

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

Kevät 2015

Kati Koskinen & Jutta Laakso

OMAHOITOMENETELMÄT JA POTILASOHJAUS OSANA KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOA

– merkitys potilaiden elämänlaatuun



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja (AMK)

Toukokuu 2015 | 56+1

Ohjaaja Tiina Nurmela TtT

Kati Koskinen & Jutta Laakso

OMAHOITOMENETELMÄT JA POTILASOHJAUS OSANA KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOA – MERKITYS POTILAIDEN ELÄMÄNLAATUUN

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan antaman laadukkaan potilasohjauksen merkitystä keuhkohtaumataudin omahoidon onnistumisessa. Tarkoituksena on myös selvittää, miten onnistunut omahoito vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena on jo aiemmin tutkittuun tietoon perustuen synetisoida tietoa kaikille keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoitoon osallistuville ja työssä käsiteltävästä ilmiöstä kiinnostuneille. Opinnäytetyön tutkimusongelmissa selvitetään tutkittuun tietoon perustuen keuhkohtaumataudin tärkeimmät omahoitomenetelmät ja niiden vaikutus potilaiden elämänlaatuun, sekä potilasohjauksen mahdollisuuksia vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden omahoidon onnistumiseen.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuusperustaisena tutkimuksena, joka noudattaa kirjallisuuskatsauksen perusteita. Työn runko on koottu teoreettisen tutkimuksen rakennetta soveltaen. Tieteellinen työskentely koostui tässä opinnäytetyössä kolmesta osasta; kyseenalaistamisesta, selkeyttämisestä ja argumentaatiosta. Materiaalina on käytetty kirjallisuutta, tutkimuksia, artikkeleita ja tutkittuun tietoon perustuvia internet-sivustoja. Työhön valittu lähdemateriaali käsittelee pääasiassa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjausta, omahoitomenetelmiä ja elämänlaatua.

Tuloksista kävi ilmi, että laadukas potilasohjaus edesauttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoidon onnistumista antamalla potilaalle tietoa sekä motivoimalla ja lisäämällä hallinnan tunnetta oman sairauden hoidossa. Tärkeimpiä omahoitomenetelmiä keuhkohtaumataudin hoidossa ovat tupakasta vieroitus, liikunta, ravitsemus sekä pahenemisvaiheiden hallinta. Näiden omahoitomenetelmien avulla pystytään merkittävästi parantamaan potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä.

Tulevaisuudessa tärkeäksi kehittämishaasteeksi nousi keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille soveltuvan tehokkaan ohjausmenetelmän löytäminen sekä Suomen terveydenhuoltoon sopivan omahoito-ohjelman tuominen käytännön hoitotyöhön.

ASIASANAT:

keuhkohtaumatauti, elämänlaatu, potilasohjaus, omahoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Registered nurse (AMK)

May 2015 | 56+1

Instructor Tiina Nurmela PhD

Kati Koskinen & Jutta Laakso

SELF-MANAGEMENT AND PATIENT EDUCATION AS PART OF THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE – THE EFFECT TO PATIENTS' QUALITY OF LIFE

The purpose of the Bachelor's thesis is to describe what is the importance of patient education given by nurse, in successful self-management of the chronic obstructive pulmonary disease. The purpose is also to find out how successful self-management effects on patients' quality of life. The aim of the Bachelor's thesis is to synthesize previously researched information to all who take part of treating patients with chronic obstructive pulmonary disease and also to those who are interested of the phenomenon itself. The research problems in this thesis try to find out the main self-management methods for chronic obstructive pulmonary disease and how they impact on patients' quality of life. This thesis also examines how patient education could effect on successful self-management.

This thesis is based on the recent studies and literature. It follows the principles of the literature review and has been gathered together by using the structure of the theoretic research. Scientific work in this thesis consisted of three parts: questioning, clarification and argumentation. Literature, studies, articles and evidence based internet sites were used as the basis in this thesis. The selected source material includes mostly patient education, self-management methods and quality of life of the patients with chronic obstructive pulmonary disease.

According to the findings, high-quality patient education contributes the success of self-management of chronic obstructive pulmonary disease by giving patient information, motivation and increasing control over their disease. The main self-management methods treating chronic obstructive pulmonary disease are smoking cessation, exercise, nutrition and management of exacerbations. These methods can significantly improve patients' quality of life and functional capacity.

The important challenge in the future will be to find a patient education method that has been found to be effective in the treatment of the patients with chronic pulmonary disease. It is also important to find a self-management program that is suitable for Finnish health care.

KEYWORDS:

chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, patient education, self-management

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	9
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	10
3.1 Kirjallisuusperustainen tutkimus	10
3.2 Tiedonhaku ja tutkimusmateriaalin valinta	11
4 KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVA POTILAS	14
4.1 Keuhkohtaumatauti sairautena	14
4.2 Keuhkohtaumatautiin sairastumisen vaaratekijät	14
4.3 Sairastuminen, diagnosointi ja oireet	16
4.4 Keuhkohtaumataudin hoito	17
4.5 Hengityselinsairaus ja elämänlaatu	18
5 POTILASOHJAUS OSANA KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOA	20
5.1 Potilasohjaus ja sen tarkoitus	20
5.2 Laadukas potilasohjaus	20
5.3 Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjaus	21
5.3.1 Potilasohjauksen toteuttaminen	21
5.3.2 Potilasohjauksen haasteet	23
5.3.3 Ohjaus järjestöjen tarjoaman tuen piiriin	24
6 OMAHOITOMENETELMÄT KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN ELÄMÄNLAADUN YLLÄPITÄJINÄ	26
6.1 Itsehoidon ja omahoidon tarkoitus	26
6.2 Onnistuneen omahoidon hyödyt keuhkohtaumataudissa	26
6.3 Omahoitomenetelmät ja niiden hyödyt	27
6.3.1 Tupakasta vieroittaminen	28
6.3.2 Liikunnan merkitys	30

6.3.3 Ravitsemustilan huomioiminen	32
6.3.4 Lääkehoidon itsesäätely	33
6.3.5 Pahenemisvaiheiden tunnistaminen	34
6.3.6 Kotihappihoito	34
6.3.7 Muut omahoitomenetelmät	35
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
8 POHDINTA	44
8.1 Keskeiset tutkimustulokset	45
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	46
8.3 Tutkimusprosessi	48
8.4 Aiheita mahdollisille jatkotutkimuksille	49
LÄHTEET	50
 LIITTEET	

Liite 1. Tutkimushakutaulukko

1 JOHDANTO

Keuhkohtaumatauti on keuhkojen pitkäaikainen ja etenevä sairaus, jossa keuhkoputket ovat ahtautuneet ja usein myös tulehtuneet. Sen esiintyvyys kasvaa maailmanlaajuisesti jatkuvasti. Sairautena keuhkohtaumatauti on terveyttä heikentävä eikä siihen ole parantavaa hoitoa. Keuhkohtaumatauti on kuitenkin ehkäistävissä oleva kansanterveydellinen haaste, sillä sen tärkein aiheuttaja on tupakointi. Mitä runsaampaa tupakalle altistuminen on, sitä suurempi on myös keuhkohtaumatautiin sairastumisen vaara. (Käypä hoito-suositus 2014; Mustajoki 2014a; Hodson & Sherrington 2014, 57.)

Elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen yksilöllistä hyvinvoinnin kokemista. Keuhkohtaumatauti heikentää potilaan toimintakykyä sen kaikilla osa-alueilla ja näin vaikuttaa myös merkittävästi elämänlaatuun. (Kanervisto 2008, 4-37.) Käypä hoito -suosituksissa (2014) on määritelty suomalaisten keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon tavoitteiksi oireiden ja elämänlaadun paraneminen, taudin etenemisen hidastuminen, pahenemisvaiheiden ehkäiseminen sekä kuolleisuuden pieneneminen. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi potilas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa.

Vaikka keuhkohtaumatautiin ei ole parannuskeinoa, sairaanhoitaja voi ohjata potilasta kohtaamaan sairautensa ja olemaan oman sairautensa asiantuntija. Näin keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan vointi kohenee ja taudin eteneminen hidastuu. (Barnett 2006, 22.) Keuhkohtaumataudin Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan potilasohjaus on yksi oleellinen osa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitotyötä. Ohjauksessa keskeistä on potilaan omahoitovalmiuksien parantaminen ja ylläpitäminen. Omahoitovalmiuksien avulla pystytään hidastamaan sairauden etenemistä ja parantamaan potilaan elämänlaatua. (Matilainen 2014a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen sairaanhoitajan antaman laadukkaan potilasohjauksen merkitystä keuhkohtaumataudin omahoidon onnistumisessa. Tarkoituksena on tutkitun tiedon pe-

rusteella selvittää, miten onnistunut omahoito vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena on syntetisoiden luoda jo aiemmin tutkittuun tietoon perustuva työ, joka käsittelee omahoitomenetelmiä ja potilasohjausta osana keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitoa.

Aihevalinta on ajankohtainen, sillä tutkimusten mukaan keuhkohtaumatauti on jatkuvasti yleistyvä kansanterveydellinen haaste sen korkean esiintyvyyden, suuren potilasmäärän ja korkeiden hoitokustannusten vuoksi (Pietinalho & Kontula 2004, 299; Käypä hoito-suositus 2014). Keuhkohtaumatauti on alidiagnosoitu sairaus, jonka vuoksi diagnoosin saaneiden potilaiden tauti on usein ehtinyt edetä jo pitkälle. Tämä lisää kustannuksia terveydenhuollossa esimerkiksi lisääntyneiden poliklinikkakäyntien ja sairaalahoitajaksojen muodossa. (Katajisto ym. 2014.) Potilasohjaus ja omahoitomenetelmät keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoidossa on opinnäytetyön aiheena hyödyllinen, sillä onnistuneen potilasohjauksen ja omahoitomenetelmien hallinnan avulla pystytään tulevaisuudessa mahdollisesti vähentämään sairaalahoitajaksojen määrää sekä parantamaan potilaiden arjessa selviytymistä ja elämänlaatua.

Opinnäytetyössä käsitellään keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan yleisimpiä ja tehokkaimpia omahoitomenetelmiä, niiden vaikutusta potilaan elämänlaatuun, sekä sairaanhoitajan mahdollisuutta vaikuttaa potilaiden omahoitovalmiuksiin laadukkaalla potilasohjauksella. Aiheen laajuuden vuoksi siitä on rajattu pois keuhkohtaumataudin hoito akuuttitilanteissa sekä kirurgiseen ja palliatiiviseen hoitotyöhön liittyvä ohjaus, jotta aiheesta ei tule liian laaja. Lisäksi työssä ei paneuduta lääketieteellisiin asioihin lääkehoidon osalta. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tässä työssä aihetta on käsitelty kuitenkin vain hoitotyön näkökulmasta, joten esimerkiksi lääkärin, fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin roolia ei ole tuotu työssä esille.

Tämä opinnäytetyö on osa Ihmisen hyväksi –hanketta, joka on Turun Ammattikorkeakoulun sekä sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöhanke. Hankkeen tarkoituksena on parantaa erilaisten potilasryhmien hyvinvointia ja tukea potilai-

den kotona selviytymistä. Tarkoituksena on myös kehittää yhteistyötä kuntien, sosiaali- ja terveysjärjestöjen ja Turun ammattikorkeakoulun välillä sekä osallistaa kehittää koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen kuvata sairaanhoitajan antaman laadukkaan potilasohjauksen merkitystä keuhkohtaumataudin omahoidon onnistumisessa sekä tutkimusten perusteella selvittää, miten onnistunut omahoito vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatuun.

Opinnäytetyön tavoitteena on syntetisoida aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen keuhkohtaumataudin omahoitomenetelmiä ja potilasohjausta osana keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitoa sekä näiden mahdollisuuksia vaikuttaa potilaiden elämänlaatuun. Työn avulla voidaan syventää keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoitoon osallistuvien sairaanhoitajien osaamista potilasohjauksesta ja omahoitomenetelmistä. Näin voidaan pitkällä aikavälillä kehittää keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja parantaa potilaiden elämänlaatua.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

- 1) Miten tutkimusten mukaan potilasohjauksella voidaan vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoidon onnistumiseen?
- 2) Mitkä ovat tärkeimmät keuhkohtaumataudin omahoitomenetelmät?
- 3) Mikä merkitys omahoitomenetelmillä on keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatuun?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Kirjallisuusperustainen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuusperustainen tutkimus. Kirjallisuusperustaisella tutkimuksella on erilaisia toteuttamisvaihtoehtoja ja eri tieteenalojen metodien sekä tutkimusvaiheiden soveltaminen on mahdollista. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen perusteisiin nojautuen. Työn runko on koottu teoreettisen tutkimuksen rakennetta soveltaen. Salmisen (2011, 4) mukaan kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jonka avulla tehdään ”tutkimusta tutkimuksesta” eli kootaan synteesisinomaisesti tutkimusten tuloksia. Kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen olemassa olevan tiedon tutkimusaiheesta ja sen yhtenä tarkoituksena on luoda tutkimukselle pohjaa teoreettisen tiedon avulla. Tämä luo työlle samalla käsitteellisen perustan. Käsitteellinen perusta syntyy, kun kuvataan tutkimusilmiön tarkastelussa käytettyjä käsitteitä. (Salminen 2011, 7; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94-97.)

Tieteellinen työskentely koostuu tässä opinnäytetyössä kolmesta osasta; kyseenalaistamisesta, selkeyttämisestä ja argumentaatiosta. Kyseenalaistamisen eli problematisoinnin avulla muutetaan tutkimuksen kohde tutkittavaan muotoon ja sen tarkoituksena on myös luoda tutkimusongelmat, jotka täsmennetään ja rajataan. Tämän jälkeen tutkimusongelman ratkaisemiseksi käytetään käsitteiden selkeyttämistä. Selkeyttämisellä eli eksplikaatiolla tarkoitetaan tutkimuksen keskeisten käsitteiden tarkkaa määrittelyä ja sen tavoitteena on löytää keskeisten käsitteiden merkitys. Tässä vaiheessa selkeytetään, muotoillaan ja eritellään tutkimuksessa esille tulevia näkemyksiä ja käsitteitä. Kolmannen osan eli argumentaation avulla käsitellään eksplikaation tuloksia. Tutkimuksen tekijä perustelee, miten on saanut vastauksia tutkimusongelmiin ja vastaa mahdollisiin vasta-argumentteihin. (Puolimatka 1995, 22; Niiniluoto 1997, 16.)

