



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVA KOTIHOIDON ASIAKKAANA

Henni Järvenpää

Jonna Kortelahti

Meri Nykky

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

JÄRVENPÄÄ HENNI, KORTELAHTI JONNA & NYKKY MERI:
Keuhkohtaumatautia sairastava kotihoidon asiakkaana

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Maaliskuu 2017

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa keuhkohtaumatautia sairastavien kotihoidon asiakkaiden kokemuksia sairauden kanssa elämisestä sekä heidän ajatuksiaan saamastaan hoidosta. Tehtävinä oli selvittää, minkälainen keuhkohtaumatauti on sairautena, millaista on keuhkohtaumatautia sairastavan arki, miten asiakas voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidossa ja miten sairastunut kokee palveluiden laadun. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksista ja hoitoon liittyvistä tarpeista hoitotyön kehittämiseksi kotihoidossa. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen ja aineisto kerättiin kahdelta kotihoidon asiakkaalta teemahaastatteluilla, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Tampereen kaupungin kotihoito.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että haastateltavat kokivat sairaudella olevan merkitystä heidän elämänsä eri osa-alueisiin, kuten fyysiseen toimintakykyyn, psyykkiseen hyvinvointiin sekä sosiaalisiin verkostoihin. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kotihoidon palveluihin, mutta toivoivat psyykkisen puolen aiempaa parempaa huomiointia ja lisätietoa sairaudestaan. Haastateltavat kokivat, että kotihoidon laatuun vaikutti työntekijöiden vaihtuvuus ja heidän osaamisensa, omahoitajuuden ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen sekä kotihoidon resurssit.

Kehittämisehdotuksina esitetään, että asiakkaille annettaisiin aiempaa enemmän lisätietoa sairaudestaan ja että hoitoon sisällytettäisiin heidän toiveidensa mukaista tekemistä asiakaslähtöisemmän hoitotyön takaamiseksi, esimerkiksi omahoitajuutta kehittämällä. Jatkotutkimusehdotuksena on tarkastella kotihoidon laatua työntekijöiden näkökulmasta ja selvittää miten kotihoidon asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia voitaisiin huomioida vielä paremmin kuin aiemmin.

ABSTRACT

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

JÄRVENPÄÄ, HENNI; KORTELAHTI, JONNA & NYKKY, MERI:
Home Care Customers with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 15 pages
March 2017

The purpose of this thesis was to describe the experiences of home care customers with chronic obstructive pulmonary disease. The tasks were to explain what kind of condition chronic obstructive pulmonary disease is, how the everyday life of patients is like, how the customers are taken into account in nursing, and how the customers perceive the quality of the home care. Therefore, the aim of the study was to increase knowledge of customers' experiences and their needs and hopes in the home care. The study was qualitative by nature and the data obtained from two theme interviews were analyzed through qualitative content analysis.

The results indicate that the disease affects different sections in the customers' lives. The customers were mostly content with home care but were hoping that their mental welfare was taken into account better and that there would be more information available. For example, a high turnover of the home care workers, their know-how, and customer orientation have an effect on the quality of the home care.

A proposal for development is to give more information about the disease to the customers and to develop home care to be more customer-oriented. Suggestions for future research could be to study the quality of home care from the workers' point of view, and to examine better ways to acknowledge the customers' mental care.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, home care, comprehensiveness

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Keuhkohtaumatauti	7
3.2	Keuhkohtaumatautipilaan kokonaisvaltainen hoito.....	10
3.2.1	Lääkehoito ja lääkkeetön hoito	10
3.2.2	Pahenemisvaiheet ja sairauden eteneminen	13
3.2.3	Psyykinen hyvinvointi.....	15
3.2.4	Sosiaalinen toimintakyky ja sen tukeminen.....	16
3.3	Kotihoito	18
3.3.1	Palvelutarpeen arviointi	19
3.3.2	Terveys- ja hoitosuunnitelma.....	19
3.4	Laadukas hoitotyö kotihoidossa.....	21
3.4.1	Asiakaslähtöisyys hoitotyössä.....	21
3.4.2	Terveysten ja toimintakyvyn edistäminen	22
3.4.3	Kotihoidon laadun tarkastelu	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Opinnäytetyön menetelmä	25
4.2	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	25
4.3	Laadullinen sisällönanalyysi.....	27
5	TULOKSET	30
6	POHDINTA.....	35
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	35
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	41
6.3	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset.....	44
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	52
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	52
	Liite 2. Sisällönanalyysitaulukko	53
	Liite 3. Suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön.....	63

1 JOHDANTO

Keuhkohtaumatauti eli COPD (chronic obstructive pulmonary disease) tarkoittaa pääosin palautumatonta hengitysteiden ahtaumaa (Katajisto, Harju & Kinnula 2014). Sairauden yksittäisenä ja suurimpana aiheuttajana pidetään tupakointia. Sairauden oireita ovat muun muassa hengenahdistus, yskä, runsas liman muodostuminen, fyysinen ja psyykinen väsymys, unettomuus ja sosiaalinen eristäytyminen. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.) Keuhkohtaumatauti heikentää sairastuneen toimintakykyä ja vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (Kanervisto 2008, 39).

Kotihoidon palveluiden tarkoituksena on asiakkaan kotona asumisen tukeminen ja elämänlaadun parantaminen. Palveluiden sisältöä määrittävät asiakkaiden avun ja palveluiden tarve. Palvelut vaihtelevatkin ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta toiminnasta aina saattohoitoon asti. (Hammar 2008, 22.) Sosiaali- ja terveystieteiden rakennetta muutetaan laitospainotteisesta yhä enemmän avopainotteiseksi ja samalla ikäihmisten sekä monisairaiden osuus väestöstä on lisääntymässä. Tämä tarkoittaa sitä, että yhä useampi hoidetaan jatkossa kotona. Kotihoidon palvelut ovatkin suuren muutoksen alla. (Kotihoido 2020 -hankkeen loppuraportti 2014, 1.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksia sairauden kanssa elämisestä sekä ajatuksia saamastaan kotihoitosta. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeita (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017) ovat tällä hetkellä palveluiden asiakaslähtöisyys ja ikäihmisten kotihoidon kehittäminen, mikä tekee opinnäytetyömme aiheesta erittäin ajankohtaisen. Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää, minkälainen keuhkohtaumatauti on sairautena, millaista on keuhkohtaumatautia sairastavan arki, miten keuhkohtaumatautia sairastava voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidossa ja miten sairastava kokee kotihoidon palveluiden laadun. Tavoitteena on lisätä tietoa keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksista ja hoitoon liittyvistä tarpeista hoitotyön kehittämiseksi kotihoidossa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa keuhkohtaumatautia sairastavien kotihoidon asiakkaiden kokemuksia sairauden kanssa elämisestä sekä ajatuksia saamastaan hoidosta.

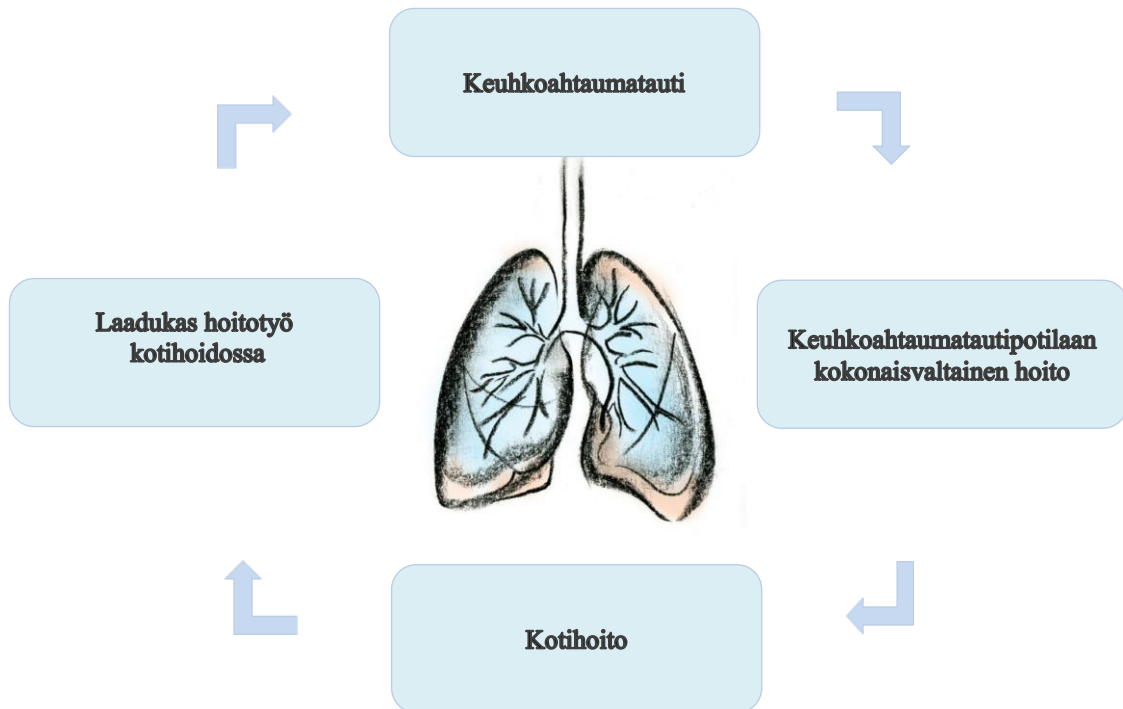
Opinnäytetyön tehtäviä ovat:

1. Minkälainen keuhkohtaumatauti on sairautena?
2. Millaista on keuhkohtaumatautia sairastavan arki?
3. Miten keuhkohtaumatautia sairastava asiakas voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidossa?
4. Miten keuhkohtaumatautia sairastava kokee kotihoidon palveluiden laadun?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksista ja hoitoon liittyvistä tarpeista hoitotyön kehittämiseksi kotihoidossa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat keuhkohtaumatauti, keuhkohtaumatautipotilaan kokonaisvaltainen hoito, kotihoito ja laadukas hoitotyö kotihoidossa (kuvio 1).

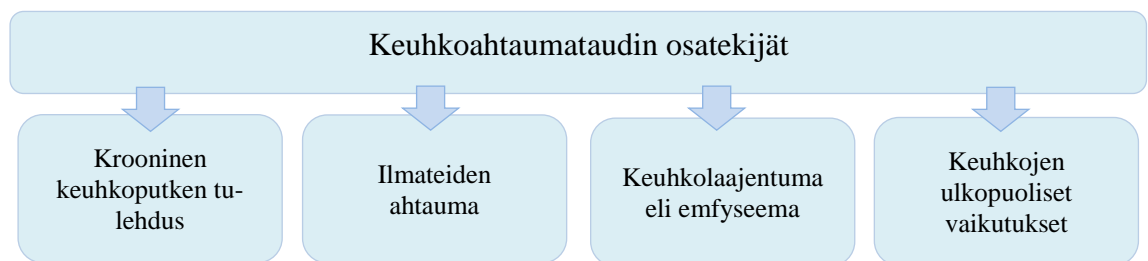


KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat (Kuva: Clipart Library 2016)

3.1 Keuhkohtaumatauti

Keuhkohtaumatauti eli COPD (chronic obstructive pulmonary disease) tarkoittaa pääosin palautumatonta hengitysteiden ahtaumaa (Katajisto ym. 2014). Se on yleinen, ehkäistävissä oleva sairaus, jonka etenemistä voidaan hidastaa elintapa- ja lääkehoidolla (Mazur, Laitinen & Kinnula 2013, 127–128; Helin 2015, 1383). Tärkein keuhkohtaumatautia aiheuttava tekijä on tupakointi. Muita syitä ovat työperäinen altistuminen erilaisille kaasuille tai pölyille, etenkin tupakoivilla. Nuorella iällä puhkeavan keuhkohtaumataudin syynä saattaa olla perinnöllinen aineenvaihduntasairaus, jonka aiheuttaa alfa1–antitrypsiinin puutos. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Keuhkohtaumatautia esiintyy eniten 65–74 -vuotiailla miehillä (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Diagnoositavasta riippuen sitä sairastaa noin 5-10 prosenttia suomalaisesta väestöstä (Kotaniemi, Sovijärvi & Lundbäck 2005, 331). Keuhkohtaumatauti tulee WHO:n (2017) mukaan olemaan maailmanlaajuisesti kolmanneksi yleisin kuolinsyy vuonna 2030. Sairauden yleisyys korreloi suoraan väestön tupakointiin kahdenkymmenen vuoden viiveellä (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Suomen virallisen tilaston (2011) mukaan keuhkohtaumatautiin kuollaan aiempaa useammin Suomessa. Naisten keuhkohtaumatautikuolemat ovat 1,8-kertaistuneet ja miesten 1,1-kertaistuneet viidessätoista vuodessa. Miesten keuhkohtaumatautikuolemia on edelleen kaksinkertainen määrä naisiin verrattuna (Kotaniemi ym. 2005, 331).



KUVIO 2. Keuhkohtaumataudin osatekijät (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014).

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksessa (2014) määritellään neljä eri sairauden osatekijää (kuvio 2), joiden keskinäinen merkitys vaihtelee. Keuhkohtaumatautia edeltää yleensä krooninen keuhkoputkentulehdus eli bronkiitti, joka määritellään yskän ja limanousun esiintymisenä vähintään kolmena kuukautena vuodessa ainakin kahden vuoden ajan (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Keuhkoputkien limarauhaset lisääntyvät ja värekarvasolut muuttuvat vähitellen limaa erittäviksi pikarisoluiksi. Muutokset aiheuttavat yskän ja lisääntyneen limanerityksen. Muita sairauteen liittyviä oireita ovat hengityksen vinkuminen ja puristava tunne rinnassa. Oireet ilmenevät salakavalasti ja hitaasti pitkän aikavälin kuluessa, jolloin potilaalle kehittyy kroonisen limaisuuden rinnalle korjaantumaton ilmateiden ahtautuminen. (Mazur ym. 2013, 127–129; Helin 2015, 1383–1384.) Ilmateiden ahtauma ja emfyseema eli keuhkolaajentuma aiheuttavat yhdessä uloshengitysvirtauksen hidastumisen (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014).

Emfyseemassa keuhkojen hengityskaasujen vaihdosta huolehtivissa alveoleissa eli keuhkorakkuloissa tapahtuu kudostuhoa. Tämä aiheuttaa ilmavirtauksen ahtaumaa erityisesti uloshengityksessä, mikä vuorostaan estää keuhkojen täydellisen tyhjenemisen hengitysyhtymien aikana. Jännösilman lisääntyessä myös hengitystyön määrä kasvaa ja hengityslihasten tehokkuus vähenee aiheuttaen hengenahdistusta ja toimintakyvyn heikkenemistä. (Holmes & Scullon 2015, 432.) Keuhkohtaumatauti voi aiheuttaa myös keuhkojen ulkopuolisia vaikutuksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, lihaskatoa, masennusta ja laihtumista (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Yli 50 prosentilla sairastuneista on liitännäissairautena sepelvaltimotauti (Katajisto ym. 2014).

Keuhkohtaumatauti voidaan jaotella erilaisiin alatyyppeihin, joissa korostetaan sairauden erityyppisiä piirteitä, kuten pahanemisvaiheiden esiintymistä tai emfyseeman laajuutta. Jaotteluissa on hieman eroavaisuuksia lähteistä riippuen, mutta niiden päämääränä on auttaa valitsemaan potilaalle parhaiten sopiva hoitomuoto ja siten parantaa hoitovastetta. (Mazur ym. 2013, 128–133; Lange, Halpin, O'Donnell & MacNee 2016.)

Sairauden diagnosointiin kuuluu huolellinen anamneesi. Potilaan oireita, kuten hengenahdistusta, kroonista yskää ja limannousun esiintymistä tiedustellaan. Myös tupakointihistoria selvitetään ja suvussa esiintyvät sairaudet huomioidaan. (Lange ym. 2016.) Keuhkojen toimintakokeista tärkein on spirometria, johon yhdistetään aina bronkodiaatiokoe. Spirometrialla selvitetään keuhkoputkien ahtautumista ja vaikeusastetta. Bronkodiaatiokokeessa tutkitaan lyhytvaikutteisen keuhkoputkia laajentavan lääkkeenoton vaikutuksia uloshengityksen sekuntikapasiteettiin. Jos sekuntikapasiteetti alenee suhteessa nopeaan vitaalikapasiteettiin, on löydös sopiva keuhkohtaumataudin diagnosiin. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014; Lange ym. 2016.) Emfyseeman laajuutta voidaan selvittää tietokonekuvauksella (Lange ym. 2016).

Sairastuneet hakeutuvat tutkimuksiin yleisesti liian myöhään, jolloin tauti on edennyt vaikea-asteiseksi. Sairaudesta johtuvien oireiden, esimerkiksi hengenahdistuksen, ajatellaan usein kuuluvan normaaliin ikääntymiseen. Diagnostisoinnissa on tärkeää poissulkea kaikki muut mahdolliset aiheuttajat oireilulle. Samankaltaista oireilua saattaa aiheuttaa esimerkiksi astma, joka on kuitenkin tyypiltään erilainen sairaus kuin keuhkohtaumatauti. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014; Lange ym. 2016.)

3.2 Keuhkohtaumatautipotilaan kokonaisvaltainen hoito

Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon päätavoitteina voidaan pitää oireiden hallintaa, elämänlaadun parantamista, pahenemisvaiheiden ilmaantumisen ja kuolleisuuden vähentämistä sekä sairauden etenemisen hidastamista (Kankaanranta ym. 2015). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on vuonna 2016 julkaissut päivitetyn keuhkohtaumatautipotilaan hoitoketjun matriisin. Siinä kokonaisvaltainen hoito koostuu lääkehoidosta, ravitsemuksesta, rokotuksista, liikunnasta ja kuntoutuksesta sekä tupakasta vieroituksesta, pahenemisvaiheiden hoidosta, sosiaaliturvasta, pitkäaikaisen hengitysvajauksen hoidosta, vertaistuesta ja omahoidosta. (Leivo-Korpela ym. 2016.)

Leivo-Korpelan ym. (2016) hoitoketjun matriisissa esitellyistä osa-alueista käsitellään lääkehoitoa, lääkkeetöntä hoitoa, pahenemisvaiheita sekä sosiaalista tukemista. Lääkkeetön hoito käsittää tässä opinnäytetyössä tupakoinnin lopettamisen, ravitsemuksen, liikunnan ja kuntoutuksen. Lisäksi tarkastellaan sairauden etenemistä ja psyykkistä hyvinvointia. Opinnäytetyön tekijät kokevat erityisesti näiden osa-alueiden muodostavan keuhkohtaumatautipotilaan kokonaisvaltaisen ja laadukkaan hoitotyön kotihoidossa.

