

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja AMK

Satu Vikman

SEPELVALTIMOIDEN VARJOAINEKUVAAKSEEN MENEVÄN POTILAAN  
OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö 2010

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyö

---

VIKMAN, SATU	Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menevän potilaan ohjauksen kehittäminen
Opinnäytetyö	81 sivua + 6 liitettä (17 sivua)
Työn ohjaaja	Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Toimeksiantaja	Mehiläinen Oy
Toukokuu 2010	
Avainsanat	ohjaus, varjoainekuvaus, pelko, laatukriteerit

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta Mehiläisen sairaalan sydäntutkimusyksikössä. Tarkoituksena oli myös selvittää onko potilaiden saama ohjaus ollut riittävää ja laadukasta koko hoitoprosessin ajan ja onko potilailla toivomuksia ohjauksen parantamiseksi. Tavoitteena oli näyttöön perustuvan tiedon ja puhelinhaastattelun perusteella tuottaa potilasohjauksen laatukriteerit ja suosituksia ohjaustoiminnan kehittämiseen. Laatukriteerien perustana on Roperin elämisen toimintojen malli, johon on teorian tiedon ja aikaisempien tutkimusten pohjalta luotu varjoainekuvauspotilaan laadukas ohjausprosessi. Laatukriteerit ovat liitteenä kaikkien käytettävissä.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat helmi-maaliskuussa 2010 Mehiläisen sydänlaboratoriossa suunnitellussa varjoainekuvauksessa olleet potilaat, joille ei samalla kertaa tehty pallolaajennusta. Sydänlaboratorion henkilökunta jakoi otokseen valituille (N=19) saatekirjeet, ja vastausprosentti oli 83 (N=16). Tutkimusaineisto hankittiin strukturoidun haastattelulomakkeen avulla tehdyllä puhelinhaastattelulla. Haastattelulomake sisälsi 35 strukturoitua kysymystä ja yhden avoimen kysymyksen. Lomakkeen kysymykset pohjautuivat teoriaosassa esiintyviin sydänpotilaita, potilasohjausta ja pelkoa koskeviin tutkimuksiin ja alan kirjallisuuteen. Aineiston käsittelyyn ja analysointiin käytettiin Microsoft Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelmaa. Tutkimustulokset esitettiin sanallisesti analysoiden sekä prosentteina ja numeroina, osittain graafisten taulukoiden tukemana.

Puhelinhaastattelun perusteella potilaat olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja hoitoon. Ohjaus oli yksilöllistä ja kattavaa. Tuloksista ilmeni kuitenkin, että varjoainekuvauksen riskeistä olisi hyvä kertoa potilaalle etukäteen ja jälkihoito-ohjeiden kattavuuteen ja ohjaukseen olisi hyvä panostaa. Ohjausympäristön rauhallisuuteen tulisi myös kiinnittää huomiota.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

---

VIKMAN, SATU	Development of Guidance of Coronary Angiography Patient
Bachelor's Thesis	81 pages + 17 pages of appendices
Supervisor	Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, senior lecturer
Commissioned by	Mehiläinen Oy
May 2010	
Keywords	guidance, coronary angiography, fear, quality criteria

The purpose of this study was to map coronary angiography patients' views on patient guidance at the cardiac clinic at Mehiläinen hospital. The purpose was to find out whether the guidance received by the patients was sufficient and of a high quality throughout the process. The purpose was also to find out if the patients wished to improve the guidance. The aim was to provide quality criteria for patient counselling and recommendations for developing patient guidance processes on the basis of evidence-based information and a telephone interview. The quality criteria are based on Roper's model of nursing, which includes a high quality guidance process of coronary angiography patients based on theory and previous researches. The quality criteria are attached and available to anyone interested.

The target group of the study were patients who had a scheduled coronary angiography but not PCI at the same time at Mehiläinen cardiac clinic in February - March 2010. The staff handed those selected to the sample (N = 19) (a) cover letters and the response rate was 83 (N = 16). The data was collected by structured questionnaires based on the telephone interviews. The questionnaire had 35 structured questions and one open question. The questions were based on the literature and researches of heart patients, patient guidance and fear presented in the theoretical part. The data was processed and analyzed by Microsoft Excel 2007. The results were presented analyzing verbally and by percentages and numbers, in part supported by graphic tables.

On the basis of the telephone interviews the patients were generally very satisfied with the guidance and care at Mehiläinen cardiac clinic. The guidance was individual and comprehensive. The results showed, however, that it would be necessary to tell about the risks of an angiography to patients in advance. After-care instructions and guidance are important and the staff should pay attention to them. A quiet guidance environment is also important.

## Sisällys

1	JOHDANTO .....	7
2	KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ: SEPELVALTIMOTAUTI, VARJOAINEKUVAUS JA OHJAUS.....	10
2.1	Sepelvaltimotauti .....	10
2.2	Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus.....	11
2.2.1	Varjoainekuvauksen aiheet .....	12
2.2.2	Varjoainekuvauksen vasta-aiheet ja komplikaatiot.....	14
2.3	Ohjaus – käsitteen määrittelyä.....	14
3	ELÄMISEN TOIMINTOJEN MALLI .....	16
4	POTILASOHJAUKSEN LAADULLISIA LÄHTÖKOHTIA .....	19
4.1	Ohjauksen lähikäsitteet.....	19
4.2	Potilasohjauksen laatutekijöitä.....	20
4.2.1	Potilasohjauksen oikeudelliset ja eettiset tekijät.....	21
4.2.2	Potilasohjauksen haasteita.....	22
4.2.3	Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys ohjauksessa.....	23
4.2.4	Ohjaukseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät.....	24
4.2.5	Ohjausmenetelmän valinta potilasohjauksessa.....	25
4.2.6	Vuorovaikutus ohjaustilanteessa .....	26
4.2.7	Ohjaajan vastuu laadukkaasta potilasohjauksesta .....	26
4.3	Potilaan pelko ja emotionaalinen tuki.....	28
4.3.1	Pelko käsitteenä .....	28
4.3.2	Pelko sydänpotilaalla.....	29
5	VARJOAINEKUVAUSPOTILAAN OHJAUSMALLI .....	32
5.1.1	Ennen tutkimusta tapahtuva ohjaus .....	33
5.1.2	Tutkimuksen aikainen vaihe .....	36

5.1.3	Tutkimuksen jälkeinen vaihe .....	37
5.1.4	Yhteenveto ohjausprosessista ohjauksen malliksi.....	40
5.2	Tutkimusasetelma yhteenvetona teoreettisista lähtökohdista .....	44
6	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	46
7	TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT .....	47
7.1	Tutkimusmenetelmä .....	47
7.2	Kohderyhmä ja otos.....	48
7.3	Haastattelulomakkeen laadinta ja aineistonkeruu.....	49
7.4	Aineiston käsittely ja sen analysointi.....	50
7.5	Luotettavuus ja eettiset näkökohdat .....	51
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	54
8.1	Vastaajien taustatiedot .....	54
8.2	Sepelvaltimotauti .....	55
8.3	Ohjaus ja sen sisältö.....	56
8.4	Pelko.....	60
8.5	Tyytyväisyys hoitoon.....	61
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	63
9.1	Tulosten tarkastelua .....	63
9.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	70
10	OHJAUSTOIMINNAN SUOSITUKSET.....	73

## LÄHTEET

## LIITTEET

Liite1. Kyselylomake

Liite 2. Muuttujataulukko

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko

Liite 5. Lomake tutkimukseen suostumisesta

Liite 6. Varjoainekuvauspotilaan ohjauksen laatukriteerit

## 1 JOHDANTO

Potilaan tiedonsaantioikeus on kirjattu Suomessa lakiin Potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/92). Se määrää, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Tämän selvityksen antaa terveydenhuollon ammattihenkilö, ja se on annettava siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaan on saatava tietoa omalla äidinkielellään ja jos tämä ei ole mahdollista, on potilaalle huolehdittava tulkki. Tämä koskee myös aisti- ja puhevikaisia potilaita. (Laki potilaan oikeuksista, 5 §.) Potilaalla on siis oikeus ohjaukseen ja sitä kautta tiedonsaantiin jo lakipykäläänkin perustuen. Asiakkaan oikeutta tietää terveydestään ja hoidostaan voidaan pitää ohjauksen perustana (Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007, 145).

Tutkimusten mukaan laadukas potilasohjaus lisää asiakkaan terveyttä ja edistää toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä sekä itsenäistä päätöksentekoa. Sillä on vaikutusta myös potilaan mielialaan vähentämällä masentuneisuutta, pelkoa ja ahdistusta sekä yksinäisyyden tunnetta. (Kyngäs ym. 2007, 145; Ohtonen 2006, 3.) Hyvällä potilasohjauksella on laajemmassa merkityksessä vaikutusta myös kansantalouteen ja kansanterveyteen, sillä hyvällä ohjauksella on voitu vähentää sairauteen liittyviä oireita, lisäsairauksia, hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä sekä sillä on voitu tehostaa hoitoseurantaa. (Kyngäs ym. 2007, 145; Ohtonen 2006, 3.) Potilasohjauksen merkitys on nykypäivänä korostunut, sillä hoitoajat ovat lyhentyneet ja potilaat kotiutetaan pikaisesti. Potilasohjaukselle ei jää paljoa aikaa ja potilaiden tulee omaksua tiedot ja taidot lyhyessä ajassa. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta Mehiläisen sairaalan sydäntutkimusyksikössä. Tarkoitus on myös selvittää, onko potilaiden saama ohjaus ollut riittävää ja laadukasta koko hoitoprosessin ajan ja onko potilailla toivomuksia ohjauksen parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa miten potilasohjaus potilaiden mielestä toimii, mitä ohjaus pitää sisällään varjoainetutkimuksen eri vaiheissa ja toivovatko he jotain muutoksia ohjausprosessiin. Tavoitteena on näyttöön perustuvan tiedon ja puhelinhaastattelun perusteella tuottaa potilasohjauksen laatuksiteerit ja suosituksia ohjaustoiminnan kehittämiseen.

Tutkittava aihe on tärkeä, koska varjoainekuvaukseen menevien potilaiden ohjausta on tutkittu Suomessa vain hyvin vähän. Mehiläisen sydänlaboratoriossa vastaavaa tutkimusta ei aikaisemmin ole tehty. Potilasohjauksesta sekä toisaalta sydänpotilaiden ohjauksesta on tehty tutkimuksia. Varjoainekuvausta voidaan mielestäni verrata esimerkiksi päiväkirurgiseen toimenpiteeseen siinä suhteessa, että molemmat toimenpiteet ovat kajoavia ja potilas tulee toimenpiteeseen toimenpidepäivänä ja kotiutuu myös samana päivänä. Alhon ja Nylundin (2002, 9) tutkimuksen mukaan päiväkirurgisen potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutuksellinen ohjauskontakti jää lyhyeksi juuri sairaalassaolon lyhyden vuoksi ja tästä syystä potilas tarvitsee hyvän suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallisia ohjeita, joita voi myöhemmin itse lukea.

Johanna Heikkilä (1998) on väitöksessään tutkinut sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden pelkoja ja niiden mittaamista. Tutkimustulokset kertovat, että 80 % potilaista tunsi pelkoa liittyen varjoainekuvaukseen. Pelot johtuivat lähinnä epävarmuuteen sairaudesta, tutkimustuloksiin ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen. Tulokset korostivat yksilöllisyyden merkitystä potilaiden tarpeiden määrittelyssä ja hoitotyön toteutuksessa. Potilaalle annettavan tiedon ja



tuen tulisi keskittyä potilaiden keskeisiin pelkoihin, joita olivat sepelvaltimotaudin diagnosointiprosessi ja sepelvaltimotaudin hoitokeinot.

Tutkimus on kvantitatiivinen kyselylomaketutkimus. Lomake sisältää strukturoituja kysymyksiä. Kohderyhmän muodostavat potilaat, joille tehdään sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia. Otoksen ulkopuolelle jäävät potilaat, joille tehdään samalla kertaa myös pallolaajennus (PCI).

## 2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ: SEPELVALTIMOTAUTI, VARJOAINEKUVAUS JA OHJAUS

### 2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti on Suomessa yleisin verenkiertoelinten sairaus, jota sairastaa maassamme noin 300 000 ihmistä (Kettunen 2008, 250; Suomen Sydänliitto 2006). Sepelvaltimotauti on sydämen veren- ja hapensaannista huolehtivien valtimoiden eli sepelvaltimoiden sairaus, jonka aiheuttaa sepelvaltimoiden kovettuminen eli ateroskleroosi. Valtimoiden sisäseinämiin kertynyt rasva kovettuu ateroomaplakiksi, jotka vähitellen ahtaavat sepelvaltimoita ja estävät sydänlihasta saamasta verta ja happea. (Suomen Sydänliitto 2006). Usein taudin kehittyminen oireita antavaksi on varsin hidasta. Kun puolet valtimon poikkileikkauksen pinta-alasta on ahtautunut, veren virtaus hidastuu ja sydänlihas kärsii iskemiasta. (Suomen Sydänliitto 2006; Strandberg 2005, 48.)

Sepelvaltimotaudin tärkeimmät vaaratekijät ovat suurentunut veren kokonaiskolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja tupakointi. Muita vaaratekijöitä ovat pieni HDL-kolesterolipitoisuus, suuri veren triglyseridipitoisuus, diabetes, insuliiniresistenssi, lihavuus, liikunnan puute, tromboogeeniset tekijät, sosioekonominen asema, psyykkiset tekijät, antioksidanttien vähäisyys, infektiot ja estrogeenin puute. Kolmea ensimmäistä syytä on pidetty niin merkittävinä, että niitä on nimitetty sepelvaltimotaudin syiksi. (Reunanen 2000, 384.)

Sepelvaltimotauti voi ilmetä eriasteisena. Angina pectoris, akuutti sepelvaltimotautikohtaus ja sydäninfarkti ovat sen ilmenemismuotoja. Angina pectoris on sepelvaltimotaudin tunnetuin ilmentymä, jossa seinämän kovettuma ahtauttaa sepelvaltimoa. Etenkin rasisitustilanteessa ahtauma estää verenvirtauksen lisääntymisen ja sydänlihas ei saa riittävästi verta. (Kettunen 2008, 241; Suomen Sydänliitto 2006.) Akuutti

sepelvaltimotautikohtaus syntyy, kun sepelvaltimon seinämän plakki tai plakin päälle kertynyt verihyytymä ahtaavat suonta (Heikkilä 2000, 473). Sydäninfarkti syntyy kun sepelvaltimon seinämän plakki tai ahtauma repeää suonen sisäpuolelle ja ahtauman kohdalle syntyvä verihyytymä aiheuttaa äkillisen sepelvaltimon tukoksen. Muitakin harvinaisempia syitä sydäninfarktille on todettu; mm. aortan dissekoituma, sädetys, tylppä sydänvamma tai spasmi. (Heikkilä, Luomanmäki & Voipio-Pulkki 2000, 484-485.)

## 2.2 Sepelvaltimoiden varjoainekuvauus

Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen eli koronaariangiografian (jäljempänä varjoainekuvauus) tarkoituksena on todeta mahdollinen sepelvaltimotauti, sen vaikeusaste, mahdolliset ahtaumat sekä vasemman kammion koko ja toiminta. Varjoainekuvauksia tekevät siihen koulutetut kardiologit. Löydösten perusteella sydänlääkäri tekee arvion siitä, voidaanko potilaan oireita helpottaa pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. (HUS sydäntutkimusosasto 2004; Mustajoki & Kaukua 2008). Varjoainekuvauus on tällä hetkellä ainoa laajasti kliinisessä käytössä oleva menetelmä, jolla voidaan kiistattomasti todeta tai pois sulkea ahtauttava sepelvaltimotauti (Airaksinen 2006, 98). Usein pallolaajennus eli angioplastia voidaan tehdä samalla kertaa varjoainekuvauksen yhteydessä (Yli-Mäyry 2008, 63).

Varjoainekuvauus tehdään punktiotekniikalla paikallispuudutuksessa yleensä joko reisivaltimon tai varttinävaltimon kautta. Esitaivutetut varjoainekuvauuskatetrit viedään sepelvaltimoiden suulle ohjainvaijeria hyväksikäyttäen pistopaikkaan asetetun lyhyen sisäänvientikatetrin kautta. Suonet kuvataan useassa eri suunnassa, jotta erityisesti haarakohtien anatomia saadaan hyvin näkyviin. Sydämen pumppaustoimintaa ja läppien toimintaa voidaan tarvittaessa arvioida vasemman kammion ja aortan varjoainekuvauksen ja painemittausten avulla. Varjoainekuvauksen tulkinta perustuu pääasiassa visuaaliseen

arviointiin. Valtimonkovettumataudin aiheuttamat ahtaumat ja tukokset ovat yleisimmät muutokset. Yleensä katsotaan, että yli 50 %:n ahtauma suonen läpimitassa on kliinisesti merkittävä. (HUS Sydäntutkimusyksikkö 2010; Airaksinen 2006, 98-102).

