairaalahoitojen aikana. (Hopia 2006: 8.) Tutkimustuloksista käy ilmi myös se, että perheet kokevat tärkeäksi hoitajien kyvyn säädellä jakamaansa tietomäärää vanhempien tilanteiden ja tarpeiden mukaisesti. Tiedonannon säätely on todennäköisesti vaativampaa kuin tiedon jakaminen, koska säätely edellyttää perheen tilanteen, selviytymiskeinojen sekä perheenjäsenten erilaisten tarpeiden tunnistamista. (Hopia 2006: 97.)

Alle kouluikäisen lapsen kriisissä tukemisessa korostuu erityisesti lapsen innostaminen, rohkaisu, kuunteleminen ja läsnäoleminen. Lasta innostetaan leikkimään ja piirtämään sairauteen liittyviä asioita sekä häntä rohkaistaan kyselemään ja ilmaisemaan tunteensa. Aikuisen on tärkeää kyetä olemaan läsnä ja tukemaan lasta lapselle uusissa tilanteissa sekä olemaan kiinnostuneita siitä, miltä lapsesta milloinkin tuntuu. Aikuisen olisi hyvä vaalia lapsuuteen liittyviä asioita, kuten satuja, mielikuvitusta ja leikkejä. Myös lapselle mieluisten toimintojen ja harrastusten mahdollistaminen on lasta tukevaa toimintaa. (Iivanainen – Syväoja 2008: 93.)

Lapsen sairaus koettelee koko perheen voimavaroja. Lapsen sairastuminen esimerkiksi pitkäaikaissairauteen voi saada aikaan perheessä kriisin horjuttaen sen tasapainoa ja tuoden uusia vaatimuksia lapsen hoitoon ja kasvatukseen. (Kyngäs ym. 1999: 23.) Pitkäaikaisesti sairaan lapsen hoitaminen ja kasvattaminen aiheuttaa vaatimuksia vanhemmille. Pelko sairaan lapsen tulevaisuudesta, omien kykyjen riittämättömyydestä lapsen hoidossa aiheuttaa ristiriitaa ja stressiä, joka voi heijastua koko perheen hyvinvointiin. (Nuutila 2006: 6.) Vanhempien on opittava hoitamaan tavallisen kasvatuksen lisäksi sairastuneen lapsen terveyttä ja sairauden oireita. Vanhempien täytyy perehtyä lapsensa sairauteen ja erityispiirteisiin ja heille koituu kustannuksia erilaisista lääkkeistä, hoitomuodoista ja lääkäreillä käynneistä. Vanhempien tehtävä lapsen sairauteen sopeutumisen lisäksi on myös auttaa lasta

elämään sairautensa kanssa ja ohjata ja tukea lastaan selviytymään päivittäisessä elämässä. (Nuutila 2006: 11.)

Usein sairastuneesta lapsesta tulee perheessä huomion keskipiste ja tästä syystä saattaa mahdollisissa sisarussuhteissa tapahtua muutoksia. Huoli lapsesta ja muusta perheestä muuttaa vanhempien asenteita ja rooleja perheen sisällä sekä sen ulkopuolella. Vanhempien parisuhde voi joutua myös koetukselle, sillä vanhemmilla ei välttämättä riitä energiaa huoltaa omaa parisuhdettaan kaiken muun keskellä. Lapsen sairastuminen saattaa herättää monenlaisia tunteita, kuten vihaa, sääliä, surullisuutta ja pelkoa. Koko perhe voi oireilla. Kaikki lapsen sairastumisen mukanaan tuomat muutokset eivät ole negatiivisia, sillä perhesuhteet voivat myös vahvistua sairauden myötä. (Iivanainen – Syväoja 2008: 93.)

Lapsen pitkäaikaissairaus on haaste myös hoitotyöntekijöille, koska vanhemmat tarvitsevat tietoa ja tukea selviytyäkseen perheen muuttuneesta tilanteesta (Kyngäs ym. 1999: 23). Pitkäaikaisesti sairaalla lapsella on usein monia hoitavia tahoja, ja perheet voivat kokea, ettei mikään taho perehdy kunnolla kokonaistilanteeseen. Perheen on tärkeä saada tietää, miten hoidossa edetään ja kuka on milloinkin vastuussa hoitopäätöksistä ja kehen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2005: 216 – 217.)

Lapsen sairastuttua vanhempien on käytävä läpi tietynlainen sopeutumisprosessi selviytyäkseen sairauden aiheuttamasta stressistä. Sopeutumisprosessiin kuuluu, että vanhemmat kykenevät hyväksymään lapsen muuttuneen tilanteen. Heidän on opittava selviytymään sairaan lapsensa kanssa perheen arkipäivän elämästä. (Jokinen 1995: 111.) Vanhemmat joutuvat muuttumaan terveen lapsen vanhempien roolista uuteen rooliin ja kokevat suuren ristiriitatilanteen. Roolimuutosten aikana vanhemmat käyvät läpi kolme erilaista vaihetta: surutyö, sopeutuminen ja identiteetti. Surutyön aikana vanhemmat surevat kadonnutta rooliaan ja tarkkailevat muita samassa tilanteessa olevia vanhempia, sekä heidän käyttäytymistään lapsiansa kohtaan. Vanhemmat jäljittelevät ja kopioivat muilta vanhemmilta ja hoitajilta erilaisia käyttäytymistapoja. Sopeutumisen myötä vanhemmat löytävät

oman identiteettinsä tunnistaessaan oman roolinsa sairaan lapsen vanhempina. Vanhemmille on tärkeää saada purkaa lapsen sairastumisesta aiheutunutta ahdistusta ja huolta keskustelemalla hoitajien kanssa, jotta he saavat myötätuntoa, arvontoa ja ymmärrystä. Mitä paremmin vanhemmat hallitsevat itsensä, sitä paremmin he kykenevät auttamaan lastaan. (Kantero – Levo – Österlund 1995: 92.)

Pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymisvoimavaroja ovat muun muassa terveys, uskomukset, ongelmanratkaisutaidot, sosiaaliset taidot ja sosiaalinen tuki (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 19 - 22). Perheen sisäisiä voimavaroja ovat vanhempien toimiva yhteistyö, vanhempien ja lasten väliset hyvät suhteet, elämäntavat, perheen ongelmanratkaisukeinot, taloudellinen tilanne ja asumistaso. Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa hoitotyön keinoin, mutta perheen jäsenet voivat vahvistaa voimavarojaan esimerkiksi etsimällä tietoa lapsen sairaudesta, puhumalla avoimesti perheen ongelmista, sopimalla kotitöiden tekemisestä ja lapsen hoitovastuun jakamisesta sekä käyttämällä huumoria. (Nuutila 2006: 12.)

Vanhempien omalla jaksamisella on tärkeä rooli lapsen sopeutumisessa astmaan (Brazil – Krueger 2002: 167). Homan-Heleniuksen (2005: 5) tutkimuksen mukaan astmaa sairastavien lasten vanhemmat kokevat henkistä väsymystä, jota aiheuttaa jatkuva kodin siivous, yöllinen unenpuute tai useat astmaatikat perheessä. Vanhemmille on tärkeää ystävien, tuttavien, muiden perheenjäsenten, sukulaisten ja työkavereiden antama sosiaalinen tuki, joka välittyy sosiaalisen verkoston kautta (Nuutila 2006: 7). Perheen toiminnan ja äitien sosiaalisuuden tukeminen ovatkin yhteydessä lasten parempaan sopeutumiseen astmaan sairautena (Brazil – Krueger 2002: 167). Joidenkin vanhempien tuen tarve on tilapäistä, mutta monet tarvitsevat tukea lähes jatkuvasti (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 19 - 22).

Lapsi kehittyy vastavuoroisessa kontaktissa perheensä kanssa ja tästä syystä on hyvä panostaa perheen sisäisen jaksamisen laatuun, sillä se vaikuttaa lapsen kykyyn käsitellä stressaavia tekijöitä myös muilla lapsen elämän osa-alueilla (Brazil – Krueger 2002: 168).

6 LAPSEN ASTMA JA ASTMAN HOITO

Astma on oireyhtymä, jonka kehittymiseen vaikuttavat sekä perinnöllinen alttius että ympäristötekijät. Astma on yleinen sairaus, sillä noin viisi sadasta suomalaisesta sairastaa sitä. Sitä esiintyy kaikenikäisillä, eniten pienillä lapsilla ja yli 40-vuotiailla. (Haahtela 2007: 217.) Astmassa keuhkoputkien limakalvo on tulehtunut, minkä seurauksena limanmuodostus keuhkoputkissa on lisääntynyt, limakalvo on turvonnut ja värekarvatoiminta on heikentynyt. Lisäksi keuhkoputkien seinämän lihaksisto supistuu ahtauttaen keuhkoputkia entisestään. (Haahtela 2007: 241.) Käytämme työssämme astma- termiä kuvaamaan sekä astmaa että astman kaltaisia oireita.

6.1 Alle 4-vuotiaiden lasten astman erityispiirteet

Toistuvasta hengitysteiden vinkunasta ja ahtaumisesta kärsivien lasten joukko on moninainen. Suurimmalla osalla kyse on kuitenkin väistyvästä taipumuksesta, joka pitkälti johtuu keuhkoputkien läpimitan pienuudesta. (KäypäHoito 2006.) Astmaa esiintyy muutamalla prosentilla lapsista (Haahtela 2007: 241). Astma onkin yksi lapsuusiän yleisimmistä kroonisista sairauksista (Brazil – Kruger 2002: 167). Suurella osalla astmaa sairastavista lapsista on perinnöllinen taipumus eli vanhemmilla on astma- tai allergiataipumusta (Haahtela 2007: 241). Lasten astma alkaakin yleensä leikki- tai kouluiässä, mutta osalla sairastuneista se oireilee ensi kerran 1 – 2-vuotiaana infektoihin liittyvänä hengitysvaikeutena. Astma oireilee kaikenikäisillä lapsilla hyvin samankaltaisin oirein. Tällaisia oireita ovat muun muassa hengityksen vinkuna, uloshengitysvaikeus, heikentynyt suorituskyky, etenkin rasituksessa (nauru, itku, leikki) esiin tuleva yskä tai pitkittynyt, yli kuusi viikkoa kestävä limainen yskä. Astman riskitekijöitä lapsella ovat lapsen oireilu muutenkin kuin flunssan yhteydessä, vanhempien astma, ruoka-allergiat sekä lapsen atopia. (Mäkelä 2007: 242 - 243.) Vaikka astma on yksi yleisimmistä lasten kroonisista sairauksista, vanhemmat tunnistavat heikosti sairauden oireita eivätkä aina osaa lääkittää lasta oireenmukaisesti (Butz ym. 2005: 197).

Alle 4-vuotiaan lapsen astman diagnosointi perustuu oireisiin ja klinisiin löydöksiin. Tätä vanhemman lapsen astmadiagnoosi pyritään varmentamaan lisäksi keuhkojen toimintakokein. (Pelkonen – Malmberg – Remes – Mäkelä 2006: 3714.) Vanhempien haastattelu lapsen oireista on tärkeä ja edullinen työväline (Warman – Silver – Stein 2001: 277). Oleellista on erottaa alle 4-vuotiaan lapsen kohdalla se, onko toistuvasta hengitysvaikeudesta kärsivällä lapsella astman ilmentymä vai hyvänlaatuisen ja väistynä uloshengitysvaikeus. Pienten lasten astmadiagnoosi tehdään erikoissairaanhoidossa, mutta epäily taudista herää yleensä perusterveydenhuollossa (Pelkonen – Malmberg – Remes – Mäkelä 2006: 3714.)

