

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Astma ja sen hoito

Ohjatun omahoidon opas Länsi-Talinnan keskussairaalan
astmapotilaille

Hoitotyön koulutusohjelma,
terveydenhoitaja
Opinnäytetyö
Kevät 2008

Titta Jakonen
Hanna Valtonen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Terveydenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Titta Jakonen, Hanna Valtonen			
Työn nimi			
Astma ja sen hoito - Ohjatun omahoidon opas Länsi-Talinnan keskussairaalan astmapotilaille			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	40 + 7 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Astma on yleinen sairaus kaikkialla maailmassa. Sillä on vaikutuksia niin yhteiskunnallisella kuin yksilötasolla, koska se aiheuttaa muun muassa taloudellista, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista haittaa. Astman esiintyvyys on ollut nousussa ja myös Virossa diagnosoitujen astmatapausten määrä on 2000-luvulla joka vuosi lisääntynyt.</p> <p>Opinnäytetyömme aihevalintaa määritteli Länsi-Talinnan keskussairaala oy:n tarve saada käyttöönsä ohjatun omahoidon opas astmaa sairastavalle. Vastaavanlaista opasta heillä ei ole aiemmin ollut käytössä. Toimeksiantajamme Länsi-Talinnan keskussairaala oy on toiminut yhdessä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kanssa StaLT-hankkeessa vuodesta 2004 alkaen. Hanke päättyy vuonna 2008. StaLT-hankkeen tavoitteena on kehittää hoidon laatua Länsi-Talinnan keskussairaalassa, jotta se vastaisi paremmin EU:n yleistä tasoa.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä ohjatun omahoidon opas astmaa sairastavalle. Oppaan taustaksi olemme tehneet näyttöön perustuvan kirjallisuuskatsauksen astman hoidosta ja astmaa sairastavan tiedon tarpeista. Astmaa sairastavan on kyettävä ottamaan vastuuta sairauden päivittäisestä hoitamisesta, mikä edellyttää monien tietojen ja taitojen oppimista. Tutkimusten mukaan astmapotilaat jäävät kuitenkin usein ilman tarvitsemaansa tietoa.</p> <p>Oppaassa pyrimme osaltamme vastaamaan astmaa sairastavien tiedon tarpeisiin. Tavoitteenamme on kehittää astmapotilaiden ohjausta Länsi-Talinnan keskussairaalassa sekä lisätä astmaa sairastavan omahoitovalmiuksia. Opas tarjoaa tietoa astmasta ja sen hoidosta sekä antaa astmaa sairastavalle välineitä oman vointinsa tarkkailemiseen ja sairauden yksilölliseen hoitamiseen. Parempien omahoitovalmiuksien myötä astmaa sairastavien elämänlaatua voidaan parantaa.</p>			
Avainsanat			
astma, ohjattu omahoito, potilasopas			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Titta Jakonen and Hanna Valtonen			
Title			
Asthma and Its Treatment - A Guide to Guided Self-Management for the Asthma Patients of the West-Tallinn Central Hospital			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2008	40+7 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Asthma is a problem worldwide causing a physical, mental, social, and economical burden. It has an effect on individuals and also on society. The prevalence of asthma has been increasing. In Estonia, the incidence of asthma has grown annually in the 21st century.</p> <p>The theme of our final project was defined by the West-Tallinn Central Hospital, Estonia. The hospital had a need to receive a guide to guided self-management for asthma patients. The hospital did not have this kind of patient guide, yet. The West-Tallinn Central Hospital has been co-operating with the Helsinki Polytechnic Stadia, Finland, in a project called StaLT since 2004. The project will end in 2008. Its aim is to develop the quality of nursing of the West-Tallinn Central Hospital to meet the EU standards.</p> <p>The purpose of our final project is to write a guide to guided self-management of asthma. First, we made an evidence-based literature review of the asthma care and the need of asthma patients for information. Then, based on the literature review, we designed the guide. The asthma patient has to take the responsibility of the daily care of the disease, which will require adopting a large amount of information and learning many skills. However, according to research, the asthma patients lack the information they need.</p> <p>In our guide, on our behalf, we wanted to meet the information needs of asthma patients. Our goal was to develop the guidance of patients in the West-Tallinn Central Hospital and to increase asthma patients' self-management skills. The guide will offer information on asthma and its management. For the asthma patients, it will also give tools to observe the condition and give advice on how to take care of it individually. By better self-management skills, the asthma patients' quality of life may be improved.</p>			
Keywords			
asthma, guided self-management, guide, patient instruction			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LÄHDEMATERIAALIN JA TIEDONHAKUPROSESSIN ESITTELYÄ	2
3 ASTMA	2
3.1 Astma sairautena	2
3.1.1 Astman esiintyvyys	3
3.1.2 Astman syyt ja sairautta pahentavat tekijät	4
3.1.2.1 Yksilöstä johtuvat tekijät	5
3.1.2.2 Ympäristöstä johtuvat tekijät	6
3.1.3 Astman ehkäiseminen	7
3.1.4 Taudin synty, oireet ja eteneminen	8
3.2 Astman toteaminen	10
3.3 Astman hoito	11
3.3.1 Hoitotasapainon seuranta	12
3.3.2 Lääkkeetön hoito	14
3.3.3 Lääkehoito	17
3.3.4 Ohjattu omahoito	18
3.4 Astmaa sairastavan elämänlaatu	20
3.4.1 Astman vaikutukset arkielämässä	21
3.4.2 Astmaa sairastavan tiedon tarpeet	22
4 OHJATUN OMAHOIDON OPAS ASTMAA SAIRASTAVALLE	23
4.1 Tiedonsaannin merkitys potilaalle	24
4.2 Potilasoppaan sisällön suunnittelu	24
4.3 Potilasoppaan rakenteen ja ulkoasun suunnittelu	27
5 POHDINTA	29
5.1 Työn tarkastelua	29
5.2 Työskentelyprosessin tarkastelua	31
5.3 Työn luotettavuuden arviointi	32
5.4 Työn eettisyyden arviointi	33
5.5 Työn hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet	34
LÄHTEET	36
LIITTEET	
	Liite 1: Haastattelu
	Liite 2: Haut tietokannoista
	Liite 3: Astman omahoito - Näin hoidat itseäsi (opas)
	Liite 4: Oppaan tekovaiheessa hyödynnettyä materiaalia
	Liite 5: Ohje lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle
	Liite 6: Haastattelun julkaisulupa
	Liite 7: Lupa yhteystietojen liittämiseksi oppaaseen

1 JOHDANTO

Astma on maailmanlaajuinen ongelma. Arvioidaan, että noin 300 miljoonaa ihmistä maailmassa kärsii astmaoireista (GINA 2007: 3). Virossa astmaa on diagnosoitu 2000-luvulla joka vuosi entistä enemmän ja vuonna 2006 uusia tautitapauksia on tilastoitu aikuisväestössä 3 641 (Sotsiaalministerium 2008).

Astma on krooninen sairaus, mutta erityisesti lievää astmaa sairastava voi pysyä oireettomana hyvän hoidon ansiosta. Tänä päivänä astman hoidossa keskeisenä pidetään potilaan ohjattua omahoitoa. Siinä potilas osallistuu hoidon toteuttamiseen yhdessä lääkärin ja muiden asiantuntijoiden kanssa. Eri tutkimuksissa (Stenman - Toljamo 2002; Caress - Luker - Woodcock - Beaver 2002a) astmapotilaiden on kuitenkin todettu jäävän ilman tarvitsemaansa tietoa. Härm (2001: 78) korostaa Virossa toteutettavaa potilasohjausta käsittelevässä tutkimuksessaan, että terveydenhuoltohenkilöstön tulisi ohjata potilaita entistä enemmän omahoidon toteuttamiseen ja sairautta pahentavien tekijöiden välttämiseen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä opas astmapotilaalle näyttöön perustuen. Aihevalintaamme määrittelee Länsi-Tallinnan keskussairaalan tarve saada käyttöönsä opas astmapotilaille. Toimeksiantajamme toivomuksesta oppaan painotuksena on ohjattu omahoito. Kokonaisuudessaan työ käsittää kirjallisuuskatsauksen ja itse oppaan, joka luovutetaan Länsi-Tallinnan keskussairaala oy:n käyttöön. Työmme tavoitteena on kehittää Länsi-Tallinnan keskussairaalan astmapotilaiden ohjausta sekä lisätä astmaa sairastavan omahoitovalmiuksia.

Oppaan suunnittelussa painotamme sen käytännöllisyyttä niin astmaa sairastavan kuin hoitohenkilökunnankin näkökulmasta. Sisällön valinnan pohjana on astmaa sairastavien tiedon tarpeet.

Toimeksiantajamme, Länsi-Tallinnan keskussairaala oy, on toiminut yhdessä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kanssa StaLT-hankkeessa vuodesta 2004 alkaen. Hanke päättyy vuonna 2008. StaLT-hankkeen tavoitteena on kehittää hoidon laatua Länsi-Tallinnan keskussairaalassa siten, että se vastaisi paremmin EU:n yleistä tasoa.

2 LÄHDEMATERIAALIN JA TIEDONHAKUPROSESSIN ESITTELYÄ

Näyttöön perustuva lähdemateriaalimme sisältää eri näytön asteita: tieteellinen tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemuksellinen näyttö (vrt. Leino-Kilpi - Lauri 2003: 7-10). Tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä edustavat työssä käyttämämme lääketieteelliset ja hoitotieteelliset tutkimukset. Osa lähteistämme on niin sanottu konsensusperiaatteella koottua tutkittua tietoa. Esimerkiksi päälähteenä käyttämässämme Global Initiative for Asthma-hoitosuosituksessa (GINA), Käypä hoitosuosituksessa sekä muissa kootuissa teoksissa yhdistyy eri tutkimuksista kerätty viimeisin tieto astmasta ja sen hoidosta. Asiantuntijoiden konsensus on osa hyväksi havaittua toimintanäyttöä. Käyttämämme oppikirjat sekä astmapotilaille tarkoitetut oppaat pohjautuvat ainakin osin kokemukselliseen näyttöön.

Aloitimme tiedonhakuprosessin tekemällä hakuja sekä kirjastotietokannoista että artikkeliviitetietokannoista. Valitsimme hakusanoiksemme astmaa, potilasopasta tai -ohjausta, ohjattua omahoitoa sekä Viroa koskevaa sanastoa. Osa hauista on rajattu aikuisväestöön, koska oppaamme kohderyhmä Länsi-Talinnan keskussairaalassa on aikuisväestöä (ks. liite 1). CINAHLissa rajasimme hakuja pelkkiin tutkimuksiin runsaiden hakutulosten vuoksi. Saimme todeta, että aiheestamme löytyy paljon tutkittua tietoa. Todennäköisesti saaduissa hakutuloksissa on päällekkäisyyksiä eli luvut eivät kerro täyttä totuutta tutkimusmäärästä. Esimerkiksi hakusanat *Patient education* ja *Teaching material* ovat mahdollisesti tuoneet joitakin samoja hakutuloksia. Lähdeaineiston valinnassa etenimme seuraavasti. Ensin poistimme ne tulokset, jotka olivat otsikon perusteella epäoleellisia aiheemme kannalta. Seuraavassa vaiheessa rajasimme hakuja tiivistelmän perusteella. Jäljelle jääneiden hakutulosten valikoinnin suoritimme kokotekstin luettuamme. Hakutulokset ovat näkyvissä liitteessä 2. Tietokannoista tehtyjä hakuja täydensimme käsihauilla.

3 ASTMA

3.1 Astma sairautena

Astman määrittäminen on vaikeaa, koska taudin kliininen kuva vaihtelee eri potilailla ja ajan kuluessa astma kehittyy yksittäisillä potilailla eri tavoin. Myöskään astman syitä ei ole täysin pystytty selvittämään, mutta taustalla on merkittäviä geneettisiä ja ympäristövaikutuksia. (GINA 2007: 2.) Astman määritelmä on ollut muutoksessa (Eagan

2004: 67). Koska taudin synty on vielä epäselvä, astman määritelmä perustuu kuvaukseen keuhkoissa tapahtuvista muutoksista ja siitä aiheutuvista oireista (GINA 2007: 2). On olemassa useita astman hoitosuosituksia. Niistä eniten käytetty on Global Initiative for Asthma (GINA) (Pallasaho 2006: 14), jonka tekemää astman määritelmää mekin käytämme:

Asthma is a chronic inflammatory disorder of the airways in which many cells and cellular elements play a role. The chronic inflammation is associated with airway hyperresponsiveness that leads to recurrent episodes of wheezing, breathlessness, chest tightness, and coughing, particularly at night or in the early morning. These episodes are usually associated with widespread, but variable, airflow obstruction within the lung that is often reversible either spontaneously or with treatment. (GINA 2007: 2.)

Astma on hengitysteiden krooninen tulehdussairaus, joka kehittyy useiden eri solujen ja solutason tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Krooninen tulehdus liittyy ilmasteiden lisääntyneeseen herkkyyteen reagoida erilaisiin ärsykkeisiin. Tämä johtaa toistuvaan hengityksen vinkumiseen, hengenahdistukseen, painon tunteeseen rinnassa ja yskään erityisesti yöllä tai aikaisin aamulla. Nämä oireet liittyvät laajamittaiseen, mutta vaihtelevaan ilman virtauksen estymiseen keuhkoissa. Tila normalisoituu itseltään tai hoidolla. (GINA 2007: 2. Oma käännös.)

3.1.1 Astman esiintyvyys

Astmaa esiintyy kaikkialla maailmassa. Sen esiintyvyyttä eri puolilla maailmaa on vaikea vertailla yhtenäisten diagnosointikriteerien puuttuessa. Eri maissa astman esiintyvyys on 1 - 18 % väestöstä. (GINA 2007: 3.) Viime vuosisadan jälkipuoliskolla astman esiintyvyys on noussut (Pallasaho 2006: 41). On arvioitu, että vuosittainen astmakuolleisuus maailmassa on 250 000 henkeä. Astmalla on merkittävät taloudelliset seuraukset muun muassa työ- ja koulupoissaolojen sekä ennen aikaisten kuolemien vuoksi. (GINA 2007: 3.) Suomessa astma on verenpainetaudin jälkeen yleisin lääkehoitoa vaativa pitkäaikais sairaus yhdessä sepelvaltimotaudin kanssa (Laitinen - Haahtela 2003: 306). Astmasta johtuva yhteiskunnallinen taakka ja potilaalle aiheutuvat haitat ovat kuitenkin pienentymässä entistä paremman varhaisdiagnostiikan ja tehostuneen hoidon ansiosta (Laitinen - Haahtela 2003: 306; Kotaniemi 2006: 85).

Arviot astman yleisyydestä Virossa vaihtelevat. Tutkimukset ovat osoittaneet 2 - 8 %:n esiintyvyyden väestössä. (Meren ym. 2001: 957.) Esimerkiksi Suomen, Viron ja Ruotsin hengityselinsairauksien esiintyvyyttä kartoittaneen FinEsS-tutkimuksen mukaan astman esiintyvyys oli suurinta Tukholmassa ja vähäisintä Tallinnassa (Pallasaho

2006: 41). Ei voida kuitenkaan tehdä johtopäätöksiä, että astmaa olisi todellisuudessa vähemmän Virossa, kuin tutkimukseen osallistuneissa naapurimaissa (Pallasaho 2006: 47), sillä Virossa taudin diagnosointikriteerit ovat poikenneet länsimaisista diagnosointikriteereistä. 1980-luvun lopulle asti Virossa astma luettiin Neuvostoliitossa käytettyyn yleisten kroonisten keuhkosairauksien ryhmään kuuluvaksi. Meren ym. (2001) ovat todenneet, että diagnoosien vähyyteen neuvostoaikana on osaltaan voinut vaikuttaa astmapotilaille asetetut rajoitukset matkustaa ulkomaille. Tämän vuoksi lääkärit eivät ole kirjoittaneet astmadiagnooseja potilaille. (Meren ym. 2001: 954–964.) Virossa diagnosoitua kroonista keuhkoputkentulehdusta (10,7 %) on tutkimuksen mukaan huomattavasti enemmän kuin diagnosoitua astmaa (2,0 %). Suomessa ja Ruotsissa diagnoosien suhde on päinvastainen. Kuitenkin astmatyyppiset oireet, kuten hengenahdistus, hengityksen vinkuminen, pitkäaikainen yskä ja limaneritys, olivat FinEsS-tutkimuksen mukaan yleisempiä Tallinnassa kuin Helsingissä ja Tukholmassa. Tutkimuksen tekijän mukaan tulokset viittaavat siihen, että astma on Virossa alidiagnosoitu. (Pallasaho 2006: 39–40, 42, 53.)

Tarkasteltaessa Viron sosiaaliministeriön tilastoja (Sotsiaalministeerium 2008) 2000-luvulla, diagnosoitujen astmatapausten määrä on joka vuosi lisääntynyt. Vuodesta 2000 vuoteen 2006 uusia astmadiagnooseja on tilastoitu aikuisväestössä 19 602 ja pelkästään vuonna 2006 uusia tautitapauksia ilmaantui 3641. 2000-luvun alussa astmaa diagnosoitiin aikuisväestössä vuosittain muutamia kymmeniä enemmän kuin kroonista keuhkoputkentulehdusta. Vuodesta 2003 alkaen kroonisen keuhkoputkentulehduksen diagnooseja on puolestaan vuosittain ollut muutama sata enemmän kuin astmaa. (Sotsiaalministeerium 2008.)

Vuonna 1997 Viron arvioidut välittömät astman diagnosointi- ja hoitokulut olivat 2,1 miljoonaa euroa, mikä oli 1,4 % maan kaikista välittömistä terveystuloista. (Kiivet - Kaur - Lang - Aaviksoo - Nirk 2001: 91.) Astmalääkkeet kuuluvat Virossa niihin lääkkeisiin, joista potilas voi saada korvausta terveysvakuutusrahastolta. Korvaus myönnetään diagnoosin perusteella ennalta määritellyn prosentin mukaan. (List of diseases; Pharmaceutical reimbursement system in Estonia; Sotsiaalministeerium 2006.)

3.1.2 Astman syyt ja sairautta pahentavat tekijät

Astman syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tutkittu paljon, mutta edelleen sairaudelle altistavista seikoista tiedetään melko vähän. Tämä osoittaaakin, että astma on syntymekanismiltaan monimutkainen sairaus. (Egan 2004; GINA 2007; Huovinen 2002.)

Astma voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin, ulkosyntyiseen ja sisäsyntyiseen. Ulkosyntyinen astma puhkeaa yleensä lapsuusiässä ja siihen liittyy atopiaa. Atopia on perinnöllinen taipumus, joka aiheuttaa herkistymistä elinympäristön tavallisille allergeeneille. Se on allergian alakäsite. Allergiassa elimistö tuottaa vasta-aineita allergisoivaa ainetta kohtaan. Sisäsyntyinen astma on ei-allergista ja se todetaan yleensä aikuisiässä. Sen syntymekanismia ei tarkoin tiedetä (Hannuksela 2007; Terveyskirjasto 2005a, 2005b, 2005c). Astman syyt voidaan jakaa yksilöstä ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin (GINA 2007: 4-5).

3.1.2.1 Yksilöstä johtuvat tekijät

Astman syntyyn ja pahenemiseen vaikuttavia yksilöstä johtuvia tekijöitä ovat geneettinen perimä, sukupuoli, ylipaino (GINA 2007: 4-5) ja psyykkiset tekijät (Laitinen - Haahtela 2003: 314). Geneettisellä perimällä on vaikutusta astman puhkeamiseen. Mekanismit sairauden syntyyn on hyvin monimutkainen, ja useat geenit vaikuttavat siihen. Vanhempien ja sisarusten astma tai atopia on merkittävä geneettinen riskitekijä. (Käypä hoito 2006; Laitinen - Räsänen 2000: 18.)

On todettu, että naissukupuoli altistaa astman puhkeamiseen aikuisiällä, mutta syytä tähän ei ole löydetty (GINA 2007: 5; Eagan 2004: 66). Erot miesten ja naisten sairastavuuden välillä eivät ole merkittäviä (Eagan 2004: 69). Viron 2000-luvulta olevissa astmatilastoissa on nähtävissä, että aikuisväestössä uudet astmatapaukset ovat naisten keskuudessa miesten tautitapauksia yleisempiä (Sotiaalministerium 2008).

