

POTILASTA OMAHOITOO MOTIVOIVAN, VOIMAANNUTTAVAN POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SYDÄNYKSIKÖSSÄ

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan
omahoidon edistäminen

Karita Ylönen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) YLÖNEN, Karita	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 8.12.2011
	Sivumäärä 98	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi POTILASTA OMAHOITOON MOTIVOIVAN, VOIMAANNUTTAVAN POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SYDÄNYKSIKÖSSÄ.		
Koulutusohjelma Terveystieteiden koulutusohjelma, Ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) HEIKKILÄ, Johanna & TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Paananen, Marja-Leena Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kivinen, Tuula		
Tiivistelmä Sydämen vajaatoiminta (HF) aiheuttaa lisääntyvästi sairaalahoitajaksoja. Potilaan tehokkaalla omahoidolla ja siihen sitoutumisella sairauden pahentumista ja sairaalajaksoja voidaan ennaltaehkäistä. Tämän kehittämistyön tarkoitus oli selvittää hoitajien voimaannuttavien menetelmien käyttöä potilasohjauksessa ja hoitajien tietoa HF potilaiden omahoidon periaatteista. Potilasohjauksen havainnointi, mentorointi keskustelu ja kysely olivat osa interventiota kehittää sairaanhoitajien potilaiden omahoidon ohjausta. Interventioon osallistuivat Keski-Suomen keskussairaalan sydänyksikön hoitajat (N=29). Havainnot (n=14) kirjattiin tarkistuskaavakkeelle ja mentorointi keskustelu nauhoitettiin ja kirjoitettiin jälkikäteen. HF omahoidon perustietoa kartoittava kysely (n=24) sisälsi 20 oikein/väärin kysymystä (Albert ym. 2002). Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tulokset esitetään frekvensseinä, % jakaumin, summamuuttujin sekä korrelaatiolla. Hoitajat käyttivät HF omahoidon ohjauksessa potilasta voimaannuttavan ohjausmenetelmän eri keinoja, joskaan eivät tietoisesti. Hoitajilla oli mielessään valmis runko, joita HF potilaan ohjauksessa käsiteltiin, joka teki ohjauksesta hoitajalähtöistä. Tiedollisesti 10 hoitajista (n=24) vastasi kyselyyn yli 73,5 % oikein. Hoitajat ovat kiinnostuneita potilaan voimaannuttavasta ohjauksesta mutta kokevat esteitä sen toteuttamiseen. Hoitajien mielenkiinto potilasta omahoitoonsa motivoivaa, voimaannuttavaa ohjausta kohtaan saatiin herätettyä ja keinot tulivat hoitajille tietoisemmiksi. Tiedolliset valmiudet koettiin hyviksi potilaan perusohjauksessa mutta syvemmästä tiedosta koettiin epävarmuutta.		
Avainsanat (asiasanat) Voimaannuttaminen, potilaan motivointi, omahoito, potilasohjaus, sydämen vajaatoiminta		
Muut tiedot		



Author(s) YLÖNEN, Karita	Type of publication Master's Thesis	Date 8.12.2011
	Pages 98	Language english
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title TO DEVELOP THE EMPOWERING METHODS TO MOTIVATE PATIENTS' TO SELF-CARE		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) HEIKKILÄ, Johanna & TUOMI, Sirpa		
Assigned by Central Finland Central Hospital, Marja-Leena Paananen Central Finland Central Hospital, Kivinen, Tuula		
Abstract <p>Heart failure (HF) causes hospitalization at an increasing rate. With efficient self-care and commitment to it we can prevent the deterioration of the disease and readmissions to hospital.</p> <p>The goal of this study was to evaluate nurses' competence of empowering patient education and nurses' knowledge of HF patients' self-management principles. A questionnaire, observation of patient education and nurses' mentoring were the interventions for developing nurses' knowledge and use of a motivational interview method in HF patient education in Central Finland Central Hospital. The nurses (N=29) from the hospital's Cardiology Ward participated in the HF education program. The observations (n=14) were written down on observation forms and the mentoring sessions (n=14) were recorded and transcribed. The questionnaire focusing on the basic knowledge of HF self-care (n=24) was based on a 20-item true/false test (Albert et al. 2002). The data was analyzed by using content analysis and descriptive statistics, such as simple linear regressions for continuous variables (as age, working experience and education) and correlations.</p> <p>The nurses did use empowering methods but not consciously. They had a ready framework about HF guidance in mind, and this made their patient education nurse-based. Ten of the nurses' (n=24) had >73,5% of their answers correct in the questionnaire. They were interested in patient empowering education but felt that they were prevented from conducting it.</p> <p>The intervention ignited the nurses' interest in the use of empowering methods and they became more aware of the related methods. The nurses' knowledge of self-care principles was found to be good, but deeper understanding was needed.</p>		
Keywords Empowering, patients' motivation, self-care, patient education, heart failure		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 OMAHOITO	9
3 POTILASOHJAUS.....	11
3.1 Potilaan autoritääriin ohjaus	12
3.2 Potilaan motivoiva, voimaannuttava omahoidon ohjaus.....	13
3.3 Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät	17
4 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA	21
4.1 Tieto sairaudesta, sen oireista ja hoidosta sekä hoitoon hakeutuminen.....	24
4.2 Sydänterveyteen vaikuttavien elintapojen ohjausalueet.....	24
5 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA	31
6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS.....	32
7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	33
7.1 Intervention kuvaus.....	33
7.2 Kehittämistyön tiedonkeruun menetelmät ja aineiston käsittely	38
7.3 Eettiset kannanotot.....	41
8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	44
8.1 Interventioon osallistuneiden hoitajien taustojen kuvaus	44
8.2 Voimaannuttavien menetelmien käyttö potilasohjauksessa.....	45
8.3 Hoitajien kokemukset vajaatoimintapotilaan motivoivasta, voimaannuttavasta omahoidon ohjauksesta	52
8.4 Hoitajien tiedolliset valmiudet vajaatoiminnan omahoidon periaatteista....	60
8.5 Hoitajien kokemukset tiedollisista valmiuksistaan vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa	64

9 POHDINTA	66
9.1 Tulosten pohdintaa	66
9.2 Pohdinnan yhteenveto.....	71
9.3 Intervention luotettavuuden arviointi.....	72
9.4 Kehittämisehdotukset.....	73
 LÄHTEET	 75
 LIITTEET	 83
Liite 1. Hoitajien itseopiskelumateriaali voimaannuttavasta ohjauksesta.....	83
Liite 2. Havainnoinnin tarkistuslista	91
Liite 3. Mentorointi keskustelun nauhoitus lupa- kaavake.....	93
Liite 4. Nurses' Knowledge of Heart Failure Education Principles: Lupa	94
Liite 5. Kysely hoitajille	95
 KUVIOT	 97
KUVIO 1. Potilaan omahoitoon sitouttamiseen tarvittavat taidot ja tiedot.....	7
KUVIO 2. Sydänyksikön sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjauksen kehittämisen interventio.....	32
KUVIO 3. Hoitajien käyttämät vastavuoroisen keskustelun keinot 10 minuutin aikana.	44
KUVIO 4. Tunnelman rakentamisen keinot 10 minuutin aikana.....	45
KUVIO 5. Vanhan ja uuden tiedon yhdistämisen keinot 10 minuutin aikana...	46
KUVIO 6. Hoitajien käyttämät keinot kunnioittaa potilaan osaamista ja asioiden yhteenveto 10 minuutin aikana.....	47
KUVIO 7. Potilasohjaukseen valmistautumisessa huomioidut seikat prosentteina.	48
KUVIO 8. Potilas- ja hoitajälähtöisen ohjauksen vertailu.....	49
KUVIO 9. Potilas- ja hoitajälähtöisesti ohjatut ohjausalueet.....	50
 TAULUKOT	 98
TAULUKKO 1. Voimaannuttavan vuorovaikutuksen keinot	15
TAULUKKO 2. Esimerkkejä voimaannuttavan ohjausmenetelmän havainnointiluokista.	34
TAULUKKO 3. Esimerkkejä ohjauksen tiedollisista havainnointiluokista.	35
TAULUKKO 4. Mentorointikeskustelun kysymykset.....	36
TAULUKKO 5. Taustamuuttajat	43

1 JOHDANTO

Erilaisten ihmisten elämään ja terveyteen sekä terveyden hoidon kustannuksiin vaikuttavien interventioiden vaikutuksista ollaan kiinnostuneita terveystieteissä (Bowling 2003). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1993/785) velvoittaa hoitohenkilöstöön kuuluvaa kertomaan potilaalle hänen terveydestään ja erilaisista hoidoista ja niiden vaikutuksista ymmärrettävästi, jotta potilas olisi kykenevä tekemään hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Terveys 2015-kansanterveysohjelman tavoitteena on tukea väestön terveyden edistämistä ja yleistä terveyden- ja sairaanhoitoa, johon pyritään muun muassa potilasohjauksella. Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon potilaan itsemääräämisoikeus ja ohjauksen mahdollistaminen. (Terveys 2015- kansanterveysohjelma.)

Potilaiden nopea vaihtuvuus osastoilla ja sairaanhoitajien työtahti ovat lisääntyneet terveydenhuollossa (Kääriäinen & Kyngäs 2005), jolloin potilasohjaukselle jää vähän aikaa erikoissairaanhoidossa (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen 2007, 80; Ekola 2007; Tähtinen 2007). Akuutissa, lääketieteellisessä hoitomallissa potilaan parantumiseen ei vaikuta arjen esteet vaan potilas toipuu lääketieteellisin keinoin (Absetz 2011). Tietoon perustuvalla ohjauksella katsotaan olevan vähemmän vaikutusta potilaan hoitoon sitoutumiseen kuin potilaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävillä ohjausmenetelmillä (Berben ym. 2010; Turku 2007, 36). Sydänpotilaiden hoitoon sitoutumattomuus johtaa hoitojen huonoon vaikuttavuuteen, sairaalajaksojen uusiutumiseen, sairaanhoidon kustannusten kasvuun ja korkeaan kuolleisuuteen (Berben, Bogert, Leventhal, Fridlund, Jaarsma, Norekvål, Smith, Strömberg, Thompson & De Geest 2010). Hyvällä omahoidolla voidaan vaikuttaa potilaan sairaaläkäynteihin, hoidon kustannuksiin (Jaarsma, Tan, Bos & van Veldhuisen 2004) ja potilaan elämänlaatuun (Partanen & Lommi 2008).

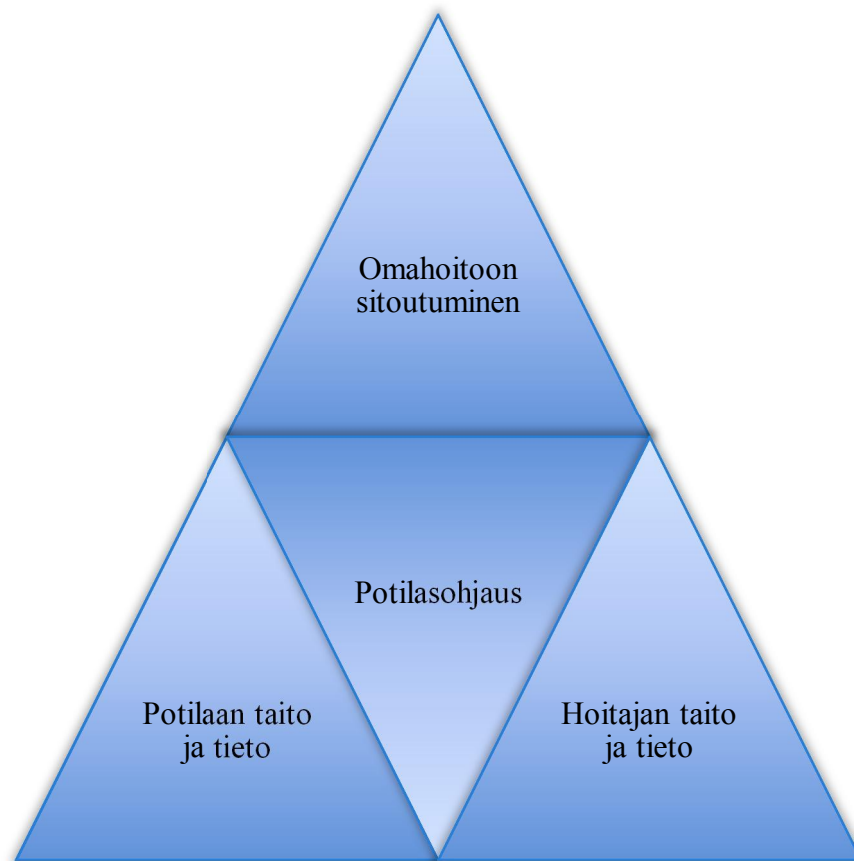
Tarvitsemme uudenlaisia menetelmiä hoitotyöhön, jotta potilaiden hoitoon sitoutumista voitaisiin lisätä. (Berben ym. 2010.) Motivoivassa, voimaannuttavassa ohjauksessa hoitaja tukee potilaan elintapamuutosta potilaan omista voimavaroista käsin. (Absetz 2011). Sairaanhoitajat itse kokevat ohjausvalmiutensa hyväksi (Tähtinen 2007) mutta tutkimusten mukaan hoitajien valmiudet sydämen vajaatoiminnan omahoidon ohjauksessa ovat vaillinaiset, jotta

potilaan omahoitoa voitaisiin kylliksi tukea (Partanen 2004; Ekola 2007; Albert, Collier, Sumodi, Wilkinson, Hammel, Vopat, Willis & Bittel 2002; Delaney, Apostolidis, Lachapelle & Fortinsky 2010; Lambrinou & Kalogirou 2011). Hoitajalla tulisi olla hyvät tiedot sairaudesta, jotta potilaat saisivat näyttöön perustuvaa tietoa (Kyngäs ym. 2007, 34; Kääriäinen 2007, 89).

Yksi toistuvia sairaalajaksoja potilaille aiheuttavista sairauksista länsimaissa on sydämen vajaatoiminta, jonka esiintyvyys lisääntyy merkittävästi vanhemmassa väestössä. Vain yksi prosentti alle 65-vuotiaista ja 10–14 % yli 75-vuotiaista sairastaa sydämen vajaatoimintaa (Lehto & Miettinen 2008,77; Lommi 2008,297). Tulevan 20 vuoden aikana vajaatoimintaan sairastuvien määrän on ennustettu kasvavan viidenneksellä ja sairaala jaksojen lisääntymän puolella (Lehto & Miettinen 2008,78), joka aiheuttaa lisääntyviä terveydenhuollon menoja. Euroopassa sydämen vajaatoiminnan hoitoon käytetään n. 1,5 % terveydenhuollon menoista (Lehto & Miettinen 2008 78; Lommi 2008).

Keski-Suomen keskussairaalan sydänyksikössä hoidetaan sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita, joiden keskimääräinen hoitoaika osastolla on noin 10 vuorokautta. Sydänyksikön henkilökunnan arvioimana potilaiden omahoitoon sitoutumista tulisi parantaa potilasohjausta kehittämällä (Ylönen 2010a; Ylönen 2010b). KarPo- hanke, Kardiologisen potilaan diagnostiikan ja hoidon uudelleen järjestely Keski-Suomessa, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hankkeena pyrkii sydänpotilaiden tutkimuksen ja hoidon kehittämiseen. Tämä opinnäytetyö on osa KarPo- hanketta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä sydämen vajaatoimintaa sairastavan omahoitoon sitoutumista. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien potilasohjauksen osaamista, taitoa ja tietoa, sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa ja ohjauksessa, jotta potilailla olisi paremmat valmiudet hoitaa itseään kotiutumisen jälkeen. (Ks. kuvio 1.) Jos tulokset ovat osallistujien mielestä tavoiteltavia, voidaan opinnäytetyön interventiota ohjauksen vaikuttavuuden parantamisesta käyttää myös muiden yksiköiden potilaiden hoitoon sitouttamisen ohjauksen kehittämisen malliksi.



KUVIO 1. Potilaan omahoitoon sitouttamiseen tarvittavat taidot ja tiedot.

2 OMAHOITO

Aiemmin kirjallisuudessa on potilaan itsensä kotona hoitamisen käsitteinä käytetty sekä itsehoitoa että omahoitoa. Itsehoidolla tarkoitetaan tarkoituksenmukaista itsensä hoitamista edistääksemme terveyttämme (Backman 2001). Segalin ja Goldsteinin (1989) mukaan Backmanin (2001) tutkimuksessa, itsehoito tarkoittaa arkielämässä erilaisten hoitovaihtoehtojen miettimistä ja toteuttamista terveysuhkien ilmaantuessa. Itsehoitoa on pidetty ammattihoitohenkilökuntaan kuulumattoman antamana hoitona. Routasalon, Airaksisen, Mäntyrannan ja Pitkälän (2009) mukaan Corbin ja Strauss (1988) määrittelevät omahoitoon kuuluvan hyvän lääketieteellisen itsensä hoitamisen, voiman elää elämää eteenpäin sairastumisen jälkeen ja sairauden ja sen aiheuttamien tunteiden kanssa elämään oppimisen. Englannin kielessä käytetään *self-care*-ilmaisua sekä itse- että omahoidosta. Tässä tutkimuksessa tietoa etsittiin myös *self management*- termillä. Omahoitoon sitoutumisella Toljamon (1999) mukaan Hentinen (1988) kuvasi potilaan siirtymistä hoitoon myöntyvyydestä (*compliance*), annettujen ohjeiden noudattamisesta, hoitoon sitoutumiseen (*adherence*), jolloin potilas omalla aktiivisella, vastuullisella ja joustavalla toiminnallaan kykenee huolehtimaan itsestään terveytensä vaatimalla tavalla omassa arjessaan. Tässä kehittämistyössä käytetään omahoito termiä kuvaamaan potilaan itsensä toteuttamaa vastuullista, arjen muutoksiin joustavasti mukautuvaa potilaan terveydentilan edellyttämää hoitoa.

Routasalon ym. (2009) teoksessa Embrey (2006) mukaan omahoito vaatii potilasta tunnistamaan omat voimavaransa ja niiden rajoitteellisuuden sekä oppimista käyttämään voimavarojaan oikein. Potilaan tulisi myöskin tunnistaa milloin hän on lisätuen tarpeessa. Routasalo ym. (2009) artikkelissa Saarenheimon (2009) mukaan potilaan voimaantuminen, autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteen lisääminen parantavat potilaan omahoitoa. Omahoidon avulla ihminen oppii elämään sairautensa kanssa ja kääntämään katseensa tulevaisuuteen. Sairauden tuomista vaikeuksista selviämisestä potilas saa voimaa ja kokee hallitsevansa elämäänsä.

Ni, Nauman, Burgess, Wise, Crispell ja Hershberger tutkimuksessaan toteavat, ettei tiedon määrä välttämättä takaa omahoitoon sitoutumista ja hyvä omahoito ei takaa, että potilas tietää miksi itseään hoitaa (Riegel, Dickson, Hoke, McMahon, Brendali, Reis & Sayers 2006). Hoitajan on työssään arvioitava kuka potilas on kykenevä omahoitoon. Jos potilas on kykenemätön tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä itse, on lääkärin tai hoitajan tehtävä se hänen puolestaan. Omahoidon valmentajana, potilaan yhteistyökumppanina toimiminen vaatii hoitajalta uudenlaista ajattelutapaa. Omahoito vaatii hoitajalta taitoja avoimen ilmapiirin luomisesta luottamukselliselle vuorovaikutukselle ja luottavaisuutta potilaan kykyihin tehdä päätöksiä oman hoitonsa suhteen. (Routasalo ym. 2009.) Lommin ja Partasen (2008, 318) mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatua voidaan tukea ja parantaa hyvällä potilasohjauksella, joka kannustaa ja sitouttaa potilaan laadukkaaseen omahoitoon.

3 POTILASOHJAUS

Ohjaus on kahden tai useamman ihmisen, hoitajan ja potilaan, vuorovaikutusta, jossa molempien tieto lisääntyy. Laadukas potilasohjaus on osa hoitotyöntekijän ammattia. (Kääriäinen 2007, 134.) Hoitajan ja potilaan tulee ratkaista tarvitseeko potilas ohjauksessa tietoa (education) vai motivointia (motivation), jotta hän kykenisi sitoutumaan omahoitoon omassa arjessaan (Riegel 2011). Potilaan omaan ajatteluun kasvaminen (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25; Kääriäinen 2007, 121) ja voimavarojen löytyminen sekä voimavarojen käytön tukeminen omahoidossa ja päätöksenteossa ovat potilasohjauksen tavoitteita (Kyngäs & Kääriäinen 2006). Turkun (2007, 17) teoksessa Tynjälän (2002) mukaan hoitajan tehtävä, uuden tarvittavan tiedon sisällyttämiseksi potilaan elämään, on muuttunut tiedonantajasta oppimisen edesauttajaksi. Hyvällä omahoidon ohjauksella voidaan sairaalan joutumista välttää ja kuolleisuuteen vaikuttaa (Lommi & Partanen 2008, 318). Tähän tutkimukseen etsittäessä kirjallisuutta käytettiin hakusanoina suomenkielisen potilasohjauksen lisäksi *patient education*, *patient counseling* ja *patient guidance*- termejä. Tässä kehittämistyössä potilasohjauksella tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä tavoitteellista vuorovaikutustilannetta, jossa molempien tieto lisääntyy tavoitteenaan potilaan luottamus ja itsenäisyys oman sairautensa hoitamisessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 209)

3.1 Potilaan autoritäärinen ohjaus

Autoritäärisessä ohjauksessa potilas noudattaa lääkärin tai hoitajan hänelle antamia hoito-ohjeita (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009). Hoitaja on asiantuntijana ohjannut potilasta parhaaksi katsomansa tiedon avulla, mikä murentaa potilaan omaa ajattelua ja omahoitoa. Vaikutukset potilaan omahoitoon, kyseisestä ohjausmallia käyttäen, eivät ole olleet pysyviä. (Routasalo ym. 2009. Fredericks ym. 2009.) Aikaisemmin on uskottu riittävän tiedon määrän ja toistojen riittävän potilaan omahoidon tukemiseksi. Tiedon runsaalla ja varhaisella antamisella on ajateltu tukevan potilaan arkea. Samoin kirjallisen materiaalin luovuttamisella potilaalle arvioitiin tuen lisääntyvän. Mutta tällaiset ohjaustavat eivät tue potilaan omahoitoa. (Turku 2007, 36.)

Hoitomyöntyvyys kuvastaa potilaalle annettujen valmiiden ohjeiden noudattamista. Hoitomyöntyvyyden sijaan mieluummin puhutaan hoitoon sitoutumisesta, jolloin tarkoitetaan potilaan omahoitoa. Sairautensa kanssa elävät potilaat tekevät hoitoonsa liittyen päätöksensä omassa arjessaan. Hoitajan valmiiksi luoma ohjausrunko ei välttämättä sisällä niitä elementtejä, joita potilas tarvitsisi omahoitonsa toteuttamiseen. (Turku 2007, 22.) On kuitenkin tilanteita, joissa potilas ei pysty tai halua osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon, jolloin lääkärin tai hoitajan täytyy olla ohjeiden antaja (Routasalo ym. 2009).

Ohjauksen vaikutuksia potilaan elämään voidaan tehostaa potilaslähtöisellä ohjauksella (Kähkönen 2007, 89). Kääriäisen ym. (2006) mukaan hoitajien ohjauksen lähtökohtana on potilaan taustat, mutta tietojen käytöstä ohjauksessa on puutteita. Saatua tietoa ei sovelleta ohjaukseen, jossa otetaan huomioon potilaan arki tai potilaan tavoitteet. Potilaslähtöisessä ohjauksessa hoitaja selvittää potilaan taustoja keskustelemalla hänen kanssaan ja tämän perusteella hoitaja antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja neuvoja kuinka yhdessä luotuihin tavoitteisiin voidaan päästä (Routasalo ym. 2009). Suunniteltaessa potilaan henkilökohtaisista tarpeista lähtöisin olevaa ohjausta, antaa yksilöohjaus siihen parhaat mahdollisuudet. Henkilökohtainen ohjaus mahdollistaa aroistakin asioista keskustelun. (Kyngäs 2007, 73-75.)

3.2 Potilaan motivoiva, voimaannuttava omahoidon ohjaus

Akuutissa, lääketieteellisessä hoitomallissa potilaan sairaus diagnosoidaan, hoidetaan ja potilas paranee. Tällöin potilaan elämässä ei ole mukana häiriötekijöitä, jotka voivat vaarantaa sairauden paranemisen. **Elintapamuutoksen terveystyömallin** mukaan potilaan elintavan muutokset tapahtuvat **muutoshoipertelu mallin** mukaan. Tällöin potilaan elämässä on mukana muuttuvia tekijöitä, kuten perhe, jotka vaikuttavat elintapojen muutokseen. (Absetz 2011.) Tarvitsemme uudenlaisia menetelmiä hoitotyöhön koska tietoon perustuvalla ohjauksella katsotaan olevan vähemmän vaikutusta potilaan hoitoon sitoutumiseen kuin potilaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävillä ohjauksilla. (Berben ym. 2010.) **Motivoivassa, voimaannuttavassa ohjauksessa** potilaan tukena on ammattilainen (Absetz 2011; Sol, Van Der Graaf, Petersen & Visseren 2010; Brodie & Inoue 2005; Riegel ym. 2006), joka auttaa muutoksen etenemisessä lähtemällä potilaan omista vahvuuksista, rakentamalla pala palalta kohti tavoiteltua elintavan muutosta (Absetz 2011). Motivaatio käsitteenä kuvaa miksi haluamme tehdä jotain, miksi haluamme juuri tiettyjä asioita ja miksi reagoimme asioihin erilailla (Ks. lähdeluettelo Wikipedia 2011). Englannin kielinen vastine motivaatio sanalle on *motivation*. Potilaan motivaatiota muutokseen voidaan aktivoida voimaannuttavan vuorovaikutuksen keinoin (Absetz 2010).

Terveyskäyttäytyminen muuttuu prosessina. Potilas havahtuu muutoksen tarpeellisuuteen esimerkiksi havaitsemalla riskin elintavoissaan. (Absetz 2011.) Motivaatio elintapojen muutokseen kasvaa kunkin ihmisen sisällä (Turku 2007, 35-36). Tämän lisäksi potilas tarvitsee uskoa ja pystyvyyden tunteen muutoksen mahdollisuuteen (Absetz 2011), joka lujittuu kannustamalla (Riegel ym. 2006). Lyhyillä ohjauskerroilla muutosta ei välttämättä havaita mutta sitä tapahtuu. Elintapoihin ei välttämättä voida vaikuttaa mutta potilaan pystyvyyden tunnetta voidaan vahvistaa. Pystyvyyden tunne lisää elintavan muutoksen saavutettavuutta. Hoitaja voi lisätä potilaan pystyvyyttä osoittamalla ja vahvistamalla potilaalla jo olemassa olevia voimavaroja (Absetz 2011) esimerkiksi aikaisempaa tietoa sairauden hoidosta tai perheen tukea. Motivoivassa ohjauksessa hoitajan tulisi saada potilas miettimään terveyttään (Turku 2007, 47) ja muutoksesta seuraavia hyötyjä (Turku 2007, 48; Riegel ym. 2006).

