



Markus Turpeinen
Nea Yli-Paavola

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö, 2024

KOTIHOITO-OHJEVIDEO SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAALLE



TIIVISTELMÄ

Markus Turpeinen ja Nea Yli-Paavola
Kotihoito-ohjevideo sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaalle
34 sivua, 3 liitettä.
Kevät 2024
Diakonia-ammattikorkeakoulu Helsinki
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)

Sepelvaltimotautia sairastaa Suomessa arviolta 180 000 henkilöä, ja se on suomalaisten yleisin kuolinsyy. Se myös kuormittaa terveydenhuoltoa merkittävästi. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus ei yksin pysäytä taudin etenemistä, vaan rinnalle tarvitaan muita hoitomuotoja, ja näistä elintapahoidolla on suuri rooli.

Opinnäytetyössä kehitettiin sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta kotiutuvalle potilaalle videomuotoinen kotihoito-ohje. Tavoitteena oli, että videota voidaan käyttää osastolla potilasohjauksessa sekä edistää leikkauksesta toipumista ja vähentää komplikaatioita. Yhteistyötahona toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan Sydänkeskus.

Potilasohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa. Sillä voidaan edistää kuntoutumista ja säästää hoitokustannuksissa. Sepelvaltimotautia sairastavien ohjausta tulisi kehittää, ja uusien ohjausmenetelmien tulisi tavoittaa suurempi määrä ihmisiä kustannustehokkaammin. Kehittämistyön tuloksena syntyi kotihoito-ohjevideo, jossa käydään läpi sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipuvan potilaan arki-rajoituksia, sekä elintapahoidon kannalta merkittävimmät asiat sepelvaltimotautin hoidossa.

Videota arvioitiin osastolla työskenteleville hoitajille annetulla palautekyselyllä. Palautteen mukaan video on selkeä, totuudenmukainen ja sitä voidaan käyttää osastolla ohitusleikkauksesta toipuvan potilaan ohjauksessa. Kehittämistyötä voisi jatkaa tekemällä videomuotoinen kotihoito-ohje sepelvaltimotautia sairastavan potilaan lääkehoidosta.

Asiasanat: sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, sepelvaltimotauti, potilasohjaus, video-ohjaus

ABSTRACT

Markus Turpeinen and Nea Yli-Paavola

Home care instruction video for a patient recovering from coronary artery by-pass graft

34 Pages, 3 appendices

Spring 2024

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's degree Programme in Health care

Bachelor of Health care

Coronary artery disease affects an estimated 180,000 people in Finland, and it is the most common cause of death among Finns. It also puts a significant burden on healthcare. Coronary artery bypass surgery alone does not stop the progression of the disease, other forms of treatment are needed alongside it, and of these, lifestyle therapy plays a large role.

In this thesis, a video-based home care instructions for a patient discharged from coronary artery bypass surgery was developed. The goal was that the video can be used in the ward for patient guidance and to promote recovery from surgery and reduce complications. Kuopio University Hospital Heart Centre (KUH) acted as a working life partner.

Patient guidance is an important part of patient care. It can promote rehabilitation and save on treatment costs. Guidance for people with coronary artery disease should be developed, and new guidance methods should reach a larger number of people in a more cost-effective manner. As a result of the development work, an instructional video was created, which goes through the daily limitations of a patient recovering from coronary artery bypass graft, as well as the most significant issues in terms of lifestyle treatment.

The video was evaluated with a feedback survey given to nurses working in the ward. According to the feedback, the video is clear, truthful and can be used in the ward to guide a patient recovering from bypass surgery. The development work could be continued by making a home care instruction in video form on the medical treatment of a patient with coronary artery disease.

Keywords: coronary artery by-pass graft, coronary artery disease, patient guidance, video education

SISÄLLYS

JOHDANTO	4
1 SEPELVALTIMOTAUTI	6
1.1 Sepelvaltimotaudin riskitekijät	7
1.2 Sepelvaltimotaudin hoito	9
2 SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUS JA LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO	10
2.1 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan ohjaus leikkauksen jälkeen .	11
2.2 Arkirajoitukset leikkauksen jälkeen	12
2.3 Elintapahoito leikkauksen jälkeen	13
3 POTILASOHJAUS	16
3.1 Audiovisuaalinen ohjausmateriaali	17
3.2 Laadukas potilasohjausvideo	18
4 TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS	20
5.1 Suunnittelu ja menetelmä	21
5.2 Toteutus	22
5.3 Arviointi	24
6 POHDINTA	26
6.1 Luotettavuus ja eettisyys	26
6.2 Johtopäätökset	27
LÄHTEET	29
LIITE 1. Palautekysely	35
LIITE 2. Videon käsikirjoitus	37
LIITE 3. Linkki Videoon	40

JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on krooninen eli pysyvä sairaus, jota sairastaa Suomessa noin 180 000 henkilöä, ja se on suomalaisten yleisin kuolinsyy (Sydänliitto, 2023). Vaikka sydän- ja verisuonitautien kuolleisuus on laskenut selvästi 1970-luvulta lähtien, aiheuttavat ne edelleen noin puolet työikäisten kuolemista. Kuolleisuuden lasku selittyy pitkälti tehokkaammalla ennaltaehkäisyllä ja paremmilla elintavoilla. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2021.) Tutkimusten mukaan suotuisa kehitys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöissä olisi kuitenkin tasaantunut, ja osittain jopa pysähtynyt. Lihavuus ja tyypin 2 diabetes ovat lisääntyneet ja tupakointi on edelleen yleistä. (Lehto ym., 2020, s. 187.) Ikä on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijöistä ja väestön ikääntyessä tapausmäärien uskotaan lisääntyvän tulevaisuudessa (THL, 2021). Väestöennusteen mukaan vuoteen 2060 mennessä yli 64-vuotiaiden määrä on lähes kaksinkertaistunut (Lindsberg ym., 2014). Sepelvaltimotauti kuormittaa terveydenhuoltoa merkittävästi (Kettunen, 2021).

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia tehdään Suomessa vuosittain noin 1400. Ohitusleikkauksella voidaan lievittää taudin oireita, mutta se ei pysäytä taudin etenemistä. Tämän vuoksi potilaan sitouttaminen elämäntapamuutoksiin on sairauden hoidon kannalta tärkeää. Asiantuntijoiden mukaan sydän- ja verisuonitautia sairastavien potilaiden riskitekijöiden hoito ja elämäntapaohjaus eivät kuitenkaan toteudu suositusten mukaisesti. (THL, 2020.) Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjauksen merkitys hoidossa kasvaa, ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaukspotilaan ohjausta tulisi kehittää (Kähkönen ym., 2012).

Työelämäkumppanimme on Kuopion yliopistollisen sairaalan sydän- ja rintaelinkirurgian osasto, jossa oli havaittu tarve videomuotoiselle kotihoito-ohjeelle. Osastolla toteutetaan potilasohjausta suullisesti ja kirjallisesti, ja opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä sepelvaltimoiden ohitusleikkaukspotilaille videomuotoinen kotihoito-ohje kirjallista ja suullista ohjausta tukemaan. Tavoitteena on, että videon avulla voidaan edistää ohitusleikkauksesta toipumista ja vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Tutkimusten mukaan videomuotoisen materiaalin

käyttö potilasohjauksessa on tehokasta, ja niillä voidaan nopeuttaa leikkauksesta toipumista ja vähentää leikkauksenjälkeistä suunnittelematonta terveyspalveluiden käyttöä. (van Steenbergen, 2022.) Käymme läpi sepelvaltimopotilaan hoitoon liittyviä käsitteitä niiden termien osalta, jotka esiintyvät opinnäytetyösämme. Työssä ei käsitellä ohitusleikkausta lukuun ottamatta muita kirurgisia toimenpiteitä, sekä lääkehoitoa käsitellään hyvin suppeasti.

1 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimotauti on valtimotaudin eli ateroskleroosin aiheuttama sairaus, jossa sydämeen verta kuljettavien sepelvaltimoiden seinämät ovat kovettuneet ja ahautuneet. Sepelvaltimoita on kaksi, ja ne haarautuvat aortan tyvestä tehtäväänsä viedä sydänlihakselle happea ja ravinteita. Verenvirtauksen häiriintyessä sydämen hapensaanti heikentyy aiheuttaen sydänlihaksen hapenpuutetta. Oireena on usein rasituksessa tuntuva rintakipu, joka tunnetaan myös nimellä Angina Pectoris. Kipu helpottaa usein levossa. Sepelvaltimotauti voi olla myös pitkään oireeton, minkä jälkeen se aiheuttaa äkillisen ja hengenvaarallisen sydäninfarktin. (Kettunen, 2021.) Sepelvaltimotauti voidaan jakaa eri asteisiin, joiden oireet, tutkimukset ja hoito vaihtelevat. Eri asteita ovat sepelvaltimotauti (vakaa Angina Pectoris), akuutti sepelvaltimokohtaus ilman ST-nousua (epävakaa Angina Pectoris) sekä sydäninfarkti (st-nousu). (Mäkijärvi ym., 2011, s. 249.)

Valtimotauti voi kehittyä hitaasti, jopa vuosikymmenien kuluessa, kun valtimoiden seinämän sisäkalvon alle kerääntyy rasva- ja tulehdussoluja. Tätä kertymää kutsutaan plakiksi. Plakin pintaan voi syntyä repeytyksiä, joihin voi syntyä verihyytymiä, kaventaen verisuonta tai tukkimalla sen kokonaan. (Kettunen, 2023). Myös verisuonen sisäpinnan toiminta on valtimotaudissa heikentynyt, eikä se pysty laajentumaan normaalisti (Ahonen ym., 2019. s. 197).

Sepelvaltimotauti todetaan usein oirekuvan perusteella. Jos oireet viittaavat sepelvaltimotautiin, tehdään ensimmäisenä rasituskoe. Siinä potilas polkee kuntopyörää lisääntyvällä vastuksella, samalla kun hänen sydämen sähkökäyräänsä, eli EKG:tä seurataan. Sydämen hapenpuutteesta kertovat EKG-muutokset sekä rintakipu rasituskokeen aikana viittaavat sepelvaltimotautiin. Jos kokeen tulokset viittaavat vaikeaan sepelvaltimotautiin, voidaan tutkimuksia jatkaa sydänlihaksen verenkierron isotooppitutkimuksella, sepelvaltimoiden tietokonekerroskuvauksella tai varjoainekuvauksella. (Kettunen, 2021.)

1.1 Sepelvaltimotaudin riskitekijät

Sepelvaltimotaudin syntymekanismia ei tunneta, mutta sairastumiseen vaikuttavia riskitekijöitä on tunnistettu (Mäkijärvi ym., 2011, s. 252). Riskitekijöillä tarkoitetaan seikkoja, jotka aiheuttavat valtimoiden kovettumista tai pahentavat jo olemassa olevaa sairautta (Oulun yliopistollinen sairaala, i.a). Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, korkea verenpaine sekä kolesteroli, diabetes, ylipaino ja keskivartalolihavuus, liikunnan puute sekä rasvamaksatauti. Muita riskitekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa ovat runsas istuminen, stressi, masennus, uniapnea ja hampaan kiinnityskudoksen tulehdus. Riskitekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa, ovat ikä, sukupuoli, perimä sekä jotkut muut sairaudet, kuten munuaisten vajaatoiminta sekä reuma. (Tarnanen, ym. 2023.)

