

Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus

SAIJA SIHVOLA

TtM-opiskelija

Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

MINNA LAHTINEN

TtM, TtT-koulutettava, kliinisten tutkimusten monitoroija

Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala, operatiivinen tulosalue

PIRJO KAAKINEN

TtT, yliopistolehtori

Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

MARIA KÄÄRIÄINEN

TtT, Professori, asiantuntija

Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala, Medical Research Center

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioita sydänhoitajan ohjauksen laadusta terveystieteissä ja siihen yhteydessä olevia tausta- ja riskitekijöitä sekä tupakoinnin ja ylipainon yleisyyttä. Aineisto kerättiin Potilasohjauksen laatu -mittarilla perusterveydenhuollossa hoitajan vastaanotolla käyneiltä potilailta (n=175). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Potilaista 22% tupakoi ja 60%:lla oli ylipainoa tai lihavuutta. Potilaiden arvioiden mukaan ohjaus oli riittävää elintapoihin ja lääkehoitoon liittyen, mutta puutteellista sosiaalisen tuen osalta. Omaiset otettiin mukaan ohjaukseen harvoin. Vuorovaikutus oli pääosin hyvää, emotionaalinen tuki silti vähäistä. Ohjaus ei ollut aina suunnitelmallista eikä potilaslähtöistä. Ohjauksen resurssit, etenkin hoitohenkilökunnan asiantuntemus ja asenteet, olivat pääosin kunnossa. Ohjaus edisti lääkehoitoon ja terveellisiin elintapoihin sitoutumista sekä painonhallintaa. Lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat olivat tyytymättömiä ohjauksen laatuun.

Ohjausta tulee kehittää huomioiden potilaiden yksilöllisyys, elämäntilanne, omaiset ja ohjauksen tavoitteellisuus. Lisää tutkimusta tarvitaan edelleen hoitotyön käytännön, koulutuksen ja johtamisen tueksi, ohjauksen laadun kehittämiseksi.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, pallolaajennus, potilas, ohjaus

Saapunut 1.2.2019

Hyväksytty julkaistavaksi 5.5.2019

ABSTRACT

The Quality of Counselling at an Appointment with a Cardiac Nurse as Evaluated by Patients Treated with Percutaneous Coronary Intervention: A Cross-Sectional Study

Saija Sihvola, MHSsc student

Minna Lahtinen, MHSsc, PhD student

Pirjo Kaakinen, PhD, Senior Lecturer

Maria Kääriäinen, PhD, Professor, Consultant

The aim of this study was to describe evaluation by patients treated with percutaneous coronary intervention of the quality of counselling by a cardiac nurse at the healthcare center and related background and risk factors and the prevalence of smoking and overweight. The data was collected using Patient Counselling Quality Instrument from patients (n=175) who had had an appointment with a nurse at the primary care unit. The data was analysed statistically.

22% of the patients were smoking and 60% had overweight or obesity. According to the evaluation by the patients, the patient counselling was sufficient concerning lifestyle and medication; however, it was insufficient concerning social support. Relatives were rarely admitted to counselling. As a rule, interaction was good, whereas emotional support was scarce. Counselling was not always planned or patient-centered. The resources of the counselling, especially the knowledge and attitudes of the personnel, were mainly sufficient. Counselling contributed to the patient's adherence to medication and a healthy lifestyle as well as to weight management. Patients suspended from work without pay as well as unemployed and chronically sick patients were more dissatisfied with the quality of counselling.

Counselling should be developed taking into account patients' individuality, life situation, relatives and planned counselling. More research is still needed to support nursing practice, education and leadership, to develop the quality of counselling.

Keywords: coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, patient, counselling

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään

- Pallolaajennustoimenpiteen jälkeen potilas kotiutuu nopeasti, jolloin ohjausaika sairaalassa jää rajalliseksi. Tämä korostaa potilasohjauksen merkitystä myöhemmin sydänhoitajan vastaanotolla.
- Riittävä tieto toimenpiteestä, sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta, tukevat potilaan omahoitoa ja kykyä hankkia tarvittaessa apua terveydenhuollosta.
- Pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden ohjauksesta sydänhoitajan vastaanotolla on tutkittua tietoa, mutta ohjauksen laatua ei ole selvitetty eri osa-alueiden (sisältö, toteutus, hyödyt, resurssit) osalta kokonaisuudessaan.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Tutkimus lisäsi tietoa asiakasnäkökulmasta ja sepelvaltimotaudin riskitekijöiden (tupakointi ja ylipaino) yleisyydestä.
- Ohjauksessa huomioitiin puutteellisesti sosiaalinen ja emotionaalinen tuki, eri elämäntilanteet, omaisten mukaan ottaminen, eikä se aina ollut tavoitteellista tai potilaslähtöistä.
- Valtaosa potilaista sai riittävästi tietoa elintavoista ja lääkehoidosta, jolla oli yhteys näihin sitoutumiseen. Ohjauksessa oli parannettavaa sen tukena hyödynnettävien välineiden osalta.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ohjausta edelleen potilaslähtöisemmäksi, käytännön hoitotyön lisäksi sydänhoitajia koulutettaessa, terveydenhuollossa ohjauksen resurssija järjestettäessä ja tuotettaessa edelleen systemaattista tutkimusta hoitotyön käytännön, koulutuksen ja johtamisen tueksi, ohjauksen laadun kehittämiseksi.
- Ohjauksessa tulee huomioida paremmin yksilöllisyys, potilaan omaiset, eri elämäntilanteet, sosiaalinen ja emotionaalinen tuki sekä ohjauksen tavoitteellisuus.