Varjoainokuvaus voi olla päivystyksessä tehty tai elektiivinen eli ennalta suunniteltu. HUS:n kardiologian klinikan kajoavan kardiologian tutkimuskriteerit (2004) määrittelevät, että päivystystapaukset ovat yleensä sydäninfarktin tai sepelvaltimokohtauksen vuoksi tehtyjä varjoainetutkimuksia. Varjoainokuvaus on laajalti käytetty diagnostinen toimenpide. Suomen Kardiologisen Seuran mukaan Suomessa tehtiin vuonna 2007 22 465 varjoainekuvaustutkimusta. Varjoainekuvausta käytetään myös osana muun sydänvian kuin sepelvaltimotaudin diagnostista tai hoidollista selvittelyä. Oheisessa taulukossa on esitetty aiheita varjoainekuvauksen suorittamiselle.

### 2.2.1 Varjoainekuvauksen aiheet

Taulukossa 1 kuvataan aiheita varjoainekuvaukseen:

Taulukko 1. Varjoainekuvauksen aiheet (Ikäheimo 2000, 289; Lääkärin käsikirja 2007; HUS kardiologian klinikka: invasiivisen kardiologian tutkimuskriteerit 2004; Terveysportti 2000 HUS Infarktipotilaan hoito.)

#### **1. Potilaalla on angina pectoris**

- vaikea stabiili angina pectoris, johon huono lääkeväste
- rasituskokeen perusteella epäillään sepelvaltimotautia (ST –lasku yli 2 mm pienellä kuormalla ja sykkeellä) tai verenpaine ei nouse rasituskokeessa
- muussa ei-kajoavassa tutkimuksessa sepelvaltimotautiin liittyvää epäilyä
- akuutin sydäninfarktin jälkeinen rintakipu
  - Levossa tai sairaalassa tapahtuvan liikunnan yhteydessä esiintyvä kipuilu

- Angina pectoris ja vaikea vajaatoiminta
- Varhaisessa rasituskokeessa todetaan iskemia pienellä kuormalla (< 90W)

- epästabiili angina pectoris, joka ei parane lääkehoidolla
- pallolaajennuksen jälkeinen angina pectoris
- ohitusleikkauksen jälkeinen uusiutunut rasitusrintakipu

## **2. Potilaalla ei ole angina pectorista**

- potilas menossa sydänleikkaukseen (esim. läppäkirurgia)
- läppävian diagnostinen selvittely
- kammioperäiset, vakavat rytmihäiriöt
- sydämen vajaatoiminnan etiologiset tutkimukset
- potilas elvytetty primaarista kammioväriinästä
- kliininen rasituskoe vahvasti poikkeava
- potilaalla on keuhkopöhö ilman ilmeistä syytä
- T-aaltoinfarktin (non-Q-infarktin) jälkitilaan liittyvät EKG:ssa havaittavat laajat ja pitkäkestoiset T – inversiot etuseinäkytkennöissä
- merkkiainepäästöllä diagnosoitu infarkti EKG:n ollessa normaali
- epätyypilliset sepelvaltimotaudin oireet
- LBBB tai LVH haittaavat rasituskoetta
- sydäninfarktin rakennekomplikaatio
- kardiomyopatiapotilaat tietyin edellytyksin
- rintakivun erotusdiagnostiikka
- tietyissä ammateissa (esimerkiksi lentäjät, raskaan liikenteen kuljettajat) toimivien potilaiden diagnoosin varmistaminen

### 2.2.2 Varjoainekuvauksen vasta-aiheet ja komplikaatiot

Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen, kuten yleensä kajoaviin tutkimuksiin liittyy aina komplikaatioiden mahdollisuus. Kuolevuus on Ikäheimon (2000, 289) mukaan alle 0,1-0,2 %, sydäninfarkteja esiintyy 0,06-0,1 %:lla ja aivoverenkierron häiriöitä 0,07-0,1 %:lla. Komplikaatioiden vaara kasvaa potilaan huonon yleiskunnon, iän ja muiden sairauksien myötä. Siksi tutkimusryhmän tulee huolellisesti osata tutkimustapa ja varautua mahdollisiin komplikaatioihin. Mahdollisia komplikaatioita voivat olla yliherkkyysoireet puudutteelle tai varjoaineelle, pistoskohdan komplikaatiot (esimerkiksi hematooma, fisteli tai pseudoaneurysma), rytmihäiriöt, sydänlihaksen reikä, suonenseinämän dissekaatio, sydänpussin verikertymä, munuaisten toimintahäiriö, aivoverenkiertohäiriö tai kuolema. (Yli-Mäyry 2008, 65-66.) Rannevaltimoreitin käyttö on vähentänyt valtimon pistoskohdan vuoto- ja muita komplikaatioita oleellisesti (Ylitalo 2006, 126). Varjoainekuvaukseen ei ole mielekästä lähettää potilasta, jolla muut parantumattomat sairaudet kuin sydänsairaus rajoittavat potilaan elämänlaatua siinä määrin, että sepelvaltimotaudin oireenmukainen kajoava hoito ei ole mielekästä (HUS Infarktipotilaan hoito 2000). HUS Infarktipotilaan hoito-ohjelman mukaan myöskään iästä potilasta (>80 v), jonka angina pectoris -oireilu on lievää ja lääkkeillä hyvin hallinnassa, ei ole syytä lähettää kajoaviin tutkimuksiin muuta kuin erityisen painavista syistä.

### 2.3 Ohjaus – käsitteen määrittelyä

Ohjausta käsitteenä on hoitotyössä paljon käytetty. Käytännön ilmiönä sitä voi olla hankala välillä hahmottaa, koska sekä hoitotyön puhekielessä että tieteellisessä käytössä siitä esiintyy sekaisin eri käsitteitä. (Kääriäinen 2007, 27.) Sitä käytetään myös tilanteissa, jotka

eivät ole tarkkaan määriteltynä ohjausta, vaan pikemmin neuvontaa, opettamista tai tiedon antamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.) Ohjaaminen voidaan määritellä ohjauksen antamisena jollekin, kuten käytännöllisenä opastuksena. (Tunturi-Kemppainen 2008, 13.) Prosessina ohjaus on joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai kokemusten reflektointia ja niistä oppimista. Ohjausprosessissa autetaan ohjattavaa käsittelemään tilannettaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252-253). Ohjaus –käsitteelle ominaisia piirteitä Kääriäisen ja Kynkään (2005, 254-255) mukaan ovat ohjaavan ja ohjattavan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä toiminnan tavoitteellisuus ja aktiivisuus. Tässä tutkimuksessa ohjauksella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden potilaalle antamaa ohjausta ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta, sen aikana ja sen jälkeen.

### 3 ELÄMISEN TOIMINTOJEN MALLI

Valitsin tähän opinnäytetyöhön elämisen malliin ja sen painopisteenä oleviin elämisen toimintoihin perustuvan Roperin-Loganin-Tiernyn elämisen toimintojen mallin. Terveys ja sairaudet liittyvät ihmisten elämäntapaan monin eri tavoin ja tämän vuoksi on luonnollista käyttää elämisen toimintojen mallia hoitotyössä. (Roper, Logan & Tierney 1992, 73). Hoitotyön malli on kuvaus siitä, mitä "hoitotyö" on. Voidaan kuvitella, että "hoitotyö" sisältää ne "tuotteet", mitä asiakkaalle toimitetaan. Väline, millä "tuotteet" toimitetaan asiakkaalle on "hoitotyön prosessi". Hoitotyön prosessia ohjaavat hoitotyön mallit. (Pearson & Vaughan 1994, 20-21.) Hoitotyön mallit antavat hoitotyöntekijälle viitekehyksen ja ohjaavat toimintaa hoitotyössä. Hoitotyön mallin noudattaminen yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa, hoitolinjoja ja hoidon jatkuvuutta, vähentämään työryhmän sisäisiä ristiriitoja, luo yhdenmukaiset tavoitteet hoitohenkilökunnalle ja ohjaa päätöksentekoa ja menettelytavoista sopimista (Person & Vaughan 1994, 11-12).

Roperin-Loganin-Tiernyn elämisen toimintojen malli korostaa potilaan yksilöllisyyttä hoitotyössä, joka on tärkeä suure potilasohjauksessa. Lisäksi malli perustuu yksilöllisyyden lisäksi normaaliuden ja terveen elämän kaltaisille käsitteille sekä korostaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden työn keskinäistä riippuvuutta. Roperin-Loganin-Tiernyn malli tarjoaa sairaanhoitajille viitekehyksen, jonka avulla voidaan suunnitella potilaalle yksilöllinen, elämisen toimintoihin perustuva hoitotyö. Malli tarkastelee hoitotyötä lähinnä sairaanhoitajajohtoisesta näkökulmasta. (Roper ym. 1992, 73). Erilaiset tarveteoriat perustuvat hoitotieteelliset, käsitteelliset mallit (Abdellahin 1968; Henderson 1969; 1985; Orem 1980; 1985; 1995) ovat olleet pohjana myös Roperin ym. (1992) teoriassa (Kattainen 2004, 21-22). Roperin ym. (1992) malli pohjautuu tarveteorioihin. Lederer (1980) erottelee tarpeet toiveista ja haluista sillä, että tarpeet ovat universaaleja ja objektiivisia, eivätkä sidottuja aikaan, paikkaan tai henkilöön. (Kattainen 2004, 22). Roper ym. (1992,



75) käyttää elämisen toiminnot – käsitettä hoitotyössä paljon käytetyn inhimillisten perustarpeiden –käsitteen asemasta, joka perustuu Maslowin tarveanalyysiin. Roperin ym. (1992, 73-74) mukaan hoitotyön malli perustuu elämisen malliin, jossa on viisi osaa: elämisen toiminnot, elämänkulku, riippuvuus-riippumattomuus –jatkumo, elämisen toimintoihin vaikuttavat tekijät ja elämisen yksilöllisyys. Elämisen malli on siis kuvaus siitä, mitä elämiseen sisältyy. Elämisen toiminnot on elämisen mallin keskipiste, sillä ne muodostavat ihmisille sisällön jokapäiväiseen elämään. (Roper ym. 1992, 26.) Elämisen toiminnot jaetaan 12 toimintoon (taulukko 2), mutta jokaisen niiden sisällä on monta ulottuvuutta:

Taulukko 2. Elämisen toiminnot Roperin ym. (1992, 26) mukaan.

Turvallisen ympäristön ylläpitäminen
Viestiminen
Hengittäminen
Syöminen ja juominen
Erittäminen
Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen
Kehon lämmöstä huolehtiminen
Liikkuminen
Työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen
Sukupuolisuuden ilmaiseminen
Nukkuminen
Kuoleminen

Edellä lueteltuihin elämisen toimintoihin vaikuttaa joukko Roperin ym. (1992, 31) määrittelemiä tekijöitä. Ne ovat fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset tekijät.

Seuraavassa tarkastellaan potilasohjaukseen liittyviä merkittäviä lähtökohtia, joita ovat eettiset ja juridiset tekijät, henkisen tilan

huomiointi, potilaslähtöisyys, vuorovaikutus, sopivat ohjausmenetelmät, ympäristötekijät ja ohjaajan vastuu laadukkaana potilasohjauksen tarjoamisesta.

## 4 POTILASOHJAUKSEN LAADULLISIA LÄHTÖKOHTIA

### 4.1 Ohjauksen lähikäsitteet

Ohjauksen tunnistamista ei ainakaan helpota se, että käytössä on useita samantapaisia, mutta hieman eri asioita tarkoittavia käsitteitä. Ohjaus - käsitettä on käytetty rinnakkain Kääriäisen ja Kynkään (2006, 6) mukaan erityisesti tiedon antamisen, neuvonnan ja opetuksen käsitteiden kanssa. Lisäksi englanninkielessä käsitteitä counseling, education, guidance ja advise käytetään vastaamaan suomenkielistä ohjaus - käsitettä (Kääriäinen 2007, 27). Opetus on systeemi suunniteltuja toimintoja. Hoitaja laatii oppimissuunnitelman ja tarjoaa sen toteuttamiselle oppimiskokemuksia. Ohjaus edeltää opetusta. Ohjauksessa hoitaja ja asiakas yhdessä käyvät läpi asiakkaan tilannetta. Tarkoituksena on, että tilanne selkiytyisi asiakkaalle siten, että hän itse voisi muodostaa oman tavan ratkaista ongelman. Neuvonta taas on prosessi, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään valintoja esimerkiksi päättämällä mitä asiaa opetellaan. Neuvonnan ja ohjauksen ero on siinä, että ohjauksessa pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta. Tiedon antamisessa korostuu vahvasti ohjattavan asian sisältö sikäli, että kirjallista materiaalia on yleensä runsaasti ja vuorovaikutus vähäisempää kuin neuvonnassa tai ohjauksessa. Kääriäisen ja Kynkään (2005, 253) mukaan tiedon antaminen on myös lyhytkestoisempaa tai ajoittaista ohjaukseen verrattuna. Tiedon anto ei yleensä perustu ohjattavan yksilöllisiin tarpeisiin.

Rajat edellä mainittujen lähikäsitteiden välillä ovat otaksuttavasti häilyviä ja välillä asiakas saa hoitajalta esimerkiksi sekä ohjausta että tiedon saantia samassa tilanteessa. Hoitajan olisikin hyvä omaksua erot eri käsitteiden välillä, jolloin asiakas saisi johdonmukaisesti tietoa hoitajan valitsemalla tavalla. Ohjaus saattaakin osana hoitajan toimintaa ikään kuin "hukkua" toimenpiteiden ja muun hoidon aikana annettavaksi toiminnaksi ja ohjausta saatetaan antaa ilman, että varsinaisesti

tiedostaa antavansa ohjausta potilaalle. Tässä työssä ohjauksella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden potilaalle antamaa ohjausta ennen varjoainekuvausta

#### 4.2 Potilasohjauksen laatutekijöitä

Laatuajattelu on levinnyt myös terveydenhuollon saralle. Hoidon laatuun, potilasohjaus osana sitä, panostetaan ja tutkimuksia hoidon laadusta on Suomessa tehty runsaasti. (Kvist 2004, 20.) Koska tässä tutkimuksessa laaditaan potilasohjauksen laatukriteerit potilaskyselyn perusteella, on tarpeen lyhyesti määrittellä potilasohjauksen laatu -käsite.

Kuten ohjauksenkin määrittely, myös laatu -käsitteen määrittely on haastavaa sen laajuuden ja monivivahteisuutensa takia (Kääriäinen 2007, 29). Kvist (2004, 23) käyttää tutkimuksessaan Donabedianin (1980) määritelmää, jonka mukaan laatu on niin monipuolinen käsite, että sille ei ole mahdollista kehittää yhtä yhtenäistä teoreettista määritelmää. Laatu on käsitteenä Kääriäisen (2007, 29–30) mukaan dynaaminen ja kontekstisidonnainen, jonka sisältö ja käyttö vaihtelevat tilanteen ja ajan mukaan. Laatu on subjektiivinen käsite, jonka sisältö riippuu määrittelijän odotuksista, kokemuksista ja näkökulmasta.

Kääriäinen (2008, 10-11) toteaa tutkimuksessaan, että laadukas potilasohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. Se on myös sidoksissa potilaan ja hoitajan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin. Näiden huomioiminen vaatii myös potilaan ja hoitajan toimivan vuorovaikutuksen. Laadukkaassa ohjauksessa kunnioitetaan potilaan yksilöllisyyttä, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Laadukas ohjaus on hoitajan myönteistä asennoitumista potilasta kohtaan. Hoitajan tulee tiedostaa terveydenhuollon asettamat päämäärät, lait ja periaatteet sekä olemaan tietoinen omista arvoistaan, käsityksistään ja näkemyksistään kyetäkseen tarjoamaan laadukasta ohjausta. Sen luomiseksi tulee

pyrkii aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä ovat Kääriäisen (2008, 11) mukaan riittävät ohjausresurssit, jotka sisältävät laaja-alaisesti tekijöitä henkilöstön mitoitukselta välineistöön ja tiloihin. Hoitajalla tulee olla hyvät ohjausvalmiudet sekä tiedollisesti että taidollisesti. (Kääriäinen 2008, 10–11.) Edellytyksenä ovat myös ohjauksen riittävyys sekä sen vaikutukset. Kääriäisen (2008, 13) mukaan laadukas edellyttää, että potilas saa riittävästi ohjausta koko hoitoprosessin aikana. Ohjauksen vaikutukset tulevat mahdollisiksi riittävän ohjauksen ja potilaslähtöisyyden myötä. Ohjausprosessissa sekä ohjaaja että ohjattava oppivat.

#### 4.2.1 Potilasohjauksen oikeudelliset ja eettiset tekijät

Ohjausta voidaan tarkastella juridisista, eettisistä ja teoreettisista lähtökohdista. Potilasohjaukselle voidaan hakea juridista perustaa terveydenhuoltoon koskevista laeista, etenkin laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ja lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994/559). Eettinen perusta pohjautuu moniin eri etiikan suuntausten näkökulmiin ja etiikalla on ohjauksessa rooli sekä resurssina että työvälineenä. Teoreettiset lähtökohdat luovat myös perustaa potilasohjaukselle. Potilasohjausta on tutkittu mm. sosiaalisen oppimisen, tiedon, käsitysten ja omahoidon hallinnan näkökulmista. (Kääriäinen 2007, 25.)

