

Marika Juurakko ja Sanna Törö

Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön Tutkinto-ohjelma

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: : Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja AMK

Tekijä: Marika Juurakko ja Sanna Törö

Työn nimi: Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus

Ohjaaja: TtT, Lehtori Mari Salminen-Tuomaala & TtM, Lehtori Tarja Knuuttila

Vuosi: 2016 Sivumäärä: 59 Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintapotilaan sairastavien potilaiden omahoidon ohjausta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa omahoidon ohjauksesta ja sen tuomista haasteista. Tutkimus toteutettiin käyttäen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kaksi asiantuntija-artikkelia ja 18 tutkimusartikkelia. Englanninkielisiä tutkimuksia näistä oli neljä. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Keskeisenä tuloksena tutkimuksessa oli, että ohjaavien hoitajien tulisi hallita eri ohjausmenetelmät. Hoitajien tulisi antaa ohjaus kaikille samanlaisen ohjausrungon mukaan. Omahoidon ohjauksessa on huomioitava yksilöllisyys, joka parantaa hoitoon sitoutumista. Ohjaukseen tulee varata aikaa ja rauhallinen paikka. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena korostui kirjaamisen tärkeys hoidon jatkuvuuden kannalta.

Tulosten mukaan hoitajien tulee saada lisää koulutusta ohjausmenetelmistä sekä kirjaamisesta. Ohjaus tulee antaa yksilöllisesti ja laadukkaasti.

Avainsanat:

Sydämen vajaatoiminta, ohjaus, omahoito, kirjaaminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor`s Degree of Programme in Nursing

Authors: Marika Juurakko and Sanna Törö

Title of thesis: Self Care Counseling in Patient with Heart Failure

Supervisor(s): PhD, Senior Lecturer Mari Salminen-Tuomaala & MNSc, Senior Lecturer Tarja Knuuttila

Year: 2016

Number of pages: 59

Number of appendices: 4

The purpose of this thesis was to describe the self-management counseling and its difficulties in patient with heart failure. This study was conducted by systematic review. Review included two specialist-articles and 18 researcharticles, four of these articles were in English.

The main result of this study was that the nurses, who are counseling patients, should master different kind of counseling methods. Nurses should guide every patient in same way. Self-management counseling should be individual, which makes commitment of patient to self-care better. You should allow time for counseling and it should happen in calm place. The registration of counseling is an important section of continuity of care.

Due to results nurses should be given more education about counseling methods and registration. Self-management counseling should be individual and high-quality.

Keywords:

Heart failure, patient education, self care, registration

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA POTILAAN HOITOTYÖ.....	7
2.1 Sydämen vajaatoiminta.....	7
2.2 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus.....	8
2.3 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan hoidon seuranta.....	11
2.4 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon ohjaus.....	12
2.5 Hoitoon sitoutuminen.....	15
3 TAVOITE JA TARKOITUS.....	21
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS JA MAHDOLLINEN TUOTOS.....	22
4.1 Aineiston keruu.....	22
4.2 Aineiston analyysi.....	26
5 TULOKSET.....	27
5.1 Hallitut ohjauksen osa-alueet.....	29
5.1.1 Hoitajien hallitsemat osa-alueet.....	29
5.1.2 Potilaiden kokemukset hallituista ohjauksen osa-alueista.....	31
5.2 Kehitettävät ohjauksen osa-alueet.....	33
5.2.1 Hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen.....	33
5.2.2 Potilaiden toiveet ohjaukseen.....	36
6 POHDINTA.....	38
6.1 Tulosten tarkastelua.....	38
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	39
6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämisideoita.....	40
LÄHTEET.....	42
LIITTEET.....	46

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Omahoidon ohjauksen osa-alueet hoitotyön suositusta mukaillen (muk. Kemppainen ym. 2013).....	14
Kuvio 2. Fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia (muk. Mikkinen & Timgren 2008).....	15
Kuvio 3. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät (muk. Kyngäs & Hentinen 2008).....	21
Kuvio 4. Opinnäytetyön sisäänottokriteerit	26
Kuvio 5. Opinnäytetyön poissulkukriteerit	26
Kuvio 6. Esimerkki alkuperäisilmauksista pelkistykseen kautta alakategoriaan....	28
Kuvio 7. Esimerkki alakategoriasta eteneminen yläkategoriaan.....	29

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen lisää sydämen vajaatoimintaa sairastavien määrää ja hoidon tarvetta. Sydämen vajaatoimintaa sairastavia on länsimaissa noin 1-2 prosenttia väestöstä. Sydämen vajaatoimintaa sairastavia on arvioitu olevan 20 prosenttia enemmän vuonna 2020 eli sairaalahoidot lisääntyvät 40–50 prosenttia nykyisestä. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat tulevat yhteiskunnalle kalliiksi, sillä kustannukset ovat 1,5-2 prosenttia kaikista terveydenhuollon menoista ja toistuvat sairaalajaksoit vievät suurimman osan rahoista. Huomattava osa sairaalajaksoista olisi ennaltaehkäistävissä hyvällä ja tehokkaalla seurannalla ja ohjauksella. (Ekola 2008, Kemppainen ym. 2013.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa omahoidon ohjaus on keskeisessä asemassa. Sen tavoitteena on sairauden hallinta ja myös kuolleisuuden sekä kustannusten väheneminen. Tutkimusten mukaan myös ylipaino ja liikunnanpuute lisäävät riskiä sairastua vanhemmiten sydämen vajaatoimintaan. (Hu ym. 2010, Kemppainen ym. 2013.)

Suomessa sydämen vajaatoiminta on yleisempi miehillä kuin naisilla ja on useimmiten vanhusten sairaus. Sydämen vajaatoimintapotilaan keski-ikä on keskimäärin 75 vuotta. Sydämen vajaatoiminta muodostaa mittavan kansanterveysongelman, koska se syntyy monen sairauden loppuvaiheessa. Arviolta noin kolmannes kaikista sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista joutuu sairaalahoitoon vuosittain. Myös hoitotyöntekijöille sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoito on haasteellista. 30 – 50 % akuuttia sydämen vajaatoimintaa sairastavaa kuolee vuoden kuluessa sairaalaan joutumisesta. Kroonista vajaatoimintaa sairastavan neljän vuoden elossaoloennuste on 50 %.(Holmia ym. 2008, Harjola 2010, Jokinen ym. 2011.)

Potilasohjausta ei useinkaan anneta tarpeeksi ja ohjauksen sisältö on vaihtelevaa, jolloin ohjauksen hyöty jää vähäiseksi. Ohjauksen ajankohta voi olla väärä tai ohjaus ei ole sopivan pituista. Ohjausta annetaan useasti kotiutusvaiheessa, jolloin potilaan ajatukset ovat jo muissa asioissa, eikä mieleen painu tärkeitä asioita koti-hoidosta. Ohjauksessa käsiteltävät asiat voivat olla myös potilaalle liian vaikeaselkoista tai he eivät ymmärrä niitä.(Kemppainen ym. 2013.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon ohjauksesta ja sen tuomista haasteista. Tutkimus toteutetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, jolla pyritään kuvaamaan sydämen vajaatoimintaa sairastavien omahoidon ohjauksen laatua ja potilaiden sitoutumista omahoitoon.

Tutkimuksessa käytetyillä hakusanoilla löytyi tutkimuksia paljon. Rajasimme hoitajia koskevat hakusanat pois, koska opinnäytetyön tekemiseen oli rajattu aika ja työ pysyi hallinnassa eikä lähtenyt rönsyilemään.

2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA POTILAAN HOITOTYÖ

Keskeisinä käsitteinä työssämme ovat sydämen vajaatoiminta, sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus, hoidon seuranta, omahoidon ohjaus ja hoitoon sitoutuminen.

2.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämessä on kaksi osaa, oikea ja vasen puoli. Oikea puoli pumpppaa laskimoverta keuhkoihin hapettumaan ja vasen puoli pumpppaa keuhkoista tulevaa hapettunutta verta aortan kautta elimistöön. Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, että sydän ei kykene pumppaamaan kehon tarvetta vastaavaa minuuttitilavuutta. Sydämen vajaatoiminnasta on kyse, kun sydänlihas ei pysty enää toimimaan normaalisti. Vajaatoiminnan yleisyys kasvaa iän myötä. Alle 50-vuotiailla sitä ei juuri tavata ja yli 75-vuotiaista sairastaa jo joka kymmenes. (Kettunen 2014, Vauhkonen 2012.)

Sydämen vajaatoiminnan laukaiseva sairaus on iäkkäillä tavallisesti hypertensio, jolloin sydämen täytyminen diastolen aikana heikkenee. Keski-ikäisellä taustalla on usein sydämen supistuvuuden väheneminen eli systolinen toimintahäiriö. Lääkehoitoa käytetään systolisen ja diastolisen sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääkehoidolla voidaan vaikuttaa ennusteeseen tai oireiden helpottamiseen. Ennusteeseen vaikuttavia lääkkeitä käytetään tutkimusnäyttöön perustuvien annosten tai mahdollisimman suurin siedetyin annosten. Oireisiin vaikuttavia lääkkeitä käytetään pieninä annoksina tai vain tarvittaessa. (Harjola 2010.)

Sydämen vajaatoiminnan syy on aina selvitettävä ja pyrittävä syynmukaiseen hoitoon. Sydämen ultraäänitutkimus on tärkeä väline vajaatoiminnan syyn toteamiseen. Sydämen vajaatoiminta todetaan oireiden, laboratoriotutkimusten, sydänfilmin ja sydämen kaikututkimuksen perusteella. Vajaatoiminta ei ole sairaus, vaan oire, joka voi johtua useasta eri sydänsairaudesta. Yleisimmät vajaatoiminnan syyt ovat sydäninfarkti, kohonnut verenpaine, eteisvärinä ja sepelvaltimotauti. Myös pitkäaikainen alkoholin käyttö, sydänlihastulehdus, läppäviat ja keuhkohtaumatauti ovat vajaatoiminnan syinä. Sydämen vajaatoiminnan oireet aiheuttavat elämänlaadun heikkenemistä psyykkisten voimavarojen ja fyysisen toimintakyvyn vähentyessä.

Hyvä itsehoito, oireiden tunnistaminen ja reagoiminen niihin helpottavat sairauteen sopeutumista.(Ekola 2008, Harjola 2010, Iivanainen ym. 2012, Kettunen 2014.)

Sydämen vajaatoiminta on yleensä sydämen vasemman kammion sairaus. Sen oireina ovat hengenahdistus ja väsyminen ruumiillisen rasituksen yhteydessä. Vaikeissa vajaatoiminnoissa ahdistus pahenee makuulla ja helpottaa istuma-asennossa. Paino nousee yleensä nestekertymän vuoksi. Sydämen vajaatoiminnan oireina ovat yleensä myös nopeutunut syke, kaulalaskimoiden pullotus, suurentunut maksa ja sydän sekä yskä makuuasennossa. Oikean puolen vajaatoiminnassa tyypillisinä oireina ovat turvotukset, varsinkin säärissä ja nilkoissa. Tämä johtuu nesteen kertymisestä kudoksiin. Oikean puolen vajaatoimintaan liittyy joskus ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia, jotka johtuvat verenkierron häiriöistä suolistossa.(Kettunen 2014.)

2.2 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus

Suomessa on tehty terveystaloudellisia linjauksia, jotka liittyvät potilaiden oikeuksiin, potilaan oman hoidon tukemiseen, potilaskeskeisyyteen sekä tietotekniikan hyödyntämiseen tiedon hallinnassa ja palvelutoimintojen tehostamisessa monipuolisemmin ja asiakaslähtöisemmin (STM 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollossa lainsäädäntö on ohjauksen perustana. Vaikka suoranaisesti laeissa ja asetuksissa ohjausta ei ole mainittu, laeissa on määritelty potilaan ja asiakkaan asema. (Eloranta & Virkki 2011.)

Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa. Ohjaussuhde on ohjaajan ja ohjattavan välistä arvonantoa ja yhteistyön tekemistä. Ohjauksella voidaan mahdollistaa ja rohkaista potilasta osallistumaan päätöksentekoon omasta hoidostaan, mutta se edellyttää ohjattavan kannalta riittävän tiedon saantia. Ohjattavan tulee myös ymmärtää saamansa tiedon ja kyetä käyttämään saamaansa tietoa omassa hoidossaan. Tällä tavoin ohjattava kykenee ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. (Eloranta & Virkki 2011.)

Potilasta voidaan tukea ohjauksessa tiedollisesti, konkreettisesti sekä emotionaalisesti. Nämä kolme asiaa sisältyvät laadukkaaseen asiakasohjaukseen. Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, kuinka hyvin potilaalle on kerrottu hoidon kannalta oleelliset tiedot sairaudesta ja sen hoidosta. Konkreettinen tuki tarkoittaa välineellistä tukea, jonka avulla potilas edistää hoitoon sitoutumista. Tunteisiin liittyvät asiat kuuluvat emotionaaliseen tukeen. Asioiden käsittely on tärkeää, jotta hoito ei häiritse potilaan normaalia arkipäivää. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Sairaanhoitajat ovat opetuksessa ja ohjauksessa tärkeässä roolissa. Heidän kotikäynnit, puhelinohjaukset ja potilaan käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla vähentävät sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita sekä hoidon kustannuksia että sairaalahoitojen tarvetta. Laadukas ohjaus edellyttää ohjaajalta tiedollisia, asenteellisia ja taidollisia ohjausvalmiuksia. Hänellä tulee olla tiedot ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä erilaisista ohjausmenetelmistä. Näiden lisäksi hänellä tulee olla riittävät tila-, aika- ja materiaaliresurssit. Ohjaajalta vaaditaan myös vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, jotta hän kykenee olla asiantuntijana ohjauksen etenemisessä. (Kyngäs & Hentinen 2008, Iivanainen ym. 2012.)