Suomessa aikuisväestöstä noin kahdella miljoonalla on kohonnut verenpaine ja vain joka viidennellä verenpaine on ihannetasolla. Noin miljoona suomalaista käyttää verenpainelääkkeitä, ja näistä vain 40 prosentilla verenpaine on hoitotuotteessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020.) Korkea verenpaine vahingoittaa sepelvaltimoita ja aiheuttaa niiden kovettumista sekä heikentää sydämen pienten verisuonten toimintaa. Se myös kuormittaa sydäntä, joka aiheuttaa sydänlihaksen paksuuntumista. Sydänlihaksen paksuuntuminen vaikeuttaa verisuonten laajenemista, mikä aiheuttaa sydämen hapenpuutetta. Sydämen paksuuntuminen altistaa myös sydämen vajaatoiminnalle ja rytmihäiriöille. (Hekkala, 2023a.)

Veren kokonaiskolesterolilla tarkoitetaan LDL-kolesterolin, HDL-kolesterolin sekä triglyseridien summaa. Korkea LDL-kolesteroli on sepelvaltimotaudin merkittävä riskitekijä, joka voi voimakkaasti koholla ollessaan ahtauttaa sepelvaltimoita jo lapsuudessa tai varhaisaikuisuudessa, vaikka muita riskitekijöitä ei olisikaan. Toisaalta erittäin pieni LDL-arvo voi suojata valtimotaudilta, vaikka riskitekijöitä olisi useampikin. Pieni HDL-arvo on valtimotaudin riskitekijä, sillä HDL-kolesterolilla on tärkeä tehtävä tuoda rasvasoluja takaisin valtimonseinämien rasvakertymistä ja niiden aiheuttamista kovettumista. Suurentunut triglyseridipitoisuus on myös riskitekijä. (Kovanen & Pentikäinen, 2016, s. 287.)

Diabetesta sairastaa Suomessa noin puoli miljoonaa ihmistä, ja se on nopeimmin yleistyviä sairauksia. Diabetesta sairastavan riski sairastua sepelvaltimotautiin on noin 3–5 kertaa suurempi muuhun väestöön verrattuna. (Tarnanen ym., 2018.) Diabetekseen liittyy usein pienentynyt HDL-kolesterolin määrä, ja suurentunut triglyseridipitoisuus. LDL-kolesterolipitoisuus on usein vain lievästi koholla, mutta LDL-hiukkaset ovat muodoltaan tavallista pienempiä ja ne tarttuvat valtimon seinämiin helpommin aiheuttaen valtimoiden kovettumista. Myös insuliiniresistanssiin liittyvä hyperglykemia kiihdyttää valtimotaudin kehittymistä. (Kovanen & Pentikäinen, 2016, s. 288.)

Ylipaino on yhteydessä moniin sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Ylipainoisilla ihmisillä on keskimääräisesti korkeampi verenpaine ja kolesterolipitoisuus normaaliin verrattuna (Kettunen, 2023). Keskipartalolihavuus aiheuttaa rasvakuuden kertymistä vatsaonteloon. Vatsaonteloon kertyneiden rasvasolujen toiminta on kehon muita rasvasoluja vilkkaampaa, ja niistä vapautuu vereen monia aineenvaihduntatuotteita. Kudokseen kertyy myös tulehdussoluja, jotka ylläpitävät haitallista tulehdusreaktiota. Vatsaontelon laskimoveri siirtyy maksaan, joka on ihmisen aineenvaihdunnan keskus. Haitalliset aineenvaihdunnan tuotteet aiheuttavat maksassa aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka heijastuvat kaikkialle elimistöön, jonka vuoksi riski moniin eri sairauksiin, kuten sepelvaltimotautiin suurenee. (Mustajoki, 2022.)

Vaikka naisilla ja miehillä esiintyy sepelvaltimotautia jokseenkin saman verran, sairastuvat naiset siihen noin 10 vuotta myöhemmin. Sukupuolierot selittyvät osittain elintavoilla sekä sukupuoleen liittyvillä aineenvaihdunnan eroilla. Merkittävin elintapoihin liittyvä ero on tupakoinnin yleisyys miesten keskuudessa. Aineenvaihdunnasta johtuvat erot liittyvät sukupuolihormonien erilaisiin vaikutuksiin. Naisilla estrogeeni kasvattaa HDL-kolesterolipitoisuutta, kun taas miehillä androgeeni pienentää sitä. (Kovanen & Pentikäinen, 2016, s. 284–285.) Sepelvaltimotauti on harvinaisempi ennen myöhäistä keski-ikää, mutta yleistyy iän myötä. (Mäkijärvi ym., 2011, s. 286). Ikä ei kuitenkaan itsessään ole syy valtimotaudille, vaan ikääntyneillä taustalla olevat valtimotaudin muut riskitekijät ovat ehtineet vaikuttaa pidemmän aikaa (Syväne, 2018).

Perimä voi vaikuttaa siihen, että joillakin sepelvaltimotauti kehittyy nuoremmalla iällä, vaikka muita riskitekijöitä ei olisikaan (Hekkala, 2023b). Jos miespuolinen lähisukulainen on sairastunut sepelvaltimotautiin alle 55-vuotiaana, tai naispuolinen alle 65-vuotiaana, on riski sairastua sepelvaltimotautiin suurentunut (Kettunen, 2023). Yksi periytyvä sepelvaltimotautia aiheuttava riskitekijä on FH-tauti, joka on vaikea-asteinen rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Usein sepelvaltimotautiin ei kuitenkaan liity yhtä tai kahta geenivirhettä, vaan tuhansia pieniä tekijöitä (Hekkala, 2023b).

1.2 Sepelvaltimotaudin hoito

Sepelvaltimotautia hoidetaan aina sekä lääke- että elintapahoidolla, ja niillä pyritään puuttumaan valtimotaudin riskitekijöihin. Elintapahoitoon kuuluu muun muassa säännöllinen liikunta, tupakoinnin lopettaminen, sydänterveellinen ruokavalio sekä painonhallinta. (Tarnanen, ym. 2023.) On arvioitu, että jopa 80 % sepelvaltimotautitapauksista olisi ehkäistävässä terveellisillä elämäntavoilla (Ahonen, ym. 2013, s. 186). Sepelvaltimotautia sairastavan tulisi myös kiinnittää huomiota hampaiden terveyteen sekä ottaa vuosittain influenssa- ja pneumokokkrokotus. Jos potilas sairastaa masennusta tai uniapneaa, tulisi hänet ohjata avunpiiriin. (Tarnanen, ym. 2023.)

Myös lääkehoidolla pyritään hallitsemaan valtimoiden kovettumiseen kuuluvia riskitekijöitä ja pääsemään verenpaineen- ja kolesteroliarvojen hoitotavoitteisiin. Lääkehoidolla voidaan myös lievittää oireita ja estää vakavia sepelvaltimotapahutumia, sekä parantaa elämänlaatua ja suorituskykyä. Keskeisimpiä lääkkeitä ovat veren kolesterolipitoisuutta alentavat lääkkeet, veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet sekä verenpainetta eri mekanismein alentavat lääkkeet. (Ahonen ym., 2019, s. 202–203.)

Hoidon kannalta keskeisiä tavoitteita ovat LDL-kolesterolitason saaminen alle 1,4mmol/l sekä verenpaineen alle 130/80 mmHg:n. Lisäksi tavoitteena on potilaan tupakoimattomuus, säännöllinen liikunta sekä 25 kg/m² painoindeksi tai 5–

10 % painonpudotus. Diabeetikoilla tavoitteeseen kuuluu myös diabeteksen mahdollisimman hyvä hoitotasapaino. (Tarnanen, ym. 2023.)

2 SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUS JA LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO

Suomessa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia on tehty jo 1960 luvulta lähtien, ja nykyään niitä tehdään vuosittain noin 1400 (Anttila ym., 2021, s. 113, 117). Jos sepelvaltimotauti muuttuu epävakaaksi tai taudin oireet alkavat lääkityksestä huolimatta häiritä suorituskykyä, voidaan harkita invasiivisiä toimenpiteitä, pallolaajennusta tai ohitusleikkausta. Sepelvaltimoiden tilaa tarkastellaan varjoaineku- vauksella, jonka perusteella arvioidaan, voidaanko sairautta hoitaa pallolaajennuksella vai tarvitaanko ohitusleikkausta. (Mäkijärvi, ym. 2011, s. 286.) Leikkaus tehdään yleisimmin avoleikkauksena, jolloin potilaan rintalasta avataan ja sydän pysäytetään (Holmström ym., 2022 s.190). Apuna käytetään sydänkeuhkokonetta, joka hapettaa elimistöstä palaavan veren, ja pumpppaa sen takaisin verenkiertoon (Mäkijärvi ym., 2011, s. 295). Leikkaus voidaan tehdä myös ilman sydämen pysäyttämistä. Leikkauksessa tukkeutunut suoni ohitetaan muualta kehosta otetulla suonella tai keinosuonella. Suonena voidaan käyttää joko laskimoa tai valtimoa. Keinosuonta käytetään vain aortan ja isompien valtimoiden korjauksen yhteydessä. (Holmström ym., 2022, s.190.) Laskimosiirrännäisenä käytetään reiden tai säären alueelta irrotettua jalkavarren ison iholaskimon runkoa tai jalkavarren pientä iholaskimoa. Valtimosiirrännäisinä käytetään rintakehän sisävaltimoita tai käden värttinävaltimoa. (Ahonen ym., 2019, s. 213.) Ohitusleikkauksella ei pysäytetä sepelvaltimotaudin etenemistä, mutta sillä voidaan helpottaa oireita (Tarnanen, ym. 2023).

2.1 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan ohjaus leikkauksen jälkeen

Ennen kotiutumista sepelvaltimon ohitusleikkauspotilas viettää aikaa sairaaloissa jälkihoidossa noin 10 vuorokautta, riippuen potilaan toipumisen tahdistä. Sairaalaissa potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan kotiin tarkat kotihoito-ohjeet suullisesti sekä kirjallisesti. Ohjeiden noudattaminen edesauttaa potilaan kuntoutumista ja ehkäisee toipumisen pitkittymistä. (Ylänen, 2022.) Kuopion yliopistollisen sairaalan sydänkirurgian osastolla potilaalle annettavat kirjalliset kotihoito-ohjeet sisältävät tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta, sekä leikkauksen jälkeiseen toipumiseen liittyvistä asioista. Näitä ovat muun muassa rintalastan paranemiseen ja leikkaushaavojen hoitoon liittyvät kysymykset, sekä arkielämään, kuten kotitöihin, saunomiseen, autoiluun, alkoholin käyttöön sekä mielialaan liittyvät asiat. Kotihoito-ohjeet sisältävät myös ruokavalioon, liikuntaan, stressin lievittämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä lääkehoitoon liittyviä ohjeita, joilla pyritään hoitamaan sepelvaltimotautia leikkauksen jälkeen sekä nopeuttamaan leikkauksesta toipumista. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s.1.)

