



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

AIKUISEN ASTMAPOTILAAN OHJAUS POLIKLINIKALLA

Kirjallisuuskatsaus

Sinikka Hämäläinen

Jessika Kilpiä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

SINIKKA HÄMÄLÄINEN & JESSIKA KILPIÄ:

Aikuisen astmapotilaan ohjaus poliklinikalla
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksena aikuisen astmapotilaan ohjausta poliklinikalla. Sen tehtävinä oli selvittää, mitä sisältyy astmapotilaan ohjaukseen poliklinikalla ja millaista on astmapotilaan omahoito. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa aikuisen astmapotilaan ohjauksesta poliklinikalla ja astman omahoidosta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineisto haettiin käyttämällä elektronisia Medic-, Pubmed- ja Cinahl-tietokantoja. Valittu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Astma on pitkäaikais sairaus, joten potilas tarvitsee ohjausta ja tukea sairauden kanssa elämiseen. Astman omahoito on osa astman hoitoa. Potilas toteuttaa sitä itse hoitohenkilöstön tuella. Omahoidon avulla potilas osallistuu hoitoonsa ja ottaa siitä vastuuta. Astmapotilaan hoitoa voidaan toteuttaa poliklinikalla. Ohjaus on merkittävä osa polikliinista hoitotyötä.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että astman ohjaus ja omahoito ovat merkittävä osa astman hoitoa. Omahoidon tukemisella ja potilaslähtöisellä ohjauksella voidaan tukea potilaan hoitotasapainoa ja sitoutumista hoitoon. Niiden avulla voidaan myös vähentää astmapotilaiden sairaalahoidon tarvetta ja parantaa elämänlaatua. Tämä opinnäytetyö tarjoaa tietoa astmapotilaan omahoidon tukemisesta, potilaslähtöisestä ohjauksesta sekä suunnitelmallisesta ja jatkuvasta hoidosta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree program of Nursing and Health Care
Nursing

SINIKKA HÄMÄLÄINEN & JESSIKA KILPIÄ:
Patient education of an adult asthma patient at outpatient clinic
Literature review

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 4 pages
October 2015

The aim of this study was to present patient education of an adult asthma patient at outpatient clinic. The research questions of this thesis were what does the patient education of an adult asthma patient contain at outpatient clinic and what is the self-management of an asthma patient like. The goal of this study is to increase the information about patient education of an adult asthma patient at outpatient clinic and self-management.

The method of this thesis was a traditional literature review. The research material was collected by using electronic databases Medic, Cinahl and Pubmed. Collected material was analyzed by using content analysis.

Self-management is a significant part of treatment of asthma. Patient education is essential for asthma patient. With supported self-management and individual patient education asthma patient can achieve good control of asthma and better quality of life. Asthma patients can be treated at outpatient clinic. Patient education is part of treatment given at outpatient clinic. This thesis provides information about supported self-management, individual patient education and systematic and continuous treatment of an adult asthma patient.

Key words: asthma, self-management, patient education, outpatient clinic

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Astma sairautena.....	8
3.1.1	Astman oireet	10
3.1.2	Astman diagnosointi	11
3.2	Astman hoito.....	13
3.2.1	Astman lääkehoito.....	14
3.2.2	Astman lääkkeetön hoito.....	16
3.2.3	Vaikeutuneen astman hoito	17
3.3	Astman omahoito	18
3.4	Polikliininen hoitotyö	20
3.5	Ohjaus hoitotyössä.....	21
4	TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	24
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	24
4.2	Tiedonhaku	25
4.3	Sisällönanalyysi	29
5	TULOKSET	32
5.1	Omahoidon tukeminen.....	32
5.1.1	Omahoidon toteutus	33
5.1.2	Potilaan osallistuminen hoitoon	33
5.1.3	Sairauden hallinta.....	35
5.2	Potilaslähtöinen ohjaus	36
5.2.1	Ohjausmenetelmät.....	37
5.2.2	Potilaan yksilölliset piirteet.....	37
5.2.3	Ammatillinen osaaminen	38
5.3	Suunnitelmallinen ja jatkuva hoito	39
5.3.1	Hoitotasapainon ylläpito	39
5.3.2	Interventiot	40
5.3.3	Hoidon jatkuvuus	41
6	POHDINTA.....	42
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
6.2	Opinnäytetyöprosessin tarkastelua	43
6.3	Tulosten tarkastelua	44
6.4	Päätelmät ja kehittämisehdotukset.....	45
	LÄHTEET.....	47

LIITTEET	50
Liite 1. Elektronisiin tietokantoihin suoritettut haut.....	50
Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja artikkelit.....	51

1 JOHDANTO

Astma on yleisimpiä pitkäaikaissairauksia Suomessa. Vuonna 2012 lääkärin diagno-soimaa astmaa sairasti noin 10 % aikuisväestöstä. (Kaarteenaho, Brander, Halme & Kinnula 2013, 108.) Sairastuneiden osuus on kasvanut, sillä 1990-luvulla 6 % aikuisista ilmoitti haastattelututkimuksessa sairastavansa lääkärin toteamaa astmaa (Astma: Käypä hoito –suositus 2012). Lisäksi ajoittain astman kaltaisia oireita arvioidaan esiintyvän noin 5 %:lla suomalaisista (Vauhkonen & Holmström 2012, 621). Etenkin nuorissa ikäryhmissä astmaa sairastavien ja astman kaltaisista oireista kärsivien osuus on lisääntynyt. Astman esiintyvyyden kasvamisesta huolimatta sen aiheuttama sairastavuus on aikuisväestössä vähentynyt. Erityiskorvattaviin astmalääkkeisiin oikeutettuja oli 238 716 vuonna 2011 ja astma oli toiseksi yleisin erityiskorvauksen piiriin kuuluva sairaus. (Astma: Käypä hoito –suositus 2012.)

Astman hoidossa korostuu potilaan aktiivinen rooli ja osallistuminen hoitoon. Astman hoitoon ja sairauden hallintaan sisältyy omahoito, jolla pyritään ensisijaisesti pahe-nemisvaiheiden ehkäisyyn. Omahoito lisää hoitomotiivaatiota ja parantaa ennustetta. (Kaarteenaho ym. 2013, 115–117.) Omahoidolla on vaikutusta astmaa sairastavan sairaa-lahoitojen, päivystyskäyntien, lääkärikäyntien, työstä poissaolojen ja yöllisten ast-makohtausten vähenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen (Routasalo, Airaksinen, Mäntyniemi & Pitkälä 2010, 1917–1918).

Pitkäaikaissairauksien hoidossa painotetaan yhä enemmän potilaslähtöistä omahoidon tukemista. Monien pitkäaikaissairauksien, kuten astman, omahoidon tukemisesta on saatu myönteistä näyttöä. Aktiivisella omahoidolla on vaikutusta hoidon onnistumiseen ja hoitotasapainon ylläpitoon. (Routasalo ym. 2010, 1918.) Astmaa sairastavalla tulee olla riittävästi tietoa omahoidosta ja hänen tulee ymmärtää sen merkitys osana hoitoa (Kaarteenaho ym. 2013, 117).

Opinnäytetyö käsittelee astmapotilaan ohjausta poliklinikalla sekä astman omahoitoa ja sen merkitystä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin työelämästä, ja olemme rajanneet aiheen aikuisen astmapotilaan ohjaukseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuskatsauksena aikuisen astmapotilaan ohjausta poliklinikalla.

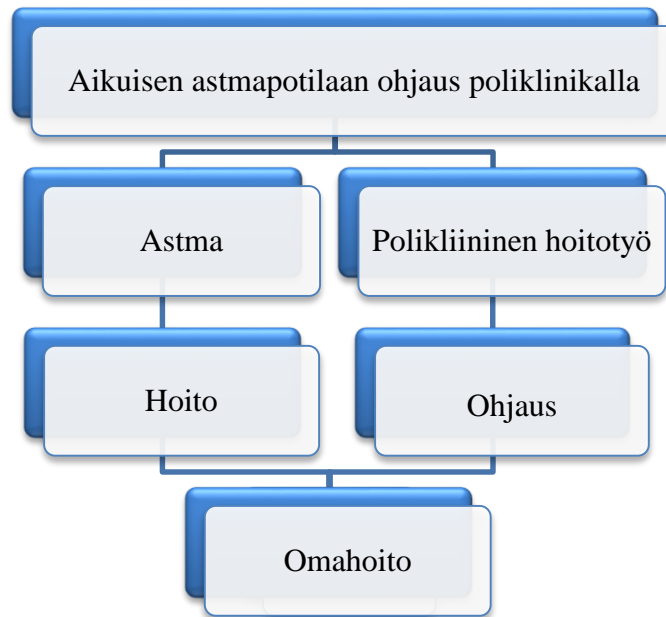
Opinnäytetyön tehtävät ovat

1. Mitä sisältyy astmapotilaan ohjaukseen poliklinikalla?
2. Millaista on astmapotilaan omahoito?

Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla lisätä tietoa aikuisen astmapotilaan ohjauksesta poliklinikalla ja astman omahoidosta. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää poliklinikalla työskentelevät hoitajat ja terveydenhoitoalan opiskelijat.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia ovat astma, hoito, omahoito, polikliininen hoitotyö ja ohjaus (kuvio1). Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet ovat lähtöisin kirjallisuudesta ja työelämän edustajilta.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Astma sairautena

Astma on pitkäaikainen keuhkoputkien tulehdussairaus, jossa esiintyy keuhkoputkiston limakalvotulehdus ja keuhkoputkien lisääntynyt supistumisherkyys (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Astman yhtenä tunnuspiirteenä on monien tulehdussolujen kuten eosinofiilisten valkosolujen, syöttösolujen ja T-lymfosyyttien lisääntyminen (Ahonen ym. 2012, 452). Tavallisesti limakalvon tulehdusreaktion aiheuttajia ovat allergeenit tai mikrobit. (Terveyskirjasto Duodecim 2013).

Pitkään jatkunut astmatulehdus voi aiheuttaa rakenteellisia muutoksia, kuten limakalvo-
vaurioita ja lihaskerroksen paksuuntumista keuhkoputkien limakalvolla ja sen alaisessa kudoksessa (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Tästä voi seurata keuhkoputkien

poikkeavan voimakas supistumistaipumus, joka ilmenee erilaisten ärsykkeiden yhteydessä astmaattisena oireiluna. Hoitamattoman astmatulehduksen seurauksena keuhkojen toiminta voi alentua pysyvästi. (Vauhkonen & Holmström 2012, 621.) Limakalvojen tulehdustilan vuoksi astmapotilaalla esiintyy melkein aina myös pitkäaikaista nuhaa ja nenän sivuonteloiden tulehduksia (Kaarteenaho ym. 2013, 108).

Astman taustalla on monitekijäinen perinnöllinen alttius (Vauhkonen & Holmström 2012, 621). Perinnölliset altistavat tekijät liittyvät immuunijärjestelmän toimintaan, tulehdukseen, limakalvon vaurioitumisherkkyyteen ja keuhkoputkien taipumukseen ahautua (Kaarteenaho ym. 2013, 108–109). Astman merkittävin riskitekijä on saman sairauden esiintyminen vanhemmilla ja sisaruksilla. Astmaan sairastumisen riskiä lisää allerginen nuha, tupakansavulle altistuminen, tupakointi ja ylipaino. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)

Astma jaetaan allergiseen ja ei-allergiseen astmaan. Allergiseen astmaan liittyy taipumus atooppiseen allergiaan. (Kaarteenaho 2013, 109.) Allergista astmaa sairastava reagoi ympäristön tavallisiin allergeeneihin, kuten siitepölyihin ja eläinpölyihin, muodostamalla herkästi IgE-vasta-aineita. Atopiataipumukseen liittyy voimakas perinnöllisyys. (Ahonen ym. 2012, 453.) Ei-allergiseen astmaan ei liity atooppista ominaisuutta eikä allergeeneistä johtuvaa oireilua. Ei-allergisessa astmassa on autoimmuunitaudin piirteitä ja se voi olla infektion laukaisema krooninen tulehdus. (Kaarteenaho 2013, 109.) Ei-allerginen astma on aikuisilla yhtä yleinen kuin allerginen astma (Vauhkonen & Holmström 2012, 621).

Työympäristössä esiintyvien biologisten ja kemiallisten altisteiden aiheuttamaa astmaa kutsutaan ammattiastmaksi (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Ammattiastmaa voidaan epäillä, jos potilas työskentelee ammatissa, jossa astman riski on suurentunut, tai jos hän käyttää työssään jotain yleisesti ammattiastmaa aiheuttavaa ainetta (Ahonen 2012, 454). Astman riski on suurentunut esimerkiksi leipureilla, elintarviketyöntekijöillä, kemian alan työntekijöillä ja maataloustyöntekijöillä. Yleisimpiä ammattiastman aiheuttajia Suomessa ovat muun muassa kosteusvauriomikrobit, jauhot, viljat ja rehut, eläinten epiteelit, karvat tai eritteet, varastopunkit, puupölyt ja kampaamokemikaalit. Työperäinen astma on ammattiastmaa laajempi käsite ja sillä tarkoitetaan astmaa, jonka oireet pahenevat työssä epäspesifisen ärsytyksen, kuten pölyn tai kemikaalien hajun vuoksi (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Kun epäillään työperäistä astmaa, pyritään

osoittamaan selvä yhteys astman ja työssä esiintyvän altisteen välillä (Mustajoki ym. 2010, 143). Ammattiastman diagnosointi tehdään erikoissairaanhoidossa (Ahonen ym. 2012, 455).

3.1.1 Astman oireet

Astmassa oireet ovat moninaisia ja vaihtelevia. Oireisto on erilainen eri ihmisillä. (Kauppi 2012, 2575.) Astmaan liittyvä oireilu alkaa usein hengitysteiden tulehdusten, allergeenialtistuksen tai rasituksen yhteydessä (Vauhkonen & Holmström 2012, 621). Keuhkoputkien ahtautuminen aiheuttaa astman keskeisimmät oireet eli hengityksen vinkumisen ja hengenahdistuksen. Astman oireet voivat olla kohtausmaisia. Usein oireita on erityisesti öisin ja aamuisin. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)

Yleensä astman ensimmäinen oire on limakalvotulehduksen seurauksena lisääntynyt limaneritys ja tästä johtuva yskä (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Usein yskä on pahimmillaan yöllä ja se saattaa herättää astmaa sairastavan aamuyöllä. Astmaa sairastavalla voi esiintyä uloshengityksen vaikeuduttua hengenahdistusta ja hengityksen vinkumista erityisesti illalla nukkumaan mennessä ja rasituksessa. Astma altistaa toistuville keuhkoputkitulehduksille, joten toistuvat keuhkoputkitulehdukset ovat myös astman oire. (Ahonen ym. 2012, 454; Vauhkonen & Holmström 2012, 621.) Usein astmaatikolla on myös jonkinasteinen nuha (Astma: Käypä hoito -suositus 2012).

