

Niina Kostilainen

Omahoidon vaikutus antikoagulanttihoitoon ja potilasohjausta edistävät ja estävät tekijät

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden
Hoitotyö
Opinnäytetyö
2.11.2012

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Niina Kostilainen Omahoidon vaikutus antikoagulanttihoitoon ja potilasohjausta edistävät ja estävät tekijät 19 sivua + 1 liitettä 2.11.2012
Tutkinto	Terveydenhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marita Räsänen
<p>Opinnäytetyöni liittyi projektiin Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla. Yhteistyötahoina ovat Helsingin terveyskeskukset, HUS-lab ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Metropolian ammattikorkeakoulu on myös mukana opiskelijoiden opinnäytetöiden osalta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kertoa varfariinihoidosta, millaisia vaikutuksia antikoagulaatiohoidon omahoidolla on hoitotasapainoon sekä kuvata potilasohjauksen edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin valitun kansainvälisen tutkimusaineiston pohjalta. Tämän opinnäytetyön aineisto koostuu kahdeksasta tieteellisestä artikkelista. Niistä viisi käsittelee antikoagulanttihoitoa ja kolme potilasohjausta. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Keskeisimmät tulokset antikoagulaatiohoidon omahoidon puolesta olivat INR-arvon pysyminen pidempään terapeutisella leveydellä, 188 potilaan joukossa jopa 72 %. Potilaat, jotka suorittivat antikoagulaatiohoidon omahoitoa, olivat tyytyväisempiä. He kokivat pistämisen tunteen helpommaksi, koska pistivät itse. Autonomian lisääntymisen myötä heistä tuli hoitomyöntyväisempiä. Potilasohjauksessa edistäviä tekijöitä nousi kahdeksan ja estäviä kymmenen. Tärkeimmäksi tekijäksi nousi kummassakin kategoriassa aika. Muut tekijät olivat muun muassa terveydenhuollon henkilöstö, potilasohjaus materiaali, henkilökunnan kouluttamisen tärkeys ja potilas.</p> <p>Opinnäytetyöhön valitsemani aineiston, ja sen analyysin pohjalta tulokset kertovat antikoagulaatiohoidon omahoidon kannattavaksi niille potilaille, jotka soveltuvat siihen. Näin sairaanhoitajille/terveydenhoitajille jää enemmän aikaa. Tämän ajan he voivat käyttää potilasohjauksen antamiseen. Aika oli se tärkein tekijä, joka tuloksien mukaan mahdollisti hyvän potilasohjauksen.</p> <p>Olisi mielenkiintoista saada tietää kymmenen vuoden päästä, ovatko potilasohjauksen edistävät ja estävät tekijät edelleen arvoasteikoiltaan samoja.</p>	
Avainsanat	varfariini, antikoagulanttihoito, omahoito, potilasohjaus

Author	Niina Kostilainen
Title	The Effect of Self-Care in Anticoagulation Therapy and Promoting and Preventing Factors in Patient Education
Number of Pages	19 pages + 1 appendices
Date	2.11. 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructor	Marita Räsänen, Senior Lecturer
<p>My final project is part of the Developing Anticoagulation Self-Care and Electrical Treatment Feedback System in Finnish Health Care Centers. The project partners are Helsinki City Health Care Centers, laboratories of Hospital District of Helsinki and Uusimaa and The Finnish National Institute for Health and Welfare. The Helsinki Metropolia University of Applied Science is also a partner.</p> <p>The purpose of my final project was to chart warfarin therapy, the effects of the self-management of anticoagulant therapy in the balance of care and to describe the promoting and preventing factors in patient education. Moreover purpose was to answer the research questions based on international research material. The material of my final project consisted of eight scientific articles. Five of them dealt with anticoagulant treatment and three dealt with patient education. The material was analyzed by using the methods of content qualitative analysis.</p> <p>The main results on behalf of the self-management of anticoagulant were INR to stay longer in the therapeutic range, among 188 patients up to 72%. Patient who completed the anticoagulant self-care, were most satisfied. They experienced the pain from injection better, because they stung themselves. Through increased autonomy patients co-operated better with treatment. In patient education there were eight promoting factors and ten preventing factors. In both categories, the number one factor was time. Other factors were health care staff, patient education material, the importance of staff training and the patient.</p> <p>The material I chose for my final project, and the analysis of the material results that the anticoagulation self-care is profitable for those patients who are suitable for it. Thereby nurses have more time. They can use this time on giving patient education. The time was the main factor, which according to the results enabled a good patient education.</p> <p>It would be interesting to know ten years from now, whether the promoting and preventing factors are still ranked to the same.</p>	
Keywords	warfarin, anticoagulant therapy, self-care, patient education

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	1
3	Potilasohjaus Marevan® - hoidossa	2
	3.1. Marevan® ja hoidon aloitus	2
	3.2. INR - testi	3
	3.3. Marevan® - hoidosta kertominen potilaalle	3
	3.4. Potilasohjauksessa huomioon otettavaa	5
	3.5. Ruokavalio-ohjaus	5
	3.6. Alkoholit	6
4	Opinnäytetyön työtavat ja menetelmät	6
	4.1. Aineisto	6
	4.2. Aineiston valinta ja analysointi	7
	4.3. Aineiston kuvaus	8
5	Tulokset	10
	5.1. INR - arvo terapeuttisella leveydellä	10
	5.2. Haittavaikutukset	10
	5.3. Potilastyytyväisyys antikoagulaation omahoidosta	11
	5.4. Opetusohjelmat	11
	5.4.1 Opetusohjelma I	11
	5.4.2 Opetusohjelma II	12
	5.4.3. Opetusohjelma III	13
	5.5. Potilasohjausta edistävät tekijät	13
	5.6. Potilasohjausta estävät tekijät	14
6	Pohdinta	15
	6.1. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	15
	6.2. Luotettavuus ja eettisyys	17
	Lähteet	19
	Liitteet	
	Liite 1. Aineistotaulukko	

1 Johdanto

Opinnäytetyöni liittyy Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -projektiin. Projekti käynnistyi 1.5.2010 ja päättyi 30.2.2013. Yhteistyötahoina ovat Helsingin terveyskeskuksen eri osastot tarpeen mukaan, HUS-lab sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Metropolian ammattikorkeakoulu on myös mukana opiskelijoiden opinnäytetöiden osalta. Projektin alussa projektipäällikkönä toimi yliopettaja Kirsi Johansson.

Projektin tavoitteena on luoda valtakunnallinen yhtenäinen antikoagulaatiohoidon prosessin malli, parantaa potilasturvallisuutta ja voimavarojen taloudellista käyttöä. Keinoina ovat omahoidon vahvistaminen, hoitoon osallistuvien vastuiden selkeä määrittely, hoitotasapainon seuranta ja modernien IT-ratkaisujen soveltaminen. Projektin painopiste on omahoidon kehittämisessä.

Aihe on tärkeä, koska Marevan®in, joka on Suomessa käytössä oleva antikoagulantti, vaikuttavan aineen, varfariinin terapeuttinen leveys on kapea. Tästä johtuen tulee herkästi ali- tai yliannostelua, mikä aiheuttaa tukos- tai vuotokomplikaatioita. Haastetta tuo myös se, että potilaan hoitoannostus on aina yksilöllinen. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi hoitotasapainoon vaikuttavat myös ravinnosta saatava K-vitamiini, interaktiot muiden lääkeaineiden kanssa, alkoholin käyttö ja huono hoitomyöntyvyys. (Mustonen 2008.) Jotta potilas pystyy toteuttamaan Marevan®-hoitoaan itsenäisesti, on keskeistä, että potilas saa hyvän ohjauksen.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoitus on kertoa yleisesti varfariinihoidosta, kuvata potilasohjauksen edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä millaisia vaikutuksia antikoagulaatiohoidon omahoidolla on hoitotasapainoon. Tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin, valitusta näyttöön perustuvasta aineistosta:

1. Miten INR-arvo pysyy terapeuttisella leveydellä omahoito potilaan ja perinteisen hoidon potilaan välillä?
2. Millaisia haittavaikutuksia esiintyi?
3. Millainen oli potilaiden tyytyväisyys antikoagulaation omahoitoon?

