



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Vuodeosastolta kotiutuvan
sydäninfarktipotilaan ohjaus
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Torikka Maria

Vingisaar Tiina

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Vuodeosastolta kotiutuvan sydäninfarktipotilaan ohjaus
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tiina Vingisaar
Maria Torikka
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö

Toukokuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Tiina Vingisaar & Maria Torikka

Vuodeosastolta kotiutuvan sydäninfarktipotilaan ohjaus

Vuosi 2012 Sivumäärä 55

Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu yhä enemmän, koska hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Tämän johdosta potilaan tiedon tarpeisiin vastaaminen on entistä haasteellisempää. Hoitoaikojen lyhentyminen vaatii ohjauksen tehostamista, sillä oletetaan, että potilaat ottavat vastuuta oman terveytensä hoidosta. Potilaat tarvitsevat paljon sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa. Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia, jotta potilas motivoituu ja kykenee itsehoitoon. Ohjauksessa on tärkeää tukea potilaan voimavaraistumista. Ohjauksella välitettävän tiedon avulla voidaan tukea potilaan voimavaraistumista, jolloin potilaan kyky hallita terveyteen liittyviä ongelmilanteita ja niiden aiheuttamia seurauksia elämässään kasvaa. Onnistuneen ohjauksen on todettu edistävän ohjattavan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla aikuisen sydäninfarktipotilaan näkökulmasta hänen ohjaustarvettaan sekä käytettyjä ohjausmenetelmiä. Opinnäytetyö tehtiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin medisiinisen tulosyksikön Kolmiosairaala-hanketta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS, Meilahden Kolmiosairaalan kardiologisen osaston kanssa. Tavoitteena on tuottaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi sydäninfarktista toipuvan aikuisen tueksi. Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimustehtävinä ovat: millaisia ohjaustarpeita sydäninfarktista toipuvalla aikuisella on ja millaisia ohjausmenetelmiä käytetään sydäninfarktipotilaan ohjauksessa. Aineistoon valittiin eri tietokannoista sekä manuaalisella haulla väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia, hoito- ja lääketieteellisiä lehtiartikkeleja yhteensä 21. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sekä induktiivista että deduktiivista sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan sydäninfarktista sairastaneen potilaan ohjaustarpeita kuvasivat sydäninfarktista riskitekijät, tietoa sydäninfarktista, sydäninfarktista hoito, elämäntapaohjaus, lääkähoidon toteuttaminen, omahoidonohjaus, potilaslähtöinen ohjaus, sosiaaliturva, läheisten mukaan ottaminen hoitoon, tunteista keskusteleminen, onnistunut ohjaustilanne sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Sydäninfarktista sairastaneen potilaan ohjauksen toteuttamismenetelmiä olivat yksilöohjaus, kirjallinen ohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus.

Tulevaisuudessa sydänsairauspotilaiden määrä kasvaa väestön ikääntymisen johdosta. Haasteena on kehittää uusia potilaan ohjaustarpeisiin kohdistuvia ohjausmenetelmiä. Vastuuta potilasohjauksesta ja seurannasta siirretään yhä enemmän sairaanhoitajille.

Asiasanat: sydäninfarkti, potilasneuvonta, ohjaus, ohjauksen tarve, ohjauskeinot.

Tiina Vingisaar & Maria Torikka

Counseling a myocardial infarction patient at discharge

Year	2012	Pages	55
------	------	-------	----

The importance of counseling in health care is emphasized even more because the treatment time has shortened leaving less time for counseling. As a result it is more challenging to respond to the needs of patient information. The shortening in the time of treatment requires improvement in counseling, because it is assumed that patients take more responsibility in taking care of their health. Patients need a lot of information regarding the disease and its treatment. The goal in patient counseling is to improve the access to information for the patient, so the patient gets motivated and is able to perform self-care. In counseling it is important to support the empowering of the patient that can be done with the help of the information provided by counseling, which leads to the ability to control health related problem situations and the growing number of consequences caused by them. Successful counseling is found to improve the health, functional ability, quality of life and commitment in the treatment and self-care.

The purpose of this Bachelor´s thesis is to describe from an adult infarct patient´s perspective his need of counseling and the counseling methods used. This study was carried out as a part of the Laurea University of Applied Sciences' and Helsinki and Uusimaa Hospital District´s medical profit center´s Triangle Hospital project in collaboration with the Hospital district of Helsinki and Uusimaa, Meilahti Triangle Hospital Cardiological department. The goal is to provide information to develop counseling after a myocardial infarction to support the recovery. The thesis has been conducted as a systematic literature review. The tasks are: what kind of counseling needs after myocardial infarction an adults has, and what counseling methods are used to counsel the patient after a heart attack. The material was selected from different databases, and manually scanning dissertations, Master´s theses and 21 medical and nursing care articles. The materials were analyzed using both inductive and deductive content analysis.

According to the findings the counseling needs of patients who have had myocardial infarction were described by risk factors of myocardial infarction, treatment of myocardial infarction, lifestyle counseling, providing medical treatment, guiding in self-care, patient oriented counseling, social security, including close relatives in the treatment, discussing feelings, successful counseling situations and securing the continuity of the treatment. For patients who have suffered from myocardial infarction the methods of implementation were individual counseling, counseling in writing, group counseling and audiovisual counseling.

The number of heart disease patients will grow due to the ageing of the population. The challenge is to develop new methods of counseling which focus on the patient´s counseling needs. The responsibility of patient counseling and monitoring are transferred increasingly to nurses.

Keywords: myocardial infarction, patient education, counseling, counselling needs, methods

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Sydäninfarktipotilaan hoito	7
2.1	Sydäninfarktin määritelmä	7
2.2	Sydäninfarktin esiintyvyys ja riskitekijät	8
2.3	Sydäninfarktin hoito	9
3	Ohjaaminen hoitotyössä	9
3.1	Potilaan ohjaus hoitotyössä	9
3.2	Ohjausmenetelmät hoitotyössä.....	12
3.3	Ohjauksen tarve hoitotyössä	15
3.4	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	17
5	Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus	17
5.1	Aineiston keruu	18
5.2	Aineiston analysointi.....	20
6	Tulokset.....	23
6.1	Sydäninfarktipotilaan ohjaustarpeet	23
6.2	Sydäninfarktipotilaan ohjauksessa käytetyt ohjausmenetelmät.....	29
7	Pohdinta	31
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	31
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	33
7.3	Tulosten tarkastelu	33
7.4	Johtopäätökset ja kehittämisideat.....	37
	Lähteet	39
	Liitteet.....	43
	Liite 1. Hakuprosessin kuvaus.....	43
	Liite 2. Valittu tutkimusaineisto.....	44
	Liite 3. Potilaan ohjaustarve.....	51
	Liite 4. Ohjausmenetelmät.....	54

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on vuodeosastolta kotiutuvan sydäninfarktipotilaan ohjaus. Se on kehittämistyö aikuisen sydäninfarktipotilaan ohjauksesta. Opinnäytetyö tehtiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin medisiinisen tulosyksikön Kolmiosairaala-hanketta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS, Meilahden Kolmiosairaalan kardiologisen osaston kanssa. Tarkoituksena oli kuvailla aikuisen sydäninfarktipotilaan näkökulmasta hänen ohjaustarvettaan sekä käytettyjä ohjausmenetelmiä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi sydäninfarktista toipuvan aikuisen tueksi. Potilaiden ohjauksen tarkastelu perustui systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jonka avulla mahdollistui jo tutkitun tiedon kriittinen ja systemaattinen kerääminen sekä luotettavat yleistykset.

Sepelvaltimotauti on edelleen suomalaisten aikuisten yleisin kuolinsyy. Sydäninfarkti on sepelvaltimotaudin vaarallisin ilmenemismuoto ja merkittävä henkeä uhkaava sairaus Suomessa. Vaikka sairastavuus sydäninfarktiin on vähentynyt muuttuneiden elintapojen ja parantuneen hoidon ohella, silti tulevaisuudessa on odotettavissa lisää sepelvaltimotautiin sairastuneita. Väestön ikääntyminen ja hyvästä hoidosta johtuva sairastuneiden elinennusteen parantuminen vaikuttaa potilasmäärien kasvuun ja siten lisää sydäninfarktipotilaiden saatavaa ohjauksen määrää. (Tierala 2007; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Penttilä & Mäkisen (2007) tekemän selvityksen mukaan sydänkuntoutus ei toteudu määrältään eikä sisällöltään toivottavalla tavalla julkisessa terveydenhuollossa. Tarjolla olevat kuntoutus- ja ohjauspalvelut vaihtelevat suuresti eri sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ja niitä on tarjolla vain murto-osalle potilaista. Perinteistä potilasohjausta tulisi muuttaa sekä sisällöltään että ajoitukseltaan, jotta se vastaisi paremmin potilaiden tarpeisiin. Tarpeen olisi varautua suurten ikäluokkien sepelvaltimotautisairauksiin ja suunnitella potilaan itsehoitoympäristöjä ja vuorovaikutteista, tietotekniikan avulla annettavaa potilasohjausta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) edellyttää, että jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan oikeuksiin kuuluu myös tiedonsaantioikeus sekä itsemääräämisoikeus. Tietojen antaminen on tärkeä osa hoitoa, sillä näin edistetään potilaan sitoutumista hoitoonsa. Tietoja saatuaan potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tietoa tulee antaa koko hoidon ajan, ja siihen on varattava riittävästi aikaa. Itsemääräämisoikeus käsittää oikeuden päättää omaa itseä koskevista asioista ja mahdollisuuden ilmaista itseä, vaikuttaa, tulla kuulluksi sekä oikeuden kieltäytyä hoidosta. Onnistuneen ohjauksen on todettu edistävän ohjattavan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä tietoa sairaudenhoidosta. Ohja

uksella on myös kansantaloudellisia vaikutuksia. Ohjaus vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

2 Sydäninfarktipotilaan hoito

2.1 Sydäninfarktin määritelmä

Sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta johtuvia oireistoja nimitetään sepelvaltimokohtauksiksi. Niihin kuuluvat epästabili angina pectoris, sydäninfarkti ilman ST-nousuja ja ST-nousuinfarkti. Akuutti ST-nousuinfarkti on sepelvaltimotaudin vaarallisin ilmenemismuoto. ST-nousuinfarktissa sepelvaltimotukoksen aiheuttama iskemia johtaa sydänlihassolujen tuhoutumiseen. (Tierala 2007; Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: Käypä hoito -suositus, 2009.)

Sydäninfarkti määritellään kudolvaurioksi, joka johtuu sydänlihaksen verenkierron vajavuudesta eli hapen puutteesta. Hapenpuute johtuu sepelvaltimon tukkeumasta. Jos sepelvaltimotukoksen aiheuttama iskemia eli hapenpuute johtaa sydänlihassolujen tuhoutumiseen, kyseessä on sydäninfarkti. Syntynyt vaurio aiheuttaa vakavan, usein henkeä uhkaavan tilan. Sepelvaltimoverenkierron heikkenemisen yleisin syy on ateroskleroosi eli valtimoseinän kovettuminen, joihin vaikuttavat elämäntavat. Sepelvaltimotauti ilmenee sydänlihaksen kuoliona, sydäninfarktina tai sepelvaltimoiden äkillisenä ahtautumisena tai tukkeutumisena, epästabiliina angina pectoriksena tai sydäninfarktina ilman ST-nousuja. Sydäninfarktin syy on lähes aina sepelvaltimon seinämän ateroskleroottisen plakin repeäminen. (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus, 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Sydäninfarktin työdiagnoosi perustuu oireisiin, kliiniseen taudinkuvaan ja EKG-löydöksiin. Nopea diagnoosi ja hoidon aloitus on tärkeää, koska hoitotulos on sitä parempi, mitä nopeammin päästään antamaan sydänlihaskudokseen vähentävää hoitoa. Nopea avun saaminen, vakavien rytmihäiriöiden hoito ja sepelvaltimon nopea avaaminen ovat tärkeimmät ennustetta parantavat tekijät. EKG on keskeinen tutkimus diagnoosin teossa, vaaran arvioinnissa ja hoitohenkilöstön valinnassa. Sydänlihaksen hapenpuute aiheuttaa nekroottisen soluvaurion, joka johtaa sydänlihassolujen sisältämien merkkiaineiden vuotoon. Sydäninfarktissa mitattavissa oleva merkkiaine troppiini osoittaa, että kyseessä on sydänlihaskudoksen tuhoutuminen eli infarkti. Sydäninfarktin tavallisin oire on sydänlihaksen iskemiasta johtuva puristava rintakipu, joka saattaa olla ensioire. Erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä hengenahdistus tai yleistilan heikkeneminen voi olla sydäninfarktin ensimmäinen oire. (Tierala 2007; Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 2009.)

2.2 Sydäninfarktin esiintyvyys ja riskitekijät

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yhä merkittävä kansanterveysongelma.

Kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt huomattavasti 70- luvulta lähtien, mutta aiheuttavat edelleen vajaan puolet työikäisten kuolemista Suomessa. Ne muodostavat suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Vakavien sepelvaltimotautikohtausten ilmaantuvuus työikäisillä on laskenut viime vuosina kahdesta kolmeen prosenttia vuodessa. Silti työikäisten miesten sepelvaltimokuolleisuus on Suomessa edelleen suurempi kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa. Nykyisin sepelvaltimotautiin kuolee vuosittain yhä runsaat 12 000 suomalaista. Sepelvaltimotautiin kuolleiden yleisin kuolinsyy on sydäninfarkti. (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus, 2009; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Vuosittain 18 000 sydäninfarktipotilaista lähes 30 prosenttia kuolee ennen sairaalaan pääsyä. Sairaaloissamme hoidetaan vuosittain vajaat 13 000 sydäninfarktipotilasta. Ennen tyypillinen sydäninfarktipotilas oli 40- 60-vuotias mies. Nyt esiintymishuippu on siirtynyt vanhempiin ikäryhmiin ja samalla naisten osuus on kasvanut. Tyypillinen sydäninfarktipotilas 2000- luvulla onkin iäkäs nainen. (Tierala 2007; Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus, 2009.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuoreen tutkimuksen (2011) mukaan sydäninfarktipotilaiden laskennallinen elinajanodote on lisääntynyt yhdellätoista kuukaudella, mikä johtuu parantuneesta hoidosta. Tämä lisää sydäninfarktipotilaiden saatavaa ohjauksen ja kuntoutuksen määrää. Sydäninfarktien ja sepelvaltimotaudin vähenemiseen ovat vaikuttaneet muuttuneiden elintapojen ohella parantunut hoito. Lääkehoito, sekä lisääntyneet ohitusleikkaukset ja pallolaajennukset ovat kehittyneet viime vuosikymmeninä. Vaikka sairastavuus onkin vähentynyt, tulevaisuudessa on odotettavissa lisää sepelvaltimotautiin sairastuneita. Väestön ikääntyminen ja tehokkaammasta hoidosta johtuva sairastuneiden elinennusteen parantuminen vaikuttaa potilasmäärien kasvuun. (Häkkinen 2011.)

Koska sydäninfarktin syy on lähes aina sepelvaltimon ateroskleroottisen seinän repeäminen, ateroskleroosille altistavat vaaratekijät lisäävät riskiä sairastua sydäninfarktiin. Vaaratekijöitä ovat: korkea ikä, miessukupuoli, diabetes, verenpainetauti, tupakointi, perinnölliset tekijät ja rasva- aineenvaihdunnan häiriö. Sairastumisvaaraa lisää tiedossa oleva sepelvaltimotauti. Nämä vaaratekijät ja niiden kasautuminen lisäävät sepelvaltimotaudin todennäköisyyttä ja siten mahdollisen sydäninfarktin syntymistä. Monelle sepelvaltimotautipotilaalle sydäninfarkti saattaa olla taudin ensimmäinen ilmenemismuoto. Osalla sydäninfarktipotilaista ei kuitenkaan todeta edellä lueteltuja vaaratekijöitä. Tämän takia on aina syytä pitää mielessä sydäninfarktin mahdollisuus, kun aikuispotilaalla esiintyy rintakipua. (Tierala 2007; Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus, 2009.)

Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoito aloitetaan jo sairaalajakson aikana. ST-nousufarktin riskitekijöiden hoidon tavoitteet ovat seuraavat: verenpaineen tulisi olla alle 130/80, kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 4,5 mmol/l ja LDL- kolesterolin alle 1,8 mmol/l, potilaalla tulisi olla normaali sokeriaineenvaihdunta, BMI tulisi olla alle 25kg/m², liikuntaa tulisi harrastaa ainakin puoli tuntia päivässä ja potilaan tulisi lopettaa tupakointi. (ST-nousufarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

2.3 Sydäninfarktin hoito

ST-nousufarkti on henkeä uhkaava tilanne, jossa nopea diagnostiikka ja välitön hoidon aloitus parantavat potilaan ennustetta. Sydäninfarktia epäiltäessä EKG otetaan ja arvioidaan välittömästi. ST-nousufarktin hoito on reperfuusiohoito, joita ovat välitön pallolaajennus tai liuotushoito. Pallolaajennus on sydäninfarktin ensisijainen hoitomuoto, kunhan siihen päästään alle 90 minuutissa ensikontaktista. Kuolleisuus lisääntyy pallolaajennuksen viivästyessä. Tämän vuoksi potilas kuljetetaan lähimpään riittävän suuren volyymin sairaalaan, jossa on mahdollista suorittaa välitön pallolaajennus. ST-nousufarktin hoito kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin. Pallolaajennuksen jälkeen potilas siirtyy vuodeosastolle jatkohoitoon. (Tierala 2007; ST-nousufarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Sairalassaoloaikana ja sen jälkeen potilaiden tulee saada riittävä elämäntapoihin ja lääkitykseen liittyvä ohjeistus. Kotiuttaminen tapahtuu yksilöllisesti. Komplikaatioitta toipuvan, invasiivisesti hoidetun potilaan nopea kotiutus tapahtuu noin kahdesta neljään vuorokauden kuluttua infarktista. Vajaatoimintapotilaat ja monen suonen tautia sairastavat tarvitsevat pidemmän hoitojakson. (ST-nousufarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

3 Ohjaaminen hoitotyössä

3.1 Potilaan ohjaus hoitotyössä

”Ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä” (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallaan tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 49.)

