



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Karoliina Malviniemi, Erika Paloniemi, Emma Peltola

**SYDÄNINFARKTIPOTILAIDEN KOKEMUKSIA
KIVUSTA JA POTILASOHJAUksesta
INVASIIVISEN HOIDON YHTEYDESSÄ**

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysala
2023

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Karoliina Malviniemi, Erika Paloniemi & Emma Peltola
Opinnäytetyön nimi	Sydäninfarktipotilaiden kokemuksia kivusta ja potilasohjauksesta invasiivisen hoidon yhteydessä
Vuosi	2023
Kieli	suomi
Sivumäärä	72+2 Liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden kokemuksia kivusta ja potilasohjauksesta invasiivisen hoidon yhteydessä Vaasan keskussairaalan sydänasemalla. Tavoitteena oli määrällisen tutkimuksen avulla kerätä sydänasemalle tärkeää tietoa potilailta heidän saamastaan hoidosta.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee sydäninfarktia, kivunhoitoa ja potilasohjausta. Teoria koostettiin useista eri lähteistä käyttäen hyödyksi internettiä, kirjallisuutta sekä hoitotyön tietokantoja. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Kyselylomakkeiden vastauksien perusteella potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon sydänasemalla. Tutkimuksessa ei noussut esiin merkittäviä kehityksen kohteita. Tutkimuksessa otettiin huomioon kuusi eri taustamuuttujaa, eikä näistä taustamuuttujista muodostettujen ryhmien välillä noussut esiin merkittäviä eroja potilaiden kokemuksissa.

Avainsanat¹ sydäninfarkti, invasiivinen hoito, nosiseptinen kipu, NRS-kipumittari, potilasohjaus, Vaasan keskussairaala

ABSTRACT

Author	Karoliina Malviniemi, Erika Paloniemi & Emma Peltola
Title	Myocardial Infarction Patients` Experiences of Pain and Patient Education in Invasive Care
Year	2023
Language	Finnish
Pages	72+2 Appendices
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

The purpose of this bachelor`s thesis was to survey data of patients` experiences of pain and patient education at Vaasa Central Hospital Cardiac Unit. The aim was to collect valuable data from the patients about their experiences for the staff of Cardiac Unit.

The theoretical framework deals with myocardial infarction, pain and patient education. The theory was collected from numerous sources using the internet, literature and nursing databases. The bachelor`s thesis was carried out using a quantitative research technique.

The data collected with the survey forms revealed that patients were mainly satisfied with the treatment at Vaasa Central Hospital Cardiac Unit. The research did not raise any critical objects of development. No significant differences in patient experience were found between the groups that were formed of the underlying variables when analysing the responses.

Keywords	myocardial infarction, invasive care, nociceptive pain, NRS scale, patient education, Vaasa Central Hospital
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
3	SYDÄNINFARKTIPOTILAS.....	10
	3.1 Sydäninfarkti	11
	3.2 Sydäninfarktityypit	11
	3.3 Sydäninfarktin oireet	12
	3.4 Sydäninfarktin diagnosointi	13
	3.4.1 Sydäninfarktin kliiniset löydökset	14
	3.4.2 EKG eli elektrokardiogrammi	14
	3.4.3 Troponiinit.....	15
4	SYDÄNINFARKTIPOTILAAN HOITO	17
	4.1 Hoitomuodon valikoituminen.....	17
	4.2 Invasiivinen hoito	18
	4.3 Koronaariangiografia	19
	4.3.1 Koronaariangiografian kulku	19
	4.3.2 Vasta-aiheet ja tutkimusaiheet	20
	4.4 Pallolaajennus	21
	4.5 Ohitusleikkaus.....	22
5	KIPU	23
	5.1 Nosiseptinen kipu	25
	5.2 Viskeraalinen kipu	26
	5.3 Neuropaattinen kipu.....	26
	5.4 Kivun arvioinnin mittareita	27
	5.4.1 NRS (numeric rating scale)	28
	5.4.2 VAS (visual analogue scale).....	29

5.4.3	VRS (verbal rating scale).....	29
6	POTILASOHJAUS	31
6.1	Potilasohjauksen merkitys	32
6.2	Kirjallinen potilasohjaus.....	33
6.3	Suullinen potilasohjaus.....	34
7	MÄÄRÄLLINEN TUTKIMUS.....	35
7.1	Tutkimuksen reliabelius	36
7.2	Tutkimuksen validius	37
8	TUTKIMUSAINEISTON KERUU- JA ANALYYSIMENETELMÄT	38
8.1	Tutkimukseen osallistuneet	38
8.2	Kyselylomakkeen laatiminen ja esitestaus	39
9	TUTKIMUSTULOKSET	41
9.1	Vastaajien taustatiedot.....	41
9.2	Kivun voimakkuuden kokeminen.....	43
9.3	Kipulääkityksen toimivuus	45
9.4	Kivun riittävä huomiointi	47
9.5	Potilasohjauksen arviointi.....	48
9.6	Ohjauksen antaminen potilaan äidinkielellä	54
10	POHDINTA.....	56
10.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	58
10.2	Kyselylomakkeen arviointi	60
10.3	Haasteet aineiston keräämisessä	62
10.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	63
10.5	Opinnäytetyön oppimisprosessi	65
	LÄHTEET	68
	LIITTEET	72

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	44
Taulukko 2. Kivun voimakkuus ennen toimenpidettä.....	46
Taulukko 3. Kivun voimakkuuden kokeminen.....	47
Taulukko 4. Kipulääkityksen toimivuus.....	48
Taulukko 5. Kivun riittävä huomiointi.....	49
Taulukko 6. Informaatio ennen toimenpidettä.....	51
Taulukko 7. Informaatio toimenpiteen aikana.....	53
Taulukko 8. Informaatio toimenpiteen jälkeen.....	55
Taulukko 9. Potilasohjaus omalla äidinkielellä.....	56

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Tämä tutkimus kartoittaa sydäninfarktipotilaiden kokemuksia kivusta ja potilasohjauksesta invasiivisen hoidon yhteydessä ja se tehtiin Vaasan keskussairaalan sydänasemalle. Aihe valikoitui tutkimuksen tekijöiden mielenkiinnon kohteiden kautta. Tutkimus haluttiin tehdä kirurgisen - ja sydänpotilaan hoitotyön yhdistelmänä. Aiheenvallintaan vaikutti myös sydänaseman tarve tutkimukselle.

Sydänasema on toimenpideosasto, jossa tehdään pääasiassa sydäntahdistinasennuksia, pallolaajennuksia, koronaariangiografioita sekä elektrofysiologisia tutkimuksia ja ablaatioita. Sydäninfarktipäivystys toimii myös sydänasemalla. Sydänasemalla suoritetaan vuosittain noin 500 pallolaajennusta. (Sydänasema 2019.)

Tutkimuksen aihe koettiin tärkeäksi hoitoyölle sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Invasiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä on vuosittain suuri, eikä vastaavaa kyselytutkimusta ole kohdeorganisaatiolle aiemmin toteutettu. Tutkimuksen tavoitteena on kerätä arvokasta tietoa potilaiden kokemuksista kivusta ja hoitajien antamaan ohjaukseen liittyen. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kielen vaikutusta potilaiden kokemukseen hoidosta Vaasan keskussairaalassa, joka on kaksikielinen. Vaasan keskussairaala lupaa potilailleen palvelua heidän äidinkielellään ensikontaktista hoidon päättymiseen (Sairaalamme kaksikielisyys 2020). Tutkimuksen aineiston keräämiseen käytetyssä kyselylomakkeessa selvitettiin potilaan äidinkieli, ja saiko potilas hoitoa äidinkielellään.

Tutkimuksen avainsanat ovat sydäninfarkti, invasiivinen hoito, nosiseptinen kipu, NRS-kipumittari ja potilasohjaus.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sydäninfarktipotilaiden kokemuksia hoidosta Vaasan keskussairaalan sydänasemalla. Kartoitettavia osa-alueita olivat potilaan kokema kipu ennen ja jälkeen invasiivisen hoidon, sekä sairaanhoitajien antama ohjaus ja neuvonta.

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena kyselylomakkeiden avulla (Liite 2). Kyselylomakkeen mukana potilaat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta (Liite 1). Kesän ja syksyn 2022 aikana kerättiin tietoa kyselylomakkeiden avulla sydänaseman potilailta. Kerätty tieto analysoitiin määrällisin menetelmin SPSS-tilastoa hyödyntäen syksyn 2022 aikana. Tutkimuksen tulokset esitellään opinnäytetyön esitysseminaarissa keväällä 2023 ja valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-arkistossa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa mahdollisesti kehitettäviä osa-alueita sydäninfarktipotilaiden kivunhoidossa sekä potilaiden ohjauksessa ja neuvonnassa invasiivisen hoidon yhteydessä, ja kehittää näitä osa-alueita tutkimuksessa saadun tiedon kautta. Tavoitteena oli myös parantaa hoitajien tietämystä kehitettävistä osa-alueista ja parantaa siten potilaiden saamaa informaatiota ja hoitoa.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Miten potilaiden kipu huomioidaan invasiivisessa hoidossa?
2. Kuinka toimivaksi potilaat kokevat ohjauksen ja neuvonnan sydänasemalla?

3 SYDÄNINFARKTIPOTILAS

Sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kuolleisuus on vähentynyt huomattavasti 1970-luvulta lähtien, mutta ne aiheuttavat silti yhä vajaan puolet työkäisten kuolemista Suomessa. Sepelvaltimotautikohtauksia oli kaikki ikäluokat yhteinelaskettuna 21769 vuonna 2012, ja näistä miesten osuus reilut puolet. Suomalaisilla työkäisillä vuonna 2012 oli infarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia yhteensä 4052 ja näistä miesten osuus oli neljä viidestä. (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2021.)

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat maailmanlaajuisesti merkittävä terveysongelma, ja kolmasosa maailmalla tapahtuvista kuolemista johtuu edellä mainituista ongelmista. Sydänpotilaalle on tärkeää maksimoida sydämen tehoa ja samalla vähentää sydämen työmäärää. Suurella osalla potilaista sydäninfarkti johtuu hyytymistä tai plakista, joka tukkii verisuonia. Tukos valtimoissa aiheuttaa sydämeen hapenpuutetta ja sydänsolut kuolevat. (Alasiry & Löfvenmark 2013.)

Vaasan keskussairaalassa suoritetaan vuosittain noin 1150 koronaangiografiasta eli sepelvaltimotutkimusta, ja 500 pallolaajennusta. STEMI-päivystys on osa sydänaseman toimintaa (Sydänasema 2019). STEMI-päivystyksessä hoidetaan kiireellistä hoitoa tarvitsevia sydäninfarktipotilaita. Lyhenne STEMI tulee sanoista ST-elevation myocardial infarction, joka tarkoittaa siis ST-nousu infarktia, eli sydäninfarktityyppiä (Cleveland Clinic. 2021). Tämä tutkimus käsittelee näiden potilaiden kokemuksia hoidosta.

Vaasan keskussairaalan tavoitteena on tarjota potilailleen parasta mahdollista hoitoa. Sairaalan nettisivujen mukaan hyvä hoito on turvallista, sujuvana prosessina toteutettua hoitoa, joka perustuu näyttöön. Hyvään hoitoon kuuluu myös potilaan äidinkielen huomioiminen mahdollisuuksien mukaan. Hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, huomioiden hänen henkilökohtaiset tarpeensa ja toiveensa. (Hyvä hoito ja kohtelu 2019.) Tämä

tutkimus selvittää myös potilasohjauksen näkökulmasta sydäninfarktipotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Vaasan keskussairaalan sydänasemalla.

3.1 Sydäninfarkti

Sydäninfarkti tarkoittaa äkillisestä hapenpuutteesta johtuvaa vauriota sydänlihaksessa. Hapenpuutteen yleisin syy on sepelvaltimotaudin aiheuttama tukos tai ahtauma sydämen sepelvaltimossa. Tällöin sepelvaltimotauti on kovettanut ja ahtauttanut suonon, tai kolesterolia sisältävän kovettuman eli plakin repeämä on aiheuttanut suoneen lisäksi vielä verihyytymän, joka tukkii suonon kokonaan. Sydäninfarktia voidaan nimittää myös sepelvaltimokohtaukseksi, tätä nimitystä käytetään yleensä lääketieteessä. Yleiskielellä sydäninfarktia kutsutaan usein sydänkohtaukseksi. (Kettunen 2020 a.)

Sydänlihas saa sepelvaltimoiden kautta tarvitsemansa hapen. Sydänlihas tarvitsee happea taukoamatta, suorittaakseen jatkuvaa supistustoimintaa. Sepelvaltimotukos syntyy siten, että sepelvaltimon sisäkerros repeää ahtauttavan plakin kohdalta, ja veri alkaa hyytyä repeämäalueella tukkien sepelvaltimon verenkierron. Tukkeutuneen suonon sijainti ratkaisee, mille alueelle sydänlihaksessa hapenpuute muodostuu. Sydäninfarkti on usein vasemman kammion tauti. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2014, 184–185.)

Sairaalahoitoon välitön pääsy on sydäninfarktissa välttämätöntä. Usein hoito aloitetaan jo ambulanssissa matkalla sairaalaan. Sydäninfarktipotilaan on tärkeää saada hoitoa nopeasti, sillä hapenpuute voi aiheuttaa sydänlihakseen kuolion. (Kettunen 2020 a.)

3.2 Sydäninfarktityypit

Sepelvaltimokohtauksen, eli sydäninfarktityyppejä ovat ST-nousuinfarkti, eli STEMI, sydäninfarkti ilman ST-nousuja, eli NSTEMI ja epästabili angina pectoris, eli UAP. Näistä tyypeistä STEMI-potilaat ovat aina suuren vaaran potilaita, joille

on välittömästi aloitettava lääke- ja toimenpidehoito. NTSTEMI ja UAP-tyyppisissä sydäninfarkteissa potilaille pyritään tekemään sepelvaltimoiden varjoainekuvaus vuorokauden sisällä. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.)

Sepelvaltimokohtauksen Käypä hoito –suosituksessa (2022) sydäninfarktit jaetaan etiologisesti, eli taudinsyyn mukaan viiteen eri tyyppiin. Tyyppi 1 pitää sisällään tyypillisimmän sydäninfarktin, eli sepelvaltimon plakin repeämän tai eroosion aiheuttaman verihyytymän muodostumisen ja spasmin, eli suonien supistumisen. Tyyppi 2 liittyy sydänlihaksen hapenkulutuksen yhtäkkiseen lisääntymiseen. Tämä voi johtua esimerkiksi rytmihäiriöstä, keuhkoperäisestä syystä tai verenmyrkytyksestä. Tyyppi 3 on äkkikuolema ennalta diagnosoimattoman sydäninfarktin takia. Tyyppi 4 on pallolaajennukseen liittyvä, ja tyyppi 5 ohitusleikkaukseen liittyvä vaurio sydänlihaksessa. Käypä hoito -suosituksen mukaan takotsubo ja sepelvaltimoiden dissekaatio eli repeäminen kuuluvat omaan ryhmäänsä, eivät varsinaisiin sydäninfarkteihin. Takotsubo eli niin kutsuttu särkyneen sydämen oireyhtymä arvelaan aiheutuvan voimakkaasta tunnejärkytyksestä (Kettunen 2020 b).

3.3 Sydäninfarktin oireet

Sydäninfarktin tyyppioire on rintalastan takainen puristava ja ahdistava rintakipu. Tyypillistä on, että rintatuntemus kestää vähintään muutamia minutteja, tai että rintakipu tuntuu koko ajan, eikä helpotu esimerkiksi asentoa vaihtamalla tai syvään hengittämällä. Johtavana oireena sydäninfarktin aikana voi kuitenkin rintakivun sijaan esiintyä myös hengenahdistus, närästys, ylävatsakipu tai yleistilan heikkeneminen. Johtava oire voi vaihdella potilaan iän ja muiden sairauksien vaikutuksesta. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.)

Iskeeminen rintakipu tarkoittaa sydänlihaskudoksen hapenpuutteesta johtuvaa kipua. Kipu on tyypillisesti luonteeltaan painavaa ja puristavaa, ja tuntuu vannemaisesti rintakehän alueella. Kipu voi tuntua ahdistavana tunteena rinnalla ja potilas voi tuntea epäsäännöllisiä sydämenlyönnejä. Kipu voi säteillä hartioihin,

yleisesti etenkin vasempaan olkavarteeseen. Kipu voi heijastaa myös kaulaan, selkään, tai leukaan ja hampaisiin. (Castrén ym. 2014, 185–186; Alasiry & Löfvenmark 2013.)

Sekä miehillä että naisilla yleisin yksittäinen sepelvaltimotaudin ilmentymä on tyypillinen rintakipuoire. Kuitenkin naisilla oireiden kirjon on todettu olevan laajempi. Sydäninfarktin oireissa on siis hieman eroa miesten ja naisten välillä. Naisilla ei kuitenkaan ole todettu olevan miesten oireista eroavia oireita niin paljon, että sepelvaltimokohtausta naisilla kannattaisi diagnosoida sukupuolispesifeillä kriteereillä. (Rubini Gimenez, Reiter, Twerenbold, Reichlin, Wildi, Haaf, Wicki, Zellweger, Hoeller, Moehring, Sou, Mueller, Denhaerynck, Meller, Stallone, Henseler, Bassetti, Geigy, Osswald & Mueller 2014.)