Kirjallisuuteen pohjautuvassa työssä tärkeää on kiinnittää huomiota käytettävän kirjallisuuden ja tutkimusten valintaan. Materiaalin on oltava tarpeeksi kattavaa, monitieteellistä, objektiivista ja tulosten on oltava uskottavia. Tutkimusten valin-

nassa käytetään tarkkaa lähdekritiikkiä. Myös klassikkokirjallisuuteen on hyvä perehtyä ja huomioida niiden arvo työtä tehdessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 95-96.)

Aihevalinnan jälkeen tutkimuksen työstäminen aloitettiin tutustumalla keuhkohtaumatautipotilaiden elämänlaatua, potilasohjausta ja omahoitoa koskevaan kirjallisuuteen. Lähdemateriaalin haku jatkui koko prosessin ajan. Aihevalinnan jälkeen hahmoteltiin opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ja rajattiin aihetta, sekä tehtiin jo hieman kartoitusta siihen, mistä näkökulmista aihetta on jo aiemmin tutkittu.

Suunnitelmavaiheeseen määriteltiin tarkemmat tutkimusongelmat keskeisten käsitteiden avulla. Kirjallisuudessa ja tutkimuksissa vahvasti esiin nousseista asioista rakennettiin työlle teoreettinen viitekehys. Suunnitelmassa määriteltiin myös, miten opinnäytetyö aiotaan toteuttaa, sekä pohdittiin eettisiä näkökulmia ja luotettavuutta. Suunnitelmavaiheesta siirryttiin saumattomasti raportointivaiheeseen, jossa luotiin lopullinen, raportoitava tuotos opinnäytetyöstä.

Johtopäätöksiä muodostettiin useista erilaisista luotettavista lähteistä löytyneeseen tutkittuun tietoon perustuen sekä syntetisoiden omien havaintojen, pohdintojen ja kriittisen ajattelun avulla. Johtopäätöksissä selkiytettiin vastauksia aiemmin määriteltyihin tutkimusongelmiin. Aiheesta koottiin kattavasti tietoa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden ohjauksen vaikutuksista omahoidon onnistumiseen, tärkeimmistä omahoitomenetelmistä, sekä niiden vaikutuksesta keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatuun.

3.2 Tiedonhaku ja tutkimusmateriaalin valinta

Tutkimusta tehdessä on ensisijaisen tärkeää tutustua siihen kirjallisuuteen, joka koskettaa valittua aihepiiriä (Metsämuuronen 2006, 31). Tutkimusmateriaalia aloitettiin kokoamaan tutustumalla aiheeseen kirjallisuuden ja ilmiötä käsittelevien artikkeleiden avulla. Lopullinen aihe tarkentui ja tuli rajatuksi löydetystä materiaalista esille nousseiden teemojen sekä tekijöiden oman mielenkiinnon kohteiden pohjalta. Tutkimusmateriaaliin tutustuessa esille nousi keuhkoah-

taumatautia sairastavan potilaan elämänlaatu ja omahoidon mahdollisuudet vaikuttaa elämänlaatuun. Hoitotyön kannalta omahoidon ohella keskeiseksi teemaksi nousi myös laadukkaan potilasohjauksen merkitys keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Ilmiöön sopivia hakusanoja pohdittiin ja kokeiltiin eri tietokantoja käyttämällä. Materiaalia haettiin pääasiassa työn keskeisten käsitteiden ympärille rakentuvien erilaisten hakusanojen ja niiden yhdistelmien avulla. Tietokannoista eniten käytettyjä olivat Medic, Cinahl ja Cinahl Complete, PubMed sekä Joanna Briggs Institute (Liite 1). Työssä käytettiin materiaalia laajasti sekä tietokannoista että kirjallisista teoksista, ja käytetty materiaali koostuu pääosin keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitotyötä käsittelevistä teoksista ja tutkimuksista.

Lähdemateriaalia tulee arvioida kriittisesti. Sen tasoon, alkuperään ja luotettavuuteen tulee kiinnittää huomiota. Tutkijan tulee myös pyrkiä käyttämään tuoreita lähteitä. (Hirsjärvi 2009, 113.) Tässä opinnäytetyössä materiaalin arvioinnissa kiinnitettiin huomiota lähteen oikeellisuuteen, tasoon, alkuperään, kirjoittajaan ja kirjoittajan asemaan sekä lähteen sisältöön. Lähteiden rajauksessa käytettiin paljon 10 vuoden rajausta, jolla voidaan varmistaa, että työhön käytetään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tiettyjen lähteiden kohdalla sallittiin korkeampikin ikä, mikäli tiedon oikeellisuus pystyttiin varmistamaan. Opinnäytetyön tasoiset julkaisut jätettiin kokonaan työstä pois eli lähteet ovat ainoastaan tieteellisiä julkaisuja, jotka täyttivät lähteiden valinnan luotettavuuskriteerit. Lähdemateriaalia kerätessä artikkeleiden lukeminen kannattaa aloittaa hakusanoista, otsikosta ja tiivistelmästä (Metsämuuronen 2006, 38). Aiheeseen sopivista julkaisuista luettiin hakusanat, otsikko sekä tiivistelmä ja näiden perusteella valittiin, mihin lähteisiin tutustutaan syvemmin, ja mitä lähteitä työssä aiotaan käyttää.

Tutkijan on ymmärrettävä lähteiden sisältö, joten luettaessa muun kuin äidinkielisiä tutkimuksia, noudatetaan erityistä varovaisuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 198-199). Tässä työssä on käytetty sekä suomalaista että ulkomaista materiaalia, jotta työhön saadaan runsaasti kansainvälistä näkökulmaa sekä tietoa eri puolilta maailmaa. Kansainvälistä materiaalia käytettäessä noudatettiin erityistä varovaisuutta, jotta lähteen sisältö tuli ymmärretyksi oikein.

Kansainvälisiä lähteitä käytettäessä on myös otettu huomioon niiden soveltuvuusmahdollisuudet Suomessa toteutettavaan hoitotyöhön. Artikkeleita ja tutkimuksia valitessa kiinnitettiin huomiota myös otsikointiin, asiasanoihin sekä tutkimusten tiivistelmään ja työhön valittiin vain ne tutkimukset, joista oli maksuton kokoversio saatavilla.

4 KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVA POTILAS

4.1 Keuhkohtaumatauti sairautena

Keuhkohtaumatauti eli KAT tai COPD (chronic obstructive pulmonary disease) on keuhkojen pitkäaikainen ja etenevä sairaus, jossa keuhkoputket ovat ahtautuneet ja yleensä myös tulehtuneet. Sen esiintyvyys kasvaa jatkuvasti maailmanlaajuisesti. Sairautena keuhkohtaumatauti on ehkäistävissä oleva kansanterveydellinen haaste ja neljänneksi yleisin kuolinsyy koko maailmassa. Yleisin keuhkohtaumataudin aiheuttaja on tupakointi, jonka haitalliset partikkelit ja kaasut aiheuttavat ilmasteiden ahtautumista, kroonista tulehdusta keuhkoputkiin sekä keuhkolaajentumaa eli emfyseemaa. Useimmiten keuhkohtaumatautiin liittyy myös pahenemisvaiheita sekä liitännäissairauksia, joiden vaikeusaste määrittelee taudin vakavuuden. (Mustajoki 2014a; Käypä hoito-suositus 2014.) Vuonna 2012 Suomessa kuoli 1044 henkilöä keuhkohtaumatautiin, heistä 721 oli miehiä (SVT 2013). Naisten tupakointi on jatkuvasti yleistymässä, jonka vuoksi keuhkohtaumataudista on tullut yleisempi myös naisten keskuudessa (WHO 2015). Vaikka keuhkohtaumataudin esiintyvyys kasvaa maailmanlaajuisesti jatkuvasti, vuonna 2009 julkaistun tutkimuksen (Lampela, 89) mukaan Suomessa keuhkohtaumatauti edellyttää kuitenkin kehittyvän lääketieteen ja terveydenhuollon ansiosta yhä harvemmin pitkäaikaista sairaalahoitoa ja hoitajaksojen pituus ja määrä ovat vähentyneet.

4.2 Keuhkohtaumatautiin sairastumisen riskitekijät

Keuhkohtaumataudin merkittävin aiheuttaja on tupakointi. Mitä runsaampaa tupakoinnille altistuminen on, sitä suurempi on myös keuhkohtaumatautiin sairastumisen vaara. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan tupakointi askivuosina on tärkeää selvittää, sillä sen avulla pystytään arvioimaan keuhkoputkien ahtauman vaikeusastetta. (Käypä hoito-suositus 2014.) Askivuosi lasketaan kertomalla päivittäisen tupakankulutuksen määrä tupakointivuosilla (Stumppi

2014). Myös passiivisen tupakoinnin määrä on tärkeää selvittää, sillä Hagstad kumppaneineen (2014, 1298) ovat Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessaan osoittaneet passiivisen tupakoinnin lähes nelinkertaistavan riskin sairastua keuhko-
ahtaumatautiin, vaikka potilas ei itse olisi koskaan tupakoinut.

Keuhko-
ahtaumataudin diagnooseista 15 prosenttia on työperäisistä syistä aiheutuneita. Tällaisia altistavia aloja ovat esimerkiksi maatalous- ja rakennusalan sekä rauta- ja terästeollisuuden työt, joissa työntekijät altistuvat yleensä pölyille, kaasuille ja huuруille. Työperäinen sairaus kehittyy pitkäaikaisella altistuksella pienille hiukkaspitoisuuksille, sekä myös altistuksen ollessa lyhytaikaista, mutta toistuvaa ja hiukkaspitoisuuksien ollessa korkeita. (Työterveyslaitos 2014; Käypä hoito-suositus 2014.)

Aiemmat keuhkosairaudet kuten astma tai sairastetut hengitystieinfektiot voivat myös olla keuhko-
ahtaumataudin aiheuttajia. Diagnosoinnissa lääkärin onkin tärkeää erottaa astman ja keuhko-
ahtaumataudin oireet toisistaan esimerkiksi lääkehoidon suunnittelun osalta, sillä astmassa saadaan lääkehoitoon parempi vaste, kuin keuhko-
ahtaumataudissa. Astman ja keuhko-
ahtaumataudin esiintyvyys yhtä aikaa on kuitenkin yleistä. Astma muuttuu nopeasti keuhko-
ahtaumataudiksi, mikäli astmaatikko tupakoi ja hänellä on usein hengitystieinfektioita. (Käypä hoito-suositus 2014; Katajisto ym. 2014.)

Myös perimällä on oma osuutensa keuhko-
ahtaumataudin synnyssä. Jos suvussa on hengityselinsairauksia, kuten astmaa, keuhko-
ahtaumatautia tai keuhkosyöpää, altistavat ne osaltaan keuhko-
ahtaumataudin syntyyn. (Käypä hoito-suositus 2014.) Vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa (Herch ym., 348) on todettu vanhempien keuhko-
ahtaumataudin lisäävän lasten riskiä sairastua jopa 20%:lla. Tutkimuksen mukaan keuhko-
ahtaumatautia sairastavilla potilailla, joiden vanhemmilla oli myös todettu keuhko-
ahtaumatauti, oli vakavampi ahtauman aste, alhaisempi keuhkotoiminta ja huonompi elämälaatu. Vanhempien tupakoimisella tai lapsuuden aikaisella tupakansavuun altistumisella ei kuitenkaan ollut vaikutusta keuhko-
ahtaumataudin syntyyn.

Harvinaisempi vaaratekijä keuhkohtaumataudin aiheuttajana on alfa1-antitrypsiinin puutos. Antitrypsiini on veressä ja keuhkokudoksessa esiintyvä entsyymi, jonka yksi tehtävä on suojella keuhkorakkuloiden seinämiä. Alfa1-antitrypsiinin puutos on perinnöllinen aineenvaihduntasairaus, josta seuraa keuhko- ja maksavaurioita. Tästä syystä alle 45-vuotiailta ja alle 20 askivuotta tupakoineilta keuhkohtaumadiagnoosin saaneilta tulisi mitata alfa1-antitrypsiinipitoisuus. (Kauppi & Jokelainen 2011; Käypä hoito-suositus 2014; Terveyskirjasto 2015.)

4.3 Sairastuminen, diagnosointi ja oireet

Keuhkohtaumataudin on todettu olevan alidiagnosoitu (Ekroos & Katajisto 2011, 3819). Yleisimmin tauti todetaan vanhemmalla väestöllä, mutta sen kehittymiseen riittää jopa jo vuoden tupakointi (Katajisto ym. 2014). Lääkärin tulisi epäillä keuhkohtaumataudin mahdollisuutta ja tehdä lisätutkimuksia, mikäli potilaalla on sitkeää, liikunnassa pahenevaa hengenahdistusta tai ahdistus on pahentunut vuosien kuluessa. Potilaalla tyypillisiä oireita ovat myös krooninen yskä tai limaneritys. Lisäksi on syytä selvittää aiemmin työssä mainitut altistavat vaaratekijät. (GOLD 2015, ch.2, 10-11.)

Varsinainen diagnoosi voidaan tehdä, kun potilaan spirometrian tulokset osoittavat keuhkoputket ahtautuneiksi ja mahdolliset syövät tai kasvaimet on poissuljettu röntgenkuvilla. Spirometria on keuhkojen toimintaa, tuuletuskykyä ja tilavuutta mittaava tutkimus. Spirometrian yhteydessä voidaan tehdä bronkodilaatiokoe, jolla tutkitaan keuhkoissa olevien mahdollisten ahtaumien palautumista takaisin normaaliin tilavuuteen lääkkeen avulla. (Sorvajärvi 2013; Käypä hoito-suositus 2014.)

Keuhkohtaumatauti etenee hitaasti, jonka vuoksi potilas sopeutuu oireisiin eikä ota niitä huomioon. Tästä johtuen keuhkohtaumatauti on usein edennyt jo varsin pitkälle hoitoon hakeuduttaessa. Pitkälle edenneessä taudissa voi vaikeutuneiden perusoireiden lisäksi esiintyä väsymystä, tahatonta laihtumista, hengenahdistusta levossa ja toistuvia taudin pahenemisvaiheita. Keuhkohtauma-

taudin vähäisen tunnettavuuden vuoksi potilaat hakeutuvat lääkäriin todennäköisimmin vasta infektion yhteydessä, jolloin keuhkoputkien ahtautuminen on niin voimakasta, että elämä hankaloituu. (Katajisto ym. 2014.) Keuhkohtaumataudin oireiden sekä niiden tuottaman vajaatoiminnan on todettu huonontavan potilaiden elämänlaatua (Blinderman ym. 2009, 121).

