

HUOLENPITOA JA ARVIOINTIA YHTEISTÖSUHTEESSA LASTENOSASTOILLA
– KUVAUS ANOREKSIAA SAIRASTAVIEN LASTEN VÄLITTÖMISTÄ
HOITOTYÖN TOIMINNOISTA HOITOKERTOMUKSIIN PERUSTUEN

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma
Anna Rinne
Huhtikuu 2008

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

RINNE, ANNA: Huolenpitoa ja arviointia yhteistyösuhteessa lastenosastoilla –

kuvaus anoreksiaa sairastavien lasten välittömistä hoitotyön toiminnoista hoitokertomuksiin perustuen

Pro gradu -tutkielma, 72 sivua, 2 liitettä

Ohjaajat: TtT Katja Joronen ja professori, THT Päivi Åstedt-Kurki

Hoitotiede

Huhtikuu 2008

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön dokumenttien avulla anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevan lapsen ja nuoren välittömiä hoitotyön toimintoja. Tutkimuksen aineiston muodostivat kahdeksan 11 – 15 -vuotiaan tytön hoitokertomukset 237 hoitopäivän ajalta yliopistosairaalan lastenosastoilla. Lapset olivat olleet sairaalahoidossa vuosien 2004 – 2006 aikana. Hoitokertomuksista poimitut yli 2400 ilmaisua analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä induktiivisesti.

Analyysin tuloksena muodostettiin kolme välittömiä hoitotyön toimintoja kuvaavaa kategoriaa. Huolenpitäminen, voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen sekä yhteistyösuhteessa toimiminen kuvasivat hoitajien toimintaa, kun lapsi oli lastenosastolla anoreksian vuoksi. Huolenpitämiseen sisältyivät perushoidosta, valvonnasta ja kliinisestä hoidosta huolehtiminen. Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioimiseen kuuluivat anoreksian oireiden sekä voinnin ja käyttäytymisen tarkkaileminen. Yhteistyösuhteen ylläpitäminen ja haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa olivat osa yhteistyösuhteessa toimimista.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että anoreksian luonteesta johtuen huolenpitäminen sekä voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen kannattelevat hoitoa silloinkin, kun yhteistyösuhde on vasta muodostumassa. Oleellista välittömissä hoitotyön toiminnoissa on, että ne osaltaan tukevat lasta painon normalisoimisessa. Työyhteisö voi tukea yhteistyösuhteen muodostamista antamalla hoitajan, lapsen ja perheen olla toistuvasti vuorovaikutuksessa, jolloin jatkuvuus ja tutustuminen mahdollistuvat. Tämä tutkimus tuotti tietoa hoitotieteessä vähän tutkitusta aiheesta. Sen tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön arvioinnissa ja kehittämisessä sekä lasten hoitotyön opettamisessa.

Asiasanat: hoitotyön toiminnot, yhteistyösuhde, lapset, anoreksia, hoitotyön kirjaus

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing Science

RINNE, ANNA: Caring, assessing and evaluating in a relationship of co-operation at pediatric wards – description of immediate nursing practices of children suffering from anorexia nervosa according to nursing documents

Masters' Thesis, 72 pages, 2 appendices

Supervisors: Katja Joronen PhD and Päivi Åstedt - Kurki Professor, PhD

Nursing Science

April 2008

The aim of this qualitative study was to describe, through nursing documents, the immediate nursing practices of children, who are treated at pediatric wards because of anorexia nervosa (AN). The data was collected from nursing documents which were produced during a child's stay at a pediatric ward of a university hospital. Analysed documents consisted of 237 hospital days of eight girls of 11 – 15 years of age who had been inpatients during 2004 – 2006. Over 2400 expressions collected from nursing documents were analysed using qualitative inductive content analyses.

As a result, three major categories were found. Care, assessment and evaluation as well as acting in a relationship of co-operation described immediate nursing practices at pediatric wards with the children suffering of AN. The 'care' -category included basic care, surveillance and clinical care. The 'assessment and evaluation of condition and achieving objectives' -category consisted of both assessing and evaluating child's condition and behavior, as well as assessing the signs of AN. Maintaining a relationship of co-operation and being aware of the challenges in it constituted 'acting in a relationship of co-operation' -category.

In conclusion, it can be said that both care and assessment and evaluation of child's condition or of achieving nursing objectives, maintain treatment while a relationship of co-operation is still developing, because of the nature of AN. For the immediate nursing practices, it is essential that they support a child's healthy weight restoration. The work community at a pediatric ward can contribute to a relationship of co-operation by letting the nurse, child and family interact with each other recurrently to enable continuity and familiarity. This study has produced information, which can serve the evaluation and development of nursing practice, as well as education of nurses.

Keywords: nursing practices, co-operation, children, anorexia nervosa, nursing documentation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Anoreksia	2
2.1.1 Sairaalahoidon kriteerit ja tavoitteet	3
2.1.2 Anoreksia kokemuksena	5
2.2 Hoitotyö ja hoitotyön toiminnot	6
2.2.1 Hoitotyön toiminnot ja yhteistyösuhde	7
2.2.2 Yhteistyösuhde perheen kanssa	11
2.3 Hoitotyön kirjaus	14
2.4 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä ja dokumentit aineistona	19
4.2 Aineiston keruu	20
4.3 Aineiston kuvaus	20
4.4 Aineistolähtöisen analyysin kuvaus	22
5 TULOKSET	24
5.1 Huolenpitäminen	25
5.1.1 Perushoidosta huolehtiminen	26
5.1.2 Kliinisestä hoidosta huolehtiminen	28
5.1.3 Valvonnasta huolehtiminen	30
5.2 Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen	32
5.2.1 Voinnin ja käyttäytymisen tarkkaileminen	34
5.2.2 Anoreksian oireiden tarkkaileminen	40
5.3 Yhteistyösuhteessa toimiminen	42
5.3.1 Yhteistyösuhteen ylläpitäminen	44
5.3.2 Haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa	50
6 POHDINTA	54
6.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	54
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	55
6.3 Tutkimustulosten tarkastelua	58
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	64

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Anoreksiaan sairastuneiden lasten (alle 17 -vuotiaiden) alkuhoito painon normalisoimiseksi tapahtuu usein lastenosastoilla. Tuolloin hoitajien toiminta muodostaa ajallisesti merkittävän osan hoitoa, koska potilaiden tilanne saattaa edellyttää jopa ympärivuorokautista hoitajan vierellä oloa. Tällaisessa tilanteessa hoitajille kertyy potilaan ja perheen hoidosta tietoa (Ramjan 2004, Newell 2004, Ryan ym. 2006.), jota tallennetaan potilaan hoitokertomukseen. Lapsen kulloinkin hoitaja dokumentoi hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin hoitokertomukseen varmentaan sen omalla nimellään (Lehti 2004, Hallila 2005a). Kun tuotetaan tietoa hoitotyön toiminnoista, mahdollistetaan se, että tulevaisuudessa hoitajien toiminnasta mahdollisemman suuri osa perustuu tutkittuun tietoon (Salanterä & Walta 2001, ICN 2007). Anoreksiaa sairastavien lasten ja heidän perheidensä hoitotyön kehittämiseksi on tärkeää saada tietoa siitä, millaisia ovat ne välittömät hoitotyön toiminnot, joilla edistetään anoreksiaa sairastavien ja heidän läheistensä hyvinvointia ja terveyttä lastenosastoilla.

Anoreksiaa sairastavien lasten hoitotyötä lastenosastoilla ei ole Suomessa tutkittu lainkaan, vaikka lastenosastoilla hoidetaan juuri kaikista huonoimmassa ravitsemustilassa olevia lapsia. Tutkimusta on tehty esimerkiksi anoreksiasta kokemuksena (Puuronen 2004, Valkendorff 2007), syömishäiriöiden vaikutuksesta nuoruusiän kehitykseen (Ruuska 2006) ja yksi hoitotieteellinen tutkimus anoreksiaa sairastavien nuorten kokemuksista osastohoidosta nuorisopsykiatrisella osastolla (Kuosmanen 2000). Australiassa on tehty tutkimuksia hoitajien kokemuksista syömishäiriöisten potilaiden hoidosta lasten akuuteilla osastoilla (King & Turner 2000, Ramjan 2004, Ryan 2006 ym.). Kansainvälisiä tutkimustuloksia ei kuitenkaan välttämättä voi suoraan verrata suomalaiseen hoitotyöhön erilaisten koulutus-, ympäristö- ja kulttuuritekijöiden vuoksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön dokumenttien avulla anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevien lasten välittömiä hoitotyön toimintoja. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sekä hoitotyön arvioinnissa että kehittämisessä ja lasten hoitotyön opetuksessa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Anoreksia

Anoreksia on yhdenlainen syömishäiriö, jolla on sekä hälyttäviä psyykkisiä että elimellisiä vaikutuksia. Ulkoisesta laihuudesta huolimatta anoreksiaa sairastava on omasta mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Hänen ruumiinkuvansa on vääristynyt, joten hän tavoittelee terveyden kannalta liian alhaista painoa. (Käypä hoito -suositus 2002, Gelder ym. 2006.) Anoreksiaan sairastuvat ovat useimmiten nuoria, keskimäärin iältään 15 – 24 -vuotiaita ja suurin osa sairastuneista on tyttöjä. (Lock & Gowers 2005, Ruuska 2006, Ruuska 2007.) Anoreksiaan arvellaan sairastuvan noin 0,2 – 1,0 % nuorista. Vain pieni osa (5 – 10 %) sairastuneista on miespuolisia. Syömishäiriö on saanut alkunsa paljon aikaisemmin ennen kuin se kliinisesti todetaan. Sairastunut tyttö on usein alkanut laihduttaa ensimmäisten kuukautisten jälkeen. (Thompson & Smolak 2001, Bryant- Waugh 2006.) Suomessa yleisin sairauden puhkeamisikä on ollut 13 vuotta, mutta nuorin Suomessa hoidettu potilas oli vasta 9-vuotias. (Joutsenoja 2006, Ruuska 2007.)

Anoreksiaan sairastumisen syytä ei tiedetä. Tällä hetkellä anoreksian etiologian nähdään olevan multidimensionaalinen: sairaus puhkeaa, kun lapsen elämässä on joukko altistavia tekijöitä esimerkiksi vaativa persoona, hoikkuutta ihaileva kulttuuri (ks. Männistö 2003), lapsen perheeltä saama palaute, lapsen vaikeus tunnistaa omia tunteitaan, tietynlainen perimä, puberteettikehitys ja ympäristö (vaikkapa harrastus, jossa matalasta painosta on etua) sekä laukaiseva tekijä, vaikkapa paino, josta kiusataan. Altistavien ja laukaisevien tekijöiden lisäksi merkitystä on myös sairautta ylläpitävillä tekijöillä. Ylläpitävistä tekijöistä esimerkkinä voi olla vertailu ikätovereihin, sillä anoreksiaan sairastumisen iässä lapsi on hyvin herkkä vertaamaan itseään heihin. Tämä vertailu vaikuttaa lapsen painoon enemmän kuin monet muut tekijät. (Rantanen 2004, Ruuska 2007.) Ikätoverit voivat olla nuoren maailmassa tärkeämpiä kuin vanhemmat. Nuoren kuva itsestä on riippuvainen siitä, millaisena hän näkee ikätovereiden ja hänelle tärkeiden ihmisten häntä pitävän. Nuori hakee jatkuvaa palautetta siitä, millainen hän on. Hän tuntee itsensä sellaiseksi millaisena arvelee muiden pitävän itseään. (Aalberg & Siimes 1999, Ruuska 2007.) Painon putoaminen voi tuoda nuorelle ikätovereiden hyväksyntää vanhemmilta saadun huomion ohella (Harrison ym. 2006).

Laihuushäiriöstä (F50.0: ICD - 10 tautiluokituksessa) puhutaan, kun potilaan paino on vähintään 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskipainon. (Vasta 16 ikävuoden jälkeen käytetään BMI lukemia). Esimurrosikäisen paino saattaa jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee ja tällöin myös pituuskasvu pysähtyy. Laihuushäiriössä, anoreksiassa painoa vähennetään aktiivisesti tai alipainoa ylläpidetään välttämällä ”lihottavia” ruokia. Kiellettyjen ruoka-aineiden lisäksi painoa voidaan hallita liiallisella liikunnalla, itse aiheutetulla oksentelulla ja ulostus-, nesteentoisto- tai ruokahalua hillitsevällä lääkityksellä. (Käypä hoito -suositus 2002, Gelder ym. 2006, Harrison ym. 2006.) Tunnetasolla anoreksiaa sairastava lapsi tai nuori kokee itsensä lihavaksi, vaikka samalla voi tiedon tasolla käsittää olevansa laiha. Sairastuneella nuorella todetaan laaja-alainen endokriininen häiriö, joka ilmenee tytöillä kuukautisten puuttumisena. Esimurrosikäisellä sekä kasvu että murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. (Käypä hoito -suositus 2002.)

Kansainvälisissä lähteissä laihuushäiriöstä puhutaan anorexia nervosa (AN) nimellä (ks. NICE 2004, Bryant-Waugh 2006, Berkman ym. 2006, Gelder ym. 2006, Harrison ym. 2006). Tässä tutkimuksessa käytän laihuushäiriöstä anoreksia nimitystä, sillä vaikka laihuushäiriö on hyvin kuvaava nimi, se ei ole vakiintunut päivittäiseen käyttöön anoreksia nimityksen tapaan.

Anoreksiaan sairastunut tarvitsee usein sairaalahoitoa jossain sairauden vaiheessa, sillä paraneminen voi viedä aikaa jopa useita vuosia. On tavallista, että potilaalle tulee relapsivaihe, jolloin paino saattaa uudelleen pudota sairaalahoitoa vaativalle tasolle. Tutkimusten mukaan hoitoajat ovat olleet kolmesta ja puolesta vuodesta jopa 14,5 vuoteen. (Steinhousen ym. 2000, Colton & Pistrang 2004, Bryant-Waugh 2006, Gelder ym. 2006.) Sairauden pitkittyminen vaikuttaa voimakkaasti yksilön hyvinvointiin ja terveyteen. Anoreksia lisää ennenaikaisen kuoleman riskiä sekä suusidaalisuuden että sairauden aiheuttamien komplikaatioiden takia. (Sullivan 1995, Nielsen 2001, Fichter ym. 2006, Bulik ym. 2008.)

2.1.1 Sairaalahoidon kriteerit ja tavoitteet

The American Psychiatric Association (2000) on määritellyt anoreksiaa sairastavan potilaan sairaalahoitoon ottamisen kriteerit (taulukko 1) (Winston & Webster 2003, Joutsenoja 2006).

Taulukko1. Välittömän sairaalahoidon aiheet

Henkeä uhkaavat oireet:

BMI (body mass index) < 13.5 kg/m² tai nopea lasku > 20 % 6 kuukaudessa (painoindeksi max.13) tai paino max. 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta
 TAI nopea laihtuminen 25 % 3 kk (*Joutsenoja 2006).
 Bradykardia 40 tai alle lyöntiä minuutissa
 Hypotensio 80/50 mmHg alle 16 -vuotiailla /ortostaattinen pudotus 10 – 20 mmHg (1. mittaus 10 min. levon jälkeen, 2. mittaus 2 minuutin seisomisen jälkeen)
 TAI Systolinen paine alle 70 mmHg (*Joutsenoja 2006).
 Vaikea kuivuma
 Hypoglykemia
 Vaikea elektrolyyttihäiriö (K < 2,5 mmol/l; Na < 130mmol/l)
 Petekkioita ja merkittävä trombosyttimäärän lasku
 Maksan, munuaisten, luuytimen toiminnan vaarantuminen
 Vakava aineenvaihduntatasapainon häiriö
 EKG muutokset (*Joutsenoja 2006)

Psyykkiset syyt:

Itsemurhavaara
 TAI Vakava itsetuhoisuus, psykoottiset oireet (*Joutsenoja 2006).
 Vaikea liitännäissairaus esim. masennus tai pakko-oireisto
 Erittäin huono hoitomotivaatio/ ymmärrys omasta tilasta

Sosiaaliset syyt:

Vaikea perhetilanne
 Painonnousun epäonnistuminen avohoidossa

* merkityt ovat suomalaisia lisäyksiä Winston & Webster (2003) lähteeseen

Anoreksian aiheuttamassa akuutissa ja vaikeassa aliravitsemustilassa kaikki elimet ja kudokset voivat kärsiä (Rome ym. 2003, Gelder ym. 2006). Vaikeasti sairaat potilaat, joilla on elektrolyyttihäiriöitä tai sydän- tai verenkiertoelimistön oireita, hoidetaan aluksi lasten(sisätauti-)osastolla (Winston & Webster 2003, Gowers & Bryant -Waugh 2004, Joutsenoja 2006). Sairaalahoidon tavoitteena on ravitsemustilan ja somaattisen tilan korjaantuminen emotionaalisesti tukea antavassa ympäristössä (Käypä hoito -suositus 2002, NICE 2004, Fairburn 2005, Roots ym. 2006, Bryant-Waugh 2006). Hoidon alussa ensisijainen tavoite on saavuttaa terveellinen paino, koska esimerkiksi terapiatyöskentely edellyttää

vaikean nälkiintymistilan väistymistä (Hill & Pomeroy 2001, Gore ym. 2001, Käypä hoito -suositus 2002, Ekeroth 2005, Lowther 2005).

Lapselle sairaalahoitoon päätyminen voi olla järkyttävää, sillä sairauden kokemus voi puuttua tunnetasolla, vaikka tiedon tasolla ymmärtäisikin olevansa vaarallisen laiha. Sairastunut on jo siinä iässä, että ymmärtää sairaalahoidon tarkoittavan aliravitsemustilan korjaantumista ja sitä kautta painon nousemista.

2.1.2 Anoreksia kokemuksena

Anoreksiaan sairastuminen tapahtuu salakavalasti, koska se alkaa usein hallittuna laihduttamisena, mutta muuttuu sekä lapsesta riippumattomaksi että hallitsemattomaksi pakoksi rajoittaa ja kieltäytyä. Rajoittaminen ja kieltäytyminen voivat häiritä myös sosiaalisia suhteita, koska lapsen on noudatettava itselleen laatimia tarkkoja rajoituksia sekä sääntöjä. Sairastuneet voivat kokea itsensä lihaviksi vaikka todellisuudessa olisivat vaarallisenkin alipainoisia sen lisäksi, että heidän arvomaailmassaan vartalon painolla ja muodolla voi olla ylikorostunut merkitys. Lihomisen pelko voi jopa pahentua painon pudotessa. (Gelder ym. 2006, Harrison ym. 2006.)

Coltonin ja Pistrangin (2004) tutkimukseen osallistuneista anoreksiaa sairastavista potilaista tuntui, että sairaus oli ottanut kontrollin heistä, yksilön sitä itse huomaamatta. Anorektinen kieltäytyminen oli alkanut hallita ja muuttunut pakoksi. Anoreksiassa päätepidettä laihoodelle ei voi saavuttaa vaan tavoite pakenee aina edellä (Muscari 2002, Puuronen 2004, Valkendorff 2007). Yhtäältä syömisen rajoittaminen tuo mielihyvää, hallinnan tunnetta ja painon pudottaminen on palkitsevaa, jolloin se vahvistaa rajoittamista. Toisaalta mielihyvän saamiseksi on rajoitettava aina vain enemmän. Anoreksiaa sairastava voi jollain tavalla nauttia oireistaan ja saada positiivista huomiota sekä ikätovereilta että vanhemmilta. Tällöin paranemiseen saattaa liittyä ristiriitaisia tunteita ja avun vastaanottaminen voi olla vaikeaa. (Puuronen 2004, Harrison ym. 2006, Nordbo ym, 2006, Skårderud 2007.) Sairaus ja sen oireet eivät kuitenkaan ole sairastuneen hallittavissa. Hallinnan menettäminen aiheuttaa itsessään helposti häpeän tunteen. (Nordbo ym. 2006, Skårderud 2007.)

Keskittymällä vartaloon, painoon ja ruokaan voi suunnata huomion pois mahdollisista vaikeuksista. Syömisen rajoittaminen ja siihen keskittyminen on tehokas keino hallita negatiivisia tunteita, sillä vaikeasti nälkiintyneenä ei enää tunne minkäänlaisia tunteita. (Nordbo ym. 2006, Joutsenoja 2006.) Syömishäiriöisen ajatukset pyörivät ruuan ja syömisen ympärillä (Tulokas & Laasanen 2001, Colton & Pistrang 2004, Puuronen 2004, Puuronen 2005, Gelder ym. 2006). Sairastuneelle syöminen voi, sen ajattelemisesta huolimatta, olla vaikeaa. Lastenosastolla anoreksiaa sairastavien potilaiden sekä syömiskäyttäytymisen arviointi että ruokailusta huolehtiminen kuuluvat hoitajan hoitotyön toimintoihin.

2. 2 Hoitotyö ja hoitotyön toiminnot

Hoitotyö on terveysalan ammattilaisten antamaa hoitoa, joka tapahtuu hoitotodellisuudessa (Eriksson ym. 2007). Hoitaminen konkretisoituu ja toteutuu erilaisina tekoina, joita nimitetään hoitotyön toiminnoiksi. Hoitotyön toiminnot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin tai hyviksi koettuihin käytänteisiin. Hoitajan toiminnan taustalla ovat yhtä aikaa sekä potilaan terveyteen liittyvät ongelmat että hänen ainutlaatuinen persoonansa (ja elämäntilanteensa) hoitotilanteessa. Hoitotyön toiminnoilla pyritään edistämään hyvinvointia ja terveyttä. (Salanterä & Walta 2001, Eriksson ym. 2007.) Tutkimalla hoitotyön toimintoja voidaan selvittää hoitotyön sisältöä ja nostaa se tarkastelun kohteeksi sekä arviointia että kehittämistä varten. Hoitajan toimintaa tutkittaessa voidaan vastata kysymyksiin mitä ja miten hoitajat tekevät. Toiminnan tavoitteen avulla voidaan saada selville mistä toiminnassa on kyse. (Salanterä & Walta 2001.)

Hoitotyön toiminnot voidaan jakaa välittömään vuorovaikutukseen potilaan ja perheen kanssa, jossa osapuolet ovat läsnä sekä hoitajan itsenäiseen toimintaan potilaan hyväksi. Hoitajan itsenäinen toiminta tarkoittaa muun muassa hoidon suunnittelua, päätöksentekoa, konsultointia sekä hoidon koordinoitua, jota hoitaja voi tehdä myös muiden terveydenhuollon työntekijöiden kanssa. (Lauri & Elomaa 1999.) Tässä tutkimuksessa keskitytään välittömiin hoitotyön toimintoihin, koska anoreksiaa sairastavan lapsen hoitotyössä potilaan ja perheen kanssa tehdyt sopimukset sekä sopimusten valvonta esimerkiksi ruokailusta, liikkumisesta ja levosta sekä muista päivittäisistä toiminnoista ovat hoidossa keskeisiä. Selkeät, johdonmukaiset sopimukset ja rajat lisäävät turvallisuuden tunnetta ja helpottavat ahdistusta

sekä kontrollin menettämisen tunteita. (Kuosmanen 2000, Muscari 2002, Breiner & MacPhee 2003, Colton & Pistrang 2004.) Sairaalahoidon alussa sovitaan painorajat, joiden mukaan lapsi voi osallistua esimerkiksi koulun käyntiin ja päästä kotilomille. (Kuosmanen 2000, Gore ym. 2001, Joutsenoja 2006.) Turvallisuuden tunteen ylläpitämiseksi lapsen on tiedettävä, mitä sairaalahoito tuo tullessaan ja miten tullaan toimimaan.

Hoitajan ja potilaan kohtaamisessa hoitotyö konkretisoituu välittöminä tekoina eli toimintoina potilaalle. Hoitotyön toimintoja perustellaan potilaasta ja hänen avuntarpeestaan käsin. Toisen ihmisen itsensä vuoksi – periaatetta voidaan pitää mittapuuna, kun arvioidaan hoitamisen sisältöä. Hoitaja asettuu potilaan puolelle sairautta ja kärsimystä vastaan. Sairauden vuoksi hoitaja voi joskus joutua tekemään päätöksiä potilaan puolesta. (Haho 2006.) Jotta nuo päätökset ja toiminnot tuntuisivat potilaasta ja perheestä hoitamiselta, on hoitajan toimittava sekä lapsen että läheisten kanssa yhteistyösuhteessa. Ammatillisen yhteistyösuhteen tavoitteena on potilaan yksilöllinen auttaminen. Yhteistyösuhteen on parhaiten katsottu toteutuvan yksilövastuisen hoitotyön avulla, jossa nimetty hoitaja tai nimetyt hoitajat sekä hoitavat potilasta että koordinoivat potilaan hoitoa. Hoitajan ja lapsen ja perheen välinen tuttuus mahdollistaa yhteistyösuhteen muodostumisen ja positiivisen vuorovaikutuksen. (Mattila 2000, Ford & Turner 2001.) Maaliskuussa 2008 puolet Suomen sairaanhoitopiireistä ilmoitti kotisivustoillaan lastenostoilla nimettävästä omahoitajasta (www.esshp.fi, www.hus.fi, www.maakunta.kainuu.fi, www.khshp.fi, www.ksshp.fi, www.lpshp.fi, www.psshp.fi, www.pshp.fi, www.satshp.fi, www.tyks.fi).

