

Elisa Kettunen

Laura Närhi

”EIHÄN SE OHJAUS KOSKAAN  
OLE LIIAN HYVÄÄ”

Tyytyväisyyskysely

koronaangiografiapotilaan

ohjauksesta Mikkelin keskussairaalassa

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma


Helmikuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkelin University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä	
Tekijä(t) Elisa Kettunen, Laura Närhi		Koulutusohjelma ja suuntautuminen <b>Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja</b>	
Nimeke "Eihän se ohjaus koskaan ole liian hyvää " Tyytyväisyyskysely koronaangiografiapotilaan ohjauksesta Mikkelin keskussairaalaan osastolla 34			
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Mikkelin keskussairaalan osastolle 34 lääkärin läheteellä sepelvaltimon varjoainekuvaukseen tulevien potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta.</p> <p>Aineisto koottiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella syksyllä 2010. Kyselylomake sisälsi kaiken kaikkiaan 27 kysymystä, joista kolme oli avoimia kysymyksiä. Vastauslomakkeita vietiin osastolle 60 kappaletta. Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 43. Yksi vastauslomakkeista oli tyhjä, joten se jouduttiin hylkäämään. Palautuneista kysymyslomakkeista hyväksyttiin 42, jolloin vastausprosentiksi muodostui 70. Tulokset käsiteltiin Microsoft Excel 2007 -ohjelmalla. Tulokset esitetään prosentteina ja frekvensseinä. Kuvia ja taulukoita lisättiin havainnollistamaan tuloksia.</p> <p>Tulosten mukaan lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Ohjausta pidettiin pääsääntöisesti riittävänä ja selkeänä. Tutkimuksessa selvisi, että potilaiden itsenäinen tiedonhaku aiheesta ennen toimenpidettä oli niukkaa. Hoitajien tiedollisia valmiuksia ohjaamiseen pidettiin riittävänä. Ohjaukselle oli varattu potilaiden mielestä tarpeeksi aikaa. Potilaat kaipasivat ohjaukseen lisää tietoa liikunnasta, lääkityksestä sekä kuntoutuskursseista. Toiveena oli myös tavata lääkäri ennen kotiutumista.</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä Mikkelin keskussairaalan osaston 34 potilasohjausta. Jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää hoitajien näkemystä potilasohjauksesta ja verrata sitä potilaiden mielipiteisiin. Lisäksi jatkossa voisi tutkia, miten potilaiden itsenäistä tiedonhankintaa voitaisiin lisätä.</p>			
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> Potilasohjaus, sepelvaltimotauti, hoito, tyytyväisyyskysely			
Sivumäärä 45+13	Kieli Suomi	URN	
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>			
Ohjaavan opettajan nimi Riikonen Riitta		Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaala , osasto 34.	

## DESCRIPTION

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Elisa Kettunen and Laura Närhi		Degree programme and option <b>The Degree Programme in Nursing</b>	
Name of the bachelor's thesis Guidance - It's never going to be too good, Is it? Inquiry survey about the guidance of a coronary angiography patient.			
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of this bachelor's thesis was to clarify the patients opinions about the guidance related to elective coronary angiography at the ward of the Mikkeli Central Hospital.</p> <p>The study was carried out by a half-structured questionnaire from the September until the November 2010. The questionnaire included twenty-seven questions of which three were open-ended questions. Sixty questionnaires were taken to the ward. Forty- three of the questionnaires were returned. One of them was empty, so we had to discard it. Forty-two of the questionnaires returned were included in the study, so the response rate was 70. The results were analyzed with the Microsoft Office Excel 2007 program. The results are represented by percentages and frequencies. Tables and diagrams are also used to illustrate them.</p> <p>According to the results, almost every one of the participants was satisfied with the guidance given. Mainly the guidance given was considered sufficient and clear. The results also state that independent information retrieval was insignificant. The respondents agree that nurses had enough information and skills for the guidance. The patients thought that the time for the guidance was sufficient. The patients needed more specific information about physical exercise, medication and rehabilitation courses. They also wished that they could meet the doctor before being discharged from the hospital.</p> <p>The results of this bachelor's thesis can be utilized in developing coronary angiography guidance in the Mikkeli Central Hospital at ward 34. Further study could focus on indentifying how the nurses see the coronary angiography guidance and compare the results with this study. Further studies could also be made about how to increase patient's independent information collection in the future.</p>			
Subject headings, (keywords) Patient guidance, coronary disease, treatment, survey			
Pages 45+13	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Riitta Riikonen		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli Central Hospital, ward 34	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN HOITOMUODOT.....	3
2.1	Elämäntapojen merkitys hoidossa .....	4
2.2	Lääkkeellinen hoito .....	5
2.3	Operatiivinen hoito .....	9
2.3.1	Pallolaajennus .....	9
2.3.2	Ohitusleikkaus.....	9
3	OHJAUS .....	10
3.1	Ohjauksen tarve, merkitys ja taustatekijät .....	10
3.2	Hoitajan ohjausvalmiudet .....	12
3.3	Onnistunut ohjaus ja ohjaussuhde .....	14
3.4	Ohjaus prosessi .....	17
3.5	Ohjauksen peruseriaatteet .....	20
3.6	Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	24
5.1	Tutkimusmenetelmät .....	24
5.2	Aineiston keruu.....	25
5.3	Aineiston käsittely ja tutkimusaineiston analyysi.....	27
5.4	Opinnäytetyön eettisyys.....	28
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	30
7	POHDINTA .....	37
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus .....	37
7.2	Tulosten tarkastelu.....	38
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	42
	LÄHTEET .....	43

## LIITTEET

- 1 Saate
- 2 Kysymyslomake
- 3 Keskeiset tutkimukset
- 4 Lupa-anomus
- 5 Viranhaltijapäätös

## 1 JOHDANTO

Keski-ikäisten suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt merkittävästi 1960-luvulta lähtien. 1980-luvulla havaittiin kuitenkin, että sydäninfarkti ja muiden sepelvaltimokohtausten vuoksi tapahtuneet vanhusten sairaalahoitajaksot lisääntyivät, etenkin iäkkäiden naisten. Tämän vuoksi sepelvaltimotautien kokonaiskuormitus terveydenhoitojärjestelmällä ei siten ole vähentynyt. Vanhusväestön määrä Suomessa kasvaa nopeasti, niin kuin useimmissa muissakin länsimaissa. Vuonna 2003 yli 74-vuotiaiden osuus väestöstä oli 7,1 % ja vuonna 2015 sen odotetaan nousevan 8,2 %:iin. (Laatikainen ym. 2004, 2403–2407.) Sepelvaltimoiden ateroskleroosi on merkittävin kuolinsyy länsimaissa. Eniten sepelvaltimokuolemia tapahtuu Suomessa ja Isossa-Britanniassa. (Axford ym. 2004, 414.)

Terveydenhuollon yksi toiminnan peruseriaatteista on potilaskeskeisyys. Potilas ei kuitenkaan aina käytännössä itse pysty päättämään omaan hoitoonsa liittyvistä seikoista. Jotta potilaalla olisi edes mahdollisuus päättää itse omasta hoidostaan, tulisi hänelle ohjata hoitoon liittyvät keskeiset asiat, mahdolliset muut vaihtoehdot hoidon toteuttamisessa ja ongelmat, jotka mahdollisesti voivat seurata hoidon laiminlyömisestä.

Ohjauksesta käytetään useita eri käsitteitä rinnakkain, tarkoittaen kuitenkin samaa asiaa. Esimerkkejä tällaisista käsitteistä ovat muun muassa neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Tässä opinnäytetyössä käytämme kuitenkin vain käsitettä ohjaus. Lisäksi käytämme opinnäytetyössä käsitettä hoitaja, jolla emme tarkoita vain sairaanhoitajia. Käsitteellä hoitaja tarkoitamme ketä tahansa terveydenhuoltoalan ammatillisen koulutuksen saanutta henkilöä, joka ohjaa ammatissaan asiakkaita. Alan kirjallisuudesta potilaasta käytetään myös käsitettä asiakas. Tässä opinnäytetyössä käytämme myös käsitteitä potilas ja asiakas rinnakkain, tarkoittaen kuitenkin samaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata Mikkelin keskussairaalan osaston 34 koronaangiografiapotilaiden mielipiteitä osastolta saamastaan ohjauksesta. Angiografia on tutkimus, jossa verisuonia pystytään röntgenkuvaamaan varjoaineen avulla. Potilaiden mielipiteitä ohjauksesta selvitettiin kyselylomakkeen avulla syys- marraskuun 2010 aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osaston 34 potilasohjausta.

Päädyimme valitsemaan tämän aiheen opinnäytetyöksemme, koska ohjaus on tärkeä osa-alue sairaanhoitajan työssä. Ohjausta on myös tutkittu laajalti hoitotyössä erinäkökulmista. Ohjaaminen onkin osa hoitajan jokapäiväistä työtä. Näin ollen ohjaamisen edelleen kehittämistä voidaan pitää hyvin tärkeänä.

Mikkelin keskussairaalan osastolla 34 angiografiapotilaat ovat nykyisin sijoitettuna samaan 4 hengen potilashuoneeseen. Aikaisempi käytäntö oli, että angiografiapotilaat olivat hajasijoitettuna osastolla. Elektiivisiä angiografioita tehdään keskimäärin 12 viikossa. Osastolla toimii kuusi angiohoitajaa, heidän lisäksi angiografiapotilaiden hoitoon osallistuu kaksi muuta hoitajaa. Ohjausta angiografiapotilaat saavat sairaanhoitajalta, lääkäriltä, kuntoutusohjaajalta sekä fysioterapeutilta. Angiografiapotilaiden ohjauksesta on osastolle tehty vastaavanlainen kysely opinnäytetyönä vuonna 2007. Osaston toiveesta tutkimus uusitaan, sillä osastolla halutaan nähdä, onko potilaiden samaan huoneeseen sijoittaminen vaikuttanut ohjaukseen.

Angiografiapotilaiden hoitajakset osastolla 34 ovat keksimäärin vain vuorokauden mittaisia. Potilaat saapuvat sairaalaan aamulla ja kotiutuvat saman päivän iltan mennessä. Potilaat, joille on tehty pallolaajennus, ovat sairaalassa kuitenkin yön ylitse. Tämän lyhyen hoitajakson aikana on paljon asioita, joista potilaita tulee ohjata, siksi osastolla 34 on keskitytty painottamaan hoidon alkuvaiheessa keskeisimpiä asioita. Osastolla on olemassa oma kirjallinen ohjausrunko, jossa keskeiset ohjattavat asiat on esitetty.

Näitä keskeisiä asioita ohjauksessa ovat diagnoosi ja hoitolinjat. Potilaalle kerrotaan, mitä angiografiassa löydettiin ja miksi kyseinen hoitolinja valittiin potilaalle. Lisäksi potilaalle ohjataan tarvittaessa otettava sekä säännöllinen lääkitys, joka myös kirjataan ylös potilaalle jaettavaan potilasoppaaseen. Potilaalle kerrotaan myös kontrolloista sekä mihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Potilas ohjeistetaan myös jatkokuntoutuksesta, jota on esimerkiksi Ensietietopäivä sekä Tulppa. Tulppa on Suomen sydänliitto ry:n järjestämä ryhmämuotoinen avokuntoutusohjelma valtimotautipotilaille, pääkohderyhmänä ohjelmassa ovat juuri sepelvaltimotautipotilaat. Osastolla potilas saa ohjeistusta myös riskitekijöistä, jotka vaikuttavat sairauteen, kuten tupakoinnista, korkeasta kolesterolista, verenpaineesta ja –sokerista sekä ylipainosta. Potilasta motivoidaan ja kannustetaan tarvittaessa tupakoinnin lopettamiseen ja painon hallintaan.

Lisäksi hänen kanssaan käydään tarvittaessa läpi kolesterolin, verenpainetaudin ja diabeteksen hoitotavoitteet. Kirjallisena ohjausmateriaalina potilaille jaetaan Sydänliiton julkaisemia erilaisia oppaita.

## 2 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN HOITOMUODOT

Sepelvaltimotaudissa eli koronaaritautissa sepelvaltimot ahtautuvat, joka saa aikaan hapenpuutteen eli iskemian sydämessä. Iskemiasta seuraa oireita, kuten rasisrintakipua eli angina pectorista. Sepelvaltimon tukkeutuessa kokonaan on uhkana sydänlihaskuolio eli sydäninfarkti. Ateroskleroosi eli valtimonkovettumatauti alkaa verisuonen seinämän endoteelissä tapahtuvista muutoksista ja LDL-kolesterolin kerääntymisestä verisuonen seinämään. (Koivunen 2000, 1.) Ateroskleroosi on muutosten sarja, joka kestää vuosia tai vuosikymmeniä. Sen etenemiseen liittyy myös tromboottisia tapahtumia. (Koskela 2006, 3.)

Sepelvaltimotauti jakaantuu vakaaseen ja äkilliseen muotoon. Äkillisiä sepelvaltimotauti muotoja ovat stabiili ja epästabiili angina pectoris, sydäninfarkti ja äkkikuolema. Akuutti sepelvaltimotauti tunnetaan myös nimellä akuutti koronaarisyndrooma, joka jaetaan ST-nousuinfarktiin ja sepelvaltimotautikohtaukseen. Sepelvaltimotautikohtaus jaetaan ei-ST-nousuinfarktiin ja epästabiiliin angina pectorikseen. (Koskela 2006, 3.)

Sepelvaltimo- eli koronaariangiografialla tutkitaan sepelvaltimoiden anatomiaa ja ahtautuvan sepelvaltimon tilaa. Yleensä tutkimus tehdään punktiotekniikalla. Esitaiivutetut katetrit on erikseen muotoiltu oikeaa ja vasenta sepelvaltimoa varten. Katetrin kautta sepelvaltimeen ruiskutetaan käsin 3-8 ml varjoainetta kerrallaan. Tämän jälkeen suonet kuvataan useasta eri suunnasta. (Heikkilä ym. 2008, 273.)

Sepelvaltimoiden angiografia on tällä hetkellä ainoa kliinisessä käytössä oleva menetelmä, jolla voidaan todeta tai sulkea pois sepelvaltimotauti kiistattomasti. Tällä menetelmällä ei kuitenkaan pystytä toteamaan lieviä sepelvaltimotauti muutoksia tai verisuonen seinämän haurautta, sillä siitä selviää vain suonen ontelon varjoainetäytteen silhuetti. (Airaksinen 2006, 98)

## 2.1 Elämäntapojen merkitys hoidossa

Huono fyysinen kunto on todettu vähintään yhtä merkittäväksi sydän- ja verisuonisairauksia ennustavaksi tekijäksi kuin kohonnut verenpaine, tupakointi, lihavuus, korkea kolesteroli tai diabetes. Liikunnan merkitys on näkynyt tutkimuksissa kaikissa ikäryhmissä ja molemmilla sukupuolilla. Tulokset ovat olleet riippumattomia muista riskitekijöistä, verenpaineesta, kolesterolipitoisuudesta, diabeteksestä, tupakoinnista ja sukurasituksesta. (Mäkijärvi ym. 2008, 92.)

Sydänkuoleman riski on aktiivisesti liikuntaa harrastavilla tai hyväkuntoisilla ihmisillä ollut kolmanneksen tai jopa puolet pienempi kuin liikuntaa harrastamattomilla tai huonokuntoisilla. On myös epidemiologista näyttöä siitä, että liikunnan määrän merkittävä lisääminen ja fyysisen suorituskyvyn paraneminen pienentävät sekä kokonaiskuolleisuutta, että sydän- ja verisuonitautien aiheuttamaa kuolleisuutta. On arvioitu, että väestön liikunnan vähäisyys kasvattaa riskiä kuolla sydän- ja verisuoni sairauksiin jopa 35 %. Hyvä fyysinen kunto ja kohtuullinen määrä säännöllistä liikuntaa pienentää sepelvaltimotaudin riskiä. Kohtuullinen määrä keskiraskasta liikuntaa voi vähentää sepelvaltimokuolleisuutta. Erityisen tärkeää on liikunnan säännöllisyys. (Mäkijärvi ym. 2008, 92.)

Tupakointi lisää riskiä sairastua sydäninfarktiin. Äkkikuoleman riski on viisinkertainen tupakoimattomiin verrattuna. Sydäninfarktin jälkeen tupakointia jatkavalla on 2 – 3 -ertainen riski saada uusi sydäninfarkti. Riski alenee tupakoinnin lopettamisen myötä jolloin äkkikuoleman riski alenee puoleen. Erityisen vaarallista tupakointi on niille, joilla veren suurentunut kolesterolipitoisuus. Tupakoinnilla on monia haittoja sydämen toiminnan kannalta; se lisää sydämen sykettä, nostaa verenpainetta, lisää sydämen työmäärää, edistää ateroskleroosin kehittymistä, vaikuttaa epäedullisesti veren hyytymismekanismiin ja glukoosiaineenvaihduntaan. (Jokinen ym. 2005, 63.)

