



Sydäninfarktin sairastaneen kokemuksia hyvästä ohjauksesta

Samuli Saarikalle

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2019

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidajakoulutus

SAARIKALLE, SAMULI

Sydäninfarktin sairastaneen kokemuksia hyvästä ohjauksesta

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Lokakuu 2019

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia hyvästä ohjauksesta sydäninfarktin jälkeen sekä koota ajantasaista ja luotettavaa tietoa aiheesta. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaista on sydäninfarktin sairastaneen henkilön hyvä ohjaus tapahtuman jälkeen sydäninfarktin sairastaneen henkilön kokemana. Tavoitteena oli sen kokoaman tiedon avulla kehittää sydäninfarktin sairastaneen henkilön ohjausta sekä parantaa sydäninfarktin kokeneiden henkilöiden kanssa työskentelevien valmiuksia oikeanlaisen ohjauksen ja tuen antamiseen oikea-aikaisesti. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sisällönanalyysiä käytettiin apuna tutkimusten analysoinnissa. Aineistojen haku toteutettiin 2019 kesällä ja syksyllä Medic, Cinahl ja Google Scholar tietokannoista. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 10 tutkimusta, joista yksi tutkimus löydettiin manuaalisen haun avulla muiden tutkimusten lähdeluetteloista.

Sydäninfarktin sairastaneet kokivat ohjaustilanteen rauhallisuuden ja tilanteen kii-reettömyyden tärkeänä tekijänä ohjaustilanteessa. Ohjausta toteuttavan henkilön selkeä ja ymmärrettävä ohjaustyyli edisti tiedon omaksumista. Potilaan oma aktiivisuus ohjaustilanteessa vaikutti positiivisesti. Ohjaustilanne koettiin myös turvallisuuden tuojana. Ohjauksen sisältö koettiin pääosin hyväksi. Seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta haluttiin lisää. Sairauden psyykkisten oireiden vaikutuksista annettu lisäohjaus vähensi masennusta ja ahdistusta. Kirjallista materiaalia oli pääosin riittävästi. Ohjauksen yksilöllisyys oli tärkeä tekijä onnistuneelle ohjaukselle. Tämä tarkoitti arjen asioiden läpikäymistä ja henkilökohtaisten riskitekijöiden määrittelyä. Myöhemmän vaiheen ohjaus oli riittämätöntä. Ohjausta ja tietoa haluttiin enemmän myös myöhemmässä vaiheessa sydäninfarktin jälkeen puolen vuoden kuluttua tapahtumasta. Sydänkuntoutukseen osallistuneet saivat tietoa ja ohjausta myös myöhemmässä vaiheessa sydäninfarktin jälkeen. Muista ohjausmenetelmistä koettiin hyötyä. Ryhmäohjauksessa vertaistukea arvostettiin.

Opinnäytetyön kokoamien tulosten perusteella voidaan havaita sydäninfarktipotilaiden ohjauksen olevan pääosin hyvää. Ohjausta tulisi kuitenkin tarjota pidemmälle ajanjaksolle sydäninfarktin sairastamisen jälkeen. Ohjauksen tulisi myös olla nykyistä enemmän yksilön henkilökohtaiset tarpeet huomioivaa. Sydänkuntoutusta tulisi kehittää ja saatavuutta lisätä. Myös erilaisten ohjausmenetelmien käyttöä tulisi lisätä.

Asiasanat: sydäninfarkti, kokemus, ohjaus,

ABSTRACT

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

SAARIKALLE, SAMULI

Positive Counseling Experiences of Myocardial Infarction Patients

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 6 pages

October 2019

The purpose of this study was to find out positive counseling experiences of myocardial infarction patients and to gather up-to-date and reliable information on the topic. The aim was to develop, through the information collected, the counseling of a person with myocardial infarction and to improve the capacity of those who work with myocardial infarction for providing timely counseling and support.

The study was conducted as a descriptive literature review and content analysis was used as an aid in the analysis of the studies. Material used in this review was gathered from Cinahl, Medic and Google Scholar databases. Ten studies were selected for this review.

Calmness and peacefulness were important factors for the myocardial infarction patients when they were counseled in the controlled situation. The content of the counseling was mostly good and there was enough counseling received in the beginning of the rehabilitation process. At a later date however myocardial infarction patients expressed lack of information and inadequate attention to their counseling needs.

The results of the study showed that counseling of myocardial infarction patients was generally good. However, counseling should be provided for a longer period after myocardial infarction. Counseling should also be more focused on the patients' individual needs.

Key words: myocardial infarction, experiences, counseling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Sydäninfarktin sairastanut henkilö.....	8
	3.2 Sydäninfarktin hoitotyö.....	10
	3.3 Sydäninfarktin jälkeinen ohjaus.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	15
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	15
	4.2 Aineiston kerääminen.....	16
	4.3 Aineiston analyysi	18
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	20
	5.1 Ohjaustilanne	20
	5.2 Ohjauksen sisältö.....	20
	5.3 Ohjauksen yksilöllisyys.....	22
	5.4 Ohjauksen riittävyys.....	24
6	POHDINTA	26
	6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	26
	6.2 Yhteenveto tuloksista	28
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET.....	38
	LIITE 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakupöytäkirja	38
	LIITE 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustaulukko.....	40

ERITYISSANASTO

Sydäninfarkti	Sydämen sepelvaltimoihin syntynyt tukos, joka saa aikaan hapenpuutteen sydämen tiettyssä osassa.
Sepelvaltimotauti	Sydämen sepelvaltimoihin on alkanut kertyä plakkiker- tymää, joka saa aikaan verenkierron huononemista.
Operatiivinen hoito	Leikkaushoito/ elimistöön kajoava hoito.
Ateroskleroosi	Valtimonkovettumatauti
Pallolaajennus (PCI)	Sydämen sepelvaltimoon katetriteitse tukoskohtaan tehtävä laajennus verenkierron turvaamiseksi, usein myös kohtaan asetaan stentti, eli tietynlainen verkko.
Angina Pectoris	Rasitusrintakipu, ohimenevä.
Troponiinit	Sydänmerkkiaineet. Kohoavat sydämen hapenpuut- teessa.
ST-nousuinfarkti (STEMI)	Sydäninfarkti, johon liittyy ST-tason nousu EKG:ssä.
Infarkti ilman ST-nousua (NSTEMI)	Sydäninfarkti, johon ei liity ST-tason nousu EKG:ssä
EKG	Elektrokardiografia eli Sydänsähkökäyrä. Kuvaa sydä- men sähköistä toimintaa.

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonitaudit ovat yksi työikäisten merkittävä sairausryhmä Suomessa. Ne aiheuttavat työikäisten parissa merkittävän määrän kuolemia ja ovat koko väestön osalta yleisin kuolinsyy. Sepelvaltimotautiin kuolleita oli vuonna 2012 11591 henkilöä. Samana vuonna sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikoh-
tauksia oli yhteensä 21769 kaikki ikäluokat huomioiden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Sydän- ja verisuonitautien hoidon kehittyessä yhä suurempi merkitys on elämäntapamuutokseen sitoutumisella ja riskitekijöiden tiedostamisella. Sydäninfarktin sairastaneella voi olla monenlaista ohjauksen ja tuen tarvetta. Alkuvaiheessa tietoa annetaan potilaille liikaa ja osa ei ymmärrä annettua tietoa. Onkin tärkeää, että potilaille on järjestetty riittävä ohjaus myöhemmin pahimman vaiheen mentyä ohi. Tällöin annettua tietoa ymmärretään paremmin. (Kähkönen ym. 2012, 202-203,207.)

Tässä opinnäytetyössä tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus on selvittää sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia hyvästä ohjauksesta sydän-
tapahtuman jälkeen sekä koota ajantasaista ja luotettavaa tietoa aiheesta. Opinnäytetyön tavoitteena on sen kokoaman tiedon avulla kehittää sydäninfarktin sairastaneen henkilön ohjausta sekä parantaa sydäninfarktin kokeneiden henkilöiden kanssa työskentelevien valmiuksia oikeanlaisen ohjauksen ja tuen antamiseen oikea-aikaisesti. Paremman ohjauksen kautta osaltaan pystytään muun muassa parantamaan kalliiden operatiivisten hoitojen avulla saatujen tulosten pysyvyyttä. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyöprosessin aikana opin systemaattisen tiedonhaun tekemistä, sekä aineiston kriittistä tarkastelua ja oikeanlaisen tiedon havainnointia. Sisällönanalysissä opin saamani aineiston analysointia. Aihe on itselleni mielenkiintoinen, koska olen kiinnostunut sydänsairauksien hoitotyöstä. Olen myös tehnyt useita harjoittelujaksoja sydänosastoilla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tässä opinnäytetyössä teen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, jonka tarkoitus on selvittää sydäninfarktin sairastaneen kokemuksia hyvästä ohjauksesta sydäntapahtuman jälkeen sekä koota ajantasaista ja luotettavaa tietoa aiheesta.

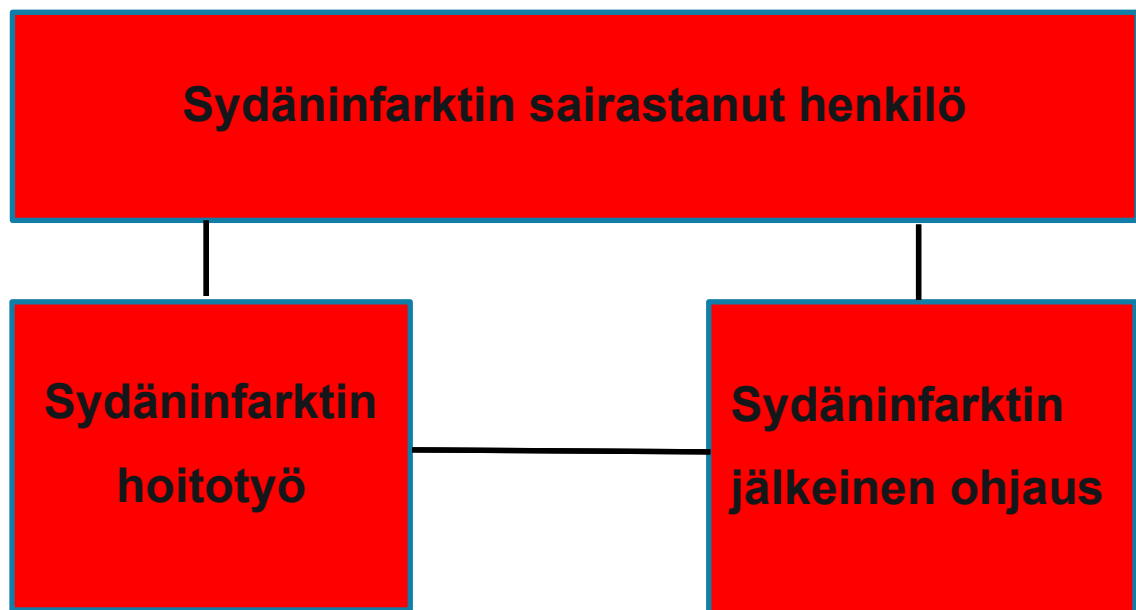
Opinnäytetyön tehtävä:

- Millaista on sydäninfarktin sairastaneen henkilön hyvä ohjaus tapahtuman jälkeen sydäninfarktin sairastaneen henkilön kokemana?