Keuhkohtaumatautiin liittyy pahenemisvaiheita, joiden aikana hengitystieoireet pahenevat äkillisesti verrattuna tavallisiin päivittäin ilmeneviin oireisiin. Pahenemisvaiheen merkkejä ovat lisääntynyt hengenahdistus, yskä ja märkäiset yskökset. (Käypä hoito-suositus 2014.) Vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen (Papi ym. 1118) avulla on pystytty osoittamaan hengitystieinfektioiden lisäävän pahenemisvaiheiden määrää 78 prosentilla tutkimuksen kohteena olleen keuhkohtaumatautia sairastavan potilasryhmän sisällä. Hoogendoorn ym. (2011, 511-512) ovat tutkimuksessaan todenneet toistuvien sairaalahoitoon johtavien pahenemisvaiheiden heikentävän merkittävästi keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja lisäävän kuolleisuutta.

4.4 Keuhkohtaumataudin hoito

Keuhkohtaumatautiin ei ole parantavaa hoitoa (Hodson & Sherrington 2014, 57). Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Vuoden 2014 keuhkohtaumataudin Käypä Hoito –suosituksissa on määritelty suomalaisten keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon tavoitteiksi oireiden ja elämänlaadun paraneminen, taudin etenemisen hidastuminen, pahenemisvaiheiden ehkäiseminen sekä kuolleisuuden pieneminen. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi potilas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu esimerkiksi lääkehoito, tehokas tupakasta vieroitus, liikunnallinen kuntoutus ja ravitsemustilan seuranta. (Käypä hoito-suositus 2014; GOLD 2015, ch.4, 34.)

Lääkehoidon tarkoituksena on vähentää keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan oireita ja pahenemisvaiheiden ilmaantumista. Lääkehoito ja käytettävät lääkkeet valitaan riippuen potilaan sairauden yksilöllisistä ominaisuuksista, oi-

reiden määrästä sekä pahenemisvaiheiden riskistä. (Käypä hoito-suositus 2014; GOLD 2015, ch.4, 35.) Tupakoinnin lopettamisen on todettu hidastavan keuhkohtaumataudin etenemistä, sekä vähentävän oireita ja pahenemisvaiheita (Kupiainen ym. 2012). Tupakoinnin lisäksi liikunnalla on tärkeä merkitys hoidossa ja sairauden ennusteen parantamisessa. Se edistää hyvinvointia ja parantaa arjen selviytymistä. (Hengityслиitto 2014a.) Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ravitsemustilaa on myös tärkeää seurata (Käypä hoito-suositus 2014).

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa keskeistä on potilaan omahoitovalmiuksien parantaminen ja ylläpitäminen. Hyvien omahoitovalmiuksien avulla voidaan muuan muassa hidastaa sairauden etenemistä ja parantaa potilaan elämänlaatua. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjaus vaatii onnistuakseen sairaanhoitajalta osaamista muuan muassa oikeista lääkkeenototekniikoista, kuntoutuksesta ja ravitsemuksesta. (Matilainen 2014a; Käypä hoito-suositus 2014.)

4.5 Hengityselinsairaus ja elämänlaatu

Elämälaadulla tarkoitetaan ihmisen yksilöllistä hyvinvoinnin kokemista sekä joi-tain objektiivisia määreitä, kuten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat, kuten muitakin pitkäaikaisia, eteneviä sairauksia sairastavat potilaat, kokevat terveyden kokonaisuutena. He ajattelevat terveyden olevan hyvää elämää sairauden kanssa, ei sairauden puuttumista kokonaan. (Kanervisto 2008, 4-14.)

Hengityselinsairaudet heikentävät usein potilaiden elämänlaatua, sillä useimmat sairauksista aiheuttavat hengenahdistusta, joka puolestaan heikentää potilaiden päivittäistä suorituskykyä. Jotkin hengityselinsairaudet saattavat huonontaa potilaan kykyä tehdä työtä, jolloin syrjäytymisen todennäköisyys kasvaa. Esimerkiksi taksikuskina työskentelevän uniapneaa sairastavan potilaan työkykyä saattaa heikentää vireystilan lasku ja päiväaikainen väsymys sairaudesta johtuen. (Katajisto ym. 2014.)

Keuhkohtaumatauti heikentää potilaan toimintakykyä sen kaikilla osa-alueilla ja näin vaikuttaa myös merkittävästi elämänlaatuun. Mitä vaikeampi keuhkohtaumatauti on ja mitä pidemmälle se on edennyt, sitä huonompi elämänlaatu potilaalla on. Hengenahdistuksen lisääntyessä liikkuminen vähenee ja potilas jää helposti kotiin, sillä jo päivittäisten askareiden teko tuntuu raskaalle. Tämä vaikuttaa myös potilaan sosiaaliseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin, sillä vuorovaikutus muiden ihmisen kanssa jää vähäisemmäksi harrastusten jäädessä pois arkielämästä. (Okubadejo ym. 1996, 44; Kanervisto 2008, 4-37.) Hodson & Sherrington toteavat artikkelissaan (2014, 57) keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaadun kohentuvan oireita lievittämällä, toistuvien pahenemisvaiheiden ehkäisemisellä, liikunnan lisäämisellä ja yleisen terveydentilan kohentamisella.

Yhteenveto

Keuhkohtaumatauti on pitkäaikainen ja etenevä keuhkosairaus. Se on ehkäistävissä oleva kansanterveydellinen haaste, sillä sen tärkein aiheuttaja on tupakointi ja sen esiintyvyys kasvaa maailmanlaajuisesti jatkuvasti.

Keuhkohtaumatautia sairastava potilas tottuu oireisiin herkästi ja siksi tauti diagnosoidaan usein vasta pitkälle edenneessä vaiheessa. Sairaus vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja sitä kautta myös merkittävästi elämänlaatuun. Koska keuhkohtaumatautiin ei ole parantavaa hoitoa, sen hoidon tavoitteita ovat oireiden ja elämänlaadun paraneminen, taudin etenemisen hidastuminen, pahenemisvaiheiden ehkäiseminen sekä kuolleisuuden pieneneminen.

5 POTILASOHJAUS OSANA KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOA

5.1 Potilasohjaus ja sen tarkoitus

Potilaan on saatava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista, sekä niiden vaikutuksista ymmärrettävällä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785). Potilasohjauksella tarkoitetaan potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä aktiivista ja luottamuksellista vuorovaikutustilannetta. Potilasohjausta voi toteuttaa niin suullisesti, kirjallisesti, kuin puhelimenkin välityksellä. (Lipponen ym. 2006, 1.) Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilasta päätöksissä. Tarkoituksena on kuitenkin, ettei potilaalle anneta valmiita ratkaisuja, vaan hän oivaltaa itse oikeita toimintatapoja. (Lipponen 2014, 17.) Ohjaustilanteen tarkoituksena on saada potilas ottamaan aktiivisesti vastuuta omasta hoidostaan ja kyetä saatujen ohjeiden avulla hoitamaan itse sairauttaan mahdollisimman hyvin. (Lipponen ym. 2006, 1.) Näin potilaan motivaatio omahoitoon lisääntyy. Myös kokemus hallinnan tunteesta ja mahdollisuudesta vaikuttaa hoitoon kasvavat, mikä parantaa potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. (Lipponen 2014, 17.)

5.2 Laadukas potilasohjaus

Laadukkaan potilasohjauksen tunnistaa potilaslähtöisyydestä (Kääriäinen 2007, 33), yksilöllisyyden huomioimisesta, potilaan ja sairaanhoitajan välisestä luottamuksesta, sopivin väliajoin pidetystä neuvonnasta ja selkeistä omahoito-ohjeista. Ohjauksessa on hyvä kartoittaa ne elämän osa-alueet, jotka saattavat vaikuttaa ohjauksen sisäistämiseen. Näitä osa-alueita ovat esimerkiksi nykyinen elämäntilanne, potilaan omat voimavarat sekä potilaan sosiaalinen tukiverkosto. (Poikela 2005, 19.) Onnistuneen ohjauksen avulla potilaiden ymmärryksen omaa sairautta ja sen hoitoa kohtaan on todettu lisääntyneen. Myös itsehoidon

ja hoitoon sitoutumisen sekä arjesta selviytymisen koetaan paranevan laadukkaana ohjauksen avulla. (Lipponen ym. 2006, 1.)

5.3 Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjaus

Ansari kumppaneineen (2014, 4) totesivat tutkimuksessaan, että tuoreen diagnoosin saaneet keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat hyväksyvät sairautensa melko hyvin, mutta heidän tietoisuus sairaudesta on usein liian vähäistä. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hyvinvointi riippuu hänen kyvystään hoitaa sairauttaan. Jotta tämä onnistuu, potilaiden tulee ymmärtää sairauttaan sekä sen kehittymistä ja etenemistä. Terveystieteiden ammattilaisen tulee varmistaa potilaan osaaminen ja käyttää aikaa potilasohjaukseen. (BLF 2006, 18.)

Keuhkohtaumataudin nykyisen Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan potilasohjaus on yksi oleellinen osa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitotyötä. Potilasohjauksella sairaanhoitaja pystyy vaikuttamaan merkittävästi keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan terveyteen ja yleiseen vointiin. Vaikka keuhkohtaumatautiin ei ole parannuskeinoa, sairaanhoitaja voi ohjata potilasta kohtaamaan sairautensa ja olemaan oman sairautensa asiantuntija. Näin keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan vointi kohenee ja taudin eteneminen hidastuu. (Barnett 2006, 22.)

5.3.1 Potilasohjauksen toteuttaminen

Keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta ohjattaessa sairaanhoitajan tulee tietää ja ymmärtää keuhkohtaumataudin vaikutukset potilaan elämänlaatuun ja jokapäiväiseen elämään (Fraser ym. 2006, 557). Ohjauksessa keskeisintä on omahoitovalmiuksien parantaminen ja ylläpitäminen. Potilaan hyvillä omahoitovalmiuksilla pystytään hidastamaan sairauden etenemistä, vähentämään pahenemisvaiheita ja sairaalahoitopäiviä sekä parantamaan potilaan elämänlaatua. (Matilainen 2014a.) Jotta omahoito onnistuu, se vaatii ammattihenkilöltä

uudenlaista oppimiskäsitystä ja kykyä valmentaa. Ohjaustilanteessa potilaan tulee pystyä kertomaan avoimesti ja rehellisesti omista arvoistaan, toiveistaan, kokemuksistaan ja mahdollisuuksistaan. (Routasalo ym. 2009.)

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjaukseen on kehitetty useita potilasohjausta tukevia ohjelmia. Vaikka näiden ohjelmien käyttäminen potilasohjauksessa on hyödyllistä, ohjaustilanteessa tulisi aina ottaa potilas huomioon yksilönä ja räätälöidä ohjaus potilaskeskeisesti. (Carlson ym. 2006, 211.) Vaikka potilaskeskeisyys ei ole uutta keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa, se on kuitenkin jatkuvasti enemmän tutkittuun tietoon perustuvaa (Barnett 2009, 4).

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa potilaan motivointi omahoitoon on tärkeässä osassa hoidon onnistumisen kannalta. Motivaatiota tulee tukea hoidon kaikissa vaiheissa kannustamalla, keskustelemalla ongelmakohtista ja etsimällä niihin ratkaisuja. Potilasta ohjattaessa hänen motivaatioitaan voidaan ylläpitää käyttämällä motivoivaa keskustelua, jonka avulla potilasta voidaan tukea voimaantumaan ja ottamaan vastuuta omahoidosta. (Hildén 2005, 43-68; Routasalo ym. 2009.) Benzo ym. (2013, 118) ovat tutkimuksessaan todenneet motivoivan keskustelun lisäävän keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden sitoutumista omahoitoon merkittävästi. Motivoiva keskustelu on potilaslähtöistä toimintaa ja sen tavoitteena on lisätä potilaan omaa motivaatiota muutokseen. Motivoivaa keskustelua hyödyntävä sairaanhoitaja ilmaisee empatiaa ja tuo esille potilaan toiveita. (Routasalo ym. 2009.)

Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat hyötyvät eniten kasvotusten annettusta potilasohjauksesta. Myös videoiden käyttäminen ohjauksessa on todettu hyödylliseksi. (Carlson ym. 2006, 211.) Steventon ym. totesivat tutkimuksessaan (2013, 5), että puhelimitse annettu potilasohjaus ei vähentänyt sairaanhoitokustannuksia tai keuhkohtaumapotilaiden sairaalajaksoja. Stead ym. kuitenkin totesivat tutkimuksessaan (2009, 15), että puhelinneuvonnalla on saatu hyviä tuloksia tupakasta vieroituksen suhteen, kun puhelinkontakteja on ollut useammin kuin kerran. Myös ryhmäohjaus yleistyy terveydenhuollossa yhä enemmän muun muassa taloudellisuutensa vuoksi. Ryhmän ohjaaminen vaatii kui-

tenkin aina erityistä ammattitaitoa ja ryhmäprosessin tuntemista. Ryhmäohjauksessa voidaan törmätä moniin erilaisiin haasteisiin ja etenkin keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kohdalla haasteeksi voi muodostua potilaskeskeisyyden huomioiminen ja yksilöllisten tavoitteiden saavuttaminen. (Vänskä ym. 2001, 87-93.)

Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden mielestä perheenjäsenet, etenkin puoliso, ovat tärkeimmät voimavarat päivittäisessä elämässä (Kanervisto 2005, 26). Giacomini kumppaneineen (2012, 19-20) totesivat laadullisessa kirjallisuuskatsauksessaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan eristäytyvän helposti ystävistään ja perheestään esimerkiksi toiminnallisten rajoitusten, kuten hengenahdistuksen ja laitoshoidon vuoksi. Katsauksessa todetaan myös läheisten osallistumisen hoitoon rikastuttavan potilaiden elämänlaatua, sosiaalisia suhteita muihin ja mahdollisuuksia selviytyä sairautensa kanssa. Tästä voidaan päätellä, että omaisten kannustaminen ja mukaan ottaminen keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoidon ohjauksessa, suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeää ja suositeltavaa.

5.3.2 Potilasohjauksen haasteet

Verbrugge kumppaneineen (2013, 2795-2796) totesivat tutkimuksessaan, että keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita hoitavat sairaanhoitajat keskittyvät potilasta ohjatessaan tarjoamaan tietoa tupakoinnin lopettamiseen liittyen. Eniten vaikeuksia todettiin olevan ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvän ohjauksen tarjoamisessa. Sairanhoitajat kokivat myös vaikeuksia löytää ratkaisuja saavuttaakseen tehokkaan mahdollisen omahoidon potilailleen. Näitä ratkaisuja tulee löytää potilaan kanssa kommunikoinnin avulla, sekä tarjoamalla tietoa potilaiden elämänlaatua parantavista tehokkaista omahoitomenetelmistä. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaadun ja kunnan kohenemisen kannalta tarvitaan uudenlaisia lähestymistapoja keuhkohtaumataudin omahoidon ohjaamiseen (Apps ym. 2013, 235).