4. Millaisia opetusohjelmia käytettiin?
5. Mitkä olivat potilasohjausta edistävät tekijät?
6. Mitkä olivat potilasohjausta estävät tekijät?

Potilaat eivät ole Suomessa aiemmin itse määrittäneet Marevan® lääkkeen annostusta, joten suomalaista näyttöä aiheesta ei ole saatavilla.

3 Potilasohjaus Marevan® hoidossa

3.1. Marevan® ja hoidon aloitus

Marevan®in vaikuttava aine on varfariini, joka kuuluu lääkeryhmään antikoagulantit. Sillä on verta ohentava vaikutus. Varfariini vaikuttaa K-vitamiiniriippuvaisiin hyytymistekijöihin häiriten niitä, jolloin niiden toiminta heikkenee. Varfariini vaikuttaa myös proteiineihin C ja S, jotka ovat K-vitamiineista riippuvaisia luonnollisia antikoagulantteja, estäen näiden synteesin. (Mustonen 2008: 27.) Lääkettä käytetään ihmisillä estämään suonensisäisten verihyytymien muodostumista, syntyneen hyytymän kasvua ja liikkeelle lähtöä.

Marevan®-hoidon aiheita:

- Syvä laskimotromboosi ja sen ehkäisy
 - Keuhkoembolia
 - Eteisvärinä valikoidusti
 - Yli 2 vuorokautta vanhan eteisvärinän rytminsiirto
 - Tekoläpät
 - Mitraalistennoosi
 - Akuutti (etuseinä) infarkti; kolme kuukautta
 - Vaikea sydämen vajaatoiminta
 - TIA tapauskohtaisesti, ellei ASA (-dipyridamoli) ja/tai klopidogreeli tehoa
 - Periytyvä tai hankittu tromboosialttius ja sairastettu tromboosi
- (Lassila 2009.)

Marevanhoito voi olla pysyvä tai väliaikainen. Aloitusannos ei ole aina sama, vaan annostus katsotaan aina potilaskohtaisesti, koska lääkkeen tarve vaihtelee perimän vaikutuksesta eri ihmisillä. Vaihteluväli on 1 mg – 40 mg. Lääkettä otetaan kerran päivässä, niin kuin muitakin lääkkeitä, mieluiten aina samaan aikaan. (Ellonen 2010.)

Varfariinille voi olla vastustuskykyinen, vaikkakin se on harvinaista. Vastustuskyky on geneettinen, ja henkilöillä joilla tämä on, varfariinin annostus pitää olla 5 – 20 kertainen verrattuna keskiverto potilaan annostukseen, jotta antikoagulaatiovaikutus tapahtuu. Tämä häiriö johtuu varfariinin heikosta vaikutuksesta maksan reseptoreihin. (Ansell – Fuster – Halperin – Hirsh 2003.)

Hyvin kontrolloidulla varfariinin antikoagulaatiohoidolla pystyttäisiin estämään yli puolet halvauksista, jotka liittyvät eteisvärinään ja sydämen keinoläppään, ja myös suurien verenvuotojen riski alenisi (Alonso-Coello – Garcia-Alamino – Glasziou – Heneghan – Meats – Perera 2006).

3.2. INR-testi

Veren hyytymistä seurataan INR-testillä. INR on lyhenne sanoista international normalized ratio. Testillä nähdään, miten verenhyytymisaika on pidentynyt normaaliarvosta. (Kaukua – Mustajoki 2008.) Terveen ihmisen INR on noin 1.0, arvo voi vaihdella välillä 0.8 – 1.2. Varfariinihoito pidentää hyytymisaikaa noin 2 – 3 kertaiseksi. INR:n tavoitetaso tromboemolisten komplikaatioiden estohoidossa keinoläppäpotilailla on 2,5 – 3,5 ja muut indikaatiot 2.0 – 3.0. (Duocecim- lääketietokanta 2011.)

Kun Marevan®-hoito on juuri aloitettu, seurataan INR-arvoa 2 – 3 päivän välein, siihen asti kunnes sopiva annostus on löytynyt. Tämän jälkeen INR-arvoa seurataan säännöllisesti laboratorionkokein, noin kerran kuukaudessa. On tärkeää seurata, että INR-taso pysyy tavoitetasolla, koska jos INR-arvo nousee yli tavoitetason, veri hyytyy hitaammin ja verenvuotoriski lisääntyy. Jos taas INR-arvo laskee alle tavoitetason, veri hyytyy liian nopeasti ja tukosriski kasvaa. INR-verinäytteen voi ottaa mihin vuorokauden aikaan tahansa eli ei tarvitse paastota. Säännöllisen INR-arvo seurannan lisäksi voidaan aina ottaa ylimääräisiä testejä, esimerkiksi jos tulee muutoksia elämäntavoissa, terveydentilassa tai lääkityksessä. (Länsipuro – Puhakka 2011.)

3.3. Marevan®-hoidosta kertominen potilaalle

Marevan®-hoidon onnistumiseen tarvitaan hoitohenkilökunnan antama hyvä ohjaus ja tuki, potilaan motivaatio sekä ruokavalion ja elämäntapojen tarkistus. Tärkeintä on, että potilas ymmärtää, miksi hänelle on aloitettu Marevan®-hoito, mitä lääke on ja miten se vaikuttaa. Potilaan on myös hyvä tietää oma INR-tavoitetaso, sekä mitkä seikat vaikuttavat hoitotasapainoon. Veren hyytymiskykyyn voivat vaikuttaa lievätkin

muutokset terveydentilassa. Esimerkiksi äkillisesti alkanut mahatauti, ripuli tai oksentelu lisää Marevan®in tarvetta, kun taas jokin muu tulehdussairaus voi vähentää Marevan®in tarvetta. Vaikka muutos terveydentilassa olisi vain lievä, voi sillä olla isompi vaikutus hoitotasapainoon, siksi on hyvä olla yhteydessä hoitavaan tahoon. (Paukama 2011.)

Potilasta tulee informoida, että aina kun hän hakeutuu hoitoon, on hänen kerrottava Marevan®-hoidostaan. Erityisesti jos kyseessä on toimenpide, johon liittyy verenvuodon vaara. Ennen leikkauksia ja muita toimenpiteitä Marevan®in annostusta voidaan joutua muuttamaan tarvittaessa tilapäisesti. Marevan®ista kertominen on tärkeää myös aloitettaessa uusi lääke. Määrätyllä lääkkeellä kun voi olla Marevan®in tehoa muuttava vaikutus. (Paukama 2011.)

Vaikka potilas on sairastanut veritulpan, on hänelle kerrottava millaisia tukos- ja vuoto-oireet ovat. Seuraava tukos kun voi tulla eri kohtaan kehossa kuin edellisellä kerralla. Yleisoireet ovat lämpöily, huonovointisuus ja suorituskyvyn heikkeneminen. Paikallisoireet ovat:

- Alaraajat: kipu, leposärky, turvotus, punotus, kuumotus.
 - Yläraajat: kipu, väsyminen rasituksessa, turvotus, punotus, kuumotus.
 - Keuhkot: suorituskyvyn heikkeneminen, hengenahdistus, rintakipu, huimaus, pyörtyminen, pitkittyvä yskä, veriyskä.
 - Pään alue: voimakas päänsärky, pahoinvointi, huimaus, kaulan seudun kipu.
 - Vatsanalue: paheneva voimakas kipu, pahoinvointi, oksentelu.
- (Länsipuro – Puhakka 2011.)

Vuoto-oireita ovat:

- Näkyvä verenvuoto:
 - verivirtsaisuus
 - mustat ulosteet
 - veriyskä
 - verioksennus
 - poikkeava gynekologinen vuoto
- Poikkeava ja pitkittynyt nenänverenvuoto, ikenien verenvuoto tai muu limakalvovuoto.
- Lihasverenvuoto, nivelverenvuoto

- Laajat, kivuliaat mustelmat
(Länsipuro – Puhakka 2011.)

Marevan®-hoito ei ole vain iäkkäille ihmisille. Jos Marevan®-hoitoa saava nainen suunnittelee raskautta tai on raskaana, hänen seuranta ja hoito tapahtuvat erikoissairaanhoidossa. Marevan®ia ei voi käyttää raskauden aikana. (Paukama 2011.)

3.4. Potilasohjauksessa huomioon otettavaa

Potilasohjauksella on keskeinen rooli sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työnkuvassa. Pystyäkseen toteuttamaan hyvää potilasohjausta, on sairaanhoitajan/terveydenhoitajan saatava siihen koulutus. Hänen pitää pystyä perustelemaan toimintaansa tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon pohjalta. On myös muistettava, että jokainen potilas ja potilasohjaustilanne ovat yksilöllisiä. Vaarana on, että sairaanhoitajan/terveydenhoitajan antamat potilasohjaukset muuttuvat rutiineiksi, jolloin potilas on se, joka kärsii tilanteesta eniten. (Ohtonen 2006.)

Lyhentyneet hoitoajat ja hoitohenkilökunnan kiire ovat haasteita hyvän potilasohjauksen toteutumiselle. Useasti hoitohenkilökunnan mielestä yksinkertainen toimenpide voi potilaasta olla pelottava ja stressaava, jolloin pelkkä suullisesti saatu ohjaus voi unohtua piankin. Tällöin potilaan omahoito ja parantuminen eivät välttämättä toteudu suunnitellusti, jolloin potilas voi joutua takaisin sairaalaan, lisäten hoitohenkilökunnan työtaakkaa ja mahdollisesti vieden paikan joltain, joka tarvitsisi sen ensisijaisesti. (Ohtonen 2006.)

3.5. Ruokavalio-ohjaus

Marevan®-hoitoa saavan henkilön ei tarvitse noudattaa erikoisruokavaliota. On kuitenkin hyvä ottaa huomioon muutama seikka ruokavaliossa. Lääkkeen vaikuttava aine, varfariini, vaikuttaa K-vitamiini riippuvaisiin hyytymistekijöihin ja joissakin kasviksissa on toisia enemmän K-vitamiinia, jolloin on riski saada liikaa K-vitamiinia elimistöön, joka voi vaikuttaa hoitotasapainoon. Tällöin tarvitaan yleensä suurempi lääkeannos. Vihreitä ja muita kasviksia voi kuitenkin käyttää normaalisti. On hyvä syödä vihreitä ja muitakin kasviksia päivittäin ja samoja määriä, jolloin K-vitamiinin saanti pysyy tasaisena. (Ellonen – Mustajoki 2010.)

Kasvissyöjillä Marevan®in tarve voi olla suurempi kuin sekaruokavaliota noudattavilla (Länsipuro – Puhakka 2011). Marevan® hoitoa saavan potilaan ruokavalion pitäisikin olla monipuolista ja sisältää vähintään 500g "värikkäitä" kasviksia, juureksia, marjoja ja hedelmiä päivässä (Paukama 2011).

Kasviksista eniten K-vitamiinia sisältäviä ovat tummanvihreät kasvikset. Duodecim - lääketietokannassa, Marevan® forte 5 mg, yhteenvedossa on iso lista näitä vihreitä kasvis esimerkkejä: teeledet (mutta ei haudutettu tee), amarantuslehdet, avokado, endiivi, herneet, kajottikurpitsa, keräkaali, kevätsipuli, kiivihedelmä, korianteri, kurkun kuori (mutta ei kuorittu kurkku), lehtikaali, lehtisalaatti, nauris, mintunlehdet, oliiviöljy, parsakaali, persilja, pinaatti, pistaasipähkinät, punainen merilevä, ruohosipuli, ruusu-kaali, rypsiöljy, sinapinlehdet, soijapavut, soijaöljy, vesikrassi. (Duodecim – lääketietokanta 2011.)

Osassa rasvoista on K-vitamiinia. Rypsi- ja soijaöljyssä sekä niistä tehdyissä margariineissa on eniten. INR:n tavoitearvossa pysymistä auttaa lautasmallin mukainen ruokailu, sekä säännöllinen ateriarhythmi. (Länsipuro – Puhakka 2011.)

Karpalon (esimerkiksi karpalomehu) sisältämät ainesosat ja Marevan® saattavat reagoivat keskenään, voimakkaastikin, aiheuttaen lääkkeen tehon nousua. Yhteiskäyttöä on syytä välttää. (Duodecim – Lääketietokanta 2011.)

3.6. Alkoholi

Alkoholilla on maksan toimintaa häiritsevä vaikutus, jolloin maksan kyky käsitellä K-vitamiinia myös häiriintyy, aiheuttaen vuotoriskin. Kohtuukäyttö, eli 1 – 2 olutta (33cl) tai 1 – 2 viinilasillista (12cl) vuorokaudessa, on mahdollista. Mutta runsas alkoholin käyttö sekoittaa INR-tason ja tällöin alkoholi ei sovi Marevan®-hoidon kanssa. (Länsipuro – Puhakka 2011.)

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1. Aineisto

Olen kerännyt aineistoa opinnäytetyöhöni tietokannoista Terveysportti, Medic, PubMed ja CINAHL. Hakusanoina olen käyttänyt Marevan®, varfariini/warfarine, warfarin therapy, warfarin self-management, antikoagulantti/anticoagulants. Sekä potilasohjaus,

hyvä potilasohjaus, patient education ja good patient education. Hakukannassa PubMed rajasin haun etsimään aineistoa viimeisen kymmenen vuoden sisältä, kielenä englanti, koskien ihmisiä ja sisältäen ilmaisen linkin artikkelin luokse.

Tarkoitukseni oli myös haastatella sairaanhoitajia/terveydenhoitajia, jotka työskentelevät Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa ja joilla on Marevan®-hoitoa saavia potilaita. Haastattelu olisi perustunut laatimieni kysymysten pohjalta, joiden teemat olisivat olleet hoitohenkilökunnan osalta tausta- ja koulutuskysymykset, Marevan® annostelu, potilasohjaus, potilaan omahoito ja ruokavalio-ohjaus. Mutta aikataulullisista syistä, jouduin jättämään haastattelun pois.

4.2. Aineiston valinta ja analysointi

Käytin soveltaen tiedonhauissa laadullisen menetelmän lähestymistapaa. Kävin läpi saamani haut lukemalla otsikot, ja niiden perusteella päätin luenko sisällön, koska otsikoita oli välillä monia kymmeniä, erityisesti kansainvälisillä sivustoilla. Keräsin aineiston luotettavilta lääketieteellisiltä tahoilta, joiden aineisto perustui tutkittuun ja todettuun tietoon. Valintakriteeriksi aineistoa etsiessäni muodostuivat hakusanat antikoagulantti, varfariinin omahoito ja potilasohjaus sekä mistä seikoista hyvä potilasohjaus koostuu.

Laadullinen sisällönanalyysi soveltaen on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida kirjoitettujen, kuultujen ja nähtyjen sisältöjä. Sisällönanalyysi tehdään tietyn kaavan mukaan. Kun on valittu aineisto, on mietittävä, mikä asia siinä kiinnostaa ja keskityttävä pelkästään siihen. Kaikki muu, mikä ei liity kiinnostavaan asiaan, pitää jättää huomioimatta. Kun on löytänyt kaiken tarvittavan tiedon aineistosta, alkaa lajittelu. Aiheen teemat lajitellaan omiin lokeroihin ja näistä kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 93 – 95.)

Kun olin saanut aineiston kokoon, tein aineistotaulukon. Taulukko koostuu kuudesta lokerosta. Jokaisesta artikkelista on kerätty lokeroihin samat tiedot. Ensimmäisessä lokerossa on lehden nimi, vuosi ja tekijät. Toisessa artikkelin aihe/otsikko. Kolmannessa aiheen tarkoitus/tutkimuskysymykset. Neljännessä lokerosta selviää tutkimuksen menetelmä ja otos. Viidennessä mitä analyysimenetelmää oli käytetty ja kuudennessa artikkelin tutkimuksen keskeisimmät tulokset. Aineistotaulukon avulla sain hyvän yleiskatsauksen keräämästäni aineistosta. Lukija pystyy myös taulukon avulla saamaan lisätietoa opinnäytetyössä käytetystä aineistosta. Taulukko on esitetty liitteenä. (Liite1)

4.3. Aineiston kuvaus

Tämän opinnäytetyön aineisto koostuu kahdeksasta tieteellisestä artikkelista. Niistä viisi käsittelee antikoagulanttihoitoa ja kolme potilasohjausta.

Aineiston artikkeli, Patient self-management of warfarin therapy, pragmatic feasibility study in Canadian primary care (Grunau – Harder – Wiens 2011) tutki miten potilaan omahoito vaikuttaa antikoagulaatiohoitoon, käytettäessä varfariinia Kanadan perusterveydenhuollossa. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään, omahoito- ja lääkärin hoitamaan ryhmään. Ryhmäjako kesti neljä kuukautta, jonka jälkeen ryhmät vaihdettiin toisinpäin. Omahoitoryhmäläiset ohjattiin mittauttamaan INR-arvoa laboratoriossa ja säätämään varfariini annostus itse INR-arvojen perusteella, annettujen annosohjeiden mukaan. (Grunau – Harder – Wiens 2011.)

Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events (Dolor – Edson – Holodniy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010) -tutkimuksessa Yhdysvalloissa tutkittiin, milloin tulisi ensimmäinen vakava tapahtuma (halvaus, iso verenvuoto tai kuolema) varfariinia käyttävillä potilailla, joilla on sydämen keinoläppä tai eteisvärinä. Ryhmiä oli kaksi. He, joilla oli käytössään vierilaite INR-arvon mittaukseen viikoittain kotona, ja he, jotka kävivät kerran kuukaudessa mittauttamassa arvon laboratoriossa. (Dolor – Edson – Holodniy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010.)

Sveitsin Genevessä Boehlen, Gagneux, Gavignet, de Moerloose, Reverdin ja Schnetzler (2011) artikkelissaan Implementation of an INR self-testing and self-management programme in common ambulatory private practice: our experience with 90 patients, halusivat testata seuraavanlaista teoriaa. Potilaat, jotka mittaavat itse INR-arvoaan tai itse mittaavat ja myös annostelevat antikoagulantti lääkityksensä, suorittaisivat opetusohjelman. Opetusohjelman myötä antikoagulaation omahoidosta tulisi tuottavampaa, turvallisempaa ja johtaisi parempaan potilastyytyväisyyteen. Opetusohjelmaan ohjattiin pitkäaikaista antikoagulanttihoitoa saavia potilaita. (Boehlen – Gagneux - Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011.)

Self-management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study (Hamad – van Eekelen – van Agt – van Straten 2008;

Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007). Tässä Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa haluttiin tutkia potilaan omahoidon vaikutuksia antikoagulaatiohoidon hallintaan ja elämänlaatuun. Tutkittavat olivat menossa elektiiviseen aortan keino-läppä leikkaukseen. Heidät jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Lääkärin hoitamaan ryhmään ja omahoitoryhmään, joille annettiin pienlaite INR-arvon testaukseen. Omahoito-ryhmä otti itsenäisesti INR-arvoa kotona ja annosteli antikoagulaatio lääkityksen. Annotukset kirjattiin sille tarkoitetulle Internet-sivustolle, jota kautta ne tarkistettiin ensimmäisten viikkojen aikana, sekä tarvittaessa korjattiin. (Hamad – van Eekelen – van Agt – van Straten 2008; Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007.)

Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Switzerland (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007) -nimisessä artikkelissa tutkittiin 330 ensimmäistä potilasta, vuosilta 1998–2003, jotka suorittivat potilaan omahoitoa antikoagulaatio hoidossa Sveitsissä. Tutkimus tehtiin kyselylomakkeella. (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007.)

Tutkimuksessa The quality of patient education evaluated by the health personnel (Kyngäs – Kääriäinen 2010) haastateltiin potilasohjauksen laadusta kyselylomakkeen kautta 916 sairaanhoitajaa ja lääkäriä yhdestä suomen sairaalasta. Potilasohjausta mitattiin kahdesta eri näkökulmasta; potilasohjauksen resurssit ja toteutus. (Kyngäs – Kääriäinen 2010.)

Bell ja Carpenter (2002) artikkelissaan What do nurses know about teaching patients? selvittivät, mitä yhdysvaltalaiset sairaanhoitajat tietävät potilaan ohjaamisesta, ja lisääntyivätkö sairaanhoitajien tietous ohjausprosessista, suunnitellun opetuksen kautta (Bell – Carpenter 2002).

A study of professional nurses' perceptions of patient education (Hammons – Marcum – Ridenour – Shaff – Taylor 2002). Tässä artikkelissa kuvattiin yhdysvaltalaisen sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksen antajana ja selvitetään, mitkä tekijät estävät ja mitkä edistävät potilaan ohjausta. (Hammons – Marcum – Ridenour – Shaff – Taylor 2002.)

5 Tulokset

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset. Potilaan omahoito tarkoittaa, että potilas itse ottaa INR-arvoja sekä annostelee INR-arvojen perusteella oman antikoagulaatiolääkityksensä. Potilaan itsemittaus taas on sitä, että potilas ottaa itse INR-arvon ja soittaa tuloksen hoitavalle lääkärille, joka annostelee lääkkeen. (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007.)

5.1. INR-arvo terapeuttisella leveydellä

Tutkimuksissa henkilöillä jotka itse ottivat INR-arvon kotona pienlaitteella, ja myös annostelivat antikoagulanttilääkkeen itse saamiensa tuloksien perusteella, tai jotka kävivät ottamassa INR-arvon laboratoriossa ja sieltä saamansa tuloksen perusteella annostelivat itse lääkkeensä, pysyivät kauemmin terapeuttisella leveydellä, kuin henkilöt, jotka olivat lääkärin tai antikoagulaatioklinikan hoidettavana (Boehlen – Gagneux – Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011; Dolor – Edson – Holodniy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010; Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007; Grunau – Harder – Wiens 2011; Hamad – van Eekelen – van Agt – van Straten 2008.) INR-arvo pysyi terapeuttisella tavoite alueella 188 potilaan joukossa jopa 72 % (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wullemin 2007).

Kahdessa tutkimuksessa tutkittiin, kuinka monta päivää pysyttiin terapeuttisella leveydellä. Ensimmäisessä tutkimuksessa seuranta aika oli vuosi eli 365 päivää. Omahoitoa suorittavat potilaat pysyivät kauemmin, 360,6 päivää, kun perinteisessä hoidossa olevat potilaat pysyivät 336,3 päivää. (Hamad – van Eekelen – van Agt – van Straten 2008.) Toisessa tutkimuksessa ero ei ollut merkittävä, mutta kuitenkin omahoidon potilaat pysyivät pidempään, 1176/1386 päivää, kuin perinteisessä hoidossa olevat potilaat 1071/1344 päivää (Grunau – Harder – Wiens 2011).

5.2. Haittavaikutukset

Omahoitoryhmissä oli enemmän pieniä verenvuotoja kuin verrokkiryhmässä (Grunau – Harder – Wiens 2011; Dolor – Edson – Holodniy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010). Artikkelissa Implementation of an INR self-testing and self-management programme in common ambulatory private practice: our

experience with 90 patients, haittavaikutuksia oli yhdeksän. Niistä kaksi oli tukostapah-
tumaa ja seitsemän verenvuotoa. Sairaalahoidoa vaati kaksi tapausta yhdeksästä, aivo-
verenkierohäiriö ja -verenvuoto. Näitä kahta pidettiin vakavina haittavaikutuksina. Mo-
lemmissa tapauksissa INR-arvo oli kuitenkin tavoite alueella. (Boehlen – Gagneux –
Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011.) Artikkelissa Patient self-
management of long-term oral anticoagulation in Switzerland, isoja verenvuotoja oli
kuusi. Näissä haittavaikutus tapauksissa viidellä INR-arvo oli terapeuttisella tasolla ja
kuudennella INR-arvo oli 7,0, aiheuttaen suolistoperäisen verenvuodon (Fritschi – Rad-
datz-Müller – Schmid – Wuillemin 2007.)

5.3. Potilastyytyväisyys antikoagulaation omahoidosta

Tyytyväisyys antikoagulaatiohoitoon oli korkeampaa omahoitoryhmässä kuin perintei-
sessä hoidossa olevien. Syinä olivat stressin lasku liittyen laboratoriomatkan pois jää-
miseen ja ajan säästöön, koska INR-arvon sai ottaa omassa kodissa oman ajan mu-
kaan, eikä tarvinnut lähteä laboratorioon. Potilaat kokivat pistämisen tunteen helpom-
maksi sietää, kun itse pisti. Autonomian lisääntyminen motivoi heitä enemmän hoitoon-
sa ja tätä kautta hoitomyöntyväisyys kasvoi. Potilaat saivat matkustella rauhallisin mie-
lin, ei tarvinnut miettiä INR-arvoa vaan sen saattoi mitata matkalla. (Boehlen – Gag-
neux – Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011; Dolor – Edson – Holod-
niy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010; Fritschi –
Raddatz-Müller – Schmid – Wuillemin 2007; Grunau – Harder – Wiens 2011; Hamad –
van Eekelen – van Agt – van Straten 2008.)

5.4. Opetusohjelmat

Kolmessa artikkelissa oli omahoidon potilaille järjestetty koulutusta, liittyen omahoidon
hallintaan. Artikkelit olivat Patient self-management of warfarin therapy, Kanadan Brit-
tiläisessä Kolumbiassa. Implementation of an INR self-testing and self-management
programme in common ambulatory private practice: our experience with 90 patients,
Sveitsin Genevessä. Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Swit-
zerland, Sveitsin Luzerissa.

5.4.1. Opetusohjelma I

Tutkimuksessa potilaat jaettiin kahteen ryhmään, omahoito ryhmään ja perushoito-
ryhmään. Ryhmäjako kesti 4,5 kuukautta, jonka jälkeen ryhmät vaihdettiin päittäin.

Tapaamisia oli kolme, kestoiltaan 15 minuuttia. Yksi niistä oli suunnattu potilasohjaukseen. Omahoitoryhmän potilaat saivat kansion jossa oli ohje sivu, etenemiskartta ja varfariinin annosteluohje viidellä eri annoksella. Annosteluohje neuvoi milloin piti vaihtaa annosta INR-arvon perusteella ja milloin ottaa uusi INR-arvo. Tämä asia jätettiin täysin potilaiden itse hoidettavaksi. Varfariinia oli tabletteina 5 mg ja 1 mg. Tarvittaessa potilaat saivat ottaa yhteyttä toimistoon, jos heille tuli ongelmia tai INR-arvo ylittyi. Tutkijat olivat sitä mieltä, että heidän yksinkertainen ohjeistus metodi oli riittävä, koska tuen tarvetta ei esiintynyt. (Grunau – Harder – Wiens 2011.)

5.4.2. Opetusohjelma II

Tutkimuksen tarkoituksena oli testata hypoteesia, että lisäämällä opetusohjelma pienessä rakenteessa yksityisessä avohoidossa olisi kannattavaa, turvallista ja johtaisi suurempaan potilastyytyväisyyteen. Opetuspaikka oli pieni rakennus, yhden kardiologin ja hänen henkilökuntansa johtama. Ohjelma perustui sen hetkiseen aineistoon ja heidän kliiniseen kokemukseen. Opetusohjelma koostui neljästä istunnosta, joista kolme oli samana päivänä, jaettuna yhden tunnin ja kahden puolentoista tunnin istuntoihin. Neljäs istunto oli kolmen kuukauden päästä. Osallistujien antikoagulantti tietoutta arvioitiin kyselyllä ennen ja jälkeen opetusohjelman, kysely oli sama molemmissa. Keskimääräinen antikoagulaatio tietämys ennen opetusohjelmaa oli 9.1/14 ja opetusohjelman jälkeen 12.8/14. Opetusohjelman jälkeen luennoitsijana ollut kardiologi arvioi ketkä olivat kykeneviä osallistumaan omahoitoryhmään. Tyytyväisyys opetusohjelmaan oli 3,6 asteikolla 1 – 4, arvosanan 4 ollessa korkein. Osallistujista 91 % arvioi neljä opetuskertaa sopivaksi määräksi. (Boehlen – Gagneux – Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011.)

Istunto	Kesto	Luennoitsija	Sisältö
1	90 min	Sairaanhoidtaja	Antikoagulaatio hoidon tietämyksen arvio ja periaatteet. Vihkon anto.
2	60 min	Hoitoapulainen	CoaguChekin käyttö. Suoni ja kapillaari INR-arvon otto.
3	90 min	Kardiologi	Antikoagulaatiohoidon periaatteet, yleiset komplikaatiot ja annos muutokset.

			Sudenkuopat ja usein esitetyt kysymykset. Antikoagulaatiohoidon tietämyksen arvio.
4 (3kk päästä)	60 min	Sairaanhoitaja	Katsaus ensikokemuksista, kysymyksiä

Kuvio 1. Opetusohjelman sisältö (Boehlen – Gagneux - Gavignet – de Moerloose – Reverdin – Schnetzler 2011).

5.4.3. Opetusohjelma III

Kolmannessa opetusohjelmassa oli kaksi opetuskertaa, jotka molemmat kestivät yhden päivän. Potilaiden omalääkäri oli valinnut heidät tähän opetusohjelmaan. Potilaat oli jaettu ryhmiin, enintään kahdeksan potilasta per ryhmä. Opetushenkilöstö koostui lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta. Opetusohjelman sisältö koostui miten käyttää pienlaitetta, laadunvarmistuksen asioista, INR-tulosten tulkitsemisesta, annostuksen algoritmit sekä annostuksen sääteleminen, interaktiot muiden lääkeaineiden kanssa, ravinnon merkitys, sairauksien ja matkustelun vaikutus INR-arvoihin sekä INR-arvojen dokumentointi ja haittavaikutukset. Tutkijat havaitsivat, että potilailla jotka heidän hoitava lääkäri oli valinnut opetusohjelmaan, oli prosentuaalisesti korkeammat arvot terapeuttisella leveydellä pysymisessä ja vähemmän suuria verenvuotoja ja tukostapahtumia, kuin mitä muissa tutkimuksissa on ollut. (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wuillemin 2007.)

5.5. Potilasohjausta edistävät tekijät

Hyvän potilasohjauksen anto edellyttää riittävästi aikaa, potilasohjaukseen tarkoitettu tila missä on potilasohjausmateriaalia helposti saatavilla, niin kirjallista, audiovisuaalista kuin käytännön välineitäkin. Potilasohjauksessa on otettava potilas mukaan eli sen on oltava potilaskeskeistä. Selvitetään yhdessä potilaan kanssa, mitä asioita hän jo tietää ja mistä hän haluaa lisätietoa. On asetettava tavoitteet yhdessä potilaan kanssa, jotta myöhemmin pystytään arvioimaan potilasohjauksen toteutumista. (Kyngäs – Kääriäinen 2010.) Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan on osattava potilasohjauksen prosessi ja taidot mitä tarvitaan annettaessa hyvää potilasohjausta (Bell – Carpenter 2002). Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan tulee ottaa vastuu potilasohjaustilanteen koordinoinnista. Työpaikkakohtainen koulutus on tarpeen, erityisesti jos kyseessä erikoisala, sekä potilasohjaus huoneeseen kansio, jossa tietoa erikoisalan sairauksista. (Hammons – Marsum – Ridenour – Shaff – Taylor 2002.)

- 1 Tarpeeksi aikaa hoitajalla ohjaukseen
- 2 Kehitellä avuksi enemmän monipuolista tietoa sisältäviä vihkosisia hoitajan ohjatessa jotain tiettyä asiaa
- 3 Olla saatavilla enemmän potilaslähde materiaalia
- 4 Tarjota henkilökunnalle seminaareja ohjaamisen ja oppimisen strategioista
- 5 Arvostaa enemmän potilasohjauksen antamista
- 6 Nimittää yksi tai kaksi hoitajaa antamaan ohjausta
- 7 Painottaa enemmän potilasohjauksen arviointia
- 8 Oma tila potilasohjaukseen

Kuvio 2. Arvoasteikko tekijöistä jotka edistävät potilaan ohjausta (Hammons – Marsum – Ridenour – Shaff – Taylor 2002).

5.6. Potilasohjausta estävät tekijät

Puutteelliset tiedot sairauden vaikutuksista potilaan ja omaisen väliseen suhteeseen, sekä toipumisajan pituudesta ja toipumiseen liittyvistä tukitoimista kuten kuntoutuspalveluista, ovat estäviä tekijöitä hyvään potilasohjaukseen. Muut tekijät jotka estävät potilasohjauksen toteutumista kunnolla on, että alussa ei keskustella potilasohjauksen tavoitteista ja kyvyttömyys arvioida kuinka paljon potilas sai tarvitsemaansa informaatiota. Ei osata ohjata potilasta vertaistukiryhmiin eikä tukea potilasta huolehtimaan omasta mielenterveydestään. Kaikki potilaat eivät opi ja sisäistä asioita samalla tavalla, joten olisi tärkeää, että potilasohjauksen antaja osaisi käyttää eri potilasohjaus menetelmiä työssään. Myös työpaikalla on oma merkityksensä potilasohjauksen laatuun, sillä poliklinikalla työskentelevillä oli enemmän aikaa potilasohjaukseen kuin osastolla työskentelevillä. (Kyngäs – Kääriäinen 2010.) Sairaanhoitajien/terveydenhoitajien puutteelliset tiedot ohjausprosessista, ja oma sitoutumattomuus tekevät potilasohjaus tilanteesta tehottoman (Bell – Carpenter 2002).

- 1 Ajan puute
- 2 Riittämätön miehitys
- 3 Potilas joka ei ota ohjausta vastaan
- 4 Puutteelliset potilasohjaus materiaalit
- 5 Sopimaton ympäristö ohjaukselle
- 6 Hoitajan työlliställä ei tärkein tehtävä

7 Tiedon puute erikoisaloilta

8 Muut

9 Potilaan ohjaus koetaan epämiellyttäväksi

10 Hoitaja ei koe potilasohjauksen antamisen kuuluvan hänelle

Kuvio 3. Arvoasteikko tekijöistä jotka estävät potilaan ohjausta (Hammons – Marsum – Ridenour – Shaff – Taylor 2002).

6 Pohdinta

6.1. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää vastaukset kysymyksiin: Miten INR-arvo pysyy terapeutisella leveydellä omahoito potilaan ja perinteisen hoidon potilaan välillä, millaisia haittavaikutuksia esiintyi, millainen oli potilastyytyväisyys antikoagulaation omahoitoon, millaisia opetusohjelmia käytettiin, mitkä olivat potilasohjausta edistävät tekijät ja mitkä olivat potilasohjausta estävät tekijät. Nämä kysymykset ovat keskeisiä, kun mietitään antikoagulaatiohoidon kannattavuutta ja onnistuvuutta perinteiseen hoitoon verrattuna. Suomessa ei vielä ole ollut antikoagulaation omahoitoa, joten on tärkeätä tarkastella muiden maiden tuloksia asiasta. Sitä kautta pystytään välttämään virheitä ja saamaan hoitomuoto tehokkaaksi. Potilasohjauksen osalta kysymykset ovat myös tärkeitä, sillä antikoagulaation omahoito on myös terveydenhuollon henkilökunnalle uusi asia. Jotta heidän työnsä potilaiden ohjaajina on mielekästä ja tehokasta, tulee heidän tietää tekijät, jotka edistävät ja estävät hyvän potilasohjauksen toteutumista.

Potilaan omahoito antikoagulaatiohoidossa on kannattavaa kansainvälisten tuloksien perusteella. Useampi seikka puoltaa tätä asiaa. Potilaiden itse annostellessa antikoagulaatiolääkettä he pysyivät kauemmin terapeutisella leveydellä kuin perinteisessä hoidossa olevat. Myös päivät terapeutisella leveydellä olivat pitempiä omahoitoryhmässä. Haittavaikutuksia oli omahoitoryhmässä enemmän, pienien verenvuotojen muodossa, samassa ryhmässä oli myös vakavia, sairaalahoitoa vaativia haittavaikutuksia. Näissä vakavissa tapahtumissa INR-arvo oli tavoite tasolla. Ainoastaan yksi INR-arvo oli 7.0 eli hoitoalueen ulkopuolella, aiheuttaen suolistoperäisen verenvuodon (Fritschi – Raddatz-Müller – Schmid – Wuillemin 2007.) Potilastyytyväisyys oli omahoitoryhmässä korkeampaa kuin perinteisessä ryhmässä olevien. Omahoitoryhmäläiset kokivat stressin laskua, koska heidän ei tarvinnut mennä laboratorioon, kun INR-arvon sai ottaa itse ja

näin myös säästi aikaa. He kokivat myös pistämisestä aiheutuvan kivun lievemmäksi, koska itse pistivät.

Kolmessa tutkimuksessa oli käytetty opetusohjelmaa tukemaan omahoitoa. Kaikki kolme opetusohjelmaa olivat toimivia, huolimatta siitä, että ne eivät olleet kovin pitkäkestoisia ja tapaamisia ei ollut kovin monta. Ensimmäinen opetusohjelma oli lyhytkestoinen, ja sisälsi kolme viidentoista minuutin tapaamista. Toisessa opetusohjelmassa oli neljä tapaamista, joista kolme oli samana päivänä, jaettuna yhden tunnin ja kahden puolentoista tunnin istuntoihin. Neljäs tapaaminen oli kolmen kuukauden päästä. Kolmannessa oli kaksi opetuskertaa, jotka molemmat kestivät yhden päivän. Kaikissa opetusohjelmissa käytiin läpi antikoagulaatiohoitoon liittyviä asioita, kuten annosteluohje, milloin ottaa INR-arvo, pienlaitteen käyttö. Kaikki opetusohjelmat, vaikka olivat erilaisia, olivat hyödyllisiä potilaille, ne auttoivat hallitsemaan antikoagulaatiohoidon omahoitoa paremmin.

Potilaiden omahoidon onnistuminen riippuu hoitohenkilökunnan kyvyistä antaa potilasohjausta. Miten hyvin se sitten onnistuu, riippuu eri tekijöistä. On tärkeää, että sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tietää potilasohjauksen edistävät ja estävät tekijät, jotta hän pystyy tunnistamaan ne itsessään, ja osaa sitä kautta kehittää itseään. Edistävät tekijät -arvoasteikossa tekijöitä on kahdeksan ja estävissä tekijöissä kymmenen. Molemmissa asteikoissa oli samoja tekijöitä, mutta arvoasteikon eri kohdissa. Ainut tekijä, joka oli molemmissa arvoasteikoissa samassa kohdassa ja vielä ensimmäisenä, oli aika.

Suurin edistävä ja estävä tekijä oli siis tulosten perusteella aika. Onnistunut potilasohjaustilanne tarvitsee riittävästi aikaa, jotta pystytään rauhassa käymään kaikki tarvittavat asiat läpi. Potilas saa esittää kysymyksiä ja sairaanhoitaja/terveydenhoitaja pystyy varmistamaan, että annettu ohjeistus on ymmärretty jotta potilas pystyy soveltamaan ohjeita kotona. Jos aikaa ei ole riittävästi, kaikki edellä mainitut seikat toteutetaan hätäisesti tai ei ollenkaan, jolloin potilaan saama ohjaus on puutteellista aiheuttaen mahdollisia haitallisia vaikutuksia kotona pärjäämiseen.

Antikoagulaatiohoidon omahoidossa INR-arvo pysyy paremmin hoitoalueella ja potilaat ovat hoitomyöntyväisempiä. Vaikka omahoito ryhmässä oli enemmän pienempiä verenvuotoja, on se pienempi haitta, kuin että INR-arvo on hoitoalueen ulkopuolella, jolloin haittavaikutus voi olla kohtalokas. Oli omahoitoryhmässä vakaviakin haittavaikutuksia, mutta suurimmassa osassa syy ei ollut INR-arvossa. Oikealla opetusohjelmalla saa-

daan hyvin tuettua potilas antikoagulaation omahoitoon. Hyvän potilasohjauksen antaminen on mahdollista, mutta se riippuu sairaanhoitajan/terveydenhoitajan kokonaisvaltaisesta perehtymisestä tekijöihin, joista ohjaus koostuu. Onnistunut antikoagulaation omahoito ja potilasohjaus kulkevat käsi kädessä.

6.2. Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta voidaan todeta monella eri tavalla. Jos toisilleen tuntemattomat osapuolet tutkivat samaa aihetta ja päätyvät samaan tulokseen, sitä voidaan pitää luotettavana. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 1997: 216.) Opinnäytetyössä käytetyt aineistot ovat eri maista, aineistossa käytetyt tutkimusmuodot poikkeavat jonkin verran toisistaan, ja silti tulokset ovat yhtenäisiä. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että opinnäytetyössä olevat tulokset ovat luotettavia. Hakuja tehtäessä rajasin haun etsimään aineistoa viimeisen kymmenen vuoden sisäلتä, kielenä englanti, koskien ihmisiä ja sisältäen ilmaisen linkin artikkelin luokse.

Rajaamalla haut viimeisen kymmenen vuoden sisään lisää luotettavuutta, koska ei ole riskiä saada vanhentunutta tietoa. Kaikki tutkimusartikkelit olivat englannin kielellä, tämä voi laskea luotettavuutta hieman, koska vieraskielistä tekstiä käännettäessä on aina väärin ymmärryksen riski olemassa, etenkin kun joillekin sanoille ei ollut tarkkaa suomenkielistä vastinetta, vaan se piti itse päätellä. Mikäli en olisi rajannut hakuja vain ihmisiin, olisin helposti voinut ajautua tutkimani aiheen ulkopuolelle, ottamalla opinnäytetyöhöni esimerkiksi eläimiä käsitteleviä tutkimuksia. Se, että rajasin haut vain aineistoon, joka sisälsi linkin ilmaisen artikkelin luokse, voi olla myös luotettavuutta heikentävä tekijä, koska mahdollisia hyödyllisiä artikkeleita on voinut jäädä huomioimatta.

Tässä työssä on vastattu tutkimuskysymyksiin, ja jätetty muu asiaan liittymätön tieto pois. Opinnäytetyössä on kunnioitettu alkuperäistä aineistoa käyttämällä teksti- ja lähdeviitteitä. Alkuperäisen aineiston tekijöiden nimet on mainittuna, sekä maat missä tutkimukset on tehty. Aineiston haut on tehty tunnetuista tietokannoista, ja tutkimusartikkelit on käytetty kokonaisina, eikä vain abstraktin osalta.

Opinnäytetyöni aihe on eettisesti tärkeä, koska antikoagulaatio lääkitys, esimerkiksi Marevan®, on monelle ihmiselle elintärkeä. Parhaassa tapauksessa lääke voi pelastaa ihmisen hengen, ja pahimmassa tapauksessa viedä hengen. Lääkehoidon toteuttaminen niin, että se olisi hoitotasapainossa, ei ole helppoa, koska lääke on herkkä monille jokapäiväisille asioille. Suurin osa Marevan®in käyttäjistä on ikäihmisiä, joka jo itses-

sään tuo oman haasteensa antikoagulaatiohoitoon. Suomessa ollaan vasta aloittelemassa antikoagulaatiohoidon omahoitoa. Siksi on tärkeää, että tarkastelemme antikoagulaatiohoidon omahoidon tuloksia maista, jossa tämä hoitomuoto on jo käytössä. Opinnäytetyössäni on alussa kerrottu yhdestä antikoagulantti lääkkeestä, varfariinista, joka auttaa lukijaa ymmärtämään tätä lääkeryhmää, tutkimuksien tärkeyttä ja niistä saatuja tuloksia. Yhtä tärkeää on potilasohjauksen antaminen. Sairaanhoidajat/terveydenhoitajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia, he antavat potilaille eväät potilasohjauksen kautta selvitä kotona sairauksien, lääkehoitojen, kuntoutumisen kanssa. Jotta potilaat pärjäävät kotona, on sairaanhoidajan/terveydenhoitajan perehdytettävä itsensä kunnolla potilasohjauksen antamisen taitoon ja varattava riittävästi aikaa potilasohjaustilanteeseen.

Lähteet

Alonso-Coello P – Garcia-Alamino J M – Glasziou P – Heneghan C – Meats E – Perera R 2006. Self-Monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. Verkkodokumentti. <www.thelancet.com>. Luettu 18.2.2012.

Ansell, Jack – Fuster, Valentin – Halperin, Jonathan L. – Hirsh, Jack. 2003. American heart association/ American college of cardiology foundation guide to warfarin therapy. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109703004169#sec2>>. Luettu 4.1.2012.

Bell, Shirley K – Carpenter, Jo A. 2002. What do nurses know about teaching patients?. Verkkodokumentti. <<http://teacherweb.com/WV/WestVirginiaNorthernCommunityCollege/ClaireBlatt/WhatDoNursesKnowAboutTeachingPatients.pdf>>. Luettu 21.2.2012.

Boehlen, Françoise – Gagneux, Geraldine – Gavignet, Caroline – de Moerloose, Philippe – Reverdin, Stéphane – Schnetzler, Bruno 2011. Implementation of an INR self-testing and self-management programme in common ambulatory private practice: our experience with 90 patients. Verkkodokumentti. <<http://www.smw.ch/content/smw-2011-13199/>>. Luettu 17.2.2012.

Dolor – Edson – Holodniy – Jacobson – Lavori – Matchar – Pharm – Phibbs – Shih – Uyeda 2010. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events. Verkkodokumentti. <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1002617#t=articleTop>>. Luettu 17.2.2012.

Duodecim – Lääketietokanta. Marevan 3mg. Valmisteyhteenveto. Terveysportti. <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=varfariini>. Luettu 17.9.2011.

Ellonen, Markku 2010. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan hoito). Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.12.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007>. Luettu 17.9.2011.

Ellonen, Markku – Mustajoki, Pertti 2010. Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan – hoito). Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.12.2010.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=marevan>.

Luettu 17.9.2011.

Fritschi, Jordan – Raddatz-Müller, Pascale – Schimd, Pirmin – Wullemin, Walter A. 2007. Patient self-management of long term oral anticoagulation in Switzerland. Verkkodokumentti. <<http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2007/17/smw-11766.pdf>>. Luettu 20.2.2012.

Grunau, Brian E. – Harder, Kenneth K. – Wiens, Matthew O. 2011. Patient self-management of warfarin therapy. Canadian family physician. Verkkodokumentti. <<http://www.cfp.ca/content/57/8/e292.long>>. Luettu 26.8.2011.

Hamad, Mohamed A. Soliman – van Eekelen, Ellen – van Agt, Ton – van Straten, Albert H.M. 2008. Self-management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study. Verkkodokumentti. <<http://ejcts.oxfordjournals.org/content/35/2/265.full.pdf+html>>. Luettu 18.2.2012.

Hammons, Mary – Marcum, Julie – Ridenour, Maureen – Shaff, Gaye – Taylor, Monica 2002. A study of professional nurses' perceptions of patient education. The journal of continuing education in nursing 33(3). 112-117.

Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Tammi.

Kaukua, Jarmo – Mustajoki, Pertti 2008. Hyytymistutkimus (P-INR). Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.7.2008. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03040>. Luettu 17.9.2011.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2009. The quality of patient education evaluated by the health personnel. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/results?sid=7876555e-56b9-4a5fa52f744db5981722%40sessionmgr114&vid=3&hid=110&bquery=quality+%22of>>

%22+patient+education+evaluated+%22by%22+the+health+personnel.&bdata=JmRiPWNpbjIwJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d> .Luettu 21.2.2012.

Lassila, Riitta 2009. Varfariinihoito. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.12.2009.<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00151&p_haku=marevan>. Luettu 17.9.2011.

Länsipuro, Liisa – Puhakka, Jaana 2011. Mitä minun pitää tietää Marevan®- hoidostani?. PowerPoint esitys. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Mustonen, Pirjo 2008. Sydänpotilaan antikoagulaatiohoidon ongelmatilanteita avoterveydenhuollossa. Fincardio. Verkkodokumentti. <http://www.fincardio.fi/@Bin/69010/sa_2a_08_luku5.pdf>. Luettu 17.9.2011.

Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/>. Luettu 18.9.2011.

Paukama, Merja 2011. Antikoagulaation ohjaus. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 14.1.2011. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=potilasohjaus>. Luettu 17.9.2011.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Liite 1

1 (1)

Aineistotaulukko

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/ Tutkimuskäsitteet	Menetelmä, otos	Analyysimenetelmät	Tulokset
Canadian family physician 2011: Grunau, Brian E. – Wiens, Matthew O. – Harder, Kenneth, K.	Patient self-management of warfarin therapy, pragmatic feasibility study in Canadian primary care	Tutkia potilaan omahoitotoimenpiteiden tehokkuutta antikoagulaatiohoidossa Kanadan perusterveydenhuollossa, käytettäessä varfariinia. Ja päättää suuremman skaalan toteutettavuus tällä aineistolla.	8 kuukauden avoin interventiotutkimus n=11	Tilastollinen analyysi	INR- arvo oli terapeuttisella leveydellä omahoitopotilailla 82 % ja lääkärin hoidossa olevilla 80 %. Potilas tyytyväisyys omahoitoon ei noussut merkittävästi, 10/11 jatkoi omahoitoa tutkimuksen jälkeen. Suuria verenvuotoja tai tuloksia ei esiintynyt.
The New England journal of medicine 2010:	Effect of home testing of international normalized ratio on	Vähentääkö INR- arvon viikoittainen kotimittaus riskiä halvaukseen, suu-	Prospektiivinen, satunnainen, avoin tutkimus, n= 2922	Riskianalyysi	Riski halvaukseen, suureen verenvuotoon tai kuolemaan ei las-

2 (5)

Matchar, David B. – Jakobson, Alan – Dolor, Rowena – Ed- son, Robert – Uyeda, Lauren – Phibbs, Ciaran S. – Pharm, Julia E. Vetrees – Shih, Mei-Chiung – Holodniy, Mark – Lavori, Philip	clinical events	reen verenvuotoon tai kuolemaan, kuin kuukau- sittain klinikalla tehtävä mittaus, potilailla joilla on eteisvärinä tai sydä- men keinoläppä.			kenut viikoittaisella INR:n kotimittauksella mutta se antaa koh- tuullista näyttöä pa- rannuksesta INR- ar- von pysymisessä ta- voitealueella, potilas- tyytyväisyydestä anti- koagulaatio hoitoon ja parannusta elämänlaa- tuun.
Journal of caring sciences 2010: Kääriäinen, Ma- ria – Kyngäs, Helvi	The quality of pa- tient education eval- uated by the health personnel	Tarkoituksena kuvata potilasohjauksen laatua terveydenhuolto henkilö- kunnan arvioimana.	Empiirinen tutkimus n= 916	Kuvaileva tilastotiede	Tutkimuksen tulokset viittaavat, että poti- lasohjaus on suurim- maksi osaksi hyvin toteutettu, mutta re- sursseja tarvitsee ke- hittää jossain määrin

3 (5)

					tulevaisuudessa.!!
Journal for nurses in staff development 2002: Carpenter, Jo A – Bell, Shirley, K.	What do nurses know about teaching patients?	Selvittää mitä sairaanhoitajat tietävät potilaiden ohjaamisesta ja lisäksi suunniteltu opetus sairaanhoitajien tietoa potilaiden ohjaus prosessista.	Quasiexperimental tutkimus	Kuvaileva tilastotiede	Sairaanhoitajilla oli puutteita ohjausprosessin sisällöstä. He tarvitsevat tarvittavat taidot, jotta potilasohjaus on tehokasta
The journal of continuing education in nursing 2002: Marcum, Julie – Ridenour, Maureen – Shaff, Gaye – Hammons, Mary – Taylor, Monica	A study of professional nurses' perceptions of patient education	Kuvata ammatillisten sairaanhoitajien käsityksiä roolistaan potilaan ohjaajana ja päättää mitkä tekijät estävät ja parantavat potilas opetusta	Kyselytutkimus n= 124	Yleissuuntainen varianssi analyysi	Potilasohjaus on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Parantamalla potilastyön tehokkuutta, tukemalla sairaanhoitajan ohjaajan roolia ja tarjoamalla keskeisiä apukeinoja, on mahdollista parantaa potilasohjausta.
Swiss medical	Implementation of	Parantaa potilaan itse	Kyselytutkimus n=169	Passing-Bablock	Yhden vuoden jälkeen

4 (5)

<p>weekly 2011: Reverdin, Stephanie – Schnetzler, Bru- no – Gagneux, Geraldine – Gavignet, Caro- line – Boehlen, Francoise – de Moerlose, Philippe</p>	<p>an INR self-testing and self- management pro- gramme in common ambulatory private practice: our experi- ence with 90 pa- tients</p>	<p>testauksen ja omahoito muotojen saatavuutta Sveitsissä, lisäämällä opetusohjelma pienessä rakenteessa yksityisessä avohoidossa</p>			<p>INR oli tavoitetasolla 60 %, vakavat haitta- vaikutukset olivat 3,7 % /100 potilas vuotta ja laboratoriokäynnit vähenivät sekä potilai- den autonomia lisään- tyi.</p>
<p>European jour- nal of cardio- thoracic surgey 2009: Soliman Hamad, Mohamed A. – van Eekelen, Ellen – van Agt,</p>	<p>Self-management program improves anticoagulation con- trol and quality of life: a prospective randomized study</p>	<p>Tutkia potilaan omahoi- don vaikutuksia antiko- agulaatiohoidon kontrol- liin ja elämänlaatuun</p>	<p>Prospektiivinen satun- nainen tutkimus</p>	<p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>INR arvot olivat tavoi- te alueella enemmän omahoito potilailla kuin verrokkiryhmällä. Omahoito potilaat olivat hoitomyöntyväi- sempiä ja ottivat ver- rokkiryhmää enem-</p>

Ton – van Straten, Albert H.M.					män INR- arvoja.
Swiss medical weekly 2007: Fritschi, Jordan – Raddatz-Müller, Pascale – Schmid, Pirmin – Wuillemin, Walter A.	Patient self-management of long-term oral anti-coagulation in Switzerland	Tutkia ensimmäiset 330 potilasta jotka suorittavat potilaan omahoitoa Sveitsissä	Kyselytutkimus (n=300)	Luottamusväli	INR- arvo pysyi tavoite alueella 72 %, yhtään tukostahtumaa ei esiintynyt. Potilaan omahoito on toimivaa ja pelastaa potilaita