Sepelvaltimotaudin hoidon onnistumisen kannalta potilaan yksilöllinen ohjaus on välttämätöntä. Ohjauksen tavoitteena on saada aikaan pysyviä muutoksia potilaan ruokavalioon, liikunnan määrään ja painonhallintaan sekä sitouttaa potilasta lääkehoitoon ja tupakoimattomuuteen. (Valtola & Kaikkonen, 2020. s. 251.) Kähkösen ym. (2012) mukaan lyhentyneiden hoitoaikojen ja muuttuneiden käytäntöjen myötä tulisi sepelvaltimotautia sairastavien ohjausta kehittää, niin menetelmien, sisällön kuin ajoituksenkin suhteen. Sepelvaltimotautia sairastavien määrän lisääntyessä tulisi ohjausmenetelmien tavoittaa suurempi määrä ihmisiä kustannustehokkaammin. Myös läheisten osallistaminen edistää potilaan itsehoitoa ja osallistumista.

Potilasohjauksen tulisi ajoittua leikkauksen jälkeiseen aikaan, sillä akuuttivaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa, jota he eivät usein ymmärrä. Lisäksi riskiteki-
jöistä kertomisella ennen leikkausta ei ole vaikutusta leikkauksen jälkeisten hoitotavoitteiden saavuttamiseen, joten niistä kertominen tulisi tehdä kotiutumisen jälkeen. Kotiutumisen yhteydessä potilas tarvitsee arjessa selviytymistä tukevaa tietoa.

2.2 Arkirajoitukset leikkauksen jälkeen

Kuntoutuminen jatkuu siis kotona noudattamalla leikkauksen jälkeisiä kotihoito-ohjeita ja ohjeiden tuomia rajoitteita, esimerkiksi liikuntaa, ruokailua ja autoiluun liittyviä rajoituksia. Arkirajoitteita on kaikki ne toimet, joilla rajoitetaan normaalia arjen toimintaa. Rajoittavia toimia määrätään potilaalle usein leikkauksen jälkeen määrääjäksi. Rajoitusten tarkoitus on ennaltaehkäistä riskitekijöitä, joilla on vaikutusta siirännäisen aukipysyvyyteen tai leikkauksessa halkaistun rintalastan luutumiseen. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s.1.)

Perinteisiä kotiaskareita ei voida aloittaa potilaan omalla totutulla tahdilla, vaan askareiden rasittavuutta lisätään leikkauksesta toipumisen mukaan. Potilaat, jotka ovat operoitu rintalastan kautta voivat riuhtovat liikkeet aiheuttaa kipua luutumattoman rintalastan takia. Siksi tällaisia liikkeitä tulisi välttää rintalastan luutumisen ajaksi, joka kestää kuudesta kahdeksaan viikkoon. (Sydänsairaala, i.a.) Itse leikkaushaavan ja sen ympäröivän alueen parantuminen kestää noin 2–3 viikkoa (Terveyskylä, 2020). Potilas voi suorittaa kotona pieniä kotiaskareita kuten tiskaamista ja lattioiden luuttuamista ottaen huomioon, ettei nostele liian raskaita esineitä. Ensimmäiset kaksi kuukautta nostorajoitus on enintään 2 kg. Noin 2–3 kuukauden jälkeen leikkauksesta, kun rintalasta on luutunut, potilas voi alkaa nostella noin 5 kg painavia esineitä kuten ruokakasseja, jos tämä ei tuota rinnassa kipua. Kipu kertoo liian suuresta painolastista. Nostamisessa ja kantamisessa tulee ottaa huomioon, että nämä tapahtuvat molemmilla käsillä kuormitusta tasoittamaan. Tasainen painonjakautuminen vähentää rintalastaan kohdistuvaa painetta. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s. 9.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus vaikuttaa myös autolla ajamiseen. Leikkaus alentaa fyysistä suorituskykyä ja pidentää ihmisen reaktioaikaa, jonka takia ajokyky on huomattavasti heikentynyt. Autoilua suositellaan siksi noin kuukauden jälkeen leikkauksesta, kun leikkauksen vaikutukset ovat vähäiset. Autolla ajaminen on kuitenkin aloitettava rauhallisesti ja välttämällä niitä tekijöitä, mitkä vaikuttavat verenpaineeseen nostattavasti kuten ruuhkaisia teitä. Ruuhka voi aiheuttaa stressiä, joka taas nostaa stressihormonien määrää. Näin autoilu nostaa verenpainetta. Autoilu voi aluksi olla rintalastalle kipua tuottavaa äkillisten liikkeiden

sattuessa, kuten äkkijarrutus. Kiertoliikkeessä, kuten autoa peruuttaessa, potilas voi tuntea epämukavuuden tunnetta rintalastassa. (Kuopion yliopistollinen sairaala. 2015, s. 13.)

2.3 Elintapahoito leikkauksen jälkeen

Elintapojen muuttaminen vaatii potilaalta itseltään paljon motivaatiota ja halua ehkäistä sepelvaltimotaudin etenemistä. Elintavoilla pyritään ylläpitämään sydämen- ja verisuonten terveyttä. Potilaat, jotka muuttavat elintapojaan aktiivisuuden sekä ravinnon suhteen ja pysyvät tupakoimattomana, parantavat heidän ennustettaan ja vähentävät heidän lääkkeellistä tarvettaan. (Huovinen ym., 2023, s. 204–206.)

Liikunnalla on suuri merkitys leikkauspotilaan kuntoutumisessa. Liikunta parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistöä, vahvistaa lihaksia ja kestävyyttä sekä liikunnalla on kudoksia korjaava vaikutus. Näiden interaktio vähentää riskiä leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin. (Terveyskylä, 2020.) Ensimmäisen kuukauden aikana leikkauksen jälkeen, liikunta tulee aloittaa rauhallisin askelin lyhyillä kävelylenkeillä, muutamia kertoja päivässä. Liikuntakertoja ja matkan pituutta lisätään voinnin salliessa. Tällä tavalla jatketaan kunnes 2 kilometrin yhtäjaksoinen kävely onnistuu vaivatta. Liikunnan tarkoitus on tuoda energiaa potilaan arkeen, ei väsyttää entisestään. Liikuntasuorituksia voidaan seurata liikuntapäiväkirjan avulla. Päiväkirjaan merkitään esimerkiksi päivä, paino, syke, matka ja erityishuomiot suorituksen aikana. Päiväkirjan avulla potilas voi tarkastella omaa kuntoutusta ja kunnon kehitystä leikkauksen jälkeen ja arvioida kuntoutumisen suuntaa. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s. 8.) Mao ym. (2020) tutkivat fyysisen harjoittelun vaikutuksia 120 ohitusleikatun potilaan elämänlaatuun. Tutkimuksen mukaan jo kevyellä ja kohtalaisella fyysisellä aktiivisuudella on positiivisia vaikutuksia. Fysioterapia-interventio tai 4–24 viikon fyysinen harjoittelu vaikuttivat niin potilaiden henkiseen kuin fyysiseen hyvinvointiin. Fyysinen aktiivisuus paransi merkittävästi tutkimukseen osallistuneiden fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, kipuja, perusterveyttä, sosiaalista kanssakäymistä, mielenterveyttä -ja elinvoimaisuutta verrattuna verrokkiryhmään. (Mao ym., 2020.)

Sydänystävällinen ravinto on tärkeä leikkauspotilaalle, sekä ravinnosta saatavat vitamiinit ja hivenaineet. Sydänystävällinen ruokavalio koostuu pääsääntöisesti kuiduista, kasviksista, kalasta ja marjoista, nämä eivät sisällä juurikaan tyydyttyntä rasvaa eli LDL-kolesterolia. Ravinnosta saatavalla rasvanlaadulla on vaikutusta rasvojen kertymiseen suonien seinämiin. Sydänystävälliselle ruualle on kehitetty lautasmalli, jossa puolet lautasesta täytetään kasviksilla ja vihanneksilla, neljäsosa riisillä, perunalla tai pastalla ja neljäsosa proteiinilla kuten kalalla, kannalla, vähärasvaisella lihalla tai pavuilla. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s.17–18.) Leikkauspotilas voi käyttää suolaa hillitysti, suurina määrinä nautittuna näillä on verenpainetta nostava vaikutus. Liiallinen sokerin nauttiminen taas voi nostaa veressä kiertävän rasvan- eli triglyseridipitoisuutta. Ylimääräinen triglyseridi varastoituu kehoon, siksi sokerin saantia tulisi tarkkailla. (Pusa & Käränen, 2023.)

Szczepańska ym. (2014) selvittivät tutkimuksessaan sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ruokailutottumuksia ja tarvetta ravitsemusohjaukselle. Tutkimuksen mukaan ohitusleikatuilla potilailla on pääsääntöisesti epäterveelliset ravitsemustottumukset, eivätkä he noudata ravitsemussuosituksia ja siksi tälle potilasryhmälle on tarpeen tarjota järjestelmällistä ravitsemusohjausta ja neuvontaa. Vuonna 2020 julkaistussa tanskalaistutkimuksessa Elbrønd ym. (2020) haastattelivat 15 ohitusleikattua potilasta 4–5 päivää leikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa selvisi, että haastatelluilla potilailla ei ollut lainkaan tai vain vähän tietoa, kuinka syödä sydänleikkauksen jälkeen. Yleisesti ottaen he myös kokivat, että hoitohenkilökunta ei kiinnittänyt huomiota ravitsemusneuvontaan sairaalahoidon aikana. Miesten terveyskäyttäytyminen näytti myös eroavan naisten terveyskäyttäytymisestä, minkä vuoksi miesten terveyden optimointiin tähtäävät toimet voisivat olla etusijalla. Lisäksi puolisoilla vaikutti olevan suuri vaikutus potilaiden ruokailutottumuksiin, minkä vuoksi on perustelua osallistaa myös heitä ravitsemusohjaukseen. Vuonna 2023 julkaistuun tutkimukseen osallistui 244 597 henkilöä 80 eri maasta, jokaisesta maanosasta. Tutkimuksessa todettiin, että enemmän hedelmiä, vihanneksia, pähkinöitä, palkokasveja sekä kohtalaisesti kalaa ja täysmaitotuotteita sisältävän ruokavalion nauttiminen liittyy pienempään sydän- ja verisuonisairauksien riskiin ja kuolleisuuteen kaikkialla maailmassa, mutta se korostuu erityisesti alhaisemman tulotason maissa, joissa näitä ruokia kulutetaan

vähän. Vastaavasti sydänsairauksilta suojaavien ruokien vähäinen kulutus on yhteydessä suurempaan kuoleman- sekä sydän- ja verisuonitapahtumien riskiin. (Mente ym., 2023.) Tyydyttyneen rasvan vähentäminen, ja sen korvaaminen hiilihydraateilla ei vähennä sepelvaltimotautiin liittyviä sydäntapahtumia eikä sydän- ja verisuonitauteihin liittyvää kuolleisuutta, vaan se tulisi korvata monitydyttämättömillä ja kertatydyttämättömillä rasvahapoilla tai korkealaatuisilla hiilihydraateilla. (Clifton ym., 2017.)

