

# HOITOHENKILÖKUNNAN OHJAUSVALMIUDET JA ELÄMÄNTAPAOHJAUKSEN TOTEUTUMINEN

Kysely alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavia potilaita ohjaavalle hoitohenkilökunnalle

Karoliina Koikkalainen  
Hanna Kämäräinen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2011

Hoitotyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KOIKKALAINEN, Karoliina KÄMÄRÄINEN, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 9.5.2011
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi HOITOHENKILÖKUNNAN OHJAUSVALMIUDET JA ELÄMÄNTAPOHJAUKSEN TOTEUTUMINEN: Kysely alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavia potilaita ohjaavalle hoitohenkilökunnalle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli RAHUNEN, Eila		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, urologian-, verisuoni- ja yleiskirurgian osasto Minna Bogdanoff, sairaanhoitaja		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Keski-Suomen keskussairaalan urologian-, verisuoni- ja yleiskirurgian osasto. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista sekä siihen vaikuttavia tekijöitä ja hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksia heidän itsensä arvioimana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen kehittämisessä.</p> <p>Aineisto kerättiin Digium-kyselyohjelmiston avulla, kvantitatiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Tutkimustulokset analysoitiin muuttamalla tulokset prosenteiksi ja keskiarvoiksi sekä luokittelemalla puoliavointen kysymysten vastaukset teemojen mukaisesti.</p> <p>Ohjausvalmiudet koettiin pääosin hyväksi. Ohjausvalmiuksien vahvuutena pidettiin pitkää työkokemusta ja ajankohtaista tietoa, elämäkokemusta sekä omia terveellisiä elämäntapoja. Vähäinen kokemus alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteuttamisesta sekä vähäinen tietoperusta koettiin ohjausvalmiuksien kehittämiskohteeksi. Ohjausmenetelmänä käytettiin ainoastaan yksilöohjausta ja suurin osa vastanneista hyödynsi kirjallisia potilasohjeita toteuttaessaan elämäntapaohjausta. Kyselyyn osallistuneista yli puolet koki mahdollisuuden toteuttaa elämäntapaohjausta vain satunnaisesti. Hyvä ohjausmateriaali sekä oma ja työyhteisön kiinnostus edistivät elämäntapaohjauksen toteutumista. Elämäntapaohjauksen toteutumista estivät kiire sekä tiedon ja ajan puute.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten myötä osastolla työskentelevä hoitohenkilökunta sai ajankohtaista tietoa elämäntapaohjauksen toteutumisesta sekä ohjausvalmiuksista. Hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus hyödyntää tietoa kehittäessään elämäntapaohjausta yhä vaikuttavammaksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Alaraajojen valtimonkovetustauti, elämäntapaohjaus, hoitohenkilökunta, ohjausvalmiudet, kyselytutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) KOIKKALAINEN, Karoliina KÄMÄRÄINEN, Hanna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 9.5.2011
	Pages 52	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title COUNSELING FACILITIES OF THE NURSING STAFF AND THE REALIZATION OF LIFESTYLE COUNSELING: Survey of the nursing staff counseling patients with peripheral arterial disease		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli RAHUNEN, Eila		
Assigned by Central Finland Central Hospital, the Ward of Urology and Vascular and General Surgery Minna Bogdanoff, nurse		
Abstract The assignor of the thesis was the Central Finland Central Hospital Ward of Urology and Vascular and General Surgery. The purpose of the thesis was to examine the implementation of lifestyle counseling with patients with peripheral arterial disease and also estimate the influencing factors and counseling skills as seen by the nursing staff themselves. Producing information which can be used to develop lifestyle counseling for patients with peripheral arterial disease was the goal of the thesis.  The data was collected by using the Digium–software and analyzed by using a quantitative research method. The results were analyzed by changing them into percentages and average values and also by classifying the answers of semi-open questions in accordance with themes.  According to the results, the counseling skills were mostly found to be good. Work experience, current knowledge and life experience together with the respondent's own healthy lifestyle were found to be the strengths in the counseling skills. Little experience with a limited knowledge base was found to be the focus of development in the realization of lifestyle counseling with patients with peripheral arterial disease. Individual guidance was the only counseling method used, and most of the participants of the survey made use of written patient instructions while carrying out lifestyle counseling. Over half of the participants of the survey found it possible to practice lifestyle counseling only occasionally. Good counseling material and both personal and workplace interest contributed to the realization of lifestyle counseling. Rush with the lack of information and time prevented the realization of lifestyle counseling.  With the help of the results of the thesis, the nursing staff working in the ward received current information about counseling skills and the realization of lifestyle counseling. The nursing staff has an opportunity to utilize the information as they develop the impact of lifestyle counseling.		
Keywords Peripheral arterial disease, lifestyle counseling, nursing staff, counseling facilities, survey research		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 ALARAAJOJEN VALTIMONKOVETUSTAUTI YLEISTYVÄNÄ TERVEYSONGELMANA.....	5
2.1 Riskitekijät .....	5
2.2 Sairauden kehittyminen .....	6
2.3 Oireet ja diagnosointi .....	7
2.4 Hoitomuodot ja elämäntapamuutoksen merkitys.....	8
3 ELÄMÄNTAPAOHJAUKSEN MERKITYS SAIRAUDEN HOIDOSSA.....	11
3.1 Ohjauksen lähtökohdat ja terveyden edistäminen potilasohjauksessa .....	12
3.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen.....	13
3.3 Ohjausmenetelmän valinta ja ikääntyneiden potilaiden erityistarpeet .....	15
3.4 Potilaslähtöinen yksilöohjaus.....	16
3.5 Ryhmäohjaus elämäntapamuutoksen tukena .....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	20
5.1 Opinnäytetyön kohderyhmä .....	20
5.2 Sähköinen kysely aineistonkeruumenetelmänä .....	20
5.3 Aineiston analysointi .....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	22
6.1 Hoitohenkilökunnan valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen.....	23
6.2 Alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutuminen .....	26
7 POHDINTA .....	34
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus .....	34
7.2 Opinnäytetyön eettisyys .....	35

7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	37
7.4 Ammatillinen kehittyminen.....	41
7.5 Jatkotutkimusaiheet.....	43
LÄHTEET.....	44
LIITTEET .....	49
Liite 1. Saatekirje osastolle.....	49
Liite 2. Digium–kyselyn runko .....	50

## KUVIOT

KUVIO 1. Vastaajien työkokemus hoitoalalta ja alaraajojen valtimonkovevustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä.....	23
KUVIO 2. Elämäntapaohjauksen suunnitteluun käytetty aika työvuoron aikana.....	27
KUVIO 3. Elämäntapaohjauksen toteuttamiseen käytetty aika työvuoron aikana. ....	27
KUVIO 4. Terveysneuvonnan eri sisältöalueiden toteutuminen elämäntapaohjauksessa. ....	31

# 1 JOHDANTO

Alaraajojen valtimonkoveutustauti on maailmanlaajuinen terveysongelma ja sitä sairastaa arviolta noin 100 000 suomalaista (Koivunen 2008, 23). Väestön ikääntyessä ja diabeteksen yleistyessä sairauden esiintyvyys lisääntyy entisestään (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). Alaraajojen valtimonkoveutustaudin kehittyminen on yhteydessä riskitekijöihin, joista useimmat liittyvät elämäntapoihin (Mustajoki 2009). Sairauden hoidossa päätavoitteena on ehkäistä valtimotaudin kehittymistä ja etenemistä vaikuttamalla korkeaan verensokeriin, verenpaineeseen sekä veren rasva-arvoihin ja lisääntyneeseen hyytymistäipumukseen (Heikkinen, Ikonen, Karhuvaara, Kosklin, Kuivanen, Leino–Kilpi, Nuutinen & Pansio 2007, 9).

Terveysteen vaikuttavista tekijöistä tiedetään nykypäivänä entistä enemmän, mutta tästä huolimatta elintapasairaudet lisääntyvät jatkuvasti väestön keskuudessa. Elintapamuutosta tehtäessä tietoa tärkeämpää ovat asenteelliset muutokset. (Eloranta, Frilander–Paavilainen, Huomo & Virkki 2007.) Elämäntapamuutoksien tekeminen ja niiden ylläpitäminen omassa arjessa on haastavaa, mikäli sairaus ei vielä aiheuta oireita eikä siitä ole konkreettista haittaa jokapäiväisessä elämässä (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 90). Valtaosa terveydenhuollon henkilöstöstä kokee elämäntapaohjauksen keskeiseksi osaksi työtään, mutta vain puolet heistä kokee hallitsevansa ohjaustyön. Asenteet ovat siis kunnossa, mutta toimintatavoissa olisi vielä korjaamisen varaa. (Absetz 2010, 8.)

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä ja se kuuluu hoitotyössä työskentelevän hoitohenkilökunnan jokapäiväiseen työhön. Ohjauksen pyrkimyksenä on tukea asiakkaita löytämään omia voimavarojaan, kannustaa heitä ottamaan vastuuta omasta terveydestään sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Hirvonen ym. 2007, 5, 25.) Jokaisella potilaalla on oikeus asianmukaiseen ohjaukseen. Hoitohenkilöstö taas puolestaan on velvollinen ohjaamaan potilasta lakien, asetusten, ohjeiden, suo-

situsten, hyvien ammattikäytäntöjen sekä potilaan kunnioittamisen ja terveyden edistämisen näkökulmat huomioiden. (Kääriäinen 2008a, 3–4.)

Etsiessämme opinnäytetyölle aihetta, kartoitimme työelämän tarpeita ja saimme mielenkiintoisen aihe-ehdotuksen Keski-Suomen keskussairaalan urologian-, verisuoni- sekä yleiskirurgian osastolta. Tarve opinnäytetyölle on noussut hoitohenkilökunnan keskuudesta, koska elämäntapaohjauksen toteutumisen koetaan olevan vaihtelevaa eikä osastolla ole yhteneväistä ohjaukäytäntöä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista, sitä estäviä ja edistäviä tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan ohjauksvalmiuksia heidän itsensä arvioimana. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen kehittämisessä. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan perus-, lähi- ja sairaanhoitajia.

Valitsimme kyseisen aiheen, koska koemme sen mielenkiintoiseksi ja palvelevan omaa oppimistamme tulevaa työelämää ajatellen. Potilasohjaus, itsehoitovalmiuksien edistäminen sekä elämäntapamuutokseen tukeminen on keskeinen osa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa työyksiköstä riippumatta. Tämä opinnäytetyö tarjoaakin meille monipuolisia eväitä ammatilliseen kehittymiseen. Hoitotyössä ohjauksen merkitys on yhä enemmän korostunut hoitoaikojen lyhentyessä sekä elämäntapasairauksien yleistyessä. Tämän opinnäytetyön myötä saamme valmiuksia toteuttaa yhä laadukkaampaa potilasohjausta sekä elämäntapaohjausta ja näin vastata terveydenhuollossa kehittyviin haasteisiin.

## **2 ALARAAJOJEN VALTIMONKOVETUSTAUTI YLEISTYVÄNÄ TERVEYSONGELMANA**

Alaraajojen valtimonkovetustauti on yleinen ilmenemismuoto koko elimistöön vaikuttavasta ja etenevästä ateroskleroosista, joten suurimmalla osalla potilaista on verisuonimuutoksia myös muualla elimistössä (Koivunen 2008, 23). Katkokävelyoireista kärsivien potilaiden sydän- ja aivoinfarktirisiki on vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna kaksin- tai jopa kolminkertainen. Myös elinajan ennusteen on todettu olevan kymmenen vuotta lyhyempi kuin oireettoman väestön (Miettinen & Vanhanen 2009; Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.) Taudin diagnosointi, ennaltaehkäisy sekä hoidon saatavuus heikkenevät, koska tauti tunnetaan ja tunnistetaan huonosti. Alaraajojen valtimonkovetustaudin onkin todettu olevan alidiagnosoitu sairaus, ja monet potilaista saavat diagnoosin vasta vaikean ja hengenvaarallisen iskeemisen kohtauksen yhteydessä. (Koivunen 2008, 23; Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.)

### **2.1 Riskitekijät**

Alaraajojen valtimonkovetustaudin riskitekijät ovat samoja kuin muissakin ateroskleroottisissa sairauksissa: tupakointi, diabetes ja korkea verenpaine sekä dyslipidemia (Boucher, Duprez, Ershow, Hirsch & Steffen 2008, 172). Lisäksi ikääntymisellä ja perinnöllisellä alttiudella, ylipainolla sekä liikunnan puutteella on vaikutuksia taudin syntyyn (Miettinen & Vanhanen 2009; Heikkinen ym. 2007, 20). Vaara sairauden puhkeamiseen lisääntyy huomattavasti, jos yhdellä henkilöllä on useita riskitekijöitä (Mustajoki 2009).

Tupakoinnin on havaittu lisäävän sairastumisriskiä jopa kaksin- tai kolminkertaiseksi ja aiheuttavan jo puhjenneen sairauden nopeampaa etenemistä (Lepäntalo & Vernerio 2010; Miettinen & Vanhanen 2009). Verensokerin hallinnalla voidaan vaikut-



taa ennaltaehkäisevästi alaraajojen valtimonkovetustaudin kehittymiseen, myös niiden yksilöiden keskuudessa jotka eivät vielä sairasta diabetesta (Chen, DeSalvo, Fonseca, Muntner, Reynolds & Wildman 2005, 1981). Diabetes ja sen huono hoitotasapaino nostavat riskiä sairastua alaraajojen valtimonkovetustautiin muuta väestöä nuorempana (Miettinen & Vanhanen 2009). Sairauden esiintyvyys on diabeetikoilla 2-4 kertaa suurempi kuin diabetesta sairastamattomilla. Sairastumisriskiä arvioitaessa LDL:n ja kokonaiskolesterolin keskinäinen suhde on kokonaiskolesterolia tärkeämpi (Lepäntalo & Venermo 2010.) Seerumin LDL-kolesteroli on elimistön huono kolesteroli, joka lisää elimistön kolesterolipitoisuutta sekä kovaa rasvaa kudoksissa ja valtimonseinämissä, muodostaen valtimoa ahtauttavia ateroomia (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 55, 191.) Kohonnut verenpaine aiheuttaa sydämen vasemman kammion laajentumista ja seinämän paksuuntumista sekä alaraajojen valtimoiden kovettumisen kiihtymistä (Kolesteroli- ja verenpainepotilaan opas 2006).