Elintavoilla on suuri merkitys sydänterveyteen. Sydänterveellistä ruokavaliota suositellaan jokaiselle sydän potilaille. Ruokaa tulisi nauttia pieninä annoksina, sillä suuret annokset rasittavat sydäntä ja lisäävät sydämen vajaatoiminnan oireita kuten esimerkiksi hengenahdistusta. (Suomen Sydänliitto ry. 2010)



Kasviksilla tiedetään olevan monenlaisia terveysvaikutuksia. Runsas kasvien käyttö pienentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, aikuistyyppin diabetekseen, sekä erilaisiin syöpiin. Terveellinen ruokavalio yhdistettynä terveellisiin elämäntapoihin auttavat hallitsemaan painoa, sekä alentamaan verenpainetta ja kolesterolia. Kasvikset sisältävät runsaasti elimistölle tärkeitä suojaravinteita ja vain vähän energiaa. Kasviksissa on vain todella pieni määrä rasvaa, eikä yhtään suolaa tai kolesterolia. Tämän johdosta ne ovat tärkeitä elimistön toiminnalle ja painonhallinnalle. Kasviksia suositellaan nautittavaksi vähintään puoli kiloa päivässä. (Suomen Sydänliitto ry. 2010)

Ruokavaliossa tulisi ottaa huomioon pehmeiden rasvojen riittävä saanti. Ne sisältävät välttämättömiä rasvahappoja, joita ihmisen elimistö ei itse pysty valmistamaan. Tämän lisäksi niissä on myös rasvaliukoisia vitamiineja. Pehmeät rasvat vähentävät veren kokonais- ja LDL -kolesterolipitoisuutta ja parantavat HDL :n ja LDL :n kolesterolisuhdetta. Kalarasva ja rypsiöljy sisältävät runsaasti omega-3- rasvahappoja, joita ei esiinny juurikaan muissa ruoka-aineissa. Kalarasvan on todettu pienentävän veren triglyseridiarvoja. Ne myös vaikuttavat suotuisasti veren hyytymistekijöihin ja näin ollen vähentävät veritulpan (sydäninfarktin) riskiä. Kovien rasvojen käyttöä tulisi välttää sillä, ne sillä ne nostavat veren kolesterolipitoisuutta. Etenkin ”paha” LDL-kolesterolipitoisuus nousee. Kovat rasvat heikentävät kolesterolin poistumista verenkierrosta maksaan, josta se voitaisiin prosessoida ulos elimistöstä. Runsas rasvojen käyttö edistää kolesterolin imeytymisen elimistöön, joka näin ollen nostaa kolesterolin määrää. (Suomen Sydänliitto ry. 2010)

Runsas suolan käyttö nostaa verenpainetta ja sen saannin vähentäminen alentaa sitä. Suolan liiallinen saanti lisää sydän- ja verisuonisairauksien määrää ja se on myös riippumaton verenpaineesta. (Suomen Sydänliitto ry. 2010)

## **2.2 Lääkkeellinen hoito**

Sepelvaltimopotilaan lääkehoidon tarkoituksena on oireiden lievittäminen ja estäminen sekä suorituskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Tärkeä tavoite on myös potilaan ennusteen parantaminen. Suurinta osaa oireisiin vaikuttavia lääkkeitä voidaan

annostella tarpeen mukaan, ja välillä niitä voi olla kokonaan käyttämättäkin. Lääkkeitä, jotka vaikuttavat potilaan ennusteeseen käytetään yleensä tavoiteannoksella ja useita vuosia joskus jopa pysyvästi. Lääkkeet vaikuttavat monilla eri mekanismeilla; 1) sydänlihaksen hapensaantia parantamalla, kun sepelvaltimoiden supistuminen poistuu tai estyy ja valtimot laajenevat lääkkeen vaikutuksesta, 2) sydänlihaksen hapentarvetta pienentämällä, kun sydämen kuormitus vähenee lääkkeen vaikutuksesta, 3) estämällä verihyytymän ja – tulpan muodostuminen lääkeaineilla, jotka hillitsevät tromboosia. (Mäkijärvi ym. 2008, 269.)

Verihiutaleiden pakkautumista ja veritulppia estävä asetyylilisyylihappo eli aspiriini estää sepelvaltimokohtauksia ja kuolemia. Aspiriinin yleisin haittavaikutus on vatsakipu. Sen haittavaikutuksena voi syntyä vatsahaava ja verenvuoto suolistossa. Ruoansulatuskanavan yläosan vuotoriski on suuri, varsinkin ensimmäisten käyttökuukausien ajan, jopa hyvin pienelläkin annoksella. Mahaverenvuotovaaran estämiseksi aspiriinihoitoa käytetään joskus yhdessä mahahappolääkkeen kanssa. (Mäkijärvi ym. 2008, 270.)

Pienelle osalle valtimonkovettumistautia sairastavista asetyylilisyylihappo ei ole sopiva vaihtoehto. Silloin vaihtoehtona on klopidogreeli. Klopidogreelin ja asetyylilisyylihapon yhteiskäyttö on tarpeellinen sepelvaltimoiden pallolaajennuksen jälkihoidossa. Tämä koskee erityisesti niitä tapauksia, jolloin pallolaajennuksen yhteydessä potilaalle on asetettu stentti eli verkkoputki. Tällöin hoito on harvoin pysyvä vaan sitä toteutetaan yleensä muutaman kuukauden tai vuoden ajan. Hoidon keskeyttämistä ennen määräaikaa on huolellisesti vältettävä. Klopidogreelin käyttöön liittyy samalla tavalla suolisto- ja muu verenvuodon vaara kuin aspiriininkin käyttöön. (Mäkijärvi ym. 2008, 270.)

Angina pectoris- eli rintakipupotilaalle merkityksellistä lääkehoidon kannalta on elämänlaadun parantaminen. Nitraatit ovat angina pectoriksen kivunhallinnan peruslääkkeitä, joilla pyritään ehkäisemään kipukohtaukset. Niiden vaikutus perustuu verisuonten, erityisesti laskimoiden mutta myös sepelvaltimoiden laajenemiseen. Nitraateilla on rintakipua nopeasti lievittävä vaikutus, joka perustuu suureksi osaksi sydämeen verta tuovien suurten laskimoiden laajenemisesta ja sydämen vasemman kammion

täyttöpaineen ja siten sydämen kuormituksen alenemisesta. (Mäkijärvi ym. 2008, 270.)

Nopeavaikutteisia nitraatteja on olemassa kahdenlaisia, ne ovat joko kielen alle sulavia tai suihkeena otettavia nitraatteja. Niitä käytetään myös kipua ehkäisevästi. Usein lääke kannattaa ottaa jo ennakoidusti ennen tulevaa räsitusilannetta. Jos kipu ei mene ohitse nitraattien avulla on se usein merkki alkavasta sydäninfarktista tai muusta akuuttista ja sairaalahoitoa tarvitsevasta sepelvaltimotautitapahtumasta. Pitkävaikutteiset nitraatit vähentävät lyhytvaikutteisten nitraattien käyttöä, sillä ne sopivat todella hyvin rintakivun estolääkkeeksi. Pitkävaikutteisten nitraattien annosteluun on lääkärin sekä potilaan itse paneuduttava huolellisesti, koska lääkityksen tarve vaihtelee paljon. Niiden käytön vaarana voi olla nitraattitoleranssin kehittyminen, joka kuitenkin on harvinaista. (Mäkijärvi ym. 2008, 270 - 271.)

Nitrotoleranssi on ristitoleranssia, joka tarkoittaa sitä että, ongelmaa ei pystytä ratkaisemaan vaihtamalla toiseen nitraattivalmisteeseen. Paras tapa välttää nitraattitoleranssin kehittyminen on järjestää ns. nitraatioita. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkettä ei anneta säännöllisesti vaan esimerkiksi yöksi jätetään pidempi, jopa 16 tunnin ”puhdistusjakso”. Toleranssiongelmaa on esiintynyt enemmän ihon kautta annosteltavien laastareiden- ja voidenitraattien käyttöön. (Mäkijärvi ym. 2008, 272.)

Nitraattien haittavaikutuksena on usein päänsärky, joka ilmenee puolen tunnin kuluessa lääkkeen ottamisesta. Tämä haittavaikutus kuitenkin vähenee ja jopa poistuu kokonaan lääkkeen käyttöä jatkettaessa. Eryityisesti vanhemmilla potilailla nitraatti aiheuttaa verenpaineen alenemista, jopa niinkin paljon, että seurauksena voi olla nikolepsia eli tajunnan menetys puolen tunnin viiveellä lääkkeen ottamisesta. Joskus nitraateista johtuva voimakas verenpaineen lasku voi jopa pahentaa rintakipua. (Mäkijärvi ym. 2008, 272.)

Beetasalpaajien avulla vähennetään sydämen kuormitusta ja hapenkulutusta harventamalla syketaajuutta ja sekä pienentämällä supistusvoimakkuutta. Tämän vaikutuksesta rintakipu lievenee tai jopa estyy. Elimistö tottuu monilla eri tavoilla beetasalpaajalääkitykseen, jolloin sen äkillinen keskeyttäminen voi aiheuttaa eräänlaisia vieroitusoireita, kuten esimerkiksi sydämentykytystä ja verenpaineen nousua. Niiden äkilli-

nen lopettaminen voi myös pahentaa sepelvaltimotaudin oireita. Tämän vuoksi beetasalpaajalääkitystä ei tule lopettaa äkillisesti, vaan sen tulee tapahtua vähitellen päivien, jopa viikkojen kuluessa. Jos angina pectoris -potilaalla on myös korkea verenpaine, beetasalpaaja toimii myös verenpainelääkkeenä. Varsinkin vanhemmilla ihmisillä beetasalpaajalääkitys joudutaan keskeyttämään usein siksi, että se hidastaa liiaksi sykettä. Sykkeen hidastuminen liiaksi voi pahimmassa tapauksessa johtaa jopa tajuttomuuteen. Digoksiini ja eräät kalsiumin estäjälääkkeet voivat pahentaa sykkeen hidastumista beetasalpaajaa käytettäessä. (Mäkijärvi ym. 2008, 273.)

Angiotensiinin konvertaasientsyymin (ACE :n) estäjien tehtävänä on alentaa verenpainetta ja muillakin tavoin vähentää sydämen ja verenkierron kuormitusta. Beetasalpaajien ohella ACE :n estäjät kuuluvat kaikkien sellaisten sepelvaltimopotilaiden lääkitykseen, joilla on sydämenvajaatoiminta tai oireeton vasemman kammion toimintahäiriö. (Mäkijärvi ym.2008, 274.)

Kalsiumin estäjillä on useita sydänperäistä rintakipua poistavia vaikutusmekanismeja. Osa kalsiumin estäjistä laajentaa nitraattien tapaan sepelsuonia. Osa vaikuttaa samaan tapaan kuin beetasalpaajat, hidastamalla sykettä ja alentamalla sydämen supistumisvireyttä ja siten hapenkulutusta ja sydämen kuormitusta vähentävästi. Kalsiumin estäjät myös vähentävät sepelvaltimoiden supistelu- eli spasmitaipumusta. Niitä käytetään usein samalla verenpaineen hoitoon silloin, kun beetasalpaaja- ja nitraattilääkitys eivät riitä tai beetasalpaajan käyttö ei jostain syystä sovi. (Mäkijärvi ym.2008, 274.)

Hyvin usein sepelvaltimopotilaat tarvitsevat myös kolesterolilääkkeitä, yleensä statiineja. Tutkimustulosten mukaan myös yli 75-vuotiaat angina pectorisista sairastavat potilaat hyötyvät statiineista. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan lipidejä tulisi hoitaa tehokkaasti tavoitearvoihin pyrkien. (Mäkijärvi ym. 2008, 275.)

Elintapojen korjaaminen paremmiksi, riskitekijöiden hallinta ja lääkehoito ovat sepelvaltimotaudin hoidon peruspilareita. Taudin vaikeusastetta arvioidaan yleensä rasituskokeella, joskus isotooppikuvauksella. Mikäli sepelvaltimotaudin oireet alkavat haitata työ- ja suorituskykyä lääkityksen lisäämisestä huolimatta, tai sepelvaltimotauti muuttuu epävakaaksi, tulee harkita kajoavia hoitoja. Tämänlaisia hoitoja ovat pallolaajennus tai ohitusleikkaus. (Mäkijärvi ym. 2008, 278.)

## **2.3 Operatiivinen hoito**

### **2.3.1 Pallolaajennus**

Pallolaajennus, jota kutsutaan yleisesti PCI:ksi (percutaneous coronary intervention) tehdään yleensä samassa yhteydessä angiografian kanssa. Toimenpide tehdään yleensä ohjaamalla katetri nivustaipeesta reisivaltimeen ja sieltä aina sepelvaltimeen asti. Toimenpide voidaan myös suorittaa ranteesta värttinävaltimon kautta. Sepelvaltimon suulle viedään ohjainkatetri, jonka kautta 0,3mm paksuinen ohjainvaijeri kuljetetaan sepelvaltimeen ahtauman distaalipuolelle. Yleensä ahtauma vaatii esilaajennuksen pallokatetrilla, joka viedään ahtauman kohdalle ohjainvaijerin päässä. Lähes aina pallokatetrin vienti kohteeseen onnistuu ja toimenpiteen suoritus myös onnistuu pidemmältä matkalta sairastuneeseen mutkaiseenkin sepelvaltimeen. (Heikkilä ym. 2008, 374.)

Katetripallon koko valitaan siten, että se vastaa terveen suoneen kokoa. Laajennustoimenpiteestä johtuen verenvirtaus sepelvaltimossa pysähtyy hetkellisesti, josta voi seurata ohimenevä rintakipu. Toimenpiteeseen liittyen verisuonen sisäpinta repeää, jolloin tukoksen vaara kasvaa. Tämän vuoksi suoneen asetetaan lähes aina metallista valmistettu verkkoputki eli stentti. Sen tarkoituksena on estää ahtauman palautumista entiseen muotoonsa. (Heikkilä ym. 2008, 374.)

### **2.3.2 Ohitusleikkaus**

Ohitusleikkauksella tarkoitetaan toimenpidettä, jossa ahtaumakohta ohitetaan verisuonisiirteellä. Siihen käytetään sekä laskimo- että valtimosiirteitä. Tavallisesti käytetään rintaontelon sisäistä rintarauhasvaltimoa. Se irrotetaan leikkauksessa rintaontelon seinämästä ja ohjataan leikkauksessa sydämen etuseinämään tai sen lähellä oleviin isoihin haaroihin. Valtimosiirre pystytään myös irrottamaan leikkauksessa ja tekemään tavallinen ohitusleikkaus nousevasta aortasta ahtaumakohdan ohitse. (Jokinen ym. 2005, 233.)

### 3 OHJAUS

Potilasohjaus on osa hoitajien joka päiväistä työtä. Ohjaus kulkee asiakassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Hoitajien hyvä koulutustaso, teoretieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot takaavat onnistuneen lopputuloksen. Potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Ohjauksessa korostuvat hoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. Tilanteet eivät toistu samankaltaisina ja tulisikin muistaa, että potilaalle ja asiakkaalle tilanne on ainutkertainen ja jännittäväkin. (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 2010.)

#### 3.1 Ohjauksen tarve, merkitys ja taustatekijät

Potilaan ohjauksen merkitys on kasvanut, sillä hoitoajat ovat lyhentyneet ja näin ollen ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Hoitoaikojen lyheneminen vaatii ohjauksen tehostamista, sillä samalla oletetaan, että asiakkaat selviytyisivät toipumisajastaan kotonaan, olisivat motivoituneita muuttamaan elintapojaan toivotulla tavalla ja ottaisivat vastuuta oman terveytensä hoidosta. Terveystieteiden tutkimuksissa on korostunut myös itsehoidon, oman vastuun, itsemääräämisoikeuden ja ennaltaehkäisykorostumisen, joka on lisännyt potilaan ohjauksen tarvetta hoitotyössä. (Tähtinen, 2007, 1; Kyngäs, ym. 2007, 5.)

Jatkuva informaatiotekniikan kehitys, tiedonsaannin helppous ja lisääntyminen sekä väestön koulutustason nouseminen ovat saaneet aikaan sen, että asiakkaat kykenevät etsimään tietoa laajemmin ja osaavat käyttää sitä hyväksi yhä paremmin, mikä lujittaa heidän asemaansa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. (Kyngäs ym. 2007, 12.)

Alanen (2003) on tutkinut potilaiden tiedonsaantia ja tiedontarpeita. Alasen tutkimus osoittaa, että potilaat pitävät tiedonsaantia ennen sairaalahoitoa ja sen jälkeen hyvin tärkeänä. Tutkimuksen mukaan naisten ja keski-ikäisten potilaiden tiedontarpeet olivat kaikkein suurimmat. (Alanen, 2003, 47.)