Potilaan kohtaaminen hoitosuhteessa yhdenvertaisena mahdollistaa potilaan itsemääräämisen ja osallistumisen omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa huomioimaan potilaan itsemääräämisen. (Nylander 2002, 6.) Laissa on määrätty myös tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Lain mukaan

terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§.) Tiedonsaannin merkitys on tärkeä, jotta potilas voi tehdä omat johtopäätöksensä ja valinnat sen perusteella. Tunturi-Kemppaisen (2008, 14) tutkimuksen mukaan tiedonsaannilla on lisäksi yhteyttä tunnekokemuksiin, toimintaan ja potilaan hallintakeinoihin. Tieto vähentää potilaan pelkoa ja epävarmuutta ja lisää turvallisuuden tunnetta sairaalassa. Tiedonsaanti auttaa myös potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (Sairaanhoidajaliitto) velvoittavat myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, avoimeen vuorovaikutukseen ja antamaan terveyttä koskevaa tietoa ja lisää ihmisen kykyä hoitaa itseään.

#### 4.2.2 Potilasohjauksen haasteita

Potilaan ohjaus on hoitoprosessin tärkeä lenkki. Jos ohjaus on onnistunut, vaikuttaa se asiakkaan ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan ja loppukädessä koko kansanterveystalouteen. Nykypäivänä potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, mikä on tuonut aivan uudenlaiset haasteet potilaiden ohjaukselle. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.) Hoitoaikojen lyhentyessä myös potilaan itsehoito ja itsehoitovalmiudet kotona korostuvat, ja siksi ohjauksen merkitys on tärkeä. Myös osittain puutteelliset ohjausresurssit asettavat omat haasteensa potilaan ohjaukselle. Haasteellisissa tilanteissa tapahtuva ohjaus asettaa hoitajalle vaatimuksia tunnistaa ja tiedostaa, mitä kaikkea ohjaus on ja mitä siihen kuuluu. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.) Terveystalouden kustannusten hallinta sekä potilaiden tietotason lisääntyminen ja halu ottaa itse enemmän vastuuta omasta terveydestään ovat nekin lisänneet ohjauksen tarvetta ja muuttaneet ohjausta yhteistyöhön perustuvaksi toiminnaksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251.) Potilaiden koulutustason nousun ja informaatioteknologian lisääntymisen myötä potilaat etsivät yhä

enenevissä määrin itse tietoa sairauksista ja hoidoista (Kääriäinen 2007, 19.)

#### 4.2.3 Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys ohjauksessa

Potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, tulee olla potilaan ohjaamisen lähtökohtana. Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilas on aktiivisena osallistujana ja toimii yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaskeskeisyys edellyttää potilaan kunnioittamista, arvostamista ja yksilöllistä huomioimista. Kääriäisen ym. (2006, 12) tutkimuksen mukaan ohjaustoiminta toteutui yleensä potilaslähtöisesti ja potilaan aktiivisuutta tuettiin. Huomiota tulisi kuitenkin kiinnittää enemmän potilaslähtöisen ohjauksen suunnitteluun ohjauksen vaikutusten edistämiseksi. Potilaan voimavaraistumista tukevan tiedon anto on myös tärkeä potilasohjauksen lähtökohta, ja se auttaa potilasta saavuttamaan hallinnan omaan elämäänsä ja kokemuksen kyetä tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. (Montin 2008, 5.) Ohjaus mahdollistaa oppimista, voimaantumista, itseohjautuvuutta sekä edistää ohjattavan terveyttä. Ohjausprosessissa ei tapahdu pelkästään ohjattavan oppimista vaan myös ohjaaja oppii itsekkin. Ohjauksella on todettu olevan vaikutusta muun muassa ohjattavan terveyteen, toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, itsenäiseen päätöksentekoon sekä tietoon sairauden hoidosta. Ohjauksella on myös kansantaloudellisia vaikutuksia. Se vähentää sairauteen liittyviä lääkärikäyntejä, sairauslomapäiviä ja lääkkeidenkäyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.)

#### 4.2.4 Ohjaukseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät

Kääriäisen ja Kynkään (2006, 7-8) mukaan ohjattavan ja ohjaajan konteksti voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristöllisiin tekijöihin. Fyysiset tekijät ovat: ikä, sukupuoli ja terveys. Psyykkiset jaetaan oppimisvalmiuksiin, motivaatioon, oppimistyyliin, kognitioon, tietoon, tarpeisiin, käsityksiin, kokemuksiin, odotuksiin ja selviytymistyyliin. Sosiaaliset tekijät Kääriäinen & Kyngäs (2005, 254) jakaa kulttuuriin, sosiaalisuuteen ja eettisyyteen. Ympäristötekijän muodostaa ohjausympäristö. Fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta muun muassa siihen, miten asiakas kykenee vastaanottamaan ohjausta. Fyysisillä tekijöillä on vaikutusta myös hoitajien toimintaan; ohjaukseen asennoitumiseen sekä siinä tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. Psyykkiset tekijät on huomioitava, koska ne sisältävät paljon tärkeitä ominaisuuksia, kuten motivaation, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7-8.) Potilaan motivaatio on erittäin tärkeää asioiden omaksumisen ja ohjauksen onnistumisen kannalta ja siksi hoitajan olisi hyvä selvittää avoimilla kysymyksillä, mitkä tekijät lisäävät potilaan motivaatiota (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 30). Hoitajan oma motivaatio ja valmiudet tukea asiakasta saattavat myös vaikuttaa ohjaustilanteeseen.

Potilaan suhtautumista ohjaukseen ohjailevat myös hänen aikaisemmat kokemukset ja terveysuskomukset. Hoitajalle voi jäädä tärkeä tehtävä löytää sopiva kompromissi ohjattavan kanssa huomioiden samalla asiakkaan itsemääräämisoikeuden säilymisen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.) Ohjaajan on osattava asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen (Kyngäs ym. 2007, 30.) Ympäristön taustatekijät vaikuttavat myös ohjaukseen. Tilan, jossa ohjataan, tulee olla häiriötön, eikä se saa tuottaa potilaalle ohjausta häiritseviä negatiivisia tunteita. (Kyngäs ym. 2007, 37-38.) Ohjauksen kannalta sosiaalisilla



taustatekijöillä on myös vaikutusta. Hoitajan tulee tunnistaa ohjauksen lähtökohdat pystyäkseen tukemaan potilaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan itsemääräämisoikeutta. (Kyngäs ym. 2007, 31.)

#### 4.2.5 Ohjausmenetelmän valinta potilasohjauksessa

Myös sopivien ohjausmenetelmien löytäminen vaatii ohjaajalta tietämystä ohjattavan taidoista omaksua asioita. (Kääriäinen ja Kyngäs 2006, 8). Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin (Kyngäs ym. 2007, 73). Useimmiten ohjaus toteutetaan suullisen yksilöohjauksena ja se antaa hyvän mahdollisuuden potilaslähtöiseen, yksilölliseen ohjaukseen. Suullisen ohjauksen lisäksi käytetään usein kirjallista materiaalia, jolla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Kun ohjeet ovat kirjallisina, potilas voi tukeutua niihin myöhemmin ja tarkastaa tietojaan niistä myös itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kääriäisen ym. (2006, 11) tutkimuksen mukaan ohjausmenetelmistä hyvin hallittiin suullinen yksilöohjaus ja muut ohjausmenetelmät hallittiin huonosti tai niitä käytettiin vähän. Potilasohjauksessa voidaan käyttää apuna myös muuta materiaalia, esimerkiksi videonauhaa. Havainnollistaminen eli demonstraatio on myös tehokas ohjausmenetelmä, jonka tarkoitus on saada potilas kiinnostumaan asiasta ja harjoittelemaan itse. (Kyngäs ym. 2007, 128-130). Strömberg (2005, 363-369) ehdottaa tutkimuksessaan sydänpotilaille ohjausmateriaaliksi mediaa, videota, internetiä ja tietokoneavusteisia ohjelmia. Bernestein, Skarupski, Eagle, Bates & Yates (1998, 50) totesivat tutkimuksessaan, että varjoainekuvaukseen meneville potilaille näytetty video ei lisännyt tyytyväisyyttä ohjaukseen, vaan kokonaisuudella on merkitystä. Kääriäinen ym. (2006, 11–12) havaitsivat, että kokonaisuudessa terveydenhuoltohenkilöstön ohjauksen resurssit ovat kohtalaisen hyvät. Terveydenhuoltohenkilöstöllä on hyvät tiedot, taidot ja myönteiset asenteet ohjata potilaita. Tietoa kuntoutuksesta ja itsehoidon

tukemistaitoa kaivattaisiin lisää. Edellä mainittuun ohjausmenetelmien hallinnan puutteeseen tulisi puuttua, sillä erilaiset potilaat tarvitsevat erilaisia ohjausmenetelmiä.

#### 4.2.6 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa

Kääriäisen & Kynkään (2005, 254-255) tutkimuksen mukaan ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutus on keskeinen asia ohjauksessa. Ilman molemminpuolista luottamusta ja vuorovaikutusta kaksisuuntainen ohjausprosessi kärsii ainakin toisesta päästään. Vuorovaikutuksen syntymiseen myötävaikuttavia seikkoja ovat esimerkiksi kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Kaikki nämä pitävät vielä itse sisällään useita seikkoja, joilla toimiva vuorovaikutussuhde rakentuu. Esimerkiksi ymmärtäminen on empatiaa, kuuntelemista ja kysymistä. Ohjaussuhde syntyy nimenomaan vuorovaikutuksesta. Se on ikään kuin roolisuhte, jolle ominaista voi olla ohjaajan ja ohjattavan välinen statusero tai erot elämyksissä tai kognitioissa. Paras vuorovaikutussuhde syntyy, kun ohjaaja ja ohjattava ovat tasavertainen työpari eli asiantuntijatiimi, joka yhdessä suunnittelee tavoitteellista toimintaansa. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta tarkoittaa saman tutkimuksen mukaan sitä, että ohjaukseen sisältyy ohjattavan henkilökohtaisten merkitysten löytämistä. Yhdessä asetetaan tavoitteet ja ohjaajan tehtävän on valvoa, että tavoitteet ovat realistisia ja niissä korostuu ohjattavan vastuu. Ohjauksen yhtenä tavoitteena on muuttaa ohjattavan tunteita, asenteita, muuttaa käyttäytymistä, oppia tekemään päätöksiä sekä parantaa selviytymiskykyä ja elämänlaatua

#### 4.2.7 Ohjaajan vastuu laadukkaasta potilasohjauksesta

Ohjauksessa ohjaajalta vaaditaan ammatillista vastuuta edistää ohjattavan valintoja ja turvata riittävä ohjaus. Tämä on tärkeää, sillä

hoitoalan ammattilaisena hoitajalla (ohjaajalla tässä tutkimuksessa) on ammatillinen vastuu ohjaamistaan seikoista. Tiettyjen asioiden, kuten lääkehoidon kohdalla, tarvitaan erityistä huolellisuutta ja asiantuntemusta. Ohjaajalla tulee olla tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. Johtamistaitoja tarvitaan esimerkiksi turvallisen ohjausympäristön luomiseen sekä muutosten arviointiin ja kirjaamiseen. ( Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255–256.) Hyvät ohjausvalmiudet ovat osa ammatillista vastuuta, samoin työn filosofinen ja eettinen pohdinta. Filosofista pohdintaa edellyttävät ohjattavan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yksityisyyden tukeminen. Ymmärtääkseen ohjattavan käyttäytymistä on ohjaajan suoritettava eettistä pohdintaa. Siihen kuuluu myös tunnistaa ja pohtia omia henkilökohtaisia ja ammatillisia arvolähtökohtia, omia uskomuksia ja kokemuksia sekä mahdollisten ennakkoluulojen ja ohjauksen merkityksen tunnistamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.)

Eri yhteyksissä ja eri aikakausina ohjauksella on korostettu eri asioita. Nykypäivänä ohjauksessa painotetaan Kääriäisen ja Kynkään (2006, 6) mukaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomioonottamista, jaettua asiantuntijuutta sekä asiakkaan omaa vastuuta hoidosta, valinnoistaan ja oppimisestaan. Asiakas on oman tilanteensa asiantuntija. Hoitajalla on omat vastuunsa: hänen tulee antaa ohjausta ammatillisesti, oikeilla tiedoilla, auttaa asiakasta käsittelemään tietoa ja kokemuksia, käyttämään omia voimavarojaan ja löytämään asiakkaalle sopivia vaihtoehtoja ja ratkaisuja. Hoitajan tulee myös löytää kullekin asiakkaalle sopiva ohjaustyyli, ohjausmenetelmät ja varmistaa oikea asian perillemeno. Ohjaus on haasteellista, kaksisuuntaista toimintaa, jossa sekä ohjaajalla että ohjattavalla on omat tärkeät roolinsa.

### 4.3 Potilaan pelko ja emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki eli psyykkinen ohjaus on tärkeä osa ohjausta. Lipposen, Kynkään ja Kääriäisen (2006, 34) mukaan emotionaalinen tuki on tietoa ihmisille siitä, että häntä arvostetaan. Hoitohenkilökunnan antamaa henkistä tukea (ohjausta) potilaat tarvitsevat pelkojen ja epävarmuuden käsittelyyn. Usein ahdistuneisuus ja stressi lisääntyvät tilanteissa, joissa ei itse voi kontrolloida tapahtumia, kuten esimerkiksi sairaalassa. Lipposen ym. (2006, 34) mukaan emotionaalisen tuen tulee perustua yksilölliseen kohtaamiseen, henkisen ahdistuneisuuden vähentämiseen ja turvallisuuden tunteen lisäämiseen. Ohjausta suunniteltaessa on tärkeää arvioida potilaan pelon ja ahdistuneisuuden määrää. Laitisen (2003, 15) mukaan keskeistä potilaan pelon ja ahdistuksen lievittämisessä on hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot, aito läsnäolo ja ohjaus.

Uzun, Vuralin, Uzun ja Yokusoglun (2007, 610) ovat tutkineet varjoainekuvauspotilaiden ahdistuksen tasoa ennen tutkimusta ja tulokset osoittavat, että potilaiden ahdistuneisuuden taso on korkea. Tutkimuksen mukaan, mitä ahdistuneempi potilas on, sitä innokkaammin hän etsii tietoa. Hoitohenkilökunnan ohjauksella ja kertomisella, mitä varjoainekuvauksessa ja sen jälkeen tapahtuu, oli myönteisiä vaikutuksia ahdistuksen lievenemiseen. Tutkimuksen mukaan, mitä varhaisemmassa vaiheessa potilasohjaus aloitettiin, sitä paremmat olivat tulokset, varsinkin vakavasti ahdistuneiden potilaiden joukossa.

#### 4.3.1 Pelko käsitteenä

Pelko on yksi ihmiselämää säilyttävistä ja elossa pysymistä tukevia tunteista. Se syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ihmisiin ja ympäristöön. Erityisesti elämänmuutoksiin liittyy pelkoa tuttujen elämän kuvioiden muututtua ja säryttyä esimerkiksi sairastumisen vuoksi (Koivula 2002, 16). Hoitotieteen kirjallisuudessa pelolla tarkoitetaan

Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2003, 51) mukaan tunnetilaa, jossa ihminen kokee jonkin tietyn vaaran uhkaavan olemassaoloaan, kehoaan, terveyttään, arvomaailmaansa tai läheisiään. Ulkomaisissa tutkimuksissa käytetään usein käsitteitä ahdistus (anxiety), stressi (stress) ja huolet (worry) tarkoittamaan pelkoa lähellä olevia tunteita.

Pelkoa esiintyy ihmisillä kaikissa kulttuureissa ja kaikkina aikoina. Pelon kehittymiseen on olemassa Laitisen (2003, 10) mukaan erilaisia teorioita; kognitiivisia, biologisia ja psykodynaamisia. Pelon kokemusta voidaan kuvata kolmen komponentin avulla: kognitiiviset (ajatukset, mielikuvat), fysiologiset (aistimukset, tunteet ja fysiologiset reaktiot) ja käyttäytymisen komponentit (välttäminen, elämäntapa). Koivulan (2002, 18) mukaan pelko eroaa ahdistuksesta siten, että pelolla on nimettävissä oleva kohde. Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2003,59) tutkimuksen mukaan tiedonsaannilla on pelkoa lievittävä vaikutus.

#### 4.3.2 Pelko sydänpotilaalla

Pelkoja on erilaisia. Laitisen (2003, 10–12) mukaan yleisiä pelkoja ovat esimerkiksi julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko ja määräkohtaiset pelot (esimerkiksi lääkärin pelko, sairauden pelko, veren näkemisen pelko tai lentopelko) Pelko voi olla myös tilannekohtaista (esimerkiksi tiettyyn toimenpiteeseen tai leikkaukseen liittyvä). Laitisen (2003, 12) mukaan pelot voi kohdistua useisiin eri tekijöihin tai koko tutkimukseen tai toimenpiteeseen kokonaisuutena. Näin ollen varjoainekuvaukseen tulevan potilaan pelko voi olla kohdistunut toimenpiteeseen kokonaisuutena, se voi olla pelkoa hoitoympäristöä kohtaan, tai se voi kohdistua itse toimenpiteeseen, sen komplikaatoriskeihin tai pelkoon tutkimuksen tuloksista.