## **2.2 Sairauden kehittyminen**

Alaraajojen valtimonkovetustauti voi kehittyä joko hitaasti tai hyppäyksittäin vuosien, jopa vuosikymmenien aikana. Kehittymisnopeus on yksilöllinen ja se vaihtelee huomattavasti. (Kettunen 2008.) Sairauden kulkua on mahdoton ennustaa, joskus ensimmäisenä oireena voi olla lepokipu tai jopa alaraajahaava (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010).

Alaraajojen valtimonkovetustaudin aiheuttaa ateroskleroosi eli valtimon sisäseinämän tukos joka johtuu kerrostuneesta rasvasta. Valtimon sisäseinämään muodostunut tukos heikentää koko raajan verenkiertoa. (Boucher ym. 2008, 171.) Rasvakertymien suurentuessa niiden ympärille kertyy sidekudosta ja valtimon seinämiin syntyy kovettumia eli plakkeja. Valtimon seinät laajenevat ulospäin väistäen näin valtimon ahtautumisen. Tautiprosessin edetessä seinämiin syntyneet plakit kasvavat ja vähitellen ahtauttavat valtimon. Ennen valtimon ahtautumista plakit voivat vioittua tai jopa

revetä ja tämä saattaa käynnistää valtimonsisäisen veren hyytymisprosessin, joka tukkii hetkessä valtimon. Hyytymisprosessia vastustavat tekijät voivat estää tukoksen muodostumisen, mutta nekin eivät täysin estä ahtautumista tai pienten hyytymien ajautumista verenkierron mukana. (Kettunen 2008.)

## 2.3 Oireet ja diagnosointi

Katkokävely on alaraajojen valtimonkoveustaudin tavallisin oire ja se on yleensä merkki yleistyneestä valtimotaudista (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). Sairauden aiheuttamat kivut rajoittavat alaraajojen valtimonkoveustautiin sairastuneiden potilaiden liikunta- sekä toimintakykyä ja heikentävät heidän fyysistä hyvinvointiaan (Rissanen 2003, 29). Alaraajan valtimon ahtaumasta johtuva fyysisessä rasituksessa ilmenevä kipu on kovaa, kouristavaa ja se tuntuu tyypillisesti pohkeessa. Kipu johtuu verenvirtauksen alenemisesta alaraajan suurissa valtimoissa, josta aiheutuu hapenpuute lihaksissa. (Holmia, Murtonen & Myllymäki 2004, 282.) Hapenpuutteen aiheuttama kipu tuntuu joko toisessa tai molemmissa jaloissa, riippuen tukoksen korkeudesta (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). Kipu pakottaa pysähtymään, lepotilassa lihaksen hapensaanti on kuitenkin riittävä. Sairauden edetessä oireeton kävelymatka vähitellen lyhenee. (Holmia ym. 2004, 282.) Diabetesta sairastavilla potilailla neuropatia vähentää kivun aistimista ja katkokävelyoire voi ilmetä raajojen puutumisenä ja tunnottomuutena fyysisen rasituksen aikana (Miettinen & Vanhanen 2009). Iäkkäillä, vähän liikkuvilla potilailla, vaikeankin sairauden oireet voivat puuttua kokonaan (Alaraajoja tukkiva valtimotauti 2010).

Pitkälle edenneen, vakavan taudin ilmenemismuotoja ovat levossa esiintyvä, hapenpuutteesta johtuva kipu sekä parantumattomien haavojen ja kuolioiden kehittyminen (Boucher ym. 2008, 174). Nämä oireet ovat merkkejä kriittisestä alaraajaiskemistä, jonka seurauksena voi pahimmillaan olla raajan amputaatio (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). Kriittisen iskemian riski lisääntyy diabeteksen, tupakoinnin, mata-

lan nilkka–olkavarsipaineen, yli 65 vuoden iän sekä veren korkean kolesterolipitoisuuden myötä (Arain & Cooper 2008, 944). Kriittiseen iskemiaan kuuluva lepokipu ilmaantuu tyypillisesti yöllä, vaaka–asennossa, jalan ääreisosiin perfuusiopaineen laskiessa kun sydämen minuuttitulavuus ja hydrostaattinen paine ovat pienimmillään. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.) Istuvassa asennossa oleminen tai jaloittelu lievittää lepokipua, koska raajan ollessa horisontaalitason alapuolella painovoima kuljettaa verta sen perifeerisiin osiin (Holmia ym. 2004, 282).

Diagnoosin teko perustuu potilaan katkokävelyoireistoon (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). Lisätietoa raajan verenkierrosta voidaan saada palpoimalla jalkapöydän, polvitaipteen ja tarvittaessa myös nivusten pulssit sekä tarkkailemalla raajan lämpötilan muutoksia (Holmia ym. 2004, 283). Huolellisesti tehtyyn taudinmääritykseen kuuluvat oireiden ja löydösten lisäksi myös nilkka–olkavarsipaineen mittaus, varvaspaineen mittaus sekä valtimoiden varjoainetutkimus (Heikkinen ym. 2007, 18).

## **2.4 Hoitomuodot ja elämäntapamuutoksen merkitys**

Alaraajojen valtimonkoveitustautiin sairastuneiden potilaiden hoito on moninaista sisältäen lääkehoidon, tupakoinnin lopettamisen sekä kävelyharjoitukset ja verisuoniin kohdistuvat toimenpiteet (Daniel, House, Laster, Marso, Safley & Spertus 2007, 569). Verihiutaleisiin vaikuttavalla lääkehoidolla vähennetään potilaiden sydäninfarkti-, halvaus- ja kuolleisuusriskiä (Boucher ym. 2008, 176). Suurin osa katkokävelyoireista kärsivistä potilaista voidaan hoitaa konservatiivisesti ilman verisuoniin kohdistuvia toimenpiteitä. Operatiivisen hoidon aiheita ovat konservatiiviseen hoitoon reagoimaton valtimonkoveitustauti ja päivittäistä elämää haittaava katkokävely. Valtimomuutosten sijainti ja laajuus, potilaan yleistila ja elinajanennuste sekä toimenpiteestä odotettavissa olevat hyödyt ja riskit vaikuttavat toimenpiteen valintaan. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.)

Potilaiden ohjaus ja motivointi elämäntapamuutoksiin tulisi aloittaa jo hyvissä ajoin, koska elämäntapamuutoksilla voidaan vaikuttaa sairauden etenemiseen. Leikkaushoito vaikuttaa vain hetkellisesti verisuonen tukkeutumiseen, mutta terveelliset elämäntavat voivat estää suonen uudelleen tukkeutumisen. (Heikkinen ym. 2007, 22.) Koivusen (2008, 111–112) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavien potilaiden keskuudessa koetaan yleisesti pystymättömyyttä muuttaa omia elämäntapoja. Hoitohenkilökunnalta toivotaan enemmän tukea, ohjausta ja neuvontaa elämäntapamuutosten tueksi. Sairauden aiheuttamista rajoituksista, komplikaatioista ja ruokavaliosta kaivataan enemmän tietoa ja ohjausta.

Liikunnan on säännöllisesti toteutettuna todettu pidentävän potilaiden katkokävelymatkaa (Alaraajoja tukkiva valtimotauti 2010). Mikäli tukos kuitenkin sijaitsee nivustason yläpuolella, on liikuntaharjoitteista saatava hyöty hyvin vähäinen. Usein alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavilla potilailla on muitakin liikuntakykyyn vaikuttavia sairauksia, joten heille tulee antaa yksilölliset liikuntaohjeet. Liikunnan etuna on kollateraaliverenkierron lisääntyminen sekä valtimoiden laajentuminen ja verenkierron muuttunut jakauma. (Miettinen & Vanhanen 2009.)

Diabetesta sairastavien potilaiden keskuudessa verensokeripitoisuuden hallinnalla voidaan ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksien puhkeamista (Chen ym. 2005, 1981). Kriittinen iskemia kehittyy helposti diabeetikoille alaraajojen hankaumien, infektioiden tai jopa pienten traumausten yhteydessä. Tämän vuoksi edellä mainittuja seikkoja tulisi varoa sekä hyvään jalkahygieniaan kiinnittää huomiota. Kolesteroliarvojen alentamiseksi päivittäisessä ruokavaliossa suositetaan kasvispitoisuutta, vähärasvaisuutta sekä tyydyttyneen rasvan tilalla pyritään käyttämään tyydyttämättömiä rasvoja. Alaraajojen valtimonkoveustaudin etenemistä tai jopa regressiota voidaan vähentää seerumin lipidipitoisuuksia pienentävällä lääkityksellä. (Miettinen & Vanhanen 2009.) Statiinihoito on aiheellinen kaikille alaraajojen valtimonkoveustautia sairastaville

potilaille, ellei heillä ole vasta-aiheita lääkitykselle (Alaraajoja tukkiva valtimotauti 2010).

Tupakoinnin lopettaminen hidastaa sairauden etenemistä sekä vähentää sydän- ja verisuonisairauksista aiheutuvaa kuolleisuutta (Arain & Cooper 2008, 946). Kyetäkseen lopettamaan tupakoinnin potilaiden on ymmärrettävä sen haitalliset terveysvaikutukset (Bergman & Berterö 2001, 739). Lisäksi hoitohenkilökunnan tehtävänä on potilaan tukeminen alentamaan verenpainetasoa terveellisillä elämäntavoilla sekä kannustaa toteuttamaan lääkärin määräämää lääkettä (Alaraajoja tukkiva valtimotauti 2010).

Operatiivisia hoitovaihtoehtoja ovat kirurgiset- sekä suonensisäiset toimenpiteet ja yleensä niitä käytetään täydentämään toisiaan. Suonensisäiset toimenpiteet, kuten pallolaajennus ja stenttaus ovat vähemmän invasiivisia toimenpiteitä. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.) Useimmat potilaista tarvitsevat kuitenkin paikallisen verisuonitoimenpiteen tai tyypillisesti polven alapuolelle, sääreen tai jalkaterään tehtävän pitkän laskimo-ohituksen (Heikkinen ym. 2007, 18). Joidenkin potilaiden kohdalla joudutaan tekemään valtimoihin kohdistuvien toimenpiteiden lisäksi useampia pieniä toimenpiteitä varpaiden tai jalkaterän haavaumien ja kuolioiden vuoksi ennen raajan lopullista paranemista. Kriittisen iskemian oireita voidaan lievittää konservatiivisilla hoitokeinoilla vain tilapäisesti. Hoidon kannalta välttämätöntä on kudosperefuusion parantaminen verisuoniin kohdistuvilla toimenpiteillä. Liitännäisongelmien, kuten infektioiden, hoito on välttämätöntä. (Alaraajoja tukkiva valtimotauti 2010.)

### 3 ELÄMÄNTAPAOHJAUKSEN MERKITYS SAIRAUDEN HOIDOSSA

Elämäntapamuutos edellyttää opittujen tietojen ja taitojen soveltamista päivittäiseen elämään (Turku 2007, 17). Elämäntapaohjauksen toteutuksessa tulee huomioida ennen kaikkea potilaan valmiudet, joiden perusteella elämäntapaohjausta suunnitellaan ja toteutetaan (Allen, Bengtson, Drevenhorn, Kjellgren & Säljö 2007, 46). Hoitohenkilökunnan tulisi arvioida potilaan itsehoitovalmiuksia jokaisen hoitokontaktin yhteydessä (Pitkälä & Routasalo 2009, 10). Elämäntapaohjauksella on edellytykset onnistua, mikäli potilas saadaan pohtimaan terveyden ja elämäntapojen merkitystä oman elämänsä sekä sairautensa näkökulmasta (Eloranta ym. 2007).

Potilailta puuttuu usein kuitenkin tiedon sijaan muutoshalukkuutta, eikä heidän tunteitaan välttämättä kuunnella tai hyväksyä. Haluttomuus muutosta kohtaan voi liittyä tunteeseen, ettei muutos kannata eikä siitä ole hyötyä, vaan sen pikemminkin koetaan johtavan rajoituksiin, luopumiseen ja heikompaan elämänlaatuun. Elämäntapamuutokseen pyrkivillä potilailla on useimmiten takanaan epäonnistuneita yrityksiä. Elämäntapamuutosten tekeminen ja niiden saattaminen osaksi jokapäiväisiä rutiineja vaatii työtä. Ohjaustilanteissa tulisikin ymmärtää, että potilas tarvitsee onnistuakseen erilaisia taitoja, joita voidaan kartoittaa, opettaa ja harjoitella. (Absetz 2010, 8–9.) Terveellisten elämäntapojen noudattaminen muuttuu merkitykselliseksi potilaan määriteltään itselleen oman terveytensä merkityksen. Terveyden edistämässä hoitohenkilökunnan tehtävänä on potilaan tiedollinen ja taidollinen tukeminen, näitäkin tärkeämpää on kuitenkin potilaan motivoiminen sekä kannustaminen elämäntapamuutoksessa. (Voutilainen 2010, 36.) Potilaan ohjaukseen osallistumisen on havaittu lisääntyvän elämäntapamuutoksen edetessä. (Allen ym. 2007, 46).

### 3.1 Ohjauksen lähtökohdat ja terveyden edistäminen potilasohjauksessa

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen vastavuoroinen asiantuntijuuden kunnioitus on toimivan ohjaussuhteen edellytys. Potilasta tulee kunnioittaa oman elämänsä asiantuntijana ja hoitohenkilökuntaa puolestaan ohjausprosessin sekä vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana. Asianmukaiset resurssit ovat laadukkaan ohjauksen yksi tärkeimmistä edellytyksistä. Hoitohenkilöstön kiire, tiedon puute sekä toimintaympäristön paineet koetaan kuitenkin esteeksi ohjauksen toteutumiseksi ja onnistumiseksi. (Kääriäinen 2008a, 3–5.) Pelkästään asianmukaiset resurssit eivät riitä ohjauksen toteutumiseen, sillä ohjauksen tulisi olla myös oikein ajoitettua ja mitoitettua. Ohjausta tulisi antaa riittävästi hoidon eri vaiheissa, jotta voitaisiin varmistua hoidon jatkuvuudesta. (Hirvonen ym. 2007, 21.)