5.3.3 Ohjaus järjestöjen tarjoaman tuen piiriin

Keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta ohjatessa tulee huomioida potilaan päivittäin tarvitsema tuki ja kartoittaa potilaan tukiverkosto. Monet kaipaavat keskustelua ja ajatusten vaihtoa toisten samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa, eikä heidän tarvitse pelätä omien omaistensa kuormittamista liikaa. Potilasta ohjatessa sairaanhoitajan on tärkeää opastaa ja kertoa potilasjärjestöjen tarjoamista palveluista, toiminnasta ja vertaistuesta. (Hengitysliitto 2010.)

Suomessa toimiva Hengitysliitto eli HELI on sosiaali- ja terveysalan järjestö, joka on tarkoitettu hengityselinsairauksia sairastaville ja heidän omaisilleen. Liiton tehtävänä on edistää hengitysterveyttä ja parantaa hengityssairaan elämää. Hengitysliitto tarjoaa muun muassa edunvalvontaa, tietoa hengityssairauksista, vertaistukea, kuntoutusta ja koulutusta. Liiton toimintaa ohjaavia arvoja ovat yhteisöllisyys, vastuullisuus ja vertaisuus. (Hengitysliitto 2014b.)

Hengitysliiton paikallisyhdistys Turun seudun hengitysyhdistys – Åbonejdens Andningsförening toimii Varsinais-Suomen alueella. Sen tavoitteena on parantaa hengityssairauksia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnassa. Yhdistys tarjoaa jäsenilleen hengitysliiton ja yhdistyksen toimittamat jäsenlehdet, edulliset ryhmäliikuntatarjoukset ja pääsyn erilaisiin liiton järjestämiin tapahtumiin. Yhdistys tarjoaa myös monia erilaisia kuntoutus- ja keskusteluryhmiä. (Turun seudun hengitysyhdistys 2014.)

Keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle hengitysliitto ja Turun seudun hengitysyhdistys tarjoavat Internet-sivuillaan ja toimipisteissään oppaita keuhkohtaumataudin ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen sekä omahoito-ohjeita sairauden oireiden helpottamiseksi. Tarjolla on myös erilaisia tukiryhmiä liittyen esimerkiksi tupakasta vieroitukseen sekä vertaistukea keuhkohtaumataudin kanssa selviytymiseen erilaisten kokemuskouluttajien ja vertaistukiryhmien kautta. (Hengitysliitto 2014a.)

Yhteenveto

Omahoito on suuri osa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, joten omahoitovalmiuksien kehittäminen on keskeinen osa potilaan ohjausta. Omahoidon onnistumiseen voidaan vaikuttaa laadukkaalla potilasohjauksella. Ohjauksessa tärkeää on potilaan motivointi omahoitoon ja motivaation ylläpitäminen hoidon edetessä. Sairaanhoidajan tehtävänä on opastaa, tukea ja kannustaa potilasta omahoitoon liittyvissä kysymyksissä ja ongelmissa.

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjausta tulee toteuttaa potilaskeskisessä, ottaen huomioon potilaan yksilöllisten tarpeiden lisäksi kaikki omahoitomenetelmät monipuolisesti. Näin potilaan hoito toteutuu mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Motivoiva keskustelu ohjausmuotona auttaa sairaanhoitajaa ohjaamaan potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta sen toteutumisesta. Onnistunut omahoidon ohjaus parantaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja lisää hallinnan tunnetta sairauden hoidossa.

6 OMAHOITOMENETELMÄT

KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN ELÄMÄNLAADUN YLLÄPITÄJINÄ

6.1 Itsehoidon ja omahoidon tarkoitus

Itsehoidolla tarkoitetaan usein potilaan itselleen antamaa hoitoa ilman terveydenhuollon ammattihenkilön määräystä tai ohjeistusta. Itsehoito ja hoitohenkilöstön antama hoito eivät kuitenkaan poissulje toisiaan. Potilas saattaa hoitaa itseään esimerkiksi lääkärin suosittelemilla itsehoitolääkkeillä ilman erillistä reseptiä. Itsehoito koetaan ennaltaehkäisyinä, joka parhaimmillaan lisää potilaan itsemääräämisoikeutta ja vähentää samalla myös terveydenhuollon kustannuksia. (Lumme-Sandt 2002, 17.)

Yksi itsehoidon osa-alueista on ohjattu omahoito. Tällä tarkoitetaan potilaan ohjaamista ja rohkaisua ottamaan vastuuta omasta hoidosta, sekä esimerkiksi lääkeannoksien säätelystä tarpeen mukaan omatoimisesti. (Lumme-Sandt 2002, 19.) Omahoidon tukemisen tavoitteena on valmentaa potilaita saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudestaan huolimatta. On kuitenkin tarkoituksenmukaista ottaa huomioon, että kaikissa tilanteissa omahoito ei ole mahdollista toteuttaa. Kaikki potilaat eivät ole halukkaita tai kykeneviä itse tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. (Routasalo ym. 2009.)

6.2 Onnistuneen omahoidon hyödyt keuhkohtaumataudissa

Omahoito käsitteenä korostaa ihmisen oikeutta tehdä päätöksiä koskien oman sairautensa hoitoa. Tärkeää on, että pitkäaikaissairautta poteva löytää tasapainon sairauden vaatimusten, elämäntapojen, hoidon ja jokapäiväisen elämän välillä. (Routasalo ym. 2009.) Onnistuessaan omahoito lisää potilaan itsemääräämisoikeutta. Se myös parantaa sairauden hoitoon sitoutumista sekä potilaan kykyä selviytyä sairautensa kanssa. Samalla onnistunut omahoito vähentää

myös terveydenhuollon kustannuksia. (Lumme-Sandt 2002, 19; Routasalo ym. 2009.)

Keuhkohtaumataudin omahoidon tavoitteena on kehittää potilaiden selviytymiskeinoja ja kykyä tunnistaa pahenemisvaiheet, sekä edistää lääkkeiden oikeanlaista käyttöä (Bucknall ym. 2012, 1). Aikaisen pahenemisvaiheen tunnistamisen ja hoidon on todettu vähentävän kuolleisuutta ja vaikuttavan keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatuun (Wilkinson ym. 2003, 1303). Onnistuneen omahoidon avulla potilaan elämänlaatu ja suorituskyky kohenee, oireet ovat paremmin hallinnassa, väsymystä esiintyy vähemmän ja potilaiden tunne rajoittuneisuudesta pienenee. Lisäksi myös potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyö paranee. (Barnett 2009, 8.) Simpson & Martyn totesivat tutkimuksessaan (2013, 1109), että keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hyvillä omahoitovalmiuksilla on yhteys myös vähempiin hengenahdistuksiin sekä vähempään ahdistuneisuuteen ja masennusoireisiin. Vaikka onnistuneella omahoidolla on lukuisia hyötyjä, vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa (Bucknall ym. 2012, 5) todettiin, että tuettu omahoito keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidossa ei lyhentänyt aikaa seuraavaan sairaalahoitoa vaativaan pahenemisvaiheeseen, eikä myöskään vaikuttanut potilaiden kuolleisuuteen.

6.3 Omahoitomenetelmät ja niiden hyödyt

Viime vuosina monissa maissa on ollut havaittavissa asenteiden muutosta parempaan suuntaan keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidossa. Nämä asenteenmuutokset johtuvat paremmasta ymmärryksestä keuhkohtaumatautia ja sen seurauksia kohtaan. Vaikka uusia hoitomenetelmiä ei ole keksitty keuhkoputkien ahtautumisen poistamiseksi, sairauden aiheuttamia oireita lievittävät omahoitomenetelmät ovat kehittyneet paljon. Terveydenhuollossa pyritään nykyään aktiivisesti parantamaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatua omahoitomenetelmien avulla. (Morgan 2011, 935.)

Laadukkaan omahoidon ja omahoitomenetelmien ohjauksen toteutuessa pystytään hidastamaan keuhkohtaumataudin kulkua, lisäämään keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan mahdollisuuksia hoitaa ja hallita taudin pahenemisvaiheita sekä parantamaan yleisesti keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja arjessa selviytymistä (Lumme-Sandt 2002, 19; Routasalo ym. 2009). Keuhkohtaumataudin omahoitomenetelmien ohjaamisen tavoitteina on auttaa potilaita hoitamaan oireitaan ja tilaansa tehokkaasti (Barnett 2009, 4). Seuraavaksi tekstissä tullaan kuvaamaan tärkeimmät omahoitomenetelmät, joista keuhkohtaumatautia sairastava potilas hyötyy.

6.3.1 Tupakasta vieroittaminen

Tupakoinnin lopettamisesta on todettu olevan hyötyä keuhkohtaumataudin kaikissa vaikeusasteissa (Scanlon ym. 2000, 386-388). Tupakoinnin lopettaminen hidastaa keuhkohtaumataudin etenemistä, vähentää oireita ja pahenemisvaiheiden syntyä. Myös sairaalahoitjaksojen määrän ja kuolleisuuden on todettu laskevan tupakoinnin lopettamisen myötä. (Godtfredsen ym. 2008, 850-851; Forey ym. 2011, 42.)

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan kehossa tapahtuu muutoksia hyvin nopeasti tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Verenpaine ja syke normalisoituvat ja jo vuorokauden kuluessa tupakasta tuleva häikä on hävinnyt elimistöstä. Noin 1-2 kuukauden kuluttua yskä ja limannousu lievittyvät ja 2-3 kuukauden kuluttua keuhkojen toiminta paranee merkittävästi. 3-9 kuukauden kuluttua tupakoinnin lopettamisesta yskä sekä hengitysvaikeudet vähenevät. Tupakoinnin lopettaminen vähentää myös stressin kokemista ja parantaa unen laatua. Lisäksi aistit kuten maku- ja hajuaisti terävöityvät ja yleiskunto paranee. (Huovinen 2004, 54-57; Williemse ym. 2004, 472-473; Käypä hoito-suositus 2012.)

Terveystieteiden ammattilaisella voi olla suuri rooli keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan tupakoinnin lopettamisessa (Barnett 2006, 20). Potilaalle on tärkeää kertoa tupakoinnin lopettamisen myönteiset vaikutukset ja niiden kautta motivoida lopettamiseen. Myös mahdollisista vieroitusoireista on syytä kertoa

tarkkaan, jotta ne eivät ilmestyessään tule yllätyksenä potilaalle ja ole syynä tupakoinnin uudelleen aloittamiseen. Tupakoinnin lopettamisesta aiheutuvia vieroitusoireita voivat olla jatkuva nikotiinipitoisuuden laskusta johtuva tupakanhimo, keskittymisvaikeudet, levottomuus, ärtyisyys, hermottuneisuus, stressi, vapina, univaikeudet, näläntunne ja painonnousu sekä ummetus (Patja ym. 2005, 78-89).

Ruotsissa vuonna 2011 (Lundh, 490) tehdyn tutkimuksen mukaan potilaan motivaatiota ja onnistumista tupakan vieroituksessa heikentää pitkällinen lopettamisen suunnittelu, epäonnistuneet lopetusyritykset, tuen puute sekä perheen ja ystävien tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden negatiiviset asenteet potilasta kohtaan. Tupakasta vieroitettaessa sairaanhoitajan on tärkeää omata empaattinen, välittävä ja ymmärtävä asenne, jotta potilaalle tulee tunne, että häntä ymmärretään ja halutaan tuomitsemisen sijaan vain auttaa (Ollila 2011).

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ollessa motivoitunut tupakoinnin lopettamiseen, ohjaustilanteessa tulisi antaa tietoa lopettamisen hyödyistä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä sekä keskustella potilaan omasta suhtautumisesta tupakointiin ja sen lopettamiseen. Potilaalle on myös hyvä kertoa repsahduksista, joita tulee vieroituksen aikana keskimäärin 3-4, sekä antaa näihin tilanteisiin konkreettisia toimintaohjeita ja neuvoja. Keuhkohtaumatautia sairastava potilas on hyvä ohjata myös potilasjärjestöjen vetämien tukiryhmien piiriin. Tukiryhmistä on mahdollista saada vertaistukea ja kuulla muiden samassa tilanteessa olevien kokemuksia tupakasta vieroituksesta. (Nieminen 1999, 120; Patja ym. 2005, 96-96.) Sosiaalisen tuen on todettu auttavan tupakasta vieroituksessa ja parantavan potilaiden elämänlaatua (Fiore ym. 2008, 30-31).

Keuhkohtaumatautia sairastava potilas ei riskeistä ja saamastaan tiedosta huolimatta aina ole valmis lopettamaan tupakointia. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee ymmärtää, että tupakoinnin lopettaminen voi olla vaikeaa. (BLF 2006, 19.) Wilson kumppaneineen (2010, 824-825) selvittivät laadullisessa tutkimuksessaan syitä siihen, miksi kaikki keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat eivät lopeta tupakointia. Tutkimukseen osallistuneet keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat kokivat tupakan ystävänä, vaikka tiesivät sen vaaroista ja

vaikutuksista sairauden kulkuun ja elämänlaatuun. Myös kyvyttömyys tupakoinnin lopettamiseen sai potilaat välttämään terveydenhuollon palveluja, joka johti entistä huonompaan terveydentilaan. Giacomini ym. (2012, 20) selvittivät laadullisessa kirjallisuuskatsauksessaan keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan kohtelusta. Potilaat kokivat suhteen hoitohenkilökuntaan huonoksi. Kiireisyys, huonot kuuntelutaidot ja myötätunnon puute heikensivät keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kokemuksia terveydenhuollosta.