2.2.1 Hoitotyön toiminnot ja yhteistyösuhde

Välittömät hoitotyön toiminnot, jossa läsnä ovat potilas ja hoitaja tai potilaan läheiset, tapahtuvat vuorovaikutuksessa eli hoitajan toiminta vaikuttaa lapseen ja perheeseen, ja vastaavasti lapsen ja perheen toiminta vaikuttaa hoitajan toimintaan. Tuloksellisen hoidon edellytyksenä on positiivinen vuorovaikutus, jossa hoitajan ja potilaan sekä perheen toiminnot täydentävät toisiaan. (Shin & White-Traut 2004, Kirk 2007.) Hoitotyössä ammatillisessa suhteessa keskitytään potilaan asioihin, potilaan omista lähtökohdista käsin (Janhonen 1999, Kirk 2007).

Mattilan (2000) tutkimuksessa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta kuvattiin usean osa-alueen avulla: kohtaamisen myönteisyydellä ja turvallisuudella, aloitteellisuudella ja luottamuksella yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyydellä, välittämisen kokemisella, vahvistumisella sekä tunnekokemuksen jakamisella. Hoitosuhteen alkamiseen kuuluivat tutustuminen ja kokemus siitä, että hoitaja hyväksyy potilaan. Myös hoitajat odottivat potilaan hyväksyvän heidät ammattikuntansa edustajina ja suhtautuvan vakavasti hoitajan antamiin tietoihin. Kohtaamisen myönteisyyteen ja turvallisuuteen vaikuttivat tulotilanteen kokeminen ja hoitosuhteen alkaminen. Potilaat painottivat muistojaan ja kokemuksiaan sairaalantulosta ja vastaanottotilanteesta. Samoin hoitajat pitivät tärkeänä hoitosuhteen alkamisen ja vastaanottotilanteen myönteisyyttä, jolloin potilas oli kokenut olevansa tervetullut. Potilaiden kokemusta heikensivät muun muassa epätietoisuus, välinpitämättömyyden kokemus ja kiire. Hoitajien mielestä oli haasteellista aloittaa vuorovaikutus äkillisesti sairaalaan joutuneen potilaan kanssa, joka ei ollut pystynyt valmistautumaan sairaalahoidon alkamiseen. (Mattila 2000.)

Potilaan ja hoitajan väliseen yhteistyöhön vaikuttivat aloitteellisuus ja luottamus. Toistuva vuorovaikutus saman hoitajan kanssa mahdollisti arkojen asioiden esiin ottamisen yhteistyösuhteessa. (Mattila 2000.) Toistuvien tapaamisten tuoma tuttuus oli merkityksellistä potilaille ja perheille myös Lehdon (2004) ja Hopian (2006) tutkimuksissa. Luottamuksellisen suhteen rakentamisessa potilaan kanssa on oleellista potilaan kohtaaminen ihmisenä. (ks. Janhonen 1999, Colton & Pistrang 2004, Newell 2004.) Tämä tarkoitti Kohosen ym. (2007) tutkimuksessa oikeiden sanojen käyttöä, eläytymistä, ihmisarvon vahvistamista, rohkaisua, ymmärtämistä ja emotionaalista tukemista. Luottamuksellisessa suhteessa potilas voi rohkaistua puhumaan myös mahdollisista peloistaan. Pelosta puhuminen saattaa hälventää niitä ja edesauttaa tulevaisuuteen suuntautumista. (Muscari 2002.)

Potilaan ja hoitajan läheisyydellä, välittämisen kokemisella ja vahvistumisella oli merkitystä vuorovaikutukselle. Yhteistyösuhteessa vuorovaikutus oli tasavertaista, jolloin potilas oli tavoitetietoinen sekä ajan tasalla hoitonsa suhteen. Tasa-arvoisuuden merkinä oli potilaan oman näkemyksen huomioiminen. (Mattila 2000, Kirk 2007.) Tutkimusten perusteella anoreksiaa sairastavien potilaiden tiedetään tarvitsevan tukea ja luottamuksellista suhdetta hoitaviin henkilöihin. Mielenkiinnon kohteena ovat olleet joko anoreksiaa sairastavien (Kuosmanen 2000, Colton & Pistrang 2004) tai hoitajien (King & Turner 2000, Ramjan 2003, Ryan ym. 2006) kokemukset

yhteistyösuhdesta. Edellä mainituissa tutkimuksissa hoitajien tavoitteena oli ollut yhteistyösuhde potilaan kanssa, mutta niissä todettiin, että suhteen muodostaminen oli usein pulmallista, sillä sekä hoitajat että potilaat kokivat hoitoon liittyvän runsaasti ristiriitoja. Ristiriidat kumpusivat useista tekijöistä: asenteista, motivaatiosta, sairauden luonteesta, hoitokäytännöistä ja hoitoympäristöstä, joista vain osaan hoitajien toiminnalla oli mahdollista vaikuttaa. (George 1997, Kuosmanen 2000, King & Turner 2000, Ramjan 2003, Colton & Pistrang 2004, Newell 2004, Lowther 2005, Ryan ym. 2006.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa tutkijoiden mielenkiinto oli rajattu koskemaan hoitaja–potilas -suhdetta, kun taas Kuosmanen (2000) tutkimuksessa anoreksiaa sairastavien nuorten kokemuksen mukaan omahoitaja oli tukenut myös nuoren suhdetta perheenjäseniin. Nuorten mielestä keskeistä hoitotyössä oli ollut omahoitajan oleminen aikuisen mallina nuorelle. Yhtäältä hoitajien on mahdollista olla lähellä potilasta ja tarjota huolenpitoa ympärivuorokautisesti kaiken toiminnan ohessa (Ryan ym. 2006). Toisaalta myös potilaan kieltäytyminen läheisestä suhteesta on mahdollista. Hoitajat kokivat ristiriitaisia tunteita silloin, kun arvelivat potilaan hyötyvän läheisyydestä, mutta kuitenkin kieltäytyvän siitä. (Mattila 2000.)

Luottamuksellisuus mahdollisti myös hoitajavetoisuuden vuorovaikutussuhteessa. Tällöin hoitaja toimi potilaan puolestapuhujana ja päätöksentekijänä potilaan myötäillessä. (Mattila 2000.) Hoitajavetoisuus voi nostaa esiin ristiriitaisia seikkoja anoreksiaa sairastavien lasten hoitotyössä, sillä samalla kun hoitaja pyrkii luottamukselliseen ja läheiseen suhteeseen potilaansa kanssa, hän pyrkii auttamaan lasta muuttamaan syömiskäyttäytymistä ravitsemustilaa parantavaan ja terveyttä edistävään suuntaan, joka tarkoittaa painon nousemista. Hoitaja siis pyytää potilasta tekemään sitä, mitä hän pelkää eniten. Sen lisäksi, että hoitaja tuo ruokaa ja juomaa, hän valvoo ja tarkkailee, että ne tulevat syödyksi ja juoduksi. Ruokailemisen ohella hoitajat valvovat sitä, että energiaa kulutetaan vain sallittuun toimintaan. (King & Turner 2000, Muscari 2002, Ramjan 2003, Breiner & MacPhee 2003, Ryan ym. 2006.) Pahimmassa tapauksessa valvonta ja kontrollista kamppaileminen voivat sekä vähentää luottamusta että haitata yhteistyösuhdetta (George 1997, King & Turner 2000, Ramjan 2003, Lowther 2005). Lapsi ja vanhemmat saattavat tällöin kokea, että hoitaminen on pelkkää painon nostamista tai lihottamista (Breiner & MacPhee 2003, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2005).

Jatkuvuus yhteistyösuhteessa mahdollistaa esimerkiksi asteittain saavutettavien tavoitteiden asettamisen ja tulevaisuuteen suuntaamisen. Edellä mainitut seikat voivat yhdessä vahvistaa potilaan toivoa. (ks. Kohonen ym. 2007.) Anoreksiaa sairastavien lasten hoitotyössä hoitamisen on katsottu olevan jatkuvaa ja osa kaikkea sairaanhoitajien toimintaa (Ryan ym. 2006). Kingin ja Turnerin (2000) tutkimuksessa jatkuvuus yhtäältä auttoi hoitajia reflektoimaan sekä potilaan tilannetta että yhteistyösuhdetta. Tästä huolimatta omahoitajuuteen sisältyvän jatkuvuuden on toisaalta nähty antavan mahdollisuuden oman potilaan negatiivisen ajatusmaailman vaikuttavan hoitajankin ajatusmaailmaan samansuuntaisesti. Tosin hoitajien negatiivinen asennoituminen oli jatkuvuuden myötä muuttunut, kun ymmärrys potilaan vaikeasta tilanteesta ja sairaudesta oli lisääntynyt. (Ramjan 2004.)

Potilaan vahvistumista tuettiin tavoitteellisuudella, aktiivisuudella ja perustellulla tiedolla. Hoitaja auttoi asiantuntijana potilasta varautumaan ja valmistautumaan tulevaan esimerkiksi kertomalla asioista ja osallistumismahdollisuuksista oma-aloitteisesti etukäteen, jotta potilas säilytti hallinnan tunteen. Potilasta tuettiin antamalla kannustavaa ja samanaikaisesti realistista palautetta. (Mattila 2000.) Realistinen, avoin ja luottamuksellinen keskustelu potilaan kanssa vahvisti myös potilaan toivoa. Puhuminen hoidon luomista mahdollisuuksista, potilaan tunteista sekä arkisesta elämästä että sen toiminnoista oli tärkeää. (Kohonen ym. 2007.)

Potilaalle on hyvä kertoa, että nykyinen tila ei ole pysyvä vaan sen on mahdollista muuttua positiivisemmaksi. Omaan hoitoon osallistuminen vahvistaa toivoa. Osallistuminen edellyttää potilaan pitämistä tasaveroisena kumppanina, jolloin on kuunneltava, mitä hän pitää tärkeänä elämässään ja miten hän haluaa hoitaa itseään. Pienien ilojen huomaaminen, aktiivinen toiminta ja harrastaminen ovat hyödyllisiä ja voimavaroja vahvistavia. (Kohonen ym. 2007.) Tunnekokemuksen jakaminen oli potilaan yksilöllisistä tarpeista ja kokonaistilanteesta lähtevää vuorovaikutusta, jossa hoitajan sanaton viestintä tuki sanallista. Tällöin potilasta kuunneltiin ja hoitaja muutti toimintaansa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, jolloin oli myös mahdollista huomioida potilas perheensä ja yhteisönsä jäsenenä. (Mattila 2000.)

Yhteistyösuhteessa vaihdetaan tarpeellisia tietoja kysymällä ja kuuntelemalla. Potilaan saadessa omahoitajalta sellaista tietoa, jonka hän voi hyväksyä, voi hän käyttää sitä yksilöllisesti terveytensä edistämiseksi. Potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen oli merkityksellistä myös toivon vahvistamisessa. Rehellistä, positiivista tietoa tarvittiin sairaudesta ja elämisestä sen kanssa, hoidosta ja

lääkityksestä. Oli tärkeää korjata mahdollisia tiedollisia virheitä ja kertoa etukäteen sairauteen mahdollisesti liittyvistä tunteista sekä uupumuksesta. (Kohonen ym. 2007.) Anoreksiaa sairastavat lapset tarvitsevat tietoa liian alhaisen painon aiheuttamista muutoksista kasvavassa elimistössä, riittävästä ravitsemuksesta ja eritoten rasvan merkityksestä osana terveellistä ravintoa (Muscarì 2002, NICE 2004, Bryant - Waugh 2006).

Anoreksiasta kärsivällä ei välttämättä ole tunnetta sairaudesta, jolloin ei ehkä ole tarvetta saada hoitoa eikä luoda yhteistyösuhdetta hoitajien kanssa (ks. Kuosmanen 2000, Gelder ym. 2006, Harrison ym. 2006). Ammatillisuus yhteistyösuhteessa tarkoittaa, että koulutuksen turvin osaa arvioida avun ja hoidon tarvetta silloinkin, kun ihminen itse ei osaa sitä pyytää. Osa ammatillisuutta on myös vastarinnan tunnistaminen ja sen ymmärtäminen. (Kalliokoski 1994.) Hoitaja siis pyrkii yhteistyöhön, vaikka potilas vastustaa sitä. Tällöin on tärkeää myös kuunnella syitä siihen, miksi potilas ei halua noudattaa ohjeita ja miten hän kokee erilaiset vaihtoehdot (Janhonen 1999).

Osa Kuosmanen (2000) tutkimukseen osallistuneista nuorista ei nähnyt suhdetta omaan hoitajaan merkityksellisenä itselleen, sillä he eivät tunteneet olevansa sairaita. Tutkimusten mukaan pitkäaikaisesti (sairauden oireiden ja hoidon kesto yli 6kk) sairaiden nuorten on ollut vaikeaa sitoutua hoitoonsa eli vastuullisesti ja aktiivisesti hoitaa itseään terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kyngäs 2005). Anoreksiaa sairastavien nuorten mielestä yksilöllinen hoito edisti heidän hoitoon sitoutumistaan (Colton & Pistrang 2004). Hoitajilta ja läheisiltä saatu tiedollinen ja emotionaalinen tuki edistivät sekä motivoitumista hoitoon että sitoutumista siihen (Kyngäs 2005). Läheisten läsnäolo ja rohkaisu olivat tärkeitä potilaille myös Kohosen ym. (2007) tutkimuksessa. Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja läheisten tukeminen hoitoon osallistumiseen vahvistivat myös potilaan toivoa. Erityisen tärkeitä potilaan toivolle ovat perhe ja ystävät.

2.2.2 Yhteistyösuhde perheen kanssa

Lastenosastolla lapsen hoitoon osallistuvat myös lapsen läheiset, sillä varhaisessa nuoruusiässä ja nuoruusiässä itsenäistyminen perheestä on keskeneräisessä vaiheessa. Lapselle on perhe ensiarvoinen tuen antaja (Boyd & Bee 2006, Åstedt-Kurki ym. 2008). Lapsen sairastuminen ja sairaalaan

joutuminen koskettaa lapsen lisäksi vähintäänkin koko lapsen perhettä (Tierney 2005, Whitney ym. 2005, Hopia 2006, Åstedt-Kurki ym. 2008). Sairaalahoidon aikana hoitajat tekevät yhteistyötä sekä lapsen että perheen kanssa, sillä lapsen terveys vaikuttaa koko perheen vointiin. Perheen voimavarat vaikuttavat sekä siihen, miten he selviävät vaativassa tilanteessa, että siihen miten he pystyvät tukemaan sairastunutta lasta. (Hopia 2006, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Useimmat hoitotyön teoriat tarkastelevat perhettä ikään kuin potilaan kontekstina: perhe on tärkein sosiaalinen ympäristö ja ensisijainen ja jatkuva hoidon antaja sekä tuen lähde. Tämän näkemyksen mukaan yksilö on hoitotyön asiakkaana ja perhe tulee mukaan hoitoon vaihtelevasti. Perhettä voidaan arvioida potilaan hoidon tai tuen antajana tai se voidaan ottaa mukaan yhteistyökumppanina. Lasten hoitotyössä tätä näkemystä kutsutaan myös perhekeskeisyydeksi. (Friedman ym. 2003.) Lehdon (2004) tutkimuksessa perheen ja hoitajan välisellä tuttuudella, läheisyydellä, keskittymisellä, paneutumisella, kohtelemisellä, välittämisellä ja yhdessä toimimisella oli vaikutusta lapsen, perheen ja hoitajan väliseen yhteistoimintaan sairaalassa.

Vanhempien osallistuminen lapsensa hoitamiseen oli parhaimmillaan yhteistoimintaan perustuvaa mukanaoloa, jolloin suhde lapsen, perheen ja hoitajan välillä oli vastavuoroinen perustuen sopimukseen ja yhdessä työskentelyyn. Osallistuvassa mukanaolossa otettiin huomioon perheen asiantuntijuus lapsen kasvusta ja kehityksestä sekä mahdollistettiin päivittäisiin toimiin osallistuminen ja tuen antaminen. (Lehto 2004.) Sairaalassa olevien lasten vanhempien mukaan hoitohenkilökunta oli edistänyt perheen terveyttä vahvistamalla vanhemmuutta, huolehtimalla lapsen hyvinvoinnista, jakamalla tunnekuormaa, tukemalla jokapäiväistä selviytymistä sekä luomalla luottamuksellisen hoitosuhteen. (Hopia ym.2005.) Perheet kertoivat saaneensa tiedollista ja emotionaalista tukea silloin, kun hoitajat olivat keskustelleet, kuunnelleet heitä ja antaneet heille informaatiota sekä aikaa (Sarajärvi ym. 2006). Hoitaja voi tukea perhettä myös säästämällä perhettä odottamiselta, selittämällä asiat perusteellisesti, olemalla asiallinen, mutta ystävällinen. Perheen ratkaisujen kunnioittaminen, aktiivinen huolenpito ja neuvottelemisen ovat myös tukemisen menetelmiä. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Vanhemmuuden vahvistaminen tarkoitti neuvottelua vanhempien roolista sairaalassa, positiivisen sekä rohkaisevan palautteen antamista, perheen tilanteen säännöllistä arvioimista, tuen ja vaihtoehtojen tarjoamista päätöksenteon tueksi sekä rohkaisua ottaa vastaan tarjottua tukea. Lapsen hyvinvoinnista huolehtiminen tarkoitti tutustumista lapseen ja hänen tapoihinsa sekä lapsen tukemista uusien asioiden

oppimisessa että tarvittaessa ensisijaisen vastuun ottamista lapsen hyvinvoinnista. Tunnetakaan jakaminen sisälsi vastuun ottamista perheen tilanteesta, perheen kuuntelemista ja heitä varten olemista. Perheen rohkaiseminen pohtimaan omaa tilannettaan ja tuulettamaan tunteitaan, olivat osa tunnetakaan jakamista. Vanhemmat toivoivat, että hoitajat olisivat tietoisia vanhempien syyllisyyden tunteista ja pystyisivät luomaan tukea antavan ilmapiirin osastolle. Jokapäiväisen selviämisen tukeminen merkitsi perheen rutiinien ja tapojen opettelua. Selviämisen tukemisessa tiedonsaanti on tärkeimpiä selviytymiskeinoja, mutta se edellyttää yksilöllistä informaation säätelyä. Tulevaisuuteen katsominen ja toivon ylläpitäminen tukevat osaltaan perhettä selviytymään. (Hopia ym. 2005.)

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen tarkoitti perheen oman työtaakan jakamista, rohkeutta puuttua vaikeisiin tilanteisiin ja ratkaista ne perheen kanssa. Perheen pitäminen ajan tasalla sekä päätöksentekoon mukaan ottaminen että vanhempien olemassa olevien selviytymiskeinojen vahvistaminen ja uusien luomisessa auttaminen olivat tärkeä osa luottamuksellista suhdetta. Lapsen nimetty hoitaja tuntee yleensä perheen jäsenet ja tietää monia asioita heidän elämäntilanteestaan. Tämä on tärkeä seikka luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa. (Hopia ym. 2005.)

Sairaalahoiton aikana voi tulla eteen tilanteita, joissa perheen voimavarat eivät riitä lapsen hyvinvoinnista huolehtimiseen (Hopia ym. 2005, Jurvelin ym. 2005, Livesley 2005). Tällöin tarvitaan apua hoitotyöntekijöiltä. Tällaisia tilanteita voivat olla osastolle tuleminen, lapsen diagnoosista kuuleminen ja lapsen voinnissa tapahtuvat muutokset. Lapsen käyttäytymisen muutokset ja tunnepurkaukset sairaalassa saattavat hämmentää vanhempia (ja sisarusia). Lapsen on usein opeteltava uusia ja haastavia asioita sairaalassa ja tutustuttava outoihin ihmisiin uudessa ympäristössä. Perhe kaipaa tukea hoitajilta, kun lapsi joutuu käymään läpi muutoksia ja oppimaan monia uusia asioita. (Hopia ym. 2005, Jurvelin ym. 2005, Hopia 2006.)

Sairaalahoiton aikana voi tulla tilanteita, joissa perhe tai joku sen jäsenistä tuntee tullessa loukatuksi. Tällaisia tunteita saattaa aiheuttaa lapsesta puhuminen epäystävällisesti tai perheen näkemysten tai kokemusten huomiotta jättäminen. Loukatuksi tulemista oli aiheuttanut esimerkiksi se että, vanhemmat olivat tunteneet jääneensä yksin. Tällaisten ikävien kokemusten läpikäyminen perheen kanssa kuuluisi luottamukselliseen suhteeseen. (Hopia ym. 2005.) Vastavuoroisuuden elementin puuttuessa perhe saattoi olla sairaalassa lapsen luona, mutta vailla vuorovaikutteista suhdetta hoitajaan. Vuorovaikutus

saattoi tällöin jäädä yksipuoliseksi joko vain lapsen ja vanhemman välillä tapahtuvaksi tai lähinnä hoitajan ja lapsen välillä tapahtuvaksi. (Lehto 2004.)

Perheen pitäminen ajan tasalla hoidosta ja hoitosuunnitelmista sekä niissä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista on osa luottamuksellista suhdetta. Perhe alkaa helposti itse keksiä selityksiä muutoksille, jos se ei saa oikeaa informaatiota. Samalla luottamus voi vähentyä hoitajaa kohtaan. Tulevaisuuden suunnittelu on osa perheen elämää ja kun perhe otetaan mukaan päätöksentekoon, se voi vaikuttaa ja kontrolloida elämäänsä lapsen sairaalassa olon aikanakin. Vanhempien selviytymiskeinojen tunteminen ja tukeminen edistää koko perheen terveyttä. Perhe saattaa tarvita myös uusi selviytymiskeinoja lapsen ollessa sairaalassa. (Lehto 2004, Hopia ym. 2005.)

2.3 Hoitotyön kirjaus

Kielitoimiston sanakirjassa (2006) kirjaus tarkoittaa tietojen tallennusta, kirjaamista tai sen tulosta. Verbi kirjata on rekisteriin tms. merkitsemistä tai tallentamista. Edellä mainitun sanakirjan mukaan dokumentti tarkoittaa muun muassa paperista tai sähköistä asiakirjaa. Tällöin dokumentointi tai dokumentoiminen merkitsee jonkin tallentamista dokumenttien avulla.

Hoitotyön dokumentointi (documentation) eli kirjaus on prosessi, jossa etsitään, organisoidaan ja tuodaan julki informaatiota kirjoitetussa muodossa (Boggs 1999). Hoitajat tuottavat tietoa päivittäin ja tallentavat sitä hoitokertomukseen (Walker & Avant 2005). Kirjaamisen perusajatuksena on välittää tietoa potilaan voinnista ja hoidosta muille terveydenhuollon työntekijöille, erityisesti hoitotyöntekijöille. Dokumentointi on osa hoitotyön kommunikaatiota eli viestintää ja tiedonvälitystä jonka avulla seuraavissa vuoroissa olevat hoitajat voivat jatkaa hoidon toteutusta ja arviointia, sekä tarvittaessa muuttaa suunnitelmaa, jos potilaan vointi sitä edellyttää.

Hoitotyön suunnittelun toteutuksen ja arvioinnin tallentaminen hoitokertomukseen kuuluu hoitajan tehtäviin, joten hän varmentaa kirjaamisen ammattinimikkeellään ja omalla nimellään. Potilasta hoitava henkilö päättää siitä mitä ja miten hoitotyötä kuvaavia asioita kirjoitetaan potilasasiakirjoihin. (Lehti 2004, Hallila 2005a.) Kirjaamisen on noudatettava lain velvoitetta, sillä lainsäädännöllä on määritelty niitä tietoja, joita terveydenhuollon työntekijöiden on potilasasiakirjoihin merkittävä. Suomen

säädöskokoelmassa sanotaan, että potilasasiakirjoista on käytävä ilmi potilaan tulosyy, esitiedot, nykytila, tehdyt havainnot, saadut tutkimustulokset sekä potilaan ongelmat. Myös tehtyjen johtopäätösten sekä hoidon suunnittelun ja toteutuksen pitää tulla esiin asiakirjoista. (STM:n asetus 2001, § 11.) Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, § 12). Lisäksi Suomen säädöskokoelmassa määrätään, että osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta ja päivittäin on tehtävä merkinnät potilaan tilaan liittyvistä huomioista, hoitotoimista sekä vastaavista seikoista. (STM:n asetus 2001, § 14.)

Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamaan potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot, joten potilasasiakirjat, mukaan lukien hoitotyön kirjaus, on laadittu potilaskeskeisesti. Potilasasiakirjojen ollessa potilaskohtaisia voi niihin kirjata muita henkilöitä koskevia tietoja vain, jos ne ovat hoidon kannalta välttämättömiä. Tietojen lähde on kirjattava, jos merkinnät koskevat muuta kuin potilasta. Hoitokertomuksessa tulee näkyä, onko tieto saatu potilaalta tai omaiselta vai onko kyseessä hoitotyöntekijän päätelmä. (Hallila 2005a) Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen ja seuraamiseen tarvittavat tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Suomen säädöskokoelmassa sanotaan, että merkintöjen tulee olla selkeitä, ymmärrettäviä ja virheettömiä. Tietojen lähde on merkittävä asetuksen mukaan silloin, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin. (STM:n asetus 2001, § 7.)

