

TARKISTUSLISTA ASTMAPOTILAAN  
OHJAUKSEN TUEKSI

Annina Salonen & Riikka Sundström

# TARKISTUSLISTA ASTMAPOTILAAN OHJAUKSEN TUEKSI

Annina Salonen & Riikka Sundström  
Opinnäytetyö, kevät 2013  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystyön suuntautumis-  
vaihtoehto  
Terveystyöntekijä (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Salonen, Annina & Sundström, Riikka. Tarkistuslista astmapotilaan ohjauksen tueksi. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2013, 51 sivua, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto/Terveystenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)/ terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää A4-kokoinen tarkistuslista Iho- ja allergiasairaalan astmahoitajille yli 16-vuotiaan astmapotilaan ohjauksen tueksi. Tarkistuslistan tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus sekä antaa astmapotilaan ohjaukselle riittävän monipuolinen sisältö. Tavoitteena on, että potilas kykenisi mahdollisimman hyvään astman omahoitoon. Opinnäytetyö sisältää teoriaosuu- den sekä kehittämämme tarkistuslistan. Opinnäytetyö on luonteeltaan toiminnal- linen opinnäytetyö.

Iho- ja allergiasairaalassa haasteeksi on muodostunut se, ettei astmahoitaja aina tiedä varmasti, mitä ohjausta potilas on saanut aikaisemmilla vastaanotto- kerroilla. Potilas saattaa saada saman tiedon useaan eri kertaan tai vaihtoehtoi- sesti jokin olennainen astmaohjauksen osa-alue saattaa jäädä kokonaan käy- mättä läpi potilaan kanssa. Kehittämämme tarkistuslista auttaa tiedon siirtymi- sessä hoitajalta toiselle ja takaa sen, että astmaohjauksen olennaisimmat osa- alueet tulevat käydyksi jokaisen astmapotilaan kanssa varmasti läpi. Tarkistus- listan käyttö vaatii hoitajilta uskallusta ottaa uusi toimintatapa osaksi päivittäistä työtään.

Tarkistuslistan käytöstä toivotaan Iho- ja allergiasairaalan allergiapoliklinikalle ja päiväosasto 2:lle uutta pysyvää toimintatapaa. Tarkistuslistan käytöstä olisi hy- vä kerätä myöhemmin palautetta sekä mahdollisia parannusehdotuksia astma- hoitajilta. Tarkistuslistaa voi tarpeen vaatiessa kehittää enemmän Iho- ja aller- giasairaalan tarpeita vastaavaksi. Iho- ja allergiasairaala toivoo, että tarkistuslis- ta olisi tulevaisuudessa sähköisessä muodossa.

Asiasanat: astma, astmapotilaan ohjaus, astmahoitaja, astman omahoito, tarkis- tuslista.

## ABSTRACT

Salonen, Annina and Sundström, Riikka.

Checklist of asthma patient care. 51 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of this thesis was to create an A4 size checklist of asthma nursing for the medical staff of the Skin and Allergy Hospital to assist the care of over 16-year-old patients. The study is for practical use containing a theory section and the check list.

The Skin and Allergy Hospital has a separate reception of the asthma nurse. The main challenge is to know what kind of information patients have got during previous treatments. Maybe the same information has been given several times or some very important information of asthma has not been given. The checklist of our study helps to share the information among the nursing staff. The check list offers a new method to assist in the care of asthma patients.

We hope that this check list will be applied in the hospital department. Feedback on the check list and suggestions for improvements are welcome. This check list can be modified for the needs of the Skin and Allergy Hospital. In the future the hospital hopes to have the list as an e-check list in the hospital network.

Keywords: asthma, care of asthma patient, asthma nurse, asthma self-care, check list

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 ASTMA SAIRAUTENA.....	8
2.1 Mikä astma on? .....	8
2.2 Oireet.....	9
2.3 Riskitekijät .....	11
2.4 Epidemiologia.....	12
2.5 Diagnostiset tutkimukset.....	14
2.5.1 Keuhkojen auskultaatio .....	14
2.5.2 PEF-mittaus .....	15
2.6 Lääkehoito .....	15
2.6.1 Astmatulehdusta hoitavat ja ehkäisevät lääkkeet.....	16
2.6.2 Keuhkoputkia avaavat lääkkeet sekä yhdistelmävalmisteet ....	18
2.6.3 Astmalääkkeiden korvattavuus.....	19
2.7 Astman erityistilanteet .....	20
2.7.1 Raskaus .....	20
2.7.2 Astma ja muut sairaudet .....	21
3 ASTMAPOTILAS SAIRAAHOITAJAN VASTAANOTOLLA .....	23
3.1 Ohjauksen merkitys hoitotyössä .....	23
3.2 Astmapotilaan ohjauksen sisältö .....	25
4 ASTMAN OMAHOITO .....	28
4.1 Mitä astman omahoito on? .....	28
4.1.1 Astman paheneminen .....	29
4.2 PEF-seuranta astman omahoidossa .....	30
5 TARKISTUSLISTA TYÖVÄLINEENÄ IHO- JA ALLERGIASAIRAALASSA....	31
5.1 Mikä tarkistuslista on? .....	31
5.2 Tarkistuslista käytännön työssä.....	32
5.3 Iho- ja allergiasairaala .....	32
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	34

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	34
6.2 Luotettavuus ja eettisyys .....	35
6.3 Tavoitteet ja tarkoitus .....	35
6.4 Suunnittelu, toteutus ja arviointi.....	36
7 POHDINTA .....	42
LÄHTEET.....	45
LIITE 1: TARKISTUSLISTA ASTMAHOITAJAN VASTAANOTOLLE.....	51

# 1 JOHDANTO

Iho- ja allergiasairaalassa toimii astmahoitajan itsenäinen vastaanotto. Vastaanoton pitämiseen vaaditaan pitkäaikainen kokemus erityisesti astmaa ja allergisia sairauksia sairastavien potilaiden hoitotyöstä. Lisäksi tuleva astmahoitaja osallistuu työnsä ohessa toimipaikkakoulutukseen, joka sisältää muun muassa luentoja, lähiopetusta ja keskustelua asiantuntijoiden kanssa. Hoitaja käy koulutuksen aikana läpi itsenäisen hoitajavastaanotto toiminnan edellyttämät luento-osiot ja suorittaa lopuksi kirjallisen kokeen, joka arvioidaan hyväksyty/hylätty- periaatteella. (Stenroos 2010.)

Hoitajan pitämät astmavastaanotot aloitettiin syksyllä 2008. Astmahoitajan vastaanotto korvaa lääkärikäynnin, ja näin resursseja voidaan kohdistaa ja käyttää entistä tehokkaammin. Asiakas saa nopeammin hoitoa, koska jonot lääkärien vastaanotoille ovat pitkät. (Utriainen 2012.)

Lääkäri tekee aina astmadiagnoosin ja arvioi ne potilaat, joiden astmakontrollit voidaan siirtää hoitajavastaanotoille. Astmahoitaja toteuttaa kontrollikäynnin lääkärin potilaskertomukseen kirjaaman jatkohoitosuunnitelman mukaan. (Stenroos 2010.) Vastaanottoja on yleensä 2–3 kertaa potilaan henkilökohtaiset tarpeet huomioiden ja hoitajalla on aina mahdollisuus konsultoida tarvittaessa lääkäriä (Utriainen 2012).

Haasteeksi Iho- ja allergiasairaalassa on muodostunut se, että hoitajat eivät aina tiedä, mitä ohjausta potilas on saanut aikaisemmilla toisen astmahoitajan pitämällä vastaanotoilla. Näin ollen potilas saattaa saada saman tiedon useaan eri kertaan tai vaihtoehtoisesti jokin olennainen astmaohjauksen osa-alue saattaa jäädä kokonaan käymättä läpi potilaan kanssa. Opinnäytetyössämme kehitimme tarkistuslistan astmaohjauksen tueksi sairaanhoitajan itsenäiselle vastaanotolle. Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja vastaa suoraan työelämän tarpeisiin.

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi aiheen teorian tietoon ja aiheeseen liittyviin tutkimuksiin perehtymällä. Teoriatiedon ja käytänteiden avulla kehitimme tarkistuslistan.

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat astma, astmapotilaan ohjaus, astmahoitaja, astman omahoito ja tarkistuslista.

## 2 ASTMA SAIRAUTENA

### 2.1 Mikä astma on?

Astma on pitkäaikainen keuhkoputkien tulehdussairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Astmaan liittyvistä keuhkomuutoksista ja oireista tiedetään paljon, joten sairautta voidaan ehkäistä ja sen oireita voidaan lievittää. Astmaa sairastavien potilaiden oireet ja hoito voivat vaihdella, sillä astma on yksilöllinen sairaus. Astman hoito suunnitellaan jokaiselle astmaa sairastavalle yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Huovinen 2002, 9.)

Astma aiheuttaa erityisesti keuhkoputkien ahtautumista, mutta myös muita keuhkojen toiminnan häiriöitä (Haahtela 2003, 67). Keuhkoputkien sileiden lihasten supistuminen, sitkeän liman muodostuminen sekä keuhkoputkien limakalvon turvotus ovat tyypillisiä astmalle. Keuhkoputkien limakalvon tulehdus aiheuttaa limanerityksen lisääntymistä ja limakalvon turpoamista. Se vaikeuttaa uloshengitystä ja siitä myös syntyy astmalle tyypillinen hengityksen vinkuminen. Tulehtuneen ja turvonneen limakalvon kyky sietää erilaisia ärsykeitä vastaan on heikentynyt ja limakalvo on tällöin erityisen herkkä. (Laitinen & Räsänen 2000, 16; Käypä hoito 2012.) Rakenteelliset muutokset limakalvoilla ja limakalvojen alaisissa kudoksissa ovat tavallisia erityisesti voimakkaassa ja pitkään jatkuneessa astmatulehduksessa. Limakalvojen rakenteellisiin muutoksiin viittaavat muun muassa tyvikalvon ja sileän lihaskerroksen paksuuntuminen, verisuonten uudismuodostus sekä erilaiset limakalvovauriot. (Käypä hoito 2012.)

Astmapotilaan on kiinnitettävä erityistä huomiota suun hoitoon. Perussairautena astma ei itsessään aiheuta ongelmia tai oireita suonteloon ja suuhun. Astmaa sairastavalle tuttu suuhengitys, joka johtuu nenän tukkoisuudesta, voi vähentää etuhammasalueella syljen suojaavaa vaikutusta. Se puolestaan voi altistaa astmaa sairastavan hampaat reikiintymiselle. (Honkala 2009.)

## 2.2 Oireet

Astmaa lähdetään selvittämään potilaan oireiden perusteella perusterveydenhuollossa (Piirilä & Sovijärvi 2000, 21). Potilaan oireet ovat tavallisesti alkaneet fyysisen rasituksen, kylmän ilman hengittämisen, hengitystieinfektion tai voimakkaan allergeenialtistuksen yhteydessä. Yleensä ensimmäinen oire on keuhkojen limaneritys, jota potilas pyrkii poistamaan yskimällä. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322; Käypä hoito 2012.) Yskää kutsutaan niin sanotuksi kuivaksi yskäksi, koska limaa ei poistuu yskimisestä huolimatta. Kun yskä jatkuu, alkaa hengitys tuntua raskaalta sekä vinkua. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322.) Vaihtelevuus ja kohtausmaisuus ovat tyypillistä astmaoireille (Käypä hoito 2012).

Astman tyypillisin oire on hengenahdistus, mutta kaikki hengenahdistus ei aina suoraan viittaa astmaan. Keuhkosairauksissa, joissa hengitys on heikentynyt, on aina yhtenä oireena hengenahdistus. Taudin alkuvaiheessa astmalle on erityäin tyypillistä, että hengenahdistus aiheutuu jostain ulkopuolisesta ärsykkeestä, kun taas muissa keuhkosairauksissa hengenahdistukset ovat jatkuvampia. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322, 325; Laitinen & Räsänen 2000, 16.) Lievän ja alkavan astman aiheuttama oireilu on usein jaksottaista ja sen vuoksi keuhkot toimivat suurimman osan ajasta täysin normaalisti. Vaikeassa astmassa keuhkoputkien ahtautuminen ja astmaoireilu voi olla pysyvää ja osin jopa palautumatonta. (Käypä hoito 2012.)

Astman oireet ovat aina yksilöllisiä ja siitä johtuen eri ihmisillä voi olla hyvinkin erilaiset oireet. Oireet voivat vaihdella jopa samalla ihmisellä kuukaudesta toiseen. Hengenahdistusta esiintyy yleensä aamuöisin sekä aamuisin ja ylähengitystieinfektioiden yhteydessä. (Kauppi 2011.) Koska elintoiminnoilla on oma vuorokautinen rytmensä, aamuyön ja aamun oireet selittyvät sillä, että keuhkojen toiminta on silloin luontaisesti heikoimmillaan ja aamuöisin keuhkoputket ahtautuvat (Haahtela 2003, 69).

Hengenahdistus on hyvin tyypillistä rasituksen jälkeen, erityisesti pakkasella (Kauppi 2011). Hengitys kiihtyy ja hengitysteistä karkaa kosteutta ja lämpöä

ruumiillisen rasituksen yhteydessä. Sen johdosta keuhkoputkien tulehtunut limakalvo ärtyy ja aiheuttaa keuhkoputkien ahtautumisen. Erityisesti kasvojen kylmeneminen aiheuttaa oireita. (Haahtela 2003, 69.) Astmaa sairastavalle paras mahdollinen ilmasto on tasainen, leuto ja melko kostea. Eniten hankaluuksia tuottavat äkilliset lämpötilan vaihtelut sekä liika kuumuus ja helle tai kova pakkas. Ne voivat vaikeuttaa ja pahentaa astman oireita entisestään. (Puolanne & Stenius-Aarniala 2000, 99.)