Potilaan ja hoitajan välisessä keskustelussa pyritään sovittamaan sairauden omahoito potilaan elämään, auttamaan potilasta kotiutumaan sairaalahoidon jälkeen ja tukemaan potilaan kyvykkyyttä omahoitoon arjessa (Riegel ym. 2006). Potilasta voidaan motivoida **voimaannuttavan vuorovaikutuksen** keinoin (Siitonen 1999). (Ks. taulukko 1.) Voimaantuminen on ihmisen sisällä kasvava pystyvyyden tunne. Voimaantumista ei voi toiselle antaa mutta ympäristöstä voimme tehdä potilasta voimaannuttavan. (Kettunen 2001, 91; Turku 2007, 22; Siitonen 1999.) Voimaantuminen (*empowerment*) on ihmisen sisäistä voimaa, jolloin ihmisessä vallitsee positiivinen ajattelu. Positiivisuus kumpuaa luottamuksellisesta ja ihmistä arvostavasta suhtautumisesta, joka luo vapautta ja kannustaa tekemään parhaansa ja kantamaan vastuuta. Tällöin ihmisellä on mahdollisuus pyrkiä luoviin ratkaisuihin omassa arjessaan. (Siitonen 1999.)

Vastavuoroinen keskustelu on lähtökohta voimavarakeskeisyyteen (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002; Tones 1998; Siitonen 1999). **Avoimilla kysymyksillä** saadaan selville potilaan mielessä päälimmäisenä olevat kysymykset. Potilaalla on mahdollisuus kertoa laveammin asioistaan kun käytetään kysymyssanoja: mitä, miten, milloin tai missä. (Turku 2007, 50-51; Absetz 2010.) Potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa peloistaan ja eteen tulevia käytännön esteitä hoitaja ratkoo yhdessä potilaan kanssa (Riegel ym. 2006; Butterworth 2008). Hoitajan ja potilaan **puheen vuorottelu ja toisen sanoman täydentäminen** tekee vuorovaikutuksesta vastavuoroista. Keskustelun vastavuoroisuutta lisää **taucojen** jättäminen keskustelun lomaan, jolloin potilaalla on mahdollisuus kysyä ja kommentoida. **Hoitajan kohteliaisuudella, positiivisella rohkaisulla, puhuttelumuodolla, epäsuorilla ilmaisuilla ja vertaispuheella** hoitajalla on mahdollisuus tukea vastavuoroista keskustelua.

Avointa ja rentoa tunnelmaa keskusteluun voidaan rakentaa **arkipäiväisellä rupattelulla, tuntemuskysymyksillä ja rennoilla kysymyksillä**. (Kettunen 2001, 33-91.) **Positiivinen palaute** potilaalle tulisi aloittaa heti potilasta motivoitaessa muutokseen. Potilaan tekemää ja kertomaa tuetaan palautteella ja samalla luodaan avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä. Tavoitteena on potilaan onnistumisen ja pystyvyyden huomioiminen ja tukeminen. (Turku 2007, 52-53;

Absetz 2010.) Uuden tiedon liittämistä potilaan elämään voidaan tukea **tunustelevalle puheella ja reflektiivisillä, tarkennus-, tuntemus- tai vaihtoehto kysymyksillä** (Kettunen 2001, 33-91).

Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja voi ilmaista tätä jämakällä osallistumisella keskusteluun, jolloin potilaalle annetaan mahdollisuus johdatella keskustelua. Kannustamalla potilasta vastavuoroiseen keskusteluun ja **potilaan ajatukset huomioon ottaen** hoitaja kunnioittaa potilaan osaamista. Hoitaja osoittaa kiinnostusta potilaan kertomaan **kuuntelevalla palautteella, lyhyillä sanoilla, äänneillä tai liikkeillä** kuten pään nyökäytyksellä. (Absetz 2010; Kettunen 2001, 33-91.) Potilas tekee päätöksensä omaa elämäänsä, jossa hän on asiantuntija, peilaten ja hoitajan tehtävänä on antaa, ohjauksen asiantuntijana, potilaalle **puolueettomia vaihtoehtoja** sairauden kannalta suotuisista vaihtoehtoista neutraalisti ja kannustaa vastuulliseen päätöksentekoon (Kyngäs ym. 2007, 26-39; Kääriäinen 2007, 101; Kettunen ym. 2002). Keskusteluiden lopussa on hyvä **vetää yhteen** läpi käytyjä asioita ja päätöksiä, joita potilas on asioista päättänyt. Yhteenvedon yhteydessä mietitään seuraava tapaamiskertaa ja ohjaukselle suunnitellaan selkeää jatkumoa. (Turku 2007, 53; Absetz 2010.) Voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa potilaalla on mahdollisuus myös päättää missä määrin hän on valmis osallistumaan keskusteluun. Voimavarakeskeiseen neuvontakeskusteluun ei tarvitse aina varata erillistä aikaa ja paikkaa vaan jokapäiväinen puhe potilaan kanssa voi tukea hänen voimaantumistaan. (Kettunen 2001, 33-91.)

TAULUKKO 1. Voimaannuttavan vuorovaikutuksen keinot (Kyngäs ym. 2007, 26-39; Kääriäinen 2007, 101; Kettunen 2001; Kettunen ym. 2002).

Tavoite	Keinot
Vastavuoroinen keskustelu	Puheen vuorottelu Avoimet kysymykset Toisen sanoman täydentäminen Tauot Hoitajan kohteliaisuus Puhuttelumuoto Epäsuorat ilmaisut Vertaispuhe
Avoin ja rento tunnelma	Arkipäiväinen rupattelu Positiivinen rohkaisu Rennot kysymykset Tuntemuskysymykset
Uuden tiedon liittäminen potilaan elämään	Tunnusteleva puhe Reflektiiviset kysymykset Tarkennuskysymykset Tuntemuskysymykset Vaihtoehtokysymykset
Potilaan osaamisen kunnioittaminen ja kiinnostuksen osoittaminen	Potilaan ajatukset huomioon otto Kuunteleva palaute: Lyhyet sanat Äänteet Liikkeet Puolueettomat vaihtoehdot
Asioiden yhteenveto	Asioiden yhteenveto

3.3 Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät

Kyngäksen ym. (2007) mukaan potilasta ohjaavalla hoitajalla tulisi olla tietoa kuinka potilasta voidaan tukea eri muutosvaiheissa. Yksi apuväline potilaan elintapojen muutosvalmiutta arvioitaessa on **transteoreettinen muutosvaihemalli**, jossa arvioidaan potilaan muutoshalukkuutta ja kuinka, muutoksen eri vaiheissa, potilasta voidaan parhaiten tukea. Potilaan voimavarat vaikuttavat siihen kuinka mahdollista muutos hänen elämässään juuri sillä hetkellä on (Mts. 43,91). Muutosvaihemalli kuvaa potilaan halukkuutta muutokseen, johon vaikuttaa kuinka tärkeäksi potilas kokee muutoksen. Muutosvaihemallin **esiharkintavaiheessa** potilas ei tunnista tai ei halua tunnustaa tarvetta muutokseen, jolloin ohjaajan tehtäväksi jää luottamuksellisen ilmapiirin rakentaminen ja asiaan johdattelu. Hoitaja voi herätellä epäilystä potilaalle hänen elintavoistaan ja tehdä neutraaleja havaintoja riskeistä. **Harkintavaiheessa** potilas on myöntänyt muutoksen tarpeellisuuden, jolloin häntä tuetaan miettimään muutoksen hyötyjä ja haittoja. Tilanteen kokonaisuuden kartoittamisessa voidaan käyttää valmiita mittareita mutta päävastuu on potilaalla ja hoitajan tehtävä on houkutella potilas puhumaan ja kuunnella potilasta. **Suunnitteluvaiheessa** potilas tekee päätöksen muutoksen tarpeellisuudesta. Samalla otetaan huomioon potilaan kokonaistilanne: että tavoite on konkreettinen ja realistinen sekä mitattavissa, aikaan sidottu ja potilaan itsensä päättämä. Hoitajan tehtävänä on olla tukena siinä missä potilas tukea tarvitsee ja tuoda esiin uskoa potilaan kykyihin. **Toimintavaiheessa** ohjaaja auttaa potilasta askel askeleelta muutoksen suuntaan. Ohjaaja yhdessä potilaan kanssa arvioi miten tavoitteisiin on päästy ja tarpeen mukaan toimintaa muutetaan. **Ylläpitovaiheessa** muutos elintavoissa tuodaan pitkäjänteiseksi elintavaksi, jolloin tärkeää on potilaan itsearviointi ja jatkosuunnitelman teko. Mahdollisia riskitilanteita opetellaan tunnistamaan ja potilaalle annetaan positiivista palautetta. **Repsahdusvaihe** voi tapahtua missä vaiheessa vain ja syiden pohdinnalla uusiutumista voidaan ennaltaehkäistä. Repsahdusvaiheessa hoitajan tehtävä on kannustaa potilas mahdollisimman pian takaisin muutoksen tielle. **Muutosvastarinta** koetaan hankalana ja helpoin tie on ohittaa se kuin sitä ei havaittaisikaan. Liiallinen yritys asian loppuun viemiseksi aiheuttaa muurin hoitajan ja potilaan välille. Tällöin vastuun voi antaa potilaalle itselleen mutta valitetta-

vasti vastuuta ei useinkaan oteta. Vastarinnan myötäilyä voi kokeilla avoimin kysymyksin ja reflektoiduin toistoin. (Turku 2007, 55-84.)

Hoitajan taidoilla vuorovaikutustilanteissa ja puheen johtamisessa vaikuttavat myös ohjauksen onnistumiseen (Kyngäs 2007; Kääriäinen 2007, 83-84). Vuorovaikutusta lisää ohjauksen potilaslähtöisyys, annettu tieto kotiutumisen jälkeisestä elämästä sairauden kanssa sekä ohjauksen kokeminen hyödylliseksi (Kääriäinen 2007, 84). Kettusen (2001, 96) mukaan hoitajat eivät havaitse potilaiden puheen viestejä tarpeeksi hyvin, jolloin potilas vähättelee kertomaansa ja tärkeätkin viestit voivat jäädä kertomatta. Potilaan ymmärrystä ohjattavasta asiasta varmistetaan puhumalla potilaalle ymmärrettävillä sanoilla ja tavalla (Kyngäs 2007, 38; Kähkönen 2009). Sanallisen viestinnän lisäksi ohjaustilanteisiin vaikuttavat sanattomat viestit: potilaan ja hoitajan ilmeet ja kehon liikkeet. Vuorovaikutus voi olla yksisuuntaista kun potilas ei syystä tai toisesta ota vastaan ohjausta. Tällöin hoitajalla on ammatillinen vastuu antaa ohjausta potilaalle tärkeäksi katsomistaan osatekijöistä ja pyrkiä luomaan ohjaukselle mahdollisimman hyvä ilmapiiri. (Kyngäs 2007, 34-42.)

Hoitajan taustalla ja motivaatiolla on vaikutusta ohjaukseen (Kyngäs ym. 2007, 26.-32; Kääriäinen 2007, 101). Hoitajan tausta määrittää mihin hän huomionsa ohjaustilanteessa kohdistaa (Kettunen 2001, 97). Hoitajalla on vastuu omasta eettisestä toiminnastaan myös ohjaustilanteissa ja eettisesti toimiva hoitaja tunnistaa omat voimavaransa potilaan tukemisessa. Hoitaja on tietoinen myös potilaan oikeuksista ohjauksessa ja kunnioittaa niitä. Potilaalle annetun tiedon tulee olla tutkittua tietoa tai perustua hyviin käytäntöihin. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.) Hoitajan taidot potilaan omahoitoon sitouttamiseen kasvavat ohjauskertojen lisääntyessä (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006).

Ohjauksen sisältöä mietittäessä, **potilaslähtöisyys** lisää ohjauksen vaikuttavuutta (Kääriäinen 2007, 88; Cameron, Worrall-Carter, Page ja Stewart 2009; Fredericks, Beanlands, Spalding & Da Silva 2009). Potilaiden fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti tai ympäristöllisesti erilaiset taustat (Kyngäs ym. 2007, 26), potilaan aikaisempi tieto sairaudestaan ja sen hoidosta (Kyngäs ym. 2007, 47; Turku 2007, 17) sekä eletty elämä lisäävät ohjauksen haastetta ja

parantaa ohjauksen kohdentumista juuri kyseiselle potilaalle sopivaksi (Isola ym. 2007). Potilasohjauksessa yhdistetään potilaan elämäntilanne ja tieto sekä hoitajan antama tieto, jotta potilaan omahoito arjessa ei tuottaisi ylittämättömiä ongelmia (Turku 2007, 17). Potilaan pystyvyyden tunnetta muutokseen voi heikentää aikaisemmat yritykset ja pettymykset. Kun potilas on käsitellyt muutoksen mahdollisuutta elämässään hän voi sitoutua muutokseen (Rubak, Sandbaek, Luritzen & Christensen 2005; Riegel ym. 2006; Butterworth 2008, Turku 2007, 36.)

Potilaan taustat ovat tärkeä tunnistaa myös määrittäessä **potilasohjauksen tavoitteita**, jotka hoitaja ja potilas yhdessä määrittävät (Kyngäs ym. 2007, 26, 47; Kähkönen 2009, Kääriäinen 2007, 89; Turku 2007, 46-48; Riegel ym. 2006; Absetz 2010). Tavoitteellisessa toiminnassa potilaalla on jokin unelma, tavoite. Ohjauksessa potilas kertoo mistä hän ohjauksella haluaa puhua, jotta tavoitteeseen päästäisiin. Hoitajan tehtävä on selvittää potilaan nykytilanne, voimavarat. (Absetz 2011.) Tavoitteiden realistinen saavutettavuus tulisi huomioida niitä asetettaessa, sillä se lisää potilaan motivaatiota omahoitoon (Kyngäs ym. 2007, 32). **Omaisten** mukaanotto ohjaukseen tukee potilaan pärjäämistä sairautensa kanssa (Kyngäs ym. 2007, 36-36; Kähkönen 2009; Isola ym. 2007).

Ohjauksen **ajankohtaan** tulisi kiinnittää huomiota. Potilas, sairauden akuutissa vaiheessa, tarvitsee toisenlaista ohjausta kuin potilas, jonka sairauden akuuttivaihe on ohitettu. (Kähkönen 2009; Turku 2007, 18-19.) Alkuvaiheessa potilas tarvitsee selviytymistä tukevaa tietoa (Kähkönen 2009, Turku 2007, 18-19) ja myöhemmässä, sairauden kroonisessa vaiheessa, potilaan omahoitoa tukevaa valmennusta (Turku 2007, 19). Vajaatoimintapotilaille ohjaus tulisi kuitenkin aloittaa jo sairauden akuutissa vaiheessa koska myöhemmässä vaiheessa ohjauksen vaikuttavuus on huonompaa (Gallagher 2010). Sairaalassa varhaisessa vaiheessa aloitettu ohjaus mahdollistaa ohjauksen toistettavuuden, jota iäkkäät potilaat toivovat (Isola ym. 2007).

Ohjaukseen varatulla **paikalla** on vaikutusta ohjauksen onnistumiseen (Tähtinen 2007; Kyngäs ym. 2007, 26-32; Kääriäinen 2007, 90; Kettunen 2001, 97; Isola ym. 2007). Potilaan intimiteettiä suojellaan valittaessa ohjauspaikaksi yksityinen tila, jossa muiden potilaiden ja henkilökunnan ei ole mahdollisuutta kuulla keskustelua. Ohjauksen kiireinen **tunnelma**, esimerkiksi hoitajan kiireinen olemus, estää avoimen vuorovaikutuksen syntyä ohjaustilanteessa (Kyngäs ym. 2007, 37; Ekola 2007; Tähtinen 2007; Isola ym. 2007). Osastolla vallitseva tunnelma vaikuttaa ohjauksen kokonaislaatuun (Kääriäinen 2007, 89).

Käyttämällä ohjauksessa erilaisia **apuvälineitä** lisätään mahdollisuutta herätellä ihmisten ajattelua elintapojen muutoksen tarpeellisuuteen. Näin saadaan ohjauksesta vaikuttavampaa. (Kyngäs ym. 2007, 73; Kähkönen 2009, Kääriäinen 2007, 89; Fredericks ym. 2009.) Useampaa eri aistia aktivoitaessa, esimerkiksi kuulo- ja näköaistia, samanaikaisesti, saadaan 90 prosenttia tiedosta ihmisten muistiin (Kyngäs 2007, 73-75). Vanhuksella ohjauksen ymmärtämiseen voi vaikuttaa huono kuulo tai muistin heikentyminen, jolloin ohjausta voi tehostaa käyttämällä visuaalisia apuvälineitä kuten kirjallista materiaalia (Isola ym. 2007). Kirjallisen materiaalin sisältö tulisi olla ajantasaista ja ohjattu oikealle ikäryhmälle (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Hoitajien taidot käyttää erilaisia ohjauksen apuvälineitä ovat puutteelliset (Kääriäinen 2007, 80).

4 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan sen taustalla on yksi tai useampi eri tekijä. Yleisimmät vajaatoimintaa aiheuttavat sairaudet ovat sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine ja läppäviat. (Harjola & Remes 2008, 714; Lommi 2008, 295.) Vajaatoiminta voi alkaa akuutisti tai krooninen vajaatoiminta voi akutisoitua aiheuttaen potilaalle pahenevia oireita. Vajaatoimintaa aiheuttaa useammin vasemman kammion kuin oikean kammion toimintahäiriö. (Harjola & Remes 2008, 714.) Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa elimistön verenkierrossa ongelmia, jolloin kudosten hapensaanti vähenee ja potilaalle ilmaantuu erilaisia oireita. Elimistö yrittää korvata verenkierron ongelmia omalla toiminnallaan kuten nostamalla pulssia, supistamalla ääreisverenkiertoa ja kasvattamalla sydänlihasta. (Lommi 2008, 295). Elimistön toiminnan muutokset voivat aiheuttaa oireita hiljalleen, jolloin niihin sopeudutaan eikä eroteta aikaisemmasta poikkeaviksi kunnes potilaan vointi huononee (Harjola & Remes 2008, 715; Lommi 2008, 295). Aluksi vain kova rasitus altistaa oireiden ilmaantumiselle. Oireiden pahentuessa potilas kokee voinnissaan huonontumista jo levossa ollessaankin. Oireiden akuutti, voimakas pahentuminen voi johtaa sairaalahoitoon ja jopa kuolemaan. Ripeä hoitoon pääsy ja oikea hoito vähentävät oireita ja sydämen vajaatoiminta voi korjaantua kokonaan. (Harjola & Remes 2008, 714-715.)

Sydämen vajaatoiminnan omahoidon ylläpito vaatii lääkeshoidon noudattamista, vähäsuolaisen ruokavalion noudattamista, liikkumista, sitoutumista ennaltaehkäiseviin elintapoihin ja omien oireiden ja merkkien aktiivista seuraamista. Omahoidon toteuttaminen vaatii päätöstentekoa oireiden ja sairauden merkkien ilmaantuessa. Vajaatoiminnan omahoidossa potilas havaitsee muutoksen elimistössään tai voinnissaan (kuten lisääntyvän hengenahdistuksen), arvioi muutosta, tekee päätöksen toimenpiteelle, toteuttaa hoitotoimen (esimerkiksi ottaa ylimääräisen diureetti annoksen), ja arvioida toimensa vaikutusta. (Riegel, Moser, Anker, Appel, Dunbar, Grady, Gurvitz, Havranek, Lee, Lindenfeld, Peterson, Pressler, Schocken & Whellan 2009.)

Potilasta ohjaavalla **hoitajalla tulisi olla hyvät tiedot** ohjattavasta sairaudesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 34; Kääriäinen 2007, 89). Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitajan tiedoissa sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon periaatteista, todettiin olevan puutteita. Puutteita oli muun muassa tiedossa tulisiko potilaan päivittäistä painoa verrata edellispäivän painoon vai potilaan kuivapainoon ja potilaan matalan, oireettoman, verenpaineen olevan tavallista vajaatoimintapotilaalle. (Albert ym. 2002; Delaney ym. 2011; Lambrinou & Kalogirou 2011.) Potilaan ohimenevä huimaus ylösnousussa (Delaney ym. 2011; Albert ym. 2002) ja liikunnan tarpeellisuus (Lambrinou & Kalogirou 2011) olivat hoitajille vieraita vajaatoiminnan omahoidon periaatteita. Hoitajille oli tuttua vajaatoiminnan omahoidon periaatteista runsas nestemäärien nauttiminen ja liikunnan väheneminen (Albert ym. 2002; Lambrinou & Kalogirou 2011), väsymys (Albert ym. 2002; Lambrinou & Kalogirou 2011; Delaney ym. 2011) uutena oireena samoin kuin mahan turvotus (Lambrinou & Kalogirou 2011; Delaney ym. 2011) katsottiin olevan sydämen vajaatoiminnan pahenemisesta kertova oire. Lisäksi hoitajilla oli tietoa sydämen vajaatoiminnan mahdollisesta pahentumisesta vaikka potilaat söisivät lääkkeensä kuten määrätty (Lambrinou & Kalogirou 2011; Delaney ym. 2011).

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (2008) suosituksen mukaan potilaalle tulisi ohjata sairaus ja sen oireet sekä niiden tunnistaminen ja seuraaminen, painon seuranta ja sen liian nopean nousun tunnistaminen sekä diureetin joustava käyttö, jos se on suositeltavaa, milloin ja miten hakeudutaan hoitoon, lääkkeiden asianmukainen käyttö ja niiden vaikutukset ja sivuvaikutukset, tupakan polton lopettamisen hyödyt, verenpaineen seuranta, diabeetikoille verensokerin seuranta, ylipainon välttämisestä, suolarajoituksesta, liiallisen nesteen saannin välttämisestä, alkoholin kohtuukäytöstä, ruokavalion seurannasta ja aliravitsemuksen välttämisestä, liikunnan tärkeydestä, sairauden vaikutukset sukupuolielämään, rokotukset, uni- ja hengityshäiriöistä ja niiden hoitovaihtoehdoista, hoitomotivaatiosta, masennusoireista ja kognitiivisista häiriöistä sekä tärkeimmistä ennusteeseen vaikuttavista tekijöistä kertominen sekä psykososiaalisen tuen mahdollisuuksista. Arvisen (2008, 60) tutkimuksen mukaan keskeisimpiä ohjausalueita sairaalassa olivat sydämen vajaatoimintaan johtaneiden syiden selvittäminen potilaalle, potilaan lääkehoito, sairauden oireet ja niiden seuranta sekä painon

seuranta ja suolan käyttörajoitukset. Keski-Suomen keskussairaalan sydänyksikössä sydänpotilaille on luotu omat sairauskohtaiset minimikriteerit, jotka sisältävät Arvisen (2008) luettelemien ohjausalueiden lisäksi hoitoon hakeutuminen ja nesteiden nauttiminen.

Tarkoituksenmukainen seuranta ja ohjaus tukevat potilaiden omahoidon valmiuksia. Säännöllisellä potilasohjauksella on todettu, myös sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, vaikuttavan potilaiden tiedon karttumiseen vajaatoimintaan johtavasta sairaudesta ja itsehoidosta. Potilaiden elämänlaatu, heidän itsensä kokemana, parantui oireiden ja hoidon ymmärtämisen myötä. Samoin sairaala käynnit ja hoitokustannukset pienenevät. (Jaarsma, Tan, Bos & van Veldhuisen 2004.) Pelkkä tiedon antaminen ei riitä. Huono terveydenlukutaito, terveyteen liittyvän tiedon ja toiminnan yhdistäminen, vaarantaa sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoitoa. Kirjallinen materiaali ei takaa, että potilas osaa sen luettuaan hoitaa itseään. Jos potilaalla on huono terveydenlukutaito ja potilas ei tunnista oireitaan ajoissa, lisääntyvät akuutit hoitoon hakeutumiset. (Riegel ym. 2009.) Cameron, Worrall-Carter, Page ja Stewart (2009) mukaan kokemuksella on vaikutusta sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon itseohjautuvuuteen ja hoitotaitoihin. Kuitenkin myös kokeneilta vajaatoimintapotilailta puuttui luottamus omaan oireiden seurantaan ja hallintaan, joka on osoitus siitä, että potilaat tarvitsevat ohjausta ja kannustusta omahoitoonsa pitkän aikaa. Ekolan (2007) tutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuuteen tulisi kiinnittää huomiota, jotta sydämen vajaatoimintaa sairastavien ohjaus ei loppuisi sairaalajaksoon.

4.1 Tieto sairaudesta, sen oireista ja hoidosta sekä hoitoon hakeutuminen

Potilaiden tiedot sairaudestaan voivat olla vähäiset, vaikka he ovat saaneet ohjausta (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Puutteelliset tiedot sairaudesta haittaavat hoitoon sitoutumisessa ja heikentävät potilaan hyvinvointia (Jeon, Kraus, Jowsey & Glasgow 2010). Tiedonpuutteen taustalla voi olla potilaan ja hoitajan eriävät näkemykset potilaan tiedon tarpeesta, jolloin potilas tarkastelee tietoa omasta näkökulmastaan ja hoitaja ammatillisesta näkökulmastaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Omahoidosta saatu tieto tukee potilasta tulokselliseen omahoitoon (Jeon ym. 2010).

Valitettavasti oireiden tarkkailua tapahtuu vajaatoimintapotilailla epäsäännöllisesti (Artinian, Magnan, Sloan, & Lange 2002; Evangelista, Dracup & Doering 2000). Useat tutkimukset osoittavat, että potilailla on oireita jo useita päiviä aiemmin kuin he hakeutuvat hoitoon (Evangelista ym. 2000). Potilaat eivät osaa arvioida oireiden (painon nousu ja rintakipu) pahentumisen liittyvän sydämen vajaatoiminnan huonontumiseen (Evangelista ym. 2000; Carlson, Riegel ja Moser 2001; Gallagher 2010). Viivästyneen avun hakemisen taustalla voivat olla tottumattomuus seurata oireita, tulkita niitä ja reagoida oireisiin oikealla tavalla. Potilaita ja omaisia tulisi ohjata oireiden varhaiseen tunnistamiseen ja siihen reagoimiseen. (Evangelista ym. 2000; Arvinen 2008, 61.)

4.2 Sydänterveyteen vaikuttavien elintapojen ohjausalueet

Lääkkeiden säännöllinen käyttö ohjeiden mukaan

Potilaat ottavat lääkkeitään usein väärin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Syinä voi muun muassa olla ohjeiden ymmärtämättömyys, lääkekustannukset, epävarmuus lääkkeen hyödyistä ja sivuvaikutuksista. (Moser, Doering & Chung 2005). Potilaan kotiutuessa vaarana voi olla entiseen lääkitykseen palaaminen (Moser ym. 2005, KarPo 2010). Hoitajat kertovat potilaille sydämen vajaatoimintaan aloitettujen lääkkeiden käytöstä ja vaikutuksista, mutta sivu-

vaikutusten puheeksi ottaminen jää usein potilaan vastuulle (Arvinen 2008, 60-61). Lääkehoitoon sitoutuminen parantaa potilaiden eloonjäämistä (Wu, Moser, De Jong, Rayens, Chung, Riegel & Lennie 2009). Itsehoito sisältää lääkkeen oton lisäksi päätöksiä ja suunnitelmia lääkityksen suhteuttamisesta päivittäisiin aktiviteetteihin, reseptien säilyttämisen ja uusimisen ja kyvyn hallita muutoksia normaalirutiineissa esimerkiksi sairastumisen ja matkustamisen vuoksi (Riegel ym. 2009).