Voimakkaat pelot sydänpotilailla ovat haitallisia, koska ne vaikuttavat fysiologisiin toimintoihin stressin tavoin, joka nostattaa pulssia ja verenpainetta ja rasittaa sydäntä. (Koivula & Åstedt-Kurki 2003, 51).

Koivula (2002, 29) toteaa tutkimuksessaan, että noin 25-50 %:lla sepelvaltimotautia sairastavista potilaista oli ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Pelko ja ahdistus ovat lähellä toisiaan, koska pelokkaan ja ahdistuneen potilaan voi tunnistaa pitkälti samojen tunnuspiirteiden avulla, joita ovat esimerkiksi lisääntynyt jännitys, sydämen ja verenkierron kiihtynyt toiminta tai itkeminen. Pelko-ahdistus – syndrooman käyttöönottoa on Koivulan (2003, 19) tutkimuksen mukaan ehdotettu. Koivulan tutkimuksessa (2003, 68) tutkittiin ohitusleikkausta odottavien sepelvaltimotautipotilaiden pelkoja. Tutkimus vahvisti, että leikkauksen odottaminen on potilaista pelontäyteistä ja ahdistavaa aikaa. Puolet Koivulan tutkimuksessa olleista potilaista tunsivat melko voimakasta pelkoa ja ahdistusta odottamisvaiheessa. Sairaus ja hoito olivat yleisimpiä pelon aiheita. Mielenkiintoista on, että sairaalajakson alussa pelko ja ahdistuneisuus lievenivät, niin että enää neljännes potilaista oli pelokkaita. Tähän vaikutti tutkimuksen mukaan sairaalassa saatu sosiaalinen tuki ja moniammatillinen ohjaus. Myös McCormickin, Naimarkin ja Taten (2006,42) tutkimuksesta selviää, että pelko on voimakkaasti läsnä ohitusleikkausta odottavilla potilailla.

Johanna Heikkilä (1998) on tutkinut sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden pelkoja ja niiden mittaamista. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sairaalassaoloaikana 80 % potilaista tunsivat pelkoa liittyen sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen. Heidän pelkonsa keskittyivät epävarmuuteen sairaudesta, sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen, tutkimustuloksiin ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen. Sairaalassa kaikkein voimakkaimmat pelot kohdistuivat tutkimukseen, sairauden diagnosointiin ja mahdollisen hoitokeinon valintaan. Naiset pelkäsivät sairaalassa voimakkaammin kuin miehet. Heikkilän tutkimuksessa korostui yksilöllisyyden merkitys potilaiden tarpeiden määrittelyssä ja hoitotyön toteutuksessa. Potilaille annettavan tiedon ja tuen tulee keskittyä potilaiden keskeisiin pelon kohteisiin, joita ovat sepelvaltimotaudin diagnosointiprosessi ja sepelvaltimotaudin hoitokeinot. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen

jälkeen hoitotyössä tulisi keskittyä avustamaan potilaita ylläpitämään ja kehittämään heidän sosiaalista tukiverkostaan. Lisäksi Heikkilä suosittelee sairaanhoitajakoulutukseen lisättävän enemmän painoa tunneällyn kehittämiseen, jotta potilaiden erilaiset tunnetilat voitaisiin helpommin tunnistaa.

## 5 VARJOAINEKUVAUSPOTILAAN OHJAUSMALLI

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa laadukkaaseen ohjaukseen. Lain mukaan potilaan oikeuksia ovat mm. oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeus saada tutkimusta tai hoitoa koskeva suunnitelma, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Nämä kaikki liittyvät tavalla tai toisella oikeuteen saada terveydenhuoltoalan ammattilaisen ohjausta. Lisäksi laki oikeuttaa potilaan saamaan hoitoa, näin ollen myös ohjausta, mahdollisuuksien mukaan omalla äidinkielellään. Ohjauksessa korostuu myös potilaan itsemääräämisoikeus, joka liittyy olennaisesti kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin (Kyngäs ym. 2007, 16–17).

Ohjausprosessin kulkuun kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Erityisesti tarpeiden määrittely korostuu, koska ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet (Lipponen ym. 2006, 10).

Tässä ohjausmallissa kuvataan ennalta suunnitellusti sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tulevan potilaan ohjauksen toteuttaminen sairaanhoitajan toimesta. Potilaan ohjausmalli on jaettu ennen tutkimusta, tutkimuksen aikana ja tutkimuksen jälkeen annettavaan ohjaukseen. Ohjausmallissa luokittelen pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheissa annetun ohjauksen Roperin ym. (1992) elämisen toimintojen 12 komponentin alle sen mukaan, miten ne prosessissa esiintyvät.



### 5.1.1 Ennen tutkimusta tapahtuva ohjaus

Preoperatiivisen ohjauksen eli ennen tutkimusta tapahtuvan ohjauksen tarkoituksena on valmistaa potilasta tulevaan tutkimukseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Ennen tutkimusta tapahtuvan ohjauksen tärkeys on korostunut useissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Laurent, Benoit, Boulmier, Bedossa, Le Breton, Leclercq, Almange ja Daubert (2001, 957-961) pitävät tutkimuksessaan etukäteisohjausta tärkeänä. Erityisesti sen merkitys korostuu heidän tutkimuksen mukaan ennen sairaalaan tuloa saatavalla ohjauksella.

Ohjauksella ennen tutkimusta autetaan potilasta valmistautumaan tutkimukseen. Valmistautuminen edellyttää tiedonsaantia siitä, mitä häneltä ennen tutkimusta odotetaan. (Heino 2005, 25.) Ennen kajoavaa toimenpidettä annettavalla ohjauksella valmennetaan potilasta psyykkisesti toimenpiteeseen, kuntoutukseen, toipumiseen ja pyritään vähentämään pelkoa (Reponen 2005, 66). Laitisen (2003, 35) mukaan etukäteisohjauksen merkitys ei rajoitu vain yksittäiseen potilaaseen, vaan sillä on merkitystä myös yhteiskunnallisesti: komplikaatiot, lääkkeiden tarve ja sairaalassaolopäivät vähenevät ja sitä kautta laskevat kustannuksia. Sairaanhoidajalla on tärkeä rooli lievittää potilaan pelkoja ja ahdistusta, joita aiheuttavat pelot toimenpiteestä ja epävarmuus sairaudesta.

Preoperatiivinen eli ennen tutkimusta tapahtuva prosessi alkaa siitä hetkestä, kun potilas saa ajan varjoainekuvaukseen. Tämä ajanjakso sisältää valmistautumisen ammattihenkilön ohjauksessa sekä potilaan oman valmistautumisen kotona. (Paunonen 2000, 16.) Potilas saa tavallisesti kutsukirjeen varjoainekuvaukseen, jossa on ohjeistettu, kuinka valmistautua tutkimukseen. Samoin siinä kerrotaan tutkimuksen kulusta, hyödyistä, riskeistä ja jälkihoidosta. Kutsukirje sisältää myös ohjeistuksen lääkkeistä, kuten veren hyytymistä estävästä lääkehoidosta, nesteenoistolääkkeistä ja diabeteslääkkeistä ja

verinäytteiden ottamisesta. (HUS 2009; Yli-Mäyry 2008, 62.). Kirjallinen ohjausmateriaali on tärkeää, jotta potilas saa jo etukäteen tietoa tulevasta hoitotoimenpiteistä ja voi rauhassa paneutua niihin (Kyngäs ym. 2007, 124).

Potilas saatetaan kutsua sairaalaan jo toimenpidettä edeltävänä iltana, jos on tarvetta arvioida potilaan vointia, lääkehoitoa, hoitoratkaisua tai tehdä mahdollisia lisätutkimuksia ennen varjoainekuvausta. Muussa tapauksessa potilas saapuu osastolle tutkimuspäivän aamuna oltuaan syömättä ja juomatta edellisillasta klo 22 lähtien (HUS 2007; Yli-Mäyry 2008, 62.) Tupakointi tai nikotiinivalmisteiden käyttö ei myöskään ole sallittua, koska nikotiini supistaa verisuonia (Reponen 2005, 67). Sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan ja mahdollisuuksien mukaan tutustuu potilasasiakirjoihin jo etukäteen. Etukäteen niihin tutustumalla hän pystyy tukemaan potilaan yksilöllisyyttä. (Kyngäs 2007, 35.) Sairaanhoitaja esittelee itsensä ja osastoa, ohjaa potilaan omalle paikalleen ja potilaalle laitetaan tunnistusranneke. Sairaanhoitaja varmistaa potilaan allergiat ja tiedustelee myös mahdolliset ruokavalioon liittyvät toiveet tai rajoitukset ja sekä muut rajoitteet, esimerkiksi liikkumiseen liittyvät. (HUS 2009). Jodi- ja varjoaineallergiat on huomioitava etukäteen, jotta välttyttäisiin vakavilta allergisilta reaktioilta (Reponen 2005, 68).

Potilaalle kerrotaan tutkimuksen kulku, kartoitetaan potilaan ohjauksen ja tuen tarve ( Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 212). Tutkimuksen kulusta kerrottaessa voidaan käyttää apuna havainnollistavaa kirjallista materiaalia, esimerkiksi kuvamateriaalia sydäimestä ja sepelvaltimoista. Joskus potilas saattaa hahmottaa asioita parhaiten visuaalisesti. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Potilaan ja hoitajan odotukset ohjauksesta kohtaan ja käsitykset ohjaustarpeista voivat olla erilaiset, joten niistä keskusteleminen on tärkeää, jotta ohjaus rakentuu potilaan tarpeiden pohjalle (Kyngäs ym. 2007, 87). Potilaan olisi hyvä saada ohjaus omalla äidinkielellään. Laki potilaan asemasta ja

oikeuksista määrää, että potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon. Potilasta voi jännittää tuleva tutkimus kovin ja sairaanhoitajan tulee tukea potilasta mahdollisimman hyvin (Iivanainen ym. 2006, 473-474). Turvallisen ympäristön luominen auttaa potilasta lievittämään pelkoaan, ja sen merkitystä ei voi olla korostamatta.

Lääkkeiden osalta potilaan tulee huomioida useita asioita. Hoitohenkilökunta tarkastaa potilaan lääkitysasiat ennen tutkimusta. Metformiinia sisältävät diabeteslääkkeet on oltava tauolla kaksi päivää ennen tutkimusta ja sen jälkeen, koska ne rasittavat munuaisia varjoaineen yhteydessä (Terti, Metsärinne & Manner 2009, 591). Tulehduskipulääkkeet parasetamolia lukuun ottamatta on oltava myös tauolla kaksi päivää ennen tutkimusta (Reponen 2005, 68). Diureettilääkitys tulee jättää ottamatta tutkimuspäivän aamuna, samoin insuliinia ei pistetä (Reponen 2005, 67). Jos potilas käyttää Marevan -lääkitystä, tulee INR -arvon olla hoitavan lääkärin tiedossa ennen tutkimusta (Yli-Mäyry 2008, 63). Tekoläppäpotilaille on erillinen ohjeistus Marevainista (Reponen 2005, 66). Mikäli käytetään ionisoitua varjoainetta, tulee potilaan ottaa esilääkkeeksi Atarax 25 mg x 4 p.o viimeistään kaksi tuntia ennen tutkimusta allergiareaktion estämiseksi (HUS 2007). Muuten potilas saa ottaa muut lääkkeet tutkimuspäivän aamuna normaalisti (Reponen 2005, 67).

Ennen tutkimusta sairaanhoitaja varmistaa, että potilaalta on otettu tarvittavat laboratoriotutkimukset (P-Krea, P-K, P-Na, B-PVK, lipidiarvot ja tarvittaessa P-INR, P-Gluk, veriryhmä ja EKG (Holmia ym. 2004, 212; Reponen 2005, 67; HUS 2007). Sairanhoitaja varmistaa myös, että thorax -röntgenkuva on otettu ja alle kolme kuukautta vanha (HUS 2007). Koska varjoainekuvauksessa valtimopunktio tehdään lääkärin päätöksen mukaisesti joko nivusalueelle, ranteeseen tai kainaloon, tarkastetaan, että ne ovat raakatut. Samalla tarkastetaan punktioalueen iho kunto infektioiden poissulkemiseksi (Holmia ym. 2004, 212; HUS

2007; Reponen 2005, 57). Toimenpiteen tekevä kardiologi päättää kuvausreitit. Yli-Mäyryn (2008, 63) mukaan katkokävelyoireet ovat aihe tehdä punktio muualle kuin nivusalueelle.

Ennen tutkimusta potilas pukeutuu avopaitaan ja kehoitetaan käymään vessassa (HUS 2009). Potilas siirretään toimenpidehuoneeseen angiolaboratorioon, jonne sairaanhoitaja siirtää hänet potilasvuoteessa. Potilaan mukana on haulipussi ja M -side (HUS 2007.) Tarvittaessa potilas saa rauhoittavaa lääkettä (HUS 2007.) Potilaalle laitetaan nesteensiirtokanyyli (Holmia ym. 2004, 212) ja huolehditaan riittävästä suonensisäisestä nesteytyksestä munuaisvaurioiden ehkäisemiseksi (Terti ym. 2009, 591). Sairaanhoitaja valmistelee steriilin pöydän.

#### 5.1.2 Tutkimuksen aikainen vaihe

Intraoperatiivisen eli tutkimuksen aikaisen vaiheen aikana sairaanhoitajan tehtävänä on turvallisuuden tunteen luominen ja potilaan tukeminen, koska potilaalla voi olla pelkoa ja ahdistuneisuutta toimenpidettä kohtaan. Potilaan mahdollisuudet osallistua itse omaan hoitoonsa ovat rajalliset. Potilaan turvallisuudentunnetta lisää ammatillinen ja luottamuksellinen työskentelytapa. Turvallisuuden periaatteen lisäksi intraoperatiivisen hoitotyön periaatteena on yksilöllinen potilaslähtöinen hoitotyö. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 473-474).

Tutkimuksen aikana potilas makaa tutkimuspöydällä selällään. Potilaalle kiinnitetään EKG -kaapelit, mitataan verenpaine ja laitetaan laskimokanyyli (HUS 2009; Holmia ym. 2004, 212.) Hoitaja pesee punktiokohdan (HUS 2009). Tämän jälkeen potilas peitetään steriilein liinoin. Sairaanhoitaja ohjaa potilaalle oikeaa asentoa ja tarvittaessa asentoa voidaan tukea esimerkiksi tyynyillä. Itse varjoainokuvaus aloitetaan puuduttamalla pistokohta ja laittamalla nivustaipeeseen tai ranteeseen valtimoon holkin eli valtimokanyylin sisäänviejän. (HUS

2009; Airaksinen 2006, 98-99). Tutkimus tehdään yleensä oikean nivusvaltimon tai rannevaltimon kautta (Yli-Mäyry 2008, 63) Muita mahdollisia tutkimusreittejä ovat vasen nivusvaltimo tai kainalovaltimo. Esitaivutetut sepelvaltimokatetrit viedään sepelvaltimoiden suulle ohjainvaijeria hyväksikäyttäen holkin kautta. (Airaksinen 2006, 99.) Katetrien kautta ruiskutetaan käsin varjoainetta sepelvaltimon suulle 3-10 ml kerrallaan. Suonia kuvataan röntgenlaitteella useassa eri suunnassa (Airaksinen 2006, 99).

Sairaanhoitaja tarkkailee potilaan elintoimintoja (mm. verenpaine, pulssi ja sydämen rytmi) monitorista tutkimuksen aikana sekä havainnoi ja kyselee potilaan tuntemuksia, lämpöä ja mahdollisia kipuja (HUS Sydäntutkimusyksikkö 2009). Varjoainekuvauksessa potilas on hereillä koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen aikana potilaalle kerrotaan toimenpiteen kulusta ja yleensä kardiologi kertoo myös alustavaa tietoa kuvaustuloksesta. (HUS 2009.) Jos ahtauma soveltuu pallolaajennukseen, saatetaan se tehdä samassa toimenpiteessä. Kardiologi tekee päätöksen yhteistyössä potilaan kanssa. (Yli-Mäyry 2008, 64.)

### 5.1.3 Tutkimuksen jälkeinen vaihe

Toimenpiteen jälkeen holkki poistetaan ja punktiokohtaa painetaan aluksi käsin tai painolaitteella. Tämän jälkeen laitetaan reisivaltimon punktiokohtaan haulipussit ja M-side 5-6 tunniksi ja värttinävaltimon punktiokohtaan paineside (Reponen 2005, 68.) Vuodelepo on 1-6 tuntia punktiokohdasta ja käytetyn sisäänviejän koosta riippuen. (Yli-Mäyry 2008, 64.) Varfariinia käyttävät potilaat joutuvat yleensä vuodelepoon seuraavaan aamuun saakka (Reponen 2005, 68). Jos tutkimus on tehty reisivaltimosta käytetään usein Angio-Seal -reisivaltimon sulkulaitetta ja kollageenipaikkaa, joka nopeuttaa vuodon tyrehtymistä valtimossa. Kollageenipaikka imeytyy elimistöön 60–90 päivän aikana. (HUS 2009.)

