

Vinkuuko henki - Opas sairaanhoitajalle astmaa sairastavan aikuisen omahoitoon

Ville Hämäläinen & Jouko Kokko

Huhtikuu 2010

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyö





Tekijät HÄMÄLÄINEN, Ville KOKKO, Jouko	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.05.2010
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VINKUUKO HENKI - OPAS SAIRAANHOITAJALLE ASTMAA SAIRASTAVAN AIKUISEN OMAHOITON		
Koulutusohjelma HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA		
Työn ohjaajat TYRVÄINEN, Hannele ja SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Toimeksiantaja Pyhäjärven terveyskeskus		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä asiat vaikuttavat astmaa sairastavan aikuisen kotona suorittaman omahoidon onnistumiseen ja kuinka potilaita tulisi ohjata hoitamaan itseään. Tavoitteena oli kehittää lyhyt kooste ja ohje hyvistä menetelmistä ja mahdollisista ohjaustilanteiden sudenkuopista sairaanhoitajille, jotta potilasohjaus onnistuisi hyvin.</p> <p>Työmenetelmänä oli pääasiassa kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin eri Internet-lähteistä, kirjastoista ja yliopistojen tietokannoista. Tärkeimpinä lähteinä olivat alan peruskirjallisuus sekä muutamat opinnäytetyöt, eri liittojen raportit sekä Duodecimin (Suomalainen Lääkäriseura) julkaisut.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan hyvä potilasohjaus koostuu monesta eri osatekijästä. Ohjaus on onnistunut potilaan saatua tarvittavat tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. PEF-seurannasta ja toiminnasta astman tilan muutosvaiheissa tulisi antaa nykyistä enemmän ja havainnollisempaa ohjausta. Ohjauksen tulisi olla mielenkiintoa herättävää ja omahoitoon motivoivaa. Havainnollistaminen tehostaa asian oppimista ja ymmärtämistä. On myös tärkeää, että ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Arviointiperusteina ovat potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Erittäin tarpeelliseksi astmaa sairastavat potilaat kokivat kirjallisen materiaalin käytön suullisen ohjauksen tukena.</p> <p>Ohjaustilanteessa potilaan kulttuurinen tausta, ikä, sukupuoli ja kotitilanne on otettava huomioon yksilöllisesti. Potilas saa terveempiä ja täysipainoisempia elinpäiviä saatuaan hyvää palvelua, riittävästi tietoa ja hänet on kohdattu yksilönä. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa käytännön ohjaustoiminta ja sen ohjeistus voi vaihdella hyvinkin paljon. Mielestämme jatkotutkimusten pitäisi pyrkiä luomaan valtakunnallisen yleisohje omahoidosta ja siihen ohjaamisesta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Astma, potilasohjaus, omahoito		
Muut tiedot		



Authors HÄMÄLÄINEN, Ville KOKKO, Jouko	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 07.05.2010
	Pages 50	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title WHEEZE IN BREATHING – GUIDE FOR NURSES TO THE SELF-TREATMENT OF ASTHMATIC ADULTS		
Degree Programme DEGREE PROGRAMME IN NURSING		
Tutors TYRVÄINEN, Hannele ja SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by Pyhäjärvi health centre		
Abstract <p>This thesis outlines important things that are promoting successful self-treatment of asthmatic adults and how nurses should counsel them in the process. Thesis aims to summarise the relevant literature and formulate a brief guide to nurses, in which the potential benefits and failures of self-treatment guidance process are discussed to promote successful patient counselling.</p> <p>Method used was a literature survey. Thesis material was gathered from sources in Internet, libraries and collections and databases of Finnish medical Universities. The most relevant sources were the fundamental medical books describing asthma and its treatment, few theses and dissertations, health associations and publications of Duodecim (The Finnish Medical Society).</p> <p>According to thesis results, good patient counselling consists of several things. Counselling can be considered successful if patient receives sufficient knowledge and knowhow to manage with the disease at home. However, more illustrative information on e.g. PEF-surveys and how to react on changes in asthma condition should be available. Counseling should awake interest and motivate to self-treatment. Easily grasped education eases the learning process and promotes patient's understanding of his condition. It's also important to evaluate the realization of set goals on counseling. Criteria should be at increment of patient knowledge and know-how on treatment. This is supported by the need of literate material usage in addition to oral communication.</p> <p>Events of patient counselling should take into account the cultural background, age, gender and situation at home, individually. Thus the patient obtains better health and balanced days of life when given good service, knowledge and individual care. Health centers and hospitals direct counseling and its guidance in a variety of ways. Further studies on the matter should therefore be focused towards generation of national general instructions on self-treatment of asthma and guidelines for patient counseling for nursing staff.</p>		
Keywords Asthma, patient counseling, self-treatment		
Miscellaneous		

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	3
2 ASTMA	4
2.1 Mitä astma on?	4
2.2 Astman toteaminen.....	6
2.3 Yleistutkimukset	6
2.4 Astman ennaltaehkäisy ja lääkkeetön hoito	8
2.5 Astman lääkehoito.....	10
2.6 Astman omahoito	11
2.7 Astma fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ilmiönä	13
3 POTILASOHJAUS	14
3.1 Potilasohjauksen tavoitteet ja tarkoitus	14
3.2 Potilasohjauksen suunnittelu ja toteutus	14
4 VOIMAVARALÄHTÖINEN TERVEYSNEUVONTA.....	17
5 HOITOON SITOUTUMINEN	20
5.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.....	20
5.2 Hoitoon sitoutumisen arviointia	22
5.3 Hoitoon sitoutumista edistävä ohjaus.....	23
5.4 Ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöiden selvittäminen	23
5.5 Ohjaussuhteen rakentuminen	24
5.6 Ohjauksen arviointi	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
7 OPPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS KÄYTÄNNÖSSÄ	27
7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta.....	27
7.2 Aineiston analyysi	27
7.3 Analyysin yhteenveto.....	31
8 POHDINTA	34
8.1 Potilaiden mielipiteitä hyvästä potilasohjauksesta.....	34
8.2 Johtopäätökset.....	35
8.3 Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi	37
LÄHTEET	38
LIITTEET.....	43
Liite 1. Opas astmahoitajalle aikuisen ohjaustilanteisiin ja omahoitoon	43

KUVIOT

Kuvio 1. Astman vaikutus keuhkoputkiin.....	5
Kuvio 2. Astmapotilaan PEF -mittausten seurantalomake.	7
Kuvio 3. Potilaan terveyskäyttämisen muutosvaihemalli.	18
Kuvio 4. Ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta potilaslähtöiseen valmentajasuhteeseen.	22

TAULUKOT

Taulukko 1. Sairauden omahoidon perusteita.....	28
Taulukko 2. Opinnäytetyön analyysin keskeinen sisältö	32
Taulukko 3. Omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	36

1 JOHDANTO

Astmaa sairastavien määrä on Suomessa lisääntynyt. Väestöstä noin 6 % sairastaa astmaa ja joka kymmenennellä esiintyy astman kaltaisia oireita. Sairauden ennuste on yleensä hyvä ja suurin osa astmaatikoista elää suhteellisen normaalia elämää vähäisin rajoituksin. Tärkeimmät päivittäistä elämää rajoittavat tekijät ovat yleensä harrastuksiin, lemmikkien pitoon, jatkuvaan lääkitykseen ja joissain tapauksissa ammatinvalintaan liittyviä. (Haahtela 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä asiat vaikuttavat astmaa sairastavan aikuisen kotona suorittaman omahoidon onnistumiseen ja kuinka potilaita tulisi ohjata hoitamaan itseään. Tavoitteena oli kehittää lyhyt kooste ja ohje hyvistä menetelmistä ja mahdollisista ohjaustilanteiden sudenkuopista sairaanhoitajille, jotta potilasohjaus onnistuisi hyvin. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti kiinnostus astmapotilaan ohjaukseen. Työelämässä on paljon oppaita astman hoitoon, mutta sairaanhoitajalle suunnattua tutkittua materiaalia siitä, millainen olisi hyvään omahoitoon johtava ohjaus, on heikommin saatavilla.

Kansanterveyden ylläpitämisen kannalta tavoitteena on, että astmaatikoita voivat mahdollisimman hyvin ja heidän työ- ja toimintakykynsä olisi astmaa sairastamattoman kanssa samalla viivalla. Jotta tähän olisi mahdollisuus, astmaa sairastavan tulee tuntea oma sairautensa ja sitä aiheuttavat elämän muutokset, jotta hän voi ymmärtää miten sairaus vaikuttaa hänen jokapäiväiseen elämäänsä ja millä keinoilla hän voi itse vaikuttaa oman sairautensa kulkuun. Hoitoon sitoutumista voidaan edistää ohjatun omahoidon avulla, johon kuuluu potilaan oma-aloitteiset toimenpiteet astman pahenemisvaiheen uhatessa ja tehokas potilasohjaus potilaan hakeutuessa hoitoon. Hyvin toteutetun omahoidon avulla astmaatikon sairauden ennuste paranee. Siksi sairastuneen tulee saada yksilölliset ja selkeät ohjeet, joiden avulla hänellä on mahdollisuus edistää omaa terveyttään.

2 ASTMA

Astma on yleisimpiä pitkäaikaissairauksia aikuisilla. Diagnosoitua astmaa sairastaa suomalaisesta väestöstä noin 6 %. Sen lisäksi noin 5 % on ajoittain astman kaltaista tulehdusta keuhkoputkien limakalvoilla, esimerkiksi infektioiden aikana tai siitepölykautena mutta tulehdus ei ole johtanut keuhkojen toiminnan kannalta niin merkittävään huononemiseen, että astman diagnoosi olisi tehty. Kaiken kaikkiaan noin 10 % suomalaisista kärsii astman kaltaisista oireista ja näin ollen astmaa voidaan pitää kansantautina. (Haahtela 2007.)

Taipumus astmaan on sekä geneettistä että elinikäistä mutta taudin kulku voi vaihdella yksilötasolla täydellisestä oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin. Potilas voi kuntoutua jopa ilman hoitoa niin, että havaittavia oireita ei ole vuosikausiin. Tehokas alkuvaiheen hoito parantaa potilaan usein oireettomaksi. Astman taustalla on monenlaisia perinnöllisiä tekijöitä. Tärkeimpiä niistä on taipumus atooppiseen allergiaan ja taipumus keuhkoputkien supistumisherkkyyteen eli hyperraeaktiiviteettiin. Yksikin astmakohtaus merkitsee taipumusta astmaan. (Haahtela 2007.)

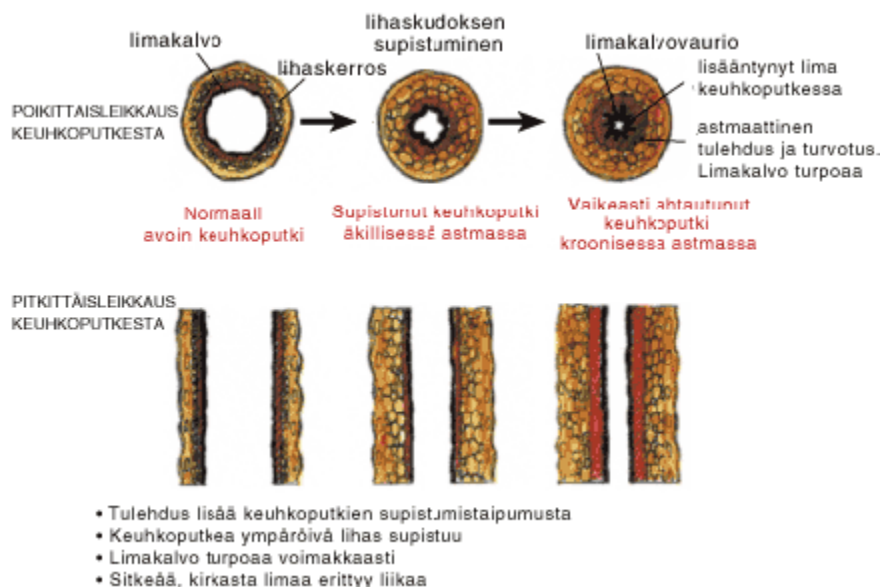
2.1 Mitä astma on?

”Astma on systeemitauti, joka ilmenee tulehduksena, inflammaationa, keuhkoputkien limakalvoilla” (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 320).

Astma on perinteisesti määritelty hengitysteiden toiminnalliseksi muutokseksi (CIBA 1959). Tulehtunut limakalvo on herkkä erilaisille ärsykkeille; pöly, savu, tuoksut, pakkaneen tai fyysinen rasitus aiheuttavat hengitysoireita. Astman taustalla on usein perinnöllinen alttius ja taudin puhkeaminen liittyy ympäristön altisteisiin. Tupakointi ja passiivinen tupakointi ovat astman riskitekijöitä. Astman oireet ovat erilaisia eri potilailla. Oireet alkavat usein tavallisen flunssan, allergisoivan aineen altistuksen tai rasituksen yhteydessä. Oireita ovat (yöllinen) yskä tai hengenahdistus esimerkiksi rasituksen yhteydessä (erityisesti pakkasella) tai hengityksen vinkuminen. Oireet voivat kehittyä muutamassa päivässä tai vähitellen kuukausien aikana. (CIBA 1959.)

