



● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Mäenpää Susanna

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Sepelvaltimotautipotilaan hoitoon sitoutuminen

Seija Kauppi
Susanna Mäenpää
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu 2011

Seija Kauppi ja Susanna Mäenpää

Sepelvaltimotautipotilaan hoitoon sitoutuminen

Vuosi	2011	Sivumäärä	52
-------	------	-----------	----

Sepelvaltimotauti on yleisin verenkiertosairauksista ja aiheuttaa puolet sydän- ja verisuonisairauksien kuolemista. Väestön ikääntyessä sepelvaltimotautipotilaiden määrä kasvaa ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät. Ennaltaehkäisevällä työllä ja ohjauksella on yhä enemmän merkitystä potilaiden hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden hoitoon sitoutumista ja kokemuksia ohjauksesta Hyvinkään sairaalan osastolla 3. Käytäntö on osoittanut osastolla, että potilaiden hoitoon sitoutumisessa olisi ohjauksesta huolimatta kehittämistä. Saatujen tulosten avulla osastolla pyritään tehostamaan ohjausta, jotta sitoutuminen hoitoon ja elintapamuutokset paranisivat.

Opinnäytetyön menetelmä oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla joulukuussa 2010. Kyselylomakkeet lähetettiin sadalle 1.1.2010 alkaen osastolla hoidossa olleelle potilaalle. Vastausprosentiksi tuli 53 % (n=53), vastauksista yksi jouduttiin hylkäämään. Aineisto tallennettiin ja analysoitiin SPSS tilasto-ohjelman avulla. Tulosten kuvaamisessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia.

Tulosten mukaan yli puolet potilaista toivoi, että ohjausta olisi määrällisesti ja ajallisesti enemmän. Potilaat itse kokivat olevansa hyvin tai melko hyvin sitoutuneita hoitoon ja elintapamuutoksiin. Yli 80 %:lle potilaista ohjauksella oli ollut merkitystä elintapamuutoksiin. Ohjauksen oli kokenut hyödyllisenä yli kolmasosa potilaista. Tuloksia tarkasteltaessa ilmeni, että ohjauksella oli ollut myönteistä vaikutusta ruokailu- ja liikuntatottumuksiin sekä tupakointiin. Vain neljänneksellä vastaajista ohjaus oli vaikuttanut alkoholin käyttötottumuksiin.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, potilasohjaus, hoitoon sitoutuminen, elintapamuutokset

Seija Kauppi ja Susanna Mäenpää

Coronary heart disease patient's commitment to treatment

Year	2011	Pages	52
------	------	-------	----

Coronary artery disease is the most common cardiovascular disease. It causes half of heart and cardiovascular deaths. As the population ages the number of patients with coronary heart disease increases, which leads to an increase in healthcare costs. Preventive work and guidance have become increasingly important in nursing. The purpose of this study was to find out how committed patients were to treatment, and how they experienced guidance on ward 3 in Hyvinkää Hospital. Practice has shown that despite guidance, patients' adherence to treatment still needs developing. The results of this study were aimed to improve guidance on the ward, thus bringing about improvements in patient commitment to both treatment and life-style changes.

The method of the thesis was quantitative. The material was collected in December 2010 by using questionnaires. The questionnaires were sent to a hundred patients who had been on the ward because of coronary artery disease as from the beginning of January 2010. The response rate was 53% (n = 53), one of the forms was rejected. The material was recorded and analyzed by SPSS statistic program. Percentages and frequencies were used to describe the material.

The results showed that more than half of the patients wished to increase both the number and total duration of guidance sessions. The patients themselves felt that they were very or fairly well committed to the treatment and lifestyle changes. More than 80% of patients had changed their lifestyles after receiving counselling. One third of patients felt that the guidance had been useful. The results also showed that patient guidance had had a positive impact on diet, physical activity and smoking. Only a quarter of the respondents had changed their drinking habits.

Key words: coronary artery disease, patient counselling, commitment to the treatment, life-style changes

Sisällys

1	Opinnäytetyön tarve ja tarkoitus.....	6
2	Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta	8
2.1	Sepelvaltimotauti	8
2.1.1	Sepelvaltimotaudin riskitekijät	8
2.1.2	Sepelvaltimotaudin oireet	11
2.1.3	Sepelvaltimotaudin tutkimukset ja hoitomuodot	12
2.2	Sepelvaltimotautiin sairastuminen kriisinä	14
2.3	Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus.....	14
2.3.1	Ohjaus hoitajan ja potilaan näkökulmasta	15
2.3.2	Potilasohjauksen muodot.....	18
2.3.3	Muutosprosessi	19
2.4	Sitoutuminen sepelvaltimotaudin hoitoon ja elintapamuutoksiin	21
2.4.1	Lääkehoitoon sitoutuminen	23
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	24
4	Tutkimusmenetelmä	24
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu.....	24
4.2	Tutkimusaineiston analyysi	25
5	Tutkimustulokset	26
5.1	Taustatiedot	26
5.2	Terveydentilaan ja elintapoihin liittyvät tulokset	26
5.3	Sepelvaltimotautiohjaukseen liittyvät tulokset	28
5.4	Hoitoon sitoutumiseen liittyvät tulokset	30
6	Pohdinta	33
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	33
6.2	Tutkimustulosten tarkastelua	34
	Lähteet	38
	Taulukot ja kuvat	43
	Liite 1. Tavoitteellinen ohjaustapaaminen	44

Liite 2. Muutosvaihemallin muutossykli	45
Liite 3. Tutkimuslupa	46
Liite 4. Saatekirje	47
Liite 5. Kyselylomake	48

1 Opinnäytetyön tarve ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sepelvaltimotautipotilaat sitoutuvat elintapamuutoksiin ja hoitoonsa saatuaan ohjausta. Työn tilaajana on Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Hyvinkään sairaalan sisätautiosasto 3:n sydänsolu. Sydänsolussa on potilaspaikkoja 20. Monitorihuoneessa on 4 paikkaa ja vuodeosastolla on 16 paikkaa. Neljälle potilaalle on mahdollisuus laittaa telemetria eli lähetin, joka mahdollistaa sydämen rytmin ympärivuorokautisen seurannan. (Vanhala, O. 2010.) Vuonna 2008 osastolla oli esimerkiksi sydäninfarktipotilaiden hoitopäiviä 693 ja hoitokasjoja 147. Sydänsolussa on toteutettu potilasohjausta, joka noudattelee osaston tarpeisiin suunniteltua linjaa. Käytäntö on osoittanut, että potilaiden omaehtoinen hoitoon ja elintapamuutoksiin sitoutuminen ei ole aina onnistunut. Työn tilaaja toivoo, että opinnäytetyöhön sisältyvän kyselytutkimuksen perusteella selviäisi, onko ohjausta mahdollista tehostaa paremmin potilaiden tarpeita ja toiveita vastaavaksi. (Vanhala 2009.)

Sepelvaltimotauti on yleisin verenkierroelinten sairauksista, sairastuneita Suomessa on arviolta 300 000 ihmistä. (Lindeberg, R. & Koivula, M. 2009, 186.) Vuonna 2008 sepelvaltimotauti aiheutti 23 % kaikista kuolemista, työikäisiä eli 15-64 -vuotiaita heistä oli 1407 (Tilastokeskus 2008). Sepelvaltimotautikohtauksia, myös kuolemaan johtaneita, oli vuonna 2007 yli 69 000. (KTL). Vuonna 2008 sairaanhoitopiireissä hoidettiin 43 700 sepelvaltimopotilasta. Eri toimenpiteitä sepelvaltimoille tehtiin vuonna 2008 lähes 16 000 kpl koko maassa. (Hoitoilmoitustietokannat.) Vuonna 2006 pallolaajennuksia tehtiin 6731 ja ohitusleikkauksia 3344. (KTL).

Sydän- ja verisuonitautikuolleisuudesta puolet aiheutuu sepelvaltimotaudista. Työikäisen väestön parissa sepelvaltimotauti on vähentynyt, mutta lisääntynyt ikääntyvällä väestöllä, johon hoitomenetelmien ja ennalta ehkäisyyn kehittyemisestä. (Lehto, S. & Miettinen, H. 2008, 74-81; Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 14.) Kuolleisuuden väheneminen näyttää selittyvän parantuneella hoidolla, lääkehoidolla sekä elintapamuutoksilla. (Suomen Sisätautilääkärin Yhdistys ym. 2004, 2117-2119) Vuonna 2008 sepelvaltimotautiin kuoli yhteensä 11 761 henkilöä, joista miehiä oli 5913 ja naisia 5848. (Tilastokeskus 2008.) Yhä 2/3 sepelvaltimokuolemista tapahtuu ennen sairaalaan tuloa. Näiden vähentämiseksi pitää tehostaa sepelvaltimotaudin ennalta ehkäisyä, oireiden varhaista tunnistamista ja pikaista hoitoon pääsyä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 13.)

Työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt lähes 80 % verrattuna 1970 luvun tilanteeseen. Koska suomalaisten kolesterolin verensokeritasot ovat edelleen kansainvälisellä tasollakin korkeita, jatkuvaa kehittämistä ja ehkäisevää työtä tarvitaan edelleen. (Suomen Sydänliitto ry 2007.) Vuoden 2007 FINRISKI-tutkimuksen (Sydän- ja verisuonisairauk-

sien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008) mukaan kolesterolitaso on kääntynyt laskuun ja miehet ovat vähentäneet tupakointia enemmän kuin naiset. Suomalaiset lihovat edelleen ja verenpaineen hyvä kehitys on pysähtynyt. Tämä selittyy lisääntyneellä alkoholin käytöllä ja koko väestön painon nousulla. Lisäksi sepelvaltimotaudin riskitekijöitä esiintyy enemmän alemmissa sosiaaliryhmissä. Kuolemaan johtavat valtimotautikohtaukset ovat vähentyneet ja ensimmäiset sepelvaltimotautikohtaukset esiintyvät yhä vanhemmalla väestöllä. Lisäksi sairastuneiden ennuste on parantunut. Näistä seikoista johtuen Suomeen on syntynyt tilanne, jossa sepelvaltimotautipotilaiden määrä kasvaa ja potilaat ovat yhä iäkkäämpiä. Tämä merkitsee entistä suurempaa terveydenhuollon voimavarojen tarvetta. (Suomen Sisätauti-lääkärien Yhdistys ym. 2004, 2117-2119.) Vuonna 2008 sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeisiin reseptejä Kelan tilastollisen vuosikirjan mukaan oli 1 368 249 ja kokonaiskustannukset ennen sairausvakuutuskorvauksen maksamista yli 340 miljoonaa euroa. (Kelan tilastollinen vuosikirja 2008.)

Elintapojen muuttaminen voi vaikuttaa merkittävästi sepelvaltimotaudin kulkuun. Vähärasvainen ja vähäsuolainen ruokavalio laskee kolesterolia ja verenpainetta hidastaen ahtautumien syntyä. (Rönnemaa, T. 2009.) Terveelliset ruokavalinnat ovat merkittävä osa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden hallintaa. Terveellinen ruokavalio vaikuttaa usealla tapaa terveyttä edistävästi: paino alenee, verenpaine laskee ja veren rasva- ja sokeriarvot korjaantuvat. (Kettunen, R. 2008b.) Sydänterveyttä edistävän ravitsemussuosituksen tavoitteet ovat kovan eli tyydyttyneen rasvan saannin vähentäminen sekä pehmeän eli tyydyttämättömän rasvan saannin lisääminen (Suomen Sydänliitto ry 2009).

Hoitotieteen näkökulmasta ohjaus on tavoitteellista keskustelua, jossa potilaan henkilökohtaisilla kokemuksilla on keskeinen asema. Ohjauksen avulla pyritään tukemaan potilaan itsenäistä selviytymistä uudessa tilanteessa. Ohjaustilanteessa syntyy jaettu asiantuntijuus, jossa hoitaja on hoitotieteen- ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Ohjaustavan valintaan vaikuttavat ohjaajan ja ohjattavan taustat (Kyngäs, H. 2008, 27; Kääriäinen, M. & Kyngäs 2006, 6-9; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.) Ohjauksen merkitys osana hoitotyötä on korostunut hoitoaikojen lyhentyessä. Keskimääräinen hoitoaika on 3 - 5 vuorokautta. (Kaarela, E., Kaski-Martinviita, E. & Kukkonen, T. 2008, 29; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.) Onnistuneella ohjauksella on aikaa säästävä vaikutus, sillä myöhempiin vastaanottokäynteihin tarvittava aika lyhenee. Myönteinen vaikutus näkyy myös hoitoon sitoutumisena. (Viikari, J. & Kovanen, P. 2009, 4453). Ohjausta tarkastellaan tässä työssä potilaan, hoitajan, ohjausmuotojen ja tavoitteiden kannalta.

Monien sairauksien syinä ovat elintavat ja näihin voidaan vaikuttaa tehokkaasti. Terveelliset elintavat ovat myös osa hoitoa. Useissa Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin laatimissa käypähoito-suosituksissa keskeisinä ovat elintapamuutokset. Pysyvien elintapamuutosten ja ter-

veyttä edistävien muutosten tekeminen, oppiminen ja niihin sitoutuminen on vaikeaa ja haasteellista. Vanhoista tavoista luopuminen ja uusien oppiminen vaativat luopumista totutuista tavoista. Ennen muutosten tekemistä potilas pohtii monia muutoksen tekemiseen liittyviä asioita. Hän miettii muutosten hyötyjä ja oman toiminnan merkitystä sekä uhrauksia, jotka hänen olisi tehtävä muutosten aikaansaamiseksi. Omat odotukset ja mahdolliset pettymykset vaikuttavat muutosten pysyvyyteen, usein tuloksia odotetaan tapahtuvaksi liian pian. Uusien tapojen omaksuminen vaatii motivaatiota ja harkintaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 209-210.)

2 Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta

2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti on sydänsairaus, joka kuuluu ns. hankittuihin sydänsairauksiin, koska se kehittyy iän myötä eikä ole synnynnäinen sairaus. Sepelvaltimotauti on yleisin hankittu sydänsairaus, jonka kehittymistä edistävät elintavat. (Mäkijärvi, M. 2008.) Kaksi sepelvaltimoa huolehtii sydämen omasta hapen ja ravinteiden saannista. Ne kulkevat sydämen ulkopinnalla ja vain päätehaarat menevät itse sydänlihaksen sisään. Yleensä vasemmasta sepelvaltimosta puhutaan kahden valtimon suoneksi ja oikea luetaan yhdeksi valtimoksi. Sepelvaltimotaudin vaikeusastetta kuvataan puhumalla yhden, kahden ja kolmen suonon taudista. (Kettunen 2008a, 31.)

Sepelvaltimotauti tarkoittaa tilaa, jossa sepelvaltimot ovat ahtautuneet, jolloin hapekkaan veren virtaus suonessa häiriintyy ja sydänlihas kärsii hapen puutteesta. Valtimoiden kovettuminen eli ateroskleroosi on merkittävin syy sepelvaltimotautiin. Sitä voi olla kaikissa valtimoissa, mutta erityisen haitallista se on sepelvaltimoissa ja aivoihin ja alaraajoihin verta vievissä valtimoissa. Valtimoiden kovettuminen on vuosikymmeniä kestävä prosessi, joka voi alkaa jo lapsena. Sen etenemiseen voi vaikuttaa elintavoilla, mutta ihmisen yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat sen kehittymiseen. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 6.)

2.1.1 Sepelvaltimotaudin riskitekijät

Sepelvaltimotaudin etenemiseen voidaan vaikuttaa elintavoilla, mutta on myös riskitekijöitä, joihin emme voi itse vaikuttaa, kuten sukupuoli, ikä ja perimä. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 8.) Tärkeimmät riskitekijät ovat suuri veren LDL-kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi ja diabetes. Muita riskitekijöitä esiintyy väestössä vähemmän ja niiden vaikutus välittyy edellä mainittujen riskitekijöiden kautta. Muita riskitekijöitä ovat pieni veren HDL-kolesterolipitoisuus, suuri veren triglyseridipitoisuus, lihavuus, liikunnan vähyys, perinnölliset tekijät, psyykkiset tekijät esim. masennus, sosioekonomiset tekijät sekä verenvirtaukseen liittyvät tekijät. (Reunanen, A. 2008, 332.)

Ruokavalio on olennainen osa sydän- ja verisuonitautien perushoitoa. Terveellinen ruokavalio ehkäisee lisäksi useita muita terveyden kannalta haitallisia asioita. Ruokavalioon on jokaisen mahdollisuus vaikuttaa eikä se aiheuta lääkitykseen verrattavia kustannuksia (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008.)

Ihmisen elimistö tuottaa tarvitsemansa **kolesterolin** itse, joten ravinnosta tuleva kolesteroli on aikuiselle tarpeetonta. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 9.) Suomessa lähes puolella työ- ja eläkeikäisestä väestöstä on kohonnut veren kolesterolipitoisuus. Kolesteroliarvo on alle 5 mmol/l 44 %:lla naisista ja 39 %:lla miehistä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008.) Kohonnut LDL-kolesteroli ja alhainen HDL-kolesteroli ovat yhteydessä sepelvaltimotaudin syntyyn. (Dyslipidemat, Käypä hoito 2009.) Kolesterolin merkitys on suuri erityisesti sepelvaltimotaudin syntymiseen. LDL-kolesteroli kertyy ns. plakiksi valtimoiden seinämiin ja lisää tukosriskiä. HDL-kolesteroli kuljettaa haitallisia hiukkasia pois valtimoista. Triglyseridit ovat rasvoja ja sen korkea taso lisää veren hyytymisalttiutta ja nopeuttaa sepelvaltimotautia. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 9.) Kolesterolin tavoitearvot ovat esitetty taulukossa 1.

Rasva-arvo	Tavoite
Kokonaiskolesteroli	Alle 5 mmol/l suuren riskin henkilö: alle 4,5 mmol/l
LDL-kolesteroli	alle 3 mmol/l suuren riskin henkilö: alle 2,5 mmol/l
HDL-kolesteroli	yli 1 mmol/l
Triglyseridit	alle 2 mmol/l

Taulukko 1: Kolesterolin tavoitearvot

Yhdessä muiden riskitekijöiden kanssa lievästikin **kohonnut verenpaine** on erityisen haitallista niille, jotka tupakoivat tai joilla on kohonnut kolesterolipitoisuus ja sokeriaineenvaihdunnan häiriö. (Kohonnut verenpaine, Käypä hoito 2009.) Normaali verenpaineen tavoitearvo sepelvaltimopotilaalla on alle 140/85 ja pulssitavoite 50-60/min. (Sepelvaltimopotilaan hoitopolku Hyvinkään terveyskeskuksessa.)

Kolmas sepelvaltimotaudin pääriskitekijä on **tupakointi**. Suomessa on 1,3 miljoonaa säännöllisesti tupakoivaa henkilöä. Aikuisväestön terveyskäyttätymistutkimuksen mukaan vuonna 2006 15-64-vuotiaista miehistä 24 prosenttia ja naisista 19 prosenttia tupakoi ja lähes joka neljäs sepelvaltimotaudin vuoksi sairaalahoidossa olleista potilaista jatkaa tupakointia. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 25.) Riski saada

sepelvaltimotauti kasvaa 2-4 - kertaiseksi verrattuna ei tupakoiviin henkilöihin. Häkä ja nikotiini supistavat verisuonia ja lisää verisuonen supistumistaipumista. Tämä estää sydänlihaksen hapensaannin ja saattaa johtaa iskemiaan ja kudostuhoon eli infarktiin. (Reunanen 2008, 334.) Elintapamuutoksena tupakoinnin lopettaminen on erittäin merkittävä muutos, lopettaminen vähentää sydän- ja verisuonitaukeista aiheutuvaa kuolemanriskiä jopa 36 %. (Dyslipidemiat, Käypä hoito 2009.)

Sepelvaltimotaudin komplikaatioita esiintyy sekä tyypin 1 että 2 tyypin **diabetesta** sairastavilla. Valtimomuutokset voivat olla jo pitkälle edenneet, kun 2 tyypin diabetes diagnosoidaan. Sydäninfarktin jo sairastaneet ja 2 tyypin diabeetikot, joilla ei ole ollut sydäninfarktia, ovat yhtä suuressa riskissä kuolla sepelvaltimotautiin. (Reunanen 2008, 335.)

Lihavuus ei yksinään ole keskeinen riskitekijä, mutta yhdessä diabeteksen, dyslipidemian ja kohonneen verenpaineen kanssa se on merkittävä riskitekijä. (Reunanen 2008, 335.) Ylipaino rasittaa sydäntä, kohottaa verenpainetta ja pahentaa muita riskitekijöitä. Varsinkin keskivartalolihavuus on sepelvaltimotautipotilaalle haitallista. Ylipaino heikentää toipumista, heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua sekä aiheuttaa toimenpiteissä enemmän komplikaatioita. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 10.) Painon vähentäminen vaatii suurta sitoutumista elintapamuutoksiin (Kettunen 2008b). Viidennes väestöstä on lihavia (painoindeksi vähintään 30 kg/m²) ja keski-ikäisistä suomalaisista noin 40 %:lla on sydän- ja verisuonitautiriskiä lisäävä metabolinen oireyhtymä. (Niemelä, M., Kervinen, K., Romppanen, H. & Vikman, S. 2009, 740.) **Liikunnan vähäisyys** on riskitekijä, joka pahentaa muita riskitekijöitä. Minkä tahansa liikunnan säännöllinen harrastaminen vähentää riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. Liikunta suurentaa HDL-kolesterolipitoisuutta ja madaltaa verenpainetta. Säännöllinen liikunta on osa sepelvaltimotautipotilaan kuntoutusta ja arkea. Liikunta vaikuttaa edullisesti moniin riskitekijöihin ja vahvistaa sydäntä ja verisuonia. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 10.)

Sydänpotilaalle ei sovi runsas ja pitkäaikainen **alkoholin käyttö** eikä suuret kerta-annokset. Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta, lisää sydämen työmäärää ja lihottaa. Alkoholi heikentää sydämen supistuskkyä ja lääkkeiden vaikutusta. **Stressi** aiheuttaa hormonitoiminnan, autonomisen hermoston ja aineenvaihdunnan muutoksia, jotka ovat sydämelle haitallisia. On tärkeää tunnistaa omat stressinlähteet ja huolehdittava riittävästä levosta. Psykykinen stressi voi aiheuttaa rintakipuoireita ja jopa sydäninfarktin. (Sepelvaltimotautiopas 2006.)

Masennus on riskitekijä, joka lisää sepelvaltimotautia ja infarkti kuolleisuutta. Sepelvaltimotautipotilaista masennusta on 20-30%:lla ja heidän masennuksensa on usein alidiagnosoitu ja alihoidettu. Oireet voivat olla somaattisen sairauden kanssa samantapaisia, jolloin depressiota ei hoideta. (Luutonen, S. 2007, 4319.) Masennusta esiintyy koko väestössä n. 6 %:lla ja sydäninfarktin sairastaneilla 25 %:lla. (Karlsson, H. 2008.) Hoitamattomana masennus heiken-

tää elämänlaatua ja voi vaikeuttaa elintapamuutosten toteuttamista. (Valkamo, M., Hintikka, J., Niskanen, L., Kettunen, R. Salminen, J. & Viinamäki, H. 2005, 539).

Riskitekijät, joihin voi itse vaikuttaa	Riskitekijät, joihin ei voi vaikuttaa
Tupakointi	Sukupuoli
Kohonnut verenpaine	Ikä
Korkeat kolesteroliarvot	Perimä
Korkea verensokeri ja diabetes	
Liikunnan vähyys	
Ylipaino	
Stressi	
Alkoholi	
Masennus	

Taulukko 2: Sepelvaltimotaudin riskitekijät

2.1.2 Sepelvaltimotaudin oireet

Äkkikuolema, sydäninfarkti ja angina pectoris ovat sepelvaltimotaudin ilmenemismuotoja. Sepelvaltimotauti on yleisin äkkikuoleman syy. Noin 20 %:lla potilaista äkkikuolema on taudin ainut ilmenemismuoto. (Kettunen & Airaksinen 2008, 340.) Sepelvaltimotautikohtauksella tarkoitetaan epästabiliia angina pectorista ja sydäninfarktia ilman ST-nousuja, jolloin on kyse äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta johtuva tila, jossa sydänlihakseen ei vielä ole kehittynyt solutuhoo. Kyseinen tila vaatii välitöntä hoitoa sydänlihaskasvaurion ehkäisemiseksi ja henkeä uhkaavien sydäntapahtumien välttämiseksi. (Kauppinen & Poikonen 2010.)

Vakaassa angina pectoriksessa sydänlihas saa levossa riittävästi verta eikä kipua tunnu. Rasituksen ahtauma estää verenvirtauksen ja tyypillinen oire on rasituksessa tuntuva rintakipu, joka helpottuu levolla tai nitrolääkkeellä. Naisilla sepelvaltimotauti voi ilmetä ilman rintakipua, oireina voi olla pelkästään rinnan ahdistusta, uupumista, huonovointisuutta tai pahoinvointia rasitukseen liittyen. Sairaus todetaan yleensä rasituskokeella. Angina pectorista hoidetaan tavallisesti lääkkeillä, mutta osa potilaista tarvitsee varjoainekuvauksen, pallolaajennuksen tai ohitusleikkaushoitoa. (Kettunen 2008d, 241-242; Mustajoki, P. 2009b.) Epästabiliissa angina pectoriksessa rintakipua on levossa ja nitrojen tarve on suurempi. Tällainen rintakipu-kohtaus saattaa olla merkki akuutista sepelvaltimokohtauksesta. Rintakivut voivat pahentua nopeasti ja nitrot eivät auta. (Kettunen 2008d, 242.) Jos ahtauma tukkii koko suonon, aiheutuu sydäninfarkti, joka vaatii nopeaa hoitoa. Infarktin oireita on kova kipua, joka tuntuu laajal-

la alueella rintalastan takana. Kipu voi olla myös vähäistä, jolloin infarktin aiheuttama sydämen vajaatoiminta tai muut oireet vaativat tutkimuksen. Diagnoosi varmistetaan EKG:llä ja oireiden perusteella sekä myöhemmin verikokeilla. Sydäninfarkti hoidetaan yleensä liuotushoidolla tai pallolaajennuksella, joka täytyy tehdä kahden tunnin kuluessa kohtauksen alkamisesta. Liuotushoito voidaan aloittaa jo potilaan kotona tai ambulanssissa. (Mustajoki, P. 2009a.; Kettunen 2008d, 243.)

Sydänperäinen äkkikuolema tarkoittaa luonnollista kuolemaa, joka tapahtuu odottamatta ja jonka syynä on äkillinen sydänpysähdys. Rakenteellisista sydänvioista sepelvaltimotauti on tärkein altistava tekijä sydänpysähdyksille, sen osuus on 80 % sydänperäisistä äkkikuolemista. Sydänpysähdys ei välttämättä johda välittömään menehtymiseen. (Hartikainen, J., Mäkijärvi, M. & Huikuri, H. 2008, 613-616.)

2.1.3 Sepelvaltimotaudin tutkimukset ja hoitomuodot

Sepelvaltimotaudin toteamiseksi ja sen vaikeusastetta tutkittaessa, lääkärin kliinisen tutkimuksen lisäksi, tarvitaan verikokeita ja röntgentutkimuksia, jotka tehdään potilaalle oireisiin perustuen. EKG eli sydänfilmi on perustutkimus selvitetessä sydänlihaksen hapenpuutteen eli iskemian ja infarktiviaurioita. Iskemia näkyy EKG:ssä ST-tason laskuna ja infarkti ST-tason nousuna. (Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 11; Laine, M. 2008, 40-43.) Rasitusrintakipuisen potilaan perustutkimus on edellä mainittujen lisäksi rasitus-EKG. Rasituskokeessa tutkitaan mahdollisia sydänlihaksen hapenpuutteita lisäämällä rasitusta tavallisimmin kuntopyörää polkien. (Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 11.)

Varjoainokuvaus varmistaa diagnoosin ja sepelvaltimotaudin vaikeusasteen. Se on tärkeä toimenpide myös arvioitaessa pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen tarvetta. Angiografiassa eli varjoainekuvauksessa taipuisa katetri viedään laskimoon tai valtimoon pitkin sydämeen ja sepelvaltimoihin ruiskutetaan varjoainetta ja ne kuvataan röntgenillä. Pallolaajennus voidaan tehdä joko varjoainekuvauksen yhteydessä tai myöhemmin samalla tavalla kuin varjoainekuvauksella. (Ylitalo, A. & Ikäheimo, M. 2008 265-269; Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 11.) Sydämen rakennetta ja toimivuutta voidaan tarkistaa myös ultraäänitutkimuksella, isotooppi-tutkimuksella, tietokonekerroskuvauksella ja magneettikuvauksella. (Sepelvaltimotautiopas 2006.)

Ensisijainen hoito on lääkehoito ja elintapojen muutos terveellisimmiksi. Oireiden jatkuessa tai pahentuessa, harkitaan sepelvaltimoiden pallolaajennusta (PCI) tai ohitusleikkausta (CAG). Näillä toimenpiteillä korjataan sepelvaltimossa olevat ahtaumat, mutta itse sairautta niillä ei voida parantaa. (Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 12.)

Pallolaajennus sopii erityisesti potilaille, joilla on merkittävä ahtauma yhden tai kahden suonen alueella tai kolmen suonen tauti ja hyvin toimiva sydämen vasen kammio. Pallolaajennus tarkoittaa toimenpidettä, jossa ahtautunutta verisuonta laajennetaan ihon läpi valtimon kautta viedyn ohuen katetrin kautta. Tarvittaessa ahtaumakohtaan asetetaan metallinen tukiverkko eli stentti tai lääkestentti tukemaan laajennusta. (Reponen 2010.) Akuutin ST-nousuinfarktin hoitomuotona välitön pallolaajennus on monelle potilaalle paras hoitomuoto. Se soveltuu myös suuren riskin potilaille eli potilaille, joilla on esimerkiksi diabetes tai sydämen vajaatoiminta. (Kettunen 2008a, 31-34; Reponen 2010.)

Ohitusleikkaus on kirurginen toimenpide, jolla vaikutetaan sepelvaltimotaudin ennusteeseen. Se on paras hoitomuoto silloin, kun potilaalla on ns. kolmen suonen tauti ja sydämen vasemman kammion toimintahäiriö tai vasemman sepelvaltimon päähaaran ahtauma. (Kettunen 2008c, 3665-3667.) Leikkauksessa ahtautuneet suonet ohitetaan valtimosiirrännäisellä tai jalasta otettavalla laskimolla (Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 12; Reponen 2010).

Lääkehoidon tavoitteena on poistaa potilaan rintakipuoireisto. Hoidon lähtökohtana on oikea diagnoosi ja arvio rintakipujen syistä. Lisäksi on selvitettävä sepelvaltimotaudin ja sydänlihasiskemian vaikeusaste ja sydänlihaksen kunto. Lääkehoito aloitetaan, vaikka päädyttäisiin kajoaviin jatkoselvittelyihin. Lääkehoidon tavoitteena on myös estää ateroskleroosin eteneminen, komplikaatiot ja vähentää tromboosin vaaraa. Elintapaohjeiden lisäksi tähän tarkoitukseen käytetään nitraatteja, statiineja, aspiriinia, beetasalpaajia ja ACE:n estäjiä. Toistuvissa rintakivuissa käytetään lisäksi pitkävaikutteisia nitraatteja tai kalsiumestäjiä. (Airaksinen, J. 2008, 350.) Lääkeaineet ja niiden vaikutukset on esitelty taulukossa 3.

Lääkeaine	Vaikutus sepelvaltimotaudin hoidossa
Nitraatit	laajentavat verisuonia, vähentävät sydämen hapentarvetta, parantavat sydänlihaksen hapetusta
Antitromboottiset lääkkeet	estävät verisuonitukoksia
beetasalpaajat, kalsiuminestäjät	hidastavat sykettä, alentavat verenpainetta, vähentävät sydämen hapentarvetta ja supistuneisuutta
kolesterolilääkkeet eli statiinit	vähentävät veren kolesterolipitoisuutta
diureetit	lisäävät natriumin ja nesteen poistumista, laskevat verenpainetta, vähentävät turvotuksia
ACE-estäjät, AT-salpaajat	laajentavat valtimoita, alentavat verenpainetta

Taulukko 3: Sepelvaltimotaudissa käytettävät lääkkeet

2.2 Sepelvaltimotautiin sairastuminen kriisinä

Sepelvaltimotautiin sairastuminen voidaan kokea kriisinä, jolloin interventtioiden oikea ajoitus ja luonne ovat tärkeitä. Sairastuminen voidaan kokea uhkana psyykkiselle, fyysiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Sairastuminen ja sen tuomat muutokset vaativat potilaalta joustavuutta ja energisyyttä sekä uskoa selviytymiseen. Kun henkilö on ymmärtänyt sairautensa ja sen tuomat rajoitukset, hän ymmärtää, että sairaus vaatii tietoisia valintojen tekemistä ja muutoksia esim. elintapoihin. Jokaisen omat voimavarat vaikuttavat suhtautumiseen sairastumiseen ja sen aiheuttamiin muutoksiin. Hoitohenkilökunnalla on tärkeä osa helpottaa tätä prosessia vastaamalla potilaan eri tarpeisiin muutostilanteissa. Tässä tilanteessa on myös muistettava tukea sairastuneen perhettä ja läheisiä ja antaa heille tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksesta heidän elämäänsä. (Kiiltomäki, A. 2007, 57-59.)

Tieto sydänsairaudesta voi tulla yllättäen ja aiheuttaa sydänpotilaalle pelkoa, ahdistusta, masentuneisuutta, unettomuutta tai tunteiden ailahtelua. Sepelvaltimotautipotilaiden hoitoprosessi on nykyisin nopea ja hoitoaika sairaalassa lyhyt. Potilas ei aina ehdi henkisesti valmistautua tilanteeseen ja voi kotiutuessaan olla sokissa. Tällaisessa mielentilassa potilas ei kykene ottamaan vastaan ohjausta tai käsittelemään tietoja sairaudestaan. Melko suuri osa sydänpotilaista kokee pelkoa tai ahdistuneisuutta hoidon aikana tai ennen toimenpiteitä tai niiden jälkeen. Lisäksi potilaiden on vaikea kertoa peloistaan. (Penttilä, U-R. 2008.)

2.3 Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

Potilaalla on lakiin perustuva oikeus saada tietoa sairaudestaan ja saada ohjausta sen hoitamiseen. (1992/785,5 §.) Käytännössä laki toteutuu, kun ohjaus tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on hoidon suhteen moniportainen lain turva, jonka täyttymisestä hoitaja on vastuussa. (Kynäns ym. 2007, 17.) Sepelvaltimotautipotilaalla ohjaus tarkoittaa käypähoito-suositusten mukaista tiedonantamista esim. sydäninfarktin oireista, hoitoon haakeutumisesta sekä sepelvaltimotautiin liittyvistä vaaratekijöistä ja taudin hoidosta. (Sydäninfarktin diagnostiikka Käypähoito 2009; Sydäninfarktin toteaminen Käypähoito 2009.)

Uuden sepelvaltimotautikohtauksen saamisen todennäköisyys on suurin kotiutusta seuraavina viikkoina. Varhainen invasiivinen eli kajoava hoito, kuten pallolaajennus tai varjoainekuvaus, lyhentää sairaalassaoloaikaa, jolloin potilaan neuvonta ja elintapaohjaus siirtyvät ehkä kotiutuksen jälkeiseen aikaan. (Sepelvaltimotautikohtaus 2009.) Kotiutusvaiheessa on tärkeää varata tarpeeksi aikaa keskusteluun, jotta potilas voi kysyä mieltään painavat kysymykset hoitohenkilökunnalta. Potilaan ja läheisten tulee saada selkeät kotihoito-ohjeet, lääkeohjeet, tiedot jatkohoitopaikasta ja -ajasta, reseptit ja sairaslomatodistus sekä tarvittavat lääkärintä-

sunnot Kelaa varten. Potilaalle on annettava myös ohjeet hoitoon hakeutumisesta, jos hänellä ilmenee sepelvaltimotautikohtauksen oireita. Oman alueen sydänpiirin yhteystiedot on hyvä antaa, jotta potilas tietää, mistä voi kysyä lisätietoja sairaudestaan. Toipumisen edetessä potilas alkaa etsiä itse tietoa tapahtuneesta. Kotiuduttua pelot liittyvät kipuun, oireiden uusimiseen, fyysiseen suorituskyykyyn ja työ- tai toimintakyvyn palaamiseen. Potilasta voivat myös ahdistaa sairauden vaatimat elintapamuutokset. Läheisten kannustus elintapojen muutokseen on tärkeää, koska se auttaa potilasta toteuttamaan sairaalasta saatuja ohjeita. (Penttilä, 2008.)

Sydänpotilaiden kohdalla on ongelmana se, että potilaan selviytymistä ja tilannetta kotona ei pystytä riittävästi arvioimaan sairaalahoidojakson aikana. Kotiutumisen jälkeen ohjaus ja opetus ovat olleet vähäistä. Potilaan saaman tiedon tulisi olla hänen omia tarpeitaan vastaavaa, jolloin hän voisi paremmin ymmärtää elintapamuutoksien vaikutuksen ja tärkeyden. Tieto lisää mm. halua pudottaa painoa, lisätä liikuntaa ja muuttaa ruokavaliota terveellisemmäksi. (Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007, 9-10.) Tutkimuksessaan Blek ym. (2007) selvittivät riskitekijöihin asennoitumisen yhteyttä terveyskäyttäytymiseen. Miespotilaista 50 % oli kokenut saaneensa riittävästi tietoa sepelvaltimosairaudestaan, naisista 58 % oli kokenut saaneensa liian vähän tietoa. Kolmasosa vastanneista ei ollut kokemuksensa mukaan saanut lainkaan tietoa lääkkeistään, riskitekijöistä tai ruokavaliosta. Läheisistä 37 % koki saaneensa riittävästi tietoa. Vastaajat pitivät ruokavaliota tärkeimpänä sepelvaltimotautiin vaikuttavana tekijänä. Tupakoinnin ja liikunnan merkitystä pitivät lähes kaikki suurena tai melko suurena. Tutkimuksessa huomattiin, että asenteet ja terveyskäyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa. Ne potilaat, joiden mielestä riskitekijät olivat tärkeitä, huolehtivat myös terveydestään.

2.3.1 Ohjaus hoitajan ja potilaan näkökulmasta

Ohjaaminen perustuu hoitajan selkeään käsitykseen ohjaamisen tärkeydestä, ohjattavasta asiasta sekä ohjaustavasta. Ohjaustilanteesta pitäisi muodostua luottamuksellinen ja luonteva keskustelu. Keskustelun suunnasta ja tavoitteellisuudesta vastaa hoitaja ohjaavien kysymyksen avulla. Potilaan näkemyksiä terveydestään ja elintavoistaan kuunnellaan aktiivisesti ja kunnioittavasti. Potilasta rohkaistaan vastuullisuuteen sairautensa vaatimasta hoidosta. Ohjauksen edetessä tavoitteet kirjataan ja niiden toteutumista seurataan muutosprosessin edetessä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9; Kyngäs 2008; Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008, 146.) Ohjaavassa keskustelussa tavoitteena on auttaa potilasta löytämään itsestään uusia myönteisiä voimavaroja muuttuneessa elämäntilanteessa. (Haarala, ym. 2008, 143; Kyngäs & Hentinen 2008, 59.) Hoitajan on huomioitava, että potilaan valmius muutoksiin kehittyy vähitellen eikä hän pysty kerralla omaksumaan kuin osan saamastaan ohjauksesta ja tiedosta. Omaksumista helpottamaan valitaan konkreettinen lä-

hestymistapa. (Kyngäs ym. 2007, 91.) Potilasohjauksen keskeinen asema osana hoitotyötä on tiedostettu, mutta hoitajista vain puolet tunnistaa omaavansa riittävät taidot potilaan ohjaamiseen (Absetz, P. 2010, 8).

Ohjauksen tukena on suositeltavaa käyttää keskustelun kulkua ohjaavaa runkoa. (liite 1.) Hoitajan on huomioitava esitettyjen asioiden sovellettavuus ja ymmärrettävyys potilaan elämäntilanteeseen sekä ohjaukseen käytettävissä oleva aika. Kiireen tunnolla on epäedullinen vaikutus ohjaukseen. Tärkeänä elementtinä pidetään tavoitteellisessa ohjauksessa jatkuvuutta, mikä tarkoittaa ohjauksen antamista pitkällä aikavälillä myös seurantakäyntien yhteydessä. Saavutetuista elintapamuutoksista voidaan näin antaa potilaalle eteenpäin kannustavaa palautetta tai rohkaisua ja tukea häntä, jos tavoitteet ovat jääneet saavuttamatta. Pienikin edistys huomioidaan. Palautteella on merkitystä myös ohjaajan kannalta, palaute auttaa arvioimaan ohjauksen onnistumista (Absetz 2010, 10-12.) Epäonnistumisen kokemuksetkin tulisi käsitellä myönteisesti, tavoitteena on auttaa potilasta vastaisuudessa huomioimaan tilanteet ja tunteet, jotka ovat johtaneet repsahdukseen. Kielteiset kokemukset eivät ole este etenemiselle. (Kyngäs 2007, 93.) Konkreettisilla arkipäivää koskettavilla kysymyksillä ja keskustelulla tuetaan potilasta aktiiviseen vastuuseen terveydestään. (Kyngäs ym. 2007, 91.)

Potilaalla on vastuu valinnoistaan, mutta hän tarvitsee tukea ja ohjausta, että valinnat olisivat terveyden kannalta mahdollisimman suotuisat. Potilas voi kokea turhautumisen tunnetta, koska ei pysty näkemään muutoksista välitöntä hyötyä. Muutokset elintapoihin korostuvatkin hänelle ehkä vain epämiellyttävinä rajoituksina. (Absetz 2010, 10-11.) Potilaat arvostavat yksilöohjausta, joka konkretisoi asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen. Yksilöohjaus on todettu tehokkaimmaksi oppimisen kannalta, mutta se on myös huomattavan paljon aikaa vievä ohjausmuoto. (Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007, 74-103.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Oulun yliopiston Hoitotieteen terveyshallinnon laitoksen yhteistyönä käynnistettiin vuonna 2002 hanke, jonka tuloksena syntyi ohjausmalleja erilaisiin potilasohjaustilanteisiin. Hankkeeseen sisältyi mittava tutkimustyö, jossa selvitettiin kyselylomakkeilla potilaiden, omaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia ohjauksesta. Tutkimus osoitti kehittämistarpeita potilasohjaukseen erimuodoissaan sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan kehittämistarpeita ilmeni ohjaustapahtuman organisoinnissa, vuorovaikutuksessa, sosiaalisessa tuessa, omaisten ohjauksessa, demonstroinnissa, kirjallisessa ohjauksessa, puhelinohjauksessa sekä ryhmäohjauksessa. Tutkimuksen lopuraportissa huomioitiin, että mm. sydänpotilaan ohjauksen painopiste on siirtymässä perusterveydenhuollon vastuulle. (Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006.) Ihanteellista olisi saumaton hoitoketju erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Kaarela ym. 2008, 103).

Vuosilta 1995-2002 kerätyn kansainvälisen hoitotieteellisen tutkimusaineiston mukaan potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, jos kokivat saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Kirjallista materiaalia käytettiin suullisen ja audiovisuaalisen ohjauksen tukena. Ohjaus toteutettiin pääsääntöisesti yksilöohjauksena, mikä koettiin ryhmäohjausta tehokkaampana, potilaat kuitenkin toivoivat omaisten läsnäoloa ohjauksessa. Ryhmäohjauksen eduksi osoittautui ryhmän tuoma tuki. Hoitohenkilökunta koki haasteellisena tunnistaa potilaiden erilaisten taustatekijöiden vaikutus ohjaukseen. Ohjauksen vähimmäistavoitteena voidaan pitää potilaan omatoimista ja turvallista selviytymistä kotona. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-216.)

Potilaiden kokemusten mukaan hoitajien asennoituminen ohjaukseen voisi olla parempaa. Tutkimuksen mukaan potilaita ei ohjata riittävästi vertaistukeen, potilaat toivoivat myös omaisilleen rohkaisua yhteistyöhön ja mukana oloon ohjaustilanteissa. Kotiutusvaiheen ohjauksessa potilaat toivovat saavansa enemmän tietoa sairaalahoidon jälkeen kotona ilmeneviin ongelmiin. (Kääriäinen 2007, 119-120.)

Potilaat ovat yksilöitä omine luonteenpiirteineen. Ohjauksessa yhtenä haasteena onkin löytää kuhunkin potilaskontaktiin ja ohjaustilanteeseen sopiva lähestymistapa. Oppimistavat ja -tarpeet vaihtelevat. Laadukas ohjaus edellyttää sekä ohjaajan että ohjattavan taustatekijöiden huomioimista (taulukko 4). Potilaan torjuvan asenteen syynä voivat olla aikaisemmin epäonnistuneet muutosyritykset. Absetz (2010,10) on Banduraan (1977) viitaten huomauttanut, että muutoksen tekemisessä keskeisintä on pystyvyyden tunne, joka ilmenee luottamuksena omaan kykyihin selviytyä muutoksista. Hoitajalla on ammatillinen vastuu tehtävästään, jossa hän joutuu huomioimaan potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamisen. Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on riittävä aika sekä ajanmukainen ohjausmateriaali motivoituneen ohjaajan käyttöön. (Kyngäs 2008, 27.)

Taustatekijät	
Fyysiset	ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveyden tila
Psyykkiset	terveyskokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistyyli, oppimisvalmiudet, motivaatio
Sosiaaliset	kulttuuri tausta, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus, eettisyys
Ympäristö	hoitokulttuuri, fyysinen ympäristö, psyykkinen ympäristö, sosiaalinen ympäristö

Taulukko 4: Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät. (Kyngäs 2007, 31.)

Ohjaukselle varattu riittävä aika antaa tilaa kuuntelulle, kysymyksille ja ymmärtämiselle. Kiireinen tunnelma vaikuttaa heikentävästi tilanteen uskottavuuteen ohjattavan asian kannalta ja kiire heikentää luottamussuhteen syntymistä. (Onnismaa, J. 2007, 39.)

2.3.2 Potilasohjauksen muodot

Ohjausta annetaan tavallisimmin suullisesti, jolloin toteutuu aktiivinen vuorovaikutus. **Yksilöohjaus** on yleensä kahdenvälinen keskustelu. Yksilöohjauksessa on mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Kyngäs ym. 2007, 74-103.) Yksilöohjauksessa motivoiva haastattelu on havaittu tehokkaaksi tavaksi, joka on sovellettavissa terveyteen liittyvään ohjaukseen laajalaisesti. Motivoivassa haastattelussa keskeistä on käsitys motivaatiosta. Ohjaajalla on mahdollisuus vuorovaikutustaidoillaan vaikuttaa potilaan sisäiseen motivaatioon myönteisesti. Ideaalitulanteessa aito muutosmyönteisyys ja tarve muutokselle syntyvät potilaassa subjektiivisena kokemuksena. Motivoivan haastattelumenetelmän on luonut WR. Miller -80 luvulla, jota hän on kehittänyt S. Rollnickin kanssa (Haarala ym. 2008, 141; Rakkolainen, M. 2004, 17). Motivoivassa haastattelumenetelmässä korostuu potilaskeskeisyys, aito kuunteleminen, empaattisuus ja potilaan näkemysten kunnioittaminen (Rakkolainen, M. 2004, 18). Menetelmä syntyi päihderiippuvaisten ohjaustarpeeseen, mutta havaittiin sopivaksi myös muihin terveydellisiin ongelmiin (Rollnick, S., Miller, WR & Bulter, CC 2008). Motivoivan haastattelun keinot ja ovat esitelleet useat suomalaisetkin tutkijat potilasohjauksen ja hoitoon sitoutumisen kannalta. (Absetz 2010; Ehrling, L. & Rakkolainen, M. 2008; Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008; Kyngäs ym. 2007; Kyngäs & Hentinen 2008; Poskiparta, M. 2006.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen kanssa eniten käytetty ohjausmuoto. Hoitajalla on ohjattavan aiheen lisäksi oltava asiantuntijuus ryhmäohjauksesta prosessina ja tieto erilaisista ryhmätyömenetelmistä. Toiminta tavoitteellisessa ryhmätyöskentelyssä päättyy purkuvaiheeseen, jossa käydään läpi ohjauksen aikana syntyneet kokemukset ja tuntemukset. Keskustelussa pyritään avoimuuteen ja turvallisuuden tuntuun. Ryhmien koot ja tarpeet vaihtelevat tavoitteiden ja tarpeiden mukaan. Tavoitteita voidaan ryhmäohjaukselle suunnitella eri tarkoituksiin esimerkiksi sydäninfarktista toipumiseen. Ryhmäohjauksen hyötynä on taloudellisuus, koska ohjausta annetaan useammalle henkilölle samaan aikaan. Potilaan kannalta ryhmän tuki, yhteisöllisyyden kokeminen ja ryhmän sisäinen vuorovaikutus voivat olla hyödyllisiä. Toimivassa ryhmässä on tai siihen syntyy tuttuuden tuntu jäsenten kesken. Ryhmä voidaan määritellä melko väljästi; ryhmän kriteerin täyttää jopa perhe, joka on sairastuneen tukena. (Kyngäs ym. 2007, 103-115.)

Audiovisuaalisina keinoina ohjauksen apuna voidaan käyttää videoita, äänitteitä, tietokoneohjelmia, tietoverkkoja joukkoviestimiä tai puhelinta. Videonauhat sopivat hyvin potilaille,

joiden on vaikea omaksua tietoa lukemalla. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella näkemästään ja kuulemastaan hoitajan kanssa väärinkäsitysten välttämiseksi. Audiovisuaalinen ohjaus on joustavaa ohjauksen ajoittamisen kannalta ja se on luonteva tapa johdatella tarkentavaan keskusteluun. Menetelmä on kuitenkin todettu ainoana menetelmänä muita keinoja tehottomammaksi. Puhelinohjaus on yleisesti ollut käytössä avoterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnissa tai palveluohjauksessa sekä päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä. Puhelinohjaus voi olla myös hoitajan kontakti asiakkaaseen sairauden aiheuttamien muutosten seuraamiseksi. Puhelinohjaus edellyttää hoitajalta ammattitaitoista arviointikykyä ja tilanetta ohjata potilasta näkemättä häntä. (Kyngäs ym. 2007, 116-131.) Puhelinohjauksen soveltuvuutta tulee kriittisesti harkita etenkin iäkkäiden potilaiden ohjauksessa. Puhelimitse tapahtuvaa terveystalennustyyppistä ohjausta on tutkittu Tampereen yliopistossa. TERVA-hankkeessa (terveystalennus) on alustavien arvioiden perustella saatu rohkaisevia tuloksia. Pitkäaikaissairaiden henkilökohtainen terveystalennus on toiminut hyvin. Lopulliset tulokset valmistuvat vuoden 2010 aikana. (Preve oy.)

Tietoverkkojen käyttö ohjauksessa edellyttää teknistä osaamista sekä potilaalta että hoitajalta. Tietokoneavusteinen ohjaus onnistuessaan on joustavaa sähköpostiviestintää ja ajan tasalla olevan tutkitun tiedon välittämistä potilaalle. Menetelmän etuina ovat hoitajan helppo ajallinen saatavuus ja ohjeiden yhdenmukaisuus. Tietoverkon avulla voidaan saavuttaa samanaikaisesti suurempi ryhmä. Välitön vuorovaikutus kuitenkin puuttuu, joten kirjallisen viestinnän taidot ja merkitys korostuvat. Eri tarkoituksiin suunniteltu **kirjallinen ohjausmateriaali** on tärkeä lisä kaikkien ohjausmuotojen tukena. Hyvä kirjallinen opas on selkeä, helppoluken ja visuaalisesti miellyttävä. (Kyngäs ym. 2007, 116-131.)

Yksilöohjaus	kahdenvälinen keskustelu, motivoiva haastattelu
Ryhmäohjaus	useampi potilas tai potilas ja hänen perheensä / läheisensä
Audiovisuaalinen ohjaus	ohjauksen tukena kirjallinen materiaali videonauha, tietokoneohjelma, tietoverkko, äänitteet, puhelin jne.

Taulukko 5: Ohjausmuodot

2.3.3 Muutosprosessi

Muutos potilaan elintavoissa etenee tiettyä mallia noudatellen, yksilöllisistä vivahteista huolimatta. Muutosta kuvataan vaiheittain etenevänä tapahtumana ihmisen toiminnassa. Haaran ym. (2008) mukaan Prochaska & Narcross (2007) esittelevät muutostavaiheen viiteen tasoon rakentuvana prosessina. Prosessi etenee esiharkintavaiheesta, harkintavaiheeseen, valmistautumistavaiheeseen, toimintavaiheeseen ja ylläpitotavaiheeseen. Lopullisena tavoitteena on pysy-

vä muutos. Prosessi kuvataan transteoreettisen muutosvaihemallin muutossyklinä (liite 2). (Haarala ym. 2008, 156.)

Ensimmäinen askel muutokseen on **esiharkintavaihe**, jolloin potilas vasta muodostaa käsitystä sairaudestaan ja sen aiheuttamasta muutoksesta. Ohjaus ei tuota vielä tulosta, se voidaan kokea jopa yksityisyyttä ja vaputta loukkaavana. Ohjauksessa pyritään neutraaliin otteeseen. (Haarala ym. 2008, 158-161.) Ohjaajan on hyväksyttävä ja ymmärrettävä potilaan mahdollinen negatiivinen asenne (Rakkolainen 2004, 18). **Harkintavaiheeseen** edennyt potilas on jo tiellä muutokseen. Suhtautuminen terveyttä koskevaan tietoon on myönteistä. Potilas vertailee muutoksesta aiheutuvia etuja ja haittoja. Elintapamuutokset nähdään tavoittelemisen arvoisina, vaikka sitoutumisvalmius vielä puuttuu. (Haarala ym. 2008, 158-161; Kyngäs ym. 2007, 91; Turku 2007, 56-57.)

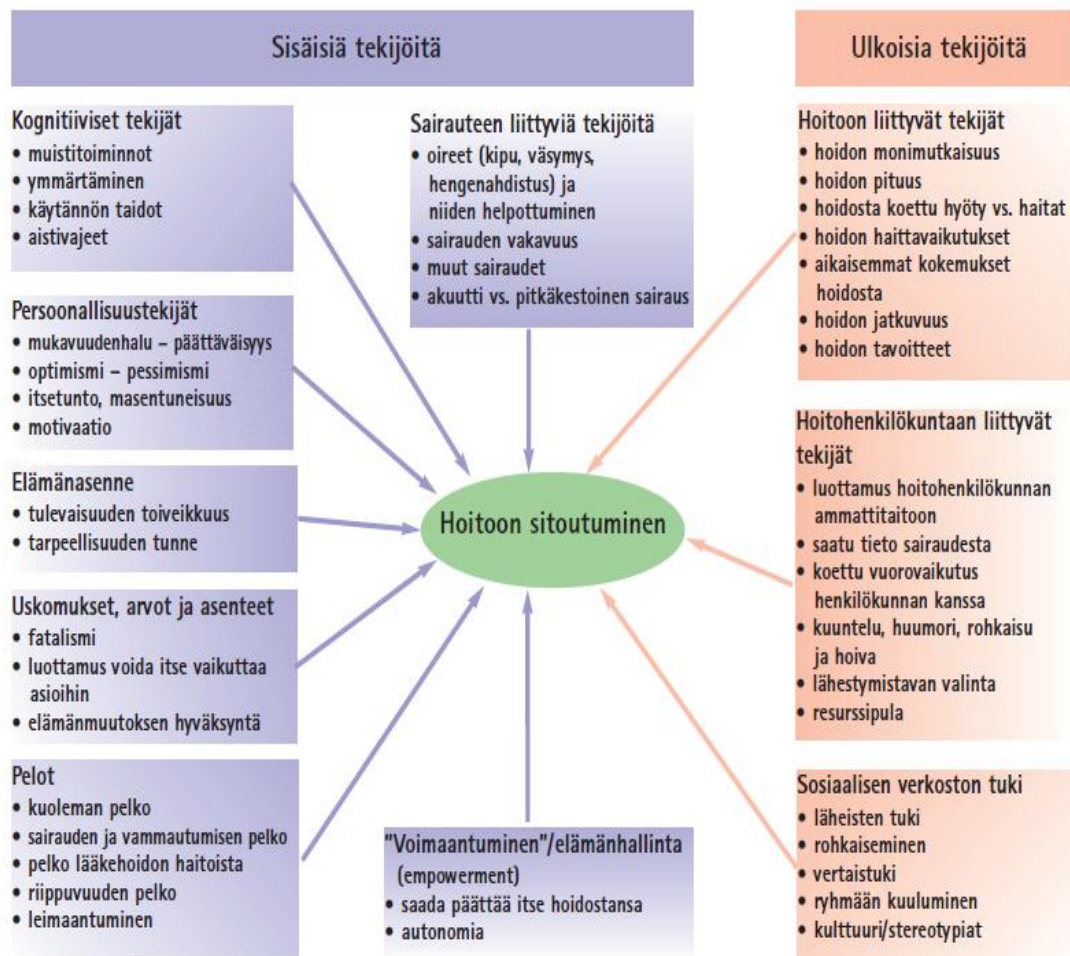
Kun päätös muutokseen pyrkimisestä on syntynyt, puhutaan **valmistautumisvaiheesta** tai **suunnitteluvaiheesta**. Toiminta on määrätietoista ja tavoitteellista, sisältäen kuitenkin ehdollistavan ”sitten kun-ajatuksen”. Tavoitteet kohdistuvat kuitenkin vain lähitulevaisuuteen, esim. kuukauden päähän. Potilas on valmis tutustumaan kirjalliseen materiaaliin ja hän on aktiivinen hankkimaan tietoa omaehtoisesti. Elintavat ja uudet toimintamallit arjessa vaativat lujatahtoista keskittymistä. Ohjaaja rohkaisee ja kannustaa potilasta tavoitteiden saavuttamiseen ja kertoo mahdollisesti syntyvistä ristiriitatilanteista. Saavutetuista tavoitteista tulee palkitseva kokemus. (Haarala ym. 2008, 160; Kyngäs ym. 2007, 92; Turku 2007, 56-57.) **Toimintavaiheessa** päätös elintapojen muuttamisesta on syntynyt (Haarala ym. 2008, 160). Potilas tarvitsee kuitenkin edelleen tukea (Rakkolainen 2004, 19). Toimintavaiheen muutokset huomioidaan jo potilaan lähipiirissä. Uudet tavat arjessa vaativat edelleen tarkkaa keskittymistä ja määrätietoisuutta. Haarala ym. (2008, 160) Prochaskaan viitaten huomauttavat toimintavaiheeseen kuuluvista **repsahduksista**, jotka potilas kokee häpeällisinä. Potilaan tukeminen on edelleen tärkeää (Haarala ym. 2008, 160). Repsahdukset ovat luonnollinen osa muutosprosessia ja osa uusien elintapojen oppimista (Kyngäs 2007, 93). Repsahdusvaiheessa on tärkeää tukea potilasta ja kannustaa häntä jatkamaan muutoksen tiellä (Turku 2007, 60-61).

Ylläpitovaiheessa potilas on edennyt muutosprosessissa jo hyvin lähelle uusien luontevien tottumusten tasoa. Puolesta vuodesta viiteen vuoteen jatkuneestakaan muutoksesta ei vielä voida puhua vakaana vaiheena. Repsahduksiin ja niistä selviämiseen on kuitenkin muutosprosessin aikana rakentunut uudelleen yrittämisen keinot, mutta edelleen potilas tarvitsee tukea. (Haarala ym. 2008, 161.) Muutosprosessin toivottu tavoite on saavutettu, kun potilas on muutoksissa edennyt **pysyvään vaiheeseen**. Muutoksesta on muodostunut uusi elintapa. Pysyvän muutoksen vaihe on niin vakaa, etteivät elämässä tapahtuvat yllättävät tilanteetkaan altista repsahdukseen. Tämä vaihe katsotaan saavutetuksi, kun uutena omaksutut elintavat ovat kestäneet yli viisi vuotta. (Haarala ym. 2008, 161.)

2.4 Sitoutuminen sepelvaltimotaudin hoitoon ja elintapamuutoksiin

Sepelvaltimotautia sairastavan elintapamuutokset ovat keskeinen osa hoitoa. Elintapamuutosten toteuttaminen ja ylläpitäminen on haastava tehtävä, jos sairaudesta ei ole ollut aiemmin konkreettista haittaa. (Kyngäs ym. 2007, 90.) Elintapamuutosten tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Omaan terveyttään voi edistää pienillä muutoksilla arjen valinnoissa. Terveellisiä elintapoja ei voi korvata millään muulla tavoin. (Kyngäs & Hentinen 2008, 207.) Monien sairauksien syynä ovat elintavat ja näihin voidaan vaikuttaa tehokkaasti. Terveelliset elintavat ovat myös osa hoitoa. Useissa Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin laatimissa käypähoito-suosituksissa keskeisinä ovat elintapamuutokset. Pysyvien elintapamuutosten ja terveyttään edistävien muutosten tekeminen, oppiminen ja niihin sitoutuminen on vaikeaa ja haasteellista. Vanhoista tavoista luopuminen ja uusien oppiminen vaatii luopumista totutuista tavoista. Ennen muutosten tekoa potilas pohtii monia muutoksen tekemiseen liittyviä asioita. Hän miettii muutosten hyötyjä ja oman toiminnan merkitystä sekä uhrauksia, jotka hänen olisi tehtävä muutosten aikaansaamiseksi. Omat odotukset ja mahdolliset pettymykset vaikuttavat muutosten pysyvyyteen, usein tuloksia odotetaan tapahtuvaksi liian pian. Uusien tapojen omaksuminen vaatii motivaatiota ja harkintaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 209-210.)

Heikko hoitoon sitoutuminen ilmenee monella eri tavoin. Se voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. Sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. (kuva 1)



Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia ja siihen vaikuttavia tekijöitä

Kuva 1: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006.)

Jallinojan ym. (2009) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien ja lääkärin näkemyksiä potilaiden elintapoihin sitoutumiseen. Enemmistö kyselyyn vastanneista piti motivaation puutetta syynä muutoshaluttomuuteen. Potilaiden yksilöllistä ominaisuutta, pyrkimyksiä ja nautinnonhalua pidetään esteinä muutokseen ja ongelmaksi koetaan muutoshaluttomien potilaiden motivointi ja nautinnon haasteeseen vastaaminen.

Elintapaohjauksessa tulisi korostaa konkreettisia elintapamuutoksia, tavoitteita, voimavaroja, toivon säilymistä sekä positiivisuutta. Ohjauksen sisällössä ja toteutuksessa tulisi huomioida eri elintapamuutosvaiheissa olevat potilaat. (Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009, 148-156.) Sairauden vaatiessa pitkäkestoista hoitoa, hoitoon sitoutuminen heikkenee ajan kuluessa. Sydäninfarktin jälkeen hoitoon sitoutumi-

nen on parempaa kuin kohonneen verenpaineen yhteydessä. Sairauden oireettomuus vaikuttaa sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 157-158.)

2.4.1 Lääkehoitoon sitoutuminen

Pitkäaikaisen lääkehoidon laiminlyönti huonontaa hoitotuloksia ja lisää kuluja. On tutkittu, että noin puolet potilaista käyttää lääkkeitään ohjeiden mukaisesti. Pitkäaikaiseen hoitoon sitoutuminen vaatii lääkäriltä potilaan tukemista. Sekä potilaan että lääkärin näkökulmat on otettava huomioon, kun tarkastellaan hoitoon sitoutumista. Lääkehoitoon sitoutuminen edellyttää yhtä paljon käyttäytymisen muutosta kuin elintapamuutokset yleensä. (Vanhanen, H. 2008.) Vaikka tutkimuksen mukaan sairaalassa saatu ohjaus painottuu sairauden fysiologiaan ja lääkehoitoon, noin kolmannes tutkimuksessa mukana olleista eivät oman kokemuksensa mukaan olleet saaneet tietoa lääkkeistään tai riskitekijöistä. (Blek ym. 2007, 11-13.)

Lääkehoidossa yleisiä ongelmia ovat lääkkeiden ottamatta jättäminen joko tarkoituksella tai vain unohtamalla. Lääkekuurit lopetetaan ennenaikaisesti, annosvälejä pidennetään tai lääkkeitä käytetään jaksottaisesti. Lääkkeitä voidaan ottaa liikaa, lainataan ystäviltä tai perheenjäseniltä tai hankitaan netin kautta. (Savikko & Pitkälä 2006, 4.) Hoitotoimenpiteiden jälkeen potilaalle voi jäädä käsitys ”paranemisesta”, jolloin lääkehoitojen ja elintapamuutosten tarve ja merkitys hämärtyy. Jos hoitoon pääsy on potilaan mielestä vaikeaa, reseptien uusiminen voi jäädä tekemättä. Ympäristön tuella tai epäilyillä hoitojen aiheellisuudesta voi olla potilaalle merkitystä sitoutumisessa lääkehoitoon. Riittämätön tieto lääkkeen tehosta, haittavaikutuksista ja merkityksestä elämän laatuun tai pituuteen vaikuttaa sitoutumiseen. (Vanhanen 2008.) Lääkkeiden sivuvaikutukset vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen ja potilas voi niiden vuoksi muutella lääkitystään itsenäisesti. Potilaan on kerrottava sivuvaikutuksista lääkärille, jotta voidaan etsiä sopivampi lääke tilalle. (Kyngäs & Hentinen 2008, 199.)

Ymmärtääkseen lääkehoidon merkityksen, potilaalle on kerrottava oikeat ja riittävät tiedot lääkkeistä, oikeista lääkeannoksista sekä mihin lääkityksellä pyritään. On myös korostettava, että lääkäri on vastuussa määräämiensä lääkkeiden aloittamisesta ja lopettamisesta. Lääkehoidon edistämiseksi on tehty monia interventioita, joissa vain pienessä osassa saatiin aikaan parempaa sitoutumista lääkehoitoon. Lääkkeiden ottokertoja vähentämällä sitoutuminen parani, ainoastaan masennuspotilailla tällä ei ollut merkitystä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 202-203.)

Pitkäaikainen hoitosuhde ja hyvä ohjaus edistävät lääkehoitoon sitoutumista, lääkkeiden ottotavan oppimista ja ohjeiden ymmärtämistä. Potilaan muutosvalmiutta tulee arvioida sekä hänen taitojaan noudattaa hoito-ohjeita. Pelko lääkkeiden haittavaikutuksista vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Potilaalle ja hänen omaisilleen tulee antaa tarkat tiedot lääkkeen käyttö-

tarkoituksesta, säilytyksestä, annostelusta, ottoajankohdista sekä lääkkeen yhteis- ja haitta-vaikutuksista. Potilasta tuetaan omaseurantaan ja rohkaistaan kertomaan mahdollisesta vaihtoehdöllä hoiduksesta tai käsikauppälääkkeistä. Potilaan lääkkehoidon toteutusta ja edistymistä tulee arvioida jokaisella seurantakäynnillä. (Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2010.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tilaaja haluaa selvittää, miksi potilaat eivät ole ohjauksesta huolimatta sitoutuneet elintapamuutoksiin. Saatujen tulosten perusteella ohjausta kehitettäisiin, jotta sitoutumiseen voitaisiin vaikuttaa paremmin. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaat ovat sitoutuneet elintapamuutoksiin saamallaan ohjauksella?
2. Miten potilas on kokenut saamansa ohjauksen?
3. Millaista ohjausta potilas toivoo, jotta sitoutuminen olisi parempi?

4 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen perustana on teoriaan perehtyminen huolellisen kirjallisuuskatsauksen avulla. (Tuomi, J. 2007, 95; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.) Kyselystä saatuja tuloksia tarkasteltaessa huomioidaan aikaisemmat tutkimukset ja teoriat. Koejärjestely ja aineiston keruu tehdään perustellusti ja suunnitellusti. Kyselylomakkeen avulla saadut vastaukset muokataan tilastollista käsittelyä varten numeeriseen muotoon. Tutkitusta aineistosta tehdään päätelmät tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136-137.)

Kyselytutkimus toteutetaan valitsemalla perusjoukosta kattava otos. Otantatutkimus valitaan menetelmäksi, jos perusjoukko on kovin suuri tai se on kustannussyistä järkevä ratkaisu. Otannassa pyritään siihen, että otos on mahdollisimman tarkka kuva perusjoukosta. Luotettavassa otantatutkimuksissa huomioidaan alueellinen jakauma, asumistiheys, ikäjakauma, sukupuolijakauma, ammattijakauma jne. Otannan vaiheita ovat perusjoukon määrittäminen, perusjoukkoa kuvaavan rekisterin selvittäminen, otosyksikön ja otoksen koon määrittäminen, toteutuksen suunnittelu ja otannan toteutus. (Heikkilä 2008, 33-34.)

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu

Tässä työssä otos koostuu sadasta 1.1.2010 lähtien sydänsolussa Hyvinkään sairaalassa hoidossa olleesta potilaasta. Otantaan valitut potilaat ovat syntyneet vuonna 1940 tai myöhemmin ja he ovat olleet hoidossa sepelvaltimotaudin tai sydäninfarktin vuoksi. Osaston yhteyshenki-

löt postittivat kyselylomakkeet saatekirjeineen ja palautuskuorineen otantaan valituille potilaille 1.12.2010. Vastausaika kyselylle oli noin kaksi viikkoa. Postimaksulla ja osoitteella varustetut vastauskuoret pyydettiin postittamaan viimeistään 13.12.2010 osastolle 3. Työntilaa ja maksoi kyselylomakkeen postituskulut. Tutkimukseen valittujen henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden tietoon.

Kyselylomake (liite 5) sisälsi suljettuja eli strukturoituja- ja sekamuotoisia kysymyksiä sekä muutaman likertin asteikolla mitattavan väittämän. Sekamuotoiset kysymykset sisälsivät yhden avoimen kysymyksen, jolla pyrittiin saamaan tarkempaa tietoa strukturoituihin vaihtoehtoihin. Avoin kysymys oli viimeisenä vaihtoehtona muodossa ”Muu, mikä?”. Strukturoitu kysymys tarjosi valmiita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsi sopivan tai sopivimmat vaihtoehdot. (Heikkilä 2008, 50-54.) Kyselylomakkeella pyrittiin saamaan mahdollisimman täsmällistä ja kattavaa tietoa. Kyselylomakkeen suunnittelu on kvantitatiivisen tutkimuksen kannalta ratkaisevin vaihe. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86-87.) Tutkija on kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä havaintojen tekijänä eikä osallistujana (Tuomi 2007, 95).

Kyselylomakkeessa oli seitsemän taustatietojä selvittävää kysymystä, kaksitoista terveydentilaan ja elintapoihin liittyvää kysymystä, joissa sairauteen liittyvien asioiden lisäksi kysyttiin ruokailutottumuksista, tupakoinnista, alkoholin käytöstä ja liikunnasta. Ohjaukseen liittyviä kysymyksiä oli viisi ja hoitoon sitoutumista käsitteleviä kysymyksiä oli kolme (taulukko 6). Kysymykset olivat pääosin strukturoituja monivalinta kysymyksiä, joista neljä oli sekamuotoista.

Kysymys numero	Kysymystä käsittelevä alue
1-7	Taustatekijät
8-19	Terveydentila ja elintavat
20-24	Ohjaus
25-27	Sitoutuminen

Taulukko 6: Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu

4.2 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusmateriaali analysoitiin SPSS-tietokoneohjelmaa käyttäen, joka on yksi käytetyimmistä tilasto-ohjelmista. Palautetut lomakkeet numeroitiin ennen tietojen syöttämistä ohjelmaan, mikä helpotti lomakkeiden lomakkeitten tarkistamista (Heikkilä 2008, 121-125.) Tulosten esittämisessä on käytetty prosentteja ja frekvenssilukuja. Prosentit on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun. Tuloksia tutkimusraportissa on esitetty tekstin ja kuviodien avulla. Kuviotyyppeinä tekstin sisältöä havainnollistamaan on valittu asiayhteyden mukaan joko pylväs-

tai ympyrädiagrammeja. Piirakka - eli ympyräkuviolla on kuvattu kokonaisuuden jakautumista osiin, suhteelliset osuudet on ilmaistu prosenttilukujen avulla (Heikkilä 2008, 162). Muuttujien välisiä yhteyksiä on tarkasteltu ristiintaulukoinnilla, missä keskenään vertailtavat arvot ovat taulukossa vierekkäin. (Heikkilä 2008, 210).

Ainoastaan elämäntilannetta koskevaan sekamuotoiseen kysymykseen tuli vastauksia. Avoimen kysymyksen vastaukset olivat kaikki samanlaisia, joten vastaus muutettiin numeeriseen muotoon, jolloin se oli helppo analysoida SPSS-ohjelman avulla. Avoimista kysymyksistä huolimatta sisällön analyysimenetelmää ei tarvinnut tässä työssä käyttää.

5 Tutkimustulokset

5.1 Taustatiedot

Kyselylomake lähetettiin sadalle Hyvinkään sairaalan sisätautiosasto 3:n sydänsolussa hoidossa olleelle potilaalle. Kyselylomakkeista asiallisesti täytettyjä oli 52 kpl. Yksi hakemus hylättiin vajaasti täytettynä. Kyselyyn vastanneista miehiä oli 67 % (n= 35) ja naisia 33 % (n=17). Vastanneista suurin osa, 58 % (n=30) oli 51-65-vuotiaita, alle 50-vuotiaita oli vain 8 % (n=4) ja yli 66-vuotiaita 35 % (n=18). Yksin asuvia vastanneista oli 19 % (n=10), puolison kanssa ilmoitti asuvansa 75 % (n=39) ja muun läheisen kanssa 6 % (n=3). Koulutustaustaltaan vastanneet jakautuivat ammattikoulun -, 44 % (n=23), opiston-, 29 % (n=15), ja kansakoulun, 25 % (n=13), käyneisiin henkilöihin; yliopistotausta oli vain yhdellä vastaajalla. Tämänhetkistä elämäntilannetta tarkastelevan kysymyksen perusteella eläkeläisiä vastaajista oli hiukan yli puolet eli 56 % (n=29) ja töissä 31 % (n=16), sairauslomalla ilmoitti olevansa 10 % (n=5) ja työttömänä 4 % (n=2). Työikäisistä eli alle 65 vuotiaista 37 % (n=11) oli eläkkeellä. Kaikkiin taustatietoja kartoittaviin kysymyksiin oli vastattu.

5.2 Terveystilaan ja elintapoihin liittyvät tulokset

Sairastamisaikaa koskevan kysymyksen vastausprosentti oli 96 (n=50). Kysymykseen vastanneista 8 % (n=4) oli juuri sairaudestaan tiedon saaneita. Sepelvaltimotautia alle 1/2 vuotta sairastaneita oli 26 % (n= 13), suurin osa eli 44 % (n=22) oli puolesta vuodesta neljään vuotta sairastaneita ja yli viisi vuotta sepelvaltimotautia sairastaneita oli 22 % (n=11).

Sepelvaltimotaudin vuoksi sairaalahoidossa kysymykseen vastasi 96 % (n=50). Suurin ryhmä 54 % (n= 27) oli yhden kerran hoidossa olleita. Kahdesta neljään kertaan sairaalahoidoa tarvinneita henkilöitä oli 32 % (n= 16). Yli viisi kertaa sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi ilmoitti olleensa 14 % (n=7). Sydäninfarktin oli vastanneista (n=50) sairastanut 72 % (n=36).

Vastanneista (n=37) oli yhden kerran infarktin saaneita 86 % (n=32) ja kaksi infarktia ilmoitti sairastaneensa 8 % (n=3). Kolme ja viisi infarktia sairastaneita oli kumpaakin 3 % (n=1).

Lääkkeiden käyttöä koskevaan kysymykseen vastasi 94 % (n=49), kolmessa lomakkeessa kysymys oli jätetty huomiotta. Kysymykseen vastanneista 96 % (n=47) ilmoitti käyttävänsä lääkkeitä säännöllisesti ja 4 % (n=2) vastanneista ei käytä lääkkeitä. Lääkkeitä käyttämättömien perustelut olivat lääkkeiden jaksottainen nauttiminen ja se, ettei lääkkeitä ollut vastaajan ilmoituksen mukaan ollut määrätty.

Sepelvaltimotautiin altistavista tekijöihin oli vastannut 96 % (n=50). Usealla vastaajista oli monta altistavaa tekijää. Diabetesta sairasti 28 %:a (n=14) vastaajista ja verenpainetautia 42 %:a (n=21). Altistavista tekijöistä perimää esiintyy eniten vastaajilla; 72 %:lla (n= 36). Stressiä oli 36 %:lla (n=18). Masennusta ilmoitti sairastavansa 10 % (n=5).

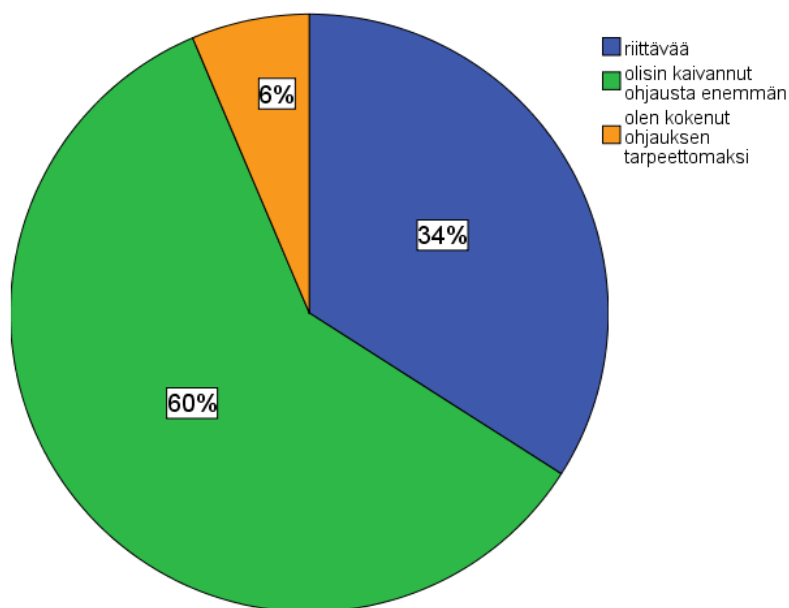
Ylipainon altistavaksi tekijäksi vastanneista valitsi 42 % (n= 21). Potilaiden taustatiedoissa kysyttiin paino ja pituus, joiden perusteella oli mahdollista laskea keskimääräinen painoindeksi. Tulokseksi saatiin 27, joka voidaan viitealueiden perusteella määritellä lieväksi lihavuudeksi (Mustajoki 2010). Korkeaa kolesterolia ei kysytty altistavana tekijänä, vaan erikseen arvoina. Vastaajista (n=42) kolesteroliarvonsa tiesi 74 % (n=31) ja 26 % (n=11) ei tiennyt arvoaan. Kokonaiskolesteroliarvot olivat viiterajojen (S-Kol 5 tai sen alle) sisällä 93 %:lla vastaajista.

Tupakoitsijoita vastanneista (n=52) oli 15 % (n= 8), mutta hekin ilmoittivat haluavansa lopettaa tupakoinnin. Vastaajista 35 % (n=18) ei ole koskaan tupakoinut. Puolet vastanneista (n=26) oli aikaisemmin tupakoinut, mutta kertoo lopettaneensa sen. Kyselyssä ei selvitetty lopettamisajankohtaa, joten ohjauksen vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen ei tiedetä. Alkoholin käyttöä koskeviin kysymyksiin olivat kaikki vastanneet. Heistä 27 % (n=14) ei käytä lainkaan alkoholijuomia ja 21 % (n=11) käyttää kerran kuussa tai harvemmin. Lähes 8 % (n=4) vastanneista kertoi käyttävänsä neljä kertaa viikossa tai useammin. Kysymykseen, jossa kysytään annosmäärä/kerta, vastasi 79 % (n= 41). Vastanneista 20 % (n= 8) kertoi nauttivansa alkoholia 5-6 kerta-annosta, lähes sama määrä vastaajia kertoi kerta-annokseen 3-4. Yli 6 annosta kerralla käyttää 10 % (n= 4).

Liikuntaa harrastaa 3-5 kertaa viikossa 52 % (n=27) vastaajista. 1-2 kertaa viikossa, vähintään puoli tuntia kerrallaan, liikuntaa harrastaa 40 % (n=21). Täysin ilman säännöllistä liikuntaa oli 8 % (n=4). 10 % (n=5) vastanneista kertoo noudattavansa aina sydänystävällistä ruokavaliota ja 89 % noudattaa sitä osittain, yhdelle vastaajalle sydänystävällinen ruokavalio oli vieras käsite. Vastaajista 79 % (n=41) koki terveydentilansa vastausajankohtana hyväksi, melko hyväksi tai keskinkertaiseksi. Melko huonoksi tai huonoksi sen kokivat 21 % (n=11).

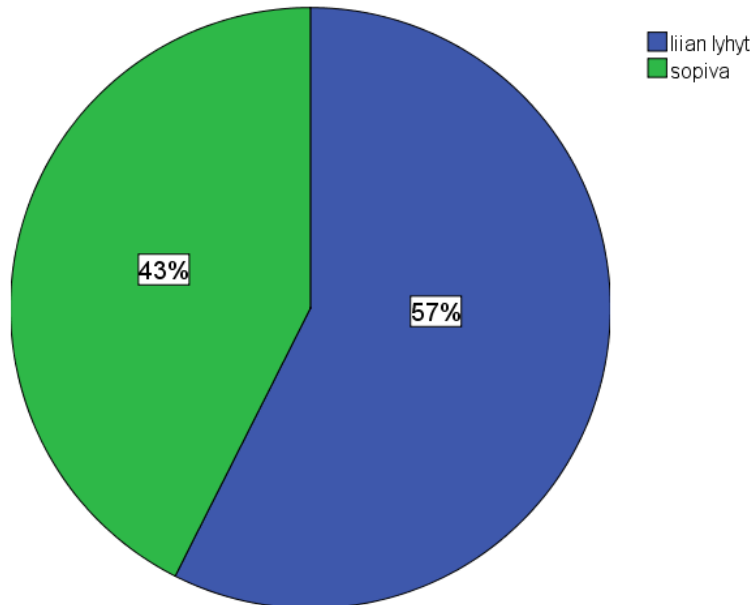
5.3 Sepelvaltimotautiohjaukseen liittyvät tulokset

Lääkäriltä tai hoitajalta saatua ohjausta koskevaan kysymykseen vastasi 96 % (n=50). Vastanneista lääkäriltä sai ohjausta 39 % (n=20) ja hoitajalta 54 % (n=28). Osa vastaajista oli saanut ohjausta molemmilta. Ohjaukset oli keskimäärin yksi. Ohjauksen riittävyyttä koskevaan kysymykseen vastasi 90 % (n=47). Riittävänä sen koki 34 % (n=16) ja tarpeettomana ohjausta piti 6 % (n=3). Selvästi suurin ryhmä oli ohjausta enemmän kaipaavat potilaat, joita oli 60 % (n=28) vastanneista (kuva 2).



Kuva 2: Potilaiden kokemus ohjauksesta

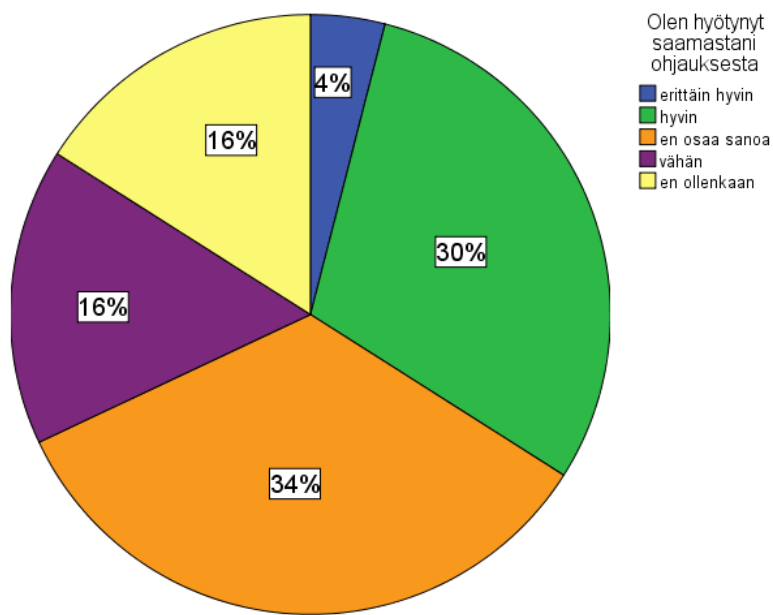
Ohjaukseen käytettyä aikaa koskevaan kysymykseenkin vastasi 90 % (n=47). Liian lyhyenä ohjausajan koki 57 % (n= 27) ja sopivan mittaisena 43 % (n=20) (kuva 3).



Kuva 3: Potilaiden kokemus ohjaukseen käytetystä ajasta

Ohjausmuotoa kysyttäessä vastaajille annettiin vaihtoehtoisiksi kirjallinen, suullinen, audiovisuaalinen sekä kirjallinen ja suullinen yhdistettynä. Lisäksi eriteltiin vielä yksilö- ja ryhmäohjaus. Tähän kysymykseen oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto. Ohjaustapaa koskevaan kysymykseen vastasi 96 % (n=50). Kirjallista ja suullista ohjausta yhdistettynä sai vastanneista 56 % (n=28). Ainoastaan suullista ohjausta kertoi saaneensa 22 % (n=11) ja ainoastaan kirjallista ohjausta 14 % (n=7). Audiovisuaalista ohjausta sai 12 % (n=6) ja ryhmäohjausta vain 2 % (n=1) vastanneista. Yksilöohjauksen oli valinnut vastaukseksi vain 24 % (n=12), vaikka esimerkiksi suullinen ohjaus on todennäköisesti ollut juuri yksilöohjausta. Täten tämä tulos ei ole luotettava. Yksilöohjaus on kuitenkin eniten käytetty ohjaustapa osastolla.

Ohjauksesta saatua hyötyä koskevaan kysymykseen vastasi 96 % (n=50). Potilaiden kokema hyöty on havainnollistettu graafisella kuviolla (kuva 4). Erittäin hyvin koki hyötynensä vain 4 % (n=2), mutta hyvin ohjauksesta hyötynyttä oli 30 % (n=15). Vähän hyötyä kertoi saaneensa 16 % (n=8) ja sama määrä oli vastaajia, jotka eivät hyötynneet ohjauksesta lainakaan. 34 % (n=17) ei osannut määritellä kantaansa saadusta hyödystä.



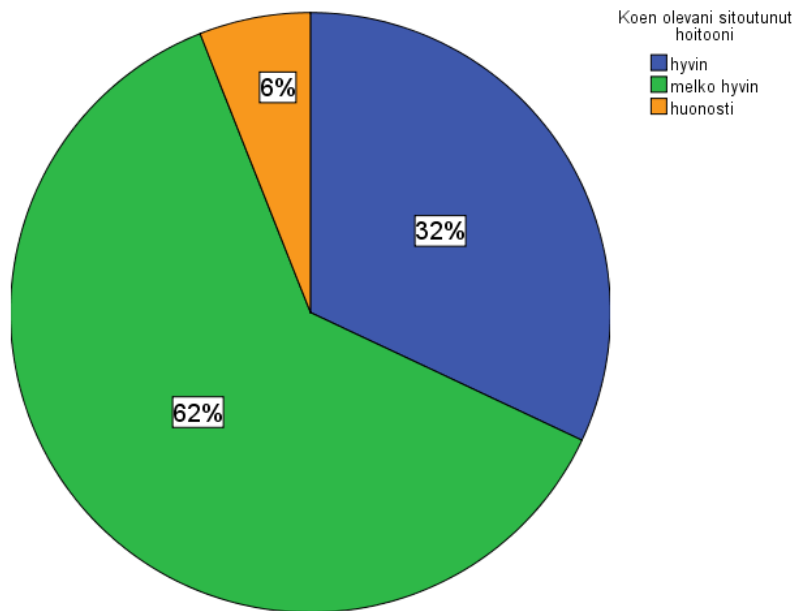
Kuva 4: Potilaiden kokema hyöty ohjauksesta

Alle 50-vuotiaista 75 % (n= 3) oli hyötynyt ohjauksesta hyvin ja yksi oli kokenut hyötynensä vähän ohjauksestaan. Ikäryhmässä 51-65 vuotiaat erittäin hyvin tai hyvin hyötynyttä oli 40 % (n= 12). ”En osaa sanoa” oli vastannut 37 % (n= 11). Vähän tai ei ollenkaan ohjauksesta hyötynyttä oli 23 % (n= 7). Yli 66-vuotiaista oli hyvin hyötynyt ohjauksesta vain 12 % (n=2). ”En osaa sanoa” tästä ikäryhmästä vastasi 38 % (n=6) ja vähän tai ei ollenkaan ohjauksesta hyötynyttä oli 50 % (n=8).

5.4 Hoitoon sitoutumiseen liittyvät tulokset

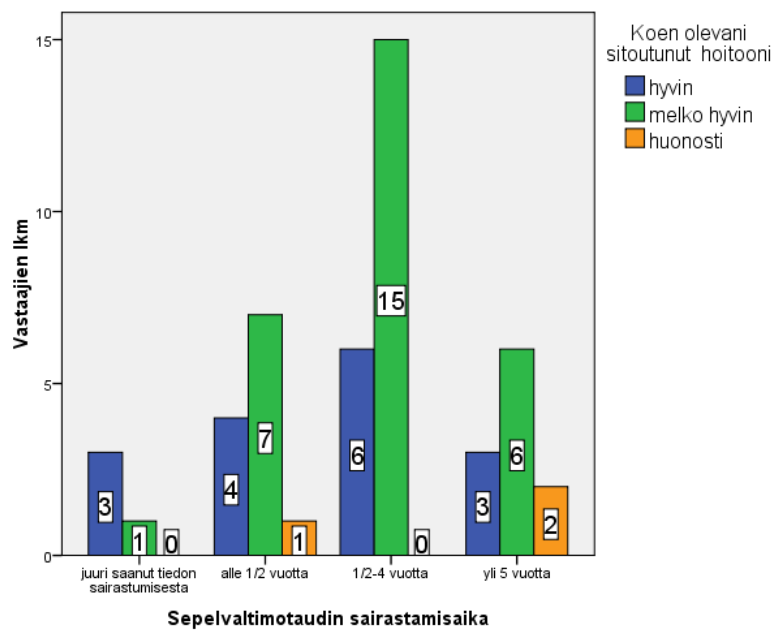
Elintapamuutoksia koskevaan kysymykseen vastasi 98 % (n=51). Ruokavaliotaan kertoi muuttaneensa terveellisemmäksi 65 % (n=33) ja liikuntaa oli lisännyt 41 % (n=21). Tupakointia oli vähentänyt tai sen lopettanut 35 % (n=18). Alkoholin käytön vähentämisestä tai lopettamisesta kertoi 22 % (n=11). Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin, oliko saadulla ohjauksella ollut merkitystä tupakoinnin vähentämiseen. Tuloksista selvisi, että tupakoivista henkilöistä ohjauksella oli ollut vaikutusta 35 % (n=18). Selvästi pienempi merkitys ohjauksella oli ollut alkoholinkäyttöön. Kaikista henkilöistä, jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia, 22 % (n=11) kokivat ohjauksen vaikuttaneen alkoholinkäyttöön ja 53 %:lle (n=27) ohjauksella ei ollut merkitys alkoholinkäyttöön. Varsinkin useamman kerran viikossa alkoholia käyttävien keskuudessa ohjauksen merkitys oli ollut vähäinen, yhdeksästä vähintään 2-3 kertaa viikossa alkoholia käyttävästä vain 22 % (n=2) oli ilmoittanut ohjauksen vaikuttaneen myönteisesti. Yleensä elintapoihinsa koki ohjauksella olleen merkitystä 84 % (n=43) vastaajista.

Hoitoon sitoutumista koskevaan kysymykseen vastasi 96 % (n=50), kysymyksessä oli kolme vaihtoehtoa. Hyvin sitoutuneita oli 32 % (n=16) ja melko hyvin sitoutuneita 62 % (n=31). Vastaa-
taajista 6 % (n=3) kertoi sitoutuneensa huonosti hoitoonsa (kuva 5).



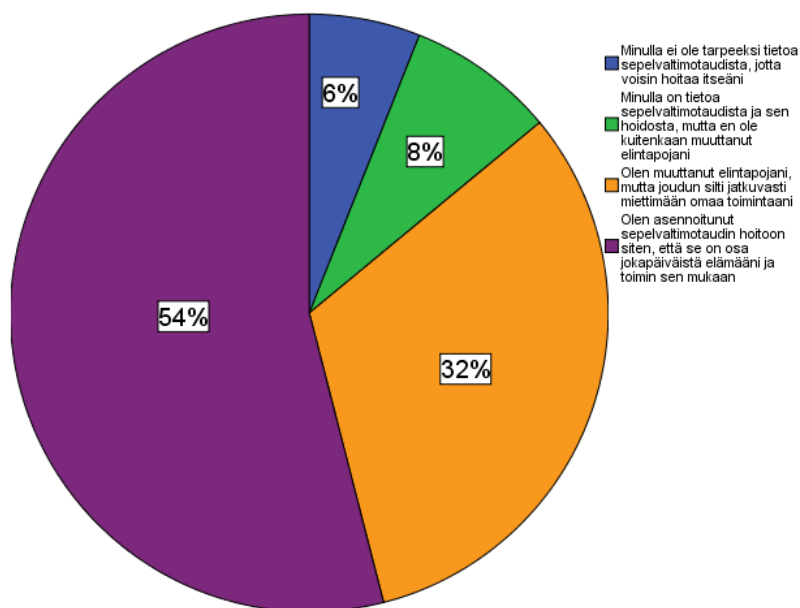
Kuva 5: Potilaiden kokemus hoitoon sitoutumisestaan

Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin, onko sairastamisajalla merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Juuri sairastumisestaan tiedon saaneista kaikki (n=4) olivat hyvin tai melko hyvin sitoutuneita. Alle puoli vuotta sairastaneista (n=12) hyvin ja melko hyvin sitoutuneita oli 92 % (n=11) ja vain yksi ilmoitti olevansa huonosti sitoutunut hoitoonsa. ½-4 vuotta sepelvaltimotautia sairastaneista hyvin ja melko hyvin sitoutuneita olivat kaikki. Yli viisi vuotta sairastaneista (n=11) vain 18 % (n=2) kokivat olevansa huonosti sitoutuneita. Loput 82 % (n=9) olivat sitoutuneista hyvin tai melko hyvin (kuva 6).



Kuva 6: Sepelvaltimotaudin sairastamisaika ja hoitoon sitoutuneisuus

Potilaita pyydettiin viimeisessä kysymyksessä valitsemaan parhaiten vastaushetkellä tilannettaan kuvaileva vaihtoehto. 96 % (n=50) vastasi kysymykseen. 6 % (n=3) kertoi, ettei tietoa sairautensa hoitamiseksi ole riittävästi. 8 % (n=4) kertoi, ettei ole muuttanut elintapojaan, vaikka tietoa sairauden hoidosta on. 32 % (n=16) on muuttanut elintapojaan, mutta joutuu miettimään toimintaansa. 54 % (n=27) vastaajista on sitoutunut sairautensa hoitoon niin, että se on osa heidän jokapäiväistä elämäänsä (kuva 7).



Kuva 7: Potilaiden nykytilanne; hoitoon asennoituminen ja tieto sairaudesta

Sairastamisaikaa ja tämänhetkistä tilannetta vertailemalla voi tehdä huomion, että kaikki juuri sairastaneet olivat asennoituneet hoitoonsa hyvin. Yli viisi vuotta sairastaneista 9 % (n=1) oli vastannut, ettei hänellä ole tarpeeksi tietoa sepelvaltimotaudista ja 18 %:lla (n=2) heistä on tarpeeksi tietoa, mutta eivät ole muuttaneet elintapojaan.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetöitä ohjaavat yleiset tutkimuksia koskevat eettisyys- ja luotettavuus vaatimukset. Tutkimusmenetelmän eettisyys huomioidaan tiedonhankinnassa ja tiedon julkaisemisessa. Tutkimusta tehtäessä noudatetaan rehellisyyttä ja huolellisuutta sen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen missään vaiheessa ei saa plagioida toisen tekstiä ja lähdeviitemerkinnät tehdään tarkasti. Tutkimusraporttia kirjoitettaessa ei tehdä kritiikittömiä yleistyksiä eikä raportointi saa olla harhaanjohtavaa. Raportissa huomioidaan myös tutkimuksen puutteet. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-27.) Eettisiä arvoja noudattaen hankitut tulokset julkaistaan avoimesti. Aikaisemmat tutkimukset huomioidaan niille kuuluvan arvon mukaan. Tutkimuksen suunnittelu-, raportointi- ja toteutusvaiheita ohjaavat niille asetetut vaatimukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-27.)

Opinnäytetyön missään vaiheessa ei oltu tekemisissä potilastietojen kanssa, koska työn tilaaja postitti lomakkeet. Kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä (liite 4) ilmeni otantaan valituille henkilöille tieto yksityisyyden suojasta, lomakkeen palauttamisen vapaaehtoisuudesta ja kyselyn tarkoitus (Heikkilä 2008, 29-32). Kyselyn toteuttamista varten tehtiin tutkimuslupahakemus sairaalan johtajalle HUS:n ohjeiden mukaan (HUS 2010.). Tutkimuslupa (liite 3) myönnettiin 22.11.2010. Kyselylomakkeen avulla saatu aineisto analysoitiin tuloksia muuttamatta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta luonnehditaan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti (Tuomi 2007, 149). Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa pitäydytään tutkimuskysymyksen rajaamassa aiheessa. Validiteetti toteutuu, kun kyselylomake rakentuu mahdollisimman tarkasti käsiteltyyn teoriaan. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan sekä mittaamisen että tulosten luotettavuus. Sisäiseen validiteettiin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa historia ja vastaajien kosketus aiheeseen lähipenneyksyydessä. Ulkoista validiteettia arvioitaessa on huomioitava otoksen kattavuus, jolloin tuloksen yleispätevyyttä on arvioitava kriittisesti. Ulkoista validiteettia arvioitaessa on myös huomioitava, että tutkittavan antamiin vastauksiin on voinut vaikuttaa tietoinen tutkimuksessa mukana oloinen. Luotettavuutta arvioidessa on huomioitava myös tutkittavien tavoittaminen ja kuinka heidät on saatu osallistumaan tutkimukseen sekä otoksen valintaperuste. Tutkimusmenetelmä sekä tulosten hyödyntämismahdollisuus käytännön hoitotyöhön ovat niin ikään merki-

tyksellisiä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. Mittarilla pyritään saamaan tuloksia, joita ei voida pitää sattumanvaraisina. Reliabiliteettia voidaan arvioida käyttämällä samaan mittaria eri aineistoissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-154.) Tässä opinnäytetyössä reliabiliteetti ei mainitulla tasolla täysin toteudu, koska otanta rajoittuu vain tiettyyn ryhmään tietyllä alueella.

Joidenkin kysymysten kohdalla analysointia vaikeutti vastaajille annettu mahdollisuus valita strukturoitujen vastausten joukosta useampi vastausmahdollisuus. Kyselylomakkeessa oli muutamia aiheiltaan kovin lähellä toisiaan olevia kysymyksiä. Analysointia tehdessä huomattiin, että lisäkysymyksiä joihinkin kohtiin olisi tarvittu, jotta vastauksista olisi saatu tarkempia. Lisäksi kysyttäessä potilaan omaa kokemusta ohjauksesta, vastaus on subjektiivinen eikä välttämättä siis anna todellista kuvaa tilanteesta. Vastausprosenttiin arveltiin vaikuttaneen alentarvasti lyhyt vastusaika ja kyselyn ajoittuminen joulun läheisyyteen. Lisäksi kaksi potilasta soitti saaneensa kyselylomakkeen, mutta eivät sairastaneet sepelvaltimotautia vaan olivat olleet osastolla hoidossa sepelvaltimotautiepäilyn vuoksi. Näitä potilaita on saattanut olla enemmänkin, vaikka yhteyshenkilöt olivat valinneet potilasjoukon diagnoosin perusteella.

Kysymyslomake esiteltiin osasto 3:n viidellä sepelvaltimotautipotilaalla. Yhteyshenkilöt valitsivat testiryhmän. Potilaat saivat testilomakkeet saatekirjeineen. Esitestauslomakkeen loppuun vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida vaikeiksi tai epäselviksi kokemiaan kysymyksiä. Testiryhmä edusti terveydentilaltaan sadan henkilön tutkimusjoukkoa, joille varsinaiset kyselylomakkeet lähetettiin. Työvaiheet noudattivat Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 152-154) esittelemää menetelmää. Testauksen perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä tarkennuksia. Lomakkeen alkuun lisättiin huomio, että kaikkiin kysymyksiin tulisi vastata, sillä testilomakkeissa oli muutamia merkittäviä huomiotta jätettyjä kysymyksiä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyötä aihetta suunniteltaessa käytiin keskusteluja työn tilaajan kanssa. Keskusteluissa ilmeni, että hoitajan näkökulmasta sepelvaltimotautipotilaiden hoitoon sitoutumisessa olisi parantamisen varaa. Kyselyn avulla pyrittäisiin selvittämään potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja toiveitaan siitä.

Kyselyn mukaan potilaat ovat omasta mielestään hyvin tai melko hyvin sitoutuneita hoitoonsa. Vain muutama ilmoitti olevansa huonosti sitoutunut hoitoon. Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin hoitoon sitoutumista ja elintapamuutoksia suhteessa sairastamisaikaan. Sairastamisaikaa koskevaan kysymykseen vastanneista juuri tiedon saaneista hyvin ja melko hyvin sitoutuneita ilmoitti olevansa kaikki, alle puoli vuotta sairastaneista hyvin ja melko hyvin sitoutuneita oli lähes kaikki ja ½ -4 vuotta sairastaneet kaikki ilmoittivat olevansa hyvin ja melko hyvin

sitoutuneita. Hoitoon ja pysyviin elintapamuutoksiin sitoutumista arvioitaessa on kuitenkin huomioitava Haaralan ym. (2008, 161) esittelemä muutosvaihetheoria, jonka mukaan vasta yli viisi vuotta jatkuneet elintapamuutokset voidaan arvioida pysyviksi. Haarala ym. (2008, 161) tähdentävät, ohjauksen tarvetta ja merkitystä, jos uusia elintapoja on noudatettu alle viisi vuotta. Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin potilaiden kokemusta terveydentilastaan ja hoitoon sitoutumisestaan. Kaikki hyvin ja melko hyvin hoitoonsa sitoutuneet kokivat terveydentilansa hyväksi. Melko hyväksi terveydentilansa kokeneet olivat hyvin tai melko hyvin hoitoon sitoutuneita. Tässäkin tarkastelussa on huomioitava sairastamisajan merkitys sekä sitoutumiseen nähden että potilaan omaan kokemukseen terveydentilastaan. Huonoksi terveydentilansa kokeneet ilmoittivat kuitenkin olevansa melko hyvin hoitoonsa sitoutuneita.

Kyselyssä ilmeni, että lähes kaikki käyttävät sepelvaltimotautilääkkeitä säännöllisesti. Lääkehoidon osalta sitoutumista tähän kyselyyn osallistuneilla voidaan pitää hyvänä. Vanhanen (2008) toteaa tutkimuksiin perustuen, että pitkäaikaiseen lääkehoitoon sitoutuu vain puolet potilaista. Tässä kyselyssä otannan koosta ja muista tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavista syistä, saadut tulokset eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien tutkimusten kanssa.

Lähes kaikki kertoivat noudattavansa aina ja osittain sydänystävällistä ruokavaliota. Vain yksi kertoi, ettei tiedä, mitä sydänystävällinen ruokavalio tarkoittaa. Kyselyssä ei kuitenkaan yksilöity tarkemmin sydänystävällistä ruokavaliota ja sen sisältöä, joten ei voida tarkkaan päätellä, mitä sydänystävällistä ruokavaliota noudattavien aterioihin sisältyy. Blekin ym.(2007) tekemän tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautipotilaat itse pitivät ruokavaliota merkittävimpänä sairauteen vaikuttavana tekijänä.

Tupakoitsijoita kyselyyn vastanneista oli 15 % ja puolet vastanneista ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin. Ohjauksella kertoi olleen vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen tai vähentämiseen 35 %. Suoraa yhteyttä ohjauksella tupakoinnin lopettamiseen ei voida tulosten perusteella päätellä, koska lopettamisaikaa ei erikseen kysytty. Tupakointi kuuluu merkittävimpiin riskitekijöihin kohonneen verenpaineen, veren suuren LDL-kolesterolipitoisuuden ja diabeteksen rinnalla (Reunanen 2008, 332). Vuonna 2008 tehdyn asiantuntijaryhmän raportin mukaan Suomessa sepelvaltimotaudin vuoksi sairaalahoitossa olleista potilaista tupakointia jatkoi 25 % (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 25). Saatujen vastausten perusteella kaikilla vastanneilla oli tupakointiin kielteinen asenne. Yli neljännes ilmoitti, ettei käytä lainkaan alkoholia. Viidesosa kertoi ohjauksella olleen vaikutusta alkoholin käyttöönsä, mikä on 13 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ohjauksen vaikutus tupakointiin.

Liikunnan harrastus kyselyyn osallistuneilla oli melko hyvää, sillä ainoastaan 8 % ilmoitti, ettei harrasta lainkaan liikuntaa. Liikuntaa oli lisännyt ohjauksen jälkeen 41 %. Säännöllistä liikun-

taa painotetaan tärkeänä osana sepelvaltiotautipotilaan kuntoutumisessa. Päivittäisellä liikunnalla on myönteinen vaikutus myös sepelvaltimotaudin riskitekijöiden kannalta. (Sepelvaltimokuntoutuksen käsikirja 2006, 10.)

Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin potilaiden arviota nykytilanteensa ja sairastamisajan suhteen. Kaikki juuri sairastumisestaan tiedon saaneet tunnistivat, että he ovat asennoituneet sairauteensa hyvin ja ottaneet siihen liittyvät asiat osaksi arkea. Yli viisi vuotta sairastaneista yli kolmannes kertoi muuttaneensa elintapojaan, mutta joutuu edelleen kiinnittämään huomiota valintoihinsa. Saman verran tästä ryhmästä koki, että elintapamuutoksista oli tullut luonteva osa arkea. Tämä noudattelee muutosvaihe teoria sykliä (liite 2), jossa ylläpitovaiheesta ollaan siirtymässä tai on jo siirrytty pysyvään vaiheeseen (Haarala ym. 2008, 161). Tehdyn ristiintaulukoinnin perusteella kaikissa muissa ryhmissä, paitsi juuri sairastumisestaan tiedon saaneissa, oli yksi vastaaja, joka koki sairauteen liittyvän tiedon riittämättömäksi.

Kyselyn mukaan ohjausta oli saanut hoitajalta 56 % ja lääkäriltä 40 %. Potilailta kysyttäessä ohjauksen määrää ja siihen käytetyn ajan riittävyyttä ilmeni, että yli puolet toivoi ohjausta lisää. Ajallisesti liian lyhyenä ohjausta piti myös yli puolet. Potilasohjauksesta on tehty paljon tutkimuksia sekä Suomessa että ulkomailla. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyys ohjaukseen oli sidoksissa ohjaukseen käytettyyn aikaan sekä saamaansa riittävään tietoon sairaudestaan. Tutkimuksissa on tullut esille myös hyvän materiaalin ja motivoituneen ohjaajan merkitys. (Kyngäs 2008, 27; Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Potilaiden saamaa ohjausmuotoa selvitettyä ilmeni, että audiovisuaalisen ohjauksen osuus oli 12 % ja ryhmäohjausta oli saanut vain yksi potilas. Ainoastaan kirjallista ohjausta oli saanut 14 %. Tämän perusteella voidaan päätellä, että yksilöohjaus kirjallisena ja suullisena on ollut käytetyin ohjausmuoto. Yksilöohjauksen yleisimmin käytetyksi ohjausmuodoksi ovat maininneet myös Kyngäs ym. (2007, 74), he tähdentävät sen etuina suoran vuorovaikutuksen, mikä antaa mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin. Kääriäinen ym. (2007, 74-103) ovat myös painottaneet yksilöohjauksen etuna tehokkuutta oppimisen kannalta ja potilaiden on havaittu arvostavan eniten yksilöohjausta. Kyselyn perusteella ohjausta arvostetaan, sillä ohjauksen laatua koskevassa kysymyksessä vain 6 % piti sitä tarpeettomana. Blek ym. (2007) tutkimukseensa perustuen tähdentävät, että potilaan saadessa tarpeitaan vastaavaa ohjausta myös hänen motivaationsa elintapamuutoksiin paranee.

Tehdyssä kyselyssä ilmeni, että valta osa potilaista itse koki olevansa hyvin tai melko hyvin hoitoonsa sitoutuneita, vain alle kymmenen prosenttia kertoi huonosta sitoutumisestaan. Ristiintaulukoinnin avulla selvisi kuitenkin, että hyvin ja melko hyvin hoitoonsa sitoutuneita oli ½-4 vuotta sairastaneiden joukossa eniten, mikä oli myös suurin vastaaja joukko. Saatujen vastausten perusteella voidaan arvella, että neljä ja puoli vuotta oli liian suuri aikaväli, mikä

mahdollisesti väärästi tulosta. Joukossa oli paljon henkilöitä, joille sairaus oli vielä melko tuore kokemus ja jolloin siihen sisältyy mahdollisesti vielä uuden asian tuomaa kiinnostusta ja ehkä pelkoakin. Vastauksissa oli yllättävää, että kaikki juuri tiedon saaneet kokivat olevansa hyvin hoitoon sitoutuneita. Kokonaisuudessaan sitoutumiseen liittyvissä kysymyksissä voidaan nähdä ero potilaan subjektiivisessa näkemyksessä ja hoitajan näkemyksessä opinnäytetyön aloittamista edeltävän keskustelun perusteella. On huomioitava myös, että kyselyyn vastajiksi ovat vastanneet juuri ne henkilöt, jotka ovat hoidostaan kiinnostuneita. Tiedossa ei ole, missä suhteessa lomakkeita postitettiin potilaiden sairastamisaikaan tai ikään nähden.

Lisäksi selvitettiin potilaiden kokemuksia annetusta ohjauksesta. Tulosten perusteella havaittiin, että ohjausaika koettiin lyhyeksi ja ohjausta toivottiin olevan enemmän. Kyselyssä ei kuitenkaan selvitetty tarkemmin, toivoivatko potilaat erityisesti toistuvia ohjauskertoja, mutta näin voidaan päätellä, sillä keskimäärin potilailla ohjauskertoja oli vain yksi. Kyselyssä ei myöskään kysytty, millaista ohjaustapaa potilaat olisivat toivoneet. Ohjaukseen nähden potilaan ja ohjaajan näkökulmat saattavat poiketa toisistaan, syynä voi olla Absetzin (2010) esittämä ohjaajan ja ohjattavan taustatekijöiden vaikutus ohjaukseen. Ohjauksen merkitystä potilaille tarkasteltiin myös toteutuneiden elintapamuutosten perusteella. Potilaat kokivat ohjauksella olleen vaikutusta etenkin ruokailu- ja liikuntatottumuksiin sekä tupakointiin. Näidenkin osa-alueiden kohdalla validiuteen vaikuttavina tekijöinä on huomioitava esim. potilaiden tietoinen mukana olo tutkimuksessa ja muut validiuteen vaikuttavat seikat, joita on työn teoriaosuudessa selvitetty. Koska vastaajien ikäjakauma ei ollut tasainen, ei voida luotettavasti verrata potilaiden iän merkitystä heidän kokemuksiinsa ohjauksesta saadusta hyödystä. Vastauksissa ohjauksen merkityksestä elintapamuutoksiin ja ohjauksesta saadusta hyödystä on havaittavissa epäjohdonmukaisuutta. Yli kolmannes vastaajista ei ollut osannut kertoa mielihpidettään kysymykseen ohjauksen hyödystä, mikä vaikuttaa kokonaistulokseen. Kyselyssä ei selvinnyt, oliko potilailla ollut jo ennen sairastumistaan terveelliset elintavat, jolloin ohjauksella on ollut vähäisempi merkitys.

Potilaiden oma kokemus sitoutuneisuudesta hoitoon eroaa osaston henkilökunnan näkemyksestä. Ohjauksessa tulisi huomioida muutosprosessin hitaus ja siihen kuuluvat repsahdukset. Ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja siinä tulisi huomioida potilaiden erilaiset taustatekijät. Potilas tarvitsee tukea ja rohkaisua muutosprosessin eri vaiheissa. Koska kyselyn mukaan potilaat selvästi toivovat ohjausta lisää, siihen tulisi varata lisää resursseja. Ohjausta tehostamalla voidaan vaikuttaa potilaiden tietämykseen sairaudestaan ja näin mahdollisesti vähentää toistuvia hoitojaksoja sairaalassa.

Lähteet

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin. *Terveystieteiden tutkimus* 1/2010, 8-12.

Airaksinen, J. 2008. Sepelvaltimotaudin konservatiivinen hoito. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) *Kardiologia*. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 350-359.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elämäntapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009: 46(3): 148-158.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2): 191-215. Tulostettu 25.4.2010.
<http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1977PR.pdf>

Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. *Tutkiva hoitotyö* 4/2007, 9-13.

Dyslipidemiat. Käypä hoito-suositus 2009. Viitattu 20.3.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025>

Duodecim. Lääketietokanta. Viitattu 26.3.2010.
http://neli.laurea.fi:2056/terveysportti/dlr_laake.koti

Ehrling, L. & Rakkolainen, M. 2008. Potilaan motivointi elintapamuutokseen. *Terveystieteiden tutkimus* 8/2008, (vol. 41) 6-8.

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2010. Lääkehoitoon sitoutuminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Tulostettu 31.3.2010. <http://neli.laurea.fi:2056>

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. *Terveystieteiden tutkimus* osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Hartikainen, J., Mäkitjärvi, M. & Huikuri, H. 2008. Sydänpysähdys ja äkkikuolema. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) *Kardiologia*. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 613-627.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hoitoilmoitustietokannat. Luettu 9.4.2010. <http://www.stakes.info/cognos73/cgi-bin/ppdscgi.exe?E=/hilmo/KuntaHilmo>

HUS 2010. Opinnäytetyön tutkimuslupa. Luettu 2.10.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2530,32117>

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P. & Patja, K. Miksi potilaiden elintavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkärin näkemyksiä. *Suomen Lääkärilehti* 42/2009 vsk 64, 3557-3561.

Kaarela, E., Kaski-Martinviita, R. & Kukkonen, T. 2008. Sydänpotilaan ohjaus. Tutkimusraportissa Lipponen, K., Ukkola, L. Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutetut potilasohjauksen toimintamallit. 2. uusittu painos. Oulu: Oulun yliopistopaino. (19-33). Viitattu 12.4.2010.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UoKfzyz4l74J:www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf+Page+1+Pohjois-Pohjanmaan+sairaanhoitopiirin+julkaisu+Publication+Series+of+the+Northern+Ostrobothnia+Hospital+District+3/2008&cd=2&hl=fi&ct=clnk&gl=fi

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisenä verkostotyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva hoitotyö. 3/2007, 30-33.

Karlsson, H. 2008. Sydänsairaudet. Masennus ja sydäninfarkti. Duodecim. Sairaanhoitajan tietokannat. Tulostettu 15.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=masennus

Kauppinen, A. & Poikonen, N. 2010. Äkillisen sepelvaltimotautikohtauksen saaneen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja.

http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti

Kelan tilastollinen vuosikirja 2008. Sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden käyttö avohoidossa lääkeryhmittäin 2008. www.kela.fi/tilastot

Kettunen, R. & Airaksinen, J. Kroonisen sepelvaltimotaudin diagnostiikka. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 339-349.

Kettunen, R. 2008a. Sepelvaltimokierto ja sepelvaltimoiden anatomia. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino, 31-34.

Kettunen, R. 2008b. Elintapamuutokset sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Duodecim. Sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 20.3.2010.

http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=el%E4m%E4ntapa

Kettunen, R. 2008c. Milloin kajoavaa hoitoa sepelvaltimotautiin? Suomen Lääkärilehti. 43/2008, 3665-3669.

Kettunen, R. 2008d. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino, 241-275.

Kiiltomäki, A. 2007. Sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama kriisi. Teoksessa Kiiltomäki, A. & Muma, P. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Gummerus kirjapaino, 57-67.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito-suositus. 2009. Luettu 11.3.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010>

KTL, Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta. Luettu 9.4.2010.

<http://www3.ktl.fi/stat/>

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Tammi, 27-40.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: University press. Viitattu 21.3.2010.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 4/2005, 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10/2008, 6-9.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettavissa www muodossa
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laine, M. 2008. Sydänsairauksiin liittyvät tutkimukset. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino, 40-43.

Lehto, S. & Miettinen, H. 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien muuttuva kirjo. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 74-81.

Lindeberg, R. & Koivula, M. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden toimintakyky yhdeksän vuotta ohitusleikkauksen jälkeen. Hoitotiede 3/2009, 185-195.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Tiivistelmä. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Luutonen, S. 2007. Sepelvaltimopotilaan masennuksen diagnostiikka ja hoito. Yleiskatsaus. Suomen Lääkärilehti. 46/2007, 4319-4321.

Mustajoki, P. 2009a. Tietoa potilaalle: Sydäninfarkti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti

Mustajoki, P. 2009b. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti

Mäkijärvi, M. 2008. Sydänsairaudet ja niiden syyt. Sydänsairaudet. Tulostettu 20.9.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti

Niemelä, M., Kervinen, K., Romppanen, H. & Vikman, S. Naisten sepelvaltimotauti. Duodecim 2009;125:739-746.

Onnismäa, J. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö. Tampere: Gummerus.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimuksen suunnittelu. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.

Penttilä, U-R. 2008. Sydänsairauden sokista selviytyminen. Tulostettu 15.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=syd%E4nsairaudet

Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. Terveystietä 6/2006, 14-15.

Preve oy. Viitattu 15.4.2010. http://www.preve.fi/tuloksia/fi_FI/TERVA-hankkeen_tulokset/
Rakkolainen, M. 2004. "Velat muuttuu saataviksi"- Motivoivan haastattelun periaatteiden toteuttaminen Mikkelin vankilan parityönä toteutetuissa päihdehaastatteluissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 28.3.2010. http://www.vhkk.fi/Rakkolainen_Maria.pdf

Reunanen, A. 2008. Kroonisen sepelvaltimotaudin epidemiologia ja vaaratekijät. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 328-338.

Reponen, M. 2010. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tai elekttiiviseen pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 28.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti

Rollnick, S., Miller, WR & Bulter, CC. 2008. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. Viitattu 18.4.2010. <http://www.guilford.com/excerpts/rollnick.pdf>

Rönnemaa, T. 2009. Sepelvaltimotaudin ehkäisy ja hoito. Luettu 29.3.2010. <http://nelli.laurea.fi:2056>

Salomaa, V., Pääkkönen, R., Hämäläinen, H., Niemi, M. & Klaukka, T. 2007. Beetasalpaaja ja statiini puuttuvat edelleen monen infarktipotilaan lääkityksestä. Suomen Lääkärelehti 34/2007, 2964-2966.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Tabu-lehti 5/2006, 4-7.

Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja. 2006. Suomen sydänliitto ry.

Sepelvaltimopotilaan hoitopolku Hyvinkään terveystieteiden keskuksessa. Tulostettu 17.11.2009. <http://ossi/Perusturva/Terveyspalvelut/>

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja - vaaran arviointi ja hoito. 2009. Käypä hoito-suositus. Tulostettu 28.1.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058>

Sepelvaltimotautiopas. 2006. Suomen Sydänliitto ry. http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/sydansairaudet/sepelvaltimotauti/fi_FI/sepelvaltimotauti/_files/79551499084893487/default/Sepelvaltimotauti_opas.pdf

Suomen Sisätautilääkärin Yhdistys, Suomen Kardiologinen Seura, Suomen Verenpaineyhdistys, Suomen Yleislääkärit ry, Suomen Työterveyslääkäriyhdistys, Suomen Neurologinen Yhdistys, Sosiaalilääketieteen Yhdistyksen Käyttätymistieteen jaos, Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivohalvaus- ja Dysfasialiitto. Uusittu Eurooppalainen suositus: Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärityössä. Lääkärelehti, 2004;59(20):2117-2119

Suomen Sydänliitto ry. Suomalainen sydänohjelma. Tulostettu 5.3.2010. http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/fi_FI/suomalainen_sydanohjelma/

Suomen Sydänliitto ry. 2009. Sydänterveyttä edistävä ravitsemussuositus. Luettu 29.3.2010. http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/sydanliiton_ravitsemussuositus/

Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypähoitosuositus 2009. Luettu 18.4.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04050>

Sydäninfarktin toteaminen. Käypähoitosuositus 2009. Luettu 18.4.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00033>

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008. <http://www.ktl.fi/>

Tilastokeskus. Kuolinsyyt 2008. Työikäisten yleisimmät kuolemansyyt. Viitattu 20.2.2010.
www.tilastokeskus.fi

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Helsinki: Edita Prima.

Valkamo, M., Hintikka, J., Niskanen, L., Kettunen, R. Salminen, J. & Viinamäki, H. 2005. Se-
 pelvaltimotautipotilaan masennuksen diagnostiikka ja hoito. Suomen Lääkärilehti 5/2005,
 539-543.

Vanhanen, H. 2008. Sydän-lehti 2/2008. Tulostettu 9.3.2010.
http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_2_08/laakariliite/fi_FI/kroonisten_sairauksien_tehokas_hoito/

Viikari, J. & Kovanen, P. 2009. Valtimotaudin kokonaisriskin arviointi ja potilaan motivoiminen hoitoon. Suomen Lääkärilehti 51-52/2009 vsk 64,4449-4454.

Ylitalo, A. & Ikäheimo, M. 2008. Sydämen kajoavat tutkimukset. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S., Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 265-281.

Julkaisematon lähde:

Kilpeläinen, T. & Vanhala, O. 2010. Tapaaminen työelämän edustajien kanssa 13.10.2010 os.3, Hyvinkään sairaala.

Vanhala, O. 2009. Apulaisosastonhoitaja os.3, Hyvinkään sairaala. 16.11.2009 keskustelu työelämän ohjaajan kanssa Hyvinkään sairaalassa os. 3.

Vanhala, O. 2010. Apulaisosastonhoitaja os.3, Hyvinkään sairaala. Sähköposti. Tulostettu 10.3.2010

Taulukot ja kuvat

Taulukko 1: Kolesterolin tavoitearvot	9
Taulukko 2: Sepelvaltimotaudin riskitekijät	11
Taulukko 3: Sepelvaltimotaudissa käytettävät lääkkeet	13
Taulukko 4: Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät. (Kygäs 2007, 31.).....	17
Taulukko 5: Ohjausmuodot	19
Taulukko 6: Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu.....	25
Kuva 1: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006.) .	22
Kuva 2: Potilaiden kokemus ohjauksesta	28
Kuva 3: Potilaiden kokemus ohjaukseen käytetystä ajasta.....	29
Kuva 4: Potilaiden kokema hyöty ohjauksesta	30
Kuva 5: Potilaiden kokemus hoitoon sitoutumisestaan	31
Kuva 6: Sepelvaltimotaudin sairastamisaika ja hoitoon sitoutuneisuus	32
Kuva 7: Potilaiden nykytilanne; hoitoon asennoituminen ja tieto sairaudesta	32

Liite 1. Tavoitteellinen ohjaustapaaminen

Taulukko. Tavoitteellinen ohjaustapaaminen

Esittely

Tapaamisen tarkoitus ja kesto

Tilannearvio asiakkaan näkökulmasta

- Hyvinvointi ja terveys
- Riskit ja elintavat
- Tieto, tunteet ja taito
- Haasteet ja vahvuudet

Ratkaisukeinojen tuottaminen ja niiden sopivuuden arviointi

- Onko toiminut aiemmin?
- Kuinka paljon voimavaroja vaatii?
- Aloitetaan pienistä ja mahdollisimman helpoista asioista

Toimintasuunnitelman laatiminen

- Konkreettisia, toteuttamiskelpoisia vaihtoehtoja
- Mahdollisuus onnistumiseen ja etenemiseen
- Mitä taitoja ja muita voimavaroja tarvitaan?

Toimintasuunnitelman käyttöönotosta sopiminen

- Milloin ja missä toteutetaan
- Mitä apua, tukea, välineitä tarvitaan?

Toimintasuunnitelman toteutuksen arvioinnista sopiminen

- Onko arviointi ainoastaan asiakkaan oma vai tehdäkö sitä yhdessä ammattilaisen kanssa?
- Mistä asiakas itse huomaa, tapahtuuko edistystä?
- Onnistumisten huomaaminen ja tukeminen
- Korjausliikkeet ja varasuunnitelmat
- Hyödyt ja palkinnot

Yhteenveto ohjaustapaamisesta

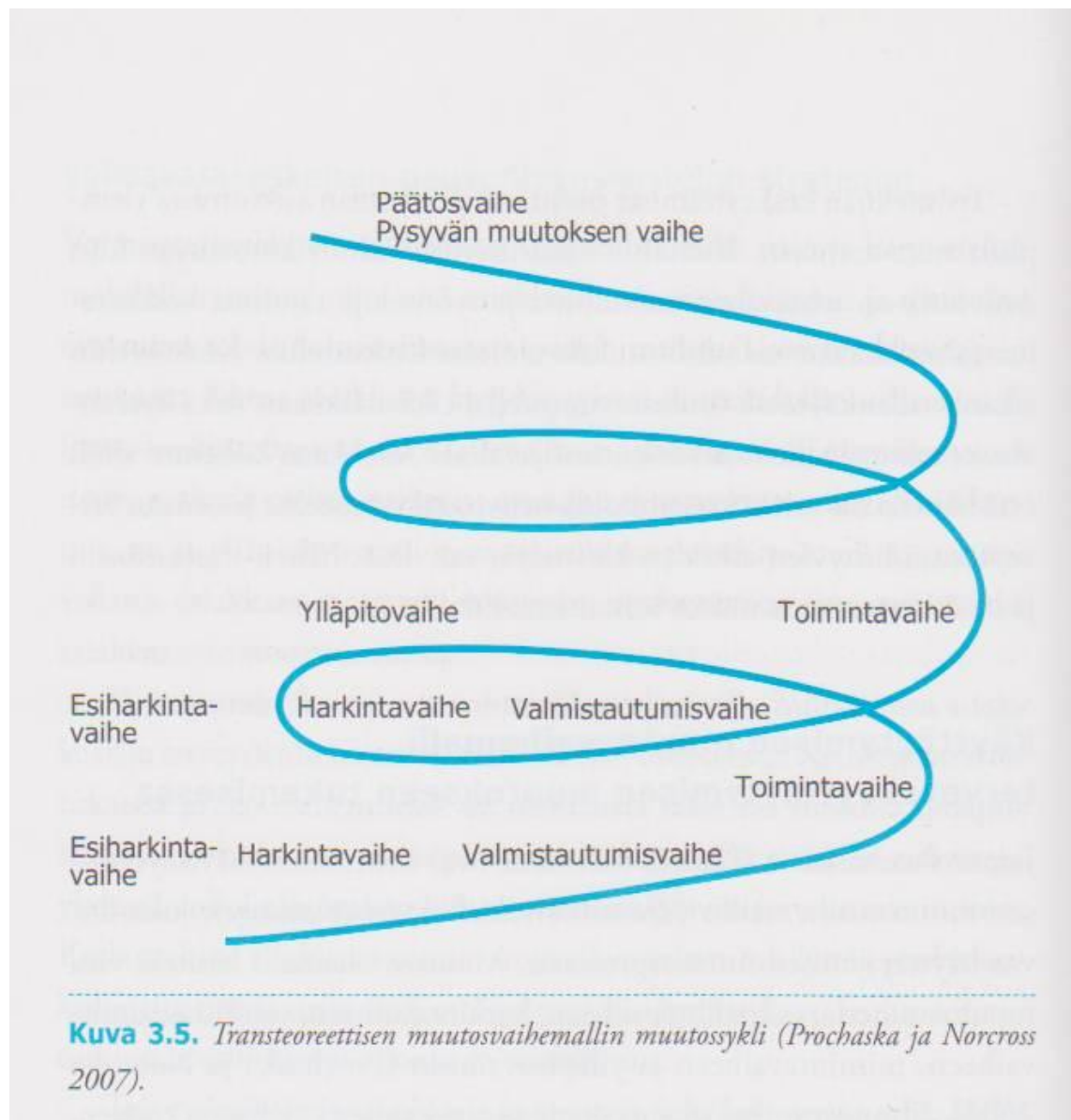
- Mitä sovittiin?

Seurannasta sopiminen

- Muoto: omaseuranta, puhelinseuranta vai tapaaminen?
- Sisältö: mitä seurataan tai mitä käsitellään?

(Absetz 2010.)

Liite 2. Muutosvaihemallin muutossykli



(Haarala ym. 2008, 156.)

Liite 3. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI Hyvinkään sairaanhoitoalue 2009 Tulosalueen johto	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (1) § 158 22.11.2010
Hakija	Sh-opiskelijat Seija Kauppi ja Susanna Mäenpää
Esittelijä	Osastoryhmän päällikkö Anne Vinkanharju
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN "SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN HOITOON SITOUTUMINEN" OPINNÄYTETYÖLLE
Tutkijat/tutkimusryhmä	sh-opiskelija Seija Kauppi ja Susanna Mäenpää
Perustelut	Kyseessä sairaanhoitaja-opiskelijoiden opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on selvittää sepelvaltiotautia sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta sekä heidän sitoutumisestaan hoitoonsa. Valmiin opinnäytetyön tarkoituksena on auttaa hoitajia kehittämään ohjaustaan.
Päätös	Edellä olevan mukaan päätän, että Seija Kaupille ja Susannan Mäenpäälle myönnetään tutkimuslupa esitetyille opinnäytetyöille. Opinnäytetyön vastuuhenkilönä Hyvinkään sairaalassa toimii apulaisosastonhoitaja Oili Vanhala.
Ehdot	Opinnäytetyön valmistuttua loppuraportti tulee toimittaa sairaanhoitoalueen hallintoon. Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekisteriselosteen pysyväisohjeen 2/2006 mukaisesti. Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002 HUS, toimitusjohtajan päätös § 168/2002 Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Päätösvallan peruste	Hallintosääntö 20 §
Lisätietojen antaja	Seija Kauppi, p. 0400 704657 Asko Saari Hyvinkää sairaanhoitoalueen johtaja
Liitteet JAKELU Lähetetty tiedoksi	Seija Kauppi, Susannan Mäenpää, Oili Vanhala, Anne Vinkanharju, Pirkko Brander

Liite 4. Saatekirje



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Hyvinkään sairaalan osasto kolmen sydänsoluun. Työmme tarkoituksena on selvittää sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta sekä heidän sitoutumisestaan hoitoonsa. Tavoitteena on, että sydänsolun henkilökunta saa tietoa ohjauksen vaikutuksesta hoitoon sitoutumiseen. Valmiin opinnäytetyön tarkoituksena on auttaa hoitajia kehittämään ohjaustaan.

Kyselylomake on lähetetty sadalle potilaalle, jotka ovat olleet hoidettavina sepelvaltimotaudin vuoksi Hyvinkään sairaalan osasto kolmella 1.1.2010 jälkeen.

Tutkimus suoritetaan eettisiä periaatteita noudattaen. Kyselyyn vastanneiden potilaiden henkilöllisyys ei tule julki tutkimuksen missään vaiheessa eikä heidän henkilöllisyytensä paljastu opinnäytetyön tekijöille. Apulaisosastonhoitaja Oili Vanhala ja sydänhoitaja Terhi Kilpeläinen postittavat kirjeen potilaiden kotiin ja vastaus lähetetään palautuskuoressa, jossa on postimaksu maksettu. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimukseen on haettu lupa Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja Asko Saarelta.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat:

Seija Kauppi seija.kauppi@laurea.fi

Susanna Mäenpää susanna.maenpaa@laurea.fi

Liite 5. Kyselylomake

Kyselylomake sepelvaltimotautia sairastaville henkilöille.

Vastatkaa **kaikkiin** seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä vastauksenne numero/numerot tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

- 1. nainen
- 2. mies

2. Ikä

- 1. alle 50
- 2. 51-65
- 3. yli 66

3. Asutteko

- 1. yksin
- 2. puolison kanssa
- 3. muun läheisen kanssa

4. Mikä on koulutuksenne?

- 1. kansakoulu
- 2. ammattikoulu
- 3. opisto
- 4. yliopisto

5. Oletteko tällä hetkellä

- 1. sairauslomalla
- 2. eläkkeellä
- 3. työtön
- 4. muu vaihtoehto: mikä_____

6. Paino_____kg

7. Pituus_____cm

Terveystilaan ja elintapoihin liittyvät kysymykset.

8. Kuinka kauan olette sairastanut sepelvaltimotautia?

1. Olen juuri saanut tiedon sairastumisestani sepelvaltimotautiin.
2. Alle ½ vuotta
3. ½ -4 vuotta
4. Yli 5 vuotta

9. Montako kertaa olette olleet sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi?

1. Yhden kerran
2. 2-4 kertaa
3. Yli 5 kertaa

10. Oletteko sairastaneet sydäninfarktin?

1. Kyllä, _____ kertaa (lukumäärä)
2. En

11. Käyttekö sepelvaltimotautilääkkeitä säännöllisesti?

1. Kyllä
2. En käytä, koska (valitkaa alla olevista vaihtoehdoista VAIN, jos ette käytä)
 - 2.1 lääkkeet ovat kalliita
 - 2.2 lääkkeistä tulleet sivuvaikutukset
 - 2.3 lääkkeet ovat mielestäni tarpeettomia
 - 2.4 syön lääkkeitä jaksoittain
 - 2.5 en halua käyttää lääkkeitä
 - 2.6 minulle ei ole määrätty lääkkeitä
 - 2.7 muu syy, mikä _____

12. Onko teillä sepelvaltimotautiin altistavia tekijöitä? (ympyröikää sopivat vaihtoehdot)

1. ylipaino
2. diabetes
3. verenpainetauti
4. perimä eli esiintyykö suvussanne sepelvaltimotautia
5. stressi
6. masennus

13. Millaiset kolesteroliarvot teillä on?

1. En tiedä mitä kolesterolia tarkoittaa.
2. En tiedä kolesteroliarvoani.
3. Kolesterolini (kokonaiskolesterolini S-kol) on _____
HDL-kol (hyvä kolesterolia) on _____
LDL-kol (huono kolesterolia) on _____

14. Tupakoitteko?

1. En ole koskaan tupakoinut.
2. Tupakoin ennen, mutta olen lopettanut.
3. Tupakoin, mutta haluan lopettaa tai vähentää.
4. Tupakoin, enkä halua lopettaa, koska

15. Käytän olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia

1. en ollenkaan
2. noin kerran kuussa tai harvemmin
3. 2-4 kertaa kuussa
4. 2-3 kertaa viikossa
5. 4 kertaa viikossa tai useammin

16. Kuinka monta ANNOSTA alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käyttitte alkoholia? (1 annos 0.33l olutta tai siideriä/12 cl viiniä/4 cl väkevää viinaa)

1. 1-2 annosta
2. 3-4 annosta
3. 5-6 annosta
4. yli 6 annosta

17. Harrastan liikuntaa

1. 3-5 kertaa viikossa puoli tuntia/kerta.
2. 1-2 kertaa viikossa puoli tuntia/kerta.
3. en harrasta liikuntaa lainkaan.

18. Noudatatteko sydänystävällistä ruokavaliota?

1. Noudatan aina.
2. Noudatan osittain.
3. En noudata lainkaan.
4. En tiedä, mitä sydänystävällinen ruokavalio tarkoittaa.

19. Koen terveydentilani olevan

1. hyvä
2. melko hyvä
3. keskinkertainen
4. melko huono
5. huono

Seuraavat kysymykset koskevat Hyvinkään sairaala osasto 3:lla saamaanne sepelvaltimotautiohjausta. Valitkaa Teille sopivat vaihtoehdot.

20. Olen saanut ohjausta viimeisimmän hoitojakson aikana sepelvaltimotautiin

1. hoitajalta Hyvinkään sairaalassa _____ kertaa (lukumäärä)
2. lääkäriltä Hyvinkään sairaalassa _____ kertaa (lukumäärä)
3. En ole mielestäni saanut ohjausta.

21. Sepelvaltimotautiin saamani ohjaus Hyvinkään sairaalaan osasto 3:lla on ollut mielestäni

1. riittävää
2. olisin kaivannut ohjausta enemmän
3. olen kokenut ohjauksen tarpeettomaksi

22. Onko sepelvaltimotautiin saamaanne ohjaukseen käytetty aika ollut mielestänne

1. liian lyhyt
2. sopiva
3. liian pitkä

23. Saamaanne ohjaus osastolla 3 on ollut (ympyröikää sopivat vaihtoehdot):

1. kirjallista
2. suullista
3. audiovisuaalista, esim. video, dvd
4. yksilöohjausta
5. ryhmäohjausta
6. kirjallista ja suullista
7. muu, mikä _____

24. Olen hyötynyt saamastani ohjauksesta

1. erittäin hyvin
2. hyvin
3. en osaa sanoa
4. vähän
5. en ollenkaan

Hoitoon sitoutumiseen liittyvät kysymykset.

25. Miten saamanne ohjaus on vaikuttanut elintapoihinne? Valitkaa sopivat vaihtoehdot:

1. Olen muuttanut ruokavaliotani terveellisemmäksi.
2. Olen lopettanut/vähentänyt tupakointia.
3. Olen lisännyt liikuntaa.
4. Olen lopettanut/vähentänyt alkoholinkäyttöäni.
5. Ohjaus ei ole vaikuttanut elintapoihini lainkaan.

26. Koen olevani sitoutunut hoitooni

1. hyvin
2. melko hyvin
3. huonosti

27. Mikä seuraavista väittämistä kuvaa parhaiten tämänhetkistä tilannettanne?

1. Minulla ei ole tarpeeksi tietoa sepelvaltimotaudista, jotta voisin hoitaa itseäni.
2. Minulla on tietoa sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta, mutta en ole kuitenkaan muuttanut elintapojani.
3. Olen muuttanut elintapojani, mutta joudun jatkuvasti miettimään omaa toimintaani.
4. Olen asennoitunut sepelvaltimotaudin hoitoon siten, että se on osa jokapäiväistä elämääni ja toimin sen mukaan.

**PALAUTATTEHAN KYSELYLOMAKKEEN VASTAUSKUORESSA VIIMEISTÄÄN
13.12.2010 MENNESSÄ.**

KIITOS VASTAUKSISTANNE!