



PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

**RYTMINSIIRTOPOTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN
OHJAUKSESTA HATANPÄÄN SAIRAALAN
ERIKOISPOLIKLINIKALLA**

Sari Mikkola
Jenni-Maija Sarén

Opinnäytetyö
Lokakuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MIKKOLA, SARI & SARÉN, JENNI-MAIJA:
Rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla.

Opinnäytetyö 45 s., liitteet 6 s.
Lokakuu 2009

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa rytminsiirtopotilaiden kokemuksista saamansa ohjauksen suhteen ja sitä kautta kehittää rytminsiirtopotilaiden ohjausta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä olivat, miten potilaat olivat kokeneet Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan henkilökunnalta saamaansa ohjauksen ennen ja jälkeen rytminsiirron. Selvitimme myös, mitä toiveita potilailla oli ohjauksen suhteen.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla viideltä potilaalta, joille oli tehty sähköinen rytminsiirto Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Aineisto käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Potilaat kokivat saaneensa hyvää ohjausta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Erityisesti potilaat olivat tyytyväisiä sairaanhoitajan selkeään ohjaukseen ja läsnäoloon. Lisäksi potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että lääkäri oli perehtynyt heidän potilaskertomuksiin huolella ja heidän ohjauksensa perustui siihen. Potilaat kuitenkin toivoivat kirjallista potilasohjetta jo ennen prekäyntiä. Vaikka potilaat kokivat selviytyneensä hyvin kotona toimenpiteen jälkeen, pitemmällä ajalla jatkohoito-ohjeet jäivät epäselväksi.

Yhdelle haastateltavista oli tehty aikaisemmin sähköinen rytminsiirto. Hän koki, että se vähensin jonkin verran ohjaustarvetta. Jatkossa voisi tutkia, miten aikaisempi rytminsiirto vaikuttaa potilaan ohjaustarpeeseen. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat antamansa ohjauksen rytminsiirtopotilaille, ja miten he perustelevat antamaansa ohjausta.

ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

MIKKOLA, SARI & SARÉN, JENNI-MAIJA:

Cardioverted patients' experiences on guidance in the specialist outpatient department at Hatanpää City Hospital.

Bachelor's thesis 45 pages
October 2009

The purpose of this thesis was to collect information on what kind of guidance cardioverted patients receive in specialist outpatient department.

We chose this subject because atrial fibrillation is a growing problem when people get older. Over 10% in people who are over 75 years old get atrial fibrillation and cardioversion is a fairly common treatment for it.

The method of this study was qualitative. Five patients, who had undergone cardioversion in the specialist outpatient department, were interviewed for this study.

The patients were satisfied with the guidance received and they knew how to manage at home after the operation. They were very content with the doctor's knowledge of their medical history and the guidance given by the doctor. They all felt that the nurse who took care of them on the day of the operation was very professional, gave good information and was there for them. The patients hoped, however, that they would get written information before their preoperative visit to the specialist outpatient department.

Key words: cardioversion, patient guidance, outpatient clinic, atrial fibrillation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Rytminsiirtoa vaativat rytmihäiriöt	7
2.1.1 Eteisvärinä	7
2.1.2 Eteislepatus	9
2.2 Rytmihäiriöiden hoitomuodot	11
2.2.1 Antikoagulanttihoito	11
2.2.2 Sähköisen rytminsiirron toteutus	12
2.3 Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka	14
2.4 Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan toimintaperiaatteet	15
2.4.1 Asiakaslähtöisyys	15
2.4.2 Hoitotyön laatu	16
2.4.3 Hoidon jatkuvuus	17
2.5 Potilasohjaus hoitotyössä	18
2.5.1 Potilasohjauksen toteuttaminen	18
2.5.2 Rytminsiirtopotilaan ohjaus Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla	21
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	23
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
4.1 Kvalitatiivinen menetelmä	24
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä	25
4.3 Opinnäytetyön toteuttaminen	27
5 TULOKSET	29
5.1 Potilaan ohjaus ennen rytminsiirtoa	29
5.2 Ohjaus rytminsiirron jälkeen	30
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
6.1 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu	32
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	34
6.3 Johtopäätökset	35
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilaalle tulee antaa hyvää ohjausta hoidon aikana. Potilaan tulee saada riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista häneen hoitoonsa liittyvistä asioista sairaanhoitajalta sekä muilta hoitohenkilökuntaan kuuluvilta henkilöiltä. Henkilökunnan vastuulla on antaa tietoa ja selkeää ohjausta niin, että potilas ymmärtää sen sisällön ja pystyy osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Potilaan saama ohjaus vaikuttaa ratkaisevasti potilaan hoidon onnistumiseen. Potilas tarvitsee ohjausta ennen ja jälkeen toimenpiteen, jotta toimenpide olisi onnistunut. Kyngäksen ja Hentisen (2008, 27) mukaan hyvän hoidonohjauksen lähtökohtana on hyvä potilaslähtöisyys, joka perustuu potilaan kunnioittamiseen sekä hänestä välittämiseen. Ohjauksen tulisi lisäksi olla yksilöllistä. Tällöin huomioon täytyisi ottaa potilaan oma elämäntilanne ja olosuhteet sekä tieto ja tuki omahoitoon motivoimiseen. Ohjauksen tulisi lisäksi olla eheää ja kiireetöntä, jolloin potilaalla olisi aikaa keskusteluun ja kysymysten esittämiseen. (Diabeteshoitajan opas 1995, 9-11.)

Rytmihäiriöt yleistyvät iän noustessa. Rytminsiirtoja tehdään erityisesti iäkkäille ihmisille, joiden normaali sinusrytmi on kääntynyt poikkeavaksi muun muassa eteisvärinän, eteislepatuksen tai muun sydämen rytmihäiriön vuoksi. Eteisvärinä on yleisin sydämen rytmihäiriö, jota voidaan yrittää kääntää sinusrytmiksi joko sähköisesti tai lääkkeellisesti. (Mustajoki & Ellonen, 2008.) Väestön ikääntyessä rytmihäiriöt tulevat yleistymään tulevaisuudessa. Voidaan siis olettaa, että yhä useampi tarvitsee hoitoa ja ohjausta rytmihäiriöönsä liittyen.

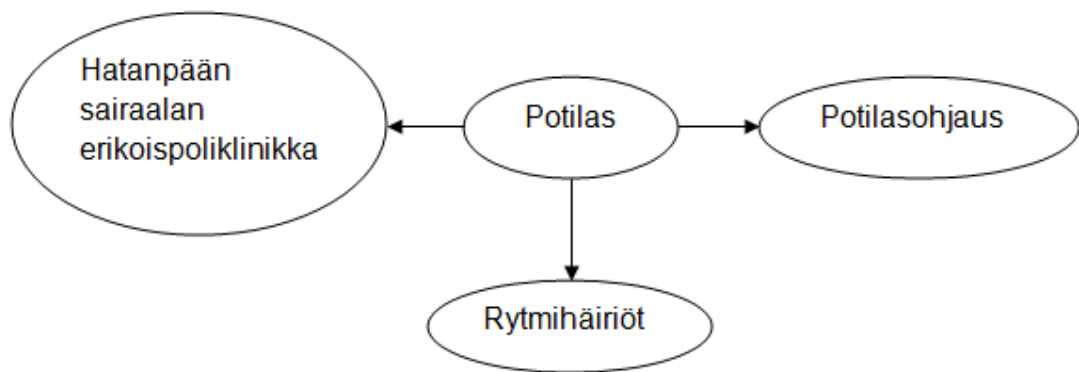
Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan eräänä toimintaperiaatteena on hoidon jatkuvuus, joka kuuluu myös osana potilaan ohjaukseen. Hoitotyön jatkuvuudella pyritään turvaamaan potilaan hoidon jatkuvuus (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1996, 30). Hoidon jatkuvuus pyritään turvaamaan

kirjaamalla ja riittävällä tiedottamisella hoitotyöhön osallistuville. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää tuntea potilaan hoitopolun alku, jotta hoidon alusta ja lopusta saadaan muodostettua hoitoketju. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 68.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa rytminsiirtopotilaiden kokemuksista saamansa ohjauksen suhteen ja sitä kautta kehittää rytminsiirtopotilaiden ohjausta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Valitsimme työmme keskeiseksi käsitteeksi potilaan, koska olemme kiinnostuneet tutkimaan potilaiden kokemuksia. Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Tässä opinnäytetyössä selvitämme, miten rytminsiirtopotilaan ovat kokeneet saamansa ohjauksen Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla (kuvio 1). Tämän luvun loppuun olemme koonneet yhteenvedon teoreettisista lähtökohdista (kuvio 2).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.1 Rytminsiirtoa vaativat rytmihäiriöt

2.1.1 Eteisvärinä

Eteisvärinä eli flimmeri on supraventrikulaarinen eli kammion yläpuolinen rytmihäiriö. Se on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö. Eteisvärinällä tarkoitetaan sitä, että eteiset värisevät kaoottisesti, eivätkä supistu rytmisesti. Flimmeri voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan rytmihäiriön keston ja uusiutumisen mukaan. Paroksysmaalisessa eli kohtauksittain ilmenevässä rytmihäiriössä rytmihäiriö kestää alle viikon ja normaali sydämen rytmi eli sinusrytmi palautuu itsestään. Kroonisessa eli pysyvässä eteisvärinässä rytminsiirto ei yleensä

onnistu. Persistoiva eli jatkuva eteisvärinä kestää hoitamattomana yli viikon, mutta eteisvärinä voidaan kääntää normaaliksi sähköisellä tai lääkkeellisellä rytminsiirrolla. Kuitenkin persistoivassa eteisvärinässä normaali sydämen rytmi saadaan käännettyä sähköisellä rytminsiirrolla 70–90 %:lle potilaista (Lehto & Kala 2002, 1467). Tyyppijako perustuu eteisvärinän uusiutumistaipumukseen ja keston. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 249-250; Heikkilä, Kupari, Airaksinen, Huikuri, Nieminen & Peuhkurinen 2008, 535-536; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Ylimäyry (toim.) 2008, 403.)

