

Jenny Tiitinen

# Varfariinin omahoitoon siirtyneiden potilaiden kokemuksia vastuunotosta ja selviytymisestä

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja tutkinto  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
14.5.2012

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Jenny Tiitinen Varfariinin omahoitoon siirtyneiden potilaiden kokemuksia vastuunotosta ja selviytymisestä 40 sivua + 5 liitettä 14.5.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaajat	Lehtori Minna Elomaa-Krapu Yliopettaja Kirsi Johansson (AK-projektipäällikkö)
<p>Tämä opinnäytetyö oli osa laajempaa Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla-hanketta, joka on Helsingin kaupungin terveyskeskusten, THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) ja Metropolia ammattikorkeakoulun yhteistyöhanke.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia koulutuksen jälkeisestä omahoidossa selviytymisestä ja vastuunotosta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa mallin mahdollisia uusinta-arvioiteja ja kehitystyötä varten. Aineisto työhön saatiin neljän omahoitoa toteuttavan potilaan teemahaastattelusta. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.</p> <p>Tuloksista ilmeni potilaiden selkeä tyytyväisyys omahoitoon siirtymiseen. Koulutus koettiin suurilta osin positiivisena. Koulutus tuki rohkaistumista vastuunottoon ja kertasi aiempaa tietämystä. Koulutukseen liitettiin voimaantumista kuvaavia ominaisuuksia. Ryhmämuotoisen koulutuksen hyödyllisyys koettiin eri tavoin. Selviytymistä omahoidossa tukivat löydettyt rutiinit, ammattihenkilöt, läheiset ja kirjallinen tieto. Tuloksista välittynyt kuva potilaiden selviytymisestä kertoi hoidon pääosin hyvin onnistuneesta toteutuksesta. Vastuunottoon suhtauduttiin motivoituneesti ja se koettiin tärkeäksi.</p>	
Avainsanat	varfariini, omahoito, omahoidon koulutus, potilaiden kokemukset, selviytymisen, vastuunotto

Author Title Number of Pages Date	Jenny Tiitinen Patients experiences of coping with and being more responsible in warfarin self care 40 pages + 5 appendices 14 May 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Minna Elomaa-Krapu, Senior Lecturer Kirsi Johansson, Principal Lecturer
<p>My final project is part of the Developing Anticoagulation Self-Care and Electrical Treatment Feedback System at the Finnish Health Centers project (own translation) which includes several other final projects and studies. The project is a collaboration between the Health Centres of the City of Helsinki, THL (the Finnish National Institute for Health and Welfare) and the Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland.</p> <p>The purpose this final project was to describe patients experiences of coping and taking responsibility self-care. The aim of this final project was to produce information on possible improvements of a self-care model. Material was collected by interviewing four patients carrying out the self-care of warfarin. The interviews were accomplished as theme interviews. The gathered material was analysed inductively with the methods of content analysis.</p> <p>The results showed that patients were satisfied with taking part in the self-care model. The patient education got mainly positive feedback as well. The patient education supported patient encouragement towards self care. It also repeated earlier knowledge. As describing the education situation, the patients introduced factors concerning empowering the style of patient education. The patient education was given in a group, and the patients found it in different ways. Coping in the self care was described to be supported with every day routines, professionals, the nearest ones and a written information. The results gave the picture of mainly well succeed realisation of the self care. Among the patients having a responsibility for self-care, it was found important, and they were well motivated to achieve it.</p>	
Keywords	warfarin, self care, self care education, patients experiences, being responsible, coping with

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Varfariinilääkitys	3
3	Potilaan omahoito ja omahoitoon ohjaus	5
3.1	Omahoito	5
3.2	Potilaan vastuunotto omahoidossa	5
3.3	Potilaan selviytyminen omahoidossa	6
3.4	Potilaan ohjaus ja ohjaussuhde	7
3.5	Ohjaus ryhmässä	9
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	11
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	12
5.1	Aineiston keruu	12
5.2	Aineiston analysointi	13
6	Opinnäytetyön tulokset	15
6.1	Kuvaavat tiedot	15
6.2	Omahoidon koulutustilaisuus	15
6.2.1	Koulutuksen merkitys	16
6.2.2	Eri tahojen merkitys koulutuksessa	17
6.3	Omahoidon malli käytännössä	19
6.3.1	Omahoidon mallin muutos	19
6.3.2	Ohjeviestin välittyminen	20
6.4	Lääkkeen käyttö ja elintavat	21
6.4.1	Elintapojen hallinta	22
6.4.2	Lääkkeen käytön hallinta	23
6.5	Tiedollinen ja emotionaalinen tuki omahoidossa	25
6.5.1	Ammattilaisten tarjoama tuki	25
6.5.2	Läheisiltä saatava tuki	26
6.5.3	Kirjallisen tiedon hyödyntäminen	27
6.6	Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset	28
6.6.1	Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa	29
6.6.2	Omahoidosessa selviytymisen kokemukset	30
7	Pohdinta	32

7.1	Tulosten tarkastelu	32
7.2	Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset	35
7.3	Opinnäytetyöneettäisyys	36
7.4	Opinnäytetyön luotettavuus	37
	Lähteet	40

#### Liitteet

- Liite 1. Hakujen historia
- Liite 2. Tutkittavan tiedote
- Liite 3. Suostumuslomake
- Liite 4. Teemahaastattelun runko
- Liite 5. Esimerkki analyysirungosta

## 1 Johdanto

Nykyisellään varfariinihoidon piiriin kuuluvia potilaita Helsingissä yksistään on hieman alle 10 000 henkilöä ja määrä kasvaa koko ajan. Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -hankkeen (AK-hanke) mallia edeltänyt hoidon toteutuksen malli on kuormittava sekä hoitopuolelle että potilaalle itselleen. Omaha-omahoitoon kykenevien potilaiden kouluttaminen olisi perusteltua hoitosuhteen molemminpuolisen tehokkuuden lisäämiseksi. Potilaiden hoidon toteutuksen omahoidon mallilla on tarkoitus muun muassa vähentää terveydenhuollon henkilökunnan välikätenä toimimista, niiltä osin kuin potilas itsekin oikein kohdennetulla koulutuksella pystyisi omahoidosta huolehtimaan. Varfariinihoidon toteutuksesta omahoidon mallilla on tutkimuksissa saatu lupaavia tuloksia; huolellisilla potilasvalinnoilla, joissa huomioidaan potilaan motivaatio ja kyvyt voidaan saavuttaa parempi hoitotasapaino ja jopa vähentää kuolleisuutta ja komplikaatioita (Joutsu-Korhonen – Lassila – Savolainen 2010: 3434). AK-hankkeen omahoitomalli on suunniteltu kohdennettavaksi potilaille, joiden INR-arvot ovat hoitotasapainossa, joilla on omaa kiinnostusta omahoitoon siirtymiseksi ja todennettavat tiedot ja taidot sen vastuulliseen toteuttamiseen. (Karjalainen 2011).

Hankkeessa pyritään vahvistamaan ja lisäämään potilaiden omahoitoa. Hanketta edeltänyt hoitomalli sisälsi potilaan laboratorioskäynnin näytteen antamiseksi, keskimäärin 2,5 yhteydenottoa uusimman INR-arvon saamiseksi ja sairaanhoitajan tai lääkärin antaman ohjeistuksen varfariiniannoksen muuttamiseksi tai ennallaan pitämiseksi (Karjalainen 2011). Uusimmassa kansallisessa suosituksessa tuodaan vaihtoehdoksi malli, jossa omahoitoon koulutettu potilas hoitaisi mittauksen vieritestauksena kotonaan, saisi tuloksen saman tien ja pystyisi saadun koulutuksen myötä säätämään annoksensa itse (Joutsu-Korhonen ym. 2010: 3437). Vieritestauksen sijaan AK-hanke keskittyy potilas-koulutukseen, jolla on tarkoitus lisätä potilaiden tietämystä varfariinilääkityksestä, sen vaikutuksista, annostelusta ja elintapojen vaikutuksista lääkkeen toimintaan. Koulutuksella on tarkoitus tukea potilaan turvallisen hoidon toteuttamista. (Karjalainen 2011.) Hankkeessa tarkasteluun otettu malli ei siis sisällä vieritestausta, joka tarkoittaa potilaan vierellä tapahtuvaa testausta, INR-määrityksen tapauksessa ihopistonäytteenä otettavaa verinäytettä, jonka tuloskin valmistuu potilaan läheisyydessä. Samalla peri-

aatteella toteutetaan esimerkiksi verensokeriseurantoja omahoidossa olevien diabeetikoiden tapauksessa. (Joutsu-Korhonen ym. 2010: 3434)

AK-hankkeessa potilaiden omahoidon toteutuksen vaatima osaaminen varmistetaan pienryhmäkoulutuksena toteutettavalla opetuksella ja sen jälkeisellä koulutuksen omaksumista testaavalla "ajokortilla". Sen jälkeen potilaan tulisi tietää varfariinista enemmän, osata sen annostelu ja turvallinen käyttö sekä hahmottaa, milloin on tarpeen ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Omahoidon tukena hyödynnetään teknologisia ratkaisuja, kuten potilaan matkapuhelimeen automaattisesti ohjautuvaa INR-testituloksen ja lääkeannostelua ohjaavan viestin sisältävää tekstiviestiä. Hankkeen koulutuksen tulisi antaa tarvittavat valmiudet potilaalle, jotta hän kykenisi huolehtimaan omahoitonsa osa-alueiden turvallisuudesta ja muuttamaan annosta viestin perusteella. (Karjalainen 2011.)

Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin terveystieteiden keskuksen, THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) ja Metropolia-ammattikorkeakoulun (Terveys- ja hoitoala) yhteistyönä toteutettavaa AK-hanketta. Hankkeen tarkoitus on kuvata varfariinilääkityksen omahoittoa vahvistava ja potilaiden omahoidon toteutusta tukeva toimintamalli. Tarkoituksena on parantaa hoitokäytäntöjä niin, että potilaat saavat vahvistusta tiedoilleen ja taidoilleen sekä luottamusta omahoitona toteutettavaan antikoagulanttihoitoonsa. Projektissa kartoitetaan turvallisen omahoiton siirtymisen ja siihen johtavan ohjauksen piirteitä, mallin kustannusvaikuttavuutta sekä hoitohenkilökunnan malliin koulutusta. (Karjalainen 2011) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia koulutuksen vaikutuksista omahoidossa selviytymiseen ja vastuunottoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa mallin mahdollisia uusia arvioita ja kehitystyötä varten.

## 2 Varfariinilääkitys

Varfariini (Suomessa käytössä Marevan®) on antikoagulaatiohoidossa käytettävä lääkeaine, joka vaikuttaa veren K-vitamiiniriippuvaisiin hyytymistekijöihin, sekä antikoagulanttiproteiineihin C ja S. Varfariini vaikuttaa veren hyytymisnopeuteen, jolloin veren hyytymiseen kuluva aika on pidempi. Varfariinin vaikuttavuutta seurataan verinäytteillä verenhyytymisarvoja testaamalla. Suurena mittauksissa toimii INR-arvo (International Normalised Ratio), jonka tavoitetaso potilaskohtaisesti on joko 2,0–3,0 tai 2,5–3,5. Puolestaan lääkettä tarvitsemattomalla, terveellä henkilöllä normaali taso on 0,7–1,2. Veren hyytymisaikaa muutetaan lääkityksen avulla ja verenhyytymistä pyritäänkin pidentämään 2–3-kertaiseksi. (Paukama 2010.) On olemassa vahvat todisteet siitä, että kun INR:n arvo laskee alle 2,0 tromboosin riski nousee eksponentiaalisesti ja vuotoriskin kohdalla käy samoin, kun INR kohoaa yli 4,5:n (Fitzmaurice – Machin 2001: 986).

Varfariinin käytöllä on tarkoitus ehkäistä verihyytymien synty paikallisesti, jo syntyneiden hyytymien kasvu ja liikkeelle lähtö, taitaita voidaan käyttää keuhkoembolian tai aivohalvauksen hoidossa. Useimpien käyttöaiheiden kohdalla varfariinin käyttöaika on muutamasta kuukaudesta vuoteen, mutta esimerkiksi uusiutuvan syvän laskimotukoksen, keuhkoembolian tai kroonisen eteisvärinän kohdalla hoito voi jäädä pysyväksi. (Paukama 2010.) Varfariinin omahoitoa on mielekästä suositella vain pitkäaikaislääkityksenä (yli vuoden) sitä käyttäville koulutuksen ja hoidon oppimiseen menevän ajan vuoksi (Fitzmaurice – Machin 2001: 987).

Varfariinin toimintaan vaikuttavat lukuisat eri lääkeaineet esimerkiksi tulehduskipuläkkeet ja eräät antibiootit, terveyden tila ja ruuan sisältämä K-vitamiini (Paukama 2010). Lukuisten yhteisvaikutusten vuoksi uusien lääkkeiden määräysten yhteydessä varfariinin käyttö tulee ehdottomasti huomioida. Itsehoitokipuläkkeistä parasetamoli, ASA ja muut tulehduskipuläkkeet eivät pääsääntöisesti sovi käytettäväksi varfariinihoidon aikana. Myös luontaistuotteilla voi olla vaikutusta antikoagulaatioon, ja potilaan tulisi keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ennen niiden käyttöä. (Paukama 2011.) Potilaan lähiomaisten olisi hyvä olla tietoisia käytössä olevasta varfariinilääkityksestä, jotta potilaan äkillisesti esimerkiksi sairaalahoitoon joutuessa tieto lääkityksestä välittyisi hoitohenkilöstölle. Tiedon kulkemista varmistava erityislääkityksestä kertova ranneke voisi olla suosittelun arvoinen keino potilaalle. (Garcia – Schwartz 2011: 74.)



Varfariinilääkityksen käyttö vaatii potilaalta ravitsemuksensa tarkkailua ja K-vitamiinipitoisten ruoka-aineiden tasaista käyttöä. K-vitamiinin saannin tasaisuus on merkityksellistä, koska suuret heilahtelut päiväkohtaisissa määrissä voivat heikentää antikoagulaatiotehoa ja altistaa siten tukkeumille. Alkoholin käytön tulisi olla kohtuullista ja tasaista. Kerralla 1–2 ravintola-annosta ei vaikuta antikoagulaation tasoon, mutta suuri kerta-annos nostaa vuotovaaraa. (Paukama 2011.) Alkoholin runsas käyttö voi johtaa huonoon hoitoon sitoutumiseen ja alkoholin aiheuttama maksavaurio vähentää hyytymistekijöiden syntyä ja lisää vuotovaaraa (Kunnamo 2011).

Uusi kansallinen suositus varfariinihoidon toteutuksesta vieritestauksena suosittaa valikoidulle potilasjoukolla omahoitona toteutettavaa hoitoa (Joutsu-Korhonen ym. 2010: 3435). Suosituksen kaltaisessa omahoidossa potilaat voivat kuitenkin kokea ongelmia itsetestaukseen liittyvän vieritestausmenetelmän käytössä. Omahoidon koulutuksen läpäisseiden keski-ikässä (61 v. n=242) on voitu todeta Murrayn tutkimusryhmän suorittamassa tutkimuksessa merkittävä ero keskeyttäneiden (71 v. n=85) ryhmään verrattuna, ja suurimpina ongelmina ilmeni omatestauksen käytännön toteutus. Ikään liittyvät muutokset näössä ja sorminäppäryydessä voivat vaikuttaa testauksen onnistumiseen. Omahoidosta kiinnostuneista koulutuksen läpäisi  $\frac{3}{4}$  potilaista, ja oma kiinnostus onkin yksi merkittävimmistä tekijöistä potilaan omahoitoa harkittaessa. (Murray – Fitzmaurice – McCahon – Fuller – Sandhur 2004: 437.)

Huolellinen potilasvalinta varfariinin omahoitoon on tärkeää motivoituneiden ja hoitoon kykenevien potilaiden löytämiseksi. Huolellisesti omahoitoon valitulla potilasjoukolla kuolleisuus ja tromboemboliset tapaukset vähenevät, eikä vakavien vuototapauksien määrä kasva. Toisaalta omahoitoon ja omatestaukseen siirtyneet potilaat useimmiten saavat laajemman koulutuksen kuin perinteisessä antikoagulaatiohoidossa olevat, mikä voisi osaltaan selittää hyviä tuloksia. Omahoitoon ja omaseurantaan siirtyminen mahdollistaa usein myös tiheämmät mittaukset ja annoksen säädöt, jonka on ajateltu edistävän tavoitetasolla pysymistä. (Bloomfield ym. 2011: 477–480.)

### 3 Potilaan omahoito ja omahoitoon ohjaus

#### 3.1 Omahoito

Omahoitotilanteessa potilas vastaa osa-alueista, jotka on määritetty yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä onkin hoitosuhteen toivottava toteutusmuoto, jossa potilas hyödyntää ohjauksessa saamaansa tietoa ja osaamista. (Routasalo ym. 2009: 2353.) Omahoitoon liittyy keskeisesti potilaslähtöisyys, jonka toivottuna seurauksena ohjausprosessissa on potilaan voimaantuminen (Routasalo ym. 2010: 1921). Omahoito edustaa muutosta vanhahtavasta auktoriteetti-/ ammattilaislähtöisestä ohjaustyylistä nykyisin korostettuun potilaslähtöisyyteen. Tasavertainen kumppanuus- tai valmentajasuhde kuvaa hyvin omahoidon potilaslähtöistä asetelmaa. Potilaan ottaessa enemmän vastuuta omasta hoidostaan korostuu voimaannuttavan ohjauksen tarve. Vastuun painottuessa potilaalle itselleen on hänellä oltava keinoja selviytymiseen. Ongelmanratkaisukyky ja päätöksenteko ovatkin potilasta omahoitoon valmennettaessa tavoitteena (Routasalo ym. 2009: 2352–2353).

Hankkeen kohdalla potilaiden pohjana omahoidolle on suoritettu koulutus ja sen sisäistämistä testaava ajokortti, jonka jälkeen omahoito sisältää viimeisimmän INR-tuloksen mukaisen ohjeen perusteella tapahtuvan varfariinilääkityksen annostelun.

#### 3.2 Potilaan vastuunotto omahoidossa

Sitoutuminen omahoitoon on usein jaksottaista ja siihen voivat vaikuttaa potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä voivat olla kognitiiviset ja persoonallisuustekijät, elämän asenteet, uskomukset ja pelot. Ulkoisissa tekijöissä sitoutumiseen voivat vaikuttaa ammattihenkilöihin, sairauteen ja oireisiin, terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät, sosiaalisen verkoston tuki ja hoidosta saatava, koettu hyöty tai haitta. (Pitkälä ym. 2005: 2). Potilaat voivat kokea tarpeen vastuunottoon erilailta. Samoissa olosuhteissa ja samalla ohjauksella toinen potilas voi kokea tarvetta antaa vastuu päätöksestä ohjaajalleen, kun taas toinen ottaa ilomielin vastuunkannon itselleen. Hoitajan tuleekin välittää tunne turvallisuudesta, valaa luottamusta hoitoon ja motivoida oppimaan tukemalla ja jakamalla vastuunottoa. (Aujoulat ym. 2006: 6–7.)

Uudessa omahoidon mallissa potilaan vastuulla on ohjeviestin oikeanlainen hyödyntäminen. Ohjeviesti antaa ohjeet varfariiniannoksen ennallaan pitämiseen, muuttamiseen tai yhteydenottoon hänelle osoitettuihin terveysalan ammattilaisiin. Lisäksi potilaalla on omahoidolle tyypillinen vastuu oman vointinsa tarkkailusta ja muutoksiin reagoinnista sekä lääkkeen hoitotasolla pysymiseen vaikuttavien tekijöiden huomioinnista. Ennen omahoitoon siirtymistä potilaan vastuunkannon valmiudet varmistetaan omahoidon koulutustilaisuudessa, mutta myöhempi tiedon päivitys omahoidossa on potilaan itsensä varassa.

Potilaslähtöisyys hoitosuhteessa on lähtökohta voimaantumiselle, jonka kautta potilaan vastuunotto hoidostaan paranee. Tutkimuksissa varfariinin omahoitoon sitoutumattomuutta ennustaviksi tekijöiksi on todettu nuori ikä, miessukupuoli, pienempi kokonaisriski saada aivoinfarkti, heikot kognitiiviset taidot, köyhyys, korkea koulutustaso, työttömyys, kodittomuus ja sairautta ja hoitoa koskevan tiedon saannin vastahakoisuus (Kneeland – Fang 2010: 55).

Potilaiden varfariinihoitoon sitoutumista käytöksen ja asenteiden kautta ennustavaa mittaria on kehitelty IN-RANGE (the International Normalised Ratio Adherence and Genetics)-hankkeen parissa, mutta mittarin kehitystyö vaatii vielä lisätutkimuksia (Cruess ym. 2010). Sitoutumattomuuden ennustaminen potilaiden oman kertoman tai hoitajan tekemän arvion mukaan on huomattu IN-RANGE-hankkeen aiemmassa tutkimusosassa epäluotettavaksi (Parker ym. 2007: 1257–1258). Potilas voi esimerkiksi puolustautua valkoisilla valheilla kokiessaan syyllisyyttä hoitonsa toteutuksessa ilmenneistä ongelmista, kohdatessaan pelottelua hoidon laiminlyönnin seurauksista tai säästyäkseen ammattihenkilön moitteilta (Routasalo ym. 2009: 2352). Kehitystyön jälkeen mittari olisi hyödyllinen työväline sitoutumisen ennustamiseksi ja lisäinterventioiden tarpeen aikaisemmaksi huomaamiseksi. Yksinkertainen kyselymuotoinen kartoitus olisi käyttökelpoinen ja pieni lisä ohjaustyöhön, mutta tärkeä tukitoimi hoidon kannalta merkittävään osa-alueeseen, sitoutumisen paranemiseen. (Platt ym. 2010: 888).

### 3.3 Potilaan selviytyminen omahoidossa

Selviytyminen on voimaantumisen eli sisäisen hallinnan lähikäsite, joka liitetään yleisesti stressiin ja menetelmiin, joilla se saadaan haltuun. Selviytymiskeinot voivat olla on-

gelma- tai tunnesuuntautuneita, jolloin toiminta kohdistetaan joko ongelman tai haasteen aiheuttajaan (ongelmasuuntautunut) tai sen synnyttämiin tuntemuksiin (tunnesuuntautunut). Oppimiseen ja motivaatioon vaikuttamalla potilaan stressin hallintaa voidaan tukea ja siten parantaa potilaan selviytymisen kokemusta. (Leino-Kilpi ym. 1999: 22–23). Tätä voidaan edistää ohjauksella, jolloin tavoitteena on potilaan selviytymiskykyjen vahvistaminen (Kääriäinen ym. 2005: 255).

Mallin kohdalla omahoidossa selviytyminen käytännössä vaatii potilaalta aktiivista suuntautumista haasteisiin. Näistä selviytyminen edellyttää potilaalta tietoa lääkkeen käytöstä, sen vaikutuksista ja INR-arvoon vaikuttavista tekijöistä kuten ruokavaliosta. Omahoidon mallin potilasta vastuuttava luonne vaatii myös käsitystä omista tiedon rajoista, eli käsitystä siitä milloin on tarpeen olla yhteydessä esimerkiksi hoitohenkilökuntaan tai lääkäriin. Motivaatio hoidon säännölliseen noudattamiseen, elintottumusten tarkkailuun ja omien oireiden silmällä pitämiseen on edellytys hoidon tasapainolle.

### 3.4 Potilaan ohjaus ja ohjaussuhde

Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, ja siihen vaikuttavat ohjaajan ja ohjattavan konteksti eli kullekin yksilölliset fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Fyysiset tekijät voivat tarkoittaa ikää, sukupuolta ja terveyden tilaa, psyykkiset tekijät muunmuassa oppimiseen vaikuttavia kykyjä ja ominaisuuksia tai kokemuksia ja tarpeita. Ohjaukseen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä puolestaan voivat olla ohjaajan tai ohjattavan kulttuuri, sosiaalisuus ja eettisyysjympäristötekijänä ohjausympäristö. (Kääriäinen –Kyngäs 2005: 254.)

Tasavertainen, osallistujien kontekstin huomioiva vuorovaikutus ohjaussuhteessa tukee ohjauksen vaikuttavuutta. Ohjauksella voidaan edistää potilaan terveyttä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, itsenäistä päätösten tekoa ja tietämystä sairaudestaan. Se myös mahdollistaa oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuuden kasvun. Näihin päästäkseen tavoitteena ohjauksessa on edistää potilaan tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutoksia, päätösten teon oppimista, sekä selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 255–257.)

”Voimaantuminen on sosiaalinen, psyykkinen ja kulttuurinen prosessi, jonka tuloksena henkilö kykenee tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä ja ottamaan vastuun omasta elämästään”(WHO 1998). Silloin yksilö saa elämäntilannettaan hallintaan ja pystyy hyödyntämään karttuneita tietojaan ja taitojaan niiden rajat hahmottaen (Routasalo – Airaksinen – Mäntyranta – Pitkälä 2009: 2356–2357). Voimaantuminen on monimutkainen henkilökohtainen muutos, jonka keskiössä on potilaan oma pohdinta ja päätösten teko. Potilaalla on esimerkiksi mahdollisuus olla sitoutumatta hoitoon, jos hän omista voimavaroistaan ja prioriteeteistaan käsin näkee sen tarpeelliseksi. (Aujoulat – d’Hoore – Deccache 2006: 6.)

Potilaslähtöisen hoidonlaatuineyhdessä potilaan kanssa vaatii neuvottelua, ohjausta sekä potilaan elämäntilanteen tarkastelua ja hoidon sovittamista hänen elämäntilanteeseensa. (Aujoulat– d’Hoore – Deccache2006: 6.) Potilaslähtöisyys näkyy potilaan ja hoitajan tasavertaisena kumppanuutena hoidon suunnittelussa, potilaan autonomian painotuksessa ja hänen motivaationsa, voimaantumisen ja pystyvyyden/selviytymisensä tukemisena (Routasalo – Airaksinen – Mäntyranta – Pitkälä 2010: 1921). Voimaantumisen pohja rakentuu siis potilaslähtöisyydestä, vaihtoehtojen ääreen ohjaavasta ja hoitoa potilaan kontekstiin sovittavasta hoitajan ja potilaan yhteistyöstä.

Vuorovaikutuksen välineet kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö rakentavat pohjan ohjauksen toteuttamiselle (Kääriäinen –Kyngäs 2005: 254). Keskustelun tasolla hoitaja voi tukea potilaan voimavaraistumista erilaisilla puhekäytännöillä. Potilaslähtöisyyden tukemiseksi heti ohjauksen alusta alkaen olennaista olisi vuorovaikutuskeinoja käyttäen kutsua potilas aktiiviseksi osallistujaksi tilanteeseen. Kysymyksillä potilaan tuntemuksista ja tunnustelevalle puhetyylillä annetaan potilaalle tilaa ja osoitetaan mahdollisuuttaohjalla tilanteen etenemistä. Potilasta voi kannustaa ja rohkaista osallistumaan potilaan havaintoja tukevalla ja peilaavalla palautteella. Potilaan jo omaamat voimavarat ja oman tilanteensa asiantuntijuus osoitetaan ja sen edistymistä voidaan tehdä näkyvämmäksi potilaalle itselleen jatkuvalla palautteella. Hoitajan antama palaute voi toimia myös potilaalle itselleen suuntaa ja vahvistusta antavana elementtinä, johon hän voi verrata ja samalla arvioida omia ajatuksiaan hoidosta. (Kettunen – Poskiparta – Karhila 2002: 220.)

Arkaa tai tunneherkkää aihetta voi lähestyä tunnustelevalla puheella, johon sisältyy muun muassa epätäydellisiä lauseita ja aikaa antavia hiljaisuuksia. Hienotunteisuutta välittävä tekijä on myös neutraaluis, jolloin potilaalle tarjotaan tarvittava tieto päätöksiin, mutta annetaan potilaan toimia autonomisesti päättäen mikä hänen henkilökohtaisista lähtökohdistaan on parasta. Hoitajan tulisi silloin huolehtia hoitoratkaisujen merkitysten totuudellisesta hahmottumisesta potilaalle samalla huomioiden potilaan ratkaisuihin vaikuttava konteksti. (Kettunen ym. 2002: 220.) Potilaslähtöinen ohjaus vaatii hoitajalta paljon, mutta potilaan voimavarat huomioiva ohjaus ja niille rakennetut keinot hoidossa selviytymiseen ovat tie vastuunjaon mahdollistavaan hoitosuhteeseen. Tällöin hoitaja saa tiedon ja taidon istutettua voimavarojen muodossa potilaaseen, ja vastuunotto potilaassa itsessään vahvistuu.

Julkaistujen tutkimusten sisältämä potilaskoulutuksen kirjo on laaja ja yhtenäistä käsitystä varfariinipotilaita parhaiten hoitoon valmistavasta koulutuksesta ei ole. Koulutuksen sisällöt, testaus ja rakenne vaihtelevat paljon ja tarvittaisiin tehokkuutta arvioivaa tutkimusta varfariinihoidon koulutuksen laadukkaiden menetelmien valintojen tueksi. (Wofford – Wells – Singh 2008.)

### 3.5 Ohjaus ryhmässä

Voimaannuttava ryhmäohjaus sisältää samoja vuorovaikutuksen ominaisuuksia kuin yksilöohjauskin. Toisilleen ennestään tuntematon joukko potilaita muodostaa ryhmän yhteisen tavoitteen pohjalta. Yhteiset tavoitteet ohjaavat ryhmässä käsiteltäviä aiheita. Ohjaajalta ohjaustilanne vaatii vuorovaikutustaitoja, joihin kuuluvat ohjattavan kehitystä tukeva ohjauksen ajoitus, ohjauksen vastaanotolle suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön huomioiminen ja hyödyntäminen (Kääriäinen ym. 2005: 255).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilasohjauksen kehittämishankkeessa (Brotherus ym. 2006) luotiin malli kertaluontoiselle ryhmäohjaukselle. Ryhmätilanne vaatii huolellisen valmistautumisen, jolloin ohjaaja tekee taustatyötä ohjauksen mahdollisimman hyvän kohderyhmänsä kohtaamisen eteen. Hän ottaa selvää potilaiden taustasta, rajaa käsiteltävää asiaa ja valitsee tavoitteita palvelevat ohjausmenetelmät. Aloituksena ryhmä tutustuu toisiinsa ja ohjaajaan. Ohjaaja avaa keskusteluyhteyttä ja luo vastaanottavaista ilmapiiriä esittäytymisten ja pelisääntöjen sopimisen muodossa. Itse ohjaus-

tilanne vaatii ryhmädynamiikan huomioimista, kokonaisuuden ja ajan hallintaa. Ohjauksen aikana jatkuva arviointi ohjaajan ja potilaiden välillä tukee tavoitteisiin pääsemistä, ja puolestaan potilailta saatava palaute tukee ohjaajan käsityksiä tiedon omaksumisesta. Loppuarviointi voidaan toteuttaa kertauksenomaisena ja tietotasoa ja siihen tyytyväisyyttä varmistavana elementtinä. Potilaiden herääville kysymyksille olisi hyvä jättää aikaa ohjauksen loppuun, jotta tarkennukset ja epäselvyydet saadaan selvitettyä ennen ryhmätilanteen päätöstä. (Brotherus ym. 2006: 91.)

Nimenomaan ryhmässä toteutetusta varfariininomahoidonohjauksesta ei löytynyt aiempaa tutkimustietoa (Liite 1), joten tämänkaltaiset tutkimukset aiheesta ovat tarpeen. Omahoitona perinteisesti toteutettavan tyypin 2 diabeteksen kohdalla puolestaan ryhmäohjausta on hyödynnetty enemmän ja tutkittu sen tuloksia. Diabeteksen omahoidossa on paljon yhtenevää varfariinin omahoitoon siirtyvien potilaiden tilanteen kanssa. Omaksuttavana heillä on suuri määrä tietoa lääkityksestä ja sen annostelusta, ruokavaliosta ja sen vaikutuksesta.

Diabeteksen ryhmäopetuksen tuloksia tutkineessa vuoden kestäneessä seuranta-tutkimuksessa (Adolffson ym. 2007: 341) havaittiin ryhmäkoulutuksen (n=44) ja yksilökoulutuksen (n=42) saaneiden potilaiden luottamuksessa omiin tietoihinsa merkittävä ero. Ryhmäkoulutuksen saaneet potilaat luottivat tietämykseensä diabeteksestä verrokkiryhmän potilaita paremmin. Esimerkiksi elämän laadussa, verensokerin pitkän aikavälin arvoissa merkittäviä eroja ei tutkimuksessa ryhmien välillä havaittu. Toisessa seuranta-tutkimuksessa, joka kesti puoli vuotta (Rickheim ym. 2001: 269) tyypin 2 diabeteksen ryhmäkoulutuksesta tulokset kertoivat ryhmäkoulutuksen saaneiden potilaiden (n=87) yhtä hyvästä pitkän ajan verensokerikontrollista yksilökoulutuksen saaneisiin verrokkiryhmäläisiin (n=84) nähden. Ryhmäohjauksen sopivuudesta ja eduista on viitteitä potilaan omahoitoon kouluttavana ohjausmenetelmänä. Edellä mainittujen tutkimusten kohdalla ryhmäohjauksena toteutettu tyypin 2 diabeteksen omahoidon koulutus ylsi samalle tasolle yksilökoulutetun verrokkiryhmän kanssa ja osittain jopa paransi omahoitokoulutuksen tuloksia. Parannusta huomattiin toisen tutkimuksen kohdalla luottamuksessa omaan tietämykseensä.

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

AK-hankeessavarfariinipotilaiden omahoidon mallia kehitetään pienemmissä osissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia koulutuksen jälkeisestä omahoidosta selviytymisestä ja vastuunotosta. Potilasnäkökulman huomioiminen hankkeessa monipuolistaa tarkastelua ja lisää mallin luotettavuutta.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa mallin mahdollisia uusinta-arvioiteja ja kehitystyötä varten. Terveystieteiden ja potilaiden näkökulmasta toimiva malli olisi hyödyllinen valtakunnallisestikin. Ihannetilanteessa kustannustehokas, hoidon toteutukseen osallistuvien tahojen voimavaroja mielekkäästi hyödyntävä varfariinihoidon toteutus palvelisi sekä potilaita, että terveydenhuoltojärjestelmää.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. "Minkälaisia kokemuksia potilailla on omahoidossa selviytymisestä koulutuksen jälkeen?"
2. "Minkälaisia kokemuksia potilailla on vastuunotosta omahoidossa koulutuksen jälkeen?"



## 5 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 5.1 Aineiston keruu

Teemahaastattelun käyttöä tässä opinnäytetyössä puolsi haastattelun sisältöä johdattavien teemojen käyttö, joiden avulla vastaukset eivät tule esille vain tutkijan näkökulman kautta ja ne antavat tilaa tutkittavien äänelle. Potilaskokemukset ryhmämuotoisena toteutusta varfariinikoulutuksesta ovat uutta tutkimusaluetta, kuten kokemukset varfariinin omahoidossa selviytymisestä ja vastuunotosta myös. Aihealueiden osasista löytyy tutkimusta, mutta tämän opinnäytetyön kaltaisessa asetelmassa tutkimusta ei ole tehty (Liite 1). Tutkittaessa aluetta, josta ei juuri ole aiempaa tutkimusta, on haastattelumuotoinen tutkimusaineiston keruu eduksi. (Hirsjärvi ym. 2006: 34–35).

Haastateltavien pienen määrän vuoksi on tärkeä saada mahdollisimman laajasti vastauksia kysymyksiin. Reaaliaikaisesti toteutuva keskustelu mahdollistaa tarkentavien kysymysten ja siten asian syventämisen tilanteen niin vaatiessa. Tilanteessa molemmilla osapuolilla on tämä mahdollisuus, ja se varmistaa haastateltavankin osallistumisen mielekkyyttä ja motivaatiota. Esimerkiksi kyselylomakkeen kohdalla tutkittava voi joutua itselleen epäselvän kysymyksen kohdalle osuessaan tekemään epävarman tulkinnan ja vastaamaan sen perusteella, tai jättämään vastauksen kokonaan väliin. Tällöin aineistoon syntyisi epätoivottua katoa. Teemahaastattelun mahdollistamat kysymysten esittämiset tilanteessa edistävät siis haastattelusta saatavan aineiston kattavuutta ja kadon minimointia. (Hirsjärvi ym. 2006: 35–37).

Tietopohjan, opinnäytetyön aiheen rajauksen ja AK-hankkeen tavoitteiden pohjalta muotoiltiin teemat. Teemahaastattelulle on ominaista haastattelutilanteen vapaampi keskustelutyylinen teema-alueiden läpikäynti, siksi aihealueeseen perehtyminen ja haastateltavien taustoihin perehtyminen luovat pohjaa haastattelun rakentumiselle (Saaranen-Kauppinen –Puusniekka 2006).

Opinnäytetyötä varten tehtiin neljän varfariiniomahoidossa olevan helsinkiläisen potilaan teemahaastattelut. Opinnäytetyön kohteena olivat haastateltavien potilaiden kokemukset, jotka ovat yksilöllisiä ja joihin liittyy henkilökohtaisia merkityksiä. Teemahaastattelun oli tarkoitus haastateltavalle vapaammat mahdollisuudet tuoda kokemuk-

sensa esiin ja ottaa huomioon ihmisten tulkinnat ja annetut merkitykset. Haastattelu-teemoiksi (Haastattelurunko: Liite 4) nostettiin potilaan tausta, kokemukset omahoito-koulutuksesta, selviytymisestä ja vastuunotosta omahoidossa koulutuksen saannin jäl-keen.

Potilaiden oli tarkoituksenomaista valikoitua terveysasemalta, jossa projektin kehitys-kohteena oleva malli on ollut mahdollisimman pitkään käytössä ja potilailla on jo pi-temmältä ajalta ehtinyt tulla kokemuksia mallista. Teemahaastattelun luonteen ja haas-tateltavin pienen lukumäärän vuoksi potilaiden valinnat olisi hyvä kohdistaa henkilöihin, joiden kokemukset antaisivat mahdollisimman laajasti teemoihin liittyvää tietoa. Erilaiset kokemukset mallin tukevuudesta omahoidossa selviytymisessä ja vastuunotossa olisivat toivottavia, mutta ennaltakäsin niiden saatavuuteen ei juuri ole mahdollisuuksia vaikut-taa.

Haastateltavat saatiin terveyskeskuksen yhteyshenkilön kautta. Haastateltavien han-kinnassa kriteereinä olivat saatu omahoidon koulutus, jonka jälkeen noin puoli vuotta tai enemmän omahoidon toteutusta takana, ei rajoituksia iän, eikä INR-arvojen suh-teen, kunhan varfariinilääkityksen käyttö omahoidon mallilla on pysynyt hoidon toteu-tusmuotona. Äidinkielen suhteen haastateltavat rajautuivat suomea sujuvasti puhuviin, tutkijan kielitaidosta johtuen.

## 5.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysissä empiirinen aineisto käsitellään päättelyn ja tulkinnan avulla, ja tut-kittavasta ilmiöstä päästään käsitteellisempään muotoon. (Tuomi – Sarajarvi 2002: 110–115). Laadullisen aineiston analyysi toteutettiin tässä opinnäytetyössä aineistoläh-töisellä sisällön analyysillä (Esimerkki analyysirungosta: Liite 5). Karheasti jaoteltuna se muodostui kolmesta vaiheesta: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.



Kuvio 1. Teoreettisen käsitejärjestelmän syntyminen analyysiprosessin tuloksena

Kunkin potilaan kanssa käytiin kahdenkeskinen teemahaastattelu, keskustelut tallennettiin nauhurilla ja nauhalle saatu materiaali kirjoitettiin sana sanalta tekstimuotoon. Jo litterointi- eli puhtaaksikirjoitusvaiheessa on mahdollista karsia tutkimuksen kannalta epäolennaisia sisältöä pois (Hirsjärvi – Hurme 2006: 138). Tässä opinnäytetyössä karsiminen jätettiin aineiston pelkistämävaiheeseen aiemman aineistojen käsittelykokemuksen puuttuessa. Tällöin kokonaisuudessaan tarkastelukelpoiseen muotoon saatu materiaali oli helpompi jaotella tutkimuskysymysten varjolla tarpeelliseen ja tarpeettomaan materiaaliin.

Redusointi- eli pelkistämävaiheessa tarkoituksena on, että materiaalia tiivistetään ja siitä etsitään ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimuksen kannalta olennaisia sisältöjä (Tuomi – Sarajärvi 2002: 110–115). Klusterointi- eli ryhmittelyvaiheessa aineiston sisältöä kuvaavista alkuperäisilmauksista tarkastellaan eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ryhmitellyllä tieto tiivistyy pelkistetyistä ilmauksista alaluokiksi. Abstrahointi- eli käsitteellistämävaiheessa tiivistettyä tietoa aletaan yhdistellä ensin alaluokista yläluokiksi, yläluokista pääluokiksi ja niistä edelleen kaikki muut luokat sisällään pitäväksi yhdistäväksi luokaksi. Luokista syntyy siten teoreettinen käsitejärjestelmä, johon päädytään yksittäisiä ilmauksia toisiinsa liittävien ilmauksien muotoilun kautta. Tutkijan tulisi tarkastella aineistoa haastateltujen näkökulmista analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 112–115.)

## 6 Opinnäytetyön tulokset

### 6.1 Kuvaavat tiedot

Haastateltavien keski-ikä oli 74 vuotta. Varfariinilääkitys oli määrätty potilaille flimmerin, keuhkoembolian, eteisvärinän sekä aivoinfarktien takia. Kaikilla haastatelluilla varfariinilääkityksen vaatinut tausta oli siis erilainen. Kahdella lääkitys oli ollut käytössä kaiken kaikkiaan yli vuoden, kahdella muulla puolestaan kokemusta varfariinilääkityksestä oli kertynyt jo useamman vuoden ajalta. Koulutuksen jälkeisestä omahoidosta haastatelluilla oli kokemusta haastatteluita tehdessä, keväällä 2012, vähintään puoli vuotta.

Haastatteluista saatu aineisto kuvaa omahoitopotilaiden kokemuksia selviytymisestä ja vastuunotosta. Analysoitua aineistoa yhdistäväksi luokaksi muotoutui Omahoitopotilaiden kokemukset selviytymisestä ja vastuunotosta. Tämä yhdistävä luokka pitää sisällään viisi pääluokkaa, jotka liittyivät uuden omahoidon mallin ominaisuuksiin ja hoitoon tuomiin uudistuksiin ja potilaiden kokemuksiin omahoidon arjessa. Omahoidon koulutustilaisuus, Omahoidon malli käytännössä, Lääkkeen käyttö ja elintavat, Tiedollinen ja emotionaalinen tuki omahoidossa sekä Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset -pääluokat ja niiden sisältö on kuvattu tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

### 6.2 Omahoidon koulutustilaisuus

Omahoidon koulutustilaisuus käsittää potilaiden ennen omahoitoon siirtymistä saaman koulutustilaisuuden, jossa varmistetaan potilaiden sisäistäneen riittävän määrän tarpeellista tietoa omahoidosta, varfariinilääkityksestä ja sen turvallisesta käytöstä. Omahoitoon pääsyn edellytyksenä on koulutuksen käynti ja kokeen läpäisy, jolla testataan potilaan taitojen riittävyys hoitoa varten. Koulutustilaisuutta kuvanneista lausumista muodostui kaksi yläluokkaa, jotka nimettiin Koulutuksen merkitykseksi ja Eri tahojen merkitykseksi koulutuksessa (Kuvio 2).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Aiempien tietojen varmistus	Kertaaminen	Koulutuksen merkitys	Omahoidon koulutustilaisuus
Varmuus tiedoista kertaamalla			
Koulutuksen sisällön tuttuus	Uuden tiedon määrä		
Tiedon lisääntyminen			
Liian pitkä koulutus hyötyyn nähden	Kokemus turhuudesta		
Pieni haitta			
Rohkaistuminen vastuunottoon omahoidossa	Roihkaisun saanti omahoitoon koulutuksesta		
Rohkaistuminen omahoitoon			
Itsevarmuus osaamisesta			
Ylpeys pärjäämisestä			
Oppiminen muiden kokemuksista	Vertaisoppiminen	Eri tahojen merkitys koulutuksessa	
Erot oppimisessa turhauttavat			
Ryhmällä ei vaikutusta			
Viihtyminen ryhmässä	Suhde ryhmään		
Ryhmän suosiminen			
Käytännöllisyys			
Yksilöllisyys koulutuksessa	Potilaslähtöinen opetus		
Osanottoon kannustus			
Osallistumisen salliva ilmapiiri			
Mielenkiinto koulutukseen			
Omat lähtökohdat huomiotta			

Kuvio 2. Omahoidon koulutustilaisuus -päälouokan muotoutuminen

### 6.2.1 Koulutuksen merkitys

Koulutuksen merkitys -luokka sisältää haastateltujen potilaiden kokemuksia koulutuksessa saadusta tiedosta ja sen hyödyllisyydestä sekä itse koulutustilaisuuden tarpeellisuudesta ja sen vaikutuksista. Alaluokiksi muodostuivat Kertaaminen, Uuden tiedon määrä, Kokemus turhuudesta ja Rohkaisun saanti omahoitoon koulutuksesta, jotka puolestaan muodostivat edellä esitellyn yläluokan (Kuvio 2.).