Hengitystiet voidaan jakaa ylä- ja alahengitysteihin. Ylähengitysteitä ovat nenäontelo, suuaukko, nielu ja kurkunpää. Alahengitystiet muodostuvat henkitorvesta ja keuhkoputkista haaroineen. Keuhkoputket alkavat henkitorven haarautumiskohdasta ja haarautuvat säännöllisin välein yhä pienemmiksi keuhkoputkiksi. Keuhkoputkia seuraavat ilmatiehyet, joiksi kutsutaan alle yhden millimetrin läpimitaltaan olevia rustottomia pieniä keuhkoputkien haaroja. Ilmatiehyet haarautuvat hengitystiehyiksi, joiden seinämissä on jo joitakin keuhkorakkuloita. (Laitinen, Juntunen-Beckman & Hedman 2000, 14–16.)

Hengitysteiden seinämän rakenne muuttuu edetessä henkitorvesta keuhkorakkuloihin. Henkitorven ja keuhkoputkien seinämä muodostuu neljästä eri kerroksesta. Astman kannalta tärkein osa on keuhkoputken mukoosa eli limakalvo (ks. kuvio 1). Normaalisti limakalvon pinnassa on runsaasti värekarvasoluja ja muutamia pikarilimasoluja. Solut kiinnittyvät tyvikalvoon. Astmassa värekarvasolut ovat vaurioituneet ja limasolujen määrä on lisääntynyt. Tämän vuoksi ilmeisesti erityisesti alkavassa astmassa sitkeän liman erittyminen lisääntyy. Astmalle ovat tyypillisiä keuhkoputkien limakalvojen turvotus, sitkeän liman muodostus ja keuhkoputkien sileiden lihasten supistuminen. (Laitinen ym. 2000, 14.)



KUVIO 1. Astman vaikutus keuhkoputkiin (Astma Online 2010).

Aikuisiän astmalle voi altistua jo nuorena. Piippo-Savolainen (2006) totesi väitöskirjassaan astmariskin säilyvän kohonneena aikuisikään saakka

varhaislapsuudessa sairaalahoitoa vaatineen ilmatiehyttulehduksen jälkeen. Bronkioliittilasten toistuva tai muun viruksen kuin RSV:n aiheuttamaan infektiin liittyvä hengitysvaikeus, varhainen atopia, infektion aikaisen eosinofiilitason laskun puuttuminen ja vanhempien astma ovat merkittäviä aikuisiän astman riskitekijöitä. Äidin tupakointi varhaislapsuudessa näyttää aiheuttavan aikuisuuteen saakka pysyviä keuhkovaurioita. Diagnosoimattomien ja hoitamattomien astmatapausten huomattava määrä vaatii jatkossa entistäkin tehokkaampaa astmaoireiden seulontaa nuoruusiällä.

2.2 Astman toteaminen

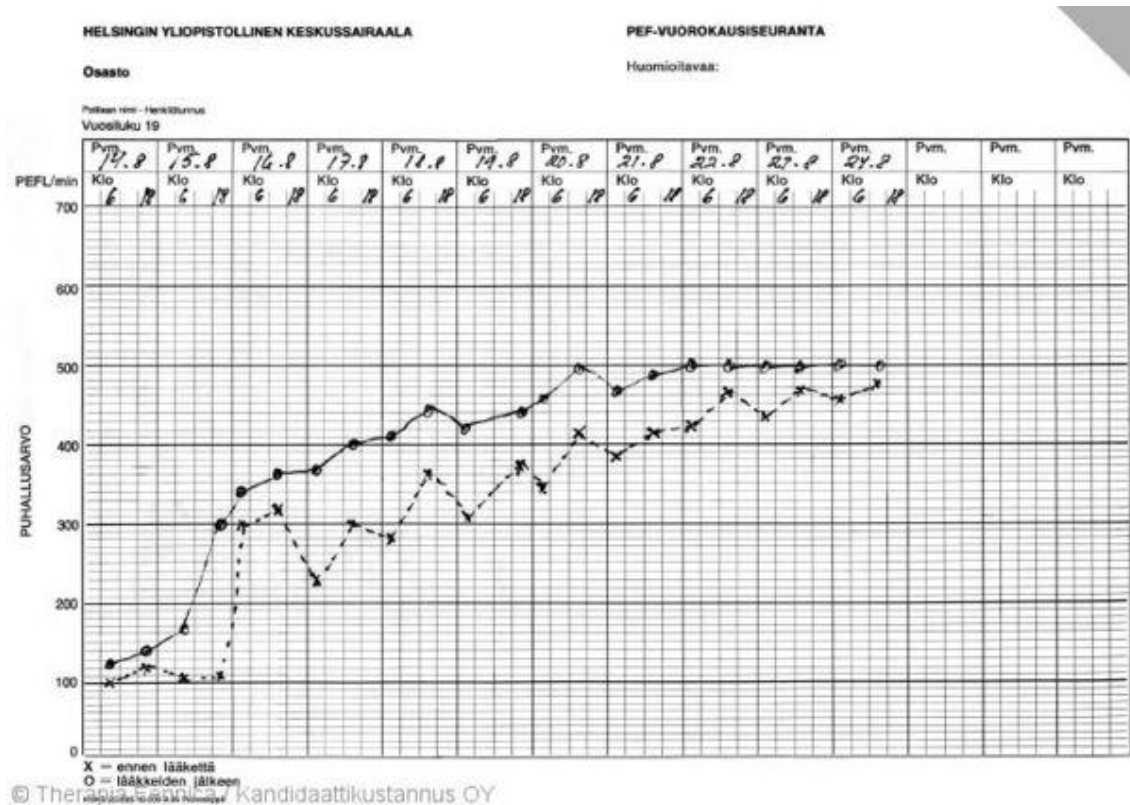
”Potilaan kliininen tutkimus, erityisesti keuhkojen kuuntelu (auskultaatio) on astmassa tärkeää” (Laitinen ym. 2000, 21).

Kinnulan ym. (2005) mukaan taudin diagnoosi saadaan luotettavasti fysikaalisella yleis-tutkimuksella ja keuhkojen toiminnan allergiatutkimuksella. Myös limakalvon tulehduksen tutkiminen kuuluu asiaan. Kinnulan ym. (2005, 323) perusteella vahvasti oireilevan astmaatikon keuhkoista kuuluu vinkuvia rahinoita sisään ja ulos hengitettäessä. Erityisesti uloshengityksessä vinkuminen korostuu. Astman ja kroonisen bronkiitin kuuntelu löydökset ovat pitkälti samanlaiset. Kroonisen bronkiitissa äänen taso on matalampi ja sisään hengityksessä ilmenee karkeita rahinoita. Normaali kuuntelulöydös ei kuitenkaan sulje astmaa pois. Keuhkojen lisäksi tutkitaan sydän sekä ylähengitysteiden ja ihon allergiaoireet.

2.3 Yleistutkimukset

Yleistutkimuksilla joihin lasketaan muun muassa lasko, CRP, verenkuvaa, keuhkokuva ja sydänfilmi suljetaan pois muita sairauksia. Astman kannalta vain eosinofiilisten valkosolujen määrällä on merkitystä. Niiden löytyminen verestä tai ysköksistä viittaa vahvasti astmaan tai astman kaltaiseen tulehdukseen. Eosinofiilit näkyvät herkemmin ysköksessä ja nenälimassa kuin veressä. Jos toistetut tutkimukset eivät osoita eosinofiilien lisääntyneen sen paremmin eritteissä kuin veressä, on astma epätodennäköinen. (Kinnula ym. 2005, 323–325.)

Astman diagnoosi varmistetaan tutkimalla toistuvasti hengityksen toimintaa: mittaamalla uloshengityksen huippuvirtausta (PEF -arvoja) bronkodilataatiokokeessa, PEF -seurannassa, spirometrialla tai erilaisissa altistuskokeissa. PEF eli uloshengityksen huippuvirtausmittaus on epäherkkä menetelmä ahtauman arviointiin, mutta hyvä suurten keuhkoputkien vaihtelevan obstruktion arvioinnissa eli astman diagnostiikassa ja seurannassa sekä astman ja keuhkohtaumataudin erotusdiagnoosiikassa. (Kinnula ym. 2005, 231.) PEF on myös hyvä omahoitomenetelmä, koska se antaa havainnollisen kuvan sairauden kehittymisestä ja sen jatkuva seuranta on helppo tehdä kotona. Päivittäin suoritettava mittaus merkitään seurantalomakkeeseen, josta lääkärin on esimerkiksi ongelmatilannetta diagnosoitaessa helppo tarkistaa astmapotilaan kunnon kehitystä. Esimerkki tällaisesta taulukosta on esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. Astmapotilaan PEF -mittausten seurantalomake (Therapia Fennica 2010).

Spirometrian avulla mitataan keuhkojen tilavuudet ja puhalluksien maksimaaliset virtausnopeudet. Tähän voidaan yhdistää bronkodilataatiokoe jossa selvitetään lievittykö hengitysteiden ahtauma keuhkoputkia laajentavan lääkityksen avulla. (Laitinen ym. 2000, 22.)

Kinnulan ym. (2005, 324) mukaan allergologinen selvitys tehdään jokaiselle astmaatikolle oireiden varhaisvaiheessa. Monesti astmaatikko on allerginen tavallisille ympäristön allergeeneille tai työssään herkistyy erilaisille altisteille. Allergia tutkimukset tehdään yleisimmin ihon prick-testein tai tutkitaan seerumin allergiaspesifiset IgE -vasta-aineet tavallisille hengitettävälle allergeeneille.

Koska keuhkojen limakalvojen tulehdus ei näy röntgenkuvassa, eikä paljastu tavallisissa verikokeissa, on tulehdus tutkittava toisenlaisilla menetelmillä. Tärkeää on, että keuhkojen limakalvojen tulehdustila havaitaan, ennen kuin se on ehtinyt johtaa keuhkojen toiminnan häiriöihin. Limakalvojen tutkimiseen käytetyt keinot ovat tähystäminen bronkofiberoskoopilla, yskösnäytteet ja uloshengityksen typpioksidipitoisuuden (NO) mittaaminen. (Kinnula ym. 2005, 324.)

2.4 Astman ennaltaehkäisy ja lääkkeetön hoito

”Astman hoidon tavoitteena ovat oireettomuus ja keuhkojen normaali toiminta. Hoidon tarvetta arvioidaan jatkuvasti ja hoito rakennetaan yksilöllisesti”
(Astman hoito–potilasohje 2005).

Alkavasta astmasta tervehtyy useimmiten täysin oireettomaksi. Tämä optimistinen ajattelu on saatu etupäässä suomalaisista tutkimuksista. Tämä ei tarkoita kuitenkaan lopullista paranemista, vaan potilaalle jää taipumus reagoida astmaattisesti. Varhaisen hoidon merkitys on erityisen tärkeä, kroonistuessaan limakalvontulehdus aiheuttaa rakenteellisia muutoksia keuhkoputkiston seinämään. (Kinnula ym. 2005, 326.) Keskivaikeaa tai vaikeaa astmaa ei useinkaan saada täysin oireettomaksi, mutta tällöinkin pyritään hyvään sairauden hallintaan. (Jakonen & Valtonen 2008, 11.)

Allergiaoireiden ehkäiseminen ympäristöjärjestelyjen avulla on yhtä tärkeää kuin lääkehoito. Tärkeintä on poistaa kodista mahdollisuuksien mukaan allergiaoireita aiheuttavat ja pahentavat tekijät. Kodin on hyvä olla pölytön, hajuton ja helppohoitoinen. Tavarat säilytetään pölyltä suojassa ja huolehditaan säännöllisestä siivouksesta sekä ilmanvaihdosta. Kodin tavallisimmat hengitystieoireita aiheuttavat allergeenit ovat eläinpöly, siitepölyt sekä joskus homepölyt. Sisäilmassa on myös monia

ärsyttäviä tekijöitä kuten tekstiilipölyt, tuoksuvat kemikaalit sekä kosteusvauriohomeet ja -bakteerit. Pahin sisäilman pilaaja on kuitenkin tupakansavu. Myös ulkoa tulevat epäpuhtaudet huonontavat sisäilman laatua. (Laitinen ym. 2000.)

Oireita aiheuttavat allergeenit ja ärsykkeet poistetaan ja siivousta tehostetaan. Tavaroiden pölyttömään säilytykseen on hyvä kiinnittää huomiota. Ovelliset kaapit ja kannelliset säilytyslaatikot auttavat pölyttömyyden varmistamisessa. Pölyä keräävät materiaalit eivät sovi allergiaperheen kotiin. Lemmikkieläimet voivat ennen pitkää herkistää ja aiheuttaa oireita, mutta niin kauan kun ne eivät pahenna oireita, voidaan perheeseen hankittu lemmikkieläin pitää. (Allergia ja astmaliitto 2008.)

Hengitysteiden kannalta huoneen sopiva lämpötila olisi 18–20 °C ja sopivin ilmankosteus olisi 35–45 %. Tarvittaessa voidaan käyttää ilmankostuttajaa mutta tällöin on huolehdittava kostuttimen puhtaudesta. Erillisestä ilmanpuhdistimesta on myös hyötyä, mutta se ei korvaa pölyaneerausta. Potilaan astmaoppaan (Plathin 2006) perusteella jokaisen astmaatikon on syytä suorittaa saneeraus kodissaan ja mahdollisuuksien mukaan työpaikallakin, vaikkei allergiaa olisi todettukaan. Ei-allergisessa astmassa allergiasaneerauksella ja siedätyshoidolla ei ole merkitystä. Ihmiset viettävät kylminä aikoina noin 90 % ajastaan sisätiloissa, ja hengittävät vuorokaudessa jopa 40 kuutiota ilmaa, josta valtaosa on sisäilmaa. (Kinnula ym. 2005, 190.)