Myös yleiskunnolla on suuri merkitys oireiden ilmenemiselle. Huonokuntoisella ihmisellä rasitus laukaisee oireet herkemmin. Tämä ilmenee esimerkiksi hengityksen vinkumisena, yskimisenä ja limanerityksen lisääntymisenä. (Haahtela 2003, 69.) Hengityksen vinkumista voi esiintyä samaan aikaan hengenahdistuksen kanssa (Kauppi 2011).

Erilaisille allergeeneille altistuminen voi myös laukaista hengenahdistuksen (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322; Kauppi 2011). Noin puolet astmaa sairastavista aikuisista ja suurin osa astmaa sairastavista lapsista ovat allergisia jollekin hengitettävälle allergeenille ympäristössä. Ei-allerginen astma on yleisempää aikuisilla. Monet hengitettävät pölyt kuten pölypunkkipölyt, siitepölyt, homepölyt, eläinpölyt ja muut hengitysilman epäpuhtaudet voivat allergisilla henkilöillä aiheuttaa oireita. (Haahtela 2003, 68.) Hengitettävä allergeeni yksistään aiheuttaa vain harvoin vaikean astma-kohtauksen, vaan yleensä kohtauksen taustalla on lisäksi esimerkiksi hengitystieinfektio tai fyysinen rasitus. Astma voi myös puhjeta allergeenialtistuksen, kuten kemikaalien kanssa työskentelyn seurauksena, jolloin kyseessä on ammattitauti. (Haahtela 2000, 39–40.) Hengitystieallergian lisäksi myös lääkeaineallergiat ovat astmapotilailla muuta väestöä yleisempiä (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338).

Allerginen nuha ja astma kulkevat usein käsi kädessä, ja on arvioitu, että jopa 60–80 prosentilla astmapotilaista esiintyy astman kanssa samanaikaisesti myös allergista nuhaa. Allergisen nuhan tyypillisiä oireita ovat nenän tukkoisuus ja vuotaminen sekä nenän limakalvojen kutina. Nenä menee tukkoon, koska nenän limakalvot tulehtuvat ja turpoavat. Nuhan avulla keho yrittää puhdistaa nenää ja sen vuoksi nenä alkaa lopulta vuotaa. Allergista nuhaa voidaan hoitaa

lääkkeillä, kuten esimerkiksi antihistamiineilla. Nenän tukkoisuutta voidaan puolestaan helpottaa erilaisilla nenäsuihkeilla, kuten esimerkiksi paikallissteroideilla ja nenän limakalvoja supistavilla lääkkeillä. Nenäsuihkeiden käytössä on kuitenkin huomioitava oikeanlainen lääkkeenottotekniikka. (Hengitysliitto i.a.g.) Nuha-oireet tulee aina ottaa potilaan kanssa puheeksi ja hänen nenänsä olisi hyvä tutkia (Käypä hoito 2012).

Pitkäaikainen ja toistuva yskä, joka esiintyy myös tyypillisesti aamuöisin tai aamuisin, voi yksinkin olla astman oire. Yskän yhteydessä keuhkoista erittyy usein kirkasta vaaleaa tai jopa harmaata limaa, mutta yskä voi olla myös kuivaa. (Haahtela 2003, 68; Kauppi 2011.) Astma todetaan pitkään yskineistä jopa kolmasosalla (Kauppi 2011).

### 2.3 Riskitekijät

Astma on monitekijäinen sairaus ja astman kehittymistä lisää perinnöllinen alttius (Puolijoki 2010, 97). Jos esimerkiksi perheen äiti sairastaa astmaa, on hänen lähisukulaisillaan 2–3-kertainen riski sairastua astmaan verrattuna sellaisiin perheisiin, joissa astmaa ei esiinny ollenkaan. Siitä, periytyykö astma voimakkaammin isän vai äidin puolelta, ei ole vielä varmaa näyttöä. (Laitinen & Räsänen 2000, 18.)

Astmariskiin vaikuttavat henkilön ikä ja sukupuoli. Pojilla astma on yleisempää varhaislapsuudessa, mutta sukupuolten välinen ero tasoittuu murrosikään tultaessa. Aikuisilla puolestaan naisten sairastumisriski on suurempi. Vaihtelun uskotaan johtuvan hormonaalisista tekijöistä. (Laitinen & Räsänen 2000, 18.)

Astmaan sairastumisen riskiä lisää allerginen nuha, mutta allergisen nuhan siedätyshoidolla saattaa olla astman kehittymistä estävä vaikutus. Atooppinen taipumus on astman tärkeä riskitekijä, erityisesti lapsilla ja nuorilla. (Puolijoki 2010, 97.) Atopian ilmeneminen allergisena nuhana tai allergisena ihottumana suurentaa astmariskiä. Myös ylipaino lisää astmaan sairastumisen riskiä. (Laitinen & Räsänen 2000, 18; Käypä hoito 2012.)

Tupakointi sekä tupakansavulle altistuminen lisäävät astmariskiä erityisesti lapsilla ja nuorilla (Puolijoki 2010, 97: Käypä hoito 2012). Tupakoitsijoiden kohdalla ongelmalliseksi on havaittu se, että tupakoitsijoiden ahtauttava keuhkosairaus diagnosoidaan usein suoraan keuhkohtaumataudiksi. Tämä vaikeuttaa tupakoinnin ja astman välisen yhteyden todellisen korrelaation arviointia. Selvää kuitenkin on, että riski on merkittävä. Suurin sairastuvuusriski on tutkimusten mukaan tupakoinnin lopettaneilla. Tämä selittyy todennäköisesti sillä, että astma on alkanut oireilla jo tupakoinnin aikana ja tutkimuksiin hakeudutaan vasta, kun tupakoinnin lopettaminen ei vie oireita pois. Tupakoinnin määrän kasvu mitattuna poltettujen savukkeiden määränä vuorokaudessa nostaa astmaan sairastumisen riskiä. Tupakointi lisää astmaan sairastumisen riskiä enemmän naisilla kuin miehillä. (Jaakkola & Jaakkola 2005, 161–162.)

Erilaiset homeet, huono ilmanvaihto sekä liiallinen kosteus ovat omiaan lisäämään astmariskiä sekä hengityselinoireita. (Puolijoki 2010, 97.) Myös astman esiintyvyys on lisääntynyt menneinä vuosikymmeninä merkittävästi. Muutos on tapahtunut melko lyhyen ajan sisällä, joten voidaan olettaa, että syy on ympäristötekijöissä. (Laitinen & Räsänen 2000, 18.)

## 2.4 Epidemiologia

Astma on Suomen yleisin pitkäaikainen hengityssairaus (Hengitysliitto i.a.a). Noin kuusi prosenttia aikuisista on haastattelututkimuksissa ilmoittanut pitkäaikaisairaudekseen astman, ja lapsista sekä nuorista astmaa sairastaa noin 4–7 prosenttia. Astman kaltaisesti oireilevia on saman verran. (Puolijoki 2010, 97.) Etenkin nuorissa ikäryhmissä astman kaltaisesti oireilevien ja astmaa sairastavien määrä on lisääntynyt (Käypä hoito 2012). Yli 40-vuotiailla sekä lapsilla astman esiintyvyys on suurin (Kauppi 2011).

Astmaan kuolee vuosittain yli sata ihmistä. Astmakuolleisuus on pienentynyt parin viime vuosikymmenen aikana, vaikka astmaa sairastavien määrä onkin kasvanut. Tämä johtuu siitä, että atooppista ja astman lievempää muotoa sai-

rastavien määrä on lisääntynyt ja samaan aikaan vaikeampaa sisäsyntyistä astmaa sairastavien määrä on vähentynyt. Astman varhainen tunnistaminen sekä tehokas hoito ovat vähentäneet sairaalahoidon määrää ja astmakuolleisuutta huomattavasti. (Haahtela 2005, 216–218.)

Läntisissä teollisuusmaissa allergiset sairaudet ovat eniten kustannuksia aiheuttavien sairauksien kärkijoukossa yleisyytensä vuoksi, ja niiden aiheuttamat kustannukset nousevat edelleen. Astma ja allergiat aiheuttavat kuitenkin vain pienen osan suurista kustannuseristä, joita ovat muun muassa sairaalahoito, työkyvyttömyys sekä ennenaikaiset kuolemaan liittyvät työvoiman menetykset. Astman ja muiden allergisten sairauksien kustannukset koostuvat pääosin avohoidon lääkärisäkäynneistä, työkyvyttömyydestä sekä kuntoutuksesta. Viime aikoina kustannukset ovat aiheutuneet paljolti myös välillisistä kustannuksista, joita monilla muilla sairauksilla ei juuri ole. Tällaisia ovat esimerkiksi työpaikkojen, koulujen ja kotien homeongelmien remontoinnit ja korjaukset. (Haahtela 2005, 220–221.)

Kansallinen astmaohjelma (1994–2004) on suomalaisen astmahoidon onnistumisen taustalla (Haahtela & Hannuksela 2007, 21). Kansallisen astmaohjelman (1994–2004) asettaman työryhmän tavoitteena oli muun muassa, että mahdollisimman moni alkavaa astmaa sairastavista tervehtyy ja vaikeaa tai kohtalaisen vaikeaa astmaa sairastavien osuus puolittuu. Lisäksi tavoitteena oli puolittaa sekä vuosittaisten sairaalahoitopäivien määrä että yhtä astmaa sairastavan henkilön vuosittaiset kokonaiskustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1994, 3.) Suomessa astman aiheuttamat kustannukset on onnistuttu pysäyttämään ja parhaimmillaan kustannuksia on onnistuttu jopa hieman vähentämään. (Haahtela & Hannuksela 2007, 21).

## 2.5 Diagnostiset tutkimukset

Astman varhainen diagnosointi sekä oikean hoidon aloittaminen voivat hidastaa keuhkojen toiminnan huononemista sekä astman etenemistä (Käypä hoito 2012). Lääkäri voi diagnosoida astman pelkästään potilaan esitietojen ja auskultaation eli keuhkojen kuuntelemisen perusteella. Jos potilaalle joudutaan aloittamaan jatkuva ja säännöllinen lääkitys, diagnoosin täytyy olla täysin varma ja potilaan alkutilanne tulee selvittää mahdollisimman tarkasti. Näin ollen astman kehittymistä voidaan seurata ja myöhempiä oireita voidaan tarvittaessa verrata potilaan alkutilanteeseen. (Kauppi 2011.) Astmadiagnoosi varmistetaan aina keuhkojen toimintakokeilla. Keuhkojen toimintakokeilla osoitetaan keuhkoputkien vaihteleva ahtautuminen tai lääkityksellä laukeava ahtautuminen. (Käypä hoito 2012.)

Astmatutkimusten laajuudessa voi olla alueellisia eroja. Keuhkojen auskultaatio ja PEF-mittaus ovat astmatutkimuksista tärkeimpiä. Ne tehdään potilaalle aina epäiltäessä astmaa. Lisäksi tehdään laboratoriotutkimuksia: otetaan perusverenkuva ja tutkitaan mahdollisesti myös ysköksien allergiasolut. (Piirilä & Sovijärvi 2000, 21.) Muita astmatutkimuksia ovat spirometria, rasiuskoe, kortikosteroidihoitokoe, radiologiset tutkimukset, prick-ihotestit ja altistustutkimukset. Muita tutkimuksia tehdään epävarmoissa tapauksissa ja silloin, kun potilaan astmaa halutaan luokitella tarkemmin. (Kauppi 2011.)

### 2.5.1 Keuhkojen auskultaatio

Keuhkojen auskultaatiossa lääkäri kuuntelee potilaan keuhkot stetoskoopin suppilopäällä edestä, takaa ja sivuilta, ylhäältä ja alhaalta. Potilasta pyydetään hengittämään suun kautta. (Tukiainen 2005, 226.) Astmalle tyypillistä on erityisesti nopeasti ulos hengitettäessä kuuluva vinkuna. Vaikean astmakohtauksen aikana hengitysäänet voivat olla myös hiljentyneet. Koska hengityksen vinkuna ei kuitenkaan ole pelkästään astmalle tyypillistä ja astmapotilaan hengitysäänet voivat olla myös normaalit, ei keuhkojen auskultaatio yksin riitä astman diagnosointiin. (Piirilä & Sovijärvi 2000, 21.)

### 2.5.2 PEF-mittaus

PEF-mittauksella mitataan potilaan suurten hengitysteiden väljyyttä. PEF-mittauksia tehdessä potilas istuu ja puhalttaa PEF-mittariin maksimaalisella voimalla lyhyen puhalluksen. Puhallus toistetaan kolme kertaa ja tuloksista valitaan suurin PEF-lukema, joka kirjataan ylös seurantalomakkeeseen. Virheitä puhalluksiin voivat aiheuttaa esimerkiksi liian pitkä ulospuhallus, suupielestä vuotava ilma, huono hengityselinvoiman käyttö puhalluksen alussa tai yskäisy puhalluksen aikana. PEF-mittauksia voidaan suorittaa lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, mutta yleensä astmapotilas mittaa PEF-arvonsa kotona. Mittaukset suoritetaan aamuin ja illoin, mahdollisimman samaan kellonaikaan. Täysin ei voida määrittellä astmapotilaan terveestä erottavaa PEF-vuorokausivaihtelua, mutta yli 20 prosentin vaihtelua pidetään poikkeavana. Vuorokausivaihtelua arvioidaan kertomalla aamu- ja ilta-arvon erotus sadalla ja jakamalla tulos aamu- ja ilta-arvon keskiarvolla. (Kinnula & Soijärvi 2005, 232–233.)