Ohjaus- käsite ilmenee ammatillisena toimintana tai prosessina. Se esiintyy rinnakkain tai synonyymina neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. Ohjauksessa hoita-

ja ja potilas selkeyttävät yhdessä potilaan tilannetta. Näin hän voi muodostaa oman menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseen sekä löytämään omiin arvoihinsa perustuvia vastauksia. Ohjaus kohdistuu potilaaseen kokonaisuutena, jolloin hoitajan haasteena on turvata potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ohjaustilanteessa. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

Ohjaus-käsitteen ominaispiirteet, joilla voidaan ohjaus- käsitettä määritellä, ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjaaja on ohjausprosessin asiantuntija, mikä edellyttää ohjaajalta tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. Ohjauksen tavoitteena on asenteiden ja käyttäytymisen muutosten edistäminen, päätöksenteon oppiminen, sosiaalisten suhteiden muuttaminen, selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu yhä enemmän, koska hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin ohjaukselle jää nykyään yhä vähemmän aikaa. Hoitoaikojen lyhentyminen vaatii ohjauksen tehostamista, sillä oletetaan, että potilaat selviytyvät toipumisajasta kotona, muuttavat elintapojaan toivotulla tavalla ja ottavat vastuuta oman terveytensä hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Penttilä & Mäkisen (2007) tutkimuksen mukaan sairaaloissa ohjausta rajoittaa lyhyt hoitoaika. Kuntoutumismahdollisuuksista ei tiedoteta riittävästi, eikä potilaita ohjata kuntoutukseen. Sepelvaltimotautipotilaiden ohjaustilanteissa käsiteltiin lähes aina tupakointia, lääkehoitoa, sydänpotilaan liikuntaa ja ravitsemusta sekä painonhallintaa, mutta harvoin sosiaaliturvaa, stressiä, työkykyä ja eläkekysymyksiä sekä sairauden vaikutuksia seksuaalisuuteen.

Potilaan ohjaaminen on oleellinen osa hyvää hoitoa. Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia. Potilaan tulee saada oman vastaanottokyvyn mukaan tietoa sairaudesta, hoidostaan ja siitä kuinka hän voi itse elämäntavoillaan vaikuttaa sairautensa kulkuun. Ohjauksella tuetaan häntä oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien sekä hoidon hallinnassa. Onnistuneella ohjauksella voidaan lisätä potilaan edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä, osallistua omaan hoitoonsa. Tavoitteena on, että potilas motivoituu ja kykenee itsehoitoon. (Holmia ym. 2008, 223; Eloranta, Vähätalo & Johansson 2009.)

Ohjauksessa potilas on aktiivinen ongelman ratkaisija. Hoitaja tukee häntä päätöksissään, mutta ei anna valmiita ratkaisuja. Ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa. Se sisältää myös tiedon antamista, jos potilas ei ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Tuoksellinen ohjaus vaatii yleensä useita ohjaukskertoja. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 49.)

Ohjaus on sidoksissa hoitajan ja potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Potilaan ja hoitajan fyysinen, kielellinen, ajatteluun ja tunteisiin liittyvä vuorovaikutus on keskeistä ohjauksessa. Ohjaussuhde syntyy potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaiku-

tuksesta. Vuorovaikutuksellinen ohjaustilanne mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon, eikä potilas koe rajoittavia vaatimuksia muuttua tiettyyn suuntaan. Vuorovaikutus rakentuu hyvästä kohtelusta, ymmärtämisestä, tukemisesta ja yhteistyöstä. Parhaimmillaan hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia, jotka suunnittelevat ohjauksen sisältöä ja prosessia yhdessä saavuttaakseen tavoitteensa. Ohjaus on potilaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Yhdessä asetetut tavoitteet tulee olla realistisia. Niissä tulee korostua potilaan vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan. (Kettunen, Karhila & Poskiparta 2002; Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

Potilaan ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo entuudestaan tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää. Ohjauksen onnistumiseksi on myös tärkeä tunnistaa mikä on potilaalle paras tapa omaksua asiat. Ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan ja hoitajan taustatekijät. Potilaan taustatekijät ja hänen käsityksensä niistä muodostavat käsityksen siitä miten hän elää ja toteuttaa hoitoaan. Hoitajan tehtävänä on käydä yhdessä potilaan kanssa läpi hänen ohjaustarpeitaan. Potilaiden erilaisuus ja erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet asettavat hoitajille suuria haasteita. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 49.)



Kuvio 1. Onnistunut ohjaus. (Syrjäläinen, Jyrhämä & Haverinen 2004.)

Fyysiset taustatekijät kuten ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila vaikuttavat siihen miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Diagnosoitu vakava sairaus kuten sydäninfarkti voi estää ohjauksen onnistumisen. Kun potilas käy läpi sairastumistaan ja sen ai-

heuttamia tunteita, hänen saattaa olla vaikea keskittyä ohjaukseen. On tärkeä miettiä mitä ohjauksessa tulee ensisijaisesti käsitellä ja mitä voidaan jättää myöhemmin käsiteltäväksi. Ikääntyneiden ohjaaminen on haasteellista. Ikääntyneillä saattaa olla fyysisiä rajoitteita, näön ja kuulon heikkenemistä sekä muistihäiriöitä. Ikääntyneet tarvitsevat usein lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. Siihen haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksen itselleen tärkeäksi, vaikuttaa potilaan motivaatio. Potilaan terveystottumukset sekä aikaisemmat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta voivat vaikuttaa potilaan suhtautumisesta ohjaukseen. Hoitajan on välttämätöntä tunnistaa potilaan sosiaaliset taustatekijät, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan. Hoitaja pystyy näin tukemaan potilaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan hänen itsemääräämisoikeutta. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 49.)

Kotiuttaminen on osa hoitotyön ammatillista toimintaa. Kotiuttamisen aikana potilas orientoituu kotihoitoon. Grönroos ja Perälän (2006) ovat tutkineet asiakkaan onnistunutta kotiuttamista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, että onnistunut kotiuttaminen toteutui parhaiten työntekijän perehdyttyä asiakkaan sairauksiin ja niiden hoitoon. Myös hyvä yhteistyö eri organisaatioiden, kuten sairaalan, kotihoidon ja kotisairaanhoidon välillä mahdollisti hyvän kotiuttamisen. Kotihoidon onnistumiselle luodaan edellytykset eli potilaalle annetaan tietoa, tukea sekä fyysisiä että psyykkisiä resursseja. Kotiuttamisen suunnittelu, toteutus ja arvioinnin tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa. Potilaan neuvonta ja elintapaohjaus tulee aloittaa jo sairaalahoidon aikana, vaikka hoitajakso olisikin lyhyt. Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Kotiutumisessa korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Grönroos & Perälä 2006, 28 - 32; Sepelvaltimotautikohtausta: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: Käypä hoito -suositus, 2009.)

Sydäninfarktin uusiutumisen todennäköisyys on suurin kotiutusta seuraavina viikkoina, siksi vaaratekijöihin, kuten rasva-aineenvaihduntahäiriöihin, kohonneeseen verenpaineeseen, diabetekseen ja tupakoitiin, pitää puuttua mahdollisimman varhain. Potilaalle ja hänen omaisilleen on annettava ennen kotiutusta tukea ja ohjausta sydäninfarktin uusiutumisen varalta. (Sepelvaltimotautikohtausta: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: Käypä hoito -suositus, 2009.)

3.2 Ohjausmenetelmät hoitotyössä

Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta. Näin heillä on mahdollisuus vuorovaikutustilanteessa kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. Sopivien ohjausmenetelmien löytäminen vaatii hoitajalta tietämystä potilaan taidoista omaksua asioita. Hoitajan tehtävä

on tunnistaa, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin. Ohjaus toteutetaan usein suullisena yksilöohjauksena, jossa asiakas ja terveydenhuoltohenkilöstön edustaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään kasvokkain. Suullinen yksilöohjaus antaa hyvän mahdollisuuden potilaslähtöiseen, yksilölliseen ohjaukseen. Yksilöohjauksessa on mahdollista toteuttaa potilaan tarpeista lähtevää ohjausta sekä antaa jatkuvaa palautetta ja motivoida potilasta. Yksilöohjauksessa voidaan hyvin arvioida potilaan hoitoon sitoutumista, koska on mahdollisuus kysyä, miten hän hoitaa itseään ja on sitoutunut hoitoon. Yksilöohjauksessa voidaan lukea myös non-verbaalisia viestejä ja reagoida niihin. Oppimisen kannalta yksilöohjausta pidetään tehokkaimpana ohjauksen muotona. Suullisen ohjauksen rinnalla käytetään myös kirjallista materiaalia. Kirjalliset ohjeet auttavat potilasta sisäistämään annetun ohjauksen. Kirjallisen materiaalin merkitys korostuu nykyisin, koska hoitoajat ovat yhä lyhyempiä. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 211; Kyngäs & Kääriäinen 2006, 8; Kyngäs ym. 2007, 73 - 74; Kyngäs & Hentinen 2009, 110 - 111.)

Motivoiva haastattelu on potilaskeskeinen kommunikaatiomenetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa potilaan sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa. Potilaan ristiriitainen ajattelu, jossa potilas puhuu samankaltaisesti muutosmyönteisesti sekä muutosvastaisesti on muutoksen suurin este. Tavoitteena onkin tämän ristiriidan tutkiminen ja ratkaiseminen potilaan omista lähtökohdistaan käsin. Hoitajan tehtävänä on ohjata keskustelua kohti muutostavoitetta tukien potilasta ristiriitaa herättävän ongelman ratkaisemisessa. (Ehrling & Rakkolainen 2008; Thompson ym. 2011.)

Motivoiva haastattelu sopii työmenetelmäksi erityisen hyvin, kun tehtävänä on potilaan motivoiminen muutokseen ja hoitoon sitoutuminen. Potilas saattaa tuntea terveydentilanteensa ja tietää, että hänen pitäisi muuttaa terveyskäyttäytymistään parempaan suuntaan, mutta hän silti toimii vastoin saamiaan ohjeita ja neuvoja. Potilaan tavoitteellisen ja ihanteellisen terveydentilansa ja sen hetkisen tilanteen välillä on ristiriita. Tilanne on erityisen haasteellinen myös hoitohenkilökunnalle. Sydän- ja verisuonisairaudet johtuvat suurelta osin huonosta terveyskäyttäytymisestä, kuten tupakoinnista ja liikunnan puutteesta. Hoitohenkilökunnan haasteena on muuttaa terveydelle haitallista käyttäytymistä. Monet potilaiden käyttäytymistavoista ovat juurtuneet tiukasti heidän elämäntapoihin ja niihin vaikuttaminen on usein vaikeaa ja aikaa vievää. (Ehrling & Rakkolainen 2008; Thompson ym. 2011.)

Motivoivan haastattelun peruslähtökohtana ovat hoitajan ja potilaan tasavertainen yhteistyösuhde, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja valinnanvapauden kunnioittaminen. Lähtökohtana muutokseen on, että potilas on oman tilanteensa asiantuntija. Ristiriidan ratkaisemisesta, tavoitteiden asettamisesta ja ratkaisujen tekemisestä vastaa potilas itse, hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta pysymään tavoitteissa. Vuorovaikutussuhteessa hoitajan olisi hyvä voimistaa potilaan ristiriitaa. Potilaan huomattaessa sen hetkisen käyttäyty-

misensä ja arvojen välisen ristiriidan, herättää se potilaan muutosmotivaatiota. (Ehrling & Rakkolainen 2008.)

Ryhmäohjausta voidaan antaa erilaisissa, eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä.

Ryhmäohjaus voi olla jossakin tapauksissa yksilön kannalta tehokkaampi kuin yksilöohjaus, koska ryhmän antama vertaistuki auttaa potilasta ja omaista jaksamaan ja saavuttamaan tavoitteensa. Ryhmän tunnuspiirre on jäsenten merkityksellinen vuorovaikutus, joka ei aina ole sanallista. Ryhmän yhteiset tavoitteet antavat edellytykset sille, että ryhmää voidaan käyttää ohjauksessa voimavarana. Yhteinen tavoite auttaa potilaita ja omaisia sitoutumaan tavoitteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 105.)

Hoitajan tehtävä on huolehtia ryhmäohjauksessa siitä, että ryhmä on selvillä tavoitteistaan ja tehtävästään ja auttaa heitä saavuttamaan kyseiset tavoitteet. Ohjauksen tavoitteet tulee selkiyttää heti alkuvaiheessa, koska vasta sen jälkeen hoitajan on mahdollista aloittaa työskentely ryhmän kanssa. Ryhmäohjaajalla pitää olla taito työskennellä ryhmän kanssa ja taito tunnistaa omat ryhmäohjaustaitonsa sekä erilaiset ryhmän ohjausmenetelmät. (Kyngäs ym. 2007, 108 - 111.)

Audiovisuaalisella ohjausmenetelmällä tarkoitetaan erilaisten teknisten laitteiden, kuten äänikasettien, videoiden, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä annettavaa ohjausta. Nykyisin pyritään hyödyntämään teknologiaa ohjauksessa. Teknologian avulla voidaan hyvin antaa tietoa, mutta emotionaalinen tuki jää vähemmälle. Kääriäisen ja Kynkään (2005) tekemän tutkimuksen mukaan audiovisuaalista ohjausta käytettiin vähiten kaikista ohjausmenetelmistä. Audiovisuaalisesta ohjauksesta on hyötyä potilaille, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Videoiden sekä äänikasettien käyttö mahdollistaa ohjauksen oikean ajoittamisen, mikä tukee potilaiden itsehoitoa ja vähentää pelkoja. Kääriäinen ja Kyngäs (2005) painottivat tutkimuksessaan, että audiovisuaalista ohjausmenetelmää on hyvä käyttää kirjallisen ohjausmateriaalin rinnalla. Tietoverkoissa tapahtuvan ohjauksen on osoitettu lisäävän potilaiden tietoa sairaudesta ja sen hallinnasta, edistävän hoitokäyttäytymistä, vähentävän sairaaläkäyntejä ja mahdollisuuden kehittää vertaistukiverkostoa. (Kyngäs & Kääriäinen 2005; Kyngäs & Hentinen 2009, 113.)

Puhelinneuvonta on suositeltava ohjausmenetelmä, mikäli potilas siitä hyötyy. Tehokas puhelinohjaus on osa laadukasta terveyspalvelua. Potilas saa heti soittaessaan terveydenhuollon ammattihenkilön antaman tiedon ja taidon käyttöönsä. Onnistunut puhelinohjaus parantaa tutkitusti terveyspalvelujen saatavuutta ja lisää nopeutta sekä tehokkuutta asiakaspalvelussa. Lisäksi puhelinneuvonnan avulla ohjataan potilas oikeaan paikkaan oikeana ajankohtana. Onnistuessaan ohjaus tuo terveyspalvelujen tuottajalle myös taloudellista säästöä. (Hyrynkangas - Järvenpää 2007.)

Puhelinkontakti tuo ohjaukseen myös omat haasteensa. Hoitajalta vaaditaan taitoa luoda mielessään kuva potilaan tilasta näkökontaktin puuttuessa. Soittaja on useimmiten hoitajalle tuntematon. Luottamuksellisen ilmapiirin rakentaminen on erittäin tärkeää, jotta potilas uskaltaa ilmaista ongelmansa ja saada näin tarvitsemansa neuvot. Laajoilla sekä kattavilla kysymyksillä annetaan soittajalle tilaa puhua asiastaan. Väärinkäsityksiä pyritään välttämään rajatuilla ja kohdennetuilla kysymyksillä. (Hyryn Kangas - Järvenpää 2007.)

3.3 Ohjauksen tarve hoitotyössä

Yksilön sekä yhteisön voimavarat vaikuttavat ohjauksen tarpeen määrittelyyn sekä toteutukseen. Potilaan ohjauksen lähtökohtana on potilaslähtöisyys. Potilaan tulisi saada tarpeen mukaista ohjausta. Hyvä potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet. Hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta sekä arviointia. Lyhentyneet sairaalassaoloajat sekä ikääntyneiden potilaiden määrän ja tietotekniikan mahdollisuuksien kasvaminen lisäävät potilasohjauksen tarvetta ja asettavat hoitohenkilökunnalla uusia vaatimuksia, koska heillä on käytettävissä yhä vähemmän aikaa potilasohjaukseen. Terveystieteiden tutkimusten käsitykset potilaiden tiedontarpeista voivat olla erilaiset kuin potilailla itsellään. Terveystieteiden tutkimukset asettaa omat tavoitteensa siihen minkälaista ohjausta olettaa potilaan tarvitsevan voidakseen sitoutua hoitoonsa. Kun taas potilas tarkastelee ohjaustarpeitaan omasta näkökulmasta käsin, siksi niistä tulisi keskustella potilaan kanssa. Ohjauksen suunnittelu tulisi lähteä potilaan omista tarpeista ja sisällön tulisi olla yksilöllistä. Ohjaajan tulisi miettiä mitä ja miten tämän potilaan kohdalla tulisi ohjausta toteuttaa, jotta se tukisi potilaan sitoutumista hoitoon. (Hupli 2004; Lipponen ym. 2006, 10; Kyngäs & Hentinen 2009, 90.)