6.2 Pikkulasten astman hoito ja astmalääkitys

Pienen lapsen astman hoito keskittyy kotiin (Brazil – Krueger 2002: 167). Vastuu lapsen astman tai astmankaltaisten oireiden hoidosta onkin lapsen vanhemmilla. Lapsen hoitoon osallistuvat usein vanhempien ohella myös monet muut tahot. Vanhempien vastuulla on opastaa ja ohjata näitä muita lasta hoitavia tahoja tunnistamaan ja hoitamaan myös mahdollisia hengenahdistusoireita. Astmaoireiden hoitoa on myös niin kutsuttu ohjattu omahoito. Lapsen omahoitoon kuuluu hengenahdistusoireiden hyvä tunnistaminen ja oirekalenterin pitäminen, oireita pahentavien ärsykkeiden välttäminen, lääkehoidon oikea toteuttaminen sekä lapsen kannustaminen liikkumiseen. (Terveyskirjasto 2004, KäypäHoito 2006.)

Kroonisesti oireilevat ja erityisesti atooppiset lapset tarvitsevat säännöllisen lääkityksen. Pienten lasten astman hoidossa käytetään inhaloitavia eli sisäänhengitettäviä lääkkeitä. Pienten lasten vaste avaaville lääkkeille eli beeta-2-agonisteille (bronkodilataattorit) ei ole useinkaan yhtä hyvä kuin vanhemmilla lapsilla ja nuorilla, koska limakalvoturvotus ahtauttaa pienten lasten keuhkoputkia suhteellisesti enemmän eivätkä beeta-2-agonistit juuri vähennä turvotusta. Avaavat inhaloitavat lääkkeet ovat kuitenkin akuutin vinkunan hoidon kulmakivi. (Mäkelä 2007: 247.) Annosteltaessa avaavaa ja hoitavaa lääkettä yhtä aikaa on hyvä antaa ensin avaava lääke (Haahtela 2010).

Astman lääkehoito perustuu anti-inflammatoriseen lääkehoitoon eli inhaloitavaan kortikosteroidihoitoon (Kajosaari 2004: 264, KäypäHoito 2006). Tästä huolimatta anti-inflammatorista lääkitystä käytetään Warmanin, Silverin ja Steinin (2001: 277) tutkimuksen mukaan liian vähän jopa niiden lasten keskuudessa, jotka oireilevat kolme tai useamman kerran viikossa. Inhaloitavalla steroidilääkityksellä saadaan tehokkaasti nopea vaste (Kajosaari 2004: 264). Jaksottaisesti harvakseltaan oireilevat lapset hyötyvät usein pulssimaisesti kortikoidilääkityksestä tai jatkuvasta tablettimuotoisesta montelukastilääkityksestä (leukotrieeminsalpaaja) (Mäkelä 2007: 247). Inhaloitavat lääkkeet annostellaan pienille lapsille käyttämällä kapillaarisumutinta tai tilanjatkeita (Mäkelä 2007: 247). Kolmen vuoden iässä maski jätetään pois tilanjatkeesta (KäypäHoito 2006).

Lääkitystä vähennetään 3 - 6 kuukauden (lähes) oireettoman jakson jälkeen, jos keuhkojen toiminta on hyvä. Jos pieni kortikosteroidiannos pitää oireet kurissa 6 - 12 kuukauden hoidon jälkeen ja keuhkojen toiminta on hyvä, kokeillaan lääketaukoa. Astman pahenemisvaiheessa annetaan noin kahden viikon jakso inhaloitavaa kortikosteroidia (infektiot, siitepölyaika). Alle kouluikäisillä sovelletaan pikkulasten ohjeita ottamalla huomioon lapsen kehitysaste ja kyky käyttää lääkitystä. Jokaisella seurantakerralla on tärkeää arvioida kriittisesti lääkityksen tarvetta, sillä hoito ei saa aiheuttaa enemmän haittoja kuin itse sairaus. Lääkeannoksia laskettaessa hoitovaste on tärkein mittari. Lapsen kasvua on seurattava kasvukäyrien avulla. (KäypäHoito 2006.)

Astmalasten perheet kokevat, että tasapainossa oleva lääkehoito helpottaa merkittävästi lapsen oloa ja sitä kautta koko perheen elämää (Nuutila 2006: 57). Camargon ym. (2007: 1054) tutkimuksen mukaan lapsilla, jotka olivat sitoutuneet astmalääkityksensä, oli huomattavasti vähemmän astman pahenemisvaiheita. Myös astman lääkehoito ja siinä käytettävät apuvälineet kehittyvät koko ajan, joten tämä tarkoittaa sitä, että oikeaa ottotekniikkaa tulee harjoitella hoitajan opastuksella (Toivanen – Kyngäs 1999: 29). Edellä mainittuihin tutkimustuloksiin viitaten on siis tärkeää kiinnittää huomiota lääkehoidon ohjauksen laatuun ja toteutumiseen.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, miten kehitetyn ohjausinterventiomallin mukaista ohjausta on kirjattu hoitosuunnitelmiin. Tavoitteena on, että analysoitavan aineiston pohjalta voidaan tehdä päätelmiä ohjausintervention käyttöönoton toteutumisesta osastolla.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Miten perheen lääkehoidon ohjaustarpeen kartoittaminen on kirjattu hoitosuunnitelmiin?
- 2) Miten lääkehoidon ohjauksen suunnittelu on kirjattu hoitosuunnitelmiin?
- 3) Miten lääkehoidon ohjauksen toteutus on kirjattu hoitosuunnitelmiin?
- 4) Miten lääkehoidon ohjauksen arviointi on kirjattu hoitosuunnitelmiin?

Päädymme näihin kysymyksiin, koska mielestämme näihin kysymyksiin kiteytyy parhaiten opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoite. Näiden kysymysten tarkastelu on mielestämme tärkeää, jotta kaikki projektiin osallistuvat tahot pystyisivät luotettavasti hyödyntämään valmiin opinnäytetyömme tuottamaa informaatiota. Tutkimuskysymyksiin voimme vastata luotettavasti vain jos saamme tarpeeksi monta potilasasiakirjaa tarkasteltavaksi.

8 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

8.1 Aineisto

Aineisto muodostui Jorvin sairaalan lastenosasto L3:n astmaa sairastavien alle 4-vuotiaiden lasten potilasasiakirjoista. Potilasasiakirjat muodostuivat hoitosuunnitelmista ja taustatietolomakkeista. Potilasasiakirjat saatiin alkuperäisten kopioina osastolta osaston vastuuhenkilön kautta suljetussa kirjekuoressa. Potilasasiakirjat kerättiin analysoitavaksi sen jälkeen, kun projektissa aiemmin kehitetty uusi ohjausinterventio oli ohjattu osaston työntekijöille ja se oli otettu käyttöön osastolla.

Opinnäytetyömme sisältämä tieto saatiin tarkastelemalla potilasasiakirjoja niiden tarkasteluun kehitetyllä tietojen luokittelulomakkeella (ks. liite 1.). Analysoinnin tarkoituksena oli selvittää uuden ohjausinterventio käyttöönoton toteutumista osastolla potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen perusteella. Tietojen luokittelulomake sisälsi kaikki aiemmin projektissa tuotetun ohjausinterventio osa-alueet. Nämä osa-alueet oli jaettu jokainen erillisiin kysymys-sarakkeisiin, joissa merkintävaihtoehtoina olivat *kyllä-* ja *ei-*kohdat sekä *Mitä on kirjattu* -kohta. Tämän kohdan tuottama aineisto analysoitiin kvalitatiivisin menetelmin. Lomakkeen lopussa oli tilaa huomioille ja se oli merkitty *Muita huomioita-*otsikolla.

8.2 Kvantitatiiviset menetelmät

Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Menetelmä vastaa kysymykseen kuinka paljon tai miten usein. Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä on tutkimustapa, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti, mutta tutkija tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti. Tutkija kuvaa, millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toistensa suhteen. (Vilkka 2007: 13 - 14.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia

asioita ja ominaisuuksia tai luontoa koskevia ilmiöitä (Vilka 2007: 19). Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään yhden kerran, eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 42). Määrälliseen menetelmäsuuntaukseen sisältyy paljon erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä (Kurssi ja oppimateriaalipolone Koppa 2008). Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008: 16.)

Tässä työssä käytimme SPSS-tilastomenetelmää sekä Excel- taulukkolaskentaohjelmaa. Nimi SPSS tulee sanoista Statistical Package for the Social Sciences ja menetelmän avulla voi aineiston esittää ja kuvailla taulukoina, tunnuslukuina ja grafiikkana (Taanila 2009). Kullakin ohjelmalla on omat ominaispiirteensä. Tutkimusaineisto, tarvittavat analysointimenetelmät ja tutkija itse ratkaisevat, mikä ohjelma aineiston käsittelyyn parhaiten soveltuu. Aineistot käsitellään tilasto-ohjelmalla, mutta raportit kirjoitetaan tekstinkäsittelyohjelmalla. (Heikkilä 2008: 121.) Excel-ohjelma sopi meidän opinnäytetyömme kannalta parhaiten tulosten esittelyyn kaavioiden avulla. Etuna on myös se, että ohjelma toimii Windows-ympäristössä, joten kaavioita ja taulukoita voidaan siirtää kätevästi myös muihin Windows-ohjelmiin (Lavonen 1999.) Kaaviossa tiedot on esitetty visuaalisessa muodossa. Kaavion graafinen muoto auttaa ymmärtämään suuria tietomääriä ja tietosarjojen välisiä suhteita. Kaaviosta näkee myös yleiskuvan, jolloin voidaan analysoida tietoja ja etsiä keskeisiä trendejä. (Microsoft Corporation 2010.)

TAULUKKO 1. Esimerkki SPSS-ohjelman käytöstä opinnäytetyössämme.

Perheen aikaisemmat tiedot hengenahdistusoireiden lääkehoidosta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kyllä	8	72,7	72,7	72,7
ei	3	27,3	27,3	100,0
Total	11	100,0	100,0	

8.3 Kvalitatiiviset menetelmät

Kvalitatiivinen tutkimus on vakiintunut hoitotieteessä 1980-luvulta alkaen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 49). Sisällönanalyysi on tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-4, 10). Sisällönanalyysi on tekstianalyysia (Tuomi – Sarajärvi 2009: 104). Tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea tietoa vaan analyysillä haetaan vastausta tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin (Kylmä – Juvakka 2007: 113). Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavaa ilmiötä voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostuneet kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Raportin luotettavuutta voidaan lisätä aineiston suorilla lainauksilla ja näin osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3 - 4, 10.)

Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108). Sisällönanalyysissä voidaan lähteä etenemään kahdella tavalla, joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivinen analyysimenetelmä on aineistolähtöinen ja deduktiivinen analyysimenetelmä taas teorialähtöinen menetelmä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.) Opinnäytetyömme eteni aineistolähtöisesti tietojenluokittelulomakkeen avulla, joten valitsimme deduktiivis-induktiivisen tavan analysoida tutkimusaineistoamme. Tämä tarkoittaa opinnäytetyössämme sitä, että keräsimme analysoitavan aineiston tietojenluokittelulomakkeeseen kirjatusta merkinnöistä ja tämän materiaalin analysoimme induktiivisesti.