Opinnäytetyön tavoitteena on sen kokoaman tiedon avulla kehittää sydäninfarktin sairastaneen henkilön ohjausta sekä parantaa sydäninfarktin kokeneiden henkilöiden kanssa työskentelevien valmiuksia oikeanlaisen ohjauksen ja tuen antamiseen oikea-aikaisesti.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat ovat sydäninfarktin sairastanut henkilö, sydäninfarktin hoitotyö ja sydäninfarktin jälkeinen ohjaus. Tässä opinnäytetyössä teen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, jonka tarkoitus on selvittää sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia ohjauksesta tapahtuman jälkeen sekä koota ajantasaista ja luotettavaa tietoa aiheesta. Työ tehdään yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Tavoitteena on sen kokoaman tiedon avulla kehittää sydäninfarktin sairastaneen henkilön ohjausta sekä parantaa sydäninfarktin kokeneiden henkilöiden kanssa työskentelevien valmiuksia oikeanlaisen ohjauksen ja tuen antamiseen oikea-aikaisesti. Teoreettista viitekehystä on havainnollistettu lisäksi kuviolla (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Sydäninfarktin sairastanut henkilö

Sydäninfarktin sairastamisen jälkeen sairastuneen elämässä tapahtuu monenlaisia muutoksia. Sairaus tuo yleensä aina muutoksia työelämään ja arjen rutiineihin. Myös henkisen hyvinvoinnin suhteen voi tapahtua muutoksia. Asiat onkin syytä käsitellä ja myös tarvittaessa turvautua saatavilla olevaan apuun. Yleensä

asiat pystytään käsittelemään ja palaamaan arkielämään tietyn ajanjakson jälkeen. Sydäninfarkti voi vaikuttaa elämänlaatuun ja elämän pituuteen. (Mäkijärvi, 2011, 14.) Nykyisellä hoidolla, riskitekijöiden hallinnalla sekä hyvillä elämäntavoilla voidaan kuitenkin vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun ja elämän pituuteen.

Sydäninfarkti on usein äkillinen tilanne. Se on myös vakava ja usein hengenvaarallinen. Nämä asiat vaikuttavat yleensä sairastuneen henkilön kokemuksiin. (Lampi 2005,14.) Sydäninfarktin sairastamisen jälkeen henkilön mielialassa voi tapahtua merkittäviä muutoksia. Hyvin yleisiä tuntemuksia ovat masennus, ahdistus, stressi ja pelko. (Lampi 2005,19.) Sosiaalisen tuen tärkeyttä ei sovi unohtaa. Perheen tuki on usein tärkeänä tekijänä tilanteen käsittelemisessä. Myös perheenjäsenten tukeminen hoidon eri vaiheissa on tärkeää. Potilaan ja perheen tukemisella voi olla positiivisia vaikutuksia tulevaisuuden selviytymisen suhteen sekä potilaan tuntemuksiin sairaudesta. Tuen kautta myös perheenjäsenten kyky potilaan auttamiseen voi kasvaa. (Mattila 2011, 112-113.) Potilaan saama elämänkumppanin tuki on usein yhtenä toipumista edistävänä tekijä tai sen puuttessa voi hidastaa toipumista. (Luttig 2006, Tuomiston 2013, 5 mukaan.)

Masennus on koko väestön tasoon verrattuna yleisempää sydäninfarktin sairastamisen jälkeen. Masennuksen kesto ja laatu vaikuttavat toipumiseen. Masennuksen voimakkuus on myös selkeästi yhteydessä uusiin sydänperäisiin komplikaatioihin. (Karlsson 2014.) Masennuksella voi olla myös joitain positiivisia vaikutuksia sen vaikuttamien passiivisuuden ja väsymyksen takia, mietittäessä sydäninfarktista toipumisen akuuttivaihetta. Kuitenkin pitkällä aikavälillä masennuksen vaikutukset ovat selkeästi negatiivisia sydäninfarktin sairastaneella. (Lampi 2005,20-22). Ahdistus on myös yleistä sydäninfarktin jälkeen. Se liittyy usein pelkoon, joka on yhteydessä oman terveyden heikkenemiseen. Myös pelko kuolemasta, hoitomenetelmistä tai kivuista lisäävät ahdistusta. Lisääntynyt ahdistus vaikuttaa myös stressin lisääntymiseen. Komplikaatioiden riski taas kasvaa etenkin ahdistuksen ja stressin pitkittyessä. (Lampi 2005, 25-29.)

Sairastetun sydäninfarktin jälkeen henkilöllä menee kuukausia ennen kuin hän ymmärtää tilanteen vakavuuden. Tällöin henkilö joko pystyy käsittelemään asian

ja hyväksymään tapahtuneen tai hän ei vielä ei pysty käsittelemään asiaa ja kieltää tilanteen vakavuuden. Mikäli henkilö pystyy käsitellä asian, niin onnistuu hän yleensä jatkamaan elämäänsä. Henkilö pystyy ajattelemaan positiivisia puolia tapahtuneesta ja kääntämään nämä asiat jatkossa vahvuudeksi. Henkilö, joka ei pysty käsitellä asiaa jää taas kiinni tapahtuneeseen ja negatiiviset asiat hallitsevat ajatuksia. Elämää ei vielä kyetä jatkamaan normaalisti eteenpäin. (Salminen-Tuomaala 2013, 109).

3.2 Sydäninfarktin hoitotyö

Sydäninfarkti johtuu sepelvaltimon seinämiin kertyneen plakin haurastumisesta ja siihen muodostuvasta repeämästä. Repeämän jälkeen ateroskleroottiseen plakkikohtaan muodostuu verihyytymä, joka saa aikaan tukoksen. Verihyytymän muodostamasta tukoksesta johtuen verenkierto estyy tai vähenee. (Kovanen 2008, 416-417.) Ateroskleroosi eli valtimonkovettumatauti aiheuttaa plakin kertymistä suonien seinämiin. Sepelvaltimot huolehtivat sydämen verenkierrosta. Sydäninfarktiin liittyy yleensä puristava, vannemainen äkillisesti alkanut rintakipu. Rintakipu johtuu sydämen hapenpuutteesta. Muita oireita voivat olla säteilevä kipu esimerkiksi käsiin, niskaan tai selkään tai heikotus, kylmänhikisyys, pahoinvointi. (Kervinen 2018).

Sydäninfarktiin liittyy sydämen tietyn osan hapenpuutteesta johtuva sydänlihassolujen tuhoutuminen. Tällöin verenkiertoon erittyy sydänlihassvauriosta kertovia merkkiaineita, eli troponiineja. Merkkiainepäästöjen mittauksella voidaan varmistaa ja erottaa sydäninfarkti ja epävakaa angina pectoris. Sydäninfarktissa merkkiainepäästöjä syntyy ja angina pectoriksessa ei juurikaan. Troponiinien mittaus on EKG:n ohella siis yksi diagnoosin varmistavista tekijöistä. (Nikus ym. 2008, 442-443).

Sydäninfarktin hoidossa ST-nousuinfarkti ja infarkti ilman ST-nousua poikkeavat toisistaan niiden hoitoprotokollan suhteen varsinkin akuuttivaiheessa. Kuitenkin ensihoidon toimet infarktia epäiltäessä ovat samat ennen laajemman informaation saamista tilanteessa. Elektrokardiografian eli EKG:n avulla voidaan jaotella siis infarkti ST-nousuinfarktiksi tai infarktiksi ilman ST-tason nousua. Merkkiain-

nepäästöjen perustella voidaan diagnoosi varmistaa lähes aina. Sydäninfarkteissa käytetään myös laajempaa viiteen eri kategoriaan perustuvaa jaottelua riippuen esimerkiksi infarktin syntymekaniikasta. Tähän jaotteluun sisältyvät esimerkiksi pallolaajennuksesta tai ohitusleikkauksesta johtuvat infarktit. Sydäninfarktin hoidon kehittyessä kuolleisuus on pienentynyt ja infarktien esiintymisen ikäjakauma on siirtynyt jatkuvasti iäkkäämpien suuntaan. (Käypä hoito 2014).

Infarkti ilman ST-nousua hoidetaan epästabiliin angina pectoriksen kanssa samalla tavalla ja ensivaiheen arvio tulee tehdä heti odottamatta merkkiainevas-tauksia. Arvion perusteella määritellään angiografian kiireellisyys. Arvio tehdään oireiden, esitietojen, kliinisten tutkimusten ja EKG:n perusteella. Mikäli vaara on pieni, eikä rintakipu jatku ja EKG:ssä ei nähdä muutoksia ei angiografiaa välttämättä tehdä ja kotiutuminen voi tapahtua nopeasti. Vaaran ollessa suuri hoito aloitetaan yleensä tukoksia ehkäisevällä lääkityksellä ja tehdään nopealla aika- taululla sydämen sepelvaltimoiden varjoainekuvaus, eli angiografia. Tarvittaessa päädytään operatiiviseen hoitoon tai hoito tapahtuu konservatiivisesti. ST-nou- suttoman infarktin sairastaneen riski sydänperäisen tapahtumaan tai kuolemaan on kohonnut ainakin yhden kuukauden ajan. (Käypä hoito 2014.)

ST-nousuinfarkti poikkeaa hoitoprotokollaltaan infarktista ilman ST-nousua. ST-nousuinfarkti on aina hengenvaarallinen ja on hoidettava nopeasti. Ensisijainen hoitomuoto on tukkeutuneen sepelvaltimon pallolaajennus. Mikäli nopeaa mah- dollisuutta toimenpiteelle ei ole voidaan toisena vaihtoehtona aloittaa liuotus- hoito. Tampereen alueella liuotushoitoja ei käytännössä nykyään tehdä johtuen nopeasta hoitoketjun toiminnasta. ST-nousuinfarktin diagnosoinnissa EKG:n ot- taminen on keskeisessä asemassa kuten infarktissa ilman ST-nousua. Mikäli ST- nousu korjaantuu lääkityksellä, niin hoidetaan infarkti kuten ST-nousuton infarkti. Ohitusleikkaus tulee kyseeseen silloin, kun pallolaajennuksella ei voida saavut- taa riittävän hyvää tulosta tai pallolaajennus on epäonnistunut ja infarkti on joh- tamassa suureen sydänlihaksen tuhoutumiseen. Ohitusleikkauksissa on yleensä myös kyse usean suonon tukoksesta. (Käypä hoito 2011.)

Sydäninfarktipotilaan tilan vakautuessa jatkohoito toteutetaan yleensä vuode- osastolla. Ennen siirtoa vuodeosastohoitoon tehostettua valvontaa tarvitaan

yleensä yhden tai kahden vuorokauden verran. Vuodeosastolla on oltava valmiudet hoitoon tilan heikentyessä. Potilaan nestetasapainoon kiinnitetään huomiota ja nestetasapainon häiriöt korjataan. Ravitsemukseen, hygieniaan, lepoon, liikumisen aloittamiseen sekä mielialaan kiinnitetään huomiota. Lepo ja uni varmistetaan tarvittaessa unilääkityksellä. Infarktin jälkitilassa potilaalla voi olla myös hieman lämpöä ja tulehdusarvojen nousua. Ohjaus ja jatkohoidon järjestelyt aloitetaan myös yleensä voinnin vakautumisen jälkeen. (Kauppinen & Muhonen 2017).

