

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

---

# Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
30.4.2008

---

Heini Savolainen  
Niina Sirviö  
Nora Tarvainen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Savolainen Heini, Sirviö Niina, Tarvainen Nora			
Työn nimi			
Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	44+5 liitettä	
<p><b>TIIVISTELMÄ</b></p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektia. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjauksesta. Haastatteluaineisto (n=15) kerättiin HUS:n Lasten ja nuorten sairaalan lastentautien ajanvarauspoliklinikoiden sairaanhoitajilta. Haastatteluissa sovellettiin kriittisten tapausten tekniikkaa siten, että sairaanhoitajaa pyydettiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja laajasti hänen toteuttamansa merkityksellinen lapsen, nuoren ja perheen ohjaustilanne. Saatu aineisto analysoitiin soveltaen deduktiivista sisällön analyysiä kuvailun tasolla.</p> <p>Kaikki ohjaustilanteet kuvattiin positiivisesti merkityksellisiksi. Ohjaustilanteiden kuvauksissa nousi esille erilaisia ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Joitakin ohjaustilanteita häiritsi sopivan ja rauhallisen ohjaustilan puuttuminen, mutta useimmilla sairaanhoitajilla oli kuitenkin käytössään erillinen ohjaustila tai oma työhuone. Ohjaukselle pystyttiin varaamaan pääsääntöisesti riittävästi aikaa. Ohjausmenetelminä käytettiin suullista yksilöohjausta, jonka osana kirjallista materiaalia, demonstraatiota, yhdessä harjoittelemista, leikkiä sekä motivoivan haastattelun tekniikkaa. Merkitykselliseksi koettiin sairaanhoitajan ammattitaito, kokemus ja tiedot ohjattavasta asiasta. Ohjaustilanteissa huomioitiin lapsen ikä ja kehitystaso sekä perheen tapa oppia. Vuorovaikutus koettiin hyväksi, kun keskustelu oli sujuvaa ja avointa ja perhe oli vastaanottavainen. Yhteistyössä erottuivat osallistujien erilaiset roolit, pääasiassa yhteistyö kuvattiin onnistuneeksi ja sopuisaksi. Ohjaukseen vaikutti myös perheen tunteminen entuudestaan, sillä pitkä hoitosuhde edesauttoi yhteistyön ja vuorovaikutuksen onnistumista sekä poisti jännittyneisyyttä osapuolten väliltä. Lapsen, nuoren ja perheen aktiivisuutta tuettiin eri tavoin, esimerkiksi positiivisen kannustuksen avulla. Sairaanhoitajat kokivat erityisen merkitykselliseksi asiakkaan tarpeista ja odotuksista lähtevän ohjauksen toteuttamisen. Ohjausta arvioitiin kirjaamalla sairaanhoitajan asiantuntijan arvio, mutta vain harva sairaanhoitajista arvioi ohjausta yhdessä perheen kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset kuvaavat sairaanhoitajien kokemuksia lasten, nuorten ja perheen polikliinisestä ohjauksesta. Tuloksia hyödynnetään projektin seuraavissa vaiheissa, kun tarkoituksena on kehittää vaikuttavaa ohjausmallia sekä ohjauksen opetusta ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalalla. Jatkossa voitaisiin myös selvittää voimavarojen vahvistumiseen tähtääviä ohjausmenetelmiä, kuten motivoivan haastattelun tekniikkaa ja niiden soveltuvuutta hoitotyön eri osa-alueille, erityisesti lasten, nuorten ja perheiden ohjaukseen.</p>			
Avainsanat			
Lapsen, nuoren ja perheen ohjaus, sairaanhoitajan kokemukset, voimaantuminen			



Degree Programme in <b>Nursing and Health Care</b>		Degree <b>Bachelor of Health Care</b>	
Author/Authors <b>Heini Savolainen, Niina Sirviö and Nora Tarvainen</b>			
Title <b>The Counselling of Child, Adolescent and Family in Nursing Care: The Nurses' Point of View</b>			
Type of Work <b>Final Project</b>	Date <b>Spring 2008</b>	Pages <b>44+5 appendices</b>	
<p><b>ABSTRACT</b> This study was part of the project "Counselling of child, adolescent and family in nursing care"(our translation). The purpose of this study was to clarify counselling experiences in child, adolescent and family nursing care from registered nurses' point of view. The interview data (n=15) was collected in the hospital district of Helsinki and Uusimaa from nurses working at the Paediatric Outpatient Clinic in the Hospital for Children and Adolescents, Finland.</p> <p>The critical incidence technique was implemented in the interviews; the registered nurses were asked to describe one significant counselling situation of child, adolescent or family elaborately and accurately. The data was analysed by adapting the deductive content analysis on a describing level.</p> <p>All of the counselling situations were described as positively significant. The results showed that there were many factors that affected the counselling. According to the registered nurses' experiences, there was enough time spared for counselling and it was carried out in a nearby, peaceful place where the necessary material was available. Verbal counselling was used as a counselling method. The methods also included written materials, demonstrations, visualisations, training together, games and motivational interviewing techniques. The registered nurses significantly experienced that their professional skills, working experience and knowledge of counselling were appreciated. The age of the child, the developmental level and the families learning skills were also noted in the counselling situations.</p> <p>Interaction was experienced as positive when the discussion proceeded smoothly and openly and the family was responsive. The co-operation was mainly described as successful, the participants' and harmonious and different roles were taken note. Knowing the family in advance and a long treatment relationship made the co-operation and interaction better, and it reduced tension between the participants. The families were supported through positive re-enforcement and empowerment. Counselling from clients' needs and expectations were experienced especially significant.</p> <p>The results may be used in the project's next stage in developing an impressive counselling method and education.</p>			
Keywords <b>counselling of child, adolescent and family in nursing care, nurses' experiences, empowerment</b>			

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	2
2	LAPSEN, NUOREN JA LAPSIPERHEEN OHJAUS .....	3
2.1	Ohjaus hoitotyössä .....	3
2.2	Ohjaajan ja ohjattavan konteksti .....	3
2.3	Asiakaslähtöinen ohjaus – aktiivista ja tavoitteellista toimintaa.....	5
2.4	Voimaantuminen .....	7
2.5	Sairaanhoitajan ammatillinen vastuu.....	9
2.6	Vuorovaikutus .....	10
2.7	Lapsi, nuori ja perhe hoitotyön asiakkaana .....	11
2.8	Aiheeseen liittyvän tietoperustan kokoaminen ja hakuhistoria.....	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	14
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	14
4.1	Haastattelu osana kriittisten tapahtumien tekniikkaa .....	15
4.2	Haastattelun toteutus .....	16
4.3	Aineiston analysointi .....	17
5	TULOKSET .....	19
5.1	Haastateltavien taustatiedot .....	19
5.2	Ohjaustilanteen konteksti.....	20
5.3	Sairaanhoitajan ammatillisuus .....	21
5.4	Perhekeskeisyys .....	25
5.5	Asiakaslähtöisyys .....	26
5.6	Vuorovaikutus .....	27
5.7	Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen .....	31
5.8	Ohjauksen eteneminen.....	33
5.9	Ohjauksen arviointi .....	35
6	POHDINTA .....	36
6.1	Opinnäytetyön eettiset näkökulmat .....	36
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	37
6.3	Tulosten tarkastelu .....	38
6.4	Johtopäätökset .....	43
	LÄHDELUETTELO.....	45
	LIITEET .....	48

## 1 JOHDANTO

Ohjaus-käsitettä käytetään hoitotieteessä ja hoitotyössä runsaasti. Potilasohjauksen merkitys korostuu nykypäivänä, sillä hoitajaksot ovat lyhentyneet ja ohjaukseen käytettävä aika on vähentynyt. (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 251, Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 213). Ohjaus on usein hoitajakeskeistä ja rutiininomaista tiedon antamista; potilaat ovat oppineet passiivisen roolin hoidon ja ohjauksen vastaanottajina (Liimatainen – Hautala – Perko 2005: 14). Toisaalta ohjaus on muuttunut yhä enemmän sairaanhoitajan ja asiakkaan yhteistyöhön perustuvaksi toiminnaksi, mikä johtuu asiakkaiden tietotason lisääntymisestä sekä halusta ottaa vastuuta omasta toiminnastaan (Kääriäinen ym. 2005a: 251, Kääriäinen ym. 2005b: 213).

Tämä opinnäytetyö kuuluu kolmivuotisen Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektin ensimmäiseen vaiheeseen, jossa tarkoituksena on selvittää ohjauksen nykytilannetta. Projekti toteutuu yhteistyöhankkeena Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosityksiköiden kanssa. Sen tarkoituksena on kehittää voimavaroja vahvistavaa ohjausta sekä ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa. Visiona on kehittää sellaisia uusia hoitotyön ohjausmenetelmiä ja -sisältöjä, jotka vastaavat perheen tarpeita ja odotuksia ja jotka ovat vaikuttavia etenkin voimavaroja vahvistavassa ohjauksessa. (Salmela 2007:1.) Opinnäytetyön tarkoituksena on projektin ensimmäiseen vaiheeseen liittyen selvittää sairaanhoitajien ohjauskokemuksia lapsen, nuoren ja lapsiperheen hoitotyössä. Selvitys toteutettiin haastatteleamalla viittätoista sairaanhoitajaa Lasten ja nuorten sairaalan lastentautien ajanvarauspoliklinikoilla. Sairaanhoitajaa pyydettiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja laajasti hänen toteuttamansa merkityksellinen ohjaustilanne. Tässä yhteydessä sovellettiin kriittisten tapahtumien tekniikkaa. Sen avulla tarkastellaan tutkittavan kokemuksia tapauskohtaisesti (Haverinen 1998: 83). Työn teoreettisessa viitekehyksessä käydään läpi ohjauksen sisältöalueita, kuten kontekstia, voimavaroja vahvistavaa ohjausta, asiakaslähtöisyyttä ja perhekeskeisyyttä hoitotyössä.

Saatu haastatteluaineisto analysoitiin soveltaen deduktiivista sisällön analyysiä kuvailun tasolla. Aineiston pohjalta saatuja tuloksia sairaanhoitajien toteuttamasta ohjauksesta esitellään tämän työn tulososiossa. Lopuksi tuloksia peilataan teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltäviin tutkimustuloksiin.

## 2 LAPSEN, NUOREN JA LAPSIPERHEEN OHJAUS

### 2.1 Ohjaus hoitotyössä

Hoitotyössä potilasohjaus ymmärretään osana ammatillista toimintaa, jota ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet (Kyngäs – Kukkurainen – Mäkeläinen 2005: 12). Sairaanhoitajat pitävät ohjausta oleellisena osana hoitotyötä (Marttila – Piekkola 1997: 73, Marcum – Ridenour – Shaff – Hammons – Taylor 2002: 112) ja siihen vaikuttavat useat tekijät joko ohjausta edistävästi tai heikentävästi (Marcum ym. 2002:112). Ohjaus on vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa pyritään tukemaan yksilön selviytymistä terveysongelman kanssa. Ohjauksen tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen, omahoidon tukeminen ja päätöksenteko sekä vastuunottaminen omasta hoidostaan. (Marcum ym. 2002: 112, Soohbany 1999: 39.) Ohjausta tapahtuu silloin, kun asiakkaan tilanteeseen liittyvistä asioista keskustellaan tavoitteellisesti (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2006: 5). Ohjaus-käsitteen ominaispiirteitä ovat asiakkaan ja hoitohenkilöstön konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen ym. 2005a: 254). Ohjauksen lähikäsitteiksi voidaan ymmärtää neuvojen tai tiedon antaminen, opetus, koulutus, kasvatus ja valmennus. Englanninkielisiä vastineita ohjaus-käsitteelle ovat muun muassa counselling, patient education ja patient teaching. (Kääriäinen 2007: 106, Kääriäinen ym. 2005a: 251, Rissanen 2005: 12, Marcum ym. 2002.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) edellyttää, että potilaalla on oltava tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Laki velvoittaa terveydenhuoltohenkilöstöä antamaan tietoa riittävästi ja siinä muodossa, että potilas ymmärtää sen sisällön.

### 2.2 Ohjaajan ja ohjattavan konteksti

Ohjauksen lähtökohtana toimii asiakkaan konteksti, jolla on vaikutusta ohjaussuhteen syntymiseen ja sen etenemiseen. Kontekstiin sisältyvät aikaisemmat tiedot, kokemukset ja elämäntilanne. (Kyngäs – Poskiparta – Kääriäinen – Johansson 2007: 47, Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005: 27.) Kääriäisen (2007: 110) ja Kääriäisen ym. (2005a: 254) mukaan kontekstin muodostavat yksilön fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Fyysiset tekijät käsittävät henkilön iän, sukupuolen, sairauden tyyppin

ja terveydentilan. Lasten ohjauksessa on lapsen iän ja kehitystason perusteella arvioitava, minkä verran ja millaisissa asioissa ohjausta annetaan suoraan lapselle. Usein lapsen ohjaustilanteessa on mukana vanhempi, mutta on tärkeää huomioida, ettei lapsi jää ohjaustilanteessa ulkopuoliseksi. Nuorten ohjauksessa korostuu yleensä heidän halunsa aktiivisesti osallistua ohjaukseen ja kiinnostus omaan hoitoonsa. Vanhemmilla on kuitenkin huoltajana vastuu nuoresta, joten heidät tulee myös huomioida ohjauksen toteutuksessa. Ristiriitatilanteissa on mahdollista, että nuorta ja hänen vanhempiaan ohjataan erikseen. (Kyngäs ym. 2007: 29.)

Oppimisvalmiudet, motivaatio, tarpeet, kokemukset, käsitykset, odotukset ja selviytymiskeinot kuuluvat muun muassa kontekstin psyykkisiin tekijöihin. Asiakkaan motivaatio, terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu ohjaukseen. Sosiaaliset tekijät muodostuvat yksilön kulttuuritaustasta, sosiaalisuudesta sekä eettisistä ja etnisistä periaatteista. (Kääriäinen 2007: 110.) Sairaanhoidajan on hyvä tietää, millainen tukiverkosto asiakkaalla on; etenkin lasten ja nuorten hoitotyössä vanhemmilla on keskeinen merkitys ohjauksen vastaanottajina. Lapsi ei vielä pysty kantamaan vastuuta hoidostaan tai ymmärtämään ohjausta. Erilaiset kulttuuriin ja uskontoon liittyvät tekijät tulee myös huomioida ohjauksessa. Joskus perheen ja ohjaajan eri äidinkielet voivat lisätä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007: 35–36.)

Kontekstiin vaikuttavat myös ohjausympäristöön liittyvät tekijät joko tukemalla tai heikentämällä ohjausta. Hoitoympäristössä ilmeneviä ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Merkittävin tekijä ohjauksen kannalta on tila, jossa ohjaus toteutetaan. Ihanteellisinta olisi toteuttaa ohjaustilanne keskeytyksettä ja häiriöttömästi rauhallisessa tilassa, jossa ohjaukseen tarvittava materiaali on saatavilla. Ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa, jotta kiire ei heikentäisi osapuolten välisen vuorovaikutuksen laatua. (Kyngäs ym. 2007: 36–37.) Joissakin tutkimuksissa on tullut ilmi, että ohjauksen laatua heikentää ohjaukselle sopivan, rauhallisen ja asianmukaisen tilan puuttuminen (Marcum ym. 2002: 116, Kääriäinen ym. 2005: 28, Stenbäck 2005: 50).

Asiakkaan kontekstin tulee olla lähtökohtana ohjaukselle, koska tiedon jakaminen ohjaustilanteessa on eri asia, kuin tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen osaksi omaa elämää ja arkea (Liimatainen ym. 2005: 14,16). Etenkin lasten ja nuorten hoidossa ja

hoidonohjauksessa kontekstilla on merkittävä osuus hoidon jatkuvuuden kannalta. Lapsen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen, ja siitä tulee koko perheen asia. Vanhemmat jakavat nykyään varsinkin pienten lasten kohdalla hoitovastuun hoitajien kanssa jo sairaalassaoloaikana. Ohjaus mahdollistaa vanhempien osallistumisen lapsen hoitoon sairaalassa ja sen avulla vanhemmat saavat ajankohtaista tietoa lapsen tilanteesta, mikä auttaa heitä jaksamaan. (Lassila 2006: 11–12.)

### 2.3 Asiakaslähtöinen ohjaus – aktiivista ja tavoitteellista toimintaa

Asiakaslähtöinen ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa asiakkaan kontekstiin (Kääriäinen ym. 2005: 28). Siinä asiakas ja hoitaja yhdessä pyrkivät tunnistamaan asiakkaan käyttämättömiä voimavaroja ja sitä kautta löytämään erilaisia selviytymiskeinoja. Asiakaslähtöinen ohjaus voidaan jakaa toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Kyngäs ym. 2007: 47). Asiakkaan aktiivisuutta voivat estää hänen aikaisemmat kokemuksensa ja uskomuksensa. Aktiivisuus edellyttää vastuullisuutta omasta toiminnasta ja motivaatiota. Kun asiakas haluaa oppia ja kokee tiedon olevan itselleen tärkeää, se edistää hänen sitoutumistaan ja päämäärän saavuttamista hänen hoidossaan. (Kääriäinen ym. 2005: 27–28).

Ohjauksen suunnittelun tulisi aina lähteä asiakkaan tiedon tarpeesta (Kääriäinen ym. 2005: 27–28). Hoitohenkilökunta on kokenut ohjaustarpeen arvioinnin vaativaksi, koska tarpeet vaihtelevat asiakkaan terveydentilan mukaan (Kyngäs ym. 2005: 14). Lisäksi sairaanhoitajan on selvitettävä asiakkaan taustatietoja siinä määrin kuin se on kyseessä olevan ohjaustilanteen kannalta välttämätöntä (Kyngäs ym. 2007: 47, 75). Taustatietojen selvittäminen ja ohjaukseen valmistautuminen auttavat hoitajaa ymmärtämään asiakasta paremmin ja siten antamaan yksilöllistä ohjausta (Kyngäs ym. 2005: 14). Riittämättömistä aika- ja henkilökuntaresursseista johtuen ohjaaminen ei Kääriäisen tutkimuksen mukaan kuitenkaan aina ollut yksilöllistä eikä ohjauksessa aina huomioitu asiakkaan taustatietoja. Lisäksi ohjaus eteni usein kaavamaisesti ja asiakkaat olisivat toivoneet joustavuutta ohjaukseen, jotta tietoja olisi voitu soveltaa heidän tilanteeseensa. (Kääriäinen 2007: 91.)

Ohjaukselle määritellään selkeät ja realistisesti arvioitavissa olevat tavoitteet yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden määrittely on tärkeää hoidon jatkuvuuden, arvioinnin ja itsehoidon kannalta. (Kyngäs ym. 2007: 47, 75.) Lasten ja nuorten



hoitotyössä ensisijaisena tavoitteena on aina turvata lapsen normaali kasvu ja kehitys, jotta normaalia ikätasoa vastaava elämä voisi toteutua jatkossa. Tavoitteena on turvata hyvä elämä sairaudesta huolimatta etenkin pitkäaikaissairailta lapsilla. (Ivanoff – Risku – Kitinoja – Vuori – Palo 2006: 139.) Asiakkaalla ja hoitajalla voi olla erilaisia käsityksiä ohjauksesta ja ohjaustarpeesta. Niistä on tärkeä keskustella, jotta yhteisten tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen olisi mahdollista. (Kyngäs ym. 2007: 29-34.)