Sekä induktiivisessa että deduktiivisessa lähestymistavassa analyysiyksikön määrittäminen on ensi askel kohti analysointia. Analyysiyksikkö voi olla yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiprosessiin kuuluu pelkistämistä, ryhmittely ja käsitteellistämistä. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistoon koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään yhteenkuuluvuuden mukaan ja ryhmä nimetään kuvaavana

käsitteellä. Tämän jälkeen muodostetaan alakategoriat tai kategoriat. Ryhmittelyn jälkeen seuraa käsitteellistäminen, jolloin käsitteistä muodostetaan yleiskäsitteiden avulla uusia kategorioita, yläkategorioita, ja lopulta saadaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5 - 7.)

TAULUKKO 2. Esimerkki yhdestä alkuperäisestä ilmauksesta, pelkistetyistä ilmauksesta, alaluokasta sekä yläluokasta opinnäytetyössämme.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”äidillä astma ja hänellä tietoa astmalääkkeistä, hengitysvaikeuden oireista ja hoidosta”	Äidillä astma	Lähisuvussa astmaa tai astmankaltaisia oireita	Kartoitetaan perheen kokemusta tai tietoa astmasta tai astmankaltaisista oireista

Alkuperäisestä ilmauksesta ”äidillä astma ja hänellä tietoa astmalääkkeistä, hengitysvaikeuden oireista ja hoidosta” muodostui pelkistetty ilmaus; äidillä astma. Tästä muodostui alaluokka ”lähisuvussa astma tai astmankaltaisia oireita”. Yläluokaksi muodostui ”kartoitetaan perheen kokemusta tai tietoa astmasta tai astmankaltaisista oireista” (ks. taulukko 2.).

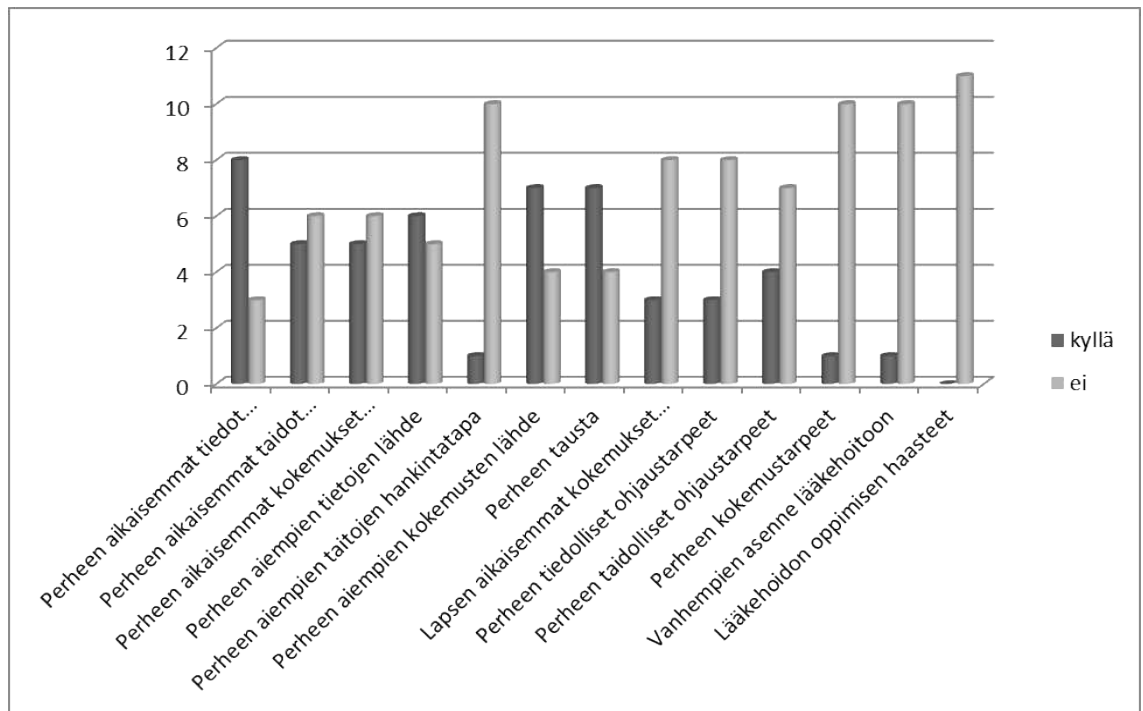
9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset tuotettiin analysoimalla yksitoista (11) hoitosuunnitelmaa.

Esittelemme opinnäytetyömme tuottamat tulokset osa-alueittain ohjausprosessin vaiheiden mukaisesti sekä sanallisesti, että kvantitatiivisina Excel-kuvioina ja sisällönanalyysin tulosten perusteella muodostettuina kuvioina.

9.1 Ohjaustarpeen kartoittaminen

Ohjaustarpeen kartoittaminen- osiossa informaatio perheen aikaisemmista tiedoista hengenahdistusoireiden lääkehoidosta oli kirjattu yhteensä kahdeksaan (72,7 %) hoitosuunnitelmaan (ks. kuvio 1.). Samoin perheen aiempien kokemusten lähde- ja perheen tausta-kohtat oli kirjattuna molemmat seitsemään (63,6 %) hoitosuunnitelmaan. Perheen aiempien tietojen lähde oli kirjattuna kuuteen (54,5 %) hoitosuunnitelmaan. Perheen aikaisemmat taidot hengenahdistusoireiden lääkehoidosta ja perheen aikaisemmat kokemukset hengenahdistusoireiden lääkehoidosta olivat kirjattuina molemmat viiteen (45,5 %) hoitosuunnitelmaan. Perheen taidolliset ohjaustarpeet olivat kirjattuina neljään (36,4 %) hoitosuunnitelmaan. Lapsen aikaisemmat kokemukset lääkehoidosta ja suhtautuminen siihen sekä perheen tiedolliset ohjaustarpeet löytyivät kirjattuina kolmeen (27,3 %) hoitosuunnitelmaan. Perheen aiempien taitojen hankintatapa, perheen kokemustarpeet sekä vanhempien asenne lääkehoitoon olivat kirjattuina kaikki vain kerran (9,1 %). Lääkehoidon oppimisen haasteista ei löytynyt kirjausta hoitosuunnitelmista.



KUVIO 1. Ohjaustarpeen kartoittamisen kirjaaminen hoitosuunnitelmiin.

Ohjaustarpeen kartoittaminen- osiosta muodostuivat sisällönanalyysillä seuraavat yläluokat; *kartoitetaan perheen aiempaa kokemusta tai tietoa astmasta tai astmankaltaisista oireista, kartoitetaan lapsen aiemmat kokemukset lääkehoidosta, kartoitetaan perheen taustatiedot, kartoitetaan perheen asenne ohjaukseen ja kartoitetaan perheen lääkehoidon ohjauksen tarpeet.*

Kartoitetaan perheen aiempaa kokemusta tai tietoa astmasta tai astmankaltaisista oireista- yläluokka muodostui yhdeksästä alaluokasta; ”lähisuvussa astmaa tai astmankaltaisia oireita”, ”vanhemmilla aiempaa tietoa astmalääkkeistä tai astman lääkehoidosta”, ”vanhemmilla aiempaa kokemusta astmasta tai astmankaltaisista oireista”, ”perheellä käyttökokemusta astmalääkeannostelijasta”, ”perheellä aiempaa tietoa astmalääkkeiden vaikutusmekanismeista”, ”vanhemmilla tietoa astmasta tai astmankaltaisista oireista ammatin kautta”, ”lapsella aiempia hengenahdistusoireita”, ”vanhemmilla ei aiempaa kokemusta astmasta tai astmankaltaisten oireiden hoidosta” sekä ”vanhemmilla ei aiempaa käyttökokemusta astmalääkeannostelijasta”. Edelliset alaluokat muodostuivat

kolmestakymmenestäyhdestä (31) pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”äidillä astma ja hänellä tietoa astmalääkkeistä, hengitysvaikeuden oireista ja hoidosta”

Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu, jos perheellä tai perheen lähipiirissä oli jollain ollut astmaa, allergioita tai hengenahdistusoireita. Myös, jos perheenjäsenellä oli aikaisempaa tietoa tai kokemusta astman lääkehoidosta ammatin kautta, se oli kirjattu hoitosuunnitelmiin.

”vanhemmilla ei ollut aiempaa kokemusta hengitysvaikeudesta tai lääkehoidosta.”

Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu myös, jos perheellä ei ollut aiempaa kokemusta astmasta tai astman lääkehoidosta.

Kartoitetaan lapsen aiemmat kokemukset lääkehoidosta- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”lapsen aiemmat positiiviset kokemukset lääkehoidosta” sekä ”lapsen aiemmat negatiiviset kokemukset lääkehoidosta”. Nämä alaluokat muodostuivat viidestä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”ennen sairaalaan tuloa äiti oli antanut ... Ventolinea siskon Babyhalerilla.”

”sairaalassa ... kokee spiran kovin ahdistavana ja vastustaa lääkkeenantoa.”

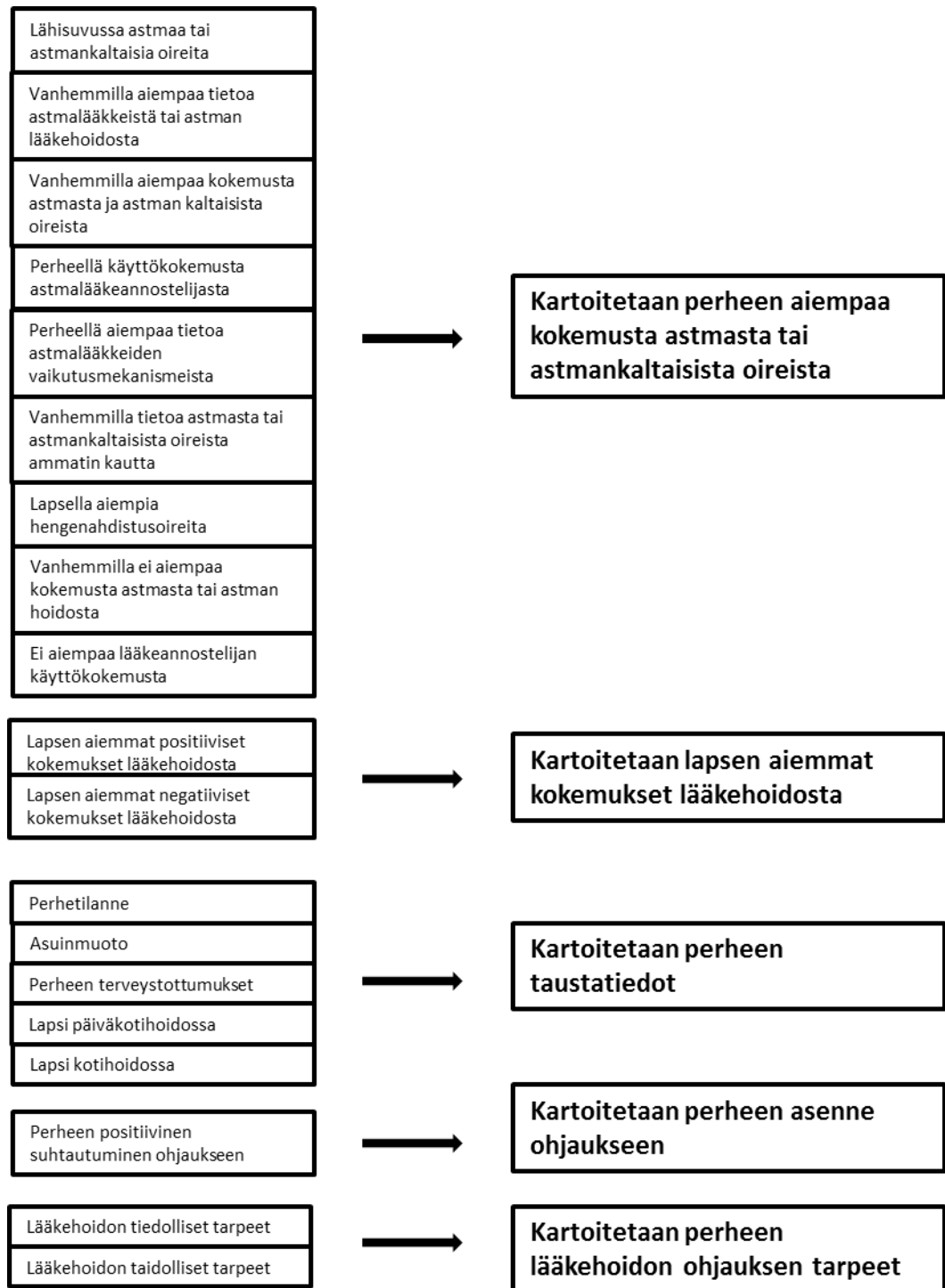
Perheen aiemmat tiedot ja taidot astman lääkehoidosta kirjattiin hoitosuunnitelmiin. Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu myös sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia lääkehoidosta.