Eteisvärinän esiintyvyys vaihtelee paljon potilaan terveydentilan ja iän mukaan. Flimmeri on harvinainen nuorilla, mutta se yleistyy iän mukana. Suurin osa eteisvärinää sairastavista on yli 65-vuotiaita ja sairastuvien määrä lisääntyy jatkuvasti. Alle 60-vuotiailla eteisvärinää esiintyy 0.4%:lla ja yli 75-vuotiailla esiintyvyys on yli 10%. Nuorilla eteisvärinä ilmenee pääasiassa itsenäisenä flimmerinä, johon ei liity sydän- tai muita liitännäissairauksia. Miehillä on kaksi kertaa suurempi riski sairastua flimmeriin kuin naisilla. (Käypä hoito 2005; Mäkijärvi ym. 2008, 403-404.)

Eteisvärinään vaikuttavat tekijät ovat yleensä sydänperäisiä syitä esimerkiksi sepelvaltimotauti, korkea verenpaine ja sydämen vajaatoiminta. Mikäli potilaalla on jokin kardiovaskulaarinen eli sydämeen tai verisuoniin liittyvä pysyvä sairaus, se nostaa hänen eteisvärinään sairastumisen riskiä jopa kolmeviisinkertaiseksi. Eteisvärinän suuri esiintyvyys suomalaisväestössä johtuukin juuri tästä, sillä sydän- ja verisuonitaudit ovat maassamme hyvin yleisiä niin sanottuja ”kansantauteja”. Lisäksi muita altistavia tekijöitä ovat muun muassa diabetes, kilpirauhasen liikatoiminta ja ylipaino. Myös elämäntavat vaikuttavat eteisvärinän alttiuteen. Alkoholien liikakäyttö ja liiallinen kahvin juonti saattavat aiheuttaa tilapäisen flimmerin. (Illikainen & Kerälä 2005, 11; Mäkijärvi ym. 2008, 404-405.)

Eteisvärinän oireet vaihtelevat potilaan voinnin ja vireystilan, syketaajuuden sekä sydänsairauksien mukaan. Osa potilaista ei välttämättä huomaa eteisvärinää lainkaan. Tavallisin flimmerin aiheuttama oire on epäsäännöllisen ja nopean pulssin aiheuttama palpitaatio eli sydämentykytys. Muita oireita ovat huimaus, väsymys, hengenahdistus, päänsärky sekä lisääntynyt

virtsaamistarve. Harvinaisempia oireita ovat rintakipu ja pyörtyminen, joka voi aiheutua vakavasta liitännäissairaudesta, kuten eteiskammiosolmukkeen toimintahäiriöstä. (Mäkijärvi ym. 2008, 405-406.)

Eteisvärinä on pahanlaatuinen rytmihäiriö, sillä hoitamattomana se voi aiheuttaa aivohalvauksen tai muita tromboembolisia komplikaatioita esimerkiksi tukkeumia verisuoneen (Mead, Elder, Flaban & Cordina 2009, 2). Lisäksi elämänlaatu huononee ja eteisvärinä voi johtaa jopa sydämen vajaatoimintaan eli sydäninsuffiensiin. Eteisvärinä rytmihäiriönä johtaa harvoin kuolemaan. Yleensä eteisvärinäpotilaiden kuolleisuus liittyy sydänsairauksien vaikeusasteeseen ja lääkitykseen, joten on epävarmaa onko eteisvärinä itsenäinen vaaratekijä, merkki vaikeasta kardiovaskulaarisesta sairaudesta tai siihen liittyvästä lääkityksestä. (Käypä hoito 2005.)

Eteisvärinä todetaan usein EKG:sta (elektrokardiografia), jolloin EKG:n perusviiva on epätasainen ja eteisaaltoja ei erotu. QRS-heilahdus on kapea ja niiden väli on epäsäännöllinen, kun yleensä QRS-heilahdusta edeltää säännöllisellä taajuudella eteisten supistumista kuvaava P-aalto. QRS-heilahdus kertoo kammioiden supistumiskyvystä. Lisäksi eteisvärinän toteamiseksi otetaan verikokeita ja tarvittaessa sydämen ja keuhkojen röntgenkuva. (Mäkijärvi ym. 2008, 407-408.)

Eteisvärinän hoitomuoto valitaan jokaiselle yksilöllisesti. Siinä huomioidaan oireet, sairaudet, verisuonitukosten vaaratekijät, rytmihäiriöiden kesto ja hoidon hyödyt sekä haitat. Hoitojen tavoitteena on kammiotaaajuuden hidastaminen. Eteisvärinän rytminsiirto voidaan tehdä joko sähköisesti tai lääkkeellisesti. (Mäkijärvi ym. 2008, 409.)

2.1.2 Eteislepatus

Eteislepatus eli flutteri on flimmerin jälkeen tavallisin eteisperäinen rytmihäiriö. Se on yleisempi miehillä kuin naisilla. Eteislepatusen taustalla on elimellinen sydänvika kuten läppävika, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta tai krooninen keuhkohtaumatauti. Myös toksiset ja tulehdukselliset tilat, kuten alkoholi,

tyreotoksikoosi eli kilpirauhasen liikatoimintasairaus ja perikardiitti eli sydänpussin tulehdus voivat aiheuttaa eteislepatuksen. (Holmia ym. 2006, 253; Heikkilä ym. 2008, 555.)

Eteislepatuksen käynnistävät eteisperäiset lisälyönnit, jossa eteisten taajuus on rytmihäiriön aikana säännöllinen. Yleensä tyypillisen eteislepatuksen syy on sydämen rakenne, jossa on alaonttolaskimon ja kolmiliuskaläpän aukon välinen kannas. Eteislepatuksen riskitekijä on sydämen eteiseen kohdistuneet sydänleikkaukset, joista jäävä arpi muodostaa sydämen leikkausalueelle sähköisen rintaman. (Mäkijärvi ym. 2008, 424.) Eteislepatus esiintyy yleensä kohtauksittain. Se voi kääntyä normaaliin sydämen rytmiin tai pitempään jatkuessaan, se voi muuttua eteisvärinäksi. Joillakin potilailla voi ilmetä eteislepatusta ja eteisvärinää vaihtelevasti. (Vauhkonen & Holmström 2006, 119.)

Eteislepatus todetaan, kun EKG:ssa näkyy säännöllinen, sahamainen F- eli eteisaalto ja jatkuva eteisten sähköinen aktiviteetti. Tällöin eteisaaltojen taajuus on 250-350 minuutissa ja niistä joka toinen tai kolmas eteisaktivaatio johtuu kammioihin, jolloin kammiovaste on säännöllinen 80-170 minuutissa. Jos F-aalto ei näy EKG:ssa nopean kammiovasteen takia, voi apuna käyttää eteiskammiojohtumista hidastavaa vagusärsytystä (Valsavan koe, karotispoukaman hierominen) tai adenosiniä. (Heikkilä & Mäkijärvi 2003, 387; Vauhkonen & Holmström 2006, 119; Mäkijärvi ym. 2008, 425.)

Eteislepatuksen oireet ovat hyvin samankaltaisia eteisvärinän kanssa, mutta eteislepatus aiheuttaa useammin kohtauksellisia oireita. Nopeasta kammiotaajuudesta, syke yli 200, voi olla seurauksena akuutti ahdistus, verenpaineen lasku sekä joskus tajunnanmenetys. Yleensä yksittäiseen eteislepatuskohtaukseen ei liity eteistrombin eli eteisveritulpan muodostusta tai embolian eli verihyytymän aiheuttamaa veritulppavaaraa. (Vauhkonen & Holmström 2006, 119.)

2.2 Rytmihäiriöiden hoitomuodot

2.2.1 Antikoagulanttihoito

Eteisvärinässä ja eteislepatuksessa käytetään antikoagulanttihoitoa verisuonitukoksen ehkäisemiseksi. (Holmia ym. 2006, 253.) Antikoagulanttihoitoa käytetään pitkäkestoiseen ja tiheästi toistuvaan lepatuksen hoitoon, jottei eteistrombeja eli veritulppia tai embolioita eli verihyytymiä syntyisi (Vauhkonen & Holmström 2006, 119). Lisäksi antikoagulanttihoitolla estetään aivohalvauksen ja muiden verisuonitukosten syntymistä eteisvärinä- ja eteislepatuspotilailla. Antikoagulanttihoitossa käytetään usein varfariinia (Marevan®) sekä asetyylisalisyylihappo (Asperin®). Asetyylisalisyylihapon teho on kuitenkin heikompi kuin varfariinin, joten sitä käytetään yleensä potilailla, joilla on vähäinen riski saada muun muassa aivohalvaus. (Mäkijärvi ym. 2008, 417-418.)

Antikoagulanttihoitossa käytetään yleensä varfariinia eli suun kautta otettavaa verenohennuslääkettä. Lääke ei liuota jo muodostunutta tukosta, mutta estää uusien hyytymien muodostusta. Tällöin myös veri on juoksevampaa ja hyytyy tavallista hitaammin. (Mäkijärvi ym. 2008, 419)

Lääkkeen ottamisen jälkeen varfariinin huippupitoisuus veressä saavutetaan 3-9 tunnissa. Ruokailu hidastaa, mutta ei vähennä lääkkeen imeytymistä. Hoitotaso saavutetaan usein 5-7 vuorokaudessa, kun lääkitys on aloitettu. Sen aikana aiemmin muodostuneet hyytymistekijät häviävät elimistöstä. Varfariinin vaikutus perustuu K-vitamiinista riippuvien hyytymien vähentämiseen. Tällöin veren hyytymistekijöitä ei muodostu maksassa vaan varfariini muuttuu tehottomaksi aineenvaihduntatuotteeksi, joka erittyy virtsaan. (Holmia ym. 2006, 251; Mäkijärvi ym. 2008, 419.)

Lääkitys määrätään yksilöllisesti potilaalle verinäytteestä mitattavan INR- eli veren hyytymistä kuvaavaan arvon perusteella. INR-tavoitetaso eteisvärinässä on 2,0-3,0. Hoidon aloittamista varten potilas tarvitsee hyvän ohjauksen, jotta

hän ymmärtää hoidon. Potilaalle selvitetään, että tietyt lääkkeet voivat voimistaa tai heikentää varfariinin tehoa. Tällaisia lääkkeitä ovat muun muassa tulehduskipu- tai särkyläkkeet sekä luontaistuotteet. Särkyläkkeistä voi käyttää parasetamolia. Potilasta ohjataan myös kertomaan aina lääkärille antikoagulanttihoidosta. Lisäksi kerrotaan ruokavalion vaikutuksista eli K-vitamiinia tulisi välttää, koska se estää varfariinin imeytymistä. Potilaan tulisi välttää itse hankittuja lääkkeitä, vitamiineja ja luontaistuotteiden rohdosvalmisteita. Lisäksi runsas alkoholin käyttö vaikuttaa varfariinin tehoon. (Holmia ym. 2006, 251; Nurminen 2006, 174-175; Mäkijärvi ym. 2008, 419.)