Yksi ohjauksen tärkeimmistä tavoitteista on tiedon jakaminen, mutta ohjauksen ei tulisi olla pelkästään informaation antamista, vaan myös sosiaalisten taitojen ja oman hoidon opettamista. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta tekemään itse omaa hoitoaan koskevia päätöksiä sekä vaikuttamaan omilla valinnoillaan terveyteensä ja sen tavoitteisiin. Lisäksi ohjauksen tarkoituksena on auttaa ja tukea potilasta hänen elämäntilanteessaan. (Tähtinen, 2007, 3.)

Potilasohjaus on moniammatillista yhteistyötä, joka nähdään merkittävänä hoitotyön auttamismenetelmänä sekä keskeisenä menetelmänä terveyden edistämässä niin terveyskeskuksissa kuin sairaaloissa. (Tähtinen, 2007, 4).

Tutkimukset osoittavat, että potilaan ohjaus ja tiedonantaminen potilaalle ovat yksi tehokkaimmista keinoista lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta hoitotilanteissa. (Tähtinen, 2007, 4). Ohjauksen tarve liittyy usein myös asiakkaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin, elämäntilanteen eri vaiheisiin tai mahdolliseen elämäntilanteen muutosvaiheeseen. (Kynäs ym. 2007, 26).

Laadukas ohjaus on sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin, jotka voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. Fyysisiin taustatekijöihin katsotaan kuuluviksi muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Näillä on vaikutusta asiakkaan ohjaustarpeisiin. Psyykkisiä taustatekijöitä, joita ohjauksessa tulisi ottaa huomioon, ovat asiakkaan oma käsitys terveydentilastaan, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja – valmiudet sekä motivaatio. Merkittävimmät sosiaaliset taustatekijät ohjauksen kannalta koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, joilla kaikilla on oma vaikutuksensa asiakkaan toimintaan. Muihin lähinnä ympäristöön liittyviin taustatekijöihin voidaan katsoa kuuluvaksi, sellaiset tekijät jotka osaltaan vaikuttavat ohjaustilanteeseen, joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tällaisia taustatekijöitä ovat esimerkiksi tila, jossa ohjausta annetaan tai ohjaukseen käytettävissä oleva aika. (Kynäs ym. 2007, 21–37.)

### 3.2 Hoitajan ohjausvalmiudet

Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan niitä tietoja, taitoja ja asenteita, joiden avulla hoitohenkilöstö osaa ohjata potilaita (Tähtinen, 2007, 9). Hoitajan ohjausvalmiuksista olennaisia ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Pelkkä tutkitun tiedon hakeminen ja lukeminen eivät pelkästään riitä, vaan hoitajan tulee osata muokata tietoa niin, että se on käyttökelpoista ohjausta toteuttaessa. Lisäksi hoitajalla tulee olla vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, koska hänen roolinsa on aina toimia ohjauksen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. (Kyngäs ym. 2007, 34, 55.)

Tähtinen (2007) on tutkinut Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstön tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia, ohjausmenetelmien hallintaa, ohjaustapahtumaa ja ohjauksen puitteita heidän näkökulmastaan. Tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilöstöllä on hyvät tiedolliset ohjausvalmiudet sairauden ja sairauden hoidon osalta, mutta vain tyydyttävät potilaan jatkohoidon osalta. Tutkimuksessa jatkohoitoon kuului tieto potilaiden sairauden merkityksestä arkeen, sairauksien vaikutuksesta perhesuhteisiin, eri hoitovaihtoehtoja, kuntoutuspalveluista ja sosiaalietauksista. Tutkimuksen mukaan hoitajien tietämys sosiaalietauksista oli huono, jatkohoidon osalta hoitajilla oli paras tietämys sairauden merkityksestä potilaiden arkeen. (Tähtinen 2007, 33, 68.)

Tähtisen (2007) tutkimuksessa käy ilmi, että melkein puolet hoitajista katsoo ohjauksessa käytettävien tietojensa perustuvan työkokemukselle. Tutkimus osoittaa, että työkokemus on yhteydessä tietoon potilaan sairaudesta sekä hoidosta. Hoitajat joilla oli työkokemusta yli viisi vuotta, arvioivat lähes yksimielisesti tietonsa esimerkiksi potilaan sairaudesta hyväksi. Tutkimuksen mukaan muita tietolähteitä, joista tietoa ammennetaan ohjaukseen, olivat työyksikön ohjauskäytännöt, pohjakoulutus, täydennyskoulutus sekä tieteelliset tutkimukset. (Tähtinen 2007, 30.)

Hoitohenkilöstön taidolliset ohjausvalmiudet osoittautuivat hyväksi ohjaustaitojen, itsehoidon ohjaustaitojen sekä vuorovaikutustaitojen osalta Tähtisen (2007) tutkimuksessa. Taidolliset ohjausvalmiudet jäivät kuitenkin tyydyttävälle tasolle ohjaustilanteen arvioinnin osalta. (Tähtinen 2007, 68.)



Jotta ohjaus rakentuisi asiakkaan voimavaroja tukevaksi, tulee hoitajalla olla kyky ja taito kuunnella sekä ymmärtää asiakkaan sanomaa. Parhaiten hoitajan kuuntelutaidot käyvät ilmi siitä, kuinka hyvin hoitaja kykenee puheenvuoroissaan ottamaan kuulemansa huomioon sekä tekemään siitä tarkoituksenmukaisia tulkintoja ohjauksen aikana. (Kyngäs ym. 2007, 79.)

Hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksien tulee pohjautua tutkittuun teorian tietoon sekä neuvonnan taitoon, mutta lisäksi ohjauksessa tarvitaan myös kykyä intuitioon, improvisaatioon, luovuuteen, ilmaisukyvykkyyteen sekä laaja-alaista ammattitaitoa. (Tähtinen 2007, 9).

Hoitajalla itsellään on ammatillinen vastuu kehittää itseään sekä osaamistaan hoitajana. Tämä kehittyminen vaatii, että hoitaja tunnistaa oman osaamisensa sekä siinä olevat puutteet ja on valmis työstämään niitä. Kehittyäkseen ohjaajana, hoitajan tulee arvioida säännöllisesti myös omia ohjaustaitojaan sekä sitä, kuinka ohjaus on toteutunut. Ohjauksen onnistumista, sen riittävyttä, yksilöllisyyttä sekä asiakaslähtöisyyttä hoitaja voi arvioida myös yhdessä asiakkaan kanssa. Arvioinnin tulee olla kriittistä sekä asiakkaan että hoitajan näkökulmat huomioon ottavaa, arvioinnin avulla hoitaja voi auttaa itseään kehittymään ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007, 44 - 45.)

Tutkimuksissa esiin tulleita kehittämisalueita, joita hoitajat ovat itse tunnistaneeet itsessään, ovat olleet muun muassa halua oppia käyttämään sellaista kieltä, jota potilas ymmärtää sekä välttämään vierasperäisiä sanoja. Kuuntelutaidon parantaminen, potilaan rohkaiseminen puhumaan tunteistaan sekä potilaan rohkaiseminen esittämään kysymyksiä ovat myös nousseet esiin yhtenä kehittämisalueena ohjauksessa. Tutkimusten mukaan hoitajat haluaisivat myös oppia käyttämään parempaa nonverbaalista viestintää ohjauksen tukena sekä kiinnittämään enemmän huomiota puhenopeuteensa ohjaustilanteissa. Lisäksi hoitajat tunnistavat yhdeksi kehittämisalueekseen itse ohjaustilanteeseen valmistautumisen tarpeellisuuden. Tutkimusten mukaan hoitajat, jotka omaavat positiivisen asenteen ovat kaiken kaikkiaan paremmin valmistautuneita ohjaukseen sekä omaksuvat ohjauksen luontevaksi osaksi hoitotoimintaa ja jokapäiväistä työtään. (Tähtinen 2007, 7.)

Kokenut ja taitava hoitaja hallitsee ohjauksen sisällön sekä eri ohjausmenetelmät ja osaa tilanteesta riippuen valita ja vaihtaa kuhunkin tilanteeseen sopivimman ja soveltuvimman ohjaustyylin. (Tähtinen 2007, 11).

Hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksiin vaikuttavat tiedon ja taidon lisäksi heidän asenteelliset valmiutensa. Lisäksi hoitotyö vaatii tietynlaisia persoonallisia ominaisuuksia, kuten hyvää itsetuntoa, itsensä arvostamista sekä rohkeutta olla oma itsensä. Hoitajan on myös oltava joustava, laaja-alainen sekä ymmärrettävä erilaisia ihmisiä ja arvostettava heidän mielipiteitään. Perustan hoitotyölle luokin hoitajan henkilökohtaiset arvot. Hoitajan halukkuus ja tietoisuus omista rajoituksistaan, muun muassa itse arviointikyky vaikuttavat osaltaan ohjustoimintaan. (Tähtinen 2007, 11–12.)

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön asenteelliset ohjausvalmiudet ovat hyvät ja hoitajat pitävät ohjausta luonnollisena osana päivittäistä työtään. Melkein puolet hoitajista tuntee ohjauksen vähentävän aikaa hoitaa muita potilaita. Tähtisen tutkimukseen vastanneista hoitajista kaikki asennoituivat omasta mielestään positiivisesti ohjaukseen, kaikki vastanneet hoitajat kokivat myös, että potilaat hyötyvät ohjauksesta ja että ohjaus syventää hoitosuhdetta. Lisäksi kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitivät ohjausta arvokkaana osana työtään ja sitoutuvat potilaan ohjaukseen. (Tähtinen 2007, 40, 68.)

### **3.3 Onnistunut ohjaus ja ohjaussuhde**

Laadukkaalla ohjauksella voidaan lisätä ihmisten mahdollisuuksia niin terveyden hallintaan kuin sen parantamiseenkin. Lyhentyneet hoitoajat ovat vaikuttaneet ohjauskäytännön kehittämiseen. Onnistunut ohjaus edellyttää oikeaa ajoitusta sekä jatkuvuudesta huolehtimista. Ohjauksen jatkuvuus edellyttää potilaan auttamista hänen siirtyessään hoitovaiheesta toiseen, ja se vaatii potilaan hoidosta ja ohjauksesta vastaavien yhteistyötä moniammatillisena työryhmänä. Ohjauksen jatkuvuutta voidaan parantaa esimerkiksi ohjausaineistoa ja tiedonvälitystä kehittämällä. (Honka 1999, 1.)

Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksen avulla. Ohjauksessa ovat läsnä sekä sanallinen että sanaton, nonverbaalinen viestintä. Tärkeä tavoite ohjauksessa onkin, että sekä

hoitaja kuin asiakas ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla lailla ja näin he voivat saavuttaa yhteisymmärryksen. Esimerkiksi ammattitermien käyttöä hoitajan tulee varoa, sillä hoitajan tulee puhua niin että asiakas ymmärtää asiat. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa myös asiakkaalle kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen sekä tuen saamisen hoitajalta. (Kygäs ym. 2007, 38 – 39, 44, 74.)

Ohjaussuhteen rakentumisen pohjana toimivat asiakkaan taustatekijöiden lisäksi myös hoitajan taustatekijöiden tunnistaminen. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että asiakas kuin hoitajakin kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. Olisikin hyvä muistaa, että asiakas on oman elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija. Tällaisessa toimivassa ohjaussuhteessa hoitaja ja asiakas voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä, tavoitteita sekä keinoja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kygäs ym. 2007, 38–39.)

Onnistunut ohjaus vaatii kummankin osapuolen, hoitajan sekä asiakkaan tavoitteellisuutta ja aktiivisuutta. Hoitajalla on jo ammattinsa puolesta vastuu tukea asiakasta tämän tekemissä valinnoissa sekä rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Kyngäksen mukaan sellaiset potilaat, jotka tuntevat olevansa riippuvaisia hoitajasta eivät myöskään usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, eivätkä näin ollen myös ota vastuuta hoidostaan. (Kygäs ym. 2007, 41.)

Hyvän potilasohjauksen päämäärä on auttaa potilaita ja heidän perheitään ymmärtämään sairautta, hoitoa, terveyttä sekä saavuttamaan hyvä elämänlaatu (Tähtinen 2007, 4). Hyvän ohjauksen perustana on, että potilas saa tilanteeseen sopivaa ohjausta ja ohjaaja kykenee valitsemaan yksilöllisesti tarkoituksenmukaisen ohjausmuodon sekä sovittamaan neuvot ja tiedot potilaan arkeen. (Tähtinen 2007, 13.) Hyvä ohjaus ei ole pelkää tiedon antamista asiakkaalle, vaan sen tulee sisältää asiakkaan tarpeiden niin vaatiessa kaikki sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen sekä tulkintatuen. (Kygäs ym. 2007, 42).

Hyvän ohjauksen tunnusmerkkeinä voidaan pitää joustavuutta sekä ymmärrettävyyttä. Potilaan saaman ohjauksen laatuun vaikuttaa merkittävästi myös hoitajan yksilöllinen tietämys ja kokemus. Hyvän ja onnistuneen ohjauksen edellytyksinä voidaan pitää myös avoimuutta ja rehellisyyttä. Hyvä ohjaustilanne muodostuukin hoitajan ja poti-

laan väliseksi vapaamuotoiseksi keskustelutilanteeksi, jossa potilas voi vapaasti tuoda julki asioita, joita haluaa käsitellä ohjauksen aikana. Ohjaustilanne edellyttää tiedon antamisen oikeaa ajoitusta, kiireetöntä potilaan kohtaamista sekä yksilöllistä sopivaa tiedon määrää. Tutkimukset ovat osoittaneet kuitenkin, ettei hoitajilla ole mielestään riittävästi aikaa huomioida potilaiden yksilöllisiä tarpeita ohjauksessa, keskustella heidän kanssaan sekä ohjata heitä, niin paljon kun he haluaisivat. (Tähtinen 2007, 5, 14, 59.)

Myös tapa, jolla ohjausta toteutetaan, ratkaisee osaltaan ohjauksen onnistumisen. Tehokkainta ohjaus on silloin kuin sitä toteutetaan yksilöllisesti sekä asiakkaan taustatekijät, kuten arvot ja näkemykset huomioiden. (Kygäs ym. 2007, 84, 85.)

Ohjauksen suunnittelussa tulee pohtia, mitkä ovat ne tiedot ja taidot jotka asiakas tarvitsee, mitä hän haluaa mahdollisesti tietää tai osata sekä, mikä on kyseiselle asiakkaalle paras tapa omaksua nämä asiat. Kyngäksen mukaan ohjauksen onnistumiseksi onkin tärkeää tunnistaa ne asiat, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen tulisi tietää sekä mitä hänen ylipäätään haluaa tietää ja mikä on juuri tälle asiakkaalle paras tapa omaksua nämä asiat. Asiakasta voi rohkaista kertomaan terveysongelmastaan, sen mahdollisista syistä ja seurauksista sekä siitä, mitä asiakas itse odottaa ohjaukselta ja ohjauksen tuloksilta. Näin asiakkaan kertomasta pystyy helpommin selvittämään ohjaustarpeen. (Kygäs ym. 2007, 43,47.)

Asiakkaan muutoshalukkuuteen ja – valmiuteen vaikuttavat asiakkaan voimavarat, jotka hoitajan tulee ottaa huomioon jo ohjauksen suunnittelussa. Ohjauksen perustuminen hoitajan ja asiakkaan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kygäs ym. 2007, 43,47.)

Onnistunut vuorovaikutus on osa onnistunutta ohjausta ja se vaatii niin asiakkaalta kuin hoitajaltakin halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteellisuutta sekä uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kygäs ym. 2007, 48.)

Asiakkaan muisti kykenee vastaanottamaan kerrallaan vain rajallisen määrän uutta tietoa ja asioita, sen vuoksi keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää. (Kygäs ym. 2007, 73.)

### 3.4 Ohjaus prosessi

Kun asiakkaan taustatiedot ja ohjauksen tarve on selvitetty ja koottu, voidaan asettaa ohjaukselle tavoitteet joihin pyritään. Ohjauksen tavoitteesta tai tavoitteista tulee keskustella yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan kanssa yhteistyössä määritellyt tavoitteet ovat paremmin asiakkaan saavutettavissa. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Erityisen tärkeää tavoitteiden määrittely on itsehoidon onnistumisen ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Ohjauksen tavoitteiden tulee olla mahdollisimman realistisia, konkreettisia sekä mitattavissa olevia. Tavoitteet tulee myös kirjata. Kun asiakasta itseään kuunnellaan ja hänen mielipiteensä huomioidaan tavoitteissa ja niiden laatimisessa, edistää se hänen tyytyväisyyttään tavoitteisiin sekä niihin sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Tavoitteet voivat olla henkilökohtaisia, subjektiivisia tai objektiivisia, lääketieteellisiä, sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvia tai aikaan tai prosessiin sidottuja tavoitteita. Ne voivat myös olla määrältään ja tyypiltään erilaisia. Asetettujen tavoitteiden ja asiakkaan elämäntilanteen tulisi olla tasapainossa keskenään, sillä epätasapaino tavoitteiden ja elämäntilanteen välillä heikentää asiakkaan fyysistä kuin psyykkistäkin hyvinvointia. Myös liian korkealle asetetut tavoitteet voivat johtaa psyykkiseen pahoinvointiin. Sopivan ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa tieto siitä, kuinka asiakas omaksuu asioita sekä, mikä on ohjauksen päämäärä. Yhtenä hoitajan tehtävänä voidaan pitää myös taitoa auttaa asiakasta tunnistamaan, mikä on se omaksumistapa, joka on asiakkaalle luonnollisin. (Kyngäs ym. 2007, 73, 75.)

On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä, kirjoittaa Kyngäs. Kyngäksen mukaan tämä onkin osoitus siitä, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita eri ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ohjauksessa tulisi muistaa seuraavat asiat: asiakas tulee unohtamaan suuren osan kerrotusta ja mitä enemmän kerrotaan, sitä suurempi on unohtuvien asioiden osuus. Lisäksi ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi. Yleensä myös ensimmä-

mäisenä kerrotut ja tärkeimmiltä tuntuvat asiat muistetaan parhaiten. Älykkyysskään ei lisää muistamista. Mitä enemmän asiakkaalla on lääketieteellistä tietoa, sitä enemmän hän muistaa. Lisäksi ahdistuneet asiakkaat muistavat enemmän kuin ahdistumattomat tai hyvin ahdistuneet. Iällä ei ole merkitystä muistamiseen, sillä vanhat pystyvät muistamaan yhtä paljon kuin nuoretkin. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä, annetaan ohjaus usein suullisesti. Kaksisuuntainen vuorovaikutus myös mahdollistaa asiakkaalle kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen sekä tuen saamisen hoitajalta. Suullista ohjausta on mahdollista toteuttaa, joko yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä voidaan tukea käyttäen erilaisia ohjausmateriaaleja. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Tähtisen (2007) tekemässä tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilöstö kokee vuorovaikutuksellisten ohjausmenetelmien hallintansa hyväksi. Vahvimmiksi vuorovaikutuksellisista ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö kokee yksilöohjauksen sekä suullisen- ja kirjallisenohjauksen. (Tähtinen 2007, 61.)

Kyngäksen mukaan asiakkaat arvostavat enemmän yksilöohjausta, sillä se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen. Lisäksi on todettu, että yksilöohjaus on oppimisen kannalta useimmiten tehokkaampi menetelmä. Yksilöohjaus kuitenkin vaatii hoitajalta enemmän aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjauksessa ryhmän tavoitteet vaihtelevat sen mukaan, mitkä ovat ryhmän tai ryhmäläisten omat tavoitteet. Ryhmään kuulumisen voi olla voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee ryhmän jäseniä tavoitteiden saavuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Toisinaan on mahdollista, että ryhmäohjauksella saavutetaan jopa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Lisäksi ryhmäohjauksen etuna voidaan pitää sitä, että ryhmäohjauksessa esimerkiksi tietoa terveyteen ja sairauteen liittyvistä yleisistä asioista voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle samalla kertaa, jolloin ohjaus on myös taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Tietoa ja tukea voidaan nykyään tarjota erilaisten teknisten laitteiden avulla, kuten esimerkiksi videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä. (Kyngäs ym. 2007, 116.)

Tähtisen (2007) tutkimuksessa hoitohenkilöstö arvioi teknisten apuvälineiden hallintansa ohjauksessa huonoksi. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, että puolet hoitajista ei käytä teknisiä apuvälineitä antamansa ohjauksen tukena. Kaikkein heikoimmaksi osa-alueekseen vastaajat kokivat ääni- ja videokasettien käytön. (Tähtinen 2007, 61.)

Puhelinohjaus on yleistynyt erityisesti 2005 vuonna voimaan tulleen hoitotakuun sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon muutosten johdosta. (Kyngäs ym. 2007, 117). Puhelinohjauksen lähtökohtana voi toimia esimerkiksi asiakkaan hoitoon hakeutuminen ja ohjeiden hakeminen tai hoitajan kontakti asiakkaaseen päin esimerkiksi leikkauksien tai hoidon seurannan tiimoilta. Puhelinohjaus on hyvin haasteellinen ohjaustapa, sillä hoitajan tulee voida selvittää asiakkaan antamista tiedoista ne asiat, joiden avulla hän voi tehdä päätelmän asiakkaan tilasta. Puhelinohjauksessa hoitajan on selvitettävä asiakkaalle perusteellisesti, mitä asiakkaan tulee tehdä puhelun päätyttyä, esimerkiksi seurata tilannettaan kotona, hakeutua heti hoitoon tai valmistautua leikkaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 117, 119.)

Lyhentyneet sairaalassaoloajat ovat lisänneet kirjallisten ohjeiden käyttöä ohjauksen tukena. Kirjallinen ohjausmateriaali mahdollistaa sen, että asiakkaalle voidaan jo etukäteen antaa tietoa tulevasta hoitoon liittyvistä asioista. Lisäksi kirjallista ohjausmateriaalia käytetään kotiutusohjeissa. Asiakkaat ovat sitä mieltä, että erilaiset hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät ohjeet on hyvä suullisen ohjauksen ja opetuksen lisäksi olla saatavilla myös kirjallisina. Kirjalliset ohjeet mahdollistavat sen, että asiakas voi tukeutua näihin ohjeisiin sekä tarkastaa tietoja kirjallisista ohjeista myös itsenäisesti. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

### 3.5 Ohjauksen peruseriaatteet

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) on tarkoitettu edistämään terveydenhuollon palveluiden laatua ja potilasturvallisuutta, varmistamalla että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja valmiudet sekä muu riittävä ammatillinen pätevyys. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus omaa terveyttään ja hoitoaan koskevaan tietoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista joilla on merkitystä hoitopäätösten tekemisessä siinä muodossa, että potilas ymmärtää sen sisällön riittävästi.

Laki potilaan oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että hän sisäistää saamansa informaation riittävän hyvin. (Laki potilaan oikeuksista, 1992/785, 5 §).

Eettiset kysymykset, jotka esiintyvät ohjauksessa liittyvät usein asiakkaan oikeuksiin, kuten autonomiaan, yksilöllisyyteen, vapauteen ja siihen, mikä on hyvän edistämistä ohjaustilanteessa. Miten voidaan säilyttää ja huomioida asiakkaan tarve hallita omaa elämäänsä, yksilöllisyyden tarve, asiakkaan tarve suojella yksityisyyttään ja vapautaan sekä tehdä omia valintoja arvojensa mukaisesti tietoisena näiden seurauksista, on ohjaustilanteessa edelleen pohdittavia asioita. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Kyngäksen mukaan hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjausta muun muassa antamalla riittävästi aikaa keskustella asiakkaan kanssa, takaamalla rauhallisen tilan ja huolehtimalla siitä, että hoitajalla valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 157).



### 3.6 Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

Honka (1999) on käsitellyt tutkimuksessaan sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvän ohjauksen kehittämistä. Tutkimus on osoittanut että sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat potilaat ovat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Useimmat ohjauksen osatekijät toteutuivat potilaiden mielestä jopa paremmin, mitä hoitohenkilökunnan mielestä. Potilaat pitivät ohjausta asiantuntevana, havainnollisena, perusteltuna sekä kannustavana useammin kuin itse hoitohenkilökunta. Potilaat eivät myöskään pitäneet ajanpuutetta yhtä ongelmallisena, mitä hoitohenkilökunta. Lisäksi potilaat olivat kiinnostuneempia ja myös lukivat kirjalliset ohjeet useammin kuin hoitohenkilökunta oli arvioinut. (Honka 1999, 30.)

Frilander-Paavilainen ym. (2005) ovat tutkineet kymenlaaksolaisten sepelvaltimotautia sairastavien naisten tietoja sepelvaltimotaudin ehkäisystä, riskitekijöistä ja elämäntapojen vaikutuksesta sairauteensa. Tutkimuksen yhtenä osa-alueena oli selvittää myös naisille sairaalahoidon aikana annettua sydänsairauksiin liittyvää ohjausta.

Frilander-Paavilaisen ym. (2005) tutkiessa sydäninfarktipotilaiden käsityksiä sairauteensa liittyvästä ohjauksesta ilmeni, että sydäninfarktipotilaat pitivät kaiken kaikkiaan hyvin tärkeänä hoitoonsa liittyvää ohjausta. Tärkeimmiksi seikoiksi ohjauksessa sydäninfarktipotilaat kokivat tiedot lääkityksestä, sydäninfarktin oireiden tunnistamisesta sekä riskitekijöistä. Näistä tiedoista potilaat kokivat olevan apua selviytymisessä sairautensa kanssa. Potilaat kokivat myös tärkeäksi, että heillä oli mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista ja että heitä rohkaistaan omien mielipiteiden kertomiseen ohjauksen aikana. Suurin osa sydäninfarktipotilaista piti itsehoitoa sekä elämäntapojen muutosta tärkeänä. Lisäksi yli puolet potilaista oli sitä mieltä, että ohjaus tulee suunnitella yhdessä potilaan kanssa. (Frilander- Paavilainen ym. 2005, 27.)

Frilander-Paavilaisen ym. (2005) tutkimuksessa kävi ilmi, että vain puolet vastaajista koki saaneensa riittävästi ohjausta sepelvaltimotaudin etenemisen ehkäisystä ja sepelvaltimotaudin riskitekijöistä, vajaa puolet koki saaneensa näistä aiheista vähäisesti ohjausta ja loput kokivat, etteivät olleet saaneet lainkaan ohjausta aiheista. Selvitettäessä vastaajien lisätiedon tarvetta sepelvaltimotaudin etenemisen ehkäisystä, osoittautui tieto sydänterveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta, laihduttamisesta ja kohon-

neen kolesterolin, verenpaineen ja – sokerin kuin myös itsehoidon ja psyykkisen stressin merkityksestä puutteelliseksi, sillä puolet vastaajista ilmoitti kaipaavansa lisää ohjausta näistä aiheista. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin tietonsa tupakoinnin ja alkoholin käytön merkityksestä sepelvaltimotaudin etenemien ehkäisyssä riittäväksi. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Sepelvaltimotaudin lääkehoidosta kysyttäessä reilu puolet vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävän ohjauksen lääkehoidosta, kun taas liian vähäiseksi ohjauksen lääkehoidosta koki vajaa puolet vastaajista. Pieni osa vastaajista ilmoitti kuitenkin, etteivät olleet saaneet lääkehoidosta ohjausta laisinkaan sairaalahoidon aikana. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Sepelvaltimotaudin muista hoitomuodoista kysyttäessä reilu kymmenesosa ilmoitti, ettei ollut saanut näistä lainkaan ohjausta sairaalahoidon aikana. Yli puolet vastaajista ilmoitti, että he olivat saaneet mielestään riittävästi ohjausta myös muista hoitomuodoista ja loput vastaajat kokivat ohjauksen muista hoitomuodoista vähäiseksi. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Tutkimuksen mukaan noin puolet vastaajista oli tyytyväisiä ja koki riittäväksi saamaansa ohjaukseen elämäntapojen (terveellinen ruokavalio, sydänterveyteen vaikuttava liikunta, tupakointi) vaikutuksen osalta sairauteensa. Liian vähän elämäntapojen vaikutuksesta tietoa koki saavansa vajaa puolet vastaajista. Kuitenkin tukea laihduttamiseen oli vastaajista saanut vain kolmasosa ja liki puolet koki, ettei ollut saanut riittävästi tukea laihduttamiseen. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Kysyttäessä millaista ohjausta vastaajat olivat saaneet uudelleen hoitoon hakeutumisesta, vain alle puolet vastaajista koki tiedon saannin uudelleen hoitoon hakeutumisesta riittäväksi. Melkein puolet vastaajista koki uudelleen hoitoon hakeutumisesta tietonsa liian vähäiseksi ja jopa yli 25 prosenttia vastaajista koki, ettei ollut saanut tästä tietoa ollenkaan. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Sydänliiton toiminnasta riittävästi tietoa koki saaneensa reilu kolmasosa vastaajista, mutta jopa yli viidesosa vastaajista koki, ettei ollut saanut minkäänlaista tietoa sydänliitosta ja sen toiminnasta. (Frilander-Paavilainen ym. 2005, 48–50.)

Ryynänen (2007) selvitti opinnäytetyössään Mikkelin keskussairaalan osaston 34 ohjausta potilaiden näkökulmasta. Ryynänen tutki potilaiden mielipiteitä näiden osastolla saamasta ohjauksesta ja sen sisällöstä. Lisäksi hän selvitti potilaiden mielipiteitä heille jaetusta ohjausmateriaalista, potilaiden itsenäistä tiedonhankintaa, potilaiden tunnetiloja ennen toimenpidettä sekä potilaiden mielipiteitä lääkärin antamasta ohjauksesta toimenpiteen aikana. Potilailla oli mahdollisuus myös tehdä parannusehdotuksia ohjausta koskien.

Ryynänen (2007) opinnäytetyö osoitti, että valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä osastolla 34 saamaansa ohjaukseen. Vastaajien mielestä ohjausmateriaali oli selkeää ja ajan tasalla olevaa. Opinnäytetyön mukaan itsenäisesti tietoa toimenpiteestä haki noin puolet vastaajista. Ryynänen (2007) selvitti opinnäytetyössään myös potilaiden näkemystä sairaanhoitajan suorittaman soiton tärkeydestä. Sillä osastolla 34 on käytäntö, että sairaanhoitaja ottaa puhelimitse yhteyttä angiografiaan tulevaan potilaaseen, jolloin potilas saa ohjausta tulevasta toimenpiteestä jo puhelimitse. Opinnäytetyön mukaan vastaajat pitivät sairaanhoitajan suorittamaa soittoa erittäin hyödyllisenä. (Ryynänen 2007, 19.)

Ryynänen (2007) tekemä opinnäytetyö osoitti, että potilaat kaipaivat vielä tarkempaa ohjausta siitä, mitä toimenpiteessä kokonaisuudessaan tehdään, lisää ohjausta kaivattiin myös ruokavaliosta sekä lääkkeistä ja niiden käytöstä. Vastaajat olivat ilmaisseet opinnäytetyössä myös hoitajien kiireen ja toivoivatkin hoitajilta enemmän aikaa potilaille. (Ryynänen 2007, 18, 20.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Mikkelin keskussairaalan osaston 34 elekttiivisten angiografia- sekä pallolaajennuspotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen. Opinnäytetyön avulla saadaan tietoa osastolla annettavasta ohjauksesta potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjausta edelleen kehittäessä.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaiseksi angiografiapotilaat arvioivat osastolta 34 saamansa ohjauksen?
- 2) Mitä kehittämistarpeita angiografiapotilaiden ohjauksessa on?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa parhaimman tuloksen selvittäessä asiakastyytyväisyyttä suuremmasta joukosta ihmisiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskeisiä aiemmat tutkimukset ja käsitteet sekä teoriat, joista kysymykset nousevat. Tavoitteena on saada aikaan yleistettäviä päätelmiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 131, 169.)

Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Se vastaa kysymykseen *kuinka paljon* tai *miten usein*. Muuttuja on esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus (mielipide, postinumero, ammattiasema, käden liike, sukupuoli, ikä). Se on asia, josta määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. (Vilka 2007, 13- 14.) Kvantitatiivinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat voivat olla riippumattomia eli selittäviä, kuten vastaajien taustatiedot tai riippuvia eli selitettäviä, kuten vastaajien tyytyväisyys hoitoon tai kivun lievittyminen hoidon ansiosta. Tiivistetysti voidaan todeta, että kvantitatiivi-

sen tutkimuksen keskeinen merkitys on olemassa olevan tiedon vahvistaminen eikä niinkään uuden tiedon löytäminen tai teorian kehittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41, 49.)

Avoimien kysymysten analysoinnissa oli tarkoituksena käyttää sisällönanalyysi menetelmää, mutta koska avoimiin kysymyksiin vastasi vain muutama vastaaja, on vastaukset esitetty tuloksissa pelkästään suorina lainauksina. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain; kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

## 5.2 Aineiston keruu

Kyselyn kohderyhmänä olivat elektiiviset koronaangiografiapotilaat sekä potilaat, joille angiografian yhteydessä suoritettiin pallolaajennus. Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeen avulla.

Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. *Vakiointi* tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyssä vastaaja itse lukee kysymyksen ja vastaa siihen. (Vilkkä 2007, 28.)

Kyselylomake (liite 2) laadittiin tätä kyselyä varten. Kyselylomake hyväksytettiin osaston 34 osastonhoitajalla ja osaston angiohoitajilla sekä kardiologilla, jonka jälkeen kyselylomakkeelle tehtiin joitakin muutoksia. Lomakkeelle lisättiin kysymykset 5, 12 ja 16 osaston pyynnöstä. Lisäksi lomakkeelta poistettiin kokonaan kysymys, jolla tiedusteltiin ohjauksessa käytettyjä ohjausmateriaaleja, kuten video/DVD- tai äänikasetti/CD-materiaalia. Kysymys päädyttiin poistamaan, koska osastolla ei käytetä suullisen- ja kirjallisen ohjausmateriaalin lisäksi muuta materiaalia.

Kyselylomakkeen mukana vastaajat saivat saatekirjeen (liite 1), jossa kerrottiin kyselystä yksityiskohtaisemmin. Kyselylomake sisältää yhteensä 27 kysymystä. Kysymyk-

sillä 1 ja 2 selvitettiin vastaajien taustatietoja. Taustatiedoista haluttiin selvittää vain vastaajien sukupuoli ja ikä. Muutoin kysymykset ovat erimuotoisia väittämiä, jotka käsittelevät vastaajien mielipiteitä saamastaan ohjauksesta, sen sisällöstä ja riittävydestä. Väittämiin vastaajaa pyydettiin vastaamaan, valitsemalla annetuista vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa vastaajan mielipidettä. Lomakkeen kysymyksistä 22, 24 ja 26 ovat niin sanottuja avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat vastaavat vapaamuotoisesti. Avoimilla kysymyksillä haluttiin selvittää potilaiden mahdollista lisätiedon tarvetta sekä ottaa huomioon heidän mahdollisia parannusehdotuksiaan ohjauksen kokonaisuutta ajatellen. Vehkalahten mukaan avovastauksista saatetaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka voisi jäädä muuten kokonaan havaitsematta. (Vehkalahti 2008, 25.)

Kyselylle haettiin lupaa Mikkelin keskussairaalan johtajaylilääkäri Matti Suistomaalta elokuussa 2010. Lupapyyntö (liite 4), tutkimussuunnitelma, kyselylomake sekä luvan hakijoiden yhteystiedoilla varustettu kirjekuori, jossa oli valmiiksi maksettu postimaksu lähetettiin hallintoylihoitaja Mirja Rasimukselle, joka toimitti hakemuksen eteenpäin johtajaylilääkäri Matti Suistomaalle. Lupaa kerätä aineistoa haettiin syys- joulukuun 2010 ajalle. Kyselylle myönnettiin kirjallinen lupa (liite 5) ja kysely aloitettiin syyskuussa 2010. Hakemalla lupaa pidemmälle aikavälille varmistuttiin siitä, että aineistoa saadaan kerättyä riittävästi. Aineiston keruu tapahtui aikavälillä 23.9.2010–26.11.2010.

Tutkimusaineiston keruu tapahtui yhteistyössä osaston angiohoitajien kanssa. Osastolla oli nimettynä yksi angiohoitaja, joka toimi yhdyshenkilönämme. Hän seurasi kyselyn etenemistä osastolla ja lupasi informoida tarkemmin muita angiohoitajia kyselystämme sekä sen tarkoituksesta ja toteuttamisesta.

Angiohoitajat jakoivat kirjekuoressa kohderyhmämme potilaille kyselylomakkeet saatekirjeineen ennen potilaiden kotiutumista sairaalasta. Kyselylomakkeissa potilaita pyydettiin arvioimaan osastolla saamaansa ohjausta. Hoitajat kertoivat potilaille kyselyn olevan osa opinnäytetyötä, lisäksi he kertoivat potilaille, että potilaiden tulee vastata lomakkeen kysymyksiin ja palauttaa lomake kirjekuoressa osastolle ennen kotiutumista jos he haluavat osallistua kyselyyn. Täytetyt kyselylomakkeet potilaat palauttivat suljetussa kirjekuoressa niille varattuun laatikkoon osastolla. Hoitajat eivät kuitenkaan neuvoneet potilaita, mitä heidän tulisi vastata kysymyksiin. Saatekirjeessä

kerrottiin potilaille tarkemmin kyselymme taustasta ja tavoitteista. Vilkan mukaan saatteessa on annettava tarpeeksi tietoa tutkimuksesta, sillä sen perusteella henkilö päättää osallistumisestaan kyseiseen tutkimukseen. (Vilka 2007, 65.)

Ennen kuin aineiston keruu aloitettiin, kävimme osastolla tapaamassa osastonhoitajaa ja yhdyshenkilönämme toimivaa angiohoitajaa ja kävimme yhdessä tarkemmin lävitse aineiston keruuta. Osastolla toimivan yhdyshenkilön kanssa oltiin yhteydessä sähköpostitse, jotta saatiin tietoa muun muassa jo vastatuista lomakkeista. Lokakuun loppuun mennessä oli tullut 36 vastattua lomaketta, jotka noudettiin osastolta tuolloin. Aineiston keruuta päätettiin kuitenkin vielä jatkaa toistaiseksi, vähäisen vastausmäärän vuoksi. Vastausten vähäiseen määrään vaikutti osaltaan ainakin yksi aineiston keruun ajankohtaan osunut niin sanottu sulkuviikko, jolloin elektiiivisiä angiografioita ei tehty laisinkaan. Aineiston keruu päädyttiin lopettamaan marraskuun 26.päivään, sillä osastonlääkärit jäivät tuolloin viikoksi pois töistään, osastojärjestelyjen vuoksi ja näin ollen elektiiivisiä angiografioita ei ollut. Marraskuuhun mennessä aineistoa oli kertynyt 42 kappaletta. Tällöin katsottiin, että otos oli riittävä ja näin ollen aineiston keruu voidaan lopettaa. Otoksella tarkoitetaan havaintoyksiköiden joukkoa, joka on poimittu jotakin otantamenetelmää käyttäen perusjoukosta. Otos on ominaisuuksiltaan samanlainen kuin perusjoukko eli edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. (Vilka 2007, 51.)

### **5.3 Aineiston käsittely ja tutkimusaineiston analyysi**

Aineiston keruun ajankohta oli 23.9.2010 – 26.11.2010. Kyselylomakkeita vietiin osastolle kaiken kaikkiaan 60 kappaletta, joista yhteensä 42 kappaletta saatiin marraskuun lopussa vastattuina takaisin, näin ollen vastausprosentiksi muodostui 70 %.

Kyselyssä saadut vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti, eikä niitä luovutettu missään vaiheessa opinnäytetyön ulkopuolisille ihmisille. Saatu aineisto käsiteltiin Microsoft Excel 2007-ohjelmalla. Tulokset esitettiin prosentteina ja frekvensseinä. Asiaa havainnollistetaan myös taulukoiden ja kuvioiden avulla. Kyselylomake sisälsi kolme avointa kysymystä, jotka oli tarkoitus analysoida käyttäen sisällön analyysiä. Mutta

koska avoimiin kysymyksiin saatiin vain muutama vastaus, on vastaukset esitetty suorina lainauksina tämän työn tutkimustulokset luvussa.

#### 5.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksentekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkimuseettiset normit eivät sido tutkijaa laillisesti, mutta niiden voidaan katsoa velvoittavan tutkijaa ammatillisesti. Nämä normit sekä ohjaavat tutkimuksen tekoa että niillä ilmaistaan niitä arvoja, joihin tutkijoiden toivotaan ja uskotaan sitoutuvan. (Kuula 2006, 58).

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK on laatinut kuvauksen hyvää tieteellistä käytäntöä koskien. Kuvauksessa todetaan muun muassa, että hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näihin toimintatapoihin kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2002.)

Lokakuun 2010 alussa perustettu TUKIJA on valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta, joka toimii muun muassa tutkimuseettisten kysymysten asiantuntijana sekä tukee alueellisia eettisiä toimikuntia näiden periaatteellisissa eettisissä kysymyksissä. TUKIJAn julkaisemissa eettisissä periaatteissa todetaan, että tutkimuksen tulee olla perusteltu, suunniteltu ja laadittu huolellisesti ja että tutkimuksen mahdolliset hyödyt ja haitat on arvioitu etukäteen. (TUKIJA valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta 2010.)

Tämän opinnäytetyön tekemisen ohella on perehdytty myös tieteellisen tutkimuksen asettamiin eettisiin näkökulmiin. Ja näitä eettisiä näkökulmia on pohdittu ja otettu huomioon opinnäytetyön aikana, niin työn suunnittelu kuin toteutus sekä julkaisuvaiheessa.



Kyselyn suorittamiselle haettiin lupaa Mikkelin keskussairaalan johtajaylilääkäri Matti Suistomaalta elokuussa 2010 kirjeitse, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ohjeiden mukaisesti. Kyselylle myönnettiin kirjallinen lupa ja kysely aloitettiin syyskuussa 2010.

Mäkisen (2006) mukaan tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittavilla on mahdollisuus säilyttää anonymiteettinsä valmiissakin tutkimuksessa. (Mäkinen 2006, 114.) Vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi kyselylomakkeisiin vastattiin tässä kyselyssä täysin nimettömänä. Lisäksi varmistettiin, että jokaisella vastaajalla oli halutessaan mahdollisuus itse palauttaa kyselylomake suljetussa kirjekuoressa niille varattuun laatikkoon.

Kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Vastaajilta ei erikseen kysytty suostumusta osallistua kyselyyn vaan itse vastaaminen tulkittiin suostumukseksi. Tutkimuseettisistä näkökulmista katsottuna vapaaehtoisella tutkimukseen osallistumisella pystytään takaamaan ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Kuula 2006, 61.)

Kuula korostaa tutkittavien informoinnin tärkeyttä. Tutkittavien tulee saada perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista sekä tutkittavilta kerättävien tietojen käyttötarkoituksesta. (Kuula 2006, 62, 99.) Vastaajat saivat kyselylomakkeen mukana saatekirjeen, jossa kerrottiin tarkemmin tutkimuksen taustasta ja tavoitteista. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, että vastaukset tullaan käsittelemään täysin luottamuksellisesti ja anonymisti vain tätä kyseistä opinnäytetyötä varten sekä se, että opinnäytetyön valmistuttua kaikki kerätty aineisto hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla. Saatekirjeestä käy myös ilmi ketkä ovat kyselystä vastuussa ja keihin vastaaja voi ottaa yhteyttä saadakseen lisätietoja kyselystä ja siihen vastaamisesta. Yhteydenottoja kyselyn tiimoilta ei tullut ainuttakaan.

Kyselyn tulokset on tarkoitus saattaa Mikkelin keskussairaalan osasto 34 henkilökunnan tietoon opinnäytetyön valmistuttua, jotta he voivat hyödyntää niitä edelleen kehittäessään ohjaustaan. Mäkinen (2006) toteaa, että tutkimustulosten julkaiseminen

palvelee monta päämäärää ja vain tulosten julkisuus edesauttaa niiden hyödyntämistä yhteiskunnassa. (Mäkinen 2006, 121.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyyn osallistuneista miehiä oli 54,8 % (n=23) ja naisia 42,9 % (n=18). Vastaajista 47,6 % (n=20) oli iältään 56–70-vuotiaita. Reilu kolmannes (n=14) vastaajista oli iältään 40–55-vuotiaita ja yli 70 -vuotiaita oli kaikista vastaajista 19 % (n=8).

**TAULUKKO 1. Vastaajat ikäluokittain**

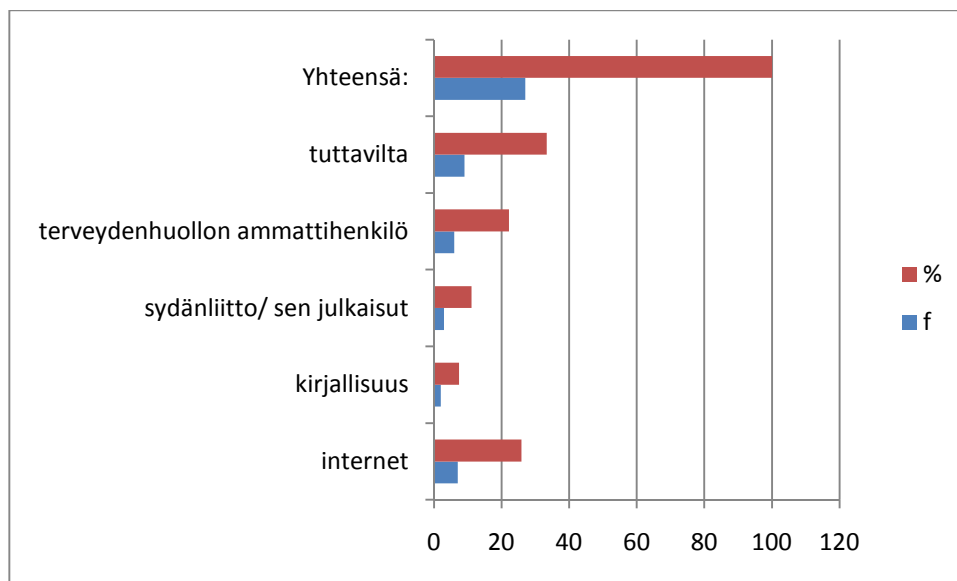
IKÄ	f	%
Alle 40 vuotta	0	0
40–55 vuotta	14	33,3
56–70 vuotta	20	47,6
yli 70 vuotta	8	19
Yhteensä	42	100

Vastaajista 33,3 % (n=14) oli aikaisemmin ollut sepelvaltimotaudin angiografiassa. Ensikertalaisia oli vastaajista 59,5 % (n=25). Vastaamatta kysymykseen jätti 7,1 % (n=3). Aikaisemmin jo toimenpiteessä olleista 33,3 % (n=14) oli jo tällöin saanut tietoa ja ohjausta sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta. Naisista sepelvaltimoiden angiografia oli aikaisemmin tehty 15,8 %:lle (n=3) ja he olivat iältään 56-vuotiaasta aina yli 70-vuotiaaseen saakka. Miehistä toimenpiteessä oli aikaisemmin oli hieman alle puolet 47,8 % (n=11) ja he olivat iältään 40-vuotiaasta yli 70-vuotiaaseen.

Ennen toimenpiteeseen tuloa sairaalasta otettiin sairaanhoitajan toimesta yhteyttä puhelimitse potilaaseen. Vastaajista 83,3 % (n=35) piti tätä soittoa tarpeellisena ja 14,3 % (n=6) valitsi ”en osaa sanoa” vaihtoehdon. Vastaajista yksikään ei ollut sitä mieltä, että soitto olisi tarpeeton.

Kysymyksillä 6 ja 7 selvitettiin potilaiden aktiivisuutta hankkia tietoa itsenäisesti ennen toimenpidettä. Tulokset osoittavat, että potilaiden itsenäinen tiedonhaku toimenpiteestä oli niukkaa. Tietoa itsenäisesti ilmoitti hankkineensa 38,1 % (n=16) vastaajista. Naiset hankkivat aktiivisemmin tietoa kuin miehet. Eniten tietoa saatiin tuttavilta 33,3 % (n=9). Internetistä tietoa etsi 25,9 % (n=7). Terveysthuollon ammattihenkilöihin turvautui 22,2 % (n=6). Sydänliiton kautta tietoa haki 11,1 % (n=3). Vähiten tietoa etsittiin kirjallisuudesta vain 7,4 % (n=2). Vastaajista 47,6 % (n=20) ei ollut hankkinut itsenäisesti tietoa ennen toimenpidettä.

Pääsääntöisesti Internetistä ja tuttavilta tietoa hakivat 40–55-vuotiaat vastaajat. 56–70-vuotiaat turvautuivat Sydänliittoon ja sen julkaisuihin, tuttaviin ja terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Tämän ikäryhmän naisista vain 12,5 % (n=8) turvautui enää Internetiin. Yli 70-vuotiaat olivat ainoita, jotka etsivät tietoa kirjallisuudesta.



**KUVIO 1. Potilaiden tiedonhankinta ennen toimenpidettä**

**TAULUKKO 2. Potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta (N=42)**

kysymys	Kyllä	Ei	tyhjiä
8. Koitteko tiedon tulevasta toimenpiteestä (ennen ohjausta) pelottavana, ahdistavana yms.?(n=41)	23,8 %	73,8 %	2,4 %
9. Jos tuleva toimenpide pelotti/ahdisti teitä, niin koitteko saamanne ohjauksen lievittävän tätä pelkoa ja ahdistusta?(n=30)	59,5 %	11,9 %	28,6 %
10. Koitteko että saitte sairaalasta tarpeeksi ohjausta?(n=41)	97,6 %	0 %	2,4 %
11. Oliko tila/tilanne jossa ohjaus tapahtui mielestänne rauhallinen ja asiaan sopiva?(n=41)	92,9 %	4,8 %	2,4 %
13. oliko ohjaukselle varattu mielestänne tarpeeksi aikaa?( n=42)	97,6 %	2,4 %	0,0 %
14. Koetteko, että ohjausta antaneella hoitajalla oli tarpeeksi tietoa aiheesta?(n=41)	97,6 %	0,0 %	2,4 %
15. Tunsitteko saavanne tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta sairaalassa olo aikananne?(n=42)	97,6 %	2,4 %	0 %
19. Koetteko, että saitte tarpeeksi tietoa toimenpiteestä ja sen kulusta? (n=37)	88,1 %	0 %	11,9 %
20. Oliko sairaalassa saamanne ohjaus mielestänne riittävää ja selkeää? (n=42)	100 %	0 %	0 %
21. Koitteko, että saitte vastaukset kaikkiin kysymyksiinne? (n=41)	95,2 %	2,4 %	2,4 %
23. Jäikö jokin asia/asiat mielestänne kokonaan ohjaamatta? (n=38)	0 %	90,5 %	9,5 %
25. Oliko ohjauksessa mielestänne parannettavaa? (n=33)	7,1 %	71,4 %	21,4 %

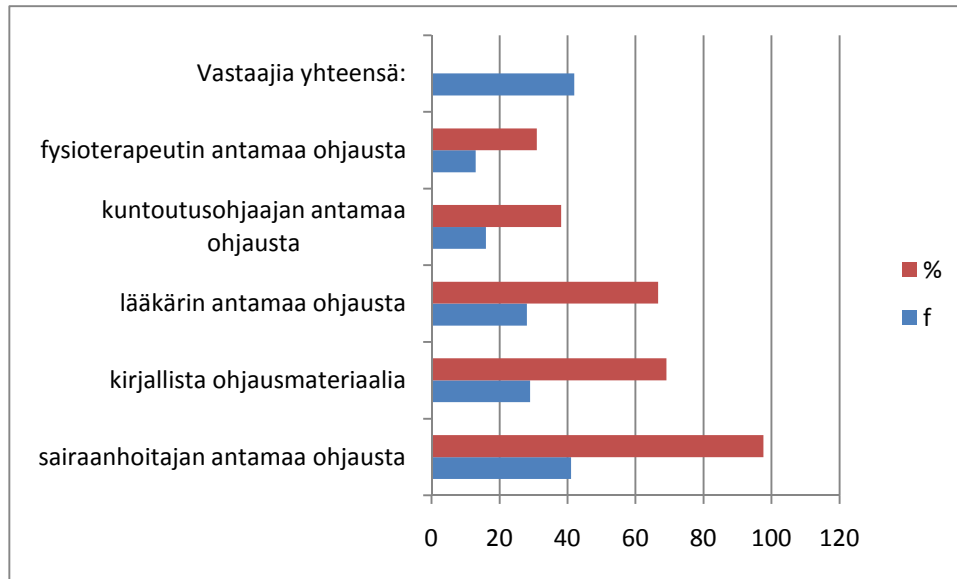
Kysymyksissä 8 ja 9 kartoitettiin potilaiden pelkoa ja ahdistusta ennen toimenpidettä ja selvitettiin, oliko ohjauksesta apua näihin tunnetiloihin. Tieto tulevasta toimeenpiteestä herätti pelon tunteita ja ahdistusta 23,8 %:ssa (n=10) vastaajista. Kuitenkin 59,5 % (n=25) vastasi, että sai apua näihin tunteisiin ohjauksesta, vaikkakin vain kymmenen vastaajaa myönsi tunteensa pelkoa ja ahdistusta. Vähiten tuleva toimenpide pelotti ja ahdisti yli 70-vuotiaita vastaajia. Vastaajista 11,9 % (n=5) ei mielestään saanut ohjauksesta apua ahdistukseen, eikä pelkoihin. Heistä suurin osa oli iältään yli 70-vuotiaita. 73,8% (n=31) vastaajista koki ettei tuleva toimenpide ahdistanut eikä pelottanut heitä. Sairaalassa olo aikana hoitohenkilökunnalta tunsivat saavansa tarpeeksi tukea 97,6 % (n=41) vastaajista.

Tilaa, jossa ohjaus tapahtui, pidettiin pääsääntöisesti rauhallisena ja asianmukaisena. Vastaajista tätä mieltä oli 92,9% (n=39). Ohjaustilaan tyytymättömiä oli 4,6 % (n=2).

Potilaiden hoito ja ohjaus toteutettiin huoneessa, jossa oli niin miehiä kuin naitaki. 85,7 % (n=36) oli sitä mieltä, että tämä ei häirinnyt heitä. Häiritsevästä sen tunsivat 4,8 % (n=2), joista molemmat olivat naispuolisia ja iältään 56-70-vuotiaita.

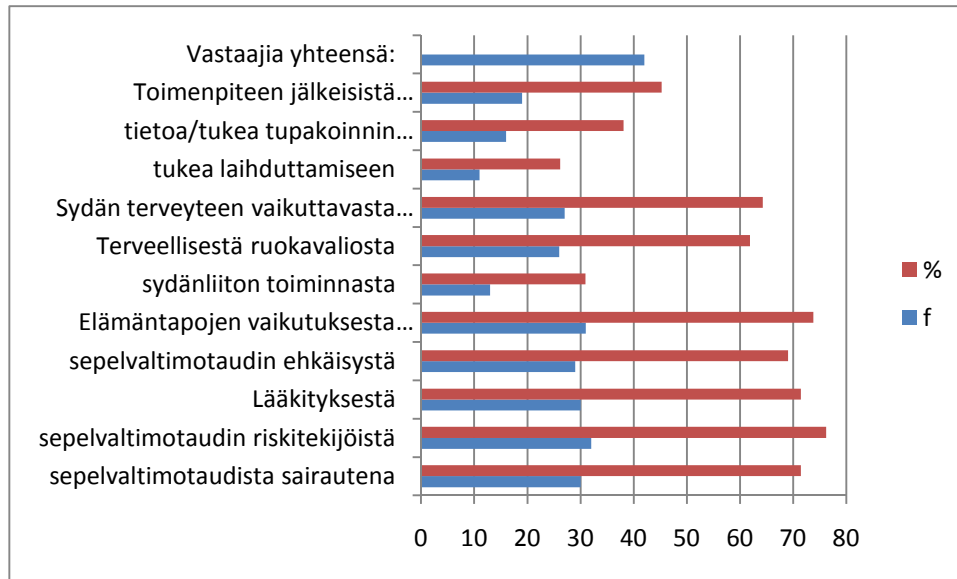
Kysymyksissä 13 ja 14 kartoitettiin potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Ohjaukselle varattua aikaa piti riittävänä 97,6% (n=41). Riittämättömäksi ajan tunsivat 2,4% (n=1) vastaajista. Hoitajan tiedollista valmiutta ohjaamiseen piti kattavana 97,6 % (n=41) vastaajista. Yksikään ei ollut sitä mieltä, että ohjausta antaneella hoitajalla olisi tiedollisia puutteita ohjauksessaan.

Ohjauksen sisältöä kartoitettiin kysymyksellä 16, jossa vastaaja pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Sairaanhoitajan antamaa ohjausta oli saanut 97,6 % (n= 41) vastaajista. Yli puolet vastaajista 66,7 % (n=28) olivat saaneet lääkärin antamaa ohjausta. Kirjallista ohjausmateriaalia oli saanut 69 % (n= 29) vastaajista. Kuntoutusohjaajan antamaa ohjausta oli saanut 38,1 % (n=16) vastaajista ja fysioterapeutin ohjausta 30,9 % (n=13) vastaajista.



**KUVIO 2. Vastaajien saaman ohjauksen sisältö.**

Kysymys 18 oli monivalintakysymys, jossa arvioitiin ohjauksen sisällöllistä riittävyyttä. Yli puolet 71,4 % (n=30) vastaajista kokivat saaneensa tarpeeksi tietoa sepelvaltimotaudista sairautena. Pääsääntöisesti miehet olivat tyytyväisempiä ohjauksen sisällölliseen riittävyyteen kuin naiset. Sepelvaltimotaudin riskitekijöistä koki saaneensa riittävästi tietoa 76,2% (n=32) vastaajista. Lääkityksestä saaneen tiedon koki kattavaksi 71,4 % (n=30) vastaajista. Sepelvaltimotaudin ehkäisystä 69 % (n=29) sai mielestään tarpeeksi tietoa. Elämäntapojen vaikutuksesta sairauteen sai riittävästi tietoa 73,8 % (n=31). Alle puolet 31 % (n=13) vastaajista oli sitä mieltä, että saivat tarpeeksi tietoa sydänliiton toiminnasta. Terveellisestä ruokavaliosta koki 61,9 % (n=26) vastaajista saaneensa tarpeeksi tietoa. Sydänterveyteen vaikuttavasta liikunnasta sai riittävästi tietoa 64,3 % (n=27) vastaajista. 26,2 % (n=11) sai mielestään tarpeeksi tietoa laihduttamiseen. Tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamisesta piti riittävänä 38,1% (n=16). Toimenpiteen jälkeisistä hoidoista kuten kontroleista yms. sai riittävästi tietoa 45,2 % (n= 19) vastaajista. 92,9 % (n=39) sai mielestään riittävästi sairaalasta kirjallista ohjausmateriaalia.



**KUVIO 3. Potilaiden tiedonsaanti ohjauksesta**

Kysymyksessä 19 selvitettiin, saivatko vastaajat mielestään riittävästi tietoa itse toimenpiteestä ja sen kulusta. Riittävästi tietoa koki saaneensa 88,1 % (n=37) vastaajista. Vastaajista yksikään ei ollut sitä mieltä, että saatu tieto olisi ollut riittämätön.

97,6 % (n=41) Tunsi, että sai kaiken kaikkiaan tarpeeksi ohjausta sairaalassa olo aikana. Lähes kaikki 97,6 % (n=41) vastanneet olivat sitä mieltä, että saivat tarpeeksi ohjausta. Selkeänä ja riittävänä sitä piti jokainen vastaaja 100 % (N=42).

95,2 % (n=40) vastaajista koki, että he olivat saaneet vastaukset kaikkiin kysymyksiinsä. 2,4% (n=1) tunsi, että kaikkiin kysymyksiin ei oltu vastattu.

Kysymys 22 oli avoin kysymys, jolla selvitettiin mistä asiasta/asioista potilaat olisivat kaivanneet lisää tietoa. Lisää tietoa olisi haluttu:

*”Liikunnasta”*

*”kuntoutuskursseista/Kela”*

*”Tulevaisuuden odotuksista”*

*”Lääkkeistä, mistä huono liikkuminen johtuu tai vaikea hengittäminen”*

Vastaajilta kysyttiin erikseen kysymyksillä 23 ja 24, jäikö heidän mielestään jokin asia kokonaan ohjaamatta, ja jos jäi niin mikä. Vastaajista 90,5 % (n=38) koki, että mikään asia ei jäänyt kokonaan ilman ohjausta.

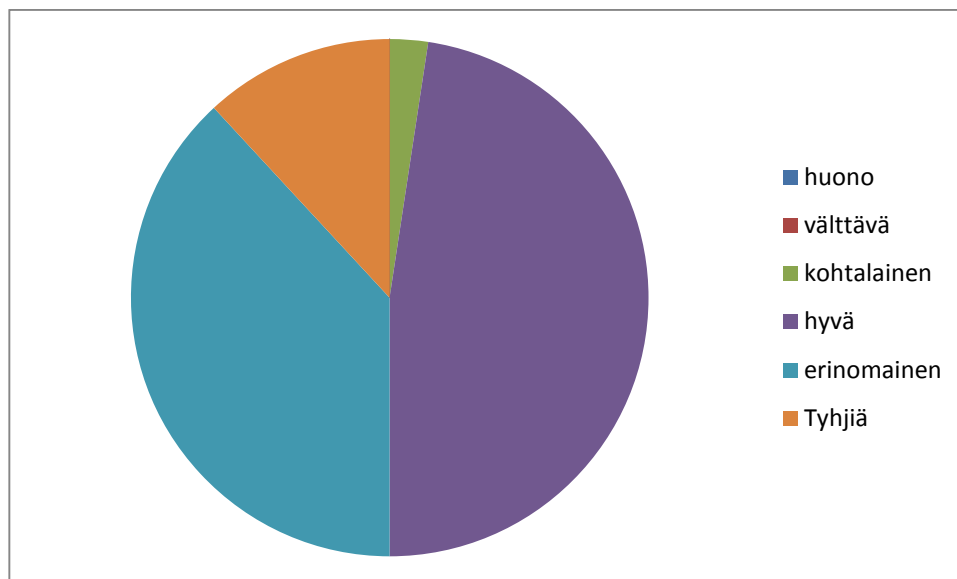
Vastaajista 7,1 % (n=3) oli sitä mieltä, että ohjauksessa olisi parannettavaa. He ehdottivat seuraavia parannuksia ohjaukseen:

*”Kotiin lähtiessä lääkärin luona käynti”*

*” Eihän se ohjaus koskaan ole liian hyvää”*

*”Aina löytyy jotain muuten kehitys pysähtyy”*

Tulokset osoittavat, että potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Erinomaiseksi arvioi saamaansa ohjauksen 38,1 % (n=16) vastaajista. Hyväksi sen arvioi lähes puolet 47,6 % (n=20). Kohtalaiseksi hoidon arvioi vain murto-osa 2,3 % (n=1).



**KUVIO 4. Potilaiden kokonaisarvio saamastaan ohjauksesta**



## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 226).

Mittauksen luotettavuudesta puhuttaessa erotetaan kaksi perustetta: *validiteetti* ja *reliabiliteetti*. Validiteettia näkee toisinaan kutsutun pätevyudeksi ja reliabiliteettia joko luotettavuudeksi tai toistettavuudeksi. Validiteetti kertoo, mitataanko sitä, mitä piti, ja reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. (Vehkalahti 2008, 40–41.)

Tämän opinnäytetyön reliabiliteettia pyrittiin parantamaan muun muassa kiinnittämällä huomiota kyselyyn laadittujen kysymysten kokonaismäärään, ymmärrettävyyteen sekä selkeisiin vastausohjeisiin. Reliabiliteettia olisi myös parantanut jos kyselylomake olisi testattu etukäteen. Vaikkei lomaketta varsinaisesti päästy esitestaamaan, niin lomaketta arvioi kuitenkin ennen sen käyttöön ottoa osaston lääkäri ja hoitajat. Tarkemmin suunnitellulla lomakkeen esitestauksella olisi voitu varmistua sen toimivuudesta ja näin ollen saada kattavampia vastauksia, sillä nyt useassa lomakkeessa oli jätetty vastaamatta osaan kysymyksistä. Vastaamattomuus saattoi johtua siitä, ettei vastaaja ollut ymmärtänyt kysymystä oikein tai hän katsoi, ettei kysymys koske häntä ja hänen tilannettaan lainkaan. Myös kiire tai huolimattomuus saattaa olla osasyypuutteellisiin vastauksiin, sillä joissakin lomakkeissa oli jäänyt kokonaisia sivuja vastaamatta. Huomattaessa puutteellisia vastauslomakkeita kertyvän, pyydettiin osaston angiohoitajia tarkentamaan potilaille ohjeistusta lomakkeen täytön osalta.

Opinnäytetyön lähdekritiikkiin kiinnitettiin huomiota. Työhön valittiin tieteellisesti päteviä lähteitä, joiden pohjalta kyselylomakekin luotiin. Lähdekritiikissä kiinnitettiin huomiota myös lähteiden ajankohtaisuuteen sillä ohjauksen ohella myös sydänsairauksia tutkitaan jatkuvasti ja näin ollen uutta tietoa tulee kokoajan ja tieto muuttuu myös nopeasti. Tällä on pyritty varmistamaan, että työ olisi mahdollisimman ajan tasalla oleva.

Tutkimustulosten luotettavuus on suoraan verrannollinen otoksen suuruuteen. Vilkan mukaan voidaan sanoa, että mitä suurempi otos on, sitä luotettavimmat ovat tuloksetkin. (Vilka 2007, 57.) Suurempi otos mahdollistaa myös tulosten yleistettävyyden. Riittävän suuren vastaajamäärän varmistamiseksi ja näin ollen tulosten luotettavuuden parantamiseksi parasta kyselyn ajankohtaa suunniteltiin ja selvitettiin etukäteen. Aineiston keruun ajankohtaan sattui kuitenkin syyslomaviikko jolloin elektiiivisiä angiografioita ei tehty lainkaan. Vilkan mukaan huonosti suunniteltu kyselyn ajoitus osaltaan vaikuttaa siihen, että kyselyn vastausprosentti jää alhaiseksi. (Vilka 2007, 29.)

Kyselyn luotettavuutta parantaa myös se, etteivät osaston 34 angiohoitajat nähneet lainkaan lopullista kyselylomaketta, jolloin välttyttiin siltä, että he olisivat tarkoituksenmukaisesti voineet vaikuttaa potilaiden vastauksiin.

