

# Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus



Valvanne, Minna

Vesala, Katriina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

## ASTMAPOTILAAN OHJAUKSEN PROSESSIKUVAUS

Minna Valvanne  
Katriina Vesala  
Opinnäytetyöraportti  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Marraskuu, 2010

Minna Valvanne  
Katriina Vesala

### Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus

Vuosi 2010 Sivumäärä 57

---

Opinnäytetyö toteutettiin Kolmiosairaala-hankkeessa. Kolmiosairaala on Meilahden tornisairaalan viereen marraskuussa 2010 valmistunut uusi sisätautien sairaala. Kolmiosairaala-hanke on yhteistyöprojekti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin / HYKSin Medisiinisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikön välillä. Varsinaisena yhteistyökumppanina toimi Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikka, joka muutti marraskuussa 2010 Kolmiosairaalaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden sairaalan Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalle. Työn toteuttamisessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin haastatteleamalla Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan kolmea sairaanhoitajaa ryhmänä. Käytetyt teema-alueet olivat: astmapotilaan ohjauksen eri vaiheet, astmapotilasta ohjaavat ammattihenkilöt, ohjauksen sisällöt, ohjausmenetelmät sekä ohjauksen arviointi. Haastattelusta saatu tieto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin pohjalta astmapotilaiden ohjauksesta tuotettiin QPR ProcessGuide -ohjelmalla prosessikuvaus.

Opinnäytetyön tulosten mukaan astmapotilaiden ohjaus jakautuu kolmeen vaiheeseen: ohjauksen määrittelyyn ja valmisteluun, ohjauksen toteutukseen sekä ohjauksen arviointiin ja jatkuvuuteen. Ohjauksen sisältöjä ovat sairauden hallinta, lääkehoito, sairauden huomioiminen ja vaikutus arkielämään sekä tukipalvelut. Potilasta ohjaavat lääkäri ja sairaanhoitaja sekä tarvittaessa fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Astmapotilaat käyvät Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla keskimäärin kolme kertaa puolen vuoden sisällä, minkä jälkeen heidän hoitonsa siirtyy perusterveydenhuoltoon. Astmapotilaiden hoito perustuu hyvin toteutettuun omahoitoon ja ohjauksen tavoitteena on, että potilaat voivat saamiensa tietojen ja taitojen avulla toteuttaa omahoitoa kotona. Astmapotilaita ohjataan yksilöllisesti, jokaisen potilaan tarpeet huomioon ottaen.

Opinnäytetyön tuloksia ja prosessikuvausta voidaan hyödyntää toiminnan tarkastelussa ja kehittämisessä Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla. Prosessikuvausta voidaan käyttää myös ohjauksen runkona sekä tukena uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Asiasanat: astmapotilas, potilasohjaus, prosessikuvaus

Minna Valvanne  
Katriina Vesala

A process description of an asthma patient's guidance

Year	2010	Pages	57
------	------	-------	----

---

The thesis was carried out in the Triangle Hospital project. Triangle Hospital is a new hospital for internal medicine located next to Meilahti Tower Hospital and has been completed in November 2010. The Triangle Hospital project is a collaboration project between the hospital district of Helsinki and Uusimaa, medical unit at HUCH (Helsinki University Central Hospital) and Laurea University of Applied Sciences.

The purpose of this thesis was to create a process description of an asthma patient's guidance for the Clinic for Pulmonary Diseases and Allergology in Meilahti hospital. Qualitative method was used in implementing this thesis. The material was gathered by interviewing three nurses as a group from the Clinic for Pulmonary Diseases and Allergology using a theme interview. The themes were: the different stages of asthma patient's guidance, the professionals guiding an asthma patient, the contents of the guidance, the guidance methods and the evaluation of the guidance. The material gathered from the interview was transcribed and analyzed by using material-based content analysis. Based on the analysis the process description was created with the QPR-Process Guide programme.

Based on the analysis of the thesis, an asthma patient's guidance can be divided into three stages: determining and preparing the guidance, implementing the guidance and evaluating and securing the continuity of the guidance. The content of the guidance consists of controlling the illness, medical care, acknowledging the illness and its influence to everyday life and support services. The patient is guided by a doctor and a nurse, and then, if needed, by a physiotherapist, a rehabilitation instructor, a social worker and a dietician. Asthma patients visit the clinic on an average three times in six months. After that their care is transferred to primary health care. Asthma patients' treatment is based on well implemented self-care. The objective of the guidance is that patients can practice their self-care at home with the help of the information and skills that they have gained from the guidance. Every patient is guided considering their individual needs.

The findings and process description of this thesis can be used to review and develop the work in the Clinic for Pulmonary Diseases and Allergology. The process description can also be used as a framework for guidance and in instructing new employees.

Key words: asthma patient, patient guidance, process description

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Astma .....	7
3	Astmapotilaan ohjaus ja omahoito .....	9
3.1	Ohjausprosessi ja ohjausmenetelmät .....	9
3.2	Laki ja Käypä hoito -suositus astmapotilaan ohjauksen taustalla .....	11
3.3	Ohjattu omahoito ja sen merkitys astman hoidossa .....	12
4	Prosessikuvaus - menetelmä ohjauksen kehittämiseen .....	15
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	17
6	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut .....	17
6.1	Tutkimusmenetelmä .....	17
6.2	Aineistonkeruumenetelmä .....	18
6.3	Aineiston analysointi .....	19
7	Opinnäytetyön tulokset .....	22
7.1	Ohjauksen valmistelu ja tarpeen määrittely .....	23
7.2	Ohjauksen toteutus .....	26
7.2.1	Sairauden hallinnan ohjaus .....	26
7.2.2	Ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään .....	26
7.2.3	Lääkehoidon ohjaus .....	27
7.2.4	Tukipalveluiden ohjaus .....	28
7.3	Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus .....	31
8	Pohdinta .....	33
8.1	Eettisyys opinnäytetyössä .....	33
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	34
8.3	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu .....	36
8.4	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet .....	38
	Lähteet .....	40
	Kuviot .....	43
	Taulukot .....	43
	Kuvat .....	43
	Liitteet .....	44

## 1 Johdanto

Astma on lääkehoitoa vaativa pitkäaikaissairaus, johon yli 400 000 suomalaista saa vuosittain sairausvakuutuskorvauksia (Haahtela 2010). Sairaanhoidon tarvinneiden astmapotilaiden määrä on vähentynyt 81 prosenttia vuosien 1980 - 2000 välisenä aikana. Samassa ajassa astmaa sairastavien määrä on kuitenkin arviolta nelinkertaistunut ja lääkitykseen erityiskorvausoikeutettujen potilaiden määrä kolminkertaistunut. Tämä muutos kertoo siitä, että taudinkuva on muuttumassa. Hoito on myös kehittynyt. Astma havaitaan varhaisemmassa vaiheessa ja hoito on entistä tehokkaampaa, mikä on mahdollisesti vaikuttanut siihen, että sairaalahoidon tarve, vaikeat tapaukset ja astmakuolleisuus ovat selvästi vähentyneet. (Musakka 2008.)

Ohjaus on muuttunut vuosien saatossa yksisuuntaisesta potilaiden informoisesta kahdenkeskiseksi vuorovaikutussuhteeksi, jossa hoitaja pyrkii vahvistamaan ohjattavan toimintakykyä, eikä vain antamaan valmiita ratkaisuja. Ohjauksen tarve on myös lisääntynyt hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi ja potilaiden vastuu omasta hoidostaan on kasvanut. Muutoksen myötä astman hoidon yhdeksi tärkeimmistä osa-alueista on noussut potilaan toteuttama omahoito terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamana. Suomessa ja maailmalla omahoitoa ja sen ohjausta on tutkittu paljon. Näyttäisi siltä, että hyvin ohjattu omahoito tukee potilaan selviytymistä sairauden kanssa ja vähentää sairaalaan joutumista. Suomessa ohjatun omahoidon kokonaisuuden muodostavat Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan oireiden tunnistaminen, ärsykkeiden välttäminen, lääkehoidon toteuttaminen, PEF-kotimittaukset sekä liikunta. (Onnismäki 2007, 26; Kyngäs ym. 2007, 25; Käypä hoito 2006; Ohtonen 2006.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin HUS-kuntayhtymän Medisiinisen toimintayksikön, Active Life Villagen sekä Laurea-ammattikorkeakoulun yhteisessä Kolmiosairaala-hankkeessa. Varsinaisena yhteistyökumppanina toimi Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikka. Kolmiosairaala on uusi sisätautien erikoisalojen käyttöön tuleva rakennus. Ajatuksena on, että vuodesta 2012 lähtien Kolmiosairaalassa toimivat hematologian, keuhkosairauksien, kardiologian, nefrologian, reumasairauksien, infektiosairauksien sekä yleissisätautien vuodeosastot sekä poliklinikat. Kolmiosairaala-hankkeen yhtenä tavoitteena on, että vuodeosastoille ja poliklinikoille saadaan nykyaikaiset tilat, jotka edistävät tutkimus- ja hoitoprosessien kehittämistä. (HYKS-Sairaanhoitoalueen lautakunta 2006.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa astmapotilaiden ohjauksen prosessikuvaus Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalle. Prosesseja kuvataan, jotta toimintaa voidaan tarkastella ja kehittää. Prosessikuvaukset havainnollistavat käytännön työtä ja tuovat mahdolliset kehittämiskohteet esiin. (Laamanen 2007, 22–23; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 92–97.)

## 2 Astma

Suomen väestöstä n. 6 % sairastaa astmaa. Astma on tavallinen pitkäaikais sairaus sekä aikuisten että lasten keskuudessa. Eniten sitä esiintyy pienillä lapsilla ja yli 40-vuotiailla. Astman yhteiskunnalliset kustannukset lääkekorvauksineen ja vastaanottokäynteineen ovat mittavia. (Haahtela, Hannuksela, Mäkelä & Terho 2007, 217–219.) Suomessa sekä muissa teollisuusmaissa astmaan sairastuneiden lukumäärä on lisääntynyt. Astma onkin yksi nopeimmin yleistyvistä kansantaudeistamme.

Astmaan sairastuminen on suuri asia itse sairastuneelle sekä hänen läheisilleen. Kun arvioidaan sairauden merkitystä potilaan elämässä, tulee huomioida tilanne kokonaisuudessaan. Hoitotuloksia arvioitaessa on tärkeää kuunnella potilasta ja hänen näkökulmaansa elämänlaadusta. Astmalle on tunnusomaista taudin vaihteleva luonne. On oireettomia jaksoja ja on pahenemisvaiheita. Astman muotoja on erilaisia, on lievää, keskivaikeaa ja vaikeaa astmaa. Jokaisen potilaan kohdalla tilanne voi siis olla erilainen ja siksi onkin tärkeää, että potilas oppii tuntemaan oman astmansa ja sen ominaispiirteet. Jo tämän taidon avulla hän pystyy hallitsemaan omaa sairauttaan ja säilyttämään tasapainon. (Laitinen, Juntunen-Backman, Hedman & Ojaniemi 2000, 50–55.)

Astma on sairaus, joka ilmenee tulehduksena keuhkoputkien limakalvoilla. Tämä aiheuttaa häiriöitä keuhkojen toiminnassa. Tulehduksen alkutekijöinä toimivat allergeenit, mikrobit ja muut ärsytystekijät, jotka reagoidessaan epiteeli- ja syöttösolujen sekä makrofagien kanssa lisäävät tulehdussolujen määrää hengitysteiden limakalvoilla. Tulehdus aiheuttaa muun muassa epiteelin turvotusta ja pitkään jatkuessaan rakenteellisia muutoksia. Astmaa esiintyy allergisena ja ei-allergisena. Allergisessa eli atooppisessa astmassa ihmisen elimistö muodostaa herkästi IgE-vasta-aineita ympäristön tavallisiin allergeeneihin. Aikuisista noin 60 prosentilla ja lapsista 80 prosentilla astmaan sairastuneista on allerginen astma. Nimitystä ei-allerginen astma käytetään, kun astmaan sairastuneella ei ole atooppista allergiaa. Tämä on yleistä varsinkin vanhemmilla ihmisillä. (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 321–323.)

Astman riskitekijät jaotellaan perinnöllisiin, yksilöllisiin ja ympäristöllisiin riskitekijöihin. Toisilla taudin kehittyminen johtuu vahvasti perimästä ja toisilla taas ympäristötekijöiden kasaantumisesta. Astmalla on tapana kasautua perheittäin eli perinnöllisyydellä on suuri rooli sairastuvuudessa. Yksilölliset tekijät, kuten ylipaino, vaikuttavat myös sairastuvuuteen. Ympäristötekijöistä esille voidaan nostaa esimerkiksi naisten lisääntynyt tupakointi. Tutkimukset osoittavat, että naisen tupakointi hänen ollessaan raskaana lisää lapsen riskiä sairastua astman kaltaisiin hengitystieoireisiin. (Laitinen ym. 2000, 18–20.) Elintason nousun myötä myös riskitekijöiden rooli on muuttunut. Näyttäisi siltä, että elintason nousu ja tästä johtuva elintapojen muutos, kuten hyötyliikunnan väheneminen ja ruoantarjonnan kasvu, ovat yleisesti

ottaen ympäristöriskitekijöitä, jotka vaikuttavat yksilöllisellä tasolla. Viime aikoina on myös kiinnitetty huomiota liiallisen hygieenisyyden merkitykseen astmaan sairastuvuudessa (Musakka 2008).

Astman oireita ovat yskä, hengityksen vinkuminen, hengenahdistus, limannousu sekä toistuvat keuhkoputkentulehdukset. Yleensä oireet alkavat fyysisen rasituksen, hengitystieinfektion tai voimakkaan allergeenialtistuksen yhteydessä. Ensimmäisenä oireena on limaneritys, joka johtuu limakalvoilla olevasta ärsytyksestä. Luonnollisesti potilas pyrkii poistamaan tätä limaa yskimällä. Kuiva ärsytysyskä onkin melko tavallinen oire. Limantulon ja yskän jatkuessa potilas saattaa tuntea myös hengenahdistusta. Tyypillistä astmassa on hengityksen vinkuminen ja aamuyön ahdistusoireet. Astma diagnosoidaan kliinisten tietojen, keuhkojen toimintakokeiden, allergiatutkimusten ja veren eosinofiilisten valkosolujen perusteella. Perustutkimuksia ovat keuhkojen kuuntelu, PEF-seuranta, typpioksidin mittaus ja esitiedot. Lisäksi tehdään yleistutkimuksia, kuten sydänfilmi, joilla suljetaan pois muita sairauksia (Haahtela ym. 2007, 220–223; Kinnula ym. 2005, 322–323.)

PEF (Peak Expiratory Flow) mittauksella, eli uloshengityksen huippuvirtauksen mittaamisella, saadaan tietoa suurten keuhkoputkien väljyydestä. PEF-mittauksessa keuhkot vedetään ensin täyteen ilmaa, minkä jälkeen puhalletaan nopea maksimaalinen puhallus. PEF-arvo pienenee suurten keuhkoputkien ahtautuessa ja hengityslihasten voimien vähentyessä. Astmaa sairastavalla henkilöllä keuhkoputkien supistumisen vaihtelu näkyy PEF-arvojen poikkeavan suurena vaihteluna ja siksi PEF-seuranta on tärkeä osa astman diagnostiikkaa. Seurannassa mitataan edellä mainittua vaihtelua ja bronkodilataatiovastetta kahden viikon ajan. Potilas suorittaa mittaukset saamiensa ohjeiden mukaan kotona PEF-mittarin avulla ja merkitsee tulokset taulukkoon. Tuloksia voidaan hyödyntää myös arvioitaessa lääkehoidon vaikuttavuutta. Oikea puhallustekniikka on tulosten luotettavuuden kannalta hyvin tärkeää, minkä takia oikean tekniikan opettaminen on oleellista. (Laitinen ym. 2000, 23–25.)

Astmaa sairastavista noin 70–80 prosentilla tauti on lievä ja usein ajoissa havaittuna siitä tervehtyy täysin oireettomaksi, mutta alttius oireille säilyy. Varhainen ja oikea hoito on tärkeää, jotta tulehdus ei pääse vaurioittamaan keuhkojen rakennetta pysyvästi. Astman hoidon kulmakiviä ovat oikeanlainen lääkehoito, ärsykkeetön ympäristö ja liikunta. Lääkehoidon tulisi olla jokaiselle potilaalle henkilökohtaisesti räätälöity. Lääkehoito koostuu yleensä inhaloitavista anti-inflammatorisista eli tulehdusta alentavista ja keuhkoputkia avaavista lääkkeistä. Tulehdusta alentavien astmalääkkeiden tehtävänä on vähentää keuhkoputkien limakalvojen tulehdusta ja siten alentaa herkkyyttä ärsykeille. Anti-inflammatorisia astmalääkkeitä ei käytetä suoraan astmakohtausten hoidossa vaan ne ehkäisevät oireita säännöllisesti otettuna. Astmakohtauksissa lääkityksenä käytetään keuhkoputkia avaavia lääkkeitä. (Kinnula ym. 2005, 326–335.)



Ärsykeettömällä ympäristöllä tarkoitetaan niiden tekijöiden välttämistä, jotka altistavat taudille tai pahentavat sitä. Jos ärsykejä ei poisteta, voi olla, että tilanne huononee lääkityksestä huolimatta. Astmaoireita laukaisevia tekijöitä ovat muun muassa tupakansavu, eläinhilseet, ilmansaasteet ja pöly. Tupakoinnin lopettaminen ja allergiasaneerauksen tekeminen ovat osa hoitoa. (Kinnula ym. 2005, 326–335; Laitinen ym. 2000, 85.)

Liikunta on yksi hoidon kulmakivistä. Liikunnan olisi hyvä olla säännöllistä, kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa, joka kohottaa fyysistä kuntoa. Hyvä fyysinen kunto auttaa elimistöä selviytymään hengitystieinfektioista, jotka voivat horjuttaa hoidon tasapainoa. Liikunta parantaa rasioksenietokykyä sekä tehostaa keuhkotuuletusta ja liman poistumista hengitysteistä. Liikunta vähentää myös lääkkeiden tarvetta ja terveystalvveluiden käyttöä. Tulee kuitenkin muistaa, että kaikki astmaa sairastavat ovat yksilöitä ja sopivan liikuntamuodon etsimisessä tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllinen tilanne. (Laitinen ym. 2000, 68–69.)