Allergisessa astmassa siedätyshoitoa voidaan antaa osana tulehdusta hillitsevää hoitoa silloin, kun allergeenille altistumista ei voi välttää. Toistaiseksi siedätyshoitoa annetaan vain siitepölyallergiassa ja sellaisessa eläinallergiassa, jossa astmaoireita tulee esimerkiksi työ- tai koulutovereiden vaatteista tai missä potilas työssään joutuu alltiiksi eläinpölylle. Ennen hoidon aloitusta astman on oltava hyvässä hoitotasapainossa. (Valovirta, Kaila & Aho 2002.)

Paino on pidettävä kurissa. Painon pudotus voi vähentää oireilua ja lääkkeiden tarvetta. Mistään erityisestä ruokavaliosta ei ole näyttöä astman hoidossa. (Allergia ja astmaliitto 2010.) Myös tupakoinnin lopettaminen on tärkeää. Kinnulan ym. (2005, 326) mukaan, astmaatit kuitenkin tupakoivat lähes yhtä usein kuin muu väestö. Tupakansavun on todettu lisäävän hengitysteiden limakalvon läpäisevyyttä eli ilmakantoisten allergeenien pääsyä hengitysteistä immuunijärjestelmään.

Aikuisten astmassa erityisruokavaliosta on kuitenkin suhteellisen vähän hyötyä. Todellinen ruoka-aineallergia on aikuisilla kohtalaisen harvinaista, eikä juuri aiheuta astmaoireita. Koivun siitepölyallergikot saavat oireita tuoreista juureksista, vihanneksista ja hedelmistä. Nekin oireet ovat suun limakalvo- ja iho-oireita, eivät juuri astmaoireita. Astman oireita saadaan ravinnon lisäaineista, kuten elintarvikeväristä, bentsoehapoista ja sulfiiteista. (Kinnula ym. 2005, 327.) Astmaatikon perusliikunnaksi sopivat kaikki kestävyysliikuntamuodot. Peruskuntoa ylläpitäviä lajeja ovat esimerkiksi uinti, kävely, sauvakävely, pyöräily, hölkkä ja hiihto. Perusliikuntalajiksi kannattaa valita sellainen kestävyyslaji, jota voi harrastaa päivittäin helposti ja vaivattomasti. (Hengitysliitto 2010.)

Kinnulan ym. (2005, 328) mukaan psyykkiset tekijät ja stressi pahentavat astmaa, laukaisevat oireita ja edistävät sairauden puhkeamista potilailla, joilla on astmaan perinnöllinen taipumus. Astman asiallinen hoito on parasta psyyken hoitoa. Pitkäaikainen sairaus aiheuttaa aina psykososiaalisia seurauksia. Sen vuoksi jokaisen potilaan tilannetta tulisi arvioida kokonaisuutena, jolloin saataisiin motivoitua hyvä hoitoon sitoutuminen. Kinnula ym. (2005, 328.)

2.5 Astman lääkehoito

Oireileva astma vaatii aina lääkehoitoa. Astman hoidon tavoitteina ovat oireettomuus ja keuhkojen normaali toiminta. Hoidon tarvetta arvioidaan jatkuvasti ja hoito rakennetaan yksilöllisesti. Nykyiset lääkkeet ovat tehokkaita ja lievittävät oireita tehokkaasti. Astman tehokas alkuhoito keuhkoputkien limakalvojen tulehdusta rauhoittavilla lääkkeillä parantaa ennustetta ja vähentää kroonistumisen vaaraa. (Koskenvuori 2003, 311.)

Lääkehoidon tarkoituksena on astmaattisen tulehduksen rauhoitus ja poisto, keuhkoputkien lihassupistuksen laukaiseminen, liman erityksen vähennys ja poistaminen keuhkoputkien lisääntynyt supistumisherkkyys. Tavoitteena on siis parantaa keuhkoputket sellaisiksi kuin ne terveellä olisi. Nykyaikaisten lääkkeiden avulla astmaatikko voi viettää lähes normaalia elämää ilman astmaoireiden aiheuttamia rajoituksia. Nykyiset lääkkeet ovat helposti otettavia ja tehokkaita. Lisäksi

sivuvaikutusten vaara on vähäinen. Äkillisten oireiden ja astman pahenemisen vaara lisääntyy jos astmaa ei hoideta tehokkaasti. (Laitinen ym. 2000, 29.)

Astman lääkehoidon perustana ovat limakalvon tulehdusta rauhoittavat eli anti-inflammatoriset ja keuhkoputkia avaavat eli bronkodilatoivat lääkkeet. Lääkkeiden annostelu voi olla tabletteina, inhalaatiojauheina, inhalaationesteenä tai annosaerosolina (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 2006, 377.) Tavallisia astman tulehdusta hoitavia lääkkeitä ovat kortikosteroidit, leukotrieenisalpaajat, teofylliini, kromoglikaatti, nedokromiili (Kinnula ym. 2005, 328–329).

Tulehdusta hoitavan lääkkeen lisäksi on oltava aina myös keuhkoputkia avaava varalääkitys akuuttitilanteissa lievittämään astmaoireita nopeasti. Keuhkoputkia avaavia lääkkeitä on lyhyt- ja pitkäkestoisia. Suomessa käytössä olevat lyhytvaikutteiset beeta2-agonistit ovat salbutamoli ja terbutaliini. Suomessa käytössä olevat pitkävaikutteiset beeta2-agonistit ovat formoteroli ja salmeteroli. (GlaxoSmithKline 2010.) Kroonisen, keskivaikean ja vaikean astmanhoitoon on saatavilla myös yhdistelmävalmiste, mikä sisältää tulehdusta hoitavan kortikosteroidin sekä pitkävaikutteisen beeta2-agonistin. (Kinnula ym. 2005, 334).

2.6 Astman omahoito

Pelkkää astmaa sairastava voi yleisesti arvioiden hyvin. Hänen oireilunsa on hallittavissa lääkityksellä kohtalaisen vähäisin kokonaishoidon kustannuksin. Samanaikainen keuhkohtaumatauti lähes kolminkertaisti astman hoidosta aiheutuneet suorat kustannukset ja lähes viisinkertaisti sairaalahoidosta aiheutuneet kustannukset. Astmaa ja keuhkohtaumatautia sairastavilla tupakointi lisäsi edelleen kustannuksia. (Ikäheimo 2008.)

Astmapotilaan omahoidon kokonaisuuden muodostaa tyypillisesti oireiden tunnistaminen, ärsykkeiden välttäminen, lääkehoidon toteuttaminen, PEF -kotimittaukset ja liikunta. Potilas opetetaan tunnistamaan oireiden tai PEF -mittausten avulla astman pahenemisvaihe riittävän varhain. Lääkkeiden inhalointitekniikka ja PEF -kotiseuranta opetetaan. Keuhkoputkia avaavien ja astma tulehdusta hoitavien lääkkeiden ero selvitetään. Lääkitystä neuvotaan tehostamaan oireiden lisääntyessä ja

PEF -arvojen pienentyessä tietyn rajan alle. Aikuisilla hoidon tulokset paranevat varmimmin, jos potilaalle on annettu kirjalliset toimintaohjeet pahenemisvaiheen varalle. Ohjeita voidaan selventää käyttämällä omahoitovihkosia tai taskukokoisia kortteja, joihin on merkitty yksilölliset lääkityksen lisäämistä edellyttävät PEF - tai oiremuutosrajat. (Laitinen ym. 2000, 56–57.)

Astman ohjattu omahoito rakentuu kahdesta osatekijästä: tehokkaasta potilasohjauksesta ja potilaiden oma-aloitteisesti käynnistämistä toimenpiteistä astman pahenemisvaiheissa tai niiden uhatessa. Pahenemisvaihe tai -uhka perustuu joko PEF:n seurantaan tai oireiden muutoksiin. Potilasohjauksen sisältöä ovat muun muassa perustiedot astmasta ja taudin aiheuttamista toimintahäiriöistä, astmaa pahentavista tekijöistä, tieto astmalääkkeiden käytöstä ja vaikutustavoista. Erityispainotus on lääkkeen otto tekniikkaan ja PEF -mittausten suorittamiseen. Tärkeintä on, että potilas toimii aktiivisesti jo pahenemisvaiheen alkuvaiheessa, ettei tilanne kehity akuuttihoitoa vaativaksi. (Laitinen ym. 2000, 56–57.) Koskenvuon (2003, 314) mukaan on osoitettu yksinkertaisten ohjeiden vähentävän keskivaikeaan astmaan liittyvien haittatapahtumien määrää yli 50 % vuoden aikana.

Omahoidon käytännön toteutuksessa astmapotilaalle selvitetään, mistä yskä, vinkuminen ja hengenahdistus johtuvat. Tämän jälkeen potilaalle tulisi muodostua ymmärrys siitä miksi ja miten tulehdusta hoitavaa peruslääkitystä tulisi käyttää. Hoitoon ei voi sitoutua, jos ei ymmärrä, mistä asiassa on pohjimmiltaan kysymys. Omahoitoa voidaan toteuttaa yksinkertaisen astmapäiväkirjan avulla, johon kirjataan oireita ja PEF -arvoja oireettomalta ja oireelliselta ajalta. Kun PEF -arvo putoaa voimakkaasti (>30 %) oireettomasta tasosta tai on kahtena peräkkäisenä aamuna selvästi alhaisempi (>15 %) tai yöoireet lisääntyvät on ryhdyttävä toimenpiteisiin. (Kinnula ym. 2005.)

Käytännössä tämä tarkoittaa että inhaloitava steroidi on kaksin- tai nelinkertaistettava kahdeksi viikoksi. Myös lyhytvaikutteista avaavaa on käytettävä aamuin illoin ja tarvittaessa. Jos tilanne ei korjaannu kahdessa päivässä on kymmenen päivän oraalinen kortisonikuuri aloitettava (20–40 mg/pv), jos tällainen lääkitysmalli on ennalta määrätty tai sovittu lääkärin kanssa. Hengitysvaikeuksien jatkuessa tulee ottaa yhteyttä terveyskeskukseen, työterveysasemaan tai lähimpään hoitavaan yksikköön. (Kinnula ym. 2005, 336.) Onnistuneen omahoidon edellytys on hyvin toimiva hoitosuhde potilaan, lääkärin,

ja hengityshoitajan välillä sekä toimiva hoitoverkosto terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon välillä (Iivanainen ym. 2006, 383).

2.7 Astma fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ilmiönä

Yleiskunnan kannalta liikunta on tärkeää. Se on yksi hoidon kulmakivistä lääkehoidon ja ärsykevapaan ympäristön kanssa. Mahdollisuudet harrastaa täysipainoista liikuntaa ovat parantuneet kehittyneen lääkehoidon, varhaisen diagnosoinnin ja seurantamenetelmien ansiosta. Liikunta parantaa niin kuntoa kuin itsetuntoakin. Astmaa sairastavaa motivoidaan liikkuman ja annetaan tietoutta sopivista liikkumismuodoista ja mahdollisuuksista. (Kinnula ym. 2005.)

Psyykkiset tekijät ja stressi voivat pahentaa astmaa, laukaista oireita ja vaikuttaa sairauden puhkeamiseen. Pitkäaikainen sairaus, missä on pahenemisvaiheita, unettomuutta, työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen pelkoa aiheuttaa pelkoa, ahdistusta ja masennusta. Nämä voivat aiheuttaa taudin pahenemisvaiheita. Hyvä yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa auttaa hyvän hoitotasapainon löytämisessä. (STM 2003a.)

Sosiaalipoliittisen tukitoimien tarkoituksena on mahdollistaa astmaa sairastavien tehokas hoito sekä turvata arkielämän yleisiä edellytyksiä. Erityiskorvattavuus astmalääkkeiden osalta muuttui vuoden 1994 alusta siten, että potilaan on oltava säännöllisessä lääkityksessä vähintään puolivuotta ja lääkityksen tarpeen tulee edelleen jatkua (STM 2003b.) 1.1.2006 alkaen peruskorvaus on 42 prosenttia lääkkeen hinnasta ja alempi erityiskorvaus on 72 prosenttia lääkkeen hinnasta. (KELA 2008).

Astman hoitopalvelujen ja lääkkeiden käyttö sekä kustannukset jakautuvat potilaille epätasaisesti. Pelkkää astmaa hoidetaan pääasiassa lääkkeillä avohoidossa varsin vähäisin kokonaiskustannuksin. Tupakointiin liittyvät muut ahtauttavat keuhkosairaudet lisäävät merkittävästi astmapotilaille lääkärissäkäyntien, sairaalahoidon ja astmalääkityksen käyttöä sekä niistä aiheutuvia kustannuksia. Keuhkohtaumatauti lähes kolminkertaistaa potilaskohtaiset vuosittaiset suorat astman hoitokulut ja lähes viisinkertaistaa pelkästään sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998.)

3 POTILASOHJAUS

3.1 Potilasohjauksen tavoitteet ja tarkoitus

Sairastuminen on usein ihmiselle tilanteena uusi ja outo. Se voi tuoda sairastuneelle ja omaisille epävarmuuden, avuttomuutta ja turvattomuuden tunteita. Tilanne vaatii ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, joka edistää potilasta itsensä hoitamiseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23–24.)