Sairaanhoitajan on huomioitava asiakkaan tapa omaksua asioita sekä hänen oppimistyyliinsä valitessaan sopivaa ohjausmenetelmää (Kyngäs ym. 2007: 29-34). Oppimisen varmistamiseksi tulisi käyttää useita menetelmiä (Kääriäinen ym. 2005: 28). Esimerkiksi sairauteen liittyvät ongelmat voivat joskus rajoittaa potilaan oppimista ja vastaanottokykyä (Kyngäs ym. 2007: 29-34). Lasten ja nuorten ohjauksessa on huomioitava lapsen ikä ja kehitysvaihe. Tieto lapsen kehityksestä antaa hyvän pohjan lähteä toteuttamaan tuloksellista ohjausta. Ohjauksen tulee perustua lapsen kehityksellisten, ympäristöllisten ja yksilöllisten kykyjen arviointiin. Pienet lapset voivat esimerkiksi omaksua tarvittavan tiedon parhaiten leikin avulla. Leikki on lapselle uuden tiedon jäsentämisen väline, ja lapsella on luontainen kyky hyödyntää leikkimistä käsitellessään tunnekokemuksia. Leikki on kiinteä osa lapsen kokonaisuhoitoa sekä hoidonohjausta. Sen toteutumisen tulee jatkua lapsen kehitystä tukevana toimintana saumattomasti myös sairaalassaoloaikana. (Hiitola 2004: 137-138, 141.) Lähtökohtana ohjauksen toteutukselle ovat hoitajan riittävät tiedot ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Lisäksi opitut asiat on tärkeää kerrata lopuksi: parhaiten muistetaan ensimmäinen ja viimeinen asia. (Kääriäinen ym. 2005: 28.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää, että sitä arvioidaan jatkuvasti. Hoitajan tulee yhdessä asiakkaan kanssa arvioida sitä, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu, mutta myös sitä millaista ohjaus on ollut. (Kyngäs ym. 2007: 45.) Hoitaja tukee asiakkaan arviointia antamalla toiminnasta palautetta ja rohkaisemalla asiakasta (Kääriäinen ym. 2005: 28). Kriittinen oman toiminnan tarkastelu auttaa myös hoitajaa itseään kehittämään ohjaajana. Ohjauksen arviointi toteutuu parhaiten, kun tavoitteet on jaettu pienempiin osiin. (Kyngäs ym. 2007: 45.) Potilaat ovat kokeneet, että ohjaustoimintaa ei käytännössä aina arvioida, eikä heillä ole ollut mahdollisuutta antaa palautetta toteutuneesta ohjauksesta. Ohjauksen yhteydessä ei myöskään aina varmistettu, että ohjattava on ymmärtänyt ohjauksen sisällön. (Kääriäinen 2007: 82-83.)

Erään tanskalaisen tutkimuksen tuloksissa tuodaan esille ohjauksen tuloksellisuutta parantavia tekijöitä. Ohjausta voidaan sen mukaan parantaa muun muassa lisäämällä perheen ymmärrystä sairaudesta ja sen itsehoidosta sekä varmistamalla, että perhe ymmärtää ohjauksen sisällön. (Povlsen – Karlberg – Ringsberg 2008: 35.)

#### 2.4 Voimaantuminen

Onnistuneen asiakaslähtöisen ohjausprosessin lopputuloksena on Kääriäisen ym. mukaan voimaantuminen, empowerment. Voimavaralähtöisessä lähestymistavassa tavoitteena on, että asiakas kokee hallitsevansa terveysongelmansa ja sen aiheuttamat seuraukset. (Kääriäinen ym. 2005a: 253.) Voimaantumista on käytetty myös käsitettä sisäinen voimantunne. Teoreettisen tarkastelun perusteella voimaantuminen ei ole pysyvä tila, se on ihmisestä itsestään lähtevää ja yhteydessä hänen hyvinvointiinsa. Sitä voidaan kuitenkin yrittää tukea hienovaraisilla ja mahdollistavilla toimenpiteillä, esimerkiksi avoimuudella, toimintavapaudella, rohkaisemalla sekä turvallisuuteen, luottamukseen ja tasa-arvoisuuteen pyrkimisellä. (Siitonen 1999: 7, 180-181.) Potilaiden voimavaroja hyödyntävän ohjauksen on todettu edistävän itsehoitoa ja sen on todettu vastaavan potilaiden haluun osallistua hoitoon ja olla siinä asiantuntijana terveys- ja sairauskokemuksineen (Mattila 1998: 151).

Voimavaroja vahvistavan ohjaussuhteen tulisi olla tasapainoinen ja sille on luonteenomaista molempien osapuolten asiantuntemuksen kunnioittaminen (Virtanen – Leino-Kilpi – Salanterä 2007: 140). Voimaantumisen tavoitteena on, että potilas pystyisi parantamaan sosiaalisia, ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitojaan lisäten siten tietämystään terveysarvoistaan, tarpeistaan ja tavoitteistaan. Voimavarojen vahvistuminen mahdollistuu yhteistyössä asiakkaan kanssa sekä kunnioittamalla asiakkaan valinnanvapautta. Voimavaroja vahvistetaan aktiivisesti kuuntelemalla, tarjoamalla tukea ja tietoa sekä rohkaisemalla päätöksentekoon. Sairaanhoidajan rooliin kuuluu voimavaroja vahvistavassa ohjaussuhteessa oman ammatillisen asiantuntemuksensa tarjoaminen asiakkaan käyttöön, jotta hän voisi saada lisää tietoa terveysongelmastaan ja oppia selviytymään sen kanssa. Voimavaroja vahvistavassa ohjauksessa asiakkaan tulisi olla tasa-arvoisessa roolissa ohjaajan kanssa ja hänen tulisi myös osallistua aktiivisesti keskusteluun. (Virtanen ym. 2007: 142-144.)

Tasavertainen ohjaussuhde vaatii hoitotyöntekijältä avointa ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Sen lisäksi että hoitaja antaa oman tietoperustansa ja asiantuntijuutensa

ohjattavan käyttöön, on hänen kyettävä kannustamaan ja motivoimaan ohjattavaa itsenäiseen päätöksentekoon ja omien voimavarojen löytämiseen. Hoitohenkilökunnan antama tuki ja ohjaus vahvistavat perheen voimavaroja. Koko perheen huomioiminen ja lapsen terveiden puolien esille tuominen sekä riittävä tieto lapsen sairaudesta ja sen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään tukevat perhettä sairauteen sopeutumisessa. (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2006: 20.)

Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999: 31) ovat lähestyneet voimaantumista terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueiden avulla. Näitä sisältöalueita ovat biologis-fysiologinen-, toiminnallinen-, tiedollinen-, sosiaalis-yhteisöllinen-, kokemuksellinen-, eettinen- ja ekonominen alue. Biologis-fysiologiseen alueeseen kuuluvat sairaudesta aiheutuvat fyysiset oireet ja tuntemukset. Sisäinen hallinta muodostuu tällä alueella siitä, että henkilöllä on riittävästi tietoa oireista ja tuntemuksista sekä että hän kokee hallitsevansa oireiden tuomat ongelmat. Toiminnallinen alue muodostuu henkilön kyvystä toimia aktiivisesti edistääkseen oman terveysongelmansa hallintaa. Tähän alueeseen kuuluu esimerkiksi selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Tiedolliseen alueeseen kuuluu riittävä tieto sairaudesta, kyky hankkia uutta tietoa sekä taito hyödyntää sitä terveysongelman hallinnassa. Sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen sisältyy henkilön sosiaalinen tukiverkosto ja sen säilyminen sairauden aikana. Hoidollisen ympäristön ja siihen sisältyvien kontaktien tulisi myös tukea ongelman hallintaa. Aikaisemmat terveyskokemukset ja niiden hyödyntäminen sisältyvät kokemukselliseen alueeseen. Eettisellä alueella sisäinen hallinta muodostuu siitä, että henkilö kokee saavansa yksilöllistä hoitoa, jossa häntä arvostetaan ainutlaatuisena oman arvoperustansa omaavana yksilönä. Ekonomisella alueella voimaantumista tukee mahdollisuus selviytyä terveysongelmasta taloudellisesti. (Leino-Kilpi ym. 1999: 33-34.)

Yksi keino voimavaralähtöisen ohjauksen toteuttamiseen on motivoivan haastattelun tekniikka. Sen tarkoituksena on saada potilas itse puhumaan muutoksen puolesta ja auttaa häntä toimimaan ongelmiansa ratkaisemiseksi. Motivoiva haastattelu on asiakeskeistä, mutta silti työntekijän ohjaamaa. Potilasta autetaan kysymyksiä ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan sen hetkisiä ongelmiaan. (Suokas – Liias – Chydenius 2008: 130.) Motivoivassa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, reflektivoivaa kuuntelua, objektiivista arviointia, faktatiedon antamista, yhteenvetoja, myönteistä vahvistamista sekä positiivisen palautteen antamista. (Suokas ym. 2008:

128-130, Rollnick – Miller – Butler 2008: 7-10, 33-46.) Perusarvona on empaattinen suhtautuminen, ihmisen hyväksyminen hänen omista lähtökohdistaan, ei silti samaa mieltä oleminen tai tekojen hyväksyminen (Suokas ym. 2008: 129, Rollnick ym. 2008: 146-148). Motivoivassa haastattelussa pyritään lisäämään potilaan tietoisuutta ja sen merkitys perustuu siihen, että ihminen omaksuu parhaiten sen näkemyksen, mihin hän päätyy oman järkeilynsä avulla (Suokas ym. 2008: 130).

## 2.5 Sairaanhoidajan ammatillinen vastuu

Hoitajalla on potilasohjauksessa ammatillinen vastuu edistää asiakkaan valintoja. Potilaan on saatava riittävästi monipuolista tietoa ja ohjausta päätöksenteon tueksi. Ammatillinen vastuu käsittää työn filosofisen ja eettisen pohdinnan sekä hoitajan ohjausvalmiudet. Työn filosofiseen vastuuseen sisältyy etenkin potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä yksityisyyden turvaaminen. Työn eettistä pohdintaa on hoitajan omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvolähtökohtien tunnistaminen. (Kääriäinen 2007: 111.) Terveystieteiden eettiset periaatteet määrittelevät ohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Sairaanhoidajan eettisiin ohjeisiin perustuen sairaanhoidajan ammatillinen vastuu on potilaan ja hoitajan välisen suhteen lähtökohta. Ammatillinen vastuu voidaan tietyissä tilanteissa ymmärtää sairaanhoidajan tavaksi toimia potilaan edustajana. (Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, Marttila – Piekkola 1997: 86.)

Ohjaustoiminnan kehittämisessä pidettiin Kääriäisen (2007: 103) mukaan tärkeänä ohjausprosessin suunnittelun ja arvioinnin lisäksi monipuolisten ohjausmenetelmien käyttöä. Tutkimusten mukaan sairaanhoidajat hallitsivat ohjausmenetelmistä kuitenkin hyvin vain suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen 2007: 104, Kääriäinen ym. 2006: 11). Pelkästään suullisesti annettu tieto ei kuitenkaan riitä, vaan ohjauksen tueksi tarvitaan ainakin demonstraatiota tai kirjallista materiaalia (Kygäs ym. 2005: 15). Kääriäisen (2007: 104) tutkimuksen mukaan kolmasosa potilaista ei saanut kirjallista materiaalia lainkaan.

Työkokemus ja itsensä kehittäminen kasvattavat hoitotyöntekijää ammatillisen kasvun kautta asiantuntijuuteen, jossa korostuu itsensä ja oman alansa kehittäminen (Rissanen 2005: 21, Kääriäinen 2007: 111). Jotta sairaanhoidaja voi toimia ammatillisesti ja

tavoitteellisesti ohjaustilanteessa, tulee hänellä olla myös riittävät vuorovaikutus- ja johtamistaidot (Kääriäinen 2007: 111).

## 2.6 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on yksi keinoista, jolla rakennetaan ohjaussuhdetta (Kääriäinen 2007: 19) ja siihen sisältyvät toisen kuunteleminen, ymmärtäminen, tukeminen ja rohkaiseminen (Soohbany 1999: 39). Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen tavoitteena on, että keskustelun osapuolet ymmärtävät sisällön samalla tavalla, jotta päästäisiin yhteisymmärrykseen (Kyngäs ym. 2007: 39). Marttilan ja Piekkolan (1997) tutkimuksen mukaan potilaiden ohjauskokemukset olivat yhteydessä siihen, millaisena he olivat kokeneet vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa. Kaksisuuntainen vuorovaikutus, dialogisuus, vaatii molempien osapuolten aktiivista osallistumista. Dialogi on kahden ihmisen välistä sanallista ja sanatonta kommunikaatiota, jonka avulla työstetään merkityskokonaisuuksia. Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella on rakenne, mutta sen eteneminen on joustavaa. Dialoginen vuorovaikutus on tavoitteellista mutta ei kaavamaisista, ja vastuu siitä on sairaanhoitajalla. (Kyngäs ym. 2007: 39, Ojanen 2006.)

Hoitotyöntekijän on ohjaustilanteessa sanallisen viestinnän lisäksi pyrittävä huomioimaan myös asiakkaan non-verbaalinen eli sanaton viestintä. Sanatonta viestintää ovat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Nykykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. (Kyngäs ym. 2007: 39.) Tutkittaessa terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta sairaalassa (Kääriäinen ym. 2006: 9, Kääriäinen 2007: 98) kävi ilmi, että terveydenhuoltohenkilöstön ohjaustaidoista parhaiten toteutuivat vuorovaikutustaidot. Ohjauksessa osattiin keskustella vastavuoroisesti ja huomioida asiakkaan nonverbaalinen viestintä (Kääriäinen 2007: 98).

Vuorovaikutus rakentuu asiallisesta kohtelusta, ymmärtämisestä, tukemisesta ja neuvottelusta (Kääriäinen 2007: 114). Onnistunut vuorovaikutus edellyttää ohjaustilanteeseen osallistuvien keskinäistä kunnioittamista ja sairaanhoitajan empaattista suhtautumista ohjattavaan. Lisäksi sairaanhoitajan asiallisuus, rauhallisuus, kärsivällisyys ja taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä sisältyivät hyviin vuorovaikutustaitoihin. (Kyngäs ym. 2005: 14.)

## 2.7 Lapsi, nuori ja perhe hoitotyön asiakkaana

Lasten ja nuorten hoitotyön lähtökohtana voidaan pitää sitä, että lapsella on oikeus ilmaista mielipiteensä ja tulla kuulluksi niissä asioissa tai toimenpiteissä, jotka koskettavat häntä itseään (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 191). Tiedon antaminen on keskeinen osa hoitoa, ja sen avulla edistetään potilaan sitoutumista hoitoonsa (Leino-Kilpi ym. 2003: 126). Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteestä on selvítettävä ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhdessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Lapsen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Hoitotyöntekijällä on hoitosuhteessa vastuu siitä, että lapselle tai nuorelle välitetään tietoa ymmärrettävällä tavalla ja ettei häntä laiteta ottamaan kantaa sellaisiin asioihin, joita hän ei ymmärrä (Leino-Kilpi ym. 2003: 195.)

Lapsuus jaetaan imeväisikään, johon kuuluu ensimmäinen elinvuosi, leikki-ikään, johon sisältyvät ikävuodet yhdestä kuuteen sekä kouluikään, joka käsittää ikävuodet seitsemästä kahteentoista (Lehto 2004: 20-23, Ivanoff ym. 2001: 44, 60, 68). Nuoruusiällä tarkoitetaan lapsuuden ja aikuisuuden välistä kehitysvaihetta, joka kestää kaksitoistavuotiaasta kaksikymmentäkaksivuotiaaksi (Ivanoff ym. 2001: 76). Lapsen ikä, kasvu ja kehitysvaihe, yksilölliset ominaispiirteet, tausta sekä aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, miten lapsi kokee sairaalassaolon. Sairastuminen aiheuttaa aina lapselle muutoksen totuttuun ja turvalliseen rytmiin. (Lehto 2004: 18.)

Leikki-ikäiselle lapselle sairaalaan joutuminen aiheuttaa pelkoa yksinolosta, erosta vanhemmistaan sekä siitä, että häntä satutetaan. Outo ja vieras sairaalaympäristö tutkimus- ja hoitolaitteineen aiheuttaa leikki-ikäiselle lapselle turvattomuuden tunnetta. Muuttunut tilanne saattaa aiheuttaa myös taantumista tai jopa masennusta leikki-ikäiselle lapselle. (Lehto 2004: 21.) Kouluikässä sairastuminen ja sairaalaan joutuminen vaikuttavat ennen kaikkea lapsen sosiaalisiin suhteisiin ja käsityksiin kehollisesta eheydestä (Lehto 2004: 22). Sairaalaympäristö lamaannuttaa kouluikäisen lapsen tavanomaisia toimintoja ja voi aiheuttaa hänelle masennusta ja turhautumista (Kivelä – Nieminen 2000: 17) sekä stressiä omasta parantumisesta ja tulevaisuudesta (Lehto 2004: 22). Lapsen kasvu ja kehitys voivat häiriintyä sairauden vuoksi, mikä voi

aiheuttaa muun muassa koulumenestyksen heikentymistä, fyysistä poikkeavuutta ja eroja verrattuna muiden samanikäisten kehitykseen (Jurvelin – Kyngäs – Backman 2005: 39). Kouluikäinen lapsi on kuitenkin kiinnostunut itseään koskevista asioista ja hän pystyy ajattelunsa ja toimintansa puolesta osallistumaan omaan hoitoonsa (Kivelä – Nieminen 2000: 17). Sairastuminen vaikuttaa nuoren itsetuntoon sekä aiheuttaa pelkoa sairauden vaikutuksista omaan kehoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Nuoren hoitotyössä korostuu hänen kohtaaminen yksilönä, kuunteleminen ja itsenäisyyden kunnioittaminen sekä mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihinsa. Tiedon antaminen helpottaa nuoren sopeutumista muuttuneeseen tilanteeseen. (Lehto 2004: 23.)

Sekä lapsen että vanhempien ohjaaminen edistävät lapsen myönteistä kokemusta sairastumisesta ja sairaalaan joutumisesta. Sairaalassa luotu yhteistyösuhde lapsen, vanhempien ja sairaanhoitajan välillä edistää lapsen ja perheen hyvinvointia ja selviytymistä sairauden kanssa (Lehto 2004: 22, 93). Ohjaus edellyttää pitkäjänteisyyttä ja perheen yksilöllistä huomioimista. Perhe liittyy olennaisena osana lasten ja nuorten hoitotyöhön, ja lapsen sairastuessa koko perhe otetaan mukaan hoitoon. Perhe nähdään asiakkaana silloin, kun perheenjäsenet ovat mukana hoidossa, päätöksenteossa ja hoidon antajina. Hoitaja ja perhe arvioivat yhdessä lapsen tilaa ja suunnittelevat hoitoa. (Kivelä – Nieminen 2000: 10.) Perhehoitotyön tavoitteena on perheen omien voimavarojen tukeminen unohtamatta itsehoitoperiaatetta. Hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja ja kykyjä vastata erilaisiin muutoksiin. (Hakulinen – Koponen – Paunonen 1999: 27.)