3.3 Sydäninfarktin jälkeinen ohjaus

Sydäninfarktin sairastanut henkilö tarvitsee ohjausta ja tukea monissa asioissa liittyen sairautensa hoitoon. Yleensä sydäninfarktin sairastaneella todetaan myös sepelvaltimotauti tai hän sairastaa sitä jo ennen infarktia. Potilaan ohjeistus ja riskitekijöiden kartoitus ja hoito aloitetaan jo sairaalassa. (Käypä hoito 2011.)

Potilaan kanssa käydään läpi riskitekijät ja kannustetaan elämäntapamuutoksiin riskitekijöiden suhteen. Tunnettuja sydäninfarktin riskitekijöitä ovat muun muassa korkea verenpaine, dyslipidemiat, diabetes, lihavuus, vähäinen liikunta ja tupakointi. Masennus on yleistä sydäninfarktin kokeneilla. (ST-nousuinfarkti 2011.) Elämäntapojen muutosten noudattamiseen vaikuttavia seikkoja on useita. Elämäntapamuutoksen estävien tekijöiden tunnistaminen ja käsittely nostavat mahdollisuutta elämäntapamuutosten onnistumiseen. Tärkeä tekijä valmiudessa tehdä muutoksia elintavoissa on tieto muutosten hyödystä sekä nykyisten elintapojen haitoista. Olisi tärkeää kehittää menetelmiä puuttua ja keskustella elintavoista ja niiden muutoksesta tavalla, jossa huomioitaisiin henkilön elämäntapamuutokseen sitoutumista parantavia tai heikentäviä tekijöitä. (Ylimäki, Kanste, Heikkinen, Bloigu, Kyngäs 2014, 26,34-35.)

Nykytilanteessa sepelvaltimotaudin hoito on kehittynyt niin hyvin, että potilaiden hoitoajat ovat hyvin paljon lyhyempiä esimerkiksi sydäninfarktin jälkeen. Lyhyiden hoitoaikojen takia potilaan ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Potilaalla itsellään on myös sairaalassa vähemmän aikaa oppia tietämään sairaudestaan ja sen hoidosta. Tämän takia potilaan ohjauksessa tulee resursseja suunnata sai-

raalasta kotiutumisen jälkeiseen vaiheeseen. Ohjauksessa olisi tärkeää huomioida potilaiden erilaiset tarpeet ohjauksen suhteen. Ohjaukseen kohdistuu suuria kehittämistarpeita esimerkiksi toimivampien menetelmien suhteen. Myös potilaan hoidon jatkuvuuden sujuvuutta ja hoitoketjun jatkuvuutta tulee kehittää. (Kähkönen ym. 2012,202,208).

Sydäninfarktin sairastaneen henkilön sairauden oikeaoppinen hoito tapahtuman jälkeen on ratkaisevassa asemassa uusien sydäntapahtumien ehkäisyssä ja toimimisessa tapahtuman jälkeen. Sairauden hoidossa ohjaaminen ja tuki ovat tärkeässä asemassa. Yleensä aina henkilön elämäntavoissa on parantamista. Myös sairauden lääkehoito ja siinä ohjaaminen on tärkeää. Tärkeintä kuitenkin sairauden hoidossa ja ohjauksen onnistumisessa on henkilön oma motivaatio. (Mäkijärvi 2011,11).

Riskitekijät, jotka altistavat sepelvaltimotaudille ja tätä kautta sydäninfarktille ovat myös niitä tekijöitä, joita tulee tarkastella sydäninfarktin sairastamisen jälkeen jokaisen henkilön kohdalla. Sydäninfarktin jälkeen tulee myös kiinnittää huomioita lääkehoidon ohjaukseen ja kuntoutukseen.

Sydäninfarktin jälkeen yleensä osa lääkityksistä jatkuu loppuelämän ajan. Lääkitysten suhteen lääkkeet voidaan jaotella sydäntapahtumia estäviin ja ennustetta parantaviin tai oireistoa vähentäviin lääkkeisiin. Yleisiin sydäninfarktin jälkeen aloitettaviin lääkkeisiin kuuluvat veren hyytymistä estävät lääkkeet, kolesterolilääkkeet, sydämen pumppaustoimintaa parantavat lääkkeet. Sydämen pumppaustoimintaa parantavilla lääkkeillä on usein myös koko verenkiertoon vaikuttavia ominaisuuksia. Ne voivat vaikuttaa esimerkiksi syketasoon tai verenpaineeseen. Ohjauksessa on tärkeää selventää henkilölle lääkkeen käyttötarkoitus ja käydä läpi mahdolliset sivuvaikutukset. On tärkeää painottaa lääkkeiden ottamisen tärkeyttä, eikä lääkitystä saa koskaan ilman lääkärin lupaa lopettaa. Lääkkeiden äkillisellä lopettamisella voi olla vakaviakin seurauksia. (Mäkijärvi 2011,11.) Usein ainut välttämätön potilaalle ohjattava asia ennen kotiutumista on jatkossa käytössä olevan lääkityksen oikeaoppinen toteuttaminen. Muiden asioiden suhteen tarkempi ohjaus voidaan toteuttaa sairaalasta pääsyn jälkeen.

Ohjaus on osa hoitotyötä. Terveysthuollon henkilöstön vastuulla on ohjata potilasta ja turvata ohjauksen saannin riittävyys. Ohjaamiselle on myös lakisääteinen perusta. Kunnan on esimerkiksi turvattava riittävä ohjaus järjestämällä riittävät sairaanhoitopalvelut. Tätä kautta tuetaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. (Terveysthuoltolaki). Potilasohjaus tulisi olla mukana jokaista hoitokokonaisuutta. Potilasohjauksen merkitys kasvaa hoitomenetelmien kehittyessä ja hoitokoosten lyhentyessä. Tällöin ohjaukselle jää vähemmän aikaa. (Lipponen, K. 2014,17). Hyvin toteutettu potilaan ohjaaminen voi osaltaan edistää potilaan motivaatiota sairauden hoitoon ja vaikuttaa hoitomyönteisyyteen sekä parantaa potilaan selviytymistä arjesta. (Kääriäinen 2007, 134)

Sydänkuntoutus on suunnitelmallista ja moniammatillisen joukon toteuttamaa kuntoutusta. Sydänkuntoutuksella pyritään parantamaan siihen osallistuvan toimintakykyä. Kuntoutuksessa huomioidaan jokainen kuntoutuksen osa-alue ja jokaisen siihen osallistuvan kohdalla suunnitelma laaditaan yksilön tarpeiden mukaan. (Rantala & Virtanen 2008, 255.) Sydänliitto on järjestänyt pienryhmissä toteutettavaa Tulppa-kuntoutusta jo vuodesta 1999. Tulppa-kuntoutus on tarkoitettu sydän- ja verisuonisairaille. Kuntoutuskertoja on kahdeksasta kymmeneen. Kuntoutus koostuu kerran viikossa järjestettävistä tapaamiskerroista ja tämän jälkeen puolen vuoden ja vuoden päästä järjestettävistä seurantakerroista. Aiheina kuntoutuksessa käydään läpi esimerkiksi hoitoon liittyviä aiheita. Kuntoutusta ei toteuteta luentomenetelmällä vaan käytännön tekemisen keinoilla. Osallistujilla on mahdollisuus myös tarkkailla mm. veriarvoja ja niiden muutoksia. Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on käynnissä sydänliiton rahoittama tutkimus, jonka on määrä valmistua vuonna 2021. (Sydänliitto).

Sairaalassaoloaikojen lyhentymisen myötä hoidon jatkuvuuden varmistamisella ja hoitoketjun sujuvuudella on yhä suurempi merkitys. Myös eri toimintatahojen selkeämpi roolin määrittäminen on tarpeen. Sydänkuntoutuksen tuloksien tiedetään olevan yleensä hyviä, mutta osallistuminen on silti vähäistä. (Kähkönen ym. 2012. 208.) Tulevaisuudessa olisikin syytä kiinnittää huomiota sydänkuntoutuksen osallistujamäärien lisäämiseen ja sydänsairaiden tietoisuuden lisäämiseen saatavilla olevista palveluista.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön toteuttaminen tapahtui yksilötyönä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta, joka toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaan. Tiedonhaku tutkimukseen oli järjestelmällistä. Kirjallisuuskatsauksella voidaan löytää luotettavaa ja ajanmukaista tietoa aiheesta. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tarkastella aiheesta olevaa tutkittua tietoa. Sen avulla pystytään tarkastella olemassa olevan tutkimuksen määrää ja laatua aiheesta. (Johansson ym. 2007, 3-4.) Kirjallisuuskatsaus kokoaa useiden tutkimusten tuloksia aiheesta. Tätä kautta voidaan muodostaa kootuista tuloksista kokonaisuus, joka antaa aiheesta selkeämmän kuvan suhteessa tutkittavaan aiheeseen. (Salminen 2011, 1,4.)

Kirjallisuuskatsaukset jaotellaan usein systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa laajan kuvan aiheesta sekä tarpeen vaatiessa ilmiön ominaisuuksia voidaan luokitella, mutta sitä eivät rajoita niin tiukat ja tarkat säännöt. Tutkimuskysymysten ei tarvitse olla niin tiukasti määriteltyjä, kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tähtää kuvauksella tarkasteltavan ilmiön ymmärtämiseen. Se on jaoteltu vaiheittain tutkimuskysymyksen luomiseen, käytettävän aineiston valintaan, kuvailun muodostamiseen, tuloksien tarkasteluun. Koko tutkimusprosessia ohjaa tutkimuskysymys. Tutkimuskysymys myös määrittelee aineiston, jota tutkimuksessa käytetään. Tutkimukseen valitun aineiston pohjalta muodostetaan laadullinen kuvaileva vastaus, joka perustuu tutkimuskysymykseen. Vastauksen tuloksia käydään läpi kontekstiin suhteutettuna. (Kangasniemi Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen, Liikanen 2013, 294.)

