

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Jussi Hirvonen, Teemu Manninen, Mikko Tauriainen

Ohjauksen vaikutus sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen

– systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tiivistelmä

Jussi Hirvonen, Teemu Manninen, Mikko Tauriainen
Ohjauksen vaikutus sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen, 45 sivua
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö 2015
Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella sepelvaltimotautiin sairastuneiden potilaiden ohjauksen vaikutusta kuntoutumiseen sairaalavaiheen aikana sekä kotiutumisen jälkeen tutkitun hoitotieteellisen näytön perusteella. Tavoitteena oli kuvata potilaan ohjauksen toteutumiseen käytettäviä keinoja ja menetelmiä potilaan näkökulmasta. Työssä tarkasteltiin myös, mitä ohjaukselta vaaditaan sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Aineisto haettiin käyttämällä Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalia ja kerättiin Aleksi- ja Medic-tietokannoista. Apuna käytettiin myös Google scholar -hakukonetta. Sisäänottokriteereinä käytettiin vain suomen kieltä sisältäviä ja vuoden 2000 jälkeen julkaistuja hoitotieteellisiä tutkimuksia. Kerätty materiaali koostui hoitotieteellisistä artikkeleista, tutkimuksesta sekä pro-gradusta. Valitut tutkimukset käsittelivät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta ja neuvontaa potilaan näkökulmasta. Lopulliseksi analysoitavien tutkimusten määräksi jäi yhteensä seitsemän tutkimusta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustuloksissa havaittiin monen eri osa-alueen vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen. Tärkein yksittäinen osa-alue sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa oli elämäntavat ja siihen liittyvä ohjeistus. Toimiva ohjaus vaatii toteutuakseen riittävät resurssit ja ohjaajan ammatillisen osaamisen. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen vaaditaan ohjauksen jatkumista kaikissa sairauden vaiheissa. Sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa annettavan tiedon tulee olla sisällöltään samanlaista riippumatta hoitavasta tahosta. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen tulisi sisällyttää myös psyykkistä ohjausta, koska sairastuminen vakavaan sairauteen on henkisesti raskas kokemus.

Jatkotutkimusaiheiksi opinnäytetyölle nousivat annetun ohjauksen pysyvä merkitys sepelvaltimotautipotilaan terveyteen kotiutumisen jälkeen ja ohjauksen jatkuvuus avoterveydenhuollon puolella.

Opinnäytetyössä kootut tutkimustulokset ja tieto on tarkoitettu ensisijaisesti hoitotyön opiskelijoille sekä hoitotyön ammattilaisille, jotka ovat kiinnostuneet sydänpotilaan hoitotyöstä.

Avainsanat: Sepelvaltimotauti, potilasohjaus, kuntoutuminen

Abstract

Jussi Hirvonen, Teemu Manninen, Mikko Tauriainen

The Effect of Guidance in the Rehabilitation of a Coronary Heart Disease Patient, 45 Pages

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructor: Principal Lecturer Ms Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this study was to examine the impact of the coronary heart disease guidance on patient recovery during the hospital phase and also after discharge on the basis of the scientific evidence of studied nursing science. The aim was to describe the realized means and methods used in counselling from the patient's perspective. The thesis also considered what was required from the guidance of coronary heart disease patient's rehabilitation.

The thesis was carried out with a systematic literature review method. The material was searched by using the Saimaa University of Applied Sciences Nelli information retrieval portal and collected from Aleksi- and Medic-databases. The Google scholar -search engine was also a useful database. As entry criteria only Finnish language and after year 2000 published scientific nursing studies were used. The collected material comprised the scientific nursing articles, research and a master's thesis. Selected studies explored coronary heart disease guidance and counseling from the patient's point of view. The final number of analyzed studies were seven studies. The research data was analyzed by using inductive content analysis.

The results showed that many different factors affected the success of guidance. The most important was life style and the guidance related to it. Effective guidance needs sufficient resources as well as a professional counsellor. The recovery of a coronary heart disease patient requires continuous guidance in all stages of the disease. Given information should be the same to all coronary heart disease patients. The guidance should also include psychological counseling because falling ill with a serious illness is emotionally a very heavy experience.

Recommendation for further research is to study the lasting effects of given guidance to the coronary heart disease patient's health after discharge from hospital and its continuance in outpatient care.

The results and the gathered information in this thesis are intended primarily for nursing students and nursing professionals who are interested in a heart patient nursing.

Keywords: Coronary heart disease, patient guidance, rehabilitation

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Sepelvaltimotauti sairautena.....	6
2.1	Sepelvaltimotautikohtauksen syntymekanismi.....	6
2.2	Sepelvaltimotaudin diagnosointi.....	7
2.3	Sepelvaltimotautikohtauksen diagnosointi.....	7
2.4	Sepelvaltimotaudin lääkehoito.....	8
2.5	Sepelvaltimotautikohtauksen lääkehoito.....	8
2.6	Sepelvaltimotaudin ehkäisy.....	9
3	Ohjaus hoitotyössä.....	10
3.1	Yksilöllinen potilasohjaus.....	11
3.2	Psyykkisten taustatekijöiden huomiointi ohjauksen toteutuksessa.....	12
3.3	Sosiaalisten taustatekijöiden huomiointi ohjauksen toteutuksessa.....	13
3.4	Ympäristöön liittyvät taustatekijät.....	13
4	Sydänpotilaan kuntoutus.....	15
4.1	Liikunnallinen kuntoutus.....	16
4.2	Ravintokuntoutus.....	18
4.3	Ryhmäkuntoutus.....	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	20
6	Opinnäytetyön toteutus.....	21
6.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	21
6.2	Opinnäytetyön toteutus.....	22
6.3	Aineistonkeruuprosessi.....	23
6.4	Aineiston analyysi.....	25
7	Tulokset.....	27
7.1	Millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii?.....	28
7.1.1	Elämäntapaohjaus.....	29
7.1.2	Ohjaukseen käytettävät resurssit.....	30
7.1.3	Ammatillinen osaaminen osana ohjausta.....	31
7.2	Mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen?.....	33
7.2.1	Katkeamaton, yhtenäinen ohjaus.....	33
7.2.2	Sairauden kanssa elämisen tukeminen.....	35
8	Pohdinta.....	38
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
8.2	Jatkotutkimusaiheet.....	41
	Kuvat.....	42
	Taulukot.....	42
	Lähteet.....	43

1 Johdanto

Opinnäytetyö käsittelee sepelvaltimotautipotilaiden ohjauksen vaikutusta kuntoutumiseen sairaalahoidon aikana ja kotiutumisen jälkeen. Tavoitteena on kuvata myös potilaan ohjauksen toteutumiseen käytettäviä keinoja ja menetelmiä hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena.

Sepelvaltimotauti on suomalaisten yleisin kuolinsyy. Vuonna 2011 sepelvaltimotautiin kuoli 11099 henkeä, luku on 22 % kaikista kuolleista. Koronaaritautiin kuolleista miesten osuus on 53 %. Suhteessa kuolleisuuteen miesten osuus on laskenut suhteessa naisiin. (Tilastokeskus 2011.)

Tulevaisuudessa sydän- ja verisuonitaudit tulevat lisääntymään yhä nuoremmilla ihmisillä niin Suomessa kuin muuallakin kehittyneissä maissa. Huonojen elintapojen sekä epäterveellisen ruoan, erityisesti runsas rasvan ja suolan saanti aiheuttaa sepelvaltimoiden asteittaisen tukkeutumisen, joka voi johtaa lopulta sydäninfarktiin. Tukkeutuminen on vuosia kestävä tapahtuma. (Mäkinen, Vanhanen, Penttilä, Nuotio, Koivisto, Väisänen, Alapappila 2007, 6.) Epäterveellisen ruoan lisäksi liikunnan vähyyks on toinen keskeinen vaarantekijä. Taudin ennaltaehkäisyssä on tärkeää säännöllinen liikunta. (Mäkinen & Penttilä 2007, 7.)

Sepelvaltimotautikohtaus on potilaalle henkisesti raskas kokemus ja voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa monen vuoden työkyvyttömyyden. Monet potilaita voivat tuntea pelkoa uusiutuvasta kohtauksesta tai sairaalahoidosta. Potilaan kokonaisvaltainen ohjaaminen koko hoitoprosessin ajan on tärkeää potilaan kuntoutumisen kannalta. Henkisen voimavarojen tarkkailu sairaalajakson aikana kuuluu myös yhtenä osana sairaanhoitajan työtehtäviin. (Mäkinen ym. 2007, 7.)

Sydänpotilaan kuntoutus alkaa jo sairaalavaiheen aikana annetulla ohjauksella ja neuvonnalla. Tällöin potilas saa tietoa sairaudestaan, hoidosta ja sairauteen sopeutumisesta. (Nisonen 2011, 26.)

2 Sepelvaltimotauti sairautena

Sepelvaltimotauti (morbus cordis coronarius, MCC) on ateroskleroosin ilmentymä sydäntä ravitsevissa sepelvaltimoissa. Ateroskleroosin vuoksi valtimo ei enää jaksa kuljettaa verta ja happea koko sydänlihakseen, vaan osa sydänlihaksesta jää ilman verta, jolloin se alkaa kärsiä hapenpuutteesta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 207.)

Sepelvaltimotauti voi olla joko vakaa- tai epävakaaoireinen. Sepelvaltimokoh-
tauksiksi luetaan sepelvaltimotaudin epävakaat muodot. Sepelvaltimotautikoh-
taus (akuuttikoronaarioireyhtymä, ACS) voi olla joko epävakaa angina pectoris
(unstable angina pectoris, UAP) tai sydäninfarkti. Sydäninfarkti jaetaan edelleen
ST-nousuinfarktiin (ST elevation myocardial infarction, STEMI) ja infarktiin ilman
ST-nousua (non-ST elevation myocardial infarction, NSTEMI). (Ahonen ym.
2012, 207.)

Rasitukseen liittyvä rintakipu (angina pectoris) on vakaan sepelvaltimotaudin
tyypillinen oire. Samantyyppisissä fyysisissä tai psyykkisissä ponnistuksissa
ilmenevä kipu helpottuu levossa tai nitraatilla. Kipu syntyy, kun sydänlihas tar-
vitsisi rasituksen aikana enemmän verta, mutta sepelvaltimon ahtauma tukkii
veren virtausta. (Ahonen ym. 2012, 207.)

Angina pectoris –kipu on tyypillisesti puristavaa rintakipua, joka voi säteillä ol-
kapäihin, vasempaan olkavarteeseen, hartioihin, lapaluiden väliin, kaulaan ja leu-
kaan. Hengenahdistus, ylävatsavaivat tai poikkeuksellinen väsymys ovat myös
oireita, joita voi ilmetä osalla potilaista. Sepelvaltimotautipotilaan suorituskykyä
voidaan arvioida CCS-luokituksen (Canadian Cardiovascular Society) avulla.
(Ahonen ym. 2012, 207.)

2.1 Sepelvaltimotautikohtauksen syntymekanismi

Vakaa sepelvaltimotauti voi muuttua epävakaaksi, jolloin kipu tulee aiempaa
vähäisemmässä rasituksessa tai jopa levossa. Pitkittänyt kipu levon aikana voi
olla merkki sepelvaltimotautikohtauksesta, joka vaatii välitöntä hoitoa. (Ahonen
ym. 2012, 208.)

Sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämän ateroomaplakin pinta repeää, jolloin vauriokohtaan muodostuu verihyytymä, joka tukkii valtimoa ja estää veren virtaamista. Rintakivut pahenevat tällöin nopeasti ja esimerkiksi nitraatteja tarvitaan enemmän tai ne eivät auta. (Ahonen ym. 2012, 208.)

