

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Heta Airas, Hillary Forsblom & Laura Pernitz

# ASTMAA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

- PADAM- hanke

Heta Airas, Hillary Forsblom & Laura Pernitz

## ASTMAA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

- PADAM-hanke

Tämä opinnäytetyö on osa PADAM-hanketta, joka pohjautuu Painokas-hankkeeseen. Painokas-hankkeessa kehitettiin puheeksi ottamisen työkalupakki lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvontaan. Pakin pohjalta kehitettiin PADAM-prototyypit diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä ohjaukseen. (Painokas-projekti 2006-2008.) PADAM- hanke on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun kaupungin lasten ja nuorten poliklinikan sekä Turun ammattikorkeakoulun terveyden- ja hyvinvointialan yhteishanke (Parisod 2014).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata PADAM-työkalupakkia käyttäneitä ja perinteisiä vastaanottokäyntejä voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäynneillä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lasten ja nuorten voimavaraistavaa potilasohjausta PADAM-hankkeen työkalupakin avulla. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli laadullinen kuvaileva tutkimus, jossa oli myös kvantitatiivisia piirteitä. Aineisto oli kerätty ääninauhottamalla astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäyntejä (n=9) Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikalla syksyn 2014-kevään 2015 välisenä aikana (Parisod 2014). Opinnäytetyössä analysoitiin ääninauhotteet vastaanottokäynneiltä. Analysoitava aineisto koostuu PADAM-työkalupakillisista (n=5) ja pakittomista eli perinteisistä (n=4) vastaanottokäynneistä.

Tulokset käsiteltiin voimavaraistumista tukevan keskustelun näkökulmasta, käyttäen havaintomatriisiin esiin tuomia summamuuttujia sekä niihin vaikuttaneita tekijöitä. Lisäksi tuloksissa käsiteltiin, miten voimavaraistumista tukeva keskustelu erosi PADAM-työkalupakkia käyttäneillä vastaanottokäynneillä verrattuna perinteisiin vastaanottokäynteihin. Tulokset osoittivat, että PADAM-työkalupakilliset käynnit olivat havaintomatriisiin pohjautuen voimavaraistuvampia kuin perinteiset käynnit, mutta potilaan ikä ja mahdollinen huoltajan läsnäolo, vaikuttivat saatuihin tuloksiin huomattavasti. PADAM-työkalupakki lisäsi potilaiden aktiivista osallistumista vastaanottokäynneillä käytyihin keskusteluihin.

### ASIASANAT:

Astma, lapsi, nuori, voimavaraistava potilasohjaus, PADAM-hanke

Heta Airas, Hillary Forsblom & Laura Pernitz

# HEALTH PROMOTION OF ASTHMATIC CHILDREN AND ADOLESCENTS

- PADAM-project

This thesis is part of the PADAM-project which is based on the Painokas-project. The Painokas-project developed a toolbox to help promote communication with children, adolescent and health counselling for families. PADAM-prototypes were created based on the toolbox to help teach and guide children and adolescents who suffer from either diabetes or asthma and their families. (Painokas-projekti 2006-2008.) The PADAM-project is a joint venture between Department of Nursing Science in the University of Turku, Clinic for Children and Adolescents in Turku and The Faculty of Health and Well-being at Turku University of Applied Sciences (Parisod 2014).

The purpose of this thesis is to describe the receptions of asthmatic children and adolescents where the PADAM-toolbox was used and traditional receptions from the perspective of empowerment. The aim of this thesis is to improve empowering patient education of children and adolescents with the help of the PADAM-projects toolbox. The research method of this thesis is a qualitative descriptive research with quantitative qualities. The data was gathered by recording audio tapes from receptions of asthmatic children and adolescents (n=9) at Turku Welfare Division in the Clinic for Children and Adolescents during the fall of year 2014 and spring of year 2015 (Parisod 2014). In this thesis the audio tapes from the receptions were analysed. The analysed data consists of receptions where the PADAM-toolbox was used (n=5) and traditional receptions without the toolbox (n=4).

The results are interpreted from the perspective of empowerment supporting communication, using sumvariables brought forward by the observation form and factors influencing the variables. The results deal with, how the empowerment supporting communication differs in the receptions where the PADAM-toolbox was used from the traditional receptions. The results show, that the reception where the PADAM-toolbox was used where more empowering based on the observation form than the traditional receptions, however the patients age and the possible attendance of a custodian influenced the results considerably. The PADAM-toolbox increased the patients active participation in discussion had at the reception.

## KEYWORDS:

Asthma, child, adolescent, empowering patient education, PADAM-project

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 ASTMAA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN</b>	<b>7</b>
2.1 Terveyden edistäminen	7
2.2 Lasten ja nuorten astma	8
2.2.1 Lasten ja nuorten astman diagnostiikka	9
2.2.2 Lasten ja nuorten astman hoito	10
2.3 Lasten ja nuorten voimavaraistava potilasohjaus	12
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>17</b>
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>18</b>
4.1 PADAM-hanke	18
4.2 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	19
4.3 Kohderyhmä, aineiston keruu ja analysointi	20
<b>5 TULOKSET</b>	<b>22</b>
5.1 Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen PADAM-työkalupakillisilla sekä perinteisillä vastaanottokäynneillä	22
5.2 Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen PADAM-työkalupakillisilla vastaanottokäynneillä verrattuna perinteisiin vastaanottokäynteihin	24
<b>6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>27</b>
6.1 Eettisyys	27
6.2 Luotettavuus	28
<b>7 POHDINTA</b>	<b>31</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>34</b>

## KUVIOT

Kuvio 1. PADAM-työkalupakillisten (n=5) ja pakittomien (n=4) käyntien havaintomatriisiin pohjalta saadut keskiarvot	25
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## TAULUKOT

Taulukko 1. Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen vastaanottokäynneillä, koko aineiston keskiarvot (n=9)	24
Taulukko 2. Havaintomatriisin kokonaispistemäärät	26

# 1 JOHDANTO

Astma on keuhkosairaus, jossa keuhkoputkien limakalvoilla on krooninen tulehdustila (Haahtela 2013). Suomessa astmaa sairastaa noin 5-7 prosenttia alle 18- vuotiaista, tehden siitä lasten ja nuorten yleisimmän pitkäaikaissairauden. Nuorten astman hoidossa korostuu, että nuori itse on motivoitunut omaan hoitoonsa. (Kajosaari & Vanto 2014.) Astman hoidon ohjauksessa tulisi osata selittää ymmärrettävästi, mikä on astma, kuinka sitä hoidetaan ja miten siihen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa (Kajosaari & Vanto 2014). Potilasohjauksella on merkittävä vaikutus lapsen ja nuoren hoitoon sitoutumisessa (Bender ym. 2003). Voimavaraistava potilasohjaus on potilaskeskeinen sekä yhteistyölähtöinen lähestymistapa, jonka tavoitteena on, että potilas löytää käyttöönsä luontaisia voimavarojaan (Funell & Weiss 2008; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015).

Asiantuntijakeskeinen potilasohjaus tarkoittaa ohjaustapaa, jossa hoitaja jakaa tietoa sekä valmiita hoito-ohjeita potilaille. Potilaiden odotetaan noudattavan näitä ohjeita, sillä perusteella, että ne pohjautuvat näyttöön. Asiantuntijakeskeisellä potilasohjauksella ei saavuteta toivottuja tuloksia hoidon suhteen. Potilaat sitoutuvat omahoitoonsa paremmin, mikäli potilasohjaus on potilaslähtöistä. (Routasalo ym. 2010.) Uusia potilasohjausmenetelmiä kaivataan, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen hoidon tulokseen. Potilaiden tehokas omahoito vähentää sekä päivystyskäyntejä että sairaalasaolopäiviä ja näin ollen on myös kustannustehokasta (Astma: Käypä hoito –suositus 2012).

Tämä opinnäytetyö on osa PADAM-hanketta. PADAM- hanke on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun kaupungin lasten ja nuorten poliklinikan sekä Turun ammattikorkeakoulun terveyden- ja hyvinvointialan yhteishanke (Parisod 2014). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata PADAM-työkalupakkia käyttäneitä ja perinteisiä vastaanottokäyntejä voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäynneillä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lasten ja nuorten voimavaraistavaa potilasohjausta PADAM-hankkeen työkalupakin avulla. Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kuvailevana tutkimuksena, jossa oli myös kvantitatiivisia piirteitä. Aineiston tallennusmenetelmänä on ääninauhoitteet vastaanottokäynneiltä. Opinnäytetyössä käsitellään astmaa sairastavien lasten ja nuorten terveyden edistämistä sekä voimavaraistavaa potilasohjausta.

## 2 ASTMAA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Suomessa astmaa sairastaa noin 5-7 prosenttia alle 18- vuotiaista, tehden siitä lasten ja nuorten yleisimmän pitkäaikaissairauden (Kajosaari & Vanto 2014). Potilasohjauksella on merkittävä vaikutus lapsen ja nuoren hoitoon sitoutumisessa (Bender ym. 2003). Nuorten astman hoidossa korostuu, että nuori itse on motivoitunut omaan hoitoonsa (Kajosaari & Vanto 2014).

### 2.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on määritelty terveydenhuoltolaissa. Laissa tarkoitetaan ”terveyden edistämisellä yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla (L 1326/2010, 3 §).”

Terveyden edistämisen tavoitteena on hyödyntää jokaisen yksilön kuin yhteisönkin voimavarat parhaalla mahdollisella tavalla (Lindholm 2004, 26). Terveyden edistämistä voidaan käsitellä yksilön näkökulmasta sekä kansanterveyden näkökulmasta. Yksilön terveys sisältää kaikki hyvinvoinnin osa-alueet, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveyden. Kansanterveyden edistäminen on koko väestön terveyden edistämistä ja näin kuuluu osaksi hyvinvointivaltion rakennetta. (Reivinen 2012, 9-10.) Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon toimintaa vaan käsittää kaikki yhteiskunnan toimijat. Yhteiskunnan tehtävänä on kaventaa terveyseroja, rakentaa terveellinen ja turvallinen ympäristö sekä lisätä väestön osallistumismahdollisuuksia. (Lindholm 2004, 26.) Kansanterveydestä keskusteltaessa korostuu kuitenkin yksilön vastuu ja velvollisuus omasta terveydestään (Reivinen 2012, 9-10). Tällä hetkellä terveyden edistämässä painotetaan yksilön roolia aktiivisena toimijana ja osallistujana (Lindholm 2004, 14). Terveyden edistämässä ennaltaehkäisy on tärkeää. Esimerkiksi äidin valinnat raskausaikana vaikuttavat sikiön kasvuun ja kehitykseen ja niillä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia mieleen ja kehoon (Paananen ym. 2012, 48).