Potilas tarvitsee hoitohenkilökunnalta paljon tietoa ja tukea pystyäkseen sopeutumaan uuteen tilanteeseen sydäninfarktin jälkeen. Potilaalle sydäninfarkti aiheuttaa merkittäviä muutoksia elämässä. Ohjauksen avulla on mahdollista tukea potilasta hänen terveydentilansa muutoksessa ja elämänhallintansa saavuttamisessa. Potilaat tietävät terveyteensä liittyvistä asioista yhä enemmän ja heidän tiedontarpeensa ovat lisääntyneet, joten potilasohjauksen jatkuva kehittäminen on tärkeää. (Hupli 2004; Eloranta ym. 2009.) Hämäläisen (2008) tutkimuksen mukaan tukea antava ohjaus vähentää merkittävästi potilaiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Potilaiden varhaisvaiheen ohjaus ja tuki tulisi sisällyttää osaksi sydäninfarktipotilaiden rutiinihoitoa. Etenkin elvytettyjen potilaiden ja heidän omaistensa henkistä tukemista ei pidä unohtaa.

Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan seksuaalisuuteen, sillä seksuaaliterveyden edistäminen on myös osa potilaan ohjausta. Ammatilliseen, kokonaisvaltaiseen ja inhimilliseen hoitotyöhön kuuluu seksuaalisuus ja seksuaaliterveys. Seksuaali- ja lisääntymistervey-

den toimintaohjelman (STM 2007) mukaan potilaan tulee saada seksuaaliohjausta osana normaaleja terveystalvveluita sekä hoitokontakteja. Potilaat haluavat saada tietoa sairauden, hoitojen ja lääkituksen vaikutuksista seksuaalisuuteen - seksuaalioikeudet kuuluvat jokaiselle. Sydäninfarktipotilaan seksuaaliohjauksessa korostetaan vuorovaikutukseen sekä läheisyyden ja hellyyden osoittamiseen. Ohjauksessa keskustellaan myös sydäninfarktlin jälkeisistä seksuaalisista toimintahäiriöistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.)

3.4 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Potilaan ohjaaminen ja tukeminen hänen omista lähtökohdistaan käsin on tärkeää. Näin potilas itse kykenee tekemään omaa terveyttään koskevia päätöksiä. Tämä tukee potilaan voimavaraistumista. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ideana on, että se ei ole vain faktojen esittämistä, vaan ohjauksen myötä potilaan kokema hallinnan tunne eli voimavaraistuminen voi kehittyä ja hänen mahdollisuutensa vaikuttaa omaan hoitoonsa lisääntyy. Potilaan voimavaraistuminen tarkoittaa kykyä hallita terveyteen liittyviä ongelmatilanteita ja niiden aiheuttamia seurauksia elämässään. Potilaan voimavaraistumista voidaan tukea potilaan ohjauksella välitettävän tiedon avulla. Potilaat tarvitsevat paljon sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa. (Rankinen 2008, 41 - 48; Eloranta ym. 2009.)

Ohjauksessa on tärkeää tukea potilaan voimavaraistumista. Voimavaraistumista tukeva tieto muodostuu potilaan aikaisemmista tiedoista terveydestä ja sen ongelmatilanteisiin liittyvästä tiedosta, potilaan odottamasta tiedosta ja hänelle välitetystä tiedosta sairauden ja hoidon eri vaiheissa. Potilaan voimavaraistumista voidaan arvioida potilaan motivaatiolla hoitaa itseään ja kykyä toimia terveyteen liittyvissä ongelmatilanteissa. Potilaan voimavaraistumista voidaan arvioida myös vertaamalla potilaan odottamaa tietoa hänen kokemukseensa saadusta tiedosta. (Rankinen 2008, 41 - 48.)

Hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta käsiteltiin Kettusen ym. (2002) tutkimuksessa. Tutkimus keskittyi niihin puhekäytäntöihin, jotka edistävät potilaan keskusteluun osallistumista ja voivat tätä kautta tukea potilaiden voimavarojen vahvistumista. Tutkimus osoittaa kuinka hoitajien aloitusratkaisu, tunnekysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalisuus tarjoavat potilaille tilan osallistua hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Näin potilasta askarruttavat asiat pääsevät osaksi vuorovaikutusta. Tutkimuksen mukaan voimavarojen saavuttamisen lähtökohtana on potilaan aktiivinen osallistuminen. Neuvontakeskustelussa potilaan osallistuminen edellyttää hoitajan ja potilaan välistä tasavertaista vuorovaikutussuhdetta. Turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon.

Neuvontakeskustelussa hoitaja ottaa usein aloitteen käsiinsä, tilanne tulee olla rauhallinen ja puheessa on oltava taukoja. Tämä antaa potilaalle mahdollisuuden heti keskustelun alussa esittää tarkentavia kysymyksiä ja ottaa osallistujan rooli. Hoitajan ja potilaan välinen arkipattelu ylläpitää läheistä ilmapiiriä ja rakentaa yhteisyyttä heidän välille. Arkipattelu saattaa laukaista jännitystä, jota terveyttä koskeviin asioihin saattaa liittyä. Tunnekysymykset ja tunnusteleva puhe osoittavat potilaalle hienotunteisuutta ja helpottavat potilaan osallistumista sekä tarjoavat potilaalle mahdollisuuden puhua kokemuksistaan ja tunteistaan. Ymmärtämyksen osoittaminen ja tunteiden salliminen voi toimia potilaille vahvistavana kokemuksena. Kuuntelemista osoittava vaihteleva ja heijastava palaute rohkaisee ja kannustaa potilasta jatkamaan puhetta. Tällainen kuunteleminen voi edistää potilaan itse arviointia. Myös tärkeä osa hoitajan voimavarakeskeistä neuvontatyötä on neutraalisuus, joka kunnioittaa potilaan autonomiaa. Kun potilaalla on riittävästi tietoa hoitopäätösten tueksi ja hänelle on esitelty hoitoon liittyvät vaihtoehdot, niin on päätöksenteko potilaalla itsellään. Hoitajan kiinnittäessä huomiota potilaan osallistumista edistävän keskustelun muotoutumiseen, hän vahvistaa potilaan voimavaroja. Näin hoitaja voi edistää potilaan henkilökohtaisten ratkaisujen löytymistä. (Kettunen ym. 2002.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön aihe on vuodeosastolta kotiutuvan aikuisen sydäninfarktipotilaan ohjaus. Tarkoituksena oli kuvailla aikuisen sydäninfarktipotilaan näkökulmasta hänen ohjaustarvettaan sekä käytettyjä ohjausmenetelmiä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi sydäninfarktista toipuvan aikuisen tueksi. Kuvailimme kirjallisuuskatsauksen avulla millaisia ohjaustarpeita sydäninfarktipotilalla on ja millaisia ohjausmenetelmiä käytetään sydäninfarktipotilaan ohjauksessa.

Tutkimustehtävät

- 1 Millaisia ohjaustarpeita sydäninfarktista toipuvalla aikuisella on?
- 2 Millaisia ohjausmenetelmiä käytetään sydäninfarktipotilaan ohjauksessa?

5 Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä kattavasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta, yleensä se tehdään vastauksena johonkin kysymykseen, tutkimusongelmaan. Systemaattisessa

kirjallisuuskatsauksessa tutkimus koskee tarkasti rajattuja ja valikoituja tutkimuksia, ja se kohdistuu tiettyinä aikoina tehtyihin tutkimuksiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, alkuperäistutkimusten valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37 - 45; Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson 2007, 3 - 9.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa tai jo olemassa oleva tieto. Tämä opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen, joka ohjaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etenemistä. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Suunnitteluvaiheessa on päätettävä käytettävien alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit, jotka tulee kuvata tarkasti, täsmällisesti ja niiden tulee olla johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta perustuu siihen, vastaako hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Vastaavuutta tarkastellaan otsikon, abstraktin ja koko tekstin tasolla. Pyrkimyksenä on valikoida mukaan mahdollisemman edustava joukko luotettavia tutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37 - 45; Metsämuronen 2006, 31 - 40; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46 - 57; Stolt & Routasalo 2007, 58 - 70.)

5.1 Aineiston keruu

Tutkimustehtäviin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehtiin kattavasti. Haimme alkuperäistutkimuksia sekä sähköisesti eri tietokannoista että manuaalisesti. Käytimme hakulähteinä eri tietokantoja; Medic, PubMed ja Cinahl. Medic on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta. Se sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. PubMed on kansainvälinen lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen kirjallisuusviitetietokanta. Chinahl on hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian laaja kansainvälinen viite- ja tiivistelmätietokanta.

Tutkimusmateriaalia sydäninfarktista löytyi paljon, joten haut rajattiin koskemaan suomen- tai englanninkielisiä hoito- tai lääketieteellisiä tutkimuksia. Tutkimusten tuli olla julkaistu vuosien 2005 – 2012 aikana, koska tarkoituksenamme oli löytää mahdollisemman uutta tutkimustietoa aikuisen sydäninfarktipotilaan ohjauksesta. Keskityimme etsimään tutkimusmateriaalia siitä millaisia ohjaustarpeita sydäninfarktista toipuvalla aikuisella on, sekä millaisia ohjausmenetelmiä käytetään sydäninfarktipotilaan ohjauksesta. Haut rajattiin tietokannoissa

koskemaan asiasanoja. PubMed ja Chinahl tietokannoissa haku rajaus tehtiin koskemaan koko tekstin ilmaiseen saatavuuteen sähköisesti. Kohderyhmänä olivat aikuispotilaat, koska heidän riski sairastua sydäninfarktiin kasvaa iän myötä. Molempiin tutkimustehtäviin teimme haut mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla ja - termeillä. Hakutermit määritettiin tutkimustehtävien pohjalta mahdollisimman monipuolisesti koskemaan potilaan ohjausta. Käytimme seuraavia hakutermejä: sydäninfarkti AND potila*, sydäninfarkti AND potilasohjau*, sydäninfarkti AND potilasneuv*, sydän AND potilasneuv*. Kansainvälisissä tietokannoissa hakutermeinä käytimme: "Myocardial infarction" AND Counselling, "Myocardial infarction" AND "Patient education", "Myocardial infarction" AND Counselling AND Discharge. Hakutermien valinnassa käytettiin MeSH (Medical subject heading) asiasanastoa sekä yleistä suomalaista asiasanastoa (YSA). Hakutermien yhdisteleminen tapahtui AND- operaattorilla. Tiedonhaku tehtiin myös manuaalisesti, jolla pyrittiin löytämään sähköistietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset. Manuaalisella tiedonhaualla tarkoitetaan alkuperäistutkimusten etsimistä käsin tutkimustehtävien kannalta keskeisistä julkaisuista. Sähköisen tiedonhaun tekemisessä autoivat Laurea Ammattikorkeakoulun informaattikot. Etsimme tietoa systemaattisesti ja kriittisesti arvioimalla (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40).

Tutkimusten valintaa varten laadittiin sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteereinämme olivat hoito- tai lääketieteelliset lehtiartikkelit, pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat tai hoitotyönlehdet, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Tutkimusten tuli käsitellä sydäninfarktin sairastaneen tai sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeita potilaan näkökulmasta. Eli minikälaista ohjausta sydäninfarktipotilaat tai sepelvaltimotautipotilaat toivoisivat saavansa. Tai tutkimusten tuli käsitellä ohjausmenetelmiä joita käytetään sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tutkimusten tuli kohdistua vuodeosastolla oleviin tai vuodeosastolta kotiutuneisiin potilaisiin.

Systemaattinen haku kaikista kolmesta valitusta tietokannasta tuotti yhteensä 249 viitettä, jotka kaikki käytiin läpi. Kaikista alkuperäistutkimuksista luimme otsikot. Otsikoiden perusteelle hyväksyimme ne, jotka vastasivat sisäänottokriteereitämme. Jos vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, teimme valinnan abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Kirjasimme erilliseen taulukkoon jokaisen tietokannan kohdalle hyväksytyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät. Hakustrategia, jossa kuvataan käytetyt tietokannat sekä käytetyt hakutermit ja niiden yhdisteleminen, on kuvattu liitteessä 1.

Manuaalisella haulalla löydettiin yhteensä 20 tutkimusta, jotka olivat kotimaisia pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja ja hoitotyönlehtiä sekä kansainvälisiä hoito- tai lääketieteellisiä lehtiartikkeleja. Niistä valittiin yhteensä 13 tutkimukseen mukaan. Alkuperäistutkimusten valinnan sekä laadun arvioinnin jälkeen saimme hyväksytyjen alkuperäistutkimusten lopullisen määrän systemaattiseen kirjallisuuskatsauksemme. Valitsimme alkuperäistutkimuksista ne

tutkimukset, jotka ovat tutkimustehtävien kannalta olennaisia. Lopulta aineisto koostui yhteensä 21 tutkimuksesta. Valittu tutkimusaineisto on esitelty liitteessä 2. Valitut alkuperäiset tutkimukset muodostivat analysoitavan aineistomme. Niin kuin Kääriäinen & Lahtinen (2006) mainitsee tutkimuksessaan aineiston analysoinnissa ja tulosten esittämisessä pyrimme vastaamaan mahdollisimman kattavasti, ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimustehtäviin.

5.2 Aineiston analysointi

Tuomi ja Sarajärvi (2009) jaottelevat laadullisen tutkimuksen analyysimuodot teorialähtöiseen analyysiin, teoriaohjaavaan analyysiin sekä aineistolähtöiseen analyysiin. Aineiston analyysissä puhutaan joko aineistolähtöisestä (induktiivinen) tai teorialähtöisestä (deduktiivinen) ilmauksesta. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Prosessin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen (reduointi), aineiston ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Ensimmäiseksi saadusta aineistosta etsitään tutkimustehtäviin liittyviä ilmaisuja. Tämän jälkeen yhdistetään samaa tarkoittavat ilmaisut, jolloin saadaan muodostettua alakategorioita. Sisällöltään samanlaisista kategorioista muodostetaan yläkategoriat. Lopulta saadaan yksi yhdistävä kategoria. Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällön analyysi kulkee aineiston ehdoilla. Aineiston luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, kuten teoriaan tai käsitejärjestelmään. Kategoriat muodostuvat siis aikaisemman tiedon perusteella, joka ohjaa aineiston analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 113.)

Aineiston pelkistämisen tarkoituksena on karsia tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Se voi olla tiedon tiivistämistä tai jakamista osiin, jolloin tutkimustehtävät ohjaavat aineiston pelkistämistä. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtäviin. Sen tarkoituksena on luoda pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Sisällön analyysi etenee empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavista ilmiöistä, joka perustuu tulkintaan ja päätelyyn. Tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys voi olla luokitteluyksikkönä. Aineisto tiivistyy luokittelussa, koska käsitteet sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Opinnäytetyömme aineisto (N= 21) analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin ja sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysissä pyrimme luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden ja analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113 - 114.)

Taulukoimme käytettävät tutkimukset kirjaamalla tekijät, tutkimuksen aiheet, julkaisuvuodet ja julkaisumaat, tutkimusten tarkoitus/tavoite, aineistonkeruu ja keskeiset tulokset. Suurin osa tutkimuksista on tehty Suomessa (N=11), kolme Norjassa, kaksi Irlannissa, kaksi Iso-Britanniassa, yksi Ruotsissa, kaksi Australiassa. Teimme muistiinpanoja ja kirjasimme ylös tutkimuksista tutkimustehtävien kannalta oleelliset tiedot. Taulukosta poimittiin tulokset, jotka kuvasivat sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeita sekä käytettäviä ohjausmenetelmiä. Ensimmäisen tutkimustehtävän kohdalla käytettiin tutkimusartikkeleiden analysoinnissa aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimusten aineisto, missä kerrottiin sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaan ohjaustarpeista, pelkistettiin. Aineisto koostui 12 tutkimuksesta. Esimerkki aineiston pelkistämisestä on kuvattu taulukossa 1.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys
<i>”Potilaat haluavat enemmän tietoa lääkeshoidosta.”</i>	<i>Enemmän tietoa lääkeshoidosta.</i>
<i>”Lääkehoitoon liittyvä epätietoisuus, kuten lääkkeiden käytön syy ja lääkeshoidon kesto...”</i>	<i>Tietoa lääkkeiden käytön syistä. Tietoa lääkeshoidon kestosta.</i>
<i>”Vaikka potilaat kokivat ohjauskeskustelun sisällön hyväksi, joidenkin mielestä he eivät olleet saaneet tarpeeksi ymmärrettävää tietoa sairaudesta tai toimenpiteiden tuloksista.”</i>	<i>Ymmärrettävää tietoa sairaudesta. Ymmärrettävää tietoa toimenpiteiden tuloksista.</i>
<i>”Tarvetta koettiin myös omaisten ohjaukseen, sillä ammattihenkilön koettiin osaan selittää potilaan asiat selkeästi ja...”</i>	<i>Omaisten huomiointi ohjauksessa.</i>

Taulukko 1. Aineiston pelkistäminen

Pelkistetyt ilmaukset analysoitiin ja ryhmiteltiin eli samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alakategorioiksi. Aineiston pienuuden vuoksi jätimme ryhmittelyn alakategorioihin, jotta se olisi selkeämpi (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Saadut alakategoriat muodostuivat niistä potilaiden ohjaustarpeista joita tutkimusaineistossa tuli esille. Analyysin alakategorioiksi muodostui yhteensä 12 eri luokkaa, jotka olivat sydäninfarktin riskitekijät, tietoa sydäninfarktista, sydäninfarktin hoito, elämäntapaohjaus, lääkeshoidon toteuttaminen, omahoidonohjaus, potilaslähtöinen ohjaus, sosiaaliturva, läheisten mukaan ottaminen hoitoon, tunteista keskuste-

leminen, onnistunut ohjaustilanne, hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Esimerkki aineiston ryhmittelystä on kuvattu taulukossa 2.