Astma on elinikäinen sairaus, mutta sairauden kulku voi vaihdella oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin (Kaarteenaho ym. 2013, 108). Lievässä ja alkavassa astmassa keuhkoputkien ahtautuminen on vaihtelevaa, joten oireilu on usein jaksoittaista ja keuhkojen toiminta pääosin normaalia. Vaikeassa astmassa keuhkoputkien ahtautuminen ja oireilu voi olla pysyvää ja osin palautumatonta. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Oireilussa esiintyy yksilöllisiä eroja ja oireilua saattaa pahentaa hengitystieinfektiot, rasitus, kylmä ilma ja allergeenit kuten erilaiset pölyt (Ahonen ym. 2012, 454; Astma: Käypä hoito -suositus 2012).

Astmaan liittyvät myös pahenemisvaiheet. Astmaatikon tulee tunnistaa, mitkä tekijät pahentavat hänen oireitaan ja näitä tulee välttää yksilöllisesti. Pahentavia tekijöitä voivat olla erilaiset allergeenit, tupakka, hengitystietulehdukset, rasitus kylmässä ilmassa ja

muut sairaudet hoitamattomina. Jos henkilö sairastaa ammattiastmaa, hänen tulisi siirtyä työtehtäviin, jossa altistumista ei tapahdu. Astman pahenemiseen voivat vaikuttaa myös tietyt ruoka-aineet sekä särky- ja kuumelääkkeet. (Mustajoki ym. 2010, 138.)

3.1.2 Astman diagnosointi

Astman diagnosointi perustuu toimintahäiriön osoittamiseen keuhkoissa. Diagnoosi varmistetaan osoittamalla vaihteleva tai lääkityksellä laukeava keuhkoputkien ahtautuminen astmaan sopivien oireiden yhteydessä. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Astmaa sairastavalla on yleensä ollut hengitystieinfektioiden tai allergeenialtistumisen yhteydessä useita tulehdusvaiheita, ennen kuin keuhkoputkien astmaattista reagoitua alkaa esiintyä. Astmaa sairastavalla saattaa olla taustalla flunssan tai siitepölykauden aikaan esiintyneitä vuosikausia kestäneitä oirejaksoja. (Kaarteenaho ym. 2013, 110.) Astman varhaisella diagnosoinnilla ja hoidon aloituksella voidaan hidastaa keuhkojen toiminnan huonontumista ja astman etenemistä. Usein astma havaitaan tarpeettoman myöhään. (Ahonen ym. 2012, 454.)

Diagnosointiin tarvittavien tutkimusten laajuus ja tekopaikka ovat tapauskohtaisia ja alueellisista käytännöistä riippuvia (Kauppi 2012, 2757). Aikuisen astman diagnosointi tehdään pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa (Vauhkonen & Holmström 2012, 622). Usein diagnoosi tehdään terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Epäselvissä ja hankalissa hoitotapauksissa tehdään lähete erikoissairaanhoidon. (Ahonen ym. 2012, 454.) Perusterveydenhuollossa astman diagnostisia tutkimuksia ovat esitietojen selvittäminen, keuhkojen kuuntelu, PEF-seuranta ja keuhkoputkien avautumiskoe (Ahonen ym. 2012, 454). Kyseiset tutkimukset tehdään aikuispotilaalle aina. Muita tutkimuksia tehdään epävarmoissa tapauksissa ja kun astma halutaan luokitella tarkemmin. (Kauppi 2012, 2575.)

Astmassa oireiden aikana keuhkojen kuuntelussa kuuluu vinkunoita usein uloshengityksessä ja joskus myös sisäänhengityksessä (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Uloshengityksen vinkuna on merkki ilmäteiden ahtautumisesta (Vauhkonen & Holmström 2012, 621). Kuuntelulöydös voi olla normaali erityisesti lievässä alkavassa astmassa oireettoman vaiheen aikana. Hengitysäänet tulee kuunnella myös voimistetussa uloshengityksessä, jolloin vinkuna korostuu tai alkaa kuulua. (Kauppi 2012, 2575.)

Astman diagnosointiin kuuluu PEF-seuranta, jonka potilas suorittaa kotona saamallaan mittarilla. PEF-seurannassa mitataan uloshengityksen huippuvirtausta kahden viikon ajan. PEF-mittaus tehdään aamuin illoin, oireiden ilmaantuessa ja ennen keuhkoputkia avaavan lääkkeen ottoa ja 15 minuuttia sen jälkeen. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012; Vauhkonen & Holmström 2012, 621.) PEF-mittauksen lisäksi diagnosoinnin perustutkimuksiin kuuluu laboratoriossa tehtävä spirometriatutkimus. Spirometriatutkimuksella määritetään uloshengityksen sekuntitilavuus ennen keuhkoputkia avaavan lääkkeen ottoa ja sen jälkeen. (Vauhkonen & Holmström 2012, 621.) Keuhkoputkien supistumisherkkyiden tutkimiseksi voidaan tehdä myös muita kokeita, kuten histamiini- tai metakoliinialtistuskoe, jotka tehdään vain tarvittaessa (Astma: Käypä hoito -suositus 2012; Vauhkonen & Holmström 2012, 622).

Erikoissairaanhoidossa voidaan tehdä astmatulehduksen arvioimiseksi uloshengityksen typpioksidin mittaus (Ahonen ym. 2012, 454). Hengitystietulehduksen mittaaminen ei kuulu astman perustutkimuksiin, mutta siitä on apua epäselvissä tilanteissa. Tutkimuksessa mitataan uloshengityksen typpioksidipitoisuutta, joka on suurentunut hengitystietulehduksessa ja erityisesti allergisessa astmassa. Uloshengityksen kohonnut typpioksidipitoisuus tukee astmadiagnoosia. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Typpioksidipitoisuuden seurannalla voidaan myös arvioida hoitovastetta ja seurata paranemista (Ahonen ym. 2012, 454; Astma: Käypä hoito -suositus 2012).

Allergiatutkimukset ovat astmapotilaan perustutkimuksia, mutta niitä ei tarvita astmadiagnoosiin. Tarvittaessa voidaan tehdä allergeeneilla ihopistokokeita tai mitata seerumista allergeeneille spesifisiä IgE-vasta-aineita atooppisen herkistymisen selvittämiseksi. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Keuhkokuivassa ei näy keuhkoputkien limakalvon tulehdus, mutta se voidaan ottaa muiden syiden poissulkemiseksi. Erotusdiagnostiikassa voidaan käyttää myös nenän sivuonteloiden natiivikuvausta tai tietokonekuvausta. (Ahonen ym. 2012, 454; Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Astman diagnosoinnissa tärkeimpiä erotusdiagnostisia sairauksia ovat keuhko- ja keuhko-putkitulehdus, krooninen keuhkoputkitulehdus, poskiontelontulehdus, sydänsairaudet, toiminnallinen äänihuulisalpaus, hyperventilaatio-oireyhtymä ja paniikkihäiriö (Astma: Käypä hoito -suositus 2012).

Astmadiagnoosiin on määritelty kriteerit, jotka perustuvat keuhkoputkien toimintahäiriön eli vaihtelevan ahtautumisen osoittamiseen (taulukko1). Diagnoosi voidaan tehdä,

jos jokin kriteereistä täyttyy, tutkimus on tehty luotettavasti ja kokonaistila sopii astmaan. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)

TAULUKKO 1. Astman määrittämisen kriteerit (Mukaillen lähteistä Ahonen ym. 2012, 455; Astma: Käypä hoito -suositus 2012; Kaarteenaho 2013, 110.)

Astman määrittämisen kriteerit	
Kriteeri 1	1-2 viikon aikana tehtävässä PEF-seurannassa vuorokausivaihtelu on ainakin kolme kertaa vähintään 20 % tai 60 l/min ennen avaavan lääkkeen ottoa mitatuista aamu- ja ilta-arvoista. Keuhkoputkia avaavan lääkkeen myötä uloshengityksen huippuvirtaus (PEF) paranee seurannassa lähtöarvoon verrattuna ainakin kolme kertaa vähintään 15 % ja 60 ml/min.
Kriteeri 2	Spirometriakokeessa todetaan merkitsevä bronkodilataatiovaste. Keuhkoputkien avautumiskokeessa uloshengityksen sekuntikapasiteetti (FEV1) tai nopea vitaalikapasiteetti paranee lähtöarvoihin verrattuna vähintään 12 % ja 200 ml.
Kriteeri 3	Histamiini- tai metakoliinialtistuskokeessa keuhkoputkien supistumisherkkyys todetaan keskivaikeaksi tai vaikeaksi eli hyperreaktiivisuus on kohtalainen tai voimakas.
Kriteeri 4	Rasituskokeessa todetaan rasitusastmareaktio. Tehtäessä rasituskoee uloshengityksen sekuntikapasiteetti tai uloshengityksen huippuvirtaus pienenee lähtöarvosta vähintään 15 %.
Kriteeri 5	Kortikosteroidikuurilla tehtävässä hoitokokeessa todetaan hoidon myötä uloshengityksen sekuntikapasiteetin paranevan vähintään 15 % ja 200 ml tai PEF-arvojen paranevan vähintään 20 % verrattuna 3-5 päivää ennen hoitoa mitattuja arvoja ja hoidon viimeisten päivien aikana mitattuja arvoja.

3.2 Astman hoito

Astman hoitoa ohjataan Suomessa Käypä hoito -suosituksella ja Kansallisella allergiaohjelmalla 2008–2018. Tavoitteena on, että astman esiintyvyys vähenisi 20 % ja sairaalapäivät ja päivystyskäynnit vähenisivät. (Ahonen ym. 2012, 457.) Astman hoidolla pyritään siihen, että astmaa sairastava on oireeton, keuhkojen toiminta on normaali ja mahdolliset pahenemisvaiheet estetään (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Hoidon tavoitteena on, että astmaatikko hallitsee omahoidon ja toteuttaa sitä aktiivisesti. Tavoitteina ovat myös, että astmaa sairastavan työ- ja toimintakyky on ikää vastaava ja hänen elämänlaatunsa on hyvä. (Ahonen ym. 2012, 457.)

Astmadiagnoosin toteamisen jälkeen hoito tulee aloittaa tehokkaasti. Astman hoito koostuu lääkehoidosta ja lääkkeettömästä hoidosta. Ensisijainen hoito on lääkehoito.

(Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Lääkkeetön hoito koostuu terveellisistä elämäntavoista, jotka tukevat sairauden hoitoa (Allergia- ja astmaliitto 2015). Astman omahoito on osa astman hoitoa, jota astmaatikko toteuttaa kotonaan. Omahoito koostuu lääkehoidon ja lääkkeettömien hoitojen yhdistämisestä yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Ahonen ym. 2012, 466–467; Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Riittävällä potilasohjauksella on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta (Vauhkonen & Holmström 2012, 626).

Astman hoito kootaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle vaikeusasteen mukaan ja sitä muutetaan portaittain (Keistinen 2010, 1597). Astman vaikeusastetta voidaan arvioida oireilun mukaan. Vaikeusaste voidaan luokitella ajoittaisiin oireisiin, lieviin oireisiin, keskivaikeisiin jatkuviin oireisiin ja vaikeisiin jatkuviin oireisiin. Sairaus ei kuitenkaan yleensä pysy tietyssä vaikeusasteluokassa, sillä oireet voivat vaihdella yksilöllisesti ajoittaisista voimakkaisiin. Noin 70 % potilaista sairastaa lievää astmaa. Lievä sairaus useimmiten pysyy myös myöhemmin lievänä. (Kaarteenaho ym. 2013, 109.) Lievän tai ajoittaisen astman hoidossa saattaa riittää ajoittain otettu lääkitys. Keskivaikean tai vaikean astman hoidossa tarvitaan säännöllinen lääkehoito. (Bäckmand 2010, 99.)

3.2.1 Astman lääkehoito

Astman hoidossa käytetään yleensä hengitettäviä eli inhaloitavia lääkkeitä. Hoidossa käytetään anti-inflammatorisia eli limakalvotulehdusta hoitavia lääkkeitä ja keuhkoputkia laajentavia eli avaavia lääkkeitä. (Vauhkonen & Holmström 2012, 622.) Lääkehoidon tavoitteena on sairauden hallinta ja pahenemisvaiheiden ennakointi ja estäminen. Astman lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti. (Mustajoki ym. 2010, 136.) Astmaatikon on tärkeää ymmärtää, miten oireet syntyvät ja kuinka lääkkeet vaikuttavat. Astmaatikon on mahdollista säätää hoitavan lääkityksen annosta lääkärin ohjeiden mukaisesti ja seurata omatoimisesti avaavan lääkityksen tarvetta. Hyvän hoitotasapainon saavuttamiseen tarvitaan astmaatikon omaa osallistumista lääkehoitoon. (Allergia- ja astmaliitto 2015.)

Astman lääkehoito pyritään toteuttamaan paikallisesti eli käyttämällä keuhkoputkiin annettavia hengitettäviä lääkkeitä. Hengitettäviä lääkkeitä käyttämällä saadaan nopeasti suuri pitoisuus lääkeainetta keuhkoputkien limakalvolle ja pidettyä lääkeainepitoisuus verenkierrossa mahdollisimman pienenä. (Nurminen 2012, 175.) Tämä vähentää elimis-

töön kohdistuvia haittavaikutuksia verrattuna muihin annostelutapoihin. Kuitenkin vain osa lääkkeestä päätyy keuhkoputkiin ja muualle elimistöön joutuneen lääkkeen määrää on vaikea arvioida. (Ahonen ym. 2012, 462.)

Yleensä lääkeaineiden inhaloinnissa hengitysteihin käytetään joko annossumuttimia tai jauheinhalaattoreita. Oikealla inhalointitekniikalla on merkitystä lääkehoidon tehokkuuden takaamisessa. (Nurminen 2012, 175.) Astmaatikon tulee osata käyttää lääkannostelijaa ja saada ohjausta sen käytöstä. Annostelulaitteiden käyttö tulee opettaa astmaatikolle ja osaaminen varmistaa myöhemmin. Inhaloitavasta lääkkeestä osa jää annostelijaan, annossumuttimen lisälaitteisiin, ja astmaatikon suuhun ja nieluun. (Ahonen ym. 2012.) Suuhun jäävä lääkeaine niellään ja se imeytyy ruoansulatuskanavasta elimistöön lisäten systeemisiä haittavaikutuksia (Nurminen 2012, 175). Inhaloitavan lääkehoidon paikalliset haittavaikutukset kohdistuvat suuhun, nieluun ja kurkunpään (Ahonen ym. 2012, 462).