Perheellä on suuri merkitys lapsen ja nuoren psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen kehitykseen. Käsite ”perhe” on hyvin moninainen, sen määritelmä voi olla jokaisella lapsella sekä nuorella eri. Perhe voi pitää sisällään molemmat tai vain toisen vanhemmista, isovanhemmat, sisarukset tai kaksi perhettä voi yhdistyä muodostaen uusperheen. Perheellä on suuri vaikutus lasten ja nuorten jokapäiväiseen elämään ja aikuisilla on ensisijainen vastuu lasten ja nuorten hyvinvoinnista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 81.)

Terveyden edistäminen koostuu jokapäiväisistä teoista ja valinnoista. Vastuu lasten ja nuorten terveyden edistämisestä jakautuu kodin lisäksi muille toimijoille, joissa lapsi tai nuori viettää aikaansa, kuten koulut, päiväkodit ja harrastustoiminnat. Lasten ja nuorten elinympäristön tulee olla terveyttä ja hyvinvointia edistävä. Jokaisen kunnan tulee huolehtia, että nämä perusedellytykset täyttyvät. (Perho ym. 2010.) Ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä on Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä (STM) (STM 2016).

## 2.2 Lasten ja nuorten astma

Suomessa lasten ja nuorten yleisin pitkäaikaissairaus on astma (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 140). Astma on keuhkosairaus, jossa keuhkoputkien limakalvoilla on krooninen tulehdustila. Astmassa limakalvojen puolustusmekanismi on yliaktiivinen aiheuttaen kroonisen tulehdustilan ja voimakkaita hengitystieoireita. Tavallisesti limakalvotulehduksen taustalla on allergeenien tai mikrobien aiheuttama reaktio. (Haahtela 2013.) Lapsilla tavallisin astmaoireilun aiheuttaja on virusperäinen hengitystieinfektio (Astma: Käypä hoito –suositus, 2012; Booker 2014). Astma voi olla sisä- tai ulkosyntyinen. Sisäsyntyinen astma eli ei-allerginen astma on yleisempi aikuisilla kuin lapsilla. Ulkosyntyinen astma eli allerginen astma on lapsilla yleisempi astman muoto. (Helske 2004, 199.)

Kroonisesta tulehdustilasta keuhkoputkissa johtuen astmaatikko kärsii muun muassa limanerityksen lisääntymisestä, epiteelivauriosta, mukoosan ja submukoosan turvotuksesta, tyvikalvon paksuuntumisesta ja tyvikalvon alaisesta kollageenikertymästä, sileän lihaksen hypertrofiasta sekä eosinofiilisolujen tai lymfosyyttien osuuden lisääntymisestä. Nämä solutason muutokset aiheuttavat astmaatikolle oireita, kuten hengityksen vinkumista, uloshengityksen vaikeutta, viikkoja kestävää yskää, jonka taustalla ei ole muuta infektiota, alentunutta suorituskykyä, rasituksen yhteydessä ilmaantuvaa yskää tai työstä hengitystä sekä yöllä pahentuvaa yskää. (Kajonsaari 2010, 295.) Lapsilla ast-



man oireena voi olla myös väsymystä, kasvun viivästyistä, ponnistelujen välttämistä sekä epämääräistä pahanolon tunnetta (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 140; Vauhkonen 2012, 621). Astmaa sairastavilla lapsilla esiintyy myös usein atooppista ihottumaa ja allergista nuhaa (Vauhkonen 2012, 621). Vakavissa tapauksissa astma voi aiheuttaa syanoottisuutta ja sekavuutta (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 140).

Toistuva ja pitkään kestänyt ärsytystulehdus ja keuhkoputkien supistumisalttius aiheuttaa keuhkoputkien ahtautumista sekä häiriöitä keuhkojen toiminnassa. Allergeeneille altistuminen voi aiheuttaa astman pahenemista tai astmakohtauksen. (Astma: Käypä hoito –suositus, 2012.) Hyvässä hoitotasapainossa tai alkuvaiheessa oleva astma on vähäoireinen ja keuhkojen toiminta on pääosin normaalia. Astman hyvä hoito ja aikainen diagnosointi on tärkeää sillä krooninen tulehdustila voi aiheuttaa pysyviä rakenteellisia muutoksia keuhkoputkiin, jolloin keuhkojen toiminta voi pysyvästi vaurioitua. (Haahtela 2013.) Astman hoidolle on laadittu Käypä hoito –suositus, jonka tavoitteena on ”astman hyvä hoito ja käytäntöjen yhtenäisyys. Hoidolla pyritään pitämään potilaiden oireet mahdollisimman vähäisinä ja turvaamaan iän mukainen toiminta- ja työkyky.” (Astma: Käypä hoito –suositus, 2012.)

Astman syntyyn vaikuttaa perinnöllinen alttius, suurin riskitekijä on sen esiintyminen molemmilla tai toisella vanhemmista. Ylipainon on havaittu olevan astman riskitekijä. Äidin tupakointi raskauden aikana tai lapsen altistuminen tupakansavulle lisää lapsen riskiä sairastua astmaan. (Astma: Käypä hoito –suositus, 2012.) Keskosena syntyneillä on suurentunut riski sairastua astmaan (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 140).

### 2.2.1 Lasten ja nuorten astman diagnostiikka

Astman diagnosointi perustuu potilaan oireisiin sekä keuhkojen toimintakokeisiin (Astma: Käypä hoito –suositus, 2012). Astman diagnosointi lapsilla voi olla haastavaa (Booker 2014). Oireet selvitetään kattavalla anamneesilla, jossa tulee selvittää oireiden laatu, kesto sekä ilmaantuvuus (Ivanoff ym. 2001). Keuhkojen toimintaa tutkitaan PEF-seurannalla, spirometrialla, bronkodilaatio-kokeella, oksillometrialla, juoksurasituskokeella, typpioksiidimittauksella sekä histamiini- tai metakoliinialtistuskokeella, lisäksi allergeenien selvittämiseksi tehdään prick-testi. Alle 2-3 –vuotiailla lapsille ei voida tehdä keuhkojen toimintakokeita. Heidän astmadiagnoosinsa perustuu oirekuvaan, kuten hengitysvaikeuksiin ja yskään. (Helske 2004, 199-200.)

PEF-mittauksella (peak expiratory flow) mitataan uloshengityksen huippuvirtausta, sillä voidaan selvittää suurten keuhkoputkien tilavuutta. Mittaus voidaan suorittaa kaikille, jotka ovat tarpeeksi vanhoja puhaltamaan oikeaoppisesti. (Helske 2004, 200.) PEF-mittaus kuuluu yleisimpiin tutkimuksiin astman diagnosoinnissa. Se tehdään yleensä kaikille yli 12-vuotiaille, joilla epäillään astmaa. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012.) PEF-mittarin saa kotiin ja puhallukset tehdään yhdestä kahteen viikon ajan aamuin illoin, aina samaan kellonaikaan ennen avaavan lääkkeen ottoa, sekä noin 15 minuuttia lääkkeen oton jälkeen. Säännöllisten mittausten lisäksi puhallukset tehdään myös aina oireiden ilmetessä, ylimääräiset puhallukset suoritetaan samalla tavalla kuin tavalliset puhallukset. Puhallukset tehdään aamuin illoin, jotta saadaan selville astmalle tyypilliset vuorokausivaihtelut. Puhalluksia tehdään vähintään kolme peräkkäistä niin, ettei eroa parhaimman ja huonoimman puhalluksen välillä ole yli 20 l/min. Mikäli eroa on enemmän, tehdään puhalluksia useampi ja puhalluksista paras tulos kirjataan seurantavihkoon. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012; Helske 2004, 200; Vauhkonen 2012, 621.) Oikea puhallustekniikka opetellaan hoitajan vastaanotolla ennen kotiseurannan aloitusta.

Spirometrian tarkoitus on mitata keuhkojen tuuletuskykyä. Spirometria tutkimus tehdään aikaisintaan 6-vuotiaille, sillä tutkimus vaatii yhteistyökykyä potilaan ja tutkimuksen suorittajan välillä. Spirometriaan voidaan yhdistää bronkodilaatiokoe, jolla voidaan selvittää keuhkoputkien mahdollisen ahtautuman palautuminen. Oksillometria mittaa hengitysvastusta keuhkoputkissa, se voidaan suorittaa jo 2-3 –vuotiaalle lapsille. Juoksurasituskokeessa hengitysfunktiota seurataan spirometrian tai oskillometrian avulla, joskus myös PEF-mittauksin. Juoksurasituskoete on keskeinen lasten ja nuorten astmatutkimuksista. Typpioksidimittausta voidaan käyttää astman diagnosoinnin apuna, sillä voidaan selvittää keuhkoputkien tulehdusta. Kohonnut typpioksidipitoisuus kertoo keuhkoputkien tulehduksesta. Histamiini- ja metakoliinialtistuksella mitataan keuhkoputkien supistumisherkyyttä. Se tehdään yleensä vain yli 6-vuotiaille lapsille, sillä se vaatii aktiivista osallistumista. Prick-testillä eli ihon pistotestillä tutkitaan lapsen tai nuoren mahdollisia allergioita. (Helske 2004, 200.)

### 2.2.2 Lasten ja nuorten astman hoito

Astman hoito perustuu vuoden 2012 Käypä hoito –suositukseen, astman hoitoa ohjaa myös Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018. Astmalla on yleensä hyvä hoitovaste ja

potilaat voivat elää usein oireetonta elämää. Onnistuneella hoidolla pystytään poistamaan astman oireita, kuten nuha, yskä, limaneritys, hengenahdistus sekä parantamaan suorituskykyä. (Ahonen ym. 2013, 457.)

Astman lääkehoito voidaan jakaa hoitaviin lääkkeisiin, avaaviin lääkkeisiin sekä muihin lääkehoitoon, joka sisältää muun muassa yhdistelmävalmisteet (Helske 2004, 200-201). Lääkehoidon tarkoituksena on parantaa keuhkoputkien limakalvojen tulehdus. Lääkehoidon tavoitteet riippuvat astman vaikeusasteesta. Lievässä sekä alkavassa astmassa tavoitteena on potilaan oireettomuus sekä keuhkojen normaali toiminta. Kroonisen astman hoidossa pyritään mahdollisimman vähäiseen oireiluun sekä parhaaseen mahdolliseen keuhkojen toimintaan. Tavoitteena on hyvä hoitotasapaino sekä pahenemisvaiheiden ennakointi sekä estäminen. (Ahonen ym. 2013, 458.)