Pelkistys	Alakategoria
Enemmän tietoa lääkehoidosta Lääkityksen läpikäyminen Tietoa lääkkeiden käytön syistä Tietoa lääkehoidon kestosta Tietoa lääkkityksen haittavaikutuksista Lääkekorvattavuuksien läpikäyminen	Lääkehoidon toteuttaminen
Tietoa elintapamuutoksista Tietoa lepäämisestä Tietoa ruokavaliosta Ohjausta liikunnasta Ohjausta elämäntapamuutoksien tarpeellisuudesta Ohjausta kuntoutuksesta	Elämäntapa ohjaus
Tietoa sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan Sairauteen liittyvien tuntemuksien huomiointi Tunteisiin pohjautuvaa tukea	Tunteista keskusteleminen

Taulukko 2. Aineiston ryhmittely

Ryhmittely on kokonaisuudessaan kuvattu liitteessä 3. Sisällönanalyysillä saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos, vaan ainoastaan keino tiivistäen tarkastella tutkimuksia. Varsinainen tulos muodostuu vasta siitä kun saatujen luokkien sisällä tarkastellaan, minkälaisia kuvauksia kyseisistä aiheista tutkimuksista esitetään (Tuomi & Sarajarvi 2009, 123 - 124.)

Toisen tutkimustehtävän kohdalla pelkistämistä ei voitu tehdä. Sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaan ohjausmenetelmien kohdalla käytettiin tutkimusartikkelien analysoinnissa teorialähtöistä eli deduktiivista sisällön analyysiä. Tutkimuksista poimimme ohjausmenetelmiä joita käytetään sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Aineisto koostui 17 tutkimuksesta. Ohjausmenetelmät, joita tutkimuksissa käytettiin, listattiin ylös ja analysoitiin tutkimusten teoreettisista lähtökohdista käsin. Tutkimuksissa käytetyt ohjausmenetel-

mät on kuvattu liitteessä 4. Sisällönanalyysin jälkeen kuvasimme tulokset ja teimme niistä johtopäätöksiä sydäninfarkti- tai sepelvaltimotautipotilaiden ohjaustarpeista ja -menetelmistä.

6 Tulokset

6.1 Sydäninfarktipotilaan ohjaustarpeet

Ohjaustarpeita kuvaaviksi alakategorioiksi muodostuivat sydäninfarktin riskitekijät, tietoa sydäninfarktista, sydäninfarktin hoito, elämäntapaohjaus, lääkehoidon toteuttaminen, omahoidonohjaus, potilaslähtöinen ohjaus, sosiaaliturva, läheisten mukaan ottaminen hoitoon, tunteista keskusteleminen, onnistunut ohjaustilanne sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Sydäninfarktin riskitekijät sisältävät tietoa sairauden riskitekijöistä ja ohjausta riskitekijöiden hallinnasta. Tutkimuksista ilmeni, että kahdessa tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä riskitekijöiden hallintaan ja potilaiden mahdollisuuksiin hidastaa omaa sairauttaan annetun ohjauksen määrään (Heino 2009; Ronkainen 2011). Riskitekijöinä käsiteltiin diabetesta, kolesterolia, stressiä, sukurasitetta, verenpainetta sekä tupakointia ja yleisesti eri riskitekijöitä. Ohjauskeskustelu koettiin hyödylliseksi herättämään elämäntapojen riskejä ja vahvistamaan päätöstä muutoksen tekoon. Ohjaus itsessään motivoi ruokavalion keventämiseen, liikunnan lisäämiseen ja tupakoinnin lopettamiseen. (Ronkainen 2011.) Kolmessa tutkimuksessa potilaat tarvitsivat lisää tietoa taudin uusiutumisen riskeistä (Koskela 2006; Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä 2007; Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley 2008). Potilaiden tiedontarve koski valtimotautien riskitekijöitä ja niihin vaikuttamista (Koskela 2006). Blek ym. (2007) tutkimuksessa kolmasosa potilaista ei ollut saanut tietoa riskitekijöistä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että terveyskäyttäytyminen ja asenteet riskitekijöihin ovat yhteydessä toisiinsa. Potilaat, joiden mielestä esimerkiksi ruokavalio oli sepelvaltimotaudille merkityksellistä, mainitsivat useimmiten noudattavansa terveellistä ruokavaliota.

Tietoa sydäninfarktista pitää sisällään, tietoa sydämen rakenteesta, tietoa sydämen toiminnasta, tietoa sairaudesta ilman vieraan termistön käyttämistä, lisätietoa rintakehällä ilmenevistä oireista, tietoa sairauden fyysisistä seurauksista, tietoa kivunhoidosta sekä tietoa sairauden vaikutuksista potilaan elämään. Tutkimuksista ilmeni, että potilaat tarvitsevat tietoa sairautteen liittyvistä tekijöistä (Hanssen, Nordrehaug, & Hanestad 2005; Koskela 2006; Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen 2006; Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilaat tarvitsevat tietoa sydämen toiminnasta, diagnosoimiseen liittyvistä tutkimuksista ja laboratoriokokeiden tuloksista (Ruotsalainen 2006; Heino 2009). Potilaat toivovat enemmän tietoa siitä, mitä on tapahtunut, mitä yleisimpiä ongelmia sairauteen liittyy, mitä

voi tapahtua, mitä tulee tapahtumaan, mikä kuuluu asiaan, mikä ei, voiko tauti uusiutua sekä voiko tukos lähteä liikkeelle (Ruotsalainen 2006). Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä sydämen rakenteesta ja toiminnasta välitetyn tiedon määrään (Blek ym. 2007; Heino 2009). *”Mitä enemmän tietoa potilaat saivat, sen tyytyväisempiä he olivat”* (Oterhals ym. 2006).

Potilaat tarvitsevat lisätietoa ja ohjeita rintakehällä ilmenevistä oireista ja niiden luokittelusta (Koskela 2006). Potilaat halusivat enemmän tietoa sairauden fyysisistä ja psykologisista seurauksista (Hanssen 2005). Kivunhoitoon oli potilaiden mielestä kiinnitetty hyvin huomiota ja se oli potilaiden mielestä positiivinen yllätys (Koskela 2006). Potilaat haluavat tietää omaa sairauteensa liittyvistä hyvistä sekä huonoista asioista. Sairauden vaikutuksista potilaan elämään, kuten sosiaalisiin suhteisiin tai henkiseen jaksamiseen annetun tiedon määrään oltiin tyytymättömiä. (Heino 2009.) Ohjaus sairaalassa painottuu liikaa sairauden fysiologiaan sekä lääketieteelliseen hoitoon (Blek ym. 2007). Ohjaus oli liian yleistä ja se keskittyi liikaa tekniisiin asioihin (Hanssen 2005). Ohjauksessa käytettiin paljon lääketieteellisiä termejä, joita potilaat eivät ymmärtäneet (Ruotsalainen 2006).

Sydäninfarktin hoito pitää sisällään tietoa hoitovaihtoehdoista, tietoa tutkimuksista, ymmärrettävää tietoa toimenpiteiden tuloksista ja ennen kotiutusta selviytymistä tukevaa ohjausta. Potilaat tarvitsevat tietoa eri hoitovaihtoehdoista (Ruotsalainen 2006; Heino 2009). Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä hoitovaihtoehdoista toteutetun ohjauksen määrään (Heino 2009). Potilaat tarvitsevat myös tietoa siitä miten toipuminen on edistynyt (Ruotsalainen 2006). Ronkaisen (2011) tutkimuksessa potilaat eivät olleet saaneet tarpeeksi ymmärrettävää tietoa toimenpiteiden tuloksista. Naiset kaipaivat lisätietoa sydänsairauteen liittyvistä hoitotutkimuksista ja lisätutkimusten tarpeesta sekä siitä miten luotettavia tutkimukset ovat (Koskela 2006).

Sydäninfarktin sairastaneet potilaat tuntevat sairauden alussa kieltämisen tunteita ja ahdistusta, jotka eivät edistä ohjauksen sisäistämistä. potilaat tarvitsevat tunteisiin pohjautuvaa ja selviytymistä tukevaa ohjausta ensisijaisesti. (Ronkainen 2011.) Monet asiat tapahtuivat sairaalassa samaan aikaan, tämän takia potilaat tunsivat kykenemättömiltä harkitsemaan asioita ja esittämään asianmukaisia kysymyksiä hoitohenkilökunnalta (Hanssen ym. 2005; Ruotsalainen 2006). Potilaat eivät pystyneet sairaalassa ollessaan sisäistämään asioita tai niistä ei kerrottu riittävästi (Ruotsalainen 2006; Astin ym. 2008).

Elämäntapaohjaus pitää sisällään tietoa elintapamuutoksista, tietoa lepäämisestä, tietoa ruokavaliosta, ohjausta liikunnasta, ohjausta elämäntapamuutoksien tarpeellisuudesta sekä ohjausta kuntoutuksesta. Suurimmassa osassa tutkimuksissa oli saatu ohjausta elämäntavoista (Condon & McCarthy 2006; Koskela 2006; Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Astin ym. 2008; Heino 2009; Ronkainen 2011). Silti neljässä tutkimuksessa potilaat jäivät kaipaamaan lisätie-

toa elintapojen muutoksista kuten liikunnasta, ruokavaliosta, elämäntapojen yhteydestä sepelvaltimotautiin (Koskela 2006; Blek ym. 2007; Astin ym. 2008; Ronkainen 2011). Tietoa oli myös harvemmin saatu lepäämisestä ja rentoutumisesta (Blek ym. 2007). Ohjauskeskustelu koettiin hyödylliseksi elämäntapojen muuttamisessa. Elämäntapamuutoksien tarpeellisuutta oli hyvä käsitellä ohjauskeskustelussa, mikä auttoi potilaita muutostavoitteiden tekemiseen. (Ronkainen 2011.) Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa potilaiden mukaan tieto terveellisistä elintavoista on jo olemassa ja niihin liittyvä asia ihmisille tuttua. Tästä syystä potilaat kokivat ohjauksen elintavoista tuntuvalta turhautavalta. Hengissä pysymisen havaittiin olevan merkittävä tekijä motivoimisessa suorittamaan elämäntapamuutoksia. Yhteen tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli liian monta elämäntapamuutosta kerralla, mikä heikensi potilaiden sitoutumista niihin. Perheenjäsenien ylihuolehtivaisuus lisäsi potilaiden turhautuneisuutta ja vaikeutti elämäntapamuutoksia. (Condon & McCarthy 2006.)

Kahdessa tutkimuksessa annettiin ohjausta kuntoutuksesta (Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilaat kokivat että kuntoutuksesta puhuttiin erityisen paljon. Fysioterapeutti vastasi lähinnä kuntoutukseen ja liikuntaan liittyvästä ohjauksesta. (Ronkainen 2011.) Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan kuntoutukseen liittyvän ohjauksen määrään oli lähes puolet potilaista tyytyväisiä. Kuntoutuksen ohjaukseen kuului myös erilaisten potilasjärjestöjen toiminta, joista saatu informaatio oli potilaiden mielestä tyydyttävä. (Heino 2009.)

Lääkehoidon toteuttaminen pitää sisällään enemmän tietoa lääkehoidosta, lääkityksen läpikäymisen, tietoa lääkkeiden käytön syistä, tietoa lääkehoidon kestosta, tietoa lääkityksen haittavaikutuksista ja lääkekorvattavuuksien läpikäymisen. Tutkimuksissa ilmeni, että potilaat tarvitsevat tietoa lääkehoidosta (Oterhals ym. 2006; Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Astin ym. 2008; Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilailla oli puutteita lääkehoitoon liittyen (Oterhals ym. 2006; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilaat halusivat enemmän tietoa lääkkeiden käytön syistä ja lääkehoidon kestosta (Ruotsalainen 2006). Potilaat olivat tyytymättömiä lääkityksen haittavaikutuksista saamaansa tietoon (Oterhals ym. 2006; Heino 2009). Lisätietoa potilaat jäivät kaipaamaan lääkekorvattavuuksista (Ruotsalainen 2006; Ronkainen 2011). Ohjauskeskustelussa käytiin läpi sairauden hoidossa käytettäviä lääkityksiä ja lääkekorvattavuuksia lääkärin ja hoitajien kanssa (Ronkainen 2011). Potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta omasta lääkityksestään. Lääkityksen läpikäymisen potilaat kokivat tärkeäksi. (Oterhals ym. 2006; Ronkainen 2011.)

Omaohjauksen ohjaus pitää sisällään potilaan yksilöllisen vaikuttamisen lisäämisen, potilaan vallinnan mahdollisuuden lisäämisen, rohkaisemisen omaan hoitoon, potilaan motivoimisen sekä muutostavoitteiden asettamisen. Potilaiden mukaan tiedon puute sairaudesta, sen hoidosta sekä vaikuttamismahdollisuuksista estävät potilaita osallistumasta hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja omaan hoitoon. Vaikuttamismahdollisuuksien puute vaikuttaa omaa hoitoa

koskevaan päätöksentekoon osallistumista. Vaikuttamismahdollisuuksien puute johtuu potilaiden mukaan hoitohenkilökunnan kiireestä, hoitohenkilökunnan vaihtuvuudesta sekä siitä, että hoitajat eivät esitä kysymyksiä. Tällöin potilaalle tulee tunne, ettei hänestä välitetä. Potilaat toivovat, että heillä olisi läheiset välit hoitohenkilökunnan kanssa, mikä antaisi rohkeutta kysyä ja keskustella hoitoon liittyvistä asioista. Näin he voisivat osallistua oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Hoitohenkilökunnan tarjoamat mahdollisuudet esittää kysymyksiä ja antaa tieto sairaudesta ja sen hoidosta edistävät potilaiden mukaan päätöksentekoon osallistumista ja hoitoon sitoutumista. (Ruotsalainen 2006.)

Potilaiden ohjaukselle asettamien tavoitteiden huomioiminen oli ollut riittämätöntä (Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilaat olivat itsenäisesti asettaneet omahoidon muutostavoitteet, mutta ohjauskeskustelussa ei käyty varsinaisesti tavoitteiden asettelua läpi hoitajan kanssa (Ronkainen 2011). Potilaiden rohkaisemista omaan hoitoonsa oli korostettu ohjauksessa (Heino 2009). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa potilaiden mielestä hoitajat eivät taas kannusta riittävästi potilaita hoitamaan itseään.

Potilaslähtöinen ohjaus pitää sisällään yksilöllisen ohjauksen, vuorovaikutuksellisen ohjauksen potilaan ja hoitajan välillä, tavoitteellisen ohjauksen, potilaiden taustatietojen huomioimisen, potilaiden elämäntilanteen huomioimisen, potilaiden toiveiden huomioimisen sekä potilaiden odotusten huomioimisen. Neljässä tutkimuksessa toivottiin, että ohjaus olisi potilaan yksilöllisiin lähtökohtiin perustuvaa (Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Rahkonen 2010; Ronkainen 2011). Ohjauksen toteuttaminen potilaan yksilöllisten lähtökohtien perusteella lisää potilaiden tyytyväisyyttä ohjauksessa. (Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Rahkonen 2010; Ronkainen 2011). Potilaille on tarve henkilökohtaiseen keskusteluun (Ruotsalainen 2006). Kun ohjauksessa käsiteltiin potilaan omia arkiasioita, kuten omia tottumuksiaan, ohjauskeskustelu hoitohenkilökunnan kanssa koettiin yksilölliseksi (Ronkainen 2011). Potilaat kokevat ohjauksen myös yksilölliseksi silloin, kun hoitaja osoittaa kiinnostusta heidän sairautensa aiheuttamiin tuntemuksiinsa (Heino 2009). Tärkeänä potilaat pitivät heidän toiveidensa ja odotustensa huomioimista ohjaustilanteessa (Heino 2009; Rahkonen 2010). Tärkeää oli myös aikaisempien sairaalakokemustensa huomioiminen ohjaustilanteessa. Potilaat toivoivat, että heidän henkilökohtainen elämäntilanne selvitettäisiin ennen ohjauksen toteuttamista. Potilaiden mielestä yksilöllisyyttä lisäsi heidän asettamien tavoitteiden huomiointi ohjauksessa. (Heino 2009.) Puhuminen ja hyvä tiedonsaanti koettiin vuorovaikutteisuutta lisäävänä tekijänä (Rahkonen 2010; Ronkainen 2011). Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutteisuutta edisti potilaan oma aktiivinen rooli ja hoitajan syyllistämätön ja potilaan tasolla oleva ohjaustyyli (Ronkainen 2011).

Turhautumista aiheutti liian yleinen keskusteleminen sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä, mikä ei edistänyt potilaan mielestä yksilöllisen ohjauksen kokemusta (Hanssen 2005; Ruotsalainen 2006; Ronkainen 2011). Tyytymättömyyttä aiheutti myös se, että potilaiden taustatiedot jää huomioimatta ohjauksen aikana (Heino 2009).

Sosiaaliturva pitää sisällään tietoa sairauspäivärahasta, tietoa KELA- korvausten hakemisesta, ohjauksen sairauden aiheuttamista taloudellisista vaikutuksista, tietoa kuntoutustuesta, tietoa eläkeratkaisuista. Sosiaaliturvaan liittyvän ohjauksen määrään oltiin tyytymättömiä (Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Heino 2009). Potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa sairauspäivärahasta, kuntoutustuesta sekä eläkeratkaisuista (Heino 2009). Vuodeosastolta kotiutuessaan potilaat kokivat, että heillä oli puutteita KELA- korvausten hakemisessa (Ruotsalainen 2006).

Läheisten mukaan ottaminen hoitoon pitää sisällään omaisten tiedontarpeen, omaisten huomioimisen ohjauksessa sekä vertaistuen. Tutkimuksissa nousi esille omaisten huomioimisen potilaan ohjaustilanteissa sekä vertaistuki (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005; Patala-Pudas 2005; Condon & McCarthy 2006; Koskela 2006; Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä 2007; Heino 2009; Ronkainen 2011). Yli puolet sepelvaltimotautipotilaiden läheisistä oli mielestään saanut liian vähän tietoa sairaalahoidon aikana (Blek ym. 2007). Omaisten ja läheisten mukaan ottaminen hoitoon on tärkeää. Läheisten tuki ja vertaistuki oli tutkimuksessa merkittävä kuntoutumista tukeva tekijä. (Koskela 2006.) Hanssen ym. (2005) tutkimuksessa muilta potilailta saatu sosiaalinen tuki ja tieto toivat helpotusta osalle potilaista. Omaisten ottamisesta mukaan hoitoon ei oltu kiinnitetty tarpeeksi huomiota, vaikka potilaat pitivät sitä tärkeänä osana hoitoa (Patala- Pudas 2005; Heino 2009). Omaisille ei juurikaan annettu ohjausta sairaalassa, he saivat tietoa sairaudesta sekä elämäntavoista kirjallisen materiaalin kautta (Ronkainen 2011).

Tunteista keskusteleminen pitää sisällään tietoa sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan, sairauteen liittyvien tuntemuksien huomioimisen ja tunteisiin pohjautuvan tukemisen. Tutkimuksissa nousi esille erityisesti tunteiden huomioiminen sekä potilaiden mieliala (Järvelä 2005; Patala- Pudas 2005; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Järvelän (2005) tutkimuksessa naiset kokivat, että heille oli harvemmin kerrottu sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan kuin miehille. Kolmessa tutkimuksessa nousi esille tunteiden ja pelkojen käsitteleminen (Patala- Pudas 2005; Heino 2009; Ronkainen 2011). Noin puolet potilaista arvioi tunteista keskustelemisen sekä mahdollisten pelkojen huomioimisen epävarmaksi (Patala- Pudas 2005). Heinon (2009) tutkimuksessa potilaiden mielestä huonoiten oli huomioitu sairauteen liittyvät tuntemukset, kuten ahdistus ja pelko. Myös psyykkisten tekijöiden huomiointi oli liian vähäistä potilasohjauksessa. Ronkaisen (2011) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat tarvitsevat ensisijaisesti tunteisiin pohjautuvaa tukea. Ammattihenkilö-

lön kanssa käyty ohjauskeskustelu loi turvallisuuden tunnetta sekä poisti pelkoja, sillä potilas sai ajantasasta tietoa sairautensa tilanteesta ja toivoa tulevaisuuteen.

Onnistunut ohjaustilanne pitää sisällään ohjausta pieninä annoksina pitkin sairaalassa oloa ennemmin kuin kerralla isoja määriä, rauhallisen ympäristön, yksityisen ympäristön, suunnitellun ohjaustilanteen, mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, ohjausta säännöllisesti, rehellistä ohjausta, johdonmukaista ohjausta sekä ohjausta eri ammattiryhmien edustajilta. Tutkimuksissa selvitettiin potilaiden kokemuksia ohjaustilanteista (Hanssen ym. 2005; Patala- Pudas 2005; Ruotsalainen 2006; Astin ym. 2008; Heino 2009; Ronkainen 2011). Hanssen ym. (2005) tutkimuksessa suurin osa potilaista oli tyytyväisiä sairaalassaolo aikaan saamaansa tietoon sairaudestaan, mutta osa olisi halunnut yksityiskohtaisempaa ja selkeää ohjausta. Potilaat toivoivat, että ohjaustilanteelle olisi varattu riittävästi aikaa, eikä se olisi niin rutiininomaista (Ruotsalainen 2006; Heino 2009). Potilaat toivoivat, että hoitohenkilökunta tulisi joskus huoneeseen, mikä antaisi mahdollisuuden keskusteluun ja kysymysten esittämiseen (Ruotsalainen 2006). Patala- Pudaksen (2005) ja Ronkaisen (2011) tutkimuksissa potilaat kokivat, että ohjauksen toteuttamisessa toteutuivat mahdollisuudet kysymysten esittämiseen. Potilaat halusivat, että tieto olisi rehellistä, johdonmukaista, helposti ymmärrettävää, kirjallista ja ei - tuomitsevaa (Astin ym. 2008). Ronkaisen (2011) tutkimuksessa ilmeni, että vuorovaikutusta edisti rauhallinen ohjaustilanne sekä yksityinen tila, jossa potilas uskalsi esittää arkaluonteisiakin kysymyksiä. Lääkäreiltä potilaat toivoivat saavansa enemmän ohjausta (Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Tiedon paljous heti sydäninfarktin jälkeen oli potilaille liian aikaista (Ruotsalainen 2006). Potilaat toivoivat ohjausta pieninä annoksina pitkin sairaalassa oloa ennemmin kuin kerralla isoja määriä (Ronkainen 2011).

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen pitää sisällään enemmän tietoa jatkohoidosta, asioiden sisäistämisen sairaalassa vaikeaa, ohjauksen myöhemmin lähellä kotiutusta tai kotiutuksen jälkeen, yhdyshenkilö, jonka puoleen voisi tarvittaessa kääntyä, hoidon seurannan ja tukea arjen jatkumiseen. Lähes kaikissa tutkimuksissa potilaat toivoivat ohjauksen ajankohtaan muutoksia. Potilaat toivoivat yleisesti enemmän ohjausta ja tietoa sairaudesta kotiutumisen jälkeen (Hanssen ym. 2005; Condon & McCarthy 2006; Oterhals ym. 2006; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa esimerkiksi todettiin, että ohjaustarve on muutaman kuukauden kuluttua kotiutuksesta. Potilaiden mukaan sairastuminen on niin rankka kokemus, että ohjaukseen ei pysty keskittymään aikaisemmin. Ronkaisen (2011) tutkimuksessa liian aikaisin ohjausta saaneiden potilaiden mukaan he eivät muista kaikkea sairaalassa kerrottua, koska sairastuminen yllätti ja tietoa tuli liian paljon liian nopeasti. Vuodeosastolta kotiuduttuaan potilaat kokivat epävarmuutta jatkohoidosta ja arjen jatkumisesta. Potilaat kaipaavat keskustelumahdollisuuksia ja lisäohjeita kotiuduttuaan sairaalasta (Ruotsalainen 2006).

Kolmessa tutkimuksessa nousi esille yhdyshenkilön tai ammattiauttajan apu (Hanssen ym 2005; Condon & McCarthy 2006; Ruotsalainen 2006). Potilaat toivoivat nimettyä yhdyshenkilöä, jonka puoleen voi kääntyä, ja jolta voisi kysyä epäselviä asioita sairauteen liittyen (Ruotsalainen 2006). Hanssen ym. (2005) tutkimuksessa potilaat kaipasivat puhelinyhteyttä yhteyshenkilölle, jolloin hänelle voisi soittaa ongelmien tullessa kotona. Heinin (2009) tutkimuksessa pallolaajennuksen läpi käyneet potilaat halusivat jatkohoidosta lisätietoja. He toivoivat muun muassa tietoa siitä, mitä toimenpiteen jälkeen saa ja mitä ei saa tehdä.

6.2 Sydäninfarktipotilaan ohjauksessa käytetyt ohjausmenetelmät

Tutkimuksissa käytettiin sydäninfarktipotilaan ohjauksessa yleisimmin suullista yksilöohjausta. Tutkimuksissa ilmeni, että ohjausta on perinteisesti toteutettu yksilöohjauksena (Patala-Pudas 2005; Ruotsalainen 2006; Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley 2008; Eriksson, Asplund & Svedlund 2009; Heino 2009; Kähkönen 2009; Rahkonen 2010; Ronkainen 2011; Thompson ym. 2011). Suullista yksilöohjausta annettiin yhdeksässä tutkimuksessa (Patala-Pudas 2005; Ruotsalainen 2006; Astin ym. 2008; Eriksson ym. 2009; Heino 2009; Kähkönen 2009; Rahkonen 2010; Ronkainen 2011; Thompson ym. 2011). Potilaat kokivat hyväksi ohjaukseksi yksilöohjauksen, joka koostuu teoreettisesta tiedosta, mahdollisuudesta keskusteluun ja kirjallisesta materiaalista. Perinteiset ohjausmenetelmät, kuten yksilö- ja ryhmäohjaus ovat potilaiden mielestä kuitenkin ainoina menetelminä riittämättömiä vastaamaan potilaiden tarpeisiin. Yksilöohjauksen tukena on käytetty kirjallista tai audiovisuaalista ohjausta. Yhdessä tutkimuksessa yksilö- ja ryhmäohjausta käytettiin yhdessä. (Kähkönen 2009.) Yksilöohjauksen toivottiin olevan potilaan tiedontarpeisiin ja yksilöllisiin tavoitteisiin perustuvaa (Hanssen ym. 2005; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Kähkönen 2009; Ronkainen 2011).

Kahdessa tutkimuksessa käytettiin motivoivaa haastattelua potilaskeskeisenä ohjausmenetelmänä (Ronkainen 2011; Thompson ym. 2011). Motivoivan haastattelun tavoitteena on voimistaa potilaan sisäistä motivaatiota muutokseen selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa (Thompson ym. 2011). Ohjauskeskustelu oli hyödyllinen elämäntapojen muuttamisessa, sillä se herätti ymmärtämään elämäntapojen riskejä ja vahvasti päätöstä muutoksen tekoon (Ronkainen 2011).

Kirjallista materiaalia käytettiin suullisen ohjauksen rinnalla neljässä tutkimuksessa (Ruotsalainen 2006; Karimin & Gormleyn 2007; Heino 2009; Ronkainen 2011). Suurin osa koki saavansa riittävästi kirjallista materiaalia ja kirjallinen materiaali oli kattavaa (Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Kirjallinen materiaali toimi myös muistin apuna, koska potilaat eivät muistaneet kaikkea kerrottua (Ronkainen 2011). Yhdessä tutkimuksessa ehdotettiin, että kirjallinen materiaali pitäisi antaa ensin ja seuraavana päivänä siitä pitäisi keskustella

(Ruotsalainen 2006). Ronkaisen (2011) tutkimuksessa kirjallisesta materiaalista toivottiin tasuopasmaista yhteenvetoa, josta saa helposti tietoa. Määrällisesti liiallisesta materiaalista oli työlästä löytää oleellisia ydinasioita. Karimin & Gormleyn (2007) vertailevassa tutkimuksessa tutkittiin Sydän -käsikirjan tehokkuutta sydäninfarktipotilaiden hoidossa. Osa osallistujista (N=16) sai Sydän - käsikirjan ja toiset (N=15) sai tavanomaista hoitoa. Tuloksissa ilmeni, että kirjallisesta Sydän- käsikirjasta oli enemmän hyötyä sydäninfarktista toipuvalle kuin tavanomaisesta ohjauksesta.

Seitsemässä tutkimuksessa käytettiin potilaskeskeisenä ohjausmenetelmänä ryhmäohjausta (Hanssen, Nordehaug & Hanestad 2005; Salminen 2005; Sneeggen, Gilde & Røhmen 2006; Salminen 2006; Buckley, McKinley, Gallagher, Dracup & Aitken 2007; Kummel 2008; Kähkönen 2009). Ryhmäohjauksessa käsiteltävät asiat liittyivät pitkälti elämäntapoihin kuten tupakointimattomuuteen sekä verenpaineen ja kolesterolin hallintaan. Ryhmäohjaukset olivat elämäntapoihin keskittyviä tietopainotteisia keskusteluja, asiantuntijaluentoja tai ohjattuja liikuntaryhmiä. (Kähkönen 2009.) Yhdessä tutkimuksessa ilmeni, että ryhmässä tapahtuvalla ohjauksella oli myönteisiä vaikutuksia potilaiden elämäntapoihin (Kummel 2008). Yhdessä tutkimuksessa ilmeni, että yksilöllinen ohjaus parantaisi potilaiden tietoa sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin oireista enemmän (Buckley ym. 2007). Toisessa tutkimuksessa todettiin, että säännöllisellä yksilöllisellä ohjauksella olisi ollut myönteisempiä vaikutuksia terveystietämismuutokseen (Salminen 2006). Sneeggen ym. (2006) tutkimus oli suoritettu Sydänkoulussa, jossa ohjausaiheina olivat muun muassa elämäntavat, tunteet ja ihmissuhteet. Tulosten mukaan 80- 90 prosenttia koulun antamasta informaatiosta oli hyötyä potilaille. Ohjaus vastasi potilaiden tiedontarvetta ja he saivat vastauksia kysymyksiinsä. Kähkösen (2009) tutkimuksessa potilailla oli ryhmäkeskustelussa mahdollisuus vertaiskeskusteluun sekä maallikkotutkimuksen tapaamiseen.

Audiovisuaalista ohjausmenetelmää käytettiin neljässä tutkimuksessa yksinään tai osana ohjausta (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005; Ruotsalainen 2006; Beranova & Stykes 2007; Kähkönen 2009). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa ohjausmenetelmänä oli käytetty videolla tapahtuvaa ohjausta. Beranovan & Stykesin (2007) tutkimus osoitti, että audiovisuaalisella ohjauksella on tärkeä rooli potilaiden tiedon lisääntymisessä ja kuntoutumisessa. Sepelvaltimotautipotilaiden mukaan audiovisuaalinen ohjaus on hyödyllinen, mieluisa ja tehokas tapa antaa ohjausta. Potilaan iällä ei näyttänyt olevan merkitystä audiovisuaalisen ohjauksen otetuksessa, joten ohjausmenetelmä näyttäisi sopivan kaikenikäisille. Kähkösen (2009) tutkimuksessa ohjauksen toteuttamismenetelmiä olivat yksilö- ja ryhmäohjauksen lisäksi puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus. Puhelinohjaus ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtuva ohjaus oli yksilöllisen tiedon ja tuen antamista. Uusia ohjausmenetelmiä oli internetin ja sähköpostin välillä tapahtuva potilasohjaus. Uusilla ohjausmenetelmillä pyritään

vastaamaan nykyhoidon haasteisiin kuten lyhentyneisiin hoitoaikoihin ja suuriin potilasmääriin.

Kähkösen (2009) tutkimuksessa tuli esille henkilökohtainen valmennusohjelma, joka on osoittautunut hyväksi ohjausmenetelmäksi. Siinä potilaalle nimetään henkilökohtainen terveysvalmentaja tai suunnitellaan valmennusohjelma vuodeosastolla kotiutumisvaiheessa. Valmennusohjelma sisältää riskitekijöiden hallintaa tukevan harjoituskirjan, omaseuranta päiväkirjan, henkilökohtaisen palautteen ja motivoivaan haastatteluun perustuvan keskustelun.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava prosessi. Etenkin systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä oli haastava ja työläs ensikertalaisille toteuttaa. Aluksi aikaa meni paljon itse tutkimusmenetelmään tutustumisessa. Aiheen löytäminen sujui mutkitta, koska se oli jo valmiina. Aihe oli mielestämme kiinnostava, haastava ja tarpeellinen. Penttilän & Mäkisen (2007) tutkimuksen mukaan sydänpotilaan kuntoutus ei toteudu toivottavalla tavalla julkisessa terveydenhuollossa. Haasteena oli aiheen rajaus, koska tutkimusmateriaalia sydäninfarktista ja potilaan ohjauksesta löytyi paljon. Potilasohjauksen haasteena on tulevaisuudessa ohjausmenetelmien monipuolistaminen huomioiden potilaan yksilölliset tiedontarpeet (Kähkönen 2009).

Asettamamme aikataulu opinnäytetyölle oli aluksi realistinen. Aloitimme työn keväällä 2011. Kuitenkin opinnäytetyöprosessin loppuunsaattamisessa tuli kiire. Haasteellisin vaihe koko tutkimusprosessissa oli alkuperäistutkimusten haku. Se vei meiltä paljon aikaa. Onneksi saimme siihen apua kirjaston informaatikoilta sekä opinnäytetyöohjaajiltamme. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen ja tukenut ammatillista kasvua. Kehityimme tiedonhaussa. Osaamme nyt arvioida kriittisesti tiedon luotettavuutta. Opimme paljon ohjauksesta yleensä sekä sydäninfarktipotilaan näkökulmasta opimme mitä ohjaustarpeita heillä on. Osaamme jatkossa antaa kokonaisvaltaista ohjausta huomioiden potilaan yksilöllisen tiedontarpeen, ottaen huomioon potilaan taustatekijät, toiveet ja odotukset.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkitusta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimusartikkelit eivät välttämättä suoraan käsitelleet tutkittavaa ilmiötä, mutta ne vastasivat kuitenkin

tutkimustehtäviin. Lisäksi käytettyjä tutkimusaineistoja oli riittävä määrä ja ne olivat melko tuoreita.

