



YKSILÖLLINEN, PERHEKESKEINEN SEKÄ KANNUSTAVA OHJAUS ASTMAN OMAHOITOO

Hanna Holopainen
Marika Nurminen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HOLOPAINEN, HANNA & NURMINEN, MARIKA
Yksilöllinen, perhekeskeinen sekä kannustava ohjaus astman omahoitoon

Opinnäytetyö 48 s., liitteet 9 s.
Maaliskuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaista sairaanhoitajien toteuttama aikuisen astmapotilaan ohjaus oli erään yliopistollisen sairaalan yksikössä. Työn tehtävinä oli selvittää, millaista ohjausta astmapotilaat saivat sairautensa hoitoon, kuinka heidän yksilöllisyytensä ja perheensä huomioitiin ohjaustilanteessa sekä minkälaisiksi sairaanhoitajat kokivat hyvän astmapotilaan ohjauksen.

Tutkimus oli kvalitatiivinen, sillä tutkijat halusivat kuvata sairaanhoitajien toteuttamaa astmapotilaan ohjausta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Teoreettiseksi lähtökohdaksi valittiin hoitotyön periaatteista perhekeskeisyys, jota työelämätaho korosti potilasohjauksessa. Tutkijat näkivät tarpeellisena tarkastella aihetta myös yksilöllisyyden sekä omatoimisuuden näkökulmista.

Kyseisen yksikön kannalta aiheen tutkiminen koettiin tärkeäksi, jolloin he pystyisivät entisestään parantamaan toteuttamaansa astmapotilaan omahoidon ohjausta. Tutkijoille aihe oli tärkeä, koska potilasohjaus on olennainen osa sairaanhoitajan työtä ja koulutuksen aikana siihen ei perehdytä riittävästi. Osa laadukasta hoitotyötä on yksilöllisesti ja perhekeskeisesti toteutettu potilasohjaus, johon myös potilaan perhe otetaan mukaan.

Tutkimustuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat ohjasivat ja kannustivat astmapotilaita omatoimiseen ja kokonaisvaltaiseen sairauden hoitoon. He kannustivat myös potilaan perhettä osallistumaan hoidon ohjaukseen. Potilaille annettiin tietoa astman vaikutuksista elimistössä sekä ohjausta lääketeettömään hoitoon. He saivat informaatiota myös astman seuranta- ja lääkintävälineiden käyttämiseen. Ohjaus toteutettiin kaikille potilaille samalla tavalla, mutta potilaan yksilöllisyys huomioitiin keskittymällä potilaan kannalta oleellisiin asioihin.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla sairaanhoitajien kokemukset ja valmiudet toteuttaa ryhmäohjausta sekä selvittää potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä saamastaan ohjauksesta kyseisessä yksikössä. Kehittämisehdotuksiksi muodostuivat ryhmäohjauksen käyttäminen potilasohjauksessa sekä perheen kannustaminen hoidon ohjaukseen.

Asiasanat: ohjaus, astma, omatoimisuus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

HOLOPAINEN, HANNA & NURMINEN, MARIKA
Individual, family-oriented and supportive control of asthma self-management
Bachelor's thesis 48 pages., appendices 8 pages.
March 2011

The purpose of this study was to describe how asthma guidance was implemented for adults by nurses in one University hospital unit. The purpose was to examine what the received guidance was like and how the patients' individuality and family were taken into consideration in the guidance situation. It was also studied what, according to the nurses, is involved in successful guidance.

The method applied in this study was qualitative. The data were gathered through a focused interview. The principles of Nursing focused on in the theoretical part of the study are family-centredness, individuality and self-management in asthma care.

From the perspective of the asthma unit's personnel the subject of this thesis is of significant importance, enabling the nurses to further improve the self-care guidance given to asthma patients. It was also in the interests of the authors of this thesis, patient guidance being an integral part of nurses' work, and still somewhat inadequately covered in the Nursing education. Family-oriented, individually implemented patient guidance are central characteristics of quality Nursing.

The results showed that nurses guided and encouraged the patients towards self management in asthma care. They also motivated the patient's family members to participate in patient education. Patients were given information about the effects of asthma in one's body and they were also given guidance in both pharmacological and non-pharmacological treatment options. Moreover, the patients received information about asthma monitoring and medical equipment to use. The guidance was given in the same way to all the patients, but the individuality of the patient was taken into account by focusing on issues relevant to a particular patient.

Further study in this area could concentrate on the nurses' experiences and capacity to provide counselling for patient groups. Besides, the experiences and views towards group counselling could also be examined from the perspectives of the patients themselves.

Keywords: guidance, asthma, independent initiative, individuality, family-centeredness

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3 HOITOTYÖN PERIAATTEET	9
3.1 Perhekeskeisyyden periaate.....	11
3.2 Yksilöllisyyden periaate	12
3.3 Omatoimisuuden periaate.....	13
4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	14
4.1 Astman patofysiologia ja oireet.....	14
4.2 Astman omahoito.....	16
4.3 PEF-mittaukset ja astman lääkehoito	17
4.4 Astman lääkkeetön hoito	19
5 POTILASOHJAUS	21
5.1 Astmapotilaan ohjaus	21
5.2 Fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät astmaohjauksessa.....	24
5.3 Yksilöohjaus	25
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
6.1 Kvalitatiivinen tutkimus	27
6.2 Aineiston kerääminen teemahaastattelun avulla	28
6.3 Kohdejoukko.....	29
6.4 Aineiston analyysi sisällönanalyysina	30
7 TUTKIMUSTULOKSET	33
7.1 Astmapotilaan ohjaus omatoimisuuden näkökulmasta	33
7.2 Perhekeskeisyys astman omahoidon ohjauksessa	34
7.3 Yksilöllisyys astman omahoidon ohjauksessa	34
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	38
8.1 Eettisyys	38
8.2 Luotettavuus.....	39
9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA.....	42
LÄHTEET.....	46
LIITE 1	49
LIITE 2	54
LIITE 3.....	55

LIITE 457
LIITE 558

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan astmadiagnoosin saaneiden aikuisten potilaiden omahoidon ohjausta sairaanhoitajien toteuttamana erään yliopistollisen sairaalan yksikössä. Kyseessä oleva yksikkö on aloittanut toimintansa muutama vuosi sitten ja sen sairaanhoitajat ovat aiemmin tehneet työtä eri hoitotyön osa-alueilla. Yksikössä koettiin tärkeäksi tutkia, onko heidän toteuttama astmapotilaan ohjaus yhdenmukaista.

Sairaanhoitajan jatkuva potilaan kannustaminen ja ohjaaminen astman omahoitoon lisää potilaan hoitomyöntyvyyttä ja parantaa astman omahoidon tuloksia. Laadukas potilasohjaus sisältää neuvonnan erilaisista hoitomuodoista ja siihen osallistuu potilaan lisäksi myös hänen perheenjäsen. Potilaan oppiessa ymmärtämään sairauttaan ja sen hoitoa, voidaan vähentää sairaalassa käyntejä sekä sairauslomia. (European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association 2003, 7-10.)

Tutkimusaihe valittiin tutkijoiden omasta kiinnostuksesta astmaan, astmapotilaisiin ja astmaohjaukseen sekä ohjauksen mahdolliseen kehittämiseen. Potilasohjauksen tulee olla yksilöllistä ja kullekin potilaalle erikseen suunniteltua, jolloin hän hyötyy ohjauksesta. Ohjauksen tulee olla kattavaa, jolloin se motivoi sekä tukee astmapotilasta hyvään omahoitoon sekä edesauttaa potilaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Hyvällä potilasohjauksella pyritään vaikuttamaan myös potilaan elämänlaatuun.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista sairaanhoitajien toteuttama astmapotilaan ohjaus on yksilöllisyyden, perhekeskeisyyden ja omatoimisuuden näkökulmista. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajille heidän toteuttamastaan potilasohjauksesta. Tehtävinä on selvittää, minkälaista ohjausta astmapotilaat saavat sairautensa omahoitoon, kuinka potilaan yksilöllisyys ja perhekeskeisyys huomioidaan omahoidon ohjauksessa sekä minkälaiseksi sairaanhoitajat kuvaavat hyvän astmapotilaan ohjauksen.

Aihe on tärkeä sairaanhoitajan työn kannalta, sillä potilasohjaus sisältyy hoitohenkilöstön jokapäiväiseen työhön. Tutkimus käsittelee astmapotilaan omahoidon ohjausta, mutta teoriaosa sekä tutkimustulokset ovat sovellettavissa myös muiden potilasryhmien ohjaukseen. Onnistuneen potilasohjauksen kannalta on tärkeää, että sairaanhoitaja ymmärtää ohjaustilanteen merkityksen potilaalle ja osaa soveltaa erilaisia ohjausmenetelmiä potilaan ja hänen perheensä tarpeiden mukaan.

Kirjallisen lähdeaineiston lisäksi tutkijat haastattelivat myös astmapotilaita lähdeaineistoksi. Tällä tavoin teoriaosaan saatiin myös potilaiden omakohtaisia kokemuksia. Ammatillisuuden kannalta tutkijoiden on tärkeää ymmärtää myös potilaiden näkökulmia sairaanhoitajan toteuttamasta omahoidon ohjauksesta huomioiden perhekeskeisyys ja yksilöllisyys.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista sairaanhoitajien antama omahoidon ohjaus on astmapotilaille erään yliopistollisen sairaalan yksikössä perhekeskeisyyden, yksilöllisyyden ja omatoimisuuden näkökulmista.

Tämän opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

1. Minkälaista ohjausta astmapotilaat saavat omatoimiseen sairautensa hoitoon?
2. Kuinka potilaan yksilöllisyys ja perhekeskeisyys huomioidaan astman hoidon ohjauksessa?
3. Minkälaisena sairaanhoitajat kuvaavat hyvän astmapotilaan ohjauksen?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa erään yliopistollisen sairaalan yksikön sairaanhoitajille astmapotilaan omahoidon perhekeskeiseen ja yksilölliseen ohjaukseen, sekä antaa heille ehdotus yhdenmukaiseen potilasohjaukseen.

3 HOITOTYÖN PERIAATTEET

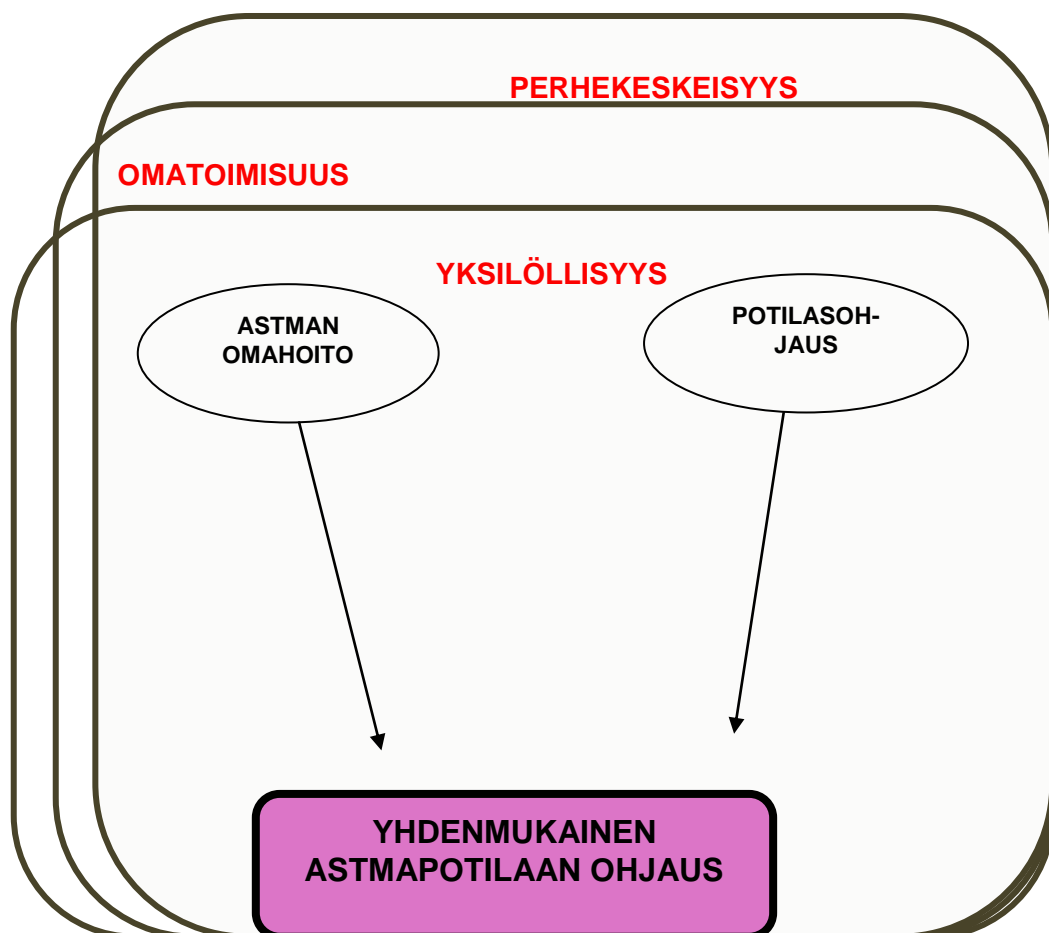
Teoreettisiksi lähtökohdiksi valittiin hoitotyön periaatteista perhekeskeisyys, yksilöllisyys sekä omatoimisuus (kuvio 1). Näistä tärkein on perhekeskeisyys, koska työelämätahona oleva yksikkö korostaa toiminnassaan tätä periaatetta. Perhekeskeisyyden periaate mielletään usein keskeiseksi osaksi lastenhoitotyötä, mutta sen tulee näkyä myös aikuisten hoitotyössä.