### 2.6 Lääkehoito

Lääkehoidon tarkoituksena astman hoidossa on palauttaa keuhkoputket sellaiseen tilaan kuin ne ovat terveellä ihmisellä. Tarkoituksena on siis rauhoittaa tai poistaa astmaattinen tulehdus, vähentää liman eritystä ja laukaista keuhkoputkien lihassupistukset. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 29.) Lääkehoidon tavoitteena on potilaan oireettomuus, mutta keskivaikean ja vaikean astman kohdalla tähän tavoitteeseen on usein mahdotonta päästä kokonaan. Tällöin tavoitteena ovat mahdollisimman vähäiset oireet päivisin ja yöoireiden poistuminen kokonaan. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27; Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 328.) Astman lääkehoidon oikea toteutus heti diagnoosista lähtien on tärkeää, sillä pitkään hoitamattomana ollut astma ei välttämättä enää reagoi lääkehoitoon kovin hyvin. Lisäksi lääkehoidon laiminlyöminen lisää äkillisten oireiden ja astman pahenemisen vaaraa. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 322; Nieminen & Kankaanranta 2000, 29.)

### 2.6.1 Astmatulehdusta hoitavat ja ehkäisevät lääkkeet

Astman lääkehoidon kulmakivenä ovat hengitettävät kortikosteroidit. Hengitettävät kortikosteroidit parantavat limakalvon tulehdusta ja vähentävät keuhkoputkien supistumisherkkyyttä. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 32–33.) Hoito hengitettävällä kortikosteroidilla on aloitettava riittävän suurella annoksella, jotta limakalvon tulehdustila saadaan rauhoittumaan. Sen jälkeen potilaalle etsitään pienin mahdollinen annos, jolla oireet pysyvät kurissa. Kaikissa tapauksissa säännöllinen hoito hengitettävällä kortikosteroidilla ei ole tarpeen, mutta jos astma oireilee toistuvasti tai jatkuvasti, on pysyvä hoito otettava käyttöön. Haittavaikutuksia ei pitkäaikaisellakaan käytöllä ole juuri todettu, mutta suun kautta hengitettävien kortikosteroidien käyttäjän on hyvä kiinnittää erityistä huomiota suun hoitoon. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 28–29; Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 329–330.) Jokaisella lääkkeenottokerralla suun kautta sisäänhengitettävistä lääkeaineista (inhaloitavat kortikosteroidit) osa jää suun limakalvoille ja se altistaa suun hiivakasvulle eli sammakselle. Se on merkittävä tekijä, joka edesauttaa hampaiden reikiintymistä. Tämän vuoksi on tärkeää, että suu huuhdellaan vedellä aina lääkkeenoton jälkeen ja vesi syljetään huuhtelun jälkeen pois. Vettä ei saa nielaista. (Honkala 2009.) Inhaloitavat kortikosteroidit sisältävät laktoosia eli maitosokeria, joka lisää bakteerien aineenvaihduntaa. Myös se lisää hampaiden reikiintymisriskiä. On tärkeää, että hammashygienias-ta huolehditaan säännöllisesti ja hampaiden hoidossa käytetään fluorihammastahnaa sekä ksylitolituotteita. (Honkala 2009.)

Hengitettävien kortikosteroidien lisäksi astmaa voidaan hoitaa systeemisellä eli suun kautta otettavalla kortikosteroidikuurilla. Alkuvaiheen astmassa tämä on tarpeen vain silloin, jos sairaus alkaa voimakkaalla hengenahdistuskohtauksella, mutta kroonisen taudin pahenemisvaiheessa oraalinen steroidikuuri on tavallinen. Tällöin potilas syö 7–14 päivän kuurin, joka voidaan päättää kerralla. Joskus voi olla tarpeen käyttää systeemistä kortikosteroidihoitoa säännöllisesti, jos astma on erityisen hankala. Pitkään jatkuvalla hoidolla voi olla vaikeita sivuvaikutuksia, kuten esimerkiksi ihon oheneminen ja mustelmataipumus, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen toiminnan heikkeneminen, veren glukoosipitoisuuden kasvu ja lapsilla pituuskasvun hidastuminen. Lyhytaikaisessa käytössä näitä

haittavaikutuksia ei ole todettu ilmenevän. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 330–331; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 31–32.)

Astmaattista tulehdusta hillitseviä leukotrieenisalpaajia käytetään peruslääkityksenä lievässä astmassa sekä tehostamaan tulehduksen hoitoa ja pienentämään steroidiannoksia keskivaikeassa ja vaikeassa astmassa. Leukotrieenisalpaajahoido on tablettimuotoista, joten se on hyvä vaihtoehto lapsille ja vanhuksille, kortikosteroidien haittavaikutuksia pelkääville sekä niille, joiden inhalaatiotekniikka on puutteellinen. Hoito tehoaa noin 70 prosentilla potilaista, mutta joissain tapauksissa kliininen vaste ei ole geneettisistä syistä riittävä. Sivuvaikutuksia leukotrieenisalpaajilla ei juuri ole, mutta lievät vatsaoireet ja pahoinvointi ovat mahdollisia. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 331; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 33.)

Teofylliini on maailman ensimmäisiä astmalääkkeitä ja edelleen nykyisin käytössä olevista suun kautta otettavista astmalääkkeistä yleisin. Sen pääasiallinen vaikutus on limakalvojen tulehduksen ehkäisy, jonka lisäksi se myös rentouttaa keuhkoputkiston lihaskudosta jonkin verran. Suun kautta säännöllisesti otettavan hoidon lisäksi teofylliiniä voidaan käyttää suonensisäisesti laukaisemaan astma-kohtaus (Nieminen & Kankaanranta 2000, 35). Säännöllisellä teofylliini-lääkityksellä on usein ikäviä haittavaikutuksia, kuten vatsavaivoja, päänsärkyä, väsymystä, masennusta, hermostuneisuutta ja unettomuutta. Haittavaikutusten minimoimiseksi potilaan teofylliiniannostus on aina määritettävä yksilöllisesti, veren lääkepitoisuutta mittaamalla. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 332; Nieminen & Kankaanranta 2000, 35–36.)

Kromoneita, eli kromoglikaattia ja nedrokromiilia, käytetään erityisesti lasten lievän astman pitkäaikaisessa hoidossa, joskin niiden käyttö on vähentynyt aiemmasta. Kromonit estävät limakalvon tulehdusta ja toimivat siksi hyvin esimerkiksi silmään annosteltuna, mutta keuhkoihin lääkettä on vaikeampi saada ja vaikutukset jäävät siksi melko vähäisiksi. Tämän vuoksi kromoneita käytetään lähinnä lievän astman pitkäaikaishoidon lisänä, sillä vaikean astman hoidossa niiden teho ei ole riittävä. Hyvänä puolena kromonihoidossa on, ettei se aiheuta

juuri lainkaan haittavaikutuksia. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 332; Nieminen & Kankaanranta 2000, 33–34.)

### 2.6.2 Keuhkoputkia avaavat lääkkeet sekä yhdistelmävalmisteet

Beeta2-agonistit laukaisevat ja estävät keuhkoputkea ympäröivän sileän lihaksen supistumista sekä vähentävät limakalvon turvotusta ja limaneritystä. Paras teho saavutetaan inhaloimalla lääke. Vaikka inhaloidusta lääkkeestä vain 20–30 prosenttia pääsee hengitysteihin, on sen vaikutus silti merkittävä. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 333; Nieminen & Kankaanranta 2000, 29–31.)

Beeta2-agonistit on jaettu kahteen ryhmään; lyhyt- ja pitkävaikutteisiin. Lyhytvaikutteista beeta2-agonistia käytetään äkillisten astmaoireiden hoitoon, tai sitä otetaan ennaltaehkäisevästi esimerkiksi ennen allergeenialtistusta, ulkoilua tai fyysistä rasitusta. Pitkäaikainen, säännöllinen suurten annosten käyttö synnyttää reseptoritoleranssin, joka aiheuttaa keuhkoputkien avautumisvasteen heikkenemisen (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 333). Haittavaikutuksina lyhytvaikutteisilla beeta2-agonisteilla voi olla lihasvapina, sydämentykytys, lihaskrampit sekä kurkun ja limakalvojen ärsytys. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 333; Nieminen & Kankaanranta 2000, 29–31.)

Pitkävaikutteiset beeta2-agonistit ovat hyvin toimivia ja paljon käytettyjä lääkkeitä keskivaikean ja vaikean astman hoidossa. Käyttämällä pitkävaikutteista beeta2-agonistia aamuin illoin, voidaan vähentää lyhytvaikutteisen beeta2-agonistin käyttöä ja näin ollen välttää sen vaikutusta heikentävä reseptoritoleranssi. Pitkävaikutteisen beeta2-agonistin rinnalla on aina käytettävä myös kortikosteroideja, joilla hoidetaan ja ehkäistään astmaattista tulehdusta. Jos kortikosteroidihoito jätetään ottamatta, se voi johtaa astman jopa vaaralliseen pahenemiseen. Urheilijoiden on pitkävaikutteisten beeta2-agonistien kohdalla hyvä huomioida, että ne ovat suun kautta nautittuna anabolisia, vaikkakin vaikutus jää inhaloitaessa pieneksi. Siitäkin huolimatta jotkin pitkävaikutteisista beeta2-agonisteista

luokitellaan doping-aineiksi. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 333–334; Nieminen & Kankaanranta 2000, 31.)

Pitkäaikaiskäytössä beeta2-reseptoreita kiihdyttävät lääkkeet vähentävät syljen eritystä ja kuivattavat suuta. Suun limakalvot kirvelevät herkemmin ja voivat tuntua erittäin haurailta. Tämä ongelma koskee erityisesti hammasproteesien käyttäjiä, koska limakalvo-oireet vaikeuttavat proteesien paikoillaan pysymistä ja proteesien käyttäjille voi muodostua todella herkästi limakalvopainaumia. (Honkala 2009.)

Antikolinergit laukaisevat keuhkoputkien supistumista ja vähentävät limaneritystä. Niitä käytetään joko kohtauslääkkeinä, tai jatkuvasti, jos potilaalla on esimerkiksi runsasta liman eritystä. Astmaattiseen keuhkoputkien supistumiseen vaikuttavat useat tekijät, mutta antikolinergit vaikuttavat vain asetyylikoliinivälittäjäaineen vapautumisesta johtuvaan keuhkoputkien supistumiseen, eivätkä siksi ole astmalääkkeinä aivan tehokkaimpia. Antikolinergit ovat kuitenkin hyvin siedettyjä ja haittavaikutuksina esiintyy lähinnä yskää ja kurkun karheutta. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 31–32.)

Nykyään on olemassa myös erilaisia yhdistelmävalmisteita, jotka samaan aikaan hoitavat ja ennalta ehkäisevät tulehdusta, sekä lisäksi estävät keuhkoputkien ahtautumista. Tämä parantaa keuhkojen toimintaa ja vähentää astman pahenemisvaiheita. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 334; Nieminen & Kankaanranta 2000, 34–35.)

### 2.6.3 Astmalääkkeiden korvattavuus

Reseptillä määrätyt astmalääkkeet ovat peruskorvattavia, ellei potilaalla ole oikeutta erityiskorvattavuuteen. Erityiskorvausoikeuden voi saada lääkärinlausunnolla, kun astma on vaatinut keuhkoputkien tulehdusta estävän lääkityksen käyttöä vähintään puolen vuoden ajan ja tarve jatkuu edelleen. Lääkärinlausunnosta on käytävä ilmi sairauden kehitys, kliininen taudinkuva, keuhkojen toimintakokeiden tulokset, mahdolliset hengitysteiden eosinofiiliseen tulehdukseen

viittaavat löydökset sekä hoitosuunnitelma. Lisäksi lausuntoa voidaan täydentää allergiatutkimusten ja keuhkoputkien altistuskokeiden tuloksilla. Jos erityiskorvausoikeus myönnetään, korvataan potilaalle 72 prosenttia lääkkeen hinnasta (alempi erityiskorvaus). Erityiskorvausoikeuden myöntämisen jälkeen potilas saa uuden korvausoikeusmerkinnällä varustetun Kela-kortin. (Kela 2012.) Vuonna 2011 noin 238 000 suomalaisella oli oikeus erityiskorvattuun (72 prosenttia) astmalääkitykseen (Kelan sairausvakuutustilasto 2011, 189).

## 2.7 Astman erityistilanteet

Muun muassa raskaus, varusmiespalveluksen suorittaminen ja matkustaminen ovat tilanteita, jotka vaativat astmapotilaan kohdalla erityistä huomiota. Erityistä huomiota on syytä kiinnittää myös sillon, jos potilaalla on astman lisäksi muita sairauksia. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 84.) Olemme perehtyneet tässä opinnäytetyössä vain niihin erityistilanteisiin, jotka löytyvät valmiista tarkistuslistasta.

### 2.7.1 Raskaus

Perusterveillä naisillakin voi raskauden aikana esiintyä hengenahdistusta, ilman loppumisen tunnetta tai hyperventilaatiota johtuen raskaudenaikaisista muutoksista keuhkojen toiminnassa. Yleensä astma pysyy raskauden aikana entisellään, mutta joillakin se voi pahentua tai helpottua. On mahdotonta tietää etukäteen, miten raskaus vaikuttaa astmaan. On hyvä muistaa, että astma ei yksinään ole este alatiesynnytykselle. Sektiota harkitaan vain, jos keuhkojen toiminta on hyvin heikkoa tai astma on saatu tasapainoon vasta aivan raskauden loppussa. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 342.)

