



# **OHJAUS SEPELVALTIMOTAUTI- POTILAAN LÄÄKEHOITOON SI- TOUTUMISESSA**

Anne Mäkelä

Emilia Rantanen

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelman  
Hoitotyön suuntautumisvaihto-  
ehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MÄKELÄ, ANNE & RANTANEN, EMILIA:  
Ohjaus sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumisessa

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 7 sivua  
Maaliskuu 2015

---

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosaston kanssa ja se oli jatkumoa osastolla toteutuneelle projektille ”Potilas osallistuu aktiivisesti lääkehoidon suunnitteluun ja toteutukseen”. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotautipotilaan saaman lääkehoidon ohjauksen yhteyttä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esiin, miten osastolla annettu potilasohjaus oli yhteydessä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen avulla kehittää potilaan lääkehoidon ohjausta kyseisellä vuodeosastolla. Opinnäytetyön ongelmina oli selvittää millaista lääkehoidon ohjausta potilaat saivat, mitkä lääkehoidon ohjauksen tekijät olivat yhteydessä lääkehoitoon sitoutumisessa ja millaiseksi potilaat arvioivat omaa sitoutumistaan lääkehoitoon.

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin määrällinen menetelmä. Tietoa kerättiin osastohoidossa olleilta sepelvaltimotautia sairastavilta potilailta paperisella strukturoidulla kyselylomakkeella, johon potilaat vastasivat kotiutumisen jälkeen. Kyselylomake sisälsi muutamia monivalintakysymyksiä, Likert-asteikollisia mielipideväittämiä sekä neljä avointa kysymystä, joilla haluttiin saada suljettuja kysymyksiä täydentävää lisätietoa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden saama ohjaus oli hyvää, ymmärrettävää ja käytännönläheistä. Vastaajien mielestä lääkehoidon ohjaus oli riittävää ja saatuja ohjeita oli helppo noudattaa. Tulosten mukaan vastaajat eivät saaneet riittävästi tietoa lääkehoidon sivuvaikutuksista. Potilaiden mahdollisuus vaikuttaa lääkehoidonsa tavoitteiden laadintaa arvioitiin myös puutteelliseksi. Tulosten mukaan kaikki potilaat arvioivat sitoutumistaan lääkehoitoonsa joko hyväksi tai erittäin hyväksi ja olivat valmiita ottamaan lääkehoidon osaksi päivittäisiä rutiineja.

Osastolla tulee jatkossa ohjauksessa kiinnittää enemmän huomiota lääkehoidon sivuvaikutuksista kertomiseen ja ottaa potilas aktiivisemmin mukaan lääkehoidon tavoitteiden laadintaan. Ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota lääkehoidon kustannuksiin ja niiden vaikutukseen lääkkeiden hankinnassa. Opinnäytetyön aineisto oli pieni, minkä vuoksi tuloksia ei voida yleistää eikä ohjauksen yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen voida osoittaa. Kysely olisi mielenkiintoista toteuttaa isommalla aineistolla, jolloin ohjauksen yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen voitaisiin arvioida luotettavammin.

---

Asiasanat: potilasohjaus, hoitoon sitoutuminen, sepelvaltimotauti, lääkehoito

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Nursing

MÄKELÄ, ANNE & RANTANEN, EMILIA

Patient Counselling and Compliance with Medical Treatment in Patient with Coronary Heart Disease

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 7 pages  
March 2015

---

The purpose of this thesis was to find out how counseling in medical treatment relates to patient compliance and adherence in a patient with coronary heart disease, and to yield information that helps to develop counseling in medical treatment in a medical ward of Hatanpää Hospital. The main research questions were to find out what kind of counseling the patients received, which factors in medical treatment counseling related to the patient compliance and how the patients themselves evaluated their compliance with medical treatment.

The thesis was quantitative in nature and the data was collected through questionnaires from the patients with coronary heart disease after discharge. The data was analyzed using descriptive statistics and quantitative content analysis.

Most of the respondents agreed that the counseling was good, understandable and practical. The results revealed that the patients did not receive enough information on side effects of the medication. Similarly, the patients' opportunities to influence the goals of medical treatment were inadequate.

The thesis was carried out in co-operation with Hatanpää Hospital and it was continuation to a previous project completed on the ward, "The patient is actively involved in the implementation of medical treatment".

---

Key words: patient counseling, patient compliance, coronary heart disease, medical treatment

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
2.1	Sepelvaltimotauti .....	8
2.1.1	Sepelvaltimotauti sairautena .....	8
2.1.2	Sepelvaltimotaudin hoitomuodot .....	9
2.2	Potilasohjaus .....	11
2.2.1	Potilasohjaus hoitotyössä .....	11
2.2.2	Lääkehoitoon sitoutumista edistävä potilasohjaus .....	13
2.3	Hoitoon sitoutuminen .....	15
2.3.1	Sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutuminen .....	15
2.3.2	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.....	18
2.4	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista .....	22
3	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE .....	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	24
4.1	Tutkimukselliset menetelmät hoitotyössä.....	24
4.2	Määrällinen lähestymistapa .....	25
4.3	Aineiston keruu .....	27
4.4	Aineiston analysointi .....	30
5	TULOKSET .....	33
5.1	Kyselyyn vastanneiden määrä.....	33
5.2	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	34
5.3	Lääkehoidon ohjaus vastanneiden arvioimana .....	35
5.4	Vastanneiden osallistuminen ohjaustilanteeseen .....	37
5.5	Vastaajien lääkehoidon osaaminen .....	38
5.6	Lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät lääkehoidon ohjauksessa .....	39
5.7	Vastaajien arvio lääkehoitoon sitoutumisestaan .....	42
6	TULOSTEN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	43
7	POHDINTA.....	47
7.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	47
7.2	Opinnäytetyöprosessin pohdintaa .....	51
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet.....	51
	LÄHTEET.....	53
	LIITTEET .....	55
	Liite 1. Tutkimustaulukko .....	55
	Liite 2. Kyselylomake .....	58

Liite 3. Saatekirje .....61

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa potilaan rooli ja oikeudet ovat muuttuneet viimeisten vuosikymmenten aikana ja potilaan asema hoitonsa toimijana ja vastuunkantajana on vahvistunut. Sairaalahoidoaikojen lyhentymisen ja polikliinisen hoidon lisääntyminen tuovat haasteita potilaan hoidon onnistumiselle ja asettavat potilaan aiempaa suurempaan vastuuseen hoitonsa toteuttajana. Tämä edellyttää riittävää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä itsehoitovalmiuksien lisääntymistä. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 64.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että potilaalla on oikeus tietoon terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista (Finlex 1992). Nykyinen kansainvälinen ja kansallinen terveyspolitiikka korostaa elämänhallintaa tukevaa terveydenhuoltoa ja kansalaisen omaa roolia terveyden edistämässä (WHO 2003; STM 2001).

Vaikka kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana, on sydän- ja verisuonitaudit yhä edelleen yksi merkittävimmistä kansantaudeistamme ja yleisin miesten ja toiseksi yleisin naisten kuolinsyy Suomessa. Yleisin verenkiertosairautemme, sepelvaltimotauti, oli syynä useampaan kuin joka viidenteen kuolemaan vuonna 2012. (Tilastokeskus, 2013.) Vaikka sepelvaltimotaudin hoidosta, synnystä ja riskitekijöistä tiedetään paljon, on hoitotyön haasteena potilaan ymmärryksen ja motivaation lisääminen hoitonsa aktiivisena toteuttajana. Opinnäytetyömme kohderyhmä, sepelvaltimotautipotilaat, kuuluvat yhteen merkittävimmistä pitkäaikaissairaiden ryhmistä.

Pitkäaikaissairauksista erityisesti sydän- ja verisuonisairauksia sairastavissa potilasryhmissä arviolta joka neljäs potilaista jättää noudattamatta annettuja lääkemääräyksiä (Gerlander, Isotalus, Kettunen & Kivinen 2013, 14). Sepelvaltimotauti on läpi elämän jatkuva sairaus, jonka hoito edellyttää sitoutumista. Lääkehoitoon sitoutuminen on keskeistä, sillä hoitoon sitoutuminen vaikuttaa potilaan eliniän ja laadun ennusteeseen, parantaa potilasturvallisuutta ja ennaltaehkäisee komplikaatioita. (Kähkönen 2009, 34; Kettunen 2008, 276; WHO 2003, 21–22.)

Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla hoidetaan sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia potilaita. Osastolla on lähdetty kehittämään potilaan sitouttamista omaan lääkehoitoonsa 2013 toteutuneella ”Potilas osallistuu aktiivisesti lääkehoidon suunnitteluun ja toteutukseen” -projektilla. Opinnäytetyömme on jatkumoa tälle projektille. Rajasimme opinnäytetyön aiheen koskemaan lääkehoidon ohjausta ja potilaiden sitoutumista lääkehoitoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sepelvaltimotautipotilaan saaman lääkehoidon ohjauksen yhteyttä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen avulla kehittää sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidon ohjausta kyseisellä sisätautien vuodeosastolla.

Tässä opinnäytetyössä käytämme termiä hoitaja tarkoittaen sillä laillistettua ja nimikesuojattua terveydenhuollon ammattihenkilöstöä (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja ja perushoitaja). Asiakkaan sijaan käytämme kohderyhmästä termiä potilas, koska se on terminä käytetympi sairaalaympäristössä.

Hoitotyössä on tullut yhä ajankohtaisemmaksi potilaslähtöisyys, potilaan aktiivinen osallistuminen sekä potilaan vastuunotto oman hoitonsa toteuttajana. Toteuttaakseen hoitoaan potilas tarvitsee tietoa, taitoja ja tukea. Tämän vuoksi on perusteltua kiinnittää huomiota ja kehittää potilaan sitouttamista omaan lääkehoitoonsa. Potilasohjaus on hoitotyön keskeinen interventio ja olennainen osa sairaanhoitajan työnkuvaa.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Sepelvaltimotauti

#### 2.1.1 Sepelvaltimotauti sairautena

Sepelvaltimotauti on yksi suomalaisten yleisimmistä sydän- ja verisuonisairauksista. Tilastojen mukaan vuonna 2012 sepelvaltimotautiin Suomessa kuoli noin 12 000 henkilöä, joista työikäisiä oli 1 252. Miesten osuus työikäisten kuolleisuudesta oli yli 80 %. Samana vuonna sepelvaltimotaudin lääkityksen erityiskorvattavuuksia oli myönnetty 180 000 suomalaiselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Sepelvaltimotaudin esiintyvyys vaihtelee suuresti alueittain ja tautia esiintyy Itä-Suomessa puolitoista kertaa enemmän kuin Länsi-Suomessa. Sepelvaltimotautiin sairastumisen riskin on myös huomattu olevan suurempi niillä, joilla on alhainen palkka- ja koulutustaso. Viime vuosina sairauden ilmeneminen työikäiseen väestön keskuudessa, kuten infarkti kuolleisuuskin, on ollut laskusuunnassa. Tähän ovat vaikuttaneet elintapojen muutokset yhdessä taudin hoitomuotojen kehittymisen kanssa. Sairauden ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty enemmän huomiota ja myös hoitomuodot sekä lääkehoito ovat tehostuneet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Kettunen 2008, 243). Vaikka työikäisten sairastavuus onkin laskusuunnassa, ei sepelvaltimotaudin esiintyvyys ole vähentynyt väestön muuttuneen ikärakenteen vuoksi. Terveydenhoitojärjestelmäämme uhkaa kuormittuminen suurten ikäluokkien kasvaessa, sillä sepelvaltimotaudista on tullut vanhemman väestön, erityisesti ikääntyvien naisten, sairaus. (Kettunen 2008, 243).

Sepelvaltimotaudissa sydänlihakselle verta kuljettavat sepelvaltimot ovat vaurioituneet eivätkä kykene kuljettamaan riittävästi hapekasta verta sydänlihakselle, jolloin lihaksen hapensaanti häiriintyy. Valtimoiden endoteeliin eli sisäseinämään kehittyy rasva-ainepaksuuntumia, jotka häiritsevät endoteelin toimintaa lisäten suonien supistumistai-pumusta sekä verenhiyytymisen aktiviteettia. Ajan myötä rasvaplakit paksuuntuvat ja kalkkiutuvat ahtauttaen suonien pysyvästi tai tukkivat suonien kokonaan. Tätä rasvan kertymistä valtimoihin kutsutaan ateroskleroosiksi eli valtimokovettumataudiksi. Valtimokovettumatauti vaikuttaa koko valtimopuustoon, mutta sepelvaltimotaudissa tarkoitetaan tilaa, jossa sydämen pinnalla kulkevat verisuonet, sepelvaltimot, ovat vaurioituneet.



(Vauhkonen & Holmström 2012, 46–48; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 197; Kettunen 2008, 240–243.)

Sepelvaltimoiden tukkeutumisesta tai ahtautumisesta johtuvia oireita kutsutaan sepelvaltimotautikohtauksiksi. Rasvaplakkien suurentuminen voi aiheuttaa heikentyneen suonenseinämän repeytymisen tai plakkiin voi tulla vuoto, jolloin elimistö pyrkii itse korjaamaan vauriota. Näiden seurauksena syntyy äkillinen trombi eli verihyytymä, joka tukkii suonen osittain tai kokonaan. Vaurioituneet sepelvaltimot eivät kykene kuljettamaan tarpeeksi hapekasta verta sydämelle aiheuttaen näin hapenpuutteesta johtuvaa rasisurintakipua. Rasisurintakipu voi ilmetä stabiilina tai instabiilina angina pectoriksenä (sydänperäinen rintakipu). Rintakipuoire johtuu suonen tukkeutumisen ja hapenpuutteen seurauksena syntyneestä sydänlihaskvauriosta, jota voi ilmetä rasisuksessa tai levossa. Sydäninfarktista on kyse, kun pitkittynyt hapenpuute johtaa sydänlihaskuoliioon. Taudin ensimmäinen oire voi olla myös äkkikuolema. (Vauhkonen & Holmström 2012, 46–48; Holmia ym. 2010, 197; Kettunen 2008, 240–243.)

Sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin kuuluvat korkeat kolesteroliarvot, erityisesti kohonnut LDL – kolesterolin pitoisuus veressä, tupakointi, kohonnut verenpaine, diabetes, lihavuus sekä liikunnan vähyys ja stressi. Riskitekijöihin tulee puuttua jo hyvin varhaisessa vaiheessa, sillä tauti voi alkaa kehittyä jo nuorella iällä. Mitä enemmän riskitekijöitä yksilöllä on, sen suurempi todennäköisyys sepelvaltimotaudin puhkeamiseen on. Elämäntapojen kartoitus on oleellinen osa hoitoa, sillä niillä on suuri merkitys sepelvaltimotaudin synnyssä. On todettu, että myös hyvin lievääasteinen sepelvaltimotauti voi aiheuttaa sydänkohtauksia. (Kettunen 2008, 241–246; Holmia ym. 2010, 198–200.)

### **2.1.2 Sepelvaltimotaudin hoitomuodot**

Sepelvaltimotaudin ehkäisyssä sekä hoidossa tavoitteisiin päästään ensisijaisesti elämäntapamuutoksilla sekä lääkehoidolla. Sepelvaltimotaudin kajoavia hoitomuotoja ovat pallolaajennus ja ohitusleikkaus, joihin turvaudutaan kun elintapojen muutos ja lääkehoito eivät ole yksistään auttaneet. Kajoavilla toimilla poistetaan kuitenkin vain taudin oireet, jolloin sepelvaltimotaudin riskitekijöihin puuttuminen ja lääkehoito ovat välttämättömiä. Lääkehoidon tavoitteena on sepelvaltimotaudin oireiden lievittyminen ja elämänlaadun paraneminen sekä ennusteen paraneminen. Potilaille aloitetaan usein elin-

iän kestävä lääkehoito, jonka tavoitteena on vaikuttaa potilaan eliniän ja elämänlaadun ennusteeseen. (Kettunen 2008, 269, 277.)

Sepelvaltimotautiin ei ole parantavaa lääkehoitoa vaan lääkehoito jaetaan ennalta ehkäiseviin ja oireita lievittäviin lääkkeisiin. Sepelvaltimotaudin hoidossa yleisimmin käytetyt lääkeryhmät ovat verenhyttymiseen vaikuttavat lääkkeet, verenpaine- ja kolesterolilääkkeet sekä nitraatit. Ennaltaehkäisyssä käytetään verenhyttymistä estäviä lääkkeitä, kuten asetyylisalisyylihappoa, sekä kolesterolilääkkeitä kuten statiineja. Lisäksi ennaltaehkäiseviin lääkeryhmiin lukeutuu myös beetasalpaajat, kalsiumsalpaajat sekä ACE:n estäjät. Rintakipuoireiden hoidossa käytetään nitraatteja. (Suomen Sydän liitto ry 2012; Kettunen 2008, 269, 275–276.)

Sepelvaltimotaudissa lääkkeillä vaikutetaan sydämen hapensaannin paranemiseen sekä sepelvaltimoiden supistusherkkyyden alentamiseen. Sydämen kuormitusta vähennetään sykettä ja verenpainetta alentavilla lääkkeillä. Lisäksi veren hyttymistä ja veritulpan muodostumista estetään tromboosia (verihiutaleiden yhteentakertumista) hillitsevillä lääkeaineilla. Sepelvaltimotautipotilaan pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeinen lääkehoito yhdessä elämäntapojen muutosten kanssa on entistä tärkeämpää. Potilaan verenpaine, rasva-arvot sekä sokeritaso tulee saada hallintaan. Koska tauti voi puhjeta ennalta terveelle ihmiselle, tarvitsee hän paljon tukea sopeutuessaan uusiin hoitoihin. Pysyväksi tarkoitetun lääkehoidon onnistuminen riippuu paljon potilaan sitoutumisesta hoitoonsa. Tämä taas edellyttää hyvää potilaan ohjausta lääkehoitonsa suhteen. Lääkehoito vaatii sitoutumista eikä lääkitystä tule keskeyttää oireiden helpottaessa. (Kettunen 2008, 269, 275–276, 291–292.) Sepelvaltimotaudin hyvän ennusteen kannalta keskeisimmät asiat ovat ennustetta parantavien elämäntapamuutosten ja lääkehoitojen toteutuminen (Suomen Sydän liitto ry 2012).

## 2.2 Potilasohjaus

### 2.2.1 Potilasohjaus hoitotyössä

Potilasohjaus käsitteenä on hyvin laaja-alainen ja käsitettä käytetään usein rinnakkain muun muassa neuvonnan ja opetuksen kanssa. Erään määritelmän mukaan potilasohjaus on potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Potilasohjaus voidaan ymmärtää myös potilaslähtöisenä voimavaraistumista tukevana ohjauksena, jossa potilas on aktiivinen tiedonkäsittelijä tai toimintana, jonka avulla edistetään potilaan osallisuutta ja tavoitellaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitsemista (Eloranta ym. 2014, 64–65; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta ym. 2007, 25.)