Tupakointi vaikeuttaa leikkauksesta toipumista heikentämällä ihon ja leikkausalueen verenkiertoa ja hapensaantia sekä lisäämällä pienten verisuonten tukostaisuutta. Se myös heikentää kehon immunologisia puolustusmekanismeja. Tupakoivilla on jopa kuusinkertainen riski leikkaushaavan tulehdukselle. (Kyrö ym., 2016.) Tupakoimattomuus on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa. Tupakka on monella tapaa huonoksi terveydelle, mutta vaikutus verenkiertojärjestelmään on merkittävä. Tupakka sisältää myrkyllisiä aineita kuten häkää eli hiilimonoksidia, tupakalla on myös verisuonia supistava vaikutus, nämä heikentävät hapekkaan veren kulkua sydänlihakseen. Tupakointi voi aiheuttaa aivojen ja alaraajojen verenkiertohäiriöitä kovettamalla valtimoita. Tupakointi on siis kielletty sepelvaltimotautipotilaalta, jotta ohitussuonet pysyisivät auki ja tukokset sepelvaltimoissa estyisi tai hidastuisi. Tupakoinnin lopettamiseen saa apua lääkäriltä tai apteekista. Tupakanhimoa voidaan taltuttaa erilaisilla nikotiinikorvaushoidolla. (Kuopion yliopistollinen sairaala, 2015, s. 20.)

Yleinen virhekäsitys on, että muutaman savukkeen polttaminen päivässä tai kevyt- ja vähänikotiinisten savukkeiden polttaminen on suhteellisen turvallista. Hacksaw ym. (2018) tutkivat vähäisen tupakoinnin ja sepelvaltimotaudin yhteyttä. Vähäisellä tupakoinnilla tarkoitettiin 1–5 savuketta päivässä. Tutkimuksessa todettiin, että miehillä, jotka polttavat noin yhden savukkeen päivässä, on 48 % suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin, kuin niillä, jotka eivät ole koskaan polttaneet. Naisilla riski on jopa 57 % suurempi. Ihmisillä, jotka polttavat noin yhden savukkeen päivässä, riski sepelvaltimotaudin kehittymiselle on noin 40–50 % verrattuna niihin, jotka polttavat 20 savuketta päivässä. 5 savukkeen kohdalla luku on 55–65 %. Eli 1–5 savukkeen polttamisen riskit ovat huomattavasti suuremmat kuin yleisesti luullaan, eikä sydän -ja verisuonisairauksien kannalta ole

turvallista rajaa tupakoinnille, josta ei olisi haittaa. Tämän takia vähentämisen sijaan tupakointi tulisi lopettaa kokonaan, jotta välttyttäisiin tupakoinnin aiheuttamilta haitoilta, jotka liittyvät sydän -ja verisuonitauteihin.

3 POTILASOHJAUS

Keskeisenä osana hyvää hoitoa on potilasohjaus. Potilaan ohjaaminen kuuluu jokaisen hoitotyötä tekevän perustehtäviin. Ohjaaminen on tiedon välittämistä potilaalle, ja siitä voidaan käyttää myös käsitteitä neuvonta, motivoiva keskustelu, valmentaminen ja opettaminen. (Ahonen ym., 2019, s. 34.) Ohjaus voidaan nähdä pyrkimyksenä edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa itse omaa elämäänsä parhaaksi näkemillään keinoilla. Ohjaus on suunnitelmallista, tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu tasavertaisessa hoitosuhteessa, potilaan ollessa aktiivinen ongelmanratkaisija. (Kyngäs & Hirvonen, 2007, s. 25–26.) Ohjaus määräytyy potilaan tiedontarpeen sekä taustatekijöiden mukaan. Taustatekijöitä voivat olla muun muassa ikä, motivaatio ja kyky omaksua tietoa. Hyvällä potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, edistää kuntoutumista ja hoitoon sitoutumista, vahvistaa potilaan oman elämän hallinnan tunnetta sekä säästää hoitokustannuksissa hoitoaikojen lyhentyessä. Erilaisia ohjausmenetelmiä voivat olla muun muassa suullinen ja kirjallinen ohjaus, yksilö- tai ryhmässä tapahtuva ohjaus, demonstraatiot ja erilaiset audiovisuaaliset menetelmät. (Blomqvist ym., 2022, s.163–164.)

Potilasohjaus perustuu lakeihin, ammattietiikkaan, erilaisiin laatu- ja hoitosuosituksiin sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmiin. Vaikka laissa ei suoranaisesti mainita ohjausta, tulee potilaalle lain mukaan antaa ymmärrettävällä tavalla riittävästi tietoa, ja ohjaus tulisi tehdä potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 11.) Laki potilaan asemasta- ja oikeuksista (L 785/1992) määrittelee potilaan tiedonsaantioikeuden, jonka mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista ja

niiden merkityksistä sekä muihin hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa. Tieto tulisi antaa niin, että potilas myös ymmärtää sen.

3.1 Audiovisuaalinen ohjausmateriaali

Audiovisuaalista ohjausta voidaan antaa muun muassa videoiden, tietokoneohjelmien tai puhelimen välityksellä (Kyngäs, ym. 2007, s.116). Video ja ääni yhdessä vaikuttavat suoraan katsojan selkäyttimeen ja aivoihin sekä tunteisiin ja järkeen. Siksi video voi olla hyvä menetelmä, kun halutaan opettaa tai tiedottaa. (Aaltonen, 2018, s.17.) Median soveltaminen opetusmuotoisissa tilanteissa mahdollistaa katsojan prosessoinnin visuaalisten ja auditiivisten kanavien kautta. Asian sisäistäminen pitkäaikaiseen muistiin tapahtuu työmuistin prosessoinnin jälkeen. Tämän pitäisi johtaa laajempaan skeeman rakentumiseen ja sisällön selkeämpään ymmärtämiseen. Tutkimuksen perusteella mediamateriaalin sisällöllä on vaikutusta opittavan tiedon sisäistyvyyteen. (Lange & Costley, 2020.)

Verkkopalveluissa voidaan hyödyntää videoiden ja äänen käyttöä ja näin helpottaa sisällön saavutettavuutta. Videoiden käytöstä voivat hyötyä erityisesti he, joilla on oppimisvaikeus tai vaikeuksia lukea kirjallista materiaalia. (Saavutettavasti, 2022.) Videota on myös helppo jakaa eri alustoilla, muokata, tai lähettää erilaisina tallenteina. Videolla voidaan tavoittaa suuri määrä ihmisiä, tai sitä voi jakaa tarkasti määritetyille kohdeyleisölle. Suhteessa siihen, kuinka monta katsojaa videolla voidaan tavoittaa, on se myös edullinen väline. (Aaltonen, 2018, s. 17.)

Potilasohjauksessa videoiden käyttö mahdollistaa tiedon antamisen oikeaan aikaan sekä helpottaa tiedon siirtymistä myös omaisille. Videon sisältö voi tosin myös aiheuttaa väärinkäsityksiä, joten potilaalle tulisi antaa mahdollisuus keskustella sisällöstä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. (Kyngäs & Hirvonen, 2007, s.117.) Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan ohjausta tukevaa materiaalia, kuten erilaisia potilasohjeita ja ohjausvideoita tulisi olla käytössä enemmän (Lipponen, 2012, s.49).

Videoiden käyttöä potilasohjauksessa on tutkittu paljon. Monteiro Grilon ym. (2022) mukaan opetusvideoiden näyttäminen diagnostisiin toimenpiteisiin tulevalle potilaalle vähensi tehokkaasti potilaan ahdistusta ja lisäsi tyytyväisyyttä. Ne myös lisäsivät ymmärrystä, mukavuutta, suvaitsevuuksia ja sitoutumista toimenpiteitä kohtaan. Opetusvideoilla myös saavutettiin suurempia hyötyjä verrattuna suulliseen tietoon tai esitteisiin.

Hollannissa vuonna 2022 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin, voidaanko opetusvideoilla vähentää ohitusleikkauspotilaiden leikkauksen jälkeistä suunnittelematonta terveydenhuollon käyttöä ja parantaa henkistä ja fyysistä terveyttä ensimmäisten kuuden viikon aikana leikkauksesta. Potilaat saivat tavanomaisen hoidon lisäksi käyttöönsä opetusvideoita sekä kaksi lääkärin videokonsultaatiota. Potilaat, jotka saivat käyttöönsä opetusvideoita, käyttivät terveystalvuita vähemmän kuin tavanomaista hoitoa saaneet potilaat. Terveydenhuollon kustannukset olivat näin ollen merkittävästi korkeammat tavanomaista hoitoa saaneilla potilailla. Opetusvideoiden hyödyt korostuivat erityisesti miehillä, yli 65-vuotiailla sekä hiljattain sydäninfarktin saaneilla. Opetusvideoita katsoneet potilaat myös raportoivat kuntoutuneensa leikkauksesta nopeammin. (van Steenbergen, 2022.)

3.2 Laadukas potilasohjausvideo

Hyvän videon perustana toimii huolellisesti kirjoitettu käsikirjoitus. Sisällön rajaaminen, rakenteen muovaaminen sekä ilmaisen pohtiminen tulee tehdä ennen kuvausvaihetta, tai lopputuloksena on sekava ja jäsentymätön video. Koska videossa ei voida kertoa aiheesta kaikkea, on sisältöä tärkeää rajata ja painottaa olennaista. Näin pyritään varmistamaan keskeisen tiedon perille meno. (Aaltonen, 2018, s. 14, s. 43.) Tekstillä voidaan tukea argumentaatiota. Tekstissä tulisi käyttää selkeää fonttia, ja tärkeitä asioita voidaan korostaa eri väreillä. Teksti ja tekstitys myös mahdollistavat videon katselun ilman ääniä, esimerkiksi julkisella paikalla. (Laine, 2022.)