## **7.2 Tulosten tarkastelu**

Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajat olivat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä osastolta 34 saamaansa ohjaukseen. Tulokset osoittavat, että vastaajat kokivat saamansa ohjauksen riittävänä ja selkeänä. Ryynäsen (2007) saamat tulokset osoittivat myös, että valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Myös Honka (1999) on käsitellyt tutkimuksessaan sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvän ohjauksen kehittämistä. Hänen tutkimuksensa on osoittanut myös, että sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat potilaat ovat olleet suurimmaksi osaksi tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. (Ryynänen 2007, 19; Honka 1999, 30.)

Joitakin kehitys- ja parannusehdotuksia työssämme kuitenkin ilmeni. Tällaisia olivat muun muassa toive siitä, että potilaalla olisi vielä kontakti häntä hoitaneeseen lääkäriin ennen kotiutumista. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että osa vastaajista jäi kaipaamaan enemmän tietoa liikunnasta, kuntoutuskursseista sekä lääkkeistä. Ryynäsen (2007) kyselyssä vastaajat kokivat myös saaneensa liian vähän ohjausta lääkehoidosta ja terveyden ylläpitämisestä. Näitä tuloksia vertaillen voidaan todeta, että ainakin lääkehoidon osuutta ohjauksessa olisi vielä syytä tarkentaa.

Kyselyssä haluttiin selvittää myös, kuinka aktiivisesti potilaat hakevat itse tietoa toimenpiteestä. Tulokset osoittivat, että potilaiden itsenäinen tiedonhaku oli hyvin niukkaa. Ryytänen (2007) tulosten mukaan itsenäinen selvitys toimenpiteestä oli myös heikkoa. (Ryytänen 2007, 12.) Tuloksista voidaan päätellä, että potilaat luottavat saavansa hoitohenkilökunnalta riittävän ohjauksen.

Lisäksi kyselyssä selvitettiin vastaajien mielipiteitä osaston 34 angiohoitajien tiedollisista ohjausvalmiuksista, jotka osoittautuivat hyviksi. Yksikään vastaaja ei ollut sitä mieltä, että angiohoitajilla olisi ollut tiedollisia puutteita ohjauksessaan. Myös Tähtisen (2007) tutkimus tukee tätä tulosta osoittamalla, että yleensä hoitohenkilöstöllä on olemassa hyvät tiedolliset ohjausvalmiudet sairauden ja sairauden hoidon osalta. (Tähtinen 2007,33.)

Alasen (2003) tutkimuksen mukaan tiedonsaantia sairaudesta, sen tutkimuksista ja toimenpiteistä on pidetty yhtenä tärkeimmistä osa-alueista ohjauksessa. (Alanen 2003,47). Tässä opinnäytetyössä vastaajat olivatkin hyvin yksimielisiä siitä, että he saivat ohjauksessa riittävästi tietoa angiografiasta toimenpiteenä. Myös Ryytänen (2007) sai samansuuntaisia tuloksia, mutta tuolloin osa potilaista olisi kuitenkin kaivannut vielä tarkempaa tietoa toimenpiteen kulusta. (Ryytänen 2007, 15, 18.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitohenkilökunta on itse arvioinut, ettei heillä ole mielestään riittävästi aikaa käytettävissä potilaiden ohjaukseen. (Tähtinen 2007, 14.) Hongan (1999) tutkimuksesta käy ilmi, etteivät potilaat kuitenkaan pidä ajanpuutetta yhtä ongelmallisena, mitä hoitohenkilökunta. (Honka 1999, 30.) Tässä opinnäytetyössä haluttiin myös selvittää ohjaukselle varattua aikaa ja sen riittävyttä. Tuloksista käy ilmi, että kaikki vastaajat, lukuun ottamatta yhtä, pitivät osastolla 34 ohjaukselle varattua aikaa riittävänä, vaikka Ryytänen (2007) opinnäytetyössä osa potilaista olisi taas kaivannut hoitohenkilökunnalta enemmän aikaa ohjaukselle. (Ryytänen 2007, 18,19.) Parantuneesta tilanteesta voidaan siis päätellä, että osastolla on kiinnitetty enemmän huomiota ohjaukselle varattuun aikaan.

Elektiiviseen angiografiaan tulevaan potilaaseen ollaan yhteydessä osastolta käsin puhelimitse jo ennen sairaalaan tuloa. Kyselyssä kysimme potilaiden mielipidettä

tästä sairaanhoitajan suorittamasta soitosta. Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä puhelinsoiton tarpeellisuudesta. Yksikään vastaaja ei ilmoittanut, että soitto olisi ollut heidän mielestään tarpeeton. Muutama vastaaja oli tuottanut kysymykseen myös niin sanottua vapaata tekstiä, jossa soitosta muun muassa kiiteltiin ja sitä keuhuttiin ”positiiviseksi yllätykseksi”. Tosin vastaajien joukosta löytyi pari vastaaja, jotka ilmoittivat, etteivät olleet saaneet lainkaan kyseistä soittoa. Puhelinsoiton tarpeellisuuden puolesta puhuu myös Alasen (2003) tekemästä tutkimuksesta saadut tulokset. Tutkimuksessaan hän on tutkinut potilaiden tiedonsaantia ja tiedontarpeita. Tutkimustulokset osoittavat, että potilaat pitävät tiedonsaannin mahdollisuutta jo ennen sairaalahoittoa hyvin tärkeänä. (Alanen 2003, 47.) Myös Ryyänen (2007) sai tuloksia, jotka puolesta puhuvat sairaanhoitajan soiton tarpeellisuudesta, sillä tuolloinkin suurin osa vastaajista oli arvioinut soiton erittäin hyödylliseksi ja yksikään vastaaja ei ollut sitä milltä, että se olisi ollut tarpeeton. (Ryyänen 2007, 13.)

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan ohjaus on yksi tehokkaimmista keinoista lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta hoitotilanteissa. (Tähtinen, 2007,4.) Kysyttäessä vastaajilta heidän tuntemuksiaan ennen toimenpidettä, neljäsosa vastaajista myönsi tunteneensa pelkoa ja ahdistus. Tästä neljäsosasta kaikki kokivat kuitenkin saaneensa helpotusta pelkoonsa ja ahdistukseensa osastolta saamansa ohjauksen myötä. Vastaajien tuntemuksia selvitettiin kysymyksillä numero 8 ja 9. Kysymyksistä saatuihin tuloksiin tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti, sillä itse kysymysten asettelu ja vastausohjeistusta voidaan pitää huonona. Kysymyksellä 8 kysyttiin tunsiko vastaaja pelkoa tai ahdistusta ennen toimenpidettä ja yleisin vastaus oli ei. Kysymyksellä 9 puolestaan kysyttiin, että lievittikö sairaalassa saatu ohjaus pelkoa ja ahdistusta. Tähän vastaajat olivat lähes poikkeuksetta vastanneet kyllä, vaikka olivat kysymyksessä 8 todenneet, etteivät tunteneet pelkoa ja ahdistusta lainkaan. Toisaalta muutama vastaaja oli taas vastannut kielteisesti kumpaankin kysymykseen. Kysymys olisikin tullut ohjeistaa erikseen, että jos vastaaja vastaa kysymykseen numero 8, ettei tuntenut pelkoa ja ahdistusta siirtyä hän suoraan kysymykseen numero 10.

Kysymys numero 18 osoittautui myös huonosti asetelluksi. Kysymyksessä selvitettiin vastaajien mielipiteitä saamansa ohjauksen sisällön riittävytydestä. Kysymys sisälsi yksitoista eri ohjauksen sisältöä käsittelevää osa-aluetta, joista vastaajaa pyydettiin valitsemaan vastausvaihtoehdoista kyllä tai ei, sen mukaan kokiko vastaaja saaneensa

riittävästi tietoa kyseisestä osa-alueesta. Yksi väittämistä pyrki selvittämään, oliko vastaaja mielestään saanut riittävästi tukea laihduttamiseen. Kysymys sisälsi myös väittämän, jossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan oliko hän saanut mielestään riittävästi tietoa/tukea tupakoinnin lopettamiseen. Näiden kysymysten kohdalla vastaajilla olisi kuitenkin tullut olla vastausvaihtoehtojen kyllä ja ei lisäksi vaihtoehto, jolla he olisivat voineet ilmaista, ettei heillä ole tarvetta laihduttamiseen tai tupakoinnin lopettamiseen. Koska tällaisia vastausvaihtoehtoja ei ollut, tulee kysymyksestä 18 saatuihin tuloksiin suhtautua kriittisesti. Osa vastaajista oli luultavasti kokenut tämänkin kysymyksen ohjeistuksen puutteellisena, sillä he olivat vastausvaihtoehdoista ympyröineet vain vaihtoehdon kyllä ja näin ollen väittämät, joista ei ollut valittu kumpaakaan vaihtoehtoa, olisi voitu tulkita ei vastauksiksi. Tulosten analysoinnissa ei kuitenkaan voitu lähteä tulkitsemaan vastaamattomia väitteitä kielteisiksi vastauksiksi, vaikka vastaaja oli melko selkeästi osoittanut, että tyhjällä vastauksellaan hän tarkoittaa, ettei ollut mielestään saanut riittävästi tietoa kyseisestä osa-alueesta.

Kysymyksestä 18 saadut tulokset osoittavat myös, että vastaajista miehet kokivat selkeästi useammin saaneensa tarpeeksi tietoa sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta kuin mitä naiset kokivat. Tätä tulosta tukee myös aikaisemmista tutkimuksista saadut tulokset, jotka osoittavat naisten tiedon tarpeen olevan miesten tiedontarvetta suurempi. (Alanen 2003, 47.) Tulosta naisten suuremmasta tiedon tarpeesta tukee osaltaan myös tulos, joka saatiin selvitetessä potilaiden itsenäistä tiedonhankintaa, sillä tästä tuloksesta voidaan nähdä, että naiset hakivat miehiä enemmän itsenäisesti tietoa tulevasta toimenpiteestä.

Tutkimuksessa selvitettiin ketkä kaikki olivat osallistuneet vastaajien ohjaamiseen sairaalassa. Vastauksista käy ilmi, että kaikki kysymykseen vastanneet olivat saaneet ohjausta sairaanhoitajalta, mutta vain reilu puolet vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet ohjausta lääkäriltä tai kirjallista ohjausmateriaalia ohjauksen tueksi. Vain kolmasosa vastaajista oli mielestään saanut ohjausta toimintaterapeutilta tai fysioterapeutilta. Tätä tulosta tarkasteltaessa herää kysymys, miksi vain reilu puolet vastaajista ilmoittaa saaneensa kirjallista ohjausmateriaalia tai lääkärin antamaa ohjausta, vaikka jokaisen vastaajan olisi kuulunut ainakin saada niitä. Toisaalta tulee ottaa huomioon, että vastauksiin saattaa vaikuttaa se, miten vastaajat ovat käsitteen ohjaus

käsittäneet. Saatekirjeessä olisikin ollut hyvä määritellä vastaajille, mitä kaikkea sanalla ohjaus tarkoitetaan tässä tutkimuksessa.

Tulosten analysoinnissa on syytä kiinnittää huomioita myös vastaamattomien kysymysten määrään. Useampi vastaaja oli jättänyt kokonaisia sivuja vastaamatta. Yleisintä oli, että lomakkeen viimeinen sivu oli kokonaan vastaamatta. Kokivatko vastaajat lomakkeen liian laajaksi vai oliko kyse huolimattomuusvirheestä, sitä emme voi varmuksi sanoa, mutta valitettavan usea kyselylomake sisälsi puutteellisia vastauksia.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

1. Valtaosa vastaajista pitää osaston 34 potilasohjauksen tasoa hyvänä, sisällöllisesti riittävänä ja selkeänä. Tilaa, jossa ohjausta annetaan kuin myös ohjaukselle varattua aikaa pidettiin pääsääntöisesti asiallisenä. Myös hoitohenkilökunnan tiedollisia ohjausvalmiuksia pidettiin lähes yksimielisesti kattavina.
2. Enemmän/selkeämpää ohjausta tämän tutkimuksen mukaan jäätin kaipaamaan lääkehoidon, liikunnan ja kuntoutuskurssien osalta. Lääkehoitoon ja terveyden ylläpitämiseen liittyvään ohjaukseen jäätin kaipaamaan myös Rynäsen(2007)tutkimustulosten mukaan lisää tietoa. Tästä voidaan tehdä johtopäätös siitä, että osastolla tulisi vielä kehittää ohjausta näiden osa-alueiden kohdalla.

Opinnäytetyötä olisi ollut toisaalta mielenkiintoista laajentaa ja selvittää niin hoitajien kuin potilaiden näkemyksiä ohjauksesta ja vertailla näitä tuloksia keskenään. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista selvittää, miten potilaiden itsenäistä tiedonhankintaa voisi lisätä tai minkälaiseksi hoitohenkilökunta arvioi potilaiden tuen tarvetta.

## LÄHTEET

Aarnio, P. Airaksinen, J. Armstrong, E. Harjula, A. Juntunen, J. Juvonen, T. Lassila, R. Naukkarinen, M. Roine, R. Syväne, M. Taajamaa, B. Uurto, I & Ylitalo, A. 2006. *Angiologia*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Alanen S., 2003. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Axford, J. O' Callghan, C. 2004. *Medicine*. Madrid. Blackwell publishing.

Frilander-Paavilainen E-L., Kantola E., Suuronen E., 2005. Keski-ikäisten naisten sepelvaltimotaudin riskitekijät, elämäntavat ja ohjaus sairaalassa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja B No:23, loppuraportti 2005. Kotkan kirjapaino oy 11/2006.

Heikkilä, J. Kupari, M. Airaksinen, J. Huikuri, H. Nieminen, M. Peuhkorinen, K. 2008. *Kardiologia*. Duodecim kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P., 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino oy, Keuruu.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P., 2009. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Honka P., 1999. Sydän- ja verisuonisairauteen liittyvän ohjauksen kehittäminen. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Jokinen, E. Juvonen, T. Kaartinen, M. Nieminen, M. Niitynperä, T. Partanen, J. Pohjola-Sintonen, S. Romo, M. Strandberg, T & Vanhanen, H. 2005. *Suomalaisten uusi sydänkirja*. Otavan kirjapaino oy, Keuruu.

Koivunen, K. 2000. Sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. Pro-gradu-tutkielma. Oulu: Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto.

Koskela, M. 2006. Naisen sydän, kokemuksia tiedon tarpeesta, sepelvaltimotaudista, ohitusleikkauksesta ja kuntoutumisesta. Pro-gradu-tutkielma. Oulu: Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto.

Kuula A., 2006. Tutkimusetiikka. Vastapaino, Tampere.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E., Renfors T., 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit oy, Porvoo.

Laatikainen, T. Pääkkönen, R. Keskimäki, I. Hämäläinen, H. Rintanen, H. Niemi, M. Moltchanov, V & Salomaa, V.2004. Tietokanta sepelvaltimotaudin esiintyvyydestä. Suomen Lääkärilehti, 59 (23), 2403-2407 .ISSN 21322 .

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2010. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Luettu 13.3.2010

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994 / 559.

Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Duodecim kirjapaino Oy, Helsinki.

Mäkinen O., 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki.

Niskanen, L.2008. Sydänsairaudet. Duodecim oy.

Ryynänen L-M., ”Tiesi vähän mitä tulevan pitää” koronaariangiopotilaan ohjaus MKS:n os.34. Opinnäytetyö, hoitotyönkoulutusohjelma, marraskuu 2007. Mikkelin ammattikorkeakoulu.



Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. 2010 Potilasohjaus hoitotyön punainen lanka. WWW-dokumentti.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyön\\_punainen/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/)  
sivu päivitetty 8.11.2010. Luettu 27.1.2011.

Suomen Sydänliitto ry 2008. WWW-dokumentti.

[http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/tilastot\\_ja\\_rekisterit/fi\\_FI/yleistietoja/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/tilastot_ja_rekisterit/fi_FI/yleistietoja/)  
Sivu päivitetty 13.6.2008. Luettu 13.3.2010

Suomen sydänliitto ry 2010. WWW-dokumentti.

<http://www.sydanliitto.fi/elintavat>  
Sivu päivitetty 20.12.2010. Luettu 27.1.2011

TUKIJA valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta 2010. Eettisiä periaatteita. WWW-dokumentti: <http://www.tukija.fi/fi/yleista/periaatteet>. päivitetty 23.5.2010, luettu 3.1.2011.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta(TENK) 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. WWW-dokumentti <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>. päivitetty 18.1.2010, luettu 3.1.2010.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki, Tammi.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro-gradu-tutkielma. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos, Oulun yliopisto.

Vehkalahti K., 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki.

Vilka H., 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki.