Perhehoitotyö on päivittäistä yhteistyötä hoitajien kanssa. Omahoitajan työskentely korostuu perheelle merkityksellisenä toimintana lasten sairaanhoidossa. Hyvä omahoitaja on luonteva, inhimillinen, avoin, rehellinen, lapsen asiat parhaiten tunteva ja saatavilla tarvittaessa. Omahoitaja on lapselle tuki ja keskustelukumppani sekä toimii tulkitsijana perheelle epäselvissä asioissa. (Ranta – Paavilainen – Tarkka 2003: 216.) Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymiskeinoja tutkittaessa on kuitenkin tullut esiin, että lasten vanhemmat ovat kokeneet vuorovaikutuksen vaikeana terveydenhuollon henkilökunnan kanssa ja he ovat saaneet epäystävällistä ja jopa rasistista kohtelua. Vanhemmat ovat myös kokeneet henkilökunnan leimaavan heitä. (Jurvelin ym. 2005: 39-40).

Perhe katsotaan lasten hoitotyössä paitsi taustatekijäksi myös ensisijaiseksi jatkuvan hoidon antajaksi (Hakulinen ym. 1999: 33). Lapsen hoitotyön näkökulmasta perheen merkityksen ja perheolosuhteiden tunteminen on tärkeää, sillä perheen kokemukset ja käyttäytyminen heijastuvat lapseen ja vaikuttavat lapsen tilaan. (Kantero – Levo – Österlund 2000: 21.) Sairaalaan joutuminen merkitsee suuria muutoksia lapsen elämään sekä aiheuttaa vanhemmissa monenlaisia tunteita. Lapsen sairastuminen vaikuttaa aina koko perheeseen, ja perhe onkin huomioitava hoitoprosessin eri vaiheissa. Koska jokaisella perheellä on omat lähtökohtansa, sairastumisen vaikutus perheeseen on yksilöllistä ja perhekohtaista. (Minkkinen – Jokinen – Muurinen – Surakka 1997: 91.) Vanhemmat tarvitsevat erityistä tukea selviytyäkseen lapsen sairauden aiheuttamista käytännön ja tunnepuolen ongelmista. Psykykinen tuki koetaan tärkeäksi oppimisen ja itsehoidon motivaation kannalta. (Povlsen ym. 2008: 35.)

Lapsen pitkäaikaissairaus vaikuttaa vanhempien parisuhteeseen ja perheen sisäisiin rooleihin. Epätasa-arvoinen työnjako sairaan lapsen hoitamisessa, vaativa sitoutuminen lapsesta huolehtimiseen ja oman ajan puute saattavat aiheuttaa ristiriitoja parisuhteessa. Lapsen sairauden hoitaminen vaatii tasapainoilua toisaalta lapsen, toisaalta vanhempien ja perheen tarpeiden välillä. Terveet sisarukset saattavat jäädä vähemmälle huomiolle ja kokea mustasukkaisuuden tunteita, vanhemmat voivat kokea huolta sisarusten tarpeiden laiminlyömisestä. (Jurvelin ym. 2005: 39-40.) Esimerkiksi psykiatrisella osastolla hoidossa olleet lapset ikävöivät vanhempiaan, mikä tutkimuksen mukaan haittasi koko perheen elämäntilannetta. Vanhempien tiheät vierailut sairaalassa aiheuttivat ongelmia perheen muulle ajankäytölle. Kuitenkin perheen osallistuminen hoitoon on lähtökohta lapsen auttamiselle osastohoidossa. (Ranta ym. 2003: 214-215.)

## 2.8 Aiheeseen liittyvän tietoperustan kokoaminen ja hakuhistoria

Tutkimusaiheeseen liittyvää tietoperustaa ja tutkimusaineistoa on koottu kirjallisuushauilla Medic-, Kurre-, Linda- ja Ovid-tietokannoista viimeisten kymmenen vuoden ajalta. Kaikissa tietokannoissa haut määriteltiin samoilla hakusanoilla. Hakutermeinä käytettiin laps\*, lasta\*, child\*, nuor\*, adolescent\*, perhe\*, famil\*, potilasohj\*, potilasneuv\*, counsel\* ja patient education. Lisäksi käytettiin yksittäisiä hakusanoja, kuten patient education, critical incidence technique ja motivational interviewing kansainvälisissä tietokannoissa.



Aineistosta hyväksyttiin hoitotieteelliset tutkimukset sekä tieteelliset artikkelit, joissa viitattiin asiakaslähtöiseen ohjaukseen, ohjausprosessiin, lasten, nuorten ja perheen ohjaukseen sekä ohjaukseen hoitohenkilökunnan arvioimana, erityisesti sairaanhoitajan näkökulmasta. Mukaan otettiin myös tutkimuksia, joissa lähtökohtana oli asiakkaan tai potilaan näkökulma, jotta aineistosta tulisi riittävän kattava. Aineisto valittiin otsikon, tiivistelmän tai koko tekstin perusteella. Tietokantahakujen lisäksi aineistoa kerättiin manuaalisesti.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjauksesta. Selvitystä lähestyttiin sairaanhoitajalle merkityksellisen ohjauskokemuksen pohjalta. Yhdessä samaan projektiin kuuluvien opinnäytetyöryhmien kanssa laadittiin yksi yhteinen tutkimuskysymys sekä yhteinen haastattelurunko. Tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoitajien toteuttamasta ohjauksesta sekä niistä tekijöistä, jotka tekivät ohjauksesta joko positiivisesti tai negatiivisesti merkityksellisen. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää projektin seuraavissa vaiheissa kehitettäessä vaikuttavaa ohjausmallia (Salmela 2007).

Opinnäytetyön tutkimuskysymys:

Mitkä tekijät ovat merkityksellisiä lapsen, nuoren ja perheen ohjauksessa sairaanhoitajan kokemina?

### 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Sairanhoitajien ohjauskokemusten selvittämistä on lähestytty teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Aikaisempaa aihetta sivuavaa hoitotieteellistä tutkimustietoa on koottu kokonaisuudeksi, jonka pohjalta oleelliset aihealueet on nostettu teemoiksi tätä opinnäytetyötä varten. Teemoja on ryhmitelty suunnitelmavaiheessa kaikkien projektiin kuuluvien opinnäytetyöryhmien kesken. Neljän opinnäytetyöryhmän synteessä tuotettiin yhteinen haastattelurunko (Liite 1), joka toimii varsinaisen haastattelun tukena. Tämä mahdollistaa saatujen tulosten keskinäisen vertailukelpoisuuden projektin myöhemmissä vaiheissa.

Tämä opinnäytetyö ei täytä tieteellisen tutkimuksen kriteereitä, mutta siinä on käytetty tutkimuksellista työtettä hyödyntäen laadullisen tutkimuksen menetelmää. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten välistä, sosiaalista merkitysten maailmaa. Lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja siihen liittyvät merkitykset. Merkityskokonaisuudet ilmenevät ihmisistä lähtöisin olevina ja heihin päättyvinä tapahtumina, kuten toimintana, ajatuksina ja päämäärien asettamisina. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen avulla selvitetään ihmisten omia kuvauksia koetusta todellisuudesta. Näiden kuvausten oletetaan sisältävän niitä asioita, jotka ihminen kokee elämässään merkityksellisiksi ja tärkeiksi. (Vilkkä 2005: 97, Kylmä – Juvakka 2007: 16, 26–27, Varto 1992: 23–24.) Työmenetelmäksi on valittu laadullinen tutkimusmenetelmä, koska kiinnostus kohdistui sairaanhoitajien omiin käsityksiin, näkökulmiin, ja hyväksi havaittuihin toimintatapoihin. Erityisesti kiinnostuneita oltiin niistä tekijöistä, jotka sairaanhoitaja koki joko positiivisesti tai negatiivisesti merkityksellisiksi lapsen, nuoren ja perheen ohjauksessa. Sairaanhoitajien subjektiivista näkökulmaa potilasohjaukseen lähestyttiin yhden merkityksellisen ohjauskokemuksen kautta.

#### 4.1 Haastattelu osana kriittisten tapahtumien tekniikkaa

Kriittisten tapahtumien tekniikan on katsottu soveltuvan erityisen hyvin palvelun antajan ja vastaanottajan vuorovaikutuksen tutkimiseen ja siitä oppimiseen (Haverinen 1998: 83). Menetelmää on sovellettu jonkin verran myös terveydenhuollossa ja hoitotieteessä, mutta Suomessa sitä on käytetty vielä varsin vähän. Kriittisten tapahtumien tekniikka soveltuu hyvin hoitotieteelliseen tutkimukseen, kun tavoitteena on kuvata muun muassa hoitajien, potilaiden ja omaisten hoitokokemuksia ja muodostaa hoidon laatuindikaattoreita asiakaslähtöisesti. Kysymysten kohdentaminen tiettyyn tapahtumaan on suositeltavaa hoitotieteellisessä tutkimuksessa, jonka tavoitteena on käytännön toiminnan arvioiminen ja kehittäminen. (Koponen – Perälä 2000: 164, 170.)

Koska haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluiden muodossa ja sairaanhoitajan kokemuksia haluttiin tarkastella subjektiivisesta näkökulmasta tapahtumakohtaisesti, kriittisten tapahtumien tekniikka soveltui hyvin tähän työhön. Osana kriittisten tapahtumien tekniikkaa sovellettiin haastattelumuotoa, jossa on teemahaastattelun

piirteitä. Teemahaastattelu on yleinen tutkimushaastattelun muoto, jonka tarkoituksena on tuoda esille tutkimusongelmasta keskeiset aiheet ja teema-alueet. Niiden kautta pyritään vastaamaan tutkimusongelmaan ja löytämään siihen ratkaisuja. (Vilka 2004: 100–102.)

#### 4.2 Haastattelun toteutus

Haastattelun lähtökohtana toimi yksi avoin kysymys, jossa sairaanhoitajaa pyydettiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja laajasti hänen toteuttamansa merkityksellinen lapsen, nuoren ja perheen ohjaustilanne. Erityisen kiinnostuneita oltiin niistä tekijöistä, jotka tekivät ohjauksesta merkityksellisen. Sairaanhoitajan annettiin ensin vapaasti kertoa valitsemastaan ohjaustilanteesta. Haastattelua ohjattiin tarvittaessa tarkentavin kysymyksiin haastattelurunkoa apuna käyttäen, jotta kaikki merkitykselliseen ohjaukseen mahdollisesti liittyvät tekijät tulivat käsitellyiksi. Haastattelurungon teemoiksi muodostuivat sairaanhoitajan ammatillinen vastuu, konteksti, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta, asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus, voimaantumisen ja perhekeskeisyys. Näiden teemojen alle oli koottu erilaisia kysymyksiä, joiden avulla tarkennettiin sairaanhoitajan omaa kuvausta merkityksellisestä ohjaustilanteesta. Esimerkiksi konteksti-teemaa saatettiin tarkentaa kysymällä ”Minkälaisessa tilassa ohjaus toteutettiin?” tai ”Kuinka paljon kyseiseen ohjaustilanteeseen käytettiin aikaa?”, jos edellä mainitut asiat eivät tulleet ilmi sairaanhoitajan kuvaillessa vapaasti ohjaustilannetta.

Haastattelut toteutettiin Jorvin sairaalan ja Lastenklinikan ajanvarauspoliklinikoilla. Lasten ja nuorten sairaalan pediatrien ajanvarauspoliklinikan tehtävänä on tarjota lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja vastaamalla sairauksien diagnostiikasta, hoidosta ja seurannasta sekä lapsen ja nuoren kasvun, kehityksen ja omatoimisuuden tukemisesta sekä vanhempien ohjaamisesta. Pediatrian ajanvarauspoliklinikalle potilaat tulevat pääsääntöisesti läheteellä. Ajanvarauspoliklinikan alaisuudessa toimii erityisvastaanottoja, joita ovat keuhkosairauksien-, infektiosairauksien-, suolistosairauksien-, tuki- ja liikuntaelinsairauksien-, munuais- ja virtsaelinsairauksien-, perinnöllisten sairauksien-, metabolisten sairauksien- sekä silmä- ja korvasairauksien vastaanotot. Lastentautien ajanvarauspoliklinikan yhteyteen kuuluvat myös nuorisovastaanotto sekä sosiaalipediatrian vastaanotto. (Lastentautien ajanvarauspoliklinikka 2007.) Jorvin

sairaalan pediatrian ajanvarauspoliklinikka tarjoaa pääsääntöisesti samoja erikoissairaanhoidon palveluita kuin Lastenkliniikka.

Ennen haastatteluiden toteuttamista anottiin tutkimuslupa sairaalan johdolta. Haastattelut toteutettiin 27-29.2.2008 välisenä aikana. Haastatteluihin osallistui viisitoista (15) sairaanhoitajaa ja haastattelut jaettiin kolmen opinnäytetyötä tekevän sairaanhoitajaopiskelijan kesken niin, että jokainen haastatteli viisi sairaanhoitajaa. Osastonhoitaja tiedotti hoitohenkilökuntaa mahdollisuudesta ottaa osaa tutkimukseen, jonka jälkeen sairaanhoitajat ilmoittivat halukkuutensa osallistua haastatteluun. Heille toimitettiin etukäteen tiedote haastattelusta (liite 2), jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja sen käytöstä opinnäytetyössä, lapsen, nuoren ja perheen ohjaus-projektissa sekä projektiin liittyvässä väitöskirjatutkimustutkimuksessa. Tiedotteessa myös kehoitettiin sairaanhoitajaa valmistautumaan haastattelutilanteeseen palauttamalla mieleen jokin merkityksellinen ohjauskokemus viimeisen kuukauden ajalta. Ennen haastattelun alkua sairaanhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta haastatteluun sekä sen käyttöön projektin eri vaiheissa (liite 3). Haastattelut nauhoitettiin ääninauhalle ja sen aikana haastatteli kirjasi ylös muistiinpanoja. Haastattelut toteutettiin mahdollisimman rauhallisessa tilassa ja ne tapahtuivat hoitajien työajalla. Haastattelut kestivät 15 minuutista 40 minuuttiin.

Aineiston kerääminen ja varsinainen aineiston analyysi perustuivat yksilöllisten ja merkityksellisten tapahtumien omakohtaisiin kuvauksiin. Kokemusten kuvaukset kohdennettiin tarkasti rajattuun sairaanhoitajan toteuttamaan ohjaustilanteeseen, jonka vastaaja oli kokenut itselleen merkitykselliseksi kyseisessä tilanteessa. Haastateltavan annettiin ensin kertoa vapaasti kyseisestä ohjaustilanteesta jonka jälkeen hänelle esitettiin tarkentavia kysymyksiä. Haastattelun yhteydessä vastaajan piti pystyä määrittämään, miksi hän arvioi tilanteen kriittiseksi eli mikä teki siitä positiivisesti tai negatiivisesti merkityksellisen. Sairaanhoitajan valitseman kriittisen tapahtuman tuli olla kuvaus hänen itse toteuttamastaan ohjaustilanteesta viimeisen kuukauden ajalta. Kriittiset tapahtumat ovat hyvin mieleen jääviä tapahtumia, ja ne poikkeavat odotetusta joko myönteiseen tai kielteiseen suuntaan (Koponen – Perälä 2000: 164–165).

#### 4.3 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto eli haastattelunauhut purettiin litteroimalla eli kirjoittamalla nauhoitettu haastattelu sana sanalta puhtaaksi. Yhteensä litteroitua aineistoa kertyi

viisikymmentäseitsemän (57) sivua fontilla Times New Roman, kirjasinkoolla kaksitoista (12) ja rivivälillä yksi (1). Saatu aineisto analysoitiin soveltaen deduktiivista sisällön analyysiä kuvailun tasolla. Sisällön analyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua aineistoa ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällön analyysistä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, sen luokittelu ja tulkinta sekä saatujen tulosten luotettavuuden arviointi. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 21–24.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston analysointia ohjaa valmis viitekehys, joka perustuu aikaisempaan tieteellisesti tutkittuun tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa kootaan analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään analyysissä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 7.) Tässä opinnäytetyössä haastattelurungon pohjalta laadittiin kaikille opinnäytetyöryhmille yhteinen analyysirunko (liite 4), joka sisälsi samoja teema-alueita kuin haastattelurunko. Analyysirunko ohjaa varsinaista sisällönanalyysia (Latvala ym. 2003: 30-31).

Ennen haastatteluaineiston varsinaista analysointia haastattelut pelkistetään ja aineisto luokitellaan analyysirungon mukaisesti (Latvala ym. 2003: 32). Pelkistämisen tarkoituksena on, että tutkimusaineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio säilyttäen kuitenkin tarvittava tieto (Vilkkä 2005: 140). Kerätystä aineistosta etsitään systemaattisesti merkityksellisiä kokemuksia kuvaavia ajatuskokonaisuuksia ja ilmauksia, jotka kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon ja ryhmitellään analyysirungon mukaisesti. Aineistoa ei voi kuitenkaan pakottaa ennalta määrättyyn kehikkoon, vaan lopullinen luokitus muotoutuu saadun aineiston perusteella. (Nieminen 2006: 219.) Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena ei ole perehtyä syvällisesti tulosten tulkintaan, vaan lähinnä selvittää saatuja tuloksia kuvailun tasolla. Litteroitu aineisto pilkottiin analyysirungon teemojen ja niiden alakäsitteiden alle. Tässä vaiheessa litteroitua tekstiä ei vielä muokattu lyhentelemällä tai pelkistämällä sitä. Seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin teemojen alakäsitteitä (esimerkiksi tila, jossa ohjaus toteutettiin) ja niitä pelkistettiin lyhyempään muotoon.

*sh 41: Mul on nyt hirveen hyvä tilanne et mulla on tuolla nuorisovastaanotolla oma huone käytössä. Mulla on ihan siis työhuone missä on tilaa, et sinne mahtuu niinku perhe hyvin ja mul on se materiaali käytettävissä siinä. Siel kun mulla on se oma huone ni se antaa ihan erilaisen tilanteen sille.*

à Sairaanhoidajan vastaanottohuone

Näitä pelkistettyjä vastauksia vertailtiin keskenään ja niistä etsittiin yhtäläisyyksiä. Tämän jälkeen sairaanhoitajien kokemuksia koottiin yhteen ja tulokset esitellään tässä opinnäytetyössä.