Astman lääkehoito aloitetaan useimmiten hengitettävällä kortikosteroidilla, joka hoitaa paikallisesti keuhkoputkien limakalvotulehdusta. Kortikosteroidi on astman hoidon peruslääke. Lääke lievittää keuhkoputken limakalvon tulehdusta vähentämällä tulehdussolujen kertymistä ja estämällä niiden toimintaa. (Nurminen 2012, 179.) Tämän myötä keuhkoputken sileän lihaksen supistumisherkyys vähenee (Ahonen ym. 2012, 458). Hoito aloitetaan suurella annoksella, jotta oireet saadaan nopeasti rauhoittumaan. Annosta pienennetään hoidon edetessä sille tasolle, että astma pysyy hallinnassa. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Limakalvotulehduksen tehokkaan hoidon myötä astmaoireet ja keuhkoputkien supistumisherkyys vähenevät. Lääkehoito tulehdusoireiden lievittämiseksi tulee aloittaa jo astman alkuvaiheessa keuhkoputkien pysyvän ahtautumisen estämiseksi. (Nurminen 2012, 175.)

Keuhkoputkien limakalvotulehduksen hoidossa voidaan käyttää myös muita lääkkeitä kuin hengitettäviä kortikosteroideja, mutta ne eivät ole yhtä tehokkaita. Muita lääkkeitä käytetään astman lievissä muodoissa tai jos kortikosteroideista tulee sivuvaikutuksia. Jos kortikosteroidilla ei saavuteta hoitotavoitteita, muita lääkkeitä voidaan ottaa osaksi yhdistelmähoitoa. (Vauhkonen & Holmström 2012, 622.) Hengitettävien kortikosteroidien mahdollisia haittavaikutuksia ovat kurkun käheys, ääniongelmat ja suun ja nielun hiivainfektiot. Pitkäaikaishoidon haittavaikutuksina on todettu myös hammasvaurioita, aivolisäke-lisämunuaistoiminnan vähenemistä, ihon ohenemista, mustelmataipuu-

musta ja luuston haurastumista. Suun kautta otettavaa kortisonilääkitystä käytetään pääasiassa astman pahenemisvaiheen hoidossa tai vaikean astman hoidossa. (Ahonen ym. 2012, 459.) Tällöin kortikosteroidilääkitys otetaan lyhyinä kuureina (Nurminen 2012, 180).

Astmaa sairastavalla on käytössä avaava eli keuhkoputkia laajentava lääke, jota käytetään kohtauslääkkeenä (Nurminen 2012, 175). Keuhkoputkia avaavana lääkkeenä käytetään pääosin lyhytvaikutteisia beeta₂-agonisteja. Lyhytvaikutteinen beeta₂-agonistilääkitys rentouttaa keuhkoputkia, jolloin hengitys helpottuu (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Lääkkeen vaikutus alkaa muutamassa minuutissa ja kestää 4-6 tuntia. Avaavana lääkityksenä voidaan käyttää antikolinergejä, jos beeta₂-agonistit aiheuttavat haittavaikutuksia tai jos niiden lisäksi tarvitaan lisätehoa lääkehoitoon. (Mustajoki ym. 2010, 138.) Akuuttien astmaoireiden hillitsemisessä lyhytvaikutteisten beeta₂-agonistien käyttäminen on ehdottoman tärkeää. Yleensä lääkeaine inhaloidaan, mutta joskus sitä käytetään myös tablettina tai oraalinesteenä suun kautta otettuna. Beeta₂-agonistien mahdollisia haittavaikutuksia ovat sydämentykytys, vapina ja päänsärky. (Nurminen 2012, 182.) Lisäksi voidaan käyttää pitkävaikutteisia beeta₂-agonisteja keskivaikean ja vaikean jatkuvasti oireilevan astman hoidossa (Vauhkonen & Holmström 2012, 624).

3.2.2 Astman lääkkeetön hoito

Astman lääkkeettömällä hoidolla on merkitystä hyvän hoitotasapainon saavuttamisessa. Lääkkeetön hoito koostuu pääasiassa elämäntapaohjauksesta. Terveelliset elämäntavat tukevat sairauden hoitoa. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Astman lääkkeettömiä hoitoja sovelletaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan (Kaarteenaho ym. 2013, 118).

Terveellinen ruokavalio ja painonhallinta ovat tärkeitä, sillä ylipaino on riskitekijä, joka suurentaa riskiä sairastua astmaan ja vaikeuttaa astman hallintaa (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Lääkkeiden tarve vähenee jos potilaan paino saadaan pysymään normaalina (Kaarteenaho ym. 2013, 119). Ruokavaliossa tulisi suosia kalaa, hedelmiä, marjoja ja vihanneksia. Runsaskuituiset tuotteet ovat suositeltavia sekä erilaisten öljyjen käyttö. Suolan käyttöä tulee rajoittaa. (Terveyskirjasto Duodecim 2010; Allergia- ja astmaliitto 2012.)

Säännöllinen liikunta auttaa painonhallinnassa ja hyvä fyysinen kunto parantaa elämänlaatua ja rasituksensietokykyä (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Liikunnan harrastaminen on hyväksi silloin, kun astma on rauhallisessa vaiheessa. Liikunta ja tehokas lääkehoito vähentävät astman pahenemisvaiheita. Asiantuntijan ohjaus liikunnan aloituksesta on hyödyksi astmaatikolle, jos liikunnan harrastaminen on ollut vähäistä. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi pyöräily, uinti ja sauvakävely. (Ahonen ym. 2012, 465.)

Astmaa sairastavan tulee erityisesti lopettaa tupakointi (Kaarteenaho ym. 2013, 117). Tupakointi heikentää keuhkojen toimintaa ja tupakansavu lisää keuhkoputkien supistumisalttiutta. Myös passiivinen tupakointi on riskitekijä astman pahenemisvaiheelle. (Ahonen ym. 2012, 465.) Tupakointi pahentaa astman oireita ja altistaa keuhkohtaumataudille (Kaarteenaho ym. 2013, 117). Astmaatikkoa tulee kannustaa ja ohjata tupakoinnin lopettamisessa (Ahonen ym. 2012, 465).

Jos potilaalla on allerginen astma, voi allergiasaneerauksesta olla hyötyä. Allergiasaneeruksella vähennetään ja poistetaan allergiaa aiheuttavia allergeenejä. Saneerauksen voi toteuttaa kotona tai työpaikalla. Allergeeneille altistumisen loppuminen voi helpottaa oireilua. Allergista astmaa sairastavaa voidaan hoitaa myös siedätushoidolla. Siedätushoidon tarkoituksena on, että potilas sietää paremmin allergian aiheuttajia. Siedätushoito allergisessa astmassa on tehokasta ja turvallista. Siedätushoito voidaan toteuttaa pisto-
shoitona tai käyttäen kielenalusvalmisteita. Yleisimmin siedätushoitoa annetaan siitepölyallergioihin ja eläinallergioihin, jos ne aiheuttavat astman lisäksi silmä- ja nuhaoireita. (Ahonen ym. 2012, 464, 762.)

3.2.3 Vaikeutuneen astman hoito

Astmalle ovat ominaisia jonkin tekijän laukaisemat pahenemisvaiheet. Yleisin laukaiseva tekijä on ylähengitystieinfektio. Pahenemisvaiheen taustalla voi olla myös altistuminen allergeeneille, omahoidon laiminlyönti ja puutteellinen omahoito-ohjaus. (Vauhkonen & Holmström 2012, 624.) Yleensä pahenemisvaihe on lievä. Lievässä pahenemisvaiheessa yöllinen oireilu, yskä ja limannousu ja mahdollisesti myös rasitusoireilu lisääntyvät ja PEF-arvot huononevat. Tässä tapauksessa lääkityksen lisääminen omahoi-

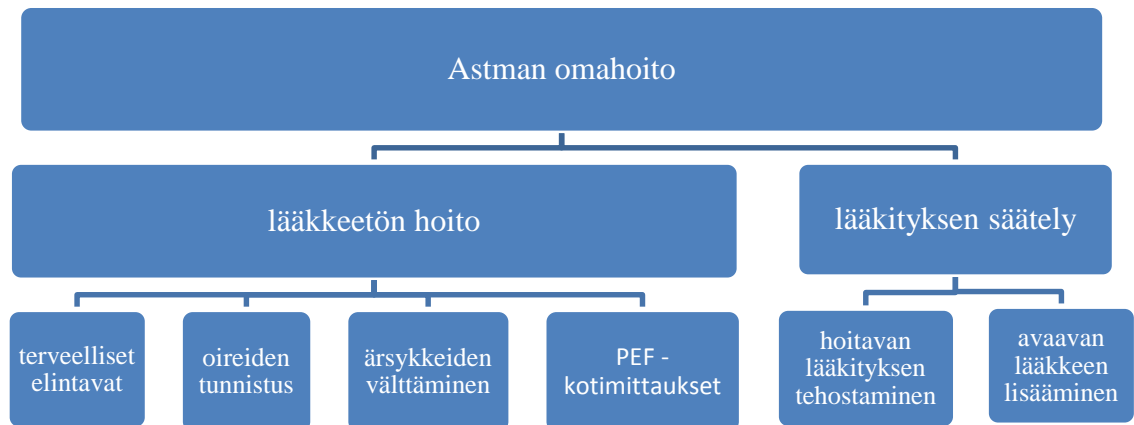
to-ohjeiden mukaisesti viikoksi tai kahdeksi on riittävä hoito. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)

Pahenemisvaiheiden ennakoiva hoito on olennaista. Vaikeiden pahenemisvaiheiden kehittymiseen kuuluu useimmiten muutama päivä tai viikko. (Kaarteenaho 2013, 114.) Joskus astma voi vaikeutua hyvinkin äkillisesti (Vauhkonen & Holmström 2012, 624). Vaikeassa pahenemisvaiheessa yskä- ja hengenahdistusjaksot tihenevät tai oireilu on jatkuvaa. Pahenemisvaiheen tunnusmerkkejä ovat myös inhaloitavien lääkkeiden aiheuttama yskä-ärsytys, aamun PEF-arvojen huononeminen ja avaavan lääkkeen tavanomaisista heikompi teho. (Kaarteenaho 2013, 114–115.) Vaikean pahenemisvaiheen vuoksi potilas saattaa tarvita hoitoa terveyskeskuksessa tai sairaalassa (Vauhkonen & Holmström 2012, 624).

3.3 Astman omahoito

Astman omahoidolla tarkoitetaan astmaatikon aktiivista roolia ja osallistumista sairauden hoitoon (Kaarteenaho ym. 2013, 115). Potilas on itse vastuussa omahoidon toteuttamisesta, mutta saa siihen ohjausta ja tukea lääkäreiltä ja hoitajilta. Omahoidon edellytyksenä on, että astmaatikko ymmärtää, mistä sairaudessa on kyse, mitkä ovat hoidon pääperiaatteet ja miten hoitoon tulee sitoutua (Astma: Käypä hoito -suositus 2012). Astma on pitkäaikainen sairaus, joten hoitoon sitoutuminen on olennainen edellytys onnistuneelle hoidolle (Kaarteenaho ym. 2013, 115). Omahoitovalmennuksella voidaan tukea pitkäaikaissairaana potilaan voimaantumista, autonomiaa ja tunnetta kyvystä omahoidon hallinnassa. Potilas soveltaa saamaansa tietoa ja ohjausta omaan arkeensa ja hänen tulee osata hyödyntää ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan jokapäiväisissä tilanteissa. Potilaan osaamista sairaudesta ja sairauden hoidosta osoittaa arjen tilanteista selviytyminen hoitotasapainon säilyessä mahdollisimman hyvänä. Omahoidon hallinta näkyy parhaan mahdollisen toimintakyvyn säilyttämisenä pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Ahonen ym. 2012, 37.)

Astman omahoitoon sisältyy lääkkeiden hoito ja lääkehoito. Omahoito koostuu oireiden tunnistamisesta, ärsykkeiden välttämisestä, terveellisten elintapojen noudattamisesta, PEF-kotimittauksista ja lääkehoidon säätelystä (kuvio2). (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)



KUVIO 2. Astman omahoito (Mukaillen lähteestä Astma: Käypä hoito -suositus 2012)

Omahoidon tavoitteita ovat toimintakyvyn säilyttäminen ja mahdollisimman oireeton arki. Omahoidolla pyritään siihen, että rasitusoireet eivät haittaa toimintakykyä ja merkittäviä pahenemisvaiheita ei ole. Lisäksi tavoitteina ovat, että keuhkojen toiminta on mahdollisimman normaali ja hoidossa käytettävät lääkkeet aiheuttavat mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. (Kaarteenaho ym. 2013, 115–117.) Omahoito vähentää terveydenhuollon palvelujen käyttämistä ja sairaslomien tarvetta (Ahonen ym. 2012, 467).

Astmapotilaan alkuohjaukseen kuuluu, että lääkäri selittää diagnoosin perustan, sairauden luonteen ja lääkehoidon periaatteet, ja hoitaja opettaa potilasta käytännön toiminnassa. Alkuohjauksessa käydään läpi oireiden merkitys, ärsyttävien tekijöiden välttäminen, lääkkeenottotekniikka, lääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset, PEF-seuranta, liikunnan merkitys ja etuudet. Potilaalle kerrotaan myös potilasjärjestöistä ja hänelle annetaan kirjallisia ohjeita. (Vauhkonen & Holmström 2012, 626.) Yksilöllinen omahoito-ohjaus ja kirjalliset toimintaohjeet auttavat potilasta sitoutumaan hoitoon. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.)

Omahoidon hallitseva potilas voi säädellä lääkitystään oireiden ja PEF-arvojen mukaan. Potilaalla on käytössään omahoitovihkonen tai -kortti, johon on kirjattu kirjalliset ohjeet, lääkitys, PEF-rajat, ja hoitopaikan yhteystiedot. (Mustajoki ym. 2013, 164.) Potilasta ohjataan oireilun lisääntyessä lisäämään ja muuttamaan lääkitystä kirjallisen oh-

jeen mukaan. Oireiden lisääntyessä kohtauslääkkeen eli lyhytvaikutteisten beeta₂-agonistien käyttöä lisätään ja hoitavaa lääkitystä eli kortikosteroideja tehostetaan. Hoitavaa lääkitystä tehostetaan suurentamalla annoksia tai aloittamalla inhaloitavan kortikosteroidin lisäksi tablettihoito. (Astma: Käypä hoito -suositus 2012.) Osatakseen lisätä lääkitystä, potilaan tulee pystyä itse tunnistamaan pahenemisvaiheet (Bäckmand 2010, 99). Sairauden hoitotasapaino paranee ja sairauden kanssa eläminen helpottuu, jos potilas sisäistää lääkitykseen liittyvät omahoidon periaatteet (Kaarteenaho ym. 2013, 470).