Potilaan ohjaamisen ja opettamisen tarkoituksena on siirtää vastuuta hoidosta potilaalle tai hänen läheisilleen sekä tukea potilaan itsenäistä selviytymistä. Potilaalle annetaan aikaa ja häntä rohkaistaan toimimaan itsenäisesti (Iivanainen ym. 1995, 51.) Ohjauksen tavoite ja tehtävä on käynnistää kehitysprosessi ohjattavassa potilaassa. Ohjauksen lähtökohtana on ohjattava potilas. Sen vuoksi etukäteen ei voida määrittellä ohjauksen tavoitetta ja sisältöä. Sisältö perustuu niille tarpeille, mitä keskustelussa yhdessä sairaanhoitajan kanssa tulee esille. Sairanhoitaja on avoin, kuuntelee potilasta askarruttavat asiat ja antaa niistä palautetta. (Jahren, Nortvedt ja Skaug, 2006, 456.)

Potilasohjaus on prosessi, minkä toteutus alkaa ohjaustarpeen määrittelyllä ja tämän jälkeen suunnitellaan ohjauksen kulku. Näitä vaiheita seuraa ohjauksen toteutus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Ohjauksen tarpeen määrittelyyn ja toteutukseen vaikuttavat yksilön sekä yhteisön voimavarat. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

3.2 Potilasohjauksen suunnittelu ja toteutus

Kääriäinen ym. (2005) mukaan sairauden hoidossa tärkeä osa on potilaille ja omaisille annettavat hoito-ohjeet. Arvion mukaan potilaat muistavat ainoastaan 10 % kuulemastaan, 75 % näkemästään ja 90 % siitä tiedosta, minkä he ovat saaneet kuulo- ja näköaistin kautta. Tämän vuoksi ohjauksen varmistamiseksi tulisi käyttää useita eri menetelmiä. Kirjallinen potilasohje tukee suullista ohjausta ja sen tulisi olla asiallista, arvostavaa ja asiakasta tukevaa. Hyvä potilasohje antaa vastauksen kysymyksiin mitä, miksi milloin ja missä tulee ohjata.

Ohjausta ei ole se, että toiselle ihmiselle kerrotaan miten pitää toimia. Se ei ole kysymyksiin vastaamista. Se ei ole myöskään kertomista, mitä toinen ohjaajan mielestä tarvitsee. Ohjaus on keskusteluun perustuva tapa toimia ihmisen kanssa siten, että toinen saa apua omien ajatustensa, tunteidensa ja tekojensa tutkimisessa, paremman itseymmärryksen saavuttamisessa ja omien voimavarojen löytämisessä ja käyttämisessä. Tämän perusteella hän voi tehdä valintoja ja tekoja sekä hallita elämänsä tyydyttävämällä tavalla. Ohjauksessa ohjaaja auttaa toista auttamaan itseään. (Jahren ym. 2006, 455.)

Potilasohjauksen onnistumisen edellytyksenä on hyvä suunnittelu ja valmistelu. Ohjaustilanteessa potilas ja sairaanhoitaja keskustelevat tasavertaisesti. Sairaanhoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle, jäsentämällä opettavan asian potilaalle sopivaksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi. Hyviä ominaisuuksia ohjausta antavalle sairaanhoitajalle ovat muun muassa taito kuunnella ja havainnoida potilasta sekä rauhallisuus ja asiantuntijuus. (Torkkola ym. 2002, 25.)

Potilasohjauksen suunnittelu alkaa potilaan tarpeista ja tavoitteiden asettamisesta, eli mitä potilaan on tarpeellista tietää ja oppia. Tämän jälkeen mietitään, kuinka potilas omaksuu opittavan asian parhaiten. Ohjauksen tulisi olla mielenkiintoa herättävä ja itsensä hoitamiseen motivoivaa. Havainnollistaminen tehostaa asian oppimista ja ymmärtämistä. Ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Arviointiperusteina ovat potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Ohjaus on onnistunut potilaan saatua tarvittavat tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. (Torkkola ym. 2002, 26–29.)

Täytyy muistaa, että potilaan oppimiseen vaikuttavat myös monet tekijät. Sairaus tai kriisin vaihe heikentää uuden tiedon vastaanottamista. Joskus potilaan on vaikea hyväksyä sairauttaan ja hän voi kieltäytyä ohjauksesta. Tällöin hänen yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava. Potilaan ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö ovat myös oppimisen kannalta hyvin merkittäviä asioita (Torkkola ym. 2002, 26–33.) Ohjaustilanteessa potilaan kulttuurinen tausta, ikä, sukupuoli ja kotitilanne on otettava huomioon yksilöllisesti. Ohjaajan ja potilaan onnistuneesta kohtaamisesta hyötyvät yksittäiset organisaatiot ja koko yhteiskunta, ”turhien” yhteydenottojen ja resurssien hukkakäytön pienentyessä. Potilas saa terveempiä ja täysipainoisempia elinpäiviä

saatuaan hyvää palvelua, riittävästi tietoa ja hänet on kohdattu yksilönä. (Torkkola 2002, 20–23.)

Lipposen ym. (2006, 66–67) ja Torkkolan ym. (2002, 25–27) mukaan potilaan suullinen ohjaus ei yksin riitä, vaan se tarvitsee aina tuekseen kirjallisia ohjeita. Kirjallisesta ohjeesta potilas palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kertoo siinä tulleita tietoja. Kirjallisen ohjeen pyrkimyksenä on lisätä potilaan tietoutta ja vähentää taudin tuomaa ahdistusta. Suullisen- ja kirjallisen ohjauksen tulee olla yhdenmukaisia. Hyvä kirjallinen potilasohje tulee laatia niin, että se ohjaa potilasta toimimaan oikein taudin hoidossa. Tulee huomioida, ettei parhainkaan kirjallinen ohje sisällä vastauksia kaikkiin potilaan esittämiin kysymyksiin. Siksi ohjeiden täydentäminen potilaan tarpeita vastaavaksi kuuluu hyvään potilasohjaukseen.

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat tilanteeseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus, vilpitön kiinnostus toista ihmistä kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan, asiallisuus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä. Havainnointikyky ja kuuntelutaito edistävät myös vuorovaikutuksen onnistumista. Kun sairaanhoitaja ottaa selvää potilaan odotuksista ja toiveista sekä huomioi ne omassa käytöksessään, vuorovaikutuksen on mahdollista onnistua ja täyttää sille asetetut tavoitteet. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Sopiva ympäristö ja ajankohta ovat tärkeitä asioita ohjauksen onnistumiseksi. On valittava mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön paikka, joka takaa potilaan yksityisyyden. Sairaanhoitajan tulisikin miettiä paikkaa valitessaan, minkälaisessa tilassa itse haluisi ohjeistusta saada. Usein ohjauksen käytettävä aika on lyhyt, joten sen sisältö tulee suunnitella siten, että kaikki potilaalle tärkeät asiat ehditään käsitellä ja vuorovaikutusta pääsee syntymään. Potilasta on myös rohkaistava kysymään epäselviksi jääneet asiat. (Torkkola ym. 2002, 30–31.)

4 VOIMAVARALÄHTÖINEN TERVEYSNEUVONTA

Liimataisen, Hautalan ja Perkon (2005) mukaan määritelmä voimavaralähtöisyydestä hoitotyössä tarkoittaa sitä, että potilailla on entistä suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyttään koskevaan päätöksentekoon ja toimintaan. Voimavaralähtöisyys liittyy läheisesti hoitotyöhön ja erityisesti potilasohjaukseen. Voimavarakeskeisyydessä huomioidaan potilaan arkipäivän tarpeet eli jokapäiväisessä elämässä selviytyminen. Voimavarakeskeisessä hoitotyössä huomioidaan potilaan tukiverkot, piilevät voimavarat ja hänelle tyypilliset toimintatavat. Tärkein tavoite voimavarakeskeisessä hoitotyössä on voimaantumisen tunteen saavuttaminen. Potilas tuntee siis voimiansa, voimavarojensa ja vaikutusmahdollisuuksiensa lisääntyneen. Voimaantuminen syntyy, kun potilas kokee voivansa itse osallistua ja vaikuttaa häntä koskettavien asioiden kulkuun. (Liimatainen ym. 2005.)

Yksilön terveyskäyttäytymisen muutosta voidaan tukea voimavarakeskeisellä terveysneuvonnalla, joka muodostuu neljästä vaiheesta: ihmisen kuuntelusta, vuoropuhelusta, itse arvioinnista, toimintamallien tunnistamisesta ja toiminnan uudelleen suuntaamisesta. Itse terveyskäyttäytymisen muutos tulee hyvin esille muutosvaihe-mallin kautta, joka käsittää kuusi eri vaihetta. (Torkkola 2002, 25.) Muutosvaihemallia ja sen vaiheita on esitelty kuviossa 3.

Voimavarojen vahvistamisen tärkein piirre on yhteistyö, eli tavoitteet hoidolle asetetaan yhdessä potilaan kanssa neuvotellen. Potilaan kuuntelu, tukeminen ja tiedon anto vahvistaa potilaan voimavaroja. Omien voimavarojen vahvistumisen myötä potilaan itsetunto paranee, elämän hallinnan tunne lisääntyy ja tulee mahdollisuus henkilökohtaiseen kasvuun. Potilaalle merkittävää on voimavarojen tunnistaminen ja vahvistuminen ja usko omiin voimavaroihin. Ainoastaan näin potilas voi ottaa voimavarat käyttöönsä. Myös ulkoiset voimavarat, kuten perheen sisäinen suhde tai muu sosiaalinen tuki ovat merkittäviä. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 202–210.)



KUVIO 3. Potilaan terveyskäyttäytymisen muutosvaihemalli (Torkkola 2002).

Varsinkin varttuneemmille astmaatikoille on tärkeää tuoda esiin lääkkeiden jatkuvan käytön merkitys, sillä lääkkeitä ei haluta käyttää perusteettomasti. Tähän tulokseen on tullut muun muassa Lumme-Sandt (2002), joka on väitöskirjassaan tutkinut yli 65 - vuotiaiden ihmisten suhdetta sairauksiinsa ja lääkkeisiin. Astmaa, ja moneen muuhun tautiin pätevät samat perusasiat: ohjauksen tärkein seikka on tasapainotella lääkärin määräämien lääkannosten oikean käytön ja moraalisesti hyväksytyyn, vähäisen lääkkeiden käytön, välimaastossa. Tällöin voidaan potilaalle luoda kuva vastuullisesta, aktiivisesta ja itsenäisestä potilaasta jolla on kontrollia oman sairautensa hoitoon. Moni tuntee lähtökohtaisesti pelkäävän sairauden vievän kyvyn hallita omaa elämäänsä ja tätä vastaan tulee sairaanhoitajan potilastyössään toimia aktiivisesti.

5 HOITOON SITOUTUMINEN

”Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa” (Kyngäs & Hentinen 2009, 17).

Yllä olevassa määrittelyssä fraasi ”terveyden edellyttämällä tavalla” tarkoittaa hoitoon sitoutumista sairauden, tilanteen ja olosuhteiden edellytyksien mukaan. Määritelmä laajentaa myös hoitoon sitoutumisen aluetta hoidon kokonaisuuteen. ”Terveyden edellyttämällä tavalla” sisältää myös oletuksen, että hoito ja toimintaa perustuvat ajankohtaiseen ja hyväksytyyn tutkittuun tietoon terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Hoitoon sitoutuminen koskee asiakasta ja terveydenhuoltohenkilöstöä. Määrittelyssä yhteistyö on tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisua ja vastuunottoa hoidosta. Vuorovaikutuksen edellytyksenä on, että molemmat osapuolet ovat tasavertaisia ja tuovat esiin neuvotteluissa oman näkemyksensä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17.)

5.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Potilas tekee hoitopäätöksensä omien tietojensa, arvojen ja asenteidensa varassa. Lääkkeisiin liittyy moraalisia näkemyksiä, joita pidetään usein elämää epämuکavoittavina, kuten hankalina nauttia. Niihin saattaa liittyä myös häpeän tunne ja sairauden leima. Myös tietämättömyys lääkityksen tarkoituksista ja haittavaikutuksista, suuri lääkkeiden määrä, ottaminen monta kertaa päivässä, lääkemutokset, epäselvät lääkeluettelot tai niiden puute, heikentävät hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumattomuuden taustalla voi olla myös hoitohenkilöstön koulutuksen puute. Terveystenhoitoalan ammattilaisilla on usein virheellinen oletus, että hoitoon sitoutuminen on ainoastaan potilaan vastuulla. Perinteiset keinot saada potilas tottelemaan ovat pelottelu ja syyllistäminen. Neutraali tiedonanto, optimismi ja hyväksyvä ilmapiiri sekä hoidon jatkuvuus tukevat hoitoon sitoutumista. Lyhytaikaisen taudin hoitoon sitoudutaan paremmin kuin pitkäaikaissairauden. Hoitoon pääsyn helppous, hyvän hoitosuhteen syntyminen ja hoidon jatkuvuus sekä itselle asettamat tavoitteet parantavat hoitoon sitoutumista. (Savikko & Pitkälä 2006.)