### 3 Astmapotilaan ohjaus ja omahoito

#### 3.1 Ohjausprosessi ja ohjausmenetelmät

Ohjaus on olennainen osa hoitotyötä ja sen merkitys on kasvanut vuosien saatossa. Hoitoajat ovat lyhentyneet, mikä on lisännyt ohjauksen tarvetta. Sairaanhoidotajaliiton puheenjohtajan Katriina Laaksosen (2006) mukaan ohjaus on asia, joka koskettaa jokaista sairaanhoidotajaa ja potilasta. Ohjauksen tarve ei ole vähentynyt Internetin myötä, päinvastoin se on luonut uusia haasteita ohjaukselle. Puutteellisesta ohjauksesta maksetaan uusina hoitotaksoina ja toipumisen hidastumisena. Voidaan siis ajatella, että ohjauksella on myös kansantaloudellista merkitystä. Hyvällä ohjauksella edistetään terveyttä ja parannetaan hoitoon sitoutumista, minkä vuoksi sen kehittäminen on tärkeää. (Laaksonen 2006; Ohtonen 2006.)

Perinteikkään ja vanhemman käsityksen mukaan ohjauksella tarkoitetaan tapahtumaa, jossa sairaanhoidotaja asiantuntemuksensa avulla ohjaa passiivisessa roolissa esiintyvää potilasta. Nykyään ohjaus kuitenkin käsitetään laajempänä asiana, potilaan ja sairaanhoidotajan tasapuolista roolia painottaen. Sairaanhoidotajan tehtävänä on auttaa keksimään yhdessä potilaan kanssa keinoja, joilla tämä haluaa parantaa elämäänsä. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjauksessa ohjattava osallistuu itse aktiivisesti ongelmiansa ratkaisemiseen ja hänen tavoitteensa ovat työskentelyn lähtökohta. Ohjauksessa sairaanhoidotaja pyrkii vahvistamaan ohjattavan toimintakykyä eikä vain antamaan valmiita ratkaisuja. (Onnismaa 2007, 26.) Laadukas potilasohjaus sisältää emotionaalisen, tiedollisen ja konkreettisen tuen. Potilasohjaus kuuluu sairaanhoidotajan tehtäviin osana hoitoprosessia ja sen lähtökohtina toimivat asiakaslähtöisyys, potilaan ja sairaanhoidotajan jaettu asiantuntijuus sekä molempien osapuolien vastuullisuus. Ohjauksessa on olennaista huomioida potilaan ja sairaanhoidotajan taustatekijät, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä toimivan vuorovaikutussuhteen luominen. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Astmapotilaan ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa ohjaus jaetaan orientaatio-, päämäärä-, toteutus- ja arviointivaiheisiin. Ohjausprosessi aloitetaan määrittelemällä ohjauksen tarve; tällöin mietitään millaisesta potilaasta on kyse, mitä hän sairastaa ja millaisia ominaispiirteitä sairaus tuo ohjaukseen. Myös potilaan oppimistarpeet kartoitetaan. Tämän jälkeen suunnitellaan ohjaus ja toteutetaan se. Näiden vaiheiden aikana asetetaan ohjauksen vasteeksi tavoitteet ja mietitään ohjaussisältöä. Koko ohjausprosessin ajan, etenkin tarvetta määriteltäessä, tulee ottaa huomioon sairaus, sairastumisen vaikutukset potilaaseen sekä omaisiin. (Stenman & Toljamo 2002, 19–25) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopiston Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen Potilasohjauksen kehittämishankkeen raportissa havainnollistetaan ohjausprosessia seuraavan kuvion avulla:



Kuvio 1: Ohjausprosessi (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Sopivan ohjausmenetelmän löytäminen potilaalle vaatii sairaanhoitajalta tietämystä omaksumistavoista. Ohjausmenetelmä valitaan asiakkaan vahvuuksien perusteella. Sairaanhoitajan tehtävänä onkin näiden vahvuuksien tunnistaminen ja esiin tuominen. Täytyy myös muistaa, että käytetäänpä mitä ohjausmenetelmää tahansa, ihminen kykenee ottamaan vain rajallisen määrän tietoa vastaan kerrallaan. Siksi asioiden kertaaminen on tärkeää. Ohjausmenetelmistä yksilöohjaus on eniten käytetty. Useimmiten yksilöohjaus toteutetaan suullisesti ja näin mahdollistetaan kaksisuuntainen vuorovaikutus. Yksilöohjaus vaatii sairaanhoitajalta aikaa, mutta se myös luo vapaamuotoisen ilmapiirin, jossa voi antaa jatkuvaa palautetta. Yksilöohjaus myös mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, sillä tilanteessa on vain sairaanhoitaja ja potilas. Potilasta voi tukea ja motivoida tavoilla, jotka hänen on helppo ymmärtää. (Kyngäs ym. 2007, 73–89.)

Toinen usein käytetty ohjausmenetelmä on ryhmäohjaus, jota käytetään paljon esimerkiksi painonhallinnassa ja vanhemmuuden tukemisessa. Ryhmäohjauksessa potilaat saavat tukea muilta ryhmän jäseniltä ja tiedon siitä, että he eivät ole yksin asiansa kanssa. Myös erilaisten tavoitteiden saavuttaminen voi olla helpompaa ryhmältä saadun kannustuksen avulla. Kolmantena ohjausmenetelmänä on audiovisuaalisen ohjauksen kokonaisuus. Audiovisuaaliseen

ohjaukseen kuuluvat muun muassa puhelinohjaus, kirjalliset ohjeet ja demonstraatio. Audiovisuaalisen ohjauksen tarkoituksena on korjata väärinkäsityksiä sekä virkistää muistia asioista, joita on käyty jo yksilöohjauksessa. Puhelinohjausta voi olla asiakkaan hakeutuminen hoitoon, ohjeiden kysyminen tai hoidon seuranta. Puhelinohjaus on haastavaa, sillä tilanteesta puuttuu kokonaan sanaton viestintä ja siksi se vaatii monipuolista tietämystä. (Kyngäs ym. 2007, 104–120.)

Suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt ja juuri siksi kirjallisen ohjausmateriaalin rooli on korostunut. Kirjalliset ohjausmateriaalit, kuten ohjeet ja oppaat, toimivat potilaalle tukena sekä tiedonlähteinä. Kirjallisen ohjeen tulisi kohdata asiakkaan tarpeet, kieliasun tulisi olla ymmärrettävää ja sopivaa. Demonstraatio, yhtenä audiovisuaalisen ohjauksen osana, on tärkeä, sillä sen avulla voidaan antaa potilaalle selkeitä esimerkkejä siitä, miten asia tehdään. (Kyngäs ym. 2007, 124–129.) Demonstraatiota voidaan käyttää esimerkiksi opetettaessa oikeaoppista astmalääkkeen ottoa.

### 3.2 Laki ja Käypä hoito -suositus astmapotilaan ohjauksen taustalla

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on potilasohjauksen taustalla. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattilaista kertomaan potilaalle hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitys tulee kertoa niin, että potilas ymmärtää sen riittävän hyvin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Voidaan siis ajatella, että laki velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia ohjaamaan potilaita parhaan tietotaitonsa mukaan potilaiden yksilöllisyyden huomioon ottaen.

Astmasta ja sen hoidosta on tehty myös Käypä hoito -suositus, joka perustuu tutkittuun tietoon ja sitä voidaan hyödyntää astmapotilaiden hoidossa ja ohjauksessa. Suosituksen mukaan lääkäri vastaa astmapotilaiden ohjauksesta, jota hän ja muu henkilöstö toteuttavat. Suosituksessa puhutaan alkuohjauksesta, jossa lääkäri selittää potilaalle diagnoosin perustan, astman luonteen sekä lääkehoidon periaatteet. Sairaanhoidajat opettavat potilaita käytännössä. Alkuohjauksessa tulee kertoa oireiden merkityksestä ja ärsyttävien tekijöiden välttämisestä sekä liikunnan merkityksestä astmapotilaalle. Potilaalle opetetaan myös oikea lääkkeenotto-tekniikka ja PEF-seurannan toteuttaminen. Potilaalle kerrotaan lääkityksen mahdollisista haittavaikutuksista ja annetaan kirjallinen toimintaohje oireiden vaikeutumisen varalle. Ohjauksessa annetaan lisäksi yhteystiedot ja sovitaan mahdollisesti seurantapaikasta, kerrotaan etuuksista ja potilasjärjestöistä. (Käypä hoito 2006.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan säännöllistä lääkitystä käyttävillä potilailla tulisi olla vähintään kerran vuodessa seurantakäynti. Työnjaosta sairaanhoitajan ja lääkärin välillä sovitaan paikkakohtaisesti. Seurantakäynnillä käydään potilaan esitietoja läpi; keskustellaan mahdolli-

sista pahenemisvaiheista, yöllisistä oireista, kotona tehdystä PEF-seurannasta, lääkehoidon toteutumisesta sekä nenä-, silmä-, iho- ja vatsaoireista. Käynnillä kuunnellaan keuhkot, puhallutetaan PEF-mittaus, tutkitaan ylähengitystiet ja iho. Jos mahdollista, potilaalle tehdään spirometria ja tarvittaessa bronkodilataatiokoe. Lopuksi tehdään jatkosuunnitelma ja sovitaan jatkoseurannasta sekä mahdollisesti siirretään tiedot eteenpäin. (Käypä hoito 2006.)

### 3.3 Ohjattu omahoito ja sen merkitys astman hoidossa

Astman hoitoon käytettävät resurssit ovat hyvät, sairaudesta tiedetään hyvin paljon ja sitä osataan hoitaa oikealla tavalla. Kuitenkin esimerkiksi lääkehoidon toteutuksessa on havaittu välillä suuriakin puutteita, vaikka markkinoilla on monia astman hoidossa käytettäviä tehokkaita lääkkeitä. Siksi nykyään panostetaan astmapotilaan omahoitoon, jossa on kyse tehokkaasta potilasohjauksesta ja potilaan oma-aloitteisista toimista astman pahenemisvaiheen uhatessa. Omahoito pyrkii siis siihen, että potilas osaa pitää astmansa tasapainossa, jotta pahenemisvaiheilta välttyttäisiin. Näin ollen potilas välttyy sairaalajaksoilta ja yhteiskunta säästää rahaa. Astman ohjattu omahoito on perusteltua, sillä astma pahenee yleensä salakavalasti ja suurin osa potilaista ei välttämättä tällöin koe hengenahdistusta. Lisäksi on osoitettu, että pahenemisvaiheet ovat vältettävissä oikeilla toimenpiteillä. (Laitinen ym. 2000, 56–60.)

Astman ohjatun omahoidon tavoitteena on, että potilas tuntee ja hyväksyy oman sairautensa ja tietää miten hoito tapahtuu. Ohjauksen tavoitteena on myös, että potilas saadaan osallistumaan aktiivisena toimijana oman sairautensa hallinnassa. Omahoidon ohjauksen sisältö on laaja ja se vaatii hoitajalta ja potilaalta pitkäjännitteisyyttä. Ohjauksen avulla potilaan tulee siis tunnistaa tekijät, jotka pahentavat hänen astmaansa. Hänen tulee myös tunnistaa pahenemiseen liittyvät oireet ja tietää ohjeet vaiheen hoitoon. Erittäin tärkeää on myös hallita oikea lääkkeidenottotekniikka. Potilaan tulee osata seurata astmaansa omia oireitaan tarkkailemalla ja PEF-mittauksien avulla. Ohjauksessa tulee myös painottaa potilaalle, että hän ei ole yksin sairautensa kanssa ja hoitoon tulee hakeutua, jos astma pahenee ja tuntuu siltä, ettei pysty hallitsemaan tilannetta. (Laitinen ym. 2000, 57.)

The Global Initiative for Asthma (GINA) tekee yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten ja avoterveydenhuollon viranomaisten kanssa ympäri maailmaa vähentääkseen astman aiheuttamaa kuolleisuutta, sairastuvuutta ja esiintyvyyttä. GINA:n tekemän, tutkimuksiin pohjautuvan, kansainvälisen astman hoidon ja ehkäisyn strategian mukaan astman hoidon onnistuminen perustuu pitkälti potilaan omaan motivaatioon ja kykyyn hoitaa itseään. Terveydenhuollon ammattilaiset ohjaavat astmapotilasta omahoidossa ja antavat tarvittavat tiedot ja taidot omahoidon mahdollistamiseksi. Hyvä yhteistyö terveydenhuollon henkilöstön ja potilaan välillä sekä hyvä potilasohjaus ovat hoidon onnistumisen edellytys. Astman hoito perustuu potilaan säännöllisiin tarkistuksiin terveydenhuollon piirissä sekä ohjattuun omahoitoon. Vaikka astmaa

ei pystytä parantamaan, pystytään sitä kontrolloimaan. Tutkimusten mukaan ohjatulla omahoidolla on todistettu olevan vähentävä vaikutus astman oireisiin sekä aikuisilla että lapsilla. Ohjatussa omahoidossa potilaalle laaditaan kirjallinen ohjeistus siitä, miten hänen tulee seurata tilannettaan säännöllisesti ja kuinka tulee toimia, jos tilanne muuttuu. Potilaalle annetaan samalla valta muuttaa lääkitystään annettujen ohjeiden mukaisesti. Ohjatun omahoidon tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa, itseluottamusta ja taitoja, jotta hän pystyy parhaalla mahdollisella tavalla hoitamaan astmaansa. (GINA 2008, 50–51.)

GINA:n lisäksi myös National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) on luonut ohjenuorat astman diagnosoimisessa ja hoidossa National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) asiantuntijapaneelin avulla. Asiantuntijapaneelin julkaisema raportti 3 on vuodelta 2007. Tätä aiemmin ovat ilmestyneet raportit 1 (vuonna -91) ja 2 (vuonna -02). Uusimpaan raporttiin on päivitetty ja lisätty uutta tietoa astmasta. Astman omahoidon osalta raportti nostaa esille muun muassa sen, että ohjatulla omahoidolla opetetaan tärkeitä taitoja, jotka auttavat astman kontrolloimisessa sekä parantaa tuloksia. Omahoidon ohjaus tulisi sisällyttää astma hoidon jokaiseen osa-alueeseen. Asioita tulisi toistaa ja kerrata. Omahoidon ohjauksessa tulisi huomioida jokaisen ihmisen yksilöllisyys. Myös tämä raportti painottaa kirjallisten ohjeiden antamista ja selvän suunnitelman luomista. Potilaan tulee tietää, miten astman kanssa toimitaan päivittäisessä elämässä ja kuinka tunnistaa astman paheneminen sekä miten pahenemisvaiheessa tulee toimia. (National Heart, Lung and Blood Institute 2007, 12, 116–118.)

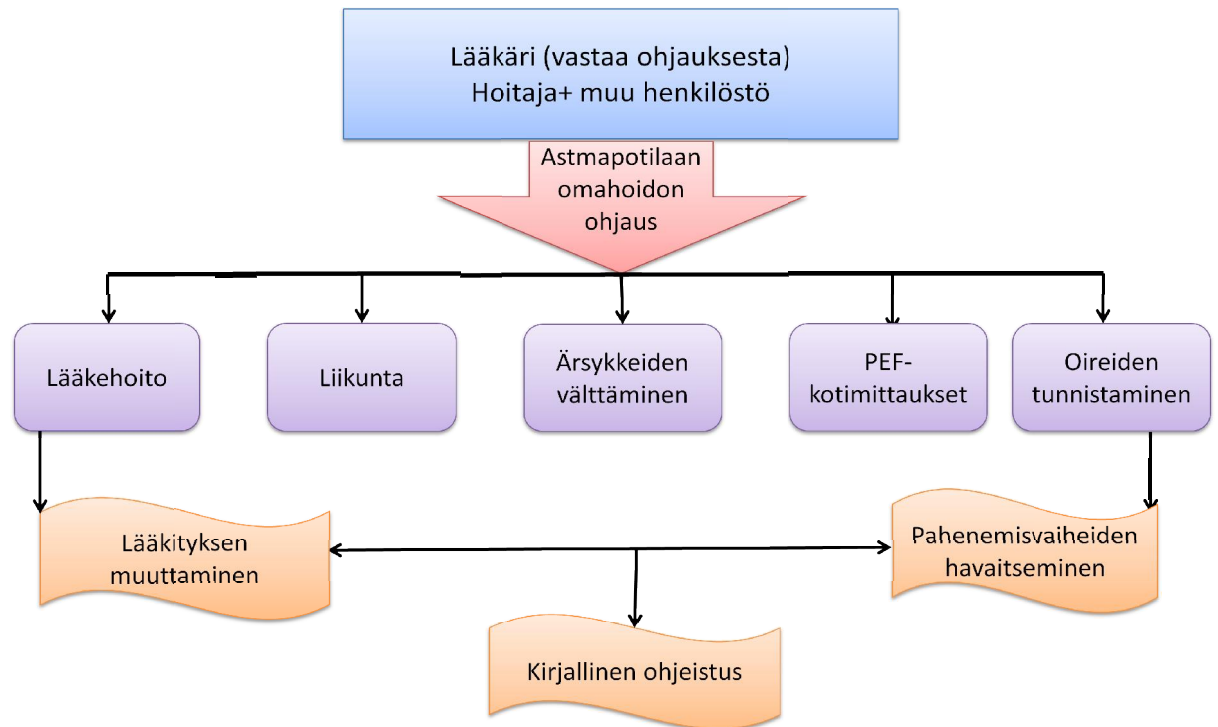
Käypä hoito -suositusten mukaan ohjatun omahoidon kokonaisuuden muodostavat oireiden tunnistaminen, lääkehoidon toteuttaminen, PEF-kotimittaukset, liikunta ja ärsykkeiden välttäminen. Pelkkä yleinen astmainformaatio ei tunnu parantavan hoitotuloksia, joten yksilöllinen omahoito-ohjaus kannattaisi aloittaa jo akuutin hoitojakson aikana. Omahoidossa potilaan tehtävä on havaita mahdolliset pahenemisvaiheet ja reagoida niihin muuttamalla lääkitystä lääkäriltä saamiensa ohjeiden mukaan. Ohjeita olisi hyvä selventää käyttämällä vihkosia tai kortteja, joihin on kirjoitettu lääkityksen muuttamista edellyttävät yksilölliset PEF- tai oiremuutosrajat. (Käypä hoito 2006.) Näiden potilasohjauksen kautta saavutettujen omahoitovalmiuksien avulla myös hoitotulokset ovat parantuneet. Englantilaisessa tutkimuksessa arvioitiin astman omahoito-ohjelmien vaikutusta astmaatikon terveyteen. Tutkimuksessa käytettiin hyödyksi rekisteritietoja ja tutkimustulosten mukaan ohjatun omahoidon avulla astmapotilaan sairaalajaksoit sekä päivystyskäynnit ovat vähentyneet. (Gibson ym. 2002.)

Kanadalaisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka astmaa sairastavat tulevat toimeen kroonisen sairautensa kanssa, miten he mieltävät omahoidon valmiudet ja miten he kehittävät omahoidon toimintamalleja. Tutkimus toteutettiin haastatteluin ja tuloksena tutkijat tunnistivat kolme erilaista omahoidon toimintamallia. Yksi näistä on oireiden kontrolloimi-

sen toimintamalli, jolloin potilaat noudattavat lääkärin suosituksia. Potilaalla ja lääkärillä on hyvä yhteistyösuhde ja potilas pyrkii välttämään kohtauksia sekä estämään sairauttaan pahenemasta. Toisena määriteltiin oireiden ehkäisyn toimintamalli, joka sisältää holistisen lähestymisen sairauteen. Tämän toimintamallin mukaan potilaat luottavat vaihtoehtoisiin menetelmiin ja hoitoihin oireiden ehkäisyssä sen sijaan, että he luottaisivat lääkitykseen. Potilaiden suhde terveydenhuoltoon on siis lähinnä konsultointia vaihtoehtoisista menetelmistä. Kolmantena toimintamallina on oireiden sietämisen malli, jolloin potilas välttää lääkkeiden käyttämistä ja kokee, että oireita ei voida ehkäistä. Toimintamalli johtaa tutkimuksen mukaan vaikeutuneisiin oireisiin ja päivystyshoitoon hakeutumiseen. Johtopäätelmänä tutkimuksessa oli, että sosiaaliset ja omakohtaiset tekijät vaikuttavat siihen, miten ihmiset tulevat toimeen kroonisen sairautensa kanssa. (Loignon, Bedos, Sévigny & Leduc 2008.)

Gibson, Ramin ja Powellin (2003) tutkimuksessa todettiin, että sellainen astman omahoidon opetus, mikä sisältää tietoa, itsetarkkailua, säännöllistä lääkärin tarkastusta ja kirjallisen toimintaohjeen, on tehokasta. Tällainen omahoidon opetus vähentää sairaalaan joutumista, suunnittelemattomia lääkärissä käyntejä, astmasta johtuvia päivystyskäyntejä, sairauspoissaoloja ja yöllistä astmaoireilua. Epäsuorasti kyseinen omahoidon opetus vaikuttaa myös kustannuksiin ja elämän laatuun. Tutkimuksessa havaittiin, että rajatumpi omahoito-opetus, joka ei sisällä omahoitotaitojen opettamista, ei vähennä sairaalaan joutumista, mutta vähentää oireilua.

Olemme havainnollistaneet astmapotilaiden omahoidon ohjausta kuviossa 2. (pohjautuu Käypä hoito -suositukseen):



Kuvio 2: Astmapotilaan omahoidon ohjaus (Käypä hoito -suositusta mukailten)

#### 4 Prosessikuvaus - menetelmä ohjauksen kehittämiseen

Käsitettä prosessi voidaan käyttää monissa eri merkityksissä ja mikä tahansa kehitys voidaan ymmärtää prosessina. Prosessin käsite pitää sisällään jonkinlaisen oletuksen jatkuvuudesta ja toistosta ja kaikilla prosesseilla on logiikka, vaikka se saattaa olla vaikeasti nähtävissä. Prosessien ideassa aloitetaan siitä, että on olemassa jotain pysyvää ja toistuvaa, jota voidaan kehittää ja mallintaa. Ihme kyllä, prosessit voivat olla olemassa ilman, että kenelläkään on todennukaista käsitystä niiden toiminnasta. (Laamanen 2007, 19–20; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 92–96.)

Laamasen mukaan parhaimmillaan prosessit alkavat asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen, mikä mahdollistaa asiakkaan tarpeiden viestittämisen prosessin läpi. Myös Lillrank ym. ovat esittäneet ajatuksen, että prosessikeskeisyys on asiakaskeskeisyyttä. Prosessiajattelussa lähdetäänkin liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Tarpeen määrittelyn jälkeen mietitään, minkälaisilla palveluilla tarpeet voidaan tyydyttää sekä suunnitellaan toimenpiteet, joilla saavutetaan halutut palvelut. Asiaan kuuluu myös selvittää, mitä tietoa ja materiaalia tarvitaan prosessin toteuttamisessa ja mistä ne saadaan. (Laamanen 2007, 21–22; Lillrank ym. 2004, 92.)

Prosessiorganisaatiossa prosessit jaetaan ydin- ja tukiprosesseihin. Ydinprosessi tuottaa koko järjestelmän ensisijaisen arvon ja sillä on välitön yhteys asiakkaisiin. Tukiprosessit tuottavat ydinprosessien käyttöön erilaisia tuotoksia ja luovat näin edellytykset varsinaisten ydinproses-

sien toiminnalle. Esimerkkinä sairaalaorganisaatio, jossa ydinprosessina on potilaan hoitoprosessi ja tämän tukiprosesseja ovat mm. kiinteistö- ja ruokahuolto. Jako ei kuitenkaan ole näin yksinkertainen kertovat Lillrank ja kumppanit. Prosessien määrittelyyn liittyy aina useita näkökantoja ja arvostuksia, esimerkiksi sairaalalle siivous on tukiprosessi mutta siivousyritykselle se on ydinprosessi. (Laamanen 2007, 55–57; Lillrank ym. 2004, 92–94.)

Miksi sitten prosesseja kuvataan – siksi, että prosessit tuovat järjestystä kaaokseen ja niiden kuvaaminen auttaa ymmärtämään kokonaisuutta. Prosessien kuvaaminen mahdollistaa työn kehittämisen ja usein prosessien kuvaaminen johtaa kollegoiden osaamisen arvostamiseen sekä monitaitoisuuteen. Prosessien kuvaaminen on myös keino tuoda esille organisaation käytännön työtä. Laamasen mukaan hyvällä prosessin jäsentämisellä saavutetaan erilaisia hyötyjä: yhteistyö asiakkaan kanssa sujuu hyvin ja asiakas on tyytyväinen palveluun, työntekijät ymmärtävät organisaation kokonaisuutta ja oman roolinsa siinä sekä toiminnan kehittäminen ohjautuu asiakkaan tarpeisiin sekä organisaation tavoitteisiin (Laamanen 2007, 22–23.)

Prosessit olisi hyvä kuvata myös siksi, että kuvaamisen jälkeen niitä voidaan tarkastella ja tarvittaessa muuttaa sujuvammiksi. Prosesseista on mahdollista löytää ylimääräisiä mutkia, päällekkäisyyksiä ja pullonkauloja, joiden löytäminen on olennaista prosessien tehokkuuden ja toimivuuden kannalta. Lillrank ym. määrittelevät pullonkaulan seuraavasti: ”Pullonkaula on toimi tai resurssi, jonka reaalinen kapasiteetti määrää koko prosessin kapasiteetin.” Toisin sanoen jokin osa prosessia voi olla hidasteena koko prosessin toiminnalle. Esimerkiksi kirurgian osa-alueella pullonkaulan voivat muodostaa mm. leikkaussalin kapasiteetti tai anestesia. Jos tällainen pullonkaula löytyy prosessista, olisi tärkeää suunnata resurssit niin, että pullonkaulan kapasiteetti tulee käytettyä mahdollisimman hyvin. Myöskään tukiprosessit eivät saa vaikuttaa pullonkaulan toimintaan häiritsevästi. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 92–97.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on hyviä kokemuksia prosessikuvauksista. Sairaanhoitopiiri on kehittänyt toimintaansa prosessikuvausten avulla ja prosessikuvaukset ovat auttaneet henkilöstöä ymmärtämään oman roolinsa prosesseissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä prosessikuvaukset ovat myös vähentäneet päällekkäisen työn määrää ja tehneet työstä sujuvampaa. (QPR Software Oy 2006.) Myös Seinäjoella prosessin kuvaaminen on koettu hyväksi keinoksi kehittää toimintatapoja. Keskussairaalan keuhkosairauksien toimintayksikön kehittämisprojektissa mallinnettiin keuhkosityöpöpotilaiden hoitopolku. Hoitopolun mallintaminen toi esille tietoa ja ohjeita arkipäivän työskentelyyn ja kuvauksen avulla on onnistuttu havainnollistamaan todellista toimintaa. Keuhkosityöpöpotilaan hoitoprosessin kuvaamisen seurauksena keuhkosairauksien toimintayksikössä syntyi uusi toimintamalli ja työ koetaan nykyään sujuvana ja mielekkäänä. Mallintaminen osana kehittämisprojektia selkeytti keuhkosityökön toimintatapaa ja lisäsi henkilökunnan tietoisuutta sen eri vaiheista. Mallintamisessa käytettiin QPR



ProcessGuide-ohjelmistoa, jota myös tässä opinnäytetyössä käytetään astmapotilaan ohjauksen prosessin mallintamisessa. (Heinonen 2008.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden sairaalan Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalle.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Mistä eri vaiheista astmapotilaiden ohjauksen prosessi rakentuu?
- Mitkä ammattiryhmät ohjaavat potilasta prosessin eri vaiheissa?
- Millä menetelmillä astmapotilasta ohjataan?
- Mitkä ovat ohjauksen sisällöt?

## 6 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista saavuttaa ilmiöiden prosessiluonne, mikä on olennaista tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön laadullisuutta kuvaavat tiedonkeruumenetelmä teemahaastattelu, analyysimenetelmänä käytetty sisällönanalyysi sekä hypoteesittomuus. Hypoteesittomuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa ei ole ennakkolehtämisiä, jotka rajaisivat tutkimuksen toteutusta. Edellä mainitut asiat ovat laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein pieneen otantaan ja pyritään analysoimaan sitä mahdollisimman perusteellisesti. Tässä opinnäytetyössä on haastateltu kolme sairaanhoitajaa ja prosessikuvaus on muodostettu analysoimalla haastattelu mahdollisimman tarkasti. (Eskola & Suoranta 2000, 15–24; Aaltola & Valli 2001 I, 24.)

Laadullinen tutkimus perustuu aineistolähtöiseen analyysiin, mikä tarkoittaa teorian rakentamista aineistosta lähtien (Eskola & Suoranta 2000, 15). Tässä opinnäytetyössä prosessikuvaus rakennettiin analysoimalla haastattelusta saatu aineisto aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi toteutettiin Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) kuvion (kuvio 3) mukaisesti. Ensin haastattelu siis litteroitiin, sitten se pelkistettiin. Tämän jälkeen muodostettiin alaluokat, yläluokat ja pääluokat ryhmittelemällä ja käsitteellistämällä aineistoa. Sisällönanalyysin vaiheista kerrotaan tarkemmin kappaleessa 6.3.

Analyysin jälkeen tuloksena saatu astmapotilaiden ohjauksen prosessi mallinnettiin QPR ProcessGuide-ohjelmistolla. Ohjelmisto on tarkoitettu kokonaisvaltaiseen prosessien kuvaamiseen ja johtamiseen ja sen avulla voitiin kuvata myös prosessin hierarkiaa (QPR Software Oyj 2008). Prosessikuvaus on liitteenä 6.

## 6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tiedonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua (kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi), joka on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Valitsimme menetelmäksi haastattelun, koska se on joustava tapa kerätä tietoa. Haastattelun aikana meillä oli mahdollisuuksia toistaa kysymys, selventää ilmauksia, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavien kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Teemahaastattelun idea on, että ei ole valmiiksi laadittuja kysymyksiä ja järjestystä, vaan teema-alueet, joiden mukaan haastattelu etenee. Tärkeää oli varmistaa, että kaikki teema-alueet tuli käytyä läpi haastattelun aikana. (Aaltola & Valli 2001 I, 26–27.) Opinnäytetyössä käytetyt teema-alueet olivat: astmapotilaan ohjauksen eri vaiheet, astmapotilasta ohjaavat ammattihenkilöt, ohjauksen sisällöt, ohjausmenetelmät sekä ohjauksen arviointi. Tarkentavat kysymykset on esitetty liitteessä 4 yhdessä teema-alueiden kanssa. Teema-alueet valittiin tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja niiden avulla pyrittiin löytämään merkityksellisiä vastauksia opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska sen avulla saatiin tietoa monelta henkilöltä samanaikaisesti, mikä on tehokasta. Säästimme näin omaa ja haastateltavien aikaa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 63.) Ryhmähaastattelun etuna oli myös se, että haastateltavat pystyivät keskustelemaan keskenään, auttamaan muistamisessa ja tukemaan toistensa puheita (Eskola & Suoranta 2000, 94–95). Tuntui siltä, että haastateltavat innostuivat toisten puheista ja moni asia tuli esille juuri ryhmän ansiosta.

Tutkimuslupaa haimme Medisiinisen tulosyksikön johtajalta, kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty. Tutkimusluvan saamisen jälkeen sovimme keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan osastonhoitajan kanssa päivän maaliskuussa 2010, jolloin kävimme haastattelemassa kolmea osaston sairaanhoitajaa ryhmänä. Olimme lähettäneet sairaanhoitajille saatekirjeen (liite 1) ennen tapaamista. Sairaanhoitajat allekirjoittivat suostumuslomakkeet (liite 2) ennen haastattelun alkua. Ennen allekirjoittamista kerroimme heille vielä uudelleen mistä haastattelussa on kyse, mitkä ovat heidän oikeutensa ja miten tietoa tullaan käsittelemään. Keräsimme myös sairaanhoitajilta täytetyt taustatietolomakkeet (liite 3).

Haastattelu kesti kokonaisuudessaan 59 minuuttia. Nauhoitimme haastattelut kahdella digitaalilla nauhurilla ja haastattelu toteutettiin yhden haastatteluun osallistuneen sairaanhoitajan työhuoneessa. Häiriötekijöiden ehkäisemiseksi huoneessa ollut puhelin kytkettiin pois päältä haastattelun ajaksi. Lukuun ottamatta huoneessa käynyttä ulkopuolista henkilöä ja ulkoa tullutta porausääntä, haastattelu sujui suunnitelmien mukaan. Haastattelun aloitimme kysymällä mistä astmapotilaan ohjaus alkaa ja jatkoimme haastattelua teema-alueiden johdattelemana. Kaikkiin teema-alueisiin saatiin vastauksia.

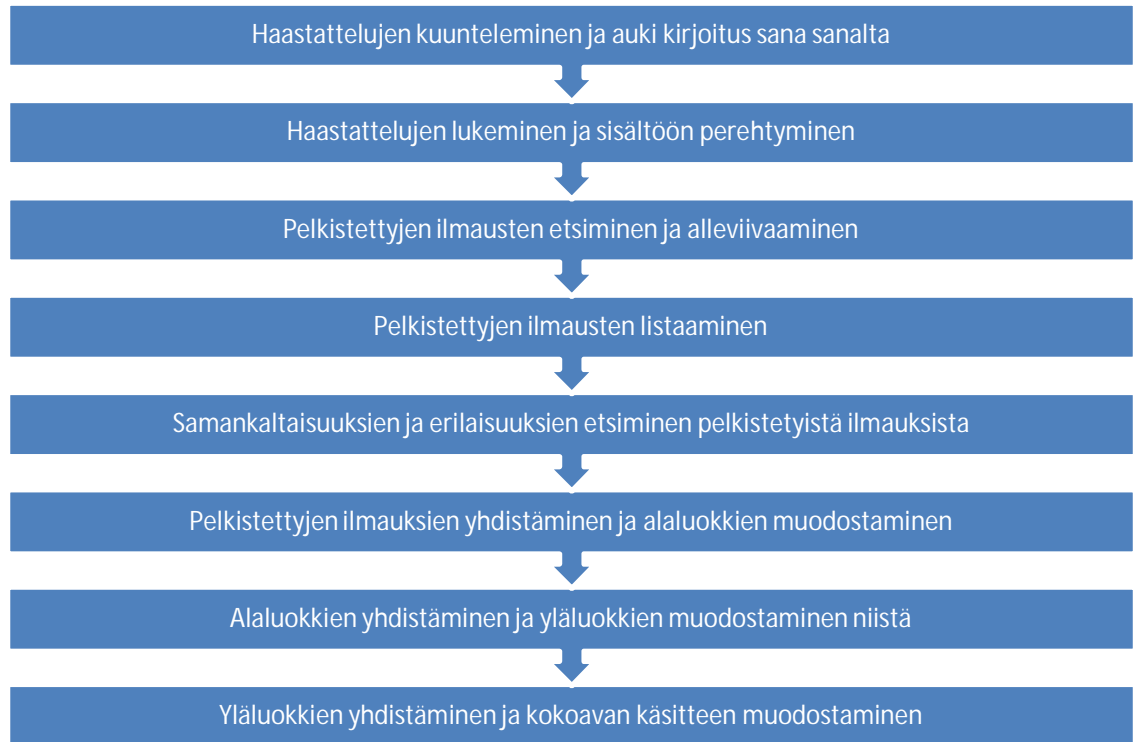
Koska haastattelussa oli tarkoitus saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta, olimme lähettäneet sairaanhoitajille etukäteen haastattelun teema-alueet. Oli myös eettisesti ajateltuna hyvä kertoa haastatelluille, mitä aihetta haastattelu koskee. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73.) Haastattelun aluksi sairaanhoitajat näyttivät meille A4-paperin, johon he olivat haastatteluamuna koonneet ajatuksiaan teema-alueista. Sairanhoitajat käyttivät tekemäänsä paperia keskustelun tukena. Teema-alueiden etukäteen lähettäminen ei ollut täysin hyvä ratkaisu, sillä se osittain loi haastattelulle raamit ja häiritsi näin vapaata ajatuksenkulkua. Toisaalta sairaanhoitajat olivat ehtineet ajatella asiaa etukäteen, mikä helpotti oleellisen tiedon keruuta. Myös jatkokysymysten asettaminen helpottui ja vaikutti siltä, että sairaanhoitajat olivat paneutuneet asiaan. Litteroimme haastattelut sanasta sanaan heti haastattelun jälkeisellä viikolla.

### 6.3 Aineiston analysointi

Haastatteluista saatu litteroitu tieto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä pystytään yleistävästi sekä lyhyesti kuvailemaan tai niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Sisällönanalyysi perustuu loogiseen päätteilyyn ja tulkintaan. Ensiksi aineisto hajotetaan ja käsitteellistetään, minkä jälkeen se kootaan uudelleen, uudella tavalla järkeväksi kokonaisuudeksi. Voidaan sanoa, että laadullisessa tutkimuksessa analysointia tehdään koko tutkimuksen ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla aineisto pyrittiin järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää tietoa. Haastattelusta saatiin paljon ylimääräistä tietoa ja sisällönanalyysin avulla tietoa pystyttiin pelkistämään ja jakamaan osiin sekä kokoamaan uudelleen yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Analyysiyksikkönä käytettiin lauseita.