Jos verihyytymä tukkii koko sepelvaltimon, seurauksena on sydänlihaskuolio (sydäninfarkti). Tukkeutuneen valtimon hapettama alue sydänlihaksesta vaurioituu. Sydäninfarktin oireena on angina pectoris -tyyppinen kova rintakipu, joka ei helpotu levossa eikä nitraateilla. Muina oireina voivat olla kylmänhikisyys, pahoinvointi, oksentelu, hengenahdistus ja voimattomuus. Sydäninfarkteista jopa kaksi kolmannesta syntyy lievän sepelvaltimoahtauman kohdalle, joten on vaikea tunnistaa etukäteen ne potilaat, jotka ovat sydäninfarktin vaarassa. (Ahonen ym. 2012, 208.)

2.2 Sepelvaltimotaudin diagnosointi

Vakaaoireisen rintakipupotilaan perustutkimus on kliininen tutkimus eli lääkärintarkastus. Esitietojen selvittäminen eli anamneesi ja lääkärintarkastus pystytään useimmissa tapauksissa toteuttamaan tarkasti ja luotettavasti diagnoosin saamiseksi. Anamneesissa potilaan oireiden lisäksi otetaan huomioon myös tautiin vaikuttavat riskitekijät. Taudin vaikeusastetta arvioidaan lisätutkimusten avulla. Käyttämällä kliinistä rasiuskoetta (rasius-EKG) havainnollistetaan sydänlihaksen suorituskykyä, rytmihäiriöitä ja hapetusta. Hankalaoireisessa tapauksessa käytetään sepelvaltimoiden varjoainokuvausta (koronaariangiografia), joka on tutkimuksista tarkin. Sepelvaltimon sisäistä ultraäänitutkimusta (intravascular ultrasound, IVUS) voidaan käyttää koronaariangiografian tukena sepelvaltimon ahtautumisen ja valtimon seinämän tilan kartoittamiseksi. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen yhteydessä voidaan mitata myös ahtautumien merkitystä, paine-eroja ja virtausta vieden vaijeri ahtauman läpi. Joissakin tapauksissa tietokonekerroskuvausta voidaan käyttää koronaariangiografian sijaan. (Ahonen ym. 2012, 209.)

2.3 Sepelvaltimotautikohtauksen diagnosointi

Taudin diagnosointi pohjautuu oireisiin, anamneesiin, lääkärintarkastukseen, mitattuihin sydänfilmissä näkyviin muutoksiin sekä sydänlihaskuolion määrän

tyksiin, jossa mitataan troponiinipitoisuutta. Sydänfilmi kuvaa sähköistä toimintaa sydämessä. Sydänfilmin avulla ei voida ennustaa infarktin syntymistä. Tavallisesti äkillinen infarkti näkyy sydänfilmissä normaalista poikkeavina muutoksina. (Ahonen ym. 2012, 209.)

2.4 Sepelvaltimotaudin lääkehoito

Sepelvaltimotaudissa lääkehoidon lähtökohtana on oireiden vähentäminen, mahdollisen infarktin ehkäisy ja sydämen riittävän hapensaannin turvaaminen sekä hapen tarpeen vähentäminen. Lääkehoidossa käytetään useita erilaisia lääkevalmisteita. Beetasalpaajat pienentävät sydänlihaksen hapen tarvetta ja vähentävät rytmihäiriöitä. Jos beetasalpaajat eivät sovi potilaalle, yleensä näissä tapauksissa käytetään kalsiumestäjiä laajentamaan verisuonia ja vähentämään levossa esiintyviä oireita. Suuren vaaran potilaille käytetään usein ACE:n estäjiä tai ATR:n salpaajia. Nitraatit laajentavat suonia relaxoimalla sepelvaltimoiden seinämän lihaksia. Lipidit ehkäisevät valtimoiden rasvoittumista. Aseetyylisalisyylihappo ja varfariini toimivat antitromboottisina valmisteina, joilla vähennetään tukoksen riskiä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 369- 370.)

2.5 Sepelvaltimotautikohtauksen lääkehoito

Sepelvaltimotautikohtauspotilas hoidetaan sairaalassa, missä on elvytysvalmius. Kohtauksen lääkehoito pohjautuu tukosten liuottamiseen trombolyyteillä ja sydänlihaksen iskemian vähentämiseen. Nitraatteja annetaan akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa kielen alle tablettina, jonka vaikutus alkaa noin minuutin kuluessa tabletin sulaessa kielen alla. Nitrosuihketta voidaan käyttää vaihtoehtoisesti. Jos ensimmäisellä annoksella ei ole selvää vastetta, kipuun annetaan toinen annos viisi minuuttia ensimmäisen annoksen jälkeen ja kolmas viisi minuuttia toisen annoksen jälkeen. Vaihtoehtona nitraattien puuttuessa aseetyylisalisyylihappoa voidaan annostella potilaalle pureskeltavaksi ja nieltäväksi. Rintakivun ehkäisyyn voidaan käyttää nitraattia noin viisi minuuttia ennen rästusta esimerkiksi ennen portaiden nousua. Nieltäessä nitraattitabletin teho menetetään. Tabletin on tarkoitus antaa liueta ja imeytyä suussa limakalvolta. Nitraatilla on hypotensiivinen vaikutus, joka voi aiheuttaa heikotusta ja huimausta.

Matalapaineinen potilas tulisi auttaa makuuasentoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 370.)

Sydäninfarktissa tavoite on palauttaa hapen puutteesta kärsivän lihasalueen happitasapaino ja verenkierto. Näin pystytään rajoittamaan sydänlihaksen nekroottisen alueen kasvamista. Hoidon ensivaiheessa potilas ohjataan makuulle tai istuvaan asentoon ja hänelle annetaan 250mg asetyylisalisyylihappoa pureskeltäväksi. Potilasta hapetetaan samalla. Suonensisäisen lääkehoidon mahdollistamiseksi avataan suoniyhteys, tätä kautta annetaan beetasalpaajaa sekä nitraattia sydämen hapen tarpeen pienentämiseksi ja hapen saannin lisäämiseksi. Opioideja annetaan suonensisäisesti kivun hoitoon. Diatsepaamia annetaan rauhoittamaan ja metoklopramidia pahoinvointiin. Alteplaasi, reteplaasi ja tenekteplaasi ovat liuotuksessa käytettäviä lääkkeitä. Mitä aikaisemmin liuotushoito päästään aloittamaan, sitä parempi tulos saadaan aikaiseksi. Parhaan hoitovasteen saavuttamiseksi hoito tulisi aloittaa viimeistään kaksi tuntia tukoksen synnystä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 370.)

2.6 Sepelvaltimotaudin ehkäisy

Sepelvaltimotaudin kehittymisessä keskeisenä osana ovat elämäntavat ja niihin liittyvät vaaratekijät. Vaaratekijöihin puuttamalla ja niitä vähentämällä voidaan hidastaa sepelvaltimotaudin kehittymistä ja ateroskleroosin etenemistä sekä ennen sepelvaltimotaudin ja oireiden ilmaantumista että oireiden jo ilmaantuttua. Samat vaaratekijät ovat usein myös aivoverenkiertohäiriöiden synnyn taustalla. Elämäntapojen vaaratekijöiksi luetaan kohonnut kolesterolipitoisuus, tupakointi, vähäinen liikunta ja runsas alkoholin käyttö. (Terveyskirjasto 2014.)

Tavoitteina sepelvaltimotaudin ehkäisyssä ovat tilan vakauttaminen ja ohjauksen tarve niille henkilöille, joiden tautiin sairastumisriski on pieni sekä niiden henkilöiden ohjeistaminen, joilla riski on jo suurentunut. Ehkäisyn tavoitteena on myös seuraavien tavoitteiden saavuttaminen: tupakoimattomuus, terveellinen ruokavalio, liikunnan lisääminen, BMI alle 25 kg/m², keskivartalolihavuuden välttäminen, verenpaine alle 140/90 mmHg, kokonaiskolesterolipitoisuus alle 5 mmol/l, LDL-kolesterolipitoisuus alle 3 mmol/l ja verensokeripitoisuus alle 6 mmol/l. (Terveyskirjasto 2015.)

3 Ohjaus hoitotyössä

Hoitotyössä ohjaus on olennainen ja keskeinen osa potilaan hoitoa. Jokaisen hoitotyötä tekevän hoitajan työtehtäviin kuuluu asiakkaiden ohjaus. Erilaisissa ohjaustilanteissa ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti ja osana asiakkaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Hoitajat ovat suurelta osin vastuussa potilaidensa ohjauksesta ja pitävät asiakkaiden ja omaisten ohjausta tärkeänä osana omaa työtään. Ohjauksen avulla asiakasta tuetaan löytämään omia voimavarojaan ja häntä kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu. Lyhyet hoitoajat vaativat hoitajilta tehokasta ohjausta, jotta asiakkaat saadaan vastaamaan omasta terveydestä ja kuntoutumisesta mahdollisimman hyvin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.)

Hoitotyössä ohjauksesta käytetään usein epäselvästi erilaisia käsitteitä. Tämä vaikeuttaa ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista. Suomen kielen perus-sanakirjan mukaan ohjaus määritellään muun muassa ohjauksen antamiseksi, kuten käytännöllisen opetuksen antamiseksi tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjauksella voidaan lisäksi tarkoittaa myös asiakkaan johtamista, hänen toimintaansa vaikuttamista tai johdattamista johonkin. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjaus pyrkii nykykäsityksen mukaan edistämään asiakkaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Asiakas itse on aktiivinen omien ongelmien ratkaisija ja hoitajan tehtävänä on tukea asiakasta päätöksenteossa sekä pidättäytyä valmiiden ratkaisujen esittämisestä. Ohjauskeskustelut ovat rakenteeltaan suunnitelmallisia ja sisältävät myös tiedon antamista, ellei asiakas itse kykene ratkaisemaan omia ongelmia. Ohjaussuhde tulee pitää tassa-arvoisena hoitajan ja asiakkaan välillä. Joskus ohjauskertoja voi olla useita, jotta tuloksellisuus saavutetaan. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Potilasohjaus on lakisääteinen velvollisuus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2004/857). Laissa todetaan: *Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai*

muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Hoitotyössä ohjausta annetaan monissa eri paikoissa kuten sairaalan vuodeosastoilla, terveyskeskuksen vastaanotoilla, kouluissa, työpaikoilla ja kodeissa. Aina ohjaustilanteeseen ei voi valmistautua vaan niitä tulee eteen suunnittelematta asiakkaan aloitteesta. Hyvällä ohjauksella pyritään vahvistamaan asiakkaan kotona selviytymistä ja vähentämään asiakkaiden yhteydenottoja hoitojaksojen jälkeen sekä kannustamaan asiakkaita saavuttamaan hoidossa asetetut tavoitteet. (Kyngäs ym. 2007, 6.)

3.1 Yksilöllinen potilasohjaus

Ohjaustilanteessa on tärkeää ottaa huomioon, että hoitaja on ohjauksen ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. Ohjaus muodostuu yleensä niistä asioista, joita asiakas ottaa tilanteessa esille ja jotka voivat koskea hänen terveyttään, sairauttaan tai hyvinvointia. Asiakas voi tarvita ohjausta erilaisissa asioissa kuten esimerkiksi terveysongelmissa, elämänkulun eri vaiheissa, elämäntaito-ongelmissa tai elämäntilanteiden muutosvaiheissa. Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjauksen tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjaus alkaa yleensä jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka on eri kuin alkutilanne. Ohjauksen lähtökohtana ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, johon ohjaustilanne on aina sidoksissa. Ohjauksessa on aina selvitettävä asiakkaan tilanne ja mahdollisuus sitoutua omaan hoitoonsa, jotta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin on mahdollista vastata. (Kyngäs ym. 2007, 26–27.)