Kääriäisen (2008b, 91) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat epäselvyyttä sen suhteen, milloin ohjausta olisi voinut saada ja keneltä sitä olisi voinut pyytää. Hoitajilla on merkittävä rooli potilaiden tukemisessa elämäntapamuutoksen aikana, koska he ovat useammin tavoitettavissa kuin lääkärit (Bergman & Berterö 2001, 733). Riittävä ohjaus vaikuttaa suotuisasti asiakkaan terveyden edistämiseen ja sen ylläpitämiseen. Ohjaustilanteen asiasisältö muodostuu yleensä niiden asioiden ympärille, joita asiakas nostaa esille sekä niiden, jotka ovat tärkeitä hänen terveytensä, hyvinvointinsa ja sairautensa näkökulmasta katsottuna. (Hirvonen ym. 2007, 21, 26.) Hoitaja tunnistaa ja arvioi asiakkaan ohjaustarpeita yhteistyössä hänen kanssaan. Ohjauksen saaminen ei saa olla pelkästään asiakkaan aktiivisuuden varassa. (Hirvonen ym. 2007, 21, 26.)

Erikoissairaanhoitolaki määrittelee erikoissairaanhoitoon kuuluvaksi myös sairauksien ennaltaehkäisyyn painottuvan toiminnan (L 1.12.1989/1062). Yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuva terveyden edistäminen on kansanterveyslaissa määritelty kunnan tai kuntayhtymän tehtäväksi (L 28.1.1972/66). Sairaala on terveyden

edistämisen kenttä, jonka hoitokulttuurissa terveysneuvonta on osana vuorovaikutustilanteita. Voimavarakeskeistä terveysneuvontaa ei tule pitää erillisenä, järjestettynä tilanteena vaan voimavarakeskeisyys on osa potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta. (Kettunen 2001, 95.) Hoitoon sitoutuminen edellyttää potilailta laajoja muutoksia terveysvalinnoissa, sairauden tai sen oireiden uusiutumisen ehkäisemiseksi tarvitaan usein elämäntyylin muutosta. Jokaisessa hoitokontaktissa, myös erikoissairaanhoidossa, prevention tulisi olla potilaiden hoidon ja neuvonnan keskeinen osa-alue. (Hakulinen, Koponen & Pietilä 2002, 82–83.)

### **3.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen**

Sairaanhoitajan työn edellyttämässä osaamisessa on kartoitettu myös ohjaus- ja opetustaidot. Ohjaus on painotettu potilaisiin ja heidän omaisiinsa, jolloin ohjauksessa keskeisintä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja sairauksiin liittyvät itsehoitovalmiudet. Ohjauksen lähtökohdaksi on asetettu yksilön, perheen ja ryhmien ohjauksen tarpeet. Huomiota on kiinnitetty lyheneviin hoitoaikoihin, jotka asettavat ohjaukselle erityisiä vaatimuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Valmistuvien lähihoitajien osaamistavoitteena on edistää eri elämänvaiheissa olevien potilaiden terveyttä ja hyvinvointia. Potilasohjauksessa lähihoitajien tulee huomioida voimavaralähtöisyys, yksilöllisyys sekä tasavertaisuus. (Opetushallitus 2010, 8.)

Kääriäisen (2008b, 81) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö hallitsee hyvin ainoastaan suullisen ja henkilökohtaisesti annettavan ohjauksen. Tutkimuksen mukaan muita ohjausmenetelmiä käytetään vähän tai ne hallitaan huonosti. Aholan, Heikkilän, Kankkusen, Meretojan & Suomisen (2007, 9–10) tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa eri osa-alueilla hyväksi. Sisätautien ja kirurgian alalla työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat opetus- ja ohjaustaitonsa heikommaksi kuin psykiatrian alalla työskentelevät sairaanhoitajat.



### **Tiedolliset ja taidolliset ohjausvalmiudet**

Potilasohjauksessa käytettävät tiedot pohjautuvat työkokemukseen, täydennyskoulutukseen, työyksikön ohjauskäytäntöihin, pohjakoulutukseen sekä tieteellisiin tutkimustuloksiin. Hoitohenkilökunnan tiedolliset ohjausvalmiudet sairauden ja sairauden hoitoon liittyvissä asioissa koettiin hyväksi. (Tähtinen 2007, 30, 60.) Lipposen (2004, 52) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla on vähintään tyydyttävät tiedot potilaan hoitoon liittyvistä riskeistä, lääkehoidosta ja toipumisesta.

Hoitohenkilökunta kokee omat ohjaus- ja vuorovaikutustaidot sekä ohjaustaidot itsehoitoon liittyvissä asioissa hyväksi. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella hoitohenkilökunnan työkokemuksen pituudella on merkitystä tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin. Pitkään työelämässä olleet henkilöt kokivat taidolliset ja tiedolliset valmiudet ohjauksen suhteen paremmiksi, kuin vähemmän aikaa työelämässä olleet vastaajat. Hoitohenkilökunnan käytännön työkokemus on opetus- ja ohjaustaitojen kehittymisen edellytys. (Tähtinen 2007, 60.)

### **Asenteelliset ohjausvalmiudet**

Hoitohenkilökunta kokee omaavansa hyvät asenteelliset ohjausvalmiudet ja he pitävät ohjausta arvokkaana osana työtään. He kokevat olevansa motivoituneita sekä sitoutuneita ohjaukseen ja suhtautuvat siihen positiivisesti. Hoitohenkilökunnasta noin puolet kokee ohjauksen vähentävän työaika muusta potilastyöstä, tähän vaikuttaa jatkuva kiire sekä hoitohenkilökunnan resurssien puute. Hoitohenkilökunnan potilasohjaukseen motivoitumista vähentävinä tekijöinä pidetään kiirettä ja työn raskautta. (Tähtinen 2007, 61.)

Lipposen (2004, 54) tutkimuksen mukaan työkokemuksen pituus vaikuttaa hoitohenkilökunnan ohjausasenteisiin. Negatiivisimmin ohjaukseen asennoituvat pisimmän ja lyhimmän työkokemuksen omaavat henkilöt. Nuoremmilla työntekijöillä omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen on heikompaa, heikompien tiedollisten valmiuksien

uskotaan olevan tähän osasyynä. Nuoremmat työntekijät kokevat, etteivät potilaat hyödy ohjauksesta, mutta myönteinen asennoituminen ohjaukseen kasvaa työkokemuksen kautta.

### **Ohjausmenetelmien hallinta**

Ohjausmenetelmien hallinta on pääosin käytettyjen menetelmien suhteen hyvää, mutta niiden käyttö on kuitenkin suppeaa. Vahvuudeksi koetaan yksilöohjaus sekä suullinen- ja kirjallinen ohjaus. (Lipponen 2004, 54.) Hoitohenkilöstö kokee teknisten apuvälineiden hallinnan huonoksi ja niiden käyttö on satunnaista (Tähtinen 2007, 68). Ääni- ja videokasettien käyttö arvioidaan heikoimmaksi. Ohjauksen tukena tulisi suosia teknisiä apuvälineitä sekä ohjausmenetelmänä ryhmäohjausta. Hoitohenkilökunta tulisi kouluttaa, kannustaa ja perehdyttää uusien menetelmien käyttöön. (Lipponen 2004, 54; Tähtinen 2007, 61.) Hoitohenkilökunta arvioi potilaslähtöisen ohjauksen ja ohjaustilanteen toteutumisen sekä potilaan tunteiden huomioimisen hyväksi (Tähtinen 2007, 62). Hoitohenkilökunnalta edellytetään ymmärtävää ja empaattista suhtautumista hoidettavaan potilaaseen. Tämän lisäksi toivotaan eettistä ja esteettistä osaamista, hyviä vuorovaikutustaitoja sekä laajaa teoreettisen tiedon hallintaa. (Miettunen 2008, 56.)

### **3.3 Ohjausmenetelmän valinta ja ikääntyneiden potilaiden erityistarpeet**

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa tieto siitä, mikä on asiakkaalle paras tapa omaksua asioita sekä mihin ohjauksella pyritään. Varmistaaksemme ohjauksen vaikutukset, tulisi meidän käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Hirvonen ym. 2007, 73.) Potilasohjausta suunniteltaessa hoitohenkilökunnan olisi tärkeää pohtia, minkälaista ohjausta sairauden tai hoidon eri vaiheissa annetaan ja kuinka erilaiset ohjausmenetelmän tukevat toisiaan. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukseen käytettävä aika vähenee,

joka edellyttää uudenlaisten ohjausmenetelmien kehittämistä. (Heikkinen, Johansson, Leino–Kilpi, Rankinen, Salanterä & Virtanen 2006, 128.)

Ohjaukseen käytettävä aika koetaan ikääntyneiden potilaiden keskuudessa liian lyhyeksi ja he toivovat ohjaustilanteisiin varattavan enemmän aikaa. Ohjaajan vaihtuminen sekä eri ohjaajien antaman ohjauksen ristiriitaisuus ja ohjauksessa käytettävät vierasperäiset sanat koetaan ongelmalliseksi. Ikääntyneiden potilaiden keskuudessa toivotaan yksilöllisempää ohjausta sekä erityispiirteiden (huono kuulo- ja näkökyky sekä huonomuistisuus) huomioimista ohjaustilanteiden aikana. Ohjauksen toivotaan jakaantuvan koko sairaalassaoloajalle, eikä ainoastaan kotiutustilanteisiin. (Backman, Isola, Kääriäinen & Saarnio 2007, 51–61.)

### **3.4 Potilaslähtöinen yksilöohjaus**

Voutilainen (2010, 66) kuvailee tutkimuksessaan potilasohjauksen asiakaslähtöisyyden toteutumista annetun tiedon ymmärrettävyydellä, henkilökohtaistamisella sekä potilaiden ymmärtämisen varmistamisella. Onnistunut potilaslähtöinen ohjaus edellyttää kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien yhteistyötä sekä muutosta toimintatavoissa (Pitkälä & Routasalo 2009, 3). Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnasta 94 % kokee toteuttavansa potilaslähtöistä ohjausta (Kanste, Kyngäs, Lipponen & Ukkola 2008, 130, 132).

Yksilöohjauksen kulmakivenä pidetään vuorovaikutusta, siksi ohjausta annetaan usein suullisesti ja tukena käytetään kirjallista ohjausmateriaalia. Tällainen vuorovaikutus antaa tilaisuuden kysymyksille, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja mahdollisuuden tuen saamiseen hoitajalta. Yksilöohjaus antaa mahdollisuuden potilaan tarpeista lähtevään ohjaukseen, aktiivisuuden ja motivaation tukemiseen, vapaaseen ilmapiiriin sekä jatkuvaan palautteen antamiseen. Yksilöohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta

aikaa, mutta on oppimisen kannalta usein hyödyllisin menetelmä. (Hirvonen ym. 2007, 74.)

### **Yksilöllisyyden ja voimavarojen huomiointi yksilöohjauksessa**

Yksilöllisyyden huomiointi ilmenee ohjaustilanteen aikana potilaan kuuntelemisena sekä tarpeisiin vastaamisena. Tarvittaessa potilaita ohjataan konkreettisesti kädestä pitäen ja annetaan aikaa asioiden omaksumiseen. (Kukkurainen, Kyngäs & Mäkeläinen 2004, 231.) Yksilö pyritään huomioimaan kokonaisvaltaisesti potilasohjauksessa ja terveyden edistämisessä, joka tarkoittaa elämäntapojen ja –tilanteen monipuolista tarkastelua (Voutilainen 2010, 36). Ohjauksen tavoitteisiin sitoutumista ja tyytyväisyyttä lisää potilaan oman näkemyksen huomiointi. Henkilökohtaiset tavoitteet ovat keskeinen osa potilaan persoonallisuutta ja hyvinvointia. Asetettujen tavoitteiden tulee olla sopivia potilaan elämäntilanteeseen, ristiriitaa aiheuttavat tavoitteet heikentävät potilaan psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tarkkaa kuuntelemista, jotta hän ymmärtää asiakkaan viestin ja ohjaus rakentuisi tätä kautta asiakkaan voimavaroja tukevaksi. (Hirvonen ym. 2007, 75, 79.)

Hoitohenkilökunta toteuttaa usein ohjausta oman halunsa mukaan, kuuntelematta potilasta. Ohjausta toteutetaan myös sellaisissa tilanteissa, joissa potilas ei ole vielä valmis vastaanottamaan tietoa. Toteutettu ohjaus voi vahvistaa potilasta tekemään ratkaisuja tai se voi myös kannustaa potilasta luottamaan vain enemmän hoitohenkilökunnan tietämykseen. Ohjeet, joilla potilas menee kohti hoitotoimien toteutusta ja elintapojen muutosta, syntyvät potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteistyönä, eikä ohjaus ole vain asioiden kertomista. Hoitohenkilökunta voi tukea kysymyksillään potilaan osallistumista keskusteluun. Asioiden käsittely jatkuu hoitohenkilökunnan ja potilaan vuoropuheluna. (Hirvonen ym. 2007, 85–88.)

### 3.5 Ryhmäohjaus elämäntapamuutoksen tukena

Ryhmäohjausta toteutetaan erilaisissa ryhmissä, joiden tavoitteet vaihtelevat ryhmäkohtaisesti. Ryhmässä käsitellään uusia asioita, joihin ryhmäläisten kokemukset ovat sidoksissa. Kokemusten, ajatusten ja tunteiden liittäminen käsiteltävään tietorakenteeseen edistää uusien asioiden omaksumista osaksi jokapäiväistä elämää. (Marttila 2010, 28–30.) Ryhmäneuvonnan myötä vertaistuki mahdollistuu ja ryhmäläisten yhtenevät tarpeet edistävät ryhmästä saatavaa hyötyä (Eloranta ym. 2007). Anttilan (2008, 32, 39) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että ryhmän sisällä vallitseva sosiaalinen tuki koetaan voimavaraksi ja ryhmäohjauksen toteutumisen edellytykseksi. Sosiaalinen tuki ilmenee yhteiseen päämäärään pyrkivänä toimintana, esimerkiksi erilaisten vinkkien jakamisena sekä onnistumisista ja epäonnistumisista kertomisena. Enemmistö ryhmäohjaukseen osallistuneista koki tärkeäksi mahdollisuuden tavata samassa elämäntilanteessa olevia sekä puhua itselleen tärkeistä asioista ja he kokivat myös saaneensa ryhmästä käytännöllistä tietoa itsehoitoon liittyen.