Kun tutkimus on suoritettu, potilas siirretään sydänlaboratoriosta vuodepaikalleen. Postoperatiivisessa eli tutkimuksen jälkeisessä hoitotyössä tavoitteena on varjoainekuvauspotilaan kohdalla potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, kivuttomuuden ja turvallisuudentunteen saavuttaminen ja ylläpitäminen (Holmia ym. 2004, 68). Potilaan vuodelevon aikana sairaanhoitaja seuraa pulssia, verenpainetta (Holmia ym. 2004, 0212) sekä punktiokohtaa ja huomioi siinä ilmeneviä muutoksia, kuten mustelmat, hematomat, turvotuksen ja vuodon (HUS 2009). HUS:n (2009) sydäntutkimusosaston mukaan raajan väri, lämpö ja syke ovat myös seurattavia asioita, samoin potilaan yleisvointi. Ruokailu sängyssä pääty kohotettuna on mahdollista, kun haulipussi tai staasi on poistettu. Varjoainekuvauksen jälkeen potilas kotiutuu yleensä samana päivänä edellyttäen, ettei vakavia komplikaatioita ole tullut ja kotona on aikuinen seuralainen (Reponen 2005, 68). Sairanhoitaja huolehtii, että potilas juo runsaasti, jotta varjoaine poistuisi (HUS 2009). Ensimmäinen virtsaamiskerta merkitään papereihin ja on yksi ehto potilaan kotiuttamiselle. Varjoaine on munuaistoksista ja siksi potilaan nesteytys ja diureesi tärkeää, koska varjoaine poistuu elimistöstä virtsan mukana (Tertti ym. 2009, 591.) WC:ssä käydään ensimmäistä kertaa aina hoitajan valvonnassa (HUS 2009). Ruokailu on mahdollista, kun haulipussi on poistettu nivustaipeesta tai staasi on saatu poistettua ranteesta (HUS 2009).

Ennen kotiuttamista potilas keskustelee hoitavan kardiologin kanssa jatkotoimenpiteistä. Jos poikkeavaa ei kuvauksessa löydy, on potilaan ennuste hyvä ja sydämen ulkopuolisen rintakivun selvittelyä jatketaan mahdollisesti muilla keinoin. Mikäli ahtaumia todetaan, hoitovaihtoehtoina ovat lääkehoito, pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Tutkimuslöydöksiä tarkastellaan yhdessä useamman sydänlääkärin kanssa ja ohitusleikkauspäätös tehdään yhdessä sydänkirurgin kanssa. Hoitopäätöksestä keskustellaan aina potilaan kanssa yhdessä. (Yli-Mäyry 2008, 64-65.)

Kotiuttamisen yhteydessä sairaanhoitajan antaman ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään kotona mahdollisimman hyvin tutkimuksen jälkeen. Ohjauksessa täsmennetään potilaan jatkohoidon ja kotihoidon ohjauksen tarpeita ja tavoitteita. Yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan niiden mukainen ohjaus sisältäen sairauden hoitoa, elintavat, sairauteen liittyvät riskitekijät, selviytyminen, avuntarve ja tiedon tarve. (Lipponen ym. 2006, 15.) Sairanhoitajan kanssa käydään läpi kotihoito-ohjeet sekä elämäntapamuutokset, jotka liittyvät sydänsairauden riskitekijöihin (Holmia ym. 2004, 215). Hoitaja antaa jatkohoito-ohjeet niin kirjallisesti kuin suullisestikin. Kirjallisten ohjeiden antaminen auttaa potilasta tarkastamaan tietoja niistä kotona jälkikäteenkin. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Potilaan yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon, jotta ohjaus on tehokasta. (Kyngäs ym. 2007, 27). Ohjaustilanteessa on tärkeää, että ohjausympäristö ja –tilanne ovat rauhalliset ja potilas motivoitunut saamaan ohjausta. Sairanhoitaja voi tehdä avoimia kysymyksiä selkiyttääkseen niitä tekijöitä, jotka voisivat motivoida potilasta hoitoonsa. (Kääriäinen ym. 2006, 78.)

Varjoainekuvauksessa ollut potilas voi käydä suihkussa seuraavana päivänä ja peseytyä miedolla saippualla. Punktiokohta kuivataan kevyesti ja huolellisesti. Taitos poistetaan tutkimusta seuraavana päivänä. Saunomista vältettävä 2-3 päivää tai kunnes punktiokohta parantunut. Pieni pahkura nivusseudussa on normaalia. Jos ihon alle kehittyy kipeä patti, punktiokohta alkaa vuotaa verta, turpoaa tai tulee kuumetta, on otettava yhteys sairaalaan. Jos punktiokohta alkaa vuotaa, on sitä painettava voimakkaasti kädellä ja mikäli vuoto ei tyrehdy, on lähdettävä sairaalaan. Kolmen seuraavan vuorokauden aikana potilaan on vältettävä ponnistelua ja yli 5 kg:n taakkojen nostelua. (HUS 2009; Reponen 2005, 68.) Tutkimuspäivänä autolla ajo ei ole sallittua, ettei punktiokohta ala vuotamaan verta (HUS 2009). Tutkimuksen jälkeen tapahtuvalla ohjauksella on suuri merkitys potilaan jatkoselviytymisen kannalta. Tärkeää olisi, että ennen kotiutumista potilaalla olisi selkeä

kuva jatkosta ja mahdollisuus selvittää epäselvät asiat. (Lipponen ym. 2006, 15.) Kattaisen (2004, 116) väitöskirjan mukaan sepelvaltimotautipotilaiden ohjauksessa on tarvetta panostaa myös henkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jossa myös ihmissuhteet painottuvat.

#### 5.1.4 Yhteenveto ohjausprosessista ohjauksen malliksi

Ohessa varjoainekuvauspotilaan ohjausprosessi on luokiteltu Roperin ym. (1992) elämisen toimintojen komponenttien alle.

##### **Turvallisen ympäristön ylläpitäminen**

###### Ennen tutkimusta

- kirjallinen valmistautumisohje ennen tutkimusta
- lääkehoidon tarkastaminen ennen toimenpidettä
- laboratoriotestien ottaminen potilaan terveydentilan kontrolloimiseksi
- psyykinen tukeminen turvallisuudentunteen lisäämiseksi
- turvallisen ympäristön luominen
- yksilöllinen hoitotyö

###### Tutkimuksen aikana

- asentohoito toimenpiteen aikana
- turvallisuuden tunteen luominen
- yksilöllinen hoitotyö

###### Tutkimuksen jälkeen

- jatko-hoito-ohjeet komplikaatioiden ehkäisemiseksi
- fyysisen rajoittuneisuuden huomioiminen tutkimuksen jälkeen
- yksilöllinen hoitotyö



## **Viestiminen**

### Ennen tutkimusta

- potilaan ohjaus koko perioperatiivisen vaiheen aikana
- pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen
- rauhallinen ohjausympäristö
- viestiminen omalla äidinkielellä
- toimenpiteen kulusta kertominen

### Tutkimuksen aikana

- pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen
- toimenpiteen kulusta kertominen
- potilaan voinnin tarkkailu

### Tutkimuksen jälkeen

- alustava tiedottaminen kuvaustuloksista
- potilaan voinnin tarkkailu
- jatko- ja kotihoito-ohjeiden antaminen sekä kirjallisesti että suullisesti

## **Hengittäminen**

### Ennen tutkimusta

- EKG: tarkastaminen
- potilas tupakoimatta

### Tutkimuksen aikana

- potilaan elintoimintojen tarkkailu
- pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen

### Tutkimuksen jälkeen

- potilaan elintoimintojen tarkkailu

### **Syöminen ja juominen**

#### Ennen tutkimusta

- ravinnotta olo ennen tutkimusta

#### Tutkimuksen jälkeen

- ruokailu haulipussin tai staasin poistamisen jälkeen
- runsas nesteiden nauttiminen varjoaineen poistumiseksi

### **Erittäminen**

#### Ennen tutkimusta

- virtsaaminen ennen tutkimusta
- nestetasapainoa kuvaavat laboratoriotestit ennen tutkimusta
- nesteenpoistolääkkeet tauolla ennen tutkimusta

#### Tutkimuksen aikana

- riittävä suonensisäinen nesteytys

#### Tutkimuksen jälkeen

- diureesi tärkeää tutkimuksen jälkeen varjoaineen poistumiseksi elimistöstä
- onnistunut virtsaaminen ehtona kotiutukselle
- ensimmäinen wc – reissu hoitajan valvonnassa

### **Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen**

#### Ennen tutkimusta

- raakkaus tutkimusalueelta
- avopaidan pukeminen tutkimuksen ajaksi
- ihon kunnon tarkastaminen ennen tutkimusta

#### Tutkimuksen aikana

- punktiokohdan pesu
- steriili ympäristö tutkimuksen aikana

#### Tutkimuksen jälkeen

- punktiokohdan suojaus taitoksella
- suihku seuraavana päivänä
- punktiokohdan tarkkailu
- saunominen kolmen vuorokauden kuluttua

#### **Kehon lämmöstä huolehtiminen**

- sopiva kehon lämpötila koko perioperatiivisen prosessin aikana

#### **Liikkuminen**

##### Ennen tutkimusta

- tulohaastattelussa potilaan mahdolliset liikkumisrajoitteet

##### Tutkimuksen aikana

- potilaan siirtyminen vuoteesta tutkimuspöydälle
- liikkumisen esteet huomioitava (esim. nesteensiirtolaitteisto)

##### Tutkimuksen jälkeen

- potilaan siirtyminen tutkimuspöydältä vuoteeseen
- liikunnan merkityksen ohjaus sydänsairauden hoidossa
- liikkumisen ja fyysisen rasituksen rajoitukset tutkimuksen jälkeen

## **Nukkuminen**

### Ennen tutkimusta

- pelko tutkimuksesta aiheuttaa unettomuutta

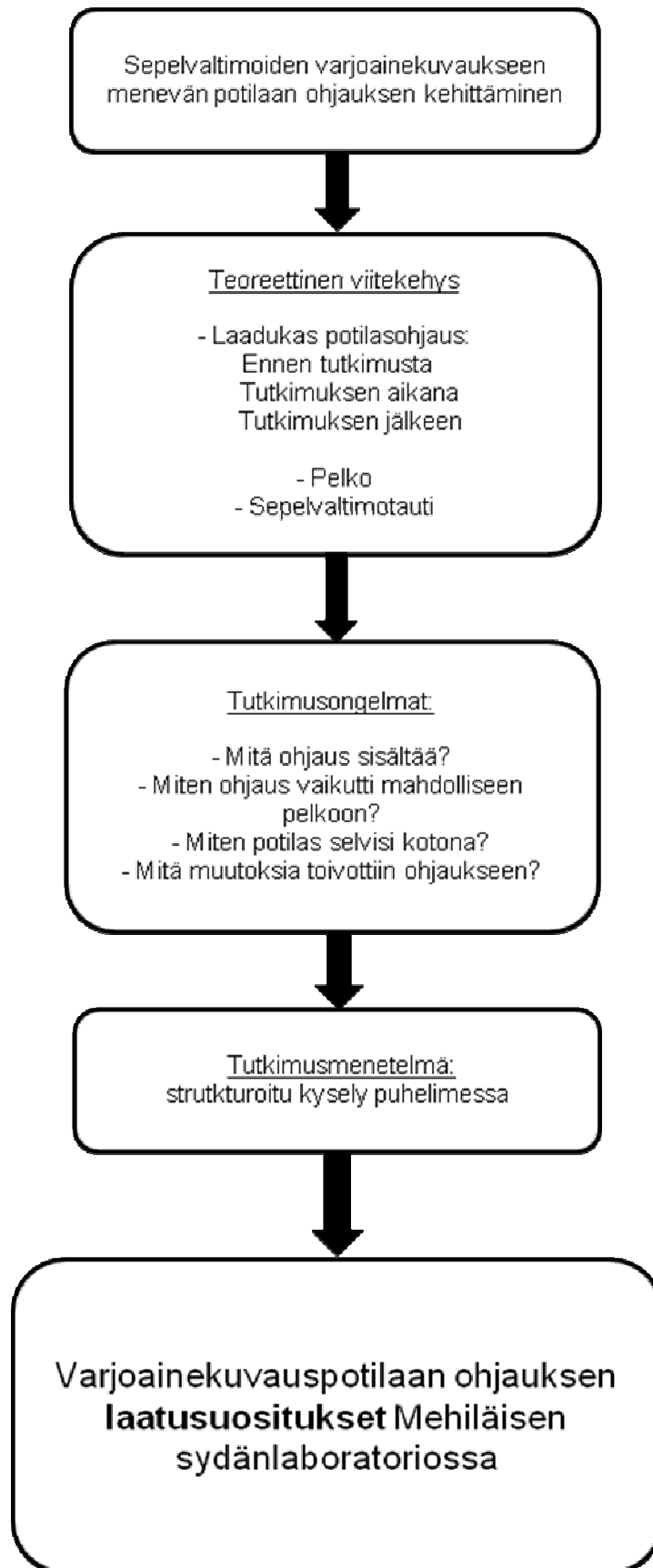
### Tutkimuksen jälkeen

- vieras ympäristö aiheuttaa unettomuutta (jos joutuu jäämään yöksi sairaalaan)
- punktiokohta häiritsee unta

Edellä mainittuihin elämisen toimintoihin vaikuttavia tekijöitä ovat fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset tekijät. Ne ovat myös yhteydessä toisiinsa. (Roper ym. 1992, 31) Eri ohjausvaiheet voidaan jakaa myös niiden mukaan.

## 5.2 Tutkimusasetelma yhteenvetona teoreettisista lähtökohdista

Seuraavassa kuvataan graafisesti (kaavio 1) tutkimuksessa edellisen pohjalta tarkasteltuja lähtökohtia



Kaavio 1. Tutkimusasetelma

## 6 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kartoittaa sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta Mehiläisen sairaalan sydäntutkimusyksikössä. Tarkoitus on myös selvittää onko potilaiden saama ohjaus ollut riittävää ja laadukasta koko hoitoprosessin ajan ja onko potilailla toivomuksia ohjauksen parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa miten potilasohjaus potilaiden mielestä toimii, mitä ohjaus sisältää varjoainetutkimuksen eri vaiheissa ja toivovatko he jotain muutoksia ohjausprosessiin. Tavoitteena on luoda saatujen tutkimustulosten pohjalta ohjaustoiminnan suositus tai varjoainekuvauspotilaiden ohjauksen laatuksiteerit

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Miten varjoainekuvaukseen menevien potilaiden ohjausta voidaan parantaa Mehiläisen sairaalan sydänlaboratoriossa potilaskyselyn perusteella?

- Mitä varjoainekuvauspotilaan ohjaus sisältää ja miten ohjaus tapahtuu?
- Miten annettu ohjaus vaikutti potilaan mahdollisen pelkoon?
- Miten potilas selvisi kotona tutkimuksen jälkeen?
- Millaisia muutoksia potilaat toivovat ohjaukseen?

## 7 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Kvantitatiivinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentteihin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytetään yleensä strukturoituja kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa asioita tai ilmiöitä. Sillä pyritään löytämään aineistosta yleisiä lainalaisuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teoriaosuudella on suuri merkitys, koska mitattavat asiat muodostetaan yleensä teoriasta. (Vilka 2007, 27.) Lisäksi kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisiä ovat johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, hypoteesien esittäminen, aineiston keruun suunnitelma, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä päätelmien teko perustuen tilastolliseen analysointiin. (Hirsjärvi, Remes & Saarijärvi 2007, 136.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko, johon tulosten pitää päteä ja tästä perusjoukosta otetaan otos (Heikkilä 2008, 33).

Tutkimusmenetelmänä käytettiin puhelinhaastattelua, jonka toteutin strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Strukturoitujen kysymysten lisäksi oli yksi avoin kysymys. Strukturoidussa haastattelussa on valmiit kysymykset ja niiden esittämisjärjestys on kaikille sama. Lomakehaastattelu on usein informoitu; eli tutkija saattaa asettaa vastaajalle jonkinlaisia lisäkysymyksiä ja selostaa ja selvittää vielä tutkimuksen kulkua ja tarkoitusta. (Vilka 2008, 29.) Haastattelu voi olla myös avoin tai puolistrukturoitu. Puhelinhaastattelun etuina voidaan

pitää sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, se on tehokas säästäessään tutkijan aikaa ja vaivaa ja se voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Myös aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida etukäteen melko tarkasti. Tämä kaikki edellyttää kuitenkin lomakkeen huolellista etukäteissuunnittelua. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Strukturoitu haastattelu sopii erityisesti silloin, kun halutaan saada vastaukset nopeasti ja haastateltavat edustavat melko yhtenäistä ryhmää. (Metsämuuronen 2006, 238.)

Puhelinhaastatteluun liittyy myös heikkouksia. Aineistoa saatetaan pitää pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Haittoina pidetään myös sitä, että ei voida varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen tai turvautuvatko vastaajat ”en osaa sanoa” – vastaukseen liian helposti (Hirsjärvi ym. 2007, 190; Heikkilä 2008, 51.)

