



VARFARIINIHOIDON TOTEUTUMINEN POTILAIKEN ITSESÄÄTELYNÄ

Julia Ahonen

Jenni Kuljula

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyönkoulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

AHONEN, JULIA & KULJULA, JENNI:
Varfariinihoidon toteutuminen potilaiden itsesäätelynä

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Huhtikuu 2014

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää varfariinihoidon toteutumista potilaiden itsesäätelynä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTEn) Palokan terveysasemalla. Ensimmäisiä itsesäätelijöitä koulutettiin alueella toukokuussa 2012, jonka jälkeen toiminta on kasvanut. Nyt tarkoitus on laajentaa toimintaa koko Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskukseen. Alueen itsesäätelystä ei ole vielä tarkasteltu, jonka vuoksi aihe oli erittäin ajankohtainen.

Opinnäytetyö selvitti varfariinihoidon toteutumista potilaiden itsesäätelynä sekä siihen liittyvän ohjauksen merkitystä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tarkastelimme potilasohjausta, kuinka itsesäättely on koettu sekä saivatko potilaat riittävästi tukea ohjauksen jälkeen. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluin ja analysoitiin sisällön analyysillä. Tavoite oli kehittää itsesäättelyn ohjausta.

Tuloksista käy ilmi, että potilaat ovat pääasiassa erittäin tyytyväisiä itsesäättelyyn ja terveysaseman toimintaan. Itsesäättely helpottaa potilaiden elämää erityisesti laboratoriotulosten saamisessa, jossa tekstiviestien annostelun ohjeellisuus koettiin hyväksi ja INR -arvon saaminen nopeaksi. Yhteistyö terveysaseman kanssa toimii hyvin, sillä tarvittaessa potilaat saavat apua helposti ja nopeasti. He pohtivat itsesäättelyä paljon myös kuntien talouden kannalta, jolloin tämänkaltaisella toiminnalla voi säästää paljon hoitohenkilökunnan resursseja.

Potilaiden alkukoulutus itsesäättelyyn jakaa mielipiteitä, kun osa potilaista tahtoi tarkempaa tietoa annostelusta ja lääkeaineesta, kun taas toisaalta koettiin, että tietoa tulee liian paljon kerralla. Sairaanhoidajien ohjaukseen ja annettuihin materiaaleihin potilaat ovat kuitenkin tyytyväisiä. Potilaat ovat kokeneet materiaalit selkeiksi ja niihin on helppo palata kotona ja muistella koulutuksessa läpi käytyjä asioita. Potilaiden yksilölliset tekijät itsesäättelyssä nousevat voimakkaasti esiin, jotka kuuluvat niin itsesäättelyn edellytyksiin kuin myös sen toteuttamiseen.

Asiasanat: itsesäättely, potilasohjaus, varfariini, eteisvärinä, antikoagulaatiohoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care
Nursing

AHONEN, JULIA & KULJULA, JENNI:
The Patient's self-management of Warfarin Therapy

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 5 pages
April 2014

The aim of this Bachelor's thesis was to examine how Warfarin therapy realized as the patient's self-management in Palokka Health Centre that belongs to Jyväskylä Cooperation Area (JYTE). The patients' training to the self-management of Warfarin therapy started in May 2012 and it has increased since then. Now the intention is to expand this self-management activity to cover the whole area of the Health Centre of Jyväskylä Cooperation Area. The self-management of Warfarin therapy has not been studied in the area, which made it a very actual subject.

The purpose was to study the realization of self-management and the training and support given to the patients. A qualitative survey was carried out among a group of patients having Warfarin self-management to figure out how the patients experienced the training and the support for self-management. The data was collected through group interviews and analyzed with content analysis. The objective was to improve the guidance of self-management.

The results indicated that the patients were mostly very pleased with self-management and the operations of the Health Centre. Self-management has eased their lives especially in having the laboratory results, when the INR result comes fast and a directive text message is sent. The collaboration with the Health Centre has also been successful, since the patients felt that they had obtained help easily and quickly when needed. The patients also considered self-management from the angle of municipal economy, and thought that this kind of activity saves a lot in the resources of medical staff.

The first training session in the self-management program divided opinions. Some of the patients would have wanted to have more detailed information on dosage and medicine, while some of the patients felt that the amount of information was too big for one training session. However, every patient was pleased with the nurse-run training and the material given to them. The material was easy to read and it helped the patients to remember the information.

The results highlighted the patients' individual features in self-management, which were equal to the prerequisites for self-management and also part of its implementation.

Key words: self-management, patient training, Warfarin, atrial fibrillation, anticoagulation therapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT & TAVOITE.....	7
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
3.1	Eteisvärinä	8
3.1.1	Syntytavat ja altistavat tekijät	9
3.1.2	Oireet ja seuraukset	10
3.1.3	Eteisvärinäpotilaan tutkimukset	10
3.1.4	Eteisvärinän hoito.....	11
3.2	Varfariinihoito	13
3.2.1	Yhteis- ja haittavaikutukset.....	14
3.2.2	Vasta-aiheet.....	15
3.2.3	INR -arvo	15
3.2.4	Seuranta.....	16
3.2.5	Annostelu	17
3.2.6	Ravitsemus	19
3.3	Ohjaus	20
3.3.1	Ohjaajuus	22
3.3.2	Ohjauksen tavoitteellisuus	23
3.3.3	Arviointi	24
3.4	Itsesäätely.....	25
3.4.1	Itsesäätelyn tarkastelua.....	26
3.4.2	ANTIKO -hanke.....	28
3.5	Potilasturvallisuus	30
4	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	33
4.1	Aineiston keruu	34
4.2	Tutkimusmenetelmä.....	34
4.3	Tietosuoja.....	35
5	TULOKSET	37
5.1	Laboratoriotulosten saaminen	37
5.2	Toimiva yhteistyö	38
5.3	Itsesäätelyn edellytykset	39
5.4	Vertaistuki.....	41
6	POHDINTA.....	43
6.1	Tutkimustulokset	45
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	46
6.3	Eettisyys.....	46

6.4 Kehittämisideat	47
LÄHTEET	48
LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää, kuinka varfariinihoito toteutuu potilaiden itsesäätelynä kotiolosuhteissa sekä auttaa työelämää kehittämään potilasohjausta. Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen Palokan terveysaseman kanssa, jossa ensimmäiset itsesääteliryhmät ovat aloittaneet toimintansa toukokuussa 2012. Toiminta on alkanut hyvin ja sitä on tarkoitus laajentaa tulevaisuudessa koko Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskukseen. (Hilli 2012, 2, 9.)

Vuonna 2012 koulutuksia järjestävän sairaanhoitajan tekemässä itsesäätelyn arvioinnissa käytiin yleisesti läpi hoidon kulkua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tällöin pilottihankkeessa oli mukana 10 potilasta, jotka olivat pääasiassa eteisvärinäpotilaita. (Hilli 2012, 3.) Nyt toiminta on laajentunut Palokan alueella. Ryhmiä on järjestetty useita ja itsesäätelystä toteuttavien potilaiden määrä kasvanut merkittävästi. Tutkittua tietoa on vähän, jonka vuoksi opinnäytetyömme on ajankohtainen alueella.

Lähdimme tarkastelemaan itsesäätelystä kvalitatiivisin menetelmin ja keräsimme aineiston kahdella ryhmähaastattelulla, joihin osallistui itsesäätelystä toteuttavia potilaita. Potilaat olivat alusta alkaen motivoituneita osallistumaan opinnäytetyöhömmme ja kehittämään ohjausta. Haastattelut analysoitiin sisällön analyysillä.

Tulokset olivat samansuuntaisia kuin mitä aiemmat tutkimukset olivat esittäneet. Saimme kuitenkin paljon tietoa järjestelmän toimivuudesta alueella, ja esiin nousi myös pohdintaa, jolla toimintaa voisi entisestään kehittää. Mielestämme oli tärkeää kuulla ja tuoda esiin potilaiden näkökulmat siitä, kuinka itsesäätelystä käytännössä toteutuu kotiooloissa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT & TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä selvitys eteisvärinäpotilaiden varfariinihoidon toteutumisesta itsesäätelyä sekä selvittää siihen kuuluvan ohjauksen merkitystä.

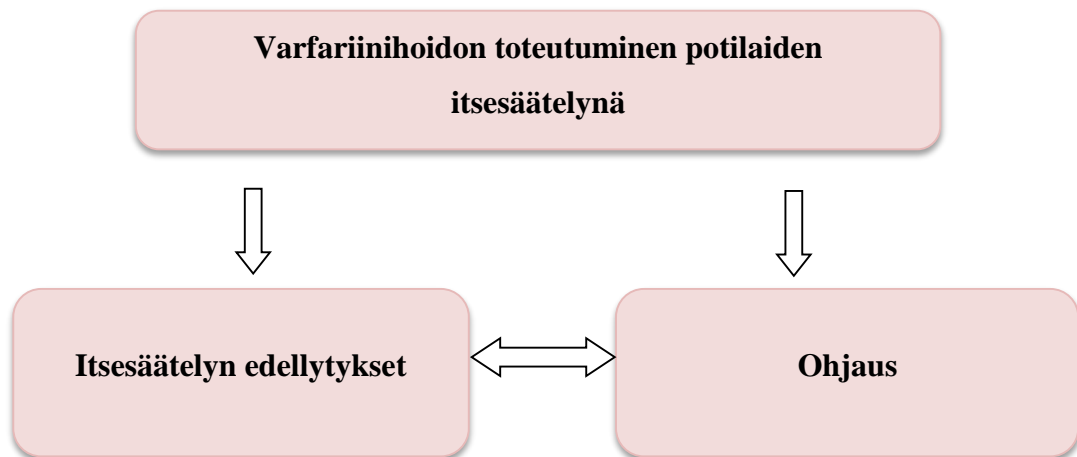
Opinnäytetyön tehtävät

- 1. Onko potilasohjaus riittävää?*
- 2. Miten eteisvärinäpotilaat kokevat varfariinin itsesäätelyn?*
- 3. Saako ohjauksen jälkeen riittävästi tukea?*

Tavoitteenamme oli kehittää itsesäätelyn ohjausta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen Palokan terveysasemalla.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyömme varfariinihoidon toteutumisesta potilaiden itsesäätelynä muodostuu itsesäätelyn edellytyksistä sekä ohjauksesta. Tämän teoreettisen viitekehksen pohjalta muodostimme opinnäytetyömme tehtävät.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Eteisvärinä

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin sydämen rytmihäiriö yksittäisten lisälyöntien jälkeen. Eteisvärinässä eteisvet eivät supistelevat säännöllisesti, jolloin eteisten frekvenssi voi olla jopa 400-600 kertaa minuutissa. Tämä voi tuntua tykyttelynä rinnassa tai rytmien epäsäännöllisyytenä. Eteisvärinän aikana eteisvet eivät pumpkaa verta tarpeeksi ja kammiot supistelevat epäsäännöllisesti. Sydämen pumppausteho pienenee 30-40 prosentilla ja verta alkaa kerääntyä eteisiin. Nuorilla eteisvärinä on harvinainen, mutta työikäisillä sitä esiintyy noin 0,5-4 prosentilla. Yli 65-vuotiailla jopa 10 prosentilla on eteisvärinä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen 2008, 250; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 414-415; Raatikainen 2011, 418; You, Singer, Howard, Lane, Eckman, Fang, Hylek, Schulman, Go, Hughes, Spencer, Manning, Halperin & Lip 2012, 4.)

Eteisvärinä voidaan jakaa neljään eri tyyppiin: kohtauksittaiseen eli paroksysmaaliseen, jatkuvaan eli persistoivaan, pitkään jatkuneeseen ja pysyvään eli krooniseen eteisvärinään. Akuutilla eteisvärinällä tarkoitetaan sitä, että kohtaus on kestänyt alle 48 tuntia. Jos kohtaus on kestänyt yli 48 tuntia, luokitellaan kohtaus pitkittyneeseen eteisvärinäkohtaukseen. (Mäkijärvi ym. 2011, 415; Raatikainen 2011, 418.)

3.1.1 Syntyvät ja altistavat tekijät

Noin 70 prosentilla eteisvärinäpotilaista on jokin liitännäinen sydänsairaus tai rytmihäiriöille altistava tekijä. Eteisvärinä voi myös olla itsenäinen, jolloin liitännäissairaudet puuttuvat ja kyseessä on eteisten sähköisen toiminnanhäiriö. Yhteistä näille kuitenkin on, että molemmat aiheuttavat eteislisälyöntejä ja epävakautta sydämeen. Eteisvärinä muokkaa eteisten rakenteita ja mekaanista toimintaa. Jos eteisvärinä pitkittyy, sen palauttaminen takaisin sinusrytmiin vaikeutuu. Autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston aiheuttama eteisvärinä voidaan jakaa kahteen ryhmään; sympatikotoniseen ja vaginaaliseen eteisvärinään. Sympatikotoninen eteisvärinä alkaa potilaalla usein fyysisen rasituksen tai stressin vaikutuksesta. Vaginaalinen eteisvärinä voi taas alkaa itsestään esimerkiksi ruokailun jälkeen tai yöllä levossa syketaajuuden hidastuessa. (Mäkijärvi ym. 2011, 416.)

Monet tekijät voivat altistaa eteisvärinälle. Tärkeimmät sydän- ja verenkiertoperäiset syyt ovat sepelvaltimotauti ja sydämenvajaatoiminta. Myös toiset erinäiset rytmihäiriöt voivat olla eteisvärinän aiheuttajan taustalla, muun muassa eteislepatus tai supraventrikulaarinen takykardia. Perimä- ja perussairauksista diabetes, kilpirauhasen vajaatoiminta ja krooniset keuhkosairaudet voivat aiheuttaa eteisvärinän. Ylipaino on myös yksi merkittävä syy eteisvärinän syntyyn. (Kauppinen 2010, 58; Mäkijärvi ym. 2011, 416-417.)

Tilapäisiä eteisvärinän aiheuttajia voivat olla liiallinen alkoholin käyttö, stressi, väsymys, akuutti sydäninfarkti, sydämen eri tulehdustilat, keuhkoveritulppa sekä elektrolyyttitasapainon häiriöt. Sydämen rytmi palautuu yleensä normaaliin sinusrytmiin, kun aiheuttava tekijä on hoidettu. (Holmia ym. 2008, 249; Mäkijärvi ym. 2011, 417.)

3.1.2 Oireet ja seuraukset

Eteisvärinä aiheuttaa potilaasta riippuen usein yleistilan laskua, mutta toiset potilaat taas eivät välttämättä huomaa eteisvärinää lainkaan. Tällöin se voi olla sattumalöydös esimerkiksi terveystarkastuksen yhteydessä. Tavallisin eteisvärinän oire on nopea ja epäsäännöllinen sydämen syke, mutta jos potilaalla on jo ennestään käytössä sydänlääkkeitä, voi syke olla normaalia eteisvärinää hitaampi. Muita tyypillisiä oireita ovat hengenahdistus, väsymys, huimaus, päänsärky ja lisääntynyt virtsaamisen tarve. Eteisvärinän aikana voi taustalla oleva muu sydänsairaus vaikeutua ja potilaalla esiintyä rintakipua. (Mäkijärvi ym. 2011, 148; Vauhkonen & Holmström 2006, 120.)

Pysyvä eteisvärinä voi aiheuttaa sydänmuutoksia. Jos sydämen syke on jatkuvasti yli 110/min, se voi altistaa sydämen vajaatoiminnalle. Eteisvärinän aikana veri ei pääse normaalisti kiertämään sydämessä, jolloin veri seisoo eteisissä ja voi aiheuttaa myös tromboembolisia komplikaatioita. Aivohalvaus eli aivoveritulppa on yksi merkittävin eteisvärinän aiheuttama tromboembolinen komplikaatio, jolloin aivoverisuoniin kulkeutuu verihyytymä. Eteisvärinäpotilaalla on 2-7 kertainen riski saada aivohalvaus verrattuna terveeseen, sinusrytmin omaavaan henkilöön. Kohtauksittaisessa, pysyvässä ja jatkuvassa eteisvärinässä on kaikissa yhtä suuri tukosvaara, mutta akuutissa eteisvärinäkohtauksessa tukosvaara on kuitenkin vähäinen. (Mäkijärvi ym. 2011, 418-419.)