Joissain tapauksissa sydäninfarktista johtuva kipu on vain lievää tai puuttua kokonaan. Näin voi olla esimerkiksi sellaisilla potilailla, jotka sairastavat diabetesta tai munuaisten vajaatoimintaa, sekä vanhuksilla ja muistisairailta. Kivun sijaan tällainen potilas voi tuntea vain outoa närästystä, tai pääoireina voi esiintyä pahoinvointia, hikisyyttä tai raskasta, epämiellyttävää oloa. (Kettunen 2020 a.)

3.4 Sydäninfarktin diagnosointi

Sepelvaltimotautikohtauksen Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan sydäninfarktin diagnostiikassa tutkitaan potilaan oireet, kliiniset löydökset, EKG eli sydänfilmi ja troponiinit. Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan myös kajoamatonta sydämen kuvantamista, eli sydämen ultraäänitutkimusta voidaan hyödyntää diagnostiikassa. Ultraäänitutkimus tulee Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan tehdä ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta, ja se tulisi tehdä kaikille sydäninfarktipotilaille sairaalassa osana kokonaisarviota, sillä sen avulla voidaan erottaa muut taudinkuvat, jotka muistuttavat sydäninfarktia. Ultraäänitutkimuksella voidaan myös erottaa vaikeasti tulkittavia EKG-muutoksia.

Sydäninfarktin määritelmä pitää siis sisällään sydänlihassolujen nekroosin, plasman kohonneen tai laskeneen troponiini (TnT) -arvon, ja muutoksia EKG:ssa

ST-nousuina tai -laskuina tai T-aallon muutoksina. Sydäninfarkti voidaan myös nähdä kuvantamisessa sydänlihaksen kuoliona, joka ilmenee huonosti tai epänormaalisti liikkuvana alueena sydänlihaksessa. Sydäninfarktin voidaan havaita myös angiografiassa tai ruumiinavauksen yhteydessä sepelvaltimossa nähtävänä trombina. (Reddy, Khaliq & Henning 2015. 244.)

3.4.1 Sydäninfarktin kliiniset löydökset

Sepelvaltimokohtauksen Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan sydäninfarktilla ei ole spesifejä kliinisiä löydöksiä. Kliininen kuva on laaja, ja se voi vaihdella oireettomasta tapahtumasta äkkikuolemaan. Kliinisellä tutkimuksella kuitenkin arvioidaan potilaan hemodynaamista tilannetta, ja erilaiset kliiniset merkit voivat viitata sydäninfarktiin. Esimerkiksi erilaiset sivuäännet tai hankausääni sydäimestä, sydämen liian hidas tai liian nopea pulssi, ja hemodynamiikan nopea huononeminen tai romahtaminen ovat erilaisten sydäninfarktin komplikaatioiden aiheuttamia kliinisiä löydöksiä.

Sydäninfarktin aiheuttama kipu aktivoi potilaan sympaattisen hermoston toimintaa, ja tällöin adrenaliinin eritysvuomistuu. Adrenaliinin eritysvuomistaa perifeerisiä suonia, joka johtaa kylmiin sormiin ja käsiin sekä kalpeaan ihoon. Potilas on usein myös hikinen otsalta tai koko vartalosta. (Castrén ym. 2014. 186.)

3.4.2 EKG eli elektrokardiogrammi

EKG havainnollistaa sydämen sähköistä toimintaa paperille piirrettyssä muodossa. Erilaiset sydänsairaudet aiheuttavat tyyppimuutoksia sähkötoimintaan. EKG:n ottamisella voidaan osoittaa näitä sydäntauteja, mutta myös poissulkea sydänperäisiä syitä potilaan oireille. Sydämen sähköistä toimintaa mitataan elektrodeilla, jotka kiinnitetään paljaaseen ihoon niin, että ne ovat sähköisessä yhteydessä vartaloon. Elektrodit havaitsevat jännitteitä, jokainen elektrodi tiettyä aluetta sydäimestä. Näin voidaan saada luotettavaa kuvaa kaikkialta sydänlihaksesta. (Castrén ym. 2014. 199.)

EKG on sydäninfarktin diagnosoimisessa ja hoidon kiireellisyyden arvioimisessa avainasemassa. Sydäninfarktia epäillessä tulee aina rekisteröidä 15–16 kytken EKG, ja se tulisi ottaa 10 minuutin kuluessa epäillyn sydäninfarktin alkamisesta. EKG tulisi epäselvissä tilanteissa uusia herkästi, jos potilaan oireet jatkuvat, vaikeutuvat tai uusivat. STEMI:ssä EKG on erityisen tärkeä, koska siihen perustuvat diagnoosi ja hoidon onnistuminen. Sen takia ensihoidosta ja avoterveydenhuollosta tulee toimittaa EKG välittömästi hoitavalle lääkärille. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.)

Akuutti sepelvaltimotukos näkyy EKG:ssä ensin piikkimäisenä T-aaltona. Yleensä sen jälkeen seuraa nopeasti ST-välin nousu, joka on tyypillinen sydänlihaksen seinämän läpi ulottuvan iskemian aiheuttama EKG-muutos. Silloin kun sepelvaltimo ei ole kokonaan tukossa, EKG:ssä näkyy ST-lasku ja T-aallon inversio. Normaali EKG ei kuitenkaan poissulje sepelvaltimokohtausta, varsinkaan jos EKG on otettu oireettomassa aiheessa. Erityisesti infarktin alussa lieviä EKG-muutoksia voi olla hankalaa havaita. (Porela & Ilva 2016, 391.)

3.4.3 Troponiinit

Troponiinit ovat sydänlihassolujen rakenneproteiineja, ja niiden pitoisuusmäärityksillä täydennetään sydäninfarktin diagnoosia EKG:n ohella. Suurentunut TnT-arvo kertoo sydänlihaskauriosta. Huomioon tulee kuitenkin ottaa muutkin kuin iskeemiset syyt sydänlihaskauriolle, sillä troponiineja voi vapautua verenkiertoon minkä tahansa sydänlihaskaurion yhteydessä. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus 2022; Tunturi 2021.)

Sydäninfarktin diagnoosi voidaan todeta, jos sydäninfarktin oireenkuvan lisäksi todetaan kahdessa peräkkäisessä näytteessä troponiipitoisuuden suureneminen tai pieneneminen, ja vähintäänkin toisessa mittauksessa arvo ylittää 99. persentiilin mukaisen päätöksenteon raja-arvon. Troponiipitoisuus tulisi mitata potilaan tullessa sairaalaan, sekä 1–3 tunnin kuluttua tulonäytteestä. Yli 5-kertaiseksi suurentunut troponiipitoisuus kertoo sydäninfarktista.

Troponiinipitoisuudet voivat olla koholla vielä kahden viikon kuluttua sydäninfarktista. STEMI-potilaiden kohdalla tuloksia troponiinipitoisuuksista ei pidä odottaa ennen hoitopäätöstä, vaan verikokeet voidaan ottaa toimenpiteiden jälkeen. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.)

Troponiinipitoisuuksien mittaamiseen voidaan käyttää TnT- ja TnI-kokeita, mutta yleisimmin mitataan TnT:tä. TnT:n viitearvo on alle 15ng/l eli nanogrammaa litrassa. Troponiini T:n pitoisuus alkaa suurentua noin kuuden tunnin kuluessa infarktikipun alkamisesta. Jos pitoisuus on kivun alkamisesta yhdeksän tunnin kuluttua laskenut takaisin viitearvoihin, on epätodennäköistä, että rintakipu johtuu sydämen hapenpuutteesta. Jos taas potilaan saapuessa sairaalaan troponiini on 50 ng/l tai enemmän, sydämen hapenpuutteesta johtuva sydänlihaskivun alkamisesta on hyvin todennäköinen. Myös pitoisuuden yli 50 prosentin nousuminen 3–6 tunnin kuluessa viittaa sydäninfarktiin. Suurentunut troponiinipitoisuus pienenee vähitellen. Suurentuneita pitoisuuksia voidaan kuitenkin havaita vielä kahden viikon kuluttua sydäninfarktista. (Tunturi 2021.)

4 SYDÄNFARKTIPOTILAAN HOITO

Sydäninfarktipotilaan hoidossa tärkeimpänä tavoitteena on keskittyä sydänlihaksen ahdingon ja oireiden helpottamiseen. Lisäksi pyritään estämään kohtaus ja välttämään sydäninfarktin uusiutuminen sekä itse potilaan menehtyminen. Suositusten mukaan keskitytään alueellisten hoitoketjujen merkitysten korostamiseen, jolloin ensihoidon, perusterveydenhuollon ja erikoisairaanhoidon yhteistyö toimisi alueellisesti ja päästäisiin tavoitteisiin koko Suomessa. Jatkohoidossa huomioidaan myös elintavat ja lääkitys. (Sepelvaltimotautikohtauksen tuore Käypä hoito -suositus: Elintapoihin tulee puuttua jo sairaalajakson aikana 2022.)

4.1 Hoitomuodon valikoituminen

Hoitomuodon valikoituminen sydäninfarktin yhteydessä riippuu potilaan diagnoosista. Sydäninfarkti voidaan todeta eri menetelmillä, kuten sydänfilmillä eli EKG:llä. Myös verikokeiden avulla voidaan todeta sydäninfarkti, sillä verestä voidaan mitata sydänmerkkiaine, troponiini. Se kertoo hapenpuutteesta, kun sydänlihaksesta vapautuu verenkiertoon merkkiaineita. Diagnoosi varmistuu viimeistään infarktin hoitoon liittyvässä sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa. (Hekkala 2019.)

Potilaan hoitomuodon valinnassa käytetään tapauskohtaista harkintaa ja hoitomuoto valikoituu yksilöllisesti. Päätös hoitomuodosta syntyy ammatillisessa hoitoneuvottelussa, johon osallistuvat sydänkirurgi, kardiologi ja anestesioologi. Hoitomuodon valinnassa otetaan huomioon varjoainekuvauksista tehdyt löydökset, potilaan hoitotahto ja ikä. Lisäksi tarkastellaan potilaan tausta ja taustasairaudet sekä näiden mahdolliset liitännäissairaudet. Kokemukset erilaisista potilastapauksista ja kansainväliset hoitosuositukset vaikuttavat myös hoitomuodon valinnassa. (Sepelvaltimotaudin hoito.)

Kaikkien sepelvaltimoiden tilanne nähdään varjoainekuvauksessa. Pallolaajennus ei välttämättä ole riittävä tai sitä ei voida toteuttaa potilaalle, jolloin

jatkotoimenpiteenä saattaa olla ohitusleikkaus. Hoitoratkaisua valittaessa lääkäreiden päätöksiin vaikuttavat potilaan vaikea perussairaus, pitkälle edennyt muistisairaus tai korkea ikä. Kaikille ei toimenpidettä tehdä. (Hekkala 2019.)

4.2 Invasiivinen hoito

Invasiivisella hoidolla tarkoitetaan lääketieteellisessä yhteydessä sitä, että hoito- tai tutkimustoimenpiteeseen liittyy elimistön sisälle ulottuva, kajoava toimenpide. Lisäksi invasiivisella voidaan kuvailla kasvainta, joka on leviävä ja tunkeutuva. (Invasiivinen 2016.)

Invasiivisen hoidon ja toimenpiteen tarpeesta lääkäri tekee aina yksilöllisen arvion. Invasiivista toimenpidettä harkitaan silloin, kun esimerkiksi lääkehoidon teho on riittämätön tai tietyt lääkkeet eivät sovi potilaalle. Invasiivinen hoito voidaan toteuttaa leikkaushoitona tehtävänä tutkimuksena tai toimenpiteenä, joka ulottuu tai kajoaa elimistön sisälle. (Invasiiviset toimenpiteet rytmihäiriöiden hoidossa 2022.)

Sydämen kajoavia hoitotoimenpiteitä löytyy paljon erilaisia ja hoidot ovat kehittyneet viime vuosina nopeaan tahtiin. Kajoavia toimenpiteitä ovat kaikki leikkauksen tai katetrin avulla tehtävät erilaiset hoitomuodot, kuten esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, pallolaajennus, läppävikojen korjaus tai rytmihäiriöiden katetriablaatiot. (Vainikainen 2019.)

Vainikainen (2019) toteaa artikkelissaan, että vakavien sydänsairauksien hoidossa on osittain siirrytty isoista ja vaativista avosydänleikkauksista pienempiin hoitotoimenpiteisiin. Niitä kutsutaan mini-invasiivisiksi toimenpiteiksi. Tällöin sydämeen voidaan päästä esimerkiksi katetritoimenpiteissä sekä uusissa leikkaustekniikoissa pienen viillon kautta, avaamatta rintalastaa. Potilaalle nämä ovat vähemmän rasittavia. Oikean hoitomuodon valinta on kuitenkin yksilöllistä ja tämän tekee yleensä sydänkirurgi tai kardiologian erikoislääkäri.

4.3 Koronaariangiografia

Koronaariangiografia eli sepelvaltimoiden varjoainekuvauksella tutkitaan sepelvaltimoita. Kuvantamalla voidaan nähdä sydämen kammioita sekä sydämen läppien kunto ja toiminta. Koronaariangiografia on aiheellinen, kun arvellaan potilaan hyötyvän sepelvaltimoiden/sepelvaltimon ohitusleikkauksesta tai pallolaajennuksesta. (Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus eli koronaariangiografia 2020.) Pallolaajennuksesta ja ohitusleikkauksesta voidaan myös käyttää yhteistä termiä revaskularisaatio, joka tarkoittaa verenkierroksen palauttamista (Tarnanen, Porela, Mäntylä & Meinander 2015).

Koronaariangiografia tehdään yleisesti ennen pallolaajennusta tai ohitusleikkausta. Kuvantaminen näyttää mahdolliset sepelvaltimoiden ahtaumat ja toimenpide voidaan toteuttaa kiireellisesti äkillisten oireiden perusteella tai lähetteellä muutaman kuukauden kuluessa potilaan saapumisesta toimenpidetyksikköön. (Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus eli koronaariangiografia 2020.)

4.3.1 Koronaariangiografian kulku

Koronaariangiografian kulku toteutetaan paikallispuudutuksessa nivusvaltimosta tai rannevaltimosta (Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus eli koronaariangiografia 2020). Toimenpidereittinä turvallisempaan vaihtoehtona pidetään rannevaltimoa nivusvaltimon sijaan. Toimenpiteessä rannevaltimon käyttäminen vähentää verenvuoto- ja muita komplikaatioita. Lisäksi kuolleisuutta esiintyy vähemmän käytettäessä tätä toimenpidereittinä. (Sepelvaltimokohtaus: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Kun toimenpidereitti on päätetty, sepelvaltimeen laitetaan katetri, jonka avulla ruiskutetaan varjoainetta. Varjoaine on jodipitoista ainetta ja tämän kulkua sepelvaltimoissa kuvataan röntgensäteiden avulla. Kuvauksia toteutetaan molemmista sepelvaltimoista erikseen. Lisäksi kuvia otetaan useista eri suunnista. Varjoainetutkimusta voidaan täydentää tarvittaessa sepelvaltimoiden sisäisellä

ultraäänikuvauksella tai painemittauksella. Tuloksien perusteella päätetään hoitomuoto sen jälkeen, kun tiedetään sepelvaltimoiden rakenne ja tila. (Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus eli koronaariangiografia 2020.) Toimenpidettä tehdessä pyritään käyttämään mahdollisimman vähän varjoainetta ja säteilyä. (Karjalainen & Romppanen 2016, 266.)

Jodia sisältävälle varjoaineelle voi potilas olla allerginen ja tästä on mahdollista saada yliherkkyysoireita. Tämän vuoksi annetaan ennaltaehkäisevästi esilääkitystä ennen tutkimusta. On mahdollista, että potilas on aikaisemmin saanut yliherkkyysoireita varjoaineesta. Lääkärin ja potilaan yhteisen harkinnan jälkeen voidaan kuitenkin toteuttaa toimenpide. Tällöin potilas saa ennaltaehkäisevästi vahvaa lääkitystä allergisia reaktioita vastaan ja toimenpide voidaan toteuttaa. (Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus eli koronaariangiografia 2020.)

4.3.2 Vasta-aiheet ja tutkimusaiheet

Viime vuosina sepelvaltimoiden varjoainokuvausten määrä on kasvanut voimakkaasti ja tutkimusaiheet ovat huomattavasti laajentuneet. Suhteellisia vasta-aiheita angiografialle ovat akuutti munuaisten vajaatoiminta, aktiivinen infektio, aktiivinen vuoto, vaikeat elektrolyyttihäiriöt sekä vaikea anemia. Kuitenkaan absoluuttisia vasta-aiheita ei ole diagnostiselle angiografialle. (Romppanen, Karjalainen & Laine 2016, 268–270.)

Yksilöllisesti arvioidaan tutkimuksen hyödyt ja riskit ja nämä arvioidaan tarkasti ennen toimenpidettä. Päätöksentekoon vaikuttaa myös potilaan yleissairaudet, ikä, potilaan omat toiveet sekä elinajan ennuste. (Romppanen, Karjalainen & Laine 2016, 268–270.) Vakavien komplikaatioiden vaara liittyy toimenpiteeseen, vaara on kuitenkin alle 1–2%:lla potilaista ja kuolleisuus on toimenpiteessä alle 0,1–0,2 % (Romppanen, Karjalainen & Laine 2016, 270).