Raskauden aikana astmalääkitystä ei lopeteta kokonaan, mutta lääkeannokset yritetään saada mahdollisimman pieniksi niin, että odottava äiti on oireeton. Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana pyritään välttämään teofylliiniä sekä systeemisiä steroideja, mutta vain jos odottavan äidin astma on hallinnassa tyy-

dyttävällä tavalla. Raskauden kestosta riippumatta akuutit astmakohtaukset hoidetaan täysin tavalliseen tapaan. Suurimman riskin sikiölle muodostaa huonossa hoitotasapainossa oleva astma. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 343.)

### 2.7.2 Astma ja muut sairaudet

On tavallista, että astmapotilas sairastaa astman lisäksi myös jotakin muuta lääkehoitoa vaativaa sairautta. Hoito voi kuitenkin muodostua ongelmaksi, sillä eri sairauksien hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia tai jokin toisen sairauden hoitoon tarkoitettu lääke ei sovi astmaa sairastavalle laisinkaan. (Stenius-Aarniala 2000, 100.)

Tulehduskipulääkkeet (vaikuttavana aineena asetyyliisalisyylihappo, ibuprofeeni, tolfenaamihappo) voivat aiheuttaa astmaa sairastavalle jopa vakavan yliherkkyysreaktion (Stenius-Aarniala 2000, 100; Haahtela 2011, 18). Sen vuoksi astmaa sairastavan on syytä varoa edellä mainittuja lääkeaineita sisältäviä valmisteita. Parasetamolivalmisteet ovat useimmiten täysin turvallinen vaihtoehto, ja niitä suositellaankin ensisijaiseksi kipulääkkeeksi astmaa sairastavalle. Lisäksi sydän- ja verisuonisairauksia sairastavan astmapotilaan on hyvä tietää, että tavallisesti sydän- ja verenpainelääkkeenä käytettävä beetasalpaaja voi pahentaa astman oireita. (Haahtela 2011, 18.)

Astman hoidossa käytettävät kortikosteroidit altistavat astmapotilaan osteoporoosille eli luukadolle, joten astmaa sairastavan on erittäin tärkeää huolehtia riittävästä kalsiumin ja d-vitamiinin saannista. On myös huomattava, että erittäin suurina annoksina suun kautta, sisäänhengitettävässä muodossa annettavat tai nenään annosteltavat kortikosteroidit saattavat aiheuttaa astmaa sairastavalle silmänpainetaudin tai pahentaa jo olemassa olevaa silmänpainetautiä. (Stenius-Aarniala 2000, 103.)

Diabetes tuo omat haasteensa astman hoitoon. Astman pahenemisvaiheita hoidetaan tavallisesti systeemisillä kortikosteroidikuureilla. Kortikosteroidikuurit

kuitenkin vaikuttavat diabetesta sairastavan sokeritasapainoon ja tällainen tilanne vaatii yleensä diabeteksen hoidon tehostamista. Tavallisesti astman pahenemisvaiheessa astmapotilas ohjataan aloittamaan itsenäisesti systeeminen kortikosteroidikuuri, mutta jos astmapotilaalla on lisäksi diabetes, hänen ei ole suotavaa aloittaa systeemistä kortikosteroidikuuria itsenäisesti, ellei sen vaikutusta sokeritasapainoon ole aiemmin kokeiltu. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 337.)

Jatkuva hengenahdistus ja siitä johtuva unenpuute saattavat aiheuttaa depressio-oireita astmaa sairastavalle. Sen vuoksi astmapotilaalta on aina tarkistettava astman hoitotasapaino ennen varsinaisen depressiolääkityksen aloittamista. Psykoosilääkkeillä on usein yhteisvaikutuksia monen astmapotilaan tarvitsemiin antihistamiinien kanssa, minkä lisäksi ne vahvistavat beeta2-agonistien sivuvaikutuksia. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338.)

Kirurgiseen toimenpiteeseen menevällä astmapotilaalla on tärkeää olla mukanaan tiedot kortikosteroidihoidosta sekä mahdollisista särkylääke- ja puuduteaineyliherkkyyksistä. Ennen anestesiaa voidaan antaa ylimääräinen keuhkoputkia avaava lääkeannos. Kirurgisen astmapotilaan kohdalla vältetään kodeiinia ja morfiinia niiden histamiinia vapauttavan vaikutuksen vuoksi. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338.)

### 3 ASTMAPOTILAS SAIRAAHOITAJAN VASTAANOTOLLA

#### 3.1 Ohjauksen merkitys hoitotyössä

Hoitotyössä potilaan ohjaamisen tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Ohjaajan tulee hallita ohjattava asia hyvin ja tuntea ohjaus menetelmänä, jotta hän pystyy tarjoamaan laadukasta ohjausta ohjattavalleen. Ohjaaminen vaatii monenlaista osaamista. Ohjaajan täytyy muun muassa pystyä perustelemaan ohjattavalle henkilölle ohjauksen tarpeellisuus ja asettamaan ohjauksen tavoitteet yhteistyössä ohjattavan kanssa. Ohjaajan täytyy myös motivoida ohjattavaa tarvittaessa sekä antaa käytännön vinkkejä, jotta asetetut tavoitteet on mahdollista saavuttaa. (Eloranta & Virkki 2011, 7–9.) Ohjausta antavan hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat suoraan annetun potilasohjauksen laatuun. Myös erilaisten ohjausmenetelmien käytöllä ja ohjauksen toteutustavalla on merkitystä. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121.)

Kaija Lipponen, Outi Kanste, Helvi Kyngäs ja Liisa Ukkola (2008, 130) ovat tutkineet hoitohenkilöstön toimintaedellytyksiä potilasohjauksessa yhden sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä ja todenneet tutkimustulostensa perusteella, että hoitohenkilökunnalla on kehitettävää muun muassa erilaisten ohjausmenetelmien monipuolisessa käytössä ja erilaisten ohjausmenetelmien hallinnassa. Lisäksi he tuovat tutkimuksessaan esille, että hoitohenkilökunnan tiedoissa ja ohjaustaidoissa on jonkin verran puutteita. He korostavat myös sitä, että ajankohdalla, jolloin ohjaus annetaan potilaalle, on merkitystä.

Vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö ovat mukana hyvässä ohjauksessa. Luottamuksellisen ilmapiirin vallitessa ohjattava saa mahdollisuuden kertoa omista henkilökohtaisista odotuksistaan, kokemuksistaan ja huolistaan. Tällainen vuorovaikutuksellinen vastavuoroisuus puolestaan edellyttää ohjaajalta riittävän ajan ja tilan antamista ohjattavalleen. Vastuu ohjausprosessin etenemisestä sekä onnistumisesta kuuluu molemmille osapuolille, sillä kumpikaan ei voi kantaa vastuuta yksin. Siksi vastuul-

lisuus ohjaussuhteessa edellyttää myös molempien osapuolien aktiivisuutta. (Eloranta & Virkki 2011, 54.)

Ohjaaminen on vuorovaikutusta ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ensimmäinen kohtaaminen luo pohjan ohjaussuhteelle, joten ensikontaktiin on syytä panostaa. Ohjaus on parhaimmillaan yhdessä pohtimista ja kahden asiantuntijan välistä keskustelua, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja ohjausprosessin sekä ohjauksen sisällön asiantuntija. (Eloranta & Virkki 2011, 54–55.)

Onnistuneen potilasohjauksen yksi tärkeä edellytys on, että hoitohenkilökunta toimii tavoitteellisesti. Samalla mahdollistuu potilaan oppimisen arviointi, ja ohjaustilanteissa olisikin hyvä, jos potilaalle annettaisiin mahdollisuus lyhyeen palautetuokioon. Palautetuokion aikana ohjaaja voisi arvioida yhdessä potilaan kanssa potilaan tiedollisten ja taidollisten taitojen kehittymistä sekä oppimista. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi i.a.) On tärkeää, että ohjattava saa tarpeeksi tietoa hoitoonsa liittyen. Lisäksi ohjattavan tulee olla tietoinen erilaisista hoitoonsa liittyvistä vaihtoehtoista. Ohjaajan täytyy varmistaa, että ohjattavan päätökset perustuvat oikeaan tietoon ja ohjattava ymmärtää tekemiensä päätösten seuraukset. Ohjattavalla on itsemääräämisoikeuden nimissä täysi oikeus valita omat tapansa toimia. (Eloranta & Virkki 2011, 55; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Seija Miettunen, Maria Kääriäinen sekä Helvi Kyngäs ovat tutkimuksessaan potilasohjaus hoitotyössä (i.a.) kuvanneet sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia potilasohjauksesta sekä potilaan ohjaamisesta. Tutkimuksen keskeisissä johtopäätöksissä ilmeni, että potilasohjaus on sairaanhoitajan ammatillista toimintaa ja potilasohjaus toteutetaan lähiyhteisöllisenä ja työyhteisöllisenä yhteistyönä. Sairaanhoitajien kuvaukset ihanteellisesta potilasohjauksesta ovat potilasohjausta käsittelevien tutkimusten ja teorioiden mukaisia. Sairaanhoitajat kokevat potilasohjauksen työksi, jonka avulla siirretään tietoa potilaalle erilaisien menetelmien avulla. Tiedon siirtäminen tapahtuu usein kiireen keskellä spontaanisti ja ennalta suunnittelemattomasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, ammattietiikka, erilaiset toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuosituksset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat toimivat ohjauksen perustana. Potilaan asema on määritelty tarkkaan laissa ja lain mukaan potilaalle on annettava ymmärrettävällä tavalla riittävästi tietoa. Hoitotyössä potilaan ohjauksessa kunnioitetaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. (Eloranta & Virkki 2011, 11.) Ohjaustilanteessa ovat läsnä aina myös hoitajan ja potilaan omat henkilökohtaiset eettiset käsitykset (Lahtinen 2006, 6). Esimerkiksi eettisten käsitysten ja potilaan itsemääräämisoikeuden nojalla astmapotilaalla on oikeus tupakoida niin halutesaan, vaikka se ei olisikaan kannattavaa hänen hoitonsa kannalta.

### 3.2 Astmapotilaan ohjauksen sisältö

Lääkäri diagnosoi potilaan astman. Diagnoosin pohjalta lääkäri tekee alustavan lääke- ja hoitosuunnitelman potilaalle. Lääke- ja hoitosuunnitelmaan sisältyy lääkehoidon aloitusannoksen määrittely, ylläpitoannos ja arviointi lääkehoidon kestosta. Lisäksi tehdään suunnitelma astman pahenemisvaiheen varalta, ja sen jälkeen potilas ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle. Potilasasiakirjoihin kirjataan tarkasti diagnostiset kriteerit, sillä se mahdollistaa lääkkeiden erityiskorvattavuuden hakemisen myöhemmin. (Poikonen 2011.)

Sairaanhoitaja käy vastaanotollaan potilaan kanssa läpi sairauteen liittyvät perusasiat. Hän kertoo potilaalle astmasta sairautena, astman hoidon pääpiirteistä ja hoitoon sitoutumisesta (Käypä hoito 2012). Vastaanotolla käydään huolellisesti läpi astmaa pahentavat tekijät, pahenemisvaiheen oireet sekä astman hoidon peruseriaatteet. Lisäksi potilaalle annetaan tietoa vuosittaisesta influenssarokotteesta. (Poikonen 2011.) Hengityselinsairautta sairastaville influenssarokote on ilmainen. Vastaanotolle varataan riittävästi aikaa ja ohjaus suunnitellaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden pohjalta. Potilaalle annetaan hoitavan yksikön yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten. (Matilainen 2010b.)

Potilaan kanssa kartoitetaan potilaan henkilökohtaiset astmaa pahentavat ja ärsyttävät tekijät ja mietitään ratkaisuja niiden välttämiseksi. Jos potilas tupakoi,

häntä kannustetaan tupakoinnin lopettamispäätöksessä. (Matilainen 2010b.) Potilasta voi aluksi turhauttaa tupakoinnin puheeksi ottaminen, koska tupakoinnista aiheutuvat haitat ovat yleensä hyvin tiedossa. Erityisesti pitkittyneiden hengitystieinfektioiden hoitojen yhteydessä asian esille ottaminen voi vahvistaa ja tukea potilaan lopettamispäätöstä. (Ahonen 2000, 62.)

Sairaanhoitaja ohjaa potilasta myös lääkehoidossa ja lääkehoidon periaatteissa. Potilaan kanssa käydään läpi hoitavan ja avaavan lääkkeen käyttö ja vaikutusmekanismit. Sairaanhoitaja kertoo myös suunhoidon tärkeydestä. (Poikonen 2011.) Lisäksi potilaalle annetaan tietoa lääkehoidon mahdollisista haittavaikutuksista. Vastaanotolla potilaalle opastetaan lääkkeiden oikeaoppinen käyttötekniikka, joka tarkistetaan myös myöhemmillä seurantakäynneillä. Potilasta ohjataan myös lääkelaitteiden puhdistuksessa ja huollossa. Potilaan lääkitys kirjataan annosteluohjeineen potilaan lääkekorttiin, joka helpottaa potilasta lääkehoidon toteuttamisessa. Ylipainoiselle astmapotilaalle kerrotaan painonpudotuksen hyödyistä, sillä painonpudotus vähentää myös samalla lääkkeiden tarvetta. (Matilainen 2010b.)