3.1.3 Eteisvärinäpotilaan tutkimukset

Eteisvärinä todetaan yleensä rytmihäiriötuntemusten vuoksi otetusta EKG:stä, eli elektrokardiografiasta, joka on tärkein perustutkimus eteisvärinän toteamisessa. Hoitoon hakeutumisen syynä voivat olla myös aivoverenkiertoperäiset oireet tai se voi olla täysin oireeton. Eteisvärinän tunnistaminen on tavallisesti helppoa, sillä eteisvärinässä EKG:n perusviiva on epätasainen eikä eteis- eli P -aaltoja erotu kunnolla. Tätä seuraa QRS-kompleksi, joka on kapea ja niiden välit ovat epäsäännöllisiä. QRS-heilahdusten taajuus eli kammiovaste on yleensä nopea noin 80-120/min. Erittäin nopeassa eteisvärinässä taajuus voi olla yli 200/min. Eteisvärinä pitää osata erottaa muista eteisperäisistä

rytmihäiriöistä esimerkiksi supraventrikulaarisesta takykardiasta ja sinustakykardiasta. (Mäkijärvi ym. 2011, 419-420.)

Lääkäri suorittaa kliinisen tutkimuksen, jonka tyypillisin löydös on epätasainen kammiotaajuus. Se voidaan havaita sydäntä kuuntelemalla tai valtimosykettä tunnustelemalla. Ranteesta tunnusteltu valtimosyke tuntuu yleensä hitaampana ”pulsshivajeen” takia, kuin stetoskoopilla kuuntelemalla laskettuna tai EKG:stä mitattuna. Vastaanotolla eteisvärinäpotilaalle tehdään haastattelu, jossa käy ilmi oireiden kesto, rytmihäiriöille altistavat tekijät, mahdolliset sairaudet, lääkitykset ja sukurasite. Lisäksi otetaan verikokeita, joista katsotaan yleensä perusverenkuva eli PVK, seerumin natriumarvo, kalium, kreatiini ja kilpirauhasen toimintaa säätelevä hormoni. Veren glukoosi otetaan myös silloin, kun on kyse ensimmäisestä kohtauksesta, suunniteltaessa estolääkitystä tai, jos kohtaus toistuu äkillisesti. Tarvittaessa voidaan ottaa sydämen- ja keuhkojen röntgenkuva. Akuuttia eteisvärinää hoitaessa edellä mainitut kuvantamis- ja laboratoriokokeet ovat kuitenkin harvoin välttämättömiä. Jokaisen eteisvärinäpotilaan jatkotutkimusten tarve arvioidaan yksilöllisesti. (Kauppinen 2010, 58; Mäkijärvi ym. 2011, 420-421.)

3.1.4 Eteisvärinän hoito

Eteisvärinän aiheuttamien haittojen vuoksi sydämen rytmi pyritään kääntämään sinusrytmiksi mahdollisimman pian oireiden alkamisesta, jos rytmi ei itsestään palaudu. Yleensä rytmin muuttaminen onnistuu melko hyvin, riippuen potilaan voinnista, sydämen lyöntitiheydestä ja taustalla olevasta lääkityksestä. (Holmia ym. 2008, 250.)

Yksilöllisinä tekijöinä huomioon pitää ottaa rytmihäiriön kesto, oireet, muut sairaudet ja tromboemboliset komplikaatiot sekä punnita odotettavissa olevan hoidon hyödyt ja haitat. Äkillisessä eteisvärinäkohtauksessa rytmi kääntyy yleensä normaaliin sinusrytmiin vuorokauden kuluessa ilman hoitotoimenpiteitä. Jos rytmi ei normalisoidu oireiden alkamisesta seuraavaan päivään mennessä, on syytä hakeutua hoitoon, sillä aivohalvauksen riski on tällöin suurentunut. Jos eteisvärinän aiheuttajana on taustalla oleva sairaus, tulee se hoitaa ensin. (Mäkijärvi ym. 2011, 421-422.)

Eteisvärinän keskeisimmät hoitomuodot ovat sykkeen- ja rytmihallinta, perussairauksien tai muiden rytmihäiriöille altistavien tekijöiden hoito ja antikoagulaatiohoito (Kauppinen 2010, 58). Normaali sydämen rytmi voidaan yrittää palauttaa välittömästi, jos eteisvärinän alusta on kulunut alle kaksi vuorokautta ja potilas on ollut syömättä noin neljä tuntia. Rytminsiirto voidaan tehdä lääkkeellisesti tai sähköisesti. Jos eteisvärinä on kestänyt yli kaksi vuorokautta, välittömään rytminsiirtoon liittyvä aivohalvauksen riski on noin viisi prosenttia. Tällöin potilaalle tulee aloittaa antikoagulaatiohoito. Ruokatorven kautta tehdyllä kaikututkimuksella voidaan vielä varmistaa, ettei sydämen eteisiin ole ehtinyt muodostua trombeja. Rytminsiirtoa saa yrittää vasta, kun INR -arvo on ollut yli 2,0 vähintään kolmen edeltävän viikon ajan ennen uutta rytminsiirtoa. (Mäkijärvi ym. 2011, 422-423; Vauhkonen & Holmström 2006, 121.)

Sähköinen rytminsiirto tehdään lyhyessä nukutuksessa, joten toimenpide rajoittuu niihin sairaaloihin, joissa on saatavilla anestesia lääkäri. Toimenpiteessä 80-90 prosentilla rytmi palautuu takaisin sinusrytmiin. (Mäkijärvi ym. 2011, 423.) Sähköinen rytminsiirto on lääkkeellistä rytminsiirtoa tehokkaampi ja turvallisempi (Eteisvärinä: Käypähoitosuositus 2010). Rytminsiirron jälkeen rytmi pyritään pitämään sinusrytmissä tarvittaessa beetasalpaajilla tai muilla rytmihäiriölääkkeillä (Hannuksela, Huovinen, Huttunen, Jalanko, Mustajoki, Saarelma & Tiitinen 2006, 343).

Eteisvärinä uusiutuu herkästi, jolloin useiden rytminsiirtojen jälkeen esiintyvää eteisvärinää ei kannata enää yrittää kääntää takaisin sinusrytmiin. Tällöin eteisvärinä jää pysyväksi ja leposyke pyritään säätämään lääkkeillä alhaisemmaksi, noin 60-80/min. Sykkeen hidastamiseen voidaan käyttää beetasalpaajaa, verapamiilia tai diltiatseemia sekä aloitetaan antikoagulaatiohoito aivoembolian ehkäisemiseksi. (Hannuksela ym. 2006, 343; Holmia ym. 2008, 250.) Hoito on perusteltua, jos henkilöllä on lisäksi jokin muu eteisvärinälle altistava sairaus, kuten sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine tai diabetes. Eteisvärinää pidetään sydämen toiseksi parhaana rytminä ja yleensä pysyvä eteisvärinä on siedettävämpi kuin sinusrytmin ja eteisvärinän vaihtelu. (Mäkijärvi ym. 2011, 422, 425.)

3.2 Varfariinihoito

Lassila, Pietilä ja Pentikäinen (2002) jakavat antitromboottiset lääkeaineet vaikutuskohtansa mukaan veren hyytymisjärjestelmän normaalia toimintaa estäviin antikoagulantteihin, fibriinitulppia liottaviin fibrinolyytteihin sekä trombosyyttien toimintaa estäviin lääkkeisiin. Näistä antikoagulantit jaetaan vaikutustapansa perusteella vielä kolmeen ryhmään, joista varfariiniryhmä vaikuttaa veren hyytymisjärjestelmän normaaliin toimintaan estämällä K -vitamiinista riippuvaisien hyytymistekijöiden synteesin. (Lassila ym. 2002, 231.)

Varfariini heikentää K-vitamiinista riippuvaisen protrombiinin eli hyytymistekijä II sekä hyytymistekijöiden VII, IX ja X vaikutusta sekä luonnollisten antikoagulanttien, proteiinien S & C aktiivisuutta (Lassila 2011, 225; Nurminen 2011, 229). Hoidon tarkoituksena on ehkäistä verihyytymien muodostumista sekä hidastaa jo syntyneiden hyytymien kasvua ja liikkeellelähtöä (Paukama 2011, 91). Vaikka kansanomaisesti saatetaankin puhua verenohennuksesta, on lääkehoidon pyrkimyksenä kuitenkin pidentää hyytymisaikaa, jolla estetään tukoksien muodostumista (Kaivos, Lassila, Asmundela, Syväne & Pusa 2012, 1, 5).

Varfariinin tavoin vaikuttavia lääkeaineita kutsutaan oraalisiksi antikoagulateiksi. Niistä ensimmäinen, dikumaroli, eristettiin nautojen rehun mädästä medestä vuonna 1939. Synteettiset valmisteet tehtiin jo seuraavana vuonna, kuten varfariinikin. Alun perin näiden tarkoitus oli myrkyttää jyrsiöitä, mistä ne ovat siirtyneet lääkekäyttöön noin 40 vuotta sitten. (Lassila ym. 2002, 239.)

Hoito on yksilöllisesti kestoaltaan joko 3-12kk tai pysyvä (Paukama 2011, 91). Suomessa varfariini on melko yleinen lääkeaine, joka on käytössä noin 200 000 potilaalla (Kaivos ym. 2012, 2). Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (Puhakka 2011, 7) arvioi, että jo Helsingin kaupungissa otetaan vuosittain yli 124 000 INR -koetta, joilla antikoagulaatiohoitoa määritetään.

Hoidon vaikutusta seurataan jatkuvasti jo mainitulla verenhiyytymistä mittaavalla INR -kokeella. Sairaanhoidaja seuraa potilaan hoitotasapainoa, mutta myös potilaan omaseurannalla on saatu hoidon tulosta parantavia vaikutuksia. Edellytys hoidon onnistumiselle on potilaan sitoutuminen hoitoon. (Paukama 2011, 91, 93.)

Varfariini on käytössä kauppanimellä Marevan® 3mg & 5mg tabletteina. Eteisvärinässä käyttöaihe on eteisvärinän aiheuttamien tromboembolisten komplikaatioiden esto, mutta lääkeainetta käytetään myös sydämen läppäsairauksien hoidossa, laskimotukoksien, keuhkoembolian sekä sydäninfarktin estossa ja hoidossa. (Gruzdaitis, Juuti, Hannula, Hednäs, Kauhanen, Ruponen & Tuderman, toim. 2011, 1841.) Raatikaisen (2011) mukaan antikoagulaatiohoito on tähän asti ainoa hoitokeino, jolla on voitu parantaa eteisvärinäpotilaiden ennustetta. Suun kautta nautittavilla antikoagulanteilla voidaan estää jopa 60-80 prosenttia aivohalvauksista, jonka vuoksi varfariinia suositellaankin eteisvärinässä kaikille, joilla on suurentunut riski saada aivohalvaus (Raatikainen 2011, 151-152; You ym. 2012, 2).

3.2.1 Yhteis- ja haittavaikutukset

Varfariinilla onkin muiden lääkeaineiden kanssa lukuisia lääkeaineinteraktioita, jolloin vaikutus kohdistuu lääkeaineen imeytymiseen tai enterohepatiittiseen kiertoon. Muut lääkkeet voivat yhtäaikaisesti käytettynä joko tehostaa tai vähentää varfariinin vaikutuksia elimistössä. (Gruzdaitis ym. 2011, 1841; Hirsh, Fuster, Ansell & Halperin 2003, 1-2.) Tunnetuimmat yhteisvaikutukset liittyvät trombosyyttien toimintaan vaikuttaviin lääkkeisiin, esimerkiksi asetyylisalisyylihappoon, klopidoogreeliin sekä tulehduskipulääkkeiden samanaikaiseen käyttöön. Jos potilas hoidon aikana tarvitsee kipulääkitystä, suositellaan ensisijaisesti parasetamolia sekä opioideja, joilla ei ole varfariinin kanssa yhteisvaikutuksia yleisimmillä hoitoannoksilla. (Gruzdaitis ym. 2011, 1841.)

Haittavaikutuksista yleisimpänä ovat verenvuodot, joita yhdestä kymmeneen prosenttia käyttäjistä kokee. Lieviä vuotoja ovat kuudella prosentilla ja vakavia esiintyy yhdellä prosentilla. Vuotokomplikaatioita esiintyy yleensä silloin, kun INR -taso nousee yli hoitoalueen. INR -arvon ollessa hoitoalueella vuotokomplikaatiot ovat kuitenkin yleensä merkki jostakin toisesta sairaudesta, joka vaatii tarkempaa selvittelyä. (Gruzdaitis ym. 2011, 1842; Hirsh ym. 2003, 8.)

3.2.2 Vasta-aiheet

Potilaan tulee olla yhteistyökykyinen hoidon suhteen, jonka vuoksi esimerkiksi alkoholin ongelmakäyttäjät sekä muistisairaat eivät voi lääkettä turvallisesti käyttää. Lääkkeenottoa täytyy voida valvoa sen vaatimalla tavalla. (Paukama 2011, 92.) Hoitoa ei voi myös aloittaa potilaille, joilla on kaatuilutaipumusta, ruuansulatuskanavan ja virtsateiden verenvuodoille altistavia tiloja, kuten esimerkiksi aiempia ruuansulatuskanavan vuotokomplikaatiota, divertikuliitti tai jo entuudestaan verenvuototaipumus. (Gruzdaitis ym. 2011, 1841.)

Vasta-aiheita ovat myös tuore aivohalvaus, hallitsematon verenpainetauti, maksakirroosi, endokardiitti, perikardiaalinen effuusio, ruokatorven laskimolaajentumat sekä vatsahaava (Gruzdaitis ym. 2011, 1841; Paukama 2011, 92). Lassilan (2011, 226) mukaan myös aivoverenvuodot sekä aivoissa sijaitsevat metastaassit ovat vasta-aihe hoidolle.

3.2.3 INR -arvo

Marevan® -hoitoa seurataan säännöllisillä verikokeilla. Seuranta tapahtuu veren plasmasta saatavalla tromboplastiini- eli hyytymisajalla. Tromboplastiiniaika ilmoitetaan INR eli international normalized ratio arvona. (Kaivos ym. 2012, 6; Paukama 2011, 91-92.) INR normaaliarvo on yksi. Näyte otetaan laskimosta tai vieritestauksella sormenpäältä. Vieritestauksella potilas voi toteuttaa INR -seurantaa joustavasti kotonaan tai kotisairaanhoidon kautta, jolloin myös näytemäärä on pienempi, kuin laskimonäytteessä. Vierinäytteet ovat erityisesti liikuntarajoitteisille ja paljon matkustaville tarpeen seurannan toteuttamisessa, kuin myös pienille lapsille, jolloin näytemäärän vähyys on eduksi. (Hirsh ym. 2003, 7; Nurminen 2011, 229; Puhakka 2011, 20.)

Eteisvärinää sairastavilla INR -tavoitetaso on 2,0-3,0 (Gruzdaitis ym. 2011, 1841; Paukama 2011, 91-92). Jos arvo on tavoitetason alapuolella, tukosriski kasvaa, kun taas korkeammat arvot merkitsevät verenvuodon lisääntyneestä vaarasta (You ym. 2012, 38). Hoidon alkuvaiheessa INR -arvon määrittäminen on hyvä tehdä useammin ja harventaa mittauksia, kun tavoitetaso on saavutettu. Mittauksien tarpeellisuus on kuitenkin

yksilöllistä, sillä jokaisella potilaalla on yksilöllinen vaste antikoagulaatiohoidolle, eivätkä kaikki reagoi lääkeaineeseen samalla tavalla. (Hirsh ym. 2003, 5; Kaivos ym. 2012, 6; Paukama 2011, 93.)

3.2.4 Seuranta

Hoidon aloitusvaiheessa seurataan potilaita myös muilla keinoin, kuin vain INR -arvon perusteella. Veren hyytymisajan pidentyessä on havainnoitava vuotoherkkyyden muutoksia esimerkiksi esiintyykö verta virtsassa tai ulosteessa, joka saattaa olla merkki sisäisestä verenvuodosta. Nenäverenvuodot voivat lisääntyä ja potilaat voivat saada myös mustelmia herkemmin. Potilaan kokonaisvaltaiseen seurantaan liittyy myös terveydentilan ja ruokavalion muutokset, joiden mukaan hänen hoitoaan toteutetaan. Esimerkiksi käytössä olevia lääkkeitä muutetaan tai poistetaan käytöstä kokonaan, jos ne vaikuttavat potilaan antikoagulaatiohoitoon. (Paukama 2011, 93.)

Yksilöllisen ja säännöllisen INR -arvon seurannan lisäksi tulee arvoa kontrolloida myös mahdollisten komplikaatioiden yhteydessä. Terveystilassa tapahtuvat muutokset saattavat jo lievinäkin vaikuttaa potilaan hoitoon, esimerkiksi oksentelu ja ripulointi lisäävät antikoagulaation tarvetta, kun taas jotkut tulehdustaudit voivat vähentää sitä. (Paukama 2011, 93-94.) Muita tapauksia, joissa ylimääräistä INR -arvon mittausta suositellaan, on esimerkiksi uusien lääkeaineiden, ravintoaineiden tai vitamiinien aloittaminen hoidon rinnalla tai niiden käytön lopettaminen (Kaivos ym. 2012, 7).

Hemoglobiinin säännöllisellä mittaamisella voidaan seurata mahdollisen vuotoanemian kehittymistä ja ehkäistä sen syntyä (Paukama 2011, 93-94). Marevan -hoitoa käyttäviltä tulee myös tarkistaa perusverenkuva sekä maksan ja munuaisten toiminta 1-2 kertaa vuodessa. Potilaalla voi olla riski anemiaan sekä trombosyyttien vähyyteen, jos hän sairastaa munuaisten tai maksan vajaatoimintaa tai hänellä on käytössään myös muita veren hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä. Näissä tapauksissa perusverenkuvan seurannan täytyy tapahtua useammin. (Kaivos ym. 2012, 6.)

Seurannassa potilailla on käytössä oma hoitokortti, josta selviää hoidon aihe, kesto ja INR -arvon tavoitetaso. Korttiin kirjataan myös käytössä olevan Marevan® -lääkkeen

vahvuus, väri, nautittavien tablettien milligrammamäärä viikossa sekä seuraavan INR -mittauksen kontrollipäivä. (Paukama 2011, 94.)

3.2.5 Annostelu

Varfariinin antikoagulaatiovaikutuksessa huomattavaa on sen tyypillinen viive annostelusta vaikutuksen esiintymiseen. Tämä johtuu elimistössä tapahtuvien K -vitamiinista riippuvien hyytymistekijöiden tuhoutumisesta. Ensimmäisenä häviävän tekijän puoliintumisaika on kuudesta seitsemään tuntia, jonka vuoksi vaikutuksia voidaan nähdä jo 24 tunnin kuluttua annoksen ottamisesta. Tehokas antikoagulaatiovaste saavutetaan vasta 72-96 tunnin kuluttua hoidon aloituksesta, jolloin havaitaan toistenkin hyytymistekijöiden puoliintumisaikat. (Lassila ym. 2002, 241.) Myös Nurminen (2011, 229) toteaa lääkkeen hoitotasapainon syntyvän vasta viidestä seitsemään vuorokauden kuluttua lääkkeen nauttimisesta, sillä vaikutus on pitkäkestoinen ja hyytymisen muutokset heikkoja useiden vuorokausien ajan lääkkeen nauttimisesta.

Varfariinihoito suositellaan aloitettavaksi eteisvärinässä arvioidulla ylläpitoannoksella, joka yleensä on noin kolmesta kuuteen milligrammaan vuorokaudessa. Aloitus tapahtuu hitaasti huomioiden potilaan ikä, kunto, ruokavalio sekä muut yksilölliset tekijät. (Paukama 2011, 92-93.) Jos on tarve saada nopea vaste hyytymisaikaan, käytetään aluksi varfariinin rinnalla hepariinihoitoa, jolla saavutetaan hoitovaste nopeasti. Hepariinihoito jatkuu viidestä seitsemään vuorokautta ja lopetetaan vasta, kun INR -arvo on ollut vähintään kaksi vuorokautta hoitotasolla. (Gruzdaitis ym. 2011, 1841.) Lassilan (2011) mukaan eteisvärinäpotilailla ei ole hoidon alussa tarvetta hepariinille, jos ei ole tiedossa erityistä tukosalttiutta. Tehokkaan vasteen aikaansaaminen ei yleensä ole riippuvainen annoksen koosta, sillä hoidossa tärkeässä roolissa ovat hyytymistekijöiden puoliintumisaikat, jotka lopulta ratkaisevat antikoagulaation aikaansaannin. (Lassila 2011, 225.)

Muutettaessa Marevan® -annostusta tulee myös päiväkohtaisia annoksia muuttaa. Välipäiviä tulee välttää ja päiväkohtaisien annosten olisi hyvä pysyä lähes samansuuruisina. Jokapäiväisellä lääkkeen ottamisella voidaan välttää unohduksia ja sekaannuksia sekä pitää lääkeaineen pitoisuus elimistössä tasaisena. (Kaivos ym. 2012,

10.) Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen nyrkkisääntönä on, että yksi taukopäivä laskee INR -arvoa aina yhdellä yksiköllä (Puhakka 2011, 24).

Lääkeaine määrätään viikkoannoksina, joista se jaetaan päiväkohtaisiin tasa-annoksiin. Tabletit tulee ottaa aina samaan aikaan vuorokaudessa ja jos annos jää jostain syystä jonain päivänä ottamatta tulee se nauttia viimeistään seuraavan päivän annoksen yhteydessä. Jos potilas ottaakin vahingossa kaksinkertaisen määrän, voidaan seuraavan päivän annos jättää ottamatta. Suurien, yli 10mg sekä pienien, alle 1,5mg annoksien kohdalla kuitenkin päätöksen unohtuneen lääkeannoksen ottamisesta tekee potilaan oma hoitopaikka. Täsmällisen hoidon kannalta suositellaan lääkeannostelijoita eli dosetteja, jotta annostelu pysyisi säännöllisenä. (Kaivos ym. 2012, 9; Paukama 2011, 94.)

Potilaille, jotka toteuttavat itsesäättelyä on luotu ohje, jonka mukaan lääkeaine annostellaan, kun INR -arvon tavoitetaso on 2,0-3,0 (taulukko 1). Ohje on potilaille suuntaa-antava, jonka mukaan he jatkavat itsesäättelyä tai tarvittaessa ottavat yhteyttä omaan hoitopaikkaansa. Ohje antaa myös ehdotuksen potilaille seuraavan INR -arvon mittausajankohdasta. (Puhakka 2011, 48.)

TAULUKKO 1. Marevan annoksen muutokset INR arvon mukaan, kun tavoitetaso on 2.0-3.0 (Puhakka 2011, 48).

INR -arvo	<1.8	1.8-1.9	2.0-3.0	3.1-3.5	>3.5
Annoksen muutos	<i>Yhteys omaan hoitopaikkaan</i>	<i>Lisää viikkoannosta 10%</i>	<i>Tavoitetaso Jatka samaa annostelua</i>	<i>Pienennä viikkoannosta 10%</i>	<i>Yhteys omaan hoitopaikkaan/ päivystykseen</i>
Kontrolliväli		<i>2vk</i>	<i>4vk (6-8vk)</i>	<i>2vk</i>	

Marevanin® annosteluun vaikuttaa monet tekijät esimerkiksi perimä, ikä, sairaudet, lääkkeet ja ravinto, jonka vuoksi annoksissa voi olla suuriakin yksilöllisiä eroja. Tärkeintä annostelussa on kuitenkin, että saavutetaan tavoiteltu INR -taso ja siinä pysytään mahdollisimman tarkasti. (Kaivos ym. 2012, 9.)

3.2.6 Ravitsemus

Marevan® -hoidon tarkoitus on löytää sopiva lääkkeen määrä vastaamaan terveellisiä ruokailutottumuksia. Marevania® käyttävät potilaat voivat syödä tavallisesti eikä heidän tarvitse poistaa tai välttää käyttämästä joitain tiettyjä ravintoaineita lääkkeen käytön vuoksi. Monipuolisuus ja terveellisyys ovat tärkeimpiä asioita ruokavaliossa, jonka avulla pyritään hakemaan tasapaino varfariinin vaikutukselle sekä ravinnosta saatavalle K -vitamiinille. K -vitamiinilla on suuri osuus hoidossa, sillä se heikentää varfariinin tehoa elimistössä. Vaikutus on myös päinvastainen: jos K -vitamiinin saanti heikkenee, niin myös varfariinin vaikutus tehostuu. (Gruzdaitis ym. 2011, 1841.) K -vitamiinin saanti kohtuullisena on kuitenkin tärkeää elimistön hyytymistasapainolle sekä luustolle (Kaivos ym. 2012, 17). Myös Nurminen (2011, 230) korostaa teoksessaan, että potilaiden ei tarvitse lääkityksen vuoksi muuttaa normaaleja ruokailutottumuksiaan, koska lääkeaine on tarkoitus suhteuttaa niiden mukaan.

Marevania käyttävän potilaan tulee syödä riittävästi kasviksia, sillä niillä ylläpidetään ruokavalion ravitsemuksellista laatua. Pienet muutokset K -vitamiinin saannissa eivät vaikuta varfariinihoidon hoitotasapainoon, mutta suurilla yksittäisillä määrillä voidaan vaikuttaa hyytymistekijöihin. (Kaivos ym. 2012, 17-18.) Potilaan tulee huomioida ruokavaliossaan muutokset ja esimerkiksi satokaudet, joiden mukaan käy tarvittaessa mittauttamassa INR -arvoaan useammin lääkkeen vaikuttavuuden arvioimiseksi (Kaivos ym. 2012, 19; Paukama 2011, 94).

Vihreät kasvikset sisältävät runsaasti K -vitamiinia, joissa sitä on erityisesti tummissa lehtikasviksissa, muun muassa ruusu- ja lehtikaalissa, pinaatissa sekä nokkosessa. Marjoissa ja hedelmissä K -vitamiinin osuus on kuitenkin vähäisempi. (Kaivos ym. 2012, 19.) Sitruhedelmistä greippi ja karpalo osaltaan taas heikentävät antikoagulaation tehoa (Paukama 2011, 94).

Alkoholin ja varfariinin yhteisvaikutuksissa on paljon yksilöllisiä eroja. Vaikutus joko nostaa pienillä annoksilla tai laskee runsaasti käytettynä lääkeaineen tehoa. Suuret kertaannokset aiheuttavat suurentunutta vuotoriskiä, kun taas pitkään jatkunut käyttö nopeuttaa varfariinin poistumista elimistöstä ja suurentaa tukosriskiä. Satunnaisella kohtuukäytöllä eli yhdestä kahteen annoksella vuorokaudessa ei ole vaikutuksia hoidon tehoon. (Kaivos ym. 2012, 19.)

3.3 Ohjaus

Sairaanhoitajilla on koulutuksen ja ammatin antama pätevyys, joka oikeuttaa ja velvoittaa antamaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvää ohjausta (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 42). Ohjaus on laaja käsite, joka voidaan hoitotyössä sekoittaa koulutukseen, kasvatukseen ja valmennukseen. Ohjaus voidaan määritellä ohjauksen antamiseen, hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseen, asiakkaan johtamiseen tai johdattamiseen sekä hänen toimintaansa vaikuttamiseen. Se ei tarkoita vain tiedon antamista, vaan myös kaikkia sosiaalisen tukemisen muotoja, joita ovat: emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkintatuellinen tukeminen. Ohjaus eroaa muista keskusteluista suunnitelmallisuudellaan, jolla pyritään tukemaan hoito-ohjeiden noudattamista tarjoamalla potilaille tietoa heidän sairaudesta, lääkehoidosta sekä oireista. Hoitajien tulee tarkastella potilaiden tilaa sairauksien lisäksi myös sosiaalisen ja psyykkisen voinnin huomioimisella. (Kyngäs ym. 2007, 25, 42; Nielsen & Grøn 2012, 427.)

Ohjaaminen on kokonaisvaltaista eikä vain yksittäisten tilanteiden vetämistä. Olennainen osa ohjauksessa on aina ohjattava, joka voi olla yksittäinen ihminen tai ryhmä. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 10.) Aikaisemmin ohjaustilanteissa asiakas on ollut keskustelussa passiivinen osapuoli, mutta nykyään roolit ovat vaihtuneet. Ohjauksessa hoitaja ei enää esitä valmiita ratkaisuja vaan hänen tulisi olla asiakkaan tukena ja auttaa päätöksenteossa. Ohjaustilanteeseen kuuluu myös tiedon antamista, jos asiakas ei itse kykene ratkaisemaan ongelmaa. Hyvässä ohjauksessa hoitaja tunnistaa asiakkaan jo olemassa olevat tiedot sekä selvittää vielä tarvittavan tiedon tarpeen. Hoitajan tulee myös tietää kuinka asiakas parhaiten omaksuu uusia asioita. Asiakkaalta voi kysyä mitä hän odottaa ohjaukselta ja tuloksilta. Asiakas on itse vastuussa oman

terveytensä edistämisestä sekä tavoitteiden luomisesta yhdessä hoitajan kanssa. Häneltä vaaditaan sitoutumista ohjaussuhteeseen sekä kunnioittavaa käytöstä. Asiakkaalla on velvollisuus ilmoittaa jos hän kokee, ettei ohjaus vastaa hänen tarpeitaan. Myös silloin, kun hän ei tahdo olla osa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 25, 47, 156.)

Ohjaus on myös prosessi, jossa vaiheet ovat samoja yksilö- ja ryhmäohjauksessa. Sillä tarkoitetaan ohjaustoiminnan laajaa kokonaisuutta, ei vain yksittäisiä ohjaustapahtumia. Ohjausprosessi alkaa aina tavoitteen asettamisesta, johon toiminnalla pyritään. Kun tavoite on asetettu, tehdään suunnitelma, joka on olennainen työväline ohjaustoiminnalle. Suunnitelman avulla päätetään keinot, jolla tavoitteet saavutetaan. Toteutuminen tapahtuu tehtyjen suunnitelmien pohjalta, mutta niitä joudutaan usein muokkaamaan ja soveltamaan vielä toteutusvaiheessa. Lopuksi ovat palaute ja arviointi, joita voidaan kerätä monin eri tavoin. (Kalliola ym. 2010, 77-78.)

Terveysthuollossa yksilö- ja ryhmäohjaus ovat eniten käytettyjä ohjausmenetelmiä. Ryhmäohjaus on voimaannuttava kokemus osallistujille ja sillä voidaan saavuttaa jopa parempia tuloksia, kuin yksilöohjauksella. Ryhmässä on tärkeää jäsenten välinen vuorovaikutus, joka voi tapahtua sanallisesti tai sanattomasti. Yhteinen tavoite ja ryhmään kuulumisen lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta, jota voidaan käyttää tietoisesti voimavarana. (Kyngäs ym. 2007, 104-105.)

Ryhmän aloittaessa toiminnan on hyvä tutustuttaa ryhmän jäseniä toisiinsa, joka luo turvallisuutta ja luottamusta ryhmässä. Uuden ryhmän aloittamisessa usein vaikeutena on, etteivät ryhmän jäsenet tunne toisiaan entuudestaan. Ryhmytyminen on tällaisissa tilanteissa hyvä keino, jolla voidaan luoda turvallinen ja toimiva ilmapiiri sekä tukea jäsenten tuntemusta ja lisätä ryhmän keskeistä viestintää. Turvallisen ilmapiirin avulla ryhmässä voidaan käsitellä kipeitäkin asioita. (Kyngäs ym. 2007, 108, 112-113.)

Ryhmäohjauksessa tarvitaan aina joku joka huolehtii ryhmän toiminnasta. Terveysthuollon ohjaustilanteissa vastuun ottaa hoitaja, jolloin rooli annetaan ulkoapäin ja se perustuu asiantuntemukseen. Vastuuseen sisältyy turvallisuus ja toimivuus. Hoitajalla tulee myös olla riittävästi tietoa ryhmädynamiikasta, ryhmäohjauksesta ja ryhmäilmiöistä, jotta työskentely onnistuu. Hoitajan täytyy osata havaita ryhmän kehitysvaiheita sekä tarpeita. (Kyngäs ym. 2007, 108.)

Hoitajan ja asiakkaan taustatekijät ovat ohjauksen lähtökohta, jonka pohjalle ohjaus rakentuu. Ne voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristön luomiin tekijöihin. Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan ikää, sukupuolta, sairautta ja sen hetkistä terveydentilaa. Psyykkisiin tekijöihin kuuluu asiakkaan ajatukset, kokemukset, motivaatio sekä terveystuskomukset. Sosiaalisiin tekijöihin kuuluu kulttuuri, etninen tausta, uskonto sekä eettiset arvot. Ympäristötekijöitä ovat opittu hoitotyön kulttuuri, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö. (Kyngäs ym. 2007, 26-27, 31.)

3.3.1 Ohjaajuus

Ohjaajan hyvän ammattitaidon perustana on hyvä itsetuntemus. Itsetunnolla tarkoitetaan itsetietoisuutta, itsetuntemusta ja itsearvostusta. Se voi vaihdella tilanteesta riippuen, jolloin joissakin tilanteissa hyväkin itsetunto saattaa kokea alemmuutta. (Kalliola ym. 2010, 18, 20.) Muita tärkeitä taitoja ohjaajalle ovat havainnointitaidot, joilla tunnistetaan ohjauksen menetelmiä. On muistettava, että ammattitaitoa on osattava soveltaa tarpeen mukaan. Toisen ihmisen kohtaamisen taito on yksi tärkeimmistä ja haastavimmista taidoista. Olennaista kohtaamisessa on miten hoitaja suhtautuu ohjattaviin ja millaista ohjaus on. (Kalliola ym. 2010, 10-13.)

Ohjaaja joutuu pohtimaan omia arvojaan, jotta pystyy ymmärtämään toisten näkemyksiä mitkä eivät välttämättä vastaa ohjaajan omia näkemyksiä. Ohjattavien arvomaailma ei saa vaikuttaa siihen, miten heidät kohdataan. (Kalliola ym. 2010, 22.) Hoitajan tulee ymmärtää omia tunteitaan, ihmiskäsitystään sekä tapaansa ajatella, jotta hän kykenee toimimaan asiakkaan edun mukaisesti (Kyngäs ym. 2007, 27).

Ohjaamiseen vaikuttaa aina ohjaajan oma persoonallisuus, jota voidaan käyttää myös ohjauksen työvälineenä. Persoonan käyttämisessä on kuitenkin muistettava ammatillisuus, joka ohjaa toimintaa. (Kalliola ym. 2010, 26-27, 31.) Ohjaajallakin on oikeus kokea erilaisia tunnetiloja ja ne saavat olla osa ohjaajuutta. Ohjaajana saa ja pitääkin näyttää omia tunteita, mutta olennaisempaa on niiden ilmaiseminen. Tunteiden käsitteleminen ja niiden näyttäminen tulee osoittaa rakentavalla tavalla ja sen tulee perusteltua ohjaustilanteelle. Ohjaaja toimii myös roolimallina ohjattaville. (Kalliola ym. 2010, 27.)

Ohjaussuhde perustuu hoitajan ja asiakkaan väliselle vuorovaikutukselle, joka tekee tilanteesta ainutkertaisen. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen keskeiset tekijät ovat hoitajan suhde asiakkaaseen, asiakkaan suhde hoitajaan sekä heidän yhteinen suhde. (Kynäs ym. 2007, 48.) Vuorovaikutuksella tarkoitetaan sanatonta ja sanallista kanssakäymistä hoitajan ja asiakkaan välillä. Pyrkimyksenä on saavuttaa yhteisymmärrys hoitajan ja asiakkaan kesken, jotta molempien käsitykset asiasta vastaisivat toisiaan. Tämä ei aina kuitenkaan ole mahdollista, sillä ihmisillä on eri käsityksiä sanojen merkityksestä vaikka äidinkieli ja kulttuuri olisivat samat. (Kynäs ym. 2007, 38-39.)

Yli puolet vuorovaikutuksesta on sanatonta viestintää eli eleitä, ilmeitä, tekoja ja kehonkieltä. Ne täydentävät sanallista viestintää, mutta voivat myös kumota tai korvata sen kokonaan. Hoitajan tehtävänä on arvioida ja tehdä päätelmiä asiakkaan sanattomasta viestinnästä. (Kynäs ym. 2007, 38-39.)

Hoitajan tulee kunnioittaa asiakkaan autonomisuutta ja osoittaa vilpitöntä kiinnostusta ja arvostusta hänen asiaansa kohtaan. Asiakkaat odottavat luottamuksellista ja turvallista vuorovaikutusta, vaikka näkemykset eivät kohtaisi hoitajan näkemyksien kanssa. Onnistunut vuorovaikutus vaatii molemmilta osapuolilta tavoitteellisuutta ja halua työskennellä yhdessä samoin odotuksin. (Kynäs ym. 2007, 48.)

Hoitajan tulee omata hyvät vuorovaikutustaidot ja lisäksi hänen tulee helpottaa ryhmän vuorovaikutusta sekä poistaa kommunikaatioesteitä. Hoitajalla tulee olla uskallusta olla oma itsensä, ottaa riskejä, toimia kommunikaatiomallina ja luoda myönteistä ilmapiiriä ryhmän kesken. (Kynäs ym. 2007, 109.)

3.3.2 Ohjauksen tavoitteellisuus

Tavoitteellisuus on keskeinen osa ohjaustoiminnassa, sillä jokaisella ohjauksella tulee olla syy miksi sitä tehdään tai asia, joka halutaan saavuttaa toiminnan avulla. Ohjaustoiminnan tavoite on tukea ihmisen kasvua ja kehitystä. Kun ohjaus on tarkoitushakuista sekä päämäärätietoista se voidaan katsoa kasvatukselliseksi. Kasvatuksessa tuetaan ihmisen kehitystä jokaisella osa-alueella. Aikuisten ja vanhusten kanssa painotus on kognitiivisessa ja sosiaalisessa kehityksessä. (Kalliola ym. 2010, 79.)

Tavoitteellisuus jaetaan pää- ja välitavoitteisiin. Päätaavoite on laajempi kokonaisuus, kun taas välitavoitteet ovat pienempiä ja jokaiselle kerralle mietittyjä tavoitteita, joilla pyritään kohti päätaavoitetta. Myös ohjaajalla pitää olla oma tavoite. Ohjaajan on helpompi saavuttaa oma sekä ryhmän tavoite, kun hänellä on mielessään ”punainen lanka”, johon toiminnalla pyritään. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja selkeästi ymmärrettäviä. Tavoitteiden luomisessa on otettava huomioon ryhmä, jolle ohjausta suunnitellaan, ikä, koko, sukupuolijakauma ja taitotaso. Toimintaympäristön periaatteet ja arvot säätelevät tavoitteiden asettamisen. (Kalliola ym. 2010, 77-82.)

Suunnitelmien tekeminen on keskeinen osa ohjausta. Hyvän suunnitelman pohjalta muutoksia on helppo toteuttaa ilman, että se vaikuttaa aikatauluun. Hyvä suunnitelma sisältää aina varasuunnitelman, jossa otetaan huomioon keskeisimmät ryhmänohjaukseen vaikuttavat tekijät. Näitä ovat esimerkiksi tilan muutos, ohjattavien määrän ja välineistö. Ohjaajan on tärkeä suunnitelmassaan miettiä kysymyksiä mitä, miksi, missä, kenelle ja milloin. Ohjattava ryhmä aistii herkästi ohjaajan epävarmuuden, jolloin ohjaajan kyky reagoida muuttuviin tilanteisiin heikkenee. Siksi on tärkeää, että ohjaaja on tutustunut aiheeseen etukäteen. Ohjaajan tulee pysyä ohjaajana kaikissa tilanteissa, johtaa ryhmää ja pitää langat käsissään. (Kalliola ym. 2010, 84-85.)

Potilaan ja hoitajan tulee kunnioittaa toistensa asiantuntemusta. Hoitajan vastuulla on se, että potilas tunnistaa oman asiantuntijuutensa, jonka kautta hän voi ottaa vastuuta valinnoista ja toiminnoistaan. Aktiivisella osallistumisella tarkoitetaan asiakkaan valmiutta ottaa vastuuta hoidostaan. Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus esittää omia mielipiteitään, vaikka ne olisivatkin ristiriidassa hoitajan näkemysten kanssa. Asiakas voi olla myös passiivinen, jonka aiheuttajia voivat olla negatiiviset kokemukset tai uskomukset sairauden hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 38-39, 42.)

3.3.3 Arviointi

Ohjauksen aikana arviointia tulee toteuttaa koko ajan, mikä lisää asiakkaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Siinä tulee käsitellä kuinka tavoitteet on saavutettu sekä millaista ohjaus on ollut. Arviointia tulee toteuttaa lyhyellä aikavälillä, esimerkiksi välitavoitteissa ja pitkällä aikavälillä päätaavoitteessa. (Kalliola ym. 2010, 77; Kyngäs ym. 2007, 45.)

Ohjauksen lähtötilanteen arviointi jää yleensä vähemmälle, vaikka sitä pidetäänkin yhtenä merkittävimpänä lähtökohtana ohjauksen toteutumisen kannalta. Syitä tähän voi olla useita, mutta yleensä tilanteen selvittämiseksi ei ole löytynyt yhtä hyvää keinoa. (Kyngäs ym. 2007, 27.)

Epäonnistumisten arviointi on myös tärkeää, jotta asiakas voi muuttaa toimintaansa ja pysyä muutoksessa. Motivoinnin kannalta arvioinnissa on tärkeä antaa positiivista palautetta ja kannustaa asiakasta asioissa, joissa hän on onnistunut. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Ohjaajan on myös tärkeää muistaa toteuttaa itsearviointia, jonka pohjalta tehdä muutoksia omaan toimintaan (Kalliola ym. 2010, 77-78). Hoitaja voi toteuttaa itsearviointia yksin tai yhdessä asiakkaan kanssa ja kehittyä ohjaajana saatuaan kriittistä arviointia eri näkökulmista (Kyngäs ym. 2007, 45).

Hoitotyössä suunnitelmallinen ohjaaminen mahdollistuu täsmällisen kirjaamisen avulla. Asiakkaan potilastietoihin tulee selkeästi kirjata ohjaukselle asetetut tavoitteet, suunnitelma, toteutus sekä arviointi. Näin jokainen ohjaukseen osallistuva voi olla tietoinen siitä, miten ohjaus on edennyt. (Kyngäs ym. 2007, 46.)

3.4 Itsesäätely

Itsesäätelyllä tarkoitetaan sitä, kun potilas määrittää itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaan oman Marevan® -annostuksensa. Se mahdollistuu, kun potilas voi kotona tai lähellä sijaitsevan mittauspaikan avulla käydä määrittämässä INR -arvonsa. Itsesäätelyä voidaan toteuttaa osalle potilaista, mutta kaikille se ei sovi. Syitä itsesäätelyn ulkopuolelle jäämiseen voivat olla esimerkiksi, jos hoitohenkilökunta ei katso potilaan soveltuvan itsesäätelijäksi, potilas itse kieltäytyy tai ei kykene kouluttautumaan siihen riittävästi. Potilaiden saaminen itsesäätelyn piiriin vaatii hoitohenkilökunnalta taitoja tunnistaa soveltuvat potilaat sekä taitoja kouluttaa heidän asianmukaisesti. (Garcia-Alamino, Ward, Alonso-Coello, Perera, Bankhead, Fitzmaurice & Heneghan 2010, 4.)

Lemieux, Lévesque & Ehrmann-Feldman (2011) kertovat, että itsesäätelystä on saatu pääasiassa vain positiivisia tuloksia. Riittävien tukimenetelmien luominen on kuitenkin tarpeen pitkäkestoisessa itsesäätelyssä, jolloin potilaita kyetään jatkuvasti motivoimaan

omaan hoitoonsa. Hoidon toteutumisessa tärkeässä asemassa ovat olleet myös organisaatioiden koulutustason kasvu, moniammatillisuuden lisääntyminen sekä informaatioteknologian kehitys, jotka ovat helpottaneet itsesäätelyn toteuttamista. Tutkittua tietoa itsesäätelystä on kuitenkin niukasti, jonka vuoksi muutoksia tulee ohjata tarkasti organisaatioiden toimintamalleilla ja resursseilla, jotta potilaita voidaan yhä ohjata itsesäätelyn piiriin. (Lemieux ym. 2011, 90-91.)

Itsesäätelyyn valikoituu vain hoitomyönteisiä potilaita, joilla INR -arvo on pysynyt hoitotasapainossa jo pitkään. Jokaisen potilaan tulee osallistua omahoidon ryhmäopetukseen sekä suorittaa antikoagulaatiohoidon ajokortti hyväksytysti ennen itsesäätelijäksi siirtymistä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (Puhakka 2011, 7-8) mukaan potilaan sitoutuminen hoitoon paranee, kun hänet koulutetaan ja hän saa enemmän vastuuta hoidostaan.

Itsesäätelyllä voidaan tarjota potilaille mahdollisuus vapaampaan elämään. Esimerkiksi matkustaminen helpottuu, kun he voivat itse suunnitella antikoagulaatiotasonsa mittaustuloksien perusteella. Nämä toimintamenetelmät ovat olleet käytössä jo pitkään esimerkiksi diabetespotilailla, jotka annostelevat itse insuliininsa. (Garcia-Alamino ym. 2010, 24.) Potilaat voivat itsesäätelyn keinoin havainnoida tarkemmin omia oireitaan, hoitoaan sekä elintapojen muutoksia oman sairautensa hoidossa. Potilaiden oma päätäntävalta hoidossa lisääntyy ja potilaskeskeisyys korostuu, joka myös haastaa hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden potilaiden omilla tiedoilla sairaudestaan. (Katch & Mead 2010, 34; Nielsen ym. 2012, 438.)

3.4.1 Itsesäätelyn tarkastelua

Itsesäätelystä on saatu useissa tutkimuksissa tasavertaisia ja hoitoa parantavia tuloksia, verrattuna tilanteeseen, jossa hoitohenkilökunta suunnittelee potilaan antikoagulaatiotason. Tutkimukset osoittavat itsesäätelyn ja -mittauksen olevan myös kustannustehokasta oraaliossa antikoagulaatiohoidossa. (Garcia-Alamino ym. 2010, 4-6.) Potilaiden hoidon toteutumisessa tärkeäksi on myös havaittu potilaiden pystyvyys itsesäätelyyn sekä heidän sitoutuminen ja kyvykkyys toteuttaa tarpeellisia muutoksia

hoidossaan. Potilaiden hoitoon sitoutumisessa oleellista on riittävä ongelmanratkaisukykyjen harjoittaminen. (Katch ym. 2010, 35.)

Garcia-Alaminon ym (2010) suorittamassa katsauksessa oli tarkasteltu 18:a valvottua tutkimusta oraalisesta antikoagulaatiohoidosta itsesäätelyä ja -määrittelyä. Tutkimuksissa oli yhteensä 4723 osallistujaa, jotka olivat kaiken ikäisiä lapsista aikuisiin, joiden antikoagulaatiohoito kesti vähintään 2kk. Tutkimuksissa havaittiin, että potilaiden omatoiminen seuranta sekä itsesäätely vaikuttivat hoidon laatuun parantavasti ja vähensivät hoidon komplikaatioita. Katsauksessa havaittiin myös, että potilaiden omahoito puolitti esiintyneet tromboemboliset tapahtumat sekä kuolleisuuden, nostamatta kuitenkaan haitallisia vaikutuksia. Verenvuotojen määrän ei havaittu nousseen tutkimuksien tuloksissa. Itsesäätelijät paransivat oman antikoagulaatiohoitonsa tasoa tavanomaiseen hoitoon verrattuna. (Garcia-Alamino ym. 2010, 4-6.)

Hamad, Soliman, Van Eekelen, Van Agt ja Van Straten (2009) selvittivät myös itsesäätelyn onnistumista Alankomaissa, joissa tutkimustulokset olivat samansuuntaiset kuin Garcia-Alaminon ym (2010) suorittamassa katsauksessa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin suun kautta nautittavien antikoagulanttien itsesäätelyä elektiivisen aortan läppäleikkauksen jälkeen, jolloin potilaat olivat jaettu kahteen ryhmään; toinen ryhmä sääteli itse annostuksensa ja toisen ryhmän potilaille annos säädettiin paikallisesta hoitolaitoksesta. Potilaita oli yhteensä 62, jotka valikoituivat satunnaisotoksella. Tutkimuksessa havaittiin, että itsesäätelyllä kyettiin parantamaan merkittävästi antikoagulaation hallintaa sekä potilaiden elämänlaatua. Huomioitavaa on myös kuinka potilaiden tietous omasta sairaudestaan sekä antikoagulaatiohoidosta kasvaa itsesäätelyn myötä, jolloin heidän on helpompi säädellä annosta ja arvioida hoitotasapainoon vaikuttavia tekijöitä. (Hamad ym. 2009, 265, 268.)

Garcia-Alaminon ym (2010, 17) katsauksessa käytetyistä tutkimuksista ne, jotka käsittelivät vain eteisvärinäpotilaita, eivät raportoineet kuolemaan johtaneista komplikaatioista. Kaikkien tutkimuksien tiedosta Garcia-Alamino ym (2010, 17) pystyivät kuitenkin päättämään, että itsesäätelyllä ja omatoimisella mittauksella voitiin alentaa kuolleisuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

Garcia-Alaminon ym (2010) katsaus esittää kuitenkin oman näkemyksensä tutkimuksien tuloksiin, joissa itsesäätelijäksi pääseminen edellyttää potilaalta pidempiaikaista

hoitotasapainossa pysymistä. Tästä lähtökohdasta vertaaminen potilaisiin, jotka ovat tavanomaisen hoidon piirissä, ei anna todenmukaista kuvaa hoidon laadusta. Potilaat voivat myös itse määrittää, koska mittaavat INR -arvonsa, jonka vuoksi seuranta voi olla paljon tiheämpää, kuin hoitolaitoksen piirissä olevilla potilailla. Näin myös muutoksiin voidaan puuttua aiemmin. (Garcia-Alamino ym. 2010, 24.) Myös Hamadin ym (2009, 268) tutkimus nostaa esiin sen, että potilaat, jotka kykenevät säätelemään itse oman antikoagulaatiotasonsa mittaavasti INR -arvoaan useammin, joka nostaa hyödyttömien mittausten määrää.

3.4.2 ANTIKO -hanke

ANTIKO -hanke toteutettiin Helsingin kaupungissa 2010-2013. Hankkeessa suoritettiin osittainen tehtävänsiirto lääkäreiltä antikoagulaatiohoitoon koulutetuille sairaanhoitajille. Potilaita alettiin kouluttamaan omahoitoon, jossa he säätivät itse oman Marevan® -annoksensa INR -arvon perusteella. Tavoite oli arvioida hankkeen toteutustapoja sekä antaa parannusehdotuksia samankaltaisten hankkeiden toteuttamiseen muilla paikkakunnilla. Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluin sekä kyselylomakkeilla. Toteutus tapahtui marras-joulukuussa 2013. (Luontamo 2014, 5.)

Hoitohenkilökunnan puolelta ongelmiksi havaittiin yhtäaikaiset muutokset terveysasemalla, jolloin asioiden koettiin tulevan liian nopeasti. Hoitajat olisivat toivoneet myös yksityiskohtaisempaa tietoa käytännön toteutuksesta, vaikka hoitajavastuun sekä omahoidon kriteerit olivatkin koettu selviksi. Parannusehdotukseksi katsottiin, että hoitajat tulisi ottaa laajalti mukaan jo hankkeen ja sen aikataulujen suunnitteluun. Myös esimiesten motivoimisen ja sitoutumisen koettiin olevan tärkeä osa hankkeen toteutumista. Heidän tehtävikseen katsottiin hankkeen eteenpäin vieminen, muutosten seuraaminen, ongelmien ratkaiseminen sekä lähiohjauksen antaminen. Lääkäreille ei ollut annettu koulutusta, mutta uskottiin, että sellaisten järjestäminen voisi aktivoida heitä siirtämään potilaita aiemmin omahoidon piiriin. (Luontamo 2014, 6.)

Hoitajista yli puolet koki, että he olisivat tarvinneet lisää tietoa ryhmienohjaamisesta ennen koulutusta, vaikka potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa koulutukseen. Hoitajat toivoivat myös yksityiskohtaisempia ja konkreettisempia neuvoja ja ohjeita Marevan® -

hoidon hoitajavetoisuuteen sekä potilaiden omahoitajuuteen siirtymisessä. (Luontamo 2014, 6, 31.)

Potilaat olivat tyytyväisiä omahoitoon: tekstiviestit koettiin selkeiksi ja suurin osa sai tukea terveysasemaltaan sitä tarvitessaan. Omahoitajuudessa heitä motivoi myös INR -arvon nopea saatavuus sekä se, ettei heidän tarvinnut soittaa terveysasemalle tai odottaa erillistä soittoa tuloksien saamiseksi. Lähes puolet potilaista halusi hoitaa itse omaa sairauttansa, johon ei kuitenkaan liittynyt epäluottamusta terveysasemaa tai sen henkilökuntaa kohtaan. Hoitohenkilökunnan ehdotuksia potilaiden saamisessa omahoidonpiiriin olivat lisätiedotus sekä keskustelut, joissa korostettaisiin asioinnin helpottamista, itsenäisyyden lisääntymistä sekä hoitotasapainon parantumista. (Luontamo 2014, 6, 35.)

Tärkeimmät tekijät, jotka motivoivat hoitohenkilökuntaa siirtämään potilaita omahoidon piiriin olivat potilaiden asioinnin helpottaminen, vastuun oletettu kasvaminen omasta sairaudesta, potilasturvallisuuden parantuminen sekä antikoagulaatiohoitoon tarvittavan työajan väheneminen (Luontamo 2014, 6). Potilaiden motivoinnissa parannusehdotuksia olivat lisätiedotus sekä keskustelu. Heitä tulisi kannustaa kertomaan yhdessä positiivisia kokemuksiaan hoidosta toisilleen. Arveltiin, että siirtyminen tapahtuisi nopeammin, jos kaikki potilaat voisivat käydä aluksi Marevan® -koulutuksen. Ehdotettiin myös, että osa potilaista voisi saada yksilöohjausta annosmäärittelyyn ja tekstiviestien lukemiseen, että heidät saataisiin näin kokeilemaan omahoitoa. Potilaiden turvallisuuden tunnetta paransi kuitenkin tieto siitä, että he voivat aina palata takaisin hoitaja- tai lääkärivetoiseen hoitoon. (Luontamo 2014, 37.)

Potilaat olivat kokeneet koulutuksensa sisällöltään hyväksi ja haastavuudeltaan sopivaksi. Lähes kaikki kertoivat saaneensa riittävästi tietoa ja vastauksia kysymyksiinsä. Potilaista kuitenkin moni koki, että heidän olisi pitänyt saada suppeampi materiaalipaketti kotiin ennen koulutusta, sillä yhdessä koulutuksessa oli ollut paljon asiaa. Joka kymmenes potilas oli toivonut koulutuksen olevan kahdessa osassa juuri tiedon määrän vuoksi. (Luontamo 2014, 25-26.)

Hankkeessa kiinnitettiin huomiota siihen, että terveysasemille tulisi luoda yhteiset ohjeistukset siitä, miten potilaslistoja käydään läpi ja, että hoitajavastuuseen ja omahoitoon on siirretty niihin sopivat potilaat. Yhtä tärkeää on myös tarkistaa, ettei

seurannan ulkopuolelle ole jäänyt potilaita. Tilastointia ja standardointia tulisi myös parantaa ja kehittää helpommaksi, joka olisi vastuuhenkilöiden tehtävänä. He varmistaisivat toimintatapoja ja tilastoinnin kehittämistä. (Luontamo 2014, 54-55.)

Omahoitoon siirtymisessä koettiin vaikeaksi myös lääkäreiden ja hoitajien suuri vaihtuvuus, jonka vuoksi potilaiden siirtyminen hoitajavastuulliseen hoitoon sekä omahoitoon viivästy. Hankkeen myötä koettiin, että hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö oli kuitenkin parantunut aiemmasta. Esteenä potilaiden hoidon siirtymisessä olivat myös hoitajien vaatimukset palkan noususta; kun vastuu ja työ lisääntyi, mutta palkka pysyi samana. Tämä koettiin epäoikeudenmukaisena hoitajia kohtaan. Potilaiden omahoito vähensi työaikaan niin hoitajilta, kuin lääkäreiltä, mutta hoitajista 62% koki ettei hoitajavetoisuus ollut kuitenkaan helpottanut heidän työtään. (Luontamo 2014, 29-30, 34, 50-51.)

Potilaissa epävarmuuden tunteet, joita heistä 5% oli kokenut liittyi juuri koulutuksen ongelmiin sekä siihen, ettei heidän annostelunsa enää tallentunut terveydenhuollonjärjestelmään. Potilaat kuitenkin allekirjoittivat hankkeen alussa sopimuksen, joka velvoitti heidät kirjaamaan ylös seurantakorttiinsa omat INR-testipäivät, niiden arvot sekä oman henkilökohtaisen varfariiniannostelunsa. Potilaille tulisi painottaa, että on ensisijaisesti heidän omalla vastuullaan ottaa yhteyttä hoitolaitokseen, jos INR -arvo on hoitoalueen ulkopuolella. Tukea oli kuitenkin lähes kaikki kokeneet saaneensa tarvittaessa. (Luontamo 2014, 40-41, 43.)

Pääasiassa potilaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä omahoitoon, erityisesti sen helppouteen. Muutos oli koettu positiivisena ja potilaiden kyky parantaa itseään parani hankkeen aikana. Omahoitomalliin olivat tyytyväisiä kaikki yhteistyötahot, mutta erityisesti potilaat itse. (Luontamo 2014, 35, 42, 59.)

3.5 Potilasturvallisuus

Jokaisella potilaalla on lain mukaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaslaki myös asettaa potilaille hyvän hoidon lisäksi myös oikeuden saada hyvää kohtelua sekä oikeuden tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 226.) Potilasturvallisuus käsittää hoitomenetelmien sekä niiden toteuttamiseen

liittyvän turvallisuuden. Se voidaan määritellä tarkemmin riippuen siitä kenen näkökulmasta sitä tarkastellaan. Potilasturvallisuus tarkoittaa eri asioita Sosiaali- ja terveysministeriölle, kuin potilaalle itselleen. Sosiaali- ja terveysministeriö ajattelee potilasturvallisuutta yksiköiden ja organisaation toiminnan kautta, kun taas potilaalle turvallisuus on hoidon toteutumista ilman haittoja. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 13.)

Jokaisen aloitetun lääkityksen perustana on potilaan turvallinen, vaikuttava sekä laadukas hoito. Seurannassa olennaisessa osassa ovat potilaan ohjaaminen ja toimenpiteet käytön aikana, joilla voidaan ehkäistä, välttää ja korjata haittatapahtumia. (Nurminen 2011, 116.) Potilasturvallisuudessa edistämisen lähtökohta on tarttua tilanteisiin, joissa riskit ovat olleet ilmeisiä. Näiden tapahtumien perusteella tulisi oppia arvioimaan sekä tunnistamaan tilanteita vaaratapahtumien syntymisessä. (Helovu ym. 2011, 17.)

Turvallisuuden edistämässä on organisaation tärkeä ymmärtää vuorovaikutuksen merkitys sen sisäisten osien välillä. (Helovu ym. 2011, 14-15.) Aaltonen ja Rosenberg (2013, 146) korostavatkin toimittamassaan teoksessa työyhteisön ilmapiirin avoimuutta ja luottamuksellisuutta osana potilasturvallisuuden käsittelyä, jolloin syylistämisen sijaan voidaan poikkeamia käsitellä osana toiminnan kehittämistä sekä tukea siinä osallisina olleita tarpeen mukaan.

Johdon rooli potilasturvallisuuden edistämässä on merkittävässä asemassa, sillä potilasturvallisuuden tietoa tulee käyttää aktiivisesti toiminnan kehittämässä ja arvioinnissa. Tavoitteina ovat potilasturvallisuuden edistämisen selkeät tavoitteet, menettelytavat sekä niiden toteuttamiseen annetut riittävät resurssit. Kirjalliset suunnitelmat eivät ole tavoite vaan pikemmin väline, joilla tähdätään tehokkaaseen toimeenpanoon, ylläpitoon sekä jatkuvaan kehittämiseen. (Helovu ym. 2011, 106-107.) Potilasturvallisuus käsittää myös organisaation rakenteelliset tekijät ja prosessit sekä taustalla olevat asenteet, käsitykset ja normit. Näiden pohjalta tulee luoda mahdollisimman kattava kuva toiminnan riskeistä kehittämiskohteiden havaitsemiseksi. Tietoa voidaan hakea henkilökunnan lisäksi myös potilailta ja omaisilta, jotka saavat toiminnasta ainutlaatuista tietoa. Tämän tiedon hyödyntäminen tulisi ottaa aktiivisesti käyttöön potilasturvallisuuden edistämässä. (Helovu ym. 2011, 116-117.)

Potilaan rooli turvallisuuden edistämässä on merkittävä, sillä vain hän itse on osallisena jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa. Ammattihenkilöstö osallistuu tapahtumiin vain oman toimintansa ja osaamisensa puitteissa, jolloin potilaiden laajempi osallistuminen on perusteltua jo sen luomalla turvallisuudella. On kuitenkin tärkeää ottaa tämä osaksi hoitoa vain lisäturvana, jolloin organisaatio kantaa kuitenkin vastuun ammattihenkilöiden kautta. (Helovuori ym. 2011, 177.)

Potilaiden osallisuudessa tulee huomioida heidän taustatekijänsä (ikä, sukupuoli, koulutus, sairaus ja sen vaihe, omiin kykyihin luottaminen sekä annettava hoito), joiden mukaan voidaan arvioida heidän vaikutusmahdollisuuksiaan. Tällöin myös kommunikation onnistuminen tulee huomioida, sillä sen uupuminen vaikuttaa virheiden esiintymiseen. Terveystieteiden henkilöstön tulee myös arvioida potilaiden mieltymyksiä, arvoja ja uskomuksia oikean hoidon toteutumiseksi sekä kuunnella potilasta, sillä usein potilas itse on oman terveydentilansa paras tietolähde. Tulee myös ymmärtää, jos potilas ei itse halua osallistua turvallisuuden edistämiseen, jolloin vastuuta turvallisuudesta ei voida heille antaa. (Helovuori ym. 2011, 178-179.)

4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Lähdimme työstämään opinnäytetyötä työelämälähtöisesti. Itsesäätelyryhmät olivat Keski-Suomen alueella pilottihanke, jonka toteutumista ei oltu vielä varsinaisesti seurattu. Katsoimme tarpeelliseksi saada potilaiden ajatukset esille, jotta ohjausta voidaan arvioida sekä tarvittaessa kehittää. Mielestämme itsesäätelyn toimintaa oli hyvä arvioida tässä vaiheessa, sillä sitä on tarkoitus laajentaa Palokan alueelta myös muihin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen terveysasemille.

Opinnäytetyön aiheen saimme suoraan työelämästä harjoittelupaikan kautta. Aihe kiinnosti meitä, sillä halusimme molemmat tehdä työn, joka olisi tarpeellinen työelämälle. Meitä motivoi myös aiheen ainutkertaisuus, sillä Jyväskylässä ei tätä toimintaa ole vielä ehditty arvioimaan tai tutkimaan.

Meitä molempia aihe kiinnosti erityisesti potilaiden näkökulmasta, jota halusimme ensisijaisesti lähteä tarkastelemaan. Aloimme tekemään opinnäytetyösuunnitelmaamme, joka hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla sekä työelämän yhteyshenkilöllä. Syksyllä 2013 sovimme useita tapaamisia terveysasemalle, joissa kävimme läpi opinnäytetyösuunnitelmaa sekä tutkimuslupa-asioita. Saimme terveysasemalta hyödyllisiä käytännön ohjeita tutkimusluvan hakemiseen sekä opinnäytetyön toteuttamiseen. Jyväskylän Kaupunki hyväksyi tutkimuslupamme marraskuussa 2013, jonka jälkeen aloimme suunnittelemaan opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteutusta. Teoriapohjan kirjoittamista olimme aloittaneet jo aiemmin syksyllä.

Saimme potilaiden yhteystiedot sairaanhoitajalta, joka toimi terveysaseman itsesäätelyryhmien toisena vetäjänä. Saimme noin 50 potilaan yhteystiedot, joista aloimme satunnaisesti soittamaan potilaita mukaan opinnäytetyöhömmе. Kaikkiin itsesäätelyä toteuttaviin potilaisiin emme ottaneet yhteyttä, sillä saimme riittävästi osallistujia kokoon jo ensimmäisistä soitoista. Potilaat olivat pääasiassa erittäin innostuneita lähtemään mukaan kehittämään toimintaa. Noin puolet yhteystiedoista jäi käyttämättä.

Haastatteluihin olimme varanneet kaksi päivää. Ehdotimme potilaille molempia päiviä, joista jokainen sai valita itselleen sopivan ajankohdan. Haastattelutilat saimme Palokan

terveysasemalta, johon jokaisen potilaan oli helppo tulla. Molempien ryhmien lukumäärä oli aluksi viisi henkilöä. Lähetimme osallistujille kirjallisen kutsun tai sähköisen kirjeen (liite 1), jossa kerrottiin vielä uudestaan tutkimuksestamme sekä henkilökohtaisesta haastattelun ajankohdasta. Soittamissamme puheluissa osa potilaista ei osannut antaa varmaa sitoutumista osallistumiseen, jonka vuoksi todelliset ryhmäkoot kasvoivat vielä muutamilla henkilöillä. Kukaan ei perunut osallistumistaan ryhmähaastatteluun.

4.1 Aineiston keruu

Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kuusi ja toiseen seitsemän henkilöä. Keskustelua ohjasimme siten, että toisella oli vastuu havainnoinnista ja toisella haastattelusta ja aiheiden läpikäynnistä. Vaihdoimme vastuita eri haastattelukerroille.

Haastatteluissa potilaat olivat motivoituneita kertomaan omia kokemuksiaan ja havaintojaan, jolloin haastatteluiden tunnelma oli avoin ja rento. Molemmissa ryhmissä lähes kaikki olivat aktiivisesti mukana keskustelussa. Häiriötekijöitä oli vähän ja ne eivät vaikuttaneet merkittävästi potilaiden keskusteluun. Häiriötekijöistä eniten keskusteluun vaikutti ensimmäisessä haastattelussa viereisestä huoneesta kuulunut lapsen itku. Toisen haastattelun aloitus taas viivästyi tilan aiemman varauksen vuoksi, jolloin kaksi haastateltavista joutui poistumaan ennen varsinaista haastattelun päättymistä. Nämä tekijät eivät kuitenkaan vaikuttaneet keskusteluiden kulkuun tai asioiden läpikäyntiin.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Valitsimme opinnäytetyömme menetelmäksi laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, jonka avuin pyrimme kuvaamaan ja tulkitsemaan toimintaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat asioiden tarkastelu luonnollisissa olosuhteissa, johtaen päätelmät yksittäisistä havainnoista. Kvalitatiiviset tutkimukset muotoutuvat tutkimusprosessin aikana, jolloin muun muassa tutkimustehtävät täsmentyvät. Tutkimusmenetelmän peruskäsitteitä ovat kokemukset, merkitykset,

kuvaukset, intentionaalisuus ja esiymmärrys. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 50-54.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Suunnittelimme kysymykset ja aihepiirit ennalta, mutta kysymysten esitysjärjestys sekä tarkka muoto muotoutui vielä haastattelutilanteessa. Ryhmähaastattelussa koimme eduksi sen, että saimme tietoa usealta informantilta samaan aikaan sekä haastattelutilanne vahvisti potilaiden yhteenkuuluvuuden tunnetta. Osallistujat saattoivat myös muistaa joitakin tilanteita ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95).

Sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivinen sisällönanalyysi toteutetaan kolmevaiheisesti; pelkistämällä, ryhmittelemällä ja luomalla teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108.)

Kuuntelimme nauhoitetut haastattelut ja kirjoitimme ne auki sana sanalta. Käytimme haastatteluiden kuuntelussa ja aukikirjoittamisessa eli litteroinnissa, tukena myös havaintojamme potilaiden käyttäytymisestä ja häiriötekijöistä, jotka olimme kirjanneet erilliselle paperille. Pehdyimme yhdessä aukikirjoitettuihin haastatteluihin ja alleviivasimme tekstistä yhtäläisyyksiä ja toistoja. Teimme alleviivauksista ja toistoista listan erilliselle tiedostolle, josta aloimme yhdistämään pelkistettyjä ilmauksia. Tekstistä etsimme asioita, jotka pyrkivät vastaamaan opinnäytetyömme tehtäviin. Nostimme haastatteluista myös esiin asioita, jotka eivät suoraan vastanneet opinnäytetyömme tehtäviä, mutta olivat huomion arvoisia näkemyksiä potilaiden hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alaluokkia, joita yhdistämällä saimme luotua yläluokat. Näistä muodostimme kokonaiskäsitteen; turvallinen hoito.

4.3 Tietosuoja

Potilaat haastateltiin nimettöminä, eikä heidän henkilötietojaan säilytetty tai käytetty opinnäytetyön tekemisessä. Henkilötietoja käytimme vain yhteydenotossa ja

haastattelukutsujen lähettämässä. Opinnäytetyön valmistuttua hävitimme kaiken työssä käytetyn aineiston poistamalla sähköiset ja silppuamalla paperiset tietojenkeruumateriaalit.

Jo ensimmäisissä yhteydenotoissa kerroimme potilaille haastatteluiden toteutuvan nimettöminä sekä nauhoittavamme haastattelut tiedon tallentamista varten. Tämä kerrottiin vielä uudestaan ennen haastatteluiden ja nauhoituksen alkua. Potilaat, jotka olivat kiinnostuneita valmiin opinnäytetyön lukemisesta antoivat itse henkilökohtaisesti oman sähköposti- tai kotiosoitteensa, johon lähetämme valmistuneen työn. Käsiteltyämme materiaalin, poistimme nauhoitukset sekä sähköiset tiedostot. Kirjalliset potilastiedot silputtiin.

Valmiin teoksen julkaisu sovitaan yhdessä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen kanssa.

5 TULOKSET

Ryhmähaastattelut toteutettiin valmiiksi laaditulla puolistrukturoidulla haastattelurungolla (Liite 2). Haastatteluiden sisältö analysoitiin ja analyysin tulokset taulukoitiin sisällön analyysin mukaan (Liite 3). Taulukkoon keräsimme haastatteluista nousseita merkittäviä tai toistuneita alkuperäisilmauksia, joista johdimme ala- ja yläkategoriat. Ala- ja yläkategoriat muodostivat yhdessä pääluokan; turvallinen hoito.

5.1 Laboratoriotulosten saaminen

Molemmissa ryhmähaastatteluissa kävi ilmi, että potilaat ovat kokeneet tiedotuksen hyväksi itsesäätelyn aikana. Tekstiviestit olivat koettu paremmiksi laboratoriotulosten saannissa kuin aiemmat soitot. Potilaat kokivat puheluiden odottamisen hankalaksi ja vaikeaksi yhdistää omien aikataulujen mukaan. Puhelut saattoivat myös venyä seuraavalle päivälle, jolloin lääkityksen mahdollinen uudelleen määrittäminen pitkittyi. Etenkin tämä korostui viikonlopun alkaessa, jolloin perjantain INR -arvon sai tietää vasta maanantaina ja lääkitystä joutui jatkamaan aiemman annostuksen mukaan siihen asti.

Useat potilaista kertoivat saavansa tekstiviestin noin kahden tunnin päästä laboratoriokäynnin jälkeen tai viimeistään saman päivän aikana, johon potilaat olivat olleet erittäin tyytyväisiä. Tekstiviesteistä oli koettu olevan myös se hyöty, että se helpottaa omaseurantaa ja arvojen ylläpitämistä. Soitot saattoivat tulla hankalina ajankohtina, jolloin INR -arvon ylöskirjaaminen Marevan® -korttiin oli haastavaa. Yksittäiset henkilöt kokivat tekstiviestien vastaanottamisen hankalina ja ajoittain tarvitsevansa muun muassa naapurin apua tekstiviestien lukemisessa.

Potilaat tiedostivat, että INR- arvot tulee pitää itse ylhäällä, koska ne eivät ole itsesäätelyn alkaessa enää hoitohenkilökunnan välittömässä tiedossa. Moni haastateltavista kertoi, ettei ole merkinnyt arvoja Marevan® -korttiin tekstiviesteihin siirryttäessä, vaan pitävät ne puhelimen viesteissä, allakassa tai muualla ylhäällä. Kun INR -arvoja ei välttämättä siirretty Marevan® -korttiin ollenkaan, ei myös annostelua oltu kirjattu ylös.

Ei tarte kytätä puhelinta tai soittoa...

Tekstiviesti parempi, kuin soitto...

Marevan -kortti, mutta ei tule aina laitettua sinne ylös...

5.2 Toimiva yhteistyö

Potilaat olivat kokeneet itsesäätelyn toimivaksi ja tehokkaaksi hoitomenetelmäksi. Suurimmalla osalla haastateltavista itsesäätely oli onnistunut ilman hoitohenkilökunnan tukea. Muutama oli tarvinnut apua tai varmistusta annoksen määrittämisessä ja sen vuoksi ottaneet yhteyttä terveysasemalle. Potilaat kuvasivat avunsaantia helpoksi ja nopeaksi, jolloin apua oli haettu niin puhelinsoitoin kuin tulemalla itse paikan päälle terveysasemalle. Haastatteluissa potilaat korostivat soittopyyntöjä, jotka olivat helpottaneet yhteydenottoja terveysasemalle, eikä potilaiden tarvinnut enää jonottaa puhelimessa vuoroaan.

Yhteydenotot olivat olleet lähinnä omien päätösten varmistamista, jolloin potilaat olivat jo etukäteen laskeneet mahdollisen annostuksen, mutta halusivat vielä varmistaa asian. Sairaanhoidajien vastaanotolle pääsy oli koettu nopeaksi ja vaivattomaksi, jolloin olivat saaneet lähes heti INR –arvon saatuaan yhteyden terveysasemalle. Suurimmalla osalla kuitenkin INR –arvo ja annostus oli pysynyt samana, jota ei ollut tarvinnut itse muuttaa. Kaiken kaikkiaan tuen saanti alkuohjauksen jälkeen oli koettu riittäväksi.

Otin yhteyttä ja sairaanhoitaja vahvisti sen minun näkemyksen...

Kolmessa minuutissa asia selvä...

Ei ole tarvinnut puuttua...

Haastatteluista nousi myös esiin, että itsesäätely koetaan hyvänä asiana eivätkä potilaat koe olevansa yksin lääkityksensä kanssa. Potilaat korostivat, ettei heillä ole kynnystä olla yhteydessä terveysasemalle, jos jokin huolestuttaa. He korostivat itsesäätelyyn mukaan lähteneiden potilaiden motivaatiota omaan hoitoonsa, jolloin avun hakeminen ei noussut kenellekään kynnyskysymykseksi. Potilaat kuvasivat, ettei apua ole vaikea hakea, kun kyseessä on oma henki.

Haastateltavien mielestä oli tärkeää olla itse tietoinen omasta sairaudestaan ja siihen liittyvästä lääkityksestä. Haastatteluissa ei noussut esiin negatiivisia kommentteja itsesääteilyyn siirtymisessä, päinvastoin potilaat kokivat itsesääteilyn kaikin puolin helpommaksi ja kaikkien aikaa säästäväksi. Potilaat eivät myös kokeneet epäluottamusta hoitohenkilöstöä kohtaan ja korostivat, että tarvittaessa voisivat myös siirtyä takaisin hoitajavetoiseen annosteluun.

Kyllähän meidän pitää periaatteessa tietää mistä tahansa asiasta, mitä meidän kehossa on ja itse seurata itseämme...

Motivaattorina oma henki...

5.3 Itsesääteilyn edellytykset

Alkuohjauksesta saatu materiaali koettiin laajaksi ja tarpeelliseksi, jossa oli hyvä luettelo kaikista tarvittavista tiedoista itsesääteilyyn liittyen. Etenkin sydänliiton potilasopas nostettiin esille helppolukuisena ja selkeänä, josta löytyi kaikki tarvittava varfariinihoitoon liittyen. Suurin osa potilaista oli hyödyntänyt materiaaleja kotona tarkistaakseen sieltä oman kantansa ja varmistaakseen hoidon toteutumista. Annetun materiaalin lisäksi osa potilaista oli etsinyt itse tietoa muun muassa internetlähteistä. Osa potilaista oli saanut jo aikaisemmin ohjausta muiden sairaalakäyntien ohessa varfariinihoidosta, jolloin potilailla oli jo hyvät pohjatiedot.

Esille nousivat myös tekstiviestien suositukset, joissa annettiin suuntaa-antava ohjeistus hoidon jatkosta ja seuraavan laboratorioskäynnin ajankohdasta. Suurin osa haastateltavista koki tekstiviestien ohjeellisuuden antavan perusvarmuuden itsesääteilylle. Potilaat eivät kuitenkaan kokeneet viestien ohjeellisuutta hoitoa määrävänä tekijänä, vaan tarkistivat myös itse oman annostuksensa viestin lisäksi. Yksi haastateltavista kuitenkin nosti esille kysymyksen voidaanko puhua itsesääteilystä, jos tekstiviestissä on ohjeistus, jonka mukaan hoitoa jatketaan. Pääasiassa potilaat kuitenkin kokivat viestien ohjeellisuuden hyväksi, joka antaa perusvarmuuden omille päätöksille. Haastatteluissa korostui, että jos on epävarma INR- arvosta, voi laboratorioskokeissa käydä useammin kuin ohjeistus kehoittaa.

Materiaaleista on hyvä tarkistaa oma kantansa...

Suositus (tekstiviestissä) antaa perusvarmuuden...

Alkukoulutus jakoi potilaiden mielipiteitä: potilaat, jotka olivat syöneet varfariinia pitkään, kokivat koulutuksen vanhankertauksena, jolla ei ollut paljon uutta annettavaa. Toiset taas kokivat alkukoulutuksen olevan avain koko asiaan, jossa käytiin kaikki oleelliset asiat läpi. Se myös antoi itsevarmuutta itsesäätelylle ja vahvisti potilaiden omia aikaisempia tietoja. Koulutuksen koettiin myös päivittävän tietoja muun muassa ruokavalioasioissa, jotka mietityttivät potilaita paljon. Vaikka mielipiteet jakautuivat potilaiden keskuudessa, koettiin alkukoulutus kaiken kaikkiaan myönteiseksi. Erityisesti varfariinin annostelun laskuharjoitukset koettiin hyödyllisiksi, joissa potilaat saivat yksilöllistä ohjausta. Potilaat eivät kuitenkaan kokeneet tarvinneensa yksilöohjausta enempää koulutuksen aikana.

Potilasohjaus koettiin riittäväksi ja sairaanhoitajien antama ohjaus sai potilailta positiivista palautetta. He eivät kuitenkaan kyenneet arvioimaan ohjauksen toteutumista moniulotteisesti, sillä tilanne oli ollut jokaiselle potilaalle ainutkertainen tapahtuma, jossa he olivat keskittyneet vain sisäistämään opeteltavia asioita. Potilaiden resurssit arvioida sairaanhoitajien koulutusta ovatkin vain heidän omakohtaisia havaintojaan siitä, kuinka selkeästi ja ymmärrettävästi asiat ovat heille kerrottu.

Alkuohjauskoulutus, avain koko asiaan...

Tarpeellinen, jos ei ollut perehtynyt asiaan...

Uskonvahvistusreissu...

Itsesäätelyn edellytyksiksi potilaat ajattelivat, että henkilön tulee kyetä huolehtimaan lääkityksestä, joka edellyttää muun muassa laskutaitoa annostelussa. He ajattelivat, että potilaiden tulee olla orientoituneita hoitoon sekä tiedostaa siihen vaikuttavat tekijät ja korostivatkin yksilöiden terveydentilaa itsesäätelyssä. Näin hoitoa ei voida toteuttaa turvallisesti, jos potilas kärsii esimerkiksi muistisairaudesta. Haastatteluissa keskusteltiin myös tilanteesta, jolloin jokin läheinen koulutetaan itsesäätelyyn ja hän määrittääkin potilaan annostelun. Tämän kaltainen toiminta nähtiin vain positiivisena asiana.

Myös tekstiviestien vastaanotto nostettiin yhdeksi kriteeriksi itsesäätelyn onnistumisen kannalta. Sen ei kuitenkaan nähty olevan poissulkevakeiteeri itsesäätelylle, jolloin

esimerkiksi näkörajoitteinen kykenee itsesääätelyä turvallisesti toteuttamaan, kun vain tekstiviestin tiedon saanti on esteetöntä. Jokainen haastateltava suosittelisi itsesääätelyä henkilölle, jolla on edellytykset toteuttaa sitä turvallisesti. Haastattelussa potilaat muistuttivat siitä, että itsesäätelystä voi jäädä milloin tahansa pois, jos kokee epävarmuutta, terveydentilassa tapahtuu muutoksia tai ei enää halua jatkaa itsesääätelyä.

Kyllä minä voisin ainakin suositella, tosin silloin tulee olla järki päässä, mitä tekee...

Jotkut olivat niin autuaan tietämättömiä asioista, ettei sellaisille kannata tarjota tällaista...

Kaikilla se ei toimi, niin kuin ei kaikki asiat muutenkaan...

5.4 Vertaistuki

Potilaat kokivat ryhmäohjauksen voimaannuttavaksi kokemukseksi ja sosiaalisesti tapahtumaksi. Ryhmässä he kokivat saavansa sellaisiin kysymyksiin vastauksia, joita he eivät välttämättä itse olisi osanneet kysyä. Heille myös konkretisoitui, etteivät olleet yksin hoidossaan, vaan itsesäätelijöitä oli myös enemmän. Ohjaustilanteet olivat synnyttäneet potilaille keskustelua hoidosta ja sen toteuttamisesta, jonka myötä asiat olivat selkiintyneet potilaille. Osa haastateltavista ajatteli, että ryhmä olisi voinut olla vielä suurempikin, mutta monet haastateltavista kritisoivat myös koulutuksen tiloja. Sairaanhoidtajien huoneet koettiin ahtaiksi osallistujien määrään nähden, joka vaikutti myös suoraan potilaiden keskittymiskykyyn

Potilaat huomioivat myös hoitohenkilökunnan resurssit ja ajankäytön, jos ohjaus olisi toteutettu yksilöohjauksena. Yksilöohjaus olisi vienyt potilailta vähemmän aikaa, mutta kukaan ei kokenut ohjausta ryhmässä liian pitkäksi prosessiksi. Yksilöohjausta kuitenkin oli saatavilla tarpeen mukaan.

Siinä kuulee semmoisia käytännön mielipiteitä siinä sivussa, joita ei tule muuten kysytyäkään...

Ryhmässä, kun kysymyksiä tulee monenlaisia, ettei välttämättä itse huomaa kysyäkään sellaisia...

Pieni huone, kauhean kuuma ja paljon väkeä...

Haastattelussa keskustelu ajautui hyvin usein yksilöllisten tekijöiden puolelle, jotka vaikuttavat varfariinin annosteluun. Etenkin ruokavalion osuus hoidossa korostui. Potilaat pohtivat ruokavalion merkitystä lääkehoidossa sekä monelle oli kehittynyt henkilökohtainen tietoisuus siitä, kuinka paljon K-vitamiinia voi syödä eri ruoka-aineissa. Monet potilaista olivat huomanneet vuodenaikojen vaikuttavan INR-arvoon ja tämä synnytti keskustelua muun muassa siitä, että arvot nousevat merkittävästi talvea kohti. Ravitsemuksessa potilaat pohtivat paljon sitä, että vihreiden kasviksien syöntiä on rajoitettu, kun ne ovat kuitenkin terveellisiä ja tarpeellisia tasapainoiseen ruokavalioon. Potilaiden tarpeet yksilöllisen tiedon saannissa kuitenkin vaihtelivat, sillä osalla oli entuudestaan laajemmat perustiedot lääkkeestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, jolloin he kokivat tiedon saannin vanhankertauksena.

INR -arvon pysyminen viitealueella koettiin olevan monen yksilöllisen tekijän summa ja tasapainon hakeminen pitkäksi prosessiksi. Potilaat olivat hyvin valveutuneita ravinnon osuudesta lääkehoidossa. He olivat huomioineet myös muita henkilökohtaisia asioita, jotka vaikuttavat INR- arvoon, kuten esimerkiksi muiden sairauksien ja niihin liittyvien lääkehoitojen vaikutukset. Näissä potilaat kokivat vielä tarvitsevansa hoitohenkilökunnan tukea ja apua, sillä ajattelivat, etteivät osaisi ajatella asiaa yhtä laajasti ja lääketieteellisesti kuin ammatti-ihminen.

*Tavallinen ihminen ei osaa ajatella johtuuko se heittäly ruoasta vaiko
kenties jostain muusta...*

Henkilökohtainen juttu, miten se marevanarvo käyttäytyy....

6 POHDINTA

Opinnäytetyötä oli mielekästä alkaa työstämään, koska aihe tuli työelämän tarpeista. Koimme työn tärkeäksi ja hyödylliseksi aiheen kehittämiseksi. Aluksi jännitimme tutkimusluvan saantia, koska työmme tarkoituksena oli tutkia potilaiden kokemuksia varfariinin itsesäätelystä. Mielestämme oli ensiarvoisen tärkeää saada potilaiden mielipiteet kuuluviin, koska itsesäätely on uusi asia, jota ei ole vielä alueellamme tutkittu. Mielekkyyttä lisäsi myös se, että potilaat lähtivät aktiivisesti mukaan opinnäytetyömme tekemiseen ja tahtoivat vaikuttaa itsesäätelyn kehitykseen. Koemme, että onnistuimme saamaan aikaa hyödyllisen opinnäytetyön, joka tukee omaa ammatillista kehitystämme sairaanhoitajina.

Ryhmähaastattelut tiedonkeruumenetelmänä toimivat myös potilaille oppimistilanteena, jossa he saivat edelleen vertaistukea ja myös kuulla, kuinka itsesäätely on toteutunut muilla. Molemmissa haastatteluissa keskustelua syntyi hyvin sekä aiheet sivusivat välillä myös aiheen vierestä, joista saimme lisäaineistoa opinnäytetyöhömmme. Ajattelimme nostaa tässä osiossa esiin ne aiheet, jotka eivät välttämättä vastanneet meidän opinnäytetyön tehtäviä, mutta emme halunneet jättää niitä myöskään huomiotta.

Molemmat haastattelut kyllääntyivät haastattelun loppua kohti ja asioihin alettiin palaamaan. Huomasimme, että molemmissa ryhmissä keskustelut ajautuivat samanlaisiin asioihin ja huomioihin itsesäätelyyn liittyen. Puolistrukturoitu haastattelulomake toimi hyvin keskustelun tukena, josta pystyimme helposti seuraamaan aiheita, jotka olivat jääneet käymättä läpi. Ensimmäisessä haastattelussa muutamat kysymykset jäivät vähemmälle huomiolle, joten painotimme niitä seuraavan ryhmän kanssa enemmän. Potilaiden vastaukset olivat hyvin kattavia, joihin usein koko ryhmä pystyi samaistumaan. Itsesäätelyn toteutumisesta saimme hyvän ja todenmukaisen kuvan, joiden vuoksi aineiston läpikäyminen ei ollut liian haasteellista. Potilaiden näkemykset olivat hyvin samansuuntaisia ja kehittämisideat tuotiin esiin rakentavasti. Saimme vastaukset opinnäytetyömme tehtäviin ja pystyimme käsittelemään aineiston tiiviisti ja selkeästi. Vaikka aineistoa oli meillä runsaasti, sen sisältö oli hyvin ytimekästä ja sisälsi hyvin samankaltaisia huomioita kaikilta potilailta, jonka vuoksi aineisto voitiin käsitellä näin tiiviinä. Ajattelemme, että aineisto on lukijoille miellyttävämpi lukea ja ymmärtää, kun se ei toista itseään ja tieto on helposti saatavilla. Tulokset eivät meitä yllättäneet, sillä

itsesäätelijöiksi valikoituneet potilaat ovat hyväkuntoisia, joilla oli jo entuudestaan tietoa varfariinihoidosta.

Haastatteluissa heräsi kysymyksiä tulevaisuuteen liittyen. Molemmissa haastatteluissa nousi esiin kysymys, milloin potilaat saisivat omat ”pikamittarit” käyttöön, joilla INR -arvoa voisi mitata kotiooloissa useiden laboratorioskäyntien sijasta. Yksi potilaista kuvasikin edellä mainittua ”täydelliseksi kotihoidoksi.” Potilaat olivat myös kiinnostuneita säästöistä, kuinka paljon itsesääteilyyn siirtyminen säästää yhteiskunnan varoja sekä hoitohenkilökunnan aikaa, kun määritykset ovat vähentyneet hoitohenkilökunnalta. Tekstiviestien ohjeellisuudesta muutama ryhmästä nosti esiin kysymyksen siitä miksi tekstiviestissä ei voisi olla annostusta, jos arvo olisi pielessä. Nykyisessä menetelmässä, jos INR -arvo on pysynyt normaaliluvuissa tekstiviesti kehottaa jatkamaan samalla annostuksella ja antaa suosituksen seuraavalle laboratorioskäynnin ajankohdalle.

Aluksi meillä oli neljä opinnäytetyön tehtävää, joista vähemmälle huomiolle jäi kysymys ”onko sairaanhoitajilla tarvittava tieto ryhmänohjauksesta?”. Pohdimme, että kysymys oli haastava ja potilaiden oli sitä vaikea tarkastella kriittisesti omasta näkökulmastaan. Niin kuin tutkimustuloksista käy ilmi, sairaanhoitajien ohjaus sai positiivista palautetta, mutta se ei varsinaisesti vastannut kysymykseen sairaanhoitajien ryhmänohjaustiedoista. Päätimme sen vuoksi luopua tästä opinnäytetyön tehtävästä.

Työtä tehdessämme heräsi kuitenkin ajatuksia sairaanhoitajan työn vastuullisuudesta. Nykyään potilaat ovat entistä valveutuneempia omista oikeuksistaan. Haasteita työhön tuo myös potilaiden omat tiedot ja kokemukset. Tietoa erilaisista lääkkeistä ja sairauksista on helposti jokaisen saatavilla esimerkiksi internetistä. Nämä voivat herättää potilaissa kysymyksiä, joita he voivat esittää hoitohenkilökunnalle käyntien yhteydessä. Sairaanhoitajien tulee olla valveutuneita ja perillä ajankohtaisista asioista muun muassa mediassa esiintyvistä väitteistä. Haastatteluissa heräsi myös kysymys siitä, jos potilaalla ei ole käytössä matkapuhelinta, mutta muuten edellytykset itsesääteilylle löytyisivät. Kuinka tällaisissa tilanteissa toimitaan, jotta kaikilla voisi olla mahdollisuus toteuttaa itsesääteilyä.

6.1 Tutkimustulokset

Kokonaisuudessaan saimme tutkimustuloksista positiivisen kuvan itsesäätelystä. Moni potilaista koki tärkeäksi olla tietoinen siitä, miten itseä hoidetaan ja kuinka omaan hoitoon voi vaikuttaa. Erityisesti huomionsi kiinnitti se, miten aiemmat puhelinsoitot INR -tuloksen ja varfariiniannostuksen saamiseksi oli koettu hankalaksi lähes jokaisen potilaan mielestä. Emme voi sanoa, että kukaan potilaista olisi ollut tyytyväinen tuohon aiempaan käytäntöön.

Haastatteluissa osa kertoi pitävänsä INR -arvoja ja Marevan® annostuksia ylhäällä puhelimesta, allakassa tai jossain muualla. Vain muutama mainitsi käyttävänsä Marevan® -korttia. Luontamon tutkimuksessa (2014. 40-41, 43.) potilaat allekirjoittivat ennen koulutusta sopimuksen, joka velvoitti kirjaamaan INR -arvon ja annostelun ylös seurantakorttiin. Tätä käytäntöä ei Keski-Suomen alueella ole käytössä, joten koimme sen tarpeelliseksi parannusehdotukseksi tulevaisuudessa. Haastattelumme perusteella arvojen säilyttäminen saattoi joidenkin potilaiden kohdalla jäädä vain puhelimen viestitietoihin, jolloin INR -arvo tai annostelu eivät siirtyneet potilaan omaan Marevan® -korttiin.

Potilaat pohtivat myös edellytyksiä itsesäätelylle, jolloin meillä heräsi ajatuksia siitä, miten itsesäätelyn edellytyksiä seurataan. Potilaiden tilassa voi tapahtua äkillisiä muutoksia, jolloin itsesäätely ei enää ole turvallista. Se, kuinka potilaiden hoitokertomuksessa tuodaan itsesäätely esiin tulee olla näkyvästi esillä jokaiselle, joka potilaan hoitoon osallistuu. Tällöin itsesäätelyn jatkuminen voidaan arvioida myös toisissa hoitolaitoksissa, kuin vain omalla terveysasemalla. Tarvittaessa voidaan pyytää omaa terveysasemaa harkitsemaan uudestaan soveltuuko potilas yhä itsesäätelijäksi. Saamiemme tulosten mukaan potilaiden kynnys avun pyytämiseen on kuitenkin pieni, jolloin turvallinen hoito on mahdollista myös muuttuvissa tilanteissa, vaikka vastuu ensisijaisesti onkin hoitoa antavalla organisaatiolla.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Olemme käsitelleet opinnäytetyömme aihetta ulkopuolisen näkökulmasta, sillä yhteistyömme terveysasemalle on rajoittunut vain tämän työn tekemiseen. Vaikka olimme molemmat tehneet aiemmin terveyden edistämisen harjoittelujaksot tälle terveysasemalle, se ei vaikuttanut opinnäytetyömme tekemiseen tai luonut sille ennakkoletuksia. Koimme, että omat harjoittelujaksomme helpottivat meitä hahmottamaan itsesäätelyn toimintaa, potilaiden hoidon järjestämistä sekä edesauttaneet yhteistyötä terveysaseman kanssa opinnäytetyön eri vaiheissa.

Potilaat eivät olleet meille entuudestaan tuttuja ja kohderyhmämme valikoitui satunnaisotoksella, jolloin haastatteluihin olisi voinut osallistua kuka tahansa itsesäätelyä toteuttava potilas. Potilaiden ei tarvinnut esittäytyä haastattelutilanteessa toisilleen tai meille. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, jolloin ketään ei pakotettu tai painostettu osallistumaan itse työn toteuttamiseen tai haastatteluun.

Haastatteluiden aikana emme osallistuneet itse keskusteluun, emmekä ohjanneet potilaita kysymyksiin vastaamisessa. Keskustelut ohjautuivat kuitenkin välillä pois aihepiiristämme, jolloin jouduimme katkaisemaan keskustelua ja palauttamaan varsinaisen aiheen potilaiden käsiteltäväksi. Aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti, jolloin emme asettaneet potilaiden vastauksia eri arvoisiin asemiin. Analysoidessamme aineistoa huomioimme tasavertaisesti kaikkien potilaiden näkemykset.

6.3 Eettisyys

Opinnäytetyön aihevalinnassa heräsi kysymys onko eettisesti oikein lähteä tutkimaan potilaita tämän tasoiseen työhön. Tutkimuslupaa hakiessamme Jyväskylän kaupungilta suunnittelimme jo varavaihtoehtoa opinnäytetyömme aiheeksi, jos tutkimuslupa tähän aiheeseen olisi evätty. Tutkimusluvan saatuaamme olemme toimineet sen asetettujen ehtojen mukaan. Saimme potilaiden yhteystiedot yhteyssairaanhoidtajalta ilman, että olisimme nähneet potilasasiakirjoja. Olemme kertoneet selkeästi potilaille mitä olemme tutkimassa ja kuinka menettelemme tietojen kanssa opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tietosuojaa olemme käsitelleet tarkemmin opinnäytetyömme sivuilla 37 ja 38.

Haastatteluissa emme osallistuneet aktiivisesti keskusteluun tai johdattaneet potilaiden vastauksia haluamiimme suuntiin. Mielenkiintoa kysyttäessä, olemme vastanneet neutraalisti tai ottamatta kantaa asiaan.

Työstämme ei voi tunnistaa potilaita, eikä heidän havaintojaan ole käytetty siten, että niistä voisi koitua potilaille haittaa. Henkilötiedot on hävitetty heti niiden käytön jälkeen, minkä vuoksi potilastietojen uudelleen käyttäminen meidän työmme kautta on mahdotonta. Hallussamme on vain niiden potilaiden koti- tai sähköpostiosoitteet, jotka he ovat meille haastattelun jälkeen antaneet valmiin työn saamiseksi.

6.4 Kehittämisedat

Tulevaisuudessa olisi hyvä tarkastella itsesääätelyä sairaanhoitajien näkökulmasta, muun muassa kuinka sairaanhoitajat kokevat ryhmänohjauksen varfariinin itsesääteilyille ja tuoko se erilaisia haasteita työhön. Koska emme saaneet vastausta yhteen opinnäytetyömme tehtävään, ajattelimme sen olevan hyvä aihe tuleviin opinnäytetöihin tai tutkimuksiin. Sairaanhoitajien ohjaustaidot ovat kuitenkin tärkeässä roolissa itsesäätelyn toteutumisessa. Sairaanhoitajilla voisi olla myös hyviä käytännön kautta esille tulleita näkökulmia itsesäätelyn kehittämisestä.

Potilaiden itsesäätelystä tulevaisuuden kehittämiskohteena tulee varmasti olemaan omat henkilökohtaiset pikamittarit sekä useampien potilasryhmien ottaminen mukaan itsesäätelyn piiriin. Mielestämme aiheen tarkastelu on tärkeää ja mielenkiintoista, kun uusiin itsesäätelyn keinoihin siirrytään. Potilaiden itsesäätelyn toteutumisen tulee olla jatkuvasti tarkasteltuna sen kehittymisen myötä. Omien pikamittareiden käytöllä helpotetaan entisestään potilaiden INR –arvon seuranta ja omahoitoa. Se myös lisää potilaiden omaa vastuuta hoidosta, jolloin INR –arvon ylöskirjaaminen korostuu entisestään. Omien havaintojemme mukaan tämä ei vielä tänä päivänä ole kuitenkaan turvallista, sillä potilaat kirjaavat arvojaan ja annosteluaan puutteellisesti ylös Marevan® -kortteihinsa.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M., & Rosenberg, P. toim. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim

Eteisvärinä 2010. Käypähoito- suositus. 10.1.2010 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Luettu 11.10.2013. <http://www.kaypahoito.fi>

Garcia-Alamino, JM., Ward, AM., Alonso-Coello, P., Perera, R., Bankhead, C., Fitzmaurice, D. & Heneghan, CJ. 2010. Self-monitoring and self-management of oral anti-coagulation (Review). The Cochrane Library <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003839.pub2/pdf>

Gruzdaitis, P., Juuti, H., Hannula, K., Hednäs, P., Kauhanen, M., Ruponen, M. & Tuderman, P. toim. 2011. Pharmaca Fennica. Lääketietokeskus

Hamad, M., Soliman, A., Van Eekelen, E., Van Agt, T. & Van Straten, A. H.M. 2008. ”Self-management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study”. European Journal Of Cardio-thoracic Surgery 35 (2009)

Hannuksela, M., Huovinen, P., Huttunen, M., Jalanko, H., Mustajoki, P., Saarelma, O. & Tiitinen, A. 2006. Terve ihminen. WSOY

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Fioca Oy

Hilli, H. 13.9.2012. ”Antikoagulaatiohoidon itsesäätelyn yhteisvastaanottotoiminta avosairaanhoidossa”. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskus. Luettu 26.9.2013 <http://ksshp.fi/Public/download.aspx?ID=39062&GUID=%7B181CD170-C92D-4A74-983B-3FA90B5FAA7E%7D>

Hirsh, J., Fuster, V., Ansell, J. & Halperin, J. 2003. ”Foundation Guide to Warfarin Therapy”. American Heart Association/American College of Cardiology. <http://circ.ahajournals.org/>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6 painos. Werner Söderström Osakeyhtiö

Kaivos, S., Lassila, R., Asmundela, H., Syväne, M. & Pusa, T. 2012. Marevan-hoito. Suomen Sydänliitto ry

Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Kirjapaja Helsinki

Kangasniemi, M., Länsimies-Raatikainen, H., Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2012. ”Potilaan velvollisuudet hoitotyössä”. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Fioca Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy

- Katch, H. & Mead, H. 2010. "The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs". *Patient Intelligence* 2010:2
- Kauppinen, A. 2010. "4.35 Eteisvärinä (FA)". *Sairaanhoitajan käsikirja*, Kustannus Oy Duodecim
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY Oppimateriaalit
- Lassila, R., Pietilä, K. & Pentikäinen, P. J. 2002. Luku 19. Antitromboottinen Lääkehoito. *Kliininen Farmakologia ja Lääkehoito*. Kandidaattikustannus Oy
- Lassila, R. 2011. "5.44 Varfariinihoito". *Lääkärin Käsikirja*, Kustannus Oy Duodecim
- Lemieux, V., Lévesque J-F. & Ehrmann-Feldman, D. 2011. "Are primary healthcare organizational attributes associated with patient self-efficacy for managing chronic disease?". *Healthcare policy*, Vol. 6 No. 4.
- Luntamo, M. 2014. *Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -hanke*. Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto
- Nielsen, A-J. & Grøn, L. 2012. "Standardising the lay: logics of change in programs of disease self-management". *Culture unbound*, Volume 4.
- Nurminen, M-L. 2011. *Lääkehoito*. WSOYpro Oy Helsinki.
- Mäkijärvi, M., Kettunen R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. 2011. *Sydän sairaudet*. 2. uudistettu painos. Duodecim Oy
- Paukama, M. 2011. "4.83 Antikoagulaatiohoito". *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim
- Puhakka J., toim. 2011. *Antikoagulaatiohoidon käsikirja*, Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos*
- Raatikainen, P. 2011. "4.49 Antikoagulaatiohoidon aiheet ja toteutus eteisvärinässä". *Lääkärin käsikirja*, Kustannus Oy Duodecim
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus & sisällönanalyysi*. Tammi.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2006. *Sisätaudit*. 1.-2 painos. Werner Söderström Osakeyhtiö
- You, J., Singer, D., Howard, P., Lane, D., Eckman, M., Fang, M., Hylek, E., Schulman, S., Go, A., Hughes, M., Spencer, F., Manning, W., Halperin, J. & Lip, G. 2012. "Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis". 9th ed: *American College of Chest Physicians, Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. www.chestpubs.org

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hei

Olemme olleet Teihin puhelimitse yhteydessä 2.1.2014 opinnäytetyöstämme Marevan® -hoidon toteutumisesta potilaiden itsesäätelynä.

Olemme kaksi 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTEn) Palokan terveysaseman kanssa ja tutkimme ***Marevan® -hoidon toteutumista potilaiden itsesäätelyn keinoin.***

Palokassa alkoi Marevan® -hoidon itsesääteilyryhmät toukokuussa 2012, jonka jälkeen toiminta on kasvanut. Suunnitteilla on laajentaa toimintaa useammille JYTEn terveysasemille.

Olemme yhdessä oman terveysasemanne kanssa kiinnostuneita hoitonne toteutumisesta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Itsesäätelyn toteutumisesta ei ole vielä tehty tutkimusta alueellamme, jonka vuoksi aiheen tarkastelu on erittäin ajankohtainen toiminnan kasvun kannalta.

Opinnäytetyömme toteutetaan kuunnellen Teidän omia näkemyksiä ja ajatuksia hoidosta. Tiedon keruu tapahtuu ryhmähaastatteluin, jossa käymme läpi mm. ohjausta osana itsesääteilyä, hoidon toteutumista sekä tuen tarvetta hoidon aikana.

Haastattelut toteutetaan Palokan terveysaseman neuvotteluhuoneessa (2krs) tammikuussa. Teille on sovittu aika haastatteluun _____ klo 10.00-11.00.

Opinnäytetyön on määrä valmistua maaliskuussa 2014.

Emme käytä henkilötietoja opinnäytetyön tekemisessä ja kaikki materiaalin keräykseen käytetty tieto hävitetään teoksen valmistuttua. Haastattelut toteutetaan nimettöminä.

Vastaamme mielellämme heränneisiin kysymyksiin arkisin niin puhelimitse kuin myös sähköpostin välityksellä.

Ilmoitattehan, jos ette pääse tulemaan viimeistään ma 20.1.2014 mennessä.

Osallistumisenne on tärkeää, sillä vain Te pystytte arvioimaan saamaanne hoitoa.

Ystävällisin terveisin

Julia Ahonen
julia.ahonen@health.tamk.fi

&

Jenni Kuljula
jenni.kuljula@health.tamk.fi

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Esitiedot

Kuinka kauan on ollut Marevan käytössä?

Mistä sait tietää itsesäätelyryhmästä?

Mikä sai lähtemään mukaan ryhmään?

Alkuohjaus

Minkälaisiksi koit omat aiemmat tietosi Marevan hoidosta?

Minkälaiseksi koit ohjaustilanteen ryhmässä?

Ottiko sairaanhoitaja teidän huomioon yksilöinä?

Oliko sairaanhoitajalla tarpeeksi tietoa asiasta?

Osasiko sairaanhoitaja vastata esitettyihin kysymyksiin?

Oliko tieto perusteltua?

Pohditteko asioita ryhmän kesken?

Kuinka paljon saitte ohjaustilanteesta kotinne kirjallista materiaalia?

Olivatko ne ymmärrettäviä?

Saitko tietoa tarpeeksi?/Olisitko halunnut jossain enemmän ohjausta, missä?

Saitteko ohjaustilanteesta selkeät ohjeet jatkoa varten?

Etsitkö itsenäisesti lisää tietoa annoksen määrittämisestä?

Itsesäätelyn määrittäminen

Koitko annosmäärittäminen harjoittelun tarpeelliseksi?

Oliko harjoituksia tarpeeksi?

Koitko olosi varmaksi ohjaustilanteen jälkeen?

Koitko ryhmäohjaustilanteen hyväksi itsesäätelyn toteuttamista ajatellen?

Oliko sinulla vaikeuksia alkaa toteuttamaan itsesäätelyä?

Jatkuvuus

Minkälaisena olet kokenut itsesäätelyn?

Oletko tullut tietoisemmaksi sairaudestasi?

Voisitko suositella hoitomuotoa muillekin?

Oletko kokenut epävarmuutta annosten itsesäätelyssä?

Oletko tarvinnut apua/tukea annosten itsesäätelyyn/Oletko saanut apua/tukea?

Oliko apu/tuki helposti saatavilla?

Liite 3. Analyysin eteneminen

Alkuperäisilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
"Tunnin tai kahden kuluttua tulee vastaus viimeistään."	Nopea tiedonsaanti	Laboratoriotulosten saaminen	Turvallinen hoito
"Tekstiviesti samana päivänä"			
"Vastaus tulee äkkiä"			
"Ei tarvitse kytätä puhelinta seuraavana päivänä."	Helppo tiedonkulku		
"Puhelun odottaminen hankalaa."			
"Tekstiviesti parempi kuin soitto."			
"Tekstiviesteissä suositus."	Tekstiviestien ohjeet	Toimiva yhteistyö	
"Tekstiviesteissä teksti, jossa lukee "jatketaan samalla annostuksella"			
"Antaa perusvarmuuden."			
"Kävin täällä sairaanhoitajan vastaanotolla ja keskusteltiin vähän."	Nopea avunsaanti		
"Otin yhteyttä ja sairaanhoitaja vahvisti sen minun näkemyksen."			
"Kolmessa minuutissa asia selvä."			
"Apu tuli heti."			
"Oma henki kyseessä, niin ei ole mikään kynnys soittaa ja kysyä."			
"Hetki, jos rupeaa jokin asia huolestuttamaan, niin tänne voi soittaa."			

En koe olevani yksin asian kanssa.”	Ei ole kynnystä pyytää apua		Turvallinen hoito
”Ei ole kynnystä.”			
”Voisin suositella, tosin silloin pitää olla järki päässä, että tietää mitä tekee.”	Itsesäätelijöiden valinta	Itsesäätelyn edellytykset	
”Järjeltään siinä kunnossa että pystyy ottamaan lääkkeitä ja itse annostelevaan.”			
”Jotkut olivat niin autuaan tietämättömiä, ettei sellaisille kannata tarjota tätä.”			
”Jos on omasta laskutaidosta epävarma, niin ehkä silloin ei kannata lähteä tähän.”			
”Mä sitten tarkistin niistä papereista, että näinhän tän täytyy mennä.”			
”Materiaaleista on hyvä tarkistaa oma kantansa.”	Ohjemateriaalien hyödyntäminen		
”Materiaalit, joihin voi palata.”			
”Pelko hävisi.”			
”Alkukoulutus antoi varmuuden.”	Tuen ja tiedonsaanti koulutuksessa		
”Koulutuksessa tosiaan tuli käytyä kaikki ne oleelliset asiat läpi.”			
”Tarpeellinen, jos ei ollut perehtynyt asiaan.”	Aikaisempien tietojen huomiointi		
”Mulle ei tullut mitään uutta sieltä koulutuksesta.”			
”Ryhmässä kuulee semmoisia käytännön mielipiteitä, joita ei			

muuten tulisi ajateltuakaan.”	Ryhmätyöskentely	Vertaistuki	
”Jouduttiin kaikki tekemään hommia ja keskustelemaan, jolloin kaikille tuli selvyyttä.”			
”Kuulee toisten kokemuksia.”			
”Henkilökohtainen juttu miten se marevan arvo käytetty.”	Yksilöllisyys		
”Tasapainon hakeminen voi olla pitkä prosessi.”			
”Marevanarvo on monen tekijän summa.”			
”Osaan varautua siihen säätämällä, ettei se arvo nouse.”			