Mikäli keuhkohtaumatautia sairastava potilas ei ole valmis lopettamaan tupakointia, tulee se hänelle sallia, sillä jokaisella on itsemääräämisoikeus omaan terveyteensä ja siihen, miten sitä hoidetaan (Itsemääräämisoikeuslaki, 108/2014). Hoitaja voi kuitenkin pyrkiä selvittämään, mikä tekee tupakoinnista potilaalle tärkeää, mitä potilas kokee hyötyvänsä tupakoinnin jatkamisella ja millaisia esteitä potilas kokee tupakoinnin lopettamiselle olevan. Lisäksi hoitajan on hyvä vielä kerrata tupakoinnin riskit ja vaarat. Näihin asioihin on hyvä palata aina kun potilas tulee vastaanotolle ja selvittää, onko niihin tullut muutoksia ja onko potilas halukas lopettamaan tupakoinnin. (Fiore ym. 2008, 23-25; Winell 2012.) Potilaalle voi myös ehdottaa tupakasta vieroitus-hoitajan vastaanottoa, jolloin potilaan on mahdollista keskustella hoitajan kanssa erityisesti tupakointiin ja sen lopettamiseen liittyvistä asioista sekä saada asiantuntevaa tukea, apua ja vinkkejä tupakoinnin lopettamiseen.

6.3.2 Liikunnan merkitys

Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden on todettu liikkuvan tavallista vähemmän (Vorrink ym. 2011, 6). Tämä johtuu siitä, että potilas vähentää usein liikkumistaan hengitysoireiden vuoksi, mikä heikentää suorituskykyä entisestään (Matilainen 2014a). Vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa (Waschki ym. 2011, 336) todetaan, että fyysisen aktiivisuuden puute on tärkein tunnettu kuolemaa ennustava tekijä keuhkohtaumataudissa. Vaikka fyysinen inaktiivisuus ei ole suorassa suhteessa taudin vaikeusasteeseen, huonokuntoisuus kuitenkin lisää

sairauden invalidisoivaa vaikutusta sekä nostaa sairaalahoitoon joutumisen riskiä.

Useissa tutkimuksissa on todettu, että toistuvista pahenemisvaiheista kärsivien potilaiden liikunnallinen kuntouttaminen on puolittanut sairaalahoitopäivät ja hoitajaksot. Tupakoinnin lopettamisen ohella liikunnalla on myös vaikutus keuhko-
ahtaumatautia sairastavan potilaan ennusteeseen. Nykyiset ohjeistukset, kuten Käypä hoito –suositus (2014), sisältääkin yhä enemmän suosituksia liikunnan merkityksestä keuhko-
ahtaumataudissa. Kun mitataan potilaan suorituskykyä, elämänlaatua ja hengenhdistusoireita, liikunnallinen keuhkokuntoutus on jopa vaikuttavampaa kuin lääkehoito. (Ekroos & Katajisto 2011, 3819; Katajisto 2013, 315.)

Jokaisen terveydenhuollon työntekijän tulisi rohkaista keuhko-
ahtaumatautia sairastavia potilaita liikkumaan, sillä riski fyysiseen inaktiivisuuteen ja sen seurauksena huonokuntoisuuteen on heillä suuri. Jo kohtalaisella liikunnalla voidaan parantaa potilaan vointia sekä myös ennustetta. Tavoitteena olisi hengästyä ja hikoilla vähintään puoli tuntia kerrallaan useamman kerran viikossa. Lisäksi on hyvä harjoittaa luustolihas-
ten voimaa sekä harrastaa kestävyyttä ylläpitävää ja lisäävää liikuntaa muutaman kerran viikossa. Myös nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa kehittävät liikuntamuodot on todettu hyviksi. (Ekroos & Katajisto 2011, 3819; Suomen terveyslääkintäinstituutti Oy 2011.)

Mikäli potilaalla on asianmukaisesta lääkähoidosta huolimatta jatkuvasti oireita, heikentynyt suorituskyky tai vähäistä liikkumista, sairaanhoitajan tulisi ohjata potilas liikunnalliseen kuntoutukseen. Liikunnallinen kuntoutus perustuu tavoitteelliseen liikuntaharjoitteluun ja tähtää aktiivisempaan elämäntapaan. Useimmiten se järjestetään ryhmämuotoisena avokuntoutuksena, poikkeustilanteissa myös potilaan kotona tai laitoksessa. (Ekroos & Katajisto 2011, 3819; Käypä hoito-suositus 2014.)

6.3.3 Ravitsemustilan huomioiminen

Ravitsemustila voi vaikuttaa keuhkohtaumataudin vakavuuteen (O'Neill 2004). Kolmasosalla keuhkohtaumatautia sairastavista potilaista on jonkinasteista aliravitsemusta. Aliravitsemus on seurausta riittämättömästä energiansaannista, sillä keuhkohtaumatautia sairastava potilas kuluttaa normaalia enemmän energiaa hengityslihasten lisääntyneen hapenkulutuksen vuoksi (Käypä hoito-suositus 2014; Barnett 2006, 20.) Terveillä ihmisillä aliravitsemuksen raja on painoindeksin mukaan $18,5 \text{ kg/m}^2$ (Mustajoki 2014b). Keuhkohtaumatautia sairastavalla potilaalla jo alle 21 kg/m^2 painoindeksi on merkki aliravitsemuksesta. Tämä saattaa olla kohtalokasta pitkälle edenneessä taudissa. Aliravituilla potilailla ilmenee enemmän hengitysoireita sekä huonompi fyysinen toimintakyky verrattuna normaalipainoisiin potilaisiin. Huono ravitsemustila myös lisää akuutin hengitysvajauksen vaaraa ja ennustaa respiraattorihoidon eli hengityskoneen tarvetta. (Käypä hoito-suositus 2014.)

Hyvä ravitsemustila voi helpottaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hengitystä sekä auttaa kehoa taistelemaan infektioita kuten keuhkokuumetta vastaan (O'Neill 2004). Aliravitsemuksen lisäksi myös ylipainoon tulisi kiinnittää huomiota keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa. Merkittävästi keskivartalolihavien keuhkohtaumatautipotilaiden tulisi kiinnittää huomiota painonhallintaan (Käypä hoito-suositus 2014). Ylipaino kasvattaa sydämen ja keuhkojen työtaakkaa ja näin hapensaanti elimistössä saattaa olla liian vähäistä. Lisäksi ylimääräinen rasva vatsan alueella ahtauttaa palleaa ja estää keuhkojen täydellistä laajenemista hengittäessä. (O'Neill 2004.)

Aliravittuja potilaita tulisi ohjata runsasenergisien ruokavalion toteuttamiseen (Käypä hoito-suositus 2014). Erytisruokavaliosta tai lisäravinteista ei kuitenkaan ole todettu olevan hyötyä aliravittujen keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden terveydentilaan (Ferreira ym. 2000, 672-676; Matilainen 2015). Potilaalle on tärkeää painottaa ravitsemuksen tärkeyttä ja häntä tulee auttaa saavuttamaan optimaalinen ravitsemustila. Ravitsemuksen ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota terveellisen ja monipuolisen ruokavalion lisäksi ateriarytmiin ja

ateriakokoihin, hedelmien ja vihannesten suosimiseen sekä riittävään vitamiini- en ja antioksidanttien saantiin. Sairaanhoidtaja voi tarvittaessa konsultoida ravitsemusterapeuttia avukseen ravitsemusneuvonnassa. (O'Neill 2004; Barnett 2006, 20.)

6.3.4 Lääkehoidon itsesäätely

Lääkehoidon tarkoituksena on vähentää keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan oireita ja pahenemisvaiheiden ilmaantumista. Lääkehoito ja käytettävät lääkkeet valitaan riippuen potilaan sairauden yksilöllisistä ominaisuuksista, oireiden määrästä ja riskistä pahenemisvaiheisiin. Lääkehoidon onnistumisen takaamiseksi on tärkeää löytää keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle sopiva lääkevalmiste, -muoto ja antotapa. (Käypä hoito-suositus 2014.)

Useimmille potilaille soveltuu helppokäyttöinen jauheinhalaattori. Sen käytön opastus on tärkeää, jotta lääke vaikuttaa oikein. Jauheinhalaattorin käyttö vaatii potilaalta tarpeeksi voimakkaan sisäänhengitysvoiman ja -nopeuden. (Käypä hoito-suositus 2014; Matilainen 2014a.) Wieshammer & Dreyhaupt (2008, 23-24) ovat tutkimuksessaan todenneet, että vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan sisäänhengitysnopeus ei useimmiten riitä käyttämään jauheinhalaattoreita. Silloin on syytä kokeilla ponnekaasuaerosolia. Ponnekaasuaerosolin inhalaattorissa on kaasua, johon on lisätty kiinteitä tai nestemäisiä lääkehiukkasia. Sen käyttö ei vaadi voimaa, mutta potilaalta täytyy löytyä sorminäppäryyttä ja koordinaatiokykyä laitteen laukaisemiseksi samaan aikaan, kun sisäänhengitys alkaa. Ponnekaasuaerosolin käyttöä voidaan helpottaa tilanjatkeilla, jolloin koordinaatiokyky ja sisäänhengitysnopeus eivät ole niin suuressa osassa. Jokaisella seurantakäynnillä on tärkeää tarkistaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan lääkkeenottotekniikka. (Yawn 2012, 496-498; Käypä hoito-suositus 2014; Matilainen 2014a.)

Oikeiden lääkkeenottotekniikoiden ohjaus potilaalle on tärkeää, jotta inhaloitavien lääkkeiden vaikutus olisi paras mahdollinen. Kun oikea tekniikka on hallussa, lääke pääsee vaikuttamaan syvällä keuhkoputkissa eikä jää esimerkiksi potilaan

suuhun, jolloin lääkkeen hoitava vaikutus jää olemattomaksi. Väärän lääkkeenottotekniikan on todettu vähentävän lääkkeiden tehoa ja keuhkohtaumataudin hallintaa sekä heikentävän potilaan sitoutumista hoitoon. (Lareau & Hodder 2011, 114; Matilainen 2014b.)

6.3.5 Pahenemisvaiheiden tunnistaminen

Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheella tarkoitetaan akuuttia tilaa, jossa potilaan hengitystieoireet ovat pahentuneet normaaleista, päivittäin ilmenevistä oireista ja ne vaativat lääkityksen lisäämistä (GOLD 2015, ch.4, 40). Seemungal ym. (1998, 1421) totesivat tutkimuksessaan, että pahenemisvaiheet aiheuttavat potilaille ahdistusta ja ovat yhteydessä kasvaneeseen kuolleisuuteen ja sairaalassaoloon. Pahenemisvaiheen tunnistamiseksi keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan tulee tietää, mikä on hänelle normaali suorituskyky ja oiretaso, jotta niissä tapahtuvat muutokset tunnistetaan.

Pahenemisvaiheeseen liittyy usein myös korkeakuumeinen hengitystieinfektio tai märkäiset yskökset, huonontunut rasituksen ja ärsykkeiden, kuten katupölyn sieto. Sairaalahoitoon on syytä hakeutua, kun kotona pärjääminen ei enää onnistu, iho sinertää tai keuhkoputkia avaavista lääkkeistä ei ole apua. (Matilainen 2014a.) Toistuvien pahenemisvaiheiden hoitoon keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan on saatava yksilölliset hoito-ohjeet kotiin, joiden avulla hänen on helppo tunnistaa pahenemisvaiheet ja aloittaa niihin lääkärin määräämä antibiootti- tai kortisonilääkitys ohjeiden mukaisesti. Potilaalle annetaan myös selkeät ohjeet lääkkeiden käyttöön, joiden mukaan hän pystyy itse lisäämään ja vähentämään lääkitystä oireiden mukaisesti. (Poikela 2005, 20-21; Mustajoki 2014a; Tarnanen ym. 2015.)

6.3.6 Kotihappihoito

Keuhkohtaumataudin ollessa vaikea-asteinen, se aiheuttaa valtimoveren happipitoisuuden vähenemistä eli hypoksemiaa. Tämän seurauksena elimistön ku-

dokset eivät saa riittävästi happea ja keuhkovaltimopaine kohoaa (Kinnula ym. 2014, 307). Tämänkaltaisilla potilailla kotihappihoito pienentää kuolleisuutta (Käypä hoito-suositus 2014). Kotihappihoidolla voidaan vaikuttaa myös potilaan hemodynaamiikkaan, fyysiseen suorituskykyyn sekä kognitiivisiin kykyihin (GOLD 2007, 1044). Górecka ym. (1997, 679) totesivat tutkimuksessaan, että kotihappihoito ei kuitenkaan vaikuta kuolleisuuteen niillä potilailla, joilla on vain lievää tai keskivaikeaa hapenpuutetta.

Kotihappihoidon (LTOT eli long term oxygen therapy) aloittamiseen on asetettu useita kriteereitä. Potilaan tulee ennen kaikkea olla tupakoimaton ja yhteistyökykyinen. Hänellä on todettu pitkälle edennyt krooninen keuhkosairaus ja valtimoveren happiosapaineen tulee olla pysyvästi laskenut. Happihoito on pitkäaikaista ja säännöllistä, sillä happea käytetään suurin osa vuorokaudesta. Tämän vuoksi potilaan tulee sitoutua kotihappihoitoon. (Käypä hoito-suositus 2014; Vesterinen 2014.) Kotihappihoito toteutetaan happirikastimen ja happipullojen avulla, jotka potilas saa lainattua sairaalan apuvälineyksiköstä. Myös nestehappi on mahdollinen, mutta kalliimpi kotihappihoidon toteuttamistapa. Lääkäri määrää nestehapen ja happipullot reseptillä ja potilas tilaa hapen itse kaasujen toimittajalta. (Käypä hoito-suositus 2014.)

Kotihappihoidon vaikutuksesta elämänlaatuun parantavasti on tehty useita tutkimuksia. Vaikka elämänlaadun parantuminen on yksi happihoidon tavoitteesta, tulokset ovat ristiriitaisia keskenään, eikä johtopäätöksiä elämänlaatua parantavasta vaikutuksesta voida vielä vetää. (Käypä hoito-suositus 2014.)

6.3.7 Muut omahoitomenetelmät

Yllä mainittujen omahoitomenetelmien lisäksi keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan tulisi hallita myös limanirrotustekniikat sekä huolehtia suun hoidosta ja riittävästä levosta (Matilainen 2015). Geiger-Brown kumppaneineen totesivat tutkimuksessaan (2015, 394-395), että huono unenlaatu altistaa keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita pahenemisvaiheille. Suunhoito on tärkeää, sillä keuhkohtaumataudin hoitoon käytettävät inhaloitavat lääkkeet laskevat suun

happo-emästasapainoa, joka altistaa suun sieni-infektioille ja hampaiden reikiintymiselle. Potilasta on tärkeää ohjata huuhtelemaan suu vedellä aina lääkkeenoton jälkeen, jotta lääkettä ei jää suuhun. (Matilainen 2014b.) Omahoitomenetelmistä limanirrotustekniikoiden hallitsemisen on osoitettu vähentävän keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheita ja parantavan potilaan elämänlaatua (Katajisto 2014).