Päädyin puhelinhaastatteluun, koska se on nopea ja vaivaton tapa saada vastaukset kerättyä. Aikataululliset syyt puolsivat puhelinhaastattelua: kyselylomakkeiden postittaminen ja palautuminen olisi kestänyt liian kauan. Vastaajille puhelimitse tehty haastattelu on lisäksi vaivaton, vastausprosentti on postikyselyä korkeampi ja tutkijalla on mahdollisuus tietää, kuka on vastaamassa haastatteluun. (Heikkilä 2008, 20.)

## 7.2 Kohderyhmä ja otos

Tämä tutkimus tehtiin otantatutkimuksena, joka tarkoittaa, että vain osaa perusjoukosta tarkasteltiin. Perusjoukon osa, joka täyttää tietyt kriteerit on nimeltään otos (Holopainen & Pulkkinen 2002, 27.) Tutkimuksen perusjoukon muodostivat Mehiläisen sydänlaboratorioon ennalta suunniteltuun sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tulleet potilaat, joille ei tehty samalla kertaa pallolaajennusta. Tutkimukseen otettiin



mukaan kaikki tietyllä ajanjaksolla suunnitellusti varjoainekuvaukseen tulleet potilaat, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Oros oli 19 potilasta, joista 16 lopulta osallistui haastatteluun. Vastausprosentti oli täten 84 prosenttia. Ennalta määrittämäni ehdoton minimimäärä haastateltaville oli 15 henkilöä.

### 7.3 Haastattelulomakkeen laadinta ja aineistonkeruu

Haastattelulomakkeen laadintaan liittyy monia tärkeitä näkökohtia. Kysymykset tulee laatia huolellisesti, sillä Heikkilän (2008, 47–49) mukaan kysymysten muoto on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista. Lomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelmien täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Tutkijan täytyy tietää, mihin kysymyksiin vastauksia haetaan. Vilka (2007, 63) toteaa, että tutkimussuunnitelma on edellytys mittarin onnistumiselle, sillä lomake ja tutkimussuunnitelma kietoutuvat erottamattomasti yhteen.

Haastattelulomake laadittiin tätä tutkimusta varten. Haastattelulomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä lukuun ottamatta yhtä avointa kysymystä. Lomakkeen kysymykset pohjautuvat teoriaosassa esiintyviin sydänpotilaita, potilasohjausta ja pelkoa koskeviin tutkimuksiin ja alan kirjallisuuteen (mm. Heikkilä 1998; Alho & Nylund 2002; Koivula 2002; Nylander 2002; Koivula –Åstedt-Kurki 2003; Laitinen 2003; Kattainen 2004; Kyngäs & Kääriäinen 2005; Reponen 2005; Kyngäs & Kääriäinen 2006; Kyngäs ym. 2007; Kääriäinen 2007; Kääriäinen 2008.)

Haastattelulomakkeen eli mittarin ensimmäisessä osiossa oli kuusi taustatietojä kartoittavaa kysymystä, toisessa osiossa neljä sepelvaltimotautiin liittyvää kysymystä, kolmannessa osiossa 19 ohjaukseen liittyvää kysymystä ja neljännessä osiossa neljä pelkoon liittyvää kysymystä. Lopuksi oli kaksi yleistä tyytyväyyttä mittaavaa kysymystä ja yksi avoin kysymys ohjauksen kehittämisestä. Käytin

monivalintakysymyksiä sekä viisiportaista Likertin asteikkoa, josta vastaajat pystyvät parhaiten valita omaa näkemystään kuvaavan vastausvaihtoehdon. Yhteensä kysymyksiä oli 36. Puhelimessa tehty haastattelu ei voi olla kovin pitkä (Heikkilä 2008, 69). Haastattelulomake esitettiin ennen tutkimusta neljällä henkilöllä omassa tuttavapiirissäni. Henkilöt eivät olleet aikaisemmin olleet tekemisissä tutkittavan asian kanssa. Esitetauksen tarkoituksena on varmistaa, että haastattelulomakkeen terminologia ja kysymykset ymmärretään oikein.

Suullinen tutkimuslupa opinnäytetyölleni saatiin henkilöstöpäällikkö Ulla Nurmenniementä jo noin vuosi ennen tutkimuksen aloittamista. Kirjallinen ja eettinen lupa saatiin vastaavalta hoitajalta Mirja Finnbergiltä 1.2.2010. Aineistonkeruu tapahtui helmikuun lopulta alkaen kolmen viikon ajan, kunnes tarvittava määrä vastauksia oli saatu. Sydänlaboratorion henkilökunnan ohjeistettiin henkilökohtaisesti tutkimuksen kulusta ja informaatiosta, jonka he antoivat potilaille. Samalla heille jaettiin saatekirjeet tutkimukseen osallistuville annettaviksi. Sydänlaboratorion henkilökunta jakoi saatekirjeet tutkimukseen soveltuville potilaille ja pyysi lisäksi potilaan allekirjoituksen suostumuksen todistamiseksi. Osallistuminen tutkimukseen oli kaikille vapaaehtoista, mikä oli selostettu saatekirjeessä. Tutkimukseen suostuneille potilaille soitettiin sovittuna ajankohtana ja esitettiin mittarin kysymykset.

#### 7.4 Aineiston käsittely ja sen analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tilastollista laskentatapaa. Aineiston käsittelyyn ja analysointiin käytettiin Microsoft Excel 2007 - taulukkolaskentaohjelmaa. Samalla kun tehtiin puhelimessa haastattelua, vastaukset kirjattiin jo suoraan tietokoneelle Exceliin havaintomatriisiksi. Lopuksi vielä tarkistettiin, että kaikki vastaukset ovat kohdillaan ja jokainen muuttuja oli syötetty oikein. Kysymyslomakkeen vastauksista muodostuneet laskelmat analysoitiin sanallisesti käyttäen

apuna kaavioita ja diagrammeja. Tällä tavoin tulokset ovat helposti lukijan nähtävissä. Analysointiin vaikuttaa myös otoskoko. Nummenmaa (2006, 25) korostaa, että monimutkaiset analyysit vaativat yleensä suuremman otoskoon kuin yksinkertaiset analyysit. Vilkan (2007, 57) mukaan käytettäessä jotakin tilasto-ohjelmaa, tutkimuksessa saatujen vastausten määrän tulisi olla vähintään sata havaintoyksikköä. Näin ollen tutkimuksen tulokset päädyttiin analysoimaan ilman monimutkaisempia tilasto-ohjelmia.

## 7.5 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Sen arviointiin on erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Kun saadaan toistuvasti sama tutkimustulos riippumatta tutkijasta, on tutkimus luotettava eli sen *reliabelius* on hyvä (Vilka 2007, 177; Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on *validius* eli pätevyys. Se tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Tutkimus on validi, kun siihen ei sisälly systemaattista virhettä (Vilka 2007, 179).

Hyvässä tutkimusraportissa tutkija arvioi koko tutkimuksen luotettavuutta (validiteetti, reliabiliteetti). Luotettavuus on tutkimuksen peruslähtökohta. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on riittävän suuri ja edustava, vastausprosentti korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. (Heikkilä 2008, 188.) Kokonaisluotettavuus koostuu sekä validiteetista että reliabiliteetista yhdessä (Vilka 2007, 152.) Validiteetti tulee haastattelututkimuksissa esiin juuri siinä, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niillä saada vastaukset tutkimusongelmiin. Validiutta ei ole helppoa tarkastella jälkikäteen, kun taas reliabiliteettia voidaan tarkastella mittauksen jälkeenkin (Heikkilä 2008, 186-187).

Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä samaa todellisuutta, jota tutkija luulee tutkivansa. Esimerkiksi haastattelutilanteessa vastaajat ovat saattaneet ymmärtää monet kysymykset eri tavalla kuin tutkija oli ajatellut. Näin mittari aiheuttaa tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Tässä tutkimuksessa validiutta varmistettiin käyttämällä aikaisempaa tutkimustietoa ja kirjallisuudesta haettua aiheeseen liittyvää teoriaa haastattelulomaketta kehitettäessä. Kysymyslomake esitettiin, jolla pyrittiin selvittämään sisältöalueiden kattavuus ja kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan lisäksi suullisilla vastausohjeilla. Useiden haastateltavien kohdalla jouduin usean kysymyksen kohdalla toistamaan vastausohjeita, koska Likertin asteikolla olleet väittämät ja monivalintakysymykset vuorottelivat.

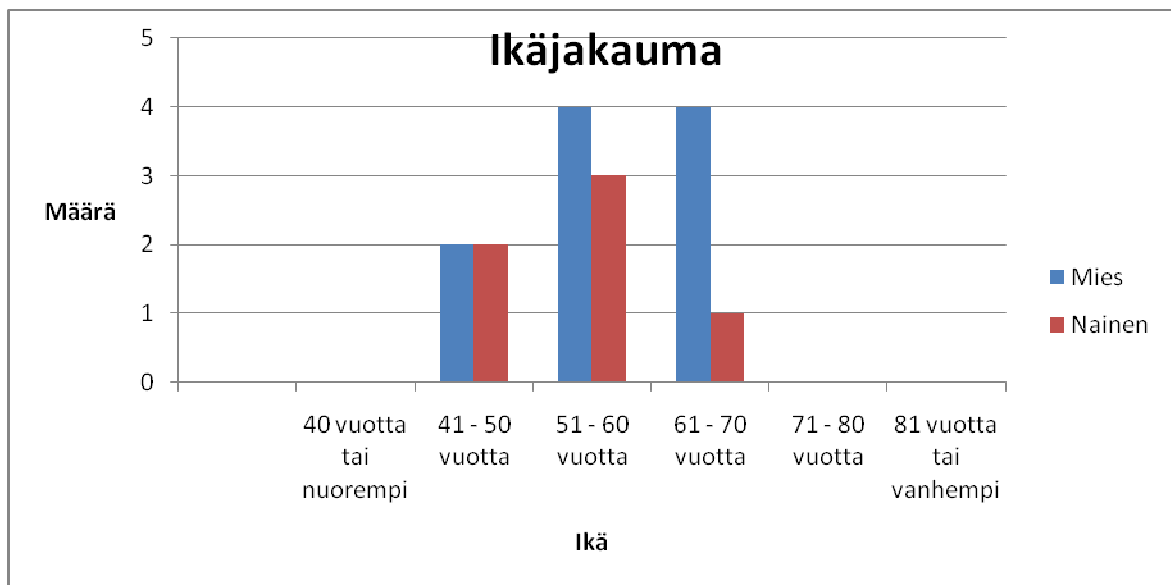
Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri ja vastausprosentti korkea. Lomakkeen kysymysten tulisi kattaa koko tutkimusongelma ja mitata oikeita asioita. (Heikkilä 2008, 188.) Tässä tutkimuksessa otos oli melko edustava eli pienoiskuva perusjoukosta, mutta otoskoon ollessa pieni myös edustavuus kärsii. Otoskoon pienuus aiheuttaa sen, että tutkimustulosten luotettavuus ja etenkin yleistettävyys kärsii. Heikkilän (2008, 42) mukaan mitä varmempia halutaan olla siitä, että otoksesta saadut tulokset pätevät myös koko perusjoukossa, sitä suurempi on otoksen oltava. Vilkan (2007, 57) mukaan karkea ohje otoksen ja luotettavuuden suhteesta on ”mitä suurempi otos, sitä luotettavammat ovat tulokset”. Nyt otoksen ollessa 16 haastateltavaa, tulokset ovat sattumanvaraisempia kuin suuremmalla otoksella (Vilka 2007, 57) ja tulosten pätevyyttä perusjoukkoon ei voida yleistää (Heikkilä 2008, 42.) Tämän kehittämishankkeen tuloksia ei täten voi yleistää pienen otantakoon takia. Lisäksi tutkittavana oli vain Mehiläisen sydänlaboratoriossa hoidetut varjoainekuvauspotilaat, eikä tuloksia voi yleistää muihin sairaaloihin tai hoitopaikkoihin.

Tässä kehittämishankkeessa pyrittiin noudattamaan tutkimuseettisiä lähtökohtia. Tutkimukselle oli haettu luvat organisaatiolta. Potilaille jaettiin saatekirje, jossa kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista sekä mainittiin, ettei potilaiden henkilöllisyys tulisi missään tutkimuksen vaiheessa esille.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Vastaajien taustatiedot

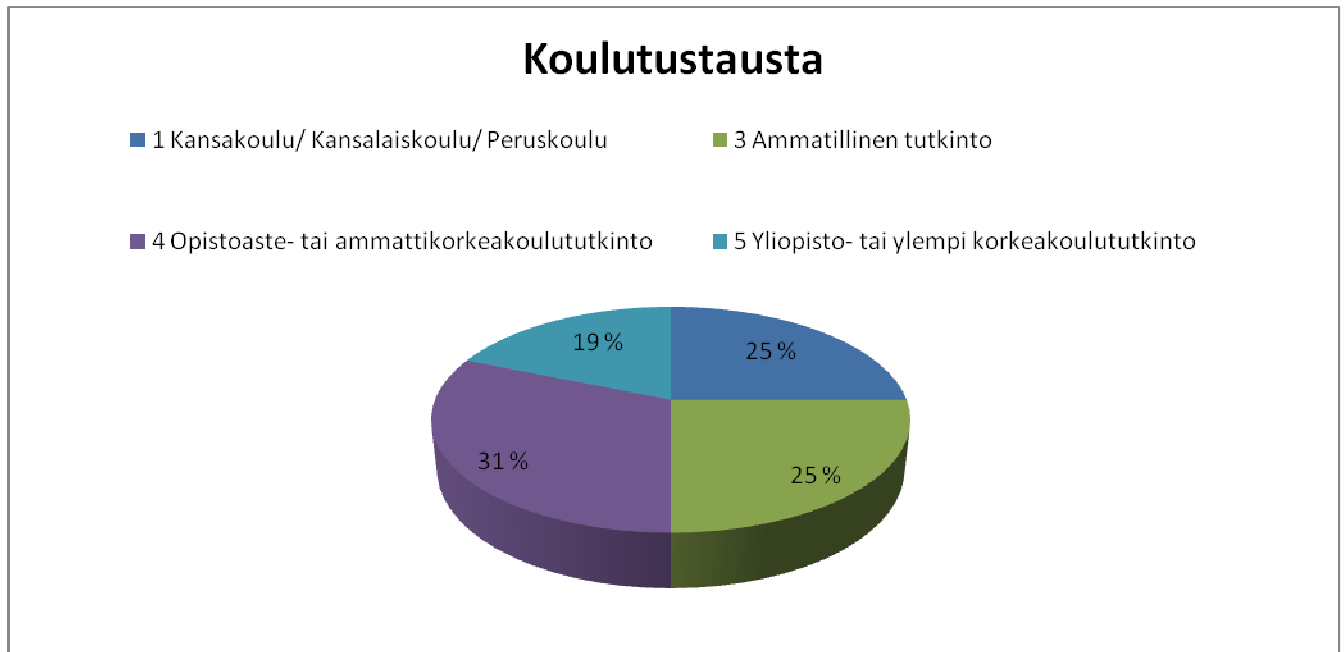
Puhelinhaastatteluun osallistui 16 varjoainekuvauksessa äskettäin käynnyttä potilasta. Haastattelulomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyttiin potilaiden taustatietoja kuudella eri kysymyksellä (lomakkeen kysymykset 1-6). Kaikki taustatietoja kartoittavat kysymykset olivat strukturoituja eli vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Haastatteluun osallistuneet olivat 41-70 –vuotiaita (kaavio 2). Suurin ikäryhmä oli 51-60 -vuotiaat, joita oli seitsemän haastatelluista. Kymmenen haastatelluista oli miehiä ja kuusi naisia.



Kaavio 2. Ikä- ja sukupuolijakauma (N=16)

Koulutustausta (kaavio 3) haastatelluilla potilailla jakautui siten, että 25 prosenttia heistä oli suorittanut ainoastaan kansakoulun, kansalaiskoulun tai peruskoulun. Niin ikään 25 prosenttia oli suorittanut ammatillisen tutkinnon. Opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon

suorittaneita oli 31 prosenttia ja 19 prosentilla oli yliopisto- tai korkeakoulututkinto.



Kaavio 3. Koulutustausta

Haastatelluista 14 eli avo- tai avioliitossa, yksi oli naimaton ja yksi eronnut. Yhtä lukuunottamatta kaikki haastatellut asuivat yhdessä jonkun toisen henkilön kanssa. Puolet eli kahdeksan haastatelluista oli työelämässä, yksi oli työtön, yksi kuului kategoriaan "joku muu" ja kuusi haastatelluista oli eläkkeellä.

## 8.2 Sepelvaltimotauti

Haastattelulomakkeen toisessa osiossa halusin selvittää potilaiden mahdollista sepelvaltimotautia, jonka diagnosointi tai poissulkeminen on yksi varjoainekuvauksen pääaiheista. Varjoainekuvaus paljastaa tai poissulkee sepelvaltimotaudin 100 prosentin varmuudella, joten on ymmärrettävää, että itse tutkimustilanne on jännittävä tulosten tultua ilmi saman tien. Tiedustelin myös, oliko juuri tehty varjoainekuvaus potilaan ensimmäinen vai oliko se koettu jo aikaisemminkin. Kysymykset tässä osiossa olivat strukturoituja.