Astmaa on aiemmin pidetty ihmisen persoonallisuudesta tai psyykkisistä syistä johtavana sairautena (Aalto – Kauppinen 2000: 49; Haahtela - Stenius-Aarniala 2002: 25; Laitinen - Haahtela 2003: 314). Millään tietyllä persoonallisuustyyppillä ei ole kuitenkaan havaittu olevan yhteyttä astman puhkeamiseen (Huovinen - Kaprio - Koskenvuo 2001; 971, 976–977; Laitinen - Haahtela 2003: 314). Psyykkiset tekijät kuten voimakkaat tunteenpurkaukset (GINA 2007: 57), mielialatekijät ja stressi voivat kuitenkin laukaista astmakohtauksen (Haahtela - Stenius-Aarniala 2002: 26), sillä niiden on havaittu voimistavan astmalle tyypillisiä keuhkoputkien limakalvon tulehdusreaktioita (Laitinen - Haahtela 2003: 314).

3.1.2.2 Ympäristöstä johtuvat tekijät

Ympäristöstä johtuvia astman syntyyn ja pahenemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat allergeenit, ilman epäpuhtaudet, työperäiset tekijät, tupakansavu, hengitysteiden virusinfektiot sekä tietyt ruoka- ja lääkeaineet. Osa näistä vaikuttaa ainoastaan oireiden pahenemiseen, kun taas toiset vaikuttavat sekä oireiluun että taudin syntyyn. (GINA 2007: 5-7.)

Allergeenit, kuten pölypunkki ja eläinten hilse, altistavat astmakohtausten synnylle, mutta selvää yhteyttä itse sairauden kehittymiseen ei ole toistaiseksi löydetty. Samoin ilman epäpuhtauksilla, kuten saasteilla, savulla ja homeitiöillä on yhteys astmaoireisiin, mutta sairauden syntyyn niitä ei ole voitu varmasti yhdistää. (GINA 2007: 5-6.) Näyttöä on kuitenkin siitä, että työperäinen altistuminen kemiallisille ja biologisille aineille on huomattava astman syntyyn vaikuttava seikka (Eagan 2004: 59; Nordman 2000: 107). Merkittäviä sairastuvuuteen liittyviä ammattialoja ovat muun muassa maatalous ja muoviteollisuus sekä siivous- ja maalaustyö. Se, miksi toisille kehittyy niin kutsuttu ammattiastma tietyistä määrätystä altistetta ja toisille ei, on epäselvää. Atopia ja tupakointi voivat kuitenkin osaltaan lisätä työperäiseen astmaan sairastumisen riskiä. (GINA 2007: 5-6.)

Tupakoinnin ja astman synnyn yhteyttä on tutkittu paljon, ja siitä on eriäviä mielipiteitä (Eagan 2004; Huovinen 2002; Kotaniemi 2006). Ei ole kuitenkaan voitu osoittaa huomattavaa yhteyttä tupakoinnin ja astmaan sairastumisen välillä (Huovinen 2002: 57; Kotaniemi 2006: 58). Toisaalta runsaasti tupakoivilla on todettu merkittävä riski saada hengitystieoireita (Pallasaho ym. 2002: 764) ja erityisesti naisilla astmaan sairastumisen mahdollisuus kasvaa (Huovinen - Kaprio - Laitinen - Koskenvuo 2001: 236).

Varmaa tutkimusnäyttöä on siitä, että tupakointi pahentaa astmaa sairastavan oireita, vaikeuttaa hoitoa ja nopeuttaa pysyvien muutosten syntymistä hengitysteissä (GINA 2007: 6; STM 1998: 24). FinEsS-tutkimuksen mukaan tallinnalaiset miehet tupakoivat huomattavasti enemmän kuin tukholmalaiset tai helsinkiläiset miehet. Tutkimuksessa kävi ilmi, että jopa 57 % tallinnalaisista miehistä tupakoi ja 26 % poltti runsaasti. Tallinnalaisten naisten tupakointi oli yhtä yleistä kuin verrokkikaupungeissa, noin 30 %. Runsaasti tupakoivia oli tukholmalaisien ja helsinkiläisten naisten joukossa enemmän (noin 10 %) kuin tallinnalaisten naisten keskuudessa (5 %). (Pallasaho 2006: 40–41.) Virossa naiset altistuvat kuitenkin usein passiiviselle tupakoinnille, jonka arvellaan olevan syynä heille yleisiin hengitystieoireisiin (Meren ym. 2001: 962). Ympäristön tupakan

savulle altistumisen on todettu aiheuttavan ainakin lapsilla suurentunutta astmariskiä (Käypä hoito 2006).

Astman on huomattu puhkeavan usein hengitysteiden virusinfektioiden yhteydessä ja ne myös pahentavat jo olemassa olevan astman oireita (GINA 2007: 4; Laitinen ym. 2000: 17). Bakteeri-infektioilla on harvemmin vastaavanlaista vaikutusta (GINA 2007: 72).

Myös ravinnon merkitystä astman synnyssä on tutkittu. Mikäli astmaatikolla on todettu jokin ruoka-aineallergia, voi kyseistä ruoka-ainetta välttämällä joissakin tapauksissa vähentää astmakohtausriskiä. Muuten ruoka-aineilla ei näyttäisi olevan vaikutusta taudin kulkuun ja tämän vuoksi minkään ruoka-aineen välttämiseen ei ole syytä ilman todisteita sen aiheuttamista haitoista. (GINA 2007: 56.)

Eräiden lääkkeiden käytössä astmapotilaiden tulee olla varovaisia. 10 - 20 %:lle astmapotilaista asetyylisalisyylihappo ja muut tulehduskipulääkkeet saattavat aiheuttaa vakaviakin yliherkkyysoireita. Pahimmassa tapauksessa nämä ilmenevät anafylaktisena reaktiona tai vaikeana astmakohtauksena. (Käypä hoito 2006; Stenius-Aarniala 2000: 100–101.) Toisaalta joidenkin potilaiden on myös todettu hyötyvän tulehduskipulääkkeiden käytöstä. Astmapotilaan lääkehoito kyseisten lääkkeiden osalta on näin ollen monimutkainen asia. Ellei tiedetä tulehduskipulääkkeiden sopivuudesta potilaalle, on syytä välttää niiden käyttöä. (Stenius-Aarniala 2000: 101.) Muita astmaa sairastavan kannalta ongelmallisia lääkeaineryhmiä ovat muun muassa beetasalpaajat ja ACE-estäjät. Näitä lääkkeitä tuleekin käyttää harkiten ja valvotusti. (GINA 2007: 57; Stenius-Aarniala 2000: 102.) Astmapotilaan on hyvä lääkärissä käydessään ja apteekissa asioidessaan mainita sairaudestaan, jotta voidaan varmistua lääkkeen sopivuudesta (Astma 2002: 78).

3.1.3 Astman ehkäiseminen

Astmakohtauksia ja sairauden pahenemista voidaan joissain tapauksissa ehkäistä välttämällä astmakohtausta laukaisevia tekijöitä kuten allergeeneja (esimerkiksi siitepöly, huonepöly, eläinten hilse), ilmansaasteita ja tiettyjä lääkeaineita (asetyylisalisyylihappo ja muut tulehduskipulääkkeet, beetasalpaajat, ACE-estäjät). Myös virusinfektioiden ehkäisemisellä sekä infektioiden hyvällä hoidolla voidaan välttää astman pahenemista. (GINA 2007: 55; Laitinen - Haahtela 2003: 310–311.) Lisäksi työperäisen astman syntymistä voidaan ehkäistä välttämällä sille altistavia aineita (Eagan 2004: 59; Nordman

2000: 107). Mikäli sairaus on hyvässä hoitotasapainossa, myös astmaa pahentavien tekijöiden vaikutus potilaan tilaan on vähäisempi (GINA 2007: 55).

Korkeampi koulutustaso näyttäisi suojaavan astmalta, sillä se vaikuttaa usein yksilön tupakointitottumuksiin, asumisolosuhteisiin ja terveystottumuksiin (Eagan 2004: 64, 70). Fyysisen aktiivisuuden on myös katsottu olevan astmalta suojaava tekijä (Huovinen – Kaprio – Laitinen - Koskenvuo 2001: 234).

3.1.4 Taudin synty, oireet ja eteneminen

Astman kehittyessä keuhkoputkien limakalvolla tapahtuu merkittäviä muutoksia (Laitinen - Räsänen 2000: 15). Limakalvon rakenne muuttuu pitkällisen ärsytyksen seurauksena siten, että värekarvasoluihin tulee vaurioita ja limasolujen määrä lisääntyy. Limaa alkaa erittyä runsaasti ja tästä seuraa yskimistä. Hengitysilmassa olevien haitallisten hiukkasten päästessä värekarvapuolustuksen läpi alempiin kudoksiin syntyy tulehdus. Tulehduksen jatkuessa keuhkoputket ahtautuvat limakalvon alla olevan sileän lihaskerroksen supistuessa. Sekä tulehdus että ahtautuminen ovat elimistön puolustusreaktioita. Pitkään jatkuvan tulehduksen seurauksena sileä lihaskerrokset paksuuntuvat ja saa aikaan reagoimisherkkyiden lisääntymistä keuhkoputkissa. (Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 9, 12.) Astmaa sairastavan keuhkoputkissa oleva tulehdus on jatkuvaa, vaikka oireet ovatkin vain ajoittaisia (GINA 2007: 7).

Astman oireita ovat ajoittaiset hengitysvaikeudet, hengityksen vinkuminen, painon tunne rinnassa sekä yskä, joka esiintyy varsinkin yöaikaan tai aikaisin aamulla (GINA 2007: 16). Alkavassa astmassa potilaan tila saadaan usein oireettomaksi, mutta hänelle jää herkkyys reagoida astmaattisesti. Vaikeatyypinen tai hoitamaton astma johtaa jatkuvaan oireiluun. (Haahtela - Stenius-Aarniala 2002: 13–14.) Tämän takia on tärkeää, että oireisiin puututaan varhaisessa vaiheessa (Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 17, 27; STM 1998: 28).

Astma luokitellaan sen mukaan, miten vaikeita oireet ovat ja kuinka usein niitä esiintyy. GINA (2007) luokittelee astman ajoittain esiintyvään, lieväasteiseen, keskivaikeaan ja vaikeaan astmaan. Samallakin henkilöllä taudin vakavuusaste voi vaihdella eri aikoina. (GINA 2007: 22.)

Ajoittain esiintyvässä astmassa oireita ilmaantuu vähemmän kuin kerran viikossa ja pahenemisjaksot ovat lyhytkestoisia. Yöllisiä oireita on enintään kaksi kertaa kuukau-

dessa ja keuhkojen toiminta on vain lievästi heikentynyt. Myöskään *lieväasteisessä astmassa* keuhkojen toiminnassa ei ole merkittävää heikkenemistä. Oireita esiintyy enemmän kuin kerran viikossa, mutta vähemmän kuin kerran päivässä. Pahenemat vaikuttavat toimintakykyyn ja haittaavat unta. Oireita esiintyy yöllä vähintään kaksi kertaa kuukaudessa. *Keskivaikeassa astmassa* oireita esiintyy päivittäin ja ne vaikuttavat uneen ja toimintakykyyn. Yöllisiä oireita ilmenee enemmän kuin kerran viikossa ja potilas joutuu käyttämään keuhkoputkia avaavia lääkkeitä päivittäin. Keuhkojen toiminta on selvästi heikentynyt. *Vaikeassa astmassa* oireita ilmenee päivittäin. Sekä kohtauksia että yöllisiä oireita esiintyy usein. Toimintakyky on rajoittunut ja keuhkojen toiminta huomattavasti heikentynyt. (GINA 2007: 22.)

Astman luokittelussa on huomioitava oireiden vakavuusasteen lisäksi se kuinka hyvin sairaus on hoidettavissa lääkkeillä kullakin potilaalla. Vaikeassakin astmassa hoitovaste voi olla hyvä, jolloin tauti voidaan luokitella keskivaikeaksi. (GINA 2007: 22.)

Potilaan tulee olla tietoinen oireista, jotka viittaavat astman pahenemiseen. Tällöin hän voi ajoissa puuttua tilanteeseen ja ehkäistä vakavamman tilan kehittymisen. Astman pahenemiseen viittaavia oireita ovat lisääntynyt hengenahdistus, yskä, liman erittyminen keuhkoputkista sekä lisääntynyt hengityksen vinkuminen. Potilaalla alkaa esiintyä myös yöllisiä astmaoireita ja rasitusastmataipumus pahenee. Lisäksi avaavien lääkkeiden tarve kasvaa. (Lahdensuo 2000: 57.)

Astman paheneminen johtuu usein ylähengitystieinfektiosta, huonosta hoitomyöntyvyydestä tai muista edellä mainituista astmaoireita vaikeuttavista seikoista (Hedman 2000: 88). Astmakohtaus on etenevä tila, jossa sairauden oireet pahenevat (GINA 2007: 64). Vaikeasti hallittavissa olevaa astmaa sairastaville vakava astmakohtaus voi tulla nopeasti ja täysin yllättäen (Hedman 2000: 88). Tilanne voi olla henkeäuhkaava (GINA 2007: 64). Lievemmissä tapauksissa potilas usein tunnistaa astman pahenemiseen liittyvät oireet ennakkoon (Hedman 2000: 88).

Vakavan astman pahenemisen yhteydessä potilaalla ilmenee hengenahdistusta ja hänen on vaikea puhua. Hengitys myös vinkuu. Uloshengitys on työlästä ja tämän vuoksi potilas joutuu käyttämään apuhengitysilhaksiaan. Hengitys tihenee 25 - 30 kertaan minuutissa ja syke nousee jopa yli 120 lyöntiin minuutissa. (Astma 2002: 59; GINA 2007: 65.) Ilman virtauksen heikkenemisen aste keuhkoputkissa voidaan havaita keuhkojen toimintaa mittaavilla menetelmillä (GINA 2007: 64).

3.2 Astman toteaminen

Oikea astman diagnosointi on oleellista, jotta sairautta voitaisiin hoitaa tehokkaasti. Sairauden kliiniset oireet ovat tärkeässä osassa sairauden toteamisvaiheessa. Joskus astman oireet voivat olla kuitenkin vain ajoittain esiintyviä ja epämääräisiä, jolloin sekä potilas että lääkäri saattavat vähätellä oireiden vakavuutta. Epäselvien oireiden vuoksi tapahtuu myös helposti virhediagnosoiteja. (GINA 2007: 16–17.)

Astmaa epäiltäessä keuhkojen kuuntelulla halutaan selvittää ilmanvirtauksen rajoittuneisuutta keuhkoputkissa. Tästä on yleensä merkinä keuhkoista kuuluva vinkuminen. Jos potilas tutkitaan oireettomana aikana, ei lääkärintarkastuksessa yleensä löydetä muita astmaan viittaavia merkkejä. On myös mahdollista, ettei vinkumistakaan esiinny. (GINA 2007: 17.)

Fyysisten oireiden tutkimisen lisäksi tehdään laboratoriotutkimuksia, joihin sisältyy perusverenkuva sekä allergiasolujen määrittäminen joko verikokeella tai yskösnäytteellä (Piirilä – Sovijärvi 2000: 21). Lisäksi ihopistokokeella saadaan tietoa potilaan atopiatai-pumuksesta (GINA 2007: 19; Piirilä – Sovijärvi 2000: 21), mikä on tärkeää erityisesti silloin, kun halutaan selvittää oireiden aiheuttaja ja minimoida potilaan astmaoireita pahentavat allergeenit elinympäristöstä (GINA 2007: 19; Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 23).

Oleellisia astman diagnosoinnin keinoja ovat keuhkojen toimintaa mittaavat testausmenetelmät spirometria ja PEF-mittaus (GINA 2007: 17). Spirometriatutkimus tehdään sairaalaolosuhteissa (Astma 2002: 31), ja sillä voidaan selvittää keuhkojen tilavuutta sekä keuhkoputkien ahtautumisesta kertovaa uloshengityksen maksimaalista ilmanvirtausnopeutta. Tutkimuksen yhteydessä voidaan myös selvittää keuhkoputkien ahtauman palautuvuutta keuhkoputkia laajentavan lääkityksen avulla. Mikäli arvot paranevat huomattavasti lääkkeen avulla, viittaa tämä löydös astmaan. Testausmenetelmää kutsutaan bronkodilataatiokokeeksi. (Piirilä - Sovijärvi 2000: 22–23.)

PEF (Peak Expiratory Flow) tarkoittaa uloshengityksen huippuvirtausta, jolla kartoitetaan ilman virtauksen rajoittuneisuutta keuhkoputkissa. Se on hyödyllinen menetelmä astman diagnosoinnissa, seurannassa ja lääkehoidon määrittämisessä. (Astma 2002: 32; GINA 2007: 18.) PEF-arvojen vaihtelu kertoo keuhkoputkien supistelun vaihtelemisesta. Keuhkoputkien supistuessa PEF-arvot pienenevät (Astma 2002: 32–33).

Tärkeä osa astmadiagnostiikkaa on PEF-vuorokausiseuranta, jossa arvioidaan tulosten vaihtelevuutta eri vuorokauden aikoina. Nämä vaihtelut ovat astmaa sairastavilla usein tavallista suurempia. Mittaukset tehdään aamuin illoin. (Piirilä - Sovijärvi 2000: 24.) Aamulla mitatut arvot ovat yleensä pienempiä kuin illalla mitatut (GINA 2007: 18). Tuloksia verrataan viitearvoihin, joissa huomioidaan henkilön ikä, sukupuoli ja pituus (Astma 2002: 35). Lääkäri määrittää potilaskohtaisen PEF-tavoitearvon 1 - 2 kuukauden seurannan perusteella. Seurannan aikana potilas merkitsee joka aamu muistiin parhaan puhaltamansa PEF-arvon. Jatkossa potilaan PEF-arvoja verrataan hänen henkilökohtaiseen tavoitearvoonsa. (Lahdensuo 2000: 57.)

PEF-mittaus on diagnosoinnin lisäksi keskeisessä osassa myös astman hoitotasapainon sekä lääkehoidon määrittämisessä (GINA 2007: 18, Piirilä - Sovijärvi 2000: 28). Koska PEF-seuranta on yksi astman hoidon tärkeistä osa-alueista (Lahdensuo 2000: 57), palaamme siihen tarkemmin luvussa 3.4.1.

3.3 Astman hoito

Astman hoidossa on tärkeää, että potilas tunnistaa sairautta pahentavat riskitekijät ja osaa välttää niitä. Potilaan tulisi myös pystyä arvioimaan sairautensa kulloistakin tilaa ja kyetä hoitamaan sitä mahdollisimman tehokkaasti. Astman hoidon perustana on potilaan sekä häntä hoitavan henkilöstön yhteistyö. Yhteistyön päämääränä on potilaan ohjattu omahoito. (GINA 2007: 50.)

Astman hoidossa pyritään oireettomuuteen ja normaalin toimintakyvyn ylläpitämiseen (Ahonen 2000: 63; GINA 2007: 50). Keskivaikeaa tai vaikeaa astmaa ei useinkaan saada täysin oireettomaksi, mutta tällöinkin voidaan pyrkiä hyvään sairauden hallintaan (Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 27).

Vaikkakin nykypäivänä astmalääkitys on tehokasta, olisi syytä välttää astmaa pahentaville tekijöille altistumista. Välttämällä näitä voidaan parantaa sairauden hoitotasapainoa ja vähentää näin ollen lääkityksen tarvetta. Koska kuitenkin useat astmaa sairastavat saavat astmaoireita kaikkialla yleisesti esiintyvistä altisteista, voi niiden välttäminen olla hyvin epäkäytännöllistä ja potilasta rajoittavaa. (GINA 2007: 54–55.)

3.3.1 Hoitotasapainon seuranta

Potilaan itsensä suorittama jatkuva sairauden tilan tarkkaileminen on välttämätöntä hyvän hoitotasapainon ylläpitämiseksi. Näin voidaan pitää käytettävien lääkkeiden määrä mahdollisimman vähäisenä ja minimoida samalla niiden aiheuttamat haittavaikutukset. (GINA 2007: 57.)

