

# SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN MIELIALA JA RYHMÄOHJAUS

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2009  
Aaltola Jenni  
Määttänen Jenni

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

JENNI AALTOLA &  
JENNI MÄÄTTÄNEN:

Sepelvaltimotautipotilaan mieliala ja ryhmäohjaus

Hoitotyön opinnäytetyö

31 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2009

## TIIVISTELMÄ

---

Sepelvaltimotauti on yksi yhteiskuntamme yleisempiä ja vakavampia sairauksia. Se on suomalaisten yleisin kuolinsyy. Sepelvaltimotautiin sairastuminen vaikuttaa sairastuneen sekä fyysiseen terveyteen että henkiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitystä mielialaan. Yhteistyökumppanimme opinnäytetyössämme on Päijät-Hämeen sydänpiiri.

Opinnäytetyömme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Keräsimme aineiston potilaiden kirjoittamien päiväkirjojen avulla sekä tekemällä teemahaastatteluja. Tutkimukseemme osallistui yhteensä kuusi avokuntoutusryhmän potilasta. Heillä kaikilla oli diagnosoitu sepelvaltimotauti. Analysoimme aineiston induktiivisella sisällön analyysillä.

Tuloksistamme ilmeni, että tutkimukseemme osallistujat kokivat saaneensa ryhmäohjauksesta vertaistukea ja kokonaisvaltaista tukea. Ryhmässä vallitsi hyvä henki. Osallistujilla oli ryhmäohjaukseen liittyviä kehittämisajatuksia. He toivoivat esimerkiksi enemmän tapaamisia sekä saavansa lisää lääketieteellistä tietoa. Sairauden diagnosoinnin varmentuminen vaikutti joidenkin mielialaan paljon, toisten taas vähän. Ryhmäohjauksella oli useimmiten positiivinen merkitys osallistujan mielialaan, mutta joillekin merkitys oli vähäisempi kuin toisille.

Avainsanat: sepelvaltimotauti, psyykkinen tukeminen ja ohjaaminen hoitotyössä

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

JENNI AALTOLA &  
JENNI MÄÄTTÄNEN:

Coronary artery disease patient's mood  
and group leading

Bachelor's Thesis

31 pages, 5 appendixes

Spring 2009

ABSTRACT

---

Coronary artery disease is one of our society's most common and serious diseases. For the Finnish population it is the most common cause of death. Coronary artery disease affects on one's physical health but it also has an affect on the mental health. The purpose of our thesis is to describe coronary artery disease patient's experiences about the group leading and what kind of meaning the diagnosis and the group has on the mood.

Our thesis was made by using qualitative research method. We gathered our research material from the journals written by the patients and doing theme interviews. All together there were six participants in our research from the group. They all were diagnosed with coronary artery disease. We analyzed our material with inductive analyzation content method.

In our results, it was shown that the participants of our research experienced that the group had given them peer support and support in every ways. There was a good team spirit in the group. The participants had ideas to improve the group leading. For example more group gatherings and medical information were wished for. When diagnose was confirmed it had big affect on part of the participants' mood, but it also had a little affect. The group leading had mostly positive impact on the mood but for some the impact was minor.

Key words: coronary artery disease, psychical support and guiding in nursing

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 HANKKEISTETUN OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖKUMPPANI	2
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
3.1 Sepelvaltimotauti	3
3.1.1 Sepelvaltimotaudin yleisyys ja vaaratekijät	4
3.1.2 Sepelvaltimotaudin oireet ja diagnostiikka	4
3.1.3 Sepelvaltimotaudin lääketieteellinen hoito	5
3.1.4 Sepelvaltimotautipotilaan terveyden edistäminen	6
3.2 Sepelvaltimotautipotilaan psyykinen tukeminen	7
3.2.1 Mieliala	7
3.2.2 Sepelvaltimotauti ja masennus	8
3.3 Ohjaaminen hoitotyössä	10
3.3.1 Ryhmäohjaus	10
3.3.2 Sairaanhoidaja sepelvaltimotautipotilaan ohjaajana	11
3.3.3 Sairaanhoidajan rooli ryhmäohjauksessa	12
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE, TEHTÄVÄT JA TUTKIMUSMENETELMÄ	13
4.1 Tarkoitus, tavoite ja tehtävät	13
4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä	13
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
5.1 Tutkimukseen osallistujat	14
5.2 Aineiston hankinnan toteutus ja haasteet	14
5.3 Sisällön analyysin perusteet	16
5.4 Sisällön analyysin prosessi	17
6 TUTKIMUSTULOKSET	18
6.1 Sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta	18
6.2 Sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitys sepelvaltimotautipotilaan mielialaan	20
6.3 Yhteenvedo tuloksista	22
7 POHDINTA	23

7.1 Tulosten tarkastelua	23
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	25
7.3 Tutkimuksen eettisyys	26
7.4 Oman oppimisen pohdinta	27
LÄHTEET	29
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on vakava sairaus. Siihen sairastuu vuosittain noin 50 000 ihmistä ja se on suomalaisten yleisin kuolinsyy. 65 vuotta täyttäneistä miehistä lähes kolmasosa ja naisista yli viidesosa sairastaa sepelvaltimotautia. Sepelvaltimotaudin syntyyn vaikuttavat monet tekijät. (Alanko & Haarni 2005, 10.) Potilaan mielialan huomioiminen on tärkeää sekä potilaan hoidossa että kuntoutuksessa. Potilasta pitää hoitaa kokonaisvaltaisesti.

Sepelvaltimotaudin psyykkistä taustaa on tutkittu suhteellisen vähän, mutta silti on havaittu masennuksen lisäävän sekä sepelvaltimotautiin sairastumista sekä sydäninfarktin uusiutumisen riskiä. Sepelvaltimotautia sairastavilla esiintyy masennusta selvästi enemmän kuin muulla väestöllä, sepelvaltimotautiin sairastuneista jopa neljänneksellä on todettu masennusta. Sydäninfarktin jälkeisen masennuksen hoito on hyvin tärkeää, sillä masennus voi vaikuttaa kuntoutumiseen jopa enemmän kuin taudin vaikeusaste. (Alanko & Haarni 2005, 86–87.)

Halusimme löytää tutkimusaiheen, josta löytyy hyvin teoretietoa ja jonka tutkimustuloksille on käyttöä. Löysimme koulumme verkkosivuilta sydänpiirin ehdottamia opinnäytetyöaiheita ja otimme heihin yhteyttä. Tapasimme heidän yhteyshenkilönsä ja kerroimme, mitä ehdotuksia meillä oli opinnäytetyömme suhteen ja hän kiinnostui asiasta. Hän kiinnostui valitsemastamme opinnäytetyön aiheesta ja sovimme yhteistyökumppanuudestamme.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitystä mielialaan. Tavoitteena on kehittää sepelvaltimotautipotilaan avokuntoutusta. Opinnäytetyössämme käytämme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet eli teoreettiset lähtökohdat ovat sepelvaltimotauti, psyykkinen tukeminen ja ohjaaminen hoitotyössä.

Opinnäytetyömme on hankkeistettu opinnäytetyö. Sydänpiirin tarkoituksena on hyödyntää tuloksia omassa toiminnassaan ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista. Hankkeistetusta opinnäytetyöstä valmistelimme toimeksiantosopimuksen. Allekirjoitetun sopimuksen toimitimme laitoksen opintotoimistoon tilastointia varten. Hankkeistetun opinnäytetyön yhteistyösopimus on liitteessä 5.

## 2 HANKKEISTETUN OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖKUMPPANI

Yhteistyökumppanimme on Päijät-Hämeen sydänpiiri. TULPPA-avokuntoutusta eli ryhmässä tapahtuvaa kuntoutusta sepelvaltimotautipotilaille. Kuntoutuksella pyritään ehkäisemään sepelvaltimotaudin etenemistä ja uusia sairauskohtauksia. Ryhmä tarjoaa elintapaohjausta ja tietoa sairauteen liittyvissä asioissa ja sen tavoitteena on vähentää sairauden mukanaan tuomaa pelkoa ja opettaa itsehoitotaitoja.

Kuntoutuksen aikana käydään läpi esimerkiksi seuraavia asioita: sepelvaltimotauti, itsehoito ja vaaratekijät, kipu, ravinto ja liikunta. TULPPA-avokuntoutusryhmä kokoontuu kerran viikossa kymmenen viikon ajan. Tämän lisäksi on seuranta-tapaaminen puolen vuoden ja vuoden kuluttua. Ryhmän kesto on kerrallaan 2-3 tuntia. Ryhmiä järjestettiin vuonna 2008 Päijät-Hämeen alueella esimerkiksi Lahdessa, Asikkalassa, Heinolassa ja Hartolassa.

TULPPA-avokuntoutusohjelma on osa Suomalaista Sydänohjelmaa, joka toimii Sydänliiton kokonaisstrategiana. Suomen Sydänliiton tavoitteena on, etteivät sydän- ja verisuonisairaudet olisi enää työikäisen väestön merkittävä kansanterveysongelma 2020-luvulla. Tavoitteena on myös, että ihmisten toimintakykyiset ja terveet elinvuodet lisääntyvät sekä jo sairastuneet pysyvät mahdollisimman pitkään toimintakykyisinä. (Suomen Sydänliitto ry 2008.)

Suomalaisen Sydänohjelman yhtenä toimintalinjana on sairauden pahenemisen ja uuden kohtauksen ehkäisy ja kuntoutus. TULPPA-avokuntoutusohjelma tuo mahdollisuuden kuntoutumiseen lähelle potilasta. Sitä järjestetään terveyskeskuksissa

sydänpiirien ja julkisen terveydenhuollon yhteistyönä. TULPPA-avokuntoutusohjelma käynnistyi vuonna 2006 kuuden sydänpiirin alueella. (Suomen Sydänliitto ry 2008.)

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat sepelvaltimotauti, psyykinen tukeminen ja ohjaaminen hoitotyössä. Seuraavaksi tarkastelemme niitä lähemmin.

#### 3.1 Sepelvaltimotauti

Olemme ottaneet sepelvaltimotaudin opinnäytetyöhömmе käsitteeksi. Kaikilla opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneilla potilailla on diagnosoitu sepelvaltimotauti. Jokainen heistä on käynyt läpi sairauden mukanaan tuomia muutoksia elämässään.

Sepelvaltimot huolehtivat ihmisen sydänlihaksen valtimoverenkierrosta. Sepelvaltimoiden lähtökohdat sijaitsevat aorttaläpän tyvessä. Oikea sepelvaltimo haaroineen huolehtii sydämen oikean puolen hapetuksesta, kun taas vasen sepelvaltimo haaroineen huolehtii muista sydämen alueista. Sepelvaltimotauti eli koronaaritauti aiheuttaa sepelvaltimoiden ahtautumisen ja edelleen tukkeutumisen. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2006, 129.)

Sepelvaltimotaudissa sairastuvat sydänlihaksen omasta ravinnon- ja hapensaannista huolehtivat valtimot. Sepelvaltimotaudin pääsyy on valtimoiden kovettuminen. Valtimoiden sisäseinämiin kertynyt rasva ja sidekudos kovettuvat pesäkkeiksi, jotka vähitellen pienentävät verisuonen läpimittaa ja estävät verta virtaamasta sydänlihakseen. Tällöin ravinnon ja hapen pääsy sydänlihakseen vaikeutuu. Valtimoiden kovettumisen eteneminen riippuu henkilön yksilöllisistä ominaisuuksista ja elämäntapatekijöistä. (Suomen sydänliitto ry. 2006, 6.)



### 3.1.1 Sepelvaltimotaudin yleisyys ja vaaratekijät

Suomalaisten yleisin kuolinsyy on sepelvaltimotauti. Se on kolme kertaa yleisempi työikäisillä miehillä kuin naisilla, mutta ero tasoittuu iän myötä. Tautiin sairastutaan nuorena, jos tauti todetaan miehillä alle 55-vuotiaana ja naisilla alle 65-vuotiaana tai poikkeuksellisen nuorena, jos nainen sairastuu alle 55-vuotiaana ja mies alle 45-vuotiaana. (Anttila ym. 2006, 129.)

Naisilta kysyttäessä, mitä sairautta he pitivät suurimpana terveysuhkana, tavallisin vastaus on ollut syöpä. Todellisuudessa valtimotaudit ovat naisilla kaksi kertaa yleisempi kuolinsyy kuin kaikki syövät yhteensä. Esimerkiksi Suomessa rintasyöpään kuolee vuosittain noin 800 naista, kun taas sepelvaltimotautiin yli 6000. (Mannonen, Penttilä & Rajala 2006, 10.)

Sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä ovat diabetes, hypertensio, dyslipidemia, korkea ikä, sepelvaltimotauti nuorella lähisukulaisella sekä tupakointi. Ateroomaplakki voi aiheutua monista syistä. Elämäntavat kuten tupakointi, rasvainen ruokavalio, runsas alkoholin käyttö, stressi sekä liikkumattomuus voivat osaltaan aiheuttaa sitä. Vaaratekijöiden yhteisvaikutuksista on olemassa sääntö: mitä useampi vaaratekijä yksilöllä on, sitä suurempi riski hänellä on sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin 10 vuoden sisällä. (Holmia, Murtonen & Valtonen 2006, 198–199.)

### 3.1.2 Sepelvaltimotaudin oireet ja diagnostiikka

Taudin oireet syntyvät sydänlihaksessa vallitsevan hapenpuutteen seurauksena. Kun tauti alkaa ja kehittyy vähitellen, niin suurimmalla osalla potilaita ei ole oireita monenkaan ensimmäisen vuoden aikana. Ajan mittaan esiintyy hapenpuutteesta johtuvia iskeemisiä kohtauksia, joista osa voi olla kivuttomia. Angina pectoris-kipu tuntuu puristavana kipuna tavallisimmin keskellä rintaa. Kipu kestää yleensä muutamia minuutteja ja siihen auttaa nitraattilääkitys. Kipu ilmaantuu tyypillisesti rasituksessa ja helpottuu levossa. Sepelvaltimotauti voi aiheuttaa myös rasituksessa hengenahdistusta, joka menee ohi levossa. (Anttila ym. 2006, 130–131.)

Tyypillinen sepelvaltimotaudin oirekuva riittää perusteluksi aloittaa taudin hoito. Mitä iäkkäämmästä potilaasta on kyse ja mitä enemmän hänellä on taudin riskitekijöitä, sitä suuremmalla todennäköisyydellä hänen rintakipunsa johtuu sepelvaltimotaudista. Kun halutaan tautiepäilylle varmistusta, tarvitaan osoitus sydänlihaksen hapenpuutteesta tai sepelvaltimoiden ahtautumasta. Sydänlihaksen iskemian osoittaa useimmiten kohtauksen aikana otettu sydänfilmi. Sydänvalvonnassa voidaan käyttää myös jatkuvaa EKG-nauhoitusta, josta tulee esille myös oireeton iskemia. Iskemiaa voidaan provosoida esille myös käyttämällä kliinistä rasituskoetta. Sykkeen nousun ja rasitukseen liittyvää iskemiaa saattaa näkyä myös holternauhoituksessa eli EKG-nauhoituksessa. (Holmström & Vauhkonen 2005, 49.) EKG-nauhoitus tarkoittaa 24 tunnin ajan kestävästä sydänfilmirekisteröintiä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri/ Oulun yliopistollinen sairaala 2003).

Yksi hyvistä tutkimuksista on sydämen isotooppikuvaus, jossa kuvataan sydänlihaksen perfuusiota eli verenkiertoa rasituksen aikana ja levossa. Sydämen isotooppi- tai kaikututkimuksessa tai sydänfilmissä näkyvä infarktiarpi on usein sepelvaltimotaudin merkki. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksella voidaan viime kädessä joko osoittaa tai sulkea pois valtimoahtaumatauti. Varjoainekuvauksella on kajoava tutkimus, johon liittyy pieni, mutta merkittävä vakavienkin komplikaatioiden riski. Tämän vuoksi angiografia eli varjoainekuvauksella tehdään vain, jos diagnoosi muista tutkimuksista huolimatta on jäänyt epävarmaksi tai siksi, että suunnitellaan kajoavaa hoitoa eli toimenpidettä, kuten pallolaajennusta. Täytyy kuitenkin muistaa, että vaikka valtimokuvaus varmistaa ahtauman paikkaa ja sallii pallolaajennuksen jopa saman istunnon aikana, se ei yksistään kerro, johtuuko potilaan oireet todella kyseisestä ahtautumasta ja auttaako toimenpide siihen. Sen vuoksi on tärkeää tehdä vielä kliininen arvio ja mielellään rasitustutkimus. (Holmström & Vauhkonen 2005, 49–50.)

### 3.1.3 Sepelvaltimotaudin lääketieteellinen hoito

Sepelvaltimotaudin hoitoon kuuluu usein monia käännteitä ja vaiheita. Ihanteellisena voi pitää sitä, että sepelvaltimotaudin diagnosointi, hoitotoimenpiteet ja seuranta etenevät katkeamattomana ketjuna. Tarkoituksena on, että sepelvaltimotautiin sai-

rastuneesta huolehditaan perusterveydenhuollossa siihen asti, kun se on hoidon ja seurannan kannalta mielekästä. Usein kuitenkin taudin diagnosointiin ja hoitoon tarvitaan myös erikoissairaanhoidon osaamista ja palveluita, ja sen vuoksi yhteistyön pitää olla sujuvaa. (Alanko & Haarni 2005, 45.)

Sepelvaltimotautipotilaan hoidon tavoitteena ovat ensisijaisesti oireiden lievittäminen ja taudin etenemisen estäminen. Hoidossa otetaan huomioon potilaan psyykkiset, sosiaaliset ja fyysiset tarpeet. Lääkehoito on tärkeä sepelvaltimotaudin hoidon osa, mutta taudin ennusteen kannalta kannattaa keskittyä vaaratekijöiden hallintaan. Lääkkeetön hoito on aika pitkälle itsehoitoa, jonka toteuttamiseen potilaat tarvitsevat kiireetöntä neuvontaa ja ohjausta sekä tukea esimerkiksi asiaan perehtyneeltä hoitajaltaan. (Anttila ym. 2006, 133.)

Sepelvaltimotaudin lääkehoidolla ehkäistään ja lievitetään rintakipua ja parhaimmassa tapauksessa estetään sairauden eteneminen ja parannetaan ennustetta. Taudin hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat beetasalpaajat, nitraatit, ASA eli asetyylisalisyylihappo, kalsiuminestäjät ja kolesterolia alentavat lääkkeet. Hoitaja tarvitsee työssään lääkealan asiantuntemusta. Yleisempien lääkkeiden käyttöaiheet ja yleisimmät haittavaikutukset tulee tuntea. On muistettava myös, että lääkkeiden yhteiskäyttöön saattaa liittyä ongelmia. (Anttila ym. 2006, 133.)

#### 3.1.4 Sepelvaltimotautipotilaan terveyden edistäminen

Potilaan tietämystä omasta sairaudestaan ja hoidostaan sekä elämäntapojensa suhteesta sairauden kulkuun pyritään lisäämään lääkkeettömän hoidon ohjauksella. Ohjausta antavat sekä omahoitaja että lääkäri. Sepelvaltimotautipotilaan lääkkeettömään hoitoon kuuluvat tupakoinnin lopettaminen, liikunnan lisääminen, terveelliset ravintotottumukset, verenpaineen hallinta, alkoholinkäytön minimoiminen ja painonhallinta. (Anttila ym. 2006, 135.)

Omaehtoinen terveydestä huolehtiminen on tavoitteena sydäninfarktiin sairastuneiden terveyden edistämisessä. Asiaa on tutkinut Lampi vuonna 2005 valmistuneessa tutkimuksessa, jossa kuvataan miesten sydäninfarktinkokemuksia. Omaehtoinen

terveydestä huolehtiminen tukee sairauteen sopeutumista ja henkistä kasvamista ja antaa tietoa sydäninfarktiin ja terveyteen liittyvissä asioista. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoitamisen lisäksi tulee kiinnittää huomiota terveyden edistämiseen ja haavoittuneen miehisyyden vahvistamiseen, koska pelkästään sairauden hoitaminen ja fyysisiin oireisiin keskittyminen on riittämätön ammatillisen hoitamisen muoto. Sydäninfarktin muuttamassa arkielämässä terveyden edistämisen huomio tulisi kiinnittää kokonaisvaltaiseen miesten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin tukemiseen. (Lampi 2005.)

Psyykkinen stressi on elimistön normaali reaktio, mutta pitkittyessään se nostaa kolesterolitasoa ja verenpainetta sekä lisää hyytymäalttiutta. Stressin kroonistuessa voi usein seurata unettomuutta ja depressiota, ja tätä kautta hyytymis- ja tulehdusprosessien häiriöihin eli stressi vaikuttaa myös välillisesti sydänterveyteen. Stressinlähteet ovat yksilöllisiä, omien stressinlähteiden tunnistaminen on tärkeää. Stressinhallintaa parantavat yksilölliset rentoutumismenetelmät ja esimerkiksi liikunta. (Sepelvaltimotautipotilaan hyvä ohjaus 2008.) Sepelvaltimotautipotilaan ja heidän läheistensä jaksamisen tukeminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä.

### 3.2 Sepelvaltimotautipotilaan psyykkinen tukeminen

Sepelvaltimotautipotilaiden hoitoon kuuluu myös henkisen puolen hoitaminen. Jokainen sairaus, varsinkin pysyvä, vaikuttaa jollain tavalla ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Jokaisella ihmisellä pitäisi olla oikeus ja vapaus saada tukea psyykkiseen hyvinvointiinsa.

#### 3.2.1 Mieliala

Mielialaan vaikuttaa vakava sairastuminen ja mielialan muutokset saattavat ilmetä ahdistuneisuutena, alakulona, pelkoina, haluttomuutena ja ärtyneisyytenä. Joillakin henkilöillä on ennen kokematon itkuisuutta ja herkistymistä. Univaikeuksia esiintyy myös monilla. (Suomen sydänliitto ry 2006, 15.)

Lammen (2005) jo aiemmin mainitussa miehen sydäninfarktinkokemuksia kuvaavan tutkimuksen tulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen on haastava ja merkittävä elämäntapahtuma, mikä vaikuttaa usein voimakkaasti sairastuneen mielialaan. Sydäninfarktiin sairastuneen miehen kokemusmaailmaa voidaan luonnehtia usein termillä mielenmasennus, mille on ominaista aloitekyvyn puute, mielialan lasku, unihäiriöt sekä alakuloisuus. Sydäninfarktiin sairastuneet miehet tiedostavat jo varhaisessa vaiheessa, että sydäninfarkti on henkeä uhkaava ja vakava sairaus. Tämän seurauksena usein heidän mielialansa heilahtelee.

Sepelvaltimotautipotilaan mielialaa pitäisi arvioida koko hoitajakson ajan. Terveyskeskusten henkilökunnasta 84 prosenttia (N=136) ja sairaaloiden henkilökunnasta 88 prosenttia (N=42) ilmoitti arvioivansa hoidon aikana sepelvaltimotautipotilaiden mielialaa. Arviointia tapahtuu koko hoitajakson ajan sekä vastaanottokäynneillä keskustellen, kyselemällä tai havainnoimalla. Mielialaa arvioidaan vain harvoin jonkin yleisen käytössä olevan mittarin avulla. (Mäkinen & Penttilä 2007, 25.) Opin- näytetetyössämme selvitämme ryhmäohjauksen vaikutusta sepelvaltimotautipotilaan mielialaan.

### 3.2.2 Sepelvaltimotauti ja masennus

Depressiiviseksi sairaudeksi luokitellaan masennus, joka on jatkunut vähintään kahden viikon ajan ja jossa on viisi keskeistä depression oiretta näistä seuraavista: ruokahaluttomuus, unihäiriöt, surullinen tai masentunut mieliala, psykomotorisia häiriöitä (rauhattomuus, levottomuus), negatiivisia ajatuksia, jatkuvaa väsymystä, arvottomuuden tunteita ja itsesyytöksiä, keskittymishäiriöitä, mielihyvän kokemisen ja kiinnostuksen menettäminen, itsemurha-ajatuksia. (Vilkko-Riihelä 1999, 597.)

Depressioon sairastuvan elämästä katoavat tarkoitus ja mielekkyys. Hän yrittää ponnistella, mutta tavoitteet katoavat eikä valoa näy pitkän mustan tunnelin päässä. Ihminen ei näe toivoa missään silloin, kun masennus valtaa mielen. Ihminen kokee olevansa mustassa aukossa, josta hän ei pääse pois. Masentunut ei jaksakaan uskoa, että huomenna olisivat asiat paremmin, koska sen hetken toivottomuus tuntuu niin syvältä ja lopulliselta. (Vilkko-Riihelä 1999, 597.)

Masennus tuntuu kaikissa elämän toiminnoissa subjektiivisena kärsimyksenä, jonka oireita ovat: syyllisyyden tunteet, tunne-elämä tuntuu kuolleelta, ajatukset vain kiertelevät kehää. Psykkisten oireiden ohella on fyysisiä oireita; kivut tuntuvat todellisilta. Ihminen ei jaksa keskittyä mihinkään. Sosiaaliset suhteet säröilevät. (Vilkkö-Riihelä 1999, 597.)

Masennus on vakavaa, jos potilaan mieliala on synkkä tai erittäin alakuloinen yli kahden viikon ajan. Sairastunut menettää kiinnostuksensa moniin häntä aikaisemmin kiinnostaneisiin asioihin. Hän kokee itsensä poikkeuksellisen väsyneeksi. Potilaan ajatukset ovat synkkiä ja hänen itseluottamuksensa laskee. Masennukseen liittyy usein myös muistiongelmia, keskittymisvaikeuksia ja unettomuutta tai liikauniisuutta. Painossa voi myös tapahtua muutoksia, koska ruokahalu voi lisääntyä tai vähentyä. (Alanko & Haarni 2005, 87.)

Kaikki sairaudet vaikuttavat jollakin tavalla ihmisen henkiseen hyvinvointiin. Kun sairaus on todettu, niin ihminen käy yleensä läpi erilaisia vaiheita kuolemanpelosta vähättelyn kautta masennukseen, ja loppujen lopuksi arkitodellisuus ja toiveikkuus voittavat. Sydänpotilaan ja hänen läheistensä on hyvä tietää, että erilaiset tunnetilat ovat luonnollisia ja sallittuja sopeutumiseen kuuluvia ilmiöitä. Masennuksen tunnistaminen ja hoito on erittäin tärkeää. Masennuksen on todettu lähes kaksinkertaistavan sydänkohtausten vaaraa iäkkäillä ihmisillä. (Mäkijärvi 2008.)

Jopa 30 %:lla sepelvaltimotautipotilaista voi esiintyä masennusta jossain vaiheessa sairautta. Masennusoireet ovat yleisiä ja tavallisesti ohimeneviä varsinkin sairauden diagnosoinnin ja/ tai invasiivisen toimenpiteen jälkeen. Potilaiden on hyvä tietää, että nämä oireet kuuluvat asiaan, kun potilaan mieliala on jatkuvasti matala, hän on itkuinen, toivoton, kärsii unettomuudesta ja jaksamattomuudesta. Tällöin potilaan oireisiin on kiinnitettävä huomiota ja arvioitava, onko potilaalla merkittävä masennustila. (Sepelvaltimotautipotilaan hyvä ohje 2008.)

Monissa tutkimuksissa on todettu, että masennus lisää sepelvaltimotaudin riskiä kummankin sukupuolen osalta. Masennus lisää sepelvaltimotaudin riskin moninkertaiseksi ei-masentuneisiin verrattuna, vaikka perinteisten riskitekijöiden vaikutus

huomioidaan. Masennuksen vaikeusaste vaikuttaa myös riskin suuruuteen siten, että lievä masentuneisuus lisää riskiä sairastua sepelvaltimotautiin kaksinkertaisesti ja varsinainen psykiatrinen hoitoa edellyttävä masennus 3-5-kertaisesti. (Karlsson 2008.)

Sepelvaltimotautia sekä masennusta sairastavat henkilöt potevat yleensä voimakasta väsymystä ja jaksamattomuutta, ja masennuksen oireet saattavat sekoittaa sepelvaltimotaudin oireisiin. Masennusta sairastavilla sepelvaltimotautipotilailla voi lisäksi esiintyä epätyypillisiä ruumiillisia oireita, kuten hengenahdistusta ja sydämen tykytystä, epätyypillistä rintakipua, jotka vaikeuttavat edelleen masennuksen arviointia. (Alanko & Haarni 2005, 87.)

### 3.3 Ohjaaminen hoitotyössä

Valitsimme ohjaamisen hoitotyössä käsitteeksi opinnäytetyöhömmme, sillä halusimme tuoda esille sairaanhoitajan osuutta sepelvaltimotautipotilaan ohjaamisessa. Elämäntapaohjaus on hyvin tärkeä osa sepelvaltimotautipotilaan hoitopolkua. Lääkäriltä saa tietoa sairauteen liittyvistä kliinisistä asioista, mutta sairaanhoitaja ohjaa potilasta sairauteen kuuluvissa käytännön asioissa.

#### 3.3.1 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjauksella tarkoitamme tässä tutkimuksessa elämäntapaohjausta, jota sepelvaltimotautipotilaiden avokuntoutusryhmässä annetaan. Tärkeää on, että ihminen otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti, koska ihminen on kokonaisuus. (Alanko & Haarni 2005, 123.)

Ryhmäohjausta ei pidä mieltää yksilöohjausta korvaavana vaan täydentävänä ohjausmuotona. Ihanteellista potilaan kannalta olisi, jos hän voisi osallistua halutessaan molempiin. Useasti ryhmän kokoamisen perusteena käytetään taloudellisia asioita, mutta tärkeimmiksi muodostuvat ohjaukselliset ja ryhmän vuorovaikutukseen liittyvät edut. Elämäntapaohjauksen suurin haaste, motivoituminen, saa ryhmäohjauk-

nessa uutta potkua ryhmän keskinäisestä vuorovaikutuksesta. (Turku 2007, 87–88.)

Ryhmässä yleisesti opitaan enemmän ja opitut asiat muistetaan paremmin kuin yksin opiskeltaessa. Keskeistä on sosiaalinen vuorovaikutus ryhmäläisten ja toisaalta ohjaajan ja ryhmän kesken. Ryhmäohjauksen etuja ei saavuteta automaattisesti. Ryhmäohjauksessa toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen mukainen suunnittelu ja toteutus ovat sen toimivuuden perusedellytykset. Ryhmän koko vaikuttaa myös ryhmäohjauksen toimivuuteen. Suositeltava ryhmän koko on noin 8-12 henkilöä. (Turku 2007, 88–89.)

Elämäntapaohjaukseen keskittyville ryhmille yhteinen ominaisuus näyttäisi olevan ryhmäläisten nopea ryhmäytyminen ja ryhmätoimintaan sitoutuminen. Ryhmissä yleisesti ottaen vallitsee hyvä ryhmähenki sekä myönteinen työskentelyilmapiiri. Ryhmäläiset ovat myös innokkaita sitoutumaan ryhmässä käymiseen. (Turku 2007, 90.)

### 3.3.2 Sairaanhoidaja sepelvaltimotautipotilaan ohjaajana

Sairaanhoidajan osuus sepelvaltimotautipotilaan ohjaamisessa on hyvin tärkeä. Sairaanhoidaja toimii potilaan hoidossa moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Olennaista on, että hän päivittää tietonsa sepelvaltimotaudista säännöllisesti. Sairaanhoidaja soveltaa tietojaan potilaan hoidossa ja tukee potilasta hoidon toteuttamisessa. Sairaanhoidajan on tärkeää tuntea sepelvaltimotaudin hoidossa käytettävät lääkkeet. Hän myös tukee ja motivoi potilasta lääkkeettömän hoidon toteuttamisessa, kuten terveiden elämäntapojen omaksumisessa. Sairaanhoidajalla on myös tärkeä rooli potilaan henkisen hyvinvoinnin tukemisessa. Potilaan sairauteen ja elämässä tapahtuviin muutoksiin sopeutumisen edistäminen kuuluu myös sairaanhoidajan työhön. (Anttila ym. 2006, 133.)

Ohjauksessa on tärkeää antaa neuvoja ja ohjeita kysymysten lisäksi, neuvoa annetaan aina kun asiakas sitä pyytää. Ohjauksessa tulee muistaa myös kuunnella asiakasta. Kun asiakas tuo esille omia tuntemuksiaan ja tietojaan aktiivista kuuntelua



sisältävässä keskustelussa, myös terveydenhuollon asiantuntijalla on mahdollisuus oppia. Tiedonjakamisen ei tule olla yksisuuntaista, vaan asiakkaan tietämys karttuu myös jos hän itse pohtii ja kysyy. (Poskiparta 2002, 32.)

### 3.3.3 Sairaanhoitajan rooli ryhmäohjauksessa

Sairaanhoitaja toimii ryhmänvetäjänä. Hän auttaa ryhmää työskentelemään kohti yhteistä päämäärää ja tukee ryhmäläisiä kehittämään omaa ajatteluaan. Sairaanhoitaja on tietoinen yhteisistä tavoitteista ja tehtävistä. Ne sitouttavat ryhmän toimimaan, joten ryhmänvetäjältä on löydettävä taitoa selkiyttää tavoitteet yhteistyössä ryhmän kanssa heti alkuvaiheessa. Työskentely ryhmän kanssa on mahdollista aloittaa vasta, kun ryhmällä on yhteinen päämäärä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johanson, Hirvonen & Renfors 2007, 108.)

Sairaanhoitajan tulee helpottaa ryhmän vuorovaikutusta ja poistaa kommunikaatioesteitä. Ryhmänvetäjän tulee mahdollistaa myönteinen ilmapiiri ja varmistaa että ryhmän jäsenet kokevat, että heitä kuunnellaan. Hoitajan tehtäviin sisältyy myös ryhmän työnjako, ryhmän ohjaaminen eteenpäin sekä palautteen antaminen. Ryhmälle tulee antaa työskentelyn eri vaiheisiin erilaisia tehtäviä sen mukaan, millaiseksi ryhmänvetäjä kokee ryhmän. Tehtävien annossa on huomioitava ryhmän koko sekä ryhmän elinkaari. (Kyngäs ym. 2007, 109.)

Sairaanhoitaja toimii ryhmässä oman alansa asiantuntijana ja osajana. Hänen tehtävänä on toimia ryhmässä olosuhteiden luoja ja huolehtia ryhmän fyysisestä ympäristöstä ja resursseista, jotka toimivat samalla fyysisinä rajoina ryhmälle. Tärkeänä fyysisenä rajana toimii esimerkiksi tila, joten sen tulisi olla selkeä, pysyvä ja muunneltava. (Kyngäs ym. 2007, 110.) Ryhmänvetäjän rooli on vaativa. Opinnäytetyössämme halusimme tuoda esille sairaanhoitajan roolia ryhmäohjauksessa.

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE, TEHTÄVÄT JA TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkityksestä heidän mielialaansa. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää sepelvaltimotautipotilaan avokuntoutusta.

Tutkimustehtävämme ovat:

Kuvata sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta.

Kuvata sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitystä sepelvaltimotautipotilaan mielialaan.

### 4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii tutkimukseemme parhaiten, koska tutkimuksemme kuvaa sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitystä mielialaan.

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Kvalitatiivisen tutkimuksen alueella on käytössä paljon erilaisia aineistonkeruumenetelmiä, esimerkiksi videointi ja haastattelu. Kun ollaan tekemisissä tarinoiden, kertomuksien ja merkityksien kanssa, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole saatavilla määrällisen tutkimuksen tapaan. Oleellisista on, että tutkimus tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. (Juvakka & Kylmä. 2007, 16.)

Ihmisen osuus ja asema ovat kvalitatiivisessa tutkimuksessa erittäin tärkeä kahdella tavalla. Kysymys on toisaalta tutkimukseen osallistuvien ihmisten asemasta tiedon luomisessa ja toisaalta tutkimuksen tekijästä itsestään. Tutkimuksen kohde ilmaisua vältämme käyttämästä. Mieluummin puhumme osallistujista tai tutkimuksen toimijoista ja korostamme siten eettisesti painottunutta suhdetta, joka hallitsee perusasetelmassa laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen osallistujina ovat kanssaihimisemme, ja me tutkijoina olemme jakamassa yhteistä maailmaamme tutkimuksen ohella. (Juvakka & Kylmä 2007, 20.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseemme osallistujina toimivat Lahden TULPPA- avokuntoutusryhmän sepelvaltimotautipotilaat, jotka halusivat osallistua tutkimukseemme. Keväällä 2008 alkaneessa ryhmässä oli 11 henkilöä, joista kuusi halusi osallistua tutkimukseemme.

Potilaiden piti käydä ryhmässä mahdollisimman aktiivisesti koko kymmenen viikon ajan. Tutkimuksemme osallistujaryhmä koostui eri-ikäisistä miehistä ja naisista. Sukupuolella ja iällä ei sinänsä ollut merkitystä.

### 5.2 Aineiston hankinnan toteutus ja haasteet

Alkuajatuksena oli, että tutkimukseen osallistujat kirjoittavat päiväkirjaa avokuntoutusryhmän tapaamisten välillä. Päiväkirjassa he kertovat kokemuksistaan ryhmäohjauksesta ja ryhmäohjauksen merkityksestä heidän mielialaansa. Kerroimme, että käytämme päiväkirjojen aineistoa vain ja ainoastaan opinnäytetyössämme. Sen jälkeen päiväkirjat hävitetään. Aineistoa ei valitettavasti kertynyt niin runsaasti kuin olimme sitä toivoneet. Kaksi TULPPA-avokuntoutusryhmän potilasta kirjoitti päiväkirjaansa. Saimme heidän päiväkirjoistaan arvokasta aineistoa opinnäytetyöhömmö.

Päätimme hankkia aineistoa lisää teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelujen teemat ovat esitelty liitteessä 3. Teemat muodostimme saamamme sepelvaltimotautipotilaiden tutkimuksiin liittyvän tutkimustiedon avulla. Haastattelimme yhteensä neljää TULPPA-avokuntoutusryhmän potilasta syksyn 2008 aikana. Yksi haastatteluista tehtiin koululla ja kolme muuta potilaiden kotona. Potilaat saivat itse päättää missä haastattelut tehdään.

Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on etukäteen määritelty. Menetelmästä puuttuu kuitenkin strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten järjestys ja tarkka muoto. Haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi, mutta laajuus ja järjestys vaihtelevat haastattelusta toiseen. Haastattelijalla ei ole valmiita kysymyksiä, sen sijaan tukilista käsiteltävistä asioista. (Eskola & Suoranta 2003, 86.)

Teemahaastattelun suosion voi olettaa johtuvan ainakin kahdesta asiasta. Ensinnäkin teemahaastattelun muodon avoimuus mahdollistaa sen, että vastaaja pääsee halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti. Silloin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien puhetta itsessään. Toisaalta teemahaastattelun teemat takaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttava edes jossain määrin samoista asioista. Näiden lisäksi teemat muodostavat konkreettisen kehikon, jonka avulla satojen sivujen litteroitua haastatteluaineistoa voi lähestyä edes jossain määrin jäsentyneesti. (Eskola & Suoranta 2003, 87.)

Haastattelijan karkea perusohje on se, että kaikkeen pitää olla varautunut. Teemahaastatteluja toteuttava haastattelija joutuu hyvinkin erilaisiin keskusteluihin hyvin erilaisissa paikoissa. Toisinaan juttua tulee haastateltavalta ikään kuin itsestään, kun taas joskus eteenpäin pääsy on hankalaa. Täten teema-alueuuttelon lisänä on hyvä olla olemassa jotain jutun juurta, jonka avulla pääsee eteenpäin niukkasanaisien vastaajien kanssa, oli haastattelutyyppi sitten mikä tahansa. (Eskola & Suoranta 2003, 89.)

Haastateltavalle on tarjottava mahdollisuus valita itselleen mieluinen paikka, missä haastattelu tapahtuu. Jos haastateltavalle sopii, niin haastattelijan on oltava valmis

menemään hänen kotiinsa. Toisaalta haastattelijalle on oltava mahdollisuus tarjota jokin neutraalimpi tila siltä varalta, että haastateltava näin haluaa. (Eskola & Suoranta 2003, 91.)

Aineiston hankkiminen oli haasteellista. Ensimmäisenä kompastuskivenä oli se, että emme saaneet tarpeeksi aineistoa päiväkirjojen avulla kevään 2008 aikana. Olimme kuitenkin varautuneet tekemään haastatteluja syksyn 2008 aikana. Saimme TULPPA-avokuntoutusryhmäläisten kevään viimeisenä tapaamiskertana viiden asiakkaan numerot ja lupasimme ottaa heihin yhteyttä syksyllä. Soitimme syksyn alussa heistä ensimmäiselle neljälle ja arvioimme, ettemme tarvitse enää viidettä, joten hänelle emme enää soittaneet. Kaikki neljä suostuivat haastateltaviksi.

Kaikki haastattelut eivät sujuneet ongelmitta. Ensimmäisessä haastattelussa nauhuri ei toiminut ollenkaan. Onneksi olimme varautuneet, että toinen tekee muistiinpanoja ja havaintomerkintöjä haastattelun aikana. Saimme siis ensimmäisestä haastattelusta jotain muistiinpanoja, ettei haastattelua tehty turhaan. Toisessa haastattelussa nauhuri ei toiminut ensimmäisten teemojen aikana, vaan vasta puolessä välissä. Emme kuitenkaan aloittaneet tekemään haastattelua uudelleen, vaan päätimme käyttää havainnoitsijan muistiinpanoja ja sitä aineistoa, jonka saimme nauhoitettua.

Haastattelimme yhteensä neljää avokuntoutusryhmän potilasta ja kaksi ryhmäläistä kirjoitti päiväkirjaa. Analysoitavaa aineistoa kertyi yhteensä 23 sivua, joista 18,5 sivua oli haastatteluista ja 4,5 sivua päiväkirjoista. Tutkimuksemme tuloksia kuvaamme tässä aineistosta nostamiemme kategorioiden avulla.

### 5.3 Sisällön analyysin perusteet

Hankkimaamme aineistoa analysoimme sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Sisällön analyysia voidaan käyttää perustyövälineenä kaikessa laadullisessa aineiston analyysissa. (Juvakka & Kylmä 2007, 112.)

Induktiivisen sisällön analyysin tarkoituksena on luokitella tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Ensisijaisesti sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysin tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea tietoa, sen sijaan analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tutkimustehtäviin ja tarkoitukseen. (Juvakka & Kylmä 2007, 112–113.)

Sisällön analyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällön analyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällön analyysi toimii apuna tehdessä monenlaisia tutkimuksia. Voidaan myös todeta, että useimmat eri nimillä toimivat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

#### 5.4 Sisällön analyysin prosessi

Miles ja Huberman (1984) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysiä karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu 1. aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2. aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen avulla aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäoleellinen pois. Pelkistäminen voi tarkoittaa joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, joka määrää pelkistetäänkö aineistoa litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi siten, että auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksien avulla ilmaisuja, ja jotka alleviivataan erivärisillä kynillä. Tämän jälkeen nämä kyseiset ilmaisut voidaan merkitä auki kirjoitetun aineiston sivun reunaan ja tämän jälkeen kirjoittaa peräkkäin eri konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–112.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset tulee käydä tarkasti läpi, ja aineistosta tulisi etsiä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, joilla on sama tarkoitus, yhdistetään ja ryh-

mitellään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön piirre, ominaisuus tai käsitys. Klusteroinnin avulla luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.)

Abstrahoinnin eli käsitteellistämisen aikana erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon avulla muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusteroinnin sanotaan olevan jo osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnin avulla käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114.)

Pyrimme kuvaamaan yläkategorioiden sisältöä pelkistettyjen ilmaisujen ja alakategorioiden avulla. Näiden lisäksi tuomme esille joitakin suoria lainauksia haastattelusta, joiden tarkoituksena on elävöittää tekstiä ja antaa kuvaa yläkategorioiden muodostamisesta. Nostimme aineistostamme analyysin avulla esimerkin (liite 4) pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoidulla.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta

Yläkategorioiksi muodostuivat vertaistuki, kokonaisvaltainen tuki, ryhmähenki, ryhmän kesto, liian suuri ikäjakauma ja lisää lääketieteellistä tietoa.

Vertaistuki koettiin erittäin tärkeänä ja positiivisena asiana. Ryhmässä kaikki olivat sepelvaltimotautipotilaita, joten he kokivat, että he pystyivät vaihtamaan kokemuksiaan ja tuntemuksiaan keskenään. Keskustelut koettiin kokonaisuudessaan hyviksi ja puhuminen helpotti ja pelot laantuivat.

*” Vertaisryhmä että, että tuota on kaikki tietysti saman kokenu että siinä mielessä.”*

*” Että kyllä mä huomasin, kun siinä vähän purettiin ja siinä välillä osattiin vähän huumoriakin laskea, niin mun mielestä se autto hirveästi.”*

Kokonaisvaltainen tuki muodostui yhdeksi yläkategoriaksi. Ryhmäohjaus koettiin suurimmaksi osaksi hyväksi kokemukseksi. Sieltä sai tietoa ja tukea moniin eri asioihin. Kaikenlaiset mittaukset koettiin hyväksi. Ryhmänvetäjää pidettiin loistavana.

*” Siellä kyllä selvisi paljon sellaisia asioita, joita tähän asti on ihmetelty ja epäilty ja kaikkea muuta.”*

*” Ohjaajiin kiintyy niin, että huokaa: Heidät kun saisi loppuelämäkseen.”*

Ryhmähenki nousi vahvasti esiin aineistosta. Ryhmässä oli hyvä henki ja huumoria löytyi paljon. Ilmapiiri koettiin avoimeksi ja ryhmä oli kokonaisuudessaan positiivinen kokemus.

*”Ryhmässä oli hyvä henki ja kaikki ottaa aktiivisesti kantaa asioihin.”*

Ryhmän keston riittävyden suhteen eivät kaikki olleet samaa mieltä. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että ryhmän kesto oli aika lyhyt ja jatkotapaamisia olisi voinut järjestää enemmän. Osa taas piti ryhmän kesto riittävänä.

*”...jonkinnäköisiä jatkotapaamisia joskus vuoden ja semmoisen päästä, niin olisi varsin mukavia nähdä mitenkä jokainen on hommiin oppinut tai mikä on kunto kullakin sitten asian jälkeen. Semmoinen olisi toivomus.”*



Ikäjakama koettiin liian suureksi. Ryhmässä oli paljon eläkeikäisiä, mutta sitten oli myös vielä työelämässä olevia. Työelämässä oleva koki elämäntilanteensa erilaiseksi.

*”...että mulle oli vähän yllätys, kun mä menin sinne, kun tämä ikähaarukka oli niin kauhean suuri.”*

*” Sen mä koin vähän sillä tavalla, että oisin halunnut ikäistäni, jotka joutuisivat olemaan vielä työelämässä, niin olisi tullut eri tavalla puhuttua siitä jaksamisesta, olemisesta ja muusta.”*

Lisää lääketieteellistä tietoa kaivattiin myös enemmän. Osa haastateltavista koki, että olisi ollut hyvä asia, jos lääkäri tai psykiatri olisi ollut edes kerran paikalla ja pitänyt jonkinlaisen luennon tai esitelmän. Haastatteluista nousi esille, että itse sepelvaltimotautisairaudesta puhuttiin aika vähän.

*”Minusta oli puute se, että kun yhtään kertaa ei ollut lääkäriä paikalla. Jos oli jotakin ongelmia, siellähän oli sairaanhoitaja.”*

6.2 Sairauden diagnosoinnin ja ryhmäohjauksen merkitys sepelvaltimotautipotilaan mielialaan.

Yläkategorioiksi muodostuivat sairastumisen aiheuttama kriisi, vaikutus tulevaisuuteen, muutokset mielialassa, vertaistuki, positiivinen merkitys mielialaan ja vähäinen merkitys mielialaan.

Sairauden aiheuttama kriisi nousi aika vahvasti esiin varsinkin haastatteluista. Sepelvaltimotaudin diagnosointi oli aikamoinen järkytys ja se pysäytti ja romutti. Haastatteluista ilmeni myös, että sairautta ei osattu odottaa vielä seuraavaan kymmeneen vuoteen.

*” Että se on niin jotenkin totaalisesti romuttava”*

Sepelvaltimotaudin vaikutus tulevaisuuteen näkyi myös haastatteluaineistossa. Taudin diagnosointi pisti ajattelemaan syvästi elämän asioita. Pelkoa esiintyi jonkin verran. Osa haastateltavista oli kovasti pohtinut sitä, että kuinka sepelvaltimotauti tulee vaikuttamaan elämään ja tulevaisuuteen, koska se on pysyvä sairaus. Kohtaloa murehdittiin ja mietittiin kotona ennen ryhmäohjauksen alkua.

*”Varmaan jokainen tietää sen, että jos on jotain vakavampaa ollut, että siinä on monen asian kanssa kamppailtava.”*

Mielialassa tapahtui muutoksia diagnosoinnin jälkeen. Osa haastateltavista kuvaili, että mieliala aaltoili ja vaihteli kotona. Tuloksista ilmeni, että mieliala ei ollut korkealla kotona ollessa.

*”Niin kyllähän se mieliala vaihteli kotona...Ihan kyllä se aaltoili. Ei siitä mihkään pääse.”*

Ryhmäohjauksella koettiin olevan merkitystä potilaiden mielialaan. Vertaistuki ilmeni kaikissa haastatteluissa tärkeänä osana. Ryhmässä sai purkaa tunteitaan ja kuunnella muita. Sai kertoa omista tuntemuksista muille ryhmäläisille. Haastatteluista nousi myös esille, että ryhmässä oli joidenkin vaikeaa puhua aroista, kuten mielialaan liittyvistä asioista. Taustatuki ja johonkin kuuluminen mainittiin myös. Aineistossamme mainittiin, että osa ryhmäläisistä oli yksineläjiä. Heidän kohdallaan ryhmä koettiin erityisen tärkeäksi.

*”Sairastuneen mielialalla johonkin kuuluminen on kaiken A ja O.”*

*”...osalla oli sitten aviopuoliso siinä tukena, mutta osa oli yksinäisiä. Että niillä on varmaan aika hankalaa.”*

Positiivinen merkitys mielialaan nousi myös yläkategoriaksi. Ryhmäohjauksen merkitys koettiin hyvin tärkeäksi ja positiiviseksi asiaksi mielialaan nähden.

*”Oi tää huolenpito lämmittää. Sellaisesta ennen kuullutkaan.”*

Osa tutkimukseen osallistujista koki, että sairauden diagnosoinnilla ja ryhmäohjauksella oli vähäinen merkitys heidän mielialaansa. Osalla mielialassa ei tapahtunut muutoksia oikeastaan ollenkaan diagnosoinnin jälkeen. Osa koki, että ryhmäohjauksella ei ollut kovinkaan paljon merkitystä mielialaan. Tähän tulokseen saattoi vaikuttaa, että näillä tutkimukseen osallistujilla ei ollut ongelmia aikaisemminkaan mielialansa suhteen.

*” Ei, ei kovinkaan paljon...no ei mulla ku ei ollu mielialan kanssa ongelmia...”*

### 6.3 Yhteenveto tuloksista

Sepelvaltimotautia sairastavat avokuntoutusryhmäläiset kokivat saavansa vertaistukea ryhmässäolon aikana ja he kokivat sen hyvin tärkeäksi osaksi kuntoutusta. Keskustelut koettiin erittäin hyviksi, koska kaikki olivat samankohtalon ihmisiä. Suurin osa tutkimukseen osallistujista koki saavansa tukea ja tietoa sairauteensa. Osa haastateltavista koki, että ryhmän kesto oli riittävä. Osa taas toivoi jatko-oppaamia ja kertoi ryhmän keston olleen lyhyt. Ryhmähenki muodostui hyvin tärkeäksi asiaksi ryhmäohjauksen aikana. Ryhmässä oli hyvä henki, ja huumori oli tärkeässä osassa. Osa haastateltavista koki ryhmän ikäjakautuksen liian suureksi. Elämäntilanne koettiin niin erilaiseksi suurimpaan osaan ryhmän potilaista verrattuna. Enemmän lääketieteellistä tietoa kaivattiin myös. Lääkäri tai psykiatri olisi voinut olla edes yhtenä kertana paikalla.

Sepelvaltimotautipotilaan mieliala oli yksi tärkeä osa tutkimustamme. Tutkimustulosten perusteella sepelvaltimotaudin diagnosointi vaikutti paljon joidenkin potilaiden mielialaan. Diagnoosin saaminen oli suuri järkytys ja toi esiin pelon tuntemuksia. Sairastuminen sepelvaltimotautiin pisti ajattelemaan syvästi ja aiheutti sen, että mieliala oli aaltoileva kotona.

Ryhmäohjauksella koettiin olevan positiivinen merkitys mielialaan. Ryhmäohjaus koettiin hyvin tärkeäksi. Vertaistuki nousi kummassakin tutkimustehtävässä tärkeimmäksi asiaksi. Ryhmäohjauksen kautta sai taustatukea ja sai purkaa omia tun-

teitaan ja kuunnella muita ryhmäläisiä. Osa tutkimukseen osallistujista koki kuitenkin, että sairauden diagnosoinnin saamisella eikä ryhmäohjauksella ollut merkitystä heidän mielialansa kannalta.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Löysimme joitakin samantapaisia tutkimuksia, joiden tuloksissa oli yhteneväisyyksiä tutkimuksemme tulosten kanssa. Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 208) kuvaavat artikkelissaan potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Tutkimuksen aineistona käytettiin 96 artikkelia. Tulosten mukaan potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä, kun saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Niukka ohjaus aiheutti tyytymättömyyttä. Oman tutkimuksemme tuloksista ilmeni, että toivottiin lisää lääketieteellistä tietoa itse sairaudesta ja mielialaan liittyvistä asioista. Tuloksistamme selvisi, että suurin osa koki ohjauksen hyväksi.

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 211) tulosten mukaan ryhmäohjaus toimi hyvin, kun useimmilla potilailla oli samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Keskustelunomainen ryhmäohjaus antoi potilaille tietoa ja mahdollisuuden muodostaa tukiverkoston ryhmän jäsenistä. Ryhmän kautta saatu tuki oli tärkeää sairauden hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta. Myös meidän tuloksistamme selvisi, että vertaistuki oli hyvin merkityksellinen osa ryhmäohjausta. Tutkimuksemme osallistajat kokivat olevansa samankohtalon ihmisiä toisten ryhmäläisten kanssa. Ryhmässä käydyt keskustelut koettiin positiiviseksi. Puhuminen koettiin helpottavana asiana.

Viitanen ja Piirainen (2003) tutkivat MS-potilaiden kokemaa tarvetta kuntoutukseen ja kuntoutukseen liittyviä odotuksia. Tuloksista kävi ilmi, että kuntoutukselta toivottiin tukea sairauden ymmärtämiseen ja sen kanssa selviämiseen, myös sosiaalinen tuki ja vertaistuki koettiin tärkeiksi. Opinnäytetyömme tulosten mukaan osa tutkimukseen osallistujista odotti myös avokuntoutukselta samantapaisia asioita. Tuloksista ilmeni, että ilman ryhmää osa ryhmäläisistä olisi ollut yksin sairauden

kanssa. Aalto, Rissanen, Härkäpää & Puolanne 2001 tehdyssä tutkimuksessa astmaa sairastavien työikäisten kohdalla koettu kuntoutustarve oli suurin mielialaan vaikuttava tekijä. Psykkinen tukeminen ja mielialaan liittyvät asiat koettiin hyvin tärkeäksi osaksi kuntoutusta. Omien tulostemme mukaan sairauden tuoma pelko väheni kuntouksen aikana. Mielialaa vahvistavana tekijänä koettiin johonkin kuulumisen eli tässä tapauksessa ryhmään kuulumisen.

Lukkarinen 1999 ja Pâquet, Bolduc, Xhignesse & Vanasse 2005 tutkimusten mukaan sydänpotilailla kuntoutukseen liittyvät odotukset keskittyivät vertaistuen, psykososiaalisen tuen sekä sairauteen liittyvän tiedon saamiseen, näiden lisäksi toivottiin keinoja stressin ja ahdistuksen käsittelyyn sekä sairauden hyväksymiseen. Psykkinen tukeminen koettiin hyvin tarpeelliseksi ryhmäohjauksen aikana myös meidän tutkimuksessamme. Sepelvaltimotautia ei osattu odottaa vielä ja se koettiin pysäyttävänä ja romuttavana. Tämä aiheutti pelkoa ja epävarmuutta tulevaisuuteen. Mielialassa tapahtui aaltoilua kotona ollessa. Nämä asiat liittyivät vahvasti sairauden diagnosoinnin jälkeiseen aikaan.

Tavoitteenamme oli kehittää sepelvaltimotautipotilaan avokuntoutusta. Pääosin tutkimukseemme osallistujat olivat tyytyväisiä TULPPA-avokuntoutukseen. Tutkimustulosten perusteella nousi kuitenkin joitakin kehittämiskohteita. Kehittämiskohteina olivat ryhmän kesto, liian suuri ikäjakauma ja lisää lääketieteellistä tietoa kaivattiin. Ryhmän toivottiin olevan kestoaltaan pidempi ja jatkotapaamisia toivottiin. Työikäiset kokivat ikäjakauman liian suureksi, koska suurin osa oli eläkeikäisiä ja vain hyvin pieni osa työikäisiä. Ryhmään toivottiin enemmän samanikäisiä, jotta keskustelut olisivat enemmän samansuuntaisia esimerkiksi työssäjaksamisen suhteen. Psykiatrin ja sisätautilääkärin toivottiin olevan edes kerran läsnä ryhmäohjauksessa. Lisäksi kaivattiin täsmäluentoa esimerkiksi mielialasta.

Toimitamme tutkimuksemme tulokset yhteistyökumppanillemme Päijät-Hämeen Sydänpiirille, jotta he voivat hyödyntää saamiamme tuloksia sepelvaltimotautipotilaiden avokuntoutuksen kehittämiseen.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, on selvítettävä, kuinka totuuden mukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on pakollista tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä tai laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Juvakka & Kylmä 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimustuloksista tutkimuksen eri vaiheissa. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Kriteerinä vahvistettavuus on osin ongelmallinen, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan. (Juvakka & Kylmä 2007, 128–129.)

Refleksiivisyyden edellytyksenä on, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän tulee antaa riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.)

Meillä ei ole aikaisempaa kokemusta tällaisen tutkimuksen teosta. Ei ollut kokemusta myöskään teemahaastattelujen tekemisestä, joten saatoimme johdatella haastateltavia haluamaamme suuntaan, mikä vähentää tulostemme luotettavuutta. Teemahaastattelun teemoja olisimme voineet miettiä vähän tarkemmin ennen haastattelujen tekoa. Saimme kuitenkin teemojen avulla hyvää aineistoa tutkimukseemme.

Tulosten tulkitseminen vaikutti joissakin vaiheissa hieman hankalalta. Piti miettiä useaan otteeseen, että mitä tutkimukseen osallistuja oli halunnut kertoa ilmaisullaan. Pyrimme kuitenkin siihen, että emme tehneet ilmaisuille omia merkityksiä. Pyrimme ymmärtämään asiat juuri niin kuin he olivat ne esittäneet. Tutkimuksen vahvistettavuutta lisäsi se, että toinen meistä haastatteli ja toinen kirjasi havaintojaan haastattelun aikana. Haastattelujen jälkeen kävimme läpi haastatteluissa tehtyjä huomioitamme ja vertasimme, olivatko ne samansuuntaisia.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys

Kysyimme kaikilta tutkimuksemme osallistujilta luvan kirjallisesti (liite 1), että saamme hyödyntää heidän kirjoittamiaan päiväkirjamateriaaleja ja haastatteluista saatuja aineistoja opinnäytetyössämme. Kerroimme osallistujille, että saamamme tiedot ovat vain meidän käytössämme eikä heitä voida tunnistaa kirjoittamassamme raportissa. Saatekirjeessä (liite 2) kerroimme muutamalla lauseella tutkimuksettamme ja annoimme yhteystietomme mahdollisia lisätiedusteluja varten.

Henkilötietolain mukaan henkilötiedolla tarkoitetaan kaikenlaisia luonnollista henkilöä tai hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, mitkä voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. Yleensä henkilöä koskeva aineisto pitää hävittää, kun sen käyttötarkoitus on saavutettu, ellei tutkimuksen toimijoilta ole erikseen pyydetty lupaa jatkotutkimuksiin. (Juvakka & Kylmä 2007, 140–141.)

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä, tässä tapauksessa opinnäytetyöhömmme osallistuvilla avokuntoutusryhmän potilailla, on monia eri oikeuksia opinnäytetyöemme tutkimuksen suhteen. Heillä on oikeus tutkimusta koskevaan tietoon ennen aineistonkeruun käynnistämistä ja koko aineistonkeruun ajan, oikeus tietoiseen ja mieluiten kirjalliseen suostumukseen ja oikeus esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan. Heillä on myös oikeus tulla kohdelluksi rehellisesti ja kunnioitavasti koko aineistonkeruun ajan, oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan, oikeus keskeyttää tutkimus ja oikeus saada tutkimustuloksista tietoa. Tehdes-

sään tutkimusta hoitotyöntekijän on varmistettava oikeuksien toteutuminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 291.)

Tutkimuksen tekijän eettinen velvoite on tutkimustulosten raportointi. Oikeudenmukaisuus on yksi tutkimustyötä ohjaava eettinen periaate, joka toteutuu, kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. (Ringheim 1995.) Tutkimuksen tekijän on tärkeää muistaa, että hänen on suojeltava tutkimukseen osallistujia kokoajan raportointia tehdessään. Asia konkretisoituu laadullisessa terveystutkimuksessa käytettyjen autenttisten lainausten yhteydessä. Tekijän kuuluu raportoida tutkimukseensa osallistuvien henkilöiden ajatukset tutkitusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta haastateltavia henkilöitä suojellen. Tekijä joutuukin tasapainoilemaan liian ja riittävän informaation antamisen välillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 154–155.)

Kun aloitimme aineiston keräämisen eli esimerkiksi haastattelun, kävimme tutkimukseen osallistujan kanssa vielä läpi opinnäytetyöhömmme liittyvät pääkohdat, kuten tutkimustehtävämme, tarkoituksemme ja tavoitteemme. Kävimme myös läpi sen, mitä teemahaastattelu tarkoittaa. Aloitimme haastattelun tekemisen vasta kun haastateltavalle sopi. Ilmaisimme heille myös, että jos tulee jotain kysyttävää haastattelujen jälkeen, niin meihin voi ottaa yhteyttä.

Yritimme tulkita tutkimuksemme tuloksia, niin ettei ketään tutkimukseen osallistujaa tunnistettaisi tulosten perusteella. Olemme säilyttäneet kaikki tutkimuksemme aineistot asianmukaisesti emmekä ole antaneet kenenkään muiden lukea niitä itsemme lisäksi. Opinnäytetyömme julkaisun jälkeen tuhoamme kaikki aineistot.

#### 7.4 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut kaiken kaikkiaan hyvin opettavainen, mutta raskas projekti. Olimme vaihtaneet aihetta koulutuksen aikana parikin kertaa, joten tuntui hyvältä, kun vihdoin löysimme sopivan aiheen tammikuussa 2008. Teimme silloin suunnitelmaseminaariesityksen, jonka esitimme maaliskuussa 2008. Saimme luvan tutkimukseemme ja aloimme suorittaa tutkimustyötämme.



Kesällä 2008 saimme päiväkirjat ja syksyn 2008 aikana saimme tehtyä haastattelut. Kirjoitimme haastattelut auki ennen joulua 2008. Toinen meistä sairasteli paljon joulukuussa ja tammikuussa, joten aineiston analyysin ja lisäteorian kirjoittaminen viivästyi aika pitkälle. Ajanpuute näkyi kovana kiireenä opinnäytetyön tekemisen loppuvaiheessa.

Kova loppukiri sai meidät työskentelemään ahkerasti ja määrätietoisesti. Yhtäkkiä tajusimme, että meillä on vain muutama viikko aikaa saada opinnäytetyömme esityskuntoon. Teimme töitä opinnäytetyömme parissa joka arkipäivä, viikonloput pidimme vapaana opinnäytetyöstä ja teimme muita töitä. Yhteistyömme sujui opinnäytetyöprosessin aikana ihan hyvin ja yritimme tehdä töitä tasapuolisesti.

## LÄHTEET

Aalto, A-M., Rissanen, P., Härkäpää, K. & Puolanne, M. 2001. Astmaa sairastavien työikäisten koettu kuntoutustarve. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 38, 3 - 13.

Alanko, A. & Haarni I. 2005. *Elämää sepelvaltimotaudin kanssa*. Helsinki: Edita.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2006. 3.-5. painos. *Sairaanhoito ja huolenpito*. Helsinki: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Holmström, P. & Vauhkonen, I. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Juvakka, T. & Kylmä, H. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Karlsson, H. 15.10.2008. Stressi ja muut psykososiaaliset tekijät sepelvaltimotaudin riskitekijöinä. Masennus ja sydänsairaus.[verkkodokumentti]. Viitattu

5.1.2008. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p\\_db=shk&p\\_haku=masennus](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=masennus)

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2004. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 4/05, 208–216.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. [verkkodokumentti] Diakonia-

ammattikorkeakoulu, Tampereen yliopisto. [viitattu 19.3.2008]. Saatavissa

(<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6391-9.pdf>)

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos, Oulu. [verkkodokumentti].

Viitattu 4.2.2009. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254627/>

Mannonen, P., Penttilä, U. & Rajala, A-L. 2006. Naisen oma sydän. Helsinki: Tammi.

Mäkijärvi, M. 15.10.2008. Sydänsairauden vaikutukset elämään. Sydänsairaus ja mieli. [verkkodokumentti]. Viitattu 5.1.2008. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p\\_db=shk&p\\_haku=masennus](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=masennus)

Mäkinen, A. & Penttilä, U-R. 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen sydänliitto ry

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistollinen sairaala. 18.6.2003. EKG-nauhoitus (holter-nauhoitus) – ohje potilaalle. Viitattu 2.3.2009. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p\\_artikkeli=apo00193](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=apo00193)

Poskiparta, M. 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.

Pâquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M. & Vanasse, A. 2005. Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. [verkkodokumentti]. Viitattu 4.2.2009. Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118698781/abstract?CRETRY=1&SETRY=0>

Sepelvaltimotautipotilaan hyvä ohjaus. 2008. Kotiuttamisen ja jatkohoidon kehittäminen – työryhmä. [verkkodokumentti] HUS. Helsinki. Viitattu 18.1.2009. Saatavissa: [http://209.85.129.132/search?q=cache:dv30ReVKG\\_sJ:www.hus.fi/default.asp%3Fpath%3D1,28,820,13120,25369,25813,25814,25821,25819+sepelvaltimotautipotilaan+terveyden+edist%C3%A4minen&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi](http://209.85.129.132/search?q=cache:dv30ReVKG_sJ:www.hus.fi/default.asp%3Fpath%3D1,28,820,13120,25369,25813,25814,25821,25819+sepelvaltimotautipotilaan+terveyden+edist%C3%A4minen&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi)

Suomen Sydänliitto ry. 2006. Sepelvaltimotautikuntoutujan käsikirja.

Suomen Sydänliitto ry. 2008 [verkkodokumentti]. Viitattu 17.2.2009. Saatavissa:  
[http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/fi\\_FI/suomalainen\\_sydanohjelma/](http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/fi_FI/suomalainen_sydanohjelma/)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki:  
Tammi.

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

Viitanen, E. & Piirainen, A. Kuntoutujan arvioima kuntoutustarve ja odotukset  
omalle kuntoutumiselle. Kuntoutus 1/2003, 24–35.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyhyke. Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY

LIITE 1

## TUTKIMUSLUPA

Ymmärrän, että osallistuminen Sepelvaltimotautipotilaan mieliala ja ryhmäohjaus opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen, jolla selvitetään avokuntoutusryhmäläisten mielialaa ja ryhmäohjauksen vaikutusta siihen, on vapaaehtoista.

Tutkimustuloksista ei voida tunnistaa henkilöllisyyttä.

Tuloksia käytetään vain opinnäytetyömme tutkimuksessa eikä tietoja luovuteta muiden käyttöön.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen,

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

## LIITE 2

Hei!

Kiitos, kun osallistuitte opinnäytetyömme tutkimukseen Sepelvaltimotautipotilaan mieliala ja ryhmäohjaus. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sen merkityksestä mielialaan. Tavoitteenamme on kehittää sepelvaltimotautipotilaiden avokuntoutusta mielialan tukemisen näkökulmasta.

Pyytäisimme teitä kertomaan päiväkirjoissa kokemuksistanne ryhmäohjauksesta ja siitä minkälainen merkitys sillä oli Teidän mielialaanne. Materiaalit ovat vain ja ainoastaan meidän opinnäytetyötämme varten. Jos haluatte lisätietoja asiasta, voitte soittaa alhaalla oleviin numeroihin tai laittaa sähköpostia.

Kiitos osallistumisestanne!

Jenni Aaltola  
041-4636445  
jenni.aaltola@lpt.fi  
Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

Jenni Määttänen  
044-3212998  
jenni.maattanen@lpt.fi  
Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

Ohjaava opettaja:

Anne Vuori  
044-7080458  
[anne.vuori@lamk.fi](mailto:anne.vuori@lamk.fi)

Lahden ammattikorkeakoulu

## LIITE 3

### Teemahaastattelu

- 1 Sairauden diagnosoinnin merkitys mielialaan
- 2 Kokemukset omasta mielialasta ennen ryhmäohjausta
- 3 Kokemukset ryhmäohjauksesta TULPPA- avokuntoutusryhmästä Lahdessa
- 4 Ryhmäohjauksen merkitys sepelvaltimotautipotilaan mielialaan
- 5 Kehittämisaatuksia ryhmäohjaukseen

## LIITE 4 Esimerkki sisällön analyysistä

Pelkistyksen	Alakategoriat	Yläkategoria
1. ”Kaikki samassa veneessä”		
1. Yhdessäolo samassa tilanteessa olevien kanssa	1. Saman kohtalon ihmisiä	
1. Erilaisia ihmisiä samassa tilanteessa		
2. Hyviä keskusteluita ryhmässä	2. Keskustelut	Vertaistuki
2. Ryhmässä oli helppo puhua ja se helpotti oloa		
3. Ryhmäohjauksen kautta selvemmillä vesillä	3. Tuki	
3. Pelot laantuivat ryhmäohjauksen aikana		



## LIITE 5

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Tämä sopimus koskee HANKKEISTETTUA OPINNÄYTETYÖTÄ

## Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot

Opiskelijan nimi	Jenni Aaltola	Puh. 041-4636445	Sähköposti jenni.aaltola@lpt.fi
Opiskelijan nimi	Jenni Mänttänen	Puh. 044-3212998	Sähköposti jenni.maattanen@lpt.fi
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti

## Opinnäytetyön tiedot

Opinnäytetyön aihe	Sepelvaltimotautipotilaiden mieliala ja ryhmäohjaus		
Opinnäytetyön suunniteltu valmistumisaika	(kk/vuosi)	02/2009	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Anne Vuori	Puh. 044-7080458	Sähköposti anne.vuori@lamk.fi

## Yhteistyökumppanin tiedot

Organisaatio	Päijät-Hämeen Sydänpäivä ry		
Osoite	Kauppak. 6 A, 4 krs. 15140 Lahti		
Yhteys henkilön nimi	Heli Lahtinen	Puh. 050-4306649	Sähköposti päijät-hameen.sydaapiva@phnet.fi

Opinnäytetyö on yhteistyökumppanin kannalta tarpeellinen ja työtä tai työyksikköä kehittävä.

Opinnäytetyön tekemisestä aiheutuvista kuluista on sovittu seuraavaa:


Opinnäytetyön tekijänoikeudet säilyvät tekijällä, mutta muuten työn käytöstä sen valmistuttua on sovittu seuraavaa:

Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta, toinen Lahden ammattikorkeakoululle ja toinen yhteistyökumppanille.

## Opiskelijoiden allekirjoitukset

26.3.2008	Jenni Mänttänen	Jenni Aaltola
Päiväys	Jenni Mänttänen	Jenni Aaltola
	(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
	_____	_____
	(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
	_____	_____
	(nimen selvennys)	(nimen selvennys)

## Ohjaajan allekirjoitus

Päiväys	26.3.2008	
		ANNE VUORI
		(nimen selvennys)

## Yhteistyökumppanin allekirjoitus

Päiväys	26.3.2008	Heli Lahtinen
		HELI LAHTINEN
		(nimen selvennys)