

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Riikka Laaksonen, Carita Miettinen & Pauliina Pohjavirta

ASIAKASOHJAUSTA VUOROVAIKUTUKSELISESSA TELEVISIOSSA

– keuhkokuume ja astma ikäihmisillä



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEA KOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2012 | 62 + 16

Ohjaaja Sari Asteljoki

Riikka Laaksonen, Carita Miettinen & Pauliina Pohjavirta

ASIAKASOHJAUSTA VUOROVAIKUTUKSELLISESSA TELEVISIOSSA – KEUHKOKUUME JA ASTMA IKÄIHMISSILLÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, ja toteuttaa neljä vuorovaikutuksellista ryhmäohjaustilannetta VIRTU-kanavalla. Työn tavoite oli laadukkaiden asiakasohjaustilanteiden toteuttaminen. Ohjelmat käsittelivät ikäihmisten keuhkokuumetta ja astmaa. Ohjelmissa tarkoituksena oli vuorovaikutuksellinen keskustelu ja tiedonjako kyseisistä aiheista. Ohjelmien tavoitteena oli ohjauksellisen ilmapiirin syntyminen, jolloin avoin keskustelu mahdollistui. Ohjelmat olivat osa 24 lähetyksen kokonaisuutta, joissa käsiteltiin yleisimpiä ikäihmisten toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia. Ohjelmasarja liittyi VIRTU-projektiin, jossa vuorovaikutuksellisen tv:n käyttöä testataan yhdessä saaristoalueiden ikäihmisten kanssa.

Tämä opinnäytetyö sisältää sekä kirjallisen tuotoksen että toiminnallisen osuuden. Toiminnallinen osuus muodostui käytännössä toteutetuista ohjelmista. Ohjelmat toteutettiin vuorovaikutuksellisen television avulla keväällä 2012. Ohjelmissa opinnäytetyöryhmäläisistä yksi juonsi ohjelmia ja kaksi toimi asiantuntijoina. Ohjelmat etenivät suunnitellun kaavan mukaisesti käsitellen keuhkokuumeen ja astman oireita, ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Ohjelmissa sovellettiin erilaisia osallistujia aktivoivia ohjausmenetelmiä ja teoretietoa havainnollistettiin monin eri tavoin.

Toteutuneisiin ohjelmiin VIRTU-kanavan käyttäjät osallistuivat aktiivisesti, kokien ne hyödyllisiksi. Ohjelmissa pystyttiin luomaan vuorovaikutteiset ja positiiviset asiakasohjaustilanteet. Ohjelmat osoittivat, että vuorovaikutteisen tv:n käytössä terveydenhuollon työmuotona on monia mahdollisuuksia. Tällaisen tv:n avulla toteutettu ohjaus on lähes samankaltaista kuin perinteinen asiakasohjaus. Se mahdollistaa lähes kaiken muun paitsi fyysisen läsnäolon ja koskettamisen.

Vuorovaikutteisen tv:n käytössä on haasteita. Laitteiden toimivuus ja uudenlaisen ohjaustavan tuntemattomuus on ratkaistava. Käytettäessä tv:tä ohjaamiseen, on ohjaajien syytä suunnitella huolellisesti toteutuvat ohjaustilanteet. Tulevaisuudessa käytettäessä vuorovaikutteista televisiota, ohjaustapoja tulisi kehittää. Kanavan käyttäjät voisivat myös pitää omia lähetyksiä, jolloin ikäihmisten toimintakyky ja tärkeyden tunne kasvaisi. Vuorovaikutteisen tv:n avulla mahdollistuu helposti yhteydenpito myös palveluista kaukana asuville.

ASIASANAT:

ikäihmiset, vuorovaikutus, keuhkokuume, astma, asiakasneuvonta ja hyvinvointiteknologia.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care programme | Nurse

May 2012 | 62 + 16

Instructor Sari Asteljoki

Riikka Laaksonen, Carita Miettinen & Pauliina Pohjavirta

GUIDANCE OF CLIENTS THROUGH INTERACTIVE TELEVISION – PNEUMONIA AND ASTHMA IN THE ELDERLY

The idea of this functional thesis was to plan and carry out four interactive group guidance sessions in practice with the VIRTU-channel. The aim of the thesis was to produce the best possible guidance situation for clients. The themes of the programmes were pneumonia and asthma in the elderly. Sharing information about pneumonia and asthma as well as interactive conversation were the ideas of the programmes. The aim of the programmes was to build up guidance like atmosphere so that there could be open conversation about as much as possible. These programmes were a part of a series where prevalent diseases which have an influence on the elderly's ability to function were discussed. Series were linked to the VIRTU-project. In the project, the use of communicational television was tested together with the insular elderly.

This thesis contains both written output and a functional part. Programmes formed functional part of the thesis. The programmes were carried out in spring 2012 with interactive television. In these programmes one of the authors of this thesis was the host and the other two specialists. The programmes were planned beforehand and they included discussion of the symptoms and the prevention and the treatment of pneumonia and asthma. Different guidance methods were used in the programmes and also theory was illustrated in many different ways in practice.

Users of the VIRTU-channel participated greatly in the programmes. Users also found that programmes about pneumonia and asthma were very useful. The creation of communicational and positive atmosphere into the programmes was successful. There are many possibilities for the use of interactive television in the field of health care as these programmes indicated. Guidance of clients with interactive television is almost the same as the traditional guidance. It enables everything but touching and physical attendance.

However, there are also challenges in using interactive television. Functionality of devices and unfamiliarity of guidance in this new way are yet challenges to overcome. Group instructors should carefully plan how they are going to carry out guidance situations with television. In the future when using interactive television as a tool to carry out guidance work, guidance knowing should be developed. The users of the channel could also host their own programmes sometimes. This could increase the elderly's ability to function and improve their self-esteem. With the help of this television, health care professionals are able to easily have contact with people who do not live near public services.

KEYWORDS:

elderly person, interaction, pneumonia, asthma, client guidance and welfare technology.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMINEN	8
2.1 Kirjallisuuskatsausta ohjanneet kysymykset	8
2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö	9
3 HYVINVOINTITEKNOLOGIASTA APUA IKÄRAKENTEEN MUUTOKSESSA	12
3.1 Hyvinvointiteknologia terveydenhuollossa	13
3.2 VIRTU-projekti	16
3.3 KOTIIN ja Turvallinen Koti -hankkeet	18
4 IKÄIHMISET JA VANHUUS ELÄMÄNVAIHEENA	19
5 ASIAKASOHJAUS OSA SAIRAANHOITAJAN AMMATTITAITOA	22
5.1 Ohjaus hoitotyössä	23
5.2 Laadukas asiakasohjaus	23
5.3 Vuorovaikutus asiakasohjauksessa	24
5.4 Ryhmäohjaus	26
5.5 Ikäihmisten ohjaus	27
6 IKÄIHMISTEN YLEISIMPIÄ KEUHKOSAIRAUKSIA	29
6.1 Keuhkokuume	29
6.1.1 Sairastavuus ja riskitekijät	29
6.1.2 Keuhkokuumeen oireet	31
6.1.3 Keuhkokuumeen ennaltaehkäisy	32
6.1.4 Keuhkokuumeen hoito	32
6.2 Astma	33
6.2.1 Astmaan sairastuminen	34
6.2.2 Astman oireet	35
6.2.3 Astman oireiden ennaltaehkäisy	36
6.2.4 Astman lääkehoito	37

7 OHJELMAT KEUHKOKUUMEESTA JA ASTMASTA	42
7.1 Ohjelmien suunnittelu	42
7.2 Ohjelmien toteutus	44
7.3 Ohjelmien arviointia	46

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	49
--	-----------

9 POHDINTA	51
-------------------	-----------

LÄHTEET	58
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. VIRTU-ohjelmalähetyksen sisältösuunnitelma: Keuhkokuume

Liite 3. VIRTU-ohjelmalähetyksen sisältösuunnitelma: Astma

Liite 4. Keuhkokuumetta käsittelevän ohjelman käsikirjoitus

Liite 5. Astmaa käsittelevän ohjelman käsikirjoitus

Liite 6. Kuvat

1 JOHDANTO

Nyky-yhteiskunnassa vanhat toimintatavat tulevat haasteellisiksi väestön ikärakenteen muuttuessa. Vanhusten määrän kasvaessa terveysalan henkilöstön määrän tarve ja terveystalouden menot lisääntyvät. Erityisiä haasteita terveydenhuollolle tuovat kroonisten sairauksien yleistyminen, alueellisten erojen kasvu ja palvelurakenteiden muutokset sekä teknologian hyödyntäminen. (STM 2011a, 5.) Hyvinvointiteknologiasta saattaa löytyä ratkaisu näihin haasteisiin. Sen avulla voidaan tarjota palveluita, joilla kansalaiset voivat edistää hyvinvointiaan ja lisäksi se tukee ikäihmistä kotona asumista. (Saranummi 2001, 57–58.)

Virtuaalisen teknologian käyttöä terveys- ja sosiaalialan palveluiden monipuolistajana testataan VIRTU-projektissa (Virtual Elderly Care Services on the Baltic Island). Sen tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva palvelumalli. Näiden alueiden ikäihmisistä, omaishoitajista ja kuntoutujista muodostuu VIRTU-kanavan asiakaskunta. Uuden palvelumallin myötä pystytään tukemaan ikäihmistä itsenäistä asumista tarjoamalla tietoa, taitoa ja itsehoitotaitoja VIRTU-kanavan avulla. (VIRTU 2011a.)

Turun ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat toteuttavat 24 ohjelmaa ikäihmistä yleisimmistä sairauksista VIRTU-kanavalla keväällä 2012. Ohjelmiston aiheita ovat etukäteen suunnitelleet Naantalin kotihoidon- ja VIRTU-projektin työntekijät sekä opinnäytetöiden ohjaava opettaja Sari Asteljoki. Toimeksiantosopimus (liite 1) VIRTU-työntekijän kanssa kirjoitettiin syksyllä 2011.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa VIRTU-kanavalle neljä vuorovaikutuksellista ryhmäohjaustilannetta ikäihmisille. Ohjelmista kaksi käsittelee keuhkokuumetta ja kaksi astmaa. Keuhkokuume on yksi vakavimmista vanhusten hengitysteiden tulehduksista (Ruutu 2009). Keuhkokuume laskee huomattavasti ikäihmistä yleiskuntoa ja pahentaa

perussairauksia sekä voi johtaa hoitamattomana jopa kuolemaan (Halme & Kolho 2005, 375). Astma puolestaan on yksi yleisimmistä pitkäaikaissairauksista ja ikäihmisillä se huonontaa elämänlaatua (Haahtela 2010; Haahtela 2007, 234).

Nämä ohjelmat muodostavat tämän opinnäytetyön toiminnallisen osuuden. Toiminnallinen osuus perustuu tietoihin laadukkaasta ohjauksesta, vanhuudesta elämän vaiheena sekä keuhkokuumeesta ja astmasta. Päämääränä ohjelmissa on avoimen, keskustelevan ja ohjauksellisen ilmapiirin luominen. Sen saavuttamiseksi ohjausmenetelminä käytetään muun muassa akvaariomallin sovellusta ja miellekartan tekoa. Nämä menetelmät ovat asiakkaita aktivoivia. Pyrittäessä laadukkaaseen ohjaamiseen on syytä panostaa asiakkaan osallistumiseen (Kynäs ym. 2007, 20).

Toteutuvien 24 ohjelmasarjan avulla saadaan enemmän tietoa siitä, millaiset ohjelmasisällöt ja käytetyt menetelmät tukevat kotona asuvien ikäihmisten, omaishoitajien ja kuntoutujien voimavaroja ja toimintakykyä sekä edistävät terveyttä. Tuleville hoitoalan ammattilaisille ohjelmien suunnittelu ja toteutus antavat hyödyllistä kokemusta oman asiakasohjausosaamisen kehittämiseksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMINEN

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa neljä vuorovaikutuksellista ryhmäohjaustilannetta. Ryhmäohjaus tapahtuu vuorovaikutteisissa ohjelmissa VIRTU-kanavalla. Ohjaus tapahtuu asiakaslähtöisesti ikääntyvien ja omaishoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on laadukkaiden asiakasohjaustilanteiden toteutuminen.

Ohjelmien tarkoituksena on mahdollistaa tulevien terveydenalan asiantuntijoiden avulla vuorovaikutuksellinen keskustelu ja tiedon jako keuhkokuumeen ja astman oireista, ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Lähetyksissä tavoitteena on avoimen, keskustelevan ja ohjauksellisen ilmapiirin syntyminen. Tässä apuna käytetään akvaariomallin sovellusta ja miellekartan tekoa. Ohjelmat toteutetaan keväällä 2012.

Ohjelmien avulla saadaan enemmän tietoa siitä, millaiset ohjelmat tukevat kotona asuvien ikäihmisten ja omaishoitajien toimintakykyä ja itsehoitovalmiuksia. Opinnäytetyöryhmäläisille ohjelmien suunnittelu ja toteutus antaa avaimia laadukkaaseen asiakasohjauksen toteuttamiseen tulevana hoitoalan ammattilaisina.

2.1 Kirjallisuuskatsausta ohjanneet kysymykset

Tutkimuskysymysten laatiminen toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole välttämätöntä. Kokonaisuuksien hahmottamisen kannalta on kuitenkin hyvä tehdä kirjallisuuskatsausta ohjaavat kysymykset. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30.)

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat kysymykset tässä työssä ovat:

1. Millaisia sairauksia ovat keuhkokuume ja astma?

2. Miten näitä sairauksia ennaltaehkäistään ja hoidetaan ikäihmisten kohdalla?
3. Millaista on ikäihmisten hyvä asiakasohjaus?
4. Mitä on hyvinvointiteknologia?

Näihin kysymyksiin haettiin vastauksia systemaattisen tiedonhaunkeinoin eri tietokannoista. Tiedonhakuprosessin avulla opinnäytetyöryhmäläiset löysivät paljon uutta ja ajankohtaista tietoa. Prosessissa käytettyjä tietokantoja olivat kirjastojen tietokannat muun muassa Aura kokoelmatietokanta. Nelliportaalin kautta käytettyjä tietokantoja olivat Medic-kotimainen terveystieteiden viitetietokanta, Terveysportti, THL:n julkaisuhaku ja CHINAL(EBSCOhost). Tiedon laajentamiseksi hakuja suoritettiin myös seuraavilta Internet sivustoilta; Käypä hoito -suositukset, Sairaanhoidtajaliitto, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Terveyskirjasto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Tilastokeskus. Hakusanoina käytettiin muun muassa: astma, keuhkokuume, potilasohjaus, ikäihminen, hyvinvointiteknologia, VIRTU, elderly people, asthma, pneumonia, patient guidance, virtual and technology. Opinnäytetyön viitekehys muodostuu seuraavista käsitteistä: ikäihmisen, keuhkokuume, astma, asiakasohjaus, hyvinvointiteknologia ja VIRTU-kanava.

2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakouluissa voidaan tutkimuksellisen opinnäytetyön vaihtoehtona tehdä toiminnallisia opinnäytetöitä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä korostuvat käytännönläheisyys ja työelämälähtöisyys. Opinnäytetyö voi olla useamman opiskelijan työelämälähtöinen projekti. Tällöin projekti on osa isompaa kehittämishanketta, ja se kestää määritellyn ajan. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 47–48.) Opinnäytetyön aiheen voi saada työelämästä. Tällöin se tukee ammatillista kasvua ja tekijä pääsee tutustumaan lähemmin työelämään. Aiheen saaminen työelämästä luo myös tekijälle haasteita esimerkiksi, miten

työn rajaa niin, ettei se kasva liian laajaksi kokonaisuudeksi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 16–19.)

Toteuttamistapoina voivat olla muun muassa ohjeiden, oppaiden tai videoiden laatiminen. Toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu kahdesta eri kokonaisuudesta. Ensimmäinen kokonaisuus on toiminnallinen osuus eli produkti. Produktin on oltava selkeä ja kohderyhmän tarpeisiin sopivalla tavalla tehty kokonaisuus. Kohderyhmän ikä ja aikaisempi tietämys aiheesta on otettava huomioon. Produkti perustuu tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 65–66).

Tämän opinnäytetyön produkti on VIRTU-kanavan välityksellä tapahtuvat vuorovaikutukselliset asiakasohjauslähetykset keuhkokuumeesta ja astmasta. Ohjelmia varten VIRTU-kanavan käyttäjiltä kartoitettiin heidän toiveitaan alkusyksystä 2011. He saivat valita tämän opinnäytetyön lähetysten aiheet keuhko-, kilpirauhas- ja silmäsairauksien väliltä. Eniten kiinnostusta herättivät kilpirauhassairaudet ja vähiten silmäsairaudet. Kilpirauhassairauksista löytyy hyvin suppeasti tutkimustietoa, eikä tietoa, miten se vaikuttaa ikäihmisten toimintakykyyn. Tämän takia opinnäytetyöryhmäläiset valitsivat keuhkosairaudet. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin kuitenkin keuhkosairauksista keuhkokuume ja astma, sillä ne vaikuttavat suuresti ikäihmisten elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Harju 2010, 210).

Toinen osa kokonaisuutta on opinnäytetyöraportti, jossa kuvataan ja arvioidaan prosessia. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjallisen raportointiosuuden on täytettävä hyvän tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportissa on tärkeää tuoda esille mitä, miksi ja miten on tehty. Lisäksi siinä tulee ilmetä, mitä tuloksia ja johtopäätöksiä on saatu selville. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65.)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei ole tutkimus, vaan kokonaisuus, jossa on tutkimuksellinen ja kehittävä ote. Tämä ote on saavutettavissa tutustumalla laadullisen tutkimusmenetelmän sisältöihin. (Vilkka & Airaksinen 2004, 26, 33.)

Laadullisessa tutkimusotteessa tärkeää on todellisen elämän kuvaaminen kokonaisvaltaisesti. Keskustelu ja havainnointi ovat tiedon keruun perustana. (Hirsjärvi ym. 2004, 152–153.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on paljon yhtäläisyyksiä toimintatutkimuksen kanssa. Esimerkiksi myös toimintatutkimuksessa tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa toiminnasta ja kehittää sitä. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 25.) Toimintatutkimuksessa kokemuksia reflektoidaan eli tarkastellaan ja sen avulla opitaan toimimaan entistä paremmin (Aaltola & Syrjälä 1999, 18).

3 HYVINVOINTITEKNOLOGIASTA APUA IKÄRAKENTEEN MUUTOKSESSA

Nyky-yhteiskunnassa vanhat toimintatavat tulevat haasteellisiksi väestön ikärakenteen muuttuessa ja teknologian vaikuttaessa yhä enemmän koko yhteiskuntaan (STM 2011a, 5). Nykyään yli 65-vuotiaita on 17 %:a väestöstä. Eläkeikäisten eli 65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrä lähes kaksinkertaistuu nykyisestä 905 000:sta 1,79 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä. Yli 85-vuotiaiden määrän ennustetaan nousevan nykyisestä 108 000:sta 463 000:een. (Tilastokeskus 2009.)

Suomessa julkisen talouden kuormittavuus, terveysalan henkilöstön määrän tarve ja terveystalouden menot lisääntyvät vanhusten määrän kasvaessa. Kroonisten sairauksien yleistymisen, alueellisten erojen kasvu ja palvelurakenteiden muutokset sekä teknologian hyödyntäminen luovat haasteita tulevaisuudelle. (STM 2011a, 5.) Nykyään kaupunki on yhä useamman eläkeläisen asuinpaikka. Vuonna 2009 vain 15 %:a miehistä ja 17 %:a naisista asuivat taajamissa sekä maaseudulla neljännes (Laitalainen ym. 2010, 12).