3.2.1 Lääkehoito ja lääkkeetön hoito

Lääkehoidolla pyritään estämään sairauden pahenemisvaiheet sekä vähentämään potilaan oireita (Ekroos 2014). Lääkehoito valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Keuhkohtaumataudin hoidossa käytettäviä inhaloitavia lääkeaineita ovat lyhyt- ja pitkävaikutteiset β_2 -agonistit, lyhyt- ja pitkävaikutteiset antikolinergit, inhaloitava glukokortikoidi sekä edellä mainittujen yhdistelmät. Fosfodiesterasiestäjiä, kuten roflumilastia, mikrobilääkkeitä, mukolyyttejä sekä glukokortikoidia voidaan määrätä otettavaksi suun kautta. Tois-taiseksi lääkehoidolla ei ole osoitettu olevan vaikutusta taudin etenemiseen tai kuolleisuuteen. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.) Yhdistelmä-lääkityksen on kuitenkin todettu vähentävän pahenemisvaiheita verraten kortisonin tai avaavan lää-kityksen käyttöön yksinään (Pasternack 2007, 315).

Sairauden loppuvaiheen hengenahdistuksen hoitoon voidaan käyttää lyhyt- tai pitkävai-kutteisia opioideja, bentsodiatsepiineja ja muita lääkkeitä, kuten kortikosteroideja tai in-

haloitavaa furosemidia. Opioideja käytettäessä tulee huomioida mahdollinen hengitysvaje ja ummetuksen ehkäisy. Palliatiivista sedaatiota harkitaan hoitoon reagoimattoman hengenahdistuksen hoitamiseksi. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395–397.)

Happihoitoa voidaan pitää tehokkaana vain silloin, kun potilas kärsii hypoksiasta eli hapenpuutteesta. Happihoidon aloittaminen tapahtuu yleensä sairaalaolosuhteissa, jolloin hiilidioksidin kertymistä elimistöön voidaan tarkkailla ja potilaalle saadaan määritettyä sopiva happivirtaus. (Koskela 2009, 1181.) Happihoidon haittavaikutuksia ovat muun muassa ylähengitysteiden kuivuminen, mahdollinen psyykinen riippuvuus ja potilaan liikkumisen rajoittuminen (Lehto ym. 2013, 398).

Keuhkohtaumataudin lääkkeettömään hoitoon kuuluvat tupakoinnin lopettaminen, ravitsemus, fyysiseen aktiivisuuteen kannustaminen ja liikunnallinen kuntoutus (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Käypä hoito -suositus tupakoinnista ja keuhkohtaumataudista (2014) toteaa tupakoinnin olevan keuhkohtaumataudin merkittävin aiheuttaja. Tupakoivista arviolta 20-30 prosenttia sairastuu keuhkohtaumatautiin (Salomaa 2016). Kinnulan (2012, 899) mukaan yli 95 prosenttia suomalaisista sairastuneista tupakoi.

Tupakoinnin lopettaminen hidastaa taudin etenemistä sekä vähentää oireita ja pahenemisvaiheita, jolloin myös sairaalahoidon tarve vähenee (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012; Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014). Lopettaminen on hyödyllistä kaikissa taudin vaikeusasteissa, mutta ennusteen kannalta potilaan tulisi vieroittautua tupakasta viimeistään taudin diagnosoimisvaiheessa. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012.) Käypä hoito -suositus tupakoinnista ja keuhkohtaumataudista (2014) näytönastekatsaukseen valittujen tutkimusten tulokset ovat yhdensuuntaisia; tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa uloshengityksen sekuntikapasiteetin (FEV_1) laskemiseen hidastavasti ja näin parantaa todetun taudin ennustetta. Lisäksi tupakoinnin lopettamisen todettiin vähentävän yskää sekä parantavan keuhkojen toimintaa, erityisesti hidastamalla pienten hengitysteiden ahtautumista.

Tupakointi aiheuttaa riippuvuutta, joka on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista. Riippuvuus muodostaa oireyhtymän, jossa keskeisintä on fyysinen riippuvuus nikotiinista. Tehokas tupakasta vieroitus on keskeinen osa taudin hoitoa. Päätös tupakoinnin lopettamisesta tu-

lee tehdä tupakoitsijan itse. Jo pelkkä riski keuhkohtaumatautiin sairastumisesta voi auttaa motivoitumisessa ja lopettamisyyden löytämisessä. Apua lopettamiseen saadaan lääkäriltä, joka auttaa löytämään parhaan mahdollisen lopettamismenetelmän esimerkiksi nikotiinikorvaushoitovalmisteista. Lopettaminen vaatii tahdonvoimaa ja aitoa halua irrottautua tupakoinnista, mutta lähes yhtä merkitseviä ovat lopettamiseen saatu tuki sekä käytännön ohjeet tupakoinnille altistavien tilanteiden tunnistamiseksi ja niiden välttämiseksi. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012.)

Liikunnan merkitystä keuhkohtaumatautia sairastavalla ei voi liiaksi korostaa. Huonokuntoisuus lisää keuhkohtaumataudin invalidisoivaa vaikutusta ja kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan tavoitteellinen liikuntaharjoittelu on tärkeä osa keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutusta. Liikunnallisen kuntoutuksen on todettu helpottavan huomattavasti hengenahdistusta ja voimattomuutta sekä parantavan sairastuneen suorituskykyä ja hengityskapasiteettia. Liikunta voi vaikuttaa positiivisesti myös ahdistukseen sekä lieventää masentuneisuutta. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Liikunnan myönteisiä vaikutuksia kroonisissa sairauksissa ovat esimerkiksi fyysisen kunnon ja toimintakyvyn sekä yleisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun paraneminen. Liikunnan tulee olla monipuolista ja sisältää lihaskuntoa kehittäviä harjoituksia sekä kestävyysharjoittelua. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014; Kujala 2014, 1877–1878.) Useissa tutkimuksissa on todettu liikunnallisen kuntoutuksen jopa puolittavan keuhkohtaumatautipotilaan sairaalahoitopäiviä. Suomessa liikunnallista kuntoutusta ja tietoa liikunnan vaikutuksista keuhkohtaumataudin etenemiseen on ollut tarjolla potilaille vain vaihtelevasti. (Katajisto 2013, 315.)

Hengityслиiton Hengitä ja hengästy -hankkeen (2014–2016a) tavoitteena oli lisätä hengityssairaiden liikuntaa arjessa sekä sisällyttää liikunta osaksi hengityssairauksien ennaltaehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Hankkeen myötä julkaistiin hengityssairaalle liikuntaopas, joka sisältää kattavasti tietoa hengityssairaalle sopivista liikuntamuodoista ja -määristä sairauden eri vaiheissa. Hankkeeseen liittyi lisäksi julkaisu, joka on tarkoitettu keuhkohtaumatautia sairastavien avuksi turvallisen liikunnan toteuttamiseksi (Hengityслиitto 2014–2016b). Julkaisu kokoaa konkreettisia keinoja liikunnan toteuttamiseksi, kuten esimerkiksi tavoitteen kävellä päivittäin yli 6000 askelta. Sopiviksi lajeiksi nostettiin muun muassa kävely, pyöräily, kuntosali, jooga, uinti ja muu vesiliikunta.

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksessa (2014) todetaan, että jopa 25 prosenttia keuhkohtaumatautia sairastavista kärsii hankalasta aliravitsemuksesta sekä katabolisesta aineenvaihdunnasta, mitkä lisäävät akuutin hengitysvajauksen vaaraa, heikentävät vastustuskykyä ja altistavat infektiolle. Tahattoman painonlaskun ja samalla esiintyvän lihaskadon taustalla olevia tekijöitä ovat kasvava energiankulutus hengitystyön lisääntyessä ja syömisen vähentyminen pahoinvoinnin, ruokahaluttomuuden tai hengenahdistuksen vuoksi. Elimistössä vallitseva krooninen tulehdustila ja fyysisen aktiivisuuden puute ovat myös osasyitä. (Maltais ym. 2014; Schols ym. 2014, 1504–1520.) Sairastuneen heikentynyttä ravitsemustilaa pyritään korjaamaan lisäravintovalmisteilla ja energiapitoisilla ruoka-annoksilla, joilla kuitenkin voidaan saavuttaa vain kohtalaista hyötyä. Niiden käyttöä tulisi kuitenkin harkita aliravitsemuksesta kärsivien keuhkohtaumatautipotilaiden kohdalla. (Ferreira ym. 2005.)

3.2.2 Pahenemisvaiheet ja sairauden eteneminen

Keuhkohtaumataudin edetessä alkavat ilmetä aiempaa hankalimmat oireet, lisääntyvä räsitushengenhahdistus ja sairauden pahenemisvaiheet (Kinnula 2012, 899–900; Helin 2015, 1383). Kankaanranta ym. (2015) ovat todenneet, että pahenemisvaiheiden esiintyminen on sidoksissa keuhkojen toimintaan. Riski pahenemisvaiheille on erityisesti silloin, jos sairastunut jatkaa diagnosoinnin jälkeen tupakointia. Usein pahenemisvaiheen taustalla on hengitystieinfektio, jonka merkkeinä ovat päivien aikana pahentuneet hengenahdistus, yskä ja limannousu. Oireet vaativat lääkehoidon tehostamista sekä mahdollista sairaalahoitoa. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Lääkehoito pyritään sovittamaan jokaiselle sairastuneelle yksilöllisesti huomioiden oireiden ja pahenemisvaiheiden riski. Lyhytvaikutteiset inhaloitavat β_2 -agonistit, kuten esimerkiksi salbutamoli tai formoteroli voivat helpottaa pahenemisvaiheessa esiintyvää akuuttia hengenahdistusta. Myös uusista inhaloitavista antikolinergeistä on havaittu olevan apua akuutissa pahenemisvaiheessa. Inhaloitavien glukokortikoidien pahenemisvaiheita ehkäisevä vaikutus perustuu säännölliseen ja riittävään pitkäaikaiseen käyttöön. Niitä suositellaankin käytettävän potilaille, joilla on toistuvia pahenemisvaiheita tai suuri riski niille. Tehokkain pahenemisvaiheita ehkäisevä ja keuhkojen toimintakykyä sekä elämänlaatua edistävä lääkitys on yhdistää glukokortikoidit pitkävaikutteiseen β_2 -agonistiin. (Kankaanranta ym. 2015.)

Yli 65-vuotiaiden rokottamisen influenssaa vastaan on todettu vähentävän keuhkokuu-
metta, sairaalahoitoja ja kuolemia jopa 50-68 prosenttia. Suurin osa keuhkohtaumatautia
sairastavista kuuluu juuri tähän ikäryhmään. Rokottamisella voidaan vähentää pahe-
nemisvaiheiden esiintymistä ja sitä suositellaankin kaikille keuhkohtaumatautiin sairas-
tuneille. (Kankaanranta ym. 2015.) On tärkeää muistaa, että liikunta on myös keuhkoah-
taumataudin pahenemisvaiheen jälkeen turvallista. Liikunnallinen kuntoutus tulisiikin
aloittaa mahdollisimman nopeasti, sillä se pienentää uuden sairaalahoidon sekä kuoleman
riskiä. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksessa (2014) todetaan, että jokaisen sairas-
tuneen tauti etenee eri tavalla eikä taudin kulkua voida ennakoida. Palliatiivisella hoidolla
tarkoitetaan parantumattomasti sairaan henkilön kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitamista
silloin, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Palliatiivinen hoito voi olla
jopa vuosia kestävää oireita lievittävää hoitoa, jonka päämääränä pidetään sairastuneen
mahdollisimman hyvää elämänlaatua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -
suositus 2012.) Oleellista on hyödyntää palliatiivisen hoidon keinoja ja ajattelutapaa
osana sairastuneen kokonaisvaltaista hoitoa. Pitkälle edennyttä keuhkohtaumatautia sai-
rastavan hoitoa ohjaa ajoissa tehty hoitosuunnitelma, jossa on huomioitu potilaan ennuste,
hoidon rajaukset sekä potilaan omat toiveet elämän loppuvaiheista ja siihen liittyvistä
hoidon tavoitteista. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Lehto ym. (2013, 398) toteavat artikkelissaan, että sairauden edetessä myös emotionaa-
listen seikkojen, kuten kuolemanpelon, on todettu vaikuttavan hengenahdistukseen. Lä-
hes kaikki keuhkohtaumatautia sairastavat kokevatkin taudin loppuvaiheessa hengenah-
distusta, mikä aiheuttaa potilaille kärsimystä. Tämän lisäksi yleisimpiä oireita ovat kipu,
yskä, väsymysoireyhtymä sekä depressio (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus
2014). Keuhkohtaumatautia sairastavien hoidon tarpeista fyysiset oireet tulevat useim-
miten huomioiduksi ja hoidetuiksi, mutta psyykkiset ongelmat ja esimerkiksi sosiaalinen
eristäytyminen jäävät helposti tunnistamatta. Tämä heikentää oleellisesti potilaan elä-
mänlaatua. (Pinnock ym. 2011.) Potilaan kuuntelun ja rauhoittelun pitäisi siis kuulua
osaksi potilaan hoitoa fyysisten oireiden helpottamisen lisäksi (Lehto ym. 2013, 398).

3.2.3 Psyykkinen hyvinvointi

Masennuksen esiintyminen on yleistä kroonista sairautta potevilla henkilöillä, mutta keuhkohtaumatautia sairastavien depressio-oireet jäävät usein tunnistamatta tai liian vähälle huomiolle. Suomalaista aineistoa tutkittaessa on havaittu erityisesti keuhkohtaumatautia sairastavien naisten kärsivän mielialaongelmista, kun taas sairastuneiden miesten mielialaongelmien esiintyvyydessä ei ollut suurta eroa verrattaessa muuhun väestöön. Masennuksen ja ahdistuneisuuden on huomattu olevan yhteydessä naissukupuolen lisäksi vaikeaan hengitysoireiluun, tupakoinnin jatkumiseen, heikentyneeseen fyysiseen suorituskyykyyn ja yksin asumiseen. Lisäksi pitkään kestäneen happihoidon ja asiakkaan matalan painoindeksin on osoitettu olevan riskitekijöinä mielialaoireiluihin. (Stark, Mazur & Kinnula 2009, 266–267.)

Verrattuna muihin kroonista tautia sairastaviin keuhkohtaumatautiapotilaat kärsivät enemmän väsymyksestä, keskittymiskyvyn puutteesta ja ärtyneisyydestä, jotka voivat osaltaan aiheutua hengästymisestä ja hapenpuutteesta. Ahdistuneisuudesta ja masennuksesta kärsivillä asiakkailla on todettu esiintyvän enemmän keuhkohtaumataudista riippumattomia, koko elimistöön vaikuttavia oireita. Heidän riskinsä taudin nopeaan eteneemiseen, ahdistuksen ja masentuneisuuden jatkumiseen sekä kuolemaan on suurempi kuin asiakkailla, joilla ei ole psyykkisiä häiriöitä. (Marsh & Guck 2016.)

Keuhkohtaumatautia sairastavia voidaan auttaa sopeutumaan sairausdiagnoosiin sekä elämään pitkäaikaissairauden kanssa tunnistamalla heidän psyykkiset tarpeensa mahdollisimman aikaisin. Psyykkisen oireilun varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat asiakkaan motivaatiota ja mahdollisuuksia toteuttaa esimerkiksi elämäntapamuutoksia sekä erilaisia itsehoitomenetelmiä. (Kokkonen & Wallace 2015, 116–117.) Yksi syy psyykkisten häiriöiden alidiagnosoimiselle voi olla se, että oireet saattavat olla hyvin samankaltaisia kuin keuhkohtaumataudissa. Hengenahdistus, hyperventilaatio ja hikoilu ovat esimerkiksi oireita, jotka voivat aiheutua myös psyykkisestä häiriöstä. Erotusdiagnoosiikka ja oireiden perimmäisten syiden löytäminen ovat hoidon kannalta erityisen tärkeitä. (Marsh & Guck 2016.)

Mattilan (2016) mukaan keuhkohtaumatautia sairastavan masennuksen hoidossa on suljettava aluksi pois elimellinen mielialahäiriö. Poissulkemisen jälkeen arvioidaan masen-

nuksen vaikeusaste, minkä pohjalta valitaan potilaalle sopivat hoitomuodot ottaen samalla huomioon mahdolliset muut hoitoa vaativat tilat, esimerkiksi päihdeongelma, persoonallisuus- tai ahdistuneisuushäiriö. Lievät masennustilat pystytään hoitamaan yleensä terveyskeskuksissa, kun taas keskivaikeaksi ja vaikeaksi luokitellut masennukset hoidetaan mieluiten erikoissairaanhoidossa. Sairaalahoito on valintana ensisijainen, jos potilaalla esiintyy psykoottisia oireita, lisääntyntä itsetuhoisuutta tai sen riskiä ja potilaalla on voimakkaasti alentunut toimintakyky. Potilaalle on annettava riittävästi tietoa omasta psyykkisestä sairaudestaan ja sen hoidosta.

Keuhkohtaumatautipotilaan masennuksen lääkehoidon suunnittelussa on huomioitava mahdolliset lääkeinteraktiot ja lääkkeiden vaikutukset sairastavan hengitykseen. Lääkehoidon lisäksi potilas voi saada apua psykoterapiasta, minkä vaikutus etenkin lievien ja keskivaikeiden masennusten hoidossa on havaittu tehokkaaksi. Sähköhoitoa voidaan puolestaan kokeilla vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa. Muita hoitomuotoja ovat esimerkiksi erilaiset liikuntaryhmät, tietoisuustaitojen eli mindfulnessin harjoittelu ja kaamosmasennuksen kirkasvaloahoito. (Maurer ym. 2008.)

3.2.4 Sosiaalinen toimintakyky ja sen tukeminen

Sosiaalinen toimintakyky ilmenee esimerkiksi sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena vuorovaikutustilanteissa sekä yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemuksina (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Iäkkään hyvinvoinnin kannalta tärkeät sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet ovat tuen saanti tarvittaessa, sosiaalinen osallistuminen, yksinäisyyden kokemukset ja sosiaalisten verkostojen olemassaolo (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).