Hoitotyön kirjaaminen on perustunut 1970 -luvulta hoitotyön prosessiin. Hoitotyön prosessissa arvioidaan potilaan tilannetta ja hoitotyön tarvetta (assessment), joiden perusteella hoitotyölle asetetaan tavoitteet. Sitten hoitotyötä toteutetaan ja arvioidaan (evaluation), jonka seurauksena prosessi käynnistyy uudelleen. (Marriner 1975, Hopia & Koponen 2007.) Hoitotyön kirjaamista varten laaditut lomakkeet perustuvat myös hoitotyön prosessiin. Taustatietojen keräämistä, jatkuvaa hoitotyön suunnitelmaa ja päivittäistä hoitotyön suunnitelmaa varten on oma lomakkeensa. 2000 - luvulla on siirrytty asteittain kirjaamaan sähköisille alustoille, joiden otsikointi noudattaa myös hoitotyön prosessia. Tämän tutkimuksen aineiston muodostavat hoitotyön kirjaukset on tuotettu eräänlaisessa murrosvaiheessa, sillä osa hoitokertomuksista oli kirjoitettu hoitajien käsialalla lomakkeille ja osa valmiiksi otsikoiduille sähköisille alustoille.

Potilasasiakirja eli potilaskertomus tarkoittaa potilaan kaikkia erikoissairaanhoidon asiapapereita, johon kuuluu osana **hoitotyöntekijöiden** sekä tarvittaessa fysioterapeutin ja toimintaterapeutin **kirjaamisen tuloksena hoitokertomus**. Hoitokertomus on hoitajaksokohtainen, joka alkaa yleensä siitä, kun lääkäri toteaa potilaan tilan edellyttävän erikoissairaanhoidon tasoista osastohoitoa. Joskus samaan hoitokertomukseen liitetään useampia osastohoitojaksoja, jos niiden välinen aika on lyhyt ja osastohoidon syy on sama. Anoreksian vuoksi sairaalassa olevan lapsen hoitokertomus voi jatkua, jos hän palaa lastenosastolle painon laskettua uudelleen vaarallisen matalalle joko kotona tai psykiatrisella osastolla. Hoitokertomukset ovat myös lääketieteellisten erikoisalojen mukaisia eli lasten somaattisten ja psykiatristen osastojen hoitokertomukset ovat erillisiä. Tähän tutkimukseen on otettu mukaan vain hoitajien tekemät kirjaukset lastenosastohoidon ajalta.

Hoitotyön kirjaukset ovat olleet sekä aineistona että tutkimuksen kohteena hoitotieteellisessä tutkimuksessa (Kärkkäinen ym. 2005, Kärkkäinen 2007, Hopia ym. 2007, Korhonen & Pölkki 2008). Hoitotyön dokumentoinnin pitäisi perustua potilaan yksilöllisesti arvioituihin tarpeisiin ja kokonaistilanteeseen. Tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjaukset tehdään työyhteisössä hyväksytyllä tavalla, jolloin ne heijastavat organisaation vaatimuksia, hoitajien asenteita ja velvollisuuksia sekä potilaiden osallistumista hoitoonsa. Osastoilla, joilla hoitotyötä tehtiin yksilövastuista, kirjaaminen tapahtui yhdessä potilaiden kanssa osana hoitotyön toimintoja, eikä työpäivän päätteeksi kansliassa. Tällöin dokumentointi kuvasi enemmän potilaiden osallistumista hoitoon ja oli laadukkaampaa hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna. (Kärkkäinen ym. 2005.) Potilaskeskeisen dokumentoinnin avulla voidaan tuoda ilmi yksilöllisen hoidon olennaiset tiedot (Kärkkäinen ym. 2005, Kärkkäinen 2007).

2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Hoitotyön välittömät toiminnot muodostavat ajallisesti merkittävän osan anoreksiaa sairastavan lapsen hoitoa, koska fyysisten ja psyykkisten oireiden takia tarvitaan tarkkaa voiminnan seuranta. Näin ollen hoitaja on paljon läsnä sekä potilaan että hänen läheistensä kanssa. Hoitajan ja potilaan kohtaamisessa hoitotyö konkretisoituu välittöminä toimintoina potilaalle. Yksilövastuista hoitotyössä toimitaan

tasavertaisessa yhteistyösuhteessa potilaan kanssa. Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan – lapsuuttaan tai nuoruuttaan, johon hoitaja tuo oman ammatillisuutensa potilaan käyttöön. Toimivassa yhteistyösuhteessa potilaan on mahdollista kokea läheisyyttä, turvallisuuden tunnetta ja vahvistua. Potilaan tietoisuus itsestä voi lisääntyä, jolloin avautuu mahdollisuuksia edistää terveyttä ja elämän hallintaa. Lapsen ollessa potilaana on vanhempien ja koko perheen rooli merkittävässä osassa ammatillisessa yhteistyösuhteessa.

Potilaan kulloinenkin hoitaja kirjaa hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin potilaan hoitokertomukseen. Päätös siitä mitä, miten ja miksi dokumentoidaan, kuuluu potilasta hoitavan henkilön tehtäviin, joten hän varmentaa tuotoksen ammattinimikkeellään ja omalla nimellään. Kirjaaminen kuvaa asioita tuottamisympäristössään hyväksytyllä tavalla. Hoitokertomusten sisältö on viestintää toisille terveydenhuollon työntekijöille potilaasta ja hänen voinnistaan sekä samalla lain vaatima todistusaineisto suunnitelluista ja toteutetuista hoitotyön toiminnoista, joiden tavoitteena on terveyden edistäminen. Sisällön tuottaminen hoitotyön dokumenttiin voi olla myös osa välittömiä hoitotyön toimintoja, jos se tapahtuu yhdessä lapsen ja perheen kanssa. Hoitotyön kirjaamista voi näillä perusteilla käyttää ikkunana anoreksiaa sairastavan lapsen hoitotyön toimintoihin ja hyvinvoinnin edistämisen keinoihin lastenosastolla.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön dokumenttien avulla anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevan lapsen välittömiä hoitotyön toimintoja. Tutkimuksessa etsitään vastausta kysymykseen:

Millaisia välittömiä hoitotyön toimintoja anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevan lapsen hoitokertomukseen on kirjattu?

4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä ja dokumentit aineistona

Ihmisestä lähtöisin olevaa toimintaa ja sosiaalista todellisuutta tutkivissa tieteissä korostetaan sosiaalisten ilmiöiden merkityksellistä luonnetta. Sosiaalista todellisuutta tarkastellaan siinä toimiville ihmiselle merkityksellisenä. (Raunio 1999, Varto 2005.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä on kieoutunut elämäkäytäntöihin ja tutkimuksen kysymykset nousevat noista käytännöistä, koska ihmisten oletetaan kuuluvan samaan ihmisten maailmaan. Tässä ihmisten maailmassa kaikki muodostuu merkityksistä, joita ihmiset kulloinkin antavat tapahtumille tai ilmiöille. Tutkimustyö nähdään tapana ymmärtää alati muuttuvaa maailmaa ja sen tulokset ovat siten riippuvaisia tutkimuksen tekijän, tarkkailijan ja havainnoijan paikasta ja arvomaailmasta. Tutkimuksen tekijä ei pysty näkemään ilmiöitä sellaisena kuin ne itsessään ovat, vaan tarkastelemaan ilmiötä jostain näkökulmasta. (Varto 2005.) Ihmistä ja inhimillistä toimintaa leimaa moninaisuus, joten tarkastelukulmasta riippuen ilmiöstä paljastuu erilaisia puolia.

Laadullisessa tutkimuksessa asioita tarkastellaan luonnollisessa yhteydessään kokonaisvaltaisesti (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1997, Janhonen & Nikkonen 2001, Parahoo 2006). Tällaisen tarkastelun avulla voidaan saada monipuolinen kuva aiemmin vähän tutkitusta ilmiöstä, samalla kun pyritään tarkastelemaan ilmiötä sisältä käsin eikä selittämään sitä ulkoisilla tekijöillä (Raunio 1999, Burns & Grove 2003). Kuvaileva laadullinen tutkimus perustuu tulkitsevaan ja ymmärtävään tiedonkäsitykseen, jolloin tutkijan tulkinta on osa tiedon tuottamista. Tällaisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä myös erilaisten kirjallisten dokumenttien avulla. (Eriksson ym. 2007.)

Tutkimuksen aineiston muodostuessa dokumenteista niiden laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Laadukas dokumentti on autenttinen, luotettava, edustava ja merkitsevä. (Holloway & Wheeler 2002, Burns & Grove 2003.) Laadun ohella myös dokumentin kontekstilla eli sillä, missä ja mihin tarkoituk-

seen se on tuotettu, on merkitystä tutkimuksen aineistona (Eskola & Suoranta 2001, Prior 2004). Dokumentteja voi tarkastella muun muassa kommunikaationa eli ihmisen tuottamina kanssakäymisen välineinä, joilla pyritään viestimään ja välittämään tietoa. Kommunikaation sisältöä on mahdollista selvittää sisällönanalyysillä. (Lehtonen 2004, Hirsjärvi 2007.)

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin erään yliopistosairaalan lasten osastoilla anoreksian vuoksi 2004 – 2006 hoidossa olleiden lasten hoitokertomuksista. Tutkimukseen mukaan ottamisen kriteerinä oli lapsen sairaalahoito lastenosastolla anoreksian vuoksi tuona ajanjaksona. Tutkimusluvan saamisen jälkeen sairaalan tietohallinto poimi 19 kriteerien täyttävän lapsen hoitokertomukset. Kriteerit täyttävistä hoitokertomuksista otettiin mukaan kahdeksan ensimmäisenä saatavissa olevaa kertomusta.

Kahdeksassa hoitokertomuksessa oli hoitajien kirjauksia 237 hoitopäivän ajalta. Tässä tutkimuksessa hoitajia olivat sairaanhoitajat, lastenhoitajat ja sairaanhoidon opiskelijat, jotka olivat dokumentoineet tietoa hoitotyön toiminnoista. Aineisto oli tuotettu osin eräänlaisessa murrosvaiheessa, sillä tuona ajanjaksona oli siirrytty kirjaamaan paperilta tietokoneelle. Osa lasten hoitotyön kirjauksista oli hoitokertomuslomakkeille käsin kynällä ja omalla käsialalla kirjoitettuja, kun taas osa oli tehty sähköiselle alustalle. Uuteen kirjaamisalustaan siirtyminen on voinut vaikuttaa hoitajien tapaan kirjata asioita hoitokertomukseen.

4.3 Aineiston kuvaus

Kaikki kriteerit täyttävät 19 lasta olivat tyttöjä ja kaikkien lastenosastoilla olon syy oli anoreksia (ICD 50.0). Aineiston muodostivat **kahdeksan** tytön hoitokertomukset. Sairaalahoidon alkamisen hetkellä

tyttöjen desimaali-iat olivat 11,47 – 15,48 välillä. Neljä tyttöä oli 15 -vuotiaita ja neljä tyttöä oli ikäryhmästä 11 – 13 -vuotiaat. Kaikkien kahdeksan tytön sairaalahoidon syy oli voimakas painonlasku, joka kahdella tytöllä liittyi sydänoireisiin ja yhdellä tajunnan menetykseen. Sairalahoidon pituus vaihteli kuudesta 67 hoitopäivään. Viidellä tytöllä oli tarkasteltujen kahden vuoden aikana yksi hoitajakso ja kolmella tytöllä oli kahdesta viiteen hoitajaksoa. Sairalahoidon aikana kaikkien tyttöjen paino nousi 600 grammaa – 6,3 kiloa. Neljällä tytöllä paino nousi reilun kilon.

237 hoitopäivästä muodostui yli 2400 alkuperäistä ilmaisua sisältävä aineisto. Alkuperäiset ilmaisut vaihtelivat yksinkertaisista symboleista (esim.!) pitkiin kuvauksiin toiminnasta tai vuorovaikutuksen sisällöstä. Sekä symbolit että pidemmät kuvaukset kertoivat välittömistä hoitotyön toiminnoista. Aineisto oli rikasta, koska kukin kirjaaja oli itse päättänyt omat sanavalintansa ja lauserakenteensa. Osa kirjauksista koostui osastoilla käytössä olevista symboleista. Tällaisia symboleita käytettiin esimerkiksi kuvaamaan vuodelepoa tai eritystä.

Laki velvoittaa kirjaajan varmistamaan, että tiedot ovat oikein sekä tuomaan esiin tietolähteen, ellei se perustu kirjaajan omiin havaintoihin (STM:n asetus 2001). Hoitokertomuksista välittyi pyrkimys tuoda esiin oikeaa tietoa, sillä myös havaitut erheet ja sopimuksista poikkeamiset oli dokumentoitu. Esimerkiksi syömättä jääneet tai roskien seasta löytyneet ruuat oli kuvattu tarkasti. Lasten ja vanhempien antamat tiedot oli kirjattu selkeästi.

Tutkimuksessa käytetyn dokumentin pitäisi olla autenttinen, uskottava ja vääristelemätön (Bowling 2002, Holloway & Wheeler 2002, Burns & Grove 2003). Hoitokertomukset ovat sekä autenttisia että uskottavia. Yhtäältä kirjaajat kuvasivat asioita työyhteisössä hyväksytyllä tavalla, mutta toisaalta oli yhtä monta tapaa kuvata hoitotyötä kuin oli hoitajia. Kirjaaminen ei tapahdu aina ajan kanssa ilman häiriöitä, mutta hoitotyön dokumentit syntyvät siinä samassa hoitotodellisuudessa missä hoitotyön toiminnotkin tapahtuvat. Tämä tuo lisäarvoa aineistoon, sillä sitä on tuotettu osana hoitotyötä milloin enemmän, milloin vähemmän tiedon tallentamiseen paneutuen. Tämän tutkimuksen aineisto on ollut olemassa tutkimuksen tekijästä riippumatta. Kirjaukset oli tehty hoitotyön dokumenteiksi eikä tutkimuksen aineistoksi.

4.4 Aineistolähtöisen analyysin kuvaus

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla dokumentista voidaan tehdä havaintoja, kerätä tietoa systemaattisesti ja muodostaa kuva tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004, Hallila 2005b). Sisällönanalyysia voi tehdä joko teoria- tai aineistolähtöisesti eli aineistoa voi luokitella joko aineistosta esiin tulevien erojen ja yhtäläisyyksien pohjalta tai tarkastella teoreettisten käsitteiden ilmenemistä aineistossa. Teorialähtöinen analyysi pohjaa yleisestä yksityiseen suuntaavaan päättelytapaan ja aineistolähtöinen yksityiskohdista yleiseen etenevään, induktiiviseen päättelyyn. (Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004.) Induktiivinen päättelytapa on hyödyllinen silloin, kun halutaan selvittää aiemmin vähän tutkittua ilmiötä (Parahoo 2006).

Aineistolähtöisessä analyysissa pyritään luomaan aineistosta kokonaisuus, jolloin analyysiyksikkö valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Tällöin analyysiyksikköä ei ole etukäteen päätetty, vaan sen tulisi nousta aineistosta. Analyysiyksikköinä voivat olla aineistosta ja tutkimustehtävästä riippuen yksittäiset sanat, lauseet, lauseen osat tai esimerkiksi useamman lauseen muodostamat ajatuskokonaisuudet. Analyysin alussa tunnistetaan aineistosta tutkimuskohteeseen kuuluvat asiat. Tutkimuskysymyksen ohjaamana etsitään dokumentista (tässä tutkimuksessa hoitokertomuksista) analyysiyksiköiksi valittuja merkittäviä ilmauksia, jotka merkitään ja erotellaan niin, että ne voidaan tarvittaessa palauttaa alkuperäiseen kohtaansa merkitysyhteyden varmistamiseksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Merkittävät ilmaisut pelkistetään aineiston vastauksiksi tutkimuskysymyksiin. Pelkistys tapahtuu aineiston termeillä. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään niiden sisällön mukaan yhtäläisyyksien ja erojen perusteella. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut kuuluvat samaan kategoriaan. Kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Alustavia ryhmiä kutsutaan alakategorioiksi ja samansisältöisiä kategorioita yhdistetään analyysin jatkuessa yläkategorioihin. Tavoitteena on abstrahointi, jossa yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuva tutkimuskohteesta. Ilmiötä kuvaavat yleiskäsitteet saattavat nousta

aikaisemmasta teoriasta. Lopuksi yläkategoriat voivat yhdistyä kaikkia kategorioita kuvaavaksi synteesiksi eli vastaukseksi tutkimuskysymykseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004, Gillham 2005.)

Aloitin aineiston analysoinnin lukemalla tietohallinnon ja potilaskertomuskeskuksen tiedesihteerin tutkijatilin hyllyyn poimimia potilaskertomuksia. Osa 19 poimitusta potilasasiakirjasta en voinut käyttää, koska niiden hoitokertomukset olivat skannattuina tietokoneasemalle tai potilaskertomukset olivat potilaan hoidon edellyttämässä paikassa eivätkä tutkijahyllyssä. Tarvitsin uuden luvan skannattujen kirjausten lukemiseen. Aloitin siis varsinaisen aineiston keräämisen potilaskertomuksissa mukana olevista 139 hoitopäivän kirjauksesta. Saatuani luvan lukea myös skannattuja dokumentteja täydensin aineistoni yhteensä 237 hoitopäivän kirjauksiin. Aluksi luin koko potilasasiakirjan saadakseni kokonaiskuvan hoitoprosessista. Tutustuakseni aineistoon perusteellisesti luin lastenosastoilla tehdyt hoitotyön kirjaukset useampaan kertaan. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Luettuani hoitokertomuksia kokonaisuutena valitsin analyysiyksiköksi välittömiä hoitotyön toimintoja kuvaavat ilmaisut, joita oli monenlaisia. Osa ilmaisuista oli symboleita, osa lauseen osia ja lauseita tai ajatuksellisia kokonaisuuksia eli lausumia (ks. Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2001). Tämän valinnan jälkeen aloin kirjoittaa muistiin tutkimuskysymyksen ohjaamana merkittäviä eli välittömiä hoitotyön toimintoja kuvaavia ilmaisuja. Merkitsin kaikkiin ilmaisiin tarkasti kenen hoitokertomuksesta ja miltä sivulta ne oli kirjoitettu muistiin, jotta pystyin tarpeen vaatiessa palauttamaan ne alkuperäiseen kohtaan. Poimittuani kaikkien hoitopäivien merkittävät ilmaisut pelkistin ne tutkimuskysymyksen ohjaamana. Tämän jälkeen aloin yhtäläisyyksien ja erojen avulla järjestellä aineistoa alakategorioihin. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Aluksi alakategorioita oli aivan liikaa, koska ne eivät olleet toisiaan poissulkevia. Ajattelin tämän merkitsevän sitä, etten oikeastaan analysoinut aineistoa vaan ainoastaan ryhmittelin (ks. Gillham 2005). Analyysi pääsi vauhtiin vasta, kun aloin kysyä aineistolta, mistä hoitotyön toiminnasta tämä kirjaus kertoo tai mikä hoitotyön toiminto tuottaa kirjauksen? Nyt alakategorioiden muodostaminen sekä ni-

meäminen toisensa poissulkeviksi alkoi onnistua. Alkuperäiset ilmaukset siirtyivät alakategorioista toiseen vielä tulosten kirjoitusvaiheessa.

Kirjoitustyyli vaihteli hoitokertomuksissa alkaen erittäin pelkistetystä ja toteavasta arvioivaan ja kuvai-levaan. Osassa hoitotyön dokumentteja oli laajoja kuvauksia erilaisista vuorovaikutustilanteista. Tämän asian huomaaminen auttoi edelleen analyysiäni eteenpäin. Sisällön ohella ilmaisutavasta tuli luokittelun perusta. Alakategorioiden muotoutuminen jatkui vielä tulosten kirjoitusvaiheessa. Tuolloin muodostui vielä yksi uusi kategoria. Samansisältöiset alakategoriat muodostivat yläkategoriat. Yläkategorioiden nimeämisen tavoitteena on aineiston abstrahointi eli muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuva tutkimuskohteesta. Liitteessä 2 on esimerkkien avulla kuvattu Yhteistyösuhteen ylläpitämisen yläkategorian muodostuminen alakategorioista, pelkistyksistä ja alkuperäisilmaisuista (Liite 2). Analyysin edetessä yläkategoriat yhdistyivät edelleen kolmeksi pääkategoriaksi. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999.) Pääkategoriat ovat hoitotyötä kuvaavia prosesseja, joiden yhteinen nimittäjä on välittömät hoitotyön toiminnot.

Kategorioiden nimeämiseen ovat selvästi vaikuttaneet aikaisemmat sisäistetyt käsitteet. Esimerkiksi jo alakategorian nimessä on käsite hoitoon sitoutuminen. Arvelen, että myös hoitotyön kirjaamisen pohjana oleva hoitotyön prosessi näkyy tuloksissa, erityisesti arvioimisen pääkategoriassa. Huomaan, että aineiston luokitteluperusteen valintaa on ohjannut alitajuisesti näkemys siitä, että kielen käyttöä ei tarkastella siltana todellisuuteen, vaan osana todellisuutta itseään. Siis se, miten ilmaistaan on myös osa todellisuutta kuin myös se, mitä kirjoitetaan.

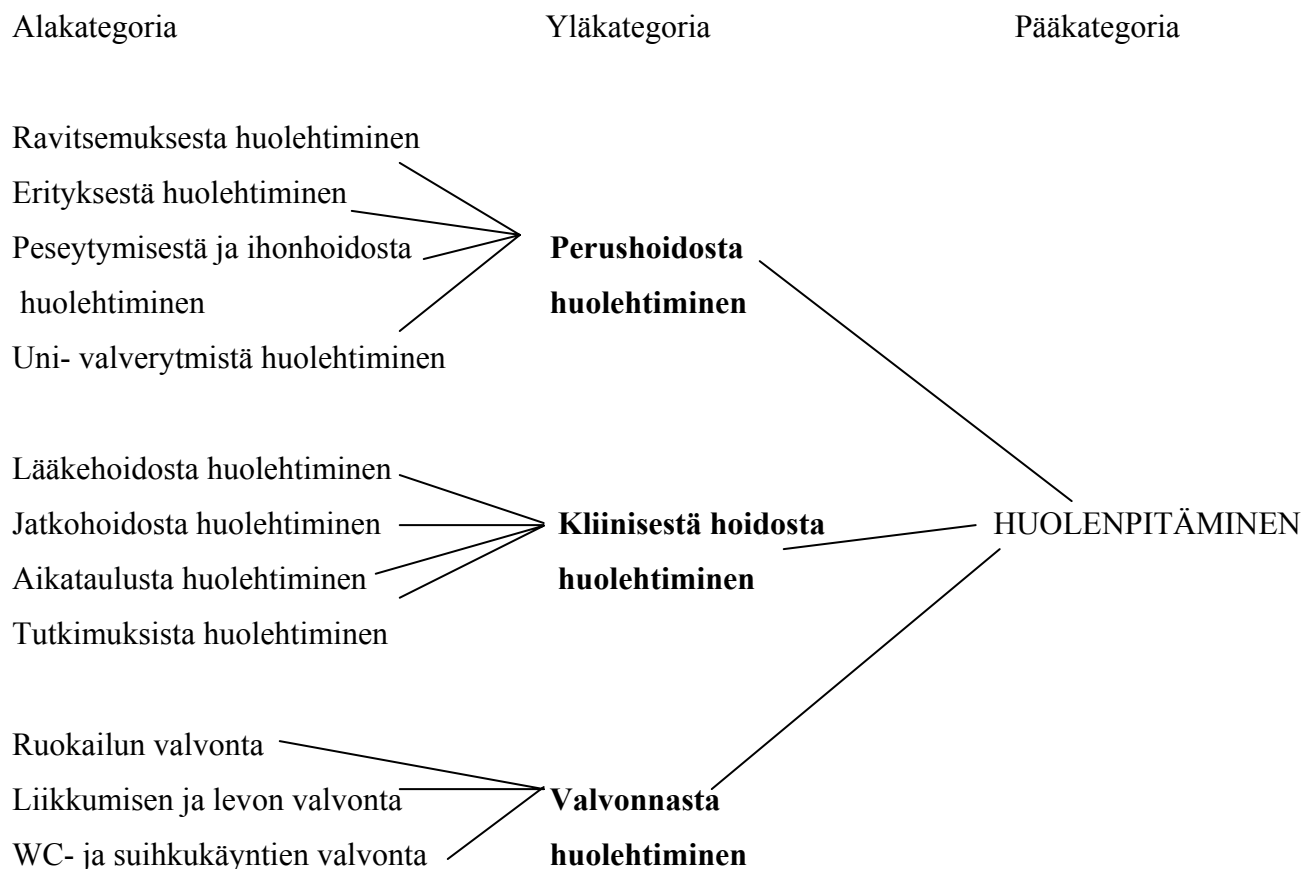
5 TULOKSET

Aineiston analysoinnin tuloksena muodostui kolme pääkategoriaa, jotka kuvaavat välittömiä hoitotyön toimintoja: huolenpittäminen, voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen ja yhteistyösuhteessa toimiminen. Pääkategoriat muodostuivat seitsemästä yläkategoriasta: perushoidosta huolehtiminen,

kliinisestä hoidosta huolehtiminen, valvonnasta huolehtiminen, voinnin ja käyttäytymisen tarkkaileminen, anoreksian oireiden tarkkaileminen, yhteistyösuhteen ylläpitäminen ja haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa (ks. Liite 1). Seuraavaksi kuvaan kutakin pääkategoriaa ylä- ja alakategorioineen. Liitän mukaan esimerkkejä kategorian sisältöä kuvaavista alkuperäisilmaisuista.