4.4 Pallolaajennus

Pallolaajennus eli angioplastia lääketieteellisessä yhteydessä merkitsee sitä, että verisuonta laajennetaan pallolla, joka kulkee verisuonen sisällä. Tämän avulla verisuonta laajennetaan. Angioplastia voi tarkoittaa myös avointa muovausleikkausta käyttäen laajennuspaikkaa. (Angioplastia 2016.) Välitöntä pallolaajennusta kutsutaan PCI percutaneous coronary intervention. (Ylitalo & Pietilä 2013). Pallolaajennus on kajoava hoitomuoto, jota käytetään tilanteissa, joissa oireet ovat vaikeita tai tautimuoto on vaikea. Hoito avaa sepelvaltimossa olevan tukkeuman ja päästää jälleen veren virtaamaan sydänlihakseen. (Syväne 2019 b.)

Syväne (2019b) kertoo artikkelissaan, että toimenpiteen tekee kardiologi yhdessä muun henkilöstön kanssa paikallispuudutuksessa. Toimenpiteessä edetään nivus- tai rannevaltimon kautta, useimmiten jo varjoainekuvauksen yhteydessä tai erikseen jos tiedossa on tukkeuman sijainti. Valtimeen ohjataan pallokatetri toimenpiteessä ja tämän kulkua seurataan tarkasti röntgenlaitteella. Kun sepelvaltimon ahtauman kohdalla on katetri, ja tämä on varmistettu, voidaan katetrin pallo laajentaa paineen avulla. Tällöin se puristaa tukkeuman suonen seinämää vasten ja avaa tukkeutuneen suonen. Samalla voidaan asentaa ahtaumakohtaan stentti, joka on metallinen tukiverkko. Tukiverkko pitää ahtautuneen suonen paremmin auki.

Stenttinä voi toimia lääkestentti tai pelkkä metalliverkko. Lääkestentti pitää pinnassaan solunjakautumista estäviä lääkeaineita ja nämä pitävät ahtautunutta suonta paremmin auki kuin pelkkä metalliverkko. Stenttien päätarkoitus on estää valtimon uudelleen ahtautumista. Pallolaajennuksella pystytään yleensä hoitamaan 1–3 suonta kerrallaan, ja tarvittaessa toimenpide voidaan tehdä uudestaan. Pallolaajennuksella ei ole järkevää hoitaa kaikkia ahtaumia, sillä ahtautumien täytyy olla toimenpiteeseen sopivia niin kokonsa, sijaintinsa kuin rakenteensa puolesta. Jos ahtaumat ovat monessa eri suonessa ja ovat pitkiä tai

ovat laajalla alueella, saadaan ohitusleikkauksella tällöin pallolaajennuksen sijaan varmempi tulos. (Syväne 2019 b.)

4.5 Ohitusleikkaus

Ohitusleikkausta harkitaan silloin, kun kyseessä on vaikeampi sepelvaltimotauti muoto tai jos oireiden hallinta sitä vaatii. Sepelvaltimon ahtaumaa ei voida aina hoitaa pallolaajennuksella, tällöin ahtauma yleensä sijaitsee paikassa, joka on epäsuotuisa tai sepelvaltimotauti on laaja. Tällöin harkitaan ohitusleikkauksen tekemistä. (Syväne 2019 a.)

Ohitusleikkauksia on monia erilaisia menetelmiä ja menetelmä valitaan aina potilaalle yksilöllisesti. Toipuminen kestää yleensä viikkoja ja se kestää kauemmin kuin pallolaajennustoimenpiteessä. Toimenpide tehdään nukutuksessa ja ahtautunut tai tukoksessa oleva sepelvaltimo kierretään potilaan omasta kehosta otetutulla terveellä jalasta otetulla laskimolla tai valtimosiirrännäisellä. (Syväne 2019 a.)

5 KIPU

Duodecimin Käypä hoito- suosituksessa akuutti kipu määritellään kestäneen alle kuukauden, subakuutti kipu on kestänyt 1–3 kuukautta ja yli kolme kuukautta kestänyt kipu on kroonista, ja suosituksessa sitä kuvataan termillä pitkäkestoinen kipu. Suomalaisen väestötutkimuksen tuloksena havaittiin, että 35 % aikuisista oli kokenut elämänsä aikana vähintään kolme kuukautta kestänyttä kipua ja joka päivä esiintyvän, kroonistuneen kivun kanssa eli 14 % tutkimukseen vastanneista. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat suurimpana syynä kroonistuneessa kivussa. (Kipu. Käypä hoito- suositus 2017.)

Ihminen ei pärjäisi ilman kivuntuntemusta kovinkaan hyvin. Kipu toimii varoitusjärjestelmänä uhkaavissa tilanteissa, joita koemme elinympäristössämme. Kipu myös ohjaa ihmisten käyttäytymistä, voimakas ja epänormaali kipu saa meidät hakemaan apua lääkäriltä. Akuutti kipu varoittaa kehoa kudოსvaurioista ja toimii suojana. Lisävaurioiden syntyminen pyritään estämään väistöheijasteen avulla. (Miksi tunnemme kipua? 2018; Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 109.)

Suomalaiset käyttävät terveyskeskuksien lääkäreiden palveluita noin 40 % kivun ja siihen liittyvien oireiden takia. Kipu aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle ja epäilemättä suurin osa kivun kustannuksista johtuu epäsuorista syistä, joita ovat esimerkiksi poissaolo työpaikalta kivun vuoksi sekä toimintakyvyn aleneminen. (Kipu. Käypä hoito- suositus 2017.)

Kipua hoidettaessa potilaan kokonaistilanne täytyy arvioida huolellisesti, ja hoito suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa, jolloin hänen on helpompi sitoutua siihen. Kivunhoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen, kipujen aleneminen sekä toimintakyvyn paraneminen. Kivun syy täytyy myös selvittää ja hoitaa mahdollisimman nopeasti. Joissain tapauksissa kipua ei voida poistaa kokonaan, mutta sitä pystytään lievittämään ja potilaan selviytymistä kivun kanssa tuetaan. Kivunhoitoon kuuluu lääkehoidon lisäksi myös lääkkeettömät

hoitomuodot kuten esimerkiksi liikunta, kylmä- ja lämpöhoidot sekä kognitiivisbehavioraalinen terapia. Tutkimuksissa on myös huomioitu, että empaattisemman luonteenpiirteen omaavat ihmiset, kykenevät arvioimaan toisen kokemaa kipua tarkemmin. Pääsääntöisesti kylläkin ulkopuolinen arvioi toisen kokeman kivuntunteen heikommaksi, kuin mitä kyseessä oleva itse tuntee. (Kalso ym. 2018, 93; Kipu. Käypä hoito- suositus 2017.)

Kipu on yksi yleisimmistä syistä, joiden vuoksi hakeudutaan sairaalahoitoon, ja monet potilaat kärsivät hoitamattomasta kivusta. Hoitamattomana kipu vaikuttaa ihmisen monella eri tavalla. Se voi vaikuttaa psykologisesti aiheuttamalla unettomuutta, ahdistusta ja masennusta. Kipu vaikuttaa myös voimakkaasti potilaan paranemiseen vakavista sairauksista. Kivun on todettu vaikuttavan elämänlaatuun monella eri tavalla, se vaikuttaa potilaan itsensä lisäksi myös läheisiin ja esimerkiksi ihmissuhteisiin. (Alasiry & Löfvenmark 2013.)

Kipua voisi sanoa viidenneksi vitaalielintoiminnoksi, jonka arvioinnin tulee olla säännöllistä. Vitaalielintoimintoihin luetaan kuuluvaksi verenpaine ja sydämen syke, hengitystaajuus sekä lämpö. Kipu on myös tärkeä oire; se voi kertoa potilaan tarpeesta tehohoitoon. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien on äärimmäisen tärkeää arvioida potilaan kokemaa kivuntunnetta sekä saadaanko kipua riittävästi lievitettyä. Esimerkiksi tehostetun valvonnan osastolla olevat potilaat ovat kertoneet kokevansa kohtalaisen voimakasta kipua saapuessaan osastolle. Voimakas kipulääkitys saattaa heikentää potilaan muistikuvia edeltäviltä tunneilta hoitoon saapumisesta, mutta potilaat silti muistavat kokemansa kivuntunteen. Yhdysvalloissa myös kivun arviointi kuuluu sairaaloiden laatukriteereihin. (Kalso ym. 2018, 284; Alasiry & Löfvenmark 2013.)

Kivun Käypä hoito- suosituksessa (2017) erilaisia kiputyyppejä ovat muun muassa nosiseptinen eli kudosaauriokipu, neuropaattinen eli hermovauriokipu ja viskeraalinen eli sisäelinperäinen kipu.

5.1 Nohiseptinen kipu

Nohiseptinen kipu eli toisella kutsutulla nimellä kudohvauriokipu, määritellään kivuksi, jonka aiheuttaa jo tapahtunut kudohvaurio tai sen uhka. Nohiseptisen kivun tuntemuksen syynä on kipureseptoreiden aktivoituminen. Kipu voidaan määritellä epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka liittyy mahdollisesti uhkaavaan kudohvaurioon tai kudohvaurio on jo päässyt syntymään. (Kipu. Käypä hoito - suositus 2017.)

Ihon pinnalla sijaitsee kipureseptoreita, jotka aktivoitunut ja rupeavat lähettämään viestejä kohti aivoja, kun esimerkiksi koskemme polttavan kuumaan veteen tai kun saamme keittiöveithestä viiltohaavan sormeen. Näitä kipuun reagoivia reseptoreita on lähes joka puolella ihmiskehoa, luustossa ja nivelissä, lihaksissa ja iholla. Myös sisäelimiä ja etenkin putkimaisten tai pussimaisten elinten seinämissä kuten vaikkapa verisuonissa, virtsanjohtimissa, suolessa ja mahalaukussa. (Miten kivun tunne syntyy? 2018.)

Jos esimerkiksi veitsi viiltää haavan sormeen, tämä aiheuttaa sen, että sormen ihosoluja menee rikki. Tällöin ihon kipureseptorit aktivoituvat ja alkavat lähettää kipuviestejä aivoja kohti. Matkalla kohti aivoja kipuviesti kulkee usean eri hermosolun muodostamaa ketjua pitkin ja näitä ketjuja kutsutaan hermoradoiksi. Matkalla kohti aivoja, kipuviesti kulkeutuu ensimmäisenä sähköisesti selkäyttimeen. Selkäytimessä hermosolut yhdistyvät toisiinsa niin sanotun synapsin avulla. Synapsi on hermosolujen liitoskohta ja tässä kohdassa kipuviesti vaihtuu kemiallisiksi välittäjäaineiksi, jotka virittävät seuraavan vuorossa olevan hermosolun viemään viestiä eteenpäin. (Miten kivun tunne syntyy? 2018.)

Kipuviesti kulkee hermosoluja pitkin aivoihin, jossa kipuviestin sisältämää tietoa käsitellään useilla eri alueilla ja tämän seurauksena syntyy varsinainen kipukokemus. Aivot pystyvät tulkitsemaan mistä päin kehoa kipuviesti tulee ja mikä on sen vakavuus ja voimakkuusaste. Aivot pystyvät vertailemaan uutta

kipukokemusta johonkin vanhaan ja näin ollen päättelemään onko uusi kipu harmitonta vai uhkaavaa. (Miten kivun tunne syntyy? 2018.)

5.2 Viskeraalinen kipu

Viskeraalinen kipu eli toisinsanoan sisäelinperäinen kipu on kipua, jonka sijaintia on hyvin usein vaikea paikallistaa tiettyyn kohtaan ja siihen voi liittyä myös heijastekipua. Kipu tuntuu usein paljon isommalla ja laajemmalla alueella, kuin missä sijaitsee sisäelin, josta kivuntunne on lähtöisin. Heijastekivun lisäksi sisäelinperäiseen kipuun liittyy monesti myös niin kutsuttua kaukokipua. Kaukokivussa kipu esiintyy kullekin elimelle tyypillisellä alueella. Erilaiset autonomiset oireet liittyvät myös viskeraaliseen kipuun. Kuukautiskivut sekä ärtyvän suolen oireyhtymän kivut ovat tavallisia toistuvia tai kroonisia sisäelinkipuja. (Kipu. Käypä hoito- suositus 2017.)

Viskeraalinen kipu on hyvin usein epämääräistä eikä siihen aina välttämättä liity kudosaauriota. Esimerkiksi virtsarakon venyminen voi olla hyvinkin kivuliasta, mutta taas suolen leikkaaminen ei aiheuta tuntemuksia. Kaikkien sisäelinten ärsytys ei välttämättä aiheuta kipuvastetta, näistä esimerkkinä maksa ja keuhkojen parenkyymi. (Kalso ym. 2018, 73.)

Sydäninfarktiin liittyy voimakasta viskeraalista kipua, jonka sijainti voi vaihdella hyvinkin paljon. Tavanomaisesti sydäninfarktin kivut säteilevät vasempaan yläraajaan, ylävatsalle tai leukaperiin. Kivun tunnetta kuvaillaan puristavaksi. Sydäninfarktissa kipu tuntuu jatkuvasti, eikä se helpota levolla. Kivuntunteen rinnassa saattaa aiheuttaa myös sydänpussin- tai lihaksen tulehdus. (Saarelma 2021.)

5.3 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu syntyy, kun joko keskushermoston tai ääreishermoston alueella tapahtuu pysyviä rakenteellisia sekä neurokemiallisia muutoksia itse hermosoluissa sekä niiden välittömässä ympäristössä. Hermosoluissa käydään läpi

erilaisia muutoksia, joista aiheutuu hermosoluvasteen muuttumista sekä tuntohäiriöitä. Alkuperäinen kivun aiheuttaja saattaa olla puhtaasti perifeerinen neuropaattisessa kivussa, ja tällöin kipuun liittyy muutoksia sekä keskus- että ääreishermostossa. (Kalso ym. 2018, 80.)

Takajuuriganglioissa sijaitsee hermosoluruumiit ja nämä huolehtivat tuntohermojen aksonien metaboliasta. Hermon katketessa, sen distaalinen pää degeneroituu ja proksimaaliseen päähän muodostuu neurooma, jotka taas muodostuvat myeliinitupettomista hermoversoista. Hermoversot muodostuvat katkenneista aksoneista. Nämä eivät kuulu normaaliin hermopäätteiden perifeeriseen valvontajärjestelmään ja tällöin ne saattavat herkistyä mekaaniselle tai kemialliselle stimulaatiolle, ne saattavat muuttua tai laueta itsestään ja näin ollen jatkaa ulkoisen ärsykkeen aiheuttamaa purkautumista, vaikka stimulus olisi jo loppunut. Tästä seuraa epänormaalit tuntemukset, jotka liittyvät hermovauriokipuun. Hermon vaurioituessa, vauriokohtaan saattaa myös jumittua proteiineja, eikä hermo pääse johtumaan normaalisti. (Kalso ym. 2018, 80.)

5.4 Kivun arvioinnin mittareita

Kipua voidaan kuvata sanoin eri maissa monella eri tavalla ja merkityssisällöt vaihtelevat kielestä toiseen. Kipusanaston suuruus vaihtelee paljon maan mukaan, japanin kielessä kipua kuvaillaan vain yhdellä sanalla, englannin kielessä kivulle on neljä perussanaa ja suomen kielessä taas kipua voidaan kuvailla hyvin monella eri sanalla. Suomessa kipua kuvaillaan sanoilla särkee, juilii, jomottaa, pistää, pakottaa, puristaa, nipistää ja niin edelleen. Heikki Ketovuori on luonut suomalaisen kipusanaston, jota käytetään paljon yhä kipututkimuksissa sekä kipupoliklinikoiden kliinisessä työssä, koska potilas saa siitä sanoja, joilla pystyy kuvailemaan kokemaansa kipua. Kun kipua käsitellään filosofiselta kannalta, on mietitty sitä, kuinka toinen ihminen pystyy ymmärtämään toisen kokemaansa kipua. (Kalso ym. 2018, 25–26.)

Kipu koetaan erittäin yksilöllisesti, jonka takia kivun järjestelmällinen mittaaminen on tärkeä osa potilaan hoitoa ja mittausten tulokset kirjataan myös. Potilaan kyetessä kommunikoimaan puhumalla, subjektiivisen kokemuksen saaminen hoitohenkilökunnan tietoon, onnistuu parhaiten kysymällä suoraan esimerkiksi NRS, VAS tai VRS kipumittareita käyttämällä. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Leikkauksen jälkeinen kivuntunne muodostuu toimenpiteen aiheuttaman kudoksen määrästä ja laadusta. Kivun ominaisuus ja voimakkuus riippuvat siitä, onko kyseessä hermosto, sisäelimet, iho vai pehmytkudokset. On myös erittäin tärkeä huomioida potilaskohtaisesti kivun tuntemus, sama toimenpide ei aiheuta samanlaista ja voimakkuudeltaan yhtäläistä kipua eri potilaille. Kivun kesto vaihtelee myös runsaasti eri potilaiden välillä. (Kontinen & Hamunen 2015.)