Potilaan kanssa käydään läpi hänen psyykkiset, fyysiset sekä sosiaaliset voimavaransa. Potilasta ohjataan liikkumisessa ja hänelle kerrotaan liikunnan merkityksestä. (Poikonen 2011.) On tärkeää, että potilasta kannustetaan säännölliseen ja juuri hänelle sopivaan liikuntaan, sillä liikunta vähentää taipumusta raskasastmaan ja auttaa myös painonhallinnassa. Liikunta rentouttaa ja virkistää, sekä muun muassa vahvistaa koko elimistön lihaksia. Hyvä fyysinen kunto parantaa hapenottokykyä ja edistää liman irtoamista keuhkoista. Liikuntamuodon valinnassa pitää ottaa huomioon vuodenaikojen vaihtelut. Pakkassäällä voidaan tarvittaessa käyttää hengitysilman lämmitintä, ja keväällä puolestaan suusuojausta maantiepölyltä suojautumiseen. Potilas voi ottaa tarvittaessa 15 minuuttia ennen liikuntasuoritusta keuhkoputkia avaavaa lääkettä. (Matilainen 2010b.)

Potilaalle annetaan tietoa erilaisista potilasjärjestöistä, joista on mahdollista saada halutessaan vertaistukea. Potilasjärjestöt järjestävät astmaa sairastaville virkistys- ja kuntoutustoimintaa. (Poikonen 2011.) Vertaistuki auttaa ammattilaisilta saatavan tiedon ja tuen ohella sairastuneita jaksamaan arjessaan. Samas-

sa tilanteessa olevat tai olleet ymmärtävät, minkäläisten asioiden kanssa astmapotilas painiskelee. Heiltä saa tukea ja vinkkejä, jotka helpottavat arjessa selviytymistä. (Allergia- ja astmaliitto 2013ab.) Suomessa astmapotilas voi hakea vertaistukea muun muassa Allergia- ja astmaliitosta sekä Hengitysliitosta.

Allergia- ja astmaliitto on vuonna 1969 (silloinen Allergialiitto-Allergiförbundet ry) perustettu valtakunnallinen terveysjärjestö, joka pyrkii edistämään allergiaa ja astmaa sairastavien terveyttä. Liitto tarjoaa jäsenilleen allergianeuvontaa, sisäilma- ja korjausneuvontaa, kuntoutusta, koulutusta ja mökkien vuokrausta. Lisäksi Allergia- ja Astmaliitolla on Helsingissä 59-paikkainen Allergiapäiväkoti Histamiini, joka tarjoaa päivähoitoa allergisen lapsen erityistarpeet huomioiden. Allergia- ja Astmaliiton jäsenenä saa liiton palvelujen ja etujen lisäksi käyttöönsä myös 34 paikallisyhdistyksen palvelut ja edut ympäri Suomen. (Allergia- ja astmaliitto 2012abcde.)

Hengitysliitto on vuonna 1941 (silloinen Tuberkuloosipotilaiden liitto) perustettu, 96 paikallisesta hengitysyhdistyksestä koostuva liitto, jonka tarkoituksena on parantaa hengityssairaiden elämänlaatua ja tarjota vertaistukea. Hengitysliitto järjestää jäsenilleen leirejä, ryhmiä ja liikuntatapahtumia, antaa tukea ja apua savuttomuuteen, tekee yhteistyötä terveydenhuollon ja muiden järjestöjen kanssa, jakaa tietoa niin hengityssairaille kuin hengityssairauksista, auttaa hengitysilmaan liittyvissä asioissa ja valvoo hengityssairaiden etuja yhteiskunnallisesti. Hengitysliiton järjestötoiminnan oleellinen rahoituskanava on Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustukset, jonka lisäksi toimintaa rahoitetaan esimerkiksi myyjäisillä, arpajaisilla ja testamenteilla. (Hengitysliitto i.a.bcdef.)

## 4 ASTMAN OMAHOITO

### 4.1 Mitä astman omahoito on?

Astman ohjattua omahoitoa suositaan yhtenä keskeisimpänä astman hoitokeinona (Lahdensuo 2000, 56). Omahoidon tavoitteena on, että potilas tunnistaa itse sairautensa oireet ja hoitaa astmaansa tehokkaasti ja oikein. Ohjatun omahoidon edellytyksiin kuuluu, että potilas on sitoutunut hoitoonsa ja tietää hoitonsa pääpiirteet. Omahoidon kokonaisuus muodostuu ärsykkeiden välttämisestä, oireiden tunnistamisesta, PEF-kotimittauksista, lääkehoidon säätelystä, riittävän liikunnan merkityksestä, painonhallinnan tärkeydestä ja tupakoinnin välttämisestä. Lisäksi potilaan tulee tunnistaa ja tiedostaa tarve, jolloin tilanne vaatii yhteydenottoa hoitavaan tahoon. (Käypä hoito 2012.)

Ohjatussa omahoidossa potilaalle kerrotaan ymmärrettävästi syyt, joista yskä, limannousu, hengityksen vinkuminen sekä hengenahdistus johtuvat. Vain tietämällä edellä mainitut asiat potilas voi ymmärtää, miksi ja miten tulehdusta hoitavaa peruslääkitystä täytyy käyttää. Oireet katoavat, kun limakalvon tulehdus on rauhoittunut, ja oireiden paluu viestittää puolestaan tulehduksen voimistumisesta. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 336.) Ohjatussa omahoidossa potilas opetetaan reagoimaan sovitulla tavalla oireilun muutoksiin (Käypä hoito 2012).

Astmapotilaan on erittäin tärkeää tunnistaa sairautensa pahenemisvaiheet, koska silloin hän osaa reagoida tilanteen vaatimalla tavalla esimerkiksi lisäämällä lääkitystä (Puolijoki 2010, 99). Potilaat eivät kuitenkaan noudata yleensä annettuja lääkitysohjeita ja on tavallista, että potilas ottaa lääkitystä omien tuntemuksiensa mukaan käyttäen vain noin puolet määrätystä annoksesta. Astmapotilaan lääkehoidossa on tavoiteltava joustavuutta ja yksinkertaisuutta. Hoitoon sitoutuminen on helpompaa, jos potilas ymmärtää mistä on kysymys. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 336.)

Omahoidon ohjauksen yhteydessä potilas saa muun muassa tietoa astmasta, astman hoidosta, PEF-arvojen ja astmaoireiden seurannasta. Potilas saa kirjalliset omahoito-ohjeet ja potilaan jatkoseurannasta sovitaan. (Käypä hoito 2012). Omahoidon toteuttamista voi helpottaa esimerkiksi yksinkertaisen astmapäiväkirjan pitämisellä (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 336).

Ohjatulla omahoidolla on paljon myönteisiä vaikutuksia. Se parantaa potilaan ennustetta, vähentää kustannuksia sekä ennen kaikkea lisää hoitoon sitoutumista. Näin ollen potilaiden vointi paranee ja terveydenhuollon palvelujen, sairauslomien ja lisälääkityksen käyttö vähenee merkittävästi. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 336.)

#### 4.1.1 Astman paheneminen

Äkillisen astmakohtauksen voi aiheuttaa voimakas fyysinen rasitus tai allergeenille altistuminen, mutta astman vaikeat pahenemisvaiheet kehittyvät yleensä pikkuhiljaa. Tyypillisesti hengenahdistus sekä yskiminen alkavat tihentyä ja muuttuvat pian jatkuvaksi. Potilaan rasituksensieto huononee huomaamatta. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338; Haahtela 2009.) Tässä vaiheessa potilas yleensä nostaa omaa lääkennostaan, mutta tuloksetta (Haahtela 2009).

On yksilöllistä, miten potilas tunnistaa omien oireidensa vaikeutumisen ja ymmärtää hakea apua tilanteeseensa. PEF-arvojen ja oirepisteiden seurannalla potilas pystyy kuitenkin arvioimaan omaa tilaansa. Astmakohtauksen ollessa erittäin vaikea, potilas ei jaksakaan puhalttaa PEF-mittariin ollenkaan. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338–339.)

Astman vaikeutuessa selvitetään oireiden kehittyminen ja kesto sekä potilaan peruslääkitys. Potilas on tilanteessa yleensä hätäntyneen oloinen eikä kykene juuri puhumaan. Potilas käyttää apuhengityslihaksia ja hänen keuhkojaan kuunneltaessa kuuluu runsaasti vinkumista molemmiin puolin. Mikäli hengitysäännet ovat hiljaisia tai vinkuminen puuttuu, on tilanne jo erittäin hälyttävä.

Vaikeassa astmakohtauksessa potilas kärsii hapenpuutteesta (hypoksemia), veren lisääntyneestä emäksisyydestä (respiratorinen alkaloosi) sekä kaliumin määrän vähenemisestä (hypokalemia). (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 338–339; Haahtela 2009.) Mitä nopeammin astmakohtaukseen reagoidaan, sitä paremmin annettu hoito tehoaa. Potilaan hoito aloitetaan hapen ja beeta<sub>2</sub>-agonistin hengittämisellä. Beeta<sub>2</sub>-agonistit eivät paranna limakalvojen tulehdusreaktiota eivätkä auta lisääntyneeseen limaneritykseen, mutta tehoavat sileän lihaksen supistumiseen. Potilas pidetään istuma-asennossa niin, että kädet ja jalat ovat tuettuina. Astmakohtauksesta kärsivää ei saa laittaa makuuasentoon, sillä se voi olla kohtalokasta. (Haahtela, Stenius-Aarniala & Laitinen 2005, 339; Haahtela 2009).

#### 4.2 PEF-seuranta astman omahoidossa

PEF-seuranta toteutetaan astman omahoidossa siten, että vaikeaa tai keskivaikeaa astmaa sairastava potilas mittaa PEF-arvonsa päivittäin ja lievempää tautimuotoa sairastava parina päivänä viikossa tai oireiden mukaan. Jotta potilas pystyy toteuttamaan PEF-seurantaa itsenäisesti, määritetään hänelle aluksi potilaskohtainen PEF:n tavoitearvo. Tavoitearvo määritetään 1–2 kuukauden seurannan perusteella. Potilas mittaa tuona aikana aamuisin kolme PEF-tulosta ja merkitsee mitatuista arvoista parhaan seurantalomakkeeseen. Näistä arvoista piirretään käyrä, jonka perusteella arvioidaan visuaalisesti potilaan optimaalinen PEF-tilanne ja määritetään arvot, joiden alitus vaatii potilaan omatoimisesti tekemän muutoksen lääkehoitoon tai yhteydenoton hoitavaan tahoon. (Lahdensuo 2000, 57–58.)

Jos arvot ovat alle 85 prosenttia optimitasosta, potilas kaksin–nelinkertaistaa inhaloitavan steroidin annostuksen 1–2 viikoksi. Jos arvot tuona aikana normalisoituvat, palataan inhaloitavan steroidin annostuksessa normaalille hoitotasolle. Mikäli näin ei käy, ottaa potilas yhteyttä hoitavaan yksikköön. Jos arvot alittavat 70 prosentin optimitason, aloittaa potilas oraalisen kortisonikuurin ja ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön. Arvojen alittaessa 50 prosenttia optimitasosta on potilaan hakeuduttava päivystysvastaanotolle. (Matilainen 2010a.)

## 5 TARKISTUSLISTA TYÖVÄLINEENÄ IHO- JA ALLERGIASAIRAALASSA

### 5.1 Mikä tarkistuslista on?

Tarkistuslista (check-list) voi olla esimerkiksi paperiarkki, johon on koottu ydinasiat. Ydinasiat vaihtelevat sen mukaan, mikä on tarkistuslistan käyttöympäristö ja käyttötarkoitus. Tarkistuslista syntyy yleensä tarpeesta ja on tärkeää, että siitä tehdään juuri sellainen, että se palvelee parhaalla mahdollisella tavalla käyttäjiänsä. Listan käyttöön tulee ohjata ja opastaa. On hyvä, että tarkistuslistan käytöstä päätetään työyhteisössä yhdessä. Tarkistuslistan avulla voidaan kehittää ja tehostaa entisiä työtapoja. (Miettinen 2012, 10–13.)

Työelämän kehittäminen (tarkistuslistan luominen) voi tapahtua joko pitkäaikaisen työnteon ohessa tai erillisenä projektina. Projekti tarkoittaa hanketta, ehdotusta tai suunnitelmaa, ja projektilla on yleensä tarkemmin määritelty aikataulu. Projekti suunnitellaan etukäteen niin, että sillä on alku, suunnitelma ja toteuttajat. Projektilla pyritään tiettyyn päämäärään ja yleensä se päättyy sovitulla tavalla sovittuna ajankohtana. Projektilla on selkeät tavoitteet ja niiden tarkoituksena on kuvata muutos, johon projektin avulla pyritään. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25.)

Kehittämistyöllä pyritään tuottamaan entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä sekä toimintatapoja. Tavoitteena on luoda jotain uutta tai parantaa vanhaa. Tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaiten yhdessä, koska yleensä tutkimus tarjoaa toiminnalle perusteet ja lisää onnistumisen mahdollisuutta. On kuitenkin mahdollista, että kehittäminen tapahtuu kokonaan ilman tutkimusta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.)

## 5.2 Tarkistuslista käytännön työssä

Tarkistuslistaa voidaan hyödyntää monissa erilaisissa työympäristöissä, sillä se on muokattavissa eri alojen tarpeita vastaavaksi. Tarkistuslistaa on käytetty muun muassa kirurgisen potilaan hoitotyössä ja jopa leikkaussalissa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012; Miettinen 2012, 10–13.) Töölön sairaalan vuodeosastolla tarkistuslistan käyttöön ottaminen on tehostanut ja yhtenäistänyt potilaan hoitoa huomattavasti. Tarkistuslista sisältää toimenpiteet, jotka on tehtävä päivystysosastolla ennen anestesia­lääkärin tekemää arviointia potilaan tilasta ja jatkohoidosta. Töölön sairaalan vuodeosastolla myös potilasturvallisuus on lisääntynyt tarkistuslistan ansiosta. (Miettinen 2012, 10–13.)

