

Hanna Kallionpää ja Jenni Lillvis

## **Sydäninfarktipotilaan hoitopolku potilaan kokemana**

Video sydäninfarktipotilaan kokemuksista

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

**SeAMK** 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK) -tutkinto-ohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Hanna Kallionpää ja Jenni Lillvis

Työn nimi: Sydäninfarktipotilaan hoitopolku potilaan kokemana - Video sydäninfarktipotilaan kokemuksista

Ohjaajat: Lehtori Helinä Mesiäislehto-Soukka TtT ja lehtori Mari Salminen-Tuomaala TtT

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 55

Liitteiden lukumäärä: 5

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan kanssa. Opinnäytetyön idea sai alkunsa kardiologin toimesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tutkitun tiedon avulla sydäninfarktipotilaan hoitoa ja herätellä riskiryhmään kuuluvia muuttamaan omaa terveystyttymistään. Opinnäytetyössä selvitettiin sydäninfarktipotilaan tunteita ja kokemuksia hoitopolun eri vaiheissa, päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle saakka.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa video potilaan näkökulmasta henkilöille, joilla on riski sairastua sydäninfarktiin. Videon tarkoituksena on toimia puhuttelevampana kuin pelkkä terveysohjaus riskitekijöistä. Video on tarkoitettu myös hoitohenkilökunnalle, että he pystyisivät paremmin asettumaan potilaan asemaan.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat millaisena potilas kokee sairastumisensa sydäninfarktiin, millaisia tunteita sairaus herättää potilaassa ja millaisena potilas kokee hoitopolun eri vaiheet. Aineisto kerättiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla ja analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset yhteensä 13 tutkimusartikkelista ja kahdesta väitöskirjasta. Valitut tutkimusartikkelit olivat englanninkielisiä.

Saatujen tutkimustulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen on traumaattinen kokemus, koska potilaiden elämäntilanne muuttuu äkillisesti. Potilaat kokevat hoitopolun eri vaiheissa laajasti hyvin erilaisia tunteita. Akuutissa tilanteessa kuolemanpelko ja huoli tulevaisuudesta mietityttivät potilaita. Akuutin tilanteen jälkeen parantuminen nähtiin monimutkaisena prosessina, johon liittyi tapahtuneen kieltäminen ja sopeutumattomuus uuteen tilanteeseen. Perhe ja kohtalotoverit koettiin tärkeänä voimavarana parantumisessa. Tulevaisuudessa voisi tutkia lisää sydäninfarktipotilaiden kokemuksia erikseen päivystyspoliklinikalla, sydäntutkimusyksikössä ja sydänvalvontayksikössä, koska sairaalassaolovaiheiden tutkimusartikkelit käsitelivät niitä suppeasti.

Avainsanat: Sydäninfarkti, sydäninfarktipotilas, kokemukset, hoitopolku

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in Nursing

Specialisation: Nursing

Authors: Hanna Kallionpää ja Jenni Lillvis

Title of thesis: Experiences of Myocardial Infarction Patients Regarding the Care Pathway – A Video with Experiences of Myocardial Infarction Patients

Supervisors: Senior Lecturer Helinä Mesiäislehto-Soukka PhD and Senior Lecturer Mari Salminen-Tuomaala PhD

Year: 2015      Number of pages: 55      Number of appendices: 5

---

This thesis was carried out in cooperation with Seinäjoki Central Hospital. The idea for the thesis was provided by a specialist doctor. The thesis' aim was to improve the care of myocardial infarction (MI) patients with the help of researched information and awaken people who belong to the risk group to change their health behavior. Feelings and experiences of MI patients were searched for in all phases of the care pathway in this thesis, from the emergency clinic all the way to the medical ward.

The purpose of this thesis was to produce a video from patients' perspective for people who are at risk of getting myocardial infarction. The purpose was for the video to reach more effectively to people than the regular health guidance about risk factors. The video is also meant for nursing staff so that they could better imagine themselves in their patients' place.

The research questions were: How do patients experience becoming ill with myocardial infarction? What kind of feelings does this illness bring? How do patients experience the different phases of the care pathway? The data were collected through systematic literature review and were analyzed using inductive content analysis. The answers to the research questions were received from a total of 13 research articles and two doctoral dissertations. The selected data was in English.

According to the results, becoming ill with myocardial infarction is a traumatic experience because the life situation of the patients changes so suddenly. Patients experienced widely different kinds of feelings in all phases of the care pathway. In the acute situation fear of death and worry about the future considered the patients. After the acute situation, the healing was seen as a complicated process which included the denial of what had happened and maladjustment to the new situation. Family and people who have also suffered from myocardial infarction were seen as a resource in healing. Myocardial infarction patients' experiences should be better studied further separately in emergency clinic, cardiac outpatient unit and coronary care unit in the future because research articles of hospitalization addressed them but briefly.

Keywords: Myocardial infarction, myocardial infarction patients, experiences, care pathway

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Käytetyt termit ja lyhenteet .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 SYDÄNINFARKTIPOTILAAN KOKEMUS SAIRAUDESTA .....	8
2.1 Lauri Rauhalan ihmiskäsitys .....	8
2.1.1 Tajunnallisuus.....	8
2.1.2 Kehollisuus .....	10
2.1.3 Situationaalisuus.....	11
3 SYDÄNINFARKTI FYYSISENÄ SAIRAUTENA.....	13
3.1 Sydäninfarktin yleisyys.....	13
3.2 Sydäninfarkti sairautena .....	13
3.3 Sydäninfarktin oireet .....	15
3.4 Sydäninfarktipotilaan hoito ja hoitotyö.....	15
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	21
5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiedonhaun menetelmänä .....	21
5.2 Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	22
6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN.....	23
6.1 Päivystyspoliklinikka .....	23
6.2 Sydäntutkimusyksikkö.....	24
6.3 Sydänvalvontayksikkö.....	25
6.4 Sisätautien vuodeosasto.....	26
6.5 Opinnäytetyön tuotos.....	29
7 POHDINTA .....	30
7.1 Pohdinta tutkimustuloksista .....	30
7.2 Pohdinta opinnäytetyönprosessista .....	32
7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	34

7.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämissuositukset .....	36
LÄHTEET .....	37
SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET .....	40
LIITTEET .....	42

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>Angina pectoris</b>	Sydänperäinen rintakipu
<b>Angiografia</b>	Sydämen varjoainekuvaus
<b>Ateroskleroosi</b>	Valtimonkovettumistauti
<b>Hoitopolku</b>	Sydäninfarktipotilaan sairaalassaolovaiheen hoitopolku koostuu päivystyspoliklinikasta, sydäntutkimusyksiköstä, sydänvalvontayksiköstä ja sisätautien vuodeosastosta.
<b>Iskemia</b>	Sydänlihaksen hapenpuute
<b>Koherenssin tunne</b>	Yksilön kykyä ymmärtää ja arvioida elämäntilannettaan, sekä kykyä käyttää voimavarojaan terveyttä edistäviin muutoksiin.
<b>NSTEMI</b>	EKG:ssä ei näy ST-tason nousuja, jota kutsutaan ei-ST-nousuinfarktiksi.
<b>Pallolaajennus</b>	Sepelvaltimon ahtauman laajentaminen pallokatetrilla
<b>STEMI</b>	EKG:ssä on nähtävissä ST-tason nousuja, jota kutsutaan ST-nousuinfarktiksi.
<b>Sydäninfarkti</b>	Sepelvaltimon tukkeutumisesta ja hapenpuutteesta johtuva paikallinen sydänlihaskuolio.
<b>Sepelvaltimotautikohtaus</b>	Sepelvaltimon seinämän plakki kasvaa ja ahtauttaa suonta. Plakki voi revetä suonen sisäpuolelle aiheuttaen verihyytymää ja estäen verenvirtausta suonessa.
<b>Tromboosi</b>	Verisuonitukos

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan ja kardiologi Ismo Anttilan kanssa, jonka toimesta opinnäytetyön idea sai alkunsa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tutkitun tiedon avulla sydäninfarktipotilaan hoitoa ja herätellä riskiryhmään kuuluvia muuttamaan omaa terveyskäyttäytymistään. Opinnäytetyö tehtiin potilaan, hoitotyön ja yhteiskunnan näkökulmista. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä, koska sydäninfarktiin sairastuminen Suomessa on edelleen hyvin yleistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kirjallinen tuotos ja video. Kirjallisessa tuotoksessa selvitettiin sydäninfarktipotilaan tunteita ja kokemuksia hoitopolun eri vaiheissa, päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle saakka. Opinnäytetyön tarkoituksena oli, kardiologin toivomuksesta, tuottaa video potilaan näkökulmasta henkilöille, joilla on riski sairastua sydäninfarktiin. Videon tarkoituksena on toimia puhuttelevampana kuin pelkkä terveysohjaus riskitekijöistä. Video on myös tarkoitettu hoitohenkilökunnalle, että he pystyisivät paremmin asettumaan potilaan asemaan.

Koko opinnäytetyöprojekti koostui neljän sairaanhoitajaopiskelijan opinnäytetyöstä. Meidän osuus opinnäytetyöstä käsitteli sydäninfarktipotilaan kokemuksia ja tunteita hoitopolun eri vaiheissa sekä kirjallisena että videona. Kuvaajana oli Antti Sepponen, joka toimi videolla myös potilaana. Video kuvattiin potilaan omasta näkökulmasta, joka auttaa saamaan realistisemmän kuvan potilaan kokemuksista sydäninfarktin aikana. Videon kohdehenkilöiksi voisi sopia paremmin henkilöt, joilla ei ole motivaatiota tehdä elämäntapamuutoksia ja henkilöt, jotka eivät näe tilanteensa vakavuutta.

## 2 SYDÄNINFARKTIPOTILAAN KOKEMUS SAIRAUDESTA

### 2.1 Lauri Rauhalan ihmiskäsitys

Rauhalan (2005, 17–23) luonnehtima kokonaisvaltainen eli holistinen ihmiskäsitys pyrkii muodostamaan ihmisestä kokonaisuuden. Käsitys ottaa huomioon sekä yksilön kaikkine olemuspuolineen että sen yhteisön ja sosiaalisen kentän, jossa ihminen toimii. Holistisen käsityksen mukaan hyvää elämää ei voi saavuttaa, jos olemassaolon kaikkia elementtejä ei huomioida; ihminen on aina kohdattava kokonaisvaltaisesti.

Jotta ihmiskäsitys voisi muodostua perustavanlaatuiseksi käsitykseksi kokonaisvaltaiselle ihmistutkimukselle, sen pitäisi täyttää tiettyjä ehtoja. Sen tulisi osoittaa, millaista erilaisuutta ihmisessä esiintyy; näyttää, millaisia ongelmia olemisen muodoista seuraa empiiriselle tutkimukselle ja osoittaa, miten moninaisuudesta saadaan ykseys eli näyttää, miten olemismuodot ovat yhteydessä toisiinsa. (Rauhala 2005, 31.) Rauhalan (2005, 32) mukaan ihmisen ontologinen perusmuotoisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus ovat ihmisen olemassaolon perusmuotoja.

#### 2.1.1 Tajunnallisuus

Tajunnallisuus tarkoittaa ihmisen psyykkistä ja henkistä olemassaoloa. Se muodostuu ihmisen kokemisen kokonaisuudesta. Tajunnallisuuden olemus on mielellisyyttä, jolla tarkoitetaan, että ihmisen olemispuoli kehkeytyy tai tulee olemassa olevaksi mielen ilmenemisessä ja niiden keskinäisessä organisoitumisessa. (Rauhala 2005, 34.)

Mielen avulla ymmärrämme, tiedämme, tunnemme ja uskomme asiat ja ilmiöt jokikin. Mieli antaa asioille merkityksen. Mieli koetaan tai se ilmenee aina jossain tajunnan tilassa eli elämyksessä. Näitä tiloja ovat esimerkiksi tunne-elämys eli tunteenomainen mieli, kuten rakas ja pelottava, ja havaintoelämys eli esineen muoto, koko ja väri. Tajunnan tapahtumisperiaatteiden on aina lähdettävä perusyksiköistä,



joita ovat elämys ja mieli. Ihminen ei voi koskaan kokea tai havaita tajuntaa itseään, vaan sen sisältöjä, joissa tajunta on olemassa. (Rauhala 2005, 35.)

Merkityssuhde syntyy mielen ja asian välille, kun ihminen ymmärtää tuon asian mielen avulla joksikin. Nämä merkityssuhteet muodostavat verkostoja, joista syntyvät käsitykset itsestämme ja maailmankuvastamme. Tajunnallisuudessa tapahtuu merkityssuhteiden jatkuvaa uudelleen tiedostamista, jäsentymistä, unohdusta ja uudelleen muistiin palautumista. Merkityssuhteet voivat olla suotuisia yksilölle, mutta myös epäsuotuisia, kuten psyykkiset häiriöt. Ihmisen vanha kokemustausta toimii ymmärtämisyhteytenä, johon uusi mieli suhtautuen organisoituu ja toimii osatekijänä uuden maailmankuvan muodostumiseen. (Rauhala 2005, 36–37.)