Laadukas, vuorovaikutteinen ohjaussuhde perustuu sanattomaan ja sanalliseen vuorovaikutukseen. Hyvään vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen kuuluu, että ohjattava ja ohjaaja ovat aidosti läsnä ja kiinnostuneita toisistaan. Ohjaajan ei pidä käyttää ammattisanastoa, jotta ohjattava ymmärtää sanottavan. Ohjaajan tulee rohkaista asiakasta aktiiviseen vuorovaikutukseen, koska hänellä on ammatillinen vastuu ohjauksen onnistumisesta ja hoitoon sitoutumisen edistämisestä. Toimivassa ohjaussuhteessa ohjattava tuntee, että häntä arvostetaan ja hän saa tilansa kannalta sopivaa ja tarpeellista tietoa ja tukea sekä ymmärtää itseänsä paremmin ja omaa tilannettaan. (Kyngäs & Hentinen, 2008.)

Potilaiden jokapäiväiseen elämään liittyvän opetuksen ja ohjaamisen tulee olla yksilöllistä ja käsittää heille merkityksellisiä asioita. Ohjaukseen osallistuvat kussakin hoitajaksossa asiaan kuuluvat ammattihenkilöt. Menetelmiä opetukseen ja ohjaukseen ovat mm. yksilöohjaus, ryhmäkeskustelut, kirjalliset ohjausmateriaalin jakaminen ja videoiden katselu. Potilaan ja hänen omaisten kanssa käydään läpi kirjalliset ohjeet. (Holmia ym. 2008).

Suullinen kasvokkain tapahtuva yksilöohjaus on potilaiden eniten toivoma ohjausmenetelmä ja tätä pystyy hyvin tehokkaasti arvioimaan. Yksilöohjauksessa voidaan vastata hyvin potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Ryhmäohjaus ei yleensä ole ensisijainen ohjausmenetelmä pitkäaikaisesti sairaiden ohjauksessa. Sitä annetaan yleensä jostakin tietystä asiasta tiettyä sairautta sairastaville. Ryhmäohjauksessa on mahdollisuus saada vertaistukea muilta sairastavilta. Yksinäiset ja ne, joilla ei ole läheisiä, hyötyvät saadusta vertaistuesta. Teknologian avulla pystytään antamaan paljon tietoa, mutta silloin jää emotionaalinen tuki vähemmälle. Tietokoneohjauksen tiedetään lisäävän potilaiden tietoa, edistävän hoitokäyttäytymistä sekä vähentävän sosiaalista eristäytyneisyyttä ja vähentävän myös sairaalakäyn- tejä. Koska ohjaukselle on nykyään koko ajan vähemmän aikaa, kirjallisen materiaalin merkitys kasvaa. Tekstin materiaalissa tulee olla laadukas ja helposti luettava, jotta siitä on hyötyä potilaalle. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Ohjausta annetaan sydämen vajaatoimintapotilaalle vajaatoiminnan syistä, hoidon periaatteista, ennusteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Ohjausta tulee antaa vajaatoiminnan vaikeutumisesta johtuvista oireista ja kuinka toimia oireiden pahentuessa. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytetään elämäntapaohjausta, lääkettä sekä toimenpiteitä ja laitehoitoja. Ohjauksessa tulee kertoa lääkkeiden vaikutuksista, sivuvaikutuksista, lääkeannoksista ja kustannuksista. Ravitsemuksesta ja nautintoaineista tulee kertoa ohjauksessa ja kuinka sairaus vaikuttaa työntekoon ja harrastuksiin tai perhe-elämään. Tärkeää on kertoa, kuka hoidosta vastaa, missä tapahtuu hoidon seuranta ja milloin lääkäriin tulee ottaa yhteyttä. Ohjaus alkaa sairaalajakson aikana ja sen tulee jatkua katkeamatta avoterveydenhuollossa. Neuvontaa antavalla sairaanhoitajalla tulee olla hyvät tiedot sydänpotilaiden hoidosta ja riittävä kokemus sekä kyky itsenäiseen työskentelyyn. (Partanen & Lommi 2006, Harjola 2010, Iivanainen ym. 2012.)

Kääriäisen (2011) artikkelissa tulee esille, että potilaan oppimiseen ohjaustilanteissa vaikuttavat monet tekijät, joista asiakaslähtöisyyttä pidetään yhtenä keskeisimmistä tekijöistä. Se edellyttää kuitenkin nykyisten ohjauk käytänteiden kriittistä arviointia, että niitä voidaan muuttaa potilaan aktiivisuutta korostavaan suuntaan. Aiempien tietojen aktivointi, motivaation vahvistaminen ja elämäntilanteen ja tar-

peiden huomiointi on välttämätöntä, mikäli ohjauksen halutaan olevan oppimista edistävää ja vaikuttavaa.

Aikaisemmin on korostettu ohjaajan asiantuntijuutta ohjauksen lähtökohtana, mutta nykyään keskeistä ohjauksessa on asiakaslähtöisyys, ohjattavan ja ohjaajan vastuullisuus ja asiantuntijuus. Vaikka potilas on aikaisemminkin päättänyt, noudattaako hän annettuja hoito-ohjeita, annetaan hänelle nyt lupa siihen. Potilaslähtöisyyden pelätään lisäävän kustannuksia ja ruuhkauttavan toimintoja. Kokemukset ovat käytännössä kuitenkin päinvastaisia. (Kyngäs & Hentinen 2008, Routasalo ym., 2010, Koikkalainen & Rauhala 2013.)

Hyvän ohjauksen edellytyksenä on, että se kirjataan tarkasti koneelle. Kun ohjausuhde alkaa, tulee kirjata ohjattavan taustatekijät sekä yhdessä sovitut ohjauksen tarpeet, tavoitteet ja toteutus. Jos tietoja ei ole kirjattu koneelle, hoidon jatkuvuus on uhattuna. Silloin henkilö, joka jatkaa seuraavalla kerralla ohjausta, ei tiedä, mitä edellisellä kerralla on ohjattu ja kuinka ohjattava on ymmärtänyt sen ja mitä ohjauksessa on sovittu. Ohjauksen seuranta on vaikeaa, jos kirjaamisia ei ole tehty. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

2.3 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan hoidon seuranta

Tavoitteena sydämen vajaatoiminnan seurannassa on optimoida lääkehoidon teho ja arvioida lääkemuutosten sekä uusien hoitojen tarpeellisuutta. Kyseiset eri osat alueet pyritään sovittamaan keskenään siten, että potilaan elämänlaatu ja ennuste olisi mahdollisimman hyvä. Hoidon alkuvaiheessa seurantarpe on suuri ja seurannan tulee olla säännöllistä. Seurantakäynneillä kiinnitetään huomiota oireisiin, elämäntilanteiden muutoksiin ja niiden vaikutukseen hoitoon sitoutumiseen ja kerataan tarpeellinen tieto. Sairaanhoidaja seuraa potilaan verenpainetta, pulssia ja painoa. Samalla sairaanhoidaja ohjaa potilasta tekemään sen itse. Seurantarpeeseen vaikuttavat myös muut elimistöä kuormittavat sairaudet kuten tulehdukset ja diabetes. (Mäkijärvi ym. 2011, Ahonen ym. 2013.)

Lieväoireisten ja tasapainossa olevien sydämen vajaatoimintapotilaiden seuranta voidaan hoitaa terveyskeskuksissa ja avoterveydenhuollossa sekä tarvittaessa

järjestää myös kotikäyntejä. Mikäli oireet ovat vaikeat tai sydänsairaus on epävaakaa sekä edellyttää erityistutkimuksia ja hoitoja, seuranta kuuluu erikoissairaanhoidon. (Mäkijärvi ym. 2011.)

Lääkärin vastaanotolla optimoidaan lääkkeiden annostus. Tarvittaessa myös arvioidaan kajoavien toimenpiteiden tarvetta kuten tahdistinhoitoa tai oireita lievittävää mekaanista apupumppua ja sydämen siirron tarvetta. Sairaanhoidtaja voi myös toteuttaa seuranta ja itsehoidon ohjausta lääkärin kanssa sovittujen periaatteiden mukaisesti. Hoidon tavoitteena on kohentaa elämänlaatua, helpottaa potilaan oireita, parantaa ennustetta ja vähentää sairaalahoidon tarvetta. (Mäkijärvi ym. 2011.)

2.4 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon ohjaus

Pitkäaikaissairauksien hoidon pääpaino on siirtymässä yhä enemmän potilasläh- töiseksi omahoidon tukemiseksi. Pitkäaikaissairauksien hoidossa on olennaista se, miten potilas hoitaa itseään päivittäin. Tavoitteena potilaan omahoidon tukemi- sessä on pitkäaikaissairauksien tehokas hoitaminen, riskitekijöiden pienentäminen ja terveydenhuollon niukkenevien voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Omahoidon neuvonnassa kunnioitetaan potilaan autonomiaa ja tuetaan hänen voimaantumistaan, motivaatiotaan sekä pystyvyyden tunnetta. (Saarelma ym. 2008, Routasalo ym. 2010.)

Elorannan ja Virkin (2011) mukaan on tärkeää erottaa omahoito itsehoidosta. Itse- hoidolla tarkoitetaan asiakkaan itse tilanteeseensa suunnittelemaa hoitoa ilman ammattihenkilön apua. Omahoidolla tarkoitetaan yhdessä ammattihenkilön kanssa suunniteltua potilaan elämäntilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Tämä edellyttää, että potilas itse osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Tällöin potilas itse ottaa vastuun omista ratkaisuis- taan ammattihenkilön toimiessa valmentajana.

Omahoidon ohjauksella käsitetään aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa hoita- ja ja potilas yhdessä edistävät potilaan oppimista omasta sairaudestaan ja sen oireiden hallinnasta. Potilasta ohjataan tunnistamaan omassa terveydessään ta-

pahtuvia tuntemuksia ja muutoksia. Häntä ohjataan myös tekemään mittauksia, jotta hän pystyy niiden perusteella tekemään itsenäisiä toimenpiteitä terveytensä hyväksi ja tarvittaessa ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Tämän lisäksi omahoidon ohjaukseen liittyy potilaan hoitomyöntyvyyden tukeminen ja seuranta. (Kemppainen ym. 2013.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon tavoitteena on pitää tasapainossa oireita ja vähentää tai ehkäistä sairauden huononemisen vaiheita. Masennus on hyvin yleistä sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, joka voi pahimmassa tapauksessa johtaa sairaalahoitoon tai kuolemaan. Keskeisintä on oireiden vaikeutumisen tunnistaminen ja sen mukaan omahoidon toimista päättäminen. (Iivanainen ym. 2012, Kemppainen ym. 2013.)

Omahoidon ohjauksessa tulee motivoida potilasta noudattamaan hoitosuunnitelmaa, elintapojen noudattamista sekä oireiden ja painon seuranta. Nesteiden rajoitusta ei tarvitse käyttää lievässä sydämen vajaatoiminnassa, mutta vaikeassa vajaatoiminnassa tulee rajoittaa puoleentoista litraan nesteiden saantia turvotusten ehkäisemiseksi. Potilaan tulee punnita itsensä säännöllisesti, mahdollisesti päivittäin. Apuna voi käyttää sydämen vajaatoimintapotilaan omaseurantavihkoa. Painoa tulee seurata säännöllisesti nestekertymien havaitsemiseksi. Potilas saa lääkäriltä luvan itse suurentaa diureettien annosta, jos paino nousee. Kun paino on normaalitasossa, potilas palaa diureettien normaaliannokseen. Painon nousu liittyy usein sydämen vajaatoiminnan vaikeutumiseen ja nesteen kertymiseen. (Iivanainen ym. 2012, Kemppainen ym. 2015, Lommi 2015.)

Sydämen vajaatoiminnasta kärsivän tulee noudattaa vähäsuolaista ruokavaliota turvotusten vähentämiseksi ja verenpainetta alentaen sekä elää terveellistä elämää välttämällä alkoholin liikakäyttöä. Ruoan tulee olla monipuolista. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat hyvin tavallisia sydämen vajaatoimintapotilaille. Niistä tulisi keskustella potilaan kanssa yksilöllisesti ohjaten. Tupakointi tulee lopettaa ja liikuntaa tulisi harrastaa säännöllisesti ja monipuolisesti, joka taas edistää lihaskuntoa ja suorituskykyä. Hyviä liikuntalajeja ovat muun muassa kävely, hiihto, pyöräily ja hölkkä. Sykkeen ei tulisi kuitenkaan nousta lepotasosta kuin 60–80%. Mielialakin kohentuu, kun liikkuu aktiivisesti. (Iivanainen ym. 2012, Kemppainen ym. 2013, Kettunen 2014, Lommi 2015.)