Leikkaussalissa ei ole varaa virheisiin ja toiminnan on oltava järjestelmällistä ja sujuvaa. Leikkaussalin tarkistuslista kehitettiin, jotta leikkausturvallisuus, tiimin yhteistyö sekä tiedonkulku parantuisivat entisestään. Tarkistuslista auttaa muun muassa varmistamaan, että potilaalta ollaan varmasti leikkaamassa oikea puoli ja kaikki leikkauksessa tarvittavat välineet ovat saatavilla. Lisäksi tarkistuslista takaa, että jokainen tiimin jäsenistä on perillä siitä, mitä on tehty ja tehdään jatkossa. Lista pitää huolen, että kaikki oleellinen tieto on huomioitu ja kaikki tarpeellinen on tehty ennen siirtymistä seuraavaan työvaiheeseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

## 5.3 Iho- ja allergiasairaala

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on yhteensä 21 sairaalaa. Uudellamaalla HUS:n erikoissairaanhoito on organisoitu viideksi sairaanhoitoalueeksi. Iho- ja allergiasairaala on osa Helsingin seudun yliopistollista keskussairaalaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.d.) Iho- ja sukupuolitautien erikoissairaanhoidon perustason ja erityistason sekä allergian erityistason hoidon osalta sairaala on pääkaupunkiseudun ainoa. Sairaalassa työskentelee lääkäreitä kahdeksalta erikoisalalta. Sairaalassa on vuodeosastot lapsille ja aikuisille, mutta toiminnan painopiste on kuitenkin poliklinikka- ja päiväosastohoidossa. Avohoitotoiminta Iho- ja allergiasairaalassa on HYKS-

sairaanhoitoalueen vilkkaimpia. Sairaala hoitaa arkipäivisin päivystysläheteellä tulevia kiireellisiä potilaita päiväsastoilla, vaikka sairaala ei varsinaisesti päivystä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c.)

Teemme opinnäytetyömme Iho- ja allergiasairaalaan allergian avohoitokeskukseksi eli allergiapoliklinikalle ja päiväsasto 2:lle. Tarkistuslistasta olisi tarkoitus tulla työväline allergiapoliklinikalla ja päiväsasto 2:lla työskenteleville sairaanhoitajille.

Allergiapoliklinikalla työskentelee moniammatillinen työryhmä: keuhkolääkäri, lastenlääkäri, ihotautilääkäri, korvalääkäri, silmälääkäri, fysiologi ja sairaanhoitajat. Allergiapoliklinikalla hoidetaan ja tutkitaan allergisiin ongelmiin liittyen keuhkosairauksia, ihotauteja, silmänsairauksia sekä korva-, nenä- ja kurkkutauteja. Poliklinikka on avoinna pääasiassa päiväsaikaan, mutta siellä toimii myös ilta-vastaanotto erityisesti siedätyshoitopotilaita varten. (Iho- ja allergiasairaala i.a.; Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri i.a. c.)

Päiväsasto 2:lla hoidetaan ja tutkitaan astman pahenemisvaiheen potilaita, allergisia keuhko- ja ihosairauksia, sisäilman aiheuttamia terveyshaittoja, tehdään keuhkoputkitähystyksiä, allergeeni-, ruoka-aine- ja lääkeallergiatutkimuksia sekä annetaan vaativaa siedätyshoitoa. Poliklinikkatoiminnan lisäksi osastolla on yhdeksän vuodepaikkaa tehostetussa astmanhoidossa, ruoka-aine- tai lääkeallergiatutkimuksessa oleville potilaille. (Iho- ja allergiasairaala i.a; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.b.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla muodoltaan tuotekehittely eli produktio tai kehittämishanke. Produktion tarkoituksena on tuottaa jokin konkreettinen tuote tai palvelu, kuten esite, tapahtuma, opetusvideo tai luentosarja. Kehittämishankkeen tarkoituksena puolestaan on kehittää tai kokeilla uutta työtapaa tai toimintamallia. Sekä produktiossa että kehittämishankkeessa yhdistyvät käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi kirjallisesti. Joskus on vaikea erottaa onko kysymyksessä produktio vai kehittämishanke, sillä työssä voi yhdistyä piirteitä molemmista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–35; Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyömme on muodoltaan produktio, sillä sen tarkoituksena on tuottaa konkreettinen tuote eli tarkistuslista työelämän yhteistyötahollemme.

Produktion tarkoituksena on kehittää konkreettinen tuote, joten se on yleensä kertaluontoinen ja prosessina lyhyt. Produktio rakentuu tuotteen suunnittelusta, valmistuksesta, kokeilusta tai toteutuksesta ja arvioinnista. Produktiosta riippuen siihen voi joskus sisältyä myös tuotteen markkinointi. Lisäksi produktioon kuuluu kirjallinen raporttiosuus. Raportissa kuvataan production tarkoitus, tavoitteet ja vaiheet, määritellään keskeiset käsitteet, toimintaympäristö, asiakasryhmä, suhde ammatillisiin käytäntöihin, teorioihin ja tutkimuksiin sekä reflektoidaan produktiota suhteessa tutkittuun tietoon ja saatuun palautteeseen. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–34, 48.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opinnäytetyöraportti koostuu opinnäytetyöprosessista, joka on kirjoitettu auki. Opinnäytetyöraportista tulee selvittää mitä, miksi ja miten olet tehnyt, millainen työprosessi on kokonaisuudessaan ollut ja millaiset ovat opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset. Raportista tulee käydä ilmi työn ja oman oppimisen arviointi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65.)

## 6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Lähdemateriaalia on saatavilla paljon ja sen vuoksi lähdemateriaalin valinnassa tulee käyttää harkintaa eli lähdekritiikkiä. Lähdemateriaalin arvioimiseksi on hyvä tutkia muun muassa seuraavia asioita: kirjoittajan tunnettavuus ja arvovalta, lähteen ikä sekä lähteen uskottavuus. Lähteen ikään tulee kiinnittää huomiota, koska monilla tiedonaloilla tutkimustieto voi muuttua nopeastikin. On myös suotavaa palata aina alkuperäisen lähteen äärelle, sillä moninkertaisen lainaus- ja tulkintaketjun aikana tieto on voinut muuttua suurestikin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 101–102.)

Opinnäytetyössämme käytettyjen lähteiden valinnassa ja tulkinnessa olemme olleet kriittisiä sekä käyttäneet suurta harkintaa. Olemme kiinnittäneet huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvovaltaan, lähteen ikään ja lähteen uskottavuuteen. Olemme perehtyneet aiheeseen mahdollisimman perusteellisesti ja olemme opinnäytetyöprosessimme aikana tutustuneet monipuolisesti erilaisiin lähteisiin. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä ja olemme laatineet huolellisesti opinnäytetyöraporttimme loppuun lähdeluettelon.

Jokaisella on copyright-oikeus tuottamaansa tekstiin ja se merkitsee sitä, että toisen tekstiä lainattaessa on lainaus osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 27). Olemme välttäneet opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa epärehellisyyttä. Olemme pyrkineet raportoimaan opinnäytetyöprosessin mahdollisimman totuudenmukaisesti, emme ole plagioineet toisten tekstiä ja olemme viitanneet käyttämiimme lähteisiin asianmukaisella tavalla.

## 6.3 Tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää Iho- ja allergiasairaalan astmahoitajille tarkistuslista yli 16-vuotiaan astmapotilaan ohjauksen tueksi. Tarkistuslistan tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus sekä taata astmapotilaan saaman ohjauksen riittävän monipuolinen sisältö. Tavoitteena on, että potilas kykenisi mah-

dollisimman hyvään ja tehokkaaseen astman omahoitoon. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda tarkistuslista paperiversiona, mutta Iho- ja allergiasairaalasta esitettiin toive siitä, että tarkistuslista olisi tulevaisuudessa sähköisessä muodossa.

Tarkistuslistan on tarkoitus olla konkreettinen työväline hoitajille. Tarkistuslistasta hoitaja voi tarkistaa vastaanoton sisällön ja antaa potilaalle hänen tarvitseman tiedon selkeässä järjestyksessä. Tarkistuslista auttaa sekä hoitajia että potilaita, sillä se luo selkeän rungon hoitajan antamalle ohjaukselle. Listalla pyritään myös siihen, että potilas ei saisi samaa tietoa usealta eri hoitajalta eri vastaanottokertojen aikana. Tarkistuslista takaa lisäksi sen, että potilas saa varmasti kaiken oleellisen tiedon, joka hänen kuuluukin saada. Astmapotilaan terveys ja sitä edistävä toiminta kulkevat käsi kädessä onnistuneen potilasohjauksen kanssa.

#### 6.4 Suunnittelu, toteutus ja arviointi

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin aiheen valinnalla. Löysimme opinnäytetyömme aiheen koulumme verkkosivuilta opinnäytetöiden aihevälityksestä. Aihe herätti mielenkiintomme, koska se oli työelämälähtöinen ja mielestämme erittäin ajankohtainen ja tärkeä. Lisäksi meillä molemmilla oli toive toteuttaa opinnäytetyö nimenomaan toiminnallisena opinnäytetyönä (produktio). Otimme yhteyttä sähköpostitse työelämän yhteistyötahoon ja kysyimme alustavia lisätietoja opinnäytetyöstä. Saimme vastauksen viestiimme nopeasti ja sovimme tapaamisen keskustellaksemme tarkemmin opinnäytetyön sisällöstä, aikataulusta, toiveista ja toteutuksesta. Valmistauduimme tapaamiseen miettimällä etukäteen kysymyksiä liittyen opinnäytetyöhön sekä tarkistuslistaan.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla Iho- ja allergiasairaalan yhteistyökumppaneidemme kanssa saimme alustavaa tietoa tarkistuslistasta ja siihen liittyvistä toiveista. Heidän toiveenaan oli saada tarkistuslistasta A4-kokoinen paperinen työväline, jota astmahoitajat voisivat käyttää astmaohjauksen tukena vastaanotoillaan. Lisäksi heidän toiveenaan oli, että tarkistuslista valmistuisi viimeistään

joulukuussa 2012. Päätimme ottaa haasteen vastaan ja solmimme opinnäytetyöstä yhteistyösopimuksen Iho- ja allergiasairaalan kanssa. Tapaamisen aikana yhteistyökumppanimme antoivat meille paljon vinkkejä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä ajankohtaisista tutkimuksista, johon he suosittelivat meitä perehtymään. Lisäksi he antoivat meille kirjallista materiaalia koskien Iho- ja allergiasairaala sekä sen toimintaa. Yhteistyötahomme lupasi täyden tukensa opinnäytetyöhön ja rohkaisivat meitä kääntymään välittömästi heidän puoleensa, mikäli kohtaisimme ongelmia matkan varrella.

Tapaamisen jälkeen aloimme tutustua aiheeseen liittyvään teorian tietoon. Tutustuimme materiaaliin, jonka saimme Iho- ja allergiasairaala ja etsimme tietoa aiheesta itsenäisesti. Teorian tietoa kerättyämme aloitimme opinnäytetyömme teoriaosuuden kirjoittamisen. Saatuamme hieman laajemman kokonaiskuvan aiheesta, päätimme sopia seuraavan tapaamisen Iho- ja allergiasairaalaan. Tapaamista varten aloimme hahmotella tarkistuslistan alustavaa muotoa. Teorian tiedon pohjalta mietimme alustavasti myös asioita, joita halusimme valmiiseen tarkistuslistaan tulevan. Tärkeitä aihekokonaisuuksia oli runsaasti, mutta ajattelimme sen olevan hyvä, koska tarpeettomia voisi myöhemmin karsia pois. Ajatuksenamme oli kysyä yhteistyötahomme mielipidettä siitä, mitkä heidän mielestään olivat olennaisia asioita tarkistuslistaan.

Tällä tapaamiskerralla mietimme yhteistyötahomme kanssa tarkistuslistan ulkomuotoa sekä sisältöä. Olimme hahmotelleet tarkistuslistaa alustavasti ruutupaperille. Alustava luonnoksemme tarkistuslistan ulkoasusta sai myönteistä palautetta. Palautteen mukaan luonnos näytti selkeältä ja helppokäyttöiseltä. Aihekokonaisuuksien suhteen saimme päätösvallan itsellemme, mutta yhteistyötahomme muistutti meitä siitä, että heidän toiveenaan oli tarkistuslistan mahtuminen yhdelle A4-kokoiselle paperiarkille, koska silloin sitä olisi helppo säilyttää potilaan henkilökohtaisessa potilaskansiossa. Saimme muutamia toiveita asioista, joiden toivottiin löytyvän valmiista tarkistuslistasta, kuten esimerkiksi kohta Iho- ja allergiasairaalan omasta astmaryhmästä sekä erillinen kohta potilaan lääkkeenottotekniikasta ja mahdollisesta lisäohjauksen tarpeesta.

Halusimme, että tarkistuslista sisältää vähintään astmaohjauksen perusasiat. Näin ollen astmahoitajan on helpompi ottaa tarkistuslista työvälineeksi astmaohjaukseen. Lisäksi tarkistuslista turvaa sen, että potilaalla on hallussaan ainakin perusasiat astmasta.

Teimme teoriatiedon ja yhteistyötahon esittämien toiveiden perusteella tarkistuslistasta ensimmäisen Word-version, joka syntyi teoriatietoon perehtymisen ansiosta varsin jouhevasti. Koska tarkistuslistan oli mahduttava yhdelle A4-arkille, täytyi sisältö miettiä tarkkaan. Listasta löytyvien asioiden täytyi olla ikään kuin avainsanoja ohjauksen osa-alueille, sillä jokainen ohjauksen kohta ei tulisi mahtumaan tekstiksi kirjoitettuna yhdelle paperiarkille.