Kartoitetaan perheen taustatiedot- yläluokka muodostui viidestä alaluokasta; ”perhetilanne”, ”asuinmuoto”, ”perheen terveystottumukset”, ”lapsi päiväkotihoidossa” sekä ”lapsi kotihoidossa”. Nämä alaluokat muodostuivat kahdeksasta pelkistetyistä ilmauksesta.

Kartoitetaan perheen asenne ohjaukseen- yläluokka muodostui yhdestä alaluokasta; ”perheen positiivinen suhtautuminen ohjaukseen”. Tämä alaluokka muodostui yhdestä pelkistetyistä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa tämä oli ilmaistu seuraavasti:

”äiti motivoitunut astmaohjaukseen.”

Kartoitetaan perheen lääkehoidon ohjauksen tarpeet- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”lääkehoidon ohjauksen tiedolliset tarpeet” ja ”lääkehoidon ohjauksen taidolliset tarpeet”. Nämä alaluokat muodostuivat kuudesta pelkistetyistä ilmauksesta (ks. kuvio 2.)

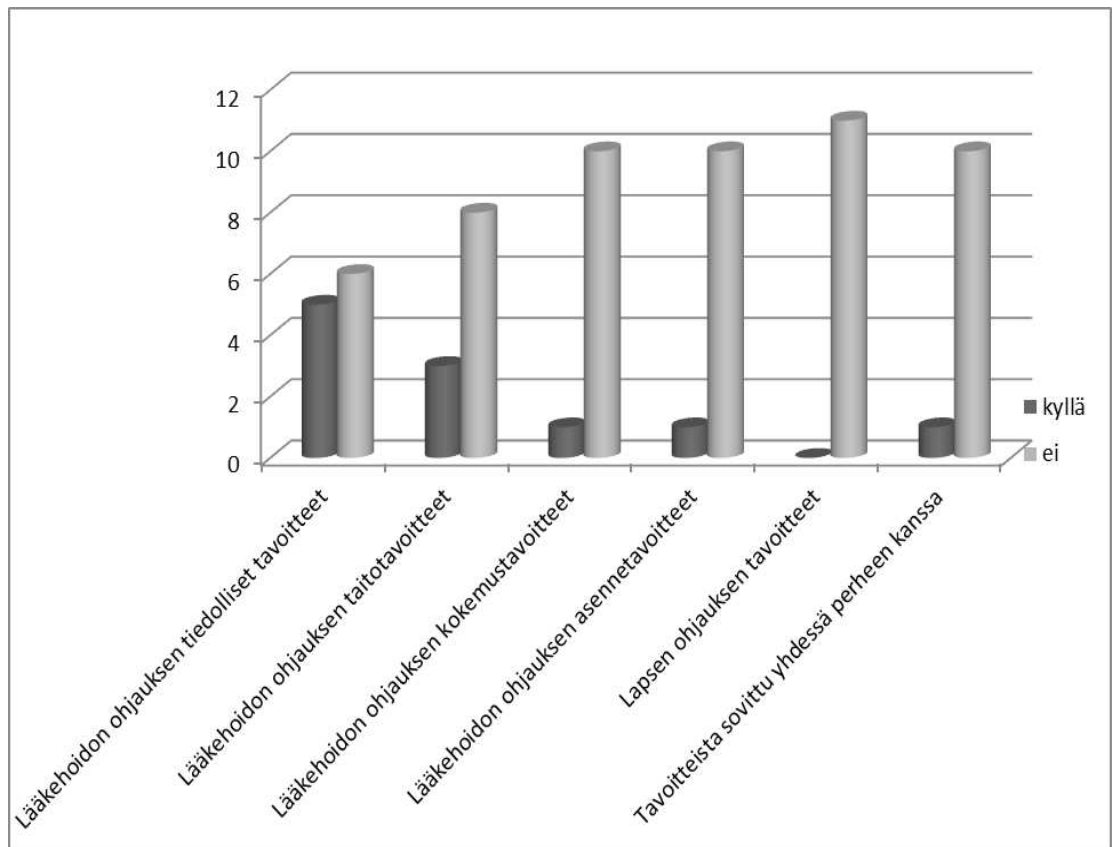


KUVIO 2. Ohjaustarpeen arviointi- osion alaluokat ja yläluokat

9.2 Ohjauksen suunnittelu

Ohjauksen suunnittelu- osiossa lääkähoidon ohjauksen tiedolliset tavoitteet oli kirjattuina viiteen (45,5 %) asiakirjaan ja lääkähoidon ohjauksen taitotavoitteet oli

puolestaan kirjattuina kolmeen (27,3 %) asiakirjaan (ks. kuvio 3.) Tavoitteista oli sovittu yhdessä perheen kanssa- kohdan kirjaus löytyi yhdestä (9,1 %) hoitosuunnitelmasta. Lääkehoidon ohjauksen kokemustavoitteet sekä asennetavoitteet olivat kirjattuina molemmat kerran. Lapsen ohjauksen tavoitteita ei oltu kirjattu hoitosuunnitelmiin.



KUVIO 3. Lääkehoidon ohjauksen suunnittelun kirjaaminen hoitosuunnitelmiin.

Lääkehoidon ohjauksen suunnitteluvaiheen sisällönanalyysi tuotti seuraavat yläluokat; *lääkkeeseen ja lääkkeen antolaitteeseen liittyvä ohjauksen suunnittelu, ohjaustilanteeseen liittyvä suunnittelu* sekä *ohjaustilanteelle asetetut tavoitteet* (ks. kuvio 4).

Lääkkeeseen ja lääkkeen antolaitteeseen liittyvä ohjauksen suunnittelu- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”lääkkeen anto” ja ”lääkeannostelijan käyttö”-

alaluokista. Nämä alaluokat muodostuivat kymmenestä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”Babyhalerin hankinta, käyttö, huolto.”

Lääkehoidon ohjaustilanteen suunnittelu- osiossa lääkkeiden ja lääkeannostelijan käyttö sekä huolto oli kirjattu tavoitteeksi joihinkin hoitosuunnitelmiin. Tämä informaatio oli kirjattu muutamalla sanalla.

Ohjaustilanteeseen liittyvä suunnittelu- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta ”sairaanhoitaja valmistautunut ohjaukseen” ja ”ohjauksen lähtökohta”. Nämä alaluokat muodostuivat neljästä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”Ennen ohjausta kävin läpi Babyhaler ohjauksen + astma tietopaketin itse läpi ja mietin miten ohjaan ja mitä ohjaan”

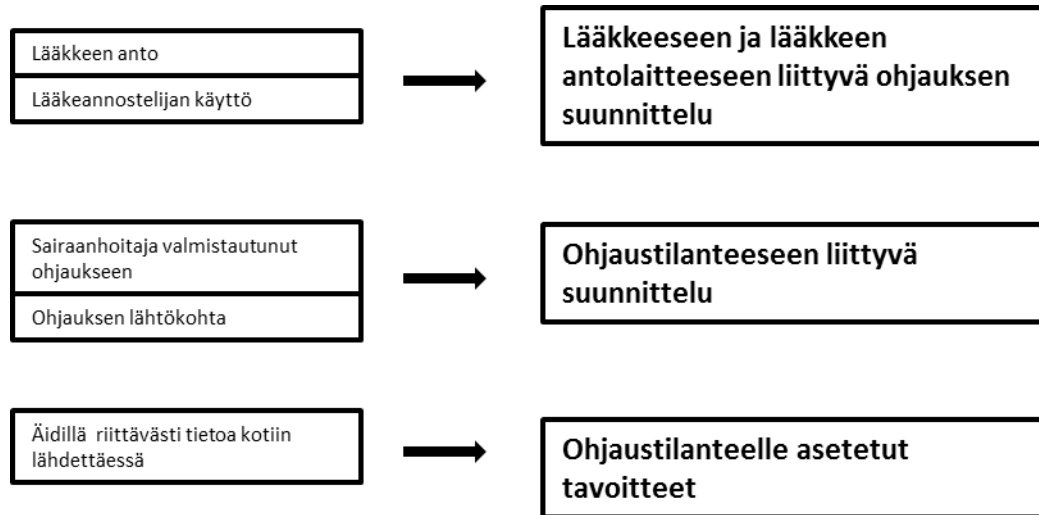
”koska Babyhaler laitteena tuttu, kertaus käytöstä riittänee.”

Ohjausta suorittaneet sairaanhoitajat olivat kirjanneet hoitosuunnitelmiin käyneensä läpi ohjausinterventio-materiaalia ja rakentaneensa ohjaustilannetta sen mukaan. Samoin, jos perheellä oli jo aiempaa kokemusta astman lääkehoidosta, se oli kirjattu hoitosuunnitelmaan selittäväksi tekijäksi. Sairaanhoitajat käyttivät perheen aiempia kokemuksia pohjana lääkehoidon ohjauksen suunnittelulle.

Ohjaustilanteelle asetetut tavoitteet- yläluokka muodostui yhdestä alaluokasta ”äidillä riittävästi tietoa kotiin lähdettäessä”. Tämä alaluokka muodostui kahdesta pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”Tavoitteena oli, että äiti lähtee hyvällä mielellä kotiin tietäen miten lääke annetaan, milloin se annetaan ja miten laitetta huolletaan.”