Hoitavat lääkkeet ovat kortisonivalmisteita, joiden tarkoitus on lievittää keuhkoputkien tulehdustilaa ja ne ovat astman hoidon peruslääkkeitä. Kortisonivalmisteet vähentävät tulehdussolujen kertymistä ja estävät niiden toimintaa keuhkoputkissa, näin keuhkoputken sileänlihaksen supistumisherkkyys vähenee. (Ahonen ym. 2013, 258.) Astman säännöllinen lääkehoito perustuu kortisonivalmisteisiin. Tarkoituksena on etsiä pienin mahdollinen lääkeannos, joka pitää oireet hallinnassa. (Vauhkonen 2012, 624.) Avaavan lääkkeen tarkoituksena on laukaista nopeasti keuhkoputkien supistustila. Avaavia lääkkeitä kutsutaan myös kohtauslääkkeiksi, sillä niitä ei ole tarkoitettu jatkuvaan käyttöön. Mikäli avaavat lääkkeet ovat säännöllisesti käytössä, kertoo se astman huonosta hoitotasapainosta, hoitavan lääkkeen liian pienestä annostuksesta tai huonosta lääkkeenottotekniikasta. Avaavat lääkkeet ovat beeta-2-agonisteja ja niitä on sekä nopeavaikutteisia että nopea- ja pitkävaikutteisia. Nopea- ja pitkävaikutteisia beeta-2-agonisteja tulee käyttää vain yhdessä kortisonilääkityksen kanssa. (Ahonen ym. 2013, 258.) Astman hoidossa avaava lääke voi olla ainoana lääkkeenä, mikäli oireita on vain satunnaisesti esimerkiksi ollessa eläinten lähellä tai infektioiden aikana. Oireiden ollessa kausiluontoisia voidaan lääkitä käyttäen jaksottaista kortisonilääkitystä, tällöin oireeton vaihe ollaan ilman lääkitystä. (Kajosaari & Vanto 2014.)

Astman lääkehoito toteutetaan pääosin inhaloitavilla lääkeaineilla, koska ne ovat tehokkaita ja aiheuttavat vähemmän sivuvaikutuksia (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 140). Lapsilla lääkkeenottoa helpottamaan käytetään tilanjatkeita, niiden avulla lääke voidaan hengittää rauhallisesti ja lääkeannos saadaan kokonaan hyödynnettyä. (Kajosaari & Vanto, 2014.) Inhaloitavan kortisonivalmisteen jälkeen tulee suu huuhdella suun hii-

vainfektion ja äänen käheytyksen ehkäisemiseksi sekä suun limakalvoille jääneen lääkkeen imeytymisen ehkäisemiseksi (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 141).

Astmaa voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi. Astmaatikon tulisi lopettaa tupakointi sekä välttää passiivista tupakointia ja laihduttaa, mikäli hänellä on ylipainoa sekä välttää tulehduskipulääkkeiden (NSAID) käyttöä, mikäli ne pahentavat astmaoireita (Vauhkonen 2012, 622). Suolahuonehoito voi vähentää hengitysteiden yliärsytyä. Hengitysharjoitukset ovat vähentäneet astmaatikkojen oireita ja näin avaavien lääkkeiden käyttöä on pystytty vähentämään. Hyvä fyysinen kunto parantaa rasituksen sietoa ja vähentää hengenahdistusta, siksi se on merkittävä osa astman hoitoa. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012.) Astmaatikon tulee välttää oireita pahentavia tekijöitä, kuten ulkoilman voimakkaita saasteita. Siedätyshoitoa voidaan käyttää haastavissa eläin- ja siitepölyallergioissa, mikäli potilaalla on astman lisäksi voimakkaita silmäoireita ja nuhaa (Vauhkonen 2012, 622).

Näyttöä lasten astman omahoidon vaikuttavuudesta on jo 1970-luvulta. Pitkäaikaissairauksien hoidossa korostetaan yhä enemmän potilaslähtöistä omahoitoa. (Routasalo ym. 2010.) Astman hoidon vastuu on potilaalla itsellään, lapsilla vastuu hoidosta on huoltajilla. Kyetäkseen hyvään omahoitoon on potilaan ymmärrettävä astma sairauteena, sen hoidon pääpiirteet ja hoitoon sitoutumisen tärkeys. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012.) Omahoito tulee suunnitella ja räätälöidä jokaiselle potilaalle yksilöllisesti ja potilaan tulee kokea, että hoidosta on hyötyä hänelle itselleen (Routasalo ym. 2010). Omahoito koostuu ärsykkeiden välttämisestä, riittävästä liikunnasta, painon hallinnasta, tupakoimattomuudesta, PEF-kotimittauksista, lääkityksen säätelystä ja oireiden tunnistamisesta sekä niihin reagoimisesta. Omahoidon ohjaus tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Omahoidon on todettu vähentävän aikuisastmaatikkojen päivystyskäyntejä, sairaalahoitopäiviä sekä parantavan elämänlaatua. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012.)

### 2.3 Lasten ja nuorten voimavaraistava potilasohjaus

Hoitoprosessin yksi oleellinen osa on potilasohjaus. Potilasohjaus tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan vuorovaikutussuhteessa, jossa potilas toimii tiedonetsijänä sekä tiedonkäsittelijänä. Toimiva potilasohjaus on aktiivista vuorovaikutusta, jossa potilas ja hoitaja ovat tasavertaisessa asemassa. Vaativuutta potilasohjaukseen osaltaan tuo lyhentyneet hoitoajat, polikliinisen hoidon lisääntyminen

sekä potilaiden korkeampi koulutustaso. (Eloranta ym. 2014.) Potilasohjauksessa korostuu yhä lisääntyvässä määrin potilaslähtöisyys, jossa hoitaja motivoi potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Mitä enemmän potilas osallistuu itse hoitoaan koskeviin päätöksiin, sitä parempiin hoidon tuloksiin päästään. (Routasalo ym. 2010, 1917–1923.) Saavuttaakseen oman sairautensa hoidon hallinnan potilas tarvitsee tietoa (Eloranta ym. 2014). Onnistuneessa hoidon ohjauksessa potilas on aktiivinen, eikä ohjaus ole vain yksisuuntaista tiedon siirtoa. Potilas suunnittelee itse sairautensa hoidon ammattihenkilön tuella. Suunnitelman tulee sisältää sekä elämäntavat, että sairauden hoito. Potilaslähtöisen ohjauksen tarkoituksena on siirtää hoidon toteutus ja vastuu potilaalle, terveydenhuollon henkilöstön kuitenkin ollessa taustalla tukena. (Routasalo ym. 2010.) Potilaslähtöinen ohjaus on tärkeää, koska potilas tekee arjessa itse päätöksensä siitä, miten omahoitoaan toteuttaa (Funell & Weiss 2008).

Astmaa sairastavien lasten potilasohjauksessa suuressa roolissa on vanhempien ohjaus. Vanhemmilla voi olla pelkoja lapsen astmakohtauksia kohtaan sekä vääriä olettamuksia lääkehoidosta. Lisäksi vanhemmat voivat vastuuttaa lasta liikaa sairautensa hoidosta hänen kehitystasoonsa nähden. Yhteistyö vanhempien sekä terveydenhuollon ammattilaisten välillä tulisi olla tasavertainen yhteistyösuhde, jossa vallitsee molemminpuolinen kunnioitus. (Arroyo & Becker 2014.) Lapsen joutuminen sairaalaan sairautensa vuoksi on vanhemmille pysäyttävä kokemus. Tämä hetki tulee kuitenkin hyödyntää potilasohjauksessa, koska vanhemmat ovat tällöin hyvin motivoituneita lapsensa sairauden hoitoon. (McCarty & Rogers 2012.) Ohjauksessa tulee huomioida myös lapsi, sillä näyttöä on siitä, että pelkkä vanhempiin kohdistuva potilasohjaus ei ole niin tehokasta kuin vanhempiin sekä lapseen itse kohdistuva potilasohjaus (Kirk ym. 2012).

Potilasohjauksen menetelmistä hoitajat suosivat eniten kirjallista ohjausmateriaalia. Perinteisen suullisen ohjauksen sekä kirjalliseen materiaaliin pohjaavan potilasohjauksen lisäksi tulisi huomioida myös muut mahdolliset potilasohjauksen menetelmät kuten ryhmäohjaus sekä opetusvideot. Kullekin potilaalle tehokkain ohjausmenetelmä tulisi valita yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Potilaat kaipaavat nykyistä enemmän ohjausta muun muassa sosiaalisista etuuksista, jatkohoidosta, hoitojen sivuvaikutuksista sekä sairauden vaikutuksista arkeen. Potilasohjauksessa tulee tulevaisuudessa huomioida lisääntyvässä määrin tietotekniikan mahdollisuudet. Sen avulla pystytään luomaan potilasohjauksesta

yksilöllisempää sekä kustannustehokkaampaa. (Eloranta ym. 2014.) Tele-PEF-seurannasta on jo saatu lupaavia tuloksia astmaa sairastavien hoidossa. Testiryhmän mielestä tele-PEF-seuranta oli miellyttävämpi ja vaivattomampi kuin tavallinen PEF-mittaus. (Vilkman ym. 2010.)