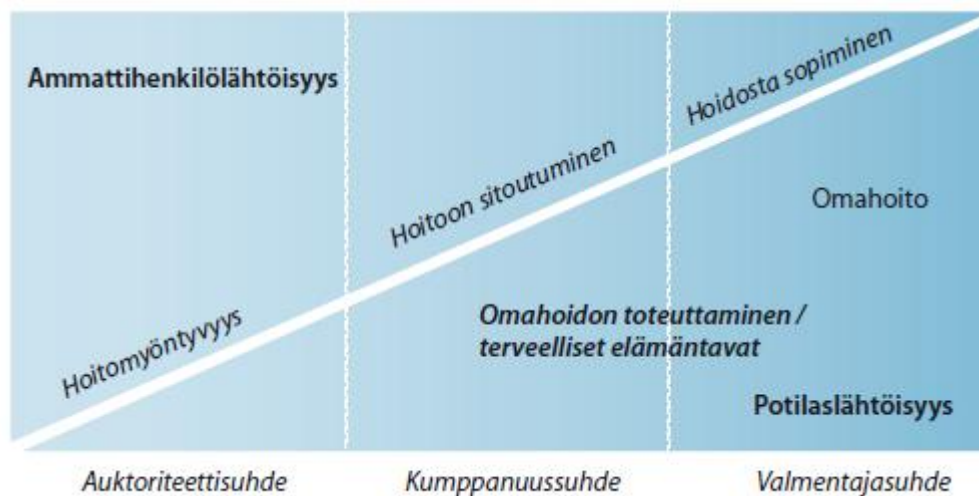
lällä, sukupuolella ja koulutuksella ei näyttäisi olevan yksiselitteistä yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Lasten, nuorten ja ikääntyneiden kohdalla ikä saattaa nousta merkittäväksi tekijäksi. Ristiriitaisia tutkimustuloksia on saatu itsearvostuksesta, uskomuksista, elämänarvoista, elämännäköisestä ja elämään orientoitumisesta, hoitoon sitoutumisen suhteen. Fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella voimavaroilla puolestaan on yhteys siihen, kuinka asiakas hoitaa itseään. Psykkiset ongelmat heikentävät hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–34.)

Sairaus ja totutusta elämästä poikkeavat elämäntilanteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Useimmat kokevat sairauden uhkaksi elämänjatkuvuudelle. Sairausten oireet kuten väsymys ja kivut kuluttavat voimavaroja, mutta toisaalta oireiden lievittäminen motivoi omahoitoon. Sairausten vakavuudella ja siihen liittyvillä peloilla on sekä lamaava että motivoiva vaikutus. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–34.)

Tieto sairaudesta auttaa jäsentämään tilannetta, oivaltamaan hoidon merkityksen, hyväksymään sairautta ja sen hoidon. Tämä on motivaation synnyttämiseksi välttämätöntä. Asioiden ymmärtäminen auttaa tiedon soveltamisesta uusissa tilanteissa ja eteen tulevissa ongelmissa. Tiedot ja niiden ymmärrys ei riitä vaan tarvitaan myös taitoja. Ongelmanratkaisutaidot ovat yksi tärkeimmistä tekijöistä. Hoitoon sitoutumisen kannalta on merkittävää kuinka vaativa ja pitkäkestoinen hoito on. Tärkeitä tekijöitä ovat myös tyytyväisyys hoitoon, positiivinen ja turvallinen ilmapiiri, potilaan oikeus päättää omista asioistaan ja hoidoistaan. Puutteellinen taloudellinen tilanne saattaa heikentää hoidon toteutumista. Hoidon laiminlyönti taloudellisten seikkojen vuoksi ei ole Suomessakaan harvinaista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–34.)

Ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutussuhteella on tutkimuksissa todettu olevan jopa keskeisin oppimiseen ja tätä kautta hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja. Omaan terveyttään koskevan teorian tiedon tietäjä. Lisäksi täytyy muistaa emotionaalinen tuki. Perheen ja muiden läheisten tuki voi olla ratkaisevaa hoitoon sitoutumisessa. Tuki voi olla konkreettista, emotionaalista tai tiedollista. Vertaistuki, eli saamaa sairautta tai samassa elämän tilanteessa olevan tuki edistää monissa tapauksissa hoitoon sitoutumista. Toisensa tukeminen ja ymmärtäminen auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä käytännön kysymyksissä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–34.)

Routasalo ja Pitkälä (2009) esittävät kuinka erilaisia hoitaja-potilas hoitosuhteita voi muodostua (Kuvio 4). Aiemmin terveydenhuollossa lääkäreillä ja muillakin ammattilaisilla oli vahva auktoriteetti suhteessa potilaisiin. Autoritaarisessa hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilö suunnitteli potilaalle hoidon, jota hän edellytti potilaan noudattavan ja potilaan toimintaa arvioitiin hoitomyöntyvyyden näkökulmasta. Kumppanuussuhteessa lähestytään potilaslähtöisyyttä, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja, kertoo potilaalle erilaisista hoitovaihtoehtoista ja neuvottelee potilaan kanssa hänelle sopivasta hoidosta. Hoitosuhde perustuu kumppanuuteen, jossa sairaanhoitaja toimii asiantuntijana ja tiedon jakajana. Hoidon tulos riippuu potilaan sitoutumisesta neuvoteltuun hoitoon ja tavoitteisiin. Valmentajasuhteessa omahoidon tukeminen perustuu potilaan ja sairaanhoitajan tasavertaisuuteen, jolloin sairaanhoitaja toimii valmentajan roolissa. Hoidon suunnittelu lähtee potilaasta. Sairaanhoitaja ottaa selvää potilaan toiveista, kokemuksista, peloista, uskomuksista ja arkielämästä ja sovittelee yhdessä potilaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi.



KUVIO 4. Ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta potilaslähtöiseen valmentajasuhteeseen (Routasalo & Pitkälä 2009).

5.2 Hoitoon sitoutumisen arviointia

Kynkään ja Hentisen (2009) mukaan perinteisesti hoitoon sitoutumisen arviointimenetelmät jaetaan suoriin ja epäsuoriin. Suoria arviointimenetelmiä ovat potilaan toiminnan arviointi, veren tai virtsan lääkeainepitoisuuden määrittely ja

biologiset merkkiaineet. Epäsuoria arviointimenetelmiä taas ovat päiväkirjat ja niiden analysointi, kyselylomakkeet, keskustelu ja haastattelu, potilaan hoitotulos ja kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta.

Käytännön hoitotoiminnassa tärkein tapa arvioida hoitoon sitoutumista on esimerkiksi potilaan tekemä arviointi hoidostaan keskustelemalla, käyttämällä apuna kyselylomaketta tai analysoimalla potilaan tekemiä päiväkirjoja. Hoitoon sitoutumisen arviointiin on kehitetty mittareita eri potilasryhmiä varten, kuten kyselylomakkeet ja tietokoneohjelmat. Hoidon sitoutumisen arviointiin voivat osallistua potilas, lääkäri, sairaanhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Myös omaiset tai muut läheiset voivat toimia tiedonlähteenä ja arvioijina. Potilaan oma arvio toimii hyvänä pohjana hoidon suunnitteluun ja edistää näin hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009.)

5.3 Hoitoon sitoutumista edistävä ohjaus

Potilaan olisi hyvä olla motivoitunut ja tietoinen siitä, että hänen käyttäytymisensä ja päivittäiset astman hoitoon liittyvät toimensa voivat johtaa parempaan yleisterveyteen. Pelkkä tiedon jakaminen ei muuta käyttäytymistä. Sairaanhoitajan on ymmärrettävä omahoidon opettamiseen liittyvät psykologiset periaatteet. Periaatteena on löytää ja asettaa hoidon tavoitteet, joihin potilas ja sairaanhoitaja pyrkivät yhteistyössä. Potilas ei välttämättä ponnistele sellaisten päämäärien tavoittelemiseksi, joita hän ei ymmärrä tai koe tarpeellisiksi. Kun tavoitteet on asetettu, niin potilas tarvitsee useasti apua oppiakseen arvioimaan oireitaan ja seuraamaan hoito-ohjeita ja hän tekee todennäköisemmin hyviä päätöksiä omahoidossaan. (Lääketietokeskus 2003, 56.)

5.4 Ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöiden selvittäminen

Konteksti, eli potilaan ja ohjaajan taustatekijät, ovat ohjausprosessin lähtökohtana. Mitä paremmin ohjaaja tuntee potilaan kontekstin, sitä paremmin potilas sitoutuu hoitoon. Ohjaajan on tunnistettava myös oma kontekstinsa ja sitoutua ohjaukseen. Apuvälineitä

kontekstin tunnistamiseen ei ole, vaan ne täytyy tunnistaa keskustelemalla ja tarkkailemalla itseään ja tunnistamalla omaa käytöstään. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Psyykkisiin taustatekijöihin kuuluvat motivaatio, onnistumisodotus, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, ohjaustarpeet, oppimistyylit ja ohjausvalmiudet. Sosiaaliseen kontekstiin kuuluu sosiaaliset ja muut ympäristöön liittyvät tekijät, kuten kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät. (Kynäs & Hentinen 2009, 81–96.)

5.5 Ohjaussuhteen rakentuminen

Ohjaussuhde rakentuu sekä sanattomasta että sanallisesta vuorovaikutuksesta. Toimivaan vuorovaikutukseen kuuluu läsnäolo, odottaminen, vastaaminen, ilmaisun mukauttaminen, tulkinnan tarkastaminen. Aito läsnäolo on sitä, että potilas ja ohjaaja sulkevat mielestä muut asiat ja keskittyvät ohjauksen ilmenneisiin asioihin. Odottamisella tarkoitetaan, että maltetaan ottaa potilas mukaan ohjaussuhteen rakentumiseen asiakaslähtöisesti. Vastaamisella tarkoitetaan keskustelussa syntyvää molemminpuolista vuorovaikutusta, jossa kysymyksiä ja vastauksia esitetään ja annetaan sekä sairaanhoitajan että potilaan toimesta. Ilmaisun mukauttaminen käytännössä tarkoittaa ammattisanaston välttämistä potilasohjauksessa ja muun kuin sanallisen viestinnän avulla hyvän vuorovaikutussuhteen luomista. Tulkinnan tarkastamisella pyritään poistamaan mahdolliset asioiden väärin ymmärtämiset, koska sanojen merkitykset voivat olla erilaisia potilaalle ja sairaanhoitajalle. Koska sairaanhoitajalla on ammatillinen ja eettinen vastuu ohjauksen onnistumisesta ja potilaan hoitoon sitoutumisen edistämisestä, hänen on rohkaistava potilasta aktiiviseen vuorovaikutukseen. (Kynäs & Hentinen 2009, 97–99.)

5.6 Ohjauksen arviointi

Ohjausta arvioidaan jatkuvasti sekä ohjauksen että toivotun lopputuloksen eli hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. On myös arvioitava, mikä ohjauksessa tuki ja edisti hoitoon sitoutumista. Jos hoitoon sitoutumisessa on ongelmia, on arvioitava miksi ja miten ongelmia ilmenee ja miten ongelmat voitaisiin ratkaista. Joskus tavoitteiden pilkkominen pienemmiksi sisällöiksi voi auttaa hoitoon sitoutumisessa. Arviointiin liittyy aina keskustelu tavoitteiden saavuttamisesta sekä palautteen antaminen ja saaminen. Motivaation kannalta positiivisen ja rehellisen palautteen saaminen kaikelta osin, mikä on mennyt hyvin, on tärkeää. Kriittisen palautteen antajan on varauduttava keskustelemaan asiakkaan kanssa siitä, mistä mahdollinen epäonnistuminen johtuu. Arviointi kannatta päättää johonkin positiiviseen asiaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 104–109.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä asiat vaikuttavat astmaa sairastavan aikuisen kotona suorittaman omahoidon onnistumiseen ja kuinka potilaita tulisi ohjata hoitamaan itseään. Tavoitteena oli kehittää lyhyt kooste ja ohje hyvistä menetelmistä ja mahdollisista ohjaustilanteiden sudenkuopista sairaanhoitajille, jotta potilasohjaus onnistuisi hyvin. Teoriatietoutta hankittiin alan kirjallisuudesta, jota löytyi eniten Internetistä tai yliopistollisista kirjastoista (Jyväskylä ja Oulu).

Hoitoon sitoutumista voidaan edistää ohjatun omahoidon avulla, johon kuuluu potilaan oma-aloitteiset toimenpiteet astman pahenemisvaiheen uhatessa ja tehokas potilasohjaus potilaan hakeutuessa hoitoon. Hyvin toteutetun omahoidon avulla astmaatikon sairauden ennuste paranee. Siksi sairastuneen tulee saada yksilölliset ja selkeät ohjeet, joiden avulla hänellä on mahdollisuus edistää omaa terveyttään. Hyvä opas toimii potilaalle ja tätä ohjaavalle sairaanhoitajalle työkaluna ja tukena sairauden hoidon aikana. Oppaan tulee olla yhtä aikaa sekä informatiivinen ja havainnollinen, myös selkeä ja helposti ymmärrettävä. (Harju ym. 2000; Lipponen ym. 2006; Ikäheimo 2008.)

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Mitkä ovat hyvän ohjaustilanteen vaatimukset – mitä tulee ottaa huomioon?
2. Millaisia odotuksia, toiveita ja tarpeita potilailla on ohjauksen suhteen?
3. Miten ohjattua omahoitoa tulisi toteuttaa ja kehittää jotta se palvelee potilasta?