Perhekeskeisyyttä pidetään hyvän hoitamisen perustana. Aikuinen ihminen on perheensä jäsen myös potilaana ollessaan ja jotta häntä voitaisiin hoitaa hyvin, on tärkeää huomioida hänen perhe. Tällä tarkoitetaan tutustumista potilaaseen ja hänen elämäntilanteeseen, koska yhden perheenjäsenen sairastuessa vaikuttaa se kaikkien hyvinvointiin ja arjen sujumiseen. Potilaana voi myös olla ihminen, jolla ei ole perhettä. Tällöin hänen läheisin ihminen saattaa olla joku muu kuin biologiseen perheeseen kuuluva. Aikuisen ihmisen kohdalla voidaan käyttää perhettä koskevana synonyyminä sanaa omainen tai läheinen. (Åsted-Kurki & Paavilainen 1999, 320–321.) Opinnäytetyön lähtökohtana pidetään, että potilaalla on perhe tai läheinen.

On tarpeellista tutkia astmapotilaan ohjausta myös yksilöllisyyden ja omatoimisuuden näkökulmista. Oleellisiin hoitotyön periaatteisiin kuuluu, että jokaista potilasta ohjataan hänen yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti sekä kannustetaan omatoimiseen hoitoon. Potilasohjauksen vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitotyön periaatteet huomioidaan ohjaustilanteessa (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 23).

Yleisesti hyväksytyt hoitotyön periaatteet ovat havaittavissa hoitajan ammatillisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Ne ovat kirjallisesti määriteltyjä sekä toivottavia toimintatapoja. Periaatteet eivät ole laissa säädettyjä, mutta sivuavat osittain lakiasetuksia. Niiden tarkoitus on ohjata sairaanhoitajan toimintaa ohjaustilanteessa potilaslähtöiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 63, 166.)

Yhdessä lain kanssa hoitotyön periaatteet takaavat potilaalle hyvän hoidon ja palvelun. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan seuraavasti: Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Finlex 1992.)



KUVIO1. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

3.1 Perhekeskeisyyden periaate

Tutkimuskohteena olevan osaston potilasryhmä koostuu eri-ikäisistä ihmisistä, jolloin perhekeskeinen hoitotyö korostuu potilasohjauksessa. Perhe-käsite on määritelty tarkkaan, mutta on huomioitava, että terveydenhuollossa potilas itse määrittelee ne, jotka kuuluvat hänen lähipiiriinsä ja ketkä osallistuvat hänen hoitoonsa (Paavilainen 2010, 3).

Tässä opinnäytetyössä käytetään Tilastokeskuksen määritelmää perheestä, joka on seuraava: Perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. (Tilastokeskus 2006.)

Perheen määrittely sekä huomioon ottaminen potilaan hoitoa suunnitellessa ja toteuttaessa on hyvän ja potilaskeskeisen hoidon lähtökohta, koska sairastuminen astmaan vaikuttaa potilaan lisäksi myös hänen lähipiiriinsä. Aikuinen potilas on perheensä jäsen myös silloin, kun hän käyttää terveydenhuollon palveluita. (Paavilainen 2010, 3-5.)

Perhekeskeiseen hoitotyöhön kuuluu astmapotilaan lähipiirin arvokas ja kunnioittava kohtelu, rehellisen ja oikean tiedon antaminen sekä heidän hoitoon osallistumisen tukeminen voimavarojensa mukaan. Perheenjäsenen sairastuessa koko perheen elämä muuttuu. Siksi on tärkeää tukea omaisia, sillä se edistää heidän selviytymistään ja hyvinvointiaan. (Lehto 2004, 30.)

Potilasohjausta tulee toteuttaa perhekeskeisesti, jos potilas haluaa perheensä tai muun läheisensä osallistuvan hoitoonsa. Ohjaustilanteessa potilaan mukana olisi hyvä olla ainakin yksi läheinen. Potilasohjauksessa sairaanhoitaja suuntaa ohjauksen myös perheenjäsenille. Heille opetetaan, kuinka auttaa astmapotilasta esimerkiksi, jos hänellä on astman pahenemisoireita.

Ohjaustilanteessa potilaan tukena olevilla henkilöillä on mahdollisuus kysyä sairaanhoitajalta lisätietoja astmaan liittyvistä asioista. Tällöin he saavat tiedon suoraan sairaanhoitajalta, jolloin se on luotettavaa ja asiallista eikä läheisten tarvitse tukeutua esimerkiksi Internet-lähteisiin. Sairaanhoitajan selvittäessä

asioita perheenjäsenille myös potilas hyötty keskustelusta ja tällöin dialogi on mahdollinen ohjaustilanteessa sekä sen jälkeen.

3.2 Yksilöllisyyden periaate

Sairaanhoitajan toimintaa ja vuorovaikutusta ohjaa perhekeskeisyyden lisäksi yksilöllisyyden periaate, jolloin potilas kohdataan ainutkertaisena henkilönä, jolla on ihmisarvo ja omanlainen maailmankuva. Potilasohjauksessa tämä tarkoittaa, että häntä kunnioitetaan arvokkaana ihmisenä ja oman elämänsä asiantuntijana iästä, sukupuolesta, asuinpaikasta, äidinkielestä, vakaumuksesta tai sosiaalisesta asemasta huolimatta. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005,118.) Jokaisella ihmisellä on omat henkilökohtaiset tarpeensa, jotka huomioimalla sairaanhoitaja pystyy tukemaan potilasta astman mukanaan tuomissa tilanteissa.

Ohjaustilanne lähtee potilaan yksilöllisistä tarpeista. Sairaanhoitaja tarvitsee hoidon kannalta oleellisen tiedon potilaasta, jolloin hän voi suunnitella ja toteuttaa hoitotyötä potilaslähtöisesti. Potilaalla on oma näkemys terveydestään, ja siksi hän on oman sairautensa paras asiantuntija. Tuomalla esille omia tapojaan ja toiveitaan potilas pystyy osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa ja vaikuttamaan ohjaukseensa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola, & Hietanen 2004, 13; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 28.)

Potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen on tärkeää hoidon ohjauksessa. Ohjaustilanteessa sairaanhoitaja ja potilas yhdessä arvioivat potilaan tarpeet sekä huomioivat hänen tapansa oppia astman omahoidon. Lisäksi sairaanhoitajan tulisi käyttää hyödykseen saamaansa tietoa ja suunnitella potilasohjaus tämän perusteella.

Sairaanhoitajan toteuttamaan astmapotilaan omahoidon ohjaukseen potilaiden erilaisuudet tuovat haasteita. Esimerkiksi hyvin itsestään huolehtivan astmapotilaan motivoituminen omaan hoitoonsa on erilaista kuin potilaan, joka

ei halua tai, jolla ei ole mahdollisuutta sitoutua oman terveytensä ylläpitämiseen. Potilaan tiedon tarpeeseen sekä elämäntilanteeseen on kiinnitettävä huomiota, jotta eri tilanteessa olevat potilaat eivät saa samanlaista ohjausta. Tällöin yksilöllisyyden kunnioittaminen toteutuu astmapotilaan omahoidon ohjauksessa.

3.3 Omatoimisuuden periaate

Kolmantena opinnäytetyötä ohjaavana hoitotyön periaatteena on omatoimisuus. Tällä tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joissa potilas itse tekee aloitteen pyrkiessään elämälleen ja terveydelleen asettamiinsa päämääriin (Suomen kättilöliitto 2004, 9). Omatoimisuus astman hoidossa on yksi tärkeimmistä hoitotyön periaatteista, jolloin potilaat pystyvät toteuttamaan omahoitoaan itsenäisesti. Omatoimisuuteen tulee rohkaista ja kannustaa jokaista astmaa sairastavaa. Itsenäiseen sairauden hoitoon voi oppia ja paras tulos saadaan potilasohjauksella, jossa on otettu huomioon potilaan tarpeet sekä aikaisemmin opitut tiedot ja taidot.

Omatoimisuuteen tukemisella tarkoitetaan potilaan rohkaisemista, auttamista ja neuvomista, jotta hän selviytyisi omatoimisesti hoidostaan myös kotona. Käytännön hoitotyössä tämä tarkoittaa astmapotilaan aktiivista ohjaamista ja tukemista sekä tiedollisissa että taidollisissa asioissa. Tällöin potilas pystyy toimimaan mahdollisimman itsenäisesti ja ymmärtää toimintansa seuraukset. (Kassara, ym. 2004, 13; Suomen kättilöliitto 2004, 9.)

Potilaan omatoimisuuteen ohjaaminen sekä opettaminen ovat keskeisiä asioita, koska hänellä on suuri vastuu omasta hoidostaan. Omatoimisuudella tarkoitetaan käytännön toimia, jotka liittyvät sairauden hoitoon ja hyvinvoinnin ylläpitoon. (Janhonen, Kuokkanen, Kääriäinen & Matikka 1991, 121–122.) Omahoidon onnistumiseksi sairaanhoitaja ohjaa potilaalle lääkehoidon toteuttamistavat sekä lääkkeettömän hoidon eri muodot.

4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat potilasohjaus ja astman omahoito, johon sisältyvät PEF-mittaukset, lääkehoito sekä lääkkeetön hoito (kuvio 1). Astmaa sairautena käsitellään vain lyhyesti. Työssä keskitytään astmapotilaan omahoidon ohjaukseen, koska tarkoituksena on kuvata, millaista ohjausta sairaanhoitajat antavat astmapotilaille erään yliopistollisen sairaalan yksikössä.

4.1 Astman patofysiologia ja oireet

Tässä luvussa kuvaillaan lyhyesti hengitysteiden rakennetta ja astman vaikutusta hengitysteihin. Sairaanhoitajan tehtävänä on selvittää ja kertoa konkreettisesti astmapotilaille, mistä astmassa on kysymys. Tarkoituksena on, että potilaalle tulee tietoinen olo sairaudestaan sekä motivaatio omatoimiseen sairauden hoitoon ja oireiden ennaltaehkäisyyn lisääntyä. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu, että hän osaa kertoa sairauden oireet ymmärrettävällä tavalla potilaalle ja hänen perheellensä.

Hengitystiet jaetaan kahteen osaan, ylä- ja ala hengitysteihin. Ylähengitysteihin kuuluvat nenäontelo, suuaukko, nielu ja kurkunpää. Alahengitysteitä ovat henkitorvi sekä keuhkoputket haaroineen. Keuhkoputket alkavat henkitorven haarautumiskohdasta ja haarautuvat säännöllisin välein yhä pienemmiksi keuhkoputkiksi. Niitä seuraavat ilmatiehyet, jotka ovat alle 1 mm:n kokoisia rustottomia, pieniä keuhkoputken haaroja. Ilmatiehyet jakautuvat hengitystiehyiksi, joiden seinämissä on jo joitakin keuhkorakkuloita. Hengitystiehyet haarautuvat edelleen keuhkorakkulatiehyiksi. Nämä tiehyet päättyvät keuhkorakkuloiden muodostamiin keuhkorakkulasäkkeihin, joissa kaasujen vaihto tapahtuu. (Laitinen & Räsänen 2000, 14–15; Laitinen & Laitinen 2005, 23.)

Henkitorven ja keuhkoputkien seinämät koostuvat neljästä eri kerroksesta, joista mukoosa eli limakalvo on astman kannalta tärkein. Normaalin mukoosan

pinnalla on runsaasti värekarvasoluja sekä muutamia pikarilimasoluja, jotka ovat kiinnittyneinä tyvikalvoon. Astmassa värekarvasolut ovat vaurioituneet ja limasolujen määrä on lisääntynyt. Keuhkoputkien limakalvojen turvotus, sitkeän liman muodostus sekä keuhkoputkien sileiden lihasten supistuminen ovat astmalle tyypillisiä löydöksiä. (Laitinen & Räsänen 2000, 15–16.)

Sairauden alkuoireet vaihtelevat yksilöllisesti, mutta yleensä potilas kuvailee astmaoireiden alkaneen hengitystieinfektion, fyysisen rasituksen tai voimakkaan allergenialtistuksen, esimerkiksi eläin- tai siitepölyn, yhteydessä. Tavallinen ensioire on keuhkojen limaneritys, joka johtuu pikarisolujen sekä limarauhasten kiihtyneestä liman tuotannosta ärsytyksen vuoksi. (Haahtela, Stenius-Aarniala, Lahdensuo & Laitinen 1999, 230; Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322.)

Toinen astman oire on yskiminen, jolla potilas pyrkii poistamaan limaa keuhkoistaan. Myös kuiva ja jatkuva ärsytysyskä on tavallinen oire, jolloin potilaan mielestä limaa ei erity tavallista enempää. Yskän jatkuessa hengitys alkaa ajoittain vinkua ja tuntua raskaalta. Rasituksessa saattaa ilmaantua hengenahdistusta, joka pahentaa yskää. Myös hengityksen vinkuminen nukkumaan käydessä sekä ahdistusoireet aamuyöllä ovat astmalle tyypillisiä oireita. (Haahtela ym. 1999, 230; Haahtela ym. 2005, 322.)

