



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa

Pauliina Leino
Meelis Teder

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Pauliina Leino, Meelis Teder
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2018

Pauliina Leino ja Meelis Teder

Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa

Vuosi 2018 Sivumäärä 43

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sisätautien vuodeosastolla annettua sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautiohjausta sekä sen hyödynnettävyyttä ja riittävyttä arjessa potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa osaston käyttöön ohjauksen kehittämiseksi. Tutkimus toteutettiin Hyvinkään sairaalan sisätautiosastolla ja haastateltavat olivat osastolla hoidossa olleita potilaita. Tutkimuskysymykset olivat: miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokevat osastolla saadun ohjauksen? ja miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat hyödyntäneet saatua potilasohjausta omassa arjessaan ja onko ohjaus ollut riittävää?

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat pohjautuvat pääosin ammattikirjallisuuteen. Viitekehityksessä käsitellään sydämen vajaatoimintaa, sepelvaltimotautia ja potilasohjausta käsitteinä. Potilasohjauksen lisäksi on kiinnitetty erityistä huomiota sydänpotilaan ohjaukseen myös aikaisempien tutkimusten valossa. Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella haastateltavat kokivat osastolla saadun ryhmäohjaustilanteen sekä ohjaajan miellyttävänä ja ohjaajaa pidettiin asiantuntevana. Ohjaus oli sisällöllisesti kattavaa. Ryhmäohjauksessa koettiin hyvänä mahdollisuutta kommentoida ja kysyä mieleen tulevia asioita. Toisaalta kysymistä aristeltiin asioiden henkilökohtaisuuden vuoksi. Tulosten perusteella yksilöohjausta kaivattiin lisää sekä koettiin, että ohjauksen tulisi olla yksilöllisempää. Tuloksien mukaan ohjauksessa saatua tietoa pystytään hyödyntämään kotonaa ja palaamaan tarvittaessa kirjallisiin materiaaleihin. Tulokset osoittavat, että saatu ohjaus sekä tiedon määrä olivat riittävää.

Tutkimuksessa nousi esille näkemys, että jo pitempään sairastaneelle ryhmäohjauksessa ei tullut varsinaisesti mitään uutta tietoa. Jatkossa tutkittaessa sydänohjauksen kokemuksia, riittävyttä ja hyödynnettävyyttä voisi erotella juuri diagnoosin saaneet ja pitkään sairastaneet potilaat. Myös yksilöllinen ohjaustarve nousi voimakkaasti esille. Sydänpotilaan ohjausta kehitettäessä voisi ottaa huomioon sydänpotilaiden yksilölliset tarpeet ja suunnitella ohjaus niiden mukaan.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus

Pauliina Leino and Meelis Teder

The heart failure and coronary artery disease patient's experience on the counseling received at the department and its usefulness in everyday life

Year 2018 Pages 43

The purpose of this thesis was to describe the heart failure and coronary artery disease counselling given at the department of internal medicine and its usefulness and adequacy in everyday life from the patient's point of view. The aim was to provide information for the department to develop patient education. The study was conducted at the department of internal medicine at Hyvinkää hospital and the interviewees were patients in the department. Research questions were: how do patients with heart failure and coronary artery disease experience counselling? and how do patients with heart failure and coronary artery disease take advantage of patient guidance in their daily lives and whether the guidance was sufficient?

The theoretical starting points of the thesis were mainly based on professional literature. The reference framework deals with heart failure, coronary heart disease and patient guidance as concepts. In addition to patient counselling, special attention has been paid to the control of cardiac patients (also in the light of previous research). In this thesis work a qualitative research was used as a research method. The material was collected by theme interviews and the data obtained was analyzed by inductive content analysis.

Based on the results of the thesis work, the interviewees experienced both the group counselling situation of the department as well as the instructor as pleasant and the instructor was also considered an expert. The guidance was comprehensive. In group counselling the patients liked the possibility to comment and ask about significant matters. On the other hand, they were scared to ask questions of a more personal nature. The results also indicated that more individual guidance was needed and it was felt that the guidance should be more personalized. According to the findings of the thesis work information obtained from the guidance can be utilized at home and returned to the written materials when needed. The results show that the counseling obtained and the amount of data were adequate.

The study raised the view that in the case of group counseling obtained by long-term diseased it did not come up with any additional information. In the future, the experience, adequacy, and utilization of heart patient counselling could be distinguished by those recently diagnosed and long-suffering patients. Even one-on-one patient education need rose sharply. When developing heart disease counselling, one could observe the individual needs of the cardiac patients and plan their guidance accordingly.

Keywords: coronary artery disease, heart failure, patient counselling

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Keskeiset käsitteet	7
2.1	Sydämen vajaatoiminta	7
2.2	Sepelvaltimotauti	8
2.3	Potilasohjaus.....	10
2.3.1	Ohjausmenetelmät.....	11
2.4	Sydänpotilaan ohjaus aikaisempien tutkimustulosten valossa	14
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	17
4	Menetelmälliset lähtökohdat	17
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	17
4.2	Aineiston keruu.....	19
4.3	Aineiston analyysi.....	20
5	Tulokset	22
5.1	Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta	22
5.1.1	Kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantuntemuksesta	23
5.1.2	Ohjauksen sisältö	23
5.1.3	Yksilöllisyys ohjauksessa	24
5.2	Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa ja riittävyys	25
5.2.1	Tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa	25
5.2.2	Tiedon riittävyys	26
6	Pohdinta.....	27
6.1	Tulosten tarkastelu	27
6.2	Tutkimusprosessin tarkastelu	29
6.3	Työelämäkumppanin palaute ja jatkotutkimuskohteet	30
6.4	Luotettavuus.....	31
6.5	Eettisyys	32
	Lähteet	34
	Taulukot	37
	Liitteet.....	38

1 Johdanto

Sydämen vajaatoimintaa sairastaa 1 - 2 prosenttia väestöstä ja sairastuvien keski-ikä on 76 vuotta. Oireeton tai piilevä vajaatoiminta on väestössä yhtä yleinen kuin oireinen sydämen vajaatoiminta. Yli 65 vuotiaista 1 prosentti ja yli 80 vuotiaista 5 - 9 prosenttia sairastuu sydämen vajaatoimintaan. Koska sydämen vajaatoiminta ilmaantuu sydänsairauksien loppuvaiheessa, potilaiden kuolleisuus on suuri. (Airaksinen ym. 2016, 696-698; Sydämen vajaatoiminta 2017.) Sydämen vajaatoiminnan hoitoon kuuluu yksilöllisen lääkehoidon lisäksi omahoidon ohjaus, jonka päätavoitteena on sairauden hallinta. Keskeisenä osana ohjauksessa on elintapojen hallinta ja muutokset sekä ruokavalioon liittyvä ohjaus, jotka vähentävät sydänsairauksien riskiä ja elämänlaatu paranee. Tehokkaalla ohjauksella voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta. (Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä 2013, 2-4.)

Sepelvaltimotauti on yleinen sairaus suomalaisessa väestössä ja on syynä joka viidenteen kuolemaan. Vuonna 2015 sepelvaltimotautiin kuoli yli 10000 henkeä. Työikäisten kuolevaisuus ja sairastavuus ovat merkittävästi vähentyneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Sairastuvien määrä ja hoidon tarve ei ole kuitenkaan vähentyneet vaan taudin luonne on muuttunut tappavasta tautimuodosta enemmän kroonisen stabiilin tautimuodon suuntaan. (Airaksinen ym. 2016, 310; 2. Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan 2015.) Sepelvaltimotaudin hoidon kulmakivenä on lääkehoidon lisäksi potilaan riskitekijöiden kartoittaminen sekä hänen ohjaaminen ja tukeminen tarvittavien elämäntapamuutosten tekemiseen. Keskeisimmät sepelvaltimotaudin potilaan ohjauksen aiheet ovat omahoidon ohjaus, lääkehoito ja psykososiaaliset tekijät. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 363-367; Linnajärvi 2010, 10-11.)

Sydänpotilaan ohjauksen keskeisimpänä tavoitteena on saada potilas osallistumaan alusta asti aktiivisesti sairautensa hoitoon ja seurantaan. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat potilaan kyky ottaa tietoa vastaan, sairaalajakson kesto sekä omaisten aktiivisuus. (Partanen & Lommi 2006, 2012-2013.) Ohjaus on erittäin keskeinen osa potilaan hoitoa ja se kuuluu jokaisen hoitajan tehtäviin. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti osana potilaan muuta hoitoa. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuu terveydestään sekä hoitamaan itseänsä parhaalla mahdollisella tavalla. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.)

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla hoitojaksonsa aikana saamasta yksilö- sekä ryhmäohjauksesta. Toinen tutkimusaspekti oli saadun ohjauksen hyödynnettävyys ja riittävyys potilaiden arjessa hoitojakson jälkeen. Vuodeosaston osastonhoitaja esitteli aiheen

Laurean opinnäytetyötorilla ja se vaikutti alusta lähtien meitä kiinnostavalta aiheelta. Sydänpotilaan sijaan halusimme rajata tutkimuksen koskemaan sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilasta. Rajaus perustuu kyseisten potilaiden monilukuisuuteen sekä siihen, että he saavat Hyvinkään sairaalan sisätautiosastolla ryhmäohjausta. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus ja tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelu.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa oireyhtymää, jossa sydänlihas ei pysty enää normaalisti pumppaamaan verta elimistöön. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, koska sen taustalta löytyy aina jokin verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus. Sydämen vajaatoiminta kehittyy yleensä aina sydänsairauksien loppuvaiheessa. Yleisimmät vajaatoiminnan syyt ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihassolut ovat vaurioituneet, aiheuttaen sydämen pumppauskyvyn alenemisen. Sydänlihassolun vaurioitumisen voivat aiheuttaa hapenpuute, tulehdukset, myrkylliset aineet sekä poikkeavat tilavuus- tai painekuormitukset. Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella eivätkä osallistuu siten supistustoimintaan. Huomattavalla osalla sydämen vajaatoimintapotilaista on liitännäissairauksia, jotka lisäävät vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita ja pahentavat sydämen pumppaushäiriötä. Diabetesta sairastaa noin joka neljäs vajaatoimintapotilas. Muita yleisimpiä liitännäissairauksia ovat krooniset keuhkosairaudet, maksan ja munuaisten sairaudet, anemia sekä kilpirauhasen toimintahäiriöt. Useimmiten sydämen vajaatoiminta on sydämen vasemman kammion sairaus ja siinä pääasiallisina oireina ovat helposti väsyminen ja hengenahdistus. Ahdistus syntyy, kun sydän ei jaksaa pumpata keuhkoista tuleva verta eteenpäin. Vajaatoiminnassa hengenahdistus johtuu sydäimestä eikä keuhkoista. Sydämen oikean puolen vajaatoiminnassa tyypillisiä oireita ovat turvotukset sääriässä ja nilkoissa ja myöhemmin ylävatsalla. Turvotukset johtuvat nesteen kertymisestä kudoksiin. Vajaatoimintaan voi liittyä myös pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta, mikä johtuu suoliston verenkierron häiriöstä. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 303-306; Kettunen 2016.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastaa 1 - 2 prosenttia väestöstä ja sairastuvien keski-ikä on 76 vuotta. Oireeton tai piilevä vajaatoiminta on väestössä yhtä yleinen kuin oireinen sydämen vajaatoiminta. Vajaatoiminta ilmaantuu erittäin harvoin alle 50 vuotiaille, mutta iän myötä esiintyvyys suurenee jyrkästi. Yli 65 vuotiaista 1 prosentti ja yli 80 vuotiaista 5 - 9 prosenttia sairastuu sydämen vajaatoimintaan. Koska sydämen vajaatoiminta ilmaantuu sydänsairauksien loppuvaiheessa, potilaiden kuolleisuus on suuri. Suomalaisessa FINN-AKVA-tutkimuksessa 27

prosenttia sairaalaan joutuneista sydämen vajaatoimintapotilaista kuoli vuoden sisällä. Akuutissa sydämen vajaatoiminnassa vuoden kuolleisuus 20 - 25 prosenttia ja sairaalakuolleisuus 5 - 10 prosenttia. Vakaata kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien vuotuinen kuolleisuus on noin 5 - 8 prosenttia. (Airaksinen ym. 2016, 696-698; Sydämen vajaatoiminta 2017.)