Rauhalan (2005, 37) mukaan tajunnallinen tapahtuminen on aina oman historian sa varassa etenevää ja tätä historiaansa jatkuvasti kartuttavaa merkityssuhteiden organisoitumista. Muutokset asenteissa, käyttäytymisessä ja toiminnassa tapahtuvat hitaasti. Tajuntaan ei voida panna esineellisessä mielessä mitään, eikä ottaa pois, vaan kaiken pitää tapahtua ymmärtämisen kautta. Merkityssuhteet, joita syntyy tajuntaan spontaanisti tai erilaisten vaikuttavien toimenpiteiden kautta, ovat esimerkiksi tunnetta, tietoa, intuitiota, uskoa ja unta.

Tajunnallinen tapahtumisen suunta voi olla negatiivinen tai positiivinen. Negatiivinen kehityssuunta vallitsee silloin, kun esiintyy karkeasti epäselviä, vääristyneitä, ahdistuneisuutta ja pelkoa edustavia merkityssuhteita, tai kun merkityssuhteet eivät ole sopusoinnussa. Positiivinen kehityssuunta hallitsee silloin, kun tajunnassa ei esiinny karkeasti vääristyneitä merkityssuhteita, vaan merkityssuhteet, kuten tieto, tunne, usko ja intuitio muodostavat keskenään sopusointuisen maailmankuvan. Tärkeää on, että mikään merkityssuhteen laji ei pääse tajunnassa rehevöitymään toisen kustannuksella, esimerkiksi tunne ei saa korvata tietoa. (Rauhala 2005, 37.)

Sydäninfarktipotilaan tajunnallisuus koostuu:

- Potilaan käsityksestä elämästään ja itsestään
- Sairauden merkityksestä potilaan elämässä
- Kuolemanpelosta
- Avunsaannista

- Potilaan kokemuksista saadusta hoidosta ja läheisten merkityksestä
- Menneisyydestä ja tulevaisuudesta.

(Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 229.)

### 2.1.2 Kehollisuus

Kehollisuudessa on kyse aineellis-orgaanisesta tapahtumasta, jossa mikään ei tapahdu symbolisen tai käsitteellisen kaukovaikutteisesti. Tapahtumilla on välitön vaikutus toisiinsa, sydän ei siis pumpkaa verta käsitteellisesti, vaan konkreettisesti verenkiertoon. Kehon toimintojen tarkoitus ja mielekkyys saadaan esille vain orgaanisten tapahtumien konkreettisia suhteita tutkimalla. Mielekkyydestä ei voida puhua ennen kuin osoitetaan, miten elintoiminnolliset prosessit hyvin tai huonosti toimiessaan ovat sopusoinnussa tai ristiriidassa olemassaoloa ylläpitävien tapahtumisperiaatteiden kanssa. Elintoiminnallinen tapahtuminen on orgaanisen elämän mielekkyyttä. (Rauhala 2005, 38–40.)

Elämä toimii orgaanisen tapahtumisen syvimpänä ytimenä samaan tapaan kuin mielellisyys tajunnallisuudessa. Elämän ylläpitämiseksi on kehon aineellinen olemuoto ja sen toiminta välttämätöntä. Kehon toiminta ei kuitenkaan selitä itse elämän olemassaoloa. Esimerkiksi ihmisen ajatukset, tunteet tai persoonallisuus tai niiden häiriöt eivät selity aivojen tai hermoston toiminnalla. Tähän tarvitaan myös kokemuksia ja suhdetta ympäröivään maailmaan. (Rauhala 2005, 41.)

Sydäninfarktipotilaan kehollisuus koostuu:

- Rytmihäiriöistä ja kivusta
- Sairauden vaikutuksesta elintoimintoihin
- Kyvystä hoitaa itseään
- Hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista
- Lääkehoidosta (Holmia ym. 2004, 229).

### 2.1.3 Situationaalisuus

Kolmas perusmuodoista on situationaalisuus, jolla Rauhala (2005, 41) tarkoittaa ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja sen mukaisesti. Ihmisen kietoutuessa elämäntilanteensa rakennetekijöihin, hän tulee samalla sellaiseksi kuin niiden luonne edellyttää. Joihinkin tilanteidensa rakennetekijöihin ihminen voi vaikuttaa, kuten aviopuolison, ystävien tai harrastuksien valinnassa. Toisaalta taas joihinkin tilanteidensa rakennetekijöihin hän ei itse pysty vaikuttamaan; esimerkiksi vanhempiansa, ihonväriinsä, rotuunsa eikä siihen yhteiskuntaan ja kulttuuripiiriinsä, johon hän syntyy. (Rauhala 2005, 40–41.)

Elämäntilanne voidaan jakaa myös ideaalisiin ja konkreettisiin osatekijöihin. Edellisiä ovat saasteet, ilmastolliset olot, ulkoiset ympäristömme puitteet ja reaaliset inhimillisen kanssakäymisen muodot. Ideaalisia ovat mm. arvot, normit, henkisen ilmapiirin muodot, aatteelliset virtaukset, sekä asiat sellaisina kuin ne koetaan. (Rauhala 2005, 42.)

Situationaalisuuden tärkeys ihmisen olemisen muotona ilmenee minuuden muodostuksessa. Situaation kautta todellistuneet puolet itsestämme ovat tärkeitä persoonallisen identiteetin kannalta; esimerkiksi suomalaisuus, vanhemmuus ja ammatti-ihminen. Situationaalisuus on käsitettävä aina ainutkertaiseksi, sillä samantaisia ihmisiä ei löydy, joiden situationaalisuus olisi täysin yhdenvertainen. (Rauhala 2005, 45.)

Sydäninfarktipotilaan situationaalisuus koostuu:

- Hoitoympäristöstä
- Elämäntilanteesta
- Sairauslomasta ja työstä
- Sosiaalisesta eristämisestä
- Rooleista ja läheisistä
- Yhteistyösuhteesta (Holmia ym. 2004, 229).

**Sydäninfarktipotilaan kokemuksia sairaalassaolovaiheessa.** Sydäninfarktiin sairastuminen tapahtuu usein yllätyksellisesti ilman ennakko-oireita. Tapahtuma pysäyttää potilaan ja hänen läheistensä normaalin elämänsänsä kokonaan. Sydäninfarkti on kriisi sairastuneelle ja hänen perheelleen, koska kyseessä on vakava ja henkeä uhkaava sairaus keskellä aktiivisinta elämänsänsä vaihetta. Vakavasti sairastuminen aiheuttaa hyvin erilaisia pelkoja, joista suurimpina sairastuneella on alkuvaiheessa kuoleman- ja kivunpelko. Pelkoon liittyy huoli perheen selviytymisestä, rytmihäiriöistä, kipukohtauksen uusiutumisesta ja siitä, että hoito ja lääkkeet eivät auta. (Holmia ym. 2004, 228, 231.) Akuutista vaiheesta siirtyminen toipilasvaiheeseen voi tuntua potilaasta turvattomalta ja herättää pelkoa. Luottamusta omaan toipumiseen saattaa horjuttaa se, että potilas ei ole enää laitteisiin sidoksissa, eikä hoitajia ole välittömässä läheisyydessä. Osaston vaihdon yhteydessä jotkut potilaat ovat kuvailleet tuntemuksiaan järkytykseksi, epätoivon tunteeksi ja tyhjän päälle putoamiseksi, kun taas toiset kokevat osaston vaihdon olevan askel eteenpäin, osoitus selviämisestä ja kotiin pääsemisestä. Toipilasvaiheessa potilaita mietityttää infarktin uusiutuminen, pysyvä invaliditeetti, toimintakyvyttömyys ja työkyvyn menettäminen, sekä perheen toimeentulo. Useimmat sydäninfarktipotilaat kokevat elämän pettäneen heidät, mutta tilanne ja läheiset ihmissuhteet nähdään uudessa valossa ja niiden merkitys korostuu. (Holmia ym. 2004, 228, 231.)

## **3 SYDÄNINFARKTI FYYSISENÄ SAIRAUTENA**

### **3.1 Sydäninfarktin yleisyys**

Sydän- ja verisuonitaudit muodostavat edelleen suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän, vaikka kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on huomattavasti vähentynyt Suomessa. Sepelvaltimotauti ja sen pahin seuraus, sydäninfarkti, on Suomessa merkittävä kansanterveydellinen ongelma. (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 26.9.2014.) Sydäninfarktiin kuolee vuodessa 13 000 henkilöä (Mustajoki 30.9.2013). Vuosittain sairaalassa hoidetaan noin 17 000 sepelvaltimotautikohtausta. Noin 6 000 ihmistä kuolee sepelvaltimotautiin matkalla sairaalaan tai kotona. Aikaisemmin tyypillinen sydäninfarktipotilas oli 40–60-vuotias mies, mutta nykyään vanhemmat ihmiset sairastuvat sydäninfarktiin ja naisten osuus sairastuneista on kasvanut. Iäkkäät naiset ovat nykyään tyypillisiä sydäninfarktiin sairastuneita potilaita. (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014.)

### **3.2 Sydäninfarkti sairautena**

Sydäninfarkti määritellään sairautena, joka ilmenee sydänlihaksen hapenpuutteen liittyvänä kuoliona (Mustajoki 30.9.2013). Akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämässä oleva plakki kasvaa ja ahtauttaa suonta. Seinämän ahtauma tai plakki voi revetä suonen sisäpuolelle aiheuttaen verihyytymän suonen seinämään, estäen näin verenvirtausta suonessa. Jos suoni tukkeutuu, sydänlihas ei saa ravintoa ja happea, jonka seurauksena syntyy sydänlihaskuolio eli sydäninfarkti. (Kettunen 2011, 250.) Sydäninfarktin taustalla on lähes aina pitkäaikainen sepelvaltimotauti, joka ahtauttaa valtimoita (Kettunen 6.8.2014).

Valtimotromboosi ja ateroskleroosi ovat altistavia vaaratekijöitä sairastua sydäninfarktiin ja niiden kasaantuminen suurentaa riskiä entisestään (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014). Vaaratekijät lisäävät sepelvaltimotaudin todennäköisyyttä, mitä useampi vaaratekijä henkilöllä on, sitä suurempi riski hänel-

lä on sairastua sepelvaltimotautiin (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014; Holmia ym. 2004, 198–199).

Sydäninfarktin itsenäisiä vaaratekijöitä ovat:

- diabetes
- kohonnut verenpaine
- tupakointi
- sukuhistoria
- korkea ikä
- miessukupuoli
- rasva-aineenvaihdunnan häiriö
- ateroskleroottinen valtimotauti
- vähäinen liikunta
- lihavuus
- alkoholin liikakäyttö

(Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014; Holmia ym. 2004,199).

Sydäninfarktidiagnoosi edellyttää, että troponiinin eli sydänlihasmerkkiaineen pitoisuus veressä on viiterajojen yläpuolella, peräkkäisissä verinäytteissä on muutoksia troponiinipitoisuuksissa, potilaalla on joko iskemiaoireita, iskemiaan tai sydäninfarktiin sopivia EKG-muutoksia, tai uusi sydänlihasvaurio todetaan kuvantamisella (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014). Sydäninfarktidiagnoosin toteamisessa voidaan käyttää apuna verinäytteestä tutkittavaa kreatiini-kinasaa, joka kertoo myös lihasvaurioista (Kettunen 6.8.2014). EKG:n perusteella sydäninfarkti jaotellaan kolmeen luokkaan: epästabili angina pectoris eli sepelvaltimoperäinen rintakipu, ST-nousuinfarkti eli STEMI tai sydäninfarkti ilman ST-nousua eli NSTEMI (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 3.1.2014; Lauri 2013, 14). Rintakipupotilaan hoidossa on todella tärkeää hyvä kliininen tutkimus ja erotusdiagnostiikka muihin samanlaisia oireita aiheuttaviin sairauksiin, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön kipuoireet, närästys ja mahaperäiset syyt (Lauri 2013, 15).

### 3.3 Sydäninfarktin oireet

Sydäninfarktin tavallisin oire on rintakipu, joka tuntuu voimakkaana, puristavana ja vannemaisena kipuna laajalla alueella rintalastan takana ja se voi säteillä leukapeeriin, olkavarsiin, jopa selkään asti (Mustajoki 30.9.2013). Kipu on luonteeltaan angina pectoris -kivun luonteista, mutta voimakkaampaa, eikä nitraattilääkitys tai lepo auta. Potilaalla voi olla ennakoivia angina pectoris -tyyppisiä rintakiputuntemuksia, vaikka hänellä ei ole sepelvaltimotautidiagnoosia. Sepelvaltimotautia sairastavalla potilaalla voi olla tiheitä ja epätyypillisiä rintakipuja, jotka voivat ennakoida sydäninfarktia. Sydäninfarktin voi sairastaa myös huomaamatta, koska oireet voivat peittyä väsymyksen, huonokuntoisuuden tai sekavuuden alle. (Holmia ym. 2004, 229.) Etenkin diabeetikoilla, muistihäiriöitä sairastavilla, iäkkäillä ihmisillä ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla kipu saattaa olla huomaamatonta ja vähäistä, jossa oireina voivat olla raskas olo, heikotus, hikisyys ja pahoinvointi (Mustajoki 30.9.2013).

