

KEUHKOAHTAUMAA SAIRASTAVIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDOSTA JA ERI TIEDONSAANTIKANAVISTA

Nietula Mari

Siniluoto Katja

Opinnäytetyö

Kevät 2012

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Oulaisten yksikkö

**KEUHKOAHTAUMAA SAIRASTAVIEN KOKEMUKSIA
LÄÄKEHOIDOSTA JA ERI TIEDONSAANTIKANAVISTA**

Nietula Mari, Siniluoto Katja. Keuhkohtaumaa sairastavien kokemuksia lääkehoidosta ja eri tiedonsaantikanavista. 2012. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Terveysalan Oulaisten yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. 47 sivua (1 liite).

Avainsanat: Keuhkohtaumatauti, keuhkohtaumataudin lääkehoito, potilasohjaus

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää keuhkohtaumatautia sairastavien kokemuksia lääkehoidosta sekä heidän käyttämistään eri tiedonsaantikanavista.

Olemme käyttäneet tutkimuksessamme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineiston keräsimme Internetissä keskustelupalstan avulla. Tutkimusaineiston analysoimme aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tutkimustulostemme mukaan keuhkohtaumatautipotilaiden kokemukset lääkehoidosta vaihtelivat laajalti. Vastauksista ei noussut yhtä selkeää seikkaa, johon vastaajat olisivat tietoa etsineet. Vastauksista nousi esille potilasohjauksen laadun vaihtelu. Eri tiedonsaantikanavista terveydenhuollon ammattilaisten antamaa tietoa ja ohjausta pidettiin tärkeimpänä sekä eniten luottamusta herättävänä.

Opinnäytetyöstämme terveydenhuoltoalan ammattilaiset saavat tukea ja motivaatiota moniammatilliseen sekä kokonaisvaltaiseen keuhkohtaumatautipotilaan ohjaukseen. Kattavalla potilasohjauksella vältämme sairauden vähättelyn, ehkäisemme taudin etenemistä ja minimoimme lääkehoidon riskitekijät.

Nietula Mari, Siniluoto Katja. Chronic obstructive pulmonary disease sufferers experiences of the medical treatment and different information channels. 2012. Oulu University of Applied Sciences, Oulainen Department of Health Care. Nurse Education. Bachelor's Thesis. 47 pages (1 appendix).

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Medical treatment of COPD, Patient guidance

ABSTRACT

Our study was to identify experiences of COPD patients with medical treatment and different information channels they use.

.

We have used qualitative research methods in our study. The research material was gathered on the Internet through chat site. The research material was analyzed by inductive content analysis.

The results showed that experiences of medical treatment received by COPD patients varied widely. The responses did not show up one clear fact to which the defendants would have been looking for information. The answers showed up quality variation on patient guidance. From the various channels of information, information and guidance given by the healthcare professionals was considered the most important and most trustworthy.

Health care professionals will receive support and motivation of this thesis on a multi-professional and comprehensive COPD patient guidance. With comprehensive patient-control we avoid underestimating the disease, by preventing disease progression, and reducing risk factors of medical treatment.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	KEUHKOAHTAUMATAUTI.....	9
2.1	KEUHKOAHTAUMATAUDIN MÄÄRITELMÄ.....	9
2.2	TAUDINKUVA JA TOTEAMINEN.....	11
2.3	KEUHKOAHTAUMATAUDIN TOTEAMISEEN JA ETENE- MISTÄ SELVITTÄVÄT TUTKIMUKSET.....	13
3	KEUHKOAHTAUMATAUDIN HOITO.....	15
3.1	KEUHKOAHTAUMATAUDIN LÄÄKEHOITO.....	15
3.2	PAHENEMISVAIHEEN HOITO.....	17
3.3	KOTIHAPPIHOITO.....	19
3.4	MUUT ITSEHOITO- JA AUTTAMISMENETELMÄT.....	19
3.5	TUPAKASTA VIEROITUS.....	21
4	POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	23
4.1	KEUHKOAHTAUMAPOTILAAN LÄÄKEHOIDONOHJAUS.....	24
4.2	HOITOKETJU.....	24
4.3	TIEDONSAANTIKANAVAT.....	25
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	26
6	TUTKIMUSMETODOLOGIA.....	27
6.1	KVALITATIIVINEN TUTKIMUS.....	27
6.2	TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVIEN VALINTA.....	27
6.3	AVOIN KYSELY AINEISTONKERUU MENETELMÄNÄ.....	28
6.4	AINEISTON ANALYSOINTI.....	28
7	KEUHKOAHTAUMAA SAIRASTAVIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDOSTA JA ERI TIEDONSAANTIKANAVISTA.....	32
7.1	KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN LÄÄKEHOIDON OHJAUS.....	32
7.1.1	LÄÄKEHOITO.....	34
7.1.2	MUUT ITSEHOITO JA AUTTAMISMENETELMÄT.....	35
7.1.3	TUPAKASTA VIEROITUS.....	35
7.1.4	SEURANTA JA KONTROLLIT.....	36
7.2	TIEDONSAANTI KANAVAT.....	36

8 POHDINTA	38
8.1 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA.....	38
8.2 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	40
8.3 OPPIMISKOKEMUKSET JA JATKOTUTKIMUS IDEAT	41
LÄHTEET.....	43
LIITTEET.....	47

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on keuhkohtaumatauti ja sen lääkehoito. Työmme aihe nousi esille keväällä 2011 Oulun seudun ammattikorkeakoulun (OAMK) Oulaisten yksikössä. Koulullamme oli tuolloin järjestetty sisätautikirurgisesti suuntautuville sairaanhoitajille lähikontaktipäivä, jossa esiteltiin keuhkohtaumatautia, näyttöön perustuvaa keuhkohtaumapotilaan ohjausmallia ja keuhkohtaumapotilaan lääkehoitoa. Lähikontaktipäivän olivat järjestäneet Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE sekä Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto-projekti VeTe yhteistyössä. Paikalla oli Hengitysliitto Heli ry:n edustaja kertomassa liitosta ja sen toiminnasta.

Keuhkohtaumatauti on tulevaisuudessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy vuoteen 2030 mennessä WHO:n tutkimusten mukaan (WHO, Chronic obstructive pulmonary disease, hakupäivä 18.11.2011). Koemme, että opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen sairauden rajun kasvun vuoksi. Aiheemme on rajautunut luonnollisesta syystä COPD:hen ja sen hoitoon, koska COPD:tä ei voida parantaa, vaan taudin etenemistä voidaan hidastaa ainoastaan terveellisillä elämäntavoilla sekä lääkehoidolla (Iivanainen ym. 2006, 387). Viitekehyksemme muodostuu keuhkohtaumataudin määritelmästä, hoitamisesta ja potilasohjauksesta. Asiasanat työssämme ovat keuhkohtaumatauti, keuhkohtaumataudin lääkehoito ja potilasohjaus.

Tutkimuksessamme olemme selvittäneet Hengitysliitto Heli ry:n ylläpitämien Internet-sivustojen keskustelupalstan avulla keskusteluavauksen kautta keuhkohtaumatautia sairastavan ihmisen kokemuksia lääkehoidon toteutumisesta potilaan näkökulmasta. Lisäksi selvitimme, mistä keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset ovat tietoa etsineet ja saaneet. Tutkimusmetodina käytimme laadullista lähestymistapaa ja tutkimusaineistoa käsitelimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tavoitteenamme oli tämän työn myötä tuottaa tietoa keuhkohtaumataudin lääkehoidosta sekä eri tiedonsaantilähteistä tai niiden puutteesta. Näiden ongelmakohtien esilletuomisen kautta hoitotyön ammattilainen pystyy paremmin ohjaamaan asiakasta oikeanlai-

seen keuhkohtaumataudin lääkehoitoon. Tietoa tulee myös keuhkohtaumataudin tiedonsaannin mahdollisuuksista tai sen puutteesta. Konkreettisesti kehitämme hoitotyötä sekä ohjauksen laatua ja tasoa.

2 KEUHKOAHTAUMATAUTI

Eri tutkimusten mukaan 10-13 % miehistä ja 3-5 % naisista sairastaa keuhkohtaumatautia. Pitkän tupakointitaustan omaava pitää oireitaan tupakkayskänä, vaikka kyse onkin jo keuhkohtaumataudista. Nuorena aloitettu, pitkään jatkunut massiivinen tupakointi on riskitekijä ja altistaa sairaudelle. Noin 90 prosenttiin tautitapauksista tupakointi on syynä sairastumiselle. Muilla tekijöillä on siis vain pieni merkitys sairastuvuudelle. Näitä muita tekijöitä ovat muun muassa atopia, alhainen syntymäpaino, lapsuusajan hengitystieinfektiot, sikiöajan altisteet, työympäristön altisteet ja geneettisen taustatekijän alfa 1- antitrypsiinin puutos. Keuhkohtaumataudin aiheuttamat muutokset keuhkoihin ovat parantumattomia, koska keuhkohtaumatauti tuhoaa keuhkojen rakennetta. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 385; Kinnula & Tukiainen 2005, 357.)

Keuhkohtaumatautia kutsutaan myös COPD nimellä, lyhenne tulee englanninkielen sanoista Chronic Obstructive Pulmonary Disease, tai suomenkielisenä lyhenteenä KAT (Iivanainen ym. 2006, 385). Käytämme työssämme lyhennettä COPD sen kansainvälisen merkityksen takia. COPD on tavallisimpia kansantautejamme. Jopa 400 000 suomalaisella on keuhkohtaumatauti lievätkin tautimuodot huomioiden. (Kinnula ym. 2005, 352.)

2.1 KEUHKOAHTAUMATAUDIN MÄÄRITELMÄ

Keuhkohtaumataudissa yhdistyy kolme tekijää: emfyseema eli keuhkojen laajentuma, krooninen keuhkoputken tulehdus sekä krooninen progressiivinen hengitysteiden ahtauma. Keuhkoputkentulehdus on krooninen kansainvälisten määritysten mukaan, mikäli henkilöllä on ollut yskää tai ysköksiä kahtena peräkkäisenä vuonna vähintään kolmen kuukauden ajan. Emfyseema tarkoittaa keuhkorakkula-alueen tuhoutumista. Tilanteessa, jossa astma on pois suljettu, ja potilaalla on pääosin palautumaton obstruktio (ahtauma), joka liittyy krooniseen ilmäteiden sairauteen, käytetään silloin kliinisessä työssä termiä keuhkohtaumatauti. (Kinnula ym. 2005, 353.)

Keuhkohtaumataudin kolmen yhdistävän tekijän vaikutuksesta kehittyy taudille ominainen hidastunut keuhkojen tyhjeneminen sekä pienentynyt maksimaalinen ulosvirtaus. Sairaus on tyypillisesti hitaasti etenevä ja odotettavissa olevaa elinikää lyhentävä sairaus. (Iivanainen ym. 2006, 385.)

COPD:ssä obstruktio rajoittaa uloshengityksen ilmavirtausta. Normaalisti uloshengityksessä ilman ulosvirtaus riippuu keuhkojen elastisesta palautumispainesta ja virtausvastuksesta. Obstruktiossa virtausvastus suurenee, jolloin maksimaalinen uloshengitysvirtaus pienenee ja käytetty uloshengitysvoima vaikuttaa vähemmän aikaa. Emfyseeman takia keuhkorakenne ja –putket veltostuvat, jolloin putkien sisäinen paine alenee nopeassa expiriumissa eli uloshengityksessä voimakkaasti samoin kuin virtaus alenee. Virtausvastuksen pienentämisessä obstruktioptilaat pyrkivät laajentamaan rintaontelon tilavuutta ja näin lisäämään myös lepo hengitystilavuutta. Vaikeassa tapauksessa rintakehä muuttuu tynnyrimäiseksi ja pallealihas on hengityksen aikana laakea. (Sovijärvi & Salorinne 2005, 44.)