Asiakkaan fyysiset tekijät kuten ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin. Lapsen tai nuoren ohjauksen tarve on erilainen kuin ikääntyneen asiakkaan. Fyysiset taustatekijät voivat vaikuttaa esimerkiksi asiakkaan kykyyn ottaa ohjausta vastaan. Asiakas voi mahdollisesti vältellä ohjausta, unohtaa asioita tai kieltää asioita. Myös vastadiagnosoitu va-

kava sairaus voi olla esteenä ohjauksen onnistumiselle. Itsensä terveeksi kokevat asiakkaat ovat myös ohjauksen näkökulmasta oma haasteensa, sillä esimerkiksi kohonnut verenpaine voi pysyä oireettomana, mutta vaatii asiakkaan elintapojen muuttamista. Taustatekijät ja niiden vaikutukset ohjaukseen on tärkeää selvittää ja huomioida, kun pyritään ohjauksen onnistumiseen. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

3.2 Psyykkisten taustatekijöiden huomiointi ohjauksen toteutuksessa

Käsitys omasta terveydentilasta, erilaiset terveysuskomukset, aikaisemmat kokemukset, motivaatio sekä se mitä asiakas odottaa ja tarvitsee ohjaukselta ovat psyykkisiä taustatekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon ohjaustilanteessa. Asiakkaan motivaatiolla on tärkeä merkitys sille, sitoutuuko hän hoitoonsa ja omak-suuko hän asioita, jotka koskevat hänen hoitoaan. Hoitaja voi yrittää erilaisten avoimien kysymysten perusteella selvittää, mitkä tekijät voisivat motivoida asiakasta omaan hoitoonsa. Asiakkaan motivaatio syntyy hänelle asetetusta selkeästä tavoitteesta, asiakkaan oikeasta tunnetilasta ohjaustilanteessa sekä asiakkaan omista onnistumisodotuksista paranemista ajatellen. Tämän takia on tärkeää, että hoitaja pyrkii ohjauksessa täyttämään motivoivan ohjauksen tunnuspiirteet mahdollisimman hyvin. Hoitajan on myös itse tärkeää asennoitua ja motivoitua ohjaukseen hyvin, koska sillä on suuri merkitys ohjauksen onnistumisen kannalta. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Asiakkaan aikaisemmat kokemukset sairaudenhoidosta voivat vaikuttaa hänen suhtautumiseensa ohjaukseen ja saattavat vaikeuttaa ohjauksen onnistumista. Myös erilaiset terveysuskomukset muun muassa lääkaineista voivat haitata ohjausta ja asiakkaan ymmärrystä ohjauksen aikana. Asiakkaan omat, vahvat mieltymykset saattavat aiheuttaa ohjauksen tehottomuutta, mikäli asiakas ei suostu luopumaan omista mieltymyksistään. Hoitajan onkin tämän takia oltava tietoinen asiakkaan taustatekijöistä, jotta ohjauksen aikana hoitaja pystyy yhdessä asiakkaan kanssa löytämään kompromisseja erilaisiin tilanteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 33.)

Hoitajan ja asiakkaan odotukset ja tarpeet ohjausta kohtaan voivat olla erilaiset, joten on tärkeää, että niistä keskustellaan heti ohjauksen alussa. Pitkäaikaissai-

raat osaavat usein ilmaista ja arvioida ohjaustarpeensa hoitajalle, mutta osalle asiakkaista se ei ole yhtä helppoa, jolloin he eivät välttämättä tunnista omia ohjaustarpeitaan. Tällöin hoitajan tehtävänä on yrittää auttaa asiakkaita ohjaustarpeiden tunnistamisessa. Myös oikean ohjausmenetelmän valinta vaatii hoitajalta asiakkaaseen perehtymistä ja keskustelua asiakkaan kanssa. Perehtymisen avulla hoitaja pystyy tunnistamaan asiakkaan oppimistyylin ja asioiden omaksumistavan. (Kyngäs ym. 2007, 33.)

3.3 Sosiaalisten taustatekijöiden huomiointi ohjauksen toteutuksessa

Sosiaaliset, kulttuuriset, etniset, uskonnolliset ja eettiset taustatekijät olisi hyvä ottaa huomioon ohjauksessa sillä ne voivat vaikuttaa asiakkaan toimintaan. Eri-laisilla asiakasryhmillä on omat näkemyksensä sekä hoitajan että asiakkaan arvoista, jotka voivat vaikuttaa siihen, kuinka he lähestyvät ohjaustilanteessa käsiteltäviä aiheita. Jotta hoitaja pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, on hänen tunnistettava ohjauksen lähtökohdat. (Kyngäs ym. 2007, 35)

Hoitajan on tärkeää varmistaa asiakkaalta tämän tukiverkosto sekä se, kuinka hän suhtautuu omaisten ohjaukseen. Toinen asiakas voi kieltää omaisia osallistumasta ohjaukseen ja tätä kautta suojella heitä, kun taas toiselle asiakkaalle perheen osallistuminen on ensiarvoisen tärkeää. Omaisilla ja asiakkaalla saattaa olla myös ristiriitaiset käsitykset ohjaustarpeista. Tässä tilanteessa hoitajan on kunnioitettava asiakkaan tahtoa, mikäli hänen fyysinen ja psyykinen kuntosensa on siihen riittävä. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

Asiakkaan mahdolliset kulttuuriin liittyvät tabut, uskomukset ja traditiot kannattaa myös ottaa huomioon ohjauksessa. Asiakkaalla voi olla myös vieras äidinkieli, mikä saattaa lisätä turvattomuuden tunnetta ja mahdollisesti vaikeuttaa aktiivista osallistumista. (Kyngäs ym. 2007, 36.)

3.4 Ympäristöön liittyvät taustatekijät

Ympäristöön liittyvät tekijät voivat omalta osaltaan vaikuttaa ohjaustilanteen sujuvuuteen, sillä ohjausta toteutetaan monissa erilaisissa ympäristöissä. Ensivai-kutelma paikasta, missä ohjaus toteutetaan, merkitsee asiakkaalle paljon. Hoi-

toyksikön ilmapiiri, viihtyvyys, siisteys ja myönteisyys ovat asioita, jotka luovat pohjaa asiakkaan odotuksille. (Kyngäs ym. 2007, 36- 37.)

Ohjauksen fyysinen ja psyykkinen ympäristö täytyy ottaa huomioon ohjaustilanteen aikana. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan esimerkiksi huonetta, jossa ohjaus toteutetaan. Ohjauksen aikana olisi tärkeää, että fyysinen ympäristö olisi rauhallinen huone, jossa ohjausta pystytään toteuttamaan häiriöttömästi ja keskeytyksettä. Usein yksilöllistä ohjaustilannetta häiritsevät keskeytykset tai asianmukaisen tilan puute. Lisäksi pitää huomioida, ettei ympäristö aiheuta asiakkaalle negatiivisia tunteita tai pelkoja, jotka voisivat haitata ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Psyykkinen ilmapiiri ohjaustilanteessa rakentuu monista eri tekijöistä. Yksi yleisimmistä ohjausta haittaavista tekijöistä on kiire, jonka takia ohjaukseen ei ole käytettävissä riittävästi aikaa. Kiire heikentää myös hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Asiakas ei välttämättä kysy tai avaa keskustelua hoitajan kanssa, mikäli hoitaja vaikuttaa kiireiseltä. Tämän takia hoitajan kannattaisi perehtyä asiakkaaseen, suunnitella ohjaustilanne sekä toteuttaa ohjaus kiireettömässä ja rauhallisessa ympäristössä, jotta ohjaus olisi mahdollisimman tehokasta. Psyykkinen ympäristö ohjaustilanteessa paranee avoimella, luottamuksellisella ja kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella sekä luo pohjan onnistuneelle ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 37- 38.)

4 Sydänpotilaan kuntoutus

Sydänpotilaan kuntoutuksella tarkoitetaan suunnitelmallista ja moniammatillisesti suunniteltua kuntoutusohjelmaa potilaan kuntoutumisen nopeuttamiseksi (Rantala & Virtanen 2008, 255). Sydänpotilaan kuntoutuksella tarkoitetaan tässä luvussa sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden lisäksi myös muiden sydänsairauksista kärsivien potilaiden kuntoutusta.

Kuntoutusohjelma sisältää kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn yksilöllisen arvion ja sen pohjalta laaditun kuntoutusohjelman. Näiden ohjeiden avulla kuntoutujaa opetetaan ottamaan itse vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja muuttamaan omia elintapojaan terveelliseksi. (Rantala & Virtanen 2008, 255.)

Sydänpotilaan kuntoutuksella tarkoitetaan myös moniammatillista kokonaisuutta, jolla sairastunut ihminen pyritään kuntoutuksen keinoin saamaan samalle tasolle kuin ennen sairastumista. Tavoitteena on sairauden uusimisen estäminen ja jopa sairauden esto. Tavoitteena voidaan pitää myös työ- ja toimintakyvyn palautumista. Tämä vaatii ihmiseltä psyykkistä ja sosiaalista orientaatiota elämiin sairauden rinnalla. (Mäkinen ym. 2007, 23.) Karkeasti sydänpotilaan kuntoutus voidaan jakaa kolmeen osaan, liikunnallinen ja psyykkinen kuntoutus sekä ravintokuntoutus. (Saarinen, 2015).

Kansainvälisesti sydänkuntoutus jaetaan kolmeen vaiheeseen.

1. Sairaalavaihe. Kuntouttavat toimenpiteet sairaalassa akuutissa vaiheessa.
2. Toipumisvaihe. Ohjelmat kuntoutumiseen kotiutumisen jälkeen ensimmäisten 2-16 viikon–ensimmäisen vuoden aikana.
3. Ylläpitovaihe. Ohjelmat kuntoutumiseen, jotka ylläpitävät toimintakykyä loppuelämän. (Sydänliitto 2007).

Vaikka potilaan kuntoutusta ohjaavatkin kansalliset suositukset, jokaiselle kuntoutujalle pyritään tarjoamaan yksilöllistä kuntoutusta ottaen huomioon sairau-

den vaikeusaste, kuntoutustarve, ammatti-, työ- ja toimintakyky sekä potilaan ikä. Sydänkuntoutukseen sisältyvät myös psykososiaalisen ja psyykkisen tilanteen arviointi sekä erityisesti masennuksen ja ahdistuksen hoito. (Penttilä 2014.)

4.1 Liikunnallinen kuntoutus

Liikunnan puute on yksi sepelvaltimotaudin keskeisempiä vaaratekijöitä. Se myös edesauttaa muiden vaaratekijöiden pahenemista mm. kohonnutta verenpainetta ja kohonneita rasva-arvoja. Sepelvaltimotautia sairastavalle liikunta kuuluu kuntoutukseen ja näin koko loppuelämään. Säännöllisellä liikunnalla on monia suotuisia vaikutuksia kuntoutumiseen. (Sinisalo & Hämäläinen 2011, 8-11.)

Liikunnan aloituksessa tulee ottaa huomioon jokaisen kuntoutujan sairauden vaikeusaste ja se, onko potilas sairastanut infarktia vai ei. Lisäksi on otettava huomioon aiempi liikuntatausta. Liikunnallisen kuntoutuksen alussa on hyvä aloittaa liikkuminen vähitellen ja alhaisella teholla. Kuntoutuja voi käyttää harjoittelun tehon mittarina sykettä tai tehon arviointiin kehitettyä Borgin asteikkoa (Kuva 1). Tekstissä Borgin asteikko lyhennetään RPE. Sykettä tehon mittarina suositellaan vain, jos potilaalle on tehty rasituskoee sairastumisen jälkeen. (Sinisalo & Hämäläinen 2011, 30–35.)

Miltä rasitus tuntuu nyt?*

Miltä rasitus tuntuu?	Sopivuus	Havainnoi hengitystä
6		
7 erittäin kevyt		normaali hengitysrytmi
8		
9 hyvin kevyt		
10	sopii kaikille	hengitys kiihtyy (puhuminen sujuu)
11 kevyt		
12		
13 hieman rasittava	sopii terveys- ja kuntoliikujille	hengästyttää (puhuminen vaikeutuu)
14		
15 rasittava		
16	sopii kovalle kuntoilijoille ja urheilijoille silloin tällöin	puuskuttaa (puhuminen mahdotonta)
17 hyvin rasittava		
18		
19 erittäin rasittava		
20		

*ns. Borgin asteikko

UKK-instituutti

Kuva 1. Borgin asteikko (UKK-instituutti 2015).

Paras liikunnan mittari on oma tuntemus. Jos liikunnan aikana tulee hengenahdistusta, rintakipua tai huonoa oloa, on liikunta syytä keskeyttää. Keskeisintä on löytää liikunnalle sopiva taso, jossa oireita ei tule. (Sinisalo & Hämäläinen 2011, 26.)

Sydäninfarktin sairastaneilla liikunnallinen kuntoutus tulisi aloittaa jo ensimmäisinä viikkoina infarktista. Toipilasaikana liikunta täytyy aloittaa hyvin kevyellä, korkeintaan 11 RPE:llä ja enintään 10–15 min/1-4 kertaa päivässä. Tällaisella liikunnanteholla ja määrällä tulisi edetä 2-4 viikkoa infarktista. (Kutinlahti & Pellikka 2014.)

Toipilasajan jälkeen, liikuntaa pitäisi olla 3-5 päivänä viikossa 30 minuuttia. Liikunnan määrä on kuitenkin hyvä suhteuttaa omaan lähtökuntoon. Kuntoutujan kunnosta riippuen päivän harjoitteluajan voi jakaa kolmeen osaan, kunnon parantuaessa lenkkejä voi yhdistää. Harjoittelun teho on sopiva, kun harjoittelu tuntuu hieman tai kohtalaisen rasittavalta, RPE 12–13. Liikunnan taso on oikea kun kuntoutuja pystyy liikunnan aikana puhumaan puuskuttamatta. (Kutinlahti & Pellikka 2014.)

Erityisen tärkeää olisi löytää kuntoutujalle oma mieleinen laji, joka motivoi liikumaan. Kuntoutuksen kannalta hyviä lajeja ovat lajit, jossa kuormitusta saa mahdollisimman moni lihasryhmä kuten sauvakävely tai uinti. Erityisen tärkeää kuntoutuksen aloittaneelle potilaalle on terveysliikunta. (UKK-instituutti 2014.) Terveysliikunta ylläpitää ja parantaa liikunnan aloittaneen kuntoa. Terveysliikunta on sauvakävely, mutta terveysliikunnaksi katsotaan myös esimerkiksi pihatyöt ja portaiden kävely. Liikunnallista kuntoutusta aloittavalle terveysliikuntaa tulisi olla viikossa vähintään 2 tuntia ja 30 min. Borgin asteikolla terveysliikunta käsittää 6-12 RPE-tasot. (Kutinlahti & Pellikka 2014.)

Sepelvaltimotaudin kuntoutuksessa suositellaan kestävyysliikunnan lisäksi myös lihaskuntoharjoittelua. Lihaskuntoharjoittelussa pitää kuitenkin ottaa huomioon lääkärin määräämät painavien taakkojen nostorajoitukset. (Kutinlahti & Pellikka 2014.) Kuntoutujille suositellaan 2-3 viikoittaista lihasvoimaharjoitusta, harjoituskerta koostuu 8-10:stä suureen lihasryhmään vaikuttavasta liikkeestä. Toistoja tehdään 10–15. Jo kahtena päivänä viikossa suoritettulla lihaskuntoharjoittelulla on suotuisia vaikutuksia verisuonien ääreisvastukseen, jolla taas on laskeva vaikutus systoliseen verenpaineeseen. (Sinisalo & Hämäläinen 2011, 26.)

4.2 Ravintokuntoutus

Terveellisellä ja sydänystävällisellä ruokavaliolla on mahdollista lisätä sydänterveyttä sekä pienentää sydän- ja verisuonitautien riskiä. Sydänkuntoutujan ruokavalio voidaan muodostaa monilla eri keinoilla. Ruokavalion perustana on säännöllinen omaan päivärutiineihin sopiva ateriarytmi. (Sydänliitto 2008.)

Kuntoutujalle suositellaan lautasmallin käyttöä, tällöin annokset pysyvät kohtuullisina. Lautasmallin mukaan puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes täytetään perunalla, tummalla riisillä- tai pastalla. Viimeinen neljännes täytetään vähärasvaisella lihalla, kalalla tai kanalla. Aterian lisänä voidaan nauttia pala tummajyvistä leipää ja kasvismargariinia. Perinteisellä lautasmallilla pyritään vähentämään erityisesti kolesterolin määrää, joka on suurin sepelvaltimotaudin aiheuttaja. (Mäkinen ym. 2007, 32–33.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa seurattiin yhteensä 31 000:a sydän- ja verisuonitauteja sairastavaa ihmistä. Vuosia kestävän seurantajakson aikana henkilöt, joiden ruokavalioon kuului kasviksia ja vaaleaa lihaa välttyivät uusilta sydän ja verisuonisairauksilta. (Deghnan, Mente, Teo, Peggy, Sleight, Dagenais, Avzum, Probstfield, Dans & Salim 2012, 2705-2712.)

Viime vuosina on erityisesti alettu tutkia suolan vaikutusta terveyteemme. WHO:n suosituksessa suolaa tulisi käyttää alle 5g päivässä, länsimaissa keskimääräinen suolan määrä on 10g. (Sydänliitto 2012.)

Suomessa, Japanissa, Hollannissa, Skotlannissa ja Taiwanissa tehdyssä tutkimuksessa seurattiin 177000 ihmistä 3,5-17 vuotta. Seuranta-aikana ilmeni lähes 11 000 verisuonitautitapausta. Tutkimuksessa todetaan, että suolan vähentäminen 5g päivässä vähentäisi sydän- ja verisuonitautien riskiä 17 %. Suolan määrää vähentämällä voitaisiin estää lähes kolme miljoonaa sydäntapahtumaa. (Strazullo, Lanfranco, Ngianga-Bakwin & Cappucio 2009, 1-9.)

4.3 Ryhmäkuntoutus

2006 perustettu Tulppa-ryhmä on Suomen Sydänliiton avokuntoutusryhmä, jonka tavoitteena on saada valtimopotilaiden kuntoutus terveyskeskuksiin osaksi hoitopolkua. Tulppa-ryhmät on ensisijaisesti tarkoitettu sepelvaltimotautipotilaille, mutta alueittain ryhmässä on myös diabetes II-potilaita sekä aivoverenkiertohäiriöistä kärsiviä potilaita. Lisäksi ryhmissä on kuntoutujia, joilla ei ole ennestään sydänsairauksia, mutta joilla on diagnosoitu hypertensio tai korkeita kolesteroliarvoja. Tulppa-ryhmässä tehdään siis myös ennaltaehkäisevää työtä. (Mäkinen ym. 2007, 9.)

Suurin potilasryhmä on kuitenkin sepelvaltimotautia sairastavat kuntoutujat. Ryhmän ensisijainen tehtävä onkin saada arkisia tietoja ja taitoja elämiseen taudin kanssa. Ohjausta annetaan niin ruokailun kuin ravinnon suhteen, millä vaikutetaan taudin riskitekijöihin. Lisäksi ryhmätapaamisissa keskustellaan yleisesti tautiin liittyvistä asioista mm. peloista tautia kohtaan, joka onkin yksi ryhmän pääteemoista. Muita tapaamisien teemoja ovat mm. kivunhoito, oireiden tarkkailu ja lääkehoito. (Mäkinen ym. 2007, 3-6.)

Tulppa-ryhmien ohjaajina toimivat koulutetut terveydenhuollon ammattilaiset, suurimpina ammattiryhminä terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja fysioterapeutit. Suomessa koulutettuja ohjaajia on yli 1000. Tällä hetkellä Tulppa-ryhmiä on jo 12 sairaanhoitopiirissä. (Sydänliitto 2014.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella sepelvaltimotautiin sairastuneiden potilaiden ohjauksen vaikutusta kuntoutumiseen sairaalavaiheen aikana sekä kotiutumisen jälkeen tutkitun hoitotieteellisen näytön perusteella. Tavoitteena on kuvata potilaan ohjauksen toteutumiseen käytettäviä keinoja ja menetelmiä potilaan näkökulmasta. Työssä tarkastellaan myös sitä, mitä ohjaukselta vaaditaan sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii?
2. Mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen?

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Aineisto haettiin Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli- tiedonhakuportalista ja kerättiin Aleks- ja Medic-tietokannoista. Apuna käytettiin myös Google scholar -hakukonetta aineiston etsimisessä ja keräämisessä. Kerätty materiaali koostui hoitotieteellisistä artikkeleista, tutkimuksesta sekä pro graduista. Valitut tutkimukset käsittelivät sepelvaltimotautipotilaan ohjausta ja neuvontaa potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin kirjallisuudesta. Vastauksia voidaan etsiä niin lehtiartikkeleista kuin erilaisista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus kertoa mistä näkökulmista ja miten aihetta on tutkittu. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta voidaan myös todeta, että sen tehtävä on koota aiempia tutkimuksia tiiviimmäksi kokonaisuudeksi. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1997, 112.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jaotella karkeasti kolmeen osaan, ensimmäinen vaihe sisältää työn suunnittelun, toinen työn tekemisen hakuineen, analysointineen sekä kolmas vaihe sisältää katsauksen raportoinnin (Johansson, Axelin, Stolt, Ääri 2007, 4).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä, jonkin aihepiirin kirjallisuuden keskeisestä sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella etsitään tieteellisen tulosten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimuksia. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija käy läpi runsaasti tutkimusmateriaalia, joista tutkija pyrkii ottamaan työhönsä tärkeimmät tulokset. (Salminen 2011.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatiminen vaatii kurinalaisuutta ja täsmällisyyttä. Tutkimus tulee suunnitella hyvin ja kuvata tavalla, jolla toinen tutkija voi mukautua tutkimukseen kuvauksen perusteella. (Kähkönen 2009, 21.)

6.2 Opinnäytetyön toteutus

Kirjallisuuskatsaukseen valittaville alkuperäistutkimuksille täytyy määritellä tarkat sisäänottokriteerit. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset on määriteltävä ennen varsinaista tutkimusten valintaa, sillä sisäänottokriteerit määräytyvät niiden perusteella. Sisäänottokriteerien toimivuus on esitestattava muutamalla sattumanvaraisella valitulla alkuperäistutkimuksella, jotta kirjallisuuskatsaus on varmasti luotettava. (Johansson ym. 2007, 59.)

Sisäänottokriteerit:

- sepelvaltimotaudin ohjaus potilaan näkökulmasta
- hoitotieteellinen julkaisu
- suomenkielinen julkaisu
- pro gradut, hoitotieteelliset tutkimukset, hoitotieteelliset artikkelit
- vuonna 2000- 2015 välillä julkaistut tutkimukset sekä artikkelit
- sepelvaltimotauti ja sen ohjaus sekä neuvonta aiheena.

Poissulkukriteerit:

- sepelvaltimotaudin ohjaus hoitohenkilökunnan näkökulmasta
- lääketieteellinen julkaisu
- materiaali, joka ei sisällä tieteellistä tutkimusta
- muu kieli kuin suomi
- opinnäytetyö
- tutkimukset sekä artikkelit, jotka on julkaistu ennen vuotta 2000
- muut sydänsairaudet aiheena kuin sepelvaltimotauti
- tutkimus tai artikkeli, joka käsittelee muuta aihetta kuin sepelvaltimotaudin ohjausta tai neuvontaa.