Hoitajien ajantasainen tietotaso ja ohjausvarmuus parantavat hoidon tuloksia. Jotta hoitajat voivat antaa hyvää ajantasaiseen tietoon perustuvaa potilasohjausta on heidän omattava riittävästi varmuutta ja tietoa ohjattavasta asiasta. Hoitajien tulee saada koulutusta omasta erikoisalastaan, jotta he osaavat antaa parasta mahdollista ohjausta. (Taylor-Fishwick ym. 2015.) Kansallisen allergiaohjelman 2008-2018 tavoitteisiin lukeutuu, että ”voimavaroja käytetään vaikeiden allergioiden hoitoon ja pahenemisen estämiseen sekä astman ja nuhan hoitokontrollia vahvistetaan.” Osaavat astmahoitajat ovat avainasemassa astmapotilaiden omahoidon ohjauksessa. Toimivalla omahoidolla pystytään hallitsemaan astman pahenemisvaiheita ja tätä kautta vähentämään astman tuomia kustannuksia sekä astmapotilaiden kärsimystä. (Haahtela ym. 2008)

Voimavaraistavalla potilasohjauksella tarkoitetaan potilaskeskeistä ja yhteistyölähtöistä lähestymistapaa. Voimavaraistavan potilasohjauksen tavoitteena on, että potilas löytää käyttöönsä luontaisia voimavarojaan huolehtiakseen omasta terveydestään. Hoitajat ovat terveysalan asiantuntijoita, mutta potilaat ovat oman terveytensä asiantuntijoita. Voimavaraistavan lähestymistavan kulmakivi on tiedostaa, että tieto sairaudesta ei ole sama asia, kuin tietää, miten sairaus vaikuttaa henkilön arkeen ja elämään. Voimavaraistavassa ohjauksessa potilas tunnistaa myös omia kuormittavia tekijöitään, kuten omiin elintapoihin liittyviä muutoshasteita. (Funell & Weiss 2008; THL 2015.) Voimavaraistavalla potilasohjauksella on saatu positiivisia tuloksia aikaan, potilastyytyväisyys on lisääntynyt, hoitoon liittyvät komplikaatiot ovat vähentyneet ja potilaiden pelkoja on kyetty lieventämään. Toimivalla ohjauksella voidaan vaikuttaa hoidon laatuun sekä jatkuvuuteen. (Eloranta ym. 2014.)

Voimavarat ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat suotuisasti lapsen kasvuun ja kehitykseen. Kuormittavat tekijät puolestaan ovat elämään kuuluvia tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen normaalin kasvun ja kehityksen. Keskeisimpiä voimavaroja antavia tai kuormittavia tekijöitä perheessä ovat taloudellinen tilanne, terveys ja elämäntavat, vanhem-

muus, tukiverkostot, asuminen, työllisyystilanne, lapsen hoito ja kasvatusta, parisuhde sekä tulevaisuuden näkymät. (THL 2015.)

Voimavaroja suojaavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiin tekijöihin kuuluu muun muassa yksilölliset tekijät, kuten myönteinen elämänsäsenne, itsetunto, kyky ratkaista konflikteja sekä kyky oppia. Sosiaalisia sisäisiä tekijöitä ovat perusturva varhaisessa elämänvaiheessa sekä myönteinen kiintymyksen kokeminen. Ulkoisia yksilöllisiä suojaavia tekijöitä ovat perustarpeiden tyydyttäminen (ruoka, lämpö, suoja ja lepo) sekä tiedontarpeen tyydyttäminen. Sosiaalisia ulkoisia tekijöitä ovat tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot sekä myönteiset roolimallit. Ulkoisiin suojaaviin tekijöihin lukeutuu myös ympäristölliset terveyttä suojaavat tekijät kuten turvallinen ja luotettava ympäristö, terveellinen yhteiskuntapolitiikka sekä julkiset palvelut. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 14.)

Kun potilas perheineen tunnistaa omia voimavarojaan lisääviä sekä kuormittavia tekijöitä, voivat he yhdessä muuttaa toimintaansa voimavaroja vahvistavaksi. Voimavaroja vahvistavia keinoja ovat muun muassa oman pitkäaikaissairauden hyväksyminen, tiedon hakeminen sekä tiedon soveltaminen arkeen. Voimavaroja käsiteltäessä on keskeistä huomioida voimavaroja antavien tekijöiden määrä suhteessa kuormittaviin tekijöihin. (THL 2015.) Arvioimalla potilaan voimavaroja antavia sekä kuormittavia tekijöitä voidaan suunnitella potilaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma ja näin edistää tehokasta astman omahoitoa (Wilson ym. 2015). Yksilön kokemus voimavaroistaan riippuu siitä, miten hän suhtautuu voimavaroja antaviin ja kuormittaviin tekijöihinsä. Lapsilla ja nuorilla perheen merkitys voimavarana korostuu, joka tulee huomioida potilasohjauksessa. (THL 2015.)

Terveystieteiden voimavarojen vähentyessä väestön ikääntymisen ja siitä johtuvan lisääntyvän sairastavuuden myötä on tärkeää, että terveydenhuollon resurssit tulevat hyödynnettyä oikein (Routasalo ym. 2010, 1917-1923). Astman ja allergian kokonaiskustannukset vuonna 2011 olivat 1,3-1,6 miljardia euroa, suorat hoitokustannukset olivat 319 miljoonaa, joista astman kustannusten osuus oli 65%. Astman hoidon lääkekustannukset ovat nousseet 2000-luvulla, mutta kokonaiskustannukset ovat kuitenkin merkittävästi vähentyneet, koska hoidossa, työkyvyttömyyseläkkeissä ja kuntoutuksessa on onnistuttu laskemaan kustannuksia. Kustannusten laskuun on päästy astman ja allergisten sairauksien tehostuneen hoidon myötä muun muassa varhainen diagnostiikka, kehittynyt lääkehoito sekä hyvä omahoidon ohjaus ovat tehneet potilaista entistä työkykyisempiä ja vähentäneet sairaalahoidon tarvetta. (Jantunen ym. 2014.) Pitkäai-

kaissairauksien tehokas hoito sekä riskitekijöiden vähentäminen ovat näin ollen tärkeä osa voimavaraistavaa potilasohjausta (Routasalo ym. 2010, 1917-1923).



### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata PADAM-työkalupakkia käyttäneitä ja perinteisiä vastaanottokäyntejä voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäynneillä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lasten ja nuorten voimavaraistavaa potilasohjausta PADAM-hankkeen työkalupakin avulla.

1. Miten voimavaraistumista tukeva keskustelu toteutuu PADAM-työkalupakillisilla sekä perinteisillä vastaanottokäynneillä?
  - 1.1 Millainen on keskustelun rakenne?
  - 1.2 Millainen on keskustelun luonne?
  - 1.3 Millaista vuoropuhelu tai voimavaraistava keskustelu on vastaanotolla?
  - 1.4 Miten hoitaja toimii keskustelussa?
  - 1.5 Miten potilas toimii keskustelussa?
  - 1.6 Millaiset ovat hoitajan ja potilaan roolit?
  
2. Millaista voimavaraistumista tukeva keskustelu on PADAM-työkalupakkia käyttäneillä vastaanottokäynneillä verrattuna perinteisiin vastaanottokäynteihin?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Seuraavaksi tässä opinnäytetyössä kuvaillaan PADAM-hanketta, opinnäytetyön tutkimusmenetelmää, opinnäytetyön kohderyhmää, aineiston keruuta sekä aineiston analysointia. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kuvailevana tutkimuksena, jossa oli myös kvantitatiivisia piirteitä, aineiston tallennusmenetelmä oli ääninauhoitteet.

### 4.1 PADAM-hanke

Tämä opinnäytetyö on osa PADAM-hanketta, joka pohjautuu Painokas-hankkeeseen. Painokas-hanke on Turun kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämis- ja tutkimushanke, joka toteutettiin vuosina 2006–2008 (Painokas-projekti 2006-2008). PADAM-hanke on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun kaupungin lasten ja nuorten poliklinikan sekä Turun ammattikorkeakoulun terveyden- ja hyvinvointialan yhteishanke. PADAM-hankkeen tarkoituksena on kuvata PADAM-työkalupakin käytettävyyttä astmaa tai diabetesta sairastavien lasten sekä nuorten polikliinisillä käynneillä. Tarkoituksena on myös arvioida PADAM-työkalupakin mahdollisuuksia lisätä lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä osallisuutta ja voimavaroistumista ohjauksen yhteydessä. Vertailukohtana käytetään perinteistä ohjausta polikliinisillä käynneillä.(Parisod 2014.) Tämä opinnäytetyö kohdistuu PADAM-hankkeen astmaosuuteen.

Painokas-hankkeessa kehitettiin puheeksi ottamisen työkalupakki lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvontaan. Painokas-hankkeen työkalupakkiin sisältyy osiot perheiden ruoka- ja liikuntatottumuksien sekä elämänrytmin ja voimavarojen kartoittamiseen. Työkalupakki pitää sisällään pelilaudan, jossa on ympyrä elämänrytmin tarkasteluun sekä ruoka- ja aktiivisuuskolmiot. Pakista löytyy tarvikkeita elämänrytmin läpikäyntiin, kuten pelimerkkejä, toimintakuvia sekä kalvoja voimavaratankkia varten. Sieltä löytyy myös mittanauha vyötärön ympäryksen mittaamista varten, ravitsemukseen liittyvä DVD sekä käyttöopas. Pakin avulla pyritään edistämään perhelähtöisyyttä ja tukemaan perheen omaa oivallusta sekä voimavarojen löytämistä. (Painokas-projekti 2006-2008.) Painokas-hankkeen työkalupakin pohjalta kehitettiin PADAM-prototyypit diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä ohjaukseen (Parisod 2014).

## 4.2 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kuvailevana tutkimuksena, jossa oli myös kvantitatiivisia piirteitä. Aineiston tallennusmenetelmä oli ääninauhoitteet, joiden avulla verrattiin kahta eri tavalla toteutettua potilasohjausmenetelmää. Tutkimusaineiston koostuessa ääninauhoitteista tulee nauhoitteiden olla laadukkaita, jotta niitä voidaan luotettavasti analysoida. Äänen taltioimisesta säädetään rikoslaisissa, luvaton äänen tai puheen taltiointi voidaan tulkita salakuunteluksi, joka on sakoin tai vankeudella rangaistava teko (Rikoslaki 523/2000). Kaikilta PADAM-hankkeen vastaanottokäynneille osallistuneilta saatiin lupa vastaanottokäyntien nauhoittamiseen. Tutkimukseen osallistuvalle tulee aina kertoa, miksi äänitys tehdään, mihin sitä käytetään ja mihin ääninauhoite tallennetaan (Suomalaisen kirjallisuuden seura 2016). Äänitystilanteen tulee olla rauhallinen ja sen tulee tapahtua paikassa, josta on karsittu ylimääräiset häiriötekijät, kuten huoneen läpikulku ja avonaisesta ikkunasta kantautuvat äänet. Äänitystä tehtäessä tulee huomioida, että ääninauhuri voi ottaa mahdollisesti häiriöitä lähellä olevista sähkölaitteista kuten tietokoneista tai matkapuhelimista. (Suomalaisen kirjallisuuden seura 2016).