3.4 Polikliininen hoitotyö

Poliklinikka on yleensä sairaalan yhteydessä toimiva vastaanotto-, tutkimus- ja avohoitopaikka. Polikliinisella hoitotyöllä tarkoitetaan hoitoa ja tutkimuksia, jotka toteutetaan potilaan käydessä vastaanotolla, eikä siihen liity potilaan yöpymistä sairaalassa. (MOT 2015.) Perinteisen toimintamallin mukaan polikliinista hoitotyötä toteutetaan lääkärin ja sairaanhoitajan muodostamalla työparilla (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012, 426). Polikliininen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä. Potilaan hoitoon osallistuu lääkärin ja hoitajan lisäksi myös muita terveydenhuollon ammattilaisia. (Virtanen 2010, 14.) Potilaiden käynnit poliklinikalla ovat lyhyitä ja usein pääosa vastaanotolla vietetystä ajasta kuluu lääketieteellisten asioiden läpikäymiseen. Polikliinissä hoitotyössä korostuu kyky arvioida ohjausmenetelmät ja tieto, joita kyseinen potilas tarvitsee. Ohjauksen kokonaisuuden suunnittelussa käytetään apuna hoitosuunnitelmaa. Potilaan ohjauksessa oleellista on myös kirjallisten potilasohjeiden käyttö. (Ahonen ym. 2012, 36.)

Polikliinista hoitotyötä voidaan toteuttaa hoitajavastaanotoilla, jossa potilas tapaa sairaanhoitajan, mutta ei lääkäriä. Hoitajavastaanoton toteuttaminen kuitenkin edellyttää, että lääkärin tuki on tarvittaessa saatavilla. Hoitajavastaanotolla voidaan antaa erilaisia hoitoja, tehdä tutkimuksia ja toimenpiteitä ja antaa ohjausta ja neuvontaa. Hoitajavastaanottojen tehokkuudesta on saatu myönteistä näyttöä etenkin kroonisten pitkäaikais-sairauksien hoidossa, jolloin korostuu potilaan terveyden edistäminen ja elämänlaadun kohentaminen. Hoitajavastaanottojen hyvinä puolina on pidetty hoidon tarpeen kokonaisvaltaista arviointia, hyvää seulontaa, seurantaa ja hoidon koordinoitua. (Salin ym. 2012, 423-426.) Polikliinisessä hoitotyössä potilaan ohjaaminen on merkittävä osa hoitajan työtä. Hoitajien työnkuvaan kuuluu tiedon välittäminen sairauksista ja niiden hoi-

dosta, tutkimuksista, omahoidosta ja sosiaalietuuksista. (Virtanen 2010, 14.) Erityisesti pitkäaikaissairauteen sairastuneen potilaan vastaanotolla pääosassa ovat neuvonta, ohjaus, motivoiminen, tukeminen ja potilaan ja hänen läheistensä kanssa keskusteleminen (Salin ym. 2012, 423).

Astmapotilaan hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa vastaanotolla ja erikoissairaanhoidossa poliklinikoilla. Akuuttitilanteissa astmapotilaat voivat hakeutua päivystykseen. Tarvittaessa voidaan joutua turvautumaan osastohoitoon, jos astmapotilas tarvitsee jatkuvaa seurantaa. (Terveysportti Duodecim 2013.)

Perusterveydenhuollossa kuuluu päävastuu astman diagnosoinnista, hoidosta ja seurannasta. Siellä huolehditaan myös lääkkeiden korvattavuuslausunnoista. Perusterveydenhuolto vastaa 12-vuotiaista ja sitä vanhemmista astmapotilaista. Erikoissairaanhoitoon astmapotilaat voivat tulla läheteellä perusterveydenhuollosta. Lähettämisen aiheita voivat olla esimerkiksi astman hankala diagnosointi perusterveydenhuollossa, lääkehoidolla ei saada vastetta oireisiin tai epäillään ammattiastmaa. Erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat vaikeaa astmaa sairastavat potilaat ja raskaana olevat astmapotilaat, joiden hoitotasapaino on huono. Myös siedätushoidon tarpeen arviointi kuuluu erikoissairaanhoidolle. (Terveysportti Duodecim 2013.)

3.5 Ohjaus hoitotyössä

Potilasohjaus on osa hoitotyötä ja potilaan hoitoprosessia. Ohjaus on tavoitteellista toimintaa terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välillä. Sillä pyritään tukemaan potilasta tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77.) Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa ja sitä toteutetaan suunnitelmallisesti osana potilaan muita hoitoja ja toimenpiteitä. Hoitajat vastaavat suurelta osin ohjauksen toteuttamisesta. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Terveydenhuollossa ohjauksen merkitys korostuu, koska hoitoajat ovat usein lyhyitä. Useimmiten ohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa. Hyvällä ohjauksella tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 8.) Onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan (Jauhiainen 2010, 26). Hoitotyössä ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan kykyyn ja aloitteellisuuteen elämänsä parantamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 23). Aiemmin ohjauksen lähtökohtana on

korostunut ohjaajan asiantuntijuus, mutta nykyään ohjauksen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöinen ohjaus perustuu ohjaajan ja ohjattavan jaetulle asiantuntijuudelle ja vastuullisuudelle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77.) Ohjauksessa tulee huomioida, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja on ammattinsa asiantuntija (Kyngäs ym. 2007, 26). Ohjaus on tasavertainen kohtaaminen, jossa vahvistetaan yhdessä potilaan tietoja, taitoja ja selviytymistä (Eloranta & Virkki 2011, 19–20). Potilaalla on ohjauksessa aktiivinen rooli ja hoitajan tulee tukea potilasta ohjaukseen osallistumisessa (Kyngäs ym. 2007, 23). Ohjauksen sisällön määrittää potilas itse omat lähtökohtansa huomioiden ohjaajan avulla. Ohjauksella pyritään siihen, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen. Potilaan tulee voida kokea vaikuttavansa hoitoon. Hyvän ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 19–20.) Paras tulos saavutetaan, kun hoito suunnitellaan potilaan kanssa yhdessä hänen arkeensa sopivaksi (Kyngäs & Hentinen 2009, 81).

Ohjaukseen vaikuttavat potilaan ja hoitajan taustatekijät ja ne tulee huomioida ohjauksessa. Taustatekijöitä ovat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Taustatekijät vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin. Ohjauksessa tulee huomioida esimerkiksi fyysisistä taustatekijöistä ikä ja terveydentila, psyykkisistä tekijöistä motivaatio ja odotukset sekä sosiaalisista tekijöistä kulttuuritausta ja uskonto. Ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat esimerkiksi tila ja ilmapiiri. (Kyngäs & Hentinen 2009, 83.) Hoitajan tulee tunnistaa näitä lähtökohtia ohjaustilanteessa, jotta hän pystyy tukemaan potilasta yksilöllisesti (Kyngäs ym. 2007, 31). Ohjauksessa huomioidaan potilaan ohjauksen tarve, aiemmat tiedot ja taidot, kokemukset ja asenne. Ohjaukseen vaikuttavat myös potilaan tunnetila, motivaatio ja tiedon vastaanottokyky. (Eloranta & Virkki 2011, 22.)

Ohjauksen suunnittelussa tulee huomioida yksilöllisesti, mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee, mitä hän haluaa tietää ja kuinka hän omaksuu parhaiten uusia asioita (Kyngäs ym. 2007, 44). Ohjauksessa annettava tieto on hyvä rajata keskeisimpiin asioihin (Eloranta & Virkki 2011, 22). Ohjauksessa potilaat pitävät tärkeänä esimerkiksi tiedonsaantia sairaudesta, hoidosta, kivusta, lääkehoidosta, omahoidosta, kuntoutuksesta ja vapaaajasta. Ohjaus voidaan toteuttaa yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena. Ohjaus voi sisältää motivoivaa keskustelua, neuvontaa, opettamista ja valmentamista. (Ahonen ym. 2012, 34-35.)

Hoitotyössä ohjauksessa tulee käyttää näyttöön perustuvaa tietoa (Eloranta & Virkki 2011, 23). Näyttöön perustuvalla tiedolla tarkoitetaan ajantasaista tutkimustietoa ja toimintatapoja, joista on tieteellistä näyttöä (Lauri 2003, 7). Tieto koostuu tutkimustiedosta ja kokemukseräisestä tiedosta. Hoitajan tulee osata käyttää harkitusti näyttöön perustuvaa tietoa yksittäisen potilaan terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoidon toteutuksessa. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23.)

Laadukkaalla ohjauksella on havaittu terveyttä edistäviä vaikutuksia. Se edistää toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa sekä tehostaa hoidonseurantaa. Laadukas ohjaus vähentää sairauteen liittyviä toistuvia oireita, lisäsairauksia, hoitokäyntejä ja sairauspäiviä. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Onnistunut ohjaus edellyttää hoitajalta ohjausosaamista ja ammatillisen vastuun tiedostamista. Potilaslähtöisen ohjauksen toteuttaminen edellyttää myös riittäviä resursseja. (Jauhiainen 2010, 30.)

4 TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on objektiivinen ja perusteellinen yhteenveto sekä kriittinen analyysi tutkittavasta aiheesta saatavilla olevasta tutkimustiedosta (Cronin, Ryan & Coughlan 2008, 38). Siinä kootaan tietoa jostakin rajatusta aiheesta ja sillä vastataan johonkin kysymykseen. Edellytys kirjallisuuskatsauksen tekemiselle on, että aiheesta on olemassa tutkittua tietoa. Siinä kootaan yhteen aiheeseen liittyviä tutkimuksia, jotta voidaan hahmottaa sitä, miten paljon tutkittua tietoa on olemassa ja millaista tutkimusta aiheesta on aiemmin tehty. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 2.)

Kirjallisuuskatsauksessa rakentuu kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta ja sen avulla voidaan käsitellä ja tiivistää laajoja aineistoja sekä tuottaa tietoa (Salminen 2011, 3, 22). Se on hyödyllinen menetelmä kuvattaessa jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä, teoreettista tai käsitteellistä taustaa tai yhdisteltäessä eri tutkimusalueita (Johansson ym. 2007, 4). Tavoitteena on antaa kuva ajankohtaisista aiheeseen liittyvistä julkaisuista ja luoda pohjaa mahdolliselle tulevalle aiheeseen liittyvälle tutkimukselle. Hyvään kirjallisuuskatsaukseen on koottu tietystä aiheesta tietoa useasta eri lähteestä, eikä se sisällä henkilökohtaisia ennakoasenteita. Kirjallisuuskatsauksen tulee sisältyä selkeä haku- ja valintastrategia. Siinä korostuu hyvä jäsentely ja käsitteistön oikea käyttö sekä paikkansapitävät lähdeviitteet. (Cronin, Ryan & Coughlan 2008, 38.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen perustyyppiin, joita ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Salminen 2011, 6). Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on yksi yleisimmin käytetyistä perustyypeistä. Sille on ominaista, että metodiset säännöt eivät rajaa käytettyjen aineistojen valintaa, aineistot ovat laajoja ja tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-synteesissä. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan käyttää myös nimitystä traditionaalinen kirjallisuuskatsaus. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on itsenäinen metodi, mutta se voi tarjota uusia tutkimusaiheita systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen (Salminen 2011, 6). Se voi tuoda esiin

aukkoja tai ristiriitoja aiheeseen liittyvässä tutkimustiedossa ja tarjota näin uusia tutkimusideoita sekä auttaa tutkijaa määrittämään ja rajaamaan tutkimuskysymyksiä (Cronin, Ryan & Coughlan 2008, 38). Sillä pystytään antamaan laajempi kuva aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta verrattuna systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat yhteneväisiä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa. Vaiheisiin sisältyy tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi, tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 8.)

Kirjallisuuskatsaus tulee raportoida tietyn kaavan mukaan, johon kuuluvat johdanto, metodit, tulokset ja pohdinta. Metodiosassa tulee esittää selvästi säännöt, joita on käytetty artikkelien tunnistamiseen, arvioimiseen ja lopputuloksena esitetyn näytön yhdistämiseen. (Johansson ym. 2007, 54.) Tulokset pyritään tiivistämään teemoihin tai luokkiin. Kirjallisuuskatsauksessa tulee käydä ilmi tutkimusten etsiminen ja valikoiminen sekä raportoida sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Lauri 2003, 36–37.)

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkelien ja tutkimusten laatu arvioidaan. Näin voidaan lisätä kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta, tuottaa suosituksia jatkotutkimuksia varten, ohjata tulosten tulkintaa ja määrittää vaikutusten voimakkuutta. Valittavien tutkimusten laadulle määritetään minimitaso. (Johansson ym. 2007, 101.) Niitä tarkastellaan useasta eri näkökulmasta. Kriteerit artikkelien ja tutkimusten laadusta voidaan määritellä eri tavoin. Tutkimuksen laadun määrittämisessä arvioidaan viitekehystä, tutkimusasetelmaa ja sen vahvuutta, ongelmanasettelua, käytettyjä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ja niiden soveltuvuutta esitettyjen ongelmien ratkaisuun, luotettavuutta ja eettisyyttä, tulosten kliinistä merkitystä sekä tutkimuksessa esitettyjä johtopäätöksiä ja suosituksia. (Lauri 2003, 31–32.) Aineiston laadun arviointi voi olla vaikeaa ja ristiriitaista. Laadun arvioinnin voi tehdä käyttäen valmista mittaria tai tarkistuslistaa. Jos sellaista ei ole saatavilla, sen voi kehittää myös itse. (Johansson ym. 2007, 107.)

4.2 Tiedonhaku

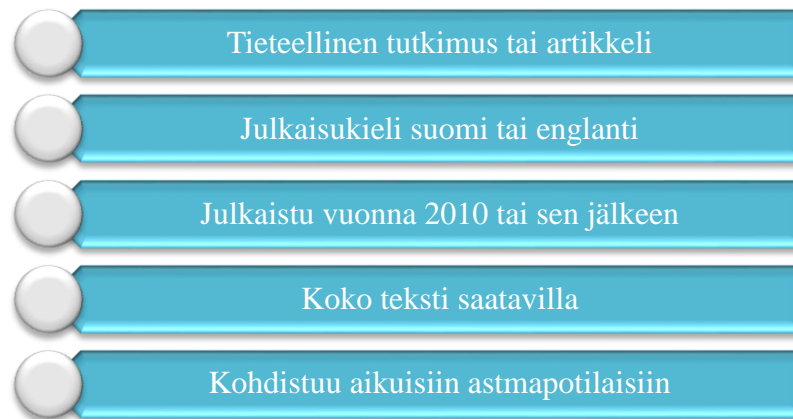
Kirjallisuuskatsauksen onnistumiselle on tiedonhaku kriittinen vaihe. Hyvän kirjallisuuskatsauksen edellytys on hyvin suunniteltu tiedonhaun strategia. Jotta hakustrategiaa voidaan pitää tieteellisesti pätevänä ja kirjallisuuskatsauksen prosessin mukaisena, se tulee dokumentoida huolellisesti. Huolellinen dokumentointi takaa sen, että kirjallisuus-

katsaus voidaan toistaa jonkun toimesta. (Johansson ym. 2007, 49–50.) Kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee vaiheittain. Aiheen valinnan ja rajaamisen jälkeen etsitään aiheeseen liittyvää tutkimustietoa käyttäen apuna erilaisia tietokantoja. Tietokantoihin tehdään hakuja käyttämällä aiheeseen liittyvistä asiasanoista muodostettuja hakulauseita. (Cronin, Ryan & Coughlan 2008.) Aineisto kirjallisuuskatsaukseen haetaan järjestelmällisellä, tarkasti määritellyllä ja rajatulla tiedonhaun prosessilla, jotta prosessi on toistettavissa. Tiedonhaun prosessiin sisältyvät tiedontarpeen ja tiedon käyttötarkoituksen määrittely, käytävissä olevien resurssien arviointi, tietolähteiden valinta, tiedonhaun suunnittelu, tiedonhakujen suoritus, hakutulosten valinta, hakuprosessin dokumentointi ja arviointi. (Johansson ym. 2007, 11.)