Ahtautuneissa keuhkoissa alveoleissa olevasta ilmasta osa saattaa poistua normaalia hitaammin, osa saattaa jäädä osittain tai pysyvästi sulkeutuneiden ilmäteiden taakse. Ilmiö johtaa nopeassa hengityksessä vitaalikapasiteetin eli suurimman uloshengitettävän ilman määrän vähenemiseen. COPD potilailla voi olla ns. ansailmaa jopa 4-5 litraa. Obstruktio aiheuttaa sen, että hengityksen ulosvirtaus ei voi normaalisti kasvaa rasituksen myötä ventilaatiotarvetta vastaavaksi. Kompensoidakseen tilannetta, hengitys siirtyy normaalia suuremmalle keuhkotilavuustasolle, ja hengitykseen joudutaan käyttämään enemmän lihasvoimaa. (Sovijärvi ym. 2005, 45.)

Hengitystyön lisääntyessä hengitystenlihasten hapenkulutus kasvaa yli 10-kertaiseksi ja hengenahdistus pahenee. Epäedullinen hengitystekniikka ja obstruktion aiheuttamat muutokset hengitysteissä lisäävät ilmavirtauksen jakautumisen aina vain epätasaisemmin. Keuhkovaltimot supistuvat reflektorisesti huonosti ventiloituvilla alueilla eli fysiologisissa kuolleissa tiloissa hypoksiasta johtuen, ja tämä jälleen johtaa valtimoveren hypoksiaan. Jos alveolaarinen ventilaatiokyky vähenee voimakkaasti, osa hiilidioksidista alkaa kumuloitua eli kerääntyä elimistöön, ja valtimoveren hiilidioksidipitoisuus suurenee syntyen hiilidioksidiretentiota. Tämä on selvä merkki alveolaarisesta hypoventilaatiosta. Hypoventilaatio on sitä pahempi, mitä suurempi on veren hiilidioksidipitoisuus.

Hypoventilaatio ja tästä seuraava hyperkapnia saattavat aiheuttaa hengityksen säätelykeskuksen adaptaatiota eli mukautumista siten, että suurentuneen hiilidioksidipitoisuuden aiheuttama hengityskeskuksen stimulaatio heikkenee vähitellen. Alveolaariseen hypoventilaation liittyy aina myös alveolaarisen happiosapaineen lasku ja tätä kautta valtimoveren happiosapaineen madaltuminen eli hypoksemia. (Sovijärvi ym. 2005, 47–52)

2.2 TAUDINKUVA JA TOTEAMINEN

Statuslöydökset alkavassa keuhkohtaumataudissa eivät välttämättä poikkea normaalista. Jo riisuuntuessa tai puhuessa hengenahdistusta esiintyy pidemmälle edenneessä tautimuodossa, keuhkojen toiminta on heikentynyt tällöin jo noin kolmannesosaan normaalista. Hengenahdistuksen lisäksi limaneritys on lisääntynyt. Rintakehä saattaa olla tynnyrimäinen, hengitysfrekvenssi tihentynyt, hartiat ovat kohoasennossa ja hengitys tapahtuu huuliraosta, joka kompensoi kasaan painumista pienissä hengitysteissä. Pitkälle edenneessä taudissa hengitysäänet ovat hiljentyneet tai uloshengityksessä saattaa kuulua vinkumista ja sisäänhengityksestä rahinaa. Koska oireet progredioivat eli etenevät hitaasti, elimistö sopeutuu muuttuneeseen tilanteeseen hyvin ja ihminen ei tiedosta olevansa sairas. (Kinnula ym. 2005, 358.)

Keuhkorakkularakenteessa sekä hengitysteissä esiintyy tyypillisiä muutoksia keuhkohtaumataudissa. Näitä muutoksia ovat muun muassa limakalvon paksuuntuminen eli hypertrofioituminen, tulehdussolujen lisääntyminen ja limakalvonalaisen tukikudoksen paksuuntuminen. Keuhkojen happea ja hiilidioksidia vaihtava pinta-ala pienenee, kun keuhkorakkuloiden väliseinät häviävät. Keuhkohtaumataudissa hengitysteiden tulehdussolujen määrä on lisääntynyt ja on esitetty, että varsinkin pienten hengitysteiden tulehdus eli inflammaatio edistää ahtauman eli obstruktion kehittymistä. Vauriot keuhkoissa ovat suurelta osin pysyviä. (Kinnula ym. 2005, 356.)

COPD:ssä on kyse ventilaatiovajauksesta eli häiriöstä hiilidioksidin poistumisessa keuhkotuuletuksessa. Ventilaatiovajauksessa hiilidioksidia kertyy, mikä johtaa respiratoriseen asidoosiin eli elimistön happamoitumiseen. Jos respiratorinen asidoosi kestää kauan, se käynnistää munuaisten kompensoitumisreaktion asidoosia vastaan lisäämällä bikarbonaatin talteenottoa ja ammoniumionin eritystä. Valtimoveressä kiertää ylimäärä

bikarbonaatti-ioneja, jotka vähitellen diffundoituvat eli sekoittuvat myös keskushermoston reseptorisoluihin. Lisääntynyt bikarbonaattipitoisuus vähentää näiden reseptorisolujen happamuutta, jolloin reseptorisolu muuttuu vähemmän herkäksi vedyn vaikutukselle, minkä seurauksena valtimoveren hiilidioksidiosapaine nousee. Koska myös uloshengitysilman hiilidioksidipitoisuus on kohonnut, riittää elimistön tuottaman hiilidioksidin poistamiseksi tavallista vähäisempi alveolituuletus. Alveolituuletuksen väheneminen helpottaa hengenahdistusoiretta, mutta johtaa hypoksemiaan. Tajunnantaso on yhteydessä aivoselkäydinnesteen happamuuteen, joka puolestaan on yhteydessä verenhappamuuteen. (Vauhkonen 2006, 664, 674.)

COPD:lle on tyypillistä vähittäinen keuhkojen toiminnan ja hemodynaamiikan heikentyminen. Alveolien eli keuhkorakkuloiden joustavat, elastiset säikeet vähenevät, jolloin uloshengityksen aikana pienet keuhkoputket painuvat voimakkaasti kasaan. Keuhkolaa-jentuma saa aikaan hiussuoniston vähenemistä, joka taas osaltaan johtaa huonontuneeseen hapetukseen ja kudosten hapenpuutteeseen. COPD:n kehittyessä pitkälle myös hengityslihakset venyttyvät, esimerkiksi tärkein hengityslihakset pallea venyttyy keuhkojen liiallisesta ilmatäyteisyydestä johtuen ja sen normaali kupera muoto tasoittuu. Tämän seurauksena pallea ei voi toimia täydellä teholla. Monen eri tekijän vaikutuksesta keuhkoverenkierron vastus lisääntyy, joka johtaa oikean sydänpuoliskon kuormittumiseen ja sydänlihaksen paksuuntumiseen eli hypertrofiaan. Pitkälle edenneessä COPD:ssä muutoksia voidaan todeta myös hengityslihaksissa kuten pallealihaksien atrofiotumisena eli surkastumisena. (Iivanainen ym. 2006, 386.)

Jo mainitsemissamme COPD:lle tyypillisten oireiden lisäksi potilaat voivat kärsiä ajoittaisista veriysköksistä, toistuvista hengitystieinfektioista ja keuhkokuumeista sekä aamupäänsärystä, joka johtuu valtimoveren hiilidioksidiosapaineen noususta. Sentraalinen syanoosi ja sydämen oikean puolen vajaatoiminnan merkit liittyvät jo vaikeaan keuhko-
ahtaumatautiin. (Kinnula ym. 2005, 358.) Sydämen oikean puolen vajaatoiminnassa tyypilliset oireet ovat turvotukset etenkin nilkoissa ja sääriässä. Tämä turvotus johtuu nesteen kertymisestä kudoksiin. (Mustajoki 2010.)

Blue-blouter- ja pink-puffer-tyypit ovat keuhko-
ahtaumataudin kaksi jakavaa ääripäätä. Blue-blouter- potilas on yleensä reilusti ylipainoinen eli obeesi, häneltä erittyy voimakkaita ysköksiä ja hänellä on hypoventilaatiotaipumus eli alihapetus, mutta huonosta ha-

petuksesta huolimatta hän ei tiedosta hengenahdistusta. Verikaasuissa todetaan hypoksemia eli veren alhainen happipitoisuus sekä hyperkapnia eli veren kohonnut hiilidioksidipitoisuus. Lisäksi tavallinen löydös on sydämen oikean puolen pettämissen merkki. Pink-puffer- potilas kärsii tietoisesti voimakkaasta hengenahdistuksesta, lisäksi hän on laiha ja usein näivettänyt eli kakektinen. Verikaasuista todetaan hypoksemia eli hapenpuute, mutta hiilidioksidin kertymää ei yleensä esiinny. Pink-puffer-potilaalta ei ysköksiä erity. Käytännössä kuitenkin COPD potilaat sijoittuvat kahden edellä mainitsemamme muodon välille. (Kinnula ym. 2005, 358.)

2.3 KEUHKOAHTAUMATAUDIN TOTEAMISEEN JA ETENEMISTÄ SELVITTÄVÄT TUTKIMUKSET

Oireiden tiedostamattomuuden vuoksi lääkäriin hakeudutaan yleensä jo viivästyneesti. Oireet yhdistetään huonoon yleiskuntoon ja hengenahdistukseen, liikunnasta on jo osin luovuttu. Anamneesia muodostettaessa keskeisenä asiana on huomioitava potilaan tupakointitausta. Tupakoinnista tulee selvittää sen kesto, aste sekä nikotiiniriippuvuuden syvyys. Keuhkoauskultaatiossa eli kuuntelussa hengityssänet vaimenevat, inspiriumissa eli sisäänhengityksessä voi kuulua rahinoita ja ekspiriumissa eli uloshengityksessä voi kuulua vinkunaa. Uloshengityksen ilmavirtaus on heikentynyt. Inspektiossa eli potilaan tarkastelussa silmämääräisesti havaitaan tynnyrimäinen rintakehä emfyseeman vuoksi, hartiat ovat kohoasennossa vaikeutuneen hengitystyön vuoksi ja potilas hengittää huuli-raon kautta, sekä potilas voi olla syanoottinen eli sinertävä. Keuhkojen sormikoputtelussa eli perkussiossa keuhkot ovat ilmantäytteiset. Auskultaatiossa ilmantäyteisistä keuhkoista yleensä myös sydänäänet vaimenevat. (Iivanainen ym. 2006, 386; Vauhkonen 2006, 619.)

Erilaisilla keuhkofunktiokokeilla todetaan obstruktio eli hengenahdistus, ja diagnoosin tekeminen perustuu näihin tuloksiin. Huippuvirtausmittaus eli PEF-mittaus, tulee sanoista peak expiratory flow, on heikentynyt keuhkoahdistautipotilaalla. PEF-mittauksessa arvioidaan maksiminopeutta, jolla ilma virtaa ulos keuhkoista. Kuitenkin muista hengityselinsairauksista poiketen keuhkoahdistautipotilaalla ei PEF:issä havaita vuorokausivaihtelua. (Iivanainen ym. 2006, 386; Kinnula ym. 2005, 358.)