Äänitystä voidaan havainnoida vain äänen perusteella, joten sitä käytettäessä tutkimusmenetelmänä on huomioitava, että kaikki tutkimuksen kannalta olennaiset visuaaliset muuttujat tulee ääninauhoitteella kuvailla. (Suomalaisen kirjallisuuden seura 2016.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt ääninauhoitteet olivat hyvälaatuisia, ääni oli selkeää ja helposti ymmärrettävää suomen kieltä. Yhdellä ääninauhoitteella ilmeni hälytysajoneuvosta aiheutunutta taustamelua, mutta tämä ei kuitenkaan vaikuttanut ääninauhoitteen analysointiin. Voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta ääninauhoitteet ovat riittävän pitkiä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisen eli laadullisen lähestymistavan mukaan, mutta siinä oli myös kvantitatiivisen eli määrällisen lähestymistavan piirteitä. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan käyttää tutkittaessa asioita joista ei tiedetä vielä paljoakaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Siinä ei pyritäkään yleistettävyyteen kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa, joten aineiston laatu näyttäytyy erilaisena (Nieminen 1997, 215). Kvantitatiivinen tutkimus keskittyy joihinkin tärkeisiin asioihin. Mikäli kvantitatiivinen tutkimus antaa tutkittavasta kohteesta oleellista tietoa, voidaan analyysi toteuttaa tilastollisin menetelmin. Näin saadaan tarkkaa tietoa, kuvat-

tua eri asioiden suuruusluokkia sekä niiden välisiä riippuvuuksia. (Alkula ym 1994, 20-21.)

Ääninauhotteiden sisältö koostuu astmahoitajan vastaanottokäynneistä. Käynneillä käsiteltiin muun muassa astman tämänhetkistä hoitotasapainoa, lääkkeiden tarvetta ja ottotekniikkaa, astman vaikutusta arkeen, potilaiden mahdollisia allergioita sekä ongelmatilanteissa toimimista. PADAM-työkalupakillisilla vastaanottokäynneillä käytettiin osana ohjausta aktiivisuusympyrää, jota potilas sai itse täyttää hoitajan opastuksella. Aktiivisuusympyrä on PADAM-työkalupakin pelilauta, johon potilas saa asettaa kuvakortteja kuvaamaan päivärutiinejaan, pelilaudan tarkoituksena on tukea potilaan voimavaraistumista.

#### 4.3 Kohderyhmä, aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen kohderyhmä muodostui yhdeksästä potilaasta, neljästä lapsesta (6-10 – vuotiaat) ja viidestä nuoresta (15-17 –vuotiaat). Potilaiden ikäkeskiarvo oli 12,4 vuotta, nuorin potilas oli 6-vuotias ja vanhin 17-vuotias. PADAM-työkalupakillisilla käynneillä nuorin potilas oli 8-vuotias ja vanhin 17-vuotias, keskiarvoksi saatiin 12,8 vuotta. Perinteisillä käynneillä nuorin potilas oli 6-vuotias ja vanhin 16-vuotias, keskiarvoksi saatiin 12,0 vuotta. Ääninauhoista lyhin on kestoltaan 24 minuuttia 44 sekuntia, pisin on kestoltaan 57 minuuttia 13 sekuntia, ääninauhojen keston keskiarvo on 39 minuuttia 33 sekuntia.

Aineisto oli kerätty ääninauhottamalla astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäynnejä (n=9) Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lasten ja nuorten poliklinikalla syksyn 2014-kevään 2015 välisenä aikana (Parisod 2014). Vastaanottokäynneillä on mukana hoitaja sekä potilas eli lapsi tai nuori. Lasten käynneillä mukana on myös huoltaja. Sama hoitaja toteutti kaikki vastaanottokäynnit. Analysoitava aineisto koostuu PADAM-työkalupakillisista (n=5) ja pakittomista eli perinteisistä (n=4) polikliinisistä käynneistä.

Sisällön analyysia voidaan käyttää analyysimenetelmänä kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa sekä kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Sisällön analyysia käytetään usein hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Sisällön analyysilla usein tarkoitetaan menettelytapaa, jolla voidaan systemaattisesti ja objektiivisesti analysoida dokumentteja sekä kuvailla tutkittavaa ilmiötä.

(Kyngäs ym. 2011.) Kvantitatiivinen eli määrällinen aineisto voidaan analysoida myös tilastollisin menetelmin, tällöin analyysi menetelmät valitaan tutkimusongelmien mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 100). Opinnäytetyön aineisto analysoidiin kvalitatiivisen lähestymistavan mukaan kuuntelemalla ääninauhoitteet, kvantitatiivista lähestymistapaa taas käytettiin havaintomatriisin viisi portaisen Likert-asteikon analysointiin.

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoidiin käyttäen PADAM-hankkeeseen valittua havaintomatriisia (kts. Virtanen ym. 2007.) Havaintomatriisi on jaettu kuuteen eri summamuuttujaan; keskustelun rakenne, keskustelun luonne, vuoropuheilu/voimavaraistavan keskustelun eteneminen, hoitajan toiminta keskustelussa, potilaan toiminta keskustelussa sekä hoitajan ja potilaan roolit. Summamuuttujien kaikki kysymyslauseet on aseteltu neutraaliin muotoon. Summamuuttujissa on viisiportainen Likert-arviointiasteikko. Arviointiasteikossa vaihtoehdot ovat 1= täysin eri mieltä, 2= jokoseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokoseenkin samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Lisäksi havaintomatriisissa on yksi avoin kysymys. Arviointikriteereitä on havaintomatriisissa 35 kappaletta. Kokonaispistemäärä havaintomatriisissa on 175 pistettä. Havaintomatriisissa tarkkailtiin vain hoitajan ja potilaan toimintaa, huoltajien osallistumista vastaanottokäynneillä ei huomioitu lainkaan.

Aineisto analysoidiin kuuntelemalla ääninauhat ja pisteyttämällä ne havaintomatriiseihin. Opinnäytetyön tekijät kuuntelivat ääninauhat yhdessä, mutta pisteyttivät havaintonsa erikseen omaan havaintomatriisilomakkeeseen. Jokaisen ääninauhan jälkeen käytiin läpi saadut arvot ja laskettiin keskiarvo erilliselle havaintomatriisilomakkeelle, jota käytettiin lopullisissa tuloksissa.

Lopullisen havaintomatriisin pohjalta laskettiin kunkin aihealueen keskiarvot PADAM-työkalupakillisille käynneille sekä perinteisille käynneille että koko aineistolle yhteinen keskiarvo. Keskiarvo laskettiin myös kokonaispistemäärästä erikseen PADAM-työkalupakillisille sekä perinteisille käynneille että koko aineistolle. Lopuksi keskiarvoja vertailtiin PADAM-työkalupakillisten ja perinteisten käyntien välillä. Aineiston purku tapahtui manuaalisesti ja tulokset kirjattiin ylös Word-ohjelman taulukoihin.

## 5 TULOKSET

Tulokset käsitellään voimavaraistumista tukevan keskustelun näkökulmasta, käyttäen havaintomatriisin esiin tuomia summamuuttujia ja niiden keskiarvoja sekä vastaanottokäyntien nauhoitteista tehtyjä havaintoja. Lisäksi tuloksissa käsiteltiin, miten voimavaraistumista tukeva keskustelu erosi PADAM-työkalupakkia käyttäneillä vastaanottokäynneillä verrattuna perinteisiin vastaanottokäynteihin. Havaintomatriisin kokonaispistemäärä oli 175. Suurin saatu pistemäärä oli 150 ja pienin oli 120. Keskiarvoksi muodostui 135,2. Havaintomatriisi on jaettu kuuteen summamuuttujaan, joissa on viisiporainen Likert-arviointiasteikko.

### 5.1 Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen PADAM-työkalupakillisilla sekä perinteisillä vastaanottokäynneillä

Keskustelun rakenteen keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 3,3. Keskiarvoa laskee merkittävästi se, että sairaanhoitaja ei tuonut ilmi yhdelläkään vastaanottokäynnillä siihen varattua aikaa. Jokaisen vastaanottokäynnin alussa ilmeni käynnin tarkoitus, mutta käynnin tavoite jäi kuitenkin usein epäselväksi. Käynneillä oli selkeää lopetus, jossa varmistettiin potilaan ymmärrys käsitellyistä aiheista.

Keskustelun luonteen keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 4,8. Sairaanhoitaja onnistui luomaan jokaisella vastaanottokäynnillä rauhallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin antaen potilaalle mahdollisuuden osallistua keskusteluun. Kaiken kaikkiaan keskusteluiden luonne oli empaattinen ja hoitaja vaikutti olevan aidosti kiinnostunut potilaan asioista.

Vuoropuhelun ja voimavaraistavan keskustelun keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 3,5. Keskustelun tavoite tuotiin vaihtelevasti esiin, mutta keskiarvoa laski se, että tavoitteen merkitystä ei selvitetty potilaille keskustelun missään vaiheessa eikä potilaita aina huomioitu tavoitetta asetettaessa. Vastaanottokäynneillä hoitaja käytti avoimia kysymyksiä potilaiden ymmärryksen varmistamiseksi sekä ajattelutavan selvittämiseksi. Keskustelussa hoitaja pyrki potilaiden syvempään tuntemiseen ja tarpeiden ymmärtämiseen. Keskusteluaiheiden valinta oli hoitajalähtöistä, hoitaja antoi kuitenkin potilaille mahdollisuuden reflektoida omia kokemuksiaan ja tunteitaan. Keskustelu eteni

pääsääntöisesti perustuen potilaiden omaan arvioon omasta tietämyksestään, kyvyistään ja tarpeistaan.

Hoitajan toiminnan keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 4,6. Hoitaja pyrki rohkaisemaan potilaita itseään koskevaan päätöksentekoon. Hoitaja osoitti kiinnostuneisuutta potilaita kohtaan ja varmisti heidän ymmärrystään keskusteltavasta aiheesta muun muassa kuuntelemalla potilaita, antamalla neuvoja ja selittämällä asiat selkeästi sekä kattavasti.

Potilaan toiminnan keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 2,6. Osiossa potilaiden iän vaikutus näkyi eniten, nuoremmat potilaat (6-10 -vuotiaat) saivat säännönmukaisesti matalammat pisteet kuin vanhemmat potilaat (15–17 -vuotiaat), mikä osaltaan vaikutti keskiarvoa alentavasti. Tähän vaikutti suuresti se, että havaintomatriisi antoi tarkkailtavaksi vain potilaiden toiminnan, kun nuoremmilla potilailla huoltajien osallistuminen keskusteluun oli huomattava. Vanhemmat potilaat kykenivät reflektimaan kuulemaansa omaan tilanteeseensa nähden, olivat tasavertaisia keskustelussa tuoden esiin omia näkemyksiään sekä nostivat esiin itselle tärkeitä aiheita. Nuorempien potilaiden oli hankala reflektoida kuulemaansa omaan tilanteeseensa nähden, he eivät nostaneet esiin itselle tärkeitä aiheita, eivätkä kyenneet olemaan keskustelussa tasavertaisia nostamalla esiin omia näkemyksiään.