Hoitajat kertovat harvoin potilaille diureetin joustavasta käytöstä (Arvinen 2008, 60-61). Pieni vaihtoehtoinen annos diureettia oireiden pahentuessa voi vähentää riskiä neurohormonaalisen aktivaation lisääntymisestä, jota ilmaantuu yleensä akuutin sairaalahoidon aikana, jolloin diureettien annosmäärää nostetaan reilusti (Patel, Smith & Heywood 2007). Koska on yleistä opastaa potilaita säätämään diureetti annostaan painon muutoksen mukaan, on vaikeaa määrittää diureettien käyttöön sitoutumista (Riegel ym. 2009).

Painon seuranta

Kun potilaille puhutaan painon seuraamisesta, he usein alkavat kertoa kuinka paljon ruokaa on tullut syötyä tai vertaavat painon putoamista sairaalassa annetun ruuan määrään ja makuun verrattuna kotona syötyyn ruokaan. Painon putoamisen suhde annetun diureetin määrään saattaa jäädä osalle vajaatoimintapotilaista ymmärtämättä ellei hoitaja sitä hänelle erikseen kerro. Potilaita tulisi ohjata punnitsemaan itsensä päivittäin samalla tavalla ja näin tunnistamaan mahdolliset sydämen vajaatoiminnan pahentumisen oireet (Arvinen 2008, 60; ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008). Potilaan päivittäistä painoa tulisi verrata potilaan oireetoman ajanjakson painoon huomioiden ravitsemuksessa tapahtunut muutos (Kokkonen 2011).

Neste- ja suolatasapainosta huolehtiminen

Suolankäyttö vajaatoimintapotilailla on luultavasti korkeaa ja samanlaista kuin yleensä väestössä vaikka tästä ei tutkimusta olekaan tehty. Suositus suolan käytön ylärajaksi on 2.3 g/päivä, kuten väestölle yllensä. Suolarajoituksesta puhuessa tulisi ottaa huomioon potilaan vajaatoiminnan vaikeus ja potilaan tila sekä lääkitys. 2.3g/päivä tai sen alle annettu suolarajoitus voi olla hyväksi, jos potilaalla on akuutti tai epävakaa vajaatoiminta. Stabiilin vajaatoiminnan potilaille, joilla on monimuotoinen lääkitys ja he ovat tottuneet suurempiin suolamääriin, ei tiukasta suolarajoituksesta ole hyötyä. (Riegel ym. 2009.) Suuria natriumin muutoksia tulisi välttää koska ne aiheuttavat lisääntyvää neurohormonaalista toimintaa (Avelos, Ferreira, Bettencourt, Serrao, Pestana, Querqueira- Gomes & Soares-Da-Silva 2004). Hyvällä suola- ja nesterajoituksen ohjauksella voidaan niiden käyttöön potilailla vaikuttaa (Philipson, Ekman, Swedberg & Schaufelberg 2010). Suolan käytön rajoitukset ohjataan konkreettisia esimerkkejä apuna käyttäen, jolloin potilaan on helpompi ymmärtää rajoitus käytännössä ja toteuttaa sitä itsehoidossa (Arvinen 2008, 61). Arvioitaessa potilaan suolankäyttöä voidaan käyttää muun muassa suolalaskuria (Suomen sydänliitto ry 2010).

Vain 44 % kroonisista vajaatoimintapotilaista, painon noustua äkillisesti, rajoitti nesteiden nauttimista rajoittaakseen painoa nousemasta lisää (Carlson ym. 2001). Valitettavasti moni vajaatoimintaa sairastava potilas uskoo, että veden juominen auttaa oireisiin (Riegel & Carlson 2002). Potilailla, joilla on hankalat oireet ja matala natrium, neurohormonaalinen aktivaatio estää kehon kykyä poistaa solunsisäistä suolaa ja vettä (Schrier & Abraham 1999). Kuitenkin, tietyissä potilasryhmissä, neste- ja suolarajoituksen noudattamisella tasapainotetaan suola ja nestetasapainoa ja minimoidaan riski vajaatoiminnan pahenemiseen (Riegel ym. 2009). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (2008) suosituksen mukaan nesteiden nauttimista tulisi rajoittaa 1½ tai 2 litraan vuorokaudessa potilailla, joilla on hankalat oireet tai matala veren natrium. Huomattavaa kuitenkin on, että rutiininomaisesta nesterajoituksenmäärämisestä vähäisessä keskivaikeassa vajaatoiminnassa ei ole kliinistä hyötyä.

Säännöllinen liikkuminen ja lepo

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (2008) suosittelee sydämen vajaatoimintaa sairastavalle säännöllistä fyysistä aktiviteettia ja harjoittelua. Liikunnalla voidaan vaikuttaa sydämen vajaatoimintapotilaan fyysiseen kuntoon, elämänlaatuun ja vähentää sairaalakäyntejä (Hwang & Marwick 2009). Potilaat kehittävät toimintatapoja vähentääkseen sairauden vaikutusta elämäänsä. Sydämen vajaatoimintaan sairastunut voi sopeutua sairauden kanssa elämiseen esimerkiksi vaihtamalla aiemman harrastuksen vajaatoimintapotilaalle sopivaksi (Jeon ym. 2010). Vajaatoimintapotilaan harjoittelu vaihtelee viidestä 10 minuuttiin kaksi kertaa viikossa tapahtuvasta kävelystä 45-60 minuuttia kestävään aerobiseen harjoitteluun potilaan tilanteen mukaan (Piepoli, Conraads, Corrá, Dickstein, Francis, Jaarsma, Mc Murray, Pieske, Piotrowicz, Schmid, Anker, Cohen Solal, Filippatos, Hoes, Gielen, Giannuzzi, Ponokowski 2011).

Huono hoitoon sitoutuminen aiheuttaa vajaatoimintapotilaille unen laadun huonontumista (Colten & Altevogt 2006, Killgore, Balkin & Wesensten 2006, Riegel, Vaughan Dickson, Goldberg & Deatrick 2007). Huonon unen katsotaan olevan yhteydessä muistiin, suorituskykyyn ja psykomotoriseen nopeuteen (Killgore, Balkin & Wesensten 2006, Riegel ym. 2007). Unta häiritsevän hengitysvajeen, uniapnean, varhainen toteaminen ja hoitaminen ovat tärkeää. Jaksottainen hapenpuute, jota tapahtuu uniapneassa, voi aiheuttaa peruuttamatonta toimintakyvyn heikkenemistä (Simmons & Clark 2009). Myös potilaan lääkitys voi olla syynä yöunen katkonaisuuteen. Diureettien syöminen yhdistetään usein yövirtsaamiseen, joka tekee unesta katkonaisen. (Riegel ym. 2009.) Riegelin ym. (2009) artikkelissa Zisapelin (2007) mukaan beetasalpaajat voivat häiritä yöunta lisäämällä yöaikaan melatoniinin eritystä.

Painonhallinta ja alipainon välttäminen

Ylipainon taustalla on liian suuri nautittu kalorimäärä ja metabolia. Riegelin ym. (2009) suosituksen mukaan BMI:n ollessa yli 40 kg/m² suositellaan sydämen vajaatoimintapotilaille painon pudottamista. Jos BMI on alle 30 kg/m², painon pudotusta ei suositella. Mieluummin potilasta tulisi rohkaista tunnistamaan huonon ruokahalun, odottamaton painon laskun ja lihasten häviäminen. Kenchaiah:in, Gazianon ja Vasan (2004) tutkimuksen mukaan ylipainoisilla vajaatoimintapotilailla on matalampi kuolleisuus ja uusiutuvat sairaalajaksot kuin potilailla joiden painoindeksi oli normaali. Ylipaino suojaa elimistöä katabolialta (Riegel ym. 2009). Ruokavalioksi vajaatoimintapotilaille suositellaan samaa sydänystävällistä ruokavaliota kuin muillekin potilaille (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008).

Alkoholin käytön rajoittaminen

Alkoholin kohtuukäytön vaikutuksista ennaltaehkäisevästi sydänsairauksiin tehdään jatkuvasti. Alkoholi on kuitenkin myrkyllinen aine maksalle ja sillä on haitallisia vaikutuksia myös muihin elimiin. Alkoholi vähentää sydämen vajaatoimintapotilailla motivaatiota ylläpitää suola- ja nestetasapainoa ja sillä on riippuvuutta aiheuttava vaikutus. Näin ollen alkoholia ei voida suositella itsehoiton osa-alueeksi. Potilaan jolla on kardiomyopatia, ei pitäisi juoda alkoholia lainkaan. (Mukamal, Chung, Jenny, Kuller, Longstreth, Mittleman, Burke, Cushman, Psaty & Siscovick 2006.) Alkoholin riskirajana naisilla pidetään 20 g absoluuttista alkoholia, eli kaksi ravintola-annosta, päivittäin (Heart failure society of America 2006; Alkoholiongelmaisen suositus 2011) tai juomisella pyritään humalaan, joka sisältää ainakin viisi annosta viikoittain ja miehillä 40 g vuorokaudessa eli neljä annosta päivässä tai seitsemän kellalla otetun annoksen ottamista viikoittain (Alkoholiongelmaisen suositus 2011). Suositukset eivät koske potilaita, joiden sairauden oireet pahenevat alkoholin käytöstä tai omahoito repsahtaa alkoholin käytön vuoksi (Alkoholiongelmaisen suositus 2011).

Tupakoinnin lopettaminen

Nikotiini supistaa verisuonia ja lisää tulehduksellista toimintaa (DiFranza & Wellman 2007). Riegelin ym. (2009) artikkelissa Jayn (1999) mukaan tupakoinnin lopettamisen on katsottu vähentävän epäsuotuisia vaikutuksia ja vähentävän kuolleisuutta vajaatoiminta potilailla. Kuitenkin yllättävän suuri osa vajaatoiminta potilaista näyttää jatkavan tupakointia. Tupakoinnin lopettamiseksi itsehoidon ja ohjauksen lisäksi suositellaan nikotiini- korvaushoitoja ja antidepressantteja. Nikotiinin korvaushoito lisää 50 %:sta 70 %:iin todennäköisyyttä onnistua tupakoinnin lopettamisessa (Stead, Perera, Bullen, Mant & Lancaster 2008).

Infektioiden välttäminen

Infektiot voivat aiheuttaa vajaatoimintapotilaille oireiden pahentumista. Käsien pesulla, hampaiden terveydestä huolehtimalla ja rokotuksista huolta pitämällä voidaan ehkäistä infektioita. (Aukrust, Gullestad, Ueland, Damås & Yndestad 2005.)

Sairauden vaikutus mielialaan

Jeon ym. (2010) mukaan sydämen vajaatoimintapotilaiden sosiaalinen eristäytyminen voi johtua elämäntyylin muutoksesta, lääkityksestä, pelosta tai fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä. Pelko kivusta, kuolemasta tai tulevaisuudesta vaikuttavat ihmisten elämään. Perheelle taakaksi joutumisen tunne, voi lisääntyä sairauden pahentuessa. Sairauden vaikeutuessa, tunteista puhuminen ja toisten ihmisten tuki ovat tärkeitä. Kontrollin tunne omasta elämästä on tärkeää ja sairauden pahentuessa tämä tunne voi vähentyä. Tunnetta lisää mahdollisuus itse päättää esimerkiksi elintapamuutoksista.

Perheen tukeminen

Perheen tuki potilaalle ja apu päivittäisissä toiminnoissa voi jäädä huomiotta ohjaustilanteessa (Arvinen 2008, 62; Isola ym. 2007). Potilaat voivat kokea avuttomuutta kotiutumisen lähestyessä, jos omaisilla ei ole mahdollisuutta heitä auttaa (Arvinen 2008, 62). Potilaan elintapojen muutosta voidaan tukea ja vaikuttavuutta parantaa ottamalla puoliso mukaan ohjaukseen ja elintapojen muutokseen (Jennings, Turner, Mead, Jones, Collier 2010). Omainen voi olla se joka ensimmäisenä huomioi oireiden pahentumisen (Quinn, Dunbar & Higgins 2010).

5 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

Opinnäytetyön tekijä haastatteli kesällä 2010 osastokokouksen aikana hoitajia vajaatoimintapotilaiden omahoitoon sitouttamisesta ja hoitajien mielestä ohjauksella ei saada riittävästi sitoutettua potilaita omahoitoonsa. Lisää tietoa sydämen vajaatoiminnasta toivottiin ja ohjaustapoja osastolla toivottiin yhtenäistettävän. (Ylönen 2010a.) Sydänyksikössä suoritettiin kesällä 2010 sydämen vajaatoimintaan ensimmäistä kertaa sairastuneiden potilaiden ohjauksen laadunvalvonta, jossa potilaspapereista seurattiin kunkin potilaan saamaa ohjausta osastojakson aikana. Ohjauksen sisältöjä verrattiin Euroopan kardiologisen seuran suosituksiin sydämen vajaatoiminnan ohjauksesta luotuihin ohjauksen minimi-kriteereihin. Potilasvaihtuvuus osastolla on lisääntynyt, joten ohjattaviksi osa-alueiksi valittiin alkuvaiheen selviytymistä tukevat osa-alueet. Potilaiden ohjauksessa ei saavutettu minimi kriteerien sisällön vaatimuksia. (Ylönen 2010b.)

Osaston sairaanhoitajat ovat kouluttautuneet sydämen vajaatoiminnan hoitoon ja potilasohjausmenetelmien hallintaan muun muassa luentojen avulla, mutta ohjauksen laadunseurannan perusteella luentotyypinen koulutus ei kannusta hoitajia potilaan omahoidon ohjaukseen. Yksikön toiveena oli koulutus, joka lisää sairaanhoitajien vajaatoiminta tietoutta ja antaa hoitajille valmiudet potilaan ohjaukseen ja hoitoon sitouttamiseen.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin KarPo-hankkeen yhtenä tavoitteena on lisätä sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon laatua Keski-Suomen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. KarPo-hankkeessa tavoitteena on suunnitella hoitajille sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen koulutusta. Tämä opinnäytetyö on yksi osa KarPo-hankkeen hoitajien sydämen vajaatoimintaosaamisen kehittämistä.

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitajien sydämen vajaatoimintaa sairastavan omahoitoon sitoutumisen ohjausta. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien taitoa voimaannuttavasta ohjauksesta sekä tietoa sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidosta, jotta potilailla olisi paremmat valmiudet hoitaa itseään kotiutumisen jälkeen. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, johon kuului koulutus sydämen vajaatoiminnan ohjaustaidoista ja tiedoista, hoitajan havainnointi potilasohjauksessa, mentoointikeskustelu ja kysely. Kehittämistyön interventiota arvioitiin kysymyksillä.

Kysymykset:

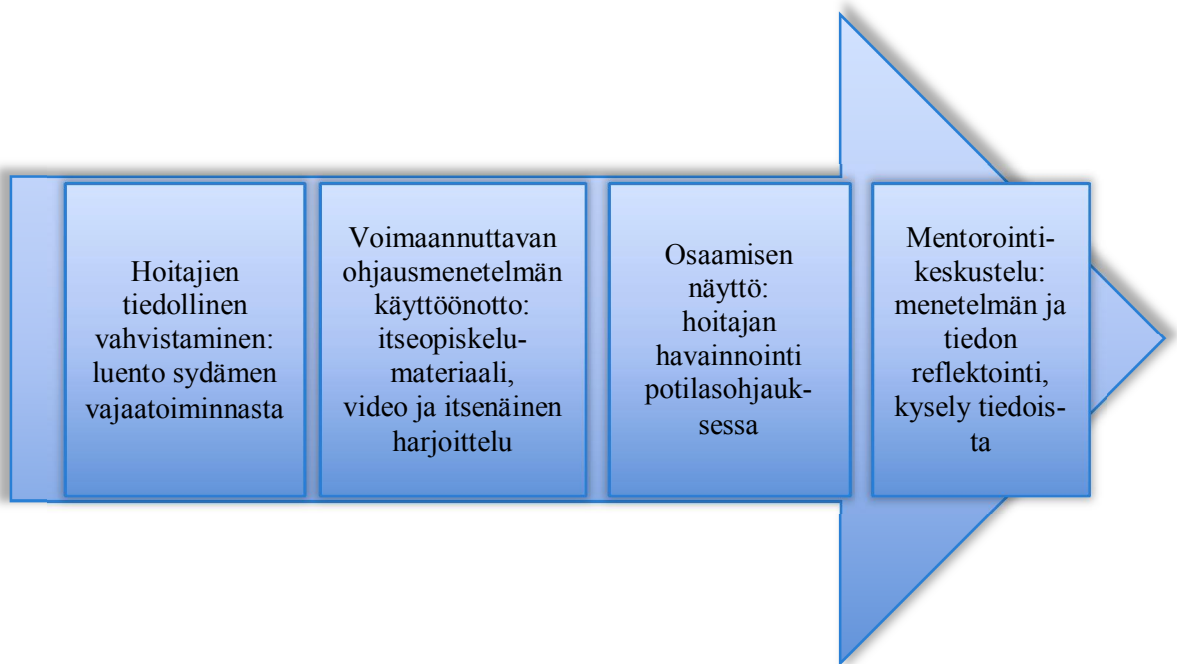
1. Minkälaisia potilasohjauksen eri menetelmiä hoitajat käyttävät sydämen vajaatoimintaa sairastavan omahoidon ohjauksessa ?
 - a. Millaisia voimaannuttavan potilasohjauksen menetelmiä hoitajat käyttivät?
 - b. Miten hoitaja kokivat toteuttamansa ohjauksen?

2. Miten hoitajan tiedolliset taidot sydämen vajaatoiminnasta vastaavat potilaan omahoidon ohjauksen tarpeisiin ?
 - a. Mitkä ovat hoitajien tiedolliset taidot sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa?
 - b. Miten hoitajat kokivat tiedolliset taitonsa vastata potilaan tiedollisiin tarpeisiin?

7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Intervention kuvaus

Sydänyksikön sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjauksen kehittämisen interventio sisältää hoitajille järjestetyt luennot sydämen vajaatoiminnasta, potilasta motivoivan ja voimaannuttavan ohjausmenetelmän itseopiskelumateriaalin sekä motivoiva haastattelu- videon ja siitä keskustelun (ks. kuvio 2). Lisäksi kehittämishankkeessa havainnoitiin hoitajia sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksissa, jotka toimivat osaamisen, taidollisen ja tiedollisen, näyttönä. Hoitajan havainnointi toimi tutkijan ja hoitajan välisen mentorointikeskustelun pohjana voimaannuttavasta potilasohjauksesta. Kysely sydämen vajaatoiminnan omahoidon ohjauksen pääperiaatteista tehtiin potilasohjauksen jälkeen.



KUVIO 2. Sydänyksikön sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjauksen kehittämisen interventio.

Sydänyksikön hoitajille luotiin tietopaketti sydämen vajaatoiminnasta ja se esitettiin hoitajille luentona. Tietopaketin tiedonlähteinä käytettiin sydämen vajaatoiminnan käypähoitosuosituksista (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008), Harjolan & Remeksen (2008) ja Lommin (2008) artikkeleita sekä motivoivan ohjauksen kirjallisuutta (Turku 2007) sekä voimaannuttavan ohjauksen materiaalia (Kettunen 2001). Luennoilla käytiin läpi sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys, diagnosointi, hoito ja omahoidon ohjaussisällöt. Tietopaketin tarkasti osaston ylilääkäri, kardiologi Jorma Kokkonen Keski-Suomen keskussairaalan sisätautien poliklinikalta. Tietopaketteja esitettiin neljä kertaa, jolloin mahdollisimman monella sydänyksikön hoitajalla oli mahdollisuus osallistua luennoille. Luennoille osallistui 18 hoitajaa 25:stä kyselyyn osallistujasta ja 13 hoitajaa 14 ohjauksen havainnointiin ja mentorointiin kyselyn lisäksi osallistuneista hoitajista. Tietopaketit järjestettiin maaliskuu-toukokuussa 2011 ja niiden luennoitsijoina toimivat sairaanhoitajat Outi Surakka ja Karita Ylönen. Sydänyksikön hoitajien käyttöön otettiin KarPo-hankkeen hoitajien luoma potilasopas, joka sisältää jo luodun uuden potilasoppaan sekä akuutin vaiheen minimiohjauskriteerit, jotka tulivat myöhemmin osaksi, KarPo-hankkeen kehittämää alueellista sydämen vajaatoiminta- hoitoketjua.

Voimaannuttavasta ohjauksesta itseopiskelumateriaalin (liite 1) hoitajille laati tutkija, joka on perehtynyt menetelmiin käyden niistä koulutuksia ja itseopiskeluna. Materiaalin käytettiin useiden tekijöiden materiaalia. (liite 1.) Itseopiskelumateriaali hoitajille sisälsi erilaisia potilaan voimavaroja lisäävän vuorovaikutuksen menetelmiä potilasohjaukseen, jotta potilasta voitaisiin sitouttaa omahoitoonsa arkielämässään. Itseopiskelumateriaalin hoitajat saivat toukokuussa 2011, jonka jälkeen hoitajilla oli mahdollisuus itsenäisesti harjoitella potilasta voimaannuttavien ohjauksen eri keinojen käyttöä työssään. Tiimipäivissä itseopiskelumateriaali käytiin läpi; toisessa vuoropuheluna ja toisessa läpi luettuna. Materiaalista oli mahdollisuus keskustella. Sydänyksiköiden tiimeissä, 25.5. ja 10.6.2011, katsottiin motivoiva keskustelu (2011) videoleikkeitä ja videoleikkeistä keskusteltiin. Jos hoitajat eivät päässeet tiimipäiviin, oli heillä mahdollisuus katsoa video työaikana ja video oli katsottavissa Terveystieteiden uudelleen omatoimisesti.

Kehittämistyöntekijä oli mukana kunkin hoitajan kanssa seuraamassa aitoa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon ohjausta. Kultakin ohjauksessa mukana olevalta potilaalta kysyttiin lupa ohjauksen seurantaan ja potilaalle selvitettiin, ettei hän ole havainnoinnin kohteena vaan hoitaja. Yksikään potilas ei kieltäytynyt ohjauksen seurannasta. Samaa potilasta saattoi ohjata useampikin hoitaja sillä tutkimuksen kohteena ei ollut potilaan tieto vaan kuinka ja miten hoitaja vastaa potilaan ohjauksen tarpeeseen. Havainnoija teki havaintojaan kutakin yksittäistä havainnointikertaa kohden. Ohjaustilanteet havainnoitiin ja kirjattiin tarkistuslistaan. (liite 2.) Havainnoinninkohteena oli hoitaja ja millaisia ohjauksen menetelmiä hoitaja ohjauksessa käytti sekä mitä tiedollisia alueita ohjauksessa käytiin läpi. Tarkistuslista koostui yksityiskohtaisista havainnointiluokista, jotka sisälsivät ohjauksen menetelmiä. (Ks. taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Esimerkkejä voimaannuttavan ohjausmenetelmän havainnointiluokista.

Havainnointiluokat

Avoimet kysymykset

Toisen sanoman täydentäminen

Tauot

Positiivinen palaute

Epäsuorat ilmaisut

Tarkennuskysymykset

Kuunteleva palaute

Vertaispuhe

Havainnoinnissa kiinnitettiin huomiota myös hoitajan tiedollisiin valmiuksiin vastata potilaan esittämiin tiedollisiin tarpeisiin (Ks. taulukko 3). Tarkistuslistaan kirjattiin tiedolliset havainnointiluokat, joita määriteltiin 22 havaintoluokkaa ja näistä luokista havainnoitiin miltä osa-alueilta potilas ilmaisi tiedonhalun, mitkä luokat havainnoija huomioi ja vastasiko hoitaja näihin kysymyksiin.

TAULUKKO 3. Esimerkkejä ohjauksen tiedollisista havainnointiluokista.

Havaintoluokat

Sairaus
Sairauden oireet
Oireiden hoito
Hoitoon hakeutuminen
Suolatasapaino
Liikkuminen

Havainnot, yksittäiset havainnointiluokat, ohjauksesta merkittiin tarkistuslistaan potilasohjauksen aikana yksinkertaisin merkinnöin, mikä lisäsi havaintojen luotettavuutta. Merkintänä käytettiin yksinkertaista rastia kutakin yksittäistä havainnointiluokkaa kohti. Kukin havainnoinneissa käytetty tarkistuslista merkittiin kyseisen hoitajan koodilla. Hoitajan halutessa kehittämistyön myöhemässä vaiheessa irrottautua siitä, voitiin koodin avulla tunnistaa hänen antamansa materiaali ja tarvittaessa se poistaa. Lähteenä tarkistuslistaan käytettiin Turun (2007), Riegelin ym. (2006), Butterworthin (2008), Kyngäksen ym. (2007), Kääriäisen (2007), Kettusen ym. 2002 ja Kettusen (2001) materiaalia voimaannuttavan potilasohjauksen osalta ja tiedon osalta Kardiologia (2008) kirjaa.

Kunakin hoitajan kanssa käytiin mentorointikeskustelu potilaan omahoidon ohjauksen jälkeen. Hoitajilta pyydettiin lupa mentorointikeskustelujen nauhoitukseen. (Ks. liite 3.) Nauhoja voidaan käyttää myöhemmässä vaiheessa ammatikorkeakoulun opinnäytetyön tekoon. Keskustelun alkuvaiheessa pyrittiin luomaan luottamuksellinen ilmapiiri. Mentoroinnin tarkoituksena oli tukea hoitajan oppimista ja vahvistaa osaamista. Mentorointikeskustelun tavoitteena oli kehittää hoitajan taidollisia ja tiedollisia valmiuksia sydämen vajaatoimintapotilaan voimaannuttavaan ohjaukseen. Tarkoituksena oli keskustella millainen ohjaustilanne hoitajan mielestä oli ja kuinka hoitaja oli ottanut uuden opitun tiedon potilaan voimaannuttavasta ohjausmenetelmästä käyttöönsä potilasohjauksessa. Tavoitteena oli että hoitaja oppii tuntemaan itsensä ohjaajana ja näkee itsessään mahdollisia kehittämisen osa-alueita. Mentorointikeskustelussa on tärkeää hoitajan ja mentoroinnin yhdessä oppiminen ja ammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutuksen tulisi olla vastavuoroista ja oppimista tukeva. Mentorointikeskustelua ohjasi valmiit kysymykset. (Ks. taulukko 4.) Mentoroinnin tarkoituksena oli voimaannuttaa hoitajaa voimavaraalähtöiseen ohjaukseen.

TAULUKKO 4. Mentorointikeskustelun kysymykset.