Sosiaalinen toimintakyky on osallisuuden kokemista. Sen vastakohtana on osattomuus, jolla tarkoitetaan turvattomuuden ja yksinäisyyden tunnetta tai pahimmillaan osallistumismahdollisuuksien puuttumista ja yhteisöstä syrjäytymistä. Sosiaaliset verkostot saattavat kaventua esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen tai läheisten ihmisten kuolemien myötä. Iäkkäiden sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavat myös osaltaan yhteiskunnan päätökset ja toimintatavat sekä iäkkäiden asema yhteiskunnassa. (Uotila 2011, 50–56; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013, 17.) Osattomuuden riskissä ole-

vien iäkkäiden ihmisten tunnistaminen, heidän tilanteidensa selvittäminen ja tarkoituksemukaisen tuen etsiminen ovat tärkeitä. Tuen järjestämisessä kunta ja järjestöt toimivat yhteistyökumppaneina. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013, 17.)

Kumpusalon (1991, 14) mukaan sosiaalisen tuen muotoja on löydettävissä viisi erilaista. Näitä ovat aineellinen, toiminnallinen, tiedollinen, emotionaalinen ja henkinen tuki. Sosiaalisen tuen muodot näyttäytyvät eri tukipalveluissa, joita ovat esimerkiksi vertaistuki sekä toimeentulon, liikkumisen ja asumisen tukeminen. Seuraavissa kappaleissa käsitellään kyseisiä tukipalveluita tarkemmin.

Vertaistuella tarkoitetaan samoja asioita kokeneiden ja samankaltaisessa tilanteessa olevien henkilöiden keskinäistä tukea. Yhteinen tekijä luo ymmärryksen näiden ihmisten välille ja mahdollistaa tuen, jota muut tahot eivät kykene antamaan. (Laatikainen 2010, 10–12.) Vertaistuki antaa keuhkohtaumatautia sairastaville mahdollisuuden saada ja antaa tukea, vertailla kokemuksia sekä pohtia omaa tilannetta yhdessä muiden kanssa. Sairastunut saattaa pelätä, että kuormittaa läheisiään liikaa omilla sairauteen liittyvillä huollilla. Vertaistapaamisissa käyminen voi olla siten sairastuneelle hyvin vapauttava kokemus, jossa vaikeistakin asioista voidaan puhua avoimesti. (Hengitysliitto 2010, 13.) Toiminnalla on todettu olevan ennaltaehkäisevä ja elämänlaatua vahvistava vaikutus. On kuitenkin muistettava, ettei vertaistuki korvaa terapiaa ja siksi ammattiapua ja vertaistoimintaa ei voida nähdä toistensa kilpailijoina. Vertaisryhmiä järjestävät pääasiassa julkinen sektori ja erilaiset järjestöt. (Laatikainen 2010, 11, 29–30.)

Keuhkohtaumatautipotilaita tuetaan esimerkiksi kotiin annettavilla palveluilla, liikkumisen ja toimeentulon tukemisella sekä verovähennyksillä. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) takaa esimerkiksi kuljetuspalvelut, palveluasumisen sekä asunnon muutostyöt. Seuraavassa alaluvussa tarkemmin käsiteltävä kotisairaanhoidon kuuluu terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti keuhkohtaumatautia sairastaville. Myös omaishoidon tuella pystytään tukemaan kotona asumista. Laissa omaishoidon tuesta (937/2005) määritellään hoidettavalle annettavia palveluita sekä omaishoitajalle myönnettäviä vapaita, hoitopalkkioita ja omaishoitoa tukevia palveluita.

Kansaneläkelaitos tukee liikkumista matkakorvauksilla, joita maksetaan omavastuun ylitävältä osalta. Kansaneläkelaitos tukee keuhkohtaumatautipotilaita myös mahdollisesti

sairauspäivärahalla, työkyvyttömyyseläkkeellä, vammaistuella, eläkkeensaajan hoitotuella ja lääke-erityiskorvauksilla. (Kansaneläkelaitos 2013, 18–20, 22, 24, 38–40, 66.) Verotukseen liittyviä helpotuksia ovat muun muassa kotitalousvähennys, veronmaksukyvyn alentumisvähennys sairauden vuoksi ja mahdollinen invalidivähennys (Verohallinto 2016a; Verohallinto 2016b).

3.3 Kotihoito

Kotihoito koostuu sosiaalihuoltoasetuksessa (607/1983) määritellyistä kotipalveluista ja terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella järjestetystä kotisairaanhoidosta. Kotihoiton palveluilla voidaan tukea kotona selviytymistä ja niihin ovat oikeutettuja muun muassa vammaiset, ikäihmiset, sairaat sekä henkilöt, joiden toimintakyky on muusta syystä heikentynyt. Kotihoidon järjestäminen kuuluu kunnille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a.)

Kotihoidon palvelut vaihtelevat ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta toiminnasta aina saattohoitoon asti. Palvelut voidaan jakaa sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoitoon, kodinhoitoapuun, erilaisiin tukipalveluihin ja omaishoidon tukeen. Kodin muutostöiden järjestäminen ja apuvälineiden hankkiminen kuuluvat myös kotihoidon palveluihin. Asiakkaiden kotona selviytymistä tukevat myös muut terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut, kuten esimerkiksi fysioterapia, intervalli- ja kuntoutusjaksot sekä päiväkeskustoiminnat. Hoidon sisältöä määrittävät aina asiakkaan avun ja palveluiden tarpeet. (Hammar 2008, 22.)

Suomessa kotihoidon asiakkaita oli 73 278 vuonna 2015, joista 6291 asui Pirkanmaalla. Säännöllistä kotihoitoa sai noin 11,8 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Avun tarpeeseen ja palveluiden koettuun riittävyyteen verraten kotihoidon kattavuuden koetaan olevan nykyisellään liian pieni (Heinola 2007, 15–16). Esimerkiksi Tampereen kaupunki (2014, 8) myöntää kotihoidon säännöllisiä palveluja yli 18-vuotiaille henkilöille, jotka eivät selviydy itsenäisesti, omaisten tai läheisten tuella tai muulla tavoin tuettuna omassa kodissaan toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Hoito vaatii myös erityistä ammattitaitoa.

3.3.1 Palvelutarpeen arviointi

Asiakas ja hänen läheisensä ovat parhaita asiantuntijoita palvelutarpeen arvioinnissa. Arviointia toteutettaessa asiakas on oikeutettu saamaan tiedon yleis- ja erityislainsäädäntöön perustuvista oikeuksistaan. Arvioinnissa on myös otettava huomioon asiakkaan omat mielipiteet, yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalla on oikeus saada tietoja palvelujen toteuttamisen vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista hänen elämäänsä. Tieto tulee antaa siten, että asiakas ymmärtää sen merkityksen ja sisällön. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Asiakkaan kiireellisen avuntarpeen arviointi tulee tehdä välittömästi, kun sosiaalihuolto on saanut tiedon sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä. Asiakkaan ollessa yli 75-vuotias tai asiakkaan saadessa vammaisuuksien ylintä hoitotukea, on perusteellisen arvioinnin tekeminen aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun kunnalliseen viranomaiseen on otettu yhteyttä palvelujen saamiseksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakassuunnitelmalla, jonka asiakas luo yhdessä palveluista vastaavan työntekijän kanssa. Asiakas ja työntekijä asettavat hoidolle yhdessä tavoitteet ottaen huomioon asiakkaan omat voimavarat ja vahvuudet. Asiakassuunnitelma sisältää asiakkaan ja ammattilaisen arvion tuen tarpeesta, tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä. Suunnitelmassa käyvät ilmi asiakkaan terveyden kannalta välttämättömimmät sosiaalipalvelut sekä niiden alkamisajankohta ja kesto sekä tiedot asiakkaan hoitoon osallistuvista eri yhteistyötahoista sekä niiden vastuista. Asiakassuunnitelma on tarkistettava aina tarvittaessa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

3.3.2 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen asiakirja, joka arkistoidaan potilastietojärjestelmään (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12). Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määräävät tarvittaessa tekemään hoitosuunnitelman, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Sen keskeisiä tavoitteita ovat potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja

tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Suunnitelma muodostuu seitsemästä komponentista, joita ovat terveys- ja hoitosuunnitelma, hoidon tarve, tavoite, toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot. (Komulainen ym. 2011, 16.) Näistä käsitellään hoidon tarvetta, tavoitetta sekä toteutusta ja keinoja.

Hoidon tarve koostuu yhdestä tai useammasta asiakkaan tunnistamasta, esimerkiksi työ- tai toimintakykyyn liittyvästä terveysongelmasta (Komulainen ym. 2011, 17–25). Tarve voi liittyä jo olemassa olevaan ongelmaan tai tulevaisuuden mahdolliseen ongelmaan, joita hoitotoimintojen avulla voidaan joko poistaa tai lievittää. Hoitohenkilökunta määrittelee hoidon tarpeen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Määrittelyssä on otettava huomioon hänen oma kokemuksensa terveydentilastaan ja oireistaan, minkä lisäksi hoitaja havainnoi asiakasta ja esimerkiksi suorittaa mahdolliset tarvittavat mittaukset. Asiakas ei aina välttämättä ole kykenevä kertomaan omasta tilanteestaan ja tarpeistaan, jolloin hoitajan havainnointi ja ennakointi asiakkaan todennäköisistä sekä mahdollisista ongelmista on erityisen tärkeää. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 14–15.)

Hoidon tavoitteeseen eli muutokseen potilaan terveydentilassa pyritään yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sovitulla hoidolla. Tavoitteiden tulisi olla realistisia ja sellaisia, joihin potilas tuntee pystyvänsä sitoutumaan. Tavoitteita on arvioitava säännöllisin väliajoin, jotta ne vastaisivat potilaan sen hetkiseen tilanteeseen parhaimmalla mahdollisella tavalla. (Komulainen ym. 2011, 17–25.)

Hoidon toteutukseen ja keinoihin kuuluvat omahoito ja terveydenhuollon palvelut potilaan terveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi (Komulainen ym. 2011, 17–25). Hoidon toteutusta kuvaavat hoitotyön toiminnot, jotka toteutuvat potilaan ja hoitohenkilöstön ohjaus- ja auttamistilanteissa. Hoitotyön toiminnot pyrkivät vastaamaan niihin hoidon tarpeisiin, jotka potilaalle on etukäteen määritelty. Toimintojen toteutumiseen vaikuttavat hoitajan tiedot ja taidot, joita ovat esimerkiksi kommunikointi-, ohjaus-, havainnointi- ja kädentaidot sekä taito antaa potilaalle ja hänen läheisilleen psykososiaalista tukea heidän tarpeidensa mukaisesti. Toteutumiseen vaikuttavat hoitajan osaamisen lisäksi potilaan ja hänen läheistensä kokemukset tilanteista. Keskeisiä hoitotyön toimintoja ovat esimerkiksi avustaminen, tukeminen, ohjaaminen, potilaan tilan ja oireiden tarkkailu sekä seuranta. (Liljamo ym. 2012, 14–15.)

3.4 Laadukas hoitotyö kotihoidossa

Sairaanhoitajien osaamisalueisiin kuuluvat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus (Eriksson ym. 2015, 35). Tämän opinnäytetyön kannalta tärkeimmiksi nostettiin asiakaslähtöisyyden sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osa-alueet, jotka vaativat toteutuakseen hyvän hoitosuunnitelman.

3.4.1 Asiakaslähtöisyys hoitotyössä

Sosiaali- ja terveyssektorilla asiakaslähtöisyyden voidaan sanoa olevan toiminnan arvo-perusta, mikä tarkoittaa jokaisen asiakkaan kohtaamista ihmisarvoisena yksilönä sekä palveluiden järjestämistä asiakkaiden eikä palveluntuottajien tarpeista käsin (Virtanen ym. 2011, 18). Asiakaslähtöisen hoitotyön periaatteena on, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja itse aktiivisesti mukana hoidossaan. Sen lisäksi asiakkaan läheisten huomioiminen sekä vuorovaikutuksen ja dialogin merkitys ovat ensisijaisen tärkeitä, jotta asiakaslähtöisen hoitotyön toteutuminen on mahdollista. (Eriksson ym. 2015, 36.)

Asiakaslähtöisen hoitotyön tulisi alkaa asiakkaan esille tuomista asioista ja kysymyksistä, joiden kautta palveluntarjoaja yhdessä asiakkaan kanssa suunnittelee palvelut niin, että ne vastaavat asiakkaan tarpeisiin ja ovat mahdollisimman kustannustehokkaita. Hoitotyön suunnittelun tulisi siis olla vastavuoroista ja tapahtua yhteisymmärryksessä. Tämän toteutuminen vaatii palveluntarjoajalta asiakasymmärrystä. Se tarkoittaa laajaa tietoa asiakkaista sekä heidän tarpeistaan ja näiden tietojen hyödyntämistä palveluiden suunnittelussa. Jokainen asiakas toimii omista lähtökohdistaan sekä henkilökohtaisista tarpeistaan käsin, minkä takia asiakasymmärrys sisältää myös asiakkaan koko elämäntilanteen, elämän hallinnan ja hänen toimintaympäristönsä tarkastelun. Vaikka jokainen asiakas kohdataan yksilönä, on tärkeää muistaa asiakkaan olevan aina myös osa perhettään ja lähiyhteisöään. (Virtanen ym. 2011, 18.)

Tutkittaessa näkökulmia asiakaslähtöisyydestä, asiakkaat nostivat oleellisiksi itsemääräämisoikeuden, ihmisarvon kunnioittamisen sekä yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden. Palveluja kohtaan muodostunut luottamus, niiden jatkuvuus ja inhimillisyyden kokeminen lisäsivät asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoaan kohtaan. Asiakkaille tärkeinä näyttäytyivät myös palvelujen saavutettavuus, joustavuus ja avoimuus. Saavutettavuudella asiakkaat tarkoittivat palveluiden konkreettista sijaintia, mutta myös työntekijöiden saavutettavuutta ja heidän asenteitaan. Palveluiden joustavuus asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden lisäsi asiakaslähtöisen näkökulman voimistumisen lisäksi asiakkaiden hoitoon sitoutumista ja motivaatiota. Asiakkaat nostivat asiakaslähtöisyyden mittariksi myös palveluprosessin avoimuuden, joka pitää sisällään hyvän tiedonkulun ja asiakkaan oikeuden saada tietoa. (Virtanen ym. 2011, 20–21.)

3.4.2 Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila sekä päivittäisen elämän voimavara. Toimintakyky taas jaetaan useasti fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen, jotka kytkeytyvät toisiinsa monin tavoin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.) Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen edellytyksenä on siis se, että asiakas tulee kokonaisvaltaisesti huomioiduksi.

Terveyden edistämistyön merkitystä korostetaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010), jossa sen määritellään olevan yksilöön, yhteisöihin, väestöihin ja elinympäristöihin kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Sen tavoitteena on myös vaikuttaa terveyttä koskeviin taustatekijöihin, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ehkäistä sairauksia, tapaturmia ja muita terveysongelmia. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Terveyden edistämiseen tärkeitä toimenpiteitä on säädetty myös tupakka-, alkoholi-, sosiaalihuolto- ja raittiustyölaissa sekä raittiustyöasetuksessa. Terveyden edistämiseen vaikuttavat osaltaan myös kuntalaki, ympäristöterveydenhuollon lainsäädäntö, kansainväliset sopimukset ja EU:n lainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b.)

Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ovat asiakkaan hoidon keskeisimpiä tavoitteita. Hoidossa on otettava huomioon jokaisen asiakkaan yksilölliset voimavarat ja haasteet

sekä mietittävä tämän terveyttä suojaavia ja kuormittavia tekijöitä. Esimerkiksi terveystottumusten kartoittaminen, riskitekijöiden varhainen tunnistaminen ja tuen tarjoaminen ovat terveyttä ja toimintakykyä edistettäessä avainasemassa. Tärkeitä ovat myös muutostarpeen tunnistaminen, tavoitteiden määrittely ja suunnittelutyö tavoitteiden saavuttamiseksi yhdessä asiakkaan kanssa. (Eriksson ym. 2015, 44.)

3.4.3 Kotihoidon laadun tarkastelu

Terveydenhuollon vaikuttavuuden tutkimuksissa on nykyään korostettu entistä enemmän potilaiden subjektiivista hyvinvointia ja elämänlaatu on noussut tärkeäksi hoidon laadun arviointimenetelmäksi (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 127). Elämänlaatua voidaan määritellä eri tavoin. Sen voidaan ajatella tarkoittavan jokaisen yksilön omaa kokemusta omasta elämäntilanteestaan suhteessa hänen odotuksiinsa, tavoitteisiinsa, arvomaailmaansa ja kulttuuriseen ympäristöönsä. Puhuttaessa terveyteen liittyvästä elämänlaadusta tarkoitetaan erityisesti fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä sekä näissä esiintyviä vaivoja ja oireita. Elämänlaadun tarkastelu on toimiva työväline niin hoidon suunnitteluun kuin hoidon laadun mittaamiseenkin. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 59.)

Kotihoidon laadun mittaaminen perustuu asiakkaiden kunnon arviointiin ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin. Laatuindikaattorit eivät suoranaisesti kuvaa kotihoidon työntekijöiden toimintaa asiakkaiden kotona, mutta välillisesti ne kertovat hoidon tuloksista ja myös ongelmien esiintyvyydestä. Keuhkohtaumatautipotilaan kotihoidon laatuindikaattoreita voivat esimerkiksi olla lääkitys, fyysinen toiminta, kipu, mieliala, turvallisuus ja ympäristö. (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 88.)

Ovretveitin (1998) mukaan laadun arvioinnin mallissa kohteet voidaan jakaa rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin (Muurinen 2003, 50). Rakennetekijöihin kuuluvat muun muassa henkilökunnan määrä ja rakenne. Yleisesti ne luovat perustan hyvälle toiminnalle. Prosessitekijät sisältävät koko toimintaprosessin ja niitä arvioidaan toiminnan kautta. Lopputuloksia arvioidessa mietitään, saavutettiinko haluttuja tavoitteita, kuten asiakkaan toimintakyvyn tai terveydentilan muutoksia. (Heinola 2007, 15–16.)