Hoitajan ja potilaan roolien keskiarvoksi muodostui havaintomatriisin pohjalta 4,0. Hoitaja hyväksyi joka kerta potilaan sellaisenaan sekä oli joustava keskustelun kulussa. Sosiaalisella jutustelulla rentoutettiin keskustelutilannetta, hoitajan ja potilaiden roolit olivat toisiaan kunnioittavat ja arvostavat. Pääsääntöisesti keskusteluaiheiden valinta sekä niihin liittyvien tavoitteiden asettaminen olivat hoitajalähtöisiä. Hoitaja tarjosi potilaille vastuuta omasta terveydestään ja pyrki tukemaan potilaiden kykyä ottaa vastuuta omasta tilanteestaan. Keskustelun yhteydessä tehdyistä päätöksistä kysyttäessä hoitaja ja potilas oli yhdistetty samaan kysymykseen, mikä vaikutti keskiarvon muodostumiseen tältä osin. Hoitaja antoi ehdotuksia terveyden edistämiseksi, itse päätöksenteko jäi kuitenkin potilaille. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen vastaanottokäynneillä, koko aineiston keskiarvot (n=9)

<b>Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen</b>	<b>Keskiarvo</b>
Keskustelun rakenne	3,3
Keskustelun luonne	4,8
Vuoropuhelun/voimavaraistavan keskustelun eteneminen	3,5
Hoitajan toiminta keskustelussa	4,6
Potilaan toiminta keskustelussa	2,6
Hoitajan ja potilaan roolit	4,0

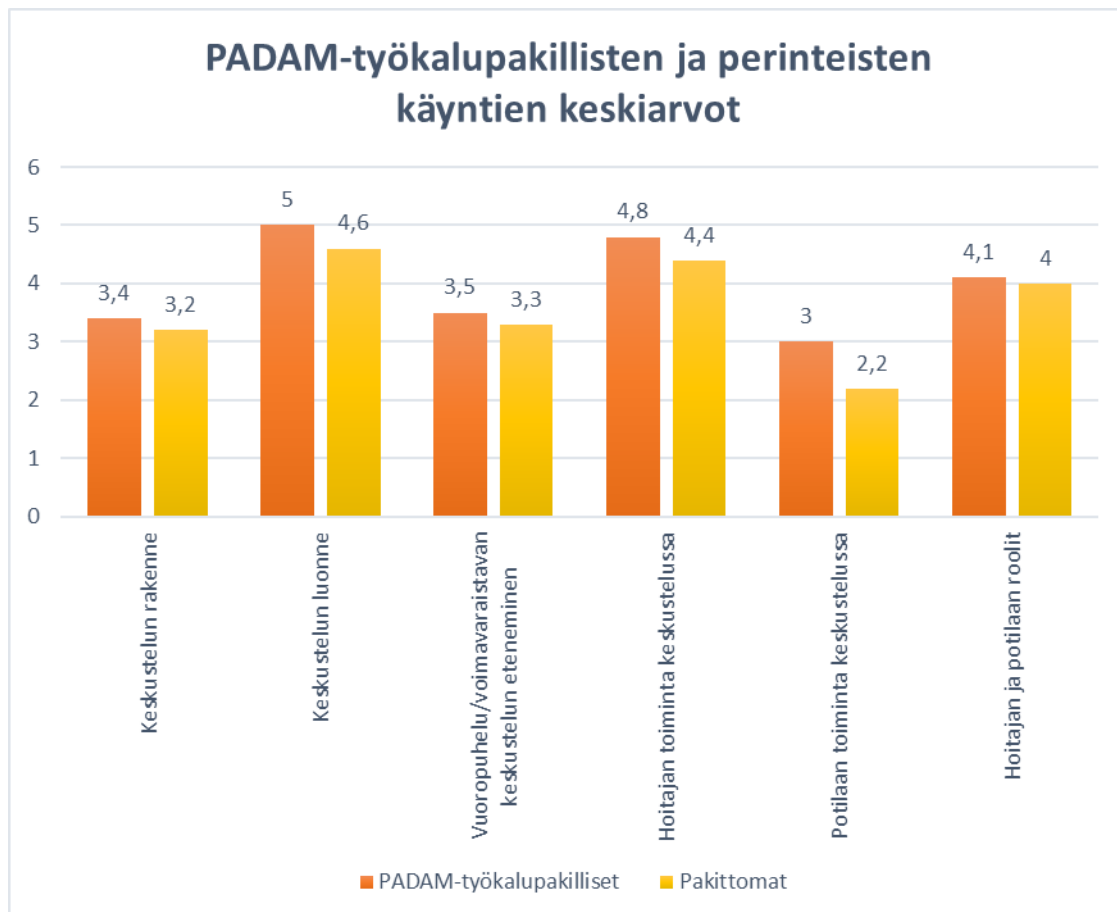
## 5.2 Voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutuminen PADAM-työkalupakillisilla vastaanottokäynneillä verrattuna perinteisiin vastaanottokäynneihin

Keskustelun luonne oli sekä PADAM-työkalupakillisilla että pakittomilla vastaanottokäynneillä rauhallinen ja luottamuksellinen. Potilas sai mahdollisuuden osallistua keskusteluun ja keskustelutilanne oli empaattinen. PADAM-työkalupakilliset vastaanottokäynnit saivat jokaisesta osa-alueesta suuremman keskiarvon kuin perinteiset käynnit. PADAM-työkalupakki vaikutti potilaiden toimintaan keskusteluissa, lisäten potilaiden aktiivista osallistumista keskusteluun. Työkalupakillisilla käynneillä potilas aktivoidaan heti käynnin alussa ottamalla pelilauta käyttöön. Pelilautaa hyödynnettiin havainnollistamaan astman vaikutuksia arkeen. Nuoremmilla potilailla pelilauta toimi myös rohkaisevana tekijänä keskusteluun osallistumiselle. Potilaan toiminta -kohdassa PADAM-työkalupakilla vaikutus oli keskiarvollisesti suurin, 0,8. Pienin vaikutus PADAM-työkalupakilla keskiarvollisesti oli hoitajan ja potilaan roolit -kohdassa, 0,1.

PADAM-työkalupakillisilla sekä perinteisillä käynneillä hoitaja tukee potilaan voimavaraistumista antamalla hänelle ajantasaista tietoa astmasta, sen hoidosta sekä neuvoja arjessa pärjäämiseen. Potilasohjaus oli yksilöllistä ja potilaslähtöistä, potilaan oma tie-



tämys ja voimavarat huomioitiin keskusteluissa. PADAM-työkalupakillisilla käynneillä potilaiden voimavarojen kartoitus oli kattavampaa kuin perinteisillä käynneillä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. PADAM-työkalupakillisten (n=5) ja pakittomien (n=4) käyntien havaintomatriisin pohjalta saadut keskiarvot

PADAM-työkalupakillisten käyntien kokonaispistemäärän keskiarvo oli 139,8. Pienin pistemäärä oli 126 ja suurin 150. Perinteisten käyntien kokonaispistemäärän keskiarvo oli 129,5. Pienin pistemäärä oli 120 ja suurin 136. Kaikista suurimman kokonaispistemäärän sai 17-vuotias poika PADAM-työkalupakillisella vastaanottokäynnillä ja pienimmän kokonaispistemäärän sai 10-vuotias tyttö perinteisellä vastaanottokäynnillä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Havaintomatriisin kokonaispistemäärät

<b>Havaintomatriisin kokonaispistemäärät (Max 175 p.)</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>
Kaikki käynnit (n=9)	135,2	120	150
PADAM-työkalupakilliset (n=5)	139,8	126	150
Perinteisten käynnit (n=4)	129,5	120	136

## 6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Hyvä tieteellinen käytäntö on määritelty lainsäädännössä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK 2012-2014). Tässä opinnäytetyössä on huomioitu luotettavuuteen sekä tutkimuseetiikkaan liittyvät käytänteet. Opinnäytetyössä huomioitiin tutkittavien yksityisyydensuoja ja opinnäytetyön teossa kiinnitettiin huomiota yleiseen huolellisuuteen.

### 6.1 Eettisyys

Etiikka on tieteenala, joka kuvaa hyviä ja oikeita tapoja toimia yhteisön jäsenenä. Etiikassa korostuu vastakkainasettelu, hyvä ja paha, oikea ja väärä, jotka vaikuttavan ihmisen arvoihin, ihanteisiin ja periaatteisiin. (ETENE 2001.) Helsingin julistuksen eettisten periaatteiden tarkoituksena on ohjata ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimustyötä (The World Medical Association 1964). Se on alun perin kehitetty ohjaamaan lääketieteellistä tutkimusta, mutta soveltuu myös hyvin hoitotieteelliseen tutkimukseen eettiseksi ohjeeksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Ihmistieteitä koskevat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen ryhmään, tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tutkittavan vahingoittamisen välttäminen sekä tutkittavan yksityisyys ja tietosuoja. Tutkittavan itsemääräämisoikeus sisältää muun muassa osallistumisen vapaaehtoisuuden, itsemääräämisoikeuden, iän tuomat rajoitteet sekä tutkittavan informoinnin. Tutkittavan vahingoittamisen välttäminen tarkoittaa henkisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen välttämistä. Haittariskejä sisältävissä tutkimuksissa on pyydettävä eettisen toimikunnan lausunto. Tutkittavan yksityisyys ja tietosuoja sisältää tutkimusaineiston suojaamisen ja luottamuksellisuuden, tutkimusaineiston oikeanlaisen säilyttämisen sekä hävittämisen ja yksityisyyden suojauksen tutkimusjulkaisuissa. (TENK 2012-2014.)

PADAM- hankkeelle on olemassa Turun yliopiston eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja osallistuvan organisaation tutkimuslupa. PADAM- hanke on huolehtinut tutkimushenkilöiden suostumuksen ja osaltaan huolehtii heidän tietosuojastaan. Tutkimukseen osallistuneille lapsille ja nuorille sekä heidän huoltajilleen lähetettiin etukäteen tutkimustiedote. Ensimmäisen vastaanottokäynnin ilmoittautumisen yhteydessä tutkimukseen osallistuneet lapset ja nuoret sekä alle 13-vuotiailta vähintään toinen huolta-

jista allekirjoitti suostumuslomakkeen. (Parisod 2014.) Opinnäytetyön tekoa varten on allekirjoitettu toimeksiantosopimus ja tutkimussopimus, jotka sitouttavat opinnäytetyöntekijät PADAM- hankkeen ehtoihin ja velvoitteisiin. Opinnäytetyön aineiston käsittelyä ja analysointia varten on allekirjoitettu erillinen lupa-anomus.