Keuhkohtaumatautipotilaalle suositellaan vuosittaista influenssarokotusta sekä viiden vuoden välein annettavaa pneumokokkrokotusta (Matilainen 2015). Keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla influenssarokotteen on todettu vähentävän sairaalajaksoja ja pneumokokkrokotteen on todettu vähentävän pneumokokin aiheuttamia infektioita (Gorse 1997, 1221-1233; Alfageme ym. 2006, 193). Lisäksi sääolosuhteilla ja ilmanlaadulla on todettu olevan vaikutusta keuhkohtaumataudin oireisiin. Donaldson (1999, 844-849) totesi tutkimuksessaan, että erittäin kuuma tai kylmä sää aiheuttaa enemmän sairaalajaksoja. Keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita tulisi ohjata pitämään huolta kotinsa ilmanlaadusta ja sopivan lämpötilan ylläpitämisestä. Ulkona liikkumista tulisi välttää erittäin kylmällä säällä, sekä aikoina, jolloin ilmassa esiintyy runsaasti saasteita. (Barnett 2009, 6.)

Yllä mainittujen omahoitomenetelmien lisäksi hoitajan tulisi huomioida, että pitkään tietoisesti sairastaneella potilaalla on todennäköisesti jo paljon kokemusta oireidensa hallinnasta ja potilas saattaa tietää oireiden helpottamiseen tekniikoita, joista sairaanhoitajalla ei ole vielä tietoa. Omahoidon ohjausta toteuttaessa tulee siis ottaa huomioon myös potilaan omat hyödylliseksi todetut omahoitomenetelmät ja näin sairaanhoitaja voi hyödyntää potilaan tietämystä myös muiden potilaiden kohdalla. (Fraser ym. 2006, 557; Williams 2014, 4-5; Apps 2014, 262.)

Yhteenveto

Keuhkohtaumatauti on etenevä sairaus, johon ei ole parannuskeinoja. Sairausten etenemistä voidaan kuitenkin hidastaa ja potilaiden elämänlaatuun voidaan vaikuttaa. Onnistuneen omahoidon avulla voidaan parantaa potilaan suorituskykyä ja oireiden hallintaa sekä elämänlaatua. Sairaanhoidaja voi potilasta ohjattaessaan lisätä potilaan tietoutta omahoitomenetelmistä ja vaikuttaa potilaan motivaatioon toteuttaen niitä.

Omahoitomenetelmistä selkeästi tehokkain on tupakoinnin lopettaminen, johon potilas voi saada apua monelta eri taholta. Tupakoinnin lopettaminen hidastaa keuhkohtaumataudin etenemistä, vähentää oireita ja pahenemisvaiheiden syntymistä. Tupakoinnin lopettamisen ohella myös liikunta parantaa keuhkohtaumataudin ennustetta, potilaan elämänlaatua ja oireiden hallintaa. Elämänlaatuun ja potilaan terveyteen tehokkaasti vaikuttavia omahoitomenetelmiä ovat myös hyvän ravitsemustilan ylläpito, lääkehoidon itsesääntely sekä pahenemisvaiheiden tunnistaminen. Kotihappihoidon on todettu olevan hyödyllistä joissain tapauksissa, mutta sen vaikutusta elämänlaatuun ei ole pystytty vielä todistamaan. Sairaanhoidajan tulee potilasta ohjattaessaan ottaa omahoitomenetelmät huomioon monipuolisesti, jotta potilaan elämänlaatuun voidaan vaikuttaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan saama potilasohjaus vaikuttaa omahoidon onnistumiseen merkittävästi. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa esimerkiksi ohjausta antavan sairaanhoitajan kokemus potilasohjauksesta ja kyky ottaa huomioon potilaskeskeisyys sekä myös keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan oma motivaatio uusien elämäntapojen omaksumiseen.

Omahoitomenetelmiin liittyvässä materiaalissa esille nousi omahoitomenetelmien merkittävä myönteinen vaikutus keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaadun parantajana ja ylläpitäjänä. Useissa tutkimuksissa kuitenkin todettiin, etteivät omahoitomenetelmät usein kuitenkaan pidennä kotona vietettyä aikaa pahenemisvaiheista johtuvien sairaalahoitajaksojen välillä. Omahoitomenetelmät eivät vaikuta merkittävästi keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kuolleisuuteen.

Potilasohjauksen vaikutus omahoidon onnistumiseen

Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoidon onnistumiseen ja näin tukea potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksesta on tehty paljon tutkimuksia, joissa on käsitelty muuan muassa sairaanhoitajan roolia ohjaustilanteessa sekä potilaan yksilöllistä huomioimista ohjauksen aikana. Myös erilaisia ohjausmenetelmiä ja omaisten huomioimista ohjaustilanteessa on tutkittu.

Keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta ohjattaessa sairaanhoitajan on tärkeää tietää ja ymmärtää sairauden vaikutukset potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, jotta ohjaus olisi uskottavaa ja luotettavaa. Ohjaustilanteessa tulisi luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen, jotta potilas pystyy kertomaan avoimesti toiveistaan, kokemuksistaan ja mahdollisuuksistaan omahoidon toteuttamisen suhteen. Sairanhoitajan tulee ottaa huomioon myös keuhkohtaumatautidiagnoosista kulunut aika ohjausta antaessa, sillä

esimerkiksi keuhkohtaumatautia pitkään sairastaneen potilaan ohjauksessa kannattaa hyödyntää potilaan kokemusta hyödyllisiksi todetuista omahoitomenetelmistä. Hänellä voi olla myös tietoa menetelmistä, joista hoitaja ei ole aiemmin kuullut. Tällaisissa tapauksissa sairaanhoitaja voi myös hyödyntää pitkään keuhkohtaumatautia sairastaneen potilaan hyväksi toteamia omahoitomenetelmiä muihin samassa tilanteessa oleviin potilaisiin ja jakaa hyödyllistä tietoa eteenpäin.

Potilaskeskeisyyden merkitys keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksessa on äärimmäisen tärkeää, jotta ohjaustilanne olisi potilaalle mahdollisimman hyödyllinen. Jotta omahoitomenetelmien ohjaus olisi mahdollisimman tehokasta, sen tulee olla kokonaisvaltaista. Sairaanhoitajat keskittyvät helposti ohjaamaan potilasta vain tunnetuimpien omahoitomenetelmien, kuten tupakoinnin vieroituksen osalta, jättäen vähemmällä esimerkiksi ravitsemukseen liittyvän ohjauksen. Ohjauksen yhtenä tavoitteena on kouluttaa ja kannustaa jokainen potilas toimimaan oman sairautensa asiantuntijana. Lisääntynyt tieto omasta sairaudesta ja sen hoidosta parantaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja lisää hallinnan tunnetta sairauden hoidossa.

Potilaan motivaatio elämäntapamuutoksiin on avain onnistuneen omahoidon toteutumiseen. Potilasohjauksessa on tärkeää motivoida keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta omahoitoon ja ylläpitää motivaatiota hoidon edetessä. Motivoiva keskustelu todettiin useissa tutkimuksissa toimivaksi. Sen avulla saadaan luotua luottamuksellinen hoitosuhde hoitajan ja potilaan välille sekä motivoitua potilasta elämäntapamuutosten toteuttamiseen. Sairaanhoitaja pystyy motivoivan keskustelun avulla ohjaamaan potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta hoidon toteutumisesta.

Kirjallisuudessa todettiin kasvotusten annetun potilasohjauksen olevan tehokkainta ohjauksen onnistumisen kannalta, mutta myös videoiden ja puhelimen välityksellä toteutettu ohjaus todettiin pääosin hyödylliseksi. Ohjausmuotona ryhmäohjaus on lisääntynyt tuoden omat haasteensa ohjauksen onnistumiseksi. Ryhmäohjauksessa haasteena on yksilöllisyyden ja potilaskeskeisyyden saavuttaminen, mutta toisaalta potilaalle vertaistuki muilta ryhmään osallistuvilta

samassa tilanteessa olevilta ihmisiltä voi olla hyvinkin hyödyllistä. Monet keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat keskustelevat mielellään muiden samassa tilanteessa olevien potilaiden kanssa, sillä he usein pelkäävät kuormittavansa läheisiään liikaa kertomalla heille oireistaan ja muista sairauteen liittyvistä huolistaan.

Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat kokevat usein olevansa sosiaalisesti syrjäytyneitä sairaudesta johtuvien rajoitusten vuoksi. Perheestä ja ystävistä eristäytyminen tapahtuu herkästi, kun oireet rajoittavat muun muassa liikuntakykyä. Kirjallisuuden mukaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omaisten osallistuminen hoitoon parantaa potilaan elämänlaatua ja sosiaalisia suhteita. Sairaanhoidajan tulisi mahdollisuuksien mukaan ottaa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan puoliso tai muu perheenjäsen mukaan ohjaustilanteeseen, jotta sairaus ja sen mukanaan tuomat oireet ja rajoitukset tulevat myös läheisille tutuiksi.

Tärkeimmät omahoitomenetelmät ja niiden merkitys elämänlaatuun

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoitomenetelmiä koskevasta materiaalista esille nousi pääasiassa tupakasta vieroitus, liikunnallinen kuntoutus, potilaiden ravitsemustila, lääkehoidon itsesäättely, pahanemisvaiheiden tunnistaminen ja hoito, kotihappihoito sekä muut hoitomenetelmät, kuten rokotukset ja limanirrotustekniikat. Keuhkohtaumataudin parantamiseksi ei viime vuosien aikana ole löytynyt juurikaan uusia hoitokeinoja, mutta sairauden oireita lievittävät omahoitomenetelmät ovat kehittyneet. Tämä on johtanut myös siihen, että terveydenhuollon piirissä pyritään yhä aktiivisemmin parantamaan keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua omahoitomenetelmien avulla. Tämä puolestaan myös vähentää terveydenhuollon kustannuksia.

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hyvillä omahoitovalmiuksilla on vaikutusta potilaan fyysiseen hyvinvointiin, sillä menetelmien avulla esimerkiksi hengenahdistus vähenee ja suorituskyky sekä elämänlaatu paranee. Omahoitovalmiudet vaikuttavat myös potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin,

sillä ne vähentävät potilaiden ahdistuneisuus- ja masennusoireilua sekä lisäävät sosiaalista vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa, kun potilaat eivät joudu oireiden vuoksi jäämään kotiin.

Tupakoinnin lopettamisesta on hyötyä keuhkohtaumataudin kaikissa vaikeusasteissa ja sillä on lukuisia hyötyjä potilaiden elämänlaadun paranemisen kannalta. Tupakoinnin lopettaminen vähentää sairauden oireita ja pahenemisvaiheiden syntyä sekä hidastaa taudin etenemistä. Sairaanhoidajalla on suuri rooli keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan lopettaessa tupakointia. Hoitajan on tärkeää kertoa potilaalle rehellisesti niin tupakoinnin lopettamisen myönteiset vaikutukset kuin myös vieroitusoireista johtuvat epämiellyttävät tuntemukset. Keuhkohtaumatautia sairastava potilas saattaa olla hyvinkin kielteinen tupakoinnin lopettamisen suhteen, sillä tupakka koetaan usein stressin lievittäjänä ja ”ystävänä”. Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat kokevat usein ennakkoluuloja ja huonoa kohtelua tupakointiin liittyen. Tämän vuoksi ohjausta antavan sairaanhoidajan on tärkeää omata empaattinen, ymmärtävä ja välittävä asenne. Mikäli potilas ei halua lopettaa tupakointia, tulee se hänelle sallia. Halukkuus tupakoinnin lopettamiseen on tärkeää kuitenkin kartoittaa jokaisella seurantaikäynnillä mahdollisten muutosten vuoksi.

Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat liikkuvat tavallista vähemmän. Vähäisempi liikkuminen johtuu suurimmaksi osaksi hengitysoireiden suorituskykyä laskevasta vaikutuksesta. Tupakoinnin lopettamisen ohella liikunta parantaa keuhkohtaumataudin ennustetta, vähentää kuolleisuutta ja sairaalahoitajaksoja sekä parantaa potilaiden elämänlaatua. Sairaanhoidajan on tärkeää huomioida keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan päivittäisen liikunnan määrä ja tarvittaessa rohkaista potilasta liikkumaan useita kertoja viikossa, pieniä määriä kerrallaan.

Jonkinasteinen aliravitsemustila on yleinen keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla. Aliravitsemus lisää akuuttien hengitysvajausten riskiä sekä tulevaisuudessa hengityskoneen tarvetta. Potilaiden mahdolliseen ylipainoon ja keskivartalolihavuuteen tulee myös kiinnittää huomiota ja panostaa painonhallintaan. Hyvä ravitsemustila helpottaa hengitystä ja lisää potilaiden vastustuskykyä tu-

lehduksia vastaan. Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio, säännölliset ateriaritmit, sopivat annuskoot sekä hedelmien ja vihannesten suosiminen ruokavaliossa riittävät usein parantamaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ravitsemustilaa. Sairaanhoidajan on tärkeää ohjausta antaessaan painottaa ravitsemuksen tärkeyttä ja tarvittaessa konsultoida ravitsemusterapeuttia.

Lääkehoidon itsesäätelyn onnistumisen kulmakiviä ovat oikea lääkekuoto ja lääkkeenottotekniikka. Väärä lääkkeenottotekniikka vähentää lääkkeen tehoa, keuhkohtaumataudin hallintaa sekä heikentää potilaan sitoutumista hoitoon, kun lääkkeenotolla ei nähdä mitään vaikutusta vointiin. Lääkehoidon itsesäätely on tärkeää keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheiden hoidossa. Sairaanhoidajan tulee auttaa keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta tunnistamaan hänelle normaali suorituskyky ja oiretaso, jotta potilas osaa kiinnittää huomiota vointinsa muutoksiin. Sairaanhoidajan tulee opastaa potilasta säätelemään lääkitystään lääkärin ohjeiden mukaisesti pahenemisvaiheen aikana. Lääkehoidon itsesäätely lisää keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan sairauden hallinnan tunnetta ja antaa keinoja sairauden kanssa pärjäämiseen jokapäiväisessä elämässä.

Kotihappihoito vaikuttaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kuolleisuuteen sairauden ollessa, vaikea-asteinen. Se parantaa vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden fyysistä suorituskykyä. Kotihappihoito kuitenkin vaatii potilaalta yhteistyökykyä ja ehdotonta tupakoimattomuutta, mistä johtuen kaikki kotihappihoitoa tarvitsevat eivät sitä pysty saamaan. Tutkimuksia kotihappihoidon vaikutuksesta elämänlaatuun on tehty useita, mutta tulokset ovat ristiriitaisia keskenään eikä kotihappihoidon vaikutuksesta elämänlaatuun ole vielä voitu tehdä luotettavia johtopäätöksiä.

Keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille suositellaan jokavuotisen influenssarokotteen ottamista sekä viiden vuoden välein pneumokokkrokotetta. Rokotteet vähentävät hengitystieinfektioiden syntyä, jotka ovat keuhkohtaumataudissa yleisiä ja johtavat herkästi taudin pahenemisvaiheiden syntyyn sekä sairaalajaksojen lisääntymiseen. Myös kylmä ja kuuma ilma sekä ilmansaasteet ja katupöly lisäävät pahenemisvaiheiden ja sairaalajaksojen määrää. Sairaanhoido-

tajan on hyvä ohjata potilasta huolehtimaan kotinsa ilmanlaadusta sekä pitämään sisälämpötila sopivalla tasolla. Lisäksi potilaalle tulisi ohjata limanirroitus-tekniikat sekä painottaa suun hoidon sekä levon tärkeyttä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen kuvata sairaanhoitajan antaman laadukkaan potilasohjauksen merkitystä keuhkohtaumataudin omahoidon onnistumisessa sekä selvittää, miten onnistunut omahoito vaikuttaa keuhkohtaumatautipotilaan elämänlaatuun. Opinnäytetyöhön käytetyissä lähteissä korostettiin omahoitomenetelmien merkitystä keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan elämänlaatuun sekä terveydenhuollon ammattilaisen antaman potilasohjauksen vaikutusta omahoitomenetelmien onnistumisessa. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi ymmärtää sairauden vaikutukset potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun, jotta omahoitomenetelmien merkitys potilaan elämänlaatuun ymmärretään ja siihen osataan tarjota hyödyllistä potilasohjausta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli syntetisoida jo aiemmin tutkittua tietoa keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoitomenetelmien ohjauksesta ja tulevaisuudessa pystyä vaikuttamaan potilaiden elämänlaatuun. Terveydenhuollon ammattilaisten teoreettinen tieto omahoitomenetelmistä vaatii kehittämistä, jotta potilasta voidaan hoitaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja vaikuttaa potilaan elämänlaatuun mahdollisimman tehokkaasti. Jotta keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksella saavutetaan potilaan elämänlaatua parantava ja ylläpitävä vaikutus, potilasohjausta tarjoavan sairaanhoitajan tulee tietotaidon ja kokemuksen lisäksi omata empatiakykyä, ymmärtäväisyyttä sekä kykyä luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen. Omia tietoja ja taitoja on päivitettävä säännöllisesti, jotta ne pysyvät ajan tasalla ja omista ohjaukokemuksista sekä niiden toimivuudesta tulisi tehdä havaintoja, jotta omaa toimintaa pystytään kehittämään.

8.1 Keskeiset tutkimustulokset

Tuloksista kävi ilmi, että keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoidon onnistumiseen vaikuttaa tärkeänä osana potilaan saama laadukas potilasohjaus. Ohjauksessa tärkeää on sairaanhoitajan tietotaito sekä monipuolinen omahoitomenetelmien ohjaus, jolloin potilaan hoito toteutuu mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Omahoidon onnistumisen kannalta myös keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan oma motivaatio muutokseen on tärkeää. Motivoiva keskustelu ohjausmuotona kannustaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta hoidon toteutumisesta. Onnistunut omahoidon ohjaus parantaa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua lisäämällä hallinnan tunnetta oman sairauden hoidossa.

Omahoitomenetelmillä todettiin olevan merkittävä vaikutus keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaadun ylläpitäjänä ja parantajana. Suurimman hyödyn potilas saa tupakoinnin lopettamisella ja fyysisen kunnon kohentamisella. Ne parantavat selvästi keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatua helpottamalla hengitysoireita ja parantamalla toimintakykyä. Tuloksista kävi ilmi myös ravitsemustilan ylläpidon ja lääkehoidon itsesäätelyn myönteiset vaikutukset potilaiden elämänlaatuun ja oman elämän hallinnan tunteeseen. Kotihappihoidon vaikutukset elämänlaatuun olivat ristiriitaisia, joten niistä ei ole mahdollista tehdä vielä luotettavia johtopäätöksiä. Useissa tutkimuksissa kuitenkin todettiin, etteivät omahoitomenetelmät usein kuitenkaan pidennä kotona vietettyä aikaa pahenemisvaiheista johtuvien sairaalahoitajaksojen välillä. Omahoitomenetelmät eivät myöskään vaikuta merkittävästi keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kuolleisuuteen.

Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden omahoitomenetelmien ohjausta tulisi kehittää tarjoamalla sairaanhoitajille tietoa ja materiaalia tärkeimmistä omahoitomenetelmistä sekä painottaa myös potilaskeskeisyyden ja hoidon kokonaisvaltaisuuden huomioimista potilasohjauksessa. Näin ohjauksen antaminen monipuolistuu ja helpottuu. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden ohjaukseen tarkoitettujen ohjausmenetelmien kehittäminen saattaisi olla hyödyll-

listä omahoidon ohjauksen onnistumisen kannalta ja näitä ohjausmenetelmiä tulisi saada myös käytännön hoitotyöhön tutkittavaksi. Myös terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita kohtaan olisi syytä kiinnittää tarkempaa huomiota lisäämällä ammattilaisten tietoutta sairauden vaikutuksista potilaan hyvinvointiin. Ammatillaisen osoittaman empatian ja ymmärtäväisyyden avulla pystyttäisiin tehokkaammin vaikuttamaan keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatuun.

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjausta ja omahoidon onnistumista voitaisiin parantaa kehittämällä mahdollisesti sairaanhoitajille suunnattu hengityshoitaja-lisäkoulutus, samaan tapaan kuin nykyisin on jo esimerkiksi astma- ja diabeteshoitaja-koulutuksia. Hengityshoitajan koulutus voisi sisältää hyvän perehdytyksen liittyen potilaan ohjaamiseen ja hoitoon motivointiin, sekä hoitajille voisi antaa yksityiskohtaisempaa koulutusta liittyen omahoitomenetelmiin ja niiden käyttöön keuhkohtaumataudin hoidon tukena. Näin potilas voitaisiin tarvittaessa ohjata hengityshoitajalle, joka osaisi ottaa monipuolisesti huomioon kaikki keuhkohtaumataudin hoidon osa-alueet.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Etiikka sisältää peruskysymyksiä hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä ja eettisyys on mukana kaikessa tieteellisessä toiminnassa. Tutkimuseettisiä kysymyksiä voidaan jakaa tiedonhankintaa koskeviin ja tutkittavien suojaan koskeviin normeihin, sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Jo tutkimusaiheen valinnassa otetaan huomioon eettisiä kysymyksiä, kuten tutkimuksen hyötyjä ja haittoja ja tuloksien hyödyllisyyttä hoitotyössä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27; Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Tämän opinnäytetyön ilmiötä koskevan tutkimuksen tekemisen aiheen haittoja ja hyötyjä punnittiin. Tutkimuskohteen valintaan ei liittynyt erityisiä eettisiä kysymyksiä, sillä työ toteutettiin jo tutkittuun tietoon perustuen.

Eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus edellyttää, että sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä koko tutkimusprosessin ajan. Lähtökohtina hy-

vässä tieteellisessä käytännössä ovat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan sekä eettisesti kestävien tietokantojen sekä tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttö. Mikäli käytetään muiden tutkijoiden saamia tuloksia tai menetelmiä hyväksi, tulee heidän työnsä ja saavutuksensa ottaa asianmukaisesti huomioon. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Koko tämän opinnäytetyön tutkimusprosessin ajan on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Koska varsinaisia tutkittavia ei tässä työssä ole, eettiset kysymykset liittyvät lähinnä itse tutkimuksen raportointiin. Työssä ei ole käytetty plagiointia, tuloksia ei ole sepitetty, sekä lähteitä on kunnioitettu ja ne on esitetty tekstiviitteissä asianmukaisella tavalla.

Kirjallisuuteen perustuvassa opinnäytetyössä luotettavuus perustuu tarkkaan lähdekritiikkiin. Kriittisyyteen tulee pyrkiä lähteiden valinnan lisäksi myös niitä tulkitessa. (Metsämuuronen 2006, 38; Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Otetaan huomioon kirjoittajan tunnettuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä, lähteiden uskottavuus ja julkaisijan arvovalta sekä lähteen totuudellisuus ja puolueettomuus. Ulkoisella lähdekritiikillä taataan lähteen oikeellisuus vahvistamalla sen alkuperä, asema ja tehtävä eli missä, milloin ja miksi se on kirjoitettu. Sisäistä lähdekritiikkiä käytetään selvittämään, mitä lähde kertoo ja onko tutkimus luotettava. (Hirsjärvi 2009, 113-114; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 198-199.) Lähdemateriaalia arvioitiin kriittisesti ja materiaalin valinta tehtiin huolellisesti. Lähdemateriaalien valinnassa kiinnitettiin huomiota lähteiden alkuperään, asemaan ja tehtävään sekä siihen, mitä lähde kertoo.

Tutkijan on ymmärrettävä lähteiden sisältö kun kyseessä on tekijälle vieraskielinen teos, tällöin noudatetaan erityistä varovaisuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 198-199). Aiheesta löytyi runsaasti sekä suomalaista että kansainvälistä materiaalia. Työhön valittiin julkaisuja ympäri maailmaa riittävän kattavan kuvan saamiseksi. Kansainvälistä materiaalia käytettäessä noudatettiin erityistä varovaisuutta, jotta lähteen sisältö tuli ymmärretyksi oikein.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten luotettavuutta arvioitaessa lähdemateriaalin rooli on tärkeä, sillä tutkijoiden päätelmät ja tulkinnat pohjautuvat työssä käytettyihin lähteisiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 198-199). Opinnäytetyön raportissa on noudatettu objektiivisuutta käytettyjen lähteiden osalta ja raportissa näkyvät päätelmät on pyritty tuomaan rehellisesti esille.

8.3 Tutkimusprosessi

Opinnäytetyöprosessi sujui aiemmin laaditun tutkimussuunnitelman mukaisesti. Kirjallisuusperustaisen tutkimuksen toteuttaminen oli sujuvaa, sillä työtä käsittelevästä ilmiöstä löytyi runsaasti luotettavia lähteitä ja työn runko oli laadittu selkeäksi jo suunnitelmavaiheessa. Vaikka lähteitä valitessa jouduttiin jättämään pois esimerkiksi maksulliset julkaisut, työhön on löydetty tarkoituksenmukaiset lähteet ja työn tarjoama tieto on oleellista. Opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa onnistuttiin noudattamaan eettisyys- ja luotettavuusperiaatteita.

Opinnäytetyön tekemisen alkuvaiheessa haastavinta oli tutkimusongelmiin sopivan tutkimusmenetelmän valitseminen, sillä toteutusvaihtoehtoja oli paljon, mutta aikaa työskentelyyn rajallisesti. Kirjallisuusperustaisen tutkimuksen tekeminen tuotti haastetta, sillä sen kokoaminen vaati soveltamista sekä kirjallisuuskatsauksesta että teoreettisesta tutkimuksesta. Oman haasteensa tutkimusprosessiin toi myös tarkan lähdekritiikin toteuttaminen. Työhön käytettiin paljon kansainvälisiä lähteitä, joiden sisällön ymmärtäminen ja tekstin merkityksiin paneutuminen vei oman aikansa.

Opinnäytetyö täyttää siihen asetetut tavoitteet ja kokonaisuudessaan se on käytännönläheinen, hoitotyöntekijöitä palveleva informatiivinen teos. Työtä voidaan hyödyntää kaikkialla hoitotyössä, mutta siitä hyötyvät erityisesti keuhkosairauksia sairastavien potilaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat. Työ herättää lukijassa uudenlaisia ajatuksia keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaadusta, sekä auttaa sairaanhoitajia pohtimaan ja kehittämään omia toimintatapojaan hoitotyössä. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Ammattikorkeakoulujen Theseus –julkaisuarkistossa.

8.4 Aiheita mahdollisille jatkotutkimuksille

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousi puute vahvaa tutkimusnäyttöä omaavasta ohjausmenetelmästä, joka olisi etenkin keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoitotyössä tehokasta. Lisäksi omahoitomenetelmiin on kehitetty runsaasti omahoito-ohjelmia ulkomailla, mutta Suomen terveydenhuoltoon soveltuvia ohjelmia tarvitaan enemmän ja ennen kaikkea ne tulisi saada terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön mahdollisimman tehokkaasti.

LÄHTEET

Alfageme, I.; Vazquez R.; Reyes N.; Munoz J.; Fernandez A.; Hernandez M.; Merino M.; Perez J.; Lima J. 2006. Clinical efficacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. *Thorax* 2006(61), 189-195.

Ansari, S.; Hosseinzadeh, H.; Dennis, S.; Zwar, N. 2014. Patient's perspectives on the impact of a new diagnosis in the face of multimorbidity: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Society* 2014(24), 1-6.

Apps, L.; Harrison, S.; Williams J.; Hudson, N.; Steiner, M.; Morgan, M.; Singh, S. 2014. How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study. *International Journal of COPD* 2014(9), 257-263.

Apps, L.; Mitchell, K.; Harrison, S.; Sewell, L.; Williams, J.; Young, H.; Steiner, M.; Morgan, M. & Singh, S. 2013. The development and pilot testing of the self-management programme of activity, coping and education for the chronic obstructive pulmonalis disease (SPACE for COPD). *International Journal of COPD* 2013(8), 317-326.

Barnett, M. 2006. COPD: the role of the nurse. *Journal of Community Nursing* 20(2), 18-22.

Barnett, M. 2009. Promoting self-management for patients with COPD. *Journal of Community Nursing* 23(9).

Benzo, R.; Vickers, K.; Ernst, D.; Tucker, S.; McEvoy, C. & Lorig, K. 2013. Development and feasibility of a COPD self-management intervention delivered with motivational interviewing strategies. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 33(2), 113-123

BLF - British Lung Foundation. Lost in translation. 2006. BLF, London.

Blinderman, CD.; Hornel, P.; Billings, JA.; Tennstedt, S. & Portenoy, RK. 2009. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of pain and symptom management* 38(1),115-23.

Bostock-Cox, B. 2013. Self-management of COPD. *Independent Nurse*.