4.2 Aineiston kerääminen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus alkaa tutkimuskysymyksen muodostamisella. Tutkimuskysymys ohjaa tutkimusta jokaisessa vaiheessa koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Tutkimuskysymys määrittelee hakusanat, joilla aineistoa lähdetään keräämään. Hakusanojen tulisi vastata tutkimuskysymykseen. Huolellisesti suoritettu hakusanojen laadinta rajaa hakutuloksia paremmin ja tutkimukseen sopiva materiaali löytyy helpommin. (Salminen 2011, 10) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eri tutkimuksen vaiheet etenevät poikkeuksellisesti osittain päällekkäin koko tutkimuksen ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 292,294.) Tämä tarkoitti sitä, että tutkimuksen eri vaiheet eivät olleet niin selkeästi erillä toisistaan vaan työskentelin kahden eri tutkimuksen vaiheen parissa samaan aikaan ja esimerkiksi kuvailun muodostaminen alkoi jo aineiston valintavaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä kerättiin aineisto aiemmasta tieteellisesti tutkitusta aineistosta. Aineiston keräämisessä noudatettiin kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Aineiston keruu aloitettiin ensimmäiseksi sopivien hakusanojen miettimisellä. Hakusanoiksi valittiin tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin vastaavia hakusanoja. Tämän jälkeen päätin tietokannat, joista aineistohakuja lähdettiin toteuttamaan. Hakusanoina käytettiin sydäninfarkti and ohjaus, myocardial infarction and gui*, sepelvaltimotauti and ohjaus, iskeeminen sydänsairaus and ohjaus, myocardial infarction OR heart attack AND guid* AND expe*, Myocardial infarction OR heart attack AND counseling , Myocardial infarction OR heart attack AND patient education, Myocardial infarction OR heart attack AND nursing interventions, Myocardial infarction OR heart attack AND counse* and expe*, Myocardial infarction OR heart attack OR mi AND rehabilitation AND expe*, Myocardial infarct OR heart attack OR mi AND support AND nurse, Coronary heart disease AND counseling, sydäninfarkti AND sairastanut AND ohjaus AND kokemu*. Tietokannoiksi valikoituivat Medic, Cinahl ja Google Scholar.

Tämän jälkeen oli vuorossa hakutulosten läpikäynti ja tutkimusten arviointi. Tutkimukseen käytettävän aineiston valikointiin on hyvä määrittää sisäänottokriteerit. Tämä tarkoittaa ehtoja, joiden perusteella tutkimus on joko käyttökelpoinen tai

ei. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit määritettiin ennen hakujen aloittamista. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit löytyvät taulukosta (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuonna 2008 tai sen jälkeen	Julkaistu ennen vuotta 2008
Alkuperäistutkimus	Ei alkuperäistutkimus
Koko teksti saatavilla	Koko tekstiä ei saatavilla
Maksuttomana saatavilla Pirkanmaan kirjastoissa tai e-aineistona	Maksullinen
Tieteellinen julkaisu tai artikkeli, YAMK-opinnäytetyö, Pro gradu tutkielma, väitöskirja	Ei tieteellinen julkaisu
Julkaisun kielenä suomi tai englanti	Muu kieli kuin suomi tai englanti

Käytetyt hakusanat ja niiden tuottamat tulokset myös taulukoitiin ja taulukko nähtävissä liitteissä (Liite 1). Hakutulosten ja hakusanojen taulukointi helpotti järjestelmällistä tietokantojen läpikäyntiä. Medic ja Cinahl tietokannoissa käytettiin useita eri hakusanoja, mutta Google Scholar tuotti jo yhdellä hakusanalla niin paljon hakutuloksia, että enempää hakuja ei tehty. Suurin osa hakutuloksien tutkimuksista oli myös aineistoksi kelpaamattomia opinnäytetöitä.

Aineiston valikointi alkoi otsikoiden tarkastelulla. Tutkimusten otsikoiden perusteella valittiin kirjallisuuskatsaukseen mahdollisesti sopivia tutkimuksia ja sen jälkeen luettiin tiivistelmät. Suurin osa hakutuloksien tutkimuksista karsiutui jo otsikoiden perusteella. Pieni osa otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista poissuljettiin tiivistelmän lukemisen jälkeen. Muutamien tutkimusten kohdalla oli tarpeen lukea lähes koko tutkimus.

Tutkimuksien läpikäymisen jälkeen valituksi tuli kymmenen eri tutkimusta, joista kaksi oli suomenkielisiä ja kahdeksan oli englanninkielisiä. Yksi tutkimus löydettiin manuaalisen haun kautta muiden tutkimusten lähdeluetteloista. Osa tutkimuksista ei täysin vastannut tutkimuskysymykseen. Ne otettiin silti mukaan niiden antaessa jonkin tietyn osa-alueen suhteen ohjauksen kokemuksen suhteen. Yksi

tutkimus oli vuodelta 2007, mutta tutkimus oli toisen tutkimuksen toinen osio ja siksi se päädyttiin ottamaan mukaan.

Aineiston valinnan jälkeen aineisto käytiin läpi huolellisesti. Kuvailun muodostaminen alkoi myös jo tässä vaiheessa. Myös tulosten tarkastelu ja yhteenvedon muodostaminen alkoi osittain edellisen vaiheen eli kuvailun muodostamisen ollessa vielä kesken.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin opinnäytetyössä on tarkoitus käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä muodossa ja tiivistettynä. Sisällönanalyysi tarkoittaa sanallista kuvausta dokumentin sisällöstä. Sisällönanalyysissa kootaan aineistosta samankaltaisia asioita yhdeksi joukoksi ja muodostetaan ryhmiä. Tällä saadaan selkeytettyä aineistoa ja sitä on helpompi tarkastella. Tämän jälkeen aineistosta kootaan yhteenvedo eli synteesi, jossa tarkastellaan aineistosta esiin tulleita eroja ja yhtäläisyyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101-103.) Aineistoon perustuva sisällönanalyysi voidaan jaotella kolmeen osaan, jotka ovat aineiston pelkistäminen, aineistoon perustuva ryhmien muodostaminen ja viimeiseksi luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysia käytettiin opinnäytetyössä kerätyn aineiston järjestelyssä, joten se ei ole täysin samankaltainen verrattuna kvalitatiivisen tutkimuksen analyysiin. Teoreettisia käsitteitä ei tässä opinnäytetyössä luotu käyttämällä sisällönanalyysiä. Aineiston analysointi toteutettiin etsimällä tutkimuskysymykseen jollain tavalla vastaavia sanoja ja lauseita. Nämä sanat jaoteltiin ryhmiksi sanojen merkityksen mukaan ja niistä muodostettiin yläluokkia. Näistä yläluokista johdettiin tutkimuskysymystä kuvaava pääluokka. Sisällönanalyysia apua käyttäen tapahtunut aineiston järjestely on nähtävissä alla olevassa taulukossa (taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Aineiston sisällönanalyysi.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Potilaan aktiivisuus, ymmärrettävä ohjaustyyli, kiireettömyys, turvallisuuden kokeminen	Ohjaustilanne	Sydäninfarktin sairastuneen hyvä ohjaus
Tieto sairaudesta, sairauden kanssa eläminen, ohjausmenetelmät, seksuaalisuus	Ohjauksen rakenne ja sisältö	
Ohjauksen oikea-aikaisuus, vastaanottokyky, muistaminen, elämäntilanne, muut sairaudet, muutostavoitteet, omaisten huomiointi, emotionaalinen tukeminen, hyödyntäminen arjessa,	Ohjauksen yksilöllisyys	
Ohjausmateriaali, ohjauksen määrä, jatko-hoito-ohjaus,	Ohjauksen riittävyys	

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Ohjaustilanne

Sairaalavaiheessa ohjaustilanteessa eri tekijöillä oli vaikutusta ohjaustilanteen onnistumiseen. Ohjaustilanteen rauhallisuus ja kiireettömyyden tunne oli yksi onnistumiseen vaikuttava tekijä. Kiire taas oli ohjaustilannetta haittaava tekijä. (Ronkainen 2011, 27-29). Naiset arvostivat sydänkuntoutuksen ilmapiiriä, joka oli rentouttava ja sai heidät kokemaan olonsa turvalliseksi. Terveystieteiden ammattilaisten ystävällistä ja ammattimaista lähestymistapaa pidettiin hyvänä. (Wieslander, Mårtensson, Fridlund, Svedberg 2016, 5.) Myös Ronkaisen (2011, 39) tutkimuksessa sairaalassa tapahtunut ohjaus sai aikaan turvallisuuden tunnetta ja pelkojen vähenemistä.

Mikäli ohjattava oli itse aktiivinen ja esitti kysymyksiä, koettiin sen olevan yksi tiedon omaksumista parantava tekijä. Ohjaajan potilaalle hyvin ymmärrettävä ja selkeä ohjaustyyli paransi myös annetun tiedon omaksumista. (Ronkainen 2011, 27-29.) Erityisesti naispotilaat kokivat hoitajien selkeän ohjauksen hyväksi ja parantaneen tiedon omaksumista verrattuna lääkäriin. (Kristofferzon, Löfmark, Carlsson 2007, 396.) Toisessa tutkimuksessa potilaat kokivat seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset niin arkaluontoisiksi, että kokivat tärkeäksi hoitajan asian puheeksi ottamisen. (Altiok, Yilmaz 2011. 269).

5.2 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen pääsisältöinä olivat tieto sairaudesta ja eläminen jatkossa sairauden kanssa sekä sen tuomat muutokset. Potilaat saivat tietoa sepelvaltimotaudista ja sydäninfarktista sekä erilaisista tuloksista ja toimenpiteistä. (Ronkainen 2011, 30-31.) Joissakin tutkimuksissa lisäksi erityisesti tutkittiin ohjauksen tai ohjausmenetelmän vaikutuksia tietyllä osa-alueella, kuten masennus. (Oranta 2011, 28). Kahdessa tutkimuksessa tutkittiin sydäninfarktin jälkeistä seksuaalielämää ja ohjaustarpeita seksiin liittyen sydäninfarktin jälkeen. (Altiok ym. 2011; Steinke ym.2012.)

Elämisestä sairauden kanssa ja elämäntapamuutoksista potilaat saivat tietoa pääosin riittävästi. Kuitenkin joidenkin kohdalla jonkin osa-alueen tieto ja ohjaus koettiin vajavaiseksi. Tämä todennäköisesti johtuu ohjaustilanteiden erovaisuuksista ja joskus jokin asia on saattanut jäädä käymättä läpi ohjauskeskustelussa. (Ronkainen 2011, 30-31). Myös lääkäreiden antamassa tiedossa koettiin puutteita ja keskustelumahdollisuudet liian vähäisiksi (Ronkainen 2011, 37; Hutton & Perkins 2008, 93; Kristofferzon, Löfmark, Carlsson 2007, 397). Altiokin ym. (2011, 269) tutkimuksessa seksin harrastamiseen ja seksuaalisuuteen liittyen ohjauksessa koettiin olevan puutteita. Suurin osa potilaista totesi, ettei ollut saanut ohjausta seksuaalisuuteen tai seksin harrastamiseen liittyen lainkaan. Iranilaisessa tutkimuksessa osa potilaista sai normaaliin ohjaukseen verrattuna lisää ohjausta psykologin toimesta. Ohjauksessa he saivat lisätietoa sairaudesta ja elämisestä sairauden kanssa. Tällä interventiolla koettiin positiivisia vaikutuksia sairauden kanssa elämisen suhteen ja potilaan tiedot sairaudesta kasvoivat. Myös masentuneisuus ja ahdistuneisuus vähentyivät. (Sararoudi, Motmaen, Maracy, Pishghadam, Kheirabadi. 2016, 3,5).

Tutkimuksissa ohjaus toteutettiin pääosin henkilökohtaisena ohjauksena. Ryhmäohjausta saivat sydänkuntoutukseen osallistuneet. Sydänkuntoutukseen osallistuneet naiset kokivat rohkaisua elämäntapamuutoksiin ja kuntoutus antoi heille turvallisuuden tunnetta. Osallistuneet kokivat saaneensa tukea ammattilaiselta sekä vertaistukea toisilta osallistujilta. (Kristofferzon, Löfmark, Carlsson. 2008, 371). Myös miehet kokivat toisten potilaisten vertaistuen ryhmäohjauksessa hyväksi. Miehet arvostivat myös hoitajien tukea ja kuntoilun valvontaa. (Hutton & Perkins. 2008, 93.)