Mentorointikeskustelun kysymykset

Miten koit ohjauksen ?

Mitkä olivat vahvuutesi ohjauksessa ?

Mitä voimaannuttavan ohjauksen menetelmiä käytit ?

Miltä voimaannuttava potilasohjaus sinusta tuntui ?

Miten aiot jatkossa käyttää voimaannuttavaa potilasohjausta ?

Miten koit tiedolliset valmiutesi ohjaustilanteessa ?

Albertin ym. (2002) laatimaan hoitajien sydämen vajaatoiminnan itsehoito tiedon- kyselyyn saatiin lupa kyselyn laatijalta (liite 4) ja heidän esitestauksen mukaan mahdollinen oikein vastausprosentti on 100 (liite 5). Kyselyn kääntämiselle suomeksi saatiin apua Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Kysely käännettiin ensiksi suomeksi, sitten englanniksi ja jälleen suomeksi. Kysely esitestattiin ja kahdelta vajaatoimintapotilaita ohjaavalta, ohjaukseen perehtyneeltä, sairaanhoitajalta saatiin kommentit kysymyksistä ja kysymyksiä selvennettiin. Kysely sisältää suljettuja kysymyksiä, joihin vastataan yksinkertaisesti kyllä (oikein) tai ei (väärin) sen mukaan onko väittämä oikein tai tulisiko kyseisen oireen tai merkin ilmaantuessa potilaan ottaa hoitajien mielestä hoitohenkilökuntaan yhteyttä. Kysely testaa hoitajien tietoa viidellä osa-alueella: ruokavalio, nesteet ja paino, sairauden pahentumisen oireet ja merkit, lääkitys ja liikkuminen (liite 6).

7.2 Kehittämistyön tiedonkeruun menetelmät ja aineiston käsittely

Havainnointi

Kun halutaan tietää mitä tutkittavassa tilanteessa oikeasti tapahtuu, miten ihmiset toimivat, voidaan asian selvittämiseksi käyttää havainnointia. Havainnointitutkimuksen historia löytyy 1920-luvulta ja Suomessa havainnointia on käytetty tutkimuksissa 1960-luvulta lähtien. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 174, 202-210; Vilkka 2006, 37.) Vilkkaan (2006) kirjassa Uusitalon (1995) mukaan tarkkailevaa tutkimusta, kun tutkija ei osallistu tutkimuskohteen toimintoihin, voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen tiedonkeruun menetelmänä.

Havainnoitsija voi vaikuttaa tutkittavaan tilanteeseen ja muuttaa sen aitoutta. Tutkijan omat tunteet voivat vaikuttaa hänen tekemiinsä havaintoihin ja näkökulma asiaan voi muuttua. (Hirsjärvi ym. 2004, 202-203; Eskola & Suoranta 2000, 102.) Tieto havainnoitavasta kohteesta saadaan saman tien asioiden tapahduttua (Hirsjärvi ym. 2004, 202; Vilkka 2006, 37). Havaintojen kirjaami-

nen välittömästi havainnon jälkeen ei aina onnistu, jolloin viive voi muuttaa havaitusta asiasta kirjaamista (Hirsjärvi ym. 2004, 202-203). Tutkittavista asioista kertominen tutkittaville (Hirsjärvi ym. 2004, 202-203; Eskola & Suoranta 2000, 99; Vilka 2006, 56-59) ja tukijan vaikutus tutkittavaan tilanteeseen, asettava eettisiä haasteita, joihin voidaan vastata tutkimuksen hyvällä suunnittelulla (Vilka 2006, 56-59).

Havainnointi menetelmät voidaan jakaa sen mukaan kuinka raameihin asetettua havainnointi on ja osallistuuko tutkija havainnoitavaan ryhmän toimintaan (Hirsjärvi ym. 2004, 203-204; Vilka 2006, 38-39). Tutkija voi olla osallisena ryhmän toiminnassa ja tehdä samalla havaintoja tai olla täysin ulkopuolinen tarkkailija (Hirsjärvi ym. 2004, 203-204; Eskola & Suoranta 2000, 99; Vilka 2006, 42-43). Havaintojen tekemiseen voidaan rakentaa selkeät tarkistuslistat tai havainnointi voi olla vapaamuotoista (Hirsjärvi ym. 2004, 203-204; Vilka 2006, 38-39). Hirsjärven ym. (2004, 204) mukaan systemaattisessa havainnoinnissa on tärkeää määritellä mitä havainnoidaan. Määrittelyssä on tärkeää, että kaikki tutkimuksen kannalta oleellinen tulee kirjattua tarkistuslistaan eikä päällekkäisyyksiä ole. Tarkistuslistat havainnoinnin kohteista varmistavat havaintojen täsmällisen kirjaamisen. Tarkistuslistat toimivat mentorointi keskustelun pohjalla.

Havaintojen tekemiseen laadittiin yksinkertaiset tarkistuslistat, jotta havainnot saataisiin mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti ylös. Esitestauksen jälkeen listaa muokattiin. Havainnoinnit taulukoitiin ja analysoitiin käyttäen Excel 2011 ohjelmaa ja SPSS 19a- ohjelmaa. Havainnot käsiteltiin määrällisesti käyttäen summamuuttujaa, keskiarvoja sekä Pearsonin Chi-Square ja Fisherin Exact testiä.

Mentorointi keskustelu

Mentorointi sanana tarkoittaa tiedon ja osaamisen välittämistä asioihin paneutuneelta ihmiseltä kokemattomammalle heidän välisen, avoimen, luottamuksellisen ja tasa-arvoisen, vuorovaikutuksen avulla. Tieto sisältää myös hiljaisen tiedon. Mentoroinnin tavoitteena on mentoroitavan työssä kasvu ja henkisten voimavarojen vankentuminen. (Wikipedia 2011.) Englanninkielinen vastine sanalle mentorointi on *mentoring* (Sanakirja.org 2011). Butlerin ja Felts'in mukaan (2006) mentorointi voidaan nähdä kahden hoitotyöntekijän välisenä toistensa työtä kehittävänä suhteena (Berezuik 2010). Mentoreiden avulla, Melnykin ja Fineout-Overholtin (2002) mukaan, uusien, näyttöön perustuvien, hoitotyön menetelmien käyttöä ja uskoa niiden toimivuuteen voidaan tukea (Wallen, Mitchell, Melnyk, Fineout-Overholt, Miller-Davis, Yates & Hastings 2010; Berezuikin 2010; Juusela, Lilla & Rinne 2000, 7-8) ja uusien hoitajien työyhteisöön sitouttamista ja osaamistaan lisätä (Berezuik 2010). Avoimuudella ja hyvällä yhteistyöllä mentoroinnista saadaan vaikuttavaa. Mentoroinnin mahdollisuuksia huonontaa huono kommunikaatio, erilaiset odotukset, luottamuksen puute ja erilaiset arvot. Odotuksista puhuminen voi vähentää mentoroinnissa eteen tulevia esteitä. (Hodges 2009.) Mentorointi keskustelun sisältö perustuu havaintoihin ja niistä tehtyihin havainnointilomakkeisiin.

Mentorointi keskustelut nauhoitettiin, aukikirjoitettiin ja sisällön luokittelulla jaettiin luokkiin. Luokat muodostuivat mentorointi keskustelun kysymysten alle ja sisällössä toistuvien asioiden myötä. Esimerkiksi ohjaukseen käytetty aika toistui useasti, samoin miten ohjaus sujui ja näistä saatiin yhteiset nimittäjät hoitajan puheen sisällöille.

Kysely hoitajille

Kyselyssä käytettiin Nurses' knowledge of HF self-care principles- mittaria (Albert ym. 2002) ja siihen saatiin lupa sen laatijalta. (liite 4.) Kysely sisälsi 20 kysymystä, jotka perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon. Kyselyssä odotettiin vajaatoimintaan tai ohjaukseen erikoistuneen hoitajan tiedollisten valmiuksien olevan 87,5% tai enemmän. Hoitajilta, jotka säännöllisesti hoitavat sydämen vajaatoimintapotilaita, odotettiin vastaavan 17 tai 18 kysymykseen oikein. Kyselyssä mitattiin hoitajien tietoja eri omahoidon osa-alueiden tärkeydestä sydämen vajaatoiminta potilaan omahoidossa. Alueissa kysyttiin ruokavaliosta (kolme kysymystä), nesteistä tai painosta (seitsemän kysymystä), merkit tai oireet tilan huonontumisesta (kuusi kysymystä), lääkityksestä (kaksi kysymystä) ja liikunnasta (kaksi kysymystä). Vastaukset kirjattiin eri mieltä (ei) - samaa mieltä (kyllä) –vaihtoehtoina rasti ruutuun menetelmällä. Kysely tehtiin nimettömänä.

Kyselyn tulokset taulukoitiin ja analysoitiin käyttäen Excel 2001-ohjelmaa ja SPSS 19a- ohjelmaa. Kysely arvioitiin frekvenssijakaumalla. Kokonaisjakaumalla saatiin selville kuinka moneen kysymykseen hoitajat vastasivat oikein ja mihin väärin. Havainnot käsiteltiin lisäksi käyttäen Pearsonin Chi-Square ja Fisher:in Exact test- korrelaatioita.

7.3 Eettiset kannanotot

Kehittämistyötä suunniteltaessa, pohdittiin siihen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Kehittämistyöstä on katsottu olevan hyötyä sydänyksikössä. Kehittämistyötä tarkastellaan eettisesti myös sen tuoman hyödyn näkökulmasta ja tutkimuksesta toivotaan olevan hyötyä mahdollisimman monelle (Kuula 2005, 23). Jos kokemukset tästä tutkimuksesta ovat kannustavia, voidaan interventiota käyttää myös muiden yksiköiden ohjaamisen kehittämisen hyödyksi.

Ennen ohjaustilanteen havainnointia tutkija kävi esittäytymässä potilaalle ja kertoi miksi kaksi hoitajaa on ohjaustilanteessa paikalla ja minkä vuoksi havainnoija kirjasi paperille havaintojaan ohjauksen aikana sekä kysyi potilaalta

luvan ohjauksen seurantaan. Potilalle selvitettiin, ettei hän ole havaintojen kohteena vaan hoitaja. Arkipäiväisellä rupattelulla mahdollista jännitystä pyrittiin purkamaan ja tilanteesta pyrittiin tekemään mahdollisimman luontevaa. Potilaalla ja hoitajalla oli mahdollisuus kieltäytyä kehittämistyöhön osallistumisesta. Tutkittavien tulee olla tietoisesti suostuvaisia kehittämishankkeeseen osallistumiseen (Kankkunen & Vehviläinen –Julkunen 2009, 176).

Havainnointitilanteessa tutkija toimi ulkopuolisena havainnoijana, eikä osallistunut ohjaukseen. Interventiota suunniteltaessa pohdittiin, voiko tutkija osallistua potilasohjaukseen ja korjata mahdollista hoitajan tiedollista puutetta. Tässä tutkimuksessa päädyttiin keskustelemaan mahdollisista havaituista puutteista havainnointitilanteen jälkeen mentorointikeskustelun yhteydessä. Ohjaustilanteessa ei siinä esiin tulleita virheitä korjattu, jolloin häirittiin mahdollisimman vähän ohjaustilannetta ja vältyttiin hoitajan kasvojen menettämiseltä potilaan edessä. Tutkimuksessa pyritään välttämään mahdollisen kielteisten vaikutusten aiheuttamista tutkimuksen etenemiseen (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176).

Mentorointi keskustelussa tutkija pyrkii ihmisarvoa kunnioittavaan (Kuula 2005, 30; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176) vuorovaikutukseen hoitajan kanssa. Hoitaja pyrki avoimesti ja totuudenmukaiseen palautteen antamiseen, sekä positiivisista, että kehittämistä kaipaavista asioista. Keskustelun tavoitteena ei ollut toisen työn arvostelu vaan molempien työn kehittäminen, kunnioittaminen ja tiedon jakaminen.

Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta jälkikäteen (Kuula 2005, 22-23), tutkittavien itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja tutkittaville tulee taata anonymiteetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; 176). Havainnointi ja mentorointi keskustelun aineiston keruussa, käsittelyssä ja arkistoinnissa otettiin huomioon tutkittavan mahdollinen vetäytyminen tutkimuksesta sen myöhäisemmässäkin vaiheessa, minkä vuoksi mentorointi, havainnointi ja tietokysely merkittiin kunkin hoitajan tunnuksella, jonka vain tutkija tunnisti. Numerointitunnistus hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Mentorointi keskustelut nauhoitettiin, jotta tutkijalla on mahdollisuus palata aineistoon tarkistaak-

seen epäselviä kohtia. Nauhoittamiseen pyydettiin hoitajilta lupa. Nauhoituksia voidaan käyttää myöhemmässä vaiheessa opinnäytetöiden materiaalina. Materiaali auki kirjoitettiin etukäteen ja nauhat hävitettiin, jotta hoitajien tunnistettavuus ei ole mahdollista.

Tutkija kuuluu tutkittavaan yhteisöön. Tutkijan on tarkasteltava tuloksiaan myös siltä kannalta kuinka paljon hänen omat arvot, asenteet ja kokemukset yhteisöstä vaikuttavat aineiston keruuseen ja aineiston tarkasteluun. Tutkija pyrkii mahdollisimman avoimeen mentorointiin ja havainnointiin kunkin hoitajan kanssa, jolloin hoitajan taustat, jotka tutkija mahdollisesti tietää, eivät vaikuta tutkijan hänestä tekemiin havaintoihin ja toiminnan hyväksymiseen (Kuula 2005, 25).

Tutkija raportoi tuloksensa mahdollisimman avoimesti, muuttamatta niiden merkityksiä, vaikka tulokset eivät tutkijan ajatusten mukaisia olisikaan (Kuula 2005, 25). Ohjauksen havainnoinnissa tutkija kirjasi havainnointiyksikköjä ohjauksen aikana, jotta kaikki tutkimuksen kohteena olevat havainnot saatiin tallennettua. Mentorointi keskustelu järjestettiin heti ohjauksen jälkeen, jotta hoitajien ajatukset saataisiin tuoreeltaan tallennettua mahdollisimman totuudenmukaisena.

Hoitajille tehdyssä kyselyssä ei nimiä käytetty vaan kyselyt numeroitiin kuten muukin materiaali, jolloin hoitajaa ei jälkikäteen voitu tunnistaa. Kaikki materiaali säilytettiin lukitussa kaapissa. Materiaali, nauhat, hoitajien nimilistat numeroiteineen, havainnoinnin tarkistuslistat ja kyselyt hävitettiin kehittämistehtävän hyväksynnän jälkeen. Mentorointikeskustelun kirjoitetut versiot säilyttää kehittämistyöntekijä mahdollista toista opinnäytetyötä varten lukitussa kaapissa.

8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

8.1 Interventioon osallistuneiden hoitajien taustojen kuvaus

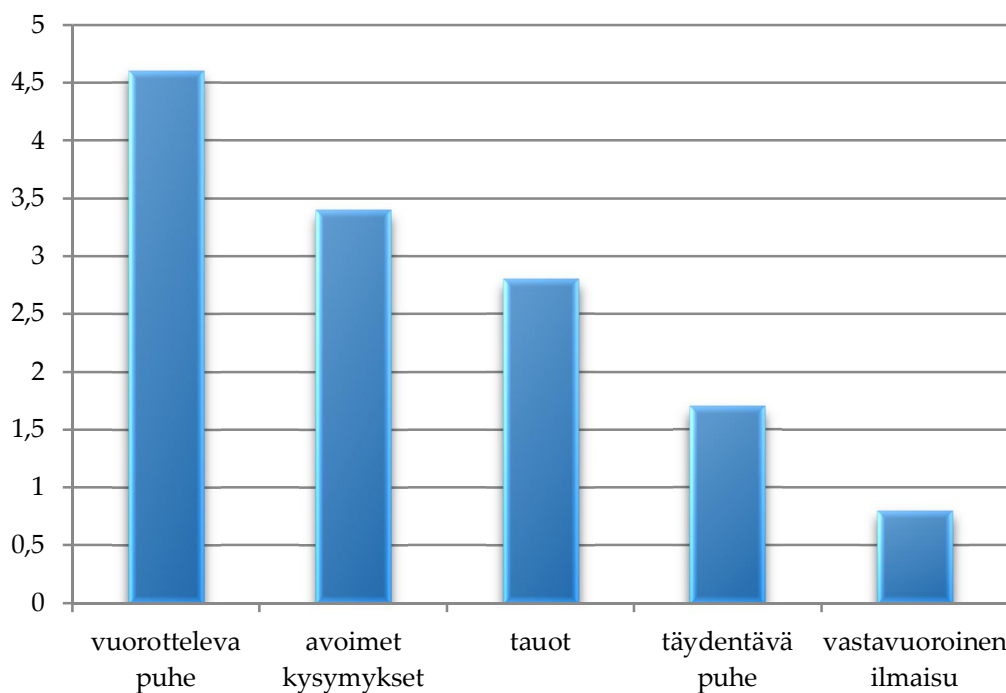
Interventioon osallistui Keski-Suomen keskussairaalan sydänyksikön sairaanhoitajat (N= 29). Sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon potilasohjaustilanteeseen osallistuneet hoitajat (n = 14) olivat iältään 23–50- vuotiaita (ka 37). Viisi heistä oli käynyt opistomuotoisen sairaanhoitaja koulutuksen ja yhdeksän ammattikorkeakoulun. Neljä hoitajista oli lisäkouluttanut itseään sydänpotilaan hoitotyön täydennyskoulutuksella. Kehittämistyön kyselyyn osallistui 24 (82 %) sydänyksikön sairaanhoitajaa ja heidän keski-ikänsä oli 37 vuotta, vaihteluväli 23 - 64 vuotta. (Ks. taulukko 5.) Hoitajat ovat joko vakituksessa virassa tai sydänyksikön pitkäaikaisia sijaisia. Kahdeksalla hoitajalla (33 %) on työkokemusta myös sydänvalvomosta. Kysymyksestä poisjääneet hoitajat eivät olleet paikalla tiimpäivissä, jolloin kyselyyn vastattiin. Yksi hoitajista teki kyselyn jälkikäteen koska hän osallistui kehittämistyön muihinkin osa-alueisiin. Työvuosia sydänpotilaiden hoitotyöstä heillä oli keskimäärin 9,8 vuotta (SD, ± 10.5). Yli 20 vuotta työkokemusta oli 33,3 %:lla, 10–19 vuotta 29,2 %:lla ja alle 10 vuotta 37,5%:lla hoitajista. 12 (50 %) hoitajista on käynyt opistomuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen ja 12 (50 %) ammattikorkeakoulun sekä kuusi hoitajaa oli käynyt sydänpotilaan hoitotyöhön lisäkoulutusta.

TAULUKKO 5. Taustamuuttajat

Taustamuuttuja	Muuttujan arvo	n	%
Ikä	<30 v.	7	29
	30-39 v.	10	42
	>40 v.	7	29
Työkokemus sydän osastolla	<10 v.	9	38
	≥ 10 v. <20 v.	7	29
	≥ 20 v.	8	33
Työkokemus, erityis- osaaminen	sydänvalvomossa työskentely	8	33
Koulutuspaikka	opistoaste	12	50
	ammattikorkea	12	50
Lisäkoulutus	Sydän erikoistumisopinnot	6	25

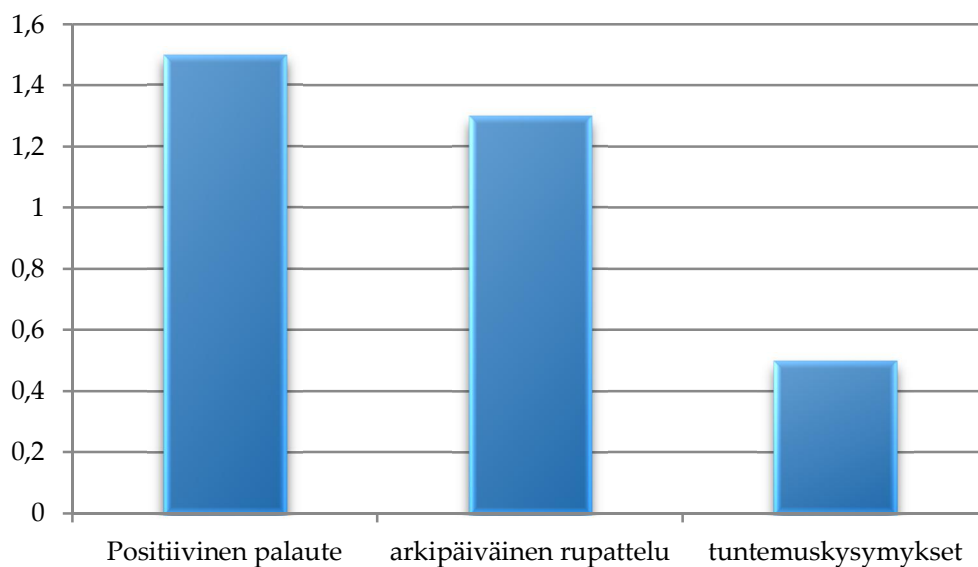
8.2 Voimaannuttavien menetelmien käyttö potilasohjauksessa

Kuviossa 3 esitellään hoitajien käyttämiä voimaannuttavan potilasohjauksen menetelmiä. **Vastavuoroiseen keskusteluun** potilaan kanssa hoitajat pyrkivät vuorottelemalla puhetta (4,6 x10m=kertaa 10 minuutissa), avoimilla kysymyksillä (3,4 x10m), epäsuorilla ilmaisuilla (0,8 x10m) ja täydentämällä potilaan puhetta (1,7 x10m). Jättämällä taukoja (2,8 x10m) puheeseen, hoitaja antoi potilaalle mahdollisuuden miettiä ja kommentoida asiaa. Hoitajan kohteliaisuus ja puhuttelumuoto kannustivat potilasta vastavuoroiseen keskusteluun. Hoitajan kohteliaisuutta ja puhuttelumuotoa seurattiin hoitajan asennoitumisella potilaaseen ja ohjaustilanteeseen. Asennoituminen näkyi muun muassa potilaan huomioon ottamisella ja kuuntelulla (93 % hoitajista). Hoitajat eivät käyttäneet vertaispuhetta rakentaessaan puheen vuorottelua.



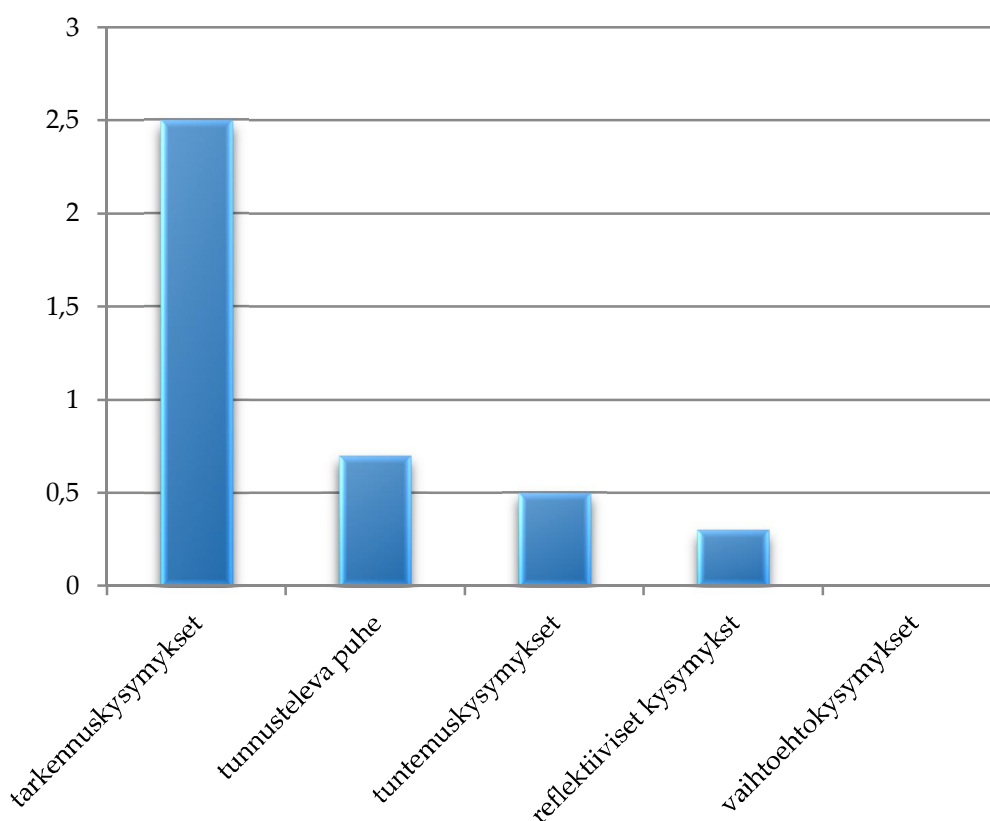
KUVIO 3. Hoitajien käyttämät vastavuoroisen keskustelun keinot 10 minuutin aikana.

Avointa ja rentoa tunnelmaa hoitajat rakensivat arkipäiväisellä rupattelulla (1,3 x10m), positiivisella rohkaisulla (1,5 x 10m) ja tuntemuskysymyksillä (0,5 x10m) (Ks.kuvio 4.) Hoitajat jutustelivat potilaan kanssa kävellessään ohjaukseen tarkoitettuun tilaan, jolloin potilaan ja hoitajan välinen keskustelu oli avattu ennen ohjauksen aloittamista. Rentoja kysymyksiä, tunnelman luomisen menetelmä, ei ohjaustilanteen havainnoinnissa kyetty erottamaan avointen kysymysten samankaltaisuuden vuoksi.



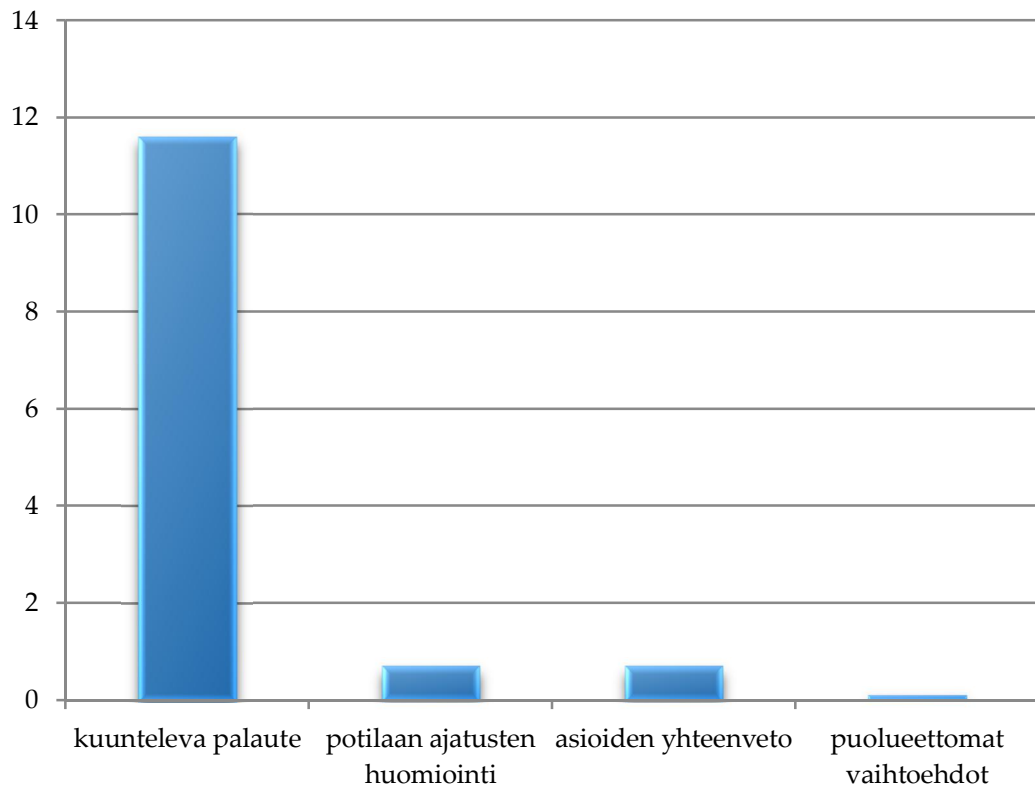
KUVIO 4. Tunnelman rakentamisen keinot 10 minuutin aikana.