5.4.1 NRS (numeric rating scale)

NRS eli numeric rating scale, suomennettuna numeerinen kipumittari on potilaan kivun arvioinnissa käytettävä työkalu. Tässä kipumittari on visuaalisesti jana, jonka toisessa päässä on numero 0, joka tarkoittaa kivuttomuutta ja vastaavasti janan toisessa päässä on numero 10, joka merkitsee potilaalle sietämätöntä kipua. Ensimmäisistä etenkin kirurgisen potilaan hoidossa käytetään hänen itse valitsemaansa kipumittaria, ja mittarin käyttö merkitään potilasasiakirjoihin, jotta hoitojakson ajan käytetään kivun arvioinnissa koko ajan samaa mittaria. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 12.)

NRS kipumittaria on käytetty, kun on tutkittu aikuispotilaiden kirurgisen toimenpiteen jälkeistä lyhytkestoista kipua ja sen hoitotyötä. Tässä hoitosuosituksessa havaittiin, että leikkauksen jälkeistä kivun vaihtelua ja voimakkuutta, voitiin arvioida NRS:n avulla. Kipulääkkeen saamisen jälkeen arvioitiin vaikutusta NRS-mittarilla ja tutkimuksessa myös todettiin, että NRS-kipumittarin psykometriset ominaisuudet eli toistettavuus ja luotettavuus olivat hyviä, eikä mittarin käyttö ollut riippuvainen potilaan iästä. (Salanterä ym. 2013, 1, 12.)

Kivun olemassaoloa ja voimakkuutta täytyy arvioida, joko tarvittaessa tai säännöllisesti. Arvioitaessa potilaan kivun tuntemuksia, täytyy potilaalta kysyä, onko kipu laadultaan minkälaista, sekä missä kipu sijaitsee. Hoitoalan ammattilaisen tehtävänä on arvioida potilaan kipukäyttäytymistä. Myös kommunikoidaan kykenemättömän potilaan kivun arviointi on hyvin tärkeää, ja tällöin kivun arviointi pohjautuu jatkuvasti samoihin kriteereihin, jonka vuoksi eri arviointikerrat ovat verrannollisia toisiinsa. (Salanterä ym. 2013, 12.)

5.4.2 VAS (visual analogue scale)

VAS eli visual analogue scale on myös hyvin yleisesti käytössä oleva kipumittari. VAS-asteikko on noin kymmenen senttiä pitkä vaakasuora jana ja kivuntunnetta arvioidessaan potilas merkkää viivan janelle siihen kohtaan, missä kokee kivuntunteensa olevan. Janan oikea pää kuvastaa pahinta mahdollista potilaan kokemaa kipua ja taas janan vasen pää kuvastaa kivuttomuutta. VAS kipumittarista on kehitetty potilastyöhön erilaisia versioita, jotka auttavat hoitohenkilökuntaa kliinisessä työskentelyssä. Kymmenen senttiä pitkän suoran janan sijasta, voidaan käyttää esimerkiksi punaisen väristä kipukiilaa, jolloin punaisen värin avulla voidaan kuvastaa kivun kasvamista voimakkaammaksi janan toisessa päässä. Erityisesti lasten käyttöön on myös kehitelty kasvoasteikko, jossa on viisi erilaista kasvojen ilmettä ja joiden avulla kuvataan kivuntunnetta. (Kalso ym. 2018, 90.)

5.4.3 VRS (verbal rating scale)

VRS (verbal rating scale) avulla potilas ilmaisee ja arvioi sanallisesti kokemuksensa kivun voimakkuudesta. Ensimmäinen sanallinen kipumittari luotiin vuonna 1975 McGillin yliopistossa ja siihen perustuen Heikki Ketovuori kehitti vastaavanlaisen version suomen kielellä, joka vakioitiin vuonna 1980. Ketovuoren kehittämässä sanallisen kivun arvioinnin mittarissa kullekin kipusanalle on määritetty numeerinen arvo, joka vastaa sanan kuvaamaa kivun määrää ja voimakkuutta. Sanallisessa asteikossa kipua kuvataan sanoilla: ei kipua, lievä kipu, kohtalainen

kipu, kova kipu ja sietämätön kipu. Joissain määrin on myös pystytty erottamaan toisistaan akuutti ja krooninen kipu sanallisen kipumittarin avulla. (Kalso ym. 2018, 90–91.)

6 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön menetelmä, jossa vuorovaikutuksen kautta hoitaja auttaa ja tukee potilaita heidän itsenäisyydessään, omatoimisuudessaan sekä toimintakyvyssään. Ohjausta annetaan sosiaali- ja terveydenhoitotyössä kaikenikäisille, sairaille sekä terveille, ryhmille sekä yksilöille. Ohjauksen kohderyhmät ja soveltamisalueet ovat suuret ja ohjaus sisältää lukemattoman määrän mahdollisuuksia. Ohjaukseen perehtynyt saattaa löytää itsessään uusia ulottuvuuksia ja kehittymisen kohteita. Ohjauksen uusia mahdollisuuksia ovat tänä päivänä myös sosiaalinen media ja sen kautta tapahtuva ohjaus. (Eloranta & Virkki 2011, 7.)

Potilasohjaus perustuu lakiin, vaikkei se välttämättä suoraan näy välittömässä potilastyössä. Asiakkaalla ja potilaalla on kuitenkin lakiin perustuen oikeus riittävään tietoon ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus on myös annettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hänen suostumuksellaan. Ohjauksessa täytyy kunnioittaa potilaan vakaumusta, yksityisyyttä, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on myös oikeus hyvään hoitoon, ja nämä edellä mainitut potilaan oikeudet eivät toteudu, jos potilas ei ole saanut riittävästi tietoa päätöstensä ja valintojensa tueksi. (Eloranta & Virkki 2011, 11–12.)

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista viides pykälä käsittelee potilaan tiedonsaantioikeutta. Sen mukaan potilaalle on aina annettava ymmärrettävä selvitys hänen hoitoonsa vaikuttavista seikoista, jotka voisivat vaikuttaa hänen päätökseensä hoidosta. Tieto on myös annettava siten, että potilas ymmärtää sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei pysty antamaan tietoa potilaalle tämän omalla kielellä, tai potilas ei voi aisti- tai puhevian takia tulla ymmärretyksi, on potilaalle mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitseminen. (L17.8.1992/785.)

6.1 Potilasohjauksen merkitys

Potilasohjaus on merkityksellistä työtä ja ohjauksella voidaan vaikuttaa ohjauksen kohteena olevan henkilön valmiuksiin ja kokemuksiin positiivisella tavalla. Hyvä ohjaus mahdollistaa ja ottaa huomioon potilaan ja hänen ajatuksensa omaan hoitoonsa liittyen. Ohjattavalla ei ole hyvää mahdollisuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä, jos ohjaus on ollut huonoa tai puutteellista, eikä kaikkea tarvittavaa tietoa ole annettu. Tiedon määrällä ei ole merkitystä, vaan laadulla ja sillä, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Ohjauksen merkitys korostuu, kun edistetään potilaan valmiuksia omahoitoon ja hyvän ohjauksen avulla voidaan lievittää erilaisiin muutostilanteisiin ja sairauksiin liittyvää pelkoa ja ahdistusta. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Hyvän potilasohjauksen tuloksena potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja myös sitoutunut jatkamaan sitä kotona. Potilaan elämänlaatu ja hyvinvointi paranee hyvän ohjauksen tuloksena. Laadukas ja hyvä ohjaus mahdollistaa paljon, mutta aina ohjaus ei ole laadukasta tai onnistu. Ohjauksen sisältö saattaa vaihdella paljon tai se voidaan kokea ristiriitaiseksi. Ohjausta ei pystytä antamaan parhaimpana mahdollisena hetkenä hoitajakson aikana, tai tiedon määrä voi olla liian vähäinen siihen verrattuna, mitä potilas olisi tarvinnut. Ohjaus annetaan monesti myös liian myöhään, sellaisina hetkinä kun potilas on jo kotiutumassa, eikä hän tällöin välttämättä ole enää niin vastaanottavainen informaatiolle, koska ajatukset ovat jo kotona. (Eloranta & Virkki 2011, 15–16.)

Henkilökunnan kiire ja vähyys koetaan vaikuttavan potilaiden saamaan ohjaukseen. Koetaan, että jos potilaat osaavat vaatia ohjausta, tällöin he saavat sitä. Ohjaus voi olla myös monesti liian rutiininomaista, eikä siinä oteta huomioon potilasta kokonaisvaltaisesti. Potilaat odottavat saavansa laadukasta, näyttöön perustuvaa ohjausta, jossa heidät otetaan huomioon yksilöllisesti. Potilaat myös odottavat saavansa ohjauksen vastuulliselta, työssään pätevältä ja koulutetulta henkilökunnalta. Ohjauksen saava henkilö odottaa hyvää vuorovaikutusta hoitohenkilökunnalta ja he eivät välttämättä uskalla kysyä, jos he kokevat

ohjauksen antajan etäiseksi. Jos potilas ei uskalla kysyä hoitajalta mieltään painavia tai askarruttavia kysymyksiä, tämä heikentää heidän tietoisuuttansa omasta tilanteesta ja osallistumista omaan hoitoonsa ja siihen liittyviin päätöksentekoihin. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Potilaat kokevat tärkeäksi sen, että heillä on heti hoidon alettua keskusteluyhteys hoitajien kanssa ja omahoitajan nimeäminen parantaa tiedonsaantia. Potilaat monesti kokevat lääkärintierroilla saamansa informaation riittämättömäksi, ja haluavat keskustella mieltä askarruttavista asioista jälkikäteen omahoitajansa kanssa. Hoitohenkilökunta kokee monesti, että kiire vaikuttaa heidän antamaansa ohjaukseen. Kiireen ei kuitenkaan pitäisi estää potilaan saamaa ohjausta, ja kiireenkin keskellä voi antaa esimerkiksi kirjallisia ohjausmateriaaleja. (Eloranta & Virkki 2011, 17.)

6.2 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallisia ohjeita hoitohenkilökunta voi antaa kirjallisia ohjeita, jotka kertovat potilaalle lisätietoa sairaudesta ja sen hoidosta, sekä tutkimuksiin valmistautumisesta ja toipumisesta. Näin kirjallisella ohjauksella täydennetään potilaan saamaa suullista ohjausta. Harvoin pelkkä kirjallinen ohjaus on siis riittävää itsessään, vaan se tukee ohjaustilannetta. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74.)

Kirjallisen ohjeen muotoja ovat esimerkiksi hoito-, käyttö-, ja toimintaohje, tiedote, ja opas. Kirjallisella ohjeella on tiettyjä vaatimuksia. Ohjeen tulee olla ymmärrettävää, potilasta varten kirjoitettua tekstiä, jossa tieto on ajantasaista. Ohjeen esitystavan tulee olla selkeä ja sen tulee tukea asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta. Ohjeistuksen tulisi olla myös perusteltu ja sisältää sopivasti tekstiä, jotta potilas voi sen kokonaisuudessaan omaksua. (Eloranta & Virkki 2011, 74–76.)

Ohjauksen tulisi vastata kysymyksiin mitä, miksi, missä ja milloin. Ohjeen loogisuuden kannalta olisi hyvä, että asiat esitetään aikajärjestyksessä.

Sairaudesta kertovassa ohjeessa loogisuus tarkoittaa sitä, että ohje alkaa tiedolla sairaudesta, sitten kerrotaan hoidosta ja kuntoutuksesta. Otsikoinnilla ja kappaleenjaolla on suuri merkitys ohjeen ymmärrettävyydelle. Tekstin tulisi myös olla potilaalle helppolukuista, eikä sisältää esimerkiksi vaikeita lääketieteellisiä termejä. Ohjeen tarkkoja toimintaohjeita on myös hyvä perustella. Esimerkiksi jos mainitaan ettei ihoa saa raapia, on hyvä ilmaista, miksi niin ei kannata tehdä. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

6.3 Suullinen potilasohjaus

Suullinen potilasohjaus pitää sisällään sanallisen ja sanattoman viestinnän ja usein potilasohjausta annetaan suullisesti, sillä vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa potilaan väärinkäsityksien oikaisemisen, kysymyksien esittämisen ja tuen saamisen hoitajalta. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ja hoitaja molemmat ymmärtäisivät käymänsä keskustelun samalla tavalla. Tavoitteena on, että molemmat puhuvat samaa kieltä ja saavuttaisivat yhteisymmärryksen. Suullista ohjausta käytetään yksilö- tai ryhmäohjauksessa ja monesti tätä voidaan tukea oheismateriaalilla. Potilaat arvostavat ja pitävät enemmän yksilöohjauksesta. Tämä johtuu siitä, että yksilöohjaus mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, motivaation tukemisen, aktiivisuuden, palautteen antamisen sekä vapaan ilmapiirin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007, 38, 74.)

Pieni osa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta on sanallinen viestinsä. On kiinnitettävä huomiota viestinnän selkeyteen sekä yksiselitteisyyteen. Kulttuurin ja kielen välillä voi suuresti sanojen merkitykset vaihdella. Vuorovaikutuksen viesteistä yli puolta pidetään sanattomina. Sanaton viesti pyrkii kumoamaan, täydentämään, painottamaan, tukemaan tai jopa korvaamaan täysin sanallista viestintää. Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi kehon kieli, teot, ilmeet ja eleet. Näiden kontrollointi on vaikeaa, sillä sanattomia viestejä lähetetään paljon tiedostamattomasti. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

7 MÄÄRÄLLINEN TUTKIMUS

Määrällinen tutkimus kuvaa tutkimuksen kohdetta tilastoilla ja numeroilla. Sitä kutsutaan myös kvantitatiiviseksi tutkimukseksi. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erilaisista luokitteluista, vertailuista ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. (Jyväskylän yliopisto 2015; Vilka 2007, 13–15.)

Tutkimusta suunniteltaessa täytyy ottaa huomioon, että tutkimuksella on aina oltava jokin tehtävä tai tarkoitus. Tietty tarkoitus ja päämäärä ohjaa tutkimuksen kulkua. Tutkimuksen tarkoitusta voidaan kuvata neljällä eri piirteellä, joita ovat selittävä, kuvaileva, kartoittava sekä ennustava. Tutkimuksen tarkoitusta voidaan kuitenkin kuvailla useammalla piirteellä ja se voi myös muuttua tutkimuksen edetessä, eikä se näin ollen ole tutkimuksen valmistuttua enää sama kuin silloin kun tutkimusta aloitettiin tekemään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137–138.)

Selittävä tutkimus pyrkii mukailemaan syy-seuraus-suhdetta ja etsii selitystä tietyille ongelmalle tai tilanteelle. Kuvailevan tutkimuksen pääpiirteitä ovat dokumentoida ilmiöiden kiinnostavia ja keskeisiä piirteitä sekä esittää tarkkoja kuvauksia tutkimuksen kohteena olevista asioista. Kartoittava tutkimus yrittää löytää tutkittavaan asiaan tai ilmiöön uusia näkökulmia, tarkastelee mitä tilanteissa tapahtuu sekä pyrkii löytämään uusia hypoteeseja. Ennustavan tutkimuksen tarkoituksena on ennustaa tiettyjä ihmisten toimintoja tai tapahtumia, jotka ovat seurausta tietystä ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139.)

Määrällisen tutkimuksen yksi aineiston keruumenetelmä on kysely. Tutkija voi luoda kyselylomakkeen, joka on vakioitu, ja jokainen kyselylomake on tismalleen samanlainen jokaisella vastaajalla. Kyselylomake on hyödyllinen apuväline esimerkiksi silloin, kun kyselyyn halutaan saada paljon vastauksia ja vastaajat ovat hajautettuna ympäri Suomen. Tarkasti suunniteltu kyselylomake on suhteellisen nopea tutkijan käsitellä ja analysoida siihen erikseen kehitettyjen

tietokoneohjelmien avulla. Haasteita saattaa aiheuttaa tulosten tulkinta. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195; Vilkka 2007, 28.)

Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu edistää siihen vastanneiden määrää. Kyselylomakkeen ollessa laadukas ja huolellisesti tuotettu, edesautetaan tutkimuksen onnistumista. Kyselylomakkeessa esitettävät kysymykset voidaan laatia tyypillisesti kolmella eri tavalla, joita ovat monivalinta-, avoimet-, sekä asteikoihin perustuvat kysymykset. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiiksi vastausvaihtoehdot, eikä siinä tutkittavalla ole mahdollisuutta luoda itse omaa vastaustaan, toisin kuin taas avoimiin kysymyksiin voi vastata juuri niin kuin itse haluaa. Asteikollisessa kyselylomakkeessa tutkija on laatinut tietyt skaalat, joista tutkittava vastaa lähimmän omaan mielipiteeseensä osuvan vaihtoehdon. (Hirsjärvi ym. 2009, 199–201.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reliabelius ja validius. Kokonaisluotettavuuden varmistamiseksi tutkimuksen otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa tulisi olla mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Uusintamittauksen avulla voidaan tarkastella kokonaisluotettavuutta jälkikäteen. Kun halutaan vähentää tutkimuksen virheitä ja lisätä sen kokonaisluotettavuutta, olisi hyvä saada esimerkiksi toisilta tutkijoilta kommenttia, myös alan asiantuntijoita voi hyödyntää. (Vilkka 2007, 152–153.)