5.1 Huolenpitäminen

Huolenpitämisen pääkategoria sisältää perushoidosta, valvonnasta ja kliinisestä hoidosta huolehtimisen. Huolenpitämisen kategoriaan kuuluivat toteavat alkuperäisilmaisuut. Niissä hoitaja viestitti itse toimineensa tietyllä tavalla tai vaihtoehtoisesti kirjasi toteavasti lapsen tai perheenjäsenien toiminnan. Huolenpitäminen muodostui seuraavan kuvion mukaisista ylä- ja alakategorioista (kuvio 1).



Kuvio 1. Huolenpitämisen ylä- ja alakategoriat

5.1.1 Perushoidosta huolehtiminen

Perushoidosta huolehtimisen yläkategoria muotoutui ravitsemuksesta, erityksestä, peseytymisestä ja ihonhoidosta sekä uni-valverytmistä huolehtimisen alakategorioista. Kuvaan seuraavaksi alakategorioiden sisältöjä.

Ravitsemuksesta huolehtiminen

Ravitsemuksesta huolehtiminen tarkoitti kokonaisvaltaista huolenpitoa ravitsemuksesta sekä laadun että määrän suhteen. Ravitsemustilasta huolehdittiin monipuolisesti pitämällä huolta sekä lapsen ruokailuista että ruokailurytmistä ja nesteiden saamisesta. Hoitajat viestittivät pitäneensä huolta myös lapsen ruokamääristä ja riittävästä energiansaannista.

Silloin kun lapsi ei pystynyt syömään tai ei pystynyt syömään riittävästi painon nousun edellyttämällä tavalla, pidettiin huolta nenämahaletkun avulla tapahtuvasta enteraalisesta ravitsemuksesta. Ensisijaisesti pyrittiin siihen, että lapsi voisi itse syödä riittävästi. Hoitaja saattoi keskeyttää aamuyöllä ravintovalmisteen tiputuksen nenämahaletkuun, jotta lapselle tulisi näläntunne ja hän pystyisi syömään aamiaisen. Seuraavassa esimerkissä käy ilmi, että hoitaja on huolehtinut ruokailurytmistä, energiamäärästä, nesteytyksestä sekä enteraalisesta ravitsemuksesta.

Ravitsemus:

16.30 ruisleipä, 2 dl piimää(rasvaton), omena eli 140kcal

16.50 nmlletkuun Nutrini energy 400 ml eli 600 kcal

20.45 po mehu 2dl, jossa semper- jauhe ½ dl, banaani eli n. 180 kcal

21.00 nmlletkuun Nutrini energy 500 ml eli 720kcal

Illan aikana juonut vichyä 2 dl ja vettä 150ml (8, 212)

Erityksestä huolehtiminen

Mahdollinen niukka nesteen ja ravinnon saaminen yhdistyneenä sekä sairaalahoidon aikaiseen liikunnan vähäisyyteen että alentuneeseen intymiteetin suojaan altistivat eritystoiminnan häiriöille. Hoitajat olivat pitäneet huolta siitä, että lapsi sekä virtsasi että ulosti. Tarvittaessa lapselle oli tarjottu vatsantoimintaa edistämään luumumehua tai -sosetta.

Juo luumumehua 2dl, josko apua vatsantoimintaan (2,5)

Peseytymisestä ja ihonhoidosta huolehtiminen

Peseytymisestä ja ihonhoidosta huolehtimisen alakategoria kuvaa lapsen hygieniasta ja sen ylläpidosta huolehtimista. Lapset olisivat ikätasonsa perustella olleet kykeneviä huolehtimaan itse omasta hygieniastaan ja sen hoidosta, mutta vuodelevon vuoksi he tarvitsivat tai joutuivat ottamaan vastaan hoitajan apua. Hygieniasta huolehtiminen oli usein kirjattu mainintana.

Käyty 'Ursulan' kanssa suihkussa (3, 23)

Suihkussa käymisen dokumentoiminen oli tärkeää myös valvonnasta huolenpitämisen näkökulmasta. Silloinkin, kun hoitaja ei itse vienyt lasta suihkuun, hän piti huolta samalla siitä, että siellä käyminen ei liittynyt energian turhaan kuluttamiseen vaan nimenomaan puhtaudesta huolehtimiseen. Hoitotodellisuudessa nämä seikat saattoivat olla ristiriidassa keskenään, niin että tyttö olikin mennyt käymään suihkussa aterioinnin jälkeen ruokalevon sijaan.

Uni - valverytmistä huolehtiminen

Uni - valverytmistä oli huolehdittu jokaisena vuorokautena. Aamuvuoron alussa hoitaja oli huomionut jollain tavoin hereillä olon tai heräämisen ja vastaavasti ilta- tai yöhoitaja oli pannut merkille nukkumaan menon tai nukkumisen. Uni- valverytmistä oli huolehdittu antamalla lapselle korvatulpat

tai esimerkiksi siirtämällä lapsi pois potilashuoneesta rauhallisempaan ympäristöön nukkumaan. Tarvittaessa lapselle oli huomautettu nukkumaanmenoajasta. Toisaalta aamuhoitaja oli saattanut herättää lapsen, jos oli katsonut sen tarpeelliseksi vaikkapa aamupalan ja punnituksen vuoksi.

22 Yöunille toimenpidehuoneeseen.(4,9)

5.1.2 Kliinisestä hoidosta huolehtiminen

Kliinisestä hoidosta huolehtimisen yläkategoria muodostui neljästä alakategoriasta. Lääkehoidosta huolehtiminen, jatkohoidosta huolehtiminen, aikataulusta huolehtiminen ja tutkimuksista huolehtiminen kuvasivat hoitajien välittömiä hoitotyön toimintoja tässä yläkategoriassa.

Lääkehoidosta huolehtiminen

Lääkehoidosta huolehtiminen tarkoitti lääkkeen antamista lapselle. Lääkehoidosta huolehtiminen oli kirjattu usein erittäin tarkasti milligramma tai millilitra määrineen ja tarkkoine kelloaikoineen. Heikon ravitsemustilan vuoksi osa lapsista sai vitamiini- tai kalkkilisiä tabletteina. Lapset saivat satunnaisesti kipulääkkeitä ja melko usein vatsantoimintaa edistävää lääkitystä.

Listanmukainen kalkkitabletti po klo 20.00

Sai vatsantoimintaa edistämään Levolac 15 ml po klo 20 (7,12)

Lapselle annettiin osmosal - liuosta nesteytykseksi, jos lapsi oksensi useamman kerran. Yhdellä lapsella syöminen aiheutti niin voimakasta pahoinvoinnin tunnetta, että pahoinvointia ehkäisevä lääkitys annettiin säännöllisesti hyvissä ajoin ennen ruokailua. Osa lapsista sai mielialaan tai hengitystieoireisiin vaikuttavia lääkkeitä.

Jatkohoidosta huolehtiminen

Hoitajat huolehtivat lapsen jatkohoidosta esimerkiksi viemällä lapsen tutustumiskäynnille uudelle osastolle tai saattamalla hänet sinne vanhempien kanssa. Kuljetusten organisoiminen oli osa hoitajan toimintaa. Jatkohoidosta huolehtimiseen kuului myös tarvittavien ohjeiden antaminen lapselle ja perheelle tai niiden saamisen varmistaminen.

Isällä on kertomansa mukaan selvät sävelet päivän ruokavaliosta, oli keskustellut asiasta rav.tt:n kanssa (2,34)

Aikataulusta huolehtiminen

Lapsen aikatauluista hoitajat huolehtivat tiedottamalla lapselle ja tarvittaessa perheelle eri työntekijöiden tapaamisaikoja. Muun ohella he huolehtivat, että ruokailu- ja lepoajat pysyvät suunnitelmien mukaisina joustavissakin aikatauluissa. Esimerkissä hoitaja huolehtii riittävän aikaisesta aamupalasta, jotta lapsi ehtii syödä ja levätä ennen suunniteltua tapaamista.

PVM klo psyk. tapaaminen, aamupala jo n. 7.45 (3,5)

Hoitajat sopivat perheen kanssa lapsen hoitoneuvottelun ajankohdan heille sopivaksi. Hoitoneuvotteluaikojen lisäksi hoitajat huolehtivat esimerkiksi vanhempien ja lääkärien aikataulujen yhteensovittamisesta tai vanhempien ja ravitsemussuunnittelijan välisistä tapaamisajankohdista. Ympärivuorokautisen huolenpidon vuoksi hoitajien oli ammattiryhmistä helpointa sopia aikatauluja, koska hoitajat tapasivat moniammatillisen työryhmän edustajista varmimmin lapsen lisäksi myös perheenjäsenen.

Tutkimuksista huolehtiminen

Tutkimuksista huolehtiminen tarkoitti yhtäältä sitä, että hoitaja vei lapsen tutkimuksiin sairaalan toisiin toimipisteisiin esimerkiksi röntgeniin tai laboratorioon. Energiankulutuksen minimoimiseksi lapsi kuljetettiin ainakin osaston ulkopuolelle pyörätuolilla. Toisaalta hoitajat tekivät itse osan tutkimuksista,

kuten mittasivat pituuden ja tarvittaessa verensokeriarvoja, verenpainetta, pulssia ja lämpötilaa. Esimerkissä hoitaja on kirjannut verensokerin ja lämpötilan mittaustuloksen mittauspaikan kera.

Dx: 2,9; Lämpö: 35,2 (korva) (2,3)

Erityisesti verenpaineen ja pulssin mittauksista hoitajat huolehtivat vähintäänkin päivittäin, joskus useita kertoja vuorokaudessa. Tarpeen vaatiessa otettiin puhtaasti laskettu virtsanäyte. Lapsi valmisteltiin sydänfilmin ottoon ja verikokeisiin. Verikokeita varten lapselle laitettiin tarvittaessa etukäteen puudutevoide tulevalle pistospaikalle.

5.1.3 Valvonnasta huolehtiminen

Valvonta tarkoittaa jo tehtyjen sopimusten ja/tai jo sovittujen rajojen valvontaa. Valvonnasta huolehtiminen on vahtimista ja aikaisemmin sovittujen asioiden vartiointia. Kaikilla lapsilla oli yksilöllisesti sovitut säännöt ruokailusta, liikkumisrajoituksista sekä vessassa ja suihkussa käymisestä, koska painon nouseminen edellyttää sekä energian saamista että sen kuluttamisen välttämistä.

Valvonnasta huolehtimisen yläkategoriaan ei sisältynyt arviointia eikä sellaista vuorovaikutusta, joka olisi johtanut sopimusten tai rajojen muuttamiseen taikka tarkistamiseen. Valvonta oli kirjattu hoitokertomukseen toteavasti esimerkiksi ”*Söi lounaan valvotusti*” (3,7). Valvonnasta huolehtimisen yläkategoriassa yhdistyivät Ruokailun valvonnan, Liikkumisen ja levon valvonnan ja WC- & suihkukäyntien valvonnan alakategoriat.

Ruokailun valvonta

Ruokailun valvonta oli osa lapsesta huolenpitämisestä. Lapselle syöminen ja juominen saattoi olla niin vaikeaa, että ilman valvontaa hän ei syönyt lainkaan tai ei ainakaan riittävästi. Ruokailutilanteissa saatettiin leiviltä pyyhkiä rasvat tai sylkeä ruokaa pois. Valvonnasta huolehtiessaan hoitajat vahtivat ruokailemista samassa huoneessa. Tämä ei aina ollut riittävää valvontaa vaan hoitajat tarkastivat tarvittaessa roskakoreja, yöpöydän laatikoita tai muuta ympäristöä piilotetun ruuan löytämiseksi.

Sänky petattu, yöpöydän laatikosta löytyy yksi jälkiruoka, nutridrinkiä desillinen lasissa sekä nenäliina johon syljetty ruokaa. (8, 198)

Osastohoidon aikana lapset pyrkivät ajoittain aktiivisesti vähentämään ruuan tai juoman määrää, joten vielä tarkempi ruokailun valvonta olisi ollut tarpeen. Nenämahaletkulla ruokittaessa lapsi saattoi valuttaa ravintoliuosta hukkaan kaarimaljaan. Jos hoitajalla ei ollut mahdollisuutta aktiivisesti valvoa ruokailua, moni tyttö pyrki jättämään ruokaa tai juomaa tarjottimelle tai joskus lapset yrittivät itse aiheuttaa oksentamisen.

Liikkumisen ja levon valvonta

Liikkumisen ja levon valvominen oli keskeinen osa anoreksiaa sairastavan lapsen hoitoa, sillä ainakin ruokailun jälkeen oli levättävä ja kaikenlaista energiankulutusta vältettävä, jotta painon nouseminen olisi ollut mahdollista. Hoidon alussa energiankulutuksen välttäminen oli hoidossa niin tärkeää, että lapsi vain lepäsi ja eikä voinut aina mennä edes vessaan. Tällöin hän vain lepäsi sängyssä ja kävi sängyn viereen siirretyllä portatiivilla virtsaamassa ja ulostamassa. Täydellisessä vuodelevossa lapsi myös peseytyi vuoteessa hoitajan tai perheenjäsenen avustamana.

20.30 Käy portatiivilla pissalla. Vuoteessa hampaiden pesu. (2,6)

Painon noustessa vuodelepoa lievennettiin siten, että sängyllä sai istua ja esimerkiksi askarrella tietyn ajan vuorokaudessa. Tällöin hoitajat valvoivat vuoteessa pysymistä ja ajankäyttöä. Kun lapsi sai luvan liikkua osaston ulkopuolelle, se tapahtuu aluksi energiaa säästävasti pyörätuolilla, jota joku muu työnsi. Painon noustessa liikkuminen oli sovituissa aikaraameissa mahdollista myös ulkona ja myöhemmin myös kävellen.

12.00 Lähtevät uudelleen ulos. (Päivän toinen 30 min. ulkoilu) (2,23)

WC- ja suihkukäyntien valvonta

Vessassa ja suihkussa käyntejä valvottiin, koska vessaan lähteminen saattoi olla vuodelevossa olevalle lapselle ainoa sallittu energiaa kuluttava asia. Tällöin hoitajat valvoivat WC- käyntien tiheyttä ja määrää. Silloin kun oli syytä olettaa, että lapsi kävi vessassa tekemässä kiellettyjä toimia, käyntejä valvottiin tarkasti. Hoitaja saattoi kuunnella kantautuvia ääniä oven takana, valvoa tapahtumia oven raosta tai joskus ovi pidettiin lukittuna ja avattiin vain tarvittaessa.

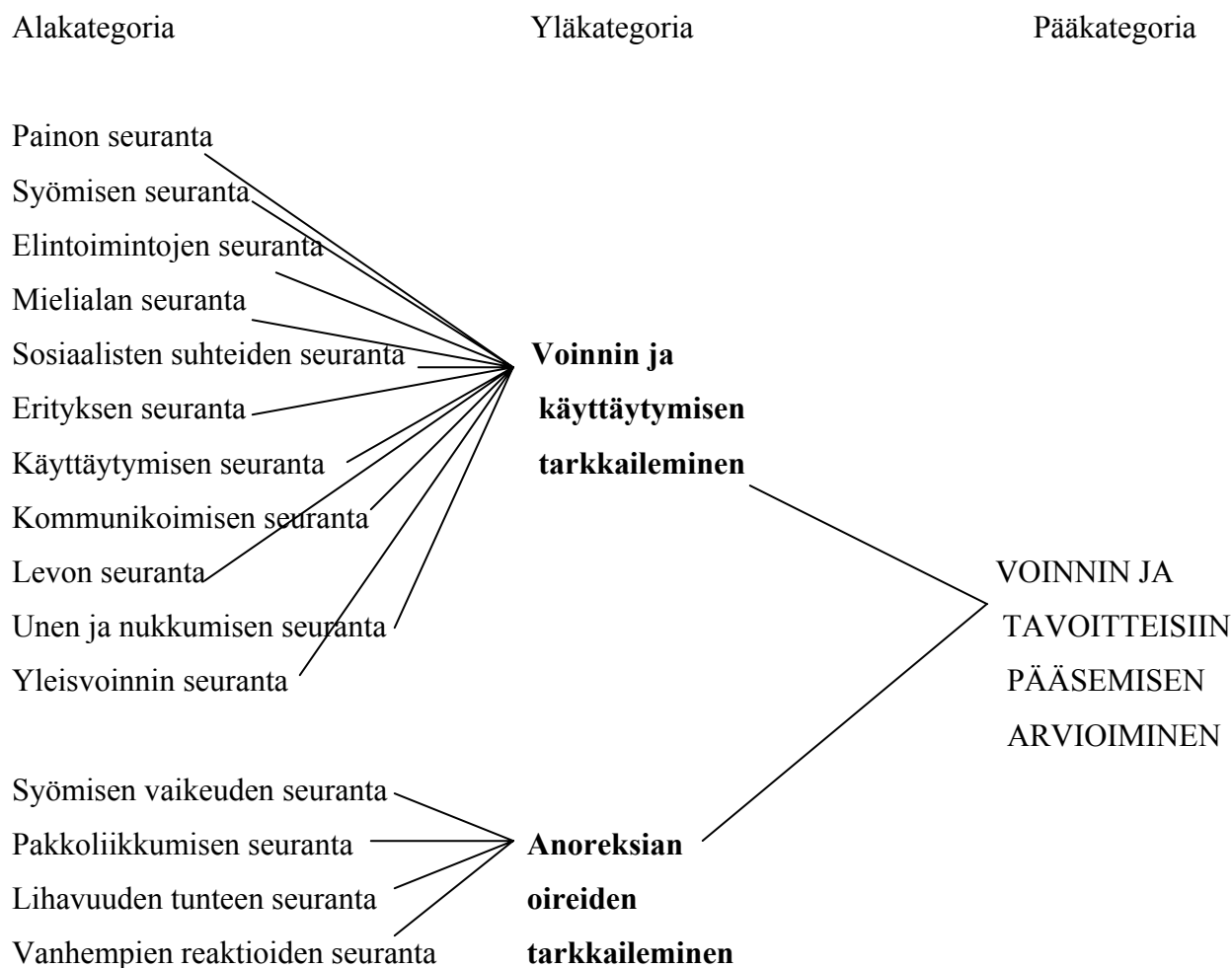
Valvontaa voidaan pitää perusteltuna, koska WC: n tarjoamassa yksityisyydessä voi liikkua reippaasti, juoda vettä ennen punnitusta tai pidätellä pissaa, jotta se tulisi mukaan aamupainoon. Vessassa käyminen täytyi ajoittaa ruokailua edeltäväksi tai sitten sen täytyi tapahtua vasta tunnin kuluttua ruokailusta, jotta ruuan oksentaminen vältettiin. Samoista syistä suihkussa käymistä kontrolloitiin. Silloin kun vessaan tai suihkuun oli matkaa eli se ei ollut potilashuoneen yhteydessä, sinne kuljetettiin tarvittaessa pyörätuolilla.

17.20 Tasan tunnin kuluttua aterialta käy vessareissun tekemässä (2,32)

5.2 Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen

Tässä tutkimuksessa nousi esiin arviointi laajana käsitteenä. Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioimisen pääkategoriaan sisältyivät sekä alussa tapahtuva arviointi tilanteesta ja hoidon tarpeesta että hoidon kuluessa tehtävä jatkuva arviointi tapahtuneista muutoksista tai muuttuneista hoidon tarpeista. Arvioinnin avulla hoitaja voi sekä suunnitella että tarvittaessa muuttaa huolenpitoaan tai toimintaansa yhteistyösuhteessa.

Tähän pääkategoriaan kuuluvat ilmaukset olivat pääosin joko kuvailevia tai arvioivia. Hoitajat arvioivat lapsen vointia monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti hoidon aikana. Eri asioiden seuranta olivat osa voinnin ja käyttäytymisen sekä anoreksian oireiden tarkkailua, jotka toivat monipuolisesti tietoja ja havaintoja arviointia varten. Seuraavassa kuviossa näkyvät Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen pääkategoria, ylä- ja alakategorioineen (Kuvio 2).



Kuvio 2. Voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioimisen ylä- ja alakategoriat

5.2.1 Voinnin ja käyttäytymisen tarkkaileminen

Voinnin ja käyttäytymisen tarkkailemisen yläkategoria muotoutui 11 alakategoriasta. Painon seuranta, syömisen seuranta, elintoimintojen seuranta, mielialan seuranta, sosiaalisten suhteiden seuranta, erityksen seuranta, mielialan seuranta, käyttäytymisen seuranta, kommunikoimisen seuranta, levon seuranta, unen ja nukkumisen seuranta sekä yleisvoinnin seuranta olivat osa tarkkailua.

Painon seuranta

Painon seuranta oli tärkeä keino anoreksiaa sairastavan lapsen voinnin arvioimiseksi ja hoidon onnistumisen tarkkailemiseksi. Hoitajat olivat punninneet jokaisen tytön vähintään kerran päivässä eli ainakin aamuisin heti heräämisen ja virtsaamisen jälkeen. Punnitus oli tapahtunut tietyllä puntarilla, tietyissä vaatteissa ennen aamupalaa.

Klo 8.00 aamupaino ##,# päällä pikkarit ja toppi, kuten muinakin aamuina (7,8)

Osa hoitajista dokumentoi punnitustuloksen kilogrammojen ohella hoitokertomukseen arvioinnin kera, jolloin nousua, laskua tai painon pysymistä oli jo valmiiksi arvioitu. Hoitajat olivat laatineet tarkkoja ohjeita seuraaville hoitajille punnituksen luotettavuuden ja tulosten vertailukelpoisuuden varmistamiseksi. Tämä oli perusteltua, koska lapsen toimintaluvat ja -rajoitukset olivat painon kehitykseen sidottuja.

Syömisen seuranta

Syömistä oli havainnoitu monipuolisesti. Siitä oli tehty sekä syömisen tapoja että syödyn ja juodun määrää ja laatua koskevia havaintoja. Hoitajien oli tärkeää kiinnittää syömiseen erityishuomiota, koska syömishäiriö oli sairaalahoidon syy. Hoitajat seurasivat sekä lapsen syömiskäyttäytymistä että syödyn ruuan määrää. He olivat panneet merkille syömiseen käytetyn ajan sekä riipeyden ja sen, jos syöminen sujui hyvin ilman ongelmia. Hoitajat kuvailivat lapsen omaa ponnistelua syömisen onnistumiseksi ja lisäksi koko syömisprosessia sen alusta loppuun.

Syö hyvin ja vain jälkiruoka vaihdetaan Kalinka - jogurttiin. Jonkinlaista tuskastumista syönnin aikana ... (3,6)

Lapsilla oli syömiseen liittyen monenlaisia hankaluuksia. Usein syöminen sujui hitaasti ja välillä näyttikin työläältä, esimerkiksi lapsi saattoi yökkiä tai yskiä ruokailun aikana. Ruokia yritettiin vaihtaa ja laatia uusia sopimuksia syömisvaatimuksista kesken ruokailun. Oli tavallista, että osa tarjotusta jäi syömättä tai juomatta. Hoitajat huomioivat, että lapset jättivät tarjotusta enemmän juomatta ja syömättä, jos hoitaja ei ehtinyt valvoa ruokailua.

'Ursula' syö "närrpien" ja "kauppaa tekien", syö jälkiruoan + maito+ vaal. kinkkuleipä. Perunaan ei koskekaan. (8,41)

Lapsella saattoi olla tapana murustella ruokaa tai syödä kaikki ruoka vain pienellä lusikalla. Juominen ja varsinkin muun kuin veden huominen oli osalle lapsista vaikeaa tai vastenmielistä. Syömättä ja juomatta jätetyn ruuan määrän seuraaminen oli hyvin yksityiskohtaista myös silloin, kun lapsella oli nenämahaletku. Tällöin letkuun tiputettavasta ravinto- ja nestemäärästä saatettiin vähentää lapsen syömät kalorit ja juomat nesteet. Syömisestä seuranta vaikutti myös enteraalisen ruokinnan väliin jättämiseen, ja yhdistettynä punnitustuloksiin, nenämahaletkun poistamiseen. Vanhempien läsnäolo saattoi myös vaikuttaa syömiskäyttäytymiseen.

Hoitajan läsnä ollessa 'Ursula' syö kiltisti ruokansa, mutta äidille kiukuttelee ja vaihdattaa ruokia. (1,18.11)

Elintoimintojen seuranta

Anoreksian vuoksi hoidossa olevat lapset tarvitsivat usein erittäin tarkkaa, joko jatkuvaa tai toistuvaa elintoimintojen seurantaa. Varsinkin hoidon alussa lapset saattoivat olla monitoriseurannassa vuorokauden ympäri hitaan sydämen sykkeen ja matalien verenpaine- arvojen vuoksi.