Ryhmäohjaus ei aivan täysin voi korvata yksilöohjausta – päinvastoin, se voi jopa hetkellisesti lisätä yksilöohjauksen tarvetta. Ryhmän jäsenille voi ryhmäohjauksen aikana avautua asioita, jotka edesauttavat aktiivista tarttumista oman sairautensa hoitoon. Syntynyt innostus ei ainoastaan lisää ohjauksen tarvetta, vaan myös sen tehoa. Ryhmiä muodostettaessa tulee kuitenkin muistaa vuorovaikutuksen merkitys ja tärkeys ryhmäohjauksessa. Liian suuret ryhmät voivat muistuttaa lähinnä luentoja, jolloin ryhmän keskinäinen vuorovaikutus kärsii. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan ole ainoastaan säästökeino, vaan myös omahoidon oppimisen ja pitkäaikaissairauteen sopeutumisen edistäjä. (Marttila 2010, 28–30.)

Osa terveydenhuoltohenkilöstöstä epäilee edelleen ryhmäohjauksen kuormittavan tiukkoja aikatauluja entisestään ja vievän aikaa perustyöltä, eikä sen koeta vielä helpottavan kokonaistyömäärää. Uuden toimintatavan käynnistämisessä on tärkeää antaa henkilökunnalle koulutusta, kuunnella uuteen toimintatapaan liittyviä epäilyjä ja huolia sekä tarjota konkreettisia välineitä ja toimintamalleja. (Absetz, Jallinoja,

Kuronen & Patja 2006, 3750.) Kraft–Oksala (2010, 44) on tutkimuksessaan selvittänyt hoitohenkilöstön ryhmänohjaukseen liittyvää ajankäyttöä. Vain pienellä osalla vastanneista (4 %) oli riittävästi aikaa ryhmänohjauksen suunnitteluun ja 14 % vastanneista koki ajankäytön ryhmien toteutukseen olevan riittävää. Yli puolet vastaajista (59 %) oli kuitenkin sitä mieltä, että ryhmänohjauksen suunnitteluun käytettävä aika vähenee kertyneen kokemuksen myötä.

## **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista, sitä estäviä ja edistäviä tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksia heidän itsensä arvioimana. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen kehittämisessä. Tämän opinnäytetyön avulla osaston hoitohenkilökunta saa uusia näkökulmia alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset määriteltiin opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. Tutkimuskysymykset ovat tarkentuneet ja selkeytyneet toimeksiantajan tarpeen mukaan sekä työskentelyn edetessä ja kirjallisuuteen tutustumisen myötä. Aiheen kannalta keskeisimmät tutkimuskysymykset pyrittiin rajaamaan sekä saamaan niiden kautta tietoa tutkittavasta aiheesta.

### **Tutkimuskysymys 1:**

Minkälaiseksi hoitohenkilökunta arvioi omat valmiutensa antaa elämäntapaohjausta alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastaville potilaille?

**Tutkimuskysymys 2:**

Miten alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjaus toteutuu hoitohenkilökunnan arvioimana?

## **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

### **5.1 Opinnäytetyön kohderyhmä**

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä on Keski-Suomen keskussairaalan urologian, verisuoni- ja yleiskirurgian osaston hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä osastolla työskenteleviä perus-, lähi- ja sairaanhoitajia, joita on yhteensä 19. Osastolla työskentelee 16 sairaanhoitajaa ja kolme perus- tai lähihoitajaa. Toimeksiantajan toiveesta kohderyhmäksi otettiin koko osaston hoitohenkilökunta, koska elämäntapaohjaus kuuluu toimenkuvaan koulutuksesta riippumatta.

### **5.2 Sähköinen kysely aineistonkeruumenetelmänä**

Heikkilä, Hupli & Leino-Kilpi (2008, 101, 108) määrittelevät artikkelissaan sähköisen kyselyn eduksi taloudellisuuden, nopeuden, joustavuuden, helppouden sekä ympäristön säästämisen. Verkkokyselyn haasteiksi puolestaan koetaan riittävä vastausprosentin saaminen, kyselyn tekninen toimintavarmuus sekä tietoturvallisuus. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden yksityisyyden ja henkilöllisyyden salassa pysymisestä on varmistuttava. Otoksen edustavuuden varmistaminen, kyselyn tekninen toimintavarmuus sekä tietoturvallisuus korostuvat verkkokyselyn erityisinä vaatimuksina luo-

tettavuuden ja eettisyyden osalta. Ennen verkkokyselyn toteuttamista on varmistettava, että tutkimukseen osallistuvilla on riittävät verkkoluku- ja tietotekniset taidot sekä mahdollisuus internetin käyttöön. Huolellisen verkkokyselyn suunnittelussa tulee huomioida käyttäjäystävällisyys teknisten ominaisuuksien suhteen. Opinnäytetyön tekijän tulee olla ajan tasalla tietoturva koskevista säädöksistä. Rajaamalla verkkokysely tietylle kohdejoukolle, ottamalla henkilökohtaisesti yhteyttä tutkittaviin, käyttämällä yhdyshenkilöä, järjestämällä vastaamistilanteen sekä käyttämällä luovia motivointikeinoja voidaan lisätä vastausprosenttia ja otoksen edustavuutta.

Kyselyyn osallistuvia henkilöitä tiedotettiin saatekirjeellä (liite 1), joka toimitettiin osastolle hyvissä ajoin ennen kyselyn toteuttamista. Saatekirje toimitettiin osaston hoitohenkilökunnan nähtäväksi tammikuussa 2011 viikolla 3. Tällöin heillä oli ennen tutkimuksen toteuttamista mahdollisuus esittää kysymyksiä epäselviin asioihin liittyen. Saatekirjeessä korostettiin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä osallistumisen vapaaehtoisuutta ja tutkimustiedon hyödynnettävyyttä. Saatekirjeestä kävi ilmi myös tietosuojaan liittyvät tekijät, vastausten nimettömänä pysyminen sekä niiden hävittäminen analysoinnin jälkeen.

Sähköinen kysely esitettiin sairaanhoitajaopiskelijoilla tammikuussa 2011 viikoilla 3–4, ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Esitestauksen yhteydessä testiryhmältä kerättiin palautetta ja kehittämissuhteita, joiden perusteella lopullista kyselyä vielä muokattiin. Opinnäytetyön kyselyn runko (liite 2) on laadittu aiheeseen liittyvän kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta. Varsinainen kysely toteutettiin tammikuussa 2011 viikoilla 5–8, sähköisellä Digium-ohjelmistolla. Kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Kahden viikon aikana saatujen vastausten määrä arvioitiin luotettavuuden kannalta liian vähäiseksi. Tämän jälkeen kyselyyn osallistujille lähetettiin muistutusviesti sähköpostitse ja vastausaikaa jatkettiin viikolla, jonka jälkeen vastausprosentti arvioitiin riittäväksi.

Kyselyn kysymykset valittiin huomioiden opinnäytetyön tavoite sekä tutkimuskysymykset. Kyselyssä kartoitettiin aiheen kannalta välttämättömiä taustatietoja, joita



olivat ammattinimike sekä työkokemus hoitoalalta ja alaraajojen valtimonkoveutus-tautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä. Kysymykset olivat luonteeltaan sekä puoliavoimia että monivalintakysymyksiä. Suunniteltaessa kyselyä puoliavointen kysymysten valinnan perusteluina olivat monipuolisempien vastausten saaminen sekä hoitohenkilökunnan mahdollisuus tuoda näkemyksiään ja perustelujaan paremmin esille. Kysymykset valittiin harkiten kirjallisuudesta saadun tiedon perusteella ja kysymysten asetteluun sekä järjestykseen kiinnitettiin suunnitteluvaiheessa huomiota.

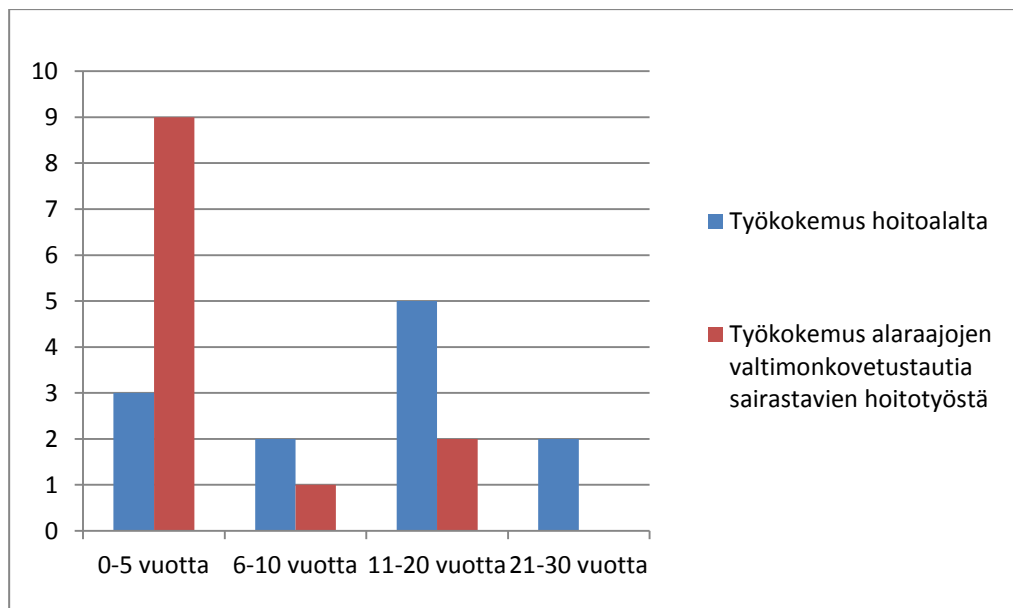
### **5.3 Aineiston analysointi**

Frekvenssejä ja prosenttiosuuksia käyttämällä voidaan kuvailla kerättyä aineistoa. Frekvenssillä tarkoitetaan eri luokkiin kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää. Taulukoiden tai kuvioiden avulla voidaan kuvata saatuja frekvenssejä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 103.) Tämän opinnäytetyön kyselyn vastaukset analysoitiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Saadut vastaukset muutettiin Digi-um-ohjelmistolla suoraan prosenteiksi ja keskiarvoiksi. Puoliavointen kysymysten vastaukset analysoitiin luokittelemalla ne teemojen mukaisesti. Pääluokat muodostettiin kysymysten mukaan, joiden alle muodostettiin alaluokkia samaa aihealuetta koskevien vastausten perusteella. Molemmat opinnäytetyön tekijät laativat erilliset luokittelut vastausten perusteella ja päätyivät samankaltaisiin analyyseihin sekä johtopäätöksiin. Saatuja vastauksia käytettiin tämän opinnäytetyön raportissa suorina lainauksina huomioiden vastaajien anonymiteetin säilyminen.

## **6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET**

Opinnäytetyön kysely lähetettiin koko osaston hoitohenkilökunnalle, johon kuuluu yhteensä 19 lähi-, perus- ja sairaanhoitajaa. Osastolla työskentelevästä hoitohenkilö-

kunnasta vastasi 63 % (n=12). Vastaajista yhdeksän (75 %) oli sairaanhoitajia ja kolme (25 %) oli lähi- tai perushoitajia. Vastaajilla oli työkokemusta hoitoalalta keskimäärin 14,1 vuotta ja alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä keskimäärin 5,2 vuotta. Seuraavassa kuviossa esitetään eriteltyinä hoitohenkilökunnan työkokemus hoitoalalta sekä alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä.



KUVIO 1. Vastaajien työkokemus hoitoalalta ja alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä

## 6.1 Hoitohenkilökunnan valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen

Kyselyyn vastanneista yksi (8 %) koki tiedolliset ja taidolliset valmiudet antaa elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle erinomaiseksi. Vastaajista seitsemän

(59 %) koki valmiudet hyväksi, kolme (25 %) tyydyttäväksi ja yksi (8 %) vastanneista koki valmiudet välttäviksi. Pitkä työkokemus hoitoalalla koettiin elämäntapaohjausvalmiuksien vahvuudeksi kolmessa vastauksessa. Vastausten mukaan pitkän työkokemuksen myötä kertynyttä tietoa hyödynnetään elämäntapaohjauksen toteuttamisessa. Viidessä vastauksessa nousi esille hoitohenkilökunnan henkilökohtaisen elämäntapaohjauksen ja erityisesti omien terveellisten elämäntapojen merkitys ohjausvalmiuksien vahvuutena.

*”Pitkä työkokemus ja sen tuoma tietopohja...”*

*”Oma elämäntapaohjaus ja ikä, kun olen jo vanhempi henkilö.”*

Kyselyyn vastanneista seitsemän koki ohjausvalmiuksien vahvuudeksi hyvän tietopohjan. Vastauksista nousi esille erityisesti tieto elämäntapojen ja ruokailutottumusten vaikutuksista. Esille nostettiin myös lisäkoulutusten ja erikoistumisopintojen myötä saatu ajankohtainen tieto.

*”Tieto terveellisistä elämäntavoista ja ruokailutottumuksista.”*

*”Tuore opiskelutieto ja sitä kautta saadut valmiudet terveyden edistämiseen...”*

Oma kiinnostus sairauden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon koettiin merkitykselliseksi vahvuudeksi yhdessä vastauksessa. Kahdessa vastauksessa esille nousi potilaan yksilöllisyyden ja ohjauksen vastaanottokyvyn huomiointi. Neljässä vastauksessa nousi esille hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot elämäntapaohjausta annettaessa.