PEF-mittaukset ovat luotettava tapa selvittää keuhkojen toimintaa erityisesti silloin, kun potilas ei tunnista oireitaan tai niiden vakavuutta (GINA 2007: 17, 64). Astman hoidossa on käytetty erilaisia PEF-arvoja toimintaohjeiden perustana (Gibson 2000: 21; Lahdensuo 1999: 759). Useissa ohjeistuksissa raja-arvona on pidetty 80 % potilaan tavoitearvosta (Gibson 2000: 21). Lahdensuo ym. (1996: 748–752) ovat käyttäneet omassa tutkimuksessaan arvoja 85 % ja 70 % raja-arvoina hoidon tehostamiselle, saaden hyviä tuloksia. Suomessa nämä arvot ovat olleet yleisesti käytettyjä seuraavin toimenpitein: PEF-arvon ollessa alle 85 % tavoitearvosta kaksinkertaistetaan hengitettävä kortikosteroidiannos kahdeksi viikoksi. Elleivät PEF-arvot palautu potilaan tavoitetasolle tai tilanne vaikeutuu entisestään, tulee potilaan ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriinsä. Jos PEF-arvo on alle 70 % tavoitearvosta, aloitetaan tablettimuotoinen kortikosteroidilääkitys ja otetaan yhteyttä lääkäriin. (Lahdensuo 2000: 57–58.) Mikäli PEF-arvot heikkenevät vähintään 50 %:lla, on se merkki astman voimakkaasta pahenemasta (Astma 2002: 59; Lahdensuo 2000: 58). Suomalainen Astman käypä hoito-suositus pitää jo arvojen laskemista 60 %:iin potilaan parhaasta vakavana pahenemana ja mikäli arvo on vain 30 % tavoitearvosta, on potilaan tila henkeä uhkaava (Käypä hoito 2006). PEF-arvojen laskiessa puoleen normaalista, potilaan on hakeuduttava välittömästi lääkärin hoitoon. Mikäli potilas huomaa PEF-arvojensa heikkenevän yhtenäkin päivänä, tulee hänen viivyttelemättä ryhtyä edellä mainittuihin toimenpiteisiin. Potilaan on saatava selkeät toimintaohjeet siitä, mihin ja millä tavalla hänen tulisi hakeutua hoitoon. (Lahdensuo 2000: 58.)

PEF-mittarit ovat helppokäyttöisiä ja siten soveltuvia käytettäväksi kotiloissa. Ne ovat lisäksi halpoja ja pienikokoisia. Mittausten luotettavuuden kannalta on tärkeää käyttää aina samaa PEF-mittaria. Lisäksi oikean puhallustekniikan opettaminen potilaalle on välttämätöntä. (GINA 2007: 18.) Tärkeää on ylläpitää hyvä ryhti ja mielellään seistä puhalluksen aikana. Mittaria käytettäessä tulisi myös huomioida, ettei kieli tuki suukappaletta eikä sormi estä liikkuvan viisarin liikettä. (Astma 2002: 34.) Jos avaavaa lääkettä käytetään PEF-mittausten yhteydessä, saadaan todellisuudesta poikkeavia mittaus tuloksia. Lääkkeen keuhkoputkia laajentava vaikutus kestää noin neljä tuntia. On kui-

tenkin mahdollista, ettei potilas pysty olemaan neljää tuntia ilman avaavaa lääkettä ennen PEF-mittausta. PEF-arvo voidaan mitata joko ennen tai jälkeen avaavan lääkkeen ottamisen, kunhan toimitaan aina samalla tavoin. Tällöin vaikutus tulee huomioida mittaustuloksessa. (Gibson 2000: 19.)

Ennen PEF-mittariin puhaltamista keuhkot vedetään mahdollisimman täyteen ilmaa. PEF-mittari asetetaan tämän jälkeen hampaiden väliin, huulten ollessa tiiviisti suukappaleen ympärillä. Itse puhalluksen tulee olla mahdollisimman voimakas, mutta se saa olla kestoltaan lyhyt. Puhallukset toistetaan vähintään kolme kertaa, kunnes kahden suurimman PEF-arvon välillä ei ole yli 20 l/min olevaa vaihtelua. Tulokseksi saatu suurin arvo kirjataan seurantakorttiin. (Astma 2002: 68, 72; Piirilä - Sovijärvi 2000: 24.)

Näyttäisi siltä, että potilaiden on usein vaikea sitoutua PEF-mittarin jatkuvaan käyttöön (Côté ym. 2001: 1418). Säännölliset PEF-mittaukset ovat kuitenkin hyödyllisiä, sillä niiden avulla potilas voi seurata astmansa tasapainoa ja tarvittaessa muuttaa lääkitystä lääkäriltä saamiensa ohjeiden mukaisesti (Piirilä - Sovijärvi 2000: 28).

Astmaa sairastavaa tulisi ohjata myös tarkkailemaan sairautensa oireita, sillä PEF-mittausten tavoin oireiden seuranta on luotettavaksi havaittu keino arvioida sairauden tilaa (Powell - Gibson 2002: 5-7). Astman hoitotasapainossa voidaan erottaa kolme eri tasoa: sairaus on hyvin hallinnassa, sairaus on osittain hallinnassa ja hoitotasapaino on huono. Huonossa hoitotasapainossa oleva sairaus voi johtaa astmakohtaukseen. Se, millä tasolla potilaan sairaus kulloinkin on, määräytyy vallitsevien oireiden mukaan. (GINA 2007: 58.)

Potilaan sairaus on *hyvin hallinnassa*, kun hän on oireeton sekä päivällä että yöllä eikä hänellä ole sairaudestaan johtuvia fyysisen toiminnan rajoitteita. Hän ei myöskään tarvitse avaavaa lääkitystä ja keuhkojen toiminta on normaalilla tasolla eikä potilaalla esiinny astmakohtauksia. (GINA 2007: 58.)

Kun potilaalla esiintyy jokin seuraavista oireista, on hänen sairautensa vain *osittain hallinnassa*: astmaoireita on päivisin enemmän kuin kaksi kertaa viikossa, sairaus aiheuttaa rajoituksia fyysisessä aktiivisuudessa, potilaalla on yöllisiä astmaoireita, hän joutuu käyttämään avaavaa lääkitystä enemmän kuin kaksi kertaa viikossa, hänen PEF-arvonsa ovat alle 80 % hänelle määritetystä parhaasta arvosta tai astmakohtauk-

sia esiintyy vähintään yksi vuodessa. *Hoitotasapaino on huono*, mikäli potilaalla esiintyy kolme tai useampia edellä mainituista oireista viikon aikana tai hänellä on astma-kohtaus. (GINA 2007: 58.)

3.3.2 Lääkkeetön hoito

Astmaa sairastavan on tärkeää tiedostaa, että hän voi omilla elintavoillaan vaikuttaa ehkäisevästi sairauden pahenemiseen. Erityisesti allergista astmaa sairastavan on hyvä kiinnittää huomiota koti- ja työympäristössä esiintyviin astman pahenemiselle altistaviin tekijöihin. Sairauden huonon hoitotasapainon taustalla onkin usein potilaan elämäntapoihin liittyvät tekijät. (Laitinen - Haahtela 2003: 310–314.)

Astman lääkkeettömään hoitoon kuuluu tupakoinnin välttäminen (Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 25; STM 1998: 24). Lisäksi potilas voi hyötyä esimerkiksi allergiasaneerauksesta, liikunnasta, painonpudotuksesta sekä stressin välttämisestä. (Haahtela - Stenius-Aarniala 2002: 25–26.)

Allergiasaneerauksella, eli allergeenien minimoimisella potilaan kotona tai työpaikalla, voi allergisessa astmassa olla ratkaiseva merkitys hoitotasapainon saavuttamisessa (Haahtela – Stenius-Aarniala 2002: 23). Jos astmaa sairastavan keuhkoputket ovat allergisesti tulehtuneet, voi sisäilman huono laatu pahentaa oireita. Huono sisäilma voi olla seurausta esimerkiksi siivouksen laiminlyömisestä, erilaisten kodin materiaalien kemikaalipäästöistä tai kosteusvaurioiden aiheuttamasta mikrobien lisääntymisestä. Kotona olisikin tärkeää vähentää hengitettävän allergeenipölyn määrää, jolloin astmapotilaan oireet saattavat hävitä ja vointi parantua. Pölypunkki on yksi merkittävä sisäilmaa huonontava allergeeni ja se viihtyy esimerkiksi sängyssä ja muissa kodin tekstiileissä (Haahtela 2000: 40, 45, 47).

Sisäilmaa voidaan parantaa seuraavilla toimenpiteillä. Siivoamisen tulee olla säännöllistä ja siivousvälineiden puhtaita. On myös hyvä kiinnittää huomiota asunnon helppoon siivottavuuteen sekä ilmanvaihdon riittävyteen. (Astma 2002: 26.) Kuitenkin, jos potilaalla on siitepölyallergia, tuulettamista siitepölyaikaan tulisi rajoittaa. Siitepölyaltistusta voi vähentää myös huuhtelemalla hiukset ennen nukkumaanmenoa sekä kuivaamalla pyykki sisällä siitepölyaikana (Laitinen - Haahtela 2003: 312). Suositeltava sisäilman kosteuden taso on 30 - 40 %, koska liian kostea ilma lisää homesienten, bakteerien ja pölypunkkien määrää (Pönkä 2006: 107). Jos käytössä on ilmankostutin, on se muistettava huoltaa säännöllisesti. Ylimääräisten ärsykkeiden kuten esimerkiksi voimakka-

den hajusteiden käyttöä sekä tupakointia tulisi välttää sisätiloissa. (Astma 2002: 26–27.) Myös allergiaa aiheuttavista kotieläimistä luopuminen on välttämätöntä (Astma 2002: 27; Haahtela 2000: 46–47). Ei-allergista astmaa sairastavan ei katsota hyötyvän allergiasaneerauksesta (Käypä hoito 2006).

Siedätyshoidosta voi olla hyötyä lievää allergista astmaa sairastavalle, sillä sen avulla voidaan vahvistaa potilaan immuunitoleranssia ja vähentää keuhkoputkien hyperaktiivisuutta. Siedätyshoidon edellytyksenä on, että on pystytty osoittamaan spesifinen allergia tiettyä ilmakantoista allergeenia, kuten pölypunkkia, siitepölyä tai jonkin eläimen hilsettä kohtaan. (Käypä hoito 2006; Laitinen - Haahtela 2003: 312.)

Kohtuullisella määrällä liikuntaa on suotuista vaikutus astmaa sairastavan terveyteen, sillä se muun muassa parantaa keuhkojen toimintaa ja auttaa vähentämään ylipainoa (Astma 2002: 23, 83; GINA 2007: 57; Haahtela - Stenius-Aarniala 2002: 24–25). Liikunnan tulisi olla oleellinen osa astman hoitoa (Astma 2002: 83; Puolanne – Tikkanen 2000: 68). Liikuntaharrastuksen myötä astmaa sairastavan rasituksensieto ja suorituskyky lisääntyvät, jolloin astmaoireet usein vähenevät. Myös keuhkotuuletus voimistuu, ja hengityslihakset vahvistuvat. Voimistelu ja venyttely parantavat rintakehän liikkuvuutta ja ryhtiä. Hyvän fyysisen kunnon omaava astmapotilas selviytyy paremmin hengitystieinfektioista, hänellä on vähemmän työpoissaoloja sekä sairaalakäyntejä ja astmalääkkeiden kulutus on pienempää. (Puolanne – Tikkanen 2000: 68, 73.) Myös laihtuminen vähentää tarvittavan lääkkeen määrää (Käypä hoito 2006). Liikunnalla on lisäksi monia psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia, joiden kautta astmaa sairastavan elämänlaatu paranee (Huovinen 2002: 82; Puolanne – Tikkanen 2000: 68).

On mahdollista, että voimakas fyysinen rasitus aiheuttaa keuhkoputkien supistumista astmaa sairastavalla, jos hänen yleiskuntonsa ei ole tarpeeksi hyvä (Huovinen 2002: 83; Puolanne – Tikkanen 2000: 69). Tällaista reaktiota kutsutaan rasitusoireistoksi. Erityisesti lyhyen, hengästyneen vaativan suorituksen jälkeen astmaa sairastavalla saattaa esiintyä hengenahdistusta, hengitysteiden vinkumista, yskää, liman eritystä, rintakipua ja painon tunnetta rinnassa. (Puolanne – Tikkanen 2000: 69–70.) Moni astmaa sairastava saattaa rasituksesta aiheutuvien oireiden takia välttää liikuntaa (Huovinen 2002: 83). Hoitavan lääkärin kanssa olisikin hyvä keskustella sopivasta liikuntamuodosta, liikunnan voimakkuudesta ja lääkityksestä, ennen liikuntaharrastuksen aloittamista (AACVPR 2005: 70; Puolanne – Tikkanen 2000: 71).

Liikuntamuoto tulisi valita omien mieltymysten mukaan (AACVPR 2005: 70; Huovinen 2002: 82–83). Suositeltavia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, sauvakävely, uinti ja pyöräily (Huovinen 2002: 82–83). Liikuntaharrastuksen tavoitteena on yleiskunnon kohottaminen, joten sen tulisi olla kohtuullisesti kuormittavaa ja säännöllistä (Puolanne – Tikkanen 2000: 68,73). Harjoittelun on hyvä olla aluksi jaksottaista, rasisuvaiheen ollessa kestoltaan vain yhdestä kahteen minuuttia kerrallaan. Tulee myös muistaa, että pakkasella liikkuminen voi provosoida astmaoireet esiin. (Laitinen - Haahtela 2003: 313.) Oireiden ilmaantumista kylmällä ilmalla voi yrittää ehkäistä suojaamalla kasvot kaulaliinalla tai käyttämällä tarvittaessa hengitysilman lämmitintä. Liikuntaa ei tulisi harastaa sairaana tai astman ollessa pahenemisvaiheessa. Liikkuminen aloitetaan tämän jälkeen varovasti ja vasta kun potilas tuntee itsensä terveeksi. (Puolanne - Tikkanen 2000: 75–76.)

Stressi on astmaa pahentava tekijä. Lehtinen, Paljakka, Puolanne ja Viikkumaa (2004) ovat todenneet, ettei rentoutusharjoitusten pitkäaikaisista vaikutuksista ole olemassa kontrolloituja kokeellisia tutkimuksia. Kuitenkin rentoutusharjoitusten hyödyistä astman hoidossa on tehty useita pieniä tutkimuksia, joista käy ilmi, että erilaisilla rentoutusharjoituksilla voidaan parantaa potilaan oireita ja elämänlaatua. (Lehtinen - Paljakka - Puolanne - Viikkumaa 2004: 47–48.)

Erityisesti niska-hartiaseudun lihaksistoa rentouttavien harjoitusten avulla potilas oppii tunnistamaan rentoutuneen ja jännittyneen tilan eron. Jännitys-rentoutusmenetelmän avulla hän pystyy lievittämään sairaudesta johtuvien psyykkisten rasisutekijöiden vaikutuksia. (Laitinen - Haahtela 2003: 314.) Venytysharjoitusten avulla voidaan myös vähentää lihasjännitystä ja parantaa ryhtiä, mikä helpottaa hengittämistä (Bradley - Clifton-Smith 2003: 79).

Potilaan olisi hyvä opetella oikea hengitystekniikka niitä tilanteita varten, kun hengitys on vaikeutunut (Schott-Baer 1999: 178–183). Astmakohtauksen ilmaantuessa tulisi hakeutua sellaiseen asentoon, jossa on hyvä hengittää. Tärkeää on hengittää rauhallisesti ja pitkin hengenvedoin, uloshengityksen tapahtuessa huuliraon kautta. Näin turvataan mahdollisimman hyvä kaasujenvaihto keuhkoissa. (Puolanne - Tikkanen 2000: 74.)

3.3.3 Lääkehoito

Nykyaikaisilla astmalääkkeillä voidaan useimmiten tehokkaasti lievittää tulehdusta ja keuhkoputkien supistumisherkkyttä sekä vähentää limaneritystä (Nieminen-Kankaanranta 2000: 29). Astmaa voidaan hoitaa eri tavoin annosteltavilla lääkkeillä. Näitä ovat suoraan keuhkoputkiin hengitettävät eli inhaloitavat lääkkeet, suunkautta otettavat tablettimuotoiset lääkkeet sekä joissain tapauksissa injektiot. Inhaloitavien lääkkeiden etuna on se, että lääke saadaan annosteltua juuri oikeaan paikkaan ja näin ollen koko elimistöön kohdistuvat sivuvaikutukset voidaan minimoida. (GINA 2007: 28.) Oikean inhalointitekniikan opetteleminen on oleellista, jotta lääkettä saadaan keuhkoihin lääkärin määräämä annos (Astma 2002: 75). On kuitenkin olemassa viitteitä siitä, että inhalaatiotekniikan opettaminen potilaille on puutteellista (Raynor ym. 2004: 169).

Inhaloitavien lääkkeiden tekniikassa on huomioitava ennen kaikkea se, millaisesta lääkeannostelijasta on kyse. Tyypillisimmät inhalaatioannostelijat ovat jauheinhalaattori ja ponnekaasusumutin. Jauheinhalaattori on nykyään yleisimmin käytetty lääkeannostelija. On olemassa käyttötavoiltaan erilaisia laitteita ja kunkin laitteen käyttö tulee opettaa potilaalle henkilökohtaisesti ja kerrata säännöllisesti. Potilas tulee ohjata tutustumaan myös lääkepakkauksesta löytyviin käyttöohjeisiin. (Järvinen 2000: 144–145.)

Jauheinhalaattoria käytettäessä annos vapautetaan laitteen mekanismin avulla. Lääkkeenotto aloitetaan uloshengityksellä. Tulee varoa suuntaamasta uloshengitystä annostelijan sisään, ettei lääke menisi hukkaan. Tämän jälkeen annostelijan asetetaan suuhun ja potilas käynnistää inhalaation voimakkaalla sisäänhengityksellä inhalaattorin kautta. Tärkeää on pidättää uloshengitystä riittävän kauan, ettei lääke kulkeudu hengitysilman mukana ulos, vaan laskeutuu keuhkoputkiin. (Järvinen 2000: 144–145.)

Ponnekaasusumutinta käytettäessä aluksi sumutinta ravistellaan. Lääkeaineannos vapautetaan säiliötä painamalla. Vaikeinta on ajoittaa lääkkeen vapauttaminen sisäänhengityksen alkuun, jotta lääkeaine saataisiin inhaloitua mahdollisimman tehokkaasti keuhkoputkiin. Apuna voidaan käyttää niin kutsuttua tilajatketta, joka poistaa ponnekaasusumuttimen käyttöön liittyvän ajoitusongelman. Tilajatketta käytettäessä lääkesuihke laukaistaan säiliöön, josta potilas hengittelee lääkkeen keuhkoputkiinsa useamman sisään- ja uloshengityskerran aikana. Tilajatketeet ovat kuitenkin suurikokoisia ja vaikeasti mukana kuljetettavia, eivätkä näin sovellu kodin ulkopuolella käytettäviksi. (Järvinen 2000:145–147.)

Astmalääkkeitä on kahden tyyppisiä, hoitavia ja avaavia. Niin kutsuttu hoitava lääke on astmaatikon tärkein lääke, jota tulee käyttää säännöllisesti. Hoitava lääke estää astmatulehdusta keuhkoissa ja säännöllisesti käytettynä se ehkäisee astman pahenemista. (Vidgren 2000: 65.) Tärkeimpiä tällä hetkellä käytettyjä hoitavia lääkkeitä on kortikosteroidit (GINA 2007: 29; Nieminen - Kankaanranta 2000: 32–33). Inhaloitavassa muodossa otettavien valmisteiden yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat suun sieninfektiot, äänen käheys, yskä ja hampaiden reikiintyminen (GINA 2007: 30; Käypähoito 2006). Suunalueen haittoja voidaan ehkäistä huuhtomalla suuta vedellä lääkkeenoton jälkeen. Kun inhaloitavia lääkkeitä käytetään lääkärin määräyksen mukaan, vakavammat sivuvaikutukset ovat harvinaisia. (GINA 2007: 30.)

Tablettimuotoisen kortikosteroidilääkityksen sivuvaikutukset ovat vakavampia, mikäli käyttö on yhtäjaksoista ja jatkuu pitkään. Sivuvaikutuksia ovat muun muassa osteoporoosi, verenpaineen nousu, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, painon nousu, kaihi, glaukooma, ihon oheneminen, kuukasvoisuus ja lihasheikkous. Sivuvaikutusten vuoksi tablettilääkitystä pyritään käyttämään vain väliaikaisesti, vakavan paheneman hoidossa. Jos pitkäaikainen käyttö on välttämätöntä, tulee sen tapahtua valvotusti, kiinnittäen huomiota edellä mainittuihin kortikosteroidien vaikutuksiin. Esimerkiksi osteoporoosin kehittymistä potilailla voidaan ehkäistä siihen tarkoitetuilla lääkkeillä. (GINA 2007: 32, 34.)