Ainoastaan kolmella haastateltavista potilaista oli todettu sepelvaltimotauti. Suurimmalla osalla (N = 13) ei siis ollut diagnosoitua sepelvaltimotautia. Näistä kolmesta sepelvaltimotautia sairastavasta kahden tauti oli diagnosoitu juuri tehdyssä varjoainekuvauksessa ja yhden tauti oli todettu jo aikaisemmin. Potilaista vain kaksi oli aikaisemmin ollut varjoainekuvauksessa. Suurin osa eli 14 potilasta oli nyt ensimmäistä kertaa varjoainekuvauksessa. Selvitin myös, mikä oli potilaiden hoitolinja tutkimustulosten kuulemisen jälkeen. Puolella heistä oli konservatiivinen hoitolinja ja puolella vaihtoehto ”joku muu”. Tähän ryhmään potilaat selvittivät syyksi esimerkiksi muut jatkotutkimukset sydämen suhteen (esimerkiksi ultraäänitutkimus) tai muiden kuin sydänperäisten syiden selvittäminen (esimerkiksi ruokatorviperäiset syyt). Muutama potilas oli tullut tutkimukseen vain pois sulkeakseen sepelvaltimotaudin vahvan sukurasituksen vuoksi, vaikka varsinaisia oireita ei ollutkaan. En pyytänyt tarkempaa selvitystä tähän kohtaan ”joku muu” kysymysten ollessa strukturoituja, mutta haastateltavat halusivat samalla selvittää minulle, mikä muu syy oli ja kirjasin niitä ylös.

Ohitusleikkaus tai pallolaajennus ei ollut kenenkään jatkohoitona. Siihen että pallolaajennus ei ollut kenenkään haastateltavan jatkohoitona, vaikuttaa varmasti se, että poissuljin pallolaajennuspotilaat tästä tutkimuksesta kokonaan. Usein jos on suinkin mahdollista, pallolaajennus tehdään samalla kertaa varjoainekuvauksen jälkeen. Todennäköisesti tästä samasta syystä sepelvaltimotautipotilaita oli tässä tutkimuksessa vain kolme, sillä pallolaajennus on kuitenkin melko yleinen jatkohoitolinja sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla.

### 8.3 Ohjaus ja sen sisältö

Kolmannessa osiossa selvitin potilaiden saamaa ohjausta ja sen sisältöä Mehiläisen sydänlaboratoriossa. Kysymykset 11 – 29 koskivat ohjausta varjoainekuvauksen eri vaiheista. Kaikki kysymykset olivat



strukturoituja, joko monivalintakysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen tai Likertin asteikkoon pohjautuvia väittämiä.

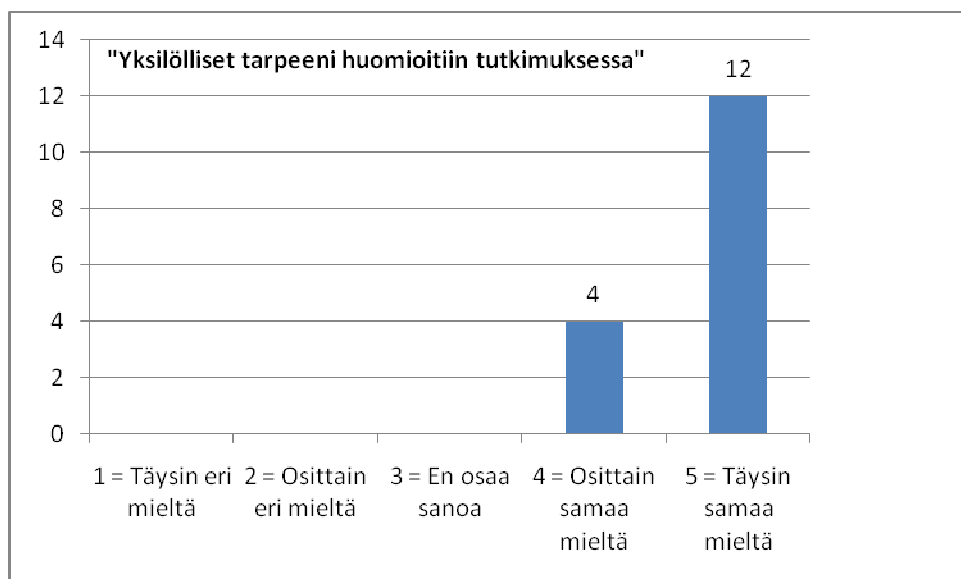
Potilaista enemmistö eli yhdeksän oli saanut kotiin etukäteen kirjalliset valmistautumisohjeet tai kutsukirjeen. Kaikki potilaat, jotka olivat saaneet kotiin kirjalliset valmistautumisohjeet, olivat erittäin tyytyväisiä niiden tarjoamaan tietoon ja kokivat ne hyödyllisiksi tutkimukseen valmistauduttaessa. Yhdeksästä potilaasta kuusi oli täysin samaa mieltä siitä, että kirjalliset valmistautumisohjeet sisälsivät riittävästi tietoa tutkimuksesta. Kolme potilasta oli osittain samaa mieltä valmistautumisohjeiden tutkimusta koskevan tiedon riittävydestä.

On tärkeää, että potilaalle tarjotaan selkeästi mahdollisuus esittää kysymyksiä tulevasta tutkimuksesta tai siihen liittyvistä asioista. Toisaalta kysymykset saattavat liittyä myös potilaan sairauteen, lääkkeisiin tai kotona selviytymiseen tutkimuksen jälkeen. Haastatteluun osallistuneista potilasta jokainen oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut mahdollisuuden esittää mieltään askarruttaneita kysymyksiä ennen tutkimusta.

Ohjauksen sisältöä tarkemmin kartoittavassa kysymyksessä oli useampi alakysymys (kysymys numero 15). 13 potilasta 16:sta eli 81 prosenttia oli sitä mieltä, että tehdystä varjoainekuvauksesta oli hyötyä. Kolme potilasta eli 19 prosenttia koki, ettei tällä kertaa tutkimuksesta ollut mitään hyötyä. Varjoainekuvaukseen liittyvistä riskeistä oli kerrottu vain yhdelle potilaalle. Suurimmalle osalle haastatelluista ei siis puhuttu varjoainekuvaukseen liittyvistä riskeistä mitään. Varjoainetutkimuksen kulku oli selvitetty jokaiselle potilaalle etukäteen. Punktiokohdan seuraaminen tutkimuksen jälkeen komplikaatioiden varalta on tärkeää. Kahdelle potilaalle ei ollut kerrottu tästä mitään. Varjoaineen poistumiseksi elimistöstä, runsas juominen on tärkeää tutkimuksen jälkeen. Yhdelletoista potilaalle eli 69 prosentille haastateltavista oli kerrottu siitä päivän aikana. 31 prosenttia potilasta ei ollut saanut siitä

ohjausta. Vuodelevosta tutkimuksen jälkeen kaikki yhtä lukuun ottamatta olivat saaneet etukäteen tietoa. Kaikki 16 potilasta olivat saaneet ohjausta fyysisen ponnistelun välttämisestä tutkimuksen jälkeisinä päivinä. Ohjausta suihkussa käymisestä ja saunomisesta tutkimuksen jälkeen oli saanut 12 potilasta ja neljä vastasi, ettei heitä ollut siitä ohjattu. Sydänsairauksien riskitekijöistä ja elintavoista, joilla voidaan ehkäistä tai lievittää sydänsairauksia oli päivän aika keskusteltu neljän potilaan kanssa eli  $\frac{3}{4}$  potilaista ei ollut saanut niihin ohjausta. Osittain tämä voi selittyä sillä, että jotkut potilaat olivat käyneet tai saattaneet käydä tutkimuksessa vain sulkeakseen pois sydäntaudin perinnöllisistä tai vastaavista syistä. Eli heillä ei käytännössä saattanut olla mitään sydänsairautta tai oireitakaan. Haastattelulomakkeessahan en erikseen kysynyt syytä tutkimukseen saapumiseen.

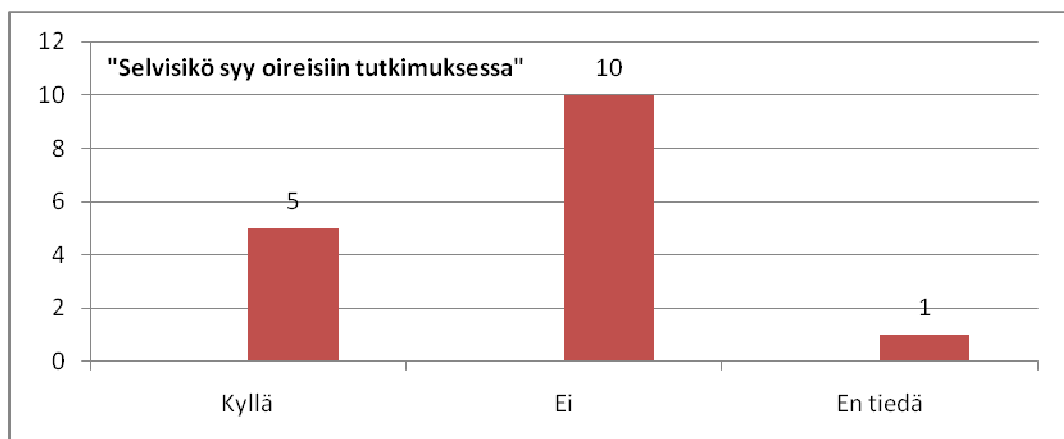
Kahdeksan potilasta eli puolet haastateltavista oli täysin samaa mieltä, että ohjausympäristö oli rauhallinen. Viisi oli osittain samaa mieltä, yksi ei osannut sanoa mielipidettään ja kaksi potilasta oli osittain eri mieltä ohjausympäristön rauhallisuudesta. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen (kaavio 4) ohjaustilanteessa oli 75 %:n mielestä onnistunut erittäin hyvin heidän ollessa täysin samaa mieltä. 25 % potilaista oli osittain samaa mieltä yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta.



Kaavio 4. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen.

Kysymykseen käytettiinkö ohjauksessa lisäapuna mitään havainnollistavaa materiaalia vastasi yksi potilas myöntävästi. Muiden kohdalla havainnollistavaa lisämateriaalia ei ollut käytetty. Kaikki 16 potilasta olivat tunteneet olonsa turvalliseksi tutkimuksen aikana ja kahta potilasta lukuun ottamatta kaikille muille oli kerrottu tutkimuksen aikaisen etenemisestä. Voinnin tiedustelusta tutkimuksen aikana 12 potilasta oli täysin samaa mieltä, että sitä oli tiedusteltu, kolme oli osittain samaa mieltä ja yksi ei osannut muodostaa mielipidettä. Jokainen haastateltu oli täysin samaa mieltä siitä, että heidät oli huomioitu riittävän hyvin tutkimuksen jälkeisessä vuodelevossa. Kotiutustilanteessa niin ikään jokainen potilas oli saanut mahdollisuuden esittää mieltään askarruttaneita kysymyksiä. Siitä, jäikö kotiutustilanteessa selkeä kuva jatkohoidosta, oli 10 potilasta eli 63 % haastateltavista täysin samaa mieltä. 31 % oli osittain samaa mieltä ja yksi potilas osittain eri mieltä jatkohoidon selvydestä. Sekä suulliset että kirjalliset jälkihoito-ohjeet oli saanut 12 potilasta.

Kaikki haastateltavat olivat täysin samaa mieltä, että he olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen koko varjoainekuvausprosessin aikana. Tiedustelin myös sitä, että selvisikö syy oireisiin tässä juuri tehdyssä varjoainekuvauksessa (kaavio 5). Viidellä potilaalla syy selvisi, kymmenellä ei selvinnyt ja yksi ei tiennyt asiaa. 63 %:lla jäi siis tavalla tai toisella diagnoosi auki ja selvittelyt jatkuvat.

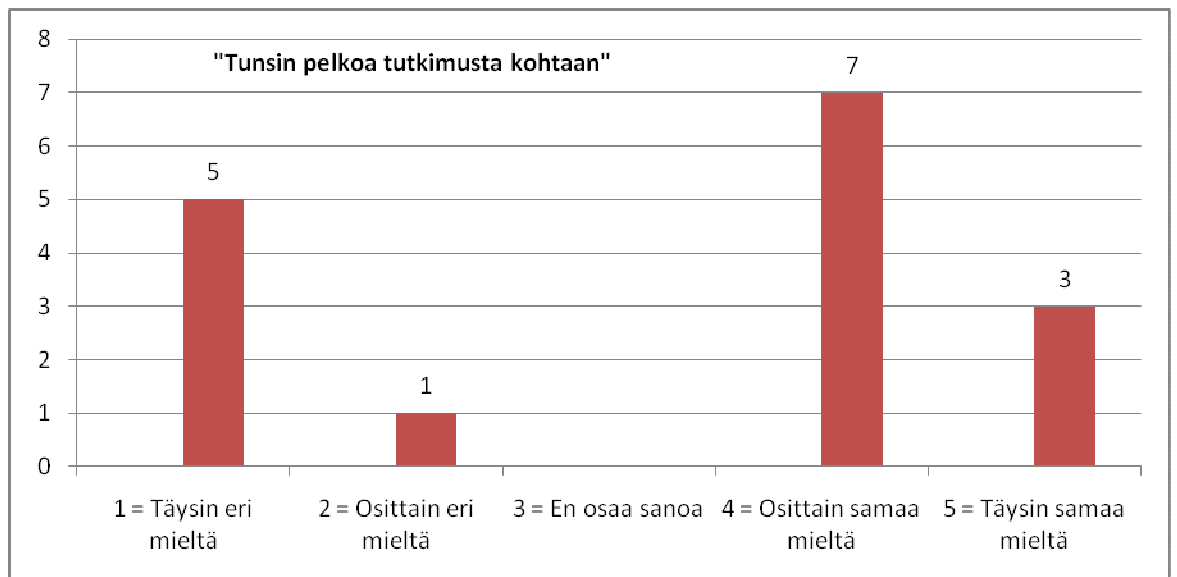


Kaavio 5. Syyn selviäminen oireisiin tutkimuksessa.

Neljällä potilasta oli kotona varjoainekuvauksesta johtuvia ongelmia. Heistä kaksi oli täysin samaa mieltä, että oli annettu selkeät ohjeet kotiutuessa, mitä komplikaatioiden ilmaantuessa tulee tehdä. Yksi potilas oli asiasta osittain samaa mieltä ja yksi potilas osittain eri mieltä.

#### 8.4 Pelko

Neljännessä osiossa selvitin potilaiden mahdollista pelkoa varjoainekuvausta kohtaan (kaavio 6). Potilaista 19 % (N=3) oli täysin samaa mieltä ja 44 % (N=7) osittain samaa mieltä siitä, että he tunsivat pelkoa tutkimusta kohtaan. 6 % (N= 1) oli osittain eri mieltä ja 31 % (N=5) oli täysin eri mieltä siitä, että olisivat tunteneet pelkoa. Potilaista, jotka tunsivat pelkoa (N=10) kolme oli täysin samaa mieltä ja kolme osittain samaa mieltä siitä, että pelko kohdistui pääasiassa itse varjoainekuvaukseen ja sen kulkuun. Kolme potilasta taas oli täysin eri mieltä ja yksi osittain eri mieltä pelon kohdistumisesta itse tutkimukseen.



Kaavio 6. Pelon tunteminen tutkimusta kohtaan.

Kysyttäessä kohdistuiko pelko pääasiassa tutkimustulosten kuulemiseen, kymmenestä pelkoa tunteneesta potilaasta kuusi oli asiasta täysin samaa mieltä ja kolme potilasta osittain samaa mieltä. Yksi oli osittain eri mieltä. Jotkut potilaat saattoivat pelätä yhtä lailla molempia – sekä itse tutkimusta että tuloksia – joten he ovat saattaneet vastata molempiin väittämiin samalla asteikolla. Hoitohenkilökunnan taito lievittää pelkoa oli potilaiden mielestä hyvää: täysin samaa mieltä oli kuusi potilasta ja osittain samaa mieltä neljä potilasta.

## 8.5 Tyytyväisyys hoitoon

Viidennessä osiossa tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokonaistyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Jokainen haastateltu oli täysin tyytyväinen kokonaisuudessaan saamaansa hoitoon. Samoin kaikki voisivat suositella Mehiläisen sydänlaboratorion palveluita ystävilleen. Nämä kaksi edellistä väittämään (numerot 34 ja 35) olivat Likertin asteikkoon perustuvia ja kaikki potilaat vastasivat molempiin väittämiin vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä”.