Yleensä astman oireet ilmaantuvat vähitellen, mutta se saattaa alkaa myös äkillisellä hengenahdistuskohtauksella. Tämä voi olla seurausta flunssasta, fyysisestä rasituksesta tai allergenialtistuksesta. Potilaalla on saattanut ilmetä lieviä oireita useiden vuosien ajan, ilman että hän on hakeutunut hoitoon ja tutkimuksiin. Toisaalta äkillinen hengenahdistus on vakava ja pelottava oire, joka yleensä saa potilaan hakeutumaan hoitoon välittömästi. (Haahtela ym. 1999, 230; Haahtela ym. 2005, 322–323.)

Astman oireet, niiden kokeminen ja hoitaminen ovat riippuvaisia henkilön suhtautumisesta sairauteensa. Oireiden tunnistaminen ja niiden hoitaminen kuuluvat astman omatoimiseen hoitoon. Sairaanhoidajan tehtävänä on painottaa astman yksilöllisiä oireita ja ohjata potilasta sekä hänen läheisiä toimimaan oireiden mukaisesti.

4.2 Astman omahoito

Potilaille sekä heidän läheisille annettava informaatio astmasta ja astman omahoidosta ovat ehdottoman tärkeitä itsehoidon parantamiseksi (Francis 2006, 51). Sairaanhoitajan tulee huomioida yksilöllinen tiedontarve, jolloin astmapotilas saa tarkoituksenmukaista tietoa sairaudestaan sekä sen hoidosta. Kinnulan ja Kallanrannan (2005, 767) mukaan astman omahoitoon ohjaaminen on vähentänyt sairaalakäyntejä sekä oireellisia pahenemisvaiheita, ja lisännyt potilaiden osallistumista sairautensa hoitoon. Tämän takia on tärkeää, että astmaa sairastava ottaa vastuuta sairautensa hoidosta, esimerkiksi muuttamalla lääkitystä oireiden sekä tuntemusten mukaan (Stenman & Toljamo 2002, 21).

Omahoidon ohjausta on kehitetty, mutta edelleen on potilaita, jotka eivät ole motivoituneita hoitoonsa. Astmapotilaita käsittelevän artikkelin mukaan 30–70 prosenttia heistä ei ota vastuuta hoidostaan, esimerkiksi monet tupakoivat ja/tai heillä on kotieläimiä (Kinnula & Kallanranta 2005, 767.) Sairaanhoitajan tulee huomioida ohjattavan elämäntilanne ja perhetausta hoidonohjauksessa. Lisäksi tulee tiedostaa, että potilas ei jatka elämäänsä astman ehdoilla, vaan sairaus sovitetaan hänen elämäänsä.

Keuhkopotilaan kuntoutusta käsittelevässä artikkelissa Kinnula & Kallanranta (2005, 767) kertovat, että astmapotilaan ohjaus sekä kuntoutus ovat muuttuneet ja tulee muuttumaan enemmän koulutuspainotteiseksi sekä avohoidon ylläpitämäksi. Vuosien 2008–2018 allergiaohjelman mukaan hyvään ohjattuun omahoitoon sisältyvät lääkehoidon ja fyysisen kunnon ylläpitäminen sekä astman oireita pahentavien tekijöiden välttäminen. Tavoitteena on pyrkiä pitämään aikuisten astmasta 70 prosenttia lievänä. (Haahtela, von Hertzen, Mäkelä & Hannuksela 2008, 16.)

4.3 PEF-mittaukset ja astman lääkehoito

PEF-mittauksella saadaan selville suurien keuhkoputkien väljyys. Mittaukset suoritetaan laitteella, joka rekisteröi ulospuhalluksen huippuvirtauksen. Keuhkoputkien ollessa ahtaat, sekä hengityslihasten voimien vähentyessä, PEF-mittausten arvot pienenevät. Astmapotilaan keuhkoputkien supistellessa näkyvät puhallusarvojen vaihtelut. (Piirilä & Sovijärvi 2000, 23.) PEF-arvojen vaihtelujen perusteella pystytään arviomaan arvioimaan, onko potilaan astman omahoito hallinnassa. Lisäksi potilas itse pystyy mittaustulosten avulla säätelemään lääkitystään, hoitohenkilökunnan antamien ohjeiden mukaan. (The Global initiative for asthma 2007, 27.)

Lähdeainestosta kävi ilmi, että sairaanhoitajat ohjaavat astmapotilaita PEF-mittauksen suorittamiseen liian vähän (Potilashaastattelut 27.5.2010). Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu muun muassa PEF-mittauksen suorittamisen ohjaaminen, astmalääkityksen sääteleminen mittaustulosten perusteella sekä tarkastaa, että potilas suorittaa mittauksen oikealla tavalla.

Pitkään astmaa sairastaneet ovat kokemustensa kautta oppineet säätelemään lääkitystään ilman PEF-mittauksia. Muutaman vuoden astmaa sairastaneet potilaat eivät uskalla muuttaa lääkityksiään niin rohkeasti, vaikka he ovat saaneet enemmän ohjausta PEF-mittauksiin. Osa potilaista laiminlyö PEF-arvojen seurantaa ja muuttavat lääkitystään omien tuntemustensa mukaisesti. Noin puolet astmaa sairastavista potilaista muuttavat lääkitystään puhallusarvojen avulla omatoimisesti. (Kytölä 2001, 48, 65–66.)

Astman lääkehoidon tavoitteena on saavuttaa oireeton tilanne hengenahdistuksen, yskän sekä limanerityksen suhteen (Haahtela ym. 2005, 328). Lääkehoidossa keskitytään ensisijaisesti keuhkoputkien limakalvojen tulehduksen hillitsemiseen sekä supistumisherkkyiden vähentämiseen (Haahtela ym. 1999, 232). Potilaiden tiedon määrää astmalääkkeiden tehokkuudesta ja vaikutusmekanismeista tulee parantaa (European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association 2003, 6).

Laitinen ym. (2000, 279) toteavat artikkelissaan, että tutkimusten mukaan potilaat käyttävät noin puolet heille määrätyistä lääkkeistä terveydenhuoltohenkilöstön ohjeista huolimatta. He saattavat unohtaa lääkityksen, eivät välttämättä pidä ohjeiden noudattamista tärkeänä tai eivät jostain muusta syystä halua ottaa lääkkeitään joka päivä.

European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association:n (2003) mukaan olisi tärkeää, että sairaanhoitajia kannustetaan antamaan jatkuvaa potilasohjausta keuhkoputkissa vallitsevasta tulehduksesta, sen hoitomahdollisuuksista ja hoidon toimintaperiaatteista. Lisäksi he suosittelevat järjestämään astman ohjaukseen liittyviä julkisia tilaisuuksia potilaille ja heidän omaisilleen. (European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association 2003, 3.)

Astman lääkehoito jaetaan hoitaviin eli tulehdusta lievittäviin lääkkeisiin sekä kohtaus- eli keuhkoputkia avaaviin lääkkeisiin. Hoitavana peruslääkityksenä käytetään tulehdusta lievittävää lääkehoitoa. Astmaan kuuluvan limakalvotulehduksen tehokas hoitaminen vähentää astmaoireita sekä keuhkoputkien supistumisherkkyyttä. Tarvittaessa niin sanottuna kohtauslääkkeenä eli keuhkoputkia avaavana lääkkeenä voidaan käyttää keuhkoputkia laajentavia lääkeaineita. (Nurminen 2007, 120.)

Sekä tulehdusta lievittävät että avaavat lääkkeet potilas voi ottaa eri tavoin. Yleisin tapa ottaa astmalääkkeet on inhaloida ne, jolla tarkoitetaan paikallisesti keuhkoputkiin hengitettävää lääkettä. Jotkin astman hoitoon käytettävät lääkkeet voidaan myös nauttia suun kautta tabletteina tai nestemäisinä. (Nurminen 2007, 120, 124, 126.) Sairaanhoitajan tulee jokaisella ohjauksella varmistua siitä, että potilas osaa ottaa etenkin inhaloitavat lääkkeet oikealla tavalla, sillä väärällä tavalla otetut lääkkeet heikentävät hoidon tehoa.

Astmapotilaiden mukaan sairaanhoitajat ovat ohjanneet heitä lääkkeiden ottamiseen vaihtelevasti. Sairaanhoitajat muistuttavat potilaita, että lääkkeiden ottaminen oikein ja ajallaan on tärkeää. Potilaat kuitenkin kokevat, etteivät saa tarpeeksi ohjausta siihen, kuinka lääkkeet otetaan, miksi lääkkeitä otetaan ja mitä tehdään lääkkeiden ottamisen jälkeen. (Potilashaastattelut 2010.)

4.4 Astman lääkkeetön hoito

Astman yleisimpiin lääkkeettömiin hoitomuotoihin sisältyvät tupakoinnin lopettaminen, fysikaalinen hoito eli liikunta, allergiasaneeraus ja siedätyshoito sekä psyyken hoito. Myös ruokavaliohoitoa käytetään joissain harvoissa tapauksissa lääkkeettömänä hoitomuotona. Toiset potilaat voivat saada oireita ravinnossa käytetyistä lisäaineista, esimerkiksi elintarvikeväreistä. (Haahtela ym. 2005, 326–328.) Tässä luvussa käsitellään lyhyesti kirjallisuuden mukaan yleisimpiä lääkkeettömiä hoitomuotoja.

Haahtela ym. (2005) mainitsevat artikkelissaan, että astmapotilaat tupakoivat lähes yhtä paljon kuin muu väestö. Vuoden 2004 astmabarometritutkimuksen mukaan astmaatikoiden tupakointi on lisääntynyt vuodesta 2001 (Haahtela ym. 2005, 326). Tämän vuoksi sairaanhoitajan tulisi painottaa tupakoinnin lopettamisen merkitystä potilasohjauksessa.

Astmapotilaat olivat tyytyväisiä sairaanhoitajien antamasta ohjauksesta tupakoinnin lopettamiseen. Noin puolet potilaista oli keskustellut ensimmäisillä ohjauskerroilla tupakoinnin lopettamisesta. (Kytölä 2001, 54; Potilashaastattelut 2010.) Kytölän (2001, 68) tekemän tutkimuksen mukaan astmapotilaat olivat saaneet kattavasti ohjausta liikunnan tärkeydestä ja tietoa tupakoimattomuudesta. He kuitenkin odottivat lisää informaatiota allergioista sekä sisäilman puhtaudesta sekä fysioterapiapalveluista. Liikunnalla yhdessä lääkehoidon kanssa on saatu aikaan hyviä tuloksia, jolloin lääkityksen tarve on vähentynyt potilaan kunnon kohentuessa. (Haahtela ym. 327.)

Jos allergeenit aiheuttavat tai ylläpitävät keuhkoputkien tulehdusta, on allergiasaneerauksella, kuten sisäilmanpuhdistuksella ja pölyä keräämättömillä pintamateriaaleilla, ja siedätyshoidolla merkitystä. Vähentämällä altistumista tai lisäämällä sietokykyä voidaan toisinaan saavuttaa pysyviä tuloksia astman hoidossa sekä usein myös lievitystä oireisiin, tosin hitaasti. (Haahtela ym. 2005, 327.) Perheen aktiivinen osallistuminen ja sitoutuminen kodin muutostöihin sekä puhtaana pitoon ovat oleellinen osa astmapotilaan omahoidon onnistumista.

Psyykkiset tekijät ja stressi voivat pahentaa astmaa, laukaista oireita sekä edistää astman puhkeamista henkilöillä, joilla on perinnöllinen alttius sairastua astmaan. Arkielämän psyykkisille rasitustekijöille, kuten stressi ja sairauteen liittyvät pelkotilat, potilaan ei pitäisi antaa liikaa painoarvoa. Potilas tulee kohdata kokonaisuutena ottaen huomioon myös hänen psyykinen hyvinvointinsa, jolloin hänen hoitoon sitoutumisensa paranee. (Haahtela ym. 2005, 328.)

Sairaanhoitajan tulee astmapotilasta ohjattaessaan muistaa, että astmaa sairastava ihminen on yksilö, jolla on omat henkilökohtaiset toiveet ja tarpeet. Sekä hänen lääkkeetön hoitonsa että lääkehoito pitää suunnitella yhteistyössä potilaan kanssa, hänen toiveitaan kunnioittaen ja elämänlaatuaan parantaen. Potilaan hoitoon sitoutuminen paranee, kun hänen hoitoaan koskevat päätökset tehdään yhdessä. Tällöin potilaalle tulee tunne, että hän voi vaikuttaa sairautensa hoitoon ja sitä kautta elämäänsä.

5 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksella tarkoitetaan sairaanhoitajan tai lääkärin antamaa neuvontaa potilaalle astmaa koskevissa asioissa. Ohjaus voidaan toteuttaa suullisesti, tai kirjallisesti, jolloin kirjallinen materiaali jää omahoidon tueksi potilaalle. Sairaanhoitajan tai lääkärin ja potilaan välille syntyy vuorovaikutussuhde, jota kutsutaan ohjaussuhteeksi. (Kytölä 2001, 21.) Tämä on oleellinen asia, joka vaikuttaa potilasohjauksen luonteeseen.