6.3 Aineistonkeruuprosessi

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa analysoitavaa materiaalia lähdettiin etsimään määriteltyjen tutkimuskysymysten sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli- tiedonhakuportaalista. Tämän portaalin kautta ensin sattumanvaraisten hakujen ja tietokantojen testauksien jälkeen parhaimmiksi tietokannoiksi osoittautuivat Aleksis ja Medic sekä Google scholar, josta löydettiin hakutuloksia tieteellisistä julkaisuista. Kaikista tietokannoista pyrittiin löytämään tutkimuskysymyksiä parhaiten vastaavat artikkelit analysoimalla hakutuloksia sekä tutkittujen tutkimuksien sisältöjä mm. hoitotieteellisistä artikkeleista, pro graduista sekä tutkimuksista. Tiedonhakuun käytettiin yksittäissanoja sekä hakusanojen yhdistelmiä (Taulukko 1).

Tietokanta	Hakusana	Tulokset	Vuosirajaus	Hyväksytyjä tuloksia
Aleksi	sepelvaltimotauti	826	-	2
	sepelvaltimo JA ohjaus	5	-	1
	sepelvaltimotauti JA ohjaus	5	-	-
	angina JA pectoris	38	-	-
	sydän JA ohjaus	41	-	2
	sydän JA neuvonta	11	-	3
	sepelvaltimotauti JA neuvonta	7	-	1
	sydänpotilas JA ohjaus	1	-	-
	sepelvaltimotauti JA potilasneuvonta	4	-	1
Medic	sepelvaltimotauti	1212	-	-
	sepelvaltimotauti	114	2010-	2
	sepelvaltimotautikohtaus	13	-	-
	sepelvaltimotauti AND ohjaus	11	-	1
	sydän AND ohjaus	10	-	-
	sydänpotilas AND ohjaus	-	-	-
	angina AND pectoris	33	-	-
	sepelvaltimotauti AND neuvonta	2	-	-
Google scholar	sepelvaltimotautipotilaan ohjaus	227	-	1

Taulukko 1. Tietokannat, hakusanat, rajaukset sekä tulokset.

Tutkimustuloksia etsittäessä pyrittiin valitsemaan mahdollisimman uutta, tutkittua tietoa luotettavasta lähteestä. Sepelvaltimotaudin ohjauksesta potilaan näkökulmasta löytyi varsin vähän tutkittua tietoa, joten tiedon haussa ei käytetty vuosirajauksia kuin yhdellä hakukerralla suuren tulosten määrän rajaamiseksi. Pääsääntöisesti pyrittiin hakemaan vuoden 2000 jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin suomenkielisiä hoitotieteellisiä artikkeleita

ja tutkimuksia. Tutkimustuloksien haku päätettiin lopettaa siinä vaiheessa, kun suurella määrällä aiheeseen liittyvillä hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä haun tulokset toistivat toisiaan eli tieto saturoitui. Kirjallisuuskatsaukseen löytyi yhteensä 14 tutkimusta ja artikkelia, joiden kriteerit täyttyivät asetettujen sisäänottokriteerien perusteella. Yhteensä 10 tutkimusta löytyi Aleksi-tietokannasta, 3 tutkimusta Medic-tietokannasta sekä yksi tutkimus Google scholar hakukoneella (Taulukko 1).

Valikoidun tutkimusaineiston kokoaminen analysointia varten aloitettiin etsimällä artikkeleita internetistä. Internetistä löydetty kokonaiset tekstit tulostettiin ja koottiin yhteen. Pääasiassa lehdistä valikoituneet artikkelit etsittiin Lappeenrannan teknillisen yliopiston tiedekirjaston arkistoa ja Lappeenrannan kaupunginkirjaston arkistoa apuna käyttäen. Kirjastoista löydetty aineisto koottiin yhteen internetistä tulostetun aineiston kanssa. Aineisto analysoitiin käymällä kaikki valitut tutkimukset ja artikkelit huolellisesti läpi tutkimuskysymysten sekä sisään- ja poissulkukriteerien pohjalta. Aineiston valinnan eli käytännössä aineiston huolellisen lukemisen sekä aiheeseen liittyvien kriteerien arvioinnin jälkeen, tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui seitsemän tutkimusta sekä artikkelia (n=7). Seitsemän artikkelia jätettiin tarkemman pohdinnan jälkeen pois.

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä on tarkoituksena tehdä tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt on valittu aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Tarkoituksena on myös yhdistellä käsitteitä, jotta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112). Induktiivinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108).

Tutkimuksen aineiston analysointi aloitettiin lukemalla kaikki sisäänottokriteerien mukaan valikoituneet artikkelit tarkasti läpi useaan kertaan. Tutkimuksen analyysiyksiköksi valittiin lauseen osa, jonka kautta lukemisen yhteydessä alle-

viivattiin aineistosta löytyviä tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaisut listattiin erilliselle paperille ja pelkistettiin. Aineiston pelkistämässä on kyse siitä, että aineistosta karsitaan pois tutkimukselle epäolennainen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Tutkimuksen aineistosta muodostui yhteensä 128 pelkistettyä ilmaisua, jotka listattiin erilliselle paperille.

Pelkistämisen jälkeen aloitettiin aineiston klusterointi eli ryhmittely, jossa etsitään samankaltaisia käsitteitä käymällä läpi kaikki muodostuneet pelkistetyt ilmaisut. Asialtaan samankaltaiset ilmaisut yhdistetään ryhmäksi, jonka jälkeen nimetään ryhmä sen sisältöä kuvaavaksi alaluokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Tutkimusaineiston samankaltaisista pelkistetyistä ilmaisuista muodostui lopulta 15 alaluokkaa.

Alaluokkien muodostamisen jälkeen seuraa induktiivisen sisällönanalyysin viimeinen vaihe abstrahointi, jossa tulee ilmi tutkimuksen olennainen tieto, ja jossa jo muodostuneista alaluokista muodostetaan teoreettisia käsitteitä, yläluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111). Muodostuneista 15 alaluokasta muodostui abstrahoinnin jälkeen viisi yläluokkaa. Aineistossa analysoidut artikkelit ja tutkimukset on merkitty tähdellä (*) lähdeluettelossa.

7 Tulokset

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on yhdistellä käsitteitä, jotta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta asiasta tulkinnan ja päättelyn avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112.) Opinnäytetyöhön valikoiduneiden tutkimuksien perusteella muodostui 15 alaluokkaa 128 pelkistetyn ilmaisun pohjalta. 15 alaluokasta muodostui 5 yläluokkaa (Taulukko 2). Tulokset jaettiin tutkimuskysymysten mukaisesti, joiden tarkoitus oli selvittää sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ohjauksen näkökulmasta. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii, vastasivat yläluokat: elämäntapaohjaus, ohjaukseen käytettävät resurssit sekä ammatillinen osaaminen osana ohjausta (Taulukko 2). Toiseen tutkimuskysymykseen, mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen, vastasivat yläluokat: katkeamaton, yhtenäinen ohjaus sekä sairauden kanssa elämisen tukeminen (Taulukko 2). Alaluokat, joista yläluokat muodostuivat, on tummennettu tekstissä.

Alaluokka	Yläluokka	Tutkimuskysymykset
Liikuntaohjaus Ruokavalio-ohjaus Lääkeohjaus	Elämäntapaohjaus	Millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii?
Ohjauksen riittävyys Tiedon riittävyys Ajankäyttö	Ohjaukseen käytettävät resurssit	
Henkilökunnan ammattitaito Motivointi Materiaalin käyttö ohjauksessa Ohjauksen oikea-aikaisuus	Ammatillinen osaaminen osana ohjausta	
Ohjauksen jatkuvuus Ohjauksen yhtenäisyys	Katkeamaton, yhtenäinen ohjaus	Mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen?
Psyykkinen ohjaus Arjessa selviytyminen Riskitekijöiden huomiointi ohjauksessa	Sairauden kanssa elämisen tukeminen	

Taulukko 2. Ala- ja yläluokat sekä tutkimuskysymykset.

7.1 Millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii?

Tutkimuksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii, muodostui kolme yläluokkaa. Muodostuneet yläluokat ovat Elämäntapaohjaus, Ohjaukseen käytettävät resurssit ja Ammatillinen osaaminen osana ohjausta. Tutkimuskysymyksen ensimmäinen yläluokka, Elämäntapaohjaus, muodostui alaluokista Liikuntaohjaus, Ruokava-

lio- ohjaus sekä Lääkeohjaus. Toinen yläluokka, Ohjaukseen käytettävät resurssit, muodostui alaluokista Ohjauksen riittävyys, Tiedon riittävyys, Ajankäyttö. Kolmas yläluokka, Ammatillinen osaaminen osana ohjausta, muodostui alaluokista, Henkilökunnan ammattitaito, Motivointi, Materiaalin käyttö ohjauksessa ja Ohjauksen oikea- aikaisuus (Taulukko 2).

7.1.1 Elämäntapaohjaus

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui elämäntapoihin liittyvä ohjaus sepelvaltimotautipotilaan hoidossa. Oikeilla elämäntavoilla, jotka liittyivät liikuntaan, ruokavalioon ja lääkkeisiin oli iso merkitys sepelvaltimotautiin sairastuneiden potilaiden kuntoutumisessa.

Ronkaisen (2011, 31) tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta kävi ilmi potilaiden tarve saada tietoa elämäntavoista, jotka liittyvät sepelvaltimotautiin. Ohjauskeskusteluissa oli käyty läpi riskitekijöihin vaikuttavia elämäntapoja kuten alkoholin käyttöä, painonpudotusta, **liikuntaa** sekä **ruokavaliota**. Ohjaustilanteessa keskusteltiin myös sepelvaltimotaudin hoidossa käytettävistä **lääkityksistä** ja lääkekorvattavuuksista. Ronkaisen (2011, 31) tutkimuksessa kävi myös ilmi, että eräs potilaista koki saaneensa ristiriitaista tietoa siitä miten tulisi liikkua, mikä häiritsi hänen liikkumistaan. Tarjottavan tiedon ja ohjauksen tulee tukea toipumista, ohjeiden tulisi olla samansuuntaisia ja ohjata selviytymään arjessa vaiheittain. Lisäksi ohjeiden tulisi antaa turvallinen perusta omatoimiselle liikunnalle. (Suomalainen 2013, 12.)

Anttilan ja Paltamaan (2012, 8, 12) tieteellisessä artikkelissa kävi myös ilmi sydänkuntoutujien tarve saada konkreettista tietoa elämäntapamuutoksesta tavoitelomakkeen avulla. Konkreettisesti ja realistisesti asetetuilla tavoitteilla saadaan sepelvaltimotautikuntoutuja sitoutumaan omaan hoitoonsa ja elintapamuutokseen, jolloin tavoitteet ovat mahdollista saavuttaa. Myös Kähkösen, Kankkusen ja Saarasen (2012, 207) kirjoittamasta tieteellisestä artikkelista selviää, että mikäli sepelvaltimotautipotilas tiedostaa omat vaaratekijät sekä pystyy asettamaan omat tavoitteensa kuntoutukseen myös hoitoon sitoutuminen paranee.

Ruokavaliota pidettiin sepelvaltimotautiin vaikuttavista tekijöistä merkittävimpanä. Myös tupakointia ja liikuntaa pidettiin merkittävänä tekijänä sepelvaltimotau-

din synnyssä ja ehkäisyssä. Tutkimuksessa kävi selvästi ilmi terveiden elintapojen noudattamisen ja riskitekijöiden merkityksen tiedostamisen yhteys toisiinsa. (Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen, Heikkilä 2007, 11–13.)