Toinen tärkeä keuhkojen toimintakoe on spirometria, jolla arvioidaan kuinka paljon ilmaa voit hengittää ulos ja kuinka nopeasti pystyt keuhkosi tyhjentämään. Spirometrian yhteydessä voidaan suorittaa bronkodilataatiokoe eli koe, jossa potilaalle annetaan keuhkoputkia eli bronkuksia avaavaa lääkeainetta, salbutamolia. Muista keuhkosairauksista poiketen COPD:ssä avaavan lääkkeen vaste on vähäinen. Vaihtoehtoisesti bronkodilataatiokokeelle voidaan potilaalle tehdä myös niin sanottu kortikosteroidihoitokokeilu. Hoitokokeilussa potilas saa joko suunkautta tai inhalaationa kortikosteroidia muutama viikon ajan päivittäin PEF-arvoja seuraten. Selkeä hoitovaste viittaa enemmän muihin keuhkosairauksiin kuin COPD:hen, mutta kokeilu voi olla hyödyllinen, sillä osa COPD:tä sairastavista hyötyvät kortikosteroidista, mikä voidaan ottaa huomioon lääkitystä suunniteltaessa. (Iivanainen ym. 2006, 386; Kinnula ym. 2005, 358; Vauhkonen 2006, 620; Keuhkojen toimintakokeet 2005.)

Muita diagnosoinnissa käytettäviä tutkimuksia on verikaasuanalyysi, jolla pystytään määrittämään veren happi- ja hiilidioksidipitoisuus. Poikkeuksellisen nuorilla COPD-potilailla kannattaa määrittää seerumin alfa 1- antitrypsiinipitoisuus, koska tämän puutoksen on tutkittu altistavan emfyseemalle ja COPD:lle. Keuhkokuva on COPD-potilailla keuhkojen osalta normaali, mutta kuvassa voidaan havaita sydämessä tapahtuneet muutokset. (Iivanainen ym. 2006, 386.)

3 KEUHKOAHTAUMATAUDIN HOITO

Lääkehoidolla ei voida parantaa keuhkohtaumatautia, mutta sillä voidaan vähentää oireita. COPD:n hoidolla pyritään säilyttämään potilaan elämän laatu ja mahdollisuuksien mukaan estämään taudin eteneminen. Ainoa tärkein keuhkojen toiminnan huononemista hidastava tekijä on tupakoinnin lopettaminen. Lisäksi infektiot COPD-potilaalta pyritään hoitamaan ja ennaltaehkäisemään mahdollisimman tarkasti. Muita hoidon tavoitteita ovat oireiden väheneminen, ventilaation eli keuhkotuuletuksen parantaminen sekä hypoksemian eli hapenpuutteen korjaaminen. Taudin vaikeusaste määrää lääkehoitoa. Potilaat, joilla ei ole oireita, eivät tarvitse lääkitystä. Lääkitystä käytetään satunnaisesti ja jatkuvasti oireilevilla sekä pahenemisvaiheen hoidossa. (Iivanainen ym. 2006, 387; Vauhkonen 2006, 620; Käypä hoito –suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

COPD:n hoidossa käytettävät lääkeaineet ovat jauhemaisia tai aerosoleja ja joita inhaloidaan eli hengitetään keuhkoihin. Markkinoilla on myös tablettimuotoisia lääkeaineita. On myös lääkkeettömiä hoitomuotoja, joilla voidaan helpottaa oireita, kuten runsaan limaisuuden vähentämiseksi voidaan suorittaa niin sanottu pulloon puhallus harjoitus, eli PEP- harjoitus. (Matilainen 2003, 101; Nurminen 2004, 34-35, 125.)

3.1 KEUHKOAHTAUMATAUDIN LÄÄKEHOITO

Lievää COPD:tä hoidetaan vain keuhkoputkia avaavilla lääkkeillä, jotka ovatkin taudin ensisijainen lääkehoitomuoto. Lääkehoidon tulee perustua usean viikon hoitokokeeseen, lääkehoidon tehoa ei voida arvioida pitkäaikaiskäyttöön pelkän akuutin bronkodilataatio kokeen perusteella. Ensisijaisesti avaavista lääkkeistä käytetään antikolinergejä, joita ovat ipratropiumbromidi, oksitropiumbromidi ja tiotropiumbromidi. Pitkäaikaiskäyttöön, ei niihin liity hoitovasteen heikentymistä. Tehokkain antikolinergi on tiotropium. Näistä antikolinergeistä lyhytvaikutteisia ovat ipratropiumbromidi ja oksitropiumbromidi, joita käytetään, jos oireita on ainoastaan satunnaisesti ja lääkeaineen lyhytvaikutteisuus riittää. Antikolinergit estävät reflektorista eli heijasteärsykkeiden aiheuttamaa bronkokonstriktiota eli keuhkoputken sileänlihaksen supistumista. Ipratropiumin

keuhkoputkia laajentava vaikutus alkaa 3-5 minuutin kuluessa, lääkkeen maksimiteho saavutetaan 1½-2 tunnin kuluttua ja se kestää noin 4-6 tuntia. Tiotropium on ipratropiumia pitkävaikutteisempi, mutta myös hitaammin vaikuttava. Vaikutus alkaa noin 30 minuutin kuluttua ja kestää noin vuorokauden. (Kinnula ym. 2005, 334, 360; Koulu 2007; Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

β₂-agonistit eli sympatomimeetit jaetaan lyhyt- ja pitkävaikutteisiin. Lyhytvaikutteisia ovat fenoteroli, salbutamoli ja terbutaliini. Pitkävaikutteisia sympatomimeetteja ovat formoteroli ja salmeteroli. Sympatomimeetit laukaisevat keuhkoputkien supistumista, sen aiheuttamasta tekijästä riippumatta. Lyhytvaikutteinen sympatomimeetti vaikuttaa nopeammin kuin antikolinergi ja siksi soveltuu parhaiten tilapäiskäyttöön, kuten esimerkiksi ennen fyysistä rasitusta sekä akuutissa pahenemisvaiheessa. Jatkuvassa käytössä osalla potilaista hoitovaste heikkenee. Pitkävaikutteisilla sympatomimeeteillä saadaan keuhkoputket laajenemaan yli 12 tunniksi. COPD:ssä keuhkoputkien jatkuvan supistustilan takia laajentavan vaikutuksen pituudesta on etua hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

Jatkuvasti oireilevat hoidetaan lyhytvaikutteisen antikolinergin ja lyhytvaikutteisen sympatomimeetin yhdistelmällä. Toinen vaihtoehto voi olla pitkävaikutteinen antikolinergi tai sympatomimeetti yksinään. Mikäli hoitovaste on näillä riittämätön, käytetään pitkävaikutteisen sympatomimeetin ja pitkävaikutteisen antikolinergin yhdistelmähoitoa. Keskipaikeaa COPD:tä hoidetaan yhdistelemällä kahta eri tavalla keuhkoputkia laajentavaa lääkettä, sekä yhdistämällä tähän tulehdusta vähentävä lääke, jos siitä on hyötyä potilaalle. Vaikeaa COPD:tä hoidetaan käyttämällä kaikkia mahdollisia lääkkeitä hoitokokeista saatujen tulosten perusteella, kuten esimerkiksi kortikosteroidihoitokokeilu. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

Kortikosteroidilääkkeitä käytetään potilailla, joille siitä on todettu hoitomyönteinen vaste. Tällöin hoito on lähempänä ”astman” hoitomallia. Potilaille, joilla on paljon pahenemisvaiheita, suositellaan kortikosteroidilääkitystä. Kortikosteroidit eivät vaikuta ilmasteiden tulehdukseen, toisin kuin muissa hengitystiesairauksissa, vaan se voi parantaa keuhkojen toimintaa, vähentää oireita ja pahenemisvaiheiden määrää sekä parantaa elämän laatua. Inhaloidut kortikosteroidit ovat beklometasoni, budesonidi ja flutikasoni.

(Kinnula ym. 2005, 361; Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

Teofylliinin teho COPD: n hoidossa on vähäisempi kuin muiden lääkeaineiden. Teofylliinin vaikutus alkaa hitaasti ja teho saavutetaan terapeuttisen alueen ylärajalla. Terapeuttinen alue teofylliinillä on kapea ja jo terapeuttisella alueella ilmenee useilla potilailla haittavaikutuksia. Tällöin teofylliiniarvoja pitää seurata verestä. Teofylliinin teho perustuu sen kykyyn voimistaa muita keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä. Mikäli sympatomimeetillä ja antikolinergeillä ei saada aikaa riittävää tehoa, tulisi harkita oraalisen eli suun kautta annosteltavan teofylliinin käyttöä. (Kinnula ym. 2005, 360.)

Haittavaikutuksina antikolinergeillä, pitkä- ja lyhytvaikutteisilla sympatomimeeteillä sekä teofylliinillä on sydämentykytys, päänsärky, pahoinvointi, vapina sekä suun ja limakalvojen kuivuminen (Iivanainen ym. 2006, 387).

Anti-inflammatorisilla eli tulehdusta vähentävillä lääkkeillä ei ole todettu olevan tehoa COPD:n hoidossa. Mukolytyeillä eli limaa irrottavilla yhdisteillä, joilla on antioksidatiivista tehoa, saattaa olla COPD:n pahenemisvaiheita vähentävä vaikutus. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

3.2 PAHENEMISVAIHEEN HOITO

Vaikeaan COPD:hen kuuluu toistuvia sairaalahoitjaksoja pahentumisvaiheoireiden vuoksi. Mikäli pahenemisvaiheen oireet eivät ole hallittavissa koti-ohjein, vaatii hoito sairaalajakson. Sairaalahoidon kriteereitä ovat yleensä, oleellisesti heikentynyt selviytymiskyky ja aktiviteettitaso, huonot mahdollisuudet kotihoidolle, hengenahdistus on vaikea, ilmenee syanoosia, eli ihon sinertävyyttä, joka johtuu hapenpuutteesta, perifeeriset turvotukset lisääntyvät, pahenemisvaihe etenee nopeasti, yleistila on huono sekä esiintyy sekavuutta. Sairaalassa COPD potilas tutkitaan oireiden perusteella ja mitä kliininen kuva potilaasta kertoo. Kliinisessä tutkimuksessa on syytä kiinnittää huomiota hengitysfrekvenssiin eli taajuuteen, keuhkojen auskultaatio löydökseen, käyttäkö asiakas apuhengityslihaksia sekä näiden lisäksi huomioidaan infektiio- ja sydänanamneesi eli tämän hetkinen taudinkuva. Bronkodilataatiohoitoa ja antikolinergejä käytetään

yleensä yhdistelmänä pahenemisvaiheen hoidossa. Antibiootteja ja muita lääkkeitä suositellaan käytettävän infektiioireiden mukaan. Kortikosteroidikuuri nopeuttaa paranemista. (Kinnula ym. 2005, 362.)