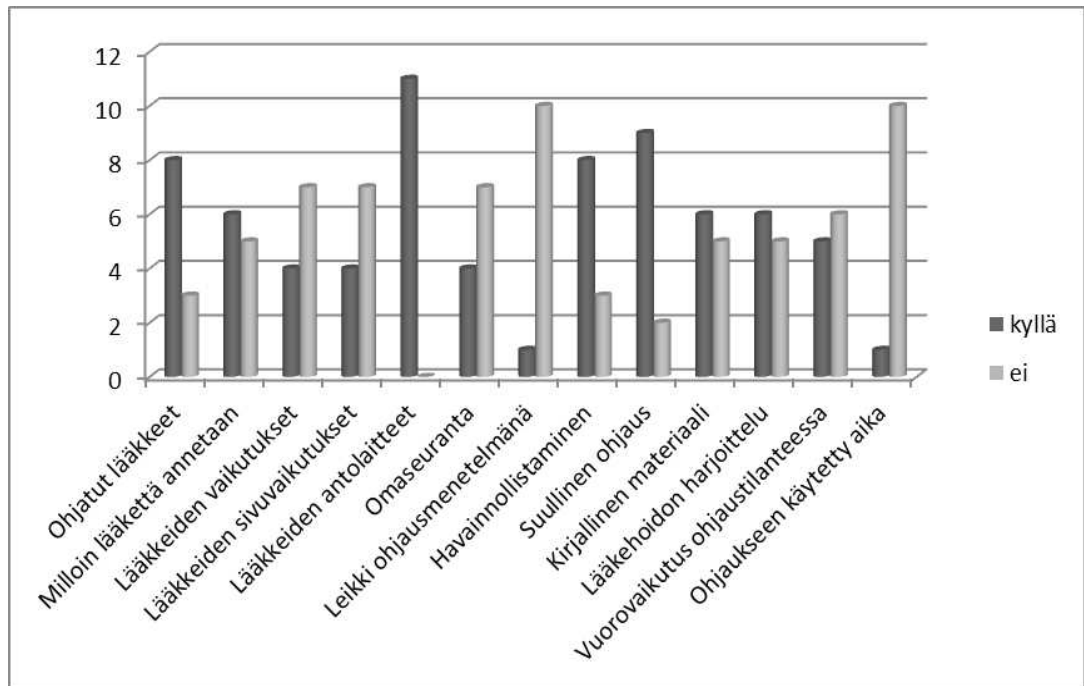
Sairaanhoitajat kirjasivat ohjaustilannetta suunnitellessaan sekä tiedollisia-, taidollisia- ja kokemustavoitteita.



KUVIO 4. Lääkehoidon ohjauksen suunnittelu- osion alaluokat ja yläluokat.

9.3 Ohjauksen toteutus

Ohjauksen toteutus- osiossa oli kattavimmin kirjattu lääkkeiden antolaitteiden ohjaus (ks. kuvio 5.) Tästä löytyi merkintä kaikista hoitosuunnitelmista. Seuraavaksi yleisin kirjaus ohjauksen toteutuksen osa-alueista oli suullinen ohjaus. Tästä löytyi merkintä yhdeksästä (90,9 %) asiakirjasta. Havainnollistamista sekä ohjattuja lääkkeitä oli puolestaan kirjattu kahdeksaan (72,7 %) hoitosuunnitelmaan. Milloin lääkettä annetaan, kirjallinen materiaali ja lääkehoidon harjoittelu olivat kirjattuina kuuteen (54,5 %) hoitosuunnitelmaan. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa oli kirjattuna viiteen (45,5 %) hoitosuunnitelmaan ja lääkkeiden vaikutukset, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä omaseuranta olivat kirjattuina neljään (36,4 %) hoitosuunnitelmaan. Leikki ohjausmenetelmänä- ja ohjaukseen käytetty aika- osiot olivat molemmat kirjattuina kerran (9,1 %).



KUVIO 5. Lääkehoidon ohjauksen toteutuksen kirjaaminen hoitosuunnitelmiin.

Lääkehoidon ohjauksen toteutuksen sisällönanalyysi tuotti seuraavat yläluokat; *astmalääkeannostelija käytön kokeileminen, lapselle määrättyjen lääkevalmisteiden ohjaus, tieto ohjattujen lääkkeiden vaikutuksista, tietoa astmasta ja astman hoidon perusteista, astmaa sairastavan lapsen kotihoito ohjaus sekä ohjaustilanne.*

Astmalääkeannostelijan käytön kokeileminen- yläluokka muodostui kolmesta alaluokasta; ”astmalääkeannostelija käyttö sairaanhoitajan havainnollistamana”, ”astmalääkeannostelija käyttö äidin kokeilemana” ja ”astmalääkeannostelijan käyttö lapsen kokeilemana”. Nämä muodostuivat kahdestakymmenestä neljästä (24) pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”Babyhaler-laitteen kokoaminen ja huolto käyty läpi äidin kanssa ja äiti koonnut itse laitteen ja kokee hallitsevansa sen.”

” ... kiinnostuneena mukana ja sai kokeilla maskia ja yhdessä annettiin koiralle inhalaatio.”

Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu lapselle määrätty lääkkeenantolaite. Sairaanhoidajat havainnollistivat ohjausta joko kokoamalla itse tai antamalla perheen koota lääkkeenantolaitteen. Leikkiä ohjausmenetelmänä käytettiin kerran. Lapset saivat tutustua lääkkeenantolaitteeseen yhdessä perheen ja sairaanhoidajan kanssa.

Lapselle määrättyjen lääkevalmisteiden ohjaus- yläluokka muodostui neljästä alaluokasta; ”avaavat lääkkeet”, ”hoitavat lääkkeet”, ”antibiootit” sekä ”ei hoitavia lääkkeitä”. Nämä alaluokat muodostuivat kymmenestä pelkistetystä ilmauksesta.

Tieto ohjattujen lääkkeiden vaikutuksista- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”tieto astmalääkkeiden toivotuista vaikutuksista” sekä ”tieto astmalääkkeiden ei-toivotuista vaikutuksista”. Nämä alaluokat muodostuivat yhdeksästä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”käyty lääkeannokset/annostelevinen, antoajankohdat.”

”ohjasin miten lääke vaikuttaa...”

Lapselle määrättyjä lääkkeitä oli kirjattu hoitosuunnitelmiin. Lääkkeiden vaikutusta, sivuvaikutuksia ja lääkkeenmäääämisperusteita oli käyty lävitse osan perheistä kanssa.

Tietoa astmasta ja astmanhoidon perusteista- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”tieto lääkkeenantoperusteista” sekä ”tieto hengenahdistusoireista”. Nämä alaluokat muodostuivat viidestä pelkistetystä ilmauksesta.

Astmaa sairastavan lapsen kotihoidon ohjaus- yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”ohjaus kotona toteutettavan astman lääkehoitoon” sekä ”ohjaus kotona toteutettavaan astman hoitoon”. Nämä alaluokat muodostuivat kahdestatoista (12) pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”keskustelin äidin kanssa tilanteista, milloin lääkettä tulee ottaa (yöllinen yskä, hengityksen ahdistus+vinkuna yms.)”

”oirekalenteri myös käyty lävitse.”

Kirjaamisen perusteella osassa lääkehoidon ohjaustilanteista käytiin läpi sitä, millaisissa tilanteissa lääkettä tulee antaa ja milloin lääkehoito tulee aloittaa uudelleen kotona. Perheille oli annettu tietoa hengenahdistusoireista ja oirekalenterin pitämisestä.

Ohjaustilanne- yläluokka rakentui neljästä alaluokasta; ”positiivinen ilmapiiri ohjaustilanteessa”, ”sairaanhoitajan toiminta ohjaustilanteessa”, ”perheen toiminta ohjaustilanteessa” sekä ”ohjaustilanteen kesto”. Nämä alaluokat muodostuivat kahdestatoista (12) pelkistetystä ilmauksesta (ks. kuvio 6). Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

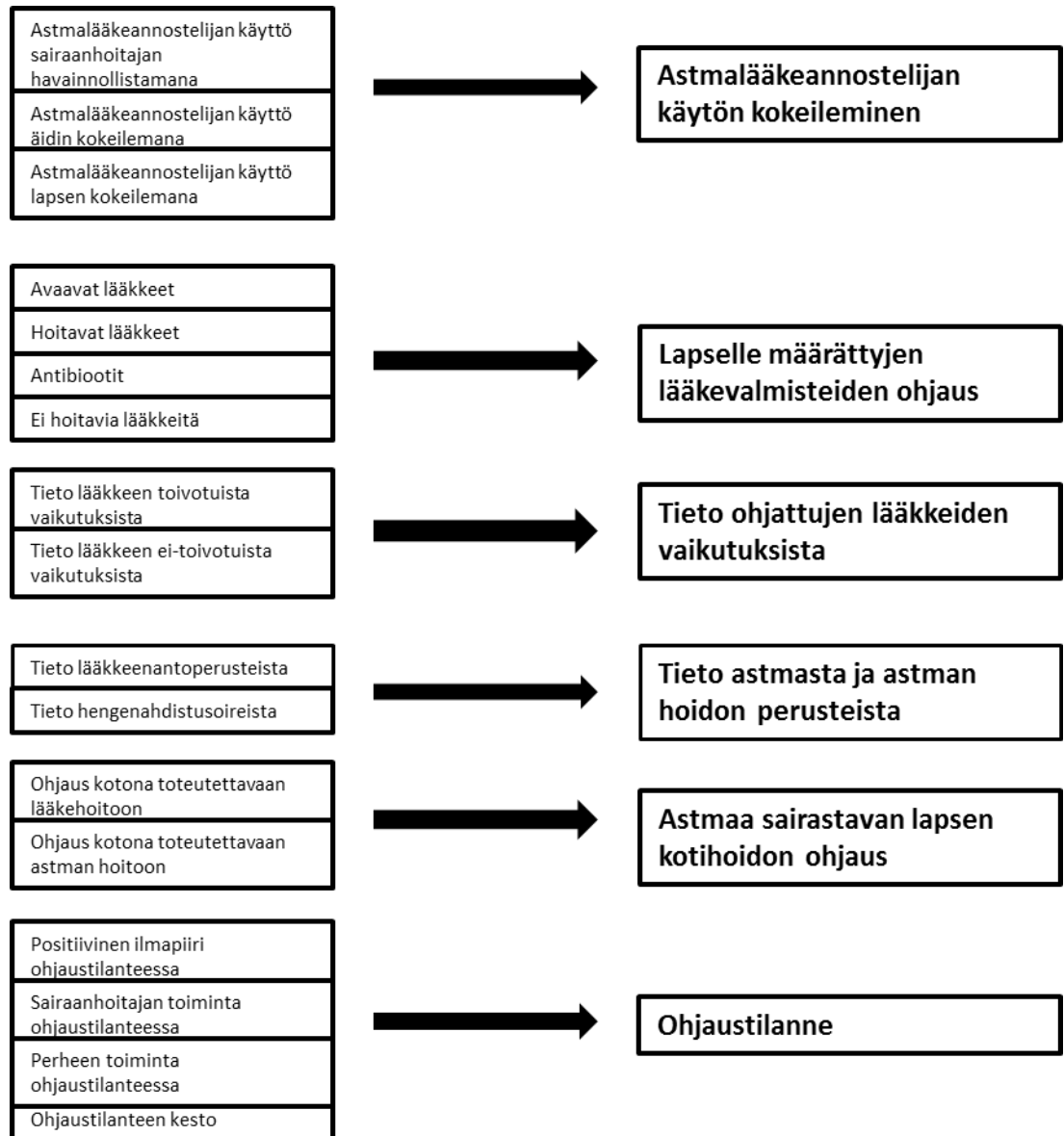
”isä mukavasti läsnä.”

”rohkaistu äitiä.”

”vanhemmilla jo hiukan kiire kotiin ja lapsikin alkoi hiukan väsyä.”

”aikaa oli/meni n.20 min.”

Lääkehoidon ohjaustilanteesta oli kirjattu sairaanhoitajan ja perheen välinen vuorovaikutus, ohjaustilanteen ilmapiiri sekä perheen toiminta ohjaustilanteessa. Ohjaukseen käytetystä tai kuluneesta ajasta oli merkintä yhdessä hoitosuunnitelmassa.