Tutkimustulosten tulkinta perustuu tutkijan näkemyskseen, joten tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä toisiin tutkimuksiin. Tutkijan velvollisuus on kuitenkin antaa mahdollisimman johdonmukainen käsitys tutkimusprosessinsa kulusta ja siitä miten tutkimustuloksiin on päästy. Tätä kutsutaan tutkimuksen vahvistettavuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Olemme pyrkineet kuvailemaan tutkimusprosessin kulkua mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi, jotta lukija hahmottaa miten opinnäytetyön tekijät ovat päässeet tekemiinsä ratkaisuihin. Työn jokaisessa vaiheessa toteutimme kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Keräsimme tutkimusaineistoksi mahdollisimman kattavan aineiston sisäänottokriteeriemme perusteella. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto kerättiin luotettavista hoitotieteen keskeisistä tietokannoista. Tässä tutkimuksessa haut tehtiin Pubmed-, Cinahl-, ja Medici- tietokannoista. Etsimme työhön hoito- tai lääketieteellisiä lehtiartikkeleja, pro gradu-tutkielmia ja väitöskirjoja, jotka täyttävät tieteellisten aineistojen kriteerit. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta, sillä tutkimme jo tutkittua tietoa. Tarkastelimme kriittisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita, jotta pystyimme arvioimaan, kuinka luotettavaa tuotettu tieto on todellisuudessa. Emme tarvinneet tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan omaa tietoisuutta lähtökohdistaan tutkijana. Tutkijan on arvioitava omaa vaikuttamistaan aineistoonsa sekä tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli molemmille opinnäytetyön tekijöille ensimmäinen, joten sillä saattaa olla vaikutusta opinnäytetyön luotettavuuteen. Luotettavuuteen voi vaikuttaa vieraskielisen aineiston haasteellinen käyttäminen, sillä englanti ei ole opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli. Opinnäytetyöhön valittiin vain englannin- ja suomenkielisiä julkaisuja, joten hyviä alkuperäistutkimuksia on saattanut jäädä huomiomatta. Tietokannoista (PubMed, Chinahl) valittujen alkuperäistutkimusten yhtenä sisäänottokriteerinä oli, että tutkimus on saatavissa elektronisessa muodossa, jolloin myös relevantteja tutkimuksia on saattanut jäädä pois. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää myös se, että lopulliseen aineistoon otimme mukaan myös sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjausta koskevia tutkimuksia. Perustelemme tämän sillä, että sepelvaltimotaudin yksi ilmenemismuoto on sydäninfarkti. Sepelvaltimokohtaukseksi määritellään kuuluvan sydäninfarkti (Tierala 2007 ; Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: Käypä hoito -suositus, 2009).

Siirrettävyydellä kuvataan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Tämä edellyttää tutkijaa kuvailemaan riittävästi tutkimuksessa käytettyä tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Olemme pyrkineet

käyttämään ja kuvailemaan tarkasti opinnäytetyössä käytettyä aineistoa. Olemme kuvailleet aineiston keruun ja analysoinnin vaiheet, jotta tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin olisi mahdollista.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimus tuli suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tämä on eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys. Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluu myös, että tutkijat käyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijoiden tulee ottaa muiden tutkijoiden työt asianmukaisella tavalla huomioon, heidän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omissa tutkimuksissaan. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja tieteellisen tiedon asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Sitoutumisesta hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyössä käytimme tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Noudatimme rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössämme. Kunnioitimme muiden tutkijoiden töitä. Annoimme heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omissa tutkimuksissaan ja niiden tuloksia julkaistessa. Taulukoimme valitut tutkimukset tarkasti ylös niin kuin ne on tutkittu. Raportti osuudessa olemme kaikki työn vaiheet kertoneet tarkasti ja rehellisesti. Pyrimme esittämään valittujen tutkimusten tulokset niin kuin ne on tutkittu, ilman tulosten vääristymiä. . *“Tutkimuksen eettisyyden lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen”* (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 25). Työssämme ei tarvinnut miettiä eettisyyden kohdalla ihmisen itsemääräämisoikeutta, koska tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikuisen sydäninfarktipotilaan näkökulmasta hänen ohjaustarvettaan sekä käytettyjä ohjausmenetelmiä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi sydäninfarktista toipuvan aikuisen tueksi. Opinnäytetyön tutkimustehtävillä pyrimme selvittämään millaisia ohjaustarpeita sydäninfarktipotilailla on, ja millaisia ohjausmenetelmiä käytetään sydäninfarktipotilaan ohjauksessa.

Tutkimuskysymyksiin vastaaminen saavutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tulokset muodostuivat yhteensä 21 tutkimuksesta. Sydäninfarktin sairastaneen potilaan ohjaustarve muodostui seuraavista kategorioista, sydäninfarktin riskitekijät, tietoa sydäninfarktista, sydäninfarktin hoito, elämäntapaohjaus, lääkehoidon toteuttaminen, omahoidonohjaus, potilaslähtöinen ohjaus, sosiaaliturva, läheisten mukaan ottaminen hoitoon, tunteista keskusteleminen, onnistunut ohjaustilanne sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Potilaat tarvitsevat paljon sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa (Rankinen 2008, 41 - 48; Eloranta ym. 2009). Tämä tulee esille myös tutkimustuloksista. Tulosten mukaan potilaat tarvitsevat tietoa sydäninfarktista, sen hoidosta sekä riskitekijöistä ja niiden hallinnasta. Jotta potilas pystyy sopeutumaan uuteen tilanteeseen sydäninfarktin jälkeen, tarvitsee hän runsaasti tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta (Hupli 2004; Eloranta ym. 2009). Tiedon puute sairaudesta, sen hoidosta sekä vaikuttamismahdollisuuksista estivät potilaita osallistumasta päätöksentekoon ja omaan hoitoonsa (Ruotsalainen 2006). Kahdessa tutkimuksessa potilaat olisivat toivoneet saavansa lisää tietoa taudin uusiutumisen riskeistä (Blek ym. 2007; Astin ym. 2008). Ohjaus sydäninfarktin riskitekijöistä koettiin hyödylliseksi elämäntapojen muutoksen motivoimisessa (Ronkainen 2011).

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat tarvitsevat yksityiskohtaisempaa ja selkeämpää ohjausta (Hanssen ym. 2005). Hoitohenkilökunnan pitäisi perehtyä etukäteen potilaan taustatekijöihin. Kyngäs & Kääriäisen (2005) mukaan potilaan taustatekijät ja hänen käsityksensä niistä muodostavat käsityksen siitä miten potilas elää ja toteuttaa hoitoaan. Hoitajan tehtävänä on käydä yhdessä potilaan kanssa läpi hänen ohjaustarpeitaan. Ohjaustilanteet olivat rutiininomaisia, eikä niille oltu varattu riittävästi aikaa (Ruotsalainen 2006; Heino 2009). Ohjausympäristön tulisi olla rauhallinen. Ronkaisen (2011) tutkimuksessa tuli esille rauhallisen ohjaustilanteen sekä yksityisen tilan merkitys vuorovaikutukselle. Potilaat tarvitsevat ohjausta säännöllisesti, pieninä määrinä sairaalahoidon aikana.

Käypä hoito -suosituksen (ST-nousuinfarkti 2011) mukaan sairaalassaoloaikana ja sen jälkeen potilaiden tulee saada riittävä elämäntapoihin ja lääkitykseen liittyvä ohjeistus. Tämä näkyi myös potilaiden ohjaustarpeista. Tuloksista käy ilmi, että useassa tutkimuksessa oli annettu ohjausta elämäntavoista (Condon & McCarthy 2006; Koskela 2006; Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Astin ym. 2008; Heino 2009; Ronkainen 2011). Potilaat toivoivat enemmän tietoa elintapojen muutoksista, lepäämisestä ja rentoutumisesta (Koskela 2006; Blek ym. 2007; Astin ym. 2008; Ronkainen 2011). Ohjauskeskustelussa olisi hyvä käsitellä elämäntapamuutoksien tarpeellisuutta, mikä auttaisi potilaita muutostavoitteiden tekemiseen (Ronkainen 2011). Lääkityksen läpikäymisen potilaat kokivat tärkeäksi. Potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta omasta lääkityksestään. (Oterhals ym. 2006; Ronkainen 2011.) Ruotsalaisen (2006) tutkimuk-

nessa potilaat halusivat enemmän tietoa lääkehoidon syistä sekä lääkehoidon kestosta. Lisätietoa kaivattiin myös erityisesti lääkityksen haittavaikutuksista ja lääkekorvattavuuksista (Oterhals ym. 2006; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011).

Hoitohenkilökunnan kiire sekä vaihtuvuus saivat potilaan tuntemaan, ettei hänestä välitetä. Läheiset välit potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä lisäsivät potilaan rohkeutta osallistua hoitoonsa. Parhaimmillaan hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia, jotka suunnittelevat ohjauksen sisältöä ja prosessia yhdessä saavuttaakseen tavoitteensa (Kyngäs & Kääriäinen 2005). Tulosten perusteella potilaiden yksilöllisten lähtökohtien huomioiminen lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä ohjauksen toteuttamisessa (Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Rahkonen 2010; Ronkainen 2011). Ohjauksen suunnittelu tulisi lähteä potilaan omista tarpeista ja sisällön tulisi olla yksilöllistä (Kyngäs & Hentinen 2009, 90). Tulosten mukaan ohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaiden omiin toiveisiin ja odotuksiin (Heino 2009; Rahkonen 2010). Potilaiden yksilöllisyyteen sekä yksilöllisiin tiedontarpeisiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ohjauksessa. On kuitenkin hyvä pitää mielessä, että terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset potilaiden tiedontarpeista voivat olla erilaiset kuin potilailla itsellään (Kyngäs & Hentinen 2009, 90).

Hämäläisen (2008) tutkimuksen mukaan tukea antava ohjaus vähentää potilaiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta merkittävästi. Tuloksista ilmenee, että sairauteen liittyvien tunteiden huomioiminen ja tunteisiin pohjautuva tukeminen oli ollut riittämätöntä (Järvelä 2005; Patala- Pudas 2005; Ruotsalainen 2006; Heino 2009). Ohjaustilanteissa ei oltu käsitelty potilaiden tunteita ja pelkoja. Potilaat kokivat tunteista ja peloista puhumisen epävarmaksi tai niihin ei kiinnitetty huomiota riittävästi (Patala- Pudas 2005; Heino 2009). Yhdessä tutkimuksessa hoitajan kanssa käyty ohjauskeskustelu loi turvallisuuden tunnetta (Ronkainen 2011). Ohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota myös omaisiin ja heidän tiedontarpeisiinsa. Tuloksista käy ilmi, että ohjauksessa kiinnitettiin vain vähän huomiota potilaiden omaisiin (Patala- Pudas 2005; Blek ym. 2007; Heino 2009; Ronkainen 2011). Läheisten tuki nousi merkittäväksi kuntoutumista edistäväksi tekijäksi (Koskela 2006).

Tulosten perusteella ohjauksen ajoitukseen tulisi kiinnittää huomiota. Ohjauksen tulisi painottua kotiutumiseen tai sen jälkeen (Hanssen ym. 2005; Condon & McCarthy 2006; Oterhals ym. 2006; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Ronkainen 2011). Liian aikaisin aloitetusta ohjauksesta ei ollut hyötyä, sillä sairastuminen vie kaiken energian (Ronkainen 2011). Kotiutumisvaiheessa potilaat tarvitsevat tunteisiin pohjautuvaa ja arjessa selviytymistä tukevaa ohjausta (Kähkönen 2009; Ronkainen 2011). Kun potilas käy läpi sairastumistaan ja sen aiheuttamia tunteita, hänen saattaa olla vaikea keskittyä ohjaukseen. On tärkeä miettiä mitä ohjauksessa tulee ensisijaisesti käsitellä ja mitä voidaan jättää myöhemmin käsiteltäväksi. (Kyngäs ym.

2007, 25 - 49.) Tulosten mukaan elämäntapoihin liittyvän ohjauksen tulisi olla akuuttivaiheen jälkeen sairastumisen kriisin helpottaessa (Kähkönen 2009).

Potilaat tarvitsevat yhdyshenkilön tai ammattiauttajan apua, jonka puoleen kääntyä ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen (Hanssen ym. 2005; Condon & McCarthy 2006; Ruotsalainen 2006). Tulosten mukaan kotiutuminen koettiin hankalaksi vaiheeksi, koska potilailla ei ollut ketään ammattilaista ketä olisi voinut konsultoida tarvittaessa (Hanssen ym. 2005). Tuloksista ilmenee myös, että ohjaus ei sisältänyt riittävästi tietoa sosiaaliturvasta. Ohjausta sosiaaliturvasta annettiin kolmessa tutkimuksessa ja niissä kaikissa ohjauksen määrään sosiaaliturvasta oltiin tyytymättömiä (Ruotsalainen 2006; Blek ym. 2007; Heino 2009). Potilaat tarvitsevat lisätietoa sosiaaliturvaan liittyvistä asioista. Missään tutkimuksessa ei puhuttu potilaan saamista seksuaaliohjauksesta. Seksuaaliterveyden edistäminen on myös osa potilaan ohjausta ja siksi ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan seksuaalisuuteen. Potilaat haluavat saada tietoa sairauden, hoitojen ja lääkityksen vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.)

Penttilä & Mäkisen (2007) tekemän selvityksen mukaan perinteistä potilasohjausta tulisi muuttaa sekä sisällöltään että ajoitukseltaan, jotta se vastaisi paremmin potilaiden tarpeisiin. Tämä näkyy myös opinnäytetyön tuloksissa. Tulosten mukaan ohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaan yksilöllisiin tiedontarpeisiin, ohjauksen sisältöön sekä ohjauksen ajoitukseen.

Lyhentyneet sairaalassaoloajat ja ikääntyneiden potilaiden määrän sekä tehokkaammasta hoidosta johtuva sairastuneiden elinennusteen kasvaminen lisäävät potilasohjauksen tarvetta ja asettavat hoitohenkilökunnalla uusia vaatimuksia, koska heillä on käytettävissä yhä vähemmän aikaa potilasohjaukseen (Hupli 2004; Lipponen ym. 2006, 10; Häkkinen 2011). Tämän takia potilaiden yksilöllisiin tiedontarpeisiin vastaaminen tulee olemaan entistä haasteellisempää. Potilaat tietävät myös terveyteensä liittyvistä asioista yhä enemmän ja heidän tiedontarpeensa ovat lisääntyneet, joten potilasohjauksen jatkuva kehittäminen on tärkeää (Hupli 2004; Eloranta ym. 2009).

Sydäninfarktipotilaan hoidossa käytetyt ohjausmenetelmät olivat yksilöohjaus, joka sisälsi suullisen ohjauksen ja motivoivan haastattelun, kirjallinen ohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus, joka sisälsi puhelin ohjauksen, video ohjauksen sekä tietokoneohjauksen. Ohjaus toteutetaan usein suullisena yksilöohjauksena, jossa potilas ja terveydenhuoltohenkilöstön edustaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään kasvokkain. Suullinen yksilöohjaus antaa hyvän mahdollisuuden potilaslähtöiseen, yksilölliseen ohjaukseen. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 211; Kyngäs & Kääriäinen 2006, 8; Kyngäs ym. 2007, 73 - 74; Kyngäs & Hentinen 2009, 110 - 111.) Tämä näkyy myös opinnäytetyön tuloksissa. Tuloksista tulee esille, että ohjauksessa

käytetään edelleen perinteisiä ohjausmenetelmiä, kuten yksilö- ja ryhmäohjausta. Potilailla on edelleen tarve henkilökohtaiseen keskusteluun (Ruotsalainen 2006). Potilaat toivovat yksilöohjauksen olevan yksilöllisiin tiedontarpeisiin pohjautuvaa (Hanssen ym. 2005; Ruotsalainen 2006; Heino 2009; Kähkönen 2009; Ronkainen 2011). Potilaat tarvitsevat oman elämäntilanteen, omien toiveiden ja taustatekijöiden huomioimista ohjaustilanteessa (Heino 2009; Rahkonen 2010). Hoitajan tehtävänä on käydä yhdessä potilaan kanssa läpi hänen ohjaustarpeitaan (Kyngäs ym. 2007, 25 - 49). Motivoivaa haastattelua käytettiin muutamassa tutkimuksessa potilaskeskeisenä ohjausmenetelmänä (Ronkainen 2011; Thompson ym. 2011). Motivoiva haastattelu sopii ohjausmenetelmäksi hyvin kun tehtävänä on potilaan motivoiminen muutokseen ja hoitoon sitoutuminen (Ehrling & Rakkolainen 2008).

Ryhmäohjaukset olivat lähes aina elämäntapoihin keskittyviä tietopainotteisia keskusteluja, asiantuntijaluentoja tai ohjattuja liikuntaryhmiä (Kähkönen 2009). Ryhmäohjaus koettiin hyödylliseksi elämäntapojen muuttamisessa (Kummel 2008). Ryhmäohjauksen haasteena on niiden potilaiden saaminen mukaan ryhmäohjaukseen, jotka hyötyisivät siitä eniten. Usein ryhmiin hakeutuvat aktiiviset, itseään jo hoitavat potilaat (Kähkönen 2009). Nämä perinteiset ohjausmenetelmät eivät ole kuitenkaan yksinään riittäviä vastaamaan potilaiden tarpeisiin (Kähkönen 2009). Monessa tutkimuksessa käytettiin kirjallista materiaalia suullisen ohjauksen rinnalla (Ruotsalainen 2006; Karimin & Gormleyn 2007; Heino 2009; Ronkainen 2011).