Tuomi ja Sarajärvi ovat havainnollistaneet sisällönanalyysin etenemistä seuraavan kuvion avulla:



Kuvio 3: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Ennen analysointia tutustuimme uudelleen siihen, mitä sisällönanalyysillä ja siihen kuuluvilla termeillä tarkoitetaan. Kun olimme tutustuneet lähdemateriaaleihin, aloitimme analyysin edellä mainitun kuvion mukaisesti. Lähdimme siis analysoimaan litteroitua tekstiä redusoimalla eli pelkistämällä haastattelun. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan ylimääräinen pois. Aluksi alleviivasimme tekstistä tutkimuksen kannalta oleelliset kohdat kumpikin omalla tahollaan, teema-alueisiin peilaten ja tutkimuskysymyksiä hyväksi käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Yritimme muokata ilmauksia pelkistettyyn muotoon, siinä onnistumatta. Luimme kirjoista, mitä pelkistäminen on, mutta emme onnistuneet hyödyntämään sitä käytäntöön. Otimme siksi yhteyttä ohjaajaamme, joka auttoi meidät pelkistämisen alkuun. Pelkistäminen oli haaste, mutta kun pääsimme vauhtiin, saimme koottua pelkistetyt ilmaukset. Seuraavana on esimerkki pelkistämisestä.

<i>Alkuperäisilmaus</i>	<i>Pelkistetty ilmaus</i>
..ku lääkäriltähän se meille tulee ensimmäisen kerran. tähän vast-- hoitajalle niin se mitä todennäköisemmin siinä määrätään diagnostinen peak flow seuranta eli se tarkoittaa...	Lääkäri määrää diagnostisen peak flow seurannan
.. ja siinä on se peak flow seurannan opetus...	Sairaanhoitaja opettaa peak flow seurannan

..niinku kannustaa päinvastoin että liikku- maan oman vointinsa rajoissa..	Sairaanhoitaja kannustaa potilasta liikkumaan vointinsa rajoissa
---	---

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä

Kirjoitimme pelkistetyt ilmaukset isolle paperille ja aloimme klusteroida eli ryhmitellä niitä värikynien avulla alaluokiksi. Ryhmittelyllä tarkoitetaan tässä sitä, että pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin ryhmiksi. Yhdistämisen jälkeen ryhmät nimettiin sisältöön sopivalla tavalla. Ryhmät koottiin samalle paperille uudeksi listaksi ja näin muodostuivat alustavat alaluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Emme kuitenkaan olleet tyytyväisiä alaluokkiimme ja aloitimme seuraavan tapaamisen sillä, että listasimme kaikki pelkistetyt lauseet tietokoneelle ja aloitimme ryhmittelyn uudelleen, uusin silmin. Koneella ryhmittely oli helpompaa ja onnistuimme muodostamaan lopulliset alaluokat. Jokaiselle alaluokalle annoimme oman värin ja listasimme alaluokkiin kuuluvat ilmaukset värien mukaan järjestykseen. Seuraavana on esimerkki alaluokan muodostamisesta ryhmittelyn avulla.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Sairaanhoitaja ohjaa tupakasta ja liikunnasta	<i>Liikunnan ja tupakan ohjaus</i>
Sairaanhoitaja kysyy potilaan liikuntatavoista	
Sairaanhoitaja kannustaa potilasta liikkumaan vointinsa rajoissa	

Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Alaluokkien muodostamisen jälkeen kirjoitimme luokat paperilapuille ja luokittelimme ne ryhmittelemällä ja abstrahoimalla yläluokiksi. Osallistuimme myös työpajaan, jossa kävimme läpi pelkistettyjä ilmauksia ja luokkien muodostamista, saimme hyviä vinkkejä luokkien tiivistämiseen ja teimme vielä pieniä parannuksia. Lopulta meille muodostui kahdeksan yläluokkaa, jotka näkyvät taulukossa neljä. Seuraavana on esimerkki alaluokkien ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä yläluokiksi.

Alaluokka	Yläluokka
Liikunnan ja tupakan ohjaus	<i>Ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään</i>
Suunhoidon ohjaus	
Astman perusasioiden ohjaus	
Lääkäri asettaa diagnoosin ja kertoo astmasta	
Sairaanhoitaja huomioi potilaan yksilöllisyyden	

ohjauksessa	
Närästyksen ohjaus	
Nenäkännun ja vesipiipun ohjaus	
Allergioiden ja ärsykkeiden ohjaus	

Taulukko 3: Esimerkki alaluokkien ryhmittelystä ja käsitteellistämistä yläluokiksi

Yläluokkien muodostamisen jälkeen oli aika muodostaa pääluokat ryhmittelyn ja käsitteellistämisen avulla. Kahdeksan yläluokkaa tiivistyi kolmeksi pääluokaksi: ohjauksen toteutus, ohjauksen arviointi ja jatkuvuus sekä ohjauksen valmistelu ja tarpeen määrittely. Pääluokkien muodostaminen on kuvattu taulukossa neljä. Liitteessä viisi on kuvattu analyysiprosessi kokonaisuudessaan pelkistetyistä ilmauksista pääluokkiin. Prosessikuvausta mallintaessamme analyysiin tehtiin vielä pieniä tarkennuksia ja joitakin alaluokkia hajotettiin osiin, jotta kaikki olennainen informaatio saatiin nostettua kuvaukseen. Pääluokat ja yläluokat pysyivät samantyyppisinä tarkennuksista huolimatta.

Yläluokka	Pääluokka
Sairauden hallinnan ohjaus	<i>Ohjauksen toteutus</i>
Ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään	
Lääkehoidon ohjaus	
Tukipalveluiden ohjaus	
Potilaan ohjauksen tarpeen määrittely	<i>Ohjauksen valmistelu ja tarpeen määrittely</i>
Sairaanhoidtaja valmistautuu ohjaukseen	
Hoidon jatkuvuuden varmistaminen	<i>Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus</i>
Ohjauksen arviointi	

Taulukko 4: Yläluokkien ryhmittely ja käsitteellistäminen

## 7 Opinnäytetyön tulokset

Tässä opinnäytetyössä toteutettuun teemahaastatteluun osallistui suunnitellusti kolme sairaanhoitajaa, joiden työkokemus Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla vaihteli taustatietolomakkeiden (liite 3) mukaan vuoden ja noin kahdenkymmenen vuoden välillä. Kävimme näyttämässä prosessikuvausta Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan sairaanhoitajille varmistaaksemme tuloksiemme oikeellisuuden. Kokonaisuudessaan henkilökunta oli varsin tyytyväinen kuvaukseen ja muodostuneisiin käsitteisiin. Käynnin pohjalta kuvaukseen ja tuloksiin tehtiin vielä pieniä muutoksia, joista on kerrottu tulosten yhteydessä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus ja tämä tavoite saavutettiin tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen avulla. Prosessikuvaus on liitteenä 6. Tutkimuskysymykset olivat: mistä eri vaiheista astmapotilaiden ohjauksen prosessi rakentuu, mitkä ammattiryhmät ohjaavat potilasta prosessin eri vaiheissa, millä menetelmillä astmapotilasta ohjataan sekä mitkä ovat ohjauksen sisällöt. Astmapotilaan ohjaus rakentuu analyysimme mukaan kolmesta vaiheesta: ohjauksen tarpeen määrittely ja valmistelu, ohjauksen toteutus sekä ohjauksen arviointi ja jatkuvuus. Astmapotilaita ohjaavat pääasiassa lääkäri ja sairaanhoitaja, tarvittaessa myös muut ammattiryhmät. Astmapotilaiden ohjauksessa päämenetelmänä on yksilöohjaus, jonka ohella käytetään audiovisuaalisia menetelmiä kuten demonstraatiota, kirjallista materiaalia sekä puhelinohjausta. Ohjausprosessi on sisällöltään laaja, suurimman yksittäisen kokonaisuuden muodostaa lääkehoito.

Jokaisen ohjaukserän yhteydessä suunnitellaan, toteutetaan suunniteltua ja arvioidaan toteutettua. Ohjausprosessista on siis löydettävissä kolme erilaista vaihetta, jotka yhdistettynä tukevat onnistunutta potilasohjausta. Jokaisen potilaan kohdalla ohjauksen tarve määritellään yksilöllisesti, mutta keskimäärin astmapotilaat käyvät keuhkosairauksien poliklinikalla kolme kertaa kuuden kuukauden aikana ennen siirtymistä perusterveydenhuoltoon. Jokaisella kerralla potilaat tapaavat ensin lääkärin, minkä jälkeen he siirtyvät sairaanhoitajan vastaanotolle. Prosessikuvausta esittäessämme sairaanhoitajat kertoivat, että potilaat käyvät spirometriassa aina ennen lääkärille menoa, joko samana päivänä tai pari päivää ennen. Diagnostivaiheessa potilaille tehdään myös uloshengityksen typpioksidimittaus sekä tarvittaessa histamiinialtistustesti.

### 7.1 Ohjauksen valmistelu ja tarpeen määrittely

Astmapotilaiden ohjausta on toteutettu keuhkosairauksien poliklinikalla jo pitkään ja sen vuoksi ohjauksen sisällöt ovat jo melko vakiintuneet. Se missä järjestyksessä tai minkä ajan sisällä asiat käydään läpi, on yksilöllistä, mikä huomioidaan aina ohjausta suunniteltaessa. Jokainen oppii asioita eri tahdissa ja erilaisin tavoin.

Tarpeen määrittelyä ja orientoitumista on jo se, kun terveydenhuollon ammattilainen ajattelee astmaa sairautena. Sairaudelle ominaiset asiat ja piirteet ohjaavat ohjaukseen valmistumista ja näin itse sairaus tuo raamit ohjaukseen. Sairaudesta olemassa olevan tutkitun tiedon lisäksi ohjauksen suunnittelua tukee ammattilaisen kokemus.

Tämän opinnäytetyön analyysin mukaan Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla Meilahdessa yksilöllinen astmapotilaan ohjauksen valmistelu alkaa, kun potilaan lähete saapuu yksikköön. Käydessämme näyttämässä prosessikuvausta poliklinikalla saimme tietää, että sihteeri kirjaa tulleet lähetteet ja lääkäri hyväksyy ne. Analyysin mukaan ennen ensimmäistä

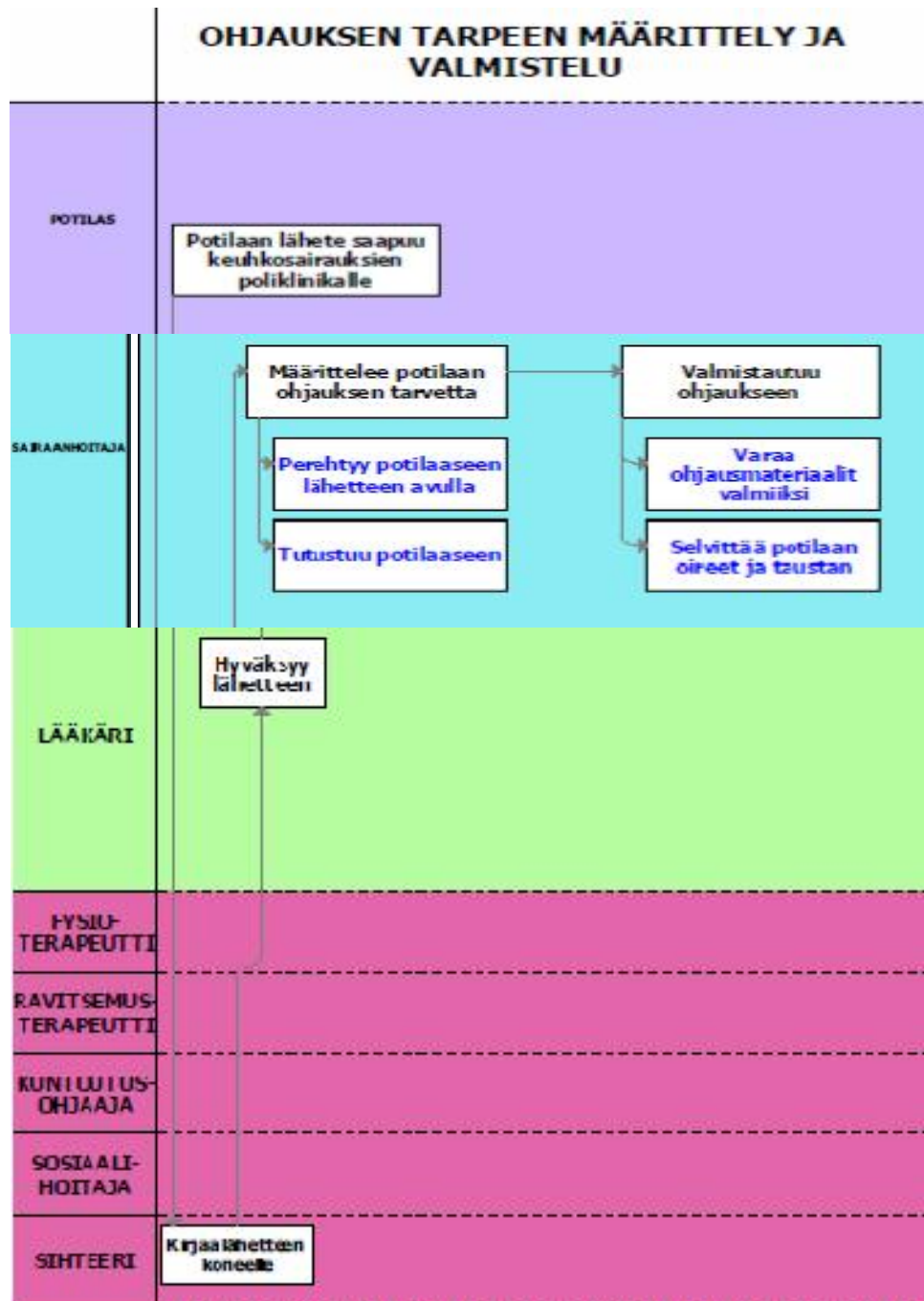
tapaamista uuden potilaan kanssa, sairaanhoitaja tutustuu lähetteeseen ja orientoituu näin ohjausta varten. Lähetteestä sairaanhoitaja selvittää potilaan taustan ja oireet ja näiden tietojen avulla määrittelee potilaan ohjauksen tarvetta ja varaa ohjausmateriaalia valmiiksi.

Ensikäynnillä potilaalla ei vielä ole virallista astmadiagnoosia, mutta sairaanhoitajat tietävät kokemuksensa perusteella, että yleensä ensikäynnillä lääkäri määrää diagnostisen PEF-seurannan ja lääkityksen, minkä perusteella sairaanhoitajat varautuvat ohjaukseen. Ensikäynnillä sairaanhoitaja kyselee potilaan voinnin, oireet ja taustan ja tutustuu näin potilaaseen. Potilaan kertoman perusteella sairaanhoitaja määrittelee ohjauksen tarvetta ja ohjaa potilasta sen mukaan. Jokaisen käynnin kohdalla sairaanhoitaja kyselee potilaan vointia ja tunteuksia ja suunnittelee ohjausta kertoman perusteella.

Esittäessämme prosessikuvausta sairaanhoitajat toivat esille, että potilaat on usein tutkittu hyvin jo perusterveydenhuollossa. Heillä saattaa olla mukana jo alustavia tutkimustuloksia, kuten diagnostisen PEF-seurannan tulokset, mutta ei kaikilla.

Tarpeen määrittelyä ja valmistelua tehdään kaikkien käyntien yhteydessä, mutta erityisesti ennen ensimmäistä käyntiä. Tämän takia ohjauksen tarpeen määrittelyn ja valmistelun vaihe on rajattu prosessikuvauksessa alkamaan lähetteen saapumisesta yksikköön ja päättymään ensimmäisen käynnin alkuun. Kuva 1 on ote prosessikuvauksesta (liite 6) ja siinä näkyy tämä kyseinen vaihe.





Kuva 1: Ohjauksen tarpeen määrittely ja valmistelu prosessikuvauksessa

Potilas
  Sairaanhoitaja
  Lääkäri
  Erityistyöntekijät ja sihteeri

## 7.2 Ohjauksen toteutus

Astmapotilaan ohjaus on suuri kokonaisuus, mikä käy ilmi analyysistä. Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla ohjauksen sisällöt on jaettu eri ohjauskerroille, jotta potilas ei joutuisi ottamaan liikaa tietoa vastaan yhdellä kerralla. Ohjauksen sisältöä ohjaavat tavoitteet, jotka perustuvat sairaanhoitajan ja lääkärin tietoihin astmasta sairautena, kokemukseen ja keskinäiseen yhteistyöhön. Analyysin perusteella ohjauksen toteutus voidaan jakaa neljään erilaiseen osa-alueeseen: sairauden hallinnan ohjaus, ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään, lääkehoidon ohjaus sekä tukipalveluiden ohjaus. Näistä toteutuksen osa-alueista kerrotaan seuraavissa kappaleissa.

### 7.2.1 Sairauden hallinnan ohjaus

Yhdeksi ohjauksen toteutuksen osa-alueeksi analyysin mukaan muodostui sairauden hallinnan ohjaus. Tähän osioon kuuluu, että potilaalle ohjataan pef-seuranta, toimiminen pahenemisvaiheessa sekä oikeanlainen hengitystekniikka. Lisäksi potilaalle annetaan kirjallista materiaalia, kannustetaan ja motivoidaan häntä sekä tuetaan potilaan selviytymistä antamalla poliklinikan yhteystiedot.

PEF-seurannan ohjaus on yksi ensimmäisistä asioista, joita potilaalle ohjataan. PEF-seurannan ohjaus korostuu toteutuksessa, sillä se on sekä lääkärille, sairaanhoitajalle että potilaalle keino arvioida hoidon tasapainoa ja lääkehoidon vaikuttavuutta. Lääkäri määrää PEF-seurannan ja saattaa kertoa siitä muutamalla sanalla. Sairaanhoitaja puolestaan opettaa PEF-seurannan demonstroimalla oikean mittaustavan sekä arvojen merkitsemisen seurantakaavakeeseen (liite 8), minkä jälkeen potilas harjoittelee ohjattuja asioita. Sairaanhoitaja kertoo myös miten arvoja voi seurata ja pyytää potilasta ottamaan myös oirearvoja. Pahenemisvaiheen ohjaamisessa kerrotaan potilaalle suullisesti oireet, jotka siihen liittyvät ja miten tulee toimia lääkityksen suhteen oireiden ilmaantuessa. Potilas voi seurata vointiaan hyödyntämällä astmatestin (liite 7) kysymyksiä.

Astmapotilaan ohjauksessa opetetaan hengitystekniikkaa, mikä helpottaa oloa ahdistuksen yllättäessä. Hengitystekniikkaa ohjataan demonstroimalla ja kirjallisen materiaalin avulla. Potilaalle annetaan kirjallista materiaalia koskien myös muita osa-alueita esimerkiksi antamalla lääkkeiden käyttöohjeet. Ohjaukseen kuuluu potilaan motivointi ja kannustus positiivisilla asioilla. Potilaan selviytymistä tuetaan kertomalla sairaanhoitajan päivittäisestä puhelinjasta sekä antamalla poliklinikan yhteystiedot.

### 7.2.2 Ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään

Tutkimustulosten perusteella lääkäri asettaa potilaille astmadiagnoosin. Lääkäri kertoo astmasta ja mitkä lääkkeet potilaalle tulee. Keskustelun jälkeen potilas siirtyy sairaanhoitajan vastaanotolle.

Astma näkyy potilaan arjessa ja ohjauksessa sairaanhoitaja kertoo potilaalle mitä astma on ja mitä se tarkoittaa potilaan kohdalla. Sairaanhoitajat käyttävät ohjauksen tukena "astmafläppitaulua". Fläppitaulussa on sairaanhoitajalle oma puoli ja potilaalle oma ja se sisältää paljon tietoa ja kuvia astmasta. Potilaiden kanssa käydään yksilöllisiä keskusteluja ja annetaan kirjallista materiaalia. Sairaanhoitajat kysyvät potilaalta kokeeko hän jonkin tietyn asian ongelmalliseksi ja ohjaavat potilasta sen mukaan.

Analyysin mukaan sairaanhoitajat kysyvät potilailta heidän liikuntatavoistaan. Sairaanhoitajat kannustavat potilaita liikkumaan vointinsa mukaan ja kertovat liikunnan merkityksestä sairautteen. Sairaanhoitaja keskustelee myös tupakan vaikutuksista terveyteen ja astmaan. Monet astmaa sairastavat ovat allergisia, minkä vuoksi allergiat huomioidaan ohjauksessa. Hoidon kulmakivenä on ärsykkeetön ympäristö ja näistä asioista keskustellaan yksilöllisesti potilaiden kanssa.

Ohjauksessa mietitään myös närästystä ja allergista nuhaa. Potilaalta kysytään närästyksestä ja tarvittaessa ohjataan siihen liittyviä asioita. Ohjeistuksena allergiseen nuhaan annetaan Niiskuttaako-ohje. Tarvittaessa ohjataan myös vesipiipun ja nenäkannun käyttö. Astmassa käytetyt kortisoni-inhalaatiot voivat aiheuttaa sivuvaikutuksena ongelmia suussa, minkä takia suunhoitoa ohjataan. Suunhoito-ohje löytyy joidenkin lääkkeiden käyttöohjeesta ja sairaanhoitaja kertoo suunhoidosta myös suullisesti.

### 7.2.3 Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoito on yksi astman hoidon kulmakivistä ja siihen liittyvä ohjaus on suuri osa potilaan ohjausta ja hoitoa. Lääkäri määrää lääkityksen ja kertoo lääkkeistä. Sairaanhoitajan tehtävänä on syventää lääkkeisiin liittyvää tietoa ja ohjata oikeaoppinen lääkkeenottotekniikka sekä varmistaa, että lääkkeiden otto onnistuu.

Analyysin mukaan lääkehoitoa käydään yhdessä potilaan kanssa läpi jokaisella ohjaukerralla, mikä vahvistaa potilaan lääkkeenottotekniikan hallintaa ja ymmärrystä omasta lääkityksestä. Ensimmäisellä kerralla sairaanhoitaja kertoo potilaalle avaavan ja hoitavan lääkkeen erot. Potilasta ohjataan myös erikseen avaavan lääkkeen käytöstä, esimerkiksi hengenahdistustilan-teen yhteydessä. Ero hoitavan ja avaavan lääkkeen kohdalla pyritään tekemään selkeäksi. Potilaalle kerrotaan myös lääkehoidon merkityksestä sairauden hoidossa ja painotetaan aloit- tamaan lääkitys heti. Lääkkeet ovat melko kalliita ja ensimmäiseen kuuteen kuukauteen poti- laat eivät saa korvausta lääkkeistä, minkä vuoksi sairaanhoitajan tulee saada potilas vakuut- tuneeksi hoidon kannattavuudesta. Aloitettuaan hoidon potilaat usein huomaavat eron voin- nissaan ja jatkavat lääkitystä. Seuraavilla ohjauskerroilla asioita kerrataan, laajennetaan ja varmistetaan. Potilaalle kerrotaan myös antihistamiinilääkkeestä, joka liittyy allergioihin.

Lääkkeenottotekniikkaa sairaanhoitaja ohjaa jokaisella ohjaukerralla. Ensimmäisellä kerralla potilaalle opetetaan kädestä pitäen laite ja miten sitä käytetään. Seuraavilla kerroilla sairaanhoitaja pyytää potilasta näyttämään miten ottaa lääkkeet ja tarvittaessa ohjaa lisää lääkkeenottotekniikkaa. Jos potilaan lääkitykseen tulee muutoksia, ohjataan uusi laite. Potilaan imuvoima voidaan tarkistaa pif-mittarilla.

Lääkehoidon ohjaukseen kuuluu myös lääkkeitä koskeva erityiskorvattavuus, josta lääkäri kertoo alustavasti potilaalle ja sairaanhoitaja kertoo lisää. Potilaalle kerrotaan, että hänellä on oikeus KELA:n myöntämään lääkekorvaukseen kuusi kuukautta lääkkeiden aloituksen jälkeen, mihin potilas tarvitsee lääkärin myöntämän B-lausunnon.

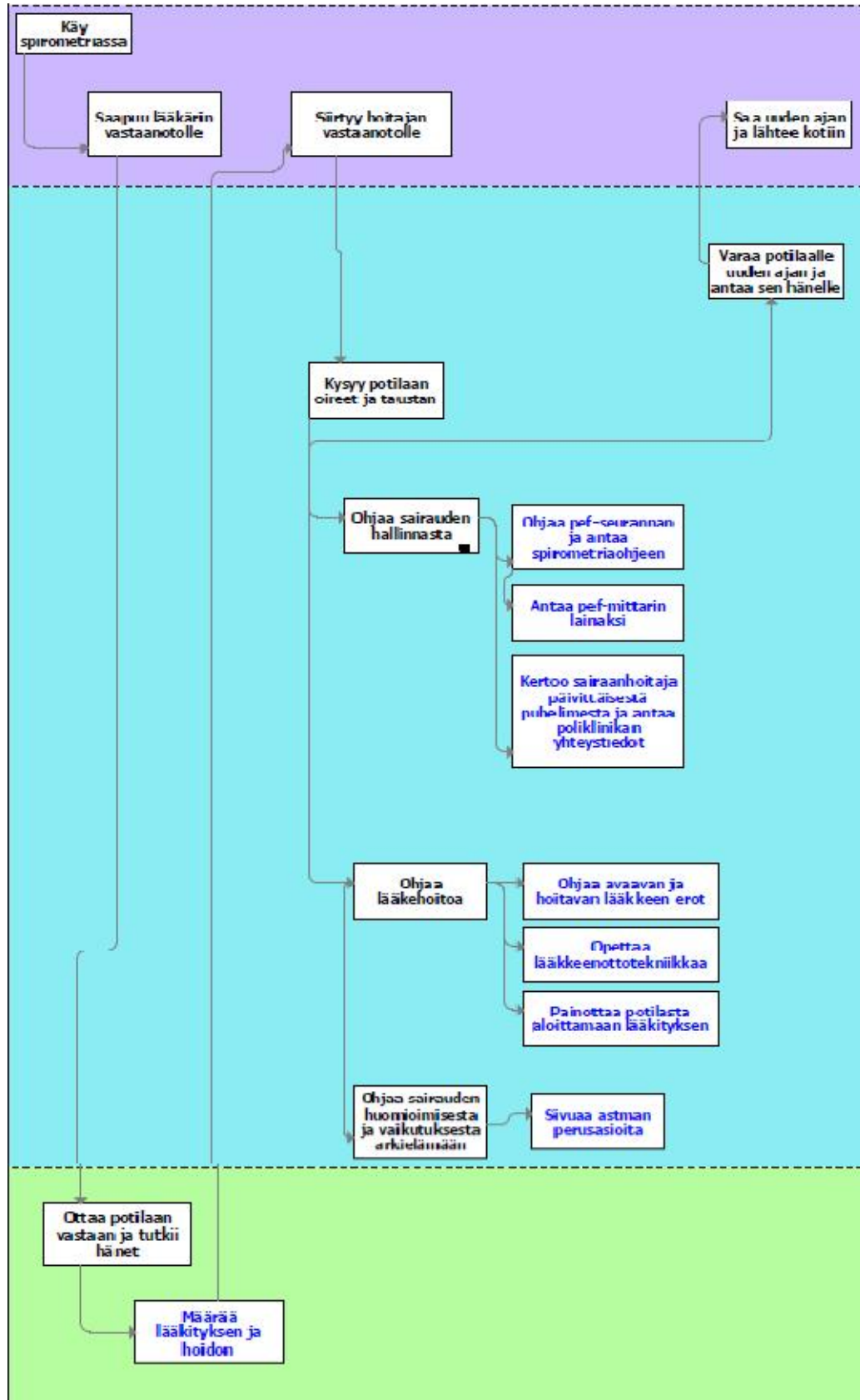
#### 7.2.4 Tukipalveluiden ohjaus

Analyysissä kävi ilmi, että potilaiden esille tuomien tarpeiden perusteella heidät voidaan ohjata tarvittaessa erilaisten ammattilaisten luo. Lääkäri tekee lähetteet. Fysioterapeutti voi esimerkiksi ohjata potilasta hengitystekniikasta, keinoista irrottaa limaa sekä pulloon puhallusta. Jos potilaalla puolestaan on ongelmia painon ja ravitsemuksen kanssa, hänet ohjataan ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Potilas voidaan ohjata myös kuntoutusohjaajan vastaanotolle. Analyysistä ei käynyt ilmi, mitä kuntoutusohjaaja ohjaa ja tarkensimme asiaa käydessämme näyttämässä prosessikuvausta. Sairaanhoitajat kertoivat, että kuntoutusohjaaja voi ohjata kuntoutusjaksoista. Kysyimme myös sosiaalihoitajan tehtäviä ja tarvittaessa sosiaalihoitajan vastaanotolle ohjataan lääkekorvausasioissa.

Sairaanhoitajan tehtävänä on siis ohjata potilas näiden tukipalveluiden piiriin, jos ne ovat aiheellisia. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta KELA:n myöntämästä kuntoutusmahdollisuuksista ja erilaisista kolmannen sektorin palveluista, kuten tupakkaklinikasta. Tarvittaessa potilas voidaan myös ohjata Iho- ja allergiasairaalan astmaryhmään.

Astmapotilaiden ohjauksen toteutusta tapahtuu kaikilla käynneillä, mutta kuvauksen selkeyttämiseksi se on rajattu prosessikuvauksessa alkamaan ensimmäisen käynnin alusta ja päättyämään kolmannen käynnin alkuun. Kuvat kaksi ja kolme ovat otteita prosessikuvauksesta (liite 6). Kuvassa kaksi näkyy potilaan ensimmäinen käynti poliklinikalla ja kuvassa kolme (sivut 30–31) toinen käynti.

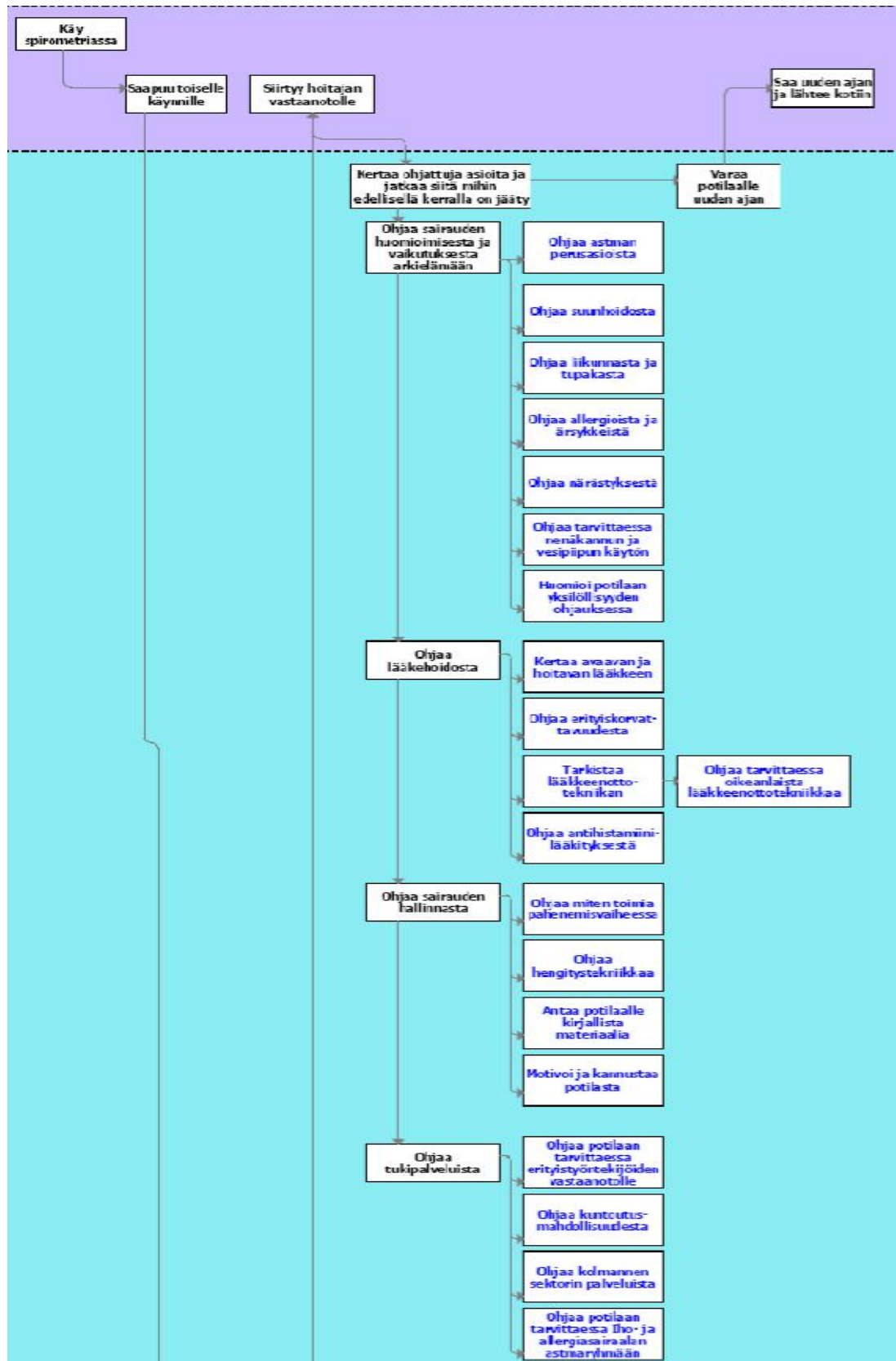
## OHJAUKSEN TOTEUTUS



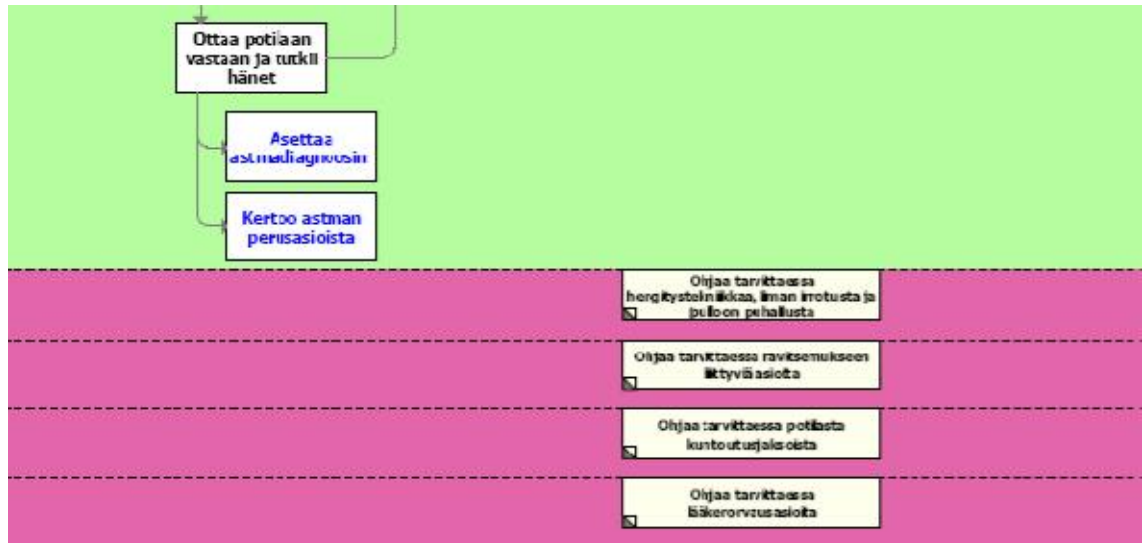
Kuva 2: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa ensimmäisellä käynnillä

Potilas
  Sairaanhoitaja
  Lääkäri

## OHJAUKSEN TOTEUTUS



■ Sairaanhoitaja ■ Potilas



Kuva 3: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa toisella käynnillä

■ Lääkäri ■ Erityistyöntekijät

Yllä olevassa kuvassa ensimmäinen punaisella taustalla oleva henkilö on fysioterapeutti, toisena on ravitsemusterapeutti, kolmantena on kuntoutusohjaaja ja alimpana on sosiaalihoitaja.

### 7.3 Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus

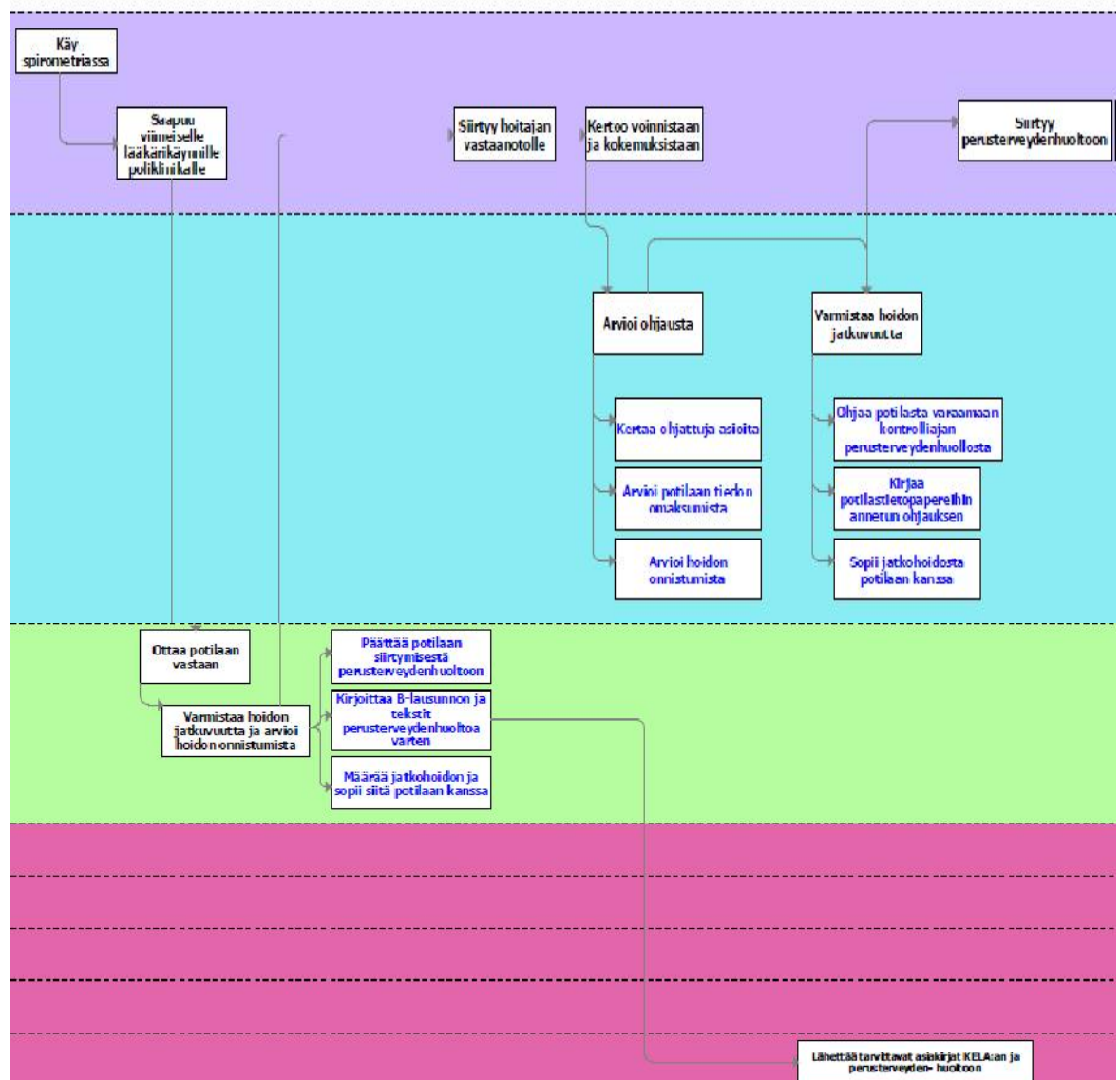
Analyysin mukaan ohjauksen arvioinnissa sairaanhoitaja arvioi hoidon onnistumista ja potilaan tiedon omaksumista. Sairaanhoitaja ja lääkäri käyttävät arvioinnissa apunaan potilaan tutkimustuloksia, astmatestiä sekä potilaan omaa kokemusta nykyisestä terveydentilasta. Sairaanhoitaja kysyy, onko potilas pystynyt harrastamaan liikuntaa, ovatko oireet pysyneet poissa ja miten potilas toimii flunssassa/oireiden ilmaantuessa. Sairaanhoitaja kertoo asioita, kuulostellee, mitä lääkäri on potilaalle kertonut nähdäkseen, kuinka paljon potilas on oppinut ja sisäistänyt. Hän myös pyytää potilasta näyttämään miten lääkkeenotto tapahtuu. Hoitoa ja ohjausta arvioidaan jokaisen ohjauskerran yhteydessä, mutta etenkin viimeisellä kerralla ennen perusterveydenhuoltoon siirtymistä.

Jatkuvuus näkyy ohjauksessa uusien vastaanotto- ja tutkimusaikojen sopimisessa. Lääkäri ja sairaanhoitaja sopivat potilaiden kanssa yhdessä jatkohoidosta jokaisen kerran yhteydessä. Hoidon jatkuvuutta pyritään edistämään myös kirjaamalla ohjatut asiat potilasasiapapereihin. Kun potilaan hoidon tarve ei enää täytä erikoissairaanhoidon vaatimuksia, lääkäri päättää potilaan siirtymisestä perusterveydenhuoltoon. Tämä tapahtuu yleensä kuuden kuukauden kohdalla hoidon aloituksesta, jolloin on mahdollista kirjoittaa B-lausunto. Hoidon jatkuvuutta pyritään turvaamaan potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sillä,

että potilasta muistutetaan varaamaan itsellensä kontrolliaika omasta terveystieteisestä ja lähettämällä sinne lääkärin viimeisin teksti, josta ilmenee suunniteltu jatkoahoito. Näyttäesämme prosessikuvausta poliklinikan henkilökunnalle tarkensimme sihteerin roolia, mikä oli jäänyt epäselväksi. Kävi ilmi, että sihteeri lähettää kaikki tarvittavat asiakirjat KELA:an ja perusterveydenhuoltoon.

Potilaan viimeinen käynti keuhkosairauksien poliklinikalla koostuu suurelta osin arvioinnista ja jatkuvuuden turvaamisesta, minkä takia arvioinnin ja jatkuvuuden vaihe on rajattu alkamaan kolmannen käynnin alusta ja päättymään potilaan siirtyessä perusterveydenhuoltoon. Tähän vaiheeseen prosessikuvaus päättyy. Kuvassa neljä näkyy tämä vaihe niin kuin se on prosessikuvauksessa (liite 6).

#### OHJAUKSEN ARVIOINTI JA JATKUVUUS



Kuva 4: Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus prosessikuvauksessa

■ Sairaanhoitaja ■ Potilas ■ Lääkäri ■ Sihteeri



## 8 Pohdinta

### 8.1 Eettisyys opinnäytetyössä

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on luonut tutkimuseettisen ohjeistuksen Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Ohjeistus voidaan jakaa kolmeen osaan, joista ensimmäinen osa käsittelee hyvää tieteellistä käytäntöä. Käytännössä sillä tarkoitetaan, että tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Siihen kuuluvat myös tutkimustyöhön liittyvä yleinen huolellisuus ja tarkkuus, rehellisyys, avoimuus sekä muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen. Hyvä tieteellinen käytäntö tulee ottaa huomioon tutkimuksen suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheessa. (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 31–35.)

Toinen osa ohjeistuksesta pureutuu hyvän tieteellisen käytännön loukkauksiin, kuten vilppiin ja piittaamattomuuteen käytäntöä kohtaan. Kolmas osa sisältää säännökset tutkijan oikeusturvasta ja ohjeet siitä, kuinka loukkauksia koskevat epäilyt käsitellään. Nämä normit takaavat eettisesti hyvän tutkimuksen. Ne antavat tutkijalle selkeät säännöt siitä, miten tehdään eettisesti kestävä tutkimusta. (Hallamaa, ym. 2006, 31–35.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu edellä mainittua hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuslupa on annettu annettujen ohjeiden mukaisesti, käytetyt menetelmät ovat tiedeyhteisöjen hyväksymiä ja paljon käytettyjä menetelmiä. Opinnäytetyön jokaista vaihetta olemme työstäneet rehellisyyttä ja avoimuutta noudattaen. Muiden tutkijoiden työtä olemme kunnioittaneet viittaamalla asianmukaisesti lähteisiin silloin, kun olemme heitä referoineet.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 127) kirjoittavat, että tutkija on arveluttavilla vesillä, jos tutkimuseettiset normit toimivat vain tarkistuslistoina ja hyvän tutkimuksen edellytyksenä on eettinen kestävyys. Eettisesti oikein tehty tutkimus edellyttää heidän mukaansa myös eettistä sitoutuneisuutta. Olemme tätä opinnäytetyötä tehdessämme sitoutuneet toimimaan eettisesti oikein ja olemme perehtyneet tutkimusetiikkaan jo suunnitelmavaiheessa. Tutkimuseettiset normit ovat olleet vaikuttamassa koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) mukaan tutkittavien suojaan kuuluu, että tutkija selvittää haastateltaville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit (fyysistä ja psyykkistä terveyttä uhkaavat haitat, yhteiskunnallisen aseman vaarantuminen). Tässä opinnäytetyössä tavoitteet, tarkoitus ja menetelmät kerrottiin sairaanhoitajille saatekirjeessä (liite 1) ja käytiin vielä läpi ennen haastattelun alkua ja suostumusten (liite 2) antamista. Lisäksi Tuomen ja Sarajärven mukaan tutkittavien suojaan kuuluu, että he tietävät voivansa kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen ja keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Suostumusta antaessa tutkijan tulee varmistaa, että osallistuja tietää mihin on suostumassa. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Vapaaehtoisuudesta

ja keskeyttämisestä mainittiin saatekirjeessä sekä kerrottiin erikseen vielä ennen haastattelua. Osa tutkittavien suojaaja on myös heidän oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Olemme turvanneet tutkittavien oikeuksia kertomalla niistä heille ja selvittämällä myös itsellemme, mihin kaikkeen tutkittavilla on oikeus. Sairaanhoidajat osallistuvat tutkimukseen anonyymeinä ja tätä anonyymiteettiä olemme suojanneet jättämällä osan taustatiedoista tutkimusraportista pois. Poliklinikalla on sen verran vähän henkilökuntaa, että henkilöt olisi mahdollisesti voitu tunnistaa taustatietojen perusteella.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) mukaan tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, niitä ei tule luovuttaa ulkopuolisille eikä niitä saa käyttää kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistuvilla on myös oikeus odottaa tutkijoilta vastuuntuntoa. Haastatteluista saatu materiaali on ollut näkyvillä vain opinnäytetyön tekijöille ja sitä on käytetty ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen. Materiaali on myös säilytetty asianmukaisesti. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tallennetut haastattelut ja tekstit tuhoetaan. Haastattelun aikana huoneessa kävi ulkopuolinen henkilö. Henkilön ollessa huoneessa haastattelu keskeytettiin ja jatkettiin vasta, kun henkilö oli poistunut. Näin turvasimme haastattelun sisällön pysymisen vain meidän ja haastateltavien tiedossa.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus kuvaa tutkimusten tulosten tarkkuutta eli saadaanko tutkimuksissa sama tulos riippumatta siitä onko tutkija aina sama henkilö. Luotettavuudella arvioidaan kestäkö tutkimuksen tulokset toistettavuutta. Tulee kuitenkin muistaa, että käytännön toistettavuus ja teoreettinen toistettavuus ovat kaksi eri asiaa. Laadullista tutkimusta ei käytännössä voida toistaa sellaisenaan, koska jokainen laadullinen tutkimus on ainutkertainen. Vilkan mukaan toisen tutkijan pitäisi kuitenkin päästä muiden tulkintojensa ohella myös siihen tulkintaan, johon alkuperäinen tutkija on päässyt, käytettäessä samoja tulkintasääntöjä. Tutkimuksella pitäisi siis olla jonkinlainen käytännön toistettavuus, jotta se olisi merkityksellinen tutkimus. (Vilka 2005, 158–160.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Tämä johtuu siitä, että luotettavuuden arvioinnin kohteena ovat tutkijan valinnat, teot ja ratkaisut. Tutkijoiden tulee siis arvioida tutkimuksen luotettavuutta jokaisen valintansa kohdalla. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan tarkasti ja perustelevaan, mistä valintojen joukosta valinta on tehty, mitä kyseiset ratkaisut olivat ja miten hän on päätenyt lopullisiin ratkaisuihinsa. (Vilka 2005, 158–160.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 141) mukaan tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena, jolloin tutkimuksen johdonmukaisuus painottuu. Heidän mukaansa tekemiset tulee kirjata yksityiskohtaisen tarkkaan, jotta tutkimustulokset tulevat selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Lukijoille tulee siis antaa riittävästi tietoa, miten tutkimus on tehty, jotta he pystyvät arvioimaan tutkimuksen tuloksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty varmistamaan yksityiskohtaisella ja perustelevalla raportoinnilla. Olemme perustelleet valintojamme lähteisiin tukeutuen, analyysi on pyritty kuvaamaan vaihe vaiheelta ja tulokset on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman selkeästi. Olemme antaneet esimerkkejä, joiden avulla ajatuksenkulkuamme voidaan seurata. Opinnäytetyön analyysi on nähtävissä taulukosta (liite 5), jossa on analyysi pelkistetyistä lauseista pääluokkiin. Taulukosta lukija voi katsoa minkälaisia valintoja olemme tehneet analyysin aikana ja arvioida tehtyjen valintojen sekä niistä muodostuneiden käsitteiden johdonmukaisuutta.

Eskola ja Suoranta (2000, 210–212) ovat esittäneet neljä asiaa, joiden avulla tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida. Ensimmäisenä uskottavuus, mikä tarkoittaa sitä, että mietitään vastaako tutkijoiden tekemät käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä. Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta on vahvistettu sillä, että valmis prosessikuvaus näytettiin Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan sairaanhoitajille aamukokouksessa. Kävimme prosessikuvauksen kohta kohdalta heidän kanssaan suullisesti läpi ja varmistimme jokaisen vaiheen paikkansapitävyyden. Tapaamisen perusteella kuvaukseen tuli vielä pieniä lisäyksiä kuten spirometriakokeet. Kaiken kaikkiaan henkilökunta vaikutti tyytyväiseltä kuvaukseen ja kokonaisuus oli heidän mielestään selkeä ja muodostuneet käsitteet kuvaavia.

Toinen Eskolan ja Suorannan (2000, 211–212) esille nostama asia on siirrettävyys. Heidän mukaansa tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleistykset eivät ole mahdollisia. Tämä opinnäytetyö on tehty haastatteleamalla tietyn yksikön sairaanhoitajia ja prosessikuvaus kuvaa tietyn potilasryhmän ohjausta. Tämän työn tuloksien siirrettävyyden mahdollisuutta on pyritty parantamaan kuvaamalla tarkkaan keitä on haastateltu, mihin yksikköön tutkimus on tehty, minkä potilasryhmän potilaista on kyse ja niin edelleen. Näin lukija voi itse arvioida tämän opinnäytetyön tulosten siirrettävyyttä johonkin toiseen kontekstiin.

Kolmas asia on varmuus. Varmuutta lisätään tutkimukseen Eskolan ja Suorannan (2000, 212) mukaan ottamalla huomioon tekijöiden ennako-oletukset. Ennen haastattelua ja analyysin tekemistä perehdyimme hyvin astmapotilaiden ohjaukseen, jotta tiesimme mitä olemme tekemässä ja pystyimme muodostamaan tutkimuskysymykset ja teema-alueet. Haastattelua toteuttaessamme olimme tietoisia omista ennakkokäsityksistä astmapotilaiden ohjauksesta ja pyrimme unohtamaan ne haastattelun ajaksi ja kuuntelemaan tarkkaan mitä sairaanhoitajilla oli kerrottavana. Ennakkotieto astmapotilaiden ohjauksesta auttoi haastattelun aikana esittämään tarkentavia kysymyksiä, mikä vahvistaa aineiston luotettavuutta. Analyysiä tehdessämme pyrimme sulkemaan mielestämme ennakkooajatukset tuloksista ja vain seuraamaan aineiston sisältöä.

Neljäntenä on vahvistuvuus. Vahvistuvuutta parantaa se, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2000, 212). Astmapotilaan ohjauksesta ei ole tehty aiemmin prosessikuvausta, mutta yleisesti ohjausta on tutkittu paljon. Olemme analyysissämme päätyneet samankaltaisiin tuloksiin astmapotilaan ohjauksesta kuin Stenman ja Toljamo vuonna 2002. Lipposen, Kynkään & Kääriäisen (2006, 10.) esittämä kuvio ohjauksen prosessista on myös samankaltainen, kuin mihin olemme tuloksissamme päätyneet.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on hyvä huomioida myös aineistonkeruu ja tiedonantajat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin haastatteleamalla Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan kolmea sairaanhoitajaa. Luonnollisesti haastattelimme niitä sairaanhoitajia, jotka työskentelevät astmapotilaiden kanssa yksikössä, johon prosessikuvaus oli tarkoitus tehdä. Luotettavuuden parantamisen vuoksi pyysimme saada haastatella mahdollisimman kokeneita sairaanhoitajia. Vaatimuksena meillä oli, että työkokemusta poliklinikalta tuli olla vähintään yksi vuosi ja tämä vaatimus toteutui. Tiedonantajina sairaanhoitajat olivat mielestämme avoimia ja tiesivät asiasta paljon, mikä näkyy runsaana aineistona. Aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelu oli oiva valinta. Sen avulla pystyimme luomaan avoimen ilmapiirin, jossa teema-alueesta toiseen mentiin sujuvasti ja sairaanhoitajille voitiin antaa tilaa kertoa aiheesta mahdollisimman paljon. Ryhmähaastattelu menetelmänä vahvistaa myös tämän opinnäytetyön luotettavuutta, sillä sairaanhoitajat tukivat toistensa puheita ja moni asia muistui mieleen jonkun toisen puheista. Moni asia olisi voinut jäädä sanomatta ilman ryhmän tukea.

Tätä opinnäytetyötä on tehty kevästä 2009 alkaen. Luotettavuutta ajatellen opinnäytetyön pitkä prosessi on ollut kuitenkin hyvä asia. Olemme perehtyneet astmapotilaiden ohjaukseen ja prosessikuvauksiin melkein puolitoista vuotta, minkä aikana tietämyksemme asiasta on syventynyt. Pitkä kirjoitusprosessi on kehittänyt kirjoittamisen taitoa ja lähteiden käyttöä, mikä on vaikuttanut opinnäytetyöraportin laatuun.

### 8.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä teoreettisen viitekehyksen kanssa. Emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki kuuluvat Kynkään ym. (2007, 26–28) mukaan laadukkaaseen potilasohjaukseen. Tästä näkökulmasta katsottuna voidaan tämän opinnäytetyön tulosten perusteella sanoa, että astmapotilaiden ohjaus Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla on laadukasta. Potilaille annetaan paljon tietoa, kannustetaan ja ohjataan kädestä pitäen. Onnismaa (2007, 26) kertoo, että ohjauksessa sairaanhoitajan tehtävänä on vahvistaa ohjattavan toimintakykyä, eikä vain antaa valmiita ratkaisuja. Tulosten mukaan astmapotilaiden kanssa asioista keskustellaan ja haetaan yhdessä ratkaisuja ongelmiin. Toi-

mintakykyä vahvistetaan opettamalla potilaille astman hallintaa ja ottamalla huomioon jokaisen potilaan yksilöllisyys, mikä on astmapotilaiden ohjauksessa olennaista myös Heart, Lung and Blood Institute:in (2007, 12, 116–118) mukaan. Yksilöllisyys näkyy esimerkiksi siinä, että ohjauksetojen määrä ja sisällöt vaihtelevat potilaiden mukaan.