Litteroitua aineistoa voidaan jatkossa hyödyntää Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus-projektin seuraavissa vaiheissa vaikuttavaa ohjausmenetelmää kehitettäessä. Myös haastattelunauhut jäävät projektin ja väitöskirjatutkimuksen käyttöön, kunnes ne väitöskirjatutkimuksen valmistuttua hävitetään.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Haastateltavien taustatiedot

Haasteltavat täyttivät taustatietolomakkeen (liite 5) haastattelun alussa. Haastateltavat sairaanhoitajat (n=15) työskentelivät joko Lastenklinikan tai Jorvin sairaalan lasten ajanvarauspoliklinikoilla. Sairaanhoitajat olivat iältään 35-60-vuotiaita ja keski-ikä oli 47,7 vuotta. Koulutukseltaan haastateltavat olivat opistoasteisia sairaanhoitajia (n=10) tai terveydenhoitajia (n=2), joista useat olivat erikoistuneet lasten hoitotyöhön. Kolmella haastatelluista oli joko sairaanhoitajan, kättilön ja/tai terveydenhoitajan ammattikorkeakoulututkinto. Monilla haastatelluista oli myös erilaisia terveystieteen muita koulutuksia, kuten hoitotieteen opintoja ja omaan erikoisalaan liittyviä täydennyskoulutuksia. Haastateltavat olivat keskimäärin työskennelleet nykyisessä ammatissaan 23,3 vuotta, lyhimmillään 4 ja pisimmillään 37 vuotta. Nykyisessä työyksikössään he olivat työskennelleet puolesta vuodesta kahteenkymmeneenviiteen vuoteen, keskimäärin 7,7 vuotta.

## 5.2 Ohjaustilanteen konteksti

Kaikki kuvatut ohjaustilanteet tapahtuivat lasten ajanvarauspoliklinikalla ja ne olivat osa laajempaa hoitokokonaisuutta. Noin puolessa ohjaustilanteista kyseessä oli ensimmäinen tapaaminen lapsen ja perheen kanssa ja hoitosuhteen oli tarkoitus jatkua tulevaisuudessa. Muissa tapauksissa perhe tai nuori oli sairaanhoitajalle jo ennestään tuttu aikaisemmilta hoitokäynneiltä. Ohjaustilanteet käsittelivät hyvin erilaisia aiheita, muun muassa painonhallintaa, yökastelua, iho-ongelmia, pistosopetusta, toimenpideohjausta, siedätyshoitoa, seksuaalineuvontaa ja itsehoidon toteuttamista.

Sairaanhoitajien kuvaamiin ohjaustilanteisiin osallistui eri-ikäisiä lapsia, iältään puolivuotiaasta viisitoistavuotiaaseen. Imeväis- tai leikki-ikäisiä lapsia oli kuudessa ohjaustilanteessa ja seitsemän ohjaukseen osallistuvista lapsista oli kouluikäisiä. Sairaanhoitajan lisäksi mukana oli ainakin toinen vanhemmista. Ohjaukseen osallistui myös vanhempien lisäksi esimerkiksi kouluterveydenhoitaja, opettaja tai tulkki. Kaksi ohjattavista oli nuoria, iältään 14-15-vuotiaita ja he osallistuivat ohjaukseen ilman vanhempia.

Ohjaus tapahtui usein erillisessä tilassa, joka oli esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanottohuone, lääkärin tutkimushuone tai neuvottelu- tai ohjaushuone. Joskus ohjaus jouduttiin toteuttamaan tilan puutteen vuoksi esimerkiksi käytävällä tai sairaanhoitajien yhteisessä vastaanottohuoneessa. Ohjaus saattoi myös tapahtua monessa eri paikassa ja huonetta jouduttiin vaihtamaan useampaan kertaan, mikä teki ohjaustilanteesta sairaanhoitajan mukaan sekavan. Suurin osa sairaanhoitajista oli tyytyväisiä, kun ohjausta pystyttiin toteuttamaan sille varatussa rauhallisessa tilassa, johon koko perhe tarvittaessa mahtui ja tarvittava materiaali oli helposti saatavilla. Ohjaustilanteita häiritseviksi tekijöiksi koettiin keskeytykset, puhelimien soiminen tai rauhallisen tilan puuttuminen.

*”Eli me varataan aina joku tila, missä me saadaan olla rauhassa. Eli me varataan joku semmonen, missä puhelimet ei soi ja missä kukaan ei häiritse.”(H45)*

*”Ja me käytiin tossa mejän huoneessa, ahtaassa huoneessa, jossa on koko aika häiriötekijöitä, et siinä sit ravaa muita ihmisiä ja sit puhelimet soi, eli hankala paikka. -- Kyllähän sitä semmosta rauhaa kaipais näihin ohjaustilanteisiin.”(H48)*

Ohjaukseen käytetty aika riippui ohjauksen luonteesta sekä ohjattavan kyvystä ottaa vastaan tietoa ja oppia. Yleisimmin käytetty aika vaihteli puolesta tunnista kahteen tuntiin, mutta joissakin tapauksissa ohjaus saattoi kestää koko poliklinikkapäivän. Tarvittaessa oltiin valmiita venyttämään omaa työpäivää tai joustamaan omien aikataulujen puitteissa, mikäli ohjaukseen varattu aika ei riittänyt. Erään sairaanhoitajan mielestä oli tärkeää, että sekä ohjaaja että ohjattava olivat varanneet riittävästi aikaa ohjaukselle.

Ohjauksessa käytetty oheismateriaali vaihteli ohjaustilanteen mukaan. Joidenkin ohjaustilanteiden tarkoituksena oli opettaa omahoitoa lapselle/perheelle astmalääkkeen ottamisessa ja PEF-mittarin käytössä, pistoshoidon toteuttamisessa sekä kasteluhälyttimen käytössä. Tällöin ohjauksessa tarvittava materiaali muodostui demonstraatiovälineistä, joiden avulla toimenpidettä harjoiteltiin käytännössä sekä kirjallisista ohjeista, jotka käytiin yhdessä lävitse. Pienten lasten ohjauksessa hyödynnettiin erilaisia leluja, kirjoja, animaatioita ja tarroja, joilla lasten mielenkiintoa herätettiin tai toisaalta mielenkiintoa yritettiin kohdistaa muualle jonkin ikävän toimenpiteen ajaksi. Jos ohjaus oli osana toimenpidettä tai tutkimusta, oheismateriaali koostui erilaisista tutkimus- ja hoitovälineistä. Ohjauksen tukena käytettiin useissa tapauksissa visualisointia, eli ohjattavaa asiaa havainnollistettiin näyttämällä erilaisia kuvia tai piirtämällä.

*”Mulla on piirrettynä semmonen lapsen kuva ja sit tota mä ihan itse värittelän sinne että esimerkiksi punaisella kortisonirasvat, mihin kohti sitä laitetaan ja kirjonan siihen hauteet ja mitä lääkerasvaa ja tota miten usein pestään.”(H52)*

Yhdessä tapauksessa ohjaukseen liittyvää materiaalia oli etukäteen annettu perheelle kotiin, jotta he voivat tutustua siihen ennen varsinaista ohjausta. Perhe sai kotiin kirjallista materiaalia sekä DVD:n, joka kertoi toimenpiteestä ja hoidosta.

### 5.3 Sairanhoitajan ammatillisuus

Sairanhoitajan oma työkokemus ja sitä kautta kehittynyt ammattitaito korostuivat näissä ohjaustilanteissa. Sairanhoitajan työkokemuksen pohjalta oli muodostunut näkemys siitä, miten eri-ikäiset lapset tulee kohdata ja miten heidän kanssaan tulee toimia. Sairanhoitajat sovelsivat oman persoonansa käyttöä lapsen iän ja kehitystason sekä vallitsevan tilanteen mukaisesti.



*”Ainahan se pitää ottaa huomioon se lapsen ikä siinä, että joka ikäryhmälle tavallaan puhutaan eri lailla.”(H48)*

*”Kun mä oon 20 vuotta tätä tehnyt, ni mä tiedän just miten minkäkin ikäisen lapsen kanssa toimin.”(H43)*

Pienten lasten ikä ja kehitystaso huomioitiin myös varaamalla ohjaukselle enemmän aikaa kuin vanhemmille lapsille tai nuorille. Jotta ohjaus eteni lapsen ehdoilla, tuli hänen kanssaan päästä ensin yhteisymmärrykseen.

*”Kaks ja puol on sen ikänen, että ei pysty mitään väkisin tekemään ja pienen vauvan voi vielä laittaa tohon sängylle ja voi sanoo vanhemmille, että pidätte napakasti kiinni. -- Kaks ja puol vuotias on semmonen et sen kans täytyy päästä niinku yhteisymmärrykseen, muuten tutkimukset ei onnistu.”(H43)*

Haastatteluista kävi ilmi, että sairaanhoitajilla on runsaasti tietoa ohjattavasta asiasta, kuten sairaudesta, sen hoidosta ja tutkimuksista. Sairaanhoitajat kokivat, että ohjattava asia tulee hallita kunnolla, jotta sen pystyy opettamaan toiselle.

*”Koska mullahan on taustatietoja sairaudesta ja se, et miten nää lääkkeet vaikuttaa, ei missään ihan biosolutasolla, mut niinkun yleisesti et niist on hyvä hyöty. Ja totta kai siitä sairaudestakin täytyy tietää et mitä oireita on ja mitkä on normaalilääkkeet ja miks siirrytään tällaseen uuteen vahvempaan lääkkeeseen.”(H42)*

Haastatteluista kävi myös ilmi, että mitä enemmän perheitä on tavannut, sitä enemmän sairaanhoitajalle on kertynyt kokemuksia niistä tilanteista, jotka ovat onnistuneet tai toisaalta epäonnistuneet. Siis pelkkä tieto sairaudesta tai tutkimuksesta ei yksin riittänyt, vaan sen soveltaminen yhdessä kokemuksen kautta hankitun tiedon kanssa mahdollisti ohjauksen toteutumisen perheen yksilöllisistä lähtökohdista. Koska perheet ovat erilaisia, ohjauksen sisältö painottui perheen lähtökohdista riippuen eri asioihin. Sairaanhoitajan yleiset tiedot sairauden vaikutuksista lapseen, nuoreen ja perheeseen auttoivat vähentämään sairauteen tai sairauden hoitoon liittyviä pelkoja ja huolta.

*”On sen verran sitä ammattitaitoa, että sä pystyt sanomaan et näin on että tämä vie aikansa. Tämä hoidetaan nyt, kyllä asia paranee.”(H46)*

Sairaanhoitajien tiedot ohjattavasta asiasta korostuivat, koska jos tietoa ei ole riittävästi tai ohjattava asia on vieras ohjaajalle, hän joutuu toimimaan tietyn, ennalta määrätyn kaavan mukaan. Mitä suppeampaa tietämystä ohjattavasta asiasta on, sitä enemmän sairaanhoitaja joutui toimimaan vain asiantuntijan roolissa. Kaksi haastatteluista käytti vertauskuvana itseään nuorena, jolloin he kokivat toimineensa lähinnä kaavamaisina

tiedonantajina. Kun tietoa ja taitoa kertyy, se antaa mahdollisuuden soveltaa omaa tietämystä perheen sen hetkisten ja yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Myös taito kysyä ja ottaa selvää asioista silloin, kun oma tietämys ei riitä, mainittiin osaksi sairaanhoitajan ammattitaitoa.

### Sairaanhoitajan ohjausmenetelmät

Kaikki sairaanhoitajat toteuttivat pääosin suullista yksilöohjausta, joka käsitti keskustelua lapsen ja perheen kanssa henkilökohtaisesti ja joskus puhelimen välityksellä. Lähes kaikki haastateltavat käyttivät ohjauksen tukena kirjallista materiaalia, joka useissa tapauksissa käytiin yhdessä läpi ohjaustilanteessa. Myös visualisointia hyödynnettiin monissa ohjaustilanteissa. Silloin, kun ohjaukseen liittyi opetusta, sairaanhoitaja havainnollisti ohjattavan toimenpiteen joko näyttämällä ensin itse tai visualisoimalla kuvien ja piirrosten avulla. Tämän jälkeen sitä harjoiteltiin yhdessä lapsen ja perheen kanssa. Pienten lasten kanssa käytäntöä harjoiteltiin leikin avulla, pistämällä esimerkiksi nukkea, mittaamalla verenpaine, pituus ja paino ensin pupulta tai astmalääkkeen oton yhteydessä harjoittelemalla pillimehulla imemistä syvään. Etenkin pienempien lasten kanssa vanhemmat otettiin aktiivisesti mukaan ohjaukseen. Vanhempien kontaktia omaan lapseensa hyödynnettiin, kun haluttiin lisätä lapsen turvallisuudentunnetta tai kiinnittää lapsen huomio muualle toimenpiteen suorittamisen ajaksi. Myös sairaanhoitaja pyrki omalla toiminnallaan kiinnittämään lapsen huomion pois, jotta tutkimus onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Ohjausmenetelmistä nousi esille motivoivan haastattelun tekniikka, jolla pyrittiin muuttamaan konkreettinen tieto käytännöksi ja osaksi arkea. Siinä haastattelu tai keskustelu lähtee asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista, tällöin sairaanhoitaja pyrkii antamaan tilaa asiakkaalle ja keskittymään kuuntelemiseen. Tavoitteena on, että vastavuoroisen keskustelun avulla asiakas itse löytää ratkaisut ongelmiinsa. Vaikka sairaanhoitajalla olisi omaan ammattitaitoonsa pohjaten hyviä esimerkkejä tai ideoita uusista toimintatavoista, eivät ne välttämättä sovellu kyseisen perheen tapaan toimia ja omaksua asioita. Eräs sairaanhoitaja koki, että tilan antaminen perheelle oli haasteellista, koska oma asiantuntijan rooli oli niin tiukassa ja irrottautuminen siitä vaikeaa.

*”Mä oon yrittäny opetella tämmöstä motivoivan haastattelun tekniikkaa. Se on mulle hirveen vaikeeta, mulla on niin tiukassa sellanen asiantuntijan*

*rooli ja mä aina innostun kun mä löydän hyviä esimerkkejä tai hyviä juttuja, että hei tää kuulostaa tältä ja tos vois tehdä noin. -- Se, että mä oikeesti olisin siellä niinkun sivussa ja mä oikeesti kuuntelin. Et mä innostun puhumaan ja sit mä meen niinku päälle ja sit mä huomaan et tää ei ollu hyvä.” (H41)*

Jotkut haastatelluista korostivat useiden eri vaihtoehtojen tarjoamista perheelle. Näistä perhe valitsee itselleen sopivan tai mieluisan ratkaisun, joka sopii perheen lähtökohtiin.

#### Ohjaustilanteeseen valmistautuminen

Ohjaukseen valmistauduttiin tutustumalla potilaan papereihin ja lukemalla lääkärin lähete. Näin saatiin tietoa lapsesta, perheestä, lapsen iästä ja kehitystasosta sekä muista asioista, jotka on hyvä huomioida ohjauksessa, kuten lapsen pelokkuus, arkuus, aiemmat sairaalakokemukset tai esimerkiksi keskittymis- ja oppimisvaikeudet.

*”Katon tietysti et onko siitä työstä mitään erityistä mainittu ja onko se arka, pelokas tai ihan mitä tahansa siinä läheteessä ja vähän katon sitä ikää ja mitä saa niinku irti oikeestaan siitä läheteestä.”(H53)*

Joissakin tapauksissa perhe oli saanut kotiin täytettäväksi erilaisia esitieto- ja haastattelukaavakkeita. Sairaanhoidaja tutustui niihin etukäteen saadakseen tietoa perheen toimintatavoista ja tottumuksista. Lisäksi ennen ohjausta keskusteltiin lääkärin kanssa, joka oli jo tavannut perhettä, jotta samojen asioiden toistamiselta vältyttäisiin.

Osa sairaanhoitajista valmistautui ohjaustilanteeseen varaamalla sille riittävästi aikaa. Ohjaukseen valmistauduttiin myös informoimalla osaston henkilökuntaa tulevasta ohjaustilanteesta, jotta ohjaus voitaisiin toteuttaa häiriöttä. Ohjaustilanteen aikana mahdollisesti tulevista puheluista pyydettiin ottamaan soittopyynnöt sen sijaan, että sairaanhoitaja haettaisiin puhelimeen kesken ohjauksen.

Ennen ohjauksen alkua siinä tarvittavat välineet, materiaalit ja tutkimusvälineet kerättiin ohjaustilaan helposti saataville. Näin vältyttiin turhilta keskeytyksiltä. Jos ohjaus toteutettiin ruotsin kielellä, sairaanhoitaja käytti runsaasti aikaa ruotsinkielisen ajantasaisen materiaalin kokoamiseen. Sairaanhoidaja teki myös pohjatyötä miettiessään, miten kunkin asian ilmaisee ruotsin kielellä. Ohjaukseen valmistautumiseen sisältyi myös sairauten tai terveysongelmaan liittyvien eri hoitovaihtoehtojen kertaaminen. Aina ohjaukseen ei valmistauduttu etukäteen. Sairaanhoidaja joko tunsu perheen aikaisemmilta hoitokäynneiltä, ohjaustarve ilmaantui yllättäen tai hänellä oli niin

vankka kokemus ohjattavasta toimenpiteestä, ettei hän kokenut tarvetta valmistautua siihen. Myös kiire vaikutti siihen, että ohjaukseen ei aina ehditty valmistautua erityisemmin.

#### 5.4 Perhekeskeisyys

##### Perheen tapa oppia

Jos sairaanhoitaja tuntee perheen taustan ja perhe on ennestään tuttu aikaisemmilta hoitokäynneiltä, sairaanhoitaja pystyy arvioimaan perheen tapaa oppia uutta ja kykyä vastaanottaa tietoa. Kun sairaanhoitaja tapaa perheen ensimmäistä kertaa, hänelle muodostuu mielikuva siitä, miten perhe vastaanottaa tietoa. Perheen tapaan oppia vaikuttaa esimerkiksi vanhempien ammatti; jos vanhemmilla oman ammattinsa puolesta on jo aikaisempaa tietoa ohjattavasta asiasta, asioita ei välttämättä tarvitse käydä perin pohjin läpi. Toisaalta jotkut perheet vaativat asioiden yksinkertaista läpikäymistä ja hyvin tarkkoja ohjeita sekä asiasisällön toistuvaa kertaamista. Kyselemällä vanhemmat varmistivat, että he ovat ymmärtäneet asiat oikein.

*”Se et tosiaan tuntee ennestään, ni pystyy vähän arvioimaan sitä tasoa, tietotasoa, heidän niinku tän opittavanki, äidin ja tytön puolelta. Et se käydään hyvin yksinkertaisesti tavallaan läpi.” (H48)*

Joskus perhettä ohjattiin erikseen, niin että vanhemmat pystyivät keskittymään ohjattavaan asiaan lasten leikkiessä muualla. Tällöin vanhempien energia ei kulunut lasten vahtimiseen. Toisaalta myös lasta saatettiin ohjata ilman vanhempia siten, että vanhemmat poistuivat hetkeksi ohjaustilasta, jotta lapsi pystyisi paremmin keskittymään.

*”Tytöt lähti sit sinne leikkihuoneeseen ja äiti jäi siihen mun kanssa. Sit taas äidin oli helpompi keskittyä, kun tytöt ei ollu siinä. Hänen ei tarvinnut koko ajan vahtia niitä tyttöjä.” (H55)*

Ulkomaalaistaustaisen perheen ohjauksessa oli erityisen tärkeää perheen taustan ja kulttuurin tunteminen. Tämä toi ohjaustilanteeseen haasteellisuutta ja perheen oppiminen mahdollistettiin tulkin avulla.

##### Perheen odotukset

Sairaanhoitajien mukaan perheen ohjaukseen kohdistuvissa odotuksissa korostui halu muuttaa toimintaa, perhe toivoi tapaamisen pohjalta löytävänsä ratkaisun ongelmaansa. Sairauden tai terveysongelman syyt haluttiin selvittää perin pohjin, jotta hoito olisi mahdollista. Lisää tietoa haluttiin erilaisiin mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Odotuksia toivat myös aikaisemmat kokemukset samasta ongelmasta perheen muiden lasten kohdalla, perhe oli valmis sitoutumaan hoitoon ohjausta saatuaan.