Kiinalaisessa tutkimuksessa interventioryhmän potilaat saivat myös puhelinohjausta kolme kertaa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Interventioryhmän potilaiden tiedot sairaudesta ja sen hoidosta parantuivat verrattuna toiseen ryhmään. Myös potilaiden ravitsemus ja liikuntatottumukset olivat parantuneet. (Yan, You, Liu, Jin, Zhou, Lin, Li, Jing. 2013, 853.) Steinken ym. (2012) Tutkimuksessa potilaat saivat seksiin liittyvissä asioissa videomateriaalina, kotiin lähetettyinä lehtisinä sekä he saivat puhelinohjausta. Potilaiden kokemukset olivat positiivisia ja he kokivat ohjauksesta olleen hyötyä. (Steinke, Mosack, Hertzog 2012, 167.)

5.3 Ohjauksen yksilöllisyys

Ohjauksen yksilöllisyydellä oli merkittävä vaikutus ohjauksen onnistumiselle. Ohjauksen yksilöllisyyden kokemukseen vaikuttivat muun muassa potilaan omien arjen asioiden käsittely ja henkilökohtaisten riskitekijöiden läpikäyminen. Liian yleisellä tasolla käyty keskustelu koettiin heikentävän ohjauksen merkitystä. (Ronkainen 2011, 32-34.) Puhelinohjauksesta koettiin hyötyjä henkilökohtaisella tasolla. Potilailla oli mahdollisuus henkilökohtaisten riskitekijöiden läpikäymiseen ammattilaisen kanssa ja he saivat ohjausta sekä tietoa sairaudesta. Yan ym. (2013, 847,853) Sydänkuntoutuksessa ryhmäohjauksessa osa miehistä koki, ettei ohjauksessa pystytty täyttämään jokaisen yksilöllisiä tarpeita mm. kuntoiluun liittyvissä harjoitteissa johtuen potilaiden erilaisista kuntotasoista. (Hutton & Perkins. 2008, 93.) Terveystieteiden ammattilaisissa tutkimuksen naispotilaat arvostivat sitä, että ammattilaiset näkivät ja kuuntelivat heitä kokonaisina ihmisinä eivätkä vaan diagnoosina. (Wieslander ym. 2016, 6.)

Myös omaisten huomiointi koettiin tärkeäksi. Omaisten huomioinnin kohdalla todettiin olevan puutteita. Omaisten kanssa keskustelu riippui suurelta osin omaisten aloitekyvystä keskusteluun. (Ronkainen 2011, 32-34.) Sydäninfarktin sairastaneet naiset arvostivat puolisojensa osallistumista sydänkuntoutukseen. Puolisot saivat näin paremmin tietoa sairaudesta ja ymmärrys sairauden vaikutuksista tunnemaailmaan kasvoi. (Wieslander ym. 2016, 5.)

Lähes jokaisella potilaalla liittyi jatkoa ajatellen erilaisia elämäntapamuutoksiin liittyviä tavoitteita. Elämäntapamuutoksiin tukeminen koettiin tarpeelliseksi ohjauksessa sairaalavaiheessa. (Ronkainen 2011, 32.) Yanin ym. (2013,846-847,853) tutkimuksessa puhelinohjausta saaneiden potilaiden tietoisuus sairaudesta kasvoi sekä heidän elämäntapansa paranivat. Potilaat saivat jokaisella ohjauskerralla ohjausta elämäntapamuutosten tekoon ja henkilökohtaisten riskitekijöiden hallintaan. Potilaat saivat myös jokaisella kerralla tietoa sairaudesta ja aiempien ohjauskertojen läpikäytyjä asioita kerrattiin.

Ohjaus koettiin tukevana niin sosiaalisesti, kuin psyykkisesti. Ohjauksen ajankohdan ja oikea-aikaisuuteen vaikuttivat monet yksilölliset tekijät. Sairaalassaolon

alkuaikana ohjauksen vastaanottokyvyn koettiin olevan huonompi kuin loppuvaiheessa koska potilaat olivat kipeämpiä. Ohjauksen antamisen pienissä erissä koko jakson aikana koettiin hyväksi ohjauksen painottuen suurelta osin sairaalajakson loppuvaiheeseen. (Ronkainen 2011, 32-36,39.) Orannan (2011, 32,46,61) Tutkimuksessa psykiatrisen sairaanhoitajan lähes kokonaan sairaalassa toteuttamien päivittäisten ohjauksien vaikutus alle 60- vuotiaiden masennusoireisiin sydäninfarktin jälkeen todettiin positiiviseksi. Potilaat, jotka eivät olleet masentuneita kokivat intervention välttämättömäksi osana sydäninfarktin jälkeistä hoitoa. Kukaan ei kokenut intervention ohjauksen leimaavan tai loukkaavan. Myös Sararoudin ym. (2016,3,5) tutkimuksessa psykologin kerran päivässä kolmena päivänä sairaalassa toteuttaman henkilökohtaisen ohjauksen tulokset olivat positiivisia ja vähensivät masennusta ja ahdistusta.

Kristofferzonin ym. (2008,369-371) mukaan sydäninfarktin sairastaneet olisivat halunneet lisää tietoa liittyen oireisiin, sydäntilanteeseen, hoitoihin noin puolen vuoden kuluttua sydäninfarktin saamisesta. Osa oli sopeutunut hyvin elämään sairauden kanssa, mutta osalla oli vaikeuksia oireiden ja elämänmuutosten käsittelyssä ja toteuttamisessa. Tarvetta oli myös henkiseen tukeen ja tietoon sydänkuntouksesta. Sydänkuntoutukseen osallistuneet potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa tukeen ja ohjaukseen. (Hutton & Perkins. 2008, 93,95; Wieslander ym. 2016, 6.) Erityisesti yhden vuoden sydänkuntoutusohjelmaan osallistuneet naiset kokivat rohkaisun elämäntapamuutoksiin ja niiden ylläpitoon sekä ryhmässä saamansa tuen hyväksi. (Kristofferzon ym. 2008, 371.)

Ohjauksesta oli ollut hyötyä potilaille kotiutumisen jälkeen. Potilaat olivat saaneet arjen tilanteisiin ohjausta. Kirjallinen materiaali oli osaltaan tukemassa ja materiaalin kautta asioita pystyi palauttamaan mieleen. Osalla potilaista ohjauksen kautta kynnyks avun hälytykseen oli madaltunut. (Ronkainen 2011, 38.) Naiset olivat oppineet enemmän terveydestä ja liikunnan tärkeydestä. (Wieslander ym. 2016, 5.) Sydänkuntoutukseen osallistuneet miehet saivat enemmän itsevarmuutta liikuntatottumusten toteuttamiseen. Hutton ym. (2008,93,95.)

5.4 Ohjauksen riittävyys

Ohjauksen tietomäärä koettiin sisällöltään suurimmaksi osaksi riittäväksi. Lääkityksen suhteen ja sepelvaltimosuoniston osaksi haluttiin syvempää tietoa. Lääkärin kanssa olisi haluttu keskustella enemmän. Tietomäärää ohjauksissa pidettiin riittävänä varsinkin siinä mielessä, että tilanteessa suurempaa tietoa ei olisi välttämättä pystytty vastaanottamaan sairaalajaksosta puhuttaessa. Asioita ei myöskään kerrattu liikaa. (Ronkainen 2011, 38.) Toisaalta Sararoudin ym. (2016,5) ja Orannan (2011,61) tutkimuksissa ammattilaisten tekemät sairaalavaiheen interventiot vähensivät masennusta ja tätä kautta vaikuttivat positiivisesti kuntoutusprosessiin. Seksuaalisuuteen ja seksin harrastamiseen liittyvää ohjausta ei ollut riittävästi sydäninfarktin sairastaneille (Ahtiok ym. 2011. 269). Seksuaaliohjausta sydäninfarktin jälkeen voisi myös olla tarpeellista jatkaa pitempään sydäninfarktin sairastamisen jälkeen ainakin osalle potilaista. (Steinke ym. 2012, 167.)

Sydäninfarktin sairastaneet kokivat noin puolen vuoden kuluttua tarvitsevansa lisää tietoa esimerkiksi sydämensä tilanteesta, sairauden oireista, sydänkuntouksesta ja erilaisista tunteista sairauteen liittyen. Miehet kokivat kardiologin tapaamisen tärkeäksi turvallisuuden tuojaksi. Useat miehet ilmaisivat halunsa tavata kardiologia yksi tai kaksi kertaa vuodessa myös tulevaisuudessa. Myös sairauden ennusteesta keskustelu koettiin miesten osalta tärkeäksi. (Kristofferzon ym. 2008, 371.)

Sydänkuntoutukseen osallistuneet naiset kokivat jatkuvan yhteyden ammattilaisiin tärkeäksi tekijäksi kuntoutumisprosessissa. Avun helppoa saatavuutta pidettiin tärkeänä. Naiset saivat koko kuntoutuksen ajan tietoa esimerkiksi lääkityksen ja lääkkeiden sivuvaikutusten suhteen. (Wieslander ym. 2016, 6.) Myös miehet olivat pääosin tyytyväisiä sydänkuntoutukseen. (Hutton ym. 2008,95.) Huttonin Perkinssin (2008, 95) tutkimuksessa pohdittiin kuitenkin sydänkuntoutuksen sopivan paremmin miesten tarpeisiin. Näyttäisi myös siltä, että miehillä ja naisilla on eri tarpeita sydänkuntoutuksen suhteen. Sydänkuntoutuksella todettiin olleen potilaiden kokemaa hyötyä jokaisessa sitä käsitelleessä tutkimuksessa. (Wies-

lander ym. 2016,5-6; Hutton ym. 2008, 93,95; Kristofferzon ym. 2008,371.) Potilaat kuitenkin näyttäsivät hyötävän parhaiten pitkäkestoisesta sydäntuntoutuksesta paremmin, kuin lyhyestä. (Kristofferzon ym. 2008,371,374.)

Potilaat saivat sairaalavaiheessa ja kotiutumisen yhteydessä riittävästi kirjallista materiaalia. Jotkut kokivat materiaalia olevan jopa liikaa. Materiaali käsitteli esimerkiksi elämäntapamuutoksia, lääkitystä ja sairautta ja sen riskitekijöitä. Osa materiaalista myös oli osittain tietosisällöltään samanlaista. Materiaalia käytiin myös läpi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Ronkainen 2011, 40-44.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on toteutettava yleisesti tieteelliseen kirjoittamiseen asetettuja ohjeita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on tehnyt ohjeistuksen hyvistä tieteellisistä menettelytavoista. Neuvottelukunta on opetusministeriön asettama. Hyvän tutkimuksen etiikka edellyttää, että tutkimus toteuttaa asetettuja hyviä tieteellisiä menettelytapoja. Tutkimuksessa ei saa olla plagiointia ja tutkimustulosten raportointi tulee selkeää. (Hirsjärvi ym. 2013, 23-26). Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyviä tieteellisiä menettelytapoja. Ne otettiin huomioon jokaisessa työskentelyvaiheessa opinnäytetyön prosessin edetessä. Tutkimuksessa ei plagioitu toisten töitä ja raportointi tehtiin selkeästi ja johdonmukaisesti.