Tarkasteltaessa astmapotilaiden ohjauksen prosessikuvausta nähdään kuinka suuri kokonaisuus se on ja minkälaiset eri ammattiryhmien roolit ovat. Lääkäreillä on kokonaisvastuu hoidosta ja näin myös ohjauksesta. Kuten Käypä hoito -suosituksesta (2006) sanotaan, astmapotilaiden ohjausta toteuttavat pääasiassa sairaanhoitajat ja lisäksi muu henkilöstö, kuten fysioterapeutit. Sairaanhoitajien osuus ohjauksen totuttajina on tulosten mukaan merkittävä. Ohjauksen sisältö on laaja ja kattaa monta eri osa-aluetta. Sairaanhoitajat ohjaavat niin sairauden hallinnasta kuin tukipalveluista.

Astman hoidossa on nykyään kiinnitetty paljon huomiota omahoidon ohjaukseen. Opinnäytetyön tulosten mukaan Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikalla siihen kuuluvia asioita ohjataan yksilöllisesti ja useamman kerran. Potilaille ohjataan Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaisia omahoidon osa-alueita kuten oireiden tunnistamista, lääkehoidon toteuttamista sekä PEF-kotimittauksista. Ohjatulla omahoidolla pyritään siihen, että potilaasta tulisi aktiivinen toimija sairautensa kanssa. Kuten GINA (2008, 50–51) on kuvailut, omahoidon tavoitteena on antaa potilaalle tietoa, itseluottamusta ja taitoja, jotta hän pystyy parhaalla mahdollisella tavalla hoitamaan sairauttansa.

Laamasen (2007, 21–22) mukaan parhaimmillaan prosessit alkavat asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen, mikä mahdollistaa asiakkaan tarpeiden viestittämisen prosessin läpi. Tässä opinnäytetyössä prosessi on rajattu alkamaan potilaan läheteen saapumisesta yksikköön ja päättyvän siihen, kun potilas siirtyy perusterveydenhuoltoon. Näin prosessikuvaus alkaa potilaasta eli asiakkaasta ja päättyy potilaaseen. Lisäksi Laamasen mukaan (2007, 21–22) prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Tarpeen määrittelyn jälkeen mietitään, minkälaisilla palveluilla tarpeet voidaan tyydyttää sekä suunnitellaan toimenpiteet, joilla saavutetaan halutut palvelut. Tämä näkyy opinnäytetyön tuloksissa ohjauksen ensimmäisessä vaiheessa eli ohjauksen tarpeen määrittelyssä ja valmistelussa. Sairaanhoitaja määrittelee potilaan ohjauksen tarpeen ja suunnittelee, miten ohjaus toteutetaan, jotta tarve tulee täytettyä.

Katsottaessa tässä opinnäytetyössä tuotettua ohjauksen prosessikuvausta ja verrattaessa sitä Lipposen, Kynkään & Kääriäisen (2006, 10.) esittämään kuvioon sekä Stenmanin ja Toljamon (2002, 19–25) esittämään kokonaisuuteen, huomataan näiden olevan raameiltaan hyvin samankaltaisia. Kaikista on nähtävissä jonkinlaista suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Erona on jatkuvuus, jota Stenmanin ja Toljamon tuloksissa ei ole esitetty. Hoidon ja ohjauksen jat-

kuvuuden turvaaminen on tämän opinnäytetyön tulosten mukaan olennainen osa astmapotilaiden ohjausta, etenkin potilaan siirtyessä perusterveydenhuoltoon.

#### 8.4 Kehittämisehdotelmat ja jatkotutkimusaiheet

Valmis prosessikuvaus tullaan antamaan Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikan käyttöön. Ajatuksena sairaanhoitajilla on laittaa kuvio työhuoneen seinälle. Prosessikuvauksen avulla astmapotilaiden ohjausta voidaan tarkastella ja tarvittaessa kehittää. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Prosessikuvauksesta on myös mahdollista näyttää potilaalle ohjauksen eteneminen ja näin auttaa potilasta ymmärtämään ohjauksen suurta kokonaisuutta.

Tämän opinnäytetyön analyysin mukaan Keuhkosairauksien poliklinikalla astmapotilaille ei anneta kirjallista ohjeistusta omahoidosta. Useaan julkaisuun (Gibson ym. 2003; NHLBI 2007; GINA 2008; Käypä hoito 2006) tukeutuen ehdottaisimme tekemään tällaisen selkeän kirjallisen ohjeistuksen. Ohjeistuksen olisi hyvä sisältää pahenemisvaiheen toimintaohjeet ja miten potilas voi itse seurata astman tasapainoa. Kirjallisessa ohjeistuksessa olisi hyvä olla PEF-mittauksen raja-arvot sekä ohjeet lääkityksen muuttamiseen arvojen mukaisesti. Jatkotutkimusaiheena olisi tällaisen ohjeistuksen tekeminen astmapotilaille.

Haastattelussa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kaipaivat ohjaukseen selkeää kirjallista runkoa, jota heillä ei tällä hetkellä ole käytössä. Tässä opinnäytetyössä tehdyssä prosessikuvauksessa on ohjauksen vaiheet ja sisällöt yhtenä kokonaisuutena ja sitä voidaan hyvin käyttää ohjauksen runkona. Ehdottaisimme lisäksi käyttämään tämän opinnäytetyön tuloksia ohjauksen suunnittelussa. Poliklinikalla on otettu Miranda-potilastietojärjestelmä käyttöön kirjaamisessa ja tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta astmapotilaiden ohjausta voisi suunnitella kirjaamalla Mirandaan, mitä on käyty läpi ja suunnittelemalla seuraavan kerran ohjausta prosessikuvauksen mukaisesti. Uutta aikaa varatessaan sairaanhoitaja voisi samalla luoda myös uuden päivän ja suunnitella lyhyesti seuraavaa kertaa. Lisäksi ohjattuja asioita voisi tarvittaessa kommentoida.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimme Miranda-potilastietojärjestelmän eli sähköisen kirjaamisen hyödyntäminen potilasohjauksessa. Miten järjestelmää voitaisiin hyödyntää ja olisiko siihen mahdollista luoda esimerkiksi tarkistuslista ohjauksen sisällöistä. Tarkistuslistassa voisi olla lueteltuna ohjauksen sisältöjä ja listaan voisi merkitä päivämäärän, jolloin asia on käyty läpi ja mahdollisesti kommentti, miten potilas on asian sisäistänyt. Tarkistuslistasta sairaanhoitajan olisi helppo katsoa, mitä edellisillä kerroilla on käyty läpi ja suunnitella ohjausta potilaan tarpeiden mukaan. Listan avulla ohjauksen etenemistä voisi seurata ja tarkistaa, että kaikki olennainen tulee käytyä läpi, potilaan yksilöllisyyden huomioon ottaen. Tarkistuslistoja on käytetty monipuolisesti erilaisissa yhteyksissä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

toteutetussa ohjauksen kehittämishankkeessa pre- ja post-operatiivisen potilaan puhelinohjauksista on kehitetty tarkistuslistan avulla. Myös leikkaussalissa ja lääkehoidon virheiden ehkäisyssä tarkistuslistoja on käytössä. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005; Pauniahho ym. 2009; Clifton-Koeppel 2008, 73–82.) Jatkossa voisi myös selvittää, mitä ohjaukselle tapahtuu, kun potilas siirtyy perusterveydenhuoltoon. Käyvätkö potilaat kontrolleissa ja millaiseksi ohjaus koetaan.

## Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Clifton-Koeppel R. 2008. What Nurses Can Do Right Now to Reduce Medication Errors in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2, 72-82. Vol. 8.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Gibson, PG., Powell, H., Wilson, A., Hensley, MJ., Abramson, MJ., Bauman, A., Walters, EH. & Roberts, JJ. 2002. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma.  
<<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=13&sid=e595e914-7c93-42a5-bcf9-74925f39022d%40sessionmgr13&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009822637#db=cin20&AN=2009822637>>. Viitattu 14.1.2010.
- Gibson, P., Powell, H., Wilson, A., Hensley, MJ., Abramson, MJ., Bauman, A., Walters, EH. & Roberts, JJ. 2002. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma.  
<<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=13&sid=e595e914-7c93-42a5-bcf9-74925f39022d%40sessionmgr13&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009822709#db=cin20&AN=2009822709>>. Viitattu 14.1.2010.
- Gibson, P., Ram F. & Powell H. 2003. Asthma education. *Respiratory Medicine* 97, 1036–1044.
- GINA. 2008. Global strategy for asthma management and prevention.  
<<http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?i1=2&i2=1&intId=60>>. Viitattu 12.1.2010.
- Grönhagen-Riska, C. 2005. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin. Tiedotustilaisuus 1.9.2005. Hus Intra.
- Haahtela, T. 2010. Astma 2010. Allergia- ja astmaliitto.  
<[http://www.allergia.com/files/1069/Astma\\_2010.pdf](http://www.allergia.com/files/1069/Astma_2010.pdf)>. Viitattu 25.10.2010.
- Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E. O. 2007. Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hakola, R. 2002. Mitä on olla astmaa sairastava Suomessa. *Hengitysliiton tutkimuksia* 11/2002.
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Heinonen, A. 2008. Keuhkosityöpöpotilaan hoitopolku täsmentyi Seinäjoella.  
<[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/6-7\\_2008/muut\\_artikkelit/keuhkosityopapotilaan\\_hoitopolku\\_t/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2008/muut_artikkelit/keuhkosityopapotilaan_hoitopolku_t/)>. Viitattu 18.10.2010.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008.  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,995,1004>>. Keuhkosairauksien ja allergologian poliklinikka. Viitattu 14.9.2009.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. PAINOS. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.



- HYKS - Sairaanhoidoalueen lautakunta. 2006. Kolmiosairaan hankesuunnitelma.  
<<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-238-2.HTM>>. Viitattu 17.10.2009.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M.(toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kinnula, V., Brander, P. E. & Tukiainen P. 2005. Keuhkosairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Käypä hoito. 2006. Astma.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030#s20>>. Viitattu 11.11.2010.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilasohjauksen kehittämishankkeella kohti vaikuttavaa hoitotyötä.  
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12\\_2005/muut\\_artikkelit/potilasohjauksen\\_kehittamishankk/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2005/muut_artikkelit/potilasohjauksen_kehittamishankk/)>. Viitattu 4.11.2010.
- Laaksonen, K. 2006. Potilaiden ohjaamiseen tarvitaan osaamista ja aikaa.  
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2006/puheenjohtajan\\_palsta/potilaiden\\_ohjaukseen\\_tarvitaan/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/puheenjohtajan_palsta/potilaiden_ohjaukseen_tarvitaan/)>. Viitattu 2.10.2009.
- Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. 7. Painos. Keuruu: Otava.
- Laitinen, L.A., Juntunen-Backman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. 2000. Duodecim: Astma. Jyväskylä: Gummerus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Viitattu 19.10.2009.
- Lillrank P., Kujala J. & Parvinen P. 2004. Keskenikäinen potilas. Helsinki: Talentum.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.
- Loignon C., Bedos C., Sévigny R. & Leduc N. 2008. Understanding the self-care strategies of patients with asthma. Patient Education and Counseling 75 (2009), 256–262.
- Medisiininen tulosityksikkö - asiantuntevaa potilaiden hoitoa. 2009. PowerPoint-esittely. (9.3.2009). <<http://intra.hus.fi/search.aspx?path=1,116775,2657>>. Viitattu 21.10.2009.
- National Heart, Lung and Blood Institute. 2007. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.  
<<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>>. Viitattu 19.4.2010.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka.  
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyon\\_punainen/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/)>. Viitattu 10.10.2009.
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Helsinki: Gaudeamus.

QPR Software Oyj. 2008. QPR ProcessGuide. <<http://www.qpr.fi/qpr-processguide.html>>. Viitattu 31.3.2009.

QPR ProcessGuide Software Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa tulevaisuuden haasteisiin QPR ProcessGuiden avulla <<http://www.qpr.fi/SuccessStories/PirkanmaansairaanhoitopiiriCaseStudy.pdf>>. Viitattu 19.10.2009.

Pauniaho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti. 2009;64(49):4249–4254.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Hoidon kehittäminen. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/astma/osa4.htm>>. Viitattu 24.10.2009.

Stenman, P. & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede, vol. 14, no 1.

Musakka, P. Astma ja allergia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2005. Päivitetty 3.4.2008. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/terveys\\_ja\\_sairaudet/astma\\_ja\\_allergiat](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/astma_ja_allergiat) . Viitattu 26.10.2010.

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

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

## Kuviot

Kuvio 1: Ohjausprosessi .....	10
Kuvio 2: Astmapotilaan omahoidon ohjaus .....	15
Kuvio 3: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen .....	20

## Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä .....	21
Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostumisesta .....	21
Taulukko 3: Esimerkki alaluokkien ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä yläluokiksi ...	22
Taulukko 4: Yläluokkien ryhmittely ja käsitteellistäminen .....	22

## Kuvat

Kuva 1: Ohjauksen tarpeen määrittely ja valmistelu prosessikuvauksessa .....	25
Kuva 2: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa ensimmäisellä käynnillä .....	29
Kuva 3: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa toisella käynnillä .....	31
Kuva 4: Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus prosessikuvauksessa .....	32

## Liitteet

<u>Liite 1: Saatekirje tutkimukseen osallistuville.....</u>	<u>45</u>
<u>Liite 2: Suostumus tutkimukseen osallistuvilta .....</u>	<u>46</u>
<u>Liite 3: Tutkimukseen osallistuvien taustatiedot.....</u>	<u>47</u>
<u>Liite 4: Haastatteluiden teema-alueet .....</u>	<u>48</u>
<u>Liite 5: Analyysitaulukko.....</u>	<u>49</u>
<u>Liite 6: Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus .....</u>	<u>55</u>
<u>Liite 7: Astmatesti .....</u>	<u>56</u>
<u>Liite 8: PEF-seurantaohje.....</u>	<u>57</u>

Liite 1: Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Hyvä keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä opinnäytetyötä aiheesta Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus. Tarkoituksenamme on tuottaa astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus poliklinikallenne. Työmme kuuluu Kolmiosairaala hankkeeseen, jonka tarkoituksena on tutkia, kehittää ja tuottaa sairaalan ohjaus- ja neuvontapalveluja.

Prosessikuvaukset ovat viestinnän välineitä ja tämän prosessikuvauksen on tarkoitus auttaa Sinua ymmärtämään toimintanne tavoitteita ja tarkoitusta. Tuleva prosessikuvaus auttaa Sinua myös hahmottamaan omaa rooliasi astmapotilaan ohjauksen hoitopolussa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla poliklinikkanne sairaanhoitajia. Toteutamme haastattelut ryhmähaastatteluina, jotka nauhoitetaan kasettinauhureilla. Haastattelut kestävät puolesta tunnista tuntiin ja ne toteutetaan maaliskuun 2010 aikana.

Pyydämme Sinua siis ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyömme toteutukseen, ilman teitä opinnäytteemme tekeminen ei onnistu. Tutkimukseen osallistuminen on Sinulle vapaaehtoista ja Sinulla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua haastatteluista saadut materiaalit tuhotaan.

Jos teillä on jotain kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Espoossa 7.3.2010

Minna Valvanne, Sairaanhoitajaopiskelija  
minna.valvanne@laurea.fi  
040 - 753 29 05

Katriina Vesala, Sairaanhoitajaopiskelija  
katriina.vesala@laurea.fi  
040- 572 98 68

## Liite 2: Suostumus tutkimukseen osallistuvilta

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen tietoinen myös siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Päiväys

---

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

## Liite 3: Tutkimukseen osallistuvien taustatiedot

Sukupuoli:    nainen\_\_\_\_    mies\_\_\_\_

Ikäsi:

18-25\_\_\_\_ 26-30\_\_\_\_ 31-35\_\_\_\_ 36-40\_\_\_\_ 41-45\_\_\_\_ 46-50\_\_\_\_ 51-55\_\_\_\_ 56-65\_\_\_\_

Koulutuksesi:

---

---

---

Työkokemuksesi:

Kuinka monta vuotta olet toiminut sairaanhoitajan ammatissa?

\_\_\_\_\_ vuotta.

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt keuhkosairauksien poliklinikalla?

\_\_\_\_\_ vuotta.

#### Liite 4: Haastatteluiden teema-alueet

1. Astmapotilaan ohjauksen eri vaiheet.
  - Millainen on astmapotilaan ohjauksen prosessi?
  - Miten olette valmistautuneet?
  - Milloin ohjausta annetaan ensimmäisen kerran?
    - ➔ Apukysymyksillä tarkennetaan tilanteen mukaan ohjauksen eri vaiheita.
2. Astmapotilasta ohjaavat ammattihenkilöt.
  - Ketkä ohjaavat potilasta?
    - ➔ Lopuksi kysytään vielä tuleeko mieleen joku muu.
3. Ohjauksen sisällöt
  - Mitä astmapotilaan ohjaus sisältää?
4. Ohjausmenetelmät
  - Millä menetelmillä astmapotilasta ohjataan?
5. Ohjauksen arviointi
  - Miten arvioitte ohjausta/potilaiden oppimista?