Veren hyytymistä ehkäisevä lääkitys on joko pysyvä tai väliaikainen. Hoidon keston vaikuttavat potilaan ikä, muut sairaudet, lääkitys ja tukosten kehittymisvaara. Varfariinin aloitusannos on yleensä 5 mg päivässä kolmen päivän ajan. Tämän jälkeen lääkäri arvioi jatkoannoksen uuden INR-arvon mukaan. Ylläpito­hoidossa annos jaetaan tasaisesti eri päville. INR-arvo määritetään 1-2 kertaa viikossa ennen kuin hoito vakiintuu. Hoidon vakiintuessa INR-arvo otetaan noin neljän viikon välein. (Nurminen 2006, 174; Mäkijärvi ym. 2008, 420.)

2.2.2 Sähköisen rytminsiirron toteutus

Sydämen tiheälyöntisyyteen tai pysähdykseen johtavat rytmihäiriöt voidaan hoitaa turvallisesti ja nopeasti sähköisellä rytminsiirrolla eli kardioversiolla. Kardioversiossa sydänlihaksen läpi johdetaan tasavirtasähköisku, jolloin kaikki sydämen omat sähköiset toiminnot pysähtyvät. Samaan aikaan sydämen oma sinussolmuke etsii sydämen normaalin rytmin. (Toivonen 1992, 230-231.)

Sähköisessä rytminsiirrossa tasavirtasähköisku annetaan QRS-heilahduksen aikana. Kardioversio suoritetaan asettamalla kaksi elektrodia potilaan rintakehän päälle. Ensimmäinen elektrodi sijoitetaan potilaan vasemmalle puolelle lähelle sydämen kärkipistettä ja toinen elektrodi ylös, hiukan rintalastan oikealle puolelle. Elektrodit voidaan myös sijoittaa siten, että se elektrodi, joka on potilaan rintalastan päällä, asetetaan potilaan selkäpuolelle ja toinen elektrodi asetetaan normaalisti lähelle sydämen kärkipistettä. Tällöin sähkövirta

ohjautuu parhaiten sydämen läpi. (Toivonen 1992, 232; Käypä hoito 2005; Heikkilä ym. 2008, 543-544.)

Elektrodien asettelun jälkeen annetaan tasavirtaisku, jolloin sähkövirta purkautuu elektrodien kautta sydänlihaksen läpi. Jos käytetään bifaasista defibrillaattoria eli kaksivaiheista defibrillaattoria, aloitusenergia on 100 J. Käytettäessä monofaasista eli yksivaiheista laitetta, aloitusenergia on 200 J. Jos rytminsiirto epäonnistuu, voidaan uusi rytminsiirtoyritys tehdä heti verenpaineen ja eteisvärinärytmin tasaannuttua. Kardioversio edellyttää kevyttä anestesiaa, jonka vuoksi se tehdään sairaalassa. (Toivonen 1992, 232; Käypä hoito 2005; Heikkilä ym. 2008, 543-544.)

Ennen varsinaista rytminsiirtoa potilaalta tarkistetaan, ettei hänellä ole sairauksia tai tekijöitä, jotka voisivat vaikuttaa rytminsiirtoon. Sairauksia, jotka estävät rytminsiirron toteuttamisen ovat muun muassa sydämen vajaatoiminta ja kilpirauhasen liikatoiminta. Näiden aiheuttamat ongelmat tulisi hoitaa ennen kardioversiota. Eteisvärinäpotilailla tarkistetaan, että antikoagulaatiohoito on ollut hoitotasolla vähintään kolme viikkoa. INR-arvon täytyy siis olla 2-3. Potilaalta otetaan myös EKG, jonka avulla varmistetaan, että rytmi on edelleen poikkeava. Potilaan, jolla eteisvärinä on kestänyt yli 48 tuntia, tulee saada antikoagulaatiolääkitys tai hoitotasolla oleva hepariinilääkitys vähintään kolmen viikon ajan ennen rytminsiirtoa. (Lehto & Kala 2002, 1467; Käypä hoito 2005.)

Kardioversion jälkeen potilas jää tarkkailtavaksi poliklinikalle vähintään 2-4 tunnin ajaksi toimenpiteen jälkeen. Potilas on aluksi tunnin verran makuullaan, jonka jälkeen hän saa nousta hiljalleen ylös. Potilaan vointia seurataan ja tarkkaillaan verenpainetta. Ennen kotiutumista potilaalta otetaan vielä EKG, jolla tarkastetaan, että potilaalla on sinusrytmi. Eteisvärinäpotilailla antikoagulanttihoitoa jatketaan pienen riskin potilailla noin neljän viikon ajan ja suuren riskin potilaille suositellaan pysyvää hoitoa. (Käypä hoito 2005.)

2.3 Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka

Sana poliklinikka koostuu kahdesta sanasta, jotka ovat lähtöisin kreikan kielestä. Sana polis tarkoittaa yhteisöä ja kliniko's lääkäriä. Poliklinikalla tarkoitetaan osastoa tai sairaalaa, jossa tutkitaan potilaita ottamatta heitä sisään sairaalaan. Poliklinikalla voidaan myös tarkoittaa sairaalan yhteydessä olevaa potilaiden tutkimus-, hoito-, vastaanotto- sekä avohoitopaikkaa. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 7.)

Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka palvelee gynekologian, ihotautien, kirurgian, ortopedian, urologian, sisätautien ja tartuntatautien potilaita. Se tarjoaa perustason erikoissairaanhoidon palveluja. Tavallisimpia toimenpiteitä ovat esimerkiksi mahan, paksusuolen ja virtsarakon täyhystykset, paikallispuudutuksessa tehtävät leikkaukset, sydämen ultraäänitutkimukset ja kliiniset rasituskokeet. Hoitoon hakeudutaan lääkärin läheteellä. (Tampereen kaupunki 2005.)

Erikoispoliklinikalla työskentelee osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 20 sairaanhoitajaa, joista yksi on diabeteshoitaja ja yksi uroterapeutti (urologisten potilaiden asiantuntijahoitaja), neljä osastonsihteeriä, kolme sairaalahuoltajaa ja välinehuoltaja sekä noin 40 eri erikoisalojen erikoislääkäreitä ja erikoistuvaa lääkäreitä. Vuonna 2008 Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla oli 40 902 kokonaiskäyntiä, sisältäen vastaanottokäynnit, toimenpide- ja puhelinvastaanottokäynnit. Polikliiniset rytminsiirrot aloitettiin helmikuussa 2008 ja niitä tehtiin samana vuonna yhteensä 55 kertaa. (Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka 2009.)

2.4 Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan toimintaperiaatteet

2.4.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on asiakkaan palveleminen hänen omien tarpeiden mukaan ja se vaatii asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja oman hoitonsa päätöksentekoon. Asiakaslähtöinen toiminta alkaa aina asiakkaan omista asioista, kysymyksistä ja hoidon tarpeista. Jokaisella asiakkaalla on omat odotuksensa hoidolle, sillä heidän mielikuvat ja mielipiteet hoidon asiakaslähtöisyydessä vaihtelevat. (Jokela & Meriläinen 2008, 4-9.)

Asiakaslähtöisyydessä on tärkeää asiakkaan palveluiden koordinointi. Asiakas joutuu usein asioimaan monien eri tahojen luona saadakseen asiansa hoidettua. Palvelujen sujumattomuus haittaa erityisesti paljon palveluja käyttäviä, väliinputoajia ja hiljaisia asiakkaita. Tällaisissa tilanteissa avuksi voi saada niin sanotun omaneuvojan tai palveluohjaajan, joka toimii eri palvelujen yhteen sovittajana ja koordinoijana. Omaneuvojan tai palveluohjaajan tehtävänä on huolehtia siitä, että asiakas saa tarvittavat ja riittävät tiedot sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä muusta sosiaaliturvasta. He myös laativat asiakkaalle tarvittaessa palveluketjusuunnitelman. Hyvästä asiakaslähtöisyydestä kertoo se, että palveluohjaaja hahmottaa kokonaisuuden, toimii neutraalina välikätenä ja on asiakkaan puolella sekä tukena. (Iivanainen ym. 2007, 43; Honkinen 2008.)

Asiakaslähtöisyyttä on kuvattu lukuisin eri käsittein sekä monesta eri lähtökohdasta, mikä tekee kokonaisuuden ymmärtämisestä haasteellista (Jokela & Meriläinen 2008, 8). Saumaton palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvoja on henkilö, jonka asiakas on valinnut edistämään, avustamaan ja seuraamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja etuuksien hyvää toteutumista.

Sosiaaliturvakortti on sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä muuta sosiaaliturvaa järjestettäessä ja toteutettaessa käytettävä asiakaskortti, johon sisältyy sähköisessä asiointissa ja muissa sähköisissä sovelluksissa tarvittava tekninen osa. (Iivanainen ym. 2007, 44.)

2.4.2 Hoitotyön laatu

Usein sanan laatu ajatellaan viittaavan johonkin hyvään ja myönteiseen. Kuitenkin sana on neutraali ja sillä tarkoitetaan jonkin ominaispiirrettä tai sellaista, mikä on jollekin ominaista. Minkä tahansa alan ja sen tuottamien palvelujen laadun määrittely on varsin monitahoinen kysymys, jossa tulee huomioida monia eri näkökulmia. Esimerkiksi seuraavat asiat; Ketkä määrittelevät laadun? Millä tasolla laatua tarkastellaan ja mitä pidetään tärkeänä ja tavoiteltavana. WHO eli maailman terveysjärjestö määritteli vuonna 1993 laadun seuraavasti.

Korkeatasoinen terveydenhuolto on hoitoa tai palvelua, jonka ominaisuudet vastaavat vaatimuksia ja joka tämän hetkisen tietotason ja käytettävissä olevat resurssit huomioon ottaen täyttää ne odotukset, jotka kohdistuvat potilaan terveyden ja hyvinvoinnin hyötyjen maksimointiin ja riskien minimointiin. Sen osatekijöitä ovat korkea ammatillinen osaaminen, resurssien käytön tehokkuus, minimaalinen riski potilaalle, potilaan tyytyväisyys ja vaikutus terveyteen.

Laadun määrittelyn tavoitteena on tarkentaa, tulkita ja eritellä mitä laatu sisältää (Pelkonen & Perälä 1992, 63; Outinen, Holm & Lempinen 1994, 13,15.)