Voimaannuttavista menetelmistä hoitajat käyttivät eri menetelmiä auttaakseen potilasta liittämään uuden tiedon vanhaan. (Ks. kuvio 5.) Tunnustelevalle puheella (0,7 x10m) hoitajat saivat potilaat jatkamaan aloittamaansa lausetta ja näin kuulemaan heidän ajatuksiaan ja refleктоimaan kuulemaansa. Reflektiivisillä- (0,3 x10m), tarkennus- (2,5 x10m) ja tuntemuskysymyksillä (0,5 x10m) hoitajat kannustivat potilasta **liittämään uuden tiedon aikaisempaan**. Vaihtoehtokysymyksiä hoitajat eivät kysyneet.



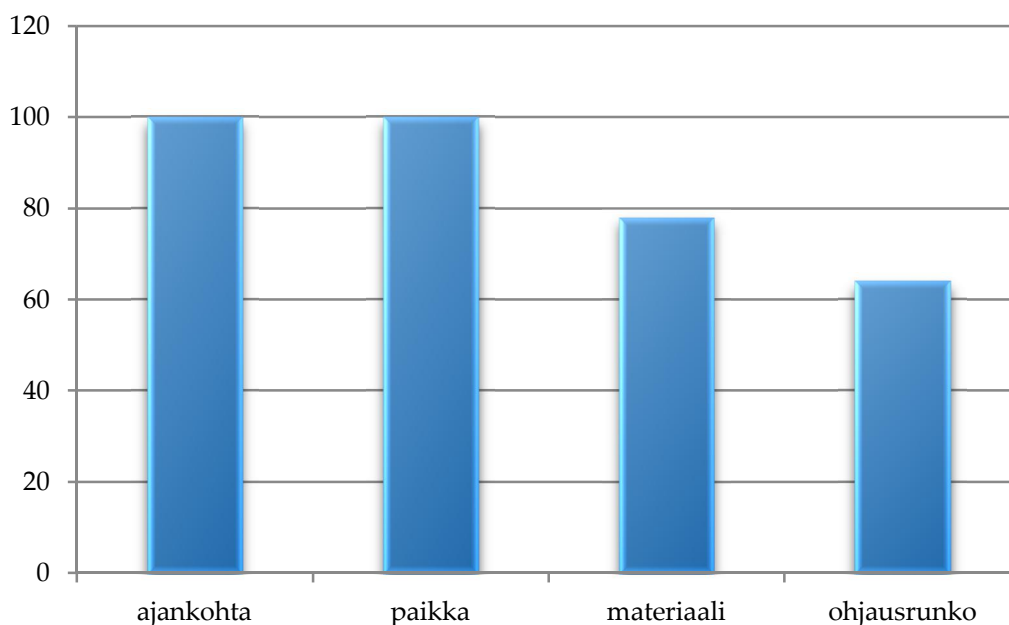
KUVIO 5. Vanhan ja uuden tiedon yhdistämisen keinot 10 minuutin aikana.

Potilaan osaamista hoitajat kunnioittivat potilaan ajatusten huomiointilla (0,7 x10 min). (Ks. kuvio 7.) Potilaat kertoivat elämästään ja osoittivat puheessaan osaamistaan. Tarvittaessa väärinymmärryksiä pyrittiin korjaamaan. Hoitajat käyttivät harvoin puolueettomien vaihtoehtojen esittämistä potilaalle (0,01 x10m). Hoitajat osoittivat potilaalle kiinnostuksensa kuuntelevalla palautteella (11,6 x10m); lyhyillä sanoilla, äänneillä, liikkeillä ja esittämällä puolueettomia vaihtoehtoja. **Asioiden yhteenvedoilla** (0,7 x10m) hoitaja saattoi vetää yhteen läpikäytyjä asioita useamman kerran ohjauksen aikana, jolloin potilaalla oli mahdollisuus koota ajatuksensa läpikäydyistä asioista. (Ks. kuvio 6.) Toisaalta yhteenvedo ohjasi keskustelun takaisin aiheeseen, jos se oli harhautunut muihin asioihin.



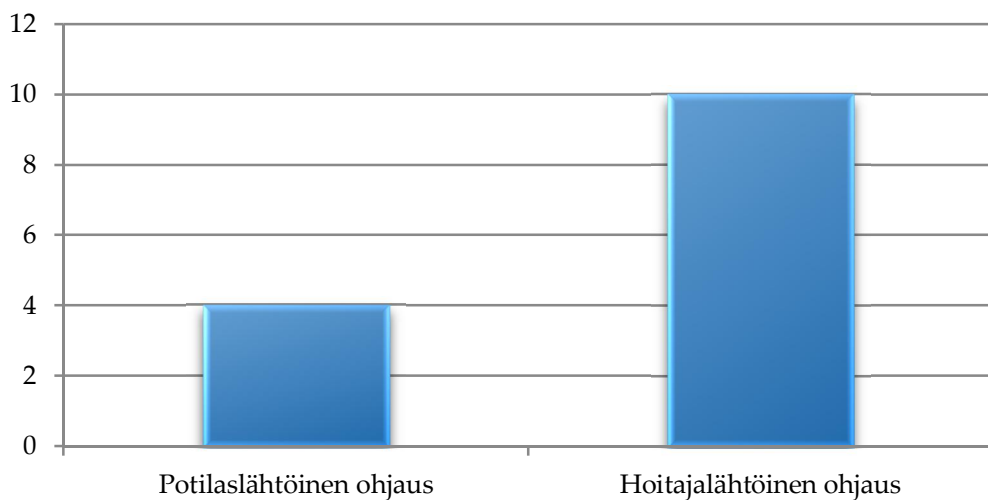
KUVIO 6. Hoitajien käyttämät keinot kunnioittaa potilaan osaamista ja asioiden yhteenvedo 10 minuutin aikana.

Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjausta ennen hoitajat huomioivat eri asioita. (Ks. kuvio 7.) Hoitajat (n=14) ottivat huomioon ohjauksen ajankohdan: oliko ohjaus ensi ohjaus vai kertausta (100 % hoitajista). Hoitajat selvittivät ohjauksessa tarvittavaa sisältöä suorilla kysymyksillä potilaan aikaisemmasta tiedosta. Hoitajat olivat varmistaneet paikan rauhallisuuden (100 %). Pienen potilashuoneen, 2 tai yhden hengen huoneen, potilas ohjattiin omassa huoneessa mutta isomman, neljän hengen, huoneen potilaan ohjaus tapahtui ohjaukseen erikseen tarkoitettussa paikassa. Hoitajat käyttivät ohjauksessa erilaisia ohjausmateriaaleja (78 %). Yleisin käytetty materiaali oli potilasopas. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että opas tulee potilaalle näin tutuksi. Lisäksi käytettiin osastolle valmiiksi luotua ohjauskirjaa. Osa hoitajista käytti kirjaa oman ohjauksen tukena. Hoitajilla (64 %) oli päässään valmiiksi luotu ohjausrunko, joka näkyi siinä, että hoitaja johdatteli keskustelua tietyn kaavan mukaan ja potilaan pyrkiessä puhumaan muusta asiasta hoitaja palasi suunnittelemaansa runkoon. Runko noudatti opaskirjasen runkoa.



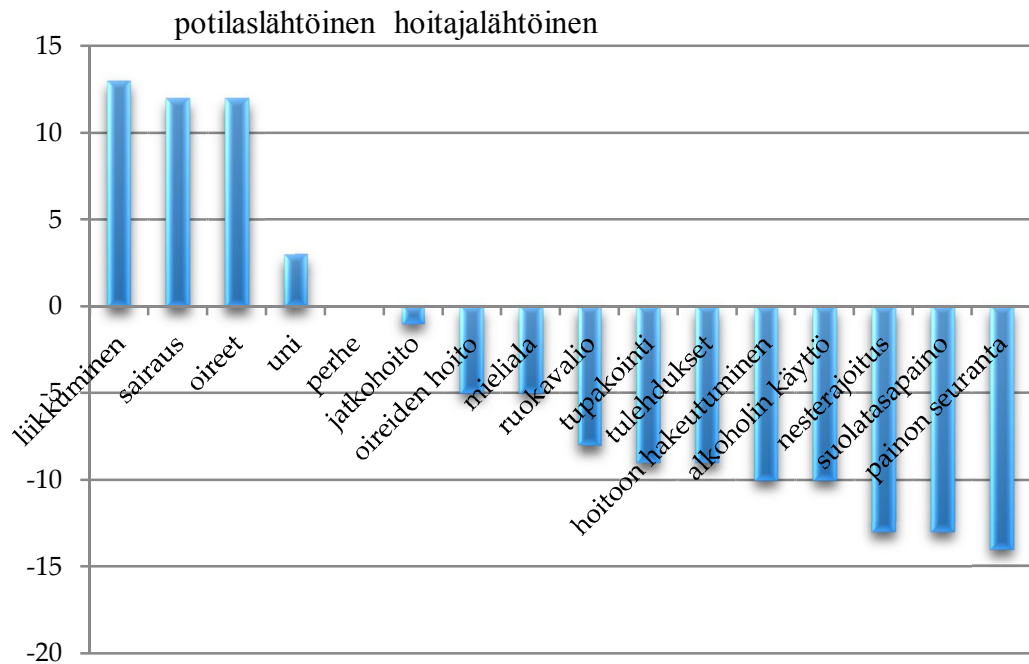
KUVIO 7. Potilasohjaukseen valmistautumisessa huomioitavat seikat prosentteina.

Sydämen vajaatoimintapotilaan potilasohjauksista (n =14) neljä (16,7 %) voitiin luokitella potilaslähtöisiksi. (Ks. kuvio 8.) Potilaslähtöiseksi ohjaus katsottiin, jos läpikäydyistä ohjausalueista yli 50 % oli potilaan ilmaisemasta tarpeesta tai hoitajan ja tutkijan huomioiman potilaan tarpeesta lähtöisin olevia. Yhteensä 160 ohjatusta havaintoyksiköstä 39 ohjausta oli potilaslähtöistä ja 13 havainnoijan ja ohjaajan mielestä potilas tarvitsi, vaikkei ilmaissut tarvetta. 108 havaintoyksikköä oli hoitajalähtöistä ohjausta. Potilaslähtöiseen tai hoitajalähtöiseen ohjaukseen ohjausalueittain ei ollut yhteydessä hoitajan ikä, työkokemus tai koulutuspaikka. Ohjausmenetelmään ei myöskään ollut yhteydessä ohjaukseen käytetty aika tai oliko ohjaus potilaalle ensi ohjaus vai omahoidon kertausta.



KUVIO 8. Potilas- ja hoitajalähtöisen ohjauksen vertailu.

Kuviossa 9 on kuvailtu hoitajien läpikäymien ohjausalueiden potilas- ja hoitajalähtöisyys. Sairaudesta (67 %, n=12 = otti puheeksi), oireista (67 %, n=12), liikkumisesta (69 %, n=13) ja unesta (67 %, n=3) hoitajat antoivat tietoa enemmän potilaan ilmaiseman tarpeen vuoksi kuin hoitajan oman arvion, tiedon tarpeellisuuden, vuoksi. Perheestä puhuttiin yhtä paljon sekä potilaan että hoitajan arvioiman tarpeen vuoksi. Hoitajan arvioiman potilaan tarpeen vuoksi ohjauksessa käytiin läpi oireiden hoito (60 %, n=5) hoitoon hakeutuminen (90 %, n=10), nesterajoitus (77 %, n=13), painon seuranta (71 %, n= 14), suolatasapaino (85 %, n=13), alkoholin käyttö (80 %, n=10), tupakointi (89 %, n=9), lepo (80 %, n=5), mieliala (80 %, n=5), ruokavalio (75 %, n=8), tulehdusten hoito (89 %, n=9) ja jatkohoito (10 %, n=1).



KUVIO 9. Potilas- ja hoitajalähtöisesti ohjatut ohjausalueet

8.3 Hoitajien kokemukset vajaatoimintapotilaan motivoivasta, voimaannuttavasta omahoidon ohjauksesta

Hoitajat kokivat, että voimaannuttavien menetelmien käyttö **ei ole tietoista**. Hoitajat eivät muistaneet mitä asioita koulutuksessa oli käyty läpi, eikä itseopiskelumateriaalia oltu hyödynnetty. Hoitajien taustalla oli aikaisemmin käyty vuorovaikutukseen liittyvät koulutukset. Kokemus ja kantapään kautta oppiminen koettiin menetelmän opettajaksi. Kun tutkija kävi läpi yksittäistä menetelmää hoitajan kanssa, alkoi muistiin tulla menetelmän sisältöä ja hoitajat huomasivat käyttäneensä kyseisiä menetelmiä. Menetelmät haluttiin tehdä enemmän tietoiseksi, jolloin hoitajat katsoivat siitä olevan enemmän hyötyä.

”Menetelmien käyttö- Ei tuo mitenkä tietoista ole. ”

”Jaahas. En nyt yhtäkkiä mä en kyllä nyt muista näitä oliko ne tästä. (voimaannuttavista keinoista) Joo, mutta näitähän ei ajattele koskaan, että tota tosissaankin kyllä ne varmaan löytyy sitten sieltä kuitenkin. (voimaannuttavista keinoista)”

”Onks me käyty näitä? (voimaannuttavia menetelmiä)..Nyt kun rupee kattoomaan, niin kyllä noin se varmaan oli justinsa.”

”Jännä, tää ei sit ollenkaan sit ole tietoista. Se on kyllä mielenkiintoista kuulla. (menetelmistä) kauhean vaikea niin ku ite näin mieltä, että mikä tämä oli ja tämä. Kauhean vaikea mieltä teoriana. Itselle tämä oli tällainen ohjaustapa. Mutta kylhän niin ku haluais kyllä ymmärtää sen että se olis tietoisemmaksi, tehdä tätä. Et siitä olis enemmän itselle hyötyä.”

”Varmaan tämän tyyppisestä ohjaamisesta niinku ihan mun mielestä ainakin sellainen hyvä keino käydä nää läpi.”

Ohjauksen **dialogisuus, vastavuoroinen keskustelu** auttoi potilaan mukaantuloa ohjaukseen, eikä hoitajalle tullut tunnetta, että hän kaataa kaiken tiedon potilaalle ja potilas kiltisti tottelisi. Ohjaus tuntui hoitajasta vain keskustelulta, **arkipäiväiseltä rupattelulta**. Hoitajat ovat saaneet potilailta palautetta hyvistä keskustelunaidoista. Avoin keskustelu koettiin helpommaksi muodoksi ohjata ja sillä hoitajat saivat selville potilaalta asioita joita oli hyvä käydä läpi. Avaimessa keskustelussa pohdittiin ratkaisuja potilaan mahdollisiin ongelmiin. Vuorovaikutuksen toivottiin olevan tasavertaista ja molemminpuolista. Arkipäiväisessä rupattelussa työkokemuksen katsottiin olevan eduksi, jolloin ohjausta

voitiin viedä läpi avoimella keskustelulla, potilaan tuntemuksia kuunnellen ja hoitaja pystyi antamaan potilaalle hänen tarvitsemansa tiedon.

”Ehkä toi oli hyvin semmoista niin kun dialogista puhumista, mutta tuli tosi kivasti potilas mukaan itse siihen tilanteeseen, että ei tullut mikään sellainen olo että minä nyt kaadan tästä sinun niskaasi tietoja, nyt sinä kuuntelet ja sen jälkeen sinä tottelet minua.”

”Avoimella keskustelulla ehkä hakikin sitä, että sit sieltä herää semmoisia uusia asioita jotka hänellä entuudestaan tietoa paljon on, niin onko siellä joku semmoinen tavallaan mikä niin kuin pysäyttää meidät molemmat sieltä löytyi just toi painon nousua, se oli hirveän hyvä mun mielestä.”

”Mä tykkään siitä ja mulle on tärkeätä, että potilas kokee olonsa siinä turvallisiksi ja saman vertaiseksi kuin minä elikkä me ollaan tasavertaisessa vuorovaikutuksessa .”

”Mut tällainen on ihanteellinen sä pääsit potilaan kanssa niin kuin tämmöiseen avoimeen keskusteluun ja pystyt niin kuin tavallaan sen ohjauksen myötä niin sitten johdatteleen ja sulla ei ole mitään runkoa kyllä se menee niin kuin luontevasti se.”

Hoitajien mielestä **potilaan taustojen** tietäminen vaikuttaa potilasohjaukseen. Hoitaja koki vaikeana ohjauksen aloituksen, jos potilaan taustoja ei tunnettu tarpeeksi hyvin ja ei tiedetty mitä potilas tarvitsee. Toisaalta hoitajilla oli mahdollisuus tulla tilanteeseen ”pöytä tyhjänä” ja mennä sen mukaan mitä potilas itsestään kertoo. Uuteen ohjaustilanteeseen tuloa vieraan potilaan kanssa helpotettiin intuitiolla, ohjaukseen heittäytymisellä potilaan ehdoilla. Potilaan aktiivisuus ohjauksessa auttoi, jos hoitaja ei potilasta aikaisemmin ollut hoitanut. Hoitajat kokivat, että potilaan taustojen tunteminen teki ohjaustilanteesta helpompaa ja potilaslähtöisempää. Potilaan vajaatoiminnan aiheuttajien tietäminen helpotti sairaudesta kertomista. Potilas suhtautuu hoitajaan luottamuksellisemmin, kun hoitaja on jossain vaiheessa potilasta hoitanut. Ohjaustilanne koetaan antoisammaksi ja positiivisemmaksi, jos potilas tunnetaan entuudestaan. Hoitajalla oli mahdollisuus motivoida potilasta omahoitoon kun molemmilla oli todellinen kuva potilaan tulovaiheen voinnista.

”Siinä mielessä ois helpompi ohjata semmoista potilasta, jota on niin kuin tuolla hoitanutkin, että tää oli sillei huono kun ei ihan tarkkaan tiennyt kaikkia taustoja. Kyllä se hirveen hyvin kerto itsestään ja siitä elämäntilanteestaan ja tuntuu siltä, että se suuri ongelma tällä hetkellä hänelle on enemmänkin se yksinäisyys ja yksinolo...”

”...niin kuin vaikea lähteä siihen sen takia, että kun ei tiennyt että mistä tavallaan aloittaa mitä se potilas tarvihtee”

”Ja sitten mähän en tuntenut tätä potilasta ennestään. Niin että me mentiin ihan siis siinä mielessäkin sillä intuitiolla sitten näitä asioita, että kohtaa toisen kunnioittavasti ja arvostavasti ja ymmärtävästi ja empaattisesti.”

Hoitajat pyrkivät selvittämään millaisia **valmiuksia** potilailla on hoitaa itseään, miten he hoitavat itseään kotona ja tuomaan käytännön esimerkkejä sairaalan painon, nesteiden ja verenpaineen seurannasta kotiin vietäviksi. Ohjauksessa pidettiin tärkeänä, että potilas ymmärsi asian, josta keskusteltiin. Hoitajat käyttivät **avoimia kysymyksiä** tiedustellakseen kuinka potilaat ymmärtävät tämänhetkisen tilanteensa ja sairautensa. Tämä auttoi selvittämään kuinka paljon potilas tiesi sairaudestaan, kuinka hän toimii kotiooloissa ja väriiden uskomusten oikaisun. Avoimet kysymykset koettiin järkevänä, jos potilaalla oli jo tietoa sairaudesta. Jos potilasta ei tunnettu hyvin entuudestaan, avoimien kysymysten avulla selvisi mitä potilas asiasta ajatteli ja kuinka toimi kotona. Hoitajat saivat selville potilaan tiedonpuutteita tarkentavilla kysymyksillä. **Tarkentavat kysymykset** auttoivat kohdentamaan ohjausta asioihin, joissa potilailla oli tiedollisia puutteita. Kysymykset edesauttavat potilaan oman ajattelun tukemista, jolloin potilaan omaa ajattelua ei johdateltu liikaa ja potilaalle ei annettu valmiita vaihtoehtoja. Hoitajat antoivat potilaalle aikaa kertoa omista asioistaan ja kysyä mieltään painavista asioista. Hoitajat pitivät **tauvoja** puheessaan, mikä mahdollisti potilaan puheenvuoron. **Positiivista palautetta** annettiin potilaalle asioista, jotka potilas hallitsi. Näin potilaalle ilmaistiin missä asioissa hän oli toiminut oikein. Positiivisen palautteen katsottiin kannustavan potilasta niissä omahoidon osa-alueissa, joissa hän oli hyvä. Positiivisen palautteen katsottiin vahvistavan potilaan itsetuntoa ja tukevan hänen ihmisarvoaan. Positiivinen palaute on kannustamista vaikeassa sairaudessa ja antaa potilaille toivoa ja sen katsottiin tulevan hoitajalta automaattisesti.

”Minusta se on tosi tärkeätä kannustaa potilasta itse hoitoon ja siihen että hänellä se itsetunto vahvistuu. Niin että ei se elämä tähän kaadu ja on arvokas ihmisenä edelleen. Ja tästä voidaan selvitä ja mennä eteenpäin ja sen kannustuksen kautta tavallaan antaa sitä toivoa.”

”Ja että just se, että antaa sen mahdollisuuden kysyä ja eikä niinkään lähde painottamaan sitä, että nää asiat on nyt pielessä ja nää sun nyt täytyy hoitaa.”

”Joo mulla on siis aina, tuo kun puhun jotakin niin sit mä jätän sen tauon sillei.”

”Tietysti sen mä tiedän että mä kyselen aina ja niin kuin mä en anna tavallaan kaikkia vaihtoehtoja.”

Potilaalle annettiin mahdollisuus kertoa mielessään olevista asioista, vaikka keskustelu ajautuikin pois sairauteen liittyvistä asioista. Hoitaja ei sivuuttanut potilaan ajatuksia vaan antoi hänen kertoa niistä ja palasi sitten aiemmin suunniteltuun aiheeseen. Hoitajan aktiivisella kuuntelulla saatiin selville mitä potilas sairaudestaan tietää. Potilaan aktiivinen osallistuminen johdatteli ohjauksen sisältöä, jolloin hoitajan ei tarvinnut miettiä mistä puhutaan vaan hän toimi pääsääntöisesti **aktiivisena kuuntelijana**. Hoitaja kuunteli potilaan kertomaa ja tarvittaessa **täydensi puhetta**. Hoitaja pyrki johdattelemaan potilaan ajattelua, jotta saisi potilaan aktivoitua miettimään vaihtoehtoa. Potilasta itseään pyrittiin myös vastuuttamaan ja herätellä omaa aktiivisuutta tiedon kyselyyn. Hoitajan pyrkimyksenä oli että potilas itse havaitsisi ohjauksessa läpikäytäviä asioita eikä käyttänyt valmista runkoa. Potilasta pyrittiin herättelemään aiheeseen menemällä asiaan vaihe vaiheelta, jotta potilaan oma ajattelu olisi ehtinyt käynnistyä ja hänet saataisiin pohtimaan omaa tilannettaan.

”Potilaan ajatusten huomioiminen sen mä huomioin niin että mä en sivuuttanut niitä sen että vaikka mä sitten palasin aina siihen, mutta me käytiin aina se minkä hän jonkun asian. Niin minä en sivuuttanut vaikka se ei nyt juuri olisi tähän mitä minä olin ajatellut vaikka se ei juuri tähän kuulunut vaan minä sitten vaan lähdin kuitenkin potilas lähtöisesti tästä.”

”Niin kyllä sieltä jo saa paljon irti ja tuli aika luonnostaan että hän rupesi ite kertomaan näistä hengenahdistuksista ja näistä, että se meni hyvin. Ei tarvinnut kauheesti edes miettiä, että mitä nyt seuraavaksi.”

*”Mä oikeastaan yritän jotenkin sitä enemmän nyt niin kuin potilasta että mitä se kertoo niin siihen niin kuin vastata ja sitten yritän niin kuin täydentää ja ker-
too sitten, että miten kanssa vois.”*

Asioiden yhteenveto auttoi palauttamaan ajatukset takaisin käsiteltävään aiheeseen jos ne olivat harhautuneet muualle. Kertauksella hoitajat myös testasivat potilaalle mieleen jääneitä asioita. Hoitajan tavoitteena oli saada myös potilas kertaamaan ja kokoamaan asiat.

”Mä varmaan sillä kertasin, kun se meni niin hajanaiseksi kun pompittiin että se kysy että tässä nyt oli nää. (useaan otteeseen kertasi ohjattuja asioita)”

”Niin vähän semmoista testausta, että onko hänellä, jäikö joku mieleen ja jääkö ne mieleen.”

”Sitten taas toisaalta kerrata asioita lyhyen ohjaustuokion aikana ja toisaalta sitten koota niitä ja saada hänet itsensäkin kokoamaan niitä.”

Ohjauksen tunnelma vaikutti hoitajan mielestä ohjaukseen. Ohjauksen aloitus koettiin ajoittain vaikeaksi ja aloitus saattoi vaikuttaa ohjauksen kulkuun ja valittuun tyyliin ohjata. Aloitusta pyrittiin keventämään eri keinoin esimerkiksi rupattelutyylisellä keskustelun avauksella. Vuorovaikutus koettiin helpoksi ja ohjaus luontevaksi. Potilaan aktiivisuus loi innostuneen tunnelman. Luottamuksellinen tunnelma mahdollisti aroistakin asioista kertomisen. Esimerkiksi potilas saattoi kertoa sairauteensa epäedullisesti vaikuttavista asioista hoitajalle ja hoitaja ”pienellä myönnytyksellä” mahdollisti tunnelman säilymisen, ilman että potilas koki syyllistävä tunnelmaa. Tunnelmasta voitiin rakentaa luottamuksellinen kuuntelemalla aidosti: olemalla potilaan lähellä, katsomalla silmiin ja avoimilla kysymyksillä. Ohjaus koettiin rikkonaiseksi, jos potilaan kanssa ei päästy kunnan keskusteluun. Myös ohjaukseen varattu **paikka** antoi potilaille mahdollisuuden puhua aroistakin asioista. Potilas saattoi muuttua aivan toisenlaiseksi päästyään juttelemaan hoitajan kanssa kahden kesken.