Laboratoriotutkimuksista tärkeimmiksi nousee elektrolyyttitasapainon, tulehdusarvon, pienen verenkuvan sekä sydänfilmin tarkistaminen. Keuhkojen röntgenkuva ja PEF-mittaus on myös hyvä tarkistaa. Tilanteen vaikeusasteen arviointiin luetettavan kuvan antaa Astrup eli valtimoverikaasuanalyysi. Astrup-näyte on kuitenkin harvoin käytettävissä, jolloin happikylläisyyden todentamiseen käytetään happisaturaatiomittausta, joka ei kuitenkaan anna kuvaa ventilaatiovajeen tasosta eli hiilidioksidiretentiosta. Happisaturaatiomittari kertoo, kuinka paljon veren hemoglobiiniin on kiinnittynyt happimolekyylejä eli kuinka hapekasta veri on. (Kinnula ym. 2005, 362; Kinnula, hakupäivä 13.10.2011.)

Mikäli tautiin liittyy toistuvia pahenemisvaiheita, käytetään inhaloitavaa steroidia muiden inhaloitavien lääkkeiden lisäksi. Vaikeassa pahenemisvaiheessa voi olla vaikea saada aikaan riittävää inhalaationopeutta jauheannostelijalla, jolloin lääke voidaan annostella nebulisaattorilla tai spiiralla. Suunkautta otettavaa kortikosteroidia eli prednisolonia voidaan käyttää kuuriluonteisesti 20-40 mg 7-14 vuorokauden ajan, koska kortikosteroidi nopeuttaa toipumista. Akuuteissa tilanteissa kortikosteroidi voidaan antaa myös suonensisäisesti. Pahenemisvaiheessa hypoksemia eli hapenpuute on tavallinen löydös, joten tavoitteena on varovaisesti hapettaa potilasta, jotta happikylläisyys saavuttaa yli 90 prosenttia. Tällöin tulee ottaa huomioon potilaat, joilla esiintyy hiilidioksidiretention taipumusta eli hiilidioksidin kertymistä elimistöön. Sopivia hapetuslaitteita noninvasiiviseen eli kajoamattomaan ventilaatioon ovat erilaiset happimaskit kuten venturimaski ja happiviikset. Lisäämällä noninvasiiviseen ventilaatioon positiivinen paineventilaatio eli ylipaine, kumotaan uloshengityksessä syntyvä keuhkoputkien supistuminen sekä ahautuminen ja hengitystyö kevenevät. Lisäksi helpotetaan hapen pääsyä alveolien eli keuhkorakkuloiden seinämiin, mistä seuraa suoraan veren parempi happipitoisuus. Kohonnut hengitystiepaine tukee pienempiä keuhkoputkia ja -rakkuloita, jolloin atelektasien eli ilmattoman tilan muodostus keuhkoissa vähenee. Tällä voidaan vähentää veren sunttausta eli ohittumista keuhkokudoksessa ja pitää suurempi osa keuhkokudoksesta toimivana. Liiallinen hapettaminen pahentaa COPD-potilaan normaalitilaa, jossa hypoksemia ylläpitää ventilaatiota ja hengitysvaste hiilidioksidiin on vaimentunut. Liialla

hapetuksella poistetaan hypoksinen hengitysstimulus ja minuuttiventilaatio heikkenee sekä hiilidioksidipitoisuus suurenee. Hengitystyön helpottamiseksi voidaan myös hyödyntää muita auttamismenetelmiä, kuten asettamalla potilas puoli-istuvaan tai eteenpäin kumartuneeseen asentoon, avaamalla ikkuna potilashuoneesta sekä rauhoittamalla potilasta. (Iivanainen ym. 2006, 383; Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011; Kinnula, hakupäivä 13.10.2011; Vauhkonen 2006, 79; Saaresranta & Polo 2005, 664–665.)

3.3 KOTIHAPPIHOITO

COPD on yleisin kotihappihoitoon johtava sairaus. Happirikastin erottaa laitteen suodatussäiliöissä typen pois huoneilmasta, jolloin jäljelle jää lähes pelkkää happea. Kudosten hapenpuute johtuu sairauden aiheuttamasta valtimoveren happipitoisuuden vähydestä ja tätä elimistön hapenpuutetta korjataan happihoidolla. Omatoimisuus sekä fyysinen jaksaminen lisääntyvät happihoidon avulla. Happihoito on yksi mahdollisuus, jolla parannetaan eliniän ennustetta. (Ahonen 2002, 3-4.)

Lääkäri arvioi aina kotihappihoidon tarpeen ja happihoito aloitetaan sairaalassa. Hapen virtausmäärä määritellään verikokeiden perusteella. Lisäksi sairaalassa ohjataan laitteen käyttö ja huolto. Kriteerit kotihappihoidon aloittamiselle ovat ehdoton tupakoimattomuus, yhteistyökyky sekä stabiilissa keuhkosairaudenvaiheessa valtimoveren osapaineen rajan alittaminen parin viikon välein otetuissa verinäytteissä. Nykyisin kotihappihoidon toteuttaminen on helppoa. Hoito edellyttää kuitenkin tarkkaa, säännöllistä seuranta. Happipullojen avulla hoidetaan yleensä tilapäistä hapenpuutetta, mutta jatkuvaan hoitoon ensisijaisesti käytetään joko nestemäistä happea tai happirikastinta. (Ahonen 2002, 2-4; Virola 2011, 5.)

3.4 MUUT ITSEHOITO- JA AUTTAMISMENETELMÄT

COPD:n muilla hoitokeinoilla tarkoitetaan ihmisen fyysisen- ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämistä, jotta COPD:tä sairastava ihminen suoriutuisi paremmin päivittäisistä arjen toimista. COPD-potilaan oireita voidaan helpottaa ja suorituskykyä parantaa kuntoutusohjelmien avulla keuhkokuntoutukseen perehtyneissä laitoksissa ja sairaaloissa.

COPD:n kansainvälisiin hoitosuosituksiin on sisältynyt jo pitkään kuntoutusjaksot, joissa kuntoutus sisältää vähintään ohjattua liikuntaharjoittelua sekä potilasohjausta. Ohjattu liikunta auttaa COPD-potilasta jatkamaan liikkumista, sillä COPD-potilaat vähentävät automaattisesti liikkumistaan hengenahdistuksen vuoksi. Liikunta ylläpitää fyysistä kuntoa, jolloin voimavarat olisivat paremmat. Lisäksi hengästyttävä liikunta voi poistaa ylimääräistä limaa hengitysteistä. Hengenahdistuksen ja hengästymisen erottamisen toisistaan tarvitsee monesti COPD-potilas ohjausta. Liikkumisella tavoitellaan hengästymistä, jotta kunto kohoaisi ja hengästyminen on normaalia liikuntasuorituksen yhteydessä. Kun rasitus loppuu, hengästyminen tasaantuu normaaliksi, mutta hengityksen vaikeutuminen eli hengenahdistus jatkuu pidempään. Happilisää ei nykytiedon perusteella suositella kuntoutuksessa käytettäväksi. COPD-potilaalle suositellaan liikkumista päivittäin. Liikunnan olisi hyvä olla myös monipuolista, muun muassa kestävyysliikuntaa, lihasvoimaharjoittelua, venyttelyä sekä hengitysharjoituksia. Liikuntajakson voi jakaa 10 minuuttia kestäviin hetkiin. Liikunnanaikaista hengenahdistusta voidaan ehkäistä ennalta rauhallisella alkuverryttelyllä, vaihtamalla rasiustasoa, jaksottamalla liikuntaa, hyvällä hengitystekniikan hallinnalla, riittävällä nesteytyksellä ja huolehtimalla riittävästä loppuverryttelystä. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011; Lahdensuo 2002, 17; Virola 2011.)

Ulkoilu ja liikunta lisäävät ruokahalua, parantaa mielialaa sekä vähentää univaikeuksia. 25 prosenttia sairaalaan tai kuntoutuslaitoksiin joutuvista COPD-potilaista kärsii aliravitsemuksesta ja katabolisesta eli energiaa luovuttavasta aineenvaihdunnasta. Huono ravitsemustila lisää akuutin hengitysvajauksen vaaraa ja ennustaa respiraattorihoidon tarvetta. Obeesien eli ylipainoisten COPD-potilaiden pitäisi laihduttaa, koska normaalipainoisen ihmisen on helpompi hengittää. COPD-potilailla yleisempi haitta on tahaton laihduminen, koska hengenahdistus lisää energiankulutusta ja hengenahdistus vaikeuttaa syömistä. Pallea painaa vatsaa ja kylläisyyden tunne aterialla syntyy nopeasti ja kestää pidempään. Tämän vuoksi myös ruokahalu on huonompi. Ravinnolla on suuri merkitys taudin hoidossa. Oikeanlainen ravinto ylläpitää vastustuskykyä, lihasvoimaa sekä ehkäisee aliravitsemusta. Lihaskunnan ja -massan heikkeneminen vähentää myös hengityshästen toimintaa. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011; Virola 2011.)

Ateriarytmillä on iso merkitys painonhallinnassa. Ylipainoisille suositellaankin painonpudotusta. Mikäli COPD-potilas kärsii vajaaravitsemuksesta tai ruokahaluttomuudesta, on syytä käyttää tehostettua ruokavaliota. Tehostetussa ruokavaliossa lisätään energiapi-toisuutta sekä proteiinin saantia. Proteiinin saantia voidaan lisätä täydennysravintoval-misteilla. (Käypä hoito -suositus 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

Rokotteilla voidaan ennaltaehkäistä influenssaa ja rokotetta suositellaankin ainakin vai-keaa sekä kohtalaisen vaikeaa COPD:tä sairastavalle vuosittain sekä pneumokokkiroko-tetta 5-10 vuoden välein. (Matilainen 2003, 102.)

Harvoissa ja hyvin valikoiduissa tapauksissa voidaan COPD:tä hoitaa kirurgisesti. Keuhkojen siirto- ja pienennysleikkaus tulee harvoin kysymykseen, mutta bullien eli suurien ja hitaasti laajenevien keuhkorakkuloiden poisto voi olla joskus mahdollista. (Iivanainen ym. 2006, 288.)

COPD:tä sairastavaa vaivaa usein limaisuus. Se ärsyttää hengitysteitä ja lisää yskän är-syttävyyttä. Limaisuus lisää hengenahdistuksen tunnetta, vaikeuttaa hengitystä sekä hengitystieinfektion riski kasvaa. Hyvä yskimistekniikka ja liman poisto keuhkoista helpottaa hengittämistä. Pulloon puhallus eli PEP (positive expiratory pressure)-tekniikka on liikunnan lisäksi todettu hyväksi limanpoistomenetelmäksi. (Kinnula 2005, 363.)

3.5 TUPAKASTA VIEROITUS

Nikotiini- ja tupakkariippuvuus on vakava sairaus, tupakan nikotiini aiheuttaa fyysisen riippuvuuden. Riippuvuuteen liittyy myös voimakkaasti sosiaaliset ja psyykkiset tekijät. Tärkein estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja on tupakointi. Tupakointi on myös merkittävä hengitys- ja verenkiertosairauksien, syövän ja niistä johtuvien kuolemien ai-heuttaja. Yksi merkittävin sairaus, johon tupakointi johtaa, on keuhkohtaumatauti. Tu-pakoinnin lopettamisen myönteisiä etuja ovat nikotiinin ja hiilimonoksidin poistuminen elimistöstä, keuhkojen toiminnan paraneminen merkittävästi, yskän väheneminen sekä unenlaadun paraneminen. Lisäksi keuhkosairauksien sekä sydän- ja verisuonisairauksi-en riskit vähenevät. Tupakoinnin lopettaminen vähentää stressiä ja sen aiheuttamia oi-

reita. (Käypä hoito -suositus, 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus, hakupäivä 14.3.2012.)