7.1 Tutkimuksen reliabelius

Tutkimuksen reliabeliuksella eli luotettavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksen mittaustulokset ovat toistettavia, eli tutkimus tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabelius voidaan todeta eri tavoin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan hyödyntää erilaisia tilastollisia menettelytapoja. Tutkimuksen tutkimustulosta voidaan myös pitää reliabelina, jos kaksi eri arvioijaa päätyy samaan mittaustulokseen, tai jos samaa henkilöä tutkitaan kaksi kertaa ja molemmilla kerroilla saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tutkimuksen tuloksien yleistäviin johtopäätöksiin vaaditaan tieto siitä, kuinka suurella varmuudella otokseen perustuvat tulokset ovat totta myös tutkimuksen perusjoukossa. Tutkimustulosten esittelyn lisäksi on ainakin yhtä tärkeää luotettavuuden arviointi ja siihen liittyvien seikkojen esittely. Tutkimustuloksien esittelyssä tulisi esimerkiksi tuoda esiin havaintoyksikköjen määrä ja puuttuvan tiedon määrä eli vastauskato, sekä vastausprosentin vaikutus tuloksiin eli vastaajakato. (Tampereen yliopiston Tietoarkisto.)

7.2 Tutkimuksen validius

Tutkimuksen validius käsitteenä tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä. Validius merkitsee tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä on tutkimuksessa tarkoituskin mitata. Validiutta pystytään arvioimaan eri näkökulmista, tällöin puhutaan tutkimusasetelmavalidiudesta, rakennevalidiudesta ja ennustevalidiudesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.)

Tutkimuksen validiutta voidaan parantaa ja tarkentaa käyttämällä useita eri menetelmiä tutkimuksessa, tätä kutsutaan triangulaatioksi, joka on tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytettä termi. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Tärkeää on pyrkiä osoittamaan, että tutkimuksesta saatu tulos ei ole sattumanvarainen, vaan huomioida, että samaan tulokseen voidaan päätyä, jos käytetään erilaisia lähestymistapoja. Kaikkeen triangulaatio idea ei sovellu, vaan tämä soveltuu tiettyyn tutkimukseen paremmin kuin toisiin. (Jyväskylän yliopisto 2021.)

8 TUTKIMUSAINEISTON KERUU- JA ANALYYSIMENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja vastaukset kerättiin paperisten kyselylomakkeiden avulla. Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelmistoa hyödyntäen. Tutkimukseen osallistui Vaasan keskussairaalan sydänaseman sydäninfarktipotilaita, ja tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Sydänaseman henkilökunta vastasi lomakkeiden jakamisesta potilaille. Kyselylomake laadittiin tutkimuksen tekijöiden toimesta yhteistyössä työn tilaajan kanssa. Lomake esitettiin ennen aineiston keräämisen aloittamista.

8.1 Tutkimukseen osallistuneet

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Vaasan keskussairaalan sydänasemalle tulevat sydäninfarktipotilaat. Osallistujat vastasivat tutkimuskysymyksiin itse täyttämällä paperisen kyselylomakkeen nimettömänä. Tutkimuskysymykset koskivat heidän kokemaansa kipua ennen ja jälkeen invasiivisen hoidon, sekä potilasohjausta sydäninfarktin jälkeen.

Kyselylomakkeet osallistujat saivat sydänaseman henkilökunnalta, ja osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen on voinut osallistua kesän ja syksyn 2022 aikana, sillä tällöin sydänaseman henkilökunta on jakanut potilaille paperisia kyselylomakkeita.

Tutkimuskysymyksiä vastaukset olivat rajattuja, osallistujat vastasivat ”kyllä” ja ”ei” -vaihtoehtoisin kysymyksiin, tai valitsivat heidän omaa mielipidettensä lähimpänä olevan vastausvaihtoehdon. Kyselylomakkeessa oli lisäksi muutamia avoimia kysymyksiä, johonka tutkimukseen osallistunut saivat halutessaan vastata muutamalla lauseella.

8.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja esitestaus

Kyselylomakkeen suunnittelu aloitettiin selvittämällä, olisiko tutkimukseen sopivaa kyselylomaketta jo aiemmin käytetty. Tutkimuksen tekijät olivat yhteydessä työn tilaajan, mutta tähän tutkimukseen soveltuvaa aiempaa kyselylomaketta ei ollut. Tämän takia kyselylomake tutkimukseen laadittiin tutkimuksen tekijöiden toimesta yhteistyössä työn tilaajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Kyselylomakkeella haluttiin saada tietoa tutkimuskysymyksistä, eli miten kohderyhmä koki saamansa ohjauksen ja kivunhoidon.

Oikein tehty kyselylomake on perusta luotettavalle tutkimukselle. Kyselylomakkeen tekemisessä tärkeimmät vaiheet ovat suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. Nämä vaiheet ovat kriittistä siksi, että kysymyksiä ei voi enää aineiston keruun jälkeen muokata. (Vilka 2007, 78.)

Tämän tutkimuksen kyselylomake suunniteltiin loppukeväästä 2022, ja suunnittelussa otettiin huomioon sekä tutkimuksen tarve, että työn tilaajan toiveet. Kyselylomakkeen tekeminen aloitettiin taustamuuttujista, jotta kerätystä tiedosta saataisiin selville, onko eri ryhmien välillä eroja kokemuksissa. Taustamuuttujakysymykset olivat lomakkeessa hoitajan täyttämiä kysymyksiä.

Seuraavaksi kirjoitettiin varsinaiset tutkimuskysymykset, jotka potilas itse täyttää. Näistä ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin potilaan kokemaa kipua ennen ja jälkeen toimenpiteen. Toisessa kysymyksessä potilaalta kysyttiin, toimiko kipulääkitys, ja kolmas kysymys selvitti, huomioiko hoitaja potilaan kivut riittävästi. Seuraavaksi lomakkeessa oli kolme asteikollista kysymystä, jotka selvittivät potilaan kokemusta saamastaan potilasohjauksesta. Tämän jälkeen potilaan oli mahdollista kirjoittaa vapaasti avoimeen kysymykseen, mistä asiasta olisi tarvinnut lisää tietoa. Viimeiset kolme kysymystä selvittivät, saiko potilas informaatiota omalla äidinkielellään, ymmärsikö hän ohjeistuksen ja käytettiinkö tulkkia.

Kyselylomake tulisi testata ennen aineiston keräämisen aloittamista. Testaaminen tarkoittaa sitä, että tehdään koehaastattelu, -kysely tai -havainnointi. Lomakkeen testaajina voi toimia asiantuntijat, perusjoukkoon kuuluvat tai heitä vastaavat henkilöt. Testaamisen tarkoituksena on arvioida mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, eli puuttuuko lomakkeesta vielä olennaisia kysymyksiä tai onko osa kysymyksistä tarpeettomia tutkimuksen kannalta. Testaamisella arvioidaan myös mittarin eli kyselylomakkeen vastausohjeiden ja kysymysten selkeyttä, toimivuutta ja yksiselitteisyyttä, sekä kysymysten kykyä mitata juuri mitattavaa asiaa. Testauksella selvitetään myös lomakkeen pituutta ja vastaamiseen käytettävän ajan kohtuullisuutta. (Vilka 2007, 78.)

Tämän tutkimuksen kyselylomake esitettiin tutkimuksen tekijöiden lähipiirin jäsenillä, jotka sopivat profiililtaan kyselyyn vastaajaksi. Palaute lomakkeen testaajilta oli, että lomake on selkeä ja kysymyksiin helppo vastata. Vastaamiseen aikaa kului suunnilleen arvioitu aika, eli kymmenen minuuttia.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä kappale käy läpi tutkimuksen tulokset kyselylomakkeen kohta kerrallaan. Vastaajien taustatiedot avataan ja niiden perusteella analysoidaan erilaisten taustamuuttujien, kuten iän tai sukupuolen, vaikutusta vastauksiin. Näin voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkimuskysymyksistä tämän tutkimuksen sisällä. Kuitenkaan mitään vastauksia ei voida laajasti yleistää, sillä tutkimukseen vastasi vain 19 potilasta. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden ja tulosten yleistettävyyden kannalta vastaajia tulisi olla vähintään 100 (Vilka 2007, 17). Tutkimustulokset antavat kuitenkin tietoa siitä, miten tähän tutkimukseen vastanneet kokivat saaneensa potilasohjauksen ja kivunhoidon Vaasan keskussairaalan sydänasemalla. Taustamuuttujien täyttämistä vastasi sydänaseman hoitajat.

9.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 19 ihmistä, 58 % heistä oli miehiä ja 42 % oli naisia. Vanhin tutkimukseen osallistuja oli 93-vuotias ja nuorin 56-vuotias, keski-ikä ollessa 69 vuotta.

Kyselylomakkeen kolmas taustamuuttuja oli äidinkieli, ja tätä kysyttiin koska haluttiin selvittää vaikuttaako potilaan ja hoitajan eri äidinkieli potilaan kokemuksiin saamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta. Vastaajista 50 % olivat äidinkieleltään suomenkielisiä ja toiset 50 % ruotsinkielisiä. Yksi vastaaja ei ilmoittanut äidinkieltään ja kukaan vastaajista ei ollut muun kuin suomen- tai ruotsinkielinen.

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös hoitoon tulon syytä, jotka rajattiin tässä tutkimuksessa koskemaan STEMI, NSTEMI ja UAP tyyppisiä infarkteja. Vastaajista hoitoon STEMIN takia tulleita oli 32 %. NSTEMISTÄ oli 47 % ja UAP 21 %. Taustamuuttujista kysyttiin myös, tehtiinkö potilaalle pallolaajennus (PCI) ja onko sitä tehty aiemmin. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Kahteen lomakkeeseen hoitaja ei ollut täyttänyt tietoa siitä tehtiinkö PCI. PCI suoritettiin 77 % tapauksista

ja PCI ei suoritettu 24 %. PCI oli tehty aiemmin 21 % vastaajista ja PCI ei ollut tehty aiemmin 79 %.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (N=19)

Taustamuuttajat	n	%
Ikä		
56–66-vuotiaat	10	53
67–93-vuotiaat	9	47
Sukupuoli		
Nainen	8	42
Mies	11	58
Äidinkieli		
Suomi	9	50
Ruotsi	9	50
Hoidon syy		
STEMI	6	32
NSTEMI	9	47
UAP	4	21
PCI suoritettiin		
Kyllä	13	77
Ei	4	24
PCI tehty aiemmin		
Kyllä	4	21
Ei	15	79

9.2 Kivun voimakkuuden kokeminen

Tutkimustuloksia analysoidessa vastaajien iät jaettiin kahteen eri luokkaan. Toisessa luokassa vastaajat olivat iältään 56–66-vuotiaita ja toisessa luokassa 67–93-vuotiaita. Ensimmäisenä kysymyksenä kysyttiin, kuinka voimakkaana vastaajat kokivat kivun ennen toimenpidettä. Vastausvaihtoehtoina oli arvioida kipua asteikolla 0–10, joista 0 ei kipua ja 10 pahin mahdollinen kipu. Vastaajista 56–66-vuotiaat kokivat vähemmän kipua ennen toimenpidettä kuin vanhemmat vastaajat. Nuoremmista vastaajista 60 % olivat sitä mieltä, että kipu ennen toimenpidettä oli asteikolla 0–5 ja kun taas vanhemmista vastaajista 56 % olivat sitä mieltä, että kipu oli asteikolla 7–10. Kaikista vastaajista noin puolet kokivat vain lievää kipua tai ei lainkaan kipua ja puolet kokivat kohtalaista kipua. Kukaan vastaajista ei kokenut todella voimakasta kipua toimenpiteen jälkeen.

Sukupuolen merkitystä kivun kokemukseen analysoidessa kävi ilmi, että lievää kipua kokivat hieman enemmän miehet kuin naiset. Voimakasta kipua puolestaan toimenpiteen jälkeen kokivat naiset miehiä enemmän.

Vastaajien kokema kipu uudelleen luokiteltiin SPSS-järjestelmässä vastauksien vähyyden vuoksi kahteen eri luokkaan kivun voimakkuuden perusteella. Luokka yksi kuvasi lievää kipua kokeneita ja luokka kaksi voimakkaampaa kipua. Luokka yksi kuvaa lievää kipua ja luokka kaksi voimakasta kipua. Vastaajat, joille PCI:tä ei tehty kokivat enemmän voimakasta kipua toimenpiteen jälkeen kuin he, joille PCI tehtiin. Lievää kipua kokivat enemmän he, joille PCI tehtiin kuin he, joille sitä ei tehty. Voimakasta kipua PCI:n jälkeen koki 33 % vastaajista.

STEMI- ja UAP-vastaajat kokivat enemmän voimakasta kipua toimenpiteen jälkeen kuin NSTEMI potilaat. NSTEMI potilaat kokivat toimenpiteen jälkeen enemmän lievää kipua kuin voimakasta kipua. STEMI potilaista 83 % koki voimakasta kipua toimenpiteen jälkeen.

Vastaajien kokema kipu toimenpiteen jälkeen koettiin voimakkaammaksi kuin kivun tuntemus ennen toimenpidettä, joista STEMI-potilaat kokivat kaikista eniten

voimakasta kipua. Herää kysymys, minkä vuoksi kipua koettiin enemmän jälkikäteen? Oliko potilaiden kiputuntemukset esimerkiksi pallolaajennuksen jälkeen kohdassa, josta potilaaseen on uitettu vaijeri? Pistopaikassa pidetään verenvuodon ehkäisemäksi voimakasta painesidosta, joka saattaa aiheuttaa kipua. Oliko kipu enemmänkin tästä johtuvaa, kuin varsinaisesti itse toimenpiteen aiheuttamaa kipua.

Taulukko 2. Kivun voimakkuus ennen toimenpidettä

Kuinka voimakkaana koit kivun ennen toimenpidettä?	Lievä kipu (%)	Voimakasta kipua (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	60	40
67–93-vuotiaat	44	56
Sukupuoli		
Nainen	75	25
Mies	36	64
Äidinkieli		
Suomi	67	33
Ruotsi	33	67
Hoidon syy		
STEMI	33	67
NSTEMI	44	56
UAP	100	0
PCI suoritettiin		
Kyllä	39	62
Ei	100	0
PCI tehty aiemmin		
Kyllä	50	50
Ei	53	47

Taulukko 3. Kivun voimakkuuden kokeminen

Kuinka voimakkaana koit kivun toimenpiteen jälkeen?	Lievä kipu (%)	Voimakasta kipua (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	44	56
67-93-vuotiaat	56	44
Sukupuoli		
Nainen	43	57
Mies	55	46
Äidinkieli		
Suomi	44	56
Ruotsi	63	38
Hoidon syy		
STEMI	17	83
NSTEMI	78	22
UAP	33	67
PCI suoritettiin		
Kyllä	67	33
Ei	25	75
PCI tehty aiemmin		
Kyllä	100	0
Ei	36	64

9.3 Kipulääkityksen toimivuus

Vastaajat luokiteltiin kahteen eri luokkaan. Luokassa yksi vastaajat olivat nuorempia ja luokassa kaksi vanhempia. Lähes kaikki vastaajat molemmissa ikäluokissa olivat sitä mieltä, että kipulääkitys toimi. Nuoremmassa ikäluokassa

yksi vastaaja oli sitä mieltä, että kipulääkitys ei ollut riittävä. Sukupuolen merkitystä kipulääkityksen toimivuuteen tarkasteltaessa huomattiin, että vastaajista yksi mies oli sitä mieltä, että kipulääkitys ei ollut riittävä. Muut vastaajista kokivat kipulääkkeen toimivaksi. Tässä tutkimuksessa voidaan tehdä johtopäätös, että sukupuolella, iällä eikä äidinkielellä ollut merkitystä kokemukseen siitä, että toimiko kipulääkitys.

Vastauksista analysoitiin hoidon syyn merkitystä kipulääkkeen toimivuuteen, kipulääkitys koettiin toimivaksi jokaisessa hoitoon tulon syyssä. Sillä, oliko potilaalla STEMI, NSTEMI vai UAP ei ollut merkitystä.

Vastaajat kokivat kipulääkityksen toimivaksi, riippumatta siitä suoritettiinko PCI vai ei. Myöskään sillä, onko PCI tehty potilaalle aiemmin, ei ollut huomattavaa merkitystä kokemukseen kipulääkkeen toimivuudesta. Yksi vastaaja jolle PCI on tehty aiemmin, koki ettei kipulääkitys ollut riittävä.

Taulukko 4. Kipulääkityksen toimivuus

Toimiko kipulääkitys?	Kyllä (%)	Ei (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	89	11
67–93-vuotiaat	100	0
Sukupuoli		
Nainen	100	0
Mies	90	10
Äidinkieli		
Suomi	100	0
Ruotsi	100	0
Hoidon syy		
STEMI	100	0
NSTEMI	89	11
UAP	100	0

PCI suoritettiin

Kyllä	100	0
Ei	100	0

PCI tehty aiemmin

Kyllä	100	0
Ei	92	8

9.4 Kivun riittävä huomiointi

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajilta, kokivatko he, että hoitaja huomioi kivun riittävästi. Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Iästä, sukupuolesta, äidinkielestä, hoitoon tulon syystä sekä siitä, että suoritettiin PCI tai oliko sitä tehty aiemmin jokainen vastaaja vastasi, että hoitaja huomioi kivun riittävästi.