”Mielestäni aika luonnollisesti, et se menee jokkaisen potilaan kanssa ihan erilailla ja hänenkin kanssa meni nyt ihan hänen omalla laillansa, että riippuu kyllä miten se lähtee.”

”Kyllä nyt tuntuu siltä että sain miehen siihen mukaan. ...Vaikka alussa tuntui että se vei kauhean kauan ennen kuin pääsi siihen aiheeseen. Mutta se oli kauhean tärkeä hänelle.”

”No tämä meni aika sillä tavalla että minä puhuin ja hän kuunteli. Mutta ehkä hän ei nyt osannut, nyt kun ekan kerran ohjattiin, niin, siitä vielä niinku kysellä. Mutta minun mielestä se meni niinku ihan sujuvasti mutta niin ku. niillä taidoilla mitä mulla on.”

Potilaan **aikaisempi tieto ja taito hoitaa sairauttaan** vaikuttivat hoitajien antamaan ohjaukseen, sen tyyliin ja sisältöön. Potilaan aikaisemman tiedon kyselyn katsottiin kuuluvan ohjaukseen ja olevan luontevaa. Potilas saattoi kertoa hoitajalle tietävänsä sairaudesta mutta hoitajan siitä kysyessä potilas ei kuitenkaan osannut asiasta kertoa. Potilaan ikä ja hänen luonaan käyvä koti-apu vaikutti ohjaukseen ja kuinka tarkasti osa-alueita käytiin läpi. Potilaan ammatti vaikutti ohjausmenetelmään. Potilaan tiedonhalu ja hyvät vuorovaikutustaidot lisäsivät ohjauksen haasteellisuutta. Aktiivinen potilas ja potilaan aikaisempi tieto sairaudesta ja sen hoidosta helpotti ohjaustilannetta.

”Tällä miehellähän oli sinänsä selvästi tietoa, mutta se ei ehkä osannut sitä kuitenkaan kun mä kysyin niin kuin esim. ... kysyin mistä vois päätellä, että olis turvonnut, ...mutta ei osannu sitä siinä hetkessä kuitenkaan eritellä.”

”Toki se on ihan eri asia ois ollut jos tää olis ollut ihan uusi juttu, ihan tuore juttu niin mä olisin vähän erilailla lähtenyt...”

”Mä ihan tarkoituksella jätin noi oireet pois koska hänhän tiesi ne oireet.”

Usealla hoitajalla oli mielessään **valmis runko**, jota he olivat etukäteen suunnitelleet käyvänsä potilaan kanssa läpi. Ohjauksen sisältöä ohjasi muun muassa potilasopas tai ohjauskirjanen. Ohjauksen sisältöalueet valitsi usein hoitaja. Hoitajalla saattoi olla mielessään valmis runko, mutta sitä voitiin supistaa tai laajentaa potilaan tarpeen mukaan. Hoitajat kokivat, että potilaat sekoittivat suunniteltua ohjausrunkoa ”puheen rönsyilyllä”, mutta hoitajat pyrkivät palaamaan suunnittelemaansa ohjausrunkoon. ”Puheen rönsyilyn” koettiin haittaavan enemmän hoitajan ajattelua kuin potilaan. Valmiilla rungolla pyrittiin takaamaan potilaalle tiivis paketti sairaudesta. Hoitajat saattoivat myös valita ohjausrungon sen mukaan, mitä ohjaustilanne tuo tullessaan, eivätkä kokeneet yksittäisten asioiden poisjääntiä huonona, vaan kertoivat voivansa palata asiaan myöhemmin uudelleen. Hoitajat seurasivat potilaan mielenkiintoa aiheeseen ohjauksen aikana ja muuttivat aikaisempaa suunnitelmaansa, jos mielenkiinto kyseiseen aiheeseen näytti olevan loppumaisillaan.

”Ja sano sitä sitten, että nyt tuli semmoinen runko, että mitä tuleman pitää. Mitä odotettavissa, se oli tarkoituskin että se semmoinen... Läpivalasu.”

”No lähinnä nytten tän osastonoppaan mukaan. Mulle tuli vähän semmonen olo, että se oli ehkä hieman kun me mentiin tän oppaan mukaan”

”Tietysti mä katon mikä potilaalla on ja mikä on tärkeintä se mitä mä käyn läpi. Aika lailla kun on kiire, niin sä priorisoi ja katot ne tärkeimmät, mitä sun on käytävä.”

”No kyllä se nyt on (valmis runko), vajatoimintapotilaiden ohjauksessa. Se tietty kokonaisuus siellä mielessä, että nämä ne minimiit ja siitä voidaan sitten pursuilla niin paljon kuin tarvii.”

Hoitajat arvioivat **myös ohjauksen sisältöä määrää kautta**, kuinka paljon potilas on valmis omaksumaan. Omaksumiseen katsottiin vaikuttavan muun muassa potilaan muut stressitekijät. Liian suuri määrä ohjauksessa läpikäytäviä asioita saattoivat hoitajien mielestä säikäyttää potilaan. Myös iän katsottiin vaikuttavan ohjauksen sisällön määrään: vanhemmalle potilaalle, jolla on muistiongelmia, ohjauksen sisällöstä valittiin hoitajan mielestä potilaan pärjäämistä kotona tukevat osa-alueet. Potilailla saattoi olla myöskin hoitajien arvioimana asioita, joista potilas ei halunnut puhua.

”Sitten jos tässäkin tilanteessa kun hänellä on stressiä, niin ei hän omaksu kaikkea niin riittää varmaan ihan että nää ruokavalio tai mikä niin kuin vaikuttaa siihen. Mä ihan tarkoituksella jätin noi oireet pois koska hänhän tiesi ne oireet. Että rajattiin vaan sitten ajanpuutteen vuoksi.”

”Nyttten eka ohjaukselle, niin että ohjaus vielä sillä tavalla että ei tuu mitään niin kuin pelkoa ja paniikkia ja semmoista ähkyä, että voi kauhee miten paljon asioita. Että siinä on ihan sopiva potilaalle tavallaan aloittaa, ettei tule mitään kauheita.”

”Tietysti niihin sellaisiin asioihin yritän aina kauheen selkeästi tommoselle vanhukseksi jolla voi olla vähän huono kuulo ja ehkä pientä muistamattomuutta, että nyt ainakin sais ne semmoiset perusasiat mitä hän ite pystyy siellä kotona tekemään ja mihin pitää puuttua, mikä on se mistä saa apua.”

Hoitajat käyttivät ohjauksessaan erilaisia **apuvälineitä** esimerkiksi laminoitu ohjausopasta, sydämen kuvaa ja sisätautiliehteä. Hoitajat arvioivat apuvälineiden määrää kutakin ohjauksetta kohden. Aina apuvälineitä ei kuitenkaan hoitajan arvion mukaan tarvittu. Hoitajan mukaan potilaan nuori ikä vaikutti siihen, ettei ohjauksessa tarvittu apuvälineitä. Ohjauksen apuvälineitä hoitajat pitivät myös oman tietonsa tukena. Kansioista voitiin valita potilaalle sopivat osa-alueet, eikä koko kansiota käyty läpi. Hoitaja koki myöskin ettei apuvälineitä tarvittu koska hoitajalla itsellään tieto ohjattavista asioista oli jo päässään.

”Niin tota hän (pot alle 70v) ei ehkä samalla tavalla niin kuin hyödy siitä kuvallisesta materiaalista kun taas vanhemmalla ihmisellä saattaisi se kuva jäädä paremmin mieleen.”

” Joo ja kyllä sen samalla ite lukee, kun menee seuraavalle sivulle. Mä olin kattonut jo valmiiksi... Tää (potilasopas) on helpompi koska potilaalle jää myös tää, niin tavallaan tää jo valmiiksi tulkittu.”

”Mutta sit kun sulla on ne asiat on tuolla päässä sä et tarvi mitään oppaita.”

Ohjaukseen varatun **ajan** pituuden sopivuus vaihteli. Ohjaustilanteet, joita havainnoitiin, pyrittiin järjestämään niin että hoitajalla oli siihen mahdollisuus ja aikaa. Hoitajat kertoivat todellisuudessa ohjauksen tapahtuvan lyhyissä jaksoissa ja hoitotyön ohella. Lisää aikaa ohjaukseen toivottiin, jotta ohjaus olisi voitu tehdä mahdollisimman hyvin. Aika rajoittaa hoitajien mielestä potilaan omaa kertomaa elämästään ja keskittää ohjauksen sisällön sairaudesta kertomiseen. Hoitotoimien yhteydessä tapahtuvaa ohjausta hyödynnetään ja hyötyä lisää, jos kaksi samaa sairautta potevaa on samassa huoneessa ja asiasta viriää keskustelua. Kiireen vuoksi ohjausta karsitaan ja usein kotiutusvaiheessa pääällimmäiset asiat käydään läpi. Hoitajat myös arvioivat mihin aika ja omat voimavarat riittävät.

”Hyvin rauhallinen, meillä oli nyt hyvin sopivasti aikaa. Lyhyesti ja ytimekkäästi.”

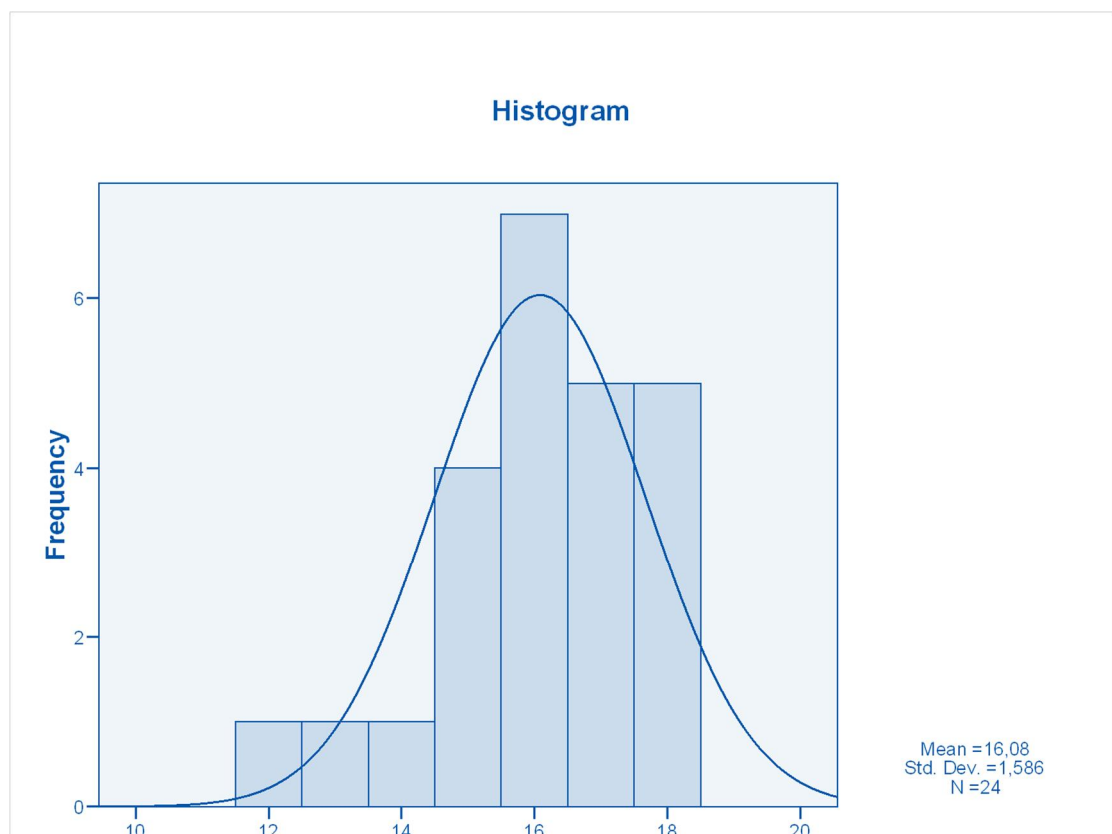
”Ei sitä valitettavasti vaan tuolla normaalista työvuorosta ihan tuohon malliin oo mahdollisuutta paneutua kaikkeen ohjaamiseen, että oiskin niin ois tosi hyvä mieli. Joo no siis normaali tilanteessa ois varmasti pitänyt niin rajoittaa sitä potilaan siitä muusta elämästä kertomista vähän enemmän ja keskittyä sit siihen niin kuin nimenomaan siihen sairauteen.”

”Et se on niin kun tänä päivänä ei kyllä tää on rajallista tää aika, niin kyllä se tää ohjaus on se minkä täällä jää vähän retuperälle, että kyllä se monena kertana niin, että kotiutusvaiheessa sää yrität käydä ne tärkeimmät asiat sitten.”

”Se on aina mietittävä, että mihin se aika ja kapasiteetti riittää.”

8.4 Hoitajien tiedolliset valmiudet vajaatoiminnan omahoidon periaatteista

Kysely sisälsi 20 kysymystä, joten kokonaispistemäärä oli 20/20 (100 %). Sairaanhoidtajien pisteiden keskiarvo sydämen vajaatoiminta tietouteen oli 16,1 (SD, ± 1.59) täydestä 20 pisteestä (Ks. kuvio 10.) Albertin ym. (2002) mukaan yli 87.5 % oikein vastannut katsottiin vajaatoimintaan ja ohjaukseen erikoistuneiden hoitajien tulokseksi ja tämän tutkimuksen hoitajista siihen pääsi 5 hoitajaa 24:stä. Hyväksi tulokseksi sydänpotilaisiin erikoistuneiden hoitajien vastaukseksi katsottiin 17 ja sen yli vastanneet hoitajat. Heitä tässä tutkimuksessa oli 10. Hoitajista 70,8 % vastasi keskiarvoa enemmän oikein kysymyksiin.



KUVIO 10. Hoitajien pisteet HF kyselyyn.

Hoitajat luokiteltiin kolmeen ikäryhmään: alle 30 -vuotiaat (1), 30–39 (2) ja yli 40 (3) -vuotiaat. Iällä ei ole merkittävää yhteyttä hoitajien tietoihin sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon periaatteista ($\chi^2 = 5,920$, $df = 6$, $p = 0,432$). Myöskään työkokemuksen pituudella ei ole yhteyttä hoitajien tietoihin ($\chi^2 = 5,380$, $df = 6$, $p = 0,496$). Koulutuksella, opistoasteen tai ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksella, ei ole merkittävää yhteyttä kysymysten vastauksiin ($\chi^2 = 3,467$, $df = 3$, $p=0.325$).

Yksittäisten tutkimuksen kysymysten oikeat vastaukset vaihtelivat 16,7 % - 100 % välillä. (Ks. taulukko 6.) Neljään kysymykseen vastasivat kaikki hoitajat oikein (100 %). Yli 90 % oikein vastattiin 11 kysymykseen. Alle 83,3 % kysymyksistä ja yli 40 % kysymyksistä vastattiin kahdeksaan oikein ja alle 45 % oikein vastattiin kolmeen kysymykseen oikein. Parhaiten (100 % oikein) vastattiin kysymykseen joissa kysyttiin nesterajoituksesta, liikunnasta tai väsymyksestä uutena oireena. Näiden lisäksi yli 90 % vastattiin oikein väittämään lääkityksen vaikutuksesta mahdolliseen sairauden huonontumiseen (95,8 %), mineraalisuolan käytöstä rajoituksetta (95,8 %), yöllisestä hengenahdistuksesta (95,8 %) tai lihasheikkoudesta (95,8 %) potilaan vajaatoiminnan pahentumisen oireena, painon nousuun reagoimiseen (91,7%) sekä kahteen kysymykseen potilaan oireista, yskiminen ja pahoinvointi sekä hengenahdistus (91,7%).

Kysymykseen mahan turpoamisesta oireena vastasi 83,3 % oikein samoin kuin NSAID-lääkkeiden suosimisesta sydämen vajaatoimintapotilaille. Kysymykseen valmisruokien käytöstä sisällöstä huolimatta 79,2 % vastasi oikein. Kahteen kysymykseen painosta, painon nousuun reagoimisesta 79,2 % vastasi oikein ja painon seuraamisesta 70,8 % vastasi hoitajista oikein. Hoitajista 54,2 % vastasi oikein kysymykseen ruokavaliorajoituksesta. Alle puolet hoitajista vastasi oikein kysymykseen tulisiko painoa verrata edellispäivän vai kuivapainoon (41,7 %), tulisiko potilaan kertoa ohimenevästä huimauksesta (41,7 %) tai matalasta verenpaineesta ilman oireita (16,7 %) lääkärille.

Kyselyn tuloksia verrattiin aitoon ohjaustilanteeseen, jossa hoitajat ohjasivat potilaita omahoidon periaatteista. Hoitajilla oli kyselyn mukaan puutteita tiedoissaan potilaan painon seuraamisesta [kysymykset nro 15 (41,7 % oikein), 14 (70,8 %) ja 17 (79,3 %)]. Hoitajat antoivat potilaalle itsehoito-ohjeita painon seurannasta vaikka heillä itsellään oli tiedollisia puutteita painon seurannassa ($\chi^2 = 5,600$, $df = 1$, $p = 0.07$, merkitsevyys suuntaa antava).

TAULUKKO 6. Oikeinvastanneiden hoitajien määrä kutakin kysymystä kohden.

Kysymys numero	Kysymyksen sisältö	f	Score (%)
Kysymykset, joihin vastattu >90% oikein			
1	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan tulisi nauttia runsaasti nesteitä joka päivä.	24	(100)
4	Sydämen vajaatoimintapotilaiden tulisi vähentää liikkumista ja useimpia liikuntamuotoja tulisi välttää	24	(100)
10	Jos potilas on janoinen, on oikein poistaa nesterajoitus ja sallia nesteen juominen	24	(100)
19	Väsymys uutena oireena tai aikaisemmasta pahentuneena.	24	(100)
7	Jos potilaat ottavat lääkkeensä ohjeiden mukaan ja noudattavat suositeltuja elintapamuutoksia, heidän sydämen vajaatoiminta tilansa ei uusiudu.	23	(95,8)
9	On oikein käyttää mineraalisuolaa (kaliumpohjaista suolan korviketta) ruuassa rajoituksetta	23	(95,8)
12	Jos potilas herää yöllä hengitysvaikeuksiin ja hengitysvaikeus helpottuu sängystä ylös nousemisella ja ympäriinsä liikkumisella, ei se tarkoita sydämen vajaatoiminnan pahentumista.	23	(95,8)
20	Jalkojen heikkous tai vähentynyt liikkumiskyky uutena oireena	23	(95,8)
3	Yskiminen ja pahoinvointi/ huono ruokahalu ovat edenneen sydämen vajaatoiminnan yleisiä oireita.	22	(91,7)
5	Jos potilaan paino nousee yli 2 kiloa 2 vuorokaudessa ilman muita vajaatoiminnan oireita, siitä ei tulisi olla huolissaan.	22	(91,7)
11	Kun potilas käyttää lisä-tyynyjä öisin helpottaakseen hengenahdistusta, ei se tarkoita sydämen vajaatoiminnan pahentumista.	22	(91,7)
Kysymykset, joihin vastattu < 83,3% > 45% oikein			
6	Mahan turpoaminen voi olla merkki vajaatoiminnan pahenemisesta johtuvasta nesteen kertymisestä.	20	(83,3)
8	Kun potilaalla on särkyjä ja kipuja, asperiiniä ja anti-inflammatorisia lääkkeitä (NSAID-lääkkeitä kuten Ibuprofenia) tulisi suositella	20	(83,3)
13	Valmisruuat, sisällöstä huolimatta, ovat hyväksyttävä ruokavaihtoehto osana potilaan ruokavaliota.	19	(79,2)
17	Painonnousu 2 kiloa viidessä päivässä ilman oireita.	19	(79,3)
14	Päivittäinen painonseuranta, jos oireet ovat poissa	17	(70,8)
2	Sydämen vajaatoimintapotilaalla ei ole rajoituksia ruokavaliossa, niin kauan kun suolaa ei lisätä ruokaan.	13	(54,2)
Kysymykset, joihin vastattu alle 45 % oikein			
15	Kun arvioidaan tämän päivän painoa, tulisi sitä verrata potilaan eiliseen painoon, eikä potilaan tavoite- tai kuivapainoon.	10	(41,7)
18	Huimaus tai pyöräytys ylösnousteissa, joka häviää 10-15 minuutissa.	10	(41,7)
16	Verenpaine tulos 80/56 ilman vajaatoimintaoireita.	4	(16,7)

8.5 Hoitajien kokemukset tiedollisista valmiuksistaan vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa

Hoitajat kokivat tiedolliset valmiuksiensa riittäviksi, jotta sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa voitiin keskustella omahoidon yleisistä linjauksista. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauskoulutukseen ei koettu tarvetta. Koettiin, että vanhuspotilaille potilasohjauksen tiedot olivat riittävämmät ja luontevammat kuin nuorille. Kuitenkin mietintää tiedon riittävydestä herätti kysymys, jos potilas olisikin kysynyt enemmän.

”Kyllä mä sillei koin, että kyllä tässä vajaatoiminnasta tietää sen verran paljon, että kyllä niin kuin pärjää siinä potilasohjauksessa.”

”Kyllähän se tieto tietysti on ja et miten mä pystyn niin kuin ohjaamaan sitä tilannetta. On mulla monen vuoden kokemus siitä. Tietysti jos potilas ois enemmän kysynyt, mut kun hänelläkin oli sitä tietoo niin ihan sitä perusasiaa.”

Hoitajat kokivat ohjauksen tiedollisella puolella myös haasteita. Koettiin, että mitä syvemmälle ohjauksessa mennään, sitä enemmän tiedoissa on puutteita. Hoitaja pohti kaiken tiedon tarpeellisuutta. Vaikka hoitajat kokivat tiedoissaan epävarmuutta, annettiin potilaalle ohjausta ja jälkeensä asia voitiin hoitajan mielestä tarkistaa. Jonkin verran potilaat kysyvät ”nippelitietoa”, joka hoitajan mukaan pitää tarkistaa lääkäriltä tai internetistä. Ohjausalueista, joihin hoitajat kokivat voivansa heikommin vastata, etsittiin tietoa ennen ohjaukseen menoa. Hoitajalla saattoi olla mielestään heikot tiedot vajaatoiminnasta, silti seuratun ohjauksen hän pystyi mielestään tekemään. Ohjauksen sisältöä rajoitettiin oman osaamisen mukaan. Hoitaja koki ohjauksessa myös epävarmuutta eikä voinut varmuudella sanoa menikö kaikki oikein. Yksittäiset ohjausalueet, mieliala, ruokavalio ja hoitoon hakeutuminen, koettiin myös hankalina. Hoitaja arvosteli tiedon tulvaa, jota eri osa-alueilta tänä päivänä on mahdollista saada.

”Mitä syvemmälle mennään tässä asiassa tai sydän asiassa niin se enemmän tulee haasteita.”

”Noin kun mä sitä mietin että olikohan tää justiin näin ja nopeesti se mielestäni ajattelin ja aattelin että no menen nyt näin ja sitten sen voi myöhemmin tarkistaa.”

”Ja kyllä nykyään potilaat kysyy paljon semmoista mitä ei tiää. Se on niin kuin pakko lähteä jostain ettiin tai kysyä lääkäriltä tai netistä tai . Ei se on just joku tämmöinen nippelitieto.”

”Se (milloin hakeudutaan hoitoon) on ehkä semmoinen harmaa alue, milloin sitten hakeudutaan. Et se on mulla ehkä semmoinen kehittämisen paikka.”

Hoitajien mielestä ohjausta tulisi tehdä, jotta siitä saa laadukasta. Ohjaus koulutus koettiin tärkeänä. Koettiin, että vaikka asiat osaa ei kertaus olisi pahitteeksi. Tiedon koettiin vanhenevan nopeasti. Moniammatillista yhteistyötä tiedon jakamiseen potilashoidossa toivottiin. Hoitajan hyvillä tiedoilla sydänterveyteen vaikuttavista elintavoista, koettiin olevan potilasohjauksessa hyötyä. Näin hoitaja kykeni antamaan syvällisempää tietoa potilaalle elinmuutoksista.

”Kyllä se on hyvä välissä käydä kertaamassa itekin näitä sairauksia ihan tiedollistakin ja tänä vuonna oonkin käynnyt nyt sitten oli muutama vuosi taukoo.”

”Kyllä mä sanon, että kyllä sitä tietoo pitää ihmisellä olla ja tieto vanhenee aika äkkiä ja sitten pyrin itekin. Että kyllä myös työntekijän täytyy saada sitä tietoa ihan kunnolla ja sillai henkilökohtaisesti siellä sai sitten fysioterapeutilta, ravitsemusterapeutilta ja alan asiantuntijoilta.”

”Niinkun sekin on sullei että sitä pitäis jatkuvasti tehdä, että se tatsi säilyy siinä.”

9 POHDINTA

9.1 Tulosten pohdintaa

Tämä opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tavoitteena oli kehittää sydänyksikön sairaanhoitajien valmiuksia sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa. Interventioon kuului hoitajille pidetty vajaatoimintakoulutus, jossa käsiteltiin voimaannuttavaa ohjausmenetelmää ja sydämen vajaatoimintaa. Lisäksi interventiossa seurattiin hoitajan käyttämiä, potilasta omahoitoon motivoivan, voimaannuttavan potilasohjauksen keinoja sekä kannustettiin niiden hyödyntämiseen potilasohjauksessa. Interventiossa arvioitiin sairaanhoitajien tiedollisia taitoja sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon periaatteissa sekä potilasohjaustilanteessa että kyselyllä. Intervention avulla saatiin selville, että hoitajat ovat kiinnostuneita potilaan voimaannuttavasta ohjauksesta, mutta toisaalta hoitajat kokevat sen toteuttamisessa esteitä. Hoitajien mielenkiinto potilasta omahoitoonsa motivoivaa, voimaannuttavaa ohjausta kohtaan saatiin herätettyä ja keinot tulivat hoitajille tietoisemmiksi. Hoitajien tietoja sydämen vajaatoiminnasta lisättiin, mutta vieläkin konkreettisempaan tietoon koettiin tarvetta.

Hoitajien ohjausmenetelmiä seurattiin havainnoimalla. Hoitajat käyttivät satunnaisesti voimaannuttavan potilasohjauksen eri keinoja. Ohjatessaan sydämen vajaatoimintapotilaita hoitajat käyttivät potilasta voimaannuttavan potilasohjauksen eri keinoja motivoidakseen potilasta sairauden omahoitoon. Hoitajat pyrkivät potilaan kanssa pääsääntöisesti **vastavuoroiseen keskusteluun**. Vastavuoroinen keskustelu on lähtökohta voimavarakeskeisyyteen (Kettunen ym. 2002; Tones 1998; Siitonen 1999). Vastavuoroisen keskustelun herättäjinä eniten käytetyt keinot olivat **puheen vuorottelu, avoimet kysymykset ja tauot puheen lomassa**, jotka antoivat potilaalle aikaa miettiä asiaa ja esittää kysymyksiä. Kyseisillä menetelmillä voidaan potilaan voimavaroja omahoidossa lisätä (Kettunen 2001, 33–91; Turku 2007, 50–51). Hoitajat kuvasivat ohjausta usein sanoilla ”rento rupattelu”, avoin keskustelu, joka oli tasavertaista potilaan kanssa ja tunnelmasta pyrittiin tekemään avoin ja rento sekä potilaan intimiteettiä suojelevaksi. Hoitaja aloitti jo ohjauspaikalle kävel-

lessä tunnelman rakentamisen. Kettusen (2001, 9) ja Turku (2007, 22) mukaan avoimella ilmapiirillä ja tasavertaisella keskustelulla voidaan potilaan voimavaroja lisätä oman elämänsä päätöksentekijänä.