Joskus ohjaukselta odotettiin vain sitä, että asia tai ongelma yli päätään otettiin puheeksi. Perhe koki sairaanhoitajien arvioimana helpottavana sen, että vaikeasta ja arasta aiheesta sai mahdollisuuden keskustella ammattilaisten kanssa. Tällöin odotuksena tapaamiselle ei välttämättä ollut muutos toiminnassa vaan asian puheeksi ottaminen, sen normalisoiminen ja kuulluksi tuleminen. Sairaanhoitajien mukaan perheet odottivat, että heitä kuunnellaan ja heille tärkeät asiat tulevat käsitellyiksi.

## 5.5 Asiakaslähtöisyys

### Lapsen ja nuoren kognitiiviset taidot ja tapa oppia

Lasten ja nuorten persoonallisuus ja luonteen ominaispiirteet vaikuttivat oppimiseen. Positiivisesti vaikuttivat esimerkiksi lapsen rauhallisuus kiireestä huolimatta, innokkuus, reippaus, uteliaisuus, rohkeus sekä herkkyys kysymysten esittämiseen oma-aloitteisesti. Myös lapsen tai nuoren aikaisemmat tiedot ohjattavasta asiasta sekä kiinnostus sitä kohtaan edesauttoivat oppimista. Sairaanhoitajat kokivat lapsen aktiivisuuden kysymysten esittämisessä erityisen positiivisena ja mieleenpainuvana asiana. Joissakin tapauksissa lapsen keskittyminen oli parempaa, kun vanhemmat poistuivat hetkeksi ohjaustilasta. Lapsen oppimista vaikeutti tai hidasti esimerkiksi ylivilkkaus, keskittymiskyvyn puute ja toiminnallinen levottomuus. Joskus lapsi tai nuori saattoi myös jättää kertomatta asioita tai jopa valehdella sairauttaan tai hoitoaan koskevista asioista. Ulkomaalaistaustaisen lapsen oppimista vaikeutti yhteisen kielen puuttuminen. Joskus myös vanhempien ylikierroksilla käyminen ja sähellys heijastuivat negatiivisesti lapsen keskittymiseen ja siten myös oppimiseen.

Sairaanhoitaja arvioi lapsen tai nuoren kehitystasoa henkilökohtaisessa kontaktissa oman ammatillisen osaamisen pohjalta. Lapsen ikä ja kehitystaso huomioitiin ohjaustilanteessa siten, että leikki-ikäisille ja nuorille kouluikäisille ohjattava asia opetettiin leikin tai sadun muodossa. Vastaavasti nuorelle annettiin vastuuta häntä

itsestään koskevista asioista ja valinnoista. Nuoren kohdalla oppiminen tapahtui aktiivisen keskustelun ja kysymysten kautta, jossa oma oivallus käsiteltävästä aiheesta johti uuden asian tiedostamiseen ja oppimiseen. Tähän kuului osana faktatiedon antaminen ohjauksessa käsiteltävästä asiasta niin, että tieto varmasti saatiin perille.

*”Nyt hän niinku ymmärs sen et tästä se johtuu, et tässä on ihan selvä syy. Ja kun hän sitä tarkemmin mielti niin hän huomasi, et kyl hän syökin oikeestaan aika paljon karkkia. Mä luulen, et suurin positiivinen asia oli just se hänen oma sellainen oivalluksensa ja halunsa saada apua. (H49)”*

#### Lapsen ja nuoren odotukset ohjaukselle

Lasten ja nuorten odotukset ohjaukselle ilmenivät vaihtelevasti ohjaustilanteiden mukaan. Osassa haastatteluista nämä eivät tulleet lainkaan ilmi. Nuoret toivoivat saavansa apua ja neuvoja ongelmiinsa sekä halusivat päästä puhumaan arasta ja vaikeasta aiheesta. Osa nuorista oli tuonut itse esiin halun saada aikaan muutosta. Osa lapsista oli kiinnostuneita ja innokkaita oppimaan uutta, vaikka tilanne saattoi olla jännittävä tai pelottavakin. Toisille taas ohjaustilanne edusti pientä leikkihetkeä, eivätkä odotukset liittyneet sairauteen tai sen hoitoon.

#### 5.6 Vuorovaikutus

##### Kuvaus vuorovaikutuksesta ohjaustilanteesta

Vuorovaikutus koettiin pääsääntöisesti hyväksi ja onnistuneeksi kaikissa ohjaustilanteissa, mutta sen kuvaaminen jäi suppeaksi. Vuorovaikutus oli selkeästi molemminpuolista keskustelua sairaanhoitajan ja perheen välillä, mikäli perhe toi esiin omia mielipiteitä, toimintatapoja, ratkaisuehdotuksia sekä kysymyksiä. Ohjauksen luonteesta ja lapsen iästä riippuen vuorovaikutus painottui joko lapsen itsensä tai vanhempien ja sairaanhoitajan välille. Silloinkin, kun ohjaus kohdistui pääasiassa vanhempiin, lapsi otettiin mukaan vuorovaikutukseen, eikä häntä suljettu ohjauksen ulkopuolelle.

Vuorovaikutuksesta teki sairaanhoitajien mielestä hyvää se, että keskustelu oli sujuvaa, avointa ja perhe oli vastaanottavainen. Myös hyvä ja lämmin suhde perheeseen edesauttoi vuorovaikutusta. Hyväksi koettiin vuorovaikutuksen kohdistaminen lapseen silloin, kun se oli ohjaustilanteen ja lapsen kehitystason kannalta mahdollista. Joskus lapsen taholta saattoi ilmetä vastustusta koko ohjaustilannetta kohtaan, jolloin hän pyrki

vetäytymään vuorovaikutuksesta. Tällöin vuorovaikutus muuttui yksipuoliseksi ja hoitajavetoiseksi monologiksi. Hoitaja kuitenkin pyrki saamaan lapsen aktiivisesti mukaan keskusteluun ja onnistuikin siinä, jolloin yhteistyö mahdollistui.

Vuorovaikutus saattoi aluksi olla hiukan jännittyntä, varsinkin jos kaikki osapuolet eivät olleet ennestään tuttuja. Vuorovaikutuksen laatua häntäsi myös esimerkiksi keskustelun hyppiminen aiheesta toiseen, vanhempien levottomuus ja keskittymisvaikeudet sekä tilanteen yleinen hektisyys.

#### Kuvaus yhteistyöstä

Yhteistyö ohjaustilanteissa kuvattiin onnistuneeksi ja sopuisaksi. Kuitenkaan kaikki sairaanhoitajat eivät kokeneet yhteistyötä kuvaamassaan ohjaustilanteessa erityisen merkitykselliseksi, vaan he kokivat sen tapahtuneen samalla tavoin kuin yleensä muulloinkin. Perheen yhteistyökyvyllä, mukavalla ja avoimella ilmapiirillä, perheen sitoutumisella hoitoon ja motivaatiolla oli merkitystä yhteistyön rakentumiselle.

Yhteistyössä korostui osapuolten erilaiset roolit. Pienten lasten kohdalla yhteistyö painottui vanhempiin ja usein siinä korostui äidin aktiivinen rooli. Muutamassa tapauksessa isä oli vetäytyvä ja hiljaisempi osapuoli, jota sairaanhoitaja yritti saada mukaan ohjaukseen. Joskus isä oli kuitenkin ohjaustilanteessa mukana ainoana vanhempana. Äidin rooli useassa tapauksessa oli olla aktiivinen ja kysellä sekä tuoda esiin niitä asioita, joita perheessä voitaisiin tehdä toisin.

*”Isä vetäytyi, hän oli fyysisestikin siinä huoneessa siellä oven pielessä kädet puuskassa. Mä yritin siinä niinku ottaa sitä isää mukaan.” (H41)*

*”Se äiti oli aktiivisempi elikkä äidillä oli enemmän sellaisia ajatuksia, että mitä hän on jo tehny ja hän oli selkeästi se, joka oli vähän niinku ohjat käsissä, että tää on niinku hänen juttunsa.”(H41)*

Lapsi osallistui ohjaukseen silloin, kun se oli hänen ikänsä ja kehitystasonsa puolesta mahdollista. Yhteistyössä huomioitiin lapsi ottamalla hänet mukaan ohjaukseen sen sijaan, että hänet suljettaisiin sen ulkopuolelle. Lapsen rooli oli kuunnella, esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä sekä tuoda esiin omia tuntemuksia, toiveita ja sairautteen liittyviä oireita. Yhteistyöhön vaikutti esimerkiksi lapsen hyväntuulisuus, iloisuus ja innokkuus. Yhteistyön rakentumiseen toi haasteellisuutta lapsen levottomuus ja vaikeus keskittyä ohjaustilanteeseen sekä yhteistyön vastustaminen.

*”Eli ensin mä yritin jutella tytön kanssa tästä, et mitä mieltä se nyt oli tästä ja hän sit ei oikeen ruvennu keskustelemaan, hän vaan pyöritteli päätään ja katteli muualle.” (H48)*

*”Musta tuntu, koin, että poika luotti minuun ja kuunteli, kuunteli tarkasti ja että siinä tuntu että se suhde oli kumminkin puolin hyvä.” (H54)*

*”Et niinku asiat suju hirveen hyvin ja oli kiva ohjata sitä perhettä, ku he otti hirveen hyvin vastaan sitä tietoa ja tää oli semmonen tyttö et hän niinku kyseli kans paljon.-- Jos joku asia rupes mietityttää ni hän kysy sen suoraan.” (H53)*

*”Lasten kans ei onnistu asiat niin et ne vaan sanotaan et nyt tohon noin ja tehään näin niinku aikuisille, vaan siihen varataan aika paljon aikaa siihen valmisteluun.”(H43)*

Sairaanhoitaja rakensi yhteistyötä olemalla ystävällinen mutta tarvittaessa napakka; hänen vastuullaan oli rauhoittaa ja pitää tilanne kasassa silloinkin kun lapsi oli levoton, eikä jaksanut keskittyä. Sairaanhoitaja kannusti lasta ja vanhempia yhteistyöhön antamalla positiivista palautetta asioiden toimiessa ja onnistuessa. Jos lapsi tai nuori oli haluton yhteistyöhön, sairaanhoitaja kiinnitti tämän huomiota yrittäen löytää tilanteesta positiivisia asioita ja herättäen mielenkiintoa ensin muilla asioilla. Sairaanhoitaja toteutti tarvelähtöistä keskustelua ottamalla lapsen ja perheen mukaan yhteistyöhön, keskustelemalla heidän esille tuomistaan asioista sekä vastaamalla kysymyksiin. Tällöin ohjaus ei perustunut vain sairaanhoitajan yksinpuheluun.

*”Tavallaan oli pakko olla, vaikka oli ystävällinen, ni oli pakko olla niinku napakka, et sitä ei voi antaa niinku hajota sen homman. Ja sit tietysti se positiivinen kannustus, et kannustin ku testit meni hyvin ja he harjoitteli” (H55)*

*”Mä kiinnitin huomiota häneen sillä lailla, et mä en antanut hänen kimurrella pois siitä vaan miten sen nyt sanois... Jotain positiivista siihen pitää yrittää löytää.” (H48)*

Useasta haastattelusta kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat merkitykselliseksi ohjaustilanteen onnistumisen kannalta sen, että he tunsivat ohjattavan perheen etukäteen. Pitkä hoitosuhde oli mahdollistanut hyvän kontaktin ja yhteistyösuhteen muodostumisen, mikä taas poisti jännittyneisyyttä kuvatussa ohjaustilanteessa. Aikaisempi kontakti ohjattavaan perheeseen koettiin hyväksi niin sairaanhoitajan kuin perheenkin kannalta. Sairaanhoitaja pystyi esimerkiksi paremmin arvioimaan perheen vastaanottavuutta ja aikaisempaa tietotasoa kuin jos perhe olisi tavattu ensimmäistä kertaa. Sairaanhoitajan oli myös helpompi kohdata hankalasti käyttäytyvä lapsi, jos



heidän välilleen oli jo muodostunut yhteistyösuhde. Sairaanhoitajat myös kuvasivat, että koska perhe oli ennestään tuttu, pystyivät he arvioimaan perheen aktiivisuutta kysymysten asettamisessa. Sairaanhoitajat kokivat hyväksi sen, että perheen ollessa tuttu sairaanhoitajat olivat tietoisia siitä, että tarvittaessa perhe uskaltaa keskeyttää ja kysyä, mikäli he eivät ymmärrä jotain asiaa.

#### Ohjauskieli suhteessa ohjattavien kieleen

Ohjauksen toteuttaminen toisella kotimaisella kielellä toi pientä jännitettä ohjaustilanteeseen, mikä johtui epävarmuudesta omaa kielitaitoa kohtaan. Erityisesti jos ohjaukseen osallistui täysin ruotsinkielinen henkilö, joka ei ymmärtänyt lainkaan suomen kieltä, sairaanhoitaja koki tilanteen haastavana. Kuitenkin myös ruotsin kielellä toteutetut ohjaustilanteet koettiin onnistuneiksi.

Ulkomaalaistaustaisten perheiden kohdalla tulkki mahdollisti vuorovaikutuksellisen yhteistyön yhteisen kielen puuttuessa. Yhteistyötä helpotti, jos perhe oli jo aikaisemmin työskennellyt saman tulkin kanssa. Toisaalta arasta aiheesta puhuminen saattoi olla perheelle vaikeata tulkin ollessa läsnä tilanteessa.

#### Samantahtisuus ohjaustilanteessa

Ammatillisen kokemuksen kautta sairaanhoitajalle oli muodostunut kyky käsitellä erikäisiä lapsia, eläytyä lapsen maailmaan ja asettua lapsen tasolle. Sairaanhoitaja sovelsi omaa persoonaansa lapsen iän ja kehitystason sekä vallitsevan tilanteen mukaan. Erityisesti pienten lasten ja nuorten koululaisten kohdalla sairaanhoitaja käytti käsitteellisesti samaa kieltä lapsen kanssa selittäen ja näyttäen, hyödyntäen vertauskuvia, kertomuksia ja satuja. Pienimpien lasten kohdalla asiaa lähestyttiin leikin varjolla.

*”Ku tietää sen lapsen iän ja kehitystason, ni mennä tavallaan sen lapsen tasolle ja vaan nätisti selittää ja näyttää” (H43)*

*”Mä kerroin, et tää on niinku lääkekynä, et täst tulee... Kun mä tiesin, et hän pelkää hirveesti sitä pistämistä, et tää on niinku lääkekynä ja mustekynässä on se terä mistä tulee mustetta, mut tää on sellainen kynä mistä tulee lääkettä... Ja sitten mä kerroin, et kun kun se täytyy illalla pistää niin se hormoni on semmonen, että se tarvii kaverikseen unta, et tää hormoni ja uni on kavereita ja sitä varten se pistetään illalla.” (H45)*

*”Tietysti jos on ei oo kauheen pieni, nii sitten tämmöset tarinat on tosi tyhmiä nii sit ne kerrotaan kuin aikuiselle.”(H45)*

## 5.7 Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen

Aktiivista ja tavoitteellista toimintaa ohjauksessa on seuraavassa kuvailtu voimaantumisen sisältöaluiden (Leino-Kilpi ym. 1999: 31) mukaisesti. Nämä sisältöalueet ovat biologis-fysiologinen alue, tiedollinen alue, toiminnallinen alue, sosiaalis-yhteisöllinen alue, kokemuksellinen alue, eettinen alue ja taloudellinen alue.

### Ohjauksen tavoitteet ja sisällöt

Biologis-fysiologiseen alueeseen kuuluvat tavoitteet sairaanhoitajien kuvaamissa ohjaustilanteissa liittyivät sairauden tai terveysongelman helpottumiseen tai parantumiseen sekä oireiden kanssa pärjäämiseen kotona. Tavoitteena oli, että perhe pystyisi elämään mahdollisimman normaalia elämää sairaudesta ja sen hoidosta huolimatta. Joissakin ohjaustilanteissa tavoitteena oli tutkimuksen tai toimenpiteen (esimerkiksi sydänfilmin ottaminen, pituus, paino, verenpaine, spirometria, brick-testi tai pef-mittaus) suorittaminen onnistuneesti.

Ohjaus sisälsi keskustelua ylipäätään kyseisestä terveysongelmasta tai sairaudesta, sen oireista, tuntemuksista ja hoidosta. Seuraavaksi asiaa lähestyttiin hoidossa olevan lapsen tai nuoren näkökulmasta. Jos esimerkiksi oli kyse pistoshoidosta, lapsen tuntemuksista nousi usein esiin pelko pistämistä kohtaan. Jos ohjaus koski toimenpidettä tai tutkimusta, käytiin läpi sen kulkua ja pyrittiin lievittämään lapsen pelkoa sitä kohtaan.

Tiedollisen alueen osalta tavoitteena oli antaa perheelle tietoa hoidon vaikutuksista jokapäiväiseen elämään, sen eduista ja toisaalta mahdollisista sivuvaikutuksista. Tavoitteena oli, että perhe ymmärtää hoidon merkityksen ja voi tarvittaessa esittää kysymyksiä sairaanhoitajalle. Tietoa annettiin tutkimuksista, sen suorittamisesta, eri hoitovaihtoehdoista sekä lääkityksestä, lääkkeiden säilytyksestä ja käsittelystä. Tietoa annettiin sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa. Annettu tieto oli informatiivista faktatietoa ja sen lisäksi sairaanhoitaja vastasi perheen esittämiin kysymyksiin. Lisäksi sairaanhoitaja pyrki varmistamaan, ettei perheellä tai nuorella ole virheellistä tietoa aiheesta ja oikaisi mahdollisia väärinkäsityksiä. Joskus sairaanhoitajan antaman faktatiedon lisäksi lapsi itse kertoi omista tuntemuksistaan ja sairauden oireista, jotta

lapsen elämään kuuluvat aikuiset pystyisivät toimimaan ei-toivottujen oireiden ilmaantuessa, esimerkiksi diabeettisen shokin yhteydessä.

Toiminnallisen alueen tavoitteena ohjauksessa oli esimerkiksi kotona toteutettavan pistoshoidon tai lääkehoidon oppiminen. Sairaanhoidajien tavoitteena oli joissakin ohjaustilanteissa myös kartoittaa perheen päivittäisiä toimintoja ja arkirytmisiä sekä fyysistä ympäristöä kotona, jotta sairaanhoitaja pystyisi paremmin arvioimaan perheen avun tarvetta. Sairaanhoidajan tarkoituksena oli lisäksi selvittää mahdollisten apuvälineiden tarve ja ohjata perhettä niiden käytössä. Toiminnallisen alueen sisällöissä nousi esille omahoidon opettaminen ja harjoittelu ohjaustilanteessa. Ohjaus koski esimerkiksi pistoshoidon opettelua, kastelulaitteen käyttöä tai inhalaattorin käytön opettelua. Päivittäisten toimintojen tukena käytettiin muun muassa kastelu- ja ruokapäiväkirjoja, joiden avulla pystyttiin seuraamaan hoidon etenemistä tai mahdollista muutosta perheen arkirytmisissä. Ohjaustilanteessa käytiin läpi ja harjoiteltiin erilaisten ohjaukseen liittyvien toimenpiteiden suorittamista, jotta hoidosta selviydyttäisiin jatkossa kotona. Ohjauksessa käytiin myös läpi, miten toimia mahdollisissa erityistilanteissa, esimerkiksi matkalle lähtiessä, lääkempullan hajotessa tai komplikaatioiden ilmetessä.