Stakes teki ensimmäisen suosituksen laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 1995. Sen keskeinen sisältö oli, että laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä, sen painopiste on asiakaslähtöisyys ja laadunhallintaa toteutetaan tiedolla ohjaamisella. Vuonna 1999 julkaistiin valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Suositus koskee yksityisiä ja julkisia sosiaali- ja

terveydenhuollonpalveluita. Uusi suositus täsmentää edellistä. Se kuvaa, kuinka laadunhallinnalla tuetaan hyvää palvelutoimintaa ja edelleen korostetaan asiakaslähtöistä toimintaa. Se kuvaa myös johtamista keskeisenä asiana laadunhallinnassa. Suosituksen mukaan myös motivoitunut, hyvinvoiva ja osaava henkilökunta on laadun edellytys. (STM, Stakes & Kuntaliitto 1999.)

Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla laatua tarkkaillaan asiakaspalautteen avulla. Tavoitteena on, että 80 % asiakkaista antaa palveluille erinomaisen tai hyvän arvosanan. Poliklinikan tavoitteena on myös ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, joka osaltansa myös vaikuttaa asiakkaiden kokemaan palvelun laatuun. (Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka 2009.)

2.4.3 Hoidon jatkuvuus

Hoitotyön jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että sillä pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus onnistuneessa yksilövastuisessa hoitotyössä (Iivanainen ym. 1996, 30). Hoidon jatkuvuutta pyritään usein kuvaamaan hoitopolulla tai hoitoketjulla. Hoitopolkua kuvaamalla saadaan tietoa hoidon järjestelyn ja parempien hoitokäytäntöjen kehittämiseksi. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää tuntee hoitopolun alku, jotta alku ja loppu saadaan liitettyä hyvin yhteen, niin että ne muodostavan ketjun. Vain näin voidaan turvata hoidon jatkuvuus. (Iivanainen ym. 2007, 68.)

Hoitotyön jatkuvuuteen hoitopolun lisäksi kuuluu hoitotyön kirjaaminen ja riittävä tiedottaminen potilaan hoidosta ja hoitotyöstä hoitoon osallistuville. Hoitotyön jatkuvuus turvataan kirjaamalla potilaan hoito ja hoitotyö potilasasiakirjoihin sekä suunnittelemalla potilaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoitotyön kirjaaminen on potilastietojen dokumentointia eli kirjaamista potilasasiakirjoihin. Kirjaamisella varmistetaan, että hoito on järjestelmällistä ja potilas saa hyvän suunnitellun hoidon. Hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden sekä turvaa hoitoa koskevan tiedonsaannin. (Iivanainen ym. 2007, 70.)

Hoitotyön loppuarvion laatimisella varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus ja se toimii myös oikeudellisena dokumenttina. Loppuarvio laaditaan, kun potilas

siirtyy toiseen hoitolaitokseen, saman hoitolaitoksen toiseen yksikköön, kotiin tai kotisairaanhoidon. Loppuarvion tulee sisältää hoitoon tulon syyn ja potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset sekä potilaan ja mahdollisesti myös omaisten näkemykset potilaalle annetusta hoidosta. Lisäksi loppuarviointi kertoo muun muassa hoitajakson aikana ilmenneistä olennaisista tapahtumista, neuvonnasta, ohjauksesta ja lääkehoidosta. Loppuarviointiin kuuluu myös kuvata potilaan tilaa ja tunteita siirtymishetkellä sekä ottaa kantaa potilaan hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. Huolellisesti laadittu loppuarvio vähentää suullisen raportoinnin tarvetta, koska jatkohoitopaikan sairaanhoitaja saa loppuarvion perusteella nopeasti yleiskuvan potilaan senhetkisestä voinnista. (Iivanainen ym. 2007, 71-72.)

2.5 Potilasohjaus hoitotyössä

2.5.1 Potilasohjauksen toteuttaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilaalle tulee antaa riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista häneen hoitoonsa liittyvistä asioista. Näillä tiedoilla potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lisää tietoa potilas saa eri tavoin toteutetun potilasohjauksen avulla. (Montin 2008, 5.)

Ohjaus on keskeiseen työnkuvaan kuuluva osaamisalue hoitotyössä. Ohjauksella hoitotyössä tarkoitetaan sitä, että ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallaan tavalla. Toisin sanoen ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25; Minkkinen & Timgren 2008, 51.)

Potilaslähtöisyys on laadukkaan ohjauksen lähtökohta, joka perustuu potilaan oman ihmisarvon kunnioittamiseen sekä hänestä ihmisenä välittämiseen.

Potilaslähtöisessä ohjauksessa edellytetään hyvää potilaiden ja heidän tarpeidensa tunnistamista. Ohjauksen keskeiset asiat ovat ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Potilaan ja hoitajan yhteistyö muodostuu molempien yksilöllisistä fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja muista ympäristötekijöistä. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 27.)

Kyngäksen ja Hentisen (2008, 76) mukaan laadullinen asiakasohjaus sisältää tiedollisen, emotionaalisen ja konkreettisen tuen. Tiedollisella tuella tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin ja ymmärrettävästi asiakkaalle on kerrottu hoidosta ja sairaudestaan välttämättömät tiedot ja miten asiakas on ne sisäistänyt. Emotionaalinen tuki liittyy kaikkiin tunteisiin viittaaviin asioihin ja niiden käsittelyyn, jotta hoito ei häiritse asiakkaan arkipäivää. Konkreettinen tuki tarkoittaa kaikkea välineellistä tukea, joita ovat muun muassa taloudellinen tuki ja hoitovälineet.

Ohjausmenetelminä voidaan käyttää yksilöohjausta, ryhmäohjausta tai audiovisuaalista ohjausta. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa se, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tarkoitus. Jotta asiakas ymmärtäisi ohjeet, tulisi hoitajan käyttää useita eri ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Yksilöohjauksella tarkoitetaan, että ohjausta annetaan suullisesti, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, ohjeiden varmistamiseen ja hoitajan tuen saamiseen. Ryhmäohjausta harjoitetaan eri kokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä, jolloin ryhmälle asetetaan yhteinen tavoite, jota kaikki ryhmän jäsenet toteuttavat. Audiovisuaalisessa ohjauksessa tietoa ja tukea saadaan erilaisten teknisten laitteiden kautta, kuten videoiden ja tietokoneiden välityksellä. Audiovisuaalinen ohjaus on hyvä henkilöille, joille lukeminen tuottaa vaikeuksia. (Kyngäs ym. 2007, 74, 104, 116.)

Potilasohjaus on verbaalista ja nonverbaalista sekä kirjallista. Ohjaus voidaan kiteyttää neljään eri tasoon: kuunteleminen ja tarkkailu, kysyminen, palaute ja ohjeiden antaminen. Kuuntelu ja tarkkailu vaativat eniten taitoa, mutta sitä tulisi

käyttää eniten ohjaustilanteissa. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen osuus tulisi olla pienempi, vaikka kirjallisten ohjeiden antaminen onkin välttämätöntä melkein joka tilanteessa. (Minkkinen & Timgren 2008, 52-53.)

Hoidonohjaus toteutuu parhaiten pitkäaikaisessa hoitosuhteessa. Sen keskeisiä piirteitä ovat avoimuus, vastavuoroisuus, luottamus ja elämänläheisyys. Ohjauksen täytyy olla eheää koko ajan, vaikka ohjaajat vaihtuisivatkin. Jotta ohjaus olisi jatkuvaa, pitäisi ohjaussuunnitelman tekeminen ja sen toteutumisen kirjaaminen sekä riittävä raportointi henkilön siirtyessä toiseen ohjaukseen olla hyvää. (Diabeteshoitajan opas 1995, 9.)

Jos potilas käy hoitoryhmässä, täytyy ryhmän hyvästä yhteistyöstä huolehtia. Se on yksi hyvän ohjauksen lähtökohta. Hyvin toimivan ryhmän kanssa sovitaan ryhmän toiminta-ajatukset, tavoitteet ja periaatteet. Tällöin ohjaus voi olla hyvää, kun kaikki noudattavat samoja sääntöjä. Hoidonohjauksen täytyy joka tilanteessa tukea potilasta omahoitoon, jos se on mahdollista. Yksilöllinen ohjaus ottaa huomioon potilaan elämäntilanteen ja olosuhteet sekä tiedon ja tuen tarpeen omahoitoon motivoitumiseen. (Diabeteshoitajan opas 1995, 10.)

Hoidon ohjaajan toivotaan olevan muun muassa positiivinen, ystävällinen, huumorintajuinen ja luotettava. Liiallista holhoamista ja kontrolloimista sekä sääliä tulisi välttää. Potilaat odottavat ohjauksen olevan yksilöllistä, käytännönläheistä ja inhimillistä, joka kannustaa ja aktivoi omatoimisuuteen. Ohjauksen täytyisi ajoittua pitkälle aikajaksolle, jotta ohjauksessa käytävien asioiden kertaaminen olisi mahdollista. Ohjaustilanteen täytyisi olla kiireetöntä, jossa olisi aikaa keskusteluun sekä kysymysten esittämiseen. Tällöin ohjauksessa ehtisi syntyä potilasta tukeva ilmapiiri. (Diabeteshoitajan opas 1995, 11; Sonninen 2006, 16.)

