

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN KOKEMUKSIA
OHJAUKSESTA

Päivi Ronkainen

Terveyskasvatuksen pro gradu- tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2011

Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia

Päivi Ronkainen

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

2011

63 + liitteet 3 sivua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden (n=12) kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta. Tutkimus suoritettiin teemahaastattelun keinoin noin kolme viikkoa sairaalasta kotiutumisesta. Vuorovaikutus ohjauksessa osoittautui siihen käytetyn ajan, ammattihenkilön vuorovaikutustaitojen ja potilaan roolin summaksi. Ohjauksen yksilöllisyyden kokeminen näyttäytyi ristiriitaisena ja omaisten ohjaus puutteellisena, mutta siitä huolimatta ohjaus koettiin positiivisten tunteiden herättäjäksi. Ohjauksen oikea-aikaisuuden kokeminen oli yksilöllistä, mutta ohjauspanostusta toivottiin kotiutustilanteeseen ja myös kotiutuksen jälkeiseen aikaan. Ohjauksen sisällöksi nimettiin sairaus ja elämä sairauden kanssa. Pääosaltaan ohjauksen tietosisältö oli riittävää ja sitä pystyi hyödyntämään kotona arkielämässä kirjallisen materiaalin kautta. Kirjallinen materiaali osoittautui riittäväksi ja merkitykselliseksi toipumisen kannalta, vaikka sitä annettiin vaihtelevia määriä. Elämänmuutostavoitteita asetettiin lähinnä aikaisempien pohdintojen pohjalta, mutta niiden asettamiseen vaikuttivat myös kuoleman pelko ja käyty ohjauskeskustelu. Yhteenvetona voidaan todeta, että ohjaus koettiin suurimmaksi osaksi riittäväksi, mutta kehittämistä tarvitaan vielä ammattihenkilön vuorovaikutuksessa, ohjaustilanteessa, oikea-aikaisuudessa sekä materiaalin antamisen kohdentamisessa.

Asiasanat: Potilasohjaus, Sepelvaltimotautipotilas, Kokemus

Coronary artery disease patient's experiences of guidance

Päivi Ronkainen

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

2011

63 + appendix 3 pages

The purpose of this study was to find out experiences of guidance by 12 patients who have suffered from first myocardial infarction. The study was made by theme interview approximately 3 weeks after discharge from hospital. Interaction of the guidance proved to be total of used time, interaction skills of professional and role of patient. Individuality of the guidance appeared conflicting and the guidance of next of kin inadequate, although the guidance was experienced to cause positive feelings. The correct timing of guidance was experienced individually but at the same time patients hoped extra guidance to discharge situations and also after the discharge from the hospital. The guidance included information about the illness and living with it. The information turned out sufficient and it was able to use in everyday life with the support from the written guidance material. The written guidance material were sufficient and in significant role to recovery although the amount of the given material varied. Goals for life changes were set based on previous thoughts, but those were affected also by fear of death and the guidance discussion. In summary, it can be concluded that guidance was mostly experienced to be adequate but there is still need for development in the interaction of professional, the guidance situation, timing of the guidance and allocation of written guidance material.

Keywords: Guidance, Coronary artery disease patient, Experience

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1 SEPELVALTIMOTAUTI.....	3
2 POTILASOHJAUS	6
2.1 VUOROVAIKUTTEISUUS	9
2.2 OMAVOIMAISTUMINEN	11
2.3 TIETO JA HOITON SITOUTUMINEN.....	12
2.4 TAVOITTEELLISUUS	13
2.5 YKSILÖLLISYYS JA OHJAUKSEN TAUSTATEKIJÄT	15
2.6 OIKEA-AIKAISUUS.....	17
2.7 OHJAUSMENETELMÄT	18
3 TUTKIMUKSEN KUVAUS	21
3.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
3.2 TUTKIMUKSEN KULKU	21
3.3 AINEISTON ANALYYSI	23
4 TULOKSET	27
4.1 KOKEMUKSET OHJAUksesta	27
4.2 OHJAUKSEN MERKITYS	37
4.3 KIRJALLINEN MATERIAALI	40
4.4 KEHITTÄMISTOIVEET OHJAUksELLE.....	44
5 POHDINTA	46
5.1 YHTEENVETO	46
5.2 EETTISET NÄKÖKULMAT	53
5.3 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA.....	53
LÄHTEET	56

LIITTEET

Liite 1: Teemahaastattelurunko

Liite 2: Tiedote potilaalle

Liite 3: Suostumuslomake

JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on merkittävä kansansairautemme ja sitä voi nimittää aikakautemme sairaudeksi, kuten aikaisemmin tuberkuloosiakin on nimitetty (Honkasalo 2008, 17). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009 yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla se oli ylivoimaisesti suurin kuolinsyy ja työkäisillä miehillä kolmanneksi yleisin kuolinsyy (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011b, Kuolleet peruskuolemansyyn 2011c). Suomessa kuolleisuus sepelvaltimotautiin on korkea verrattuna muihin Länsi-Euroopan maihin (Sydän- ja verisuonisairauksien 2008). Korkean sairastavuuden takia myös sepelvaltimotautipotilaiden sairaalahoitoja on paljon. Sairastavuus sepelvaltimotautiin on vähentynyt, mutta sairaalahoitojen määrä on kasvanut, koska sairastavuus on painottunut vanhempiin ikäryhmiin (Reunanen 2005).

WHO:n mukaan terveydelle haitallisten elämäntapojen yhteys sydän- ja verenkiertosairauksien ilmenemiseen on ilmeinen (Diet, nutrition and 2003, 81). Pohjois-Karjalalaisella suulla sanottuna sydäntaudit johtuvat tupakanpoltosta, viinan juonnista ja rasvaisesta ruoasta (Honkasalo 2008, 34-35). Terveelliset elämäntavat ovat viime vuosikymmeninä vähentäneet sairastavuutta sepelvaltimotautiin (Reunanen 2005). Sepelvaltimotautipotilaiden ohjaus tähtää nimenomaan elämäntapojen muuttumiseen terveellisempään suuntaan sekä potilaan hyvään omahoitoon. Elämäntapaohjauksella pystytään vähentämään kuolleisuutta ja akuuttien kohtausten ilmaantuvuutta sekä kuntouttamaan takaisin työelämään (Mäkinen & Penttilä 2007,12,40). On osoitettu, että ohjauksella on positiivisia vaikutuksia sepelvaltimotautia sairastavien terveellisempään terveyskäyttäytymiseen (Kummel ym. 2004, Kummel 2008, 72-73) ja elämänlaatuun (Kynge ym. 2004, Hämäläinen & Röberg 2007a, 119). Sairaalassa hoitajilla on suuri rooli potilaiden elämäntapojen tukemisessa ja sitä kautta koko sepelvaltimotautiohjauksessa (Bergman & Berterö 2001, Mäkinen & Penttilä 2007,22).

Hoitomuotojen kehittyessä yhä tehokkaammiksi sairaalahoitajaksot ovat lyhentyneet, ja sen seurauksena potilaiden elämäntapaohjaus voi jäädä puutteelliseksi (Mäkinen & Penttilä 2007, 40). Toteutettu sepelvaltimotautiohjaus ei ole vastannut täysin potilaiden tarvetta ohjaussisällöistä ja tarvetta on nähty etenkin potilaan jatkokuntoutukseen ohjaamisessa

(Hämäläinen & Röberg 2007a, 59,62, Mäkinen & Penttilä 2007, 38). Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön ohjaustaidoissa olisi vielä kehittämisenvaraa (Poskiparta ym. 2004, Poskiparta ym. 2007).

Potilasohjaus on monitekijäinen prosessi, joka vaatii onnistuakseen ohjauksen eri elementtien toimivuutta niin hoitajan kuin potilaankin taholta (Kettunen 2001,53,93, Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Jotta pystyttäisiin ohjaamaan sepelvaltimotautipotilaita terveellisten elämäntapojen ja omahoidon merkityksen omaksumisessa, tarvitaan lisää tutkimustietoa siitä, millaisena sepelvaltimotautipotilaat kokevat ohjauksen ja millä tavalla he haluaisivat muuttaa sitä. Tämä teemahaastattelun keinoin suoritettu laadullinen tutkimus selvittää ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta. Tutkimuksesta saatavia tietoja pystytään hyödyntämään sairaalassa toteutetun sepelvaltimotautiohjauksen kehittämiseen.

1 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimotauti tarkoittaa sydämen pinnalla olevien verisuonten ahtautumista ateroskleroosin seurauksena. Ahtautuneiden sepelvaltimoiden seurauksena sydänlihas saa vähemmän verta ja happea, mikä voi aiheuttaa rasisrintakipua eli angina pectorista, sydäninfarktin, rytmihäiriöitä, sydämen vajaatoimintaa tai äkkikuoleman (Reunanen 2007, 153). Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat ikä, miessukupuoli, perimä sekä elintapoihin liittyvät tekijät, joita ovat korkea verenpaine, korkea kolesteroli, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, vähäinen liikunta, ylipaino sekä stressi (Riskitekijät 2010). Suurimpina riskitekijöinä pidetään tupakointia, korkeaa LDL-kolesterolia ja kohonnutta verenpainetta (Ades 2001, Reunanen 2008). Vähäinen liikunta ja ylipaino ovat vahvasti verrannollisia korkeaan verenpaineeseen ja kolesteroliarvoon.

Sepelvaltimotauti on yksi yleisimpiä kuolleisuuteen johtavia kansansairauksiamme. Kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin on pystytty runsaasti laskemaan, mutta silti ne aiheuttavat vieläkin vajaa puolet työikäisten kuolemista (Reunanen 2007). Sepelvaltimotauti oli vuonna 2009 kuolinsyynä reilulla tuhannella 15–64 vuotiaista miehistä, mikä on noin 15 % kokonaiskuolleisuudesta (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011b). Työikäisistä naisista kuoli sepelvaltimotautiin reilut 5 % (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011c). Yli 65-vuotiaista miehistä sepelvaltimotautiin kuoli lähes viisi tuhatta, joka on reilu neljännes kaikista kuolemista ja tämä sairaus osoittautuu miesten yleisimmäksi kuolinsyyksi (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011b). Naisia kuoli tautiin 5 324, mikä on lähes neljännes kaikista naisten kuolinsyistä (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011c). Kokonaisuudessaan vuonna 2009 sepelvaltimotautiin kuoli 23 % kaikista kuolleista (Kuolleet peruskuolemansyyn 2011a). Sydän- ja verisuonisairastuvuudessa ja kuolleisuudessa on suuria alueellisia eroja, sillä Itä- ja Koillis- Suomessa se on suurempaa kuin muualla maassa (Vauhkonen & Holmström 2006, 46- 47, Reunanen 2007). Sairastuvuus on maamme itäosissa asuvilla yli 1 ½ kertaista kuin länsiosissa asuvilla (Vauhkonen & Holmström 2006, 46- 47, Reunanen 2007). Sairastuvuudessa on eroja myös sosioekonomisilla tekijöillä, koska pienituloisemmat sairastavat enemmän (Reunanen 2007).

Angina pectorista eli sepelvaltimotaudin esiastetta sairasti vuonna 2000 yli kolmasosa yli 65-vuotiasta miehistä ja yli viidesosa yli 65-vuotiaista naisista (Mäkinen & Penttilä 2007, 7). Sairaanhoidopiireissä hoidettiin vuonna 2007 lähes 60 000 sepelvaltimotautipotilasta, joista ensi-infarktin sairastaneita oli yli 12 000 (Sairastavuus ja sairastuvuus 2011). Kansanterveyslaitoksen (2008,51) arvion mukaan yli 50 000 sepelvaltiotautia sairastavaa potilasta kotiutetaan sairaalahoidosta vuosittain, ja heistä viidesosalla oli ensimmäinen sairaustapahtuma. Ohitusleikkaus ja pallolaajennus ovat sepelvaltimotaudin keskeisimpiä hoitomuotoja, mutta nekään eivät paranna etenevää sepelvaltimotautia vaan sepelvaltimossa oleva tukos poistetaan tai kierretään. Keski-ikäisistä ja iäkkäistä miehistä >40 % ja keski-ikäisistä naisista lähes puolelle oli tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus (Aromaa & Koskinen 2002, 39–41). Vuonna 2007 pallolaajennuksia tehtiin yli 8 000 ja ohitusleikkauksia reilut puolet vähemmän (Toimenpiteet pähkinänkuoressa 2011).

Vuosittaiset kokonaiskustannukset sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa on noin 900 miljoonaa euroa, mikä on 17 % kaikkien sairauksien hoitokustannuksista (Tilastotietoja sydän- ja verenkierto 2011). Vuonna 2003 akuutin sydäninfarktin jälkeisen vuoden sairaalahoitokustannusten keskiarvo oli 11 802 euroa/henkilö. Joka kymmenes sairastui uudelleen sydäninfarktiin vuoden sisällä aikaisemmasta kohtauksesta vuosina 2002-2003 (Häkkinen ym. 2007, 25, 48). Sydänkuntoutukseen ja preventiiviseen eli ennaltaehkäisevään toimintaan panostettaessa myös potilaiden riskit uusintasairastumiseen pienenevät ja sen kautta myös sairaalahoitokustannukset pienenevät. Elämäntapoihin kohdistuva ohjaus on todettu kustannusvaikuttavaksi (Kiiskinen ym. 2008, 122).

Sepelvaltimotautipotilailla elämänlaatu on heikompaa kuin väestössä keskimäärin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden tarkastelussa (Hämäläinen & Röberg 2007a, 119). Fyysisten oireiden lisäksi masennus on todettu sydäninfarktin sairastaneilla ja sepelvaltimotautia sairastaneilla henkilöillä tavanomaiseksi ja terveyteen liittyvä elämänlaatu muuta väestöä merkitsevästi huonommaksi (Kattainen E. 2004b, 116). Masentuneisuus on sepelvaltimotautipotilailla yleistä (Aben ym. 2003, Williams ym. 2011) ja etenkin ahdistus, huoli ja stressi on koettu elämää eniten haittaavaksi akuutin kohtauksen jälkeen (Ojala ym. 2007). Naiset kokevat terveytensä paremmaksi kuin miehet (Hämäläinen & Röberg 2007a, 119), mutta naisilla näyttäisi esiintyvän enemmän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kuin

miehillä (Koivunen ym. 2007, Hämäläinen & Röberg 2007a, 119). Miesten ahdistuneisuus on sen sijaan yhteydessä herkempään sydänsairastuvuuteen kuin naisilla (Puustinen ym. 2010). Masentuneisuus on yhteydessä koettuun elämänlaatuun, minkä on nähty paranevan jo puolen vuoden kuluttua sepelvaltimotautitoimenpiteiden jälkeen (Kattainen ym. 2006). Kuntoutuksen on myös todettu lievittävän sepelvaltimotautipotilaan masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireita (Hämäläinen & Röberg 2007a, 120). Sepelvaltimotautipotilailla on suuri tarve psyykkiselle ja sosiaaliselle tuelle (Ojala ym. 2007), joiden saaminen parantaa elämän ennustetta kohtauksen jälkeen (Burg ym. 2005). Sairastuvuuteen ja elämänhallintaan liittyvät tekijät vaihtelivat sosioekonomiset aseman mukaan siten, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ne olivat heikommat (Keskimäki ym. 2004, 56).

2 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on yksi terveysviestinnän muodoista ja sillä tarkoitetaan potilaan kanssa yhteistyössä tapahtuvaa toimintaa, minkä tarkoituksena on parantaa potilaan kykyä oman terveytensä hoitamiseen (Kettunen ym. 2002, Kyngäs & Kääriäinen 2005b, Kyngäs ym. 2007). Tavoitteena on lisätä tietoisuutta ja ymmärrystä terveydestä, jotta omaan terveyteen liittyvä ongelmanratkaisutaito ja päätöksentekokyky kehittyvät (Kettunen ym. 2002, Tones & Green 2004, 24). Ydinarvoja ohjaukselle ovat puolueettomuus ja asiantuntemus (Terveyttä edistävän viestinnän 2005, 4-5) sekä vapaaehtoisuuden periaate (Tones & Green 2004, 24). Terveyttä edistävillä toimilla, johon potilasohjaus kuuluu, pystytään vahvistamaan elämänhallinnan tunnetta sekä vaikuttamaan terveyden taustalla oleviin tekijöihin (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005, 13-14). Ohjaus kuvataan ammatillisena toimintana, minkä päämääränä on lisätä oppimista, itseohjautuvuutta ja voimaantumista. Englanniksi käytetään ohjauksesta eri yhteyksissä counselling, guidance ja education -käsitteitä. Suomessa rinnakkain ohjaus käsitteen kanssa käytetään usein neuvontaa, opetusta sekä tiedon antamista (Kääriäinen & Kyngäs 2005b). Tässä työssä käytetään potilasohjaus termiä.

Ohjaus on lakisääteistä toimintaa. Kansanterveyslaissa (1972, 14§) määritetään terveysneuvonta kuulumaan kunnassa tehtäväksi kansanterveysyöksi. Terveysneuvonnan tulee lain mukaan sisältyä kaikkiin terveydenhuoltopalveluihin (Terveydenhuoltolaki 2010, 13§). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 5§) turvaa myös potilaan tiedonsaantioikeuden hänen terveydentilastaan ja hänen hoidon merkityksestä sekä hoitoon vaikuttavissa asioissa. Sen lisäksi, että potilaan on saatava tietoa, on häntä myös hoidettava yhteisymmärryksessä (Laki potilaan asemasta 1992, 5§, 6§). Tämä tuo omalta osaltaan vuorovaikutteisuuden ulottuvuuden hoitoon ja sitä kautta myös ohjaukseen. Ohjauksen elementteinä voidaan nähdä vuorovaikutteisuus, yksilölliset taustatekijät, omavoimaistaminen, tavoitteellisuus, hoitoon sitoutuminen ja oikea-aikaisuus sekä ohjausmenetelmien valinta. Ohjaussuhde terveysalan asiantuntijan ja potilaan välillä on tarkoitus olla tasa-arvoinen tapahtuma, johon vaikuttavat yksilöllinen tarve ohjauksesta, asiakkaan ja terveysalan asiantuntijan taustatekijät, vuorovaikutteisen ohjaussuhteen tekijät sekä aktiivisuuden ja tavoitteellisuuden aste (Kyngäs & Kääriäinen 2005b, Kyngäs ym. 2007, 26). Yhtenä terveyttä edistävän toiminnan tarkoituksena on omavoimaistumisen tukeminen,

jotta kyky hoitaa itseään parhaan tietonsa ja taitonsa mukaan toteutuisi (Tones & Green 2004, 24,26, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63). Ohjauksen yhtenä tavoitteena nähdäänkin potilaan aloitteellisuuden kasvu omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon (Tones & Green 2004,24, Lipponen ym. 2008). Ohjauksen myötä myös sitoutuminen itsensä hoitoon kasvaa (Buckley ym. 2007, Kemi ym. 2009) ja tavoitteellisuuden kannalta on merkittävää, että ohjaus on oikea-aikaista (Hämäläinen 2008) sekä sopivilla menetelmillä toteutettua.

Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus kuuluu sekä sekundaaripreventioon, että tertiaaripreventioon (Kuva 1). Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan olemassa olevan sairauden pahenemisen etenemistä riskitekijöitä pienentämällä tai niitä poistamalla (Naidoo & Wills 2000, 80, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15). Esimerkiksi terveysneuvonnalla tuetaan sepelvaltimotautipotilasta lopettamaan tupakointi, koska se lisää hänen riskiään sairastua uuteen sepelvaltimotautikohtaukseen. Tertiaaripreventiolla tarkoitetaan kuntouttavaa otetta, minkä tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sairastumisen jälkeen ja estää sairauden pahenemista (Naidoo & Wills 2000, 80, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15). Sydänkuntoutus voidaan katsoa kuuluvan tertiaaripreventioon, vaikka kirjallisuudessa sekoitetaan helposti nämä kaksi prevention tasoa ja niistä puhutaankin samalla kuntoutuksen käsitteellä (Hämäläinen & Röberg 2007b). Kuntoutus sisältää elämäntapojen riskien tunnistamisen, ravitsemusneuvonnan ja verbaalisen ohjauksen, kuten sekundaaripreventiokin. Kuntoutus käsitteenä on laajentunut pelkästään työ- ja toimintakyvyn edistämisestä kokonaisvaltaiseen elämäntapojen hallintaan. (Hämäläinen & Röberg 2007a, 13). Sepelvaltimotautipotilas voi tarvita kuntoutusta selvittääkseen takaisin työelämään ja lähes entiseen toimintakykyyn. Lisäksi tertiaaripreventiolla estetään sepelvaltimotaudin paheneminen ja liitännäissairauksien, kuten sydämen vaajatoiminnan, kehittyminen.