7.1.2 Ohjaukseen käytettävät resurssit

Toiseksi yläluokaksi muodostuivat resurssit, joita ohjaukseen käytetään. Alaluokat, jotka yläluokan muodostivat, olivat ohjauksen riittävyys, tiedon riittävyys sekä ajankäyttö. Riittävän monipuolisella ja runsaasti tietoa sisältävällä ohjauksella oli suuri merkitys sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumisessa.

Kähkönen ym. (2012, 207) toteavat tutkimuksessaan, että onnistunut potilasohjaus tarvitsee riittävät resurssit. Tutkimuksessa todetaan myös, että sekä henkilökunnan että potilaiden mielestä **ohjaukseen varattu aika**, ohjausmenetelmien hallinta ja henkilökunnan tieto-taitotasot ovat riittämättömiä. Ohjauksen esteeksi muodostuu usein sen moninaisuus sekä ajanpuute. Ohjaajan ja potilaan yhteinen aika ohjaukselle on usein rajoitettu. (Anttila ym. 2012, 12.) Ammattihenkilöllä ei ole useinkaan tarpeeksi aikaa keskustella, mikä vaikuttaa potilaiden mielestä ohjaustilanteen vuorovaikutukseen heikentävästi (Ronkainen 2011, 27).

Blekin ym. (2007, 13) tutkimuksessa selviää, että sepelvaltimotautipotilaiden sekä myös heidän läheistensä **tiedonsaanti** ja **ohjaus** ovat liian vähäistä. Lisäksi erityisesti naispotilaiden mielestä **ohjaus ei ole riittävää**. Myös Kähkönen ym. (2012, 207) toteaa tutkimuksessaan, että eroavaisuuksia ohjaustarpeissa löytyy sukupuolten välillä. Naiset tarvitsevat määrällisesti enemmän ohjausta miehiin verrattuna. Lisäksi ohjauksen sisältö vaihtelee, sillä osa potilaista koki Ronkaisen (2011, 31) tutkimuksen mukaan saaneensa liian vähän ymmärrettävää tietoa sairaudesta ja eri toimenpiteiden tuloksista. Myös Pallo-projektin potilaiden kyselyssä käy ilmi, että osa potilaista olisi tarvinnut lisää tietoa sydänsairaudestaan (Saastamoinen 2004, 34). Tyytyväisyys hoitoon sekä motivaatio hoitaa itseään paranevat, kun potilas saa riittävästi tietoa sairaudestaan (Blek ym. 2007, 9).

7.1.3 Ammatillinen osaaminen osana ohjausta

Kolmanneksi yläluokaksi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui ammatillinen osaaminen osana ohjausta. Yläluokka muodostui neljästä alaluokasta, jotka ovat henkilökunnan ammattitaito, motivointi, materiaalin käyttö ohjauksessa sekä oikea-aikainen ohjaus.

Hoitajan ohjaustaidoilla oli iso merkitys sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen onnistumiseen. Potilasohjaus edellyttää sairaanhoitajalta tarpeeksi tietoa ja **ammattitaitoa** rakentaa tieto järkeväksi kokonaisuudeksi sekä kykyä pystyä käyttämään tietoa yksilöllisesti eri potilailla (Blek ym. 2007, 10). Henkilökunnan ammattitaitoon liittyen Kähkösen ym. (2012, 207) tutkimuksesta käy ilmi, että henkilökunnan tulee tiedostaa koko ajan, mitä ohjausta potilas on jo saanut ja miten hän on ymmärtänyt ohjauksen sisällön, koska epäselvä ohjaus aiheuttaa hämmennystä potilaissa sekä saattaa mahdollisesti johtaa luottamuksen puutteeseen.

Potilaiden **motivaatio** omaan hoitoonsa vaihtelee paljon. Iso osa ohjausta on se, miten hoitaja puhuu potilaalle ja herättelee häntä omaan sairauteen ja hoitoon. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan omia voimavaroja, terveyttä edistäviä ja positiivisia asioita sekä selvittää, olisiko niissä vielä pientä parantamisen varaa. Hoitajan tulisi pystyä ohjaamaan jokaista potilasta yksilöllisesti tarpeet huomioiden, voimavaralähtöisesti sekä samalla kannustaen ja motivoiden potilasta omaan hoitoon. Hoitajan ei kuitenkaan tule omalla liiallisella painostuksella vähentää kuntoutujan motivaatiota. (Saastamoinen 2004, 33.) Blek ym. (2007, 9) toteaa tutkimuksessaan, että potilaan ollessa tyytyväinen hoitoon, on hän motivoitunut itsensä hoitamiseen. Myös Ronkaisen (2011) tutkimuksesta käy ilmi ohjauskeskustelun motivoiva vaikutus elämäntapojen muuttamiseen, sillä ohjauksen avulla potilaat usein ymmärtävät riskit elämäntavoissa, jolloin heidän päätöksensä elämänmuutokseen vahvistuu. Ohjauksen avulla pystytään motivoimaan mm. liikunnallisuuden lisäämiseen, ruokavalion muuttamiseen sekä tupakoinnin lopettamiseen. (Ronkainen 2011, 33–34.) Ohjauksen kautta luotu hyvä mieli sekä onnistumisen kokemukset motivoivat potilasta terveysvaikutuksista saatua tietoa enemmän. Yksilöllinen liikuntaohjaus lisää liikunta-aktiivisuutta tehokkaimmin. (Suomalainen 2013, 12.)

Kirjallinen materiaali osana ohjausta antaa lisätietoa sekä potilaalle että omaisille. Sairaalassa annettu materiaali auttaa potilaita palauttamaan ohjauksessa käytyjä asioita mieleen ja toimii muistin tukena kotiutumisen jälkeen sepelvaltimotaudin hoidossa. Potilasoppaat antavat tietoa sairaudesta, minkä ansiosta ne koettiin pärjäämisen tukena kotona sekä psyykkisenä tukena. Tutkimuksen mukaan liiallinen materiaalin saanti hankaloitti kuitenkin olennaisten asioiden löytämistä ja sisäistämistä. Materiaalilta toivottiin myös tiivyyttä ja selkeyttä. (Ronkainen 2011, 44.)

Annettu kirjallinen materiaali koettiin Ronkaisen (2011, 42) tutkimuksen mukaan pääosin riittäväksi. Tutkimuksessa ei käynyt ilmi, että kukaan potilaista olisi saanut liian vähän materiaalia. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin tiedon päällekkäisyyttä sekä yhdessä tapauksessa virheellisyyttä annetussa materiaalissa.

Sairaalassa materiaalia käytiin läpi suullisen ohjauksen tukena ammattihenkilöiden kanssa, jotka tekivät oppaisiin merkintöjä potilaiden kanssa materiaalin ymmärtämisen helpottamiseksi ja olennaisten asioiden löytämiseksi. Potilaat kävivät materiaalia läpi kotona vaihtelevasti. Tutkimuksen mukaan osa potilaista koki, että tiedolle ei ollut tarvetta tai tietoon ei jaksettu perehtyä masennuksen takia. Liikunta-asiat, lääkehoito-asiat, sepelvaltimotauti sairautena ja elämäntapoihin liittyvät asiat kiinnostivat eniten. (Ronkainen 2011, 42–43)

Myös Kähkösen ym. (2012) tutkimus sekä Saastamoisen (2004) artikkeli yhtyvät näkemykseen, että potilaat hyötyvät kirjallisesta materiaalista, ja annettu materiaali toimii ohjauksen tärkeänä tukena.

Ohjauksen **oikea ajoitus** on tärkeää, sillä liian aikaisessa sairauden vaiheessa annettu suullinen tieto ei muistuta mieleen myöhemmin helposti, koska tietoa on paljon, ja potilaiden ollessa kipeänä tietoa on hankala sisäistää (Ronkainen 2011, 35). Parin päivän sairaalassa olon aikana potilas ei pysty vastaanottamaan eikä saamaan tarvittavaa, isoa tietomäärää (Saastamoinen 2004, 32). Sairauden sisäistämistä hankaloitti Ronkaisen (2011, 39–40) tutkimuksen mukaan sairauden psyykinen kuormitus sekä kuoleman pelko. Kähkösen ym. (2012) tutkimuksen mukaan akuuttivaiheessa sairautta tietoa saadaan usein liikaa, jota osa potilaista ei ymmärrä täysin. Sairauden akuutissa vaiheessa tar-

vitaan selviytymisessä avustavaa sekä rauhoittavaa tietoa muun ohjauksen sijaan. (Kähkönen ym. 2012, 207.) Sairauden akuutissa vaiheessa keskitytään ohjauksellisesti sairauden etenemiseen ja oireisiin, kotona tarvittaviin apukeinoihin, rajoituksiin liikunnassa, korvauksiin hoito- sekä lääkekuluissa ja arjen sujumiseen (Immonen 2009, 50). Turhan pelon välttämiseksi ohjauskeskustelu on hyvä käydä vasta, kun alkujärkytyksestä on päästy yli eli lähempänä kotiutumista. Tutkimuksessa osa potilaista toivoi saavansa tietoa jo aikaisessa vaiheessa, esimerkiksi ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta. Potilaat kokevat tärkeäksi tietää sen, mitä tapahtuu seuraavaksi. Osa potilaista koki ohjauskeskustelun myöhäiseksi, jos keskustelu käytiin vasta varjoainekuvauksen jälkeen. Sairauden epäselvät tilanteet koettiin tutkimuksen mukaan epämiellyttävinä, jos ohjauskeskustelu käytiin monta päivää sairaalaan tulon jälkeen. Epäselvyyttä ei koettu, jos ohjausta saatiin heti alusta lähtien pienissä erissä koko sairaalajakson ajan. (Ronkainen 2011, 35–36.)

Pääasiallisesti potilaat toivoivat ohjausta lähellä kotiutumista tai kotiutumisen jälkeen. Kotiutumisen vaiheessa ohjaus auttaa muistamaan miten sairauden kanssa elää kotona. (Ronkainen 2011, 45.)

7.2 Mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen?

Opinnäytetyön toiseen tutkimuskysymykseen, mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen, muodostui kaksi yläluokkaa. Muodostuneet yläluokat ovat katkeamaton, yhtenäinen ohjaus sekä sairauden kanssa elämisen tukeminen. Yläluokat muodostuivat viidestä alaluokasta. Ensimmäinen yläluokka eli katkeamaton, yhtenäinen ohjaus muodostui alaluokista ohjauksen jatkuvuus ja ohjauksen yhtenäisyys. Toinen yläluokka eli sairauden kanssa elämisen tukeminen muodostui alaluokista psyykinen ohjaus, arjessa selviytyminen ja riskitekijöiden huomiointi ohjauksessa (Taulukko 2).

7.2.1 Katkeamaton, yhtenäinen ohjaus

Toiseen tutkimuskysymykseen ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui katkeamaton, yhtenäinen ohjaus. Yhdistettäessä kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja ko-

tona tapahtuva potilasohjaus on saatu hyviä tuloksia sepelvaltimotaudin **hoidon jatkuvuudessa**. Kotiutumisen jälkeinen ohjaus yhdistettynä puhelimitse annettuun ohjaukseen sekä neuvontaan tukee osaltaan potilaan kuntoutumista sairaalajakson jälkeen. Lupaavina menetelminä ohjauksen jatkuvuudessa pidetään myös monimuotoisen materiaalin, kuten esimerkiksi päiväkirjan ja tehtävien hyödyntämistä yhdistettynä puhelimitse tai sähköpostitse tapahtuvaan yksilöohjaukseen. Lisäksi lupaavia tuloksia on saatu yhdistämällä vertaistuki koti- tai ryhmäohjaukseen. (Kähkönen ym. 2012, 206.)