Vastauksia analysoidessa mielenkiintoinen huomio oli se, että hoitajan koettiin huomioineen kipua riittävästi, huolimatta siitä, että vastaajista moni koki myös hyvin voimakasta kipua ja yksi vastaajista oli jopa sitä mieltä, että kipulääkitys ei ollut riittävä.

Taulukko 5. Kivun riittävä huomiointi

Huomioiko hoitaja kivun riittävästi?	Kyllä (%)	Ei (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	100	0
67–93-vuotiaat	100	0
Sukupuoli		
Nainen	100	0
Mies	100	0
Äidinkieli		

Suomi	100	0
Ruotsi	100	0
Hoidon syy		
STEMI	100	0
NSTEMI	100	0
UAP	100	0
PCI suoritettiin		
Kyllä	100	0
Ei	100	0
PCI tehty aiemmin		
Kyllä	100	0
Ei	100	0

9.5 Potilasohjauksen arviointi

Kyselylomakkeessa potilasohjausta arvioitiin neljällä eri kysymyksellä. Kolmeen kysymykseen vastaajien kuului arvioida viisiportaisella Likert-asteikolla kokemuksiaan. Vastauksissa numero yksi tarkoitti täysin eri mieltä ja numero viisi täysin samaa mieltä. Alla olevassa taulukossa Likert-asteikko on luokiteltu kahteen eri luokkaan, jossa toisessa ovat vastaukset, jotka ovat arvoltaan 1–3 ja toisessa luokassa 4–5. Yksi kysymyksistä oli avoin, siinä kysyttiin mistä potilas olisi mahdollisesti halunnut saada lisätietoa.

Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, etteikö olisi saanut tarpeeksi informaatiota ennen toimenpidettä. Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Loput olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä ohjauksen riittäväydestä. Iästä ja sukupuolesta riippumatta suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että olivat saaneet riittävästi informaatiota. Äidinkielen merkitystä analysoitaessa huomattiin, että täysin samaa mieltä olleista vastaajista hieman enemmän oli äidinkieleltään ruotsinkielisiä. 78 % suomenkielisistä vastaajista olivat täysin samaa mieltä, kun taas ruotsinkielisistä 89 %.

Hoitoon tulon syyn merkitystä kokemukseen siitä, saiko tarpeeksi informaatiota ennen toimenpidettä analysoitaessa, nousi esiin mielenkiintoinen huomio. NSTEMI ja UAP potilaista kaikki olivat täysin samaa mieltä ohjauksen riittävydestä ennen toimenpidettä. STEMI potilaista kuitenkin vain 50 % oli täysin samaa mieltä. 33 % oli joksikin samaa mieltä ja 17 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä, riippumatta siitä tehtiinkö PCI vai ei. Tässä kysymyksessä myöskään sillä ei ollut merkitystä oliko PCI suoritettu aiemmin vai ei.

Taulukko 6. Informaatio ennen toimenpidettä

Koitko saaneesi tarpeeksi tietoa ennen toimenpidettä?	Asteikko 1–3 (%)	Asteikko 4–5 (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	10	90
67–93-vuotiaat	0	100
Sukupuoli		
Nainen	0	100
Mies	9	91
Äidinkieli		
Suomi	0	100
Ruotsi	11	89
Hoidon syy		
STEMI	17	83
NSTEMI	0	100
UAP	0	100
PCI suoritettiin		
Kyllä	8	92
Ei	0	100

PCI tehty aiemmin

Kyllä	0	100
Ei	7	93

Molemmissa ikäluokissa koettiin ohjauksen määrä riittäväksi toimenpiteen aikana. Kuitenkin täysin samaa mieltä tästä kysymyksestä oli enemmän naisia kuin miehiä. Naisista 75 % vastasi kysymykseen arvon viisi ja miehistä saman arvon vastasi vain 27 %. Suurin osa miehistä vastasi tähän arvon neljä. Tätä kysymystä tarkasteltaessa huomattiin, että myös äidinkielellä oli vaikutusta vastauksiin. Täysin samaa mieltä toimenpiteen aikana saadun ohjauksen riittäväyydestä oli 67 % suomenkielisistä, mutta vain 33 % ruotsinkielisistä. Suomenkielisistä arvoa 1–3 ei antanut kukaan, kun taas ruotsinkielisistä yksi potilas vastasi arvon 1–3. Enemmistö ruotsinkielisistä vastasi tähän kysymykseen arvon neljä.

Taustamuuttujista hoidon syy näkyi kysymysten vastauksissa tiettyinä eroavaisuuksina, joista UAP potilaat olivat kokeneet ohjauksen ja neuvonnan parhaimpana ja 75 % UAP potilaista vastasi arvon viisi. Noin puolet STEMI ja NSTEMI potilaista vastasivat arvon neljä, yksi NSTEMI potilas oli antanut vastaukseksi arvon yksi. Tämä kyseinen potilas oli avoimessa kysymyksessä avannut vastaustaan kertomalla saaneensa ohjausta vasta jatkohoitopaikassa sydänosastolla. Tästä syystä potilas koki, että ei saanut toimenpiteen aikana tarpeeksi tietoa, vaan sai ohjausta ja neuvontaa vasta jatkohoittoa koskien osastolla.

Se, suoritettiin PCI vai ei, vaikutti vastauksiin huomattavasti. Kaikki ne potilaat, joille PCI:tä ei suoritettu antoivat vastaukseksi arvon viisi, eli kokivat ohjauksen parhaimmaksi mahdolliseksi. Arvon viisi vastasi vain 39 % niistä potilaista, joille PCI suoritettiin. Ne potilaat, joille PCI tehtiin, antoivat suhteellisen positiivisen vastauksen, sillä heistä noin puolet vastasi arvon 4. Arvon viisi antaneiden vastauksista voidaan kuitenkin tehdä johtopäätös, että tähän tutkimukseen vastanneet potilaat, joille PCI suoritettiin, olisivat kaivanneet vielä enemmän

ohjausta. Voidaan tehdä olettaus, jonka perusteella potilaat, joille PCI suoritettiin, kokivat tilanteen enemmän stressaavana, kuin potilaat, joille sitä ei tehty. Tilanteen stressaavuus saattaa myös vaikuttaa siihen, että tilanteessa annettu ohjaus ja neuvonta on osittain unohdettu siihen mennessä, kun kyselylomakkeeseen on vastattu. Se, oliko PCI tehty potilaalle aikaisemmin vai ei, ei vaikuttanut oleellisesti annettuihin vastauksiin, suurin osa vastaajista antoi arvon neljä tai viisi. Vain yksi potilaista vastasi arvon yksi.

Taulukko 7. Informaatio toimenpiteen aikana

Saitko toimenpiteen aikana tietoa mitä tapahtuu?	Asteikko 1-3 (%)	Asteikko 4-5 (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	0	100
67–93-vuotiaat	11	89
Sukupuoli		
Nainen	13	87
Mies	0	100
Äidinkieli		
Suomi	0	100
Ruotsi	11	89
Hoidon syy		
STEMI	0	100
NSTEMI	11	89
UAP	0	100
PCI suoritettiin		
Kyllä	8	92
Ei	0	100
PCI tehty aiemmin		

Kyllä	25	75
Ei	0	100

Kysymykseen ”saitko toimenpiteen jälkeen riittävästi ohjausta ja neuvontaa” iällä ei ollut juurikaan eroavaisuuksia annetuista vastauksissa. Suurin osa vastanneista antoi arvon viisi, eli he kokivat hyväksi annetun ohjauksen ja neuvonnan. Naiset kokivat ohjauksen paremmaksi toimenpiteen jälkeen kuin miehet. Naisista 88 % antoi arvon viisi ja miehistä 55 % vastasi arvon viisi. Arvon neljä antoi 27 % miehistä ja 13 % naisista. Kukaan naisista ei antanut arvoa kolme tai alle, mutta vastaajista yksi mies vastasi arvon kolme, eli ei ollut samaa eikä eri mieltä ohjauksen riittävydestä. Ruotsinkielisistä vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, että ohjaus oli hyvää ja vastasi arvoa viisi. Suomenkielisistä myös enemmistö oli tätä mieltä vastaten arvon viisi, mutta heitä oli hieman vähemmän kuin ruotsinkielisiä.

Hoitoon tulon syyllä ei ollut merkittävää vaikutusta siihen, kuinka vastaajat ovat kokeneet ohjauksen ja neuvonnan toimenpiteen jälkeen. Enemmistö kaikista ryhmistä vastasi arvon viisi. Potilaat, joille PCI suoritettiin, olivat suurimmalta osin tyytyväisiä ja antoivat vastauksissa arvon kolmesta viiteen, enemmistö eli 69 % vastaten arvon viisi. 100 % heistä, joille PCI:tä ei suoritettu, vastasi arvon viisi. Se onko PCI tehty aiemmin vai ei, ei myöskään merkittävästi vaikuttanut vastauksiin siitä, oliko ohjaus riittävä toimenpiteen jälkeen. Enemmistö vastasi arvon viisi.

Taulukko 8. Informaatio toimenpiteen jälkeen

Saitko toimenpiteen jälkeen riittävästi ohjausta ja neuvontaa jatkosta?	Luokka 1-3(%)	Luokka 4-5 (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	10	90
67–93-vuotiaat	0	100

Sukupuoli

Nainen	0	100
Mies	9	91

Äidinkieli

Suomi	11	89
Ruotsi	0	100

Hoidon syy

STEMI	0	100
NSTEMI	0	100
UAP	25	75

PCI suoritettiin

Kyllä	8	92
Ei	0	100

PCI tehty aiemmin

Kyllä	0	100
Ei	7	93

Viiteen kyselylomakkeeseen saatiin avoimeen kysymykseen vastaus. Yksi vastaajista totesi avoimeen kysymykseen vain saaneensa tarpeeksi tietoa. Yhdessä kyselylomakkeessa vastaus avoimeen kysymykseen oli vaikeasti tulkittavissa. Potilas kirjoitti ”Asioista kysymällä. Ollut aiemmin sama toimenpide ja sairaus?” Vastauksen voi tulkita kahdella eri tavalla. On mahdollista, että potilas olisi halunnut, että häneltä kysytään enemmän asioita, tai että hän sai asioista selvää vain itse kysymällä. Yksi potilas vastasi saaneensa toimenpiteen aikana paljon tietoa, mutta kuitenkin koki unohtavansa saamansa informaation johtuen tilanteesta. Yksi potilas kertoi saaneensa paljon yksityiskohtaista tietoa, mutta kertoi sen olleen liian lääketieteellistä sanastoa, jonka takia ei ymmärtänyt kaikkea. Yksi potilas kertoi saaneensa eniten tietoa vasta toimenpiteen jälkeen hoitajilta ja lääkäreiltä vasta jatkohoitopaikassa sydänosastolla.

9.6 Ohjauksen antaminen potilaan äidinkielellä

Kysymys siitä, saiko potilas ohjausta ja tietoa omalla äidinkielellään lisättiin kyselylomakkeeseen, koska potilasturvallisuuden näkökulmasta on tärkeää, että potilas ymmärtää saamansa ohjauksen. Tulkkia käytetään sosiaali- ja terveystalveissa vähentämään väärinymmärryksiä ja parantamaan potilasturvallisuutta. Tulkki varataan, jos potilaan ja hoitohenkilökunnalla ei ole yhteistä kieltä. (Tulkkivälitteinen työskentely 2023.) Kaikki tähän tutkimukseen vastanneista äidinkielestä riippumatta, saivat ohjausta ja tietoa omalla äidinkielellään.

Taulukko 9. Potilasohjaus omalla äidinkielellä

Saitko ohjausta ja tietoa omalla äidinkielelläsi?	Kyllä (%)	Ei (%)
Ikä		
56–66-vuotiaat	100	0
67–93-vuotiaat	100	0
Sukupuoli		
Nainen	100	0
Mies	100	0
Äidinkieli		
Suomi	100	0
Ruotsi	100	0
Hoidon syy		
STEMI	100	0
NSTEMI	100	0
UAP	100	0
PCI suoritettiin		

Kyllä	100	0
Ei	100	0

PCI tehty aiemmin

Kyllä	100	0
Ei	100	0

Lisäksi kyselylomakkeessa kysyttiin, mikäli potilas ei saanut ohjausta omalla äidinkielellään, ymmärsikö hän siitä huolimatta saamansa ohjauksen ja neuvonnan. Tämä kysymys ei mitenkään vaikuta tutkimuksen tuloksiin, sillä kaikki vastanneista saivat ohjausta omalla äidinkielellään. Voidaan tehdä olettaus, että kaikki ovat tästä syystä ymmärtäneen ohjeistuksen ja neuvonnan, jota ovat saaneet. Siitä huolimatta viisi potilasta oli vastannut kysymykseen ymmärtäneensä ohjauksen ja neuvonnan.

Viimeisenä kysymyksenä kyselylomakkeessa oli, että käytettiinkö tulkkia. Tämä kysymys lisättiin kyselylomakkeeseen siltä varalta, jos joku potilaista ei saanut ohjausta omalla äidinkielellään. Kaksi potilasta vastasi, että tulkkia ei käytetty.

10 POHDINTA

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin syksyllä 2021. Vaasan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaan sairaanhoitajakoulutuksessa kuuluu hoitotyön tutkiminen ja kehittäminen -opintokokonaisuudet, joista ensimmäinen opintojakso käsittelee tutkimussuunnitelman tekemistä. (Vaasan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2020.) Tällä opintojaksolla syntyi aihe opinnäytetyölle ja alustava tutkimussuunnitelma laadittiin.

Joulukuussa 2021 otettiin yhteyttä Vaasan keskussairaalan sydänaseman osastonhoitajaan ja ehdotettiin tutkimusaihetta. Tutkimusaihe hyväksyttiin sydänasemalla ja yhteistyössä heidän kanssaan aihe rajattiin tarkemmin. Samaan aikaan ohjaava opettaja hyväksyi tutkimussuunnitelman ja opinnäytetyön toteutuksen.

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Vaasan keskussairaaltalta ja se myönnettiin kesäkuussa 2022. Ensimmäiset kyselylomakkeet otettiin kentällä käyttöön tutkimuksen aineiston keruuta varten heinäkuussa 2022. Ensimmäisen kuukauden aikana vastauksia saatiin vain kaksi kappaletta. Vastausten vähyyttä huolestutti tutkimuksen tekijöitä ja pohdittiin, mistä vastausmäärien vähyyttä voisi mahdollisesti johtua sekä kuinka sitä pystyisi parantamaan. Työn tilaajaan otettiin yhteyttä ja kerrottiin vastausmäärien vähyydestä ja pyydettiin, että henkilökuntaa muistutetaan lomakkeiden jakamisesta. Työn tekijät ehdottivat myös tapaamista henkilökunnan kanssa osastolla, jossa voitaisiin esitellä tutkimus.

Vastauksena yhteydenottoon työn tilaajalta saatiin tieto, että potilaiden määrä on ollut vakaa, joten vastauksia olisi voinut sen perusteella olettaa olevan enemmän palautuslaatikoissa. Työn tilaaja oli selvittänyt lomakkeiden jakamisen aktiivisuutta sydänasemalla, jolloin tuli ilmi, että osa henkilökunnasta oli kokonaan unohtanut antaa lomakkeita potilaille. Tämän takia työn tilaaja muistutti koko henkilökuntaa lomakkeiden jakamisesta. Lisäksi työn tilaaja ehdotti, että myös päivystysosastolle vietäisiin palautuslaatikko, sillä osa potilaista siirtyy sinne

jatkohoitoon sydänasemalta. Työn tekijät ottivat yhteyttä päivystysosestoon ja veivät palautuslaatikon sinne syyskyn alussa, kun päivystysoseston osastonhoitaja hyväksyi ehdotuksen.

Syyskuussa vastauksia oli kertynyt yhteensä kaksitoista kappaletta. Vastausten määrä oli selkeästi kasvanut yhteydenoton ja henkilökunnan muistuttamisen jälkeen. Vastausten määrä oli silti edelleen vähäinen tutkimuksen kannalta, koska tavoitteena oli saada vähintään 50 vastausta. Työn tekijät alkoivat tämän takia pohtimaan lisää keinoja vastausten saamiseksi. Tässä vaiheessa oltiin myös yhteydessä opinnäytetyön ohjaavaan opettajaan, jonka kanssa yhdessä mietittiin ratkaisuja vastausten vähäiseen määrään. Ohjaava opettaja ehdotti, että työn tekijät menisivät sydänasemalle jakamaan itse lomakkeita, ja tätä ehdotettiin työn tilaajalle. Tätä ajatusta ei pidetty kuitenkaan työn tilaajan puolesta toimivana eikä tätä toteutettu.

Palautuslaatikoita käytiin tarkistamassa syksyn aikana säännöllisesti ja välillä laatikoihin oli tullut pari vastausta, välillä ei yhtäkään. Marraskuussa vastauksia oli yhteensä 18. Tässä vaiheessa työn tilaajaa informoitiin vastausten määrästä. Myös työn tilaaja oli tyytymätön vastausten määrään ja ehdotti, että työn tekijät kävisivät sydänosastolla informoimassa henkilökuntaa ja muistuttamassa potilaita lomakkeiden palauttamisesta. Tätä ei toteutettu, koska sydänosaston henkilökuntaa oli jo sähköpostitse informoitu tutkimuksesta. Potilaiden muistuttaminen sydänosastolla ei ollut käytännön kannalta mahdollista; henkilökunnalla ei olisi ollut oikeutta kertoa, ketkä potilaista ovat tutkimuksen kohteena.