## Liite 5: Analyysitaulukko

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat				
Lääkäri määrää diagnostisen peak flow seurannan	PEF seurannan ohjaus	Sairauden hallinnan ohjaus	Ohjauksen toteutus				
Hoitaja opettaa peak flow seurannan							
Lääkäri käy puhallus seurannan läpi							
Lääkäri kertoo peffin mittauksesta							
Hoitaja puhalluttaa pef-puhallukset							
Hoitaja näyttää miten pef tulokset merkitään käyristöön							
Hoitaja varmistaa, että potilas osaa tehdä pef seurannan							
Hoitaja ohjaa peak flow seurannan ja lääkkeen							
Hoitaja pyytää potilasta ottamaan oirearvoja							
Hoitaja antaa potilaalle pef-mittarin lainaksi							
Sairaanhoitaja ohjaa miten toimia pahenemisvaiheessa	Pahenemisvaiheen ohjaus	Sairauden hallinnan ohjaus	Ohjauksen toteutus				
Sairaanhoitaja ohjaa suullisesti pahenemisvaiheen lääkehoitoa ja avun hankkimista							
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta hyödyntämään astmatestin kysymyksiä							
Sairaanhoitaja ohjaa hengitystekniikkaa	Hengitystekniikan ohjaus			Sairauden hallinnan ohjaus	Ohjauksen toteutus		
Sairaanhoitaja antaa kirjallisen ohjeen hengitystekniikasta							
Sairaanhoitaja motivoi potilasta sanomalla jotain positiivista	Potilaan motivointi ja kannustus					Sairauden hallinnan ohjaus	Ohjauksen toteutus
Sairaanhoitaja motivoi potilasta mikrospirometri-an avulla							
Sairaanhoitaja kannustaa potilasta							

Sairaanhoidtaja kertoo päivittäisestä sairaanhoitaja puhelimesta ensimmäisellä kerralla	Sairaanhoidtaja tukee potilaan selviytymistä antamalla yhteystiedot		
Sairaanhoidtaja varmistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä jos tulee ongelmia			
Sairaanhoidtaja antaa erilaisia potilasoppaita jokaisella käynnillä	Kirjallisen materiaalin antaminen potilaalle		
Sairaanhoidtaja antaa luettavaa potilaalle			
Sairaanhoidtaja antaa easyhalerin käyttöohjeen ensimmäisellä käynnillä			
Kun astmadiagnoosi on tehty, käytetään potilasoppaita ohjauksessa			
Sairaanhoidtaja ohjaa tupakasta ja liikunnasta	Liikunnan ja tupakan ohjaus		
Sairaanhoidtaja kysyy potilaan liikuntatavoista			
Sairaanhoidtaja kannustaa potilasta liikkumaan vointinsa rajoissa			
Sairaanhoidtaja ohjaa suun hoidosta suullisesti	Suunhoidon ohjaus		
Sairaanhoidtaja kertoo, että tiettyjen lääkkeiden käyttöohjeista löytyy myös suun hoito-ohje kirjallisena			
Sairaanhoidtaja käyttää astmafläppitaulua ohjauksessa	Astman perusasioiden ohjaus		Ohjaus sairauden huomioimisesta ja vaikutuksesta arkielämään
Sairaanhoidtaja käy astmafläppitaulua läpi			
Sairaanhoidtaja kertoo mitä astma on ja mitä se merkitsee potilaalle yksilöllisesti			
Sairaanhoidtaja kertoo muutamalla sanalla astmasta ensimmäisellä käynnillä			
Lääkäri kertoo potilaalle diagnoosin, päällisin puolin astmasta	Lääkäri asettaa diagnoosin ja kertoo astmasta		

Sairaanhoidaja selvittää potilaalta kokeeko hän jonkin asian ongelmalliseksi tai häiritseväksi	Sairaanhoidaja huomioi potilaan yksilöllisyyden ohjauksessa		
Sairaanhoidaja ohjaa potilasta yksilöllisesti			
Sairaanhoidaja kysyy närästyksestä	Närästyksen ohjaus		
Tarvittaessa sairaanhoidaja ohjaa nenäkannun käytön ja antaa niiskuttaako-ohjeen.	Nenäkannun ja vesipiipun ohjaus		
Tarvittaessa sairaanhoidaja ohjaa vesipiipun käytön			
Sairaanhoidaja kysyy allergioista ja eläimistä	Allergioiden ja ärsykkeiden ohjaus		
Sairaanhoidaja opettaa avaavan lääkkeen oton	Lääkkeenottotekniikan ohjaus		
Sairaanhoidaja opettaa kädestä pitäen laitteet			
Potilas tutustuu laitteeseen(lääke) käsin			
Jos lääkitys muuttuu tai on ongelmia lääkityksessä, opetetaan uusi laite			
Sairaanhoidaja varmistaa, että potilas osaa ottaa avaavan lääkkeen oikein	Lääkkeenottotekniikan osaamisen varmistaminen		Lääkehoidon ohjaus
Sairaanhoidaja tarkistaa potilaan imuvoiman pifmittarilla			
Mahdollisella sairaanhoidaja kolmannella kerralla hoitaja varmistaa lääkkeenoton			
Potilaan lääkkeenottotekniikka tarkistetaan			
Sairaanhoidaja katsoo lääkkeenottotekniikan toisella käynnillä			
Sairaanhoidaja varmistaa että lääkkeenotto onnistuu			

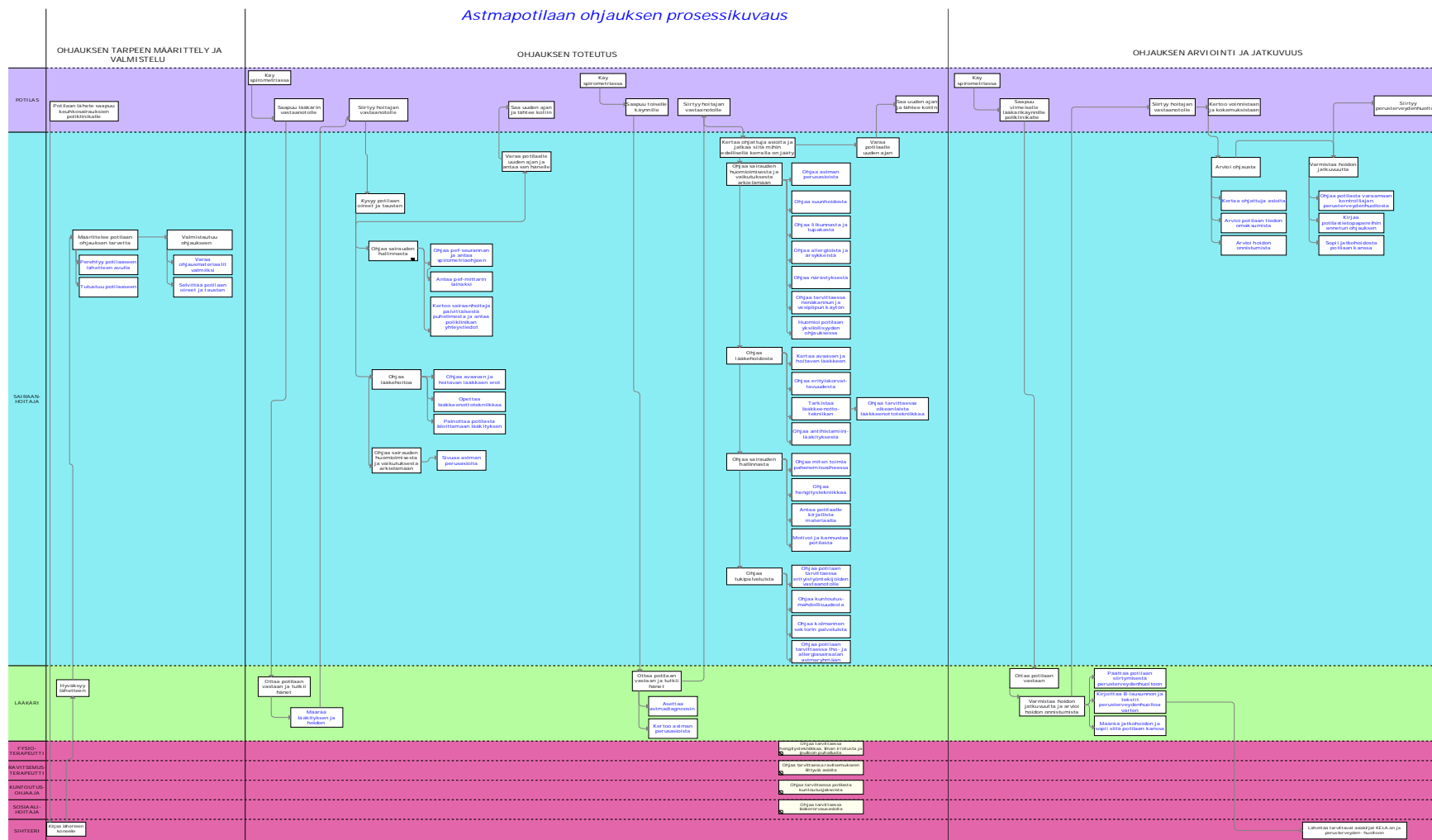
Lääkäri päättää, mitkä lääkkeet potilaalle määrätään	Lääkäri määrää potilaan lääkityksen		
Sairaanhoitaja varmistaa, että potilas aloittaa lääkityksen ja hakee lääkkeet heti	Sairaanhoitaja painottaa potilasta aloittamaan lääkityksen		
Sairaanhoitaja painottaa potilasta ottamaan määrättyt lääkkeet			
Sairaanhoitaja ohjaa siitepölykauden antihistamiinihoidosta	Antihistamiinilääkityksen ohjaus		
Sairaanhoitaja kertoo avaavan ja hoitavan lääkkeen erot			
Sairaanhoitaja ohjaa hoitavan lääkkeen määräyksen mukaan ensimmäisellä käynnillä	Sairaanhoitaja ohjaa avaavan ja hoitavan lääkkeen		
Jos potilaalla on hengenhädistystä rasituksen yhteydessä			
Sairaanhoitaja kertoo lääkityksen aloituksen tärkeydestä ja sen yhteydestä lääkityskorvattavuuteen	Erityiskorvattavuuden ohjaus		
Lääkäri kertoo potilaalle (lääke)erityiskorvattavuudesta			
Potilas tapaa tarvittaessa kuntoutusohjaajan ja fysioterapeutin			
Lääkäri tekee tarvittaessa lähetteen fysioterapeutille			
Tarvittaessa fysioterapeutti ohjaa hengitystekniikkaa, liman irrotusta ja pulloon puhallusta	Potilas ohjataan tarvittaessa fysioterapeutille, kuntoutusohjaajalle tai ravitsemusterapeutille		
Tarvittaessa sairaanhoitaja ohjaa potilaan ravitsemusterapeutille			
Sairaanhoitaja kertoo kuntoutusmahdollisuudesta toisella käynnillä			
		Tukipalveluiden ohjaus	

Tarvittaessa ohjataan tupakkaklinikalle	Kolmannen sektorin palveluista ohjaaminen		
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta kolmannen sektorin mahdollisuuksista			
Sairaanhoitaja mainitsee mahdollisuudesta päästä KELA:n myöntämään kuntoutukseen	Ohjaus kuntoutusmahdollisuudesta		
Sairaanhoitaja kertoo kuntoutusmahdollisuudesta toisella käynnillä			
Sairaanhoitaja ohjaa tarvittaessa iho- ja allergiasairaalan astmaryhmään	Potilaan ohjaaminen tarvittaessa iho- ja allergiasairaalan astmaryhmään		
Sairaanhoitaja varaa potilaalle ajan iho- ja allergiasairaalan astmaryhmään, tarvittaessa			
Lääkäri määrää uuden pef seurannan, spirometrian ja vastaanoton kuukauden-6 viikon päähän	Lääkäri ja sairaanhoitaja sopivat jatkohoidosta potilaan kanssa	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen	Ohjauksen arviointi ja jatkuvuus
Sairaanhoitaja sopii potilaan kanssa uudet ajat, pefin ja spirometrian			
Potilaalle annetaan uusi aika ohjauksen yhteydessä			
Sairaanhoitaja sopii uuden ajan puolen vuoden päähän			
Potilas siirretään perusterveydenhuoltoon	Potilaan ohjaus perusterveydenhuoltoon		
Potilas siirtyy kolmannen kerran jälkeen perusterveydenhuoltoon			
Lääkäri kirjoittaa B-lausunnon ja jatkot	Lääkäri määrää jatkohoidon ja kirjoittaa B-lausunnon sekä tekstit perusterveydenhuoltoon varten		
Perusterveydenhuoltoon lähetetään lääkärin viimeisin teksti, jossa lukee jatkot			
Sairaanhoitaja muistuttaa varaamaan kontrol-	Sairaanhoitaja turvaa hoidon jatkuvuutta kir-		

liajan perusterveydenhuollosta	jaamalla ja muistuttamalla potilasta varaa-		
Sairaanhoidtaja kirjaa ylös potilaan kanssa käydyn ohjauksen	maan kontrolliajan		
Sairaanhoidtaja käyttää astmatestiä hoidon arvi-			
Sairaanhoidtaja kysyy, onko potilas pystynyt har-	Sairaanhoidtaja arvioi hoidon onnistumista		
oinnissa			
Sairaanhoidtaja kysyy, ovatko oireet pysyneet har-			
rastamaan liikuntaa ja ovatko oireet pysyneet			
poissa ja miten potilas toimii flunssassa/oireiden			
ilmaantuessa			
Sairaanhoidtaja arvioi hoidon onnistumista tutki-			
mustulosten avulla			
Sairaanhoidtaja kertoo mitä edellisellä kerralla			
puhuttiin	Sairaanhoidtaja kertoo ohjattuja asioita	Ohjauksen arviointi	
Sairaanhoidtaja kertoo asioita pintapuolisesti			
Sairaanhoidtaja kuustelee mitä lääkäri on kerto-			
nut	Sairaanhoidtaja arvioi potilaan tiedon omaksu-		
Kolmannella kerralla sairaanhoidtaja pyytää poti-	mista		
lasta näyttämään miten ottaa lääkkeen			
Sairaanhoidtaja perehtyy potilaaseen ennen kuin	Sairaanhoidtaja perehtyy potilaaseen ennen		
potilas tulee hänen luokseen	ohjausta	Potilaan ohjauksen tarpeen mää-	
Sairaanhoidtaja lukee lähetteen ennen potilaan		rittely	
tapaamista			
Sairaanhoidtaja kysyy potilaan oireet, kun potilaal-	Sairaanhoidtaja tutustuu potilaaseen		
la ei vielä ole astma diagnoosia			
Sairaanhoidtaja kysyy potilaan vointia ja ohjaa			
potilasta sen mukaan			
Ohjausmateriaalit ovat valmiina huoneessa	Ohjausmateriaalin varaaminen valmiiksi	Sairaanhoidtaja valmistautuu ohja-	
Sairaanhoidtaja selvittää potilaan oireet ja taustan	Potilaan oireiden ja taustan selvittäminen	ukseen	Tarpeen määrittely ja oh-
			jauksen valmistelu

Liite 6: Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus

Astmapotilaan ohjauksen prosessikuvaus



## Liite 7: Astmatesti

 **AstmaTESTI.fi**® Nimi: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .200 \_\_\_\_

**OHJE: Seuraavat kysymykset käsittelevät astmasi hallintaa viimeisten 4 viikon ajalta. Ympyröi sopivin vastaus jokaiseen viiteen kysymykseen. Palauta lomake lääkärille tai hoitajalle.**

Kysymys 1: Kuinka usein astmasi esti sinua toimimasta normaalisti työssä, koulussa tai kotona viimeisten 4 viikon aikana?						Pistemäärä				
Koko ajan	1	Usein	2	Ajoittain	3	Harvoin	4	Ei ollenkaan	5	
Kysymys 2: Kuinka usein sinulla on ollut hengenahdistusta viimeisten 4 viikon aikana?										
Useammin kuin kerran päivässä	1	Kerran päivässä	2	3-6 kertaa viikossa	3	Kerran tai kaksi viikossa	4	Ei ollenkaan	5	
Kysymys 3: Kuinka usein heräsit astman oireisiin (hengityksen vinkuminen, yskiminen, hengenahdistus, puristava tunne tai kipu rintakehällä) yöllä tai aikaisin aamulla viimeisten 4 viikon aikana?										
4 kertaa viikossa tai useammin	1	2-3 yönä viikossa	2	Kerran viikossa	3	Kerran tai kaksi	4	Ei ollenkaan	5	
Kysymys 4: Kuinka usein olet käyttänyt nopeasti vaikuttavaa, sisään hengitettävää lääkettä (esim. Airomir, Bricanyl, Buventol tai Ventoline) viimeisten 4 viikon aikana?										
3 kertaa päivässä tai useammin	1	1 tai 2 kertaa päivässä	2	2 tai 3 kertaa viikossa	3	Kerran viikossa tai harvemmi	4	Ei ollenkaan	5	
Kysymys 5: Kuinka itse arviolisit astman hallintaasi viimeisten 4 viikon aikana?										
Ei ollenkaan hallinnassa	1	Huonosti hallinnassa	2	Jokseenkin hallinnassa	3	Hyvin hallinnassa	4	Täysin hallinnassa	5	
<small>Finnish version of the Asthma Control Test™ The Asthma Control Test™ is a trademark of Quality Metric Incorporated © 2002</small>						<b>Yhteensä</b> 				



## Liite 8: PEF-seurantaohje

## PEF-SEURANTAOHJE

- ▣ Pidä mittari vaakasuorassa.
  - ▣ Vedä keuhkot täyteen ilmaa.
  - ▣ Aseta suukappale kunnolla hampaiden väliin ja sulje huulet tiiviisti sen ympärille.
  - ▣ Puhalla mittariin mahdollisimman voimakas lyhyt puhallus, joko istuen tai seisten, aina samassa asennossa.
- Kahden parhaan puhalluksen ero ei saa olla yli 20 l/min. Jos puhallukset vaihtelevat enemmän, tee lisämittauksia. Kirjaa kolme parasta arvoa.

## ILMAN AVAAVAA LÄÄKETTÄ

- > Puhalla **aamulla** heti herättyäsi mittariin **kolme** puhallusta ja kirjoita kaikki **kolme** arvoa taulukkoon.
- > Merkitse paras tulos **X-merkillä** asteikolle.
- > Toista sama **illalla**.

(Katso malli 1)

- \* Ota keuhkoihin hengitettävä hoitava lääke

\_\_\_\_\_

koko seurannan ajan.

- \* Kun sinulla on oireita, puhalla lisäpuhalluksia. Kirjoita arvot ylös. Tarvittaessa ota keuhkoihin hengitettävää avaavaa lääkettä.

## AVAAVALLA LÄÄKKEELLÄ

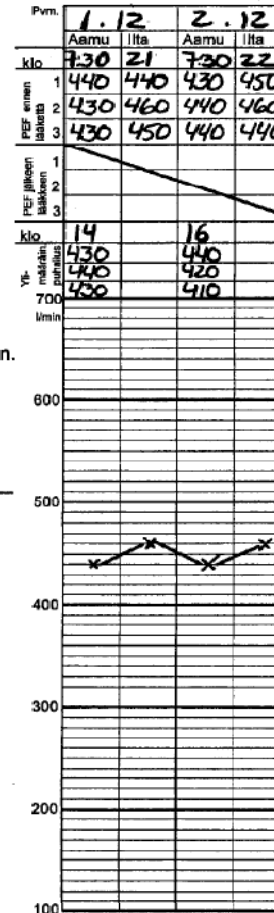
- > Puhalla **aamulla** heti herättyäsi mittariin **kolme** puhallusta ja kirjoita kaikki **kolme** arvoa taulukkoon.
- > Merkitse paras tulos **X-merkillä** asteikolle.
- > Ota keuhkoihin hengitettävä avaava lääke

- > **Puoli tuntia** lääkkeen ottamisesta, puhalla taas **kolme** kertaa ja kirjoita kaikki **kolme** arvoa taulukkoon.
- > Merkitse paras tulos **O-merkillä** asteikolle.
- > Toista sama **illalla**.

(Katso malli 2)

## MALLI 1

## Ilman avaavaa lääkettä



## MALLI 2

## Avaavalla lääkkeellä