Kääriäisen ja Kynkään (2005) tekemän tutkimuksen mukaan audiovisuaalista ohjausta käytettiin vähiten kaikista ohjausmenetelmistä. Tämä tulee ilmi myös tutkimustuloksista. Audiovisuaalinen ohjaus oli vähiten käytetty ohjausmenetelmä. Audiovisuaalista ohjausta käytettiin yksinään tai osana muuta ohjausta (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005; Ruotsalainen 2006; Beranova & Stykes 2007; Kähkönen 2009). Tulevaisuudessa nämä uudet ohjausmenetelmät kuten internetin ja sähköpostin välillä tapahtuvat potilasohjaukset tulevat lisääntymään ohjausmenetelminä. Niiden etuna on tavoittaa kustannustehokkaasti suuri joukko ihmisiä väestön ikääntyessä ja hoitoaikojen lyhentyessä. Haasteena on kehittää uusia potilaan ohjaustarpeisiin kohdistuvia ohjausmenetelmiä. (Kähkönen 2009.)

7.4 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Kirjallisuuskatsauksella saatiin tietoa sydäninfarktipotilaan ohjaustarpeista ja käytetyistä ohjausmenetelmistä. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan käyttää sydäninfarktipotilaan ohjauksen kehittämisessä potilaan yksilöllisiin tiedontarpeisiin sekä ohjausmenetelmien monipuolistamiseen, ottaen huomioon kasvavan potilasmäärän sekä lyhentyneet hoitoajat. Saatua tietoa voidaan käyttää vuodeosastoilla, joissa hoidetaan sydäninfarktin saaneita potilaita tai sepelvaltimotautia sairastavia potilaita. Tutkimuksissa tuli esille, että ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota potilaan yksilölliseen tiedontarpeeseen (Ronkainen 2011). Potilasohjauksen

kehittämisen haasteena on kehittää uusia potilaan ohjaustarpeisiin kohdistuvia ohjausmenetelmiä, kun sydänsairauspotilaiden määrä kasvaa väestön ikääntymisen johdosta sekä hoitoai-koja lyhennetään (Kähkönen 2009). Potilailta oletetaan, että he selviytyvät toipumisajasta kotona, muuttavat elintapojaan toivotulla tavalla ja ottavat vastuuta oman terveytensä hoi- dosta (Kyngäs ym. 2007, 5). Haasteena on myös kehittää potilasohjausta potilaiden todellisiin tarpeisiin, eikä terveydenhuollonammattilaisten käsityksiin potilaiden tarpeista (Hanssen ym. 2005). Tutkimuksista tuli esille, että ohjausta ja neuvontaa potilaat olivat saaneet koko hoi- toprosessin aikana, mutta se oli epäyhtenäistä. Useassa tutkimuksessa havaittiin, että osa oli saanut tietoa aiheesta kun taas toiset ei. Ohjauskeskustelut eivät ole samankaltaisia toisiinsa nähden ja ohjaustilanteet vaihtelevat. Tästä voi päätellä, että systemaattinen ohjausrunko ei ole ollut yleisesti käytössä vuodeosastoilla. (Ronkainen 2011.)

Työ herätti jatkotutkimusaiheita. Tutkimuksissa yleisin ohjausmenetelmä oli edelleen yksilö- ohjaus, jonka potilaat kokivat hyväksi. Tämän takia tulevaisuudessa teknologian yleistyessä voisi tutkia potilaiden näkökulmasta heidän mielteitä näistä uusista ohjausmenetelmistä, joi- ta ovat esimerkiksi sähköisten viestimien kuten internetin ja sähköpostin välityksellä tapahtu- va ohjaus. Uusien ohjausmenetelmien hyötyä tulisi myös arvioida potilaiden hoidossa. Työs-ämme emme huomioineet niinkään omaisten tiedontarvetta ja tukea. Jatkossa voisi tutkia omaisten tiedontarpeita ja saamaa tukea, joko haastattelun tai kirjallisuuskatsauksen avulla. Potilaiden tarpeista heräsi olennaisena osana esiin potilaiden mielialan ja sairauteen liittyvien tuntemuksien huomiointi. Hyvänä jatkotutkimusideana olisi tutkia potilaiden mielialaa sairastetun sydäninfarktin jälkeen ja miten potilaan mieliala huomioidaan ohjauksessa. Missään tutkimusaineistossa ei puhuttu potilaan saamasta seksuaaliohjauksesta. Tätä voisi jatkossa tutkia, koska ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan seksuaalisuuteen (Ryttyläi- nen & Valkama 2010, 129). (STM 2007) mukaan potilaan tulee saada seksuaaliohjausta osana normaaleja terveystalvueluita sekä hoitokontakteja.

Opinnäytetyömme soveltuu mihin tahansa vuodeosastolle ohjauksen laadun parantamiseksi ja kehittämiseksi, jossa hoidetaan sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautipotilaita. Yhtenä jatkotut- kimusideana olisi hyvä tutkia yhden osaston potilaiden ohjaustarpeita tai ohjauksen sisältöä ja kehittää ohjausrungon käyttöä osastolla, mikä takaisi ohjauksen sisällön tasaisuuden. Ohjaus- keskustelut eivät ole samankaltaisia toisiinsa nähden ja ohjaustilanteet vaihtelevat (Ronkai- nen 2011).

Lähteet

- Astin, F., Closs, S.J., McLenachan, J., Hunter, S. & Priestley, C. 2008. The Information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. *Patient education and counseling*. Vol. 73, no. 2, 325 - 332.
- Beranova, E. & Sykes, C. 2007. A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient education and Counseling*. Vol. 66, no 1, 21 - 28.
- Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystyöskäytymiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 4/ 2007, 9 - 14.
- Buckley, T., McKinley, S., Gallagher, R., Dracup, K., Moser, DK. & Aitken LM. 2007. The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 6, no. 2, 105 - 111.
- Condon, C. & McCarthy, G. 2006. Lifestyle Changes Following Acute Myocardial Infarction: Patients Perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, no 1, 37 - 44.
- Ehrling, L. & Rakkolainen, M. 2008. Potilaan motivointi elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan vastaanotolla. *Terveydenhoitaja* 8/2008, 6 - 8.
- Eriksson, M., Asplund, K. & Svedlund, M. 2009. Patients´and their partners´experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 8, no. 4, 267 - 273.
- Eloranta, S., Vähätalo, M. & Johansson, K. 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. *Sairaanhoitajalehti* 8/2009, 24 - 26. Viitattu 25.10.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2009/asiantuntija-artikkelit/voimavaraistumista_tukeva_avanne/
- Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen - kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja- lehti* 3/2006, 28 - 31.
- Hanssen T., Nordrehaug, J. & Hanestad, B. 2005. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular nursing*. Vol. 4, no 1, 37 - 44.
- Heino, H. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemukset pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Turku.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4 - 6. painos. Porvoo: WSOY.
- Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. *Hoitotieteen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja*. Turku.
- Hyrynkangas - Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Suomen Lääkärilehti* 62/2007, 427 - 430.

- Häkkinen, U. 2011. Parantunut infarktien ja lonkkamurtuman hoito on säästänyt tuhansia ihmishenkiä. THL. Viitattu 30.7.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=26006
- Hämäläinen, H. 2008. Akuutisti sairastuneen sepelvaltimotautipotilaan psyykkisen toipumisen arviointi. Duodecim. Viitattu 2.8.2011. <http://www.duodecim.fi>
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset -huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 51/2007. Turun yliopisto. Turku.
- Järvelä, A-M. 2005. Sydäninfarktтын sairastaneen potilaan mieliala. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Turku.
- Karim, K. & Gormley J. 2007. Quality of life post myocardial infarction - is the heart manual effective. European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol. 6, no 1, 1384.
- Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 5/2002, 213 - 222.
- Koskela, M. 2006. Naisen sydän. Kokemuksia tiedontarpeesta, sepelvaltimotaudista, ohitusleikkauksesta ja kuntoutumisesta. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Oulu.
- Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystyötyymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus - tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajalehti 10/2006, 6 - 9.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5/2005, 250 - 258.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995- 2002. Hoitotiede 17/2005, 208 - 216.
- Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6/2008, 1014.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsen-täjänä. Hoitotiede 1/2006, 37 - 45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 17.08.2011. <http://www.finlex.fi>
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 51/2007. Turun yliopisto. Turku.

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Metsämuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Oterhals, K., Hanestad, BR., Eide, GE. & Hanssen, TA. 2006. The Relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, no. 4, 303 - 310.

Patala- Pudas, L. 2005. Sisätautipotilaan ohjaus. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Oulu.

Penttilä, U. & Mäkinen, A. 2007. Sepelvaltimopotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen sydänliiton julkaisuja 1/2007. Viitattu 31.7.2011.

http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file?uuid=03135813-392c-4251-ab8f-abde05c110e9&groupId=14302

Pudas - Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 51/2007. Turun yliopisto. Turku.

Rahkonen, K. 2010. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoprosessin aikaiset merkitykselliset kokemukset. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Turku.

Rankinen, S. 2008. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto ohjauksessa. Teoksessa Montin, L (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 55/2008, 41 - 50. Turun yliopisto. Turku.

Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimopotilaan kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu: Potilas laadun arvioijana. väitöskirja. Turun yliopisto. Turku.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Salminen, M. 2005. Sepelvaltimotaudin ehkäisy - neuvonnan ja ohjauksen vaikutukset lasten ja nuorten sekä iäkkäiden keskuudessa. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 234. Turku.

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Käypä hoito -suositus. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. Viitattu 30.7.2011. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Sneeggen S., Gilde A. & Røhmen T. 2006. Evaluation of a cross-disciplinary rehabilitation program for patients experienced a myocardial infarction (MI). *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, no 1, 51 - 52.

ST-nousuinfarkti. Käypä hoito -suositus. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. Viitattu 6.11.2011. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja 51/2007. Turun yliopisto. Turku.

Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. Viitattu 30.7.2011. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Syrjäläinen, E., Jyrhämä, R. & Haverinen, L. 2004. Praktikumikäsikirja. Viitattu 12.4.2012. <http://www.helsinki.fi/behav/praktikumikasikirja/luku3/index.htm>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Sydän- ja verisuonisairaudet. Viitattu 30.7.2011. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan_ja_verisuonisairaudet

Thompson, D., Chair, S., Chan, S., Astin, F., Davidson, P. & Ski, C. 2011. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing* 20/2011, 1236 - 1244.

Tierala, I. 2007. Sydämen ST-nousuinfarktin hoito. *Duodecim* 22/2007, 2701 - 2710. Katsausartikkeli. Viitattu 22.10.2011. <http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo96871.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 23.8.2011. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Liitteet

Liite 1. Hakuprosessin kuvaus

HAKUSANAT	RAJAUS	MEDIC Tulos	PUBMED Tulos	CINAHL Tulos	Valittu yhteensä
Sydäninfarkti * AND Potila*	2005-2012 Kaikki julkaisutyytit, asiasanojen synonyymit käytössä	17			2
Sydäninfarkti* AND potilasohjau*		0			
Sydäninfarkti* AND Potilasneuv*		0			
Sydän AND potilasneuv*		7			
“Myocardial infarction “AND Counselling	2005-2012 English Language Linked Full Text Body-Key Terms		88		0
	2005-2012 English Language Linked Full Text			6	1
“Myocardial infarction “AND Counselling AND Discharge	2005-2012 English Language Linked Full Text Body-Key Terms		0		
	2005-2012 English Language Linked Full Text			0	
“Myocardial infarction “AND “Patient education”	2005-2012 English Language Linked Full Text Body-Key Terms		71		0
	2005-2012 English Language Linked Full Text			60	4
MANUAALINEN HAKU	RAJAUS 2005-2012 Pro- gradu, Väitöskirja, Englannin – tai suomenkielinen Hoitotyön lehti	TULOS 20			13

Yhteensä 21

- Eri hakusanoilla toteutetut haut tuottivat osaksi samoja tuloksia
- Eri tietokannoista saatiin samoja tuloksia

Liite 2. Valittu tutkimusaineisto

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT, AIHE, TUTKIMUSPAIK- KA & TUTKIMUS- VUOSI	TARKOITUS/TAVOITE	AINEISTO & AINEIS- TON KERUU	KESKEISET TULOK- SET
Astin, F., Closs, S., McLenachan, J., Hunter, S., Priestley, C. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An explorato- ry study. Iso - Britan- nia. 2008.	Tarkoituksena oli tutkia potilaiden tietotarpeita sydänkohtauksen vuoksi tehdystä pallolaajennuk- sesta.	Laadullinen metodologia, yksilöllinen haastattelu (n=29).	Potilaat olivat tyytyväisiä tavasta, jolla terveysneu- vontaa annettiin. Potilaat tarvitsivat tietoa toistuvista riskeistä, sydänlihasva- hingin tasosta, lääkityk- sestä, liikunnasta ja ruo- kavaliosta.
Beranova, E. & Sykes, C. A. System- atic review of com- puter-based softwares for educating patients with coronary heart disease. Iso- Britannia. 2007.	Tarkoituksena oli arvioi- da tietokonepohjaisten ohjelmistojen käyttöä sepelvaltimopotilaiden kouluttamista varten.	Systemaattinen kirjalli- suuskatsaus.	Arvioitujen artikkelien mukaan tietokoneohjel- miston käyttö lisää sepe- lvaltimotautipotilaan tietoa sairaudesta verrattuna normaaliin koulutukseen. Tietokonepohjaisella kou- lutuksella on tärkeä rooli potilaiden tiedon lisään- tymisessä ja kuntoutumi- sessa. Tietokonepohjainen koulutus on hyödyllinen, mieluisa ja tehokas tapa antaa ohjausta sepevalti- motautipotilaalle.
Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liima- tainen, L., Heikkilä, J. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tie- don saanti ja riskite- kijöihin asennoitumi- sen yhteys terveys- käyttäytymiseen. Suomi. 2007.	Tarkoituksena oli selvit- tää, mitä tietoa sepeval- timotautia sairastavat po- tilaat ja heidän läheisensä saivat sairaalahoidon ai- kana sekä miten asennoi- tuminen taudin riskitek- ijöihin oli yhteydessä hei- dän terveyskäyttäytymi- seensä.	Aineiston kerättiin sydän- tautijärjestön ensitieto- kurssille osallistuneilta sepelvaltimopotilailta.	Yli puolet sekä sepeval- timopotilaista että heidän läheisistään oli mielestään saanut liian vähän tietoa sairalahoidon aikana. Tietoa oli saatu sydämestä ja sen toiminnasta sekä nitrojen käytöstä, mutta sosiaaliturvaan liittyvistä asioista tietoa oli saatu liian vähän.