Potilasohjauksen keskeiset tavoitteet tiedon saannin lisäämisen lisäksi on tukea potilaan omien voimavarojen tunnistamista, lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia ja hoitoon sitoutumista, lisätä potilaan ymmärrystä lääkehoidon merkityksestä sairauden hoidossa sekä tukea potilaan vastuunottoa sairauteen liittyvissä asioissa (Kyngäs ym. 2007, 145; Kähkönen 2009, 9). Potilaan asema oman hoitonsa toimijana on korostunut terveydenhuollossa ja myös nykyinen kansallinen terveystalitiikka korostaa kansalaisten omaa roolia terveyden edistämässä (Lääkehoidon politiikka 2020; STM 2001; WHO 2003).

Potilasohjaus on hoitotyössä keskeinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 (Finlex 1992) määrittelee, että potilaalla on oikeus tietoon terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Lain mukaan potilaalla on myös oikeus saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma hoidostaan. Hoitajalla taas on koulutuksensa ja ammattinsa antama pätevyys ja oikeus eli ammatillinen vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamiseen (Kyngäs ym. 2007, 42).

Potilasohjaus lisää potilaan tiedonmäärää ja ymmärrystä sairaudesta ja sen hoidon vaikutuksista ja edistää näin potilaan itsenäistä päätöksentekoa ja itsemääräämistä (Kyngäs ym. 2007, 145). Eettisiä pulmia potilasohjauksessa voi tulla, jos hoitajan odotukset ja potilaan tekemät päätökset eivät kohta. Potilaalla on kuitenkin oikeus päättää omasta hoidostaan ja tehdä omia arvovalintojaan tietoisena niiden seurauksista (potilaan itse-

määräämisoikeus, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Hoitajalla on ammatilaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja perustuu näyttöön tai hyväksi todettuihin käytänteisiin. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioitus on osa hoitajan eettistä toimintaa. (Kyngäs ym. 2007, 145, 154.)

Potilasohjaus ja sen vaikuttavuus ovat nousseet keskeiseksi osaksi hoitotyön kehittämistä monestakin syystä. Tänä päivänä hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti ja potilaat kotiutuvat sairaalasta nopeasti. Väestön koulutustason nousu ja lisääntyneet informaatiotekniikan mahdollisuudet mahdollistavat potilaiden itsenäisen tiedonhaun. He osaavat myös käyttää löytämäänsä tietoa hyväksi yhä paremmin. Potilaat osaavat myös vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa. Nämä seikat vahvistavat potilaan asemaa oman hoitonsa toimijana ja vastuunkantajana ja toisaalta edellyttävät potilasohjauksen kehittämistä hoitotyössä. (Kyngäs ym. 2007, 12, 153.)

Potilasohjauksen kehittämishaasteita tutkimusten (Eloranta ym. 2014, 67–71; Kankkunen, Kähkönen & Saaranen 2012, 204–208; Kähkönen 2009, 38) mukaan on potilasohjauksen organisoinnin ja sisällön kehittäminen, potilaan ohjaustarpeiden tunnistamisen ja hoidon tavoitteiden asettaminen, ohjauksen ajoituksen oikea-aikaisuus ja monipuolimpien ohjausmenetelmien hyödyntäminen. Myös potilasohjauksen tuloksellisuuden arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Eloranta ym. (2014, 70) näkivät tärkeänä, että potilailla olisi aktiivinen rooli ohjausprosessissa ja heille annettaisiin mahdollisuudet kertoa käsityksistään ohjauksen tavoitteista ja keinoista tavoitteiden saavuttamiseksi. Tärkeänä nähtiin myös kiinnittää jatkossa huomiota, millaista ohjausta potilas missäkin sairauden ja hoitoprosessin vaiheessa saa. Kähkönen (2009, 39) mukaan potilasohjauksen toteutus on tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista ja etenkin sairaalahoidon päätyttyä täysin riittämätöntä. Samoin Kankkunen, Kähkönen & Saaranen (2012, 203) painottaisivat potilasohjauksen ajoituksessa painopistettä sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan perustellen, etteivät potilaat ehdi sairaalassaoloaikana omaksua riittävästi uutta tietoa sairaudesta. Tämä on huomion arvoinen seikka verraten nykyiseen käytäntöön, jossa ohjauksen pääpaino on kotiutumishetkessä.

### 2.2.2 Lääkehoitoon sitoutumista edistävä potilasohjaus

Sepelvaltimotauti on läpi elämän jatkuva krooninen sairaus, jonka hoito edellyttää sitoutumista ja jonka ennusteelle onnistuneella potilasohjauksella on suuri merkitys. Sitoutuminen vaatii uuden oppimista ja elämän uudelleen jäsentämistä. Keskeistä on, miten potilas pystyy ja osaa sovittaa uudet vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. (Kähkönen, 2009, 8, 34, 39, 53.) On todettu, että hyvä potilasohjaus edistää potilaan itsenäistä päätöksentekoa, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa. Se edistää myös lääkehoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta sekä hoidon laatua. Näiden tekijöiden kautta potilasohjaus edistää potilaan terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Potilaan tiedot sairaudesta ja sen hoidosta ovat hoitoon sitoutumisen välttämätön ehto. Lääkehoidonohjaus lähtee potilaan tarpeista, ja sen sisältö on yksilöllisesti suunniteltua, huomioiden potilaan aikaisemmat tiedot ja aikaisemmin saadun ohjauksen. Lääkehoidon ohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat lääkkeisiin liittyvä tiedonanto sekä ohjaus lääkkeiden käytöstä ja niiden vaikutusten seurannasta. Yleisen tiedon lisääminen sepelvaltimotaudista tai sen lääkehoidosta ei riitä vaan tarvitaan henkilökohtaista tavoitteen asettamista, jotta hoidon tavoitteisiin päästään. (Kähkönen 2009, 8, 34; Saano & Taam-Ukkonen 2010, 296.) Pelkkä tiedollisen tuen antaminen ei kuitenkaan yksin riitä, tarvitaan myös emotionaalista ja konkreettista tukea (Kyngäs & Hentinen 2009, 76).

Lääkehoitoon sitoutumista edistävän potilasohjauksen lähtökohta on potilaan yksilöllisen tilanteen, tarpeiden, mahdollisuuksien ja voimavarojen määrittely yhdessä potilaan kanssa. Myös tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi laaditaan yhdessä, sillä on aina helpompi sitoutua yhdessä tehtyihin päätöksiin kuin ulkopuolelta osoitettuihin. Hoitoon sitoutumista edistävä motivaatio syntyy yhdessä suunnitelluista tavoista toteuttaa lääkehoitoa, realistisista ja konkreettisista tavoitteista ja onnistumisodotuksista ja sopivasta tunnetilasta. Myös tavoitteiden toteutumisen seuranta ja hoidon jatkuvuus motivoivat potilasta itsehoitoon. Potilasohjauksessa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja lääkehoidon ja ohjauksen asiantuntija. (Kaappola, Kurikka, Leikkola ym. 2010, 22; Kyngäs ym. 2007, 27, 39, 146–147; Kyngäs & Hentinen 2009, 77, 81, 88; Kähkönen 2009, 88.)

Lääkehoitoon sitoutumista edistävässä potilasohjauksessa sekä potilas että hoitajat ovat aktiivisia. On osoitettu, että potilaan aktiivinen osallistuminen keskusteluun omasta lääkehoidostaan auttaa häntä ymmärtämään lääkehoidon tärkeyden ja sitouttaa potilasta omahoitoonsa (Gerlander ym. 2013, 14). Ohjauksessa on tarpeen huomioida potilaan asennoituminen terveytensä hoitoon ja tietoisuuteen omasta terveyskäyttäytymisestään ja sen muutostarpeesta. Ohjausprosessissa arvioidaan aktiivisesti tekijöitä, jotka vaikuttavat kunkin potilaan hoitoon sitoutumiseen ja pyritään vaikuttamaan niihin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77; Kyngäs ym. 2007, 146.) Ohjauksen tuloksellisuuden arviointi on laadukkaan potilasohjauksen perusta. Palautteen antamisen mahdollisuutta ja lyhyiden palautetuokioiden järjestämistä on pohdittu mahdollisena keinoja selvittää potilaan oppimista, ymmärrystä ja käsitystä ohjattavasta asiasta (Eloranta ym. 2014, 70; Kyngäs ym. 2007, 45).

Ohjaustilanteessa potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutussuhteella on todettu olevan merkitystä potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta erityisesti pitkäaikais-sairaiden kanssa. Siinä hoitaja toimii teoreettisen tiedon tarjoajana sekä emotionaalisen tuen tuojana (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.) Hoitajan keskeinen tehtävä on ohjata, neuvoa ja motivoida potilasta keskeisten terveystieteiden ennaltaehkäisyssä, terveysongelmien hoidossa ja vastuunottamisessa omasta terveydestään (Kähkönen 2009, 7).

Lääkehoitoon sitoutumista edistävässä potilasohjauksessa voidaan käyttää monia eri potilasohjauksen menetelmiä, kuten yksilöohjausta, ryhmäohjausta ja audiovisuaalista ohjausta. Audiovisuaaliseen ohjaukseen kuuluu erilaisten teknisten laitteiden välityksellä annettava ohjaus, kuten videoiden, tietokoneverkkojen ja –ohjelmien sekä puhelimen välityksellä annettava ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 74, 104, 116.) Ohjausmenetelmien monipuolista hyödyntämistä on kaivattu lisää nykyisen kirjalliseen ohjausmateriaaliin turvautumisen sijaan (Eloranta ym, 2014, 70).

## 2.3 Hoitoon sitoutuminen

### 2.3.1 Sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutuminen

Tiedetään, että pitkäaikaisaurauksissa lääkehoitoon sitoutuminen on huonompaa kuin se on akuuteissa, lyhytaikaisissa sairauksissa ja sitoutuminen huononee ensimmäisen kuuden kuukauden aikana sairauden toteamisesta (Kynge & Hentinen 2009, 86, 197–198). WHO:n (2003, 7, 20, 23) teettämän maailmanlaajuisen hoitoon sitoutumisen raportin mukaan pitkäaikaissairauksien, kuten sepelvaltimotaudin, hoitoon länsimaissa sitoutuu noin puolet sairastuneista. Pitkäaikasairaiden määrä on yhä kasvussa, eikä hoitoon sitoutuneiden määrää voida pitää hyvänä. Raportissa tuotiin esiin, että julkinen terveydenhuolto ei tule selviämään nykytilanteesta, ellei potilaita saada sitoutumaan hoitoonsa paremmin. Hyvä hoitoon sitoutuminen tuo taloudellisia säästöjä kun terveyspalveluiden tarve vähenee, eikä taudin pahenemisvaiheita esiinny. Lisäksi lääkehoidon turvallisuus lisääntyy ja potilaiden terveyden tila kohenee. Epäsuoria säästöjä syntyy, kun sairauspoissaolot vähenevät ja potilaan elämänlaatu paranee. Pitkäaikaissairauksien hoitoon sitoutumista estäviin tekijöihin tulee kiinnittää huomio ja pyrkiä tehostamaan toimintaa niiden tunnistamiseksi ja ratkaisemiseksi.

WHO:n (2003, 4, 21.) raportissa todetaan, että potilaan sitoutuminen lääkehoitoonsa on tärkeää hoidon suunnittelun ja onnistumisen kannalta. Raportissa korostetaan, että hoitoon sitoutuminen tulee erottaa hoitomyönteisyydestä. Saano & Taam-Ukkonen (2010, 144, 304) määrittelee hoitomyönteisyyden siten, että se tarkoittaa potilaan halua ja kykyä noudattaa saamia hoito-ohjeita, kun taas hoitoon sitoutuminen on laajempi ja kokonaisvaltaisempi käsite. Hoitoon sitoutumisen he määrittelevät tarkoittamaan sitä, miten potilaan käyttäytyminen, lääkkeen ottaminen, ruokavalion noudattaminen tai elämäntapojen muuttaminen vastaa terveysalan ammattilaisen kanssa yhdessä sovittuja ohjeita.

Kyngäs ja Hentinen (2009, 16–17) määrittelevät hoitoon sitoutumisen terminä erilailta. He kritisoivat aiempaa käsitystä liian ylhäältäpäin annetuksi, joka ei korosta tarpeeksi potilaan omaa toimintaa yhdenvertaisena toimijana hoitohenkilöstön kanssa.

*”Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.”*

Sitoutuminen ei enää yksistään koske potilasta vaan se on laajennettu koskemaan myös hoitohenkilöstöä. Määritelmä sisältää ajatuksen, että hoidon suunnittelu ja hoito perustuvat yhteistyöhön, jossa potilas ja hoitaja yhdessä asettavat tavoitteita ja keinoja potilaan hoidon onnistumiseksi. Tämä lisää potilaan omaa aktiivista osallistumista sekä vastuunottoa hoidosta. Määritelmässä toiminta ja hoito perustuvat yleisesti hyväksytyyn tutkimustietoon terveydestä ja yleisiin hoitosuosituksiin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17.) Vanhentunut käsite on, että huono lääkehoitoon sitoutuvuus olisi yksinomaan potilaan syy. Hoitotyössä tarvitaan laajempaa ymmärrystä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista eri osa-alueista ja huomiota tulee kiinnittää myös terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksiin edistää potilaan hoitoon sitoutumista. (WHO 2003, 27, 29, 5.)

Sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumisen on todettu olevan heikkoa ja ohjauksen laatuun tulee kiinnittää enemmän huomiota. Oikean tiedon saanti on potilaalle tärkeää, jotta selviytyminen sairauden kanssa kotiutumisen jälkeen onnistuu. Potilas osaa tällöin tehdä saadun tiedon pohjalta oikeita päätöksiä mm. elintapamuutosten suhteen ja sitoutua hoitoonsa. (Kyngäs & Hentisen 2009, 158; Voogdt-Pruis, Vrijhoef, Beusmans & Gorgels 2012, 5.) Hoitohenkilökunnan tulee uudistaa näkökulmaansa ja suhtautumistaan pitkäaikaissairaahan hoitotyöhön. Ohjauksessa tarvitaan tehostettuja toimenpiteitä, koska vastuu pitkäaikaissairaahan potilaan hoidosta ei kosketa vain välitöntä hoitoa, vaan hoito voi olla elinikäistä. Potilaan jatkuva hoitoon sitoutumisen arviointi sekä uuden tutkitun tiedon käyttö luovat haasteita terveydenhuoltojärjestelmälle kehittää valmiuksia potilasohjauksessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 24–25, 157–158.)

Raportissa Lääkehoidon politiikka 2020 (23–24) on listattu toimenpiteitä, joilla tähdätään potilaan parempaan lääkehoitoon sitoutumiseen korostamalla potilaan omaa roolia ja kiinnittämällä huomioita terveydenhuollon ammattilaisten antamaan lääkehoidon ohjaukseen. Kehitettäväksi alueiksi raportissa on nostettu potilaan tukeminen hoidon



tavoitteiden saavuttamiseksi, lääkehoidon sekä omahoidon onnistumista tukevien keinojen löytyminen ja neuvonnan parantaminen, sekä turvallisten itsehoitokeinojen kehittäminen osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta. Potilaslähtöisellä hoidolla on todettu olevan positiivinen vaikutus pitkäaikaissairaana potilaan terveyteen sekä hoitoon sitoutumiseen. Se on myös vähentänyt terveyspalvelujen käyttöä. Potilaslähtöisellä hoidolla on lisätty potilaan autonomiaa hoitonsa suhteen ja pitkän aikavälin hoitotulokset ovat parantuneet. Erityisesti pitkäaikaissairaat hyötyvät potilaslähtöisestä hoidosta, jossa korostetaan potilaan autonomiaa ja voimaantumista toimien yhteistyössä potilaan kanssa hänen ongelmiaan ratkoen. (Kumpusalo, Kuusisto, Koskela & Nykänen 2013, 2591; The European Society of Cardiology 2007, 2407.)

Hoitoon ja erityisesti lääkehoitoon sitoutuminen lisää potilasturvallisuutta. Hoito-ohjeiden noudattamattomuus ja niiden väärin ymmärtäminen lisää riskiä komplikaatioihin. Lääkityksen laiminlyönti tai äkillinen lopettaminen saattaa johtaa taudin äkilliseen pahenemiseen ja vakavampiin oireisiin, kuin ne lääkkeiden käytön aikana olisivat. Yksi huono hoitoon sitoutumisen merkki on lisääntynyt toksisuuden riski. Erityisesti iäkkäillä potilailla lääkkeiden liikakäyttö ja unohtelu saattavat johtaa lääkkeiden yliannostuksiin. (WHO 2003, 21–22.)

On todettu, että pitkäaikaissairauksista erityisesti sydän- ja verisuonisairauksista kärsivien potilaiden lääkehoidon toteutus kotona jää puutteelliseksi. Potilaat arvioivat usein oman lääkehoitonsa onnistumisen paremmaksi kuin se todellisuudessa on. Myös hoitajien arviot lääkehoidon ohjauksen vaikuttavuudesta ovat usein yliarvioituja. (Gerlander ym. 2013, 14,19; WHO 2013, 4.) Hoitajan havainnointi ei yksistään riitä arvioimaan potilaan lääkehoitoon sitoutumista, sillä arviointi jää yksipuoliseksi, ammattihenkilön suorittamaksi. Potilaan oma arviointi ja näkemys lääkehoidon toteutumisesta ja tavoitteista nousee paremmin esille vuorovaikutuksellisessa kanssakäymisessä ja on hoidon jatkuvuuden kannalta ratkaiseva osatekijä. Keskustelun täydentäjinä toimivat potilaan päiväkirjat sekä kyselylomakkeet, joista hoitaja hahmottaa paremmin kokonaiskuvan potilaan lääkehoitoon sitoutumisesta. Keskustelun aikainen välitön palautteen saaminen hoitotuloksista vaikuttaa potilaaseen positiivisesti. (Kynäns & Hentinen 2009, 33, 37–38.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet eri osa-alueet, jolloin lääkehoitoon sitoutumista on vaikea mitata. Yksi tapa mitata sitoutumista on seurata lääkkeiden kulutusta. Tulokset antavat kuitenkin herkästi vääristyneen kuvan, sillä lääkkeitä saatetaan silti ottaa väärin. On todettu, että monia menetelmiä yhdessä käyttämällä (kysely, itsearviointi ja haastattelu) saadaan parhaiten lääkehoitoon sitoutumista kuvaavia tuloksia. (WHO 2003, 4-5.)

### **2.3.2 Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä**

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä WHO:n (2003, 27, 30) raportin mukaan on monia ja hoitajan tulee järjestelmällisesti arvioida näiden tekijöiden osuutta jokaisen yksittäisen potilaan kohdalla. Potilaan huonon hoitoon sitoutumisen ydinongelma on ollut interventoiden kohdistaminen vain yhteen sitoutumiseen vaikuttavista osa-alueista. Potilasta tulee nykytiedon valossa käsitellä kokonaisuutena ja hoidossa tulee ottaa huomioon eri osa-alueiden vaikutus. Raportin mukaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat viisi eri osa-aluetta joita ovat:

- Terveystieteiden järjestelmiin liittyvät tekijät
- Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät
- Hoitoon liittyvät tekijät
- Tautiin liittyvät tekijät
- Potilaaseen liittyvät tekijät

Terveystieteiden järjestelmään liittyvät tekijät, joilla on merkitystä potilaan lääkehoitoon sitoutumisessa, on tutkittu vähän. On kuitenkin osoitettu, että pitkäaikaissairaita hoitavien hoitajien puutteelliset tiedot tai koulutus, liiallinen työmäärä, lyhyet konsultaatioajat sekä järjestelmän kyvyttömyys ohjata potilaita ja tarjota hoidon seuranta ovat esteenä hyvälle hoitoon sitoutumiselle. (WHO 2003, 29.) Nykyisillä ohjausmenetelmillä ei saavuteta hoitotavoitteita ja ohjausta eniten tarvitsevaa kohderyhmää, jonka vuoksi ohjausmenetelmien kriittinen tarkastelu on paikallaan (Kähkönen 2009, 46.)

Potilaslähtöisyydellä on haettu ratkaisua etenkin pitkäaikaissairauksista kärsivien potilaiden hoidon onnistumiseen pitkällä aikavälillä. Tutkimuksessa (Kumpusalo ym. 2013, 2589–2591), jossa kartoitettiin sepelvaltimotautipotilaiden potilaslähtöistä hoitoa suomalaisissa terveyskeskuksissa, nousi esille, ettei potilaskeskeinen hoito toteudu. Potilai-

den mielipidettä ei kysytty laadittaessa heidän hoitosuunnitelmaansa ja noin puolella vastanneista hoitosuunnitelma ei ollut toteutettavissa heidän jokapäiväisessä elämässään. Potilaiden kanssa ei myöskään keskusteltu asioista, joista he olisivat halunneet puhua. Näistä seikoista huolimatta potilaat pääsääntöisesti kokivat olevansa tyytyväisiä samaansa hoitoon. (Kumpusalo ym. 2013, 2589–2591.)

On osoitettu myös, että huono sosioekonominen asema, vähäinen koulutus, työttömyys, sosiaalisen tukiverkoston puute, hoitomatkojen pituus, lääkkeiden hintavuus sekä uskomukset taudista ja sen hoidosta vaikuttavat merkittävästi hoitoon sitoutumiseen alentavasti (WHO 2003, 28). Potilaan taloudellinen ja sosiaalinen tilanne vaikuttaa muun muassa lääkkeiden hankintaan. Kalliit lääkkeet saattavat jäädä hankkimatta eikä seurantakäynneille päästä kulkemaan. Monelle saattaa olla kynnyksikysymys tuoda esiin huono taloudellinen tilanne. (Kyngäs & Hentinen 2009, 33; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 305.) Hyvät sosiaaliset suhteet sekä perheen tuki edesauttavat potilaan hoitoon sitoutumista. Vertaisryhmien tarjoama emotionaalinen tuki sekä käytännönläheinen tieto auttavat arkipäivään liittyvissä ongelmissa. Vertaistukiryhmiä kuitenkin käytetään hyvin vähän terveydenhoidossa hyväksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 34.) Tutkimuksessaan Kumpusalo ym. (2013, 2591) totesivat, ettei potilailta kysytty vastaanotolla työn, perheen tai sosiaalisen tilanteen vaikutusta sairautensa hoitoon.

Potilaan ikä vaikuttaa lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen merkitys tulee arvioida jokaisessa tilanteessa erikseen. Kognitiiviset taidot sekä muut toiminnalliset häiriöt ovat yleisempiä iäkkäimmillä potilailla ja lisäävät lääkehoidon epäonnistumisen riskiä. Ikään liittyvät myös lääkkeiden farmakokineettiset sekä farmakodynaamiset muutokset. (WHO 2003, 28.) Gerlanderin ym. (2013, 19) tutkimuksessa nousi esiin potilaiden erillaisuuden huomioiminen. Heidän mukaansa erityisesti iäkkäillä sekä miespuolisilla potilailla havaittiin olevan enemmän tarvetta kokemusten jakamiseen lääkehoidon tarpeellisuudesta sekä siihen liittyvistä huolenaiheista. Vanhemmilla ihmisillä myös lääkkeen unohtaminen on yleistä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 198).

WHO (2003, 156) raportissa todetaan, että tutkimusten mukaan potilaat sitoutuvat lääkehoitoonsa paremmin, jos he ovat ymmärtäneet diagnoosin ja hyväksyneet sen. Lisäksi heidän tulee olla samaa mieltä määrätystä hoidosta. Sitoutumista edistää myös, jos he ovat saaneet keskustella vakavasti lääkkeisiinsä liittyvistä huolista. Sairauden vakavuuden ymmärtäminen voi akuutissa vaiheessa toimia motivaattorina hoitoon sitoutumisessa. Se voi myös olla lamauttava tekijä ja pelko itsessään voi toimia molempina tekijöinä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 30.) Luottamuksen rakentaminen potilaan ja hoitavan osapuolen välille edistää potilaan uskallusta tuoda esille häntä pelottavia ja huolestuttavia asioita liittyen lääkehoitoonsa (Gerlander ym. 2013, 17–19).

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat oleellisesti hoitoon liittyvät tekijät kuten lääkkeiden ottokerrat ja lääkehoidon kesto, aikaisemmat epäonnistumiset, hyödyllisten vaikutusten välittömyys sekä hoidon monimutkaisuus. Lääkehoitoon sitoutumista huonontavana tekijänä on todettu olevan lääkkeiden haittavaikutukset. (WHO 2003, 30, 34.) Gerlander ym. (2013, 14–15) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että keskusteltaessa potilaiden kanssa heidän lääkehoidostaan, tulee huomiota kiinnittää lääkkeiden haittavaikutuksiin. Tutkimukset osoittavat, että potilaat haluavat keskustella lääkkeiden haittavaikutuksista ja riskeistä. Lääkemuutoksista tulee keskustella potilaiden kanssa ja antaa heille mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista. Syyllistävissä ilmapiirissä potilaat eivät uskalla tuoda julki kokemiaan ongelmia lääkehoidon toteuttamiseksi.

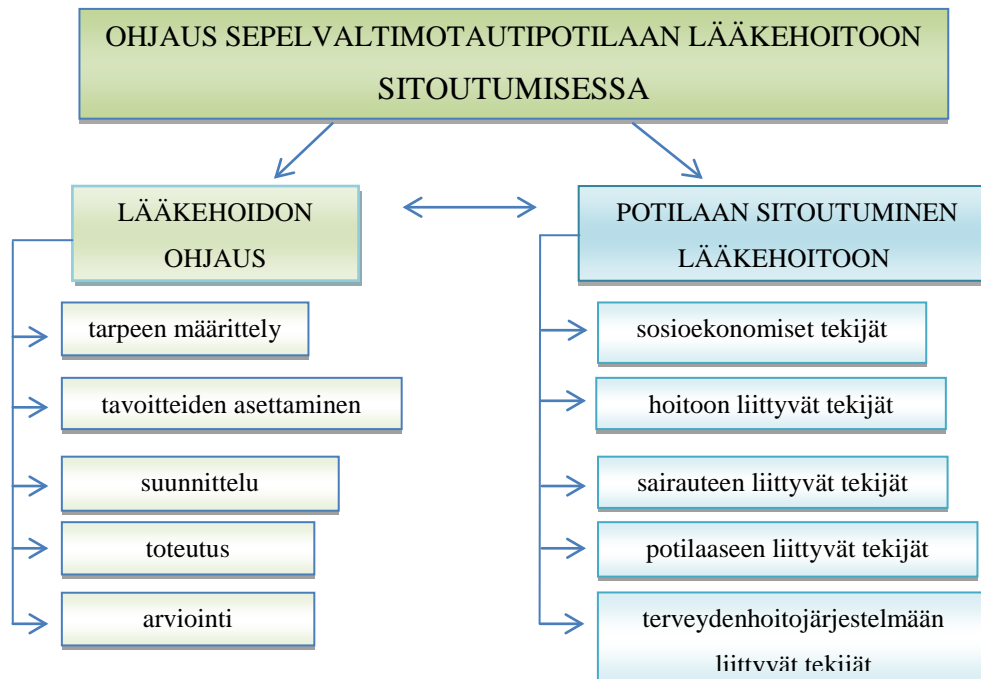
Potilaat kaipaavat lisää ohjeistusta siitä, mistä lisätietoa lääkityksen suhteen on saatavilla. Lääkehoitoon sitoutumisen haittatekijöinä ovat potilaiden ennakkokäsitykset lääkkeiden terveellisyydestä. Lääkkeitä pidetään epäluonnollisina ja haitallisina elimistölle ja niitä halutaan käyttää mahdollisimman vähän. (Gerlander ym. 2013, 15.) Jos lääkkeillä on potilaita häiritseviä sivuvaikutuksia, sitä todennäköisemmin potilas muuttaa itse lääkkeen annoskertoja tai määriä. Potilas saattaa jättää lääkkeen myös kokonaan pois keskustelematta siitä lääkärin kanssa. Pitkäaikaissairaiden lääkehoito on usein elinikäistä ja lääkkeiden vaikutus tulee ilmi oireettomuutena vasta pitkän ajan kuluttua. Potilaat haluavat kokea lääkkeen tervehdyttävän vaikutuksen mutta toisaalta tällöin hoitoon sitoutuminen voi olla haasteellista kun sairaudenoireita ei ilmene. (Kyngäs & Hentinen 2009, 200.)

Hoidon säännöllisellä seurannalla on todettu olevan tärkeä osuus potilaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Seurantakäyneillä tulee arvioida, kuinka potilas on noudattanut annettuja ja lääkehoidon ohjeita. Lisäksi tulee arvioida potilaan muutosvalmiutta sekä epämukavuuden sietokykyä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 305.) Lääkehoidon toteutumisen ja sitoutumisen kannalta on olennaista potilaan ymmärtää, miksi juuri hän käyttää kyseistä lääkettä, kuinka lääkettä käytetään ja kuinka sen käyttöä ja vaikutusta seurataan (Gerlander ym. 2013, 14). Jos potilaalla on lääkehoidon lisäksi muita osa-alueita, joihin hänen tulee panostaa, esimerkiksi ruokavaliohoito tai elämäntapamuutokset, on huomattu lääkehoitoon sitoutumisen olevan huonompaa. Sepelvaltimotauti potilaan lääkehoidon tuloksellisuuden takaamiseksi potilaan on kyettävä omaksumaan uusia toimintatapoja myös monella muulla eri elämänaalueella. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.)

Ihmisen voimavaroilla koetaan olevan keskeinen osuus hoitoon sitoutumisen kannalta. Masentunut potilas sitoutuu hoitoonsa keskimääräistä huonommin, heidän hoitotasapainonsa on huonompi ja heillä on enemmän pelkoja lisäsairauksista. Motivaatio ja luottamus omiin kykyihin nähdään tärkeänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaation syntymisen kannalta tärkeää on potilaan tietoisuus omasta sairaudestaan. Jotta voi sitoutua, tulee potilaan tietää sairaudestaan sekä sen hoidosta. Tiedon soveltamisessa potilas tarvitsee ongelmanratkaisutaitoja. Näitä tulee harjoitella yhdessä potilaan kanssa esim. lääkehoidon konkreettisella toteuttamisella. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26–30.)

## 2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme potilasohjausta lääkehoidon ohjauksen näkökulmasta. Lääkehoidon ohjausta tarkastellaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti prosessina ohjaustarpeen määrittelystä ohjauksen tuloksellisuuden arviointiin. Elorannan ym. (2014) tutkimuksen mukaan potilasohjauksen kehittämiskohteet liittyvät juuri tämän prosessimallin eri vaiheisiin (kuvio 1.).



KUVIO 1. Ohjaus sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumisessa.

Tässä opinnäytetyössä ymmärrämme sitoutumisen potilaan aktiivisena osallistumisena ja hoitonsa toteuttamisena. Sitoutuminen ei yksistään koske potilasta vaan on laajennettu koskemaan myös hoitohenkilöstöä. Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon koostuu monista tekijöistä, joiden tunnistaminen potilasohjauksessa on hoitoon sitoutumisen edellytys (Kuvio 1.). Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden lääkehoito on usein elinikäistä, jonka vuoksi lääkehoitoon sitoutuminen on hoidon toteutumisen edellytys. (Kynäs & Hentinen 2009, 16–18; WHO 2003.)

### 3 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sepelvaltimotautipotilaan saaman lääkehoidon ohjauksen yhteyttä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla.

Opinnäytetyön ongelmat:

1. Millaista ohjausta potilaat saivat?
2. Mitkä lääkehoidon ohjauksen tekijät olivat yhteydessä lääkehoitoon sitoutumisessa?
3. Millaiseksi potilaat arvioivat omaa sitoutumistaan lääkehoitoon?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näkyväksi, miten osastolla annettu potilasohjaus on yhteydessä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen avulla kehittää sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidon ohjausta Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla.

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Tutkimukselliset menetelmät hoitotyössä

Hoitotyö perustuu tänä päivänä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön (evidence-based-nursing), joka voidaan jaotella tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön (Tuomi 2007, 10). Tutkimus on tieteellinen tiedonhankinta menetelmä, joka mahdollistaa systemaattisen tiedon kehittymisen ja kasvun. Tutkitun tiedon pyrkimyksenä on tuottaa käsitteitä teorian rakentamiseksi sekä testata vallitsevia teoreettisia suhteita. Tutkimuksellista tietoa ei kuitenkaan voida pitää erehtymättömänä sillä tiedon luotettavuuteen, yleistettävyyteen ja käytettävyyteen vaikuttaa tutkimuksen tekoon vaikuttaneet menetelmät, taustalla vaikuttava tiede sekä taustafilosofia. Tiedon luotettavuuden ja yleistettävyyden arvioimiseksi tulee olla tiedossa, miten ja mitä menetelmiä käyttämällä kyseinen tieto on tuotettu (Tuomi 2007, 18–19.)

Hoitoon sitoutumisen arviointi on välttämätöntä tehokkaan lääkehoidon suunnittelun, toteutumisen ja varmentamisen vuoksi. Ihmisen sitoutuneisuutta on vaikea yksiselitteisesti ja luotettavasti mitata, eikä sitoutumisen mittaamiseen ole olemassa mitään standardoitua menetelmää. Kirjallisuudessa on esitelty monta eri tapaa mitata potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Yksi tapa on kysyä arvioita suoraan potilailta ja hoidon järjestäjiltä. Subjektivisessa hoitoon sitoutumisen mittaustavassa voidaan käyttää potilaiden täytettäväksi tarkoitettuja kyselylomakkeita. (WHO 2003, 4.)

Laadullisen lähestymistavan on perinteisesti ajateltu sopivan hoitotyön ilmiöiden tutkimiseen, sillä laadullisen lähestymistavan ymmärtävä ja todellisuutta selittävä maailmankuva soveltuu ihmisten ja luonnon ilmiöiden tarkasteluun (Vilka 2005, 97–99). Määrällinen lähestymistapa taas sopii mielenkiinnonkohteeseen, joka on tarkoin rajattu, josta on mahdollisuus eristää mitattavia suureita ja jota on tutkittu jo aiemmin. Lähestymistavan ja menetelmien valintaan vaikuttaa tutkimusaihe, se asia tai kohde, josta ollaan kiinnostuneita. Lähestymistapa valikoituu sen perusteella, millä menetelmällä ajatellaan saavan parhaiten vastaus tutkimusongelmaan. Tämän lisäksi menetelmän valintaan vaikuttaa usein käytännölliset sekä taloudelliset seikat. (Tuomi 2007, 136; Vilka 2005, 31, 49.) Molemmissa lähestymistavoissa, sekä määrällisessä että laadullisessa,



on omia puutteita. Oleellisinta on, mihin saatuja tuloksia aiotaan käyttää ja mitkä ovat tehdyn selvityksen tavoitteet ja tarkoitus. (WHO 2003, 5.)

Tämän opinnäytetyön menetelmällisiä valintoja ohjasi opinnäytetyön aihe ja tutkimusongelmat, työelämäyhteyden tarpeet ja toiveet sekä käytännölliset seikat. Ensimmäisessä työelämäpalaverissa käydyn keskustelun ja työelämäyhteyden tarpeiden pohjalta valikoitui menetelmäksi määrällinen kyselytutkimus, jossa tavoitteena oli saada tietoa useammalta havaintoyksiköltä. Tekniset syyt, kuten tiedonantajien (potilaiden) hajanaisuus, tiedonkeruun ajankohta ja epätieto heidän todellisesta määrästä oli peruste toteuttaa tietojenkeruu kotona täytettävällä kyselylomakkeella. Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi, kun havaintoyksikkönä on ihminen ja häntä koskevat asiat, esimerkiksi mielipiteet ja asenteet. Kyselyn ongelmana on, että vastauslomakkeet palautuvat hitaasti ja riskinä on pieni vastausprosentti. (Vilkkä 2007, 28.) Määrällinen lähestymistapa sopii opinnäytetyön aiheeseen, sillä aihe on tarkasti rajattu ja potilasohjausta ja hoitoon sitoutumista on tutkittu aiemmin ja näistä on olemassa tutkimustietoa.

Tässä opinnäytetyössä käytämme määrällisen tutkimuksen sijaan termiä määrällinen lähestymistapa, sillä ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytteet eivät täysin täytä tieteellisen tutkimuksen kriteereitä eikä niistä näin ollen voida puhua tutkimuksina sanan varsinaisessa merkityksessä.

## **4.2 Määrällinen lähestymistapa**

Määrällinen lähestymistapa on tieteellisen tutkimuksen menetelmä, jossa tietoa kerätään tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja eroja havaintoyksiköiden (esimerkiksi ihmisten) välillä tarkastellaan numeerisesti. Menetelmälle tyypillisiä piirteitä ovat kontrolloitu tutkimusprosessi, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, hypoteesien eli perusteltujen väitteiden asettaminen tutkimusongelmaksi sekä aineiston määrällinen keruu siten, että se on muutettavissa numeerisesti mitattavaan muotoon. Perinteisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat erilaiset kyselyt, strukturoidut haastattelut sekä systemaattinen havainnointi. Määrällisessä menetelmässä aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmiä havaintoaineistosta tehdään tilastolliseen analyysiin perustuen. Tyypillistä on kausaalisuhteiden eli syy-seuraus-suhteiden etsiminen aineistosta ja niiden selittäminen. Määrällisessä lähestymistavassa keskeistä ovat aiemmat käsitteet ja teoriat aiheesta,

harkitusti valittujen menetelmien käyttö sekä pyrkimys objektiivisuuteen ja tulosten yleistettävyyteen (Tuomi 2007, 96; Vilkka 2005, 73; Vilkka 2007, 16–17, 23–30.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2014 aiheen ideoinnilla ja valinnalla ja työelämäyhteyden solmimme elokuussa 2014. Työelämäpalaverissa käytyjen keskustelujen jälkeen rajasimme opinnäytetyön aiheen koskemaan potilasohjausta ja lääkehoitoon sitoutumista pitkäaikaissairailta, sepelvaltimotautia sairastavilla, potilailla. Prosessi jatkui opinnäytetyön viitekehysten eli teoriataustan luomisella. Määrällisessä, teorialähtöisessä lähestymistavassa valitaan tärkeimmät teoreettiset käsitteet, teoriat tai mallit ennen empiirisen aineiston hankintaa, sillä teoriapohjalta luotu viitekehys ohjaa voimakkaasti koko prosessia sekä siinä tehtyjä valintoja ja ratkaisuja. (Tuomi 2007, 128, Vilkka 2007, 37, 70.) Tutustuimme opinnäytetyömme aihealueeseen perehtymällä olemassa oleviin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen. Tietoa haimme pääosin kotimaisista ja kansainvälisistä elektronisista tietokannoista, kuten CINAHL-, Cochrane-, PubMed- ja Medic- tietokannoista sekä alan tieteellisistä julkaisuista. Tämän katsauksen pohjalta valikoimme opinnäytteen kannalta keskeisimmät käsitteet, sepelvaltimotaudin lääkehoito, potilasohjaus ja hoitoon sitoutuminen, joista muodostui opinnäytetyömme viitekehys. (Tuomi 2007, 57–58; Vilkka 2007, 70.) Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset on koottu raporttiin tutkimustaulukoksi (Liite 1). Lisäksi kävimme tutustumassa Hatanpään sairaalan sydänhoitajan toimenkuvaan osallistumalla osastolta kotiutuvan sepelvaltimotautipotilaan ohjaustilanteeseen. Tämä auttoi meitä hahmottamaan, mitä sydänhoitajan vastaanottokäynti pitää sisällään sekä auttoi kyselylomakkeen kysymysten luomisessa.

Opinnäytetyön kannalta keskeisimpien käsitteiden määrittelyn jälkeen prosessi eteni kyselylomakkeen luomisesta tutkimusluvan saamisen ja tämän jälkeen aineiston keräämiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85). Tammikuussa 2015 aloitimme palautuneen aineiston käsittelyn ja aineiston ajamisen SPSS-tilasto-ohjelmaan. Aineiston käsittelyn jälkeen tulokset analysoitiin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelman kuvailevia, tilastollisia perustason analyysimenetelmiä. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Aineiston analysoinnin jälkeen saadut tulokset raportoitiin ja niistä tehtiin johtopäätöksiä. Tulokset kirjattiin ja esitettiin numeerisesti ja sanallisesti sekä käyttäen havainnollistavia graafisia pylväskuvioita. (Vilkka 2007, 111, 119–123, 135–139.)

Opinnäytetyöprosessi eteni systemaattisesti mukailien tieteellisen tutkimuksen prosessia opinnäytteen aiheen ja kohteen määrittelystä tutkimussuunnitelman luomiseen, menetelmien ja mittarin valintaan, aineiston keruuseen, analysointiin ja tulosten esittämiseen. Prosessissa kiinnitimme erityisesti huomiota opinnäytetyön suunnitelman laatimiseen, sillä määrällisessä lähestymistavassa tärkeimmät päätökset tehdään jo ennen varsinaisen aineiston keräämistä (Tuomi 2007, 128; Vilkkä 2007, 61).

### **4.3 Aineiston keruu**

Määrällisessä lähestymistavassa aineistonkeruuta ohjaavat opinnäytetyön tutkimusongelmat ja viitekehys sekä aineiston muokattavuus numeeriseen, mitattavaan muotoon. Havaintoaineiston hankinta voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan, valmiisiin aineistoihin, kuten tilastot, erilaiset rekisterit ja tietokannat sekä arkistot, tai itse kerättäviin aineistoihin. (Tuomi 2007, 95, 131, 136; Vilkkä 2007, 30.) Tietoa voidaan kerätä erilaisilla mittareilla, kuten kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeilla. Määrällisessä menetelmässä mittari on väline, jolla määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava tieto kerätään. (Vilkkä 2007, 13–14, 27–30.)

Määrällisessä lähestymistavassa keskeistä aineiston keräämisen suunnittelussa on otantamenetelmän ja otoskoon valinta. Otos tarkoittaa havaintoyksiköiden joukkoa, joka on valittu perusjoukosta käyttäen jotakin otantamenetelmää. Perusjoukko taas on se kohdejoukko, josta halutaan päätelmiä tehdä. Määrällisen lähestymistavan luonteeseen kuuluu usein suuri, mahdollisimman hyvin perusjoukkoa kuvaava otos, sillä aineiston koko kuvaa tutkimuksen laatua, kuten edustavuutta ja tulosten yleistettävyyttä. Tilastollisia menetelmiä käytettäessä suositeltu havaintoyksiköiden määrä on vähintään sata, mutta luonteeltaan määrällisiä opinnäytteitä voidaan tehdä myös pienemmistä aineistoista. Otoskoon lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa vastausprosentti. Hyvänä vastausprosenttina voidaan pitää 70–80 prosenttia. (Tuomi 2007, 95, 141; Vilkkä 2007, 17, 52, 57.) Tässä opinnäytteessä käytettiin otantamenetelmänä kokonaisotantaa, joka tarkoittaa että mukaan on otettu kaikki perusjoukkoon kuuluvat. Valitsimme otantamenetelmäksi kokonaisotannon, koska perusjoukkoon kuuluvia havaintoyksiköitä (potilaita) oli vähän ja halusimme saada kaikki mahdolliset vastaajat mukaan. (Vilkkä 2007, 52.)

Opinnäytetyössämme aineistoa kerättiin Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla olleilta sepelvaltimotautia sairastavilta potilailta sairauden akuutissa vaiheessa. Aineiston keruu toteutettiin potilaskyselynä itselaatimallamme strukturoidulla kyselylomakkeella. Strukturoidussa eli vakioidussa kyselylomakkeessa on etukäteen tarkkaan määritetyt kysymykset ja vastausvaihtoehdot ja kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat täsmälleen samalla tavalla (Tuomi 2007, 138; Vilkka 2005, 73; Vilkka 2007, 14–15, 28). Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin teoriasta muuttamalla käsitteet mitattavaan muotoon (operationalisointi). Operationalisoinnissa käsitteet tuotiin teoriatasolta arkikielen tasolle kysymyksiin ja vastausvaihtoehdoin. Kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat siis opinnäytteen aiheen teoriasta ja keskeisistä käsitteistä; sepelvaltimotaudin lääkehoidosta, potilasohjauksesta sekä hoitoon sitoutumisesta. (Tuomi 2007, 132; Vilkka 2007, 36–38, 70.)

Kyselylomaketta (Liite 2) laatiessamme kiinnitimme huomiota selkeään ja ymmärrettävään muotoon ja ulkoasuun ottaen huomioon kohdejoukkomme mahdolliset erityispiirteet, kuten heikentyneen näkökyvyn. Kyselylomakkeen ulkoasun selkeyteen pyrittiin vaikuttamaan laatimalla mustavalkotulosteen sijaan värituloste ja erillisten irtonaisten arkkien sijaan lomake painatettiin taittolomakkeena. Valitsimme paperikyselyn internetkyselyn sijaan, koska emme voineet varmistua vastaajien yhtäläisistä mahdollisuuksista vastata kyselyyn, kuten mahdollisuudesta käyttää tietokonetta. (Vilkka 2007, 63–64, 70.) Kyselylomakkeessa on alussa kuusi taustamuuttujakysymystä ja näiden jälkeen mielipidettä mittaavia kysymyksiä 5-portaisella Likertin asteikolla, jossa arvo 1 merkitsee täysin eri mieltä ja arvo 5 täysin samaa mieltä. Näiden välissä olevat muut numerot kuvasivat väliltä olevia vaihtoehtoja. Kysymykset ovat tyypiltään suljettuja, strukturoituja monivalintakysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot on valmiiksi asetettu. Likertinasteikko on järjestysasteikko ja se sopii mittaamiseen silloin, kun halutaan mitata henkilöiden mielipidettä tai asennetta. (Vilkka 2007, 45–49, 67.) Lomakkeen lopussa on neljä avointa kysymystä, joilla halusimme saada suljettuja kysymyksiä täydentävää lisätietoa ja antaa potilaille mahdollisuus palautteen antoon. Avointen kysymysten käyttö on perusteltua silloin kun ajatellaan, että suljetut monivalintakysymykset eivät anna riittävän laajaa kuvaa vastaajien mielipiteistä tutkimusongelmasta. (Vilkka 2007, 68.)

Ennen kyselylomakkeiden käyttöönottoa kyselylomakkeet esitettiin (pilotointi) ja muutamien kysymysten muotoa muokattiin saamiemme palautteiden perusteella. Esites-  
taajina kyselylomakkeelle toimivat kohdejoukkoa vastaavat henkilöt, joilla ei ole hoito-  
alan koulutusta. Mittarin esitelmä on tärkeä opinnäytteen sekä sen tulosten luotetta-  
vuuden ja toistettavuuden näkökulmasta. Kyselylomakkeen tulee olla pätevä ja mitata  
juuri sitä mitä on tarkoitus. Myöhemmin, kyselylomakkeiden ollessa jo vastaajilla, vir-  
heiden korjaaminen ei enää onnistu. Kyselylomakkeen etukäteistestaus on keino selvit-  
tää sen toimintavarmuutta ja saada tietoa mahdollisista puutteista. (Kokko 2014; Vilka  
2007, 63, 70, 78.)

Kyselylomakkeen mukana potilaille jaettiin saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin opinnäy-  
tetyömme aihe sekä kysymykset, joihin halusimme saada vastauksia. Saatekirjeessä  
ohjeistettiin kyselyyn vastaamisessa sekä kerrottiin luottamuksellisuudesta ja kerrottiin,  
ettei vastaajien henkilöllisyys tule ilmi prosessin missään vaiheessa. Saatekirjeessä mai-  
nittiin palautuskuoresta sekä valmiiksi maksetusta postimaksusta, mikä saattaa alentaa  
kynnystä vastata kyselyyn. Saatekirjeestä käy hyvän tutkimusetiikan mukaisesti ilmi,  
että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Saatekirjeen merkitys kyselyyn vas-  
taamiseen on suuri, sillä se on keino motivoida vastaajia ja sen perusteella henkilö päät-  
tää osallistumisestaan ja vastaamisestaan kyselyyn. (Tuomi 2007, 145; Vilka 2005, 88;  
Vilka 2007, 65–66, 81, 87) Saatekirjettä ja sen merkitystä opinnäytetyöllemme käsitte-  
lemme tarkemmin opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus otsikon alla.

Aineiston keruu toteutettiin 1. marraskuuta 2014 ja 23. tammikuuta 2015 (n. 3kk:ta)  
välisenä aikana, jolloin kyselylomakkeita jaettiin osastolta kotiutuville sepelvaltimotau-  
tipotilaille. Kyselylomakkeen mukana potilas sai palautuskuoren, jossa palautusosoite  
oli kirjattu ja postimaksu valmiiksi maksettu. Vastausajaksi oli määritelty kaksi (2)  
viikkoa sen saamisesta. Kyselylomakkeiden jakoaika määriteltiin mahdollisimman pit-  
käksi, että saisimme mahdollisimman paljon vastauksia. Määrällinen lähestymistapa  
vaatii laajan otoksen, että saadusta aineistosta voidaan muodostaa johtopäätöksiä ja kor-  
relaatioita (Tuomi 2007, 95; Vilka 2007, 57). Ennen kyselylomakkeiden jakoa potilail-  
le, pidimme osastolla pienimuotoisen infotilaisuuden. Infotilaisuuden tarkoitus oli in-  
formoida osaston hoitajia opinnäytetyömme tarkoituksesta ja tavoitteista sekä auttaa  
hoitajia kannustamaan potilaita vastaamaan kyselyyn. Infotilaisuudessa korostimme  
opinnäytetyön eettisyysnäkökulmia ja vastaajien vapaaehtoisuutta osallistua kyselyyn.

Opinnäytetyön ja aineiston keruuseen liittyvistä kustannuksista vastasimme pääosin itse. Kustannuksia syntyi muun muassa kyselylomakkeiden ja saatekirjeiden tulostuksesta. Työelämäyhteys tarjosi lomakkeiden postituskuoret, joissa postimaksu oli valmiiksi maksettu.

#### 4.4 Aineiston analysointi

Määrällisessä lähestymistavassa aineiston analyysiä ja valintoja siinä ohjaavat ensisijaisesti asetetut tutkimusongelmat sekä opinnäytteen tavoite ja tarkoitus. Lisäksi analyysiä ohjaa suunnitelmavaiheessa tehdyt valinnat mitta-asteikon suhteen. Opinnäytteen tavoitteena voi olla selittää, kuvailla, kartoittaa, vertailla tai ennustaa erilaisia ominaisuuksia tai ilmiöitä. Kuvailevassa opinnäytteessä tuloksissa esitetään tarkasti ja järjestelmällisesti tutkitun asian keskeiset, näkyvimvät ja kiinnostavimmat piirteet ja lukija voi kuvauksen perusteella muodostaa itse näkemyksensä aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129; Vilka 2007, 18–20, 48, 119).

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttämällä kuvailevaa tilastollista analyysiä ja määrällisen analyysin perustason menetelmiä, tunnuslukuja. Tunnuslukuja ovat muun muassa sijaintiluvut, kuten moodi ja keskiarvo sekä hajontaluvut. Frekvenssi eli lukumäärä kuvaa havaintojen lukumäärää jossakin luokassa tai koko aineistossa. Keskiarvo kuvaa havaintoarvojen keskimääräistä suuruutta kun taas moodi, eli keskiluku, kuvaa sitä muuttujan arvoa, jota esiintyy aineistossa eniten. (Vilka 2007, 118–122). Aineiston analyysissä ei käytetty määrällisessä analyysissä perinteisesti käytettyjä ristiintaulukointia ja korrelaatiokerrointa, sillä monimutkaiset analyysit vaativat aina suuren otoskoon (satoja havaintoyksikköjä). Yksinkertainen, kuvaileva analyysi on kuitenkin mahdollista tehdä pienemmästäkin aineistosta. (Tuomi 2007, 95; Vilka 2007, 57, 129–130.)

Ennen varsinaista analyysiä lomakeaineisto käsiteltiin kolmivaiheisesti analysoitavaan muotoon. Palautuneet lomakkeet tarkistettiin ja numeroitiin juoksevalla numerolla ja tiedot syötettiin ja tallennettiin havaintomatriisiin. Havaintomatriisi on taulukko, johon tutkimusaineisto eli muuttujia koskevat havainnot, syötetään tilastollista käsittelyä varten. Tietojen tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin vielä mahdollisten virhesyöttöjen sekä havaintomatriisin ja kyselylomakkeen yhdenmukaisuuden varalta luotettavuuden lisäämiseksi. (Vilka 2007, 105, 111, 114.)

Lomakkeet tarkistettiin puuttuvien tai virheellisesti täytettyjen tietojen osalta ja näiden pohjalta arvioitiin vastausten laatua ja sitä, voidaanko kyseisiä vastauksia ottaa mukaan opinnäytteeseen (Vilka 2007, 106). Kyselylomakkeet oli asiallisesti ja ohjeiden mukaisesti täytetty. Muutamissa lomakkeissa oli puutteellisesti täytettyjä kohtia (yksittäinen havaintotieto puuttui). Vilkan (2007, 60, 106) mukaan puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ei voi ottaa mukaan tutkimukseen vaan lomakkeet tulee poistaa, mikäli tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä. Vilka perustelee tämän sillä, että tilastollisten menetelmien käyttö edellyttää kaikkien mitattavien muuttujien olemassa olon. Tämä saattaa kuitenkin johtaa otoskoon merkittävään pienenemiseen, jonka vuoksi sitä ei suositella pienissä aineistoissa. Yksittäisen kysymyksen voi myös poistaa analyysistä, mikäli kyselylomakkeessa on useampia samaa asiaa mittaavia kysymyksiä eikä kysymyksen poistaminen vääristä tuloksia. Puuttuvien havaintojen merkitystä analyysiin ja lopputulokseen arvioitiin yhdessä oppilaitoksen opinnäytetyötä ohjaavan opettajan sekä metodiopintojen opettajan kanssa. Yksittäisistä puuttuvista havainnoista huolimatta päätimme hyväksyä kaikki palautuneet vastaukset mukaan analyysiin. Tämä perusteltiin sillä, että puuttuvat havainnot olivat yksittäisiä ja satunnaisia, eivätkä puuttuvat havainnot painottuneet mihinkään tiettyyn kysymykseen. Näin ollen arvioitiin, ettei niillä ole suurta merkitystä työn lopputulokseen. (Vilka 2007, 108.) Puuttuvat havainnot on ilmoitettu Tulokset-osiossa kunkin väittämän tuloksia raportoidessa hyvän tutkimusetiikan mukaisesti.

Aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin kansainvälisesti tunnettua ja yleisesti paljon käytettyä SPSS-tilasto-ohjelmaa. SPSS-tilasto-ohjelman avulla voidaan suorittaa tutkimusaineistolle tilastollisia analyyseja sekä tuottaa julkaisukelpoisia graafisia esityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128–129; Rasi, Lepola, Muhli & Kanninen 2006, 3) Käytettävä analyysitapa valitaan yleensä sen perusteella, tutkitaan-ko yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välisiä suhteita. Toisinaan paras analyysimenetelmä löytyy niin, että tutkija itse kokeilee muuttujille sopivia menetelmiä. (Vilka 2007, 119.) Tässä opinnäytetyössä muuttujia tarkasteltiin yksittäin eikä muuttujien välisiä suhteita voitu analyysissä tarkastella aineiston pienen koon vuoksi. Aineiston analyysissä taustamuuttujat analysoitiin lukumäärinä ja muuttujista muodostettiin pylväskuvioita. Likert-asteikollisista muuttujista laskettiin jokaiselle muuttujalle keskiarvo. Näistä muuttujista muodostettiin teemoittain kokonaisuuksia ja saaduista kokonaisuuksista muodostettiin tuloksia havainnollistavia graafisia pylväskuvioita. Avoimet kysymykset analysoitiin yksinkertaisella laadullisella sisällön analyysillä. Saaduilla vastauk-

silla täydennettiin suljetuin kysymyksin saatuja tietoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–167; Vilka 2007, 57, 119, 122.)

Aineiston käsittelyn ja analysoinnin jälkeen saadut tulokset raportoitiin ja niistä tehtiin johtopäätöksiä. Tulokset kirjattiin ja esitettiin numeerisesti sekä käyttäen tuloksia havainnollistavia graafisia pylväskuvioita. Graafiset kuviot antavat lukijalle helposti mielikuvan havaintojen yleisestä jakaumasta. Pylväskuviolla esitettiin havaintojen määrää ja se sopi kuvaamaan muuttujien frekvenssijakaumaa. Pelkkä numeraalinen ja graafinen tulosten esittäminen ei riitä, vaan tulokset selitettiin myös sanallisesti, jotta ne tulevat lukijalle ymmärrettäväksi. (Vilka 2007, 135, 138–139, 147.)



## 5 TULOKSET

### 5.1 Kyselyyn vastanneiden määrä

Kyselylomakkeita tulostettiin kuusikymmentä kappaletta, joista kaksikymmentäkolme (23) lomaketta jaettiin potilaille. Määräajan päättyessä vastauksia oli palautunut kolme-toista kappaletta (N=13). Vastausprosentiksi muodostui siis viisikymmentäseitsemän prosenttia (57%). Kaikki palautuneet kyselylomakkeet oli täytetty asianmukaisesti, yhtäkään lomaketta ei hylätty. Palautuneissa kyselylomakkeissa muutamassa oli yksittäisiä puuttuvia havaintoja. Puuttuvat havainnot olivat satunnaisia eivätkä kohdistuneet tiettyyn yksittäiseen väittämään. Satunnaiset yksittäiset puuttuvat havainnot eivät ole kokonaistulosten kannalta merkittäviä (Vilka 2007, 106). Puuttuvat havainnot on kirjattu tekstiin asiayhteyksiinsä vastaajien lukumääränä.

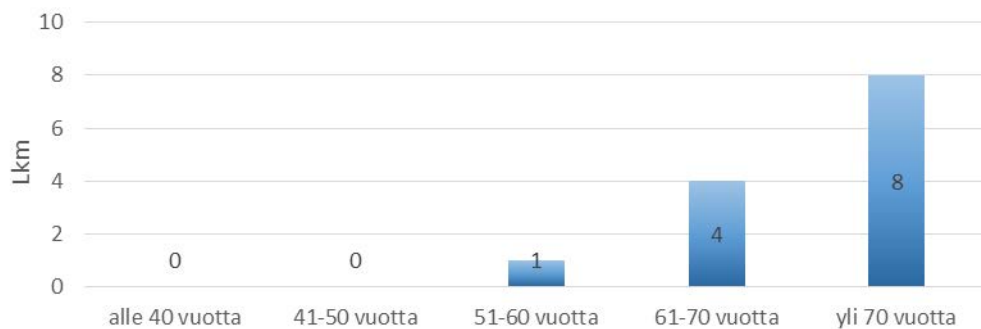
Tulokset-osiossa olemme käsitelleet vastaukset lukumäärinä (lkm) ja keskiarvoina (ka). Kuvatessa väittämien tuloksia keskiarvoina, keskiarvon jäädessä alle 3 vastaajat ovat olleet pääosin erimieltä ja keskiarvon ollessa yli 4, vastaajat ovat olleet pääosin samaa mieltä. Keskiarvo 3-4 tarkoittaa, että vastaukset ovat jakautuneet tasaisesti eri arvoille. Tässä työssä väittämien keskiarvojen painottuminen asteikolla oikealle (yli 4) tarkoittaa, että kyseinen väittämä on toteutunut ja keskiarvojen painottuminen asteikolla vasemmalle (alle 3) tarkoittaa, että väittämä ei ole toteutunut vastaajien arvioimana (lukuun ottamatta väittämät 21, 28, 29, 34 ja 42).

Tulokset olemme jakaneet eri teemojen mukaan kokonaisuuksiksi, jotka pohjautuvat opinnäytetyömme tutkimusongelmiin; millaista ohjausta potilaat saivat, mitkä lääkehoidon ohjauksen tekijät olivat yhteydessä lääkehoitoon sitoutumisessa ja millaiseksi potilaan arvioivat omaa sitoutumistaan lääkehoitoon. Tulokset on jaettu osioihin: kyselyyn vastanneiden taustatiedot, lääkehoidon ohjaus, vastaajien osallistuminen ohjaustilanteen, vastaajien lääkehoidon osaaminen, lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät lääkehoidon ohjauksessa ja vastaajien arvio lääkehoitoon sitoutumisestaan. Tulosten tarkastelussa muutamia väittämiä tarkasteltiin sekä ohjauksen että sitoutumisen näkökulmasta, jonka vuoksi ne esiintyvät tuloksissa molempien teemojen yhteydessä. Opinnäytetyössä tarkastelun kohteena oli potilasohjauksen yhteys lääkehoitoon sitoutumiseen, jonka vuoksi on tarpeen tarkastella näitä tekijöitä yhdessä lääkehoitoon sitou-

tumisen kanssa. Avoimin kysymyksin saadut tiedot on kirjattu tulokset-osiossa omiin asiayhteyksiinsä tekstiin.

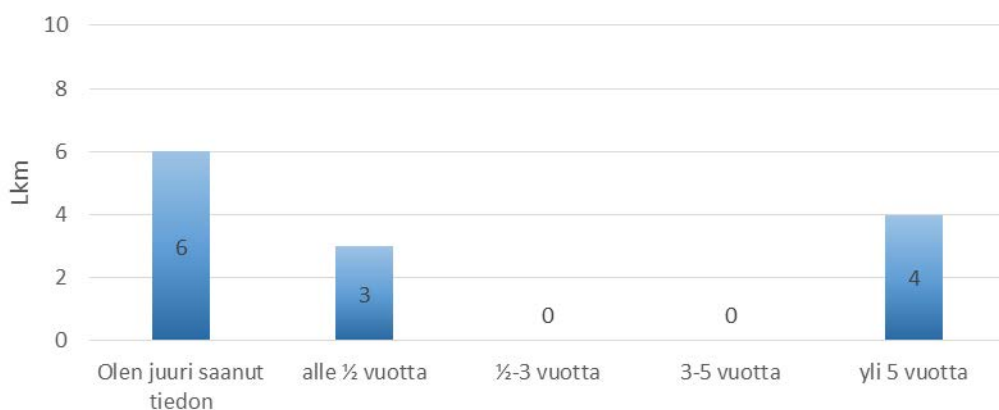
## 5.2 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyn kuusi ensimmäistä kysymystä koskivat vastaajien taustatietoja. Taustatietoina kysyttiin vastaajien sukupuolta, ikää, koulutusta, sairastamisaikaa ja kuinka monta kertaa he olivat olleet sairaalahoitossa sepelvaltimotaudin vuoksi. Kyselyyn vastanneista miehiä oli yksitoista (11) ja naisia kaksi (2). Vastaajista valtaosa oli yli 61-vuotiaita, yksi vastaajista oli alle 61-vuotias (kuvio 2.).



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma (N=13).

Vastaajien koulutus oli perus-, -keski- tai kansakoulu tai ammattikoulu, ammattiopisto. Ylemmän koulutusasteen suorittaneita ei vastanneissa ollut. Yksi vastaajista ei ollut ilmoittanut koulutustaan. Taustatiedoissa kysyttiin myös, kuinka kauan potilaat olivat sairastaneet sepelvaltimotautia. Vastaajista enemmistö oli juuri saanut tiedon sairaudesta, neljä vastaajista oli sairastanut tautia yli viisi vuotta (kuvio 3.).



KUVIO 3. Vastaajien sairastamisaika (N=13).

Taustakysymyksenä kysyttiin myös, olivatko potilaat saaneet lääkehoidon ohjausta osastolla ollessaan, johon kaikki vastaajat vastasivat saaneensa lääkehoidon ohjausta.

### 5.3 Lääkehoidon ohjaus vastanneiden arvioimana

Kyselyssä kysyttiin vastaajien mielipiteitä osastolla saamastaan lääkehoidon ohjauksesta (kuvio 4.). Tietoa kysyttiin mielipideväittämillä, joissa asteikkona oli 5-portainen Likert-asteikko. Asteikolla arvo 1 tarkoittaa täysin eri mieltä ja arvo 5 täysin samaa mieltä. Näiden välissä olevat muut arvot kuvaavat väliltä olevia vaihtoehtoja. Saaduista havainnoista laskettiin kunkin väittämän saama keskiarvo (ka).

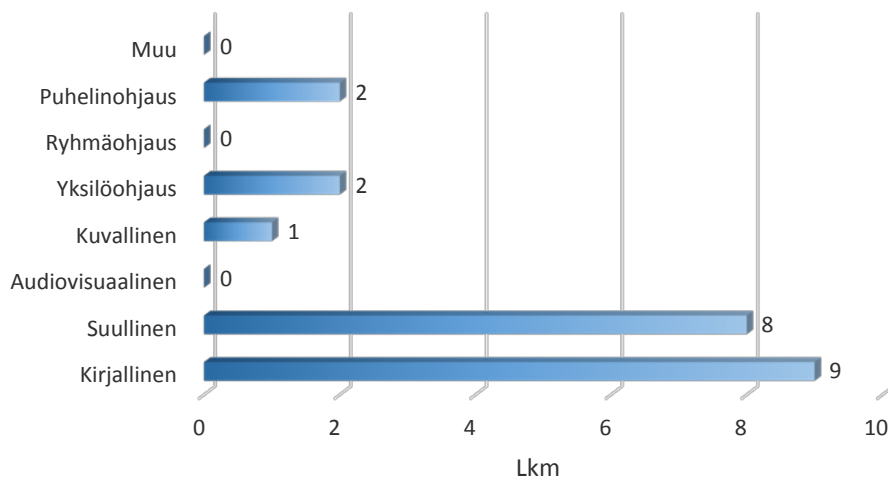
Vastaajien mielestä ohjaus oli hyvää, ymmärrettävää ja käytännönläheistä (ka 4,2–4,5). Vastaajien mielestä ohjausta annettiin oikeaan aikaan. Pääosin vastaajat olivat joko melko samaa tai täysin samaa mieltä, että saamiaan ohjeita oli helppo noudattaa (ka 4,7). Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ohjaustilanteessa.



KUVIO 4. Lääkehoidon ohjaus vastanneiden arvioimana (ka).

Avoimella kysymyksellä kysyttiin, millaista vastaajien saama lääkehoidon ohjaus oli. Vastaajien mukaan lääkehoidon ohjaus oli hyvää ja asiallista ja se käsitteli lääkkeiden vaikutuksia ja tarkoitusta. Vastaajien mukaan lääkehoidon ohjaus oli suullista ja kirjallista.

Vastaajilta kysyttiin myös, millaisen ohjauksen vastaajat ajattelivat parhaiten tukevan lääkehoitonsa toteuttamista (kuvio 5.). Vastausvaihtoehtoina olivat kirjallinen, suullinen, audiovisuaalinen (internet, video), kuvallinen, yksilöohjaus, ryhmäohjaus, puhelinohjaus tai muu, mikä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita yksi tai useampi vastausvaihtoehto.



KUVIO 5. Lääkehoidon toteuttamista tukevat ohjausmenetelmät.

Vastaajat arvioivat perinteisten ohjausmenetelmien, kirjallisen ja suullisen ohjausmenetelmän, tukevan parhaiten lääkehoidon toteutumistaan. Audiovisuaalisten tai ryhmäohjaus menetelmien ei arvioitu tukevan lääkehoidon toteutusta. Vastaajista kaksi arvioi puhelinohjauksen tukevan heitä lääkehoidon toteuttamisessa. Muu, mikä vaihtoehtoon ei tullut vastauksia. Kyselyssä kysyttiin, haluavatko vastaajat, että heihin ollaan yhteydessä puhelimitse kotiutumisen jälkeen lääkehoidon varmistamiseksi. Vastaajista kuusi (n=6) halusi, että heihin ollaan yhteydessä puhelimitse kotiutumisen jälkeen.

Kyselyssä kysyttiin lääkehoidon ohjauksen hyödyllisyyttä ja autoiko ohjaus vastaajia käyttämään lääkkeitä oikein (kuvio 6.).

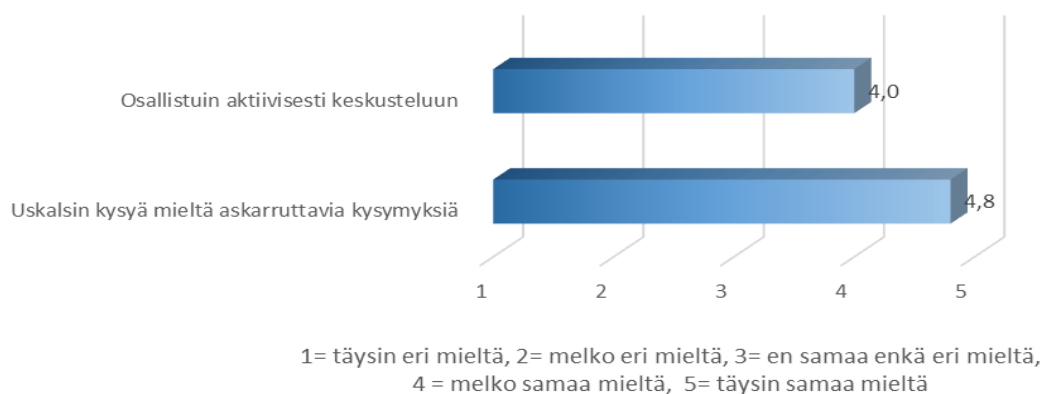


KUVIO 6. Lääkehoidon ohjauksen hyödyllisyys vastanneiden arvioimana (ka).

Vastaajat arvioivat lääkehoidon ohjauksesta olleen hyötyä ja he arvioivat ohjauksen auttavan heitä käyttämään lääkkeitä oikein. Väittämään 39. ”Tiedän mihin otan yhteyttä jos minulla on epäselvyyksiä lääkitykseni suhteen” vastaajat vastasivat pääosin olevansa joko melko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Kaksi vastaajista oli vastannut vaihtoehdon en samaa enkä eri mieltä.

#### 5.4 Vastanneiden osallistuminen ohjaustilanteeseen

Kyselyssä kysyttiin vastaajien osallistumista lääkehoidon ohjaustilanteeseen kysymällä vastanneiden osallistumista lääkehoitoon liittyvään keskusteluun ja uskallusta kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä (kuvio 7.).

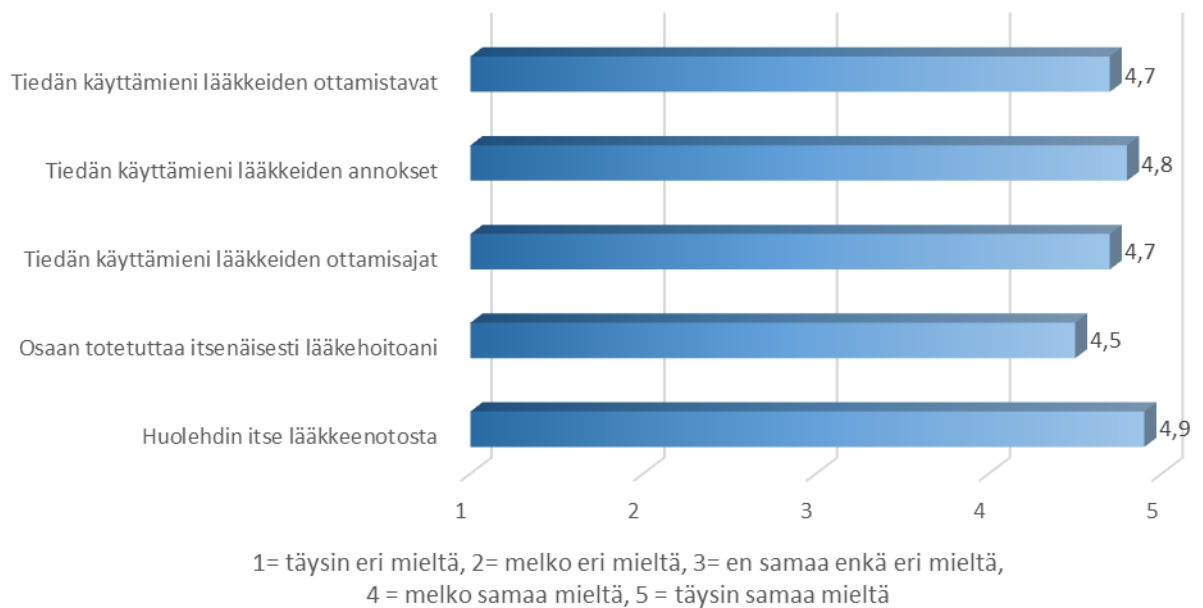


KUVIO 7. Vastaajien osallistuminen ohjaustilanteeseen (ka).

Vastaajat olivat sitä mieltä, että he uskalsivat kysyä rohkeasti mieltä askarruttavia kysymyksiä (ka 4,8). Kysyttäessä vastaajien osallistumista aktiivisesti keskusteluun lääkeshoidon ohjaustilanteessa, vastaukset jakautuivat asteikolla tasaisemmin ja tässä keskiarvo jäi alhaisemmaksi (ka 4,0).

## 5.5 Vastaajien lääkehoidon osaaminen

Kyselyssä kysyttiin vastaajien lääkehoidon osaamista kuvaavia tekijöitä, kuten tietoa käyttämien lääkkeiden ottamistavoista, annoksista ja ottamisajoista (kuvio 8.). Väittämään 22. ”Osaan toteuttaa itsenäisesti lääkehoitoani” vastaajat vastasivat olevansa joko melko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Vastaajat arvioivat tietävänsä lääkkeiden ottamistavat, annokset ja ottamisajat (ka 4,7–4,8).

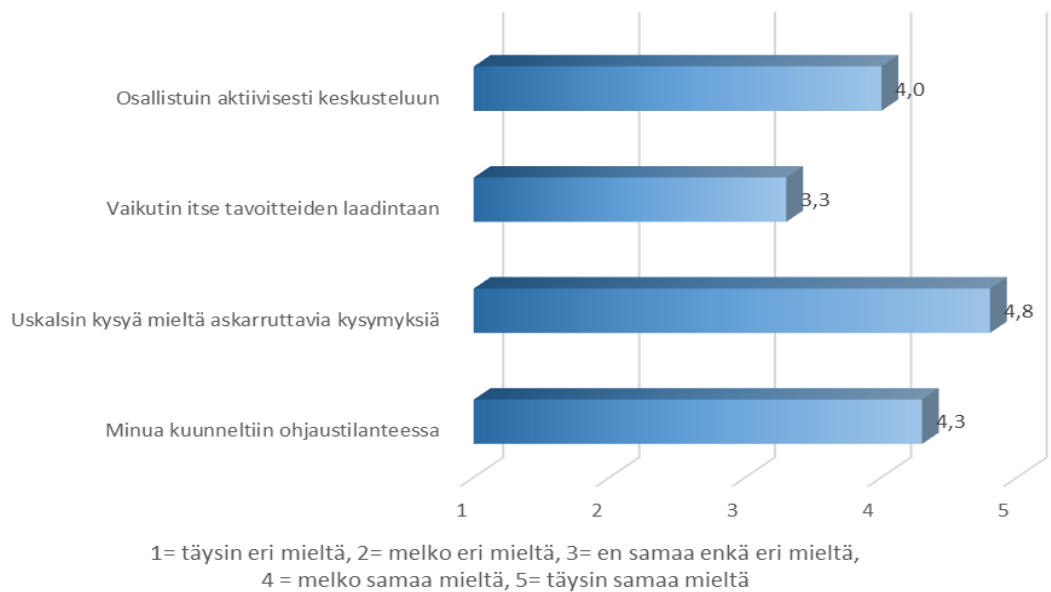


KUVIO 8. Vastaajien lääkehoidon osaaminen (ka).

Lisäksi kysyttiin vastaajien kykyä selviytyä lääkehoidon toteutuksesta itsenäisesti ja kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kykenevät itse huolehtimaan lääkkeenotosta. Väittämään 28. ”Tarvitsen perheeni tukea lääkehoidon toteutukseen” vastaajat vastasivat olevansa pääosin erimieltä. Vastaajista kolme (3) oli vastannut väittämään olevansa samaa mieltä. Väittämään 29. ”Tarvitsen ammattilaisen apua lääkehoidon toteutukseen” vastaajat olivat vastanneet myös olevansa pääosin erimieltä. Vastaajista neljä (4) oli sitä mieltä, että tarvitsee ammattilaisen apua lääkehoidon toteutukseen.

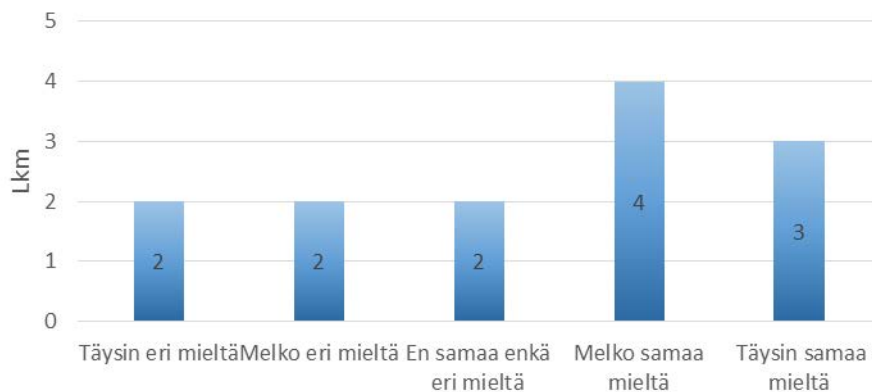
## 5.6 Lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät lääkeshoidon ohjauksessa

Lääkehoitoon sitoutumista selvitettiin kysymällä lääkeshoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä, kuten potilaan aktiivisuutta, motivoituneisuutta ja osallisuutta lääkeshoittoon liittyvässä suunnittelussa (kuvio 9.). Vastajat arvioivat osallistuvansa aktiivisesti keskusteluun ja uskalsivat kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä ohjaustilanteessa (ka 4,0–4,8).



KUVIO 9. Sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä ohjauksessa (ka).

Väittäjä 16. ”Vaikutin itse lääkehoitoni tavoitteiden laadintaan” aiheutti hajontaa tuloksissa. Kuviossa 10. olemme tarkastelleet tarkemmin vastaajien mielipiteiden jakautumista heidän mahdollisuudestaan vaikuttaa lääkehoitonsa tavoitteiden laadintaan.



KUVIO 10. Vastaajien arvio mahdollisuudesta vaikuttaa lääkehoitonsa tavoitteiden laadintaan (n= 13).

Noin puolet vastaajista (n=6) arvioi, etteivät voineet vaikuttaa itse tavoitteiden laadintaan. Loput vastaajista (n=7) arvioivat vaikuttaneensa itse lääkehoitonsa tavoitteiden laadintaan. Väittämään 36. ”Tiedän lääkehoidon tavoitteet sairauteni hoidossa” kaikki vastaajat (n=13) olivat vastanneet olevansa joko melko samaa tai täysin samaa mieltä.

Väittämä 19. ”Suunniteltu lääkehoito sopii päivittäiseen elämänrytmiini” kartoitti lääkehoidon ohjauksen tekijöiden, kuten potilaan elämäntilanteen, työn ja sosiaalisen tilanteen, osuutta lääkehoitoon sitoutumiseen. Kaikki vastaajat arvioivat, että suunniteltu lääkehoito sopii heidän päivittäiseen elämänrytmiinsä.

Lääkehoitoon sitoutumista arvioitiin myös kysymällä vastaajien uskomuksia lääkehoidon hyödystä ja merkityksestä sairautensa hoidossa. Vastauksissa korostui vastaajien ymmärrys lääkehoidon merkityksestä sairauden hoidossa sekä usko lääkkeiden olevan hyödyksi (kuvio 11.). Vastaajien mielestä heillä oli riittävästi tietoa sairautensa lääkehoidosta (ka 4,4) ja he arvioivat tietävänsä käyttämiensä lääkkeiden vaikuttavan (ka 4,2). Avoimeen kysymykseen vastaajat olivat arvioineet, että tieto lääkkeistä ja niiden vaikutuksista vaikuttavat lääkehoitoon sitoutumiseen.

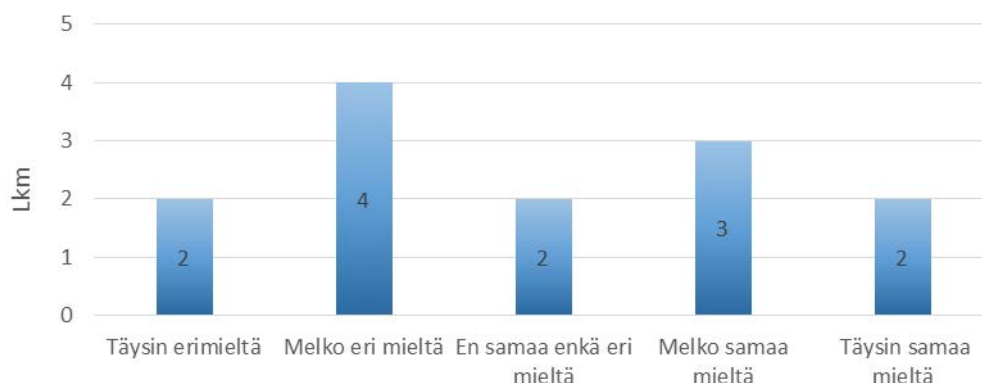


KUVIO 11. Vastaajan tietämys lääkehoidostaan (ka).

Väittämä 35. ”Sain riittävästi tietoa lääkehoidon sivuvaikutuksista” aiheutti tuloksissa hajontaa ja tässä keskiarvo jäi alhaiseksi (ka 2,9). Kuviossa 12. olemme tarkastelleet



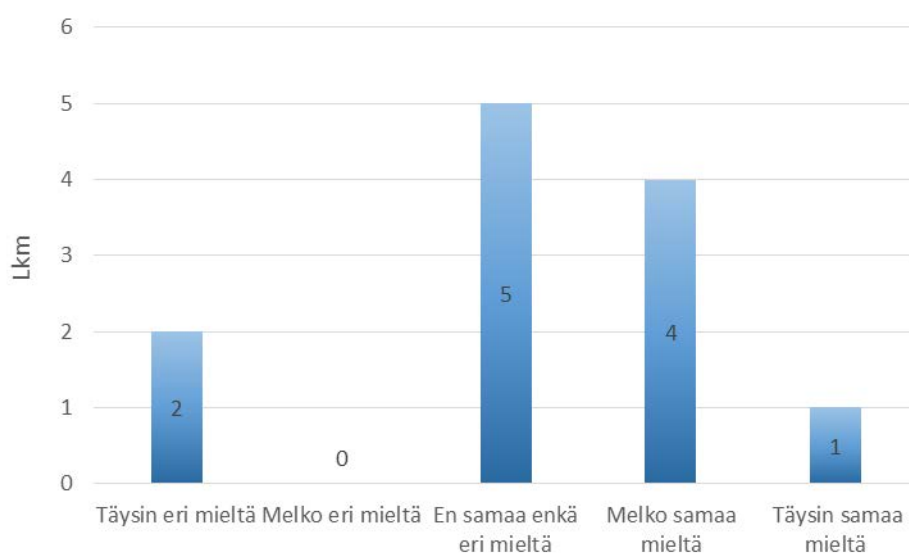
tarkemmin vastaajien mielipiteiden jakautumista. Yli puolet vastaajista (n=8) oli sitä mieltä, että eivät saaneet ohjauksessa riittävästi tietoa lääkehoidon sivuvaikutuksista.



KUVIO 12. Vastaajien saaman tiedon riittävyys lääkehoidon sivuvaikutuksista.

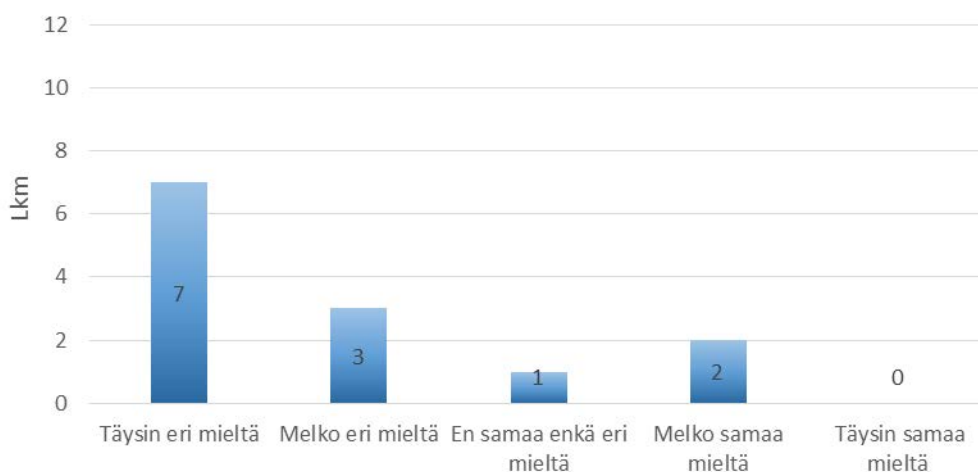
Väittämään 34. ”Pelkään lääkkeiden sivuvaikutuksia” vastasi kaikki vastaajat. Yli puolet vastaajista vastasi olevansa erimieltä ja lääkkeiden sivuvaikutuksia pelkäsi viisi (5) vastaajista.

Kyselyssä kysyttiin lääkehoidon kustannusten vaikutusta lääkkeiden hankintaan (kuvio 13.). Vastaajista viisi (5) oli sitä mieltä, että lääkehoidon kustannukset vaikuttavat lääkkeiden hankintaan ja vastaajista kaksi (2) oli sitä mieltä, että kustannuksilla ei ole vaikutusta lääkkeiden hankintaan. Vastaajista viisi (5) oli valinnut vaihtoehdon en samaa enkä eri mieltä. Yksi vastaajista ei ollut vastannut väittämään.



KUVIO 13. Lääkehoidon kustannusten vaikutus lääkkeiden hankintaan (n=12).

Sitoutumiseen yhteydessä olevina tekijöinä kyselyssä kysyttiin vastaajien voimavarojen riittävyyttä toteuttaa säännöllistä lääkehoitoa sekä kokemusta masentuneisuudesta sairaudesta johtuen. Vastaajat arvioivat, että heillä on riittävästi voimavaroja lääkehoidon toteuttamiseen (ka 4,9) eivätkä he arvioineet kokevansa masennusta sairaudesta johtuen. Kuviossa 14. on esitetty tarkemmin vastaajien arvio kokemastaan masentuneisuudesta.



KUVIO 14. Vastaajien arvio kokemastaan masentuneisuudesta.

Valtaosa vastaajista (n=10) vastasi väittämään 42. ”Koen masentuneisuutta sairaudestani johtuen” olevansa joko melko eri mieltä tai täysin eri mieltä.

### 5.7 Vastaajien arvio lääkehoitoon sitoutumisestaan

Vastaajien lääkehoitoon sitoutumista kysyttiin kysymällä suoraan sekä sitoutumista kuvaavilla kysymyksillä. Sitoutumista kuvaaviin kysymyksiin olivat vastanneet kaikki kyselyyn vastanneet (n=13). Vastaajista kaikki noudattivat lääkkeenoton ohjeita ja he olivat valmiita ottamaan lääkehoidon osaksi päivittäisiä rutiineja. Potilaiden sitoutumista lääkehoitoon kysyttiin myös kysymällä suoraan, ovatko he sitoutuneet lääkehoitoonsa. Vastausvaihtoehdot olivat huonosti, välttävästi, hyvin tai erittäin hyvin. Kaikki kyselyyn vastanneet arvioivat sitoutumisestaan lääkehoitoon joko hyväksi tai erittäin hyväksi. Avoimista kysymyksistä kuvastui vastaajien halun terveyden saavuttamiseksi olevan keskeinen tekijä lääkehoitoon sitoutumisessa.

## 6 TULOSTEN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotautipotilaan saaman lääkehoidon ohjauksen yhteyttä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen. Kyselyyn vastanneiden määrä jäi määrällisen lähestymistavan kriteereiden mukaan pieneksi, jonka vuoksi lääkehoidon ohjauksen yhteyttä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ei voida aineistosta osoittaa. Vastaajien lukumäärän mukaan kyseessä on näyte ja tulokset ovat vain tähän kyselyyn vastanneiden yksittäisten vastaajien arvioinnin tulos eikä näin ollen ole yleistettävissä. Tämän opinnäytetyön tuloksia tulee tarkastella ja arvioida kriittisesti ja ne ovat vain suuntaa antavia.

Palautuneet kyselylomakkeet oli täytetty asianmukaisesti ja oikein, joka kertoo kyselylomakkeen ymmärrettävyydestä ja toimivuudesta. Kyselyn vastaukset olivat loogisesti täytettyjä ja tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten tulosten kanssa. Kyselylomakkeesta ei noussut esille yksittäisiä kysymyksiä, joihin vastaajat olisivat systemaattisesti vastanneet virheellisesti tai jättäneet vastaamatta.

Vastaajista suurin osa oli miehiä ja naisia kyselyyn osallistui vain kaksi (2). Teorian mukaan sepelvaltimotauti on tänä päivänä erityisesti iäkkäiden naisten sairaus (Kettunen 2008, 243), jonka pohjalta odotimme enemmän vastauksia ikääntyneiltä naisilta. Mietimme, oliko vastausten puuttumisen syynä se, että osastolla ei kyselyn jakoaikana ollut hoidossa naispotilaita tai he eivät halunneet osallistua kyselyyn. Ikäjakauma vastanneissa oli odotusten mukainen.

Kyselyn tulosten mukaan vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Potilasohjauksessa keskeistä on lisätä potilaan tiedon määrää ja ymmärrystä sairaudestaan ja sen hoidosta sekä lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia (Kyngäs ym. 2007, 145; Kähkönen 2009, 9). Tulosten mukaan osasto oli onnistunut lääkehoidon ohjauksessa ja se oli vastaajien arvioimana hyvää ja ymmärrettävää. Vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjauksesta oli hyötyä ja se auttoi heitä toteuttamaan lääkehoitoaan. Vastaajien arvio omasta lääkehoidon osaamisestaan oli tulosten mukaan hyvää. Ohjaus oli onnistunutta, sillä potilaat tiesivät kuinka käyttää lääkkeitä oikein ja he osasivat toteuttaa lääkehoitoaan itsenäisesti. Tuloksia arvioidessa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että tämä on kysely-

lyyn vastanneiden subjektiivinen arvio asiasta. Potilaat arvioivat usein oman lääkehoidonsa onnistumisen paremmaksi kuin se todellisuudessa on (Gerlander ym. 2013, 19)

Lyhentyneet hoitoajat tuovat haasteita potilasohjauksen riittävyteen ja oikea-aikaisuuteen (Kankkunen ym. 2012, 203; Kähkönen 2009, 36). Tulosten mukaan potilaiden saama ohjaus oli riittävää ja vastaajat arvioivat ohjauksen olleen oikea-aikaista. Kyselyssä olisi voinut kartoittaa tarkemmin, kaipasivatko vastaajat lisäohjausta kotiutumisen jälkeen. Vastaajat olivat kuitenkin tietoisia, minne ottaa yhteyttä, jos heillä on epäselvyyksiä lääkityksensä suhteen. Puolet vastaajista halusi, että heihin oltaisiin yhteydessä osastolta kotiutumisen jälkeen. Puhelinohjauksen tarpeellisuutta lisäohjauksen antamiseksi ja lääkehoidon varmentamiseksi voisi jatkossa pohtia.

Teorian mukaan ohjauksessa tulisi hyödyntää perinteisten ohjausmenetelmien lisäksi monipuolisesti myös muita ohjausmenetelmiä, kuten audiovisuaalista ja puhelinohjausta (Eloranta ym. 2014, 68, 70; Kähkönen 2009, 38; Kyngäs ym. 2007, 74, 104, 116). Esimerkiksi internetin hyödyntäminen ohjauksessa tulee varmasti tulevaisuudessa olemaan suuremmassa roolissa. Kyselyn tulosten mukaan vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että kirjallinen ja suullinen ohjaus tukevat heitä parhaiten lääkehoidon toteutuksessa muiden ohjausmuotojen sijaan. Vastaajat olivat iäkkäitä, jonka vuoksi he eivät ehkä ole tottuneita käyttämään tietoteknisiä laitteita, kuten tietokonetta tai älylaitetta, jonka vuoksi he eivät kokeneet muita ohjausmuotoja hyödyllisiksi.

Potilasohjauksessa on tärkeää potilaan aktiivinen rooli ja mahdollisuus osallistua hoitoonsa liittyvään keskusteluun ja päätöksentekoon. Nämä tekijät ovat myös hoitoon sitoutumisen edellytyksiä. (Eloranta ym. 2014, 70; Gerlander ym. 2013, 14; Kyngäs & Hentinen 2009, 16–17.) Tulosten mukaan vastaajat osallistuivat melko aktiivisesti ohjaustilanteeseen ja uskalsivat kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä. Tästä voisi päätellä ohjauksen olevan edelleen hieman hoitajavetoista mutta ohjausilmapiirin olleen avoin ja salliva. Avoimella ja sallivalla ohjausilmapiirillä sekä potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutussuhteella on merkitystä potilaan hoitoon sitoutumiseen (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33). Potilaan aktiivisella osallistamisella ja ottamalla potilas mukaan lääkehoidon suunnittelua koskevaan keskusteluun tulee jatkossa kehittää.

Potilasohjauksen keskeiset tavoitteet tiedon saannin lisäämisen lisäksi ovat potilaan omien voimavarojen tunnistamista tukeminen, potilaan itsehoitovalmiuksien ja hoitoon sitoutumisen lisääminen sekä potilaan vastuunoton tukeminen sairauteen liittyvissä asioissa (Kähkönen 2009, 9). Tulosten mukaan potilaiden osallistuminen lääkehoitonsa tavoitteiden laadintaan oli puutteellista. Tulos on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa (Eloranta ym. 2014 68, 70; Kumpusalo ym. 2013, 2589–2591.) Osastolla tulisi potilasohjauksessa kiinnittää enemmän huomiota potilaan osallisuuteen lääkehoidon tavoitteita laadittaessa, sillä yhdessä asetettuihin tavoitteisiin on helpompi sitoutua kuin ulkopuolelta osoitettuihin (Kyngäs & Hentinen 2009, 88). Huolimatta siitä, että vastaajat eivät vaikuttaneet tavoitteidensa laadintaan, vastaajat arvioivat kuitenkin tietävänsä lääkehoidon tavoitteet sairautensa hoidossa.

Voimavaroilla on keskeinen osuus hoitoon sitoutumisen kannalta (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–29). Kyselyyn vastanneet arvioivat, että heillä on riittävästi voimavaroja lääkehoidon toteuttamiseen. Lisäksi vastaajat arvioivat, etteivät he koe masentuneisuutta sairaudestansa johtuen. Nämä ovat huomionarvoisia seikkoja, ja niihin tulee lääkehoidon ohjauksessa kiinnittää huomiota. Kyselyssä olisimme voineet vielä kysyä, kartoitettiinko lääkehoidon ohjaustilanteessa potilaan voimavaroja ja kysyttiin potilaalta, kokiko tämä masentuneisuutta sairaudestaan johtuen.

Tuloksista nousi esille lääkehoidon kustannukset ja niiden vaikutus lääkkeiden hankintaan. Monelle saattaa olla kynnyskysymys tuoda esiin huono taloudellinen tilanne ja kalliit lääkkeet saattavat jäädä hankkimatta (Kyngäs & Hentinen 2009, 33; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 305). Tämän vuoksi hoitajan tulee ohjaustilanteessa ottaa puheeksi lääkehoidon kustannukset ja kysyä potilaan taloudellista tilannetta ja mahdollisuutta hankkia tarvittavia lääkkeitä.

Tulosten mukaan kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että suunniteltu lääkehoito sopii heidän päivittäiseen elämänryhtiinsä. Tämä viestii siitä, että osasto oli onnistunut lääkehoidon ohjauksessa potilaan elämäntilanteen, työn ja sosiaalisen tilanteen huomioidessa lääkehoitoa suunniteltaessa.

Tuloksissa korostui vastaajien ymmärrys lääkehoidon merkityksestä sairauden hoidossa sekä usko lääkkeiden olevan hyödyksi. Tämä on tärkeä seikka potilaan lääkehoitoon sitoutumisen kannalta (Kähkönen 2009, 9; Gerlander 2013, 14). Tietoa lääkehoidon sivuvaikutuksista vastaajat eivät mielestään saaneet riittävästi. Potilaiden kanssa on tärkeää keskustella lääkehoidon haitta- ja sivuvaikutuksista, sillä epätietoisuus voi aiheuttaa potilaassa pelkoa tai johtaa jopa lääkityksen lopettamiseen (Gerlander ym. 2013, 14-15; Kyngäs & Hentinen 2009, 200; WHO 2003, 156). Osastolla tulisi kertoa lääkehoidon ohjauksen yhteydessä enemmän lääkehoitoon liittyvistä haitta- ja sivuvaikutuksista, sillä myös avoimen kysymyksen vastauksissa toivottiin lisäohjausta lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksista. Lisäksi vastaajat arvioivat tiedon lääkityksestä ja sen vaikutuksista arvioitiin vaikuttavan lääkehoitoon sitoutumiseen.

Kyselyyn vastanneet arvioivat saaneensa lääkehoidon ohjausta ja kokivat, että heitä kuunneltiin ohjaustilanteessa. Vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa lääkehoidon ohjaukseen ja myös osastolle annettu palaute avoimen kysymyksen mukaan oli hyvää. Vastaajien arvio omasta lääkehoidon osaamisestaan oli hyvää ja vastaajat olivat sitoutuneita lääkehoitoonsa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikkaa ohjaavat lukuisat kansainväliset normit sekä julistukset kuten WHO:n eettiset ohjeet ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa, American Nurses Association:n (ANA) hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettiset ohjeistukset sekä kansainvälisesti hyväksytyt tutkimusetiikan julistus, Helsingin julistus. Näiden lisäksi tutkimusetiikkaa ohjaa myös lainsäädäntö (muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja laki lääketieteellisestä tutkimuksesta). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–217; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 363–364.)

Suomessa tutkimusetiikan laatua valvoo Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta sekä Suomen Akatemia ja heidän ohjeissaan on määritelty mitä hyvä tieteellinen käytäntö on. Eettisyys ja opinnäytetyön luotettavuus kulkevat käsi kädessä, sillä eettiset kannat vaikuttavat opinnäytetyössä tehtyihin ratkaisuihin. Tutkimusongelmamme sekä tutkimusaiheemme määrittely ei loukannut ketään, eivätkä ne sisältäneet väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. Aineiston keruun lähtökohtana oli, että tutkittavia kohdellaan kunnioittavasti ja heille ollaan rehellisiä. Lisäksi tutustuimme opinnäytetyömme aiheeseen ja siihen liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin huolella ennen kyselylomakkeen luomista. Opinnäytetyön viitekehyksessä käytetyt lähdeviitteet on tarkasti ja selkeästi merkitty. Opinnäytetyössä arvioitiin tietolähteiden valinnan eettisyyttä, keitä on otettu kyselyyn mukaan ja miten kohteet on valittu. Kyselylomakkeet jaettiin osastolla hoitajien toimesta, jonka vuoksi emme voineet vaikuttaa siihen, kenelle kyselylomake annettiin. Pitämässämme infotilaisuudessa ennen kyselylomakkeiden jakoa ohjeistimme hoitajia opinnäytetyömme kohderyhmään kuuluvista potilaista. Pohdimme, oliko tällä seikalla merkitystä opinnäytetyön tuloksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 363–367; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212; Tuomi 2007, 143; Vilka 2005, 30–32.)

Opinnäytetyön kohteen määrittelyssä rajasimme kohdetta tarkasti koskemaan potilasohjausta sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Kohteen täsmällinen määrittäminen on tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaista. Vastuu opinnäytetyöstä on sen tekijällä, jonka tulee aina varmistaa, että potilasoikeudet toteu-

tuvat. Hyvän tutkimusetiikan ja potilasoikeuksien toteutuminen edellyttää tutkimusluvan hankintaa organisaatiolta, johon opinnäytetyötä tehdään. Opinnäytetyön suunnitelmalla anoinme organisaatiolta tutkimusluvan, jonka saatuamme, lokakuussa 2014, lähdimme toteuttamaan opinnäytetyötä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 368.)

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu vastaajien vapaaehtoisuus opinnäytetyöhön osallistumiseen ja se, että osallistujan on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisensa opinnäytetyöhön missä vaiheessa tahansa. Osallistujien oikeudet kerrottiin rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Osallistujalla tulee olla riittävästi tietoa opinnäytetyön luonteesta ja tarkoituksesta, jotta hän voi tehdä päätöksen osallistumisestaan. Opinnäytetyössämme osallistujia informoitiin opinnäytetyön luonteesta ja tarkoituksesta kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä. Opinnäytetyössämme kiinnitimme erityistä huomiota saatekirjeen sisältöön sekä ulkomuotoon, koska hoitajat antoivat kyselylomakkeen sekä saatekirjeen osastolla potilaille. Kaikki tarvittava tieto hyvän tutkimusetiikan mukaisesti näkyi saatekirjeessä. Osastolla hoitajille osoitetussa infotilaisuudessa painotimme tutkimuseettisiä asioita sekä vastaamisen vapaaehtoisuutta kyselylomakkeissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–368.)

Opinnäytetyön tekijä toimii potilaan asianajajana ja varmistaa, että potilaalla on tarvittavat tiedot opinnäytetyöhön osallistumiseksi. Tutkittavina oleville taataan aina täysi anonymiteetti. Postikyselynä toteutetussa kyselyssä osallistujan anonymiteetti toteutui, sillä vastaukset palautettiin postitse suljetussa kirjekuoressa nimettöminä osastolle, josta haimme ne määräajoin lukolliseen säilytykseen. Aineiston keräyksessä ja analysoinnissa toteutettiin eettisiä toimintatapoja eikä tuloksista voi päätellä yksittäistä vastaajaa. Määrälliseen menetelmään liittyy usein tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana sekä tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus kyselyllä saatuihin vastauksiin ja opinnäytetyön tuloksiin. Tämä lisää menetelmän ja tulosten objektiivisuutta eli puolueettomuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–368; Vilka 2005, 35; Vilka 2007, 16.)

Määrällisessä lähestymistavassa opinnäytetyön tärkeimmät eettiset kysymykset koskevat opinnäytetyön luotettavuutta; pätevyyttä (validiteetti) sekä toistettavuutta (reliabiliteetti). Opinnäytetyön hyvyyttä ja onnistumista kuvaa se, kuinka hyvin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata ja kuinka luotettavia saadut tulokset ovat. Kyselytutkimuksessa pätevyys koskee erityisesti sitä, miten hyvin teoreetti-



set käsitteet on pystytty operationalisoimaan ja kuinka onnistuneesti teoriasta muodostetut kysymykset antavat vastauksia tutkimusongelmiin. Teoreettisten käsitteiden operationalisointi tehtiin huolella, sillä se on edellytys luotettaville tuloksille. Toistettavuus taas koskee erityisesti mittaukseen liittyviä asioita, kuten toimivan mittarin luomista ja tarkkuutta opinnäytetyöprosessin toteutuksessa. Toistettavuus kuvaa opinnäytetyön antaman tiedon tarkkuutta ja pysyvyyttä eli mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189; Tuomi 2007, 149–150; Vilka 2007, 42, 149–152.)

Kyselylomakkeen, sisäinen validiteetti on koko opinnäytetyön luotettavuuden perusta. Sisäinen validiteetti koskee mittarin ja siinä käytetyn asteikon valintaa, käsitteiden luotettavaa operationalisointia sekä kyselylomakkeen teoreettista rakennetta eli sitä, onko se riittävän kattava. Kyselylomakkeen esitestaus (pilotointi) on tärkeä vaihe tulosten luotettavuuden kannalta, sillä se testaa mittarin luotettavuutta ja toimivuutta ennen varsinaisen aineiston keruuta. Kyselylomakkeen teoreettisen rakenteen arviointi sekä sen esitestaus on tärkeää erityisesti silloin, kun käytetään uutta, kyseistä opinnäytetyötä varten laadittua mittaria. Hyvän sisäisen validiteetin toteutuminen edellyttää riittävän kattavaa perehtymistä opinnäytetyön aiheeseen sekä siinä käytettyjen menetelmien kirjallisuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Opinnäytetyön kyselylomake esitettiin kohdejoukkoa vastaavilla henkilöillä, minkä lisäksi pyysimme kyselylomakkeesta palautetta myös opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta sekä metodiopintojen opettajalta. Näin saimme tärkeää palautetta kyselylomakkeen ymmärrettävyydestä sekä toimivuudesta ja teimme tarvittavat muutokset ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Tämä lisäsi opinnäytetyön validiteettia sekä luotettavuutta. Mittaria laadittaessa pohdimme potilaan oikeuksia ja eettisiä arvoja, minkä perusteella kyselylomakkeeseen luotiin vastaajille mahdollisuus neutraalia mielipidettä ilmaisevaan vastausvaihtoehtoon ”en samaa enkä eri mieltä”.

Kyselylomakkeen toimivuutta arvioitiin myös käsiteltäessä saatua aineistoa. Aineistosta ei noussut esille yksittäisiä kysymyksiä, joihin vastaajat olisivat systemaattisesti jättäneet vastaamatta tai vastanneet virheellisesti. Vastaajat olivat vastanneet kyselylomakkeen kysymyksiin ohjeiden mukaisesti ja loogisesti. Kyselylomakkeen vastauksissa oli käytetty vain vähän vaihtoehtoa ”en samaa enkä eri mieltä”. Tämä antaa suuntaa siitä, että kysymykset ovat olleet ymmärrettäviä ja vastaajilla on ollut tietoa kyseisestä asiasta. (Vilka 2007, 106.)

Opinnäytetyön luotettavuutta tulee arvioida paitsi mittaamisen myös tulosten luotettavuuden kannalta. Tulosten yleistettävyyden on tärkeä arvioinnin kohde määriteltäessä opinnäytetyön ulkoista validiteettia. Luotettavuuteen vaikuttaa kyselylomakkeen tarkkuuden lisäksi mahdolliset otantavirheet, kuten otos, joka ei vastaa perusjoukkoa, kato ja alhainen vastausprosentti sekä tietojen käsittelyvirheet. Otoksen koko ja edustavuus ovat suoraan yhteydessä tulosten yleistettävyyteen. Opinnäytetyössä otokseksi valikoitui kokonaisotos eikä otosta voitu satunnaistaa, koska otos oli pieni. Lisäksi aineiston koko jäi pieneksi, jonka vuoksi sen tuloksia ei voida yleistää. Tiedostimme tämän riskin mahdollisuuden ennen opinnäytetyön aineiston keruuta. Silloin kun aineisto jää liian pieneksi, tulee se mainita tuloksista raportoidessa sekä opinnäytetyön eettisyyttä arvioidessa. Opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa antavia ja koskevat vain kyseistä aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189, 193, 195–196; Tuomi 2007, 149.)

Opinnäytetyöprosessi toteutettiin noudattaen hyvää eettistä ja tieteellistä käytäntöä ja noudatimme äärimmäistä tarkkuutta ja rehellisyyttä prosessin kaikissa vaiheissa. Hyvän eettisen käytännön mukaan mitään valintoja ei muutettu jälkikäteen. Tehdyt valinnat työn ja menetelmien suhteen on perusteltavissa kirjallisuuteen ja tutkimusetiikkaan nojaten. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan raportoitiin tarkasti ja huolellisesti. Ensikertalaisina olemme opinnäytetyön tekijöinä kokemattomia, joka tulee huomioida prosessia ja tuloksia arvioitaessa. Opinnäytetyön kokonaisluotettavuutta pyrittiin lisäämään perehtymällä tieteellisten tutkimusten tekoon paneutuvaan kirjallisuuteen sekä pyytämällä kommentteja ja ohjausta opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta sekä kollegoilta prosessin eri vaiheissa. (Vilka 2005, 32–33; Vilka 2007, 89–101, 153.) Opinnäytetyön suunnitelma laadittiin laajan kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja se ohjasi opinnäytetyön etenemistä koko prosessin ajan. Aineiston eli tietojen syöttäminen tehtiin huolellisesti ja tiedot kaksoistarkistettiin ennen tietojen tallentamista SPSS-tilasto-ohjelmaan (Vilka 2007, 113, 153) Opinnäytetyön tulokset raportoitiin hyvän tutkimusetiikan mukaisesti vastaajia ja työelämäyhteyttä kunnioittaen (Vilka 2005, 34).

## 7.2 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Opinnäytetyön prosessi oli vaativa, pitkä ja aikaa vievä ja samalla äärimmäisen mielenkiintoinen. Lääkehoidon laadun ja turvallisuuden kehittäminen kiinnostaa meitä aiheena, jonka vuoksi opinnäytetyön tekeminen oli alusta asti mielekästä. Lääkehoitoa on tutkittu paljon ja siitä on tehty useita opinnäytetöitä. Viimeisimmät opinnäytetyöt ovat kohdistuneet enimmäkseen hoitajan toimintaan lääkkeiden jakoon liittyvissä toimissa ja opinnäytetöinä on tehty muun muassa tarkistuslistoja työelämän tarpeisiin. Potilaan hyvän ja turvallisen lääkehoidon yhtenä kulmakivenä on laadukas potilasohjaus ja potilaan hoitoon sitoutuminen. Uusi suuntaus hoitotyössä, potilaslähtöisyys ja potilaan aktiivinen osallistuminen hoitonsa toteuttajana ja vastuunkantajana, on mielestämme laadukkaan hoidon edellytys ja lähtökohta. Opinnäytetyön prosessi sujui suuresta työmäärästä huolimatta hyvin ja suunnitelmien sekä aikataulujen mukaisesti. Opinnäytetyö prosessi on tuonut itsellemme välineitä toteuttaa hyvää, potilaslähtöistä potilasohjausta ja se on auttanut meitä uudistamaan katsontakantaamme ja ottamaan potilasta enemmän osalliseksi oman hoitonsa toimijana myös muissa hoidon osa-alueissa. Opinnäytetyöprosessi yhdessä opinnäytetyöparin kanssa opetti meille uudenlaisia työskentelytapoja, joustavuutta ja yhteistyötaitoja. Opinnäytetyön tekeminen auttoi meitä myös löytämään ja käyttämään tieteellisesti tutkittua tietoa sekä opetti kriittistä ajattelua.

## 7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda näkyväksi, miten osastolla annettu potilasohjaus on yhteydessä potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen avulla kehittää sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidon ohjausta Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet eri osa-alueet, joihin olemme perehtyneet tämän opinnäytetyön kautta. Kasvavien potilasmäärien ja lyhentyneiden hoitajaksojen vuoksi potilaan sitouttaminen omaan hoitoonsa on tärkeää. Tulosten mukaan potilaat olivat tietoisia käyttämiensä lääkkeiden ottamistavoista ja annoksista ja osasivat toteuttaa lääkehoitoaan itsenäisesti. Potilaiden omiin tavoitteisiin ja vaikutusmahdollisuuksiin tavoitteiden laadinnassa tulee osastolla potilasohjauksessa kiinnittää enemmän huomiota. Potilaslähtöinen ohjaus ja potilaan osallistuminen tavoitteidensa laadintaan on hoitoon sitoutumisen yksi tärkeimmistä tekijöistä. Ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota myös potilaan sosiaalisiin sekä taloudellisiin tekijöihin, kuten sosiaalisen tuen saantiin

sekä mahdollisuuteen hankkia tarvittavat lääkkeet. Tulosten mukaan osasto on onnistunut lääkehoidon ohjauksessa ja potilaat olivat ymmärtäneet lääkehoidon merkityksen sairautensa hoidossa. Tulosten mukaan lääkkeiden sivuvaikutuksista kertomiseen tulee kiinnittää ohjauksessa enemmän huomiota, sillä potilaat eivät saaneet niistä riittävästi tietoa.