**Hyvä asiakas!**

Olemme kaksi Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijaa. Valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2010. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää Mikkelin keskussairaalan os. 34 varjoainekuvaukseen tulevien potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tyytyväisyyttä saamaanne ohjaukseen mittaamme laatimallamme kyselylomakkeella.

Vastauksellanne on merkitystä, sillä kyselyn tulosten perusteella voidaan kehittää sekä parantaa potilasohjausta osastolla 34. Toivommekin teidän osallistuvan tutkimukseemme, sillä jokaisen teidän vastaus on arvokas.

Tulemme käsittelemään kaikki antamanne tiedot täysin luottamuksellisesti ja vain tätä kyseistä tutkimusta varten. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa paljastumaan ja täyttämämme kyselylomakkeet tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua.

YHTEISTYÖSTÄNNE KIITTÄEN.

Elisa Kettunen

Laura Närhi

elisa.kettunen@mail.mamk.fi

laura.narhi@mail.mamk.fi

**KYSELYLOMAKE**

Olkaa hyvä ja ympyröikää mielestänne oikea vastaus.

1. Mikä on sukupuolenne?

- a) Nainen
- b) Mies

2. Mikä on ikänne?

- a) Alle 40 vuotta
- b) 40–55 vuotta
- c) 56–70 vuotta
- d) Yli 70 vuotta

3. Oletteko aikaisemmin olleet sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa, ennen nyt suoritettua kuvausta? (Jos vastaatte tähän kohtaan EN, siirtykää suoraan kysymykseen 5.)

- a) Kyllä
- b) En

4. Saitteko silloin jo tietoa sepelvaltimotaudista ja sen hoidosta?

- a) Kyllä
- b) Ei

5. Sairaanhoidtaja soitti teille ennen sairaalaan saapumistanne, koitteko tämän yhteydenoton

- a) Tarpeellisena
- b) Tarpeettomana
- c) En osaa sanoa

6. Haitteko itse tietoa toimenpiteestä ennen sairaalaan tuloa? (Jos vastaatte EN, niin siirtykää suoraan kysymykseen 8.)
- a) Kyllä
  - b) En
7. Jos haitte itsenäisesti tietoa toimenpiteestä, niin mistä? (Tässä kysymyksessä voitte valita useamman oikean vaihtoehdon ympyröimällä.)
- a) Internet
  - b) Kirjallisuus
  - c) Sydänliitto/ sen julkaisut
  - d) Terveystieteiden ammattihenkilöiltä
  - e) Tuttavilta
8. Koitteko tiedon tulevasta toimenpiteestä (ennen saamaanne ohjausta) pelottavana, ahdistavana yms.?
- a) Kyllä
  - b) En
9. Jos tuleva toimenpide pelotti/ahdisti teitä, niin koitteko saamaanne ohjauksen lievittävän tätä pelkoa ja ahdistusta?
- a) Kyllä
  - b) En
10. Koitteko, että saitte sairaalasta tarpeeksi ohjausta?
- a) Kyllä
  - b) Ei
11. Oliko tila/ tilanne jossa ohjaus tapahtui mielestänne rauhallinen ja asiaan sopiva?
- a) Kyllä
  - b) Ei

12. Samassa potilashuoneessa oli niin miehiä kuin naisia, häiritsikö tämä teitä?

- a) Kyllä
- b) Ei

13. Oliko ohjaukselle varattu mielestänne tarpeeksi aikaa?

- a) Kyllä
- b) Ei

14. Koetteko, että ohjausta antaneella hoitajalla oli tarpeeksi tietoa aiheesta?

- a) Kyllä
- b) Ei

15. Tunsitteko saavanne tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta sairaalassa olo aikanaan?

- a) Kyllä
- b) En

16. Saamanne ohjaus sairaalassa sisälsi: ( tässä kysymyksessä voitte valita useamman vastausvaihtoehdon)

- a) Sairaanhoitajan antamaa ohjausta
- b) Kirjallista ohjausmateriaalia
- c) Lääkärin antamaa ohjausta
- d) Kuntoutusohjaajan antamaa ohjausta
- e) Fysioterapeutin antamaa ohjausta

17. Saitteko sairaalasta tarpeeksi ohjausmateriaalia?

- a) Kyllä
- b) En

18. Koetteko saaneenne tarpeeksi tietoa seuraavista asioista liittyen sepelvaltimotautiin ja sen hoitoon: (ympyröikää oikea vaihtoehto, kyllä/ei.)

- |   |       |    |
|---|-------|----|
| a) Sepelvaltimotaudista sairautena  | Kyllä | Ei |
| b) Sepelvaltimotaudin riskitekijöistä   | Kyllä | Ei |
| c) Lääkityksestä  | Kyllä | Ei |
| d) Sepelvaltimotaudin ehkäisystä  | Kyllä | Ei |
| e) Elämäntapojen vaikutuksesta sairauteen   | Kyllä | Ei |
| f) Sydänliiton toiminnasta  | Kyllä | Ei |
| g) Terveellisestä ruokavaliosta   | Kyllä | Ei |
| h) Sydän terveyteen vaikuttavasta liikunnasta   | Kyllä | Ei |
| i) Tukea laihduttamiseen  | Kyllä | Ei |
| j) Tietoa/tukea tupakoinnin lopettamiseen   | Kyllä | Ei |
| k) Toimenpiteen jälkeisistä kontroleista<br>(= jatkohoidosta, sen aikataulusta sekä paikasta) | Kyllä | Ei |

19. Koetteko, että saisitte tarpeeksi tietoa toimenpiteestä ja sen kulusta?

- a) Kyllä
- b) En

20. Oliko sairaalasta saamanne ohjaus mielestänne riittävää ja selkeää?

- a) Kyllä
- b) Ei

21. Koetteko, että saitte vastaukset kaikkiin kysymyksiinne?

- a) Kyllä
- b) Ei

22. Mistä asiasta/asioista olisitte toivoneet lisää tietoa?

---

---

---

---

---

---

---

23. Jäikö jokin asia/asiat mielestänne kokonaan ohjaamatta?

- a) Kyllä
- b) Ei

24. Jos jäi niin, mikä/mitkä?

---

---

---

---

---

---

---

25. Oliko ohjauksessa mielestänne parannettavaa?

- a) Kyllä
- b) Ei

26. Jos vastasitte kyllä niin, mitä parantaisitte ohjauksessa?

---

---

---

---

---

---

---

27. Minkä kokonaisarvion antaisitte saamastanne ohjauksesta?

- a) Huono
- b) Välttävä
- c) Kohtalainen
- d) Hyvä
- e) Erinomainen

**-KIITOS VASTAUKSESTANNE-**





## KESKEISET TUTKIMUKSET

Tekijä/Tutkimus:	Tutkimustapa:	Tavoitteet/Tarkoitus:	Tulokset:
Kattainen Eija, 2004 Pitkäaikaistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta	Väitöskirja, Kuopion yliopisto; Strukturoitu haastattelu	Kuvata, selittää ja ennustaa sepelvaltimotautia sairastavien ihmisten terveyteen liittyvää elämänlaatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä ennen sepelvaltimoiden ohitusleikkausta tai pallolaajennusta sekä terveyteen liittyvän elämänlaadun muutoksia. Lisäksi kuvata ja selittää potilaiden terveyteen liittyvän neuvonnan tarpeisiin ja riittävyteen yhteydessä olevia tekijöitä ennen ja jälkeen toimenpiteiden sekä potilaiden hyötyä toimenpiteestä.	Sepelvaltimotautiasairastavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli merkittävästi huonompaa kuin samanikäisten väestön ennen toimenpiteitä, mutta puolen vuoden kuluttua toimenpiteistä samankaltaisia kuin väestön. Miehillä oli naisia enemmän lisäneuvon tarpeita molemmissa ryhmissä, jotka liittyvät fyysiseen elämänlaatuun kuten tavanomaiseen toimintoihin, yleiseen kuntoutumiseen, tietoon sepelvaltimotaudista ja seksuaalielämään. Naiset arvioivat ennen pallolaajennusta miehiä tarpeellisemmaksi neuvonnan ruokavaliosta, mielialoista ja energisyydestä.
Koivunen Kirsi, 2000 Sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia.	Pro gradu- tutkielma; kvalitatiivinen.	Kuvailla sepelvaltimotautia sairastavien ohitusleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan leikkauksen jälkeen sekä kuvailla millaista ohjausta he ovat saaneet kuntoutumiseensa vuoden aikana.	Tulokset osoittivat, että ohitusleikkauksesta kuntoutuminen oli pitkä prosessi, jossa yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat olivat koetuksella. Naisten ja miesten kuntoutumisprosessissa oli kriittisiä kohtia, joihin terveydenhuollon tulisi kohdistaa enemmän huomiota kuntoutumisen ohjauksessa. Yksilölliset tarpeet ja sukupuolien erilaisuus tulisi ottaa huomioon ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

<p>Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Elina Kantola ja Eeva Suuronen.</p> <p>Keski-ikäisten naisten sepelvaltimotaudin riskitekijät, elämäntavat ja ohjaus sairaalassa.</p>	<p>Loppuraportti 2005. Kymenlaakson AMK. Tutkimuksia ja raportteja sarja B nro.23.</p>	<p>Tarkoituksena oli saada tietoa keski-ikäisten kymenlaaksolaisten naisten sepelvaltimotaudin ehkäisystä, riskitekijöistä, elämäntavoista ja sairaala hoidon aikana annetusta ohjauksesta.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että tunnettuja sepelvaltimotaudin riskitekijöitä oli sairastuneilla naisilla huomattavasti keskivertoväestöä enemmän. Sydänpotilaan neuvontakaavaketta oli käytetty vain noin kolmas osalla tutkituista. Tietoa ohjauksesta löytyi myös hoitosuunnitelmista. Keskimäärin puolella löytyi dokumentointia ohjauksesta. Kyselyn perusteella noin puolet naisista koki saaneensa riittävästi ohjausta sepelvaltimotaudin eri osaluista. Suurin osa koki oman terveydentilansa kohdallaiseksi tai huonoksi, yli puolet oli pitänyt siitä parempaa huolta sairastumisen jälkeen.</p>
<p>Tähtinen Tanja 2007, Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet.</p>	<p>Pro gradu-tutkielma, Kvantitatiivinen tutkimus, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstön taidollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia, ohjausmenetelmien hallintaa, ohjaustapahtumaa ja ohjauksen puitteita heidän näkökulmastaan.</p>	<p>Tiedolliset ohjausvalmiudet arvioitiin hyväksi sairaudesta ja sairauden hoidosta, mutta tyydyttäväksi potilaan jatkohoidosta. Taidolliset ohjausvalmiudet arvioitiin hyväksi ohjaustaidoista, itsehoidon ohjaustaidoista ja vuorovaikutustaidoista, mutta tyydyttäväksi ohjaustilanteen arvioinnista. Asenteelliset ohjausvalmiudet arvioitiin hyväksi. Työkokemuksen pituudella oli yhteyttä ohjausvalmiuksiin. Ohjausmenetelmien hallinnassa vuorovaikutukselliset menetelmät arvioitiin hyväksi, mutta teknisten apuvälineiden hallinta ohjausmenetelmänä arvioitiin huonoksi. Ohjaustapahtuman toteutuminen arvioitiin hyväksi. Hoitohenkilöstön mielestä ohjaukseen oli käy-</p>

			tettävissä liian vähän aikaa, henkilökuntaa, tiloja ja välineistöä. Ohjauksen kehittämiseksi hoitohenkilöstö toivoisi lisää aika- ja henkilökuntaresursseja, ohjausmateriaalin ja –menetelmien kehittämistä, ohjaukseen paremmin soveltuvia tiloja sekä lisäkoulutusta.
Koivula Meeri 2002, Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki.	Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos.	Tutkimuksessa selvitetään Tampereen yliopistollisen sairaalan ohitusleikkauspotilaiden pelkoja ja ahdistuneisuutta hoitoprosessin eri vaiheissa ja pelkoon ja ahdistuneisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi selvitetään ohitusleikkauspotilaiden sosiaalisen tuen saanti hoitoprosessin eri vaiheissa ja sosiaalisen tuen yhteyttä potilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen.	
Honka Pirkko 1999, Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvän ohjauksen kehittäminen.	Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu:Oulun yliopistopaino.	Arvioida sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien potilaiden nykyistä ohjaukäytäntöä sekä sairaalassa että avoterveydenhuollossa sekä ohjauksen kehittäminen niin, että sen jatkuvuus on turvattu potilaan siirtyessä terveydenhuollon yksiköstä toiseen.	Hoitohenkilökunta arvosti ohjauksen merkitystä, mutta koki tiedoissaan ja osaamisessaan sekä ohjauksen suunnitelmallisuudessa, havainnollistamisessa ja kirjaamisessa olevan puutteita. Suurin osa potilaista oli saanut riittävästi ohjausta. Mielialaan sekä sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä oli puutteita.
Alanen Seija 2003, Potilaan tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päi- väkirurgian osastoilla.	Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.	Selvittää potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia sekä potilaiden tietoisuutta sairaalassa toimivasta potilasoppimiskeskuksesta Sopesta. Lisäksi etsittiin tietoa	Potilaat pitivät tiedonsaantia hyvin tärkeänä. Tärkeimpinä pidettiin tiedonsaantia sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Naisten ja keski-ikäisten tiedonsaanti tarpeet olivat kaikkein suu-

		potilaiden tiedonsaannin kehittämistarpeista ja tietoteknologisten ratkaisujen käyttökelpoisuudesta.	rimmat. Potilaat pitivät tärkeimpänä tiedonlähteenä hoitohenkilökuntaa.
--	--	--	---

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky  
Porrassalmenkatu 35–37  
50100 Mikkeli

Hallintoylihoitaja  
Mirja Rasimus

#### OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Olemme joulukuussa 2010 valmistuvia sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Mikkelin keskussairaalan sisätautiosasto 34., jonka toimeksiannosta suoritamme potilasohjaukseen liittyvän tyytyväisyyskyselyn.

Pyydämme teiltä lupaa suorittaa tutkimuskysely osaston 34. kohderyhmämme potilaille. Tutkimussuunnitelman liitteenä on kyselylomakepohja, jota on tarkoitus käyttää tutkimuksessamme.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää MKS:n osaston 34. elektiivisten angiografia potilaiden sekä pallolaajennus potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää osasto 34 angiografia ja pallolaajennus potilaiden ohjausta.

Aineisto kootaan puolistruktoidulla kyselylomakkeella, joka sisältää myös avoimia kysymyksiä. Aineiston keruu on syys- joulukuussa 2010.

Opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2010.

Mikkelissä 24.8.2010

Laura Närhi

Elisa Kettunen

[laura.narhi@mail.mamk.fi](mailto:laura.narhi@mail.mamk.fi)

[elisa.kettunen@mail.mamk.fi](mailto:elisa.kettunen@mail.mamk.fi)

Ohjaava opettaja

Riitta Riikonen

**Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.**  
Yhtymähallinto  
Johtajaylilääkäri

**Viranhaltijapäätös**  
06.09.2010

Pykälä  
Mu  
27  
Sivu  
1

1.  
Asia

**Tutkimusluvan myöntäminen**  
Närhi Laura Kettunen Elisa

2.  
Asiaselostus

**Tyytyväisyyskysely Mikkelin keskussairaalan osastolle 34 angiografiapotilaiden ohjauksesta**

Tutkijat: sairaanhoitajaopiskelijat Laura Närhi ja Elisa Kettunen, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Mikkelin keskussairaalan osaston 34 elektiivisten angiografiapotilaiden ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää osaston 34 angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden ohjausta.

Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena puolistrukturoidulla kyselylomakkeella syys-joulukuussa 2010. Kysely suoritetaan ja sen tulokset julkaistaan täysin nimettöminä ja luottamuksellisesti. Tutkimuksen valmistuttua kaikki kerätty aineisto hävitetään.

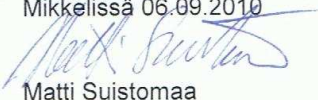
3.  
Päätös

Myönnän luvan kyselytutkimuksen suorittamiseen Mikkelin keskussairaalan osaston 34 angiografia ja pallolaajennuspotilaille. Ei tarvitse käsitteilyä eettisessä toimikunnassa.

4.  
Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika  
5.  
Allekirjoitus, paikka ja pvm

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo  
13.9.2010 klo 9.00-15.00.

Mikkelissä 06.09.2010

  
Matti Suistomaa  
Johtajaylilääkäri

6.  
Lisätiedot

Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa, puh. 015 351 2400.

7.  
JAKELU

sairanhoitajaopiskelija Laura Närhi  
sairanhoitajaopiskelija Elisa Kettunen  
osastonhoitaja Sirpa Pantsar  
ylihoitaja Pirjo Löytty

8.  
Muutoksenhaku

Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.

9.  
Tiedoksiantajan allekirjoitus

Pvm 7.9.2010 Tiedoksiantaja 