Tiedonhauilla tavoitellaan mahdollisimman kattavaa kuvaa aiheeseen liittyvästä tutkimustiedosta (Lauri 2003, 28). Tietoa haetaan systemaattisesti ja kattavasti sellaisista tietolähteistä, joista oletetaan löytyvän oleellista tietoa tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Jokaiseen tietokantaan määritellään haut ja niiden rajaukset erikseen, sillä eri tietokannoissa on erilaiset hakustrategiat. Jokaiseen tutkimuskysymykseen tehdään hakuja mahdollisimman monipuolisesti käyttäen eri hakusanoja- ja termejä. (Johansson ym. 2007, 58-59.) Opinnäytetyöhön haettiin aineistoa suomalaisista ja kansainvälisistä elektronisista tietokannoista. Suurin osa valitusta aineistosta on kansainvälisistä tietokannoista. Suomalaisista tietokannoista valittiin Medic. Kansainvälisistä tietokannoista valittiin Pubmed ja Cinahl. Tiedonhaussa käytetyt suomenkieliset hakusanat olivat astma, potilasohjaus, omahoito ja aikuinen. Englanninkielisiä hakusanoja olivat asthma, patient education, self-management ja adult. Elektronisiin tietokantoihin suoritettut haut on esitetty liitteessä (liite1).

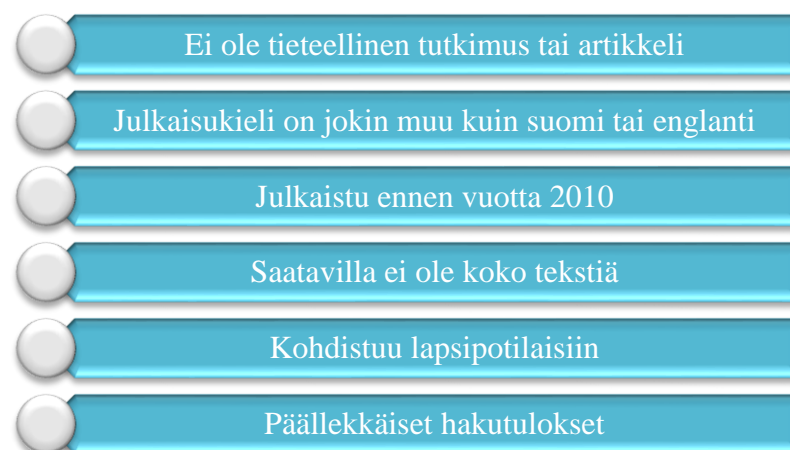
Kirjallisuuskatsaukseen tehtävän tiedonhaun pohjana on tarkasti määritellyt sisäänottokriteerit. Ne on määritelty tutkimuskysymysten perusteella ja ennen varsinaista aineiston valintaa. Sisäänottokriteerien tulee olla aiheen kannalta johdonmukaisia ja tarkoituksenmukaisia ja ne tulee kuvata tarkasti. Niiden avulla voidaan rajata aineiston lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä, tutkimuskohdetta, tuloksia tai laatutekijöitä. Täsmällisten valintakriteerien avulla ehkäistään systemaattisia virheitä. (Johansson ym. 2007, 48, 59.) Opinnäytetyön aineiston tiedonhaussa käytettiin viittä sisäänottokriteeriä (kuvio3). Opinnäytetyöhön valittujen artikkelien tuli olla tieteellisiä tutkimuksia tai artikkeleita, joiden julkaisukieli on suomi tai englanti. Artikkelien tuli olla julkaistu vuonna 2010 tai

sen jälkeen ja niistä piti olla saatavissa koko teksti. Tutkimusten ja artikkelien tuli kohdistua vain aikuisiin astmapotilaisiin.



KUVIO 3. Tutkimusaineiston sisäänottokriteerit

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin poissulkukriteerejä, joiden avulla rajattiin pois työn näkökulmasta epäolennaisia tutkimuksia ja artikkeleita (kuvio4). Valitun aineiston ulkopuolelle jätettiin artikkelit, jotka eivät olleet tieteellisiä tutkimuksia tai artikkeleita, joiden julkaisukieli oli jokin muu kuin suomi tai englanti ja jotka kohdistuivat lapsipotilaisiin. Tiedonhausta suljettiin pois ennen vuotta 2010 julkaistut tutkimukset ja artikkelit sekä sellainen aineisto, josta ei ollut saatavilla koko tekstiä. Myös eri tietokannoista löydetyt päällekkäiset hakutulokset rajattiin ulkopuolelle.



KUVIO 4. Tutkimusaineiston poissulkukriteerit

Tiedonhaku voi tuottaa suuren määrän tuloksia. Kaikki haun antamat viitteet käydään läpi, mutta osa tuloksista ei ole oleellisia kirjallisuuskatsauksen kannalta. (Johansson ym. 2007, 51.) Kirjallisuuskatsaukseen valittavien artikkelien valinta toteutetaan useassa vaiheessa. Ensimmäiseksi karsitaan aineistosta artikkelit, joiden otsikot eivät vastaa ollenkaan tutkimuskysymykseen. Seuraavaksi aineistoa karsitaan tiivistelmien perusteella. (Lauri 2003, 30.) Artikkelien ja tutkimusten hyväksyntä tai poissuljenta pohjautuu siihen, vastaavatko ne määritettyjä sisäänottokriteerejä (Johansson ym. 2007, 59).

Tiedonhaku opinnäytetyöhön tehtiin vaiheittain. Ensin suoritettiin haku Medic-tietokantaan käyttämällä hakusanoja astma AND potilasohjaus. Hakuun rajattiin julkaisuvuodet 2010–2015. Hakutulokseksi saatiin kuusi artikkelia, joista otsikon perusteella valittiin kaksi. Kaksi artikkelia luettiin ja niistä valittiin yksi. Medic -tietokantaan tehtiin toinen haku käyttämällä hakusanoja astma AND omahoito. Hakuun rajattiin julkaisuvuodet 2010–2015. Hakutulokseksi saatiin viisi artikkelia, joista valittiin otsikon perusteella neljä. Neljä artikkelia luettiin ja kolme valittiin analyysiin.

Seuraavaksi suoritettiin haku Cinahl-tietokantaan hakusanoilla asthma AND patient education AND adult. Hakuun rajattiin julkaisuvuodet 2010–2015 ja artikkelit, joista on saatavilla koko teksti. Hakutulokseksi saatiin 30 artikkelia. Otsikon perusteella valittiin 11 artikkelia, joiden tiivistelmä luettiin. Tiivistelmän perusteella valittiin neljä artikkelia, joista analyysiin valittiin koko tekstin perusteella kaksi artikkelia. Cinahl-tietokantaan suoritettiin toinen haku hakusanoilla asthma AND self-management. Hakuun rajattiin julkaisuvuodet 2010–2015 ja artikkelit, joista on saatavilla koko teksti. Hakutulokseksi saatiin 49 artikkelia, joista otsikon perusteella valittiin 11. Näiden artikkelien tiivistelmät luettiin ja niiden perusteella valittiin yhdeksän artikkelia. Koko tekstin perusteella analyysiin valittiin neljä artikkelia.

Pubmed-tietokantaan tehtiin haku hakusanoilla asthma AND self-management AND patient education. Haku rajattiin artikkeleihin, jotka on julkaistu viimeisten viiden vuoden aikana ja joista on saatavilla koko teksti. Hakutulokseksi saatiin 69 artikkelia. Otsikon perusteella valittiin 18 artikkelia, joiden tiivistelmät luettiin ja niiden perusteella valittiin neljä artikkelia. Neljästä artikkelista valittiin koko tekstin perusteella kaksi.

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti erilaisia dokumentteja kuten kirjoja, artikkeleita ja raportteja. Sillä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Tutkittavasta aiheesta pyritään saamaan tiivis ja yleinen kuvaus. Sisällönanalyysillä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon sisällöllistä informaatiota kadottamatta. Sitä käyttäen aineistoon luodaan selkeyttä, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 108.) Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin ja luokitusten määrittelyn pohjana ovat teoria ja aiemmat tutkimukset aiheesta. (Vilka 2015, 170.) Analyysin tekoa ohjaa jokin teema tai käsitekartta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113). Teorialähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan aiheen teoreettisen käsityksen tai mallin uudistaminen (Vilka 2015, 171). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitellaan jonkinlaisen toiminnan logiikan tai aineiston ohjaamana jonkinlaisen tyypillisen kertomuksen löytämistä aineistosta (Vilka 2015, 163).

Kun aineisto on koottu, aloitetaan sisällönanalyysi. Sisällönanalyysiin sisältyy kolme vaihetta, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.) Ensin aineisto pelkistetään karsimalla siitä pois tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio. Tätä varten aineisto on tiivistettävä tai pilkottava osiin. Tiivistäminen tehdään tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten pohjalta. (Vilka 2015, 164.) Pelkistäminen voidaan toteuttaa siten, että aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Aineiston ryhmittelyä varten käydään läpi poimitut alkuperäisilmaukset ja etsitään aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavista käsitteistä muodostetaan luokat, jotka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Yksittäiset tekijät sisällytetään luokittelun myötä yleisempiin käsitteisiin, joten aineisto tiivistyy. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin, alaluokista muodostetaan yläluokkia ja yläluokat yhdistetään pääluokiksi, jotka ryhmitellään yhdistäviin luokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–110.)

Sisällönanalyysin viimeinen vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen, jonka myötä edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Luokituksia yhdistetään niin pitkälle kuin se sisällön kannalta on mahdollista. Abstrahointi on prosessi, jossa muodostetaan

kuvaus tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112.)

Opinnäytetyöhön valittu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistosta koottiin ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla aineisto luokiteltiin alaluokkiin, yläluokkiin ja pääluokkiin (taulukko2).

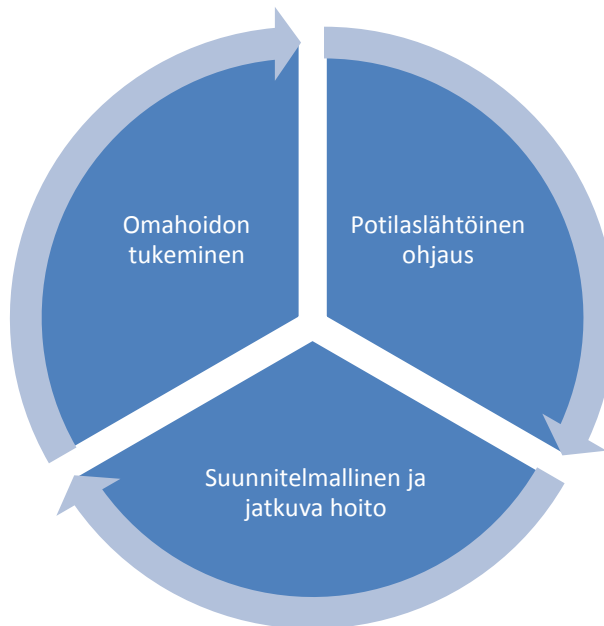
TAULUKKO 2. Sisällönanalyysillä muodostettu luokittelu.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Lääkehoidon toteutus	Omahoidon toteutus	Omahoidon tukeminen
Elintavat		
Hoidossa käytettävät apuvälineet		
Tunnistaminen		
PEF -seuranta	Potilaan osallistuminen hoitoon	
Oireseuranta		
Ärsykkeiden tunnistaminen ja välttäminen		
Hoitotasapaino	Sairauden hallinta	
Pahenemisvaihe		
Elämänlaatu		

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Neuvonta	Ohjausmenetelmät	Potilaslähtöinen ohjaus
Opetus		
Tiedonanto		
Hoitoon sitoutuminen	Potilaan yksilölliset piirteet	
Psyykkiset tekijät		
Motivaatio		
Elämäntyyli		
Ohjaajan ammattitaito	Ammatillinen osaaminen	
Koulutus		
Käytettävissä olevat resurssit		
Moniammatillisuus		
Seuranta	Hoitotasapainon ylläpito	
Arviointi		
Riskitekijät		
Hoitovasteen saavuttaminen	Interventiot	
Lähestymistavat		
Ammattilaisen rooli		
Organisaation rooli		
Hoitosuunnitelma	Hoidon jatkuvuus	
Kontaktit hoitoyksikköön		
Terveystenhoitoon palvelut		

5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulosten pääluokat ovat omahoidon tukeminen, potilaslähtöinen ohjaus ja suunnitelmallinen ja jatkuva hoito (kuvio5). Seuraavaksi esitetään analyysin perusteella aineistosta muodostetut luokat ja niiden keskeiset sisällöt.



KUVIO 5. Sisällönanalyysillä muodostetut pääluokat.

5.1 Omahoidon tukeminen

On havaittu, että toivottua tulosta ei aina saavuteta siirtämällä tietoa yksisuuntaisesti ja tekemällä hoitopäätös potilaan puolesta. Pitkäaikaissairauksien, kuten astman, hoidossa painotetaan yhä enemmän potilaslähtöistä omahoidon tukemista. Omahoidon tukemisella tavoitellaan tehokasta pitkäaikaissairauksien hoitoa, riskitekijöiden vähentämistä ja terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukaista käyttöä. Omahoito on potilaslähtöinen toimintatapa ja siihen sisältyvät elämäntavat ja sairauden hoito. Potilas ja ammattihenkilö suunnittelevat hoidon ja potilas ottaa sen toteuttamisesta vastuun. (Routasalo ym. 2010, 1917.)

5.1.1 Omahoidon toteutus

Aikuisten astman omahoito-ohjelmilla on voitu vähentää sairaalahoitoja, lääkärikäyntejä, käyntejä ensiavussa, poissaoloja töistä, yöllisiä astmakohtauksia ja parantaa elämänlaatua. Omahoitoa tukeviin ohjelmiin on sisältynyt tiedonantoa astmasta, seurannan opettelua, säännöllisiä lääkärikäyntejä ja kirjallisia toimintaohjelmia. Omahoidon on todettu vähentävän astmakohtauksia ja parantavan elämänlaatua vuoden seurannassa. (Routasalo ym. 2010, 1918.) Astma on elinikäinen sairaus, joten omahoidon toteuttaminen on jatkuva ja pitkäkestoinen prosessi. Sitoutumalla omahoitoon, astmaatikko pystyy vaikuttamaan elämänlaatuunsa ja saavuttamaan mahdollisimman hyvän vasteen toteutetulle hoidolle. (Eakin & Rand 2012, 3.)

Terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuus on varmistaa, että jokainen potilas saa yksilöllisiä ohjeita omahoitonsa kehittämiseksi ja optimoimiseksi. Näyttö omahoidon tukemisesta on ylivoimainen. On suositeltavaa, että jokaiselle astmaatikolle tarjottaisiin omahoito-ohjausta, johon sisältyisi kirjallinen yksilöllinen toimintasuunnitelma säännöllisesti arvioituna. (Pinnock 2015, 100.) Jotta omahoitoon sitoudutaan, tulee ammattilaisten tukea astmaatikkoja koko heidän sairautensa ajan (Kaufman 2012, 2). Potilaan tulee voida kokea hyötyvänsä hoidosta, jotta hän voi tuntea sen omakseen. Omahoidon tukemiseksi ammattihenkilö opastaa potilasta ja selvittää potilaan toiveita ja arkielämää. Hoito sovitellaan yhteistyössä potilaan kanssa hänelle sopivaksi. Potilaan autonomiaa tulee kunnioittaa ja hänen motivaatiotaan, voimaantumistaan ja pystyvyyden tunnettaan tulee tukea. (Routasalo ym. 2010, 1917.)

5.1.2 Potilaan osallistuminen hoitoon

Terveyshyötymallissa vastuu tervehtymisestä on potilaalla. Oikea diagnoosi ja tehokas hoito varmistetaan ja potilasta ohjataan tarvittavissa elämäntapamuutoksissa. Omahoidon tukeminen on terveyshyötymallin merkittävimpiä osa-alueita. Omahoidossa on aiemmin keskitytty lähinnä potilaisiin, mutta terveydenhuoltohenkilöstön tuen tarve on myös huomioitava. Terveyshyötymalli soveltuu astmapotilaan hoitoon. Terveysvalmennus on yksi keino motivoida astmapotilasta omahoidossa. Ohjauksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja, joiden avulla potilas pyrkii saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun pitkäaikaissairauden kanssa. Tämä tuo potilaalle vastuuta omasta ter-

veydestään ja vahvistaa omahoitoa. (Säynäjäkangas, Andersen, Lampela & Keistinen 2011, 664-665.)

Astman oireseurantaa voidaan käyttää hoitotasapainon seurannassa. Oireseuranta ja PEF-seuranta ovat molemmat tehokkaita tapoja. Tärkeää on kuitenkin käyttää molempia tapoja tai valita vain toinen hoitotasapainon seurantaan. Astmaatikon tulee pystyä itse arvioimaan sairautensa tilaa ja hoitamaan sitä tehokkaasti. (Jartti & Vanto 2010, 1331.)

PEF-mittausta käytetään hoidon seurannassa. Erityisesti keskivaikeaa tai vaikeaa astmaa sairastaville PEF-seuranta toimii hyvänä apuna, jos oireiden tunnistaminen on vaikeaa. (Kaufman 2012, 35.) Astmapotilaan on olennaista tietää oman PEF-arvonsa, koska sitä voidaan hyödyntää tehokkaasti omahoidossa ja vastaanotolla. PEF-arvo kertoo astman hoitotasapainosta. (Jartti & Vanto 2010, 1332.)

PEF-mittauksessa olennaista on hyvä ohjaus, jotta tulokset ovat mahdollisimman luotettavia. Puhallukseen vaikuttavat tekniikka ja potilaan halu ja kyky puhallaa. Selkeä ohjeistus ja arvio puhalluksen onnistumisesta ovat hyvä motivaation lähde potilaalle. PEF-mittauksissa on ilmennyt myös olennaisia ongelmia. PEF-mittarista saatava arvo on mittarikohtainen. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllinen puhalluksen tulos voi vaihdella suuresti jos se tehdään eri mittarilla. Mittaustulosten kirjaaminen on toisinaan koettu hankalaksi. (Jartti & Vanto 2010, 1332.)

Pitkäaikaissairauksiin on kehitetty myös teleseurantaa eri erikoisaloille. Astmaatikoille on saatavilla tele-PEF -laitteisto. (Vilkman ym. 2010, 3523.) Puhallukset tapahtuvat samalla tavalla kuin mekaanisella mittarilla, mutta puhalluksen tulokset jäävät laitteen muistiin ja niitä ei tarvitse manuaalisesti kirjata. (Jartti & Vanto 2010, 1332). Astmaatikko voi puhallaa arvoja esimerkiksi kahden viikon ajan, jonka jälkeen lääkäri ja potilas voivat käydä tutkimustulokset puhelimitse läpi ja säätää tarvittaessa lääkitystä tai sopia jatkohoidosta vastaanotolla. Tele-PEF -seurantaan on osallistunut testiryhmä Suomessa, johon kuului 18 astmaatikkoa. He saivat valita mekaanisen PEF-mittarin tilalle teleseurantalaitteen. Tutkimushoitaja ohjeisti potilaita laitteen käytössä. Ohjaamiseen ei kulu-
nut aikaa enempää kuin tavanomaiseen PEF-ohjaukseenkaan. Tele-PEF -seuranta ei tuottanut kenellekään testiryhmän jäsenelle ongelmia. Heidän mielestään teleseuranta oli helppoa ja vaivatonta. (Vilkman ym. 2010, 3524.)

Astmaatikon ärsykkeiden hallinta on todennäköisesti hyvää, jos astman laukaisevat tekijät on todennettu ja astmaatikolla on käytössään kattava hoitosuunnitelma. Potilaiden on todettu tarvitsevan kuitenkin muistutusta laukaisevien tekijöiden hallinnasta. Astmakoh-
tauksen mahdollisesti aiheuttavia ärsykejä ei tunnista tai hallita tehokkaasti. Ärsy-
kkeiden tunnistamisessa on eroa hoitopaikasta riippuen, esimerkiksi verratessa ensiapua
ja vastaanottoa. Tunnistamisessa on eroa myös astman tilasta riippuen. Laukaisevien
tekijöiden tutkiminen oli vähäisempää, jos potilaan astma ei ollut pahentunut. Astman
ärsykkeiden hallinta tulisi kohdistaa tavanomaisille vastaanottokäynneille. Tällaisella
hoitokäynnillä olisi hyvä mahdollisuus käydä läpi ärsykejä ja tarjota niihin liittyen
neuvontaa. Ärsykkeiden hallinnan parantamiseksi astman hoidossa, voidaan käyttää
kirjallista hoitosuunnitelmaa, johon sisältyy ärsykkeiden hallinta. (Rank, Wollan, Li &
Yawn 2010, 1-6.)

5.1.3 Sairauden hallinta

Hoitaja voi tehdä paljon tukeakseen potilasta sairauden hallinnassa ja pahenemisen eh-
käisemisessä. Pahenemisvaiheiden ehkäisyssä ja potilaan elämänlaadun parantamisessa
keskeistä on auttaa potilasta ymmärtämään sairauttaan, vahvistaa hoitoon sitoutumista
ja kannustaa omahoito-ohjeiden käyttöön. (Kaufman 2012, 1.)

Astman hallinta vaatii potilaan aktiivista osallistumista hoitoon ja omahoidon toteutta-
mista, kuten oireiden tarkkailua, hoitosuunnitelman noudattamista, ympäristötekijöiden
huomiointia ja täsmällistä sitoutumista lääkehoidon toteuttamiseen. On vahvaa näyttöä
siitä, että astmaa voidaan tehokkaasti hallita, potilaan ollessa asianmukaisesti sitoutunut.
Useat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että heikko sitoutuminen astman omahoitoon on
yleistä ja se on merkittävä tekijä riittämättömään astman hallintaan. (Eakin & Rand
2012, 1.) Vaikka astman hoitoon on luotu hoitosuosituksia ja kehitetty tehokkaita hoi-
tomuotoja, astmaatit eivät välttämättä saa näyttöön perustuvia interventioita ja monen
astman hallinta on huonoa. Tämä vaikuttaa heidän kykyynsä suoriutua jokapäiväisistä
toiminnoista. (Kaufman 2012.) Astman vaihtelevan tilan vuoksi potilasta tulee tukea
vaikeutuneiden oireiden tunnistamisessa ja niihin reagoimisessa. Potilaan tulee tunnistaa
astman paheneminen ja osata päättää lääkityksen säätelystä ja avun hakemisesta tervey-
denhuollosta. (Pinnock 2015, 100.)

On monia syitä sille, miksi astmaatikko ei sitoudu hoitoon. Osa potilaista ei hyväksy sairastumistaan astmaan. Tämän myötä saatetaan jättää lääkahoitoa toteuttamatta tai sitä toteutetaan huonosti. Tietämättömyys lääkkeitä ja niiden haittavaikutuksista voi johtaa huonoon lääkehoidon toteuttamiseen. Nämä seikat sairaanhoitajan tulisi huomioida, kun hän kohtaa astmaatikon, jonka omahoito ei toteudu. (Kaufman 2012, 2) Astmaatikkojen huono hoitoon sitoutuminen lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Laiminlyönti lääkehoidossa tai sen huolimaton toteuttaminen altistaa myös päivystyskäynneille ja sairaalahoitolle. (Eakin & Rand 2010, 1.) Astman huono hallinta vaikuttaa merkittävästi potilaiden ja heidän perheidensä elämänlaatuun. Syyt huonoon hallintaan ovat yhteydessä virheelliseen diagnoosiin, samanaikaisesti esiintyvään nuhaan, huonoon inhalaatiotekniikkaan ja huonoon hoitovasteeseen. Potilas tarvitsee yksilöllistä hoitoa, säännöllistä opastusta ja tukea voimaantuakseen ja saavuttaakseen hyvän elämänlaadun. (Kaufman 2012, 32.)

5.2 Potilaslähtöinen ohjaus

Potilasohjaus luo pohjan onnistuneelle astman hallinnalle ja hoitoon sitoutumiselle. Sitoutumisen vahvistamisessa merkittävää on tukea potilaan yritystä muuttua sekä antaa palautetta ja sovittaa ohjaus potilaan tarpeiden ja olosuhteiden mukaiseksi. Hoidon ja ohjauksen jatkuvuudella on myös suuri merkitys. (Eakin & Rand 2012, 3.) Astmaatikon tulee saada riittävästi ohjausta, jotta hän pystyy elämään sairautensa kanssa. Ohjauksen laatuun ja toteuttamiseen vaikuttavat henkilökunnan resurssit, motivaatio, ammattitaito ja työyksikön painopisteet sekä rutiinit. Jokaisella terveydenhuollon yksiköllä on omat haasteensa astmapotilaan ohjauksen toteuttamisessa. (Pinnock 2015, 106.)

Potilaiden tietämys ja ajatukset sairaudesta ja sen hoidosta vaihtelevat. Heillä voi olla vaikeuksia sopeutua diagnoosiin tai heillä voi olla epätodennukaisia käsityksiä sairaudesta. Sen vuoksi potilasta tulee kannustaa kertomaan ajatuksistaan. (Kaufman 2012, 2.) Potilaslähtöisen ohjaussuhteen pohjana on konstruktivinen oppimisenäkemys, jonka mukaan uusi tieto ja toiminta sovitetaan huomioiden aiemmat tiedot, kokemukset, toiveet ja asenteet. Tällä tavoitellaan sellaisen hoidon löytämistä, jota potilas pystyy noudattamaan ja jonka potilas hyväksyy ja tunnistaa omakseen. (Routasalo ym. 2010, 1921.)

5.2.1 Ohjausmenetelmät

Potilaslähtöisissä toimintatavoissa painotetaan potilaan autonomiaa, opastusta perinteisen opetuksen sijaan ja potilaan ja ammattihenkilön tasavertaista kumppanuutta. Olennaista on myös tukea potilaan voimaantumista, pystyvyydentunnetta ja motivaatiota. (Routasalo ym. 2010, 1921.) Tiedon lisääminen astmasta on olennaista, jotta ymmärrys sairaudesta ja omahoidon merkityksestä selkiytyvät potilaalle. Riittävä tiedonsaanti on perusta sille, että astmaatikko sitoutuu hoitoon ja pystyy hallitsemaan sairauttaan. (Eakin & Rand 2012, 3.) Tietoa astmaatikot haluavat lääkkeiden käytöstä ja siitä, millaisia vaikutuksia hoidolla on astmaan. Luottamuksellinen ilmapiiri ja hyvä vuorovaikutussuhde ovat olennaista ohjauksessa. (Kaufman 2012, 35.) Tietoa astmasta on oltava tarjolla eri muodoissa, kuten kirjallisena paperilla ja lehtisissä tai erilaisten videoleikkeiden muodossa. Potilaat saattavat tarvita ohjausta myös sopiville internet-sivuilla, joissa on tietoa potilasjärjestöiltä, ammatillisilta yhdistyksiltä ja terveystalveilta. (Pinnock 2015, 106.)

Omahoidon ohjaus vaatii potilaskeskeistä neuvontaa, jossa potilasta kannustetaan osallistumaan päätöksiin hoidosta ja annetaan mahdollisuus ilmaista odotuksiaan ja huoliaan. Tavoitteiden asettamisella voidaan pitää yllä potilaan mielenkiintoa omahoitoon. Potilas voi asettaa mielekkäät tavoitteet ja pyrkiä niihin parantamalla sairautensa hallintaa. (Pinnock 2015, 105.) Perinteisessä potilasopetuksessa painotetaan tietoa ja teknisiä taitoja, mutta omahoito-opastuksessa keskiössä ovat ongelmanratkaisutaidot. (Routasalo ym. 2010, 1921.)

5.2.2 Potilaan yksilölliset piirteet

Astma ja erityisesti huonosti hallittu astma voi aiheuttaa stressiä ja huomattavaa ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuus voi lisätä päivystyskäyntejä, astmaan liittyvää kuolleisuutta ja avaavan lääkityksen liikakäyttöä. Sairauden aiheuttamia henkisiä seurauksia tulee hoitaa yhtä lailla kuin fyysisiä oireitakin. Psykkiset tekijät tulee huomioida hoidossa. Psykkisten oireiden on todettu vaikuttavan huonontuneeseen hoitotulokseen. Masennus ja alentunut kognitio heikentävät hoitomyöntyvyyttä ja omahoitoa. Ikä itsessään lisää todennäköisyyttä huonoon sairauden hallintaan. (Greener 2010, 271.)

Astman sairastuvuus ja kuolleisuus ovat yhteydessä sosiaaliluokkaan, ammattiin, työttömyyteen, alkoholin käyttöön ja tupakointiin sekä ylipainoon ja vähäiseen liikkumiseen. Nämä asiat tulee huomioida omahoitosuunnitelman tekemisessä. Potilaan elämäntyylin huomioiminen voi auttaa tyydyttävien hoitotulosten saavuttamisessa. (Scullion & Holmes 2013, 292.)