<p>Buckley, T., McKinley, S., Gallagher, R., Dracup, K., D.K., Aitken, L.M. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. Australia & Yhdysvallat .2007.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli huomioida koulutuksen ja neuvonnan merkityksen tehokkuudesta tiedolla, asenteilla ja uskomuksilla.</p>	<p>Interventiotutkimus testattiin henkilöillä (n=200), joilla oli sepelvaltimotauti.</p>	<p>Ryhmähaastattelu. Interventio paransi tietoa sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin oireista. Lyhyt yksilöllinen opetus ja ohjaus näyttäisi parantavan tietoa sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin oireista.</p>
<p>Condon, C. & McCarthy, G. Lifestyle Changes Following Acute Myocardial Infarction: Patients Perspectives. Irlanti. 2006.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia potilaiden näkemyksiä sydäninfarktin aiheuttamiin elämäntapamuutoksiin. Tutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena oli saada ymmärrystä siitä millaista on potilailla noudattaa ja ylläpitää elämäntapamuutoksia akuutin sydäninfarktin jälkeen.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin kuvailevaa laadullista lähestymistapaa. Aineistoa kerättiin käyttäen haastatteluja (n=10) Heidän kokemuksia seurattiin 6 viikkoa vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>Neljä teemaa löytyi: elämäntavan varoitusmerkit, vastuun ottaminen elämäntapamuutoksista, ammattimaisesta tuesta ja odottaa innolla tulevaisuutta. Havainnot tarjoavat selvää käsitystä siitä, mitä potilaat kokevat elämäntapamuutoksien suhteen. Vaikeudet, jotka osanottajat kohtasivat 6 viikkoa vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen, olivat, että potilailla oli liian monta elämäntyylin toteutumista kerralla ja asian tuntijan apu oli puutteellista. Lisäksi perheenjäsenten ylihuolehtivaisuus lisäsi potilaiden turhautuneisuutta ja vaikeutti elämäntapamuutoksia.</p>
<p>Eriksson, M., Asplund, K., Svedlund, M. Patients and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. Ruotsi. 2009.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sydäninfarktipotilaan ja hänen kumppaninsa kokemuksia kotiuttamisen jälkeen.</p>	<p>15 paria osallistui yksittäisiin haastatteluihin, 4-8 viikon sisällä kotiutumisesta.</p>	<p>Tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat ja heidän kumppaninsa kokivat turvallisuuden tunnetta kotona. He tunsivat myös sisäistä turvallisuuden tunnetta. Sairaanhoidtajien tulisi varmistaa potilaan ja omaisten odotuksia kotiuttamisen jälkeen.</p>

<p>Hanssen T., Nordrehaug, J. & Hanes-tad, B. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients and their preferences for follow-up contact after discharge. Norja. 2005.</p>	<p>Tämän tutkimuksen päämääränä oli tutkia sydäninfarktipotilaiden tietotarpeita ja potilaiden jatkomieltymyksiä vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>Neljätoista 42–69 -vuotiasta sydäninfarkti potilasta osallistui yhteen kolmesta kohderyhmäis-tunnosta, joka pidettiin 3:sta 5:een kuukautta vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>Havaintoja jaettiin seuraaviin merkittäviin teemoihin: sairaalaloaika, kotiutuminen ja jatkomieltymykset. Useimmat osanottajat olivat tyytyväisiä tietoon, jonka he saivat sairaalaloaikana. Kotiutuminen koettiin hankalaksi, koska ei ollut enää ketään ammattilaista, jota olisi voinut konsultoida. Usealle kysymykset tuli mieleen vasta sairaalasta kotiututtuaan. Monet osanottajat hämmästyivät merkittävistä fyysisistä tai psykologisista vastoinkäymisistä, joita he kokivat kotiutumisen jälkeen. Kotiututtuaan useimmat osanottajat kokivat tiedon puutetta eri aiheista. Osanottajat kaipasivat jonkun joka vastaisi heidän kysymyksiin erityisesti kotiutumisen jälkeen. Potilaiden jatkomieltymyksenä oli, että heillä olisi puhelin-yhteys tarvittaessa, johon he voisivat soittaa ongelmien tullen kotona.</p>
<p>Heino, H. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemukset pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta. Suomi. 2009.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta.</p>	<p>Kohderyhmänä olivat suomalaisen yliopistosairaalan sydäntutkimusyksikössä pallolaajennuksen läpikäyneet potilaat (n=37). Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeella.</p>	<p>Pääosin oltiin tyytyväisiä pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta. Tyytyväisimpiä oltiin pallolaajennukseen liittyvistä tekijöistä välitetyn tiedon määrään. Yksilöllisyyden toteutuminen ei ollut riittävää. Tyytymättömmimpiä oltiin liian vähäisestä informaatiosta sekä ohjauksen pintapuolisuudesta ja rutiininomaisuudesta.</p>

Järvelä, A-M. Sydäninfarktin sairastaneen potilaan mieliala. Suomi. 2005.	Tarkoituksena oli kuvata sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden mielialaa sekä onko taustatekijöillä yhteyttä siihen.	Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. (n=62) Kyselylomake sisälsi taustatieto-osion ja RBDI- mielialakyselyn.	Tulosten mukaan suurimmalla osalla sydäninfarktin sairastaneista mieliala oli hyvä. Joka kolmas sydäninfarktin sairastanut kärsi masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta. Merkitsevää yhteyttä masentuneisuuteen ei ollut sairaalassa saadulla informaatiolla. Sillä kerrottiinko sairaalassa sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan, oli yhteyttä sukupuoleen. Naiset kokivat, että heille oli harvemmin kerrottu sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan kuin miehille.
Karim, K., Gormley, J. Quality of life post myocardial infarction – is the heart manual effective. Irlanti. 2007.	Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää Sydän - käsikirjan tehokkuus sydäninfarktipotilaiden hoidossa.	Vertaileva tutkimus (N=36), jossa kaksi eri ryhmää (N=15) ja (N=16). N=15 saivat tavanomaista hoitoa ja N=16 saivat Sydän -käsikirjan.	Tutkimus osoitti, että Sydän -käsikirjasta oli hyötyä sydäninfarktista toipuvalla potilaalla.
Koskela, M. Naisen Sydän. Kokemuksia tiedontarpeesta, sepelvaltimotaudista, ohitusleikkauksesta ja kuntoutumisesta. Suomi. 2006.	Tarkoituksena oli kuvaila naisten tiedontarvetta oman sydämensä terveyteen ja sairauteen liittyen sekä heidän kokemuksiaan sepelvaltimotaudista, ohitusleikkauksesta ja kuntoutumisesta.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimus koostui kahdesta aineistosta. Tutkimusaineistona (1) käytettiin Naisen Sydän - verkkosivujen Kysy asiantuntijoilta – palstalle päivättyjä kysymyksiä taustateksteineen (N=44). Tutkimusaineisto (2) koostui Sydän – lehdessä 5/1999 julkaistuun ilmoitukseen vastanneiden sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen kokeneiden naisten kirjeistä (N=19)	Naiset tarvitsevat lisää tietoa oireista ja niiden luokittelusta. Lisätietoa ja ohjeita tarvitaan harmitoman tai hoitoon hakeutumista edellyttävän oireen tunnistamiseen. Naiset kaipaavat lisätietoa sydäntutkimuksista, siitä miten sydäntä tutkitaan ja miten luotettavia tutkimukset ovat.
Kummel, M. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Suomi. 2008.	Tarkoituksena oli kuvata ja arvioida sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaille järjestetty ohjaus- ja neuvontaohjelma ja sen lyhyen (3kk), keskipitkän (6kk) ja pitkän aikavälin (12kk) vaikutuksen kaikenikäisten ja iäkkäiden	Interventiotutkimus, johon sisältyi ohjausta ja neuvontaa pienryhmissä. Ei- kiireellisten leikkauspotilaiden interventio toteutettiin ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Kiireellisten leikkauspotilaiden interventio toteutet-	Ei- kiireelliset: ohjauksella ja neuvonnalla oli myönteisiä vaikutuksia leikkauksessa olleiden miesten alkoholin käyttötiheyteen ja naisten liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn. Kiireelliset ja iäkkäät:

	ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn.	tiin pelkästään leikkauksen jälkeen.	Interventiolla oli vaikutusta miesten liikunnan harrastamistiheyteen.
Kähkönen, O. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Suomi. 2009.	Tarkoituksena oli kuvata hoitotieteelliseen tutkimustietoon perustuen sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen sisältöä, ohjausmenetelmiä ja kehittämistarpeita.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen toteuttamismenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus. Yksilöohjauksen sisältö koostui teoreettisesta tiedosta, mahdollisuudesta keskusteluun sekä kirjallisesta ohjausmateriaalista. Ryhmäohjauksessa käsiteltävät asiat olivat yleisimmin elämäntapoihin liittyviä. Puhelimen ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtuvan ohjauksen sisältö oli yksilöllisen tiedon ja tuen antamista.
Oterhals, K., Hanesstad, B., Eide, G., Hanssen, T. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. Norja. 2006.	Tutkia ja kuvata tiedon sekä tyytyväisyyden välistä suhdetta terveydenhuoltoon sydäninfarktin jälkeen.	Kysely sisälsi tietokyselyn ja potilaskyselyn (n=111). Kyselylomake lähetettiin kotiin kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen.	Potilaat olivat tyytyväisiä, mitä enemmän he saivat tietoa sairaudestaan. Potilaat olivat tyytymättömiä lääkityksestä ja siihen liittyvistä ongelmista saamaansa tietoon.
Patala – Pudas, L. Sisätautipotilaan ohjaus. Suomi. 2005.	Tarkoituksena oli kuvaila ja selittää sisätautien tulosyksikössä hoidettujen potilaiden arviota saamastaan ohjauksesta. Potilaiden arvioinnit koskevat ohjaustapahtuman toteuttamista ja sen hyötyjä sekä ohjaussisältöjen tärkeyttä ja niiden riittävyyttä. Yhteyksiä tarkastellaan tausta- ja sisältömuuttujien välillä.	Aineisto (n=130) kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja käsiteltiin tilastollisesti.	Arviointien tarkastelu tuotti määrällistä kuvailevaa tietoa, jota voidaan käyttää ohjauksen kehittämisessä. Riittävimmin ohjausta saatiin sairaudesta, sen hoidosta, toimenpiteistä ja kontrollikäynteistä.

<p>Rahkonen, K. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoprosessin aikaiset merkitykselliset kokemukset. Suomi. 2010.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotautia sairastavan potilaan merkityksellisiä onnistuneita ja epäonnistuneita kokemuksia hoitoprosessin aikana.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, mikä sisälsi avoimia kysymyksiä (n=14) ja potilaiden henkilökohtaisilla haastattelulla (n=8). Tiedonantajina olivat sepelvaltimotautia sairastavat potilaat, jotka olivat olleet sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi (n=22).</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden merkitykselliset onnistuneet ja epäonnistuneet tapahtumat liittyivät kliinisiin, prosessin kulkuun liittyviin ja johtamiseen liittyviin merkityksellisiin tapahtumiin ensihoidossa, tutkimuksissa, tehostetussa hoidossa, jälkihoidossa sekä kotiutumisvaiheessa.</p>
<p>Ronkainen, P. Sepelvaltimopotilaan kokemuksia ohjauksesta. Suomi. 2011.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta.</p>	<p>Tutkimus suoritettiin teemahaastattelun keinoin noin kolme viikkoa sairaalasta kotiutumisesta. (n=12)</p>	<p>Ohjaus koettiin suurimmaksi osaksi riittäväksi, mutta kehittämistä tarvitaan vielä ammattihenkilön vuorovaikutuksessa, ohjaustilanteessa, oikea-aikaisuudessa sekä materiaalin antamisen kohdentamisessa.</p>
<p>Ruotsalainen, T. Sisätautipotilaan hoidon laatu: Potilas laadun arvioijana. Suomi. 2006.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida sisätautipotilaan hoidon laatua ja kuvata potilaan osallistumista hoidon laadun arvioitiin. Saadun tiedon avulla oli tarkoitus muokata HYVÄ HOITO- mittari sydäninfarktipotilaan hoidon laadun arviointiin soveltuvaksi.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui sisätautien vuodeosastoilla olevia potilaita (n=100) ja ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneita potilaita (n=97). Aineisto kerättiin HYVÄ HOITO/sis 1- ja HYVÄ HOITO/sis 2- mittareilla sekä puoli-strukturoidulla haastattelulla.</p>	<p>Potilaiden kokeman hoidon laatu vaihteli laatu-kategorioittain. Sydäninfarktipotilaiden hoidon eteneminen kuvattiin ajanjaksoissa aika kotona ennen sairaalahoitoa, aika sairaalassa ja aika kotona sairaalahoidon jälkeen. Hoidon eri vaiheissa omaa hoitoa edistivät mm. tieto sairaudesta ja sen hoidosta, sosiaalinen verkosto, oma asennoituminen, halu olla terve, henkilökunnan tarjoamat mahdollisuudet, läheiset välit hoitohenkilökunnan kanssa. Hoidon estäviä tekijöitä olivat mm. täsmätiedon puute, henkilökunnan tuen puute, mahdollisuuksien puute, negatiivinen hoitoon liittyvä kokemus ja elämäntilanteeseen liittyvät rajoitukset.</p>

			set.
Salminen, M. Sepelvaltimotaudin ehkäisy – neuvonnan ja ohjauksen vaikutukset lasten ja nuorten sekä iäkkäiden keskuudessa. Suomi. 2005.	Tarkoituksena oli arvioida yli 65-vuotiaille sepelvaltimopotilaille neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelman vaikutuksia terveystyöskäytännön, sydänoireisiin, lääkkeiden käyttöön, seerumin rasva-arvoihin, verenpaineeseen ja depressiivisiin oireisiin.	Sepelvaltimotautipotilailta kerättiin tiedot terveystyöskäytännöstä, sydänoireista ja depressiivisistä oireista kyselyiden ja haastatteluiden avulla. Tiedot lääkkeistä kerättiin haastattelemalla sekä lääkepakkausista, resepteistä ja sairastamiskortteista. Seerumin rasva-arvojen määrittämiseksi otettiin verinäytteet ja suoritettiin kliiniset mittaukset.	Neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelma vaikutti myönteisesti iäkkäiden sepelvaltimotautia sairastavien miesten lipidilääkkeiden käyttöön ja naisten kolesteroliarvoihin. Depressiivisten miesten depressiiviset oireet vähenivät.
Sneeggen, S. Gilde A. & Røhmen T. Evaluation of a cross-disciplinary rehabilitation program for patients experienced a myocardial infarction (MI). Norja. 2006.	Tarkoituksena oli luoda positiivisia puitteita, jossa potilas ja yksi perheenjäsen voivat saada tietoa kuntoutuksesta sydäninfarktin jälkeen. Sydänkoulun tarkoituksena oli antaa yksilöllistä tietoa potilaan kunnosta ja näin ollen ehkäistä sydäninfarktin uusiutuminen.	Sydäninfarktipotilaiden oli mahdollista osallistua sydänkuntoutukseen. Sydänkoulu koostui lääkäristä, fysioterapeutista, ravitsemusterapeutista ja sairaanhoitajasta. Toisen päivän jälkeen potilaita pyydettiin täyttämään arviointikaavake tiedon suhteen, jota he olivat saaneet kurssin aikana. Sydänkoulun arviointi tapahtui vuodesta 2003-2005vuoteen asti	Tulosten mukaan 80-90% sydänkoulun antamasta informaatiosta on ollut hyödyllistä potilaille. Sydänkoulu vastaa potilaiden tiedontarpeisiin. Sydänkoulu antaa monet vastaukset, joita potilaat tavoittelevat.
Thompson, D., Chair, S., Chan, S., Astin, F., Davidson, P & Ski, C. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? Australia. 2010.	Tavoitteena oli tarkastella systemaattisesti sydän- ja verisuonisairauspotilaiden motivoivaan haastatteluun liittyviä tutkimustuloksia koulutuksen, tutkimuksen ja käytännön näkökulmasta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Motivoivan haastattelun käytön hyödyistä on vahva näyttö sydän- ja verisuonisairauksista kärsivien potilaiden elämäntapa muutokseen motivoimisessa

Liite 3. Potilaan ohjaustarve

Pelkistys

- Tietoa sairauden riskitekijöistä.
- Ohjausta riskitekijöiden hallinnasta.

- Tietoa sydämen rakenteesta
- Tietoa sydämen toiminnasta
- Tietoa sairaudesta ilman vieraan termistön käyttämistä
- Lisätietoa rintakehällä ilmenevistä oireista
- Tietoa sairauden fyysisistä seurauksista
- Tietoa kivunhoidosta
- Tietoa sairauden vaikutuksista potilaan elämään

- Tietoa hoitovaihtoehdoista
- Tietoa tutkimuksista
- Ymmärrettävää tietoa toimenpiteiden tuloksista
- Ennen kotiutusta selviytymistä tukevaa ohjausta

- Tietoa elintapamuutoksista
- Tietoa lepäämisestä
- Tietoa ruokavaliosta
- Ohjausta liikunnasta
- Ohjausta elämäntapamuutoksien tarpeellisuudesta
- Ohjausta kuntoutuksesta

Alakategoria

SYDÄNFARKTIN
RISKITEKIJÄT

TIETOA
SYDÄNFARKTISTA

SYDÄNFARKTIN
HOITO

ELÄMÄNTAPA
OHJAUS

- Enemmän tietoa lääkehoidosta
- Lääkityksen läpikäyminen
- Tietoa lääkkeiden käytön syistä
- Tietoa lääkehoidon kestosta
- Tietoa Lääkityksen haittavaikutuksista
- Lääkekorvattavuuksien läpikäyminen

LÄÄKEHOIDON
TOTEUTTAMINEN

- Potilaan yksilöllisen vaikuttamisen lisääminen
- Potilaan valinnan mahdollisuuden lisääminen
- Rohkaiseminen omaan hoitoon
- Potilaan motivointi
- Muutostavoitteiden asettaminen

OMAHOIDONOHJAUS

- Yksilöllinen ohjaus
- Vuorovaikutuksellinen ohjaus potilaan ja hoitajan välillä
- Tavoitteellinen ohjaus
- Potilaiden taustatietojen huomiointi
- Potilaiden elämäntilanteen huomiointi
- Potilaiden toiveiden huomiointi
- Potilaiden odotusten huomiointi

POTILASLÄHTÖINEN
OHJAUS

- Tietoa sairauspäivärahasta
- Tietoa KELA- korvausten hakemisesta
- Ohjausta sairauden aiheuttamista taloudellisista vaikutuksista
- Tietoa kuntoutustuesta
- Tietoa eläkeratkaisuista

SOSIAALITURVA

- Omaisten tiedontarve
- Omaisten huomiointi ohjauksessa
- Vertaistuki

LÄHEISTEN MUKAAN
OTTAMINEN HOITOO

- Tietoa sydäninfarktin vaikutuksesta mielialaan
- Sairauteen liittyvien tuntemuksien huomiointi
- Tunteisiin pohjautuvaa tukea

TUNTEISTA
KESKUSTELEMINEN

- Ohjausta pieninä annoksina pitkin sairaalassa oloa enemmän kuin kerralla isoja määriä
- Rauhallinen ympäristö
- Yksityinen ympäristö
- Suunniteltu ohjaustilanne
- Mahdollisuus kysymysten esittämiseen
- Ohjausta säännöllisesti
- Rehellistä ohjausta
- Johdonmukaista ohjausta
- Ohjausta eri ammattiryhmien edustajilta

ONNISTUNUT
OHJAUSTILANNE

- Enemmän tietoa jatkohoidosta
- Asioiden sisäistäminen sairaalassa vaikeaa
- Ohjausta myöhemmin lähellä kotiutusta tai kotiutuksen jälkeen
- Yhdyshenkilö, jonka puoleen voisi tarvittaessa kääntyä
- Hoidon seuranta
- Tukea arjen jatkumiseen

HOIDON JATKUVUUDEN
TURVAAMINEN

Liite 4. Ohjausmenetelmät