Ryhmittelimme valitsemamme asiat selkeiksi kokonaisuuksiksi, miettien kuinka ne olisi järkevintä ja loogisinta käydä läpi hoitajan vastaanotolla. Koska astmahoitajan antama ohjaus jakaantuu usealle eri käyntikerralle, tarkistuslistassa täytyi olla selkeä tapa merkitä näkyviin jo käsitellyt asiat. Päädyimme tekemään tätä tarkoitusta varten kaksitasoisen järjestelmän, koska osa ohjauksen osa-alueista on laajoja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ensin hoitaja merkitsee potilaan kanssa läpikäymiensä asioiden kohdalle rastin ruutuun. Kun yhden ohjauskokonaisuuden kaikki osiot on käyty läpi, kuittaa hoitaja tämän merkitsemällä päivämäärän sille varattuun kohtaan. Päätimme jättää joidenkin kohtien perään vapaata tilaa mahdollisia hoitajan tekemiä merkintöjä varten. Vapaaseen tilaan hoitaja voi esimerkiksi kirjoittaa potilaskohtaisia tietoja tai jonkin erityisen asian, joka täytyy huomioida juuri kyseisen potilaan kohdalla.

Rajallisesta tilasta johtuen emme voineet laittaa tarkistuslistaan kaikkia haluamiamme asioita. Fonttikokoa muokkaamalla saimme lisätilaa muutamalle kohdalle, mutta emme halunneet pienentää fonttikokoa liikaa, koska se hankaloitaisi tarkistuslistan käyttöä. Lisäksi halusimme pitää tarkistuslistan ulkoasun selkeänä ja houkuttelevana. Mikäli tarkistuslistassa olisi ollut enemmän tilaa, olisimme lisänneet siihen esimerkiksi kohdat koskien astman vaikutuksia ammatinvalintaan ja asepalvelukseen.

Lähetimme tekemämme tarkistuslistan sähköpostitse yhteyshenkilönämme toimineelle astmahoitajalle ja pyysimme häneltä palautetta ulkoasusta ja sisällöstä. Astmahoitajan palautteen pohjalta vaihdoimme muun muassa valitsemiamme sanamuotoja. Esimerkiksi sanamuoto ”astman vaikeutuminen” muutettiin astmahoitajan toiveesta muotoon ”astman paheneminen”. Lisäksi muutimme joidenkin aihealueiden paikkaa. Siirsimme muun muassa astman pahenemista koskevan kohdan astman erityistilanteet -otsikon alta omahoito-otsikon alle sekä tupakointi-kohdan omahoito-otsikon alta astman erityistilanteet -otsikon alle. Lisäksi astmahoitaja toivoi, että lisäisimme tarkistuslistaan oman kohdan nenähoidosta ja nenäsumutteiden ottotekniikasta. Hänen kokemuksiansa mukaan on yleistä, ettei astmapotilailla välttämättä ole kunnan käsitystä nenähoidosta ja nenäsumutteiden oikeaoppisessa käytössä on parantamisen varaa. Muokkasimme jälleen tarkistuslistaa saadun palautteen pohjalta. Pikkuhiljaa tarkistuslista alkoi lähestyä lopullista muotoaan ja lähetimme sen vielä kerran sähköpostin välityksellä arvioitavaksi yhteyshenkilöillemme ja sovimme kolmannen tapaamisen Iho- ja allergiasairaalaan.

Kolmannella tapaamiskerralla astmahoitaja kertoi esitelleensä lähettämämme tarkistuslistan muutamalle kollegalleen. He eivät olleet löytäneet siitä selvää parannettavaa. Olimme onnistuneet kokoamaan tarkistuslistaan astmaohjauksen pääkohdat sekä tärkeimmät asiat. Tarkistuslistasta saamamme palaute oli hyvää; olimme onnistuneet pysymään sovituissa aikatauluissa ja tarkistuslista vastasi Iho- ja allergiasairaalan esittämiä toiveita. Lisäksi tarkistuslista eteni loogisessa järjestyksessä ja se sisälsi astmaohjauksen perusasiat. Sen käyttäminen oli yksinkertaista ja sitä pystyi säilyttämään potilaan henkilökohtaisessa potilaskansiossa. Tapaamisen lopuksi sovimme, että teemme tarkistuslistaan vielä muutaman pienen muutoksen ja lähetämme valmiin version yhteistyökumppaneillemme Word-tiedostona. Näin ollen yhteistyökumppanimme pystyvät halutessaan muokkaamaan tarkistuslistaa edelleen.

Joulukuussa 2012 esittelimme valmiin tarkistuslistan Iho- ja allergiasairaalan päiväosasto 2:lla. Esittelyä oli kuuntelemassa yhteyshenkilönämme toimineen astmahoitajan lisäksi muutama osastolla työskentelevä sairaanhoitaja, joiden käyttöön tarkistuslista kehiteltiin. Esittelimme tarkistuslistan sisällön kohta koh-

dalta aloittaen nimi ja hetu -kohdista, joihin kirjoitetaan potilaan etu- ja sukunimi sekä henkilötunnus. Kerroimme myös, että jokaisella potilaalla on oma henkilökohtainen lomakkeensa ja sitä on tarkoitus säilyttää potilaan omassa potilaskansiossa, josta seuraavan hoitajan on se aina helppo löytää.

Kerroimme hoitajille, että kohdassa ”Mitä astma on” on tarkoituksena kertoa astmapotilaalle astmasta sairautena, kuten mikä astma on ja mitä se tarkoittaa sekä mitkä ovat sen oireet ja riskitekijät. Lisäksi potilaalle kerrotaan astman epidemiologiasta. ”Lääkehoito” kohdassa astmapotilaan kanssa käydään läpi astman lääkehoito; potilaalle kerrotaan muun muassa astmatulehdusta hoitavista ja ehkäisevistä lääkkeistä, keuhkoputkia avaavista lääkkeistä sekä yhdistelmävalmisteista. ”Lääkehoito” kohdassa kartoitetaan kyseessä olevan potilaan omat astmalääkkeet, jotka lisäksi kirjataan ylös tarkistuslistassa oleville tyhjille riveille. Hoitaja tarkistaa potilaan lääkkeenottotekniikan ja jos potilas tarvitsee siinä vielä ohjausta, merkitään rasti ”Tarvitsee lisäohjausta” kohtaan. Jos lääkkeenottotekniikka puolestaan on kunnossa, merkitään rasti ”Tekniikka kunnossa” kohtaan. Potilaalle kerrotaan lääkkeiden vaikutuksista; hyvistä vaikutuksista sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Potilaalle kerrotaan myös suunhoidon tärkeydestä lääkehoidon ohessa. Lisäksi potilaan kanssa otetaan puheeksi lääkkeiden korvattavuus-asiat ja tarkistuslistaan merkitään, onko lääkäri tehnyt potilaalle B-lausunnon.

”Omahoito” kohdassa potilaalle kerrotaan astman omahoidosta. Potilaalle korostetaan sitä, että astman hyvä ja tehokas omahoito on astmaohjauksen tärkein tavoite. ”Omahoito” kohdassa potilaalle annetaan tietoa muun muassa astman pahenemisesta sekä liikunnan merkityksestä astmapotilaalle. Lisäksi potilaalle ohjataan PEF-mittaukset sekä kerrotaan yleisesti PEF-seurannasta ja sen merkityksestä astman omahoidossa. Hoitaja kertoo potilaalle nenähoidosta ja tarkistaa potilaan nenäsumutteiden ottotekniikan. Potilaalle annetaan kirjalliset omahoito-ohjeet ja myös se kuitataan tarkistuslistaan.

”Astman erityistilanteet” kohdassa kartoitetaan potilaan mahdollinen tupakointi ja kannustetaan potilasta tupakoinnin lopettamisessa. Tupakointi-kohdan perässä olevaan tilaan voidaan kirjata yksityiskohtaisempaa tietoa potilaan tupa-

koinnista, esimerkiksi askivuodet ja vuorokaudessa poltettujen savukkeiden määrä. Tupakoinnin lisäksi potilasta informoidaan muun muassa seuraavista aihealueista: vuodenaikojen merkitys astmapotilaalle, potilaan allergiat ja mahdolliset muut sairaudet ja muu lääkehoito. Naisten kanssa käydään läpi tarpeen vaatiessa astman vaikutukset raskauden kulkuun.

Hoitajan vastaanotolla potilaalta kysytään onko hän osallistunut Iho- ja allergiasairaalan omaan astmaryhmään ja kerrotaan ryhmästä. Lisäksi kartoitetaan potilaan vertaistuen tarve ja hänelle annetaan tietoa yleisimmistä potilasjärjestöistä. ”Muuta”-kohtaan voidaan merkitä ylös esimerkiksi mahdollisia yksilöllisiä ohjaustarpeita. Lisäksi tarkistuslistaan kirjataan potilaan jatkohoitopaikka ja jatkohoitopaikan yhteystiedot. Jokaisella potilaalla tulee olla tiedossa oma henkilökohtainen jatkohoitopaikkansa astman suhteen.

Esittelyssä ohjasimme hoitajille tarkistuslistan käytön astmaohjauksen tukena vastaanotolla. Kerroimme miten ohjauskerralla käsitellyt asiat kirjataan tarkistuslistaan laittamalla rasti ruutuun. Kun kokonaisuus on käyty potilaan kanssa läpi perusteellisesti, kuitataan kohta lopullisesti laittamalla tarkistuslistan vasempaan laitaan päivämäärä. Päivämäärä kertoo sen, että aiheeseen ei tarvitse enää palata seuraavilla ohjauskerroilla. Esityksen lopuksi hoitajat antoivat meille suullisesti palautetta. Saamamme palautteen perusteella tarkistuslista oli sisältöään hyvä (perusasiat sisältävä), selkeä ja helppokäyttöinen. Erästä hoitajaa lainaten: ”Jos edes nämä asiat tulis käytyä läpi, ni hyvä olis”.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli luoda tarkistuslista työvälineeksi hoitajan vastaanotolle astmaohjauksen tueksi. Aihe oli työelämätaholähtöinen ja yhteistyötahollamme oli alusta saakka hyvin selvä näkemys siitä, mitä he opinnäytetyötämme halusivat. Tämä oli yhtäältä prosessia helpottava tekijä: meidän oli helppompaa lähteä työstämään opinnäytetyötä, koska sille oli jo valmiiksi asetetut selkeät raamit. Tiesimme mitä meiltä odotettiin ja saatoimme ryhtyä miettimään, kuinka pääsisimme haluttuun lopputulokseen. Tämä säästi aikaa työn suunnitteluvaiheessa. Toisaalta koimme yhteistyötaholla olleen selvän näkemyksen myös haasteeksi. Koimme, että omalle luovuudellemme ei jäänyt opinnäytetyössä kovinkaan paljon tilaa.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa astmatietoutemme oli lähinnä perustaso. Opinnäytetyön ansiosta teoriatietoutemme on kuitenkin syventynyt todella paljon niin astman kuin potilasohjauksen tärkeydenkin suhteen. Tämän näemme edistäneen ammatillista kasvuamme. Astma on sairautena niin yleinen, että siihen törmää jokaisella terveydenhoitajan työkentällä. Nyt meillä on entistä paremmat valmiudet kohdata astmapotilaita työskennellessämme tulevaisuudessa terveydenhoitajina. Lisäksi hyvän ja laadukkaan potilasohjauksen antamisesta kaikilla hoitotyön kentillä on tullut meille itsestään selvä asia.

Opinnäytetyöprosessin myötä saimme myös hyödyllistä tietoa tarkistuslistan käytöstä työvälineenä. Huomasimme, että se voi olla todella tehokas ja hyödyllinen apu hoitajalle. Lisäksi tarkistuslistaa voi soveltaa hyvin monenlaiseen tarkoitukseen ja se on työväline, jolle voisi olettaa olevan käyttöä hyvinkin erilaisissa työympäristöissä. Tulevaisuutta ajatellen on erittäin hyödyllistä, että osaamme huomioida tarkistuslistan mahdollisena työvälineenä ja tarpeen vaatiessa osaamme myös luoda sellaisen.

Erittäin haastavaksi koimme sen, että toimintaympäristö, jonne tarkistuslista tehtiin, oli meille täysin vieras ja tuntematon. Emme tienneet etukäteen juuri mitään astmahoitajan työstä tai toimenkuvasta Iho- ja allergiasairaalassa. Haas-

tatteleamalla astmahoitajaa hänen työstään saimme jonkinlaisen perustan, josta lähdimmekin liikkeelle. Huomasimme kuitenkin, että vierasta työympäristöä ja vieraan työympäristön työtapoja on erittäin vaikea lähteä kehittämään pelkättään haastattelun perusteella. Kehittämistyötä olisi huomattavasti helpottanut, jos esimerkiksi toinen meistä olisi ollut työharjoittelussa Iho- ja allergiasairaalassa, jonne teimme tarkistuslistan. Silloin meillä olisi ollut konkreettinen käsitys astmahoitajan nykyisistä toimintatavoista ja olisimme huomanneet käytännössä nykyisen astmaohjauksen puutteet ja ongelmakohdat. Tarkistuslistaa olisi ollut paljon helpompi lähteä koostamaan, kun sen tarpeen olisi itsekkin käytännön työssä havainnut ja kokenut.

Ammatillista kasvua edistävät myös opinnäytetyöprosessin aikana karttuneet työskentelytaidot. Osaamme entistä paremmin hakea tietoa, valikoida luotettavia tietolähteitä ja erotella olennaisen tiedon epäolennaisesta. Kehityimme tiimityöskentelijöinä; opinnäytetyöprosessi on pitkä ja parityönä tehtäessä se vaatii rutkasti tiimityöskentelytaitoja, jotta hommat sujuvat ja työ edistyy. Molempien osapuolten tulee kantaa vastuu omasta panoksestaan yhteisen projektin onnistumiseksi.