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet eri osa-alueet ja siksi lääkehoitoon sitoutumista on vaikea mitata. Tämän vuoksi lääkehoitoon sitoutumista voisi olla antoisaa tutkia eri menetelmillä, kuten kyselyn, itsearviointin ja haastattelun kautta. Jatkotutkimusehdotuksena laadullinen lähestymistapa saattaisi tuottaa syvällisemmin tietoa potilaan kokemuksesta lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Mielenkiintoista olisi myös kartoittaa hoitohenkilöstön näkökulmaa potilaan hoitoon sitouttamisesta ja potilaan oman vastuun ottamisesta hoidostaan Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastolla. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää mitä potilaslähtöinen potilasohjaus hoitajien kokemana on. Opinnäytetyön vastaajien pienen määrän vuoksi olisi jatkotutkimuksena kiinnostavaa tehdä laajempi kysely isommalle kohderyhmälle.

## LÄHTEET

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus-hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. *Hoitotiede* 1/2014, 26.

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Luettu 25.8.2014.  
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Gerlander, M., Isotalus, P., Kettunen, T. & Kivinen, T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. *Tutkiva Hoitotyö*. 11(2).

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4 - 7. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M. & Vanninen, J. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol 8(4).

Kankkunen, P., Kähkönen, O. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3/2012, 24.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, R. 2008. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Suomen Sydänliitto ry. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Kokko, R. 2014. Hoitotyön tutkimus: Kvantitatiivinen osuus. Luento 16.1.2014. Tampere: Tampereen Ammattikorkeakoulu.

Kumpusalo, E., Kuusisto, A., Koskela, T. & Nykänen, I. 2013. Sepelvaltimotautipotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveystieteiskeskushoidossa. *Suomen lääkirilehti* 68 (41), 2589–2593.

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

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Lääkepolitiikka 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 21.8.2014.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf)

Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A. & Kanninen, A. 2006. SPSS 14.0 for Windows perusteet. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. 1-2painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Suomen Sydän liitto ry. 2012. Sairastuminen sepelvaltimotautiin. Päivitetty 31.12.2012. <http://www.sydanliitto.fi/laakeryhmat>. Luettu 25.11.2014.

STM 2001. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Luettu 21.8.2014  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf)

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kansantaudit. Sydän- ja verisuonisairaudet. Päivitetty: 1.10.2014. Luettu 25.11.14.  
<http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>

The European Society of Cardiology. 2007. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. European Heart Journal. 2375-2414. Tulostettu 1.2.2015. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/28/19/2375.short>.

Tilastokeskus. 2013. Kuolemansyyt vuonna 2012. Katsaukset. Julkistettu 30.12.2013. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt\\_2012\\_2013-12-30\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_001_fi.html)

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4 painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voogdt-Pruis, H., Vrijhoef, H., Beusmans, G. & Gorgels, A. 2012. Quality improvement of nurse-led aftercare to outpatients with coronary heart disease: report of a case study. International Journal for Quality in Health Care. Tulostettu 1.2.2015. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/24/3/286.long>.

WHO. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen, näyttöä toiminnan tueksi. Lääketieteellinen tutkimuskeskus oy. Helsinki. Luettu 21.08.2014.  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf#page=13&zooom=auto,-96,298](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf#page=13&zooom=auto,-96,298)

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

1(3)

Tekijä(t) (vuosi). Työn nimi.	Tarkoitus/ tavoite. Tehtävät /ongelmat.	Menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Eloranta, Katajisto &amp; Leino-Kilpi (2014) Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Tutkimuksen tavoite on siitä saatavalla tiedolla arvioida potilaslähtöisen ohjauksen laatua ja tietoa voidaan käyttää potilas-ohjauksen kehittämisessä ja koulutuksessa.</p> <p>Tutkimusongelma</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miten hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus toteutuu?</li> <li>2. Mitä hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus sisältää?</li> <li>3. Millaiset ovat hoitotyöntekijöiden potilasohjaustaidot?</li> <li>4. Miten hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus on toteutunut viimeisen vuosikymmenen aikana?</li> </ol>	<p>Kvantitatiivnen tutkimus. Vuosina 2001 sekä 2010 toteutettu. Aineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena paremmiksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Myönteistä kehitystä oli havaittavissa ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa tarkasteltuna ajanjaksona. Sen sijaan, potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Tutkimus osoitti tarpeen panostaa potilaan aktiiviseen osallistumiseen perustuviin ohjaustoimintojen kehittämiseen, jotta potilaan tiedollisiin tarpeisiin voitaisiin ohjauksella vastata</p>
<p>Gerlander, Isotalus, Kettunen &amp; Kivinen (2013) Potilaan osallistuminen lääkkehoidosta keskustelemiseen.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat kokevat lääkkehoidosta keskustelemisen. Tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa lääkkehoidon ohjauksen kehittämiseksi. Lisäksi tutkimuksen avulla voidaan kehittää työvälineitä lääkkehoidon ohjauksen arviointiin.</p> <p>Tutkimusongelmat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Millaista lääkehoitoa koskeva keskustelu on sisällöllisesti?</li> <li>2.</li> </ol>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Kyselylomake. (n =309) Aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin sekä analysoinnissa käytetty PASW Statistics 18 -ohjelmalla</p>	<p>Potilaiden mukaan parhaiten toteutui käytössä olevien lääkkeiden läpikäyminen ja lääkkehoidon perustelevuus. Lääkehoitotiedot koettiin ajan tasaisiksi. Puutteellisimmiksi arvioitiin keskustelu lääkkeiden haittavaikutuksista ja vaikutustavasta sekä lääkitykseen tehtyjen muutosten selvittäminen ja lisätiedonlähteille opastaminen. Omassa osallistumisessaan potilaat puolestaan arvioivat huolestuttavien ja pelottavien asioiden esille</p>

Jatkuu

	<p>Millaiseksi potilaat arvioivat lääkehoidon toteuttamisen?</p> <p>3. Millaiseksi potilaat arvioivat osallistumisensa hoitoaan koskevaan keskusteluun?</p> <p>4. Onko potilaiden välillä eroa lääkehoidosta keskustelemisen sisällössä, lääkehoidon toteuttamisessa ja omassa osallistumisessa iän, sukupuolen, koulutustaan, toimialueen, lääkehoidon luonteen tai lääkehoidon tarpeellisuuden suhteen?</p>		<p>tuomisen toteutuvan huonosti. Keskusteltaessa lääkehoidosta huomiota tulisi kiinnittää haittavaikutusten, vaikutustavan, muutosten ja lisätiedonlähteiden lisäksi myös emotionaaliin tekijöihin. Erityisesti iäkkäiden ja miesten näkemyksille tulisi tarjota keskustelussa paremmin tilaa.</p>
<p>Kaappola, Kurikka, Leikkola, Paavilainen, Salminen-Tuomaala &amp; Vanninen (2010) Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia käsityksiä potilailla oli heidän saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuoltoon päivystyspoliklinikalta saatavan ohjauksen kehittämiseksi.</p> <p>Tutkimusongelmat</p> <p>1) Millaista on päivystyspoliklinikalla saadun ohjauksen sisältö?</p> <p>2) Millaista on kirjallisten kotihoito-ohjeiden käyttö päivystyspoliklinikalla?</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus harkinnanvarainen otanta (n=77) Kyselylomake. Vastaukset analysoitiin SPSS for Windows 15-ohjelmalla</p>	<p>Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä tutkimuksia ja hoitotoinenpiteitä sekä omien asioidensa etenemistä koskevaan ohjaukseen. Potilaat pitivät erittäin tärkeinä kirjallisia potilasohjeita. Perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta merkittävää oli myös se, että potilaista 91 % toivoi saattajan olevan mukana hoito-ohjeita annettaessa. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että erityistä huomiota ohjauksen kehittämässä tulee kiinnittää kotihoito-ohjeista keskustelemiseen sekä potilaan että häntä saattamassa olevan läheisen kanssa. On varmistettava, että potilaalle ei jää epäselviä asioita hänen kotiutuessaan.</p>
<p>Kumpusalo, Koskela, Kuusisto, &amp; Nykänen (2013) Sepelvaltimopotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskes-</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien suomalaisten terveyskeskuspotilaiden arvioiden perusteella sitä, kuinka potilaskeskeinen hoito terveyskeskuksissa toteutui.</p> <p>Epa-Cardio-tutkimuksen (European practice asses-</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin 13 eri suomalaisella paikkakunnalla terveyskeskuksissa. PACIC-kysely (n 236) sepelvaltimotautipotilaille.</p>	<p>Sepelvaltimotautipotilaiden potilaskeskeinen hoito jolla on merkitystä hoidon onnistumisen näkökulmasta, ei toteudu suomalaisissa terveyskeskuksissa. Tuloksissa kävi ilmi että noin puolet eivät kyenneet toteuttamaan saamia hoito-ohjeita jokapäiväisessä elämässään. Potilailta ei kysytty</p>



kushoidossa.	ment of cardiovascular risk management) Suomen osion aineisto		mistä sairauteen liittyvistä asioista he haluaisivat keskustella vastaanotolla. Potilaat olivat silti tyytyväisiä hoitoonsa. Vastanneiden keski-ikä oli 72 vuotta ja tutkijoiden arvioin mukaan iäkkäät potilaat ovat keskimääräistä tyytyväisempiä saamaansa hoitoon samoin vertailukohtien puuttuminen.
Kähkönen (2009) Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus.	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa hoitotieteellistä tietoa siitä, miten sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjausta oli toteutettu ja mitä menetelmiä ohjauksessa oli käytetty sekä kuvata sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen kehittämistarpeita. Tavoitteena oli koota yhteen tutkimukseen perustuvaa tietoa jonka avulla potilasohjaus voidaan kehittää nykypäivän tarpeita vastaavaksi.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1 Miten sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta on toteutettu</p> <p>a) sisällönsuhteen? b) menetelmien suhteen?</p> <p>2. Miten sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta tulee kehittää</p> <p>a) sisällön suhteen? b) menetelmien suhteen? c) ajoituksen suhteen?</p> <p>3. Millainen näytön aste on sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta käsittelevissä tutkimuksissa?</p>	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 26 tutkimusta, vuosilta 2004–2009, induktiivinen sisällön analyysi.	Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin että sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden perinteiset ohjausmenetelmät, yksilö – ja ryhmänohjaus, eivät ole yksistään riittäviä vastamaan nykypäivän potilaiden tarpeeseen. Ohjauksen sisällölliseen ja ajoitukseen tulee kiinnittää huomiota. Potilasohjauksen kehittämisen haasteena tulevaisuudessa on kyetä vastamaan lyhentyneiden hoitoaikojen sekä väestön ikärakenteen muutoksesta johtuvaan lisääntyneeseen ohjaustarpeeseen. Sydänleikkauksen jälkeiseen masennukseen tulee kiinnittää ohjauksessa huomio sillä ohjauksen vaikutus masennuksen esiintymiseen on merkittävä.

## Liite 2. Kyselylomake

1(3)

## KYSELYLOMAKE

Sepelvaltimotautia sairastavalle henkilölle

Ympyröi sopiva vaihtoehto

1. Sukupuoli
  1. Nainen
  2. Mies
2. Ikä
  1. alle 40 vuotta
  2. 41–50 vuotta
  3. 51–60 vuotta
  4. 61–70 vuotta
  5. yli 70 vuotta
3. Koulutus
  1. Perus-, Keski-, Kansakoulu
  2. Lukio
  3. Ammattikoulu, Ammattiopisto
  4. Ammattikorkeakoulu
  5. Yliopisto
4. Olen sairastanut sepelvaltimotautia
  1. Olen juuri saanut tiedon
  2. Alle ½ vuotta
  3. ½ – 3 vuotta
  4. 3 – 5 vuotta
  5. Yli 5 vuotta
5. Olen ollut sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi
  1. yhden kerran
  2. 2-4 kertaa
  3. yli 5 kertaa
6. Olen saanut lääkehoidon ohjausta osastolla ollessani
  1. Kyllä
  2. Ei

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä omasta mielestä Teitä parhaiten kuvaava vaihtoehto. Valitse vaihtoehtoista ainoastaan yksi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Osastolla saamani lääkehoidon ohjaus oli riittävää	1	2	3	4	5
8. Lääkehoidon ohjaus oli helposti ymmärrettävää	1	2	3	4	5
9. Lääkehoidon ohjaus oli mielestäni hyvää	1	2	3	4	5
10. Lääkehoidon ohjaus oli käytännönläheistä	1	2	3	4	5
11. Lääkehoidon ohjausta annettiin oikeaan aikaan	1	2	3	4	5
12. Lääkehoidon ohjaus auttoi minua käyttämään lääkkeitä oikein	1	2	3	4	5
13. Lääkehoidon ohjaustilanteessa uskalsin kysyä minua askarruttavia kysymyksiä	1	2	3	4	5

1

jatkuu

## KYSELYLOMAKE

Sepelvaltimotautia sairastavalle henkilölle

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
14. Minua kuunneltiin ohjaustilanteessa	1	2	3	4	5
15. Osallistuin aktiivisesti keskusteluun lääkahoitooni liittyvässä keskustelussa	1	2	3	4	5
16. Vaikutin itse lääkehoitoni tavoitteiden laadintaan	1	2	3	4	5
17. Tiedän sairauteni lääkähoidosta riittävästi	1	2	3	4	5
18. Noudatan saamiani lääkkeenoton ohjeita	1	2	3	4	5
19. Suunniteltu lääkehoito sopii päivittäiseen elämänryhtiini	1	2	3	4	5
20. Olen valmis ottamaan lääkehoidon osaksi päivittäisiä rutiineja	1	2	3	4	5
21. Lääkityksen kustannukset vaikuttavat lääkkeen hankintaan	1	2	3	4	5
22. Osaan toteuttaa itsenäisesti lääkehoitoani	1	2	3	4	5
23. Tiedän käyttämieni lääkkeiden ottamisajat	1	2	3	4	5
24. Tiedän käyttämieni lääkkeiden annokset	1	2	3	4	5
25. Tiedän käyttämieni lääkkeiden ottamistavan	1	2	3	4	5
26. Otan lääkkeen säännöllisesti kuten minua ohjattiin (Valitse yksi vaihtoehto)					
1. Aina					
2. Satunnaisesti					
3. Otan lääkkeen minulle sopivana ajankohtana					
3. En koskaan					
27. Huolehdin itse lääkkeen otosta kotona	1	2	3	4	5
28. Tarvitsen perheeni tukea lääkehoidon toteutuksessa	1	2	3	4	5
29. Tarvitsen terveydenhuollon ammattihenkilön apua lääkehoidon toteutuksessa	1	2	3	4	5
30. Saamiani lääkkeenoton ohjeita oli helppo noudattaa	1	2	3	4	5
31. Ymmärrän lääkehoidon merkityksen sairauteni hoidossa	1	2	3	4	5
32. Uskon lääkkeiden olevan hyödyksi sairauteni hoidossa	1	2	3	4	5
33. Tiedän kuinka käyttämäni lääkkeet vaikuttavat	1	2	3	4	5
34. Pelkään lääkkeiden sivuvaikutuksia	1	2	3	4	5
35. Sain riittävästi tietoa lääkehoidon sivuvaikutuksista	1	2	3	4	5
36. Tiedän lääkehoidon tavoitteet sairauteni hoidossa	1	2	3	4	5
37. Seuraan sairauteni tilaa säännöllisesti mittaamalla verenpaineeni (Valitse yksi vaihtoehto)					
1. Viikoittain					
2. Kerran kuukaudessa					
3. Kerran puolessa vuodessa					
4. Kerran vuodessa					
5. Harvemmin					
38. Olen kiinnostunut veren rasva-arvoistani	1	2	3	4	5
39. Tiedän mihin otan yhteyttä jos minulla on epäselvyyksiä lääkitykseni suhteen	1	2	3	4	5
40. Haluan, että minuun ollaan yhteydessä puhelimitse kotiutumisen jälkeen lääkehoidon varmistamiseksi	1	2	3	4	5

## KYSELYLOMAKE

### Sepelvaltimotautia sairastavalle henkilölle

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
41. Minulla on riittävästi voimavaroja toteuttaa säännöllistä lääkettä	1	2	3	4	5
42. Koen masentuneisuutta sairaudestani johtuen	1	2	3	4	5
43. Minulle oli hyötyä saamastani lääkettä liittyvästä ohjauksesta	1	2	3	4	5

44. Olen sitoutunut lääkehoitooni (Valitse yksi vaihtoehto)

1. Huonosti
2. Välttävästi
3. Hyvin
4. Erittäin hyvin

Seuraavaan kysymykseen voitte valita useamman vastausvaihtoehdon:

45. Millaisen ohjauksen ajattelette tukevan parhaiten lääkehoitonne toteuttamista?

1. Kirjallinen
2. Suullinen
3. Audiovisuaalinen (Internet, video)
4. Kuvallinen
5. Yksilöohjaus
6. Ryhmäohjaus
7. Puhelinohjaus
8. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

46. Millaista saamanne lääkehoidon ohjaus oli?

---



---



---

47. Mitkä tekijät ohjauksessa vaikuttivat lääkehoitoon sitoutumiseenne?

---



---



---

48. Lisäohjausta lääkehoitooni liittyen haluaisin seuraavissa asioissa:

---



---



---

49. Millaista palautetta haluatte antaa teitä hoitaneelle yksikölle?

---



---



---

Liite 3. Saatekirje

## **Arvoisa vastaanottaja!**

Olette olleet Hatanpään erikoissairaanhoidon osastolla B5 hoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi. Osastolla kehitetään lääkehoitoon liittyvää ohjausta. Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä sepelvaltimotautipotilaan ohjauksesta ja lääkehoitoon sitoutumisesta yhteistyössä osasto B5:n kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lääkehoidon ohjauksen yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen. Kysymykset kartoittavat kokemuksianne saamastanne lääkehoidon ohjauksesta. Vastauksenne ja mielipiteenne ovat meille tärkeitä ja tavoitteenamme on niiden avulla kehittää osaston lääkehoidon ohjausta. Kyselyssä selvitämme:

*Minkälaista lääkehoidon ohjausta olette osastolla saaneet?*

*Onko ohjaus auttanut teitä sitoutumaan lääkehoitoon?*

Toivomme teidän vastaavan kyselylomakkeen kysymyksiin osastolta kotiuduttuanne. Vastaukseen kuluu aikaa noin 10–15 minuuttia. Toivomme teidän postittavan valmiin lomakkeen kahden (2) viikon kuluessa, \_\_\_\_\_ mennessä. Ohessa vastauskuori, jossa postimaksu on valmiiksi maksettu ja postitusosoite kirjattu.

Vastaukset käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytenne ei tule julki missään vaiheessa eikä valmiista opinnäytetyöstä tunnista kyselyyn vastaajia. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä velvoita Teitä mihinkään. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua maaliskuussa 2015.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Anne Mäkelä

Emilia Rantanen

P. 040 5343909

P. 040 5683223

[anne.makela@health.tamk.fi](mailto:anne.makela@health.tamk.fi)

[emilia.rantanen@health.tamk.fi](mailto:emilia.rantanen@health.tamk.fi)