Koska potilasohjeen kohderyhmänä ovat usein maallikot, tulisi potilasohjeissa käyttää yleiskieltä ja välttää turhan byrokraattisia ja tieteellisävytteisiä sanoja sekä turhia termejä ja termistöjä lyhenteitä (Hyvärinen, 2005). Kuvilla

pyritään välittämään informaatiota tai joku olennainen asia tai tunne. Olennaista asiaa voidaan korostaa lähikuvilla. On myös tärkeää kuvata otos kerrallaan, vähintään 10 sekunnin ajan. Editointivaiheessa voidaan valita otoksesta onnistunein hetki, ja leikata otos sopivan mittaiseksi. Editointia kannattaa myös pohtia jo kuvausvaiheessa sillä hyvin suunniteltu kuvaus helpottaa videon editointia. (Laine, 2022.) Videon keston tulisi kiinnittää huomiota. Bramen (2015) tutkimuksessa opiskelijat keskittyivät alle 6 minuuttia kestäviin opetusvideoihin lähes sataprosenttisesti ja katsoivat videon kokonaan, kun taas 9–12 minuuttia pitkiin videoihin he keskittyivät vain 50-prosenttisesti. Aaltosen (2018) mukaan taas videon käyttötarkoitus ja tavoitteet määrittelevät sen pituuden. Periaatteessa video on oikean mittainen, kun se on eheä kokonaisuus, josta ei voi poistaa ja johon ei voi lisätä mitään ilman että sen ajatus, ajoitus tai rytmi kärsivät.

4 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työelämäkumppanimme tarve oli saada lisää videomuotoisia potilasohjeita ja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta kotona kuntoutuminen oli näistä nyt haluttu aihealue. Tästä aiheesta on tehty sisältöasiantuntijan mukaan jo muutamia videomuotoisia kotihoito-ohjeita kyseiselle potilasryhmälle, mutta kaikkia sepelvaltimoiden ohitusleikkausta koskevia kotihoito-ohjeita ei ole käsitelty videomuodossa. Siksi kehittämispainotteisen opinnäytetyön tarkoituksena on monipuolistaa ohitusleikkauspotilaan potilasohjeita ja helpottaa niiden saatavuutta. Tuotamme Kuopion yliopistollisen sairaalan sydän- ja rintaelinkirurgiselle vuodeosastolle sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta kotiutuvalla potilaalla laadukkaan, elintapahoitoon ja leikkauksen jälkeisiin rajoituksiin keskittyvän videomuotoisen kotihoito-ohjeen kotiarjen pärjäämisen tueksi. Videon tavoitteena on antaa potilaalle valmiuksia omahoidon toteuttamiseen lisäämällä potilaan tietoisuutta ja ymmärrystä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta ja sitä kautta edistää leikkauksesta toipumista ja vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita.

5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS

Tammikuussa 2023 siirryttiin hyvinvointialue-toimintamalliin, joka tarkoittaa sitä, että kuntien vastuu hyvinvointipalveluiden tuottamisesta siirtyi kuntayhtymiin. Yhteistyökumppanimme on siis Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen kuuluva Kuopion yliopistollisen sairaala ja siellä toimiva sydänkeskuksen sydän- ja rintaelinkirurgian osasto. Kuopion yliopistollinen sairaalan sydänkeskus suorittaa vuosittain noin 600 erilaista sydän- ja rintaelin leikkausta, joista puolet ovat sepelvaltimon ohitusleikkauksia. Kuopion yliopistollinen sairaala on johtava sydän- ja rintaelinkirurgian keskus Suomessa ja on toiminut kehityksen edelläkävijänä. Kuopion yliopistollinen sairaala seuraa sydänkeskuksessa alan kehitystä aktiivisesti ja lisäävät tarvittaessa käyttöön uusia menetelmiä potilasturvallisuuden kehittämiseksi sekä hoidon tuloksien parantamiseksi. (Pohjois-Savon hyvinvointialue, i.a.)

Opinnäytetyön prosessi alkoi aiheen valinnalla. Meille ainoana kriteerinä oli tehdä kehittämispainotteisen opinnäytetyö. Etsimme aiheita eri toimijoiden internetsivuilta, ja lopulta aihe löytyi Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetöiden aihepankista. Varasimme aiheen ottamalla yhteyttä opinnäytetyötä ohjaavaan opettajaan, joka oli yhteydessä työelämätahoon. Aloittaessamme opinnäytetyötä, näimme parhaaksi pitää Teams-kokous työelämäkumppanin kanssa ja yhdessä keskustella opinnäytetyön aloittamisesta. Tähän kokoukseen osallistui meidän lisäksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa työskentelevä sisältöasiantuntijana toimiva sairaanhoitaja. Kokouksessa keskustelimme heidän toiveistaan videon sisältöä koskien ja ohjevideon tarpeellisuudesta heidän työssään. Yhteishenkilömme kertoi, että kovasti toivoisivat videomuotoista ohjeistusta helpottamaan hoitajien työarkea. Kun potilasohjeita on saatavilla enemmän ja helposti erimuodoissa, helpottaisi se henkilökuntaan kohdistuvaa painetta antaa laadukasta potilasohjausta paikan päällä ja puhelimitse. Kasvokkain kerrotut ohjeet, eivät aina jää potilaan mieleen, varsinkaan leikkauksen jälkeisessä mielentilassa tai leikkauksen jälkeisessä fyysisestä rasitteesta. Video-ohjeisiin on helpompi palata tarvittaessa saatavuutensa takia ja osaston resursseja säästyisi muihin työtehtäviin.

5.1 Suunnittelu ja menetelmä

Opinnäytetyössä käytimme yhteiskehittämisen menetelmää, jonka perusta on tiedostaa tuotetilaajan tarve kyseiselle tuotteelle ja siihen kohdistuvat toiveet. Näiden tietojen pohjalta luodaan paras mahdollinen lopputuote tuotteen tilaajalle, olemalla tiiviissä yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa. Yhteistyötahon mielipiteet ratkaisevat ja mielipiteet ohjaavat tuotteen lopputulosta. Yhteiskehittäminen on jatkuvaa kommunikointia jo suunnitteluvaiheessa, sekä prosessin eri vaiheiden välillä julkaisemiseen asti. (Kähkönen & Villa, 2023.) Yhteistyökumppanimme tarve oli siis videomuotoinen kotihoito-ohje ja me halusimme vastata tähän tarpeeseen. Pidimme paljon yhteyttä työelämäkumppanimme sisältöasiantuntijaan. Hänen kauttaan saimme suoraan toiveita ja ajatuksia, mitä videossa tulisi olla heidän näkökulmastaan esitettynä.

Sisältöasiantuntija kertoi meille suunnittelupalaverissa toisen opiskelijaryhmän tekemän myös ohjausvideota sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaalle. Heidän aiheeksensa valikoitui ohitusleikkauspotilaan arkirajoitteet, haavanhoito ja rintalastan luutumisenohjaus. Osa näistä aiheista oli tarkoituksena kuulua meidänkin opinnäytetyöhömmme, tilanne sai pohtimaan aihettamme uudemman kerran. Saimme nähtäväksemme toisen opiskelijaryhmän videon aiheesta, ja löysimme videosta asioita, joita olisi ollut hyvä käydä läpi potilasohjauksessa enemmän ja tarkemmin. Päätimme keskittyä potilasohjevideossamme kotitöitä ja autoilua koskeviin rajoituksiin leikkauksen jälkeen, sekä elintapahoitoon eli sydänystävälliseen ravintoon, tupakoimattomuuteen ja liikunnan aloittamiseen leikkauksen jälkeen. Varmistimme ideaehdotuksemme vielä sähköpostitse sisältöasiantuntijalta, joka piti ideastamme ja odotti innolla projektin etenemistä.

Teimme kirjallisen suunnitelman videon toteuttamisesta, resursseista, kuvauspai-kasta ja mahdollisista vastoinkäymisistä ja suunnitelmia niiden esteiden ohittamiseksi. Suunnittelimme myös mitä muita työvälineitä opinnäytetyömme tarvitsee onnistuakseen, kuten käsikirjoitus ja palautekysely. Laadimme myös aikataulun opinnäytetyön valmistumisen ajankohdalle, aikataulussa pysymiseksi. Suunnitelma oli meidän tukenamme työstämään opinnäytetyötä suunnitellusti. Käsikirjoitusta varten olimme etukäteen suunnitelleet, mitä video pitäisi sisällään ja

miten saisimme loogisesti esitettyä halutut asiat videolla. Idea oli siis kuvata potilasta näyttelevää henkilöä, joka videolla havainnollistaisi opinnäytetyössä käytetyjä kotihoito-ohjeita ja ohjeiden rajoituksia eli liikunnan, autoilun aloittaminen leikkauksen jälkeen, sekä sydänystävälliseen ravinto ja tupakoimattomuus.

Halusimme videon tekniseen tuottamiseen osaavan henkilön, joten pyysimme videon kuvaamiseen media-alan ammattilaista, joka oli meille entuudestaan tuttu henkilö. Hän lupautui tekemään videon freelancetyönä. Hänen vastuualueellaan oli siis videon kuvaaminen, editointi ja äänittäminen. Pohdimme paljon videon sisältöä ja miten me haluamme kotihoito-ohjeita kohderyhmälle kuvata videossa. Suuren suunnittelun jälkeen päädyimme kuvata videossa potilasta esittävää henkilöä, joka toteuttaa kotihoito-ohjeita ja ohjeiden rajoituksia kodinomaisessa ympäristössä ja kodin lähialueella. Päätimme myös pyytää videoon ulkopuolisen henkilön näyttelemään potilasta videolla, tunsimme näyttelijän entuudestaan. Videossa kuuluvan selostuksen, selostaisi toinen meistä. Yhteiskehittämiseen kuuluu myös tuotepalautteen kerääminen, eli opinnäytetyövideomme oli tarkasteltavana sisältöasiantuntijan kautta sydän- ja rintaelinkirurgian osastolla työskenteleville hoitajille, jotka kertoivat meille mielipiteensä palautekyselyssä. (Liite 1).

Valmis video löytyy YouTube-alustalta, johon kaikilla on vapaa pääsy, koska alusta on ilmainen. YouTube on myös kätevä tekstien lisäämisen kannalta, tekstit saadaan ilman upotusta videoon itseensä, jolloin tekstitykset eivät vie liikaa tilaa itse videosta, ne saisi tarvittaessa kokonaan pois, jos ne häiritisivät katsojaa. Sisältöasiantuntija kertoi, että video lisätään Youtuben lisäksi myös heidän omaan tietojärjestelmään tabletille, joka sisältää muitakin kotihoito-ohje videoita potilaille, tällöin osaston henkilökunta voi näyttää kotihoito-ohje videoita potilasohjaustilanteessa ilman nettiselainta. YouTube-linkki kuitenkin tulisi kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin potilaan mukana kotiin.

5.2 Toteutus

Kun aiheemme oli varmistunut ja saimme hyväksynnän sisältöasiantuntijalta ja aloimme perehtymään sepelvaltimotautiin, sen hoitoon, sepelvaltimoiden

ohitusleikkaukseen ja sen kuntoutumiseen. Työstimme tietopohjaa ahkerasti, etsimme mahdollisimman laadullisia lähteitä mitä kykenimme löytämään. Etsimme tutkimuksia eri tietokannoista manuaalisesti ja opinnäytetyön teoriataustaan valitut tutkimukset löytyivät PubMedistä ja Google Scholarista. Tuloksista rajasimme pois maksullisen sisällön. Haimme tutkimuksia sekä suomen että englannin kielellä. Ajantasaisen tutkimustiedon löytämiseksi rajasimme haun koskemaan tutkimuksia vuosilta 2014–2024. Poikkeuksen teimme yhden vuonna 2012 julkaisun suomalaistutkimuksen kohdalla, sillä se liittyi niin vahvasti aiheeseemme. Hakusanoina käytimme opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä. Käytettyjä englanninkielisiä hakusanoja olivat muun muassa ”coronary artery disease”, ”cabg”, ”patient education”, ”video education” sekä ”coronary artery disease treatment”. Suomenkielisiä hakusanoja olivat muun muassa ”sepelvaltimotauti”, ”sepelvaltimoiden ohitusleikkaus”, ”potilasohjaus”, ”video-ohjaus” sekä ”sepelvaltimotaudin hoito”.