5.2.3 Ammatillinen osaaminen

Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli ohjauksen toteuttamisessa. Astman hoitoa ja seuranta toteutetaan perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa astman hyvä hoito ja seuranta vaativat perehtyneen tiimin, johon kuuluu vastuulääkäri ja sairaanhoitaja. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi olla saumatonta, ja mahdollisuus konsultaatioon parantaisi hoitoa. Jotta astmaatikko voi saada laadukasta ohjausta sairaudestaan, tulee ammatillisilla olla riittävä koulutus ja motivaatio ohjaukseen. (Säynäjäkangas ym. 2011, 664.) Potilaiden oman aktiivisuuden, päätöksenteon ja vastuun edistämiseksi ammattihenkilöiden tulee arvioida uudelleen omia asenteitaan ja toimintatapojaan (Routasalo ym. 2010, 1917).

Astma voidaan diagnosoida erilaisissa tilanteissa, sairaalajaksolla tai vastaanotolla. Toisinaan astmaa on voitu jo epäillä pidemmän aikaa, mutta osalle potilaista sairastuminen voi tulla yllätyksenä. Erilaiset tilanteet tuovat astmapotilaiden ohjaukseen haasteita. Sairaalajakson aikana potilasohjausta ei välttämättä ehditä toteuttamaan riittävästi, jotta astmaatikko pärjäisi kotona. Lyhyet hoitotaksot osastoilla ovat yksi syy tähän. (Pinnock 2015,105.) Aina uuden potilaan tullessa poliklinikalle ohjaukseen, tulisi kartoittaa lähtötilanne ja selvittää kuinka tietoinen potilas on sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjauksella pyritään vastaamaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja näin jokainen saa juuri ne tiedot, joita tarvitsee. Yksilöllinen ohjaus motivoi potilasta toteuttamaan omahoitoa. (Eakin & Rand 2012, 3.) Jotta omahoidon potilaslähtöinen tukeminen on mahdollista, ammattihenkilöiden ymmärrys omahoito-käsitteen sisällöstä tulee olla yhteneväinen (Routasalo ym. 2010, 1922).

Voidakseen tukea astmaatikkoja, hoitajilla tulee olla riittävästi koulutusta astman omahoidosta. Hoitajat ovat kokeneet, että rutiinit ja paine sekä sitoutumisen puute työpaikalla hankaloittavat kehittymistä astmapotilaiden hoidossa. Työyksikön tulisi tarjota sään-

nöllisesti koulutusta. Terveystuoltohenkilöstön kouluttaminen sairauden hallinnan tukemiseen on ratkaisevan tärkeää, mutta riittämätöntä ainoana toimenä. Vaikka henkilöstöä koulutettaisiin ohjaukseen ja astman omahoidon tukemiseen, he eivät välttämättä pysty toteuttamaan oppimaansa käytännössä, jos uusia kykyjä ei tueta organisaation toimesta. Tehokas toteuttaminen vaatii potilasohjausta, henkilöstön kouluttamista ja organisaation taholta uskoa ja arvostusta omahoitoon. Organisaation tulee sijoittaa toimintaan resursseja ja omahoidon tukemisen tulee olla tarkoituksenmukaisesti järjestetty ja toteutuksen onnistuminen arvioitava. (Pinnock 2015, 106-107.)

5.3 Suunnitelmallinen ja jatkuva hoito

5.3.1 Hoitotasapainon ylläpito

Astman hoitotasapaino määritellään tasoksi, jossa hoidon tavoitteet saavutetaan normaalin keuhkojen toiminnan säilyttämisenä ja vähentyneinä oireina ja pahentumisvaiheina (Kaufman 2012, 36). Astman hoidon tavoitteena on, että potilas saavuttaa ja ylläpitää hallinnan sairaudesta (Scullion & Holmes 2013, 29). Vastaanottokäyntien määrä vaihtelee riippuen sairauden vaikeudesta. Niiden tulisi sisältää arvioinnin astman hoitotasapainosta, jotta hoito voidaan kohdistaa tarkoituksenmukaisesti. Jos arvioinnissa todetaan hoitotasapainon olevan huono, syyt tähän tulee osoittaa ja huomioida. Syyt huonoon hoitotasapainoon tulisi tunnistaa, jotta voidaan tehdä asiaankuuluvia muutoksia toimintasuunnitelmaan. Potilaan ajatuksia, huolia ja odotuksia tulee selvittää. Ammattilaisten pätevän arvioinnin ja potilaan omahoidon välisen suhteen tunnistaminen on tärkeää astmapotilaiden terveystulosten parantamiseksi. (Kaufman 2012, 36.) Hoitotasapainon arviointi voi paljastaa esteitä astman hallinnassa. Yleisiä esteitä ovat väärinymmärrykset hoidosta, huolet lääkityksestä ja vaikeudet sovittaa se jokapäiväiseen elämään. (Eakin & Rand 2012, 2.)

Satunnaiset oireet voivat olla hyväksyttäviä, mutta yölliset heräämiset ja toiminnan rajoittuminen eivät kuulu hyvään hoitotasapainoon ja tällöin sairauden hallinta tulee tarkistaa. Oireiden tutkimisen lisäksi voidaan arvioida myös oireiden hallintaa. Potilaan lääkkeiden käyttöä, pahenemisvaiheita ja astmaan liittyviä sairaalakäyntejä tulee arvioida. Avaavan lääkkeen säännöllinen käyttö merkitsee huonoa hoitotasapainoa ja jos inha-

loitavien kortikosteroidien käyttö on epäsäännöllistä, tulee arvioida potilaan käsityksiä ja pelkoja kortikosteroidien käytöstä. Äkillisen pahenemisen esiintyminen kertoo myös huonosta hoitotasapainosta. Potilaan muiden sairauksien, kuten nuhan, samanaikainen esiintyvyys tulee myös huomioida. (Pinnock 2015, 37.) Astmaatikot, joilla oli siihen liittyvä nuha, joutuivat todennäköisemmin sairaalahoitoon astman vuoksi tai kävivät lääkärissä, kuin potilaat, joilla ei ollut nuhaa (Kaufman 2012, 37).

5.3.2 Interventiot

Interventioiden on todettu voivan parantaa potilaiden pystyvyyden tunnetta ja itse arvioidua terveyttä (Routasalo ym. 2010, 1918). Potilasohjauksen merkitystä painotetaan tehokkaassa astman hallinnassa. Omahoito-ohjaus on monitahoinen interventio, joka vaihtelee huomattavasti riippuen siitä, kuinka ohjelma on rakentunut (Kaufman 2012, 38). Vastaanottokäynti tarjoaa mahdollisuuden arvioida potilaan sairauden hallinnan tasoa ja tarjota opetusta hallinnan eduista. Arvioinnin lisäksi tulee tukea potilasta ymmärtämään sairautensa tila ja sen hallinta. Tehokkaalla vastaanottokäynnillä voidaan muodostaa sairauden hallinnasta suunnitelma, johon hoitohenkilöstö ja potilas ovat tyytyväisiä. Astmapotilaan vastaanottokäyntiä varten on kehitetty SIMPLE – lähestymistapa, joka koostuu osa-alueista stop smoking, inhalers, monitoring, lifestyle ja education. Tätä lähestymistapaa voidaan käyttää apuna vastaanottokäynnillä. Tupakoivilla on todettu huonompi vaste hoitoon. Tupakoinnin lisäksi potilailta tulisi kysyä myös muiden aineiden polttamisesta. Potilaalta tulee kysyä inhalaattorin käytöstä ja tarkistaa heidän tekniikkansa. Inhalaattorin käytön tehokkuuteen vaikuttaa potilaan yhteistyö, sisäänhengityksen virtaus, inhalaattorin vastus ja hiukkasten koko. Potilaan kanssa tulee keskustella oireista ja niiden vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. (Scullion & Holmes 2013, 292.)

Lääkehoidon noudattamattomuus on merkittävä ongelma astman hallinnassa, erityisesti inhaloitavien kortikosteroidien käyttöön liittyen. Potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kommunikointia parantavilla interventioilla saavutetaan parempi sitoutuminen. On merkittävää ymmärtää potilaan terveyteen ja sairauteen liittyviä uskomuksia, sillä monia kielteisiä ja epätosia käsityksiä liittyy kortikosteroidien käyttöön. Potilaalle tulee antaa tuomitsematonta palautetta ja selkeästi selittää inhaloitavien kortikosteroidien tarkoitus.

Sitoutumista voidaan lisätä tunnistamalla ja tukemalla potilaan mieltymyksiä ja antamalla yksinkertaiset kirjalliset ohjeet lääkityksen käytöstä. (Kaufman 2012, 38.)

5.3.3 Hoidon jatkuvuus

Säännölliset hoitokäynnit ovat tärkeä osa astman hoitoa. Niiden on osoitettu olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen ja omahoidon onnistumiseen. Hoitokäynneillä tulee kiinnittää huomiota inhalaatiotekniikan osaamiseen, lääkehoidon suunnitelmaan, sivuvaikutuksiin ja hoitoon sitoutumiseen. Sairauden hoitoon ja hallintaan sitoutuminen on jatkuva ja aktiivinen prosessi, joten niiden edistämiseen käytettyjen keinojen tulisi myös olla pitkäaikaisia ja mukautua potilaan muuttuviin tarpeisiin. (Eakin & Rand 2012, 4.) Terveystenhoitohenkilöstön seurattessa potilaita elektronisten päiväkirjojen avulla ja arvioimalla lääkkeiden käyttöä vuoden aikana, hoitoon sitoutuminen lisääntyi (Greener 2010, 270).

Astmapotilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa voidaan käyttää yksilöllistä omahoito-suunnitelmaa. Kirjallisen toimintasuunnitelman käytön sisältävä omahoito-ohjaus voi vähentää sairaalakäyntejä, suunnittelemattomia vastaanottokäyntejä, yöllisiä oireita ja työstä poissaoloa. Se voi myös parantaa elämänlaatua ja potilaan luottamusta omaan kykyihin. Yksilöllinen astman hoitosuunnitelma tulisi olla merkittävä osa astman ohjaussuunnitelmaa. (Kaufman 2012, 38.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan kuvata tieteellisen toiminnan ytimeksi. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan säännöistä, joita tutkimuksen teossa tulee noudattaa. Tutkimusetiikan suhdetta tarkastellaan tutkimuskohteeseen, tavoitteisiin ja tutkimusprosessiin. Tutkimusetiikassa käsitellään, kuinka ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja siihen kuinka asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212).

Tutkimuksen uskottavuus ja eettisyys ovat sidoksissa toisiinsa. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuksen teon eettisiä periaatteita. (Tuomi 2008, 143.) Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta ja soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–24.) Keskeisiä ongelmia tutkimuksen teossa ovat hyvän tieteellisen käytännön ja tieteen etiikan laiminlyönti (Muukkonen 2010, 17). Tästä esimerkkinä ovat puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, harhaan johtava raportointi ja tulosten puutteellinen kirjaaminen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133). Tutkimuseettisiä ongelmia ovat myös vilppi ja epärehellisyys, jotka johtavat harhaan päätöksentekijöitä ja tiedeyhteisöä. Tieteellinen vilppi määritellään Suomessa havaintojen ja tulosten sepittämiseksi, väärentämiseksi tai plagioinniksi. Tieteellinen vilppi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. (Muukkonen 2010, 17–18.)

Tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Vilka 2015, 194). Luotettavuudella pyritään virheiden minimointiin ja sitä voidaan arvioida eri tavoilla riippuen käytetyistä mittareista ja tutkimusmenetelmästä (Tuomi 2008, 149). Tutkimusta voidaan pitää luotettavana, jos tutkimuskohde ja tulkittu materiaali sopivat yhteen (Vilka 2015, 196). Tämä vaatii aineiston ja tulosten tarkkaa kuvausta ja analyysi-prosessin selkeää esittämistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tutkimuksen luotettavuutta voivat heikentää monet asiat. Satunnaisia virheitä tutkijalle voi tulla ja niiden vaikutus lopulliseen tutkimustu-

lokseen ei ole merkittävä. Tutkijan on kuitenkin hyvä ottaa kantaa ilmenneisiin yksittäisiin virheisiin ja mahdollisesti pohtia mikä niihin on johtanut. (Vilkkä 2015, 194.)

Aineistoa lukemassa ja valitsemassa tulisi olla vähintään kaksi tekijää. Kahden tekijän työ vähentää virheitä. (Johansson ym. 2007, 51.) Opinnäytetyön tekijät suorittivat tiedonhaun osittain itsenäisesti ja osa tiedosta haettiin yhdessä. Kumpikin tekijä kävi aineistoa läpi ensin itsenäisesti. Analyysiin mukaan otetut artikkelit valittiin yhteisymmärryksessä kummankin tekijän ehdotusten pohjalta.

Tiedonhaussa kielen rajaaminen kahteen kieleen voi aiheuttaa kieliharhan, jonka vuoksi hausta jää pois luotettavaa aineistoa. Ihanteellisessa tilanteessa aineistoa haetaan kaikilla kielillä, mutta aika ja muut käytettävissä olevat resurssit eivät yleensä riitä tämän toteuttamiseen. (Johansson ym. 2007, 49.) Opinnäytetyöhön haettiin aineistoa vain suomen ja englannin kielellä. Muun kielinen aineisto on rajautunut työn ulkopuolelle.

Opinnäytetyössä kuvataan kirjallisuuskatsauksen tekemisen vaiheet selkeästi. Tiedonhaku ja aineiston sisällönanalyysi pyrittiin kuvaamaan yksityiskohtaisesti toistettavuuden ja luotettavuuden turvaamiseksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyritään lisäämään kiinnittämällä huomiota valittujen artikkelien ja tutkimusten laatuun. Katsaukseen saadaan koottua luotettavaa tietoa, kun aineiston laatu arvioidaan ja analyysiin valikoituu laadukkaita artikkeleita. Valitun aineiston laatua arvioi useampi kuin yksi henkilö. (Johansson ym. 2007, 62, 102, 107.) Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten ja artikkelien laatu arvioitiin ennen lopullista valintaa. Työhön valitut tutkimukset on julkaistu vuonna 2010 tai sen jälkeen, joten aineisto on ajantasaista.

6.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa syksyllä 2014. Aihe valittiin aiheenvalintatilaisuudessa, jossa esiteltiin aiheita opinnäytetöille. Tämän opinnäytetyön aihe valittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarjoamista aiheista ja se on lähtöisin työelämän tarpeesta. Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, sillä aiheesta haluttiin koota yhteen uutta tietoa. Työelämäpalaveri pidettiin marraskuussa 2014, jolloin tarkennettiin opinnäytetyön sisältöä ja aiheen rajausta. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin suunnitelmaseminaarissa tammikussa 2015. Suunnitelma lähetettiin myös työelämän edustajil-

le luettavaksi ja virallinen lupa opinnäytetyön tekemiselle saatiin toukokuussa 2015. Opinnäytetyön tiedonhaku ja teoriaosuuden kirjoittaminen tehtiin kevään ja kesän 2015 aikana. Aineiston sisällönanalyysi ja tulosten, tiivistelmän ja pohdinnan kirjoittaminen tehtiin syksyllä 2015.