5.1 Astmapotilaan ohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää ohjauksen kuuluvan potilaan oikeuksiin. Tämä tarkoittaa, että potilaan tulee halutessaan saada tietoa terveydentilastaan sekä erilaisista hoitomuodoista. Sairaanhoitajan tulee toteuttaa ohjaus siten, että potilas ymmärtää saamansa tiedon asiasisällön. (Finlex 1992.) Potilasohjaus on tärkeä osa-alue sairaanhoitajan työssä sekä suuri osa astmapotilaan hoitoa. Hyvin onnistunut ohjaus vaikuttaa myönteisesti potilaan terveyteen ja sillä on myös positiivinen vaikutus kansantalouteen, koska se vähentää ylimääräisiä käyntejä terveydenhuollossa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.)

Sairaanhoitajan ammatillinen koulutus, laaja teoretieto, hyvät vuorovaikutustaidot sekä persoonallisuus ja luovuus mahdollistavat hyvän lopputuloksen potilasohjauksessa. Ohjaustilanteet eivät ole samanlaisia, koska jokainen potilas on erilainen. Häntä saattaa pelottaa tai jännittää ohjaustilanne, joka yleensä koetaan ainutkertaisena kokemuksena. (Ohtonen 2006, 3.)

Kattava ja monipuolinen potilasohjaus lisää ja parantaa hoitoon sitoutumista sekä sairauteen sopeutumista. Laadukas vuorovaikutus vähentää astman mukanaan tuomaa epävarmuutta, ahdistusta sekä pelkoa. (Ohtonen 2006, 3.) Potilasohjauksen pitäisi tapahtua tasavertaisena sekä neuvottelevana

vuorovaikutuksena, jossa potilas osallistuu omatoimisesti hoitoonsa sekä sen tavoitteiden suunnitteluun (Stenman & Toljamo 2001, 20).

Luottamuksellisen, tasavertaisen sekä jatkuvan ohjaussuhteen saamiseksi tulee potilasta kuunnella, kysyä häneltä sairauden tuomista ajatuksista, kannustaa sekä antaa hänelle positiivista palautetta toiminnastaan. Positiivinen palaute lisää itseluottamusta ja motivoi potilasta omatoimiseen hoitoon. (Heinola ym. 2006, 63; Kääriäinen ja Kyngäs 2006, 8.) Stenmanin ja Toljamon (2002) tekemän tutkimuksen mukaan useita astmapotilaita vaivasi pelko tulevaisuudesta vaikean sairauden kanssa. Lisäksi kaikki eivät puhuneet tunteistaan, kuten pelosta ja ahdistuksesta (Stenman & Toljamo, 2002, 24).

Sairaanhoitajan yhtenä tärkeänä tehtävänä ohjaustilanteessa on selvittää potilaan tuntemukset sairautta kohtaan. Keskusteleminen sairaudesta sekä siihen liittyvistä asioista voi lievittää potilaalla olevia pelkotiloja. Osa potilaista ei näytä muun muassa pelon, ahdistuksen tai hämmennyksen tunteita, jolloin sairaanhoitajan on havaittava nämä tunteet potilaassa ohjauksen aikana. Jatkuva hoitosuhde saman sairaanhoitajan kanssa on tärkeää, jotta syntyy luottamuksellinen ja yksilöllinen potilassuhde, jolloin sairaanhoitaja oppii tuntemaan potilastaan ja hänen perhettä.

Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja sairaanhoitaja voivat yhdessä suunnitella ohjauksen sisällön. Tämä edellyttää, että potilas sekä sairaanhoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. On muistettava, että potilas on aina oman elämänsä ja sairaanhoitaja ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Kääriäinen ja Kyngäs 2006, 8.)

Onnistuneen ohjaustilanteen saavuttamiseksi sekä sairaanhoitajan että potilaan tulisi olla aktiivisia. Tämä edellyttää, että potilas ottaa vastuuta omasta hoidostaan sekä toimii omatoimisesti sairautensa hoidossa. Jos potilas on hyvin riippuvainen ohjauksesta ja kokee, että hänellä ei ole vaikutusvaltaa hoitoonsa ja terveydentilaansa, on hänen vaikea olla omatoiminen. Omatoimisuutta saattavat estää potilaan aikaisemmat huonot kokemukset sekä uskomukset. Motivaatiota hoitaa sairauttaan saattaa heikentää myös, jos potilas saa ohjausta eri hoitajilta ja eri tavalla. Tämän vuoksi yhtenäiset ohjaustavat ovat tärkeitä,

sillä potilas kokee herkästi olonsa epävarmaksi, jos ohjausolosuhteet muuttuvat. Sairaanhoidajan ammattitaitoon kuuluvat huomioida potilaan tarpeet ja aiemmat kokemukset. (Heinola 2006, 63; Kääriäinen ja Kyngäs 2006, 9.)

Ohjaustavoitteet luodaan yhdessä potilaan kanssa. Hänen halutessaan myös perhe voi osallistua ohjaukseen. Tällöin keskustellaan siitä, mitä potilas tietää astmasta, mitä hänen täytyy tietää sekä minkälaista tietoa hän haluaa sairaudestaan. Lisäksi selvitetään, mikä on potilaalle paras ohjausmenetelmä. Potilaan tyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutumista lisää hänen näkemystensä huomioon ottaminen tavoitteita asetettaessa. (Kääriäinen ja Kyngäs 2006, 9.)

Lähdeaineistosta ilmeni, että potilaat eivät saaneet sairautensa missään vaiheessa tarpeeksi ohjausta omatoimiseen sairautensa hoitoon. He saivat mielestään enemmän ohjausta sairautensa alkuvaiheessa, kuin pidempään sairastettuaan. Haastateltavista osa ei ollut saanut sairauden alkuohjauksen jälkeen minkäänlaista ohjausta. He kokivat, että sairaanhoitajalta saatava ohjaus oli tärkeää koko sairauden aikana. (Potilashaastattelut 27.5.2010.)

Kääriäisen (2007, 90) tekemän tutkimuksen mukaan astmapotilaat pitivät joidenkin sairaanhoitajien ohjausvalmiuksia puutteellisina. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mukaan sairaanhoitajat eivät osanneet kertoa asioista ymmärrettävästi. Vuorovaikutus jäi joskus myös puutteelliseksi, sillä sairaanhoitajat eivät antaneet mahdollisuutta keskustella mieltä askarruttavista asioista. Oli myös ohjaustilanteita, joissa potilaiden elämäntilannetta, omaisia, ongelmia ja tarpeita ei huomioitu tarpeeksi tai juuri lainkaan. (Kääriäinen 2007, 90–91.)

Suurimmalla osalla ei ollut perheenjäsentä mukana sairaanhoitajan toteuttamassa ohjauksessa. Heitä ei myöskään kannustettu ottamaan perheenjäsentä tai läheistä mukaan ohjaustilanteeseen, vaikka potilaat kokivat heidän osallistumisen tarpeellisena. (Potilashaastattelut 27.5.2010.) Perheen osallistuminen astman hoidon ohjaukseen on tärkeää, jotta potilaan läheisetkin tietäisivät ja oppisivat ymmärtämään sairauden syyt sekä hoidon tarpeellisuuden.

Potilaat toivoivat sairaanhoitajalta yksilöllistä ohjausta ja tilanteen huomiointia sekä tietoa astman pahenemisvaiheen oireista, pahentavista tekijöistä ja siitä, miten tietää, onko lääkeannos oikea. He myös halusivat enemmän tietoa lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista ja lääkehoidon muuttamisesta omatoimisesti. Monet astmapotilaat kokevat pelkoa pidempiaikaisen lääkityksen seurauksista sekä sivuvaikutuksista. Toisaalta on tullut myös ilmi, että yksilöllinen omahoidon ohjaus on pitkälle riippuvainen siitä, mitä potilas itse kysyy sairaanhoitajalta ja mitä hän tuo esiin tiedontarpeestaan ja elämäntilanteestaan. (Potilashaastattelut 27.5.2010; Stenman & Toljamo 2002, 22.)

Stenman ja Toljamo (2002, 20) toteavat artikkelissaan, että astmapotilaat toivoivat sairaanhoitajalta yksilöllistä tietoa sekä hoidon ja ohjauksen jatkuvuutta. He korostivat sairaanhoitajan ja potilaan välisen tasavertaisen suhteen tärkeyttä, sillä tämä lisää potilaan itsehoitovalmiutta ja edistää astman hoitoon sitoutumista (Stenman & Toljamo 2002, 20).

5.2 Fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät astmaohjauksessa

Potilasohjauksen perustana on potilaan, hänen läheistensä ja sairaanhoitajan taustatekijöiden huomioon ottaminen ohjausta suunniteltaessa. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi ohjausympäristöä ja siellä olevia esteitä tai häiriötekijöitä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6,8.)

Potilaan ikä, sukupuoli, astman vaikeusaste sekä sen kesto ja vaikutus elämään ovat fyysisiä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat ohjaustarpeisiin. Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että sairaanhoitaja huomioi fyysiset ominaisuudet ohjaustilanteessa, sillä ne vaikuttavat potilaan kykyyn ottaa vastaan tietoa. Sairaanhoitajan ikä, koulutus ja sukupuoli kuuluvat myös fyysisiin ominaisuuksiin. Ne vaikuttavat hänen asennoitumiseen, toimintaansa sekä tietoihin ja taitoihin ohjaustilanteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7-8.)

Psyykkisiä ominaisuuksia, jotka tulisi huomioida potilasohjauksessa, on useita. Ohjaukseen osallistuvien motivaatiolla on vaikutusta potilaan haluun oppia astmaan liittyviä asioita sekä hänen kokemuksiinsa ohjauksen tarpeellisuudesta. Potilaan terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset sekä mieltymykset voivat vaikuttaa hänen suhtautumiseensa sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen. Sairaanhoitajan täytyisi huomioida potilaan oppimistyyli ja -valmiudet ohjausta suunnitellessaan. Sairaanhoitaja ja potilas voivat yhdessä keskustella parhaasta mahdollisesta oppimistavasta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2006, 8) mukaan muita potilasohjauksen kannalta tärkeitä taustatekijöitä ovat sosiaaliset, kulttuuriset, uskonnolliset sekä eettiset tekijät. Ne vaikuttavat potilaan toimintaan ja hänen tapansa lähestyä ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Sairaanhoitajan tulee selvittää, kokeeko potilas tärkeänä perheen mukaan ottamisen ohjaukseen sekä perheeltä saamansa tuen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

5.3 Yksilöohjaus

Kääriäisen (2007, 81) tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat hallitsevat hyvin ainoastaan suullisesti ja henkilökohtaisesti annettavan ohjauksen. Vuorovaikutusta pidetään potilasohjauksen kulmakivenä, siksi sairaanhoitajat mieltävät suullisesti annettavan yksilöohjauksen tehokkaimmaksi ohjausmenetelmäksi. Onnistunut ohjaus edellyttää potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamista sekä potilaan omaa kykyä tehdä päätöksiä ja vastata valinnoistaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255.)

Henkilökohtaisessa ohjauksessa ohjaustilanne lähtee potilaan omista tarpeista. Lisäksi sairaanhoitajan on annettava jatkuvaa palautetta astmapotilaalle sekä kannustettava häntä omahoitoon. Ihanteelliseen yksilöohjaukseen on varattava paljon aikaa, jolloin potilaalle jää mielekäs sekä kiireetön mielikuva ohjauksesta. Henkilökohtaisen astmaohjauksen tulisi tapahtua rauhallisessa ja järkevästi

suunnitellussa tilassa, missä olisi mahdollisimman vähän häiriötekijöitä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28.)

Yksilöohjauksen vuorovaikutuksessa sanallinen viestintä on vain yksi viestintäkeinojen osa. Sairaanhoitajan ilmeet ja eleet välittävät astmapotilaalle paljon. Sanattoman viestinnän kontrolloiminen ohjaustilanteessa on vaikeaa, esimerkiksi hoitajan kiireellisyys ja motivaatio työhön sekä ohjauksen kulkuun välittyvät usein tiedostamattomasti potilaalle. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38 – 39.)

Haastatellut potilaat kokivat hyväksi suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjalliset ohjeet astman hoitoon. Kirjallisesta materiaalista potilaat ja heidän läheiset voivat lukea esimerkiksi pahenemisvaiheiden oireista ja niiden hoidosta kotona. Potilaat halusivat olla ajan tasalla sairaudestaan sekä tietää, mitä elimistössä on tapahtunut ja miksi. (Potilashaastattelut 27.5.2010.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen aihe on työelämälähtöinen, ja se on saatu tammikuussa 2010 opintoihin liittyvässä infotilaisuudessa. Pidimme kaksi työelämäpalaveria keväällä 2010, joissa tarkennettiin tutkimuksen aihetta ja päädyttiin kvalitatiiviseen tutkimukseen, joka toteutettiin teemahaastattelun avulla. Tutkimuslupa saatiin kesäkuussa 2010, jonka jälkeen aloimme tehdä haastattelukysymyksiä teoretiedon pohjalta. Haastattelut toteutettiin samana syksynä. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston analyysi. Työn valmistuttua pidettiin osastotunti, jossa esittelimme tutkimustulokset.