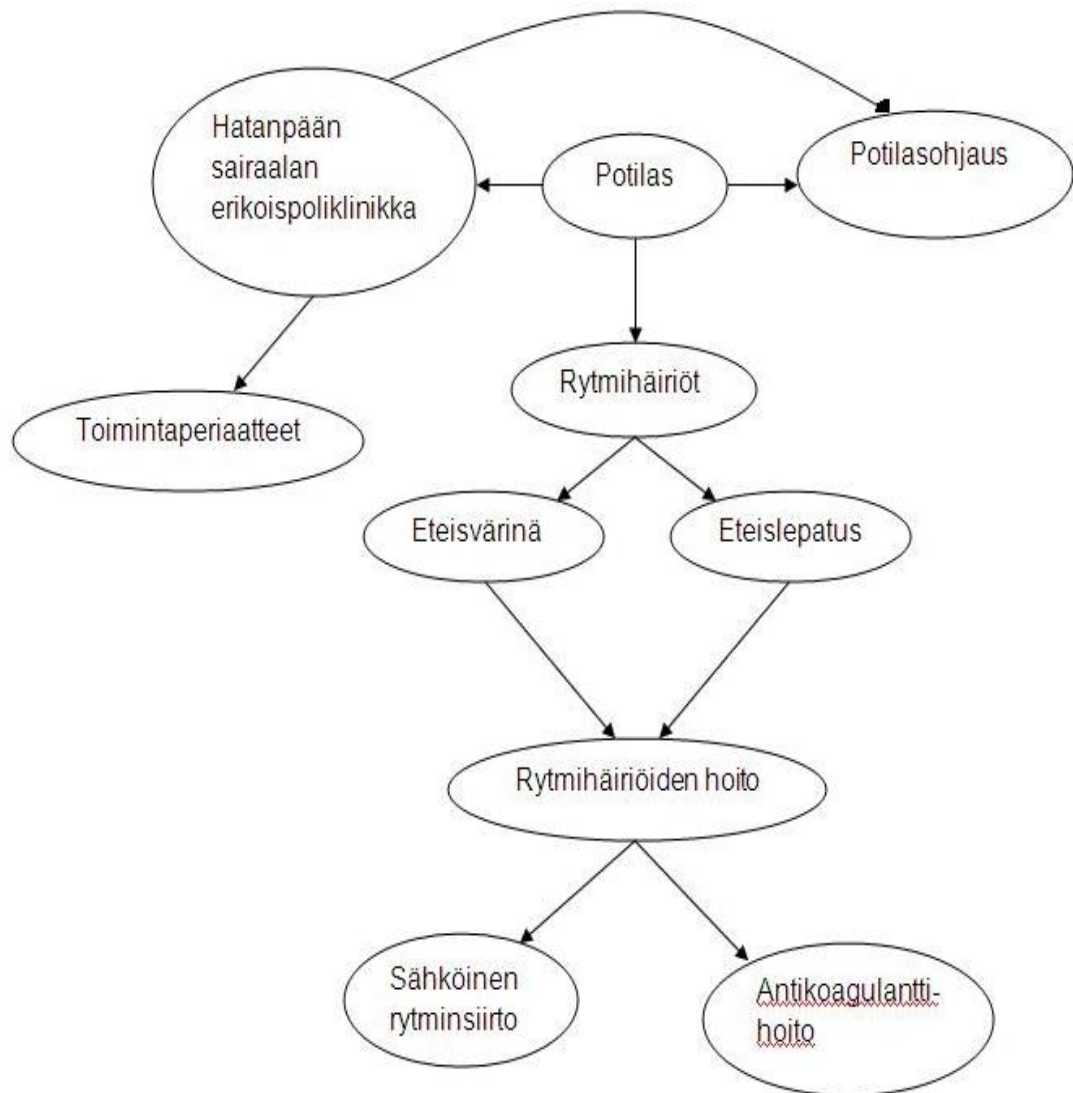
Potilaat kokevat usein saavansa hyvää ja riittävää ohjausta, mutta yleensä heillä on tiedon puutetta esimerkiksi heitä vaivaavasta sairaudesta ja sen hoidosta sekä sosiaalietuuksista. Mahdollisia syitä potilaiden ohjauksen vajavuuteen voivat olla asioiden unohtaminen ja kieltäminen, lääketieteellisten termien ymmärtämättömyys sekä tiedon välttäminen. Potilaat voivat myös

unohtaa ohjaustilanteen tai he eivät ole ymmärtäneet tilannetta ohjaukselliseksi tai tietoa antavaksi. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 232.)

2.5.2 Rytminsiirtopotilaan ohjaus Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla

Potilaat tulevat perusterveydenhuollosta, jossa heille on tehty lähete sähköiseen rytminsiirtoon. Hatanpään sairaalan osasto B5:n osastonhoitaja käy lähetteet läpi ja valitsee joukosta ne, jotka soveltuvat polikliiniseen rytminsiirtoon. Potilaat saavat erikoispoliklinikalta puhelinoiton edellisellä viikolla, ennen rytminsiirtopäivää. Puhelimessa varmistetaan ajan sopivuus heille ja annetaan ohjeistus, mitä laboratoriokokeita on otettava ennen prekäyntiä eli ensikäyntiä. Prekäynnillä potilas tapaa ensin lääkärin, joka myös suorittaa rytminsiirron. Lääkäri käy läpi potilaan soveltuvuuden polikliiniseen rytminsiirtoon ja tutkii potilaan. Sen jälkeen potilas tapaa sairaanhoitajan, joka käy läpi ohjeistuksen ennen rytminsiirtoa. (Harhala 2008.)

Muutaman päivän kuluttua potilas tulee erikoispoliklinikalle, jossa hän pukeutuu sairaalavaatteisiin. Sen jälkeen hänet ohjataan heräämöhön, jossa toimenpide suoritetaan. Toimenpiteen jälkeen potilaita tarkkaillaan tunti heräämössä, jonka jälkeen heidät haetaan takaisin erikoispoliklinikalla. Siellä edelleen seurataan verenpainetta, pulssia ja iv-nesteytystä mahdollisten komplikaatioiden varalta. Iltapäivällä potilailta otetaan EKG. Tämän jälkeen he saavat syödä ja liikkua. Sairanhoitaja on koko ajan läsnä heidän ollessaan erikoispoliklinikalla. Hän hoitaa potilaan tarkkailun ja vastaa kysymyksiin. Myöhemmin sisätautilääkäri, joka on suorittanut rytminsiirron, tulee tarkistamaan potilaan voinnin ja EKG:n. Hän päättää potilaan kotiutumisesta ja kertoo jatkohoito-ohjeet. Koska potilaat on kevyesti nukutettu toimenpiteen ajaksi, pitää heillä olla hakija osastolta lähtiessä ja aikuinen heidän kanssaan seuraavan yön. (Harhala 2008.)



KUVIO 2. Opinnäytetyön teoreettiset käsitteet

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla.

Tämän opinnäytetyön tehtäviä ovat:

1. Miten potilaat ovat kokeneet Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan henkilökunnalta saamansa ohjauksen ennen ja jälkeen rytminsiirron?
2. Mitä toiveita potilailla on ohjauksen suhteen?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa rytminsiirtopotilaiden kokemuksista saamansa ohjauksen suhteen ja sitä kautta kehittää rytminsiirtopotilaiden ohjausta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa, keskusteluihin ja haastatteluihin sekä käyttää tiedon hankinnan apuna lomakkeita tai testejä. Tutkija tarkastelee aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti, jolloin hän yrittää paljastaa odottamattomia asioita tutkimustuloksista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään tapoja, jotka vievät tutkijan lähelle tutkittavaa kohdetta. Tavoitteena tällöin on, että tutkija pyrkii tavoittamaan tutkittavien näkökulman tutkittavana olevasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen tavallisimpia aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu ja havainnointi. Muita aineistonkeruumenetelmiä ovat päiväkirjat, omaelämäkerrat, kirjeet sekä muuta tarkoitusta varten tuotettu kirjallinen ja kuvallinen aineisto tai äänimateriaali. Tutkimuksen kohteena käytetään yleensä kohdetta, jonka kautta tarkasteltavaan ilmiöön on helppo perehtyä. (Eskola & Suoranta 1999, 15; Kiviniemi 2001, 68.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointi on aineistolähtöistä. Analysoinnissa jäsennetään aineistosta teemat, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta merkittäviä vastauksia. Lisäksi aineiston käsittelyssä pyritään kokonaisvaltaisuuteen, jolloin tutkittavaa ilmiötä yritetään ymmärtää suhteessa tutkittujen tapahtumien erityispiirteisiin. (Kiviniemi 2001, 68.)

Kvalitatiivinen tutkimus on kuin jatkuvaa päätöksentekoa tai ongelmanratkaisusarjaa, sillä tutkimuksen ongelma ei aina ole täsmällisesti ilmaistavissa tutkimuksen alussa, vaan tutkimusongelma selkenee koko tutkimuksen ajan. Tutkimukseen liittyviä ratkaisuja voidaan tehdä esimerkiksi johtoaajatusten, johtolankojen tai työhypoteesien perusteella, jolloin ne muuttuvat

ja vaihtuvat kokonaan tutkimusprosessin aikana. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa tarkastelu voi näkemyksen kehittyessä kiinnittyä uusiin mielenkiintoisiin kohteisiin. Onkin tärkeää löytää tutkimuksen edetessä ne ideat, joihin nojaten tutkimuksellisia ratkaisuja tehdään. (Kiviniemi 2001, 69-71.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusasetelman rajaaminen on hyvin tärkeää, koska sillä pyritään estämään tutkimusaiheen liian suuri laajuus. Rajaamisessa on myös kyse tulkinnallisesta rajauksesta, jolloin tutkijan oma mielenkiinto ja tarkastelunäkökulma vaikuttavat aineiston keruuseen ja muodostuvan aineiston luonteeseen. Aineistoa kerätessään tutkija rajaa tutkivaa aihealuetta tulkinnallisesta näkökulmasta, jolloin tutkija pyrkii selkiyttämään tutkittavaa aihealuetta ja sitä kautta löytämään tutkimuksen tulkinnallisen ytimen hahmottamisen. (Kiviniemi 2001, 69-71.)

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Aineisto kerättiin teemahaastattelua käyttämällä. Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jolloin haastattelukysymykset ovat kaikille vastaajille samat, mutta haastattelija voi vaihdella kysymysten järjestystä. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu ei edellytä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta, vaan se lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia. Lisäksi teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47-48.)

Aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Aineiston analyysistä puhuttaessa käytetään usein ilmauksia induktiivinen eli aineistolähtöinen ja deduktiivinen eli teorialähtöinen. Laadullisen tutkimuksen aineisto kuvaa

tutkittavaa ilmiötä, kun analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja ymmärrettävä kuvaus tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 107-110.)

Sisällönanalyysillä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää tietoa. Aineiston analysoinnin tarkoituksena on tiedon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta luodaan mielekästä, yhtenäistä ja selkeää informaatiota. Sisällönanalyysillä pyritään luomaan selkeä aineisto, jotta tutkittavasta aiheesta voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä sen perusteella. Aineiston laadullisessa käsittelyssä käytetään loogista päättelyä ja tulkintaa, jossa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi eli induktiivinen aineiston analyysi jaetaan kolmevaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston redusointi eli aineiston pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä analysoitava data eli informaatio voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu haastatteluaineisto, joka pelkistetään siten, että aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta poimitut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi huolellisesti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, jonka jälkeen luokka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistetään, jotta yksittäiset tekijät saadaan sisällytettyä yleisempiin käsitteisiin. Aineiston teoreettisten käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointi jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110-114.)