Kuva 1. Potilasohjaus osana sekundaari- ja tertiaaripreventiota

Potilaan sairastuttua sydäninfarktiin sydäntuntoutus ja ohjaaminen alkavat jo sairaalassa ollessa ja kuntoutusvaihe jatkuu toipumisvaiheen yli. Toipumisvaihe käsittää 6-8 viikkoa sairaalasta kotiutumisen. (Hämäläinen & Röberg 2007a, 14,19,33). Sepelvaltimotautipotilas voidaan nähdä koko elämänsä pitkäaikaissairaudesta kuntoutujana, joka tarvitsee terveydentilan seurantaan sekä tilanteenmukaista neuvontaa, jotta riski sairauden pahenemiseen tai uusintakohtaukseen pysyisi mahdollisimman pienenä (Hämäläinen & Röberg 2007a, 14). Ohjaus ja kuntoutus kuuluvat saumattomasti yhteen, vaikka kuntoutus helposti mielletään fyysisen toimintakyvyn kohentamiseksi esimerkiksi liikuntaharjoitteita tekemällä. Sydäntuntoutuksessa lääketieteellinen hoito nivoutuu yhteen kuntoutuksen kanssa (Hämäläinen & Röberg 2007a, 15). Potilasohjaus on yksi kuntoutuksen keskeisimmistä keinoista lääkehoidon ja liikunnallisen kuntoutuksen ohella. Kelan laitospotilaan kuntoutuksen standardien (2008, 165-166) mukaan sydäntuntoutus koostuu tiedollisesta, ravitsemuksellisesta, liikunnallisesta, psykososiaalisesta sekä arjen pärjäämiseen ja toimintakykyyn liittyvästä ohjauksesta liikunnallisen ja sosiaalisen aktivoinnin ohella. Kansanterveyslaitoksen mukaan (2008, 50-51) kuntoutus on lakiin perustuvaa ja sillä pyritään parantamaan sydänpotilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja opastamaan elämään sairautensa kanssa. Kuntoutuksen käytännöntavoitteena on fyysinen ja psyykinen toipuminen, riskitekijöiden tunnistaminen, elämäntapamuutosten onnistumisen tukeminen, työ- ja toimintakyvyn palautuminen ja hyvä elämänlaatu (Sydän- ja verisuonisairauksien 2008, 50-51).

Ohjaus yhdessä liikunnallisen kuntoutuksen kanssa alentaa sydäntapahtumiin kuolleisuutta (Ades 2001), mutta liikunnallinen kuntoutus on todettu tehokkaammaksi kuin pelkkä kasvatuksellinen kuntoutus (Joliffe ym. 2001, Lear & Ignaszewski 2001). Sydäntuntoutus, johon kuuluu puhumalla toteutettu ohjaus, fyysinen harjoittelu, tupakoinnin lopettaminen, ruokavalioneuvonta, itsehoito sekä lääkehoito, on todettu tehokkaaksi välineeksi alentamaan sepelvaltimotaudin riskitekijöitä (Ades 2001, Joliffe ym. 2001, Lear & Ignaszewski 2001) ja kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin pitkällä aikavälillä (Ades 2001, Lear & Ignaszewski 2001). Sydäntuntoutuksella on monia terveydelle edullisia vaikutuksia, liikunnallisen kuntoutuksen vaikutuksesta sydämen syke ja verenpaine laskevat sekä liikunnan, terveysneuvonnan ja lääkehoidon yhteisvaikutuksesta kokonaiskolesteroli laskee (Ades 2001). Lisäksi kuntoutuksen ja ohjauksen seurauksena elämänlaatu paranee sekä ahdistuneisuus vähenee (Kynäs ym. 2004, Hämäläinen & Röberg 2007a, 119). Psyykinen ja sosiaalinen

tuki parantavat elämän ennustetta sydäninfarktin jälkeen (Burg ym. 2005). Iäkkäillä (65-74-v) sepelvaltimotautipotilailla on merkittävää toimintakyvyn laskua sairaalahoidon jälkeen (Kattainen 2004a, 42). Ohjauksen ja neuvonnan ansiosta varsinkin naisten fyysinen toimintakyky paranee. Vakaata sepelvaltimotautia sairastavalla kuntoutusohjelman tulokset ovat osoittautuneet tehokkaiksi (Rantala & Virtanen 2008). Lisäksi sepelvaltimotautikuntoutus on nähty kustannusvaikuttavaksi (Ades 2001) kuten myös elämäntapaohjaaminen (Kiiskinen ym. 2008, 122).

2.1 VUOROVAIKUTTEISUUS

Ohjaustilanteessa vallitsee kaksisuuntainen vuorovaikutus, missä otetaan huomioon potilaan tarpeet ja avustetaan potilasta asettamaan itselleen tavoitteet oman terveytensä edistämiseen ja sekä tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta elämästään (Kyngäs & Kääriäinen 2005b, Kyngäs ym. 2007, 38-41,42). Tasa-arvoinen ja valtasuhteeltaan tasapainoinen ohjaussuhde edellyttää hoitajalta ja potilaalta erityistä paneutumista, jotta yhteisten näkemysten kehittäminen olisi mahdollista (Kettunen 2001, 73, Kettunen ym. 2002). Potilaan voimavaroja tukeva keskustelu asettaa potilaan hoitajan rinnalle tasa-arvoiseksi asiantuntijaksi (Kettunen 2001, 78). Yhteisten näkemysten kehittäminen parantaa potilaan hoitoon sitoutumista sekä tyytyväisyyttä hoitoon (Kyngäs ym. 2007, 49). Puhuminen on hoitajan yksi työkalu ja hänen tulisikin keskusteluteknisten keinojen avulla tukea potilaan päämääriä (Kettunen 2001, 96). Parhaimmillaan puhe tukee potilasta kohti muutosta, mutta pahimmillaan se voi jopa estää sen (Kettunen ym. 2006). Vastavuoroisen keskustelusuhteen syntymistä potilaan kanssa estää hoitajan roolin korostuminen asiantuntijana ja yksisuuntaisena tiedon antajana (Kettunen 2001, 53). Yksinkertaisesti potilaan tilanteeseen keskittyminen jo katsomalla häntä keskustelun aikana sen sijaan, että keskustellessa tekee jotain muuta oheistoimintaa, mahdollistaa omalta osaltaan luotettavan keskustelusuhteen rakentumisen lähtökohdan (Ruusuvoori 2001). Terveystieteen ammattilaiselta vaaditaan potilaaseen keskittymisen lisäksi vahvaa ammattitaitoa ja herkkiä tuntosarvia vuorovaikutteisuuden rakentamisessa.

Yleisellä tasolla liikkuva rutiininomainen ohjaus ei ole potilaan tarpeita vastaavaa eikä se tue potilaan pärjäämistä sairautensa kanssa (Kääriäinen & Kyngäs 2005b). Ohjauksessa olisikin merkittävää tunnistaa potilaan tiedon tarve, hänen odotuksensa ohjaukselta sekä oppimistyyli

(Kyngäs ym. 2007, 47). Interventioilla, joissa on käytetty motivoivaa ohjaustapaa (motivational interviewing) on saatu erittäin rohkaisevia tuloksia elämäntapamuutoksissa. Siinä potilaan autonomiaa kunnioitetaan ja hänen päätöksiään tuetaan ohjauksellisten sekä keskusteluteknisten keinojen avulla (Rubak ym. 2005). Vuorovaikutteisen ohjauksen merkittäväksi tekijäksi nousee hoitajan kyky tuottaa reflektiivistä puhetta, jolla aktivoidaan potilasta itsearviointiin ja itseohjautuvuuteen (Kettunen 2001, 37-40, Poskiparta ym. 2001, Kyngäs ym. 2007, 49). On kuitenkin nähty, että hoitajien reflektiivisten kysymyksien sekä muiden vuorovaikutusta edistävien keskusteluteknisten ominaisuuksien tuottamisessa on ollut kehittämisen varaa (Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2004, Poskiparta ym. 2007). Hoitajilla on nähty myös puutteita keskustelun vallan siirtymistä ennakoivien potilaan kielellisten vihjeiden tunnistamisessa (Kettunen 2001, 96). Vallan tasapainoinen jakautuminen keskustelutilanteessa hoitajan ja potilaan välillä voidaan nähdä vuorovaikutteisuuden perustana (Kettunen ym. 2002), mutta sen saavuttaminen terveysalan ammattilaiselle voi olla vaikeaa syvälle juurtuneen valta-aseman takia (Pitkälä & Savikko 2007). Potilaan omahoidon kyvykkyyden ja vastuullisuuden ymmärtäminen voi auttaa ammattilaista hieman lähemmäksi luottamuksellisen ja tasa-arvoisen vuorovaikutussuhteen luomisessa. Luottamuksellisen rakentamisen hoitosuhteeseen on nähty vaikuttavan myös hoidon tuloksellisuuteen (Pitkälä & Savikko 2007).

Sen lisäksi, että ohjaussuhteessa hoitajan pitää olla tietoinen keskustelutyylinsä vaikutuksista, potilaalla on myös iso rooli keskustelun vallan ottamisesta haltuun esittämällä kysymyksiä, keskeyttämällä hoitajan puhetta sekä avautumalla (Kettunen ym. 2002). Keskustelussa aktiivisen potilaan puhe siirtää valtaa ammattilaiselta potilaalle (Kettunen ym. 2002) ja kysymyksien esittäminen toimiikin parhaiten vuorovaikutteisuuden kehittäjänä ohjauskeskustelussa (Kettunen 2001, 42,72, 96). Potilas voidaan nähdä oman tietoisuuden aktiivisena rakentajana ja keskeytykset sekä kysymykset toimivat keskustelun suunnan näyttäjänä potilaan tärkeinä pitämiin aiheisiin (Kettunen ym. 2002). Potilaan aktiivisuus parantaa ohjauksen vuorovaikutteisuutta, mutta potilaita on perinteisesti totuttu pitämään passiivisina tiedon vastaanottajina (Kettunen ym. 2002), jolloin vaiteliaisuus keskustelussa ei palvele vuorovaikutusta ja sitä kautta potilaan tiedon omaksumista (Kettunen 2001,72). Potilaan passiivisuus ei kuitenkaan aina tarkoita sitä, ettei potilasta kiinnostaisi hänelle annettava ohjaus vaan vaiteliaisuuden taustalla voi olla monia muitakin syitä, kuten luottamus ammattilaisten ammattitaitoon, alistuvuus, kohteliaisuus tai syyllisyys (Kettunen ym. 2001).

Voi myös olla, että potilas ei vain yksinkertaisesti osaa kysyä kysymyksiä rohkaisusta huolimatta, koska sairastuminen itsessään aiheuttaa jo paljon hämmennystä. Suuret tunnekuohut eivät edesauta ohjaussisältöjen omaksumista (Hanssen ym. 2005).

2.2 OMAVOIMAISTUMINEN

Preventiivisen toiminnan yhtenä muotona toimii terveystieteiden kasvatusta, jonka päämääränä on yksilön käyttäytymisen muutos hänestä itsestään lähtevillä voimavaroilla (Tones & Green 2004, 21-24). Terveystieteiden kasvatusta tähtää yksilön omavoimaistumiseen, minkä kautta potilaan kriittinen tietoisuus ja kyky tehdä omia päätöksiä terveyttään koskien vahvistuvat (Tones & Green 2004, 35). Omavoimaistumista tukevassa tai toisin sanoen voimavaroalähtöisessä ohjauksessa huomio kiinnittyy potilaan tarpeisiin, selviytymiseen, piileviin voimavaroihin sekä toimintamalleihin (Kettunen 2001, 78). Potilaalla on vapaus tehdä omia päätöksiä (Tones & Green 2004, 33) tuen ja oppimisen kautta (Kettunen ym. 2001). Hoitajan olisi hyvä tukea potilaan pystyvyyden tunteen tukemista, jotta usko elämänmuutoksen toteutumisesta tuntuisi potilaasta mahdolliselta (Bodenheimer 2002, Kyngäs ym. 2007, 49). Minäpystyvyyden tunteen tiedetään vaikuttavan läheisesti terveystieteiden käyttäytymiseen (Nurmi & Salmela-Aro 2002, Tones & Green 2004, 92-93, Hankonen 2011, 62-63).

Omavoimaistumista tukevassa ohjauksessa hoitaja käyttää erityisiä keskusteluteknisiä keinoja kuten aktiivista kuuntelua, mahdollisuuden antamista potilaan puheelle ja potilaan itsereflektiota vahvistavia kysymyksiä (Poskiparta ym. 2001). Reflektion herättäminen ohjaa potilasta pohtimaan omaa terveyttään ja sairauttaan sekä tekemään terveyttään koskevia päätöksiä (Kettunen ym. 2002). Hoitaja on ratkaisevassa asemassa potilaan autonomian tukemisessa esittäessään neutraalilla tavalla sairauden eri hoitokeinojen vaihtoehtoja (Kettunen ym. 2002) ja omavoimaistumisessa rakentaessaan myönteisen ilmapiirin potilaan tuottamalle puheelle sekä avautumiselle (Poskiparta ym. 2001). Erityisesti hoitajan tunnustelevalle puheelle ja tunteisiin vaikuttaville kysymyksille ovat luoneet omavoimaistumista edistävää ilmapiiriä potilaan keskustelulle (Kettunen ym. 2003). Ohjauskeskustelu on potilaslähtöistä ja valta oman terveyden edistämiseen tai sairauden hoitamiseen on potilaalla, eikä perinteisesti totutulla terveysalan ammattilaisella (Bodenheimer ym. 2002). Hoitajalla on kuitenkin vastuu antaa tietoa, aktivoida ja tukea potilasta (Bodenheimer ym. 2002) sekä

huolehtia, että potilas ymmärtää kaikkien vaihtoehtojen merkitykset (Kettunen ym. 2002), minkä jälkeen vapaus omiin päätöksiin on potilaalla (Kettunen 2001, 81). Kroonisesti sairaiden omahoitoa edistävässä (Self-management education) mallissa otetaan huomioon omavoimaistumiseen tähtäviä elementtejä ja siinä hoitajan tarkoituksena on opettaa esimerkiksi kysymyksien asetteluiden avulla potilaille ongelmanratkaisukeinoja, jotka johtavat potilaan parempaan sairauden hallintaan (Bodenheimer ym. 2002). Terveydenhuollon henkilöstö on avainasemassa potilaan omahoidon aktivoinnissa ja tukemisessa (Bodenheimer ym. 2002, Kyngäs 2007).

2.3 TIETO JA HOITOON SITOUTUMINEN

Itsessään tiedon lisääntyminen kasvattaa potilaan päätöksentekokykyä (Tones & Green 2004, 21-24, Heikkinen 2011, 15). Tieto tukee potilaita hoitoon sitoutumiseen ja aktivoi potilaan voimavaroja (Tones & Green 2004, 21-24). Vastoin terveydenhuollon ammattilaisten yleistä uskomusta, pelkkä tiedon jakaminen sairaudesta ei riitä potilaan sitouttamiseksi hoitoon tai kykyyn hoitaa itseään (Pitkälä & Savikko 2007). Tiedolla on kuitenkin nähty olevan läheinen suhde hoitoon sitoutumiseen, sillä tiedot sekä käsitykset sairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat vastuunottoon sairaudesta (Kyngäs 2007b). Vastuu hoitoon sitoutumisesta on potilaalla itsellään, mutta omaisten (Kyngäs 2007b) ja ammattilaisen tuki lisäävät sitä (Kyngäs 2007a). Vastuunottoon vaikuttavat myös hoitomotivaatio sekä hyvinvoinnin menettämisen uhka (Kyngäs 2007a). Pitkäaikaissairailta tiedon on nähty lisäävän omaa vastuunottoa sairautensa hoidossa (Kääriäinen ym. 2005, Buckley ym. 2007, Kemi ym. 2009). Hoitoon sitoutumisen on todettu vaikuttavan potilaiden hyvinvointiin sekä järkevään terveydenhuollon resurssien käyttöön. Potilaiden hoitaessa aktiivisesti itseään ei tarvitse niin usein turvautua sairauden uusintahoitoon (Pitkälä & Savikko 2007). Hoitoon sitoutumista voi kuitenkin estää terveydenhuollon henkilöstön kyky luottaa potilaan vastuunottoon ja kykyyn hoitaa itseään kunnollisesti (Pitkälä & Savikko 2007). Puutteelliset ohjausvalmiudet sekä kiire voivat myös heikentää suoritettavan ohjaustyön laatua (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005), mikä vaikuttaa omahoidon tasoon. Ongelmaksi on myös nähty, että lyhyistä hoitajaksoista johtuen potilaat eivät ehdi kunnolla ottamaan vastuuta hoidostaan (Hämäläinen & Röberg 2007a, 134). Yleensä sairaalassa ollessa sitoutuminen hoitoon on hyvää, mutta ongelmia sitoutua omien elämäntapojen muuttamiseen on nähty pitemmällä aikavälillä sekä sepelvaltimotautia sairastavilla (Bergman & Berterö 2000), että muilla pitkäaikaissairailta

(Kyngäs 2007b). Potilaiden olisikin tärkeää ymmärtää merkittävä osuutensa oman sairauden kotihoidossa (Bergman & Berterö 2000).

Yleisesti potilaat ovat kokeneet ohjauksen lisäävän tietoa (Kääriäinen ym. 2005). Pitkäaikaissairaat ovat kokeneet saaneensa tietoa riittävästi sairaudestaan (Fröjd ym. 2011), mutta lääkehoitoon liittyvä tieto oli koettu puutteelliseksi (Stenman & Toljamo 2002, Kyngäs ym. 2004). He ovat kokeneet puutteita myös omahoitoa koskevassa tiedossa (Fröjd ym. 2011), mutta sepelvaltimotautipotilaiden saama tieto on koettu kuitenkin auttavan sairauden omahoidossa kotioloissa (Tingström ym. 2005). Sepelvaltimotautipotilaiden on nähty tarvitsevan tietoa sairaudesta, jotta heillä on parempi ymmärrys hoidosta sekä elämäntapojen muuttamisen merkityksellisyydestä (Bergman & Berterö 2001). Eniten sepelvaltimotautipotilaat ovat saaneet tietoa sairaudesta sekä siihen liittyvästä ravitsemuksesta ja liikunnasta (Kattainen 2004b, 111, Hämäläinen & Röberg 2007a, 59) sekä tupakoinnista (Mäkinen & Penttilä 2007,21). Puutetta tiedon saannissa on kuitenkin koettu henkisessä jaksamisessa ja työssä selviytymisessä (Kattainen 2004b, 111, Hämäläinen & Röberg 2007a, 59). Lääkehoitoon liittyvän ohjauksen riittävydestä sen sijaan on ristiriitaisia tietoja. (Hölttä ym. 2002, Kattainen 2004b, 111, Mäkinen & Penttilä 2007, 21).

2.4 TAVOITTEELLISUUS

Ihmiselle on luonteenomaista asettaa itselleen tavoitteita ja miettiä tulevaisuuden strategioita. Tavoitteiden määrittely uuden elämäntilanteen haasteita vastaaviksi on todettu ihmisen psyykkistä hyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Uusi elämäntilanne, kuten sairastuminen, aiheuttaa paineita uudenlaisen elämän suunnittelemiselle ja tavoitteiden asettamiselle (Nurmi & Salmela-Aro 2002). Ongelmaksi tavoitteen muodostuksessa saattaa tulla kuitenkin potilaan tietämättömyys hänelle parhaista vaihtoehdoista (Parry 2004). Pelkkä tavoitteiden määrittely ei ole riittävää elämäntapamuutosten tekemiseksi vaan potilaat tarvitsevat tavoitteidensa asettamiseen ja saavuttamiseen myös tukea (Shilts ym. 2004). Hoitajalla on suuri merkitys potilaan tavoitteiden asettelussa, mutta vahvan asiantuntijaroolin takia potilaan ääni saattaa jäädä taka-alalle (Kettunen 2001, 71). Potilaat eivät ole kokeneet, että heidät olisi otettu mukaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon (Fröjd ym. 2011). Hoitaja voi keskusteluteknisillä keinoilla motivoida realistiseen tavoitteenasetteluun. Esimerkiksi hoitajan

antaessa tietoa toiminnan seurauksista nykytilanteen ja tavoitteen välinen ristiriita laittaa potilaan perustelemaan itselleen muutoksen tarpeellisuutta ja sitä kautta asettamaan itselleen muutostavoitteet (Kettunen ym. 2004, Kyngäs ym. 2007, 49). Tavoitteen asettelu on tärkeää elämäntapamuutoksia tehtäessä. Tavoitteen on hyvä olla positiivinen ja konkreettinen, sillä sellaisen saavuttaminen on helpompaa kuin negatiivisen ja liian abstraktin tavoitteen (Kyngäs ym. 2007, 49, 77). Usko tavoitteiden saavuttamiseen vahvistaa myös niiden toteutumista (Nurmi & Salmela-Aro 2002, Kyngäs ym. 2007, 49, 77).

Potilaan ja hoitajan tulisi yhteistyössä rakentaa ohjauksen tueksi kirjallinen suunnitelma, josta käy ilmi potilaan asettamat tavoitteet, keinot sekä arviointitapa (Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2007). Merkittävää on myös, että tavoitteiden edistymistä voidaan seurata esimerkiksi viitearvoja mittaamalla tai hyvän olon kokemuksella (Kyngäs ym. 2007, 49, 77). GAS-mallia (Goal attainment scale) on hyödynnetty kuntoutuksessa tavoitteen määrittelyn apuvälineenä. Ydinideana 6 -vaiheisessa mallissa on potilaslähtöisyys. Potilas on pääosassa tavoitteen asettelussa ja sen arvioinnissa, minkä on nähty motivoivan ja sitouttavan potilasta tavoitteen saavuttamiseen (Hurn ym. 2006, Turner-Stokes 2009, Autti-Rämö ym. 2010, 4-12). Tavoitteen asettelussa voidaan hyödyntää myös transteoreettista muutosvaihemallia, minkä mukaan ihmisen terveystyöskäytymisen muutoksen taustalla on 5 -vaiheinen prosessi esiharkintavaiheesta muutoksen ylläpitovaiheeseen (Theory at a 2005, 15). Muutosvaihemallia pystyttäneen tulevaisuudessa hyödyntämään potilaan muutosvaiheen määrittämisessä, mikä osaltaan ohjaa hoitajaa oikeantyyppiseen ohjausprosessiin suhteessa tavoitteen asettelun vaiheeseen (Stephoe ym. 2001, McKee ym. 2007). Esimerkiksi sairaalassa oleva sydäninfarktin sairastanut henkilön muutosvaihe saattaa olla hyvin erilainen kuin toisella potilaalla ja näin ollen eri muutosvaiheissa olevat potilaat tarvitsevat erilaista ohjausta tavoitteiden asetteluun ja niiden saavuttamiseen. Oikeanlainen ohjaus voi viedä potilaita eteenpäin muutosvalmiudessa ja lähemmäksi pysyviä elämäntapamuutoksia (Stephoe ym. 2001).