Marraskuun lopussa kyselylomakkeiden keräys päätettiin lopettaa, jotta tutkimus pääsee etenemään. Palautuslaatikoita haettaessa pois osastoilta, huomattiin että päivystysosestolla sijainnut laatikko oli kadonnut. Ennen palautuslaatikoiden poishakemista laatikot käytiin tarkistamassa vielä kertaalleen, eikä vastauksia sillä kerralla ollut tullut yhtään lisää.

Kyselylomakkeiden jakamisen lopettamisen jälkeen sydänaseman osastonhoitaja otti yhteyttä ja kertoi, että hänelle oli tullut vielä yksi vastaus lisää, jolloin vastausten kokonaislukumäärä oli 19 kappaletta. Tutkimuksen tekijät ehdottivat tapaamista osastonhoitajan kanssa, jotta voitaisiin keskustella tähänastisesta yhteistyöstä ja pohtia työn tilaajan näkökulmaa siihen, miksi vastausten määrä jäi niin alhaiseksi. Tapaaminen toteutui ja tutkimuksen tekijät informoivat samalla, miten työ etenee jatkossa.

10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake laadittiin tekijöiden sekä työn tilaajan yhteistyössä käyttäen tutkittua tietoa teoriapohjana. Sydänaseman henkilökunta oli vastuussa kyselylomakkeiden tulostamisesta sekä jakamisesta tutkittavalle joukolle, jotka tässä tapauksessa olivat Sydänaseman potilaita. Kyselylomakkeessa on kaksi osaa, joista toinen hoitaja täyttää ja toisen osan potilas täyttää itse, jolloin vastauksiin ei pysty kukaan vaikuttamaan.

Opinnäytetyön tekijät eivät henkilökohtaisesti tavanneet yhtäkään kyselyyn vastannutta ja kysely toteutettiin nimettömästi, eikä siinä kysytty sellaisia henkilötietoja, jotka voisivat identifioida tietyn potilaan. Vastauksia varten laadittiin kaksi palautuslaatikkoa, joista toinen sijoitettiin sydänosaston päiväsalin ja toinen päivystysosaston valvomo -moduuliin. Palautuslaatikot olivat tiiviisti suljettuja, eikä niiden sisältöä pystynyt näkemään päältäpäin.

Kyselylomakkeen käyttökelpoisuus varmistettiin esitestauksella ja esitestauksen vastauksien perusteella tarkasteltiin sitä, että kyselylomakkeen kysymykset tarkastelivat juuri niitä asioita, joita tutkijat ja työn tilaaja halusivat. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin, mitä varten kyseinen tutkimus on tehty. Vastaaminen siihen oli täysin vapaaehtoista ja jokaisella oli oikeus kieltäytyä vastaamasta. Kyselylomake laadittiin kaksikielisenä, jotta siihen olisi mahdollisimman helppo vastata.

Täytetyt kyselylomakkeet ovat säilytetty asianmukaisesti, eikä niihin ole pääsyä muilla kuin tutkimuksen tekijöillä. Kyselylomakkeita tutkittiin niiden vastauksia analysoidessa, eikä niissä olevaa tietoa käsitelty muiden ihmisten kuullen. Tutkimusta tehdessä noudatettiin Tutkimuseettisen lautakunnan (2019) ohjeita ja voimassa olevaa lainsäädäntöä.

Kyselylomakkeiden vastaukset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa hyödyntäen ja ohjelman antamien vastausten perusteella tutkijat tekivät saadusta aineistosta johtopäätökset. Vastausten analysointiin ei vaikuttanut tutkijoiden henkilökohtaiset mielipiteet tutkittavista, vaan vastaukset olivat puhtaasti teoreettisen tilaston perusteella tulkittuja.

Työn tilaajan kanssa sovittiin heti työn alkuvaiheessa, että tilaaja on vastuussa lomakkeiden tulostamisesta ja jakamisesta, sekä potilaskohtaisten taustatietojen täyttämisestä. Työn tekijät eivät voineet itse mennä jakamaan lomakkeita potilaille, sillä se olisi vaarantanut potilaiden anonymiteetin. Tutkimuksen tekijät eivät ole työsuhteessa sydänasemaan, jonka takia työn tekijöillä ei ole oikeutta potilaan tietoihin.

Työn tilaajan kanssa sovittiin, että potilaat palauttavat itse lomakkeet jatkohoitopaikassa, joka useimmiten on sydänosasto. Asiasta sovittiin sydänosaston osastonhoitajan kanssa ja palautuslaatikko vietiin sydänosaston päiväsaliin. Kun lomakkeet olivat olleet kentällä käytössä jo parin kuukauden ajan, eikä vastauksia ollut tullut kuin muutama, alettiin pohtimaan ratkaisuja ja keinoja vastausten saamiseksi. Yhtenä ehdotuksena oli, että tutkimuksen tekijät kävisivät osastotunnilla esittelemässä tutkimuksen aiheen ja itsensä. Ajatuksena tässä oli saada henkilökunnalle konkretisoitua tutkimuksella saatavan tiedon merkitys heille. Ehdotukseen ei työn tilaajan puolelta tällöin tartuttu, mutta myöhemmin koettiin, että se olisi ollut hyödyllistä tutkimuksen kannalta.

Kentältä tulleen palautteen perusteella myös tiedettiin, että osa potilaista siirtyi sydänasemalta jatkohoitoon myös päivystysosastolle, jossa palautuslaatikon

sijaintia oli kysely. Tämän takia päädyttiin ottamaan yhteyttä päivystysosaston osastonhoitajaan ja sovittiin palautuslaatikon viemisestä myös heidän tiloihinsa.

Tutkimuksen tekijät kävivät tasaisin väliajoin tyhjentämässä palautuslaatikoita ja olivat vastausten määrästä yhteydessä työn tilaajaan. Koettiin, että päivystysosaston henkilökunta ei ollut missään vaiheessa tietoinen tutkimuksesta, ja viimeisellä käyntikerralla laatikko oli hävinnyt osastolta. Päivystysosaston laatikkoon ei saatu yhtään vastausta. Ei ole selvää syytä miksi tieto tutkimuksesta ei välittynyt henkilökunnalle.

10.2 Kyselylomakkeen arviointi

Kyselylomake tutkimukseen laadittiin tutkimuksen tekijöiden toimesta yhteistyössä työn tilaajan kanssa, sillä valmista tähän tutkimukseen soveltuvaa lomaketta ei ollut. Tutkimuksen tekijät tutustuivat erilaisiin kvantitatiivisten tutkimusten kyselylomakkeisiin ennen tämän tutkimuksen lomakkeen laatimista. Suunnitteluvaiheessa pohdittiin kyselyn tekemistä digitaalisella alustalla, kuten potilaan omalla puhelimella tai muulla älylaitteella. Paperiseen lomakkeeseen päädyttiin sillä oletuksella, että vastaajat ovat profiililtaan iäkkäämpiä. Todettiin myös, että hoitajan täyttämä taustamuuttujat -osuus olisi vaikeaa toteuttaa digitaalisella lomakkeella. Myös työn tilaajan toivomus paperisesta lomakkeesta vaikutti ratkaisuun.

Laatimisessa otettiin huomioon työn tilaajan tiedon tarve. Lomakkeen keskeisimmäksi sisällöksi valikoitui tutkimuskysymykset potilaiden kivun kokemuksesta sekä kivun hoidon riittävydestä, ja heidän saamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta. Lisäksi tekijöitä kiinnosti äidinkielen vaikutus potilasohjaukseen, joten lomakkeeseen sisällytettiin myös kysymyksiä liittyen äidinkieleen ja tulkkaukseen. Kyselylomakkeesta tehtiin aluksi luonnos, jonka sisällön työn tilaaja arvioi.

Työn tilaaja olisi toivonut yhdeksi tutkimuskysymykseksi potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta toimenpiteen aikana. Tämä rajattiin kuitenkin

tutkimuksen ulkopuolelle, sillä todettiin että turvallisuuden tunnetta on vaikeaa määrittää ja kvantitatiivisesti mitata. Alueen kaksikielisyyden vuoksi kyselylomakkeen kysymykset laadittiin suomeksi ja ruotsiksi. Tutkimuksen tekijät ovat äidinkieleltään suomenkielisiä, joten ruotsinkieliset kysymykset tarkistutettiin työn tilaajalla, joka muokkasi ne lopulliseen muotoonsa. Yhteistyö työn tilaajan kanssa sujui luontevasti kyselylomaketta laatiessa. Työn tilaajaan pidettiin aktiivisesti yhteyttä sähköpostitse.

Kyselylomakkeen liitteenä oli saatekirje, joka oli pelkästään suomen kielellä kirjoitettu. Tämä asia huomattiin vasta tutkimuksen tekemisen jälkeen, josta heräsi kysymys, onko saatekirjeen suomen kielisyydellä ollut vaikutusta vastausten vähyyteen. Saatekirje ruotsin kielellä olisi saattanut lisätä ruotsinkielisten vastaajien aktiivisuutta. Varmuudella ei voida kuitenkaan tietää, olisiko vastausmäärä ollut suurempi, vaikka saatekirje olisi tehty molemmilla kielillä, sillä vastaajia oli joka tapauksessa lähes saman verran molemmista ryhmistä.

Kyselylomake esiteltiin teoriaan pohjautuen, jotta varmistuttiin sen mahdollisimman hyvästä toimivuudesta tiedon keräyksessä. Esitelmä suoritettiin tutkimuksen tekijöiden lähipiiriin kuuluvilla henkilöillä, jotka sopivat profiililtaan tutkimuksen vastaajiksi. Esitelmäkokoukset kokivat lomakkeen selkeäksi ja helpoksi täyttää.

Kyselylomaketta laadittaessa lomake koettiin myös tekijöiden mielestä selkeäksi ja johdonmukaiseksi, sekä tutkimuksen sisältöä vastaavaksi. Visuaalinen toteutus koettiin hankalaksi ja lomakkeen laatimisvaiheessa lomaketta muokattiin monesti, jotta siitä saataisiin mahdollisimman selkeäksi ja helposti täytettäväksi. Lomaketta yritettiin laatimisvaiheessa tiivistää, mutta lopullinen lomake oli kolmesivuinen. Lomakkeen kokonaisuutta yritettiin selkiyttää fonteilla ja tummennuksilla. Lomaketta yritettiin tiivistää, koska tekijät kokivat, että liian pitkä lomake voisi vaikuttaa vastausten määrään negatiivisesti.

Tutkimuksen jälkeen tekijät kokivat, että kyselylomake olisi mahdollisesti kannattanut tehdä yksikielisenä, kahtena eri versiona. Näin lomakkeesta olisi saanut selkeämmän ja tiiviimmän. Kyselylomakkeen toimivuutta pohtiessa heräsi taas ajatus siitä, että lyhyempi lomake olisi ollut parempi, ja mahdollisesti tuonut lisää vastauksia.

10.3 Haasteet aineiston keräämisessä

Aineiston kerääminen tutkimukseen tuotti haasteita heti alusta alkaen. Vastausten vähyyden suhteessa potilaiden määrään yllätti tutkimuksen tekijät aineistonkeruuvaiheessa. Ei ole tarkkaa tietoa, kuinka monta tutkimukseen sopivaa potilasta sydänasemalla hoidettiin sinä aikana, kun kyselylomakkeet olivat käytössä, tai kuinka monta lomaketta on jaettu potilaille. Työn tilaajan mukaan potilaiden määrä oli kuitenkin aineiston keruun aikana vakio, eli vastasi sitä potilasmäärää, joka normaalisti hoidetaan sydänasemalla. Kyselylomakkeiden jakaminen on ollut sydänaseman henkilökunnan vastuulla, eikä työn tekijöille ole sen takia mahdollista tietää jaettujen lomakkeiden todellista määrää.

Työn tilaaja toi aineiston keräämisen jälkeen esille muutamia heidän mielestään mahdollisesti vastausten määrään vaikuttaneita tekijöitä. Näitä olivat esimerkiksi sydänasemalla ollut remontti, henkilöstön kesälomat ja korona-aika. Päivystysosasto, jossa toinen palautuslaatikko sijaitti, oli joitain viikkoja pelkästään koronapotilaiden hoitoon käytössä.

Lisäksi vastausten määrään on voinut vaikuttaa erilaiset inhimilliset tekijät. Sydäninfarktipotilaat voivat olla jopa shokin kaltaisessa tilassa henkisesti tullessaan sydänasemalle hoitoon, eivätkä siitä syystä muista myöhemmin sydänasemalla tapahtuneesta hoidosta paljoakaan. Erityisesti STEMI-potilailla tämä on voinut vaikuttaa, koska heidän jatkohoitonsa on usein tehostetun valvonnan osastolla. Tehostetun valvonnan osastolla ei ollut tietoa tutkimuksesta, eikä siellä ollut palautuslaatikkoa lomakkeille, joten on mahdollista, että jaettuja lomakkeita on voinut jäädä sinne.

Työn tilaajan mielestä vastausprosenttia olisi voinut nostaa se, jos potilaat olisivat kokeneet, että kyselytutkimuksen suorittaa sydänaseman henkilökunta. Myös työn tekijöiden mielestä olisi ollut hyvä, jos potilaille olisi lomakkeita jaettaessa enemmän korostettu, että tutkimus on sydänaseman tilaama ja kerää heille arvokasta tietoa. Työn tilaaja pohti myös jälkeinpäin, olisiko hoitajien kannattanut taustamuuttujien lisäksi kysyä joitain kysymyksiä toimenpiteen aikana ja täyttäne potilaan puolesta. Tämä olisi voinut kuitenkin vaikuttaa potilaiden antamiin vastauksiin. Mahdollisesti hoitajan kysyessä potilaat eivät olisi vastanneet yhtä rehellisesti kuin itse täyttäessään lomaketta. Myös mahdollinen negatiivinen palaute olisi voinut jäädä kokonaan antamatta.

Yksi iso huomio nousi aineiston keräämisen jälkeen esiin kyselylomaketta tarkasteltaessa. Kyselylomakkeessa ei oltu erikseen määritelty kipua koskevissa kysymyksissä, minkälaista kipua kysymyksessä tarkoitettiin. Tämä on saattanut vaikuttaa erityisesti vastauksiin kysyttäessä kivusta toimenpiteen jälkeen. Angiografian jälkeen potilaalle laitetaan pistokohtaa, eli ranteeseen tai nivuseen painesidos. Painesidos itsessään voi aiheuttaa potilaalle kipua, joten on mahdollista, että potilaat ovat vastatessaan tarkoittaneet siitä johtuvaa kipua. Voidaan kuitenkin olettaa, että potilaat ovat ymmärtäneet kysymysten tarkoittavan sydäninfarktiin liittyviä kipuja. Jälkeinpäin tarkasteltuna työn tekijät ovat sitä mieltä, että kyselylomakkeen laatimisvaiheessa olisi pitänyt tarkemmin määritellä kipua koskevat kysymykset. Myös työn tilaaja huomasi tämän ongelman vasta aineiston keräämisen jälkeen.

10.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että tähän tutkimukseen vastanneet potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon ja potilasohjaukseen sydänasemalla. Kivunhoidon kokemuksiin tai potilasohjauksen laatuun ei vaikuttanut oleellisesti mitkään taustatekijät. Eli potilaan ikä, sukupuoli, äidinkieli, eikä hoitoon tulon syy tai aikaisempi kokemus samankaltaisesta hoidosta eivät aiheuttaneet vastauksiin merkittäviä eroja. Potilaiden kipu

huomioitiin sydänasemalla sekä toimenpiteen aikana että sen jälkeen, ja potilasohjausta annettiin riittävästi kaikissa hoitoprosessin vaiheissa.

Mielenkiintoisia huomioita vastauksissa olivat esimerkiksi se, että naiset kokivat miehiä enemmän voimakasta kipua toimenpiteen jälkeen. Kuitenkaan kukaan vastaajista ei ollut kokenut NRS-asteikolla arvioituna pahinta mahdollista kuviteltavissa oltavaa kipua. Infarktityypin merkitystä kivun kokemuksiin tarkasteltaessa huomattiin, että STEMI-potilaat olivat kaikkein kivuliaimpia. Kipuun liittyen mielenkiintoista oli myös se, että hoitajan koettiin huomioineen kipu riittävästi, vaikka kivun tuntemusta olisikin esiintynyt.

Potilasohjaus koettiin yleisesti riittäväksi, mutta parhaan mahdollisen arvioin ohjauksesta antoivat naiset miehiä useammin, ja suomenkieliset ruotsinkielisiä useammin. Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat vastasivat saaneensa ohjausta omalla äidinkielellään.

Tämän tutkimuksen vastaukset eivät nostaneet esille mitään erityistä kehittämisen tarvetta sydänaseman toiminnassa potilaiden näkökulmasta. Tästä tutkimuksesta rajattiin ulkopuolelle potilaiden kokema turvallisuuden tunne invasiivisen hoidon aikana, koska sitä on hankalaa määrällisen tutkimuksen menetelmällä tarkastella. Potilaiden kokema turvallisuuden tunne ja sen yhteys kivun kokemuksiin olisi kuitenkin mielenkiintoinen tutkimusaihe.