Tavoitteena on tehdä työväline astmahoitajalle lyhyehkön oppaan muodossa.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti kiinnostus astmapotilaan ohjaukseen.

Työelämässä on paljon oppaita astman hoitoon, mutta sairaanhoitajalle suunnattua tutkittua materiaalia siitä, millainen olisi hyvään omahoitoon johtava ohjaus, on heikommin saatavilla. Astmahoitaja voi hyödyntää opasta hoitotyön asiantuntijuuden, potilasohjauksen ja työyhteisön ohjausresurssien kehittäjänä.

7 OPPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS KÄYTÄNNÖSSÄ

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta

Ajatus oppaasta astmapotilaan hyvään, tulokselliseen ja kannustavaan omahoitoon heräsi työelämästä nousevista tarpeista. Astman hoitamisesta on paljon hyviä oppaita, mutta opasta, jossa kannustetaan ja tuodaan esille potilaan itsensä suorittama taudinhoito ja sen tuomat terveydenedistämisen vaikutukset ja kansantaloudelliset säästöt, ovat harvinaisia. Opas on tarkoitettu Pyhäjärven terveystieteiden keskuksen sairaanhoitajille ja erityisesti astmahoitajille.

Oppaan tekeminen alkoi joulukuussa 2009. Aluksi tehtiin kirjallisuuskatsaus astman omahoitajuudesta, ohjauksesta ja toteutuksesta ja ohjauksen laadusta. Kirjallisuushaun tärkeimmät hakusanat ja -fraasit olivat: astma, astman omahoito, astmalääkitys, astmaatikon hoito-ohje, astma sairautena, potilasohjaus, omahoitajuus, kotihoito, sairauden seuranta ja tiedon välitys potilasohjauksessa. Haut toistettiin myös näiden hakusanojen englanninkielisillä vastikkeilla.

Katsauksen pohjalta tehtiin tutkimusten johtopäätöksistä ja hoitosuosituksista lyhyt analyysi, josta muodostettiin potilaiden ja hoitajien vastausten perusteella runko oppaaseen. Analyysin ytimessä on vertailu astmapotilaiden ohjauksesta tehdyistä ajankohtaisista tutkimuksista ja oppinnäytetöistä.

7.2 Aineiston analyysi

Erilaisia ohjeistuksia, oppaita ja ohjekirjasia omahoitoon löytyy kohtuullisen paljon mutta harva niistä käsittelee astman hoitoa. Kuitenkin samat peruseräpäätökset pätevät myös astman kotihoidossa. Omahoito merkitsee sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa ja elämäntapamuutoksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siinä painottuvat potilaan oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja potilaan omien hoitopäätösten hyväksyminen. Omahoitovalmennuksessa pyritään tukemaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Omahoito eroaa itsehoidosta siinä, että itsehoidossa potilas hakee vaihtoehtoisia hoitomuotoja ilman terveydenhuollon ammattihenkilön apua.

Itsehoidossa käytetään erilaisia luontaistuotteita, kansanparannuskeinoja ja muita ei-lääketieteellisiä hoitomuotoja. Itselääkintä on ilman lääkemääräystä usein farmaseutilta tai proviisorilta saadun tiedon perusteella ostettujen lääkevalmisteiden käyttöä.

(Routasalo & Pitkälä 2009.)

Hoito-ohjeita rakennettaessa tulee pitää mielessä mahdollisimman yksinkertainen ja suoraviivainen perusmalli. Astman omahoidon suhteen voidaan noudattaa Routasalon ja Pitkälän (2009) mallia, jossa omahoidon ohjeistus on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sairauden omahoidon perusteita (Routasalo & Pitkälä 2009).

- Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa.
- Omahoidossa painotetaan potilaan autonomiaa sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä.
- Omahoidon tukemisessa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii valmentajana, joka yhdessä potilaan kanssa räätälöi hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon.
- Omahoidossa potilas ottaa vastuun omista ratkaisuistaan.
- Omahoidon on todettu vaikuttavan myönteisesti potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun sekä vähentävän terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja sairaalahoitojaksoja.

Ojalan (2003) mukaan opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tulosten perusteella omahoidon ohjaus vaikuttaa potilaiden kokemaan hoitotasapainoon. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksesta tietoa, joka motivoi hoitamaan itseään. Ohjaus oli suunniteltua ja muutoin onnistunut, mutta aikaa ohjaukselle on ollut niukasti ja ohjaustila on ollut rauhaton. Potilaat toivoivat elämäntilanteen ja perheen parempaa huomioimista sekä omaa hoitajaa sairauden alkuvaiheessa. Tutkimuksen mukaan ohjausta voi kehittää suunnittelemalla, toteuttamalla ja arvioimalla ohjaus potilaslähtöisemmin. Ohjauksessa

on oltava riittävästi aikaa ja materiaalia sekä huomioitava paremmin potilaan elämäntilanne.

Opinnäytetyö Astmapotilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta, toteutuksesta ja ohjauksen laadusta (Kurikkala & Vesanen 2007) on myös laadullinen tutkimus. Tutkimuksessa omahoidon ohjauksessa ja toteutuksessa kaivattiin lisää ohjausta ja ohjattujen asioiden kertausta. Lääkehoidossa ja lääkehoidon ohjauksessa pyydettiin enemmän potilaan yksilöllistä huomioimista. Hyvää lääkkeenotto- ja lääkehoidon opastusta oli koettu, mutta kokemuksia oli myös pelkästä lääkkeen antamisesta ilman ohjausta. Myös lääkehoitoon liittyvissä asioissa toivottiin asioiden kertaamista.

Sairauden seurannasta ja hoidosta löytyi selviä puutteita. Monelle haastateltavalle ei ollut selvää, mitä oman sairauden seurannan ohjauksella tarkoitetaan. PEF -seurannan ohjausta toivottiin kerrattavan enemmän. Tiedon saannin opastusta toivottiin myös sairauden hoidon eri osa-alueista, varsinkin siinä tilanteessa, kun sairastumisesta on kulunut muutama vuosi. Hoito- ja ohjaustilanteessa pidettiin astmahoitajia ja lääkäreitä yleisesti ottaen asiallisina, mukavina ja asiansa osaavina ammattilaisina. Haastateltavat kokevat, että ohjauksen tulisi olla enemmän potilaan tarpeista lähtevää ja yksilöllistä, astmahoitajat voisivat olla enemmän kiinnostuneita kotona selviämisestä. Ohjaustilanne koetaan myös usein rauhattomaksi, jolloin ohjaukseen keskittyminen on vaikeaa.

Hoitotiede lehden nro 1/2002 artikkelissa (Stenman & Toljamo 2002, 19–25) kerrotaan tutkimuksesta, jossa on ollut tarkoituksena kuvailla astmapotilaan ohjausta ja astmapotilaiden hoitoon sitoutumista tietyillä hoidon osa-alueilla astmaa sairastavan näkökulmasta. Aineisto kerättiin strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella Vaasan sairaanhoitopiirin keuhkoklinikalla. Analyysi tehtiin SPSS for Windows-ohjelmalla. Vastaajat halusivat enemmän tietoa monista hoitoon liittyvistä asioista, kuten lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista, astman pahenemisen oireista ja lääkityksen muuttamisesta omatoimisesti astman pahentuessa. Myös erilaisia pelkoja tuli esille, kuten sairauteen liittyviä pelkoja, pelkoa tulevaisuudesta, sairauden ennusteesta ja lääkkeiden sivuvaikutuksista.

Kytölän (2001) Pro-gradu tutkielmassa oli tarkoituksena selvittää astman ohjattua omahoitoa ja keuhkosairauksien poliklinikalla saatua ohjausta ikääntyvien astmaa sairastavien potilaiden näkökulmasta. Johtopäätös tutkielmassa oli, että ikääntyvällä

astmaa sairastavalla oman voinnin tunteminen, omahoidon tarkoituksen ymmärtäminen sekä kannustava, yksilöllinen ja säännöllinen ohjaus tukevat ohjattua omahoitoa.

Kukkulan (2008) opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää Satakunnan keskussairaalan keuhkopoliklinikalla käyvien yli 25 -vuotiaiden astmapotilaiden näkemyksiä hyvästä ohjauksesta. Tämän selvityksen mukaan ohjaus tulisi tapahtua kahdenkeskisesti ohjaajan kanssa mahdollisimman pian astman toteamisen jälkeen. Ohjaajan täytyisi olla kiinnostunut juuri ohjattavan potilaan tilanteesta ja ohjaustilan tulisi olla rauhallinen. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja vastaukset näihin tulisi olla tarkkoja ja yksiselitteisiä. Kirjallinen ohjausmateriaali koettiin tärkeäksi, joka tukisi suullista ohjausta. Tärkeänä pidettiin myös kirjallista ohjetta astman pahenemisvaiheen varalle. Astmaa sairastavat henkilöt pitivät tärkeänä, että ohjauksessa kerrotaan astmasta sairautena, sen hoidosta ja keuhkojen toiminnasta.

Tärkeänä pidetään myös lääkehoitoa, kuten avaavan ja hoitavan lääkkeen erot ja hengitettävien lääkkeiden oikea ottotekniikka. Tietoa tupakan, liikunnan ja infektioiden vaikutuksesta, arjessa selviytymisestä, jatkoseurantaohjeista ja astmahoitajan yhteystiedoista ovat myös ohjaustilanteessa esille tulevia merkittäviksi koettuja asioita. Merkittävyyttä ohjaustilanteeseen tuo ohjaajan ominaisuudet. Ohjaajan tulisi olla ammattitaitoinen, asiaan ja tutkimustietoon perehtynyt. Ohjaajalla tulee olla tietoa lääkkeistä ja omahoidon toteuttamisesta. Ohjaajan puheen on oltava selkeää, ymmärrettävää ja rauhallista. Ohjaajan tulee olla kannustava, helposti lähestyttävä ja luotettava. (Kukkula 2008.)

Motivaation lisäksi onnistuneen omahoidon edellytyksenä löytyy muutamia oleellisia seikkoja: astmahoitajan ja omalääkärin luokse joustavasti pääseminen, hyvän potilasopetuksen kautta osallistumien aktiivisesti astman hoitoon, yksilöllinen, perusteellinen ja toistuva neuvonta sekä selkeä kirjallinen omahoitoaineisto (PEF - seurantakaavio, toimintaohjeet ja perustiedot astmasta). Lisäksi PEF -mittarin tulisi olla käytössä ainakin vaikeaa tai keskivaikeaa astmaa sairastavilla. (Harju, Keinänen & Kinnula 2000, 21–22.)

Hoitosuhteen luomiseen kuuluvat omahoidon opetus, tavoitteiden määrittely, hoidon seurannan välineet, hoitomyöntyvyyden kannustus ja yksilölliset koulutuksen tarpeet. Hoitosuhteen ylläpitoon kuuluvat inhalaatiotekniikan tarkistus joka potilaskontaktilla,

astmatietouden kertaus ja jatkuva opetus, kirjallinen materiaali ja dokumentointi. Oppimistavoitteina on oikea lääkkeenottotekniikka, ”avaavan” ja ”hoitavan” lääkkeen erottaminen, astmaa pahentavien tekijöiden tunnistaminen, PEF -mittarin ja astman oireiden seuraamisen oppiminen, astman pahenemisvaiheiden tunnistaminen ja tieto, milloin päivystykseen on hakeuduttava. (Harju ym. 2000, 21–22.)

Oman sairauden hallinta paranee, kun kouluttaa itsestään hyvän omahoitajan. Oppiessaan havainnoimaan astman pahenemisen voi lääkäriltä saamien ohjeiden perusteella itse vähentää tai lisätä lääkitystään. Omaan sairauteensa perehtynyt henkilö osaa ottaa myös oikeana ajankohtana yhteyden lääkäriin. Omahoidon kokonaisuuden muodostavat oireiden tunnistaminen, vaarallisten ärsykkeiden välttäminen, lääkehoidon oikea toteuttaminen, säännölliset PEF -mittaukset ja riittävä liikunta. Omahoito perustuu astmaatikon, lääkärin, astmahoitajan ja apteekin henkilökunnan väliseen hyvään yhteistyöhön. (Juntunen-Backman & Peura 2004.)

7.3 Analyysin yhteenveto

Yllä esiteltiin tutkimuksia, pro gradu töitä ja hoitosuosituksia. Kirjallisuutta analysoitiin opinnäytetyötä varten paljon enemmänkin mutta kirjoittaminen kaikista luetuista töistä ei tuntunut mielekkäältä, koska aineisto alkoi jo toistaa itseään. Asian toisto toi kyllä toisaalta uskottavuutta tutkittuun asiaan. Kirjallisuusanalyysissä oppaaseen valittiin seikat jotka nousivat selkeästi esille useammasta lähteestä ja eriteltiin keskeiset asiat josta saatiin yhteenveto suuntaviitaksi tulevaa opasta varten.

Ohjaustilan tulee olla rauhallinen ja aikaa on varattava ohjaustilanteeseen riittävästi. Nämä kaksi tekijää parantavat keskittymistä ohjaukseen. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja potilaan tarpeista lähtevää. Huomioon tulisi ottaa myös potilaan elämäntilanne, perhe ja läheiset. Ohjausta voi kehittää suunnittelemalla, toteuttamalla ja arvioimalla ohjaus potilaslähtöisesti. Ohjauksessa kerrotaan astmasta sairautena, sen hoidosta ja keuhkojen toiminnasta. Tietoa täytyisi tulla myös tupakan, liikunnan ja infektioiden vaikutuksesta, arjessa selviytymisestä, jatkoseurantaohjeista ja astmahoitajan yhteystiedoista. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja vastaukset näihin tulisi olla tarkkoja ja yksiselitteisiä. Myös ohjausmateriaalia on oltava riittävästi. (Kukkula 2008.)

Lääkehoidosta, lääkehoidon sivuvaikutuksesta ja lääkityksen muuttamisesta omatoimisesti pitää olla enemmän opetusta. Myös avaavan ja hoitavan lääkityksen eroavaisuudesta ja hengitettävien lääkkeiden ottotekniikkaan on panostettava. Olisi hyvä olla olemassa kirjallinen toimintaohje myös astman pahenemisvaiheen ajalle ja tietoa astman pahenemisen oireista. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

PEF -seurannan ohjausta ja kertausta toivottiin enemmän. Kirjallinen ohjausmateriaali koettiin tärkeäksi suullista ohjausta tukevaksi asiaksi. Toivottiin myös selvitystä käsitteille, mitä on oman sairauden seuranta ja kuinka se tehdään ja miksi. (Harju ym. 2000, 21–22.)

Tiedon saannin opastusta toivottiin myös sairauden eri osa-alueista, varsinkin siinä tilanteessa, kun sairastumisesta on kulunut muutama vuosi (Kurikkala & Vesänen 2007). Ikääntyneemmällä aikuisella oman voinnin tunteminen, omahoidon tarkoituksen ymmärtäminen ja kannustava yksilöllinen ja säännöllinen ohjaus tukevat ohjattua omahoitoa. Myös erilaisia pelkotiloja tuli esille sairaudesta, tulevaisuudesta ja sairauden ennusteesta, joihin ohjaustilanteessa asiantuntemuksen toivotaan tuovan apua. (Kytölä 2001.)

Ohjaajan ominaisuuksiksi halutaan ammattitaitoinen, asiaan ja tutkittuun tietoon perehtynyt henkilöä jolla on tietoisuutta lääkkeistä ja omahoidon toteutuksesta. Ohjaajan puheen tulisi olla selkeää, ymmärrettävää ja rauhallista. Ohjaajan tulisi olla kannustava, helposti lähestyttävä ja luotettava. Astmahoitajien toivotaan olevan enemmän kiinnostuneita kotona pärjäämisessä, lisäksi toivotaan enempi opettettujen asioiden kertausta. (Kukkula 2008.)

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön analyysin keskeinen sisältö.

Kirjallisuusanalyysi	Kirjallisuusanalyysissä oppaaseen valittiin ne seikat jotka nousivat selkeästi esille useammasta lähteestä ja eriteltiin keskeiset asiat tulevaa opasta varten.
Potilasohjaus	Ohjauksessa kerrotaan astmasta sairautena ja sen hoidosta. Lisäksi käsitellään elämäntapoja, arjessa selviytymisestä, jatkoseurantaohjeista ja yhteydenpidosta.
Ohjaustarpeet	Potilaalla tulisi olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja vastausten tulisi olla tarkkoja ja yksiselitteisiä. Ohjausmateriaalia on oltava riittävästi tarjolla. Lääkehoidosta, lääkehoidon sivuvaikutuksesta ja

	lääkityksen muuttamisesta omatoimisesti pitää ohjeistaa enemmän, samoin PEF -seurannan ohjausta ja sen kertausta.
Jatkuvan ohjauksen tarve	Potilaita tulee paitsi ohjata hoitamaan sairautta myös hankkimaan itse tietoa astmasta ja sen hoidosta. Eri sairauden vaiheissa tiedon tarve vaihtelee.
Hyvä ohjaus ja ohjaaja	Asiantuntemuus ja ihmisläheisyys ovat ohjauksen ja ohjaajan tärkeimpiä ominaisuuksia.

8 POHDINTA

8.1 Potilaiden mielipiteitä hyvästä potilasohjauksesta

Ohjaustilan tulee olla rauhallinen ja aikaa on varattava ohjaustilanteeseen riittävästi. Tämä seikka parantaa keskittymistä ohjaukseen. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja potilaan tarpeista lähtevää. Huomioon tulisi ottaa myös potilaan elämäntilanne, perhe ja läheiset. Ohjausta voi kehittää suunnittelemalla, toteuttamalla ja arvioimalla ohjaus potilaslähtöisesti. Ohjauksessa kerrotaan astmasta sairautena, sen hoidosta ja keuhkojen toiminnasta. Tietoa täytyisi tulla myös tupakan, liikunnan ja infektioiden vaikutuksesta, arjessa selviytymisestä, jatkoseurantaohjeista ja astmahoitajan yhteystiedoista. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja vastaukset näihin tulisi olla tarkkoja ja yksiselitteisiä. Myös ohjausmateriaalia on oltava riittävästi.

Lääkehoidosta, lääkehoidon sivuvaikutuksesta ja lääkityksen muuttamisesta omatoimisesti pitää olla enemmän opetusta. Myös avaavan ja hoitavan lääkityksen eroavaisuudesta ja hengitettävien lääkkeiden ottotekniikkaan on panostettava. Olisi hyvä olla olemassa kirjallinen toimintaohje myös astman pahenemisvaiheen ajalle ja tietoa astman pahenemisen oireista. PEF-seurannan ohjausta ja kertausta toivottiin enemmän. Kirjallinen ohjausmateriaali koettiin tärkeäksi suullista ohjausta tukevaksi asiaksi. Kaivattiin myös selvitystä käsitteille, mitä on oman sairauden seuranta ja kuinka se tehdään ja miksi.

Tiedon saannin opastusta toivottiin myös sairauden eri osa-alueista, varsinkin siinä tilanteessa, kun sairastumisesta on kulunut muutama vuosi. Ikääntyneemmällä aikuisella oman voinnin tunteminen, omahoidon tarkoituksen ymmärtäminen ja kannustava yksilöllinen ja säännöllinen ohjaus tukevat ohjattua omahoitoa. Myös erilaisia pelkotiloja tuli esille sairaudesta, tulevaisuudesta ja sairauden ennusteesta, joihin ohjaustilanteessa asiantuntemuksen toivotaan tuovan apua.

Ohjaajan ominaisuuksiksi halutaan ammattitaitoinen, asiaan ja tutkittuun tietoon perehtynyt henkilö, jolla on tietoisuutta lääkkeistä ja omahoidon toteutuksesta. Ohjaajan puheen tulisi olla selkeää, ymmärrettävää ja rauhallista. Ohjaajan tulisi olla kannustava, helposti lähestyttävä ja luotettava. Astmahoitajien toivotaan olevan

enemmän kiinnostuneita kotona selviämisestä. Lisäksi toivotaan enemmän jo opettujien asioiden kertausta.

8.2 Johtopäätökset

Sairastuminen tulee ihmiselle yleensä uutena tilanteena. Epävarmuutta, turvattomuutta ja avuttomuutta kokee varmasti sekä sairastunut itse kuin myös hänen omaiset. Tilannetta helpottaa tiedon antaminen ymmärrettävässä muodossa ja potilasohjaus sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjauksen tulee perustua keskusteluun ja toimia siten, että potilas saa apua omien ajatustensa, tunteidensa ja tekojensa tutkimisessa, paremman itseymmärryksen saavuttamisessa ja omien voimavarojen löytämisessä ja käyttämisessä. Tämän perusteella hän voi tehdä valintoja ja tekoja sekä hallita elämänsä tyydyttävämällä tavalla, eli ohjauksessa ohjaaja auttaa toista auttamaan itseään.

Hoitoalan ammattilaisilla on usein virheellinen olettaus, että hoitoon sitoutuminen on ainoastaan potilaan vastuulla. Perinteiset keinot saada potilas tottelemaan ovat pelottelu ja syyllistäminen, valitettavasti. Neutraali tiedonanto, optimismi ja hyväksyvä ilmapiiri sekä hoidon jatkuvuus tukevat hoitoon sitoutumista.

Hoitoon sitoutumiseen positiivisesta ja negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä on paljon mutta niistä ei voida nostaa yksittäistä tekijää toista tärkeämmäksi koska sairauteen ja sen kanssa elämiseen suhtautumisessa kaikki ihmiset toimivat yksilöllisesti. Joitakin kirjallisuuslähteistä poimittuja yleisiä ”plussia ja miinuksia” omahoitoon sitoutumiseen on esitelty taulukossa 3. Ohjaustyössä tulee ennen kaikkea korostaa positiivisia asioita ja keskustella avoimesti negatiivisiksi koetuista seikoista ja yrittää tehdä ne tyhjiksi potilaan ajatus-mallissa argumentoimalla niitä vastaan.

TAULUKKO 3. Omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.

EDISTÄVÄT JA TUKEVAT TEKIJÄT	HAASTEELLISTAVAT TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - Neutraali tiedonanto - Optimismi - Hyväksyvä ilmapiiri - Hoidon jatkuvuus - Hoitoon pääsyn helppous - Hyvän hoitosuhteen luominen - Itselle asetetut tavoitteet - Voimaantuminen ja sen tukeminen - Tieto sairaudesta - Asioiden ymmärtäminen - Ongelmien ratkaisutaitojen oppiminen - Oireiden lievittäminen - Tyytyväisyys hoitoon - Positiivinen ja turvallinen ilmapiiri - Oikeus päättää omista asioistaan ja hoidoistaan - Ohjattavan ja ohjaajan hyvä vuorovaikutussuhde - Emotionaalinen tuki - Perheen, läheisten ja vertaisten tuki - Hoidon merkityksen oivallus 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkkeet elämän hankaloittajina - Lääkkeet hankalia nauttia - Tietämättömyys lääkityksen tarkoituksesta - Suuri lääkkeiden määrä - Lääkemuutokset - Epäselvät lääkeluettelot - Häpeän tunne - Sairauden leima - Hoitohenkilöstön koulutuksen puute - Psykkiset ongelmat - Ulkokohtainen toisten varassa oleva motivaatio - Sairauden uhkaksi kokeminen elämänjatkuvuudelle - Kipujen ja väsymyksen voimavarojen kulutus - Puutteellinen taloudellinen tila

Hyvä ohjaustilanne herättää potilaan mielenkiinnon sairauden hoitoon ja omahoitajuuteen. Ohjaus on havainnollista ja käytännönläheistä. Ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Arviointiperusteina ovat potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Ohjaus on onnistunut potilaan saatua tarvittavat tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. Ohjaustilanteessa potilaan kulttuurinen tausta, ikä, sukupuoli ja kotitilanne otetaan huomioon yksilöllisesti.

8.3 Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi

Jatkotutkimusaiheita pohdittaessa totesimme että käytännöt eri terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä ovat hyvinkin kirjavina, eikä yhtenäisiä ohjeistuksia ole saatavissa. Tähän vaikuttaa tietenkin osaltaan taloudellisen resurssien puute mutta olisi tärkeää saattaa eri laitokset samalle viivalle potilasohjauksen saralla. Tämä onnistuisi mielestämme parhaiten tekemällä muutamia case-luontoisia pilotointihankkeita eri terveyskeskusten välillä ja vertaamalla niissä saatuja potilashoidon tuloksia.

Vertailututkimuksessa laadittaisiin tutkimukseen osallistuville yksiköille räätälöity ohje eli kotihoito-ohjelma seurantapotilaille sekä yhtenäiset käytännöt potilaiden ohjaukseen. Vertailun aikana voisi tehdä myös haastattelututkimuksia potilaiden ja hoitohenkilökunnan tuntemuksista. Seurantajakson päätteeksi analysoiduista tuloksista ja tehdyistä havainnoista voisi rakentaa valtakunnallisen astman kotihoito-ohjeen sekä ohjeet ja käytänteet terveyskeskuksille ja sairaaloille potilaiden omahoidon ohjauksesta.

LÄHTEET

Allergia ja astmaliitto. 2008. Allergiatietokeskus 1/2008. Allergiakodin sisustus ja siivous. Viitattu 1.2.2010 [<http://www.allergia.com/%20index.phtml?s=37>].

Allergia ja astmaliitto. 2010. Ruokavalio. Viitattu 2.2.2010.
[<http://www.allergia.com/index.phtml?s=159>]

Astman hoito–potilasohje. 2005. Porin Perusturvakeskuksen luoteinen lähipalvelualue, Duodecim. Viitattu 23.3.2010.
[http://www.luotsata.fi/pdf/potilasohjeet/Astman_hoito.pdf]

Astma Online. 2010. Mitä astma on? AstraZeneca PLC. Viitattu 29.3.2010.
[<http://www.astmaonline.fi/Default.aspx?id=1038>]

CIBA. 1959. Terminology, definitions and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. Guest Symposium, Thorax 14:286–299.

GlaxoSmithKline. 2010. Astmatesti. Viitattu 26.1.2010.
<http://www.astmatesti.fi/laakehoito.html#keuhkoputki>

Haahtela, T. 2007. Astma sairautena, Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 26.1.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=alg00166

Harju, T., Keinänen, T. & Kinnula, V. 2000. Astma – alueellinen tutkimus-, hoito- ja potilasohjaussuunnitelma. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala, sisätautien tulosityksikkö.

Hengityслиitto. 2010. Liikunta osa astman hoitoa. Viitattu 26.1.2010.
[<http://www.hengityслиitto.fi/Hengityssairaudet/Astma/Astmajaliikunta/>]

Ivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1. painos. Keuruu, kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Helsinki, Kirjayhtymä Oy.

Ikäheimo, P. 2008. Suomalaisen aikuisen astma – kysely- ja rekisteritutkimus vuonna 2000. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Acta Univ. Oul. D 965. s. 166.

Jahren, K., Nortvedt, F. & Skaug, E. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska, Narayana Press.

Jakonen, T. & Valtonen, H. 2008. Astma ja sen hoito. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu, Stadia, hoitotyön koulutusohjelma, s. 11. Viitattu 3.2.2010.
[<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38413/stadia-1208441153-8.pdf?sequence=1>]

Juntunen-Backman, K. & Peura, S. 2004. Omahoito. Terveyskirjasto 20.2.2004. Viitattu 13.3.2010.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=102&p_artikkeli=aas00015&p_teos=aas&p_selaus]

KELA. 2008. Muutoksia KELA:n etuuksiin vuonna 2006. Viitattu 25.01.2010.
[<http://fpa.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/281205141839ML?OpenDocument&year=2006>]
]

Kinnula, V., Brander, P. & Tukiainen, P. 2005. Keuhkosairaudet. 3. painos, Hämeenlinna. Duodecim Oy.

Koskenvuo, K. 2003. Sairauksien ehkäisy. 2. painos, Jyväskylä. Duodecim Oy.

Kukkula, S. 2008. Potilasohjaus astmaatikon tukena. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto. Pori. Viitattu 20.3.2010.
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/550/2008_samk_kukkula_susanna.pdf?sequence=1]

Kurikkala, M. & Vesanen, T. 2007. Astmapotilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta, toteutuksesta ja ohjauksen laadusta. Opinnäytetyö, OAMK.

[http://www.luotsata.fi/pdf/potilasohjeet/Astman_hoito.pdf]

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kytölä, A. 2001. Astman ohjattu omahoito – kysely ikääntyville astmaa sairastaville potilaille. Pro gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto, Lääketieteen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö, nro. 3. s. 27–31.

Laitinen, L., Juntunen-Beckman, K. & Hedman, J. 2000. Astma. Ojaniemi, S. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 900. 83 s.

Lääketietokeskus. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Viitattu 10.2.2010.
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf]

Ojala, U. 2003. Astmapotilaiden kokemuksia sairaanhoitajalta saamastaan omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Hoitotyön osasto, Oulainen.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 5/2002, s. 202–210.

Piippo-Savolainen, E. 2006. Vinkuva vauva - astmainen aikuinen? Aikuisastma, keuhkoputkien supistumisherkyys ja keuhkojen toiminta varhaislapsuudessa sairaalahoitoa vaatineen ilmatiehyttulehduksen jälkeen. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 398. 91 s.

Plathin, L. 2006. Potilaan astmaopas. Espoo: AstraZeneca Oy.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen - Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim, Forssan Kirjapaino 2009. s. 36.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. TABU Lääketietoa Lääkelaitokselta. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Viitattu 2.2.2010.

[http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00120]

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998. Astmaohjelma 1994–2004, Seurantaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1998:21.

Stenman, P. & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 1/2002 , s. 19–25.

STM. 2003a. Astmaohjelma. 13.01.2003. Viitattu 25.1.2010.

[<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/astma/teksti.htm>]

STM. 2003b. Sosiaaliturva. 13.01.2003. Viitattu 25.1.2010.

[<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/astma/osa4.htm#23>]

Therapia Fennica. 2010. Aikuisten astma. Mikko Mäyränpää (toim.) Viitattu 29.3.2010.

[<http://therapiefennica.fi/wiki/index.php?title=Astma>]

Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Helsinki, kustannusosakeyhtiö Tammi.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere, kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valovirta, E., Kaila, M. & Aho, T. 2002. Siedätyshoito. Käyvän hoidon potilasversiot.
Viitattu 26.1.2010.

[<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00030>]

LIITTEET

Liite 1. Opas astmahoitajalle aikuisen ohjaustilanteisiin ja omahoitoon

Opas sairaanhoitajalle astmaa sairastavan aikuisen omahoitoon

Ville Hämäläinen & Jouko Kokko

Huhtikuu 2010

Pyhäjärven terveyskeskus



Astmaan sairastuminen – taustaa hoitotyöhön

Sairastuminen tulee ihmiselle yleensä uutena ja usein yllättävänä tietona. Epävarmuutta, turvattomuutta ja avuttomuutta kokee varmasti sekä sairastunut itse kuin myös hänen omaisensa. Tilannetta helpottaa tiedon antaminen ymmärrettävässä muodossa – tässä tärkeään rooliin nousee potilasohjaus sairaudesta ja sen hoidosta.



Mitä ohjaus on ja mitä sillä voidaan tarjota?

Ohjauksessa ohjaaja auttaa toista auttamaan itseään. Ohjausta ei ole vain se, että toiselle ihmiselle kerrotaan vain miten pitää toimia. Se ei ole myöskään pelkästään kysymyksiin vastaamista eikä sen kertomista, mitä toinen ohjaajan mielestä tarvitsee.

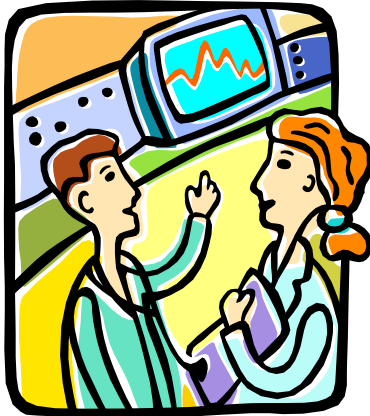


Ohjauksen avulla potilas voi hallita elämäänsä ja tehdä valintoja tyydyttävällä tavalla. Ohjaus on keskusteleva hoitoprosessi ja tapa toimia ihmisen kanssa siten, että toinen saa apua omien ajatustensa, tunteidensa ja tekojensa tutkimisessa sekä omien voimavarojensa löytämisessä ja niiden käyttöön valjastamisessa.

Onnistunut potilasohjaustilanne

Ohjauksen tavoitteena ja tehtävänä on käynnistää kehitysprosessi potilaassa. Potilasohjauksen tarkoituksena on siirtää vastuuta hoidosta ja oppia sen suorittamiseksi potilaalle ja hänen läheisilleen. Lähtökohtana tiedon annossa on ohjattava potilas itse, sillä ihmisillä on vaihteleva kyvykyys ottaa vastaan ja käsitellä uutta tietoa. Toiset voivat olla uteliaita ja valppaita, toiset hermostuneita, poissaolevia tai pelokkaita.



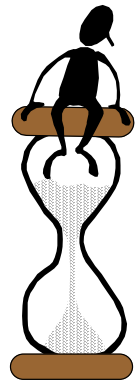


Ohjauksen on oltava yksilöllistä.

Ohjaustilanteessa on huomioitava potilaan kulttuurillinen tausta, ikä, sukupuoli ja tilanne kotona.

Ohjaajan ja potilaan onnistuneesta kohtaamisesta hyötyvät kaikki ”turhien” yhteydenottojen ja resurssien hukkakäytön vähentyessä. Potilas kokee tulleen kohdattuna yksilönä kun saa hyvää palvelua ja riittävästi tietoa.

Potilaalle annetaan aikaa ja rohkaistaan häntä toimimaan itsenäisesti sairautensa hoidossa. Sen vuoksi etukäteen ei voida määritellä ohjauksen tavoitetta ja sisältöä. Sisältö perustuu niille tarpeille, jotka keskustelussa sairaanhoitajan kanssa tulevat esille.



Potilasohjaus on prosessi. Se alkaa ohjaustarpeen määrittämisellä.

Tämän jälkeen suunnitellaan ohjauksen kulku. Ohjauksen toteutuksen jälkeen arvioidaan sen onnistuminen ja vaikuttavuus.

Ohjauksen tarpeen määrittelyyn ja käytännön toteutukseen vaikuttavat yksilön sekä yhteisön voimavarat.

Kuinka potilas omaksuu opittavan asian parhaiten?

Ohjauksen tulisi olla mielenkiintoa herättävää ja motivoivaa.

Havainnollistaminen tehostaa asian oppimista ja ymmärtämistä.



Ohjauksen lopuksi tulee arvioida tavoitteiden toteutumista.

Arviointiperusteena on potilaan tietojen ja taitojen kasvu.

Ohjaus on onnistunut potilaan saatua tarvittavat tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten.

Käytännön ohjeita potilasohjaukseen

Ohjeiden antaminen

Suullinen ohjaus ei yksin riitä, vaan se tarvitsee tuekseen kirjallisia ohjeita. Kirjallisesta ohjeesta potilas palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kertoo siinä esille tulleita tietoja. Suullisen- ja kirjallisen ohjauksen tulee olla sisällöltään yhdenmukaisia.



Parhainkaan kirjallinen ohje ei yksistään sisällä vastauksia kaikkiin potilaan esittämiin kysymyksiin. Siksi ohjeiden täydentäminen potilaan tarpeita vastaavaksi kuuluu hyvään potilasohjaukseen.

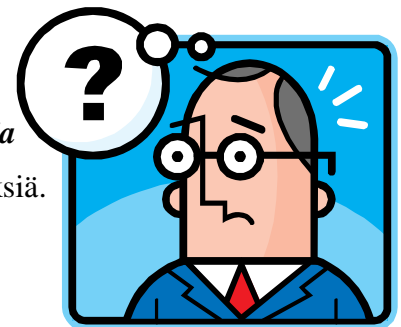
Potilaan tietämys ja asennoituminen

Potilas tekee hoitopäätöksensä omien tietojensa, arvojensa ja asenteidensa varassa. Lääkkeisiin liittyy moraalisia näkemyksiä.

Lääkkeiden käyttöä pidetään joskus hieman hankalana.

Niihin liittyy myös häpeän tunne ja sairauden leima.

Myös tietämättömyys lääkityksen tarkoituksista ja haittavaikutuksista, suuri lääkkeiden määrä, ottaminen monta kertaa päivässä, rinnakkaislääkkeet ja epäselvät muutokset lääkityksessä heikentävät hoitoon sitoutumista.



Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksesta.

Toimivaan vuorovaikutukseen kuuluu mm. läsnäolo, odottaminen ja kysymyksiin vastaaminen. Turhaa ammattisanastoa tulee välttää potilasohjauksessa. Ohjaajalla on ammatillinen vastuu ohjauksen onnistumisesta ja hoitoon sitoutumisen edistämisestä joten hänen on rohkaistava potilasta aktiiviseen vuorovaikutukseen.

Jatkuva arviointi

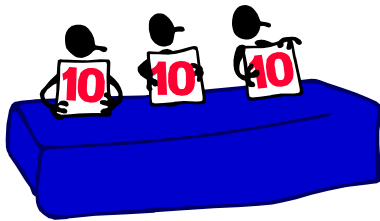
Ohjausta tulee arvioida sekä ohjauksen että hoitoon sitoutumisen näkökulmasta.

Mikä ohjauksessa tuki ja edisti hoitoon sitoutumista?

Jos potilaan sitoutumisessa hoitoon havaitaan ongelmia, on arvioitava missä, miksi ja miten ongelmia ilmenee sekä kuinka ongelmat voitaisiin ratkaista. Usein tavoitteiden pilkkominen pienemmiksi kokonaisuuksiksi voi auttaa hoitoon sitoutumisessa. Oleellista on avoin keskustelu tavoitteiden saavuttamisesta sekä palautteen antaminen ja saaminen.



Positiivisen ja rehellisen palautteen saaminen on tärkeää motivaation kannalta.



Kriittisen palautteen antajan on varauduttava keskustelemaan potilaan kanssa siitä, mistä heikko hoidon tulos tai suoranainen epäonnistuminen johtuu.

Arviointitilanne kannatta kuitenkin aina päättää johonkin positiiviseen asiaan!



Hyvän ohjauksen muistilista

- ✓ Sairaus voi olla potilaalle uusi, hämmentävä ja jopa pelottava kokemus.
- ✓ Ohjauksen tulee pyrkiä tietopohjaiseen viestintään jolla vakuutetaan potilas hoidon tarpeellisuudesta ja ohjata tätä käyttämään määrättyjä hoitomenetelmiä ja lääkkeitä.
- ✓ Potilaiden kyky ottaa vastaan ja käsitellä tietoa vaihtelee, ja ohjaustilanteen yksilöllisyys onkin erittäin tärkeä osa onnistunutta ohjausta.
- ✓ Ohjaus tulee nähdä prosessina. Potilaan omahoitoa ei voi saattaa ”kerralla kuntoon”.
- ✓ Ohjeiden havainnollistus tehostaa merkittävästi asian oppimista ja ymmärtämistä.
- ✓ Potilas tarvitsee tuekseen myös riittävästi kirjallisia ohjeita joihin tutustua itsekseen.
- ✓ Hoitoon sitouttaminen voi vaatia potilaan asenteisiin vaikuttamista. Paras keino on argumentoida tietopohjalta ja antaa syyt eri hoitomuotojen käyttöön.

- ✓ Ohjauksen tulee olla ihmisläheistä ja sen tulee tapahtua potilaan ehdoilla. Turhaa ammattisanastoa tulee välttää ja potilasta tulee rohkaista aktiiviseen keskusteluun.
- ✓ Omahoidon ohjauksen jatkuva arviointi ja palautteen käsittely kehittävät ohjausta.