Sosiaali- ja terveydenhuollon on pystyttävä tulevaisuudessa panostamaan palveluiden tuotettavuuteen uudistamalla organisointia ja toimintatapoja. Enää pelkkä palveluiden määrän lisääminen ei riitä, niiden tulee olla eri tilanteisiin ja ympäristöihin sopivia. Kehittämisen pääpainoina ovat terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja hyvinvointi. (STM 2011a, 10; Muurinen ym. 2009.) Laatusuositusten mukaan palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla. Lisäksi terveysalan henkilöstön määrää, osaamista ja johtamista on lisättävä sekä asumis- ja hoitoympäristöjä kehitettävä. (STM 2008.)

Uusien palvelukonseptien päämääränä on palveluiden parantuminen käyttäjien tarpeiden perusteella. Toimintamalleissa on huomioitava, että suurten ikäluokkien edustajien tarpeet, toiveet ja odotukset palveluilta ovat erilaisia kuin

heidän edeltäjillään. Uusien palveluiden lähtökohtana on, että iäkkään ihmisen sairaudet huomataan ajoissa, ja ne hoidetaan nopeasti. Tärkeää on myös heidän elinympäristönsä turvallisuus. Iäkkäiden fyysisen turvallisuuden ja turvallisuuden tunteen toteutumista voidaan auttaa esimerkiksi teknologian avulla. Sen avulla voidaan varmistaa yksinasuvien hyvinvointi silloin, kun kukaan ei ole paikalla. (Muurinen ym. 2009.)

Ikäihmisille laadultaan hyvät palvelut pyritään takaamaan lailla. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä on valmisteilla ikälaki, jonka tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia, tukea heidän osallisuuttaan, toimintakykyään ja voimavarojaan. (STM 2011c.) Väestön ikääntymisen myötä on pystyttävä löytämään ratkaisuja, joilla hyvä hoidon laatu saadaan turvattua tulevaisuudessakin. Vastaus tähän haasteeseen saattaa löytyä tieto- ja tietoliikenneteknologiasta. (Saranummi 2001, 57–58.)

3.1 Hyvinvointitekniikka terveydenhuollossa

Hyvinvointitekniikka määritellään sosiaali- ja terveydenhuollossa tietoteknisiksi ja teknisiksi ratkaisuksiksi, joilla ylläpidetään tai parannetaan ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä. Se jaetaan kuuteen osa-alueeseen: apuväline-, kommunikaatio- ja informaatioteknologiaan, sosiaaliseen ja turvallisuusteknologiaan, terveysteknologiaan, esteettömään suunnitteluun ja Design for All -ajatteluun sekä asiakas- tai potilastietojärjestelmiin. (Osaava lähihoitaja 2020 -hanke 2012.)

Sosiaaliset teknologiat lisäävät turvallisuutta ja riippumattomuutta. Yleisimpiä ovat turvahälytysjärjestelmät, kuten turvalaitteet ja niihin kuuluvat sosiaaliset palvelut. Tällaisia ovat esimerkiksi turvarannekkeet, joiden avulla valvonta, apu ja hoiva mahdollistuvat. Sosiaaliseen teknologiaan kuuluu myös HyvinvointiTV. Gerotekniikka kehittää ikääntyneille soveltuvaa teknologiaa. Design for All -ajattelussa, yhdistetään ympäristö ja teknologia, niin, että kaikenikäiset kansalaiset hyötyvät gerotekniikan sovelluksista. Terveystekniikat ovat erilaisia seuranta- ja mittauslaitteita. Tällaisia ovat esimerkiksi verenpaineen

etäseuranta, Internet -pohjaiset omahoidon tukijärjestelmät ja eHealth-portaalit. (Osaava lähihoitaja 2020 -hanke 2012.)

Teknologian avulla voidaan tarjota palveluita, jolloin kansalaiset voivat edistää hyvinvointiaan ja ikäihmiset voivat asua mahdollisimman pitkään kotona. Palvelut edellyttävät kuitenkin ihmisten sitoutumista ja vastuunottamista omasta terveydestään. Omaehtoista terveydenhoitoa ja itsenäistä asumista voidaankin tukea hyvin teknologisovellusten avulla. (Saranummi 2001, 57–58.) Teknologian avulla läheisistään huolehtivat voivat saada tietoa muun muassa tietoa sairauksista niiden luonteesta, ennusteesta, hoidosta ja apuvälineistä. Lisäksi teknologian avulla kokemusten jako, vertaistuki ja keskustelu mahdollistuvat helposti. (Torp ym. 2008, 80–81.)

Erilaisten teknologisten menetelmien nopea kasvu on ollut mittavaa koko yhteiskunnassa. Terveydenhuolto on osaltaan kasvattanut tietotekniikan osuutta hoidossa, ja tulevaisuudessa sen merkitys vain kasvaa. Tietotekniikka mahdollistaa jo nyt enenevässä määrin erilaisia mahdollisuuksia terveydenhuollon ammattilaisille. (Mäkelä 2006, 9–10.)

Internet mahdollistaa videoneuvottelutekniikan, jota on käytetty terveydenhuollossa jo muutamien vuosien ajan. Sen eri sovelluksia on käytössä paljon ja ne luovat monia mahdollisuuksia. Tulevaisuudessa niiden käyttö hoitoalalla lisääntyy entisestään. Videoneuvottelulaitteiden avulla saadaan luotua keskusteluyhteyden lisäksi myös reaaliaikainen näköyhteys. Tämä teknologiamuoto on hyvä silloin, kun pitkien välimatkojen vuoksi fyysinen läsnäolo on vaikeaa. On kuitenkin huomioitava, ettei videoneuvottelulaitteiden avulla voida täysin korvata aitoa läsnäolon tunnetta. Sen avulla ei voida eikä ole tarkoituskaan korvata kaikkia terveydenhuollon menetelmiä. Videoneuvottelulaitteeseen on myös mahdollista kytkeä erilaisia kuvantamistuloksia, esimerkiksi röntgenkuvia tai sydänekäyriä. (Mäkelä 2006, 103–106, 113–115.) Videoneuvottelutekniikan avulla saadaan hyvin, esimerkiksi asiakasohjaustilanteessa aktivoitua kuuloaistin lisäksi näköaisti.

Videoneuvottelutekniikan avulla on mahdollista järjestää muun muassa kokouksia terveydenhuollon ammattilaisten kesken, lääketieteellisiä neuvotteluja, etäkonsultaatioita ja -vastaanottoja sekä erilaisia luento- ja koulutustilaisuuksia. Vuosina 2001–2004 tehtiin kattava kokeilu videoneuvottelulaitteiden avulla tapahtuneista etävastaanotoista Kainuun alueella. Etävastaanotossa potilas oli hoitajan kanssa terveyskeskuksessa ja lääkäri keskussairaalassa. (Mäkelä 2006, 109–112, 115, 133.)

Kokeilu oli hyvin positiivinen potilaiden näkökulmasta, kun taas lääkäreiden mielestä tavanomainen vastaanotto oli parempi. Lääkäriin ollessa kauempana, joudutaan määräämään tarkentavia tutkimuksia enemmän, vaikka normaalisti niille ei olisi tarvetta. Potilaat hyötyivät erityisesti tekniikan avulla vähentyneistä matkakustannuksista. Videoneuvottelulaitteiden avulla suurimmat säästöt saadaan matkustuskulujen vähenemisellä. Kustannusten kannalta on vaikeaa määrittää tietoteknisten sovellusten rahallista hyötyä, sillä terveydenhuollon kustannuksia on vaikea määrittää. (Mäkelä 2006, 109–112, 115, 133.)

Tarvittavien ratkaisuiden ja toimivuuden kannalta julkisen sektorin ja yksityisten toimijoiden yhteistyö olisi ensiarvoisen tärkeää. Palveluiden kehittäminen ja toimivuuden takaaminen ovat kalliita, joten yhteistyöllä saadaan aikaan paras kehitys ja palveluiden toimivuus. Yhteistyössä on kuitenkin omat kulmakivensä, sillä yksityinen sektori tavoittelee rahallista voittoa ja julkinen sektori taas toimii tasa-arvon nimissä. (Saranummi 2001, 51–54.) Uudenlaiset tekniikat luovat haasteita terveydenhuollon ammattilaisille. Tämän vuoksi olisi suotavaa työntekijöiden ja tekniikan kehityksen kannalta, että yksi henkilö vastaisi laitteiston käytöstä ja ylläpidosta. Näin toiminta pysyy järjestelmällisenä ja kehityksen kannalta suopeana. Osaamisen kohdistaminen takaa, etteivät hyvät laitteet jää käyttämättä. (Mäkelä 2006, 113–115.)

3.2 VIRTU-projekti

Vuosina 2010–2013 toteutetaan Euroopan unionin -projekti VIRTU (Virtual Elderly Care Services on the Baltic Island). Projektin tavoitteena on luoda saaristoalueille toimiva palvelumalli sosiaali- ja terveysalalle. Olemassa olevia palveluita ei ole tarkoitus korvata, vaan uusi malli laajentaa ja monipuolistaa niitä hyödyntäen virtuaalista teknologiaa. Hankkeessa testataan ikäihmisten, ammattikorkeakoulujen ja kuntien kanssa vuorovaikutteisen VIRTU-kanavan käyttöä. (VIRTU 2011a.)

Ensisijaisesti projektissa mukana ovat Suomen, Ahvenanmaan ja Viron saaristoalueiden ikäihmiset, kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijät, yritykset sekä kolmannen sektorin toimijat. Suomessa projektia koordinoi Turun ammattikorkeakoulu. Lisäksi mukana ovat Novia- ja Laurea-ammattikorkeakoulut. Ammattikorkeakoulut tekevät yhteistyötä Naantalin ja Sipoon kuntien kanssa. Ahvenanmaalla hanketta toteuttavat Högskolan på Åland ja Eckerön kunta sekä Virossa Saarenmaan kehittämiskeskus, Kuresaaren kunta ja Hiidenmaan kehittämissyhtiö Tuuru. (VIRTU 2011b.)

Uusi palvelumalli on hyödyllinen ikäihmisille, sillä sen avulla pystytään tukemaan itsenäistä asumista tarjoamalla tietoa, taitoa ja itsehoitovalmiuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille projekti tarjoaa uusia työvälineitä, joiden avulla voidaan tukea kotona asuvien ikäihmisten ja omaishoitajien elämänlaatua ja lisätä turvallisuutta. (VIRTU 2011a.)

Projektissa käytettävä VIRTU-kanava ei ole tavallinen televisiokanava, vaan kyseessä on vuorovaikutuksellinen kohtaamis- ja keskustelupaikka (liite 6; kuva 1). Kanavan kautta käyttäjät voivat oman kiinnostuksensa mukaan osallistua erilaisiin liikunta- ja lauluhetkiin sekä keskusteluohjelmiin. Kanavan avulla ikäihmiset ja omaishoitajat voivat pitää yhteyttä myös muihin käyttäjiin. (VIRTU 2011c.)

Laite toimii Internet-yhteyden avulla ja perustuu videokonferenssi- ja kuvapuhelutekniikoihin. Näin käyttäjät saavat näkö- ja keskusteluyhteyden toisiinsa, jolloin sosiaalinen vuorovaikutus ja vertaistuki mahdollistuvat palveluista kaukana asuville. Laite on kehitetty helppokäyttöiseksi, jolloin se soveltuu erityisen hyvin ikäihmisille. (VIRTU 2011c, d.)

VIRTU-kanavan käyttäjiä ovat yksinasuvat ikäihmiset, kuntoutujat ja omaishoitajat. Heistä on muodostettu lähetyksiä varten kaksi käyttäjäryhmää niin, että vertaistuki mahdollistuu. Ryhmät ovat Telkät ja Tiirat. Telkät-ryhmässä on kotona yksin asuvia ikäihmisiä. Ryhmässä on kahdeksan naista ja kolme miestä. He ovat iältään 60 – 91-vuotiaita. Tiirat-ryhmässä on kymmenen omaishoitajaa ja kuntoutujaa. Ryhmässä on yhdeksän naista ja yksi mies. Ryhmäläisten tarkempaa ikäjakaumaa ei tiedetä. (Kuikkaniemi 23.9.2011.)

Omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka huolehtii ja hoitaa läheistään, joko sairauden tai vammautumisen vuoksi. Useimmiten omaishoitotilanne mielletään iäkkäiden hoitamiseksi, mutta hoidettavana voi olla myös lapsi tai työikäinen. Useimmiten omaishoitajana toimii vanhempi, puoliso tai lapsi. Hoidettavat kokevat omaishoidon mahdollistavan pitkään kotona asumisen. Perheenjäsenen sairastuminen tai vammautuminen aiheuttaa koko perheelle elämänmuutoksen. (Purhonen ym. 2011, 12–17.)

Omaishoitajan sitoutuminen ja hoidon vaativuus vaihtelevat autettavan avuntarpeiden mukaan. Kunnat myöntävät omaishoitajille rahallista tukea omaishoidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan. Suomalaisen yhteiskunnan väestörakenteen muuttuminen vanhusväestöpainotteiseksi kasvattaa omaishoidon tarvetta entisestään. (Purhonen ym. 2011, 12–17.) Kuntoutuja on ihminen, joka kuntoutuu esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Kuntoutuksella edistetään sairaan, vajaatoimintakykyisen tai vammautuneen ihmisen toimintakykyä. Tavoitteena on tukea itsenäistä selviytymistä, parantaa hyvinvointia ja arjessa toimimista. (STM 2011b.)

3.3 KOTIIN ja Turvallinen Koti -hankkeet

VIRTU-projektia on lähdetty kehittämään KOTIIN ja Turvallinen Koti -hankkeiden pohjalta. Vuosina 2006–2008 toteutetussa KOTIIN-hankkeessa tutkittiin, kehitettiin ja tuotettiin interaktiivista ohjelmatuotantoa HyvinvointiTV:n avulla ikäihmisille. KOTIIN-hanke kuului InnoELLI Senior -ohjelmaan, joka oli Euroopan aluekehitysrahaston tukema ohjelma. Ohjelman tavoitteena oli kehittää ikääntyvien hyvinvointipalveluja. (Lehto 2008, 11–12.)

HyvinvointiTV:n ohjelmat vaikuttivat vanhusten arkeen, sosiaalisuuteen, toimintaan, tietämiseen ja elämän merkityksellisyyteen. Muun muassa arjessa turvallisuus ja itsestä huolehtiminen, kunto ja toimintakyky kasvoivat. Vanhoja tietoja kerrattiin ja ohjelmat antoivat ikäihmisille uutta tietoa. Vanhusten sosiaalisuus lisääntyi ja he loivat uusia sosiaalisia suhteita. Kotiin-hankkeessa käytettiin digitaalista teknologiaa, kun taas VIRTU-hankkeessa käytetään Internet-yhteyttä. (Lehto 2008, 43–44.)

Vuosina 2008–2011 toteutettiin Euroopan unionin rahoittama Turvallinen Koti-hanke. Se koostui kahdesta osahankkeesta, Laurea-ammattikoulun Ehyenä-osahankkeesta ja Turun ammattikoulun Omana-osahankkeesta. Hankkeessa tuotettiin interaktiivisia ohjelmasisältöjä asiakkaiden koteihin. Hankkeen tavoitteena oli tukea arkea ja hyvinvointia virtuaalisten palveluiden avulla. Lisäksi hankkeessa tutkittiin ja kehitettiin eHyvinvointipalveluja edistämään eri asiakasryhmien hyvinvointia ja terveyttä. Omana-osahanke on jatkoa aikaisempaan InnoELLI Senior 2006 – 2008 -ohjelman KOTIIN-hankkeeseen. Turvallinen Koti -hankkeen tulokset ovat osittain samansuuntaiset kuin KOTIIN-hankkeessa. Turvallinen Koti -hankkeessa HyvinvointiTV:n päivittäiset ja viikoittaiset käyttökerrat olivat suurempia ja käyttäjät olivat halukkaampia osallistumaan kuin KOTIIN-hankkeessa. (Lehto & Leskelä 2011, 5, 18, 86.)

4 IKÄIHMISET JA VANHUUS ELÄMÄNVAIHEENA

Vanhuus elämän vaiheena voidaan jakaa eri ryhmiin iän mukaan. Tällöin ikäihmisiä ovat nuoret vanhukset (55 – 69-vuotiaat), keskivanhat (70 – 79-vuotiaat), vanhat (80 – 89-vuotiaat) ja hyvin vanhat (yli 90-vuotiaat). (Koskinen ym. 1998, 16.) Ikääntyminen on myös pysähtymätön sarja eri tahtiin eteneviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia (Medina ym. 2006, 11). Kirjallisuudessa ikäihmisistä käytetään vaihtelevasti termejä ikääntynyt, vanhus, eläkeläinen ja iäkäs.

Näitä muutoksia on tarkastellut muun muassa Tony Dunderfelt (1999, 210–211) omassa elämänkaariteoriassaan. Hänen mukaansa 60-vuotiaana alkaa ihmisen elämänkaareissa kypsyyden ikävaihe. Tähän vaiheeseen kuuluu, että yksilön suhde aikaan muuttuu, jolloin menneisyys saattaa kasaantua ja tulevaisuus voi tuntua epämääräiseltä tai olemattomalta. Oman elämän historian läpikäyminen alkaa ja ajatukset kuolemasta tuntuvat tulevan lähemmäs. Fyysiset vanhenemisoireet saattavat tuntua raskailta muutoksilta ja niitä voi olla vaikea hyväksyä. Eläkeiässä onkin osattava luopua monesta.

Tämä ikävaihe voi olla kuitenkin vielä täynnä kokemuksia, kehitystehtäviä ja mahdollisuuksia kasvuun ja kehitykseen. Ikääntyessä yhteiskunnalliset ja taloudelliset sekä työelämän arvot menettävät merkityksensä ja sisäiset arvot nousevat tärkeäksi. Elämää joutuu tällöin rakentamaan uudelleen. Siinä onnistuminen riippuu paljon siitä, miten aikaisemmat elämänvaiheet on käyty läpi. (Dunderfelt 1999, 210–211.)

Ikääntymisen mukana tuleviin muutoksiin voidaan vaikuttaa suuresti toimintakyvyllä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä jokapäiväisistä askareista ja haasteista. Se on itsestä ja toisista huolehtimista, työtä, vapaa-aikaa ja harrastamista. Toimintakyky muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. (THL 2012.) Ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta on tärkeä harjoittaa kognitiivista, eli tiedollista ja

tajunnallista, aktiivisuutta. Ikäihmisiä tulee tukea fyysisesti aktiiviseen elämäntapaan ja heidän tulisi välttää syrjäytymistä. Sosiaalinen aktiivisuus on tärkeää, sillä se ylläpitää toimintakykyä ja mielen vireyttä sekä vähentää yksinäisyyttä. (Sulkava 2009.)

Toimintakyvyn heikkeneminen puolestaan tarkoittaa alentunutta kykyä selvitä päivittäisistä toiminnoista verraten aiempaan (Noppari & Leinonen 2005, 46). Ikäihmisillä päivittäisten toimintojen heikkeneminen lisääntyy iän myötä. Elämäntavat ja huono ravitsemustila vaikuttavat olennaisesti ikäihmisten toimintakyvyn heikkenemiseen. Toimintakykyä laskee entisestään monet ikäihmisten sairaudet, esimerkiksi keuhkokuume. (Heikkilä 2005.)