Opinnäytetyön teon alussa ongelmia toi aiheen rajaus ja täsmentäminen sekä tehtävänasettelu. Opinnäytetyön tiedonhaussa vaikeinta oli osuvien hakusanojen ja hakulauseiden muodostaminen sekä laadukkaiden tutkimusten ja artikkelien löytäminen. Tiedonhaku saatiin toteutettua kuitenkin onnistuneesti ja opinnäytetyötä varten löytyi luotettavaa aineistoa. Opinnäytetyöprosessin aikaa vievin osuus oli aineiston haku ja käsittely. Aineisto oli pääosin englanninkielistä, joten sen analysointi vei paljon aikaa.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen oli haastava ja palkitseva prosessi. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä osoittautui ajoittain työlääksi. Menetelmällä saatiin kuitenkin koottua yhteen monipuolisesti tietoa aiheesta. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen myötä opinnäytetyön tekijöiden tietämys aiheesta lisääntyi ja tietämystä voidaan hyödyntää jatkossa omilla työurilla.

6.3 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä selvitettiin aiemmin tuotetun tutkimustiedon avulla, mitä sisältyy astmapotilaan ohjaukseen poliklinikalla ja millaista on astmapotilaan omahoito. Opinnäytetyöhön valittiin tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleja, joista suurin osa on kansainvälisiä. Valitut tutkimukset ja artikkelit käsittelevät pääosin astman omahoitoa, ohjausta ja näihin vaikuttavia tekijöitä. Tuloksia raportoitaessa on huomioitu polikliininen hoitotyö.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että omahoidon tukemisessa tärkeää on, että astmaatikko saadaan sitoutumaan omahoitoon. Tällöin hän pystyy vaikuttamaan elämänsä laatuunsa ja saavuttamaan mahdollisimman hyvän vasteen hoidolle. (Eakin & Rand 2012, 1.) Astmaatikon on tunnistettava astman paheneminen, osattava säätää lääkitystään ja tiedettävä, milloin tulee hakea apua terveydenhuollosta (Pinnock 2015, 100). Terveydenhuoltohenkilöstön tulee varmistaa, että kaikki astmaatikot saavat yksilöllistä ohjausta omahoidon kehittämiseksi (Kaufman 2012, 1). Jos potilas ei sitoudu astman hoitoon, voi taustalla olla hyväksymättömyys sairaudesta tai tietämättömyys lääkehoi-

dosta (Kaufman 2012, 2). Astmaatikon huono hoitoon sitoutuminen lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta ja altistaa päivystyskäynneille sekä sairaalahoidolle (Eakin & Rand 2010, 1).

Potilaslähtöisessä ohjauksessa tulee luoda pohja astman hallinnalle ja hoitoon sitoutumiselle (Eakin & Rand 2012, 3). Ohjauksen laatuun vaikuttavat henkilökunnan resurssit, motivaatio, ammattitaito ja työyksikön painopisteet sekä rutiinit (Pinnock 2015, 106). Ohjauksen toteuttamisessa keskeinen rooli on sairaanhoitajalla (Säynäjäkangas ym. 2011, 664). Ohjaustilanteessa tulee huomioida potilaan tausta, jotta yksilöllinen ohjaus toteutuu (Eakin & Rand 2012, 4). On todettu, että puutteellinen potilasohjaus on yleisempää aikuisilla astmapotilailla kuin lapsilla. Tämä heijastuu potilaiden puutteellisenä sitoutumisena omahoitoon. (Greener 2010, 270.)

Astman hoidon tulee olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. Säännöllisten hoitokäyntien on osoitettu olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen ja omahoitoon. (Eakin & Rand 2012, 4.) Astmapotilaan hoidon tukena tulee käyttää yksilöllistä ja kirjallista hoito- ja toimitasuunnitelmaa (Kaufman 2012, 38).

6.4 Päätelmät ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tulosten mukaan astmapotilaat tarvitsevat tukea omahoidossa, yksilöllistä ohjausta ja kontakteja hoitoyksikköön. Astman omahoidolla on suuri merkitys sairauksien hoitotasapainon ja hallittavuuden kannalta. Astmapotilaan tulee osata toteuttaa omahoitoa ja ymmärtää sen merkitys. Hoitohenkilöstön tulee tukea potilasta tässä. Potilaslähtöisellä ohjauksella voidaan tukea potilasta omahoidon toteuttamisessa. Astma on pitkäaikainen sairaus, joten potilas tarvitsee tietoa, tukea ja ohjausta, jotta pystyy elämään sairauden kanssa ja ylläpitämään hyvää elämänlaatua. Omahoidon onnistumisen ja potilaslähtöisen ohjauksen kannalta suunnitelmallinen ja jatkuva hoito on välttämätöntä.

Sairaanhoitajalla on merkittävä rooli potilaan ohjauksessa. Voidakseen toteuttaa laadukasta ohjausta, tulee olla ammattitaitoa ja koulutusta astmapotilaan hoidosta, omahoidon toteuttamisesta, ohjauksesta ja hoidon jatkuvuuden turvaamisesta. Omahoidon ja ohjauksen onnistumisen kannalta merkittäviä ovat myös organisaation linjaukset. Tulevai-

suudessa elektroniikan ja tietotekniikan hyödyntäminen astman omahoidossa saattaa lisääntyä, esimerkiksi erilaisten seurantatapojen myötä. Tämän myötä potilaan ja hoitohenkilöstön välinen kommunikointi voi siirtyä nykyistä enemmän myös sähköiseksi. Jatkossa olisi hyvä tutkia miten astmapotilaan omahoitoa ja ohjausta voidaan kehittää.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Usk-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Allergia- ja astmaliitto. 2015. Astman omahoito. Luettu 6.1.2015.
<http://www.allergia.fi/allergia-ja-astma/astma/astman-omahoito/>

Allergia- ja astmaliitto. 2015. Astman muu hoito. Luettu 6.1.2015.
<http://www.allergia.fi/allergia-ja-astma/astma/astman-muu-hoito/>

Astma. 2012. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi06030#NaN>

Bäckmand, H. 2010. Hyvä hengitysterveys. Opas hengityssairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino.

Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. 2008. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing* 17 (1), 38-43.

Eakin, M. & Rand, C. 2012. Improving patient adherence with asthma self-management practices: what works?. *Asthma and immunology* 8/2012, 90-92.

Greener, M. 2010. Improving outcomes among adults with asthma. *Clinical focus* 8/2010, 270-273.

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

Jartti, T. & Vanto, T. 2010. Astmapotilaan on tärkeää tietää oma paras PEF-arvonsa. *Suomen lääkärilehti* 15/2010, 1331-1333.

Jauhiainen, A. 2010. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatso ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51*. Turku: Turun yliopisto.

Kaarteenaho, R. Brander, P. Halme, M. & Kinnula, V. 2013. Keuhkosairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

Kaufman, G. 2012. Asthma update: recommendations for diagnosis, treatment and management. *Primary health care* 6/2012, 32-39.

Kaufman, G. 2012. Involving patients in asthma management and self-care. Independent nurse.

- Kauhanen, L., Heikkilä, K., Koskenniemi, J. & Salminen, L. 2014. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto.
- Kauppi, P. 2012. Astma: oireet ja diagnostiikka. Lääkärin käsikirja. Duodecim. 28:2575–2576.
- Keistinen, T. 2010. Astman pitkäaikaishoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- MOT. 2015. Lääketiede 2.0. Elektroninen sanakirja.
<https://mot.kielikone.fi/mot/tamk/netmot.exe>
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, E. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Muukkonen, P. 2010. Tieteen etiikan keskeiset ongelmat ja tutkimuseettiset periaatteet Suomessa. Tieteessä tapahtuu 2/2010, 16-19.
- Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H., Greenhalgh, T., Sheikh, A., Griffiths, J. & Taylor, S. 2015. Implementing supported self-management for asthma: a systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies.
- Pinnock, H. 2015. Supported self-management for asthma. Breathe 6/2015.
- Rank, M., Wollan, P., Li, J. & Yawn, B. 2010. Trigger recognition and management in poorly controlled asthmatics. Allergy Astma Proc. 31, 99-105.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaanhoidon opastus. Suomen Lääkärilehti 21/2010, 1917–1923.
- Scullion, J. & Holmes, S. 2013. The SIMPLE approach to asthma consultations. Clinical focus 11/2013, 292-297.
- Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto, P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen Lääkärilehti 6/2012, 423-426.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Luettu 10.1.2015.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Säynäkangas, O., Andersen, H., Lampela, P. & Keistinen, T. 2011. Terveysyhötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. Suomen lääkäri-lehti 8/2011, 664-665. Terveyskirjasto Duodecim. 2010. Astman hoito. Luettu 10.5.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01027#s8

Terveysportti Duodecim. 2014. Aikuisen ja 12 vuotta täyttäneiden nuorten astman hoitoketju. Luettu 30.9.2015.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=astman%20hoitoketju

Terveyskirjasto Duodecim. 2015. Spirometria. Luettu 7.1.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03212&p_haku=spirometria

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Astman ja allergioiden yleisyys. Luettu 6.1.2015.
<http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/astma-ja-allergiat/astman-ja-allergioiden-yleisyys>

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2014. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkman, S., Ekroos, H., Lehtikainen, O-P., Pakkanen, K. & Ranta, P. 2010. Astmaatikkojen tele-PEF -seurannan testaus osoitti hyvät käyttömahdollisuudet. Suomen lääkäri-lehti 43/2010, 3523-3524.

Virtanen, T. 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

LIITTEET

Liite 1. Elektronisiin tietokantoihin suoritettut haut

Tietokanta	Hakutermit	Rajaukset	Osumat	Otsikot	Abstraktit	Analyysiin valittu
Medic	Astma AND potilasohjaus	2010–2015	6	2	1	1
Medic	Astma AND omahoito	2010–2015	5	4	3	3
Pubmed	Asthma AND self management AND patient education	Free full text, 5 years	69	18	4	2
Cinahl	Asthma AND self management	Full text, 2010–2015	49	11	9	4
Cinahl	Astma AND patient education AND adult	Full text, 2010–2015	30	11	4	2

Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja artikkelit

Tutkimuksen tekijä, vuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus, tutkimusongelma	Tutkimusstrategia/metodi	Aineiston keruu, määrä ja analyysi	Keskeiset tulokset
Eakin, M. & Rand, C. 2012. Yhdysvallat Improving patient adherence with asthma self-management practices: what works?	Artikkelin tarkoituksena on kuvata astmapotilaan sitoutumista hoitoon ja omahoitoa.			Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan parantaa ohjauksella ja tukemalla omahoitoa.
Greener, M. 2010. Iso-Britannia Improving outcomes among adults with asthma.	Artikkelin tarkoitus on kuvata astman hoitotasapainoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä.			Astman huonoon hoitotasapainoon vaikuttavat monet eri tekijät.
Jartti, T. & Vanto, T. 2010. Suomi Astmapotilaan on tärkeää tietää oma PEF-arvonsa	Artikkelin tarkoitus on kuvata PEF-mittausten osuutta astman hoidossa ja seurannassa.			PEF-mittaukset ovat osa astman omaseurainta ja niillä saadaan tietoa hoitotasapainosta ja lääkityksen tehosta. PEF-mittaus ja oman PEF-arvon tietäminen on tärkeää hoidon kannalta.
Kaufman, G. 2012. Iso-Britannia Asthma update: recommendations for diagnosis, treatment and management	Artikkelissa kuvataan suosituksia astman diagnosointiin, hoitoon ja hallintaan.			
Kaufman, G. 2012. Iso-Britannia Involving patients in asthma management and self care.	Artikkelin tarkoituksena on kuvata astman omahoidon toteutusta ja astman hallintaa.			

Pinnock, H. 2015. Iso-Britannia Supported self-management for asthma	Artikkelin tarkoitus on kuvata keinoja, joilla voidaan tukea astman omahoitoa.			Astman omahoito on kokonaisvaltaista ja siinä voidaan käyttää apuna omahoitosuunnitelmaa, jossa on määritelty yksilöllisiä keinoja astman hoitoon ja hallintaan.
Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H., Greenhalgh, T., Sheikh, A., Griffiths, J. & Taylor, S. 2015. Iso-Britannia Implementig supported self-management for asthma: a systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies	kuvaus tutkimuksista, joissa käsitellään omahoidon intervention tarjoamista astmaa sairastaville	Systemaattinen katsaus	Tiedonhaku kahdeksaan elektroniseen tietokantaan, 18 tutkimusta valittiin	Interventiot, jotka kohdistuivat potilaseen, ammattilaisiin ja organisaatioon osoittivat johdonmukaisinta parannusta prosessissa ja kliinisissä seurauksissa.
Rank, M., Wollan, P., Li, J. & Yawn, B. 2010. Yhdysvallat Trigger recognition and management in poorly controlled asthmatics	Tutkimuksen tavoite oli arvioida kuilua astman ohjesuositusten ja kliinisen käytännön välillä, astman laukaisevien tekijöiden tunnistuksen ja hallinnan potilailla, joiden sairauden hallinta on huono.	Retrospektiivinen kohortti tutkimus, jossa seurattiin kahden vuoden ajan kohteita potilastietojen perusteella.	Astmaan liittyvistä käynneistä kerättiin potilastiedot 102 potilaalta ja yhteensä 686 käynnistä.	
Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Suomi Pitkäaikaissairaahan omahoidon opastus.	Artikkelissa kuvataan pitkäaikaissairaahan omahoidon opastusta.			Monien pitkäaikaisairauksien kuten astman omahoidon tukemisesta on saatu myönteistä näyttöä.
Scullion, J. & Holmes, S. 2013. Iso-Britannia The SIMPLE approach to asthma consultations	Artikkelissa kuvataan SIMPLE - lähestymistapaa astmapotilaiden vastaanotolla.			SIMPLE – lähestymistapaa voidaan hyödyntää astmapotilaan vastaanotolla.

<p>Säynäkangas, O., Andersen, H., Lampela, P. & Keistinen, T. 2011. Suomi</p> <p>Terveyshyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoittoon</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena on kuvata terveyshyötymallia astmapotilaan pitkäaikaishoidossa.</p>			<p>Terveyshyötymallia voidaan soveltaa astmapotilaan pitkäaikaishoidossa ja sillä tähdätään elämänlaadun parantamiseen ja omahoidon tukemiseen. Terveyshyötymalli antaa potilaalle vastuuta omasta terveydestä ja sen parantamisesta.</p>
<p>Vilkman, S., Ekroos, H., Lehtikoinen, O-P., Pakkanen, K. & Ranta, P. 2010. Suomi</p> <p>Astmaatikkojen tele-PEF-seurannan testaus osoitti hyvät käyttömahdollisuudet.</p>	<p>Artikkelin tarkoitus on kuvata tele-PEF-seurannan käyttöä astman seurannassa.</p>			<p>Astman tele-PEF-seuranta koettiin hyväksi testiryhmän keskuudessa. Teleseuranta koettiin vaivattomaksi ja helpoksi toteuttaa.</p>