Keuhkoputkia laajentavat eli avaavat lääkkeet ovat tarvittaessa käytettäviä (Vidgren 2000: 65). Ne ovat yleensä hyvin siedettyjä. Yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat lääkeaineesta riippuen vapina, sydämen tykytykset, lihaskrampit sekä kurkun ja limakalvojen ärsytys ja suun kuivuminen. (GINA 2007: 34; Nieminen - Kankaanranta 2000: 30.) Nämä sivuvaikutukset ovat yleensä hetkellisiä ja vaarattomia (Nieminen - Kankaanranta 2000: 30). Jos avaavaa lääkettä tarvitaan aiempaa runsaammin tai lääkkeen vaikutus heikkenee, saattaa tämä merkitä astman pahenemista (Vidgren 2000: 65). Avaava lääke ei koskaan korvaa hoitavaa lääkettä, vaan niitä tulee käyttää samanaikaisesti. Yleensä avaava ja hoitava lääke inhaloidaan erikseen, mutta on myös saatavana näiden lääkkeiden yhdistelmävalmisteita. (Nieminen - Kankaanranta 2000: 30–31.)

3.3.4 Ohjattu omahoito

Ohjatun omahoidon on todettu olevan tehokas keino vähentää astman aiheuttamia haittoja (GINA 2007: 50). Sen avulla voidaan ennakoida ja hallita oireiden pahenemista sekä parantaa hoitotasapainoa (Laitinen - Haahtela 2003: 314). Omahoidon perustana

on tehokas potilasohjaus sekä potilaan itsensä suorittama PEF- ja oireiden seuranta. (Lahdensuo 2000: 56–57.) Neuvonnan tukena potilaalle tulee tarjota kirjalliset ohjeet hoitonsa toteuttamisesta (STM 1998: 29). Tavoitteena on, että potilas ottaa vastuuta hoidostaan ja pystyy tarvittaessa muuttamaan lääkitystään voinnin ja oireiden mukaan (Stenman 2002: 21). Ohjattua omahoitoa voidaan toteuttaa eritasoisesti (GINA 2007: 51). Potilas voi muuttaa lääkitystään lääkärin antamien kirjallisten ohjeiden puitteissa tai hän voi pahenemisvaiheessa ottaa välittömästi yhteyttä lääkäriin saadakseen ohjausta. (GINA 2007: 51; Lahdensuo 2000:57–58.)

Astmaa sairastava tarvitsee toistuvaa neuvontaa, jossa huomioidaan hänen yksilölliset tarpeensa (STM 1998: 29; Thoonen ym. 2002: 359). Astman ohjattua omahoitoa pystytään toteuttamaan toimivan hoitaja-potilassuhteen kautta. On tarpeellista määritellä yhdessä hoidon tavoitteet niin, että kumpikin osapuoli tiedostaa ja hyväksyy ne. Ohjatun omahoidon toteuttamiseksi potilas tarvitsee kirjalliset toimintaohjeet siitä, mitä lääkitystä tulee missäkin vaiheessa käyttää. Nämä henkilökohtaiset, ennalta määritellyt toimintaohjeet auttavat potilasta toimimaan senhetkisten oireiden tai PEF-arvojen vaatimalla tavalla. Näin potilas voi tulkita oireita ja hoitaa niitä tilanteen vaatimin keinoin. Säännölliset tapaamiset lääkärin kanssa ovat myös tärkeitä, jotta voidaan selvittää sairauden senhetkinen hoitotasapaino ja hoidon riittävyys sekä tarkistaa potilaan omaamat omahoitotaidot ja hoitoon sitoutuminen. (GINA 2007: 50–52.)

Verrattaessa ohjattua omahoitoa perinteiseen astmanhoitoon on todettu, että omahoidolla on voitu huomattavasti parantaa potilaiden elämänlaatua ja vähentää hoitokustannuksia (Lahdensuo 2000: 58–59, Gibson - Powell - Coughlan - Wilson - Abramson - Haywood - Bauman - Hensley - Walters 2002: 7). Esimerkiksi lääkehoidon mukauttaminen oireita vastaavaksi onnistuu yhtä hyvin ohjatulla omahoidolla kuin lääkärin tekemänä (Powell - Gibson 2002: 6). Lisäksi on voitu osoittaa, että sairaalajaksot, päivystysvastaanottokäynnit, työpoissaolot ja yölliset astmaoireet vähenevät ohjatun omahoidon myötä (Gibson - Powell - Coughlan - Wilson - Abramson - Haywood - Bauman - Hensley - Walters 2002:7). Pelkällä tiedon jakamisella, ilman pyrkimystä vaikuttaa potilaan omahoitovalmiuksiin, käyttäytymiseen tai asenteisiin, on tutkimusten mukaan saavutettu vain vähän tuloksia (Gibson - Powell - Coughlan - Wilson - Hensley - Abramson - Bauman - Walters 2002: 6-7).

On tiettyjä potilasryhmiä, jotka hyötyvät erityisesti astman ohjatusta omahoidosta. Näitä ovat esimerkiksi potilaat, joiden oireet ovat jatkuvia, astma on vakavuusasteeltaan keskivaikkea tai vaikeaa ja potilaan sairauden kulussa on paljon vaihteluja. Edellytyksenä

omahoidon onnistumiselle on potilaan kyky yhteistyöhön. Ajoittain oireilevien potilaiden ei ole havaittu saavan omahoidosta vastaavaa hyötyä. (Lahdensuo 2000: 59.) Jonesin ym. (2000) tutkimuksen mukaan useat potilaat, jotka sairastavat lievää tai keskivaikeaa astmaa, eivät koe omahoitoa tarpeelliseksi. Näin ollen olisikin tärkeää tunnistaa ne potilaat, jotka hyötyvät omahoidosta ja sitoutuvat siihen. (Jones ym. 2000: 1509–1510.)

Astmapotilaiden halukkuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon vaihtelee (Caress – Luker – Woodcock – Beaver 2002b: 223–224). Suurin osa astmaa sairastavista haluaa osallistua päätöksentekoon yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa. Jotkut potilaat haluavat puolestaan aktiivisemmän roolin. Toisessa ääripäässä ovat ne potilaat, jotka haluavat luovuttaa vastuun päätöksenteosta täysin ammattilaisille. Eräs syy tähän on näkemys siitä, että lääkäri tietää parhaiten sopivat käytännöt. Toisaalta osa potilaista kokee, ettei heillä vain ole riittävästi tietoa tai rohkeutta osallistuakseen päätöksentekoon. (Caress ym. 2002b: 231–232.) Toimivan vuorovaikutussuhteen syntyminen hoitajan tai lääkärin ja potilaan välillä edesauttaa potilaan halukkuutta hoitoonsa osallistumiseen (Caress ym. 2002b: 231–232; GINA 2007: 50–51; Thoonen ym. 2002: 359).

3.4 Astmaa sairastavan elämänlaatu

Astmalla on elämänlaatua heikentävä vaikutus (STM 1998: 49). Esimerkiksi Stakesin tutkimuksen (Aalto – Härkäpää – Rissanen – Puolanne 1997: 36) mukaan astmaa sairastavat kokevat elämänlaatunsa muuta väestöä huonommaksi useilla osa-alueilla. Näitä ovat muun muassa koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky ja sen aiheuttamat rajoitukset. (Aalto ym. 1997: 36.) Kroonisen luonteensa vuoksi astma voi myös heikentää merkittävästi potilaan psyykkistä hyvinvointia (Laitinen - Haahtela 2003: 314).

Astman vaikeusaste ja taudin hoitotasapaino määrittävät suurelta osin potilaan toimintakykyä ja hyvinvoinnin tilaa. Merkittävämpää, kuin sairauden vaikutukset elintoimintoihin, ovat astmaa sairastavan omat kokemukset hyvinvoinnistaan ja sairauden vaikutuksista elämänlaatuun. (Aalto - Kauppinen 2000: 51–52.) Shermanin ym. (2002: 304) tutkimuksesta käy ilmi, että ajan kuluessa astmapotilaat oppivat elämään sairautensa kanssa kukin omalla tavallaan. Sen sijaan, että potilaat turvautuisivat pelkästään lääketieteelliseen hoitoon, heidän selviytymiskeinoihinsa kuuluu muun muassa yksilölliset uskomukset sekä kulttuuriin ja yhteisöön liittyvät tavat, perinteet ja mahdollisuudet. (Sherman ym. 2002: 304–305.)

3.4.1 Astman vaikutukset arkielämässä

Astma voi aiheuttaa työkyvyttömyyttä (STM 1998: 20; GINA 2007: 3), ja näin ollen mahdollisimman hyvän fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen onkin tärkeää erityisesti työkykyä ajatellen (Aalto – Kauppinen 2000: 50). Astma on yksittäiselle ihmiselle sekä taloudelliseen että sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttava tekijä (GINA 2007: 3). Lääkkeiden hinta voi vaikuttaa joidenkin potilaiden hoitomyöntyvyyteen. Esimerkiksi Astmaohjelmasta käy ilmi, että osa astmaa sairastavista on vähentänyt lääkitystään kustannussyistä. (STM 1998: 37.) Virossa lääkekustannuksista saavat korvausta vain ne astmaa sairastavat, jotka kuuluvat terveystakuun piiriin. Pienestä omavastuusuudesta huolimatta (vuonna 1997 10 %) osa astmapotilaista jättää lääkkeet hankkimatta niiden korkean hinnan vuoksi. (Kiivet ym. 2001: 91–92.) Kiivet ym. (2001: 91) mainitsevat, että vuonna 1997 noin 5 % Viron kansalaisista ei kuulunut lainkaan terveystakuun eivätkä näin ollen myöskään lääkekustannusten korvattavuuden piiriin. Vuonna 2001 vastaava luku oli 6 % (Pharmaceutical reimbursement system in Estonia). Vikström (2005: 50) toteaa tutkimuksessaan potilaiden kokevan tarvitsevansa tietoa lääkityksen, kuntoutuksen, ja sopeutumisvalmennuskurssien kustannuksista.

Astmaa sairastavan on kyettävä ottamaan vastuuta sairauden päivittäisestä hoitamisesta, mikä edellyttää monien tietojen ja taitojen oppimista. Hoito vaatii usein myös erilaisten elämäntapojen omaksumista, kuten liikunta- ja ruokatuottumusten muuttamista sekä tupakoinnin lopettamista. Sairaus saattaa vaatia myös konkreettisia muutoksia elinolosuhteissa, kuten kodin saneeraamista ja luopumista lemmikkieläimistä. Nämä seikat vaativat sopeutumista koko sairastuneen perheeltä. (Aalto – Kauppinen 2000: 50.)

Astmadiagnoosin saaminen vaikuttaa usein sairastuneen tunne-elämään, itsemääräämiseen, minäkuvaan ja sosiaaliseen toimintaan. Erityisesti vaikeassa taudinkuvassa fyysisen elämän rajoitukset voivat johtaa myös astmaa sairastavan sosiaalisen elämän kaventumiseen. (Aalto – Kauppinen 2000: 50.) Vikströmin (2005: 52–53) tutkimuksesta käy ilmi, että astmaa sairastavat tuntevat merkittävässä määrin huolta ja epävarmuutta, mutta toisaalta myös toivoa. Jonkin verran koetaan myös masennusta ja ahdistusta (Vikströmin 2005: 53).

Edellä mainitut negatiiviset tunteet voivat olla seurausta siitä, ettei potilas tiedä syitä sairautelleen ja hän kokee sairauden pahenemisvaiheet pelottavan tuntuisina. Myös

heikentynyt työ- ja toimintakyky voivat vaikuttaa heikentävästi astmaa sairastavan psyykkiseen hyvinvointiin. (Laitinen - Haahtela 2003: 314.)

3.4.2 Astmaa sairastavan tiedon tarpeet

Pelkkä tiedon jakaminen ei ole yleensä riittävää keino auttaa kroonisesti sairasta potilasta hankkimaan niitä käytännön taitoja, joita hän tarvitsee selviytyäkseen jokapäiväisessä elämässä. Potilas tarvitsee tukea pystyäkseen soveltamaan saamaansa uutta tietoa ja elääkseen mahdollisimman normaalia elämää sairautensa kanssa. (Viggiani 2006: 279.)

Astmaa sairastavien kiinnostus sairauden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään näyttäisi olevan yhteydessä sairauden vakavuusasteeseen (Caress ym. 2002a: 323). Potilaalle tulee tarjota sellaista tietoa, jonka hän kokee ajankohtaiseksi sairautensa eri vaiheissa (Vikström 2005: 9). Kun sairaus todetaan, potilas tarvitsee perustietoa sairaudesta, hoitokeinoista ja sairautta pahentavista tekijöistä (GINA 2006: 52).

Tutkimusten mukaan (Stenman - Toljamo 2002; Caress ym. 2002a) astmapotilaat jäävät ilman tarvitsemaansa tietoa useilla eri osa-alueilla. Tiedonsaanti olisi kuitenkin tärkeää, jotta astmaa sairastava pystyisi itse tekemään hoitoaan koskevia valintoja (Caress ym. 2002a: 321, 323; Raynor ym. 2004: 172). Potilaat kaipaavat myös neuvontaa siitä, mikä on heidän oma vastuunsa hoidon onnistumisessa (Vikström 2005: 49).

Lääkehoitoon liittyvät asiat ovat Caressin ym. (2002a) tutkimuksessa tärkein esille noussut potilaiden tiedon tarpeen alue. Sairauden ollessa hyvässä hoitotasapainossa osa potilaista voi olla hyvinkin optimistisia sairautensa suhteen ja ajatella, ettei ehkä lääkettä tarvita. Lääkehoidon tärkeyttä onkin hyvä painottaa potilaille. (Caress ym. 2002a: 324.) Useat astmapotilaat myös kokevat tietämyksensä riittämättömäksi erityisesti lääkityksen sekä niistä johtuvien sivuvaikutusten osalta (Caress 2002a: 321; Raynor ym. 2004: 172; Stenman - Toljamo 2002: 22). Raynorin ym. (2004: 169) tutkimuksessa käy ilmi, että lääkähoidosta saatu tieto koetaan usein sekavaksi tai se ei vastaa potilaan tarpeisiin. Tietoa halutaan erityisesti siitä, mikä tarkoitus tietyllä lääkkeellä on ja kuinka se vaikuttaa, sekä milloin ja miten lääke tulisi ottaa. Näyttäisi siltä, ettei lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista anneta tietoa avoimesti, vaikka potilaat sitä kaipaavat. (Caress ym. 2002a: 321; Raynor ym. 2004: 169.) Erityisesti astmaa sairastavat pohtivat lääkkeiden turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä (STM 1998: 50).

Jakamalla potilaille tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista voidaan hälventää astman hoitoon liittyviä väärinkäsityksiä (Caress ym. 2002a: 325).

Astmaa sairastavat toivovat myös ohjausta oman lääkityksensä tehon arvioimiseksi sekä tietoa muiden lääkkeiden vaikutuksesta astmaan (Raynor ym. 2004: 169). Potilaat kaipaavat lisää tietoa lääkityksensä muuttamisesta omatoimisesti, jotta he voisivat toteuttaa omahoitoa sairauden pahentuessa (Stenman ym. 2002: 19). Tähän liittyy myös potilaiden tarve oppia tulkitsemaan uloshengityksen huippuvirtauksen (PEF) mittaamisesta saamiaan arvoja arvioidessaan lääkehoidon riittävyttä (Vikström 2005: 47). Potilaat toivovat saavansa tietoa myös uusista ja tehokkaammista hoitomenetelmistä (Caress ym. 2002a: 322).

Astmaa sairastavat kokevat tarvitsevansa tietoa myös sairauden syistä sekä sitä pahentavista tekijöistä. Heitä kiinnostaa lisäksi sairauden vaikutukset kehossa ja se, kuinka astma vaikuttaa elämäntapaan, kuten työhön ja harrastuksiin (Caress 2002a; 321; Vikström 2005: 33, 48). Tietoa tarvitaan myös sairauden ennusteesta sekä siitä, miten arvioida oireiden vakavuusastetta (Caress 2002a: 321). Osa astmaa sairastavista ei näyttäisi ymmärtävän sairauden kroonista luonnetta (Caress 2002a: 324, Jones ym. 2000: 1509), vaan odottavat parantuvansa sairaudesta oireiden helpottuessa. Näin ollen tulisikin korostaa sairauden pysyvää, joskin jaksoittaista luonnetta. (Caress 2002a; 321, 324–325.)

Astmapotilaat kokevat tärkeäksi sen, että he saavat tietoa psyykkisten tekijöiden vaikutuksesta astmaoireisiin ja toisaalta astman vaikutuksesta psyykkisiin oireisiin (Vikström 2005: 47). Stressin yhteydestä astman oireisiin ei usein olla tietoisia (Mäkinen – Suominen – Lauri 1999: 277–282, Vikström 2005: 47). Sosiaalisten verkostojen on todettu olevan merkittävä voimavara astmapotilaille (Aalto – Kauppinen 2000: 55). Osa astmaa sairastavista onkin ilmaissut halunsa saada tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta sekä siitä, mistä voi saada tarvittaessa itselleen tukihenkilön (Vikström 2005: 49).

4 OHJATUN OMAHOIDON OPAS ASTMAA SAIRASTAVALLE

Kirjallinen potilaan ohjaaminen on yhä tärkeämmässä asemassa nykypäivän sairaanhoidossa (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 7). Toimeksiantajamme, Länsi-Talinnan keskussairaalan, pyynnöstä suunnittelemme omahoito-opaan (liite 3) sairaalan astmapotilaiden käyttöön. Opas toteutetaan tässä vaiheessa suomenkielisenä, ja

toimeksiantaja huolehtii myöhemmin oppaan kääntämisestä vironkielelle. Kerromme seuraavassa teoretietoa potilasoppaan tekemiseen liittyen sekä kuvaamme oppaamme suunnitteluprosessia.

4.1 Tiedonsaannin merkitys potilaalle

Entistä useammat potilaat haluavat tietoa omasta sairaudestaan, oman terveytensä hoidosta ja itsenäisestä selviytymisestä. Myös potilaiden valmiudet ja halu osallistua omaan hoitoonsa ovat lisääntyneet. Toisaalta heiltä myös vaaditaan parempia itsehoitotaitoja muun muassa hoitoaikojen lyhentymisen ja henkilökunnan kiireen takia. Länsi-Tallinnan keskussairaalan astmapotilaat asuvat laajalla alueella. (Torkkola ym. 2002: 7, 24.) Etäisyys sairaalasta voi olla pitkä, joten riittävän astmatiedon saaminen on heille merkityksellistä tämänkin vuoksi. (Ks. liite 1.) Potilaan ohjaaminen voi onnistuessaan lyhentää hoitoaikoja sekä sairaalakäyntien määrää ja tarvetta (Torkkola ym. 2002: 7).

Sairastuessaan potilas ja hänen omaisensa kohtaavat uuden, oudon tilanteen, jolloin he voivat tuntea epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Tällaisessa tilanteessa riittävän, ymmärrettävässä muodossa olevan tiedon saaminen sairaudesta, tutkimuksista ja hoidosta on tärkeää tilanteesta selviytymisen kannalta. Tiedon avulla potilas pystyy ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. Potilas pystyy toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan, kun hänelle perustellaan ja selitetään hoidon ynnä muiden asioiden tärkeys sekä ne seuraukset, jotka ovat mahdollisia, jos hän toimii toisin. Mahdollisimman laaja tieto auttaa häntä osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoidon toteuttamiseen. Kirjallisen materiaalin avulla myös potilaan omaisilla on mahdollisuus saada tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoitamisesta. Joissakin tapauksissa kirjalliset ohjeet saattavat olla potilaalle riittävät, mutta useimmiten hän tarvitsee myös henkilökohtaista ohjausta ja opetusta. (Torkkola ym. 2002: 13, 23–25, 29, 38.)

4.2 Potilasoppaan sisällön suunnittelu

Torkkola ym. (2002: 36) korostavat, että hyvän potilasohjeen tekeminen alkaa kohdeyhmän määrittämisellä. Oppaamme tulevana käyttäjinä ovat Länsi-Tallinnan keskussairaalan astmapotilaat, jotka kuuluvat ainoastaan aikuisväestöön. Oppaan sisällön suunnittelussa lähtökohtana on astman hoitoon liittyvä näyttöön perustuva tieto. Opasta tehdessämme huomioimme lisäksi luvussa 3.5.2 esiin tulevia astmaa sairastavien tie-

dontarpeita. Sisällön suunnittelussa käytämme myös hyödyksemme jo olemassa olevaa astmapotilaille tarkoitettua materiaalia.