Bucknall, C.; Miller, G.; Lloyd, S.; Clealand, J.; Stevenson, R.; Cotton, P. & McConnachie, A. 2012. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomized controlled trial. *BMJ* 1-13.

Carlson, M.; Ivnik, M.; Dierkhising, R.; O'Byrne, M.; Vickers, K. 2006. A learning Needs Assesment Of Patients with COPD. *Measuring Nursing* 15(4), 204-2012.

Donaldson, G. 1999. Effect of temperature on lung function and symptoms in COPD. *European Respiratory Journal* 13(part 4), 844-849.

E Kroos, H. & Katajisto, M. 2011. Liikunta parantaa keuhkohtaumatautipotilaan ennustetta. *Suomen Lääkärilehti* 66(50-52), 3819.

Ferreira, IM.; Brooks, D.; Lacasse, Y. & Goldstein, R. 2000. Nutritional support for individuals with COPD: a meta-analysis. *Chest* 2000(117), 672-8.

Fiore, MC.; Jaén, CR. & Baker, TB. 2008. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Quick referece guide for clinicians. Rockcille MD: U.S. Department of health and human services. Public health service 2009.

Forey, AB.; Thornton, AJ. & Lee, PN. 2011. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulmonary Medicine* 2011(11), 36.

Fraser D.; Kee C. & Minick P. 2006. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. The Autrors. Journal compilation. Blackwell Publishing, 550-558.

Geiger-Brown, J.; Lindberg, S.; Krachman, S.; McEvoy, C.; Criner, G.; Connett, J.; Albert, R.; Scharf, S. 2015. Self-reported sleep quality and acute exacerbations of chronic pulmonary disease. *International Journal of COPD* 2015(10), 389-397.

Giacomini, M.; DeJean, D.; Simeonov, D. & Smith, A. 2012. Experiences of living and dying with COPD: A systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ontario Health Technology Assessment Series* 13(12), 1-47.

Godtfredsen, NS.; Lam, TH.; Hansel, TT.; Leon, ME.; Gray, N.; Dresler, C.; Burns, DM.; Prescott, E. & Vestbo, J. 2008. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *European Respiratory Journal* 2008(32), 844-863.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2015. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Viitattu 4.3.2015.
http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015_Feb18.pdf

GOLD – The 2007 Gold guidelines: A comprehensive Care Framework. 2009. *Respiratory care* 54(8), 1040-1049.

Górecka, D.; Gorzelak, K.; Sliwinski, P.; Tobiaz, M. & Zielinski, J. 1997. Effect of long-term oxygen therapy on survival in patients with chronic obstructive pulmonary disease with moderate hypoxaemia. *Thorax* 1997(52), 674-9.

Gorse G. 1997. Influenza virus vaccination of patients with chronic pulmonary disease. *Chest* 121(5), 1221-1233.

Hagstad, S.; Bjerg, A.; Ekerljung, L.; Backman, H. & Lindberg, A.; Rönmark, E. & Lundbäck, B. 2014. Passive smoking exposure is associated with increased risk of COPD in never smokers. *Chest* 2014 145(6), 1298-304.

Hengitysliitto 2010. Opas keuhkohtaumatautia sairastaville. Viitattu 5.4.2015.
www.hengitysliitto.fi/sites/default/files/oppaat/keuhkohtaumaopas_web_12112010.pdf

Hengitysliitto 2014a. Keuhkohtaumatauti (COPD). Viitattu 5.3.2015.
<http://www.hengitysliitto.fi/> > Hengityssairaudet > Keuhkohtaumatauti

Hengitysliitto 2014b. Mikä on hengitysliitto?. Viitattu 4.4.2015. <http://www.hengitysliitto.fi/> > Hengitysliitto > Mikä on hengitysliitto?

Hersh, CP.; Hokanson, JE.; Lynch, DA.; Washko, GR.; Make, BJ.; Crapo, JD.; Silverman, EK. & COPD Gene Investigators 2011. Family history is a risk factor for COPD. *Chest* 2011 140(2), 343-50.

Hildén, S-M. 2005. Tupakasta vieroittajan opas – Motivoinnin avulla eroon tupakasta. Helsinki: WSOY

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hodson, M. & Sherrington, R. 2014. Treating patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Standard* 29(9), 50-58.

Hoogendoorn, M.; Hoogenveen, RT.; Rutten-van Mölken, MP.; Vestbo, J. & Feenstra, TL. 2011. Case fatality of COPD exacerbations: a meta-analysis and statistical modeling approach. *European respiratory journal* 2001(37), 508-515.

Huovinen, M. 2004. *Tupakka*. Suomen apteekkariliitto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Itsemääräämisoikeuslaki. Finlex 108/2014. Viitattu 17.3.2015. <https://www.finlex.fi/> > Hallituksen esitykset > 2014 > HE 108/2014

Kanervisto, M. 2008. *Keuhkohtaumatautia sairastavan arjessa selviytyminen*. Tampere: Tampereen yliopisto.

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

Katajisto, M. 2013. Keuhkohtaumapotilaan kuntoutuksen painopisto tavoitteelliseen liikuntaharjoitteluun. *Suomen Lääkärilehti* 68(5), 315-320.

Katajisto, M. 2014. Keuhkoputkien liman aktiivinen tyhjentäminen keuhkohtaumatautipotilailla. . Suomalainen lääkäriseura Duodecim: Käypä hoito-suositukset. Viitattu 4.4.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Suositukset > Keuhkohtaumatauti > Näytönastekatsaukset

Katajisto, M.; Harju ,T. & Kinnula, V. 2014. *Keuhkosairaudet*. Duodecim-oppiportti. Viitattu 5.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>

Kauppi, P. & Jokelainen, K. 2011. Alfa1-antitrypsiinin puutos. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 127(18), 1911-8.

Käypä hoito-suositus 2012. *Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus*. Suomen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 16.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Suositukset > Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

Käypä hoito-suositus 2014. *Keuhkohtaumatauti*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 3.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Suositukset > Keuhkohtaumatauti

Kinnula, V.; Tukiainen, P. & Laitinen, L. 2000. *Keuhkosairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kupiainen, H.; Kinnula, VL.; Lindqvist, A.; Postma, DS.; Boezen, HM.; Laitinen, T. & Kilpeläinen, M. 2012. Successful smoking cessation in COPD: Association with comorbidities and mortality. *Pulmonary medicine* 2012, 725024.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex 785/1992. Viitattu 18.3.2015. <https://www.finlex.fi/> > Lainsäädäntö > Ajantasainen lainsäädäntö > Vuosi 1992 > 17.8.1992/785

Lampela, P. 2009. *Keuhkohtaumataudin sairaalahoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Oulu: Oulun yliopisto, 8-115.

Lareau, SC. & Hodder, R. 2011. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2012(24), 113-120.

Lipponen, K. 2014. *Potilasohjauksen toimintaedellytykset*. Oulu: Oulun yliopisto

- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet; Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lundh, L.; Hylander, I. & Törnkvist, L. 2011. The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012(26), 485-493.
- Matilainen, E. 2014a. Keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 17.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>
- Matilainen, E. 2014b. Astman lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.4.2015. <http://www.terveysportti.fi/>
- Matilainen, E. 2015. Keuhkohtaumataudin hoito. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 5.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Morgan, M. 2011. Action plans for COPD self-management. Integrated care is more than the sum of its parts. *Thorax* 66(11), 935-396.
- Mustajoki, P. 2014a. Tietoa potilaalle: Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu: 4.2.2015. <http://www.terveysportti.fi/>
- Mustajoki, P. 2014b. Tietoa potilaalle: Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>
- Nieminen, R. 1999. Vapaaksi tupakasta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Niiniluoto, I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.
- O'Neill, P. 2004. Nutrition for a patient with COPD can be complicated. *Hospital Nursing* 34(12).
- Okubadejo, A.; Jones P. & Wedzicha J. 1996. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia. *Thorax* 1996(51), 44-47.
- Ollila H. 2011. Elämäntapamuutoksen ohjaus tupakasta vieroituksessa. Suomalainen lääkäri Duodecim: Käypä hoito-suositukset. Viitattu 17.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Suositukset > Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus > Lisätietoa
- Papi, A.; Bellettato, CM.; Braccioni, F.; Romagnoli, M.; Casolari, P.; Fabbri, LM. & Johnston, SL. 2006. Infection and airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease severe exacerbations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 173(10), 1114-21.
- Patja, K.; Iivonen, K. & Aatela, E. 2005. Pystyt kyllä – Eroon tupakasta. Hippokrates Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkinen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pietinalho, A. & Kontula, E. 2004. Kroonisen keuhkoputkitulehduksen ja keuhkohtaumataudin ehkäisy- ja hoito-ohjelman väliraportti valmistunut. *Suomen lääkärilehti* 59(36), 3299-

3302.

Poikela, H. 2005. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Puolimatka, T. 1995. Kasvatus ja filosofia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125(21), 2351-9. Viitattu 15.3.2015 <http://www.terveysportti.fi/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 27.2.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Scanlon, PD.; Connett, JE.; Waller, LA.; Altose, MD.; Bailey, WC.; Buist, AS. & Tashkin, DP. 2000. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The lung health study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2000(161), 381-390.

Seemungal, T.; Donaldson, G.; Paul, E.; Bestall, J.; Jeffries, D. & Wedzicha J. 1998. Effect of Exacerbation on Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Respiratory and Critical Care 157, 1418-1422.

Simpson, E. & Martyn, J. 2013. An exploration of self-efficacy and self-management in patients with COPD. British Journal of Nursing 22(19), 1105-1109.

Sorvajärvi, A.R.A, 2013. Keuhkojen toimintakokeet. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>

Stead, LF.; Perera, R. & Lancaster, T. 2009. Telephone counseling for smoking cessation (review). The Cochrane Library 2009(3), 1-93.

Steventon, A.; Tunkel, S.; Blunt, I. & Bardsley M. 2013. Effect of telephone health coaching (Birmingham OwnHealth) on hospital use and associated costs: cohort study with matched controls. BMJ 2013(347), f4585

Stumppi 2014. Aski tupakkaa päivässä voi terveyden lisäksi heikentää myös tuloja. Viitattu 4.3.2015. <http://www.stumppi.fi> > ajankohtaista

Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Liikuntasuositusten ja sairaudet. Terveystietokeskus. <http://www.terveysverkko.fi> > tietopankki > työikäisille > liikuntasuositukset

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2013. Kuolinsyyt vuonna 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 4.2.2015. <http://www.stat.fi> > Kuolinsyyt > 2012

Tarnanen, K.; Harju, T. & Meinander, 2015. Keuhkohtaumatauti alkaa usein tupakkakäytöstä. Käypä hoito-suositus potilasversio. Viitattu 17.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Potilaalle > Keuhkohtaumatauti

Terveyskirjasto 2015. Alfa1-antitrypsiini. Sanahaku. Viitattu 16.3.2015 <http://www.terveyskirjasto.fi/> > Haku > Alfa1-antitrypsiini

Thun, MJ.; Carter, BD.; Feskanich, D.; Freedman, ND.; Prentice, R.; Lopez, AD.; Hartge, P. & Gapstur, SM. 2013. 50-year trends in smoking-related mortality in United States. The new England journal of medicine 368(4), 351-364.

Turun seudun hengitysyhdistys 2014. Turun seudun hengitysyhdistys – Åbonejdens andningsförening. Viitattu 4.4.2015. <http://www.hengitysyhdistys.fi/> > Tietoa yhdistyksestä > Tu-

run seudun hengitysyhdistys – Åbonejdens andningsförening

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 3.3.2015.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Työterveyslaitos 2014. Työperäinen keuhkohtaumatauti. Viitattu 4.3.2015.

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto> > ammattitaudit ja työperäiset sairaudet > tavallisimpia ammattitauteja > bronkiitti eli keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Verbrugge, R.; Boer, F. & Georges, J. 2013. Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing* 2013(22), 2787-2799.

Vesterinen, V. 2014. Happihoito kotona. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 5.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/>

Vorrink, SN.; Kort HS.; Troosters, T. & Lammers, JW. 2011. Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respiratory Research* 2011, 12(33), 1-8.

Waschki, B.; Kirsten, A.; Holz, O.; Müller, KC.; Meyer, T.; Watz, H. & Magnussen, H. 2011. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study. *Chest* 2011(140), 331–42.

WHO 2015. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Viitattu 5.4.2015. <http://www.who.int>

Wieshammer, S. & Dreyhaupt, J. 2008. Dry powder inhalers: Which factors determine the frequency of handling errors? *Respiration* 75(1), 18-25.

Wilkinson, TMA.; Donaldson, GA.; Hurst, JR.; Seemungal, TA. & Wedzicha, JA. 2004. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2004(169), 1298-303.

Williams, V.; Hardinge, M.; Ryan, S. & Farmer, A. 2014. Patients' experience of identifying and managing exacerbations in COPD: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Society* 2014(24), 1-6.

Williemse, BWM.; Postma, DS.; Timens, W. & Hacken, NHT. 2004. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *European Respiratory Journal* 2004(23), 464-476.

Wilson, JS.; Elborn, JS. & Fitzsimons, D. 2010. 'It's not worth stopping now': Why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2010(20), 819-827.

Winell, K. 2012. Keskustelu potilaan kanssa, joka ei ole nyt valmis lopettamaan tupakointia (5R). Suomalainen lääkäriseura Duodecim: Käypä hoito-suositukset. Viitattu 17.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/> > Suositukset > Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus > Lisätietoja

Yawn, BD.; Colice, GL. & Hobber, R 2012. Practical aspects of inhaler use in the management of chronic obstructive pulmonary disease in the primary care setting. *International Journal of COPD* 2012(7), 495-502

Tutkimushakutaulukko

Tietokan- ta/tietolähde	Hakusanat/ asiasanat	Rajaukset	"Osumien" määrä	Valitut viitteet
Cinahl/ Cinahl complete	Copd AND self care AND nurs- ing	full text, 2009-2015	22	3
Cinahl/ Cinahl complete	Copd AND pa- tient education AND self-care AND nursing	full text, 2010-2015	5	1
Cinahl/ Cinahl complete	Copd AND pa- tient education	full text, 2010-2015	59	4
Cinahl/ Cinahl complete	Copd AND quali- ty of life	full text, 2010-2015	142	8
Medic	Keuhkoah- taumataud*	2009-2015, kokoteksti	31	2
Pubmed	Copd AND nurs- ing	free full text, 2010-2015	104	10
Pubmed	Copd AND self- management	free full text, title	9	3
JBI Joanna Briggs Institute	Copd (included limited related terms)	past 5 years, 5 stars only	196	5