Lähdemerkinnät tulee olla merkittynä oikein ja huolellisesti, varsinkin kirjallisuuskatsauksessa dokumentoitaessa toisten tuotoksissa tuotettua tietoa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tässä opinnäytetyössä kiinnitettiin huomiota lähdemerkintöjen oikeaan merkintätapaan tekstiviitteissä sekä lähdeluettelossa. Lähdemerkinnät toteutettiin noudattaen Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisia ohjeita.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aihe tuli opettajalta, mutta myös tekijän omakohtainen kiinnostus aiheeseen oli omakohtaisista potilaskokemuksista johtuen suuri. Tekijän omakohtaiset kokemukset ohjauksesta tukivatkin osaltaan kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia ja lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta.

Rajoiltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on joustavampi, kuin muut kirjallisuuskatsaukset. Tämän takia tutkimuksen tekijän eettisyys raportoinnin suhteen ja erilaisissa valinnoissa on vielä tärkeämmässä roolissa kirjallisuuskatsauksen kaikissa eri vaiheissa. Eettisyyden ja luotettavuuden riippuvuus toisistaan on selkeä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimusprosessin selkeä näkyminen tutkimuksessa, tutkimusaineiston valinnan syyt ja valintaan käytetyt menetelmät, tutkimuksesta saatujen tuloksien monipuolinen tarkastelu sekä teoreettiseen

taustaan liitännäisyys ovat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta määrittäviä tekijöitä. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Opinnäytetyössä tutkimusprosessin eteneminen on selkeästi esitetty vaihe vaiheelta, mikä tekee tutkimuksen toistettavuuden tarvittaessa mahdolliseksi. Tutkimusten luotettavuus vaihtelee eri tutkimuksissa. Yksi tapa mitata tutkimuksen luotettavuutta on sen toistettavuus, eli reliaabelius. Mikäli samaa asiaa tutkitaan uudestaan ja saadaan samoja tuloksia, voidaan tutkimus todeta luotettavaksi toistettavuudesta johtuen. Toinen vaihtoehto on samaan henkilöön kohdistuvat eri tutkimuskerrat. Myös näistä saaduilla samoilla tuloksilla voidaan tutkimus todeta olevan mahdollista toistaa ja saada samoja tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2013, 231). Tutkimusaineiston hakuprosessi tehtiin johdonmukaisesti ja tutkimusaineiston valinta perusteltiin. Tutkimustuloksia pyrittiin tarkastelemaan mahdollisimman monipuolisesti.

Opinnäytetyössä luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin luotettavia hakukoneita ja käytettävien lähteiden suhteen oltiin kriittisiä. Haut tehtiin ammattikorkeakoulun tietokannoista. Tutkimusten sallittuina kielinä tiedonhaussa olivat suomi ja englanti. Hakulausekkeet muodostettiin opinnäytetyön keskeisistä termeistä ja niiden yhdistelmistä. Hakulausekkeitä käytettiin useita riittävän laajan aineistomäärän saamiseksi. Luultavasti kuitenkin kaikkea englanninkielistä tutkimusmateriaalia ei löydetty sillä käytettävät hakusanat jouduttiin rajaamaan rajallisten resurssien takia. Kaikkea aihealueen aineistoa ei olekaan pakollista löytää opinnäytetöissä tai muissa samantasoisissa töissä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 35.)

Tutkimuksista valittiin vain alkuperäistutkimuksia. Tutkimuksista käytettiin vain vuodelta 2008 ja siitä uudempia tutkimuksia. Vanhemmat tutkimukset poissuljettiin. Tällä varmistettiin tutkimukseen sisällytettävän tiedon tuoreus ja ajanmukaisuus. Ainoastaan yksi tutkimus vuodelta 2007 hyväksyttiin. Toisaalta tutkimusten rajaus 11 vuotta vanhoihin tai uudempiin saattoi sulkea osan käyttökelpoisista tutkimuksista pois. Tutkimusten rajaus oli kuitenkin aiheellista, koska ilman rajauksia tutkimusmäärä olisi ollut selkeästi suurempi ja vaatinut selkeästi suurempia voimavaroja. Nyt aiheesta saatiin haluttu tuorein ja ajankohtaisin tutkittu tieto. (Johansson ym. 2007, 53.)

Aineiston käsittely oli huolellista. Hakutulokset käytiin tarkasti läpi ja otsikoiden sekä tiivistelmien perusteella valittiin käytettävä aineisto. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset luettiin läpi huolellisesti. Tutkimuksia luettiin useita kertoja tarkoituksena välttää väärinymmärryksiä ja näin parannettiin tutkimuksen luotettavuutta. Tulokset raportoitiin todenmukaisesti, eikä tuloksia muuteltu. Tuloksista muodostettiin myös tuloksia tiivistävä yhteenveto. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kuvailun muodostamisen subjektiivisesta näkökulmasta johtuen eri tutkijat voivat kuitenkin päätyä toisistaan poikkeaviin johtopäätöksiin, vaikka aineisto olisikin sama. (Kangasniemi ym. 2013, 298)

Opinnäytetyöllä oli vain yksi tekijä, mikä mahdollisesti heikensi opinnäytetyön luotettavuutta. Useat kirjallisuuskatsauksen lähteet olivat myös englanninkielisiä, mikä saattoi vaikuttaa sisällön kääntämisvaiheessa. Toisaalta myös tutkimusten rajaus suomen ja englannin kielelle saattoi rajata osan muuten käyttökelpoisista ja laadukkaista tutkimuksista pois. Tutkimuksien ja hakujen taulukointi lisäsi tutkimuksen läpinäkyvyyttä. Opinnäytetyösopimus tehtiin Tampereen Ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyö tarkistettiin myös plagioinnintunnistusohjelmiston toimesta ennen julkaisua.

6.2 Yhteenveto tuloksista

Tarkoituksena opinnäytetyöllä oli selvittää sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia hyvästä ohjauksesta sydäninfarktin jälkeen sekä koota ajantasaista ja luotettavaa tietoa aiheesta. Opinnäytetyön tavoite oli sen kokoaman tiedon avulla kehittää sydäninfarktin sairastaneen henkilön ohjausta sekä parantaa sydäninfarktin kokeneiden henkilöiden kanssa työskentelevien valmiuksia oikeanlaisen ohjauksen ja tuen antamiseen oikea-aikaisesti. Aihetta pyrittiin tarkastelemaan sydäninfarktin sairastaneen näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin ohjauksen yksilöllisyyttä, ohjauksen riittävyttä, ohjaustilannetta sekä ohjauksen sisältöä ja rakennetta. Pääluokaksi muodostui sydäninfarktin sairastaneen hyvä ohjaus. Näitten muodostettujen luokkien pohjalta pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymykseen.

Tutkimuskysymyksenä oli, millaista on sydäninfarktin sairastaneen henkilön hyvä ohjaus sydäninfarktin sairastaneen henkilön näkökulmasta. Sairaalassa potilaat kokivat ohjaustilanteen rauhallisuuden ja tilanteen kiireettömyyden tärkeänä tekijänä ohjaustilanteessa. Ohjausta toteuttavan henkilön selkeä ja ymmärrettävä ohjaustyö edisti tiedon omaksumista. (Ronkainen 2011, 27-29.) Ystävällistä ja asiallista lähestymistapaa myös arvostettiin (Wieslander ym. 2016, 5.) Potilaan oma aktiivisuus ohjaustilanteessa vaikutti positiivisesti (Ronkainen 2011, 27-29.) Kuitenkin esimerkiksi seksuaalikysymyksissä koettiin tärkeäksi hoitajan puhuminen aiheesta (Altiok, Yilmaz 2011, 269.) Ohjauksen koettiin myös tuovan turvallisuuden tunnetta ja vähentävän pelkoja. (Wieslander ym. 2016, 5; Ronkainen 2011, 39.)

Ohjauksen pääsisältöinä olivat tieto sairaudesta ja eläminen jatkossa sairauden kanssa sekä sen tuomat muutokset. Potilaat saivat tietoa sepelvaltimotaudista ja sydäninfarktista sekä erilaisista tuloksista ja toimenpiteistä. Ohjauksen sisältö koettiin pääosin hyväksi. (Ronkainen 2011, 30-31.) Seksuaalisuuteen liittyvässä ohjauksessa koettiin puutteita. Hoitajan puhuminen asiasta koettiin tärkeäksi. (Altiok, Yilmaz 2011, 269.) Tuloksien perusteella näyttäisi myös, että esimerkiksi sydäninfarktin jälkeistä masennusta ja ahdistusta pystyttäisiin vähentämään lisäämällä ohjausta painottuen sydäninfarktin psyykkisiin vaikutuksiin. (Oranta 2011, 32,46,61.) Myös psykologin toteuttamien ohjauksien positiiviset tulokset osaltaan korostavat psyykkisen tuen tärkeyttä. (Saraoudin ym. 2016, 5.)

Ohjauksen yksilöllisyys oli tärkeä tekijä onnistuneelle ohjaukselle. Arjen asioiden läpikäyminen ja henkilökohtaisten riskitekijöiden määrittely tekivät ohjauksesta yksilöllisempää. Liian yleisellä tasolla käyty keskustelu koettiin heikentävän ohjauksen merkitystä. Omien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja tavoitteiden saavuttamisen seuraamista ajan kuluessa pidettiin tärkeänä. (Ronkainen 2011, 32-34.) Sydäninfarktin sairastaneilla oli erilaisia tarpeita myös myöhemässä vaiheessa. Osa tarvitsi enemmän emotionaalista tukea kuin toiset. Tuloksista voidaankin todeta, että sydäninfarktin sairastaneiden emotionaalinen ja psyykkinen tuki on usein tarpeen pitemmällä ajanjaksolla. (Kristofferzon ym. 2008,370-371,374.) Sydänkuntoutus tarjosi osallistujille ohjausta ja tukea pidemmällä aikavälillä. Sydänkuntoutukseen osallistujat olivat pääosin tyytyväisiä ohjaukseen ja saamaansa tukeen. (Hutton & Perkins. 2008, 93,95; Wieslander ym.

2016, 6.) Sydänkuntoutukseen osallistuneet saivat parhaan hyödyn osallistuttuaan yhden vuoden ohjelmaan. Sydänkuntoutuksessa olisi kuitenkin vielä paremmin hyödyn saamiseksi syytä kuunnella osallistujien tarpeita yksilöllisemmin ja ohjausta muuttaa henkilökohtaisemmaksi. (Kristofferzon ym. 2008, 371,374.)