*”Hyvät vuorovaikutustaidot. Rento, mutta napakka ote.”*

*”...selkeä ulosanti...”*

Kahden vastaajan mukaan hoitohenkilökunnan kehittämiskohteena elämäntapaohjauksen toteuttamisen suhteen on vähäinen kokemus kyseessä olevan potilasryhmän ohjaamisesta. Kokemusta puuttui erityisesti elämäntapaohjauksen toteuttamisesta. Neljässä vastauksessa kerrottiin liian vähäisen tietoperustan ja erityisesti tutkimuspohjaisen tiedon puutteesta, lisäksi tietoa haluttaisiin tupakoinnin aiheuttamista vaikutuksista. Yhdessä vastauksessa nousi esille vähäinen kiinnostus kyseessä olevan potilasryhmän hoitamiseen. Kyseinen vastaaja koki saavansa ongelmatilanteissa tarvittavaa tietoa työyhteisöltä, esimerkiksi verisuonitiimin jäseniltä.

*”Erityisesti tälle potilasryhmälle tarkoitettu elämäntapoihin liittyvä ohjaus kaipaisi syventämistä.”*

*”Tutkimuspohjaisen tiedon lisääminen.”*

Vastaajista viisi (42 %) koki elämäntapaohjausvalmiudet erittäin tärkeäksi osaksi ammattitaitoaan. Loput seitsemän (58 %) vastaajaa koki valmiudet tärkeäksi osaksi omaa ammattitaitoa. Kyselyssä kartoitettiin hoitohenkilökunnan motivaatioon vaikuttavia tekijöitä elämäntapaohjauksen antamisen suhteen. Neljässä vastauksessa motivaation lähteeksi koettiin elämäntapamuutoksen kautta potilaiden terveyteen kohdistuvat muutokset. Näihin muutoksiin ajateltiin kuuluvan sairauden hidastuminen sekä elämänlaadun paraneminen. Yksi vastaajista piti onnistunutta hoitoa sekä sairaalajaksojen vähenemistä motivoivana tekijänä.

*”..nimenomaan elämäntapamuutoksilla voidaan vaikuttaa taudin etenemiseen, jolloin jo pienilläkin muutoksilla voi olla merkitystä taudin pahenemisen ehkäisyssä. Se motivoi, että omalla ohjauksella voi vaikuttaa.”*

Vastaajista viisi ilmoitti kiireettömyyden lisäävän motivaatiota elämäntapaohjauksen antamiseen. Kolmessa vastauksessa motivoitumista lisäävinä tekijöinä esille nousi potilaan sitoutuminen elämäntapamuutoksiin sekä ohjaukseen. Vastaajista kaksi ilmoitti potilailta saadun positiivisen palautteen toimivan motivoivana tekijänä elä-

mäntäpaohjauksen suhteen. Potilaiden kertomukset onnistuneista elämäntapamuu-  
toksista antavat voimia toteuttaa elämäntapaohjausta jatkossakin.

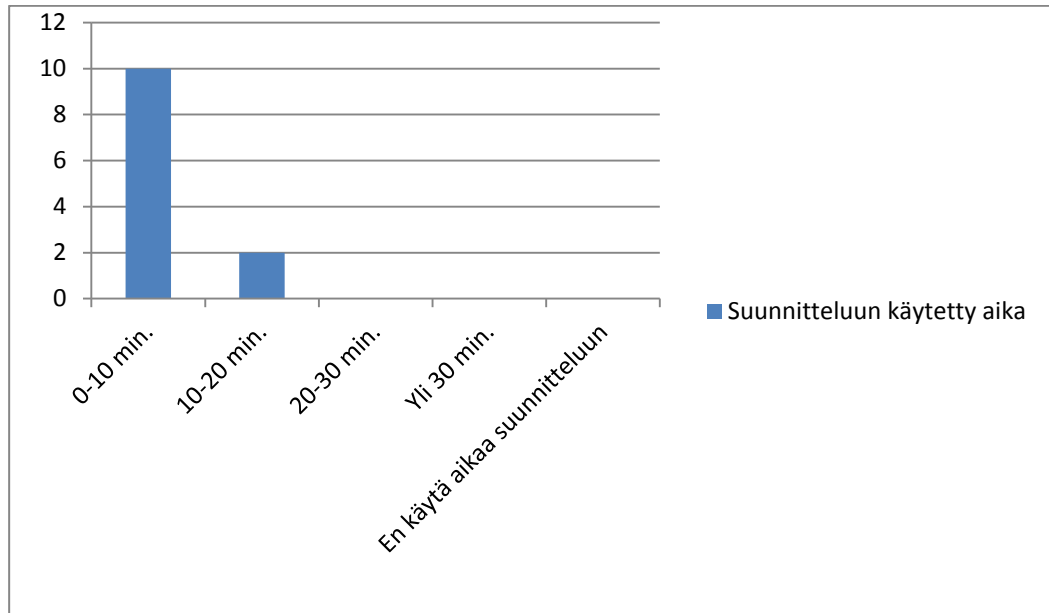
*”Potilaan oma sitoutuminen omasta terveydestä huolehtimiseen.”*

*”..on kiva kuulla heiltä itseltään, miten elämäntapaohjaus on onnistunut esim. tupak-  
koinnin suhteen.”*

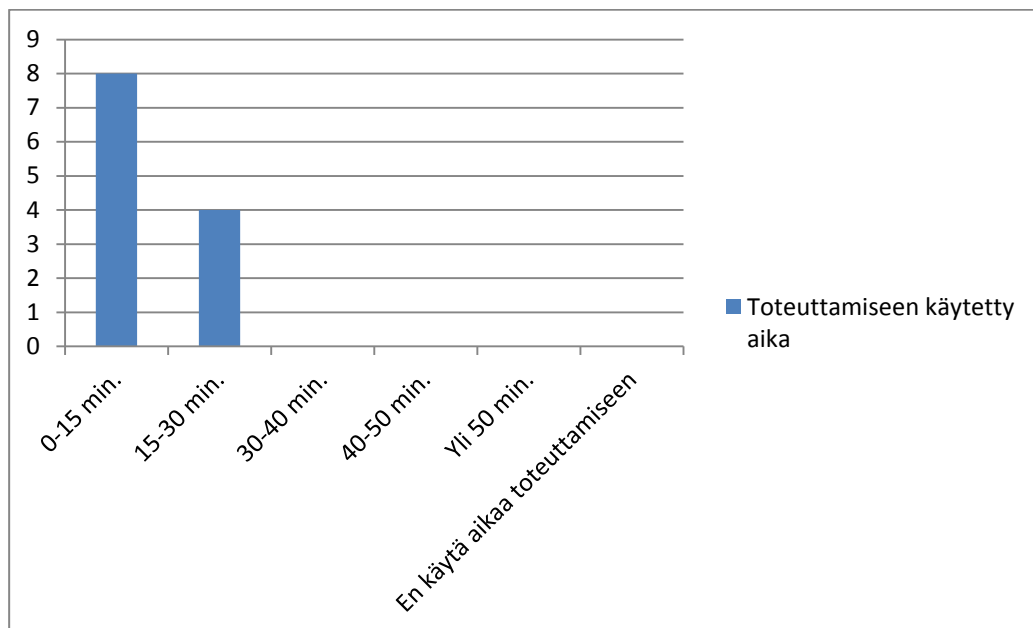
*”..potilailta saatu positiivinen palaute kannustaa jaksamaan.”*

## **6.2 Alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämän- tapaohjauksen toteutuminen**

Ainoastaan yksi (8 %) kyselyyn osallistuneista koki, että osaston tarjoamien resurssi-  
en puitteissa on aina mahdollista antaa elämäntapaohjausta sitä tarvitseville potilail-  
le. Kyselyyn vastanneista neljä (33 %) ilmoitti, että elämäntapaohjausta on mahdolis-  
ta antaa useimmiten ja vastanneista seitsemän (58 %) koki, että elämäntapaohjauk-  
sen toteuttamiseen on mahdollisuus vain satunnaisesti. Kaikki kyselyyn osallistuneet  
(100 %) ilmoittivat antavansa elämäntapaohjausta jossain vaiheessa potilaiden hoito-  
jaksoa. Vastaajista kuusi (50 %) kertoi antavansa elämäntapaohjausta alaraajojen  
valtimonkovetustautiin sairastuneille potilaille tasaisesti, pienissä erissä koko hoito-  
jakson ajan. Neljä (33 %) vastaajaa ilmoitti antavansa elämäntapaohjausta potilaiden  
kotiutustilanteessa ja kaksi vastaajaa (17 %) yksittäisenä ohjaustilanteena hoitojak-  
son aikana. Suurin osa kyselyyn osallistuneista kertoi käyttävänsä elämäntapaohjauk-  
sen suunnitteluun alle kymmenen minuuttia ja toteutukseen alle 15 minuuttia työ-  
vuorostaan. Seuraavissa kuviossa esitellään kyselyyn vastanneiden elämäntapaohja-  
uksen suunnitteluun sekä toteutukseen käyttämä aika minuutteina yhden työvuoron  
aikana.



KUVIO 2. Elämäntapaohjauksen suunnitteluun käytetty aika työvuoron aikana



KUVIO 3. Elämäntapaohjauksen toteuttamiseen käytetty aika työvuoron aikana

Kaikki vastaajat (100 %) ilmoittivat käyttävänsä ohjausmenetelmänä yksilöohjausta toteuttaessaan elämäntapaohjausta. Muita ohjausmenetelmiä, kuten ryhmäohjausta, ei käytetty lainkaan elämäntapaohjauksen toteuttamisessa. Vastaajista 10 (83 %) käytti ohjausmateriaalina kirjallisia potilasohjeita. Kyselyyn osallistuneista kaksi (17 %) vastaajaa ei käyttänyt lainkaan elämäntapaohjauksen toteutuksen tukena ohjausmateriaalia. Kirjallisten potilasohjeiden lisäksi muuta ohjausmateriaalia, kuten videoita tai äänikasetteja, ei käytetty lainkaan.

Elämäntapaohjauksen toteutumiseen edistävistä vaikuttavista tekijöistä työyksikössä kartoitettiin puoliavoimen kysymyksen avulla. Vastaajista seitsemän koki osastolla olevan hyvän ohjausmateriaalin edistävän elämäntapaohjauksen toteutumista. Osastolla työskentelevien hoitajien tekemän ohjausoppaan koettiin edistävän ohjauksen toteutumista.

*”Osastomme kolmen hoitajan tekemä elämäntapaopaslehtinen.”*

*”Valmis materiaali, jota voi hyödyntää ohjauksessa ja antaa potilaalle ohjauksen tueksi.”*

Kahdessa vastauksessa oma kiinnostus elämäntapaohjauksen antamiseen koettiin merkitykselliseksi. Myös työyhteisön tuki ja innostuneisuus kyseisen potilasryhmän elämäntapaohjausta kohtaan nousi edistäväksi tekijäksi kahdessa vastauksessa. Potilaan oma kiinnostus sekä motivaatio elämäntapamuutosta kohtaan tuli esille yhdessä vastauksessa.

*”..oma ja työyksikön motivaatio asian kehittämiseen.”*

Kolmessa vastauksessa mainittiin edistäviksi tekijöiksi muulta hoitohenkilökunnalta saatu tieto. Erityisesti verisuonitiimiltä sekä lääkäreiltä saatu tietämys sairaudesta ja sen hoidosta koettiin tärkeäksi. Hyvä pohjatieto koettiin myös merkitykselliseksi.

*”Henkilökunnan tieto asiasta. Osastollamme toimiva verisuonitiimi.”*

Kuuden vastaajan mukaan elämäntapaohjauksen toteutumista estäväksi tekijäsi koettiin ajan puute, jonka ajateltiin estävän hyvän ja riittävän potilasohjauksen toteutuminen. Seitsemän vastaajan mukaan kiire sekä osaston hektisyys estivät riittävän ohjauksen toteutumisen. Yhden vastaajan mukaan ohjauksen toteutumiselle ei ole esteitä työyksikössä.

*”Ajanpuute on yksi suurimmista esteistä.”*

*”Resurssipula. Jatkuva kiire estää usein syvällisemmän paneutumisen asioihin. Tärkeimmät asiat ehtii käydä läpi potilaan kanssa...”*

Yhden vastaajan mukaan tiedon puute esti laadukkaamman elämäntapaohjauksen toteutumisen. Yksi vastaajista ilmoitti omien ennakoasenteiden aiheuttavan esteitä elämäntapaohjauksen toteutumiselle. Vastauksen mukaan ennakoasenteita elämäntapaohjauksen suhteen aiheuttavat pitkään tupakoineet sekä iäkkäät potilaat. Ohjaustilat koettiin puutteelliseksi yhden kyselyyn vastanneen mukaan.

*”...sopivan ohjaustilan puuttuminen, potilashuone helposti liian levoton.”*

Kyselyyn vastanneista kahdeksan (67 %) koki elämäntapaohjauksen potilaan hoidon kannalta erittäin tärkeäksi. Neljä (33 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että elämäntapaohjaus on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitohenkilökunnan käyttämiä motiivointikeinoja selvitettiin puoliavoimella kysymyksellä. Viidessä vastauksessa tuotiin esille, että alaraajojen valtimonkoveutustautiin sairastuneita potilaita voidaan yksilöohjauksen ja keskustelun myötä. Viidessä vastauksessa tuli esille, että hoitohenkilökunta käyttää yhtenä motiivoinnin keinona elämäntapojen negatiivisista vaikutuksista kertomista. Vastausten mukaan asioista kerrotaan suoraan ja realistisesti. Potilaille kerrotaan asioista esittämällä radikaaleja esimerkkejä elämäntapojen vaikutuksesta sairauden etenemiseen.