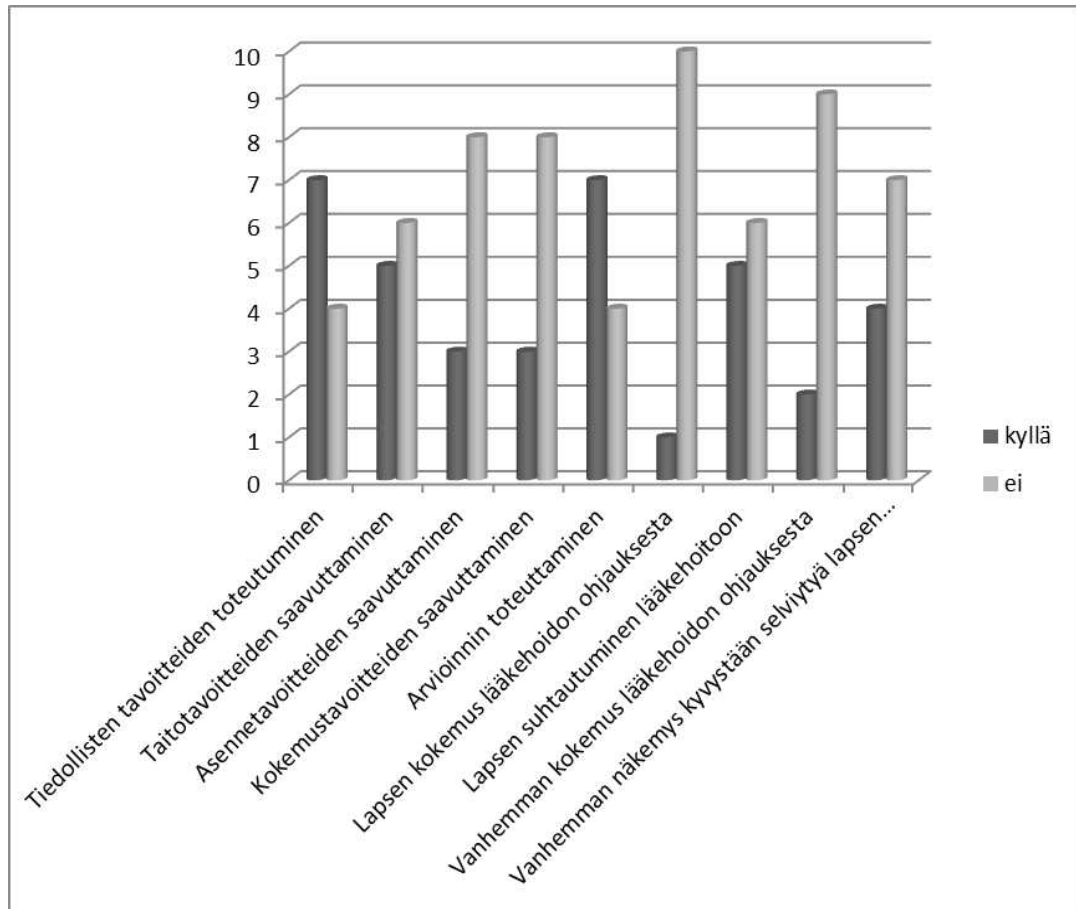


KUVIO 6. Lääkehoidon ohjauksen toteutus-osion alaluokat ja yläluokat

9.4 Ohjauksen arviointi

Ohjauksen arviointi-osiossa tiedollisten tavoitteiden toteutuminen ja arvioinnin toteuttaminen olivat kirjattuina seitsemään (63,6 %) asiakirjaan (ks. kuvio 7.). Taitotavoitteiden saavuttaminen sekä lapsen suhtautuminen lääkehoitoon olivat

kirjattuina viiteen (45,5 %) hoitosuunnitelmaan. Vanhemman näkemys kyvystään selviytyä lapsen lääkehoidosta oli kirjattuna neljään (36,4 %) hoitosuunnitelmaan. Asenne tavoitteiden ja kokemustavoitteiden saavuttaminen oli puolestaan kirjattuna kolmeen (27,3 %) hoitosuunnitelmaan. Kirjaus vanhemman kokemuksesta lääkehoidon ohjauksessa oli kahdessa (18,2 %) hoitosuunnitelmassa. Lapsen kokemus lääkehoidon ohjauksesta oli kirjattuna yhteen (9,1 %) hoitosuunnitelmaan.



KUVIO 7. Lääkehoidon ohjauksen arvioinnin kirjaaminen hoitosuunnitelmiin.

Lääkehoidon ohjauksen arviointi-osion aineistosta muodostuivat seuraavat yläluokat; *vanhempien arvio perheen selviytymisestä lapsen sairauden ja lääkityksen kanssa, sairaanhoitajan arvio perheen selviytymisestä lapsen sairauden ja lääkityksen kanssa, perheen aiempien astmakokemusten vaikutus sairaanhoitajan ohjaustilanteen arviointiin, perheen arvio lääkehoidon ohjauksen toteutumisesta sekä sairaanhoitajan arvio lääkehoidon ohjauksen toteutumisesta perheelle* (ks. kuvio 8.)

*Vanhempien arvio perheen selviytymisestä lapsen sairauden ja lääkityksen kanssa-*yläluokka muodostui kahdesta alaluokasta; ”äidin arvio selviytymisestä lapsen sairauden kanssa” sekä ”äidin arvio selviytymisestä lapsen lääkehoidon kanssa”. Nämä alaluokat muodostuivat yhdestätoista (11) pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”äidin mielestä hän nyt osaa koota ja käyttää babyhaleria”

”äiti kuitenkin uskoo lääkkeenoton onnistuvan hyvin, kun isä kotona auttamassa lääkkeenotossa.”

Osaan hoitosuunnitelmista oli kirjattu arvio siitä, miten vanhemmat kokevat selviytyvänsä kotona astmaa sairastavan lapsensa kanssa. Kirjattuna oli äidin kokemuksia.

*Sairaanhoitajan arvio perheen selviytymisestä lapsen sairauden ja lääkityksen kanssa-*yläluokka muodostui yhdestä alaluokasta; ”sairaanhoitajan positiivinen näkemys perheen selviytymisestä lapsen sairauden kanssa”. Tämä alaluokka muodostui kuudesta pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”uskon, että äiti pärjää kotona.”

Sairaanhoitajat kirjasivat myös omia näkemyksiään perheiden selviytymisestä lapsen sairauden ja lääkityksen kanssa. Kaikki kirjatut näkemykset olivat positiivisia näkemyksiä perheen selviytymisestä.

Perheen aiempien astmakokemusten vaikutus sairaanhoitajan ohjauksen arviointiin- yläluokka muodostui yhdestä alaluokasta ”arvio perheen aiemmista kokemuksista astmasta” ja ”astman lääkehoidosta”. Tämä alaluokka muodostui kahdesta pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”kokemusta isällä lääkkeistä ja äiti tuntui ymmärtävän lääkeannosteluksen ja tekniikan.”

”isälle tuttua astmaoireet ja lääkkeen vaikutus.”

Lääkehoidon ohjaustilanteen arviota kirjatessaan osa sairaanhoitajista oli kiinnittänyt huomiota myös perheen aikaisempiin kokemuksiin astmasta ja sen lääkehoidosta.

Perheen arvio lääkehoidon ohjauksen toteutumisesta- yläluokka muodostui kolmesta alaluokasta ”perheen positiivinen arvio ohjauksesta”, ”arvio lapsen positiivisista kokemuksista lääkehoidon ohjauksesta” ja ”arvio lapsen negatiivisista kokemuksista lääkehoidon ohjauksesta”. Nämä alaluokat muodostuivat seitsemästä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”ohjauksen jälkeen äiti kertoi kotiutuneensa luottavaisin mielin babyhalerin kanssa.”

”... koko ajan hyväntuulisena ja innostuneena.”

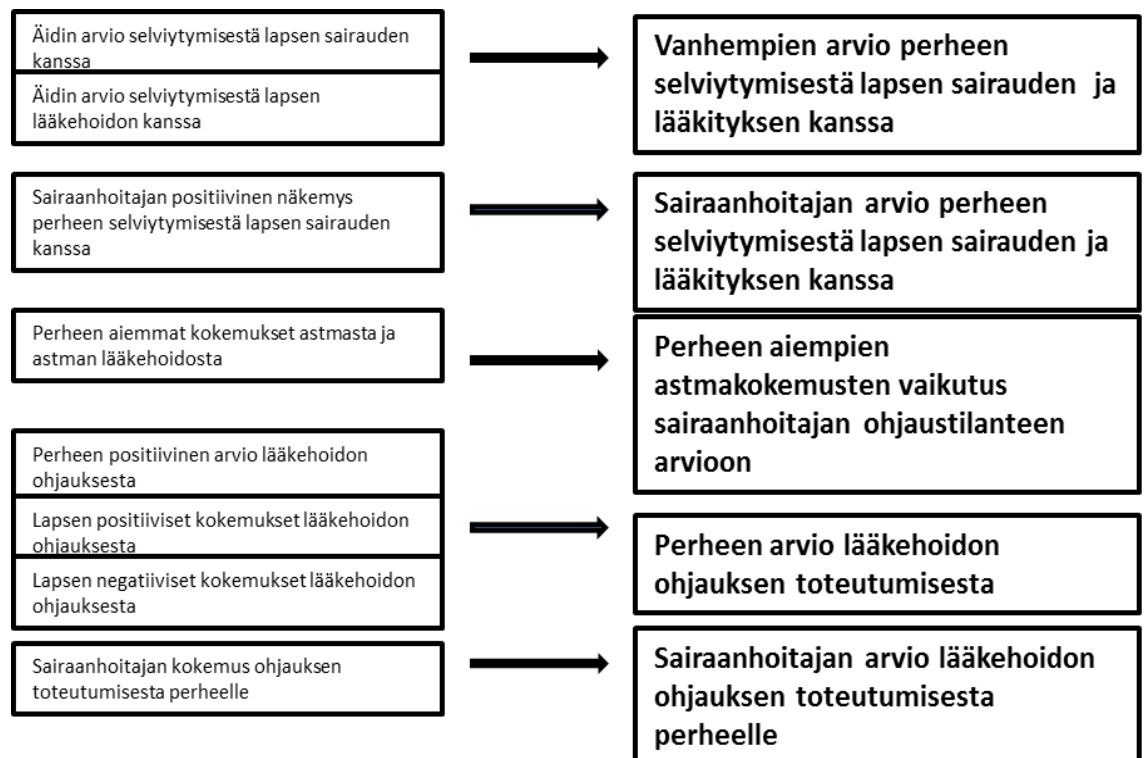
Ohjaustilannetta arvioidessa sairaanhoitajat kirjasivat osaan hoitosuunnitelmista perheen kokemuksia lääkehoidon ohjauksesta. Osa sairaanhoitajista oli kirjannut myös lapsen positiivisia ja negatiivisia kokemuksia ohjaustilanteesta.

Sairaanhoitajan arvio lääkehoidon ohjauksen toteutumisesta perheelle- yläluokka muodostui yhdestä alaluokasta ”hoitajan arvio lääkehoidon ohjauksen toteutumisesta perheelle”. Tämä alaluokka muodostui neljästä pelkistetystä ilmauksesta. Alkuperäisaineistossa asia oli ilmaistu esimerkiksi seuraavasti:

”ohjaus toteutui äidille ja ... hyvin.”

”kiire ja rauhaton tilanne vaikutti vanhempien tiedon sisäistämiseen.”