Pulssi ajoittain kovin matala (32 – 36x min), nouseekin herkästi päälle 100:n, kun tyttö vähän liikaa. EKG -käyrä kovin erikoisen näköinen. (6,2)

Hoitajat seurasivat lasten elimistön toimintaa kokeilemalla lämpörajoja käsistä ja jaloista. Osalla lapsista verensokeritaso oli matala, joten verensokerimittauksia tehtiin tiuhaan. Lapsen nukkuessa voinnin seuranta on helpompaa, kun lapsi kytkettiin monitoriin yön ajaksi. Hoidon alussa monilla tytöillä mitattiin matalia verenpainearvoja, jonka vuoksi arvojen seuranta oli säännöllistä. Elintoimintojen vakautuminen ja mitattujen arvojen paraneminen toivat tietoa sekä ravitsemustilan ja kuivuman korjautumisesta että hoidon onnistumisesta.

Mielialan seuranta

Yhtäältä nälkiintyminen vaikuttaa lapsen mielialaan ja toisaalta mieliala vaikuttaa muun muassa siihen, miten lapsi kykenee syömään. Lasten mielialaa oli seurattu tarkasti lastenosastoilla. Hoitajat olivat joko suoraan kysyneet lapselta mielialaa tai tehneet käyttäytymisestä ja lapsen olemuksesta päätelmiä siitä.

Ittaa kohden 'Ursula' selvästi ahdistuneempi, itkeskelee (1,14.11)

'Ursula' nyt tasaisen oloinen eikä suuria tunnepurkauksia illan aikana (3,12)

Tasaisuus, levollisuus ja rauhallisuus olivat merkille pantavia asioita, etenkin jos lapsi oli aiemmin reagoinut tilanteisiin voimakkaasti. Iloisuus, virkeys, positiivisuus ja hyväntuulisuus tulivat huomioituiksi. Muun muassa iloiset ilmeet, hymyt ja juttelevaisuus olivat perusteluja näille päätelmille. Toisaalta hoitajat kiinnittivät huomiota surulliseen, vetäytyvään ja apaattiseen olemukseen tai sellaiseen passiivisuuteen, ettei lapsi varsinaisesti tehnyt mitään: vain oli ja tuijotti.

Sosiaalisten suhteiden seuranta

Lapsen sosiaalisia suhteita oli havainnoitu joko yleisesti että lapsella on ollut vieraita seurana tai yksityiskohtaisesti, kuka sisaruksista, vanhemmista tai muista läheisistä oli ollut käymässä osastolla. Perheelle soitetut ja heiltä vastaanotetut puhelut huomioitiin. Puheluiden sisältöä kuvattiin silloin, kun lapsi soitti vanhemmalle merkittävästä tapahtumasta, esimerkiksi nenämahaletkun laittamisesta. Hoitajat panivat merkille sosiaalisten suhteiden olemassa olon ja huomioivat niiden vaikutuksen lapsen mielialaan. Lasten kaverit kävivät tapaamassa tyttöjä. Tapaamisten lisäksi lapset pitivät yhteyksiä yllä

puheluiden, tietokoneen ja tekstiviestien avulla. Yksi lapsi ei ollut lainkaan kertonut kavereilleen sairaalassaolosta. Hän epäili, etteivät kaverit ymmärtäisi.

Erityisesti lapsen suhdetta vanhempiin ja sisaruksiin oli kuvailtu arvioivasti. Hoitajat tekivät havaintoja myös lapsen itsenäistymiskehityksestä suhteessa vanhempiin. Yhtäältä vanhempia kehoitettiin yöpymään kotona itsenäistymiskehityksen tukemisen perusteella. Toisaalta hoitajat huomioivat, miten lasten oli helpompaa ilmaista tunteitaan vanhemmilleen ja läheisilleen.

Uskaltaa ilmaista tunteitaan vain kun äiti on paikalla (1,16.11)

21 Vanhemmat olleet 'Ursulan' kanssa illan. Yhdessä ” itkeneet ja nauraneet ” (8,41)

Erityksen seuranta

Eritystoimintaa mitattiin, seurattiin kysymällä tai havainnoitiin. Hoitajat saattoivat siis ensin mitata tarkasti ja sitten vielä laskea yhteen vuorokaudessa erittyneen virtsan määrää. Usein hoitajat kuitenkin luottivat lapsen ilmoitukseen erityksestä. Muussa tapauksessa hoitaja saattoi seurata eritystä olemalla samassa vessassa tai sitten lapsen kävi siirrettävällä portatiivilla. Silloin kun lapsen virtsamäärä mitattiin ennen punnitusta, pyrittiin siihen että virtsarakko olisi vaa'alla tyhjä. Monet lapset kokivat vatsan toimimattomuuden häiritsevän heitä. Usealla heistä oli vatsantoimintaa edistävä lääkitys, joten siitäkin syystä vatsan toiminnan seuraaminen oli perusteltua.

Kuitenkin, jos paino oli laskenut, erityksen seuranta kaiken kaikkiaan tehostettiin. Painon laskettua vaikka lapsen ruokailua oli valvottu, saattoi herätä epäily siitä, että lapsi oksensi vessassa käydessään. Epäily saattoi herätä myös vessasta kantautuneiden äänien seurauksena.

klo 9.20 menee vessaan, viipyy siellä 10 min. Kuuluu kun kerran yskäisee kuin oksentaakseen. (2,11)

Seurataan virtsamääriä ja ulosteiden koostumusta(ripulia?) (8,197)

Käyttäytymisen seuranta

Käyttäytymisen seuranta oli hoitajalle keino saada tietoa arviointia varten silloinkin, kun se ei vuorovaikutuksen avulla ollut mahdollista tai lapsi saattoi kertoa voivansa ihan hyvin, mutta hänen käyttäytymisensä antoikin vastakkaisen tai ristiriitaisen viestin. Näin ollen käyttäytymisen seuraaminen saattoi joko korvata tai vahvistaa tai kyseenalaistaa sanallista viestintää.

WC:stä tulee kasvot punaisena ja hengästyneenä kertoi venytelleensä, jumppasi? (1,10.11)

Käyttäytymisen seuranta saattoi kohdistua joko yksittäisessä asiassa toimimiseen tai käyttäytymiseen kokonaisuutena. Lapset eivät yleensä olleet mitään tekemättä, koska muutoin aika tuntui pitkältä. Täydellisen vuodelevonkin aikana oli sallittua katsoa televisiota, tallennettuja elokuvia tai kuunnella musiikkia ajankuluksi. Yhtäältä hoitajat kiinnittivät huomiota lapsen päivittäisiin puuhiin: lukemiseen, piirtelyyn, askarteluun, päiväkirjan kirjoittamiseen, kynsien lakkaamiseen, meikkaamiseen, käsitöiden tekemiseen tai ristikoiden täyttämiseen. Toisaalta lapsen saattoi toimia hoitajan mielestä epätavallisesti tai huomiota herättävän passiivisesti.

Ei halua askarrella eikä katsoa TV:tä. Istuu sängyllä ja tuijottaa ulos ikkunasta..(2,2/oX)

'Ursula' hyvin yhteistyökykyinen ja asiat sujuu yhteisymmärryksessä (8,211)

Kommunikoimisen seuranta

Seuranta lapsen tavasta kommunikoida nimenomaan hoitajan kanssa muodosti tämän alakategorian. Kommunikaatioon ryhtymisen vapaaehtoisuudella oli merkitystä hoitajalle, jos hän halusi luotettavaa tietoa lapsen ajatuksista tai voinnista. Monia huomionarvoisia asioita, esimerkiksi kokemuksia, ajatuksia ja tunteita oli vaikea saada selville muutoin kuin kysymällä. Hoitajat olivat tehneet arvioita lapsen kommunikaation avoimuudesta. Samoin oli seurattu muutosta kommunikoimisaktiivisuudessa, sillä hoidon alussa lapset saattoivat olla hyvin niukkasanaisia. Välillä hoitajille oli välittynyt tunne, että lapsi olisi halunnut puhella enemmän kuin mihin heillä oli aikaa.

Vähän jo reippaammin vastailee kun edellisinä päivinä. (6,3)

Juttelee kovasti kaiken maailman asioista iloisesti (1,14.11)

Levon seuranta

Lepääminen oli syömisen ohella lapsen tärkeä tehtävä silloin, kun paino oli liian alhainen. Levon toteuttamisen seuranta oli osa hoitajan toimintaa. Lepoasennossa oleminenkin koetteli osaa lapsista. He saattoivat käydä tiheästi WC:ssä tai esimerkiksi kiirehtivät vastaamaan huoneen puhelimeen, odottamatta hoitajan kertovan, kenelle puhelu oli tullut. Pelkkä hoitajan läsnäolo ja katse riittivät toisinaan levon jatkamiseen.

...lepäilee nyt paremmin; jalat sängyssä eikä laidalla roikkuen (3,15)

Heijaa vaivihkaa itseään, lopettaa kun katsotaan päin,(2,9)

Unen ja nukkumisen seuranta

Lähes jokaisena hoitopäivänä oli arvioitu nukkumista tai kuvailtu lapsen omaa kokemusta nukkumisesta ja unen laadusta. Lapsen ilmaisema kokemus nukkumisestaan ei aina täsmännyt hoitajan havaintojen kanssa.

Nukkunut hyvin, vaikka illalla kertoili, ettei ole vielä yhtään yötä nukkunut kunnolla. (1,10.11)

Lapsen unen laatua heikensivät ajoittain kivut tai pahoinvointi. Sen lisäksi sairaalaympäristö toi mukanaan haasteita nukkumiselle. Erilaiset monitorien ja tipanlaskijoiden hälytysäänät tai huonetoverit häiritsivät sekä nukahtamista että rauhallista unta. Yhtäältä hoitajat pyrkivät mahdollistamaan hyvän unen lapsille esimerkiksi huonejärjestelyillä tai tarjoamalla lapselle korvatulpat. Toisaalta hoitajien toiminta, kuten nenämahaletkuruokinnan tiputukset ja letkun huuhtelu häiritsivät nukkumista. Aamuvorhainen puudutteen laitto tulevaa verikoetta varten havahdutti lapsen toisinaan unesta.

Yleisvoinnin seuranta

Tähän alakategoriaan kuuluvat ilmaisut kuvailivat lapsen vointia kokonaisvaltaisesti. Hoitajat olivat kuvanneet lapsen yleistilaa erityisesti sekä tulo- että lähtövaiheessa. Tulotilanteessa lapsen yleinen olemus viesti huonosta voinnista näiden alkuperäisilmausten mukaan.

Nyt viikon ollut lähes syömätön ja juomaton, ... Harmaan kalpea, hyvin laiha tyttö (2,3)

Hiljainen, erittäin hoikan ja ”kuiva” oloinen tyttö, hiukset osittain kasvoilla.(1,6.11)

Hoitajat olivat panneet merkille nimenomaan lapsen voinnissa tapahtuneen muutoksen verrattuna aikaisempiin havaintoihin. He seurasivat lapsilla melko yleisten vatsakipujen voimakkuutta, laatua ja kestoa. Kuvauksiin kivuista liitettiin arvioita niiden syistä. Ummetuksen tai suurentuneiden ruokamäärien nähtiin melko usein olevan vatsakivun aiheuttajina. Osastohoidon aikana yleisvointia seurattiin sekä havainnoimalla että kyselemällä lapsen vointia. Etova ja pahoinvoiva olo olivat yleisiä, mutta siihen verrattuna oksentaminen oli harvinaista.

5.2.2 Anoreksian oireiden tarkkaileminen

Lapsen tullessa hoitoon tiedettiin osastolle tulon syyn olevan anoreksia ja sen aiheuttamat oireet. Anoreksian oireiden tarkkaileminen oli osa hoitotyön toimintoja. Oireiden seuranta ja tarkkaileminen tuottivat aineistoa voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arviointia varten. Tämän aineiston valossa anoreksian oireiden tarkkailemisen yläkategoria koostui Syömisen vaikeuden seurannan, Pakkoliikkumisen seurannan, Lihavuuden tunteen seurannan ja Vanhempien reaktioiden seurannan alakategorioista.

Syömisen vaikeuden seuranta

Syömisen vaikeuden seurannan kategoria kuvaa sekä tunnetta syömisen vaikeudesta että ulkopuolisellekin paljastuvaa vaikeutta syödä tai syömisestä ja ravinnon saamisesta kieltäytymistä. Hoitaja pystyi joko itse havainnoimaan kieltäytymisen tai lapsi kuvasi itse syömisen mahdottomuutta.

Välipalaksi tehdään rahkaa, jota alkaa syödä mutta ahdistus tulee ja sanoo ettei hän enää pysty syömään mitään. (8, 209)

– laittaa ne (tuodun ruuan ja juoman) lattialle, pöydän alle – ei halua (3,2-3)

Monelle tytölle syömisen lisäksi myös juominen oli erittäin hankalaa. He pyrkivät aktiivisesti pienentämään syötäviä tai juotavia määriä. Näkyvän rasvan syöminen saattoi olla lähes mahdotonta, joten leiviltä pyyhittiin tuolloin näkyvät levitteet pois. Lapset saattoivat myös kokonaan kieltäytyä ravinnosta ja kaloripitoisesta nesteestä. He pyrkivät joskus estämään myös nenämahaletkutipusta joko sanallisesti tai irrottamalla letkustoja.

Pakkoliikkumisen seuranta

Painon nouseminen ja kalorien saaminen aiheutti joillekin lapsille liikkumispakon, joka oli voimakkaampi kuin levosta tehdyt sopimukset. He pyrkivät tällöin sängystä liikkeelle pienimmästäkin syystä, toistuvasti jumppasivat tai liikehtivät jatkuvasti näennäislevossa sängyllä tai syödessään huomauttamisesta huolimatta. Vessassa ja suihkussa käynnit mahdollistivat myös liikunnan.

Jalat vipattavat (4,17)

Syödessään heiluttelee jalkojaan edestakaisin ja sängyllä ollessa heijaa itseään (2,5)

Lihavuuden tunteen seuranta

Matala paino tai riutunut keho eivät kertoneet lapsen sisäisestä kokemuksesta, vaan heillä saattoi olla mielessään tunne lihavuudesta. Sen lisäksi, että lapset äärimmäisen laihoina kokivat olevansa lihavia, he pelkäsivät tulevaa painonnousua. Pelko oli lapselle totta, vaikka hän ymmärsi painonnousun välttämättömyyden omalle terveydelleen. Lapset arvelivat vähäisenkin painon lisäyksen olevan ylimääräistä rasvaa ja he saattoivat tarkkailla kehoaan havaitakseen painon lisääntymisen mukanaan tuomat vartalon muutokset.

Kyselee mihin kilot tulevat, onko se läskiä joka sitten tulee kun paino nousee (8,44)

'Ursula' nostaa peilin edessä paitaansa ja katselee vatsaansa (2,15)

Vanhempien reaktioiden seuranta

Edellisissä kappaleissa mainitut anoreksian oireet olivat selkeitä, joten myös vanhemmat huomasivat niitä ja jollain tavalla reagoivat oireisiin. Esimerkiksi, koska omalle lapselle paino oli erittäin tärkeä asia, omainen auttoi lasta tekemään ylimääräisiä, turhia punnituksia.

'Ursula' kävi isän kanssa Y: n vaakalla vertailumielessä (7,5)

Vanhemmat saattoivat antaa tukensa lapsen syömisyritykselle tuomalla heille kotona valmistettuja mieliruokia tai muita herkkuevättä sairaalan laitospuolelle korvaamaan. Toisinaan taas lapsen syömättömyys saattoi kuohuttaa vanhempia. Vanhemman reaktiot saattoivat vaikuttaa lapsen ruokailemiseen hankaloittavasti. Tämän syyn takia joidenkin lasten vanhemmat olivat poissa huoneesta ruokailun aikana. Osa lapsista pyysi itse omaisiaan poistumaan syömisen ajaksi.

Sairaalahoito lepäämisen ja syömisen vaateiden kanssa saattoi välillä tuntua vanhemmista kovalta vaatimukselta. Vanhemmat saattoivat olla leposäännöistä huolimatta lapsen kanssa mahdollisimman paljon pois osastolta tai esimerkiksi puolustella lapsen syömiskäyttäytymistä.

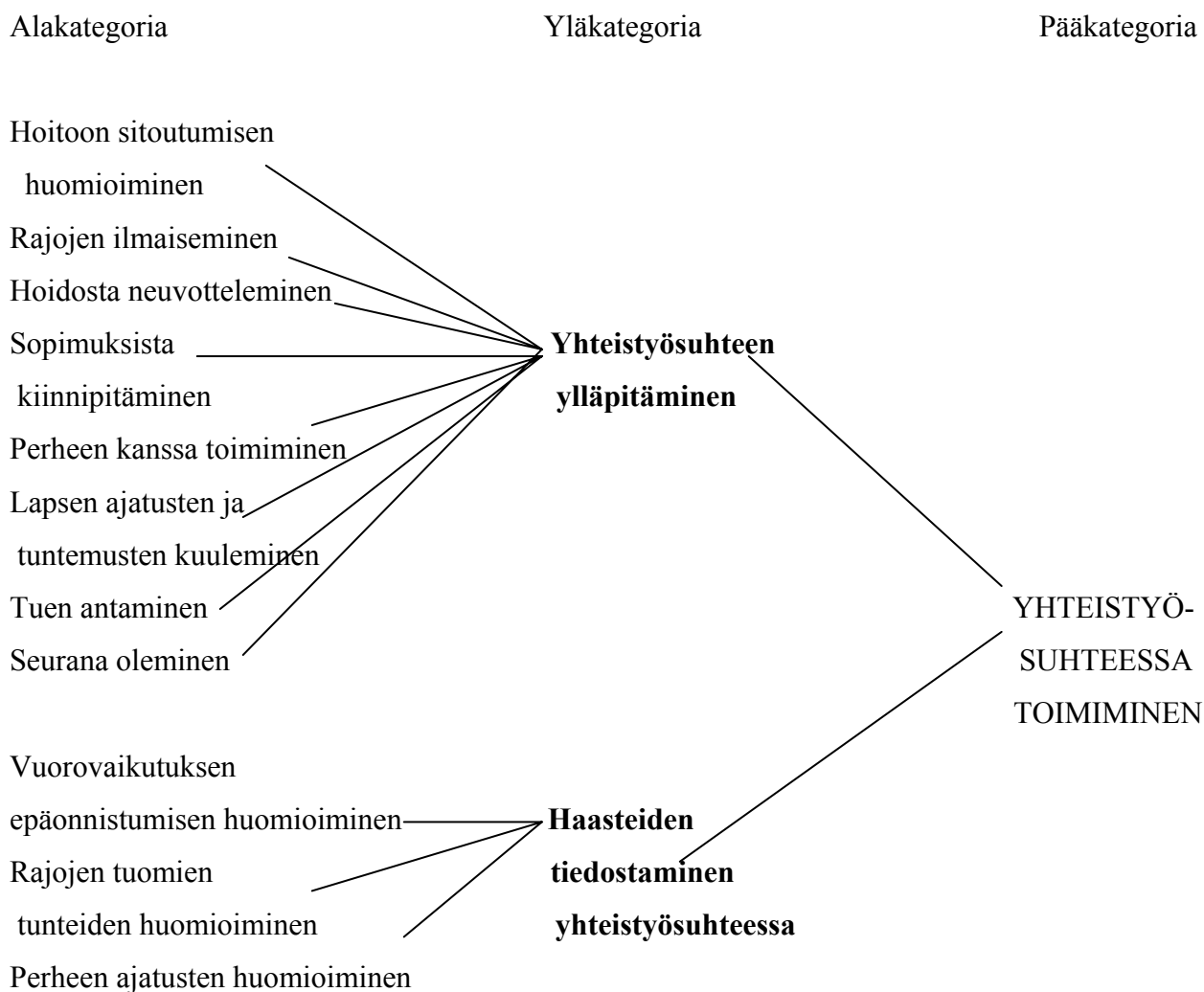
Isä jälleen puolustaa tyttärtään (eihän kukaan voi koko ajan jaksaa syödä!) (1,11.11)

Lähtee ruokailun jälkeen pyörätuoliajajelle äidin kanssa (8,209)

5.3 Yhteistyösuhteessa toimiminen

Yhteistyösuhteessa toimimisen pääkategoria kuvasi hoitajan toimintaa yhteistyösuhteessa lapsen ja perheen kanssa. Tämä pääkategoria muodostui alkuperäisilmaisista, jotka kuvasivat joko vuorovaikutusta tai sitä, miten hoitaja oli vuorovaikutuksen ymmärtänyt.

Perheiden kanssa tehtävä yhteistyö on osa tätä pääkategoriaa, koska hoitajan ja perheen välinen yhteistyö on mahdollista vuorovaikutuksen avulla. Yhteistyösuhteessa toimiminen muodostui Yhteistyösuhteen ylläpitämisen ja Haasteiden tiedostamisen yhteistyösuhteessa yläkategorioista. Seuraavan kuviossa näkyvät Yhteistyösuhteessa toimimisen ylä- ja alakategoriat (kuvio 3).



Kuvio 3. Yhteistyösuhteessa toimimisen ylä- ja alakategoriat

5.3.1 Yhteistyösuhteen ylläpitäminen

Yhteistyösuhteen ylläpitämisen yläkategoria muodostui kahdeksasta hoitajan ja lapsen sekä perheen yhteistyösuhdetta kuvaavasta alakategoriasta. Hoitoon sitoutumisen huomioiminen, rajojen ilmaiseminen, hoidosta neuvottelemine, sopimuksista kiinnipitäminen, perheen kanssa toimiminen, lapsen ajatusten ja tuntemusten kuuleminen, tuen antaminen ja seurana oleminen olivat osa yhteistyösuhteen ylläpitämistä.

Hoitoon sitoutumisen huomioiminen

Yhteistyösuhteen solmimiseksi ja ylläpitämiseksi hoitajan oli huomioitava lapsen ja perheen valmius yhteistyöhön. Tässä aineistossa lasten sairaalahoito oli alkanut äkillisesti, joten sekä lapset että perheet olivat siihen valmistautumattomia. Yhteistyösuhteen rakentaminen alkoi usein keskustelulla sairaalahoitoon jäämisestä. Hoidon alussa lapset olivat usein itkuisia ja hoidon vastaanottaminen oli heille vaikeaa. Pelkkä painon nostaminen saattoi olla lapselle vaativaa ja etenkin painon nousemiseen sopeutuminen. Näin ollen yhteisen päämäärän löytäminen sekä hoitoon sitoutuminen saattoi olla haastavaa.

Osa lapsista ei halunnut olla sairaalassa ja hoito tuntui raskaalta asialta, tällöin lapsi saattoi uhata sairaalasta karkaamisella tai reagoida protestoimalla avoimesti hoitoa vastaan. Toisaalta tunteiden avointa näyttämistä voi pitää edistysaskeleena hoidossa, koska se voi olla merkki luottamuksen lisääntymisestä ja anoreksiaa sairastavalla lapsella myös merkki tunteiden tuntemisen alkamisesta. Hoidon edetessä lapsilla oli ristiriitaisia tunteita sairaalahoitoa kohtaan. Lapset toivat esiin myös sen, että he ymmärsivät, miksi osastohoito oli heille tarpeellista.

'Ursula' ei tiedä haluaako olla mieluemmin sairaalassa kuin kotona (2,16)

'Ursula' kovasti itkuinen protestoi ruokailussa "mielisairaalaan" joutumista, jossa ihmiset aivopesevät (4,11)

Rajojen ilmaiseminen

Anoreksian vuoksi sairaalahoidossa olevan lapsen hoidon tavoitteena oli ravitsemustilan korjaantuminen ja painon nouseminen. Painon nousun turvaamiseksi hoito sisälsi monia rajoituksia ja harvoja lupia. Kuten **Valvonnasta huolehtimisen** sekä **Voinnin ja käyttäytymisen tarkkailemisen** osioissa on käynyt ilmi, ruokailuun, erittämiseen, hygieniasta huolehtimiseen, liikkumiseen ja arkiseen puuhailuunkin kuten läksyjen tekemiseen liittyi runsaasti sekä rajoituksia että kieltoja. Lapsen ja perheen kanssa tehtävä yhteistyö pohjautui siihen, että he tiesivät sekä rajat että rajojen perustelut.

Sairalahoidon aikana lapsen tehtävänä oli syödä ja levätä. Tämän onnistumiseksi sekä lapsen että perheen oli tiedettävä mitä syöminen ja lepääminen tarkoittivat. Lapselle oli oltava selvää, että hänen oli syötävä ja juotava riittävästi jokaisella ruualla tai sitten ravitsemusta toteutettaisiin tarvittaessa nenämahaletkun avulla.

Hoidon alussa monen lapsen täytyi välttää energian kuluttamista mahdollisimman tarkasti, joten he olivat vuodelevossa. Vuodelepo saattoi merkitä pelkkää lepäämistä, jolloin vain television tai elokuvan katseleminen on sallittua. Se saattoi tarkoittaa myös vuoteella pysymistä, jolloin lapsi voi istua ja puuhailia erilaisia vähän energiaa kuluttavia asioita niin kauan kun vain pysyi sängyssään. Tällöin oli luvista riippuen mahdollista lukea, piirtää, kirjoittaa, askarrella, tehdä käsitöitä, täytellä ristikoita tai muuta vastaavaa.