Kertaaminen-alaluokkaan sisältyneet lausumat kuvasivat koulutuksessa tulleen tutun tiedon hyödyntämistä kertaamisen muodossa. Saatua tietoa verrattiin omaan tietopohjaan ja palautettiin asioita uudestaan tuoreiksi mieleen.

*”Se mikä siellä niin esitettiin niin ei ollu mitenkään ristiriidassa sen kanssa mitä mä niinku tiedän ja oletan asioitten olevan.”*

Uuden tiedon määrä –alaluokka kuvasi haastateltavien kokemusta saadun koulutuksen heille tuomasta uudesta tiedosta. Kokemuksissa kuvattiin tiedon lisääntyneen koulutuksessa jonkin verran ja oma aiempi tiedon hankinta teki saadusta tiedosta ennestään tuttua.

*”siinä tuli aika paljon semmosta tuttua ainetta, koska kuitenkin oli tutustunu niihin asioihin.”*

Kokemus turhuudesta -alaluokka sisälsi puntarointia koulutuksen hyödyllisyyden ja osallistumisen vaatiman panoksen välillä. Luokan sisältämät lausumat kuvasivat vähäistä hyötyä käytettyyn aikaan nähden.

*”Ehkä se kaks tuntia on liiankin perusteellinen että. Se on kuitenkin aika yksinkertaista matematiikkaa se.”*

Rohkaisun saanti omahoitoon koulutuksesta -alaluokka puolestaan toi esiin koulutuksen positiivista vaikutusta uskallukseen aloittaa omahoito ja itsenäisempi lääkityksestä huolehtiminen. Koulutuksen rohkaisevaa vaikutusta kuvattiinmuunmuassa oman osaamisen löytämisen kautta.

*”No varmuutta tietysti on antanu. Ja sitte että mulla on ainakin semmonen että mä oon itse hyvä, että pystyn itse hoitaa itseäni. Tarkoittaa tällästä että ei oo mitään semmostaniinkun dementiaa tai tämmöstä muistikatkoksia eikä muuta että, ollu koskaan. Mutta eihän sitä tiedä tulevaisuudessa, mutta tässä tämän hetkinen tilanne on.”*

*”ilman muuta koulutuksesta tuli tällästä voimavaraa ja että uskaltaa itse aloittaa omatoimisesti tätä annostusta hoitamaan.”*

### 6.2.2 Eri tahojen merkitys koulutuksessa

Omahoidon koulutustilaisuus järjestetään ryhmämuotoisena, kouluttajan ohjaamana tilaisuutena. Koulutuksen merkityksen rinnakkaiseksi luokaksi muotoutui Eri tahojen merkitys koulutuksessa (Kuvio 2.). Tässä luokassa lausumat käsittelevät kouluttajan vaikutusta osallistuvien potilaiden voimaantumiseen ja muiden koulutusryhmään osallistuvien omahoitopotilaiden vaikutusta koulutukseen. Tämä pääluokan muodostivat

alaluokat, joiksi muotoutuivat Vertaisoppiminen, Suhde ryhmään ja Potilaslähtöinen opetus.

Vertaisoppiminen-alaluokka kuvasi muiden koulutettavien vaikutusta haastateltavien omaan oppimiskokemukseen. Ryhmän vaikutus koettiin eri tavoin; ryhmän koettiin tukevan omaa oppimista, sen ei koettu tuovan hyötyä tai ryhmän tuoma lisä opetukseen aiheutti turhautumista.

*”Ei, ei siinä oikeastaan ryhmä muodostunu siinä mitenkään semmoseks. Että kyllähän siinä oli, jotkut kyseli niistä mutta ne oli ihan semmosia tavallisia ja tavanomaisia kysymyksiä mitä siinä tuli.. en mitenkään kokenu, että siitä olisollu mitään sen kummenpaa hyötyä.”*

Suhde ryhmään-alaluokkakuvasi suhtautumista koulutuksen ryhmämuotoiseen järjestämiseen. Kokemuksissa kuvattiin ryhmässä viihtymistä ja ryhmätyöskentelyn suosimista, tilanteessa jossa pitäisi valita yksin oppimisen ja ryhmän kanssa toimimisen välillä. Ryhmämuotoista koulutusta käsiteltiin myös käytännöllisyyden kautta.

*”ettei sitä yksilökohtasena juttuna voi ajatella että tämmöstä järjestettäisiin, että ei se haitannu ainakaan minua.”*

Potilaslähtöinen opetus -alaluokassa lausumien sisältö keskittyivoimaantumistatukeviin koulutuksen piirteiden kuvauksiin. Lausumista nousi esiin yksilöllisen tuen saanti koulutuksessa, osallistumiseen kannustus ja osallistumisen salliva ilmapiiri. Haastatellut potilaat kuvasivat myös omia lähtökohtiaan, joihin nähden koulutuksen ei oltu koettu tarjoavan heille juuri mitään uutta.

*”mä sain ainakin yksilöllistä koulutusta, että mun täytyy sanoa että mä sain.”*

*”mä en kokenu sitä sillä tavalla niinkään kannustavana koska mä olin niistä luku jo tarpeeksi, että suurin piirtein samat asiat oli.”*

### 6.3 Omahoidon malli käytännössä

Omahoidon malli käytännössä -luokka sisältää ohjeviestin avulla tapahtuvan INR-tuloksen välittymisen potilaalle ja omahoidon mallin muutoksesta seuranneet vaikutukset. Uudistuneen mallin näkymistä arjessa käsittelevät lausumat jakautuivat kahteen yläluokkaan (Kuvio 3.). Nämä luokat nimettiin Omahoidon mallin muutokseksi ja Ohjeviestin välittymiseksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ajan säästö	Kokemukset uudesta omahoidon mallista	Omahoidonmallin muutos	Omahoidon malli käytännössä
Odottelun väheneminen			
INR-arvon nopeampi saanti			
Uusi omahoidon malli motivoi			
Turhan kuormituksen vähentyminen			
Vastuun siirron järkevyys			
Uusi malli yksinkertainen			
Aiempi systeemi turhautti	Kokemukset aiemmasta hoidon mallista		
Maltin menetys aiempaan hoidon malliin			
Aiempi malli pakotti luovimaan			
Nopeasti INR-tulos arjen ohessa	Ohjeviestin käytännöllisyys	Ohjeviestin välittyminen	
Tekstiviesti tiedonvälittäjänä vaivaton			
Viestin lähetyksen estyminen kirjausvirheen vuoksi	Ohjeviestin välittämiseen liittyneet ongelmatilanteet		
Välittämisongelman selvittely kesti			
Ei viestin välittymistä erikoissairaanhoidolliselta käynniltä			
Väärä oletus normaaliarvosta kun ei ylimääräistä viestiä			

Kuvio 3. Omahoidon malli käytännössä -päälouokan muotoutuminen

#### 6.3.1 Omahoidon mallin muutos

Omahoidon mallin muutos -yläluokka käsittelee omahoitopotilaiden kokemaa muutosta, jonka uuteen omahoidon malliin siirtyminen on aiheuttanut. Lausumat jakautuivat sisältönsä perusteella alaluokkiin Kokemukset uudesta omahoidon mallista ja Kokemukset aiemmasta hoidon mallista, ja joista siis edelleen muodostui yläluokka Omahoidon mallin muutos (Kuvio 3.).

Kokemukset uudesta omahoidon mallista -alaluokka toi esiin potilaiden tyytyväisyyden uuteen malliin. Kaikki luokan sisältämät lausumat kuvasivat positiivisia kokemuksia



muutoksesta. Muutoksen positiivisuutta kuvattiin ajansäästönä, oman ja hoitohenkilökunnan resurssien haaskauksen loppumisena, ja hoidon yksinkertaistumisena.

*"nyt sen saa kännykkään sen tuloksen eikä tarttee soittaa ja jonottaa ja käyttää ja tuhlaata toisten aikaa, että mäoon siitä puhunu aikasemminkin että tää on aivan järjetöntä. Niin siis semmonen että siihen sidotaan niin paljon ihmisiä."*

*"Siis sekä taloudellisista syistä, että tuota, elikkä juuri tästä että päästään siitä pois ettei nyt kuormiteta ihmisiä turhilla asioilla, koska sinänsähän tämä ei ole mikään vaikee tää Marevanin itsehoito. Ja saahan sieltä sitten ohjeet.."*

*" että tossa poikkeee työterveydessä ja tuota noin niin ne nappaa sen siitä ja saa sen arvon sitte. Kyllä mä joskus ajattelin koneen ostamistakin, mut se on nyt jääny kun se on ny niin yksinkertasta."*

Kokemukset aiemmasta hoidon mallista -alaluokka koostui negatiivisessa sävyssä aiempaa hoidon mallia käsittelevistä lausumista. Luokassa kuvattiin kokemuksia turhauttavasta puhelimella soittelusta INR-tuloksen saamiseksi ja puhelinjonotuksen välttämisestä terveysasemalle hakeutumisella.

*"aikasemmin se oli aika turhauttavaa soitella näihin terveyskeskuksen numeroihin, jonne saa jonottaa puoli tuntia välillä, ja tavallaan saa itsestäänselvyyden, itsestäänselvän ohjeen sieltä: jatka ennallaan tai.."*

*" mää todellakin tuskastuin siihen että rupee soittamaan "terveysasemalle" ja ja oot siinä jonossa ja tuota et tahdo päästä läpi. Osin mää sitten joskus tein niin että mä kun lähdin töihin niin mä kiersin sen kautta, pääsin nopeemmin, pääsin tiskille kysymään sitten."*

### 6.3.2 Ohjeviestin välittyminen

Omahoidon malli käytännössä -pääluokan sisältämä toinen yläluokka, Ohjeviestin välittyminen muotoutui INR-arvon potilaalle välittävän ohjeviestin käyttökokemuksista. Ohjeviestin välittymistä käsittelevät kokemuksetjakautuivat Ohjeviestin käytännöllisyys ja Ohjeviestin välittymiseen liittyneet ongelmatilanteet nimisiin alaluokkiin (Kuvio 3.).

Ohjeviestin käytännöllisyys -alaluokka muodostui lausumista, jotka käsittelevät viestivälittymistä positiivisessa valossa. Kokemuksessa kuvattiin nykyistä tiedonvälittymisen vaivattomuutta sekä ohjeviestin nopeutta ja arjen oheen sopivuutta.

*”Niin kyllä onhan tää valtavan hieno asia että kun mä aamulla vetäsen ”terveysasemalle” niin sitten lähden ajamaan autolla töihin niin tuota se piippaa ennen kun mä oon töissä että, sen arvon niin onhan tää nyt siis todella, todella suuri edistysaskel ja ihan riittävä motivaatio (naurua).”*

Ohjeviestin välittymiseen liittyneet ongelmatilanteet -alaluokka sisälsi kokemuksia omahoidon aikana ilmenneistä hankaliksi koetuista tilanteista, joissa potilaalle ei saapunutkaan ohjeviestiä. Lausumissa kuvattiin tilanteita, joissa viestin olisi omahoidon mallin mukaisesti pitänyt tulla potilaalle, mutta se jäi kokonaan saapumatta. Ongelmana näissä tilanteissa oli viestin saapumatta jäämisen lisäksi oman aktiivisuuden varassa ollut tilanteen korjaantuminen ja virheellinen puhelinnumeron kirjaus tietojärjestelmään.

*”Sitmä kuukauden päästä taasen menin sinne kokeisiin. Ja taaskaan mä en saanu sitä tulosta kännykkään. Ja sitten tuota niin minä ihmettelin ja ihmettelin ja taas soitin terveydenhoitajalle..”*

Lisäksi luokassa käsiteltiin tilanteita, joissa potilas oli käynyt sairaalassa ja käynnin ohessa oli otettu myös INR-näyte. Tulosta ei kuitenkaan välittynyt potilaalle hänen olettamallaan tekstiviestillä eikä hän voinut reagoida arvoihin omahoidon toimintamallin mukaisesti, vaikka myöhemmin ilmeni että arvot olisivat sitä vaatineet.

*”Niin kun siis sillan kun se on semmonen, tästä rutiinista poikkeava mittausta. Mä kun taas oletin että kun ei mitään kuulu niin se on varmasti ihan ok, että tota sitten ei päässy reagoimaan siihen. Koko tammikuun arvo oli liian alhainen..”*

#### 6.4 Lääkkeen käyttö ja elintavat

Lääkkeen käyttö ja elintavat ovat keskeinen ja näkyvin osa potilaan tekemää hoidon toteutusta. Ne lisäksi vaikuttavat suoraan hoitotasapainoon ja hoidon tehokkuuteen.

Lääkkeen käyttö ja elintavat -pääluokka jakautui kahteen yläluokkaan, jotka nimettiin Elintapojen hallinnaksi ja Lääkkeen käytön hallinnaksi (Kuvio 4).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tuttua tietoa ravitsemuksen huomioinnista koulutuksessa	Tieto ravitsemuksesta	Elintapojen hallinta	Lääkkeen käyttö ja elintavat
Tieto lähipiirille omasta ruokavaliosta			
Tärkeäksi mieltäminen	Ruokavalio muutokset		
Ruokavalion muutos hoidon tueksi			
Päivittäinen huomiointi			
Äkillisen ravitsemusmuutoksen vaikutus INR-arvoon			
Absolutismi	Päihteiden käyttö		
Pyrkimys vähentää alkoholin käyttöä			
Arjen ja juhlan vaikutus arvoihin			
Läakelaskujen konkretisoituminen	Läakelaskujen laskeeminen koulutuksessa	Läakkeen käytön hallinta	
Läakkeen annoslaskut tuttuja			
INR-rajojen selkiytyminen koulutuksessa	INR-arvon muutosten seuranta		
INR-arvon tarkistus terveyden muuttuessa			
Mustelmiin reagointi			
Säännöllisyyden hyöty itselle	Läakkeen ottototumukset		
Tarkka ottoaika			
Pahan maun peittäminen			
Tiedon välittymisen varmistus	Tiedon ajantasaisuudesta huolehtiminen		
Arvon välitön kirjaaminen			

Kuvio 4. Lääkkeen käyttö ja elintavat -pääluokan muotoutuminen

#### 6.4.1 Elintapojen hallinta

Elintapojen hallinta sisältää kolme alaluokkaa jotka käsittelevät ravitsemusta ja päihteitä. Aineiston pohjalta luokat muotoutuivat Tieto ravitsemuksesta, Ruokavaliomuutokset ja Päihteiden käyttö-nimisiksi alaluokiksi, muodostaen edellä mainitun yläluokan (Kuvio 4.).

Tieto ravitsemuksesta -alaluokka muotoutui lausumista, joissa kuvattiin omaa tiedon saantia ravitsemuksesta ja tiedon välittämistä läheisille omasta tarpeestaan tarkkailla ravitsemustaan. Tietoa oli saatu ennen koulutusta Marevan-oppaaseen tutustumalla, ja koulutuksessa aihe koettiin tutuksi.

*”Että se on muodostunu jo tavaksi ja muutkin sen tietää että se ei syö niitä vihreitä sa-laatteja.”*

Ruokavaliomuutokset-alaluokkakuvasi potilaiden kokemuksia omien ruokailutottumus-ten muuttamisesta. Lausumissa kuvattiin muutosten tärkeäksi kokemista, ruokavaliion vaikutuksia INR-arvon hoitotasolla pysymiseen ja ruokavaliio muutoksen huomioinnin näkymistä arjessa.

*”niin että muutenhan se määräytyy aika hyvin siis pitkällä aikavälillä. Että kun mä kui-tenkin muutin ruokavaliota ja sillä tavalla tämän takia.”*

*” mulla ei, ei oo koko tän kuuden vuoden aikana ollu (liian korkea INR) kun yhden ker-ran ja sekin tuli siitä että mä söin hedelmiä aivan tuhottomasti.”*

Päihteiden käyttö -alaluokka sisälsi kuvauksia alkoholin käyttötottumuksista ja tasaisen käytön ongelmallisuudesta. Lausumissa nostettiin esiin absolutismi, alkoholin käytön vähentämiseen pyrkiminen ja arjen ja juhlan välillä vaihtelun vaikutukset alkoholin ku-lutukseen.

*” Mutta siinä kun oli juuri näitä niin perheen juhlia erilaisia niin semmosissa tilanteissa tahtoo tulla.. Niin se vähän lipsahti.”*

#### 6.4.2 Lääkkeen käytön hallinta

Lääkkeen käytön hallinta on keskeinen tekijävarfariinilääkityksen onnistumiseksi. Lääk-keen käytön hallinta -luokka kuvasi omahoidossa lääkannostelun oppimista ja osaa-mista, mahdollisten oireiden tarkkailua ja tiedon hallintaa. Yläluokan muodostaneiksi alaluokiksi muotoutuivat Lääkelaskujen laskeminen koulutuksessa, INR-arvon muutos-ten seuranta, Lääkkeen ottotottumukset ja Tiedon ajantasaisuudesta huolehtimi-nen(Kuvio 4.).

Lääkelaskujen laskeminen koulutuksessa -alaluokkaan sisältyi kuvauksia lääkelaskujen oppimisesta. Kokemuksissa kuvattiin koulutuksen antamaa hyötyä laskujen konkretisoi-tumiseen ja aiemman perehtymisen vaikutusta laskujen osaamiseen.

*"siinä oli sitten juuri näitä että laskettiin niitä arvoja ja muuta tommosta mutta nehan oli niin kun tiedossa mulla kuitenkin."*

INR-arvojen muutosten seuranta -alaluokan lausumat kuvasivat numeerisiin raja-arvoihin sekä fyysisinä oireina näkyviin arvomuutoksiin reagointia ja niiden tulkintaa. Lausumissa kuvattiin reagointia hoitotason ulkopuolelle nousutta tai laskenutta arvoa ilmentäviin INR-lukemiin tai oireisiin. Niissä myös kerrottiin reagoinnista mahdolliseen INR-arvon muutokseen ylimääräisellä INR-arvon mittauttamisella rajun sairastumisen yhteydessä.

*"Niin tietenkin siellä oli just näitä määritelmiä ja kuinka paljon saa poiketa niistä ja missä vaiheessa pitää mennä lääkäriin, että totta kai semmoset oli hyviä tietää.."*

*" että ei tuu niitä läiskä niitä mustelmia. Sillonmä tiedän että se on liian ohutta. Niin silloin mä tiedän että nyt on marevaania vähennettävä."*

Lääkkeen ottotottumukset -alaluokka liittyi erilaisiin rutiineihin, joilla varmisteltiin täsmällisen lääkehoidon toteutumista tai parannettiin lääkkeen käyttömukavuutta. Kokeuksissa kuvattiin oman muistamisen helpottumista rutiininomaisen ottoajan avulla ja kerrottiin ylipäätään tarkan kellonajan noudattamisesta. Myös rutiiniksi muodostunutta tapaa ottaa tabletti aina ruuan yhteydessä lääkkeen pahan maun vuoksi kuvattiin.

*"Mä aina otan niin kun keskellä ruokailua, en tyhjään vatsaan. Eikä ihan heti. Ja heti jotain äkkiä alas! Se on niin pahanmakusta (naurua)"*

*" Se on nimittäin tärkeää. Se pysyy mielessä ja tietää missä mennään."*

Tiedon ajantasaisuudesta huolehtiminen -alaluokan sisältö muodostui lääkitystietojen oikeina välittymisen varmistamisesta. Luokassa kuvattiin täsmällisen lääkehoidon varmistavaa välitöntä tietojen siirtoa saapuneestaohjeviestistä omaan ajantasaiseen kirjanpitoon. Lisäksi kuvattiin lääkitystietojen mukana kuljetusta siltä varalta, että potilas itse joutuisi sairaalaan yllättäen ja tietoa varfariinilääkityksestä ja muista käytettävistä lääkkeistä tarvittaisiin hoitoa varten.

*” ja sithän mulla on kaikesta muustakin lääkityksestä tämmönen lääkekortti, jonka mä pidän aina laukussa mukana jos mulle jotakin sattuu, niin tässä on kaikki nämä lääkkeet mitä muita lääkkeitä minä käytän.”*

## 6.5 Tiedollinen ja emotionaalinen tuki omahoidossa

Omahoidon potilasta vastuuttava luonne nostaa tärkeään rooliin tuen saatavuuden, jos potilaalla tulee eteen tilanne, missä ei tiedä kuinka toimia. Tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen ja kertaaminen tarvitsee myös jonkun lähteen, tiedollisen tai henkisen tuen, joka tarjoaa kysymyksen herätessä vastauksen potilaalle. Tiedollista ja emotionaalista tukea kuvaaviksi yläluokiksi muotoutuivat Ammattilaisten tarjoama tuki, Läheisiltä saatava tuki ja Kirjallisen tiedon hyödyntäminen (Kuvio 5.).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ohjeet yhteydenpitoon	Tieto ammattilaisten tarjoamasta tuesta	Ammattilaisten tarjoama tuki	Tiedollinen ja emotionaalinen tuki omahoidossa
Tuen tarjoaminen arkeen			
Selkeä kuva vastuunjaosta			
Yksilöllisen tuen tarjoaminen			
Tuen hyödyntäminen	Kokemus tuen saannista ammattilaisilta		
Riittävä tuki			
Potilaan havainnon sivuuttaminen			
Työterveyden hyödyntäminen			
Tuttujen neuvot	Läheisiltä saatava tuki	Läheisiltä saatava tuki	
Terveydenhoitoalan tuttavilta kysely			
Lääkäritututtujen neuvot			
Esitteiden saaminen	Koulutuksesta kirjallisena saatu materiaali	Kirjallisen tiedon hyödyntäminen	
Kirjallisista ohjeista oppiminen			
Materiaalit kotitukena			
Hyöty jaetusta materiaalista			
Tiedon tarkistus kotona	Internetistä haettu tieto		
Tiedonhaku lääkäreiden sivustoilta			
Suodatettu tieto internetistä			
Tiedonhaku tietokoneella			

Kuvio 5. Tiedollinen ja emotionaalinen tuki omahoidossa -pääluokan muotoutuminen

### 6.5.1 Ammattilaisten tarjoama tuki

Ammattilaisten tarjoaman tuen hyödyntäminen vaatii tietoa yhteydenpidon mahdollisuuksista ja oikeista yhteyshenkilöistä. Aineistosta muodostuivat alaluokat Tieto am-

mattilaisten tarjoamasta tuesta ja Kokemukset tuen saannista. Yläluokka Ammattilaisten tarjoama tuki muotoutui näistä alaluokista (Kuvio 5.).

Tieto ammattilaisten tarjoamasta tuesta -alaluokka kuvasi koulutuksessa saatua tietoa ammattilaisten tuesta. Koulutuksessa jaettiin tietoa, kehen olla yhteydessä ja milloin tilanne sitä vaatii. Luokan sisältämän aineiston perusteella yhteydenpidon ja vastuunjaon hahmottuminen oli selkeää ja omaksuttua.

*”Se on semmonen selkee, mulle on sanottu sillon koulutuksessa että jos on ongelmia tulee niin ottaa yhteyttä. Ei kannata ite ruveta tekemään mitään ratkasuja vaan kato-  
taan sitten. Terveystenhoitajahan sen haluaa kuulla mitä on tapahtunut sen kuukauden  
aikana mun elämässä.”*

*”Sieltä tarjottiin apua tämä luennoitsija sano et hänellekin voi soittaa.”*

Kokemukset tuen saannista -alaluokka muodostui yhteistyökokemuksista ammattilaisten kanssa. Tuen tarjontaan oltiin tyytyväisiä, tukea kuvattiin riittäväksi, ja sitä oltiin valmiita hyödyntämään tarpeen tullen. Varsinaisia kokemuksia ammattilaisten kanssa asioinnista oli kuvattu toisistaan poikkeavin sävyin. Toinen kokemus oli positiivinen löydetty lisätuki hoidon toteutukseen työterveyden kautta, mutta toisessa kokemuksessa kuvattiin potilaan oman asiantuntemuksen sivuuttamista terveysalan ammattilaisen kanssa asioidessa.

*” oli tipaton tammikuu ja tuota nää arvot laski. Ja vaikka tän selitin tuota palaute, reagointi oli, ne ei oikeastaan huomioinu sitä vaan lisäs annostusta, joka sitten taas nosti liian korkealle ne.”*

*”tilanne niin mähän oon työterveyshuollossa vielä että, että emmä nyt sitä välttämättä  
tarvii mennä tuota hus-labbiin että kyllä mä saan sen välittömästi työterveyshuollosta,  
huollon kautta niin tuota inri-arvon.”*

#### 6.5.2 Läheisiltä saatava tuki

Läheisiltä saatava tuki -yläluokka muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta (Kuvio 5.). Läheisiltä saatava tuki tulee läheltä ja mahdollisesti pyytämättäkin. Aineistossa

kuvattiin läheisiltä saatavaa tukea. Läheiset, joilta tukea saatiin kuvattiin terveysalan ammattilaisiksi, lääkäreiksi ja hoitajiksi. Tuen saantia kuvattiin itse läheisiltä haettuna kysellen ja keskustellen, mutta tuttujen antama tuki kuvattiin myös ohjelmointina, ilmeisen aktiivisena neuvojen jakamisena.

*" Tietenkin kun kyselee aina, meilläkin on paljon lääkärituttavia ja sitten hoitajia niin oon niiltäkin kyselly."*

*" Meillä on perhetuttu lääkäri että kyllä mulla on ihan loppuun saakka niin tuota, tätä ohjelmoijia sitten. Meillon lääkäreitä niin paljon jo tuttuja."*

### 6.5.3 Kirjallisen tiedon hyödyntäminen

Kirjallista tietoa on nykyisin saatavilla runsain määrin. Internet ja perinteiset erilaiset paperiset julkaisut tarjoavat tietoa terveydenhoidosta. Aineistossa potilaat mainitsivat kirjallisen tiedon yhtä monessa lausumassa kuin ammattilaisten tarjoaman tuen. Kirjalliseen tietoon on helppo palata ja käsitellä sitä rauhassa. Kirjallisen tiedon hyödyntäminen muodostui alaluokista Koulutuksesta kirjallisena saatu materiaali ja Internetistä haettu tieto (Kuvio 5.).

Koulutuksesta kirjallisena saatu materiaali -alaluokka kuvasi kotiin koulutuksesta saadun materiaalin käyttöä ja hyötyjä. Koulutuksessa jaettiin esitteitä lääkitykseen liittyen. Kokemuksissa kuvataanvarfariinilääkityksen aloituksen yhteydessä Marevan-oppaan hyödyntämistä, minkä myötä koulutuksessa tullut tieto oli ennestään tuttua. Materiaaleihin palaamista kuvattiin tiedon tarkistuksen ja kertaamisen muotoisena toimintana. Enemmistöön tämän luokan lausumista liittyi kuvaus materiaalien hyödyntämisestä jossain vaiheessa, yksi ei maininnut erityistä käyttötappaa, mutta asenne materiaaliin oli positiivinen.

*"Ja hän antoi sitten luennon jälkeen meille jokaiselle näitä kopioita mukaan ja esitteitä ja kaikkee."*

*"Mut samalla kyllä oppia niistä kirjallisista ohjeista mitä sain kun marevanin aloitin. Siinä mielessä ei siinä paljoa uutta tullu."*



*" mä tutkin ja katsoin uudestaan ne paperit ja katsoin mitä tässä nyt tuli tehtyä väärin, että sillä tavalla se ehkä tuki. Ja kyllähän sitä joskus niitä papereita tulee luettua myöhemminkin."*

Internetistä haettu tieto -alaluokka muodostui kokemuksista internetin avulla haetusta tiedosta. Lausumissa kuvattiin "lääkärisivujen" hyödyntämistä tiedon saamiseksi, joiden yhteydessä nostettiin esiin tiedon valtava määrä ja ylimääräisen tiedon suodatuksen tarve. Yhdessä kokemuksista kerrottiin omahoitoa edeltäneestä aktiivisesta tiedonhausta, joka antoi vahvan tiedollisen pohjan jo ennen koulutusta.

*" Siellon kuule, kun internettiin menee vaikka menee leikureitten sivuillekin niin paljon tietoa että sekin pitää suodattaa että mikä täs on nyt sitä järkevää ja mikä ei."*

## 6.6 Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset

Omahoidon toteutuksessa selviytyminen vaatii vastuunottoa. Uusi omahoidon malli lisää potilaiden vastuuta hoidostaan ja selviytymisen keinot tulisi hallita. Ongelmien kohtaaminen tai tieto niiden mahdollisuudesta voi herättää erilaisia tunteita tai suhtautumistapoja. Aineistossa omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset muodostuivat vastuunottoon ja selviytymiseen liittyvistä kokemuksista. Yläluokiksi nimettiin Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa ja Omahoidossa selviytymisen kokemukset (Kuvio 6.) ja ne käsittelevät nimiensä mukaisesti vastuunottoa ja selviytymistä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Oma terveys motivoi	Vastuunoton omaksuminen omahoidossa	Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa	Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset
Vastuunotto vahvasti omaksuttu			
Vastuun omaksuminen luontevaa			
Vastuu helppo kantaa	Vastuun kantaminen omahoidossa		
Päihtyneisyyden vaikutus rutiineihin huolehtaa			
Syällisyys heittäneestä INR-arvosta			
Ei stressaa			
Vastuu ei paina			
Vastuun toteutus osaamisen myötä selvä			
Luotto omaan tietämykseen	Luottamus selviytymiseen omahoidossa	Omahoidosaselviytymisen kokemukset	
Kokemukseen pohjautuva luottamus			
Luottamus omaan osaamiseen			
Luotto omiin taitoihin			
Itsenäinen päätöksenteko positiivista	Kokemus päätöksenteosta omahoidossa		
Päätöksenteko luonteva ajatus			
Päätöksenteko sujuvaa			
Helppoa vähän ohjattuna			
Päätttäminen rutiinia			
Tyytyväisyys selviytymiseen	Kokemus omahoidon onnistumisesta		
Hoito toiminut			
Hoito ei liian haastava			
Halu jatkaa hoitoa			
Omahoidon vaikutus elämään pieni			

Kuvio 6. Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset -pääluokan muotoutuminen

### 6.6.1 Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa

Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa -yläluokka muodostui vastuunoton omaksumista ja vastuun kantamista käsittelevistä lausumista. Vastuuseen suhtautumista muodostuivat kuvaamaan alaluokat Vastuunoton omaksuminen omahoidossa ja Vastuun kantaminen omahoidossa (Kuvio 6.).

Vastuunoton omaksuminen omahoidossa -alaluokka kuvasi vastuunottoa edistäneitä motiiveja. Kuvaukset olivat vahvan positiivisesti vastuunottoon suuntautuvia. Kahdessa lausumassa oma terveys oli yksiselitteinen syy haluun ottaa vastuuta ja kolmas nimesi vastuun omaksumisen itsestäänselväksi hoitoon liittyväksi ominaisuudeksi.

*"kyllä se motivaatio lähtee mulla todellakin siitä että, että se on siis tärkeä. Estää sen verenhyttymisen silloin kun flimmeri on päällä. Kyllä se motivaatio lähtee oman hengen säilyttämisestä ja tulpan ehkäisystä."*

*"Ni kyllähän sitä joka tapauksessa ottaa sen vastuun kun kerran joku hoito määrätään niin totta kai siihen ottaa vastuun."*

Vastuun kantaminen omahoidossa -alaluokan kuvaukset kokemuksista kuvasivat suurimmaksi osaksi vastuun keveyttä ja varmuutta. Niissä esiintyy vastuun kantamista helpoksi ja vaivattomaksi luonnehtivia sanoja ja ilmauksia.

*" ei mua oo yhtään rasittanu eikä hermostuttanu eikä muuta että."*

*" en minä sitä pidä siis vaikeana."*

Lisäksi kuvattiin omaan osaamiseen luottamista vastuun mahdollisissa toteutustilanteissa: lääkeannoksen määrityksissä. Kaksi lausumaa kuvaa myös huolta vastuunkannon onnistumisesta ja syyllisyyttä hoitotasapainon heittäessä.

*" et sitten aina semmosissa tilanteissa sitten ajattelee että tuleeko sitten lääkkeet syötyä oikeaan aikaan."*

#### 6.6.2 Omahoidosessa selviytymisen kokemukset

Omahoidossa selviytymisen kokemukset liittyivät luottamukseen omahoidossa selviytymisestä, jo kertyneisiin kokemuksiin selviytymisestä sekä päätöksentekoon. Aineistosta muotoutuivat yläluokan yhdessä muodostavat, (Kuvio 6.)alaluokat Luottamus selviytymiseen omahoidossa, Kokemus päätöksenteosta omahoidossa ja Kokemus omahoidon onnistumisesta.

Luottamus selviytymiseen omahoidossa -alaluokka nosti aineistosta esiin oman osaamisen ja kokemuksen kautta vahvaksi muodostuneen luottamuksen selviytymiseen. Osassa kokemuksia korostettiin aiemmin hyvin sujunutta omahoitohistoriaa ja siitä kumpuaavaa varmuutta. Toisissa puolestaan mainittiin jokin muu selviytymistä mahdollisesti

tukeva asia, kuten ohjeiesti tai sairaanhoitajan apu, mutta samalla oma selviytymiskyky erotettiin mainitusta tuesta riippumattomaksi.

*" En mä siinä opaskoiraa tarvii. Niin osaan nostaa tai vähentää (naurua)"*

*" Ohjeistus siinä pantu siihen että lääkitys pysyy ennallaan tai jotain tämmöstä. Siihen on pantu siitä, mutta vaikei siihen ois pantu sitä mullekaan niin minä osaisin sen siitä."*

Kokemus päätöksenteosta omahoidossa -alaluokan kaikki kokemukset kuvasivat päätöksenteon mielekkäänä ja luontevana osana hoitoa. Lisäksi esiintyi toive vastuunsiirosta myös mittauksen teossa ja siten päätöksenteon mahdollisuuksien lisäämisestä tulevaisuudessa.

*"Totta kai se on mukava, että (naurahdus) saa itse päättää osan asioista. Tietenkin olis vielä se, että jos vois vielä ois joku mittari jolla vois itse ottaakin varsinkin jos on jotain poikkeavaa."*

Päätöksenteko koettiin rutiinina ja pienenä osana hoidon kokonaisuutta. Päätöksiä kuvattiin rutiinina ja ne tehtiin saatuun tietoon pohjaten. Yhdessä lausumassa kuvattiin päätöksenteon helppoutta ja korostettiin sitä ohjeiestistä lisäksi saatavalla tuella.

*" enmä koe mitään siinä semmosta että tää olis joku semmonen asia joka on, vaatis mitään kummallista päättämistä. Et se on ihan ihan tämmönen yksinkertainen rutiiniasia."*

Kokemus omahoidon onnistumisesta -alaluokka sisälsi kuvauksia selviytymisestä ja hoidon toteutuksesta sujuvana osana elämää. Luokan sisältämät kokemukset kuvasivat potilaiden tyytyväisyyttä selviytymiseensä, myönteistä suhtautumista hoidon jatkamiseen tai hoidon onnistunutta sovittamista omaan elämään. Yhdessä lausumista ilmainnitiin hoidon onnistuvan nykyisin, mutta tulevaisuuteen suhtautuminen oli mietteläs.

*" kyllä minä itse ainakin tunnen niin, että mäoon ihan selviytynyt siitä hirveen hyvin ettei siinä mitään ja jos tuntuu siltä etten mä selviydy niin ilman muuta minä ota sitten yhteyttä terveydenhoitajaan ja terveystakeskukseen että. Mutta tuota tähän asti on mennyy yllättävän hyvin."*

*” No kyllä, et en mä oo kokenu sitä mitenkään hankalana, että kyllä se minusta on ihan paikallaan että.. Tietenkiin sitten että jos muisti alkaa pettää enemmän tai jotain muuta tämmöstä niin sitten ois.”*

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Haastateltavilla kaikilla oli kokemusta aiemmasta varfariinihoidosta vähintään puoli vuotta ennen omahoitoon siirtymistä. Omahoidon koulutustilaisuudesta saadut kuvaukset sisälsivät suurimmalta osin neutraaleja tai positiivisia kokemuksia. Koulutuksen merkitys nousi esiin potilaskokemuksissa kertauksen ja rohkaistumisen muodossa. Koulutukseen tulevilla potilailla on taustaa haastateltujen tapaan varfariinista, joten koulutustilaisuuden aluksi voisi olla paikallaan painottaa koulutuksessa tulevan paljon tuttua. Painotus koulutuksen kertaavuudesta ja omien tietojen tarkistuksen mahdollisuudesta antaisi ehkä potilaille uutta näkökulmaa läsnäoloon vaikka uutta tietoa ei juuri kerkyisikään. Hoitoon rohkaistuminen näkyikin aineistossa olevan paljon oman osaamisen tunnistamisesta johtuvaa, ja siten huomion siirtäminen osaamiseen painottaen kertauksen tärkeyttä tai taitojen toteamiseen viimeistään taitotasotestin kautta lisäisi vastuunottoa ja tukisi selviytymistä.

Koulutuksen osapuolten, kouluttajan ja muiden potilaiden vaikutukset oppimiseen olivat vaihtelevia. Kouluttajan toteuttamaa ohjausta kuvattiin kokemuksissa potilaan voimaantumista tukevien piirteiden kuvauksina. Vain valmiiksi paljon tietoa omanneena potilaatkokivat omien lähtökohtien jäävän huomiotta. Tähän tunteeseen vastaaminen on haasteellista, jos potilaan tietopohja aiheesta on jo kattava ja koulutuksella ei ole paljon tarjottavaa. Ratkaisua voisi hakea mahdollisesti taitotasotestin tekemisestä ilman koulutusta. Toisaalta yhdessä lausumassa vähän hyödyttävänä koettu koulutustilaisuuteen osallistuminen kuvattiin kuitenkin vain pienenä haittana.

Ryhmämuotoinen toteutustapa koettiin pääasiassa positiivisena asiana, mitä puolsi ryhmässä viihtyminen, vertaisoppiminen sekä käytännöllisyydellä perustelu. Negatiivisia kokemuksia edusti yksi lausuma, joka kuvasi turhautumista muiden hitaampaan oppi-

miseen, millä ei ainakaan mainittu olleen vaikutusta oppimiseen, tilaisuuden varsinaiseen koulutukselliseen tavoitteeseen. Ryhmäkoulutuksen yksilöopetuksen tasoon vähintään yltävistä tuloksista on saatu viitteitä diabeetikkojen omahoitokoulutuksissa (Adolfsson ym. 2007; Rickheim ym. 2001) ja tämän opinnäytetyön tuloksissa ei ainakaan ilmennyt ryhmäkoulutuksen ominaisuuksiin liittyviä seikkoja, jotka voisivat erityisesti heikentää oppimista. Pikemminkin päinvastoin, sillä kuvaukset voimaannuttavasta ohjausotteesta ja ryhmän mielekkyydestä olivat enemmistönä.

Hoidon muuttuminen nykyisen omahoidon mallin mukaiseksi koettiin ehdottomasti hyödyllisenä itselle, mutta myös resurssien säästö terveydenhoitoalan puolella nostettiin positiivisena asiana esiin. Aiemmasta aikaa vievästä kontrollitulosten odottelusta pois pääsemiseen oltiin tyytyväisiä. Ohjeisesti koettiin toimivaksi ja palvelevan hyvin tiedon välitystä, mutta haastaviakin tilanteita oli koettu. Ohjeiestin välittymisen edellytyksenä olevan puhelinnumeron täsmääminen tulisi tietojen kirjausvaiheessa tarkistaa huolellisesti. Tärkeää on myös tehdä selväksi potilaalle, missä testitulanteissa INR-tulos välittyy tekstiviestitse, ellei näin jo toimita, jotta viestin jäädessä puuttumaan hän osaisi aktivoitua tiedon saamiseksi käsiinsä.

Lääkkeen käyttö ja elintavat olivat aineiston perusteella hyvin hallinnassa ja aineisto sisälsi monia selviytymistä tukevia käytännön keinoja. Ruokavalion muuttaminen nousi tuloksissa esiin ja päivittäinen huomiointi ja läheisille kertominen asiasta tukivat ruokavalion noudatusta. Elintapojen hoitoon mukauttamisessa haasteita oli tullut alkoholin käytössä. Arjen ja juhlan välilläkin kun ei päihteiden käytössä suurta eroa INR-arvon reagoinnin vuoksi tulisi olla. 1–2 ravintola-annosta on turvallinen määrä kerralla (Paukama 2011), mikä pienuudessaan olisi hyödyllistä saada iskostumaan potilaiden mieliin.

Lääkkeen huolellisesta käytöstä ajallisen täsmällisyyden ja tarkan kirjanpidon suhteen haastateltavat kuvasivat omaa arkea ja turvallisuutta tukevia keinoja. Lääkkeen otto samaan aikaan helpotti omaa muistamista, ruokailun yhteydessä otto peitti pahan maun. Lääkehoidon turvallisuuden varmistus mainittiin lääkitystietojen tarkkana kirjaamisena ja näiden tietojen mukana pitämisenä äkillisen sairaalahoitoon tai päivystykseen joutumisen varalta. Selviytymistä tukemaan oli löydetty useita hyväksi koettuja käytäntöjä niin lääkkeen kuin elintapojen osalta. Käytännön tukitoimien jakaminen koulutuksessa muiden potilaiden kanssa tai kouluttajalta kuultuna voisi tarjota suoraan arkeen

omaksuttavissa olevia toimintamalleja potilaille. Omien rutiinien löytäminen voisi mahdollisesti helpottaa ja tasapaino rutiineihin tuoda mielenrauhaa lisäten selviytymisen kokemusta. Tarkempi aiheen tutkiminen voisikin tuoda uutta hyödyllistä materiaalia ja näkökulmaa potilasohjauksen sisältöihin ja lähestymistapaan.

Omahoidossa saatavilla oleva tuki jakautui ammattilaisten, läheisten ja kirjallisen tiedon mahdollistamaan tuen saantiin. Ammattilaisten kohdalla esiin nousi tieto ja toimintaohjeet heiltä tuen saamiseksi. Yhteydenpitoon olisi hyvä olla selkeät ohjeet ja kynnyksen yhteyden ottoon matala, jotta vastuunjaon toisena osapuolena oleva ammattilainen voi olla vaikuttamassa potilaalle liian haastavien tilanteiden muotoutumiseen parhaimpaan suuntaan. Haastateltavat kuvasivatkin vastuunjaon ja yhteyden oton selkiytymistä koulutuksessa sekä tuen riittävyttä. Yksi kokemus kuvasi kuitenkin tuen muuttumista potilaan asiantuntijuuden sivuuttamiseksi, joka riitelee omahoito mallin potilaslähtöisten periaatteiden kanssa.

Läheisten antama tuki painottui kuvauksiin tuttujen lääkäreiden ja hoitajien antamista tiedoista, siten esimerkiksi asuinkumppanien tai perheenjäsenten tuki ei tullut ilmi. Tuen laatu jäi tutkimuksessa tarkentumatta. Kirjallisen tiedon hyödyntäminen koski koulutuksessa saatuja materiaaleja sekä internetistä itsenäisesti haettua tietoa. Hakuja mainittiin tehdyksi ”lääkärisivuilta”, mutta tietoa koettiin löytyvän liikaa ja sitä piti suodattaa. Hyödyllisten, tietomäärältään potilaalle järkevästi mitoitettujen internetsivustojen kokoaminen linkkilistaksi voisi palvella kiinnostuneita paperisten materiaalien jaon ohella. Myös jaetun materiaalin koettiin kotioloissa palvelevan hyvin tiedon kertaamista.

Vastuunottoa ja selviytymistä kuvanneet tuntemukset ja kokemukset antoivat osaltaan omahoidon lisäämissuunnitelmille positiivista tukea. Selviytymisen tunne hoidon toteutuksesta ja sen tulevaisuudesta oli luottavaista ja vastuunottoon ja kantamiseen suuntauduttiin positiivisesti. Opinnäytetyötä varten haastateltujen potilaiden kokemukset ovatkin linjassa omahoitoon siirtyneiden, motivoituneiden potilaiden hyvästä ja perinteistä hoidon mallia paremmastakin selviytymisestä kertovien tutkimustulosten kanssa (Bloomfield ym. 2011: 477–480). Aujoulatin ja muiden tekijöiden (2006: 6–7) tutkimuksessa nostetaan tärkeäksi potilaan tukeminen vastuunotossa. Tämän opinnäytetyön tulokset kertoivat vastuunjaon selkeästä hahmottumisesta ja ammattilaisten tarjoamasta tuesta.

Aineistossa kuvattiin aktiivista toimimista arjen isompien ja pienempien haasteiden edessä. Leino-Kilpi ja muut tekijät (1999: 22–23) käsittelevät tutkimuksessaan muun muassa ongelma- ja tunnesuuntautunutta haasteiden kohtaamista. Ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot kuvataan tutkimuksessa tavaksi käsitellä stressaava tilanne kohdistamalla toiminta varsinaiseen ongelmaan tunteisiin keskittymisen sijaan. Tutkimuksen mukaan oppimiseen ja motivaatioon vaikuttamalla voidaan edistää potilaan selviytymiskykyä ja täten selviytymisen kokemusta. Tämän opinnäytetyön haastatellut potilaat kuvasivat kokemuksissaan ongelmasuuntautuneita tapoja toimia ja potilaat kokivat selviytymisensä omahoidossa hyväksi. Nämä aineiston piirteet voivat kertoa haastateltujen yhtäläisestä suhtautumistavasta ongelmiin, omahoidon kohdattujen ongelmien käytännön läheisyydestä tai hyvin onnistuneesta potilasohjauksesta.

## 7.2 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset

Koulutuksen potilaslähtöisyys ja voimaannuttavuus kuvattiin pääosin hyvin toteutuneeksi, mutta kokemuksia omien lähtökohtien huomiotta jäämisestäkin löytyi. Olisikin hyvä tutkia tarkemmin, mitkä seikat lisäsivät tai vähensivät potilaiden kokemusta voimaantumista omahoidon koulutuksessa. Aiemmassa kappaleessa manittu ehdotukseni omahoitoon siirtymisestä pelkän taitotasotestin teolla voisi olla myös harkinnan ja tarkastelun arvoinen muutosvaihtoehto. Yksi mahdollisuus sen tutkimiseen voisi olla potilaiden tietojen kartoitus ennen ja jälkeen koulutuksen. Mahdollinen etukäteen tehtävän testin laatiminen voitaisiin ottaa kehityskohteeksi, jos nähtäisiin resursseja ja potilaiden aikaa säästävänä seikkana nopeampi siirtyminen omahoitoon ilman koulutus-tilaisuutta. Kertyvää resurssien säästöä ja toimintatavan turvallisuutta tulisi puntaroida tarkkaan. Esimerkiksi opinnäytetöinä voitaisiin laatia ja testata ennakkotestiä, jonka suoritustuloksia verrattaisiin koulutuksen jälkeisiin tietoihin taitotasotestissä. Toisena vaihtoehtona ennakkotestintuloksia voitaisiin verrata kokemuksiin koulutuksen voimaannuttavasta vaikutuksesta ja tarkastella näiden yhteyttä.

Tuloksissa nousi esiin erilaisia kokemuksia ryhmäkoulutuksen hyödyllisyydestä ja käsittely jäi melko pintapuoleiseksi tässä työssä. Jatkossa saman projektin alla tai muissa yhteyksissä voisi olla hyödyllistä tarkastella syvemmin ryhmämuotoisen koulutuksen kokemuksia potilaiden näkökulmasta esimerkiksi haastatteluin tai kyselyin. Potilaiden



kokemusten erittely tarkemmin tekijöihin, jotka tukevat tai haittaavat oppimista voisi antaa konkreettisia parannusehdotuksia koulutukseen. Ryhmäkoulutuksen kokemuksen positiivisuutta/negatiivisuutta ja ajokortin läpäisytuloksia voisi myös olla hyödyllistä tarkastella rinnakkain.

Uutta omahoidon mallia potilaskokemukset kuvasivat arkea helpottavana muutoksena ja lisääntynyttä vastuuta pidettiin hyvänä tai vähintään neutraalina asiana. Positiivisuus tuloksissa herättää ajatuksia mallin helpottumisen mahdollisista muista vaikutuksista. Näkykö hyväksi koettu muutos potilaiden motivaatiossa, lisäpanostuksessa muihin hoidon osa-alueisiin tai asenteissa ja aktiivisuudessa hoidon toteutukseen? Tällaiset tarkentavat tutkimukset voisivat tuoda lisätietoa omahoidon vaikutuksista hoitopannostuksessa ja esimerkiksi elämän laadussa. Hoitotasapainon vertailut omahoidon ajalta ja sitä edeltäneeltä hoidon ajalta voisivat olla yksi lähestymistapa aiheeseen.

Tuloksissa potilaat toivat kokemuksissaan esiin useita käytännöllisiä arjessa selviytymisen keinoja. Tarkempi perehtyminen aiempaan tietoon ja omahoidon mallin potilaiden keinoihin selviytyä arjessaan voisivat tuoda käytännönläheisiä keinoja, joita jakaa esimerkiksi koulutustilaisuuksissa suoraan potilaille. Kyselymuotoisella tutkimuksella potilaiden toimintaa muun muassa lääkkeen käytön, ravitsemuksen ja päihteiden käytön suhteen voisi kartoittaa laajemmalti.

### 7.3 Opinnäytetyöneettisyys

Ihmistieteissä tutkimuksen eettisyyttä tulee tarkastella tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Erityisesti tutkimuksissa, joissa aineiston keruu toteutetaan kasvokkain, on eettisten seikkojen huomioiminen laaja-alaista. Eettisyyden tulisi kulkea mukana koko tutkimuksen ajan heti tutkimustarkoituksen luomisesta tutkimustulosten julkistamiseen asti. (Hirsjärvi – Hurme 2006: 19–20). Tämäopinnäytetyöön pyritty alusta alkaen toteuttamaan hyvän tieteellisen käytännön (Leino-Kilpi – Välimäki 2006: 288) mukaisesti rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti toimien.

Osallistujien yhteistyöhalu luo perustan aineiston luotettavuudelle, jota edistetään heidän oikeuksia kunnioittavasti toimien ja huolellisesti ja rehellisesti tietoa tutkimuksesta antaen. Heitä tulisi tiedottaa tutkimuksesta ennen suostumusta mahdollisimman moni-

puolisesti ja kertoa oikeuksistaan rehellisesti ja totuudenmukaisesti. (Leino-Kilpi – Välimäki 2006: 290–291).

Opinnäytetyön kohdalla potilaiden tiedonsaannista koskien haastattelun luonnetta ja aihealuetta huolehdittiin etukäteen suullisesti haastattelun ajankohtaa sopiessa. Heille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, vaikka henkilö olisi antanut jo suostumuksensa. Haastateltavia hankittaessa kandidaateille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja mahdollisuudesta saada tietoa mahdollisiin kysymyksiin koko prosessin ajan. Haastateltavat saivat edellä mainitut tiedot suullisen tiedonannon lisäksi kirjallisena tiedotteena (Liite 2) ja suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta vahvistettiin kirjallisesti (Suostumuslomake: Liite 3) ennen haastattelua.

Aineiston käsittelyvaiheessa ja tulosten raportoinnissa varmistettiin tietojen anonyymisuus. Raportoinnissa haastateltavien tunnistamattomuudesta huolehdittiin nimien ja muiden henkilötietojen poisjätöllä heti litterointivaiheessa. Nauhoitetun aineiston sisältämiä tietoja käsitteli vain opinnäytetyön tekijä. Säilytys- ja käsittelyolosuhteet varmistettiin sellaisiksi, ettei ulkopuolisilla ollut pääsyä aineistoon.

Opinnäytetyösuunnitelma toimitettiin tutkimuseettiselle lautakunnalle arviointia, lausuntoa, ohjausta ja hyväksymistä varten joulukuussa 2011. Lupahakemukselle annettu myöntävän päätöksen tieto saatiin maaliskuussa 2012. Ennen hyväksyntää varsinaista toteutusvaihetta ei tulisi aloittaa. Tutkimuseettisen lautakunnan hyväksymä opinnäytetyösuunnitelma toimii ohjenuorana eettisesti toteutettavalle tutkimukselle. Tutkimussuunnitelmaa saa muuttaa vain jos lautakunta on antanut sille hyväksyntänsä. (Helsingin julistus 1964).

#### 7.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen aikana tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen laadukkaaseen toteuttamiseen, tarkkaan raportointiin ja arvioida huolella seikkoja, jotka vaikuttavat aineiston muodostumiseen, analyysiin ja tuloksiin. Tässä opinnäytetyössä on pyritty kaikinpuolin huolelliseen ja rehelliseen toteutukseen ja raportointiin.

Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Reliaabeliuden toteutukseksi tulisi tutkimus kokonaisuudessaan selostaa niin, että lukija pystyy seuraamaan mielessään tutkimuksen eri vaiheita ja arvioimaan tehtyjen päätösten ja toteutuksen perusteella tulosten luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka selostus toteutuksesta ja sen olosuhteista. Esimerkiksi haastattelun toteutusympäristö, ajallinen kesto tai häiriötekijät voivat vaikuttaa saatuun materiaaliin ja niiden kuvauksen tarkkuus tulee arvioida kunkin tutkimuksen kohdalla erikseen. Haastattelun kohdalla suorat lainaukset haastattelumateriaalista lisäävät lukijan mahdollisuuksia tutkimuksen kriittiseen arviointiin. Analyysivaiheessa tehtyjen päätösten ja tulkintojen perustelu on kerrottava lukijalle. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 231–233).

Haastattelut pyrittiin toteuttamaan kahdenkeskisesti, mutta yhden haastattelun keskeytti haastatellulle tullut puhelu ja siivoojan vierailu tilassa, toisessa haastattelussa puolestaan samassa huoneistossa syrjemmässä odotelleen omaisen pikkulapsen itku mahdollisesti edisti haastattelun viimeminuuteilla haastateltavan vastauksia. Haastattelut saatiin kuitenkin kokonaisuudessaan käsiteltyä kaikkien aiheiden ja kysymysten osalta. Haastattelijan kokemattomuus haastatteluiden teossa näkyi joidenkin aihealueiden hieman pintapuoleisena käsittelynä. Tarkentavien kysymysten käyttö monipuolisemmin olisi mahdollisesti syventänyt saatua aineistoa nykyisestä. Toisaalta etukäteen laaditut useat apukysymykset ja niiden käyttö teemojen ohella (Liite 4.) paikkasivat tätä puutetta.

Validius on pätevyyttä, kykyä mitata juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin. Validiutta arvioidaan esimerkiksi tutkimukseen käytettyjen mittareiden kohdalla; onko haastattelukysymykset laadittu niin, että haastateltava vastaa ymmärtäen kysymyksen haastattelijan tarkoittamalla tavalla? Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusmenetelmien oikea valinta ja käyttö. Validit menetelmät turvaavat tutkimuksen tarkoituksen toteutumisen ja tutkimuskysymyksiin vastausten löytämisen. (Hirsjärvi ym. 2009: 231–233).

Haastatteluteemojen ja apukysymysten rinnakkainen käyttö varmistivat käytyjen haastatteluiden tuottaman aineiston vastaamista opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Etukäteen huolellisesti valmisteltu haastattelurunko piti keskustelut aiheessa ja siten haas-

tattelut tuottivat tietoa kiinnostuksen kohteena olleisiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Apukysymyksillä oli mahdollista tarkentaa keskustelun teemoja ja myös ajoittain palauttaa keskustelu sujuvasti takaisin haastattelun varsinaiseen aiheeseen.

Haastateltavien pieni määrä ja potilaiden valikoituminen yhdeltä terveysasemalta heikentävät aineiston edustavuutta ja siten tulosten yleistettävyyttä. Saadut tulokset kuvaavat aitoja ilmiöitä potilaiden omahoidon kokemuksiin liittyen, mutta tulokset eivät anna kattavaa kuvaa Helsingin terveyskeskusten antamasta omahoitokoulutuksesta tai omahoitoon siirtyneiden potilaiden kokemuksista. Tämä opinnäytetyö voi toimia esimerkiksi yksittäisten aiheiden esiinnostajana tuleville tutkimus-/opinnäytetöille, jotka ovatkin aiheen kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi välttämättömiä. Pienestä otoksesta saatu aineisto on pyritty kuvaamaan tulososiossa tarkkaan käyttäen muodostettujen käsitteiden suhteita ilmentäviä kuvioita (Kuviot 2–6.). Nämä kuvaavat tulokset pelkistetyistä ilmauksista pääluokkiin ja lisäksi tuloksissa esitetään osa suorista lainauksista, joista pelkistetyt ilmaukset ovat muodostuneet.

Haastateltavilla on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Syiden hakeminen potilaista itsestään voisi heikentää vastaushalukkuutta ja vastausten laajuutta omien kykyjen ja toimien joutuessa huonoon valoon. (Hirsjärvi ym. 2009: 206–207). Mallin parannukselle oli olennaista saada myös potilaiden omahoidossa ilmenneet ongelmat vastuunotossa ja selviytymisessä esille mahdollisimman laajasti. Tutkimuskysymysten asettelulla pyrittiinkin kääntämään asetelmaa mallin sisältämän koulutuksen suuntaan.

Ennen haastattelua potilaita pyrittiin motivoimaan tuomaan kaikenlaiset kokemukset esiin perustellen heille niiden mahdollista hyödyllisyyttä omahoidon kehittymiselle. Opinnäytetyön haastateltujen aktiivisuus vastauksissaan olikin hyvää ja tilanteet muodostuivat teemahaastattelulle edullisiksi, keskustelunomaisiksi teemojen käsittelyiksi.

## Lähteet

- Adolffson, Eva Thors – Walker-Engström, Marie-Louise – Smide, Bibbi – Wikblad, Karin 2007. Patient education in type 2 diabetes – a randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice* 76. 341–350.
- Aujoulat, Isabelle – d'Hoore, William – Deccahe, Alain 2006. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient education and counseling*. Katsaus. Verkkodokumentti. <[http://www.contratuizacao.min-saude.pt/Downloads\\_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Empowerment%20Chronic%20Patient.pdf](http://www.contratuizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Empowerment%20Chronic%20Patient.pdf)>. Luettu 30.11.2011.
- Bloomfield, Hanna – Krause, Ange – Greer, Nancy – Taylor, Brent – MacDonald, Roderick – Rutks, Indulis – Reddy, Preetham – Wilt, Timothy 2011. Meta-analysis: Effect of Patient Self-management of Long-Term Anticoagulation on Major Clinical Outcomes. *Annals of Internal Medicine* 154 (7). 472–482.
- Brotherus, Riitta – Hänninen, Kristiina – Illikainen, Leila – Kamula, Johanna – Leinonen, Raija – Nisula-Tauriainen, Marjut – Teirikangas, Tiina 2006. Ohjausta ryhmässä. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Cruess, Dean – Localio, A. Russell – Platt, Alec B. – Brensinger, Colleen M. – Christie, Jason D. – Gross, Robert – Parker, Catherine S. – Price, Maureen – Metlay, Joshua P. – Cohen, Abigail – Newcomb, Craig W. 2010. Patient Attitudinal and behavioral Factors Associated with Warfarin Non-adherence at Outpatient Anticoagulation Clinics. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919163/?tool=pubmed>>. Luettu 30.11.2011.
- Fitzmaurice, D. A. – Machin, S. J. 2001. Recommendations for patients undertaking self management of oral anticoagulation. *British Medical Journal* 323 (27). 985–989.
- Garcia, David A. – Schwartz, Michael J. 2011. Warfarin therapy: Tips and tools for better control. *The Journal of Family Practice* 60 (2). 70–75.
- Helsinginjulistus 1964. Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>> Luettu 12.11.2011.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

- Joutsu-Korhonen, Lotta – Lassila, Riitta – Savolainen, Eeva-Riitta 2010. Varfariinihoidon INR-seuranta vieritestauksena – uusi kansallinen suositus. Suomen Lääkäri-lehti 64 (42). 3434–3437.
- Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5). 212–222.
- Kneeland, Patrick P. – Fang, Margaret C. 2010. Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of tromboembolism. Katsaus. Patient Preference and Adherence 10. 51–60.
- Kunnamo, Ilkka 2011. Varfariinihoito. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17(5). 250–257.
- Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta, Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakesin raportteja 299. Saarijärvi:Gummerus Kirjapaino Oy.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2006. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Etiikka hoitotyössä. 1.–3. painos. Porvoo: WSOY. 284–298.
- Murray, Ellen – Fitzmaurice, David – McCahon, Debbie – Fuller, Chris – Sandhur, Hardeep 2004. Training for patients in a randomized controlled trial of self management of warfarin treatment. British Medical Journal 328 (21). 437–438.
- Parker, Catherine S. – Chen, Zhen – Price, Maureen – Gross, Robert – Metlay, Joshua P. – Christie, Jason D. – Brensinger, Colleen M. – Newcomb, Craig W. – Samaha, Frederick F. – Kimmel, Stephen E. 2007. Adherence to warfarin assessed by Electronic Pill Caps, Clinician Assessment, and Patient Reports: Results from the IN-RANGE Study. Society of General Internal Medicine 22. 1254–1259.
- Paukama, Merja 2010. Antikoagulaatiohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Paukama, Merja 2011. Antikoagulaatiohoidon ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Pitkälä, K – Savikko, N – Routasalo, P 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Helsinki, Vanhustyön keskusliitto ry.
- Platt, Alec B. – Localio, A. Russel – Brensinger, Colleen M. – Cruess, Dean G. – Christie, Jason D. – Gross, Robert – Parker, Cathrine S. – Price, Maureen – Metlay, Joshua P. – Cohen, Abigail – Newcomb, Craig W. – Strom, Brian L. – Laskin, Mitchell S. – Kimmel, Stephen E. 2010. Can we predict daily adherence to warfarin? Results from the international normalized ratio adherence and genetics (IN-RANGE) study. CHEST 137 (4). 883–889.

- Rickheim, Patti L. – Flader, Jill L. – Weaver, Todd W. – Kendall, David M. 2001. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education. A Randomized study. *Diabetes Care* 25 (2). 269-274.
- Routasalo, Pirkko – Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2010. Pitkääikaissairaahan omahoidon opastus. Katsausartikkeli. *Suomen Lääkärilehti* 65 (21). 1917-1923.
- Routasalo, Pirkko – Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Katsausartikkeli. *Duodecim* 125, 2351-2359.
- Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietokanto. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Luettu 02.10.2011
- WHO 1998. Teoksessa: Routasalo, Pirkko – Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2010. Pitkääikaissairaahan omahoidon opastus. Katsausartikkeli. *Suomen Lääkärilehti* 65 (21). 1917-1923.
- Wofford, James – Wells, Megan – Singh, Sonal 2008. Best strategies for education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. *BMC Health Services Research*. Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/40>>. Luettu 7.11.2011

#### Julkaisemattomat lähteet:

- Karjalainen, Tuula 2011. Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveys asemilla. Projektin esittely Metropoliasa 14.9.2011. Powerpoint esitys.

## Hakujen historia

Haku	Kriteerit	Hakusanat	Osu- mat	Otsi- kon ja abs- trak- tinpe- rus- teella	Koko teks- tin perus- teella
Cinahl 27.9.2011	2000-2011, re- searcharticle	"patienteducation"(AND) warfarin	35	12	0
Medic 27.9.2011	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli	Ohja*(OR) koulut*(OR) neuvo*(AND) oma- hoi*(OR) itsehoi*	7	2	2
Medic 28.9.2011	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, hoitosuositus	Varfariini(AND) potila*	11	3	1
Cinahl 28.9.2011	2000-2011, re- searcharticle	Warfarin(AND) pa- tient(AND) adherence	11	4	0
Medic 17.10.2011		oma- hoi*(AND)ohja*(OR) neuvo* (OR) koulu*	417	30	0
Medic 20.10.2011		voima*(OR) selvi*(OR) vastuu*(OR)	218	10	1
PubMed 20.10.2011		"patient education"(OR) guidance(OR) coun- celing(AND) warfa- rin(AND) "self care"	45	16	3
Cinahl 21.10.2011	researcharticle	empowerment (AND) "patienteducation"	41	2	0
Cinahl 22.10.2011	researcharticle	warfarin(AND) "self care"(AND)manag*	18	4	1
	researcharticle	"patient educa- tion"(AND) "self care"(AND) empower- ment	80	2	1
Medic 24.10.2011		ryhmä*(AND) ohja*	50		1
Terveys- portti 24.10.2011	kaikki kannat	varfariini			3
Cinahl 2.11.2011	researcharticle	patient(AND) "groupe- ducation"	99		2



Cinahl 2.11.2011		Warfarin(AND) "Group education"	1	0	0
---------------------	--	------------------------------------	---	---	---

## TIEDOTE TUTKIMUSTYÖSTÄ

Hyvä vastaanottaja,

Teitä pyydetään osallistumaan opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen haastatteluun. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia Marevan®:in käyttökoulutuksen vaikutuksista omahoidossa selviytymiseen ja vastuunottoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa omahoitoon koulutuksen tulevia uusinta-arviointeja ja kehitystyötä varten, ja Teidän osallistumisenne haastatteluun antaisi tärkeää materiaalia potilaan näkökulmasta.

Opinnäytetyö on osa Marevan®-hanketta, joka toteutetaan Helsingin terveyskeskusten, THL:n (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos) ja Helsingin ammattikorkeakoulu Metropolian hoitotyön yksikön yhteistyönä. Hankkeen tarkoituksena on lisätä ja vahvistaa potilaiden toteuttamaa Marevan® omahoitoa. Hankkeeseen sisältyy useita toisiaan tukevia tutkimuksia.

Haastattelu toteutetaan kertaluontoisena tapaamisena, teema kerrallaan läpikäytävänä haastatteluna. Teemahaastattelu on keskustelunomainen ja tilanteena melko vapaa. Haastattelu nauhoitetaan kokonaisuudessaan vastausten kirjalliseen muotoon saattamista ja niiden helpompaa käsittelyä varten.

Haastatteluvastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ilman nimeänne ja muita henkilötietojanne. Haastattelun toteuttaa ja materiaalin käsittelee sairaanhoitajaopiskelija Jenny Tiitinen, jonka opinnäytetyöhön haastattelu sisältyy. Haastattelumateriaali säilytetään lukollisessa kaapissa ja hävitetään opinnäytetyön julkistamisen jälkeen.

Teillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Ennen haastattelua Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus osallistumisesta, mutta myös allekirjoituksen jälkeen voitte keskeyttää osallistumisenne.

Lisätietoja tutkimuksesta voitte kysyä projektipäälliköltä tai opinnäytetyön ohjaajalta:

- *"projektipäällikön ja opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot"*

## POTILAAN SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö

## VARFARIININ OMAHOITOON SIIRTYNEIDEN POTILAIDEN KOKEMUKSIA VASTUUNOTOSTA JA SELVIITYMISESTÄ

Minua on pyydetty osallistumaan edellä mainittuun työhön. Minulle on selvitetty työn tarkoitus ja toteutus. Ymmärrän, että työhön osallistuminen on vapaaehtoista. Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisenimilloin tahansa, syytä ilmoittamatta.

Antamiani tietoja ei saaluovuttaaukopoulisille. Henkilötietoni eivät saa olla tunnistettavissa työn missään vaiheessa. Yhteystietojani saa käyttää ainoastaan haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön ja annan yhteystietoni haastatteluajankohdansopimiseksi.

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2011  
Paikka Pvm

---

Osoite

---

Puhelinnumero

## Teemahaastattelun runko

### 1. Teema Haastateltavan taustatiedot

- Ikä
- Marevan lääkkeen käyttötarkoitus, mihin sairauteen lääke on teille määrätty
- Kuinka kauan Marevan lääke on ollut teillä käytössä
- Milloin saitte koulutuksen, halusitteko siihen itse mukaan
- Montako kertaa olette tehneet annosmääritysten omahoidon aikana

### 2. Teema. Kokemukset Koulutuksesta

- Koittako koulutuksen pyrkivän tukemaan yksilöllisesti
- Oliko koulutustilaisuus teistä aktiiviseen osallistumiseen kannustava
- Millaisia voimavaroja saitte koulutuksesta
- Millaisia tuntemuksia koulutuksessa heräsi? rohkaisiko, motivoiko

### 3. Teema Kokemukset vastuunotosta

- Miten olette kokeneet vastuun omasta hoidostanne ja lääkityksen omasäätelystä?
- Miten koulutus tuki vastuunottoa omahoitoon siirtyessä
- Oletteko tarvinneet/saaneet tukea tai ohjausta vastuun ottamiseen omasta sairaudesta ja lääkehoidosta koulutuksen jälkeen?

Mitä kautta ja minkälaista olisitte tarvinneet/saitte?

### 4. Teema Kokemukset Selviytymisestä

- Miten olette kokeneet selviytyväanne omahoidosta ja lääkityksen annostelusta
- Minkälaisia kokemuksia teillä on selviytymisestä tilanteissa, jotka ovat olleet hankalia?
- Minkälaisia kokemuksia ja tuntemuksia teillä on siitä, että joudutte itse tekemään päätöksiä
- Kuinka koulutus on tukenut selviytymistänne omahoidossa
- Oletteko kokeneet tarvitsevanne/saaneet tukea tai ohjausta päivittäisessä selviytymisessä?

Mitä kautta ja minkälaista olisitte tarvinneet/saitte?

## Esimerkki analyysin etenemisestä

Suora lainaus aineistosta	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"kyllä se motivaatio lähtee mulla todellakin siitä että, että se on siis tärkeä. Estää sen verenhiyytymisen sillon kun flimmeri on päällä. Kyllä se motivaatio lähtee oman hengen säilyttämisestä ja tulpan ehkäisystä."	Oma terveys motivoi	Vastuunoton omaksuminen omahoidossa	Vastuunottoon liittyvät kokemukset omahoidossa	Omahoidosta heränneet tunteet ja kokemukset
"kyllä mä vastaan omasta itsestäni ja omasta hengestäni. Mä en anna sitä vastuuta muille"	Vastuunotto vahvasti omaksumattu			
"Ni kyllähän sitä jokatapauksessa ottaa sen vastuun kun kerran joku hoito määrätään niin totta kai siihen ottaa vastuun."	Vastuun omaksuminen luontevaa			
" en minä sitä pidä siis vaikeana."	Vastuu helppo kantaa	Vastuun kantaminen omahoidossa		
" et sitten aina semmosissa tilanteissa sitten ajattelee että tuleeko sitten lääkkeet syötyä oikeaan aikaan."	Päihtyneisyyden vaikutus rutii-neihin huolettaa			
" No se tietenkin tuntu että voi mitähän mä söin nyt tai.."	Syällisyys heittäneestä INR-arvosta			
" eimuaoo yhtään rasittanu, eikä hermostuttanu eikä muuta että."	Ei stressaa			
" No ei se nyt kauheesti paina."	Vastuu ei paina			
" kyllämä sen joka tapauksessa osaisin tehdä ja tekisin (lääkemääritys)"	Vastuun toteutus osaamisen myötä selvä			
" tässä iässä on sitä mieltä että itetietää ne asiat paremmin kuin joku nuori sairaanhoitaja, niin."	Luotto omaan tietämykseen	Luottamus selviytymiseen omahoidossa	Omahoidossa selviytymisen kokemukset	
" tuota tällä kokemuksella jo tiedän siis tiedän oman itseni ja tiedän, tiedän tuota sen että miten se inri-arvotossa pyörii niin ei siinä oo sen kummallista että."	Kokemukseen pohjautuva luottamus			
" Enmä siinä opaskoiraa tarvii. Niin osaan nostaa tai vähentää (naurua)"	Luottamus omaan osaamiseen			
" Ohjeistus siinä pantu siihen että lääkitys pysyy ennallaan tai jotain tämmöstä. Siihen on pantu siitä, mutta vaikkei siihen ois pantu sitä mullekaan niin minä osaisin sen siitä."	Luotto omiin taitoihin			
"Totta kai se on mukava että (nauradus) saa itse päättää osan asioista. Tietenkin olis vielä se että jos vois vielä, ois joku mittari jolla vois itse ottaakin varsinkin jos on jotain poikkeavaa."	Itsenäinen päätöksenteko positiivista	Kokemus päätöksenteosta omahoidossa		
"No ei sen kummempaa. Se on saatuun tietoon perustuva päätös.."	Päätöksenteko luonteva ajatus			

## Esimerkki analyysin etenemisestä

" Kyllä joo, tottakai se on. Ei se niin kun minua sillä tavalla häiritse."	Päätöksenteko sujuvaa			
" se rutiininomainen jos ei mitään poikkeavaa niin sehän on varsin helppoa ja sitä paitsi tekstiviestissä lukee vielä tai luki koko syksyn että jatkakaa entistä annostusta niin ei siinä paljon tarvii poh-tia."	Helppoa vähän ohjattuna			
" enmä koe mitään siinä semmosta että tääolis joku semmonen asia joka on, vaatis mitään kummallista päättämistä.Et se on ihan ihantämmönen yksinkertainen rutiiniasia."	Päättäminen rutiinia			
" kyllä minä itse ainakin tunnen niin, että mäoon ihan selviytynyt siitä hirveen hyvin ettei siinä mitään ja jos tuntuu siltä etten mä selviydy niin ilman muuta minä ota sitten yhteyttä terveydenhoitajaan ja terveystakeskukseen että. Mutta tuota tähän asti on menny yllättävän hyvin."	Tyytyväisyys selviytymiseen	Kokemus oma-hoidon onnis-tumisesta		
" Että kyllä tällä on selvinny ihan hyvin."	Hoito toiminut			
" No kyllä, et en mäookokonu sitä mitenkään hankalana, että kyllä se minusta on ihan paikallaan että.. Tietenkiin sitten että jos muisti alkaa pettää enemmän tai jotain muuta tämmöstä niin sitten ois."	Hoito ei liian haastava			
"Joku sano, joku lääkäreistä sano että no se on teidän oma asia että jos ette syö niin olkaa syömättä sitten, mutta ite vastaatte. Hän ei oo siihen lupaa antanut. No, minähän haluan syödä niin kauan kuin elän."	Halu jatkaa hoitoa			
" kun ei se ole niin kun sillä tavalla vaikuttanut niin kun mun elämään hirveesti niin se sitten."	Omahoidon vaikutus elämään pieni			