Torkkolan ym. (2002: 14) mukaan se, kuinka laajaa potilasoppaan informaation tulisi olla, vaihtelee potilaittäin. Astmapotilaan hoidossa ja ohjauksessa on tärkeää tunnistaa kyseisen potilaan yksilölliset tiedontarpeet, jotta voidaan jakaa juuri hänen tilanteeseensa sopivaa tietoa (Caress ym. 2002a: 325). Ammattilaisen tai muuten asiaan perehtyneen kannalta sairauteen liittyvät asiat, kuten hoidot ja toimenpiteet, ovat usein itsestäänselvyksiä. Potilaalle nämä ovat kuitenkin uusia ja ainutlaatuisia tapahtumia. Näin ollen oppaan tekijän tulee arvioida mitä hän haluaa oppaassaan sanoa, mutta oleellista on myös se miten hän asiansa esittää. Potilaan näkökulman huomioiminen on erityisen tärkeää ja potilasoppaan varsinaisena tarkoituksena onkin vastata potilasta askarruttaviin kysymyksiin. Kompromissien teko on kuitenkin välttämätöntä, sillä mikään kirjallinen ohje ei pysty täysin vastaamaan kaikkien potilaiden tarpeisiin. (Torkkola ym. 2002: 11,14–16.)

Kaikki tarkastelemamme oppaat (Astma 2005; Astman ohjattu omahoito 1997; Haahtela – Ryttilä 2006; Jäätmä – Roden 2007; Rodriguez - Valderrama - Surkan - Rudd - Daltroy; You can control your asthma 2007) sisältävät jonkin verran potilaan omahoitoa tukevia asioita, mutta vain yksi oppaista on varsinainen omahoidon opas. Suomalaisista oppaista tarkastelimme Hengitysliitto Helin sekä Allergia -ja astmaliiton oppaita. Länsi-Talinnan keskussairaalasta saimme heidän tällä hetkellä käyttämänsä astmaoppaan, jota tarkastelemme erityisesti sisällön kannalta. Oppaan kautta saamme muun muassa kuvaa siitä, mitkä asiat painottuvat astman hoidossa Virossa. Lisäksi tutustumme myös GINA:n tuottamaan materiaaliin sekä Harvard School of Public Healthin julkaisemaan oppaaseen. Käytämme hyväksemme myös muuta potilaille tarkoitettua omahoitoon liittyvää materiaalia, joka on nähtävissä liitteessä 4.

Tarkastelemamme oppaat ja materiaalit noudattavat sisällöllisesti tieteelliseen näyttöön pohjautuvia astman hoitokäytäntöjä. Virolaisessa astma-oppaassa (Jäätmä – Roden 2007) tosin huomasimme pieniä epätarkkuuksia. Kyseinen opas esimerkiksi mainitsee astman syiksi seikkoja, jotka todellisuudessa ovat astmaa pahentavia tekijöitä. Kaiken kaikkiaan keskeisiä aiheita lukemissamme oppaissa ovat astman esiintyvyys, astma sairautena (syyt, sairautta pahentavat tekijät, pahenemisvaiheen merkit, oireet), hoito, PEF-seuranta ja lääkkeenottotekniikka.

Omassa oppaassamme mainitsemme aluksi astman yleisyydestä, jotta potilas tiedostaa monien muidenkin olevan vastaavanlaisessa tilanteessa kuin hän. Tutkimuksissa (Aalto ym. 1997; Caress ym. 2002a; Jones ym. 2000; Mäkinen ym. 1999; Raynor ym. 2004; Stenman - Toljamo 2002; STM 1998; Vikström 2005) ilmi tulleiden astmapotilaiden tiedon tarpeiden perusteella sisällytämme oppaaseemme lisäksi seuraavia aihealueita: perustiedot sairaudesta, elintapojen vaikutukset sairauden pahenemiseen, astman vaikutukset elämään, lääkehoidon peruseriaatteet, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä oikea lääkkeenottotekniikka, hoitotasapainon seuranta ja astman pahenemistilanteessa toimiminen. Toimeksiantajallamme tällä hetkellä käytössä oleva opas, painottuu astman lääkehoitoon. Koska kuitenkin haluamme tehdä oppaastamme oman toimivan kokonaisuuden, käsittelemme astman lääkehoidon pääpiirteitä myös omassa oppaassamme.

Redmanin (2001: 145) mukaan hyvä astmaopas on sellainen, jossa ohjeita pystytään täydentämään kullekin potilaalle yksilöllisesti. Lukemamme omahoitoon liittyvät materiaalit ovat luonteeltaan potilaan toimintaa ohjaavia ja vuorovaikutteisia (ks. Astman ohjattu omahoito 1997; liite 4). Niissä on jätetty tilaa potilaan henkilökohtaiseen sairauden hoitoon ja hoitotasapainon tarkkailuun liittyviin asioihin. Näitä kohtia potilas voi täydentää yhdessä lääkärin kanssa sekä omatoimisesti, seuratessaan omaa vointiaan. Ylipäätään käytännönläheiset ja tilannekohtaiset ohjeet oppaassa ovat tärkeitä, jotta potilaalla on mahdollisuus selviytyä itsenäisesti sairautensa kanssa (Torkkola 2002: 32).

Olemme suunnitelleet oppaamme loppuosaan potilaan henkilökohtaista hoitoa koskevan osion, koska oppaan tavoitteena on tukea astmapotilasta oman hoitonsa toteuttamisessa. Tämä osio sisältää seuraavat kohdat: potilaan saama ohjaus, päivittäinen ja tarvittaessa otettava lääkitys, tärkeät yhteystiedot, sairauden seurantaan liittyvä PEF-toimintakaavio sekä -seurantataulukko, taulukko pahenemisvaiheista ja yhteystiedot lisätietojen hankkimiseksi. Edellä mainittuja kohtia potilas voi täydentää yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ja osittain myös itsenäisesti. Ne ohjaavat potilasta hoitamaan sairauttaan yksilöllisesti. Helpottaaksemme oppaan käyttöönottamista, olemme laatineet lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle tarkoitetun ohjeen omahoito-osion käyttämisestä potilasohjauksessa. Ohje on nähtävissä liitteenä 5.

Lukemamme virolainen opas on hyvin pelkistetty ja voi sen takia jäädä lukijalle ehkä hieman etäiseksi. Opas on luettelomainen ja mielestämme siitä puuttuu potilaan huomioiva ote. Pohdimme, että liian tiivistetty teksti voi myös jättää potilaalle paljon avoimia kysymyksiä. Toisaalta, lukemissamme suomalaisissa oppaissa (Astma 2005;

Haahtela – Ryttilä 2006) tyyli on mielestämme liian kerronnallinen, eikä mikään korostu tärkeänä asiana. Itse pyrimme oppaan selkeyteen sillä, että teksti on kirjoitettu kerronnallisesti, kokonaisiin lauseisiin, mutta määrättyt asiat korostuvat luetteloin. Korostamme esimerkiksi astman tärkeimpiä oireita, sairautta pahentavia tekijöitä ja astmakohtaustilanteissa toimimista sekä lääkkeenottotekniikkaa. Tällöin potilas ymmärtää niiden tärkeyden ja pystyy tarvittaessa palaamaan aiheisiin helposti.

Torkkolan ym. (2002: 25, 32, 44) mukaan oppaaseen on hyvä liittää lista lisätiedoista, jolloin potilaalla on mahdollisuus perehtyä itseään askarruttavaan asiaan paremmin. Oppaassa tulisi myös näkyä selkeästi tiedot potilasta hoitavasta yksiköstä. Haluammekin sisällyttää omaan oppaaseemme kohdan, johon voidaan merkitä potilasta hoitavan lääkärin ja sairaanhoitajan yhteystiedot. Vikströmin (2005: 49) tutkimuksessa astmapotilaat ovat itse toivoneet saavansa lisätietoa erityisesti potilasjärjestöjen toiminnasta. Oman oppaamme loppuun tulevassa lisätietoja-kohdassa tuomme esille Virossa toimivan keuhkoliiton, Eesti kopsuliitin (ks. www.kopsuliit.ee) sekä Länsi-Tallinnan keskussairaalan (ks. www.ltkh.ee) internetosoitteet.

Torkkolan ym. (2002: 42) mukaan oppaan kielen tulisi olla havainnollista yleiskieltä. Ammattisanastoa ja monimutkaisia virkkeitä on syytä välttää. Tulee myös pohtia, toivooko oppaan lukija sinuttelua vai teitittelyä. Passiivissa kirjoitettua tekstiä ei myöskään suositella, koska se ei puhuttele suoraan lukijaa. Käskyjä ja suoria määräyksiä käytettäessä saattaa syntyä vaikutelma, että potilaan odotetaan noudattavan ohjeita tietämättä niille syytä. Tämän vuoksi käskyjä ja määräyksiä ei ole hyvä käyttää. (Torkkola ym. 2002: 37–38 42.) Oman oppaamme haluamme tehdä mahdollisimman lukijaystävälliseksi. Tämän toivomme saavuttavamme käyttämällä henkilökohtaista puhuttelutapaa ja ymmärrettävää yleiskieltä. Pyrimme kuitenkin tietoisesti varomaan korostetun yksinkertaista ilmaisutapaa, ettei lukija kokisi itseään aliarvioiduksi (vrt. Rodriguez ym.; *You can control your asthma* 2007).

4.3 Potilasoppaan rakenteen ja ulkoasun suunnittelu

Oman oppaamme ulkoasullista suunnittelua viitoittaa Länsi-Tallinnan keskussairaala saamamme ohjeet. Opas tulee olla siinä muodossa, että se voidaan tulostaa sairaalassa käytössäolevilla väritulostimilla.

Oppaan suunnitteluprosessin aikana arvioimme edellä mainitsemiamme astmaoppaita myös ulkoasun perusteella. Ne ovat rakenteeltaan hyvin erilaisia. Osassa oppaista (ks.

Astma 2005; Haahtela – Ryttilä 2006) luettavuutta heikensi se, että sivut olivat täyden tuntuisia ja tasapaksun näköisiä. Hainsworthin (2006: 359) mukaan liian monisivuinen opas ei houkuttele lukijaa, etenkin, jos sivut ovat liian täysiä ja marginaalit pienet. Potilas saattaa jättää oppaan lukematta, koska sen lukeminen vaikuttaa vaikealta tai aikaavievältä. Kirjallista opasta tuotettaessa onkin tärkeää kiinnittää huomiota ulkoasuun. (Hainsworth 2006: 359.)

Ulkoasun muotoilun tavoitteena on hyvä luettavuus. Siihen vaikuttaa moni tekijä. (Loiri – Juholin 1998: 32–33.) Opasta tehdessämme kiinnitämme huomiota seuraaviin perusasioihin. Tekstin osien ollessa helposti havaittavissa lukeminen on helpompaa ja miellyttävämpää. Otsikot on hyvä jakaa pää- ja alaotsikoihin ja niiden välillä tulee olla selvä ero. (Loiri – Juholin 1999: 32–33, 43.) Väliotsikot ohjaavat lukijaa eteenpäin ja jakavat tekstin sopivan pituisiin lukupaloihin (Torkkola ym. 2002: 40). Käytämme oppaamme tekstissä viittä pääotsikkoa sekä niiden alaotsikoita. Nämä on erotettavissa koon ja värin mukaan.

Loirin ja Juholinin (1999: 42) teoksen mukaan tekstikappaleiden sulkemistavalla voidaan joko helpottaa tai vaikeuttaa lukemista. Tasareunaisessa palstassa kaikki rivit ovat yhtä pitkiä. Se on tavallisin tapa sulkea rivit ja teksti on silloin helppolukuista. Suurten sanavälien ansiosta varsinkin kapeissa palstoissa voi kuitenkin syntyä reikäinen vaikutelma, mikä osaltaan vaikeuttaa luettavuutta. Tekstikappale voidaan myös tasata pelkästään vasemmalta puolelta. Tällöin teksti on myös varsin helppolukuista, mutta esimerkiksi suomenkielelle tyypillisten pitkien sanojen tavuttaminen häiritsee hieman lukemista. Tekstin oikeanpuoleinen tasaus sekä keskittäminen sopivat ainoastaan lyhyisiin teksteihin niiden huonon luettavuuden takia. (Loiri – Juholin 1999: 42.) Tekemässämme oppaassa pyrimme siihen, että sivujen rakenne olisi mahdollisimman selkeä. Vasemmalla puolella sivua kulkee yhtenäisempi, kertova teksti ja oikealla on ytimekkäästi listattuna hoidon kannalta keskeisimmät asiat. Kertovassa tekstissä käytämme tasareunaista palstan sulkemistapaa, kun taas luettelonomaiset tekstit tasataan vasemmalta.

Luettavuuteen vaikuttaa myös kirjainten ja sanojen etäisyys toisistaan. Liian tiheä ja toisaalta liian harva teksti vaikeuttaa lukemista. Myös rivien pituuteen on kiinnitettävä huomiota. Erityisen vaikealukuista teksti on silloin, kun tekstirivit ovat pitkiä ja kirjainkoko on pieni. Näin ollen kirjainkoon tulisi olla sitä suurempi, mitä pitempi tekstirivi on. (Loiri – Juholin 1999: 38–41.) Palstan leveydeksi valitsemme noin 70 kirjainmerkkiä,

jotta luettavuus säilyy hyvänä. Myös kirjasintyyppien ja kirjainkokojen valinnassa kiinnitämme huomiota tekstin helppoon luettavuuteen. (Vrt. Loiri - Juholin 1999: 34–36, 41.)

Usein ymmärrettävyys paranee, kun tekstin ohella käytetään kuvia. Kuva vahvistaa tekstin vaikutusta, jos se on luonteeltaan aihetta täydentävä tai korostava. Kuvan tarkoitus on jäsentää kokonaisuutta, jolloin sen hahmottaminen helpottuu. Kun kuvitusta suunnitellaan, tulee päättää millainen rooli kuvituksella on. Kuvalla tulee aina olla jokin viesti, eikä se näin ollen saa olla pelkkä koriste. (Loiri – Juholin 1999: 52–55.) Omassa oppaassamme käytämme kuvitusta harkiten. Lämpöleikkaukuvat keuhkoputkista selkeyttävät mielestämme potilaalle astman aiheuttamia muutoksia keuhkoputkissa. Inhaloitavan lääkkeen ottamista esittävät kuvat tukevat puolestaan sanallista ohjetta havainnollistaen erityisesti oikeaa asentoa. Kuvien lisäksi elävöitämme tekstiä väreillä. Värien avulla myös eri kokonaisuudet erottuvat selkeämmin toisistaan.

Haluamme, että oppaamme toimii käytännössä mahdollisimman vaivattomasti ja siksi teemme oppaasta A4-kokoisen ja yhdelle puolelle tulostettavan. Näin hoitajien ei tarvitse leikata tai taitella opasta tiettyyn muotoon, eikä tulostaa molemminpuolisia tulosteita. Opas suunnitellaan siten, että oppaan loppuosassa olevia täydennettäviä sivuja (esimerkiksi PEF-seurantataulukko) voidaan tulostaa aina tarvittaessa lisää. Näin opas on helposti muokattavissa potilaan muuttuvissa tilanteissa.

5 POHDINTA

Alun perin StaLT-hankkeessa meitä motivoi erityisesti rajat ylittävä yhteistyö. Pidämme tärkeänä naapurialueidemme ja koko EU:n hoitotyön kehittämistä. Kaiken kaikkiaan hoitotyön laadun kehittäminen oli aiheena innostava. Lisäksi tulevana terveydenhoitajina astma-aihe oli mielestämme tärkeä, koska työssämme tulemme varmasti kohtaamaan astmapotilaita sairauden yleisyyden vuoksi ja sen koskettaessa kaikkia ikäryhmiä. Astma on myös meitä henkilökohtaisesti kiinnostava aihe. Potilasoppaan tekeminen antoi meille tulevana terveydenhoitajina tietoa ja uutta näkökulmaa potilaan tai asiakkaan ohjaamiseen.

5.1 Työn tarkastelua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä näyttöön perustuva opas astmaa sairastavalle ja toimeksiantajamme toivomuksena oli, että opas painottuu ohjattuun omahoitoon.

Työmme tavoitteena oli kehittää Länsi-Tallinnan keskussairaalan astmapotilaiden ohjasta sekä lisätä astmaa sairastavan omahoitovalmiuksia.

Perehtyessämme lähdeaineistoon, huomasimme ohjatun omahoidon olevan nykypäivänä yleisesti painottuva suuntaus astman hoidossa. Tämä loi hyvät lähtökohdat oppaan suunnittelulle. Hankaluutena koimme sen, että teoritietoa oli runsaasti ja se oli osittain ristiriitaista. Vaikka astmaa sairautena on tutkittu paljon, totesimme, ettei esimerkiksi sairauden syitä edelleenkään tunneta tarkasti. Astman hoitokäytäntöjen lisäksi halusimme painottaa kirjallisuuskatsauksessa astmapotilaan tiedon tarpeita ja sairauden vaikutuksia arkielämään, sillä ne antavat hyvän lähtökohdan potilaslähtöisen oppaan suunnittelulle. Lääkehoitoa käsitelimme kirjallisuuskatsauksessa niukemmin oppaamme ei-lääkkeellisen hoidon painotuksesta johtuen.

Sairaalasta saimme tiedon, että siellä toteutettavat astman hoitokäytännöt ovat yhteneväisiä Suomessa käytettävien hoitokäytäntöjen kanssa. Lisäksi oppaan tekovaiheessa sairaala hyväksyi esittelemämme oppaan luonnoksen. Koemme, että meillä oli vapaus valita teoritiedon pohjalta oppaan sisältö ilman sairaalan asettamia tiukkoja ehtoja. Vain omahoito ja aikuiset kohderyhmänä viitottivat sairaalan osalta oppaamme sisällön suunnittelua. Kirjallisuuskatsausosioista oppaaseen nostetut teemat on valittu siten, että ne vastaavat tutkimuksissa ilmenneisiin astmapotilaiden tiedon tarpeisiin. Päätimme jättää lääkehoidon käsittelemisen vähäisemmäksi, koska sairaalan käyttämissä toisessa oppaassa se painottui erityisen paljon. Näemme myös, että potilaan kannalta on olennaista tuntea lähinnä oma lääkehoitonsa ja keskittyä enemmän lääkkeettömään hoitoon, johon hän pystyy vaikuttamaan jokapäiväisillä valinnoillaan.

Pyrimme tekemään oppaasta helposti sovellettavan, jotta opas toimisi sairaalan valitsemien hoitokäytäntöjen tukena. Esimerkiksi, koska PEF-seurannan toteuttamisesta on useita eri näkemyksiä, emme voineet antaa oppaassa potilaalle selkeitä ohjeita, vaan jätimme tilaa lääkärin tekemille hoitolinjauksille.

Oppaan kielellistä asua suunnitellessamme mietimme, mikä puhuttelumuoto sopisi parhaiten oppaamme potilaslähtöiseen tyyliin. Pohdimme teitittelyn tarpeellisuutta, koska ymmärtäksemme teitittely on yleinen käytäntö Virossa. Se tuntui kuitenkin epäso-pivalta tekstin muuhun tyyliin nähden. Omasta mielestämme sinuttelu tuo oppaan sisällön henkilökohtaisemmaksi juuri kyseiselle lukijalle ja toivommekin, ettei tyyli loukkaa lukijaa. Kääntämisvaiheessa on tietenkin vielä mahdollista muuttaa teksti sinuttelusta teitittelyyn, mikäli valitsemamme tyyli vaikuttaa epäso-pivalta.

Mielestämme suunnittelemamme oppaan muoto on paras ja toimivin ratkaisu käytännön työn kannalta sairaalassa. Se on helposti tulostettavissa eikä hoitohenkilökunnan tarvitse oppaan valmiiksi saattamiseksi taitella tai leikellä sivuja. Oppaan A4-koko voi joidenkin potilaiden mielestä olla hankala mukaan otettavaksi. Mielestämme on kuitenkin oleellista, että opas saadaan käyttöön mahdollisimman helposti, joten valintamme on mielestämme perusteltu.

Astmaa sairastavat pitävät tärkeänä sitä, että heidän asiantuntemustaan hyödynnettäisiin ja he saisivat tuoda mielipiteensä esille astmaoppaan tekovaiheessa (Raynor 2004: 171). Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyyttä kannattaakin testata etukäteen maallikoilla (Torkkola ym. 2002: 14; Villikka – Airaksinen 2003: 129). Oppaan toimivuutta testasimme muutamalla astmaa sairastavalla sekä muilla maallikoilla ja pyrimme hyödyntämään saamaamme palautetta.