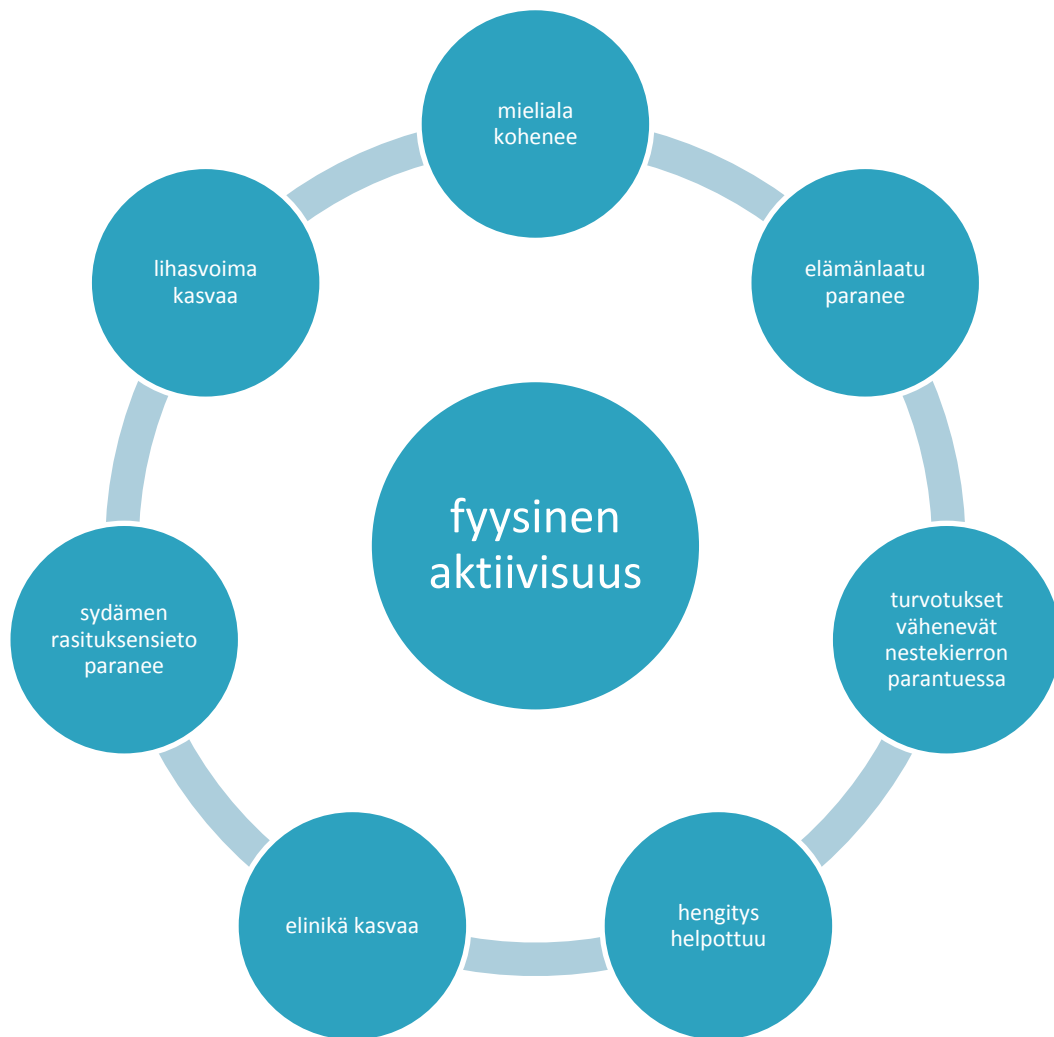
Sydämen vajaatoimintaa sairastavan tulisi myös huolehtia influenssa- ja pneumokokkirokotteesta, koska ylähengitystieinfektio pahentaa vajaatoimintaa huomattavasti. Potilaita ohjataan tunnistamaan uniongelmansa, jotka usein johtuvat hengityshäiriöistä sekä erilaisista riskitekijöistä. Tekijöitä, jotka pahentavat oireita, tulisi välttää. Verenpainetta tulee mitata säännöllisesti, jotta pystytään seuraamaan lääkityksen vaikutusta ja oireiden ilmaantuvuutta. Verenpaine olisi hyvä olla matala sydämen vajaatoimintapotilaalla. (Iivanainen ym. 2012, Ahonen ym. 2013, Kempainen ym. 2013.) (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Omahoidon ohjauksen osa-alueet hoitotyön suositusta mukaillen (muk. Kempainen ym. 2013)

Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa toimintakykyyn vaikuttavia oireita. Niitä pystytään lievittämään lisäämällä fyysistä aktiivisuutta. Potilas tulee ohjata fyysisesti aktiiviseen elämään oireiden mahdollistamissa rajoissa. Potilaan jäädessä vuodelepoon, verenkierto heikkenee, jolloin laskimotukoksen vaara kasvaa. Vuodelepo kasvattaa myös muiden komplikaatioiden riskiä. Useissa tutkimuksissa on todettu että liikunnalla on elämänlaatua parantavia vaikutuksia. Fyysinen aktiivisuuden ansiosta mieliala kohenee, elämänlaatu paranee, hengitys helpottuu, elinikä ja

lihasvoima kasvavat, turvotukset vähenevät sekä sydämen rasituksensieto paranee. (Minkkinen & Timgren 2008, Ahonen ym. 2013.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia (muk. Minkkinen & Timgren 2008)

2.5 Hoitoon sitoutuminen

Suomen terveydenhuollossa huomattavaksi huolenaiheeksi on noussut pitkäaikaissairaiden ja erilaisten sairauksien lisääntyessä hoitoon sitoutuminen. Potilaan kannalta sitoutuminen hoitoon ja terveellisiin elintapoihin parantaa terveyttä ja toimintakykyä sekä antaa parempaa elämänlaatua, lisääntyviä elinvuosia että turvallisuutta. Monien asiantuntijoiden mielestä terveydenhuollon nykytilasta ei selvitä,

ellei potilaita saada hoitamaan itseään paremmin ja sitoutumaan hoitoonsa. Ratkaisevana tekijänä on, miten potilas hoitaa itseään arkipäivisin. Hyvä hoito edistää terveyttä sekä ennaltaehkäisee sairauksien syntymistä, jolloin teho- ja vuodeosastohoidon tarve vähenee. Tutkittu tieto on perustana hoitoon sitoutumiselle, joten tämä edellyttää terveydenhuoltohenkilöstön seuraamaan uusia tutkimustietoja ja tarvittaessa muuttamaan käytäntöjä niiden pohjalta. Hoitotyön suosituksen mukaan omahoidon ohjaus edistää sitoutumista hoitoon. Tämä taas vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista ja kuolleisuutta sekä kohentaa potilaan hyvinvointia. (Kyngäs & Hentinen 2008, Kemppainen ym. 2013.)

Hoitoon sitoutumisen kannalta tuloksellinen ohjaus tarkoittaa, että potilas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana, jonka avulla hän voi pohtia omaa tilaansa ja toimintaansa. Hänen tulee pystyä puuttumaan ohjaukseen ja näin edistää omaa sitoutumistaan hoitoon. Potilas itse arvioi omasta näkökulmastaan omaa elämäntilannettaan, voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan sitoutua hoitoonsa. Hoito tulisi suunnitella potilaan kanssa hänen arkipäiväänsä sopivaksi, joka mahdollistaa parhaan mahdollisen tuloksen. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Prosessina kuvattaessa hoitoon sitoutumista edistävästä ohjauksesta voidaan erottaa kolme vaihetta. Ne ovat ohjaajan ja asiakkaan taustatekijöiden selvittäminen ja tunnistaminen, ohjaussuhteen rakentaminen tavoitteiden saavuttamiseksi sekä ohjauksen arviointi. Kun ohjaaja tuntee hyvin ohjattavan ja omat taustatekijät, hän voi paremmin ohjata asiakasta sitoutumaan hoitoonsa. Ohjattavana voi olla asiakas itse, hänen perheensä tai muu läheinen. Sairauden laatu ja terveydentila ovat tärkeimmät tunnistettavat taustatekijät. Hyvä terveydentila tai oireeton sairaus hankaloittavat hoitoon sitoutumista, koska asiakkaan on vaikea motivoitua hoitamaan itseään hyvän vointinsa takia. Kulttuurilliset sekä uskonnolliset tekijät on syytä kartoittaa hoitoon sitoutumisen kannalta, jotta omahoito pystytään sovittamaan uskontoon tai kulttuuriin sopivaksi. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Ohjaukseen vaikuttavat psyykkiset tekijät ovat onnistumisodotus, motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, oppimistyyli, ohjaustarpeet sekä ohjausvalmiudet. Hoitoon sitoutumisen kannalta keskeisintä on asiakkaan motivaatio muuttaa toimintaansa ja sitoutua hoitoonsa. Motivaatiota syntyy muun muassa sopivan haasteellisista tavoitteista, sopivasta tunnetilasta sekä yhdessä

suunnitellusta tavasta toteuttaa hoitoa. Ohjaajan oma motivaatio vaikuttaa paljon siihen, millainen ohjaussuhde syntyy ohjattavan ja ohjaajan välille ja kuinka ohjaaja tukee ohjattavaa hoitoon sitoutumiseen. Koko työyhteisön sitoutuminen ohjaukseen, henkilökohtainen sitoutuminen työhön ja asiakaslähtöiseen ohjaukseen vaikuttavat myös ohjaajan motivaatioon. Tavoitteiden saavuttamista edistää, kuinka ohjattava on tullut kuulluksi, ymmärretyksi sekä hyväksytyksi ja kuinka hänen oma tilanne on otettu huomioon ohjauksessa ja sen toteutuksessa. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Jokaisella ohjattavalla on omat tyyli oppia asioita. Oppimistyyllillä tarkoitetaan kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Hoitoon sitoutumisen kannalta olisi parhainta, että ohjaaja kykenisi tunnistamaan keskustelujen avulla ohjattavan oppimistyylin ja käyttäisi sitä hyödykseen ohjauksessa. Oppimistyylit voidaan jakaa kolmeen eriytyliin: visuaalisiin, kineettisiin ja auditiivisiin. Visuaalisesti oppii katselemalla ja näkemällä, jolloin ohjauksessa hänelle kannattaa näyttää kuvia ja kirjallisia materiaaleja. Kinesteettinen oppija oppii ohjauksen kokemusten kautta. Hän oppii hyvin tunnustelemalla ja kokemusten kautta, joten tällöin ohjausympäristö tulee olla miellyttävä. Auditiivisesti oppijan ohjauksessa kannattaa käyttää vuoropuhelua ja perusteellista selittämistä, koska hänellä kuulemisen tärkeys korostuu. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Ohjausta on arvioitava jatkuvasti sekä hoitoon sitoutumisen että itse ohjauksen näkökulmasta. Arviointia tehdään asiakkaan sitoutumisesta hoitoon sekä ohjauksessa hoitoon sitoutumista edistävästä ja tukevasta asioista. Tämä on tärkeää pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumisessa, koska ohjaus on elinikäistä oppimista. Ohjattavan iän lisääntyessä elimistön fysiologinen toiminta muuttuu sekä sairaus voi aiheuttaa muutoksia elimistössä. Myös sairaudesta ja sen hoidosta sekä niiden vaikuttavuudesta saadaan koko ajan uutta tietoa. On myös puututtava ongelmiin sitoutumisessa, jotta ne saataisiin nopeasti korjattua. Keskusteleminen tavoitteiden saavuttamisesta ja palautteen antaminen kuuluvat myös arviointiin. Motivaation kannalta on hyvä, jos ohjattava saa rehellistä ja positiivista palautetta kaikesta, mitä on tehnyt hyvin. Arvioinnin tavoitteena on, että arvioinnin loputtua ohjattava tietää, missä hän on onnistunut ja epäonnistunut ja kuinka hän jatkaa itsensä hoitamista kotona. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

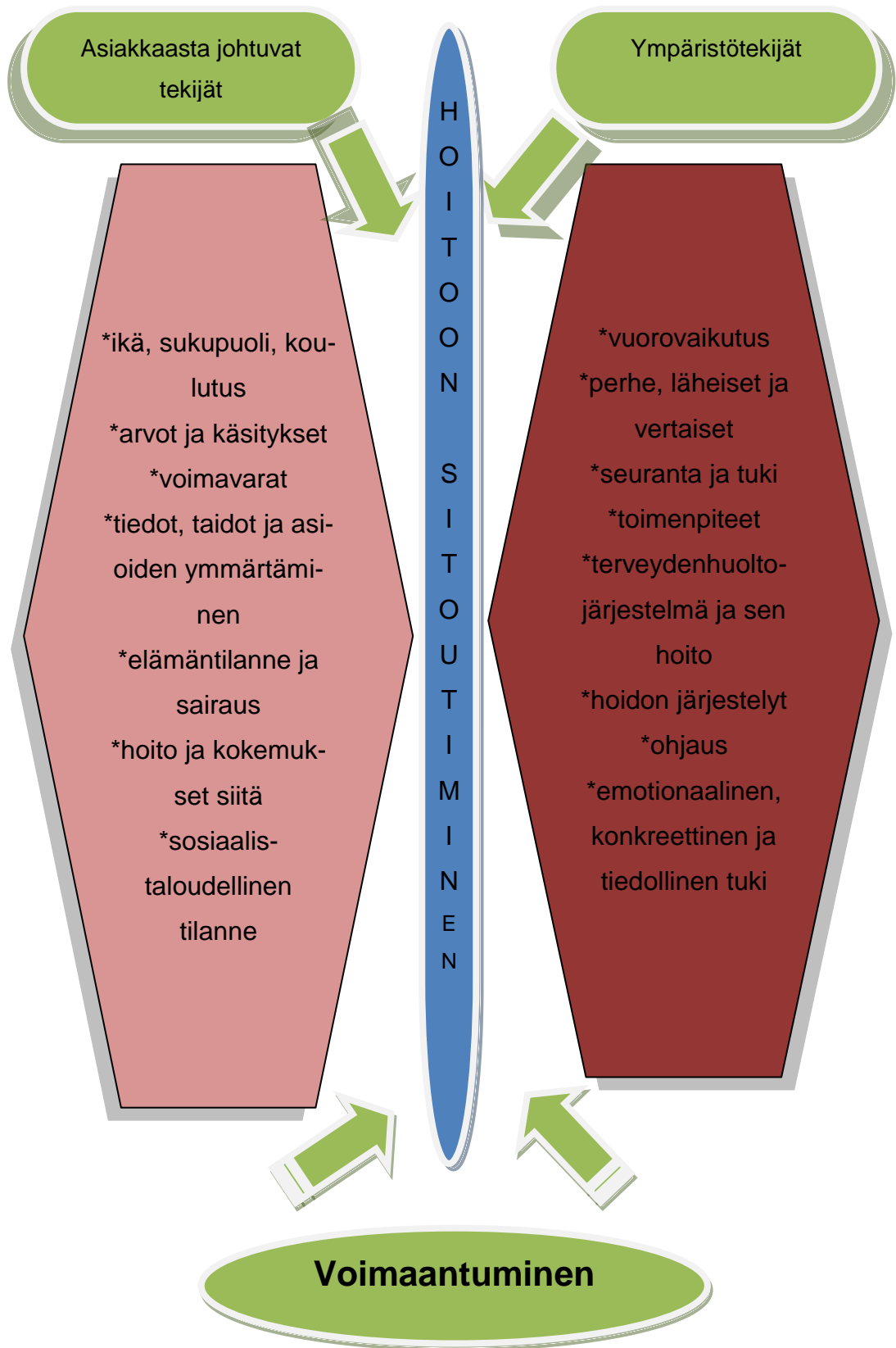
Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat asiakkaasta johtuvat tekijät sekä ympäristötekijät. Asiakkaasta johtuvia tekijöitä ovat ikä, koulutus ja sukupuoli sekä omat arvot. Asiakkaan omat voimavarat ovat yksi tekijä hoitoon sitoutumiseen. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat ovat yhteydessä siihen, kuinka asiakas hoitaa itseään. Asiakkaan motivaatioon vaikuttaa, kuinka hän kokee asiat ja miten tärkeää on tavoitteiden saavuttaminen. Asiakkaan luottamus omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin on tärkeä osa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaatio ja suhtautuminen positiivisesti asioihin johtavat usein pysyviin tuloksiin. Asiakkaan tietojen omaksumisen ja ymmärtämisen ohella on tärkeää ottaa huomioon myös kognitiiviset tekijät, esimerkiksi muistaminen ja aistien toiminnat. Sairauden oireet kuten kipu ja väsymys kuluttavat asiakkaan voimavaroja ja usein vaikeuttavat hoitoon sitoutumista. Lyhytkestoiseen hoitoon on yleensä helpompi sitoutua kuin pitkäkestoiseen. Jos on useita sairauksia, hoito-ohjeiden laiminlyönti on mahdollista. Taloudellisen tilanteen merkitystä sitoutumiseen hoitoon ei ole paljon tutkittu, mutta ne saattavat heikentää hoidon toteuttamista. Asiakkaan tyytyväisyys, positiivisen ilmapiirin kokemus sekä ymmärretyksi tuleminen edistävät hoitoon sitoutumista sekä yhteistyötä. (Savikko & Pitkälä 2006, Kyngäs & Hentinen 2008.)

Ulkopuolisilla tekijöillä on myös vaikutusta asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Siihen vaikuttavat asiakkaan läheiset ja vertaisryhmä, terveystalvvelujärjestelmä ja sen tarjoama hoito ja palvelu. Ohjattavan ja ohjaajan välisen vuorovaikutuksen ja suhteen on havaittu useissa tutkimuksissa olevan jopa keskeisin oppimiseen ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Palautteen antaminen terveydenhuoltohenkilöstöltä esimerkiksi omaseurannasta edistää hoitoon sitoutumista. Perheen sisäisillä suhteilla on nähty olevan yhteys asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Hyvät ja läheiset suhteet, vähäiset konfliktitilanteet ja hyvä kommunikaatio perheen sisällä parantavat hoitoon sitoutumista. Vertaistuki edistää hoitoon sitoutumista emotionaalisen tuen antajana, tiedon ja toisten kokemusten kuulemisena sekä arkielämän käytännön kysymyksissä. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Voimaantumisen (empowerment) avulla pystytään ymmärtämään hoitoon sitoutumista. Voimaantuminen on hoitoon sitoutumisen edellytys. Se on jokaisen oma prosessi, joka tapahtuu sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa. Se lisää kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Voimaantumisprosessia ohjaavat

omat asetetut tavoitteet sekä omiin kykyihin sekä tilanteeseen liittyvät uskomukset ja tunteet. Lopputuloksena prosessissa on sisäinen voimantunne, joka auttaa jäsentämään hoitoon liittyviä asioita ja ratkaisujen tekemisiä. Ihminen, joka on voimaantunut, on löytänyt omat voimavaransa ja hän määrää itse omaa toimintaansa ja itse itseään. (Kyngäs & Hentinen 2008.)

Voimaantuminen on näkemys, joka ohjaa asiakasta ja terveydenhuoltohenkilöstöä. Asiakkaan roolina on olla vastuullinen ja aktiivinen toimija, joka itse pystyy tekemään päätöksiä omassa hoidossaan. Terveydenhuoltohenkilöstön roolina on osata ohjata, toimia ja tukea asiakasta, jotta hän pystyy tekemään tietoisia päätöksiä omasta hoidostaan sekä saavuttamaan asettamansa tavoitteet. (Kyngäs & Hentinen 2008.) (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät (muk. Kyngäs & Hentinen 2008)

3 TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjausta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon ohjauksesta ja sen tuomista haasteista.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- Mitkä osa-alueet hoitajat hallitsevat sydämen vajaatoiminnan ohjauksesta?
- Mitä kehitettäviä osa-alueita on ohjauksessa?

Tämä tutkimus tuotetaan Kuusiolinna Terveys Oy:n hoitohenkilökunnan käyttöön. Tässä tutkimuksessa on uusinta tutkittua ja analysoitua tietoa sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyötä hyödynnetään hoitotyössä ja jaetaan se kollegoiden käyttöön Moodlella sekä paperisena versiona.

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS JA MAHDOLLINEN TUOTOS

4.1 Aineiston keruu

Aikataulullisesti aloitimme opinnäytetyönsuunnitelman työstämisen joulukuussa 2014. Aihe ei ollut tuolloin vielä muokkautunut, mutta keväällä 2015 aiheen sisältö alkoi tarkentua. Tutkimusaiheen selvittyä aloimme kerätä lähdemateriaalia. Mielletämme löysimme mielenkiintoisen ja tarpeellisen aiheen, josta kaipaamme itsellemme tietoa.

Opinnäytetyössä sovellettiin tutkimusmenetelmänä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistui tarkkaan rajattuihin ja valikoituihin ja korkealaatuisiin tutkimuksiin sekä niiden tuli vastata tutkimuskysymyksiimme. Systemaattinen kirjallisuuskatsauksen eteneminen voitiin jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa oli katsauksen suunnittelu. Toisessa vaiheessa oli katsauksen tekeminen hakuineen ja analyseineen. Kolmas vaihe oli katsauksen raportointi. Katsauksen suunnitteluvaiheessa perehdyttiin aiempaan tutkimukseen aiheesta, määriteltiin tutkimuksen tarvetta ja kirjoitettiin tutkimussuunnitelma. Tutkimuskysymysten miettimisen jälkeen valittiin katsauksen tekoon soveltuvat menetelmät, joita olivat tietokantojen ja hakutermien valinnat. Valittaessa tutkimusaineistoa laadittiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Olemassa olevien tutkimusten laatua tuli arvioida, jotta systemaattisuus onnistui. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon tuli olla vähintään kaksi tutkijaa, jotta olemassa olevien tutkimusten käsittely ja valinta voitiin katsoa olevan pitävää. (Johansson 2007.)

Toisessa vaiheessa katsauksen tekoa hankittiin ja valikoitiin mukaan otettavat tutkimukset tutkimussuunnitelman mukaan. Nämä valitut tutkimukset analysoitiin sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaisesti, laadukkuuden mukaan sekä synteisoimalla tutkimusten tulokset. Kaikista vaiheista tuli tarkkaan kirjata katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi. Viimeisessä vaiheessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa raportoitiin tulokset ja tehtiin johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson 2007.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin ja kerättiin olemassa oleva tieto ja arvioitiin sen laatua sekä yhdisteltiin tuloksia kattavasti. Tieteellisen tutkimuksen periaatteita noudatettiin katsauksessa eli se perustui tutkimussuunnitelmaan ja oli toistettavissa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi eli jokainen vaihe pohjautui järjestelmällisesti edeltävän vaiheen pohjalle. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita olivat tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus antoi hyvän tavan testata hypoteeseja, arvioida tutkimusten johdonmukaisuutta ja esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa. Se toi esille aikaisemmassa tutkimuksessa esiintyvät puutteet ja uudet tutkimustarpeet. (Kynäs ym. 2007, Salminen 2011.)

Aineistoon hyväksyttiin vuonna 2004 ja sen jälkeen julkaistut teokset. Pyrittiin kuitenkin käyttämään mahdollisimman uutta tietoa ja tutkimuksia. Pääsääntöisesti käytettiin painettua aineistoa, mutta myös Internet -lähteitä. Katsaukseen otettiin mukaan englanninkielisiä tutkimuksia. Tutkimukseen hyväksyttiin tutkimusaineistoksi väitöskirjat, artikkelit, tieteelliset ammatillisen kirjallisuudet ja julkaisut sekä aikaisemmin julkaistut tutkimukset. Tutkimuksesta suljettiin ulkopuolelle lääkehoitoon viittaavat aineistot. Tutkittavan tiedon tuli olla laadukasta ja luotettavaa. Aineiston tuli olla maksutonta ja saatavana pdf- tiedostona tai Seinäjoen korkeakoulukirjastossa. (Kuvio 4.)

Aineistoa kerättiin Cinahl-, Aleks-, Medic-, Melinda- ja Elektra-tietokannoista. Lisäksi tehtiin manuaalinen haku Seinäjoen korkeakoulukirjastossa. Hakusanat vaihtelivat sen mukaan, mitä tietokantaa käytettiin. Hakukielenä oli joko suomi tai englanti. Cinahl-tietokannassa hakua tehtiin sanoilla patient education, self care, heart failure. Hakusanat vaihtelivat hiukan riippuen, mistä tietokannasta hakua tehtiin. Hakusanoina käytettiin suomen kielellä ohjaus, potilasohjaus, vuorovaikutus, potilas, sydämen vajaatoiminta, itsehoito, hoitoon sitoutuminen, omahoito ja elämäntapa. Tietokantahaut ja hakutulokset löytyvät liitteistä. (LIITE1).

Tietokantahaun lisäksi tehtiin manuaalinen haku. Siinä käytettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulukirjaston Terveyskirjaston toimipisteen lehtiosastoa ja rajasimme lehtiin, joiden artikkelit liittyivät hoitotieteeseen. Lehdet kattoivat vuodet 2004–

2015. Haussa käytettiin muun muassa Hoitotiede-, Hoitotyö-, Journal of Advanced Nursing-, Duodecim-, ja Tutkiva hoitotiede – lehdet. Vuonna 2015 on ilmestynyt paljon uusia tutkimuksia ja artikkeleita, mutta niitä ei saanut Internetin kautta eikä kirjastosta.

Kaikista tietokannoista aineistoa tutkimukseen löytyi yhteensä 19 226 kappaletta. Aluksi aineistot valittiin otsikoiden perusteella, joita valikoitui tarkempaan tarkasteluun 301 kappaletta. Sitten luettiin tiivistelmät, joiden jälkeen näistä valittiin 79 kappaletta. Tarkasteltaessa valikoituja tutkimuksia, eri tietokannat antoivat useita samoja artikkeleita ja tutkimuksia. Tarkemman aineiston lukemisen jälkeen hyväksytyjä aineistoja valikoitui kirjallisuuskatsaukseen 20 kappaletta, johon sisältyi 3 manuaalisen haun kautta saatua tutkimusta.

Katsaukseen hyväksytyt aineistot jaoimme ja molemmat lukivat aineistot läpi. Samalla otettiin ylös tutkimuksista omaa työtämme varten soveltuva aineisto ja tieto. Lauseet ja tiedot poimittiin aineistosta niin että ne vastasivat tutkimustehtäviämme. Sen jälkeen kävimme läpi saadut tiedot.



Kuvio 4. Opinnäytetyön sisäänottokriteerit

Tutkimusten ulkopuolelle jätettiin vanhemmat kuin vuonna 2004 ilmestyneet tutkimukset ja artikkelit. Myös lääkehoitoon liittyvä materiaali sekä ei tieteelliset tutkimukset ja artikkelit rajattiin pois. Muut kuin englanninkieliset tai suomenkieliset tutkimukset jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Opinnäytetyön poissulkukriteerit

4.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössämme käytettiin laadullista menetelmää ja aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineiston käsittely jaettiin karkeasti kolmeen osaan. Ensimmäisessä vaiheessa pelkistettiin analysoitava aineisto eli aineistosta karsittiin tutkimukselle epäoleellinen pois. Pelkistäminen oli aineiston pilkkomista osiin tai informaation tiivistämistä. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtävä, jonka mukaan otettiin olennaiset asiat opinnäytetyöhön. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta kootut alkuperäisilmaukset käytiin läpi tarkasti ja aineistosta etsittiin samankaltaisia ja eroavaisuuksia käsitteleviä käsitteitä. Samaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin omaksi luokaksi sekä nimettiin luokkaa kuvaavalla käsitteellä. Luokittelutapa oli esimerkiksi tutkittavan ilmiön käsitys, ominaisuus tai piirre. Luokittelussa aineisto tiivistyi, koska yksittäiset tekijät koottiin yleisempiin kokonaisuuksiin, pelkistetyistä ilmauksista alaluokkiin. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä luotiin pohjaa kohteena olevalle tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta asiasta. Kolmantena vaiheena oli aineiston abstrahointi, jossa erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä käsitteet yhdistettiin ja näin saatiin vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustui päättelyyn ja tulkintaan, jossa menttiin empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksissa kuvattiin teemat ja luokittelun pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Tutkijoiden tuli ymmärtää johtopäätösten teossa, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

5 TULOKSET

Tutkimuksesta nousi kaksi pääkategoriaa: hallitut ohjauksen osa-alueet ja kehitettävät ohjauksen osa-alueet. Yläkategorioiksi tulivat: hoitajien hallitsevat ohjauksen osa-alueet, potilaiden positiiviset kokemukset ohjauksesta, hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen sekä potilaiden toiveet ohjaukseen. Hallitun ohjauksen osa-alueiden pääkategorian yläluokiksi tulivat hoitajien hallitsevat ohjauksen osa-alueet ja potilaiden positiiviset kokemukset ohjauksesta. Näiden alakategoriat olivat: ohjausmenetelmien hallinta, hoitajien hallitsevat ohjausalueet, kirjallisten ohjeiden merkitys, hoitajien osaaminen omahoidon ohjauksessa, potilaiden kokemukset ohjauksesta, potilaiden kokemukset omahoidon ohjauksesta sekä omahoidon ohjauksen ajoitus ja merkitys. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Esimerkki alkuperäisilmauksista pelkistykseen kautta alakategoriaan

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoria
Parhaiten he katsoivat osavansa potilaan omaseurannan ja ruoka-valio-ohjauksen	omaseurannan ja ruokavalion ohjauksen hyvä hallinta	
Tiedot lisääntyivät sekä terveydenhuollon kokonaistyökokemuksen että nykyisellä osastolla saadun työkokemuksen perusteella	Työkokemus lisää tietoa	
Enemmistö vastaajista (71 %) piti vajaatoimintahoitajalta saatua ohjausta hyödyllisimpänä	Vajaatoimintahoitaja tärkeä ohjauksen antajana	Hoitajien osaaminen omahoidon ohjauksesta
Parhaiten osattiin ohjata potilasta itsehoitoon	Itsehoito-ohjauksen hyvä hallinta	

Kehitettävät ohjauksen osa-alueiden pääkategorian luokittelulla tuotimme seuraavat yläkategoriat: Hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen ja potilaiden toiveet ohjaukseen. Näiden alakategoriat ovat kirjaamisen puutteet, ohjauksen puutteet, hoitajien ohjauspuutteet ja tarpeet, ohjaustilanteen resurssit, hoitajien kehittämisen alueet omahoidon ohjauksessa sekä potilaan negatiiviset kokemukset omahoidon ohjauksesta. Alakategorioiden tuli vastata tutkimuskysymykseen, eli niiden tuli vastata alkuperäisaineistojen esittämiä kysymyksiin vastauksia hallittuihin ja kehitettäviin ohjauksen osa-alueisiin. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Esimerkki alakategoriasta yläkategoriaan ja eteneminen pääkategoriaan

Alakategoriat	Yläkategoria	Pääkategoria
Kirjaamisen puutteet	Hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen	Kehitettävät ohjauksen osa-alueet
Ohjauksen puutteet		
Hoitajien ohjauspuutteet ja tarpeet		
Hoitajan kehittämisa-alueet ohjatussa potilasta omahoitoon		
Potilaiden negatiiviset kokemukset omahoidon ohjauksesta	Potilaiden toiveet ohjaukseen	
Ohjaustilanteen resurssit		

Alakategoriat yhdistettäessä saatiin kaksi yläkategoriaa kehitettäviin ohjauksen osa-alueisiin, jotka olivat hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen sekä potilaiden toiveet ohjaukseen.

5.1 Hallitut ohjauksen osa-alueet

Hallitut ohjauksen osa-alueet sisältävät seuraavat yläkategoriat: hoitajien hallitsemat osa-alueet ja potilaan kokemukset hallituista ohjauksen osa-alueista. Potilaiden kokemukset hallituista ohjauksen osa-alueista: yksilöllisen hoidon merkitys ohjaukseen, potilaiden kokemukset ohjaukset, potilaiden kokemukset omahoidon ohjauksesta ja omahoidon ohjauksen ajoitus ja merkitys.

5.1.1 Hoitajien hallitsemat osa-alueet

Alakategoriat hoitajien hallitsemisissa osa-alueissa ovat ohjausmenetelmien hallinta, hoitajien hallitsemat ohjaustaidot, kirjallisten ohjeiden merkitys ja hoitajien osaaminen omahoidon ohjauksessa.

Alakategoriassa **ohjausmenetelmien hallinnassa** tutkimuksen tulosten mukaan laadukkaana ohjauksen tuli perustua tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. (Kääriäinen 2008.) Teknologia-avusteinen ohjaus osoittautui tehokkaaksi sekä kustannusvaikuttavasti suuret potilasmäärät tavoittavaksi ohjausmenetelmäksi. Hyviä tuloksia oli saatu myös ohjauksesta, jossa yhdistyivät kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja potilaan kotona tapahtuva ohjaus. Kotiutusvaiheen jälkeen kotona tapahtuvien ohjaustilanteiden yhdistäminen puhelimitse annettuun tukeen ja neuvontaan oli tutkimusten mukaan tuloksellista. Vertaistuen yhdistäminen kotona tai ryhmässä tapahtuvaan ohjaukseen antoi positiivisia tuloksia. Puhelimitse ja sähköisten viestimien avulla ohjaus oli yksilöllistä tiedon ja tuen antamista. (Kähkönen ym. 2012.) Teoreettisessa viitekehyksessä sairaanhoitajan kotikäynnit ja puhelinohjaukset vähensivät sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita, kustannuksia sekä sairaalahoidon tarvetta. Ohjaajalla tuli olla tiedollisia, asenteellisia ja taidollisia ohjaus valmiuksia eli tietoa ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä erilaisista ohjausmenetelmistä.

Tulokset osoittivat että yksilö-, ryhmä-, puhelin-, ja sähköistenviestimien avulla tapahtuva ohjaus olivat kaikki toimivia ohjausmenetelmiä. (Kähkönen ym. 2012.) Laadukas puhelinneuvonta vaikutti positiivisesti hoitoon sitoutumiseen sekä terveydentilaan että kotona sairauden kanssa selviytymiseen. (Nikula & Kaakinen 2014.) Tutkimukset osoittivat että potilaat hyötyvät kirjallisesta materiaalista. (Kähkönen ym. 2012.)

Hoitajien hallitsemat ohjaustaidot- alakategoriassa selvisi, että naiset sitoutuivat miehiä paremmin ohjaukseen ja heillä oli motivaatiota ohjata ja syventää hoitosuhdetta. (Lipponen 2014.) Teoreettisessa viitekehyksessä kävi ilmi että ohjaajan tuli rohkaista asiakasta aktiiviseen vuorovaikutukseen, koska hänellä oli ammatillinen vastuu ohjauksen onnistumisesta ja hoitoon sitoutumisen edistämisestä. Ohjaajan oma motivaatio vaikutti siihen, millainen ohjaussuhde syntyi ohjattavan ja ohjaajan välille ja miten ohjaaja pyrki tukemaan ohjattavaa hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuksien mukaan hoitajat osasivat varmistaa potilaiden oppimisen ja ohjauksen ymmärtämisen kertaamalla tarvittaessa asioita. (Kaakinen ym. 2014.) Hoitajilla oli hyvät tiedot sairauden hoitamisesta. Terveystieteiden henkilöstön hyvällä yhteistyöllä sekä ohjausmateriaalien saatavuudella että hoitajien kehittämismahdollisuuksilla oli myönteiset vaikutukset ohjaukseen. (Kääriäinen ym.2005.)

Ohjausmenetelmänä yksilöohjaus ja suullinen ohjaus hallittiin tutkimuksien mukaan parhaiten, mutta tutkimuksien aikana hoitajien ohjaustaidot kehittyivät ja ohjauksen sisällöt laajenivat. (Kääriäinen ym.2005, Eloranta ym. 2014.) Teoreettisessa viitekehyksessä tuli esille että potilaat toivoivat eniten suullista yksilöohjausta, jossa voitiin vastata hyvin potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin.

Kirjallisen ohjeiden merkitys- alakategoriassa selvisi, että ohjaukselle oli nykyään koko ajan vähemmän aikaa, kirjallisen materiaalin merkitys kasvaa. Tämä käy myös ilmi tutkimuksessamme. Potilaat pitivät tärkeinä kirjallisia ohjeita, jotka edistivät heidän selviytymistään jatkohoidosta kotona. Yli 50-vuotiaat pitivät tärkeinä kirjallisia ohjeita. Kirjallisten ohjeiden avulla voitiin edistää hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta.(Salminen-Tuomaala & Kaappola 2010.) Visuaalisesti oppivalle oli varsinkin tärkeää näyttää kuvia ja antaa kirjallisia materiaaleja.

Hoitajien osaaminen omahoidon ohjauksessa- alakategoriassa tutkimukset osoittivat, että hoitajien tiedot karttuivat työkokemuksen myötä. Hoitajat tiesivät parhaiten omaseurannan ja ruokavalion ohjauksen.(Eriksson & Partanen 2005.) Parhaiten hoitajat osasivat ohjata itsehoitoon.(Lipponen 2014.) Vajaatoimintahoitajan antama ohjaus hyödytti 71 % ohjauksen saaneista. (Poutala ym. 2007.) Pitkäaikaissairauksien hoidossa oli olennaista se, miten potilas hoiti itseään päivittäin. Tavoitteena potilaan omahoidon tukemisessa oli pitkäaikaissairauksien tehokas hoitaminen, riskitekijöiden pienentäminen ja terveyden huollon niukkenevien voimavarojen tarkoituksen mukainen käyttö. Tutkittu tieto oli ohjauksen perustana, joten tämä edellytti terveydenhuoltohenkilöstön seuraamaan uusia tutkimustietoja ja tarvittaessa muuttamaan käytäntöjä niiden pohjalta.

5.1.2 Potilaiden kokemukset hallituista ohjauksen osa-alueista

Potilaiden kokemukset ohjauksesta- alakategoriassa potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen sisältöön ja hoitotoimenpiteitä koskeviin tietoihin. (Salminen-Tuomaala & Kaappola 2010.) Laadukasta ohjausta saaneet kokivat elämänlaatunsa hyväksi. Ohjaus oli potilaiden mielestä riittävää ja he saivat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaista 50 % oli sitä mieltä, että ohjauksen toteutus oli suunnitelmallista ja vuorovaikutus oli hyvää. Potilaiden mielestä oli hyvä, kun omaiset saivat olla mukana ohjauksessa. (Kaakinen 2013.)

Potilaat saivat emotionaalista ja tiedollista tukea sairaalahoidon aikana. Nämä tukimenetelmät vaikuttivat positiivisesti perheenjäsenten välisiin suhteisiin, henkiseen hyvinvointiin ja hoitotaitoihin. Hoitajien riittävä määrä, työkokemus ja omahoitajuus vaikuttivat positiivisesti potilaan kokemuksiin.(Mattila 2011.) Potilaiden jokapäiväiseen elämään liittyvän opetuksen ja ohjaamisen tuli olla yksilöllistä. Toimivassa ohjaussuhteessa ohjattava tunsi, että häntä arvostettiin ja hän sai tilanteensa kannalta sopivaa tarpeellista tietoa. Näin hän ymmärsi paremmin itseään ja omaa tilannetta. Ohjattavan tuli ymmärtää saamansa tiedon ja osata käyttää sitä omassa hoidossaan.

Yksilöllisen hoidon merkitys ohjaukseen- alakategorian tutkimuksien mukaan yksilöllinen hoito oli yhteydessä hoitoon sitoutumiseen ja parempiin hoitotuloksiin.

Yksilöllistä hoitoa edistivät hoitajalähtöiset tekijät: henkilökohtaiset ominaisuudet, arvoperusta, toiminta, suhtautuminen työhön ja työtovereihin, oman työn organisointi, potilaan kuunteleminen ja keskusteleminen. Yksilöllistä hoitoa edistivät potilaslähtöiset tekijät: potilaan ominaisuudet, suhtautuminen omaan terveyteen ja sen hoitoon, toiminta, tiedot ja taidot sekä sairaus ja sen vaihe. (Gustafsson ym. 2009.) Teoreettisen viitekehyksen mukaan asiakaslähtöistä ohjausta pidettiin keskeisenä tekijänä oppimisen kannalta.

Omahoidon ohjauksen ajoitus ja merkitys- alakategorian mukaan kävi ilmi, että tehostettuun terveysneuvontaan ja kotona tapahtuvaan omahoidon tukemiseen tuli panostaa kolmen kuukauden aikana sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Nykyinen tutkimusnäyttö osoitti tehostetun terveysneuvonnan hyödyt sydämen vajaatoiminnan hoidossa.(Kiema 2011.) Omahoidon ohjauksella ei ole merkitsevää kuolleisuuden vähenemiseen. Ohjauksen myötä sitoutuminen lääketieteelliseen hoitoon parani, vähensi sairaalahoitoja ja terveydenhuollon kustannuksia.(Routasalo ym. 2010.) Teoreettiseen viitekehykseen viitaten omahoidon ohjauksella käsitettiin aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa hoitaja ja potilas yhdessä edistivät potilaan oppimista omasta sairaudestaan ja sen oireiden hallinnasta. Tutkimukset osoittivat että ohjauksien määrällä ei kuitenkaan ole vaikutusta kuolleisuuteen tai sairaalassa olon määrään.(DeWalt ym. 2012.)

Sairaalassaoloaika oli hyvä motivaatio omahoidon oppimisen kannalta.(Rafii ym. 2008.) Ohjauksessa painotettiin potilaan omahoitovalmiuksia ja keskityttiin potilaan tiedon sekä ongelmanratkaisutaitojen lisäämiseen. Omahoidon tukemisella oli saatu myönteistä näyttöä pitkäaikaissairauksien hoidossa.(Routasalo ym. 2010.) Ohjausmenetelmä ei vaikuttanut keskivaikean sydämen vajaatoiminta potilaan kuolleisuuteen tai sairaalaaoloaikaan. (Powell ym. 2010.) Puolen vuoden ajan kerran kuussa olevalla ryhmäohjauksella oli positiivinen vaikutus ruokavalioon, painoon ja liikkumiseen. (Otsu & Moriyama 2011.) Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon tavoitteena oli pitää tasapainossa oireita ja vähentää tai ehkäistä sairauden huononemisen vaiheita, jotka voivat johtaa sairaalahoitoon tai kuolemaan viitaten teoreettiseen viitekehykseen.

Potilaiden kokemukset omahoidon ohjauksesta- alakategoriassa kävi ilmi, että Tutkimukset osoittivat että potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjaukseen ja sen

sujuvuuteen. Ohjauksen myönteisen ilmapiirin ja motivoivan asenteen kokivat myös positiivisiksi asioiksi. Käytännönläheiset elämäntapaohjeet, lääkehoidon ohjeet sekä kirjalliset ohjeet nähtiin myös positiivisinasi asioina. Potilaat saivat yhden tutkimuksen mukaan sopivasti tietoa, sopivaan aikaan ja riittävän usein. Näin heille jäi parempi kuva sairaudesta, oma osallistuminen hoitoon oli parempaa ja päätöksen teko oli helpompaa. 39 % sai eniten uutta tietoa ohjauksessa nesteistä ja painon seurannasta. (Poutala ym. 2007.) Teoreettisessa viitekehyksessä tuli myös ilmi että omahoidon ohjauksella käsitettiin aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa hoitaja ja potilas yhdessä edistivät potilaan oppimista omasta sairaudestaan ja sen oireiden hallinnasta. Potilasta ohjattiin tunnistamaan omassa terveydessään tapahtuvia tuntemuksia ja muutoksia. Tutkimuksissa ei käynyt ilmi, saiko potilas itse osallistua hoitonsa suunnitteluun.

Potilaiden elämänlaatu koheni tarmokkuuden ja unen osalta ohjauksen myötä. Sairaalassa kotiutumisen jälkeen potilaiden terveydentila koheni merkittävästi kolmenkuukauden kuluessa. (Kiema 2011.)

5.2 Kehitettävät ohjauksen osa-alueet

Pääkategoria ”Kehitettävät ohjauksen osa-alueet” sisältää yläkategoriat: hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen ja potilaiden toiveet ohjaukseen. Alakategoriat ovat kirjaamisen puutteet, ohjauksen puutteet, hoitajien ohjauspuutteet ja tarpeet sekä ohjaustilanteen resurssit. Lisäksi myös hoitajien kehittämisen alueet omahoidon ohjauksessa sekä potilaiden negatiiviset kokemukset omahoidon ohjauksessa.

5.2.1 Hoitajien ohjaustarpeiden kehittäminen

Kirjaamisen puutteet- alakategoriassa potilasasiakirjoihin kirjaaminen ohjauksesta oli heikkoa varsinkin liittyen tunteisiin. (Kaakinen 2013, Kaakinen ym. 2014.) Ohjauksen kirjaamisessa oli myös puutteita suunnitelmallisuudessa sekä selkeydessä että ohjauksen arvioinnissa. Myös kirjaamisen yhtenäiset käsitteistöt sekä rakenne puuttuivat tutkimuksien mukaan. (Kaakinen ym. 2014, Lipponen 2014.) Tutkimusten mukaan kirjaaminen oli vähäistä ja laajoja kokonaisuuksia toteavaa

kirjaamista. (Kaakinen ym. 2014.) Hoidon jatkuvuus ei toteudu ilman täsmällistä ja riittävää kirjausta. Potilaan yksilölliset ohjaustarpeet jäävät huomioimatta tällä tavoin. Teoreettisen viitekehyksen mukaan hoitajan tuli kirjata ohjattavan taustatekijät sekä yhdessä sovitut asiat ohjauksesta koneelle. Myös ohjauksessa esiin tulleet emotionaaliset asiat on hyvä kirjata tietoihin. Jos tietoja ei tallennettu koneelle, hoidon jatkuvuus oli epävarmaa. Ohjauksen seuranta oli myös vaikeaa, jos täsmällisiä kirjaamisia ei tehty.

Ohjauksen puutteet- alakategoriassa ohjausta annettaessa tuli olla selkeä ohjausrunko ohjaukseen, koska ohjauksissa oli nykyään laadullista vaihtelua. Ohjauksessa tuli ottaa huomioon potilaan kunto ja kyky vastaanottaa ohjausta. (Kähkönen ym. 2012, Lipponen 2014.) Potilaslähtöisen ja sairauden ennusteen ohjauksessa oli parannettavaa tutkimusten mukaan. (Kaakinen 2013.) Tutkimusten mukaan huonointen osattiin ohjata vertaistuen käyttöön. (Lipponen 2014.) Teoreettisen viitekehyksen mukaan vertaistuki oli tärkeä tekijä hoitoon sitoutumisessa emotionaalisen tuen antajana. Potilaiden yksilöllisten tarpeiden, tietotason sekä väestön ikärakenne tuli ottaa huomioon ohjausta annettaessa. (Kähkönen ym. 2012.)

Kähkönen ym. (2012) tutkimuksen mukaan potilaan ohjauksen painopiste tuli siirtää sairaalan jälkeiseen aikaan. Kotiutusvaiheessa potilas tarvitsi vain arjessa selviytymistä tukevaa tietoa. Kaakisen (2013) mukaan elintapamuutoksien ohjauksissa rajoittuivat tupakoinnin ohjaukseen. Sosiaalinen tuen sekä tutkimustulosten ohjaus oli heikkoa tutkimuksen mukaan. Samanlaisia tutkimustuloksia oli saanut Mattila (2011). Heikoimmin toteutui Mattilan tutkimuksessa potilaan mukana oleminen hoidon suunnittelussa, kirjallisen tiedon saanti, elämäntapojen muutoksiin liittyvän tiedon saaminen, tunteiden ymmärtäminen sekä tiedonsaanti omaa jaksamista varten.

Hoitajien tulisi ottaa huomioon paremmin sukupuolierot ja yksilölliset tiedolliset erot. (Eloranta ym. 2014.) Naiset kaipasivat enemmän ohjausta arkielämän selviytymiseen sekä henkistä tukea. Naisilla esiintyi miehiä useammin uusia sairaalajaksoja, väsymystä, masennusta, unihäiriöitä ja kipuja. Miehet miettivät useammin seksuaalisuuteen ja taloudellisuuteen liittyviä kysymyksiä. (Kähkönen ym. 2012)

Lipponen (2014) tutkimuksen mukaan ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön tuli kiinnittää huomiota. Puhelinneuvonnan käyttäminen sekä audiovisuaalisten menetelmien hyödyntäminen tuli olla parempaa. Muiden kuin suullisen ohjausmenetelmän hallinta oli heikkoa ja niitä käytettiin vähän. Kääriäinen ym. (2005.) Ohjausmenetelmistä huonoiten osattiin käyttää audiovisuaalista menetelmää. (Lipponen 2014.) Potilasohjausmenetelmien ja ohjauksen sisällön kehittäminen sekä monipuolistaminen palvelisivat eri yksilöitä paremmin. Ohjausryhmiin oli vaikea saada henkilöitä mukaan, jotka hyötyisivät ohjauksesta. (Kähkönen ym. 2012.) Teoreettisessa viitekehyksessä kerrottiin, että kaikki oppivat eri tavoin, joten ohjaajalla tuli olla tietoa erilaisista ohjausmenetelmistä ja uskallusta käyttää niitä.

Potilasohjauksen kehittämistyö vahvisti ohjausosaamista, mutta vaati osallistujilta motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta sekä keskinäistä arvostusta. Tämä lisäsi ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä tiedonkulkua parani potilaan hoitoprosessissa. (Lipponen 2014.)

Hoitajien ohjauspuutteet ja tarpeet- alakategoriassa hoitajat toivoivat tutkimuksien mukaan lisää koulutusta sairauksista, oireista, hoidosta ja ohjausmenetelmistä sekä koulutusta mitä on hyvä ohjaus. Hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitäminen edellytti jatkuvaa tietojen päivittämistä ja ohjaustaitojen vahvistamista henkilökunnan koulutuksilla, toimivalla yhteistyöllä, hoito-ohjeilla ja hoitosuosituksilla. (Lipponen 2014.) Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ohjaustaitojaan, jotta he voivat ylläpitää potilaan luottamusta, luoda hyvä vuorovaikutussuhde sekä käyttää oikein ja järkevästi eri ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen 2007, Lipponen 2014.)

Hoitajien toivoivat ohjausta tukevaa materiaalia käyttöönsä ja uudet työntekijät tulisi perehdyttää ohjaukseen. Hoitajat, jotka käyttivät enintään tunnin aikaa ohjaukseen, heillä oli ohjaustaidot huonoimmat. (Lipponen 2014.) Kahden tutkimuksen mukaan potilasohjauksen toteutus oli puutteellista tiedollisesti ja taidollisesti sekä sairaalahoidon jälkeen riittämätöntä. Ohjauksen toteutus oli epä johdonmukaista, sillä sisältö vaihteli ohjaajan mukaan. (Kähkönen ym. 2012, Kaakinen 2013.)

Teoreettisessa viitekehyksessä hoitotyön suositusten mukaan potilasohjausta ei usein anneta tarpeeksi ja ohjauksen sisältö vaihtelee, jolloin ohjauksen sisältö jää vähäiseksi. Myös ohjauksen ajankohta ja pituus voivat olla vääränlaiset.

Hoitajien kehittämisen alueet omahoidon ohjauksessa- alakategoriassa selvisi, että sairaanhoitajan tiedot sydämen vajaatoiminnan ohjauksesta ja sisällöstä olivat vähäiset varsinkin lääkehoidon osalta. Lisäkoulutusta sairaanhoitajille ohjauksesta, lääkehoidonkoulutusta, tutkimustiedoista ja uusista tuloksista olivat sairaanhoitajille tarpeen tutkimuksen mukaan. (Eriksson & Partanen 2005.) Tutkimuksen mukaan tuli tunnistaa hoitohenkilökunnan tiedolliset vahvuudet, jotta voitiin ohjata tehokkaasti sydämen vajaatoiminta potilasta. (Hart ym.2011.)

5.2.2 Potilaiden toiveet ohjaukseen

Ohjaustilanteen resurssit- alakategoriassa Nikulan ja Kaakisen vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen mukaan työpaikoilla oli puutteita ohjauksen antamiseen vaikuttavista asioista. Näitä olivat työtilojen puutteellisuus, henkilökuntaresurssien vähäisyys tai väärin organisointi, systemaattisen koulutuksen puute sekä tutkimustiedon riittämättömyys. Myös Kääriäisen ym. (2005) ja Lipposen (2014) toivat esille myös tutkimuksissaan ajan, välineistön ja ohjaustilan puutteellisuudesta. Henkilöstöä tulisi olla suhteessa potilasmäärään ja potilasmateriaalin hoitoisuuteen. Negatiivisesti vaikuttivat perheenjäsenten ja potilaiden tuen kokemuksiin vuodeosastojen potilaskuormitus ja päivystyspainotteisuuden kasvu.(Lipponen 2014, Mattila 2011.)

Teoreettisen tekstissä mainitaan, että ohjaajalla tulisi olla riittävät tila-, aika- ja materiaaliressurit ohjaukseen. Nämä tutkimustulokset eivät vastaa mitä teoreettinen viitekehys tuo esille. Näissä asioissa olisi kehittämisen varaa. Asiakkaan tulisi olla tyytyväinen, positiivisen ilmapiirin kokema, jotta se edistäisi hoitoon sitoutumista ja yhteistyötä ohjaajan kanssa. Ulkopuolisilla tekijöillä kuten terveystalvujärjestelmällä ja sen tarjoamalla hoidolla ja palvelulla on siis vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ja siten asiakkaan elämänlaatuun.

Potilaiden negatiiviset kokemukset omahoidon ohjauksesta- alakategoriassa nousi esille, että hoitajien tuli ottaa huomioon potilaan psyykkinen jaksaminen. Potilaat tarvitsivat enemmän aikaa ja riittävästi ohjauksetta sisäistääkseen sairauteen liittyvät asiat. 35 % potilaiden mielestä asiaa oli liian paljon ohjaustilanteessa, onnistunut ohjaus vaati paneutumista potilaan yksilöllisiin ongelmiin. Potilaat olivat sitä mieltä, että he saivat liian vähän ohjausta tupakasta, alkoholista, tulehduksen ja ylipainon merkityksestä sairauteen sekä liikuntaa koskevista asioista. (Poutala ym.2007.) Teoreettisessa viitekehysessä mainitaan, että ohjausta tuli antaa sydämen vajaatoiminnan syistä, hoidon periaatteista, ennusteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi tuli kertoa lääkkeiden vaikutuksista, sivuvaikutuksista, annoksista ja kustannuksista. Kuten teoreettisessa viitekehysessä käy ilmi, omahoidon neuvonnassa kunnioitettiin potilaan autonomiaa ja tuettiin hänen voimaantumistaan, motivaatiotaan sekä pystyvyyden tunnetta. Omahoidon ohjaukseen liittyi myös potilaan hoitomyöntyvyyden tukeminen ja seuranta.

Elämänlaatu ja kokemus omasta terveydentilasta olivat alimmillaan sairaalahoidon aikana.(Kiema 2011.) Potilaan toimintakyvyssä, oireissa tai elämänlaadussa ei ollut merkittävää eroa, vaikka lääkehoitoon sitouduttiin. (Routasalo ym. 2010.) Puolen vuoden ajan kerran kuussa olevalla kontrolloidulla ryhmäohjauksella ei ollut vaikutusta tupakointiin tai juomiseen. (Otsu & Moriyama 2011.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat tarvitsevansa tietoa sydämen vajaatoiminnan merkeistä ja oireista, lääkähoidosta ja sen toteutuksesta, liikunnasta, ravitsemuksesta sekä psyykkiseen terveyteen vaikuttamisesta kansainvälisten tutkimusten mukaan. Potilaat kaipaavat ohjausta ja tukea arjessa selviämiseen. Terveystieteiden tutkimusten henkilöökunnan rooli potilaan siirtyessä sairaalasta avohoitoon on epäselvä asia. Suomessa ei tämänlaista tutkimusta ole tehty lainkaan. (Kemppainen ym., 2013.) Useissa tutkimuksissa tuli esille, että potilaat eivät saaneet tarpeeksi tietoa omahoitoon vaikuttavista tekijöistä. Potilaiden mielestä ohjaukselta tuli olla enemmän, jotta voisi sisäistää ohjauksessa esille tulleita asioita. Teoreettisessa viitekehityksessä tuli esiin sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen tukemisen muodot; tiedollinen -, konkreettinen - ja emotionaalinen tuki, josta koostui laadukas potilasohjaus. Sairaanhoidajan kotikäynnit, puhelinohjaus ja potilaan käynnit sairaanhoidajan vastaanotolla vähensivät sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita, hoidon kustannuksia sekä sairaalahoitojen tarvetta. Laadukas ohjaus vaati ohjaajalta tiedollisia, asenteellisia ja taidollisia ohjausvalmiuksia sekä tiedot ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä.

Osassa tutkimuksissa potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksien sisältöihin, osassa olivat tyytymättömiä. Tutkimuksen mukaan ohjauksen toteutus oli epäjohdonmukaista ja sisältö vaihteli ohjaajan mukaan. Vuorovaikutus ohjausta annettaessa oli myös huonoa tutkimuksien mukaan. Tutkimuksista ei käynyt ilmi että potilaita olisi ohjattu yksilöllisesti, joten hoitoon sitoutuminen jäi vajavaiseksi. Omahoidon ohjauksen sisällöstä nousi esiin tutkimuksista, että potilaat saivat hyvin tietoa elämäntapaohjeista, lääkähoidon ohjeista, nesteistä sekä painon seurannasta. Ohjaukseen oli annettava aikaa, työtilat oli oltava asialliset ja hoitajan oli osattava ohjata ja olla perehtynyt sydämen vajaatoiminnan ohjaukseen. Kun omahoidon ohjausta annettiin, hoitoon sitoutuminen lisääntyi tutkimuksien mukaan. Omahoidon ohjaus edistää hoitoon sitoutumista hoitotyön suosituksen mukaan. Teoreettisessa viite-

kehyksessä omahoidon ohjaus sisälsi elintapaohjausta, potilaan motivoimista noudattamaan hoitosuunnitelmaa sekä oireiden seurantaa.

Tutkimuksissa tuli esiin, että hoitajien ohjaustaidot olivat puutteellisia eikä yksilöllisyyttä otettu huomioon potilaiden ohjaustilanteissa. Hoitajilla ei ollut aina uusinta tietoa eikä kirjallista materiaalia annettavaksi potilaalle mukaan. Teoreettisessa viitekehyksessä kerrottiin hoitajan ja potilaan välisestä arvonnasta sekä yhteistyön tekemisen tärkeydestä, tähän ei kuitenkaan päästä ellei jokaista potilasta ohjata yksilöllisesti.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuutta paransi laadullisessa tutkimuksessa tutkijoiden tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus itse vaikutti luotettavuuteen tarkkojen kriteerien vuoksi. Kriteerien täytyminen itsessään vaikutti tutkimuksen laadukkuuteen. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen oli jokaisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että noudatetaan tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa on julkisia elimiä, joiden tehtävänä on ohjata ja valvoa tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Tutkimusaiheen valinta oli eettinen ratkaisu. Hyvän tutkimuksen tekeminen on sitä, että eettiset näkökohdat tulevat oikein ja riittävästi huomioon otetuksi. (Hirsjärvi ym. 2010.)

Opinnäytetyössä edettiin johdonmukaisesti suunnitelman mukaan. Opinnäytetyöhön ei plagioitu toisten artikkeleita eikä tutkimuksia. Opinnäytetyö tehtiin huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti. Opinnäytetyössä käytettiin tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä ei kaunisteltu tuloksia ja annettiin alkuperäisille tutkimuksille niiden oikea arvo. Tutkijat toimivat niin, että se edisti mahdollisuuksia tutkimuksen tekemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, Leino-Kilpi & Välimäki, 2014.)

Opinnäytetyössä eettisyys näkyi jo tutkimusaiheen valinnalla. Tutkimuksella oli selkeä tarkoitus ja päämäärä. Luotettavuutta nosti tutkimuksessa tutkijakollegoiden arviointi prosessista ja sen etenemisestä. Eettisyys opinnäytetyössä näkyi myös siinä, mitä tutkimuksia hyväksyttiin mukaan ja mitä jätettiin sen ulkopuolelle. Systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle oli määritelty laadukkaan toteutumisen kriteerit, joita pyrittiin noudattamaan. Tutkimuksen toteutuksessa, tulosten arvioinnissa ja kirjaamisessa pyrittiin laadukkaaseen ymmärrettävyyteen sekä alkuperäisten tutkimusten huomioimiseen ja kunnioittamiseen. Tuloksia tarkasteltiin objektiivisesti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli molemmille tekijälle täysin uutta, joten menetelmän opetteleminen oli haastavaa ja toisaalta mukaansa tempaavaa.

Tiedonhaku kirjattiin tutkimuksen liitteeseen, jotta haut olisivat jäljitettävissä. Hakusanat valikoitiin vastaamaan opinnäytetyön tutkimustehtäviä. Hakusanoja muokkailtiin tutkimuksen edetessä sekä yhdisteltiin eri tavoin. Tutkimuksia löytyi paljon, mutta juuri sydämen vajaatoiminnan ohjausta vastaavia suomalaisia tutkimuksia sisäänottokriteereihin perustuen ei löytynyt paljon, joten työtä laajennettiin koskien yleisesti ohjaustilannetta.

Englannin kielen taso oli molemmilla tekijöillä välttävä, joten englanninkielisten tutkimusten lukeminen oli melko haastavaa ja energiaa kuluttavaa. Englanninkielisiä tutkimuksia olisi ollut laajemminkin käytettävissä, mutta kielitaito ei olisi riittänyt tässä ajassa tulkitsemaan niitä tarpeeksi hyvin.

6.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämideoita

Olisi hyvä tutkia tulevaisuudessa, kuinka sydämen vajaatoimintapotilaat pärjäävät kotona ja kuinka heitä ohjataan kotiutusvaiheessa omahoitoon. Potilaiden tukeminen omahoitoon kotona ollessa olisi myös hyvä tutkimusaihe, jotta saataisiin kehitettyä omahoidon vaikuttavuutta hoitotyöhön ja kustannuksiin. Olisi myös selvitetävää kuinka paljon ja usein he tarvitsevat omahoidon ohjausta kotona ollessa, jotta

pärjäisivät sairautensa kanssa paremmin kotioloissa. Jos tekisimme uuden tutkimuksen, ottaisimme hoitajien näkökulman mukaan tutkimukseen.

Tutkimuksen tuloksen mukaan jokaisen ohjausta antavan hoitajan tulisi osata eri ohjausmenetelmät, jotta voitaisiin antaa yksilöllistä ja laadukasta ohjausta jokaiselle potilaille. Teknologian hyödyntäminen on nykyaikaa, joka hoitajien tulisi hallita. Hoitajia tulisi kouluttaa tulevaisuudessa paremmin hallitsemaan ohjaustilanteet ja varata riittävästi aikaa ohjaukseen ja tila tulee olla asiaankuuluva. Hoitajalla tulee olla tarvittava ajankohtainen ja uusin materiaali käytössä. Hoitajilla tulisi olla ohjausrunko, joka käydään läpi jokaisen potilaan kanssa. Hoitajien tulisi kuitenkin ottaa huomioon miesten ja naisten erilaiset toiveet saada ohjausta omahoitoon arkielämässä. Ohjauskertoja tulisi olla useita sairaalahoidon jälkeen. Yhden ohjauskäynnin aikana ei tulisi käsitellä montaa asiaa kerralla, jotta potilas sisäistäisi ohjaukset.

Kirjaaminen on tärkeä osatekijä ohjauksessa, joka tulee olla yhtenäistä kaikilla hoitajilla. Kirjaamisen tulee sisältää suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin. Kirjaamisessa tulisi kiinnittää huomiota myös emotionaalisen tuen antamiseen ja arviointiin. Ei riitä, että antaa tuen ohjausta vaan se pitää myös kirjata huolella asiakkaan tietoihin. Hoitajalla tulisi olla riittävästi aikaa kirjaamiseen ja työtilan tulisi olla rauhallinen. Hoitohenkilökunnan resurssit tulisi olla riittävät ja oikein kohdenettu, jotta mahdollistettaisiin laadukas kirjaus. Olisi hyvä, jos kaikki ohjausta antavat hoitajat saisivat samanlaisen koulutuksen ohjaukseen ja kirjaamiseen. Näin estettäisiin eroavaisuudet ohjauksissa ja omahoito paranisi.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. 1 -3.painos. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ekola, S. 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja 12/2008. Vol. 81. 9 – 11.
- Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 4/2014. 22- 32.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2013. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotiede-lehti. 2014. 23(1). 63-73.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eriksson, E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. Vol 3. (1), 2005. 4 – 9.
- Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2008. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät- hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tutkiva hoitotyö. Vol 7. (4).2009. 4 -10.
- Harjola, V-P. 2010. Vanhuspotilaan sydämen vajaatoiminnan hoidon erityispiirteitä. Suomen lääkirilehti 5/2010, vsk 65. 383 – 387.
- Hart, P.L., Spiva, L. & Kimple, L.P. 2011. Nurses` knowledge of heart failure education principles survey: a psychometric study. Journal of Clinical Nursing, 20. 3020-3028.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15 -16. painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hu, G., Jousilahti, P., Antikainen, R., Katzmarzyk, P. & Tuomilehto, J. 2010. Joint Effects of Physical Activity, Body Mass Index, Waist Circumference, and Waist-to-Hip Ratio on the Risk of Heart Failure. Circulation 2010:121:237-44.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväsoja, P. 2012. 3.-5.painos. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: SanomaPro.
- Johansson, K. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku.

- Jokinen, J., Mildh, L., Hämmäinen, P., Taal, G., Raivio, P., Suojaranta-Ylinen, R., Lommi, J., Sipponen, J. & Lemström, K. 2011. Sydämen verenkierron mekaaninen tuki aikuisella. *Duodecim* 2011;127: 2045-53.
- Kaakinen, P. 2013. [Verkkosivu]. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. [Viitattu 19.1.2016]. Saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva hoitotyö*. 1/2014. 12 – 21.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kempainen, V., Kiema, M. & Kvist, T. [Verkojulkaisu]. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Päivitetty 13.8.2013. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 26.2.2015]. Saatavana: http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_vajaatoimintapotilaan_omahoito_18-2-2014.pdf
- Kettunen, R. 1.10.2014. [Verkkosivu]. Lääkärikirja DUODECIM Terveyskirjasto. Sydämen vajaatoiminta. [Viitattu 19.1.2015]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084
- Klemola, M. 2011. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatu ja tehostettu terveysneuvonta. 1-37.
- Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* 11 (2). 44 – 46.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. WSOY.
- Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2011. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede-lehti*. 2012. 24(3). 201 – 215.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjaukseen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö*. 4/2008. 10 – 15.
- Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. *Tutkiva hoitotyö*. 2011. 9 (4). 41-42.

- Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2005. Terveysthuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede-lehti*. 2006. 18. 4-13.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. *Etiikka hoitotyössä*. Sanoma Pro Oy.
- Lipponen, K. 2014. [Verkkosivu]. Potilasohjauksen toimintaedellytykset.[Viitattu 29.10.2015]. Saatavana:
<http://www.herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. [Verkkosivu]. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 45, nro 2 (2008). [Viitattu 25.01.2015]. Saatavana:
<http://www.ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>
- Lommi, J. 2015. Sydämen vajaatoiminnan omahoito. *Suomen Lääkärilehti*. 36/2015. vsk70. 2246 – 2253.
- Mattila, E. 2011. [Verkkosivu]. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. [Viitattu 8.1.2016]. Saatavana:
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>
- Mikkinen, L. & Timgren, S. 2008. Terveysten edistäminen ja sairaanhoitajien ohjaustaidot. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimukset ja selvitykset. Nro 12. Tampere.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol 12 (2). 4-13.
- Otsu, H & Moriyama, M. 2010. Effectiveness of an educational self-management program for outpatient with chronic heart failure. *Japan journal of Nursing Science* 8, 2011. 140-152.
- Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. *Duodecim* 2006;122: 2009-16.
- Poutala, K., Partanen, L. & Tuunainen, J. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. *Sairaanhoitaja-lehti* 80/2007. 20-23.

- Powell, L., Calvin, J.E., Richardson, D., Janssen, L., Menden de Leon, C.F., Flynn, K.J., Grady, K.L., Rucker Whitaker, C.S., Eaton, C. & Avery, E. 2010. Self-management Counseling in patients With Heart Failure Adherence and Retention Randomized Behavioral Trial. *Jama*, September 22/29, 2010 vol 304, No, 12. 1331-1338.
- Rafii, F., Shahpoorian, F. & Azarbaad, M. 2008. The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization: Patients and Nurses Perceptions. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, October 2008. Vol 16, No 02. 34-39.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissaira-an omahoidon opastus. *Suomen lääkirilehti* 21/2010. vsk 65. 1917-1922.
- Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen Lääkirilehti* 50/2008 vsk 63. 4441 – 4448.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, M., Kurikka, S., Leikola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 8. (4). 2010. 21-28.
- Salminen, A. 2011. [Verkkosivu]. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. [Viitattu 2.11.2015]. Saatavana: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. [Verkkosivu]. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *TABU* 5/2006. [Viitattu 3.11.2015]. Saatavana: http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16698_tabu_tabu52006.pdf
- STM 2012. [Verkkosivu]. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. [Viitattu 29.12.2015]. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. 4. uudistettu painos. *Sisätaudit*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

LIITTEET

LIITE 1 Tietokannat ja hakusanat

LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot

LIITE 3 Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 4 Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 1 Tietokannat ja hakusanat

	Medic	Aleksi	Melinda	Cinahl	Elektra
Rajaukset	2004-2015, vain koko teksti	2004-2015	2004-2015 suomi	2004-2015 Full Text	asiasanat
Sydämen vajaatoiminta	551	79	45		
Sydämen vajaatoiminta AND/- itsehoito	3		10		
Sydämen vajaatoiminta AND potilasneuvonta	12		10		
Sydämen vajaatoiminta AND itsehoito AND potilasneuvonta	2		5		
Sydämen vajaatoiminta potilasohjaus			0		
Sydämen vajaatoiminta vuorovaikutus			1		

Sydämen va- jaatoiminta potilasneuvon- ta			8		
Sydämen va- jaatoiminta ohjaus			6		
Potilasohjaus vuorovaikutus			6		
omahoito	117		43		
itsehoito	117				
potilasneuvon- ta	292		6		6
sairaanhoitaja			310		8
potilasohjaus / potilasohj*	310		70		
elämäntapaoh- jeistus eri ly- hennyksin	0	12	19		0
heart failure AND self care Headings 2004-2015				339	
heart failure AND self care AND patient education Headings				56	

2004-2015					
patient education				8 097	
Headings 2004 – 2015					
Self care				8 064	
Headings 2004-2015					
patient education AND self care				622	
Full Text + Language english + 2004-2015 + abstract available					
Hakuja yhteensä	1404	91	539	17178	14
Otsikon perusteella valitut	79	35	27	158	2
Tiivistelmän perusteella valitut	53	13	3	10	
Katsaukseen valitut aineistot	10	2	0	4	1

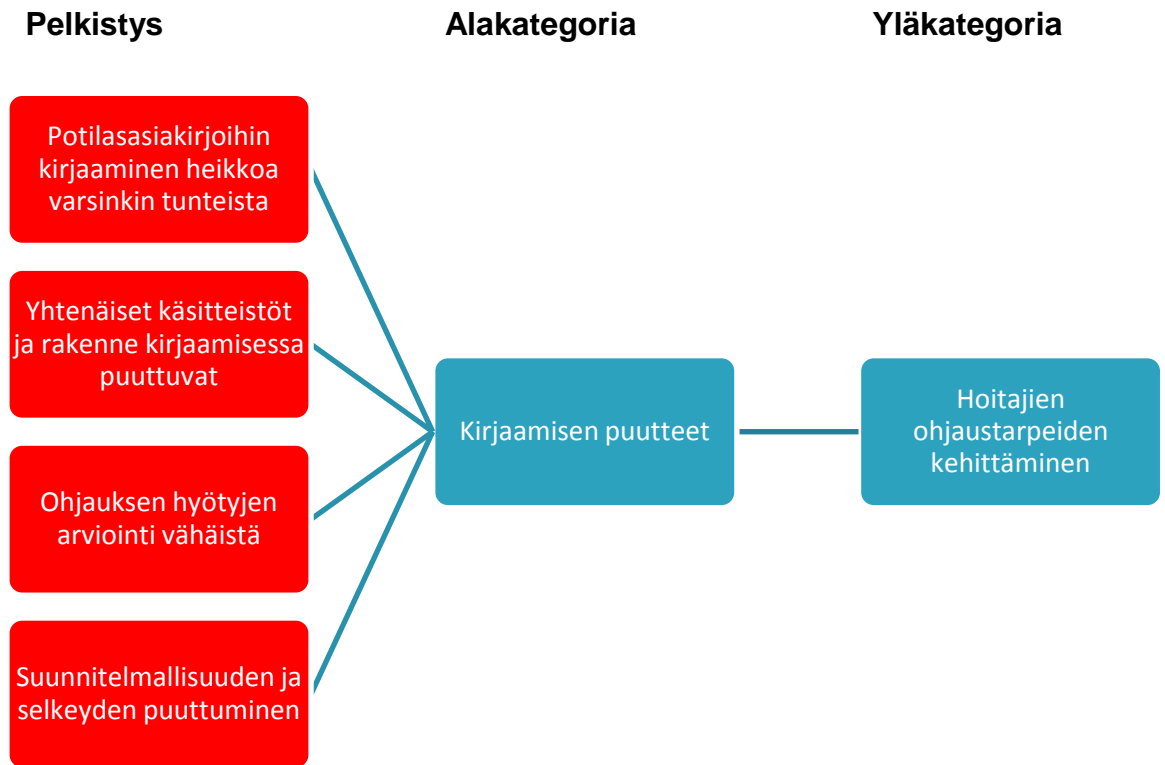
LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto

Tekijä	Otsikko	Menetelmä	Analysointimenetelmä
Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom, J. ja Leino-Kilpi, H. 2011	Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana	Sairaalapotiilaan Tiedon Saanti-mittari (SPTS)	Tilastollinen menetelmä
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. ja Katajisto, J. 2013	Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?	Kyselytutkimus vuosina 2001 ja 2010	Aineisto analysoitiin SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmalla.
Eriksson, E. ja Partanen, L. 2005	Sairaanhoidtajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta	Tutkimukseen kehitetty strukturoitu kyselylomaketutkimus	Tilastollinen menetelmä NCSS-tilasto-ohjelmalla
Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H ja Suhonen, R. 2008.	Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät- hoitohenkilöstön näkökulma	Kokonaisotanta ja kyselylomaketutkimus	Induktiivinen sisällönanalyysi
Hart, P. L., Spiva, L. and Kimple, L.,P. 2011	Nurses' knowledge of heart failure education principles survey: a psychometric study	kyselytutkimus	Tilastollinen analyysi
Kaakinen, P. 2013	Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa	Integroitu kirjallisuuskatsaus, Ohjauksen Laatu-kyselylomake	Tilastollisin menetelmin

		ja potilasasia- kirjat	Deduktiivis-induktiivinen sisällönanalyysi
Kaakinen, P., Kääriäi- nen, M. ja Kyngäs, H. 2013	Pitkäaikaissaira- an aikuispo- tilaan ohjauksen laatu kir- jaamisen perusteella	Aivoverenkier- tohäiriö-, keuhkoah- taumatauti- ja sydämenva- jaatoimintapo- tilaiden poti- lasasiakirjat	Deduktiivis-induktiivinen sisällönanalyysi
Klemola, M. 2011	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatu ja tehostettu terveysneuvonta	Kyselytutkimus aikana 2001- 2004	Aineiston analysointiin käytettiin khi2, Wilcoxonin ja Mann-Whitney U- testejä sekä GEE- mal- lia.
Kähkönen, O., Kank- kunen, P. ja Saaranen, T 2011	Sepelvaltimotautia sairas- tavan potilaan ohjaus	Kirjallisuuskat- saus	Induktiivinen sisällön- analyysi
Kääriäinen, M. 2008	Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät	Artikkeli	
Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. ja Torp- pa, K. 2005	Terveystenhoitohenkilös- tön käsitykset ohjauksesta sairaalassa	Aineisto- analyysi	Tilastollisesti ja sisällön- analyysillä
Lipponen, K. 2014	Potilasohjauksen toiminta- edellytykset	Strukturoitu kyselylomake 2003 ja 2006 Haastattelu 2007	Tilastollinen perus- ja monimuuttujamenetelmä + deduktiivinen sisällön- analyysi avoimiin kysy- myksiin Induktiivinen sisällön- analyysi
Mattila, E.	Aikuispotilaan ja perheen-	Systemaatti-	Kvalitatiivinen tutkimus-

2011	jäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana	nen kirjallisuuskatsaus, potilailta ryhmähaastattelu ja kyselylomake ja perheenjäsenten ryhmähaastattelu, yksilöhaastattelu ja kyselylomake	aineisto analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä, kvantitatiivinen aineisto analysoitu kuvailevin sekä monimuuttujamenetelmin
Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. ja Kääriäinen, M. 2014	Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana	modifioitu Ohjauksen laatu kyselylomake	Kuvailevin tilastomenetelmin
Poutala, K., Partanen, L. ja Tuunainen, J. 2007	Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta	Kyselytutkimus	
Otsu, H. and Moriyama, M. 2010	Effectiveness of an educational self-management program for outpatient with chronic heart failure	Satunnaistettu kontrolloitu interventio tutkimus	SPSS 15
Powell, L. H., Calvin, J. E., Richardson, D., Janssen, L., Menden de Leon, C. F., Flynn, K. J., Grady, K. L., Rucker-	Self-management Counseling in patients With Heart Failure The Heart Failure Adherence and Retention Randomized Behavioral Trial	Osittain satunnaistettu kontrolloitu interventio tutkimus	SAS 9.1

Whitaker, C. S., Eaton, C. and Avery, E. 2010			
Rafii, F., Shahpooria n, F. and Azarbaad, M. 2008	The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization: Patients' and Nurses' Perceptions	kyselytutkimus	SPSS-11
Routasalo, P., Airaksi- nen, M., Mäntyranta, T. ja Pitkä- lä, K. 2010	Pitkäaikaissairaalan omahoi- don opastus	Katsausartik- keli	
Salminen- Tuomaala, M., Kaappo- la, M., Ku- rikka, S., Leikola, P., Vanninen, J. ja Paavi- lainen, E. 2010	Potilaiden käsityksiä ohja- uksesta ja kirjallisten ohjei- den käytöstä päivystyspoli- klinikalla	Kyselylomak- keet syksyllä 2008 ja ke- vällä 2009	Kvantitatiivinen tutki- musaineisto analysoitiin SPSS for Windows 15- ohjelmalla.

LIITE 3 Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 4 Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistykset	Alakategoriat	Yläkategoria
<p>Parhaiten he katsoivat osaavansa potilaan omaseurannan ja ruoka-valio-ohjauksen</p> <p>Tiedot lisääntyivät sekä terveydenhuollon kokonaistyökokemuksen että nykyisellä osastolla saadun työkokemuksen perusteella</p> <p>Enemmistö vastaajista (71 %) piti vajaatoimintahoitajalta saatua ohjausta hyödyllisimpänä</p> <p>Parhaiten osattiin ohjata potilasta itsehoitoon</p> <p>Vastanneista 39 prosentille eniten uutta tietoa antoi ohjaus nesteistä ja painon</p>	<p>omaseurannan ja ruokavalion ohjauksen hyvä hallinta</p> <p>Työkokemus lisää tietoa</p> <p>Vajaatoimintahoitaja tärkeä ohjauksen antajana</p> <p>Itsehoito-ohjauksen hyvä hallinta</p> <p>Tietoa nesteistä ja painon seurannasta</p>	<p>Hoitajien osaaminen omahoidon ohjauksesta</p>	<p>Hoitajien hallitsemat ohjauksen osa-alueet</p>

<p>Tehostettuun terveysneuvontaan ja kotona tapahtuvaan omahoidon tukemiseen tulee panostaa kolmen kuukauden aikana sairaalasta kotiutumisen jälkeen</p> <p>Nykyinen tutkimusnäyttö osoittaa tehostetun terveysneuvonnan hyödyt sydämen vajaatoiminnan hoidossa</p> <p>Omahoidon ohjauksella ei merkitsevää vähenemistä kuolleisuudessa</p> <p>Sitoutuminen lääketieteelliseen hoitoon parani omahoidon ohjauksesta annettaessa</p> <p>Omahoidon ohjaus vähensi sairaalahoitoja ja terveydenhuollon kustannuksia</p> <p>Omahoidon tukemisesta on saatu myönteistä näyttöä pitkäai-</p>	<p>Terveysneuvonnan ja omahoidon tukeminen tärkeää kolmen kuukauden aikana kotiutumisen jälkeen</p> <p>Terveysneuvonnan hyödyt osoitettu tutkimusnäytönä</p> <p>Omahoidon ohjaus ei vaikuta kuolleisuuteen</p> <p>Lääkehoitoon sitoutuminen parane ohjauksesta annettaessa</p> <p>Sairaalahoidot ja terveydenhuollon kustannukset vähenivät ohjauksesta annettaessa</p> <p>Omahoidon tuke-</p>	<p>Omahoidon ohjauksen ajoitus ja merkitys</p>	
--	--	---	--

<p>kaissairauksien hoidossa</p> <p>Puolen vuoden ajan kerran kuussa kontrolloidulla ryhmäohjauksella positiivinen vaikutus ruokavalioon, painoon ja liikkumiseen</p>	<p>minen tärkeää</p> <p>Kontrolloidun ryhmäohjauksen positiivinen vaikutus ruokavalioon, painoon ja liikkumiseen</p>		
--	--	--	--