*”Yritän saada potilaan itse avaamaan keskustelun ko. aiheesta. Yritän olla kannustava.”*

*”Välillä aika radikaalistikin kerrotaan asiat. Esim. jos ette lopeta tupakanpolttua niin vaivanne ei parannu ja voi jopa johtaa raajan amputaatioon.”*

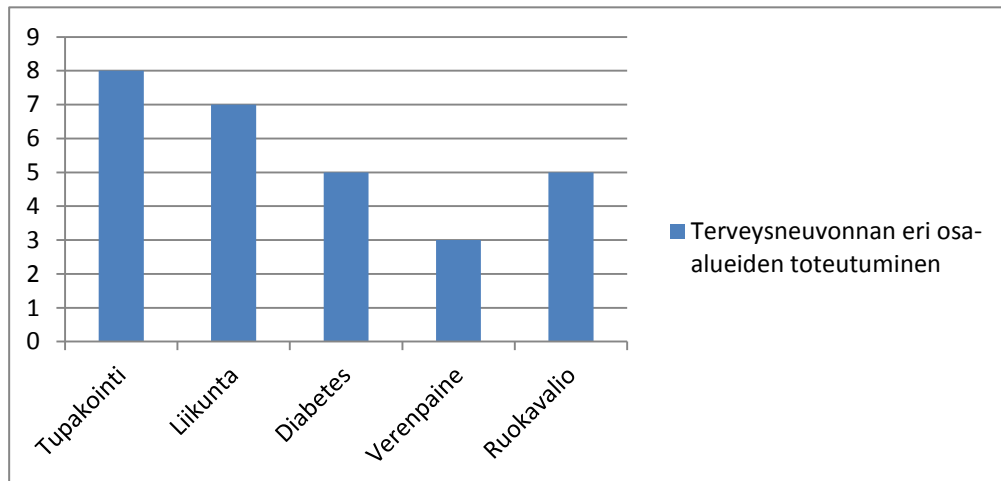
Neljässä vastauksessa tuotiin esille yhtenä motivoinnin keinona elämäntapamuutosten positiivisista vaikutuksista kertominen. Elämäntapamuutosten vaikutuksista sairauden etenemiseen ja tehtyihin toimenpiteisiin kerrotaan realistisesti ja kannustavasti. Potilaita ohjataan aloittamaan elämäntapamuutosten tekeminen pienin askelein.

*”Potilaan oma kiinnostus asiaan vaikuttaa paljon. Kerron eri vaihtoehtoista ja kuinka pienikin muutos voi vaikuttaa.”*

*”Ei liian suuria vaatimuksia, kehottaa edes miettimään asioita ja tekemään vaikka vain pieniä muutoksia vähän kerrallaan, jolloin ne on helpompi omaksua.”*

Kyselyyn osallistuneiden antaman elämäntapaohjauksen sisältöä kartoitettiin kysymällä mitä terveysneuvonnan sisältöalueilta hoitohenkilökunta käsittelee antaessaan elämäntapaohjausta kyseiselle potilasryhmälle. Kirjallisuuden mukaan alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksessa tulee huomioida tupakoinnin lopettaminen, liikunta, rasva-arvot ja verenpaine sekä diabetes ja sen hyvä hoitotasapaino. Kyselyyn osallistuneista viisi (42 %) vastasi huomioivansa kaikki sairauden etenemiseen vaikuttavat elämäntapamuutokset ohjatessaan potilaita. Neljä vastauksista (33 %) ei sisältänyt kaikkia terveysneuvonnan osa-alueita, vastauksista tuli kuitenkin esille osa sairauden etenemiseen vaikuttavista elämäntapamuutoksista. Kahdesta vastauksesta (17 %) ei käynyt ilmi, mitä terveysneuvonnan sisältöalueita vastaajat käsittelevät ohjatessaan potilaita. Vastauksissa kerrottiin heidän ohjaavan potilaita yksilölliset tarpeet huomioiden, elämäntapaopasta hyödyntä-

en. Yksi vastaajista (8 %) ei ollut vastannut kysymykseen. Seuraavassa kuviossa esitellään eriteltynä vastauksittain elämäntapaohjauksen sisältö.



KUVIO 4. Terveysneuvonnan eri sisältöalueiden toteutuminen elämäntapaohjauksessa

Yksilön omien voimavarojen huomiointia elämäntapaohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa kartoitettiin puoliavoimen kysymyksen avulla. Kyselyyn vastanneista kolme koki merkitykselliseksi tilannetajun. Vastauksista nousi esille tilannetajun merkittävän hoitohenkilökunnan kykyä huomioida potilaalle sopivin ajankohta elämäntapaohjauksen toteuttamiseen.

*”..välillä on aivan turha antaa ohjausta. Sen kyllä huomaa potilaan asenteesta heti.”*

*”En tuputa. Jos nään ettei toista kiinnostu lainkaan. Ja jos kiinnostusta löytyy, puhun sitä mukaan enemmän ja kuuntelen sekä kyselen potilaalta omia tuntemuksia. ”*

Yksi kyselyyn osallistuneista koki tärkeäksi toteuttaa ohjausta yksilön voimavarojen mukaan. Yksilöllisesti suunniteltu ja annettu ohjaus korostui kahdeksassa vastaukses-

sa. Tähän koettiin sisältyvän potilaan kuuntelu ja tuntemuksien huomiointi, myös potilaan ohjauksen vastaanottokyky sekä ikä koettiin merkitykselliseksi. Yhdessä vastauksessa esille nousi hoidon eri vaiheissa annettu ohjaus. Tottumukset, mahdollisuudet, lähipiirin tuki sekä mahdolliset uhkat elämäntapamuutoksen suhteen koettiin merkityksellisenä yhdessä vastauksessa.

*”Iän huomioin.”*

*”Annan potilasohjausta yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan.”*

Kyselyn lopuksi kartoitettiin kehittämissuhteita alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen suhteen. Neljä kyselyyn vastanneista koki ajan puutteen vaikuttavan ohjauksen toteutukseen ja laatuun. Elämäntapaohjauksen toteuttamiseen tarvittaisiin vastausten mukaan lisää aikaa sekä enemmän henkilökuntaa.

*”Ohjaustyöhön pitäisi saada lisää aikaa..”*

*”Enemmän henkilökuntaa töihin..”*

Kaksi vastaajaa koki hoitohenkilökunnan tietoperustan lisäämisen tarpeelliseksi onnistuneen ohjauksen kannalta. Potilaan ohjauksen suunnittelun merkitys jo hoidon alkuvaiheessa tuotiin esille yhdessä vastauksessa. Potilaan tullessa osastolle hoitohenkilökunta voisi tehdä suunnitelmaa elämäntapaohjauksen aihealueista onnistuneen hoidon takaamiseksi. Kolmessa vastauksessa esille nousi kyseisen sairauden ennaltaehkäisyn merkitys jo avoterveydenhuollossa. Alaraajojen valtimonkoveutustaudin puhkeaminen ja eteneminen voidaan mahdollisesti estää jos ongelmiin puututaan jo avoterveydenhuollon puolella.

*”..useimmiten potilaiden tilanne on jo pitkällä joten ennaltaehkäisy tulee myöhässä. tähän pitäisi panostaa enemmän perusterveydenhuollossa.”*

*”Avopuolella pitäisi jo aloittaa, kun nähdään, että verenkierron ongelmia alkaa esiintyä.”*

Yksi vastaajista piti ohjausmateriaalia puutteellisena ja vähäisenä. Tiiviisti ja selkeästi jäsenneltyä potilaille jaettavaa ohjausmateriaalia kaivattiin. Yhdessä vastauksessa nousi esille ohjaushoitajan tarve ja sen merkitys potilaiden hoidon kannalta. Vastauksissa nousi esille osastolla työskentelevät verisuonihoitajat, joiden osaamista tulisi hyödyntää.

*”Osastolle ohjaushoitaja → 3 verisuonihoitajaa, joiden osaamista tulisi hyödyntää. Kyseessä suuri kansanterveydellinen ongelma. Vrt. muilla kirurgisilla osastoilla esim. avannehoitaja, haavanhoitaja, osteoporoosihoidaja jne..”*

Yhdessä vastauksessa esille nousi liian moninainen erilaisten potilasryhmien hoitaminen kyseisellä osastolla. Vastauksessa toivottiin keskittymistä vain pariin potilasryhmään ja heidän hoitoonsa. Kahdessa vastauksessa nostettiin esille yhteisten ohjaustuokioiden tärkeys ja niiden pitäminen esimerkiksi päiväsalissa. Yksi vastaajista ei osannut sanoa mitään kehitettävää kyseessä olevan potilasryhmän elämäntapaohjauksen kannalta.

*”..varattaisiin tiettyyn aikaan viikosta joku aika, jolloin osastolla olevat potilaat voivat osallistua ohjauskeskusteluun esim. päiväsalissa. Keskustelua vetäisi esim. tiimin jäsen.”*

*”Vähän samaan tapaan kuin sydänosastolla ohjaavat hoitajat toteuttavat ohjausta: joku erityisesti perehtyisi aiheeseen ja olisi yksilö- ja ryhmäohjaustilanteita, mutta myös jokainen hoitaja erikseen hoitotyön ohessa.”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla validiteettia sekä reliabiliteettia. Validiteettia tarkastelemalla voidaan selvittää, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli aikomuskin mitata. Tutkimusraportissa on tulosten yleistettävyyden kannalta tärkeää arvioida, kuinka hyvin tutkittavat henkilöt edustavat perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 152, 158.)

Opinnäytetyön validiteetin toteutumista pyrittiin edistämään tutkittavan aiheen kannalta oleellisten tutkimuskysymysten huolellisella määrittelyllä. Vastauksia analysoitaessa kuitenkin huomattiin, ettei kaikkia kyselyn kysymyksiä oltu ymmärretty vastaajien keskuudessa täysin oikein. Kysely esitettiin suunnitellusti ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista ja lopulliseen kyselyyn tehtiin muutoksia esitestauksesta saatujen palautteiden sekä kehittämisehdotuksien perusteella. Laajemman esitestauksen ja kysymysten huolellisemmän asettelun myötä olisi voinut saada tutkittavan aiheen kannalta relevantimpia vastauksia. Pääosin saadut vastaukset vastasivat kuitenkin asetettuihin kysymyksiin ja tulosten myötä saatiin tutkimuskysymysten mukaista tietoa, joka on hyödynnettävissä alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjausta kehitettäessä.

Tarkoituksena oli tehdä selvitys elämäntapaohjauksen toteutumisesta sekä hoitohenkilökunnan valmiuksista toteuttaa elämäntapaohjausta tietyllä osastolla, jolloin osastolla työskentelevä hoitohenkilökunta muodosti opinnäytetyön perusjoukon ja kaikilla hoitohenkilökuntaan kuuluvilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn. Vastauksia kyselyyn saatiin 12 ja vastausprosentti oli tällöin 63 %, joka arvioitiin tähän opinnäytetyöhön riittäväksi määräksi. Osaston hoitohenkilökuntaa pyrittiin motivoimaan ja tiedottamaan osastolle lähetetyn saatekirjeen sekä kyselyn yhteyteen liitetyn tiedot-

teen myötä. Lisäksi heille lähetettiin sähköpostitse muistutusviesti ja vastaamiseen annettiin lisäaikaa mahdollisimman korkean vastausprosentin saavuttamiseksi.

Reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 152). Reliaabeliuden toteamisessa voidaan käyttää useita tapoja. Tulosta voidaan pitää reliaabelina jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos eri tutkimuskerroilla tutkitaan samaa kohdehenkilöä ja saadaan sama tulos. (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 2009, 231.) Opinnäytetyön reliabiliteettia pyrittiin varmistamaan aiheen kannalta tarkasti rajatuilla kyselyn kysymyksillä ja saatujen vastausten mahdollisimman huolellisella analysoinnilla. Kysymykset ja niiden sisältö laadittiin monipuoliseen lähdemateriaaliin pohjautuen. Tämän opinnäytetyön reliabiliteettia arvioitiin vertaamalla saatuja tutkimustuloksia muihin samaa aihealuetta käsitteleviin ajankohtaisiin tutkimuksiin. Tutkimustuloksia verrattaessa huomattiin, että tämän opinnäytetyön myötä saadut tutkimustulokset olivat samansuuntaisia kuin useat samaa aihealuetta käsittelevät tutkimukset.

## **7.2 Opinnäytetyön eettisyys**

Tutkimuksen tekijän ensimmäisen eettinen kysymys on tutkimusaiheen valinta, jolloin on pohdittava aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti sekä tutkimuksen vaikutusta osallistujiin. Yksi tärkeimmistä tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista on kohdehenkilöiden itsemääräämisoikeus. Kaikessa tutkimustoiminnassa on korostettava osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä antaa mahdollisuus kysymyksille ja keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistujat tulee valikoida tasa-arvoisesti, joka tarkoittaa tutkimustyössä oikeudenmukaisuutta. Tutkimustyössä on keskeistä huomioida tutkittavien anonymiteetti, jolloin tutkimustietoa ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. Tutkimusaineisto tulee säilyttää muiden ulottumattomissa, lukitussa tai salasanalla suojatussa paikassa. Tutkimusaineiston ollessa pieni tutkimukseen osallistujien anonymi-

teetti voidaan turvata kuvaamalla taustatiedot keskiarvoina. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 173, 176, 177, 179.)

Tutkimuksen tekijän ja tutkimukseen osallistujien välisen sähköisen viestinnän avulla tutkimusaineiston kerääminen ei poikkea tutkimusetiikan ja tietosuojan suhteen muista aineistonkeruumenetelmistä. Kun kyselylomake lähetetään yksittäiselle vastaajalle, on hänelle kerrottava mistä hänen sähköpostiosoitteensa on saatu. Lisäksi aina tutkimuksen tietosuojaratkaisut sekä perustiedot täytyy kertoa tutkimukseen osallistujille. (Kuula 2006, 175.)

Aihe tälle opinnäytetyölle nousi suoraan työelämästä. Tarve kartoittaa elämäntapaohjauksen toteutumista ja hoitohenkilökunnan valmiuksia elämäntapaohjauksen toteuttamiseen oli herännyt osastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan keskuudesta. Tätä opinnäytetyötä suunniteltaessa sekä toteutettaessa huomioitiin koko osastolla työskentelevä hoitohenkilökunta ja heillä kaikilla oli mahdollisuus ilmaista näkemyksiään työkokemuksesta, iästä, koulutuksesta tai sukupuolesta riippumatta. Tutkimuksen perusjoukko oli kohtalaisen pieni, jolloin täytyi kiinnittää erityistä huomiota yksittäisten vastaajien anonymiteetin säilymiseen. Puoliavointen kysymysten myötä saatuja vastauksia tai niiden osia käytettiin opinnäytetyön raportissa harkinnan mukaan suorina lainauksina, jolloin huomioitiin pieni kohderyhmä ja vastaajien anonymiteetin suojaaminen.

Tässä opinnäytetyössä kunnioitettiin tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeutta osallistua tai jättää osallistumatta kyselyyn. Saatekirjeessä korostettiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta. Osallistujille perusteltiin vastaamisen tärkeyttä ja saatujen tulosten merkitystä alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjausta kehitettäessä. Hoitohenkilökunnan toivottiin näkevän tämän opinnäytetyön myötä saadun tiedon mahdollisuutena kehittää omaa työtään sekä osastolla tapahtuvaa elämäntapaohjausta. Saatekirjeessä tiedotettiin asianmukaisesti myös vastausten pysymisestä nimettöminä koko kyselyn toteutuksen ajan, eikä opinnäytetyön tekijöiden tietoon tullut missään vaiheessa yksittäisten vastaus-

ten alkuperä. Kyselyyn osallistuvien henkilöiden sähköpostiosoitteet kerättiin osastolla työskentelevän yhteyshenkilön avulla. Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin sähköpostitse ja saatekirjeen yhteydessä tuli ilmi mistä vastaajien yhteystiedot oli saatu. Saadut vastaukset säilytettiin salasanalla suojatuissa tiedostoissa, jolloin ne olivat vain opinnäytetyön tekijöiden käytettävissä. Vastausten käsittelyn jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla.

### **7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Opinnäytetyön kyselyn myötä saatuja tutkimustuloksia tarkasteltaessa niitä verrattiin samaa aihealuetta käsitteleviin ajankohtaisiin teoksiin ja tutkimuksiin. Potilasohjauksesta, elämäntapaohjauksesta ja hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksista on runsaasti tutkittua tietoa. Tutkimustietoa ei kuitenkaan löytynyt alaraajojen valtimonkoveutautia sairastavien potilaiden ohjaamisesta tai hoitohenkilökunnan valmiuksista ohjata kyseistä potilasryhmää. Saatuja vastauksia tarkasteltiin asetettujen tutkimuskysymysten mukaisesti ja niissä huomattiin toisiaan vahvistavien piirteiden lisäksi myös ristiriitaisuuksia.

Tähtisen (2007, 60) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta pitää potilasohjausta arvokkaana osana omaa työtään. Myös tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta henkilökunnan asennoituvan myönteisesti elämäntapaohjaukseen, sillä hoitohenkilökunta pitää elämäntapaohjausvalmiuksia tärkeänä osana omaa ammattitaitoaan ja lisäksi elämäntapaohjaus koetaan tärkeäksi osaksi alaraajojen valtimonkoveutautiin sairastuneiden potilaiden hoitoa. Tähtinen (2007, 60) on tutkimuksessaan selvittänyt myös hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia ja tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta arvioi ohjausvalmiutensa hyväksi. Pitkään työelämässä olleet arvioivat valmiutensa paremmiksi kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat henkilöt. Myös Aholan ja kumppaneiden (2007, 9–10) artikkelissa tuodaan esille hoitohenkilökunnan omaavan hyvät ohjausvalmiudet, psykiatrian alalla



työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat omaavansa paremmat valmiudet potilaiden ohjaamiseen kuin sisätautien ja kirurgian alalla työskentelevät sairaanhoitajat. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa osaston hoitohenkilökunnasta arvioi omaavansa hyvät valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen. Ohjausvalmiuksien vahvuudeksi nostettiin pitkä työkokemus, hyvät vuorovaikutustaidot, hyvä tietopohja sekä lisäkoulutusten ja erikoistumisopintojen myötä saatu tieto. Oma elämäkokemus sekä omat terveelliset elämäntavat koettiin myös ohjausvalmiuksien vahvuudeksi. Hoitohenkilökunnan elämäkokemus eivätkä terveelliset elämäntavat ohjausvalmiuksien vahvuutena nousseet esille niissä tutkimuksissa joihin perehdyttiin opinnäytetyöprosessin aikana. Vastaajien keskuudessa henkilökohtaisten ohjausvalmiuksien kehittämiskohteeksi koettiin puutteellinen tietoperusta ja vähäinen kokemus elämäntapaohjauksen toteuttamisesta.

Opinnäytetyön kyselyyn osallistuneella hoitohenkilökunnalla oli työkokemusta hoitoalalta keskimäärin 14,1 vuotta ja alaraajojen valtimonkovektustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä keskimäärin 5,2 vuotta. Pitkä työkokemus hoitoalalta selittää ainakin osittain vastaajien hyvät ohjausvalmiudet. Kyselyn tuloksia analysoitaessa vastauksia ei luokiteltu työkokemuksen tai ammattinimikkeen perusteella vaikkakin luokittelun avulla olisi voitu saada täsmällisempää tietoa työkokemuksen vaikutuksesta ohjausvalmiuksiin. Opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta vastausten luokittelu ei ollut välttämätöntä eikä se olisi ollut mielekästä vastaajien anonymiteetin säilymisen kannalta.

Suurin osa vastaajista arvioi omaavansa hyvät tiedolliset sekä taidolliset valmiudet elämäntapaohjauksen toteuttamiseen, mutta elämäntapaohjauksen sisältöä kartoitettaessa alle puolet vastaajista ilmoitti huomioivansa kaikki kyseisen potilasryhmän elämäntapaohjaukseen sisältyvät osa-alueet. Näistä vastauksista saadut tulokset koettiin osittain ristiriitaisiksi. Hoitohenkilökunta arvioi omat ohjausvalmiutensa pääasiassa hyväksi jolloin oletimme heidän huomioivan myös kaikki elämäntapaohjauksen osa-alueet heidän ohjatessaan potilaita terveellisiin elämäntapoihin. Opinnäyte-

työn tuloksista ei kuitenkaan käy ilmi vaikuttaako puutteellinen tietoperusta vai kenties heikot henkilöstöresurssit elämäntapaohjauksen sisällön valikoitumiseen.

Opinnäytetyön kyselyn myötä kävi ilmi, että kaikki kyselyyn osallistuneet toteuttivat elämäntapaohjausta hyödyntäen ohjausmenetelmänä yksilöohjausta ja suurin osa vastaajista ilmoitti käyttävänsä kirjallisia potilasohjeita ohjauksen tukena. Muuta ohjausmateriaalia, kuten videoita tai äänikasetteja, ei käytetty vastaajien keskuudessa lainkaan. Kääriäisen (2008b, 81) sekä Lipposen (2004, 54) tekemistä tutkimuksista nousee esille vastaavanlaisia tuloksia. Kyseisten tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta hallitsee hyvin ainoastaan suullisen, henkilökohtaisesti annettavan potilasohjauksen ja muita ohjausmenetelmiä käytetään vähän tai ne hallitaan huonosti. Myös Tähtisen (2007, 60) tekemässä tutkimuksessa on havaittavissa osittain samoja tuloksia, sillä tulosten mukaan teknisten apuvälineiden käyttö on potilasohjauksessa satunnaista.

Kahdessa vastauksessa nousi kehittämisehdotukseksi yhteisten ohjaustuokioiden, ryhmäohjauksen järjestäminen esimerkiksi osaston päiväsalissa. Ohjausmenetelmänä yksilöohjaus on tunnetuin ja käytetyin, vaikkakin tuoreimpien tutkimustulosten mukaan myös ryhmäohjauksesta on hyviä kokemuksia niin resurssien kuin vertais-tuen suhteen. Ryhmäohjauksen käynnistämiseen ja hoitohenkilökunnan kouluttamiseen vaaditaan resursseja, mutta jatkossa se voisi olla tehokas ja aikaa sekä resursseja säästävä ohjausmenetelmä myös alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavia potilaita ohjattaessa. Hoitohenkilökunnan tulisi kyseenalaistaa myös käytetyn ohjausmateriaalin hyödynnettävyyttä sekä soveltuvuutta potilaskohtaisesti, potilaiden yksilölliset ominaisuudet huomioiden. Potilaiden ohjaamisessa käytettävää materiaalia on saatavilla monipuolisesti ja hoitohenkilökunnan tulee arvioida kunkin potilaan kohdalla materiaalin vaikuttavuutta, jotta ohjaus olisi entistä tehokkaampaa. Osastoilla tulisi olla jossain määrin yhtenevät linjat ohjausmateriaalin käytöstä sekä valintaperusteista ja lisäksi hoitohenkilökunnalla tulisi olla kykyä arvioida ohjausmateriaalin asiasisällön luotettavuutta, jotta voitaisiin välttyä antamasta ristiriitaista tietoa potilaille.

Noin puolet kyselyyn osallistuneista koki, että osaston tarjoamien resurssien puitteissa mahdollisuus elämäntapaohjauksen toteuttamiseen on satunnaista. Kaikki osallistajat ilmoittivat kuitenkin toteuttavansa elämäntapaohjausta jossain vaiheessa potilaiden hoitajaksoa. Vastaajista puolet ilmoitti toteuttavansa elämäntapaohjausta pienissä erissä hoitajakson eri vaiheissa, loput vastaajista ilmoitti toteuttavansa elämäntapaohjausta joko kotiutustilanteessa tai muuna yksittäisenä ohjaustilanteena ennen potilaan kotiutumista osastolta. Hirvosen ja muiden (2007, 21) teoksesta käy ilmi, että potilasohjauksen tulisi olla oikein ajoitettua sekä mitoitettua ja sitä tulisi antaa hoidon eri vaiheissa. Backmanin ja muiden (2007, 51–61) artikkelissa tuodaan esille ikääntyneiden potilaiden toive ohjauksen jakaantumisesta koko sairaalassaoloajalle, eikä ainoastaan kotiutustilanteisiin.

Hyvän ohjausmateriaalin, oman sekä työyhteisön kiinnostuksen ja muulta henkilökunnalta saadun tiedon koettiin edistävän elämäntapaohjauksen toteutumista. Lähes kaikki tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista kokivat että ajan puute, osaston hektisyys sekä kiire estävät hyvän ja riittävän ohjauksen toteutumisen. Kääriäisen (2008b, 3–5) teoksen mukaan asianmukaiset resurssit ovat yksi laadukkaan potilasohjauksen edellytyksistä ja kiire, tiedon puute sekä toimintaympäristön paineet koetaan usein esteeksi ohjauksen toteutumiselle. Backmanin ja muiden (2007, 51–61) tekemän artikkelin perusteella ikääntyneet potilaat kokevat ohjaukseen käytettävän ajan liian lyhyeksi.

Kukkurainen ja muut (2004, 231) kirjoittavat artikkelissaan yksilöllisyyden huomiointin ilmenevän potilaan kuuntelemisena sekä tarpeisiin vastaamisena. Voutilaisen (2010, 36) tutkimuksen mukaan yksilön kokonaisvaltaisella huomioinnilla tarkoitetaan elämäntapojen ja –tilanteen monipuolista tarkastelua. Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia, sillä potilaan yksilöllisyyden ja omien voimavarojen huomiointi näkyy hoitohenkilökunnan tilannetajuna sekä ohjaukselle sopivan ajankohdan valintana, potilaan kuunteluna ja tuntemusten huomiointina. Lisäksi potilaan vastaanottokyvyn sekä iän, tottumusten, mahdollisuuksien, lähipiirin tuen ja mahdol-

listen uhkien huomioinnin koettiin edistävän potilaan omien voimavarojen huomiointia.

Kaiken kaikkiaan hoitohenkilökunta arvioi omat tiedolliset sekä taidolliset ohjausvalmiudet hyväksi ja asennoituminen elämäntapaohjaukseen oli myönteistä. Vastausten mukaan ohjauksen asiasisältö ja elämäntapaohjauksen toteuttamisen ajankohta vaihteli vastaajakohtaisesti, ohjausmenetelmien ja –materiaalien käyttö puolestaan oli yksipuolista. Elämäntapaohjauksen toteutumista edisti hyvä ohjausmateriaali, oma sekä työyhteisön kiinnostus ja muulta henkilökunnalta saatu tieto. Ajan sekä tiedon puutteen ja osaston hektisyyden koettiin estävän elämäntapaohjauksen toteutumista.

## **7.4 Ammatillinen kehittyminen**

Alaraajojen valtimonkovetustauti on jatkuvasti yleistyvä terveysongelma ja potilasohjaus on merkittävä osa hoitohenkilökunnan työtä, joten opinnäytetyön aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen tutustuessa saimme paljon hyödynnettävää tietoa tulevan työelämän kannalta. Opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme kriittisemmiksi tutkitun tiedon hakijoiksi sekä hyödyntäjiksi. Työskentelyn aikana olemme oppineet kyseenalaistamaan erilaisia tietolähteitä sekä niiden luotettavuutta ja ajankohtaisuutta. Tulevassa työelämässä tulemme tarvitsemaan päivittäisen työn tukena ajankohtaista tutkimustietoa, joka on myös edellytyksenä laadukkaan hoitotyön toteuttamiselle sekä kehittämiseksi. Nykypäivän terveydenhuollossa hoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti, potilaat ja heidän omaisensa ovat yhä valveutuneempia eri sairauksista sekä niiden hoitomuodoista. Tämän vuoksi meillä tulevina sosiaali- ja terveysalan ammattilaisina on velvollisuus päivittää omaa tietouttamme sekä kyettävä sovelta-  
maan oppimaamme käytännön hoitotyöhön. Kehittyvinä hoitotyön ammattilaisina meidän on hallittava laaja tietoperusta kyetäksemme tekemään itsenäisiä päätöksiä.

Etsimällä perusteluja omalle toiminnallemme sekä tekemillemme ratkaisuille voimme edistää jatkuvaa ammatillista kehittymistä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön työstäminen on ollut haastava, mutta palkitseva projekti. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme laatineet tarkkaa aikataulusuunnitelmaa, jossa olemme pysyneet kiitettävästi. Yhteistyösopimuksen ja tutkimussuunnitelman laatiminen, kyselyn tekeminen ja tulosten analysointi sujui oletetusti aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön työstämisen myötä olemme edistyneet oman työomme suunnittelussa ja organisoinnissa sekä harjaantuneet tehokkaammiksi ajankäyttäjiksi. Paineensietokyky sekä stressinhallinta ja yhteistyötaidot ovat kehittyneet työskentelyprosessin aikana. Koemme edellä mainittujen valmiuksien edesauttavan työskentelyämme muutosten keskellä elävässä yhteiskunnassa ja yhä vaativammissa työympäristöissä. Erilaiset projektit sekä kehittämistehtävät näkyvät yhä enemmän nykypäivän sosiaali- ja terveysalan työyhteisöissä. Uudistuvan työelämän edellytyksenä on jatkuva kehittäminen, josta jokaisen hoitotyön ammattilaisen on kannettava vastuu turvallisen ja laadukkaan hoitotyön takaamiseksi.