5.2 Työskentelyprosessin tarkastelua

Työn kirjoittaminen asiatyyliin oli aikaavievä prosessi. Pitkään kirjallisuuskatsausta työstytyämme oli haasteellista ryhtyä kirjoittamaan opasta riittävän yksinkertaisesti ja potilaalle soveltuvalla tyylillä. Oppaan ulkoasun suunnittelussa suurena etuna oli, että toisella meistä on graafisen alan koulutus, jolloin perusteltujen valintojen tekeminen sekä käytännön toteutus oli helpompaa. Kuitenkin, koska työhön käytettävissä ollut aika oli rajallinen sekä sairaalan olosuhteet asettivat omat rajoituksensa, jouduimme tekemään kompromisseja ulkoasuun liittyen.

Alun perin tarkoituksena oli, että työn raporttiosuudessa teoriatieto astmasta ja potilasoppaan materiaalin valintaprosessi kulkevat käsi kädessä. Tämä ei kuitenkaan toteutunut ajanpuutteen vuoksi. Työn rakenteessa saattaakin olla jonkin verran toistoa teemojen suhteen.

Yhtenä merkittävänä hankaluutena työn etenemisessä oli se, että yksin opinnäytetyöprosessiin varattua aikaa oli mielestämme melko vähän. Muut opiskeluun liittyvät samanaikaiset tehtävät häiritsivät ajoittain erittäin paljon työskentelyämme. Tällöin oli vaikea löytää riittävästi yhtäjaksoista aikaa työn tekemiseen, vaikka siihen olisi ollut motivaatiota ja innostusta. Olemme hyödyntäneet koulun tarjoamia tekstityöpajoja kuluneen vuoden aikana. Suunnitelmavaiheen työpajaan olisimme voineet mennä hieman aikaisemmin, jotta olisimme osanneet alusta alkaen paremmin suunnitella työn rakenteen. Tämä olisi tukenut paremmin työskentelymme etenemistä. Huomattavana vaikeu-

tena työskentelyssä koimme hyvin myöhäisessä vaiheessa esiin tulleen sairaalan toiveen saada omahoitoon painottuva opas. Jouduimme tekemään lisää tiedonhakuja sekä muuttamaan työmme sisältöä merkittävästi.

Olemme oppineet opinnäytetyöprosessin myötä paljon uutta muun muassa astmasta ja sen hoidosta, potilasoppaan tekemisestä ja siitä millainen on hyvä potilasopas. Olemme saaneet myös sujuvuutta tieteellisen tekstin lukemiseen ja oppineet kriittistä lukutaitoa. Yhtenä tärkeänä oppimiskokemuksena koimme myös vierailun Länsi-Tallinnan keskussairaalassa lokakuussa 2007. Saimme nähdä suomalaisesta hoitokulttuurista poikkeavia työskentelytapoja sekä kuulla terveystieteiden järjestämisestä Virossa. Tämä oli mielenkiintoinen ja rikastuttava kokemus.

5.3 Työn luotettavuuden arviointi

Astmaa koskevaa tutkimustietoa oli tarjolla runsaasti. Suuri osa tästä tiedosta pohjautui lääketieteeseen, kun taas työmme kannalta oleellisempaa hoitotieteellistä tutkimusta oli saatavilla huomattavasti vähemmän.

Työn luotettavuuden kannalta pidimme tärkeänä etsiä ajankohtaista tietoa astman hoidosta sekä sen esiintyvyydestä Virossa. Tietoa oli tarjolla melko suppeasti ja tutkimusten hankkiminen oli ongelmallista. Ylipäätään joitakin työmme kannalta merkittäviä vaikuttavia tutkimuksia oli rajallisten resurssien takia mahdotonta tavoittaa. Siksi ne on jouduttu jättämään aineiston ulkopuolelle. Ajan puutteen vuoksi jouduimme nopealla aikataululla käymään läpi runsaasti tutkimuksia. On mahdollista, että joitakin tärkeitä tutkimuksia on jäänyt huomioimatta, mikä saattaa vaikuttaa työn luotettavuutta heikentävästi.

Potilaan arkipäivää koskevaa tutkittua tietoa oli saatavilla hyvin suppeasti. Esimerkiksi astmaa pahentavista tekijöistä löytyy tutkittua tietoa, mutta se, miten näitä tekijöitä pysytään käytännössä välttämään, ei useinkaan tule tutkimuksista esille. Astmaa pahentavien tekijöiden minimoimisesta kotona, oikeasta hengitystekniikasta ja arkiliikunnan käytännön toteuttamisesta löysimme lähinnä kokemukselliseen näyttöön pohjautuvaa tietoa. Pyrimme kuitenkin pohjaamaan oppaamme sisällön tutkittuun tietoon aina, kun se oli mahdollista.

Oppikirjoja käyttäessämme olemme halunneet varmistua, että kyseessä on tunnettu lääketieteen tai hoitoalan kustantaja tai, että kirjoittaja on julkaissut hoitotieteellistä tai lääketieteellistä tutkimusta alan kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa. Lähdeaineistomme sisältää jonkin verran asiantuntijoiden konsensuskseen perustuvia lähteitä. Etenkin lääketieteellisen tiedon osalta olemme katsoneet tarkoituksenmukaisemmaksi käyttää niitä, kuin etsiä kaikkia alkuperäisiä tutkimuksia käsiimme. Tähän ratkaisuun tulimme jo pelkästään opinnäytetyöhömmme käytössä olevien resurssien (työn laajuus 15 opintopistettä) vuoksi.

Oppaan tekemisen prosessissa hyödyntämiämme oppaita valitessamme kiinnitimme huomiota oppaan kirjoittajaan ja julkaisijatahoon. Suomalaisista oppaista valitsimme maassamme yleisesti tunnettujen astmajärjestöjen tekemät oppaat. Käyttämämme englanninkielisistä oppaista GINA:n julkaiseman oppaan käyttö oli luonnollinen valinta GINA:n tekemän suosituksen ollessa yhtenä päälähteenämme. Lisäksi valitsimme Harvard School of Public Healthin oppaan. Vironkielisestä oppaasta emme saaneet selville tekijän asemaa tai ammattinimikettä, tai oppaan julkaisijatahoa. Tarkastelimme opasta kuitenkin sen vuoksi, että se on Länsi-Tallinnan keskussairaalan käytössä.

Aineiston valikoitumiseen on varmasti vaikuttanut jonkin verran omat, osittain tiedostamattomatkin, asenteemme ja käsityksemme astmasta ja sen tehokkaasta hoitamisesta. Tämä luonnollisestikin näkyy siinä, miten olemme valikoineet työhömmme eri aihealueita ja miten ne työssämme painottuvat.

Luotettavuuteen on saattanut myös vaikuttaa englanninkielisen tieteellisen lähdemateriaalin suuri määrä. Vaikka hallitsemme englannin kieltä suhteellisen hyvin, on tieteellisen tekstin lukeminen vieraalla kielellä haasteellista. Lisäksi vironkieliseen materiaaliin perehtyessämme on ollut olemassa virheellisen ymmärtämisen mahdollisuus, koska emme hallitse viron kieltä muutoin, kuin suomenkielen taidon pohjalta. Tarvittaessa olemme voineet kysyä apua viron kieltä taitavalta ohjaajaltamme. Ylipäätään tekstin tuottaminen siten, että lukemiemme tutkimusten alkuperäisajatus säilyisi, vaatii usein runsaasti pohdintaa ja keskustelua.

5.4 Työn eettisyyden arviointi

Astman hoidossa lääkeyhtiöillä on näkyvä rooli. Lääkeyhtiöt ovat tuottaneet paljon materiaalia, joka on terveydenhuollossa yleisesti käytössä. Jouduimme kuitenkin useasti pohtimaan, mikä on lääkeyhtiöiden motiivi materiaalien levittämisessä ja sitä, voimme-

ko käyttää taloudellista hyötyä tavoittelevien yhtiöiden kustantamaa aineistoa opinnäytetyössämme. Lähes kaikissa astmaoppaissa lääkeyhtiöt ovat toimineet taloudellisina tukijoina, vaikeivät olisi varsinaisesti oppaita tuottaneetkaan. Lääkeyhtiöt näkyvät myös joissakin tieteellisissä julkaisuissa tutkimusten rahoittajina. Myös osa meidän käyttämistämme tutkimuksista on näin rahoitettu. Pohdimme, mikä vaikutus tällä on tutkimustuloksiin.

Potilaille jaettavan tiedon tulee olla luotettavaa. Oppaan laatimiseen liittyykin suuri vastuu oikean tiedon jakamisesta. Tämän olemme pyrkineet varmistamaan pohjaamalla oppaaseen sisällytetyn tiedon mahdollisimman luotettavaan näyttöön.

Tekemässämme oppaassa olemme halunneet välttää potilas-sanan käyttöä, sillä sairauden kroonisesta luonteesta huolimatta erityisesti lievää astmaa sairastava voi pysyä oireettomana hyvän hoidon ansiosta, eikä näin ollen koe itseään erityisen sairaaksi. Tämän vuoksi astmaa sairastavasta henkilöstä yleisesti käytetty termi astmapotilas ei mielestämme ole paras mahdollinen. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme totesimme kuitenkin termin potilas käytännöllisimmäksi tekstin sujuvuuden kannalta, ja niinpä teimme valinnan käyttää sitä työmme raporttiosuudessa.

Olemme pyrkineet eettiseen toimintaan myös mahdollisimman tarkalla teksti- ja lähdeviitteiden käytöllä sekä pyytämällä luvan viitata yksittäisiin henkilöihin (liite 6) tai yhteisöihin (liite 7).

5.5 Työn hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet

Uskomme, että tekemämme opas soveltuu hyvin astmapotilaan toteuttaman omahoidon tueksi kattavuutensa, selkeytensä ja omahoidollisten osiensa vuoksi. Oppaan toimiminen Länsi-Tallinnan keskussairaalan astmapotilaiden hoitoa tukevana välineenä edellyttää kuitenkin, että opas tulee aktiiviseen käyttöön sairaalassa. Lisäksi lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan on osattava arvioida, keille potilaista opas soveltuu. Kuten Scherman ym. (2002) tutkimuksessaan osoittavat, astmaa sairastavan näkemys omasta sairaudestaan ja sen alkuperästä vaikuttaa hänen hoitoon sitoutumiseensa. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan ja potilaan onkin oleellista keskustella näkemyksistään löytääkseen toimintatavat, joita potilas on halukas noudattamaan.

Opas on tarkoitettu potilaan omaan käyttöön, mutta se voi myös toimia poliklinikalla tai osastoilla annettavan astmaohjauksen runkona Länsi-Tallinnan keskussairaalassa.

Opas on työväline hoitajille ja lääkäreille, jotta astman hoitoa voidaan toteuttaa pitkäjänteisesti. Annettava ohjaus ei koostu vain kertaluonteisista poliklinikkakäynneistä, vaan opas ohjaa potilasta päivittäisessä astman hoidossa.

Tekemämme opas voi niin ikään antaa vihjeitä opiskelijoille tai hoitotyöntekijöille oma-hoidollisen näkökulman huomioimiseksi potilasoppaiden ja ohjeiden suunnittelemisessa. Lisäksi kirjallisuuskatsaus sisältää runsaasti tietoa astmasta ja sen hoidosta. Se auttaa lukijaa ymmärtämään kokonaisvaltaisemmin astmaa sairastavan elämää sekä hoidon keskeisimpiä periaatteita.

Pohdimme, että tekemämme potilasoppaan rinnalle olisi hyvä kehittää astmapotilaan hoitoa koskeva ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Tämä tukisi vielä entisestään Länsi-Talinnan keskussairaalassa toteutettavaa astmapotilaiden hoitoa. Tällaisen ohjeistuksen vielä puuttuessa laadimme lääkäreille ja hoitajille lyhyen ohjeen oppaan käytöstä.

Tutkimuksiin perehtyessämme jäimme kaipaamaan tutkittua tietoa ei-lääkkeellisistä hoitomuodoista. Astman osalta nimenomaan hoitotieteelliselle tutkimukselle olisikin tarvetta. Näin astman hoitokäytäntöihin voitaisiin tuoda potilaslähtöisempää näkökulmaa.

LÄHTEET

- AACVPR 2005. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 3. painos. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation.
- Aalto, A.-M. - Härkäpää, K. - Rissanen, P. - Puolanne, M. 1997: Astmakuntoutujien terveyteen liittyvä elämänlaatu ja psykososiaaliset voimavarat. Esitutkimusraportti. Aiheita 1997/17. Helsinki: Stakes.
- Aalto, Anna-Mari – Kauppinen, Ritva 2000: Astma osana elämää. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. – Juntunen-Backman, Kaisu – Hedman, Jouni – Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 49–55.
- Ahonen, Eeva 2000: Astmapotilas terveystieteiden keskuksessa. Teoksessa: Laitinen, Lauri A - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 61–64.
- Astma. 2005. Opas. Helsinki: Hengityslitto Heli ry.
- Astma. 2002. Huovinen, Maarit (toim.). Helsinki: Duodecim.
- Astman ohjattu omahoito. Turbuhaleria käyttävän astmapotilaan omahoitokirja. 1997. Masala: Suomen Astra oy.
- Bradley, Dinah - Clifton-Smith, Tania 2003: Breathing works for asthma. London: Kyle Cathie Limited.
- Caress, Ann-Louise - Luker, Karen - Woodcock, Ashley - Beaver, Kinta 2002a: An exploratory study of priority information needs in adult asthma patients. Patient education and counseling 47. 319–327.
- Caress, Ann-Louise - Luker, Karen - Woodcock, Ashley - Beaver, Kinta 2002b: A qualitative exploration of treatment decision-making role preference in adult asthma patients. Health Expectation 5. 223–235.
- Côté, Johanne - Bowie, Dennis M. - Robichaud, Patricia - Parent, Jean-Guy - Battisti, Livia - Boulet, Louis-Philippe 2001: Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 163. 1415–1419.
- Eagan, Tomas Mikal Lind 2004: Incidence and remission of asthma and respiratory symptoms in adults. The Hordaland county cohort study. Bergen: University of Bergen. Department of thoracic medicine.
- Gibson, Peter G. 2000: Monitoring the patient with asthma: An evidence-based approach. Journal of Allergy and Clinical Immunology 106 (1). 18–26.
- Gibson, P. G. - Powell, H. - Coughlan, J. - Wilson, A. J. - Abramson, M. - Haywood, P. - Bauman, A. - Hensley, M. J. - Walters, E. H. 2002: Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 3. Art. No.: CD001117. DOI:10.1002/14651858.CD001117.

- Gibson, P. G. - Powell, H. - Coughlan, J. - Wilson, A. J. - Hensley, M. J. - Abramson, M. - Bauman, A. - Walters, E. H. 2002: Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 1. Art.No.: CD001005. DOI: 10.1002/14651858.CD001005.
- GINA 2007. Global strategy for asthma management and prevention. Päivitetty 2007. Global Initiative for Asthma.
- Haahtela, Tari 2000: Astma allergisena sairautena. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 38-48.
- Haahtela, Tari – Ryttilä, Paula 2006: Astma. Opas. Helsinki: Allergia- ja astmaliitto.
- Haahtela, Tari - Stenius-Aarniala, Brita 2002: Astmalääkkeet. Hoidon periaatteet. Helsinki: Lääkelaitos.
- Hainsworth, Diane S. 2006: Instructional materials. Teoksessa: Bastable, Susan B. (toim.): The Essentials of patient education. Jones and Bartlett Publisher. 349–380.
- Hannuksela, Matti 2007: Allergiat. Lääkärikirja Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00561&p_haku=Allergiat>. Päivitetty 1.9. Luettu 20.10.2007.
- Hedman, Jouni 2000: Vaikeutuva astma. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 85-90.
- Huovinen, E. - Kaprio, J. - Laitinen, L. A. - Koskenvuo, M. 2001: Social predictors of adult asthma: a co-twin case-control study. Thorax 56. 234–236.
- Huovinen, E. - Kaprio, J. - Koskenvuo, M. 2001: Asthma in relation to personality traits, life satisfaction, and stress: a prospective study among 11 000 adults. Allergy 56. 971-977.
- Huovinen, Elisa 2002: An epidemiological study of occurrence, prognosis and predisposing factors of adult asthma. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.
- Härm, Tiiu 2001: Patient education in Estonia. Patient Education and Counseling 44. 75-78.
- Jones, Alan - Pill, Roisin - Adams, Stephanie 2000: Qualitative study of views of health professionals and patients on guided self management plans for asthma. British Medical Journal 321 (16). 1507–1510.
- Järvinen, Markku 2000: Astmaatikon apuvälineet. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 144–148.
- Jäätmä, Ann – Roden, Ülle 2007: Astma. Opas. Tallinn.
- Kiivet, Raul A. - Kaur, Ilmar - Lang, Aavo - Aaviksoo, Ain - Nirk, Liis 2001: Costs of asthma treatment in Estonia. European journal of public health 11. 89–92.

- Kotaniemi, Jyrki 2006: Asthma, chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms among adults. Prevalence and risk factors. The FinEsS Study in northern Finland. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Käypä hoito 2006. Astma. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=hoi06030>>. Luettu 20.8.2007.
- Lahdensuo, Aarne 2000: Astman ohjattu omahoito. Teoksessa: Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry. 56–60.
- Lahdensuo, Aarne 1999: Guided self management of asthma – how to do it. Clinical review. British Medical Journal 319. 759–760.
- Lahdensuo, Aarne - Haahtela, Tari - Herrala, Jaakko - Kava, Tuomo - Kiviranta, Kirsti - Kuusisto, Paula - Perämäki, Erkki - Poussa, Tuija - Saarelainen, Seppo - Svahn, Thore 1996: Randomized comparison of guided self management and traditional treatment of asthma over one year. British Medical Journal 312. 748–752.
- Laitinen, Lauri – Haahtela, Tari 2003: Astma. Teoksessa: Koskenvuo, Kimmo (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim. 306–332.
- Laitinen, Lauri A. - Räsänen, Maija 2000: Mitä astma on? Onko minulla astma? Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry. 14–20.
- Lehtinen, Jaakko - Paljakka, Kaija - Puolanne, Mervi - Vilkkumaa, Ilpo 2004: Kirjallisuuskatsaus hengityskuntoutuksesta. Hengitysliiton julkaisuja 15/2004. Helsinki: Hengitysliitto Heli ry.
- Leino-Kilpi, Helena - Lauri, Sirkka 2003: Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. teoksessa: Lauri, Sirkka (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 7-20.
- List of diseases. Estonian Health Insurance Fund – Eesti Haigekassa. Verkkodokumentti. <[http://www.sm.ee/eng/HtmlPages/HAIGUSTELOETELUtolkimiseksEN_ok_ED_C/\\$file/HAIGUSTE%20LOETELU%20tolkimiseks%20EN_ok_ED_C.doc](http://www.sm.ee/eng/HtmlPages/HAIGUSTELOETELUtolkimiseksEN_ok_ED_C/$file/HAIGUSTE%20LOETELU%20tolkimiseks%20EN_ok_ED_C.doc)>. Luettu 3.2.2008.
- Loiri, Pekka - Juholin, Elisa 1999: Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja. 2. painos. Helsinki: Infoviestintä oy.
- Meren, M. - Jannus-Pruljan, L. - Loit, H.-M. - Pölluste, J. - Jönsson, E. - Kiviloog, J. - Lundbäck, B. 2001: Asthma, chronic bronchitis and respiratory symptoms among adults in Estonia according to postal questionnaire. Respiratory medicine 95. 954–964.
- Mäkinen, S. – Suominen, T. – Lauri, S. 1999: What asthma patients know about their illness and its treatment. Clinical Nurse Specialist 13 (6). 277–282.