Etenkin sydänkuntoutujien ohjauksessa erityiseksi ongelmaksi on tiedostettu tavoitteiden asettaminen vain potilaan sairaalassa tapahtuvan hoidon ajaksi (Blek ym. 2007, 10). Erikoissairaanhoidon ei tulisi yksin ottaa vastuuta potilasohjauksesta (Saastamoinen 2004, 34). Potilaan tilanteen sekä arjessa pärjäämisen arviointia kotona ei yleensä pystytä tekemään riittävän kattavasti sairaalajakson aikana. Olisi tärkeää toteuttaa ohjausta vielä potilaiden päästyä kotiin. Kotiutuksen jälkeinen ohjaus jää usein liian vähäiseksi ja tiedon saanti sekä ohjaus ovat potilaiden mielestä usein riittämätöntä. (Blek ym. 2007, 10.) Ronkainen (2011, 44) toteaa tutkimuksessaan, että potilasoppaat toimivat kuitenkin kotona pärjäämisen tukena. Immosen (2009, 50) artikkelin mukaan sepelvaltimotautipotilaan kotiuttaminen sekä ohjaaminen jatkohoitoon eivät suju aina kuten pitää. Epäselvyyttä on siinä mihin tai keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Sepelvaltimotautipotilaille on järjestetty riittämättömän ohjauksen tueksi ensitietokursseja kolmannen sektorin toimesta (Blek ym. 2007, 10).

Ohjauksen yhtenäisyydessä on tärkeää, että ohjeet ovat samansuuntaisia ja ne auttavat selviämään arjessa sekä tarjoavat turvallisen perustan itsenäiselle toipumiselle (Suomalainen 2013, 12). Sairaalassa käydyt ohjaustilanteet vaihtelevat toisiinsa nähden eivätkä ohjauskeskustelut ole yhtenäisiä. Tämän vuoksi potilaan kanssa keskusteltaessa, jokin asia saattaa jäädä käymättä läpi. Osan tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä puutteita koettiin olevan ymmärrettävän tiedon saannissa sairaudesta sekä toimenpiteiden tuloksista. Joidenkin potilaiden mielestä lisää keskustelua kaivattiin elämäntapoihin liittyvistä asioista sekä lääkehoidosta. Tutkimuksessa havaittiin erään potilaan saaneen eriäviä ohjeita muun muassa liikkumisesta, mikä hankaloitti liikkumista. Potilaita

ohjattaessa on säilytettävä yhtenäinen kaava, mutta on muistettava kuitenkin yksilöllisyyden lähtökohta jokaisen potilaan kohdalla. (Ronkainen 2011, 31–32.)

Erikoissairaanhoidossa aloitettu ohjaus tulisi jatkua myös perusterveydenhuollon puolella. Ammatillisen yhteistyön ja yhtenäisen ohjauksen kehityksessä on haastetta terveydenhuollolle. Sepelvaltimotaudin ja sen oireiden ehkäisyssä moniammatillinen, eri sektoreiden yhteistyö parantaa hoidon tuloksia. (Saastamoinen 2004, 34.) Hoitoa antavan tahon vaihtuessa ohjeistuksen yhtenäisyys tekee ohjauksesta yhtenäistä (Immonen 2009, 50).

7.2.2 Sairauden kanssa elämisen tukeminen

Toisen tutkimuskysymyksen toiseksi yläluokaksi muodostui sairauden kanssa elämisen tukeminen, johon muodostui kolme alaluokkaa. Alaluokat, jotka yläluokan muodostivat, ovat psyykkinen ohjaus, arjessa selviytyminen ja riskitekijöiden huomiointi.

Masennukseen sairastumisen riski on sepelvaltimotautipotilailla korkeampi kuin muulla väestöllä. Sairastettuaan sepelvaltimokohtauksen 20- 30 % potilaista kärsii masennuksesta. Masennusoireiden tunnistaminen ja **psyykkisen ohjauksen** tarpeen arviointi sekä hoito ovat aikaisessa sairauden vaiheessa tärkeää, siihen liittyvän huomattavasti lisääntyneen sydänperäisen menehtymisriskin vuoksi. (Kähkönen ym. 2012, 207.) Ronkaisen (2011, 38) tutkimuksen mukaan eräässä potilastapauksessa ohjaus auttoi masennuksen itsenäiseen tarkkailuun. Yksinasuvien sekä vanhusten ohjaukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota (Kähkönen ym. 2012, 207).

Anttilan ym. (2012, 11) tutkimuksessa tuotiin esiin sosiaalisen tuen tärkeys tavoitteen asettelussa osana ohjausta. Sosiaalisen tuen katsottiin vähentävän sekä ennaltaehkäisevän masennuksen oireita sekä ahdistuneisuutta etenkin naisilla. Vertaisten sekä ohjaajan antama kannustus, positiivinen palaute ja läheisten tuki koettiin tärkeänä.

Ronkaisen (2011, 39) tutkimuksesta käy ilmi, että osalle ohjattavista potilaista ohjauskeskustelusta jäi positiivinen kokemus ja osalle siitä ei ollut merkitystä. Potilaat, joille heräsi positiivisia tunteita keskustelusta, mielsivät ohjauksen nos-

taneen esiin turvallisuuden, kiitollisuuden tai muun positiivisuuden tunteen. Ohjaus koettiin psyykkisenä ja sosiaalisena tukena elämän muuttamisessa sekä omien päätöksien vahvistajana ja tiedonantajana muutoksessa. Ohjaus sai aikaan potilaissa ajatuksen, että tekeminen ja elämä eivät ole vielä ohi. Turvallisuuden tunne kasvoi, pelon tunne lievittyi ja usko tulevaisuuteen lisääntyi ammattihenkilön kanssa keskusteltaessa. Myös potilaille jaetut potilasoppaat toimivat psyykkisenä tukena kotiutumisen jälkeen. On kuitenkin muistettava, että sairauden alussa psyykinen tiedon vastaanottokyky on huono, ja liian aikaisessa vaiheessa annettu potilasopas sepelvaltimotaudista voi lisätä pelkoa sairautta kohtaan, kun ymmärrystä sairaudesta ei vielä ole.

Potilasohjauksen tulisi tähdätä potilaiden tukemiseen sairauden ymmärtämisessä ja tilanteen hyväksymisessä sekä antaa eväitä mahdollisimman hyvän elämän elämiseen (Blek ym. 2007, 10). Ohjauksesta sekä kirjallisesta materiaalista oli hyötyä **arkielämässä ja arjen asioissa**. Ohjaus kokonaisuudessaan nähtiin auttajana arjessa. Kirjallinen materiaali toimii potilaille muistuttajana asioissa, jotka unohtuivat ohjauskeskusteluista. Neuvoja saatiin erilaisissa arjen asioissa toimimiseen sekä liikkumiseen sairauden sallimissa rajoissa. Kynnys hälyttää apua nopeammin uusien sydänoireiden ilmaantuessa madaltui ohjauksen ansiosta. (Ronkainen 2011, 38.)

Läheisten läsnäoloa ohjauskeskustelussa toivottiin, koska he ovat tärkeä tuki kotona kuntoutuvan henkilön arjessa (Anttila ym. 2012, 11). Kähkösen ym. (2012, 207) tutkimuksen mukaan naiset kaipaavat miehiä enemmän ohjausta arjessa selviytymiseen ja henkistä tukea, kun taas miehet ovat huolissaan enemmän taloudellisiin asioihin ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.

Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hallinnassa potilaan on ymmärrettävä elintapojensa merkitys (Saastamoinen 2004, 33). Elintapojen muuttamisen kannalta ohjauskeskustelu koettiin Ronkaisen (2011) tutkimuksen mukaan hyödylliseksi, sillä se auttoi ymmärtämään riskejä elintavoissa. Potilaat kertoivat, että erilaisia riskitekijöitä ja niihin vaikuttavia elintapoja käsiteltiin ohjauskeskustelussa laajasti. (Ronkainen 2011, 31.) Taudin hoidossa elintapojen osalta vastuu on viime kädessä potilaalla itsellään. Jokaisen potilaan elämäntavat kartoitetaan yksilöllisesti ja terveyteen haitallisia tekijöitä kuten esimerkiksi ylipainon vähentäminen

sekä tupakoinnin lopettaminen puretaan vähitellen, jotta muutokset olisivat kestäviä. (Saastamoinen 2004, 33.) Ohjaus, joka käsittelee riskitekijöitä, ruokavalioita, liikuntaa, levon tarvetta ja sosiaaliturvaa antaa huomattavan panoksen sairauden kanssa selviämiseen. Tutkimustuloksen perusteella käsitys riskitekijöiden merkityksestä ja terveellisten elämäntapojen noudattaminen ovat toisiinsa yhteydessä. Tutkimuksessa osoitettiin myös, että potilaat, jotka pitivät riskitekijöitä merkittävänä sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisemisessä ja puhkeamisessa, omaksuivat terveellisemmät elintavat. (Blek ym. 2007, 13.)

Anttilan ym. (2012, 13) tutkimuksessa todettiin, että vaikeasti ylipainoisten kohdalla tavoite painonhallinnassa ei toteutunut. Vaikeasti lihaviin kohdalla tarvitaan henkilökohtaista ohjausta terveydestä, jossa keskitytään yksilölliseen, mahdollisimman realistiseen sekä konkreettiseen suunnitelmaan jatkohoidosta. Painonhallinta vaatii yksilöllistä, tehokasta, suunnitelmallista ohjausta usealla eri ohjauksella. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan tällöin ruokavalioon, asenteisiin sekä ajatuksiin unohtamatta liikuntaa painottavaa ohjausta. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin myös, että osa kuntoutujista sai liian vähän hallintakeinoja vanhoihin elintapoihin palaamisen välttämiseksi. Ohjauksessa tulisi pyrkiä vahvistamaan ohjattavan omaa uskoa pystyvyyteen sekä auttaa laatimaan omia konkreettisia toiminta- ja varmistussuunnitelmia. Aiempiin elämäntapamuutoksiin tulisi kiinnittää huomiota sekä yhdessä suunnittelun kautta toteuttaa todellisia keinoja vanhoihin elintapoihin palaamisen ehkäisemiseksi. Suunnitelman luominen auttaa keskittymisessä elintapamuutoksiin.

8 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä etsittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetellä vastauksia ohjauksen vaikutukseen sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumisessa sairaalavaiheen aikana sekä kotiutumisen jälkeen. Vastauksia haettiin kahden tutkimuskysymyksen avulla: Millaista ohjausta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuminen vaatii sekä mitä ohjaukselta vaaditaan kuntoutumisen mahdollistamiseksi sairaalahoidon aikana sekä kotiutumisen jälkeen?

Tutkimustuloksista havaittiin monen eri osa-alueen vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen kokonaisuutena. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tärkein yksittäinen osa-alue sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa oli elämäntavat ja siihen liittyvä ohjeistus. Elämäntapaohjauksen vaikutus kuntoutumiseen toistui monessa opinnäytetyöhön valitussa tutkimuksessa ja artikkelissa. Ohjauksella pyrittiin tutkimuksien valossa vaikuttamaan motivoivasti potilaiden liikunta-aktiivisuuteen ja ruokailutottumuksiin antamalla tietoa terveellisestä ruokavaliosta. Nämä asiat kuitenkin toteutuivat eri tutkimuksissa ilmi käyneistä tuloksista vaihtelevasti. Elämäntapaohjaukseen liittyy myös osaltaan lääkehoidon ohjaus. Potilaat kokevat tiedon saannin tärkeäksi lääkehoidon onnistumisen kannalta. Lääkehoidon ohjausta annettiin tutkimuksien perusteella vaihtelevasti ja osa potilaista jäi kaipaamaan sitä lisää. Onnistuneella lääkehoidon toteutumisella on suuri vaikutus sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen.