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän sekä tutkittavan aineiston kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Todellisuus nähdään moninaisena ilmiönä. Tutkimuksessa on tarkoitus kuvata ilmiöitä, joita ei voida mitata määrällisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 157.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan ja tulkitaan maailmaa ihmisten välisenä ja sosiaalisena ilmiönä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta, jossa ihmisten käsitykset ovat kokemuksiin tai käsityksiin perustuvia. Tämä tutkimusmenetelmä palvelee tilannetta, jossa tavoitteena on toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin pohjautuva idea. (Vilka 2005, 97.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä on myös tärkeä tehtävä olla emansipatorinen. Tällä tarkoitetaan, että tutkimus lisää myös tutkittavien ymmärrystä asiasta, ja tätä kautta vaikuttaa myönteisesti heidän asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin. Tutkimukseen osallistuvat eivät ole vain välineitä,

joiden avulla saadaan tietoa, vaan myös heidän pitäisi saada jotain tutkimuksesta. (Vilkkä 2005, 103.)

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, koska tutkijat halusivat ymmärtää sairaanhoitajien käsityksiä astmapotilaan ohjauksesta. Aiheen kokonaisvaltaisuuden vuoksi oli tärkeää, että tutkimustulokset pystyttiin tulkitsemaan ja esittämään kirjoitetussa muodossa. Työn luonteen kannalta oli tärkeää, että esittelimme tutkimuksen perusteella tehdyn ehdotuksen osaston henkilökunnalle ja ne jäivät heille kirjallisessa muodossa.

6.2 Aineiston kerääminen teemahaastattelun avulla

Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua ja dokumentteihin eli kirjallisuuteen perustuvia tietoja. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 71) toteavat, että yleisimmät aineistonkeruumenetelmät tehdessä laadullista tutkimusta ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto.

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelumenetelmässä oleellisinta on haastattelurunko, joka suuntautuu tiettyihin teemoihin. Näistä haastateltava ja haastattelija keskustelevat haastattelun aikana, jolloin tutkittava henkilö saa tilaa omalle ilmaisulleen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Neljä haastattelun teemaa (liite 3) muodostuivat tutkimuskysymysten perusteella.

Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 48) mukaan tämä aineistonkeruumenetelmä lähtee oletuksesta, jossa haastateltavan yksilöllisiä aikaisempia kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia sekä tunteita pystytään tutkimaan. Tutkija siis tietää, että haastateltava on kokenut jonkin tietyn tilanteen. (Hirsjärvi ja Hurme, 2001, 47). Opinnäytetyöhön valittiin haastattelutavaksi yksilöhaastattelu. Se on yleisin tapa kerätä tietoa tutkimusaineistolta sekä erityisesti aloittavalle tutkijalle helpoin tapa toteuttaa haastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61). Toinen syy yksilöhaastattelun valinnalle oli, että halusimme saada aikaan yksilöllisen ja luottamuksellisen keskustelun tutkittavan sekä tutkijoiden välillä.

Opinnäytetyön kannalta oli tärkeää, että sairaanhoitajat kertoivat kokemuksistaan ja tunteistaan astmapotilaille antamastaan ohjauksesta. Teemahaastattelun avulla keräsimme heiltä tarpeellisen tiedon. Tässä aineistonkeruumuodossa oli mahdollisuus keskustella tutkittavien kanssa ja tarvittaessa kysyä heiltä tarkentavia kysymyksiä, joita emme olleet suunnitelleet kysyttävän.

Haastattelujen alussa tutkittavia pyydettiin täyttämään taustatietolomake, jossa kysyttiin heidän aikaisemmasta työkokemuksesta sekä siitä, ovatko he saaneet koulutusta astmapotilaan ohjaukseen kyseisessä yksikössä. Taustatietolomakkeen täyttäminen ei vaatinut paljon aikaa tutkittavilta eikä teemahaastattelulta. Näin haastatteluissa pystyttiin käsittelemään ainoastaan astmapotilaan ohjaukseen liittyviä teemoja. Jokainen haastattelu kesti keskimäärin 45 minuuttia.

Tutkijat tekivät haastattelut yhdessä ja ne toteutettiin yksikön omissa tiloissa. Näin toinen pystyi tarvittaessa täydentämään toisen tekemää haastattelua. Tämä myös lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja ne hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti ja haastateltavat pysyivät koko tutkimusprosessin ajan sekä sen jälkeen täysin anonyymeina.

6.3 Kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukon valinta edellyttää, että he tietävät tutkittavasta aiheesta riittävästi ja heillä on omakohtaisia kokemuksia aiheesta (Vilkka, 2005, 114). Tutkimuksen aineisto kerättiin erään yliopistollisen sairaalan yksikössä, joka on erikoistunut astmapotilaiden hoitotyöhön. Tämän yksikön työnkuvassa korostuu astmapotilaan omahoidon ohjaus.

Syksyllä pidimme osastotunnin, jossa esittelimme työn aiheen ja pyysimme vapaaehtoisia sairaanhoitajia haastateltaviksi. Haastattelut toteutettiin loppusyksyllä 2010. Haastattelut tehtiin sairaanhoitajien työajan puitteissa ja

yksikön tiloissa, jotta haastattelutilanne olisi heidän kannalta mahdollisimman motivoiva.

Tutkimukseen osallistui kolme sairaanhoitajaa, jotka ovat aiemmin tehneet töitä eri yksiköissä. Laadukkaan tutkimustuloksen saamisen kannalta oli olennaista, että sairaanhoitajat olivat tehneet työtä eri toimipisteissä, jolloin tutkijat olettivat heillä olevan laajasti työkokemusta ja tietoa. Haastattelun alussa heitä pyydettiin täyttämään taustatietolomake, josta tutkijoiden oli helppo selvittää heidän aikaisempi työkokemus astmapotilaiden parissa. Heillä kaikilla on aiempaa työkokemusta keuhkosairauksien poliklinikalta tai osastolta. Keskimäärin he ovat tehneet töitä noin kuusi vuotta keuhkosairauksia sairastavien potilaiden kanssa. Vähemmän aikaa keuhkopotilaiden parissa työtä tehneet olivat saaneet koulutusta astmapotilaiden ohjaukseen tämän hetkisessä työyksikössä.

6.4 Aineiston analyysi sisällönanalyysinä

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällä menettelytavalla pystyttiin analysoimaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tässä yhteydessä dokumentilla tarkoitettiin kolmen eri sairaanhoitajan haastatteluja. Niiden avulla yritimme ymmärtää tutkimuksen kuvaamaa merkityskokonaisuutta sekä lisäämään informaatioarvoa, koska irrallisesta tutkimusaineistosta oli vaikeaa tehdä yhtenäisiä päätelmiä. (Vilkkä 2005, 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Seuraava on aineiston klusterointi eli ryhmittely ja viimeisenä on abstrahointi eli teoreettisen käsitteen luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Seuraavassa on esitetty, kuinka tutkijat toteuttivat analyysin.

Nauhoitimme haastattelut, jonka jälkeen litteroimme eli kirjoitimme ne auki sellaisenaan (Hirsjärvi ym. 2009, 217.) Koodasimme haastattelut numeroin 1, 2

ja 3. Tämän jälkeen alleviivasimme jokaisesta haastattelusta tutkimuskysymyksiä vastaavat ilmaisut. Koodasimme tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat ilmaisut eri väreillä. Seuraavaksi listasimme tietokoneella kaikkien haastatteluiden alkuperäisilmaukset omiin taulukoihin, jonka jälkeen ne pelkistettiin eli redusoiitiin. Jokaisen haastattelun analyysi toteutettiin erikseen, kunnes yhdistimme kolme saatua pääluokkaa yhdeksi yhdistäväksi luokaksi. Analyysin jokaista vaihetta ohjasivat tutkimuskysymykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisen ilmaisun redusoinnista.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
"demonstraatio on, mitä käytetään joka vaiheessa, siis näissä lääkeohjeissa ja PEF seurannassa"	Demonstroidaan lääke- ja PEF-seurantaan liittyvä ohjaus

Aineiston redusoinnin jälkeen pelkistetyt ilmaukset klusteroitiin eli ryhmiteltiin yhtäläisyyksien mukaan omiksi joukoiksi taulukkoon. Sen jälkeen ne nimettiin niitä kuvaavalla käsitteellä, joista muodostui alakategoriat. Tätä analyysin vaihetta pidetään tutkimuksen kannalta kriittisenä vaiheena, koska tällöin päätetään, mitkä ilmaisut kuuluvat samoihin kategorioihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101). Klusterointia ohjasivat tutkimuksen tehtävien lisäksi tutkijoiden näkemys tutkittavasta ilmiöstä.

TAULUKKO 2. Esimerkki klusteroinnista.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Ohjataan tekemään omatoimista PEF-vuorokausiseurantaa	Omatoiminen PEF-vuorokausiseuranta
Opetetaan säätelemään lääkitystä pef-arvojen mukaisesti	
Ohjataan omatoimiseen PEF-mittauksien suorittamiseen	

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tulkitaan ja päätellään tutkimusaineistoa, edeten empiirisestä kohti käsitteellisempää tulkintaa. Samanlaiset alakategoriat ryhmiteltiin taulukkomuotoon, joista muodostettiin yläkategoriat. Niille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Tämä analyysin vaihe on abstrahointia eli käsitteellistämistä. Se on prosessi, jossa tutkijat muodostavat yleiskäsitteiden kautta kuvauksen tutkimuksen kohteesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110, 112.)

TAULUKKO 3. Esimerkki yläkategorioiden muodostumisesta

Alakategoria	Yläkategoria
Tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus	Ohjaus lääkkeettömään hoitoon
Kerrotaan hyvän fyysisen kunnon merkityksestä	
Ohjaus suun ja hampaiden hoitoon	
Annetaan allergioihin liittyvää ohjausta	

Abstrahointia jatkettiin niin pitkään, kun se tutkimuksen näkökulmasta oli mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Yläkategorioista muodostui kolme pääluokkaa, joista muodostettiin yhdistäväluokka. Yhdistelemällä tutkimuksen käsitteitä saimme vastauksen tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Abstrahoinnista on esimerkkejä taulukoissa kolme ja neljä.

TAULUKKO 4. Yhdistävän luokan muodostuminen.

Pääluokka	Yhdistävä luokka
Ohjaus omatoimiseen sairauden hoitoon	Yksilöllinen, perhekeskeinen sekä kannustava ohjaus astman omahoitoon
Yksilöllinen ja perhekeskeinen ohjaus astman omahoitoon	
Yksilöllinen ja kannustava ohjaus lääke- sekä lääkkeettömään hoitoon moniammatillisessa työryhmässä	

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat ohjasivat ja kannustivat astmapotilaita sekä heidän omaisiaan omatoimiseen ja kokonaisvaltaiseen sairauden hoitoon eri ohjauskerroilla sairaanhoitajan vastaanotolla. Heille annettiin informaatiota astman vaikutuksista elimistössä sekä ohjausta lääke- ja lääkkeettömään hoitoon. He saivat ohjausta myös astman seuranta- ja lääkintävälineiden käyttämiseen.

7.1 Astmapotilaan ohjaus omatoimisuuden näkökulmasta

Sairaanhoitajan toteuttamassa astmapotilaan ohjauksessa potilaalle ohjattiin omatoiminen seurantavälineiden käyttäminen sekä kehoitettiin ostamaan oma PEF-mittari. Potilaalle kerrottiin miten PEF-mittaukset tehdään sekä miksi ja miten ne toteutetaan. Hänelle neuvottiin ja demonstroitiin oikea puhallustekniikka sekä lääkityksen omatoiminen säännöstely PEF-mittaustulosten perusteella. Potilaan motivointi on oleellinen osa ohjausta.

"...siinäkin me käydään ensiksi läpitte se kaavake, mitenkä sitä täytetään, mitenkä puhalletaan aamulla ensin ja sit otetaan lääke ja sit vartin päästä uudelleen, ja ne merkataan siihen joka kohdalta ylös... sitten mittariin puhallus harjoitellaan potilaan kaa niin että mä usein kerron miten se tapahtuu..."

Astman diagnosointivaiheessa potilasta ohjattiin tekemään PEF-seurantaa säännöllisesti aamuin ja illoin kahden viikon ajan, ja etenkin tässä vaiheessa korostettiin oikeanlaisen mittaustekniikan hallitsemisen tärkeyttä. Potilasta ohjattiin tunnistamaan sairauden pahenemisvaiheiden oireet, ymmärtämän PEF-arvojen vaihteluiden merkitys ja muuttamaan lääkitystään omatoimisesti näiden perusteella. Heitä myös ohjattiin välttämään asioita, jotka aiheuttavat astman pahenemisvaiheiden oireita.

"...potilas ymmärtäis, että mistä hän sitten tunnistaa ne pahenemisvaiheen oireet ja mitenkä hän silloin toimii."

Sairaanhoitajat ohjasivat astmapotilaita omatoimiseen lääkettä lääkkeettömään hoitoon. Potilaita kannustettiin muuttamaan lääkitystään rohkeasti oireiden perusteella. Lisäksi heitä motivoitiin omatoimiseen fyysisen kunnon ylläpitämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä allergeenien välttämiseen.

7.2 Perhekeskeisyys astman omahoidon ohjauksessa

Potilas on yleensä osa perhettä ja tämän vuoksi astma koskettaa kaikkia perheenjäseniä. Heidän on hyvä tietää, kuinka astmaa hoidetaan ja miten se vaikuttaa potilaan elämään. Tutkimustulosten mukaan perheen tai puolison osallistuminen aikuisen astmapotilaan ohjaukseen oli kuitenkin vähäistä. Sairaanhoitajat suosittelivat perheenjäsenten osallistumista hoidon ohjaukseen.

”...miehillä lähes aina vaimot, mutta vaimoilla ei niinkään miehet.”

Perhetausta otettiin huomioon tupakointiin ja allergeeneihin liittyvissä ohjaustilanteissa. Potilaille ja heidän läheisille korostettiin tupakoinnin lopettamisen merkitystä sekä kerrottiin passiivisen tupakoinnin vaikeuttavan astman omahoitoa. Lisäksi sairaanhoitajat selvittivät, sairastetaanko perheessä tai lähisuvussa astmaa ja mitä potilaat tietävät siitä etukäteen.

”...että tupakoiko itse tai tupakoidaanko perheessä.”

7.3 Yksilöllisyys astman omahoidon ohjauksessa

Erilaisista ohjausmenetelmistä sairaanhoitajat käyttivät ainoastaan yksilöohjausta vastaanotolla. Tällöin potilaan kanssa keskusteltiin sairauden mukanaan tuomista oireista ja sen vaikutuksesta elämään, kerrottiin lääkehoidon sekä lääkkeettömän hoidon merkityksestä ja eri toteutustavoista.

Oli myös tärkeää selvittää, mitkä ovat potilaan aikaisemmat tiedot ja kokemukset ovat astmaan liittyen.

Yksilöohjauksen tukena sairaanhoitajat käyttivät yksikössä käytössä olevaa fläppitaulua. He käyttivät lääkefirmojen oppaita inhalaattoreiden käytön ohjauksessa. Sairanhoitajat käyttivät myös yhteistyötahojen potilasoppaita ohjauksen tukena. He tekivät yhteistyötä ravitsemusterapeuttien kanssa käyttämällä heiltä saatua ohjausmateriaalia. Tutkimustuloksista selvisi, että osa sairaanhoitajista ohjasi potilaita Hengityслиiton sekä Allergia- ja astmaliiton ryhmätilaisuuksiin.

Demonstraatio koettiin tärkeäksi yksilöohjauksen joka vaiheessa. Inhalaatiotekniikkaa ja PEF-seuranta ohjattaessa painotettiin havainnollistamisen tärkeyttä. Sairanhoitajat tarkastivat useasti potilaan lääkkeenottotekniikan. Myös potilaan motivointi koettiin tärkeäksi osaksi ohjaustilannetta.

”Meillä on ihan kaikista tämmöset tyhjät tai blasebo... ja sitten yleensä ne saa vielä ite imasta.”

Seurantavälineiden käytön ohjaamista pidettiin erittäin tärkeänä. PEF-mittausten tekniikka ohjattiin jokaiselle potilaalle samalla tavalla käyttäen apuna demonstraatiota. Mittaustulosten onnistumisessa ja tulkinnessa otettiin huomioon yksilölliset asiat, kuten potilaan ikä, sukupuoli sekä pituus. Toiset potilaat tarvitsivat enemmän motivointia sekä ohjausta oikeaan PEF-mittaus tekniikkaan.

Lääkkeettömän hoidon ohjauksen tavoitteena on, että potilas omalla toiminnallaan pystyy vaikuttamaan sairauden kulkuun. Potilasohjauksessa keskusteltiin tupakoinnin, liikunnan, allergeenien, sekä ruokavalion merkityksistä yksilöllisessä astman lääkkeettömässä hoidossa. Tämän lisäksi haastatteluissa mainittiin lyhyesti stressin pahentavan astmaa.

Astmapotilailta kysyttiin heidän tupakointianamneesi ja kehoitettiin tupakoivaa potilasta lopettamaan tupakointi. Tarvittaessa häntä ohjattiin tupakoinnin

lopettamiseen. Lisäksi apuna voitiin käyttää nikotiiniriippuvuustestiä, jonka tuloksen mukaan potilaalle ohjelmoitiin korvaushoito-ohjelma. Myös Nicoretin potilasohjetta käytettiin tupakoinnin lopettamisen apuna.

Hyvän fyysisen kunnon ylläpitämistä korostettiin sekä kerrottiin liikkumattomuuden haitoista hengityselimistölle. Erityisesti vähän liikkuvia potilaita motivoitiin fyysiseen aktiivisuuteen. Ohjauksessa korostettiin myös, että astmasta huolimatta liikunnan toteuttaminen on mahdollista. Jos liikkumisessa on ongelmia, on syytä tarkistaa astmalääkitys.

Ohjaus allergeenien välttämiseen lähtee potilaan yksilöllisistä tarpeista ja ominaisuuksista. Jos potilaalla on allergioita, suositeltiin häntä välttämään reaktioita aiheuttavia allergeenejä. Uusimman kansainvälisen allergiaohjelman mukaan astmaa sairastavia ei kehoiteta välttämään allergeenejä, joista he eivät saa oireita.

Sairaanhoitajat suunnittelivat harvoin astmapotilaan ohjausta etukäteen, vaan toteuttivat sen samantapaisella kaavalla jokaiselle potilaalle. Yksilöllisyys huomioitiin potilaan tiedontarpeen perusteella keskittyen ohjaustilanteessa potilaan ja hänen perheen kannalta tärkeisiin asioihin.

”...se menee melkein sen saman seaman mukaan kyllä kaikille.”

”Et lähdetään siitä, että jokainen on kuitenkin yksilö ja se astman hoito on yksilöllistä.”

Lääkehoito ja siihen liittyvä ohjaus suunniteltiin sekä toteutettiin yksilöllisesti. Potilaalle kerrottiin, miten lääkkeet vaikuttavat ja minkälaisia vaihtoehtoja lääkehoidon toteutuksessa on, esimerkiksi ennen räsitusta otettava ennaltaehkäisevä lääke. Sairaanhoitajat korostivat lääkehoidon ohjauksen merkitystä.

”...käydään läpi ne, että mitä on hoitava lääke ja mikä on avaava lääke...”

Astmapotilaat kävivät tutkimuskäynneillä sairaanhoitajan vastaanotolla ennen diagnoosin varmistumista, jolloin käsiteltiin jonkin verran astmaan liittyviä asioita. Ensimmäisen kerran varsinaista astmaohjausta annettiin diagnoosin varmistuttua, jolloin potilaalle ohjattiin kaikki tärkeimmät astmaan liittyvät asiat. Erityisesti korostettiin lääkehoidon ja PEF-mittausten tärkeyttä sekä oikeaa tekniikkaa.

”...kun se diagnoosi tulee ja ne säännölliset lääkitykset aloitetaan niin oikeestaan sillä ohjauksella tai käyntikerralla niin ni se ohjaus painottuu siihen lääkkeitten oton ohjaukseen.”

Toinen ohjaukselta järjestettiin noin kolmen kuukauden kuluttua diagnoosin varmistuttua. Tällä ohjauksella varmistettiin hoitavan lääkkeen vaikutus ja PEF-puhallusten oikean tekniikan hallitseminen. Varsinainen lääkkeettömän hoidon ohjaus toteutettiin tällä ohjauksella, johon sisältyi tupakoinnin, allergeenien sekä liikunnan merkityksestä kertominen astman omahoidossa.

Viimeinen käynti sairaanhoitajan vastaanotolla toteutettiin kuuden kuukauden kuluttua diagnoosin varmistumisesta. Tällä ohjauksella keskusteltiin asioista, jotka olivat jääneet potilaalle epäselväksi ja potilaalle annettiin B-lausunto lääkkeitä Kansaneläkelaitosta varten. Lisäksi kerrattiin potilaalle tärkeitä asioita.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Astmapotilaan ohjaus valittiin työn aiheeksi, koska se koettiin mielenkiintoiseksi ja hyödylliseksi sairaanhoitajan työssä. Lähdeaineistossa ja tutkimushaastatteluissa korostuivat potilaan kohtaaminen, vuorovaikutustaidot sekä ohjaaminen. Opinnäytetyössä näitä asioita tarkasteltiin astmapotilaan ohjauksen näkökulmasta. Tutkijat kokevat, että näitä voidaan teorian pohjalta soveltaa myös muiden potilasryhmien hoitotyössä.

Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on arvioitava, koska se lisää tutkimuksen laatua sekä arvoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuus tulee esille, kun tutkimuskohde ja teoria ovat yhteensopivia (Vilka 2005, 158). Tutkimuksen eettisyyttä sekä tutkijoiden moraalikäsityksiä täytyy pystyä tarkastelemaan kriittisesti opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa.

8.1 Eettisyys

Opinnäytetyön aihetta valitessa täytyy huomioida tutkimuksen eettinen näkökulma. Tutkimusasetelmaa suunniteltaessa pohditaan kenelle työ tehdään ja mitä hyötyä siitä on heille sekä tutkijoille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoite muodostettiin työelämätahon ja tutkijoiden tarpeisiin soveltuviksi. Tutkimus on hyödyllinen sairaanhoitajille sekä potilaille, koska sairaanhoitajan ammattitaitoon sisältyy asianmukaisen potilasohjauksen toteuttaminen.

Tutkimuksen tekeminen vaatii hyvän tieteellisen käytännön noudattamista ja tämä velvoittaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä samalla tavalla. Tällä tarkoitetaan että tutkijat ovat noudattaneet eettisesti kestäviä tiedonhankinta- sekä tutkimusmenetelmiä. Tiedonhankinta tulee perustaa oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen sekä muihin asianmukaisiin tietolähteisiin. Myös tutkimusmenetelmän tulee olla eettisesti kestävä. (Vilka 2005, 29–30.)

Tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa, jotta se täyttää tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös, että tutkijat toimivat rehellisesti ja kunnioittaen muita tutkijoita kohtaan. Tällöin huomioidaan muiden tekemät tutkimukset sekä viitataan niihin asianmukaisesti lähdeviitteissä. (Vilka 2005, 30–31.) Tutkimuksen eettisyyttä lisää, että tieto on kerätty oman alan kirjallisuudesta ja se on selkeästi eroteltu lähdeviitein tutkijoiden omista ajatuksista.

Hirsjärven ym. (2008, 25) mukaan opinnäytetyön lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Osaston sairaanhoitajat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Näin kunnioitettiin heidän itsemääräämisoikeutta. Heiltä pyydettiin suostumus sähköpostitse tutkimukseen osallistumiseen. Sairaanhoitajilla oli oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta koko prosessin ajan. Tutkimuksen eettisyyttä lisää tutkittavien vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen.

Tutkimustulosten kirjoittamisessa korostettiin sairaanhoitajien anonymiutta kirjoittamalla tulokset niin, ettei heitä voitu tunnistaa. Tehdyt haastattelut hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua, eikä niitä missään tutkimuksen vaiheessa annettu ulkopuolisille luettavaksi. Tutkimuskohteena olleen osaston toivetta säilyttää anonymiteetti kunnioitettiin eikä työstä voi mistään kohtaa tunnistaa, mistä osastosta oli kyse.

8.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijoihin, aineiston analyysiin, tutkimusaineiston laatuun ja tutkimustulosten esittämiseen. Tutkimustulosten ja aineiston onnistunut yhdistäminen lisää huomattavasti opinnäytetyön luotettavuutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–37.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa täytyy ottaa huomioon koko tutkimusprosessi (Eskola & Suoranta 1999, 209–213).

Lähdeaineistona käytettiin terveysalan kirjallisuutta, aihetta koskevia tutkimuksia sekä potilashaastatteluja. Astmapotilaan ohjauksesta oli saatavilla

tarpeeksi tuoreita tutkimuksia (liite 1). Aiheesta oli saatavilla myös uutta kirjallisuutta ja lähes kaikki työssä käytetty kirjallisuus oli tehty 2000-luvulla. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsivät tuoreet lähteet sekä lähdekritiikki. Lähdeaineisto valittiin harkiten ja kriittisesti sekä työssä käytettiin ensisijaisia lähteitä. Tutkimuksessa käytettiin myös vieraskielisiä lähteitä, joilla tuotiin kansainvälisyyttä opinnäytetyöhön. Lähteissä käytettiin myös kirjallisuutta muista hoitotyön osa-alueista, koska näitä teoksia pystyttiin soveltamaan astmapotilaan ohjaukseen.

Tutkimuksen alkuvaiheessa laadittiin tutkimussuunnitelma, jossa käsiteltiin tutkimuksen runko pelkistetyssä muodossa. Tämä sisälsi opinnäytetyön tarkoituksen, tehtävät ja tavoitteet sekä tiivistettynä aiemman tiedon astmapotilaan omahoidon ohjauksesta. Tämän perusteella saatiin tutkimuslupa.

Haastattelun teemat olivat tutkimusaiheeseen sopivia ja saadut vastaukset olivat kattavia, vaikka tämä oli ensimmäinen tekemämme tutkimus. Molemmat tutkijat olivat haastatteluissa mukana, jolloin toinen pystyi keskittymään nauhurin käyttöön ja tarvittaessa esittämään lisäkysymyksiä. Koko tutkimusaineisto nauhoitettiin. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että haastateltavat olivat jo aiemmin työskennelleet astmapotilaiden parissa. Näin pystyttiin varmistamaan, että heillä oli riittävästi tietoa ja kokemusta aiheesta.

Tutkimukseen osallistui kolme sairaanhoitajaa, vaikka tutkijat toivoivat neljää osallistujaa. Näistä yhden oli tarkoitus olla koehaastateltava. Tämän puuttuessa tutkijat testasivat haastattelukysymyksiä toisillaan sekä ulkopuolisilla henkilöillä, jonka jälkeen niitä muokattiin. Opinnäytetyön tutkimustulosten tulkinnassa huomioitiin kaikki haastattelut, koska näin tuloksista saatiin luotettavimmat ja kattavimmat.

Tutkijoiden olisi ollut hyvä kysyä haastateltavilta enemmän tarkentavia kysymyksiä, sillä tuloksia analysoitaessa ilmeni joitain epäselviä asioita, joita tutkijat joutuivat myöhemmin tarkentamaan kyseessä olevalta yksiköltä. Nämä asiat saatiin myöhemmin selvitettyä. Tutkijat eivät osanneet kysyä tarpeeksi

tarkentavia kysymyksiä, koska heillä ei ollut potilashaastatteluja lukuun ottamatta aiempaa tutkimuskokemusta.

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tämä valittiin, koska se oli selkein ja yksinkertaisin aloitteleville tutkijoille. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi ymmärrys ja mielenkiinto valittua analyysimuotoa kohtaan. Tutkijoilla ei kuitenkaan voitu olettaa olevan ymmärrystä ja tietoa muita analyysimuotoja kohtaan, sillä opinnoissa painotettiin tätä analyysimuotoa.

Tutkimuksen tiedonantajat ja työelämätaho saivat lukea opinnäytetyön ennen julkaistamista. Tällöin he pystyivät esittämään parannusehdotuksia ja tutkittavat saivat testata anonymiteettinsä. Luotettavuutta lisäävät myös opponenttien kommentit ja parannusehdotukset työstä. Lisäksi ulkopuoliset henkilöt lukivat teoriaosuutta, jolloin tutkimus sai laajemman näkökulman.

Yhteistyötä tehtiin opponenttien, opettajan ja työelämätahon kanssa koko tutkimusprosessin ajan. Kävimme opettajan ohjauksessa säännöllisesti, jolloin opinnäytetyön eteneminen sujui määrätietoisesti. Työelämätahon kanssa pidettiin kaksi työelämäpalaveria, koska heidän tarve tutkimukselle oli epäselvä. Opinnäytetyötä kirjoitettiin lähes koko ajan yhdessä. Tutkijoiden kirjoitettua työtä tahoillaan, kirjoitus tarkastettiin tämän jälkeen yhdessä, jolloin työstä saatiin yhdenmukainen ja luotettava.

9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät ohjausmenetelmänä ainoastaan yksilöohjausta. Tuloksista ei selviä, onko heillä mahdollisuus toteuttaa muunlaista ohjausta, kuten ryhmäohjausta. Tutkijat eivät huomanneet kysyä tätä asiaa haastatteluja tehdessään. Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia sairaanhoitajien kokemuksia ryhmäohjauksesta ja valmiuksia toteuttaa ryhmäohjausta kyseessä olevalla osastolla.

Astmapotilaat, jotka ovat osallistuneet ryhmäohjaukseen, kokivat sairauteen liittyvät haitat ja oireet huomattavasti pienemmiksi kuin muunlaista ohjausta saaneet. He myös käyttivät päivystyskäyntejä vähemmän, koska ryhmäohjaus vahvisti heidän itsetuntoa sekä sairauden hallitsemisen tunnetta. (Brotherus, Hänninen, Illikainen, Kamula, Kerälä, Leinonen, Nisula-Tauriainen & Teirikangas 2006, 86.) Myös Höltän (2004, 26–33) tutkimuksen mukaan potilaat hyötyivät ryhmäohjauksesta lääkehoidon ja omahoidon osalta sekä kokivat saavansa riittävästi tietoa sairaudestaan. Kehittämisehdotuksena on ryhmäohjausten käyttäminen astmapotilaiden ohjauksessa, koska edellä mainittujen tutkimusten mukaan potilaat olivat hyötynyt tästä ohjausmenetelmästä.

Tutkimustulosten mukaan aikuisilla astmapotilailla perheenjäsenet osallistuivat harvoin potilasohjaukseen. Sairanhoitajat suosittelivat läheisen osallistumista hoidon ohjaukseen. Perheenjäsenen osallistuminen ohjaustilanteeseen etenkin pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan kohdalla on tärkeää. Perheen sitoutuminen yhdessä laadittuihin tavoitteisiin parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. (Kiuttu & Väisänen 2000, 2409–2410.)

Åstedt-Kurki & Paavilainen (1999) toteavat, että perheet tarvitsevat tukea silloin, kun niiden jäsen sairastuu. Perheen tunteminen on tärkeää, jotta hoitohenkilökunta osaa vastata oikealla tavalla heidän avuntarpeeseen. Tarvitsemansa informaation saamiseksi, heillä tulee olla mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan kanssa. Perheet tai läheiset, jotka eivät koe

keskustelua sairaanhoitajan kanssa tarpeelliseksi, saavat tarvitsemansa tiedon potilaalta. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 326–327.)

Potilaan perhetausta huomioitiin vähäisesti ohjaustilanteessa. Tutkimustulos oli yllättävä, sillä työelämätaho korosti työssään perhekeskeisyyden periaatetta. Paavilaisen (2010, 4) mukaan ohjaus on vaikuttavampaa, kun otetaan koko perhe huomioon. Aikuisen potilaan ohjaustilanteessa on tärkeää, että koko perhe on tietoinen tupakoinnin ja allergeenien vaikutuksesta astman hoitoon. Kehittämisehdotuksena on perheen kannustaminen hoidon ohjaukseen osallistumiseen, etenkin osaston painottaessa perhekeskeisyyttä.

Tutkijat olettavat, että aikuispotilaiden puoliset eivät koe merkittäväksi osallistumistaan hoidon ohjaukseen. Omaiset eivät ymmärrä, kuinka tärkeää on myös aikuisen potilaan kohdalla tietää, millainen sairaus on kyseessä ja mikä aiheuttaa pahenemisvaiheet. Potilaalle tuo turvallisuuden tunnetta, jos omainen tietää, kuinka toimia astmakohtauksen aikana. Potilaat ja heidän omaiset eivät ole ehkä ajatelleet, miten paljon yhdellä ohjaukseralla annetaan uutta tietoa. Tämän vuoksi läheisen on hyvä osallistua ohjaukseen.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat korostivat potilaille oikeanlaisen PEF-mittaustekniikan hallitsemista. Sairanhoitajat kokivat tarpeelliseksi tarkastaa jokaisella ohjaukseralla potilailta, että he hallitsevat oikean tekniikan. Jartin ja Vannon (2010, 1332) artikkelin mukaan potilaiden tulee ymmärtää PEF-arvojen vaihteluiden merkitys sekä tunnistaa sairauden pahenemisvaiheiden oireet.

Huolellinen ohjaus PEF-mittausten suorittamiseen on olennaista. Potilaat tarvitsevat selkeät sekä demonstroidut ohjeet. (Jartti & Vanto 2010, 1331.) Ohjaukseen tulee sisältyä harjoittelua, jolloin on mahdollisuus harjoittaa motorisia taitoja valvotusti (Heinola ym. 2006, 58). Höltän (2004, 26) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli oma PEF-mittari, tiesivät astmasta sairautena paremmin kuin ne, joilla ei ollut omaa mittaria. Opinnäytetyön tulosten mukaan sairauden alkuvaiheessa potilaita kehoitettiin ostamaan oma PEF-mittari. Sairauden alkuvaiheessa korostettiin PEF-puhallusten tärkeyttä, koska oikein tehty mittaus auttaa säätelemään lääkitystä.

Astman omahoitoon sisältyi sekä lääke- että lääkkeetön hoito. Näitä asioita käsiteltiin jokaisessa potilasohjauksessa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Ohjauksen tulee olla tavoitteellista, jolloin potilaan toiveet ja hoidon tarpeet ovat huomioitu. Onnistuneen hoidon kannalta sairaanhoitajan on selvitettävä potilaan ja hänen perheen voimavarat sairauden omahoitoon. (Hankonen ym. 2006, 27.) Sairaanhoitajat selvittivät potilaan tiedot astmasta ja toteuttivat ohjauksen tämän mukaisesti. Ohjausta ei valmisteltu etukäteen, vaan se toteutettiin jokaiselle saman rungon mukaan ottaen huomioon potilaan yksilöllisyyden. Jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä saamastaan ohjauksesta kyseisessä yksikössä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien antamaa omahoidon ohjausta astmapotilaalle perhekeskeisyyden, yksilöllisyyden ja omatoimisuuden näkökulmista. Opinnäytetyön teoriaosassa sekä tutkimustuloksissa kuvailtiin kattavasti astmapotilaan omahoidon ohjausta sairaanhoitajan toteuttamana. Opinnäytetyössä näkyy valitut hoitotyön periaatteet niin sanottuna punaisena lankana.

Opinnäytetyön tutkimustehtävinä olivat, minkälaista ohjausta astmapotilaat saivat omatoimiseen sairautensa hoitoon, kuinka potilaan yksilöllisyys ja perhekeskeisyys huomioitiin astman hoidon ohjauksessa sekä minkälaisiksi sairaanhoitajat kuvailivat hyvän astmapotilaan ohjauksen. Opinnäytetyön tutkimustehtäviin saadut vastaukset olivat tarpeeksi laajoja sekä tutkimuksen viitekehyksen omaavia. Tutkijat yllättyivät perhekeskeisyys-periaatteen vähäisestä ilmenemisestä tutkimusaineistossa sairaanhoitajien korostaessa yksilöllisyyttä ja omatoimisuutta astmapotilaan ohjauksessa. Vastaukset olivat kattavia, mutta tutkijat olisivat voineet kysyä enemmän perhekeskeisyyteen liittyviä kysymyksiä, sillä työelämätaho korosti perheen merkitystä astman hoidon ohjauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa erään yliopistollisen sairaalan yksikön sairaanhoitajille astmapotilaan omahoidon perhekeskeiseen ja yksilölliseen ohjaukseen ja tätä kautta antaa heille ehdotus yhdenmukaiseen potilasohjaukseen. Tutkimustulokset olivat kattavia ja tutkimuksen tavoitteita vastaavia. Tuloksista tehtiin tutkimuskohteena olevalle osastolle selkeä sekä

yksinkertainen ehdotus astmapotilaan ohjaukseen. (Liite 5.) Tulosten mukaan sairaanhoitajien antama astmapotilaan ohjaus oli suhteellisen yhtenevää. Tutkimusaineistoksi haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa. Haastatteluiden vähäisyyden vuoksi ei suoranaisesti voida sanoa ohjauksen olevan yhdenmukaista.

LÄHTEET

Brotherus, R., Hänninen, K., Illikainen, L., Kamula, J., Kerälä, K., Leinonen, R., Nisula-Tauriainen, M. & Teirikangas, T. 2006. Ohjausta ryhmässä. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu 4/2006.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association 2003. Astma: maailmanlaajuinen terveysongelma. Julkilausuma astmasta. Julkaistu 2003. Luettu 29.4.2010. www.efanet.org.

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista/785, 2:3 §, 2. artikla - Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Helsinki: Suomen oikeusministeriö. Julkaistu 17.8.1992. Luettu 12.4.2010. www.finlex.fi.

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista/785, 2:5 §, 1. ja 2. artikla - Potilaan tiedonsaantioikeus. Helsinki: Suomen oikeusministeriö. Julkaistu 17.8.1992. Luettu 19.4.2010. www.finlex.fi.

Francis, Caia 2006. Respiratory care. 1. painos. Oxford: Blackwell.

Haahtela, T., Stenius-Aarniala, B., Lahdensuo A. & Laitinen, L. A. 1999. Aikuisten astma. Teoksessa Haahtela, T., Hannuksela, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Haahtela, T., Stenius-Aarniala, B. & Laitinen, L. A. 2005. Astma. Teoksessa Kinnula, V., Brander, P. E. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Haahtela, T., von Hertzen, L., Mäkelä, M. & Hannuksela, M. 2008. Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018 – aika muuttaa suuntaa. Luettu 10.5.2010. Suomen lääkärilehti 14/2008. www.laakarilehti.fi

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu 4/2006.

Heinola, K., Koivurova, T., Niskasaari, M., Rantala, A., Sulasalmi, S., Tokola, S. & Tähtinen, T. 2006. Taitojen oppiminen/ demonstrointi. Teoksessa potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu 4/2006.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hölttä, R. 2004. Astmapotilaiden tiedonsaanti ja kokemukset ohjauksesta. Teoksessa Hupli, M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Julkaisuja A45/2004.
- Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S-L. 1991. Kehittyvä hoitotyö. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Jartti, T. & Vanto, T. 2010. Astmapotilaan on tärkeää tietää oma paras PEF-arvonsa. Luettu 4.2.2011. Suomen Lääkärilehti 15/2010. www.laakarilehti.fi
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki:WSOY.
- Kinnula, V. & Kallanranta, T. 2005. Keuhkopotilaan kuntoutus. Teoksessa Kinnula, V., Brander, P. E. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Kiuttu, J. & Väisänen, E. 2000. Teema: Perhelääketiede. Perhelääkärin työskentelymallit ja yhteistyö. Luettu 3.2.2011. Duodecim 21/2000. www.duodecimlehti.fi
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidaja 10/2006.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5/2005.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kytölä, A. 2001. Astman ohjattu omahoito – Kysely ikääntyville astmaa sairastaville potilaille. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Laitinen, L. A., Stenius-Aarniala, B. & Haahtela, T. 2000. Astma. Teoksessa Kinnula, V., Laitinen L.A. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Laitinen, A. & Laitinen, L. A. 2005. Keuhkojen anatomia ja histologia. Teoksessa Kinnula, V., Brander, P. E. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Laitinen, L. A. & Räsänen M. 2000. Mitä astma on? Onko minulla astma? Teoksessa Laitinen, L. A., Juntunen-Backam, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. 1. painos. Helsinki: Duodecim & Hengitysliitto Heli ry.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S &

- Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukana olo – substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Porvoo: WSOY.
- Nurminen, M-L. 2007. Lääkehoito. 7-8.painos. Helsinki: WSOY.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidaja 10/2006.
- Paavilainen, E. 2010. Hyvä perhekeskeinen päiväkirurginen hoito. Tampereen yliopisto. Luento. Julkaistu 29.01.2010. Luettu 06.04.2010. www.uta.fi/laitokset/hoito.
- Piirilä, P. & Sovijärvi, A.R.A. 2000. Astman toteaminen. Teoksessa Laitinen, L. A., Juntunen-Backam, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. 1. painos. Helsinki: Duodecim & Hengityslitto Heli ry.
- Potilashaastattelut. 2010. Haastattelut 27.5.2010. Haastattelijat Holopainen, H. & Nurminen, M. Hengityslitto ry.
- Stenman, P. & Toljamo, M. 2001. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry. Hoitotiede 1/2002.
- Suomen kätilöliitto. 2004. Laatuä kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Julkaistu 08.06.2004. Luettu 06.04.2010. www.suomenkatiloliitto.fi.
- The global initiative for asthma. 2007. You can control your asthma. United states of America: National institutes of health. Luettu 14.3.2010. www.ginasthma.com
- Tilastokeskus. 2006. Perhe. Luettu 7.4.2010. www.stat.fi.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuori- Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2005. Ihmisen hyvä – Etiikka lähihoitotyössä. 1-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. 1. painos. WSOY: Porvoo.

LIITE 1

TAULUKKO 5. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset.

Sukunimi ja vuosi, työn nimi, työn luonne	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kytölä (2001)</p> <p>Astman ohjattu omahoito – kysely ikääntyville astmaa sairastaville potilaille</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p> <p>Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää astman ohjattua omahoitoa ja keuhkosairauksien poliklinikalla saatua ohjausta ikääntyvien astmaa sairastavien potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Tutkimustehtävinä oli tutkia potilaiden näkökulmasta: Ikääntyvien astmaa sairastavien potilaiden astman omahoitoa ja ikääntyvien astmaa sairastavien potilaiden saamaa ohjausta.</p> <p>Tavoitteena oli saada tietoa ikääntyvien astmapotilaiden omahoidon ohjauksesta ja siihen vaikuttavista asioista.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Tampereen yliopistollisen keskussairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla käyneille astmaa sairastaville. (n=200)</p> <p>Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimustulokset saatiin, että astman ohjattua omahoitoa tukee ikääntyvillä astmaa sairastavilla oman voinnin tunteminen, omahoidon tarkoituksen ymmärtäminen sekä kannustava, yksilöllinen ja säännöllinen ohjaus.</p>
<p>Hölttä (2004)</p> <p>Astmapotilaiden tiedonsaanti ja kokemukset ohjauksesta</p> <p>Tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää astmaa sairastavien potilaiden kokemuksia Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkosairauksien</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella heti ryhmäohjauksen toteuduttua astmapotilaita (n=577).</p>	<p>Tutkimuksen avulla saatiin tietoa keuhkosairauksien poliklinikalla järjestetystä astmapotilaiden ohjauksesta.</p>

<p>Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos</p>	<p>poliklinikalla saadusta ryhmäohjauksesta. Lisäksi</p> <p>tarkoituksena oli kuvailla sekä selvittää saavatko ryhmäohjauksessa olleet astmapotilaat tietoa astmasta sairautena, sen lääkehoidosta sekä astman omahoidosta ja kuvailla potilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta.</p> <p>Tutkimuskysymyksiä ei ollut selkeästi määritelty.</p> <p>Tavoitteena oli, että ryhmäohjaus lisäisi astmaa sairastavien potilaiden tiedollisia valmiuksia, siten että astmaatikko selviytyisi omasta hoidostaan muuttuvissa tilanteissa.</p>		<p>Tutkimustulokset kuvaavat potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia ryhmäohjaustilanteessa. Tulosten perusteella ryhmäohjausta voidaan kehittää edelleen.</p>
<p>Kääriäinen (2007)</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja</p> <p>Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos</p>	<p>Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla sekä selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjauskäsite ja testata käsitteen rakenne.</p>	<p>Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin postikyselynä Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (n = 844) ja hoitohenkilöstöltä (n = 916).</p> <p>Aineisto analysoitiin perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.</p>

		<p>Toisessa vaiheessa ohjaus-käsite määriteltiin käsiteanalyysillä.</p> <p>Aineisto kerättiin Medline-, Cinahl- ja Medictietokannoista (n = 32) ja käsihakuina yleisteoksista (n = 6).</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	
<p>Stenman & Toljamo (2001)</p> <p>Astmapotilaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana</p> <p>Julkaisu</p> <p>Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus: Oli kuvailla astmapotilaan ohjausta ja astmapotilaiden hoitoon sitoutumista tietyillä hoidon osa-alueilla astmaa sairastavien näkökulmasta.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <p>Millä tavoin astmapotilaan ohjaus toteutuu astmapotilaiden arvioimana?</p> <p>Miten astmapotilaat ovat sitoutuneet toteuttamaan hoitoa tietyillä hoidon osa-alueilla?</p> <p>Tavoiteena oli tehdä selvitys astmapotilaiden ohjauksesta sekä</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä (n=95).</p> <p>Aineisto analyysi tehtiin Windowsin SPSS-ohjelmalla, jossa käytettiin ristiintaulukointi- ja kiihin neliötesti tilastollisessa päättelyssämenetelmiä.</p>	<p>Emotionaalinen tukeminen ohjaustilanteissa on keskeinen haaste. Lisäksi haasteita ohjaukseen antaa hoidon jatkuvuuden säilyminen. Vastaajat eivät pitäneet omaisten osallistumista tärkeänä ohjaukseen.</p> <p>Tutkimus osoitti, että suurinosa vastanneista käytti lääkkeitään säännöllisesti, 2/3 oli hankkinut PEF-mittarin itselleen, 1/10 kertoi tupakoivansa ja 1/5 oli lemmikkieläimi</p>

	astaman hoidon sitoutumisesta astmapotilaiden näkökulmasta.		ä.
<p>Lehto (2004)</p> <p>Jaettu mukana olo – substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa</p> <p>Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen lapsen ollessa sairaalassa.</p> <p>Tutkimuskysykset:</p> <p>Mitkä käsitteet kuvaavat vanhempien osallistumista lapsensa hoitamiseen sairaalassa? Miten käsitteet ovat suhteessa toisiinsa? Millainen substantiivinen teoria muodostuu suhteessa vanhempien osallistumiseen lapsensa hoitamiseen sairaalassa?</p> <p>Tavoitteena oli kuvata sitä, mitä vanhempien osallistuminen lapsensa hoitamisessa lapsen ollessa sairaalassa on, miten osallistuminen ilmenee ja millainen käytännön teoria vanhempien osallistumisesta</p>	<p>Lähestymistavaltaan väitöskirja on laadullinen ja perustuu grounded theory-metodologiaan.</p> <p>Tutkimuksen tiedonantajina olivat vanhemmat (n=48) ja sairaanhoitajat (n=53). Lisäksi aineistona käytettiin kirjallisuus esseitä.</p> <p>Aineisto analysoitiin koodaamalla, tunnistamalla alakategoriat, kategoriat ja yläkategoriat ja niiden väliset suhteet sekä muodostamalla substantiivinen teoria ydinkategorian ympärille.</p>	<p>Tutkimuksen avulla saatua tietoa vanhempien osallistumisesta a lapsensa hoitamisesta sairaalassa voidaan hyödyntää perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä kehittäessä systemaattisesti lastenhoitotyötä, hoitotyön käytäntöä sekä hoitotyön koulutusta perhehoitotyön näkökulmasta perhehoitotieteen tietoon perustuen.</p>

	sairaalassa muodostetaan.		
--	------------------------------	--	--

LIITE 2

ARVOISA VASTAAJA

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä Teille aiheesta Astmapotilaan ohjauksen yhdenmukaistaminen. Työn tarkoituksena on kuvata, millaista sairaanhoitajien antama omahoidon ohjaus on astmapotilaille yksikössänne tällä hetkellä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajille astmapotilaan omahoidon perhekeskeiseen ja yksilölliseen ohjaukseen. Lopputuloksena on antaa Teille kriteerit yhdenmukaiseen potilasohjaukseen. Opinnäytetyömme valmistumisajankohta on keväällä 2011.

Haluaisimme haastatella yksiköstänne neljää (4) sairaanhoitajaa, joista yhtä (1) käytämme koehaastatteluna. Toiveenamme on saada haastatella sairaanhoitajia, joista jokainen on tullut tähän yksikköön eri hoitotyön osa-alueelta. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa elo-syyskuun aikana 2010.

Toivomme haastatteluun osallistuvilta sairaanhoitajilta yhteydenottoa sähköpostitse alla olevaan sähköpostiosoitteeseen, jolloin voimme sopia tarkemmasta haastatteluajataulusta.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Saamamme aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja haastateltavat pysyvät anonyymeina. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Kiitämme vaivannäöstänne etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Hanna-Riikka Holopainen
hanna-riikka.holopainen@piramk.fi

Marika Nurminen

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1.Perhekeskeisyys potilasohjauksessa

- Miten määrittelet perhekeskeisyyden hoitotyössä?
- Miten se näkyy astmapotilaan omahoidon ohjauksessa?
- Miten otatte astmapotilaan perhetaustan huomioon ohjausta suunniteltaessa?

Lisäkysymys

- Miten aktiivisesti omaiset/läheiset osallistuvat ohjaukseen?

2.Yksilöllisyys ohjaustilanteessa

- Millä tavoin määrittelette yksilöllisyyden?
- Kuinka se näkyy astman omahoidon ohjauksessa?

3.Omatoimisuus astman omahoidossa

- Miten määrittelette potilaan omatoimisuuden?
- Millä tavoin se näkyy potilasohjauksessa?
- Millä tavoin ohjaat potilaalle seuraavia asioita?

- ✓ Lääkehoito
- ✓ Lääkkeetön hoito
- ✓ PEF-mittaukset

Lisäkysymys

- Käytätkö havaintomateriaalia? Esim. astmapiippu jne.

4.Potilasohjaus

- Kuvailkaa astmapotilaan ohjauksen vaihteita? (jokaista vaihetta voi tarkentaa)
- Kuvailkaa astmapotilaan omahoidon ohjauksessa käytettäviä ohjausmenetelmiä?
- Mitä ohjausmenetelmiä käytät? Minkä takia käytät tiettyä ohjausmenetelmää?
- Mitä kehittämistarpeita astman omahoidon ohjauksessa on?
- Minkä vuoksi?

Lisäkysymys

- Kuinka huomioit potilaan yksilöllisen oppimistavan ohjaustilannetta suunniteltaessa?

YKSILÖLLINEN, PERHEKESKEINEN SEKÄ KANNUSTAVA OHJAUS ASTMAN OMAHOITON

- KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA YHTENÄISET ASIAT
POTILASOHJAUKSESSA

Kehittämisehdotukset

- ✓ Yksilöohjauksen lisänä mahdollisesti ryhmäohjaus
- ✓ Kannustaminen perhettä osallistumaan hoidon ohjaukseen
- ✓ Ohjauksen suunnitteleminen etukäteen
- ✓ Mahdollisimman paljon ohjaukset samalla sairaanhoitajalla

Yhtenäiset asiat

- ✓ Ohjausta ei suunniteltu etukäteen
- ✓ PEF-mittauksen tärkeyttä korostettiin
- ✓ PEF-mittauksia demonstroitiin
- ✓ Varmistettiin oikean PEF-mittaustekniikan hallitseminen
- ✓ Ohjattiin lääkityksen säännöstely PEF-arvojen mukaisesti
- ✓ Yksilöllinen lääkehoidon ohjaus
- ✓ Demonstroitiin oikea inhalaatiotekniikka
- ✓ Varmistettiin oikean inhalaatiotekniikan hallitseminen
- ✓ Lääkkeetön hoito ohjattiin yksilöllisesti
- ✓ Perhetausta huomioitiin allergeeneihin liittyen, esimerkiksi tupakointi ja kotieläimet
- ✓ Yhteistyötahojen oppaita käytettiin ohjauksessa
- ✓ Potilasta motivoitiin omatoimiseen sairauden hoitoon
- ✓ Säännölliset ohjaukset kolmen kuukauden välein