- Nieminen, Markku M. - Kankaanranta, Hannu 2000: Astman lääkehoito. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 29–37.
- Nordman, Henrik 2000: Työperäinen astma. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 106-116.
- Pallasaho, Paula 2006: Prevalence and determinants of respiratory symptoms, asthma, chronic bronchitis and allergic sensitization in Helsinki. A comparison between Finland, Sweden and Estonia. The FinEsS studies - Helsinki I. Helsinki: University of Helsinki.
- Pallasaho, P. - Lundbäck, B. - Meren, M. - Kiviloog, J. - Loit, H.-M. - Larsson, K. - Laitinen L. A. 2002: Prevalence and risk factors for asthma and chronic bronchitis in the capitals Helsinki, Stockholm, and Tallinn. *Respiratory Medicine* 96. 759-769.
- Pharmaceutical reimbursement system in Estonia. Estonian Health Insurance Fund – Eesti Haigekassa. Verkkodokumentti. <http://www.haigekassa.ee/files/eng_health_medicinal/estonia.pdf>. Luettu 2.3.2008.
- Piirilä, Päivi – Sovijärvi, Anssi R. A. 2000: Astman toteaminen Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 21–28.
- Powell, H. - Gibson, P. G. 2002: Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. Art. No.: CD004107. DOI: 10.1002/14651858.CD004107.
- Puolanne, Mervi - Tikkanen, Heikki 2002: Astma ja liikunta. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengityslitto Heli ry. 68–83.
- Pönkä, Antti 2006: Terveystoiminta. 4. painos. Helsinki: Suomen ympäristöterveys oy.
- Raynor, David – Savage, Imogen – Knapp, Peter – Henley, Jeremy 2004: We are the experts: people with asthma talk about their medicine information needs. *Patient education and counseling* 53. 167–174.
- Redman, Barbara Klug 2001. *The Practice of Patient Education*. 9. painos. St. Louis: Mosby.
- Rodriguez, Jackie - Valderrama, Yvette - Surkan, Pamela - Rudd, Rima - Daltroy, Lauren: Key words in plain language. Guide. Harvard School of Public Health. Verkkodokumentti.<<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/asthma/asthma3.pdf>>. Luettu 10.1.2008.
- Scherman, M. Hansson – Dahlgren, Lars Owe – Löwhagen, Olle 2002: Refusing to be ill: a longitudinal study of patients' experiences of asthma/allergy. *Disability and Rehabilitation* 24(6). 297-307.
- Schott-Baer, Darlene 1999. A Pilot Program to Increase Self-Care of Adult Asthma Patients. *Medsurg Nursing* 8 (3). 178–183.

- Sosiaaliministerium 2008. Haigestumus. Verkkodokumentti.
<<http://www.sm.ee/est/pages/index.html>>. Luettu 2.3.2008.
- Sosiaaliministerium 2006. Changes in limit prices and reimbursement rates of pharmaceuticals. Verkkodokumentti. <<http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>>. Luettu 2.3.2008.
- Stenius-Aarniala, Brita 2000: Astma ja muut sairaudet – lääkehoidon ongelmia. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry. 100–105.
- Stenman, Päivi – Toljamo, Maisa 2002: Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 14 (1). 19–25.
- STM. 1998. Astmaohjelma 1994–2004. Seurantatiedonraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998: 21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyskirjasto 2005a. Mitä astmasta tiedetään? Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=aas00004>. Luettu 21.8.2007.
- Terveyskirjasto 2005b. Allergia ja astma. Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=aas00009>. Luettu 21.8.2007.
- Terveyskirjasto 2005c. Erilainen pitkäaikaissairaus. Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=aas00003>. Luettu 21.8.2007.
- Thoonen, Bart B. A. – Schermer, Tjard R. J. – Jansen, Margreet – Smeele, Ivo – Jacobs, Annelies J. E. – Grol, Richard – van Schayck, Onno C. P. 2002: Asthma education tailored to individual patient needs can optimise partnerships in asthma self-management. Patient Education and Counseling 47. 355–360.
- Torkkola, Sinikka - Heikkinen, Helena - Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Vidgren, Petra 2000: Astmaatikko apteekin asiakkaana. Teoksessa: Laitinen, Lauri A. - Juntunen-Backman, Kaisu - Hedman, Jouni - Ojaniemi, Seija (toim.): Astma. Helsinki: Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry. 65–67.
- Viggiani, Kay 2006: Special populations. Teoksessa: Bastable, Susan B. (toim.): The Essentials of patient education. Jones and Bartlett publishers. 253–285.
- Vikström, Liisa 2005: Astmaa sairastavan tiedon tarpeet. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- You can control your asthma. 2007. Global Initiative for Asthma.

Haastattelu 31.10.2007

Kristel Linsmann, koulutuspäällikkö, Länsi-Tallinnan keskussairaala oy, Söle 16.

Länsi-Tallinnan keskussairaalassa hoidetaan aikuisväestöä Tallinnan sekä koko Harjun maakunnan alueelta. Harju on Viron suurin maakunta. Sairaalassa hoidetaan vuosittain noin 126 astmapotilasta, kahdella eri osastolla. Heistä 83 % tulee sairaalaan päivystyspotilaina, muut poliklinikkakäynneille tarpeen mukaan. Astmapotilaiden hoitamiseen osallistuu erikoislääkäri ja sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan vastuulla on potilaan ohjaaminen (omahoito-ohjaus), mutta vaikeissa tapauksissa lääkäri ohjaa potilasta. Astman hoidon periaatteet ovat samat kuin Suomessa. Virossa on käytäntönä, että astmapotilas voi saada korvausta lääkehoidosta 50–100%, mikäli hän saa diagnoosin erikoislääkäriltä.

Sairaalan toivomuksena on saada potilaan ohjattuun omahoitoon painottuva astmaopas. Oppaan tulee olla tulostettavissa A4 -muodossa ja siinä voidaan käyttää värejä. Opas toimitetaan CD-ROM-muodossa, suomenkielisenä versiona, joka myöhemmin käännetään vironkielelle. Sairaala toivoo myös saavansa kirjallisuuskatsausosion työstämme, sillä osa työntekijöistä on suomenkielentaitoisia.

HAUT TIETOKANNOISTA

Tietokannat ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu tiivistelmän perusteella	Poistettu kokotekstin perusteella	Hyväksytään
KOTIMAISET					
Helka					
Astma? OR Asthma? NOT Laps? OR Last? OR Child? AND 1997- 2007	127	110	1	7	9
Astma? OR Asthma? AND Estonia? OR Viro? AND 1997-2007	1	0	0	0	1
Potila? OR Patient OR Outpatient AND Ohj? OR Potilasneu? OR Potilasohj? OR Neuvon? OR Opas? OR Education OR Handout? OR Pamphlet? OR Information OR Counsel? OR Guide AND 1997-2007 NOT laps? OR last? OR child?	381	373	1	5	2
Astma? OR Asthma? AND "ohjattu omahoito" OR "guided self management" OR AND 1997-2007 AND suomi OR englanti	2	0	1	1	0
Astma? OR Asthma? AND self care AND 1997- 2007 AND suomi OR englanti	0				
Kurre					
Astma? OR Asthma? NOT Laps? OR Last? OR Child? NOT Päättöt? OR Opinnäytet? AND 1997-2007	34	34	0	0	0

Tietokannat ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu tiivistelmän perusteella	Poistettu kokotekstin perusteella	Hyväksytään
Potila? OR Patient OR Outpatient AND Ohj? OR Potilasneu? OR Potilasohj? OR Neuvon? OR Opas OR Education OR Handout OR Pamphlet? OR Information OR Counsel? OR Guide AND 1997-2007 NOT päättöt? NOT opinnäytet?	210	201	0	5	4
Astma? AND ohjattu omahoi? NOT Laps? OR Last? NOT opinnäytet AND 1997-2007 AND suomi	1	0	0	1	0
Asthma? AND guided self management NOT child? NOT opinnäytet AND 1997-2007 AND englantia	0				
Asthma? AND self care NOT child? NOT opinnäytet?	3	2	0	1	0
Medic					
Astma* OR Asthma* AND Potilasohj* OR Potilasneu* OR Ohj* OR Neuvon* OR Opas OR Education OR Handout OR Pamphlet OR Information OR Counsel* OR Guide NOT Last* OR Laps OR Child* AND 1997-2007	19	13	0	4	2
Astma* OR Asthma* AND guided self management OR self care OR ohjattu omahoi* NOT Last* OR Laps OR Child* AND 1997-2007 AND fin OR eng	0				

Tietokannat ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu tiivistelmän perusteella	Poistettu kokotekstin perusteella	Hyväksytään
ULKOMAISET					
Cinahl (Ovid)					
Asthma (laajennettu) AND Patient education AND limit to yr 1995-2007 AND research AND adult <19 to 44 years> OR middle age <45 to 64 years> AND 1995-2007	56	44	2	2	8
Asthma AND teaching material AND limit to yr 1995-2007 AND research AND adult <19 to 44 years> OR middle age <45 to 64 years> OR aged <65 to 79 years>AND 1995-2007	36	28	1	2	5
Asthma AND guided self management OR self care AND limit to yr 1997-2007 AND adult <19 to 44 years> OR middle age <45 to 64 years> OR aged <65 to 79 years>AND english Or finnish AND limit to research	63	53	0	7	3
Medline (Ovid)					
Patient education AND Estonia	1	0	0	0	1
Asthma AND self care AND guided self management AND limit to 1997-2007 AND middle age 45 to 64 years OR middle aged 45 plus years AND english OR finnish	5	4	0	0	1
Cochrane Library					
Asthma (Record title) AND Self-management (Record title) NOT Child* (Abstract) AND from 1997-2008 AND The Cochrane Database of Systematic reviews	2	0	0	0	2

Astman omahoito:
Näin hoidat itseäsi



Hyvä lukija



Astmaa sairastavia on kaikkialla maailmassa. Myös Virossa tuhannet ihmiset saavat vuosittain astmadiagnoosin. Vaikka astmaan sairastuu nykyään yhä useampi, varhaisen toteamisen ja tehostuneen hoidon ansiosta sairaudesta aiheutuvat haitat ovat kuitenkin vähenemässä. Voit itse vähentää sairauden vaikutuksia omassa elämässäsi huolehtimalla omasta hyvinvoinnistasi. Tämän oppaan avulla saat käytännön tietoa astmasta ja voit löytää keinoja elää monipuolista ja tasapainoista elämää.

Oppaassa käsittelemme sairauden pääpiirteitä, hoitoa sekä elämäntapoihin liittyviä seikkoja. Oppaan loppupuolelle olemme koonneet tiivistelmän hoitosi kannalta keskeisistä aiheista. Voit täydentää tätä osiota yhdessä lääkärisi kanssa. Toivomme, että oppaan avulla opit tuntemaan sairauttasi paremmin ja pystyt toteuttamaan astman hoitoa yhdessä ammattilaisten kanssa.

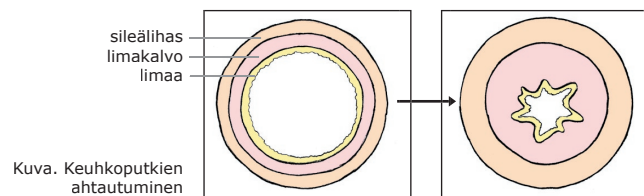
SISÄLLYS

- MISTÄ ASTMASSA ON KYSE 3
 - Astman syyt 3
 - Astman paheneminen 4
- ELINTAVOILLASI ON MERKITYSTÄ 5
 - Puhdas ilma 5
 - Liikkuminen kannattaa 6
- LÄÄKEHOITO 7
 - Sivuvaikutukset 7
 - Oikea lääkkeenottotekniikka 8
- TARKKAILE VOINTIASI 9
 - PEF-seuranta 9
 - Oireiden seuranta 10
- NÄIN HOIDAN ITSEÄNI 11
 - PEF-toimintatakaavio 12
 - PEF-seurantataulukko 13
 - Yhteenveto astman pahenemisvaiheista 14
 - Lisätietoja 15

■ MISTÄ ASTMASSA ON KYSE

Astmaa sairastavan keuhkoputket ovat tulehtuneet. Pitkäaikaisen tulehduksen seurauksena keuhkoputket supistuvat ja ahtautuvat. Ahtauman vuoksi sinun voi olla vaikea hengittää, hengityksesi voi vinkua ja saatat tuntea painon tunteen rinnassasi. Keuhkoputkien limakalvolla tapahtuvien muutosten seurauksena limaa alkaa erittyä runsaasti ja joudut yskimään sitä pois. Yskiminen ajoittuu usein yöhön tai varhaiseen aamuun.

Astma on luonteeltaan pitkäaikainen, mutta vaihteleva sairaus. Voit siis huomata voinnissasi parempia ja huonompia jaksoja. Astma voi heikentää ajoittain työ- ja toimintakykyäsi. Kun pystyt elämään tasapainoista elämää, tiedät sairautesi olevan hyvin hallinnassa. PEF-arvosi pysyvät normaalilla tasolla, eikä oireita ilmaannu rasituksessakaan. Koska vointisi on hyvä, tulet toimeen ilman avaavia lääkkeitä. Hoitamattomana astma johtaa jatkuvaan oireiluun. Tämän vuoksi on tärkeää, että toimit heti, kun huomaat oireittesi pahenevan tai päivittäisten PEF-arvojesi heikkenevän.



Astman syyt

Toisinaan saatetaan virheellisesti ajatella, että astma on psyykinen sairaus. Tämä ei kuitenkaan nykytutkimuksen mukaan pidä paikkaansa. Vaikka astman syitä ei ole täysin pystytty selvittämään, tiedetään kuitenkin, että perimä ja ympäristö vaikuttavat sairauden puhkeamiseen. Astmaa on kahta tyyppiä. Toisen taustalla on allergiataipumus tiettyjä aineita, kuten siitepölyä, eläinten hilsettä tai pölypunkkia kohtaan. Tämän tyyppinen astma puhkeaa yleensä jo lapsuudessa. Aikuisiässä puhkeava astma on yleensä ei-allergista. Sen taustalla olevia tekijöitä ei tarkoin tiedetä. Sekä allergi-

ASTMAN OIREET

- Ajoittaiset hengitysvaikeudet
- Hengityksen vinkuminen
- Painon tunne rinnassa
- Yskä

YLEISIÄ ASTMAA PAHENTAVIA TEKIJÖITÄ

- Allergiaa aiheuttavat tekijät (mm. eläinten hilse, pölypunkki, siitepöly).
- Ilman epäpuhtaudet (mm. saasteet, savu, homeitiöt).
- Voimakkaat hajut (mm. hajuvesi).
- Tupakointi ja passiivinen tupakointi.
- Hengitysteiden virusinfektiot.
- Tietyt lääkeaineet (mm. tulehduskipulääkkeet, beetasalpaajat).
- Ylipaino.
- Stressi ja voimakkaat tunteenpurkaukset.

sen että ei-allergisen astman hoitoa toteutetaan samoilla periaatteilla.

Lääkkeiden avulla astma voidaan saada hallintaan. Vaikka oireesi häviäisivät kokonaan, herkkyys reagoida astmaattisesti säilyy. Oireesi voivat näin ollen palata, jos altistut sairauttasi pahentaville tekijöille tai laiminlyöt lääkehoitoasi.

On tärkeää, että opit tunnistamaan ne tekijät, jotka aiheuttavat sinulle astmaoireita. Näin pystyt paremmin välttämään niitä ja ehkäisemään sairauden pahenemista.

Astman paheneminen

Sairauden vaikeutumiseen viittaa se, ettei astmalääkkeidesi teho ole enää riittävä tai huomaat saavasi oireita tavanomaista vähäisemmästä räsitukses- ta. Tällaisessa tilanteessa olisi hyvä ottaa yhteyttä lääkäriin, jotta voidaan tehdä mahdolliset muutokset lääkehoitoon.

Astmaoireittesi paheneminen voi johtaa lopulta astmakohtaukseen. Jos sinulla on vaikeahoitoinen astma, voi astmakohtaus tulla täysin yllättäen ja hoitamattomana se saattaa johtaa hengenvaaralliseen tilaan.

Useimmiten on mahdollista estää tilanteen kehittyminen vakavaksi tunnistamalla astmakohtaukseen viittaavat oireet. Jos kuitenkin saat astmakohtauksen, valmistautuminen etukäteen voi auttaa sinua toimimaan tilanteessa rauhallisesti. Esimerkiksi oikeasta hengitystekniikasta voi olla hyötyä hengityksen vaikeutuessa.

ASTMAKOHTAUKSEN OIREET

- Hengenahdistus, jonka seurauksena puhuminen on vaikeaa
- Uloshengitys on työlästä
- Hengitys on pinnallista ja tiheää
- Syke nousee

NÄIN TOIMIT ASTMAKOHTAUKSESSA

- Jos mahdollista, hakeudu pois oireita aiheuttavan tekijän luota.
- Etsi asento, jossa on mahdollisimman hyvä hengittäminen.
- Pyri hengittämään rauhallisesti (pitkä uloshengitys huuliraon kautta).
- Ota lääkkeet, jotka lääkärisi on määrännyt sinulle astmakohtauksia varten.
- Hakeudu hoitoon, elleivät oireet mene ohi.

■ ELINTAVOILLASI ON MERKITYSTÄ

Astman hoidolla pyritään oireettomuuteen. Hoitoon kuuluu paljon muuta kuin lääkehoito. Omilla elintavoillasi on suuri merkitys hyvinvointisi kannalta. On tärkeää kiinnittää huomiota terveystottumuksiin, asumisolosuhteisiin sekä muuhun elinympäristöön. Välttämällä sairautta pahentavia tekijöitä voit ennaltaehkäistä sairauden vaikeutumista. Ota tavaksesi seurata sairautesi oireita sekä PEF-arvoja. Muista myös huolehtia säännöllisistä lääkärisä käynneistä.

Puhdas ilma

Jos sinulla on todettu allerginen astma, pyri välttämään niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat sinulle allergiaa. Tämä saattaa kohdallasi merkitä esimerkiksi lemmikkieläimistä luopumista tai siitepölyaltistuksen minimoimista. Jos sairautesi on lievä, saattaa siedätyshoidosta olla apua.

Vietät merkittävän osan ajastasi sisätiloissa, yleensä kotona ja työpaikalla. Tästä syystä sisäilman laadulla on suuri vaikutus hoidon onnistumiseen. Sisäilman laatuun voit vaikuttaa pitämällä asuntosi helppohoitoisena ja siivoamalla säännöllisesti. Myös siivousvälineiden puhtaudesta tulisi huolehtia. Kiinnitä lisäksi huomiota riittävään ilmanvaihtoon. Kuitenkin, mikäli sinulla on siitepölyallergia, tuulettamista siitepölyaikaan olisi hyvä rajoittaa. Siitepölyaltistusta voit myös välttää huuhtelemalla hiuksesi ennen nukkumaanmenoa sekä kuivaamalla pyykki sisällä pahimpaan siitepölyaikaan. Sopivalla ilmankosteudella on myös vaikutusta sisäilman laatuun. Olisi suositeltavaa, että sisäilmankosteus pysyisi 30 - 40 % välillä, koska liian kostea ilma lisää astmaa pahentavien tekijöiden, kuten homesienten, bakteerien ja pölypunkkien määrää huoneilmassa.

Astman hoidossa tärkeintä on tupakoinnin välttäminen. Tutkimukset osoittavat, että tupakointi pahentaa astman oireita, vaikeuttaa hoitoa ja nopeuttaa pysyvien muutosten syntymistä hengitysteissä. Tupakansavu huonontaa myös erityisen paljon sisäilmaa, minkä vuoksi tupakointi

Olen huomannut, saavani oireita seuraavista tekijöistä:

sisätiloissa on erittäin haitallista astmaa sairastavalle. Jos joku perheenjäsenistäsi tai työtovereistasi tupakoi, on huomioitava, ettei hän polta sisätiloissa.

Liikkuminen kannattaa

Säännöllisellä liikunnalla voit edistää fyysistä ja henkistä hyvinvointiasi ja liikunnan tulisikin olla yksi astman hoidon kulmakivistä. Liikunta parantaa keuhkojen toimintaa, rintakehän liikkuvuutta ja ryhtiä sekä vahvistaa hengityslihaksa. Näin rasituksensieto ja suorituskyky kasvavat. Hyvän fyysisen kunnon myötä toivot myös paremmin hengitystieinfektioista. Liikunta auttaa lisäksi vähentämään ylipainoa. Painon laskiessa elimistön kuormittuminen vähenee ja näin ollen myös astmalääkkeiden tarve on pienempi.

Astmaa sairastavalle suositeltavia liikuntamuotoja ovat kävely, sauva-kävely, uinti ja pyöräily. Jotta koet liikkumisen mielekkäänä, on kuitenkin hyvä valita jokin itsellesi mieluinen laji. Hyödyistä huolimatta liian rasittava liikunta voi aiheuttaa astmaoireita. Kylmällä ilmalla liikkuesssa riski oireiden ilmaantumiseen on erityisen suuri. Voit yrittää ehkäistä oireita suojaamalla kasvosi kaulaliinalla tai tarvittaessa hengitysilman lämmittimellä. Jos astma on pahenemisvaiheessa tai olet muuten sairaana, sinun tulisi välttää liikuntaa. Sairauden jälkeen liikunta tulisi aloittaa varovasti ja vasta sitten, kun tunnet itsesi terveeksi. Jos astmaoireet häiritsevät liikuntaharrastustasi tai olet vasta aloittamassa säännöllistä liikkumista, on hyvä keskustella lääkärin kanssa sinulle sopivista liikuntamuodoista, liikunnan voimakkuusasteesta sekä riittävästä lääkityksestä.