Ennen käsikirjoituksen tekemisen aloittamista tutustuimme käsikirjoittamista, videointia ja editointia käsittelevään kirjallisuuteen ja selvitimme mistä laadukas potilasohjevideo koostuu. Käsikirjoituksen teimme siis kirjallisessa muodossa, tämä sisältää kotihoito-ohjevideon sanatarkat selostukset ja kuvaukset mitä kohtauksissa tapahtuu (Liite 2). Media-alan ammattilainen totesi, että videon selostusten äänittäminen ennen kuvaamista helpottaisi kuvamateriaalin keräämistä kuvauspäivänä, kun tiedossa on äänitetyn selostuksen ajallinen pituus, tiedettäisiin paljonko kuvattavaa materiaalia tulisi olla täyttämään ääniraita. Äänitimme siis selostukset ennen kuvauspäivää. Äänitys tapahtui media-alan ammattilaisen kotistudiossa, jossa pystyi seuraamaan äänenlaatua ja äänittämään uudestaan, jos otos oli mennyt pieleen. Tämä mahdollisti selkeän äänenlaadun videollemme. Itse kuvaaminen tapahtui yhteisesti sovittuna päivänä. Kuvasimme videon yksityisasunnossa ja asunnon lähiympäristössä. Valitsimme päivästä valoisimman ajankohdan, jotta videon laatu ei kärsisi huonosta valotuksesta. Media-alan ammattilaisemme editoi kuvatut materiaalit videoksi ja lisäsi äänitetyt selostukset siihen. Videon valmistuttua saimme videon katsottavaksi ja kerroimme kuvaajalle parannusehdotuksia tauotuksiin liittyen. Hän teki ehdotuksiemme mukaisesti muokkaukset ja saimme korjatun videon käsiimme. Lähetimme videon palautekyselyn kanssa (Liite 2) sydän- ja rintaelinkirurgian työskenteleville sairaanhoitajille. Palautteiden perusteella teimme vielä viimeiset muutokset

videoon. Lopullisen videon lisäsimme Youtube -alustalle kaikkien nähtäväksi. Lisäsimme Youtube -alustan kautta tekstitykset suomen kielellä. Nämä piti lisätä manuaalisesti videoon.

5.3 Arviointi

Alusta asti halusimme työelämäkumppanimme olevan ajan tasalla jokaisesta työvaiheestamme ja samalla anoimme heille mahdollisuuden kertoa heidän ajatuksiaan tai kommenttejaan työtämme koskien. Lähetimme kirjallisen suunnitelmamme sisältöasiantuntijalle tarkasteltavaksi ja hän piti suunnitelmastamme ja kertoi odottavansa innolla opinnäytetyömme edistymistä. Työmme edetessä, lähetimme myös käsikirjoituksen tarkasteltavaksi sisältöasiantuntijalle, sekä kuvajallemme media-alan ammattilaiselle. Saimme hyvää palautetta sisältöasiantuntijalta ja pienen vinkin tupakointia käsittelevää kappaletta varten. Teimme tämän pohjalta muutoksen käsikirjoitukseen ennen kuvauksia. Sisältöasiantuntija näytti käsikirjoituksemme heillä työskentelevälle fysioterapeutille, joka piti liikuntaa käsittelevän osion sisältöä todenmukaisena. Media-alan ammattilainen kertoi käsikirjoituksemme olevan hänelle selkeä ja realistisesti toteuttavissa kuvaamisen ja äänitysten suhteen.

Meillä ei ollut tietoa sairaanhoitajien määrästä sydän- ja rintaelinkirurgian osastolla, kysyessämme saimme vastauksen osaston henkilöstönrakenteesta ja kuinka monta sairaanhoitajaa työskentelee kussakin vuorossa. Palautetta keräsimme sähköisen palautekyselyn kautta, tähän vastasi kuusi hoitajaa. Jouduimme lähettämään sähköpostilla muistutuksen kyselyyn vastaamisesta, saadaksemme enemmän palautteita, tästä huolimatta palautteen määrä kuitenkin jäi kuuteen kappaleeseen. Palautekyselyn kysymykset olivat väittämiä videon kuvallisesta ja äänellisestä laadusta, videon sisällöstä ja sen hyödyllisyydestä potilaille ja henkilökunnalle. Saimme lähes kaikkiin palautekyselyn kysymyksiimme (Liite 1) vastauksena, että vastanneet henkilöt olivat samaa tai melko samaa mieltä väitettyjen kysymysten kanssa. Ainoa poikkeus oli kysymys numero 3, jossa todettiin videon olevan hyödyksi henkilökunnalle potilasohjauksessa. Neljä vastanneista oli täysin samaa mieltä,

yksi vastanneista melko samaa mieltä ja viimeinen oli melko eri mieltä. Kyselyn lopulla oli myös kommentointikenttä, jossa pystyi kertomaan vapaamuotoisesti mielipiteen tai kehitysehdotuksia. Kommentit olivat lähinnä kehuja videon äänen- ja kuvanlaadusta, sekä selkeästä ja helposti sisäistettävästä sisällöstä.

Kommenteissa yksi vastaajista oli toivonut näkevänsä videolla mainittavan lääkehoidon tärkeyden ravintoa käsittelevän osion yhteydessä. Olimme kuitenkin tietoisesti jättäneet lääkehoidon kokonaan pois, koska työssämme emme perehdy sepelvaltimopotilaiden lääkehoitoon ja sen tärkeyteen elintapahoidon tärkeyden lisäksi. Ruokailu osion ideana oli ohjata potilasta syömään sydänystävällisesti antaen osviittaa, mitä sydänystävällinen ruoka voi pitää sisällään. Lääkehoidon ohjauksen antaa sitten jokin muu terveydenhuollon taho. Toisessa kommentissa taas ehdotettiin, jos videolla olisi tuotu esiin kolesterolin tavoitearvo, joka mielestämme ei ole tarkoituksenmukaista kohderyhmällemme tuoda ilmi, koska laboratoriotulokset käydään läpi potilaan kanssa, joko lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Tällöin vastuun ei tarvitse olla potilaalla ei itsellään, varsinkin kun sairastava väestö voi olla vanhempaa ikäpolvea, joka ei viitearvoja välttämättä osaa tulkita.

6 POHDINTA

Kaikki palautteet huomioiden pidämme tavoitettamme onnistuneena, eli kuvata kotihoito-ohjevideo, jolla voidaan lisätä potilaan tietoisuutta omasta sairaudestaan ja jota voidaan käyttää apuna potilasohjauksessa. Video on teknisesti laadukas ja sen sisältö rakenteeltaan faktapohjainen. Videon kielen rakenne on selkeää ja helposti ymmärrettävää. Videoon on tarvittaessa saatavilla tekstitykset, joten kotihoito-ohjevideota voi katsoa laajempi asiakaskunta. Vaikkakin palautekyselylomakkeeseen kaikista vastanneista yksi oli ilmaissut olevansa lähes eri mieltä videon hyödystä hoitohenkilökunnalle, niin emme anna tälle suurta painoarvoa, koska emme saaneet kyseiseltä vastaajalta kirjallisessa osiossa suoraa palautetta mitä olisi ollut tähän syynä. Nojauimme muiden vastaajien mielipiteeseen asiasta joka vastaa enemmistöä. Korjasimme myös muut saadut huomiot videolta, joten siitä on tullut paras mahdollinen lopputuote, ainakin sisältöasiantuntijan ja meidän mielestämme.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Arvioimme toimintaamme ja tekemiämme valintoja kriittisesti läpi opinnäytetyöprosessin. Vilkan (2021, s. 31) mukaan opinnäytetyössä kriittisyys näkyy asenteena, johon kuuluva ajattelu on johdonmukaista, punnitsevaa, eettistä, harkitsevaa ja tarkkaa. Tietoa hakiessamme tarkastelimme lähteitä kriittisesti ja varmistimme että lähdeviitteet sekä lähdeluettelo ovat asianmukaisesti merkitty. Lähdekritiikki tarkoittaa, että käytetyn lähteen luotettavuutta arvioidaan ennen sen käyttöä. Lähteiden kriittinen arviointi tarkoittaa julkaisun ajantasaisuuden ja tekijän tai tekijöiden tarkastelua. Julkaisun tekijää tai tekijöitä voidaan arvioida tarkastelemalla hänen tai heidän asemaansa tieteenalalla, ja minkälainen maine kirjoittajalla on tiedon tuottajana. Jos julkaisijana on johtava tutkija, tohtori, professori, tutkimuslaitos tai yliopisto, kertoo se julkaisuun käytetystä osaamisesta ja julkaisun laadusta. (Vilka, 2021, s. 84.) Lähteinä käytimme muun muassa Lääkäri-seura Duodecimin julkaisuja, Käypä hoito -suosituksia, työelämäkumppanimme KYS:in julkaisuja, ammattikirjallisuutta sekä hoitotyön oppimateriaaleja.

Varmistimme myös, että opinnäytetyössä lähteinä käytetyt tutkimukset ovat vertaisarvioituja. Vertaisarviointi tarkoittaa, että julkaisua on arvioitu kahden ulkopuolisen ja riippumattoman erityisasiantuntijan toimesta (Vilkkä, 2021, s.84). Opinnäytetyön sisältö ja siinä esitettyjen asioiden oikeellisuus on tarkastettu myös työelämäkumppanin toimesta ennen julkaisua.

Opinnäytetyössä noudatimme Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetyön prosessin työohjetta, ja haimme opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen tutkimuslupaa. Tutkimuslupaa hakiessamme kehittämistyön tuotoksen käyttöoikeus siirtyi työelämäkumppanillemme.

Keskeisimpiä tutkimuseettisiä normeja ovat tietoon perustuva suostumus ja yksityisyyden suojeleminen. Kehittämistyöhön osallistuneita tulisi aina informoida aineiston keräämisestä ja sen tarkoituksesta. Suostumus on edellytys tutkimukseen osallistumiselle. (Vilkkä, 2021, s.81.) Opinnäytetyössä ei kerätty tai käsitelty henkilötietoja, ja kehittämistyön tuotoksen arvioinnissa käytettyyn palautekyselyyn vastaaminen oli nimetöntä ja vapaaehtoista. Vastaajia myös informoitiin kyselyn käyttötarkoituksesta ja tulosten julkaisemisesta. Videolla esiintyviltä näyttelijöiltä pyydettiin suostumus, ja heitä informoitiin videon käyttötarkoituksesta.