Sosiaalis-yhteisöllisen alueen tavoitteena oli perheen sisäisten suhteiden ja perhedynamiikan selvittäminen ja haasteena oli perheenjäsenten välisten vuorovaikutussuhteiden tukeminen. Ohjaukseen osallistuneiden lapsen tai nuoren elämään liittyvien aikuisten tukea lapselle pyrittiin vahvistamaan ja lapsen tarvitsemaa tukea kartoittamaan. Tämän alueen sisällöissä korostui sairaanhoitajan antama tuki, motivointi ja kannustus. Sairaanhoitaja antoi perheelle mahdollisuuden ottaa yhteyttä tai piti säännöllisesti puhelimitse yhteyttä perheeseen hoitoprosessin aikana, jotta voitiin seurata perheen vointia ja hoidon etenemistä. Niinkään perheen sosiaalisen verkoston merkitys ei noussut esille, lukuun ottamatta yhtä ohjaustilannetta, jossa lapsen luokanopettaja sekä kouluterveydenhoitaja osallistuivat lapsen sairauden hoidon seurantaan. Lisäksi yhdessä ohjaustilanteessa nuoren kouluympäristö rajoitti hänen elämänsä negatiivisesti, nuori sulkeutui kotiinsa peläten kiusatuksi tulemista.

Kokemuksellisen alueen osalta ohjauksessa pyrittiin selvittämään ketä perhe oli jo tavannut ohjattavan asian tiimoilta ja oliko perheellä tai nuorella aikaisempia kokemuksia aiheesta. Muutamassa tapauksessa perheellä oli jo aikaisempia kokemuksia

vastaanottokäynneistä, muttei sairaalassaolosta. Perheen aikaisemmat kokemukset kyseisestä terveysongelmasta toisen lapsen kohdalla motivoivat perhettä hoitoon. Joskus perhe koki ohjattavat asian häpeälliseksi ja siksi asiasta oli aluksi vaikea keskustella. Varsinkin pienten lasten kohdalla pelko tutkimuksia tai toimenpidettä kohtaan oli voimakasta, jolloin sairaanhoitaja huomioi lapsen pelon ja pyrki lievittämään sitä erilaisin keinoin.

Eettisen alueen tavoitteena oli luoda hyvä hoitosuhde ja luottamus perheeseen ja sitä kautta saada perhe sitoutumaan sekä motivoitumaan hoitoon. Usein varsinkin ensimmäisen ohjauksen tavoitteena oli selvittää perheen tai nuoren motivaatio ja sitoutuminen hoitoon sekä valmius itsenäiseen päätöksentekoon. Ohjauksen sisällöissä korostui motivoiva haastattelu, jonka avulla sairaanhoitaja pyrki tukemaan perhettä tai nuorta löytämään itse ratkaisut terveysongelmaansa. Joskus sairaanhoitaja toi neutraalisti esille eri vaihtoehtoja, jotta he voisivat yhdessä valita näistä perheelle sopivimman toimintamallin.

Taloudelliselta alueelta tavoitteena oli käsitellä hoidon aiheuttamat kustannukset perheelle, tämä ei kuitenkaan noussut juuri esille hoidon tavoitteissa eikä sisällöissä. Tarvittaessa perhe ohjattiin hakemaan hoitotukea ja heille kerrottiin Kelan etuuksista ja korvauksista.

## 5.8 Ohjauksen eteneminen

Tavoitteet asetettiin siten, että ohjattavaa asiaa käytiin yhdessä läpi perheen tai nuoren kanssa. Lisäksi kysyttiin, mitä tavoitteita lapsella itsellään oli. Useissa tapauksissa tavoitteet olivat jo valmiina johtuen ohjauksen luonteesta. Sairaanhoitajalla saattoi olla kyseistä ohjaustilannetta varten valmis viitekehys, josta tarpeen mukaan poikettiin. Tavoitteet muokkautuivat tarvittaessa ohjauksen aikana riippuen perheen sen hetkisistä tarpeista. Tavoitteiden asettamiseen osallistuttiin siten, että esimerkiksi vanhemmat tai nuori toivat keskustelun kautta esille perheen ongelmia ja muutostarpeita. Sairaanhoitaja auttoi perhettä pohtimaan omaa tilannettaan, jotta mahdollinen tarve ja halu muutokselle löytyisivät. Vaikka sairaanhoitajien tarkoituksena oli kuvata yhtä ohjaustilannetta, niin useat ohjaustilanteet olivat osa laajempaa hoitokokonaisuutta, jolloin tavoitteiden asettaminen saattoi myös edetä prosessiluonteisesti useiden tapaamiskertojen tuloksena.

Sairaanhoitaja tuki lapsen, nuoren ja perheen aktiivisuutta ohjaustilanteessa motivoimalla ja kannustamalla heitä sekä keskustelemalla heille tärkeistä asioista, kuten edellä on jo mainittu. Sairaanhoitaja herätti perheen mielenkiintoa esimerkiksi siten, että hän toi esille terveystilanteeseen liittyvää faktatietoa pyrkien lisäämään sen avulla muutoshalua. Positiivisten asioiden ja muutosten esille tuominen lapsen voinnissa motivoi perhettä jatkamaan hoitoa. Sairaanhoitaja antoi perheelle mahdollisuuden tutustua etukäteen ohjattavaan aiheeseen, jotta heillä olisi tilaisuus kysytellä asiaa jo ennen vastaanotolle tuloa.

Vaikka sairaanhoitajalla olisi ollut asiantuntijana mielessään hyviä ehdotuksia ja esimerkkejä, hän pyrki antamaan tilaa perheen omille ajatuksille ja ehdotuksille ja sitä kautta mahdollisuuden toiminnan muutokseen. Ratkaisuiden ollessa perheestä lähtöisin, on heidän helpompi ottaa muutokset käyttöön ja toteuttaa ne. Kun perhe toi esiin jonkin asian, sairaanhoitaja kysyi, olisiko tämä sellainen asia johon voitaisiin mahdollisesti puuttua.

*”Ne ratkaisut on ehkä enemmän sellasia mitä ne voi niinku käyttää tai mitkä tulee otettuu kun ne itse hoksaa.” (H 41)*

Ohjaus eteni järjestelmällisesti silloin, kun kyseessä oli pistosopetus. Sairaanhoitajien mukaan opetuksen tuli edetä loogisessa järjestyksessä niin, että ensin lähdettiin liikkeelle lääkkeen laimentamisesta ja lopuksi harjoiteltiin itse pistämistä. Perhe tai lapsi saattoi keskeyttää opetuksen kysymyksillä, mutta usein kysymykset liittyivät käsiteltävään aiheeseen. Jos ohjaus oli osa useamman tapaamisen sarjaa tai sairaanhoitaja toteutti usein samantyyppisiä ohjauksia, saattoi hänellä olla valmiina tietty kaava, jonka pohjalta asioita lähestyttiin. Siihen liittyi tietyt perusasiat, jotka käytiin läpi ohjauksessa. Tästä kaavasta poikettiin kuitenkin sen mukaan, mitä asioita perhe toi esille. Kun perhe tavattiin ensimmäistä kertaa, lähdettiin liikkeelle tilanteen kartoittamisesta, jonka jälkeen etsittiin yhdessä ratkaisuja ongelmaan. Kun pientä lasta valmisteltiin tutkimukseen, jutusteltiin aluksi muista asioista ja harjoiteltiin tutkimusta lelujen avulla, jonka jälkeen itse tutkimus toteutettiin. Mahdollisesti tutkimuksen jälkeen annettiin vielä tietoa hoidosta.

Lapsen, nuoren ja perheen osallistumista ohjaukseen ja siinä käytettäviä ohjausmenetelmiä sekä päätösten ja toimintatapojen syntymistä on käyty läpi tarkemmin jo aiemmissa osioissa.

## 5.9 Ohjauksen arviointi

Ohjausta arvioitiin lähes kaikissa ohjaustilanteissa kirjaamalla käsin potilaspapereihin tai sähköisesti potilastietojärjestelmään. Kirjauksessa käsiteltiin sairaanhoitajan asiantuntijan arviota ohjauksen kulusta; mitä asioita käytiin läpi, mitä asioita perhe toi esiin, tai mitä materiaalia annettiin mukaan, mitä yhteisiä sopimuksia tehtiin sekä mitä ajatuksia sairaanhoitajalle nousi mieleen ja mihin seuraavalla kerralla voitaisiin palata. Kirjaaminen auttoi sairaanhoitajaa varmistamaan, että kaikki tarvittavat asiat tuli käytyä läpi. Sairanhoitaja arvioi ohjausta myös refleктоimalla ohjaustilannetta jälkikäteen ja pohtimalla onnistuneita ja toisaalta epäonnistuneita asioita toteuttamassaan ohjauksessa. Monet sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi oman toiminnan arvioinnin, koska sen avulla saattoi tulla esille niitä asioita, jotka olisi ehkä ollut mahdollista tehdä toisin. Joissakin yksittäisissä tapauksissa ohjausta arvioitiin sen päätteeksi myös yhdessä perheen kanssa. Silloin kerrattiin vielä ohjauksessa käytyjä asioita tai palattiin annettuihin ohjeisiin sekä varmistettiin, että perhe oli ymmärtänyt ohjattavan asian.

Lapsen, nuoren tai perheen arviointi tai palaute ohjauksesta ei tullut ilmi kovin monessa tapauksessa. Perheen antama palaute koski tyytyväisyyttä siihen, että sairaanhoitaja kohdisti ohjauksen nimenomaan lapseen. Lasten arvio koski usein toimenpiteen kivuttomuutta suhteessa ennakkoluuloihin tai pelkoihin sitä kohtaan. Usein perheeltä saatu palaute koski hoidon onnistumista, eikä niinkään itse ohjaustilannetta. Perhe oli tyytyväinen siihen, että hoito tai ratkaisu terveysongelmaan löytyi ja sitä kautta perheen ongelmat helpottuivat. Sairanhoitajat arvioivat, että perhe oli tyytyväinen saamaansa ohjaukseen, vaikka he eivät tuoneet sitä suoraan esille.

Joissakin tapauksissa ohjauksen seurauksia ei pystytty vielä arvioimaan, koska sairaanhoitaja ei ollut vielä tavannut perhettä uudestaan. Usein ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettiin ja omahoito onnistui. Tähän vaikutti lapsen motivoituminen hoitoon sekä halu päästä eroon terveysongelmastaan. Joissakin tapauksissa ohjauksen seurauksena selvisi myös muita nuoren tai perheen ongelmia, jotka saatiin hoidettua tai ainakin otettua esiin. Tällöin päästiin käsiksi terveysongelman varsinaisen syyhyn, jonka jälkeen voitiin keskittyä jälleen alkuperäisen asian hoitamiseen. Jos sairaanhoitajan oma asiantuntemus ei riittänyt tai se ei kuulunut hänen toimenkuvaansa, hän ohjasi perheen tai nuoren eteenpäin, jotta asiat tulisivat käsitellyiksi.

*”Seuraukset oli sillä tavalla hyvät, et päästiin niinku siihen itse asiaan, että se pahaolo, joka hänellä oli niin oli johtanut siihen lihomiseen ja päästiin siihen syyhyn ja yritetään hoitaa se pois ja sitten voidaan keskittyä tähän ihan niinku käytännön asiaan jos hänellä on voimavaroja siihen.. ja sitten kun hän tosiaan ite on siihen motivoitunut, et hän haluisi päästä tavallisiin mittoihin niin sitten jatketaan siitä. Et mä pystyin niinku ohjaamaan oikeaan paikkaa.” H49*

Ohjauksen seurauksena saattoi olla myös motivaation löytyminen, itsenäisen päätöksen tekeminen sairaanhoitajan tukemana tai teknisen suorituksen oppiminen. Sairaanhoitaja ei kuitenkaan aina saanut varmuutta siitä, oliko asia täysin ymmärretty ja onnistuisiko hoidon toteutus kotona ongelmitta. Näihin asioihin kuitenkin palattaisiin seuraavalla tapaamiskerralla ja uudet asiat kerrattaisiin silloin.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Opinnäytetyötä tehtäessä on huomioitu hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset näkökohdat selvityksen kohdistuessa inhimilliseen toimintaan. Tässä työssä on noudatettu tutkimuksellista työtettä ja huomioitu seuraavat eettiset periaatteet: tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti haastateltavaa ja sen on oltava siihen osallistuville vapaaehtoista ja luottamuksellista. Lisäksi haastateltavan henkilöllisyyden tulee pysyä suojattuna. (Vehiläinen-Julkunen 2006: 26-27, Latvala ym. 2003: 39.)

Haastateltaville sairaanhoitajille annettiin joko ennen haastattelua tai sen yhteydessä tietoa sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista ja sen merkityksestä lapsen, nuoren ja perheen ohjaus -projektissa sekä väitöskirjatutkimuksessa. Sairaanhoitajilta pyydettiin haastattelun yhteydessä kirjallinen suostumus haastatteluun sekä sen käyttöön projektin eri vaiheissa. Heille kerrottiin, että heidän anonymiteettinsä säilyy koko prosessin ajan, haastatteluiden tiedot tulevat vain tutkijoiden käyttöön ja haastateltavat eivät ole tunnistettavissa tutkimusraporteista. Kun aineistoa puretaan, tulee kiinnittää huomiota siihen, että tutkittavien kokemusten kuvaukset eivät ole kenenkään ulkopuolisen tunnistettavissa (Lukkarinen 2003: 126). Tässä työssä on huolehdittu siitä, ettei haastateltavat ole tunnistettavissa työssä julkaistujen kuvausten perusteella. Litteroinnissa käytettiin havaintotunnuksia anonymiteetin varmistamiseksi ja litteroinnin jälkeen haastattelunauhut tullaan

säilyttämään projektipäällikön toimesta lukitussa tilassa siihen asti, kunnes projektiraportti ja väitöskirja ovat julkaistu. Kun aineistoa analysoitiin, turvattiin myös potilaan tunnistamattomuuden säilyminen.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kriittisten tapahtumien kuvauksen luotettavuus perustuu siihen, että tapahtuma on vastaajalle tärkeä ja hyvin mieleenpainuva (Koponen ym. 2000: 169). Tapahtuman ja tutkijalle siitä annettavan kertomuksen välillä on kuitenkin aina aikaviive. Tästä syystä se saattaa haastattelutilanteessa näyttää toisenlaiselta kuin tapahtumahetkellä. (Nieminen 2006: 217.) Luotettavuutta on pyritty lisäämään rajaamalla haastateltavan merkityksellinen ohjauskokemus sijoittumaan viimeisen kuukauden ajalle. Lisäksi haastateltaville kerrottiin etukäteen, että he voivat valmistautua haastatteluun palauttamalla mieleen yhden merkityksellisen ohjaustilanteen, josta haluavat kertoa. Kaikkien haastateltavien kohdalla tämä ei kuitenkaan toteutunut ja he eivät olleet saaneet etukäteen tietoa haastattelusta. Luotettavuutta saattoi heikentää se, että he joutuivat haastattelutilanteessa yllättäen palauttamaan mieleen jonkin merkityksellisen ohjauskokemuksen. Joillakin haastateltavilla oli myös vaikeuksia ymmärtää, mitä merkityksellisellä ohjauskokemuksella tarkoitetaan. Yksi sairaanhoitaja kertoi yleisesti tietäntyyppisistä toteuttamistaan ohjaustilanteista. Eräs sairaanhoitaja perusteli ohjaustilanteen merkityksellisyyttä sillä, että ohjattava asia oli perheelle tärkeä.

Haastatteluiden luotettavuutta parannettiin tutustumalla aikaisempaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutkittavasta ilmiöstä ennen haastattelurungon laatimista ja haastattelujen toteuttamista. Tämä auttoi ymmärtämään paremmin ohjaus-käsitettä ja siihen liittyviä lähikäsitteitä. Tutkimusalueen tunteminen on tärkeää, jotta tutkija pystyy arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta ja tulostensa totuudenmukaisuutta (Nieminen 2006: 220).

Haastattelumateriaali on sidoksissa haastattelijan ja haastateltavan väliseen vuorovaikutukseen. Haastattelutilanteessa haastattelija voi halutessaan tarkentaa vastaanottamaansa tietoa ja siten saada selkeyttä tutkittavaan ilmiöön (Järvinen – Järvinen 2004: 145). Sairaanhoitajien haastatteluiden tukena käytettiin tarvittaessa apukysymyksiä, jotta saatiin tarkennettua tietoa sairaanhoitajan ohjauskokemuksesta. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää tekijöiden kokemattomuus haastattelijoina sekä kerätyn tiedon analysoijina.



Luotettavuuteen vaikuttaa olennaisesti se, miten hyvin työn analyysivaiheessa on onnistuttu pelkistämään aineisto kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Latvala ym. 2003: 36). Tässä työssä luotettavuutta pyrittiin parantamaan sallimalla haastatteluaineiston tarvittaessa luoda uusia luokkia tai teemoja valmiin analyysirungon ulkopuolelle. Viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Luotettavuutta tulee arvioida työn edetessä tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa, jokaisen teon, valinnan ja ratkaisun kohdalla. (Vilka 2005: 158.) Tässä työssä on pyritty mahdollisuuksien mukaan välttämään aineiston liiallista tulkintaa tuloksia kirjoitettaessa. Kuvailun aineiston tueksi nostettiin tekstiin suoria lainauksia sairaanhoitajien haastatteluista.

### 6.3 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lasten, nuorten ja perheiden ohjauksesta yhden merkityksellisen ohjaustilanteen pohjalta. Haastatteluaineisto kerättiin viideltätoista sairaanhoitajalta. Lähtökohtana sairaanhoitajien kuvaamille ohjaustilanteille oli se, että he pystyivät perustelemaan, mikä teki ohjauksesta joko positiivisesti tai negatiivisesti merkityksellisen. Kaikki ohjaustilanteet kuvattiin onnistuneiksi. Ohjaustilanteesta saattoi tehdä onnistuneen myös haastavasta tai vaikeasta ohjaustilanteesta selviytyminen, vaikka lähtökohdat sille eivät olisikaan olleet otolliset. Tilanteeseen toi haasteellisuutta esimerkiksi perheen keskittymisvaikeudet, vieras kieli, ajan ja tilan puute sekä vastustus.

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että sairaanhoitajat pitävät ohjausta merkittävänä osana lapsen, nuoren ja perheen hoitotyötä. Myös Marttilan ja Piekkolan (1997) sekä Marcumin ym. (2002: 112) tekemistä tutkimuksista käy ilmi, että sairaanhoitajien mukaan ohjaus on oleellinen osa hoitotyötä. Tämän selvityksen mukaan ohjauksella voidaan edistää itsenäistä selviytymistä sairauden kanssa, tarjota erilaisia keinoja päätöksenteon tueksi sekä lisätä potilaan vastuunottamista omasta hoidostaan. Kuten myös Marcum ym. (2002: 112) ja Soohbany (1999: 39) toteavat, nämä sisältyvät niihin tavoitteisiin, joihin ohjauksella pyritään. Soohbany (1999: 39) mukaan ohjaaminen on vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa on tavoitteena tukea yksilön selviytymistä terveysongelman kanssa.