Opinnäytetyössä kuunnellut ääninauhotteet kuunneltiin ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden toimesta ja analysoitiin puolueettomasti. Potilaiden henkilöllisyys ei tullut ilmi ääninauhotteilla. Yksityisyyden tärkeys tutkimuksessa korostuu Henkilötietolaissa (Henkilötietolaki 523/1999.) Opinnäytetyön tekijät saivat käyttöönsä kopiot alkuperäisistä ääninauhotteista. Ääninauhotteita säilytettiin salassapitosopimuksen mukaisesti ja ääninauhotteiden kopiot hävitettiin valvotusti opinnäytetyön valmistuttua. Alkuperäisiä ääninauhotteita säilytetään tutkimuksesta vastaavien henkilöiden toimesta.

Tulokset ilmoitettiin rehellisesti ja negatiiviset tulokset tuotiin myös ilmi. Tulosten rehellinen raportointi on osa tutkimuseettisiä periaatteita ja lisää luotettavuutta (TENK 2012-2014). Tässä opinnäytetyössä ei käytetty plagiointia, lähdeviitteet sekä lähdeluettelo ovat toteutettu asianmukaista ohjeistusta noudattaen.

## 6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on saavutettu (Kylmä ym. 2003). Jotta tutkimustietoa voi siirtää käytäntöön, tulee tutkimus suorittaa luotettavasti.

Kvalitatiivisessa lähestymistavassa on riskinä, että tutkija sokeutuu omalle tutkimuslehen prosessin edetessä ja vakuuttuu johtopäätöksensä oikeellisuudesta vaikka ne eivät välttämättä kuvaisi todellisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on kolme. Opinnäytetyön yhteneväisyys varmistettiin siten, että opinnäytetyön tekijät tekivät koko opinnäytetyön yhdessä. Päätöksistä ja tulkinnoista keskusteltiin ja koko opinnäytetyö toteutettiin tiiviissä yhteistyössä. Kvalitatiivisessa lähestymistavassa luotettavuutta arvioidaan muun muassa kriteerein uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197).

Kvantitatiivisessa lähestymistavassa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia sekä reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan tulosten oikeellisuutta, mitattiinko juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuk-

sen luotettavuutta ja pysyvyyttä, saadaanko samalla mittarilla toistetuilla mittauksilla samansuuntaisia tuloksia joka kerta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 152.) Tämän opinnäytetyön validiteetti on korkea, koska tulokset vastaavat tutkimusongelmiin. Reliabiliteetti ei ole yhtä korkea, koska opinnäytetyön tekijöiden persoonat ja heidän tulkintatapansa vaikuttivat havaintomatriisilla saatuihin tuloksiin. Mikäli sama tutkimus toistettaisiin eri tekijöiden toimesta, saattaisivat tulokset poiketa jossain määrin tämän työn tuloksista.

Opinnäytetyön yleistettävyyteen vaikuttaa aineiston pieni määrä, analysoitavia vastaanottokäyntejä oli yhdeksän. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että aineisto on ainoastaan ääninauhotteina, jolloin sanattoman viestinnän tulkitseminen hankaloituu. Äänensävy sekä äänenpainotukset ovat tulkittavissa ääninauhotteilta, mutta kehonkieli, ilmeet sekä eleet ovat mahdottomia tulkita. Ääninauhotteet ovat hyvälaatuisia ja ääni on selkeää ja helposti ymmärrettävää suomen kieltä. Mikäli ääninauhotteissa olisi epäselvyyksiä tai ääninauhotte olisi laadultaan huono, vaikuttaisi se heikentävästi aineiston tulkitsemiseen ja sitä kautta tulosten luotettavuuteen. Voimavarastavan potilasohjauksen näkökulmasta ääninauhotteet ovat riittävän pitkiä (24-57 minuuttia), näin opinnäytetyöntekijöiden oli mahdollista kattavasti arvioida voimavaraisumista tukevaa potilasohjausta ääninauhotteilta.

Aineiston analysoinnissa käytetty havaintomatriisi vaikutti osaltaan tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen. Havaintomatriisissa olevissa arviointikriteereissä huomioitiin ainoastaan potilaan ja hoitajan toiminta, huoltajan osuutta ei huomioitu lainkaan, mikä vaikutti lasten vastaanottokäyntien pistemääriin. Lasten vastaanottokäynneillä huoltajalla oli hyvin osallistuva ja aktiivinen rooli keskustelussa. Havaintomatriisin arviointikriteereissä oli tulkinnanvaraa, jokaisen opinnäytetyöntekijän persoona ja tapa tulkita vastaanottokäyntiä saattoi vaikuttaa vastaanottokäyntien arviointiin ja pisteyttämiseen. Tekijöiden arvot, periaatteet ja mielipiteet voivat vaikuttaa tapaan analysoida ääninauhotteita. Havaintomatriisi antoi tarkkailtavaksi vain potilaiden toiminnan, kun nuoremmilla potilailla huoltajien osallistuminen keskusteluun oli huomattava. Opinnäytetyön tekijät tekivät kuuntelun, jossa huomioitiin myös huoltajan osallistuminen vastaanotolla. Tässä kuuntelussa sai potilaan toiminta keskustelussa – osio kahdesta kohdasta kolme porrastusta korkeammat pisteet ja hoitajan ja potilaan roolit – osio kahdesta kohdasta kaksi porrastusta korkeammat pisteet, verrattuna kuunteluihin, jossa huoltajaa ei huomioitu.

Yhdessä havaintomatriisissa kysymyksiä oli 35, vastaanottokäyntejä oli yhdeksän, näin kokonaiskysymysmääräksi muodostuu 315 kysymystä. Yli kahden Likert-arvoasteikon porrastuksen eroja opinnäytetyön tekijöiden arviointien välillä oli 29/315 (9,2%), yli kolmen porrastuksen eroja oli 9/315 (2,9%) ja yli neljän porrastuksen eroa oli 2/315 (0,6%). Näin päädyttiin siihen, että ääninauhoja ei kuunneltu toiseen kertaan eikä saatuja tuloksia lähdetty uudelleen analysoimaan.

Opinnäytetyön teossa on käytetty ainoastaan luotettavaa lähdemateriaalia. Lähteitä haettiin luotettavista tietokannoista, kuten Medic-, Cinahl- sekä PubMed-tietokannoista. Tietokantahaut rajattiin, muun muassa hakusanoilla lasten ja nuorten astma, voimavaraistava potilasohjaus, astmaa sairastavien terveyden edistäminen, kvalitatiivinen lähestymistapa, kvantitatiivinen lähestymistapa. Vastaavat haut tehtiin myös englannin kielellä. Opinnäytetyön teossa on käytetty mahdollisimman monipuolisia lähteitä, kansainvälisiä sekä kotimaisia artikkeleita, tutkimuksia, potilasoppaita sekä terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja materiaaleja. Opinnäytetyön tekijät ovat varmistaneet, että käytetty lähdemateriaali on mahdollisimman ajantasaista. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös se, että yksi opinnäytetyön tekijöistä puhuu englannin kieltä äidinkielenään, joten englanninkielisten lähteiden kääntäminen oli luotettavaa. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa tulee kuitenkin huomioida tekijöiden kokemattomuus vastaavanlaisten töiden tekemisessä.

Tulokset kuvattiin sekä kirjallisesti että numeraalisesti. Tuloksista tehtiin kaksi itsenäistä taulukkoa sekä yksi kuvio, joista tulokset ovat helposti selvitettävissä. Luotettavuuden lisäämiseksi tulokset on myös kuvailtu selkeästi ja niin, että ne ovat kaikkien ymmärrettävissä. Tulokset on ilmaistu yhden desimaalin tarkkuudella, sillä opinnäytetyön tekijät kokivat tämän kuvaavan tuloksia riittävästi.

## 7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata PADAM-työkalupakkia käyttäneitä ja perinteisiä vastaanottokäyntejä voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta astmaa sairastavien lasten ja nuorten vastaanottokäynneillä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lasten ja nuorten voimavaraistavaa potilasohjausta PADAM-hankkeen työkalupakin avulla.

Potilasohjauksessa korostuu yhä lisääntyvässä määrin potilaslähtöisyys, jossa hoitaja motivoi potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Mitä enemmän potilas osallistuu itse hoitoaan koskeviin päätöksiin, sitä parempiin hoidon tuloksiin päästään. (Routasalo ym. 2010, 1917–1923.) Omahoidon on todettu vähentävän aikuisastmaattikojen päivystyskäyntejä, sairaalahoitopäiviä sekä parantavan elämänlaatua. (Astma: Käypä hoito – suositus 2012.) Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 -tavoitteisiin kuuluu, että ”voimavaroja käytetään vaikeiden allergioiden hoitoon ja pahenemisen estämiseen sekä astman ja nuhan hoitokontrollia vahvistetaan.” Tämän vuoksi tämä opinnäytetyö on ajankohtainen ja tärkeä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että PADAM-työkalupakki aktivoi lapsia ja nuoria osallistumaan vastaanottokäyntiin. PADAM-työkalupakillisilla vastaanottokäynneillä potilaan arkeen perehdyttiin syvällisemmin ja näin onnistuttiin helpommin löytämään voimavaraistumista vahvistavia sekä heikentäviä tekijöitä. Lisäksi PADAM-työkalupakin avulla hoitaja pystyi antamaan helpommin potilaslähtöistä ohjausta astman hoitoon arjessa. Nuoremmilla potilailla PADAM-työkalupakki toimi rohkaisevana tekijänä keskusteluyhteyden luomisessa. Työkalupakin avulla he saivat konkreettisesti osallistua ja näin innostuivat käsiteltävästä aiheesta.