Hoidon aikana rajoituksia lievennettiin tai kiristettiin lapsen painon perusteella. Painon noustessa lääkärin arvioimien kilogrammojen yli, lapsi sai lisää lupia. Vastaavasti, jos paino ei noussut tai peräti laski sekä ruokamääriä että rajoituksia lisättiin. Lapsen oli tiedettävä mitä rajojen huomioimatta jättämisestä seurasi.

...ja sanottu, että jos teipit on purettu tai 'Ursula' yllätetään jumppailemasta, pyörätuoli- ja tietokonehuvut poistetaan. (1,13.11)

Hoidosta neuvotteleminen

Sairaalassa lapsen oleminen oli monin tavoin säänneltyä. Sääntöjen sisällä hoitajat neuvottelivat hoidosta lapsen ja perheen kanssa. Esimerkiksi lapsen saadessa luvan askarella tunnin päivässä niin askartelun sisältö ja askarteluajan jakaminen päivään tapahtui neuvotellen lapsen toiveiden mukaan. Hän saattoi askarella koko luvallisen ajan kerralla tai jakaa sen mieleisiinsä osiin ruokailu- ja leposääntöjen sisällä.

Lääkäri määräsi lapsen tarvitseman energiamäärän, mutta lapsi ja hoitaja neuvottelevat siitä, mitä ruokaa ja juomaa tuo energiamäärä piti sisällään. Syömistä ja juomista koskevia neuvotteluja käytiin usein, koska ruuan energiamäärää nostettiin hoidon aikana. Syömisen onnistumiseksi hoitajat pyrkivät neuvottelemalla siihen, että ruoka ja juoma olisivat mahdollisimman mieleisiä lapselle. He vaihtoivat tarvittaessa epämieluisat ruuat maistuvampiin. Toiveruuista huolimatta syöminen saattoi olla lapselle ylitsepääsemättömän vaikeaa, jolloin neuvottelun tuloksena päätettiin laittaa nenämahaletku.

9.20 Viedään aamupala tarjolle, neuvotellaan mitä haluaa (4,3)

Lapsen tarvitessa enteraalista ravitsemusta ravitsemustilan kohenemisen tueksi hoitaja pystyi neuvottelemaan tiputusajankohdasta ja muista vastaavista seikoista. Nenämahaletkuun tiputtaminen saatettiin aloittaa vasta lapsen nukahdettua tai sovittiin, että lapsi yritti ensin syödä ja vain aterialta syömättä jäänyt energiamäärä arvioitiin ja tiputettiin nenämahaletkun kautta.

Sovittu ettei tiputeta mitään kun syö kaiken. (8,225)

Sopimuksista kiinnittäminen

Ilman sopimuksista kiinnittämistä neuvottelemisen hyöty olisi ollut kyseenalainen. Neuvottelun ideana oli, että sovituista asioista pidettiin molemmin puolin kiinni. Oleellista oli, että kaikki sopimuksen osapuolet tiesivät sopimuksen sisällön. Sopimuksen sisällön oli oltava mahdollisimman yksiselitteinen ja selkeästi ilmaistu, jotta siihen pystyttiin vetoamaan hoitajien vaihtuessa.

07.30 Pientä erimielisyyttä siitä mitä pitäisi olla punnituksessa päällä. Ohjeiden mukaisesti vain pikkarit ja liivit. (8,201)

Punnituksen suorittaminen sovittujen sääntöjen mukaisesti oli välttämätöntä sekä luotettavuuden että vertailtavuuden vuoksi. Hoitajan keinona pitää kiinni sopimuksista olivat esimerkiksi muistuttaminen, kehottaminen, huomauttaminen, tarkastaminen tai kieltäminen. Tarvittaessa sopimuksia ja niiden perusteluja kerrattiin lapsen kanssa.

Sopimisen ideana oli myös hoidon jatkuvuuden takaaminen, jolloin laadittu sopimus ja tarvittaessa sen tarkistusajankohta kirjattiin tarkasti. Näin pyrittiin välttämään neuvottelujen käynnistyminen esimerkiksi ruokailun asemasta, kesken sitä tai punnituksessa. Välillä painostus sopimuksen sisällön tarkastamiseksi tai sen aikaistamiseksi oli voimakasta. Seuraavassa esimerkissä hoitaja pitää kiinni voimassa olevasta sopimuksesta ja kertoo, milloin sopimusta tullaan tarkastamaan.

Kehotin rauhassa odottelemaan maanantaita, jolloin hoitava lääkäri tulee paikalle. Sanoin rajojen pysyvän siihen asti ennallaan. (7,5)

Sopimuksia laadittiin myös säännöistä poikkeamisen varalta. Lapsille oli suunniteltu energiakorvauksia ylimääräisen liikkumisen tai oksentamisen vuoksi. Hoitajat tekivät tyttöjen kanssa sopimuksia lasta ja hänen hyvinvointiaan vahingoittavan toiminnan, kuten vesitankkauksen, lopettamisesta.

Perheen kanssa toimiminen

Hoitajat saivat perheeltä paljon tietoa lapsen voinnista ja hoitoon liittyvistä asioista. Perheet tai sen yksittäiset jäsenet olivat paljon lasten seurana sairaalahoidon aikana, esimerkiksi eräs äiti yöpyikin osastolla tyttären toiveesta.

Seurana olemisen lisäksi perheet osallistuivat lapsen hoitoon monilla tavoilla. Perheenjäsenet osallistuivat hygieniasta huolehtimiseen. Tytöt saattoivat käydä suihkussa äidin avustamana. Silloin, kun lapsella oli lupa ulkoilla tai poistua osastolta pyörätuolilla, useimmiten perheenjäsen työnsi

pyörätuolia. Etenkin vanhemmat kuljettivat lapsia kahvioon, ulkoilemaan, kaupungille, erilaisiin juhliin ja tarvittaessa jatkohoitoon toisiin hoitopaikkoihin.

Osalle lapsista syöminen oli vaikeampaa omaisen läsnä ollessa, joten silloin perheenjäsenet poistuivat ruokailun ajaksi. Toisaalta vanhemmat saattoivat myös valvoa lapsen ruokailua, kun se oli tarpeen. Lapset kertoivat vanhemmilleen mielessään olevista asioista. Vanhemmat jakoivat niistä tietoa hoitajille tai auttoivat lasta ottamaan niitä puheeksi arvionsa perusteella.

19.10 Isä kertoo ' Ursulan' sanoneen, ettei tämä halua lihota enää samankokoiseksi kuin ennen oli.
(3,9)

Painon nousun myötä lapsi alkoi käydä kotona. Hoitajat neuvottelivat perheen kanssa siitä, milloin lapsi haettiin kotilomille ja milloin tuotiin takaisin sairaalaan. Perhe huolehti tällöin sekä ruokailusta että levosta sopimusten mukaan. Alussa kotona vietettiin vain tunteja, mutta hoidon edetessä lapsi saattoi olla poissa sairaalasta yön tai viikonlopun.

Lapsen ajatusten ja tuntemusten kuuleminen

Yhteistyösuhteen ylläpitämisessä hoitajan ja lapsen välillä oli tärkeää, että lapsen ajatukset ja tunteet tulivat kuulluiksi. Tämän alakategorian muodostavat alkuperäisilmaisut kuvasivat joko lapsen ilmaisemia ajatuksia, tuntemuksia omasta fyysisestä tai psyykkisestä voinnista tai ilmaistuja toiveita siten, kuin hoitajat olivat ne kuulleet ja kirjanneet.

Kuulemalla lapsen kuvaamia ajatuksia ja tuntemuksia hoitajan oli mahdollista katsella lapsen tilannetta lapsen näkökulmasta. Lapsen näkökulman huomioonottaminen mahdollisti yksilöllisten auttamisen tapojen löytämisen. Esimerkiksi nenämahaletkun laittamisesta puhuminen ei välttämättä motivoinut kaikkia lapsia syömään. Lapset toivat esiin itselleen ja omalle hyvinvoinnilleen vahingollisia ajatuksia ja tuntemuksia. Oli merkittävää, että lapset pystyivät sanomaan tällaisia ajatuksia ääneen, jotta niistä saattoi alkaa keskustella.

Ei kuulemma halua juoda kuin sen mitä on pakko, haluaa juoda mahdollisimman vähän. Mehusta tulee kuulemma päänsärkyä. (7,8-9)

Anoreksiaa sairastavan lapsen hoidossa oli runsaasti sääntöjä, joten hoitajat kysyivät ja huomioivat lapsen toiveet silloin, kun ne sopivat rajojen sisään. Esimerkiksi tytön lähtiessä juhlaan hän halusi pitää nenämahaletkun paikoillaan, koska ei halunnut sitä laitettavan uudestaan osastolle palattua. Lapset esittivät myös oma-aloitteisesti monenlaisia toivomuksia hoidosta. Osa toiveista oli mahdollista toteuttaa sovituisissa rajoissa, mutta esimerkiksi painoon ja ruokamääriin liittyvät toiveet olivat välillä lapsen hyvinvoinnille vahingollisia. Hoitajille kuvattiin usein täyteyden tunteita ja fyysiseen olon tuntemuksia, kuten kipuja tai vatsaoireita, mutta myös mielialaa sekä yleisvointia.

Hoitajat kuuntelivat lasten perusteluja sääntöjen vastaiselle toiminnalleen. Esimerkiksi kun välipalat oli heitetty roskiin, lapsi selitti pelänneensä, ettei olisi jaksanut syödä pääruokia, jos olisi syönyt välipalat. Erään tytön punnitustulosten huomattiin heilahtelevan ylös alas. Lapselta kysyttiin syytä painon heittelyyn, jolloin hän kertoi tankanneensa vettä aamuyöllä painon nostamiseksi. Keskustelun päätteeksi hoitaja teki lapsen kanssa sopimuksen siitä, että hän juo vain hoitajilta saamansa veden.

Klo 19.30 'Ursula' kertoo, että hän on tankannut aamuyöllä vettä, se kaduttaa. (8,198)

Tuen antaminen

Hoitajat antoivat sekä lapselle että perheelle tiedollista ja emotionaalista tukea. Myös lasten sosiaalisten suhteiden tukeminen oli osa hoitajien toimintaa. Esimerkiksi lapsia autettiin soittamaan kotiin, lähettämään ja lukemaan tekstiviestejä.

Hoitotyöntekijät antoivat tietoa perheelle lapsen voinnista, osastosta, hoidosta ja sairaalan toiminnasta. He informoivat perheitä ja kuuntelivat lapsen ja perheenjäsenten huolia. Vanhemmat kertoivat huolestaan lapsen vointiin liittyen, mutta myös lapset itse toivat esiin huolen sekä omasta tilanteestaan että vointinsa kohentumisesta. Lapsen kanssa käytyjä keskusteluja oli osin kuvattu melko yksityiskohtaisesti. Hoitajat vakuuttivat lapselle hänen selviävän. He tukivat ja kannustivat painon nostamisessa esimerkiksi kertomalla parantuneista verenpainearvoista, jotka kuvastivat lapsen olevan

oikealla, terveyttä edistävällä tiellä. Tyttöjen kanssa keskusteltiin sekä kokemuksista ja suunnitelmista että murrosiästä, koulusta, kasvusta ja nuoruusiän kehityksestä.

Syömisen tukeminen oli tärkeä osa hoitajien toimintaa. He antoivat tietoa riittävästä neste- ja ruokamäärästä, monipuolisen ruokavalion tärkeydestä sekä rasvan merkityksestä ruokavaliossa. Varsinaisissa ruokailutilanteissa hoitajat kannustivat, kehottivat, hoputtivat, tuputtivat ja pysyivät lasta syömään ja juomaan. Toisinaan aluksi yritykseksi jäänyt syöminen alkoi onnistua hoitajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen.

'Ursulaa` halattu ja hänen kanssaan juteltu täällä olosta. (3,9)

Ulkonäköasioista ja murrosiän muutoksista jutellaan ”hyvässä hengessä”. (2,25)

Seurana oleminen

Tässä aineistossa lasten hoitoajat vaihtelivat kuudesta 67 vuorokauteen. Vanhempien, sisarusten, kavereiden tai muiden läheisten ei ollut mahdollista olla sairaalassa lapsen seurana riittävän usein, joten aika tuntui välillä pitkältä. Hoitajat olivat seurana esimerkiksi vanhemman työpäivän aikana. Hoitajat juttelivat tyttöjen kanssa heidän arjestaan ja harrastuksistaan. Lasten kanssa saatettiin pelata pelejä, katsella valokuvia tai hoitaja saattoi tehdä kampausta. Ruokailu tapahtui usein hoitajan valvoessa, joten seurana oleminen oli samalla tapa tarkkailla syömistä.

Reilun annoksen syö hissukseen, ruperteltu seurana koko ajan. (8,56)

5.3.2 Haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa

Yhteistyösuhteessa toimiessaan hoitaja tiedosti myös suhteen haasteita, sillä lapsen ja perheen hyvinvoinnin edistäminen edellytti ajoittain erityisiin tarpeisiin tai vaatimuksiin vastaamista. Hoitajat kiinnittivät huomiota perheen esiin tuomiin ajatuksiin ja vuorovaikutuksen epäonnistumiseen. Monet

säännöt ja rajoitukset herättivät lapsissa välillä erittäin raskaita tunteita, jotka oli otettava huomioon yhteistyösuhteessa.

Haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa yläkategoria muodostui vuorovaikutuksen epäonnistumisen huomioimisesta, rajojen tuomien tunteiden huomioimisesta sekä perheen ajatusten huomioimisesta. Nämä alakategoriat vaikuttavat erityisesti yhteistyösuhteen laatuun, joko heikentävästi tai edistävästi.

Vuorovaikutuksen epäonnistumisen huomioiminen

Yhteistyösuhdetta rakennettiin vuorovaikutuksen keinoin. Yhteistyösuhteen kehittymiselle oli merkityksellistä, jos hoitaja huomasi käyttävänsä epäsovivaa vuorovaikutustapaa tai valinneensa huonon hetken tai paikan kanssakäymiselle. Esimerkiksi lapsen itkiessä hoitaja saattoi arvella jutteleminen huojentavan oloa, mutta lapsi ei halunnutkaan silloin jutella.

Joskus lapsen rikottua rajoja syntyi tilanteita, joissa hoitaja sanallisesti (esimerkiksi kieltämällä tai huomauttamalla) puuttui lepo- tai ruokailusääntöjen vastaiseen toimintaan lapsen pysytellessä passiivisena tai torjuvana. Lapsi osoitti tällöin joko sanoillaan tai toiminnallaan, ettei yhteisymmärrykseen oltu päästy. Toisinaan hoitajan huomauttaessa rajojen rikkomisesta, saattoi lapsi selittää käytöstään epäuskottavalla tavalla. Pöydän laatikoista löydettyt ruuat olivat lattialle pudonneita tai ne oli ollut tarkoitus syödä. Esimerkissä lapsi on yllätetty laittamasta sormia kurkkuun kesken ruokailun, jolloin lapsi selitti käytöstään hoitajan havaintojen kanssa ristiriitaisesti.

..., 'Ursula' säikähti kun yllätettiin. Sanoi, että yritti vain estää oksennusta tulemasta. (1,16)

Hoitaja ja lapsi osallistuivat hoitoneuvotteluun, jossa lapsi ei ollut juurikaan ilmaissut mielipidettään omaa hoitoaan koskevissa päätöksissä. Vasta osastolla vain hoitajan ollessa läsnä tyttö toi esiin harminsia neuvotteluissa sovituista säännöistä. Lapsen saattoi olla vaikea tuoda esiin omia ajatuksiaan tai tarpeitaan myös omalle hoitajalleen.

Ei ollut uskaltanut sanoa hoitajalle, että WC-hätä. Vanhemmille oli 3 tuntia hoputtanut tulemaan osastolle kertomaan WC:n tarpeesta. (1,13.11)

Rajojen tuomien tunteiden huomioiminen

Sairaalahoitoon aikaiset rajoitukset herättivät monenlaisia reaktioita alkaen pitkästymisen tunteesta epäoikeudenmukaisuuden kokemukseen. Äärimmillään lapset kuvasivat olevansa kuin vankilassa. Sairaalahoito alkoi tuntua vankilassa ololta esimerkiksi silloin, kun suihkuun ei saanutkaan kävellä vaan sinne siirtymistä varten tuotiin pyörätuoli. Liikkumattomuus ja huoneessa oleminen sekä mieleisten puuhien, kuten askartelun tai piirtelyn rajoittaminen tuntuivat lapsista ajoittain vaikealta. Nenämahaletku ja siihen tiputettava ravitsemus itkettivät tai suututtivat välillä lapsia. Pahimmillaan tyttö saattoi raivostua niin kovasti letkutettavan ravinnon määrästä, että kieltäytyi sitten kokonaan syömästä. Alla esimerkki tilanteesta, jossa päivän kalorimäärää yritettiin nostaa nenämahaletkuun tiputettavalla ravintolisällä.

'Ursula' ei ole tästä ollenkaan mielissään ja kieltäytyy syömästä kokonaan.(8,227)

Jos lapsen paino laski, rajoja tiukennettiin uudelleen. Joskus lapsen suunniteltu kotiloma peruuntui tai siirtyi painonlaskun vuoksi. Tällöin sairaalaan jääminen tuntui surulliselta, etenkin vanhemman kotiinlähdön hetkellä. Painonnousuun sopeutuminen oli välillä niin haastavaa, että tuntemus muistutti lapsen kuvauksen mukaan jopa kidutusta. Tällaisissa ristiriitatilanteissa yhteistyösuhteen haasteeksi nousi se, miten auttaa rajojen hyväksymisessä ja miten auttaa ymmärtämään, että rajat oli asetettu lapsen parhaaksi. Rajojen asettaminen ja niistä kiinnipitäminen niin, että lapsi pystyi sen hyväksymään, oli kaiken kaikkiaan haastavaa.

Perheen ajatusten huomioiminen

Yhteistyösuhteessa toimiessaan hoitajat ottivat huomioon perheen ajatuksia ja näkemyksiä hoidosta. Vanhemmat toivat esille toiveen, että rajat tulisivat niin selkeästi määritellyiksi, että kaikki hoitajat pystyisivät pitämään niistä kiinni. Perheillä oli toiveita sekä lapsen hoidosta että sen kestosta.

Äiti kyselyt miksi 'Ursulalla' ei ole omahoitajaa → järjestetty asiaa (1, 11.11)

Jutellaan äidin kanssa kotiutumisesta ja äidin toive on, että tyttö olisi viikonlopun yli maanantaihin osastolla (2,6)

Vanhemmat olivat huolestuneita lastensa voinnista ja sen hetkisestä tilasta. Osa vanhemmista oli tyytymättömiä lapsen saamaan hoitoon, hoitopaikkaan tai hoitaviin henkilöihin. Osastosiirtoja tapahtui lapsen ja perheen vastustuksesta huolimatta. Hoitajat keskustelivat perheiden kanssa näistä eriävistä näkemyksistä ja kuuntelivat perheenjäsenten tunteita. Toiset vanhemmat kaipasivat ajoittain lisäperusteluja organisaation tai henkilöstön toiminnalle. Hoitajat perustelivat esimerkiksi ruoka-annosten kokoa ja kuvasivat sairaalan toimintaa kokonaisvaltaisesti.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettiset näkökohdat ovat erityisen painavia, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa (Vehviläinen – Julkunen 1997, Varto 2005). Eettisyyttä tutkimuksessa on se, että sen riskit ja hyödyt on arvioitu. Eettisyyttä on myös se, että tuloksista on todennäköisesti hyötyä hoitotieteelle ja sitä kautta hoitotyölle ja potilaille sekä heidän perheilleen. (Vehviläinen- Julkunen 1997, ICN 2007.) Varto (2005) tarkentaa, että kaikki tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ovat pohjimmiltaan eettisiä, sillä jo tutkimuksen aiheella, lähteiden valinnalla ja tutkimuksen kohteella voi olla vaikutusta ihmisten elämään. Tutkimuksen tekijän pitää näin ollen kuvata tarkasti sekä tutkimusnäkökulmansa että suhteensa tiedonantajiin ja tutkimusorganisaatioon (Vehviläinen - Julkunen 1997).

Laadullisen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan tutkimuksella ei saa vahingoittaa tiedonantajia, joten tutkimuksessa on huolehdittava henkilöllisyyden suojaamisesta ja luottamuksellisuudesta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Olen pyrkinyt kuvamaan eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksellisen näkökulmani ja sen perustelut hoitotyön toimintojen kuvaamiseen. Tutkimuksen tekijänä hain lastenklinikan ylihoitajalta, toimialajohtajalta ja johtavalta lääkäriltä luvat potilasasiakirjojen käyttöön tutkimuksen aineistona. Tiedonantajien anonymiteetin turvaamiseksi ja aineistossa esiin tulleiden arkojen ja henkilökohtaisten seikkojen vuoksi en liitä saatuja lupia tutkimusraporttiin.

Tämän tutkimuksen riskit liittyvät salassapitoon, johon minun tutkimuksen tekijänä on kiinnitettävä erityistä huomiota ja toimittava aineiston kanssa suurta huolellisuutta noudattaen. Salassa pidettäviä tietoja ei saa missään tutkimuksen vaiheessa, myöskään tutkimusraportissa päästä muiden kuin tutkijan tietoon. Tämän vuoksi tarkastelin alkuperäisiä potilasasiakirjoja ainoastaan siihen tarkoitukseen osoitetussa tilassa enkä tallentanut salassa pidettäviä tietoja enkä ilmaissut niitä kenellekään. Tutkimusraportin autenttisissa esimerkeissä olen käyttänyt lapsen nimen asemasta nimikoodia 'Ursula'.

Potilaiden tai hoitajien henkilöllisyydellä ei ollut merkitystä tässä tutkimuksessa. Potilastiedoista tallensin ainoastaan lasten iät ja sukupuolen, hoitopäivien määrän sekä toteutuneen painonnousun

grammoina. Hoitotyön kirjauksista poimin pelkästään tutkimuskysymykseen vastaavat merkittävät ilmaisut muistiinpanoihin. Merkittävien ilmaisujen sijainnin koodaus alkuperäisessä aineistossa on tehty siten, että ainoastaan tutkimuksen tekijä voi yhdistää ne tiettyihin hoitokertomuksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeä henkilöllisyyden suojaamisen ja luottamuksellisuuden periaate on ohjannut tutkimusaineiston käsittelyä. Opinnäytetyön valmistuttua hoitokertomuksista tehdyt muistiinpanot tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla.

Tutkimuksen tiedonantajia eli aineiston tuottajia olivat kaikki hoitotyön kirjauksia tehneet hoitajat. Laadullisen tutkimuksen periaate on, ettei tutkimuksella saa vahingoittaa tiedonantajaa ja tutkimuksesta tai tutkimustuloksista mahdollisesti koituvat haitat on ennakoitu (Vehviläinen – Julkunen 2007). Olen pyrkinyt varmistamaan sen, että kirjaajien sekä lapsien identifioiminen tutkimuksen aineistosta on mahdollista. Nuo tiedot on jätetty hoitokertomuksiin. Tavoitteenani on ollut tutkia hoitotyön toimintoja lastenosastolla ilmiönä, joten olen tarkastellut toimintoja kokonaisuutena enkä henkilöiden toimintaa.

Salassapidon ohella tämän tutkimuksen riskit liittyvät tutkimuksen tekijän kokemattomuuteen (ks. Sofaer 2002). Tutkimuksen tekijän kokemattomuuden aiheuttamia riskejä on vähentänyt pätevä ohjauksen saaminen tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksesta tai tutkimustuloksista ei ole aiheutunut haittaa tiedonantajille. Tutkimuksen hyötynä voi nähdä tiedon lisääntymisen hoitotyön toiminnoista ja siitä kuvasta minkä hoitotyön kirjaukset antavat hoitotyön toiminnoista lastenostoilla. Tutkimuksen avulla toimintoja voidaan tuoda näkyville, jolloin niitä voidaan arvioida ja kehittää lasten, nuorten ja perheiden parhaaksi. Hyvän hoidon toteuttamiseksi on tiedon laadulla ja sisällöllä tärkeä merkitys sen ohella, miten tietoa käytetään (Suhonen 2005, Walker & Avant 2005).

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä joutuu koko tutkimusprosessin ajan pohtimaan tekemiään ratkaisuja. Näin ollen tutkijan on koko ajan otettava kantaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 2001.) Luotettavuuden kannalta on ensisijaista, että muodostetuilla kategorioilla on yhteys aineistoon ja että ne liittyvät järkevällä tavalla luotuun käsitejärjestelmään. Keskenäinen ana-

lyysi tai liian niukka aineisto voivat näkyä tutkimustuloksissa siten, että kategoriat eivät ole toisensa poissulkevia tai analyysin tulos on yksinkertainen. (Kynäs & Vanhanen 1999.) Analyysin tulokset eivät myöskään saa perustua satunnaisiin poimintoihin aineistosta, vaan analyysin on oltava aineiston kattava (Eskola & Suoranta 2001).