Liikunnan lisäksi rentoutusharjoituksilla on mahdollista lievittää jännittyneisyyttä. Voimakkaat tunteenpurkaukset ja stressi voimistavat astmalle tyypillistä keuhkoputkien limakalvon tulehdusta ja pahentavat näin ollen sairautta. Erityisesti niska-hartiaseudun lihaksistoa rentouttavista harjoituksista voi olla apua.

NISKA-HARTIASEUDUN RENTOUTUSHARJOITUS

Nämä pienet harjoitukset on helppo toteuttaa esimerkiksi kotona tai työpaikalla, sillä ne eivät vaadi paljon aikaasi tai erityisiä välineitä. Säännöllisellä harjoittelulla voit tehostaa hengitystäsi ja vähentää stressiä.

Istu tuolilla ryhdikkäästi.

- Vedä leuka sisään ja pyöräytä hartiat taakse. Hengitä sisään. Vie kädet tuolin taakse ja tartu niihin. Työnnä lapaluita toisiaan kohden, jolloin tunnet venytyksen rintakehässäsi. Pysy hetki venytyksessä. Hengitä ulos ja vapauta kädet.
- Vedä jälleen leuka sisään ja pyöräytä hartiat taakse. Hengitä sisään vieden samalla kädet pääsi päälle, kattoa kohti. Venytä käsiäsi ylöspäin ja hengitä samalla ulos.
- Vedä vielä kerran leuka sisään ja pyöräytä hartiat taakse. Kierrä ylävartaloa ensin oikealle ja tartu kiinni tuolin selkänöjasta. Huomioi, että jalat pysyvät rennosti paikallaan ja jalkaterät ovat suunnattuna eteenpäin. Venytä ylävartaloa samalla kun hengität ulos. Palaa takaisin lähtöasentoon ja tee venytys vastakkaiselle puolelle.

(Bradley - Clifton-Smith 2003: Breathing works for asthma.)

■ LÄÄKEHOITO

Astmalääkkeet jaetaan käyttötarkoituksen mukaan kahteen eri ryhmään, hoitaviin ja avaaviin lääkkeisiin. Hoitava lääke on tärkein lääkkeesi, sillä sitä käytetään päivittäin hoitamaan keuhkoputkien limakalvojen tulehdusta. Tällä tavoin ehkäiset sairauden pahenemista. Avaava lääke laajentaa nopeasti keuhkoputkia ja helpottaa oloasi hengityksen vaikeutuessa. Sitä tarvitset vain kun huomaat sairautesi pahenevan. Nykyään on myös käytössä yhdistelmävalmisteita, joissa on yhdistettynä hoitava ja avaava lääke.

Astmalääkkeitä voidaan annostella eri tavoin. Sisäänhengitettävät eli inhaloitavat lääkkeet ovat yleisimmin käytettyjä. Joitakin astmalääkkeitä voidaan käyttää myös tablettimuodossa. Yleisin näistä on astman vaikeassa pahenemisvaiheessa käytettävä kortisonitabletti.

Lääkkeiden sivuvaikutukset

Inhaloitavat lääkkeet ovat käyttäjälleen turvallisia, kun niitä käytetään lääkärin määräyksen mukaan. Inhaloitavan kortisonin yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat suun sieninfektiot, äänen käheys, yskä sekä hampaiden reikeytyminen. Suun alueen haittoja voit ehkäistä huuhtomalla suuta vedellä lääkkeenoton jälkeen ja pitämällä hyvää huolta hampaistasi. Muiden inhaloitavien lääkkeiden sivuvaikutuksia ovat vaikuttavasta aineesta riippuen kurkun ja limakalvojen ärsytys sekä suun kuivuminen. Lisäksi voi esiintyä vapinaa, sydämen tykytystä ja lihaskramppeja, jotka ovat kuitenkin yleensä hetkellisiä ja vaarattomia.

Lääkehoito

Tablettimuotoisessa kortisonilääkityksessä sivuvaikutukset ovat vakavampia, mikäli käyttö on yhtäjaksoista ja jatkuu pitkään. Yleensä kortisonitabletteja käytetään vain lyhyissa jaksoissa, mutta joissain tapauksissa lääkkeen pitkäaikainen käyttö voi olla välttämätöntä astman hallinnassa. Tällöin lääkäri seuraa erityisen tarkasti mahdollisia sivuvaikutuksia. Sivuvaikutuksina voi ilmetä muun muassa luiden haurastumista, verenpaineen ja painon nousua, kaihia, glaukoomaa, ihon ohenemista sekä lihasheikkoutta. Jos lääkkeiden sivuvaikutukset askarruttavat sinua, ota asia puheeksi lääkärisi kanssa.

Oikea lääkkeenottotekniikka

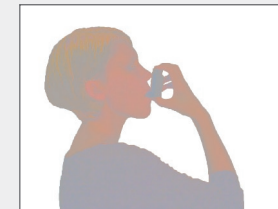
Oikean lääkkeenottotekniikan opetteleminen on oleellista, jotta voisit saada mahdollisimman suuren hyödyn lääkkeistäsi. Tyypillisimpiä lääkkeannostelijoita ovat jauheannostelijat ja ponnekaasusumuttimet. Nykyään käytetään yleisimmin jauheannostelijoita. Eri valmistajien lääkkeannostelijat poikkeavat toisistaan ja tämän vuoksi sinun onkin syytä tutustua huolellisesti pakkauksessa oleviin käyttöohjeisiin.

JAUHEANNOSTELIJAN KÄYTTÖ

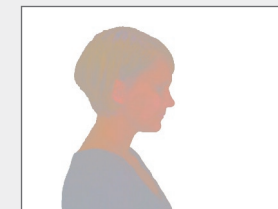
- 1 Laita annostelija käyttövalmiiksi: poista tarvittaessa korkki ja vapauta jauhe laitteen mekanismin avulla. Hengitä ulos. Älä kuitenkaan suuntaa uloshengitystä annostelijaan.



- 2 Aseta suukappale hampaiden väliin ja vedä lääkeaine hengitysteihisi syvällä sisäänhengityksellä.



- 3 Pidätä hengitystä hetken ajan, jotta lääke ehtii laskeutua keuhkoputkiin asti.



- 4 Lopuksi huuhtele suu vedellä.

■ TARKKAILE VOINTIASI

On tärkeää, että seuraat sairautesi tilaa säännöllisesti PEF-mittauksilla ja oireita tarkkailemalla. Puuttumalla ajoissa vähäisiinkin oireisiin, voit hoitaa itseäsi mahdollisimman tehokkaasti. Samalla käytettävien lääkkeiden määrä ja niiden aiheuttamat sivuvaikutukset pysyvät mahdollisimman vähäisinä.

PEF-seuranta

PEF tarkoittaa uloshengityksen huippuvirtausta. PEF-seurannalla voidaan diagnosoida astmaa, mutta se on myös erityisen tärkeässä osassa astmaa sairastavan voinnin tarkkailussa sekä lääkehoidon määrittämisessä.

Voit seurata PEF-arvojasi mittarin avulla. Seuraamalla säännöllisesti PEF-arvojasi, pystyt itsenäisesti tarkkailemaan sairaudessa tapahtuvaa vaihtelua ja puuttumaan nopeasti paheneman etenemiseen. PEF-mittarilla saamiasi arvoja verrataan henkilökohtaiseen tavoitearvoosi, jonka lääkäri on määrittänyt aiemmin tehdyn seurannan perusteella. Kun PEF-arvosi heikkenevät normaalista, tarkoittaa se sitä, että keuhkoputkesi ovat tavanomaista supistuneemmassa tilassa ja ilmanvirtaus niissä on rajoittunutta. Mikäli huomaat PEF-arvojesi heikkenevän, on sinun syytä viipymättä ryhtyä lääkärin kanssa sovittuihin toimenpiteisiin. Näin ehkäiset parhaiten vointisi huononemista ja edistät tilanteen palautumista ennalleen.

PEF-ARVOJEN MITTAAMINEN

PEF-arvoja mitatessasi toimi aina samalla tavalla ja käytä samaa mittaria. Näin lisää tuloksen luotettavuutta. Tärkeää on myös huomioida hyvä ja ryhdikäs asento. Tämä onnistuu parhaiten seisten.

- Nollaa mittari ja tarkista, etteivät sormesi ole viisarin tiellä.
- Vedä keuhkot mahdollisimman täyteen ilmaa ja aseta mittari hampaiden väliin, huulten ollessa tiiviisti suukappaleen ympärillä. Huomioi, ettei kieli tuki suukappaletta.
- Puhalla mahdollisimman voimakas, kestoltaan lyhyt puhallus. Lue mittarin näyttämä lukema ja merkitse se muistiin.

Toista puhallukset vähintään kolme kertaa, kunnes kahden suurimman PEF-arvon välinen ero on alle 20 litraa minuutissa. Kirjaa seurantakorttiin suurin saamasi arvo.

Avaavan lääkkeen käytöllä on vaikutusta PEF-arvoihin. Keskustele siis lääkärisi kanssa, kuinka ajoitat avaavan lääkkeen oton suhteessa PEF-mittaukseen.

Oireiden seuranta

PEF-mittausten lisäksi oireesi kertovat millaisessa vaiheessa sairautesi on. Jos oireita ilmaantuu, puutu niihin ajoissa. Mikäli et saa oireita hallintaan, keskustele asiasta lääkärisi kanssa.

HYVÄ HOITOTASAPAINO

Kaikki seuraavat kohdat täyttyvät viikon aikana:

- Olet oireeton.
- Sairaus ei aiheuta fyysisen toiminnan rajoitteita.
- Et tarvitse avaavaa lääkitystä.
- PEF-arvosasi ovat sinulle normaalilla tasolla.

SAIRAUS OSITTAIN HALLINNASSA

Jokin seuraavista oireista esiintyy viikon aikana:

- Sinulla on päivisin oireita useammin kuin kaksi kertaa viikossa.
- Sinulla esiintyy oireita yhtenäkin yönä viikossa.
- Sairaus rajoittaa fyysistä toimintaasi.
- Joudut käyttämään avaavaa lääkitystä enemmän kuin kaksi kertaa viikossa.
- PEF-arvosasi ovat alentuneet.

Astmakohtauksia esiintyy vähintään yhden kerran vuoden kuluessa.

HUONO HOITOTASAPAINO

- Sinulla esiintyy kolme tai useampia edellä mainituista oireista viikon aikana.
- Sinulla on astmakohtaus

ASTMAN HOITO LYHYESTI

- Ota lääkkeet säännöllisesti lääkärin määräyksen mukaan.
- Opettele tunnistamaan sairauden pahe-
nemisen merkit PEF- mittausten ja oirei-
den seurannan perusteella.
- Vältä niitä tekijöitä, jotka pahentavat
sairauttasi.
- Opettele toimimaan astmakohtaustilan-
teessa oikein.
- Käy säännöllisesti lääkärissä.

■ NÄIN HOIDAN ITSEÄNI

Tämä osio on tarkoitettu oman hoitosi suunnitteluun, seurantaan ja toteuttamiseen. Lääkärisi kirjaa ylös sinulle henkilökohtaisesti määritellyt ohjeet, jotka auttavat toimimaan oikein sairauden pahenemisvaiheissa. Voit itse merkitä muistiin sairauden kulussa kulloinkin tapahtuvia muutoksia.

Saamasi ohjaus	pvm/ohjauksen antaja
• Tietoa astmasta	_____
• Lääkehoito	_____
• Inhalointitekniikan harjoittelu	_____
• PEF-puhalluksen harjoittelu	_____
• Yhteiskunnan tarjoamat etuudet	_____
• muu ohjaus, mikä _____	_____

Astman hoitoon kuuluu se, että yhdessä lääkärin tai hoitajan kanssa tarkistetaan säännöllisin väliajoin omaamasi astman hoitoon liittyvät tiedot ja taidot. Tällä varmistetaan se, että pystyt hoitamaan itseäsi mahdollisimman hyvin. Kerro avoimesti lääkärille tai hoitajalle omista näkemyksistäsi hoitoosi liittyen ja kysy myös rohkeasti, jos mieltäsi askarruttaa jokin sairauteesi liittyvä asia.

Päivittäinen lääkitys _____

Tarvittaessa otettava lääkitys _____

TÄRKEITÄ PUHELINNUMEROITA

Hoitava lääkäri: _____

Sairaanhoitaja: _____

Ambulanssi: _____

Taksi: _____

PEF-TOIMINTAKAAVIO

Tavoitearvosi ____ l/min

1. Jos PEF-arvosi on ____ l/min, ota lääkettä seuraavasti:

Elleivät PEF-arvot palaudu kahdessa viikossa tai tilanne vaikeutuu, ota yhteys lääkäriin.

2. Jos PEF-arvosi on ____ l/min, ota lääkettä seuraavasti:

Ota yhteyttä lääkäriisi.

3. Jos PEF-arvosi on ____ l/min, ota lääkettä seuraavasti:

Hakeudu välittömästi päivystysvastaanotolle.

Jos PEF-arvosi heikkenevät mainittuihin lukemiin yhdenkin kerran, aloita edellä mainitut toimenpiteet. Mitä nopeammin puutut tilanteeseen, sitä paremmin hoito auttaa. Toimi siis viivyttelämättä.

HUOM! Seuraavalla sivulla päivittäisten PEF-arvojen seurantataulukko

LISÄTIETOJA

LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLA
www.ltkh.ee

EESTI KOPSULIIT
www.kopsuliit.ee
Osoite: Tervise Arengu Instituut
Hiiu tänav 42
11619 Tallinn

Tekijät: Titta Jakonen, Hanna Valtonen 2008
Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia



OHJE LÄÄKÄREILLE JA HOITOHENKILÖKUNNALLE

Tämä on ohje *Astman omahoito: Näin hoidat itseäsi* -oppaan käyttämiseksi potilaasi astmaohjauksessa. On tarkoitus, että opasta käydään läpi sairaalassa potilaan kanssa, jonka jälkeen opas annetaan hänelle itselleen. Myöhemmin oppaasta voidaan helposti tulostaa tarvittavia lisäsivuja.

Opas toimii tukena ja ohjeena astmaa sairastavalle. Koska astmaa sairastavien valmiudet ja halukkuus sitoutua ohjattuun omahoitoon vaihtelee, jää ammattilaisten arvioitavaksi ketkä potilaista hyötyvät oppaan käytöstä.

Oppaasta löytyy seuraavat aihealueet:

- Astman yleisyys
- Perustiedot sairaudesta
- Astman paheneminen ja pahenemistilanteessa toimiminen
- Elintapojen vaikutukset astman pahenemiseen sekä sairauden vaikutukset elämään
- Lääkehoidon peruserätykset, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä oikea lääkkeenottotekniikka
- Hoitotasapainon seuranta (PEF- ja oireiden seuranta)
- Omahoito-osio, joka sisältää seuraavat kohdat: potilaan saama ohjaus, päivittäinen ja tarvittaessa otettava lääkitys, tärkeät yhteystiedot, sairauden seurantaan liittyvä PEF-toimintakaavio sekä seurantataulukko, taulukko pahenemisvaiheista ja yhteystiedot lisätietojen hankkimiseksi

Omahoito-osio on nimeltään *Näin hoidan itseäni*. Seuraavassa on ohjeita osion käyttämisen helpottamiseksi.

Potilaan saama ohjaus (s. 11)

Annettuasi potilaalle ohjausta tietystä aihealueesta, kirjaa se oppaaseen. Näin pystytään varmistamaan, että potilas saa ohjausta kattavasti kaikilta eri osa-alueilta ja voidaan helpommin arvioida myös ohjauksen päivittämisen tarve.

Päivittäinen ja tarvittaessa otettava lääkitys (s. 11)

Kirjaa tähän potilaasi yksilöllinen lääkehoito.

Tärkeät yhteystiedot (s. 11)

Varmista, että potilaalla on kirjattuna ylös hoitonsa kannalta tärkeät puhelinnumerot.

Sairauden seurantaan liittyvä PEF-toimintakaavio (s. 12)

Merkitse potilaalle määrittelemäsi PEF-tavoitearvo siihen varattuun kohtaan. Kirjaa myös PEF-mittauksen raja-arvot sekä paheneman vaatimat muutokset lääkityksessä. Nämä ohjeet toimivat potilaan apuna lääkityksen muuttamiseksi astman paheneman yhteydessä.

PEF-seurantataulukko (s. 13)

Tähän taulukkoon potilas voi kirjata PEF-mittaustensa tulokset. Ohjeista häntä, kuinka usein ja missä tilanteissa PEF-arvot olisi hyvä mitata. Keskustele myös potilaan kanssa siitä, kuinka hänen kannattaa toimia avaavan lääkkeen ottamisessa PEF-mittauksen yhteydessä.

Yhteenveto astman pahenemisvaiheista (s. 14)

Tähän taulukkoon potilas voi kirjata astman pahenemisvaiheet. Näin voidaan todeta pahenemisvaiheiden yleisyys, oireet ja niiden vaikeusaste, sekä missä tilanteissa oireita ilmaantuu. Taulukosta käy myös ilmi miten potilas on pahenemaa hoitanut. Kirjattujen asioiden avulla potilaan kanssa on helpompi keskustella sairaudessa tapahtuvista vaihteluista ja suunnitella hoito mahdollisimman tehokkaaksi.

HAASTATTELUN JULKAISULUPA

Lähettäjä:	Kristel Linsmann <kristel.linsmann@ltk.ee>	tiistai - 4 maaliskuu, 2008 13:19
Jakelu:	Hanna Valtonen <Hanna.Valtonen@edu.stadia.fi>	
Aihe:	Re: StaLT-projekti asiaa	
Viestin liitteet:	Mime.822 (2811 tavua)	[Näytä] [Tallenna nimellä]

Hei!

Teidän tekemäänne astampotilaan opas on mielestäni ohan OK, saatte käyttää nimeäni (Linsmann)!

Terveisin,
Kristel linsmann

Hanna Valtonen wrote:

- > Hei
- > Tapasimme viime lokakuussa sairaalassanne StaLT-projektin tiimoilta.
- > Teemme opasta astmapotilaalle. Lähetämme liitteenä suunnittelemamme
- > oppaan sisällön. Oppaan ulkoasu tulee olemaan erilainen kuin liitteessä.
- > Toivoisimme saavamme palautetta, ennenkuin teemme lopullisen ratkaisun
- > oppaan sisällöstä. Olisimme kiitollisia, jos voisimme saada vastauksen
- > ensi viikon alkuun mennessä.
- >
- > Haluamme myös tiedustella saammeko käyttää nimeäsi viitatessamme viime > kirjoitetun tekstin, joka olisi tarkoitus liittää
- > opinnäytetyöraporttiimme.
- >
- > Ystävällisin terveisin
- > Hanna Valtonen ja Titta Jakonen

--

Kristel Linsmann

koolitusosakonna juhataja
Lääne-Tallinna Keskskaigla

Sõle 16
10611 Tallinn

TeL: 6665320
Fax: 6665304
GSM: 53415005

koolitus@ltk.ee

LUPA YHTEYSTIETOJEN LIITTÄMISEKSI OPPAASEEN

Lähetäjä:	"Olga Ekl" <olga.ekl@mail.ee>	tiistai - 4 maaliskuu, 2008 0:37
Jakelu:	"Titta Jakonen" <Titta.Jakonen@edu.stadia.fi>	
Tiedoksi:	"Aet" <Aet.Raukas@astrazeneca.com>	
Aihe:	Re: Permission to use the contact details of Eesti Kopsuliit	
Viestin liitteet:	Mime.822 (3573 tavua)	[Näytä] [Tallenna nimellä]

Dear students,

I am pleased to give you the permission to put the contact details of Eesti Kopsuliit into your guide. In what language will this guide be? May we get a copy of the guide when you will get done or do we have to ask for permission from Lääne-Tallinna Kesksaigla?

Best wishes and all the best with your work!

Olga Sumbajeva
The Estonian Lung Association

Saatja: "Titta Jakonen" <Titta.Jakonen@edu.stadia.fi>
Kuupäev: 03.03.2008 19:42:03

> Dear Ms Sumbajeva,

>

> we are 2 students from Helsinki Polytechnic Stadia. Stadia is one of
> Finland's largest applied science polytechnics. We are doing a self
> management guide of asthma patients for Lääne-Tallinna Kesksaigla.

>

> We would like to ask your permission to put the contact details of
> Eesti
> Kopsuliit in our guide. By doing this we would encourage asthma
> patients
> to gain more information about asthma management in Estonia.

>

> You may give your reply in English, Finnish or Estonian. For more
> information, please write to titta.jakonen@edu.stadia.fi or
> hanna.valtonen@edu.stadia.fi.

>

>

> Yours sincerely,
> Titta Jakonen & Hanna Valtonen

>

> Helsinki Polytechnic Stadia / Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia,
> www.stadia.fi

>