Teorialähtöisessä eli deduktiivisessa sisällönanalyysissä luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla käsitejärjestelmä tai teoria. Silloin analyysia ohjaa teema tai käsite. Ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on analyysirungon muodostaminen, jolloin analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia aineistosta noudattaen

aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita. Silloin aineistosta etsitään ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon ja asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Ulkopuolelle jäävistä asioista tehdään taas uusia luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 116.)

4.3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön aiheen saimme Hatanpään sairaalasta. Hatanpään sairaalassa kaivattiin tietoa siitä, miten rytminsiirtopotilaiden ohjaus oli onnistunut erikoispoliklinikalla ja osasto B5:llä. Me valitsimme aiheeksemme rytminsiirtopotilaiden ohjauksen Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Hatanpään sairaalan toiveena oli myös, että työ toteutetaan kvalitatiivisella menetelmällä.

Otimme yhteyttä Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikkaan. Sieltä saimme tietoa potilaiden hoitoprosessista ja mitä toiveita osastolla oli opinnäytetyön suhteen. Kävimme molemmat erikoispoliklinikalla yhden päivän ajan tutustumassa rytminsiirtopotilaan hoitoon joulukuussa 2008. Täytimme lupanomuksen Tampereen kaupungille helmikuun 2009 alussa. Luvan saimme Tampereen kaupungilta helmikuun lopussa ja haastattelut teimme maaliskuun aikana.

Polikliinisiä rytminsiirtoja tehdään osastolla enintään kaksi viikossa. Olimme paikalla, kun potilaat tulivat prekäynnille erikoispoliklinikalle. He tapasivat lääkärin ja sairaanhoitajan, jotka tarkistivat potilaan soveltuvuuden polikliiniseen rytminsiirtoon ja kävivät läpi toimenpiteen kulun. Näiden käyntien jälkeen toinen meistä tapasi potilaat ja kysyi heiltä suostumuksen haastattelulle toimenpiteen jälkeen sekä sovimme haastatteluajan. Olimme paikalla vuoroviikoin ja kolmen viikon aikana saimme kuusi haastateltavaa eli kaikki sinä aikana polikliinisessä rytminsiirrossa olleet potilaat olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Teimme kuusi haastattelua, joista viittä käytimme mukana tutkimuksessa. Jätimme yhden haastattelun pois, koska haastateltava ei itse ollut vastuussa omasta ohjauksen saamisestaan.

Haastattelut teimme 1-5 päivää rytminsiirron jälkeen haastateltavien kotona, lukuun ottamatta yhtä haastattelua, jonka teimme Pirkanmaan ammattikorkeakoulun tiloissa. Haastattelutilanteissa olimme molemmat läsnä, yhtä lukuun ottamatta. Toinen meistä toimi haastattelijana ja toinen tarkkaili tilannetta. Tutkimuksessa oli mukana kaksi naista ja kolme miestä. Haastateltavat olivat iältään 60-78 -vuotiaita. Yhdelle oli aikaisemmin tehty rytminsiirto ja muut olivat rytminsiirrossa ensimmäistä kertaa.

Haastattelut kirjoitimme puhtaaksi heti haastattelujen jälkeen. Litteroituja sivuja tuli yhteensä 26 sivua. Sen jälkeen luimme haastattelut läpi ja aloimme alleviivata esille nousevia asioita tutkimustehtävien valossa. Alleviivatut lauseet keräsimme yhteen ja muutimme ne pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Kumpikin käsitteli aineistoa erikseen, kunnes yhdistimme pelkistetyt ilmaukset yhdessä. Tässä kohtaa palasimme aineistoon, kun tuli ristiriitatilanteita tai halusimme tarkistaa alkuperäisen ilmauksen.

Seuraavaksi kokosimme pelkistetyt ilmaukset yhteen. Pohdimme yhtäläisyyksiä ja eroja, jotka niistä nousisivat esiin. Pelkistetyt ilmaukset luokittelimme eri värein sitä mukaan, kun yhteneviä ilmauksia löytyi (liite 4). Pohdinnan jälkeen muodostui viisi alaluokkaa. Alaluokat yhdistyivät kahdeksi yläluokaksi, joista muodostui yksi yhteinen pääluokka (liite 5).

5 TULOKSET

Tutkimuksessamme selvitimme rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Koimme selkeimmäksi tavaksi esittää tulokset ohjausketjun mukaisessa aikajärjestyksessä.

5.1 Potilaan ohjaus ennen rytminsiirtoa

Potilaihin otettiin yhteyttä puhelimitse erikoispoliklinikalta edellisellä viikolla ennen rytminsiirtoa, jolloin kerrottiin rytminsiirtoaika ja ennakko-ohjeet. Potilaat kokivat, että aika valmistautua rytminsiirtoon oli heille riittävä. Monet toivat kuitenkin esille, että toisenlaisessa elämäntilanteessa aika voisi tulla liian nopeasti.

”Saattaa olla, että joillekin tulee liian äkkiä. Mun oli helppo irrottautua. Jonkun kohdalla se voi olla hankala, liian äkkinäinen.”
”Tuli äkkiä, mutta kysyttiin sopiiko.”

Monet potilaista kaipasivat puhelinkontaktin lisäksi kirjallista tietoa rytminsiirtoon valmistautumisesta, koska nyt hätäisesti tekivät muistiinpanot. Yksi haastateltavista kertoi hänelle olleen epäselvyyttä laboratoriokokeiden suhteen, jotka otettiin ennen prekäyntiä.

”Sain tietää kaikki asiat, mutta olisin odottanut, että oisin saanut myös kirjallisena. Kun puhelu tuli, raapustin lappuun jotain”
”Mä kirjasin ne siinä ylös, niin kyllä sitten pystyi niitä seuraamaan. Ja sehän oli monimutkaista.”

Prekäynnillä potilaat tapasivat ensin sisätautilääkärin, joka myöhemmin suoritti rytminsiirron. Potilaat kokivat, että lääkäri oli hyvin perehtynyt heidän potilastietoihinsa. Hänen antama ohjaus oli potilaiden mielestä riittävää ja asiallista.

”Käytiin koko sairaskertomus ja että mitä tarkoittaa rytminsiirto ja mitä mahdollisuuksia on onnistua.”

Prekäynnillä potilaat tapasivat myös sairaanhoitajan. Potilaiden kokemukset häneltä saadusta ohjauksesta vaihtelivat. Yksi haastateltava sanoi, ettei nähnyt sairaanhoitajaa prekäynnillä ollenkaan. Toisen haastateltavan mukaan sairaanhoitaja kävi läpi samat ohjeet kuin lääkärikin. Osa haastatelluista koki, että sairaanhoitaja selvensi ohjeita ja kävi läpi käytännön asioita.

”Hoitaja kerto, mitä tapahtuu keskiviikkona. Lääkäri puhui saman, mitä hoitaja puhui uudestaan.”

”Se anto ajat, koska siirto tehdään.”

Prekäynnillä potilaat saivat kirjallisen potilasohjeen yhtä henkilöä lukuun ottamatta. Kirjallinen potilasohje oli riittävä sekä helppolukuinen. Useimmat potilaat kokivat, että ohjaus ennen rytminsiirtoa oli pääasiassa ymmärrettävää ja asiat tulivat heille selviksi.

Rytminiirtopäivinä potilaista huolehtinutta sairaanhoitajaa luonnehdittiin empaattiseksi. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä hänen toimintaansa. Potilaat kokivat hyväksi sen, että sairaanhoitaja oli läsnä koko ajan ja tarvittaessa vastasi kysymyksiin. Potilaat kokivat tilanteen ilmapiirin kiireettömäksi. He tunsivat, että sairaanhoitaja tarkkaili ja huolehti heistä.

”Se on varmaan sairaanhoitajan oma panos, mikä tekee siitä, et sä saat kaikki tiedon eli kiireettä siellä ei ollut, et jos sää niin ku halusit kysyä jotain, niin hän oli.”

5.2 Ohjaus rytminsiirron jälkeen

Kotiutustilanteessa lääkärin antamat ohjeet potilaat kokivat nopeaksi. Yhdelle potilaalle oli jäänyt jatkohoito-ohjeet epäselväksi, kun sydämen rytmi ei ollut

kääntynyt. Potilaat olivat saaneet ohjausta elämäntapamuutoksiin ja lääkehoitoon.

”Selkeet oli siinä mielessä että se jäi niinku epäselväksi sitten sillai että ehkä tota voidaan yrittää toisen kerran siirtää mutta koska se tapahtuu niin se ei mulle selvinny siinä. Että kuka sinne sen lähetteen tekee vai kutsuuko Hatanpää jossain vaiheessa uudelleen sinne. Niin siitä mä en sit tällä hetkellä tiedä yhtään mittään.”

Potilaat kokivat selviytyneensä hyvin sähköisestä rytminsiirrosta, eikä heillä ollut ongelmia kotona. Kaikilla potilailla oli kuitenkin tieto siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos rytminsiirron jälkeen tulee ongelmia.

”Hoitajatkin oli antanut ohjeita siitä, että jos jotain tapahtuu, niin mihin saa soittaa.”

”Mä sain sieltä--- lapun, jossa oli et jos viikonlopun aikana tapahtuu jotain, niin sit mä otan yhteyttä sinne ja tänne.”

Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa rytminsiirto-ohjaukseen. Eniten he kaipasivat selvennystä puhelinkontaktiin, jossa he toivoivat lisäksi kirjallista ohjetta. Potilaat toivoivat, että rytminsiirtotoimintaa voisi kehittää nykyisestä kolmen erillisen käynnin (laboratorio, prekäynti ja sähköinen rytminsiirto) sijasta yhteen tai kahteen käyntiin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu

Jokaiseen tutkimukseen liittyy eettisiä ratkaisuja. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa kohdataan eettisiä kysymyksiä tutkimuksen kaikissa vaiheissa, jotka tutkijan tulee huomioida. Informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys mainitaan yleensä tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 19-20; Hirsjärvi ym. 2007, 23.)

Tutkijan tulisi noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, koska tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä. Siksi tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, koska siinä tapauksessa hyvää tieteellistä käytäntöä loukattaisiin. Epärehelliseksi toiminnaksi luetaan muun muassa plagiointi eli toisen tekijän idean, tutkimustuloksen tai sanamuodon kopiointi sekä puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 118; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.)

Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua, sillä laadullinen tutkimus ei ole aina laadukasta tutkimusta. Tutkijan on pidettävä huolta siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, jotta raportoinnista tulee hyvä. Lisäksi eettisyys liittyy tutkimusaiheen valintaan ja aiheen pohdintaan. Tutkimusaiheessa täytyy ottaa huomioon kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127-129.)

Tämän opinnäytetyön suunnitelman pyrimme tekemään hyvin, sillä sen pohjalta oli helppo lähteä työstämään tutkimusta eteenpäin. Teimme opinnäytetyötä yhdessä. Olimme yhteydessä työelämätahoon ja otimme myös heidän mielipiteensä huomioon opinnäytetyön sisältöön. Tässä opinnäytetyössä pyrimme viittaamaan huolellisesti käyttämiimme lähdeteoksiin.

Eettisyyteen kuuluvat myös Manhattan- ja Mengele-tapaukset. Manhattan-tapauksilla tarkoitetaan tutkijan vastuuta tulosten sovellutuksista, jolla viitataan tutkimuksiin, joissa tutkimustulosten soveltaminen on eettisesti kyseenalaista. Mengele-tapauksilla tarkoitetaan tiedonhankintaa ja tutkittavien suoja koskevia normeja. Tällä tarkoitetaan tutkimuksia, joissa tutkittavien suoja osoittautuu kyseenalaiseksi. Tutkittavien suojaan kuuluvat muun muassa osallistuvien vapaaehtoisten suostumus tutkimukseen sekä osallistuja tietää, mistä tutkimuksesta on kyse. Lisäksi tutkijalla on velvollisuus selvittää osallistujalle tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät siten, että he pystyvät ymmärtämään ne. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 130-131.) Mäkisen (2006, 114) mukaan tutkittaville tulee taata mahdollisuus pysyä nimettöminä tutkimuksessa, jolloin lupaus anonymiteetistä rohkaisee ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan.

Tutkimuksessa täytyy noudattaa ihmisarvon kunnioittamista. Tutkittavalle ei saisi aiheuttaa vahinkoa tai loukata häntä riippumatta tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkijan täytyy selvittää osallistujalle, miten hänen yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus turvataan. Tietoja julkistaessa täytyy pitää huolta luottamuksellisuuden säilymisestä sekä anonymiteettisuojasta. Tutkimusta tehdessä on luvattu tietojen nimettömyys, joten tuloksia julkistettaessa on huomioitava se, ettei tutkittavien henkilöllisyyttä paljasteta. Mitä arkaluontoisemmasta asiasta on kyse, sitä paremmin anonymiteettiä on suojattava. Lähtökohtana on oltava, että henkilöllisyyden paljastaminen tehdään vaikeaksi. (Eskola & Suoranta 1999, 56-57.)

Tutkimuksessamme vastaajien anonymiteettiä suojattiin siten, että haastattelut olivat nimettömiä. Ainoastaan tutkimuksen tekijät käsittelivät tutkimusaineistoa ja se tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua. Jokaiselta haastateltavalta kysyimme henkilökohtaisesti kirjallisen suostumuksen tutkimukseemme ja heillä oli mahdollisuus kysyä tutkimuksesta. Lisäksi he saivat saatekirjeen, jossa kerroimme tutkimuksestamme. Tutkittavilla oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta tai perua haastattelun käyttö tutkimuksessa (liite 2).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija itse on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri ja näin ollen arviointi pelkistyy kysymykseen koko tutkimusprosessin luotettavuudesta. Luotettavuutta voidaan tutkia valideetin ja reliabiliteetin avulla. Aineiston sanotaan olevan reliaabeli, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Reliabiliteettiä voidaan myös kartoittaa kolmella eri tapaa. Ensimmäiseksi samaa henkilöä tutkittaessa saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos. Tästä ajattelusta on luovuttava, kun kyseessä on muuttuva ominaisuus. Voidaan myös ajatella, että tulos on reliaabeli, jos kaksi arvioitsijaa päätyy samaan tulokseen. Tämäkään ratkaisu ei aina toimi, koska harvoin kaksi tutkijaa tekee täysin samat päätelmät. Kolmas tapa määrittää reliabiliteettiä on se, että kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä, saadaan sama tulos. Mikään näistä reliabiliteetin määrittäytavoin ei ole täydellinen, koska ihmisen käyttäytyminen riippuu ajasta, paikasta ja kontekstistä (Eskola & Suoranta 1999, 211-214; Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.)

Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointuun. Se myös osoittaa tutkijan tieteellisen otteen ja tieteenalan hallinnan. Ulkoinen validiteetti kertoo tehtyjen johtopäätösten ja tulkinnan sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. (Eskola & Suoranta 1999, 214.)

Haastateltavat olivat varsin hyväkuntoisia, eikä heillä ollut ongelmia rytminsiirtonsa suhteen, joten koimme sen vaikuttavan jonkin verran potilaiden haastattelussa antamiin vastauksiin. Esimerkiksi kaikki eivät muistaneet prekäynnillä tapaamaansa sairaanhoitajaa ja hänen antamaa ohjausta. Toisaalta voi myös vaikuttaa se, että toimenpide oli aika monelle haastateltavalle uusi ja siihen liittyi siksi jännitystä.

Mielestämme käyttämämme lähteet ovat olleet luotettavia. Olemme pyrkineet etsimään uusia lähteitä, siltä osin kun niitä on löytynyt. Haastattelut ensin luimme ja sitten keräsimme pelkistettyjä ilmauksia erillämme. Vasta sitten

yhdistimme ilmaukset samaan listaan, jotta näkökulmia olisi kaksi. Keskustelimme paljon valinnoistamme ja siitä, mihin ne perustuivat.

6.3 Johtopäätökset

Vuonna 2008 erikoispoliklinikalla kerättiin jatkuvaa asiakaspalautetta ja niissä kokonaiskeskiarvo oli 9.22 (Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka 2009). Myös tutkimuksessamme potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. He toivoivat jo etukäteen kirjallista materiaalia. Se on ymmärrettävää, koska monelle toimenpide ja yleensäkin sairaalaympäristö on vieras. Monet potilaat toivat esille myös lääkärin ja hoitajan oman panoksen potilaan hoitoon ja ohjaukseen. He kokivat positiivisena henkilökunnan ammattitaidon. Toivomme, että opinnäytetyömme auttaa erikoispoliklinikkaa kehittämään rytminsiirtopotilaiden ohjausta jatkossa. Väestön ikääntyessä flimmerin esiintyvyys lisääntyy, joten tarve rytminsiirtoihin tulee lisääntymään. (Käypä hoito 2005.)

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Potilaat toivoivat kirjallista ohjetta ennen puhelinkontaktia. Kirjallisen ohjeen voisi lähettää postitse esimerkiksi lähetteen saapumisilmoituskirjeen mukana. Potilailla oli myös eriäviä mielipiteitä lääkärin ja hoitajan työnjaosta prekäynnillä. Osa koki, että hoitaja ja lääkäri käsittelivät samat asiat vastaanotoillaan. Lisäksi yksi potilas koki, että lääkäri ei tiennyt, mitä hoitajan ohjaus sisältää. Osa potilaista taas koki, että asioiden kertaaminen oli hyväksi ja hoitajan ohjaus oli käytännönläheisempää kuin lääkärin ohjaus. Hoitajan ja lääkärin työnjakoa voisi kehittää selkeämmäksi.

Nykyisin polikliininen rytminsiirto vaatii kolme käyntiä eri päivinä (laboratorio, prekäynti ja toimenpide). Osa potilaista toivoi, että käyntikertoja voisi tiivistää esimerkiksi laboratorio ja prekäynti olisi samana päivänä. Potilaille tämä olisi käytännöllisempi vaihtoehto.

Opinnäytetyössämme oli mukana vain yksi potilas, jolle oli aikaisemmin tehty sähköinen rytminsiirto. Hän koki, että se jonkin verran vähensi ohjaustarvetta. Jatkossa voisi laajemmassa mittakaavassa tutkia, miten aikaisempi rytminsiirto vaikuttaa potilaan ohjaustarpeeseen. Olisi myös hyödyllistä selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat antamansa ohjauksen rytminsiirtopotilaille ja, miten he perustelevat antamaansa ohjausta. Koska opinnäytetyömme käsitteli potilaan näkökulmaa, näin saataisiin samaa asiaa tutkittua toisesta näkökulmasta.

LÄHTEET

Diabeteshoitajan opas. Hoidonohjauksen käsikirja. 1995. Tampere: Suomen diabetesliitto OY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3.painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka. 2009. Toimintakertomus 2008. Tampere.

Harhala, M. Osastonhoitaja. 2008. Haastattelu 12.11.2008. Haastattelijat Mikkola, S. & Sarén, J-M.

Heikkilä, J. & Mäkijärvi, M. (toim.) 2003. EKG. Hämeenlinna: Duodecim.

Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim.) 2008. Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu –teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu –teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes S. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, M., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Honkinen, A. 2008. Palveluohjaus on kannattavaa ja asiakaslähtöistä. Sairaanhoidaja- lehti. Päivitetty 1.2.2008. Luettu 1.9.2009.
http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=asiakasl%E4ht%F6isyys.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1996. Hoitotyön käsikirja. 1-4. painos. Helsinki: Kirjayhtymä OY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1-2. painos. Helsinki: Tammi.

Illikainen, L. & Kerälä, K. 2005. Hoito-ohje sähköisestä rytminsiirrosta. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Oulu: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu 28.7.2009.
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2005/90e9f6_OpinnytetyIllikainenKerl.pdf

Jokela, M. & Meriläinen, H. 2008. Asiakaslähtöinen hoitaja. Hoitotyön koulutusohjelma. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö: Kirjallisuuskatsaus. Luettu 2.9.2009.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1478/jokela_mervi.pdf?sequence=1.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M.L. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 16 (5), 225-234.

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

Käypä hoito. 2005. Eteisvärinä. Päivitetty 16.11.2005. Luettu 28.7.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehto, M. & Kala, R. 2002. Eteisvärinän elektiivinen rytminsiirto – hoidon toteutuminen ja tulokset. *Duodecim* 118 (14), 1467-1474. Luettu 18.8.2009.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93055.pdf>.

Mead, G.E., Elder, A., Flapan, A.E. & Cordina, J. 2005. Electrical cardioversion for atrial fibrillation and flutter. Review. Päivitetty 19.5.2005. Luettu 30.9.2009.
http://www.mrw.interscience.wiley.com.elib.piramk.fi/cochrane/clsysrev/articles/CD002903/pdf_fs.html.

Minkkinen, L. & Timgren, S. (toim.) 2008. Terveystieteiden edistäminen ja sairaanhoitajien ohjaustaidot. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja A N: 12.

Montin, L. (toim.) 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia ja raportteja A:55.

Mustajoki, P. & Elonen, M. 2008. Eteisvärinä. Päivitetty 17.11.2008. Luettu 7.1.2009.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00015.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

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

Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoito. 7. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Outinen, M., Holm, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas, laatu sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY.

Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1993. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. 1-2 painos. Tampere: Kirjayhtymä.

Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon ohjaus. Helsinki: Tammi.

Sonninen, E. 2006. Potilasohjaus elämäntieteen tukena - Tulehdusallergisista suolistosairauksista sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Verkkojulkaisu. Stakes, Helsinki 1999. Luettu 16.4.2009. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>.

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M., & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisuja 7.

Tampereen kaupunki. 2005. Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikka. Päivitetty 23.4.2009. Luettu 17.5.2009. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/erikoispoli.html>.

Toivonen, T. 1992. Suomalaisen sydänkirja – opaskirja jokaiselle sydäntään ajattelevalle, ennen kaikkea sydänpotilaalle ja hänen perheelleen ja läheisilleen. Hämeenlinna: Kirjayhtymä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Tammi.

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

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2006. Sisätaudit. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, Työn luonne	Tarkoitus/Tavoite, Tehtävät/Ongelmat	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Lehto & Kala (2002) Eteisvärinän elektiivinen rytminsiirto – hoidon toteutuminen ja tulokset Alkuperäistutkimus	Tarkoitus: Selvittää antikoagulaatiohoidon toteutumista ennen eteisvärinän elektiivistä rytminsiirtoa sekä arvioida sinusrytmin saavuttamista ja säilyttämistä	Kvantitatiivinen tutkimus Helsingin sairaanhoitopiiri n=280 Tutkimus on sairauksetietoihin perustuva takautuva selvitys. Kaplan-Meierin rajatulomenetelmä	Antikoagulanttihoi- don kesto oli erikoissairaanhoidos- sa keskimäärin 52 vrk ja muualla kuin erikoissairaanhoidos- sa 90 vrk. Keskimääräinen viive eteisvärinän toteamisesta rytminsiirtoon oli 76 vrk tapauksissa, joissa AK-hoidon seuranta toteutettiin erikoissairaanhoidos- sa, ja muualla kuin erikoissairaanhoidos- sa seuratuilla 121 vrk. AK-hoito aloitettiin keskimäärin 17 vuorokauden kuluttua rytmihäiriön toteamisesta. Sinusrytmi saavutettiin 254 rytminsiirrossa 292:sta (87%).
Sonninen (2006) Potilasohjaus elämänhallinnan tukena - Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta Pro gradu - tutkielma	Tarkoitus: Kuvata tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia elämänhallintaa tukevasta potilasohjauksesta. Lisäksi tarkastellaan potilaiden elämänhallinnan ulottuvuuksia ja näkemyksiä potilasohjauksen kehittämiseksi. Tehtävät: Kuvata tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden	Kvalitatiivinen menetelmä Sisätautien vuodeosastot n=8 Teemahaastattelu Laadullinen sisällönanalyysi	Osa koki saaneen ohjausta riittämättömästi ja osa riittävästi. Ohjauksen sisältönä oli ollut tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjauksen riittämättömyyteen vaikuttivat henkilökunnan kiire ja lyhyet hoitoajat. Tulevaisuudessa potilaat haluaisivat ohjauksen olevan teoriatiedon lisäksi rohkaisevaa ja heidän yksilöllisyytensä

	kokemuksia potilasohjauksesta ja potilasohjauksesta elämänhallinnan tukena.		huomioivaa.
Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen (2004) Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana Tieteellinen artikkeli	Tarkoitus: Kuvata nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjausta heidän itsensä arvioimana. Tehtävä: Selvittää, miten riittävästi potilaat saavat ohjausta hoidon eri osa-alueista, miten ohjausta toteutetaan, mitkä ovat ohjauksen vahvuudet, heikkoudet ja kehittämishaasteet.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus Vuodeosastot ja poliklinikka n=39 Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli sekä strukturoituja että strukturoimattomia kysymyksiä Induktiivinen sisällön analyysi	Vastaajista 70% sai riittävästi ohjausta. Eniten vastaajat saivat ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta, oireista, röntgenlöydöksistä ja muista tutkimustuloksista, hoidon seurannasta, jatko-ohjeista, apuvälineiden käytöstä ja sosiaalietuuksista. Ohjauksen puutteita oli lääkkeiden sivuvaikutusten, ruokavalion, henkisen jaksamisen, seksuaalisuuden ja sosiaalietuuksien ohjauksessa. Yksilöohjausta pidettiin tärkeimpänä ohjausmenetelmänä. Ohjauksen heikkoudet olivat puutteellinen tiedonsaanti, ohjeiden epätasällisyys ja epäohjonmukaisuus sekä ohjeiden epäyksilöllisyys. Ohjauksen hyvänä puolena vastaajat pitivät sitä, että se auttoi parempaan itsehoitoon kotona, mikä puolestaan vaikutti yleiskunnon paranemiseen ja edelleen elämänlaadun kohentamiseen.

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Teemme Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaopintoihimme liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla tutkimukseen osallistuvia kahden päivän päästä rytminsiirrosta haastateltavan kotona tai muussa yhteisesti sovittavassa paikassa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä se vaikuta saamaanne hoitoon Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Haastattelusta saatuja tietoja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Tiedot ovat nimettömiä ja ne tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön.

Sairanhoitajaopiskelijat

Sari Mikkola

Puh: xxx-xxxxxxx

sari.h.mikkola@piramk.fi

Jenni-Maija Weide

Puh: xxx-xxxxxxx

jenni-maija.weide@piramk.fi

Vastaamme mielellämme lisäkysymyksiinne!

Kiitos avustanne!

Suostumus haastatteluun:

Paikka ja päiväys _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Ikä?

Sukupuoli?

1. Aikaisemmat rytminsiirtokokemukset

- Onko tehty aikaisemmin?
- Jos on tehty, onko tehty erikoispoliklinikalla?
- Milloin?
- Vaikuttiko aikaisempi rytminsiirtokokemus ohjaustarpeeseen?

2. Ohjaus ennen rytminsiirtoa

- Millaista ohjausta saitte?
- Miten koitte ohjauksen? Oliko riittävää/vajaata?
- Miten voisi kehittää?
- Miten koitte lääkärin ja sairaanhoitajan ohjauksen?
- Saitteko kirjallisen potilasohjeen?
- Millainen se oli? Oliko siitä hyötyä?

3. Ohjaus rytminsiirron jälkeen

- Millaista ohjausta saitte?
- Miten koitte ohjauksen? Oliko riittävää/vajaata?
- Miten voisi kehittää?
- Miten koitte lääkärin ja sairaanhoitajan ohjauksen?

4. Kotona selviytyminen

- Oliko tarpeeksi tietoa selviytyä kotona?
- Oliko teillä tietoa mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
nyt mä oon jo asiantuntija omassa sairaudessani.	asiantuntijuus omassa sairaudessa	Potilaasta itsestään lähtevät kokemukset	Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta ennen rytminsiirtoa	Potilaiden kokemukset saamastaan rytminsiirto ohjauksesta
mä kirjasin ne ylös, niin kyllä pystyin sitten niitä seuraamaan	ohjauksen omaksuminen			
mä tiedän että olen kokenut sen kaiken, että mikään ei ole varsinaisesti uutta, että mikään niistä ohjeistakaan ei ole uutta sitten	aikaisempi kokemus rytminsiirrosta			
mun oli helppo irrottautua, mutta aivan varmasti niin jos jonkun kohdalla voi olla hankala	potilaan oma elämäntilanne			
varmaan me kaikki potilaat toivotaan et päästään sinne niinku heti	helpotuksen tunne hoitoon pääsystä			
jos ei sovi (toimenpideaika) niin sovitaan	helpotuksen tunne hoitoon pääsystä			

Esimerkki analyysistä

Analyysikuvio

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
<p>Helpotuksen tunne hoitoon pääsystä</p> <p>Aikaisempi kokemus rytminsiirrosta</p> <p>Ohjauksen omaksuminen</p> <p>Potilaan oma elämäntilanne</p> <p>Asiantuntijuus omassa sairaudessa</p>	<p>Potilaasta itsestään lähtevät kokemukset</p>		<p>Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta ennen rytminsiirtoa</p> <p>Potilaiden kokemukset saamastaan rytminsiirto ohjauksesta</p>
<p>Kirjallisen ennakkotiedon puute</p> <p>Tietoa laboratoriotutkimuksista</p> <p>Ennako-ohjeet</p> <p>Puhelimessa annettu ohjaus</p> <p>Potilaan oman elämäntilanteen huomiointi</p>	<p>Potilaiden kokemukset puhelinohjauksesta</p>	<p>Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta ennen rytminsiirtoa</p>	
<p>Toimenpiteeseen liittyvien käytäntöjen ohjaus</p> <p>Potilaan sairauskertomuksen huomiointi</p> <p>Potilaan valmistelu toimenpiteeseen</p> <p>Toimenpiteen selvittäminen</p> <p>Selkeä kirjallinen ohje</p> <p>Toimenpiteen onnistumismahdollisuudet</p>	<p>Potilaiden kokemukset Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalta saadusta ohjauksesta ennen rytminsiirtoa</p>		
<p>Potilaan kokema kiireettömyys</p> <p>Neuvova ja ohjaava hoitaja</p> <p>Mahdollisuus esittää kysymyksiä</p> <p>Kokemus henkilökunnan asiantuntijuudesta</p> <p>Hoidosta keskustelu</p>	<p>Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta</p>	<p>Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta rytminsiirron jälkeen</p>	
<p>Kääntymättömän rytmin jatkohoito</p> <p>Jatkohoidon ohjaus</p> <p>Elämäntapaohjaus</p> <p>Mahdollisten ongelmatilanteiden huomiointi</p> <p>Lääkehoidon ohjaus</p> <p>Kotihoito-ohjaus</p> <p>Ohjaus liikuntaan</p>	<p>Potilaiden kokemukset jatkohoidon ohjauksesta</p>		