6.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksena syntyi videomuotoinen kotihoito-ohje, jota voidaan hyödyntää sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipuvan potilaan ohjauksessa. Video on selkeä, ja siinä havainnollistetaan selostetut ohjeet. Videossa esitetyt asiat pohjautuvat Kuopion yliopistollisen sairaalan kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin, joten ne tukevat toisiaan. Videon vahvuutena on se, että se on helposti saavutettava, ja sitä voi katsoa ajasta ja paikasta riippumatta. Tekstitysten ansiosta sitä voidaan katsoa tarvittaessa myös ilman ääniä.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä sepelvaltimotauti on suomalaisten tärkein kansantauti. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme, kuinka merkittävä sairaus sepelvaltimotauti on maailmanlaajuisesti, ja kuinka useaa suomalaista se

koskettaa. Opinnäytetyön prosessi kehitti myös tiedonhakutaitoja sekä kriittistä ajattelukykyä. Sepelvaltimotaudin hoidossa elintapahoidolla on merkittävä rooli, ja potilasta tulisi aktiivisesti osallistaa hoitoonsa. Tämän takia potilasohjaus on tärkeä osa hoitoa. Opimme, että potilasohjauksen sisällön lisäksi ohjauksen ajoituksella on merkitystä. Väestön vanhetessa sepelvaltimotautitapaukset tulevat lisääntymään, ja muuttuneiden hoitokäytänteiden vuoksi potilaat viettävät sairaalassa entistä lyhyempiä aikoja. Tämä korostaa laadukkaan potilasohjauksen merkitystä entisestään. Kähkösen (2012) mukaan väestön ikärakenteen vuoksi ohjaustarve tulee lisääntymään. Potilasohjaukseen käytetty aika ja hoitajien potilasohjaustaidot ovat kuitenkin niin hoitajien kuin potilaidenkin mukaan riittämättömiä.

Oppimamme perusteella voidaan todeta, että väestön ikääntyessä ja joidenkin riskitekijöiden lisääntyessä potilasohjauksen laadun kehittäminen, yhtenäistäminen, uusien menetelmien käyttöönotto, sekä hoitajien kouluttaminen ovat tulevaisuudessa välttämättömiä laadukkaan hoidon takaamiseksi. Videot ovat tehokas keino lisätä potilaiden tietoisuutta sairaudestaan ja sen hoidosta, mutta oman kokemuksemme perusteella, videoiden käyttö potilasohjauksessa on vielä hyvin vähäistä. Opinnäytetyömme voisi osaltaan olla ratkaisemassa tätä ongelmaa. Videoiden tekemisessä haasteeksi koituvat usein resurssit, tämän takia koemme, että opinnäytetöinä tehdyt laadukkaat potilasohjausvideot voivat osittain vastata tähän haasteeseen.

Palautekyselyssä yksi vastaaja oli toivonut tietoa sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidosta. Kotihoito-ohjeiden kehittämistä voisikin jatkaa tekemällä videomuotoisen kotihoito-ohjeen sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidosta. Kehittämistyötä voisi myös arvioida keräämällä palautetta potilailta videon katsomisen jälkeen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., & SKS. (2018). *Käsikirjoittajan työkalut: Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas* (4. uudistettu laitos.). SKS.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., & Anttila, S. (2019). *Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito* (8.–9., uudistettu painos. 8., uudistettu painos.). Sanoma Pro Oy.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist. (2013). *Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. (1.-3. painos).
- Alapappila, A. (Päivitetty 7.2.2023). Liikunta sydänleikkauksen jälkeen. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/liikunta-sydanleikkauksen-jalkeen/>
- Anttila, V., Juvonen, T., Satta, J., Kohonen, M. ja Jaakkola, P. (22.1.2021). Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus 2020-luvulla. Lääkärilehti. https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sepelvaltimoiden-ohitusleikkaus-2020-luvulla/?pub-lic=435e463b025c785678dad885b4e7bf96&utm_source=facebook
- Blomqvist, M., Rummukainen, T., Sainio, T., Simola, T., Tyrisevä-Ryösö, M., Kimpimäki, K., Sinivuori, E. (2022). *Hoitotyön perusosaaminen* (1. painos.). Sanoma Pro Oy.
- Brame, C.J. (2015). Effective educational videos. <http://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/effective-educational-videos/>.
- Clifton, P. M., & Keogh, J. B. (2017). A systematic review of the effect of dietary saturated and polyunsaturated fat on heart disease. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 27(12), 1060–1080. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2017.10.010>
- Elbrønd P, Højskov IE, Missel M, Borregaard B. Food and heart-the nutritional jungle: Patients' experiences of dietary habits and nutritional counseling after coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs*. 2020 Jan;29(1-2):85-93. <https://doi.org/10.1111/jocn.15061>
- Eloranta, T., & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Tammi.

- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
- Hekkala, A-M. (17.8.2023a). Miksi kohonnut verenpaine on vaarallista?. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/miksi-kohonnut-verenpaine-vaarallista>
- Hekkala, A-M. (18.12.2023b). Sepelvaltimotaudin ehkäisy. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/sepelvaltimotaudin-ehkaisy/>
- Holmström, P., Korhonen, L., Kuusisto, M., Lätti, A., Rintamäki, R., Tauriainen, M., Müller, E. (2022). *Sisätaudit* (8., uudistettu painos.). Sanoma Pro Oy
- Huovinen, A., Hynynen, M., Karhemia, A., Koponen, L. ja Mäkeläinen, T. (2023). *Kliininen hoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 121(16):1769–73. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>
- Kettunen, R. (14.1.2021). Sepelvaltimotauti. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00077#s5>
- Kettunen, R. (30.3.2023). Valtimotauti (Ateroskleroosi). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00095>
- Kovanen, P. & Pentikäinen, M. (2016). Sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja ateroskleroosi. Teoksessa Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P., Saraste, A. (toim.) *Kardiologia*. (3. uud. p.). Kustannus Oy Duodecim.
- Kuopion yliopistollinen sairaala. (2015). *Sydänpotilaan liikuntapolku*. https://www.ksshp.fi/sydanpotilaanliikuntapolku/KUH_opas.pdf
- Kyngäs, H., & Hirvonen, E. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY Oppimateriaalit.
- Kyrö, A., Pesonen, J., Viljakka, M., Huusari, H. & Sand, J. (2016). Savuttomuuden hyödyt leikkauspotilaalle. *Lääketieteellinen*

- Aikakauskirja Duodecim. 132:2295–7
<https://www.duodecimlehti.fi/duo13463>
- Kähkönen, O., Kankkunen, P., Saaranen, T. (2012). Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede*. (243):201-215 https://www.researchgate.net/publication/274030951_Sepelvaltimotautia_sairastavan_potilaan_ohjaus
- Kähkönen, S. & Villa, J. (Päivitetty 5/2023). *Yhteiskehittämisen opas 2021*. Puheet. <https://www.puheet.com/blogi/yhteiskehittamisen-opas>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laine, M. (8.9.2022). Opettaja: Näillä ohjeilla teet hyvän videon – katso Yle uutisluokan opetusvideot. *Yle*. <https://yle.fi/a/3-9347161>
- Lange, C. & Costley, J. (05.05.2020). *Improving online video lectures: learning challenges created by media*. SpringerOpen. <https://educationaltechnologyjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41239-020-00190-6>
- Lehto, S., Salomaa, V. & Juonala, M. (2020). Sepelvaltimotaudin primaari- ja sekundaariprevention tilanne Suomessa. *Sydänääni*. n31:2
- Lindsberg, P.-J., Castrén, E., Korkeila, J., Hannu Alho, H., Erkinjuntti, T., Isometsä, E., Kalso, E., Marttunen, M., Helena Pihko, H., Tienari, P., Wartiovaara, A., Jäkälä, P., Kälviäinen, R., Soininen, H., Tiihonen, J., Karlsson, H., Rinne, J., Roine, R., Elovaara, I., Tamminen, T., Öhman, J., Majamaa, K. & Hari, R. (2014). Aivosairaudet ovat kallein kansantautimme. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. 130(17):1721-30.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo11830>
- Lipponen, K. (2012). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. [Väitöskirja, Oulun yliopisto.] <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>
- Mao Y., Sun L., Zhang J. (2020). Effects of physical activity on quality of life of coronary artery bypass grafted patients: Re-examining the evidence from randomized clinical trials through systemic review. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2020;29:780–788.
doi:10.24205/03276716.2020.882. <https://revistaclinicapsicologica.com/archivesarticle.php?id=90>

- Mente, A., Dehghan, M., Rangarajan, S., O'Donnell, M., Hu, W., Dagenais, G., Wielgosz, A., A Lear, S., Wei, L., Diaz, R., Avezum, A., Lopez-Jaramillo, P., Lanas, F., Swaminathan, S., Kaur, M., Vijayakumar, K., Mohan, V., Gupta, R., Szuba, A., Iqbal, R., ... Yusuf, S. (2023). Diet, cardiovascular disease, and mortality in 80 countries. *European heart journal*, 44(28), 2560–2579.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad269>
- Monteiro Grilo, A., Ferreira, A. C., Pedro Ramos, M., Carolino, E., Filipa Pires, A., & Vieira, L. (2022). Effectiveness of educational videos on patient's preparation for diagnostic procedures: Systematic review and Meta-Analysis. *Preventive medicine reports*, 28, 101895.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101895>
- Mustajoki, P. (18.10.2022). Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S., & Aalto-Setälä, K. (2011). *Sydänsairaudet* (2. uud. p.). Duodecim.
- Oulun yliopistollinen sairaala. (i.a). Potilasohjaus sepelvaltimotauti. Saatavilla 11.4.2024. https://oys.fi/sepelvaltimopotilaan_hoidonohjaus/sepelvaltimotaudin-riskitekijat/
- Pohjois-Savon hyvinvointialue. (i.a.) <https://pshyvinvointialue.fi/sydan-ja-rintaelinkirurgian-palvelut>
- Pusa, T. ja Käränen, K. (Päivitetty 15.2.2023). *Sepelvaltimotauti ja ruoka*. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/sepelvaltimotauti-ja-ruoka/>
- Saavutettavasti.fi (4.2.2022). Videot ja äänitteet.
<https://www.saavutettavasti.fi/kuva-ja-aani/videot-ja-aanitteet/>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä (10.9.2020). Kohonnut verenpaine. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
<https://www.kaypahoito.fi/kht00017>
- Sydänliitto. (28.3.2023). Sepelvaltimotautipotilaan jatkohoidon järjestymisessä merkittäviä hyvinvointialuekohtaisia eroja. <https://sydan.fi/uutinen/sydanliiton-selvitys-sepelvaltimotautipotilaan-jatkohoidon-jarjestymisessa-merkittavia-hyvinvointialuekohtaisia-eroja/>

- Sydänsairaala. (i.a.). *Sepelvaltimotaudin hoito*. <https://www.sydansairaala.fi/potilaana/sepelvaltimotaudin-hoito/>
- Syvänne, M. (3.9.2018). Valtimosairaudet ja niiden riskitekijät. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/valtimosairaudet-ja-niiden-riskitekijat>
- Szczepańska, E., Brodzikowska, M., & Całyniuk, B. (2014). Dietary education among patients following coronary artery bypass surgery - a necessity or an unnecessary luxury?. *Kardiochirurgia i torakochirurgia polska = Polish journal of cardio-thoracic surgery*, 11(1), 12–16. <https://doi.org/10.5114/kitp.2014.41923>
- Tarnanen, K., Porela, P., Mahrberg, H. & Meinander, T. (03.05.2023). *Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä (sepelvaltimotauti)*. Käypä hoito -suosituksen potilasversio. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/khp00111#s10>
- Tarnanen, K., Tuomi, T. & Meinander, T. (22.5.2018). Diabetes - Sairastatko diabetestä tietämättäsi?. Käypä hoito - suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/khp00066#s6>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Ministeri Kiurun koolle kutsuma Pyöreän pöydän asiantuntijaryhmä. *Valtimosairauksien ja diabeteksen ehkäisy, hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen Suomessa*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140090>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Sydän -ja verisuonitautien yleisyys*. (Päivitetty 16.9.2021). <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>
- Terveyskylä. (Päivitetty 10.9.2020). *Liikunta edistää sydänleikkauksesta toipumista*. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/toimenpiteet/sydanleikkaukset/toipilasaika-sydanleikkauksen-jälkeen/liikunta-edistaa-sydanleikkauksesta-toipumista>
- Terveyskylä. (päivitetty 17.7.2020). *Toipuminen sydänleikkauksen jälkeen*. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/toimenpiteet/sydanleikkaukset/toipilasaika-sydanleikkauksen-jälkeen/toipuminen-sydanleikkauksen-jälkeen>
- Valtola, K., Kaikkonen, K. (2020). Sepelvaltimotauti ja tyypin 2 diabetes. *Sydänääni*. n31:2.

- van Steenberghe, G., van Veghel, D., van Lieshout, D., Sperwer, M., Ter Woorst, J., & Dekker, L. (2022). Effects of Video-Based Patient Education and Consultation on Unplanned Health Care Utilization and Early Recovery After Coronary Artery Bypass Surgery (IMPROVED): Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 24(8), e37728. <https://doi.org/10.2196/37728>
- Ylänen, P. (5.5.2022). Ohitusleikkauspotilaan kuntoutus. Sydänsairaala. <https://www.sydansairaala.fi/tietoa/asiantuntija-artikkelit/ohitusleikkauspotilaan-kuntoutus/>

LIITE 1. Palautekysely

Opinnäytetyön palautekysely

Hyvä vastaaja,

Pyydämme teitä käyttämään muutaman minuutin täyttääksenne seuraavan palautekyselyn työmme kehittämistä varten.

Kiitos!

ALOITA KYSELY NYT

1. Kuvaako videon sisältö sepelvaltimon ohitusleikkauspotilaan kotiohjeita todenmukaisesti?*

Asteikko 1-5. 1=Täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä

1 Täysin eri mieltä

2 Melko eri mieltä

3 En osaa sanoa/ ei mielipidettä

4 Melko samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

2. Onko mielestäsi videosta hyötyä sepelvaltimon ohitusleikkauspotilalle kotona?*

Asteikko 1-5. 1=Täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä

1 Täysin eri mieltä

2 Melko eri mieltä

3 En osaa sanoa/ ei mielipidettä

4 Melko samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

3. Onko mielestäsi videosta hyötyä hoitohenkilökunnalle potilasohjauksessa?*

Asteikko 1-5. 1=Täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä

1 Täysin eri mieltä

2 Melko eri mieltä

3 En osaa sanoa/ ei mielipidettä

4 Melko samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

4. Videon kuva- ja äänenlaatu on mielestäni laadukas.*

Asteikko 1-5. 1=Täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä

1 Täysin eri mieltä

2 Melko eri mieltä

3 En osaa sanoa/ ei mielipidettä

4 Melko samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

5. Parannusehdotuksia tai muita kommentteja videosta.*

Voit kirjoittaa vapaasti tähän kohtaan.

Kirjoita yksi tai useampi sana...



500

LIITE 2. Videon käsikirjoitus.

ALOITUS:

Otsikko näkyy ensimmäisenä videon alussa: ” Sepelvaltimon ohitusleikkauspotilaan kotihoito-ohjevideo.”

Yksivärinen tausta pyörii selostuksen 1. ja 2. aikana.

1. Selostus: ”Tässä videossa käymme läpi osan sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen kotiohjeista. Lisää tietoa rajoituksista ja suosituksista löytyy osastolta saamistanne kirjallisista ohjeista.”
2. Selostus: ” Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus on vaativa ja elimistöä raskas toimenpide, joka vaatii oman toipumisaikansa. Omalla toiminnalla, aktiivisuudella ja läheisten tuella saadaan toipumisen kannalta paras lopputulos.”

Väliotsikko: Liikunta

3. Selostus: ” Liikunnalla on suuri merkitys leikkauspotilaan kuntoutumisessa. Liikunta parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistöä, korjaa kudoksia ja vahvistaa lihaksia ja kestävyyttä. Näiden yhteisvaikutus vähentää riskiä leikkauksen jälkeisiin ongelmiin. Liikunta tulisi kuitenkin aloittaa rauhallisesti kotiutumisen jälkeen.”

(Kuvataan henkilöä solmimassa kengän nauhoja ja pukemassa takkia. Puettuaan poistuu ulko-ovesta.)

4. Selostus: ” Ensimmäisen kuukauden aikana voidaan tehdä lyhyitä kävelylenkkejä muutamia kertoja päivässä. Liikuntakertoja ja matkan pituutta lisätään voinnin salliessa, liikunta ei kuitenkaan saa aiheuttaa hengenahdistusta tai voimakasta hengästymistä. Tällä tavalla jatketaan kunnes 2 km yhtäjaksoinen kävely onnistuu vaivatta. Liikuntasuorituksia voi seurata liikuntapäiväkirjan avulla, johon merkitään esimerkiksi päivä, matka, syke ja erityishuomioita liikunnan aikana. ”

(Kuvataan henkilö ulkoilemassa rauhallisesti kävellen pihalla ja täyttää päivä kirjaa kodinomaisessa ympäristössä)

5. Selostus: ” Kotona voi tehdä kevyitä kotiaskareita ottaen huomioon, ettei nostele liian raskaita esineitä. Suositus ensimmäisen kahden kuukauden aikana on enintään 2 kiloa. Kahden kuukauden jälkeen, jos rintalasta on luutunut normaalisti, suositus nousee 5 kiloon. Kipu rintalastassa kertoo liian suuresta painolastista. Nostaessa tai kantaessa, painon jakautuminen molemmille käsille rasittaa rintalastaa vähemmän kuin yhdellä kädellä kantaminen.

(Kuvataan henkilöä tiskaamassa astioita kodinomaisessa ympäristössä. kuvataan henkilöä nostamassa ”liian” painavaa esinettä, joka aiheuttaa rintakipua. kuvataan myös henkilöä pitämässä kahta kassia kädessä ja kävelemässä ovelta päin sisälle.)

Väliotsikko: Ravinto

6. Selostus: ” Ravinnolla on sepelvaltimotaudin hoidossa suuri merkitys. Pehmeät rasvat ehkäisevät verisuonten tukkeutumista, kun taas kovat rasvat edistävät sitä. Sydänystävälliselle ruokavaliolle on kehitetty lautasmalli, jossa puolet lautasesta täytetään kasviksilla ja vihanneksilla, ¼ osa riisillä, perunalla tai täysjyvä pastalla ja ¼ osa proteiinilla kuten kalalla, kanalla, vähärasvaisella lihalla tai pavuilla. Suolaa tulee käyttää maltillisesti, sillä runsaalla suolan käytöllä on verenpainetta nostava vaikutus. Sokerin saantia tulisi myös tarkkailla, liika sokerin nauttiminen voi nostaa verenrasvapitoisuutta. Sydänterveelliset tuotteet tunnistat tuotteen pakkauksesta löytyvästä sydänmerkistä.”

(Kuvataan henkilöä tekemässä ruokaa (pilkkoo kasviksia). Kuvataan lautasmallia ja näytetään esimerkki sydänmerkistä.)

Väliotsikko: Tupakointi

7. Selostus: ” Tupakoimattomuus on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa. Tupakka on monella tapaa haitallista terveydelle, mutta vaikutus verenkiertojärjestelmään on merkittävä. Tupakalla on verisuonia supistava vaikutus, mikä heikentää hapekkaan veren kulkua sydänlihakseen. Tupakointi voi aiheuttaa aivojen ja alaraajojen verenkiertohäiriöitä

kovettamalla valtimoita. Tupakoinnin lopettaminen on merkittäväntä mitä voit sydänterveytesi eteen tehdä, jotta ohitusuonet pysyisivät auki ja tukokset sepelvaltimoissa estyisi tai hidastuisi. Tupakoinnin lopettamiseen saa apua apteekista tai lääkäriltä. Tupakanhimoa voidaan taltuttaa nikotiinikorvaushoidolla.”

(Kuvataan henkilöä, jolle tarjotaan tupakkaa ja kieltäytyy käsi elein. Kuva tupakasta, jossa on kieltomerkki, jonka viereen ranskalaisilla viivoilla avain lauseita:

Tupakointi mm. :

- supistaa verisuonia ja estää hapekkaan veren kulkua sydän lihakseen.
- aiheuttaa verenkiertohäiriöitä kovettamalla valtimoita.
- lopettaminen on merkittäväntä mitä voi sydänterveytesi eteen tehdä.

Väliotsikko: Autoilu

8. Selostus: ”Leikkaus alentaa väliaikaisesti fyysistä suorituskykyä ja pidentää ihmisen reaktioaikaa, siksi autoilua suositellaan vasta kuukauden jälkeen leikkauksesta. Autoilu tulisi aloittaa rauhallisesti välttämällä äkillisiä tilanteita ja ruuhkaisia katuja. Mielialan kiihtyessä autoilu voi myös nostaa verenpainetta ja altistaa rytmihäiriöille.”

(Kuvataan henkilöä kävelemässä autolle. henkilö menee auton kyytiin ja käynnistää auton. Kuvataan autosta käsin liikennettä.)

9. Selostus: ”Rintalasta voi aluksi kipeytyä äkillisissä liikkeissä ja vartalon kiertoliikkeen vuoksi auton peruuttaminen voi olla hankalaa. Turvavyötä tulee leikkauksen jälkeen käyttää normaalisti.”

(Kuvataan henkilö peruuttamassa autolla ja tekemässä ylävartalon kiertoliikettä ja näyttää kasvoillaan epämukavuudentunteita.)

LOPPU

LIITE 3. Linkki Videoon

https://youtu.be/gqr612k5O_E