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen esittämistä raportissa. Sitä voidaan parantaa muun muassa sillä, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä ilmiön kanssa. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata koko tutkimusprosessin kulkua tutkimusaiheen valinnasta tutkimustulosten rakentumiseen. Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkijan olisi oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana ja omasta vaikutuksestaan tutkimusprosessiin. (Kylmä ym. 2004.) Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan näkemys, johon vaikuttavat hänen tunteensa sekä aiemmat kokemuksensa intuition ohella. Luotettavuuden lisäämiseksi nämä seikat on myös tuotava raportissa esiin. (Nieminen 1997, Kylmä ym. 2004, Varto 2005.)

Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus tarkoittaa yksiselitteisten luokittelusääntöjen esittämistä, mutta alkuperäisilmaisujen tulkinta ja niiden sisällyttäminen johonkin kategoriaan riippuu tutkijasta, kuten edellisessä kappaleessa kuvattiin. Täten tulkinta ei ole toistettavissa eikä suoraan siirrettävissä toiseen kontekstiin. Tutkimusraportissa on kuvattava huolellisesti kaikki tutkimukseen vaikuttavat seikat: muun muassa kerrottava minkä periaatteen mukaan tutkimusaineisto on kerätty. (Nieminen 1997, Gillham 2005, Parahoo 2006.) Lukija voi arvioida sekä tulosten siirrettävyyttä että siirrettävyyden ehtoja muihin vastaaviin tilanteisiin raportissa kuvattujen luokittelusääntöjen ja huolellisen sekä rehellisen tutkimustulosten ja käytettyjen menetelmien raportoinnin perusteella (Kylmä ym. 2004, Tuomi & Sarajärvi 2004).

Tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta pidetään eettisen kestävyuden ohella merkittävänä tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä. Sisäiseen johdonmukaisuuteen eli teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointuun vaikuttavat teoreettisten lähtökohtien, käytettyjen lähteiden, määrittelyjen käsitteiden ja menetelmällisten ratkaisujen välinen loogisuus. (Eskola & Suoranta 2001, Tuomi & Sarajärvi 2004.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuusongelmia voi tulla, jos aineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen tai aineiston keräämisessä on puutteita. Aineisto on koottava sieltä, missä tutki-

muksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Analyysivaiheen koodausvirheet ja virhetulkinnat vähentävät tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 1997, Sofaer 2002, Russell & Gregory 2008.)

Tutkimusprosessin huolellisella kuvaamisella on pyritty tekemään siitä mahdollisimman läpinäkyvä, jolloin lukijan olisi mahdollista seurata sitä ja löytää perustelut sen aikana tehdyille ratkaisuille. Tutkimustulosten siirrettävyyden voi arvioida parhaiten lasten hoitotyöhön perehtynyt lukija. Tulosten luotettavuutta olisi voinut parantaa tutkija- tai aineistotriangulaatiolla ja tekemällä luokittelu alusta alkaen uudelleen (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, Bowling 2002, Kylmä ym. 2004, Russell & Gregory 2008). Analyysin tuloksia olisi voinut ennen raportointia esitellä lasten hoitotyön asiantuntijoille ja muodostettuja kategorioita olisi myös voinut koetella isommassa aineistossa (jäljelle jääneet 11 potilasasiakirjaa) tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi (ks. Eskola & Suoranta 2001). Tuloksien esittelyä asiantuntijoille on kirjallisuudessa tosin pidetty epävarmana vaihtoehtona kartuttaa luotettavuutta (Kyngäs & Vanhanen 1999, Eskola & Suoranta 2001). Triangulaation tai muihin luotettavuutta lisääviin toimiin ei ollut aikataulullisista syistä mahdollisuutta.

Tutkimuksen tekijän aihepiiriin tutustuminen alkoi opiskeluaikana 20 vuotta sitten lasten hoitotyön harjoittelujaksolla lastenosastolla. Tutkimuksen aihe nousi esiin hoitotyön käytännössä, kun kaksi vuotta sitten tein kotimaisista tietokannoista haun lasten hoitotyöstä ja anoreksiasta eikä haku tuottanut lainkaan tuloksia. Laajentaessani hakua hoitotyöhön löytyi yksi suomalainen hoitotieteellinen tutkimus (Kuosmanen 2000). Tutkimussuunnitelman kirjoitusvaiheessa ilmestyi lääketieteellinen väitöskirja syömishäiriöiden vaikutuksesta nuoruusiän kehitykseen (Ruuska 2006). Samana vuonna lastensairaanhoitajien koulutuspäivillä Oulun yliopistollisessa sairaalassa oli aiheena anoreksiaa sairastavien lasten hoitaminen lastenosastoilla. Yliopiston terveystieteiden osastokirjaston informaattikon tekemistä hausta huolimatta kansainvälisistäkin tietokannoista tutkimuksia löytyi vähän ja niiden mielenkiinnon kohteena olivat hoitajien kokemukset hoitosuhteesta. Kansainväliset tulokset eivät välttämättä ole suoraan siirrettävissä Suomeen sairaanhoitajakoulutuksen ja terveydenhuoltojärjestelmien erojen takia.

Tämän tutkimuksen aineisto on olemassa tutkijasta riippumatta. Tutkitut hoitokertomukset on otettu mukaan tutkimukseen niiden autenttisuuden vuoksi. Noiden dokumenttien avulla hoitajat ovat viestittäneet valitsemiaan tietoja työyhteisössä hyväksytyllä tavalla toisille hoitajille ja muille hoitoon osallistuville ammattiryhmille. Yhtäältä kokemukseni hoitotyöstä ovat auttaneet minua ymmärtämään kirjauksia, esimerkiksi erilaisia käytettyjä symboleita. Toisaalta omat kokemukseni ovat vaikuttaneet siihen miten olen dokumentoinut lukenut, siksi olen pyrkinyt alkuperäisten ilmausten ja luokittelusääntöjen

esittämisen avulla tekemään sen näkyväksi. Hoitotyön kirjaukset ovat aikaan ja paikkaan sidottuja, tiettyyn tarkoitukseen tuotettuja dokumentteja, joita hoitajien on lain velvoittamana produsoitava vaihtelevissa tilanteissa vaihtelevilla resursseilla. Hoitajan on priorisoitava ja valikoitava se, mitä hän kirjaa. Laki ja asetukset määrittelevät sille vain minimivaatimukset.

Hoitokertomukset eivät tutkimusten mukaan anna kokonaiskuvaa hoitotyön toiminnasta (ks. Kärkkäinen ym. 2005, Hopia ym. 2007, Kärkkäinen 2007). Keskellä hoitosuhdetta saattaa olla vaikea kirjata päivittäiseen kertomukseen suhteen kulloistakin tilaa, koska ohikiitävien tilanteiden merkitys voi paljastua vasta jälkeenpäin. Esimerkiksi kiukun näyttäminen hoitajalle voi merkitä joko pettymystä hoitoon ja vuorovaikutukseen tai lähes päinvastaista tunnetta eli luottamusta hoitajaan ja hänen kykyinsä katsella tilannetta lapsen näkökulmasta. Luotettavinta tietoa välittömistä hoitotyön toiminnoista saisi havainnoimalla ja kenties videoimalla autenttisia tilanteita, joissa tutkimuksen tekijä kuulisi verbaalisen sekä näkisi non-verbaalisen lapsen ja hoitajan välisen viestinnän. Jos havainnointi kestäisi tarpeeksi pitkään, voisi tutkimuksen tekijä myös saada selville yhteistyösuhteen laatua ilmentäviä seikkoja.

Aineisto on samanaikaisesti työni vahvuus ja heikkous. Vahvuutena sitä voi pitää sen autenttisuuden ja rikkauden vuoksi. Rajoituksistaan huolimatta hoitokertomukset antavat monipuolisen ja laajan kuvan siitä mitä ja miten hoitajat tekevät. Aikaisempien tutkimusten mukaan kirjaamisen tapahtuessa yhdessä potilaan kanssa, osana hoitotyön toimintoja, on dokumentointi kuvastanut potilaskeskeisemmin ja laadukkaammin hoitotyötä (Kärkkäinen ym. 2005). Tämän aineiston perusteella ei pysty arvioimaan kirjaamistapahtumien välittömyyttä, mutta osa merkinnöistä kuvasi tarkasti sitä, miten hoitajat olivat potilaan sanallisia ja sanattomia viestejä ymmärtäneet. Heikkouksiin aineiston voi lukea, koska en ole pystynyt täydentämään sitä kysymällä tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä enkä varmentamaan tulkintojani non-verbaalisen viestinnän avulla.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvataan anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevien lasten välittömiä hoitotyön toimintoja hoitotyön dokumentteihin perustuen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla muodostettiin kolme hoitajien välittömiä hoitotyön toimintoja kuvaavaa kategoriaa. Huolenpitäminen,

voinnin ja tavoitteisiin pääsemisen arvioiminen sekä yhteistyösuhteessa toimiminen kuvaavat prosesseja, joilla edistetään anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevan lapsen ja perheen hyvinvointia ja terveyttä. Analyttisessä tarkastelussa prosessit voidaan erottaa toisistaan, kun eritellään dokumentoitua tietoa hoitotyön toiminnoista, mutta hoitotodellisuudessa nuo prosessit ovat dynaamisia ja jatkuvasti liikkeessä muotoaan muuttaen. Arvioiminen, huolenpito ja yhteistyösuhteessa toimiminen voivat kuvata joko yksittäisiä, rinnakkaisia tai yhtäaikaista prosesseja tai prosessin osia, jotka sisältävät monia näkymättömiä, kognitiivisia tapahtumia.

Aikaisemmassa tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien mielestä heidän oli mahdollista olla lähellä anoreksiaa sairastavaa potilasta ja tarjota huolenpitoa ympärivuorokautisesti kaiken toiminnan ohessa (Ryan ym. 2006). Potilaan on myös mahdollista kieltäytyä läheisestä suhteesta. Hoitajat ilmaisivat kokeneensa ristiriitaisia tunteita silloin, kun arvelivat potilaan hyötyvän läheisyydestä, mutta kuitenkin kieltäytyvän siitä. (Mattila 2000.) Mattilan (2000) mukaan hoitosuhteessa toimiminen on ammatillisessa yhteistyösuhteessa toimimista. Lapsi ja hänen sairaalahoitonsa syy ovat yhteistyösuhteen keskiössä lastenosastolla, joten hoitajat tekevät yhteistyötä lapsen hyvän hoidon edistämiseksi. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voi nähdä huolenpitämisen (perushoidosta, kliinisestä hoidosta ja valvonnasta huolehtimisen) ja arvioimisen (voinnin ja käyttäytymisen sekä anoreksian oireiden tarkkailemisen) kannattelevan hoitoa kunnes yhteistyösuhde on muodostunut tai silloin, jos lapsi ei halua olla yhteistyösuhteessa. Friedman ym. (2003) näkevät, että yhteistyösuhde on suhde lapseen ja hänen perheeseensä, jolloin hoitaja voi tehdä yhteistyötä perheen kanssa vaikka suhde lapseen olisi vasta kehittymässä. Tämän tutkimuksen tuloksien perusteella ei voida tehdä päätelmiä siitä, miten lapset tai perheet ovat yhteistyösuhteen kokeneet. Aineistossa näkyy hoitajien pyrkimys yhteistyösuhteessa toimimiseen, lapsen ja perheen tukemiseen ja kuuntelemiseen. He ovat pyrkineet antamaan sekä tiedollista että emotionaalista tukea ja neuvottelemaan hoidosta sovittujen rajojen sisällä. Tällaiset auttamismenetelmät on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu koko perhettä tukeviksi. (ks. Lehto 2004, Hopia ym. 2005, Sarajärvi ym. 2006, Åstedt- Kurki ym. 2008.)

Oleellista välittömissä hoitotyön toiminnoissa on, että ne osaltaan auttavat lasta painon nostamisessa ja sen nousun hyväksymisessä, sillä alussa anoreksiaa sairastavan lapsen hoidon tavoitteena on ravitsemustilan korjaantuminen ja painon nouseminen turvalliselle tasolle. Vasta vaikean nälkiintymistilan väistyttyä on mahdollista aloittaa syömishäiriöön johtaneiden ajattelutapojen

korjaaminen. (ks. Hill & Pomeroy 2001, Gore ym. 2001, Käypä hoito -suositus 2002, Ekeröth 2005, Lock & Gowers 2005, Lowther 2005.) Hoitotyö on tavoitteellista toimintaa, joten arvioiminen on oleellinen osa välittömiä hoitotyön toimintoja. Tavoitteiden ja osatavoitteiden saavuttaminen edellyttää jatkuvaa arviointia, koska sen avulla hoitotyön toiminnot voidaan saada parhaiten vastaamaan potilaan tarpeita. (Mosby 2002.) Tässä tutkimuksessa hoitajat arvioivat lapsen tilannetta sekä vointia ja tavoitteisiin pääsemistä monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Arvioiminen alkoi potilaan ja perheen tapaamishetkellä ja jatkui koko hoidon ajan. Hoitajat tarkkailivat potilaan vointia ja käyttäytymistä sekä anoreksian oireita pystyäkseen auttamaan potilasta nostamaan painoaan sekä sietämään painon nousemista.

Anoreksian vuoksi sairaalaan joutuneiden lasten hoito oli alkanut äkillisesti tämän tutkimuksen aineistossa. Mattilan (2000) tutkimuksessa kuvattiin, että potilaat painottivat muistojaan ja kokemuksiaan sairaalantulosta ja vastaanottotilanteesta. Myös hoitajat olivat pitäneet tärkeänä hoitosuhteen alkamisen ja vastaanottotilanteen myönteisyyttä, jolloin potilas oli voinut kokea olevansa tervetullut. Hoitajien mielestä oli ollut haasteellista aloittaa vuorovaikutus äkillisesti sairaalaan joutuneen potilaan kanssa, joka ei ollut pystynyt valmistautumaan sairaalahoidon alkamiseen. (Mattila 2000.) Eli jo hoidon äkillinen alkaminen on voinut asettaa erityisvaatimuksia hoitajan ja potilaan sekä perheen yhteistyösuhteen muodostamiselle, sen lisäksi, että tutkimusten mukaan anoreksiaa sairastavat eivät koe välttämättä olevansa hoidon eivätkä sairaalahoidon tarpeessa. (ks. Kuosmanen 2000, Colton & Pistrang 2004, Gelder ym. 2006, Harrison ym. 2006.) Tässä tutkimuksessa hoitajat pyrkivät pitämään yllä yhteistyösuhdetta huomioimalla hoitoon sitoutumisen, neuvottelemalla, kuulemalla lapsen ilmaisemia ajatuksia ja tunteita, antamalla tukea, olemalla seurana lapselle, toimimalla perheen kanssa yhteistyössä, pitämällä kiinni sovituista sekä ilmaisemalla lapsen toimintaa ja valinnan mahdollisuuksia koskevia rajoja. Lapsen hyvinvoinnista huolehtimisella ja luottamuksellisella suhteella on Lehdon (2004) ja Hopian ym. (2005) mukaan merkitystä myös perheen voinnille.

Kohosen ym. (2007) tutkimuksessa hoidon saaminen sairauteen ja mahdollisimman monien potilasta häiritsevien tekijöiden vähentäminen ympäristöstä vahvistivat toivoa. Tässä tutkimuksessa hoitajat tukivat lasta ja perhettä suuntautumaan tulevaisuuteen ja käyttivät samalla toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä. Tällaisia välittömiä hoitotyön toimintoja olivat esimerkiksi lapsen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen tukeminen, lasten ja perheiden kanssa keskusteleminen, pelkojen ilmaisuun

rohkaiseminen, tietojen antaminen sekä asteittain saavutettavien tavoitteiden asettaminen. Lasta häiritseviä tekijöitä, kuten nukkumista haittaavaa melua, pyrittiin vähentämään siirtämällä lapsi toiseen huoneeseen tai tarjoamalla korvatulpat. Tulevaisuuteen katsominen ja toivon ylläpitäminen tukevat osaltaan myös perhettä selviytymään (Hopia ym. 2005).

Pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia ovat tutkimuksen mukaan olleet sekä lapsen sairauden aiheuttamat tunnereaktiot (esim. pelko, huoli, epävarmuus, syyllisyys, vaikeus hyväksyä lapsen sairaus) että sairauden hoitamiseen liittyvät vaatimukset eli lapsen ravitseminen, lääkitys, tarkkailu, vastuu ja päivärytmin järjestäminen (Jurvelin ym. 2005). Tässä tutkimuksessa tulivat esiin vanhempien huoli lapsesta ja hänen voinnistaan. Anoreksian oireet ja sairaalahoito rajoituksineen aiheuttivat tunnereaktioita vanhemmissa. Hoitajat keskustelivat vanhempien kanssa, tekivät yhteistyötä sekä kuuntelivat heidän toiveitaan ja huoliaan. He pyrkivät sovitteluun lapsen ja perheiden tarpeita eli esimerkiksi tilanteen mukaan vanhemmat joko poistuivat tarvittaessa huoneesta lapsen syödessä tai toisinaan vanhemmat saattoivat valvoa ruokailua. Hoitamiseen liittyviin vaatimuksiin, valvontaan ja tarkkailuun vanhemmat osallistuivat jo sairaalahoidon aikana. Lasten iästä huolimatta, sairauden takia vanhemmat joutuivat valmistautumaan sairaalahoidon aikana huolehtimaan kotona erityisesti ravitsemuksesta, mutta myös päivärytmistä ja tulevista kontrollikäynneistä. Hoitajat huolehtivat osaltaan siitä, että vanhemmilla on tietoa, jonka turvin he pystyvät selviämään kotona.

Yhteistyösuhteessa toimiessaan hoitajat huomioivat myös rajojen tuomia tunteita, lapsen ja perheen erityisiä tarpeita ja toiveita sekä tiedostivat tilanteita, joissa vuorovaikutus oli epäonnistunut. Tilanteiden reflektioimisen merkitys anoreksiaa sairastavien lasten hoitotyössä on tullut esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa kuvattiin hoitajien ymmärryksen sairaudesta ja potilaiden vaikeasta tilanteesta syventyneen reflektion avulla (King & Turner 2000, Ramjan 2003). Reflektio edellyttää pohtimista ja se pohjautuu arviointiin, mutta kohdistuu hoitajan omaan toimintaan yhteistyösuhteessa ja hoitoympäristössä.

Jotta lapsi voisi kokea välittömät hoitotyön toiminnot hoitamisenä, pitäisi lapsen jakaa toiminnon, esimerkiksi enteraalisen ravitsemuksen, merkitys hoitajan kanssa ja nähdä se keinona edistää hyvinvointia, silloin kun syöminen ei ole mahdollista. Jos yhteistä merkitystä ei löydetä, voi lapsi kokea toiminnon lihottamisena. (ks. Breiner & MacPhee 2003, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2005,

Kirk 2007.) Selkeät, johdonmukaiset sopimukset ja rajat hoidossa lisäävät turvallisuuden tunnetta ja helpottavat ahdistusta sekä kontrollin menettämisen tunteita. (Kuosmanen 2000, Muscari 2002, Breiner & MacPhee 2003, Colton & Pistrang 2004.) Myös tässä tutkimuksessa omahoitaja oli osa moniammatillista työryhmää, jonka toimesta lasten hoitoa varten laadittiin selkeät rajat ja sovittiin säännöt, joiden noudattamista valvottiin ja sopimuksista pidettiin kiinni. Aineistosta tuli myös esiin, että rajojen ja sopimusten sisältö olisi ollut tarpeellista määritellä vieläkin tarkemmin, jotta kaikkien vuorohoitajien olisi ollut mahdollista pitää kiinni sovituista. Esimerkiksi käsite vuodelepo saattoi tarkoittaa jatkuvaa sängyssä lepäämistä tai toisaalta vuoteella istumista ja jopa askartelua tai muuta kevyttä puuhaa. Jos vuodelevon on oltava jatkuvaa, on myös määriteltävä, miten hygieniasta ja erityksestä huolehditaan.

Tässä tutkimuksessa kaikilla tytöillä oli omahoitaja (yhellä työllä äidin pyynnön jälkeen). Omahoitaja tai vuorohoitajat kantoivat yhtäältä vastuun sopimusten noudattamisesta ja rajojen valvonnasta tai hoitaja saattoi sopia, että omainen tai muu aikuinen huolehti valvonnasta. Hoitaja saattoi myös arvioida, että valvontaa ei tarvittu. Toisaalta hoitajat toivat esiin, että valvonta saattoi pettää hoitajan huolehtiessa muista rinnakkaisista velvollisuuksistaan ja toisinaan myös lapsen toiminnan vuoksi. Huolenpitämisen vaatimus itsessään voi aiheuttaa ristiriitaisia, luottamusta koettelevia tilanteita silloin, kun hoitaja joutuu valvomaan esimerkiksi peseytymistä tai erittämistä. WC:n oven ulkopuolella kuunnellessa tai sisään kurkistelllessa hoitajan pitäisi saada lapsi vakuuttumaan, että hoitaja on hänen kanssaan samalla puolella sairautta vastaan. Hoitajalta vaaditaan jämakkyyttä, kun hän pitää huolta lapsesta ja yhtä aikaa äärimmäistä herkkyyttä yhteistyösuhteen ylläpitämiseksi. Aikaisemman tutkimuksen mukaan yhteistyösuhde omahoitajaan oli lähes jokaiselle nuorelle merkittävä tekijä anoreksiasta selviytymisessä (Kuosmanen 2000). Myös Mattilan (2000) tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä yhteistyösuhde oli tärkeä.

Kuosmanen (2000) tutkimukseen osallistuneet nuoret kertoivat, että ruokailutilanteet olivat vuorovaikutuksen ansioista tuntuneet miellyttävämmältä ja syöminen oli siirtynyt ikään kuin taustalle. Ruokailun jälkeinen keskustelu omahoitajan kanssa oli helpottanut ahdistusta. Breiner ja MacPhee (2003) kuvasivat syömisestä jälkeisen ahdistuksen lievenevän askartelutoiminnan avulla. Tämän tutkimuksen aineistossa ruokailujälkeisen ahdistuksen lievittämistä ei ollut dokumentoitu, mutta toisinaan hoitajat olivat olleet seurana ruokailun ajan. Yhtäältä vuorovaikutustilanteessa voi tehdä

arvioita ja pitää huolta siitä, että lapsi syö ja juo riittävästi. Toisaalta silloin, kun keskusteleminen ei ole mahdollista joko hoitajan rinnakkaisten velvollisuuksien vuoksi tai hoitaja- potilas -suhteen laadun takia, voi pitää huolta ruokailusta ja arvioida sitä. Näin huolenpitämisen, arvioimisen ja yhteistyösuhteessa toimimisen prosessit voivat olla päällekkäisiä, rinnakkaisia tai ne voivat myös ilmetä yksinään.

Haasteen hoitotyön toiminnalle luo sairaus itsessään yhdistyessään hoitotodellisuuden mukanaan tuomiin rajoihin. Tässä tutkimuksessa ne hoitotodellisuuden tekijät, joita Mattilan (2000) tutkimuksessa nimitettiin ympäristön käsitteellä, ovat voineet vaikuttaa sekä hoitotyön dokumentointiin että välittömiin hoitotyön toimintoihin. Hoitaja, potilas tai omainen voi vaikuttaa vain osaan näistä tekijöistä, sillä fyysisen ympäristön lisäksi ihmissuhteet ja hoitotyön kulttuuri vaikuttavat osaltaan hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen. Hoitaja-potilas -suhteeseen vaikuttavat myös muut potilaat sekä tila, jossa vuorovaikutus tapahtuu ja mahdollistaa tarvittaessa intimitetin suojan. Hoitajien suhtautuminen työtovereihin ja potilaisiin vaikuttaa ilmapiiriin ja siten myös vuorovaikutussuhteeseen. Vaikutusta on myös hoitajien näkemyksellä hoitotyöstä, koska siihen perustuu osastolla vallitseva hoitotyön organisoimisen tapa.(Mattila 2000.) Varautunut ilmapiiri, kiireisyys ja vuorovaikutuksen liian lyhyt kesto sekä etäisyys estävät potilaita pyytämästä apua, esittämästä kysymyksiä ja tuomasta esiin tunteita (Mattila 2000, Kirk 2007).

Shin ja White-Traut (2004) tutkivat lasten ja hoitajien välistä vuorovaikutusta huomaten, että lapset olivat passiivisia vuorovaikutuksessa hoitajien kanssa. He antoivat asioiden tapahtua. Tässä tutkimuksessa lasten oli myös vaikea ajoittain ilmaista omia tarpeitaan, ajatuksiaan ja tunteitaan hoitajille tai he hiljaisesti hyväksyivät asiat. Aineistossa oli myös päinvastaisia esimerkkejä, joissa lapset uskalsivat ilmaista mielipiteitään ja rohkaistuivat kertomaan peloistaan sekä kysymään mieltään painavia asioita. Aikaisempien tutkimusten perusteella tuttuus ja toistuva vuorovaikutus saman hoitajan kanssa olivat mahdollistaneet arkojen asioiden esiin ottamisen yhteistyösuhteessa sekä potilaan ja hoitajan välillä kuin myös perheen ja hoitajan välillä. (Mattila 2000, Lehto 2004, Hopia ym. 2005, Hopia 2006.)