Tämän opinnäytetyön aiheen koimme tärkeäksi omaa ammatillista kehittymistä ajatellen. Valmistumme hoitotyön ammattilaisiksi ja koemme, että potilaiden sekä heidän omaistensa ohjaaminen kuuluu hyvin oleellisesti jokapäiväiseen työnkuvaan. Potilasohjaus ja elämäntapaohjaus ovat tärkeitä hoitotyön osa-alueita ja niiden merkitys korostuu jatkuvasti. Ohjaustyöhön pyritään panostamaan yhä enemmän ja näin vaikutetaan potilaiden terveyden edistämiseen, sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä potilaiden itsehoitovalmiuksiin. Tulevaisuuden työelämässä voimme hyödyntää tämän opinnäytetyön myötä saatua tietoutta sekä myös kehittää potilasohjaustyötä. Tämän oppimiskokemuksen myötä meillä on mahdollisuus kehittää ohjaustyötä yhä laadukkaammaksi ja vastata näin terveydenhuollossa kehittyviin haasteisiin. Työskentelyn aikana meille on korostunut potilaan kokonaisuuden, yksilöllisyyden sekä voimavarojen huomioinnin tärkeys ohjaustyössä. Opinnäytetyön myötä olemme saaneet mielekkään oppimiskokemuksen ja koemme sen palvelevan oppimistamme tulevaa työelämää ja sen asettamia haasteita kohtaan.

## 7.5 Jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista, sitä estäviä ja edistäviä tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksia heidän itsensä arvioimana.

Työskentelyn aikana ja tutkimustuloksia analysoitaessa heräsi ajatus muutamien jatkotutkimusaiheiden suhteen, joista voisi olla edelleen hyötyä kehitettäessä elämäntapaohjausta.

Jatkotutkimusaiheet:

- Kuinka alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjaus toteutuu potilaiden arvioimana?
- Miten hoitohenkilökunnan ikä, työkokemus ja koulutus vaikuttavat ohjausvalmiuksiin sekä asenteisiin ohjata potilaita elämäntapamuutoksiin?
- Miten tästä opinnäytetyöstä saatua tietoa on hyödynnetty elämäntapaohjausta kehitettäessä ja minkälaisia muutoksia ohjaustyössä on tapahtunut esimerkiksi vuoden kuluttua?

## LÄHTEET

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elämäntapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 43, 1, 8–12.

Absetz, P., Jallinoja, P., Kuronen, R. & Patja, K. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa: Tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. *Lääkärilehti* 61, 37, 3747–3751.

Ahola, N., Heikkilä, A., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoidotajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19, 1, 3–12.

Alaraajojen tukkiva valtimotauti. 2010. Käypä hoito–suositus. Viitattu 26.9.2010. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), suositukset, erikoisaloittain, sisätaudit, alaraajojen tukkiva valtimotauti.

Allen, J., Bengtson, A., Drevenhorn, E., Kjellgren, K. & Säljö, R. 2007. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, 1, 46–53.

Anttila, U. 2008. Ryhmäohjaus tyyppin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa. Pro gradu–tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Arain, F. & Cooper, L. 2008. Peripheral arterial disease: Diagnosis and management. *Mayo clinic proceedings* 83, 8, 944–950.

Backman, K., Isola, A., Kääriäinen, M. & Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19, 2, 51–61.

Bergman, E. & Berterö, C. 2001. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing* 36, 6, 733–741.

Boucher, J., Duprez, D., Ershow, A., Hirsch, A. & Steffen, L. 2008. Management of peripheral arterial disease. *Diabetes spectrum* 21, 3, 171–177.

Chen, J., DeSalvo, K., Fonseca, V., Muntner, P., Reynolds, K. & Wildman, R. 2005. Relationship between HbA1c level and peripheral arterial disease. *Diabetes care* 28, 8, 1981–1987.

Daniel, W., House, J., Laster, S., Marso, S., Safley, D. & Spertus, J. 2007. Quantifying improvement in symptoms, functioning and quality of life after peripheral endovascular revascularization. *Circulation* 115, 569–575.





Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu: Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto: Studies in sport, physical education and health. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House, Lievestuore: ER-Paino y.

Koivunen, K. 2008. Alaraajojen valtimonkoveutustautia sairastavien terveyteen liittyvä elämänlaatu sekä hoitomenetelmien kustannukset. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Kolesteroli- ja verenpainepotilaan opas. 2006. AstraZenecan julkaisema potilasopas. Viitattu 19.11.2010. [www.astrazeneca.fi](http://www.astrazeneca.fi), tietoa ja tukea potilassivuillemme, verenpaine ja kolesteroli, tietoa ja tukea, lataa verenpaine- ja kolesterolipotilaan opas tästä.

Kraft-Oksala, P. 2010. Terveyttä edistävä elämäntapaohjaus ryhmässä: Kysely valtimotautipotilaiden Tulppa-avokuntoutusohjelman toimintaedellytysten toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16, 5, 225-234.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kääriäinen, M. 2008a. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Toim. Kanste, O., Kyngäs, H. Lipponen, K. & Ukkola, L. 2008. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. 2. uud. p. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino, 3-7.

Kääriäinen, M. 2008b. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Viitattu 30.11.2010. Ajantasainen lainsäädäntö Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1972, kansanterveyslaki.

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidonlaki. Viitattu 30.11.2010. Ajantasainen lainsäädäntö Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1989, erikoissairaanhoidonlaki.

Lepäntalo, M. & Venermo, M. 2010. Alaraajojen tukkivan valtimotaudin riskitekijät. Käypä hoito–suosituksen sähköinen tausta–aineisto. Viitattu 26.9.2010. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), suositukset, aakkosissa, alaraajojen tukkiva valtimotauti, sähköinen tausta–aineisto, alaraajojen tukkivan valtimotaudin riskitekijät.

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu–tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Marttila, J. 2010. Matkalla–Näkökulmia ryhmäohjaukseen. Diabetes ja lääkäri 39, 4, 28–32.

Miettinen, T. & Vanhanen, H. 2009. Perifeerinen valtimosairaus. Viitattu 27.9.2010. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, perifeerinen valtimosairaus.

Miettunen, S. 2008. Potilasohjaus hoitotyössä. Pro gradu–tutkielma. Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos.

Mustajoki, P. 2009. Valtimotauti (ateroskleroosi). Viitattu 24.10.2010. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), lääkärikirja Duodecim, valtimotauti (ateroskleroosi).

Opetushallitus. 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Ammattillisen perustutkinnon perusteet. Vaasa: Oy Fram Ab.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Forssa: Forssan Kirjapaino.

Rissanen, H. 2003. Alaraajojen ateroskleroosia sairastavien potilaiden elämänlaatu ja kokemuksia sairaudestaan. Pro gradu–tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Viitattu 28.10.2010. [www.stm.fi](http://www.stm.fi), julkaisut, kirjastotietokanta, sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: Valmentava elämäntapaohjaus. 1. p. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu–tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Voutilainen, A. 2010. Voimavaralähtöinen potilasohjaus: Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.

## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje osastolle

#### Arvoisa osaston hoitohenkilökunta!

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksikössä opiskelevat sairaanhoitaja- sekä terveydenhoitajaopiskelija. Olemme saaneet opinnäytetyöllemme aiheen osastoltanne. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia antaa elämäntapaohjausta alaraajojen valtimonkoveustautia sairastaville potilaille.

Toteutamme kyselyn sähköisesti Digium-ohjelmistolla. Olemme saaneet Teidän sähköpostiosoitteenne osaston yhteyshenkilön kautta. Saatte linkin kyselyyn sähköpostitse helmikuussa 2011 viikolla 5 ja vastausaikaa on kaksi viikkoa. Kyselyyn vastaaminen on helppoa ja mahdollista milloin tahansa vastausajan puitteissa. Kysely sisältää sekä valmiilla vaihtoehdoilla varustettuja kysymyksiä että puoliavoimia kysymyksiä. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Antamanne vastaukset pysyvät nimettöinä eikä meille palautuvissa vastauksissa näy vastaajan sähköpostiosoite. Vastauksenne hävitetään niiden analysoinnin jälkeen.

Toivomme Teidän vastaavan kyselyyn, koska saadut tulokset ovat hyödynnettävissä alaraajojen valtimonkoveustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjausta kehitettäessä. Kyselyyn osallistuminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista.

Mikäli ilmenee jotain kysyttävää tai ongelmatilanteita kyselyyn liittyen, ottakaa meihin yhteyttä!

Yhteistyöterveisin:

Karoliina Koikkalainen

[karoliina.koikkalainen.sho@jamk.fi](mailto:karoliina.koikkalainen.sho@jamk.fi)

Hanna Kämäräinen

[hanna.kamarainen.sho@jamk.fi](mailto:hanna.kamarainen.sho@jamk.fi)

## Liite 2. Digium–kyselyn runko

Arvoisa kyselyyn vastaaja!

Opinnäytetyömme kysely koskee alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjauksen toteutumista sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia antaa elämäntapaohjausta kyseiselle potilasryhmälle. Kyselyn tulokset ovat hyödynnettävissä alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden elämäntapaohjausta kehitettäessä Teidän osastollanne. Kysely sisältää sekä puoliavoimia että monivalintakysymyksiä, vastaamiseen kuluu aikaa noin 15–20 minuuttia.

- Ammatinimike? Valitkaa seuraavista vaihtoehdoista sopivin:  
Lähi- tai perushoitaja  
Sairaanhoidtaja
- Työkokemus hoitoalalla? Ilmoittakaa vastaus vuosina: \_\_\_\_\_
- Työkokemus alaraajojen valtimonkovetustautia sairastavien potilaiden hoitotyöstä? Ilmoittakaa vastaus vuosina: \_\_\_\_\_
- Minkälaiseksi koette omat valmiutenne (tiedolliset ja taidolliset) antaa elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle? Valitkaa seuraavista vaihtoehdoista sopivin:  
Erinomainen  
Hyvä  
Tyydyttävä  
Välttävä  
En koe omaavani valmiuksia
- Mitkä ovat ohjausvalmiuksienne vahvuudet elämäntapaohjauksessa?
- Mitkä ovat ohjausvalmiuksienne kehittämiskohteet elämäntapaohjauksessa?
- Mitä ohjausmenetelmiä käytätte antaessanne elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle? Valitkaa yleisimmin käyttämänne ohjausmenetelmä:  
Yksilöohjaus  
Ryhmäohjaus  
Jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

- Mitä ohjausmateriaalia käytätte antaessanne elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle? Valitkaa yleisimmin käyttämänne ohjausmateriaali:  
Kirjalliset potilasohjeet  
Videot ja äänikasetit  
En käytä suullisen ohjauksen tukena ohjausmateriaalia  
Jokin muu, mikä \_\_\_\_\_
- Kuinka tärkeäksi koette elämäntapaohjausvalmiudet osana omaa ammattitaitoanne?  
Erittäin tärkeä  
Tärkeä  
Hieman tärkeä  
En lainakaan tärkeä
- Mitkä tekijät vaikuttavat motivaatioonne antaa elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle?
- Miten usein Teillä on mahdollisuus antaa elämäntapaohjausta sitä tarvitseville potilaille osaston tarjoamien resurssien puitteissa? Valitkaa sopivin vaihtoehto:  
Aina  
Useimmiten  
Satunnaisesti  
Harvoin  
Ei koskaan
- Missä vaiheessa hoitojaksoa annatte elämäntapaohjausta kyseiseen potilasryhmään kuuluvalle potilaalle? Valitkaa sopivin vaihtoehto:  
Tasaisesti koko hoitojakson aikana  
Yksittäinen ohjaustilanne hoitojakson aikana  
Kotiutustilanteessa  
En anna elämäntapaohjausta  
Jokin muu, mikä \_\_\_\_\_
- Kuinka paljon käytätte aikaa kyseessä olevan potilasryhmän elämäntapaohjauksen suunnitteluun työvuoronne aikana? Valitkaa sopivin vaihtoehto:  
0-10 minuuttia  
10-20 minuuttia  
20-30 minuuttia  
Yli 30 minuuttia  
En käytä aikaa suunnitteluun

- Kuinka paljon käytätte keskimäärin aikaa elämäntapaohjauksen toteuttamiseen kyseessä olevalle potilasryhmälle työvuoronne aikana? Valitkaa sopivin vaihtoehto:  
0–15 minuuttia  
15–30 minuuttia  
30–40 minuuttia  
40–50 minuuttia  
Yli 50 minuuttia  
En käytä aikaa ohjauksen toteuttamiseen
  
- Mitkä tekijät työyksikössänne edistävät kyseessä olevalle potilasryhmälle annettavan elämäntapaohjauksen toteutumista?
  
- Mitkä tekijät työyksikössänne estävät kyseessä olevalle potilasryhmälle annettavan elämäntapaohjauksen toteutumista?
  
- Miten tärkeäksi koette elämäntapaohjauksen potilaiden hoidon kannalta? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin:  
Erittäin tärkeä  
Tärkeä  
Hieman tärkeä  
Ei lainkaan tärkeä
  
- Mitä keinoja käytätte motivoidessanne kyseistä potilasryhmää elämäntapamuutokseen?
  
- Mitä terveysneuvonnan sisältöalueita käsittelette antaessanne elämäntapaohjausta kyseessä olevalle potilasryhmälle?
  
- Kuinka huomioitte kyseessä olevaan potilasryhmään kuuluvan yksilön omat voimavarat elämäntapaohjauksen suunnitellussa ja toteutuksessa?
  
- Millä keinoin kyseessä olevan potilasryhmän elämäntapaohjausta voisi jatkossa kehittää?

Kiitos vastauksistanne ja mielenkiinnostanne kyselyämme kohtaan!