Sairaanhoitajat olivat kirjanneet muutamaan hoitosuunnitelmaan omia kokemuksiaan lääkehoidon ohjaustilanteen onnistumisesta perheelle. Sairaanhoitajat olivat kirjanneet positiivisia ja negatiivisia kokemuksiaan lääkehoidon ohjaustilanteesta.



KUVIO 8. Ohjauksen arviointi- osion alaluokat ja yläluokat

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelu

Tarkastelumme kohteena olivat 11 osastohoidossa olleen lapsen hoitosuunnitelmat ja taustatietolomakkeet. Tarkoituksenamme oli selvittää potilaspapereihin kirjattujen tietojen avulla ohjausintervention toteutumista lastenosastolla. Huomion arvoista on, että emme saaneet kaikkien hoitosuunnitelmien mukaan taustatietolomaketta, koska sitä ei ollut täytetty kaikkien perheiden kohdalla heidän saapuessaan osastolle. Tämä on osaltaan vaikuttanut kirjaamisen toteutumisen arviointiin etenkin ohjaustarpeiden kartoittaminen- sekä ohjauksen suunnitteluosioiden kohdalla. Kuten olemme myös aikaisemmin todenneet, on tärkeää selvittää potilaan taustatekijät, jotta asiakkaan saama ohjaus olisi mahdollisimman asiakaslähtöistä. Taustatietojen avulla on sairaanhoitajan mahdollista selvittää sairastuneen lapsen perheen aikaisemmat tiedot ja taidot sekä ohjaustarve (Kyngäs ym. 2007: 47, Kääriäinen 2008: 14, Torkkola – Heikkinen - Tiainen 2002: 26). Tästä syystä taustatietolomakkeen täyttäminen sairaalaan tullessa on hyvin tärkeää.

Perheen aikaisemmat tiedot, taidot, kokemukset ja tausta olivat kirjattuina hoitosuunnitelmiin ja taustatietolomakkeisiin melko usein. Vastaavasti tiedollisia, taidollisia tai kokemuksellisia ohjaustarpeita ei oltu juurikaan kirjattu. Tämä vaikuttaa siihen, kuinka yksilöllistä ohjausta perheille voidaan suunnitella. Voimaannuttava ohjaus perustuu perheen yksilöllisiin tarpeisiin (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 4).

Ohjauksen suunnittelu- osiossa tavoitteiden kirjaaminen oli suppeaa joka kohdassa. Kirjaamisen perusteella voidaan olettaa, että lääkehoidon ohjaus oli suunniteltu lähes ainoastaan tiedollisten tavoitteiden pohjalta. Ohjaustilanteen suunnittelua kirjatessaan sairaanhoitajat ottivat huomioon sen, jos perheellä oli aiempaa tietoa tai kokemusta astmasta tai astmankaltaisista oireista. Tuloksia tarkasteltaessa selvisi, että lapsen ohjaukselle asetettuja tavoitteita ei oltu kirjattu yhteenkään hoitosuunnitelmaan. Lapsen lääkehoidon ohjaamiselle olisi hyvä asettaa tavoitteita,

jotta mahdollistettaisiin lapsen mahdollisimman myönteinen suhtautuminen omaan lääkehoitoon. Tavoitteet tulisi myös suhteuttaa lapsen ikää ja kehitystasoa vastaaviksi (Takala – Suominen 2008: 27, 32 - 33).

Lääkehoidon ohjaustilanteesta kirjattiin yleisimmin ohjatut lääkkeet, miten lääkettä annetaan ja millä laitteella lääkettä annetaan. Lääkehoidon ohjaustilanteessa käytettiin useimmiten suullista ohjausta, havainnollistamista sekä kirjallista materiaalia. Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu myös melko usein jotain vuorovaikutuksesta ohjaustilanteessa. Lääkkeiden vaikutuksesta tai sivuvaikutuksista, astman hoidon perusteista sekä oirekalenterin käytön ohjauksesta oli merkintä vain muutamissa hoitosuunnitelmissa. Koska astman pääasiallinen hoito on keskittynyt kotiin (Brazil – Krueger 2002: 167), kotona selviytymistä tukevaan ohjaukseen olisi tärkeää kiinnittää mahdollisimman paljon huomiota. Ohjausinterventiokäsikirjan mukaan jokaisen perheen tulisi saada sairaalasta yksilölliset hoito-ohjeet. Näiden ohjeiden avulla vanhemmat kykenevät tulkitsemaan omaa lastaan sekä huomaamaan lapsen voinnissa oleellisia muutoksia. Oireiden seuranta on tärkeää, koska lääkitys määräytyy jatkossa sen mukaan, paljonko hengitystieoireita lapsella on ollut. (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektiryhmä 2010: 8, 14.) Aineistomme perusteella ei käynyt ilmi, olivatko perheet saaneet yksilöllisiä hoito-ohjeita.

Vaikka lääkehoidon ohjaus annetaan perheelle lapsen ollessa osallisena ohjaustilanteessa, leikkiä ohjausmenetelmänä ei ainakaan kirjaamisen perusteella ollut käytetty kuin yhdessä ohjaustilanteessa. Kirjallisuuden mukaan myös leikin avulla voidaan tukea lasta uusissa tilanteissa ja auttaa häntä ilmaisemaan siihen liittyviä tunteita ja kokemuksia (Iivanainen – Syväoja 2008: 93). Tämän tiedon valossa olisi perusteltua käyttää leikkiä sekä muita lapsen aktiivista roolia tukevia menetelmiä osana lääkehoidon ohjausta aina kuin mahdollista. Myös ohjauksen toteutus-osiosta heräsi kysymys, onko lasta huomioitu ohjaustilanteessa ja onko ohjaus suunnattu pääsääntöisesti vain vanhemmille.

Lääkehoidon ohjaustilanteen arvioinnin tehtävänä on selvittää, miten ohjauksen tavoitteet saavutettiin (Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus- projektiryhmä 2010: 18). Ohjaustilanteen arviointi-osiossa oli kirjaamisen perusteella arvioitu kattavimmin tiedollisten tavoitteiden toteutumista sekä ohjaustilanteen arvioinnin toteuttamista sairaanhoitajan näkökulmasta. Vaikka ohjaustilanteen suunnitteluosiossa kokemus-, asenne- ja taitotavoitteita oli kirjattu vain yhteen hoitosuunnitelmaan, niin tästä huolimatta ohjaustilanteen arviointi-osiossa näitä oli arvioitu useammassa hoitosuunnitelmassa. Tässä osiossa lapsen suhtautuminen lääkehoitoon oli kirjattu lähes puoleen hoitosuunnitelmista. Lapsen tai vanhemman kokemusta lääkehoidon ohjauksesta ei löytynyt kirjausta kuin muutamasta hoitosuunnitelmasta.

Ohjauksen arviointi oli neljästä ohjausprosessin vaiheesta toiseksi vähiten kirjattu vaihe. Johtuuko tämä siitä, ettei hoitajilla ole valmiuksia arvioida toteutunutta ohjausta vai koetaanko se vähemmän tärkeäksi kirjaamisen osa-alueeksi. Jotta ohjauksen laatua voidaan edelleen kehittää, olisi ohjaustilanteen monipuolinen arviointi tärkeää. Perheen oma kokemus ohjaustilanteesta olisi myös tärkeää kirjata, sillä tämä voi olla sidoksissa siihen, miten perhe tulee selviytymään kotona lapsen astman ja astman lääkehoidon kanssa.

Hoitosuunnitelmien kirjaamisen sisällöissä oli eroja. Osa hoitosuunnitelmista oli kirjattu erittäin suppeasti. Opinnäytetyömme johtopäätöksenä voimme esittää, että ohjatun intervention kirjaaminen toteutui vain osittain ohjausprosessin eri vaiheissa. Tulosten perusteella emme voi tehdä johtopäätöksiä ohjausintervention käyttöönoton toteutumisesta osastolla.

Tulosten pohjalta herää kysymys, ovatko perheet kuitenkin saaneet ohjausta ohjausintervention mukaisesti vai onko niin, että perhe ja lapsi ovat saaneet ohjausta vain silloin, kun se on kirjattu lapsen hoitosuunnitelmaan.

10.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössämme huomioon otettavia eettisyyteen vaikuttavia seikkoja ovat esimerkiksi tutkimuslupa ja tutkimukseen osallistuvan suostumus. Tutkimuslupa ja tutkimukseen osallistuvan suostumus tarvitaan aina (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 181). Toinen seikka on hyvän tieteellisen käytännön toteutuminen työssämme. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksen asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. (Vilka 2008: 90.)

Asiakas- tai potilasasiakirjojen tai niihin sisältyvien tietojen käyttöä ohjaavat sekä julkisuuslaki (621/1999) että henkilötietolaki (523 - 526, 529/1999). Luvan kysyminen asiakkaalta/potilaalta itseltään tulisi olla ensisijainen menettely. Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation hallussa oleviin asiakirjoihin tutkija voi tutustua vain asiakkaan/potilaan kirjallisella suostumuksella. Ensivaiheessa lupa asiakirjojen käyttöön on anottava asianomaiselta organisaatiolta. Organisaatio käsittelee tutkimussuunnitelman ja lupahakemuksen ja ohjaa hakemaan tutkimusluvan rekisteriä pitäviltä viranomaisilta. Meidän opinnäytetyömme kohdalla tämä tarkoitti sitä, että työllemme oli haettu ja saatu lupa sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta.

Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata ja reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen eli kertoo käytetyn mittarin kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos tulokset ovat samansuuntaisia, voidaan mittaria pitää luotettavana. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) Erilaisten tutkimusmenetelmien käyttö voi Tuomen ja Sarajärven (2009: 142) mukaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössämme käyttämämme menetelmät tukivat toisiaan ja niiden tuottamien tulosten perusteella pystyimme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme luotettavasti.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sekä mittaamisen että tulosten luotettavuuden kannalta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 157). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu niin tutkimuksen tarkoituksen, asetelman, otoksen valinnan, tulkinnan kuin myös eettisten näkökulmien arviointiin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 166). Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan (Tuomi 2007: 145). Tutkimuksen eettisyyttä tulee tarkastella aina aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 184).

Luotettavuuteen vaikuttavia seikkoja ovat tutkimuksen otoksen koko. Tavoitteena oli saada analysoitavaksi 20 hoitosuunnitelmaa mutta käytettävissä olevan ajan rajallisuus sai aikaan sen, että aineistomme jäi tätä pienemmäksi. Saimme tarkasteltavaksi yksitoista (11) hoitosuunnitelmaa, joista kuuden mukana oli taustatietolomake. Otos oli pienempi kuin olimme toivoneet. Otoksen koko vaikuttaa siihen, miten tarkkoja tuloksia voidaan esittää. Jos perusjoukossa on paljon vaihtelua tutkittavien ominaisuuksien suhteen, ei kymmenen hengen otoksesta voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Tällöin jo yhden henkilön vastaus vaikuttaa jo tuntuvasti prosenttilukuihin tai tunnuslukuihin. (Heikkilä 2008: 75.) Luotettavuuteen vaikuttaa myös valitun analysointimenetelmän soveltuvuus. Tutkimuksen lähestymistapaa valitessa ei pitäisi pohtia sitä, mikä tietyssä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmässä on helppoa tai vaikeaa, vaan sitä, mikä menetelmä sopisi parhaiten juuri kyseiseen tutkimusilmiöön ja tutkimusongelmiin tai -tehtäviin. (Kankkunen – Julkunen-Vehviläinen 2009: 41.) Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että osaamme käyttää valittua analyysimenetelmää oikein. Analysoitava tieto tulee syöttää oikein ja tarkistaa huolellisesti ennen tallentamista (Vilka 2008: 152). Huomasimme asiakirjoista saatuja tuloksia tarkastellessamme, että kun tulokset käsitellään kahden eri menetelmän avulla, lisää se tulosten luotettavuutta.