Joka tapauksessa olemme tyytyväisiä valmiiseen opinnäytetyöhön sekä tekemäämme tarkistuslistaan. Opimme opinnäytetyöprosessin aikana todella paljon. Aivan opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa koko opinnäytetyö oli meille melko suuri kysymysmerkki. Kuitenkin pikkuhiljaa prosessin edetessä opinnäytetyökäsite alkoi avautua meille aivan uudella tavalla. Näin jälkikäteen ajatellen, jos lähtisimme toteuttamaan uudelleen täsmälleen samaa opinnäytetyötä, lähtisimme liikkeelle aivan eri tavalla kaiken oppimamme ja kokemamme perusteella. Kattavaan teoriatietoon perehtymisen ohella keskittyisimme ja panostaisimme enemmän itse opinnäytetyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lisäksi luottaisimme enemmän omaan arvostelukykyymme ja osaamiseemme.

Jos aikaa olisi ollut enemmän, olisi tarkistuslista ollut hyvä koekäyttää työympäristössä. Koekäyttö olisi kuitenkin vaatinut vähintään kahdesta kolmeen kuka kautta, mieluummin sitäkin pidemmän ajan, mikä ei valitettavasti sopinut opinnäytetyömme valmistumisen aikatauluun. Jatkokehitysideana voisikin siis esit-

tää tarkistuslistan koekäytön, jonka jälkeen tarkistuslistaa käyttäneiltä hoitajilta kerättäisiin palaute. Palautteen perusteella voitaisiin tutkia, onko tarkistuslistan käyttö vakiintunut osaksi astmahoitajien työskentelyä, toimiiko se hoitajan antaman astmaohjauksen tukena ja kuinka tarkistuslistaa voisi mahdollisesti kehittää edelleen. Iho- ja allergiasairaalaan on jo esitetty jatkokehitysideana toive, että tarkistuslista olisi tulevaisuudessa sähköisessä muodossa. Sähköisessä muodossa olevaa tarkistuslistaa voisi kehittää esimerkiksi siten, että tarkistuslistaan laitettaisiin hyperlinkkejä. Käytännössä se tarkoittaisi, että esimerkiksi lääkehoito-kohdassa voisi olla potilaan lääkelistaan johtava hyperlinkki ja potilasjärjestöjä koskevassa kohdassa hyperlinkki potilasjärjestöjen yhteystietoja koskevaan tulosteeseen.

Onnistuimme toteuttamaan tarkistuslistan siten kuin Iho- ja allergiasairaalan yhteistyökumppanimme toivoivat. Siksi toivomme, että tarkistuslistan käytöstä tulisi Iho- ja allergiasairaalan astmahoitajille vakiintunut työtapana ja siitä olisi hyötyä astmaohjauksessa. Toivomme myös, että tarpeen vaatiessa tarkistuslistaa kehitetään edelleen eteenpäin niin, että siitä saadaan paras mahdollinen hyöty niin hoitajan kuin potilaankin näkökulmasta.

## LÄHTEET

- Ahonen, Eeva 2000. Astmapotilas terveyskeskuksessa. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman & Seija Ojanie-mi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 61–67.
- Allergia- ja astmaliitto 2012a. Järjestö. Allergia- ja astmaliitto. Viitattu 20.11.2012. <http://www.allergia.fi/jarjesto/>
- Allergia- ja astmaliitto 2012b. Järjestö. Historiaa. Viitattu 20.11.2012. <http://www.allergia.fi/jarjesto/historiaa2/>
- Allergia- ja astmaliitto 2012c. Yhdistykset. Viitattu 20.11.2012. <http://www.allergia.fi/yhdistykset/>
- Allergia- ja astmaliitto 2012d. Palvelut. Viitattu 20.11.2012. <http://www.allergia.fi/palvelut/>
- Allergia- ja astmaliitto 2012e. Palvelut. Päiväkoti Histamiini. Viitattu 20.11.2012. <http://www.allergia.fi/palvelut/paivakoti-histamiini/>
- Allergia- ja astmaliitto 2013a. Voimaa vertaistuesta. Viitattu 16.1.2013. <http://www.allergia.fi/yhdistykset/voimaa-vertaistuesta/>
- Allergia- ja astmaliitto 2013b. Vertaistoimijat. Viitattu 16.1.2013. <http://www.allergia.fi/yhdistykset/voimaa-vertaistuesta/vertaistoimijat/>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Viitattu 20.11.2012. <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx>
- Eloranta, Sini; Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena i.a. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksen toteutumisesta. Tuloste.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi
- Haahtela, Tari & Hannuksela, Matti 2007. Allergian ja astman yleisyys. Teok-sessa Tari Haahtela, Matti Hannuksela, Mika Mäkelä & Erkki O. Terho (toim.) Allergia. Helsinki: Duodecim, 19–22.
- Haahtela, Tari & Stenius-Aarniala, Brita 2002. Astmalääkkeet: hoidon periaat-teet. Helsinki: Lääkelaitos.
- Haahtela, Tari 2003. Allergian ABC. Helsinki: Tammi.

- Haahtela, Tari 2005. Allergiat ja astma. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen & Juha Teperi. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 216–221.
- Haahtela, Tari 2009. Vaikeutuvan astman hoito. Duodecim. Viitattu 6.11.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=alg00172](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=alg00172).
- Haahtela, Tari 2011. Astma. Esite. Allergia- ja astmaliitto ry, 6/2011. Viitattu 14.1.2013. [http://allergia-fi-bin.directo.fi/@Bin/c87ddddb5e738b9545964a9f8a42d0b4/1358173672/application/pdf/414858/Astmaopas\\_6\\_2011.pdf](http://allergia-fi-bin.directo.fi/@Bin/c87ddddb5e738b9545964a9f8a42d0b4/1358173672/application/pdf/414858/Astmaopas_6_2011.pdf)
- Haahtela, Tari; Stenius-Aarniala, Brita & Laitinen, Lauri A. 2005. Astma. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander ja Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 320–342.
- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.a. Allergiapoliklinikka. Viitattu 24.11.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,958,1608,3149>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.b. Allergiapäiväosasto 2. Viitattu 24.11.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,958,1607,1744>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c. Iho- ja allergiasairaala. Viitattu 4.5.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,958>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.d. Sairaalat. Viitattu 5.5.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546>
- Hengitysliitto i.a.e. Miten toimimme. Viitattu 24.11.2012. <http://www.heli.fi/Hengitysliitto/Mika-on-Hengitysliitto/Miten-toimimme/>
- Hengitysliitto i.a.a. Allerginen nuha? Viitattu 28.11.2012. <http://www.heli.fi/dedadukosha/allerginenuha/>
- Hengitysliitto i.a.b. Astma. Viitattu 14.8.2012. <http://www.heli.fi/astma/>
- Hengitysliitto i.a.c. Historia. Viitattu 24.11.2012. <http://www.heli.fi/Hengitysliitto/Mika-on-Hengitysliitto/Historia/>

Hengitysliitto i.a.d. Mikä on Hengitysliitto? Viitattu 24.11.2012.

<http://www.heli.fi/Hengitysliitto/Mika-on-Hengitysliitto/>

Hengitysliitto i.a.f. Paikallistoiminta. Viitattu 24.11.2012.

<http://www.heli.fi/Hengitysliitto/Mika-on-Hengitysliitto/Paikallistoiminta/>

Hengitysliitto i.a.g. Rahoitus. Viitattu 24.11.2012.

<http://www.heli.fi/Hengitysliitto/Mika-on-Hengitysliitto/Rahoitus/>

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Honkala, Sisko 2009. Astma ja suun terveys. Duodecim. Viitattu 6.11.2012.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00130](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00130)

Huovinen, Maarit 2002. Astma. Helsinki: Duodecim, Suomen Apteekkariliitto. Iho- ja allergiasairaala i.a. Esite Iho- ja allergiasairaalan toiminnasta.

Jaakkola, Maritta S. & Jaakkola, Jouni J. K. 2005. Tupakointi ja keuhkosairaudet. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander ja Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 320–342.

Kauppi, Paula 2011. Astma: Oireet ja diagnostiikka. Lääkärin käsikirja. Viitattu 15.8.2012.

[http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00174&p\\_haku=astma](http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00174&p_haku=astma)

Kela 2012. Erityiskorvaus. Viitattu 20.11.2012.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160204162015EE?OpenDocument>

Kelan sairausvakuutustilasto 2011. Krooninen keuhkoastma ja vaikeat krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet (72 %:n korvaus). Viitattu 19.9.2012.

[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/310812151721TL/\\$File/Sava\\_11.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/310812151721TL/$File/Sava_11.pdf?OpenElement)

Kinnula, Vuokko & Sovijärvi, Anssi R. A. 2005. Keuhkojen toiminnan tutkiminen. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander ja Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 320–342.

Käypä hoito 2012. Astma. Viitattu 23.1.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030>

Lahdensuo, Aarne 2000. Astman ohjattu omahoito. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 56–59.

Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Oulu: Oulun yliopisto, 6–8. Viitattu 30.11.2012.

[http://www.ppshep.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Laitinen, Lauri A. & Räsänen, Maija 2000. Mitä astma on? Onko minulla astma?. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 14–20.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992. Viitattu 23.1.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen, Kaija; Kanste, Outi; Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008 (45), 121–135. Viitattu 30.11.2012.

<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>

Matilainen, Elina 2010a. Astman omahoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 18.9.2012.

[http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04720&p\\_haku=astma%20+%20omahoito](http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04720&p_haku=astma%20+%20omahoito)

Matilainen, Elina 2010b. Astmaa sairastavan ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.9.2012.

[http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk04617](http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04617)

Miettinen, Ville 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. Sairaanhoidaja-lehti 1/2012, 10–13.

Miettunen, Seija; Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi i.a. Potilasohjaus hoitotyössä – sairaanhoidajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Tuloste.

- Nieminen, Markku M. & Kankaanranta, Hannu 2000. Astman lääkehoito. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Jyväskylä: Duodecim ja Hengityслиitto, 29–33.
- Piirilä, Päivi & Sovijärvi, Anssi 2000. Astman toteaminen. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 21–28.
- Poikonen, Niina 2011. Astmaan sairastuneen henkilön ohjauksen sisältö. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Duodecim. Viitattu 20.9.2012. [http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p\\_haku=astma](http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p_haku=astma)
- Puolanne, Mervi & Stenius-Aarniala, Brita 2000. Astmaa sairastava maailmalla. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 96–99.
- Puolijoki, Hannu 2010. Astma. Teoksessa Heli Bäckman (toim.) Hyvä hengitysterveys. Opas hengityssairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino, 97–100.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1994. Astmaohjelma 1994–2004. Työryhmämuitio 1994:16. Viitattu 14.1.2013. [http://www.filha.fi/@Bin/29369/astma\\_fin.pdf](http://www.filha.fi/@Bin/29369/astma_fin.pdf)
- Stenius-Aarniala, Brita 2000. Astma ja muut sairaudet -lääkehoidon ongelmia. Teoksessa Lauri A. Laitinen, Kaisu Juntunen-Backman, Jouni Hedman ja Seija Ojaniemi (toim.) Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityслиitto, 100–105.
- Stenroos, Marja-Liisa 2010. Hoitajavastaanotot Iho- ja allergiasairaalassa 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: Medisiininen tulosityksikkö.
- Stenroos, Marja-Liisa 2010. Hoitajavastaanotot. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: Medisiininen tulosityksikkö.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 21.11.2012. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista)

Tukiainen Pentti 2005. Keuhkojen fysikaalinen tutkiminen. Teoksessa Vuokko Kinnula, Pirkko E. Brander ja Pentti Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 320–342.

Utriainen, Tanja 2012. Hoitajan astmavastaanotto. Viitattu 23.11.2012.

<http://filha-fi->

[bin.directo.fi/@Bin/f9a4d80bb51c5b7ee31594e289fb942a/1353673033/application/pdf/1693014/Utriainen\\_HOITAJAN%20ASTMAVAS\\_TAANOTTO.pdf](http://bin.directo.fi/@Bin/f9a4d80bb51c5b7ee31594e289fb942a/1353673033/application/pdf/1693014/Utriainen_HOITAJAN%20ASTMAVAS_TAANOTTO.pdf)

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

## LIITE 1: TARKISTUSLISTA ASTMAHOITAJAN VASTAANOTOLLE

**TARKISTUSLISTA ASTMAHOITAJAN VASTAANOTOLLE**

Nimi: \_\_\_\_\_

Hetu: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_

**Mitä astma on****Lääkehoito:** Omat astmalääkkeeni Lääkkeenottotekniikka; Tarvitsee lisäohjausta \_\_\_\_\_ Tekniikka kunnossa \_\_\_\_\_ Lääkkeiden vaikutukset  Suunhoito Lääkkeiden korvattavuus; B-lausunto on / ei**Omahoito:** Astman paheneminen \_\_\_\_\_ PEF-seuranta; oma mittari on / ei Oireiden seuranta; oma PEF-raja \_\_\_\_\_ Kirjalliset omahoito-ohjeet Nenänhoito ja nenäsumutteiden ottotekniikka Liikunta**Astman erityistilanteet:** Tupakointi \_\_\_\_\_ Vuodenajat Raskaus Allergiat Omat sairauteni ja muut lääkitykseni**Astmaryhmä:** Käynyt**Potilasjärjestöt:****Muuta:****Jatkohoitopaikka:**