Sydämen vajaatoiminnan hoitoon kuuluu yksilöllisen lääkehoidon lisäksi omahoidon ohjaus, jonka päätavoitteena on sairauden hallinta. Omahoidon ohjaus edistää ja motivoi potilasta sitoutumaan hoitoon, mikä parantaa potilaan hyvinvointia, ehkäisee sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista ja kuolleisuutta. (Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä 2013, 2.) Potilasta ohjataan tunnistamaan ja seuramaan vajaatoiminnan merkkejä ja oireita sekä toteuttamaan yksilöllistä lääkehoitoa. Keskeisenä osana ohjauksessa on elintapojen hallinta ja muutokset sekä ruokavalion liittyvä ohjaus. Kaikki edellä mainitut vähentävät sydänsairauksien riskiä. Koska sydämen vajaatoiminnanpotilailla ovat uneen, seksuaalisuuteen ja masennukseen liittyvät ongelmat tavallisia, näistä aihealueista annetaan siihen yksilöllistä ohjausta ja tukea. Potilaan elämänlaatu paranee, kun hän oppii vaikuttamaan sairauden kulkuun ja hoitoon saadun tuen ja ohjauksen avulla. Tehokkaalla ohjauksella voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisäävät selkeät ohjeet ja yhteystiedot hoitaviin tahoihin. (Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä 2013, 2-4; Mäkijärvi ym. 2011, 325-326.)

2.2 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti on ateroskleroosin eli valtimokovettumistaudin ilmentymä sydämen ravitsemuksesta ja hapensaannista huolehtivissa sepelvaltimoissa. Tauti syntyy, kun sepelvaltimoiden seinämiin kehittyi kovettumia, jotka aiheuttavat myöhemmin ahtautumia tai niiden repeämistä tukoksia. Sepelvaltimotaudin syntymekanismia ei tunneta, kuitenkin tiedetään monia vaaratekijöitä, jotka selvästi lisäävät tautiin sairastumista. Sepelvaltimotaudin tärkeänä vaaratekijänä pidetään sitä, että lähisuvussa on alle 65 vuotiaina tautiin sairastuneita naisia tai alle 55 vuotiaina tautiin sairastuneita miehiä. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes ovat iästä ja sukupuolesta riippumatta merkittäviä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Tupakointi, liikunnan vähäisyys, lihavuus, kohonnut verenpaine, korkea ikä ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt nostavat oireettomallakin henkilöllä sepelvaltimotaudin riskiä. (Airaksinen ym. 2016, 310; Mäkijärvi ym. 2011, 249, 251.)

Sepelvaltimotaudin kliiniset ilmenemismuodot ovat angina pectoris, sydäninfarkti ja äkki-kuolema. Angina pectoris tarkoittaa sanan mukaisesti käännettynä ”rinnan ahdistus” ja on tunnetuin sepelvaltimotaudin ilmentymä. Stabiilin angina pectoriksen tyypillisin oire on rasi-

tuksessa ilmeneva puristava rintakipu, joka helpottuu nopeasti levossa. Rasituksessa sydänlihas tarvitsisi enemmän verta, mutta ahtauma estää verenvirtauksen lisääntymiseen ja siitä syystä sydänlihakseen aiheutuu hapenpuutetta. Levossa sydänlihas saa riittävästi verta eikä kipua tunnu. Epävakaassa angina pectoriksessa kivut tuntuvat myös muulloin kuin rasituksessa ja se voi olla merkki akuutista sepelvaltimotautikohtauksesta. Akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa valtimon seinissä oleva plakki kasvaa nopeasti, aiheuttaen tiukan ahtauman tai suon sisälle revenneen plakin kohdalle muodostu verihyytymä, joka ahtauttaa suonta. Verihyytymän aiheuttama sepelvaltimotukos voi aiheuttaa sydänlihaskuolion eli sydäninfarktin. Rintakivut pahenevat nopeasti eivätkä mene ohi levossa ja lääkkeitä tarvitaan useammin ja enemmän. (Airaksinen ym. 2016, 310; Mäkijärvi ym. 2011, 250.)

Sepelvaltimotauti on yleinen sairaus suomalaisessa väestössä ja on syynä joka viidenteen kuolemaan. Vuonna 2015 sepelvaltimotautiin kuoli yli 10000 henkeä. Työikäisten kuolevaisuus ja sairastavuus ovat merkittävästi vähentyneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuuden laskua ja siirtymistä vanhempiin ikäluokkiin selittää vaaratekijöiden myönteinen kehitys väestö tasolla. Myös sepelvaltimotaudin varhainen tunnistaminen ja hoidon kehittyminen ovat vaikuttaneet kuolleisuuteen laskevasti. Sairastuvien määrä ja hoidon tarve eivät ole kuitenkaan vähentyneet vaan taudin luonne on muuttunut tappavasta tautimuodosta enemmän kroonisen stabiilin tautimuodon suuntaan. Vuonna 2015 sepelvaltimotautikuolleisuus pieneni sekä miehillä että naisilla. Kuolleisuus on pienentynyt tasaisesti viimeisten 40 vuoden aikana. Tautiin kuolleet ovat yhä vanhempia. Työikäisenä vuonna 1971 kuoli sepelvaltimotautiin lähes neljä kymmenestä, kun vuonna 2015 vain yksi kymmenestä. Vuonna 1971 sepelvaltimotautiin kuolleiden mediaanikeski-ikä oli miehillä 65 vuotta ja naisilla 73 vuotta, vastaavat iät vuonna 2015 olivat 79 ja 87 vuotta. (Airaksinen ym. 2016, 310; 2. Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan 2015.)

Sepelvaltimotaudin hoidon kulmakivenä on lääkehoidon lisäksi potilaan riskitekijöiden kartoittaminen sekä hänen ohjaaminen ja tukeminen tarvittavien elämäntapamuutosten tekemiseen. Sydänpotilaiden kuntoutus ei ole pelkkää liikuntaa, vaan se käsittää laajasti potilaiden psyykkisen, fyysisien ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Kuntoutuksella tarkoitetaan potilaan ongelmien kokonaisvaltaista huomioimista ja sen tulisi kuulua jokaisen potilaan hyvään hoitoon. Oleellista on arvioida yksilöllisesti ohjauksen tarve, mitä kunkin potilas tarvitsee ja mistä hän hyötyy. Ohjauksen tarkoituksena on auttaa potilasta välttämään vaaratekijöitä, ymmärtämään sairauden laatua, hoitamaan sairautta sekä edistää työ- ja toimintakykyä. Keskeisimmät sepelvaltimotaudin potilaan ohjauksen aiheet ovat omahoidon ohjaus, lääkehoito ja psykososiaaliset tekijät. Myös omaiset tulisi ottaa mukaan potilaan kuntoutukseen, jotta he pystyisivät tukemaan potilasta. Omaisten tietämättömyys ja pelot voivat hidastaa potilaan toipumista. (Rissanen ym. 2008, 363-367; Linnajärvi 2010, 10-11.)

2.3 Potilasohjaus

Ohjaus on erittäin keskeinen osa potilaan hoitoa ja se kuuluu jokaisen hoitajan tehtäviin. Ohjauksesta toteutetaan suunnitelmallisesti osana potilaan muuta hoitoa. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuu terveydestään sekä hoitamaan itseänsä parhaalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Ohjaus on myös suunnitelmallista ja muutokseen tähtäävää työtä, jolloin ohjaajan tulee osata perustella ohjauksen tarpeellisuus, asettaa yhdessä ohjattavan kanssa tavoitteita, motivoida ohjattavaa sekä tarjota käytännön työkaluja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 8.)

”Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa” (Eloranta & Virkki 2011, 19). Ohjaus on myös asiakkaan ja hoitajan aktiivista vuorovaikutteista ja tavoitteellista toimintaa, joka on myös tiukasti sidoksissa heidän taustatekijöihinsä, kuten fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen sekä ympäristötekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 25-30.)

Potilasohjaus sisältää usein erilaisia tuen muotoja kuten tiedollista, emotionaalista sekä konkreettista tukea. Jotta ohjaus on laadukasta, se sisältää kaikki nämä komponentit. Tiedollisella tuella tarkoitetaan sitä, miten hyvin ja ymmärrettävästi potilasta on informoitu hoidon kannalta välttämättömistä asioista, kuten itse sairaudesta ja sen hoidosta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76.) Eli toisin sanoen tämä tuki sisältää ohjattavan tiedontarpeen kartoittamisen ja hänelle sopivimman tiedon välitystavan valitsemisen. Ohjattavaa tulee myös ohjata tiedon lähteille antamalla tietoa vertaistuen mahdollisuuksista sekä kertomalla tiedonsaantikanavista. (Eloranta & Virkki 2011, 57-58.) Tämä tuki sisältää myös ne valmiudet, joita itsensä hoitamisessa tarvitaan. Emotionaalinen tuki sen sijaan käsittää asioiden käsittelyn tunnetasolla ja sen tavoitteena on, että hoito ei häiritse potilaan jokapäiväistä elämää. Konkreettinen tuki on kaikkea välineellistä tukea, esim. hoito- ja apuvälineet sekä taloudellinen tuki, joka voi edistää potilaan hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76.)

Ohjauksen lähtökohtina pidetään nimenomaan asiakaslähtöisyyttä, ohjattavan ja ohjaajan jaettua asiantuntijuutta sekä vastuullisuutta. Asiakaslähtöinen ohjaus rakentuu potilaan henkilökohtaisista oppimistarpeista. Potilaan oma vastuu oppimisestaan ja tekemistään valinnoista on keskiössä. Aktiivista oppimista tapahtuu ainoastaan, jos asiakas kokee toiminnan mielekkääksi ja palkitsevaksi. Siinä vaiheessa, kun asiakas itse käyttää ja soveltaa saamaansa tietoa omaan hoitamiseensa, hän myös kanta vastuuta ja työskentelee tavoitteiden saavuttamiseksi. Silloin hän myös sitoutuu hoitoonsa ja kokee sen merkitykselliseksi asiaksi elämässään. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77-78.)

Laadukas ohjaus edistää myös potilaan terveyttä. Se vaikuttaa hänen toimintakykyynsä, elämänlaatuunsa, hoitoon sitoutumiseensa, omahoitoonsa sekä itsenäiseen päätöksentekoonsa. Se vaikuttaa myös asiakkaan mielialaan parantavasti. (Kyngäs ym. 2007, 145-147.) Tutkimustuloksetkin viittaavat, että ohjauksella ja neuvonnalla on positiivisia vaikutuksia ei-kiireellisessä leikkauksessa olleiden miesten alkoholin käyttötiheyteen sekä naisten liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn (Kummel 2008, 5,80). Ylimäen (2015, 75) tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautisille kohdennettu ohjausinterventio hyödytti osallistujia. Elintavoissa havaittiin valtimoterveyttä edistäviä muutoksia kuuden kuukauden seurantamittauksissa sekä osa muutoksista oli havaittavissa vielä 12 kuukauden jälkeen. Ohjausta voidaan toteuttaa monesta lähtökohdasta; tavoitteet, sisältö ja menetelmä. Tällöin myös sen vaikuttavuutta voidaan myös tarkastella eri näkökulmista, kuten yksilön tai yhteisön. Vaikuttava ohjaus koostuu erilaisista vuorovaikutus ja ohjaustavoista sekä sosiaalisesta tuesta ja seurannasta. (Kyngäs ym. 2007, 145-147.)

Asiakkaan oikeutta tietää terveydestään ja hoidostaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) voidaan pitää ohjauksen ensimmäisenä perustana (Kyngäs ym. 2007, 145). Vaikka laissa ei ohjausta välttämättä mainita erikseen, lain hengen mukaan potilaalle ja asiakkaalle on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus on myös toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. Ohjauksessa tulee myös kunnioittaa potilaan ja asiakkaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaumusta sekä yksityisyyttä. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Ohjauksen toisena perustana voidaan pitää etiikkaa. Terveystieteiden ammattilaisia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Eettisten periaatteiden pohjalta eri ammattikunnat ovat laatineet omat ammattieettiset ohjeensa. Näistä esimerkkinä voidaan mainita sairaanhoitajan eettiset ohjeet. (Eloranta & Virkki 2011, 12.) Niiden mukaan sairaanhoitajan tehtävä on väestön ja yksilöiden terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Tehtäviin kuuluu myös oleellisesti asiakkaan omien voimavarojen tukeminen sekä elämänlaadun parantaminen. Hoitosuhde, sekä myös ohjaus, perustuu aitoon vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Tähän pystyäkseen sairaanhoitajan on kuunneltava asiakasta ja paneuduttava hänen tilanteeseensa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 45-46.)