Lomake, jolla luokittelimme astmaa tai astmankaltaisia oireita sairastavan lapsen taustatietolomakkeita ja hoitosuunnitelmia, oli jaettu neljään ohjausprosessin vaiheeseen. Jokaisessa osiossa oli *kyllä*- ja *ei*-kohdat sekä avoimen kirjaamisen

mitä on kirjattu- kohta. Luokittelulomake auttoi meitä jäsentämään ohjausintervention vaiheet, etsimään niitä hoitosuunnitelmista, sekä tekemään päätelmiä ohjausintervention kirjaamisen toteutumisesta osastolla. Lomake toimi tärkeänä työvälineenä tulosten luotettavuuden takaamisessa, sillä lomakkeen avulla pystyimme tarkastelemaan jokaisen lapsen taustatietolomakkeet ja hoitosuunnitelmat yhdenmukaisella tavalla. Lomakkeen avulla voitiin myös kartoittaa perheen jo heillä olemassa olevia kokemuksia, tietoja ja taitoja, joista muodostuu perheen voimavarat kohdata muuttunut elämäntilanne. Sitä voitiin myös käyttää apuna, kun haluttiin selvittää perheen yksilöllinen ohjauksen tarve. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavoitteen mukaan potilastieto tulisi kirjata sähköisesti yhdenmukaisella tavalla (Hallila 2005a: 8). Opinnäytetyössämme koimme haasteelliseksi sen, että potilasasiakirjoihin käsintehdyt kirjaukset ohjausprosessin eri vaiheista olivat usein tiivistettyjä, kirjavia ja samalla lauseella tai sanaparilla viitattiin useaan ohjauksen eri osa-alueeseen. Tämä vaikeutti kirjauksen luokittelua, koska sama lause saattoi sopia usean vaiheen alle.

Tietojen luokittelulomake kattoi mielestämme monipuolisesti kaikki ohjausintervention vaiheet. Lomake mahdollisti kaikkien ohjaukseen osallistuvien näkemysten ja kokemusten huomioon ottamisen ohjausprosessin eri vaiheissa. Pohdimme kuitenkin, olisiko tietojen luokittelulomakkeen tekovaiheessa ollut mahdollisuus yhdistää ohjausprosessin vaiheiden sisäisiä sarakkeita laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Nyt meistä tuntui siltä, että luokittelulomakkeen ohjausprosessin vaiheiden alaluokat olivat pilkottuina liian yksityiskohtaisiin osioihin ainakin osasto L3:n kirjaamiskäytäntöön verrattuna.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme pohjalta nousi muutamia jatkotutkimusehdotuksia. Laatukriteereiden luominen lääkehoidon ohjauksen kirjaamiselle voisi helpottaa itse ohjaustilanteen suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Ehdotammekin, että kirjaamista voisi kehittää tulevaisuudessa yhtenäisemmäksi. Hoitosuunnitelmiin tehtyjen kirjaamisten perusteella jäimme siihen käsitykseen, että lapsen huomioiminen ohjaustilanteissa on jäänyt edelleen vähäiseksi. Toinen

ehdotuksemme jatkotutkimuskohteeksi liittyikin siihen, miten lasta voisi paremmin huomioida ja rohkaista ohjaustilanteissa.

LÄHTEET

- Bartlett, Susan J. – Krishnan, Jerry A. – Riekert, Kristin A. – Butz, Arlene M. - Malveaux, Floyd J. – Rand, Cynthia S. 2004: Maternal Depressive Symptoms and Adherence to Therapy in Inner-City Children With Asthma. *Pediatrics* 113 (2). 229 - 237.
- Brazil, Kevin – Krueger, Paul 2002: Patterns of Family Adaptation to Childhood Asthma. *Journal of Pediatric Nursing* 17 (3). 167 - 173.
- Butz, Arlene – Syron, Laura – Johnson, Betty – Spaulding, Joanne – Walker, Melissa – Bollinger, Mary Elizabeth 2005: Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children. *Public Health Nursing* 22 (3). 189 - 199.
- Camargo, Carlos A. Jr – Ramachandran, Sulabha – Ryskina, Kira L. – Lewis, Barbara Edelman – Legorreta, Antonio P. 2007: Association between common asthma therapies and recurrent asthma exacerbations in children enrolled in a state Medicaid plan. *American Journal of Health-System Pharmacy* 64 (10). 1054 - 1061.
- Duodecim. Käypä Hoito-suositukset 2006: Astma. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030>> Luettu 16.3.2010.

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

Graeffe, Reija – Hallila, Liisa 2005: Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Haahtela, Tari 2007: Astma. Teoksessa Haahtela, Tari –

Hannuksela, Matti – Mäkelä, Mika – Terho, Erkki O. (toim.): Allergia.
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 217 – 239.

Haahtela, Tari 2008: Allergian itsehoito ja ohjeita potilaalle. Iho- ja allergiasairaala.

Verkkodokumentti. Päivitetty 24.1.2008.

<[http://www.allergia.com/files/556/Astmalaakitys_\(5\).pdf](http://www.allergia.com/files/556/Astmalaakitys_(5).pdf)> Luettu
3.3.2010.

Hallila, Liisa 2005a: Lukijalle. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 5 – 9.

Hallila, Liisa 2005b: Johdanto. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 10 – 12.

Hallila, Liisa 2005c: Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
13 – 15.

Hallila, Liisa 2005d: Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 23 – 29.

Heikkilä, Tarja: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hiitola, Briitta 2000: Parantava leikki. Tampere: Tammi.

Homan-Helenius, Päivi 2005: Empowering families of children with asthma through adaptation training. Turku: Turun yliopisto. Painosalama Oy.

Hopia, Hanna 2006: Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Iivanainen, Ansa – Syväoja, Pirjo 2008: Perheen selviytymisen tukeminen. Teoksessa Iivanainen, Ansa – Syväoja, Pirjo (toim.): Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi. 93 - 94.

Jokinen, Pirkko 1999: Astmaa sairastavan lapsen perheen elämänpolku - etnografia astmaa sairastavien kouluikäisten lasten perheiden elämästä. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

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

Kajosaari, Merja 2004: Astmalääkitys. Teoksessa Petäjä, Jari – Siimes, Martti A. (toim.): Lastentaudit: Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 264 – 267.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kantero, Riitta-Liisa – Levo, Hellevi – Österlund, Kalle 1995: Lasten sairaanhoito. Helsinki: WSOY.

Kelo, Marjatta – Salmela, Marja 2008: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus. Projektisuunnitelma. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia.

Kurssi- ja oppimateriaalipilone Koppa 2008: Määrällinen tutkimus. Verkkodokumentti. <<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>> Luettu 16.3.2010.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Wsoy oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3 - 10.

Kääriäinen, Marita – Kyngäs, Helvi 2003: Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 17 (4). 208 - 215.

Kääriäinen, Maria 2008: Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4). 10 - 15.

Kääriäinen, Marita – Kyngäs, Helvi 2005: Käsitemanalyysi ohjauksikäsitteestä hoitotieteessä. Journal of nursing science. Hoitotiede 17 (5). 250 - 258.

Kääriäinen, Marita – Lahdenperä, Tiina – Kyngäs, Helvi 2005: Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3). 27 - 30.

Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektiryhmä 2010: 0 – 4 -vuotiaan astmaa tai hengenahdistusoireita sairastavan lapsen lääkehoidon ohjaus.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki: Edita.

Lavonen, Jari. 1999: Excel mittaus- ja havaintotulosten käsittelyssä. Helsingin yliopisto.

<<http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/kokeel/excel/>>.

Luettu 4.10.2010.

Meng, Anne – McConnell, Susan 2002: Decision-Making in Children with Asthma and Their Parents. Journal of the American Academy of the Nurse Practitioners 14 (8). 363 - 371.

Microsoft Corporation. 2010: Pikaopas: Kaavion luominen.

<<http://office.microsoft.com/fi-fi/excel-help/pikaopas-kaavion-luominen-HA010354473.aspx>> Luettu 4.10.2010.

Mäkelä, Mika 2007: Astman hoidon apuvälineet lapsilla. Teoksessa Haahtela, Tari –

Hannuksela, Matti – Mäkelä, Mika – Terho, Erkki O.(toim.): Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 241 – 253.

Nurmi, Jari- Erik – Ahonen, Timo – Lyytinen, Heikki – Lyytinen, Paula – Pulkkinen,

Lea – Ruoppila, Isto 2006: Varhaislapsuus. Teoksessa: Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY. 18 - 68.

Nuutila, Minna. 2006: Lapsiperheiden kokemukset allergiasta ja astmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

<<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00896.pdf>> Luettu 24.2.2010.

Okkonen, Tuula. 2004: Lapsen terveyskäsityksestä lapsen terveyden

yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Palonen, Kirsti. 2005: Perhekeskeisyys ja sen toteutuminen hoitotyön käytännössä

kätilöopiskelijoiden arvioimana. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pelkonen, Anne – Malmberg, Pekka – Remes, Sami – Mäkelä, Mika 2006: Pienten

lasten astma: diagnostiikan ja hoidon linjauksia. Suomen lääkärilehti 61 (37). 3713 - 3718.

Pölkki, Tarja – Pietilä, Anna-Maija – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2005: Millaisia uudistuvia hoitotyön interventioita tarvitaan lasten kivunhoidossa? Teoksessa Miettinen, Merja (toim.): Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 119 - 131.

Sonninen, Anna Liisa 2007: Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tantt, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa (toim.): Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY. 2. uudistettu painos. 66.

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

Strid, Outi – Perheentupa, Jaakko 2003: Imeväis- ja leikki-ikäiset. Teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.) 2003: Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 743 - 758.

Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Suomen Henkilötietolaki 523 - 526, 529/1999. Annettu Helsingissä 22.4.1999.

Suomen Julkisuuslaki 621/1999. Annettu Helsingissä 21.5.1999.

Taanila, Aki 2009: SPSS opas. Verkkodokumentti.

< <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/spss.pdf> > Luettu 16.3.2010.

Tantt, Kaarina – Ikonen, Helena 2007: Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli.

Teoksessa Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tantt, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa (toim.): Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY. 2. uudistettu painos. 115 - 118.

Terveyskirjasto 2004. Astman omahoito. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.2.2004.

<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=aas00015&p_teos=aas&p_osio=&p_selaus=)

[p_artikkeli=aas00015&p_teos=aas&p_osio=&p_selaus=>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=aas00015&p_teos=aas&p_osio=&p_selaus=) Luettu 14.11.2010.

Toivanen, Maire – Kyngäs, Helvi 1999: Astmaa sairastavien lasten vanhempien selviytymiskeinot äitien kuvaamana. *Hoitotiede* 11 (1). 22 - 30.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Trollvik, Anne – Severinsson, Elisabeth 2005: Influence of an asthma education program on parents with children suffering from asthma. *Nursing and Health Sciences* 7 (3). 157 - 163.

Tuomi, Jouni 2007: Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Tuomi, Sirpa 2008: Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä.

Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

<<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>> Luettu

24.2.2010.

Vilkkä, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä:

Tammi.

Warman, Karen L. – Silver, Ellen Johnson – Stein, Ruth E. K. 2001: Asthma

Symptoms, Morbidity, and Anti-inflammatory Use in Inner-City Children.

Pediatrics 108 (2 part 1). 277 - 282.