PADAM-työkalupakillisilla sekä perinteisillä vastaanottokäynneillä sairaanhoitaja omalla toiminnallaan ja luonteellaan sai aikaan rauhallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Keskustelutilanne oli empaattinen ja potilailla oli mahdollisuus osallistua keskusteluun. Sairaanhoitaja varmisti potilailta oikeanlaisen lääkkeenottotekniikan pyytämällä heitä näyttämään vastaanotolla olevilla mallikappaleilla, miten he ottavat lääkkeensä. Sairaanhoitaja kävi potilaiden kanssa läpi ihonhoitoa sekä allergiaoireiden hoitoa. Lapsiastmaattikoilla on usein myös atooppista ihottumaa ja allergista nuhaa (Vauhkonen 2012, 621). Sairaanhoitaja oli hyvin kokonaisvaltainen käsitellessään potilaidensa hoitoa.

Opinnäytetyön kohderyhmässä suurin ikäero oli 11 vuotta (6-17 – vuotiaat). Tämän kaltaista tutkimusta tehtäessä ihannetilanne olisi, että tutkimus voitaisiin suorittaa saman kehitystason omaavilta lapsilta tai nuorilta. Tämä parantaisi tulosten luotettavuutta sekä yleistettävyyttä. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmä oli hyvin pieni (n=9), PADAM-työkalupakillisia käyntejä oli viisi ja perinteisiä käyntejä neljä, mikä myös vaikutti tulosten yleistettävyyteen.

Aineiston analysointiin valittu havaintomatriisi vaikutti suuresti opinnäytetyön potilaan toiminta keskustelussa -osion sekä hoitajan ja potilaan roolit -osion tuloksiin. Havaintomatriisissa ei huomioitu huoltajan roolia ja sen vaikutusta vastaanottokäyntiin. Tästä johtuen edellä mainituissa osioissa lapset, joilla huoltaja oli mukana, saivat huonommat pisteet, koska huoltajan rooli oli näissä osioissa merkittävä. Havaintomatriisia tulisi kehittää niin, että huoltajan rooli huomioitaisiin vastaanottokäynneillä.

Havaintomatriisin tulkinnanvaraisuus vaikutti opinnäytetyön reliabiliteettiin. Tulkinnanvaraisuudella opinnäytetyöntekijät tarkoittavat sitä, että tekijöiden omat persoonat ja tulkintatavat saattoivat vaikuttaa summamuuttujien pisteyttämiseen. Havaintomatriisissa opinnäytetyön tekijät kokivat negatiiviseksi sen, että tietyissä kysymyksissä hoitajan ja potilaan toiminta oli yhdistetty samaan kysymyslauseeseen. Näissä kysymyksissä kuvaavin vastaus olisi saatu jos hoitajan ja potilaan toiminta olisivat olleet erillisissä kysymyslauseissa. Tulkinnanvaraisuuden vähentämiseksi kysymyslauseiden tulisi olla täsmällisempiä sekä niin selkeitä, että jokainen ymmärtää ne samalla tavalla. Havaintomatriisin summamuuttujien kysymysten määrä vaihteli, jolloin kaikkia summamuuttujia ei arvioitu yhtä monipuolisesti. Havaintomatriisia voisi jatkossa kehittää niin, että summamuuttujissa kysymyksiä olisi yhtä paljon.

PADAM-hankkeen työkalupakkia voisi kehittää lisäämällä siihen tietotestin. Tietotestissä selvitettäisiin lapsen tai nuoren jo hallussa oleva osaaminen omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Hoitaja pystyisi tietotestin avulla ohjaamaan potilaita yksilöllisemmin pohjautuen heidän tietotaitoihinsa. Tämän kaltaista tietotestiä ei ole tällä hetkellä ainkaan julkisesti saatavissa. PADAM-työkalupakkia voisi kehittää myös niin, että se keskittyisi enemmän myös itse sairauteen ja sen hoitoon. Tämänhetkinen prototyyppi keskittyy lähinnä vain lapsen tai nuoren arkeen.

Theseus-tietokannasta löytyi viisi aiempaa (Iivarinen 2015; Koskinen ym. 2015; Kujala & Nieminen 2015; Kumpulainen & Nupponen 2015 & Mattila ym 2015) PADAM-hankkeeseen liittyvää opinnäytetyötä. Aikaisemmat aiheesta tehdyt opinnäytetyöt tuke-



vat tämän opinnäytetyön tekijöiden väitettä persoonan vaikutuksesta havaintomatriisin tulkintaan. Aikaisemmissa opinnäytetöissä on päästy samansuuntaisiin tuloksiin PADAM-työkalupakin hyödyllisyydestä voimavaraistavassa potilasohjauksessa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla hyvä selvittää, millaisia muita ”apuvälineitä” potilasohjauksessa käytetään ja niiden toimivuutta.

## LÄHTEET

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski- Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alkula, T.; Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Arroyo, J. & Becker, E. 2014. A Needs Assessment for the Delivery of Asthma Education to Parents of Young Children. Respiratory Care Education Annual. Vol. 23, 34-44.

Astma (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 25.04.2016). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).

Bender, B.; Boulet, L.; Chaustre, I.; Rand, C. & Weinstein, A. 2003. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO.

Booker, R. 2014. Asthma in children: diagnostic and management dilemmas. Practice Nurse. Vol. 44, No 11, 13-18.

Eloranta, S.; Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede. Vol. 26, No 1, 63-73.

Funell, M.M. & Weiss, M.A. 2008. Patient empowerment: the LIFE approach. European Diabetes Nursing. Vol. 5, No 2, 75-78.

Haahtela, T.; Von Hertzen, L.; Mäkelä, M. & Hannuksela, M. 2008. Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018-aika muuttaa suuntaa. Suomen lääkärilehti. Vol. 63, No 14, 9-22.

Haahtela, T. 2013. Astma. Helsinki: Lääkärikirja duodecim. Viitattu 1.3.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00009](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00009).

Helske, M. 2004. Astma. Teoksessa Koistinen, P.; Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Henkilötietolaki. 22.4.1999/523.

Iivarinen, J. 2015. Astmaa sairastavan nuoren terveyden edistäminen: PADAM-työkalupakin pilotointi. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Ivanoff, P.; Risku, A.; Kitinoja, H.; Vuori, A & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki:WSOY.

Jantunen, J.; Kauppi, P.; Linna, M.; Martikainen, J.; Mäkelä, M.; Pelkonen, A. & Haahtela, T. 2014. Astman ja allergian kustannukset ovat suuret mutta laskussa. Suomen lääkirlehti. Vol. 69, No 9, 641-646.

Kajosaari, M. 2010. Astma. Teoksessa Rajantie, J.; Mertsola, J.& Heikinheimo, M. (toim.) Lastentaudit. Helsinki:Duodecim.

Kajosaari, M. & Vanto, T. 2014. Astmaopas – Lasten ja nuorten astma. Allergia- ja astmaliitto ry & Hengitysliitto ry.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki : Sanoma Pro Oy, 3. uudistettu painos.

Kirk, S.; Beatty, S.; Callery, P.; Gellatly, j.; Milnes, L. & Prymachuk, S. 2012. The effectiveness of self-care support interventions for children and young people with long-term conditions: a systematic review. Child: care, health and development Vol. 39, No 3, 305-324.

Koskinen, E.; Kukkonen, S. & Lundström, H-L. 2015. Astmaa sairastavien 6–12-vuotiaiden lasten terveyden edistäminen : PADAM-työkalupakin pilotointi. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Kujala, N. & Nieminen, J. 2015. Diabetesta sairastavan lapsen terveyden edistäminen : PADAM työkalupakin pilotointi. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Kumpulainen, S. & Nupponen, H. 2015. Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten uudenlaisen terveyden edistämisen mallin kehittäminen : aineiston analysointi. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Kylmä, J.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi?. Duodecim. Vol. 119, No 7, 609-615.

Kyngäs, H.; Elo, S.; Pölkki, T.; Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede Vol. 23, No 2, 138-148.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Koistinen, P.; Ruuskanen, S. & Surakka, T.(toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Mattila, S.; Putrus, R. & Ramazani, M. 2015. Nuoren diabeetikon voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta : PADAM -työkalupakin prototyypin kehittäminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala.

McCarty, K. & Rogers, J. 2012. Inpatient Asthma Education Program. Continuing Nursing Education. Vol. 38, No 5, 257-263

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Paananen, R.; Eriksson, J.; Santalahti, P.; Solantausta, T.; Taanila, A. & Gissler, M. 2012. Aikuisien ongelmat, lasten murheet – lapsuus ja myöhempi hyvinvointi. Teoksessa Reivinen, J. & Vähäkylä, L. (toim.) Kansanterveys, yksilön hyvinvointi. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Painokas-projekti 2006-2008. Viitattu 9.5.2016 <http://www.painokas.fi>.

Parisod, H. 2014. PADAM-tutkimusinfo. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos.

Rikoslaki 09.06.2000/523.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaanhoidon opastus. Lääkärilehti. Vol. 65, No 21, 1917 – 1923.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystiedon edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM. 2016. Terveystiedon edistäminen. Viitattu 24.3.2016. <http://stm.fi/terveyden-edistaminen>.

Storvik-Sydänmaa, S.; Talvensaari, H.; Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Suomalaisuuden kirjallisuuden seura. 2016. Äänitysohjeita haastattelua varten. Viitattu 28.4.2016. <http://www.finlit.fi/fi/arkisto-ja-kirjastopalvelut/hankinta-ja-kokoelmapolitiikka/luovutukset/arkistoaineiston-luovutus-j-0#.VzxyI01f3ct>.

Taylor-Fishwick, J.; Okafor, M. & Fletcher, M. 2015. Effectiveness of asthma principles and practice course in increasing nurse practitioner knowledge and confidence in the use of asthma clinical guidelines. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. Vol. 27, No 4, 197-204.

Terveystiedonhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 3.3.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012-2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 15.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>.

THL. 2015. Voimavaralähtöiset menetelmät. Viitattu 1.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon-tueksi/menetelmat/voimavaralahtoiset-menetelmat>.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 19.4.2016 <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

Vauhkonen, I. 2012. Keuhkosairauksista. Teoksessa Vauhkonen, I. & Holmström, P. (toim.) Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vilkman, S.; Ekroos, H.; Lehikoinen, O-P.; Pakkanen, K. & Ranta, P. 2010. Astmaatikkojen tele-PEF-seurannan testaus osoitti hyvät käyttömahdollisuudet. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 65, No 43, 3523-3524.

Virtanen, H.; Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Review: Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counseling. Vol. 66, No 2, 140-146.

Wilson, C.; Rapp, K.; Jack, L.; Hayes, S.; Post, R.; Malveaux, F. 2015. Asthma Risk Profiles of Children Participating in an Asthma Education and Management Program. American Journal of Health Education. Vol. 46, No 1, 13–23.

WMA. 1964. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Viitattu 3.3.2016. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/>.