Sydäninfarktin sijainnista ja suuruudesta riippuen, se voi aiheuttaa erilaisia rytmija johtumishäiriöitä, sydämen pumppaustoiminnan pettämisen ja keuhkopöhön. Kammiovärinä on rytmihäiriöistä pahin, joka on sydäninfarktiin liittyvän äkkikuoleman yleisin syy. (Mustajoki 30.9.2013.) Verenpaine saattaa kohota alkuvaiheessa, mutta se saattaa laskea tilanteen pitkittyessä ja aiheuttaa kardiogeenistä sokkia (Holmia ym. 2004, 229). Kardiogeeninen sokki on tila, jossa sydän ei pysty pumppaamaan verta riittävästi elimistön tarpeisiin nähden (Varpula & Tierala 2010).

Sydäninfarktipotilaan iho voi olla kalpea, hikinen ja syanoottinen eli sinertävä. Nämä oireet johtuvat verenkierron häiriöistä. Oireena voi myös olla hengenahdistus, johtuen rintakivusta tai sydämen vajaatoiminnasta. Potilaalla voi olla myös pahoinvointia, joka johtuu kokonaistilanteesta tai sydäninfarktialueen sijainnista. Potilaalla voi lisäksi esiintyä sekavuutta. (Holmia ym. 2004, 230.)

### 3.4 Sydäninfarktipotilaan hoito ja hoitotyö

Sydäninfarktiin sairastuneen lääketieteellisen hoidon ja hoitotyön tavoitteena on kivuttomuus, sydänlihaskemian vähentäminen, komplikaatioiden hoito ja ehkäisy

sekä potilaan kuntoutuminen ja elämän jatkumisen turvaaminen (Holmia ym. 2004, 230–231; Kauppinen & Poikonen 7.12.2014). Kuolioalueen ja vaurion lopulliseen kokoon vaikuttaa se, kuinka sydäninfarktia hoidetaan. Sydäninfarktipotilaan hoitotulos on sitä parempi, mitä nopeammin hänelle aloitetaan sydänlihaskemiala vähentävä hoito. (Kettunen 2011, 267; Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito-suositus 3.1.2014.)

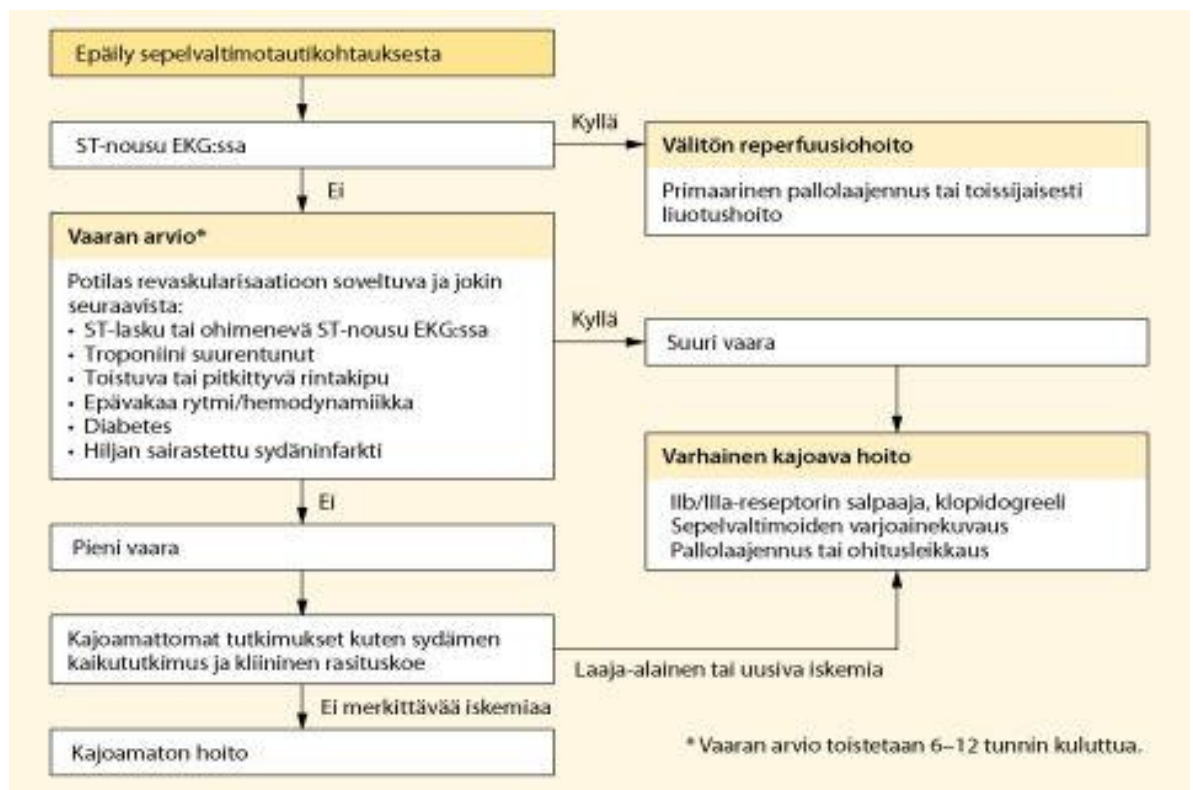
**Sydäninfarktipotilaan hoito.** Sydäninfarktipotilaan hoito aloitetaan usein jo ambulanssissa (Mustajoki 30.9.2013). Sairaankuljetus saa nykyisen suosituksen mukaan kestää maksimissaan kaksi tuntia (Turva 2014, 18). Päivystyspoliklinikalla potilaalta tutkitaan EKG, perusverenkuva (PVK), kalium (K), natrium (Na), kreatiini (Krea), verensokeri (P-gluc), tulehdusarvo (CRP), sydänlihaskemialan merkkiaineet ja otetaan mahdollisesti myös keuhkokuva (Kuisma & Holmström 2013, 343). Potilas asetetaan lepoon puoli-istuvaan asentoon, koska kohoasento helpottaa hengitystä ja vähentää sydämen työmäärää (Kuisma & Holmström 2013, 343; Holmia ym. 2004, 234). Potilasta on tärkeää rauhoitella, koska hänellä voi olla voimakasta kuolemanpelkoa tilanteeseensa liittyen (Kuisma & Holmström 2013, 343). Tärkeää alkuvaiheessa on myös säästää sydäninfarktiin sairastunutta potilasta kaikelta rasitukselta, koska se lisää sydämen työmäärää (Holmia ym. 2004, 231). Sydäninfarktipotilaan happisaturaatiotavoite on 94–98 % ja vaikeaa keuhko-ahtaumaa sairastavilla 88–92 %. Mikäli potilaalla on hengenahdistusta, akuutti sydämen vajaatoiminta tai happisaturaatio laskee alle tavoitteen, annetaan potilaalle lisähapetta (Kuisma & Holmström 2013, 343). Potilaan elintoimintoja tarkkailaan ympärivuorokautisesti ja tauottomasti, mikä takaa välittömän hoidon saatavuuden (Holmia ym. 2004, 231).

Sepelvaltimoa tukkivaa hyytymää ehkäistään laajenemasta asetyylisalisyylihapolla (ASA) ja muilla lääkkeillä (Kettunen 6.8.2014). Allergian yhteydessä voi antaa klopidogreeliä ASA:n sijaan. Potilaan tilaa yritetään alussa helpottaa nitrosuihkeella, jos systolinen verenpaine on  $\geq 100$  mmHg. (Kuisma & Holmström 2013, 343.) Mikäli kahden nitrosuihkeen jälkeen potilaan tila ei ole helpottunut, kipua lievitetään nitro-infuusiolla (Kuisma & Holmström 2013, 343; Kettunen 6.8.2014). Potilaan kipuun liittyviä haitallisia stressivasteita ja subjektiivista oireistoa, jotka lisäävät sydämen rytmihäiriöherkkyyttä ja hapenkulutusta, yritetään vähentää ja lievittää.



tää kivun hoidolla. Kivun hoidossa on yleisimmin käytössä morfiini ja oksikodoni suonensisäisesti annettuna. (Kuisma & Holmström 2013, 343.) Beetasalpaajaa käytetään vähentämään sydämen hapentarvetta ja ehkäisemään rytmihäiriöitä (Kettunen 6.8.2014).

Hoitomuodon valintaan vaikuttavat potilaan oireet, EKG-muutokset, sydänlihaksen merkkiainemääritykset, kliiniset tutkimukset ja potilaan esitiedot. Hoidossa on olennaista potilaiden jako suuren ja pienen vaaran ryhmään (Kuvio 1. Sepelvaltimotautikohtauksen hoito). Mikäli potilas kuuluu pienen vaaran ryhmään, jatkotutkimukset voidaan tehdä polikliinisesti. Suuren vaaran potilaille aloitetaan tehokas antitromboottinen lääkitys ja tehdään sydämen varjoainekuvauks. (Holmia ym. 2004, 197.) Hoitona on ensisijaisesti välitön pallolaajennus, mutta mikäli siihen ei ole mahdollisuutta, annetaan liuotushoito (Kivelä 2011, 286; Kauppinen & Poikonen 7.12.2014). Pallolaajennuksessa sepelvaltimon ahtauma laajennetaan ja laajennuskohtaan laitetaan useimmiten verkkoputki eli stentti, joka estää suonen uudelleen ahtautumisen (Kivelä 2011, 287).



Kuvio 1. Sepelvaltimotautikohtauksen hoito (Virtanen & Airaksinen 2006).

Sydäninfarktipotilaan tilaa seurataan tarkasti lähipäivien aikana, koska infarktiin voi liittyä vaarallisia rytmihäiriöitä ja muita sydämen toiminnanhäiriöitä (Mustajoki 30.9.2013). Potilaan tilan jatkuva tarkkailu käsittää seuraavat kohdealueet: sydämen rytmin, verenkierron, ihon värin, kivun, hengityksen, nestetasapainon, elektrolyttitasapainon, happoemästatasapainon, mielialan ja subjektiiviset tuntemukset, kuten pelko ja ahdistuneisuus (Holmia ym. 2004, 233). Kaikille sydäninfarktipotilaille aloitetaan säännöllinen asetyylisalisyylihappo, useimmille heistä beetasalpaajalääke ja monille infarktin aiheuttamista seurauksista riippuen ACE-estäjälääke. Kolesterolilääkitys aloitetaan myös lähes kaikille potilaille. (Mustajoki 30.9.2013.) Sepelvaltimotaudin uusiutumista voidaan estää vähentämällä valtimotaudin vaaratekijöitä muuttamalla elintapoja, lääkehoidolla, sekä terveellisellä ja monipuolisella ruokavaliolla. Säännöllisellä liikunnalla on mahdollista vähentää sepelvaltimotautiin liittyviä oireita ja vähentää kohtausten uusiutumista. (Kettunen 17.8.2014.)

**Sydäninfarktipotilaan hoitotyö.** Hoitotyön keskeisiä tehtäviä ovat turvallisuuden tunteen luominen ja ylläpito antamalla ajantasaista ja totuudenmukaista tietoa potilaalle. Kokonaishoidon tavoitteena on myös mahdollistaa potilaan paranemisen eteneminen häiriöttä. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas ja läheiset luottavat hoidon tehokkuuteen, potilaan tulevaisuuteen ja selviytymismahdollisuuksiin. (Holmia ym. 2004, 231.) Tavoitteena on myös tukea potilaan henkistä jaksamista, arkielämässä selviytymistä ja työkyvyn säilyttämistä niin kauan kuin se on nykyisin lääketieteellisin, sosiaalipoliittisin ja psykologisin keinoin mahdollista (Mitä sydänkuntoutus on? [viitattu 22.4.2015]).

**Sydäninfarktipotilaan ohjaus.** Potilaan ja läheisten ohjaus ja kannustaminen ovat tärkeitä toipumisen edetessä. Ohjauksen lähtökohtana on potilaan kokemus sairastumisestaan ja sen vaikutuksista omaan elämäänsä. Toipilasvaiheen ohjauksen tavoitteena on potilaan kuntoutumisen tukeminen, jossa otetaan huomioon myös potilaan läheiset. Lisäksi tavoitteena on lievittää ja poistaa sairauden haittoja, palauttaa potilaan toimintakyky ja elämänlaatu edeltävälle tasolle ja auttaa potilasta sairauden aiheuttamassa henkilökohtaisessa kriisissä. (Holmia ym. 2004, 242.) Jokainen sairastunut käy kriisiään läpi yksilöllisesti. Hoitohenkilökunnan olisi osattava huomioida, missä kriisin vaiheessa potilas on, että he osaisivat antaa ohjausta oikeaan aikaan, yksinkertaisesti ja selkeästi. Hoitohenkilökunnan tulisi

kuunnella potilasta ja keskustella sairastumiseen liittyvistä asioista potilaan niin halutessa, koska kuuntelemisella ja keskustelemisellä on tärkeä merkitys potilaan toipumisen kannalta. (Sairastuneen kriisi 3.9.2013.)

**Sydänpotilaan kuntoutus.** Kuntoutuksessa keskeistä on tiedon lisääminen potilaalle hänen sairaudestaan, sen syistä, ilmenemistavoista ja vaikeusasteesta, hoito- ja tutkimusmuodoista, itsehoidosta ja ennusteesta. Tiedon saaminen auttaa potilasta asettamaan sairautensa realistisiin mittasuhteisiin omassa elämässä siten, ettei sairaus tarpeettomasti kuormita potilasta itseään ja hänen perhettään. Keskeistä on myös, että potilas osaa yhdistää saadut tiedot normaaliin arkeen. Potilaan voimaantumista tukevat mm. lääkehoidon sujuminen ongelmitta, terveelliset elämäntavat, säännöllinen liikunta, painon- ja stressinhallinta. (Mitä sydänkuntoutus on? [viitattu 22.4.2015].)

Psyykkisellä tuella on myös merkitystä sydänpotilaan kuntoutuksessa. Potilasta autetaan löytämään ja hahmottamaan voimavarojaan, selvitetään mahdollisia jaksamisen ja suhtautumisen ongelmia, työssä selviytymistä ja miten sairaus vaikuttaa parisuhteeseen, perheeseen ja seksuaalisuuteen. Keskeistä on myös tiedon antaminen potilaalle hänen oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan, sosiaaliturvasta, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä sekä erilaisista tukipalveluista. Potilasta ja hänen läheisiään opetetaan tunnistamaan pahenevia oireita ja miten toimia niissä tilanteissa. Vertaistuen hyödyntäminen on tärkeää hoitotyössä, koska se lisää potilaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Se voi myös ehkäistä masennusta ja syrjäytymistä. (Mitä sydänkuntoutus on? [viitattu 22.4.2015].)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tutkitun tiedon avulla sydäninfarktipotilaan hoitoa ja herätellä riskiryhmään kuuluvia muuttamaan omaa terveystietoisuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla sydäninfarktipotilaan tuntemuksia ja kokemuksia hoitopolun eri vaiheissa, päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle saakka. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa video potilaan näkökulmasta henkilöille, joilla on riski sairastua sydäninfarktiin. Videon tarkoituksena on toimia puhuttelevampana kuin pelkkä terveysohjaus riskitekijöistä ja lisätä potilaan ymmärrystä omista riskitekijöistään. Video on myös tarkoitettu hoitohenkilökunnalle, että he pystyisivät paremmin asettumaan potilaan asemaan ja näin kehittämään sydäninfarktipotilaan hoitoa. Video kuvattiin potilaan omasta näkökulmasta, mikä auttaa saamaan realistisemman kuvan potilaan kokemuksista sydäninfarktin aikana. Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli selvittää sydäninfarktipotilaan kokemuksia ja tunteita hoitopolun eri vaiheissa.

Tutkimuskysymykset:

- Millaisena potilas kokee sairastumisensa sydäninfarktiin?
- Millaisia tunteita sairaus herättää potilaassa?
- Millaisena potilas kokee hoitopolun eri vaiheet?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiedonhaun menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa aikaisempien tutkimustulosten koontia yhteen, josta saadaan kokonaiskuva siitä, miten paljon tutkimustietoa on jo olemassa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimus kohdistuu tarkasti valikoituihin ja rajattuihin tutkimuksiin sekä tietynä aikana tehtyihin tutkimuksiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta ja valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 3–7.)

Opinnäytetyön aineisto hankittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun avulla. Hakukriteerit pohjautuivat tutkimuskysymyksiin ja niistä muodostettuihin hakusanoihin (Liite 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakusanat). Tiedonhaussa valittiin katsaukseen mukaan tutkimuskysymysten kannalta keskeisimmät tutkimukset. Hakuprosessi toteutettiin syksyllä 2014. Jokainen vaihe kirjattiin tarkasti ylös, että katsaus tulee onnistumaan ja tulokset voidaan osoittaa relevanteiksi (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 6). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa hyödynnettiin Ebsco-, Aleksi-, Medic-, Plari- ja Melinda-tietokantoja. Aineistojen tuli olla suomen- tai englanninkielisiä, koska muiden kielten osalta käännöstyö ei ollut mahdollista. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa käytettiin ainoastaan Ebsco- ja Plari-tietokantoja, koska muista tietokannoista emme löytäneet aiheita käsitteleviä tutkimuksia.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin löydettiin vastauksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyöhön valittujen artikkeleiden ja väitöskirjojen tuli käsitellä potilaiden kokemuksia ja tuntemuksia sydäninfarktipotilaan hoitopolun eri vaiheista (Kuvio 2.), joko yleisesti tai eritellen sukupuolen mukaan. Aluksi hakukriteereinä oli, että artikkelit oli julkaistu vuosina 2008–2014, mutta lopullinen artikkeleiden julkaisuaikaväli oli 2001–2013, sillä artikkeleita ei löytynyt tarpeeksi. Sydäninfarktipotilaiden kokemuksia ja tunteita käsitteleviä artikkeleita löysimme 13 kappaletta ja kaksi väitöskirjaa. Poissulkukriteereinä olivat artikkeleiden julkaisu-

vuodet ja se, että ne käsittelivät ainoastaan potilaan kotiutumisen jälkeisiä tunteita ja kokemuksia.

## **5.2 Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi**

Induktiivisen sisällön analyysin avulla on tarkoitus luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sen avulla pyritään järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällön analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 107–108.)

Analyysin alussa tutkimusartikkeleita ja väitöskirjoja luettiin läpi useaan kertaan tutkimuskysymysten vastausten löytämiseksi. Aineistosta etsittiin vastausta kysymyksiin, millaisena potilas kokee sairastumisensa sydäninfarktiin, millaisia tunteita sairaus herättää potilaassa ja millaisena potilas kokee hoitopolun eri vaiheet. Tutkimusartikkeleiden keskeiset tulokset koottiin taulukkoon (Liite 5. Opinnäytetyöhön valitut artikkelit ja väitöskirjat). Saadut tutkimustulokset järjestettiin hoitopolun vaiheiden mukaan johdonmukaisesti ja selkeästi.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN

Sydäninfarktiin sairastuminen on erittäin traumaattinen kokemus potilaalle, niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin koettuna. Potilaan elämäntilanne muuttuu äkillisesti hyvinvoivasta ihmisestä vakavasti sairaaksi, muistuttaen potilasta omasta kuolevaisuudestaan. (Svedlund, Danielson & Norberg 2001.) Sydäninfarkti aiheutti potilaille hyvin erilaisia odotuksia, käsityksiä ja tunteita (Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley 2008).



Kuvio 2. Sydäninfarktipotilaan sairaalassaolovaiheen hoitopolku. (Kallionpää & Lillvis 2015).

### 6.1 Päivystyspoliklinikka

Akuutissa sydäninfarktitilanteessa potilaat kokivat stressaantumista, hämmennyksiä ja kuormittumista sekä kielsivät oman tilansa vakavuuden (Svedlund ym. 2001; Salminen-Tuomaala 2013, 81, 83). Lammen (2005, 98) mukaan ensihetkestä lähtien miehet kokivat ahdistavan vaaran tunnetta päivystyspoliklinikalla, mikä ilmeni epämääräisenä riippuvuutena, avuttomuutena ja voimakkaana tuskaisuutena (Salminen-Tuomaala 2013, 100). Kuolemanvaaran ymmärtäminen ja vaikeiden asioiden tapahtuminen lyhyessä ajassa synnytti potilaissa uhkakuvan (Svedlund ym. 2001; Lampi 2005, 98). Tilanteen huolestuvuutta pahensivat epätietoisuus,

pelko ja vallankäytön kohteeksi joutuminen. Potilasvaatteisiin pukeutuminen herätti ristiriitaisia tuntemuksia, koska osa miehistä koki menettävänsä miehisyytensä ja omaperäisyytensä pukeutuessaan potilasvaatteisiin, mutta toisaalta potilasasuun pukeutuminen koettiin helpottavana ja mielihyvää tuottavana tapahtumana. (Lampi 2005, 125.)

Sydäninfarktidiagnoosi aiheutti potilaille pettymystä, ja se oli useimmille potilaille odottamaton tapahtuma sekä totaalinen shokki (Blasdell 2007; White, Hunter & Holttum 2007; Hutton & Perkins 2008). Tämän vuoksi potilaat tunsivat menettäneensä tilanteen kontrollin sydäninfarktin tullessa varoittamatta, eikä potilailla siten ole ollut mahdollisuutta valmistautua tilanteeseensa (Salminen-Tuomaala 2013, 101). Toisaalta joillekin diagnoosi tuli yllätyksenä, kun heillä ei ollut tavanomaisia sydäninfarktin oireita, kuten voimakasta rintakipua (Stevens & Thomas 2012). Sukurasitteen ja perheen sydänongelmien vuoksi, jotkut miespotilaista osasivat odottaa sydäninfarktin saamista jossakin elämänvaiheessa (Hutton & Perkins 2008). Kyvyttömyys ymmärtää, miten sydäninfarkti tapahtui, herätti potilaissa kysymyksen ”miksi minä?”, sekä vihan, pelon ja masentuneisuuden tunteita (Stevens & Thomas 2012). Potilaat olisivat halunneet tietää, mikä aiheutti sydäninfarktin, mutta he eivät saaneet päivystyspoliklinikan henkilökunnalta tietoa, ja se aiheutti potilaille pelkoa ja huolestuneisuutta (Stevens & Thomas 2012). Päivystyspoliklinikalla potilaat kokivat myös epämukavuutta hoitohenkilökunnan jatkuvasta kiireestä ja yksinäjämisestä, mitkä pahensivat kuolemanvaaran kokemusta ja pelon tunnetta (Bowman, Watson & Trotman-Beasty 2004; Lampi 2005, 99; Blasdell 2007). Akuutissa tilanteessa sydäninfarktipotilaat pyrkivät kuitenkin saavuttamaan tasapainon suhteessa ajatuksiinsa, pelkoihinsa, tunteisiinsa ja voimavaroihinsa (Salminen-Tuomaala 2013, 81).

## **6.2 Sydäntutkimusyksikkö**

Potilaat luulivat, että pallolaajennuksella on samanlaisia piirteitä kuin kirurgisella toimenpiteellä. Sen takia heillä oli vääristyneitä mielikuvia pallolaajennuksesta ennen toimenpidettä. Potilaat kuvittelivat, että toimenpide tehdään yleisanestesiassa eli nukutuksessa. Lisäksi he luulivat pallolaajennuksen tehtävän rintalastan koh-



dalta operoiden, mutta heidän oli huojentavaa kuulla, että toimenpide tehdään nivustaipeesta punktoimalla. (Astin ym. 2008.)

Pallolaajennuksen aikana potilaat kokivat shokin, pelon, kieltämisen ja epäuskon tunteita, fyysisten tuntemusten lisäksi. Potilaat, joille diagnosoitiin STEMI, kokivat pallolaajennuksen traumaattisena, kun taas potilaat, joilla diagnosoitiin NSTEMI, eivät kokeneet tilannettaan vakavaksi, eivätkä siten kuvailleet pallolaajennusta traumaattiseksi. (Dullaghan, Lusk, Donnelly, McGeough & Fitzsimons 2013.) Pallolaajennuksen aikana potilailla oli myös pelon tunteita siitä, että toimenpiteen aikana tapahtuu jotain odottamatonta, esimerkiksi runsasta verenvuotoa (Astin ym. 2008).

Hoitoon, sen nopeuteen, tehokkuuteen ja sujuvuuteen oltiin tyytyväisiä pallolaajennuksen aikana. Lisäksi potilaat olivat vaikuttuneita hoitohenkilökunnan tiimityöskentelystä. Potilastyytyväisyyteen vaikutti potilaiden saama hoito ja tieto pallolaajennuksen aikana, ja ne yhdessä vaikuttivat heidän fyysiseen ja psyykkiseen terveyteensä, sekä edistivät heidän elämänlaatuaansa. (Sampson, O`Cathain, Goodacre 2009.)

Hoitoteknologia teki myös vaikutuksen potilaisiin, vaikkakin se herätti heissä pelonsekaista kunnioitusta ja tunteen siitä, että he ovat epätodellisessa ympäristössä. Jotkut potilaista kokivat ikään kuin katselisivat itseään ulkopuolelta. (Astin ym. 2008.) Tehokas ja nopea kuljetus pallolaajennukseen teki vaikutuksen potilaisiin. Monet tunsivat itsensä normaaliksi toimenpiteen jälkeen, joka muutti käsityksen tapahtuman vakavuudesta. Potilaat olivat yllättyneitä, että pallolaajennus ei ollutkaan niin kivulias toimenpide, kuin alussa odotettiin. He myös olettivat, että toimenpiteestä jäisi iso arpi. Kivunmäärä ja arven koko koettiin merkkinä sydäninfarktin vakavuudesta. (Astin ym. 2008.)

### **6.3 Sydänvalvontayksikkö**

Lammen (2005, 99–100) väitöskirjan mukaan miespotilaat olivat uupuneita siirtyessään päivystyspoliklinikalta, mutta helpottuneita päästessään turvaan sydänvalvontayksikköön. Toisaalta määräysvaltaan ja toisten armoille joutuminen oli alen-

tavaa. Potilaita mietitytti epävarmuus parantumisesta, lähitulevaisuuden tapahtumat, riski sairastua uuteen sydäninfarktiin ja kuolemanpelko. Sydänvalvontayksikön laitteisto ja niihin sidoksissa oleminen hämmensi ja herätti ristiriitaisia tunteita potilaissa. Kuitenkin tietoisuus laitteiden tärkeydestä lievitti kokemuksen kiusallisuutta. Laitteista irrottautuminen kertoi parantumisesta, lisäsi henkistä hyvinvointia ja lievitti riippuvuudesta johtuvaa hämmentymistä sydänvalvontavaiheen päättyessä. Potilaita virkisti henkisesti siirtoon valmistautuminen, mutta se myös lievitti jännitystä, ahdistusta ja epämääräisyyden tunteita. Hoitohenkilökunnan usko potilaan parantumiseen ylläpiti potilaan toivoa. (Lampi 2005, 99–100.)

#### **6.4 Sisätautien vuodeosasto**

Sisätautien vuodeosastolle siirtyminen merkitsi miespotilaille toipumista, raskaana koetun hoidon kohteena olemisen vähenemistä, ikävystyneisyyden lievittymistä sekä kuolemanvaaran ja -pelon vähenemistä (Lampi 2005, 102). Vuodeosastovaiheessa miespotilaat kokivat ilon tunteita, mutta myös epävakaa mielialaa, mielihäiriöitä, kyvyttömyyttä nauttia elämästä, innostuksen puutetta, omanarvontunteen heikkenemistä, menetyksen ja epäonnistumisen tunnetta, haluttomuutta ja välinpitämättömyyttä (Bowman ym. 2004; Lampi 2005, 127). Levottomuus, itsensä hallitseminen, tunteiden hillitseminen ja vaikeus saada elämästä otetta, ovat myös tunnusomaisia piirteitä sisätautien vuodeosastovaiheelle (Lampi 2005, 127). Sydäninfarktipotilaat kokivat myös fyysistä ja henkistä epätasapainoa (Salminen-Tuomaala, 2013, 85). Äkillisesti ja yllättäen sairastuminen aiheutti henkistä sekavuutta, jonka vuoksi tapahtumia oli hankala palauttaa mieleen ja sitä, mitä potilaille oli kerrottu (Lampi 2005, 127, 129; Astin ym. 2008). Sydäninfarktin jälkeen naiset olivat haavoittuvaisempia kuin miehet (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg 2010).

Potilaiden, jotka olivat kokeneet aikaisemmin elämässään vaikean elämäntilanteen tai vakavan sairastumisen, oli helpompaa kohdata todellisuus ja hyväksyä tilanne. Tilanteen kieltäminen liittyy potilaiden voimattomuuden kokemukseen, koska potilaat eivät pysty vielä kohtaamaan ja käsittelemään sydäninfarktia, vaan haluavat ottaa tilanteesta etäisyyttä ja unohtaa sairastumisen, sekä jatkaa normaalia elämää. (Salminen-Tuomaala 2013, 100–101.) Miehillä, joilla ei ollut aikaisempaa

kokemusta vuodepotilaana olosta, vuodelepoon suostuminen oli hyvin vaikeaa ja autettavaksi joutuminen tuntui ahdistavalta (Lampi 2005, 131). Potilaan roolin muuttuessa autettavan perheenjäsenen rooliksi vastuullisesta huolenpitäjästä, potilaat voivat masentua omasta heikkoudestaan, sekä tuntea häpeää ja syyllisyyttä. Roolin muuttuminen saattaa myös heikentää potilaan itsetuntoa ja koherenssin tunnetta. (Salminen-Tuomaala 2013, 81.) Bergmanin, Malmin, Berterön ja Karlssonin (2011) mukaan sairaalassa potilaiden koherenssin tunne laskee, jos se on ollut aiemmin korkea, kun taas potilailla, joilla on ollut matala koherenssin tunne aiemmin, se nousee sairaalassa. Potilaat, joilla on korkea koherenssin tunne, ovat halukkaita ymmärtämään hoitotapahtumat mahdollisuutena ja ongelmat pystytään ratkaisemaan. Potilailla, joilla on matala koherenssin tunne, on rajallinen kyky käsitellä uusia tilanteita.

Liikkumiskielto koettiin toisinaan tarkoituksellisena nöyryyttämisenä ja miehisyyden halventamisena, ja itsemääräämisoikeuden aiheettomana epäämisena, eikä vuodelevolla koettu olevan yhteyttä parantumisen kanssa. Miespotilaat kaipaivat perusteellisempaa ohjausta vuodelevon tärkeydestä. He kokivat myös virtsaamisen ja ulostamisen häpeällisimmäksi, vastenmielisimmäksi ja hämmentävimmäksi vuodelevon aikaisista hoitotoimenpiteistä (Lampi 2005, 131–132). Hoitotapahtumat aiheuttivat potilaille vihan ja pelon tuntemuksia sairaalassa. Siitä huolimatta, potilaat olivat luottavaisia ja itsevarmoja, sillä hoitohenkilökunta oli asiantuntevaa ja he olivat helposti lähestyttävissä. (White ym. 2007.) Hoitajan ja potilaan välinen kommunikaatio on tärkeää, sillä kommunikaationpuute aiheuttaa potilaille ahdistuneisuutta, ja siten hidastaa potilaan toipumista sydäninfarktista (Gillespie & Melby 2003). Kuitenkin Huttonin ja Perkinsin (2008) mukaan osa potilaista luotti lääkäreiden asiantuntijuuteen enemmän kuin muun hoitohenkilökunnan. Epävarmuutta herätti myös hoitohenkilökunnalta ja lääkäreiltä saadut erilaiset hoito-ohjeet (Salminen-Tuomaala 2013, 85).

Sydäninfarktista toipuminen koettiin monimutkaisena prosessina, joka herätti alussa epävarmuutta ja pelkoa (Sjöström-Strand ym. 2010). Sisätautien vuodeosastolla miespotilaat kokivat syyllisyyttä heikentyneestä terveydentilastaan, joka vaikeutti ja hidasti parantumista, ja oli vahingollista henkiselle hyvinvoinnille. Osa miespotilaista koki epäoikeudenmukaisena, että heitä syyllistettiin siitä, että he ovat itse

aiheuttaneet sydäninfarktin esimerkiksi epäterveellisillä elämäntavoilla ja vastuuttomalla käyttäytymisellään. (Lampi 2005, 137.) Naispotilaat tunsivat häpeää ja syyllisyyttä sydäninfarktin aikana, koska he tunsivat aiheuttavansa lisätyötä, ja kun he joutuivat olemaan riippuvaisia muista henkilöistä (Svedlund ym. 2001). Salmi-Tuomaalan (2013, 100) mukaan potilaat saattavat potea syyllisyyttä sairastumisen vuoksi, koska he kokevat pettäneensä työnantajansa ja perheensä sairastumalla kesken elämää ja siten paljastamalla heikkoutensa. Henkinen ja ruumiillinen heikkous sekä pitkäaikainen poissaolo työstä voimistivat miespotilaiden tunnetta siitä, että oma asema yhteiskunnassa heikentyy. He myös kokivat itsensä kelvottomiksi. (Lampi 2005, 137–139.) Potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa ja tukea sairaalassa sydäninfarktin jälkeisestä masennuksesta, koska tutkitun tiedon mukaan niillä on yhteys sen ehkäisyssä (White ym. 2007).

Puolison ja lasten tapaaminen koettiin hyvänä asiana, koska heidän ajatteluinen lievitti koti-ikävää ja vahvisti uskoa toipumiseen. Vaimon lähellä olo, rakkauden ilmaiseminen, halaaminen ja koskettaminen tuntuivat miespotilaista hyvältä. Sairastuminen muutti perheiden ilmapiiriä tasapainoisemmaksi, yhtenäisemmäksi ja seesteisemmäksi, mikä lievitti ahdistuneisuutta, lisäsi elämänhalua ja edisti henkistä toipumista. (Lampi 2005, 146–148.) Kuitenkaan kaikilla omaisilla ei ollut mahdollisuutta tulla tapaamaan puolisoaan esimerkiksi pitkien välimatkojen vuoksi (Sampson ym. 2009). Miespotilaat pitivät tärkeänä rakkauden ja seksuaalisuuden ilmaisemista sisätautien vuodeosastolla. Kuitenkaan sairaalassa kaipauksen ilmaiseminen ja tyydyttäminen eivät tulleet kysymykseenkään, ja sen vuoksi seksuaalinen halu ja rakkaus tuntuivat patoutuvan. (Lampi 2005, 149.) Osa sydäninfarktiin sairastuneista naisista, eivät odottaneet seksuaaliterveydestä ohjeistusta sydäninfarktin jälkeen hoitohenkilökunnalta, mutta toisaalta, he olisivat toivoneet hoitajien kysyvän, haluavatko he tietoa ko. asiasta. Potilaat, jotka halusivat tietoa seksuaaliterveydestä, toivoivat kumppanien olevan mukana ohjaustilanteessa. (Søderberg, Johansen, Herning & Berg 2013.)

Kokemusten käsitteleminen muiden sydäninfarktipotilaiden kanssa auttoi hahmottamaan oman sisäisen maailman, koska kohtalotoverit ymmärsivät syvällisimmin tapahtuneen merkittävyyden ja henkilökohtaisuuden (Lampi 2005, 161). Ulkopuolisten, kuten perheen, oli vaikea eläytyä sydäninfarktikokemukseen samalla tavalla

kuin kohtalotovereiden, eivätkä siten pystyneet tukemaan toisiaan (Lampi 2005, 161; Salminen-Tuomaala 2013, 83). Kohtaloiden jakaminen vaikutti miespotilaiden henkiseen virkistymiseen ja tyyntymiseen, uskon vahvistumiseen paranemisesta ja aiemman optimistisemmän elämänasenteen omaksumiseen (Lampi 2005, 161–162). Hengellinen tuki auttoi ja rohkaisi kristinuskoon kuuluneita miespotilaita (Lampi 2005, 134).

## 6.5 Opinnäytetyön tuotos

Saatujen tutkimustulosten perusteella kuvattiin video sydäninfarktipotilaan kokemuksista hoitopolun eri vaiheista. Suurin osa videosta kuvattiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun Koskenalantien toimipisteen tiloissa. Sydäninfarktipotilaan pallolaa-jennus -osuus saatiin kuvata Seinäjoen keskussairaalan sydäntutkimusyksikössä.

Video eteni potilaan sairastumisesta sydänvalvontayksikköön, mutta meidän osuus suunnittelusta ja toteutuksesta käsitteli potilaan kokemuksia päivystyspoli-klinikalta, sydäntutkimusyksiköstä ja sydänvalvontayksiköstä. Videon kuvaaja toimi myös potilaana, koska video kuvattiin GoPro-kameralla potilaan näkökulmasta. Näyttelijöinä oli muita sairaanhoitajaopiskelijoita opinnäytetyön tekijöiden lisäksi. Videon sairaalassaolovaihe saatiin kuvattua yhdessä päivässä käsikirjoituksen mukaan (Liite 2. Videon käsikirjoitus), jonka jälkeen kuvaaja alkoi editoida videota.

Tuotos luovutetaan Seinäjoen keskussairaalan käyttöön. Video on tarkoitettu näytettäväksi potilaille, joilla on riski sairastua sydäninfarktiin ja sen on tarkoitus toimia herättelevämpänä, kuin pelkästään riskitekijöitä käsittelevä terveysohjaus. Video näyttää, mihin sydäninfarktiin sairastuminen voi pahimmassa tapauksessa johtaa. Video on myös tarkoitettu hoitohenkilökunnalle, että he pystyisivät paremmin asettumaan potilaan asemaan ja näin kehittämään sydäninfarktipotilaan hoitoa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Pohdinta tutkimustuloksista

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sydäninfarktipotilaan kokemuksia ja tunteuksia hoitopolun eri vaiheissa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla löydettyjen artikkeleiden tutkimustulokset sydäninfarktipotilaan kokemuksista olivat yhteneväisiä ja samansuuntaisia, sekä ne olivat yhdenmukaisia aikaisemman teoriatiedon kanssa. Suurin osa tutkimusartikkeleista käsitteli sydäninfarktipotilaan sisätautien vuodeosastovaihetta ja kotiutuksen jälkeistä aikaa, mutta niistä kuitenkin löytyi myös akuutin tilanteiden kokemuksia ja tunteuksia.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen on traumaattinen kokemus, koska potilaiden elämäntilanne muuttuu niin äkillisesti (Svedlund ym 2001). Päivystyspoliklinikalla potilaat kokivat laajasti hyvin erilaisia tunteita, joista pääimmäisenä tunteina olivat kuolemanpelko ja epävarmuus tulevaisuudesta (Blasdell 2007; Stevens & Thomas 2012). Hoitohenkilökunnan jatkuva kiire ja yksinjäämisen pelko olivat potilaiden mielestä epämurkavaa, mitkä vahvistivat kuolemanpelon kokemusta (Bowman, Watson & Trotman-Beasty 2004; Lampi 2005, 99; Blasdell 2007).

Potilaat kuvittelivat pallolaajennuksen erilaiseksi toimenpiteeksi, kuin mitä se todellisuudessa oli (Astin, Closs, Mclenachan, Hunter & Priestley 2008). Pallolaajennuksen aikana potilaat kokivat shokin, pelon, kieltämisen ja epäuskon tunteita. Pelkoa aiheutti myös se, että pallolaajennuksen aikana tapahtuu jotain odottamatonta. (Astin ym. 2008.) Potilaat olivat tyytyväisiä hoidon nopeuteen, sen tehokkuuteen ja sujuvuuteen (Sampson, O`Cathain, Goodacre 2009). Potilaat olivat helpotuneita päästessään toimenpiteen jälkeen sydänvalvontayksikköön, mutta toisaalta toisten määräysvaltaan ja armoille joutuminen koettiin alentavana. Edelleen epävarmuus tulevaisuudesta mietitytti ja kuolemanpelko oli läsnä. (Lampi 2005, 99–100.) Sisätautien vuodeosastolle siirtyessään potilaat kokivat kuolemanvaaran ja pelon vähenemistä, mutta toipuminen koettiin monimutkaisena prosessina (Lampi 2005, 102; Sjöström-Strand ym. 2010). Aiempia tapahtumia oli hankala palauttaa mieleen ja vuodelepoon joutuminen koettiin ristiriitaisena (Lampi 2005,127–131;

Astin ym. 2008). Perheen tapaaminen koettiin voimavarana, ja kohtaloiden jakaminen toisten sydäninfarktiin sairastuneiden kanssa auttoi oman sisäisen maailman hahmottamisessa (Lampi 2005, 146,161).

Sydäninfarkti on vakava ja henkeä uhkaava sairaus ja suuri arkielämän muutostahtuma. Kaikissa hoitopolun vaiheissa hoitoyksiköiden tulisi perehtyä ja huomioida jokaisen sydäninfarktipotilaan kokemukset yksilöllisesti, jotta hoitohenkilökunta ymmärtäisi, miten sydäninfarktipotilas kokee kohtelunsa, sairautensa ja sen hoitamisen. (Lampi 2005, 227.) Hoitohenkilökunnan olisi osattava havainnoida sydäninfarktipotilaita ja heidän sairauttaan edistääkseen heidän terveyskäyttäytymistään (Dullaghan 2013). Rauhalan (2005,17–23) holistisen käsityksen mukaan ihminen on aina kohdattava kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti, sillä hyvää elämää ei voi saavuttaa, ellei huomioida kaikkia olemassaolon muotoja; tajunnallisuutta, keuhollisuutta ja situationaalisuutta. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida hoitotyössä edellä mainitut asiat, ettei potilaista tulisi pelkästään työn kohteita, vaan heidät kohdattaisiin aina yksilöllisesti, koska jokainen potilas kokee vakavasti sairastumisen eri tavoin.

Äkillisesti sairastunutta potilasta ei saa jättää yksin, sillä se aiheuttaa turvattomuutta, tietämättömyyttä, pelkoa ja kuolemanvaaran kokemuksen. Potilaille olisi tärkeää kertoa sairaudesta, sen hoitomuodoista ja rajoituksista, sekä tukea äkilliseen sydäninfarktiin sopeutumisessa. (Lampi 2005, 227–234.) Rajoitusten ja hoitotoimenpiteiden ymmärtäminen edistävät hoitomyöntyvyyttä, sitoutumista ja päätöksentekoon osallistumista (Lampi 2005, 234; Rauhala 2005, 37; Sampson ym. 2009). Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää tukea sydäninfarktipotilaan koherenssin tunnetta ja luoda olosuhteet yksilölliselle tilanteesta selviytymiselle, koska koherenssin tunne auttaa potilasta näkemään akuutin sairaustilanteen kontrolloitavana ja hallittavana (Bergman ym. 2011; Salminen-Tuomaala 2013, 99).

## 7.2 Pohdinta opinnäytetyönprosessista

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen, sekä siinä on ollut sopivasti haastetta. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, koska sydäninfarktiin sairastuminen Suomessa on edelleen hyvin yleistä. Sydäninfarktipotilaiden kokemuksiin perehtyminen antaa meille työkaluja toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä tulevaisuuden sairaanhoitajana.

Opinnäytetyön idea sai alkunsa kardiologin toimesta, josta opinnäytetyön ohjaajamme kertoivat meille. Otimme haasteen vastaan, koska toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen kiinnosti meitä. Keväällä 2014 aloimme tehdä opinnäytetyön suunnitelmaa, jonka teimme todella perusteellisesti ja huolellisesti, ja josta oli suuri hyöty konkreettista opinnäytetyötä ja systemaattista kirjallisuuskatsausta aloittaessamme syksyllä 2014. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla olemme oppineet etsimään tieteellistä tietoa ja arvioimaan niiden sisältöä kriittisesti, jolla on vaikutuksia ammatillisuutemme ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Haasteena systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä olivat englanninkieliset tutkimusartikkelit, joiden suomentamiseen ja sisällön ymmärtämiseen kului paljon aikaa. Tutkimustulosten analysoiminen sydäninfarktipotilaan hoitopolun mukaisesti oli vaativaa ja työlästä. Kuitenkin koimme, että saimme tutkimustuloksista selkeät ja johdonmukaisesti etenevät.

Opinnäytetyön videon kuvauslupaa haettiin Seinäjoen keskussairaaltalta joulukuussa 2014. Tekijänoikeuksien ja kuvauslupien kanssa oli haasteita, koska emme voineet kuvata koko videota keskussairaalassa, kuten olimme suunnitelleet. Kuvauslupa saatiin helmikuussa 2015 keskussairaaltal. Opinnäytetyön aikaa vievin ja haastavin osuus on ollut videon suunnittelu, kuvauslupien saaminen ja videon kuvaaminen. Videota oli kuitenkin helppo kuvata, koska näyttelijät olivat entuudestaan tuttuja, ja he olivat spontaaneja ja luontevia näyttelijöitä. Kuvaajamme oli erittäin motivoitunut ja ammattitaitoinen, sekä hänellä oli paljon hyviä ideoita kuvauksen suhteen.

Videon vahvuuksia ovat sen ammattitaitoinen toteutus, videon eteneminen johdonmukaisesti, äänitehosteiden ja musiikin oikea ajoitus tilanteiden mukaan, elvystystilanteen todentuntuisuus ja dramaattisuus, sekä koko videon aitous elä-



västä elämästä. Videon heikkoutena taas oli sen toteuttaminen osittain koulun tiloissa, koska sitä ei saatu kokonaan kuvata aidossa potilasympäristössä, vaan tilat jouduttiin lavastamaan sairaalaympäristön näköiseksi. Videon kohdehenkilöksi voisi sopia paremmin sellainen henkilö, joka ei ole motivoitunut tekemään elämäntapamuutoksia eikä näe tilanteensa vakavuutta. Videon dramaattisuuden vuoksi, se ei välttämättä sovellu juuri sydäninfarktin saaneelle, koska video voi tuoda muistikuvia vakavasta tilanteesta sen henkilökohtaisuuden vuoksi, ja pahimmassa tapauksessa aiheuttaa henkilölle voinnin muutoksia ja sydäntuntemuksia. Video kuvattiin potilaan akuutista vaiheesta, koska sen haluttiin korostavan tilanteen vakavuutta ja äkillisyyttä. Kirjallinen tuotos käsittelee lisäksi potilaan kokemuksia ja tuntemuksia tilanteen rauhoituttua sisätautien vuodeosastolta. Opinnäytetyön tekijät, ohjaajat, kardiologi ja näyttelijät ovat tarkistaneet videon ja hyväksyneet sen julkaistavaksi.

Opinnäytetyö tehtiin potilaan, hoitotyön ja yhteiskunnan näkökulmista. Potilaan näkökulmasta video herättää riskiryhmään kuuluvia muuttamaan omaa terveyskäyttäytymistään ja auttaa pohtimaan sitä, mihin riskitekijät voivat pahimmassa tapauksessa johtaa. Videon avulla pystytään vaikuttamaan henkilöiden tajuntaan (Rauhala 2005, 37) dramaattisten tapahtumien välityksellä. Rauhalan (2005, 40–41) mukaan henkilöt itse voivat vaikuttaa joihinkin elämänsä rakennetekijöihin, kuten elämäntapoihinsa. Riskiryhmään kuuluvat henkilöt voidaan saada videon avulla ymmärtämään, että he voivat itse vaikuttaa elämäntilanteeseensa ja siten ehkäistä sydäninfarktin syntymistä.

Hoitotyön näkökulmasta video antaa tietoa sydäninfarktipotilaan kokemuksista hoitohenkilökunnalle, että he pystyisivät paremmin asettumaan potilaan asemaan ja huomioimaan hänet kokonaisvaltaisesti, Rauhalan (2005,17–23) ihmiskäsityksen mukaisesti, ja näin parantamaan sydäninfarktipotilaan hoitoa. Hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeää huomioida potilaan tajunnallisuus, kehoisuus ja situationaalisuus. On välttämätöntä ottaa potilas huomioon kokonaisvaltaisesti, että hoito voi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. Video voi auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään paremmin potilaan kokemuksia hoitopolun eri vaiheissa. Yhteiskunnan näkökulmasta sydäninfarktipotilaan kokemuksista kertova video voi vähentää sydäninfarktiin sairastumista, kun riskiryhmään kuuluvat henki-

löt saadaan miettimään omia elintapojaan ja siten vähentämään terveydenhuollon kuormitusta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut sujuvaa ja tehokasta, koska molemmat opinnäytetyön tekijöistä olivat motivoituneet työntekoon ja siihen paneuduttiin samanlaisilla tavoitteilla. Opinnäytetyö saatiin tehtyä määräajassa ja tavoitteet saavutettiin. Opinnäytetyöntekoa motivoi se, että tuotoksemme tulee konkreettisesti käyttöön Seinäjoen keskussairaalaan.

### **7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Tämän opinnäytetyön tekoon osallistui kaksi henkilöä, jotka Johansson ym. (2007, 6) mukaan vähintään tarvitaan tekemään systemaattista kirjallisuuskatsausta, jotta olemassa olevien tutkimuksien valinta ja käsittely on luotettavaa. Opinnäytetyö tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheiden mukaisesti ja laadittiin suunnitelma, jonka mukaan edettiin järjestelmällisesti ja kirjattiin ylös jokainen tiedonhaku. Kattavan tiedon löytymiseksi käytettiin myös manuaalista tiedonhakua, joka on Johansson ym. (2007, 6) mukaan hyvä sisällyttää kattavan tiedon hankkimiseksi.

Hakusanoja määriteltiin tiedonhaun ammattilaisen kanssa, mikä lisäsi hakuosuu- den luotettavuutta. Tiedonhaussa käytettiin tieteellisiä tietokantoja ja pyrittiin valitsemaan ajantasaisia aineistoja opinnäytetyöhön. Sisällönanalyysin perusteisiin ja sen tekovaiheisiin perehdyttiin tarkasti, mikä osaltaan vaikuttaa analyysin luotettavuuteen. (Johansson ym. 2007, 7.) Analyysi kuvattiin selkeässä ja tiiviissä muodossa, että johtopäätökset tutkittavasta ilmiöstä ovat luotettavia ja selkeitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Opinnäytetyötä tehtiin rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa, jotka ovat hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin opinnäytetyössä, eikä muiden tutkijoiden tekemiä johtopäätöksiä esitetty omina. Tarvittavat tutkimusluvut hankittiin Seinäjoen keskussairaalaan ja sovittiin opinnäytetyöhön liittyvien jäsenten kanssa kaikkien osapuolten tekijänoikeuksista, vastuusta ja velvollisuuksista, sekä aineistojen ja opinnäyte-

työn tuotoksen säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 4.11.2012, 6.)

**Videointiin liittyvä eettisyys ja lainsäädäntö.** Toiminnallista opinnäytetyötä ohjaa lainsäädäntö ja näistä keskeisimpiä ovat laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) ja henkilötietolaki (523/1999) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 175). Lain lääketieteellisestä tutkimuksesta mukaan tutkimuksen tulee kunnioittaa ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteita. Luottamuksellisia tietoja ei ilmaista sivullisille. (L 9.4.1999/488.) Henkilötietolain tarkoituksena on henkilötietoja käsiteltäessä toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia. Lisäksi edistetään hyvän tietojen käsittelytavan noudattamista ja kehittämistä. (L 523/1999.) Opinnäytetyön tekijät sitoutuivat noudattamaan näitä asioita kuvatessaan videota (Liite 3. Toiminnallisen opinnäytetyön videointiin liittyvä sitoutumissopimus).

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden suoria tunnistetietoja, kuten tutkittavan nimeä, osoitetta, syntymäaika ja henkilötunnusta, ei tarvittu, kuin ainoastaan lupahakemusten ja osapuolten välisissä sopimuksissa, kuten tekijänoikeuksista ja kuvausluvista. Kaikilta videon kuvaamiseen liittyviltä henkilöiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 2. Toiminnallisen opinnäytetyön näyttelijöiden kuvauslupa), jonka laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 määrittää (L 9.4.1999/488). Kirjallisessa suostumuksessa näyttelijät suostuivat oman kuvansa ja äänensä käyttämiseen, ja etu- ja sukunimensä julkaisuun videon lopputeksteissä (Kuula 2006, 109). Tunnistetiedot eivät tule näkyviin toiminnallisessa opinnäytetyössä muulloin, joten sillä turvattiin opinnäytetyön tekoon osallistuvien yksityisyyden suoja (Kuula 2006, 109). Videota kuvatessa huomioitiin, ettei muita ihmisiä, potilaita tai hoitohenkilökuntaa näy videolla.

Tutkimustietojen käsittelyssä huomioitiin anonymiteetti, joka tarkoittaa, ettei tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille luovuteta tutkimustietoja. Tutkimuslupaa haettaessa otettiin myös selvää, saako opinnäytetyössä ja videossa mainita Seinäjoen keskussairaalan ja osastojen nimiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–180.) Kaikilta henkilöiltä, joiden nimi mainitaan tässä opinnäytetyössä, on kysytty lupa nimen julkaisuun.

#### **7.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisehdotukset**

Tämän opinnäytetyön avulla saatiin tietoa sydäninfarktipotilaan kokemuksista hoitopolun eri vaiheista; päivystyspoliklinikalta, sydäntutkimusyksiköstä, sydänvalvontayksiköstä ja sisätautien vuodeosastolta. Lisätietoa kaivattaisiin potilaan sairaalassaolovaiheen akuutin tilanteen kokemuksista tarkemmin, sillä useimmat tutkimukset käsittelivät niitä suppeasti ja kuvailivat tarkemmin kotiutuksen jälkeistä vaihetta.

Videon käyttöönoton jälkeen voisi tutkia sen hyödyllisyyttä, tehokkuutta ja toimivuutta käytännössä haastatteleamalla potilaita ja hoitajia. Olisi mielenkiintoista tutkia henkilöitä, joilla on riskitekijöitä sairastua sydäninfarktiin, muuttuvatko heidän käsityksensä omista elintavoistaan videon katsomisen jälkeen ja millaisia tunteita videon katsominen heissä herättää. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, onko videon katsomisella vaikutuksia hoitajien antamaan hoitotyöhön, ottavatko he potilaan tunteet ja kokemukset paremmin huomioon omassa työssään. Oleellinen tutkimusaihe olisi myös selvittää, väheneekö terveydenhuollon kuormittavuus videon käyttöönoton jälkeen.

## LÄHTEET

- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 4.11.2012. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 05.05.2014]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Johansson, K., Axeli, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A51.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kauppinen, A. & Poikonen, N. 7.12.2014. ST-nousuinfarktipotilaan akuuttihoito. [Verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim: sairaanhoitajan käsikirja. [Viitattu 16.4.2015]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=sydänifarkti](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sydänifarkti)
- Kettunen, R. 2011. Sepelvaltimotaudin eri asteet. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S. (toim.). 2. uud. p. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kettunen, R. 6.8.2014. Sydäninfarkti. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 16.4.2015]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086&p\\_haku=sydäninfarkti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086&p_haku=sydäninfarkti)
- Kettunen, R. 17.8.2014. Sepelvaltimotauti. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 28.4.2015]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00077&p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimotauti)
- Kivelä, A. 2011. Pallolaajennus ja ohitusleikkaus. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.). 2. uud. p. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuisma, M. & Holmström, P. 2013. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

L 523/1999. Henkilötietolaki.

L 9.4.1999/488. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta.

L 13.8.2004/759. Laki yksityisyyden suojasta työelämässä.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

Lauri, T. 2013. Sydäninfarktipotilas päivystyksessä. Poliklinikka: Suomen poliklinikkasairaanhoidajat ry:n jäsenlehti 2/2013, 14–15.

Mitä sydänkuntoutus on?. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen sydänliitto ry. [Viitattu 22.4.2015]. Saatavana: <http://www.sydanliitto.fi/kuntoutus#.U23vTleXs3g>

Mustajoki, P. 30.9.2013. Sydäninfarkti. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 24.4.2014]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086&p\\_haku=syd%C3%A4ninfarkti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086&p_haku=syd%C3%A4ninfarkti)

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Sairastuneen kriisi. 3.9.2013. [Verkkojulkaisu]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [Viitattu 29.4.2015]. Saatavana: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2818/5092/>

Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito -suositus. 3.1.2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 16.4.2015]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04050>

Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. 26.9.2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 16.4.2015]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydän-ja-verisuonitaudit/sydän-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turva, J. 2014. Sydäninfarktin hoito kehittyy. Systole (5), 18–19

Varpula, M. & Tierala, I. 2010. Kardiogeeninen sokki – sydäninfarktin vakava komplikaatio. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim (18). [Viitattu 24.4.2014]. Saatavana: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_ArticleReport&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99087](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_ArticleReport&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99087)

Virtanen R & Airaksinen J. 2006. Sepelvaltimotautikohtaus päivystäjän haasteena.  
Suomen Lääkärilehti 61(46): 4835–8

## SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Astin, F., Closs, S.J., Mclenachan, J., Hunter, S. & Priestley, C. 2008. Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality. *Journal of advanced nursing* 65 (1), 72–83
- Bergman, E., Malm, D., Berterö, C. & Karlsson, J-E. 2011. Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Sweden. *Nursing and health sciences* 13, 156–163
- Blasdell, N.D. 2007. Acute myocardial infarction: a descriptive study of the experience. University of Rhode Island. 1–18
- Bowman, G., Watson, R. & Trotman-Beasty, A. 2004. Primary emotions in patients after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing* 53(3), 636–645
- Dullaghan, L., Lusk, L., Donnelly, P., Mc Geough, M. & Fitzsimons, D. 2013. Communicating with people who have experienced heart attack. *Emergency nurse* 21(6), 33–36
- Gillespie, M. & Melby, V. 2003. Assessing acute myocardial infarction. *Emergency nurse* 11 (5), 26–29
- Hutton, J. M. & Perkins, S. J. 2008. A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 13(1), 87–97
- Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktikoemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Helsinki: Multiprint Oy
- Salminen-Tuomaala, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina: Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
- Sampson, F. C., O`Cathain, A. & Goodacre, S. 2009. Is primary angioplasty and acceptable alternative to thrombolysis? Quantitative and qualitative study of patient and carer satisfaction. *Health expectations* 13, 350–358
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., Sjöberg, T. 2010. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 459–466
- Søderberg, L.H, Johansen, P.P, Herning, M. & Berg S.K. 2013. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of clinical nursing* 22, 3532–3540



- Stevens, S & Thomas, S.P. 2012. Recovery of middlelife women from myocardial infarction. *Health care for women international* 33:1096–1113
- Svedlund, M., Danielson, E. & Norberg A. 2001. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 197–205.
- White, J., Hunter, M. & Holttum, S. 2007. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine* 12(3), 278–288

## **LIITTEET**

Liite 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakusanat

Liite 2. Videon käsikirjoitus

Liite 3. Toiminnallisen opinnäytetyön näyttelijöiden kuvauslupa

Liite 4. Toiminnallisen opinnäytetyön videointiin liittyvä sitoutumissopimus

Liite 5. Opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit ja väitöskirjat

**LIITE 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakusanat**

Systemaattinen tiedonhaku tehtiin syksyllä 2014. Tiedonhaku suoritettiin hakusanoilla:

Acute myocardial infarction	Akuutti sydäninfarkti
Anger	Viha
Angiography	Angiografia
Angioplasty	Pallolaajennus
Anxiety	Ahdistuneisuus
Care pathway	Hoitoketju/hoitopolku
Depression	Masennus
Experiences	Kokemukset
Fear	Pelko
Feelings	Tunteet
Myocardial infarction	Sydäninfarkti
Myocardial infarction patient	Sydäninfarktipotilas
Patient	Potilas
People	Ihmiset

## LIITE 2. Videon käsikirjoitus

### Päivystys:

- Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat herättelevät potilasta ja kertovat hänelle menneistä ja tulevista tapahtumista. Hoitaja kyselee tarkentavia kysymyksiä.
- Potilas kytketään monitoriin.
- Potilaasta otetaan EKG.
- Bioanalytiikko ottaa verikokeita potilaasta.
- Lääkäri tulee tapaamaan potilasta. Kyselee potilaan vointia ja antaa hoito-ohjeita hoitajalle. Lääkäri tekee päätöksen potilaan jatkohoidosta.
- Potilas siirtyy päivystyksestä sydäntutkimusyksikköön. Matkalla Sydäntutkimusyksikköön potilas menee tajuttomaksi ja on eloton. Hoitohenkilökunta joutuu aloittamaan elvytyksen ja defibrilloimaan.
- Potilas palaa tajuihin ja matkaa voidaan jatkaa sydäntutkimusyksikköön.

### Sydäntutkimusyksikkö

- Potilas on tuotu angiografiaan. Tilanne kuvataan, kun potilas makaa tutkimuspöydällä katsellen laitteistoa ja tapahtuman kulkua. Näytöllä näkyy varjoaineen kulku verisuonissa. Potilaalle tehdään pallolaajennus.

### CCU

- Potilaalle on tehty angiografia sekä pallolaajennus ja hän palaa CCU:hun

Hoitajat herättelevät potilasta päivystyspoliklinikalla. Potilaan näkökenttä kirkastuu hieman ja hän katselee hätäntyneenä ympärilleen. Potilas seuraa hoitajien toimintaa hänen ympärillään (monitoriin kytkeminen, labrojen ottaminen...). Potilaalle kerrotaan koko ajan, mitä tehdään. Potilasta siirrettäessä Sydäntutkimusyksikköön, hänen näkökentässään vilkkuu käytävän valot, hoitajien kasvot näkyvät ja äänet kuuluvat sekä tippateline heiluu. Potilas menee elottomaksi, näkökenttä sumenee kokonaan hetkeksi ja äänet ympäristöstä häviävät vähitellen kokonaan. Potilaan elvytystä ja defibrillointia kuvataan ylhäältä päin.

Kun potilas on palaamassa tajuihin, näkökenttä aukenee pikku hiljaa ja potilas alkaa taas katsoa ympärilleen ja on hämillään, mitä on tapahtunut. Hoitajat työsken-

televät potilaan ympärillä ja selittävät hänelle, että hänelle tehdään sydämen varjoainekuvaus. Potilas siirretään sydyyn tutkimuspöydälle. Potilas seuraa hoitajien toimintaa, katselee ympärillä olevia laitteita. Potilaalle kerrotaan tulevista tapahtumista. Tv-ruudusta potilas näkee angiografian kulkua. Hoitajat kertovat potilaalle, että hänelle tehdään pallolaajennus.

Potilas siirretään toimenpiteen jälkeen CCU:hun tarkkailtavaksi. Potilas on edelleen monitorissa ja infuusio jatkuu. Hoitaja antaa potilaalle ohjeita pallolaajennuksen jälkeen.

**LIITE 3. Toiminnallisen opinnäytetyön näyttelijöiden kuvauslupa****Toiminnallisen opinnäytetyön näyttelijöiden kuvauslupa**

Näyttelijä antaa luvan oman kuvansa ja äänensä käyttöön videolla. Hän antaa suostumuksensa etu- ja sukunimensä julkaisuun videon lopputeksteissä. Mitään muita tunnistetietoja ei näy videolla tai tule esiin kirjallisessa opinnäytetyössä. Näyttelijä hyväksyy tällä suostumuksella henkilötietojensa vapaaehtoiseen käsittelyyn (Henkilötietolaki 22.4.1999/523). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri saa hyödyntää videota hoitotyössä. Kaikessa käytössä kiinnitetään erityistä huomiota esiintyjien kunnioittamiseen ja yksityisyyden suojaan. Näyttelijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen. Hän ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon.

Suostun näyttelemään videolla ja annan luvan videon käyttöön. Voin halutessani peruuttaa suostumukseni. Noudatan salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2015

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

## LIITE 4. Toiminnallisen opinnäytetyön videointiin liittyvä sitoutumissopimus

### Toiminnallisen opinnäytetyön videointiin liittyvä sitoutumissopimus

Video kuvataan seuraavien lakien mukaisesti:

- Henkilötietolaki (22.4.1999/523)
  - Tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä noudattaa hyviä tietojenkäsittelytapoja.
  - Henkilötietoja käsitellään laillisesti, noudattaen huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä toimitaan niin, ettei näyttelijöiden yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta.
  - Henkilötietoja käsitellään ainoastaan näyttelijöiden antamalla kirjallisella sopimuksella.
  - Henkilötietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle.
  - Näyttelijöillä on oikeus peruuttaa osallistumisensa videolla missä vaiheessa tahansa.
  - Jokainen videointiin osallistuva on salassapito- ja vaitiolovelvollinen.
- Laki yksityisyyden suojasta työelämässä (13.8.2004/759)
  - tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia työelämässä.
  - Toiminnallisessa opinnäytetyössä käsitellään vain tarpeellisia henkilötietoja eli etu- ja sukunimeä kuvausluvan yhteydessä.
- Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)
  - Jokaisen näyttelijän yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu.

Sitoudumme noudattamaan edellä mainittuja lakeja ja niiden asiasisältöjä huolellisesti ja tarkasti. Video kuvataan niin, ettei siinä esiinny ketään ulkopuolista. Ainoastaan ne henkilöt, joiden kanssa olemme tehneet kirjallisen kuvauslupasopimuksen. Sitoudumme tarkastamaan ja poistamaan sellaiset kohdat videosta, joita emme ole tarkoittaneet kuvata. Kyseiset kohdat poistetaan hävittämällä ne kokonaan.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---



---



---



---



---



---

#### LIITE 4. Opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit ja väitöskirjat

Kvalitatiiviset tutkimukset			
Tekijä	Artikkeli	Julkaisu	Keskeiset tulokset
Astin, F. Closs, S.J. McLenachan, J. Hunter, S. Priestley, C.	Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality.	2008. Journal of advanced nursing	Sydäninfarkti aiheutti hyvin erilaisia odotuksia ja käsitteitä toimenpiteestä ja toipumisesta, mitä ne todellisuudessa olivat. Hoidon laatuun ja nopeuteen oltiin tyytyväisiä, mutta tilanne oli silti järkyttävä potilaalle. Sairaalassa olo aiheutti pelkoa, epäuskoa ja kieltämistä omasta tilanteestaan.
Blasdel, N.D	Acute myocardial infarction: a descriptive study of the experience	2007. University of Rhode Island	Tutkimukseen osallistuvat kokivat epämiellyttävänä hoitohenkilökunnan kiireen päivystyksessä. Lisäksi he pettyivät kuullessaan sydäninfarktidiagnoosista. Erilaiset tukijärjestelmät tukivat heitä traumaattisissa kokemuksissa.  Potilaiden immobilisaatio sairaalassa aiheutti heille enemmän tuskaa, kuin itse koettu sydäninfarkti.
Gillespie, M. & Melby, V.	Assessing acute myocardial infarction	2003. Emergency nurse	Hoitajan ja potilaan välinen kommunikointi ja tiedon jakaminen antaa potilaalle kuvan, että hoitaja on häntä varten. Kommunikaation puute lisää ahdistuneisuutta ja haittaa toipumista. Lisäksi kommunikaatiotaidot ovat tärkeitä, että hoitaja osaa tarjota riittävää kivunlievitystä. Potilaat kokivat, että hoitajat ovat liian kiireisiä eikä siten ole tavoiteltavissa keskustelemaan.



Hutton, J.M. Perkins, S. J.	A qualitative study of men's experience of myocardial infarction	2008. Psychology, Health & Medicine	<p>Sydäninfarktiin sairastuminen ei ollut aina yllätyksellinen, koska oireita oli ollut aiemmin. Toisilla taas sukuraste ennusti tulevaa sydäninfarktia.</p> <p>Sairastuminen herätti pelkoa, vihaa, turhautumista ja epävarmuutta, miten saada luottamus itseensä takaisin ja myös muutoksia minäkuvassa.</p> <p>Kannustuksen saaminen ja sydäninfarktista puhuminen herätti ristiriitaisia tuntemuksia.</p> <p>Potilaat tekivät muutoksia omassa terveystyössänsä sairastuminen jälkeen.</p> <p>Kokemukset sairaalassaolosta ja kuntoutumisesta olivat positiivisia.</p>
Lampi, H.	Miehen sydäninfarktikokemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta.	2005. Väitöskirja, Diakonia-ammattikorkeakoulu	<p>Potilaat kokivat ahdistavaa vaaraa, pelkoa, epätietoisuutta, yksinäämisen tunnetta ja vallankäytön kohteeksi joutumista päivystyspoliklinikalla.</p> <p>Potilailla oli hämmentäviä ja ristiriitaisia tuntemuksia sydänvalvontayksikössä; laitteissa sidoksissa olominen, epävarmuus parantumisesta, lähitulevaisuuden tapahtumat, uuteen sydäninfarktiin sairastumisen riski ja kuolemanpelko.</p> <p>Kuolemanpelko lievenyi siirtyessä sisätautien vuodeosastolle. Potilaat kokivat ahdistuneisuutta ja pelkoa sekä he kokivat hoitoympäristön epämiellyttävänä ja uhkaavana. Sisätautien vuodeosastolla vaihtelivat ilon ja masen-</p>

			<p>nuksen tunteet. Osa potilaista kokivat potilasvaatteet ahdistavalta ja vaikeasti kestäväältä tapahtumalta. Jotkut miehet kokivat syyllisyyttä heikentyneestä terveydentilastaan.</p> <p>Miehet kokivat perheen tapaamisen hyvänä asiana. Kokemusten käsitteleminen auttoi kohtalontovereiden kesken oman sisäisen maailman hahmottamisessa.</p>
Salminen-Tuomaala, M.	Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymisen prosessina	2013. Väitöskirja, Tampereen yliopisto	<p>Sydäninfarktipotilas kokee akuutissa sydäninfarkttilanteessa hämmennystä, stressaantumista, kuormittumista ja he pyrkivät saavuttamaan tasapainon suhteessa ajatuksiinsa, voimavaroihinsa, pelkoihinsa ja tunteisiinsa.</p> <p>Sydäninfarktipotilaat kieltävät tilanteensa vakavuuden. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa on vaikea eläytyä toistensa asemaan ja eivätkä siten kykene myöskään tukemaan toisiaan akuutissa tilanteessa.</p> <p>Potilaan roolin muuttuessa autettavan perheenjäsenen rooliksi, potilas voi masentua omasta heikoudestaan, kokea häpeän ja syyllisyyden tunteita.</p> <p>Sydäninfarktipotilaan selviytymistä sairaalavaiheessa luonnehtii kontrollin tunteen ja tilanteen hallinnan etsiminen ja pyrkimys arjen toimintojen ylläpitämiseen. Sydäninfarktipotilaalle on tärkeää arjen turvallisuuden ja jatkuvuuden säilyminen.</p> <p>Sydäninfarktipotilas kokee</p>

			<p>selviytymisvaatimuksia suhteessa stressaavaan tilanteeseen, vaikeaksi koettuihin tunteisiin, fyysiseen toipumiseen sekä ympäristöönsä, joka muodostuu sekä vieraasta sairaalaympäristöstä että vuorovaikutussuhteista perheenjäsenten, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa.</p> <p>Todellisuuden kohtaaminen ja tilanteen hyväksyminen on helpompaa potilaalle, joka kokenut aikaisemmin elämässään vaikean elämäntilanteen tai vakavan sairastumisen.</p>
Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., -sjöberg, T.	Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later	2010. Scandinavian Journal of Caring Sciences	<p>Väsymys vaivasi naisia ennen ja jälkeen sydäninfarktin. Naiset tunsivat itsensä alempiarvoiseksi terveydenhuollon ammattilaisten silmissä.</p> <p>Naiset kokivat sydäninfarktin toipumisen aikana alhaisista fyysisen toiminnan ja aktiivisuuden tasoista, sekä merkittävän korkeasta ahdistuneisuuden ja masennuksen tasoista.</p> <p>Toipuminen koettiin monimutkaisena prosessina ja se aiheutti pelkoa ja epävarmuutta tulevaisuudesta, eivätkä he kokeneet oloaan turvalliseksi. Naiset eivät enää luottaneet omaan kroppaansa, mikä oli esteenä jatkaa omaa elämäänsä. Heitä myös huoletti sairastua uudelleen sydäninfarktiin.</p> <p>Kaikista ongelmista huolimatta naiset kokivat kiitollisuutta, että olivat elossa.</p>

Søderberg, L.H, Johansen, P.P, Herning, M. & Berg S.K.	Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction	2013. Journal of clinical nursing	<p>Naiset eivät odottaneet sairaalassaoloaikana hoitajien ohjeistusta seksuaalisuudesta. Toisaalta, naiset olisivat halunneet hoitajien kysyvän, haluavatko he tietoa seksuaalisuudesta sydäninfarktin jälkeen.</p> <p>Kotiutuksen yhteydessä haluttaisiin mieluiten otettavan asia esiin kumppanin ollessa paikalla.</p>
Stevens, S & Thomas, S.P.	Recovery of middlelife women from myocardial infarction	2012. Health care for women international	<p>Potilaat eivät saaneet henkilökunnalta tietoa, mikä heitä vaivasi ja mikä aiheutti sydäninfarktin, ja se aiheutti myös pelkoa ja huolehtineisuutta.</p> <p>Potilaat miettivät miksi minulle tapahtui näin. Potilaat eivät ymmärtäneet syitä sydäninfarktin aiheutumiseksi, ja se aiheutti surua, masennusta ja jopa vihaa.</p>
Svedlund, M., Danielson, E. & Norberg A.	Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction	2001. Journal of Advanced Nursing	<p>Sydäninfarkti on todella traumaattinen kokemus fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisestikin. Potilailla oli synkkiä käsityksiä heidän elämän mahdollisuuksista sydäninfarktin jälkeen.</p> <p>Akuutissa tilanteessa potilaat ovat kokeneet kuoleman olevan lähellä. Masennus oli myös hyvin tavallista.</p> <p>Naiset tunsivat syyllisyyttä ja häpeää sydäninfarktin aikana, koska he tunsivat aiheuttavansa ekstra työtä, ja kun he joutuivat olemaan riippuvaisia muista henkilöistä. Naiset kokivat itsensä huonona ja kielsivät tapahtuneen.</p> <p>Muutamalla potilaalla oli</p>

			<p>tunne sairaalassa ensimmäisten päivien aikana, että on aiheuttanut itse sydäninfarktin elämäntapojensa vuoksi.</p> <p>Naiset ottivat etäisyyttä sairauteensa, koska se uhkasi heidän rooliaan arkielämässä.</p>
White, J., Hunter, M. & Holttum, S.	How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping	2007. Psychology, Health & Medicine	Sydäninfarkti oli naisille odottamaton tapahtuma. Sairaalassa hoitotapahtumat aiheuttivat vihan ja pelon tuntemuksia. Potilaat tunsivat itsensä koko ajan luottavaisiksi sairaalassa, koska hoitohenkilökunta tarjosi asiantuntijuuttaan ja he olivat helposti lähestyttävissä. Naiset olisivat halunneet tietoa ja tukea enemmän sairaalassa ehkäistäkseen sydäninfarktin jälkeisen masennuksen.

### Kvantitatiiviset tutkimukset

Tekijä	Artikkeli	Julkaisu	Keskeiset tulokset
Bergman, E. Malm, D. Berterö, C. Karlsson, J-E.	Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Sweden	2011. Nursing and health sciences	<p>Koherenssin tunne alentuu sairaalassa ihmisillä, joilla se on ollut korkea. Koherenssin tunne taas nousee niillä, joilla se on ollut alhainen.</p> <p>Voimaannuttavina tekijöinä kuntoutuksen aikana ovat puoliso, tupakoimattomuus, alkoholitomuus ja hyvä fyysinen kunto.</p>
Bowman, G., Watson, R. & Trotman-	Primary emotions in patients after myo-	2004. Journal of advanced nursing	Sairaalassa potilailla esiintyi masennusta, surua, inhoa, pel-

Beasty, A.	cardial infarction		<p>koa, vihaa ja ahdistusta.</p> <p>Kipu, yksinjäätminen ja äkillinen muutos ärsykeissä, kuten virikkeiden puute, aiheutti pelkoa.</p> <p>Potilaan keskittyessä selviytymiseensä, hän tuli riippuvaiseksi ensisijaisista tunteista kuten ilo, viha, suru ja pelko. Sekundaarisia tunteita kuten syyllisyys, rakkaus, kauteus ja ylpeys, ei esiintynyt.</p>
------------	--------------------	--	--

### Kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimukset

Tekijä	Artikkeli	Julkaisu	Keskeiset tulokset
Dullaghan, L., Lusk, L., Donnelly, P., Mc Geough, M. & Fitzsimons, D.	Communicating with people who have experienced heart attack	2013. Emergency nurse	<p>Artikkelissa on tutkittu potilaita, joilla on ollut NSTEMI pallolaajennushoitona ja STEMI trombolyysi- tai pallolaajennushoitona.</p> <p>STEMI- potilaat kokivat henkeä pelastavan hoidon traumaattisena, kun taas NSTEMI- potilaat eivät kuvailleet sairaalaan tuloa traumaattiseksi.</p> <p>NSTEMI- potilaat muuttivat elämäntapojaan ja käyttäytymistään diagnoosin jälkeen, vaikka he eivät kokeneet hoitojen pelastaneen heidän henkeään. Kun taas STEMI- potilaat kokivat pallolaajennuksen pelastavan heidän henkensä. STEMI muut-</p>

			<p>tivat elämäntapojaan sairastumisen jälkeen.</p> <p>Hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä ja osattava havainnoida sydäninfarktipotilaita ja heidän sairauttaan, että he osaisivat edistää heidän terveyskäyttäytymistään.</p>
<p>Sampson, F. C., O`Cathain, A. &amp; Goodacre, S.</p>	<p>Is primary angioplasty and acceptable alternative to thrombolysis? Quantitative and qualitative study of patient and carer satisfaction</p>	<p>2009. Health expectations</p>	<p>Potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaat, joille tehtiin pallolaajennus, olivat tyytyväisempiä mm. hoidon nopeuteen, kuin potilaat, joille tehtiin trombolysishoito. Pallolaajennus- potilaat olivat tyytyväisiä hoidon tehokkuuteen ja sujuvuuteen, sekä hoitohenkilökunnan tiimityöskentelyyn.</p> <p>Potilastyytyväisyys yhdistettynä potilaan saamaan hoitoon ja tietoon, parantaa potilaan fyysistä ja psyykkistä terveyttä, sekä edistää hänen elämänlaatuansa.</p>