Elämäntapamuutoksia tarvitaan sepelvaltimotautipotilaan hyvässä omahoidossa, sillä sairautta ei pystytä koskaan täydellisesti parantamaan, mutta sen etenemistä pystytään tehokkaasti hidastamaan muuttamalla terveystottumuksia. Elämäntapamuutokset ovatkin keskeisiä sydänkuntoutuksessa. Kuntoutuva potilas tarvitsee omat kuntoutumistavoitteet, jotta

elämäntapojen muuttaminen olisi tuloksellista. Sepelvaltimotautipotilaiden on todettu tarvitsevan erityistä tukea hoitajalta elämäntapamuutosten tekemiseen (Bergman & Berterö 2001). Hämmäläisen ja Röbergin (2007a, 104) tutkimuksessa sepelvaltimotautikuntoutujat asettivat tavoitteikseen yleisimmin kunnan kohentamisen, elämisen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa sekä henkisen hyvinvoinnin. Tavoitteiksi asetettiin myös painon alentaminen, ruokavalion parantaminen sekä työkyvyn kohentaminen.

2.5 YKSILÖLLISYYS JA OHJAUKSEN TAUSTATEKIJÄT

Potilaan yksilöllinen tarve ohjauksesta on perusjalusta, jolle ohjaus rakentuu, mutta lähtökohdaksi toimivat myös potilaan ja asiantuntijan taustatekijät kuten psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät (Kyngäs ym. 2007, 26, 30-31). On todettu, että potilaat ovat nähneet yksilöllisen elämäntilanteen huomioimisen toteutumisen puutteellisena ohjauksessa (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005). Yksilölliset ominaisuudet käsitellä tietoa määrittävät hyvin pitkälle ohjauksen tarpeita (Ahonen 2004, Konsell & Leino-Kilpi 2004). Ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä ovat ohjausparin eli asiantuntijan ja potilaan fyysiset ominaisuudet kuten ikä ja sukupuoli, jotka voivat vaikuttaa ohjauksen antamiseen ja vastaanottamiseen liittyviin tekijöihin (Kyngäs ym. 2007, 26, 30-31). On todettu, että mitä iäkkäämmästä kroonisesti sairaasta potilaasta on kyse, sitä enemmän he ovat tarvinneet ohjausta (Hölttä ym. 2002, Hölttä 2004). Sepelvaltimotautia sairastavien ikääntyneiden ja naisten on nähty tarvitsevan enemmän ohjausta, mikä liittyy jokapäiväisessä arkielämässä pärjäämiseen (Koivunen ym. 2007). Varsinkin yksinään asuvat naiset ovat tarvinneet kuntouttavaa ohjausta enemmän ja heillä oli tiedon tarvetta etenkin terveyden psykososiaalisiin ja fyysisiin osa-alueista (Koivunen ym. 2007, Beckie 2006). Miehillä on kuitenkin todettu olevan vuosi sairastumisen jälkeen enemmän tiedon tarvetta elämänlaatuun liittyvissä osa-alueissa kuin naisilla (Kattainen 2004b, 111).

Ammatillinen ohjausvalmius vaikuttaa merkittävästi ohjauksen laatuun. Ohjausvalmiuden on nähty olevan yhteydessä ammatilliseen kokemukseen, sillä mitä kauemmin hoitajat ovat olleet työssä, sitä paremmat tiedot ohjattavasta sairaudesta heillä on (Eriksson & Partanen 2005), mutta samalla asenne ohjaamiseen on heikentynyt (Lipponen ym. 2008). Toisaalta on myös nähty, että yleisesti hoitajien asenne on usein ohjaamismyönteinen, mutta tekninen ja

tiedollinen taito ohjaamiseen on ollut usein puutteellista (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen & Kyngäs 2010). Fyysisten ominaisuuksien ja taitojen lisäksi ohjaukseen vaikuttavat molempien osapuolten, potilaan ja ammattilaisen, psyykkiset taustatekijät, kuten terveysuskomukset ja motivaatio (Kyngäs ym. 2007, 32-33), sillä potilaiden terveysuskomuksilla on kiinteä yhteys terveyskäyttäytymisen taustalla oleviin tekijöihin (Tones & Green 2004, 81-84).

Sosiaalisilla taustatekijöillä, joita ovat esimerkiksi asiakkaan sosiaalinen tukiverkko ja kulttuuritekijät, on yhtä lailla merkitystä ohjaustapahtumassa kuin millä muulla yksilön taustatekijällä (Kyngäs ym. 2007, 32-33, 35). Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa yllättävän paljon siihen, mitä olemme motivoituneet tekemään esimerkiksi terveytemme hyväksi (Nurmi & Salmela-Aro 2002). Ihminen on luonnostaan taipuvainen pohtimaan oman käyttäytymisensä sosiaalista hyväksyttävyyttä (Tones & Green 2004, 85-86). Itse asiassa ohjaustapahtumassa tulisi huomioida myös omaisten tiedon tarve, sillä on todettu, että sosiaalisen verkoston tuella on suuri merkitys sepelvaltimotautipotilaiden toipumiseen (Kähkönen 2009, 45). On viitteitä, että potilaat haluavat omaisen olevan läsnä hoito-ohjeiden antamisessa (Salminen-Tuomaala, 2010). Omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta sekä tiedollista ohjausta, että emotionaalista tukea, kuten kuuntelemista. Merkittävänä pidetään omaisten jaksamisen huomioimista. Omaiset tulisikin kohdata yksilönä ja ohjaustilanteen tulisi rakentua omaisten kanssa yhteistyössä. (Anttila ym. 2006). Sepelvaltimotautipotilaan omaisten ohjaamiselle on nähty tarvetta, sillä omaiset ovat kokeneet jääneensä yksin, ilman tarvitsemaansa terveydenhuollon ammattilaisen tukea, kasvaneen jokapäiväisen vastuun kanssa. Omaiset ovat kokeneet vastuun lisääntyneen puolison hyvinvoinnin huolehtijana sekä arjen pyörittäjänä (Lukkarinen & Kyngäs 2003).

Vaikka potilaan ja asiantuntijan taustatekijät vaikuttavat merkittävästi ohjaukseen, ei pidä kuitenkaan unohtaa ohjaustilanteeseen vaikuttavia ympäristöllisiä taustatekijöitä kuten kiirettä ja fyysistä tilaa, joilla on merkittävä rooli ohjauksen onnistumiseen (Kyngäs ym. 2007, 36-37). Potilaat ovat kokeneet saaneensa puutteellista ohjausta nimenomaan hoitotyössä vallitsevan kiireen takia (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62, Hämäläinen 2008). Ohjaukseen käytetty aika on suoraan verrannollinen potilaiden koettuun tyytyväisyyteen ohjauksesta (Williams & Jones 2005).

2.6 OIKEA-AIKAISUUS

Ohjauksen ajoituksella on todettu olevan merkitystä tiedon omaksumisessa ja elämäntapamuutosten tekemisessä. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, sairaala-, kotiutus- ja toipumisvaiheeseen. Kuntoutus alkaa jo periaatteessa sairaalaan tullessa, jolloin hoito aloitetaan (Hämäläinen 2008). Sairaalavaiheessa tulisi kiinnittää huomiota ohjauksessa psyykkiseen tukemiseen sekä selviytymistä tukevaan tietoon ja vasta sen jälkeen tulisi keskittyä ohjauksessa hoitotavoitteiden saavuttamiseen (Hämäläinen & Röberg 2007a, 62). Sairaalavaiheessa sydäninfarktin sairastaneet potilaat tuntevat sairauden kieltämisen tunteita ja ahdistusta, jotka eivät edesauta ohjauksen sisäistämistä (Hanssen ym. 2005). Sydänpotilaat kokevat myös kuoleman ja uusintasairastumisen pelkoa sekä surua, joten he tarvitsevat emotionaalista tukea (Bergman & Berterö 2001). Sairaalavaiheen kuntoutukseen kuuluu ohjaus, minkä turvin potilas pärjää kotona. Sisällöltään tämä ohjaus käsittää sepelvaltimotaudin ja sen riskitekijöiden sekä hoitomuotojen ja lääkityksen läpi käymistä. Lisäksi ensivaiheen ohjauksessa huomioidaan sydänystävällisen ruokavalion, liikunnan ja stressin merkitys sepelvaltimotaudissa sekä käydään läpi sukupuolielämään, kotihoitoon ja ensiaputilanteisiin liittyviä asioita. Kotiutusvaiheessa potilaalle olisi tarpeen tehdä kuntoutussuunnitelma, joka toimii jatkohoidon siltana sairaalasta terveysasemille. Toipumisvaiheessa, mikä kestää 6-8 viikkoa kotiutumisen jälkeen, ohjauksen tulisi keskittyä elämäntapojen muuttamisen tukemiseen. Potilas voidaan ohjata liikunnallisiin tai tiedollisiin kuntoutusryhmiin, jossa hän saa tukea sairautensa kanssa elämiseen sydänterveellisesti (Hämäläinen 2008).

Tehokkaamman hoidon myötä myös sairaalahoidojaksot lyhentyvät kaikilla potilailla ja aikaa varsinaiselle ohjaukselle jää sairaalassa vähemmän (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62, Hämäläinen 2008). Tämän takia potilaat ja omaiset eivät saa sitä tietomäärää kuin he tarvitsivat sairaudesta kuntoutumiseen (Hämäläinen & Röberg 2007a, 62, Hämäläinen 2008). Lisäksi potilaat eivät pysty omaksumaan kerralla kaikkea saamaansa tietoa. Sairaalasta kotiutuneet sepelvaltimotautipotilaat ovatkin kokeneet turvattomuutta, koska jatkohoidon järjestelyt ovat olleet irrallisia (Hämäläinen & Röberg 2007a, 62). Sepelvaltimotautipotilaat ovat tunteneet kotona myös ahdistuneisuutta ja yksinäisyyden

tunnetta sekä turvattomuutta, koska heillä ei ole ketään ammattilaiskontaktia, jolta kysyä omaan elämäänsä liittyviä kysymyksiä (Hanssen ym. 2005).

Sepelvaltimotautipotilailla on ollut tarvetta ohjaukseen vielä kotiutumisen jälkeenkin (Hölttä ym. 2002, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62) ja ohjauksen puutteellisuus aiheuttaakin näin ollen painetta sairaalajakson ulkopuoliselle kuntoutukselle (Hölttä ym. 2002, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62). Ohjauksen painopisteen tulisikin olla sairaalahoitajakson jälkeen, sillä ohjauksen ajoituksella on nähty olevan merkitystä sairauden kanssa selviytymisessä (Hämäläinen & Röberg 2007a, 62, Kähkönen 2009, 45). Elämäntapamuutokseen johtavaa tukea sydäninfarktin sairastanut voi tarvita vasta useita viikkoja sairaalasta kotiutumisen jälkeen, joten tärkeää onkin ohjata potilaita sairaalahoidon jälkeiseen jatkohoitoon. Jatkokuntoutukseen ja tukiryhmiin ohjaaminen on arvioitu kuitenkin melko riittämättömäksi. Sepelvaltimotautipotilaalla tulisi olla jokin vakituinen vastuutaho, esimerkiksi terveysasema, joka ohjaa potilaan hoitoa myös avoterveydenhuollon puolella (Hämäläinen & Röberg 2007a, 16, 61-62). Lupaavia tuloksia sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hallinnassa on saatu keskitetyssä hoitajan vastaanotto toiminnassa sairaalahoidon jälkeen (Mainie ym. 2005). Sairaalasta kotiutuneista potilaista pääsee vain 7-8 % järjestetyn kuntoutuksen piiriin vuosittain ja määrä on Euroopan pienimpiä (Sydän- ja verisuonisairauksien 2008, 15). Kuitenkin akuutisti sydäntapahtumaan sairastuneen potilaan kuntouttaminen on lakisääteisesti terveydenhuollon tehtävä (Hämäläinen & Röberg 2007a, 134). Ohjaukseen ja kuntoutukseen olisi siis vielä varaa panostaa osoitettua tehokkaammin.

2.7 OHJAUSMENETELMÄT

Potilasohjauksen menetelmänä käytetään eniten puhumalla toteutettua yksilöohjausta (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Kääriäinen & Kyngäs 2010) ja ryhmäohjausta käytetään toiseksi eniten, vaikka sille olisi tarvetta enemmänkin pitkäaikaissairaiden ohjaamisessa (Kyngäs ym. 2004). Muita menetelmiä, kuten audiovisuaalista ohjausta käytetään vähemmän (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Kääriäinen & Kyngäs 2010). Teknologian kehittyessä muut ohjausmenetelmät kuitenkin ovat saaneet yhä enemmän jalansijaa ohjauksessa.

Hoitajat hallitsevat parhaiten puhumalla toteutetun ohjausmenetelmän (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen & Kyngäs 2010) ja potilaat kokivat sen miellyttävimmäksi ohjausmuodoksi, sillä siinä potilaan on mahdollista kysyä kysymyksiä ja se mahdollisti yksilölähtöisen ohjauksen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Puhumalla toteutetun ohjauksen hyvä hallinta on yhteydessä ohjauksen toteuttamisaktiivisuuteen (Lipponen ym. 2008). Suullisessa yksilöohjauksessa on huomioitava kahdenkeskeisen vuorovaikutuksen elementtejä, yksilöllinen ote sekä tavoitteen asettelun lähtökohdat (Kyngäs & Kääriäinen 2005b, Kyngäs ym. 2007, 26). Silloin, kun yksilöllisyys toteutui ohjauksessa, se ilmeni kuuntelemisena ja potilaan tarpeisiin vastaamisena sekä kädestä pitäen ohjaamisena (Kyngäs ym. 2004). Sepelvaltimotautipotilaat ovat saaneet sairaalassa ollessaan tietoa eniten tietoa sairaanhoitajalta ja lääkäriltä sekä kirjallisesta materiaalista (Hämäläinen & Röberg 2007a, 58, Mäkinen & Penttilä 2007, 22).

Kirjallinen ohjausmateriaali nähdään merkittävänä ohjauksen tukena (Kääriäinen & Kyngäs 2005a) ja se hallitaan puhumalla toteutetun ohjauksen jälkeen parhaiten (Lipponen ym. 2008). Hyvällä kirjallisen ohjauksen hallinnalla näyttäisi olevan yhteys myönteiseen ohjausasetteeseen sekä ohjaustapahtuman potilaslähtöisyyteen (Lipponen ym. 2008). Kirjallista ohjausta käytetään sekä yksilö- että ryhmäohjauksen tukena (Kyngäs ym. 2004). Puhumalla toteutettu ohjaus ei usein riitä vaan tarvitaan lisäksi kirjallista materiaalia (Heikkinen ym. 2002, 25), sillä potilas muistaa paljon paremmin samanaikaisesti kuullessaan ja nähdessään kuin pelkästään luettuna tai kuultuna (Kyngäs ym. 2007, 73). On osoitettu, että kirjalliset potilasohjeet ovat ulkoasultaan selkeitä, mutta sisällöltään puutteellisia ja luettavuudeltaan vaikeita, mikä aiheuttaa väärinymmärtämistä (Salanterä ym. 2005). Kirjallinen ohjausmateriaali on selkeä vasta sen jälkeen, kun potilas on ymmärtänyt sen sanoman (Alaperä ym. 2006). Kirjallisen materiaalin haasteena on sen päivittämisen hitaus ja yksilöllisyyden puute (Kääriäinen & Kyngäs 2005a) ja etuna, että sen saa kotiin mukaan. Kirjallisen materiaalin merkitys on kasvanut sairaalahoitajaksojen lyhentymisen myötä (Torkkola 2009, 10). Esimerkiksi päivystyspotilaat ovat arvioineet kirjalliset kotihoito-ohjeet välttämättöminä (Salminen-Tuomaala ym. 2010). Sepelvaltimotautipotilailla kirjallinen materiaali oli merkittävin ohjausmuoto sairaalassa yksilöllisen ohjauksen rinnalla (Mäkinen & Penttilä 2007, 20). Sepelvaltimotautipotilaille suunnatusta kirjallisesta materiaalista käytettiin sairaalassa eniten sairaudesta, verenpaineesta sekä pallolaajennuksesta kertovia oppaita (Mäkinen & Penttilä 2007, 24).

Omahoidon tueksi on käytetty puhumalla toteutetun ja kirjallisen ohjauksen lisäksi muitakin ohjausmenetelmiä. Teknologian kehittyminen on viime vuosina tuonut uusia mahdollisuuksia potilaiden ohjaamiseen ja omahoidon tukemiseen. Puhelinohjaus on nähty hyväksi keinoksi parantamaan terveyspalvelujen saatavuutta, vaikka se asettaakin ammattihenkilön ammattitaidolle erityisvaatimuksia ja erityishaasteita (Hyrynkangas- Järvenpää 2007). Vuorovaikutuksen toteutuminen on haasteellista puhelimitse nonverbaalisen viestinnän puuttuessa (Kontio ym. 2006). Sähköiset ohjausmenetelmät perustuvat suurimmaksi osaksi potilaan omaan aktiivisuuteen ja ne ovat antaneet rohkaisevia tuloksia elämäntapojen muuttamisessa. Internetpohjainen ohjaus on koettu hyväksi tiedon välittäjäksi ja sitä kautta omavoimaistamisen välineeksi (Heikkinen 2011, 76). Päijät-Hämeessä on toteutettu TERVA-hanke, jossa pitkäaikaissairas sai elämäntapojen muuttamisen tukemiseen oman puhelimen välityksellä toimivan terveysvalmentajan. Terveysvalmentaja ohjasi puhelimitse kerran kuussa omahoitoon liittyvissä asioissa. Matkapuhelimen kautta on mahdollista käyttää myös WellnessDiary- sovellusta, hyvinvointipäiväkirjaa, mihin käyttäjä voi kirjata elintoimintojen parametreja, kuten painoa tai sykettä. Päiväkirjan pito mahdollistaa elämäntapojen seuraamisen ja yhteydenpidon valmentajan kanssa. Australiassa sähköiset järjestelmät tukevat sydäntuntoutujia matkapuhelin- sovelluksen kautta, mikä mittaa fyysistä aktiivisuutta ja seuraa elintoimintojen parametreja, kuten verenpainetta. Kuntoutuja voi olla näin yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen, joka antaa palautetta kuntoutumisen edistymisestä ja ohjaa puhelimen kautta esimerkiksi motivaatiota kohottavilla tekstiviesteillä. Suomessa on nähty tarvetta sähköisen omahoito-alustan kehittämiseen sydäntuntoutujalle, jotta pystytään paremmin vastaamaan kuntoutuksen ja jatkohoidon vaatimuksiin (Leimumäki & Pärkkä 2010, 35-45).

3 TUTKIMUKSEN KUVAUS

3.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia kokemuksia ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneilla potilailla on sairaalan sepelvaltimotautiohjauksesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaiset ohjaustilanteet olivat potilaan kokemana?
 - 1.1. Minkälaisena potilas koki vuorovaikutuksen?
 - 1.2. Minkälaisista sisällöistä puhuttiin?
 - 1.3. Miten yksilöllisyys (elämäntilanne, tavoitteiden pohtiminen, suunnitelmat) huomioitiin?
 - 1.4. Millä tavalla omaiset huomioitiin?
2. Minkälainen merkitys ohjauksella oli potilaalle?
 - 2.1. Oliko ohjaus tiedollisesti ja taidollisesti oikea-aikaista ja riittävää?
 - 2.2. Millä tavalla potilas on pystynyt hyödyntämään saatuja ohjeita kotona arkipäivässä?
3. Minkälaista kirjallista materiaalia potilas sai ohjauksen yhteydessä?
4. Minkälaisia kehittämissuhteita potilaalla on potilasohjaukseen?

3.2 TUTKIMUKSEN KULKU

Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia laadullisia menetelmiä käyttäen potilaiden kokemuksia sairaalassa tapahtuvasta sepelvaltimotautiohjauksesta. Haastattelun käyttäminen tutkimusmenetelmänä auttoi kuvaamaan ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneen kokemuksia ohjaamistapahtumasta juuri niin kuin hän oli sen kokenut. Haastattelussa oli

mahdollista tuoda esiin subjektiivisuus tilanteen kokijana ja merkityksien antajana (Hirsjärvi & Hurme 2001). Tutkimuskysymykset muotoiltiin aikaisemman kirjallisuuden pohjalta. Teemat haastatteluun nousivat asetetuista tutkimuskysymyksistä. Tutkimuslupa saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä joulukuussa 2010, minkä jälkeen teemahaastattelulomake (Liite 1) esitettiin yhdellä henkilöllä ennen tutkimusta. Esihaastattelun jälkeen lisättiin yksi omaisten ohjausta koskeva tutkimuskysymys kirjallisuuden ja esihaastattelun perusteella. Tätä kysymystä tarkennettiin vielä jälkepäin esihaastateltavalta puhelimitse.