Mentorointi keskustelussa hoitajat kertoivat pitävänsä tärkeänä asiana potilaan taustoja, jotka vaikuttivat ohjauksen tyyliin ja sisältöön. Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksen mukaan hoitajien ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan taustat mutta tätä tietoa ei osata hyödyntää potilasohjauksessa. Hoitaja aloitti keskustelun peilaten **potilaan taustoihin ja osoittivat näin kuunnelleensa (potilaan huomiointi)** potilasta ja olevansa asiasta kiinnostunut. Kyngäs ym. (2007,47) ja Isolan ym. (2007) mukaan, potilaiden erilaiset taustat auttavat kohdentamaan ohjauksen juuri tälle potilaalle sopivaksi. Ohjaukselle tavoitteen loi hoitaja. Hoitajalla oli ”päässään” sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaukseen sisältyvät ohjausalueet, joista hoitaja valitsi ohjattavat alueet. Tulosten perusteella potilasohjaus todettiin pääsääntöisesti hoitajalähtöiseksi. Hoitajalähtöisyys näkyi hoitajan päätöksenä potilasohjauksen aihealueista. Ohjauksen sisältöä kokenut hoitaja muutti ohjauksen aikana potilaan tarpeen mukaan. Tätä tukevat myös Kääriäisen ym. (2006) tutkimus, jonka mukaan hoitajien ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan taustat, mutta tätä tietoa ei osata hyödyntää potilasohjauksessa.

Potilaan ja hoitajan samanlainen näkemys potilaan tiedontarpeesta lisää potilaan saaman uuden tiedon hyödynnettävyyttä omahoidossa (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Potilaan aikaisemmalla tiedolla oli hoitajien mukaan sekä hoitajalle haastetta lisääviä että kannustavia vaikutuksia. Kysyäkseen potilaan tietoja sairaudesta ja sen oireista, hoitajat käyttivät usein **avoimia kysymyksiä**. Uuden tiedon liittämistä potilaan elämään hoitajat tukivat muun muassa **tarkennuskysymyksillä**, jotka auttoivat kohdentamaan keskustelua potilaalle vieraisiin aihealueisiin. Vaikka potilaalla on tietoa sairaudestaan, ei hän välttämättä osaa sitä hyödyntää omahoitoonsa ja toisinpäin (Riegel ym. 2006).

Hoitajat osoittivat potilaille olevansa kiinnostuneita heidän kertomastaan **kuuntelevalla palautteella**, ääniteillä, eleillä ja lyhyillä sanoilla. Hoitajat kertoivat saavansa, potilaan aktiivisella kuuntelulla, selville potilaan mieltä painavia asioita ja potilaan kertoma saattoi johdatella ohjauksen sisältöä. Aina potilaan

viesteihin ei kyetty vastaamaan. Ohjaustilanteissa havainnoija huomasi potilaiden puheissa vinkin, josta he haluaisivat puhua, mutta hoitajat ohittivat potilaiden viestit eikä asiaa käsitelty. Potilaan viestien huomaamattomuutta arvioi myös Kettunen (2001) tapahtuvan hoitajan ja potilaan välisessä kommunikoinnissa. Mentorointikeskustelussa ilmeni, että joko hoitajat eivät olleet viestejä huomanneet tai ohittivat sen koska aihe oli heistä vaikea. Yksi näistä liittyi potilaan mielenterveyteen. Jeon ym. (2010) mukaan sydämen vajaatoimintapotilailla mielenterveyteen vaikuttaa monet eri tekijät ja toisen tuki ja asiasta puhuminen auttavat potilasta. Vastaavanlaista toimintatapaa ”voimattomuutta” hoitaja voi kokea muutosvastarinnan ilmaantuessa, jolloin asiantiedon kertomisella huuhdotaan pois hoitajalle vaikea tilanne (Turku 2007, 55–84.) kuten tässäkin tutkimuksessa kävi.

Voimaannuttavan menetelmän käyttö menetti merkityksensä potilasohjauksessa, koska hoitajilla oli mielessään valmis ohjausrunko, jonka mukaan ohjaus eteni. Vain muutama hoitaja muutti ohjausrunkoaan potilaan tarpeiden mukaan. Ohjaukselle tavoitteen määritteli hoitaja kun taas Kyngäksen ym. (2007,32) mukaan potilas tulisi ottaa mukaan ohjauksen tavoitetta määritettäessä, jotta sen saavuttamiselle olisi realistiset mahdollisuudet. Toisaalta, on tilanteita, jolloin hoitaja asiantuntijana tietää mitä potilaan tulisi tietää (Routasalo ym. 2009), mutta potilas tietää mitä tietoa hän arjessaan tarvitsee ja tulee käyttämään. Havainnoituissa ohjaustilanteissa ohjausalueet, eli rungon ohjaukselle oli pääosin valinnut hoitaja (105 ohjausta aluetta 160:stä). Ohjauksen aihealueet tulisi määrittellä potilaan ja sairauden vaiheen mukaan (Kähkönen 2009; Turku 2007, 18–19). Ohjattavia aihe-alueita oli keskimäärin 11,5 ohjauskertaa kohden. Hoitajat itse arvioivat liiallisen tiedon määrän akuutisti sairastuneelle, jolla useita stressitekijöitä, olevan turhaa ja haittaavan uuden tiedon omaksumista. Hoitajat kertoivat mentorointikeskustelussa ohjattavien **asioiden yhteenvedon** auttavan läpikäytyjen asioiden mieleen jäämistä, asioiden kertaamista ja potilaan tiedon reflektoinnista, mutta ohjaustilanteissa vain muutama hoitaja kertasi tai veti yhteen ohjauksessa käydyt asiat.

Hoitajat eivät tunnistanneet motivoivan, voimaannuttavan potilasohjauksen eri menetelmiä niitä kysyttäessä, mutta havainnoinnin tuloksen nähtyään he yllättyivät siitä, kuinka paljon eri menetelmiä he käyttivät, tiedostamattaan. Mento-

rointikeskustelussa hoitajat eivät hahmottaneet voimaannuttavan ohjauksen eri keinoja. Avoimet kysymykset ja puheen tauot olivat hoitajille sanoina tutut voimaannuttavan potilasohjauksen keinot. Keinojen nimet olivat heille vieraat, mutta keskusteluissa niiden sisältö avautui myös hoitajille.

Hoitajien antaman potilasohjauksen tulisi perustua tutkittuun tietoon. Tämän kyselyn mukaan hoitajilla oli hyvät tiedolliset valmiudet ohjata potilasta rajoittamaan nesteiden käyttöä, jota tukevat myös Albertin ym. (2002), Lambrinou & Kalogirou (2011) ja Delaney (2010) tutkimukset. Liikunnalla on merkitys sydämen vajaatoimintapotilaan elämään (Hwang & Marwick 2009; Piepoli ym. 2011). Hoitajilla on tietoa liikkumisen tärkeydestä sydämen vajaatoimintapotilaalle ja tätä tukee myös Albertin ym. (2002) ja Delaney ym. (2010) tutkimukset. Kuten tässäkin tutkimuksessa myös aikaisempien tutkimusten mukaan (Albertin ym. (2002), Lambrinou & Kalogirou (2011) ja Delaney (2010)) hoitajilla on tietoa (>85 %) potilaan lääkkeiden oton vaikutuksesta. Kyselyyn osallistuneilla hoitajilla oli enemmän tietoutta mineraalisuolan (kalium -pohjaisen suolan) käyttörajoituksesta vajaatoimintapotilaille (95.8 %) kuin Albertin ym. (2002) (52.3 %) tai Delaney ym. (2010) kyselyyn osallistuneilla hoitajilla (69.1 %).

Cameron, Worrall-Carter, Page ja Stewart (2009) mukaan myös kokeneilta vajaatoimintapotilailta puuttui luottamus omaan oireiden seurantaan ja hallintaan, minkä vuoksi oli hyvä, että tämän tutkimuksen hoitajilla oli hyvät tiedolliset valmiudet potilaan oireista, kuten väsymyksestä uutena oireena tai aikaisemmasta pahentuneena, jalkojen heikkoudesta tai vähentyneen liikkumiskyvyn ilmaantumisesta uutena oireena (Albertin ym. (2002); Lambrinou & Kalogirou (2011); Delaney (2010)) ja hengenahdistuksen liittymisestä vajaatoiminnan pahenemiseen (Albertin ym. (2002); Delaney ym. (2010)).

Hoitajilla oli vajavaiset tiedot potilaan päivittäisen painon vertaamisesta kuivapainoon (41,7 %) eikä edellisen päivän painoon ja tätä tukee myös Albertin ym. (2002), Lambrinou & Kalogirou (2011) ja Delaney (2010) tutkimukset. Lisäksi muutamalla hoitajalla oli puutteita kahdessa muussa painonseurantaa koskevassa kysymyksessä. Hoitajat, joilla oli painon seurantakysymyksissä virheitä, antoivat painon seurannasta ohjausta potilaille. Tämä herättää kysymyksen

mihin potilaat päivittäistä painoaan vertaavat ja tietävätkö potilaat mihin kahden kilon painonnousua tulisi verrata, jolloin potilaita kehoitetaan ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon. Tutkimuksen tuloksen tarkastelun yhteydessä verrattiin hoitajille annettua koulutusta ennen kyselyn tekemistä ja huomattiin koulutuksesta puuttuneen tarkka painon seurannan ohjeistus siitä, mihin painoa tulisi verrata. Seuraavaa koulutusta suunniteltaessa tulisikin kyseinen asia ottaa huomioon. Hoitajilla oli epävarmuutta tulisiko potilaan oireettomasta verenpaineesta 80/56 tai ohimenevästä huimauksesta ja pyöräytyksestä kertoa lääkärille. Samanlaisiin vastauksiin ovat päätyneet myöskin Albertin ym. (2002), Lambrinou & Kalogirou (2011) ja Delaney (2010) kyselyyn osallistuneet hoitajat. Sydämen vajaatoiminnan käypähoitosuosituksessa, toisin kun AHA:n suosituksessa, ei suoraan sanota millainen verenpaine on sydämen vajaatoimintapotilaille vielä sallittu taso. Suosituksessa kardiogeenisen sokin vaarana alarajana pidetään systolista 90- rajaa (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008), joka saattoi vaikuttaa hoitajien antamaan vastaukseen. Lisäksi kysymykseen vajaatoimintapotilaan ruokavaliosta hieman vajaa puolet oli sitä mieltä, että vajaatoimintapotilaalle riittää ruokavaliorajoituksena suolan saannin rajoittaminen. Vaikka kirjallisuuden mukaan suurin yksittäinen sairaus, joka aiheuttaa vajaatoimintaa on sepelvaltimotauti, jossa ruokavalio-ohjauksella on iso merkitys. (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008)

Mentorointikeskustelun mukaan hoitajilla oli hyvät perustiedot, mutta hoitajat epäilivät tietojaan potilaan kysyessä asioista syvempää tietoa. Hoitajat kokivat tietojensa olevan riittävät potilaan perusohjauksessa, mutta epäroivät tietojensa riittävän potilaan kysyessä tarkempia tietoja. Hoitajan epäillessä tietojaan saattoi hän selvittää asian ennen ohjausta tai antaa ohjauksen ja tarkistaa asian jälkikäteen. Ohjauksen sisältöä rajoitettiin oman osaamisen mukaan, mikä näkyi myös havainnoinneissa. Yksittäiset ohjausalueet; mieliala, ruokavalio ja hoitoon hakeutuminen, koettiin hankaliksi. Ohjaus koettiin tärkeäksi ja sen laadun koettiin paranevan ohjauskertojen myötä. Tätä tukee myös Kääriäisen ym. (2006) tutkimus, jonka mukaan hoitajan taidot omahoidon sitouttamiseen lisääntyvät ohjauskertojen myötä. Ohjauskoulutus koettiin tärkeänä, koska tieto vanhenee nopeaan ja katsottiin, ettei kertauksesta ollut haittaa.

9.2 Pohdinnan yhteenveto

Interventio herätteli hoitajia miettimään omaa ohjaustyyliään. Koulutuksessa katsottu video herätti keskustelua ja hoitajat huomioivat eri keinoja potilaan puheen herättelyyn. Itseopiskelumateriaalin läpikäynti suullisesti, vuoropuheluna tiimipäivillä, havainnollisti hoitajien mielestä eri voimaannuttavien keinojen merkitystä. Voimaannuttavasta potilasohjauksesta oltiin kiinnostuneita ja sen käyttöönotto osastolla mietittiin mahdolliseksi. Hoitajat eivät kuitenkaan tunnistaneet motivoivan, voimaannuttavan potilasohjauksen eri menetelmiä niitä kysyttäessä, mutta havainnoinnin tuloksen nähtyään yllättyivät kuinka paljon eri menetelmiä he käyttivät, tiedostamatta. Hoitajat eivät olleet hyödyntäneet itseopiskelumateriaalia. Hoitajat ottivat potilasohjauksessa huomioon ohjauksen ajankohdan ja paikan sekä käyttivät ohjauksessa ohjausmateriaaleja, jotka toimivat visuaalisina esimerkkeinä potilaalle ja ohjauksen runkona ja tiedonlähteenä hoitajalle. Hoitajat pyrkivät ottamaan huomioon potilaan taustat ja aikaisemmat tiedot ja taidot omahoidossa potilasohjauksessa. Ohjaukselle tavoitteen asetti hoitaja. Hoitajalla oli ”päässään” sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaukseen sisältyvät ohjausalueet, joista hoitaja valitsi ohjattavat alueet. Kokenut hoitaja muutti ohjauksen sisältöä ohjauksen aikana potilaan tarpeen mukaan. Potilasohjaus oli pääsääntöisesti hoitajalähtöistä.

Intervention mentorointikeskustelussa todettiin koulutuksessa olevan puutteita, jotta hoitajat olisivat saaneet uutta, syvempää tietoa potilaan omahoidon ohjauksessa. Tieto sydämen vajaatoiminnasta auttoi uusia sairaanhoitajia ymmärtämään mikä sydämen vajaatoiminta on sairautena. Potilasta motivoivan voimaannuttavien keinojen koulutuksessa, ensimmäisen toteutus ei onnistunut äänentoiston puuttuessa. Lisäksi materiaali käytiin läpi liian nopeasti, jolloin hoitajien välinen keskustelu jäi vähäiseksi. Intervention aikana hoitajien kommentit menetelmän mielenkiintoisuudesta ja käyttökelpoisuudesta rohkaisivat kehittämistyöntekijää työnsä tekemisessä. Hoitajilla on kehittämistyön mukaan voimaannuttavia elementtejä työssään ja niitä tukemalla voitaisiin potilaan omahoidon ohjauksessa päästä enemmän potilaslähtöiseen ohjaukseen ja potilasta motivoida omahoidossaan.

Tietokyselyyn (Albert ym. 2002) vastanneista hoitajista kymmenen saavutti sydänpotilaisiin erikoistuneelle sairaanhoitajalle asetetun hyvän rajan. Hoitajalla tulee olla hyvät tiedot, jotta potilas saa tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa. Hoitajat itse kokivat tiedolliset valmiutensa hyviksi potilaan perusohjaukseen, mutta asioiden syvällisempään ohjaukseen kokivat he epävarmuutta.

9.3 Intervention luotettavuuden arviointi

Tutkijan ohjaustilanteiden seuraamisen vaikutuksista itse potilasohjaukseen saattoi olla vaikutusta. Hoitajat sanoivatkin jälkeinpäin, että he aluksi jännittivät havainnoijaa, mutta unohtivat hänet pian. Samaa kommentoivat potilaat. Ohjaustilanteet olivat nopeatempoisia ja havainnoija joutui olemaan tarkkana saadakseen kaikki havainnointiyksiköt kirjattua. Tähän auttoi muun muassa esitestaus, katseen pitäminen paperissa ja kirjaamisessa sekä ohjauksen tarkka kuuntelu. Lisäksi havainnoija perehtyi menetelmään mahdollisimman hyvin kyetäkseen erottamaan ja muistamaan eri menetelmät. Havainnoija itse on kouluttautunut sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon viime vuoden aikana vankistaakseen omaa tietoaan.

Kyselylomakkeessa huomattiin jälkikäteen olevan eri viitearvoja esimerkiksi verenpaineelle kuin mitä meillä Euroopassa on käytössä, joka saattoi aiheuttaa virheellisiä vastauksia. Kun eri viitearvon sisältävä kysymys poistettiin ja vastauksia verrattiin aikaisempiin tuloksiin, ei vajaatoimintaan erikoistuneen sairaanhoitajan ihannetulosten määrä muuttunut. Sen sijaan sydänsairauksiin erikoistuneen sairaanhoitajan vastausten ihannerajan ylitti aikaisemman 10 lisäksi viisi hoitajaa. Kokonais-prosentti oikeista vastauksista lisääntyi 2 %. Kyselyssä saatiin paremmat oikeinvastatut tulokset kuin mitä aikaisemmissa tutkimuksissa oli saatu. Mentorointikeskustelun tutkija huomasi kehittyvät hoitajaa kannustavampaan ja enemmän hoitajalle puheenvuoroja antavaan suuntaan keskustelujen edetessä. Mentoroinnin kyvyt olisivat saattaneet tuoda syvempiä keskusteluja edesauttaa menetelmä taitojen kehittämistä ja käyttöä, jos mentoroinnin kyvyt voimaannuttaa hoitajia olisivat olleet käytössä pidempään. Lisäksi mietintää aiheuttaa vaikuttiko osallistujien tunteminen palautteen

antamiseen. Toisaalta palautteesta pyrittiin tekemään rakentava ja hoitajan omaa ajattelua lisäävä.

9.4 Kehittämisehdotukset

Tämän kehittämishankkeen pohjalta päädyttiin seuraaviin kehittämisehdotuksiin:

1. Hoitajilla oli potilasohjauksessa **käytössään** potilasta **motivoivia voimaannuttavan potilasohjauksen eri keinoja**, mutta pääsääntöisesti tiedostamattaan. **Voimaannuttavia keinoja tukemalla, koulutuksin ja materiaalein**, voitaisiin potilaslähtöistä omahoidon ohjausta kehittää. Koulutuksissa menetelmän havainnointi onnistunee parhaiten käyttämällä potilasesimerkkejä esimerkiksi näyttelemällä. Tätä vahvistaa hoitajien palaute tiimipäivillä, kun voimaannuttavia menetelmiä havainnollistettiin itseopiskelumateriaalin läpikäynnillä vuoropuheluna. Lisäksi, voimaannuttavan ohjausmenetelmän eri keinoista voitaisiin luoda **minimikriteerit**, kuten tiedostakin on luotu.
2. Opinnäytetyössä tuli **esille hoitajien syvällisen sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon tiedon tarve** ja seuraavia sydämen vajaatoiminta **koulutuksia** suunniteltaessa tulisikin sisältö kohdistaa käytännön konkreettisiin tietoihin esimerkiksi käyttämällä **potilastapauksia** esimerkkeinä. Syvällisempi tieto omahoidon ohjausalueista tukee myös muiden sydänpotilasryhmien ohjausta. Kun kaikkien tieto saadaan vankalle pohjalle, voi kukin persoonansa mukaan kehittää ohjaustyyliään.
3. **Mentorointikeskustelun kehittämisellä** voitaisiin ohjauksen laadun kehittämistä tukea jatkossakin. Mentorointi keskustelussa moni hoitaja oli tyytyväinen saadessaan konkreettista palautetta omasta työstään. Mentorointikeskustelussa kahdensuuntainen palaute on mahdollista, jolloin mentoroijan oma osaaminen kehittyy.

4. Potilaita tulisi pystyä sitouttamaan omahoitoonsa paremmin. Tätä voitaisiin tukea esimerkiksi hoitajan ja potilaan yhdessä suunnittelemalla tavoitteella ja ohjauksen jatkosuunnitelmalla. **Tavoite, suunnitelma ja toteutus kirjattaisiin paperille, jonka myös potilas saa itselleen.** Tämä voisi auttaa potilaan sitouttamisessa ja vastuuttamisessa omahoitoonsa myös sairaalajakson jälkeen. Kirjaaminen voisi aluksi olla manuaalista ja kehityksen myötä myös sähköinen.

5. **Ohjausmateriaali** tulisi saattaa sellaiseen muotoon, että se sisältäisi potilaan omaa ajattelua stimuloivia kuvia ja/tai kirjoitusta, ei valmiita ohjeita. Ohjeissa voisi olla mahdollisuus tiedustella potilaalta, mitä hän ajattelee sairaudestaan ja kotona pärjäämisestään. Lisäksi materiaalissa voisi olla käydyn asian kokooma sivu, jossa potilaalle annetaan mahdollisuus tehdä synteesiä uuden ja vanhan tiedon välille. Ja lopuksi suunnitelma kuinka sairauden omahoidossa edetään ja mitkä ovat potilaan vastuut kun hän kotiutuu. Toisaalta hoitajat tarvitsivat ohjauksen tueksi runkoa, joka kannattanee säästää, jotta ohjausta ei koeta liian ylivoimaiseksi, jos tiedoissa koetaan epävarmuutta.

LÄHTEET

- Absetz, P. 2011. Motivoiva, voimaannuttava työtapa omahoidon tukemisessa. Luento: Aktiivinen potilas, riesa vai voimavara vastaanotolla? Kuopio 6.9.2011 www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=33157&GUID
- Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin potilaan elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1, 8-12.
- Alasoini, T. 2006. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. Kehittämistyön risteyskohti. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Albert, N., Collier, S., Sumodi, V., Wilkinson, S., Hammel, J., Vopat, L. & Willis, C. 2002. Nurses' knowledge of heart failure education principles. *Heart & Lung* 31 (2), 102-112.
- Alkoholiongelmaisen suositus 2011. Käypä hoito. Viitattu 27.4.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>
- Alvelos, M., Ferreira, A., Bettencourt, P., Serrao, P., Pestana, M., Querqueira-Gomes, M. & Soares-Da-Silva, P. 2004. *European journal of heart failure* 6 (5), 536-542.
- Appel, L., Dunbar, S., Grady, K., Gurvitz, M., Havranek, E., Lee, C., Lindendorf, J.A., Peterson, P., Pressler, S., Schocken, D. & Whellan, D. 2009. State of Science. Promoting self-care with heart failure. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 120,1141-1163.
- Artinian, N.T., Magnan, M., Sloan, M. & Lange, M.P. 2002. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & lung* 31 (3), 161-172.
- Arvinen, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Pro-Gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Aukrust, P., Gullestad, L., Ueland, T., Damås, J.K. ja Yndestad, A. 2005. Inflammatory and anti-inflammatory cytokines in chronic heart failure: potential therapeutic implications. *Annals of medicine* 37 (2), 74-85.
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Berben, L., Bogert, L., Leventhal, M.E., Fridlund, B., Jaarsma, T., Norekvål, T.M., Smith, K., Strömberg, A., Thompson, D.R. & De Geest, S. 2010. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. *European Journal of cardiovascular nursing* 9 (1), 14-21.
- Berezuik, S. 2010. Mentoring in emergency care: 'growing our own'. *Emergency nurse* 18 (7), 12-15.

Bowling, A. 2003. Teoksessa: Rantanen, A. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän omaistensa terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Brodie, DA & Inoue, A. 2005. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of advanced nursing* 50 (5), 518-27.

Butterworth, S. 2008. Influencing patient adherence to treatment guidelines. *Journal of managed care pharmacy* 14 (6), 21-25.

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K. & Stewart, S. 2010. Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9(2), 92-100.

Carlson, B., Riegel, B. & Moser, DK. 2001. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & lung* 30 (5), 351-359.

Colten, HR. & Altevogt, BM. 2006. Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem. Washington, DC. Viitattu 14.1.2011.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19960/>

Delaney, C., Apostolidis, B., Lachapelle, L. & Fortinsky, R. 2010. Home care nurses knowledge of evidence- based education topics for management of heart failure. *Heart & Lung* 2011: 40 (4) 285- 292

DiFranza, JR. & Wellman, RJ. 2007. Sensitization to nicotine: how the animal literature might inform future human research. *Nicotine & tobacco research: official journal of the society for research on nicotine and tobacco* 9 (1), 9-20.

Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. European Society of Cardiology.

Evangelista, LS., Dracup, K. & Doering LV. 2000. Treatment-seeking delays in heart failure patients. *The Journal of heart and lung transplantation* 19 (10), 932-938.

Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K. & Da Silva, M. 2009. Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European journal of cardiovascular nursing* 8 (1), 30-37.

Gallagher, R. 2010. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *European journal of cardiovascular nursing* 9, 153-160.

Harjola, V-P. & Remes, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia ja etiologia. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K.(toim). Kardiologia. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Heart failure society of America. 2006. HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. Journal of cardiovascular failure 12, 1-2.

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. Siinä tutkija missä toimija. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Hodges, B. 2009. Factors that can influence mentorship relationships. Paeditric nursing 21 (6), 32-35.

Hwang, R. & Marwick, T. 2009. Efficacy of home-based exercise programmes for people with chronic heart failure: a meta-analysis. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation 16 (5), 527-535.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. läkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 19 (2), 51-62.

Jaarsma, T., Tan, F., Bos, R.J. & van Veldhuisen, D.J. 2004. Heart failure clinics in the Netherlands in 2003. European Journal of Cardiovascular Nursing 3 (4), 271-274.

Jennings, C.S., Turner, E., Mead, A., Jones, J. & Collier, T. 2010. Do couples attending a hospital based multidisciplinary cardiovascular prevention and rehabilitation programme share the same lifestyle habits? Do they change together? European Journal of Cardiovascular Nursing 10, 40

Jeon, YH., Kraus, SG., Jowsey, T. & Glasgow, NJ. 2010. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research 10 (10), 77. Viitattu 18.6.2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851714/?tool=pubmed>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

KarPo. 2010. KarPo-hankkeen vierailut perusterveydenhuoltoon- raportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Syksy 2010.

Kenchiah, S., Gaziano, JM. & Vasan, RS: 2004. Impact of obesity on the risk of heart failure and survival after the onset of heart failure. Medical Clin North America 88, 1273-1294.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical and education and health*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 2002 14(5), 213-222.

Killgore, WD., Balkin, TJ. & Wesensten, NJ. 2006. Impaired decision making following 49 h sleep deprivation. *Journal of sleep research* 15 (1), 7-13.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. Siinä tutkija missä toimija. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.

Kokkonen, J. 2011. Sydämen vajaatoiminnan hoito ja diagnostiikka. Keski-Suomen keskussairaala. Sisäinen koulutus. Luento 25.8.2010.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kuula, A. 2005. Tutkimusetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino Oy.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus- tuttu mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 6-9.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17 (5), 208-216.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteellisen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 2006 18 (1), 4-13.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992). Viitattu 3.9.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lambrinou, E. & Kalogirou, F. 2011. Cyprus nurses knowledge on basic heart failure self-care principles. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (2011) 10 (Supplement 1), S30

Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Lehto, S. & Miettinen, H. 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien muuttuva kirjo. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K.(toim). Kardiologia. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Lommi, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan syyt ja mekanismit. Teoksessa: Sydänsairaudet. Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Lommi, J. & Partanen, L. 2008. Vajaatoiminnan hoidon ja seurannan keskeiset periaatteet. Teoksessa: Sydänsairaudet. Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.). Duodecim. Suomen sydänliitto ry. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Motivoiva keskustelu. 2011. Verkkokurssi. Duodecim. Viitattu 12.4.2011.
http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=70048&p_sivu=67266

Miettinen, H. 2010. Krooninen sydämen vajaatoiminta sairautena. Kuopion yliopistollinen sairaala. Luento 25.8.2010. Vajaatoimintakoulutus.

Moser, DK., Doering, LV. & Chung, ML. 2005. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. American heart journal 150 (5), 984.

Mukamal, KJ., Chung, H., Jenny, NS., Kuller, LH., Longstreth, WT Jr., Mittleman, MA., Burke, GL., Cushman, M., Psaty, BM. & Siscovick, DS. 2006. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the cardiovascular heart study. Journal of the American geriatric society 54 (1), 30-37.

Partanen, L. 2004. Kardiologisten ja yleissisätautien vuodeosastojen sairaanhoidtajien valmiudet sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa. Tutkimusraportti 9/2004. Sisätautien toimiala. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Patel, J., Smith, M. & Heywood, JT. 2007. Optimal use of diuretics in patients with heart failure. Current treatment options in cardiovascular medicine 9, 332-342.

Philipson, H., Ekman, I., Swedberg, K. & Schaufelberg, M. 2010. A pilot study of salt and water restriction in patients with chronic heart failure. Scandinavian vascular journal 44 (4), 209-214. Viitattu 18.11.2011
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636228>

Piepoli, M., Conrads, V., Corrá, U., Dickstein, K., Francis, D., Jaarsma, T., McMurray, J., Pieske, B., Piotrowicz, E., Schmid, JP., Anker, S., Cohen Solal, A., Filippatos, G., Hoes, A., Gielen, S., Giannuzzi, P. & Ponokowski, P. 2011. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of heart failure association for cardiovascular prevention and rehabilitation. European journal of heart failure 13, 347-357.

Quinn, C., Dunbar, S.B. & Higgins, M. 2010. Heart failure symptom assessment and management: can caregivers serve as proxy? Journal of cardiovascular nursing 25(2), 142-148.

- Rautsallo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Katsaus. Duodecim 125, 2351-2359.
- Riegel, B. 2011. Strategies for motivating the elderly patients. Luento 22.5.2011. Heart Failure-kongressi.
- Riegel, B. & Carlson, B. 2002. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient and education counselling 46 (4), 287-295.
- Riegel, B., Dickson, V., Hoke, L., McMahon, J., Reis, B. & Sayers, S. 2006. A motivational counselling approach to improving heart failure self-care. Mechanism of effectiveness. Journal of cardiovascular nursing 21 (3), 232-241.
- Riegel, B., Moser, D., Anker, S., Appel, L., Dunbar, S., Grady, K., Gurvitz, M., Havranek, E., Lee, C., Lindenfeld, JA., Peterson, P., Pressler, S., Schocken, D. & Whellan, D. 2009. State of Science. Promoting self-care with heart failure. A scientific statement from the American heart association. Circulation 120, 1141-1163.
- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Goldberg, LR. & Deatrck, JA. 2007. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. Nursing research 56(4), 235-243.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mätyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125 (21), 2351-2359. Viitattu 28.3.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British journal of general practise 55, 305-312.
- Sanakirja.org. 2011. Viitattu 20.3.2011. <http://www.sanakirja.org>
- Schrier, RW. & Abraham, WT. 1999. Hormones and hemodynamics in heart failure. Teoksessa: State of Science. Promoting self-care with heart failure. A scientific statement from the American heart association. Riegel, B., Moser, D., Anker, S., Appel, L., Dunbar, S., Grady, K., Gurvitz, M., Havranek, E., Lee, C., Lindenfeld, JA., Peterson, P., Pressler, S., Schocken, D. & Whellan, D. Circulation 120, 1141-1163.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulun yliopisto.
- Simmons, MS. & Clark, GT. 2009. The potentially harmful medical consequences of untreated sleep- disordered breathing: the evidence supporting brain damage. Journal of American dental association. 140 (5), 536-542.
- Sol, B.G., Van Der Graaf, Y., Van Petersen, R. & Visseren, F.L. 2010. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. European journal of cardiovascular nursing 29, 1-7.

Stead, L.F., Perera, R., Bullen, M., Mant, D. & Lancaster, T. 2008. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Viitattu 28.3.2011.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub3/pdf>

Suomen sydänliitto ry. 2010. Viitattu 7.1.2011. <http://www.sydanliitto.fi/suolat>

Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Viitattu 3.9.2010.
<http://www.terveys2015.fi/tietoa.html>

Terveyskeskusten vastaanottojen sairaanhoitajien haastattelu. 2010. KarPo-hankkeen muistio syksy 2010. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sisätaudit.

Toljamo, M. 1999. Insuliinihoitoisen diabeetikon omahoito. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Wallen, G R., Mitchell, S A., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, G., Yates J. & Hastings, C. 2010. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. Journal of advanced nursing 66 (12), 2761-2771.

Wikipedia. 2011. Vapaa tietosanakirja. Viitattu 12.4.2011.
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Motivaatio>

Wu, JR., Moser, DK., De Jong, MJ., Rayens, MK., Chung, ML., Riegel, B., Lennie, TA. 2009. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. American heart journal 157 (2), 285-291.

Ylönen, K. 2010a. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaadun parantaminen. Osastokokous kesäkuu 2010.

Ylönen, K. 2010b. Sydämen vajaatoimintaan sairastuneen potilaan ohjaus Keski-Suomen keskussairaalan sydänyksikössä heinäkuussa 2010. Sydämen asialla- lisäkoulutuksen suoritus. Metropolia. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Hoitajien itseopiskelumateriaali voimaannuttavasta ohjauksesta

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVAN OMAHOITOON SITOUTTAMINEN

Potilasta voimaannuttavan ohjauksen
kehittäminen sydänyksikössä

**Voimaannuttavan potilasohjauksen
itseopiskelumateriaali**

Karita Ylönen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011

Terveyden edistämisen koulutusohjelma,
ylempi AMK

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

1. Potilasta voimaannuttava ohjaus

Voimaantuminen on ihmisen sisällä kasvava pystyvyyden tunne. Voimaantumista ei voi toiselle antaa mutta ympäristöstä voimme tehdä potilasta voimaannuttavan. (Siitonen 1999.) Voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa hoitajan tehtävänä on luoda avoin ja toista kunnioittava ilmapiiri keskustelulle. Potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia keskustelijoita. Keskustelun tavoitteena on lisätä ja tukea potilaan sisäistä voiman tunnetta oman elämänsä päätöksentekijänä. (Kettunen 2001, 91; Turku 2007, 22.) Kettusen, Poskiparran ja Karhilan (2002) artikkelissa Tonesin (1998) potilaan voimaantuminen vaatii potilaan itsensä jatkuvaa osallistumista. Voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa potilaalla on mahdollisuus myös päättää missä määrin hän on valmis osallistumaan keskusteluun. Voimavarakeskeiseen neuvontakeskusteluun ei tarvitse aina varata erillistä aikaa ja paikkaa vaan jokapäiväinen puhe potilaan kanssa voi tukea hänen voimaantumistaan. (Kettunen 2001, 33-91.)

Potilaan voimaantumista voidaan edesauttaa motivoivan keskustelun keinoin (Routasalo ym. 2009). Motivaatio elintapojen muutokseen kasvaa kunkin ihmisen sisällä. Hoitajan tehtävänä on luoda motivoiva ilmapiiri potilaan voimaantumiseen. (Turku 2007, 35-36.) Motivoivan keskustelun ei tarvitse olla pitkä. Jo 15 minuutin ohjauksella saadaan potilas ainakin harkitsemaan muutosta elintavoissaan. (Rubak, Sandbaek, Luritzen & Christensen 2005.) Motivoivassa keskustelussa **potilas johtaa keskustelua** (Rubak ym. 2005; Riegel, Dickson, Hoke, McMahon, Reis & Sayers 2006; Butterworth 2008). **Potilaan autonomian** kunnioittaminen on osa yhteistyötä hoitajan ja potilaan välillä (Rubak ym. 2005; Butterworth 2008).

2. VOIMAANNUTTAVAN POTILASOHJAUKSEN KEINOJA

PUHEEN VUOROTELU JA TOISEN SANOMAN TÄYDENTÄMINEN

Vastavuoroinen keskustelu on lähtökohta voimavarakeskeisyyteen. Hoitajan ja potilaan **puheen vuorottelu** ja **toisen sanoman täydentäminen** tekee vuorovaikutuksesta vastavuoroista.

Mitä sinulle kuuluu?

Väsynyt? Mistä arvelisit sen johtuvan?

*Tänään olen aika
näsimut*

*Eilen teimme pitkän
kävelylenkin...
Johtuisiko siitä?*

Potilaan kertomusta voidaan tarkentaa **reflektiivalla toistolla**, näin potilaalle annetaan mahdollisuus mietiskellä kertomaansa usealta eri kantilta.

*Liikunta, pienikin
tekisi sinulle kyllä
hyvää...*

*Tiedän että liikunta pa-
rantaa sydämeni kuntoa,
mutta kun sitä ei ole kos-
kaan tullut harrastettua
liikuntaa... Mies yrittää
kyllä houkutella lenkil-
le*

*Sehän kuulostaa hyvältä ja on
turvallistakin aloittaa toisen
seurana ja lääkityksen lisäämi-
seltäkin voitaisiin välttyä...*

*Niin, tarkoitan, että voisi-
han sitä liikkua kun tuo
mieskin liikkuu aamuisin
ja aina se on minua houku-
tellut mukaan*

ARKIPÄIVÄINEN RUPATTELU JA RENNOT KYSYMYKSET

Avointa ja rentoa tunnelmaa keskusteluun voidaan rakentaa **arkipäiväisellä rupattelulla ja rennoilla kysymyksillä**. Avoimilla kysymyksillä saadaan selville potilaan mielessä päällimmäisenä olevat kysymykset. Suljettujen kysymysten,

Ovatko ruokatottumuksesi muuttuneet ?

Kyllä / Ei

sijaan kysytään avoimilla kysymyksillä, potilaan mielessä päällimmäisenä olevista asioista.

Miten mietit ruokavaliosi muutoksen vaikuttavan sinuun ?

No, olen virkeämpi...

Suljettuun kysymykseen on helppo vastata lyhyesti ei tai kyllä. Potilaalla on mahdollisuus kertoa laveammin asioistaan kun käytetään kysymyssanoja: **mitä, miten, milloin tai missä**.

POTILAALLA MAHDOLLISUUS KYSYÄ

Keskustelun vastavuoroisuutta lisää **taucojen jättäminen** keskustelun lomaan, jolloin **potilaalla on mahdollisuus kysyä** ja kommentoida. Samalla potilas ehtii käydä mielessään keskustelua ja ehkä löytää mieltään askarruttavia asioita.

Suolasta puhutaan paljon tänä päivänä...(tauco, ottaako pot osaa keskusteluun?)

Kyllä....

Ei: Mites teillä kotona on suolaa totuttu käyttämään?

HOITAJAN KOHTELIAISUUS, POSITIIVINEN ROHKAIKU,

PUHUTTELMUOTO, EPÄSUORAT ILMAISUT, VERTAISPUHE

Hoitajan kohteliaisuudella, positiivisella rohkaisulla, puhuttelumuodolla, epäsuorilla ilmaisuilla ja vertaispuheella hoitajalla on mahdollisuus tukea vastavuoroista keskustelua.

Mutta hienoa, että päätitte lähteä kävelylle, vaikka nyt väsyttääkin. Voisihan se olla että ensi keralla hieman hitaampi tahti voisi auttaa jaksamaan paremmin seuraavana päivänä, mutta olihan se kelikin niin kaunis eilen.. Itsekin kitkin kukkapenkkiä...

TUNNUSTELEVA PUHE JA REFLEKTIIVISET-, TARKENNUS-, TUNTEMUS- TAI VAIHTOEHTOKYSYMYKSET

Tuntemuskysymyksillä rentoutetaan tunnelmaa.

*Miltäs sinusta tuntuis kokeilla tätä uutta
menetelmää...?*

Uuden tiedon liittämistä potilaan elämään voidaan tukea **tunnustelevalla puheella ja reflektiivisillä, tarkennus-, tuntemus- tai vaihtoehto kysymyksillä**. Kysymykset voivat auttaa potilasta miettimään uuden elintavan sovittamista elämäänsä.

Mitä mieltä olisit..?

*Ahaa, liikunta oli siis aikaisemmin
jokapäiväistä..?*

*Miltä sinusta tuntuisi lähteä
mukaan uudelleen..?*

*Kumpiko sinusta tuntuis sopi-
van...?*

KANNUSTAMINEN JA POSITIIVINEN PALAUTE

Positiivinen palaute potilaalle tulisi aloittaa heti potilasta motivoitaessa muutokseen. Potilaan tekemää ja kertomaa tuetaan palautteella ja samalla luodaan avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä. Tavoitteena on potilaan onnistumisen ja pystyvyyden huomioiminen ja tukeminen.

Kyllä minä kävinkin lenkillä mutta sitten tuli kovat pakkaset ja se jäi

Aloitit kuitenkin, hieno juttu. Olet selvästi miettinyt miten liikunta kohentaisi vointiasi. Vaikka aikaisemmin ei ole juurikaan liikkunut uskaltauduit talvellakin liikkeelle, hienoa

Keskustelussa hoitaja ei ollut maaritteleva vaan asiallisesti kannusti potilaan konkreettista suoritusta ja hoitaja kannusti potilaan omaa pystymistä ja kannusti potilasta eikä verrannut yleisiin suosituksiin.

KUUNTELEVA PALAUTE, LYHYET SANAT, ÄÄNTEET TAI LIIKKEET

Hoitaja osoittaa kiinnostusta potilaan kertomaan **kuuntelevalla palautteella, lyhyillä sanoilla, äänneillä tai liikkeillä** kuten pään nyökäytyksellä.

*Totta
kai*

*Ihan
totta...*

Juu...

Juu...

PUOLUEETTOMAT VAIHTOEHDOT

Potilas tekee päätöksensä omaa elämäänsä, jossa hän on asiantuntija, peila-
ten ja hoitajan tehtävänä on antaa, ohjauksen asiantuntijana, potilaalle **vaih-
toehtoja** sairauden kannalta suotuisista vaihtoehdoista neutraalisti ja kannus-
taa vastuulliseen päätöksentekoon. Esimerkiksi:

*No mites ajattelit tänään? Kävelläänkö tässä
osastolla vai haluatko lähteä parvekkeelle kat-
soo lumen sulamista...”*

POTILAAN AJATUSTEN HUOMIOINTI

Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja voi ilmaista tätä **jämäkällä osallis-
tumisella keskusteluun**, jolloin potilaalle annetaan mahdollisuus johdatella
keskustelua. **Kannustamalla** potilasta vastavuoroiseen keskusteluun ja **poti-
laan ajatukset huomioon ottaen** hoitaja kunnioittaa potilaan osaamista.

ASIOIDEN YHTEENVETO

Keskusteluiden lopussa on hyvä **vetää yhteen** läpi käytyjä asioita ja päätöksiä
joita potilas on asioista päättänyt. Yhteenvedon yhteydessä mietitään seura-
va tapaamiskertaa ja ohjaukselle suunnitellaan selkeää jatkumoa. Esimerkiksi:

*Kävimme läpi miettimääsi lääkitystä ja selven-
simme mitkä lääkkeet tulee milloinkin ottaa ja
päädyit hankkimaan dosetin. Ja senhän kerroit
vaimon hakevan. Kävimme läpi painon seurann-
taa, jota jo oletkin seurannut ja uutena tuli tämä
vihko. Sovimme, että ensi kerralla kun tapaamme
katsomme painovihkoasi. Voimme sopia että jat-
kamme tästä huomenna kun tulen iltavuoroon.*

Liite 2. Havainnoinnin tarkistuslista

Ohjauksen ajankohta huomioitu	
Paikka huomioitu	
Tunnelma	
Hoitajan asenne, kohteliaisuus	
Ohjauksen apuvälineet	
Hoitajan valmiiksi luoma ohjausrunko.	
Potilas noudattaa lääkärin tai hoitajan hänelle antamia hoito-ohjeita	
Hoitaja huomioi potilaan taustat	
Potilaalla on mahdollisuus kysyä, tauot	
Potilaan ajatusten huomioiminen	
Arkipäiväinen rupattelulla	
Positiivinen palaute, Kannustaminen	
Puheen vuorottelu	
Toisen sanoman täydentäminen	
Reflektiivinen toisto	
Tunnusteleva puhe	
Epäsuorat ilmaisut	
Vertaispuhe	
Avoimet kysymykset	
Reflektiiviset kysymykset	
Tarkennuskysymykset	
Tuntemuskysymykset	
Vaihtoehto kysymykset	
Kuunteleva palaute, lyhyet sanat, ään- teet, tai liikkeet	
Puolueettomat vaihtoehdot	
Asioiden yhteenveto	

Liite 2. Havainnoinnin tarkistuslista 2/2

Tiedon osa-alue	Potilas ilmaisi tarpeen	Havainnoija havaitsi tarpeen	Keskusteltiin-ko
sairaus			
oireet			
oireiden hoito			
hoitoon hakeutuminen			
nesterajoitus			
painon seuranta			
suolatasapaino			
lääkkeet			
alkoholin rajoittaminen			
tupakoinnin lopetus			
liikkuminen			
lepo			
mieliala			
perhe			
sukupuolielämä			
verenpaine			
painon hallinta			
ruokavalio			
aliravitsemus			
tulehdukset			
uni- ja hengityshäiriöt			

Liite 3. Mentorointi keskustelun nauhoitus lupa- kaavake

Hoitaja _____

MENTOROINTI KESKUSTELUUN JA SEN NAUHOITUKSEEN
SUOSTUMINEN

Työyhteisösi on osallisena KarPo – hankkeessa, jonka yksi tavoitteista on sydämen vajaatoimintapotilaan diagnostiikan ja hoidon kehittäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tämä mentorointi keskustelu on osa potilasohjauksen kehittämistä sydänyksikössä. Tämän mentorointi keskustelun avulla selvitetään, kuinka KarPo-hankkeen koulutukset ja niistä saatu tieto ja taito ovat tulleet osaksi jokapäiväistä työtä ja kokemuksia potilaan omahoidon voimavaroja lisäävän potilasohjauksen menetelmien käytöstä. Sinun näkökulmasi, ajatuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä.

Mentorointi keskustelut nauhoitetaan ja saatu aineisto on luottamuksellista. Mentorointi keskustelun jälkeen nauhat litteroidaan, jonka jälkeen ne tuhotaan. Keskusteluun osallistuvaa ei voida tunnistaa aineistosta eikä raportista. Kirjoitettua materiaalia voidaan käyttää myöhemmin opinnäytetyön materiaalina. Mentorointi keskustelun suorittaa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa opiskeleva sairaanhoitaja Karita Ylönen. Aineiston käsiteltäessä myös ohjaava opettaja tarvittaessa perehtyy aineistoon. Mentorointi keskustelujen pohjalta hän laatii raportin, joka on samalla hänen opinnäytetyö. Opinnäytetyö on julkinen.

Annan suostumukseni mentorointi keskusteluun ja sen nauhoittamiseen sekä siitä saadun materiaalin käyttämiseen tutkimuksessa.

Jyväskylässä

Allekirjoitus_____

Nimen selvennys_____

Liite 4. Nurses' Knowledge of Heart Failure Education Principles: Lupa


**NURSES KNOWLEDGE OF HEART FAILURE EDUCATION PRINCIPLES:
AGREEMENT FORM**

Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles is a clinical screening instrument used to assess implicit beliefs and knowledge that nurses have regarding themes that should be included when providing patient education about heart failure and self-management. The *Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles* instrument is an empirical scale measuring 3 education themes: low-sodium diet, fluid management, monitoring signs/symptoms, exercise, and medication management. The scale developer, who holds the copyright, wishes to assure standardization in the use of the instrument and to build a normative database for interpreting scores. With this goal in mind, please agree to the following conditions in exchange for using this instrument:

- 1) User agrees to maintain the *Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles* instrument in the form provided, without modification, unless written approval is obtained from the scale developer;
- 2) User agrees to use the *Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles* instrument for her/his own work, without distribution to other colleagues, unless written approval is obtained from the scale developer;
- 3) User agrees to use the *Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles* instrument for no more than three years, with continued use beyond that period requiring a new request;
- 4) Within six months of the end of the data collection, user agrees to provide the following information (when applicable): Written abstract of study, including completed specifics of design and sampling methods;
- 5) User agrees to cite the appropriate *Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles* instrument reference;
- 6) Prior to submission for publication, user agrees to submit manuscript to the instrument developer for review and approval of that section.

If in agreement with the above conditions, please sign this form, retain a copy for your records, and return the original for final approval. This agreement is made with:


5/23/11
 Nancy M. Albert PhD, RN, CCNS, CCRN, NE-BC Date

User's Name:	Kaari Ylönen, HF Nurse, Central Finland Centra. Hospital
Signature (s):	
Date:	23.5.2011
Title of Project:	KarPe- Process improvement of cardiac patient care in Central Finland, focus on heart failure and atrial fibrillation 2010-2012
Organization:	Jyväskylän University of Applied Sciences, Department of Health and Social Education
Address:	Rajakatu 35, FIN 40200 Jyväskylä, Finland
Telephone #:	+358 40 7753457 Fax #: +358 14 449 9694
Electronic mail:	kaari.ylonen@keskipi.fi

Mail to: Nancy M. Albert PhD, RN: Cleveland Clinic, 9500 Euclid Avenue Mailcode: J3-4, Cleveland Ohio, 44195
 Contact information: W: 216-446-7028; Fax: 216-445-0905; nbermg@ccf.org

Liite 5. Kysely hoitajille

Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles Survey**Dear Nurse:**

We would also like to assess your education needs related to instructing patients about self-management of heart failure. Please complete the following 20 item yes (true) / no (false) survey to help us determine your needs.

Instructions: Please answer each question by placing an X in the yes or no answer box. If you would like more information on the topic in the question, place an X in the box to the left of each question marked *Need more Info on Subject?* If you do not know the correct answer, give us your best guess but please answer every question, even if you requested more information.

You do NOT need to place your name or your hospital's name on this sheet; however, please fill in other identifying information so that we have an idea of what types of nurses are caring for patients with heart failure. Data will be compiled as group information only. Thank you for completing this survey.

Nurse information:

Type of employment (choose only ONE): Hospital Outpatient or office
Emergency department Home care Palliative/Hospice/Subacute care

If a hospital was selected, choose one of the following: Large teaching center
Community hospital

Type of nurse (select ALL that apply): RN LPN Floor nurse
Critical care nurse Heart failure nurse (patient population is mainly this)

Need more**Info on subject? Question****Yes (T) No (F)**

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Patients with heart failure should drink plenty of fluids each day. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2. As long as no salt is added to foods, there are no dietary restrictions for patients with heart failure. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3. Coughing and nausea/poor appetite are common symptoms of advanced heart failure. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4. Patients with heart failure should decrease activity and most forms of active exercise should be avoided. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5. If the patient gains more than 3 pounds in 48 hours without other heart failure symptoms, they should not be concerned. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6. Swelling of the abdomen may indicate retention of excess fluid due to worsening heart failure. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7. If patients take their medications as directed and follow the suggested lifestyle modifications, their heart failure condition will not return. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liite 5. Kysely hoitajille sivu 2/2

Nurses Knowledge of Heart Failure Education Principles Survey**Need more****Info on subject? Question****Yes (T) No (F)**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8. When patients have aches and pains, aspirin and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs like ibuprofen) should be recommended. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 9. It is OK to use potassium-based salt substitutes (like No-Salt or Salt Sense) to season food. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 10. If patients feel thirsty, it is OK to remove fluid limits and allow them to drink. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 11. When a patient adds extra pillows at night to relieve shortness of breath, this does not mean that the heart failure condition has worsened. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12. If a patient wakes up at night with difficulty breathing, and the breathing difficulty is relieved by getting out of bed and moving around, this does not mean that the heart failure condition has worsened. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 13. Lean deli meats are an acceptable food choice as part of the patient's diet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 14. Once the patient's heart failure symptoms are gone, there is no need for obtaining daily weights. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 15. When assessing weight results, today's weight should be compared with the patient's weight from yesterday, not the patient's ideal or dry weight. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

The following 4 statements are signs and symptoms that patients may have. Please mark yes or no to reflect if the patient should notify their heart failure physician of these symptoms:

Need more**Info on subject?****Yes****No**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16. BP recording of 80/56 without any heart failure symptoms. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 17. Weight gain of 3 pounds in 5 days without symptoms. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 18. Dizziness or lightheadedness when arising that disappears within 10-15 minutes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 19. New onset or worsening of fatigue. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 20. New onset of worsening leg weakness or decreased ability to exercise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Thank you for completing this survey! 3/2002 RNKnowledge , Nancy M. Albert, 2002

KUVIOT

KUVIO 1. Potilaan omahoitoon sitouttamiseen tarvittavat taidot ja tiedot.

KUVIO 2. Sydänyksikön sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjauksen kehittämisen interventio.

KUVIO 3. Hoitajien käyttämät vastavuoroisen keskustelun keinot 10 minuutin aikana.

KUVIO 4. Tunnelman rakentamisen keinot 10 minuutin aikana.

KUVIO 5. Vanhan ja uuden tiedon yhdistämisen keinot 10 minuutin aikana.

KUVIO 6. Hoitajien käyttämät keinot kunnioittaa potilaan osaamista ja asioiden yhteenveto 10 minuutin aikana.

KUVIO 7. Potilasohjaukseen valmistautumisessa huomioidut seikat prosentteina.

KUVIO 8. Potilas- ja hoitajälähtöisen ohjauksen vertailu.

KUVIO 9. Potilas- ja hoitajälähtöisesti ohjatut ohjausalueet

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Voimaannuttavan vuorovaikutuksen keinot (Kyngäs ym. 2007, 26-39; Kääriäinen 2007, 101; Kettunen 2001; Kettunen ym. 2002)

TAULUKKO 2. Esimerkkejä voimaannuttavan ohjausmenetelmän havainnointiluokista.

TAULUKKO 3. Esimerkkejä ohjauksen tiedollisista havainnointiluokista.

TAULUKKO 4. Mentorointikeskustelun kysymykset.

TAULUKKO 5. Taustamuuttajat