Tutkimuksen lähtökohdat

Yli 200 000 suomalaista sairastaa sepelvaltimotautia (Sydänliitto 2018). Sairauden yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia voidaan vähentää potilasohjauksella (Stenberg ym. 2018) ja hoitomenetelmiä kehittämällä (Jousilahti ym. 2011). Akuutin sydäninfarktin tai hiljalleen edenneen sepelvaltimotaudin hoitotoimenpide on usein pallolaajennus (PCI), tukkeutuneen sepelvaltimon avaamiseksi. Toimenpiteen jälkeen potilas tarvitsee edelleen seurantaa, tukea sekä ohjausta lääkehoidosta ja elintavoista. (Aazami ym. 2016.) Eri tutkimusten mukaan 15–47% pallolaajennuksella hoidetuista potilaista tupakoi (Perk ym. 2015, Kähkönen ym. 2016), 50% on ylipainoisia ja 29% lihavia (Jarrah ym. 2018). Elintavoilla on yhteys sydäntapahtumiin ja sepelvaltimotaudin kuolleisuuslukuihin (Jousilahti ym. 2011). Elintapamuutosta voidaan tukea potilasohjauksella (Cole ym. 2011, Ghisi ym. 2014, Park ym. 2015).

Lyhyellä sairaalajaksolla ohjausaika on rajallinen (Aazami ym. 2016). Tällöin on tärkeää selvittää, millaista ohjauksen laatu on sairaalasta kotiuduttua, sydänhoitajan vastaanotolla. Tässä tutkimuksessa ohjauksen laadulla tarkoitetaan potilaslähtöistä, tavoitteellista ja vuorovaikutteista toimintaa, joka on sisällöltään riittävää ja vaikuttavaa sekä tilanteen edellyttämin resurssien toteutettua (Kääriäinen 2007, Kaakinen ym. 2014, Kajula ym. 2016, Oikarinen ym. 2017).

Riittävät tieto toimenpiteestä (Aazami ym. 2016), sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta tukevat potilaan omahoitoa (Astin ym. 2009) ja kykyä hankkia tarvittaessa apua terveydenhuollosta (Aazami ym. 2016). Hoitohenkilökunta ja potilaat ovat yksimielisiä siitä, että ohjaussisältöön kuuluu lääkehoito ja sairauden riskitekijät (Astin ym. 2008, Kähkönen ym. 2018). Potilaat haluavat tietoa myös ravinnosta, liikunnasta, sydäninfarktin uusiutumiskäsitteistä (Astin ym. 2008) ja sosiaalietuuksista (Tuomisto ym. 2018). Lisäksi potilaat tarvitsevat seksuaaliohjausta (Byrne ym. 2013) ja tietoa stressinhallinnasta (Ayton ym. 2018). Erilaisten ohjaustarpeiden vuoksi ohjaussisältöjä ei voi yleistää (Kilonzo & O'Connell 2011).

Pallolaajennuksella hoidetut potilaat arvostavat ohjausta (Kähkönen ym. 2016, Ayton ym. 2018), mutta sairastumisen aiheuttama järkytys voi toimia esteenä tiedon omaksumisessa (Astin ym. 2008). Potilaat tarvitsevat sosiaalista ja emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta (Aazami ym. 2016, Kähkönen ym. 2016) ja omaisilta (Rolley ym. 2010, Tuomisto ym. 2018). Riittämätön tuki voi vaikuttaa potilaan hoitomotivaatioon (Perk ym. 2015). Ohjaus, jossa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet (Kilonzo & O'Connell 2011, Kaakinen ym. 2014, Tuomisto ym. 2018), mahdollisuus kysymysten esittämiseen (Kähkönen ym. 2016) ja ongelmista keskustelemiseen (Kääriäinen ym. 2011), helpottaa potilasta terveyteen liittyvässä päätöksenteossa (Höglund ym. 2015).

Ohjaus on lisännyt potilaiden tietoa sairaudesta (Ghisi ym. 2014, O'Brien ym. 2014), kannustanut osallistumaan sydänkuntoutukseen (Grossman 2016) ja edistänyt terveellisiä elintapoja (Cole ym. 2011, Ghisi ym. 2014, Park ym. 2015). Aina tavoiteltavia hyötyjä ei ole saavutettu tai ne ovat lieventyneet ajan kuluessa (O'Brien ym. 2014, Perk ym. 2015, Albarqouni ym. 2016, Zhang ym. 2018). Ohjaukseen on vaikuttanut myös resurssit: vastaanottoajan riittävyys (Aazami ym. 2016), ohjausmenetelmät (O'Brien ym. 2014), hoitohenkilökunnan asenteet (Byrne ym. 2013, Gök & Kormaz 2018) ja ohjausosaaminen (Coylewright ym. 2017, Gök & Kormaz 2018).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin tupakoinnin ja ylipainon yleisyyttä sekä ohjauksen laatua potilaiden arvioimana. Tiedossa ei ole, että pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden ohjauksen laatua olisi aiemmin selvitetty eri osa-alueiden (sisältö, toteutus, hyödyt, resurssit) osalta kokonaisuudessaan.

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioita sydänhoitajan ohjauksen laadusta terveyskeskuksessa ja siihen yhteydessä olevia tausta- ja riskitekijöitä sekä tupakoinnin ja ylipainon yleisyyttä. Tavoitteena oli saada tietoa asiakasnäkökulmasta ohjauksen laadun kehittämiseen. Ohjauksen laatua tarkasteltiin sen osa-alueiden sisällön, toteutuksen, hyötyjen ja resurssien osalta.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten yleistä tupakointi ja ylipaino ovat pallolaajennuksella hoidetuilla potilailla?
2. Millaista on ohjauksen laatu potilaiden arvioimana?
 - 2.1 Miten sisällöllisesti riittävää ohjaus on?

- 2.2 Miten ohjaus toteutuu vastaanotolla?
- 2.3 Millaiset ovat ohjauksen hyödyt?
- 2.4 Millaiset ovat ohjauksen resurssit (ohjausaika, -tilat, -materiaalit, -välineistö ja hoitohenkilökunnan asiantuntemus ja asenteet)?

3. Miten tausta- ja riskitekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tämä tutkimus oli kuvaileva poikkileikkaustutkimus, jossa Kardio-rekisteristä valittiin systemaattisella otannalla pallolaajennuksessa yhdessä yliopistosairaalassa 1.12.2014–30.11.2015 käyneet potilaat (N = 1150). Tässä tutkimuksessa selvitettiin pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioita potilasohjauksen laadusta. Potilaiden valintakriteerinä oli: käynti sydänhoitajan ohjauksessa terveyskeskuksessa pallolaajennuksen jälkeen.

Aineisto kerättiin modifioidulla Ohjauksen laatu -mittarilla (© Kääriäinen 2007), jossa oli 12 taustatietoa sekä 78 ohjauksen laatua mittaavaa väittämää (5-portaisella Likert-asteikolla: 5=täysin samaa mieltä ja 1=täysin eri mieltä) osa-alueilta: ohjauksen sisältö, toteutus, hyödyt ja resurssit. Potilaan tupakointistatuksesta tieto poimittiin Kardio-rekisteristä. Kyselylomake lähetettiin potilaalle kotiin 5.12.2016–19.1.2017 ja pyydettiin palauttamaan postitse tutkijalle. Vastausprosentti oli 15,2 (n= 175).

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS Statistics 25.0-ohjelmalla. Tausta- ja riskitekijät kuvattiin frekvenssi- ja prosentiosuuksina. Ohjauksen laadun osa-alueista muodostettiin summamuuttujia seuraavasti: Ohjauksen sisältö (elintavat ja lääkehoito, toimenpiteen jälkeinen vointi ja sosiaalinen tuki) ja toteutus (potilaslähtöisyys, vuorovaikutus, tavoitteellisuus) sekä ohjauksen hyödyistä ja resursseista molemmista yksi summamuuttuja. Summamuuttujista muodostettiin histogrammien perusteella 3-luokkaisia: 1,00–2,49 = huono, 2,50–3,49=tyydyttävä ja 3,50–5,00=hyvä.

Taustamuuttujien yhteyttä ohjauksen laadun osa-alueisiin tarkasteltiin Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis testillä jakaumien vinouden vuoksi. Elintapojen ja lääkehoidon yhteyttä ohjauksen hyötyihin tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Tilastollisen merkitsevyyden raja oli $p < 0,05$. (Polit & Beck 2017.)

Tulokset

Potilaiden tausta- ja riskitekijät

Potilaista enemmistö oli miehiä (75%) ja eläkkeellä (72%). Heidän keski-ikä oli 65,5 vuotta. Potilaista 42% oli ylipainoisia, 18% lihavia ja 22% tupakoi (Taulukko 1 ja Taulukko 2).

Lisää Taulukko 1.

Lisää Taulukko 2.

Ohjauksen sisältö

Ohjausta elintavoista ja lääkehoidosta (93%) ja toimenpiteen jälkeisestä voinnista (81%) pidettiin hyvänä. Viidennes (22%) potilaista arvioi sosiaalisen tuen tyydyttäväksi ja viidennes (21%) huonoksi (Taulukko 3). Toimenpiteen jälkeisestä voinnista ohjaus oli riittävää Nitrojen käytöstä ja äkillisen rintakivun kanssa toimimisesta (80%), vähäisempää sydäninfarktin tai rintakivun uusiutumisriskistä (70%). Eläkeläiset olivat tyytyväisempiä ohjaukseen toimenpiteen jälkeisestä voinnista, kuin lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat ($p=0,023$) (Taulukko 4). Sosiaalinen tuki oli kokonaisuudessaan puutteellista. Hyvänä ohjausta sosiaalietuuksista piti 46% vastaajista. Puolet vastaajista piti ohjausta hyvänä seksuaalielämästä (50%) ja sairauden vaikutuksista omaisiin (49%).

Lisää Taulukko 3.

Lisää Taulukko 4.

Ohjauksen toteutus

Ohjauksen potilaslähtöisyyden arvioi hyväksi 63%, vuorovaikutuksen 78% ja tavoitteellisuuden 69% vastaajista (Taulukko 3). Potilaslähtöisyys toteutui rohkaisemalla potilasta kysymään asioista, hyvänä sitä piti 74% vastaajista. Harvemmin ohjauksessa selvitettiin kuitenkin potilaan aiempaa tietämystä ohjattavista asioista (52%), aktivoitiin pohtimaan omaa elämää ja sairastumista (50%). Lisäksi tunteiden huomiointi oli riittämätöntä (50%). Potilaita kannustettiin vain harvoin ottamaan omainen ohjaustilanteeseen (38%). Lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat pitivät potilaslähtöisyyttä muita huonompana ($p=0,020$) (Taulukko 4). Vuorovaikutuksessa hyvää oli ilmapiiri (85%) ja ymmärrettävä kielenkäyttö (86%). Puutteellisinta oli emotionaalinen tuki, hyvänä sitä piti 43% vastaajista. Tyytyväisempiä vuorovaikutukseen olivat 66–84-vuotiaat ($p=0,039$) ja eläkeläiset ($p=0,003$) (Taulukko 4). Ohjauksen tavoitteellisuus toteutui keskustellen tavoitteista (74%) ja asettamalla niitä yhdessä hoitajan kanssa (78%). Yli puolet potilaista (59%) sai palautetta omahoidosta ja 44% potilaista oli mahdollisuus antaa palautetta ohjauksesta. Potilailta kysyttiin harvoin, mitä he oppivat ohjauksessa (50%). Lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat pitivät ohjauksen tavoitteellisuutta eläkeläisiä ja työssäkäyviä huonompana ($p=0,008$) (Taulukko 4).

Ohjauksen hyödyt

Valtaosa (82%) potilaista arvioi ohjauksen hyödyt hyväksi (Taulukko 3). Ohjaus edisti lääkehoitoon (87%), liikkumiseen (81%) ja terveelliseen ruokailuun (84%) sitoutumista sekä painonhallintaa (74%). Ohjaus elintavoista ja lääkehoidosta oli yhteydessä ohjauksen hyötyihin ($\rho 0,643$, $p<0,001$). Vähiten ohjauksesta oli hyötyä potilaiden hyvinvoinnin tunteeseen (59%) ja mielialaan (54%) sekä omaisten tiedonsaantiin (61%). Lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat pitivät ohjauksen hyötyjä huonompana kuin eläkeläiset ja työssäkäyvät ($p=0,002$) (Taulukko 4).

Ohjauksen resurssit

Potilaista 75% arvioi ohjauksen resurssit hyväksi (Taulukko 3). Ohjausaikaan (73%), ohjaustiloihin ja ohjausmateriaaleihin (77%) oltiin tyytyväisiä. Tyytyväisempiä potilaat olivat henkilökunnan asiantuntemukseen (84%) ja myönteiseen asennoitumiseen (85%) ohjaustilanteessa. Ohjausvälineistöä (esim. internet, videot) pidettiin puutteellisena (45%). Ohjausresurssista 66–84-vuotiaat arvioivat ne paremmiksi ($p=0,011$) ja lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat huonoimmaksi ($p=0,002$) (Taulukko 4).

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden tupakoinnin (ks. Perk ym. 2015, Kähkönen ym. 2016) ja ylipainon yleisyys oli aiempien tutkimusten suuntaista (ks. Jarrah ym. 2018). Tupakoinnin osalta tulos oli huolestuttava, koska se on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijöistä (Jousilahti ym. 2016) ja aiemman suomalaistutkimuksen mukaan se oli pallolaajennuksella hoidetuilla potilailla vähäisempää (Kähkönen ym. 2016). Tupakointitilasta pidetään tärkeänä tietona esimerkiksi toimenpiteen vaikuttavuutta arvioitaessa (Grönholm ym. 2017). Tässä tutkimuksessa tupakointitilasta kysyttiin potilailta itsearvioituna tietona pallolaajennustoimenpiteeseen tultaessa, mutta osalta tämä tieto puuttui kokonaan.

Ohjauksen sisältö kohdistui tässä tutkimuksessa lääkehoitoon ja elintapoihin, jotka aiempien tutkimusten mukaan ovat keskeisiä sisältöjä pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden ohjauksessa (Ghisi ym. 2014, Kähkönen ym. 2018). Osa ohjaussisällöistä jäi vähemmälle huomiolle, vaikka hoitajia pidettiin asiantuntevina. Potilaat saivat hyvin tietoa toimenpiteen jälkeisestä voinnista, vähiten kuitenkin sydäninfarktin uusiutumisriskeistä. Tämä voi vaikuttaa siihen, miten he ymmärtävät oman sairautentilansa (Perk ym. 2015, Kähkönen ym. 2018). Kähkönen ym. (2016) mukaan ohjauksessa tulisi huomioida paremmin sosiaalisen tuen tarve. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ohjaus oli puutteellista sosiaalietuuksista ja seksuaalielämästä. Byrnen ym. (2013) mukaan sydänpotilaat halusivat keskustella seksuaalielämästä, mutta hoitohenkilökunta keskustelelee siitä vain harvoin vastaanotolla (Byrne ym. 2013).

Aiempien tutkimusten suuntaisesti (Kilonzo & O'Connell 2011, Ayton ym. 2018), tässä tutkimuksessa vuorovaikutus arvioitiin hyväksi. Kääriäisen (2007) mukaan vuorovaikutusta pidetään laadukkaana ohjauksen keskeisenä tekijänä. Tässä tutkimuksessa tulos oli silti ristiriitainen, sillä emotionaalinen tuki oli puutteellista. Emotionaalinen tuki olisi tärkeää sekä vuorovaikutuksen että potilaslähtöisyyden näkökulmasta (Kääriäinen ym. 2011, Kaakinen ym. 2014).

Potilaan osallisuus on potilaslähtöisen ohjauksen lähtökohta (Höglund ym. 2010, Castro ym. 2016). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ohjauksessa huomioitiin jaettu päätöksenteko, joten potilaslähtöisyyden voidaan tulkita toteutuneen. Tältä osin ohjausta voidaan pitää myös laadukkaana (Kääriäinen 2007, Kajula ym. 2016). Toisaalta tämän tutkimuksen mukaan ohjauksessa ei aina huomioitu yksilöllisiä tiedon- ja tuentarpeita, joten se ei ollut tällöin potilaslähtöistä (Kääriäinen ym. 2011). Ohjauksessa ei aina huomioitu palautteenantoa tai varmistettu, omaksuiko potilas ohjattavia asioita, joten se ei ollut tällöin tavoitteellista. Tavoitteellisuus on kuitenkin yksi ohjauksen laatua määrittävistä tekijöistä (Kaakinen ym. 2014, Oikarinen ym. 2017).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ohjauksesta oli hyötyä potilaiden lääkehoitoon ja elintapoihin sitoutumiseen. Myös systemaattisen katsauksen mukaan ohjauksella voidaan edesauttaa potilaiden hoitoon sitoutumista (Ghisi ym. 2014). Vähiten ohjaus edisti potilaiden hyvinvointia, mielialaa ja omaisten tiedonsaantia. Edellisen osalta tulos saattoi johtua emotionaalisen tuen vähäisyydestä, jälkimmäinen puolestaan siitä, että ohjaus huomioi vain harvoin omaiset, mikä ilmeni myös puutteena heidän tiedonsaannissa. Omaiset tulisi huomioida ohjauksessa paremmin (Rolley ym. 2010), koska heiltä saatu tuki on yhteydessä positiivisiin hoidon tuloksiin (Kähkönen ym. 2018).

Ohjauksen resurssit, kuten hoitajien asiantuntemus, asennoituminen sekä ohjausaika, -materiaali ja -tilat, olivat pääasiassa asianmukaiset, mutta puutteelliset ohjausvälineiden osalta. Aiempia tutkimuksia pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden ohjauksen hyödyistä (Ghisi ym. 2014, O'Brien ym. 2014, Ayton ym. 2018) ja resursseista on vain vähän (Boyde ym. 2018).

Ohjaus huomioi parhaiten eläkkeellä olevat. Iän suhteen eroa ryhmien välillä ilmeni vuorovaikutuksessa ja resursseissa; iäkkäämmät pitivät ohjausta muita parempana. Sukupuolen, siviilisäädyn, painoindeksin tai tupakointitilastuksen suhteen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Valtaosa potilaista oli eläkeläisiä, kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Kähkönen ym. 2016, Ayton ym. 2018), mutta tämä ei poista velvollisuutta huomioida ohjauksessa muitakin elämäntilanteita (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Hyvällä ohjauksella tuetaan potilaan omahoitoa (Astin ym. 2009) ja kykyä hankkia tarvittaessa apua terveydenhuollosta. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty potilaiden tietoa tehdystä toimenpiteestä, vaikka sen tiedetään olevan tarpeellista mahdollisten komplikaatio-oireiden tunnistamisessa. Ohjaus on ollut aiemmin puutteellista tältä osin. (Aazami ym. 2016.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ohjauksessa huomioitiin potilaiden elintavat ja lääkehoito ja näihin asioihin tulee jatkossakin kiinnittää huomiota. Ohjauksessa tulisi huomioida paremmin potilaiden yksilölliset tarpeet, toiveet ja odotukset sekä heidän omaisensa. Lisäksi ohjauksen tulisi olla suunnitelmallisempaa ja siinä tulisi varmistaa myös psykososiaalisen tuen riittävyys.

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukselle saatiin tutkimuslupa johtajaylilääkäriltä ja mittarin käytölle tekijänoikeuksien haltijalta. Aineiston säilytyksessä ja taustamuuttujien koodaamisessa noudatettiin huolellisuutta vastaajien anonymiteetin suojelemiseksi. (TENK 2013.) Lähtökohtana tutkimuksessa oli potilaan oikeus laadultaan hyvään hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Terveydenhuoltolaki 1326/2010), joten tutkimuksen luotettavuutta lisäsi, että ohjauksen laatua selvitettiin potilailta itseltään (Kuntaliitto 2011). Tutkimuksesta tiedotettiin saatteella kyselylomakkeen alussa, jossa ilmoitettiin myös tutkijan yhteystiedot. Vastaaminen oli vapaaehtoista. (Polit & Beck 2017.)

Modifioidun mittarin sisältövaliditeetti varmistettiin asiantuntija-arvioilla ja testattiin kahdella sydänpotilaalla (Polit & Beck 2017). Mittari oli todettu aiemmin luotettavaksi. Tässä tutkimuksessa mittarin rakennevaliditeetti varmistettiin faktorianalyysillä ja rakenne oli samanlainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (esim. Kajula ym. 2016, Oikarinen ym. 2017). Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha-kertoimella, jotka vaihtelivat 0,882–0,964 välillä. Tutkimuksen ulkoista validiteettiä vähensi pieni vastausprosentti (15,2%). Tutkimustuloksia voidaan pitää vain suuntaa-antavina (Polit & Beck 2017), mutta hyödyntää kehitettäessä pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden leikkauksen jälkeistä ohjausta.

Päätelmät

Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ohjausta potilaslähtöisemmäksi, mutta käytännön hoitotyön, koulutuksen ja johtamisen tueksi tarvitaan edelleen systemaattista tutkimusta. Ohjauksessa tulee huomioida paremmin tavoitteellisuus, yksilöllisyys, potilaan omaiset, eri elämäntilanteet sekä psykososiaalinen tuki.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: SS, ML, PK, MK, aineistonkeruu: ML, aineiston analysointi: SS, käsikirjoituksen kirjoittaminen: SS, käsikirjoituksen kommentointi: ML, MK, PK

LÄHTEET

Aazami S., Jaafarpours M. & Mozafari M. (2016) Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing* 34(3), 93–99.

- Albarqouni L., Smenes K., Meinertz TH., Schunkert K., Fang X., Ronel J. & Ladwig K-H (2016) Patients knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time Findings from the multicentre MEDEA Study. *Patient Education and Counseling* **99**(11), 1845–1851.
- Astin F., Closs S. J., McLenachan J., Hunter S. & Priestley C. (2008) The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling* **73**(2), 325–332.
- Astin F., Closs S. J., McLenachan J., Hunter S. & Priestley C. (2009) Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *Journal of Advanced Nursing* **65**(1), 72–83.
- Ayton D.R., Barker A.L., Peeters G.M. E. , Berkovic D.E., Lefkovits J., Brennan A., Evans S., Zalberg J., Reid C., Stoelwinder J. & McNeil J. (2018) Exploring patient-reported outcomes following percutaneous coronary intervention: A qualitative study. *Health Expectations* **21**(2), 457–265.
- Boyde M., Rankin J., Whitty J.A., Peters R., Holliday J., Baker C., Hwanf R., Lynagh D. & Korczyk D. (2018) Patient preferences for the delivery of cardiac rehabilitation. Article in press. *Patient Education and Counseling* **101**(12), 2162–2169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.010>
- Byrne M., Doherty S., Murphy A.W., McGee H.M. & Jaarsma T. (2013) Communicating about sexual concerns within cardiac health services: Do service providers and service users agree? *Patient Education and Counseling* **92**(3), 398–403.
- Castro E.M., Refenmortel T.V., Vanhaecht K., Sermeus W. & Hecke A. V. (2016) Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* **99**(12), 1923–1939.
- Cole J.A., Smith S.M., Hart N. & Cupples M. E. (2011) Systematic Review of the Effect of Diet and Exercise Lifestyle Interventions in the Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Cardiology Research and Practice*. 19. doi:10.4061/2011/232351.
- Coylewright M., O'Neill E.S., Dick S. & Grande S. W. (2017) PCI:Choise: Cardiovascular clinicians' perceptions of shared decision making in stable coronary artery disease. *Patient Education and Counseling* **100**(6), 1136–1143.
- Ghisi G.L.M., Abdallah F. & Gracw S. L. (2014) A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling* **95**(2), 160–174.
- Grossman J.A.C. (2016) Cardiac Rehabilitation Enrollment and the Impact of Systematic Nursing Interventions for Postmyocardial Infarction and Stent Patients. *Clinical Nursing Research* **25**(4), 378-390.
- Grönholm A., Karhunen-Enckell U. & Liira H. (2017) Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. *Suomen Lääkärilehti* **72**(5), 286–289b.
- Gök F. & Korkmaz F. D. (2018) Sexual Counseling Provided by Cardiovascular Nurses. *Journal of Cardiovascular Nursing* **33**(6, pp), E24–E30.

- Höglund A.T., Winblad U., Arnetz B. & Arnetz J. E. (2010) Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **24**(3), 482–289.
- Jarrah M., Hammoudeh A.J., Khader Y., Tabbalat R., Al-Mousa E., Okkeh O., Alhaddad I.A., Tawalbeh L.I. & Hweidi I.M. (2018) Reality of obesity paradox: Results of percutaneous coronary intervention in Middle Eastern patients. *Journal of International Medical Research* **46**(4), 1595–1605.
- Jousilahti P., Laatikainen T., Salomaa V., Pietilä A., Vartiainen E. & Puska P. (2016) 40-year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline. Review. *Global Heart* **11**(2), 207–212.
- Kaakinen P., Kääriäinen M. & Kyngäs H. (2014) Pitkäaikaissairaana aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva Hoitotyö* **12**(1), 12–21.
- Kajula O., Kääriäinen M., Moilanen J.S. & Kyngäs H. (2016) The Quality of Genetic Counseling and Connected Factors as Evaluated by Male BRCA1/2 Mutation Carriers in Finland. *Journal of Genetic Counseling* **25**(3), 413–421.
- Kilonzo B. & O`Connell R. (2011) Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing* **20**(7–8), 1160–1167.
- Kuntaliitto (2011) Terveysthuollon laatuopas. PDF-julkaisu.
<http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> (2.10.2018)
- Kähkönen O., Kankkunen P., Miettinen H., Lamidi M-L. & Saaranen T. (2016) Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing* **26**(9–10), 1264–1280.
- Kähkönen O., Saaranen T., Kankkunen P., Lamidi M-L., Kyngäs H., Miettinen H. (2018) Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* **27**(5–6), 989–1003.
- Kääriäinen M. (2007) *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. Oulu University Press.
- Kääriäinen M., Kukkurainen M.L. & Kyngäs H. & Karppinen L. (2011) Improving the Quality of Rheumatoid Arthritis Patients' Education Using Written Information. *Musculoskeletal. Care* **9**(1), 19–24.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www-sivu.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (10.10.2018)
- O'Brien F., McKee G., Mooney M., O'Donnell S. & Moser D. (2014) Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* **96**(2), 179–187.

Oikarinen A., Engblom J., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (2017) Lifestyle Counseling Intervention Effects on Counseling Quality in Patients with stroke and Transient Ischemic Attack. *Journal of Neuroscience Nursing* **49**(39), 137–141

Park A.H., Lee S.J. & Oh S.J. (2015) The effects of a smoking cessation programme on health-promoting lifestyles and smoking cessation in smokers who had undergone percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice* **21**(2), 107–117.

Perk J., Hambraeus, Burell G., Carlsson R., Johansson P. & Lisspers J. (2015) Study of Patient Information after percutaneous Coronary Intervention (SPCI): should prevention programmes become more effective? *EuroIntervention* **22**; 10(11), e1–e7.

Polit D.F. & Beck C.T. (2017) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. edition. China. Wolters Kluwer.

Rolley J., Smith J., DiGiacomo M., Salamonson Y. & Davison P. (2010) The caregiving role following percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* **20**(1–2), 227–235.

Stenberg U., Vågan A., Flink M., Lynggaard V., Fredriksen K., Westermann K. F. & Gallefoss F. (2018) Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling* **101**(6), 1006–1035.

Sydänliitto (2018) *Sepelvaltimotauti*. www-sivu.

https://sydan.fi/fact/sepelvaltimotauti/?gclid=Cj0KCQiA597fBRCzARIsAHWby0HY_hCuLLjSY95pxomMSHm9VxFBIJsTVY4yEIYQfxvTdagnDjVE_JQaArrvEALw_wcB (23.11.2018)

TENK. (2013) *Hyvä tieteellinen käytäntö*. PDF-julkaisu.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (08.10.2018)

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. www-sivu. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (09.10.2018)

Tuomisto S., Koivula M., Åstedt-Kurki P. & Helminen M. (2018) Family involvement in rehabilitation: Coronary artery disease – patients` perspectives. *Journal of Clinical Nursing* **27**(15–16), 3020–2031.

Zhang T., Wang L., Xu Z., Zhang Q. & Ye Y. (2018) Predictors of smoking relapse after percutaneous coronary intervention in Chinese patients. Original article. *Journal of Clinical Nursing* **27**(5–6), e951–e958.

Saija Sihvola, TtM –opiskelija, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, saisih@student.uef.fi

Minna Lahtinen, TtM, tohtorikoulutettava, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala, Kliinisten tutkimusten monitoroija, operatiivinen tulosalue, minna.lahtinen@ppshp.fi

Pirjo Kaakinen, TtT, yliopistolehtori, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, pirjo.kaakinen@oulu.fi

Maria Kääriäinen, TtT, Professori, asiantuntija, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala, Medical Research Center, maria.kaariainen@oulu.fi

Taulukko 1. Vastaajien tausta- ja riskitekijät (n=175)

Taustamuuttuja	% (n)	ka	kh	vaihteluväli
Ikä		65,5	9,4156	35–84
työkäiset 35–65 v.	46,3 (81)			
eläkeikäiset 66–84 v.	53,7 (94)			
Sukupuoli				
nainen	25,1 (44)			
mies	74,9 (131)			
Siviilisäätty				
avioliitossa/rekisteröity parisuhde	58,9 (103)			
naimaton/eronnut/leski/muu	40,6 (71)			
ei tietoa	0,6 (1)			
BMI		27,5	4,4224	14,10–43,36
alipainoinen (BMI≤18,49)	0,6 (1)			
normaalipainoinen (BMI=18,5–24,99)	24,6 (43)			
ylipainoinen (BMI=25–29,9)	42,3 (74)			
lihava (BMI≥30)	17,7 (31)			
ei tietoa	14,9 (26)			
Elämäntilanne				
työssä / osin työssä/osin eläkkeellä	18,3 (32)			
eläkkeellä	72,0 (126)			
lomautettu/työtön/pitkäaik.sairauslomalla	9,7 (17)			
Tupakointistatus				
tupakoi	21,7 (38)			
ei tupakoi	49,1 (86)			
ei tietoa	29,2 (51)			

Taulukko 2. Tupakointi, ylipaino ja lihavuus taustamuuttujaryhmissä

Taustamuuttujaryhmät	Tupakoitsijat	Ylipainoiset ¹	Lihavat ²	Painoindeksi
	% (n)	% (n)	% (n)	p-arvo
Ikä				0,174
työkäiset 35–65 v.	39,7 (25)	44,1 (30)	27,9 (19)	
eläkeikäiset 66–84 v.	18,3 (13)	54,3 (44)	14,8(12)	
Sukupuoli				0,325
nainen	17,1 (6)	43,9 (18)	19,5 (8)	
mies	32,3 (32)	51,9 (56)	21,3 (23)	
Siviilisäät				0,023**
avioliitto/rekisteröity parisuhde	25,0 (19)	50,6 (42)	14,5 (12)	
naimaton/eronnut/leski/muu	33,3 (19)	47,7 (31)	29,2 (19)	
Elämäntilanne				0,079
työssä/osin työssä/osin eläkkeellä	36,0 (9)	36,0 (9)	36,0 (9)	
eläkkeellä	23,7 (23)	52,7 (58)	15,5(17)	
lomautettu/työtön/pitkällä sairauslomalla	50,0 (6)	50,0 (7)	35,7 (5)	
Yhteensä koko aineistosta	21,7 (38)	42,3 (74)	17,7 (31)	

¹ BMI 25–29,9, ² BMI \geq 30 , Tilastollinen merkitsevyys**p<0,05

Taulukko 3. Potilaiden arviot ohjauksen laadusta osa-alueittain

Ohjauksen laadun osa-alue	hyvä % (n)	tydyttävä % (n)	huono % (n)	ka	kh	mediaani
Sisältö						
elintavat ja lääkehoito	93 (163)	3 (5)	4 (6)	4,5690	0,73255	4,8571
toimenpiteen jälkeinen vointi	81 (142)	10 (17)	9 (16)	4,1243	1,01497	4,5000
sosiaalinen tuki	57 (100)	22 (38)	21 (37)	3,4557	1,14203	3,6667
Toteutus						
potilaslähtöisyys	63 (111)	26 (45)	11 (19)	3,6491	0,86678	3,7500
vuorovaikutus	78 (137)	15 (26)	7 (12)	3,9633	0,91041	4,1923
tavoitteellisuus	69 (120)	18 (32)	13 (23)	3,7558	1,00770	4,1000
Hyödyt	82 (144)	11 (19)	7 (12)	4,0544	0,89183	4,2941
Resurssit	75 (131)	18 (31)	7 (13)	3,9942	0,90301	4,3000

1,00–2,49=huono; 2,50–3,49=tydyttävä ja 3,50–5,00=hyvä.

Taulukko 4. Tausta- ja riskitekijämuuttujien yhteys ohjauksen laadun osa-alueisiin

Taustamuuttuja	Ohjauksen toteutus			elintavat ja lääkehoito	Ohjauksen sisältö		Hyödyt	Resurssit
	potilaslähtöisyys	vuorovaikutus	tavoitteellisuus		toimenpiteen jälkeinen vointi	sosiaalinen tuki		
	p	p	p	p	p	p	p	p
Ikä								
työkäiset 35–65 v.								
eläkeikäiset 66–85 v.	0,074	0,039**	0,058	0,926	0,323	0,387	0,064	0,011**
Sukupuoli								
naiset	0,738	0,468	0,577	0,051	0,216	0,559	0,173	0,236
miehet								
BMI								
alipainoinen (BMI <18,5)								
normaalipainoinen (BMI 18,5–24,9)	0,908	0,458	0,968	0,426	0,881	0,953	0,606	0,864
ylipainoinen (BMI 25–29,9)								
lihava (BMI ≥30)								
Siviilisäät								
avioliitto/rekisteröity parisuhde	0,442	0,941	0,398	0,660	0,517	0,496	0,858	0,871
naimaton/eronnut/leski/muu								
Elämäntilanne								
työssä /osin työssä/osin eläkkeellä								
eläkkeellä								
lomautettu/työtön/pitkällä sairauslomalla/ muu	0,020**	0,003**	0,008**	0,484	0,023**	0,114	0,002**	0,002**
Tupakointistatus								
Ei tupakoi								
Tupakoi	0,254	0,434	0,483	0,307	0,897	0,906	0,747	0,473
Ei tiedossa								

Tilastollinen merkitsevyys**p<0,05