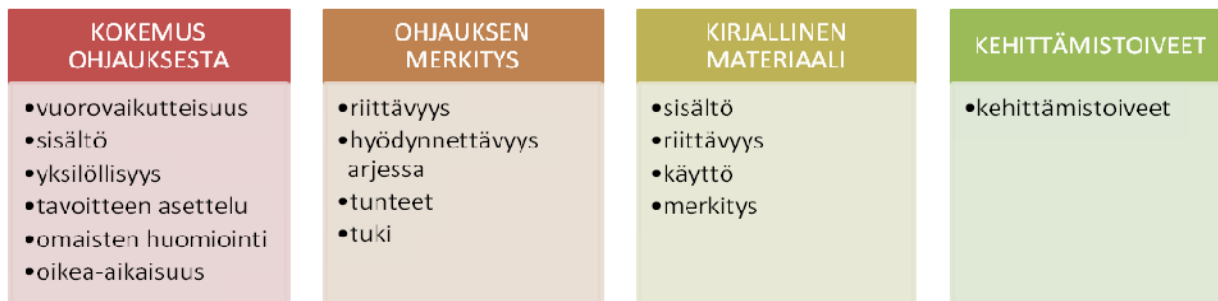
Kohdejoukkona oli ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneet henkilöt, jotka olivat olleet hoidossa ja kotiutuneet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvan yhden suuren sairaalan sydänvalvontaosastolta (CCU) tai kardiologiaan painottuvalta sisätautien vuodeosastolta tammikuun ja maaliskuun 2011 välisenä aikana. Tutkimuksesta jätettiin pois muistisairaudesta kärsivät potilaat sekä ohitusleikkauksen läpikäyneet henkilöt. Tällöin potilaiden taustatiedot sairaudesta ja sairastumistilanne olivat lähtökohdiltaan samankaltaisia. Hoitokulttuuriltaan tutkimukseen valitut osastot olivat erilaisia, sillä toinen oli valvontaosasto ja toinen oli vuodeosasto. Valitut osastot olivat samankaltaisia siinä mielessä, että niillä oli käytössä sepelvaltimotautipotilaan kotiuttamismalliin perustuvat ohjausrungot, minkä mukaan ohjausta voitiin rakentaa. Tiedossa ei kuitenkaan ole kuinka monen tutkimushenkilön kohdalla ohjausrunkoa käytettiin. Yhteisenä käytäntönä oli myös ohjata potilaat kotiutumisen jälkeen sairaalan kerran kuussa järjestämiin vapaaehtoiisiin sydänryhmiin. Näyte oli harkinnanvarainen ja sen avulla on mahdollista tutkia ilmiötä syvällisesti silloin, kun tarkoituksena ei ole päästä tilastolliseen yleistyksen (Hirsjärvi & Hurme 2001).

Tutkittavat potilaat rekrytoitiin tutkimukseen sairastumisjärjestyksessä kunnes 12 tutkimukseen soveltuvaa ja suostuvaa henkilöä oli koossa, sillä se katsottiin riittäväksi haastattelututkimuksen aineistoksi. Sopivia henkilöitä kertyi yhteensä 13, joista yksi kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Potilaille jaettiin sairaalassa ollessa tiedote tutkimuksesta (Liite 2) ja ennen haastattelua tutkittavat allekirjoittivat tutkimukseen suostumuslomakkeen (Liite 3).

Tutkimusaineisto koostui 12 haastattelusta. Haastatelluista kolme oli naisia ja loput yhdeksän olivat miehiä. Haastateltujen ikäjakauma oli 39 – 77 vuotta ja keski-ikä oli noin 59 vuotta. Heidän hoitoaika sairaalassa vaihteli neljästä vuorokaudesta 11 vuorokauteen ja keskimäärin hoitoaika oli 6 vrk. Kahta haastatelluista oli hoidettu kahdessa HUS:n sairaalassa ja loput olivat olleet pelkästään kohdesairaalan hoidettavana. Kohdesairaalassa potilaita oli hoidettu päivystyksessä, sydänvalvonnassa, sydäntutkimusasemalla ja sisätautien vuodeosastolla. Sydäntutkimusasemalla suoritettiin vain sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset ja siihen liittyvät toimenpiteet. Kahta potilasta lukuun ottamatta kaikki olivat olleet hoidossa akuuttivaiheen jälkeen sisätautien vuodeosastolla. Haastattelut suoritettiin helmi- ja maaliskuun 2011 välisenä aikana keskimäärin 21 vuorokautta kotiutumisen jälkeen ja haastatteluita viisi suoritettiin heidän kotonaan sekä seitsemän kohdesairaalan kokoustilassa. Haastattelut kestivät keskimäärin 50 minuuttia (25 min - 100 min) ja ne nauhoitettiin. Aineiston litteraatio suoritettiin ostopalveluna huhtikuussa 2011, Annanpura Oy:n kautta. Litteraation tarkkuudeksi määriteltiin vain puhutut sanat. Välihuomautukset ja tauot jätettiin litteroimatta, koska niillä ei ollut tässä työssä merkitystä. Litteroitua aineistoa muodostui 180 sivua Arial-kirjaisintyylin 12 fontilla ja 1 rivivälillä. Tutkimuksesta saatu aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin teemoittelulla (Tuomi & Sarajärvi 2009,93). Aineisto analysoitiin touko- ja heinäkuun 2011 välisenä aikana ja kirjoittamiseen keskityttiin heinä- ja syyskuun välisenä aikana.

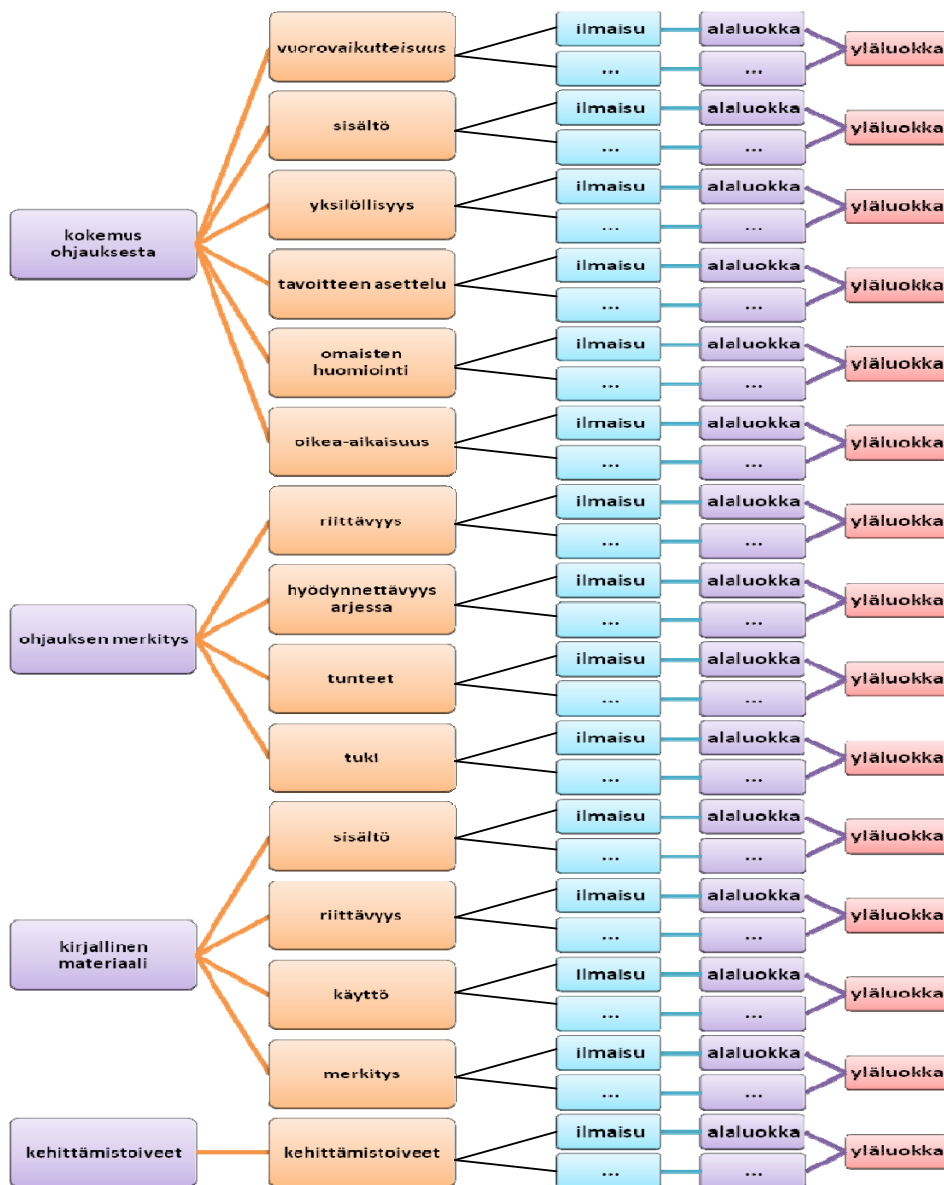
3.3 AINEISTON ANALYYSI

Tutkimus suoritettiin teemahaastattelemalla käyttäen haastattelurunkoa (Liite 2). Teemoittelun käyttäminen suuressa osassa analyysia oli luonnollista, koska haastattelut kietoutuvat valittujen teemojen (Kuva 2) ympärille. Teemat käsittelivät potilaan kokemusta ohjauksesta, sen merkitystä, kirjallista materiaalia ohjauksen osana sekä kehittämistoiveita sairaalassa toteutettuun ohjaukseen.



Kuva 2. Haastattelun teemat

Sisällönanalyysi oli teoriasidonnainen, sillä teemat nojasivat aikaisempaan teoriapohjaan, mutta varsinaisessa aineiston analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysia ohjasivat teemat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Teemat rakentuivat tutkimuskysymysten pohjalle, joiden perusteella muodostettiin analyysin avuksi erillinen analyysirunko (Kuva 3). Tämä analyysirunko ohjasi analyysin etenemistä väljästi, koska sen sisällä oli tarkoitus suorittaa aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita ja muodostaa teemojen sisälle eri luokkia aineistolähtöisten periaatteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluivat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110).



Kuva 3. Analyysirunko. Kukin teema-alue on jakaantunut pienempiin teema-alueisiin.

Aineiston analyysi lähti liikkeelle haastatteluaineiston kuuntelemisesta ja valmiin litteroidun aineiston lukemisesta. Analyysin avuksi otettiin käyttöön Atlas- laadullisen analyysin ohjelma, jotta laajan aineiston käsittely olisi helpompaa. Aineistosta ryhdyttiin merkitsemään ensin teemoja alleviivaamalla ja jättämällä tutkimuskysymyksien ulkopuolelle jäävät aiheet huomiotta viivaamalla ne yli. Analyysiyksikköinä käytettiin ajatuskokonaisuuksia ja sanoja, jotka pelkistettiin ja niistä käytetään tässä työssä ilmaisu- käsitettä. Pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin löyhästi teemoihin ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia. Tässä vaiheessa laskettiin

myös ilmaisujen esiintyminen mahdollisesti tulevaisuuden analyysia varten. Teemojen sisällä yhdistetyistä ilmaisuista luotiin ala- ja yläluokkia. Teemojen sisältä haettiin mahdollisimman moni-ilmeistä kuvausta, jotta oli mahdollisuus saada mahdollisimman kattava käsitys tutkittavista teemoista. Esimerkki analyysirungon käytöstä yhden teeman osa-alueen analyysissa on nähtävillä Taulukossa 1.

Taulukko 1. Esimerkki analyysirungon teemasta kirjallisen materiaalin riittävyys

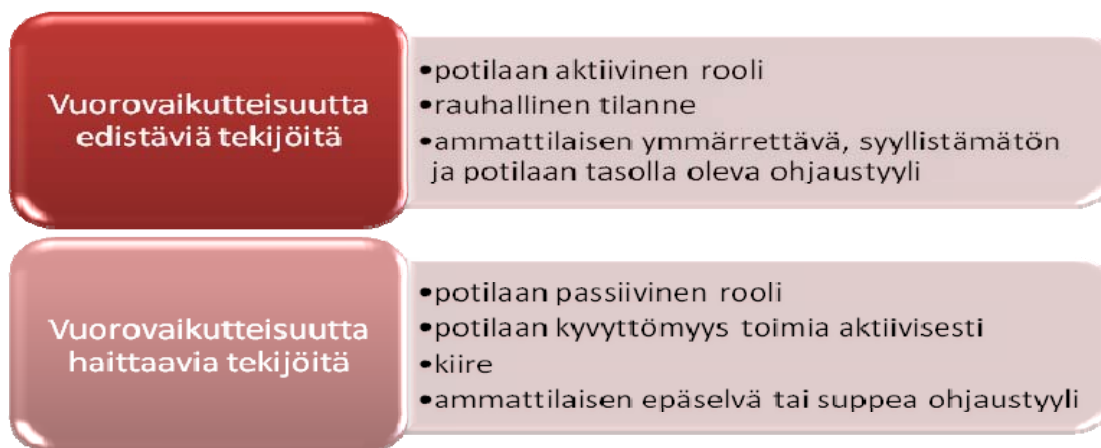
teema	teeman osa	lainaus	ilmaisu	alaluokka	yläluokka
kirjallinen materiaali	riittävyys	<p>-”On harvinaisen hyvät ja selkeät en minä ainakaan vielä tarvi sen kummempia ohjeita.”</p> <p>-”Musta tuntuu, että tämä on todella riittävä, että ei ihan hirveetä määrää tule sitä.”</p> <p>-”Musta tuntuu, että jos sitä tulee vielä enemmän, niin sit ne menee vielä roskakoriin. Se on se vaara aina, että kun niitä tulee liian paljon.”</p> <p>-”Kyllä tämä oikeastaan tuntuu, että tämä on ihan oikeassa järjestyksessä - - kyllä tuo aika kattava on. ”</p> <p>-”kyllä mun mielestä toi on ihan hyvä paketti”</p> <p>-”Tää on mun mielestä hirveen hyvä tää, just tää kirja. Ja sitten tietenkin ihan samoin tää, just itte Sepelvaltimotautikirja. No, toi sosiaaliturva nyt on vähän, mut sekin on ihan hyvä, kun tietää, että mihin mulla on oikeuksia ja näin.”</p> <p>-”En ole ehtinyt näitäkään vielä kovin kummosesti sisäistä - - niitä on liikaa se voi olla joo.”</p> <p>-” se ei ollu menny se labralähete tonne labraan”</p> <p>-”näissä resepteissä tuli virhe”</p>	<p>materiaali oli riittävää</p> <p>materiaalit hyviä sisällöltään</p> <p>materiaalia oli liikaa</p> <p>jatkohoito-ohjeet olivat huonosti tai virheellisesti merkitty</p>	<p>riittävää tai liikaa</p> <p>puutteelliset ohjeet</p>	<p>materiaalin riittävyys vaihtelevaa</p>

4 TULOKSET

4.1 KOKEMUKSET OHJAUksesta

Vuorovaikutteisuus

Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen vaikuttivat potilaiden kokemana ohjaukseen käytetty aika, ammattihenkilön vuorovaikutustaidot sekä potilaan rooli ohjaustapahtumassa. Vuorovaikutteisuutta edisti (Kuva 4) rauhallinen ohjaustilanne, potilaan oma aktiivinen rooli sekä ammattilaisen ymmärrettävä, syylistämätön ja potilaan tasolla oleva ohjaustyyli. Sen sijaan vuorovaikutteisuutta esti kiire, ammattilaisen epäselvä tai suppea ohjaustyyli, potilaan passiivinen rooli tai kyvyttömyys toimia vuorovaikutteisuutta edistävasti.



Kuva 4. Vuorovaikutteisuutta edistäviä ja haittavia tekijöitä

Potilaat kokivat, että kiire vaikuttaa vuorovaikutteisuutta heikentävästi, koska ammattihenkilöillä ei ollut aikaa keskustella. Kiireessä turvauduttiin antamaan kirjallista

materiaalia ja kehoitettiin hakeutumaan sydänryhmään, mikä järjestetään Peijaksen sairaalassa kotiutumisen jälkeen. Erityisesti mainittiin lääkärien olevan liian kiireisiä potilaan kysymyksille.

”Mä luulen, että siinä oli enemmän se kiire. Kyllä tuntu, että näillä sairaanhoitajilla ja fysioterapeuteilla oli kyllä sitä työtä, että kyllä vähän vaikutti sillä lailla”

Useimmat potilaat ehtivät olla sairaalajakson aikana usealla osastolla, jolloin kiiretilanne vaihteli osastolla vallitsevan työmäärän mukaan. Kiire ja rauhalliset tilanteet vaihtelivat jokaisella osastolla, mikä vaikutti potilaan kanssa käydyn ohjauksen vuorovaikutukseen. Mikäli ensimmäisellä osastolla oli kiire, saattoi seuraavalla osastolla olla jo varsin rauhallista tai toisin päin.

Rauhallinen tilanne edisti vuorovaikutteisuutta potilaan kokemana. Hoitajilla ja fysioterapeuteilla koettiin olevan enemmän aikaa ohjaukseen kuin lääkäreillä.

”Minun mielestäni silloin kun näistä asioista, mitä nyt yleensäkin tuli ohjeita tai sitten keskustelua tästä asiasta, niin sillä hetkellä minusta ei tuntunut siltä, että hoitajalla olisi ollut kiire muualle. Siinä mielessä oli hyvä, että oli just sitä asiaa varten. Ei ollu kiire.”

Ohjaukseen käytetyn ajankäytön lisäksi ohjaukseen vaikutti ammattihenkilön ja potilaan roolit sekä vuorovaikutustyyli. Positiivisena koettiin ammattilaisen ymmärrettävä, syyllistämätön ja potilaan tasolla tapahtuva vuorovaikutustyyli.

”Minusta nämä hoitajat ja lääkärit oli jotenkin niinkun minun tasolla. Minun ei tarvinnu ajatella, että missähän korkeuksissa nämä ihmiset on, vaan ihan potilaan tasolla. Sillä tavalla että se vuorovaikutus oli semmonen mielummin läheinen ja tuttavallinen kuin semmonen kaukainen ja yliolkainen.”

Suppea ja epäselvä ohjaustyyli koettiin ohjausta heikentäväksi tekijäksi. Luentomainen ohjaustyyli, lukeminen suoraan paperista sekä pelkän sairauden tilan selvittäminen heikensivät vuorovaikutteisuutta. Erityisesti vieraan termistön käyttäminen ohjauksessa sai ohjauksen tuntumaan vaikeasti ymmärrettävältä. Lääkärit syyllistyivät useammin epäselvään ja suppeaan vuorovaikutustyyliin kuin hoitajat tai fysioterapeutit, mikä vaikutti myös

lääkärien ammattiryhmän etäiseksi jäämiseen. Toisaalta erään potilaan mukaan, lääkäriltä ei odotettukaan ohjauksellista roolia.

”- - ne käyttää niitä kaiken maailman semmosia termejä, etteihän niitä tavallinen ihminen muista.”

”Lääkärit ehkä vähän etäisempi siinä mielessä, että ku hän vain kertoi sen ja tietenkään niistä nyt ei maallikko ymmärrä joka asiaa, mitä hän sanoo.”

Useassa haastattelussa ilmeni, että lääkärit ohjasivat toimenpiteiden yhteydessä, mikä saattoi aiheuttaa lääkärin vuorovaikutukseen etäisemmän kuvan ja kiireentunnun. Tavallista oli, että potilaalle kerrottiin sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen yhteydessä tai sydämen ultraäänitutkimuksen yhteydessä tuloksista.

Potilaalla on yhtä merkittävä rooli vuorovaikutuksen rakentajana ja ylläpitäjänä kuin ammattihenkilölläkin. Kaikki potilaat kokivat, että heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjaustilanteessa. Puhuminen koettiin vuorovaikutteisuutta lisäävänä ja kysyminen nähtiin omakohtaistavan yleisenkin tiedon. Oma kiinnostus ja aktiivisuus nähtiin merkittävänä tiedon omaksumisessa.

”- - mun mielestä potilaankin kuuluu olla kiinnostunut siitä asiasta, että mites nyt tästä eteenpäin miten mä tätä hoidan. Kyllä se oma intressi on aika ratkaiseva mun mielestä siinä. Ihan siinä tiedonimemisvaiheessa jos et sä osaa kysyä mitään tai et viitsi kysyä mitään, niin enemmänhän sulle sillon jää semmosia heiluvia palloja tänne (=päähän).”

Omakohtaista tietoa sai erityisesti, jos osasi esittää kysymyksiä. Monen potilaan mielestä kysymyksen esittäminen ei ollut kuitenkaan helppoa, sillä sairauden kokemus hämmensi ja aiheutti lukon omassa aktiivisuudessa. Potilas ei osannut kysyä tilanteen uutuuden takia.

”Eihän siinä tilanteessa tietysti niin hirveesti tule niitä kysymyksiä mieleen, varsinkaan sillon kun tänne on tullu. Sitä on niin äimän käkenä, että ei ymmärrä.”

Huomioitavaa on, että tutkimuspotilaina oli ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneita ja koettu tilanne oli siten kaikin puolin uusi ja pelottava. Heillä ei ollut välttämättä aikaisempaa tietoa sairaudesta. Eräs potilas oli kokenut lähiomaisen sydänsairauden läheltä ja hän koki, että tieto lähiomaisen sairastumisesta auttoi tiedon omaksumisessa ja kysymyksen esittämisessä. Sairauden uutuus ei kuitenkaan ollut ainoa vuorovaikutteisuutta vähentävä

tekijä vaan potilas saattoi olla vain passiivinen. Passiivinen asenne omaa sairautta kohtaan ei edistä tiedon vastaanottamista tai vuorovaikutteisen ohjaustilanteen syntymistä.

”Kyllä mun mielestä pitää aika nöyränä kuitenkin ottaa vastaan, mitä tämmösessä tilanteessa tarjotaan.”

Ohjauksen sisältö

Ohjauskeskustelun sisältöjä olivat sairaus sekä elämä sairauden kanssa (Kuva 5). Potilaat kokivat saaneensa tietoa sairautensa tilasta sekä tutkimuksien, kuten sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen tuloksista. Sairautta käsittelevässä ohjauskeskustelussa käytiin läpi myös sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia yleisellä tasolla, kuten kirjallisessa materiaalissakin. Potilaat kokivat saaneensa tätä tietoa enimmäkseen sairaalavaiheen alussa, akuuttihoiossa, jolloin tutkimuksien tulokset ja sepelvaltimoiden tila olivat merkittäviä hoidon kannalta.

”- - kun kardiologi tuli, niin hän sitten, kun siirrettiin tonne toimenpidehuoneeseen, niin hän sitten kerto, että nyt tehdään sulle varjoainekuvauus. Ja jos siellä löytyy ahtautumia, niin tehdään pallolaajennus, ja tarvittaessa laitetaan sitten stentti. - lääkäri kerto koko ajan, että miten tää toimii ja mitä tehdään.”



Kuva 5. Ohjauksen sisältö

Elämä sairauden kanssa –ohjaus jakaantui riskitekijöihin, elämäntapoihin, liikunta-asioihin, lääkitykseen ja jatkohoitoon. Potilaat kuvasivat, että sepelvaltimotaudin riskitekijöinä käsiteltiin diabetesta, kolesteroleja, stressiä, sukurasitetta, verenpainetta sekä tupakointia ja yleisesti eri riskitekijöitä. Ohjauksessa keskusteltiin myös riskitekijöihin vaikuttavista elämäntavoista kuten alkoholin käytöstä, ruokavaliosta, painonpudotuksesta ja liikunnasta. Liikunnasta ja kuntoutuksesta puhuttiin erityisen paljon. Fysioterapeutti vastasi lähinnä liikuntaan ja kuntoutukseen liittyvästä keskustelusta sekä tehtiin kävelyharjoitteita, joissa mitattiin sykettä. Keskustelussa käsiteltiin liikkumista toipilaana eri aikajaksoina kotiutuksen jälkeen. Eräs potilaista koki, että oli saanut ristiriitaisia ohjeita liikkumisesta eri henkilöiltä, mikä hankaloitti hänen liikkumistaan. Ohjauskeskustelussa käytiin läpi myös sairauden hoidossa käytettäviä lääkityksiä ja lääkekorvattavuuksia lääkärin ja hoitajien kanssa. Lääkityksen läpikäynnin potilaat kokivat tärkeäksi. Lääkekorvaukset kuuluivat osaltaan jatkohoidosta keskusteluun. Muina asioina jatkohoidon yhteydessä keskusteltiin lähinnä hoitoon hakeutumisen tärkeyttä jatkohoito-ohjeita sekä yleisesti sepelvaltimotaudin kanssa elämisestä.

”Yleensä siitä tietysti sen keskipisteenä oli tämä minun sairaus ja siihen liittyvät asiat. Ja hyvin tarmokkaasti, mutta lämpimästi tästä kotiintulosta ja kotona olemisesta ja sillä tavalla miten tärkeätä on noudattaa näitä ohjeita minun kannalta.”

”Siitähän se tavallaan lähti se keskustelu, että hän kävi vähän läpi, että liikkuko, vai mitä yleensä touhuua. Kyllä se oli hyvin selkee se. Ja sain ne vastaukset ja nimenomaan sen ohjauksen siihen, että mihin kohtiin mun pitää kiinnittää huomiota jatkossa.”

Vaikka potilaat kokivat ohjauskeskustelun sisällön hyväksi, joidenkin mielestä he eivät olleet saaneet tarpeeksi ymmärrettävää tietoa sairaudesta tai toimenpiteiden tuloksista. Jotkut potilaat jäivät myös kaipaamaan keskustelua ruokavaliosta, liikunnasta, lääkekorvattavuudesta, lääkkeistä sekä yleisesti elämäntapojen yhteyttä sepelvaltimotautiin.

”- - näillä lääkityksillä mullekin jäi vielä epäselväksi tämä lääkkeiden vaikutus kokonaisuudessaan - -.”

Nämä ohjaussisältöjen puutteet kertovat siitä, että ohjauskeskustelut eivät ole samankaltaisia toisiinsa nähden ja ohjaustilanteet vaihtelevat, jolloin potilaan kanssa saattaa jäädä jokin asia keskustelematta.

Yksilöllisyys

Ohjauskeskustelu ammattihenkilön kanssa koettiin yksilölliseksi, silloin kun ohjauksessa käsiteltiin potilaan omia arki- ja kotiasioita, kuten kotona pärjäämistä ja tottumuksia. Lisäksi omista henkilökohtaisista riskitekijöistä keskusteleminen sai ohjauksen tuntumaan yksilölliseltä.

”Ruvettiin purkaan sitä mun tilannetta siinä ja sen mukaan mentiin tavallaan. Niinkun mun tupakanpoltosta ja tämmösestä kaikesta mitä puhuttiin. Se oli että se olin minä, mistä puhuttiin.”

Sen sijaan liian yleinen keskusteleminen sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä ei edistänyt yksilöllisen ohjauksen kokemusta. Toisaalta koettiin, että tietyt perusasiat pitääkin keskustella kaikkien potilaiden kanssa saman kaavan mukaan.

”Kyllä se oli enemmän semmosta yleisluontoista tarinointia siinä muun hoidon ohessa sitte. Ei siinä tullu sellasta erityisesti mun tapaukseen keskittynyttä.”

Tavoitteen asettelu

Potilaat olivat itsenäisesti asettaneet omahoidon muutostavoitteet jo sairaalahoidon aikana tai vasta kotiuduttuaan sairaalasta. Ohjauskeskustelussa ei käyty varsinaisesti tavoitteiden asettelua läpi hoitajan kanssa, mutta hoitajan tuki nähtiin tarpeelliseksi. Varsinainen tavoitteen asettelu konkretisoitui omassa toiminnassa vasta ohjauksen jälkeen.

Potilaiden asettamat tavoitteet liittyivät elämäntapojen parantamiseen, kuten tupakoitsijoilla tupakoinnin lopettamiseen ja muilla potilailla alkoholin käytön lopettamiseen, liikunnan lisäämiseen, painon alentamiseen, ruokavalion keventämiseen sekä kahvin juonnin lopettamiseen. Potilailla saattoi olla muodostettuna myös useampi kuin yksi elämäntapoihin liittyvä muutostavoite. Eräällä potilaalla ei ollut omasta mielestään mitään muutettavaa elämäntavoissaan, koska kaikki sepelvaltimotautiin riskitekijät olivat hänen mielestään

kunnossa. Näin on esimerkiksi siinä tilanteessa, jos ainoana riskitekijänä on perimä, johon ei pysty vaikuttamaan.

Tavoitteen muodostuksen taustalla vaikuttivat aikaisemmat käsitykset elämäntavoista sekä kuoleman pelko ja ohjauskeskustelu (Kuva 6). Aikaisempien käsitysten yhteys muutostavoitteeseen näkyi potilaiden puheista vahvana. Potilaat kuvasivat, että he olivat jo aikaisemmin pohtineet elämäntavan muutosta terveellisemmäksi ja osa oli jo tehnyt jonkinlaista elämäntaparemonttia. Etenkin tupakoitsijat olivat harkinneet ainakin joskus aikaisemmin tupakoinnin lopettamista, joten heillä oli muutoksentekoprosessi jo niiltä osin käynnissä.

”Mää olin päättänyt lopettaa tupakoinnin joka tapauksessa. - - että mä oon sitä henkistä työtä tehnyt sitä tupakoinnin lopettamista varten jo etukäteen pitkään.”



Kuva 6. Tavoitteen asetteluun vaikuttavia tekijöitä

Aikaisempien käsitysten lisäksi muutostavoitteen muodostukseen vaikutti myös kuoleman pelko. Motivaatio elämänmuutokseen löytyi pelosta ja elämän halusta. Osan mielestä ohjauskeskustelulla koettiin olevan vaikutusta muutostavoitteen muodostuksessa. Ohjauskeskustelu oli hyödyllinen elämäntapojen muuttamisessa, sillä se herätti ymmärtämään

elämäntapojen riskejä ja vahvasti päätöstä muutoksen tekoon. Ohjaus itsessään motivoi liikunnallisuuden lisäämiseen, ruokavalion keventämiseen ja tupakoinnin lopettamiseen.

”Kyl se sillä lailla, että kun tähän ei oo koskaan ajateltu, ajatellu sitä (=tupakoinnin) lopettamistakaan. Nyt kun lääkäri sanoo sen, ja tajuaa ja on ollu tämmönen tilanne, niin kyllä se nyt erilailta asiaa ajattelee, kun tähän mennessä.”

Omaisten huomiointi

Omaisten ohjaus huomioitiin ainoastaan kahden potilaan kohdalla. Toisaalta joidenkin potilaiden mukaan omaisten ohjaamiselle ei nähty tarvettakaan. Potilaiden mielestä tarvetta ei ollut omaisen ohjaamiselle, koska omainen oli itse sydänsairas ja tiesi jo sen kautta sairautta koskevaa tietoa. Omaisella oletettiin olevan tietoa ammattinsa kautta tai muuten vain tiedon aktiivisen hakemisen kautta. Eräässä tapauksessa potilas itse ei kokenut tilannettaan niin traagiseksi, että siitä olisi tarvinnut omaiselle erikseen ohjata. Kuitenkin omainen nähtiin yleisesti tiedon muistuttajana ja muistajana.

”- - on parempi, että hänellekin sanoo joku jotain. Kyllä se on hyvä ja ehkä se muakin rauhoittaa sanotaan näin sitä ajatusta, kun tietää, että toinenkin tietää sitte, miten tästä pitäis mennä eteenpäin. On se ainakin muistuttamassa sitte jos yrittää lintsata.”

Omaiset koettiin myös aktiivisena ohjausmateriaalin käyttäjinä, joten tiedolla voidaan ajatella olevan kuitenkin omaisille merkitystä. Eräs potilas koki, että omaisen kanssa oli yhtä tärkeää keskustella kuin itse potilaallekin, jotta omainen ymmärtää tilanteen oikein, eikä turhaan hätäännä. Omaisen hätäntyminen vaikutti potilaan kokemukseen sairaudesta toipumisessa. Omaisen kanssa oikeastaan keskusteltiin, mikäli omainen osasi kysyä hoitajalta. Siinä mielessä omaisen aktiivisuus oli riippuvainen ohjauskeskustelun syntymiseen.

Oikea-aikaisuus

Ohjauksen oikea-aikaisuuden kokemukseen vaikuttivat tilanne sairaalassa, potilaan psyykkinen ohjauksen vastaanottokyky, muistaminen sekä sairaus itse (Kuva 7).



Kuva 7. Ohjauksen oikea-aikaisuuden kokemukseen vaikuttavat tekijät

Oman kokemuksensa mukaan liian aikaisin ohjausta saaneet potilaat kuvasivat, että he eivät muista kaikkea kerrottua, koska sairaus ikään kuin yllätti tai tietoa tuli liian paljon kerralla. Alkuvaiheessa potilaat olivat myös kipeitä, mikä aiheutti oman haasteensa kerrotun tiedon sisäistämiseksi. Kipeänä ei jaksanut paneutua ohjauskeskusteluun. Sisäistäminen oli vaikeaa jo pelkästään sairauden uutuuden takia ja vieraat olosuhteet, kuten tupakoinnin lopettaminen häiritsi keskittymistä.

”Hirnu tarkkaan mä en muista niitä keskusteluja, että tässä on enemmän semmosia suuntaviivoja, että mitä silloin puhuttiin. Kyllähän sitä itelläkin kaiken näköstä ajatusta päässä pyöri kuitenkin ja jotenkin sitä ei ehkä ollu kauheen vastaanottavainen heti tommoseen asiaan.”

Alussa psyykkinen vastaanottavuus koettiin huonoksi sairauden takia. Jo tulevaisuuden pelko aiheutti vaikeutta kerrotun sisäistämiseen. Eräs haastateltava koki, että liian aikainen

Sepelvaltimotautioppaan antaminen aiheutti turhaa pelkoa, kun ei vielä ymmärtänyt tilannetta. Koettiin, että olisi parempi käydä ohjauskeskustelua vasta sitten, kun alkujärkytyksestä on selvitty.

”Ehkä se (= ohjaus) kuitenkin on parempi, että se tulee vähän siinä, tavallaan, kun sä oot pikkasen jo selvinny siitä, että pystyt vähän kasaamaan ittes.”

Ohjausta toivottiinkin lisää lähempänä kotiutumista. Sairauden tilanteella ja hoidon ajallisuudella oli myös merkitystä liian aikaisin koettuun ohjaukseen. Ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta ei ollut vielä varmasti tietoa sydämen tilanteesta. Osa kuitenkin koki, että oli hyvä antaa tietoa jo aikaisessa vaiheessa, vaikka sisäistäminen ei ollut vielä silloin kaikista parhaita.

”Ei se liian aikaisin missään nimessä sitä varten, koska kyllähän sitä täytyy tuolla kun makoilee ni tietää, miksi makoilee. Ni ei silleen, mutta sitte pidemmälle niinkun elämäntapoja ja muita tällöisiä asioita ja että miten tästä eteenpäin, niin eihän niitä silleen osaa sisäistää välttämättä, mutta kyllä se on tärkeä heti alusta puhua niitä mun mielestä, vaikka ei niitä heti ymmärtäiskään, mutta kuitenkin silleen että on jotain, mitä pureskella.”

Kokemus liian myöhäisestä ohjauskeskustelusta liittyi joillakin potilailla siihen, että ei osattu antaa tietoa sydämen tilanteesta ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta. Toisaalta oli myös kokemuksia, joissa ohjauskeskustelua oli käyty vasta vuodeosastolla monta päivää, pisimmillään 8. päivää, sairaalaan tulon jälkeen. Potilaat kokivat sairauden epäselvän tilanteen epämiellyttävänä.

”- - sitten siellä CCU:ssa olis ehkä, se jotenkin. No, tietysti on kiire kaikilla, ja sellanen paikka kun on. Mut ei mistään, että kun mä meninkin sinne, niin ois jotain kaivannu, että missä nyt mennään, mut ei mitään. Kokeita otettiin ja muuta, mutta ei mitään niistä sitten, että mitä on.”

Ne henkilöt, jotka kokivat ohjauskeskustelun oikea-aikaiseksi, olivat saaneet ohjausta heti alusta lähtien. Nämä henkilöt eivät kokeneet epäselvyyden kokemuksia. Yhden potilaan mukaan oli hyvä saada tietoa pienissä erissä koko sairaalajakson ajan ja eräs potilas koki sairauteen liittyvän tiedon helpoksi sisäistää, koska hänellä oli aikaisempaa tietoa omaisen

sydänkohtauksen sairastamisesta. Yhden potilaan kohdalla hänen jaksamisensa huomioitiin ohjauskeskustelun ajankohdassa.

”- - ne kävi aina kysymässä, että jutellaanko nyt ja muuta, että otettiin huomioon se, miten mä jaksoin ja muuta. Kyllä mun mielestä se tuli ihan oikeeseen aikaan.”

4.2 OHJAUKSEN MERKITYS

Riittävyys

Suurin osa potilaista koki käydyn ohjauksen tietosisällöltään riittäväksi. Ainoastaan kolme potilasta olisi halunnut saada lisätietoa tai syvempää paneutumista ohjauskeskustelun sisältöihin. Enemmän ohjausta olisi haluttu sepelvaltimoiden suonitilanteesta ja lääkityksestä.

”- - niin kyllä mulle jäi epäselvyys siitä, että mää olisin halunnut tietää tarkemmin, mitä siellä jäi huonoa vielä sinne sydämen puolelle.”

Lääkäriltä olisi haluttu enemmän paneutumista, sillä nyt oli jäänyt kysymyksiä pyörimään mieleen, joita ei saanut kysytyä sairaalassaoloaikana. Lisätiedon tarvetta ei kuvattu olevan ohjauskeskustelussa, mutta silti mainittiin, että lisätietoa oli osannut hakea Internetistä. Lisätiedon tarvetta oli siis kuitenkin jäänyt jollekin potilaalle. Ongelma tietosisällön riittävyyden arvioinnissa voi olla se, että potilas ei tiedä millaista tietoa pitäisi ohjauksessa käydä läpi. Eräs potilas kuvasi, että pitää olla tyytyväinen siihen ohjaukseen, mitä tarjotaan. Tämä kuvaa varsin passiivista tiedon vastaanottajaa. Sairaalassa käyty ohjaus koettiin tiedollisesti riittäväksi siinä mielessä, että se oli sopivaa vastaanottamisen kannalta, sillä suurta määrää tietoa ei pystyisi vastaanottamaan kerralla.

”Sen mitä mä halusin, niin varmasti sain. Mää uskon, että enemmänkin olis saanu tietoa, jos olis ollu semmosella jotenkin vastaanottavaisemmalla kannalla, että mä sain sen, mitä mä tarvin sillä hetkellä. Sitte mää ajattelin, että loput sitte kattelee vaikka noista papereista tai mistä katteleekin tai kyselee lääkäriltä lisätietoja, mutta siihen hetkeen sain sen, mitä mä tarvin.”

Samojen asioiden kertaus ei myöskään tuntunut liialliselta. Jatkohoitoon ohjaus koettiin lisäksi onnistuneeksi, sillä eräs potilas ei kokenut jäävänsä tyhjän päälle sairaalassa olon jälkeen.

Hyödynnettävyys arjessa

Potilaat olivat pystyneet hyödyntämään ohjausta arkielämässä. Kirjallinen materiaali oli monien potilaiden mukaan hyödyllinen arjen asioissa, mutta ohjaus kokonaisuudessaan nähtiin arjessa auttajana. Kirjallisista oppaista sai lisätietoa, mitä ei välttämättä tullut suullisessa ohjauksessa käytyä läpi. Lisäksi materiaali toimi muistuttajana. Eräs potilas kuvasi kirjallisen materiaalin hyödyllisyyttä seuraavasti:

”- - näistä saa sitä lisätietoa sitte, että jos ei kaikkia muista, niin voi sitte täydentää näistä.”

Potilaat olivat saaneet vinkkejä arjen elämiseen, kuten saunomiseen, suihkutapin korkeuteen ja verhojen laittoon, sillä kehoa ei saa kuormittaa toipilaana samalla tavalla kuin terveenä. Ohjauksen koettiin olleen apuna tupakoinnin lopettamisessa ja kotona liikkumisessa. Hyödylliseksi koettiin omien toipilaana liikkumisen rajojen tunnistamisessa sykerajojen kautta. Ohjaus opasti lisäksi liikkumaan rauhallisemmin kuin ennen.

”- - kun se sano se fysioterapeutinkin, että kaikkii saa tehdä, mutta sillain rauhallisesti. Ja kun - - mä tykkään tehdä reippaasti hommat ja näin. Se mulla aina tulee monta kertaa päivässä mieleen, että ai niin, että nyt vois tehdäkin vähän rauhallisemmin.”

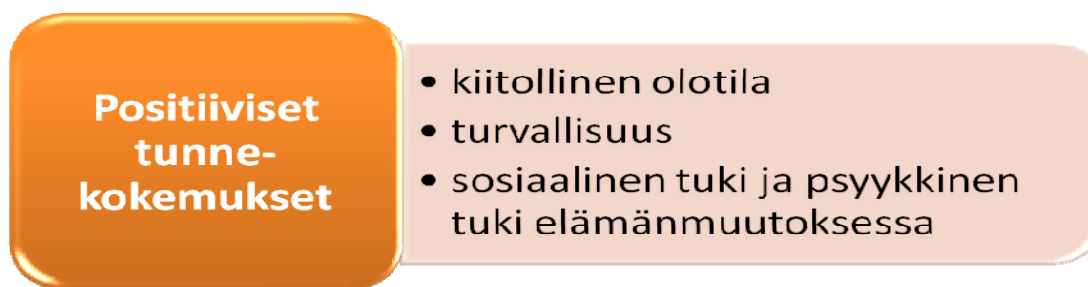
Erään potilaan mukaan ohjaus opasti masennuksen tarkkailuun, mikä onkin merkittävää sydäntapahtumiin liittyvän masennusriskin takia. Muutamien potilaiden kokemana merkittävä ohjauksen anti oli avunsoittoherkkyyden nouseminen. He kertoivat osaavansa nyt hälyttää apua nopeammin, mikäli vastaavia sydänoireita ilmaantuu.

Tunteet ja tuki

Ohjauskeskustelut saivat aikaan positiivisten tunteiden kokemuksen tai sitten ohjauksella koettu olevan erityistä merkitystä. Osalla potilaista ohjaus ei herättänyt tunteita, mutta ei myöskään ohjauksen puuttuminen. Suurimmaksi osaksi potilaiden oli vaikeaa määritellä tuen ja tunteiden osallisuutta ohjausprosessiin. Eräs osasi kuvata, että ohjauksella ei ollut hänelle erityisempää merkitystä, koska hänellä oli jo niin paljon tietoa taudista ja riskitekijöistä. Ainoastaan yhdellä potilaalla oli tullut hieman negatiivinen tunnekokemus ristiriitaisten neuvojen takia.

Ne potilaat, jotka kokivat ohjauksen herättäneen positiivisen tunnekokemuksen (Kuva 8), määrittivät ohjauksen herättäneen kiittollisuuden, turvallisuuden tai jonkin muun määrittelemättömän positiivisen tunteen. Lisäksi ohjaus nähtiin merkityksellisenä sosiaalisena ja psyykkisenä elämänmuutoksen tukijana. Kiittollisuutta koettiin saaduista elämänohjeista. Elämänmuutostilanteessa ohjaus koettiin tukena ja omien päätöksiensä vahvistajana sekä tiedonantajana.

”Mää ehkä semmosena tiedonantajana ja siinä elämänmuutoksen tukijana tuntisin sen.”



Kuva 8. Ohjauksen herättämät positiiviset tunnekokemukset

Ohjauskeskustelu ammattihenkilön kanssa toi turvallisuuden tunnetta vakavasti sairastuneen mielessä. Ohjaus toimi osaltaan pelon poistajana, sillä potilas sai ajantasaista tietoa

sairautensa tilanteesta sekä toivoa tulevaisuuteen. Koettiin, että elämä ja tekeminen eivät ole vielä ohi.

” - - kun jossain vaiheessa ajatteli siinä tiettyinä hetkinä, että nyt on jotkut tietyt asiat kaikki tältä elämältä ohitse, että jotain asiaa ei voi tehdä enää koskaan ja siinä mielessä kun sitte tuli ilmi, että mitä voi tehdä ja kuinka, niin siinä mielessä helpotti.”

On vaikeaa selvittää, johtuiko turvallisuuden tunne pelkästään ohjauksesta vai koko saadusta hoidosta. Osa potilaista mielsi positiiviset tunnekokemukset liittyvän hoitoon kokonaisuutena. Potilas tunsi itsensä merkitykselliseksi, kun oli hoidon keskipisteenä.

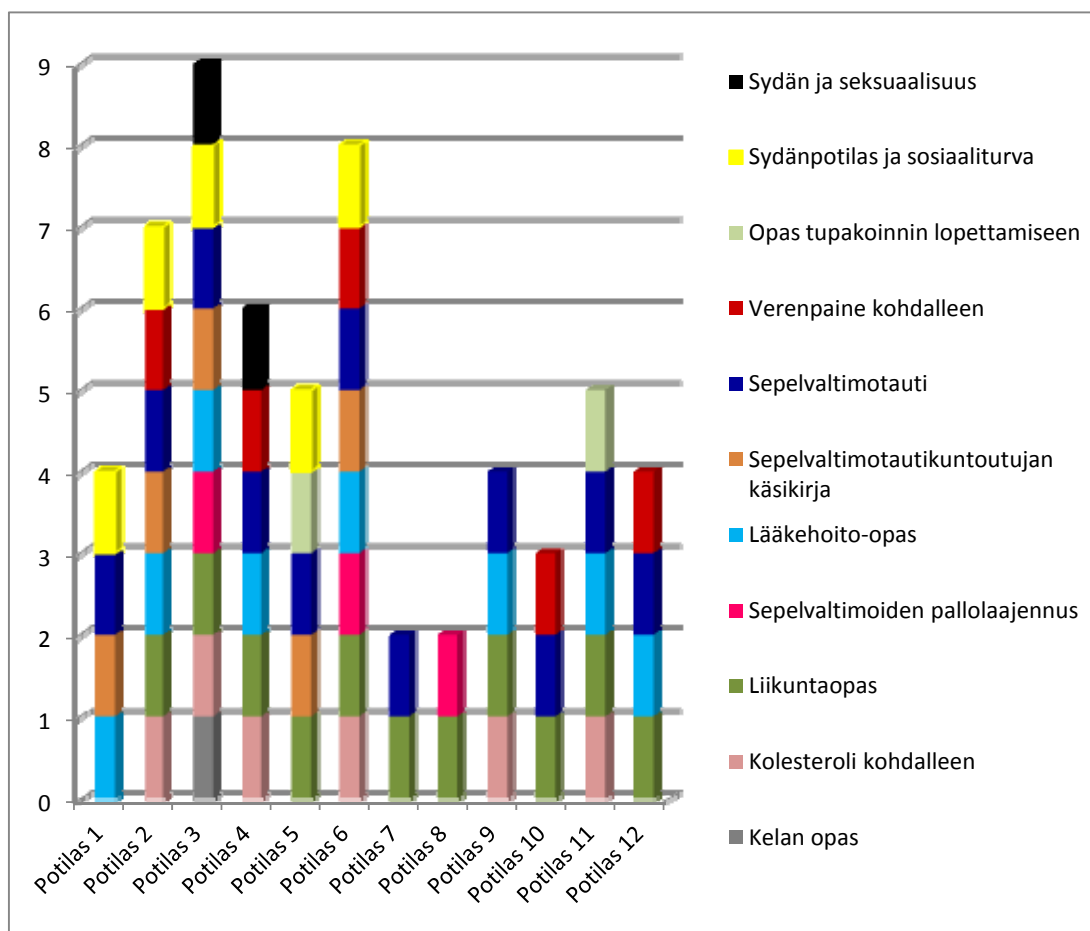
” - - kyllä se tavallaan silleen, että joku välitti musta ja joku osas kertoa mulle ne asiat. Ja osas kertoa ne silleen, että mä ymmärsin ne.

”Kyllähän se on tuki ja kyllähän varmaan ihminen kokee, että sut huomioidaan, että sä olet kuitenkin tärkeä kappale tässä, että kyllä sulle semmonen olo siitä tulee ku sä sen käyt läpi, että kaikki näkee vaivaa tekee duunia sun eteen kyllä semmonen olo tulee siitä.”

4.3 KIRJALLINEN MATERIAALI

Materiaalin sisältö

Potilaat saivat kirjallisena materiaalina Sydänliiton, Hengityслиiton ja HUS:n julkaisemia oppaita sekä muuta kirjallista materiaalia. Oppaita annettiin potilaille vaihtelevia lukumääriä (Taulukko 2). Keskimääräisesti kukin potilas sai 5 opasta. Potilas 3 sai eniten eli yhdeksän opasta ja vähiten saivat potilaat 7 ja 8. Sepelvaltimotauti, Sepelvaltimoiden pallolaajennus tai Sepelvaltimotautikuntoutujan käsikirja ovat asiasisällöltään suurin piirtein samansisältöisiä perusoppaita sepelvaltimotaudista. Jokainen potilas sai jonkun näistä samansisältöisistä oppaista, mutta useat potilaat saivat niitä kaksi tai jopa kolme kappaletta. Samansisältöisten oppaiden on tarkoitus korvata toisiaan. Kuitenkin osoittautui, että päällekkäisyyttä oli oppaiden antamisessa. Yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikki saivat Liikuntaoppaan. Kaksi kolmasosaa potilaista oli saanut Lääkehoito-oppaan ja puolet oli saanut Kolesteroli kohdalleen -oppaan. Tutkimusajankohtana Kohdesairaalan sydänvalvontaosastolla ja vuodeosastolla oli kaikkia oppaita saatavilla riittävästi.

Taulukko 2. Potilaiden saamat oppaat.

Oppaiden lisäksi potilaat olivat saaneet vaihtelevia määriä muita ohjeita. Nitron käyttöohjeen ja Sydänkurseja työikäisille oli saanut neljäsosa potilaista. Muutamat potilaat olivat saaneet Angioseal -ohjeen, kardiologisen kertomuksen ja Vantaan Sydänyhdistyksen esitteen. Useat potilaat olivat saaneet sydänryhmäajan Peijaksen sairaalassa järjestettävään sydänryhmään kotiutumisen jälkeiseksi ajaksi. Useimmiten hoitaja tai fysioterapeutti oli antanut kirjallisia ohjeita, mutta yksi potilas sai lääkäriltä Internetistä tulostettuja elämäntapaohjeita. Eräs potilas kertoi, myös ottaneensa itse ohjeita jostain osastolta.

Materiaalin riittävyys

Potilaat kokivat annetun kirjallisen materiaalin suurimmaksi osaksi riittäväksi omaa tiedon tarvettaan vastaan. Kukaan ei kokenut, että kirjallista materiaalia olisi ollut liian vähän, vaikka osa potilaista saikin materiaalia varsin niukasti. Eräs potilas kuvasi osaavansa itsekin etsiä tietoa esimerkiksi Internetistä sitten, kun tietoa tarvitsee.

”On harvinaisen hyvät ja selkeät en minä ainakaan vielä tarvi sen kummempia ohjeita.”

”Musta tuntuu, että jos sitä tulee vielä enemmän, niin sit ne menee vielä roskakoriin. Se on se vaara aina, että kun niitä tulee liian paljon.”

Tiedon tarpeen arviointi on ammattihenkilölle haasteellista ja siksi voidaan helposti antaa materiaalia liikaa. Eräs potilas koki, että annettua materiaalia oli liikaa ja se hankaloitti tiedon sisäistämistä, koska samaa tietoa oli monissa materiaaleissa ja itselle uusia tiedon jyväsiä joutui hakemaan laajasta materiaalista. Lisäksi havaittiin tiedon päällekkäisyyttä. Eräessä tapauksessa annettu materiaali oli myös ollut virheellistä.

”En ole ehtinyt näitäkään vielä kovin kummosesti sisäistää - - niitä on liikaa se voi olla joo.”

”Aika samoja asioita useimmasta paperista kuitenkin saa lukea. Tietenkin ne on niitä perusasioita, niin ne on vähän joka paperissa samat jutut siellä.”

Materiaalin käyttö sairaalassa ja kotona

Sairaalassa kirjallista materiaalia annettiin sairaalassa luettavaksi ja sitä käytiin myös osittain tarkasti läpi suullisen ohjauksen ohessa. Pääsääntöisesti hoitajat ja fysioterapeutit vastasivat kirjallisen materiaalin antamisesta ja ohjeistamisesta. Ammattihenkilöt tekivät kirjallisia merkintöjä oppaisiin yhdessä potilaan kanssa, jotta potilaan on helpompi paneutua hänen sairauden kannalta tärkeisiin seikkoihin.

”Hän sit sinne alleviivaili ja merkkaili kans kaikkee semmosta” huomionarvosta, mitä siinä on”

”Merkkejä, ja jonnekin me tehtiin semmonen taulukko”.

Potilaille oli jäänyt mieleen, että Liikuntaopas käytiin erityisen tarkasti läpi fysioterapeutin kanssa. Paljon materiaalia annettiin myös itse luettavaksi, mutta ammattihenkilö kävi ohjauksessaan läpi osin samoja asioita, joita oli materiaalissa.

”Sitte tämä lääkehoito tästä nyt ei hirveesti ollu puhetta, että tämä on vain itse lueskeltavaksi”.

”Hän sitten vaan kerto, että lueskele näitä sitten joskus. Mutta hän kuitenkin oli kertonu niitä samoja asioita, mitä niissä on niissä esitteissä. Mutta sano, että hän tuo nää sulle, että saat sitte lisää lueskella näitä.”.

Potilaat olivat käyttäneet kirjallista materiaalia kotona vaihtelevasti. Monet olivat lukeneet tai selanneet oppaita kiinnostuksen mukaan:

”lähinnähän mä oon tämmösiin kaikkiin näihin, että tähän mun liikkumiseen ja liikuntaan, että millon mä, millon on hyvä tehdä kuinkakin paljon. Täällähän on aikoja, kuinka paljon sä voit aina lisätä niitä, ja muita. Semmosiin mä oon lähinnä sitten. Oon mä nyt tutkinu näitäkin, näitä sepelvaltimojuuttuja, lukenu näitä sillä tavalla, että mitä se, tää ite sairaus kaikkineen. Oon mä niitä sieltä kattonu.”

Eniten kiinnostusta olivat herättäneet liikunta-asiat ja lääkehoitoasiat, mutta myös sairaus sekä elämäntapoihin liittyvät asiat olivat kiinnostaneet. Haastattelut suoritettiin keskimääräisesti kolme viikkoa kotiutumisesta, joten tästä voidaan päätellä ylipäänsä liikkumisen ja fyysisen kuntoutumisen sekä lääkehoidollisien asioiden herättäneen voimakkaimman kiinnostuksen materiaalia kohtaan ensimmäisinä viikkoina sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Ne potilaat, jotka eivät olleet vielä kotona ollessaan perehtyneet kirjalliseen materiaaliin itsenäisesti, kokivat, että heillä ei ollut herännyt tiedon tarvetta tai eivät olleet masennuksen takia jaksaneet tarttua materiaaliin.

”Mä sanon, että kun mua muutenkin masentaa niin tää elämä, niin vielä alkaa lukeen näitä tämmösiä, mitkä liittyy koko ajan tähän terveyteen.”

Materiaalin merkitys

Kirjallinen materiaali koettiin lisätiedon antajana potilaalle ja omaiselle. Omaisille ei annettu juurikaan ohjausta sairaalassa, joten he saivat tietoa sairaudesta sekä elämäntavoista kirjallisen materiaalin kautta. Kirjallinen materiaali toimi myös muistin apuna, koska potilaat eivät muistaneet kaikkea kerrottua. Sairaalassa annettu ohjaus palasi myös mieleen uudelleen lukemalla.

”Ja sit tavallaan se, että kun lukee tota krjasta, niin sit tulee mieleen, että ai niin, se hoitajahan siellä sairaalassa puhu tästä.”

Potilasoppaat koettiin kotona pärjäämisen tukijana juuri tämän tietoa antavan ominaisuuden ansiosta, mutta ne koettiin ikään kuin psyykkisenä tukena myös.

”Ja mun mielestä se oli rakennettu se koko paketti siinä niistä juttuja kun lukee niistä lehtisistä yleensäkin, niin sehän lähtee hyvin pitkälti semmosesta ajatuksesta, että et ole yksin tämän kanssa, että maailmassa on paljon samanlaisia ihmisiä.”

4.4 KEHITTÄMISTOIVEET OHJAUKSELLE

Potilaat esittivät selkeästi kehittämistoiveita ohjauksen määrälle, ajankohdalle sekä ammattilaisen ohjaustavalle. Osa olisi halunnut ohjaukseen käytännön ohjeita lisää ja toivoi varsinkin materiaalilta selkeyttä. Materiaalilta toivottiin taskuopasmaista yhteenvetoa, josta saa helposti tietoa. Määrällisesti liiallisesta materiaalista oli työlästä löytää oleellisia ydinasioita sairauden kanssa elämiseen.

” - - sitä nyt lähinnä odottaa sellasta selkeitä käytännön ohjetta, että miten pitää toimia. Ei nyt välttämättä kauhean laajaa lääketieteellistä esitystä sen tueksi, mutta selkeitä käytännön ohjeita, että miten pitää toimia ja tällasta.”

Tarvetta koettiin myös omaisten ohjaukseen, sillä ammattihenkilön koettiin osaavan selittää potilaan asiat selkeästi ja ilman tunnepitoisia latauksia.

Ajankohdallisesti toivottiin ohjausta myöhemmässä ajankohdassa eli lähellä kotiutusta tai kotiutuksen jälkeen. Potilaat kokivat, että tiedon tarve oli suurin juuri sairaalasta kotiutumisen kynnyksellä, jotta muistaa, miten kotona tulee elää sairauden kanssa. Alkuvaiheen ohjaustilanteet koettiin hankalaksi muistaa sairauden kokemuksen takia.

”Se ehkä oli siinä, että näistä puhuttiin aika nopeesti ensimmäisen kerran, niin ei siinä jaksanut oikein keskittyä alussa. Se vois olla kyllä lähempänä sitä kotiuttamista semmonen perusteellisempi se, että sitten käytäis ne.”

Eräs potilas koki kuitenkin tiedon tarvetta myös aikaisemmin, ensimmäisinä päivinä sairaalaan saapumisen jälkeen, koska hän ei ollut saanut ohjausta silloin. Kotiutuksen jälkeen oli tarvetta ainakin yhdelle ohjaukskerralle, jossa voi kysyä kysymyksiä. Peijaksen sairaalassa järjestetään sydänryhmiä sairaalasta kotiutuneille sepelvaltimotautipotilaille noin kuukausi tai kaksi kuukautta kotiutumisen jälkeen. Yhtä potilasta lukuun ottamatta kukaan ei ollut käynyt vielä sydänryhmässä, koska haastattelut olivat ennen ryhmän järjestämisaikaa.

Ammattihenkilön ohjaustapaan toivottiin myös kehittämistä lähinnä lääkärin ohjauspanostuksen puutteeseen, ohjaustiloihin sekä ohjauksen rytmittämiseen. Lääkäreiltä toivottiin enemmän ohjausta, sillä kiireen koettiin estävän kunnon ohjauskeskustelun syntymistä. Kotiutustilanteeseen ehdotettiin yksityistä tilaa, jossa potilas uskaltaa esittää arkaluonteisiakin kysymyksiä. Arkaluonteisten kysymysten esittäminen koettiin hankalaksi usean potilaan huoneissa.

”semmonen yksityinen hetki, private hetki pitäis olla ennen kun kotiutetaan. Että se on tilassa, jossa ei ole muita.”

Ohjaustavalta toivottiin myös aikaisempaa parempaa rytmittämistä, sillä ohjausta olisi parempi saada pieninä annoksina pitkin sairaalassa oloa kuin kerralla isoja määriä. Pieniä ohjauskeskusteluja potilas kykenee sulattamaan paremmin kuin isoja tietomääriä.

5 POHDINTA

5.1 YHTEENVETO

Tutkimuksen ensimmäisenä tarkoituksena oli kuvata sydäninfarktin sairastaneen potilaan kokemusta ohjauksen vuorovaikutuksesta, sisällöistä, yksilöllisyyden toteutumisesta, tavoitteen asettelusta, omaisten huomioinnista ja ohjauksen oikea-aikaisuudesta. Toiseksi haluttiin saada selville potilaiden kokemuksia ohjauksen merkityksestä, oliko ohjaus riittävää, pystyikö potilas hyödyntämään ohjausta sekä millaisia tunnekokemuksia ohjauksessa heräsi. Kolmanneksi tutkittiin ohjauksessa käytetyn kirjallisen materiaalin kokemista ja viimeiseksi selvitettiin potilaiden ohjaustoiveita tulevaisuudelle. Tutkimuspotilaat olivat sairaalassa vain keskimäärin 6 vuorokautta, joten tutkittiin sairauden alkuvaiheen kokemuksia.

Tutkimuksesta saatiin rikas kuvaus koetuista ohjaustapahtumista. Potilaan subjektiivinen kokemus on ollut tutkimuksessa keskiössä liikaa yleistämistä välttämällä. Tulosten mukaan ammattilaisen ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttivat vallitseva ohjaustilanne, ammattilaisen ohjaustyyli sekä potilaan rooli keskustelussa. Kokemus ohjauksen yksilöllisyydestä tuotiin niukkasanaisesti esille. Yksilöllisyyden kokemus näyttäytyi ristiriitaisena, sillä osa potilaista kuvasi yksilöllisyyden kokemusta ja osa ei. Omaisten huomiointi oli puutteellista, vaikka sille olisi ollut tarvetta. Ohjaus kuitenkin osoittautui suurelta osalta positiivisten tunteiden herättäjäksi. Käsitellyiksi ohjaussisällöiksi nimettiin sairaus ja elämä sairauden kanssa. Ohjauskeskustelun sisältönä ei esiintynyt varsinaisesti elämäntapoihin liittyvien muutostavoitteiden asettaminen, mutta siitä huolimatta muutostavoitteita tuotiin haastatteluissa esille. Muutostavoitteiden asettamista vahvistivat aikaisemmat pohdinnat muutoksen tarpeellisuudesta, kuolemanpelko sekä ohjauskeskustelussa käsitellyt asiat. Asiasisällöltään ohjauskeskustelu osoittautui riittäväksi, mutta ohjauksen oikea-aikaisuudessa oli kehitettävää. Ohjauksen oikea-aikaisuuden kokemukseen vaikuttivat potilaan vastaanottavuus, muistaminen sekä ohjaustilanne. Kirjallinen materiaali ilmeni merkittävänä tiedon muistuttajana sekä lisätiedon antajana ja se lisäsi ohjauksen hyödynnettävyyttä kotona. Kävi ilmi, että kirjallista materiaalia oli riittävästi, vaikka määrät vaihtelivatkin suuresti ja niiden sisällöissä esiintyi päällekkäisyyttä.

Kokonaisuutena kehitettävää ilmeni ohjauksen määrässä, ajankohdassa sekä ammattilaisen ohjaustavassa.

Vuorovaikutteisuus ohjauksessa osoittautui kolmen eri tekijän, ohjaukseen käytetyn ajan, ammattihenkilön vuorovaikutustaitojen ja potilaan roolin, summaksi. Rauhallinen tilanne ohjaustapahtumassa nähtiin myönteisenä ja vuorovaikutteisuutta edistävänä tekijänä, kuten Williams & Jonesin (2005) tutkimuksessakin. Kiireinen ilmapiiri on aikaisemmissa ohjaustutkimuksissa havaittu ohjausta häiritseväksi tekijäksi (Kygäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, Hämäläinen & Röberg 2007a 62, Hämäläinen 2008). Kiireen tuntua tässä tutkimuksessa saattoi vahvistaa keskustelun lomassa tehdyt toimenpiteet. Tavallista oli, että etenkin lääkärit keskustelivat potilaan kanssa toimenpidettä tehdessä. Ruusuvuoren (2001) mukaan se ei edistä parasta mahdollista keskustelusuhdetta potilaan kanssa.

Ammattilaisen puheteknisten keinojen, kuten reflektion herättämisen, käyttäminen ohjauksessa on osoittautunut tasa-arvoista vuorovaikutussuhdetta tukeväksi aikaisemman kirjallisuuden perusteella (Kettunen 2001, 37-40, Poskiparta ym. 2001, Kygäs ym. 2007,49). Tässä tutkimuksessa ymmärrettävä ja potilaan tasolla oleva ohjaustyyli näyttäytyi vuorovaikutuksessa positiivisena tekijänä. Sen sijaan epäselvä ja ammattisanastoa viljelevä puhe häiritsivät vuorovaikutuksen kehittymistä niin tässä kuin aikaisemmassakin tutkimuksessa (Kettunen 2001,54).

Potilaan rooli nähdään merkittävänä vuorovaikutteisuuden rakentaja (Kettunen ym. 2002). Tässä tutkimuksessa potilaan esittämä puhe ja kysymykset sekä oma kiinnostus nousivat uuden tiedon omaksumisessa tärkeäksi. Kettusen ym. (2002) mukaan kysymyksien esittäminen suuntaa ohjauskeskustelun etenemistä potilaan tärkeinä pitämiin aiheisiin ja sitä kautta auttaa vastavuoroisen ohjauskeskustelun syntymistä. Tulosten mukaan potilaan aktiivisuus keskustelussa ei ollut itseisarvo, sillä se osoittautui hankalaksi toteuttaa uudessa tilanteessa. Vaiteliaisuuden taustalla voi vaikuttaa hoidettavaksi jättäytyminen tai jopa kohteliaisuus ja kasvojen menettämisen pelko (Kettunen ym. 2001). Syynä voi olla myös lamaantuminen uuden tilanteen, sairauden, edessä. Hanssenin ym. (2005) mukaan nimenomaan suuret tunnekuohut voivat olla esteenä ohjaussisältöjen omaksumiselle ja sydäninfarkti voitaneen ajatella suurta tunnekuohua aiheuttavaksi akuutiksi sairaudeksi.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää, että ohjauskeskustelu tulisikin rauhoittaa kaikelta muulta toiminnalta, jotta vuorovaikutteisuuden syntymiseen jäisi aikaa. Lisäksi ammattihenkilön tulisi pitäytyä mahdollisimman ymmärrettävässä puhetyylissä ja rohkaista potilasta kysymyksien esittämiseen, koska sillä on merkitystä ohjauksen onnistumiseen.

Ohjauksen sisältöjä olivat sairaus ja elämä sairauden kanssa. Tutkimuksessa kuvatut ohjaussisällöt vastaavat kirjallisuudessa esitettyä sepelvaltimotautipotilaan sairaalassa toteutettua ensivaiheen neuvontaa, mikä on osa sydänkuntoutusta (Hämäläinen 2008). Liikuntaan ja sydäntapahtumasta kuntoutumiseen liittyvät sisällöt koettiin erityisen huolellisesti läpi käydyiksi. Höltän ym. (2002) tutkimuksen mukaan nämä aiheet koetaan myös tärkeiksi. Ohjauksien sisällöt tukivat omahoitoa kotona aikaisempien tutkimusten tapaan (Kyngäs ym. 2004, Tingström 2005) ja ne osoittautuivat riittäväksi vastaanottamisen kannalta. Kuitenkin lisätietoa jäätiin kaipaamaan yksittäisten aihealueiden kannalta. Tämä tulos poikkeaa Kyngäksen ym. (2004) tutkimuksesta, minkä mukaan puutteellinen tiedonsaanti oli yleistä. Ammattilaisten vastuulla on, että potilaalla on sairaalasta kotiutuessaan perustiedot ja taidot kotona selviytymiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a) sekä omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon (Kettunen ym. 2002). Tämän mukaan yksittäistenkin aihe-alueiden puutteet voivat olla potilaan kuntoutumista häiritsevää. On viitteitä siitä, että nykyinen sairaalahoitojaksojen lyhentymisen on aiheuttanut ohjausajan lyhentymistä, minkä takia potilaat ja omaiset eivät saa sitä tietomäärää, mitä tarvitsisivat sairaudesta kuntoutumiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62, Hämäläinen 2008). Ohjauksen tukena oleva ohjausrunko tai avoterveydenhuollon panostus sydänpotilaiden ohjaukseen voisivat olla ratkaisuja kaikkien asiasisältöjen läpikäymiseen. Ohjauskeskustelun tueksi on tehty erilaisia kaavamaisia malleja ohjattavan tiedon sisällöistä. Tutkituilla osastoilla oli käytössä myös yksi sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen tähtäävä ohjauskaavake, mutta sen käytöstä ei ole varmaa tietoa tässä tutkimuksessa. Tuloksien pohjalta voidaan sanoa, että yksittäisetkin ohjaussisältöjen puutteet aiheuttavat kehityshaasteen ohjaukselle, jota voitaneen ehkäistä ohjausrungon avulla.

Tässä tutkimuksessa ohjauksessa oli puhetta muutostavoitteista, vaikka varsinaisesti tavoitteen asettelua ammattilaisen kanssa ei ilmennytäkään. Muutostavoitteet konkretisoituivat potilaan toimesta vasta ohjauksen jälkeen. Muutostavoitteiden sisällöt mukailivat osaltaan

aikaisempaa sepelvaltimotautitutkimusta (Hämäläinen & Röberg 2007a, 104). Mielenkiintoista oli, että muutostavoitteiden muodostaminen aiheutui suurelta osalta aikaisempien pohdintojen pohjalta. Muutosvalmiuteen kypsyminen tapahtuu omien pohdintojen kautta, kuten transteoreettisessa muutosvaihemallissa (Theory at a 2005, 15). Tulosten ja Steptoen ym. (2001) mukaan ohjauskeskustelu näyttäytyi muutostavoitteiden vahvistajana. Omien elämäntapojen muutostarve heräsi ohjauksen ja kuoleman pelon myötä. Äkillinen trauma voikin aiheuttaa paineita elämäntapojen muutokselle (Nurmi & Salmela-Aro 2002). Tämän tutkimuksen valossa voidaan esittää, että ohjauskeskustelussa on tarpeellista käsitellä elämäntapamuutoksien tarpeellisuutta, jotta se auttaa potilaita muutostavoitteiden tekemiseen.

Yksilöllisyyden toteutuminen ohjauksessa tuotiin haastatteluissa niukkasanaisesti esille, mikä voinee johtua potilaiden hankaluudesta erottaa yksilöllinen ohjaus yleisestä. Tässä tutkimuksessa yksilöllisyyden kokemus syntyi omien henkilökohtaisten asioiden käsittelystä. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan yksilöllinen ohjaus rakentuu tiedontarpeiden kautta (Ahonen 2004, Konsell & Leino-Kilpi 2004, Kyngäs ym. 2007,26,30-31). Tiedontarpeiden hahmottaminen voi olla potilaista vaikeaa oudossa tilanteessa. Tässä tutkimuksessa aikaisempi tieto sairaudesta helpotti omaksumista ja vähensi tiedon tarvetta. Yksilöllisen elämäntilanteen ja tiedontarpeen huomioiminen ohjauksessa on havaittu haasteelliseksi ammattilaisilla aikaisemman kirjallisuuden mukaan (Kyngäs ym 2004, Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää, että ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota yksilölliseen tiedontarpeeseen.

Yksilöllinen kokemus ohjauksen ajankohdallisesta tarpeesta aiheutti vaihtelua. Osa koki ohjauksen ajankohdan liian aikaiseksi ja osa liian myöhäiseksi, mikä voi johtua erilaisesta tiedontarpeesta, mutta toisaalta myös erilaisesta ohjauksen tarjonnasta. Yksilöllisyys ohjauksen oikea-aikaisuuden kokemisessa aiheuttaa haasteen ohjaukselle. Ohjaustarpeen painopisteeksi nousi kotiutuksen läheinen ajankohta. Kirjallisuuden (Hölttä ym. 2002, Shilts ym. 2004, Hanssen ym. 2005, Hämäläinen ja Röberg 2007a,62) mukaan kotiutuksen jälkeiselle ohjaukselle olisi myös tarvetta, kuten tässä tutkimuksessakin tuli esiin. Kotiutumisen jälkeistä ohjausta puoltaa hoidon jatkuvuus (Hanssen ym. 2005, Hämäläinen & Röberg 2007a, 62) sekä huono psyykinen ohjauksen vastaanottavuus sairaalassa (Hanssen

ym.2005). Tässä tutkimuksessa eri ihmiset kokivat sairauden eri tavoin ja reagoivat sairastumiseen yksilöllisesti. Oikea-aikaisuuden kokemiseen vaikuttivat tilanne sairaalassa ja sairaus, mikä aiheuttaa kipujen lisäksi hämmäntäviä tunteita, jolloin muistaminen ja psyykinen vastaanottamiskyky eivät ole parhaimmillaan. Sydänpotilaat kokevat kuoleman pelkoa, mikä todettiin myös Bergman ja Berterön (2001) tutkimuksessa. On esitetty että, ohjauskeskusteluja olisi parempi käydä vasta, kun alkujärkytyksestä oli selvitty. Hanssenin ym. (2005) mukaan sydäninfarktin sairastaneet potilaat tuntevat sairauden kieltämisen tunteita ja ahdistusta, jotka eivät edistä ohjauksen sisäistämistä. Aikaisemmilla tiedoilla ja käsityksillä nähtiin olevan merkitystä tiedon sisäistämiseen, sillä sairauden uutena ja sitä kautta hämmäntävänä kokevat henkilöt mainitsivat ohjauksen sisäistämisen hankaluudesta. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi lisäksi, että ohjauksen rytmittäminen koko sairaala-ajalle nähtiin tiedon muistamista edistävänä tekijänä, kuten Hämäläisen ja Röbergin (2007a) tutkimuksessakin. Tulosten perusteella voidaan todeta, että subjektiivisella kokemuksella on vaikutusta ohjauksen oikea-aikaisuuden kokemiseen. Ohjauksen ajankohdalliseksi painopisteeksi näyttäisi kuitenkin osoittautuvan kotiutuminen sekä kotiutuksen jälkeinen aika.

Tässä tutkimuksessa ohjaus herätti positiivisia tunnekokemuksia, jotka esiintyivät turvallisuuden ja kiitollisuuden tunteina sekä psyykkisenä ja sosiaalisena tukena elämänmuutoksessa. Ohjauksen herättämien tunteiden määrittely osana ohjausprosessia osoittautui vaikeaksi. On hankalaa tässä yhteydessä kuvata, oliko koettu psyykinen tuki ohjauksen osana vai liittyikö se kokonaisuudessaan saatuun hoitoon. Bergmanin ja Berterön (2001) mukaan potilaat tarvitsevat tunteisiin pohjautuvaa tukea ensisijaisesti, sillä akuutissa vaiheessa olevat sydänpotilaat kokevat kuoleman ja uusintasairastumisen pelkoa sekä surua kuten myös tässä tutkimuksessa osoitettiin. Psyykkiseen tukeen kiinnittäminen on sepelvaltimotautipotilaalla tärkeää, sillä masennus on hyvin tavallista akuutin sepelvaltimotautitapahtuman jälkeen (Kattainen 2004b, 116, Hämäläinen & Röberg 2007b). Hämäläisen ja Röbergin (2007b) tutkimuksessa on myös viitteitä siitä, että psyykinen tukeminen ei ole toteutunut sairaalavaiheessa tarpeeksi hyvin. Tämän tutkimuksen perusteella psyykinen tukeminen positiivisten tunteiden kautta toteutui osalla potilaista, mutta siihen tulee kiinnittää alkuvaiheen ohjauksessa vielä enemmän huomiota sen merkittävyyden takia.

Potilaiden omaisia huomioitiin huonosti tämän tutkimuksen perusteella, vaikka osa potilaista koki sille tarvetta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu Kääriäisen ym. (2005) tutkimuksessa. Omaiset nähtiin yleisesti tiedon muistajina ja muistuttajina. On aikaisempia viitteitä, että potilaat haluavat omaisen olevan läsnä hoito-ohjeiden antamisessa (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Salminen-Tuomaala 2010), mutta tässä tutkimuksessa se tarve ei käynyt selvästi esille. Useat potilaat kokivat, ettei ollut tarvetta omaisten ohjaamiselle, koska he olivat omiansa jo tietävän aiheesta tai eivät kokeneet sitä muuten tärkeäksi. Toisaalta omaiset mainittiin aktiivisina kirjallisen materiaalin käyttäjinä, joten omaisilla voidaan ajatella olevan sitä kautta tiedon tarvetta. Anttilan ym. (2006) mukaan omaisten on todettu odottavan henkilökunnalta ohjausta ja jaksamisen tukemista. Potilaiden voi olla vaikeaa arvioida omaisten tiedon tarvetta ja siksi he ehkä arvioivat omaisten tiedon tarpeen vähäiseksi. Sydänpotilaan sosiaalisella verkostolla ja sen tuella on kirjallisuudessa nähty olevan merkitystä potilaan toipumista edistävä tekijänä (Kähkönen 2009, 45). Omaiset pystyisivät tukemaan sairastunutta kenties paremmin, mikäli he saisivat myös ohjauksellista tukea ammattihenkilöiltä. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että läheisten tiedon ja tuen tarve tulee ottaa ohjauksessa puheeksi.

Liikuntaan ja lääkehoitoon liittyvät asiat osoittautuivat kotona kiinnostavimmiksi aihealueiksi kirjallisen materiaalin käytön perusteella. Materiaalia annettiin ohjauksen tueksi suuresti vaihtelevia määriä. Mäkisen ja Penttilän (2007,24) selvityksen mukaisesti aineistoa saatiin eniten sepelvaltimotaudista. Tässä tutkimuksessa materiaalia oli riittävästi tai jopa liikaa ja lisäksi oppaiden sisällöissä oli päällekkäisyyttä. Liiallinen materiaalin käyttö voi kääntyä itseään vastaan ydinasioiden hukkuessa materiaalipaljouteen. Vaarana voi olla myös liiallinen tietotankkaus (Kettunen 2001,54), jolloin tiedon sisäistäminen heikkenee. Toisaalta tässä tutkimuksessa samojen asioiden kertausta ei koettu liialliseksi. Ammattihenkilön tulisi osata arvioida potilaan tiedon vastaanottamiskyky materiaalin antamisen, mutta aikaisemman tutkimuksen mukaan se on nähty haasteelliseksi (Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Lipposen ym. (2008) mukaan hyvällä kirjallisen ohjauksen hallinnalla näyttäisi olevan yhteys myönteiseen ohjausasetteeseen sekä ohjaustapahtuman potilaslähtöisyyteen. Tässä tutkimuksessa aineistoa annettiin sairaalassa ohjauksen osana ja oheislukemiseksi. Oheislukemiseksi jättäminen on potilaan kannalta haasteellista, koska kirjallisen materiaalin eräänä heikkoutena on yksilöllisyyden puute (Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Lisäksi materiaalit ovat aikaisemman tutkimuksen mukaan todettu olevan sisällöltään osin puutteellisia ja luettavuudeltaan vaikeita, mikä voi aiheuttaa väärinymmärtämistä (Salanterä ym. 2005). Tämän tutkimuksen mukaan

materiaali koettiin tärkeäksi ja merkittäväksi ohjauksen tueksi, mikä mukailee aikaisempia tutkimuksia (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Salminen-Tuomaala 2010). Kirjallinen materiaali näyttyi potilaalle ja omaiselle lisätiedonantajana, muistin apuvälineenä sekä kotona pärjäämisen tukena. Kirjallisen materiaalin merkitys onkin kasvanut sairaalahoitajaksojen lyhentymisen myötä (Torkkola 2009). Tämän tutkimuksen valossa voidaan esittää, että ammattihenkilön tulisi kiinnittää ohjauksessa huomiota materiaalien määrään ja sisältöön sekä ohjaustapaan.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat toimenpide-ehdotukset:

1. Vuorovaikutteisuuden parantaminen rauhoittamalla ohjaustilanne muulta toiminnalta, käyttämällä mahdollisimman ymmärrettävää puhetyyliä sekä rohkaisemalla potilasta kysymään ja ilmaisemaan mielipiteitään.
2. Elämäntapamuutostavoitteiden puheeksiotto ohjauksessa.
3. Ohjausrungon käyttäminen ohjauksen sisällön tasaisuuden takaamiseksi.
4. Ohjauksen rytmittäminen tasaisesti koko sairaala-ajalle painottuen kotiutusajankohtaan ja ohjauksen jatkuminen sairaalan jälkeen vielä avoterveydenhuollossa.
5. Omaisten huomioinnin lisääminen ohjauksessa.
6. Ammattihenkilön huomion kiinnittäminen kirjallisen materiaalien määrään, sisältöön ja ohjaustapaan.

Jatkotutkimushaasteeksi nousi ohjauksen sisäistämisen tutkiminen, sillä tutkimuksessa tuli esiin yllättävän vahvana löydöksenä ohjauksen muistamisen heikkous varsinkin sairaalajakson alkuvaiheen ohjauksesta. Olisikin tärkeää tutkia, kuinka suuri vaikutus sairauden aiheuttamilla kivuilla, peloilla ja hämmennyksellä on ohjauksen sisäistämiseen. Tämä tieto auttaisi uudelleen koordinoimaan sydänpotilaalle annettavan ohjauksen ajankohtaa ja sisältöä.

5.2 EETTISET NÄKÖKULMAT

Tutkimus on toteutettu eettistä kestävyttä noudattaen. Eettiseen kestävyteen kuuluvat eettiset näkökulmat yhdessä tutkimuksen luotettavuuden kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tutkimusaiheeksi valittiin lähellä käytännön potilastyötä oleva aihe, jotta siitä saaduilla tuloksilla voitaisiin kehittää potilastyötä edelleen sepelvaltimotautipotilaiden kannalta paremmaksi. Tutkimuksessa kuunneltiin varsin tarkasti potilaiden ääntä. Ennen haastattelujen toteuttamista haettiin tutkimuslupa HUS:n tutkimusylilääkäriltä ja sellainen myönnettiin 16.12.2010. Tutkimus noudatti tutkittavien suojaan liittyviä periaatteita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tutkittavat saivat osallistua tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja siitä ei koitunut haittaa heille. Tutkimuksesta informoitiin etukäteen saatteella ja ennen tutkimusta käytiin läpi tutkimuksen tarkoitus sekä sen luonne. Tämän jälkeen tutkittavat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavilla henkilöillä oli mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa niin halutessaan. Kerätty aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Aineisto oli tutkijan hallussa koko ajan lukuun ottamatta litteraatioaikaa. Ulkopuolinen yritys litteroi aineiston huhtikuun 2011 aikana. Tutkittavien henkilöllisyyttä suojeltiin litteraation aikana, sillä tutkittavien nimiä ei luovutettu missään vaiheessa vaan haastattelut nimettiin numeroilla. Litteraation tehneellä yrityksellä oli myös vaitiolovelvollisuus. Aineisto hävitettiin syyskuun 2011 loppuun mennessä. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä ei paljastettu missään vaiheessa. Tuloksia ei käsitelty myöskään sukupuolen perusteella, sillä tutkimukseen osallistuneita naisia oli ainoastaan kolme, jotta heitä ei pystytä tunnistamaan tutkimuksen tuloksista. Tutkija ei ollut missään vaiheessa aikaisemmassa hoitosuhteessa tutkittavien kanssa, joten tutkimuksessa ei päässyt syntymään eettistä ristiriitaa.

5.3 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, varmuutta ja vahvistettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Tarkoituksena oli tutkia potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja siinä onnistuttiin. Tutkittavan aiheen teemoittelu loi rungon haastatteluille. Haastattelurunko pohjautui aikaisemmalle kirjallisuudelle ja se esitettiin yhdellä henkilöllä ennen tutkimusta, mikä vahvistaa

luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Tutkittavia oli yhteensä 12, mikä oli sopiva määrä yhdelle tutkijalle. Osoittautui myös, että joissakin teemoissa tutkittavilla oli samankaltaisia kokemuksia, joten niissä teemoissa saavutettiin saturaatiopiste. Tosin joissakin teemoissa oli runsaasti vaihtelua, mikä puhuu sen puolesta, että aihetta olisi voinut vielä tutkia lisätutkittavien kautta. Haastattelija oli tehnyt haastattelutilanteisiin itselleen lisäkysymyksiä, joilla pystyi syventämään ja tarkentamaan tutkittavaa aihetta. Lisäkysymykset olivat samat kaikissa haastatteluissa.

Tutkija suoritti itse haastattelut, mikä vahvistaa luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Ongelmaksi aineistonkeruussa uhkasi muodostua ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden vähyys aineistonkeruun ajankohtana. Haastattelut oli ensin tarkoitus suorittaa helmikuun aikana, mutta aikataulu viivästyi yhdellä kuukaudella. Haastattelut olisivat olleet tutkijaystävällisempiä, mikäli ne olisi voitu suorittaa ajallisesti lähellä toisiaan, sillä haastattelukokemuksen puutteesta johtuen tutkija joutui keskittymään haastattelurunkoon yhä uudestaan. Haastattelukokemattomuus aiheutti haasteen tutkimukselle, sillä alussa haastattelut kestivät huomattavasti kauemmin kuin lopussa, jolloin haastattelukokemusta oli päässyt jo syntymään. Tutkija pyrki noudattamaan tarkkaavaisuutta haastatteluissa, jotta kaikki teemat tulivat käsiteltyä. Haastetta aiheutti joidenkin tutkittavien kohdalla heidän lakea kerrontatapansa, jolloin he vastasivat useaan kysymykseen samassa puheenvuorossa. Tutkija piti pientä haastattelupäiväkirjaa haastatteluista ja tutkittaville vaikeista kysymyksistä. Jotkut tutkittavat ymmärsivät heti, mitä kysymyksillä tarkoitettiin, kun joillekin piti selvittää tarkasti kysymyksiä. Tutkija pyrki haastatteluissa olemaan vaikuttamatta liikaa tutkittavien vastauksiin. Hän ei ollut aikaisemmin missään vaiheessa tekemisissä tutkittavien kanssa, vaikka oli samanaikaisesti työssä samassa sairaalassa. Tutkijalla ei ollut myöskään haastattelutilanteissa sairaalan henkilökunnan vaatteet päällä, koska se olisi voinut vääristää vastauksia tutkittavien mieltäessä tutkijan osaksi omaa hoitoaan. Haastatteluista 7 suoritettiin sairaalan neuvotteluhuoneessa ja 5 suoritettiin tutkittavien kotona. Haastattelua suoritettaessa ketään muita ei ollut läsnä samassa tilassa. Tutkija on yrittänyt saavuttaa puolueettoman linjan tutkimuksessa, mutta tutkijan oma kosketus on pakostakin vaikuttanut jollain tasolla tutkimukseen vahvan ammatillisen taustan takia. Toisaalta oli hyvä, että tutkija tunsu tutkittavan aiheen hyvin, sillä hän pystyi keskustelemaan potilaiden kanssa haastattelutilanteessa paremmin ymmärtäessään heidän kokemuksensa taustoja.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää, että tutkija ei litteroinut itse haastatteluaineistoa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Tutkija osti litteraation Annanpura Oy:lta. Ennen toimeksiantoa litteraation tarkkuusaste määriteltiin tarkasti. Valmiiden litteroitujen aineistojen ja haastatteluaineiston yhdenmukaisuus tarkistettiin tutkijan toimesta haastatteluäänitteiden avulla. Litteroidussa aineistossa löytyi muutamia sanavirheitä, mutta nämä korjattiin äänitteiden avulla. Sanavirheet olivat pääosin vierasperäisiin ammattisanoihin liittyneitä. Tutkittavan aiheen tuttuus helpotti tutkijaa ymmärtämään aineistoa paremmin ja myös tulkitsemaan litteraatiossa tapahtuneita sanavirheitä.

Tutkimus on pyrkinyt esittämään tulokset siten kuin haastateltavat olivat ne kertoneet välttämättä suuria yleistyksiä, mikä vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Tarkoituksena oli luoda tutkittavien kokemuksista tarkka monivivahteinen kenttä aina teema-alueella kohden. Potilailla oli kuitenkin myös samansuuntaisia ilmauksia, joista pystyi tekemään analyysissä ryhmittelyä. Tutkimuksen analyysiprosessi on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti ja yhden esimerkin avulla esitettiin analyysirungon toimivuus analyysissä, jotta lukija pystyy seuraamaan analyysin kulkua. Analyysia vaikeutti kahden teeman, Kokemus ohjauksesta ja Ohjauksen merkitys, sekoittuminen haastateltavien puheissa yhteiseksi kokonaisuudeksi, jolloin niitä oli ajoittain vaikea irrottaa toisistaan. Analyysissä on pyritty kunnioittamaan potilaiden ääntä ja tulosaan on kuvattu suoria alkuperäisiä lainauksia potilaiden haastatteluista. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole siirrettävissä toiseen kontekstiin, koska kokemukset ovat aina inhimillisiä ja riippuvaisia monista tekijöistä, kuten sairaalan ohjaamiskulttuurista. Jos sama tutkimus suoritettaisiin lähiaikoina samassa sairaalassa, tulokset voisivat toisaalta olla hyvinkin samankaltaisia, sillä osastojen toimintakulttuurissa ei ole tapahtunut muutoksia. Toisaalta ohjaustilanteen ulkopuoliset tekijät, kuten vallitseva kiiretilanne, voisi aiheuttaa suuriakin muutoksia kokemuksiin. Aikaisempi kirjallisuus tukee osin tuloksien vahvistuvuutta, sillä samankaltaisia tuloksia oli esittää yhteenvedossa.

LÄHTEET

Aben I., Verhey F., Strik J., Lousberg R., Lodder J., Honig A. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2003;74:581-585.

Ades, P. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. Review. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(12):892-900.

Ahonen O. Syöpään sairastuneen nuoren tiedontarve. Teoksessa Hupli M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004.

Alaperä P., Anttila E., Blomster K., Hiltunen H., Honkanen A., Honkanen R., Holtinkoski T., Konola A., Leiviskä H., Meriläinen S., Ojala H., Pelkonen E., Suominen A. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen K., Kyngäs H., Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön ohjaustyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. 65-76.

Anttila M., Kukkonen L., Mattlar R., Moilanen S., Risteli-Ahola T., Haapsaari N., Koivikko S., Verronen T. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen K., Kyngäs H., Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön ohjaustyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy. 2002.

Autti-Rämö I., Vainiemi K., Sukula S., Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Kela. [www-dokumentti] 2010. Haettu 12.9.2011. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS_kasikirja_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf)

Beckie T. A Behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 21(2):146-153.

Bergman E. & Berterö C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36:733-741.

Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288 (19):2469-2475.

Buckley T., McKinley S., Gallagher R., Dracup K., Moser D., Aitken L. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007,6:105-111.

Burg MM., Barefoot J., Berkman L., Catellier DJ., Czajkowski S., Saab P., Huber M., DeLillo V., Mitchell P., Skala J., Taylor CB. Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Psychosomatic Medicine* 2005;67:879-888.

Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. WHO. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization. [www-dokumentti] 2003. Haettu 22.10.2010. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf

Eriksson E. & Partanen L. 2005. Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 2005;3(1):4-9.

Fröjd C., Swenne C., Rubertsson C., Gunningberg L., Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement evaluation of patients' perceptions of quality of care. Journal of Nursing Management 2011;19:226-236.

Hanssen T., Nordrehaug J., Hanestad B. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. European Journal of Cardiovascular nursing 2005;4:37-44.

Hankonen N. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality. Academic dissertation. University of Helsinki. 2011.

Heikkinen K. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopedic surgery patients. University of Turku. 2011.

Heikkinen H., Tiainen S., Torkkola S. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer-Paino Oy. 2002.

Hirsjärvi S. & Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino. 2001.

Honkasalo M-L. Reikä sydämessä. Tampere: Vastapaino. 2008.

Hurn J., Kneebone I., Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clinical Rehabilitation 2006;20:756-772.

Hyrynkangas- Järvenpää P. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen lääkirilehti 2007;5:427-430.

Häkkinen U., Idänpää- Heikkilä U., Keskimäki I., Klaukka T., Peltola M., Rauhala A., Rosenqvist G. 2007. Perfect- Sydäninfarkti. Sydäninfarktin hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 15/2007. [www-dokumentti] 2007 Haettu 5.2.2011. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T15-2007-VERKKO.pdf>

Hämäläinen H. Sydänpotilaan kuntoutus. Teoksessa: Heikkilä J., Kupari M., Airaksinen J., Huikuri H., Nieminen M.S., Peuhkurinen K. (toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2008.

Hämäläinen H. & Röberg M. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kelan tutkimusosasto Helsinki. 2007a.

Hämäläinen H. & Röberg M. Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. Suomen Lääkirilehti 41/2007b;62: 3771-3775.

Hölttä R. Astmapotilaiden tiedonsaanti ja kokemukset ohjauksesta. Teoksessa: Hupli M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuA:45/2004.

Hölttä R., Hupli M., Salanterä S. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* 2002, 14 (1): 12-18.

Joliffe J.A., Rees K., Taylor R.S., Thompson D., Oldridge N., Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Review. The Cochrane collaboration. John Wiley & Sons Ltd. 2001. [www-dokumentti] Haettu 3.1.2009
http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001800/pdf_standard_fs.html

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. [www-dokumentti] Haettu 2.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

Kattainen A. Cardiovascular diseases and functional capacity. Prevalence, secular changes and predictive value. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Hakapaino Oy. 2004a.

Kattainen E. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkauks- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 114. Kuopio: Kopijyvä. 2004b.

Kattainen E., Meriläinen P., Sintonen H. Sense of coherence and health related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;5:21-30.

Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 15/2008. Kansaneläkelaitos. [www-dokumentti] 2008. Haettu 13.9.2011.
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/8CB38AF6DEC218EAC225753D00425B50/\\$file/standardi_15.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/8CB38AF6DEC218EAC225753D00425B50/$file/standardi_15.pdf)

Kemi S., Kääriäinen M., Kyngäs H. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 2009,21 (3), 174-184.

Keskimäki, I., Aalto A-M., Häkkinen U., Klaukka T., Manderbacka K., Reunanen A., Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Stakes. Raportteja 286. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 2004.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. 2001.

Kettunen T., Poskiparta M., Liimatainen L. Empowering counseling –a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 2001;16(2):227-238.

Kettunen T., Poskiparta M., Liimatainen L., Sjögren A., Karhila P. Taciturn Patients in Health Counselling at a Hospital: Passive Recipients or Active Participators? *Qualitative Health Research* 2001; 11(3), 399-422.

Kettunen T., Karhila P., Poskiparta M. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 2002;14 (5):213-222.

Kettunen T., Poskiparta M., Gerlander M. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling* 2002;47:101-113.

Kettunen T., Poskiparta M., Karhila P. Speech practices that facilitate patient participation in health counselling –A way to empowerment? *Health Education Journal* 2003;62(4):326-340.

Kettunen T., Poskiparta M., Kiuru P., Kasila K. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2004;41:32-365.

Kettunen T., Poskiparta M., Kiuru P., Kasila K. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine* 2006;3(1):3-14.

Kiiskinen U., Vehko T., Matikainen K., Natunen S., Aromaa A. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.Helsinki: Yliopistopaino. 2008.

Koivunen K., Isola A., Lukkarinen H. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 2007, 16:688-697.

Konsell O. & Leino-Kilpi H. Psykiatrisen potilaan tiedonsaanti kriisiosastolla. Teoksessa Hupli M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004.

Kontio T., Kukkonen J., Leiviskä R., Leskinen I., Murto J., Mustonen T., Nenonen E., Orpana H-M., Pekkinen N., Törmä A. Puhelinohjaus. Teoksessa Lipponen K., Kyngäs H., Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön ohjaustyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. 77-80.

Kummel M. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopiston julkaisuja C/271. Turku:Painosalama Oy.2008.

Kummel M., Vahlberg T., Kärki R., Mattila T., Kivelä S-L. Neuvonnan vaikutus ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen. *Suomen Lääkärilehti* 2004;18:1933-1939.

Kuolleet peruskuolemansyyn (72-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2009, molemmat sukupuolet. Liitetaulukko 1a. Tilastokeskus. [www-dokumentti] 2011a. Haettu 10.10.2011. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_tau_002_fi.html

Kuolleet peruskuolemansyyn (72-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2009, miehet. Liitetaulukko 1b. Tilastokeskus. [www-dokumentti] 2011b. Haettu 9.9.2011. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_tau_002_fi.html

Kuolleet peruskuolemansyyn (72-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2009, naiset. Liitetaulukko 1c. Tilastokeskus. [www-dokumentti] 2011c. Haettu 9.9.2011. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_tau_003_fi.html

Kyngäs H., Mäkeläinen P., Kukkurainen ML. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 2004, 16(5):225-234.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E., Renfors T. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy. 2007.

Kyngäs H. Predictors of good adherence of adolescents with diabetes (insulin-dependent diabetes mellitus). *Chronic Illness* 2007a;3(1)20-28.

- Kyngäs H. Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät reumasairauksissa. Terveyskirjasto. [www-dokumentti] 2007b. (Haettu 10.10.2011) http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00320
- Kähkönen O. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus –Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. 2009.
- Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L., Torppa K. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 2005,3 (1):10-15.
- Kääriäinen M. & Kyngäs H. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 2005a, 14 (4): 208-215.
- Kääriäinen M. & Kyngäs H. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005b, 17 (5):250-258.
- Kääriäinen M. & Kyngäs H. The quality of patient education evaluated by the health personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010;24:548-556.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. [www-dokumentti] Haettu 2.1.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet>
- Lear S. & Ignaszewski A. Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine 2001, 2(5):1-12.
- Leimumäki A. & Pärkkä J. Asiakaslähtöinen jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestelmä- Case: sepelvaltimotautiin sairastuneet. Esiselvitysraportti. Pirkanmaan Sydänpiiri.VTT. 2010.
- Lipponen K., Knaste O., Kyngäs H., Ukkola L. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008;45:121-135.
- Lukkarinen H. & Kyngäs H. Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2:189-194.
- Mainie P., Moore G., Riddell J., Adgey J. To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary prevention clinic. European Journal of Cardiovascular Nursing 2005; 4:308, 313.
- McKee G., Bannon J., Kerins M., FitzGerald G. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007;6:233-240.
- Mäkinen A. & Penttilä U-R. Sepelvaltimopotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1/2007.
- Naidoo J. & Wills J. Health Promotion. Foundations for practice. London: Balliere Tindall. 2000.
- Nurmi J-E. & Salmela-Aro K. Henkilökohtaiset tavoitteet ja hyvinvointi. Teoksessa Salmela-Aro K. & Nurmi J-E. (toim.) 2002. Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä:PS-kustannus.. 2002: 158-172.

- Nurmi J-E. & Salmela-Aro K. Modernin motivaatiopsykologian perusta ja käsitteet. Teoksessa Salmela-Aro K. & Nurmi J-E. (toim.) Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä:PS-kustannus. 2002: 10-39.
- Nurmi J-E. & Salmela-Aro K. Motivaatio elämänkaaren siirtymissä. Teoksessa Salmela-Aro K. & Nurmi J-E. (toim.) Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä:PS-kustannus. 2002: 54-66.
- Ojala S., Hautamäki K., Rissanen P. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarve. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007;44:228-238.
- Parry R.H. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. Clinical Rehabilitation 2004;18:668-682.
- Pitkälä K. & Savikko N. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Duodecim 2007;123(5):501-502. [www-dokumentti] 2007 Haettu 8.4.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>
- Poskiparta M., Liimatainen L., Kettunen T., Karhila P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. Patient Education and Counseling 45 (2001) 69-79.
- Poskiparta M., Kasila K., Kettunen T., Kiuru P. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen Lääkärilehti 2004;14;1491-1495.
- Poskiparta M., Kasila K., Vähäsarja K., Kettunen T., Kiuru P. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007;44; 20-28.
- Puustinen P.J., Koponen H., Kautiainen H., Mäntyselkä P., Vanhala M. Gender-specific association of psychological distress with cardiovascular risk scores. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2010;28:36-40.
- Rantala M. & Virtanen V. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Duodecim 2008;124:254-260.
- Reunanen A. Verenkiertoelinten sairaudet. [www-dokumentti] 2005. Haettu 21.10.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00025&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=4598
- Reunanen A. Kroonisen sepelvaltimotaudin epidemiologia ja vaaratekijät. Teoksessa: Heikkilä J., Kupari M., Airaksinen J., Huikuri H., Nieminen M.S., Peuhkurinen K. (toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2008. 328-338.
- Reunanen A. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa: Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Offset Oy. 2007. 153-163.
- Riskitekijät. Suomen sydänliitto. [www-dokumentti] Haettu 18.1.2011. <http://www.sydanliitto.fi/riskitekijat>
- Rubak S., Sandbæk A., Lauritzen T., Christensen B. Motivational interviewing a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice 2005;55:305-312.

Ruusuvuori J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine* 2001;52:1093-1108.

Sairastuvuus ja sairastavuus pähkinäkuoressa. Suomen sydänliitto. [www-dokumentti] Haettu 18.1.2011. <http://www.sydanliitto.fi/sairastavuus-ja-sairastuvuus>

Salanterä S., Ahonen P., Elomaa L., Johansson K., Lehtikunnas T., Leino-Kilpi H., Moisander M-L., Pulkkinen M-L., Salmela M., Virtanen H. Yliopistosairaalan kirjallisen ohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 2005, 17 (4): 217-228.

Salminen-Tuomaala M., Kaappola A., Kurikka S., Leikola P., Vaninen J., Paavilainen E. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 2010, 8 (4).

Savola E. & Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005.

Shilts M., Horowitz M., Townsend M. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion* 2004;19 (2):81-93.

Stephoe A., Kerry S., Rink E., Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health* 2001;91:265-269.

Stenman P. & Toljamo M. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* 2002, 14(1):19-25.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Kansanterveyslaitos. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008. Helsinki: Edita Prima Oy.2008.

Terveyslainsäädäntö. 30.12.2010/1326. Finlex. [www-dokumentti] Haettu 10.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. Terveiden edistämisen keskus. [www-dokumentti] 2005. Haettu 9.3.2011. <http://www.health.fi/timage.php?i=100335&f=1&name=Terveytt%E4+edis>

Theory at a Glance. A guide for health promotion practice. National Cancer Institute. U.S. Department of health and human services. National Institutes of Health. [www-dokumentti] 2005. Haettu 20.6. 2011. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>

Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista. Suomen sydänliitto. [www-dokumentti] Haettu 18.1.2011. <http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto>

Tingström P., Kamwendo K., Bergdahl B. Effects of problem-based learning rehabilitation programme on quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005,4: 324-330.

Toimenpiteet pähkinäkuoressa. Suomen sydänliitto. [www-dokumentti] Haettu 18.1.2011. <http://www.sydanliitto.fi/toimenpiteet>

Tones K. & Green J. Health Promotion planning and strategies. London: SAGE Publications Ltd. 2004.

Torkkola S. Potilas vai joku muu? *Premissi* 2009, 2:10-12.

Tuomi J. & Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia:Livonia Print. 2009.

Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009;23:362-370.

Vauhkonen I. & Holmström P. Sisätaudit. Helsinki: WSOY. 2006.

Williams A. & Jones M. 2005. Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing* 2005;52 (2):188-195.

Williams R. 2011. Depression after heart attack. *Circulation* 2011;123:639-640.

Liite 1

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

- Sukupuoli ja ikä
- Milloin sairastitte sydäninfarktin?
- Milloin kotiuduitte sairaalasta?

Ohjauksen toteutuminen

- Missä vaiheessa sepelvaltimotautiohjaus alkoi sairaalassa?
- Millainen ohjaustilanne/ohjaustilanteet oli/olivat mielestänne?
- Kuka toteutti ohjausta?
- Millainen vuorovaikutus vallitsi ohjaustilanteissa teidän ja hoitajan välillä?
- Millä tavoin teidän annettiin keskustella ohjauksen aikana?
- Millaisista asioista ohjauksessa puhuttiin?
- Millä tavoin ohjaus oli yksilölliset piirteet huomioon ottavaa?
- Millä tavoin muodostitte tavoitteet elämäntapamuutokselle?
- Millä tavoin koitte ohjauksen ajankohdan?
- Millä tavoin omaiset huomioitiin ohjauksessa?

Kirjallinen materiaali

- Millaista kirjallista materiaalia saitte ohjauksen tueksi?
- Millä tavoin koitte annetun kirjallisen materiaalin riittäväksi teidän kannaltanne?
- Mistä aiheesta olisitte halunneet saada kirjallista materiaalia lisää?

Ohjauksen merkitys

- Millainen merkitys ohjauksella on ollut teille?
- Millaisia tunteita ohjaus herätti teissä?

Ohjauksen anti sepelvaltimotaudin omahoitoon kotona

- Millä tavoin koitte ohjauksen olevan teidän kannaltanne riittävää tiedollisesti ja taidollisesti?
- Millä tavoin olette pystyneet hyödyntämään ohjausta kotona arkipäivässänne?

Ohjauksen kehittäminen

- Miten kehittäisitte sepelvaltimotautiohjausta?

Liite 2

TIEDOTE POTILAALLE

Arvoisa potilaamme,

Olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) sydänvalvontaosastolla tai vuodeosastolla S3. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveyskasvatuksen maisteriopintoihin kuuluva Pro gradu tutkimus: Potilaan kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta. Sen tarkoituksena on selvittää ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia sairaalassa saamastaan sepelvaltimotautiohjauksesta kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksesta saaduilla tiedoilla kehitämme sairaalassa annettavaa potilasohjausta. Tutkimuksen suorittajana on Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksen maisteriopiskelija Päivi Ronkainen. Ohjaavana opettajana toimii Erikoistutkija Tarja Kettunen Jyväskylän yliopistosta.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimus toteutetaan haastattelemalla kymmentä ensimmäisen sydäninfarktin sairastanutta henkilöä helmikuun 2011 aikana. Haastattelu kestää noin tunnin ja järjestetään erikseen sovittavassa Teille sopivassa paikassa. Haastattelut nauhoitetaan. Tutkimuksesta ei koidu haittaa Teille ja voitte keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Aineisto säilytetään tutkijan hallussa syyskuun 2011 loppuun asti ja niitä ei luovuteta ulkopuolisille. Aineisto tuhoetaan syyskuun 2011 jälkeen.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada tutkimuksen suorittajalta.

Päivi Ronkainen

Terveyskasvatuksen maisteriopiskelija

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

pjronkainen@gmail.com

044-2884393

Liite 3

SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun vapaaehtoisesti terveystieteiden maisteriopiskelija Päivi Ronkaisen suorittamaan Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksen Pro gradu haastattelututkimukseen: Potilaan kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta. Tutkimuksessa selvitetään ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneen potilaan kokemuksia sairaalassa saamastaan sepelvaltimotautiohjauksesta. Saatuja tietoja käytetään sepelvaltimotautiohjauksen kehittämiseen sairaalassa.

Ymmärrän tutkimuksen tarkoituksen. Tiedän, että tutkimus suoritetaan haastattelemalla ja haastattelut nauhoitetaan. Tiedän, että voin keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Ymmärrän myös, että haastattelusta ei koidu minulle haittaa. Tutkija on selostanut minulle, että henkilöllisyys pidetään salassa ja kerätty haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Paikka ja aika

Tutkimuksen tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys