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten rauhallinen ohjaustila, tilanteen keskeytyksettömyys ja tarvittavan materiaalin saatavilla olo. Marcumin ym. (2002: 116) sekä Kääriäisen ym. (2005: 28) tutkimusten mukaan asianmukaisen ja rauhallisen tilan puute häiritsi ohjausta. Lisäksi Kääriäinen (2007), Stenbäck (2005) sekä Kääriäinen ym. (2005) ovat todenneet, että yleensä potilasohjaustilanteissa käytettävät tilat eivät ole olleet asianmukaisia. Myös tässä selvityksessä joitakin ohjaustilanteita häiritsi sopivan ja rauhallisen ohjaustilan puuttuminen, mutta useimmilla sairaanhoitajilla oli kuitenkin käytössään erillinen ohjaustila tai oma työhuone. Tulosten eriävyyteen saattaa vaikuttaa se, että tämä selvitys toteutettiin pediatrian ajanvarauspoliklinikoilla, joissa sairaanhoitajien työn luonne on pitkälti ohjauspainotteista. Potilaat tulevat vastaanotolle ajanvarauksella, jolloin sairaanhoitaja voi vaikuttaa myös ohjaukseen käytettävän ajan määrään.

Joissakin tapauksissa ohjaustilanne koettiin onnistuneeksi silloin, kun se voitiin toteuttaa kiireestä tai erilaisista häiriötekijöistä huolimatta. Tulosten mukaan sairaanhoitajilla olikin lähes aina riittävästi aikaa ohjauksen toteuttamiselle. Tarvittaessa sairaanhoitajat järjestivät ohjaukselle lisää aikaa pidentämällä esimerkiksi omaa työpäiväänsä. Sairanhoitajat arvioivat, että ohjauksen onnistumiseen vaikutti se, että myös perhe oli varannut riittävästi aikaa sille. Aikaisemmista tutkimuksista nousee voimakkaasti esille kiire ja ajan puute ohjauksessa. Kivelän ja Niemelän (2000) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että hoitajilla ei ollut riittävästi aikaa vanhemmille ja lapsille. Myös muissa tutkimuksissa (Kääriäinen 2007, Stenbäck 2005) on käynyt ilmi, että ohjaukselle käytettävää aikaa ei ollut tarpeeksi. Tämän selvityksen tulokset näyttäisivätkin kuvaavan optimaalista tilannetta, johon ohjauksessa pyritään. Aikaisemmat tutkimukset ovat koskeneet osastolla toteutettavaa ohjausta, jolloin ohjaukseen käytettävää aikaa on vähemmän ja tilat rajallisemmat.

Työkokemus ja itsensä kehittäminen kasvattavat hoitotyöntekijää ammatillisen kasvun kautta asiantuntijuuteen, jossa korostuu itsensä ja oman alansa kehittäminen (Rissanen 2005: 21, Kääriäinen 2007: 111). Tämän selvityksen tulokset osoittavat myös, että sairaanhoitajan työkokemuksen kautta kehittynyt ammattitaito koettiin tärkeäksi tekijäksi ohjaustilanteen onnistumisen kannalta. Ammatillinen vastuunotto omasta työstään sekä varmuus ohjattavasta asiasta nousivat esiin sairaanhoitajien ohjauskokemuksia tarkasteltaessa. Työvuosien myötä kertynyt ammattitaito, kokemus sekä riittävän laajat tiedot ohjattavasta asiasta antoivat hoitajille mahdollisuuden poiketa

ennalta määrätystä kaavasta ja siten edetä ohjauksessa asiakkaan ehdoilla. Myös aikaisemmista tutkimuksista on käynyt ilmi, että ohjauksen lähtökohtana ovat hoitajan riittävät tiedot ohjattavasta asiasta (Kääriäinen ym. 2005: 28, Marcum ym. 2002, Kyngäs ym. 2005:15). Kääriäisen tutkimuksen mukaan ohjaus eteni kuitenkin usein kaavamaisesti ja potilaat olisivat toivoneet ohjaukseen joustavuutta, jotta tietoja olisi voitu soveltaa heidän tilanteeseensa. Ohjauksessa ei aina huomioitu potilaan elämäntilannetta, ongelmia, omaisia ja tarpeita. (Kääriäinen 2007: 91.) Sairaanhoidajien näkökulmasta ohjaus ajanvarauspoliklinikoilla oli kuitenkin tämän selvityksen mukaan asiakkaan tarpeista lähtöisin olevaa tai ainakin siihen pyrkivää.

Tulosten perusteella merkitykselliseksi onnistuneen ohjaustilanteen kannalta koettiin sairaanhoidajan ja perheen yhtenäiset tavoitteet ohjaukselle. Tuloksista ei kuitenkaan käynyt ilmi, oliko tavoitteet määritelty yhdessä asiakkaan kanssa. Kääriäinen (2007: 120) on todennutkin tutkimuksessaan, että ohjauksen tavoitteista ei aina keskusteltu riittävästi potilaan kanssa. Ohjauksen suunnittelun tulisi kuitenkin perustua asiakkaan taustatekijöihin. Tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä asiakkaan kanssa lyhyelle ja pitkälle aikavälille sillä asiakkaan näkemyksen huomioiminen edistää hänen tyytyväisyyttään ja hoitoon sitoutumistaan. (Kääriäinen ym. 2005: 27-28.)

Ohjaustoiminnan kehittämisessä pidettiin Kääriäisen (2007: 103) mukaan tärkeänä ohjausprosessin suunnittelun ja arvioinnin lisäksi monipuolisten ohjausmenetelmien käyttöä. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat hallitsivat ohjausmenetelmistä kuitenkin hyvin vain suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen 2007: 104, Kääriäinen ym. 2006: 11). Pelkästään suullisesti annettu tieto ei kuitenkaan riitä, vaan ohjauksen tueksi tarvitaan ainakin demonstraatiota tai kirjallista materiaalia (Kyngäs ym. 2005: 15). Tässä selvityksessä sairaanhoitajat käyttivät suullisen ohjauksen lisäksi runsaasti myös muita ohjausmenetelmiä, kuten kirjallista materiaalia, demonstraatiota, visualisointia, piirtämistä ja leikkiä. Lasten ja nuorten ohjauksessa näyttäisi korostuvan toiminnallisuus, jonka avulla herätetään lapsen mielenkiintoa ohjattavaa asiaa kohtaan. Lapselle tai nuorelle sopiva ohjausmenetelmä valittiin tilanteen ja lapsen iän- ja kehitystason mukaan.

Tuloksista ilmeni myös, että osa sairaanhoitajista koki tärkeäksi eri vaihtoehtojen tarjoamisen perheelle päätöksenteon tueksi. Tässä yhteydessä nousi esiin lisäksi voimavarojen vahvistumiseen pyrkivä motivoivan haastattelun tekniikka. Tekniikan

käyttö näyttäisi soveltuvan hyvin vanhemmille kouluikäisille lapsille, nuorille sekä heidän vanhemmilleen, koska se vaatii molemmilta osapuolilta kykyä rakentavaan keskusteluun sekä ohjattavan asian perusteelliseen ymmärtämiseen. Motivoivassa haastattelussa potilasta autetaan kysymyksien ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan sen hetkisiä ongelmiaan. Tarkoituksena on saada potilas itse puhumaan muutoksen puolesta ja auttaa häntä toimimaan ongelmiensa ratkaisemiseksi. (Suokas ym. 2008: 130.) Näitä samoja piirteitä sairaanhoitajat nostivat esiin työskentelyssään joko suoraan tai epäsuorasti. Sairanhoitajat arvioivat, että perheen on helpompi toteuttaa muutokset, kun he itse ovat oivaltaneet ratkaisut ongelmiinsa. Tämä voisi olla verrattavissa voimavarojen vahvistumiseen ja terveysongelman sisäiseen hallintaan (Leino-Kilpi ym. 1999: 31), vaikka haastateltavat eivät käyttäneetkään kyseisiä termejä suoraan. Motivoivan haastattelun tekniikka nousi uutena asiana esiin tuloksista, eikä se sisältynyt ennalta laadittuihin haastattelu- tai analyysirunkoon. Se ei tullut myöskään esiin teoreettisen viitekehyksen aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa käsiteltiin asiakaslähtöistä- tai voimavaroja vahvistavaa ohjausta.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että perheen osallistuminen sairaan lapsen hoitoon oli tärkeää. Tuloksissa korostui perheen tapa oppia, kyky vastaanottaa tietoa sekä motivaatio ja sitoutuminen sairauden hoitoon. Povlsenin ym. (2008: 35) mukaan kuitenkin psyykinen tuki koetaan tärkeäksi oppimisen ja itsehoidon motivaation kannalta. Näissä tuloksissa ei psyykkisen tai emotionaalisen tuen merkitys korostunut. Toisaalta voidaan ajatella, että vanhempien tukemiseen sisältyy heidän aktiivinen kuunteleminen, heidän tarpeistaan lähteminen sekä keskittyminen ongelmien sijasta vahvuuksiin (Jurvelin ym. 2006: 21). Kuunteleminen, tarvelähtöisen ohjauksen toteuttaminen sekä positiivinen kannustaminen nousevat esille myös tämän selvityksen tuloksista. Vaikka sairaanhoitajat eivät tuoneet suoranaisesti esille emotionaalisen tuen tärkeyttä, näyttäisi kuitenkin siltä, että he ovat huomioineet sen toteuttaessaan ohjausta.

Hiitola (2004: 137) on todennut, että lasten ja nuorten ohjauksessa on huomioitava lapsen ikä ja kehitysvaihe, mutta teoreettiseen viitekehykseen nostetuissa tutkimuksissa tämä ei erityisesti korostu. Sairanhoitajien mukaan lapsen iän ja kehitystason huomioiminen oli kuitenkin tärkeää. Sairanhoitajat arvioivat lapsen tai nuoren kehitystasoa henkilökohtaisessa kontaktissa oman ammatillisen osaamisen pohjalta. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttivat myös jossakin määrin sairaanhoitajan oma persoona sekä kyky soveltaa sen käyttöä lapsen iän ja kehitystason mukaisesti. Näin

sairaanhoitaja edesauttoi lapsen ohjattavan asian oppimista ja omaksumista sekä tuki lapsen ja nuoren valmiuksia omahoidon toteuttamiseen. Itsehoidolla ja potilaiden halulla osallistua hoitoonsa onkin todettu olevan yhteyttä voimavarojen vahvistumiseen, johon ohjauksessa pyritään (Mattila 1998: 151). Lisäksi lapsen tai nuoren ominaisuudet, kuten innokkuus, reippaus, aktiivisuus ja vastuullisuus vaikuttivat ohjauksen onnistumiseen.

Ammatillinen ja tavoitteellinen toiminta ohjauksessa edellyttävät, että sairaanhoitajalla on riittävät vuorovaikutus- ja johtamistaidot (Kääriäinen 2007: 111). Sairaanhoitajat kokivat merkitykselliseksi hyvän vuorovaikutussuhteen niiltä osin, kuin se tuloksista kävi ilmi. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat ovat arvioineet parhaimmiksi ohjaustaidoikseen juuri vuorovaikutustaidot (Kääriäinen ym. 2006: 9, Kyngäs 2005: 14). Tätä tukevat tämän selvityksen tulokset, joissa vuorovaikutus koettiin pääsääntöisesti hyväksi ja onnistuneeksi. Vuorovaikutus koettiin hyväksi silloin, kun keskustelu oli sujuvaa, avointa ja perhe oli vastaanottavainen. Vuorovaikutuksen kuvaukset jäivät kuitenkin suppeiksi. Tämä johtui mahdollisesti siitä, että vuorovaikutus koettiin luonnolliseksi osaksi ohjausta ja siihen kiinnitettiin huomiota, vain mikäli siinä esiintyi ongelmia.

Hyvä yhteistyö merkitsee molemminpuolista ymmärtämistä (Ranta ym. 2003: 216). Tulosten mukaan yhteistyö kuvattiin pääasiassa onnistuneeksi ja sopuisaksi sekä siinä erottuivat osallistujien erilaiset roolit. Sairaanhoitajan omalla osuudella oli merkitystä yhteistyön rakentamisessa. Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi lapsen mukaan saamisen ohjaukseen vastustuksesta huolimatta. Potilaassa mahdollisesti esiintyvä vastustus on Rollnickin ym. (2008) mukaan puolustautumista, jonka voi nähdä voimavarana.

Perheen yhteistyökyvyllä, mukavalla ja avoimella ilmapiirillä, perheen sitoutumisella hoitoon ja motivaatiolla oli merkitystä yhteistyön rakentumiselle. Merkitykselliseksi yhteistyösuhteen muodostumisen kannalta katsottiin myös se, että perhe tunnettiin entuudestaan. Tutkittaessa perhehoitotyön toteutumista on todettu, että lasten sairaanhoidossa omahoitajan työskentely korostuu perheelle merkityksellisenä toimintana (Ranta ym. 2003: 216). Myös näissä tuloksissa korostui hoitosuhteen merkitys, vaikka niissä ei käytettykään suoraan termiä omahoitajasuhde. Pitkä hoitosuhde edesauttoi yhteistyön ja vuorovaikutuksen onnistumista sekä poisti jännittyneisyyttä osapuolten väliltä. Yhteistyön merkitys ei tullut suoraan esille

sairaanhoitajien kokemuksista, mutta kun tuloksia tarkastellaan kokonaisuutena, yhteistyön merkitys ilmenee kuitenkin useissa eri yhteyksissä

Vaikka on tärkeää, että ohjausta arvioidaan jatkuvasti (Kyngäs ym. 2007: 45), potilaat ovat todenneet, että ohjausta ei aina käytännössä arvioida, eikä heillä ole ollut mahdollisuutta osallistua arviointiin (Kääriäinen 2007: 82-83). Myös tämän selvityksen tulokset osoittavat, että ohjausta arvioitiin vain harvoin yhdessä perheen kanssa. Silloin, kun perhe osallistui ohjauksen arviointiin, sairaanhoitaja varmisti, että perhe on varmasti ymmärtänyt ohjattavan asian. Povlsenin (2008: 35) mukaan ohjauksen tuloksellisuutta voidaan parantaa muun muassa varmistamalla, että perhe ymmärtää ohjauksen sisällön.

Tulosten mukaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Merkityksellisiä tekijöitä ohjauksen onnistumisen kannalta ovat siis konteksti, eli ympäristö, jossa ohjaus toteutetaan, sairaanhoitajan ammatillisuus ja ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät, asiakaslähtöisyys, johon sisältyvät perheen kokonaisvaltainen huomiointi sekä lapsen ja nuoren iän ja kehitystason arviointi, perhekeskeisyys ja perheen tai nuoren sitoutuminen hoitoon, vuorovaikutus sekä yhteistyö.

#### 6.4 Johtopäätökset

Ohjauksen painoarvo on noussut niin koulutus- kuin työelämässäkkin. Opinnäytetyöprosessin kautta saatu hoitotieteellinen tietoperusta sekä toisaalta haastattelemiemme sairaanhoitajien omat käytännön kokemukset antavat meille valmiuksia kehittyä sairaanhoitajina ohjaustyössä tulevaa työelämää ajatellen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää lasten ajanvarauspoliklinikan hoitotyötoimintoja kehitettäessä. Tulokset voivat olla hyödyllisiä muissakin lasten ja nuorten hoitotyön yksiköissä. Tulosten avulla on mahdollista arvioida ohjaukseen vaikuttavien eri tekijöiden merkitystä lapsen, nuoren ja perheen hoitotyössä. On kuitenkin muistettava aineiston pienuus ja paikallisuus sekä se, että aineisto kuvaa onnistuneita ohjaustilanteita.

Opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään projektin seuraavissa vaiheissa, kun tarkoituksena on selvittää ohjauksen nykytilannetta sekä kartoittaa lapsen, nuoren ja perheen kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Näiden pohjalta kehitetään vaikuttavaa

ohjausmallia sekä ohjauksen opetusta ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteillä. On mielenkiintoista nähdä, miten lapsen, nuoren ja perheen kokemukset tulevat eroamaan sairaanhoitajien ohjauskokemuksista. Lisäksi projektin yhteydessä tuotettavan kasvatustieteellisen väitöskirjan tulokset voivat mahdollisesti osoittaa suuntaa, johon tulevaisuudessa tulisi pyrkiä lasten, nuorten ja perheiden ohjauksessa.

Lapsen, nuoren ja perheen ohjaus on aiheena ajankohtainen ja tarpeellinen, koska muun muassa hoitoaikojen lyhentyminen ja ohjauksen muuttuminen yhä enemmän polikliiniluonteiseksi ohjaukseksi merkitsee perheen tiedon tarpeen, itsehoitovaatimusten sekä vastuun lisääntymistä omasta hoidosta. Erilaisia ohjausmenetelmiä on kehitetty runsaasti, mutta nykyiset tutkimukset ja myös tämän työn tulokset osoittavat, että voimavarakeskeinen ohjaus ja sen kehittäminen on ajankohtainen ja samalla tärkeä haaste tulevaisuuden hoitotyössä. Lasten hoitotyön tueksi tarvitaan jatkuvasti uutta ja ajan tasalla olevaa hoitotieteellistä tietoa. Jatkossa voitaisiin myös selvittää voimavarojen vahvistumiseen tähtäviä ohjausmenetelmiä, kuten motivoivan haastattelun tekniikkaa ja niiden soveltuvuutta hoitotyön eri osa-alueille, erityisesti lasten, nuorten ja perheiden ohjaukseen. Selkeiden ohjausmenetelmien avulla ohjauskäytäntöjä voitaisiin mahdollisesti yhtenäistää, jotta tulevaisuudessa pystyttäisiin vielä paremmin vastaamaan lapsen, nuoren ja perheen tarpeisiin ja odotuksiin.

## LÄHDELUETTELO

- 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista: 2007 Verkkodokumentti. <[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)>. Luettu 30.10.2007.
- Hakulinen, Tuovi – Koponen, Päivikki – Paunonen, Marita 1999: Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Perhe hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Haverinen, Riitta 1998: Kriittisten palvelutapahtumien tutkiminen – kohti hyviä palvelukokemuksia? Stakesin julkaisuja.
- Hiitola, Briitta 2004: Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Teoksessa Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula (toim.): Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Tammi.
- Ivanoff, Päivi – Risku, Aija – Kitinoja, Helli – Vuori, Anne – Palo, Raija 2001: Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Jurvelin, Tiina – Kyngäs, Helvi – Backman, Kaisa 2005: Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 17 (1). 35-42.
- Jurvelin, Tiina – Kyngäs, Helvi – Backman, Kaisa 2006: Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytyminen. *Tutkiva Hoitotyö* 4 (3). 18-22.
- Järvinen, Pertti – Järvinen, Annikki 2004: Tutkimustyön metodeista.
- Kantero, Riitta-Liisa – Levo, Hellevi – Österlund, Kalle 2000: Lasten sairaanhoito. Helsinki: WSOY.
- Kivelä, Seija – Nieminen, Ritva 2000: Hoitajien kuvaus vanhempien, kouluikäisen lapsen ja hoitajan yhteistyöstä sairaalassa. Tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Koponen, Päivikki – Perälä, Marja-Leena 2000: Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä metodinen tarkastelu: osa 1. *Hoitotiede* 4 (12). 165-171.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi – Kukkurainen, Marja-Leena – Mäkeläinen, Paula 2005: Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (2). 12-17.
- Kyngäs, Helvi – Poskiparta, Marita – Kääriäinen, Maria – Johansson, Kirsi 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.
- Kääriäinen, Maria 2007: Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Kääriäinen, Maria – Lahdenperä, Tiina – Kyngäs, Helvi 2005: Kirjallisuuskatsaus: asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (3). 27-31.



- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005a: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5). 250-258.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005b: Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17 (4). 209-215.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola – Torppa, Kaarina, Liisa 2006: Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*. 18 (1). 4-13.
- Lassila, Regina 2006: Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Verkkojulkaisu. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos. <<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00914.pdf>> Luettu: 03.10.2007.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lehto, Paula 2004: Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitoon sairaalassa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Leino-Kilpi - Mäenpää - Katjaisto 1999: Terveysongelman sisäinen hallinta.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003: Etiikka hoitotyössä. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Liimatainen, Leena – Hautala, Pirkko – Perko, Ulla (toim.) 2005: Potilasohjausta kehittämässä – innostusta ja innovaatiota. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Lukkarinen, Hannele 2003: Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Marcum, Julie – Ridenour, Maureen – Shaff, Gaye – Hammons, Mary – Taylor, Monica 2002: A study of professional nurses' perception of patient education. *The journal of continuing education in nursing* 33 (3). 112-118.
- Marttila, Marita – Piekkola Sinikka 1997: Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Mattila, Eija Anneli 1998: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 10 (4). 144-151.
- Minkkinen, Leena – Jokinen, Sirpa – Muurinen, Erja – Surakka, Tuula 1997: Lasten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Nieminen, Heli 2006: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

- Ojala, Sinikka 2006: Ohjauksesta oivallukseen: ohjausteorian hahmottelua. Helsinki: Yliopistopaino.
- Povlsen, Lene – Karlberg, Ingvar – Ringsberg, Karin C 2008: Support and education of immigrants with cronically ill children: Identified needs from a case study of Turkish and Kurdish families. *Health Education Journal* 67 (1). 35-43.
- Ranta, Tyyne – Paavilainen, Eija – Tarkka, Marja-Terttu 2003: Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. *Hoitotiede* 15 (5). 214-222.
- Rissanen, Marja-Anneli 2005: Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen. Tyypin 1 diabeetikon hoidon ohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Rollnick, Stephen – Miller, William R. – Butler, Christopher C. 2008: Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Guilford Press.
- Salmela, Marja 2007: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus. Projektisuunnitelma.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Tutkimus. Oulun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta.
- Soohbany, Mohammed S. 1999: Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences of nurses'. *Nurse Education Today* 19. 35-40
- Stenbäck, Johanna 2005: Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Suokas, Mia – Liias, Tomi-Pekka – Salo-Chydenius, Sisko 2008: Päihdehoitotyön menetelmiä. Teoksessa Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi (toim.): Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet: 2001. ETENE Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <[www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf](http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf)>. Luettu 31.10.2007.
- Varto, Juha 1992: Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Vilkka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2007: Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling* 66. 140-146.

## LIITEET

### LIITE 1

#### Sairaanhoitajien haastattelu kriittisten tapausten arviointi -menetelmällä

1. Haastateltavien tausta:
  - ikä, sukupuoli, koulutus (sh: opistoaste / amk, erikoissairaanhoitaja, erikoistumisopinnot, muu koulutus)
  - osasto, työkokemus sairaanhoitajana ja ko. osastolla
  
2. Haastattelun lähtökohta avoin ”kysymys”:
  - kuvaa mahdollisimman tarkkaan ja laajasti toteuttamasi sinulle merkityksellinen lapsen / nuoren ja perheen ohjaustilanne viimeisen kuukauden ajalta  
(Tilanne voi olla positiivisesti tai negatiivisesti merkityksellinen; erityisesti ollaan kiinnostuneita siitä, mikä teki tilanteesta merkityksellisen.)
  
3. Tarkentavia kysymyksiä teemoittain:
  - A. Konteksti**
    - Missä ohjaus tapahtui?
    - Keitä ohjaustilanteessa oli paikalla?
    - Kuinka paljon aikaa käytettiin?
    - Mitä oheismateriaalia käytettiin?
  
  - B. Ammatillisuus**
    - Sairaanhoitajan omat tiedot sairaudesta
    - Sairaanhoitajan yleiset tiedot lapsesta, nuoresta ja perheestä (esim. lapsen ns. normaalista kehityksestä, sairauden yleisistä vaikutuksista perheeseen)
    - Miten valmistauduit ohjaukseen?
    - Sairaanhoitajan ohjausvalmiudet (mm. mitä ohjausmenetelmiä hallitsee, miten ohjausmenetelmiä käytti)
  
  - C. Perhekeskeisyys**
    - Perheen tilanne ja tausta: perheen koko, ketä perheeseen kuuluu, monesko lapsi, vanhempien asema/työ, perheen tapa oppia
    - Perheen kulttuuri
    - Perheen odotukset
  
  - D. Asiakaslähtöisyys**
    - Lapsen / nuoren ikä
    - Tiedot sairaudesta: lapsen / nuoren sairaus, sairauden vaihe (esim. vasta todettu tai diagnosointivaihe, vuosia kestänyt), lapsi osastolla vai poliklinisella käynnillä
    - Lapsen / nuoren kognitiiviset taidot ja tapa oppia
    - Lapsen / nuoren odotukset
  
  - E. Vuorovaikutus ja avoin dialogi**
    - Kuvaile vuorovaikutusta ohjaustilanteessa?
    - Kuvaile yhteistyötä ohjaustilanteessa?

- Kieli?
- Samantahtisuus (puhutaan käsitteellisesti yhteistä kieltä, vrt. lapsen / nuoren ”kieli”)

#### **F. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen**

- Mitä tavoitteita ohjauksella oli? Liittyivätkö tavoitteet esim.
  - fyysisiin oireisiin ja tuntemuksiin, tutkimuksiin, hoitoon ja sen sivuvaikutuksiin?
  - lapsen / nuoren perheen tiedon lisäämiseen, arviointiin, kertaamiseen?
  - päivittäisistä toiminnoista selviämiseen ja niissä tarvittavaan apuun ja apuvälineisiin?
  - sosiaaliseen tukeen (sisältää emotionaalisen tuen), huolenpitoon sukulaisilta, läheisiltä, ystäviltä tai potilasjärjestöltä, yksinäisyyteen, harrastuksista luopumiseen
  - lapsen / nuoren / perheen kokemuksiin? Huomioitiinko tavoitteissa lapsen, nuoren ja perheen aikaisemmat kokemukset?
  - lapsen / nuoren ja perheen autonomiaan, luottamukseen, päätöksentekoon: Miten tavoitteet asetettiin? Miten lapsi, nuori ja perhe osallistui tavoitteiden asettamiseen?
  - taloudelliseen tilanteeseen, sosiaaliturvaan, jatkohoitoon?
- Millaisia sisältöjä ohjaus käsitteli? Sisältyikö ohjaukseen mm.
  - fyysiset oireet ja tuntemukset, tutkimukset, hoito ja sen sivuvaikutukset
  - uusi tieto lapselle/nuorelle ja perheelle, tiedon arviointi, tiedon kertaaminen
  - päivittäisistä toiminnoista selviäminen ja niissä tarvittava apu ja apuvälineet
  - sosiaalinen tuki (sis. emotionaalisen tuen), huolenpito sukulaisilta, läheisiltä, ystäviltä tai potilasjärjestöltä, yksinäisyys, harrastuksista luopuminen
  - lapsen, nuoren ja perheen kokemus aiemmasta terveydestä, aikaisemmista sairaalakokemuksista, omista tunteista
  - potilaan autonomia, luottamus, oikeus päätöksentekoon: Miten lapsi / nuori ja perhe osallistuivat ohjaukseen? / Miten lapsen / nuoren ja perheen aktiivisuutta tuettiin?
  - hoidon kustannukset, taloudelliset vaikeudet, sosiaaliturva, kuntoutuskustannukset ja hoidon jatkuvuus
- Miten ohjaus eteni / miten päätökset tai toimintatavat ohjauksessa syntyivät?
- Miten ohjausta arvioitiin?
  - Mitkä olivat ohjauksen seuraukset?

## LIITE 2

**TIEDOTE HAASTATTELUSTA SAIRAANHOITAJILLE**  
21.01.2008

Hyvä tutkimukseen osallistuva!

Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, jossa on tarkoitus kehittää lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjausta. Tutkimus on osa Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja HUS Naisten- ja lastentautien tulosyksikön yhteistyöprojektia: Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus. Projektin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan nykyistä potilasohjausta mm. sairaanhoitajien haastattelun avulla. Nykytilanteen kuvauksen pohjalta kehitetään uusia ohjausmenetelmiä ja -sisältöjä.

Projektissa tehdään ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, joiden aineistona haastatteluja käytetään. Projektiin liittyy myös kasvatustieteen väitöskirjatyö, joka hyödyntää haastatteluaineistoa. Saatua aineistoa hyödyntää tieteellisessä tutkimus- ja opetuskäytössä.

Tämän haastattelun tarkoituksena on kartoittaa Teille merkityksellistä lapsen / nuoren ja perheen ohjauskokemusta, joka on tapahtunut sairaalassa viimeisen kuukauden aikana. Erityisesti ollaan kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät tekivät ohjaustilanteesta Teille merkityksellisen. Ohjaustilanne voi olla sellainen, joka on jäänyt mieleenne positiivisuutensa tai negatiivisuutensa vuoksi. Voitte valmistautua haastatteluun palauttamalla mieleenne yhden tällaisen ohjaustilanteen.

Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelijoina ovat Stadian opinnäytetyötä tekevät sairaanhoitajaopiskelijat. Haastattelutietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastattelunauhoja säilytetään lukollisessa kaapissa ja ne tuhotaan, kun aiheeseen liittyvä väitöskirja on julkaistu.

Tutkimusjulkaisuissa voidaan esittää otteita haastateltavien puheesta, mutta heidän nimiään ei mainita eivätkä he ole tunnistettavissa raporteista.

Haastatteluun on saatu tutkimuslupa sairaalan johdolta. Teillä on luonnollisesti oikeus kieltäytyä haastattelusta. Lisätietoja tutkimuksesta voitte kysyä projektipäällikkö / tutkija Marjatta Kelolta p. 310 81685.

## LIITE 3

**SUOSTUMUS****LAPSEN, NUOREN JA LAPSIPERHEEN OHJAUS -PROJEKTI**

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjauksen kehittämiseen liittyvästä projektista ja tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää niistä kysymyksiä projektipäällikölle / tutkijalle.

Osallistun tutkimukseen ja annan luvan haastattelun käyttöön ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä, Stadian ja HUS:n yhteistyöprojektissa ja väitöskirjatutkimuksessa. Ymmärrän, että antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika:

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:  
vastaanottaja:**

**Suostumuksen**

sairaanhoidajan allekirjoitus

haastattelijan allekirjoitus

nimen selvennys

nimen selvennys

## LIITE 4

## Sairaanhoitajien haastattelun analyysirunko:

**4. Haastateltavien taustatiedot:**

- a. ikä
- b. ammatillinen tutkinto (opistoasteinen sh, amk-sh, terveydenhoitaja, kätilö, erikoissairaanhoitaja tms.)
- c. muu terveysalan koulutus (erikoistumisopinnot, täydennyskoulutus, TtM, hoitotieteen approbatur-opinnot tms.)
- d. työyksikkö/osasto
- e. työkokemuksen pituus sairaanhoitajana
- f. työkokemuksen pituus nykyisessä työyksikössä

**5. Ohjaustilanteen konteksti**

- a. ohjaustila (tila, jossa ohjaus tapahtui)
- b. ohjaustilanteessa mukana olleet (keitä paikalla, esim. äiti, isä, lapsi, sisarus, opiskelija, sairaanhoitaja)
- c. ohjaukseen käytetty aika (ohjauksen kesto)
- d. ohjauksessa käytetty oheismateriaali (esim. kuva- tai valokuvakirjat, kirjalliset ohjeet, havainto- , tutkimus- tai hoitovälineet, kyselyt tms.)
- e. ohjaus osastolla vai polikliininen ohjaus
- f. kertaohjaus vai ohjaus osana laajempaa ohjausprosessia

**6. Sairaanhoitajan ammatillisuus**

- a. sairaanhoitajan tiedot yleisesti lapsen, nuoren ja perheen kasvusta ja kehityksestä
- b. sairaanhoitajan yleiset tiedot sairauden vaikutuksista lapseen, nuoreen ja perheeseen
- c. sairaanhoitajan yleiset tiedot lapsen tai nuoren sairaudesta
- d. sairaanhoitajan ohjausvalmiudet (mm. mitä ohjausmenetelmiä hallitsee, miten ohjausmenetelmiä käyttää yleensä)
- e. sairaanhoitajan valmistautuminen ko. ohjaukseen (miten valmistautui tähän ohjaukseen)

**7. Perhekeskeisyys ohjauksessa**

- a. perheen tilanne:
  - perheen koko ja ketä perheeseen kuuluu
  - monesko lapsi ohjattava on
  - vanhempien asema / työ
- b. perheen tapa oppia
- c. perheen kulttuuri
- d. perheen odotukset

**8. Asiakaslähtöisyys ohjauksessa**

- a. ohjattavan lapsen / nuoren ikä
- b. lapsen / nuoren sairaus
- c. lapsen / nuoren sairauden vaihe (esim. vasta todettu, vuosia kestänyt)

- d. lapsen / nuoren kognitiiviset taidot ja tapa oppia
- e. lapsen / nuoren odotukset ohjaukselle

### 9. Vuorovaikutus ja avoin dialogi

- a. kuvaus vuorovaikutuksesta ohjaustilanteessa
- b. kuvaus yhteistyöstä ohjaustilanteessa
- c. ohjauskieli suhteessa lapsen / nuoren ja perheen kieleen
- d. samantahtisuus ohjaustilanteessa (käsitteellisesti yhteistä kieltä, vrt. lapsen / nuoren ”kieli”)

### 10. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen tavoitteissa

- a. biologis-fysiologiseen alueeseen liittyvät tavoitteet (lapsen / nuoren fyysisiin oireisiin ja tuntemuksiin, tutkimuksiin, hoitoon ja sen sivuvaikutuksiin liittyvät tavoitteet)
- b. tiedolliseen alueeseen liittyvät tavoitteet (lapsen / nuoren perheen tiedon lisäämiseen, arviointiin, kertaamiseen liittyvät tavoitteet)
- c. toiminnalliseen alueeseen liittyvät tavoitteet (päivittäisistä toiminnoista selviämiseen ja niissä tarvittavaan apuun ja apuvälineisiin liittyvät tavoitteet)
- d. sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen liittyvät tavoitteet (sosiaaliseen tukeen (sisältää emotionaalisen tuen), huolenpitoon sukulaisilta, läheisiltä, ystäviltä tai potilasjärjestöltä, yksinäisyyteen, harrastuksista luopumiseen liittyvät tavoitteet)
- e. kokemukselliseen alueeseen liittyvät tavoitteet (lapsen / nuoren / perheen kokemuksiin liittyvät tavoitteet, lapsen, nuoren ja perheen aikaisempien kokemusten huomioiminen tavoitteissa)
- f. eettiseen alueeseen liittyvät tavoitteet (lapsen / nuoren ja perheen autonomiaan, luottamukseen ja päätöksentekoon liittyvät tavoitteet)
- g. taloudelliseen alueeseen liittyvät tavoitteet (taloudelliseen tilanteeseen, sosiaaliturvaan, jatkohoitoon liittyvät tavoitteet)

### 11. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen ohjauksen sisällöissä

- a. biologis-fysiologiseen alueeseen liittyvät ohjauksisällöt (fyysiset oireet ja tuntemukset, tutkimukset, hoito ja sen sivuvaikutukset ohjauksessa)
- b. tiedolliseen alueeseen liittyvät sisällöt (uusi tieto lapselle / nuorelle ja perheelle, tiedon arviointi tai tiedon kertaaminen ohjauksessa)
- c. toiminnalliseen alueeseen liittyvät sisällöt (päivittäisistä toiminnoista selviäminen ja niissä tarvittava apu ja apuvälineet ohjauksessa)
- d. sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen liittyvät sisällöt (sosiaalinen tuki (sis. emotionaalisen tuen), huolenpito sukulaisilta, läheisiltä, ystäviltä tai potilasjärjestöltä, yksinäisyys, harrastuksista luopuminen ohjauksessa)
- e. kokemukselliseen alueeseen liittyvät sisällöt (lapsen / nuoren / perheen kokemus aiemmasta terveydestä, aikaisemmista sairaalakokemuksista, omista tunteista ohjauksessa)



- f. eettiseen alueeseen liittyvät sisällöt (lapsen / nuoren ja perheen autonomia, luottamus ja oikeus päätöksentekoon ohjauksessa)
- g. taloudelliseen alueeseen liittyvät sisällöt (hoidon kustannukset, taloudelliset vaikeudet, sosiaaliturva, kuntoutuskustannukset ja hoidon jatkuvuus ohjauksessa)

**12. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen ohjauksen etenemisessä**

- a. kuvaus siitä, miten tavoitteet asetettiin
- b. kuvaus lapsen, nuoren ja perheen osallistumisesta tavoitteiden asettamiseen
- c. kuvaus siitä, miten lapsi / nuori ja perhe osallistuivat ohjaukseen
- d. kuvaus lapsen / nuoren ja perheen aktiivisuuden tukemisesta ohjauksessa
- e. kuvaus ohjauksen etenemisestä
- f. kuvaus tässä ohjauksessa käytetyistä ohjausmenetelmistä
- g. kuvaus siitä, miten päätökset tai toimintatavat ohjauksessa syntyivät

**13. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä voimaantuminen ohjauksen arvioinnissa**

- a. kuvaus, miten ohjausta arvioitiin
- b. lapsen / nuoren ja perheen arviointi / palaute ohjauksesta
- c. kuvaus ohjauksen seurauksista

25.02.2008 MK

## LIITE 5

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden ohjaus: sairaanhoitajien kokemuksia ohjauksesta

## SAIRAANHOITAJAN HAASTATTELU

Haastateltavan havaintotunnus \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_

## Haastateltavan taustatiedot:

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

2. **Ammatillinen tutkinto** (esim. opistoasteinen- tai amk-sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö, erikoissairaanhoitaja tms.)

---



---

**Muu terveystieteiden koulutus** (esim. erikoistumisopinnot, täydennyskoulutus, TtM tms.)

---



---



---



---

3. Työyksikkö \_\_\_\_\_

4. Työkokemus sairaanhoitajana \_\_\_\_\_

5. Työkokemus nykyisessä työyksikössä \_\_\_\_\_

Haastattelijan havaintotunnus \_\_\_\_\_