Tutkimalla hoitotyön toimintoja voidaan selvittää hoitotyön sisältöä ja nostaa se tarkastelun kohteeksi sekä arviointia että kehittämistä varten (ks. Salanterä & Walta 2001, Kanste 2008). Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat osaltaan anoreksiaan sairastavan lapsen hoitotyön sisältöä, joten tuloksia voidaan

käyttää apuna hoitotyön arvioinnissa ja kehittämisessä lastenosastoilla sekä lasten hoitotyön opetuksessa.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitajan toimiminen yhteistyösuhteessa edistää sekä anoreksiaa sairastavan lapsen että perheen terveyttä ja hyvinvointia, koska silloin hoidossa voi ottaa huomioon hoitoon sitoutumisen, perheen esiintuomat ajatukset sekä tunteiden ilmaukset. Yhteistyösuhteessa on mahdollista neuvotella hoidosta sekä pitää sopimuksista kiinni. Hoitaja voi tällöin toimia yhteistyössä perheen kanssa, antaa tukea, olla seurana ja kuulla lapsen ajatuksia sekä tuntemuksia, jolloin on myös mahdollista kiinnittää huomiota vuorovaikutuksen epäonnistumisen merkkeihin. Kunnes yhteistyösuhde on muodostunut, perushoidosta, valvonnasta ja kliinisestä hoidosta huolenpitäminen sekä voinnin, käyttäytymisen ja anoreksian oireiden tarkkaileminen osana arviointia, kannattelevat anoreksiaa sairastavan lapsen hoitoa.

Positiivinen vuorovaikutussuhde edellyttää hoitajan ja potilaan sekä perheen välistä läheisyyttä ja tuttuutta, joten työyhteisö voi antaa tukensa yhteistyösuhteen muodostamiselle mahdollistamalla samojen hoitajien, lapsen ja perheen välisen toistuvan vuorovaikutuksen. Ammatillisuuden turvaamiseksi ja suhteen haasteiden tiedostamiseksi hoitajat tarvitsevat aikaa ja mahdollisuuksia reflektoida tunteitaan, omaa toimintaansa sekä koko yhteistyösuhdetta. Työyhteisön ja työnantajan pitäisi antaa aikaa ja tilaa refleктоimiselle joko työyhteisön sisällä tai työnohjauksessa.

Tutkimuksen mielenkiinto kohdistui välittömiin hoitotyön toimintoihin, joten tulokset kuvaavat yhtäältä niitä. Toisaalta, koska tutkimuksen aineistona olivat hoitokertomukset, tuloksista voi nähdä millaisen kuvan hoitotyöstä hoitokertomukset antavat. Jos hoitokertomuksista saatu näkemys ei riitä kuvaamaan välittömiä hoitotyön toimintoja, voi osasyynä olla se, ettei hoitokertomuksiin kirjoiteta kattavaa kuvausta hoitotyöstä. Tämä tutkimus kuvasi osaltaan hoitajien toimintaa lasten ja perheiden kanssa, mutta kuvauksen syventäminen uusilla tutkimuksilla ja toisenlaisen aineiston avulla olisi tärkeää, jotta kuva

hoitotyöstä edelleen syvenisi ja monipuolisuusi koskemaan myös lasten ja perheiden näkemystä hoidosta.

Anoreksiaa sairastavan lapsen hoito edellyttää laadukasta moniammatillista yhteistyötä. Tätä yhteistyötä olisi tärkeää tutkia hoitotieteellisestä näkökulmasta, sillä esimerkiksi hoitoneuvotteluun osallistuivat lapsen ja vanhempien lisäksi omahoitaja lastenosastolta, lastenlääkäri, psykiatri ja kenties psykiatrinen hoitaja. Hoitoon osallistuvien yhteistyö ja sen laatu tulevat näkyviin lapsen ja perheen hoidossa.

LÄHTEET

- Aalberg V & Siimes M. 1999. Lapsesta aikuiseksi. Kustannusosakeyhtiö Nemo. Helsinki.
- Berkman N, Bulik C, Brownley K, Lohr K, Sedway J, Rooks A & Gartlehner G. 2006. Management of eating disorders. Evidence -based practice center: RTI- University of North Carolina. www.ahrq.gov/pdf luettu 2.1.2007
- Boggs K. 1999.Documentation in the Age of Computers. Teoksessa Arnold E & Boggs K. (toim.) Interpersonal Relationships. 3.painos. W. B. Saunders Company Philadelphia, 525–550.
- Bowling A. 2002. Research methods in health. 2.painos. Open University Press. Maidenhead. England.
- Boyd D & Bee H. Lifespan development.2006. 4. Painos. Pearson Education Inc. Boston. USA.
- Breiner S & MacPhee M. 2003. An Evidence –Based Eating Disorder Program. Journal of Pediatric Nursing 18(1), 75 –80.
- Bryant -Waugh R. 2006. Recent developments of anorexia nervosa. Child and Adolescent Mental health. 11 (2), 76–81.
- Bulik C, Thornton L, Pinheiro A, Plotnicov K, Klump K, Brant H, Crawford S, Fichter M, Halmi K, Johnson C, Kaplan A, Mitchell J, Nutzinger D, Strober M, Treasure J, Woodside B, Berretini W & Kaye W. 2008. Suicide Attempts in Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine 70 (3), 378 – 383.
- Burns N & Grove S. 2003. Understanding Nursing Research. 3. painos W.B. Saunders Company. Philadelphia, Pennsylvania.
- Colton A & Pistrang N. 2004. Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. European Eating Disorders Review. 12(5), 307–16.
- Ekeröth K. 2005. Psychological problems in adolescents and young women with eating disturbances. Doctoral dissertation. Department of psychology. Göteborg University. Sweden.
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino- Kilpi H, Lindström U, Paavilainen E, Pietilä A- M, Salanterä S, Vehviläinen - Julkunen K & Åstedt - Kurki P. 2007. Hoitotiede. WSOY. Helsinki.
- Eskola J & Suoranta J.2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen.5. painos. Vastapaino. Tampere.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.epshp.fi luettu 15.3.2008
- Etelä- Savon sairaanhoitopiirin verkkosivusto. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=122 luettu 31.3.2008

Fairburn C. 2005. Evidence -Based Treatment of Anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*. 37, 526 –530.

Fichter M, Quadflieg N & Hedlund S. 2006. Twelve- year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of eating Disorders* 39(2), 87 – 100.

Ford K & Turner deS. 2001. Stories seldom told: paediatric nurses' experience of caring for hospitalized children with special needs and their families. *Journal of advanced nursing* 33 (3), 288 – 295.

Friedman MM, Bowden V & Jones E. 2003. *Family Nursing Research, theory and practice*. 5.painos. Prentice Hall. New Jersey.

Gelder M, Harrison P, Cowen P. 2006. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 5. painos. Oxford University Press. Oxford.360 – 366.

George L. 1997. The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing* 26(5), 899–908.

Gillham B. 2005. Deriving categories (coding) from the data. Teoksessa Gillham B. *Research Interviewing*. Open University Press. Maidenhead. England. 134 –147.

Gore S, Wal J & Thelen M.2001. Treatment of eating disorders in Children and adolescents. Teoksessa Thompson J & Smolak L. (toim.) *Body Image, Eating disorders, and Obesity in Youth*. American Psychological Association. Washington DC. USA, 293 – 311.

Gowers S & Bryant – Waugh R. 2004. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 (1), 63 – 83.

Haho A. 2006. *Hoitamisen olemus. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto*.

Hallila L. 2005a. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 23–35.

Hallila L. 2005b. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu- nursing audit. Teoksessa Hallila L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 111 –119.

Harrison P, Geddes J, Sharpe M. 2006. *Lecture Notes: Psychiatry*. 9.painos. Blackwell Publishing Ltd.113 – 116.

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin verkkosivusto. www.hus.fi. Luettu 3.3.2008

- Hill K & Pomeroy C. 2001. Assessment of physical status of children and adolescents with eating disorders and obesity. Teoksessa Thompson J & Smolak L. (toim.) Body Image, Eating disorders, and Obesity in Youth. American Psychological Association. Washington DC. USA. 171– 191.
- Hirsjärvi S. 2007. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 119 –162.
- Holloway I & Wheeler S. 2002. Qualitative Research in Nursing. 2. painos. Blackwell Science. Oxford. UK.
- Hopia H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen terveyden edistäminen- toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <http://acta.uta.fi>
- Hopia H & Koponen L. 2007. Johdanto. Teoksessa Hopia H & Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto, 5– 9.
- Hopia H, Schildt T & Hovikoski K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia H & Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto, 97–110.
- Hopia H, Tomlinson P, Paavilainen E & Åstedt - Kurki P. 2005 Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Teoksessa Aho A, Tarkka M-T, Paavilainen E & Åstedt - Kurki P. (toim.) Perhehoitotieteelliset tutkimusmenetelmät. Hoitotieteen laitos. Perhekeskeisen hoidon tutkimus- ja opetuskeskus. Julkaisuja 7. 2006. Tampereen yliopisto, 110–120.
- International Council of Nurses (ICN). 2007. Position Statement. Nursing Research. <http://www.icn.ch/psresearch99.htm>. Luettu 28.2.2008
- Janhonen S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. Hoitotiede 11(6), 334 – 339.
- Jurvelin T, Kyngäs H & Backman K. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. Hoitotiede 17 (1), 35 – 42.
- Kalliokoski M-L. 1994. Miten hoitosuhde eroaa muista ihmissuhteista? Teoksessa Ranta M & Kari H. (toim.) Hoitosuhteen peruskurssi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No21/1994. 9. painos. Psykiatrian klinikka. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio. 7– 10.
- Kainuun sairaanhoitopiirin verkkosivusto. http://maakunta.kainuu.fi/osasto_1 luettu 15.3.2008
- Kanste O. 2008. Arviointia hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 6 (1), 3–4.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin verkkosivusto. <http://www.khshp.fi/index.asp?language=1> luettu 31.3.2008

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivusto.

<http://www.kpsph.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=36&d=keski/sairaala> luettu 31.3.2008

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.ksshp.fi luettu 31.3.2008

Kielitoimiston sanakirja 2006. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 140. Osa 1 (A- K)

King S & Turner deS. 2000. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing* 32(1), 139– 47.

Kirk T. 2007. Beyond empathy: clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy* 8, 233- 243.

Kohonen M, Kylmä J, Juvakka T & Pietilä A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi. *Hoitotiede* 19 (2) , 63–75.

Korhonen A & Pölkki T. 2008. Keskosten kivun arvioinnin kirjaaminen: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (1), 5–11.

Kuosmanen P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto

Kylmä J, Pelkonen M & Hakulinen T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16(6), 250–257.

Kyngäs H. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutuminen ja sen tukeminen. Teoksessa Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K. (toim) *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 55–86.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–11.

Kärkkäinen O, Bondas T & Eriksson K. 2005. Documentation of Individualized Patient Care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12(2), 123–132.

Kärkkäinen O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia H & Koponen L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Sairaanhoitajaliitto, 89– 96.

Käypä hoito -suositus. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöt.

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi33030> luettu 15.10.2006

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2007, 242–246.

Latvala E & Vanhanen - Nuutinen L. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Werner Söderström osakeyhtiö. Helsinki

- Lauri S & Elomaa L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. uudistettu painos. Werner Söderström osakeyhtiö. Helsinki.
- Lehti T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö 2(2), 4 – 9.
- Lehto P. 2004. Jaettu mukanaolo. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 999. Tampereen yliopisto.
- Lehtonen M. 2004. Merkitysten maailma. 5.painos. Vastapaino. Tampere.
- Livesley J. 2005. Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. Journal of Clinical Nursing 14(1), 43–50.
- Lock J & Gowers S. 2005. Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa. Journal of Mental Health 14(6), 599–610.
- Lowther C. 2005. Caring for young people with eating disorders in the acute medical setting. Paediatric Nursing. 2005. Vol 17(1), 1–5.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin verkkosivusto. <http://www.lpshp.fi/www/web/index.php?id=619> luettu 31.3.2008
- Marriner A. 1975. The Nursing Process. The C.V. Mosby Company. Saint Louis. USA.
- Mattila L-R. 2000. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Mosby's medical, nursing and allied health dictionary. 2002. 6.painos. Mosby Inc. St. Louis, Missouri, USA.
- Muscari M. 2002. Effective Management of Adolescent with Anorexia and Bulimia. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 40(2), 22–31.
- Männistö T. 2003. Haluathan tulla todelliseksi naiseksi? Historian laitoksen julkaisuja 63. Turun yliopisto. Turku.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004. Clinical Guideline 9. Eating disorders. NHS. cg009niceguidance.pdf. www.nice.org.uk luettu 5.10.2006
- Newell C. 2004. Viewpoint Nursing and eating Disorders. European Eating Disorders Review. 12, 1–3.
- Nielsen S. 2001. Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatric Clinics of North America 24 (2), 201–214.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. Painos. WSOY. Porvoo, 215–221.

Nordbo R, Espeset E, Gulliksen K, Skårderud F & Holte A. 2006. The Meaning of Self-Starvation: Qualitative Study of Patients' Perception of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39(7), 556 – 564.

Parahoo K. 2006. *Nursing Research. 2. painos*. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.pshp.fi. luettu 3.3.2008

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.psshp.fi luettu 3.3.2008

Prior L. 2004. Documents. Teoksessa Seale C, Gobo G, Gubrium J & Silverman D (toim.) *Qualitative Research Practice*. SAGE Publication Ltd. London. Great Britain, 375 – 390.

Puuronen A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Väitöskirja. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 42. Helsinki

Puuronen A 2005. 'Fat -free individual' – ideal citizenship and the anorexic body. Teoksessa Hoikkala T, Hakkarainen P & Laine S.(toim.) *Beyond Health Literacy*. Finnish Youth Research Network. Finnish Youth Research Society. Publications 52. Helsinki, 103–120.

Ramjan L. 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 495–503.

Rantanen P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten – ja nuorisopsykiatria.3. uudistettu painos*. Duodecim. Helsinki, 324 – 330.

Raunio K. 1999. *Positivismi ja ihmistiede Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Gaudeamus. Helsinki.

Rome E, Ammerman S, Rosen D, Keller R, Lock J, Mammel K, O'toole J, Rees J, Sanders M, Sawyer S, Schneider M, Sigel E & Silber T. 2003. Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*. 111(1), 98–108.

Roots P, Hawker J & Gowers S. 2006. The use of Target weights in the inpatient treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. *European eating disorders review* 14, 323–328.

Russell C & Gregory D. 2008. Evaluation of Qualitative Research Studies. Teoksessa Cullum N, Ciliska D, Haynes R & Marks S. (toim.) *Evidence – based Nursing*. Blackwell Publishing Ltd, BMJ Publishing Group Limited and RCN Publishing Company. Oxford. UK, 204– 218.

Ruuska J. 2006. The Impact of eating disorders on the adolescent process. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere University Press. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 561. <http://acta.uta.fi>

- Ryan V, Malson H, Clarke S, Anderson G & Kohn M. 2006. Discursive constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating Disorders Review* 14(2), 125–35.
- Salanterä S & Walta L. 2001. Johdatus teoreettiseen ajatteluun hoitotieteessä. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A: 84. Turun yliopisto.
- Sarajärvi A, Haapamäki M & Paavilainen E. 2006. Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review* 53, 205 – 210.
- Satakunnan sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.satshp.fi. luettu 31.3.2008
- Shin H & White - Traut R. 2005. Nurse – child interaction on an inpatient paediatric unit. *Journal of Advanced Nursing* 52(1), 56 – 62.
- Sofaer S. 2002. Qualitative research methods. *International Journal of Quality in Health Care* 14 (4), 329– 336.
- Skårderud F. 2007. Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review* 15, 81 – 97.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (STM). N:o 99. 2001. www.finlex.fi
- Steinhausen H, Seidel R, & Winkler M. 2001. Approximately two thirds of adolescents with newly diagnosed eating disorders recovered within 5 - 11,5 years. *Evidence- Based mental Health* 4(59): PDF.
- Suhonen R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 36 – 50.
- Sullivan P. 1995. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 152(7), 1073 –1074.
- Thompson J & Smolak L. 2001. Body Image, Eating disorders, and Obesity in Youth. American Psychological Association. Washington DC. USA. 1–21.
- Tierney S. 2005. The Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of the Views of Parents. *Eating Disorders* 13, 369 – 379.
- Tulokas S & Laasanen T. 2001. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito TAYS:n sisätautien klinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2002. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Valkendorff T. 2007. Syömishäiriöt keskustelupalstalla – pyhän ja profaanin tulkintoja. *Sociologia* 44 (1), 35 – 47.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin verkkosivusto. www.vsshp.fi > www.tyks.fi. luettu 2.3.2008

Varto J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. [www-dokumentti].
http://arted.uiah.fi/synnyt/pdf/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf. Luettu: 8.12.2006

Vehviläinen- Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen- Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1. Painos. WSOY. Porvoo, 26–34.

Vehviläinen - Julkunen K. 2007. Tieteen etiikka – kestävä ja uudistuvaa. *Hoitotiede* 19(6), 293.

Walker L & Avant K. 2005. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 4. painos. Pearson Prentice Hall. Pearson Education Inc. New Jersey. USA.

Whitney J, Murray J, Gavan K, Whitaker W & Treasure J. 2005. Experience of caring someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 187, 444–449.

Winston A & Webster P. 2003. Inpatient treatment. Teoksessa Treasure J., Schmidt U. & Van Furth E. (toim.) *Handbook of eating disorders*. Second edition. John Wiley & Sons. England, 349–367.

Åstedt - Kurki P, Jussila A - L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Porvoo.

Julkaisemattomat lähteet

Joutsenoja A. 2006. Lastensairaanhoitajien koulutuspäivät 28.- 29.9.2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu.

Ruuska J. 2007. Nuorten syömishäiriöt koulutus. 9.5.2007 Kliinisen lääketieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

LIITE 1

Taulukko aineiston analyysistä alakategorioista ylä- ja pääkategorioihin

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Ravitsemuksesta huolehtiminen	Perushoidosta huolehtiminen	HUOLENPITÄMINEN
Erityksestä huolehtiminen		
Peseytymisestä ja ihonhoidosta huolehtiminen		
Uni- valvontaa huolehtiminen		
Lääkehoidosta huolehtiminen	Kliinisestä hoidosta huolehtiminen	
Jatkohoidosta huolehtiminen		
Aikataulusta huolehtiminen		
Tutkimuksista huolehtiminen		
Ruokailun valvonta	Valvonnasta huolehtiminen	
Liikkumisen ja levon valvonta		
WC- ja suihku käyntien valvonta		

(jatkuu)

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Painon seuranta	Voinnin ja käyttäytymisen tarkkaileminen	VOINNIN JA TAVOITTEISIIN PÄÄSEMISEN ARVIOIMINEN
Syömisen seuranta		
Elintoimintojen seuranta		
Mielialan seuranta		
Sosiaalisten suhteiden seuranta		
Erityksen seuranta		
Käyttäytymisen seuranta		
Kommunikoimisen seuranta		
Levon seuranta		
Unen ja nukkumisen seuranta		
Yleisvoinnin seuranta		
Syömisen vaikeuden seuranta	Anoreksian oireiden tarkkaileminen	
Pakkoliikkumisen seuranta		
Lihavuuden tunteen seuranta		
Vanhempien reaktioiden seuranta		

(jatkuu)

Alakategoria

Yläkategoria

Pääkategoria

Hoitoon sitoutumisen huomioiminen	Yhteistyösuhteen ylläpitäminen	YHTEISTYÖSUHTEESSA TOIMIMINEN
Rajojen ilmaiseminen		
Hoidosta neuvottelemine		
Sopimuksista kiinnittäminen		
Perheen kanssa toimiminen		
Lapsen ajatusten ja tunteiden kuuleminen		
Tuen antaminen		
Seurana oleminen		
Vuorovaikutuksen epäonnistumisen huomioiminen	Haasteiden tiedostaminen yhteistyösuhteessa	
Rajojen tuomien tunteiden huomioiminen		
Perheen ajatusten huomioiminen		

LIITE 2

Yhteistyösuhteen ylläpitämisen yläkategoriaan johtaneiden alakategorioiden alkuperäisilmaisuja

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alakategoria
Kertoo, ettei päivässä ole ollut mitään positiivista ja haluaisi vain kotiin. (3,7)	Kotiin haluaminen	Hoitoon sitoutumisen huomioiminen
X itkee osastolle joutumistaan ja pääseekö koskaan kotiin (8, 198)	Suru osastolle joutumisesta	
X aiemmin päivällä uhannut karata osastolta (7,19)	Karkaamisella uhkaaminen	
X kovasti itkuinen protestoi ruokailussa ”mielisairaalaan” joutumista, jossa ihmiset ”aivopesevät” (4,11)	Sairaalahoidon protestoiminen	
Laitettu wc:n ovi lukkoon ja kerrottu, että soittaa kelloa jos haluaa vessaan.(1,10.11)	Wc-käyntien valvonnan aloittaminen	Rajojen ilmaiseminen
... ja että kotilomat edellyttävät syömistä ja painon nousua. (2,16)	Lomat edellyttävät painonnousua	
Kaikkien ruokien (myös välipala) jälkeen 1 t. vuodelepo. (8,139)	1t. vuodelepo aterian jälkeen	
Suihkulupa 1x pv. Pyörätulilla kulku (3,5)	Suihkulupa pyörätuolilla	
Keskustellaan hoitolinjoista ja X.n omista valinnan mahdollisuuksista(4,15)	Valinnanmahdollisuuksista keskusteleminen	Hoidosta neuvottelemine
... ja kun syömisestä tulee niin huono oksettava olo niin päätetään että laitetaan nml ja saa syödä silti halunsa mukaan lisäksi (8, 209)	nml laittamisesta neuvottelemine	
Puhuttu myös vedenjuomisesta jota sanoo harrastaneensa ja sovittu ettei sitä enää kannata jatkaa (3,24)	Sovitetaan vesitankkauksen lopettamisesta	
		<i>Taulukko alkuperäis-ilmaisuista jatkuu seuraavalla sivulla</i>

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alakategoria
Oksentanut x 1,klo 14→energiajuoma 2 dl tunnin kuluttua (1,11.11)	Oksennuksen korvaaminen	Sopimuksista kiinnipitäminen
Kehotettu käymään pissalla ennen aamupalaa, sanoo ettei ole hätä, mutta kun kehoitetaan yrittämään vielä, tekee isot pissat. Punnitus tämän jälkeen.(1,13.11)	Pissaaminen ennen punnitusta	
Muistutettu X.aa, että ruuan jälkeen pitäisi lepäillä sängyssä.(7,10)	Muistutettu ruokalevosta	
Klo16.30 X syö päivällisen, kaikkiin astioihin jättää vähän. Tästä huomautettu. (8,200)	Huomautettu ruuan jättämisestä	
Klo 18.20 vanhemmat ja sisko tulivat. X lähti käymään kahviossa pyörätuolilla heidän kanssaan. (8, 194)	Pyörätuolilla kahvioon perheen kanssa	Perheen kanssa toimiminen
X tuli osastolle. Äidille esitelty osasto. (1; 6.11)	Osasto esitelty äidille	
19 Isän kanssa pyörätuolilla kävi lähettämässä tekstiviestin osaston ulkopuolella (3,14)	Kävi isän kanssa pyörätuolilla tekstaamassa	
Isä X:n seurana.Lupasi valvoa X:n välipalan syönnin.(1,15.11)	Isä lupaisi valvoa välipalalla	Lapsen ajatusten ja toiveiden kuuleminen
Ja haluaisi ehkä mieluummin kuitenkin (...) osastolle kuin olla täällä; kaipaisi enemmän normaali elämän toimintaa, mutta ymmärtää miksi joutuu olemaan täällä (8,56)	Kaipaa normaalia toimintaa	
Kertoo, että aika vaan tulee kovin pitkäksi täällä sairaalassa.(7,10)	aika tuntuu tulevan pitkäksi	
X sanoo, että pahat ja sairaat ajatukset ovat palanneet takaisin(2,16)	Pahojen ajatusten palaaminen	
Tyttö sanoo tietävänsä kuinka tärkeää olisi saada painoa, mutta lisääntyneet ruokamäärät mietityttävät (3,14)	Ruokamäärät mietityttävät	

Taulukko alkuperäisilmauksista jatkuu seuraavalla sivulla

Alkuperäisilmaus

Pelkistys

Alakategoria

... ja saadaan mieli kohenemaan ja ehkä X:n ymmärrystä asiasta lisättyä (2,10)	Mielialan kohentaminen	Tuen antaminen
Äidin kanssa juteltu paljon (1,8.11)	Juteltu äidin kanssa	
Vien pyörätuolilla aulaan, josta saa soittaa kotiin (7,2)	Soittamaan vieminen	
X käy hoitajan seurassa lukemassa ja lähettämässä tekstiviestejä (3,9)	Viestittelemään vieminen	
Jutellaan lemmikeistä. (7,8)	Lemmikeistä jutteleminen	Seurana oleminen
Katsellaan X:n kanssa valokuvia.(2,25)	Valokuvien katseleminen	
Tehdään X.n kanssa hiuskampauksia(3,28)	Kampauksien tekeminen	
Pelaa miljonääripeliä hoitajan kanssa.(5,8.7)	Pelin pelaaminen	