2.3.1 Ohjausmenetelmät

Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietoa siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite eli päämäärä. On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä,

mitä näkevät ja vain 10 prosenttia siitä, mitä kuulevat. Vastaavasti he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on läpikäyty sekä näkö- että kuuloaistia apuna käyttäen. Ohjaajan tehtävä on auttaa tunnistamaan asiakkaalle luontevin omaksumistapa. Asiakkaan omaksumistavasta riippumatta keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää, koska asiakas muistaa ja kykenee vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. Ohjausmenetelmää valittaessa ja ohjausta suunniteltaessa tulee muistaa myös, että ensin kerrotut sekä tärkeimmiltä tuntuvat asiat muistetaan parhaiten, älykkyys ei lisää muistamista, vanhat muistavat yhtä paljon kuin nuoret ja melko ahdistuneet asiakkaat muistavat enemmän kuin ahdistumattomat tai hyvin ahdistuneet sekä mitä enemmän asiakkaalla on lääketieteellistä tietoa, sitä enemmän hän muistaa. (Kyngäs ym. 2007, 73-74.)

Useimmiten ohjausta annetaan suullisena yksilöohjauksena, koska vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi. Asiakkaat arvostavat yleensä yksilö-ohjausta, koska siinä huomioidaan heidän tarpeensa, aktiivisuutensa, motivaationsa tukemisen sekä jatkuvan palautteen antamisen ja vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Silloin voidaan myös arvioida asiakkaan hoitoon sitoutumista avoimilla kysymyksillä sekä lukea hänen non-verbaalisia viestejään. Kasvokkain tapahtuvaa ohjausta voidaan myös arvioida tehokkaasti suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110-111.)

Onnistuneessa vuorovaikutteisessa yksilöohjauksessa ohjaaja kutsuu asiakkaan osallistujaksi. Tilanteen aloittaminen helpottuu, kun asiakkaalle esitetään kysymyksiä koskien hänen vointiin, kokemuksiaan ja tunteitaan. Tähän tunnusteluun liittyy usein sanojen toistoa, taukoja ja epätäydellisiä lauseita. Asiakkaalle annetaan myös mahdollisuus esittää kysymyksiä ja keskeyttää hoitaja. Näillä menetelmillä on tavoitteena tukea asiakkaan osallistumista, ajatusten selventämistä ja tarkastelemaan asioita uudesta näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2007, 82-84.)

Hoitaja sitoutuu aidosti ohjaustilanteeseen esittämällä asiakkaalle avoimia kysymyksiä. Ohjauskeskustelu etenee tuntemuksiin liittyvillä kysymyksillä, joissa sivutaan nykyisyyttä, menneisyyttä sekä tulevaisuutta. Ohjaus etenee hoitajan ja asiakkaan vuoropuheluna epäsuorin kysymyksiin, tarkistus-kysymyksiin ja vaihtoehtoja tarjoavien kysymyksiin sekä tuntemuksia käsittelevillä kysymyksillä molemmin puolin. Erialaisten hoito- ja elintapaohjeiden antaminen on kysymysten lisäksi olennainen osa ohjausta. Ohjaus on tehokkainta, kun huomioidaan asiakkaan taustatekijät, arvot ja näkemykset. Ohjeet, joiden avulla asiakas ryhtyy hoitotoimien toteuttamiseen sekä elintapojen muutokseen, syntyvät vain hoitajan ja asiakkaan yhteistyössä. Ohjaus ei ole pelkästään sitä, että hoitaja kertoo asioita. Asiakkaan tietämys kertyy myös, kun hän saa aikaa miettiä, harkita ja arvioida aikaisempia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan ja niiden sopivuutta omiin koti-, työ- ja vapaa-ajan ympäristöihinsä. (Kyngäs ym. 2007, 84-89.)

Ryhmäohjaus on yksilöllisen ohjauksen lisäksi eniten käytetty ohjausmenetelmä terveydenhuollossa. Sitä annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä erilaisin tavoittein. Nykyään on tarjolla myös monenlaisia kolmannen sektorin vapaaehtoisryhmiä. Ryhmässä oleminen voi olla sen jäsenille jo sinänsä voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Ryhmäohjauksessa saatu vertaistuki voi olla potilaille, joilla ei ole läheisiä, hyvinkin merkittävää (Kyngäs & Hentinen 2009, 112). Myös potilaiden omatoimisuuden vahvistuminen on ryhmäohjauksen hyviä puolia (Eloranta & Virkki 2011, 77).

Ryhmäohjaus voi olla jopa tehokkaampi ja sen avulla voi olla mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Lisäetuna yksilöohjaukseen verrattuna voidaan pitää tiedon jakamista kerralla suuremmalle ryhmälle ja siten ohjaus on myös taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Ryhmäohjaus on siis niukkojen resurssien järkevää käyttöä ja se soveltuu varsinkin pitkäaikaissairauksiin, tilapäiseen tarpeeseen sekä elintapamuutokseen. Pitkäaikaissairauksiin liittyvissä ryhmissä voidaan käsitellä sairauteen liittyvää yleistä ohjausta, elämäntavoilla terveyteen vaikuttamista ja vaikka rentoutumista. (Eloranta & Virkki 2011, 77.)

Ryhmän vuorovaikutukseen liittyvät edut korostuvat varsinkin elämäntapaohjauksessa, jonka suurin haaste eli motivoituminen, saa uutta potkua ryhmän dynamiikasta. Motivaation syntyyn tarvittava toivon herääminen on yksi merkittävä terapeuttilinen voima, joka ryhmäohjauksessa saadaan hyödynnettyä paremmin kuin yksilöohjauksessa. Toinen yleinen ryhmän tarjoama kokemus on hyväksytyksi tuleminen. Lisäksi ryhmä on tehokas opiskelumuoto. Keskeistä on myös sosiaalinen vuorovaikutus sekä ryhmän jäsenten kesken, että ryhmän ja ohjaajan kesken. (Turku 2007, 87-88.)

Ryhmäohjauksen etuja ei kuitenkaan saavuteta automaattisesti, vaan ryhmän toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen mukainen suunnittelu ja toteutus ovat toimivuuden kulmakiviä. Ryhmän koko on myös esimerkki sen vuorovaikutusta määrittävästä tekijästä. Riittävän pieni ryhmäkoko on tärkeä lähtökohta. Suositeltava ryhmäkoko on 8-12 henkilöä. Isommassa ryhmässä yksilöllisyys kärsii. Elämäntapaohjaukseen keskittyvissä ryhmissä korostuvat sekä omaan työkentelyyn että ryhmäprosessiin sitoutuminen. Ohjaajalle nämä rinnakkaiset tasot asettavat monisyisiä tavoitteita; ryhmäprosessin ohjaus, ryhmäläisten muutosprosessien käynnistäminen ja tukeminen ryhmän vuorovaikutusta hyödyntäen. (Turku 2007, 88-89.)

Ohjaustilanteen viestintää voidaan täydentää kirjallisella ohjauksella, varsinkin, jos suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Näin käy nykyään usein juuri lyhentyneiden sairaalasaoloaikojen takia. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ohjaustilanteissa potilaille antamia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Ne voivat olla pituudeltaan lyhyitä

yhden sivun mittaisia ohjeita tai lehtisiä tai useampisivuisia pieniä kirjasia tai oppaita. Ne sisältävät tietoa sairauksista, niiden riskitekijöistä, hoidosta, tutkimuksista sekä niihin valmistautumisesta, jälkihoidosta ja sairaudesta toipumisesta. (Eloranta & Virkki 2011, 73; Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla potilaalle voidaan jo ennalta välittää tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista sekä toinen tärkeä käyttöalue ovat kotiutusohjeet. Kun ohjeet ovat kirjallisia, asiakas voi tukeutua niihin myöhemminkin. Suullisen ohjauksen tukeminen kirjallisella materiaalilla auttaa myös muistamaan ohjauksen sisällön paremmin. Kirjallinen ohje tulee myös olla kirjoitettu potilaalle tai asiakkaalle, ei lääkärille tai hoitajalle. Ja sen tulee olla kullekin asiakkaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. (Eloranta & Virkki 2011, 74; Kyngäs ym. 2007, 124.)

2.4 Sydänpotilaan ohjaus aikaisempien tutkimustulosten valossa

Kähkösen, Kankkusen ja Saarasen (2012, 201) kirjallisuuskatsauksen mukaan sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausmenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus sekä näiden yhdistelmät. Puhelimen ja sähköisten viestimien avustuksella tapahtuva ohjaus on enemmän yksilöllisen tiedon ja tuen antamista kuin perinteisiä ohjausmenetelmiä käytettäessä.

Ohjaus alkaa jo sairaalajakson aikana ja sen tulisi jatkua keskeytyksettä avoterveydenhuollossa (Partanen & Lommi 2006, 2009). Erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon yhteistyön kehittämistä tarvitaan sydänpotilaan osastojakson jälkeisen hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Myös ohjauskäytäntöjä sekä vastuunjako näiden välillä tulisi kartoittaa. Yhtenäinen suunnitelma sepelvaltimopotilaan hoitoprosessista sekä tiedonvälityksestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä veisi asiaa eteenpäin. (Heino, Suhonen & Leino-Kilpi 2012, 104.) Neuvontaan osallistuvalla sairaanhoitajalla tulisi olla riittävä kokemus, hyvät tiedot ja kyky itsenäiseen työskentelyyn (Partanen & Lommi 2006, 2009).

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen keskeisimpänä tavoitteena on saada potilas osallistumaan alusta asti aktiivisesti sairautensa hoitoon ja seurantaan. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat potilaan kyky ottaa tietoa vastaan, sairaalajakson kesto sekä omaisten aktiivisuus. (Partanen & Lommi 2006, 2012-2013.) Ohjauksen onnistumiseksi on keskityttävä potilaan selviytymisen kannalta tärkeisiin asioihin. Myös potilaan valinnanvapautta tiedon sisällöstä, ohjauksen ajankohdasta ja toteuttamistavasta tulisi lisätä. (Heino ym. 2012, 101-103.) Motiivointi on tärkein tekijä potilaan elintapamuutokseen sitoutumisessa. Sen lisäksi sitoutumiseen

vaikuttavat velvollisuuden tunto, läheisten tuki, hoitajien sekä fysioterapeuttien tuki, yhteistyö, komplikaatioiden pelko ja normaaliuden tunne. Eli potilaat, jotka ovat motivoituneita omahoitoon sekä pitävät hoidon tuloksia tärkeinä, todennäköisemmin kiinnittyvät terveelliseen elämäntapaan. (Kähkönen, Kankkunen, Saaranen, Miettinen, Kyngäs & Lamidi 2015, 2364-2365, 2371.) Myös potilaiden asianmukainen kohtelu ja heidän itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen omaa hoitoaan koskevissa asioissa on oleellista motivoinnin näkökulmasta (Heino ym. 2012, 102).

Potilaat kokevat tarvitsevänsä enemmän tietoa nimenomaan sydämen vajaatoiminnasta, lääkähoidosta, oireista, ennusteesta sekä riskitekijöistä. Yllättäen potilaat pitävät ruokavalio-ohjauksen tärkeyttä vähäisempänä kuin ohjaavat sairaanhoitajat. (Partanen & Lommi 2006, 2012-2013.) Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota heidän aikaisempaan tietoon omasta sairaudesta ja siihen mitä he itse haluavat siitä tietää. Lisäksi tulisi huomioida potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa, suoda omaisille mahdollisuus osallistua ohjaustilanteeseen sekä lisätä kirjallisten ohjeiden määrää ja miettiä erilaisia ohjaustapoja. (Heino ym. 2012, 101-103.)

Osastolla tulisi kuitenkin rutiininomaisen ohjauksen sijasta kiinnittää enemmän huomioita sepevaltimotautia sairastavien potilaiden yksilöllisiin tekijöihin ja ohjauksen tarpeisiin. Tiedon määrästä huolimatta, potilaat kokivat, että yksilöity ohjaus on hyvin vajavaista. Potilaat kertoivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan, tiedon sisältöön eikä siihen, osallistuvatko omaiset ohjaustilanteeseen. (Heino ym. 2012, 101-102.) Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan yksinkertainen tapa varmistaa, että potilaat saavat yksilöityä ohjausta liittyen sydämen vajaatoimintaa, pyytää potilaita kirjoittamaan ylös etukäteen asioita, joita he haluaisivat käsitellä. Silloin heillä on paremmat mahdollisuudet saada tietoa ja ohjausta yksilöidysti heidän omasta elämäntilanteeseen liittyen. Näin myös hoitajien on mahdollista ottaa käyttöön ohjauksia suunniteltaessa nämä henkilökohtaiset tarpeet ja varata niille riittävästi aikaa. Potilaat eivät yleensä halua ottaa kaikkia asioita esille ensimmäisen ohjauksen yhteydessä, joten tarve jatko-ohjaukselle on olemassa. (Ross, Ohlsson, Blomberg & Gustafsson 2015, 1594, 1601.)

Ohjauksen onnistuessa tavoitteen mukaisesti, potilas ymmärtää elintapojensa vaikutukset sairautteen ja pystyy tekemään valintoja arkielämän tilanteissa. Resurssipulan ja kustannusten takia hoitajaksoja on pyritty lyhentämään, mikä antaa ohjaukselle myös tiukemmat aikarajoitteet. (Partanen & Lommi 2006, 2012-2013.) Ohjauksessa välitetyn tiedon kunnollinen sisältäminen on vaikeaa lyhyen hoitajakson aikana. Tästä johtuen tulisi suullisen ohjauksen lisäksi hyödyntää muita ohjausmenetelmiä, kuten kirjallisia ohjeita, audiovisuaalisia menetelmiä, Internetiä sekä neuvontapuhelinta. (Heino ym. 2012, 101-103.)

Hoitajien toteuttamien ohjausryhmien vaikuttavuudesta on positiivisia tuloksia, varsinkin olennaisimpien vaaratekijöiden hallinnassa. Suurin haaste on kuitenkin niiden henkilöiden, jotka siitä eniten hyötyisivät, saaminen ohjauksen piiriin. (Kähkönen ym. 2012, 201.) Vastauksen perusteella sepelvaltimotautia sairastavat potilaat, joille on tehty pallolaajennus, kokivat ohjauksen melko hyvänä. Tutkittavat kokivat olevansa pääosin tyytyväisiä välitetyn tiedon määrään, mutta myös monilta osa-alueilta olisi toivottu lisää tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti. (Heino ym. 2012, 101-102.) Saksalaisen tutkimuksen mukaan jo yksittäisellä osastojakson aikana annetulla hoitajavetoisella ohjauksella ja lisäksi kolmen kuukauden jälkeen tehdyllä seurantasoitolla on keskinkertainen vaikutus sydämen vajaatoimintapotilaan omahoitoon, varsinkin oireiden seuraamiseen. Sen sijaan elämänlaatuun sillä ei ole merkittävää vaikutusta. Jotta tavoitteet elämänlaadun parantamiseksi ja hoitoon sitoutumiseksi toteutuisivat, on käytettävä muita tehokkaampia ja pitkäkestoisempia ohjausmenetelmiä. (Köberich, Lohrmann, Mittag & Dassen 2015, 1652-1653.)

Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjaus vaatii jatkossa kehittämistä menetelmien, sisällön sekä ajoituksen suhteen (Kähkönen ym. 2012, 202). Ohjauksen sisältö kehittyy, jos ennen ohjausta selvitetään potilaan aikaisempi tautia koskeva tietoa, sepelvaltimotautiin liittyvät tiedolliset odotukset sekä potilaan tarvitsema tieto selviytyäkseen taudista. Erityishuomiota tarvitsee myös sepelvaltimotaudista johtuvien psyykkisten, sosiaalisten sekä taloudellisten tekijöiden vaikutukset. (Heino ym. 2012, 103.) Ajoituksessa painopiste tulisi siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan. Kotiutusvaiheessa potilas tarvitsee varsinkin arjessa selviytymiseen liittyvää tietoa. Ohjauksen toteutuksessa tulisi huomioida naisten ja miesten erilaisuus, yksin elävien ja ikääntyneiden pysyminen ohjauksen piirissä sekä perheen ja omaisten rooli. (Kähkönen ym. 2012, 202.) Ohjauksessa olisi hyvä huomioida omaisten mahdollisuus osallistua ohjaustilanteeseen ja heitä voisi tukea erilaisin ohjausmenetelmin, kuten Internetistä saatavilla ohjeilla tai DVD-levyillä. Omaisten tuen tarvetta voisi kartoittaa myös kyselyn avulla. (Heino ym. 2012, 103.)

Vajaatoiminnan hoitoon perehtyneen sairaanhoitajan antamalla potilasohjauksella on mahdollista vähentää uusien sairaalajaksojen tarvetta sekä parantaa potilaiden elämänlaatua. Potilaan ohjaus sekä ongelmien nopea havaitseminen säästävät myös kustannuksia. (Partanen ym. 2006, 2013-2015.) Potilasohjausmenetelmien tulee pystyä tavoittamaan kustannustehokkaasti yhä suurempi joukko ihmisiä, koska sydänpotilaiden määrä kasvaa entisestään väestön ikääntyessä ja elinajan odotteen pidentyessä (Kähkönen ym. 2012, 208). Sen lisäksi, että hyvä kotiutumissuunnitelma ehkäisee uuden sairaalajakson tarvetta, on tärkeää, että yhteydenpito kotipalveluun tai kotisairaanhoitajaan tehdään ennen kotiutusta. Kirjallista tietoa annetusta ohjauksesta tulee toimittaa myös jatkohoidosta vastaaville yksiköille. (Partanen & Lommi 2006, 2013-2015.)

Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän perheensä elämänlaadun tutkiminen on tärkeää, koska tietoa voidaan käyttää kehitettäessä hoitotyötä ja ohjausta yksilöllisempään ja perhekeskeisempään suuntaan. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan tukea ja ohjausta tarvitsevat varsinkin potilaat, joille fyysinen rasitus aiheuttaa rintakipuja, joilla on lisäsairauksia ja jotka kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikoksi. Potilaiden ja omaisten tukiverkostoa tulisi selvittää jo hoitajakson aikana, jotta tukea voitaisiin suunnata niille, jotka eivät sitä saa tukiverkostonsa jäseniltä. Potilaiden ja läheisten välillä oli eroa hoitajilta osastohoidon aikana saadussa sosiaalisessa tuessa. Puolet potilaista kokivat saavansa paljon emotionaalista tukea ja omaisista vain neljännes. (Rantanen 2009, 87-90.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata osastolla annettua sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautiohjausta sekä sen hyödynnettävyyttä ja riittävyttä arjessa potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sisätautien vuodeosaston käyttöön ohjauksen kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokevat osastolla saadun ohjauksen?
- 2) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat hyödynneet saatua potilasohjausta omassa arjessaan ja onko ohjaus ollut riittävää?

4 Menetelmälliset lähtökohdat

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimukseen tavoitteena oli kuvata sydämen vajaatoiminta ja sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia osastolla saadusta ohjauksesta, sen hyödynnettävyydestä arjessa sekä sen riittävydestä. Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen keskiössä on ihminen, hänen elämänpiirinsä, sekä niihin liittyvät merkitykset. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä, tutkimuksen osallistujien omakohtaisten kokemusten ja tulkintojen näkökulmasta. Ensimmäisessä laadullinen tutkimus kohdentuu ilmiön laatuun, ei sen määrään. Tutkimukseen valitaan henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Yleensä osallistujia on vähän, koska

pyrkimyksenä kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkittavasta ilmiöstä. Esimerkiksi yhden ihmisen haastattelusta saattaa kertyä 40-60 sivua kirjoitettua aineistoa. Siitä syystä laadullisessa tutkimuksessa pienestä osallistujien määrästä huolimatta aineisto usein laaja. Jos osallistujia on paljon ja aineisto hyvin laaja, saattaa oleellisen löytäminen ja aineiston analyysi vaikeutua. Aineisto voi olla myös riittämätön, jos osallistujia on liian vähän. Osallistujien määrää arvioitaan tapauskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 16-27.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimmät aineistokeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi, kysely ja erilaisten dokumenttien käyttö. Näitä menetelmiä voidaan käyttää itsenäisinä menetelminä tai eri tavoin yhdistettynä. Haastattelu on käytetyimpiä tiedonkeruunmuotoja, erityisesti vähän strukturoitujen tai vapaamuotoisten haastattelumenetelmien käyttö on lisääntynyt. Haastattelu on myös hyvin joustava menetelmä sopien siten monenlaisiin tutkimus tarkoituksiin. Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa verbaalisessa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelun etuna on, että tutkittavalle annetaan mahdollisuus tuoda esille mahdollisimman vapaasti itseään koskevia asioita, esimerkiksi potilaan kokemukset saadusta ohjauksesta. Ihminen nähdään tutkimustilanteessa subjektina ja hän on tutkimuksessa aktiivinen osapuoli ja merkityksiä luova. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 34-35, 47; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208.) Suurin etu on kuitenkin joustavuus aineistoa kerättäessä. Aiheiden järjestystä voi muuttaa sekä vastauksia voi tulkita laajemmin. Myös haastattelu mahdollistaa usein vastausten selventämisen sekä saatavien tietojen syväntämisen ja arkojen ja vaikeidenkin asioiden tutkimisen. (Hirsijärvi ym. 2009, 204-206.) Haastattelun etujen lisäksi on olemassa myös ongelmia. Haastattelijalta vaaditaan taitoa ja kokemusta. Tästä johtuen haastattelijan rooliin pitäisi kouluttautua. Haastatteleminen vie yleensä aikaa ja sen luotettavuus pitää pystyä arvioimaan. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 35.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua, koska tavoitteena oli saada tietoa potilaiden henkilökohtaisista kokemuksista saadusta ohjauksesta, ohjauksen hyödynnettävyydestä ja sen riittävydestä.

Teemahaastattelun idea on yksinkertainen: kun halutaan tietää mitä joku ajattelee jostakin asiasta, yleensä tehokkainta ja yksinkertaisinta on kysyä sitä häneltä. Kyseessä on siis eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu yleensä tutkijan aloitteesta ja tutkijan ehdoilla, mutta jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta häntä kiinnostavat asiat. Haastateltavan näkökulmasta haastatteluun suostumiseen vaikuttaa kolme motivoivaa tekijää: mahdollisuus tuoda esiin mielipiteensä, kertoa omista kokemuksista ja hyvät kokemukset aikaisemmista osallistumisistaan tieteelliseen tutkimukseen. (Eskola & Vastamäki 2015, 27-29.) Teemahaastattelu on avoimen- ja lomake haastattelun välimuoto. Siinä on tyypillistä, että haastattelun aiheet eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten järjestys ja tarkka muoto

puuttuvat. Haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa, mikä vapauttaa haastattelun tutkijan näkökulmasta ja korostaa tutkittavien mielipiteitä. (Hurme ym. 2008, 34-35, 47; Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta ei käytetä valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan haastateltava saa vastata omin sanoin. Tutkimuksen kysymyksiä ja teemoja mietittäessä tulee muistaa tietoenkin tutkimusongelma ja käyttää myös apuna luovaa ideointia, aihepiirin tuntemusta sekä aikaisempia tutkimuksia. (Eskola ym. 2015, 27-29.) Teemahaastattelussakaan ei voi kysyä mitä tahansa, vaan on pyrittävä löytämään olennaisia vastauksia peilaten tutkimuksen tarkoitukseen, ongelmanasetteluun tai tutkimustehtävään. Haastattelun avoimuudesta riippuen teemoja käsittelevien kysymysten suhde tutkimuskysymyksiin vaihtelee sallivista kokemuksiin perustuvista havainnoista aina varsin tiukkoihin etukäteen tiedettyihin kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset, joiden pohjalta luotiin haastatteluteemat, olivat:

- 1) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokevat osastolla saadun ohjauksen?
- 2) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat hyödynneet saatua potilasohjausta omassa arjessaan ja onko ohjaus ollut riittävä?

4.2 Aineiston keruu

Tutkimukseen tavoitteena oli haastatella kolmea sydämen vajaatoiminta potilasta ja kolmea sepelvaltimotautipotilasta. Tutkimukseen suostui viisi henkilöä, joista kaikki olivat miehiä ja ikäjakauma oli 52-78 vuotta. Kolmella haastateltavista oli sepelvaltimotauti, yhdellä sydämen vajaatoiminta ja yhdellä sekä sepelvaltimotauti että sydämen vajaatoiminta. Sisätautien osaston yhteyshenkilö jakoi tutkimukseen soveltuville potilaille infokirjeen, suostumuslomakkeen ja palautuskuoreen. Myös tutkijat kävivät yhteensä neljässä ryhmäohjaustilanteessa, jossa jaettiin soveltuville ja halukkaille osallistujille, saatekirje (Liite 1), suostumuslomake (Liite 2) ja palautuskuori. Lomakkeiden jako aloitettiin viikolla 30 ja jakamisen oli tarkoitus lopettaa viikolla 37. Koska viikolla 37 oltiin saatu vasta yksi haastateltava päätettiin jatkaa lomakkeiden jakoa vielä kaksi viikkoa. Kahden jatkoviikon aikana saatiin neljä haastateltava lisää, jonka jälkeen lomakkeiden jako lopetettiin. Suostumukset haastatteluihin saatiin postitse yhteyshenkilöltä. Suostumuksen antaneihin oltiin puhelimitse yhteydessä 3-5 viikon kuluttua sairaalajakson jälkeen ja sovittiin haastattelun aika ja paikka.

Usein opinnäytetyön tutkimuksen aineiston keruun yhteydessä mietitään aineiston kokoa, jotta se on riittävän tieteellistä ja edustavaa. Käytännössä haastateltavien määrän ratkaisee käytettävissä olevat resurssit, kuten aika. Tämä koskee myös analyysiä; on suuri ero esimerkiksi haastatella viittä ihmistä tai 30 ihmistä ja nauhoittaa ja litteroida kaikki haastattelut. Ratkaisevaa ei ole aineiston koko vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys. Pääsääntöisesti ammattikorkeakouluissa tehdyissä laadullisissa tutkimuksissa aineiston koot eivät vaihtelee suuresti, vaan aineiston koko on pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Haastateltavien valinta tulee olla harmittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi. 2013, 85-86.)

Aineisto kerätiin teemahaastatteluilla, koska se soveltuu parhaiten kartoitettaessa potilaiden kokemuksia saadusta ohjauksesta ja sen hyödynnettävyydestä arjessa. Haastattelujen varten olimme määritelleet keskeiset teemat apukysymyksineen (Liite 3), jotka ohjasivat haastatteluja. Teemoihin ja apukysymyksiin ei ollut valmiita vaihtoehtoja, koska tarkoitus oli antaa haastateltaville mahdollisuus kertoa omiin sanoin tutkittavista teemoista sekä nostaa esille omia mielipiteitä ja kokemuksia. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina haastateltavan kanssa sovitussa paikassa ja aikana. Haastattelut nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin. Litteroitava tekstiä tuli yhteensä 37 sivua. (Kylmä & Juvakka. 2012, 112-113.)

4.3 Aineiston analyysi

Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan aineistolähtöinen analyysi on kolmevaiheinen prosessi: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi ym. 2013, 108). Induktiivisessa sisällönanalyyssissä aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Sen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, vastamaan tutkimustehtävään ja tutkimuksen tarkoitukseen. Analyysissä pyritään löytämään sisällöllisiä väittämiä tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä ei analysoida kaikkea tietoa vaan haetaan vastausta tutkimukseen tarkoitukseen, joka on kuvata osastolla annettua sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautiohjausta, sekä sen hyödynnettävyyttä ja riittävyttä arjessa potilaan näkökulmasta. Analyysin avulla kuvataan tutkittava ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka. 2012, 112-113.)

Haastattelujen jälkeen aineisto piti muuttaa sellaisen muotoon, josta sitä voidaan tutkia. Nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli muutettiin haastattelujen aineisto tekstimuotoon, minkä jälkeen aloitettiin varsinainen aineiston analyysi. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyyssillä (Liite 4). Litteroitu aineisto pelkistettiin etsimällä tekstistä tut-

kimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivasimme eri värisillä kynillä. Sen jälkeen alkuperäisilmasuista muodostetut pelkistetyt ilmaiset siirrettiin post-it lapuille ja näin saaduista pelkistetyistä ilmaisuista ryhmiteltiin samaa asia tarkoittavia alaluokkia. Muodostuneet alaluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Analyysin edetessä alaluokista muodostettiin yläluokkia, jossa huolehdimme, että luokittelut vastasivat opinnäytetyömme tehtävään. Lopuksi yläluokista muodostui kolme pääluokkaa. Analyysin etenemistä pelkistetyistä ilmauksista pääluokkiin asti on havainnollistettu taulukossa (Taulukko 1).

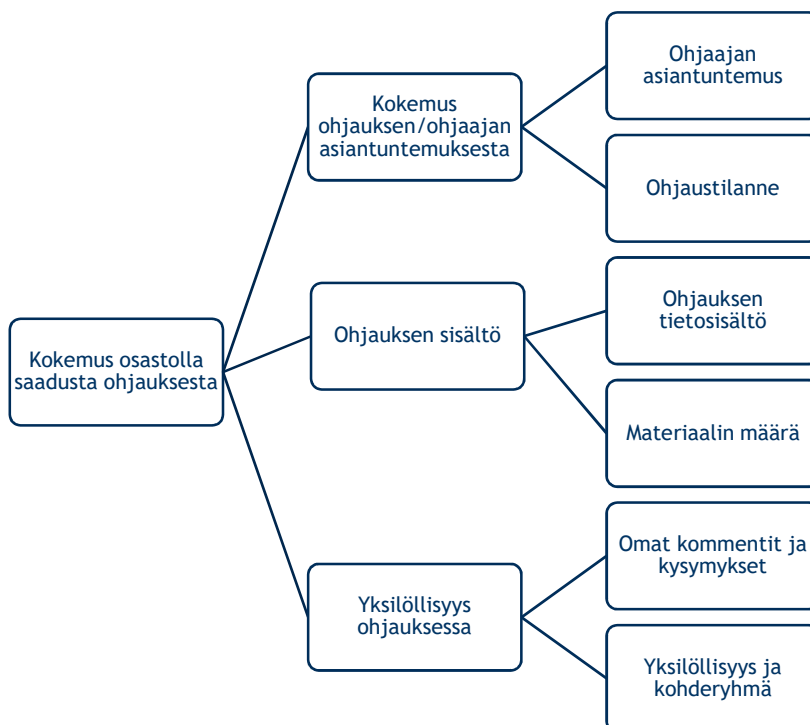
Taulukko 1: Esimerkki luokittelun etenemisestä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ohjaaja paneutunut työhön ja asiantunteva Ohjaaja asiantunteva	Ohjaajan asiantuntemus	Kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantunteuksesta	Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta
Ohjauksesta hyviä yleisohjeita Ohjaustilanne mukava ja asiallinen Ohjaus yksityiskohtaista Ryhmäohjaus selkeää	Ohjaustilanne		
Ohjaus hyvää, varsinkin juuri diagnoosin saaneille Ohjauksen tulisi olla syvällisempää ja monipuolisempaa Pitkään sairastanut koki saavansa ohjauksesta jotain uutta	Ohjauksen tietosisältö	Ohjauksen sisältö	
Ohjeita ja materiaalia jopa liikaa Sydänryhmässä sai paljon materiaalia Tarjottua materiaalia on paljon	Materiaalin määrä		
Pystyy nostamaan esille omia kommentteja Ryhmäohjauksessa ei pysty nostamaan esille yksilöllisiä asioita Ryhmäohjauksessa mahdollista kysellä	Omat kommentit ja kysymykset	Yksilöllisyys ohjauksessa	
Ohjaus yksilöllistä Olisi tarvinnut yksilöllisempää ohjausta Yksilöllinen ohjaus oli hyvä Ohjaus tulisi olla yksilöllisempää, huomioiden kohderyhmä Saatua ohjaus yksilöllistä omaan vaivaan ja tilanteeseen	Yksilöllisyys ja kohderyhmä		

5 Tulokset

Luokittelun tuloksena pääluokiksi muodostuivat kokemus osastolla saadusta ohjauksesta, ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa sekä ohjauksen riittävyys. Nämä luokat jaettiin yläluokiksi ja edelleen alaluokiksi. Luokittelu valmistui kolmiportaisena, koska se selkeytti analysointia ja mahdollisti asiakokonaisuuksien jakamisen ymmärrettävämmiin. Pääluokat ovat tutkimuskysymysten mukaiset.

5.1 Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta



Taulukko 2: Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta

Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta -pääluokka sisältää yläluokat kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantuntemuksesta, ohjauksen sisältö sekä yksilöllisyys ohjauksessa. Kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantuntemuksesta -yläluokan alla on edelleen kaksi alaluokkaa: ohjaajan asiantuntemus ja ohjaustilanne. Ohjauksen sisältö -yläluokka koostuu myöskin kahdesta alaluokasta: ohjauksen tietosisältö ja materiaalin määrä. Viimeinen yksilöllisyys ohjauksessa -yläluokka sen sijaan käsittää alaluokat omat kommentit ja kysymykset sekä yksilöllisyys ja kohderyhmä.

5.1.1 Kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantuntemuksesta

Lähes kaikki haastateltavat kokivat yleisellä tasolla osastolla saadun ryhmäohjaustilanteen sekä ohjaajan miellyttävänä tai positiivisena. Ohjaajaa pidettiin asiantuntevana ja työhönsä paneutuvana. Ohjauksesta sai heidän näkemyksensä mukaan hyviä yleisohjeita liittyen sydänpotilaan ravitsemukseen, liikuntaa ja tupakointiin sekä yleisiä elämäntapaohjeita. Ohjaustilanne oli lähes kaikkien haastateltavien mielestä mukava, asiallinen, selkeä sekä yksityiskohdainen.

”Sairaanhoitaja oli tosi asiantuntevan kuuloinen ihminen ja semmonen, hyvä pitämään esitelmää aiheesta”

”Tuntui, että sydänhoitaja oli paneutunut siihen asiaan ja se ei ollut vaan sellaista jotenkin viran puolesta”

”Se rouva osasi kyllä sen asiansa kyllä ihan totta, osas kertoa kyllä”

”Hyviä ohjeita mitä pitäis syödä ja syömisestä ja liikkumisesta ja kaikesta mahdollisesta”

”Osastolla olin siellä ravintoterapeutin luennolla ja siellä tuli oikeastaan niin sellaisia ihan hyviä juttuja liittyen ravitsemukseen ja sokerista ja tupakoinnista”

Saihan siitä tietoa tota, että mitä pitää suunnilleen tehdä”

5.1.2 Ohjauksen sisältö

Haastateltavat kokivat pääsääntöisesti, että ohjaus oli sisällöllisesti hyvää ja kattavaa. Sisällön laadusta sen sijaan tuli erilaisia näkemyksiä. Eräs jo pitempään sairastanut potilas kertoi, että hän sai ohjauksesta vielä jotain uutta. Toisaalta tutkimukseen osallistujat olisivat kaivanneet yleisellä tasolla olevan ohjauksen lisäksi syvällisempää ja monipuolisempaa ohjausta. Yleisesti ottaen juuri diagnoosin saaneet potilaat kokivat, että ohjaus oli sisällöllisesti oikeantyyppistä.

Pääsääntöisesti potilaat oivat sitä mieltä, että tietoa ja tarjottua materiaalia sydänryhmän ohjauksessa sai paljon. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että sekä suullista että kirjallista materiaalia oli jopa liikaa. Tästä johtuen koettiin, että tiedon omaksuminen kärsii. Hyvänä asiana pidettiin sitä, että kirjalliseen materiaaliin pystyy palaamaan kotona sairaalajakson jälkeen.

”Ravintopuolen vaihtoehtoiisiin hoitomuotoihin, niin eihän siellä pysty keskustelemaan semmoista”

”Että se kaikinensa on varmasti hyvää, varsinkin uusille”

”Siellä oli hirveästi niitä kohtia, siellä oli syömisestä ja oli..”

”Kyllä se oli ihan tuttua juttua suurin osa”

”On mulla semmonen hirveä litania niitä lappuja tuolla et”

”No sittenhän se oli tarkempaa paljon sitten että”

5.1.3 Yksilöllisyys ohjauksessa

Pääsääntöisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että ryhmäohjauksessa voi ja on mahdollista kommentoida ja kysyä mieleen tulevia asioita ja tarkennuksia. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että ryhmätilanteessa ei pysty nostamaan esille henkilökohtaisia asioita joko niiden arkaluonteisuuden takia tai koska lähtöoletta on, että ne eivät kiinnosta muita ryhmään osallistujia.

Kaikki tutkimuksessa haastateltavat eivät saaneet yksilöohjausta ryhmäohjauksen lisäksi. Ne jotka yksilöohjausta eivät saaneet, osittain jäivät sitä kaipaamaan. Koettiin, että ohjauksen tulisi olla yksilöllisempää, esim. miehet ja naiset tarvitsevat erilaista ohjausta. Yksilöohjausta saanut potilas kertoikin olleensa hyvin tyytyväinen saamaansa yksilölliseen ja kahdenkeskiseen ohjaukseen sydänhoitajan kanssa. He kokivat saaneensa juuri heille sopivaa ohjausta omaan vaivaansa ja tilanteeseensa.

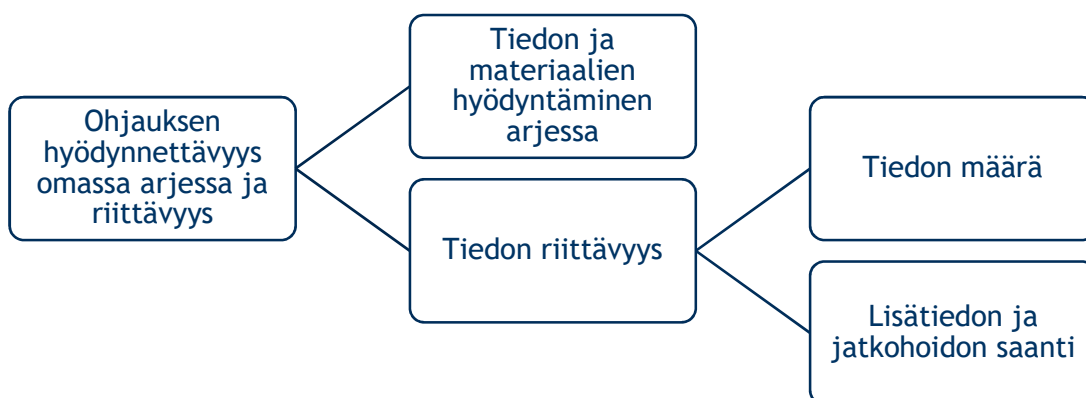
”Joo siinä jokainen vähän vuorotellen kyseli kaikenlaista”

”Ei nyt omista jutuista ihan sinänsä, mutta tietenkkin sillä lailla kommentoida ja keskustella”

”Onhan se selvä homma, että ei siinä pysty niinku käymään sillä lailla perusteellisesti sitä omaa tilannetta läpi, koska eihän muita kiinnosta minun tilanne. Kaikilla on huoli omasta, niin eihän sitä yksilöllistä keskustelua ja semmosta, en minä tiedä onko tommosta mahdollista saada”

”Sainhan mä häneltä ihan hyvinkin kyllä sitten niistä, kun tuli jotain uusia lääkkeitä, niin hän kävi ne sitten esittelemässä mulle ja kertomassa niistä ja niiden vaikutuksista ja muista”

5.2 Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa ja riittävyys



Taulukko 3: Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa ja riittävyys

Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa ja riittävyys -pääluokka sisältää yläluokat tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa ja tiedon riittävyys. Tiedon riittävyys yläluokka jakaantuu kahteen alaluokkaan: tiedon määrä ja lisätiedon ja jatkohoidon saanti. Yläluokka tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa ei enää jakaannu alaluokkiin.

5.2.1 Tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa

Haastateltavat kertoivat pystyvänsä hyödyntämään ohjauksessa saamaansa tietoa kotona. Esille nousivat varsinkin elintapoihin, kuten ruokavalioon ja liikuntaan sekä tupakoimattomuuteen, liittyvät ohjeet. Myös ohjauksessa saatuihin kirjallisiin materiaaleihin palattiin kotona rauhassa. Useampi haastateltava oli palanut ohjeisiin ja kirjalliseen materiaaliin kotiuduttuaan, koska ohjaustilanteessa saadun tiedon määrä koettiin liian suureksi omaksua yhdellä kerralla.

”Niin kuin mä sain kyllä sen vihkon, missä näitä elintapa-asioita on”

”Oon minä lukenut näitä. Täällä on kaikki ne luutumiset ja kaikki”

”Se oli tärkeää tässä se liikkumaan lähteminen, että ei jämähdä sisälle”

”Joo, ettei tota hirveän rasvasta syö nyt, mulla on juusto semmonen himo”

”No ei niistä, koska mä vähän syön jo samalla tyylillä kun sairaalassakin”

5.2.2 Tiedon riittävyys

Valtaosa haastateltavista oli sitä mieltä, että saatu ohjaus sekä tiedon määrä olivat riittävää ja kattavaa. Muutaman haastateltavan näkemys oli, että jo pitempään sairastaneelle ryhmäohjauksessa ei tullut varsinaisesti mitään uutta tietoa. Koettiin, että varsinkin riskiryhmään kuuluville 45-65 vuotiaille miehille annettu yksilöohjaus oli riittämätöntä. Hyvänä pidettiin kuitenkin mahdollisuutta saada yksilöohjausta, jos ei halunnut tai jaksanut mennä ryhmäohjaukseen.

”No mun mielestä siinä oli ihan riittävästi”

”Kyl sen leikkauksen jälkeen sai sitä tietoa sen verran kui tarvitsi ja pysty sulattamaan”

”Voin sanoa, että asiaan perehtyneenä ei mitään sellaista ihmeempää uutta kyllä ollut”

”Joo, ei siinä enää sillai mitään uutta. Mutta kyllähän se just tälläsille, jotka on uusia ja nuorempia henkilöitä”

”Ja näiden sairauksien osalta kyllä ne 45-65 vuotiaat lievästi ylipainoset miehet, että kyl ne sillä puolella niitä paukkuja tarvitsee. Niin laittaa palvelukseen ja semmoiseen ohjaukseen”

Haastateltavat kertoivat tietävänsä, mistä saa tarvittaessa lisää tietoa sairautensa liittyen. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että ei oltu varmoja mihin ottaa yhteyttä lisätietoon liittyen. Tärkeäksi miellettiin, että saa asiantuntevan hoitajan puhelinnumeron, mihin voi tarvittaessa olla yhteydessä. Haastateltavat kaipasivat enemmän tietoa sairaalajakson jälkeisistä palveluista ja tuesta, varsinkin uusille potilaille. Samoin koettiin, että palveluita tulisi aktiivisemmin tarjota potilaille.

”Jos olen soittanut ja hän ei niinku vastaa heti, jos hänellä on joku työtehtävä ollut, niin hän on soittanut mulle . Mä olen kokenut sen niin kun hyväksi”

”Kardiologian poliklinikalle on myöskin hoitajalle numero”

”Kontrolleissa voi kysyä ja saa lisää infoa”

”Kyllä se aika kattavaa on sinänsä ja tietenkä aina, varsinkin uusille potilaille, kannattas ehdottaa, että on aktiivinen näihin tarjottuihin palveluihin”

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyö tarkoituksena oli kuvata Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla annettua sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautiohjausta sekä sen hyödynnettävyyttä ja riittävyyttä arjessa potilaan näkökulmasta. Tämän lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa sisätautien vuodeosaston käyttöön ohjauksen kehittämiseen. Näiden tavoitteiden pohjalta luotiin kaksi tutkimuskysymystä: 1) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokevat osastolla saadun ohjauksen? 2) Miten sydämen vajaatoimintaa ja sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat hyödyntäneet saatua potilasohjausta omassa arjessaan ja onko ohjaus ollut riittävää?

Tutkimuksesta kautta tuli hyvin ilmi, miten osastolla hoitajaksolla olleet potilaat kokivat saamansa ryhmä- sekä yksilöohjauksen. Yleisesti ottaen ohjaustilanne sekä ohjaaja koettiin positiivisena ja informatiivisena. Haastattelujen perusteella tuli myös potilailta hyviä ajatuksia ohjauksen parantamiseksi sekä eteenpäin kehittämiseksi. Potilaiden kokemus ohjauksen tietosisällöstä ja materiaalin määrästä tuli laajasti esille haastatteluissa. Raakin (2013, 38-40) tutkimuksen mukaan sydänpotilailla on sairaalajakson aikana eniten tiedontarvetta biofysiologisella ja toiminnallisella osa-alueella ja vastaavasti vähiten taloudellisella osa-alueella. Biofysiologisella osa-alueella eniten tietoa haluttiin siitä, milloin tulisi olla yhteydessä hoitopaikkaan. Toiminnalliselta osa-alueelta eniten tietoa kaivattiin liikkumisesta ja sen rajoituksista sekä ravinnosta.

Erilaiset näkemykset ohjauksen sisällön laadusta antavat varmasti hyviä viitteitä ohjauksen jatkokehitystä ajatellen. Myös tieto, että ohjaukseen kaivataan syvällisempää ja monipuolisempaa sisältöä sekä ajankulumisen huomioimista potilaan diagnoosista, ovat tarpeellisia tutkimuslöytöjä. Aikaisempaan tutkimukseen viitaten potilasohjauksen ajoituksessa painopiste tulisi siirtää sairaalajakson jälkeiseen aikaan. Kotiutusvaiheessa potilas tarvitsee varsinkin arjessa selviytymistä tukevaa tietoa. (Kähkönen ym. 2012, 202.) Pääsääntöisesti potilaat olivat sitä mieltä, että tietoa ja tarjottua materiaalia sydänryhmän ohjauksessa sai paljon, joissakin tapauksissa jopa liikaa. Tämä koettiin ongelmana asioiden omaksumisen kannalta. Hyvänä

asiana toki pidettiin, että kirjallista materiaalia saa myös mukaan ja siihen voi palata tarkemmin kotona.

Yksilöllinen ohjaustarve nousi myös laajasti esille haastatteluissa. Tuloksista tuli ilmi, että ryhmäohjauksessakin tulisi olla mahdollisuus kommentoida ja kysyä mieleen tulevia asioita ja tarkennuksia. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että ryhmätilanteessa ei pysty nostamaan esille henkilökohtaisia asioita joko niiden arkaluonteisuuden takia tai koska lähtöolettamus on, että ne eivät kiinnosta muita ryhmään osallistujia. Tästä johtuen tulisi myös tarjota yksilöohjausta ryhmäohjauksen lisäksi. Ross ym. (2014, 1599) esittävät, että potilaat, jotka saavat kirjoittaa ylös ennen ohjausta yksilölliset ohjaustarpeensa, kokevat saaneensa enemmän haluamaansa tietoa, joka koskettaa heidän omaa tilannettaan. Tutkimuksen mukaan yksilöity potilasohjaus on tehokkain tapa laajentaa potilaiden omahoidon osaamista sekä kehittää heidän omaohjaus taitojaan. Myös Raakin (2013, 46) tutkimustulokset nostavat sydänpotilaiden ohjauksen tärkeään asemaan, mutta yleistyksiä tiedontarpeen osa-alueiden tärkeysjärjestyksestä ei voida tuloksista käsin tehdä vaan painopiste tulisi siirtää potilaslähtöisyyteen ja potilaslähtöiseen ohjaukseen.

Tekemästämme tutkimuksesta kävi myös ilmi, että ohjauksen tulisi ottaa huomioon potilaan taustat ja ohjauksen tarpeet, esim. miehet ja naiset tarvitsevat erilaista ohjausta. Mainitsemisen arvoisena esille nousi myös tematiikka, että jo pitempään sairastaneelle ryhmäohjauksessa ei tullut varsinaisesti mitään uutta tietoa ja että varsinkin riskiryhmään kuuluville 45-65 vuotiaille miehille annettu yksilöohjaus oli riittämätöntä. Kähkönen ym. (2012, 202) ovat myös esittäneet, että potilasohjauksen toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota naisten ja miesten erilaisiin ohjaustarpeisiin, ikääntyvien ja yksin elävien potilaiden pysymiseen ohjauksen piirissä sekä läheisten huomioiminen.

Haastatteluiden analyysin perusteella, potilaat kertoivat pystyvänsä hyödyntämään ohjauksessa saamaansa tietoa kotona. Esille nousivat varsinkin elintapoihin, kuten ruokavalioon ja liikuntaan sekä tupakoimattomuuteen, liittyvät ohjeet. Myös Ylimäen (2015, 75) tekemän tutkimuksen mukaan osallistujat hyötyivät ohjausinterventiosta. Elintavoissa havaittiin valtimoterveyttä edistäviä muutoksia 6 kuukauden seurantamittauksissa ja osa muutoksista oli vielä havaittavissa 12 kuukauden jälkeen. Samassa tutkimuksessa löydöksiä elintapamuutokseen sitoutumisessa olivat keskeisesti potilaan pystyvyys, suositusten ja ohjeiden noudattaminen ja huoli omista elintavoista ja niiden aiheuttamista terveyshaitoista. Johtopäätöksenä voidaan vetää, että tutkimuksessamme Hyvinkään sisätautiosastolla saatu ryhmäohjaus sekä tiedon määrä olivat riittävää ja kattavaa, mutta yksilöllisyyttä potilasohjaukseen kaivataan lisää.

Haastattavat kertoivat tietävänsä, mistä saa tarvittaessa lisää tietoa sairauteensa liittyen, mutta tuli myös ilmi, että kaikki eivät olleet varmoja mihin ottaa yhteyttä lisätietoon liittyen. Tutkimus toi myös esille, että potilaat kaipasivat enemmän tietoa sairaalajakson jälkeisistä

palveluista ja tuesta, varsinkin uusille potilaille. Samoin koettiin, että palveluita tulisi aktiivisemmin tarjota potilaille. Kyseistä ajatusta tukien, Kähkönen ym. (2012, 208) ovat esittäneet, että jatkossa tulisi kiinnittää huomiota saumattomien hoito- ja palveluketjujen rakentamiseen, hoidon jatkuvuuteen sekä eri toimijoiden roolien selkeyttämiseen.

6.2 Tutkimusprosessin tarkastelu

Opinnäytetyön prosessin aloitimme tammikuussa 2017 Laurean ONT-torilta ja yhteistyö työelämäkumppanin kanssa käynnistyi. Yhteyttä pidettiin sähköpostitse, puhelimitse sekä lisäksi oli sovittuja tapaamisia. Työelämäkumppani antoi meille vapaat kädet toteuttaa opinnäytetyö. Yhteistyö työelämäkumppanin kanssa oli sujuvaa, mutta jatkossa olisi ehkä järkevää sydänpotilaisiin kohdistuvissa tutkimuksissa nimetä yhteyshenkilöksi sisätautiosaston sydänhoitaja. Hän toteuttaa käytännössä sydänohjaukset ja on suorassa yhteydessä potilaisiin. Tutkimustulokset antavat viitteitä sydänohjauksen kehittämiseen.

Isoimmat haasteet opinnäytetyön prosessissa liittyivät haastateltavien saamiseen. Haastateltavia haki työelämäkumppanin yhteyshenkilö jakamalla tutkimukseen sopiville henkilöille infokirjeen, suostumuslomakkeen ja palautuskuoreen. Tavoitteena oli saada kuusi haastateltavaa, kolme sydämen vajaatoimintapotilasta ja kolme sepelvaltimotautipotilasta. Suunnitelman mukaan lomakkeita jaettiin viisi viikkoa, jonka jälkeen todettiin, että haastateltavia oli vasta kaksi. Tutkimuksen ohjausryhmä kävi keskustelun ja päädyttiin siihen, että jatketaan vielä kaksi viikkoa lomakkeiden jakoa. Työelämän yhteyshenkilön luvalla kävimme kahtena viikkona kuuntelemassa sydänohjauksen ryhmäohjauksia ja jaoimme halukkaille suostumuslomakkeen ja infokirjeen. Lisäksi työelämäkumppani jatkoi soveliaitten potilaiden rekrytointia sisätautiosastolta. Näin saatiin vielä kolme haastateltavaa. Lopullinen haastateltavien määrä oli siis viisi; kolme sepelvaltimotautipotilasta, yksi sydämen vajaatoimintapotilas ja yhdellä potilaalla oli molemmat diagnoosit. Jatkossa haastateltavia voisi hakea henkilökohtaisemalla lähestymistavalla. Vaikutti että potilaat eivät välttämättä ymmärtäneet tutkimuksen infokirjeen sisältöä ja olivat arkoja antamaan suostumusta tutkimukseen. Olisi hyvä käydä tutkimus ensi läpi potilaan kanssa ja saada allekirjoitus jo osastojakson aikana. Se, että suostumuslomake ja palautuskuori annetaan potilaan mukaan kotiin ei osoittautunut toimivaksi menetelmäksi. Haastateltavien rekrytointi aloitettiin jo heinäkuun loppupuolella. Ajankohdista tämä ei ollut ehkä paras, joten jatkoa ajatellen voisi hankinnan aloittaa vasta syksymällä yleisen lomakauden jälkeen eli elo-syyskuussa.

Tiedon keruumenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun. Teemoja ei annettu haastateltaville etukäteen. Haastattelut tehtiin kotiutumisen kolmen-viiden viikon kuluttua. Teemahaastattelu menetelmänä oli hyvä, mutta sitä olisi voinut muokata teemahaastattelun ja strukturoidun haastattelun yhdistelmäksi. Haastatteluissa nousi esille, että ohjauksesta on jo aikaa ja haastateltavat eivät muista siellä käsiteltyjä asioita. Jatkossa voisi miettiä pitäisikö antaa teemat etukäteen haastateltaville.

Opinnäytetyön prosessi oli kokonaisuudessa opettavainen, koska tekijöillä ei ollut siitä aikaisempaa kokemusta. Olemme oppineet tutkimusaiheesta ja laadullisista tutkimusmenetelmistä. Kirjoitusprosessi on ollut antoisa mutta haastava, koska näin laajaa kirjoitustyötä ei ole aiemmin ollut. Opinnäytetyön prosessista on varmasti hyötyä myös jatkossa työelämässä ja mahdollisissa jatko-opinnoissa.

6.3 Työelämäkumppanin palaute ja jatkotutkimuskohteet

Saimme työstämme palautteen tammikuussa palaverissa sisätautiosaston yhteyshenkilön kanssa. Työelämän kehittäminen oli palautteen mukaan vakuuttavaa. Opinnäytetyön eri vaiheet on toteutettu yhteistyössä työelämän kanssa, opinnäytetyössä on kehitetty merkittävästi työelämän osoittamaa kehittämiskohdetta ja prosessin ja tulokset arvioitiin hyödyllisiksi. Teoriaosuutta pidettiin sopivan pituisena ja aiheet olivat hyvässä suhteessa toisiinsa. Aineiston luokittelu ylä- ja alaluokkiin oli selkeä. Ennen kaikkea sekä teoriaosuutta että tuloksia on pysytty heti hyödyntämään käytännön kehittämistyössä sekä tulevaisuudessa myös tutkimuskohteen ulkopuolella. Myös innovatiivisuus ja luovuus olivat kiitettävää tasoa ja työelämäkumppanin kommenttien perusteella opiskelijat ovat pyrkineet sellaisen uuden tiedon tai osaamisen tuottamiseen, jota työelämäkumppani ei ole osannut odottaa. Tutkimuksellisuus ja toteutus saivat myös kiitosta.

Jatkossa tutkittaessa sydänohjauksen kokemuksia, riittävyttä ja hyödynnettävyyttä voisi erottaa juuri diagnoosin saaneet ja pitkään sairastaneet potilaat. Tutkimuksessa nousi esille, että pitkään sairastaneet eivät saaneet enää mitään uutta ohjauksesta ja heidän toimintatapansa eivät enää ohjausintervention myötä muuttuneet. Myös yksilöllinen ohjaustarve nousi voimakkaasti esille. Tulevaisuuden tutkimusta ajatellen voisi syventyä sydänpotilaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja miten niihin voisi paremmin vastata ohjauksen sisällön sekä ohjausmenetelmän puitteissa. Myös erot sukupuolien välisissä ohjaustarpeissa herättää mielenkiintoa.

6.4 Luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tieteellisen tiedon, tutkimustoiminnan ja niiden hyödyntämisen kannalta tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Aineistokeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua, koska se soveltuu parhaiten kartoitettaessa potilaiden henkilökohtaisia kokemuksia saadusta ohjauksesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yleisillä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä ja se tapahtui koko työskentelyn ajan. Tutkimuksen luotettavuus näkyi jo opinnäytetyö tutkimussuunnitelmassa, jossa oli perehdytty aiempaan luotettavaan tietoon sekä tarkkaan pohdittu tutkimusmenetelmää liittyen opinnäytetyön tavoitteeseen ja tarkoitukseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka. 2012, 127-129.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkijat varmistavat, että tutkimustulokset vastaavat osallistujien käsityksiä tutkimuskohteesta. Tulokset esitettiin siten kuin haastateltavat ne olivat kertoneet. Haastateltaviksi pyydettiin potilaita, jotka olivat osaston yhteyshenkilön mielestä soveltuvia tutkimukseen ja se voi olla yksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa myös haastateltavien kertomukset ohjauksesta, koska ohjausta oltiin saatu eri sairaaloista ja osastoilta. (Kylmä & Juvakka. 2012, 127-129.)

Vahvistettavuus edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista niin, että lukija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissä. Raporttia kirjoitettaessa hyödynnetään muistiinpanoja tutkimusprosessin eri vaiheista. Opinnäytetyömme raportissa olemme kuvanneet jokaisen vaiheen totuudenmukaisesti ja tarkasti. Lisäksi sisällönanalyysin etenemisestä olemme tehnyt taulukon opinnäytetyön liitteeksi (Liite 5). Luotettavuuden turvaamiseksi olemme pyrkinneet olemaan objektiivisiä, koska laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään erilaiset tulkinnat viitaten monenlaisiin todellisuuksiin. Tutkimuksen kohteen erilaiset tulkinnat eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa, koska samanaikaisesti erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka. 2012, 127-129.)

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijä tietää omat lähtökohdat tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijät arvioivat omat vaikutukset aineistoon, tutkimusprosessiin sekä kuvaavat lähtökohdat tutkimusraportissa. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut ennen tutkimusta hoitoalan työkokemusta eikä tietoa osastolla annettavasta ohjauksesta ja sen sisällöstä. Tutkimustuloksien siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimustulokset vastaavat sen tehtäviin ja siten voidaan olettaa tutkimuksen olevan

pätevä ja yleistettävä. Opinnäytetyön tuloksia on vertailtu aikaisempiin tutkimustuloksiin. Jotta lukijat voisivat arvioida tulosten siirrettävyyttä, tutkimuksen tekijät antavat riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka. 2012, 127-129.)

6.5 Eettisyys

Tutkimuksessa toimittiin hyvän eettisen tutkimustavan mukaisesti eli noudattaen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprosessin kaikissa eri vaiheissa sekä tavoiteltiin luotettavaa ja oikeaa tietoa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Opinnäytetöiden ja tutkimuksen tekemisessä korostuvat eettiset seikat. Eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen saattaa vaikuttaa koko tutkimuksen uskottavuuteen. Helsingin julistus, jonka taustalla on Nürnbergin säännöstö, ottaa yksityiskohtaisesti kantaa lääketieteellisen tutkimuksen etiikkaan. Ensimmäinen eettinen ratkaisu tehtiin aihetta valittaessa, jolloin pohdittiin, minkälainen merkitys on tutkimusaiheella ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tämän opinnäytetyön avulla on saatu esiin potilaiden henkilökohtaisia kokemuksia osastolla saadusta ohjauksesta sen riittävydestä ja hyödynnettävyydestä arjessa. Yleistäen voidaan kuitenkin sanoa, että ihmisiin kohdistuva tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Sen lähtökohtina on, että tutkijoina selvitetään tutkittaville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit, varmistaen että he pystyvät ne ymmärtämään. (Kylmä & Juvakka. 2012, 137-138, 149; Tuomi & Sarajärvi. 2013, 131.)

Opinnäytetyön suunnitelman valmistuttua sen hyväksyi ohjaava opettaja ja työelämäkumppani, jonka jälkeen haimme luvan opinnäytetyön tekemiseen HUS sairaanhoitopiiriltä noudattaen lupahakemusohjeita. Saatuaamme luvan opinnäytetyön tekemiseen aloitimme aineiston keruun suunnitelman mukaisesti. Tiedon hankintaan, tutkimuksen tekoon ja arviointiin käytettiin eettisesti kestäviä menetelmiä. Opinnäytetyön tuloksien julkaisussa olemme olleet avoimia ja rehellisiä. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet löytyvät tekstiviitteistä ja lähdeluettelosta asiankuuluvalla tavalla.

Tutkittavilta on haettava vapaaehtoinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen. Tietoon perustuvan suostumuksen avulla pyritään välttämään tutkimukseen osallistujille haitan aiheuttamista. (Kylmä & Juvakka. 2012, 149.) Tässä opinnäytetyössä kaikilta tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen. Osallistujille ilmoitetaan, kuka on tutkimuksen vastuhenkilö, sekä selvitetään tutkijoiden ja tutkittavien roolit tutkimuksen aikana. Tutkittavilla on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistuminen, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tutkittavilla on oikeus kieltää itseään koskevan

aineiston käyttö tutkimusaineistona sekä oikeus tietää nämä oikeutensa. Antaessaan suostumuksen osallistumisesta tutkimukseen, tutkijat varmistavat, että osallistuja tietää omat oikeutensa ja mistä tutkimuksessa on kyse. (Kylmä & Juvakka. 2012,149; Tuomi & Sarajärvi. 2013, 131.) Tutkimukseen osallistujia informoitiin miten yksityisyys, luottamuksellisuus ja nimettömyys taataan tutkimuksessa. Ennen varsinaisia haastatteluja tutkittaville korostettiin vielä, että tutkimus on vapaaehtoinen ja siihen osallistumisen voi keskeyttää milloin vaan. Haastateltavien anonymiteetistä huolehdimme koko tutkimukseen ajan. Kaikki osallistujat osallistuivat tutkimukseen nimettöminä. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille ja niitä ei käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kerättyä aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja tarkoituksenmukaisesti, sitä ei luovutettu ulkopuolisille ja aineisto hävitettiin sovitusti opinnäytetyön valmistuttua. (Tuomi & Sarajärvi. 2013, 131.)

Lähteet

Painetut

Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. 2016. Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eskola J. & Vastamäki J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli R. & Aaltola J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 27-44.

Heino H., Suhonen R. & Leino-Kilpi H. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemukset pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta. Teoksessa Hupli, M. Rankinen S. & Virtanen H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun yliopisto, 88-104.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY-yhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

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

Kähkönen O., Kankkunen P., Saaranen T., Miettinen H., Kyngäs H. & Lamidi M-L. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. 2015. *The Journal of Advanced Nursing*, 2364-2373.

Köberich S., Lohrmann C., Mittag O. & Dassen T. 2015. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure - a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* 24, 1643-1655.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. *Sydänsairaudet*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Partanen L. & Lommi J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122, 2009-16.

Raak, J. 2013. Sydänpotilaiden ohjauksen kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. *Opin- näytetyö YAMK*. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. *Kuntoutus*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Ross, A., Ohlsson U., Blomberg K. & Gustafsson M. 2015. Evaluation of an intervention patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing* 24, 1594-1602.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku, R. 2007. *Muutosta tukemassa - Valmentava elämäntapaohjaus*. 2. painos. Edita Publishing Oy.

Ylimäki, E-L. 2015. *Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen*. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Sähköiset

Linnajärvi, U. 2010. *Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma. Luettu 15.4.2017. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/81716/gradu04403.pdf?sequence=1>

Kettunen, R. Sydämen vajaatoiminta 2016. Terveyskirjasto. Luettu 17.4.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämälaatu ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Luettu 21.4.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66505/978-951-44-7816-1.pdf?sequence=1>

Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä 2013. Hoitotyön

tutkimussäätiö. Luettu 17.4.2017. http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_%20vajaatoimintapotilaan_omahoito.%20Tiivistelm%C3%A4.pdf

Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan 2015. Tilastokeskus. Luettu

15.4.2017. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_002_fi.html

Sydämen vajaatoiminta 2017. Käypähoito. Luettu 17.4.2017. [http://www.kaypa-](http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113#R1)

[hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113#R1](http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113#R1)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 8.5.2017. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki luokittelun etenemisestä	21
Taulukko 2: Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta	22
Taulukko 3: Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa ja riittävyys	25

Liitteet

Liite 1: Saatekirje.....	39
Liite 2: Suostumuslomake	40
Liite 3: Teemahaastattelun runko	41
Liite 4: Analyysin eteneminen	42

Liite 1: Saatekirje

Arvoisa potilaamme,

Olette hoidossa Hyvinkään sairaalassa sisätautien vuodeosastolla (HUS). Hoitoon ja siihen liittyvään ohjaukseen perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

Olemme saaneet HUS:lta luvan suorittaa sairaanhoitajaopintoihin kuuluvan opin-
näytetyön tutkimuksen: Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan koke-
muksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa.
Sen tarkoituksena on kuvata osastolla annettua sydämen vajaatoiminta- ja sepe-
lvaltimotautiohjausta sekä sen hyödynnettävyyttä ja riittävyttä arjessa potilaan nä-
kökulmasta. Tutkimuksesta saaduilla tiedoilla kehitämme sairaalassa annettavaa
potilasohjausta. Tutkimuksen suorittajina ovat Laurea-ammattikorkeakoulun sai-
raanhoitajaopiskelijat Pauliina Leino ja Meelis Teder. Ohjaavana opettajana toimii
lehtori Terhi Hautaviita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Kutsumme Teidät osallistu-
maan tähän tutkimukseen.

Tutkimus toteutetaan haastattelemalla kolmea sydämen vajaatoimintapotilasta ja
kolmea sepelvaltimotautipotilasta 3-5 viikon päästä osastolta kotiutumisesta. Haas-
tattelu kestää noin tunnin ja se järjestetään Teille sopivassa paikassa. Haastattelut
on tarkoitus nauhoittaa. Tutkimuksesta ei koidu Teille haittaa ja se on vapaaehtoi-
nen. Te voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa.
Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisena ja
anonyyminä. Aineisto säilytetään tutkijoiden hallussa helmikuun 2018 loppuun asti
ja sitä ei luovuteta ulkopuolisille. Aineisto tuhotaan helmikuun 2018 jälkeen.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai
osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.
Tutkimukseen otetaan kuusi ensimmäistä ilmoittautunutta saapumisjärjestyksessä.
Jos suostumuslomakkeenne saapuu tutkimuksen tekijöille sen jälkeen, kun kuusi
osallistujaa on jo saavutettu, ilmoitamme Teille siitä henkilökohtaisesti. Jos pää-
tätte osallistua tutkimukseen, pyydämme Teitä palauttamaan oheisen suostumus-
lomakkeen allekirjoitettuna oheistetussa palautuskuoressa viikon sisällä. Saatu-
amme suostumuslomakkeen olemme Teihin yhteydessä sopiaksemme haastatte-
luajan.

Lisätietoja voitte saada tutkimuksen suorittajilta.

Pauliina Leino

Meelis Teder

sairaanhoitajaopiskelija, AMK

sairaanhoitajaopiskelija, AMK

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea-ammattikorkeakoulu

pauliina.leino@student.laurea.fi

meelis.teder@student.laurea.fi

040 508 4482

041 505 2320

Liite 2: Suostumuslomake

Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa -TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tietoisena Pauliina Leinon ja Meelis Tederin toteuttaman Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa –tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun. Olen myös tietoinen siitä, että jos en ole kuuden ensimmäisen ilmoittautuneen joukossa, siitä ilmoitetaan minulle henkilökohtaisesti.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelunauhat ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita minun nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemminkin yhteyttä Pauliina Leinon ja Meelis Tederiin tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot heiltä.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samankaltaista kappaletta, joista toinen jää minulle itselleni ja toinen opinnäytetyön tekijöille.

 Paikka

Aika

 Tutkimukseen osallistuja

puhelinnumero

sähköposti

 Nimen selvennys

Tutkimuksen tekijät:

Pauliina Leino

pauliina.leino@student.laurea.fi

040 508 4482

Meelis Teder

meelis.teder@student.laurea.fi

041 505 2320

Liite 3: Teemahaastattelun runko

TEEMAHAASTATTELU Sydämen vajaatoiminta- ja sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta osastolla ja saadun tiedon hyödynnettävyys arjessa –tutkimukseen

1. Taustatiedot

- Sukupuoli ja ikä
- Sairastatteko sydämen vajaatoimintaa vai sepelvaltimotautia?
- Milloin kotiuduite sairaalasta?

2. Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta

- Miten koitte osastolla saadun ohjauksen?
- Millaista ohjausta olisitte toivoneet?
- Miten koitte vuorovaikutuksen ohjaustilanteessa?
- Miten ohjauksessa huomioitiin yksilölliset tiedon tarpeenne?
- Ketä oli läsnä ohjaustilanteessa?

3. Ohjauksen riittävyys ja hyödynnettävyys omassa arjessa

- Miten riittäväksi ja hyödylliseksi koitte ohjauksen?
- Millä tavalla olette pystyneet hyödyntämään ohjausta kotona arkipäivässänne?
- Miten kotona ollessa on noussut esiin ohjauksen riittämättömyys?
- Tiedättekö keneltä tai mistä saatte lisäinfoa, jos kotona ollessa tulee sairaiden hoitoon liittyviä kysymyksiä?
- Mitä kehittäisitte ohjauksessa, jotta sairautenne kanssa eläminen olisi sujuvampaa?

Liite 4: Analyysin eteneminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ohjaaja paneutunut työhön ja asiantunteva Ohjaaja asiantunteva	Ohjaajan asiantuntemus	Kokemus ohjauksen/ohjaajan asiantunteuksesta	Kokemus osastolla saadusta ohjauksesta
Ohjauksesta hyviä yleisohjeita Ohjaustilanne mukava ja asiallinen Ohjaus yksityiskohtaista Ryhmäohjaus selkeää	Ohjaustilanne		
Ohjaus hyvää, varsinkin juuri diagnoosin saaneille Ohjauksen tulisi olla syvällisempää ja monipuolisempaa Pitkään sairastanut koki saavansa ohjauksesta jotain uutta	Ohjauksen tietosisältö	Ohjauksen sisältö	
Ohjeita ja materiaalia jopa liikaa Sydänryhmässä sai paljon materiaalia Tarjottua materiaalia on paljon	Materiaalin määrä		
Pystyy nostamaan esille omia kommentteja Ryhmäohjauksessa ei pysty nostamaan esille yksilöllisiä asioita Ryhmäohjauksessa mahdollista kysellä	Omat kommentit ja kysymykset	Yksilöllisyys ohjauksessa	
Ohjaus yksilöllistä Olisi tarvinnut yksilöllisempää ohjausta Yksilöllinen ohjaus oli hyvä Ohjaus tulisi olla yksilöllisempää, huomioiden kohderyhmä Saatu ohjaus yksilöllistä omaan vaivaan ja tilanteeseen	Yksilöllisyys ja kohderyhmä		
Ohjauksessa sai riittävästi tietoa Ohjaus varsin kattava Riittämätön yksilöohjaus, varsinkin- 45-65 v. miehille Pitkään sairastanut ei koe juurikaan saavansa uutta tietoa Jos ei jaksa mennä ryhmäohjaukseen, mahdollisuus yksilöohjaukseen	Tiedon määrä	Tiedon riittävyys	Ohjauksen riittävyys
Tietää mistä saa lisätietoa tarvittaessa Koetaan hyvänä, jos annetaan yhteystiedot asiaa tunteviin hoitajiin Ohjauksessa tulisi aktiivisemmin tarjota potilaille mahdollisia tukipalveluita Enemmän tietoa sairaalanjakson jälkeisistä palveluista ja tuesta, varsinkin uusille potilaille	Lisätiedon ja jatkohoidon saanti		

Ei ole varma mihin ottaa yhteyttä saadakseen lisätietoa			
Ohjausta pystyy hyödyntämään kotona Kirjallista materiaalia on hyödynnetty kotona Ohjausta hyödynnetty kotona liikkumisessa, ruokavaliossa ja tupakoimattomuudessa	Tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa	Tiedon ja materiaalien hyödyntäminen arjessa	Ohjauksen hyödynnettävyys omassa arjessa