Ohjausta koettiin sairaalavaiheessa olleen riittävästi. Kirjallista mukaan saatua materiaalia oli tarpeeksi. (Ronkainen 2011, 38.) Lääkäreiden kanssa olisi haluttu keskustella enemmän sairaalassa oltaessa sekä myöhemmin. (Kristofferzon ym. 2007, 397; Kristofferzon ym. 371.) Sairaalasta kotiutumisen jälkeen ohjauksen ja tiedon riittävydessä koettiin puutteita. Tiedolle ja ohjaukselle oli tarvetta myös kuuden kuukauden kuluttua sydäninfarktin jälkeen. Sydäninfarktin sairastaneet kokivat puolen vuoden kuukauden kuluttua tarvitsevansa lisää tietoa esimerkiksi sydämensä tilanteesta, sairauden oireista, sydänkuntouksesta ja erilaisista tunteista sairauteen liittyen. (Kristofferzon ym. 2008, 371.) Sydänkuntoutukseen osallistuneet olivat saaneet tietoa ja ohjausta sairauteensa liittyen. Syd Tutkimuksien perusteella voidaankin todeta sydänkuntoutuksen tarjoavan tarvittavaa tukea ja ohjausta sydäninfarktin sairastaneille pitemmällä ajalla normaalia hoitokettua tukien.

Ohjausmenetelmänä toimi pääosin yksilöohjaus. Myös puhelinohjaus ja ryhmäohjausta koettiin hyvänä. Puhelinohjauksen erilaisia käyttömahdollisuuksia tulisi kehittää myös yhtenä osana tukemaan sydäninfarktipotilaan ohjausta. Ryhmäohjaus tapahtui sydänkuntoutuksessa. Osallistujat arvostivat ammattilaisten ja muiden osallistujien tukea. Myös ammattilaisten kuntoilun valvontaa pidettiin tärkeänä ja kuntoilu koettiin turvallisemmaksi. (Hutton ym. 2008, 93.)

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että sydäninfarktin jälkeinen alkuvaiheen ohjaus toteutetaan pääosin hyvin. Ohjauksesta saatu tietomäärä on riittävää ja ohjauksen laatu koetaan hyväksi. Yksilöllisiin tarpeisiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaan ohjaustarpeita määriteltäessä jo ohjauksen alkuvaiheessa. Myöhemmän vaiheen ohjauksessa ilmenee puutteita tietomäärän sekä saadun ohjauksen määrässä erityisesti niiden potilaiden keskuudessa, jotka eivät osallistu sydänkuntoutukseen. Sydänkuntoukseen osallistuneet kokevat suurempaa

tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen pitemmällä aikavälillä. Kuitenkin myös sydänkuntouksen sisältöä tulisi kehittää tukemaan yksilöllisemmin siihen osallistuvien tarpeita.

Tässä osiossa kerron vielä omista henkilökohtaisista kokemuksista ohjauksesta sairastamani sydäntapahtuman jälkeen. Eri ikäryhmien sydänpotilaiden ohjaustarpeet vaihtelevat johtuen mm. potilaiden erilaisista elämäntilanteista ja perussairauksista sekä ohjauksen vastaanottokyvystä, johon voi vaikuttaa osaltaan hyvinkin moni tekijä. Uskon että oma kokemukseni voi osaltaan olla hyödyllinen tarkasteltaessa erityisesti nuorten sydänpotilaiden ohjaustarpeita.

Oma sydäntapahtumani sattui vuonna 2013. Sairastin sydämen vaikean vajaatoimintatilanteen, josta minulle kehittyi keuhkopöhö. Tätä oli edeltänyt kuukausia edeltänyt sairastelu, johon ei varsinaista syytä löytynyt. Päädyin sairaalahoitoon, jossa vietin noin kolme viikkoa. Alussa tilanne oli akuutti ja kesti aluksi noin viikon ajan, kunnes tilani oli jo sen verran tasainen, että esimerkiksi fysioterapia ja muu ohjaus voitiin aloittaa.

Sairaalassaoloaikani tilani tasaannuttua sain säännöllistä ohjausta pienissä määrissä päivittäin mm. hoitotilanteiden yhteydessä. Olin päivittäisissä toiminnoissa omatoiminen ja hoitotilanteet pääosin lyhyitä, joten saamani ohjaus oli myös hyvin paljon hoitajien ajankäytöstä riippuvaista. Sairaalassa saamani ohjaus oli hyvää ja esimerkiksi lääkehoidon ja elämäntapojen ohjaus käytiin selkeästi läpi ja minun oli helppo kotiutuessani toteuttaa saamiani ohjeita. Hoitajien toteuttamassa ohjauksessa oli yksilökohtaisia eroja ja mieleeni jäikin erityisesti erään sairaanhoitajaopiskelijan poikkeuksellinen innokkuus minun ohjaamisessani ja tarpeideni kuuntelemisessa. Mielestäni myös lääkärit paneutuivat omiin asioihini erittäin hyvin ja kierroilla he antoivat minulle aikaa hyvin ja vastasivat kysymyksiini. Itse pohdin oman ikäni ehkä vaikuttaneen asiaan.

Kotiuduin sairaalasta vanhemmilleni ja asuin heidän luonaan kesän, koska en olisi heikosta voinnistani johtuen pystynyt omatoimisesti kotonani vielä selviytymään. Kotiutumisvaiheessa sain hyvät ja selkeät ohjeet jatkokuntoutusta ja hoitoa ajatellen. Jatkohoito-ohjeisiini kuului myös nestelistan pito kotona johtuen tiukasta vuorokausittaisesta nesterajoituksestani. Tämäkin asia käytiin selkeästi ja

hyvin läpi sydämen vajaatoimintahoitajan kanssa ja hän selvitti minulle nesterajoituksen tärkeyden. Koin kokonaisuudessaan oloni suhteellisen turvalliseksi kotiutumisvaiheessa ajatellen tulevaisuutta ja jatkuvaa kuntoutusprosessia. Minulle myös annettiin selkeät ohjeet ja yhteystiedot mihin ottaa yhteyttä, mikäli minulle tulisi kysyttävää tai vointini huononisi.

Sairaalasta pääsyn jälkeen seuraava vastaanottoaikani oli kolmen kuukauden päästä. Tällöin sydämeni tilanne kuvattiin ultraäänellä. Pääsin myös hieman keskustelemaan kardiologini kanssa, joka tosin oli eri kuin sairaalavaiheessa. Sairaalassa minun hoidostani vastanneita kardiologeja en enää tavannut. Koin kontrollikäynnin annin hyväksi. Pääsin keskustelemaan hieman hoidostani ja tulevaisuudesta. Keskustelimme myös kuntoutumisen edistymisestä. Myös sairaanhoitaja oli läsnä tuossa käynnissä. Kävin myös noihin aikoihin tapaamassa fysioterapeuttia. Tapaamisen yhteydessä teimme kuuden minuutin kävelytestin oman sen hetkisen kuntotasoni määrittämiseksi. Fysioterapeutti myös antoi ohjeita kuntoutukseen. Itselläni oli jo laaja tietämys kuntoilusta ja ravitsemuksesta johtuen urheilutaustastani, joten liikuntatottumusten suhteen en juurikaan ohjausta tarvinnut. Koin kuitenkin, että mikäli olisin tarvinnut ohjausta, niin olisin sitä saanut riittävästi.

Seuraava kardiologin tapaaminen sovittiin noin kuuden kuukauden päähän. Tällöin oli tarkoitus jälleen tarkastaa sydämeni tilanne. Itse jatkoin tässä välissä kuntoutusprosessia. Kuntoni koheni vähitellen ja tuntui, että jaksoin enemmän. Tässä vaiheessa jouduin kuitenkin miettimään, oliko kuntoilumääräni liiallinen tai liian vähäinen. Mielestäni seuraava kardiologin tapaaminen olisi voinut olla aiemmin. Koin epävarmuutta, koska en tiennyt sydämeni tilan kehitystä. Olisin myös halunnut saada tässä välissä verikoetuloksia vointini kehityksestä.

Myös henkisen tuen koen olleen myöhemmässä vaiheessa riittämätöntä. Itse ymmärsin todella vasta noin kuuden kuukauden jälkeen mitä minulle oli tapahtunut ja kuinka vaarallinen tilanteeni oli ollut. Vointini oli kohentunut selkeästi, mutta koin epävarmuutta tulevaisuuteni suhteen. Olisin tässä vaiheessa mieluusti käynyt tapaamassa esimerkiksi sairaanhoitajaa ja päässyt keskustelemaan asioista. Olin itse kykenemätön ottamaan yhteyttä, koska vointini oli kuitenkin kohentunut ja sen tähden ajattelin jossain määrin yhteydenottoni olevan turha.

Kokonaisuutena koin ohjauksen olleen pääosin riittävää. Sairaalassa saamani ohjaus ja ohjausmateriaali oli erinomaista ja myös kotiutuessani saamani ohjeet olivat vähintäänkin riittäviä jatkoa ajatellen. Kuitenkin myöhemmässä vaiheessa olisin tarvinnut tiheämmin hoitajan ja lääkärin tapaamista. Myös tämän opinnäytetyön kokoama tieto antaa osaltaan osittain samansuuntaisia kokemuksia myös sydäninfarktin sairastaneiden kokemana.

LÄHTEET

- Aho, T. Porola, P. 2013. Duodecim. Käypä hoito –suositus. Sydäninfarktin toteaminen. Luettu 3.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00033>
- Altio, M. Yilmaz, M. 2011. Opinions of Individuals Who have had Myocardial Infarction About Sex. *Sex Disabil* 29, 263-273.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Hutton, J. Perkins, S. 2008. A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 13(1), 87–97.
- Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A: 51/2007.* Turku: Turun yliopisto.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja 93. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P. Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25 (4), 291-301.
- Karlsson, H. 2014. Duodecim Terveyskirjasto. Masennus ja sydäninfarkti. Luettu 24.10.2019. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00115
- Kauppinen, A. Muhonen, R. 2017. Duodecim Terveyskirjasto. Sydäninfarktipotilaan jatkoahoito vuodeosastolla. Luettu 25.9.2019. <https://www-terveysportti.fi.libproxy.tuni.fi/dtk/shk/koti>
- Kervinen, H. 2018. Duodecim Terveyskirjasto. Äkillinen sepelvaltimokohtaus ja sydäninfarkti. Luettu 15.1.2019. <https://www-terveysportti.fi/apps/ltk/ykt01401>
- Kovanen, P. 2008. Hauras plakki, plakin eroosio ja ruptuura. Teoksessa Airaksinen, J. Aalto-Setälä, K. Hartikainen, J. Huikuri, H. Laine, M. Lommi, J. Raatikainen, P. Saraste, A. (toim.). *Kardiologia*. 2.painos. Kustannus Oy Duodecim, 416-417.
- Kristofferzon, M-L. Löfmark, R. Carlsson, M. 2008. Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(3), 367-375.
- Kristofferzon, M-L. Löfmark, R. Carlsson, M. 2007. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 16, 391–401.

Kähkönen, T. Kankkunen, P. Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede*, 24 (3), 201-215.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Duodecim Terveyskirjasto. EKG (Sydänfilmi). Luettu 19.1.2019. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03210

Mäkijärvi, M. 2011. Sydänsairauksien riskitekijöiden hallinta. Teoksessa Mäkijärvi, M. Parikka, H. Kettunen, R. Kivelä, A. Yli-Mäyry, S.(toim.) Sydänsairaudet. 2. uud. painos. Kustannus Oy Duodecim, 11-14.

Mäntylä, P. Riikola, T. 2011. Käypä hoito potilasversio. ST-nousu infarkti, yleisin infarkti. Luettu 1.5.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suosittus?id=khp00104>

Nikus, K. Porela, P. Heikkilä, J. Voipio-Pulkki, L-M. 2008. Teoksessa: Airaksinen, J. Aalto-Setälä, K. Hartikainen, J. Huikuri, H. Laine, M. Lommi, J. Raatikainen, P. Saraste, A. (toim.). *Kardiologia*. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim, 442-443.

Oranta, O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Rantala, M. & Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? *Katsaus*. Duodecim, 124(3), 254-60. Luettu 2.10.2019 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97021.pdf>

Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta. Jyväskylän yliopisto. Pro-gradu tutkielma.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopisto. Luettu 8.5.2019. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salminen-Tuomaala, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina. Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Sararoudi, R. Motmaen, M. Maracy, M. Pishghadam, E. Kheirabadi, G. 2016. Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of Research in Medical Sciences* 21, 1-7.

Steinke, E.E. Mosack, V. Hertzog, J. 2013. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI—Development and Pilot Testing. *Perspectives in Psychiatric Care*. 49(3): 162-170.

ST-nousuinfarkti. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 19.1.2019. www.käypähoito.fi

Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Sarja A: 73/2016*. Turku: Turun yliopisto.

Sydäninfarktin diagnostiikka. 2014. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Luettu 18.1.2019. www.käypähoito.fi

Sydänliitto. www.sydän.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sydän- ja verisuonitaudit. Luettu 16.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydän-ja-verisuonitaudit/sydän-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Terveydenhuoltolaki. 28.12.2018/1294:

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Tuomisto, S. 2013. Sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saama tuki. Tampereen yliopisto. Pro-gradu tutkielma.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Wieslander, I. Mårtensson, J. Fridlund, B. Svedberg, P. 2016. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* 11, 1-11.

Yan, J. You, L-M. Liu, B-L. Jin, S-Y. Zhou, J-J. Lin, C-X. Li, Q. Jing, G. 2013. The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 51,844–855.

Ylimäki, E-L. Kanste, O. Heikkinen, H. Bloigu, R. Kyngäs, H. 2014. Työikäisten lappilaisten verisuoniterveys ja sitoutuminen elämäntapamuutokseen. Hoitotiede, 26 (1), 25-37.

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Aineistoon lopulta valitut
Medic	Sydäninfarkti AND ohjaus	3	3	2	1
	"Myocardial infarction" AND gui*	5	0	0	0
	Sepelvaltimotauti AND ohjaus	1	0	0	0
	Iskeeminen sydänsairaus AND ohjaus	17	0	0	0
CINAHL	Myocardial infarction OR heart attack OR MI AND guid* AND expe*	119	6	4	1
	Myocardial infarction OR heart attack AND counseling	36	6	4	3
	Myocardial infarction OR heart attack AND patient education	117	3	2	1
	Myocardial infarction OR heart attack AND nursing interventions	30	0	0	0
	Myocardial infarction OR heart attack AND course* and expe*	40	0	0	0

	Myocardial infarction OR heart attack OR mi AND rehabilitation AND expe*	47	2	2	2
	Myocardial infarct OR heart attack OR mi AND support AND nurse	41	2	0	0
	Coronary heart disease AND counseling	30	1	1	0
Google Scholar	Sydäninfarkti AND sairastanut AND ohjaus AND kokemus*	1040	1	1	1
Manuaalinen haku valittujen tutkimusten lähdeluetteluista			2	1	1
Yhteensä		1526	23	16	10

LIITE 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustaulukko

Tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
1. Ronkainen, P. 2011 Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta.	Tutkia ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia sairaalassa tapahtuneesta sepelvaltimotautiohjauksesta	Laadullinen. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla.	Ohjaus koettiin pääsääntöisesti riittäväksi. Omaisten huomiointi ohjauksessa oli puutteellista. Kehittämistä on edelleen ohjauksen oikeassa ajoittamisessa, vuorovaikutuksessa, ohjaustilanteissa ja myös oikeanlaisen materiaalin antamisessa henkilön tarpeet ja tilanteen huomioiden.
2. Oranta, O. 2011 Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction.	Tutkia sydäninfarktin ja masennuksen yhteyttä. 18 kuukauden seurantatutkimuksessa arvioitiin interpersonallisen ohjauksen vaikutuksia ja potilaskokemuksia sydäninfarktista selviytymisen suhteen.	Tutkimus toteutettiin kyselyinä ja haastattelulla. Tutkittavat pitivät myös päiväkirjaa.	Interpersoonallinen interventio (IPC) näyttäisi vähentävän masennusoireita sydäninfarktin sairastaneilla. Nuoremmilla potilailla hyöty näyttäisi olevan suurempi.
3. Wieslander, I. Mårtensson, J. Fridlund, B. Svedberg, P. 2016 Ruotsi. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction:	Tutkia miten naisten palautumisprosessi edistetään ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen.	Laadullinen tutkimus. Potilaita haastateltiin.	Naisten toipuminen on moniulotteinen prosessi. Sydänkuntoutuksen tulisi kiinnittää huomiota kokonaisvaltaiseen palautumisprosessiin.

Implications for cardiac rehabilitation care.			
4. Altio, M. Yilmaz, M. 2011. Turkki. Opinions of Individuals Who have had Myocardial Infarction About Sex.	Tutkia sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia seksistä, sydäninfarktin vaikutuksista heidän seksuaalielämäänsä ja heidän ohjaustarpeistaan.	Laadullinen haastattelututkimus.	Sydäninfarktilla oli kielteinen vaikutus haastateltavien seksuaalielämään. Haastateltavat eivät saaneet seksuaaliohjausta vaikka kokivat sille tarvetta.
5. Steinke, E.E. Morsack, V. Hertzog, J. 2012. Yhdysvallat. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI—Development and Pilot Testing.	Tutkia sydäninfarktin sairastaneiden palaamista seksuaalielämään. Tutkimuksessa tarkasteltiin intervention vaikutuksia, jossa potilaat saivat lisäohjausta kirjallisen materiaalin, video-ohjauksen ja puhelinohjauksen muodossa.	Pilottitutkimus. Osallistujat täyttivät kyselylomakkeen aluksi ja tutkimuksen lopuksi.	8 viikon kohdalla vain 60% oli palannut seksuaalielämään. Osallistujat kokivat intervention olleen avuksi. Tutkimus osoitti, että sydäninfarktin sairastaneet tarvitsevat enemmän emotionaalista tukea seksuaaliasioissa. Tukea voisi myös olla saatavilla pidemmän aikaa.
6. Yan, J. You, L-M. Liu, B-L. Jin, S-Y. Zhou, J-J. Lin, C-X. Li, Q. Jing, G. 2013. Kiina. The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: a randomized controlled trial.	Tutkia puhelinohjauksien vaikutuksia sydäninfarktin sairastaneitten sairautuntunoon ja elintapoihin.	124 sydäninfarktin sairastanutta potilasta arvottiin kahden ryhmään. Toinen ryhmä sai normaalin ohjauksen ja toinen ryhmä sai lisäohjauksen ennen sairaalasta kotiutumista ja 3 puhelinohjauskertaa. Tietoja ohjauksen vaikutuksista kerättiin ennen kotiutusta ja viikoilla 6 ja 12 kotiutumisesta.	Puhelinohjausta saaneilla potilailla oli viikoilla 6 ja 12 selkeästi parempi havaintokyky tai käsitys oireista ja sairauden kestosta. Näillä potilailla oli myös positiivinen näkemys sairaudesta ja sen hallinnasta sekä heidän ravitsemuksensa ja liikuntatottumuksensa olivat parantuneet.
7. Hutton, J. Perkins, S. 2008. Iso-Britannia.	Tutkia miesten sydäninfarktinkokemuksia.	Tutkimus toteutettiin puolistrukturoiduilla	Tutkimukseen osallistujat olivat yleisellä ta-

<p>A qualitative study of men's experience of myocardial infarction.</p>		<p>haastatteluilla ja puhelinhaastattelulla 2kk tämän jälkeen.</p>	<p>solla tyytyväisiä sydänkuntoutukseen. Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että opetukseen ja elämäntapamuutoksiin perustuva sydänkuntoutus sopii paremmin miehille ja naiset tarvitsivat enemmän tukea emotionaalisesti. Tutkimus antaa lisää todisteita siitä, että sydänkuntoutuksessa ja ohjauksessa tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon potilaiden yksilölliset tarpeet ja ominaisuudet.</p>
<p>8. Kristofferzon, M-L. Löfmark, R. Carlsson, M. 2007. Ruotsi.</p> <p>Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction</p>	<p>Tutkia millaisia kokemuksia naisilla ja miehillä on sydäninfarktin jälkeen 4-6kk jaksolla. Tutkimus tarkastelee vaikeuksia ja niistä selviämisiä sekä tukiverkostoa.</p>	<p>Puolistrukturoidut haastattelut.</p>	<p>Vaikeuksia oli fyysisten oireiden kanssa ja tunnepuolella. Tutkimukseen osallistuvilla oli yleensä hyvä tukiverkko, mutta kommunikoinnissa tukiverkoston kanssa koettiin välillä ongelmia. Naiset kokivat hoitajille puhumisen helpommaksi, kuin lääkäreille. Naiset myös kokivat saaneensa liian vähän tietoa lääkäreiltä. Myös miehet kokivat saaneensa hoitajilta eniten tietoa.</p>
<p>9. Kristofferzon, M-L. Löfmark, R. Carlsson, M. 2008. Ruotsi.</p>	<p>Tutkia sydäninfarktipotilaiden kokemuksia 4-6kk tapahtuman jälkeen.</p>	<p>Haastattelututkimus. Puolistrukturoidut haastattelut.</p>	<p>Monet tutkimukseen osallistuvista eivät olleet saavuttaneet tasaista terveydentilaa</p>

<p>Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction.</p>			<p>vaikka kuolemanpelko, stressi ja fyysiset oireet olivat vähentyneet. He olivat kuitenkin alkaneet saamaana tasapainoa elämäänsä. Tutkittavat kokivat tarvetta puutetta tiedonsaannissa koskien terveydentilaansa, jatkokuntoutusta ja fyysistä toimintakykyä. Miehet kokivat tarvetta lääkärin näkemiselle säännöllisesti myös jatkossa vuosittain. tutkimuksen perusteella potilaiden informointia ja ohjausta tulisi kohdistaa vielä tarkemmin ottaen huomioon yksilön erilaiset tarpeet.</p>
<p>10. Sararoudi, R. Motmaen, M. Maracy, M. Pishghadam, E. Kheirabadi, G. 2016. Iran.</p> <p>Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction.</p>	<p>Tutkia havainnointia parantavan intervention vaikutuksia sydäninfarktiin sairastaneiden masennukseen, ahdistuneisuuteen ja elämänlaatuun.</p>	<p>satunnaistettu kyselytutkimus. Potilaat jaettiin interventoryhmään ja vertailuryhmään. Interventoryhmäläiset saivat ohjausta mielenterveysalan ammattilaiselta 3 kertaa puolen tunnin tuokion.</p>	<p>Interventoryhmäläisten ahdistuneisuus ja masentuneisuus vähenevät selkeästi. Työhön paluu nopeutui ja fyysinen terveys koheni. Sairauden tiedostaminen parani selkeästi.</p>