Tupakoinnin lopettamiseen kannattaa valmistautua, sillä lopettaminen on usein vaikeaa. Kertaheitolla lopettamisessa vain harva onnistuu. Valmistautumisessa kannattaa ennakoida eteen tulevia vaikeuksia. Tupakoinnin lopettamisesta kannattaa kertoa läheisille, koska heistä saa paljon tukea. Lisäksi terveydenhuollon työntekijät antavat tukea ja ohjausta tupakoinnin lopettamiseen. Tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa valtaosalle vieroitusoireita. Vieroitusoireet johtuvat siitä, että nikotiinin määrä elimistössä vähenee. Vieroitusoireita ovat muun muassa tupakanhimo, levottomuus, päänsärky, ärtyisyys sekä lisääntynyt ruokahalu. Vieroitusoireet alkavat yleensä noin 2-12 tunnin kuluttua lopettamisesta, oireiden huippu tulee 1-3 vuorokauden sisällä sekä kestävät keskimäärin 3-4 viikkoa. Oireet ovat kuitenkin yksilöllisiä. Vieroitusoireiden helpottamiseen on saatavilla korvaushoitoa. Korvaushoidolla pyritään lievittämään lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita. Vieroitusoireiden hoidossa voidaan käyttää myös reseptilääkkeitä. Korvaushoidolla nikotiinin määrä jää pienemmäksi kuin tupakoinnin yhteydessä ja korvaushoidon tarkoitus onkin vähentää nikotiinin määrää pikkuhiljaa. (Saarelma, 2011.)

4 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Potilasohjaus on lakiin kirjoitettu, aikaa ja paneutumista vaativa, terveydenhuoltoalan ammattilaisen velvollisuus ja potilaan oikeus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja sen 5§ potilaan tiedonsaantioikeudesta on seuraavanlainen: ”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan” Lisäksi pykälässä 5 sanotaan: ”Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön”. Pykälässä 6 potilaan itsemääräämisoikeudesta sanotaan näin: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.”

Sopeutumisvaiheen läpikäyminen liittyy aina krooniseen sairauteen. Potilaan puolustus- ja sopeutumisvaiheet ilmenevät yksilöllisesti; potilas saattaa kieltää taudin joko osin tai kokonaan sekä sen vaikutukset elämäänsä. Potilas saattaa myös antaa ongelmille liian suuren merkityksen. (Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti 1998, 49, hakupäivä 27.3.2012.)

Ohjauksen pääpaino koostuu potilaan tukemisesta elämäntilanteen jäsentämiseksi, sairauden hallitsemiseksi ja selviytymiseen muutostilanteessa. Lääkkeen käyttötarkoitus, käyttötapa sekä mahdolliset haittavaikutukset ja se, milloin potilaan tulee ottaa lääkärin yhteyttä lääkitykseen liittyen, tulee olla potilaan tiedossa. Sivuvaikutukset ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa tai päihdyttävien aineiden vaikutukset sekä vaikutus ajokykyyn ovat myös asioita, joita potilaan tulee tietää. Lääkehoidon onnistumisessa keskeistä on lääkehoidon ohjaus. Ohjauksen ymmärrettävyys voidaan tarkistaa pyytämällä potilaalta palaute annetusta ohjauksesta sekä seuraamalla myöhemmässä vaiheessa ohjaussisällön toteutumista jokapäiväisessä elämässä. Potilaalla on oikeus saada tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja kieltäytyä lääkärin määräämästä lääkehoidosta. (Turvallinen lääkehoito 2006, 41, hakupäivä 27.3.2012; Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti 1998, 49-50, hakupäivä 27.3.2012.)

Kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta kantaa lääkehoidonkoulutuksen saanut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö terveydenhuollon eri yksiköissä. Kokonaisvastuu sisältää lääkehoitoon liittyvän ohjauksen, neuvonnan, valvonnan sekä potilashoitoon liittyvän tehtäväjaon. (Turvallinen lääkehoito 2006, 49, hakupäivä 27.3.2012.)

4.1 KEUHKOAHTAUMAPOTILAAN LÄÄKEHOIDONOHJAUS

Lääkehoito perustuu riittävän pitkään lääkehoitokokeiluun sekä saavutettuun hoitovasteeseen. Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus toteutetaan yksilöllisesti taudin vaikeusaste huomioiden. Hyötyä lääkehoidosta on sekä subjektiivisten oireiden lievitykseen, että akuuttien pahenemisvaiheiden hoitoon. Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus sisältää tietoa aloitettujen lääkkeiden vaikutuksista ja sivuvaikutuksista, ohjeistuksen käyttötarkoituksesta eli onko kyseessä säännöllisesti otettava tai tarvittaessa otettava lääke sekä oikeasta lääkkeenottotekniikasta. Ohjaukseen kuuluu myös yksilöllisen suunnitelman laatiminen pahenemisvaiheen hoidosta ja ennakoiviin merkkeihin reagoinnista kotona olevilla varalääkkeillä. (Sorvari 2007, 89, hakupäivä 26.3.2012.).

4.2 HOITOKETJU

Keuhkohtaumatautipotilaan hoito on porrastettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa pyritään varhaiseen diagnoosiin ja ennaltaehkäistään sairauden syntyä sekä etenemistä. Epäselvät tapaukset, jotka vaativat erotusdiagnoosia tai tautimuoto on muutoin vaikea, kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. Keuhkohtaumatautipotilaan tilannearvio on hyvä tehdä vuosittain. Potilaan seurannassa kiinnitetään huomiota hengenahdistusoireisiin, tupakointiin, pahenemisvaiheiden esiintyvyyteen sekä rasituksen sietoon. Lisäksi perusterveydenhuollon kautta huolehditaan potilaan kuntoutukset, rokotukset ja pitkäaikaishoito vuodeosastoilla. Erikoissairaanhoidon puolella hoidetaan muun muassa vaikeat akuutit tilanteet, kuntoutuksen suunnittelut, kirurgiset hoidot, tarkemmat fysiologiset arvioinnit sekä hengityslaitteiden arvioinnit ja aloitukset (Käypä hoito -suositukset 2009, Keuhkohtaumatauti, hakupäivä 16.10.2011.)

4.3 TIEDONSAANTIKANAVAT

Keuhkohtaumatauti potilaat voivat saada sairauteen, kuntoutukseen, omahoitoon, lääkehoitoon sekä tupakasta vieroitukseen tietoa ja neuvoja muun muassa terveydenhuollon ammattilaisilta. Terveydenhuollon ammattilaisia voivat olla esimerkiksi hengityshoitajat perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidon poliklinikoilla sairaanhoitajat ja lääkärit. Tietoa, neuvoa ja motivaatiota voi saada myös vertaistuesta, Internet-sivustoilta, alan kirjallisuudesta, mediasta ja eri potilasjärjestöjen sekä lääkefirmojen tuottamista oppaista.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää keuhkohtaumatautia sairastavan kokemuksia lääkähoidosta ja lääkähoidon toteutumisesta. Selvitämme millaisiin asioihin he ovat kaivanneet ja halunnut saada tietoa. Lisäksi tarkoituksemme on selvittää, mistä keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset ovat tietoa etsineet ja saaneet.

Tavoitteenamme on tämän työn myötä tuottaa tietoa keuhkohtaumataudin lääkähoidon toteuttamisesta potilaan näkökulmasta sekä eri tiedonsaantilähteistä tai niiden puutteesta. Näiden ongelmakohtien esilletuomisen kautta hoitotyön ammattilainen pystyy paremmin ohjaamaan asiakasta oikeanlaiseen COPD:n lääkähoidon. Tietoa tulee myös keuhkohtaumataudin tiedonsaannin mahdollisuuksista tai sen puutteesta. Konkreettisesti kehitämme hoitotyötä sekä ohjauksen laatua ja tasoa. Lisäksi Hengityслиitto Heli ry saa tutkimustuloksemme käyttöönsä.

Tutkimustehtävämme ovat seuraavanlaiset:

1. Millaisista lääkähoidon liittyvistä asioista keuhkohtaumatautia sairastava henkilö on kaivannut tai halunnut saada tietoa COPD-diagnoosin jälkeen?
2. Mistä keuhkohtaumatautia sairastava on hankkinut ja saanut tietoa lääkähoidosta koskevissa asioissa?

6 TUTKIMUSMETODOLOGIA

6.1 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS

Tutkimuksessamme kuvaamme keuhkohtaumatautia sairastavien ihmisten kokemuksia mieltä askarruttavista lääkehoitoon liittyvistä asioista sekä selvitämme keuhkohtaumatautia sairastavien ihmisten eri tiedonsaantikanavia. Tutkimuksemme perustuu Internetissä olevaan Hengitysliitto Heli ry:n ylläpitämään nettisivustoon, jonne teimme keskustelun avauksen ja keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset saivat vastata omin sanoin kertoen omakohtaisia kokemuksiaan.

Olemme valinneet tutkimusmetodologiaksemme laadullisen lähtökohdan ja aineistoa käsittelemme induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullista metodologiaa eli lähestymistapaa käyttävä tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta jotain yleisiä yhtäläisyyksiä, toimintatapoja, samanlaisuuksia tai niiden eroja. Laadullisella lähestymistavalla tuotettavat tulokset kuvaavat ilmiötä syvällisesti ja aidosti sekä laadukkaasti ja pehmeästi sen todellisessa ja luonnollisessa ympäristössä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 8, 15.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen, moninaisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 157).

Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena tutkimuskohteen ymmärtäminen. Aineiston kokoa ei voi etukäteen määrittää. Aineiston keräämisessä käytetäänkin kylläntymistä eli aineistoa kerätään niin kauan kunnes se alkaa toistaa itseään ja näin saavutetaan kylläisyyspiste, jonka jälkeen aineistoa voidaan pitää teoreettisesti merkittävän tuloksen perustana. Laadullisen tutkimuksen aineiston perusteella ei pyritä tekemään yleistettäviä päätelmiä, vaan yksittäisiä tapauksia tutkimalla saadaan esille ilmiöstä sen merkittävät tekijät toistuvuuden kautta. (Hirsjärvi ym. 1997, 174-177.)

6.2 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVIEN VALINTA

Aineiston tutkimukseen olemme hankkineet Internetin välityksellä. Olemme olleet yhteydessä Hengitysliitto Heli ry:hyn ja yhteistyössä heidän kanssaan sekä heidän suostu-

muksellaan saimme julkaista keskustelunavauksen eli tutkimuskysymyksemme hengityслиiton ylläpitämällä Internetsivustolla. Keskustelunavauksessa rajasimme vastaajat jo tautia sairastaviin. Toivoimme ihmisten osallistuvan keskusteluun helmikuun 2012 aikana, muutaman vastauksen saimme myös maaliskuun alussa, jotka otimme mukaan tutkimukseemme. Kaikkiaan vastauksia tuli seitsemän kappaletta, mutta yhtä niistä käytämme vain aineiston tukena, koska vastauksessa on kerrottu kokemuksia omaisen näkökulmasta.

6.3 AVOIN KYSELY AINEISTONKERUU MENETELMÄNÄ

Kysymykset, joihin keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset vastasivat, olivat niin sanottuja avoimia kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastaukset voi kirjoittaa vapaamuotoisesti, omin sanoin. Vastauksista muodostuu tutkimukseemme aineisto. Keskustelunavaus liitteenä (liite 1).

Avointen kysymysten avulla ajatellaan tutkimustuloksissa nousevan sellaisia näkökulmia esille, joita tutkija ei ole etukäteen osannut edes ajatella. Avoimet kysymykset sallivat vastaajansa ilmaista itseään. (Hirsjärvi ym. 1997, 194, 196.)

Kyselytutkimuksen etuna pidetään, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimukseen liittyy myös problematiikkaa: tutkija ei voi olla varma vastaajiensa vakavuudesta, huolellisuudesta ja rehellisyydestä. Tutkija ei voi tietää, onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen ja vastaako vastaus kysymyksenantoa. Myös ihmisten kyselelyyn vastaamattomuus voi koitua ongelmaksi. (Hirsjärvi ym. 1997, 190.)

6.4 AINEISTON ANALYSOINTI

Sisällönanalyysiä voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina, metodina. Kirjoitettua ja suullista viestintää voidaan analysoida sisällönanalyysillä ja sen avulla voidaan myös tarkastella erilaisten asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä systemaattisesti ja objektiivisesti. Laadullista analysoitavaa informaatiota ovat verbaalisessa ja kuvallisessa muodossa olevat aineistot. Sisällönanalyysissä kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkimuksen kohteena ole-

vaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleisellä tasolla kuvailla, ilmiöiden väliset suhteet on saatu selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 21-23.)

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Käytämme tutkimuksemme induktiivista sisällönanalyysia, sillä tarkoituksemme on tuottaa potilaiden kokemuksiin pohjautuvaa tietoa. Analyysimme tarkoituksena on tuottaa selkokieline kuvaus tutkimuksemme kohteena olevien vapaaehtoisten potilaiden kokemuksista lääkeshoidon onnistumisesta sekä tiedonsaannin eri kanavista. Aineistolähtöisen eli induktiivisen analyysin on tarkoitus paljastaa odottamattomia seikkoja aineiston monitahoisella ja yksityiskohtaisella tarkastelulla, selkeyttää aineistoa sekä tuottaa luotettavia johtopäätöksiä. Sen tarkoituksena ei ole teorian ja olettamusten testaaminen. Se mikä nousee tutkimuksesta esille; merkitykset, seuraukset, aikomukset ja yhteydet eivät ole tutkijan määräämiä. (Vilka 2005, 140; Latvala ym. 2001, 21-23.)

Induktiivisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineiston käsittely alkaa aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Pelkistämässä aineistosta karsimme kaiken tutkimustehtävien kannalta epäolennaisen tiedon tärkeää informaatiota hävittämättä, tiivistämällä ja pilkkomalla aineiston osiin. Tutkimustehtävät ohjasivat tiivistämistämme. Tiivistämisen jälkeen aineistoa ryhmiteltiin eli klusteroitiin uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi ja jokaisen ryhmän saatoimme nimetä sisältöä kuvaavalla yläkäsitteellä. Samassa ryhmässä on siis samaa tarkoittavia, samaa merkitystä edustavia asioita. Tuloksena syntyvät ryhmät auttavat ymmärtämään ja kuvaamaan merkityskokonaisuutta. (Vilka 2005, 140; Latvala ym. 2001, 23.)

Uudelleen ryhmittelyn jälkeen aloitimme aineiston abstrahoinnin eli ryhmittelyjen uudelleen yhdistämisen. Uudelleen yhdistämisen kautta saatoimme muodostaa yleiskäsitteitä ja yläluokkia aineiston näkökulmasta. (Vilka 2005, 140; Latvala ym. 2001, 23.)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”...ei välttämättä tajua kaikkea lääkäriltä saamaansa tietoa.”	tiedon sisäistäminen	Seuranta ja kontrolli	Keuhkohtaumataudin potilasohjaus
”Olisin kyllä kaivannut tietoa siitä, miten muuten tautiani voidaan hoitaa ja lääkityksen lisäksi olisin kaivannut tietoa siitä miten esim. ravinto ja liikunta vaikuttavat tautiin.”	Lääkkeettömän hoidon ohjaus	Muut itsehoito ja auttamismenetelmät	Keuhkohtaumataudin potilasohjaus
” Lääkäri puhui lähinnä tupakoinnin lopettamisesta, mutta en saanut edes tietoa mitä kaikkea apuja tupakoinnin lopettamiseen on.”	Tupakoinnin lopettaminen	Tupakasta vieroitus	Keuhkohtaumataudin potilasohjaus
” Lääkkeisiin sain kyllä pintapuolisen perehdytyksen hoitajalta, mutta ehkä tekniikkaa olisi hyvä tarkastella vielä uudelleen ohjattuna”	Lääkkeen ottotekniikan ohjaus	Lääkehoito	Keuhkohtaumataudin potilasohjaus

KUVIO 1. Esimerkki aineiston analyysin kulusta.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin; aineistoa luettiin ja sen osia yhdisteltiin useita eri kertoja. Abstrahoinnin tuloksena meille syntyi neljä alaluokkaa. Kaikki alaluokat kuuluvat yläkäsitteen alle. Yläkäsitteenä meillä on keuhkohtaumapotilaan ohjaus.

7 KEUHKOAHTAUMAA SAIRASTAVIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDOSTA JA ERI TIEDONSAANTIKANAVISTA

Reilun kuukauden aikana saamamme aineiston koko on noin puolitoista A4 arkkiä. Vastaukset olivat suhteellisen lyhyitä ja ytimekkäitä, jonka vuoksi tuloksien yhteenveto on ollut haastavaa. Olemme pyrkineet lukemaan vastauksista myös ”rivien välistä”. Tutkimusaineistomme on nähtävillä Hengityслиitto Heli ry:n Internetsivulla.

Aineiston alaluokkia ryhmiteltäessä yläluokkiin huomasimme luokkanimitysten vastaavan jo olemassa olevaa keuhkohtaumatautipotilaan potilasohjausmallia. Keuhkohtaumapotilaan ohjausmalli esiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissohjelma KASTE- sekä Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto VeTe-projektin esittelytilaisuudessa. Tällä hetkellä potilasohjausmalli on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin käytössä.

Seuraavissa alaotsikoissa kuvaamme keskusteluun osallistuneiden kokemuksia keuhkohtaumataudin lääkehoidosta sekä eri tiedonsaantikanavista. Kuvailevat lainaukset ovat suoria lainauksia keskusteluun osallistuneiden kirjoituksista.

7.1 KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN LÄÄKEHOIDON OHJAUS

Kokonaisvaltaisen lääkehoidon ohjauksen tulisi kattaa muun muassa seuraavia asioita: tietoa lääkehoidosta ja lääkehoidon aloituksesta, eri lääkeaineista, lääkkeiden vaikutusmekanismeista, lääkkeenottotekniikasta, haittavaikutuksista sekä ennaltaehkäisevien rokotusten ottamisesta. Itse keuhkohtaumataudin lääkehoidon ohjauksen lisäksi on yhtä tärkeää ohjata asiakas tupakanpolton lopettamiseen ja kertoa vieroituslääkehoidosta.

Lääkehoidon onnistumisen ja yksilölle sopivuuden varmistamiseksi on tärkeää, että potilas on sitoutunut sairautensa hoitoon, mikä edellyttää säännöllistä seuranta- ja kontrollointia. Omahoidon ja hyvien elämäntapojen kautta asiakas itse pystyy vaikuttamaan taudin kulkuun, lääkehoitoon ja pahenemisvaiheiden esiintyvyyteen sekä mahdollisesti välttämään sairaalajaksoja pahenemisvaiheisiin liittyen.

Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kokemusten mukaan lääkehoidon ohjaus vaihteli laidasta laitaan. Toiset kokivat saaneensa perusteellisen ja selkeän ohjauksen keuhkohtaumataudista ja sen lääkehoidosta.

”Saman tien sain samaiselta lääkäriltä asianmukaisen lääkityksen sairauteeni ja vielä vahvistuksen, että lääkitys on oikea, kun kävin jonkun aikaa sen jälkeen keuhkosairauksien erikoislääkärillä. Sen jälkeen en ole juurikaan kaivannut erityistietoa lääkityksestä eikä mikään askarruta mieltänikään.”

Osa taas kertoi kokemuksen olleen suppeaa ja pintapuolista kertomista.

”Lääkäri vain totesi, että sairastan keuhkohtaumatautia, mutta ei antanut mitään lääkitystä saati mitään tietoa taudista, käski vain lopettaa tupakinpolton.”

”Keuhkohtauma diagnoosin jälkeen sain niukasti tietoa lääkityksestä. Lääkäri puhui lähinnä tupakoinnin lopettamisesta mutta en edes saanut tietoa mitä kaikkea apuja tupakoinnin lopettamiseen on.”

Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla ohjaajan oma tietotaito sairauden hoitoon sekä ohjaukseen kuin myös ohjausta saavan mielenlaatu ja tiedon sisäistämiskyky.

”... kun diagnoosi tuli niin eihän siinä lääkärin vastaanotolla osannut oikein kysellä. Vasta kotona tuli mieleen, että ”tuota ja tuota” olisi pitänyt kysellä.”

Sairas ihminen ei kykene omaksumaan samalla tavalla kuin terve ihminen uusia asioita, koska huomio kiinnittyy sairauteen. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2002, 67).

”Siinä vaiheessa kun saa tietää sairastavansa vakavaa sairautta, ei välttämättä tajua kaikkea lääkäriltä saamaansa tietoa.”

7.1.1 LÄÄKEHOITO

Keuhkohtaumatautia sairastavien kokemukset lääkehoidosta vaihtelivat suuresti. Lääkehoitoon liittyen kaivattiin tietoa ottotekniikasta, haittavaikutuksista, pahenemisvaiheen lääkkeistä sekä sitä miten lääkkeiden kanssa eläminen onnistuu. Lääkehoidon hyväksyminen ja toteuttaminen kotona koettiin yksinkertaiseksi ja pelottomaksi silloin kun ohjaus oli ollut selkeää ja perusteellista.

”Saman tien sain samaiselta lääkäriltä asianmukaisen lääkityksen...”

Myös keuhkosairauksien erikoislääkärillä käynti toi vahvistuksen asiakkaan lääkityksen oikeellisuuteen ja loi turvallisuuden tunteen asiakkaalleen.

”... ja vielä vahvistuksen, että lääkitys on oikea, kun kävin jonkun aikaa sen jälkeen keuhkosairauksien erikoislääkärillä.”

”Nyt on lääkitystäkin vaihdettu (keuhkotautien erikoislääkäri antoi oikeat lääkkeet)...”

Sairauden pahenemisvaiheen lääkitys saattoi askarruttaa mieltä vaikka muutoin lääkitys koettiin sopivaksi.

”... mutta silti kaipaisin vielä jotain sellaista lääkettä, jota käyttää kun oikein ahdistaa henkeä.”

Ottotekniikkaan liittyviä haasteita vastaajat kertoivat kohdanneensa lääkehoidon aloitusvaiheessa, jolloin inhalaatiotekniikkaa on asiakkaalle mahdollisesti uusi asia.

”Lääkkeisiin sain kyllä pintapuolisen perehdytyksen hoitajalta, mutta ehkä tekniikkaa olisi hyvä tarkastella uudelleen ohjattuna.”

Parille vastaajalle ei ollut aloitettu ensimmäisellä käynnillä lääkitystä lainkaan ja siitä kokemus oli ollut se, että tauti ei ole vielä ”aktiivinen”. Annetun ohjauksen niukkuus koettiin siten, ettei sairaus ole vielä vakava.

”No, minä en sitten ihan ottanut tosissani ja ajattelin ettei se paha ole koska ei siitä sen enempää puhuttu.”

”käytössä ei siis ole vielä mitään lääkityksiä... Tietenkin mietityttää, jos jossain vaiheessa joutuu aloittamaan lääkkeit, että miten oppii niiden kanssa elämään ja tuleeko niistä jotain haittavaikutuksia.”

7.1.2 MUUT ITSEHOITO JA AUTTAMISMENETELMÄT

Muista itsehoito ja auttamismenetelmistä olisi myös haluttu saada lisää tietoa. Muihin hoitomenetelmiin luokitellaan liikunta ja ravinto. Potilaita kiinnostaa se, mitä apua he sairauteen näistä saavat.

”Olisin kyllä kaivannut tietoa siitä, miten muuten tautiani voidaan hoitaa ja lääkityksen lisäksi olisin kaivannut tietoa siitä miten esim. ravinto ja liikunta vaikuttavat tautiin.”

7.1.3 TUPAKASTA VIEROITUS

Useammille vastaajille lääkäri oli maininnut tupakoinnin lopettamisesta tai kehottanut lopettamaan tupakoinnin. Toisille informaatio tupakoinnin lopettamisesta ja sen eduista oli kuitenkin jäänyt niukaksi. Eräässä vastauksessakin kerrotaan, että ei ottanut todesta lääkärin sanoja ja jatkoi tupakointia vuosia ennen kuin sai asiasta lisätietoa ja lopetti tupakoinnin. Vastauksissa myös kerrottiin, että ei ollut kerrottu mitä apuja olisi ollut saatavilla tupakoinnin lopettamiseen. Mutta myös pitkään tupakoineet ovat saaneet tupakoinnin lopetettua kun ohjeistus ja lääkitys ovat olleet hyviä.

”Tupakanpolton sain helposti lääkkeitten avulla lopetettua 2 vuotta sitten. Eikä enää tee edes mieli vaikka yli 40 v. tupakoin.”

”Tällä hetkellä eniten tukea tarvitsisi tupakoinnin lopetukseen, se on vaan niin hemmetin vaikeaa!”

7.1.4 SEURANTA JA KONTROLLIT

Muutamassa vastauksessa kaivattiin kontrollia pian taudin diagnosoimisen jälkeen. Sairausten diagnosoimisen aiheuttama shokki vie asiakkaan keskittymiskykyä sairauden hoidosta vain pelkkään sairauteen ja sen vaikutukseen elämänlaatuun. Sen vuoksi vastaajat olivat kokeneet, että vastaanottotilanteessa ei ollut osannut tai huomannut kysyä sairauteen liittyä asioita. Osassa vastauksissa kerrottiin, että haluttaisiin ohjattuna käydä uudelleen läpi lääkehoitoa ja lääkkeiden ottotekniikoita.

”Siinä vaiheessa kun saa tietää sairastavansa vakavaa sairautta, ei välttämättä tajua kaikkea lääkäriltä saamaansa tietoa. Olisiko hyvä jos olisi mahdollista soittaa parin päivän päästä lääkärille ja kysyä mieleen pulpahtaneita askarruttavia asioita?”

”Kun diagnoosi tuli niin eihän siinä lääkärin vastaanotolla osannut oikein kysellä. Vastata kotona tuli mieleen, että ”tuota ja tuota” olisi pitänyt kysellä.”

7.2 TIEDONSAANTI KANAVAT

Keskustelupalstalla selvitimme myös keuhkohtaumatautia sairastavien vastaajien käyttämistä eri tiedonsaantikanavista. Sairausten diagnosoimisen lääkäri, joka oman tietotaitonsa ja kiinnostuksensa mukaan antaa ensimmäisenä informaatiota asiakkaalle. Lääkärin informaation jälkeen vastaajat kokivat saaneensa tietoa ja ohjausta myös työterveyshuollosta, hengityshoitajalta ja erikoislääkäreiltä. Useampi vastaaja kertoi hakeneensa itse tietoa internetistä. Vastaajat olivat kokeneet Hengityслиitto Heli ry:n Internet sivut hyväksi tiedonsaantikanavaksi.

”Taudista itsestään olen lukenut internetistä, mutta en kuitenkaan 100% luota internetin lähteisiin.”

”Tietoa lääkityksestä sain hengityshoitajalta jonne lääkäri ohjasi minut diagnoosin saatuani.”

8 POHDINTA

8.1 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää keuhkohtaumatautia sairastavien kokemuksia lääkehoidosta ja lääkehoidon toteutumisesta. Selvitimme, millaisiin asioihin he olivat kaivanneet ja halunneet saada tietoa. Lisäksi tarkoituksemme oli selvittää mistä keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset olivat tietoa etsineet ja saaneet.

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa käsitelimme keuhkohtaumatautia sairautena, lääkehoitoa, potilasohjausta sekä elämäntapojen vaikutusta sairauteen. Keuhkohtaumataudin toteaminen vaatii toteajalta taudinkuvan tuntemista, sillä tauti on alkuvaiheessa oireeton tai taudin alkuvaiheen oireet piiloutuvat usein tupakkayskän kaltaisten oireiden alle. Tauti diagnosoidaan usein vasta taudin pitkälle edenneessä vaiheessa. (Kinnula ym. 2005, 357-358; Iivanainen ym. 2006, 385-386.)

Tutkimusaineiston keräsimme Hengityслиitto Heli ry:n ylläpitämällä Internetsivuston keskustelupalstalta. Teimme palstalle keskustelun avauksen, johon vapaaehtoiset keuhkohtaumatautia sairastavat saivat osallistua. Keskusteluun osallistui määräajan puitteissa seitsemän vastaajaa. Mielestämme ne riittivät tutkimukseen, sillä laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta, eikä aineistosta tehdä päätelmiä yleistävyyttä ajatellen. (Hirsjärvi ym. 1997, 170-171) Tutkimuksessa nousi keskeisenä asiana ilmi potilaanohjaus kokonaisvaltaisesti, vaikkakin kysymykset oli suunnattu lääkehoitoon. Mutta keuhkohtaumataudin taudinkuva on sellainen, että kaikki sairautta koskevat asiat tukevat toisiaan, niin sairauden etenemisen hidastamisessa kuin pahenemisvaiheissakin.

Tutkimuksessamme oli vähäinen osallistujamäärä ja vastauksia niukasti, joka osaltaan vähentää tutkimuksemme luotettavuutta. Luotettavuusongelmasta huolimatta tulimme johtopäätökseen, että potilaat kaipaisivat lisää kokonaisvaltaista ohjausta. Yllätyimme, että keskusteluun osallistuneista vain muutama kaipasi tai halusi konkreettiseen lääkehoitoon saada tietoa. Useammalla keskusteluun osallistuneella kyse oli ohjauksesta tai

sen puutteesta. Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoito askarrutti muutamaa keskusteluun osallistunutta. Saman havainnon on tehnyt myös Tanninen (2012, 23) syventävässä tutkielmassaan. Tanninen kertoo havainneensa tutkimuksessaan, että kuinka potilaat ilmaisivat tarvitsevansa lisää tukea pahenemisvaiheessa sekä kaipaisivat täsmällisiä ohjeita pahenemisvaiheen lääkehoidon omatoimiseen aloittamiseen.

Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus olisi vastausten perusteella parempaa, mikäli ohjaus olisi yksilöllisempää, potilaan tarpeet huomioivaa sekä kontrollien ajankohdat ajoitettaisiin potilaan tarpeisiin nähden.

Tutkimuksesta nousi esille se, että lääkehoidon tietoutteen vaikutti terveydenhuoltoalan ammattilaisen antama ohjaus, mutta myös se, miten kauan diagnoosin tekemisestä oli. Vastauksista ymmärsi, kenellä sairaus oli vasta diagnosoitu ja kenellä sairauden diagnosoinnista oli jo jonkin aikaa. Yleisimpiä lääkehoitoon liittyviä mieltä askarruttavia asioita olivat lääkkeenottotekniikan tuomat haasteet, haittavaikutukset sekä lääkehoidon vaikutukset sairauden hoitoon ja elämän laatuun.

Tutkimuksestamme saadut tulokset ovat ihmisten kokemuksia lääkehoidosta ja lääkehoidon ohjauksesta. Tämä tukee käsitystämme siitä, miten tärkeä osa potilaan sairauden hoitoa potilasohjaus on. Tutkimustulosten luotettavuutta kuvastaa peilautuvuus jo olemassa olevaan potilasohjausmalliin, vähäisestä osallistujamäärästä huolimatta.

Alasen pro gradu- tutkielmassa (2002, 58) yksittäisen potilaan tiedontarpeet eivät ole kovinkaan hyvin ennakoitavissa, tämän vuoksi tarvitaan tiedon tarpeiden arviointia jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Tämän havainnon huomasimme myös omasta tutkimuksestamme, keskusteluun osallistuneiden vastauksista tiedontarpeet vaihtelivat laajalti. Tutkimuksestamme nousi esille potilaiden oma aktiivisuus tiedon hakuun heitä kiinnostaviin asioihin kuten Alanenkin pro gradu- tutkielmassaan (2002, 54) toteaa.

Alasen pro gradu- tutkielmassa (2002, 51) hoitohenkilökuntaa pidetään tärkeimpänä tiedonlähteenä. Hoitohenkilökunnalta toivottiin ohjaukseen aikaa, avoimuutta ja selkokieliisyyttä. Meidän tutkimuksestamme nousi myös esille havainto tiedonhakemisesta hoitohenkilökunnalta. Terveystieteiden ammattilaisen antama ohjaus toi potilaalle turvallisuudentunteen ohjauksen luotettavuudesta. Yli-Mannilan (2009, 95) pro gradu- tut-

kielman mukaan hoitajat kokivat olevansa ammattiryhmästään päävastuussa neuvonnan antamisesta. Ensimmäistä kontrollikäyntiä toivottiin jo pian diagnoosin jälkeen, jolloin voisi purkaa mieleen nousseita asioita keuhkohtaumatautiin erikoistuneelle henkilölle esim. hengityshoitajalle. Esille nousi myös tarve puhelinnumerosta, johon voisi soittaa kun eteen nousee asioita joihin haluaa saada tietoa.

Tutkimuksestamme tuli esille tapauksia, joissa taudin diagnosoinut henkilö oli jättänyt ohjaamatta kokonaan asiakasta. Ohjauksen laatuun vaikuttaa ohjaavan tahon mielenkiinto, tietotaito sekä paneutuminen asiakkaan hoitoon. Herää kysymys, että jätetäänkö ohjaus tietoisesti tekemättä omien puutteellisten tietojen vuoksi vai tietoisena ”hengityshoitajan” vastaanotosta? Esimerkkinä kertomus, jossa diagnosoiva taho eli lääkäri oli kertonut asiakkaalle vain sairaudesta, kertomatta ja ohjaamatta sen enempää ja oli kehottanut varaamaan ajan hengityshoitajalle. Tannisen (2012, 27-28) syventävän tutkielman mukaan on syytä kiinnittää huomiota hoitajien koulutukseen. Koulutuksessa hoitajat olisi saatava uskomaan myönteiseen asenteen muutokseen, eli potilaat kykenevät muuttamaan elintapojaan riittävällä tuella. Motivoivaa haastattelua tulee suosia hoitajien työtapana. Lääkkeistä on annettava selkeämpää tietoa sekä lääkkeenottotekniikka tulee kerrata jokaisella vastaanottokäynnillä.

8.2 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksemme kohteena ovat ihmiset, jotka sairastavat keuhkohtaumatautia. Emme kuitenkaan voi taata, ettei tutkimukseen osallistuisi myös sellaisia ihmisiä, jotka eivät oikeasti sairasta keuhkohtaumatautia. Vastaajat ovat anonyymeja, joka toisaalta voi innostaa ihmisiä rehellisesti kertomaan mielteitään, mutta myös aiheuttaa luotettavuusongelman tutkimustuloksellemme. Anonymiteetin takia emme voi varmistaa ihmisten todellista tarkoituspäätä ja taustaa.

Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on huolella selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan (Hirsjärvi ym. 1997, 26). Olimme yhteydessä Hengityслиitto Heli ry:hyn ja heidän suostumuksellaan sekä yhteistyössä heidän kanssaan saimme tehdä keskustelunaloituksen palstalle. Aloituksen palstalle on lisännyt Heli ry:n yhdyshenkilö. Keskus-

teluun osallistuminen on ollut vapaaehtoista, vastaajat ovat saaneet vastata anonyymisti tai nimimerkin kanssa.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi. Tuloksia tulkittaessa on ollut kaksi eri näkökulmaa aineistoon sekä tulosten esittämiseen ja tulkintojen tekemiseen. Huomasimme lukiessamme keskusteluja, miten eri tavalla tulkitsimme asioita. Koimme tämän hyväksi, sillä näin saimme tuloksiin syvyyttä ja monia hyviä keskusteluja aikaiseksi aiheeseen liittyen.

Luotettavuutta lisäävät ihmisten omakohtaiset kokemukset vastauksissa sekä tuloksemme ja johtopäätöstemme peilautuvuus jo olemassa olevaan potilasohjausmalliin. Luotettavuutta vähentää keskusteluun osallistuneiden vähäinen määrä, sillä Internet ei tavoita sellaisia ihmisiä, jotka eivät käytä tietokonetta. Mielestämme vastaajat saattavat olla valveutuneita ja kykeneviä hankkimaan tietoa eri tiedonsaantikanavista kuten mediasta, kirjallisuudesta tai internetistä. Todennäköisesti emme ole tavoittaneet mahdollisia vastaajia, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää tietokonetta. Tällaisia vastaajia voisi olla esimerkiksi iäkkäät ja heikko osaiset.

Olemme tarkasti merkanneet lähdemerkinnät, olemme pyrkineet välttämään tutkimustyössämme epärehellisyyttä kaikissa sen osavaiheissa. Olemme informoineet vastaajia keskustelunavauksessamme vastausten lainaamisesta opinnäytetyössämme.

8.3 OPPIMISKOKEMUKSET JA JATKOTUTKIMUS IDEAT

Tulevina hoitotyön ammattilaisina olemme työn myötä saaneet käsitystä potilasohjauksen tärkeydestä ja potilaan kokonaisvaltaisesta sekä yksilöllisestä huomioimisesta. Tutkimusprosessin myötä olemme tiedostaneet omat ohjausvalmiutemme. Olemme saaneet käsityksen keuhkohtaumataudin räjähdysmäisestä lisääntymisestä tulevaisuudessa ja siitä miten tärkeää taudin ennaltaehkäisy on.

Tutkimuksen tekeminen ja tutkimusprosessin kulku on ollut molemmille uusi asia. Yllätyimme prosessin haastavuudesta ja aikaa vievyydestä. Prosessi on antanut meille mahdollisuuden oppia hankkimaan uutta tietoa eri lähteistä sekä suodattamaan tiedon tärke-

yttä oman oppimisen kannalta. Työn myötä olemme ymmärtäneet hoitotyön näkökulman vaativan kriittistä, tarkoin perusteltua ja tutkimustuloksiin pohjautuvaa toimintaa.

Jatkotutkimuksina voisi tutkia potilasohjausmallin käyttöastetta perusterveydenhuollossa. Tutkimustulostemme perusteella potilasohjausmallia käyttämällä keuhkohtaumatautipotilas saa silloin perusteellisen ja kokonaisvaltaisen ohjauksen, jolloin mahdolliset ohjauksen puutteellisuudet minimoitaisiin. Käyttämällä potilasohjausmallia valtakunnallisesti, hoitoketju olisi yhtenäisempi ja potilaan saama ohjaus olisi tasalaatuisempaa.

Toisena jatkotutkimusideana meille nousi potilasohjaukseen käytettävien resurssien määrä kartoittaminen. Hyvä potilasohjaus vaatii hoitajalta motivaatiota, aikaa ja ajantasaista tietoa ohjattavasta asiasta sekä hyvät vuorovaikutustaidot.

LÄHTEET

Ahonen, A. 2002. Kotihappihoito, mukana hengityssairaana arjessa. Hengityслиitto Heli ry:n opas. Saatavilla www- muodossa <URL: http://www.heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_hengityssairauksia_sairastavalle/Kotihappihoito.pdf>. Hakupäivä 16.10.2011.

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedon tarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Saatavilla www- muodossa <URL: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00172.pdf>>. Hakupäivä 26.3.2012.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. 5.- 6. painos. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen, terveyttä edistäen. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Merja Nikonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

Keuhkojen toimintakokeet. 2005. Saatavilla www- muodossa <URL:<http://www.tohtori.fi/?page=8938695&id=1361848>>. Hakupäivä 16.10.2011

Kinnula, V. Krooninen keuhkoputkitulehdus ja keuhkohtaumatauti. Saatavilla www- muodossa <URL:http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Krooninen_keuhkoputkitulehdus_ja_keuhkohtaumatauti>. Hakupäivä 13.10.2011.

Kinnula, V. & Sovijärvi, A. 2005. Keuhkojen toiminnan tutkiminen. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander & Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. painos. Hämeenlinna: Karisto.

Kinnula, V. & Tukiainen, P. 2005. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander & Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. painos. Hämeenlinna: Karisto.

Koulu, M. 2007. Hengitysteiden sairauksien hoidossa käytettävät lääkeaineet. Teoksessa Tuomisto (toim.) Farmakologia ja Toksikologia. 7.painos. Kustannus Medicina oy. Saatavilla www- muodossa <URL: <http://www.medicina.fi/fato/12.pdf>>. Hakupäivä 12.10.2011.

Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti. Valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito-ohjelma 1998 – 2007. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 1998:4. Helsinki: OY Edita AB. Saatavilla www- muodossa <URL: http://www.filha.fi/@Bin/29335/copd_fin.pdf>. Hakupäivä 27.3.2012

Käypä hoito -suositus. 2009. Keuhkohtaumatauti. Saatavilla www- muodossa <URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06040?hakusana=copd>>. Hakupäivä 16.10.2011.

Käypä hoito -suositus. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Saatavilla www- muodossa <URL:<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi40020.pdf>>. Hakupäivä 14.3.2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla www- muodossa <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Hakupäivä 26.3.2012.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

Matilainen, E. 2003 Kroonisen ahtauttavan keuhkosairaudenhoito. Teoksessa sairaanhoitajan käsikirja (toim.) Marianne Mustajoki. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Mustajoki, P. 2010. Sydämen vajaatoiminta. Teoksessa Duodecim (toim.) Lääkärikirja. Saatavilla [www-](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084) [muodossa](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084) <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084>. Hakupäivä 16.10.2011

Nurminen, M-L., 2004. Lääkehoito. 4. -6. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Saarelma, O., 2011. Tupakoinnin lopettaminen. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla [www-](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337) [muodossa](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337) <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337>. Hakupäivä 14.3.2012

Saaresranta, T. & Polo, O. 2005. Krooninen hengitysvajaus. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander & Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. painos. Hämeenlinna: Karisto.

Sorvari, P. 2007. Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus. Teoksessa Kaija Lipponen, Liisa Ukkola, Outi Kanste & Helvi Kyngäs (toim.) Pohjois-Pohjanmaa sairaanhoitopiirin julkaisuja. Erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon yhteistyönä tuotetut toimintamallit. 2. painos. Saatavilla [www](http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf) -muodossa <URL:http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf>. Hakupäivä 26.3.2012

Sovijärvi, A. & Salorinne, Y. 2005. Keuhkojen fysiologiaa ja patofysiologiaa. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander & Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. painos. Hämeenlinna: Karisto.

Tanninen, T. 2012. Keuhkohtaumatautipotilaan fyysisen aktiivisuuden määrittäminen ja voimaannuttaminen omatoimiseen liikuntahoitoon. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Syventävä tutkielma. Saatavilla [www-](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084) [muodossa](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084) <URL:

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/31506/TUTKIELMAN%20LOPPUVE RSIO.pdf?sequence=3](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/31506/TUTKIELMAN%20LOPPUVE%20RSIO.pdf?sequence=3)>. Hakupäivä 9.4.2012.

Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. 2006. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla [www-muodossa <URL:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf>](http://www.muodossa.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf). Hakupäivä 27.3.2012.

Vauhkonen, I. 2006. Keuhkosairaudet. Teoksessa Maisa Saarni (toim.) Sisätaudit. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Virola, M. 2011. Keuhkohtaumapotilaan liikunta ja ravitsemus. Luentomateriaali. Julkaisematon lähde.

Virola, M. 2011. Kotihappihoito. Luentomateriaali. Julkaisematon lähde.

WHO, Chronic obstructive pulmonary disease. Saatavilla [www- muodossa <URL: http://www.who.int/respiratory/copd/en/index.html>](http://www.who.int/respiratory/copd/en/index.html). Hakupäivä 18.11.2011.

Yli-Mannila, H. 2009. Sairaalasta kotiutettavan potilaan lääkeneuvonta – lääkeneuvontamallin kehittäminen Hus:n lastenosastolle. Helsinki: Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. Saatavilla [www- muodossa < URL: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/15834/Pro%20gradu%20tutkielma%20 Yli-Mannila%20Hanna.pdf?sequence=1>](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/15834/Pro%20gradu%20tutkielma%20Yli-Mannila%20Hanna.pdf?sequence=1). Hakupäivä 9.4.2012.

Hei!

LIITE 1

Olemme kaksi, keväällä 2012 valmistuvaa, sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulun (OAMK), Oulaisten yksiköstä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada kokemuspäistä tietoa keuhkohtaumataudin lääkehoidosta ja kehittää lääkehoidon ohjausta. Tutkimuksestamme saamme tietoa myös keuhkohtaumataudin tiedonsaantikanavista. Tulosten avulla voimme kehittää hoitotyötä ja ohjauksen laatua.

Hengityслиitto ry:n luvalla esitämme Teille, hyvät keuhkohtaumatautia sairastavat ihmiset, seuraavat kysymykset:

1. Millaisista lääkehoitoon liittyvistä asioista Te olette kaivanneet tai halunneet saada tietoa saatuanne keuhkohtaumatautidiagnoosin? (Happihoito luetaan myös lääkehoidoksi.) Kuvatkaa omin sanoin mitkä ja millaiset asiat ovat askaruttaneet Teitä.
2. Mistä lähteistä Te olette etsineet ja saaneet tietoa?

Toivomme Teidän vastaavan tähän viestiketjuun, sillä emme voi hyödyntää tutkimuksemme aikaisempia keskusteluketjuja. Toivomme teidän osallistuvan keskusteluun 29.2.2012 mennessä. Kertomastanne tekstistä voimme käyttää osia suorina lainauksina opinnäytetyössämme.

Suuret kiitokset jo etukäteen vastauksista!

Terveisin sairaanhoidonopiskelijat Katja Siniluoto ja Mari Nietula, OAMK