Ikäihmisten kognitiiviseen, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavat heidän mahdollisuutensa olla yhteydessä läheisiinsä ja ystäviinsä. Ihmisen vanhetessa sosiaaliset suhteet ja toiminnot, kuten keskustelut, vierailut, musiikki ja lukeminen nousevatkin entistä tärkeämpään rooliin. Sosiaalisissa toiminnoissa ja erilaisissa harrastuksissa mukana oleminen on myös tärkeää sillä, silloin ikäihmisen elämän mielekkyys säilyy. Lisäksi heillä on oikeus saada elämyksiä, hankkia tietoa ja taitoa sekä harrastaa. Ikäihminen voi siis olla edelleen aktiivinen osa sosiaalista ja kulttuurista yhteisöä. (Kivelä & Vaapio 2011, 101–102; Hattula & Salminen 2000, 208.)

Monet vanhukset kokevat kuitenkin yksinäisyyttä (Laitalainen ym. 2010, 24). Vanhusten yksinäisyyden kokemukseen liittyviä tekijöitä ovat toimintakyvyn heikkeneminen, sosiaalinen eristäytyminen, heikko terveys, kuulon ja näön heikkeneminen. Yksinäiseksi itsensä kokevat henkilöt käyttävät enemmän lääkkeitä ja alkoholia. Heillä saattaa olla myös uniongelmia ja heikentynyt ravitsemustila. (Routasalo 2010, 413–414.) Tutkimusten mukaan etenkin iäkkäät naiset kokevat enemmän yksinäisyyttä kuin miehet (Laitalainen ym. 2010, 24).

Ikäihmisten yksinäisyyttä on yritetty ehkäistä muun muassa ryhmätapaamisilla, -keskusteluilla, aktiviteeteilla, kuvataide elämyksillä ja kotieläinterapialla (Routasalo 2010, 415). Ohjauksella tuetaan ikäihmisten terveyden edistämistä, ehkäistään sairauksia, parannetaan toimintakykyä ja itsenäistä elämää sekä vähennetään hoidontarvetta (Sulkava 2009).

5 ASIAKASOHJAUS OSA SAIRAANHOITAJAN AMMATTITAITOA

Nykyisessä yhteiskunnassa terveydenhuollon haasteena on asiakasohjaustapojen kehittäminen. Asiakasohjauksen on pystyttävä muuttamaan ajan hengen mukaan ja sitä tulee tarjota asiakkaille monin eri menetelmin. Onnistuneella asiakasohjauksella voidaan ehkäistä sairauksien syntymistä ja huononemista. Näin julkisen terveydenhuollon menot pienenevät ja samalla parannetaan yksittäisten ihmisten elämänlaatua. (Pulkinen ym. 2006, 9, 11–12.)

Asiakasohjaus on osa sairaanhoitajan työtä. Sairanhoitaja tukee asiakkaan terveyttä, kuntoutumista, elämän laatua ja hyvinvointia. Hänen tehtävänsä kuuluu toimia yhteistyössä asiakkaan omaisten ja omaishoitajien kanssa vahvistaen asiakkaan hoitoon osallistumista. Sairanhoitaja antaa terveyttä käsittelevää tietoa lisäten asiakkaan itsehoitotaitoja. Näin hän tukee ja lisää asiakkaiden omia voimavaroja. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012b.) VIRTU-kanavan välityksellä sairaanhoitaja voi toteuttaa asiakasohjausta opastaen esimerkiksi lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Ohjauksen avulla sairaanhoitaja voi hoitaa ja ennaltaehkäistä sairauksia sekä edistää ja ylläpitää terveyttä (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012a). Terveyden edistäminen on toimintaa, jolla pyritään lisäämään ihmisen mahdollisuuksia vaikuttaa elämäänsä. Saamansa tiedon avulla ihminen voi lisätä terveyttä ja tehdä terveyttä tukevia päätöksiä. Terveyden edistämällä voidaan siis muuttaa ihmisten elintapoja. (Laine ym. 2010, 125.) Ikäihmisten kohdalla tämä tarkoittaa toimintakyvyn ja terveyden edistämistä ja tukemista, vähentäen heidän alttiutta sairastua. Henkilökohtainen lääkehoito on osa terveyden edistämistä. Ikäihmisten lääkehoitoon perehtymällä estetään muun muassa ylilääkitys. (Medina ym. 2006, 141–142.)

5.1 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaus on vuorovaikutuksellista työtä, jota tehdään keskustelemalla, liittyen yksilön oppimiseen tai ohjaukseen. Sitä voidaan antaa yksilöille, ryhmille ja yhteisöille. (Vehviläinen 2001, 17.) Ohjaus on hoitajan ja asiakkaan / ryhmän välinen vuorovaikutussuhde, joka perustuu tasa-arvolle ja vastavuoroisuudelle (Mäkelä ym. 2001, 11–12). Ohjaus vaatii toteutuakseen tilan, jossa kohtaaminen ja näkemysten vaihto tapahtuu (Vehviläinen 2001, 12).

Hoitotyössä asiakkaan tarpeista lähtevät tavoitteet ovat aina tietoisesti ammatillisen ohjausprosessin lähtökohdat (Mäkelä ym. 2001, 37–38). Ohjauksessa sovitaan yhdessä tavoitteista, joihin molemmat pyrkivät. Ohjausprosessissa otetaan huomioon asiakkaan aikaisemmat asenteet, tiedot ja taidot sekä asiakkaan kyky ottaa vastaan tietoa. Asiakkaan motivaatio ratkaisee ohjaukseen sitoutumisen. Ohjausprosessi etenee tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaaja suunnittelee asiakkaan tarpeiden mukaan käsiteltävän tiedon määrän ja varmistaa eri tavoin asioiden ymmärtämisen. Ohjausprosessi loppuu aina arviointiin siitä, mitä on opittu. (Laine ym. 2010, 246.)

Ohjaukseen kohdistuu paljon odotuksia asiakkaiden taholta ja se koetaan tärkeäksi. Asiakkaat odottavat ohjauksen antavan tietoa siitä, miten sairaus fysiologisesti vaikuttaa heihin ja heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Tärkeäksi koetaan yleinen tiedon saanti sekä informaatio sairauden vaikutuksista taloudelliseen elämään. (Pulkinen ym. 2006, 9.)

5.2 Laadukas asiakasohjaus

Laadukas ohjaus tarvitsee toteutuakseen asianmukaiset tilat, ajan, henkilöstön ja heille hyvät ohjausvalmiudet. Sen tulee olla myös oikein mitoitettua, eli sitä tulee tarjota riittävästi ja oikeaan aikaan. Laadukas ohjaus edistää asiakkaan toimintakykyä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekoa ja elämänlaatua. Sen avulla asiakas voi lisätä tietomääräänsä ja muistaa hoitoaan koskevia asioita paremmin. (Kyngäs ym. 2007, 21, 145.)

Pätevä ohjaaja tutustuu ennen tapaamista asiakkaan asiakirjoihin ja dokumentteihin. Hän muodostaa ennakkokuvan asiakkaasta, johon vaikuttavat asiantuntijan elämäkokemus, työhistoria ja hänen yleiskäsityksensä kyseisestä asiakasryhmästä. Kohtaamisessa vaikuttavat myös tiedostamatta asiakkaan ja työntekijän elämäkokemukset. (Sukula 2002, 14–15.) Pätevä ohjaaja on myös hyvä kuuntelija, sillä hänen on kyettävä puheenvuoroissaan ottamaan huomioon kuulemansa (Poskiparta 2002, 29).

Ohjaustilannetta voivat heikentää tai tukea ympäristön eri tekijät. Niitä voivat olla kulttuuri-, fyysinen tai ihmissuhdeympäristö. Tärkeintä on kuitenkin tila, jossa ohjausta toteutetaan. Parhaan ympäristön ohjaukselle luo tila, jossa asiaa voidaan käsitellä keskeytyksettä ja siellä on saatavilla kaikki ohjauksessa tarvittava materiaali. Onnistuneessa ohjauksessa tila on rauhallinen ja valoisa sekä hyvin äänieristetty. Samalla tasolla istuminen asiakkaan kanssa luo tasa-arvoisuuden tunteen. Välimatka keskustelijoiden välillä tulisi olla vähintään puoli metriä. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

Yleensä asiakas ja asiantuntija kohtaavat asiantuntijan hallitsemassa tilassa. Työskenneltäessä asiakkaan kotona tulee asiantuntija asiakkaan reviirille, jolloin asiantuntija on vieras ja asiakas hallitsee tilaa. Kotiin astuessa asiantuntijan tulee olla hienovarainen ja hyväksyä kodin tavat. (Sukula 2002, 21–22.)

5.3 Vuorovaikutus asiakasohjauksessa

Ammatillinen vuorovaikutus on monipuolinen taito, joka perustuu tietoon ja oppimiseen. Se voi olla parhaimmillaan tiedon hankkimista ja jakamista, vaikuttamista ja asioiden eteenpäinviemistä. Se on viestintää sanoilla, ilmeillä, eleillä ja toiminnalla. (Vilen ym. 2002, 21.) Vuorovaikuttava viestintä on toimintaa, jossa vaihdetaan tietoja, ajatuksia, tunteita ja asenteita. Se muuttuu ja etenee ympäristöstä saadun palautteen kautta. (Niemi ym. 2006, 15.) Vuorovaikutuksen avulla yksilö pystyy kehittämään älyllisiä, kokemuksellisia tai

elämyksellisiä toimintoja. Vuorovaikutuksella rakennetaan suhteita toisiin ihmisiin. (Mäkelä ym. 2001, 12–13.)

Asiantuntijan ja asiakkaan kohtaamiseen vaikuttavat monet tekijät. Kyseessä on monimuotoinen vuorovaikutusprosessi, jossa osallistujilla on erilaiset roolit. Asiantuntijalle määräytyy tietty asema koulutuksensa ja tehtäviensä mukaan, kun taas asiakas on palveluiden käyttäjänä perinteisesti vastaanottajan roolissa. (Sukula 2002, 13.) Pyrittäessä laadukkaaseen ohjaamiseen on asiakkaan osallistumiseen syytä panostaa (Kyngäs ym. 2007, 20). Idealisessa asiakasohjaustilanteessa asiakas on aktiivinen tekijä, kysellen ohjeita ja neuvoja hoidostaan (Mäkelä ym. 2001, 31).

Vuorovaikutuksellinen ohjaus etenee sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla (Kyngäs ym. 2007, 38–39). Sanallinen viestintä merkitsee puhuttua puhetta, kuitenkin suurin osa kommunikoinnista tapahtuu sanattomasti. Sanaton viestintä tarkoittaa erilaisia eleitä, ilmeitä, äänenpainoja ja vartalon liikkeitä. (Mäkelä ym. 2001, 13–14.) Ohjaajan tulee tiedostaa erilaiset kommunikointitavat pyrkiessään hyvään vuorovaikutukseen.

Asiakasohjauksessa hyvä vuorovaikutus lähtee selkeästä kielen käyttö. Asioista puhutaan sellaisilla nimillä, että asiakas ymmärtää ne ja niiden konkreettinen esittäminen tapahtuu niin, ettei asioita voi tulkita väärin. (Mäkelä ym. 2001, 37–38.) Selkeän kielenkäytön vaatimus perustuu potilaslakiin. Tämä luo velvollisuuden sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville kiinnittää huomiota kielenkäyttöön. Kielenkäytön tulisi olla selkeää etenkin terveysneuvonnassa ja erilaisten ohjeiden antamisessa. (Niemi ym. 2006, 298.)

Ohjaajan tulee kiinnittää kielenkäytön lisäksi huomiota äänen käyttöön, sillä äänellä on suuri merkitys kerrotun asian välittymiseen. Hyvässä äänenkäytössä ääni on riittävän voimakas ja puhe on tarpeeksi rauhallista. Hyvä ääntäminen on tärkeää, varsinkin keskusteltaessa huonokuuloisten ihmisten kanssa. Puheen yleiseen sujuvuuteen on syytä kiinnittää huomiota. Tauot lisäävät puheen

sujuvuutta ollen tehokeino, jolla saadaan kuuliija ajattelemaan. (Niemi ym. 2006, 63.)

Hyvän vuorovaikutuksen ollessa kaksisuuntaista, tulee asiakkaan omille pohdinnoille antaa tilaa. Asiakkaan pohtiessa ja kysyessä hänen tietonsa karttavat. Asiantuntija voi tukea yksilöllistä oppimista erilaisilla äänenpainoilla esitetyillä kysymyksillä, ei-sanallisella viestinnällä ja myöntelevillä äännähdyksillä. Kysymyksillä pyritään herättämään asiakkaan mielenkiinto aiheeseen. Asiakkaan aktiivisella kuuntelulla ja terveysneuvonnan myönteisellä ilmapiirillä on keskeinen merkitys asiakkaan oppimiseen. (Poskiparta 2002, 32–33.)

5.4 Ryhmäohjaus

Terveydenhuollossa ryhmäohjaus on yksi käytetyimmistä menetelmistä yksilöohjauksen lisäksi. Ryhmässä valitsee merkityksellinen vuorovaikutus, joka ei aina ole sanallista. Ryhmän viestintä voi tapahtua kasvokkain tai jonkin verkon tai sähköisen viestimen kautta. (Kyngäs ym. 2007, 104–105.)

Ohjaajan tehtävänä on saada ryhmä toimimaan ja toiminnallisia menetelmiä on hyvä käyttää alussa, kun halutaan saada ryhmä sitoutumaan ja tehostaa ryhmäytymistä. Toiminnan avulla ryhmään luodaan vapautunut tunne. Työskennellessä ryhmän kanssa, on ohjaajan oltava tietoinen erilaisista ryhmätyöskentelymenetelmistä. (Kyngäs ym. 2007, 111–112.)

Menetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat ryhmän tavoite ja tehtävä, ryhmän jäsenet ja ohjaajan ohjausosaaminen. Opetuksellisia ryhmätyömenetelmiä ovat muun muassa projektityö, sosiodraama, työryhmä, parityöskentely, keskusteluryhmä sekä aivoriihi. (Kyngäs ym. 2007, 111.)

Aivoriihi tukee mielikuvituksen käyttöönottoa, jolloin ryhmä tuottaa uusia ideoita ja ajatuksia, joita voidaan viedä eteenpäin (Kyngäs ym. 2007, 112). Aivoriihen tavoitteena on nostaa esiin ajatuksia, ideoita ja kysymyksiä. Aivoriihen

ensisijainen tarkoitus on nostaa esiin osallistujien olemassa oleva tietämys sekä kiinnostuksen kohteet ja oppimistarpeet. Lisäksi sen avulla voidaan avata vaikeaa käsitettä tai teoriaa. Aivoriihen avulla voidaan lisätä ryhmän jäsenten yhteenkuuluvuutta. Tätä menetelmää voidaan käyttää muun muassa luovassa ja prosessikirjoittamisessa, eri mielipiteitä tai tietoa kerättäessä. Osanottajia aivoriihen voi olla kolmesta seitsemään henkilöä. Aivoriihen alussa jokainen osallistuja kertoo ääneen aiheesta mieleen nousevia sanoja, ajatuksia ja ideoita, joita kirjataan ylös. Tässä vaiheessa niiden käyttökelpoisuus tai järkevyys ei ole olennaista. Aivoriihen tuloksena syntyy miellekartta. (Pruuki 2008, 76, 94, 114–115.)

Akvaariomenetelmä on ryhmän aktiiviseen osallistumiseen käytetty menetelmä. Siinä ryhmässä voi olla pari, joka keskustelee muiden kuunnellessa. Tällöin pari voi olla käsiteltävän aiheen asiantuntijoita. Asiantuntijoiden keskusteltua muilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun tai esittää kysymyksiä. Asiantuntijat alustavat keskustelua, mutta myös muut pääsevät ja joutuvat esittämään kysymyksiä. (Pruuki 2008, 74.)

Valittaessa ohjausmenetelmiä on syytä miettiä, millä tavoin asiakas omaksuu saadun tiedon. Tutkimusten mukaan tiedosta 10 %:a omaksutaan kuulemalla, kun taas 75 %:a tiedosta muistetaan näkemällä. Ohjausta havainnollistamalla asiakas voi siis omaksua asiat helpommin. Havainnollinen esittäminen vaatii asiakkaan informoimista esityksen tarkoituksesta ja sen etenemisestä sekä tarvittavasta välineistöstä. (Kyngäs ym. 2007, 73, 128–129.) Erilaisia viestintävälineitä ohjaustilanteissa voivat olla kuvat, musiikki tai muu luova toiminta (Vilen ym. 2002, 21). Viestintävälineenä kuva on vaikuttava, sillä se vetoaa sekä älyyn että tunteisiin. Samalla aktivoituu ihmisen näköaisti. (Laine ym. 2010, 35.)

5.5 Ikäihmisten ohjaus

Ohjaussuhteessa tulee aina huomioida se, ketä ohjataan tai opastetaan. Esimerkiksi vanhusta ohjattaessa ohjaajan on teoreettisella tasolla

ymmärrettävä, mitä ikääntyvän mielessä tapahtuu. Hänen on myös tunnettava elinikäisen kasvun ja kehityksen lainalaisuudet. Näin ohjaaja pystyy paremmin ymmärtämään niitä tunteita ja mielialoja, joita ikäihminen hänelle jakaa. (Mäkelä ym. 2001, 73.) Iäkkäät arvioivat itse hyötyvänsä ryhmäohjauksesta ja toivovat monipuolisuutta ohjausmenetelmiin, esimerkiksi opetusvideoiden käyttöä. Ohjauksen jakautuminen pitkälle aikavälille koetaan tärkeäksi. (Isola ym. 2006, 56–59.)

Iäkkäille ohjauksen paikalla on suuri merkitys. Ohjaustilan kokoon, yleisilmeeseen ja meluisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Tutkimusten mukaan ikäihmisille negatiiviseksi muodostuvat ohjaustilanteiden aikojen muutokset, ohjaajien vaihtuminen ja ohjaajien käyttämät vierasperäiset sanat. Ohjaajan tulisi ottaa huomioon ohjaustilanteissa iäkkään huono kuulo- ja näkökyky sekä huonomuistisuus. (Isola ym. 2006, 56–59.) Kommunikoitaessa vanhuksen kanssa on kiinnitettävä huomiota selkeään puhetapaan ja sopivaan puhe-ettäisyyteen. Vanhuksen on hyvä nähdä puhujan kasvot. Puheympäristön on oltava rauhallinen, sillä ympäristön melu vaikeuttaa kommunikointia. (Niemi ym. 2006, 301.)

Vanhusten kanssa viestiessä on tärkeää huomioida fyysisen ja psyykkisen kunnon heikkenemisen mukana tulevat kommunikoinnin muutokset. Vanhetessa puheen tuottaminen ja puhenopeus hidastuvat sekä vastausaika pitenee. Puheessa toistot ja epäröinnit lisääntyvät ja vanhuksella voi olla joskus hankala löytää sanoja. Hampaiden puuttuminen ja suun kuivuminen aiheuttavat myös ongelmia puheen tuottoon. Jokaisella vanhuksella on yksilöllinen tapa kommunikoida ja hänen kanssaan asioivan on otettava se huomioon. (Niemi ym. 2006, 300–301.) Iäkkäät puhuvat mielellään paljon, joten ohjaustilanteessa heille tulisi antaa aikaa kertoa tuntemuksistaan (Mäkelä ym. 2001, 84–85).

6 IKÄIHMISTEN YLEISIMPIÄ KEUHKOSAIRAUKSIA

Vanhusten keuhkosairauksista yleisimpiä ovat keuhkosyöpä, keuhkokuume ja ahtauttavat keuhkosairaudet kuten astma. Ikääntyessä heikkenee yksilön kyky aistia keuhkoputkien supistumista. Ahtauttavan keuhkosairauden diagnoosi voi vanhuksella viivästyä, sillä heidän fyysinen aktiviteetti vähenee ja oireiden tunnistaminen heikentyy. (Harju 2010, 210.)