Potilasohjaus koettiin tähän tutkimukseen vastanneiden mielestä erittäin laadukkaaksi. Yhtenä jatkotutkimusideana voisi olla selvittää, mitä eri menetelmiä sydänaseman henkilökunta käyttää potilasohjauksessa, ja tuottaa näiden tietojen perusteella opas potilasohjauksesta.

Myös kivunhoito koettiin tämän tutkimuksen vastaajien mielestä laadukkaaksi. Toisena jatkotutkimusideana voisi siis olla selvittää, kuinka kipua arvioidaan ja kivunhoito toteutetaan sydänasemalla.

10.5 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen ajallisesti pitkä prosessi, joka aloitettiin loppuvuodesta 2021 ja saatiin päätökseen vuonna 2023. Opinnäytetyön ideointi ja suunnittelu vei koko prosessista suhteellisen paljon aikaa. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, ja tämä toi oman haasteensa prosessiin. Teoriapohja opinnäytetyön tekemiseen saatiin koulun opintojaksoilla, mutta vaati tekijöiltä myös omalla ajalla opinnäytetyön kirjoittamiseen perehtymistä.

Opinnäytetyön tekijöitä oli kolme. Tämän voisi kuvitella aiheuttavan omat haasteensa yhteisen ajan ja työskentelytapojen löytämiseen. Kuitenkin opinnäytetyön tekijöiden ryhmädynamiikka oli toimivaa heti prosessin alusta alkaen, ja yhteiset tavoitteet asetettiin jo ennen työn aloittamista, joka on osaltaan helpottanut prosessia. Myös aihe valittiin yhteisten kiinnostusten pohjalta.

Kun teoriaa alettiin kirjoittamaan, työn tekijät sopivat tapaamisia harvemmin ja kirjoittaminen oli melko itsenäistä työskentelyä. Työn edetessä tapaamiset tiivistyivät ja vastausten analysointi SPSS-järjestelmän avulla sekä tulosten auki kirjoittaminen tehtiin yhdessä. Tutkimuksen tekijät tapasivat sekä kasvotusten että netin välityksellä. Lisäksi tehtiin yhteinen WhatsApp-ryhmä työhön liittyvää kommunikointia varten. Tutkimus toteutettiin työn tekijöiden opintojen ohessa. Opintoihin liittyvien työharjoittelujen aikana tutkimusta työstettiin vähemmän tekijöiden kesken sovituksi. Kuitenkin tutkimus on edennyt koko prosessin ajan suunnitellusti.

Kaikilla tämän opinnäytetyön tekijöillä on tavoitteena jatkokouluttautuminen, joka omalta osaltaan lisäsi motivaatiota opinnäytetyön tekemiseen mahdollisimman hyvin. Opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa keskusteltiin tavoitteista ennen prosessin aloittamista, ja ohjausta on pyydetty aktiivisesti työn edetessä.

Opinnäytetyön teoriaosuus kirjoitettiin syksyllä 2022. Teorian kirjoittaminen oli työläs osa opinnäytetyön prosessia, sillä aihe vaati laajasti tietoa muun muassa sydäninfarktista, potilasohjauksesta ja kivusta. Tietoa löytyi sekä internetistä, että painetusta kirjallisuudesta ja hoitotieteen tietokannoista tutkimusten muodossa. Tietoa etsittiin sekä suomen ja englannin kielellä, ja opinnäytetyön tekijät hyödynsivät tiedonhaussa myös korkeakoulujen tiedekirjasto Tritonian tiedonhakupalveluita. Opinnäytetyön tekijät tapasivat tiedekirjaston tietoasiantuntijan tiedonhakuun liittyvien ongelmien vuoksi.

Opinnäytetyön aiheesta ei löytynyt tiedonhaussa tarkasti vastaavia aikaisempia tutkimuksia. Tietoa teoriaan löytyi myös vaihtelevasti aihealueesta riippuen. Sydäninfarktista löytyi tietoa runsaasti eri lähteistä. Kivun eri mittareista ja invasiivisesta hoidosta oli hankalaa löytää tutkittua tietoa. Myös potilasohjauksesta tuoreen tutkitun tiedon löytäminen tuotti haasteita. Opinnäytetyön ohjeistuksena on, että maksimissaan kymmenen vuotta vanhaa tietoa saisi käyttää teorian kirjoittamisessa. Tämä tuotti haasteita teoriaa kirjoittaessa kaikissa aihealueissa, sillä monesti työhön sopivalta vaikuttava lähde olikin yli kymmenen vuotta vanha. Määrällisen tutkimuksen ja potilasohjauksen teoriaa kirjoittaessa pystyttiin käyttämään vanhempiaakin lähteitä, sillä tieto ei ole muuttunut oleellisesti.

Tutkimusprosessi kokonaisuudessaan jälkikäteen tarkasteltuna sujui pääsääntöisesti hyvin. Työn tekijät kuitenkin kokivat, että tutkimukseen liittyvät opintojaksot olisi ollut hyvä käydä jo ennen opinnäytetyön aloittamista, sillä tämä olisi antanut paremmat valmiudet suunnitella ja toteuttaa tutkimus. Työn tekeminen on opettanut tutkijoille organisointitaitoja, ajan hallintaa sekä tutkimuksen toteuttamista. Tutkimuksen aikana opittiin tiedonhakua eri järjestelmistä, määrällisen tutkimuksen toteuttamista, kyselylomakkeen laatimista ja SPSS-ohjelmiston käyttämistä. Tutkimusprosessi on vaatinut ja opettanut tekijöille yhteistyötaitoja, sekä erilaisten työskentelyalustojen käyttämistä. Toimiva ryhmädynamiikka on toiminut voimavarana

tutkimusprosessissa, eivätkä ulkoiset tekijät vaikuttaneet työn etenemiseen negatiivisesti.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, K., Airaksinen, J., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J. & Saraste, A. 2016. *Kardiologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 363-366.

Alasiry, S., Löfvenmark, C. 2013. Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Pain Management for Patients with Myocardial Infarction in a Coronary Care Unit. *Middle East Journal of Nursing* volume 7 issue 5.

Angioplastia. Duodecim Terveyskirjasto. 2016. Viitattu 17.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00205/angioplastia>

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2014. *Ensihoidon perusteet*. 5. korjattu painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu. 184–186, 199

Cleveland Clinic. 2021. Viitattu 27.11.2022. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22068-stemi-heart-attack>

Eloranta, T., Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 7, 11–12, 15–17, 73–76.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Hekkala, A-M. 2019. Sydäninfarkti. Sydän.fi. Viitattu 11.9.2022. https://sydan.fi/fakta/sydaninfarkti/?gclid=EAlaIQobChMII_aEoOeM-gIVhAWiAx2vBgP_EAAYASAAEgJMoPD_BwE

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. 2009. 15-17 uud. painos. Bookwell Oy, Porvoo. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 137–139, 193–195, 199–201, 231–233.

Hyvä hoito ja kohtelu. Vaasan keskussairaala. 2019. Viitattu 8.9.2022. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/sairaalaopas/itsemaaraamisoikeus2/hyva-hoito-ja-kohtelu/>

Invasiiviset toimenpiteet rytmihäiriöiden yhteydessä. Itsehoitoapteekki. 2022. Viitattu 29.8.2022. <https://www.itsehoitoapteekki.fi/hyvinvointi-terveys/orionsydan/eteisvarina/invasiiviset-toimenpiteet/>

Invasiivinen. Duodecim Terveyskirjasto. 2016. Viitattu 29.8.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01390>

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. 2018. *Kipu*. 4. uud.painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 25–26, 73, 80, 90–91, 93, 109, 284.

Kettunen, R. 2020 a. Sydäninfarkti ja sydänkohtaus. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 26.8.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00086>

Kettunen, R. 2020 b. Takotsubokardiomyopia. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 18.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01202>

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 25.8.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Kontinen, V., Hamunen K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 16.9.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12492#top-wrapper>

Kyngäs,H., Kääriäinen, M., Poskiparta,M., Johansson,K., Hirvonen,E. & Renfors,T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1 painos. Helsinki. WSOY.

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex. Viitattu 3.3.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Miksi tunemme kipua? Terveyskylä. 2018. Viitattu 29.8.2022. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miksi-tunemme-kipua>

Miten kivun tunne syntyy? Terveyskylä. 2018. Viitattu 25.8.2022. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miten-kivun-tunne-syntyy>

Porela, P., Ilva, T. 2016. EKG sepelvaltimotautikohtauksen diagnostiikassa. Teoksessa Kardiologia. Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P., Saraste, A. 3 uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 391.

Reddy K., Khaliq A., Henning RJ. 2015. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction. World Journal of Cardiology. May 26; 7(5): 244.

Rubini Gimenez M., Reiter M., Twerenbold R., Reichlin T., Wildi K., Haaf P., Wicki K., Zellweger C., Hoeller R., Moehring B., Sou SM., Mueller M., Denhaerynck K., Meller B., Stallone F., Henseler S., Bassetti S., Geigy N., Osswald S., Mueller C. Sex-specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. 2014. JAMA Internal Medicine. Viitattu 18.9.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24275751/>

Saarelma, O. 2021. Rintakipu. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 8.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00324>

Sairaalamme kaksikielisyys. Vaasan keskussairaala. 2020. Viitattu 5.9.2022.
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/sairaalaopas/itsemaaraamisoikeus2/sairaalamme-kaksikielisyys/>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoitotyö -hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. 1, 12.

Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus eli koronaariangiografia. 2020.Terveyskylä. Viitattu 14.9.2022.
<https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimukset/sepelvaltimoiden-varjoainokuvaus-eli-koronaariangiografia>

Sepelvaltimotaudin hoito. Sydänsairaala. Viitattu 15.9.2022.
https://www.sydansairaala.fi/potilaana/sepelvaltimotaudin-hoito/?gclid=EAIaIQobChMI86Lt4uyM-glVhqkYCh2yxg0bEAAAYASAAEgKct_D_BwE

Sepelvaltimotautikohtaus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2022. viitattu 4.9.2022. www.kaypahoito.fi

Sepelvaltimotautikohtauksen tuore Käypä hoito -suositus: Elintapoihin tulee puuttua jo sairaalajakson aikana. Duodecim. 2022. Viitattu 12.12.2022.
<https://www.duodecim.fi/2022/03/23/sepelvaltimotautikohtauksen-tuore-kaypa-hoito-suositus-elintapoihin-tulee-puuttua-jo-sairaalajakson-aikana/>

Sydänasema. Vaasan keskussairaala. 2019. Viitattu 5.9.2022.
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/osastot-ja-toimenpideyksikot/sydanasema/>

Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Viitattu 3.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydän-ja-verisuonitaudit/sydän-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Syvänne, M. 2016 a. Ohitusleikkaus kiertää sepelvaltimon ahtauman. Sydän.fi. Päivitetty 2019. Viitattu 11.11.2022. <https://sydan.fi/fakta/ohitusleikkaus-kiertaa-sepelvaltimon-ahtauman/>

Syvänne, M. 2016 b. Pallolaajennus avaa suonon tukoksen. Sydän.fi. Päivitetty 2019. Viitattu. 12.9.2022. <https://sydan.fi/fakta/pallolaajennus-avaa-suonen-tukoksen/>

Tampereen yliopiston Tietoarkisto. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Aineiston dokumentointi ja raportointi. Viitattu 14.12.2022.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/>

Tarnanen, K., Porela, P., Mäntylä, P., Meinander, T. 2015. Vakaa sepelvaltimotauti (stabiili angina pectoris). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu

18.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00111/vakaa-sepelvaltimotauti-stabiili-angina-pectoris?q=revaskularisaatio>

Tulkkivälitteinen työskentely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023. Viitattu. 2.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/tulkkivalitteinen-tyoskentely>

Tunturi, S. 2021. Tropopiini (P-TnT). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 25.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/snk03142>

Jyväskylän yliopisto. Koppa. Tutkimuksen toteuttaminen. 2021. Viitattu 26.12.2022. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen#tutkimustulosten-luotettavuus>

Vainikainen, T. 2016. Sydäntoimenpiteiden valikoima kasvaa. Sydän.fi. Päivitetty 2019. Viitattu 29.8.2022. <https://sydan.fi/artikkeli/sydantoimenpiteiden-valikoima-kasvaa/>

Vaasan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2020. Sairaanhoidajakoulutus. Viitattu 9.2.2023. <https://ops.vamk.fi/fi/SH/2020/>

Vilka, H. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. 2007. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 13–15, 17, 28, 152–153.

Ylitalo, A., Pietilä, M. 2013. Akuutin ST-nousuinfarktin hoito pallolaajennuksella. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 20.9.2022

LIITTEET

LIITE 1. Saatekirje

Hyvä kyselytutkimukseen vastaaja.

Olemme Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyön, jossa kartoitamme kyselylomakkeen avulla potilaiden kokemuksia kivunhoidosta sekä sairaanhoitajilta saadusta ohjauksesta sydäninfarktin hoidon yhteydessä.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella ja vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Saat kyselylomakkeen hoitohenkilökunnalta ja lomake palautetaan sydänosastolta löytyvään palautuslaatikkoon.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti yksityisyydensuoja huomioon ottaen sekä hävitetään asianmukaisesti. Täytät lomakkeen nimettömänä, etkä ole tunnistettavissa. Vastaaminen on vapaaehtoista. Tulokset raportoidaan valmiin opinnäytetyön esitysseminaarissa ja luovutetaan sydänaseman henkilökunnalle. Jokainen vastaus on tärkeä. Kiitos, että osallistut!

Jos haluat kysyä lisätietoja, ota yhteyttä:

Opinnäytetyön tekijät:

Karoliina Malviniemi e2001322@edu.vamk.fi

Erika Paloniemi e2000841@edu.vamk.fi

Emma Peltola e2000853@edu.vamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja lehtori Riitta Koskimäki
riitta.koskimaki@vamk.fi +358 207 663 490

LIITE 2. Kyselylomake

Kyselylomake / Frågeformulär

HOITAJA TÄYTTÄÄ / SKÖTAREN FYLLER I

(Ympyröi oikea vaihtoehto/ ringa in rätt alternativ)

IKÄ/ÅLDER: _____

SUKUPUOLI/KÖN:

nainen/kvinna	mies/man
---------------	----------

ÄIDINKIELI/MODERSMÅL:

suomi	svenska	muu, mikä /annat, vilket?
-------	---------	---------------------------

HOIDON SYY / INTAGNINGSORSAK

stemi	nstemi	uap
-------	--------	-----

PCI SUORITETTIIN / PCI UTFÖRDES:

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

PCI TEHTY AIEMMIN/ PCI GJORTS TIDIGARE:

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

POTILAS TÄYTTÄÄ / PATIENTEN FYLLER I

(Vastaa itsellesi sopivin vaihtoehto/ Välj det lämpligaste alternativ)

Miten voimakkaana koit kivun? / Hur stark kändes smärtan? (0= ei kipua/ ingen smärta, 10= pahin mahdollinen kipu/ outhärdlig smärta)

(Ympyröi itsellesi sopivin vaihtoehto / Ringa runt det alternativ som passar bäst)

Ennen toimenpidettä? / Före åtgärden? 0–10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Toimenpiteen jälkeen? / Efter åtgärden? 0–10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Toimiko kipulääkitys?/ Fick du hjälp av smärtstillande medicin?

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

Huomioiko hoitaja kivun riittävästi? / Tog skötaren dina smärtor i beaktande i tillräcklig grad?

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

Arvioi asteikolla 1-5 seuraavat kysymykset (1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä).

Utvärdera följande frågor på en skala 1–5 (1=helt av annan åsikt, 2=delvis av annan åsikt, 3=varken av samma eller annan åsikt, 4=delvis av samma åsikt, 5=helt av samma åsikt).

Koitko saaneesi tarpeeksi tietoa ennen toimenpidettä (tiesitkö, mitä ja miksi on tapahtumassa)? / Känner du att du fick tillräckligt mycket information före åtgärden? (Visste du vad händas och varför?)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Saitko toimenpiteen aikana tietoa, mitä tapahtuu? / Fick du information under åtgärdens lopp?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Saitko toimenpiteen jälkeen riittävästi ohjausta ja neuvontaa jatkosta? / Fick du tillräcklig information och handledning efter åtgärden?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jos et, mistä olisit halunnut saada lisää tietoa? (kerro omin sanoin) Om inte, vilken information önskar du att du hade fått? (berätta med egna ord)

Saitko ohjausta ja tietoa omalla äidinkielelläsi? / Fick du information på ditt eget modersmål?

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

Jos et saanut ohjausta omalla äidinkielelläsi, ymmärsitkö ohjauksen? / Om inte, förstod du ändå den information du fick?

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

Käytettiinkö tulkkia? / Användes tolk? (ei tarvitse vastata, jos sait ohjauksen omalla äidinkielellä / du behöver inte svara om du fick information på ditt eget modersmål)

kyllä/ja	ei/nej
----------	--------

Kiitos vastaamisesta! Täytetyn lomakkeen voit palauttaa päiväsalissa olevaan palautuslaatikkoon. / Tack för ditt svar! Du kan returnera den ifyllda blanketten till returboxen i dagrumme