Kotihoidon rakennetekijöitä, prosessia ja tuloksia arvioidaan kotihoidossa asiakkaan, ammattilaisen toiminnan ja johtamisen näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmasta hoito on laadukasta, kun hänen tarpeisiin ja odotuksiin hyvästä hoidosta ja palvelusta vastataan kotihoidon toimesta. Ammattilaisen kohdalta hoito on laadukasta, kun palvelu vastaa edellä mainittuihin asiakkaan tarpeisiin ja mahdollistaa välttämättömien toimintojen toteuttamisen toivottujen lopputulosten saavuttamiseksi. Kun olemassa olevia voimavaroja käytetään tehokkaasti vastaamaan asiakkaan tarpeisiin ja palvelu on toimintaohjeiden sekä säästöjen mukaista, puhutaan laadukkaasta johtamisesta. (Heinola 2007, 15–16.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavissa luvuissa kuvaillaan tässä opinnäytetyössä käytettyä menetelmää, sen kohderyhmää ja aineistonkeruuta. Lopuksi esitellään, miten tämän opinnäytetyön laadullinen sisällönanalyysi on toteutettu havainnollistavien taulukoiden avulla.

4.1 Opinnäytetyön menetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää, jonka lähtökohtana on ihminen ja hänen elinympäristöönsä vaikuttavat tekijät. Menetelmän tavoitteena on pyrkiä selvittämään todellisuutta tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta. Laadullisen menetelmän perustana pidetään induktiivisuutta eli yksittäistä tapahtumaa, joka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23.) Tutkimustyypiltään se on empiiristä, havainnointiin perustuvaa, ja sen lähtökohta perustuu vahvaan teoriapohjaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19–22). Opinnäytetyössä selvitettiin keuhkohtaumatautia sairastavien kotihoidon asiakkaiden kokemuksia sairauden kanssa elämisestä ja sairauden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Laadullisen menetelmän koettiin olevan tarkoituksenmukainen tässä opinnäytetyössä, sillä kokemuksia ei voi mitata määrällisesti.

4.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tämän opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat Tampereen kaupungin kotihoidon erään alueen asiakkaat (n=2). Haastateltavat tavoitettiin marraskuun 2016 aikana kotihoidon työntekijöiden avulla. He valitsivat tutkimukseen alueen asiakkaista viisi vapaaehtoista. Heistä kolme perui osallistumisensa erinäisistä syistä. Valintakriteereinä pidettiin diagnosoitua keuhkohtaumatautia, vapaaehtoisuutta ja kotihoidon asiakkuutta. Opinnäytetyön tekijät ottivat puhelimitse yhteyttä asiakkaisiin, varmistivat osallistumishalukkuuden ja sopivat samalla haastateltavalle sopivan ajankohdan ja paikan haastattelun toteuttamiselle. Ennen haastattelujen aloittamista opinnäytetyöntekijät kävivät haastateltavien kanssa yhdessä läpi kirjallisen tutkimustiedotteen ja suostumuslomakkeen (liite 2). Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelun aloittamista.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä useilla eri menetelmillä, esimerkiksi haastatteluilla, havainnoimalla, kyselyillä, valokuvilla tai päiväkirjoilla (Kylmä & Juvakka 2007, 76–107). Teemahaastattelua käytetään, kun halutaan tutkia yksilön ajatuksia, kokemuksia, tunteita tai uskomuksia. Siinä korostuvat haastateltavan elämysmaailma sekä omat määrittelyt tilanteista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Haastateltavien valitsemisessa on ennen kaikkea tärkeää, että haastateltavilla on mahdollisimman paljon kokemusta asiasta. Teemahaastattelussa edetään ennalta valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymyksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72, 85.)

Aineisto kerättiin kotihoidon piiriin kuuluvilta noin 65-vuotiailta keuhkohtaumatautiä sairastavilta asiakkailta teemahaastatteluilla (liite 1). Haastattelut toteutettiin 21.11.–28.11.2016 haastateltavien kotona heille sopivina ajankohtina. Haastateltavalle tuttu ja miellyttävä ympäristö edistävät haastattelutilanteen kehittymistä (Kylmä & Juvakka 2007, 91). Tämän ja haastateltavien mahdollisten liikuntarajoitteiden vuoksi oli vaivatonta tehdä haastattelut asiakkaiden kotona. Kaikki kolme opinnäytetyöntekijää osallistuivat haastatteluihin. Heistä yksi toimi vuorollaan päähaastattelijana, toinen osallistui myös haastattelun toteuttamiseen ja kolmas kirjoitti muistiinpanoja. Muistiinpanot tehtiin nauhoituksen lisäksi siltä varalta, jos nauhoituksen tekniikka pettäisi.

Haastattelun runkona toimivat taulukossa 1 esitetyt kysymykset, mutta haastattelut etenevät keskustelunomaisesti. Haastattelijat toimivat aktiivisina kuuntelijoina sekä esittivät tarvittaessa haastateltavalle tarkentavia kysymyksiä, kuten esimerkiksi: ”Kerroitte, että Teillä on esiintynyt keuhkohtaumataudin lisäksi masennusta, voisitteko kertoa siitä hieman tarkemmin?”. Haastattelut kestivät noin 60 minuuttia ja ne nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Kirjoitettuna aineistoa kertyi 25 sivua.

TAULUKKO 1. Haastattelukysymysten yhteys opinnäytetyön tehtäviin.

HAASTATTELUKYSYMYKSET:		OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT:
1. Miten kuvailisitte keuhkohtaumatautia sairautena?	→	1. Minkälainen keuhkohtaumatauti on sairautena?
2. Vaikuttaako sairaus elämäänne ja arkeenne? Jos vaikuttaa niin miten?	→	2. Millaista on keuhkohtaumatautia sairastavan arki?
3. Huomioidaanko sairaus hoidon yhteydessä? Jos huomioidaan niin miten?		3. Miten asiakas voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidossa?
4. Koetteko sairauteen liittyviä tarpeita, joita toivoisitte hoidossa huomioitavan?	→	
5. Koetteko tarvitsevanne lisätukea tai -tietoa oman sairautenne kohdalla		
6. Miten määrittelisitte hyvän hoidon oman sairautenne kohdalla?		
7. Onko teillä kehitysehdotuksia hoitoonne liittyen, joita toivoisitte hoitotyöntekijöiden huomioivan?	→	4. Miten keuhkohtaumatautia sairastava kokee kotihoidon palveluiden laadun?

4.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Laadullista sisällönanalyysia käytetään yleisesti hoitotyön tutkimuksissa. Sen tarkoituksena on luoda aineiston perusteella selkeää ja yhtenäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä korostaa tekstin sisällöllisiä ja laadullisia merkityksiä. Laadullista sisällönanalyysia käytettäessä tavoitteena on saavuttaa uusia oivalluksia ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä rakentaa selkeä malli kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. (Elo & Kyngäs 2008, 107; Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–108.) Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Induktiivista eli yksittäisestä yleiseen käytettävää päättelymuotoa käytetään sisäl-

lönanalyysissä, jos tutkittavasta aiheesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa tai se on hajanaista. Aineistosta löytyviä sanoja ja ilmauksia luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. (Elo & Kyngäs 2008, 108.)

Tallennettujen haastatteluiden jälkeen nauhoitettu aineisto kuunneltiin ja litteroitiin, eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Aineisto luettiin useasti ja haastatteluiden sisältöön perehdyttiin. Seuraavaksi aloitettiin aineiston pelkistäminen eli redusointi (taulukko 2), jossa aineistosta karsitaan epäoleellinen tieto pois (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Tekstistä alleviivattiin opinnäytetyön tehtävien kannalta oleelliset ilmaukset ja alkuperäisistä ilmauksista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Haastattelukysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
1. Miten kuvailisitte keuhkohtaumatautia sairautena?	<i>Se on aivan hirvee, kun sitten tulee se, et jos jää lääke esimerkiksi jää ottamatta että ei muista, mul on useampia lääkkeitä siihen. Ja jos joku jää väliin niin alkaa tukehtuu ja jokainen voi kuvitella miltä se tuntuu, kun ei saa happea, ei saa ilmaa. Et kuolema tulee ensimmäiseks mieleen</i>	Kuoleman pelko
	<i>Mää oon jopa soittanut saattokotiin ja kysynyt, kun täs väliin ei tullut unikaan, kun oli huolia ja kaiken näköstä niin, mä soitte- lin yölläkin väliin saattokotiin tai ainakin yhden kerran ja kysyin millain siihen kuolee siihen keuhkohtaumaan</i>	Tiedottomuus sairauden ja elämän loppuvaiheesta.
	<i>No joskus on herännyt sillain, että ei niinkun saa henkeä. Mut aika harvoin</i>	Tukehtumisen tunne
	<i>Se on tuo hengitys tuo vähän pinnallista että sellasta huohottamista</i>	Pinnallinen hengitys ja huohotus

Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin (taulukko 3). Aineistosta pyrittiin löytämään yhteneväisyyksiä ja eroavuuksia, jotka yhdistettiin luokiksi. Luokittelun tarkoituksena on tarjota keinoja ilmiön kuvailuun ja ymmärryksen lisäämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.) Tutkija on oleellisessa asemassa luodessaan luokkia ja hänellä

tulee olla visio, mitkä asiat laitetaan samaan luokkaan (Dey 1993, Elon & Kyngäksen 2007, 112 mukaan).

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Haastattelukysymys	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
1. Miten kuvailisit keuhkohtaumatautia sairautena?	Kuoleman pelko	Sairauden aiheuttamat pelot
	Tiedottomuus sairauden ja elämän loppuvaiheesta.	
	Tukehtumisen tunne	Hengitysoireet
	Pinnallinen hengitys ja huuhotus	

Viimeisenä aineisto käsitteellistettiin eli abstrahoitettiin (taulukko 4), jolloin aineistosta saadun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä luokkia yhdistelemällä. Käsitteiden yhdistelemisellä saadaan vastaukset tutkimustehtäviin ja saatuja johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113.)

TAULUKKO 4. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä.

Alaluokat	Yläluokat	Pääloukka
Hengitysoireet Kehon oirehtiminen Sairauden aiheuttamat pelot Sairauden vaikutus mielialaan	Keuhkohtaumatauti sairastuneen näkökulmasta	Keuhkohtaumatautia sairastava kotihoidon asiakkaana
Sosiaalinen verkosto Yksinäisyys ja yksinolo Sairauden vaikutus unenlaatuun Turvallisuuden kokeminen	Vaikutukset arkeen	
Lääkehoito Psykkisen hoidon tarve Sairauteen liittyvä lisätieto Keuhkohtaumatautipotilaan elintapaohjaus	Kokonaisvaltainen hoito	
Omahoitajuus Palvelujen tarve ja asiakaslähtöisyys Kotihoidon resurssit Työntekijöiden vaikutus	Kotihoidon palveluiden laatu	

5 TULOKSET

Laadullisen menetelmän tavoitteena on selvittää totuus tutkittavasta ilmiöstä. Totuus on käsitteenä usein kiistanalainen, mutta tavoiteltu tulos tieteellisessä tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 17.) Haastatteluista saadut tulokset ovat yksilöiden omia, henkilökohtaisia totuuksia tutkittavasta ilmiöstä, joita ei voida yleistää yleisiksi mielipiteiksi. Tuloksissa arvostetaan haastateltavien omia näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. Teema-haastattelun runko muodostui opinnäytetyön tutkimustehtävien perusteella (taulukko 1) ja sisällönanalyysi tehtiin haastattelurungon mukaisesti (liite 2). Tuloksia käsitellään opinnäytetyön tehtävien mukaisessa järjestyksessä.

Tuloksissa ensimmäisenä käsitellään keuhkohtaumatautia sairastuneen näkökulmasta (opinnäytetyön tehtävä 1). Haastateltavat toivat esille taudin kulun, erilaiset oireet, sairauden kokemisen, pelot ja sairauden vaikutuksen mielialaan. Toisella haastateltavista sairaus eteni hiljalleen ja oli alkuvaiheessa. Hän koki, ettei keuhkohtaumatauti ainakaan vielä vaikuttanut hänen elämäänsä. Myöhemmin käsiteltävien kysymysten vastaukset olivat kuitenkin ristiriidassa edeltävän vastauksen kanssa. Toisella haastateltavista oli ollut toistuvia pahenemisvaiheita, joihin hän tarvitsi toisinaan akuuttihoitoa.

Haastateltavat kertoivat keuhkohtaumataudin aiheuttavan erinäisiä oireita. Eniten heidän elämäänsä vaikuttivat hengitysoireet, kuten pinnallinen ja läähättävä hengitys sekä hengenahdistus. Toinen haastateltavista kertoi ulkoisten tekijöiden, kuten kylmän ja kuumman sään, vaikuttavan hengitysoireisiin niitä pahentavasti. Haastateltavat toivat esiin myös muun kehon oirehtimisen, esimerkiksi lihasten surkastumisen, painon putoamisen ja yleiskunnon huonontumisen. Toinen heistä kuitenkin ajatteli, että yksinään keuhkohtaumatauti ei näitä oireita aiheuttanut. Haastateltavat kokivat kuitenkin lääkehoidon vähentävän oireita merkittävästi.

Sairauteen liittyviä pelkoja aiheuttivat lääkehoitoon, pahenemisvaiheisiin, avunsaannin vaikeuteen ja kuolemaan liittyvät asiat sekä tietämättömyys elämän loppuvaiheesta. Lääkkeiden tehoavuuden ja siten niiden oireita lievittävän vaikutuksen väheneminen aiheutti pelkoja toisessa haastateltavassa. Lisäksi riittämätön tieto elämän loppuvaiheesta ja ajatus kuolemista tukehtumalla aiheutti hänelle pelkoja. Sen sijaan toinen haastateltavista ei osannut nimetä erityisesti sairauteen liittyviä pelkoja.

*...jokainen voi kuvitella miltä se tuntuu, kun ei saa happea, ei saa ilmaa.
Et kuolema tulee ensimmäiseks mieleen.*

Haastatteluissa ilmeni sairauden merkitys mielialaan. Haastateltavat kertoivat olevansa saamattomia ja masentuneita. Keuhkohtaumataudin ja masennuksen katsottiin liittyvän toisiinsa ja toinen haastateltavista koki masennusoireiden pahentuneen sairauden myötä. Sairauden vaikutus tulevaisuuteen oli yksi mielialaa laskevista tekijöistä. Haastateltavat toivat myös ilmi, että matalalla mielialalla oli yhteys tupakoinnin jatkumiseen.

...tää elämä on tämmöstä nii sitä yrittää korvata ku vetelee tupakkia.

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan keuhkohtaumataudin merkitystä arkeen toisen opinnäytetyön tehtävän pohjalta. Arkeen vaikuttavista tekijöistä haastatteluissa ilmenivät erilaiset sosiaaliset seikat sekä sairauden aiheuttamat haasteet päivittäisissä toiminnoissa ja aktiivisuudessa. Sosiaalinen verkosto koostui molemmilla haastateltavista perheestä ja sukulaisista. Yhteydenpito ja sitä kautta avunsaanti lähiverkostolta oli kuitenkin vähäistä. Molemmilla haastateltavista kävi kotihoito päivittäin ja toisen luona vieraili diakoni säännöllisesti. Toinen haastateltavista kaipasi myös vertaistukea. Kumpikin haastateltavista toi esille yksinäisyyden. Toinen koki kuitenkin nauttivansa yksinolosta sopivissa määrin, mutta totesi liiallisen itsekseen olon vaikuttavan negatiivisesti omaan elämänlaatuun. Molemmat viettivät miltei koko päivän yksin kotona. Toisinaan yksinäisyys johti toisella haastateltavista soittoihin eri hoitolaitoksiin ja toinen koki yksin ulos lähtemisen epämiellyttävänä.

...enhän mä ny töissä niin paljoo polttanu, mutta ny kun täs istuu täs, täs mä vietän kaiken aikani täs sohvan reunalla.

Haastateltavat kertoivat sairauden vaikuttavan arjessa heidän päivittäisiin toimintoihinsa. Molemmat haastateltavista kertoivat hengenahdistuksen heikentävän omaa liikkumiskykyä, mutta toinen heistä totesi oireiden olevan vähäisiä liikkumisen rajallisuudesta johtuen. Haastateltavien ruokahalu oli heikentynyt ja lisäksi huono fyysinen kunto vaikeutti ruoanlaittoa. Eri syistä johtuen molempien haastateltavien unirytmii oli epäsäännöllinen. Toisinaan uni katkesi hengenahdistuksen takia ja siten heikensi unenlaatua.

Haastateltavilla aktiivisuus oli melko vähäistä. Toinen haastateltavista kertoi tupakoivansa aikansa kuluksi ja jatkoi, että työelämässä ollessa tupakointi oli ollut vähäisempää. Molemmat pitivät erittäin tärkeänä omatoimista kaupassakäyntiä ja kokivat sen eräänlaisena elämänlaadun mittarina. Sen vuoksi jäljellä olevan omatoimisuuden ylläpitoa pidettiin keskeisenä. Molemmat olivat saaneet kotihoidolta esitteitä erilaisista harrastetoiminnoista ja kannustusta niihin osallistumiseen. Toinen oli aikaisemmin ollut päiväkeskustoiminnassa mukana, mutta kyllästynyt siellä käymiseen, kun taas toinen haastateltavista koki, että kotihoidon ehdottamat aktiviteetit oli tarkoitettu iäkkäämmille eikä sen takia innostunut niihin osallistumisesta. Turvallisuuden kokeminen oli haastateltavien mielestä oleellinen osa arkea. Sitä lisäsivät esimerkiksi turvaranneke ja sisätiloihin asennettu palonsammutusjärjestelmä. Varsinkin turvaranneketa pidettiin välttämättömänä kotona asumiselle.

Tämän opinnäytetyön kolmannen tehtävän tarkoituksena oli saada selville, kuinka keuhkohtaumatautia sairastava voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidossa. Haastatteluissa paneuduttiin haastateltavien toimesta perus- ja lääkehoitoon, kodinhoidollisiin tehtäviin sekä sosiaalisen ja psyykkisen puolen huomiointiin. Haastateltavat toivat esille myös lisätiedon tarpeen sairauteen liittyen sekä elintapaohjauksen merkityksen. Kotihoidon järjestämään perushoittoon kuuluivat haastateltavien mukaan esimerkiksi peseytymisessä avustaminen, ruokailusta huolehtiminen ja erinäiset hoitotoimenpiteet asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kotihoidon työntekijät avustivat myös kodinhoidollisissa tehtävissä kuten pyykinpesussa ja tiskauksessa. Haastateltavien mukaan lääkehoidon turvaaminen oli yksi kokonaisvaltaisen hoidon tärkeistä osa-alueista. Lääkkeenotto varmistettiin ja lääkkeet jaettiin hoitajien toimesta. Kotihoidon osallisuutta lääkehoitoon pidettiin keskeisenä, sillä esimerkiksi toisella haastateltavista hengitysoireilu lisääntyi merkittävästi, jos lääkkeet olivat jääneet ottamatta.

Haastatteluissa ilmenivät usein talouteen liittyvät asiat. Kotihoidon palvelut ja lääkkeet aiheuttivat suuria kustannuksia haastateltaville tuloihin nähden. Toinen heistä piti kodinhoidopalveluita liian kalliina eikä siksi hankkinut niitä. Haastateltavat olivat saaneet ohjausta raha-asioihin kotihoidon työntekijöiltä.

Jo aiemmin mainittuun masennuksen hoitoon olisi kaivattu asiakkaan luokse pysähtymistä ja lisää keskustelua asiakkaan mieltä painavista asioista. Varsinkin toinen haastateltavista koki, ettei osa hoitajista vastannut näihin tarpeisiin. Haastateltavat kertoivat,

että toisille, yleensä pitkäaikaisille hoitajille, oli helpompi puhua kuin esimerkiksi sijaisille. Muita psyykkisen puolen huomioivia seikkoja, kuten ajanpuutetta, käsitellään tarkemmin tulososion myöhäisemmässä kohdassa (tutkimustehtävä 4).

Toinen haastateltavista olisi toivonut sairauteen liittyvää tietoa ja vertaistukea lisää. Hän koki, ettei häntä oltu informoitu esimerkiksi lääkkeiden tehon kestosta eikä sairauden ennusteesta. Tiedonanto oli hänen mukaansa ollut puutteellista jo diagnoosin saannin jälkeen. Tämä johti haastateltavan mukaan epätietoisuuteen omasta tilanteesta. Toinen koki tietävänsä syyt sairastumiseen eikä sen vuoksi kaivannut lisätietoa.

Haastateltavat kokivat saavansa kotihoidolta elintapaohjausta enimmäkseen tupakointiin liittyen. Toisen mukaan tupakoinnista keskusteltiin viikoittain kotihoidon toimesta. Toinen haastateltavista kertoi kotihoidon työntekijöiden yrittävän kaikkensa, jottei tämä tupakoisi eikä osannut sanoa kuinka elintapaohjausta voisi parantaa. Sen sijaan lääkärikäynneillä tupakoinnin lopettamista ei enää otettu puheeksi toisen haastateltavan mielestä. Molemmat haastateltavat ymmärsivät tupakoinnin ja sairauden yhteyden, mutta toinen haastateltava kertoi kokevansa, että tupakanpolton lopettamisella olisi vain vähäinen vaikutus hänen terveydentilaansa.

Seuraavaksi käsitellään haastatteluissa ilmenneitä kotihoidon palveluiden laatuun liittyviä asioita. Näitä olivat omahoitajuus, palveluiden tarve ja asiakaslähtöisyys, kotihoidon resurssit ja henkilöstön vaikutus. Haastateltavat pitivät omahoitajajärjestelmää hyvänä asiana. Heidän mukaansa omahoitaja huolehti asiakkaan yksilöllisistä tarpeista ja hyvinvoinnista. Haastateltavat kokivat, että omahoitajalle on helpompi puhua toisiin hoitajiin verrattuna. Toinen haastateltavista ei ollut tietoinen omasta hoitosuunnitelmastaan, mutta hänen mielestään kotihoito muokkasi palveluita asiakaslähtöisiksi. Kun esimerkiksi asiakkaan hoidon tarve tai sen ajankohta muuttui, kotihoito pystyi vastaamaan näihin palveluita muokkaamalla.

Kotihoidon palveluiden laadusta puhuttaessa haastateltavat nostivat esiin kotihoidon resursseihin liittyviä asioita. He kokivat, että työntekijät tekivät vain heille ennalta määrätty työtehtävät. Haastateltavat kertoivat, että he olisivat mielellään käyneet enemmän ulkoilemassa työntekijöiden avustuksella ja keskustelleet esimerkiksi mieltä painavista asioista. He kuitenkin kokivat, että kotihoidon työntekijöiden määrä ja heillä käytettävissä oleva aika ei näihin riitä.

Haastatteluissa ilmeni, että työntekijät ja heidän osaamisensa vaikuttivat kotihoidon palveluiden laatuun. Haastateltavat toivat ilmi, että pitkäaikaisilla ja kokeneilla työntekijöillä on parempi ymmärrys asiakkaan hoidon yksilöllisestä toteuttamisesta kuin esimerkiksi sijaisilla. Haastateltavat toivoivatkin, että heidän hoitajansa olisivat tuttuja ja siten hoito olisi jatkuvampaa. He kokivat, että jatkuvasti vaihtuvasta hoitohenkilöstöstä on asiakkailla enemmän haittaa kuin hyötyä. Toinen haastateltavista kertoi tilanteesta, jossa hän joutui ohjaamaan uutta työntekijää lääkkeenjaossa, vaikka hänellä itsellään on muistivaikeuksia. Myös kotihoidon työntekijöiden persoonallisuuden kerrottiin vaikuttavan esimerkiksi psyykkisen puolen huomiointiin ja siihen, kuinka helpoksi asiakas koki omista asioista puhumisen.

Ja häntä saa neuvoa lääkkeenjaossakin. Ja määkin oon semmonen muistil-tani, että mä en kaikkee muista.

Viimeiseksi käsitellään haastateltavien tyytyväisyyttä kotihoidon palveluihin ja kerrotaan haastatteluissa esille nousseita kehitysehdotuksia. Haastateltavat kertoivat olevansa tyytyväisiä nykyisenlaisiin kotihoidon palveluihin. Toisaalta jo aiemmin mainittu lisätiedon tarve sairauteen liittyen oli toisen haastateltavan toiveena. Toinen haastateltavista oli tyytyväinen, koska kotihoito mahdollisti hänen asumisensa kotona. Toinen kertoi kotihoidon kautta tulevien ihmiskontaktien olevan tärkeitä hänelle. Kehitysehdotuksista kysyttäessä esille tuli vain kodinhoidollisten töiden lisäys. Toisaalta haastateltavat kertoivat muiden haastattelukysymyksien yhteydessä toiveistaan useammin mahdollistuvasta ulkoilusta hoitohenkilökunnan kanssa. Myös aiemmin mainittua työntekijöiden pysyvyyttä ja hoidon jatkuvuutta olisi haastateltavien mielestä hyvä kehittää jatkossa.

6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tämän opinnäytetyön keskeisiä tuloksia vertaillen niitä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin ja selvityksiin. Tuloksia tarkastellaan opinnäytetyön tehtävien mukaisessa järjestyksessä. Luvussa esitellään myös johtopäätökset. Lisäksi pohditaan opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä viimeisenä käsitellään esille tulleita jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksia.

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kanerviston (2008, 38) väitöskirjassa keuhkohtaumatautia sairastavan arjessa selviytymisestä käy ilmi, että hengenahdistus rajoitti sairastuneen arkielämää. Terveisiin verrattuna keuhkohtaumatautia sairastavat selviytyivät heikommin eri arkipäivän osa-alueilla. Varsinkin pahenemisvaiheessa hengityksen lisäksi liikkuminen vaikeutui, jolloin jopa tavanomaisista kotitöistä suoriutuminen hankaloitui. Tämän opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että eniten haastateltavien elämään vaikuttivat juuri hengitysoireet, kuten pinnallinen ja läähättävä hengitys sekä hengenahdistus. Näillä oli oleellinen merkitys heidän selviytymiseensä päivittäisistä perustoiminnoista. Tulokset ovat siis samankaltaisia niin tässä opinnäytetyössä kuin Kanerviston (2008) väitöskirjassa. Johtopäätöksenä voidaan todeta keuhkohtaumataudin, ja erityisesti sen aiheuttamien hengitysoireiden, vaikuttavan heikentävästi asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen.

Elorannan ym. (2012, 14–15, 21) tutkimuksessa arvioitiin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia ja psykososiaalisen tuen saamista niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin näkökulmasta. Asiakkaat tunsivat olevansa yleisesti tyytyväisiä elämäänsä, vaikka ajoittainen masennuksen ja yksinäisyyden tunteminen olikin yleistä. Sen sijaan Kanerviston (2008, 38–40) väitöskirjan laadulliseen tutkimusosioon osallistuneista keuhkohtaumatautia sairastavista kukaan ei kokenut olevansa ahdistunut tai masentunut vaan sairastuneet kokivat arjen mielekkäänä sekä tarkoituksenmukaisena. Elorannan ym. (2012) tutkimuksen, Kanerviston väitöskirjan (2008) ja tämän opinnäytetyön tulokset eroavat osittain toisistaan. Tässä opinnäytetyössä haastatellut eivät kokeneet olevansa tyytyväisiä elämäänsä, vaan olivat yksinäisiä ja masentuneita. Sairaus vaikutti negatiivi-

sesti mielialaan ja keuhkohtaumataudin koettiin olevan yhteydessä masennukseen. Tulosten eroavaisuuksissa tulee huomioida, että Elorannan ym. (2012) tutkimuksessa ei ole yksilöity kohderyhmän taustoja, esimerkiksi sairastavatko he kroonisia sairauksia ja erityisesti keuhkohtaumatautia. Voidaan pohtia, onko masennus ja yksinäisyyden kokeminen yhteydessä keuhkohtaumatautiin vai voivatko ne olla myös sairaudesta riippumattomia.

Kuitenkin taas Stark ym. (2009, 266) toteavat depressiota esiintyvän jopa 40 prosentilla keuhkohtaumatautia sairastavista. Kyseisessä tutkimuksessa masennuksen ja ahdistuneisuuden on todettu olevan yhteydessä muun muassa vaikeaan hengitystieoireiluun, tupakoinnin jatkamiseen, heikentyneeseen fyysiseen suorituskyykyyn ja yksin asumiseen, kuten myös tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni.

Tämän opinnäytetyön haastateltavat kokivat sairauden aiheuttavan pelkoja ja turvottomuuden tunnetta, kun taas Kanerviston (2008, 38–40) haastattelemat kokivat arkensa pääsääntöisesti turvalliseksi. Kuitenkin yhteneväistä väitöskirjan ja tämän opinnäytetyön tuloksissa oli pahenemisvaiheiden sekä yksinolon aiheuttama turvottomuuden tunne. Kanerviston (2008) väitöskirjan arkeen liittyvässä osiossa haastateltiin viittä keuhkohtaumatautia sairastavaa ja neljää perheenjäsentä, kun taas tässä opinnäytetyössä haastateltiin kahta yksinasuvaa keuhkohtaumatautia sairastavaa. Tulosten eroavaisuus voi siis johtua esimerkiksi erilaisista sosiaalisista suhteista, sairauden vaiheesta sekä kohderyhmästä.

Kanerviston (2008, 36–38) tutkimuksessa selviää, että keuhkohtaumataudin edetessä sairastavat joutuivat luopumaan omista vapaa-aikaan liittyvistä toimistaan, kuten vierailuista kodin ulkopuolella. Keuhkohtaumatautia sairastavat selviytyivät tutkimuksen mukaan terveitä huonommin päivittäisissä perustoiminnoissa, asioiden hoitamisessa, liikkumisessa ja harrastuksissa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa tämä ilmeni ruoanlaiton, kotitöiden ja hygieniasta huolehtimisen vaikeutena sekä liikkumisen hankaloitumisena. Myös harrastukset olivat vähäisiä sairastavilla.

Molemmat haastateltavista kertoivat hengenahdistuksen vaikuttavan heikentävästi omaan liikuntakykyyn, mutta toinen heistä totesi kuitenkin oireiden olevan vähäisiä liikkumisen rajallisuudesta johtuen. Lisäksi eri syiden takia molempien haastateltavien unirytmä oli

epäsäännöllinen ja toisinaan uni katkesi hengenahdistuksen takia. Hengitysliiton toteuttamassa kyselyssä haastateltiin keuhkohtaumatautia sairastavia (n=107). Tuloksissa selvisi, että reilusti yli puolet liikkui säännöllisesti sekä huolehti unesta ja levosta. (Puolanne 2016, 32.) Erot tämän opinnäytetyön ja Hengitysliiton teettämän selvityksen välillä voivat johtua esimerkiksi Hengitysliiton jäsenten suuremmasta aktiivisuudesta sairauden omahoidossa ja kattavasta tiedonsaannista. Voidaan pohtia, onko Hengitysliiton toiminnassa mukana oleva keuhkohtaumatautia sairastava tietoisempi omahoidon positiivisista vaikutuksista ja siten motivoituneempi huolehtimaan itsestään. Kumpikaan opinnäytetyön haastateltavista ei ollut Hengitysliiton tai muun järjestön jäsen.

Paljärven (2012, 78–81) tekemässä 15 vuoden seurantatutkimuksessa kotihoidon muutoksista tarkasteltiin muun muassa kotihoidon sisältöä työntekijöiden työajalla mitattuna. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kotihoidon sisältöön kuuluvat pääasiassa keskustelut, hygieniasta huolehtiminen, ruokailussa auttaminen, hoitotoimenpiteet ja lääkehoito. Tämän opinnäytetyön tuloksissa kotihoidon sisältö näyttäytyy hyvin samankaltaisena ja näiden osa-alueiden lisäksi haastateltavat kertoivat työntekijöiden avustavan heitä myös kodinhoidollisissa tehtävissä, joiden osuus Paljärven toteuttamassa tutkimuksessa oli puolestaan vähäistä.

Tämän opinnäytetyön haastateltavista toinen korosti kotihoidon merkitystä kotona asuminen mahdollistajana. Turjamaan, Hartikaisen ja Pietilän (2011, 10–11) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavaroja sekä niiden taustalla olevia tekijöitä. Katsauksessa ilmeni, että sosiaaliset suhteet sekä mielekäs arki koettiin voimavaroja lisäävänä. Mielekkääseen arkeen vaikuttivat esimerkiksi kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä fyysinen ja psyykinen hyvinvointi. Iäkkäiden voimavaroja tukivat kotihoidon palvelut sekä ympäristön turvallisuus ja toimivuus. Myös tämän opinnäytetyön haastateltavat kokivat omatoimisuuden ylläpidon tärkeäksi ja pitivät kotihoidon kautta tulevia sosiaalisia kontakteja merkityksellisinä muuten yksinäisessä arjessa. Turvallisuuden kokeminen oli haastateltavien mielestä tärkeä osa arkea ja turvallisuuden tunteen kannalta haastateltavat pitivätkin välttämättömänä kodin turvapalveluita, esimerkiksi turvaranneketta.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa korostuivat erityisesti haastateltavien kokema tiedonpuute sairaudestaan sekä sairauden vaikutuksesta heidän tulevaisuuteensa. Myös Hengi-

tyšliiton teettämässä selvityksessä vajaa kolmannes haastateltavista koki tarvitsevansa lisätietoa sairaudestaan (Puolanne 2016, 32). Tässä opinnäytetyössä haastatelluilla epäitietoisuus aiheutti ahdistusta sekä lisäpelkoja, jotka lisäsivät oleellisesti psyykkisen tuen tarvetta.

Eloranta ym. (2012, 21–22) totesivat tutkimuksessaan, että yleisesti kotihoidon asiakkaat ovat tyytymättömiä saamaansa psykososiaaliseen tukeen, kun taas suurin osa työntekijöistä oli mielestään onnistunut hyvin tuen huomioimisessa. Asiakkaiden näkökulmat psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta näyttäytyvät tämän opinnäytetyön tuloksissa hyvin samankaltaisina Elorannan ym. (2012) tuloksien kanssa. Kyseisen tutkimuksen ristiriita työntekijöiden ja asiakkaiden näkemyksistä saattaa johtua kunnallisen kotihoidon resursseista. Työntekijöillä ei ole välttämättä aikaa ottaa huomioon asiakkaan henkistä hyvinvointia ja keskustella asiakkaan kanssa, vaikka työntekijä niin haluaisikin. Ristiriita voi johtua myös siitä, että työntekijät saattavat toteuttaa asiakkaiden hoitoa siten, minkä he itse kokevat olevan asiakkaan kannalta parasta, jolloin asiakkaan oman mielipiteen kuuleminen ei toteudu.

Tämän opinnäytetyön haastateltavat toivat ilmi tyytyväisyytensä omahoitajajärjestelmää kohtaan. He kokivat omahoitajan ottavan paremmin huomioon heidän yksilölliset tarpeensa ja omahoitajalle puhumisen olevan helpompaa toisiin hoitajiin verrattuna. Hautsalon, Rantasen, Kaunosen ja Åsted-Kurjen (2016, 11) toteuttamassa tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotihoidosta. Siinä selvisi, että asiakkaille omahoitaja on hyvin merkityksellinen, sillä hän vastaa asiakkaan hoidon koordinoinnista ja kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä on ensisijaisesti yhteydessä asiakkaan läheisiin. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että omahoitajajärjestelmä on erityisen merkityksellinen osa asiakkaan laadukasta ja kokonaisvaltaista kotihoitoa.

Tampereen kaupungin (2015, 3, 12) toteuttamassa selvityksessä kotihoidon asiakastyytyväisyydestä ilmeni, että 616 vastaajasta 53 prosenttia tiesi omahoitajansa. Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että asiakkaiden mahdollinen muistamattomuus saattaa vaikuttaa vastauksiin, joten tulokset eivät välttämättä kerro täyttä totuutta omahoitajajärjestelmän toimivuudesta. Omahoitajansa tietäneet vastaajat olivat kuitenkin omahoitajajärjestelmään tyytyväisiä ja omahoitajat saivatkin vastanneilta paljon erityiskiitoksia. Tyytymättömyyttä omahoitajajärjestelmässä aiheutti se, että asiakas koki, ettei tapaa omahoitajansa tarpeeksi tai lainkaan. Tampereen kaupungin (2015) selvityksen pohjalta

voidaan päätellä, että omahoitajajärjestelmää tulisi vielä kehittää. Omahoitajajärjestelmän vaikutus asiakastyytyväisyyteen on merkittävä, kuten opinnäytetyön tuloksissa ilmeni. Erot selvityksen ja tämän opinnäytetyön tuloksissa voivat johtua esimerkiksi alueellisista eroista ja opinnäytetyön kohderyhmän suppeudesta.

Elorannan ym. (2011, 21–24) tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että asiakkaan hoidon suunnittelu hänen tarpeitaan vastaavaksi vaatii entistä enemmän asiakkaan omien toiveiden kuulemistä ja hänen ottamistaan mukaan hoidon suunnitteluun. Jatkossa olisi myös hyvä löytää uusia toimintatapoja, joilla pystyttäisiin entistä paremmin tunnistamaan asiakkaan psykososiaaliset tarpeet ja sitä kautta vastaamaan niihin. On kuitenkin huomioitava, että tämä opinnäytetyö ei käsittele työntekijöiden yksilöllisiä kokemuksia ja heidän ajatuksensa psyykkisen hyvinvoinnin huomioimisesta voi erota hyvin paljon Elorannan ym. (2011) tuloksista.

Tässä opinnäytetyössä haastatellut kertoivat toivovansa hoitoonsa jatkuvuutta ja kokivat jatkuvasti vaihtuvasta hoitohenkilöstöstä olevan heille enemmän haittaa kuin hyötyä. Hautsalon ym. (2016, 7) toteuttamassa tutkimuksessa haastateltavat toivat myös esiin hoitajien vaihtuvuuden ongelmallisuuden. Työntekijöiden vaihtuvuus saattaa aiheuttaa asiakkaille turvattomuuden tunteen ja saada aikaan sen, että potilas kokee olevansa vain hoidon kohde eikä kokemuksellinen ihminen (Kotihoidon palvelukehitysprojekti 2015, Kotihoidon asiakastyytyväisysselvityksen 2015 mukaan). Hoidon jatkuvuus edistää hoitosuhteen luottamuksen syntymistä ja näin lisää hoidon tuloksellisuutta (Virtanen ym. 2011, 20–21).

Tämän opinnäytetyön haastateltavat kertoivat kokevansa kotihoidon resurssien vaikuttavan siihen, että esimerkiksi keskustelemiseen ei jää riittävästi aikaa käyntikerroilla. Hautsalon ym. (2016, 7) tutkimuksessa todetaan kotikäyntien ajanpuutteen näyttäytyvän hoitajien kiirehtimisenä, joka puolestaan vaikuttaa oleellisesti hoidon laatuun. Asiakas ei välttämättä saa tällöin pyydettyä apua tarpeellisten tehtävien toteuttamiseen tai puhuttua mieltään painavista asioista.

Hautsalon ym. (2016, 11) tutkimuksesta nousee kehitysehdotuksiksi aiemmin käsiteltyjen hoitajien vaihtuvuuden ja ajanpuutteen lisäksi psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden parempi huomiointi sekä hoitajalähtöinen kotihoidon ja läheisten aktiivisempi yhteistyö.

Fyysisten avuntarpeiden tyydyttämisen lisäksi kotihoidon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomioita asiakkaan sosiaalisiin ja psyykkisiin tarpeisiin. Yhteistyö kotihoidon ja läheisten kesken on tärkeää laadukkaan hoidon takaamiseksi. Hoitajan tulee olla aktiivinen yhteistyön rakentamisessa ja sen ylläpitämisessä. Tämän opinnäytetyön tuloksissa ei sen sijaan noussut kehitysehdotuksia näihin liittyen, psyykkisen puolen parempaa huomiointia lukuun ottamatta.

Kotona kokonainen elämä -kehittämishankkeen (2013–2015) tarkoituksena oli toteuttaa Kaste-ohjelman (2012–2015) ikäihmisten palvelurakenteiden ja sisällön uudistamisen osaohjelman tavoitteita. Osana hanketta oli myös Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuus (2014), joiden kunnissa toteutettiin selvitys kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arjen sujuvuudesta, heidän saamistaan palveluista sekä osallisuudesta niiden suunnitteluun ja toteutukseen. Selvityksessä haastateltiin kotihoidon asiakkaita (n=854), joista suurin osa koki olevansa tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Kehittämissuhteista yleisimmin esiintyivät hoitajien vähäisempi vaihtuvuus ja omahoitajan käyminen useammin asiakkaan luona. Tämän opinnäytetyön tuloksissa kokemukset näyttäytyvät hyvin samankaltaisina edellä mainitun selvityksen kanssa.

Kotona kokonainen elämä -kehittämishankkeen (2013–2015) teettämässä selvityksessä (2014) kotihoidon asiakkaat toivoivat enemmän sisältöä hoitoonsa, kuten esimerkiksi heidän tarpeidensa ja terveydentilansa aiempaa parempaa huomiointia ja siivous-, ulkoilu- sekä asiointiapua. Toiveena oli myös, että sairaanhoitaja ja lääkäri olisivat tavoitettavissa päivittäin. Vastaajat kertoivat myös kaipaavansa lisää kiireetöntä palvelua, jolloin olisi aikaa puhua esimerkiksi kuulumisista ja mieltä askarruttavista asioista. Henkilökuntaa ja etenkin päteviä hoitajia kaivattiin lisää. Moni vastaaja toi esille myös toiveen yhteydenpidon ja tiedonkulun toimivuudesta, sillä osa omaisista koki, ettei saanut tarpeeksi tietoa läheisensä voinnista. Tämän opinnäytetyön haastateltavat toivoivat myös lisää kodinhoidollista apua. Toinen haastateltavista toi esille sen, että kaipaisi lisätietoa omasta sairaudestaan. Toisaalta haastateltavat kertoivat muiden haastattelukysymyksiensä yhteydessä toiveistaan ulkoilun aiempaa paremmasta mahdollistumisesta. Myös aiemmin mainittua työntekijöiden pysyvyyttä ja hoidon jatkuvuutta olisi haastateltavien mielestä hyvä kehittää jatkossa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ja luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden kriteereinä pidetään siirrettävyyttä, reflektiivisyyttä, vahvistettavuutta sekä uskottavuutta. Siirrettävyyden kriteerin mahdollistaa tutkimusaineiston rikas kuvailu, jolloin lukija pystyy soveltamaan tutkimustuloksia vastaavanlaisiin tilanteisiin. Reflektiivisyys huomioi tutkimuksen tekijän, jonka tulee olla tietoinen lähtökohdistaan tutkimuksen toteuttamiselle sekä arvioida omaa vaikutustaan tutkimustuloksiin. Vahvistettavuus tarkoittaa, että tutkimus on kuvattu niin tarkasti, että toinen tutkija pystyy seuraamaan sitä. Uskottavuuskriteeri käsittää tulosten uskottavuuden sekä niiden selkeän kuvailun. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Tässä opinnäytetyössä toimittiin hyvän tieteellisen käytännön toimintatapojen mukaisesti. Yleinen huolellisuus ja tarkkuus olivat tärkeitä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tekemiä töitä ja viitata heidän julkaisuihin asianmukaisella tavalla sekä hankkia tarvittavat tutkimusluvut (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tämän opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin keväällä 2016 ennen varsinaista työn aloitusta.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tieteelliseen tutkimukseen sovelletaan kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään uusia, kymmenen vuoden sisällä julkaistuja suomalaisia ja kansainvälisiä lähteitä. Tiedonhaussa käytettiin esimerkiksi Medic- ja PubMed-tietokantoja. Jokaisen lähteen luotettavuutta arvioitiin ennen sen hyödyntämistä. Tekijöitä, kohderyhmää ja sen laajuutta sekä sisällön objektiivisuutta tarkasteltiin. Lähdeviittaukset tehtiin asianmukaisesti niin, että lukijan on helppo selvittää tiedon alkuperä.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikensi haastateltavien pieni määrä. Viidestä tutkimukseen osallistujasta haastateltiin lopulta vain kahta. Tämä vähentää työn uskottavuutta. Toisaalta työn menetelmä oli laadullinen, jolloin kiinnostuksen kohteena on haastateltavien kokemukset, ajatukset sekä näkökulmien ymmärtäminen, ei tutkimustulosten yleis-

tettävyys. Kylmä ja Juvakka (2007, 22–23) toteavat, että laadullisen tutkimuksen lähtökohtana pidetään induktiivisuutta, jolloin päättely tapahtuu yksittäistapauksista yleiseen. Kiinnostuneita ollaan aineiston laadusta, ei määrästä.

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin kahta yksinasuvaa monisairasta miestä. Esimerkiksi perheen osallisuus, sukupuoli tai muutoin hyvä toimintakyky voisivat tuoda erilaisia tuloksia muun muassa mielialaa ja yksinäisyyttä tutkiessa, kuten Kanerviston (2008) väitöskirjassa tuloksissa ilmeni. Haastateltavat asuivat tietyllä alueella ja siksi toisessa kaupunginosassa tai kaupungissa tehdyssä tutkimuksessa osa tuloksista esimerkiksi kotihoiton laatuun liittyen olisivat voineet olla erilaisia.

Teemahaastatteluun kuuluu haastatteluiden tallentaminen esimerkiksi kirjoittamalla tai nauhoittamalla. Haastattelu sujuu nopeasti, luontevasti ja ilman keskeytyksiä, kun tallennus tehdään nauhurilla. Tällöin myös esimerkiksi äänenkäyttö, tauot ja johdattelu säilyvät materiaalissa. Aineistoa voi purkaa esimerkiksi sanasanaaisella puhtaaksikirjoituksella eli litteroinnilla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48, 138.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta vahvisti haastatteluiden nauhoittaminen. Teemahaastattelun mukaisesti käytiin läpi ennalta mietittyjä avainkysymyksiä, mutta haastattelut etenivät haastateltavien mielipiteiden ja ajatusten mukaisesti. Kaikki kolme opinnäytetyöntekijää olivat ensimmäistä kertaa haastattelijan roolissa, millä on luonnollisesti merkitys työn luotettavuuteen. Haastateltajoina pyrittiin olemaan aktiivisia keskustelun osapuolia. Lisäksi kuitenkin varmistettiin, etteivät haastateltajat ilmaise omia mielipiteitään haastatteluissa. Tämä voisi mahdollisesti ohjata haastateltavien vastauksia.

Kaikki opinnäytetyöntekijät osallistuivat molempien haastatteluiden toteuttamiseen. Haastateltajoina yksi toimi päähaastattelijana, jolloin kaksi muuta opinnäytetyöntekijää pystyi esittämään tarkentavia kysymyksiä ja tekemään huomioita, jolloin työn luotettavuutta pystyttiin vahvistamaan. Tämän opinnäytetyön luotettavuuden kannalta pidettiin hyvänä asiana, että haastateltajoina oli kolme. Toisaalta taas monta haastateltajaa haastattelemassa yhtä henkilöä saattaa vaikuttaa haastateltavan kokemukseen tilanteen tasavertaisuudesta sekä ilmapiiristä.

Ikääntyneen haastattelu luo omat erityispiirteensä haastattelutilanteeseen. Iällä itsessään on jo merkitystä, mutta haastattelun toteuttamisessa korostuu myös esimerkiksi se, miten

haastateltava ymmärtää esitetyt kysymykset (Elo & Isola 2008, 215–216). Tämän opin-
näytetyön haastateltavat olivat verrattain kotihoidon keski-ikään nähden nuoria asiak-
kaita, alle 70-vuotiaita. Kuitenkin huomioiden keuhkohtaumataudin luonne ja vuosien
sairastamistausta haastatteluissa korostui samanlaisia erityispiirteitä kuin ikääntyneenkin
haastattelemisessa.

Teemahaastattelun rungon kysymykset muodostettiin niin, etteivät ne ohjaisi haastatelta-
via vastaamaan tietyllä tavalla. ”Mitä kehitysehdotuksia Teille on hoitoonne liittyen?”
ohjaa haastateltavaa vastaamaan eri lailla kuin kysymykseen ”Onko Teillä jotain kehitys-
ehdotuksia hoitoonne liittyen?”. Koska haastattelukysymykset olivat lyhyitä ja ytimek-
käitä sekä selkeästi lausuttuja haastateltavat pääsääntöisesti ymmärsivät ne ja kykenivät
vastaamaan niihin vaivatta. Mikäli haastateltava ei kuitenkaan ymmärtänyt alkuperäistä
kysymystä, pyrittiin sitä avaamaan aiempaa selkokielemmäksi. Haastatteluiden aikana
esitettiin tarkentavia kysymyksiä, jotta haastateltavilta saadut vastaukset tarkentuivat. Tu-
lostien analysointivaiheessa huomattiin, että haastattelija olisi voinut esittää lisää tarken-
tavia kysymyksiä, jotta haastateltava vastaa juuri siihen asiaan, josta haastattelija on kiin-
nostunut. Haastattelijoiden kokemattomuus näin ollen heikentää tämän opinnäytetyön
luotettavuutta.

Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus, ihmisoikeuden
kunnioittaminen, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Laadullisessa menetelmässä haitan
välttämällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, ettei tarkoituksenmukaisesti ilman perusteltua
syytä aktivoida uudelleen haastateltavan traumoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 147–149.)

Tietoon perustuvan suostumuksen keskeisenä osana on osallistujan suostumus, mikä pe-
rustuu osallistujan vapaaehtoisuuteen ja hänen pätevyyteensä antamaan suostumus. Osal-
listujan on oltava tietoinen tutkimukseen osallistumisesta ja hänelle on kerrottava tutki-
muksen tarkoituksesta, kestosta, menettelytavoista sekä mihin tutkimuksessa tuotettua
tietoa aiotaan käyttää. Osallistujalle on kerrottava, millä perustein hänet on valittu ja ketkä
ovat tutkimuksen vastuuhenkilöt. Lisäksi häntä on myös informoitava tutkimuksen mah-
dollisista ennustettavissa olevista hyödyistä ja haitoista, jotta hän voi ottaa ne huomioon
tehdessään päätöstä tutkimukseen osallistumisesta. Osallistujalle on myös kerrottava, mi-
ten luottamuksellisuus, nimettömyys ja yksityisyys taataan tulevassa tutkimuksessa. Hä-
nen tulee olla myös tietoinen mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa.

Tutkimukseen osallistujalla tulee olla aina tiedossa henkilö, johon ottaa yhteyttä tutkimukseen liittyvissä asioissa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuksen eettisiä periaatteita. Ennen haastatteluiden aloittamista käytiin haastateltavan kanssa yhdessä läpi tietoinen suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön. Haastateltavalle kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksista sekä korostettiin, että työn tavoitteena on saada asiakkaiden ääntä kuuluviin kotihoidon kehittämistä varten. Tilanteessa tuotiin myös ilmi, että työhön osallistuminen on haastateltavalle täysin vapaaehtoista sekä haastattelun keskeytys on mahdollista missä vaiheessa tahansa. Luottamuksellisuutta, nimettömyyttä sekä yksityisyyttä korostettiin useasti. Opinnäytetyön haastattelut käsiteltiin luottamuksellisesti ja hävitettiin asianmukaisesti analysoinnin jälkeen. Tulosten analysointi tehtiin luottamuksellisesti ja tulokset esitettiin niin kuin ne todellisuudessa ovat niitä millään tavalla muuttamatta.

6.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ainoastaan asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja jatkotutkimusehdotuksena olisikin tarkastella kotihoidon laatua työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijöiltä voitaisiin kysyä heidän ajatuksiaan siitä, mihin he ovat kotihoidon palveluissa sekä työssään tyytyväisiä ja mihin he kaipaisivat puolestaan parannusta. Näin voitaisiin saada arvokasta tietoa asiakaslähtöisen hoitotyön ja hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin kehittämiseksi, sillä ne kulkevat aina rinnakkain. Lisäksi jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää onko keuhkohtaumatautipotilaiden kotihoidon laadussa alueellisia eroja. Tätä voisi tutkia sekä työntekijän että asiakkaan näkökulmasta.

Haastateltavat toivat esille masentuneen mielialansa, yksinäisyyden kokemuksensa ja toiveensa siitä, että he haluaisivat lisää keskustelua mieltään painavista asioista hoitohenkilöstön kanssa. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisikin, miten kotihoidon asiakkaiden psyykinen hyvinvointi voitaisiin huomioida mahdollisimman hyvin vastaten asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin. Olisi tärkeää kartoittaa, millaisia tukitoimia asiakkaat itse toivoisivat ja millaisten palveluiden piiriin työntekijät voisivat asiakkaat tarvittaessa ohjata.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni haastateltavien tyytyväisyys omahoitajuuteen, joka on merkittävä osa laadukasta kotihoitoa. Jatkossa olisikin hyvä panostaa omahoitajuuden ja hoidon jatkuvuuden kehittämiseen, joista hyötyisivät niin asiakkaat, heidän läheisensä kuin kotihoidon työntekijätkin. Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että asiakkaat toivoivat enemmän keskustelu-aikaa ja ulkoiluseuraa, jolloin hoitoneuvotte- luissa voitaisiin sopia asiakkaan kanssa, mitä hänen toiveidensa mukaista tekemistä hoi- toon voitaisiin sisällyttää. Tämä omahoitajan kanssa suunniteltu asiakkaan toive toteutet- taiseen säännöllisin väliajoin, esimerkiksi kerran kuukaudessa. Virtanen ym. (2011) ovat todenneet asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioivat joustavat palvelut lisäävän asiakas- lähtöisyyttä, hoitoon sitoutumista ja hoitomotivaatiota. Tällä keinolla myös psyykkisten tarpeiden huomiointi omahoitajan toimesta voisi kehittyä. Tämän ehdotuksen toteuttami- nen vaatisi kuitenkin resurssien lisäämistä.

Tulokset osoittavat myös, että asiakkaat toivoivat sairauteen liittyvää lisätietoa. Kotihoi- don työntekijöiden on tärkeää ymmärtää tiedon antamisen merkitys. Puutteellinen tieto omasta sairaudesta vaikuttaa asiakkaan psyykkiseen hyvinvointiin ja laskee potilaan hoi- tomotivaatiota. Lisätiedon antamiseen vaikuttavat työntekijöiden tiedon määrä keuhko- ahtaumataudista sairautena, työntekijöiden käytettävissä oleva aika sekä mahdollinen olettamus siitä, ettei asiakas tarvitse lisätietoa. Olisi tärkeää, että työntekijöille tarjottai- siin mahdollisuus lisäkoulutuksiin tasaisin väliajoin, jolloin he saisivat lisää varmuutta asiakkaiden tiedottamiseen. Toinen haastateltavista kertoi tiedonannon olleen puutteel- lista jo diagnoosin saamisen jälkeen. Asiakkaan tiedon määrästä ei tulisi tehdä olettamuk- sia sairauden missään vaiheessa, vaan tiedonannon tulisi olla osana jokaisessa hoidon vaiheessa. Tiedonannon varmistamisessa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi asiantuntija- sairaanhoitajien tietämystä. Myös asiakkaiden kannustaminen vertaistuen piiriin voisi li- sätä tietoutta sairaudesta.

LÄHTEET

Clipart Library. 2016. Luettu 15.12.2016. www.clipart-library.com/clipart/147345.htm

Ekroos, H. 2014. Keuhkohtaumataudin uudet lääkehoidot. Suomen lääkärilehti 69 (44), 2897–2900.

Elo, S. & Isola, A. 2008. Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. Hoitotiede 20 (4), 215–225.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing 62 (1), 107–115.

Eloranta S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoitotiede 24 (1), 14–26.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.

Ferreira, IM., Brooks, D., Lacasse, Y., Goldstein, RS. & White J. 2005. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane database of systematic reviews 18, (2).

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.

Hammar, T. 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö 14 (1), 4–12.

Helin, T. 2015. Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131 (15), 1383–1388.

Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.

Hengitysliitto. 2010. Omahoito-ohjeita keuhkohtaumatautia sairastavalle. Hengitysliitto.

Hengitysliitto. Hengitä ja hengästy -opas 2014–2016a. Hengitysliitto. Hengitä ja hengästy -liikuntahanke 2014–2016.

Hengitysliitto. Miten liikun, jos minulla on keuhkohtaumatauti? Hengitä ja Hengästy -hanke 2014–2016b. Hengitysliitto. Hengitä ja hengästy -liikuntahanke 2014–2016.

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holmes, S & Scullon, J. 2015. A changing landscape: diagnosis and management of COPD. *British Journal of Nursing* 24 (8), 432–438.
- Kanervisto, M. 2008. Keuhkohtaumatautia sairastavan arjessa selviytyminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kankaanranta, H., Harju, T., Kilpeläinen, M., Mazur, W., Lehto, JT., Katajisto, M., Peisa, T., Meinander, T. & Lehtimäki, L. 2015. Diagnosis and Pharmacotherapy of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Finnish Guidelines. *Basic & clinical pharmacology & toxicology* 116 (4), 291–307.
- Kansaneläkelaitos. 2013. Kelan etuudet pähkinänkuoressa. Opas asiantuntijoille. Luettu 23.2.2017. http://www.kela.fi/documents/10180/578772/Kelan_etuudet_pahkinankuorressa2013_nettti.pdf/0de16b5e-4b73-47ee-9b00-6a18c9e18f9e
- Katajisto, M. 2013. Keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutuksen painopiste tavoitteelliseen liikuntaharjoitteluun. *Suomen lääkirilehti* 68 (5), 315–320.
- Katajisto, M., Harju, T. & Kinnula, V. 2014. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa Kaarteenaho, R., Brander, P., Halme, M. & Kinnula V. (toim) Keuhkosairaudet. Diagnostiikka ja hoito. [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 23.2.2017. Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/kes00064
- Keuhkohtaumatauti. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 31.3.2016. www.kaypahoito.fi
- Kinnula, V. 2012. Keuhkohtaumatauti (COPD). *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 128 (8), 899–902.
- Kokkonen, T-M. & Wallace, V. 2015. Kokonaisuus ratkaisee pitkäaikaissairaiden hoidossa. *Suomen lääkirilehti* 70 (3–4), 116–117.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Koskela, H. 2009. Pitkäaikainen happihoito: paljon toiveita, vähän näyttöjä. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125 (11), 1177–1183.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kotaniemi, J-T., Sovijärvi, A. & Lundbäck, B. 2005. Chronic obstructive pulmonary disease in Finland: prevalence and risk factors. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2 (3), 331–339.

Kotihoito 2020 -hankkeen loppuraportti. 2014. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Ylä-Savon SOTE -kuntayhtymä, Kalajoen kaupunki, Mediverkko Hoivapalvelut Oy, Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Nordic Healthcare Goup Oy & Tekes. Elektroninen aineisto.

Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishanke. 2014. Länsi- ja Keski-Uudenmaan kuntien kotihoidon asiakkaiden kokemuksia arjen sujuvuudesta, saamistaan palveluista sekä osallisuudestaan niiden suunnitteluun ja toteutukseen (koko aineiston tulokset). Ikääntyneiden palvelujen kehittämisohjelma Suomessa. Elektroninen aineisto. Hyvinkään kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimi.

Kujala, U. 2014. Liikunta kroonisten sairauksien hoidossa. Suomen lääkirlehti 69 (25–32), 1877–1882.

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Raportteja. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 1.1.2017. www.kaypa-hoito.fi

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laatikainen, T. (toim.) 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. Elektroninen aineisto. SOLVER palvelut Oy. Luettu 23.2.2017. www.aspa.fi/julkaisut.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.

Lange, P., Halpin, DM., O'Donnell, DE. & MacNee, W. 2016. Diagnosis, assessment, and phenotyping of COPD: beyond FEV₁. International journal of chronic obstructive pulmonary disease 19 (11), 3–12.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliativinen hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 129 (4), 395–402.

Leivo-Korpela, S., Karjalainen, J., Siiskonen, R., Haapajoki, S., Kolu, T., Paulamäki, L., Länsipuro, L., Helenius, L., Syrjänen, H., Kaistinen, S-L., Haarala, J. & Kokko, I. 2016. Keuhkohtaumataudin hoitoketju. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Hoitoketjut. Luettu 29.11.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00976

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3,0, SHToL 3,0, SHTuL 1,0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., Barreiro, E., Burelle, Y., Debigaré, R., Dekhuijzen, PN., Franssen, F., Gayan-Ramirez, G., Gea, J., Gosker, HR., Gosselink, R., Hayot, M., Hussain, SN., Janssens, W., Polkey, MI., Roca, J., Saey, D., Schols, AM.,

Spruit, MA., Steiner, M., Taivassalo, T., Troosters, T., Vo-giatzis, I., Wagner, PD. 2014. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of respiratory and critical care medicine* 189 (9), 15–62.

Marsh, S. & Guck, TP. 2016. Anxiety and depression: Easing the burden in COPD patients. *The Journal of family practice* 65 (4), 246–256.

Mattila, A. Lääketieteen tohtori. 2016. COPD-potilaan masennuksen tunnistaminen ja hoito. Luento. Keuhkohtaumatautikoulutus 6.10.2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, ME., Yohannes, AM. & Hanania, NA. 2008. Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 134 (4), 43–56.

Mazur, W., Laitinen, T. & Kinnula, V. 2013. Keuhkohtaumataudin kliiniset alatyypit. Lääketieteellinen aikakausikirja *Duodecim* 129 (2), 127–136.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta/Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Väitöskirja.

Pasternack, I. 2007. Yhdistelmä lääkitys tehokkaampi kuin kortisoni tai avaava lääke yksinään keuhkohtaumataudissa. Lääketieteellinen aikakausikirja *Duodecim* 124 (3), 315.

Pinnock, H., Kendall, M., Murray SA., Worth, A., Levacks, P., Porter, M., MacNee, W. & Sheikh, A. 2011. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ supportive & palliative care* 1 (2), 174–183.

Puolanne, M. 2016. Omahoidossa onnistutaan, mutta haasteitakin on. *Hengitys. Hengitysliiton jäsenlehti* 71 (4), 30–33.

Salomaa, E-R. 2016. Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääkärikirja *Duodecim*. [online] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Schols, AM., Ferreira IM., Franssen, FM., Gosker, HR., Janssens, W., Muscaritoli, M., Pison, C., Rutten-van Mölken, M., Slinde, F., Steiner, MC., Tkacova, R. & Singh, SJ. 2014. Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. *The European respiratory journal* 44 (6), 1504–1520.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015a. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 18.11.2016. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Luettu 18.11.2016. <http://stm.fi/hyvinvoinnin-edistaminen/lainsaadanto>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stark, H., Mazur, W. & Kinnula, V. 2009. Keuhkohtaumatauti – systeemisairaus? Suomen lääkirilehti 64 (4), 263-269.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2011. Keuhkosyöpä ja keuhkohtaumatauti lisääntyneet. Luettu 23.2.2017. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_001.html?s=2

Tampereen kaupunki. 2014. Kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessissa. Tampereen kaupunki. Ikäihmisten palvelujen lautakunta.

Tampereen kaupunki. 2015. Selvitys kotihoidon asiakastyytyväisyydestä. Tampereen kaupunki. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen yksikkö. Luettu 20.1.2017. http://www.tampere.fi/tiedostot/k/JB3reMruu/kotihoito_kysely2015.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Sosiaalinen toimintakyky. Luettu 20.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/sosiaalinen-toimintakyky>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Luettu 20.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Luettu 9.1.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Kärkihankkeet. Luettu 21.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/karkihankkeet>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 15.11.2016. www.kaypahoito.fi

Tupakointi ja keuhkohtaumatauti. 2014. Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsaus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 17.2.2017. www.kaypahoito.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Turjamaa, R., Hartikainen, S. & Pietilä AM. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (4), 4–13.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys - Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyysko-kemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Verohallinto. 2016a. Vähennykset verotuksessa. Luettu 29.11.2016. <https://www.vero.fi/fi-FI/Henkiloasiakkaat/Vahennykset>

Verohallinto. 2016b. Kotitalousvähennys. Luettu 29.11.2016. <http://www.vero.fi/fi-FI/Henkiloasiakkaat/Kotitalousvahennys>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matka-opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen. Tekes –Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Helsinki.

World Health Organization. 2017. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lu-ettu 23.2.2017. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

1. Miten kuvailisitte keuhkohtaumatautia sairautena?
2. Vaikuttaako sairaus elämäänne ja arkeenne? Jos vaikuttaa, niin miten?
3. Huomioidaanko sairaus hoidon yhteydessä? Jos huomioidaan, niin miten?
4. Koetteko sairauteen liittyviä tarpeita, joita toivoisitte hoidossa huomioitavan?
5. Koetteko tarvitsevanne lisätukea tai – tietoa sairauteenne liittyen?
6. Miten määrittelisitte hyvän hoidon oman sairautenne kohdalla?
7. Onko teillä kehitysehdotuksia hoitoonne liittyen, joita toivoisitte hoitotyöntekijöiden huomioivan?

Liite 2. Sisällönanalyysitaulukko

Haastattelukysymykset	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
1. Miten kuvailisitte keuhkohtaumatautiä sairautena?	<i>Pahenemisivaiheista: kyllä se aika hissukseen etenee että ei siinä mitään selviä semmosia</i>	Taudin eteneminen.	Taudin kulku	Keuhkohtaumatauti sairastuneen näkökulmasta	Keuhkohtaumatautiä sairastava kotihoidon asiakkaana
	<i>Kyl siin ihan joka toinen viikko välil joutunut ambulanssi käymään</i>	Akuuttihoidon tarve			
	<i>Että astma on niinkun lievä, mutta keuhkohtauma on aika edennyt, että puolet keuhkoista on käytössä.</i>	Keuhkokapasiteetin heikkeneminen			
	<i>Keuhkohtaumataudin vaikutuksista elämään: ei se siinä mielessä vaikuta että ainakaan tässä vaiheessa vielä</i>	Keuhkohtaumatauti ei ainakaan vielä vaikuta asiakkaan mielestä hänen elämäänsä			
	<i>No joskus on herännyt sillain, että ei niinkun saa henkee. Mut aika harvoin</i>	Tukehtumisen tunne	Hengitysoireet		
	<i>Se on tuo hengitys tuo vähän pinnallista että sellasta huohottamista</i>	Pinnallinen hengitys ja huohotus			
	<i>Lähinnä se on tuommosta läähätystä tuo hengitys</i>	Läähättävä hengitys			
	<i>Oli talviaika ja kylmä, se oli yhtäkkiä, tuli semmonen tilanne, että ei saanut henkee. Mä aattelin, että mikä nyt on, se meni ihan tukkoon mulla hengitys.</i>	Ulkoisten tekijöiden, kuten kylmän ilman aiheuttama tukehtumisen tunne			
	<i>Kun oikein tuntuu ettei ilma kulje ja sitten oot yksin vielä.</i>	Hengenahdistus.			
	<i>Se olis hirveen rankkaa, rankkaa tuo.. En mä polttais, jos mulla joka päivä ois..</i>	Tupakoinnin lopettaminen, jos oireita olisi päivittäin.			
<i>Mää sain semmosen lääkkeen sitten, mikä on varsin tehokas, että kun sitä ottaa niin ei huomaa edes ,että on keuhkohtaumaa. Hengitys kulkee hyvin ja lima irtoa ja ihan lähes normaalia elämää</i>	Lääkehoidon mahdollistama miltei normaali elämä.				

	<i>Ei liiku ni siit on menny lihakset aivan</i>	Lihaksien surkastuminen	Kehon oirehtiminen		
	<i>Näin on joo mä oon laihtunut niin paljon</i>	Laihtuminen			
	<i>Mä laihtuinkin, 135 kilosta 83:een.. mut ei nälittänyt</i>	Laihtuminen ja näläntunteen puuttuminen			
	<i>Joo se on ku rupee kunto rapistuu nii sitä tulee kaikki mahdolliset</i>	Kunnon heikkeneminen			
	<i>Ku eihä mun pitäis olla täs kunnos vielä ku kuuskytökolme o vasta ikää</i>	Yleiskunnon huonontuminen.			
	<i>Pelosta: se on tehtävänsä tehny jos jotain tulee</i>	Keuhkohtaumatauti tehnyt tehtävänsä jos jotain tulee	Sairauden aiheuttamat pelot		
	<i>Kuoleman kanssa siinä leikitään.</i>	Kuolemaan liittyvät ajatukset			
	<i>Pelot: siis ihan todellista kun ei saa hengitettyä niin ja tietää että lääkkeet ei, usko alkanut välillä menee siihen lääkkeeseenkin, kun oikee paha kohta on ja kun tietää ettei saa mistään apua ja tukehtuu. Niin kyl siin aika vakavat paikat on</i>	Pahenemisvaiheiden-, lääkkeen tehottomuuden- ja avunsaannin vaikeuden pelko.			
	<i>Se on aivan hirvee, kun sitten tulee se, et jos jää lääke esimerkiksi jää ottamatta että ei muista, mul on useampia lääkkeitä siihen. Ja jos joku jää väliin niin alkaa tukehtuu ja jokainen voi kuvitella miltä se tuntuu, kun ei saa happee, ei saa ilmaa. Et kuolema tulee ensimmäiseks mieleen</i>	Kuoleman pelko			
	<i>Mää oon jopa soittanut saattokotiin ja kysynyt, kun täs väliin ei tullut uniakaan, kun oli huolia ja kaiken näköstä niin, mä soittelin yölläkin väliin saattokotiin tai ainakin yhden kerran ja kysyin millain siihen kuolee siihen keuhkohtaumaan</i>	Tiedottomuus sairauden ja elämän loppuvaiheesta.			

	<i>Ei tää uus lääke enää kauaa tehoo, kun se tottuu siihen ja kuinka kauan niitä uusia lääkkeitä tulee sit olemaan</i>	Lääkehoidon tehoaminen			
	<i>Aiheuttaako masennusta: Kyllä, koska ei oo tulevaisuutta edessä. Semmost tulevaisuutta, kun terveellä ihmisellä ois tän ikäsenä.</i>	Masentuneisuus sairauden vaikutuksista tulevaisuuteen.	Sairauden vaikutus mielialaan		
	<i>Virikkeisiin lähtemisestä: joo se on semmosta saamattomuutta</i>	Saamattomuus			
	<i>Se on sellasta vähä niinku masennusta</i>	Masennus			
	<i>COPD ja masennusoireet: Kyllä ne on pahentunut.</i>	Keuhkohtaumataudin ja masennuksen oireen pahentuneet			
	<i>COPD ja masennus: Kyllä ne toisiin liittyy.</i>	COPD ja masennus: Kyllä ne toisiin liittyy.			
	<i>Tupakoinnin lopettamisen yrittämisestä: oon mutta täs o vaan vähä toi masennusta ja muuta ku tää elämä on tämmöstä nii sitä yrittää korvata ku vetelee tupakkia</i>	Masennuksen vaikutukset tupakointiin.			
2. Vaikuttaako sairaus elämääänne ja arkeenne? Jos vaikuttaa, niin miten?	<i>No siskolle ny tulee joskus soiteltua</i>	Puhelut läheisille	Sosiaalinen verkosto	Vaikutukset arkeen	
	<i>Ei mulla oikee oo ystäviä</i>	Ystävien puute			
	<i>Tai on sukulaisia, mutta.. mutta ei mitään semmosta yhteyttä.</i>	Yhteydenpidon vähyys sukulaisiin.			
	<i>Ei kyllä kukaan auttele, kyl mää tupakkakaupassa yksin saan käydä.</i>	Avunsaannin vähyys lähipiiriltä.			
	<i>Nyt on käyny tuo yläkerran mies (kuljettamassa)</i>	Naapurin apu kuljetuksissa			
	<i>Vertaistuesta: noi kai vähä ois semmosia ku noihi lähtis (viitaten hoitajien tuomiin lappuihin)</i>	Vertaistuen tarve.			
	<i>Diakoni: Hänkin käy säännöllisesti</i>	Diakonin käynnit			
	<i>Mää soittelen tuonne sairaaloihin.. mää oon saanu vähän moitteita siitä soittamisesta.</i>	Kontaktit hoitolaitoksiin	Yksinäisyys ja yksinolo		

<i>Yksinolo, yksinäisyys: Liika on liikaa.</i>	Liika yksinolo on liikaa			
<i>Mä haluan olla yksin.</i>	Halu olla yksin			
<i>Aatelkaa ny mää oon yksin täällä koko päivän.</i>	Kotona yksin koko päivän			
<i>Masennuksen syistä: ei ku kyllä se tulee tästä ku sä yksin mähkit tässä</i>	Yksinolo aiheuttaa masennusta			
<i>Ulos menemisestä: eihän tonne viitti yksin mennä toljailee tonne</i>	Yksin ulosmeno vaikeaa			
<i>Mun on niin hankala tehdä tota ruokahommaa tos ku ei ei pysy pystys yhtää</i>	Ruoanlaiton vaikeus huonon kunnan vuoksi.	Ruokahalu ja ruokailu		
<i>Ruokahalusta: no kyllä se huonoo on mut en mä tiedä mistä syystä</i>	Huonontunut ruokahalu			
<i>Nyt se on melkeen että se kaupassakäynti on ainut liikunta</i>	Kaupassakäynti ainut liikunta.	Liikkuminen		
<i>En mää pystyis kävelee tuolla ulkona pitkiä matkoja. Alkais hengitys loppuu kyllä, kyl se vaikuttaa sen verran, vaikka tuo uus lääke on..</i>	Hengenahdistuksen vaikutukset kävelymatkoihin.			
<i>Tuo ainoo liikkumismuoto mul on invataksi ja pyörätuoli</i>	Liikkuminen invataksilla ja pyörätuolilla.			
<i>Oireista:se on niin pientä se mun liikkuminen ettei sitä</i>	Oireita ei huomaa kun liikkuminen niin pientä			
<i>Sairauden vaikutuksista: kyllä se varmaan vaikuttaa enemmänki jos pääsis liikkua enemmän</i>	Sairaus vaikuttaisi mahdollisesti enemmän, jos liikkumista olisi enemmän.			
<i>Kyllähän sitä liikkua pitäis tietenkii joo</i>	Tiedostaa liikkumisen tärkeyden.			
<i>Joo kyllä välillä meen tuo neljän maiskin nukkuu joo yöllä sit päivällä torkkuu yhtä mittaa</i>	Epäsäännöllinen rytmi	Sairauden vaikutus unenlaatuun		
<i>No joskus on herännyt sillain, että ei niinkun saa henkee. Mut aika harvoin.</i>	Unesta herääminen joskus hengenahdistuksen vuoksi.			
<i>Kyä se jotenki menee ku vielä pääsee edes tonne kauppaan sitten jos aivan jämähtää tähän ni sitte o vaikiaa</i>	Elämän sujuminen vielä kun pääsee itse kauppaan	Aktiviteetti		

	<i>Tuol Taatalassa mä kävin yhteen aikaan.. Mä kyllästyin siihen</i>	Mielenkiinnon loppuminen päiväkeskustoimintaan.			
	<i>Ne toi noita esitteitä että jos jotai rupeis harrastaa</i>	Kotihoidon kannustus harraste-toimintaan.			
	<i>Ehdotuksia toiminnasta: On tullut...</i>	Kotihoidon ehdotukset päivätoiminnasta.			
	<i>Pääasiassa sairauksia.. jäin sairauseläkkeelle vuonna -89</i>	Elämä koostuu sairauksista.			
	<i>On enhän mä ny töissä niin paljoo polttanu mutta ny kun täs istuu täs täs mä vietän kaiken aikani täs sohvan reunalla</i>	Elämäntilanteen vaikutus tupakointimäärään.			
	<i>Mää poltan aikani kuluks</i>	Tupakointi virikkeenä.			
	<i>Kun mul täytyis olla joku semmonen käynti mihin mä itte toimerrun, et tuo omatoimisuus vähän säilyis</i>	Omatoimisuuden ylläpito omalla aktiivisuudella.			
	<i>Sen takia noi kaikki sammutussysteemitki laitettiin kaikki ku aa polttaa tupakkia ja eikä pääse sitten äkkiä liikkuu mihkään</i>	Sammutusjärjestelmän asettaminen.	Turvallisuuden kokeminen		
	<i>Se on ihan välttämätön tää ranneke.</i>	Hälytysranneke			
3. Huomioidaanko sairaus hoidon yhteydessä? Jos huomioidaan niin miten?	<i>Ne laitto niitä tukisiteitä ja otti välillä pois, ja sitten ihan mitä kuuluu vanhan ihmisen hoitamiseen</i>	Tukisiteiden laitto ja tehtävät joita kuuluu vanhan ihmisen hoitoon	Perushoito	Kokonaisvaltainen hoito	
	<i>Iho rasvataan</i>	Ihon rasvaaminen			
4. Koetteko sairauteen liittyviä tarpeita, joita toivoisitte hoidossa huomioitavan?	<i>Mulle tulee ruoka tuolta jostain, kyllä ne sen lautaselle laittaa ja mut se on kato, se tulee edukkaammaksi ottaa tuolta valmiin ruuan ja lämmittää se</i>	Asiakkaalle ruoka ateriapalvelusta, jonka kotihoito laittaa lautaselle ja lämmittää.			
	<i>Ja mut pestään kans sitten kerran viikossa</i>	Asiakkaan peseminen kerran viikossa			
	<i>Mua täyty syöttää kotihoito ja..</i>	Kotihoito syöttänyt potilasta.			
	<i>tiskaa joskus ja laittaa vähä lämmittää jotai ruokaa</i>	Tiskaaminen ja ruoan lämmittäminen	Kodinhoito		
	<i>Kyyyllä pyykki pestään</i>	Pyykin peseminen			

5. Koetteko tarvitsevanne lisätukea tai -tietoa sairauteenne liittyen?	<i>Mää sain semmosen lääkkeen sitten, mikä on varsin tehokas, että kun sitä ottaa niin ei huomaa edes ,että on keuhkohtaumaa. Hengitys kulkee hyvin ja lima irtoa ja ihan lähes normaalia elämää</i>	Lääkehoidon mahdollistama miltei normaali elämä.	Lääkehoito		
6. Miten määrittelsitte hyvän hoidon oman sairautenne kohdalla?	<i>Lääkkeistä: Se on semmonen välttämättömän mulle..</i>	Lääkehoidon välttämättömyys.			
	<i>Lääkkeistä: Ja sen huomaa vasta sitten iltapäivän puolella, että se on unohtanut ottaa, kun meinaa tukehtua..</i>	Oireilu, jos lääkkeet ottamatta.			
	<i>Ei mullakaan sen kummallisempaa hoitoo oo muutaku nää pillit</i>	Sairauden hoitona inhaloitavat lääkkeet			
	<i>Sairauden huomioimisesta: kyllä ne tuon kattoo sen noi lääkkeet otan</i>	Lääkkeidenoton tarkistus.	Lääkehoidon turvaaminen		
	<i>Siit ne pitää huolen et mul on aamulla otettuna inhaloitavat lääkkeet</i>	Inhaloitavien lääkkeiden oton huolehtiminen.			
	<i>Sitte kattovat jotta on lääkkeet otettu ja sitte laittaa aina seuraavan</i>	Lääkkeidenoton varmistus ja lääkkeiden jako.			
	<i>Lääkekorvauksiaki taas pienennettiin</i>	Lääkekorvauksien pienentyminen.	Hoitoon liittyvät raha-asiat ja tiedon- saanti		
	<i>Paljon, et mul tulee lääkekatto täyteen siin kevättalvella.</i>	Lääkekatto			
	<i>Siivouksesta: se on niin arvokasta hommaa</i>	Kodinhoitopalvelut kalliita.			
	<i>Siivouksesta: mutta kun se aina tökkää siihe rahaa sitten</i>	Asiakkaan varallisuuden vaikutus siivouspalveluiden hankkimiseen.			
<i>Kodinhoito maksaa vähän päälle kolmesataa kuussa sitten lääkkeet on päälle kakssataa</i>	Kotihoidosta ja lääkkeistä aiheutuvat kulut				
<i>Sosiaalipuoleen.. jos ei itte pidä huolta niin kyllä ilman jää</i>	Oma vastuu sosiaalipuolen tukien saamisesta.				

<i>Raha-asioista ja lääkemaksuista: kyllä se kotihoidosta on aina joku käyny</i>	Kotihoidolta annettu lisätieto sosiaalipuolen asioista.			
<i>Masennuksen hoidosta: eipä sitä sen kummemmin</i>	Masennusta ei ole hoidettu.	Psyykkinen hoidon tarve		
<i>Mielialasta puhuminen: Kyllä toisten kanssa, että ku aika ei riitä.. Enemmän vois jutella joo.</i>	Asiakas haluaisi jutella mieliala-asioista enemmän, mutta kokee ettei käyntien aika riitä siihen.			
<i>Kotihoidon työntekijöille puhumisesta: toisten kans on hyväki puhua</i>	Toisten kotihoidon työntekijöiden kanssa on hyvä puhua			
<i>Mielialasta puhuminen: Kyllä toisten kanssa, että ku aika ei riitä.. Enemmän vois jutella joo.</i>	Asiakas haluaisi jutella mieliala-asioista enemmän, mutta kokee ettei käyntien aika riitä siihen.			
<i>Että eihän mulla oo tietoo kun mul on keuhkohtauma tässä vaiheessa, mää syön tota uutta lääkettä ja kuin kauan se teho ja kuin kauan täs yleensä hengittelee, et ois jotain, jonkun näköstä tietoo, kyllä heil jotain tietoo siitä on</i>	Tiedon puute sairaudesta.	Sairauteen liittyvä puutteellinen tiedonanto		
<i>Info diagnoosin saannin jälkeen: En saanu sillonkaan, että se tieto oli omassa tai muualta hankittu, et sen puoleen</i>	Puutteellinen tiedonsaanti diagnoosin jälkeen.			
<i>Epätietoisuus tilanteesta: Olen, olen..</i>	Epätietoisuus oman sairauden kulusta.			
<i>Lisätiedon kaipaus: Sitä, sitä juu. Kyllä..</i>	Lisätiedon toive sairaudesta.	Sairauteen liittyvä lisätieto		
<i>Hengityslitto; lisäinformaatio, vertaistuki: No se kiinnostais kyllä</i>	Kiinnostus lisäinfon ja vertaistuen saamisesta.			
<i>Lisätiedosta sairauteen liittyen: emmä tiedä kyllä mä sen tiän mikä se pääasiallinen syy on</i>	Tieto sairauden syistä ja sen vuoksi ei tarvetta lisätiedolle.			
<i>Tupakoinnin puheeksiottamisesta: ei kukaan ei sitä enää nii kukaan ennen</i>	Tupakoinnin puheeksiottamisen vähentyminen	Keuhkohtaumatauti-potilaan elintapaohjaus		

	<i>se oli aina pääasia kaikilla se on jotenki muuttunu ei lääkärikkään ei ne oo aina ensimmäisenä tupakasta puhu</i>	lääkärikäynneillä.			
	<i>Hyvä hoito: Tupakan poltto pois. Eikun ihan mikä vaan, et tupakointi vaan loppuis.. Se ois paras lääke.</i>	Keinot tupakoinnin lopettaminen.			
	<i>Kai tupakinpolton ku lopettaa ni ehkä vähä olis apua</i>	Käsitys tupakanpolton lopettamisen vähäisistä vaikutuksista terveydentilaan.			
	<i>Kotihoito ja tupakkakeskustelu: Kerran viikossa ainakin.</i>	Kotihoito keskustelee tupakasta potilaan kanssa viikoittain.			
	<i>Syyt oireille: kyllä mä tiesin ku mä tiän kaikki sen moskan mitä mä oon imeny</i>	Ymmärrys tupakoinnin vaikutuksesta oireisiin.			
	<i>Kyllä ne kaikkensa yrittää, että en mä polttaisi. Etten mä ymmärrä millai sitä vois tehostaa.</i>	Asiakkaan kokemus siitä, että kotihoito yrittää kaikkensa jottei hän polttaisi.			
7. Onko teillä kehitysehdotuksia hoitoonneliittyen, joita toivoisitte hoitotyöntekijöiden huomioivan?	<i>Omahoitajasta: on se hyvä asia</i>	Omahoitajasysteemin toimivuus.	Omahoitajuus	Kotihoidon palvelujen laatu	
	<i>Helppoudesta puhua omahoitajan kanssa: on joo</i>	Omahoitajalle helppo puhua.			
	<i>Omahoitaja: On, erittäin hyvä</i>	Kokemus, että omahoitaja erittäin hyvä asia			
	<i>Kyllä ne paremmin niinkun ottaa asiakseen potilaan hyvinvoinnin, jos on omahoitaja</i>	Omahoitaja huolehtii asiakkaan hyvinvoinnista.			
	<i>Omahoitaja: Hän huolehtii paremmin. Hän on ainoa joka huomaa laitaa sen</i>	Omahoitaja huolehtii paremmin asiakkaan yksilöllisistä tarpeista.			
	<i>Et tuo kotihoito tulee vasta puolelta päivin, et se on niin myöhään, mun täytyis saada määrättyä lääkettä jo aikasemmin ja et tuo nyt sitä on koiteltu jakaa sillai, kun se on puoltoista</i>	Palveluiden suunnittelu ja joustavuus turvallisen lääkkehoidon toteutumiseksi.	Palvelujen tarve ja asiakaslähtöisyys		

<i>tuntuu se aamukäynti niin et käytäis kaks kertaa aamupäivällä..</i>				
<i>Hoitosuunnitelma: Mä en oikein tiedä koko asiasta..</i>	Potilas ei ole tietoinen hoitosuunnitelmasta.			
<i>Ne tekee vähä niinku sen hommansa mikä heille on laitettu ja sillä sipuli</i>	Kotihoidon työntekijät tekevät vain heille määrätyn työn	Kotihoidon resurssit		
<i>Mun täytyy tolle soittaa sairaanhoitajalle... ja täytyis lääkärin päästä ja hän koittaa sitten hommata parhaan kyvyn mukaan</i>	Hoidon järjestäminen			
<i>Lyhyemmistä käynneistä: joo ei siitä ollu apua siihe henkiseen puoleen yhtään</i>	Lyhyemmistä käynneistä ei hyötyä psyykkiseen puoleen			
<i>Liikkuminen: Ei niillä riitä aikaa, kun ei oo työntekijöitä.</i>	Työntekijöillä ei ole aikaa käydä ulkoilemassa asiakkaan kanssa.			
<i>Mielialasta puhuminen: Kyllä toisten kanssa, että ku aika ei riitä.. Enemmän vois jutella joo.</i>	Asiakas haluaisi jutella mielialasioista enemmän, mutta kokee ettei käyntien aika riitä siihen.			
<i>Joo kyllä siinä on tosiaan sellasia jotka on kauemmin ollu tällä alueella ni kyllä ne on tekee paremmin sen hommansa</i>	Vakituiset työntekijät tekevät paremmin työnsä	Työntekijöiden osaaminen		
<i>Sijaisista: joo kun ei ne tunne asiaa niin ne kysyy aina että mitä me tehdään</i>	Sijaisten tietämättömyys työtävistä asiakkaiden luona.			
<i>Nii se on kauhee joka kerta melki eri ihminenki ja sit on aina noita vuokra-työntekijöitä</i>	Työntekijöiden suuri vaihtuvuus.			
<i>Kotihoidon työntekijöille puhumista:toisten kans on hyväki puhua</i>	Toisten kotihoidon työntekijöiden kanssa on hyvä puhua	Työntekijöiden vaihtus		
<i>Niillä on hyvä se taju että mitä pitää tehdä vähintäänkin ne tietää ite mitä pitää tehdä</i>	Kokeneiden hoitajien taju siitä mitä käynneillä pitää tehdä			

	<i>Psyykkisen puolen huomiointi: ei se on niin persoonasta kiinni</i>	Psyykkisen puolen huomiointi kotihoidon työntekijän persoonallisuudesta kiinni			
	<i>Niitä pitäisi olla enemmän niitä vanhoja..Tuttuja hoitajia.</i>	Asiakas toivoo enemmän hoitajakseen vanhoja, tuttuja hoitajia.			
	<i>Et tosta on enempiin haittaa, jos tulee uus hoitaja joka ei tiedä mistään mitään.</i>	Asiakas kokee että uudesta hoitajasta on enemmän haittaa kuin hyötyä asiakkaalle.			
	<i>Ja häntä saa neuvoo lääkkeenjaossa-kin.. Ja määkin oon semmonen muistiltani, että mää en kaikkee muista.</i>	Uutta hoitajaa saa olla neuvossa lääkkeenjaossa, vaikka asiakkaalla muistiongelmia.			
	<i>Hyvästä hoidosta: kyllä mä oon tyytyväinen jos näinkin jatkuu jottei ruveta huonontaa</i>	Tyytyväisyys kotihoidon palveluihin nykyisenlaisina.	Tyytyväisyys kotihoitoon		
	<i>Kotihoidosta: en tiä emmä niin hirveesti moiti kyllä</i>	Ei moitteita kotihoidon palveluista ja toiminnasta.			
	<i>Ni joo ja kyllä se on siinäki mieles kiva että joku käy kattomas ku</i>	Asiakas kokee tärkeäksi kotihoidon kautta saaman ihmiskontaktin.			
	<i>Kotihoito käy ja mä oon varsin tyytyväinen, ilman kotihoitoa mä en pystyis asumaan täällä yksinäni</i>	Tyytyväinen kotihoitoon, jota ilman ei voi kotona asua			
	<i>Tarpeita, joita kotihoito voisi ottaa huomioon: nii en tiä toi siivouspuoli että kuinka pölystä täällä</i>	Kotihoito voisi ottaa paremmin huomioon siivouspuolen.	Kehitysehdotuksia kotihoidolle		
	<i>Kehitysehdotuksia: emmä toi on aina kiva ku ne vähän siivoo tai tiskaa</i>	Kehitysehdotuksina siivouksen ja tiskaamisen lisäys.			
	<i>No ulkoiluttaminen olis kyllä hyvä..</i>	Asiakas kokisi ulkoilun hyvänä asiana.			

Liite 3. Suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön



Liite 3: 1 (4)

TIEDOTE

4.5.2017

Hyvä kotihoidon asiakas!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömme, jonka tarkoituksena on selvittää keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksia sairauden kanssa elämisestä sekä heidän saamastaan hoidosta.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa opinnäytetyön tilaajalta, joka toimii yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla noin viittä keuhkohtaumatautia sairastavaa. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna, jossa edetään ennalta valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymyksien mukaan. Haastattelut vievät aikaa noin tunnin ja ne tallennetaan nauhurille, jolloin haastattelu sujuu luontevasti, ilman keskeytyksiä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti ja se on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojatuilla tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, ja sen raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa, ellei yhteistyötahojen kanssa ole muuta sovittu.



2 (4)
TIEDOTE
28.9.2016

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Henni Järvenpää

Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

henni-maari.jarvenpaa@health.tamk.fi

Jonna Kortelahti

Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

jonna.kortelahti@health.tamk.fi

Meri Nykky

Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

meri.nykky@health.tamk.fi



3 (4)

SUOSTUMUS**Keuhkohtaumatautia sairastava kotihoidon asiakkaana**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää keuhkohtaumatautia sairastavien asiakkaiden kokemuksia elämisestä sairauden kanssa ja ajatuksia saamastaan hoidosta, sekä olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys



4 (4)

SUOSTUMUS

Suostumuksen vastaanottaja:

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimenselvennys