

Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus

OUTI KÄHKÖNEN

TtM, TtT -opiskelija, lehtori

Itä-Suomen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Hyvinvointiyksikkö

PÄIVI KANKKUNEN

TtT, dosentti, yliopistonlehtori

Itä-Suomen yliopisto

Hoitotieteen laitos

TERHI SAARANEN

TtT, yliopistonlehtori

Itä-Suomen yliopisto

Hoitotieteen laitos

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja ohjauksen kehittämistarpeita. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksia haettiin Cinahl-, Cochrane-, Medic- ja PubMed- tietokannoista. Induktiivisella sisällönanalyysillä tehtyyn tarkasteluun valikoitui 39 artikkelia.

Tulosten mukaan sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus sekä näiden yhdistelmät. Hoitajan toteuttamien ohjausryhmien vaikuttavuudesta on saatu positiivisia tuloksia sepelvaltimotaudin keskeisten vaaratekijöiden hallinnassa, mutta haasteena on niiden henkilöiden saaminen mukaan, jotka hyötyisivät eniten ohjauksesta. Puhelimen ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtuvan ohjauksen sisältö oli yksilöllisen tiedon ja tuen antamista, jolloin henkilökohtaisen tavoitteen asettamisen merkitys korostui perinteisiä ohjausmenetelmiä selkeämmin. Potilasohjauksen toteutus oli tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista ja sairaalahoidon päätyttyä riittämätöntä. Kehittämisalueita ovat potilasohjausmenetelmien ja ohjauksen sisällön kehittäminen ja monipuolistaminen sekä potilaan yksilöllisten tarpeiden, tietotason sekä väestön ikärakenteen huomioiminen.

Avainsanat: Sepelvaltimotauti, potilasohjaus, kirjallisuuskatsaus

Saapunut 6.10.2011

Hyväksytty julkaistavaksi 3.1.2012

ABSTRACT

Counseling of patient with coronary heart disease

Outi Käbkönen, MNSc, PhD -student, Senior lecturer

Päivi Kankkunen, PhD, docent, University lecturer

Terhi Saaranen, PhD, University lecturer

The objective of this research was to describe the content, implementation methods and development needs in the counseling of patients with coronary heart disease. The literature review was based on nursing research data (n = 39) during 2004–2011. The Cinahl-, Cochrane-, Medic- and PubMed- databases were used to search for studies. Inductive content analysis was used as the analysis method.

According to the results of the study, the methods to counsel patients with coronary heart disease included individual and group sessions, and counseling provided through electronic means of communication. Positive results were received on the effectiveness of nurse led patient education groups in the management of the central risk factors of the coronary heart disease, but the challenge is to have those patients participate who would benefit most from this form of education. This literature review indicated that the implementation of patient education is inadequate in terms of knowledge and competences, and completely insufficient after hospital treatment. Further challenges in the education of patients with coronary heart disease include development of the education methods, the content and right timing of the

education, and the by taking the needs of the patients and the previous level of knowledge into consideration. Special attention should also be paid to the shift in the age structure towards older ages.

Key words: coronary heart disease, patient education, literature review

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Sepelvaltimotaudin hoito- ja tutkimusmenetelmät ovat kehittyneet ja muuttaneet hoitokäytäntöjä, jonka johdosta hoitoajat ovat lyhentyneet ja potilaat eivät ehdi sairaalassaoloaikana omaksua riittävästi tietoa sairautensa luonteesta, ennusteesta, vaikeusasteesta tai vaaratekijöistä.
- Terveystieteiden resurssipula sekä saumattomien palveluketjujen puuttuminen aiheuttavat sen, että jatkohoito ja sekundaaripreventio eivät toteudu optimaalisesti.
- Sydänkuntoutus on vaikuttava kuntoutuksen muoto, joka parantaa potilaan vointia, ehkäisee uusia sydäntapahtumia, vähentää sydänkuolleisuutta ja kokonaiskuolleisuutta.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuo?

- Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjaus vaatii kehittämistä menetelmien, sisällön ja ajoituksen suhteen vastaamaan nykypäivän tarpeita.
- Potilasohjauksen ajoituksessa painopiste tulee siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan, kotiutusvaiheessa potilas tarvitsee arjessa selviytymistä tukevaa tietoa.
- Potilasohjauksen toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota naisten ja miesten erilaisiin ohjaustarpeisiin, ikääntyneiden ja yksin elävien henkilöiden pysymiseen ohjauksen parissa sekä läheisten huomioimiseen.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Uusia, kustannustehokkaasti suuret potilasjoukot tavoitettavia innovatiivisia potilasohjausmenetelmiä tarvitaan, koska sepelvaltimotautia sairastavia on enemmän kuin koskaan.
- Saumattomien hoito- ja palveluketjujen rakentamiseen ja hoidon jatkuvuuteen sekä eri toimijoiden roolien selkiyttämiseen tulee kiinnittää huomiota.
- Tutkimusperustaisten ohjausinterventioiden implementoiminen osaksi hoitotyötä parantaa ohjauksen laatua, kustannusvaikuttavuutta ja ehkäisee sosioekonomisen eriarvoisuuden lisääntymistä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Vuime vuosina sepelvaltimotaudin hoito- ja tutkimusmenetelmät ovat kehittyneet ja muuttaneet hoitokäytäntöjä. Merkittävä muutos on ollut kajoavien hoitojen, kuten pallolaajennuksen yleistymisen. Sepelvaltimotaudin akuuttihoitoon uudet suositukset edellyttävät nopeaa riskinarviointia ja var-

joainekuvausta. (ACC/AHA 2007, Mäkipjärvi 2008, Käypä hoito 2009.) Nykykäytännön mukaisesti maassamme noin 45 % rintakivun vuoksi hoitoon hakeutuneista potilasta päätyy varjoainekuvaukseen viiden vuorokauden kuluessa sairaalaan tulosta. Selkeä tavoite on varjoainekuvausten ja pallolaajennusten määrän oleellinen lisääminen ja hoidon nopeampi saatavuus, sillä varhai-

nen hoito parantaa potilaiden ennustetta. (Suomen sydänliitto 2005.)

Kehittyneiden hoitotekniikoiden myötä lyhentyneet hoitoajat, terveydenhuollon resurssipula sekä saumattomien palveluketjujen puuttuminen aiheuttavat sen, että sekundaaripreventio ei toteudu optimaalisesti. Potilaat eivät ehdi sairaalassaoloaikana omaksua riittävästi tietoa sairautensa luonteesta, ennusteesta, vaikeusasteesta tai vaaratekijöistä. (Ojala ym. 2007, Lipponen ym. 2008, Sandoff ym. 2008, Evans ym. 2009, Stolic ym. 2010.) Evans ym. (2009) toteavat, että heti sairastumisen jälkeen motivaatio elämäntapamuutoksiin on hyvä ja sen ylläpitämiseksi hoidon jatkuvuus on tärkeää turvata.

Sepelvaltimotauti on suurin kuolinsyy kehittyneissä maissa (Sandhoff ym. 2008, Fernandez 2009, Taylor ym. 2010, Redfern ym. 2011). Maailman terveysjärjestö WHO:n (2007) mukaan 80 prosenttia sepelvaltimotaudista olisi ehkäistävissä terveellisillä elintavoilla, sillä kolme neljästä sydän- ja verisuonitautitapauksesta aiheutuu kolmesta riskitekijästä, jotka ovat tupakka, kohonnut verenpaine ja korkea kolesteroli tai näiden yhdistelmä.

Suomalaisten sydänterveys on viime vuosikymmeninä kehittynyt myönteisesti ja työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana vähentynyt lähes 80 prosenttia. Myönteisestä kehityksestä huolimatta Suomi on edelleenkin sydän- ja verisuonisairauksissa Länsi-Euroopan mustinta aluetta (Suomen sydänliitto 2005). Verenkiertoelinten sairaudet aiheuttavat lähes puolet kaikista kuolemista ja ovat sekä naisten että miesten yleisin kuolinsyy Suomessa (Tilastokeskus 2009). Kansantaloudellisesti sydän- ja verisuonisairaudet tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Näiden sairauksien hoidosta aiheutuvat suurimmat suorat hoitokustannukset, jotka ovat noin 17 % kaikista hoitokustannuksista (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011).

Kroonisen sairauden hoito edellyttää sitoutumista terveellisiin elämäntapoihin ja asianmukaiseen hoitoon. Potilaan tiedot

sairaudestaan ja sen hoidosta ovat hoitoon sitoutumisen edellytys. (Kyngäs & Hentinen 2009.) Potilasohjauksen keskeinen tavoite on tukea potilaan voimavarojen löytymistä ja mahdollistaa optimaalinen itsehoito ja vastuunottaminen sairauteen liittyvistä asioista (Kummel 2008, Kyngäs & Hentinen 2009). Ohjaus-käsitettä on käytetty rinnakkain tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen ja informoinnin käsitteiden kanssa sekä määritelty potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi potilaan ja ammattilaisen välillä. (Kyngäs ym. 2007, Kyngäs & Hentinen 2009, Russel 2010). Hyvä ohjaus lähtee potilaan tarpeista ja huomioi potilaan taustatekijät (Kääriäinen 2007, Baraz 2010). Kyngäs ym. (2007) määrittelevät potilasohjauksen tavoitteelliseksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea häntä terveyteen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa. Näin potilasohjaus ymmärretään myös tässä tutkimuksessa.

Sydän kuntoutus on kustannustehokasta, näyttöön perustuvaa toimintaa, johon kuuluvat potilaan ohjaus sekä optimaalinen lääkehoito tavoitteena minimoida uuden sydäntapahtuman riski ja sairauden oireet. (Cossette ym. 2009, Evans ym. 2009.) Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä (2008) toteaa, että Suomessa on puutteita paitsi kuntoutuksen toteutumisessa, myös sen sisällössä. Vain hie-man yli puolet sairaaloista varmistaa jatkohoidon avohoidossa ja hakeutuminen siihen jää yleensä potilaan vastuulle.

Sydän kuntoutukseen osallistuminen on heikkoa, vaikka se parantaa potilaan vointia, elämälaatua, pidentää elinikää (Redfern ym. 2008, Evans ym. 2009, Fernandez ym. 2009, Keib ym. 2010) sekä ehkäisee uusia sydäntapahtumia jopa 25 %:lla (Cossette ym. 2009). Laaja-alaiset sydän kuntoutusohjelmat vähentävät sydänkuolleisuutta 26–35 % (Fernandez ym. 2009, Evans ym. 2009, Keib ym. 2010) ja kokonaiskuolleisuutta 13 % (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella sepelvaltimotautia sairastavien

tavien potilaiden ohjausta käsitteleviä empiirisiä tutkimuksia. Läheisten merkitys sepelvaltimotautia sairastaville potilaille on tärkeä, joten tutkimukseen otettiin mukaan myös läheisiä koskevat tutkimukset. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat potilasohjausmenetelmät, ohjauksen sisältö ja ohjauksen kehittämistarpeet. Katsauksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausta voidaan kehittää vastaamaan nykypäivän tarpeita, joita muuttuneet hoitokäytännöt, yhteiskunnan rakennemuutokset, terveydenhuollon kehittämisen haasteet ja väestön ikärakenteen muutokset aiheuttavat.

Tutkimuskysymykset

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin aikaisempiin tutkimuksiin perustuen vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaisia ovat sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmät?
2. Minkälaista on sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjauksen sisältö?
3. Minkälaisia ovat sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjauksen kehittämistarpeet?

Aineiston valinta ja menetelmät

Tämä tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksessa on useita eri muotoja; kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi sekä kvalitatiivisena että kvantitatiivisena tyyppinä. Tutkimusaineisto aineisto haettiin Cinahl-, Cochrane-, Medic- ja PubMed-tietokannoista. Haku tehtiin syyskuussa 2011. Valittavalle aineistolle määritettiin ennalta sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Tähtinen 2007). Haku rajattiin vuosina 2004–2011 englannin tai suomen kielellä julkaistuihin tieteellisiin artikkeleihin ja alkuperäistutkimuksiin. Hakusanan tuli ilmetä joko otsikossa tai abstraktissa.

Lopullinen hakutulos PubMed-tietokannasta on 311 viitettä, Cinahl-tietokannasta

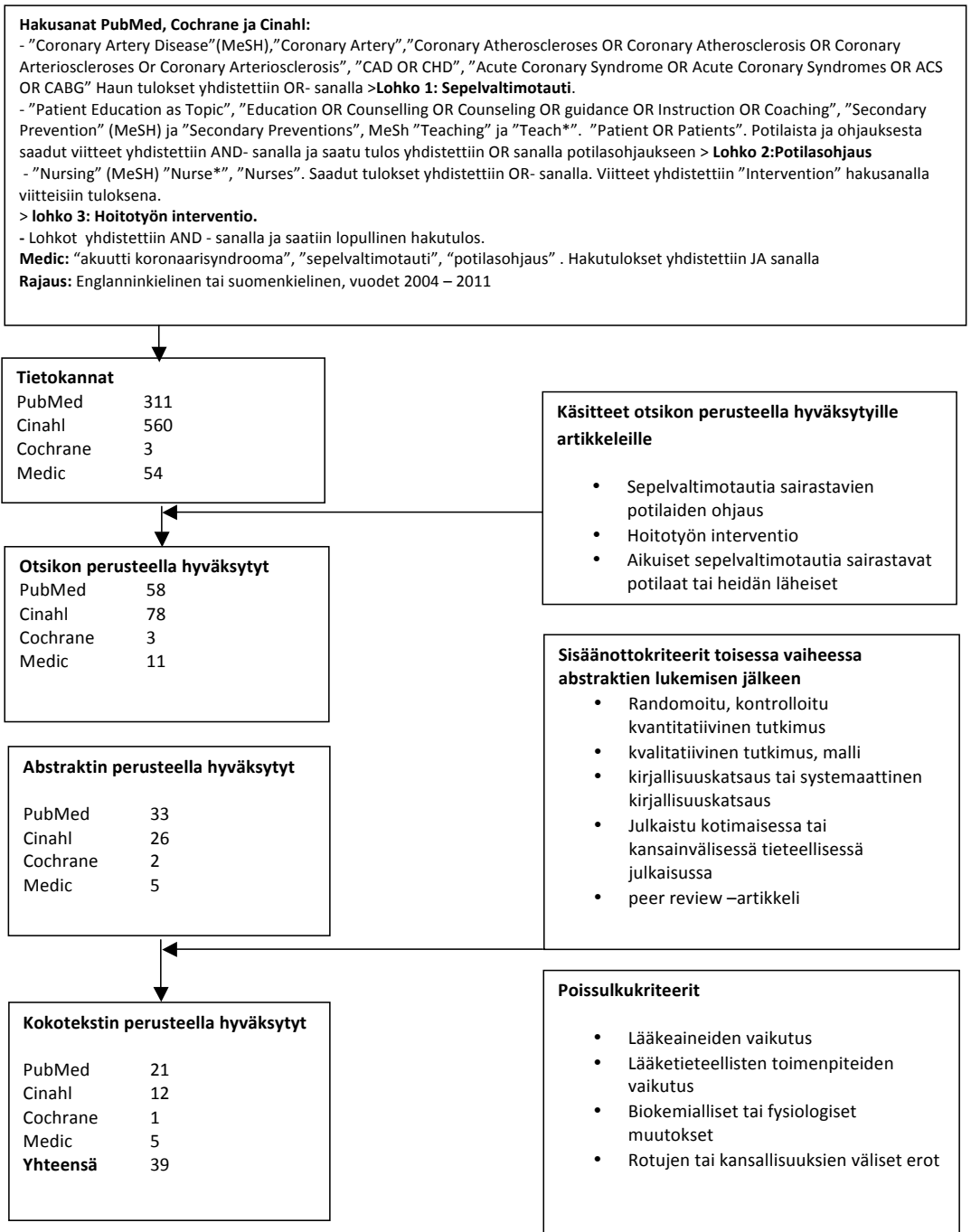
560 viitettä, Cochrane-tietokannasta 3 viitettä ja Medic-tietokannan haku tuotti 54 viitettä. Valittuja viitteitä oli yhteensä 928. Otsikon perusteella hyväksyttiin tarkasteltavaksi 150 artikkelia, abstraktin perusteella hyväksyttiin 66 artikkelia. Lopulliseen tarkasteluun valittiin 39 alkuperäistutkimuksista, joista 5 oli kotimaisia ja 34 kansainvälisiä tutkimuksia. (Kuvio 1.) Tutkimuksista 29 oli kvantitatiivisia, joista satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia 17. Mukaan valittiin kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta ja yksi kirjallisuuskatsaus. Seitsemässä tutkimuksessa oli laadullinen tutkimusote. Tutkimuksista oli tehty kahdeksan USA:ssa, kuusi Australiassa, kuusi Kanadassa, viisi Suomessa, kolme Englannissa, kolme Ruotsissa, kaksi Iranissa, yksi Hollannissa, yksi Irlannissa, yksi Norjassa, yksi Saksassa ja yksi Turkissa. Yksi tutkimus oli monikansallisen asiantuntijaryhmän tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Taulukko 1.)

Aineiston analyysi

Tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Ensimmäisessä vaiheessa analyysissä tarkasteltiin potilasohjausmenetelmiä tutkimustehtävän mukaisesti. Artikkeleista kirjattiin taulukkoon tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi tutkimuksen toteuttamista, tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä, metodologinen lähestymistapa ja käytetyt tutkimusmenetelmät. Toiseen tutkimustehtävään haettiin vastausta valitsemalla analyysiyksiköksi ohjauksen sisältöä ja kolmanteen tutkimustehtävään ohjauksen kehittämistarpeita tai interventtioiden tuloksia käsittelevä lause. Samansisältöiset tulokset ryhmiteltiin yhdistämällä samaa asiaa koskevat lauseet alakategorioksi ja edelleen yläkategorioksi, jonka jälkeen kategoriat nimettiin niitä kuvaavalla termillä. (Kynäs & Vanhanen 1999, Kylmä & Juvakka 2007, Polit & Beck 2009.)

Tulokset

Potilasohjausmenetelmät ovat perinteisesti olleet sairaalassa toteutettu *yksilö-*



Kuvio 1. Tiedonbaku sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjauksesta elektronisista tietokannoista.

ohjaus (Mainie ym. 2005, Buckley ym. 2007, Cebebi & Celik 2008, Dracup ym. 2008, Goodman ym. 2008, Beckie ym. 2011, Shab ym. 2011) ja *ryhmäohjaus* (Salminen ym. 2004, Clark ym. 2005, Bagheri ym. 2007, Goodman ym. 2008, Kummel ym. 2008, Gullikson ym. 2011, Zimmerman ym. 2011). Näiden ohjausmenetelmien vaikuttavuutta on kyseenalaistettu, sillä hoitotavoitteita ei saavuteta (Mainie ym. 2005, O’Driscoll ym. 2006).

Uusia ohjausmenetelmiä, joilla pyritään vastaamaan sepelvaltimotaudin nykyhoidon haasteisiin, on kehitetty. Näitä ovat puhelimen (Fredericks & Sidani 2008, Norris ym. 2009, Stolic ym. 2010, Shab ym. 2011), internetin (Norris ym. 2009, Shab ym. 2011) ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtuva (Zimmerman ym. 2010) *teknologia-avusteinen ohjaus* joko itsenäisinä interventioina tai yhdistettynä yksilöohjaukseen. Teknologia-avusteinen ohjaus on osoittautunut tehokkaaksi ja kustannusvaikuttavasti suuret potilasmäärät tavoittavaksi ohjausmenetelmäksi (Ferdandez ym. 2009).

Hyviä tuloksia on todettavissa ohjauksesta, jossa yhdistyvät kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja potilaan kotona tapahtuva ohjaus (Negarandeh ym. 2011) sekä kotiutusvaiheen jälkeen kotona tapahtuvien ohjaustilanteiden yhdistäminen puhelimitse annettuun tukeen ja neuvontaan (Lie ym. 2006, Redfern ym. 2008, Kirchenberger ym. 2010, Taylor ym. 2010, Negarandeh ym. 2011). Terveysvalmennusohjelmat, jotka perustuvat motivoivaan haastatteluun (Vale ym. 2005, Frederick & Sidani 2008, Fernandez ym. 2009, Beckie ym. 2011), ongelma-perustaiseen oppimiseen (Williams & Pace 2009) sekä monimuotoisen materiaalin, kuten tehtäväkirjan tai päiväkirjan hyödyntämiseen yhdistettynä yksilötapaamisiin puhelimitse tai sähköpostitse tapahtuvaan ohjaukseen, ovat lupaavia menetelmiä (Fredericks & Sidani 2008, Fernandez ym. 2009, Lie ym. 2009). Vertaistuen yhdistäminen kotona tai ryhmässä tapahtuvaan ohjaukseen on tuottanut hyviä tuloksia (Carrol ym. 2007, Koivunen ym. 2007).

Potilasohjauksen sisältö muodostui sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden hallintaan

keskittyvistä *tietopainotteisista keskusteluista* (Cebebi & Celik 2007, Goodman ym. 2008, Kummel 2008). Ryhmäohjausta toteutettiin tietopainotteisina keskusteluina (Bagheri ym. 2007), *asiantuntijaluentoihin perustuvina ensitietopäivinä* (Salminen ym. 2004) ja *liikunnallisena ryhmätoimintana* (Salminen ym. 2004, Taylor ym. 2010, Beckie ym. 2011). Osassa ryhmäkeskusteluissa oli mahdollisuus *vertaiskeskusteluun ja maallikkotukihenkilön tapaamiseen sekä läheisten osallistumiseen*. (Kummel 2008, Kirchenberger ym. 2010.) Muutosvaihemalliin ja motivoivaan haastatteluun perustuvissa valmennusohjelmissa huomioitiin henkilökohtaisten vaaratekijöiden tiedostaminen ja oman tavoitteen asettaminen sekä vuorovaikutuksellinen palautteen antaminen (Vale 2005, Fernandez ym. 2008, Redfern ym. 2008, Mainie ym. 2010, Beckie ym. 2011).

Sepelvaltimotautia sairastavien **potilasohjauksen kehittäminen** on tarpeen *ohjauksen sisällön, ajoituksen sekä ohjausmenetelmien* suhteen. Allen ym. (2010) toteavat, että hoitajan toteuttamissa interventioiden laadullista vaihtelua ja niiden vaikuttavuus on osittain kyseenalaista. Ohjausinterventtioiden yhdistämiseen ja kohdentamiseen niistä eniten hyötyville sekä interventioiden laatuun ja kustannusvaikutavuuteen tulee kiinnittää huomiota, jotta vaikuttavia interventiota voidaan implementoida osaksi hoitotyötä (Allen ym. 2010).

Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden osallistuminen sydäntuntoutukseen on vähäistä. Kansainvälisesti tarkasteltuna luku on vain 10–30 prosentin luokkaa (Redfern ym. 2008). Systemaattista ohjausrunkoa, jossa on sovittu neuvonnan suuntaviivoista, jatkohoidosta tai ammattiryhmien välisestä työnjaosta, ei ole yleisesti käytössä (Alm-Roijer ym. 2004). Sydäntuntoutus ei toteudu määrällisesti eikä sisällöltään toivottavalla tavalla eikä vaaratekijöiden tavoitearvoja saavuteta (Alm-Roijer ym. 2004, O’Driscoll ym. 2006).

Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä, ymmärrettävää, johdonmukaista ja potilaalla tulee olla mahdollisuus aktiiviseen osallis-

tumiseen (Alm-Roijer ym. 2004, Attebring ym. 2005, O'Driscoll ym. 2006). Henkilökunnan tulisi olla tietoisia mitä ohjausta potilas on saanut ja miten hän on sen ymmärtänyt, sillä epätarkka ohjaus hämmentää potilaita ja johtaa luottamuksen puutteeseen (Attebring ym. 2005). Henkilökohtaisten vaaratekijöiden tiedostaminen ja oman tavoitteen asettaminen auttaa hoitoon sitoutumisessa (Alm-Roijer ym. 2004, Vale 2005, Fredericks & Sidani 2009, Redfern ym. 2011). Suullisen ohjauksen lisäksi potilaat hyötyvät kirjallisesta materiaalista, jossa toipilasvaiheeseen liittyviä asioita kerrataan (Cebebi & Celik 2007, Fredericks & Sidani 2008, Ferdandez ym. 2009, Kirchenberger ym. 2010).

Sairauden akuutissa vaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa, jota 30–78 prosenttia potilaista ei täysin ymmärrä. Ohjauksen painopiste tulisi siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan, sillä akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa tietoa. Vaaratekijöihin liittyvä ohjaus on ajankohtaista sairaalasta pääsyn jälkeen, kun sairauden aiheuttama kriisi on helpottanut. (O'Driscoll ym. 2006.)

Sukupuolten välillä on eroavaisuuksia ohjaustarpeissa. Naiset kaipaavat ohjausta määrällisesti enemmän (Moore ym. 2010) ja sisältöön he toivovat arkielämästä selviytymiseen liittyvää ohjausta sekä henkistä tukea (Gallagher ym. 2004, Beckie ym. 2011, Zimmerman ym. 2011). Zimmerman ym. (2011) toteavat, että naisilla esiintyy miehiä useammin väsymystä, masennusta, unihäiriöitä ja kipuja. Heillä oli myös uusia sairaalahoitojaksoja enemmän kuin miehillä. Miehillä puolestaan fyysinen toimintakyky ja aktiivisuus ovat parempia kuin naisilla. Heitä huolettaa naisia enemmän seksuaalisuuteen ja taloudellisiin seikkoihin liittyvät kysymykset. (Zimmerman ym. 2011.)

Ikääntyneiden sekä yksinelävien potilaiden ohjaukseen ja tukeen tulee kiinnittää erityistä huomiota (Okkonen & Vanhanen 2006, Carrol ym. 2007, Dracup ym. 2008) ja interventioihin tulisi saada mukaan fyysiseltä ja sosiaaliselta toimintakyvyltä heikoimmassa asemassa olevat potilaat (Salminen ym. 2004, Okkonen & Vanhanen 2005). Lä-

heisten tiedonsaanti ja osallistuminen ohjaukseen on tärkeää, sillä heillä on suuri merkitys potilaiden toipumisessa ja selviytymisessä (Clark ym. 2005, Ganske 2006, Okkonen & Vanhanen 2006, Koivunen ym. 2007, de Jong-Watt & Sherifi 2011).

Sepelvaltimotautipotilailla on muuta väestöä suurempi vaara sairastua masennukseen. Akuutin sepelvaltimokohtauksen jälkeen 20–30 % ja ohitusleikkauksen jälkeen 25 % potilaista kärsii masennuksesta. Ohitusleikkauksen jälkeen ensimmäiset viikot ovat fyysisesti raskainta aikaa ja potilaat, joiden fyysinen kunto on huono, sosiaalisten suhteiden määrä vähäinen ja koulutustaso alhainen, ovat vaarassa masentua. (Gallagher ym. 2004, Okkonen & Vanhanen 2005.) Masennuksen tunnistaminen ja varhainen asianmukainen hoito on tärkeää, koska siihen liittyy huomattavasti suurentunut sydänperäisen kuoleman vaara, joka on suurimmillaan 6–18 kuukautta sydäntapahtuman jälkeen (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, Furze ym. 2009, Norris ym. 2009).

Ennen ohitusleikkausta tapahtuva realistinen tiedollisen ohjaus potilaalle ja hänen läheiselleen on tarpeen ja sen tulisi painottaa ohitusleikkaukseen toimenpiteenä, jatkohoitoon sekä tavanomaisiin toipilasvaiheen tapahtumiin ja fyysisiin ongelmiin (Gallagher ym. 2004, Goodman ym. 2008, Furze ym. 2009). Ennen leikkausta annettula vaaratekijäohjauksella ei ollut vaikutusta hoitotavoitteiden saavuttamisessa leikkauksen jälkeen (Goodman ym. 2008, Kummel 2008). Kääriäinen (2007) toteaa, että suunnitellusti ennen sairaalaan tuloa toimenpiteitä, tutkimuksia ja hoitoon valmistautumista koskeva realistinen ohjaus on riittävää, mutta riittämätöntä sairauden ennusteiden, hoidon riskien, toipumisajan pituuden ja sosiaalisen tuen osalta.

Onnistunut ohjaus vaatii riittävät resurssit, jotka toteutuvat Kääriäisen (2007) mukaan kohtalaisesti. Ohjaukseen varattu aika ja henkilökunnan tieto-taitotaso sekä ohjausmenetelmien hallinta ovat riittämättömiä sekä henkilökunnan että potilaiden mielestä. Sepelvaltimotaudin sairastavuus

lisääntyy väestön ikärakenteen painottuessa yhä vanhempiin ikäluokkiin. On selvää, että myös ohjaustarve lisääntyy ja uusia innovatiivisia menetelmiä tarvitaan. (Kääriäinen 2007.)

Pohdinta

Luotettavuus

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on pyritty kokoamaan tietoa kattavasti ja saamaan todennukainen kuva sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Hakuprosessin kattavuutta ja luotettavuutta lisäsi hakuprosessin tekeminen yhdessä informaation kanssa Cochrane-, Pubmed-, Cinahl- ja Medic -tietokannoista. Haku kohdistettiin niihin tietolähteisiin, joista oletettiin saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Pudas-Tähkä & Axelin 2007). Valitut artikkelit tarkastelivat tutkimusaihetta eri näkökulmista, ne olivat peräisin eri maista ja tutkimusmenetelmät olivat monipuolisia (Undertaking Systematic reviews of Reseach on Effectiveness 2001, Kääriäinen & Lahtinen 2006, Pudas-Tähkä & Axelin 2007). Luotettavuutta pyrittiin varmistamaan kuvaamalla haku ja analyysi mahdollisimman tarkasti, jotta sen etenemistä voidaan seurata ja tutkimus on toistettavissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden osalta kriittisiä kohtia ovat olleet elektronisen tiedon haun onnistuminen, alkuperäistutkimusten valinta sekä analyysiprosessin toteutuminen. Valitut artikkelit on julkaistu arvostetuissa tieteellisissä kotimaisissa ja kansainvälisissä lehdissä, joissa on käytössä vertaisarviointi. Tutkimuksessa on toimittu hyvän eettisen tutkimustavan mukaisesti noudattaen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprosessin kaikissa eri vaiheissa sekä tavoiteltu luotettavaa ja oikeaa tietoa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009).

Päätelmät

Katsauksen perusteella voidaan todeta, että

1. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjaus vaatii kehittämistä menetelmien, sisällön ja ajoituksen suhteen vastaamaan nykypäivän tarpeita muuttuneiden hoitokäytäntöjen ja lyhentyneiden hoitoaikojen myötä.
2. Potilasohjausmenetelmien tulee pystyä tavoittamaan kustannustehokkaasti suuri joukko ihmisiä, sillä sepelvaltimotautia sairastavien joukko kasvaa väestön ikääntymässä ja elinajan odotteen pidentymässä.
3. Saumattomien hoito- ja palveluketjujen rakentamiseen ja hoidon jatkuvuuteen sekä eri toimijoiden roolien selkiyttämiseen tulee kiinnittää huomiota.
4. Kotiutumisvaiheessa potilaat tarvitsevat arjessa selviytymiseen tarvittavaa tietoa. Elämäntapoihin liittyvään ohjaukseen tulee panostaa akuuttivaiheen jälkeen sairastumisen kriisin helpottaessa.
5. Läheisten mukaanotto on tärkeä osa itsehoiton onnistumista ja hoitoon sitoutumista.
6. Ikääntyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat ja eniten ohjausta tarvitsevat ovat vaarassa jäädä ohjauksen ulkopuolella, joten heidän ohjaukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.
7. Ohjauksen ajoituksessa ennen suunniteltua toimenpidettä annettu ohjaus tulee rajata käsittelemään toimenpidettä, siihen liittyviä riskejä ja toipumiseen liittyviä asioita.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: OK, PK, TS, aineistonkeruu: OK, aineiston analysointi: OK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: OK, PK, TS, käsikirjoituksen kommentointi: PK, TS

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetty aineisto.

Tekijät (t)	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Keskeiset tulokset
Allen ym. 2010	Hoitajan toteuttamien interventioiden vaikutus hoitotuloksiin	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa sairastavat (n = 55)	Hyödyllisiä vaikutuksia vaaratekijöihin, palvelujen käyttöön, kuolleisuuteen, psykososiaaliseen vointiin ja elämänlaatuun. Tutkimuksissa oli laadullista vaihtelua ja 45 %:ssa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa.
Alm-Roijer ym. 2004	Tiedon merkitys elämäntapamuutoksiin, hoitotavoitteiden saavuttamiseen ja lääkehoidon toteutukseen	Kyselytutkimus sydäntapahtuman vuoksi sairaalahoitossa oleville potilaille (n = 509)	Potilaat eivät saa asianmukaista ohjausta lääkityksestä ja elämäntapamuutoksista. Tavoitearvoja vaaratekijöiden hoidossa ei saavuteta.
Attebring ym. 2005	Potilaiden kokemukset sekundaaripreventiosta	Laadullinen tutkimus, ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneille potilaille (n = 20)	Potilaiden tulisi saada johdonmukaisia tietoja. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia, mitä tietoa potilaalle on annettu ja miten tieto on ymmärretty.
Bagheri ym. 2005	Ryhmäohjauksen vaikutus elämänlaatuun	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sydäninfarktin sairastaneille potilaille (n = 62)	Ryhmäohjaus parantaa elämänlaatua.
Beckie ym. 2011	Motivoivaan haastatteluuun ja transteoreettisen muutosvaihemalliin perustuvan ohjauksen vaikutus masennusoireisiin	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sepelvaltimotautia sairastaville naisille (n = 225)	Yksilöllisesti suunniteltu ohjaus vähentää masennuksen oireita ja parantaa itsehoidon toteutumista.
Buckley ym. 2007	Henkilökohtaisen ohjauksen merkitys tietoon, asenteisiin ja uskomuksiin sepelvaltimotautista	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sepelvaltimotautia sairastaville potilaille (n = 200)	Tieto sairaudesta ja oireiden tunnistamisesta lisääntyi, mutta oli interventoryhmässä parempi.
Carroll ym. 2007	Vertaishenkilön ja sairaanhoitajan toteuttaman intervention merkitys sairaalahoitajaksoihin ja sydänkuntoutusohjelmiin osallistumiseen	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ohitusleikkauksesta toipuville yksinasuville potilaille (n = 247)	Yhteistyössä toteutettu interventio edistää osallistumista sydänkuntoutusohjelmiin, vähentää uusia sairaalahoitajaksoja ja tukee terveellisiä elämäntapoja ikääntyneiden yksinelävien henkilöiden keskuudessa.
Cebebi ym. 2007	Sairaalasta kotiutusvaiheessa annetun ohjauksen merkitys itsehoitokykyyn ja kohdattuihin vaikeuksiin.	Kvasikokeellinen tutkimus, jossa koe- ja kontrolliryhmä (n = 109)	Interventoryhmän itsehoitovalmiudet olivat paremmat, mutta ero ei ollut merkitsevää. Koetut ongelmat olivat merkitsevästi vähäisempiä interventoryhmässä.
Clark ym. 2005	Potilaiden kokemukset sydänkuntoutuksesta sekä pitkäkestoisiin tuloksiin yhteydessä olevat tekijät	Laadullinen tutkimus potilaille, jotka osallistuvat systemaattiseen järjestettyyn sydänkuntoutukseen (n = 47)	Sydänkuntoutuksen positiiviset vaikutukset ovat yhteydessä sosiaalisiin mekanismeihin. Tietoisuuden lisääntyminen tuo turvallisuutta fyysiseen harjoitteluun.
de Jong-Watt ym. 2011	Sosiaalinen tuki, koettu terveys ja elämänlaatu	Laadullinen kuvaileva tutkimus akuutti koronaa-risyyndroomaa sairastaville potilaille (n = 36)	Suuri sosiaalisen tuen määrä, potilaskeskeinen lähestymistapa ja potilaan osallisuus hoitoon ja päätöksentekoon ovat yhteydessä hoitotytyväisyyteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Dracup ym. 2008	Potilaiden tiedon aste sepelvaltimotautin oireista ja niiden tunnistamisesta	Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastaville potilaille (N = 3522)	Potilaat tarvitsevat toistuvasti tietoa sydänoireiden tunnistamisesta ja varhaisen hoidon aloituksen tärkeydestä uusinta infarktien ehkäisemiseksi.
Fernandez ym. 2009	Muutosvaihemalliin pohjautuvan valmennusohjelman vaikutus terveyskäyttäytymiseen	Satunnaistettu interventiotutkimus akuutti koronarysytroonaa sairastaville potilaille (n = 51)	Puhelinneuvontaan, kirjallisiin ohjeisiin ja motivoivaan haastatteluun perustuva valmennusohjelma on vaikuttava interventio.
Fredericks ym. 2008	Omatoimisen, yksilöllisesti suunnatun kirjallisen, internetpohjaisen ohjausmateriaalin tai läheisiltä saadun tiedon merkitys itsehoitokäyttäytymiseen ja oireiden esiintymiseen	Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen osatutkimus ohitusleikkauksesta toipuville potilaille (n = 150)	Omaehtoinen perehtyminen tietoon ja monipuolinen ohjausmateriaali tavanomaisen potilasohjauksen lisäksi vaikuttivat suotuisasti potilaiden itsehoitokäyttäytymiseen ja oireiden esiintyminen väheni.
Fredericks ym. 2009	Ohjauksen ajoituksen vaikutus potilaiden tietämykseen itsehoidosta, itsehoitokäyttäytymiseen ja oireiden ilmaantuvuuteen	Satunnaistettu interventiotutkimus ensimmäistä kertaa ohitusleikkauksella hoidetuille potilaille (n = 150)	Ohjauksen ajoitus ei aiheuttanut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja potilaan omista tarpeista lähtevää.
Furze ym. 2009	Tehostetun preoperatiivisen kotona tapahtuvan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan puhelinohjauksen vaikutus fyysisiin toimiin ja masennukseen	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ohitusleikkauksesta odottaville potilaille (n = 204)	Interventioryhmässä oli vähemmän masennusta, he olivat fyysisesti aktiivisempia ja heillä oli vähemmän virheellisiä käsityksissä ohitusleikkaukseen liittyen.
Gallagher ym. 2004	Naisten ohitusleikkauksen toipilasvaiheeseen liittyvät ongelmat	Kyselytutkimus ohitusleikkauksesta toipuville naispotilaille (n = 52)	Preoperatiivisesti realistinen tieto leikkauksen jälkeisistä ongelmista on tärkeää. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja sukupuolten väliset erot huomioitava. Puhelinohjaus on kustannustehokas ja hyödyllinen ohjausmuoto. Kirjallista toipilasvaihetta käsittelevää tukimateriaalia toivottiin.
Ganske. 2006	Ikääntyneiden (yli 80-vuotiaiden) läheisten kokemukset toipilasajasta	Fenomenologis-hermeneuttinen haastattelututkimus ohitusleikkauksesta toipuvan potilaan läheisille (n = 12)	Toipumisen alkuvaiheessa läheiset kokivat pelkoa, turhautumista ja väsymystä. Toipumisen edetessä mukaan tuli kiitollisuus ja ylpeys omasta suorituksesta. Läheisten ohjaukseen ennen ja jälkeen leikkauksen sekä tiedon siirtyminen organisaatioiden välillä tulee kiinnittää huomiota.
Goodman ym. 2008	Hoitajan toteuttaman preoperatiivisen elämäntapaohjauksen ja leikkaukseen valmistamisen vaikutus valtimotautin vaaratekijöihin	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ohitusleikkauksesta odottaville potilaille. (n = 188)	Merkittäviä eroja interventio- ja kontrolliryhmän välillä vaaratekijöiden muutoksissa ei ollut millään osa-alueella.
Gulliksson ym. 2011	Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus sydäntapahantumien esiintymiseen	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Sepelvaltimotautin vuoksi sairaalahoitossa 12 kuukauden kuluessa olleet potilaat. (n = 362)	Interventioryhmässä uudet sydäntapahumat olivat 41%:a vähäisempiä.

Kirchberger ym. 2010	Hoitajan toteuttaman, kotikäynteihin ja puhelineseurantaan perustuvan interventio-vaikutus uusiin sairaalahoitajaksoihin, kuolleisuuteen ja elämänlaatuun ja hoidon kustannuksiin	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sydäninfaktin vuoksi sairaalahoitossa olleille yli 65-vuotilaille potilaille (n = 338)	Tulokset ovat merkittäviä vastemuuttajien osalta ja vahvistavat tietoa hoitajan toteuttamien interventioiden tehokkuudesta.
Koivunen ym. 2007	Potilaiden kokemukset ohitusleikkauksesta kuntoutumisesta	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu ohitusleikkauksesta toipuville potilaille (n = 14)	Ohjauksessa tulee yhä paremmin huomioida yksilölliset tarpeet ja sukupuolten väliset erot. Perheen ja vertaistuen merkitys tulee huomioida.
Kummel 2008	Ohjauksen ja neuvontaohjelman vaikutukset terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ohitusleikkauksesta toipuville potilaille (n = 365)	Ohjauksen ja neuvonta vaikuttivat miesten tupakoinnin ja alkoholin käytön vähenemiseen, naisten liikunnan harrastamisen sekä toimintakyvyn lisääntymiseen.
Kääriäinen 2007	Ohjauksen laatu potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana	Määrällinen tutkimus potilaille (n = 844) ja hoitohenkilökunnalle (n = 916)	Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjauksaika oli riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät. Ohjauksen menetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Ohjauksen oli osittain riittämätöntä ja menetelmiltään yksipuolista.
Lie ym. 2009	Strukturoitu informaation ja psykologisen tuen merkitys terveyteen liittyvään elämänlaatuun	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ohitusleikkauksesta toipuville potilaille (n = 185)	Elämänlaatu ohitusleikkauksen jälkeen paranee ajan kuluessa sekä koe- ja kontrolliryhmässä eikä ryhmien välillä ole tilastollisesti merkitsevää eroa elämänlaadun suhteen.
Mainie ym. 2005	Sairaanhoitajapoliklinikan vaikuttavuus vaaratekijöiden hallinnassa sekä lääkehoidon toteutuksessa.	Prospektiivinen tutkimus sepelvaltimotautia sairastaville potilaille. (n = 563)	Sairaanhoitajapoliklinikat toimivat kustannustehokkaasti ja tukevat tavoitteiden saavuttamista, elämäntapojen muutosta ja lääkehoidon toteutumista.
Moore ym. 2010	Sepelvaltimotautia sairastavien naisten käsitykset valtimotaudin riskitekijöistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä	Laadullinen tutkimus sepelvaltimotautia sairastaville naisille. (n = 7)	Sairaudesta ollessa stabiili naiset eivät ymmärrä sairauden kroonisuutta ja vaaratekijöiden hoidon merkitystä uusintataantumien ehkäisyssä.
Negarandeh ym. 2011	Arvioida suunnitelmallisen kotiutuksen ja kotikäyntien merkitystä ohitusleikkauksen toipilasvaiheessa.	Kvasikokeellinen tutkimus ohitusleikkauksesta toipuville potilaille. (n = 83)	Interventioyöryhmän potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa ja kokivat itsehoitovalmiutensa paremmiksi.
Norris ym. 2009	Puhelimitse tai postitse mielenterveyspalveluista lähetyn informaation vaikutus masennuksen oireisiin	Satunnaistettu interventiotutkimus sepelvaltimotautia sairastaville ja masennuksesta kärsiville potilaille. (n = 98)	Masennuksen tunnistaminen ja varhainen puuttuminen mielenterveysongelmien suhteen korkean riskin potilaille vähentää masennuksen oireita.
O'Driscoll ym. 2007	Sydänkuntoutusohjelman tehokkuuden kuvaaminen	Laadullinen tutkimus, aineistonkeruu havainnollisella ja syvähaastattelulla kolmea sydäninfarktista sairastanutta potilasta ja 11 terveydenhuollon ammattilaista	Potilaat saavat liian yksityiskohtaista, osittain epätarkkaa ja epäohjelmallista tietoa, jota he eivät täysin ymmärrä. Ohjauksen esteitä ovat henkilökunnan riittämätön ammattitaito, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoon heikko kommunikaatio ja epäselvä roolijako.

Okkonen & Vanhanen 2005	Perheen tuen, yksin elämisen ja subjektiivisen terveyden kokemisen yhteydet	Prospektiivinen tutkimus ohitusleikkauksesta toipuville potilaille (n = 279)	Yksinasuvilla, alhaisen koulutustason ja sosiaalisen tuen omaavilla esiintyi masennusoireita, ahdistuneisuutta ja toivottomuuden tunnetta enemmän kuin tukea saaneilla. Sosiaalinen tuki suojaa terveyttä ja edistää paranemista.
Redfern ym. 2008	Potilaslähtöisen modulaarisen ohjausmenetelmän tehokkuuden kuvaaminen	Interventiotutkimus akuutti koronaarisyndroomaa sairastaville potilaille (n = 208)	Henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen, potilaiden oman valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuus on tärkeä edesauttava tekijä hoitotulosten saavuttamisessa ja hoitoon sitoutumisessa.
Redfern ym. 2011	Monimuotoisen potilaslähtöisen ohjauksen vaikutukset vaaratekijöihin	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus akuutti koronaarisyndroomaa sairastavalle potilaalle. (n=144)	Kustannustehokas interventio, jolla on vaikutusta kaikkiin vastemuuttujiin. Tilastollisesti merkitsevästi alentunut kolesteroli, verenpaine ja bmi sekä parantunut fyysinen aktiivisuus, QoL ja tietämys omista vaaratekijöistä.
Salminen ym. 2004	Ryhmätoimintaohjelman vaikutukset iäkkäiden elämänlaatuun	Interventiotutkimus sepelvaltimotautia sairastavalle yli 65-vuotiaille potilaille (n = 268)	Interventioilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta elämänlaatuun.
Shab ym. 2011	Eri ohjausmenetelmien vaikutus riskitekijöihin	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sydäninfarktin saaneille potilaille. (n = 450)	Internetohjaus on kustannustehokas, potentiaalinen vaihtoehto, jonka avulla on mahdollisuuksia parantaa sairauden hallintaa, hoidon laatua hoitotuloksia.
Stolic ym. 2010	Puhelinintervention vaikutus vaaratekijöihin, toimintakykyyn, psyykkiseen vointiin, itsehoitoon ja pystyyteen, komplikaatioihin, palvelujen käyttöön ja tyytyväisyyteen	Kirjallisuuskatsaus, jossa 8330 artikkelista valikoitui tarkastelun kohteeksi 23	Hoitajan toteuttaman puhelinintervention on hyödyllinen menetelmä. Seitsemässä tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja kaikissa vastemuuttujissa.
Taylor ym. 2010	Kotona tapahtuvan ja systemaattisesti järjestetyn sydänkuntoutusohjelman vertailu	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (n = 12 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa yhteensä 1938 potilasta)	Uusien sydäntapahtumien, kokonaiskuolleisuuden, räsituksen sietokyvyn sekä riskitekijöiden eikä terveyteen liittyvän elämänlaadun suhteen ei ollut eroa systemaattisen ja kotona tapahtuvan sydänkuntoutuksen välillä.
Vale ym. 2005	Terveysvalmennuksen merkitys vaaratekijöiden hallinnassa	Interventiotutkimus sepelvaltimotautia sairastaville potilaille (n = 792)	Interventioyhmässä kolesteroli, verenpaine, pelokkuus, ylipaino ja oireiden esiintyvyys oli vähäisempää ja käsitys terveydentilasta parempi.
Williams ym. 2009	Ongelmaperustaisen ohjauksen vaikutus potilaiden elämänlaatuun	Interventiotutkimus akuuttikoronaarisyndroomapotilaille (n = 206)	Ongelmaperustaisen ohjauksen ryhmässä oli paremmat tulokset yleiskunnon, optimistien, tulevaisuuden uskon suhteen.
Zimmerman ym. 2011	Oireiden hallintaohjelman vaikutus postoperatiiviseen fyysisten oireiden hallintaan, fyysisiin toimintoihin ja fyysiseen aktiivisuuteen ikääntyneillä.	Satunnaistettu kokeellinen tutkimus ikääntyneille ohitusleikatuille sepelvaltimotautia sairastaville potilaille (n = 232)	Sukupuolten väliset erot toipilasvaiheessa tulee huomioida, sillä ilmenevät erilaisina fyysisinä tarpeina.

LÄHTEET

- ACC/AHA. 2007. Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology* 50 (7), e1–e157.
- Allen JK & Dennison CR. 2010. Randomized trials of nursing interventions for secondary prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing* 25 (3), 207–220.
- Alm-Rojter C, Stagmo M, Uden G & Erhardt L. 2004. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4 (3), 321–330.
- Attebring MF, Herlitz J & Ekman I. 2005. Intrusion and confusion -the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4 (2), 153–159.
- Bagheri H, Memarian R & Alhani F. 2007. Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 16 (2), 402–406.
- Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E & Broumand B. 2010. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing* 66 (1), 60–68.
- Beckie TM, Beckstead JW, Schocken DD, Evans ME & Fletcher GF. 2011. The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: a randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies* 48 (1), 3–12.
- Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK & Aitken LM. 2007. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about response to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (2), 105–111.
- Burns N & Grove SK. 2001. *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. Second Edition. WB Saunders Company, Philadelphia.
- Carroll DL, Rankin SH & Cooper BA. 2007. The effects of a collaborative peer advisor advanced practice nurse intervention: cardiac rehabilitation participation and rehospitalisation in older adults after a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 22 (4), 313–319.
- Cebebi F & Celik SS. 2008. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing* 17 (3), 412–420.
- Clark AM, Haykowsky M, Kryworuchko J, MacClure T, Scott J, DesMeules M, Luo W, Liang Y & McAlister FA. 2005. A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation* 17 (3), 261–270.
- Cossette S, D'Aouost LX, Morin M, Heppell S & Frasure-Smith N. 2009. The systematic development of a nursing intervention aimed at increasing enrollment in cardiac rehabilitation for acute coronary syndrome patients. *Progress in Cardiovascular Nursing* 24 (3), 71–79.
- de Jong-Watt W & Sherif I. 2011. Patient-centred assessment of social support, health status and quality of life in patients with acute coronary syndrome. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 21 (2), 21–29.
- Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B, Meischke H, Moser DK, Pelter M, Carlson B, Aitken L, Marshall A, Cross R & Paul SM. 2008. Acute coronary syndrome: what do patients know? *Archives of Internal Medicine* 168 (10), 1049–1054.
- Evans L, Probert H & Shuldham C. 2009. Cardiac rehabilitation-past to present. *Journal of Research in Nursing* 4 (3), 223–240.
- Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Stafford B & Salamonson Y. 2009. A pilot randomised controlled trial comparing a health-related lifestyle self-management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: implications for a larger clinical trial. *Australian Critical Care* 22 (1), 17–27.
- Fredericks S & Sidani S. 2008. An exploration of the relationship between coronary artery bypass graft patients self-sought educational resources and outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 23 (5), 422–431.
- Furze G, Dumville JC, Miles JN, Irvine K, Thompson DR & Lewin RJ. 2009. “Prehabilitation” prior to CABG surgery improves physical functioning and depression. *International Journal of Cardiology* 132 (1), 51–58.
- Gallagher R, McKinley S & Dracup K. 2004. Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care* 17 (4), 160–165.
- Ganske KM. 2006. Caring for octogenarian artery bypass graft patients at home: family perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing* 21 (2), 8–13.
- Goodman H, Parson A, Davison J, Preedy M, Peters E, Shuldham C, Pepper J & Cowie MR. 2008. A randomised controlled trial to evaluate a nurse-led programme of support and lifestyle management for patients awaiting cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7 (3), 189–195.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOY pro Oy, Helsinki.
- Keib CN, Reynolds NR & Ahijevych KL. 2010. Poor use of cardiac rehabilitation among older adults: a self-regulatory model for tailored interventions. *Heart and Lung* 39 (6), 504–511.
- Kirchberger I, Meisinger C, Seidl H, Wende R, Kuch B & Holle R. 2010. Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 10 (29), 2–8.

- Koivunen K, Isola A & Lukkarinen H. 2007. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16 (4), 688–697.
- Kummel M. 2008. *Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden obitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn*. Annales Universitatis Turkuensis C 271. Painosalama Oy, Turku.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY, Helsinki.
- Kyngäs H & Hentinen M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. WSOY, Helsinki.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki.
- Käypä hoito -suositus: Sepelvaltimotautikohtaus. 2009. *Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja – vaaran arviointi ja hoito*. Käypä hoito 28.4.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50091>. 5.9.2011.
- Kääriäinen M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.
- Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G & Bunch A. 2009. Effects of home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 62 (4), 411–418.
- Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H & Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 45 (2), 121–135.
- Mainie P, Moore G, Riddell JW & Adgey AA. 2005. To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary prevention clinic. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4 (4), 308–313.
- Mäki-Järvi M. 2008. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa: Mäki-Järvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Duodecim, Helsinki, 10–11.
- Negarandeh R, Nayeri ND, Shirani F & Janani L. 2011. The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass graft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 0.1016. ejcnurse. 2011. 05. 001.
- Norris CM, Patterson L, Galbraith D & Hegadoren KM. 2009. All you have to do is call; a pilot study to improve the outcomes of patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research* 22 (2), 133–137.
- O'Driscoll JM, Shave R & Cushin CJ. 2006. A national health service hospitals cardiac rehabilitation programme: a qualitative analysis of provision. *Journal of Clinical Nursing* 16 (10), 1908–1918.
- Ojala S, Hautamäki K & Rissanen P. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarve. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44, 228–238.
- Okkonen E & Vanhanen H. 2006. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35 (4), 234–244.
- Polit D & Beck C. 2009. *Essentials of nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pudas-Tähkä S-M & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turun yliopisto, 46–55.
- Redfern J, Briffa T, Ellis E & Freedman SB. 2008. Patient-centered modular secondary prevention following acute coronary syndrome: a randomised controlled trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 28 (2), 107–115.
- Redfern J, Briffa T, Ellis E & Freedman SB. 2011. Choice of secondary prevention improves risk factors after acute coronary syndrome: 1-year follow-up of the CHOICE. *Heart* 95 (6), 468–475.
- Russell CL. 2010. A clinical nurse specialist-led intervention to enhance medication adherence using the plan-do-check-act cycle for continuous self-improvement. *Clinical Nurse Specialist* 24 (2), 69–75.
- Salminen A. 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus?* Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. http://www.uwasa.fi/materialiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. 1.12.2011.
- Salminen M, Vahlberg T, Isoaho R, Sintonen H, Verroinen S & Kivelä S-L. 2004. Sydänjärjestöjen neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelman vaikutus iäkkäiden sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatuun. *Suomen Lääkärilehti* 59 (41), 3855–3859.
- Sandhoff BG, Kuca S, Rasmussen J & Merenich JA. 2008. Collaborative cardiac care service: a multidisciplinary approach to caring for patients with coronary artery disease. *Permanente Journal* 12 (3), 4–11.
- Shah BR, Adams M, Peterson ED, Powers B, Oddone EZ, Royal K, McCant F, Grambow SC, Lindquist J & Bosworth HB. 2011. Secondary prevention risk interventions via telemedicine and tailored patient education (SPRITE): a randomized trial to improve postmyocardial infarction management. *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes* 4 (2), 235–242.
- Stolic S, Mitchell M & Wollin J. 2010. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9 (4), 203–217.

- Suomen sydänliitto 2005. *Toimenpideohjelma suomalaisten sydän ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011*. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämistä ja -sairauksien ehkäisyä koskeva osa suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen sydänliiton julkaisuja 1. <http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/toimenpideohjelma>. 5.9.2011.
- Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf. 10.9.2011.
- Taylor R, Dalal H, Jolly K, Moxham T & Zawada A. 2010. *Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation*. The Cochrane Library 2010, Issue 6. <http://www.thecochranelibrary.com>.
- Tilastokeskus. 2009. *Kuolemansyyt*. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/index.html>. 11.9.2011.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. *Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi*. <http://www.tenk.fi/ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf>. 20.9.2011.
- Tähtinen H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turun yliopisto, 10–27.
- Undertaking systematic reviews of research on effectiveness. 2001. *NHS Centre for reviews and dissemination*. CRD report 4. Second Edition. The University of York. http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf. 20. 9.2011.
- Vale MJ, Jelinek MV & Best JD. 2005. Impact of coaching patients on coronary risk factors: lessons from The COACH Program. *Disease Management & Health Outcomes* 13 (4), 225–244.
- WHO. 2007. *Prevention of cardiovascular disease guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html. 6.9.2011.
- Williams B & Pace AE. 2009. Problem based learning in chronic disease management: a review of the research. *Patient Education and Counseling* 77 (1), 14–19.
- Wood L, Priest H & Roberts P. 2002. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: Practical illustrations. *Nurse Researcher* 10 (1), 43–51.
- Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M, Young L, Nieveen J, Schulz P & Tu C. 2011. Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. *Heart and Lung* 40 (5), 429–439.

Outi Käbkönen, TtM, TtT -opiskelija, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö, PL 207, 40101 Jyväskylä, sähköposti: omkabkonen@gmail.com

Päivi Kankkunen, TtT, dosentti, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio, sähköposti: paivi.kankkunen@uef.fi

Terhi Saarinen, TtT, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio, sähköposti: terhi.saaranen@uef.fi