Keuhkokuumeeseen sairastuvat helpoiten lapset ja vanhukset. Keuhkokuume on yksi vakavimmista hengitysteiden tulehduksista ja Suomessa siihen sairastuu kymmeniä tuhansia ihmisiä. (Järvinen 2009.) Astma puolestaan on yksi yleisin pitkäaikaissairaus ja noin 6 %:a suomalaista sairastaa sitä (Haahtela 2007, 219; Haahtela 2010). Näistä sairauksista tiedottamalla voidaan ennaltaehkäistä sairastumiskierrettä.

6.1 Keuhkokuume

Keuhkokuume eli pneumonia on keuhkokudoksien tulehdustila. Siinä tautia aiheuttava mikrobi pääsee ylähengitysteistä eli nenän tai suun kautta nieluun ja sieltä keuhkoihin. (Halme & Kolho 2005, 375.) Tämän jälkeen keuhkoihin kertyy tulehdussoluja ja nestettä joko paikallisesti tai laaja-alaisesti aiheuttaen tulehduksen (Jalanko 2009).

Tulehdussolut keuhkoissa ovat joko viruksen tai bakteerin aiheuttamia. Yleisin aiheuttaja on pneumokokki ja muita yleisiä aiheuttajia ovat mykoplasma ja keuhkoklamydia. Keuhkokuumeen voi aiheuttaa myös aspiraatio, eli nesteen tai ruuan joutuminen hengitysteihin. Vain noin 50 – 70 %:a tapauksista aiheuttaja saadaan selville. (Halme & Kolho 2005, 376; Kivelä & Rähä 2007, 47.)

6.1.1 Sairastavuus ja riskitekijät

Yleisimmin keuhkokuumeeseen sairastuvat elämänkaaren ääripään ikäryhmät eli lapset ja vanhukset sekä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat. Näillä

ryhmillä immunitettijärjestelmä on kehittymätön tai vastustuskyky heikentynyt. Influenssakautena keuhkokuume yleistyy ja silloin, sitä esiintyy kaikissa ikäluokissa. (Valtonen 2003, 330–331.) Keuhkokuumeeseen sairastutaankin usein muun hengitystieinfektion jälkeen (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008).

Keuhkokuume on yksi vakavimmista hengitysteiden tulehduksista ja noin joka kymmenes alahengitystieinfektio on sen aiheuttama (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008). Eri tutkimusten mukaan Suomessa siihen sairastuu 37 000–105 000 ihmistä vuosittain (Järvinen, 2009). Riskiä sairastumiseen lisäävät korkea ikä, tupakointi, alkoholi ja pitkäaikainen laitoshoido (Ruutu 2009). Keuhkokuumeelle ikäihmisiä altistavat keuhkojen elastisuuden väheneminen, hengityslihasten kunnon huononeminen ja immunologisen puolustusjärjestelmän, sekä yskä- ja nielemisrefleksien heikkeneminen. (Medina ym. 2006, 122.)

Sairaudet, jotka lisäävät alttiutta ovat muun muassa diabetes, sydämen tai maksan vajaatoiminta, krooniset keuhkosairaudet ja HI-virus. Pernan poistolla ja munuaissiirrolla on myös vaikutusta sairastumiseen. (Ruutu 2009.) Dementian, immuunipuutosten, kouristelukohtausten, aivoverenkiertohäiriöiden, huonon ravitsemustilan ja miessukupuolen on todettu lisäävän riskiä (Halme & Kolho 2005, 375). 1980-luvulla Savossa tehdyssä tutkimuksessa keuhkokuumeen ilmaantuvuus miehillä oli 2–3 kertaa suurempi kuin naisilla (Sammalkorpi 2010, 272).

Vuodessa neljä prosenttia keuhkokuumeeseen sairastuneista suomalaisista kuolee. Tämä tarkoittaa noin 30–40 keuhkokuumeekuolemaa 100 000 asukasta kohden vuodessa. Suurin kuolleisuus on vanhusväestössä. Yli 75-vuotiaista 17 %:a kuolee keuhkokuumeeseen, kun taas 15 – 59-vuotiaista alle prosentti. Infektioista keuhkokuume aiheuttaa Suomessa eniten kuolemia ja influenssakaudet nostavat lukemia. Keuhkokuume voikin laukaista äkillisen

sydäninfarktin tai aivoverenkiertohäiriön. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008; Valtonen 2003, 175, 330–332.)

6.1.2 Keuhkokuumeen oireet

Yleisimmät oireet ovat kuume ja limainen yskä kuten muissakin hengitystieinfektioissa. Erityispiirteenä on näiden oireiden pitkittyminen. Keuhkokuumeessa kuume nousee tavallista korkeammaksi, aiheuttaen väsymystä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008.) Muita oireita voivat olla märkäiset ja veriset yskökset. Keuhkokuume vaikeuttaa hengittämistä, jolloin saattaa ilmetä rintakipua ja hengenahdistusta. Nämä aiheuttavat hengitystiheyden ja pulssin nopeutumista. Infektiopesäkkeen sijaitessa pallean lähellä, ilmenee vatsan alueen kipua. (Halme & Kolho 2005, 375.)

Vanhuksilla keuhkokuume esiintyy poikkeavana. Heillä yleiskunto voi laskea ja esiintyä sekavuutta. Näitä oireita ei välttämättä osata liittää keuhkokuumeeseen. (Halme & Kolho 2005, 375.) Keuhkokuumeen johdosta vanhuksen perussairauksien oireet saattavat pahentua nopeasti. Ikäihmisten keuhkokuumeen erityispiirteitä ovat kuumeettomuus, jota esiintyy 20 – 30 %:lla sairastuneista, sekä systolisen verenpaineen eli yläpaineen aleneminen. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008.)

Modyn ym. (2006, 1064,1066) mukaan vanhuksilla saattaa keuhkokuumeen ilmaantuessa olla lisääntyntä tai uutta sekavuutta, ruokahalun puutetta sekä kaatumistapauksia. Keuhkokuumeen tyypilliset oireet ilmenevät ennen kaikkea hyväkuntoisilla vanhuksilla. Vanhuksilla, joilla yleiskunto on huonompi, keuhkokuumeen oireet ovat vaikeammin havaittavissa.

Keuhkokuume todetaan kuuntelemalla keuhkoista rahinoita ja rintakehää koputellessa kuuluu tiivistymiä (Halme & Kolho 2005, 375). Diagnosoidessa keuhkokuumetta iäkkäiltä, ei tyypillisiä keuhkokuume hengityssäniä usein löydy. Tämä johtuu siitä, etteivät vanhukset pysty keuhkoja kuunneltaessa vetämään

keuhkoihin riittävästi ilmaa. (Medina ym. 2006, 123.) Verikokeessa todetaan CRP:n eli tulehdusarvojen nousua ja leukosyyttien eli valkosolujen lisääntyminen. Keuhkokuumeen varmistamiseksi otetaan röntgenkuva. (Halme & Kolho 2005, 375.)

6.1.3 Keuhkokuumeen ennaltaehkäisy

Keuhkokuumeen helpoin ennaltaehkäisykeino on käsien pesu ja käsidesin käyttö. Sairastumiseen liittyviin riskitekijöihin olisi syytä kiinnittää huomiota, muun muassa tupakointi olisi tärkeää lopettaa. Rokottaminen on kuitenkin tärkein ennaltaehkäisyn keino, etenkin vanhusväestön kohdalla. Rokotteita suositellaan yli 65-vuotiaille sekä riskiryhmiin kuuluville. Rokotteet ovat heille ilmaisia ja niiden suojausteho on 70 %:a. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008.) Vaikka rokotteet maksavat, maksaa yhteiskunnalle enemmän keuhkokuumeen hoito kuin ennaltaehkäisevä rokotus (Valtonen 2003, 331–332).

Keuhkokuumeelta suojaavia rokotteita ovat pneumokokki- ja influenssarokotteet. Pneumokokkrokote saattaa suojata keuhkokuumeeseen sairastumiselta, vähentää sairaalahoitoja sekä mahdollisesti estää keuhkokuumeeseen kuoleminen. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ym. 2008.) Influenssakausina suositellaan influenssarokotetta, joka suojaa myös mahdolliselta keuhkokuumeelta (Halme & Kolho 2005, 380).

6.1.4 Keuhkokuumeen hoito

Kotona oireita voidaan helpottaa levolla, runsaalla nesteytyksellä, kuumetta alentavilla ja tulehduskipulääkkeillä sekä yskänlääkkeillä. (Halme & Kolho 2005, 379.) Sairaalahoidolle on tarvetta, jos ilmenee sekavuutta, tajunnan tason heikentymistä, tihentynyttä hengitysnopeutta tai alentunutta systolista verenpainetta. Sairaalassa hoidetaan aina yli 65-vuotiaat yksin asuvat, joilla on jokin vakava perussairaus. (Aho ym. 2008.) Vanhuksilla keuhkokuumeen hoito

on aloitettava nopeasti, sillä heidän vointinsa voi huonontua nopeasti (Sammalkorpi 2010, 272).

Keuhkokuumetta hoidetaan mikrobilääkkeillä eli antibiooteilla. Lääkitys pitäisi aloittaa mahdollisimman pian diagnoosin varmistuttua. Lääkityksen viivästyminen voi huonontaa paranemisennustetta. (Halme & Kolho 2005, 379.) Ensisijaisesti kotihoidossa käytetään suun kautta otettavia antibiootteja. Sairaalassa ne annostellaan suonensisäisesti, jolloin niiden teho on nopeampaa. (Kivelä & Rähä 2007, 46–47.)

Kivelän ja Rähän (2007, 46–47) mukaan antibiootit valitaan aiheuttajabakteerin mukaan. Taudin aiheuttajaksi epäiltäessä pneumokokkia, lääkkeeksi valitaan V-penisiliini. Amoksisilliini tai amoksisilliinin ja klavulaanihapon yhdistelmä valitaan, jos aiheuttajaksi epäillään muuta. Mykoplasman tai keuhkoklamydian hoidossa lääkitykseen liitetään makrolidi tai doksisykliini. Fluorokinolonit purevat pneumokokkin lisäksi epätyypillisiin taudinaiheuttajiin. Aspiraatiopneumoniaa puolestaan hoidetaan klindamysiinillä.

Sairaalassa hoitoon käytetään laajakirjoisia antibiootteja, jotka tehoavat moniin eri bakteereihin. Ensisijainen lääke on kefuroksiimi suonensisäisesti. Tämän rinnalle voidaan lisätä suun kautta otettava antibiootti. Aspiraatiopneumoniaa hoidetaan G-penisiliinillä yhdistettynä aminoglykosidiin tai kafalosporiini yhdistettynä metronidatsoliin. Tulehdusarvojen laskiessa tarpeeksi, siirrytään suonensisäisestä antibiootihoidosta pelkästään suun kautta otettavaan lääkitykseen. Antibioottihoito lopetetaan vasta silloin kun kuume on ollut poissa kolme päivää ja tulehdusarvot ovat normaalit eli alle 10 mg/l. Keuhkokuumeen hoitoaika on 10 – 14 vuorokautta, kun taas aspiraatiokeuhkokuumeen hoitoaika on pidempi. (Kivelä & Rähä 2007, 46–47.)

6.2 Astma

Astma on keuhkoputkien limakalvon tulehdustila, jossa niihin kertyy paljon muun muassa valkosoluja. Tämän johdosta keuhkoputkien toiminta häiriintyy,

jolloin limarauhaset myös suurenevät. Rauhaset aloittavat puolustusreaktion erittäen limaa, jonka avulla ne voisivat kuljettaa tulehdussolut pois. (Kaila & Riikola 2007.)

Pitkään kestävä astmatulehdus voi muuttaa limakalvojen rakennetta ja johtaa keuhkoputkien ahtautumiseen ja jäykistymiseen. Lisäksi keuhkoputkien toiminta muuttuu tällöin yliaktiiviseksi. Sairauden kulku voi vaihdella oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin. Kuitenkin suurimmalla osalla astmaatikoista keuhkojen toiminta pysyy hyvänä, jos hoito on tasapainossa. Tulehtuneet keuhkoputket ovat herkkiä monille ärsykeille kuten savulle, pölylle, rasiukselle tai pakkaselle. (Haahtela 2010; Kaila & Riikola 2007.) Iäkkäillä astma voi huonontaa elämänlaatua enemmän kuin muut pitkäaikaissairaudet (Haahtela 2007, 234).

6.2.1 Astmaan sairastuminen

Astma on yksi yleisimmistä pitkäaikaissairauksista kaikissa ikäryhmissä. Taipumus sairastua astmaan on elinikäinen. (Haahtela 2007, 219.) Noin 6 %:a suomalaista sairastaa sitä ja se on toiseksi yleisin erityyskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttava sairaus (Haahtela 2010). Vuonna 2006 kolmannes erityyskorvattavista astmalääkkeistä kuului yli 65-vuotiaille. Kansaneläkelaitoksen mukaan astmalääkkeet olivat neljänneksi yleisin vanhusten lääkeryhmä saman vuoden aikana. (Harju 2010, 210.)

Oireyhtymään vaikuttavat perintö- ja ympäristötekijät, mutta astman puhkeaminen on kuitenkin yksilöllistä. Astman tavallisimmat ilmaantuvuushuiput ovat lapsuudessa ja eläkeiässä. Eläkeiässä puhkeavaa astmaa kutsutaan sisäsyntyiseksi eikä sen syytä tunneta, sillä sairastuneella ei välttämättä ole muita allergioita. (Huovinen 2002, 10–14.) Iäkkäiden astman toteaminen voi olla hankalaa, sillä muut sairaudet, kuten keuhko- ja sydänongelmat, voivat vaikeuttaa diagnosointia (Haahtela 2007, 234).

6.2.2 Astman oireet

Astma jaotellaan oireilun mukaan kolmeen ryhmään. Lievässä astmassa oireet ovat satunnaisia, eikä sairaus aiheuta suurtakaan haittaa arkipäivän toiminnoissa. Noin 70 %:lla astmaatikoista on lievä astma, joka on hallinnassa yhdellä tulehdusta hoitavalla peruslääkkeellä. Keskivaikeassa astmassa astmaatikko tarvitsee jatkuvaa lääkitystä, mutta usein oireet pysyvät lääkkeiden avulla hallinnassa. Vaikeassa astmassa on usein toistuvia ja hankalia oireita, niitä esiintyy myös yöaikaan. Hän tarvitsee jatkuvaa ja kohtauslääkitystä. Vaikeaoireinen astma on harvinainen. (Huovinen 2002, 16; Haahtela 2007, 219.)

Tyypillisimmät astman oireet ovat pitkittynyt kuiva yskä, hengenahdistus, hengityksen vinkuminen sekä limaneritys. Joillekin saattaa tulla yöllistä yskää. Hengitysteiden infektio aloittaa useimmiten oireet. Altistuminen allergeeneille, kuten eläin- ja siitepölylle, voivat laukaista astmareaktion. (Haahtela 2010; Huovinen 2002, 20.) Astman oireita lisäävät sisäilman allergeenit enemmän kuin ulkoilman ja eläinpölyistä kissanpöly aiheuttaa enemmän oireita kuin koiran (Rogers ym. 2002, 1582).

Astma lisää alttiutta toistuviin keuhkoputkentulehduksille. Astman oireiluun vaikuttavat yksilölliset tekijät, aikakausi ja astman vaikeusaste. Oireet voivat pahentua erityisesti rasituksessa, jolloin voi ilmaantua rintakipua. (Haahtela 2010; Huovinen 2002, 20.)

Haahtelan (2007, 234) mukaan iäkkäillä astma on harvoin oireeton. Se voi aiheuttaa hengenahdistusta, pitkittynyttä yskää, limaisuutta, kroonista nuhaa ja poskiontelontulehduksia. Nämä voivat laskea iäkkäiden yleistilaa ja estää fyysistä aktiivisuutta. Voimakkaita astmakohtauksia heille tulee harvoin. Ikääntyneillä astmaatikoilla oireita voivat pahentaa hengitystieinfektiot, fyysinen rasitus, muiden perussairauksien lääkehoito ja refluksoireet eli happaman mahanesteen nousu ruokatorveen. Allergeenit kuten eläimet pahentavat melko harvoin oireita.

Ikäihmisillä keuhkojen toiminnan heikkenemisen myötä astma on vaikea ja sen hoidossa saavutetaan harvoin täydellinen hallinta. Kontrollin saavuttamista haittaavat hengenahdistuksen hyväksyminen osaksi normaalia vanhenemista, heikentynyt kyky aistia oireet, vähäiset vaatimukset liikkumisen suhteen ja kognitiivinen heikkeneminen. (Harju 2010, 210–211.) Iäkkäille astmaatikoille suositellaan influenssa- ja pneumokokkirokotetta. Mahdollisia yöllisiä reflusioireita helpotetaan sängynpäätä kohottamalla. (Haahtela 2007, 234.)

6.2.3 Astman oireiden ennaltaehkäisy

Astmaan sairastumista sekä astmakohtauksia voi ennaltaehkäistä monin tavoin. Tupakka lisää astmaan sairastumisriskiä sekä lisää allergista herkistymistä. Astmaatikot tupakoivat lähes yhtä paljon kuin muu väestö, tämän takia tupakoiden vaaroista tiedottaminen on heille tärkeää. Astmaatikon pitäisi lopettaa tupakointi, sillä se heikentää astmalääkkeiden tehoa ja huonontaa keuhkojen tilaa entisestään. Tupakan savu lisää hengitysteiden limakalvojen läpäisevyyttä, jolloin allergeenit pääsevät hengitysteistä elimistön puolustusjärjestelmään. Passiivinen tupakointi eli tupakan savulle altistuminen lisää myös astmaan sairastumisen riskiä sekä astmakohtauksia. (Haahtela 2007, 229–230; Haahtela ym. 2005, 326–327.)

Astman ollessa allergiaperäinen, allergeenien poistaminen tai vähentäminen kotona tai työpaikalla on tärkeää. Tätä kutsutaan allergiasaneeraukseksi. Huone- ja eläinpöly voivat aiheuttaa astmakohtauksia. Tällöin säännöllinen siivous ja vuodevaatteiden tuuletus, sekä mahdollinen lemmikeistä luopuminen helpottavat oireita. Mikrobialtistukset homesienille ja bakteereille, esimerkiksi asunnon kosteusvaurioiden aikana, voivat laukaista astman. Astmaatikolla ollessa ruoka-aineyliherkkyksiä, tulee kiinnittää erityistä huomiota ruuan valmistukseen ja välttää ruokia, jotka aiheuttavat oireita. (Haahtela ym. 2005, 327.)

Asetyylisalisyylihapo eli ASA sekä tulehduskipulääkkeet kuten ibuprofeeni ja ketoprofeeni aiheuttavat astmaoireita ja pahentavat niitä. Noin 5 – 10 %:a astmatikoista saa näistä lääkkeistä oireita ja heidän tulisi välttää niitä. Parasetamoli on turvallisin särkylääke astmatikoille. (Haahtela & Hannuksela 2009; Paakkari 2011.)

Astmatikoille liikunta on tärkeää, sillä se ylläpitää fyysistä suorituskykyä ja oireet vähenevät. Heille kävely, uinti ja pyöräily ovat hyviä liikuntamuotoja. Pakkasella juokseminen pahentaa astman oireita. Liikunta kannattaa aloittaa rauhallisesti, jos astman oireet tai lääkitys on muuttunut. Ennen liikuntaa astmatikon tulisi huolehtia tarvittavasta astmalääkkeestä. Astmatikot hyötyvät fysioterapeutin ohjaamasta keuhkojen tyhjennyshoidosta, jolloin liman poistuminen keuhkoista tehostuu. Astmatikon tulisi pyrkiä normaalipainoon, sillä ylipaino lisää astmaoireita. (Haahtela ym. 2005, 327–328; Haahtela 2007, 232.)

6.2.4 Astman lääkehoito

Astman lääkehoidon päämääränä on oireettomuus. Lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti seuraamalla oireita. Onnistuneella lääkehoidolla poistetaan astman oireita kuten yskää, hengenahdistusta ja limaneritystä. Samalla keuhkojen suorituskyky paranee. Mitä varhaisemmin oireet saadaan hallintaan, sitä nopeammin limakalvotulehdus rauhoitetaan. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27; Haahtela 2007, 223.)

Lääkehoidolla pyritään parantamaan keuhkoputkien toimintaa sellaisiksi, kuin ne ovat terveellä ihmisellä. Lääkehoidon avulla astmatikot voivat viettää lähes normaalia elämää ilman astmaoireiden rajoituksia. Astmalääkkeet jaetaan keuhkoputkia hoitaviin ja avaaviin lääkkeisiin, hoitavan lääkkeen sekä pitkävaikutteisen avaavan lääkkeen yhdistelmään. Lisäksi on lääkkeitä, joilla on sekä tulehdusta hoitava että keuhkoputkia avaava vaikutus. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 29–30.)

Hoitavat peruslääkkeet

Astman hoitava peruslääke on inhaloitava kortikoidi, esimerkiksi Beclomet tai Pulmicort. Kortikoideja on erilaisia, mutta kaikki ovat kuitenkin osittain teholtaan ja haitoiltaan samanlaisia. Jauheannosteltavat kortikoidit ovat helppokäyttöisiä. Kortikoidi on tulehduksen vastainen eli anti-inflammatorinen lääke. Se vähentää allergisen ärsytyksen aiheuttamaa keuhkoputkien ahtautumista. Tällöin myös rasiuksen sietokyky paranee ja keuhkojen toiminta normalisoituu. (Haahtela 2007, 257–258; Tuderman 2002, 71.)

Kortikoidia on myös tablettimuodossa, kuitenkin sen käyttö on vähentynyt. Tavallisin lääke on Prednisolon. Tablettihoitoa käytetään astman alkaessa rajuin oirein. Kroonisessa astmassa tablettihoitoa käytetään pahenemisvaiheessa. Leukotrieenisalpaajat ovat hyvä vaihtoehto astmaatikoille, jotka kärsivät lievistä astmaoireista eivätkä halua käyttää kortikoideja. Suomessa käytetyin lääke on Montelukast ja sitä voi käyttää perushoitona inhaloitavan kortikoidin kanssa. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 328–331; Haahtela 2007, 260–262.)

Teofylliini, esimerkiksi Retafyllin, on suun kautta otettava hoitava astmalääke. Sitä käytetään, kun oireet eivät pysy hallinnassa inhaloitavan kortikoidin kanssa. Teofylliiniä käytetään iltaisin vähentäen aamuyön astmaoireita ja sitä voi käyttää myös keuhkohtaumataudin hoidossa. Teofylliinin vaihtoehtona voidaan käyttää kromoneita lievän astman hoitoon tai vaikeassa astmassa kortikoidin kanssa. Kromonit ovat inhaloitavia lääkkeitä. (Haahtela ym. 2005, 332; Haahtela 2007, 262–263.)

Avaavat peruslääkkeet

Toinen astman peruslääkeryhmä on keuhkoputkia avaavat lääkkeet. Niitä käytetään tarvittaessa hengenahdistuskohtaukseen tai vaikeassa astmassa säännöllisesti. Avaavia lääkkeitä ovat inhaloitavat ja tablettimuotoiset lyhyt- ja

pitkävaikutteisest beeta-2-agonistit ja antikolinergit. Hengenahdistustilanteessa käytetään ensiavussa adrenaliinia. (Haahtela 2007, 255, 264; Nieminen & Kankaanranta 2000, 29.)

Lyhytvaikutteiset beeta-2-agonistit, jotka avaavat nopeasti keuhkoputkia ovat esimerkiksi Salbutamol ja Ventoline. Ne lievittävät oireita tehokkaasti 4 – 6 tunnin ajan. Tätä lääkettä on hyvä pitää aina mukana, kun tulee äkillisiä oireita kuten hengenahdistusta ja yskää. Läkettä voi käyttää myös ennalta ehkäisevästi esimerkiksi ennen rasitusta tai ulkoilua. Suun purskuttelu vedellä lääkkeen oton jälkeen vähentää suun ja nielun limakalvoärsytystä. Pitkävaikutteiset, esimerkiksi Oxis ja Serevent, avaavat keuhkoputkia ja ehkäisevät jopa 12 tunnin ajan niiden supistumisherkkyttä. Näitä lääkkeitä käytetään säännöllisesti aamuin ja illoin. Läkettä käytetään keskivaikean ja vaikean astman hoitoon. Yksinään käytetty pitkävaikutteinen beeta-2-agonisti voi pahentaa astman oireita, joten sen rinnalla tulee käyttää hoitavaa lääkettä. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 29–31; Tuderman 2002, 71.)

Toinen keuhkoputkia avaava lääkeryhmä on antikolinergit. Tällaisia lääkkeitä ovat Atrovent ja Spiriva. Keuhkoputkien avaamisen lisäksi ne vähentävät limaneritystä. Niitä käytetään, jos beeta-2-agonistit aiheuttavat haittavaikutuksia tai yhdessä beeta-2-agonistien kanssa astman pahenemisvaiheessa. Antikolonergin ja beeta-2-agonistin yhdistelmä on Atrodual. Se on tehokkaampi ja pidempivaikutteisempi kuin antikolinergi yksinään. Sitä käytetään myös keuhkohtaumataudin perushoitona. (Nieminen & Kankaanranta 2000, 31; Haahtela 2007, 266.)

Muu lääkehoito

Astman hoidossa suosituin lääke on hoitavien ja avaavien lääkkeiden yhdistelmä. Yhdistelmä lääke vähentää astman pahenemisvaiheita ja vahvistaa keuhkojen toimintaa. Avaava vaikutus kestää pitkään ja samalla se hoitaa astmatulehdusta. Tällainen on inhaloitavan kortikoidin ja pitkävaikutteisen

beeta-2-agonistin yhdistelmävalmiste. Näistä kaupanimiltään tunnetuimmat ovat Seretide ja Symbicort. Yhdistelmälääkettä ei suositella astman ensimmäiseksi lääkkeeksi. (Haahtela 2007, 267–268; Tuderman 2002, 71.)

Muita astmalääkkeitä Haahtelan (2007, 255, 263–264) mukaan ovat metotreksaatti, siklosporiini ja biologiset lääkkeet. Niitä käytetään vaikean astman hoidossa kun tavallinen lääkehoito ei riitä. Näillä lääkkeillä on kuitenkin hengenvaarallisia sivuvaikutuksia, jonka takia niiden käyttö on vähäistä.

Astmalääkkeistä voi tulla erilaisia lieviä sivuvaikutuksia. Niitä voivat olla vatsaoireet, pahoinvointi, lihaskrampit, sydämentykytykset, vapina ja kurkun ärsytys sekä suun kuivuminen. Oireet ovat usein hetkellisiä ja vaarattomia. Inhaloitavilla lääkkeillä on usein vähemmän sivuvaikutuksia kuin tablettilääkkeillä. Tablettihoidossa annokset ovat suurempia, joten sivuvaikutukset tulevat nopeammin. Muut lääkkeet saattavat lisätä sivuvaikutuksia. (Haahtela 2007, 260–263, 266; Nieminen & Kankaanranta 2000, 29–31.)

Haahtela (2007, 256–257) toteaa astman lääkehoidon kehittyneen vuosien mittaan ja hoitotulokset ovat huomattavasti parantuneet. Samalla lääkehoito on kallistunut. Vuonna 1993 astman lääkehoito maksoi noin 40 miljoonaa euroa, kun taas vuonna 2005 se maksoi yli 80 miljoonaa euroa.

lääkkäiden astmaatikkojen lääkehoito

Kulmakivet ahtauttavien keuhkosairauksien hoidossa ovat oikea inhalaatiotekniikka, riittävä lääkitys ja vähäiset sivuvaikutukset. Keinoja saavuttaa nämä, ovat hyvä suullinen ja kirjallinen hoidon ohjaus. Ikääntyneellä astmaatikolla lääkityksen olisi hyvä olla niin yksinkertaista kuin mahdollista. Omaisten mukaanotto hoidon ohjaukseen on hyödyllistä. (Pietinalho 2010, 217.)

lääkkeitä astman lääkehoito on tärkeää, tällöin pystytään ehkäisemään keuhkojen toiminnan huononemista. Heidän ensisijainen lääkkeensä on inhaloitava kortikoidi. Lääkällä kortikoidien haitat näkyvät kuitenkin helpommin kuin muilla käyttäjillä. Niiden vaikutuksesta voi iho ohentua, tulla mustelmia tai suuhun sekä nieluun sieni-infektio. Niiden käyttö lisää myös osteoporoosiriskiä. Kortikoidi- ja osteoporoosilääkkeet yhdessä voivat aiheuttaa verensokerin ja verenpaineen nousua. Yleisistä astmalääkkeistä teofylliinia ei suositella iäkkäille, sillä se poistuu hitaasti elimistöstä ja aiheuttaa unettomuutta. Iäkkäille miehille teofylliinia ei suositella lainkaan, sillä se voi lisätä virtsaamisvaivoja. (Kivelä & Rähä 2007, 43; Lehtonen & Stenius-Aarniala 2001, 174.)

Lääkehoidon perustana on inhalaatiolääkkeiden ottotekniikan opettaminen. Ottotekniikkaa voi huonontaa heikko sisäänhengityksen voima, joten vanhuksen kanssa on syytä harjoitella oikeaa hengittämistekniikkaa. Lisäksi lääkkeen otto voi vaikeuttaa huono näkö, käsien vapina sekä vaikeudet painaa annostelijaa esimerkiksi nivelvaivan takia. Lääkkeen ottoa helpottamaan on kehitetty aerosumutin, johon inhalaatiolääke kiinnitetään, tällainen on esimerkiksi Babyhaler. Jatkeen kautta lääkettä on helpompi hengittää ja jatketta on parempi pitää kädessä. Iäkkäät voivat käyttää myös automaattisesti inhaloitavaa annosaerosolia. (Haahtela 2007, 235; Kivelä & Rähä 2007, 44; Lehtonen & Stenius-Aarniala 2001, 174–175.)

Iäkkäät kokevat tarvitsevansa astmaohjausta, varsinkin heti sairastumisen jälkeen. Lisätietoa he kaipaavat tekijöistä, jotka pahentavat astmaa sekä tämän vaiheen oireista. Ohjauksessa on tärkeää keskustella myös lääkehoidosta ja lääkityksen muuttamisesta oireiden pahentuessa. Lisäksi ohjauksessa olisi huomioitava emotionaalisen tuen antaminen, sillä monilla iäkkäillä voi olla astmaan liittyviä pelkoja. (Stenman & Toljamo 2001, 22–25.)

7 OHJELMAT KEUHKOKUUMEESTA JA ASTMASTA

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus koostui neljästä VIRTU-lähetyksestä tammikuussa 2012. Ohjelmissa käsiteltiin keuhkokuumetta ja astmaa. Ohjelmalähetykset suunniteltiin ikääntyneiden ja omaishoitajien näkökulmasta. Ohjauksessa opetusmenetelminä käytettiin muun muassa akvaariomallin sovellusta ja miellekarttaa asiakaslähtöisesti. Toiminnallinen osuus muodostui ohjelmien suunnittelusta, toteutuksesta ja niiden arvioinnista.

7.1 Ohjelmien suunnittelu

Opinnäytetyön ohjelmien pohjaksi kerättiin hyvästä ikäihmisten asiakasohjauksesta, eri oppimistavoista, keuhkokuumeesta ja astmasta. Kirjallisuuskatsauksista ja tutkimuksista kävi hyvin ilmi, että ikäihmiset tarvitsevat paljon ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa. Ohjauksen suunnittelussa tulee huomioida heidän erityistarpeensa ja toimintakykynsä. Teorian mukaan tiedottamalla keuhkokuumeen ja astman ennaltaehkäisystä ja itsehoidosta pystytään antamaan ikäihmisille keinoja oman terveyden ylläpitämiseen. Samalla toimintakyky vahvistuu ja omatoiminen kotona pärjääminen mahdollistuu.

Yllämainittujen tietojen avulla ohjelmien toteuttamista ideoitiin ja suunniteltiin aivoriihen avulla syksyllä 2011. Aivoriihi mahdollisti kaikkien opinnäytetyöryhmäläisten ajatusten esilletulon ilman kriittistä rajausta. Erilaisten valokuvien, tietokilpailun ja power point -esityksen käyttöä pohdittiin opinnäytetyöryhmäläisten kesken. Mäkelän ym. (2001, 31) ja Kynkään ym. (2007, 20) mukaan laadukkaaseen ohjaamiseen pyrittäessä on asiakkaan osallistuminen varmistettava, tällöin asiakas on aktiivinen osallistuja vuorovaikutussuhteessa. Tämän pohjalta opinnäytetyöryhmäläiset eivät halunneet toteuttaa luentomaisia opetustilanteita, vaan ohjelmien pääpainoksi muodostui vuorovaikutus. Tätä valintaa tuki ryhmäohjauksen toteutuminen vuorovaikutteisen television avulla. Lisäksi ryhmäläisten omakohtaisten

kokemusten kautta power point ja tietokilpailu sopivat paremmin yksisuuntaiseen opetuskäyttöön.

Lopullisiksi ohjausmenetelmiksi ohjelmiin valikoituivat akvaariomallin sovellus ja lehtiötaululle tehtävä miellekartta. Ne ovat katsojia aktivoivia menetelmiä, jolloin kaksisuuntainen vuorovaikutus ohjaustilanteissa mahdollistuu (Kyngäs ym. 2007, 111–112). Niiden avulla varmistuu myös laadukkaaseen ohjaukseen tarvittava asiakaslähtöisyys. Ohjelmiin haluttiin lisäksi tuoda enemmän mielenkiintoa ja monipuolisuutta valitsemalla kaksi eri ohjausmenetelmää. Valitsemalla kaksi eri menetelmää, voidaan niiden toimivuutta vertailla paremmin. Ohjelmarungot tehtiin VIRTU-ohjelmälähetysten sisältösuunnitelman mukaisesti syksyllä 2011 (liite 2 ja 3).

Opinnäytetyöryhmäläiset valitsivat lähetyksiin yhden vetäjän, joka oli niin sanottu studioemäntä. Studioemäntä vaihtui aiheen vaihtuessa. Studioemännän tarkoituksena oli juontaa ohjelmat ja varmistaa vuorovaikutuksen toteutuminen. Muut ryhmäläiset toimivat asiantuntijoina edustaen hoitoalan ammattilaisuutta. Ohjelmia suunniteltaessa syntyi ajatus lähetysten visuaalisuuden tärkeydestä. Tämä otettiin huomioon ohjaustapojen lisäksi myös opinnäytetyötä tekevien ulkoisessa olemuksessa. Lähetyksiin valittiin vaatetuksen väriksi tumma, jota korostettiin punertavilla huiveilla. Samanlaisella vaatetuksella pyrittiin antamaan kuva yhtenäisestä ryhmästä (Nummi 2011, 10).

Astmaa käsittelevät ohjelmat suunniteltiin pidettävän viimeisenä. Niissä oli tarkoituksena tehdä miellekartta yhdessä katsojien kanssa. Opinnäytetyöryhmäläiset olettivat miellekartan teon olevan vieraampi opetusmenetelmä katsojille. Tämän vuoksi ryhmäläiset halusivat ensin saada mielikuvan katsojien osallistumisesta ja valitsivat ensin pidettäviin keuhkokuumetta käsitteleviin ohjelmiin perinteisemmän ohjaustavan. Keuhkokuumetta käsittelevät ohjelmat valittiin pidettäväksi ensin soveltaen niissä akvaariomallin sovellusta. Tämän mallin sovellus valittiin, sillä siinä

terveydenhuollon ammattilaisille tulee luonnostaan asiantuntijoiden rooli ja he alustavat keskustelua pitäen ryhmän aktiivisena (Pruuki 2008, 74.)

Ohjelmiin suunniteltiin käytettäväksi visuaalista oppimista tukevia menetelmiä. Teoriatietoa havainnollistamaan etsittiin keuhkokuumeelähetyksiin erilaisia kuvia, lukuja ja lääkepaketteja. Lisäksi keuhkojen anatomiaa mallintamaan valittiin anatominen mallinukke. Astmalähetyksissä haluttiin hyödyntää myös havainnollistamista sanojen kirjoittamisen ja keuhkoputkien anatomisen mallin avulla sekä näyttämällä inhalaatiolääkkeen ottotekniikkaa. Havainnollistaminen valittiin osaksi toteutusta, sillä teoriatiedon mukaan suurin osa tiedosta muistetaan ja opitaan näkemisen kautta (Kyngäs ym. 2007, 73). Havainnollistamisvälineitä valittaessa pyrittiin huomioimaan mahdollinen ikäihmisten heikentynyt näkökyky, jolloin käytettäväksi valittiin isoja ja värikkäitä välineitä (Isola ym. 2006, 56–59).

Aikataulussa pysyminen varmistettiin etukäteen tehtyjen käsikirjoitusten (liite 4 ja 5) ja harjoittelun avulla. Harjoittelussa kiinnitettiin huomiota puhe- ja esitystapaan ja niitä muokattiin ikäihmisille sopiviksi. Niemen (2006, 300–301) mukaan kommunikoitaessa vanhuksen kanssa on kiinnitettävä huomiota selkeään puhetapaan ja heidän on hyvä nähdä puhujan kasvot. Opinnäytetyöryhmäläiset muokkasivat valmiiksi teoreettista tekstiä niin, ettei vierasperäisiä ja hankalia sanoja käytetty.

7.2 Ohjelmien toteutus

Keuhkokuumetta käsittelevät ohjelmat alkoivat maanantaina 23.1.2012. Ensimmäinen lähetys oli kello 10.00–11.00 Telkät-ryhmälle, johon osallistui seitsemän katsojaa. Heistä kahdella oli ollut keuhkokuume. Samaa aihetta käsiteltiin iltapäivällä Tiirat -ryhmän kanssa kello 13.00–14.00. Lähetykseen osallistui viisi katsojaa, joista kaksi oli sairastanut keuhkokuumeen.

Lähetykset aloitettiin aiheen ja opinnäytetyöryhmäläisten esittelyllä. Studioemäntä juonsi ohjelmaa ennalta laaditun käsikirjoituksen avulla

vuorovaikutuksellisesti. Ensin kartoitettiin asiakkaiden tietämystä keuhkokuumeesta. Tämän jälkeen asiantuntija täsmensi ja kertoi aiheesta laajemmin. Apuna asiantuntija käytti havainnollistamisvälineenä anatomista nukkea (liite 6; kuva 2). Studioemännän johdattelemana lähetys jatkui sairastavuuteen, lisäksi asiantuntija käsitteli kuolleisuutta havainnollistaen sitä lukujen avulla (liite 6; kuva 3). Keuhkokuumeen riskitekijöitä katsojilta kartoitettiin erilaisten aiheeseen liittyvien kuvien avulla (liite 6; kuva 4). Lähetyksissä painotettiin keuhkokuumeen ennaltaehkäisyä ja itsehoitoa (liite 6; kuva 5 ja 6). Molemmat lähteykset lopetettiin keskustelemalla aiheeseen liittyvistä ajatuksista.

Torstaina 26.1.2012 oli kaksi lähetystä astmasta Telkät ja Tiirat -ryhmille. Lähteykset olivat samoina kellon aikoina kuin maanantaina ja niihin osallistui vähemmän asiakkaita. Telkät-ryhmässä asiakkaita oli kolme, heistä yksi oli mukana koko lähteyksen ajan. Ketään näistä kolmesta ei sairastanut astmaa. Iltapäivänkin lähteykseen osallistui kolme asiakasta, joista kaksi olivat alusta alkaen mukana. Yhdellä heistä oli huonossa hoitotasapainossa oleva astma ja toisella krooninen bronkiitti. He kertoivat kattavasti omia kokemuksia sairauksistaan.

Ohjelmälähteykset aloitettiin miellekartan teolla yhdessä asiakkaiden kanssa. Lähteysten vetäjä kirjoitti asiakkaiden ja asiantuntijoiden sanoja lehtiötaululle valmiiden otsikoiden alle (liite 6; kuva 7 ja 8). Sanojen spontaanin mieleen nousemisen loputtua, alettiin aiheita käydä läpi järjestelmällisesti. Tässä hyödynnettiin taululle kirjoitettuja sanoja. Aluksi asiantuntija kertoi astmasta yleisesti ja havainnollisti sitä keuhkoputkien anatomisen mallin avulla (liite 6; kuva 9). Keskustelu eteni astman oireisiin ja niistä syntyi paljon avointa keskustelua. Tämän jälkeen pohdittiin astman ennaltaehkäisyä ja asiantuntija kertoi lääkehoidosta pääpiirteittäin. Lääkehoitoa havainnollistettiin näyttämällä inhalaatiolääkkeitä ja niiden oikeaa ottotekniikkaa (liite 6; kuva 10). Lähteykset lopetettiin vapaalla keskustelulla ja asiakkaiden mielipiteiden kartoittamisella käytetystä opetusmenetelmästä.

7.3 Ohjelmien arviointia

Ohjelmien tavoite avoimen, keskustelevan ja ohjauksellisen ilmapiirin luomisesta onnistui. Lähetyksissä huomioitiin ikäihmisten mielipiteet ja osallistujien määrä siten, että vuorovaikutus asiakkaiden ja ohjaajien välillä säilyi lähetysten aikana. Etukäteen suunnitellut avoimet kysymykset ja käytetyt erilaiset ohjausmenetelmät varmistivat vuorovaikutuksen syntyvän.

Suunnitellut roolit studioemännän ja asiantuntijoiden kesken edesauttoivat ja ylläpitivät myös vuorovaikutusta. Ohjaajat kiinnittivät lähetyksissä huomiota äänenkäyttöön, puhetapaan ja sanattomaan viestintään, sillä nämä ovat olennaisia hyvän vuorovaikutuksen toteutumisessa. Hyvän vuorovaikutuksen mukaisesti ohjaajien äänen kuuluminen ja esitettävien asioiden näkyminen kotiin varmistettiin myös asiakkailta. Ohjaajat onnistuivat kertomaan ja havainnollistamaan asiat niin, että osallistujat ymmärsivät ne. Studioemäntä kyseli välillä katsojilta, oliko joku asia jäänyt epäselväksi.

Telkät (yksinasuvat) ja Tiirat (omaishoitajat ja kuntoutujat) -ryhmien sisäisessä vuorovaikutuksessa oli eroja, jotka vaikuttivat selvästi heidän osallistumiseensa. Telkät-ryhmässä keskinäinen vuorovaikutus oli avoimempaa, positiivisempaa ja vapautuneempaa kuin Tiirat-ryhmässä. He osallistuivat innokkaasti keskusteluihin ja toivat mielipiteitään rohkeasti esille. Tiirat-ryhmässä vuorovaikutus ja keskustelu jäivät suppeammaksi kuin Telkät-ryhmässä. Kummatkin ryhmät olivat aiheista kiinnostuneita ja osallistuivat ohjelmien kulkuun, sillä he kokivat aiheet tärkeiksi. Vapaata keskustelua aiheista syntyikin asiakkaiden ja ohjaajien välille kaikissa lähetyksissä. Asiakkaat kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa keuhkosairauksista ja monet innostuivatkin kertomaan omakohtaisia kokemuksia ja ajatuksiaan keuhkokuumeesta ja astmasta. Lähetysten aikana ryhmäläiset kirjoittivat katsojien kommentteja ylös.

Eräällä mies osallistujalla oli keuhkokuumeesta seuraavanlainen mielikuva:

Ilmeisen vakava sairaus vanhuksille, siihen nääkääntää.

Eräs naiskatsoja kuvaili keuhkokuumetta seuraavasti:

Siinä on kuumetta, keuhkot pistävät.

Astmasta eräällä naisella oli seuraavanlainen käsitys:

Siinä yskittää ja tulee kovasti limaa.

Ohjelmien sisällöt etenivät lähetyssuunnitelmien mukaisesti ja aikataulut pitivät. Käytetyt ohjausmenetelmät soveltuivat hyvin vuorovaikutteisen tv:n kautta tapahtuvaan ohjaamiseen, sillä niiden avulla pystyttiin tukemaan ikääntyneiden mahdollisesti heikentyneitä näkö- ja kuuloaisteja. Ohjausmenetelmät mahdollistivat myös ohjattavien kokemusten läpikäyntiä asiantuntijoiden avulla ja muistin aktivointia erilaisten tehtävien kautta. Erilaisuuksistaan huolimatta ohjausmenetelmät toimivat ja niiden avulla pystyttiin samat keuhkosairauksien valitut näkökulmat käymään läpi. Asiakkaat saivat tietoa ennaltaehkäisystä ja itsehoidosta tavoilla, jotka tukevat heidän kotona pärjäämistään ja toimintakykyään. Näin täyttyi myös ohjelmille asetettu tavoite.

Keuhkokuumelähetyksissä käytetyt visuaaliset ohjausmenetelmät toivat teorian olennaisimmat asiat konkreettisesti esille ja korostivat niitä. Näin ohjattaville tärkeimmät asiat jäivät todennäköisesti helpommin mieleen. Ohjausmenetelmänä visuaalinen havainnointi on yleinen. Se soveltuu lähtökohdiltaan hyvin perinteiseen terveydenhuollon asiakasohjaukseen ja on tuttu työskentelytapa ohjaajille, esimerkiksi lääkkeenottotekniikan opettaminen havainnollistaen. Asioiden visualisointi oli etukäteen hyvin suunniteltavissa, joskin suunnitteluun oli varattava paljon aikaa. Hyvän suunnittelun ansiosta toteutus oli hallittua. Lähetyksissä asiantuntijoiden käyttämät mallinukke, kuvat ja luvut mahdollistivat keuhkokuumeesta kertomisen järjestelmällisesti.

Astmalähetyksen alussa yhdessä tehty miellekartta oli asiakkaille uusi kokemus. Ohjaajien pienellä avustuksella sanojen kertominen alkoi sujua hyvin ja niitä kertyikin lehtiötaululle oletettua enemmän. Ohjelmat etenivät asiakaslähtöisesti alusta alkaen. Käytetty menetelmä kartoitti konkreettisesti asiakkaiden aikaisempaa tietämystä aiheesta ja aktivoi heidän muistiaan. Ohjaajat

havaittivat tämän menetelmän helpottavan myös myöhemmin mukaan tulevien osallistumista, sillä he näkivät, mitä asioita on jo käsitelty.

Myöhässä astmalähetykseen mukaan tullut nainen koki miellekartan käytön onnistuneeksi opetusmenetelmäksi sanoen:

Mukavaa, kun kirjoitettiin sanoja. Sain hyvin tietoa vaikka tulinkin myöhässä lähetykseen.

Roolit ohjaajien kesken toimivat, tuoden lähetyksiin johdonmukaisuutta. Näin lähetyksissä välttyttiin päällekkäin puhumiselta ja hiljaisilta hetkiltä jokaisen tietäessä käsikirjoituksen kulun. Rooleilla ja ohjaajien yhtenäisellä pukeutumistyyllillä varmistettiin ammattimainen, yhtenäinen ja asiantuntijuutta korostava esiintymistapa.

Ohjelmälähetyksen aikana konkretisoitui teoriassakin todettu ikäihmisten terveyttä edistävän ohjauksen tarve. Monilla katsojilla oli kuva keuhkokuumeesta todella tappavana tautina, jota ei voi ennaltaehkäistä. Lähetyksissä keskusteltiin paljon heidän mahdollisuuksistaan ennaltaehkäistä sitä, sekä annettiin tietoa sen hoidosta ja kuolleisuudesta. Eräällä katsojalla oli huonossa hoitotasapainossa oleva astma. Ohjelman aikana kävi ilmi, ettei hän tiennyt milloin ja miten astmalääkettä kuuluu ottaa. Ryhmäläiset antoivat ohjelman lopussa hänelle henkilökohtaista astmaohjausta. Tämä katsoja hyötyi erityisesti inhaloitavan astmalääkkeen ottotekniikan näytöstä. Katsojat kokivat saaneensa tarpeellista ja tärkeää tietoa keuhkokuumeesta ja astmasta.

Mies katsoja kommentoi ohjelmaa seuraavasti:

Oli hyvä ohjelma, kaikki tuli selville.

Naiskatsoja kuvaili ohjelmaa:

Ei jäänyt mikään kaivertamaan.

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuuden arviointia on syytä pohtia pyrittäessä välttämään tutkimuksessa tapahtuvia virheitä. Luotettavuuden arviointi ei ole yksiselitteistä, kuitenkin luotettavuus on tutkimuksen kannalta tärkeää. Tutkimuksen validiteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan sitä, onko tutkittu juuri sitä tekijää, mitä oli tarkoitus tutkia. Tutkijalla on velvollisuus kuvata mahdollisimman tarkkaan, miten tutkimus on tehty, jotta lukijat saavat tarkan käsityksen tutkimuksen kulusta. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät myös suorat lainaukset tutkimusraportissa. Työn luotettavuuden kannalta haastavaa on se, että tekijöitä on yleensä vain yksi, jolloin virhepäätelmiä saattaa syntyä (Tuomi & Sarajärvi 2003, 131–138; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 – 160.)

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaus perustuu luotettaviin ja ajankohtaisiin lähteisiin. Niitä on käytetty monipuolisesti, jolloin tämän opinnäytetyön luotettavuus lisääntyy. Luotettavuutta lisää myös se, että on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan, miten toiminnallinen osuus on suunniteltu ja toteutettu. Toiminnallisesta osuudesta on dokumenttina VIRTU-lähetys suunnitelmat, käsikirjoitukset, valokuvat päivämäärineen ja lähetysten aikana kirjoitetut katsojien kommentit. Tässä opinnäytetyössä tekijöitä on kolme, joten virhepäätelmien syntyminen on epätodennäköisempää. Luotettavuuden kannalta olennaista on myös se, että opinnäytetyö vastaa sille asetettuihin tavoitteisiin, eli on pystytty toteuttamaan se, mitä oli tarkoituskin toteuttaa.

Tutkimuksen eettisyyttä tulee miettiä jo tutkimusaihetta valittaessa. Tutkimuksen tulisi olla mahdollisimman hyödyllinen koko yhteiskunnalle. Tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta on aina kunnioitettava tutkimusta tehdessä ja jokaisen tutkittavan henkilön osallistuminen tutkimukseen on oltava vapaaehtoista. Tutkittavien henkilöiden anonymiteetti tulee säilyttää koko tutkimusprosessin ajan. Mitään tutkittavien henkilöiden tietoja ei saa luovuttaa tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. Opinnäytetöissä plagiointi on

kiellettyä. Plagioinnilla tarkoitetaan tekstiä, jossa ilman oikeanlaista lähdemerkintää on käytetty toisen tekijän tuottamaa tekstiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–179, 182.)

Sairaanhoitajalle asiakasohjaus on yksi olennainen työmuoto, jota on myös kehitettävä muuttuvan terveydenhuollon mukana. Uusien ohjaustapojen löytäminen ja niiden testaaminen on olennaista, jotta hyviä käytäntöjä voidaan soveltaa työelämän kentillä. Tässä työssä uutta ohjaustapaa on pyritty kuvaamaan monipuolisesti, laajasti ja arvioiden kehittämiskohteita. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön kohderyhmä oli VIRTU-kanavan asiakkaat, joilta VIRTU-projektissa työskentelevät olivat etukäteen selvittäneet vapaaehtoisuuden projektiin osallistumiselle. Asiakkaiden anonymiteetti on säilynyt koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tässäkin raportissa on käytetty suoria lainauksia ilman, että niitä pystyisi yhdistämään kehenkään tiettyyn henkilöön. Eettisyys on otettu huomioon myös lähteitä käytettäessä. Ne on merkattu oikein tekstiin sekä lähdeluetteloon, välttäen plagiointia.

9 POHDINTA

Nykyään Internet tarjoaa paljon tietoa eri sairauksista, eivätkä ikäihmiset välttämättä osaa hyödyntää tällaista tietolähdettä. Tällöin he eivät ole tasa-arvoisessa asemassa terveydenhuollossa muiden ikäryhmien kanssa. Avaimia epätasa-arvon poistamiseen voidaan luoda hyvinvointiteknologian avulla. Se mahdollistaa helposti etenkin ikäihmisten kohdalla yhteydenpidon terveydenhuollon ammattilaisiin asumispaikasta riippumatta.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa neljä vuorovaikutuksellista ryhmäohjaustilannetta. Ohjaustilanteiden suunnittelu on tärkeä osa toteutusta. Ikäihmisten ollessa ohjauksen kohteena, on suunnitteluun erityisesti panostettava, sillä heidän erityisvaatimuksensa on otettava jo tässä vaiheessa huomioon. Hyvän suunnittelun avulla voidaan ohjaustilanne toteuttaa laadukkaasti. Tässä opinnäytetyössä tuotetut ohjaustilanteet täyttivät laadukkaan ohjauksen kriteerit, sillä niissä otettiin huomioon kohderyhmä, tila, äänenkäyttö, asioiden esittäminen, kommunikointi ja näkyvyys.

Ohjelmat pohjautuivat asiakaslähtöisyyteen ja vuorovaikutus toteutui jokaisessa lähetyksessä. Vanhukset olivat aktiivisia ja kiinnostuneita osallistujia. Ohjaus keuhkokuumeesta ja astmasta osoittautuivat tarpeellisiksi, sillä vanhukset ilmaisivat tarvitsevansa tietoa aiheista. Heillä oli tietoa, joka perustui omakohtaisiin kokemuksiin ja niin sanottuun mututietoon. Tästä syystä he kokivat hyödyllisiksi terveydenhuollon asiantuntijoiden jakaman faktatiedon. Tämän pohjalta voidaan todeta, että ohjelmille asetetut tarkoitukset ja tavoitteet täyttyivät hyvin.

Produktin aikana opinnäytetyöryhmäläiset havaitsivat, ettei ikäihmisillä ole tarpeeksi tietoa heitä koskevista sairauksista. He tarvitsevat erityisesti nykyaikaista tietoa niiden oireista, hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Ohjelmiin osallistuneilla oli paljon vääristyneitä käsityksiä sairauksista.

Opinnäytetyöryhmäläisten omien kokemusten perusteella ikäihmiset hoitavat sairauksiaan vanhentuneilla hoitosuosituksilla. Varsinkin lääkehoidosta vanhuksilla on vajavaiset tiedot. He saattavat lopettaa itse lääkkeiden oton oireiden helpotuttua, eivätkä he tiedä, miten lääkkeet vaikuttavat elimistöön. Puutteita on myös tiedoissa, miten, milloin ja miksi lääkkeitä tulisi ottaa.

Ikäihmisten tiedon puutteen takia on heidän kokonaisvaltaiseen ohjaukseen panostettava. Tutkimusten mukaan ikäihmisten kohdalla ei riitä pelkästään annetut kirjalliset ohjeet ja asioiden läpikäynti lääkärin vastaanotolla. (Isola ym. 2006, 56–59.) Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutuksellista ja selittävää, ikäihmisten elämäntilanteen ja terveydentilan huomioon ottavaa. Lisäksi siinä tulisi korostua säännöllisyys, ajantasaisuus ja yksilöllisyys. Tällaiseen ohjaukseen sairaanhoitajilla on hyvät valmiudet koulutuksen myötä. Sosiaalinen teknologia mahdollistaakin helposti ohjauksen vanhusten kotiin. Sen avulla säännöllinen ja yksilöllinen ohjaus on helppo toteuttaa kasvavalle vanhusväestölle.

Toteutuneiden ohjelmien kautta saadaan enemmän tietoa siitä, millaista ohjelmasisällön tulisi olla. Toteutuneet ohjelmat osoittivat vuorovaikutteisen television käytössä olevan monia mahdollisuuksia, joita kaikkia ei vielä välttämättä osata hyödyntää. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön toteutuneissa ohjelmissa oli havaittavissa samoja ilmiöitä kuin aikaisemmassa Turvallinen Koti -hankkeen loppuraportissa vuonna 2011. Kuten Turvallinen Koti -hankkeessa, myös tämän opinnäytetyön lähetyksissä, ikäihmiset osallistuivat aktiivisesti, osasivat käyttää laitteita sekä kokivat saavansa selkeää hyötyä ryhmäläisten ohjelmista.

Saadakseen monipuolisen kuvan vuorovaikutteisen television käytöstä työvälineenä ryhmäläiset arvioivat sen positiivisia, negatiivisia ja haasteellisia seikkoja sekä kehitystarpeita. Sen käytössä on paljon positiivisia seikkoja. Toteutuneissa lähetyksissä opinnäytetyöryhmäläiset kokivat myönteiseksi asiaksi toteuttamisen helppouden. Helppoutta ohjaukseen toi se, ettei

ikäihmisten ja työntekijöiden tarvinnut matkustaa toistensa luokse. Näin säästetään aikaa, rahaa ja vaivaa. Vuorovaikutteisen tv:n kautta toteutetussa ohjauksessa asiakas voidaan nähdä yksilönä omassa elinympäristössään. Tällöin saadaan todenmukainen kuva vanhuksen arjesta. Toteutuneissa ohjelmissa vanhukset elivät omaa arkeaan esimerkiksi keittäen puuroa, vastaten ovikelloon ja hoitaen omaistaan.

Vuorovaikutteisen television avulla ryhmäohjaus mahdollistuu vaivattomasti, kunhan kohderyhmä on yhtenäinen taustoiltaan. Tällä tavoin tapahtuvassa ohjauksessa ei tarvita erillistä suurta tilaa, kuten perinteisessä ryhmäohjauksessa. Lisäksi vertaistuki mahdollistuu myös ohjelmien ulkopuolella. Ohjelmissa ilmeni monien keskustelemaan kanavan avulla myös muulloin. Tämä ennaltaehkäisee vanhusten yksinäisyyttä ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä.

Käytettyjen menetelmien valinta on tärkeää vuorovaikutteisen television kautta tapahtuvassa ohjauksessa. Kirjallisen materiaalin antaminen konkreettisesti ei onnistu, joten tiedonsiirto tulee siis toteuttaa muilla keinoilla. Toteutuneiden ohjelmälähetysten avulla voidaan todeta, että etenkin miellekartta on toimiva menetelmä tässä modernissa ohjauksessa. Sen avulla asioita voidaan käydä läpi jäsentyneesti. Kesken lähetysten mukaan tulevien on helpompi hahmottaa, mistä lähetyksessä on kysymys ja mistä on jo puhuttu. Vuorovaikutteisessa televisiossa pystytään hyödyntämään monipuolisesti sekä audiitiivista että visuaalista oppimista. Terveystieteiden huollossa yleisesti käytössä oleva puhelinneuvonta ei mahdollista visuaalista konkretisoimista, jolloin asioiden omaksuminen voi jäädä puutteelliseksi.

Vuorovaikutteisen tv:n kautta tapahtuvassa ohjauksessa on myös negatiivisia puolia. Se tarvitsee toteutuakseen teknisen laitteen sekä Internet-yhteyden. Ryhmäläisten kokemusten pohjalta lähetysten ongelmaksi muodostuivat Internet-yhteyksien katkeaminen. Lisäksi negatiivisia puolia tällaisessa ohjauksessa ovat sitoutumattomuus, fyysisen kontaktin ja asiakkaiden

intimiteetin puute sekä ohjaustilanteiden suunnittelun aikaa vievyys. Tällaiseen ohjaukseen ei asiakkaan tarvitse sitoutua yhtä paljon kuin perinteiseen ohjaukseen. Toteutuneissa lähetyksissä asiakkaat saattoivat vastata puhelimiin, hoitaa normaaleja kotiaskareita tai jopa lähteä pois kesken lähetyksen. Tällainen toiminta vaikeuttaa ohjaamista sekä häiritsee ohjaustilannetta. Perinteisessä ohjauksessa tällaisia häiriötekijöitä ei ole. Perinteisessä ohjauksessa fyysinen koskettaminen on mahdollista, kun taas uudessa ohjausmuodossa ei. Sosiaalisen teknologian avulla esimerkiksi haavahoito on hankalampi toteuttaa. Vuorovaikutteisen television avulla tapahtuvassa ryhmäohjauksessa asiakkaan koti on osa ohjaustapahtumaa. Tällöin asiakkaiden intymiteettisuoja kärsii, sillä he näkevät toistensa koteihin ja ohjausympäristö on henkilökohtaisempi.

Terveystieteiden ammattilaisille tämä moderni ohjausmuoto luo haasteita. Heidän tulee osata pitää ohjaustilanne ammatillisena, sillä ohjaaminen tapahtuu virtuaalisesti asiakkaiden kotona. On muistettava, että vaikka terveystieteiden ammattilainen ei ole fyysisesti läsnä asiakkaan kotona, pätee tilanteessa silti samat käyttäytymissäännöt kuin fyysisissä kotikäynneissä. Ohjaajien on kiinnitettävä huomiota äänen käyttöön. Äänen kuuluminen olisi hyvä varmistaa asiakkailta sillä, mitä pidempi on välimatka mikrofonin ja ohjaajan välillä, sitä heikommin ääni kuuluu.

Lisäksi haasteita luovat varattavat tilat, joissa lähetykset pidetään. Niihin on etukäteen tuotava tarvittavat välineet ja mietittävä välineiden näkyvyys koteihin. Lähetyksissä on käytettävissä zoomattava kamera, joka mahdollistaa tarkankin näköyhteyden. Sen käyttö luo kuitenkin useita haasteita ohjaustilanteeseen. Ohjaajan on osattava itse sijoittua ja sijoittaa tarvittavat havainnollistamisvälineet oikein tilaan, jotta näkymä olisi mahdollisimman selkeä ja luonnollinen. Vuorovaikutteisen tv:n avulla tapahtuvassa ohjauksessa kokonaisvaltaiseksi haasteeksi muodostuvatkin kaikkien asioiden näkyminen ja kuuluminen. On muistettava, että virtuaalisen ohjaustilanteen tulisi olla samanlainen kuin samassa tilassa tapahtuvan ohjauksen.

Positiivisten ja negatiivisten seikkojen sekä haasteiden hahmottamisen jälkeen opinnäytetyöryhmäläiset kokivat VIRTU-lähetyksissä olevan vielä kehitettävää. Kanavan katsojia voisi sitouttaa enemmän lähetyksiin ja niihin voitaisiin luoda yhteiset pelisäännöt. Esimerkiksi lähetyksissä tulisi kaikkien tervehtiä toisiaan, eikä niihin tulisi viime minuuteilla mukaan. Lisäksi toisten sanomisia ja mielipiteitä tulisi kunnioittaa sekä antaa kaikille mahdollisuus osallistua. Uusia ryhmiä muodostaessa tulisi tällaiset säännöt sopia yhdessä ryhmäläisten kanssa heti kirjaten säännöt ylös. Tämä sitouttaisi ja ryhmäyttäisi heitä enemmän. Hyvän ryhmäytymisen jälkeen laadukasta ohjausta olisi helpompi toteuttaa.

Opinnäytetyöryhmäläisten mielestä erilaisia ohjaus- ja toteutustapoja tulisi vielä kehittää. Esimerkiksi ohjelmien vetäjänä voisi välillä toimia joku kanavan käyttäjästä. Näin heistä tulisi aktiivisia toimijoita pelkän objektisuuden sijaan. Tämä voimauttaisi, antaisi voimavaroja sekä tärkeyden tunnetta ja vahvistaisi ryhmäytymistä. Ohjelmien suunnittelu tukisi ikäihmisten toimintakykyä ohjelmien ulkopuolellakin. Ikäihmisten vetämiä ohjelmia voisivat olla muun muassa valokuvamuistelut, omaelämäkerrat, vertaistukikeskustelut ja omista harrastuksista kertominen. Kanavan käyttäjät voisivat yhdessä sopia, kuka olisi halukas vetämään seuraavan ohjelman tai siitä jonkun osan. Ohjelmia voisi sopia pidettäväksi myös pareittain. Käyttäjien suunnitellessa tulevaa lähetystä kanavalla, monipuolistuisi sen käyttö ohjelmien ulkopuolella.

Ohjaustapojen lisäksi teknisiä seikkoja tulisi kehittää. Internet-yhteyden voisi vaihtaa liikkuvasta laajakaistasta kiinteään. Tämä voisi vähentää yhteyshäiriöitä, sillä saaristoalueilla Internet-yhteys voi olla huono. Käyttäjillä ja ohjaajilla voisi olla lähetyksissä langattomat kuulokemikrofonit. Tällöin erillisiä mikrofoneja ei tarvittaisi ja todennäköisesti kuuluvuus paranisi. Käyttäjää tulisi myös ohjata oikean katseluetäisyyden ja valaistuksen käytössä. Ryhmäläisten lähetyksissä joidenkin osallistujien huoneen valaistus oli liian pimeä, jolloin heitä ei näkynyt kunnolla. Osallistujista muutamat istuivat liian kaukana kuvaruudusta

kun taas toiset olivat siinä melkein kiinni. Ohjauksen myötä kanavan käyttö olisi käyttäjille mielekkäämpää sekä auditiivisesti että visuaalisesti.

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana sen tekijät kohtasivat monia haasteita. Tiedonhakuprosessi oli haasteellinen. Keuhkokuumeesta tietoa löytyi huomattavasti vähemmän kuin astmasta. Työhön astmasta löytynyttä tietoa pystyi valikoimaan, kun taas keuhkokuumeesta löydettyä tietoa oli niin vähän, että se valittiin käytäväksi melkein kokonaan. Aiheista löytyneitä tutkimuksia oli paljon, mutta suurinta osaa niistä voidaan hyödyntää vain sairaalassa tapahtuvaan hoitotyöhön. Niiden lääketieteelliset näkökulmat eivät tukeneet tähän opinnäytetyöhön valittua näkökulmaa kotona tapahtuvaan ennaltaehkäisyyn ja itsehoitoon. Muihin työssä käytettyihin aihealueisiin tietoa löytyi runsaasti. Tutkimuksellista tietoa hyvinvointiteknologiasta löytyi, mutta se liittyi lähinnä turvalaitteisiin ja rannekkeisiin. Lisäksi aiheeseen liittyvät termit vaihtelivat suuresti, joten niiden käyttö oli hankalaa. Sosiaalisen teknologian käyttöä ohjaustarkoitukseen ei ole tutkittu.

Ohjelmien suunnittelussa haasteeksi nousi vuorovaikuttamisen tv:n käytön uutuus ohjaustarkoituksessa opinnäytetyöryhmäläisille. Suunnittelussa käytettiin paljon aikaa pohtien, mitä kaikkea voidaan toteuttaa tällaisessa ohjauksessa tinkimättä laadukkuudesta. Valittujen menetelmien ja havainnollistamisvälineiden toimivuutta mietittiin paljon. Suunnittelua tehtiin puolen vuoden ajan, jolloin lopullinen käsikirjoitus muokkautui selkeäksi ja toimivaksi. Ennen toteutuneita ohjelmalähetystyöryhmäläisiä jännitti tilanteen toimivuus. Jännitys kuitenkin unohtui ohjaustilanteiden edetessä ja ohjaukseen tuli varmuutta lähetysten aikana. Vuorovaikuttamisen tv:n kautta toteutuva ohjaus koettiin hyvin luontevaksi.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön myötä ryhmäläiset saivat arvokasta kokemusta ennestään tuntemattomasta terveysteknologiasta, sen käytöstä työmenetelmänä ja sen kautta tapahtuvasta terveyden edistämisestä. Toteutuneiden ohjaustilanteiden kautta voidaankin todeta, ettei

vuorovaikutuksellisen television avulla tehdyssä ohjaustyössä ole suuria eroja samassa tilassa tapahtuvaan ohjaukseen. Tulevien terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta VIRTU-kanavan käyttö on vaivatonta ja helppoa. Ryhmäläiset voivatkin tulevaisuudessa kuvitella käyttävänsä monipuolisesti vuorovaikutuksellista tv:tä eri terveydenhuollon osa-alueilla. Sitä pystyy mukauttamaan niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon tarpeisiin. Vuorovaikutuksellisen television käyttöä ryhmäläisten mielestä tulisi painottaa enemmän ohjaukselliseen toimintaan ja ikäihmisten aktivoimiseen.

Lähetysten perusteella voidaan todeta vuorovaikutuksellisesta tv:stä olevan hyötyä ikäihmisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa. Ikäihmisten lisäksi se soveltuu hyvin myös työskenneltäessä monien muiden asiakasryhmien kanssa sekä ammattilaisten väliseen kohtaamiseen. Vuorovaikutteinen televisio mahdollistaa ohjauksen modernisti, hyödyntäen nykyisin saatavilla olevia teknologioita. Tulevaisuudessa sen käytössä vain taivas on rajana.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Syrjäjä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H.; Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä – toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 11–23.
- Aho, T., Honkanen, P. & Patja, K. 2008. Keuhkokuume. Viitattu 30.11.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00079>.
- Dunderfelt, T. 1999. Elämänkaari psykologia. 9.–11., painos. Porvoo: WSOY – kirjapainoyksikkö.
- Haahtela, T. 2007. Astma. Teoksessa Haahtela, T.; Hannuksela, M.; Mäkelä, M. & Terho E. (toim.) Allergia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 217–240.
- Haahtela, T. 2010. Astma. Viitattu 21.09.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00009.
- Haahtela, T. & Hannuksela, M. 2009. Yliherkkyys on intoleranssia tai allergiaa. Viitattu 13.01.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=alg00254.
- Haahtela, T. & Stenius-Aarniala, B. 2002. Astmalääkkeet: Hoidon periaatteet. Helsinki: Lääkelaitos.
- Haahtela, T.; Stenius-Aarniala, B. & Laitinen, L. 2005. Astma. Teoksessa Kinnula, V.; Brander, P. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 3., uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 320–343.
- Halme, M. & Kolho, E. 2005. Akuutit ylähengitystieinfektiot ja keuhkokuume. Teoksessa Kinnula, V.; Brander, P. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. 3., uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 373–383.
- Harju, T. 2010. Keuhkosairaudet. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. Gerontologia. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 210–213.
- Hattula, M. & Salminen, J. 2000. Ikäihmisten tekstit ja oppiminen. Teoksessa Sallila, P. (toim.) Oppiminen ja ikääntyminen. Aikuiskasvatuksen 41., vuosikirja. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy, 208–217.
- Heikkilä, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Viitattu 05.01.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049&p_haku=ikäihminen.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H.; Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä – toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 25–56.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Huovinen, M. (toim.) 2002. Astma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede. Vol.19, No 2/2007, 56–59.
- Jalanko H. 2009. Keuhkokuume: 100 kysymystä lastenlääkärille. Viitattu 21.09.2011 www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00019.

- Järvinen, A. 2009. Keuhkokuume Viitattu 01.10.2011
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00072.
- Kaila, T. & Riikola T. 2007. Astma. Viitattu 10.11.2011
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00003>.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.–2., painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007 läkkäiden lääkehoito. Helsinki: Lääkelaitos.
- Kivelä, S-L. & Vaapio S. 2011. Vanhana tänään. Suomen Senioriliike ry. Eesti: Tallinna Raamatutrukikoda.
- Koskinen, S.; Aalto, L.; Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuikkaniemi, A. 23.09.2011. VS:Virtu. Email anu.kuikkaniemi@turkuamk.fi.
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E.; & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Siven, T. & Välimäki, P. 2010. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 9., painos. Helsinki: WSOYpro OY.
- Laitalainen, E.; Helakorpi, S. & Uutela, A. 2010. THL - Raportti 30/2010 Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Viitattu 02.02.2011 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a>.
- Lehto, P. 2008. KOTIIN-hankkeen tutkimus ja kehittämistoiminta. Espoo: Redfina Oy.
- Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. INTERAKTIIVINEN HyvinvointiTV JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET ePALVELUT, Turvallinen Koti –hankkeen loppuraportti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lehtonen, A. & Stenius-Aarniala, B. 2001. Keuhkosairaudet: COPD ja astma. Teoksessa Tilvis, R.; Hervonen, A.; Jäntti, P.; Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 167–178.
- Medina, A.V.; Vehviläinen, S.; Haukka, U-M.; Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 1.–2., painos. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö.
- Mody, L.; Sun R. & Bradley S.F. 2006. Assesment of pneumonia in older adults: Effect of functional status. JAGS -Journal of American Geriatrics Society. Vol. 54, 1062–1067.
- Muurinen, S.; Soveri, H-F.; Sinervo, T.; Noro, A.; Andersson, S.; Heinola, R. & Viikko, A. 2009. THL. Ikähorisontti –uudet palvelukonseptit. Viitattu 10.11.2011
<http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE05A09E-5F01-4FC3-8D85-85393A3B9F63/15167/Uudetkonseptit8920094.pdf>.
- Mäkelä, A.; Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: TummaVuoren kirjapaino Oy.
- Mäkelä, K. 2006. Terveystuonon tietotekniikka. Helsinki: Tammer-Paino Oy.
- Niemi, T.; Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Nieminen, M. & Kankaanranta, H. 2000. Astman lääkehoito. Teoksessa Laitinen, L.; Juntunen-Backman, K.; Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 29–37.

Noppiari, E. & Leinonen, S. 2005. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy, 36–91.

Nummi, V. M. Työasu on osa identiteettiä. Sairaanhoidaja: hoitotyön johtava ammattilehti. Vol 84, No 4/2011, 10–14.

Osaava lähihoitaja 2020 –hanke. 2012. Elinympäristön ja hyvinvointitekniikan hyödyntäminen. Viitattu 05.03.2012
<http://osaavalahoitaja2020.wikispaces.com/Elinymp%C3%A4rist%C3%B6n+ja+hyvinvointitekniikan+hy%C3%B6dynt%C3%A4minen>.

Paakkari, P. 2011. Kipulääkkeet – turvallinen käyttö. Viitattu 10.01.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649#s6.

Pietinalho, A. 2010. Ahtauttavien keuhkosairauksien hoito. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. Gerontologia. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 213–218.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystietämisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) Terveystietä. Vammala: Vammalan kirjapaino OY, 24–35.

Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa : tietoa, taitoa ja työkaluja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pulkkinen, M-L.; Leino-Kilpi, H. & Elomaa, L. 2006. Potilasopetus pontevasti paremmaksi: kehittämishankkeen loppuraportti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos: Turun ammattikorkeakoulu, terveysala.

Purhonen, M.; Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Kaivolainen, M.; Kotiranta, T.; Mäkinen, E.; Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–17.

Rogers, L.; Cassino, C.; Berger, K.; Goldring, R.; Norman, R.; Klugh, T. & Reibman, J. 2002. Asthma in the elderly: Cockroach Sensitization and Severity of Airway Obstruction in Elderly Nonsmokers. CHEST. No 122, 1580–1586.

Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. Gerontologia. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 411–418.

Ruutu, P. 2009. Pneumokokkibakteerin aiheuttamien vakavien infektioiden ehkäisy (lyhyt ohje). Viitattu 20.10.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00170.

Sammalkorpi, K. 2010. Infektiotaudit. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. Gerontologia. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 271–276.

Saranummi, N. 2001. Hyvinvointi- ja terveysalan teknologia- ja palvelutuotteet. Helsinki: TEKES.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Viitattu 12.12.2011 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Viitattu 12.12.2011 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Viitattu 02.01.2012 http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen (ns. vanhuspalvelulaki). Viitattu 09.01.2012 http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/ikaantyneet.

Stenman, M. & Toljamo, M. 2001. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaan sairastavien arvioimana. *Hoitotiede*. Vol.14, No 1/2002, 19–25.

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Vammalan kirjapaino OY, 13–23.

Sulkava, R. 2009. Vireyden säilyttäminen. Viitattu 05.01.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=ik%C3%A4ihminen&p_artikkeli=seh00155.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. *Keuhkokuume*. Viitattu 23.09.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50073>.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012a. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 02.01.2012 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ ja_ hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012b. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 02.01.2012 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ ja_ hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Mitä on eriarvoisuus toimintakyvyssä?. Viitattu 05.01.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/toimintakyky.

Tilastokeskus 2009. Väestötilastot 2009. Viitattu 10.02.2012 http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html.

Torp, S.; Hanson, E.; Hauge, S.; Ulstein, I. & Magnusson, L. 2008. A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health and Social Care in the Community*. Vol. 16, No 1, 75–85.

Tuderman, P (toim.) 2002. *Lääkeopas 2003–2004*. 10., uusittu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. *Laadullisen tutkimuksen ja sisällön analyysi*. 1.–2., painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtonen, V. 2003. *Keuhkokuume*. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 330–332.

Vehviläinen, S. 2001. *Ohjaus vuorovaikutuksena*. Helsinki: Yliopistopaino.

Vilen, M.; Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla*. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.

VIRTU 2011a. Mikä VIRTU?. Viitattu 19.9.2011 http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=33.

VIRTU 2011b. Partnerit. Viitattu 19.9.2011 http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=35.

VIRTU 2011c. Tervetuloa tutustumaan VIRTU-kanavaan!. Viitattu 19.9.2011 <http://www.virtuproject.fi/fi/>.

VIRTU 2011d. Tekniikka. Viitattu 19.9.2011 http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=27.

TOIMEKSIANTOSOPIMUS



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Riikka Laaksonen, Carita Miettinen, Pauliina Pohjavirta

Osoite

Puhelin koti Puhelin työ

Sähköposti riikka.laaksonen-, carita.miettinen -, pauliina.pohjavirta@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Turun ammattikorkeakoulu / Hyvinvointipalvelut / Virta-projekti

Työn ohjaaja / yhteys henkilö Helinä Yli-Knuutila / Anu Kuulhanniemi 040-3550520

Osoite Ruiskatu 8, 20720 Turku

Puhelin 044-9074566 Sähköposti helia.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljoki

Puhelin 044-9075455 Sähköposti sari.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiintyvät luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTAYLLÄ ESITETYLÄ TAVALLA

5 / 11 20 11

19 / 1 20 12

Laakso Riikka, Carita Miettinen, J. J. J.

Opiskelija

Keli Yrjölä

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

VIRTU-ohjelman lähetyksen sisältösuunnitelma: Keuhkokuume

Maanantai 23.1. klo:10 ja 13

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

Tavoitteenamme on toteuttaa vuorovaikutuksellinen potilasohjaustilanne. Annamme tietoa keuhkokuumeesta, sen ennaltaehkäisystä, oireista ja hoidosta, tavalla, joka tukee vanhusten ja omaishoitajien kotona asumista ja itsehoitovalmiuksia.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

Keuhkokuume on yksi vakavimpia hengitysteiden tulehduksista ja noin joka kymmenes alahengitystieinfektio on keuhkokuumeen aiheuttama. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Keuhkokuume, 2012). Suomessa neljä prosenttia keuhkokuumeeseen sairastuneista kuolee. Tämä tarkoittaa noin 30- 40 keuhkokuumeekuolemaa 100 000 asukasta kohden vuodessa. Suurin kuolleisuus on vanhusväestössä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Keuhkokuume, 2011.) Infektioista keuhkokuume aiheuttaa Suomessa eniten kuolemia. (Valtonen 2003, 330). Keuhkokuume vaikuttaa suuresti vanhusten yleiskuntoon, toimintakykyyn ja voi pahimmillaan johtaa sairaalakierteeseen. Tämän takia keuhkokuumeesta kertominen ja sen ennaltaehkäisystä tiedottaminen vanhusväestölle on hyvin tärkeää.

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ

- Ohjelmasuunnitelman sisältö pohjautuu teoria tietoon, jota on kerätty syksystä 2011 alkaen.
- Toteutus tapahtuu yhden tunnin kestävässä Virtu -lähetyksessä. Lähetyksiä samasta aiheesta on kaksi. Ohjelmissa meistä yksi on niin sanottu studioemäntä, joka vetää/ juontaa lähetystä ja varmistaa

vuorovaikutuksen toteutumisen katsojien ja asiantuntijoiden välillä. Asiantuntijat muodostuvat ryhmämme kahdesta muusta jäsenestä. Studioemäntä kyselee katsojilta sekä asiantuntijoilta kysymyksiä kyseisestä aiheesta. Ideana on edetä johdonmukaisesti ja vuorovaikutuksellisesti valmiiksi laatimiemme sisältökokonaisuuksien mukaan. Lopuksi kyselemme myös vanhusten mielipiteitä ja millaisia ajatuksia tuli mieleen. Mitä he oppivat aiheesta ja mitä he pitivät toteutustavasta.

- Aikataulu: arvioidut noin ajat
 - Ohjelman aloitus: ryhmämme ja aiheemme esittely, sekä katsojien mukaan otto/ esittely. (5- 10 min)
 - Katsojien tietojen kartoitus keuhkokuumeesta ja siitä keskustelua asiantuntijoiden johdolla (10 min)
 - Katsojien tietojen kartoitus keuhkokuumeen ennaltaehkäisystä ja siitä keskustelua asiantuntijoiden johdolla (10 min)
 - Katsojien tietojen kartoitus keuhkokuumeen oireista ja siitä keskustelua asiantuntijoiden johdolla (10 min)
 - Katsojien tietojen kartoitus keuhkokuumeen hoidosta ja siitä keskustelua asiantuntijoiden johdolla (10 min)
 - Ohjelman lopetus: keskustelua ohjelman aiheesta sekä palautteen keruu ohjelmasta. Kerrotaan myös seuraavan päivän aihe. (10min)

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

- Jaamme suullista tietoa keuhkokuumeesta yleisesti, sen ennaltaehkäisystä, oireista ja hoidosta.
- Otamme lähetykseen mukaan kuvia osallistamaan katsojia ja tukemaan teoria tietoa sekä ylläpitämään lähetyksen mielenkiintoa. (kuvia keuhkoista, riskitekijöistä, lukuja sairastavuudesta, kuvia ennaltaehkäisystä)

- Näytämme konkreettisia esineitä/ tavaroita tukemaan oppimista ja tiedon ymmärtämistä (lääkepaketteja, käsidesin laiton näyttäminen konkreettisesti)

5. LÄHETYSTEN TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

- Tavoitteenamme on soveltaa saamaamme teoria tietoa hyvästä potilasohjauksesta käytäntöön.
- Oppia erilaisesta ohjaustilanteesta, eli millaista on ohjata, kun asiakas ei ole samassa tilassa ja miten eri tavoin tietoa pystyy antamaan.
- Oppia millaista on ryhmän ohjaaminen vuorovaikutteisesti.

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

- Saavat konkreettista tietoa keuhkokuumeesta ja etenkin, miten kotona voi ennaltaehkäistä sitä. Näiden tietojen pohjalta pyritte kasvattamaan heidän itsehoitovalmiuksia.
- Saavat vertaistukea ja sosiaalista kanssakäymistä.

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSIIN

- Lähetysyhteydet eivät toimi
- Katsojat tai ryhmäläiset eivät kuule toistensa ääntä
- Kuvayhteys on heikko
- Katsoja ei pääse lähetykseen mukaan tai on muuta menoa
- Lähetyksen sisältö on liian suppea tai laaja
- Keskustelu ”rönsyilee” muihin aiheisiin

VIRTU-ohjelman lähetyksen sisältösuunnitelma: Astma

Torstai 26.1. klo:10 ja 13

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

Tavoitteenamme on toteuttaa vuorovaikutuksellinen potilasohjaustilanne. Annamme tietoa astmasta, sen ennaltaehkäisystä, oireista ja hoidosta, tavalla, joka tukee vanhusten ja omaishoitajien kotona asumista ja itsehoitovalmiuksia.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

Astma on yksi yleisin pitkäaikaissairaus kaikissa ikäryhmissä (Haahtela ym. 2007, 219). Noin 6 % suomalaista sairastaa astmaa (Duodecim Terveyskirjasto 2011). Taipumus sairastua astmaan on elinikäinen ja sairauden kulku voi vaihdella oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin. Alkuvaiheen hoito on tärkeää ja tällöin voidaan parantaa oireileva usein oireettomaksi. (Haahtela ym. 2007, 219.) Astman tavallisimmat ilmaantuvuushuiput ovat lapsuudessa ja eläkeiässä (Huovinen 2002, 10- 14).

lääkäiden ihmisten astman toteaminen voi olla hankalaa. Astman paranemistaipumus on nuorella ihmisellä hyvä, mutta vain harva iäkkäämpi ihminen tulee oireettomaksi. Vaikea astma heikentää iäkkään ihmisen elämänlaatua enemmän kuin monet muut pitkäaikaiset sairaudet. Hengenahdistus ja pitkittynyt yskä laskee yleistilaa ja estää liikkumista. (Haahtela ym. 2007, 234.)

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ

- Ohjelmasuunnitelman sisältö pohjautuu teoria tietoon, jota on kerätty syksystä 2011 alkaen.
- Toteutus tapahtuu yhden tunnin kestävissä Virtu -lähetyksissä. Lähetyksiä samasta aiheesta on kaksi. Toteutamme lähetyksen miellekartan avulla. Ohjelma alkaa siitä, että olemme valmiiksi

kirjoittaneet fläppitaululle pääotsikoksi astma ja alaotsikoiksi oireet, hoito ja ennaltaehkäisy. Yksi meistä kirjoittaa sanat, joita vanhukset saavat vapaasti aiheesta ”heitellä”. Hän on samalla lähetyksen vetäjä. Kaksi muuta ovat asiantuntijoina, jotka johdattelevat vanhuksia ja ”heittävät” myös sanoja. Alaotsikoiden mukaan alamme avaamaan aihetta käymällä sanoja läpi ja kertomalla niistä lisää. Vetäjä ottaa katsojat mukaan ja kyselee, mitä he tietävät entuudestaan aiheesta. Asiantuntijat kertovat lisää faktatietoa. Sitten kun aiheet on käyty läpi, näytämme, miten inhalaatiolääke otetaan oikeaoppisesti. Lopuksi kyselemme myös vanhusten mielipiteitä ja millaisia ajatuksia tuli mieleen. Mitä he oppivat aiheesta ja mitä he pitivät toteutustavasta.

- Aikataulu: arvioidut noin ajat
 - Ohjelman aloitus: ryhmämme ja aiheemme esittely, sekä katsojien mukaan otto/ esittely. (5- 10 min)
 - Miellekartan tekoa. (15 min)
 - Miellekartan läpikäyntiä. (20 min)
 - Inhalaatiolääkkeen ottotekniikka. (5min)
 - Ohjelman lopetus: keskustelua ohjelman aiheesta sekä palautteen keruu ohjelmasta. Kerrotaan myös seuraavan ohjelman aihe. (10min)

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

- Jaamme suullista tietoa astmasta yleisesti, sen ennaltaehkäisystä, oireista ja hoidosta.
- Käytämme opetusmenetelmänä miellekarttaa. Aivoriihi tukee mielikuvituksen käyttöön ottoa, jolloin ryhmä tuottaa itse uusia ideoita.
- Näytämme konkreettisia esineitä/ tavaroita tukemaan oppimista ja tiedon ymmärtämistä (inhalaatiolääkkeen käyttäminen)

5. LÄHETYSTEN TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

- Tavoitteenamme on soveltaa saamaamme teoria tietoa hyvästä potilasohjauksesta käytäntöön.
- Oppia erilaisesta ohjaustilanteesta, eli millaista on ohjata, kun asiakas ei ole samassa tilassa ja miten eri tavoin tietoa pystyy antamaan.
- Haluamme oppia käyttämään erilaisia ryhmäohjausmenetelmiä.

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

- Saavat konkreettista tietoa astmasta ja etenkin, miten kotona voi ennaltaehkäistä oireita. Näiden tietojen pohjalta pyritte kasvattamaan heidän itsehoitovalmiuksia.
- Saavat vertaistukea ja sosiaalista kanssakäymistä.

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSIIN

- Lähetysyhteydet eivät toimi
- Katsojat tai ryhmäläiset eivät kuule toistensa ääntä
- Kuvayhteys on heikko
- Katsoja ei pääse lähetykseen mukaan tai on muuta menoa
- Lähetyksen sisältö on liian suppea tai laaja
- Keskustelu ”rönsyilee” muihin aiheisiin
- Käytettävä menetelmä ei toimi virtuaalisesti

Keuhkokuumetta käsittelevän ohjelman käsikirjoitus

Studioemäntä aloittaa lähetyksen. Studioemäntä ja asiantuntijat muutaman kerran lähetyksen aikana huomioi, että katsojat kuulevat puhetta ja näkevät kuvat selkeästi.

”Tervetuloa tämän päivän Virtu- lähetykseen. Tästä alkaa noin kaksi kuukautta kestävä ohjelmasarja erilaisista vanhuksen elämää koskevista sairauksista. Ohjelmat perustuvat viime syksynä teidän valitsemiinne mielenkiinnon kohteisiin. Näitä ohjelmia vetävät kolmannen vuosikurssin sairaanhoitajaopiskelijat ja tänään meidän aiheemme on keuhkokuume. Minä olen Riikka ja kanssani täällä studiossa on Carita ja Pauliina.”

- Kysymys katsojille: ”Tiedättekö, millainen sairaus keuhkokuume on?”
- Kysymys Caritalle: ”Miten keuhkokuume vaikuttaa elimistöön?”

Carita vastaa ja käyttää havainnollistamiseen kuvaa keuhkoista.

- Kysymys katsojille: ”Ketä teidän mielestä sairastuu helpoiten, lapset, työikäiset vai vanhukset?”
- Kysymys Caritalle: ”Minkä takia nämä ikäryhmät sairastuvat helpoiten?”
- ikäryhmät, sairastavuus, kuolleisuus.
- Kysymys katsojille: ”Tässä meillä on erilaisia kuvia ja saatte valita mitkä näistä ovat keuhkokuumeen riskitekijät?”
- tupakka ja alkoholi, liikunta, diabetes, huono ravitsemus, kahvi ja tee,
- Kysymys Pauliinalle: Kerro, tarkimmin mitkä ovat riskitekijät?
- Kysymys katsojille: ”Miten te voitte ennaltaehkäistä, ettei teille tule keuhkokuumetta?”
- Kysymys Pauliinalle: ”Kerro, tarkemmin millaista tietoa sinulla on ennaltaehkäisystä?”
-ravitsemustila, yleiskunto, tupakoinnin lopettaminen, rokottaminen, käsihygienia
- Pauliina näyttää, miten kädet pestään/ laitetaan käsidesiä. Katsojat tekevät asiantuntijoiden kanssa.
- Kysymys katsojille: ” Onko teillä tai teidän läheisillä ollut keuhkokuumetta? Jos vastaus kyllä; ” Millaisia oireita teillä on ollut?”

Jos vastaus ei; ” Millaisia oireita arvelette, että keuhkokuumeessa on?”

-kuume, yskä, yleistilan lasku, rintakipu, veriset yskökset, väsymys, hengenahdistus

- Kysymys Caritalle: ” Kerro tarkemmin, millaisia muita oireita keuhkokuumeessa on?”

- Carita kysyy katsojilta: Kuumeeton keuhkokuume, kuinka yleistä vanhuksilla?

- Kysymys katsojille: ” Millaista arvelette keuhkokuumeen hoidon olevan? Voiko sitä hoitaa kotona vai pitääkö aina sen takia mennä sairaalahoitoon?”

- Pauliina: ” Kuinka keuhkokuumetta hoidetaan?”

- lääkepaketteja näytetään

Loppu koonti: ”Kertokaa, mitä teille jäi erityisesti mieleen? Tuliko paljon uutta tietoa? Millaisia tunteita teille tuli aiheesta? Jäikö jokin asia hampaan koloon? Haluatteko jotain kysyä meiltä tästä aiheesta? Seuraavan aiheen esittely: Huomenna Henna ja Siiri aivoinfarkti. Torstaina tulemme kertomaan Astmasta.

Astmaa käsittelevän ohjelman käsikirjoitus

Studioemäntä aloittaa lähetyksen. Studioemäntä ja asiantuntijat muutaman kerran lähetyksen aikana huomioi, että katsojat kuulevat puhetta ja näkevät kuvat selkeästi.

”Tervetuloa tämän päivän Virtu- lähetykseen. Tämän päivän aiheenamme on astma. Minä olen Carita ja kanssani täällä studiossa on Riikka ja Pauliina.”

1. Olemme tehneet valmiiksi tällaisen taulun, jonka avulla käsittelemme aiheitamme astmaa. Saatte alkaa heittelemään sanoja, jotka liittyvät teidän mielestänne astmaan. Mitkään sanat eivät ole vääriä ja saatte rohkeasti sanoa, mitä teille tulee mieleen. → miellekartan tekoa (Aikaa noin 15min.)
2. Lähdemme käsittelemään ensin yleistä osiossa olevia sanoja. Minkä takia nämä sanat kuuluvat teidän mielestä yleistä osioon? → sana sanalta kartan läpikäymistä. Riikka käy läpi
3. Käsittelemme sitten oireet osiossa olevia sanoja. Onko jollain teillä astmaa/ Sinullahan .. on astmaa? Onko sinulla tämän tyyppisiä oireita ollut? Miten nämä oireet vaikuttavat sinun elämään? → Riikka käy kartan läpi
4. Käsittelemme sitten ennaltaehkäisy osiossa olevia sanoja. Minkä takia nämä sanat kuuluvat teidän mielestä ennaltaehkäisyyn? → sana sanalta kartan läpikäymistä. Pauliina käy läpi.
5. Käsittelemme sitten hoito osiossa olevia sanoja. Minkä takia nämä sanat kuuluvat teidän mielestä astman hoitoon? → sana sanalta kartan läpikäymistä. Pauliina käy läpi.
6. Inhalaatiolääkkeen näyttäminen.
7. Loppu koonti: ”Kertokaa, mitä teille jäi erityisesti mieleen? Tuliko paljon uutta tietoa? Millaisia tunteita teille tuli aiheesta? Jäikö jokin asia hampaan koloon? Haluatteko jotain kysyä meiltä tästä aiheesta?
8. Seuraavan aiheen esittely.

Kuvat



Kuva 1. VIRTU-television näkymä.



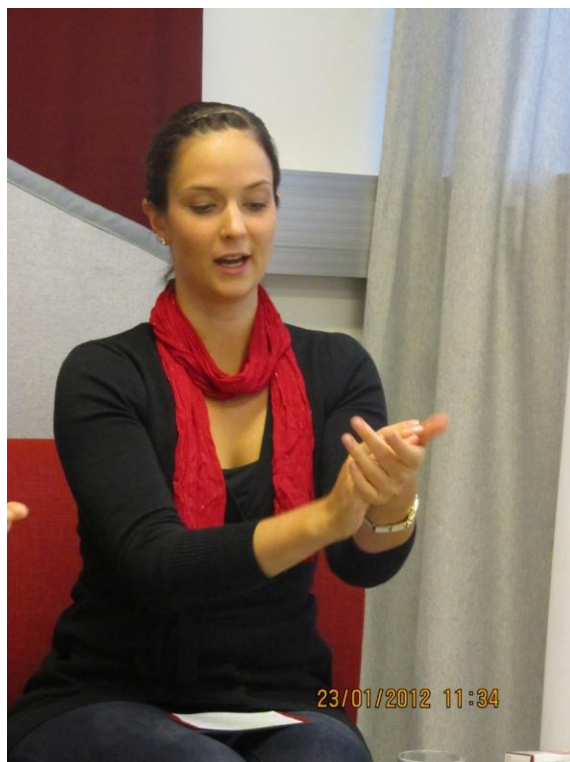
Kuva 2. Havainnollistaminen anatomisella mallinukella.



Kuva 3. Havainnollistaminen luvuilla.



Kuva 4. Havainnollistaminen kuvien avulla.



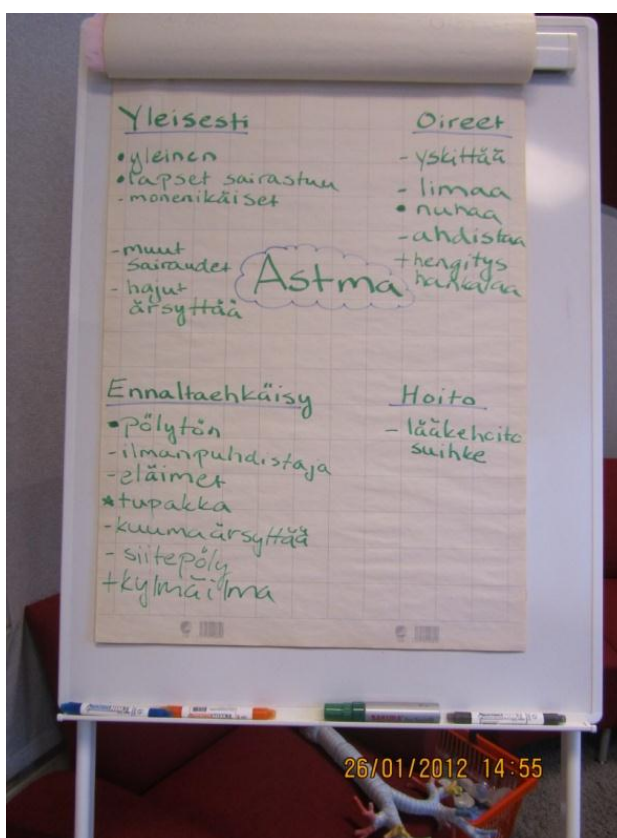
Kuva 5. Käsidesin laittaminen.



Kuva 6. Havainnollistamisessa käytetyt lääkepaketit.



Kuva 7. Telkät-ryhmän lähetyksessä tehty miellekartta.



Kuva 8. Tiirat-ryhmän lähetyksessä tehty miellekartta.



Kuva 9. Havainnollistaminen keuhkoputkien anatomisella mallilla.



Kuva 10. Lääkkeen ottotekniikan havainnollistaminen.