Tutkimustulosten perusteella toimiva ohjaus vaatii toteutuakseen riittävät resurssit sekä ohjaavan hoitajan ammatillisen osaamisen. Ohjauksen tulee olla sisällöltään ja määrältään riittävää sekä sairauden eri vaiheet huomioivaa. Tutkimuksista havaittiin, että liian aikaisessa eli akuutissa sairauden vaiheessa annettu ohjaus saattaa menettää merkityksensä, jos potilas on esimerkiksi pelossaan sairauden aiheuttamasta elämänmuutoksesta. Tiedon määrän saanti pitää suhteuttaa sairauden vaiheisiin ja ohjauksen ajankohta pitää ajoittaa oikein. Sairaudesta ja sen hoidosta kertovaa materiaalia tulisi antaa myös riittävästi muistin tueksi. Liiallinen päällekkäinen tieto saattaa sekoittaa potilaita. Ohjaajan

ammattitaidolla on näistä syistä paljon merkitystä ohjauksen vaikutukseen kuntoutumisessa.

Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen vaaditaan ohjauksen jatkumista kaikissa sairauden vaiheissa. Osassa tutkimuksista selvisi, että kotiutumisen jälkeinen ohjaus oli ollut vähäistä, eikä kotiuttaminen ja jatkohoitoaikaan ohjaus aina suju niin kuin pitäisi. Potilaat kaipaavat omaisiaan mukaan ohjaustilanteisiin, mikä omalta osaltaan auttaa kuntoutujaa selviämään arjessa sekä omaisia ymmärtämään sairautta. Näin saadaan myös omaisille tietoa sairauden hoidosta ja sen kanssa elämisestä. Hyvällä kotiutumisen jälkeisellä ohjauksella tullaan paremmat kuntoutumisen edellytykset. Potilaan kanssa voidaan sopia esimerkiksi ohjausaika puhelimitse tai vastaanotolle sairaalasta pääsyn jälkeen. Potilaille jaettavasta materiaalista on myös löydyttävä yhteystiedot, johon kysymysten herätessä voi ottaa yhteyttä.

Sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa annettavan tiedon tulee olla sisällöltään samanlaista riippumatta hoitavasta tahosta. Tuloksissa todettiin, että potilaat hyötyvät yhtenäisestä, samansuuntaisesta ohjauksesta, joka ottaa huomioon potilaiden yksilöllisyyden. Potilaat kokivat ohjauksen yhtenäisyyden kannalta ongelmalliseksi sen, jos hoitoa antava taho vaihtui tai saatiin ristiriitaisia ohjeita.

Sairauden kanssa elämisen tukeminen on tärkeää ohjauksessa ohjauksen onnistumisen ja myös sen jatkuvuuden kannalta. Ammattihenkilön antama tuki ja ohjeet auttavat selviytymään arjessa erilaisissa asioissa ja tilanteissa. Potilaita pyritään auttamaan normaaliin elämään palaamisessa samalla hoitaen sairautaan vähentämällä sairautta edistäviä riskitekijöitä. Potilaat kokevat ohjauksen auttajana arkisessa elämässä ja ohjauskeskustelu nähdään hyödyllisenä käsiteltäessä omia arki- ja kotiasioita. Naiset toivovat miehiä enemmän ohjausta arkielämässä selviytymiseen. Miehiltä olisi hyvä tiedustella tarkemmin arkielämään ja riskitekijöihin liittyviä epäkohtia, sillä miehet eivät välttämättä myönnä tarvitsevansa apua vaikka avuntarvetta olisi. Tärkeää on, että sepelvaltimotautista ja sen riskitekijöistä annetaan tietoa kattavasti ohjauskeskustelussa. Saatu tieto auttaa hallitsemaan riskitekijöitä sekä muuttamaan mahdollisia huonoja elämäntapoja paremmiksi. Riskitekijöistä annettavaan tietoon tulisi tutkimusten

valossa kiinnittää enemmän huomiota, koska niistä selvisi että osa potilaista oli saanut kyseistä tietoa liian vähän.

Sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen tulisi sisällyttää myös psyykkistä ohjausta, koska sairastuminen vakavaan sairauteen on henkisesti raskas kokemus. Psyykkisellä ohjauksella pyritään lievittämään potilaan kuoleman pelkoa akuutissa vaiheessa, lisäämään elämän halua sairauden aikana ja sen jälkeen sekä ehkäisemään masennusta. Tutkimusten mukaan riski sairastua masennukseen on sepelvaltimotautipotilailla huomattavasti suurempi terveeseen väestöön verrattuna. Tähän on hyvä kiinnittää huomiota, koska huomattavan suuri osa akuutin sepelvaltimotautikohtauksen saaneista potilaista sairastuu masennukseen. Tutkitusti ohjaus koetaan psyykkisenä tukena, se edistää potilailla masennuksen tarkkailua ja antaa lisätietoa mielialasta. Ohjaus tukee ja edistää myös sosiaalisessa ja psyykkisessä elämänmuutoksessa.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin toimintatapoja, jotka ovat tiedeyhteisön tunnistamia. Toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132.) Tutkimussuunnitelma pyrittiin tekemään laadukkaasti sekä sitoutuneesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 127). Kirjallisuuskatsauksessa toteutuu avoimuus tuloksia julkaistessa, ja tutkimuksessa on sovellettu eettisesti kestäviä aineistonkeruumenetelmiä. Työssä on kunnioitettu tutkimukseen valittujen aineistojen tekijöiden tuloksia sekä saavutuksia tuomalla tutkimustuloksia esiin tekstissä viitaten vilpittömästi asiaan kuuluvalla tavalla. Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin tarkasti sekä niiden vaatimusten mukaan, jotka on asetettu tieteelliselle informaatiolle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132-133.)

Tutkimuksen aineisto on kerätty luotettavista tietokannoista käyttäen aiheeseen liittyviä hakusanoja aineiston saturoitumiseen saakka. Tutkimukseen etsittiin mahdollisimman paljon aiheeseen liittyvää materiaalia sisäänotto- sekä poissulkukriteerien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140.) Tutkimustuloksia analysoitiin tarkasti ja ne julkaistiin totuudenmukaisesti, vääristelemättä. Tutkimuk-

sessä käsitellään aihetta puolueettomasti, johdonmukaisesti ja muuttumattomana läpi koko tutkimuksen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 134- 136, 140.) Tutkimusaineiston analysoinnissa luotettavuutta lisäsi useamman tekijän perehtyminen asiaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 144).

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheiksi tälle opinnäytetyölle nousivat annetun ohjauksen pysyvä merkitys sepelvaltimotautipotilaan terveyteen kotiutumisen jälkeen ja ohjauksen jatkuvuus avoterveydenhuollon puolella. Tutkimuksessa olisi mielenkiintoista havainnoida jo aikaisemmin annetun ohjauksen vaikutuksia sepelvaltimotautia sairastavan potilaan haluun oman terveydentilan ylläpitämisessä, riskitekijöiden hallinnassa sekä elintapojen muuttamisessa terveellisemmiksi.

Kuvat

Kuva 1. Borgin asteikko, s. 17

Taulukot

Taulukko 1. Tietokannat, hakusanat, rajaukset ja tulokset, s. 24

Taulukko 2. Ala- ja yläluokat sekä tutkimuskysymykset, s. 28

Lähteet

Ahonen, O., Blek- Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sanoma Pro Oy.

*Anttila, M-R. & Paltamaa, J. 2012. Tavoitteenasettelun ohjaus sydäntautitieteessä. Kuntoutus 35(3), 5 - 16.

*Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L., Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietämiseen. Tutkiva Hoitotyö 5(4), 9 - 14.

Deghnan, M., Mente, A., Teo, K., Peggy, G., Sleight, P., Dagenais, G., Avrum, A., Probstfield, J., Dans, T., Salim, Y. 2012. Relationship Between Healthy Diet and Risk of Cardiovascular Disease Among Patients on Drug Therapies for Secondary Prevention. Circulation 126, 2705 - 2712.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutkija Kirjoita. Helsinki: Tammi.

*Immonen, A-J. 2009. Saumaton hoito ja ohjaus varmistavat onnistuneen kotiutumisen. Sydän 52(3), 50.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Kutinlahti, E. & Pellikka, M. 2014. Sepelvaltimotauti- liikuntaohje. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00983 Luettu 10.7.2015.

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

*Kähkönen, O., Kankkunen, P., Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24(3), 201-215.

Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä- Suomen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista. 2004/857.

Mäkinen, A. 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden neuvonta ja kuntoutus ontuvat julkisessa terveydenhuollossa. Sydän 3, 20 - 21.

Mäkinen, A. & Penttilä, U.R. 2007 Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Suomen sydänliitto.

Mäkinen, A., Vanhanen, H., Penttilä, U., Nuotio, M-L., Koivosto, P., Väisänen, M., Alapappila, A-P. 2007 Sepelvaltimotauti kuntoutujan käsikirja. Suomen sydänliitto.

Nisonen, S. 2011. Sydän kuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta tuesta kuntoutumisessa. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Penttilä, U. 2014. Sydän kuntoutuksen muodot ja järjestäminen. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00068 Luettu 10.7.2015.

Rantala, M., Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124(3), 254 - 260.

*Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma.

Saano, O. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Saarinen, T. Sydän kuntoutus.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/kohderyhmat/sydan_kuntoutus/ Luettu 15.4.2015.

*Saastamoinen, H. 2004. Pallo on teillä, pysyvätkö suonet auki? Sairaanhoitaja 77(11), 32 - 37.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto.

Sinisalo, L. & Hämäläinen, K. 2011. Liikunnallinen sydän kuntoutus: Fyysisen harjoittelun vaikuttavuus sepelvaltimotautiin. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Strazullo, P., Lanfranco, E., Ngianga-Bakwin, K., Cappucio, F. 2009. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. The BMJ 339, 1 - 9.

*Suomalainen, P. 2013. Liikuntaohjaus sepelvaltimotaudin hoitokäytäntöihin. Sydän 56(5), 12 - 13.

Sydänliitto 2007. Mitä sydän kuntoutus on?

<http://www.sydanliitto.fi/kuntoutus#.VeXla5cm2So> Luettu 12.3.2015.

Sydänliitto 2008. Terveellinen ruoka ja syöminen. <http://www.sydanliitto.fi/terveellinenruokavalio#.VUofxZP31i2>. Luettu 6.5.2015.

Sydänliitto 2012. Sopiva suolan määrä. <http://www.sydanliitto.fi/sopiva-suolan-maara#.VVCdXJP31i0> Luettu 6.5.2015.

Sydänliitto 2014. Tulppa-ryhmä. http://www.sydanliitto.fi/web/toijalan-seudun-sydanyhdistys-ry/tulppa-ryhma#.VeBer_lf9Vc Luettu 8.5.2015.

Terveyskirjasto 2014. Sepelvaltimotauti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimotauti Luettu 21.5.2015.

Terveyskirjasto 2015. LDL- kolesteroli eli paha kolesteroli.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03082 Luettu 21.5.2015.

Tilastokeskus 2011. Kuolemansyyt vuonna 2011.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_kat_001_fi.html Luettu 22.8.2015.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11.painos. Vantaa: Tammi.

UKK-instituutti 2014. Liikkeelle lähtö.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikunta_opas/liikkeelle_lahto Luettu 10.6.2015.

UKK- instituutti 2015. Terveysliikuntaa ja kuntoliikuntaa.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikunta_opas/terveysliikuntaa_ja_kuntoliikuntaa Luettu 27.8.2015.

Analysoidut artikkelit ja tutkimukset merkitty tähdellä (*) lähdeluettelossa