Viimeinen kysymys oli avoin, johon sain ainoastaan kaksi vastausta. Muilla vastaajilla ei ollut sillä hetkellä mitään parannus-, tai muutosehdotusta ohjaukseen. Saaduissa vastauksissa tuli ilmi seuraavanlaista:

*Jälkiseuraamuksista olis voinu kertoa enempi. Mulla alko hillitön verenvuoto ranteest koton pari päivää sen jälkeen ja kyl mä pelästyin, kun ei ollu sillee tietoo et mitä pitäs tehdä. Mitään ei niinku tällasen varalle sanottu et onks vaarallista vai niinku ei.*

*Sellainen yksityisyys puuttu kyllä kokonaan. Verhothan siinä oli, mut kyllä siintä kaikki läpi kuului. Ei se mua silleesti häirinnyt, kun ei näis mun jutuis nyt mitään salaista tietoo ollunna, mutta ehkä jotakuta toista se vois vaikka häiritä*

Kumpikin edellä vastanneista oli näistä kommentteista huolimatta erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja molemmat halusivat korostaa puhelimesta, ettei se vaikuttanut heidän kokonaistyytyväisyyteensä hoidon suhteen.

## 9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tietoa varjoainekuvauspotilaiden ohjauksesta Mehiläisen sydänlaboratoriossa. Tutkimuksessa saatiin tietoa ohjauksen sisällöstä, ohjausmenetelmistä, ohjausympäristöstä, pelon esiintymisestä varjoainekuvauspotilailla ja potilaan selviytymisestä kotona tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjausta ja hoitoa kohtaan. Tulokset antavat tietoa nimenomaan potilaan näkökulmasta.

### 9.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta Mehiläisen sairaalan sydäntutkimusyksikössä. Tarkoitus oli myös selvittää onko potilaiden saama ohjaus ollut riittävää ja laadukasta koko hoitoprosessin ajan ja onko potilailla toivomuksia ohjauksen parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa miten potilasohjaus potilaiden mielestä toimii, mitä ohjaus sisältää varjoainetutkimuksen eri vaiheissa ja toivovatko he jotain muutoksia ohjausprosessiin. Tavoitteena oli luoda saatujen tutkimustulosten pohjalta ohjaustoiminnan suositus tai varjoainekuvauspotilaiden ohjauksen laatuksiteerit.

Tutkimusongelmat olivat:

- Mitä varjoainekuvauspotilaan ohjaus sisältää ja miten ohjaus tapahtuu? (kysymykset 11–29)
- Miten annettu ohjaus vaikutti potilaan mahdollisen pelkoon? (kysymykset 30–33)
- Miten potilas selvisi kotona tutkimuksen jälkeen? (kysymykset 28–29)
- Millaisia muutoksia potilaat toivovat ohjaukseen? (kysymys 36)

Lomakehaastattelulla saaduilla tutkimustuloksilla voidaan vastata asetettuihin tutkimusongelmiin.

Tutkimus tehtiin määrällisenä tutkimuksena, joka sopii hyvin lomakehaastatteluna toteutettavan tutkimuksen menetelmäksi. Vilkan (2007, 29) mukaan lomakehaastattelu soveltuu menetelmäksi parhaiten silloin, kun asiaongelma ei ole laaja tai tutkimuskysymykset ovat täsmällisesti määriteltäviä. Tätä tutkimusta voidaan nimittää myös informoiduksi lomakehaastatteluksi, koska puhelun aikana ”kohtasin” haastateltavat ja selostin ja selvitin tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita (Vilka 2007, 29.) Otokoko oli pieni (N=16), joten tuloksia ei voida yleistää. Suuremmalla otoskoolla saataisiin kattavampia tuloksia ja voitaisiin vetää enemmän yleistettäviä johtopäätöksiä. Tutkimus voitaisiin suorittaa vaihtoehtoisesti myös postitettavan kyselylomakkeen avulla, jolloin potilaat vastaisivat itse lomakkeelle. Anonymiteetti korostuu siinä puhelinhaastattelua enemmän, joten se voisi mahdollisesti tuottaa rehellisempiä vastauksia. Suurempi määrä avoimia kysymyksiä saattaisi tuottaa uusia ideoita ja näkökulmia, joita strukturoiduilla kysymyksillä ei nouse esiin. Tutkimuksen ainoaan avoimeen kysymykseen vastasi vain kaksi potilasta, mutta toisaalta tyytyväisyys ohjaukseen ja hoitoon oli haastateltavien keskuudessa niin korkea, ettei parannus- tai muutosehdotuksia juurikaan ollut.

Tutkimustulokset koskevat vain Mehiläisessä saatua ohjausta, joten siitä syystä, eikä myöskään pienen otoksen vuoksi niitä voi yleistää. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina ja niiden perusteella voidaan laatia varjoainekuvauspotilaan ohjauksen laatukriteerit Mehiläisen Sydänlaboratorioon.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 16 potilasta, joista miehiä kymmenen oli miehiä ja naisia kuusi. Osallistujien ikäjakauma oli 41 – 70 – vuotta.



Suurin osa potilaista oli vielä työelämässä. 25 prosentilla potilaista koulutuksena oli vain kansa-, kansalais- tai peruskoulu. Lähes kaikki elivät avo- tai avioliitossa ja asuivat yhdessä jonkun toisen kanssa. Taustatiedoilla oli tarkoitus selvittää taustatekijöiden vaikutusta sepelvaltimotaudin esiintymiseen ja kokemuksiin ohjauksesta, mutta jo pelkän pienen otannan vuoksi varsinaisia johtopäätöksiä niistä ei voitu vetää. Eri tutkimukset osoittavat (Koivula 2003; Kattainen 2004) esimerkiksi, että vähemmän koulutetuilla henkilöillä esiintyy enemmän sepelvaltimotautia. Haastateltavista potilasta vain kolmella oli todettu sepelvaltimotauti, joten tässä tutkimuksessa ei voida vetää johtopäätöksiä sen suhteen.

Potilaan suhtautumista ohjaukseen ohjailevat myös hänen aikaisemmat kokemukset ja terveysuskomukset. Hoitajalle voi jäädä tärkeä tehtävä löytää sopiva kompromissi ohjattavan kanssa huomioiden samalla asiakkaan itsemääräämisoikeuden säilymisen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.) Ohjaajan on osattava asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen (Kyngäs ym. 2007, 30.) Tutkimuksessa haastatelluista potilaista kaksi oli ollut aikaisemmin varjoainekuvauksessa. Heidän kohdallaan ohjaustarpeet saattoivat olla erilaiset, koska itse tutkimus ja sen tekniikka on heille ennalta tuttu. Tutkimustulosten kuuleminen on kuitenkin joka kerralla uusi asia, joka saattaa pelottaa ja siihen eivät aikaisemmat kokemukset vaikuta.

Kirjallisia valmistautumisohjeita ei ollut lähetetty kaikille kotiin etukäteen. Syynä tähän on se, että ajan voi saada tutkimukseen jopa muutaman päivän varoitusajalla ja siinä tilanteessa kirjallisia ohjeita ei lähetetä. Etukäteisinformaatio hoidetaan tällöin puhelimitse. Vaarana siinä on, että potilas ei kirjaa ylös puhelimesta saatuja ohjeita ja valmistautuminen jää puutteelliseksi. On olemassa tärkeitä huomioitavia asioita ennen tutkimukseen tuloa, muun muassa tiettyjen lääkkeiden osalta (Kyngäs ym. 2007, 124.), jotta tutkimus voidaan tehdä ja komplikaatioita ei esiinny. Kirjallisissa ohjeissa tulisi olla selkeästi

kerrottu tutkimuksen kulku, hyödyt ja haitat. Ne antavat mahdollisuuden potilaalle tutustua asiaan rauhassa ja tarvittaessa palata siihen uudelleen myöhemmin. Toisaalta haastatellut potilaat tuntuivat arvostavan myös pikaista tutkimukseen pääsyä, jolloin kirjallisia ohjeita ei ehditty lähettää.

Ohjauksen sisältöä kartoittavissa väittämässä tuli esiin, että varjoainekuvaukseen liittyvistä riskeistä oli kerrottu vain yhdelle potilaalle. Kajoava tutkimus ei koskaan ole riskitön, joten potilaiden kuuluisi saada etukäteen tietoa myös riskeistä ja haitoista. (Yli-Mäyry 2008, 65.) Se voi jopa vaikuttaa potilaan päätökseen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta saadut tulokset osoittavat, että potilaat saivat mahdollisuuden esittää kysymyksiä hoitohenkilökunnalle ennen tutkimusta. Tämä on tärkeää, sillä aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että etukäteisohjauksella ja hoitohenkilökunnan taidolla lievittää potilaan jännitystä ennen leikkausta on vaikutusta potilaan pelkoon ja epävarmuuteen, mutta myös laajempaan kokonaisuuteen jopa yhteiskunnallisella tasolla (Laitinen 2003; Koivula 2002; Kyngäs ym. 2007.) Varjoainetutkimuksen kulku oli selvitetty jokaiselle, samoin vuodelevosta tutkimuksen jälkeen ja punktiokohdan seurannasta oli annettu ohjausta lähes kaikille potilaille.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli saanut hyvää ohjausta varjoainekuvaukseen liittyvistä huomioitavista asioista. Sisällöllisesti ohjaus kattoi tärkeimmät varjoainekuvausprosessiin liittyvät huomioitavat asiat ja suurimmalle osalle potilaista komplikaatioita lukuun ottamatta oli niistä kerrottu. Sydänsairauksien riskitekijöistä ja elintavoista oli saanut ohjausta vain neljännes potilaista, mutta tämä saattaa selittyä sillä, että potilaan oireiden selvittelyt vielä jatkuvat ja syy oireisiin olla muukin kuin sydänperäinen. Jos varjoainekuvauksessa todetaan sepelvaltimotauti, tietoa sydänsairauksien hoidosta, riskitekijöistä ja terveellisistä elintavoista tulisi antaa, mutta tässä tutkimuksessa tällaisia potilaita oli vain kaksi. Pallolaajennuspotilaiden

kohdalla tämänlaisen tiedon antamisen merkitys korostuu, koska tällöin taustalla on sydänsairaus.

Ohjausympäristön rauhallisuus on yksi edellytys onnistuneelle ohjaukselle. Ympäristön taustatekijät vaikuttavat myös ohjaukseen. Tilan, jossa ohjataan, tulee olla häiriötön, eikä se saa tuottaa potilaalle ohjausta häiritseviä negatiivisia tunteita. (Kyngäs ym. 2007, 37-38.) Potilaista osa oli sitä mieltä, että ohjausympäristö ei ollut täysin rauhallinen. Potilaiden sänkyjen välissä oli vain verhot, joten äänet kuuluivat selvästi potilasvuoteesta toiseen. Voi olla mahdollista, että intymiteettisuojan osittainen puutos rajoittaa joidenkin potilaiden kohdalla heidän rohkeuttaan puhua asioistaan ja näin ollen tärkeitä asioita saattaa jäädä käymättä läpi.

Mehiläisen sydänlaboratoriossa saatu ohjaus oli suurimman osan mielestä yksilöllistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ohjaus tulisi aina suunnitella potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. Potilaan ja hoitajan odotukset ohjausta kohtaan ja käsitykset ohjaustarpeista voivat olla erilaiset, joten niistä keskusteleminen on tärkeää, jotta ohjaus rakentuu potilaan tarpeiden pohjalle, yksilöllisesti. Laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu saumattomasti yksilöllisyyden kunnioittaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kyngäs ym. 2007; Kääriäinen 2008). Potilaita oli huomioitu yksilöllisesti myös itse tutkimuksen aikana, koska kaikki potilaat olivat tunteneet olonsa turvallisiksi sen aikana ja lähes kaikkien vointia oli tiedusteltu tutkimuksen aikana. Myös jokaista oli huomioitu riittävän hyvin tutkimuksen jälkeisessä vuodelevossa. Turvallisuudentunteen luominen ja pelon lievittäminen ovat hoitohenkilökunnan tärkeitä tehtäviä tutkimuksen aikana (Iivanainen ym. 2006; Laitinen 2003). Monet potilaat kiittelivät puhelun aikana nimenomaan yksilöllisyyden huomioimista Mehiläisessä.

Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia keinoja ja menetelmiä oppimisen tehostamiseksi. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää lisähavainnollistamiskeinoina esimerkiksi videoita, kuvia tai esineitä. Havainnollistaminen eli demonstraatio on myös tehokas ohjausmenetelmä, jonka tarkoitus on saada potilas kiinnostumaan asiasta ja harjoittelemaan itse. (Kyngäs ym. 2007, 128–130) Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden joukossa vain yhden kohdalla oli turvauduttu havainnollistavan lisämateriaalin käyttöön. Esimerkiksi on olemassa muovisia sydän- ja verenkiertomalleja, jotka ovat oikean sydämen koossa ja havainnollistavat kätevästi sydämen rakennetta ja toimintaa.

Kotiuttamisen yhteydessä sairaanhoitajan antaman ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään kotona mahdollisimman hyvin tutkimuksen jälkeen. Ohjauksessa täsmennetään potilaan jatkohoidon ja kotihoidon ohjauksen tarpeita ja tavoitteita. Yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan niiden mukainen ohjaus sisältäen sairauden hoitoa, elintavat, sairauteen liittyvät riskitekijät, selviytyminen, avuntarve ja tiedon tarve. (Lipponen ym. 2006, 15.) Tutkimukseen osallistuneista potilaista kaikilla oli ollut mahdollisuus esittää kotiutumistilanteessa mieltään askarruttaneita kysymyksiä. Täysin selkeä kuva jatkohoidosta oli jäänyt 63 prosentille potilaista. Tämä voi johtua myös siitä, että varjoainekuvauksessa ei osalla löytynyt selitystä oireisiin, joten tutkimuksen jatkuvat, mutta vielä ei ollut tiedossa miten. Suurin osa potilaista oli saanut jälki- ja kotihoito-ohjeet sekä kirjallisesti että suullisesti. Neljä potilasta ilmoitti saaneensa ohjeet pelkästään suullisesti. Tutkimuksen jälkeen neljällä potilaalla esiintyi varjoainekuvauksesta johtuvia komplikaatioita. Yksi potilas oli selvästi sitä mieltä, että selkeää ohjeistusta ei ollut annettu, mitä tehdä komplikaatioiden ilmaantuessa. Jälki- ja kotihoito-ohjeiden antaminen on aikaisempienkin tutkimusten valossa tärkeää, jotta potilas selviäisi kotona mahdollisimman hyvin. Lipposen ym. (2006) mukaan kotiuttamisen yhteydessä sairaanhoitajan antaman ohjauksen

tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään kotona mahdollisimman hyvin tutkimuksen jälkeen. Ohjauksessa täsmennetään potilaan jatkohoidon ja kotihoidon ohjauksen tarpeita ja tavoitteita.

Elämänmuutokseen liittyy pelkoa tuttujen elämän kuvioiden muututtua ja säyrttyä esimerkiksi sairastumisen vuoksi (Koivula 2002, 16). Koivulan tutkimuksessa (2003, 68) tutkittiin ohitusleikkausta odottavien sepelvaltimotautipotilaiden pelkoja. Tutkimus vahvisti, että leikkauksen odottaminen on potilaista pelontäyteistä ja ahdistavaa aikaa. Puolet Koivulan tutkimuksessa olleista potilaista tunsivat melko voimakasta pelkoa ja ahdistusta odottamisvaiheessa. Pelkoa on tutkittu aikaisemmissa tutkimuksissa ja Laitisen (2003, 12) tutkimuksen mukaan pelot voi kohdistua useisiin eri tekijöihin tai koko tutkimukseen tai toimenpiteeseen kokonaisuutena. Varjoainekuvauspotilaan pelko voi siis olla pelkoa esimerkiksi sairaalaympäristöä, itse toimenpidettä tai tutkimustulosten kuulemista kohtaan. Koivula (2002, 21) toteaa tutkimuksessaan, että pelon tunnistaminen ei ole helppoa sairaanhoitajille tai lääkärille. Toisaalta kohtuullinen pelko tai ahdistus on ihmiselle normaaleja ja tarpeellisia tunteita valmistautuessaan toimenpiteeseen (Koivula 2002, 9). Puhelinhaastattelun aikana muutamat haastateltavat kertoivat tunteneensa ”jännitystä”, mutta eivät ”pelkoa”. He kuitenkin kertoivat jännityksen olleen ajoittain voimakastakin. Tulkitsin vastauslomakkeelle jännityksen kokemisen samaksi kuin pelon kokemisen, koska mielestäni voimakas jännitys vastaa tulkinnallisesti samaa kuin pelko. Kanto (1996) on tutkimuksessaan todennut, että varsinkin suomalaiset miehet puhuvat mieluummin jännityksestä kuin pelosta leikkausten yhteydessä.

Tutkimukseen osallistuneista potilaista 63 prosenttia oli kokenut pelkoa tutkimusta kohtaan. Heikkilän (1998) tutkimuksessa 80 prosenttia potilaista oli kokenut pelkoa ennen sepelvaltimoiden varjoainekuvausta. Tässä tutkimuksessa suurimmalla osalla pelkoa tunteneista pääasiallinen pelko kohdistui tutkimustulosten kuulemiseen. Tämä on

ymmärrettävää, koska tulokset saa tietää heti. Hoitohenkilökunnan taito lievittää potilaan pelkoa on erittäin tärkeä osa ohjausta. Kaikki potilaat olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta osasi lievittää heidän pelkoaan. Myös esimerkiksi Koivula (2002) toteaa tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunnan antaman tuen ja ohjauksen myötä potilaiden pelot olivat lievittyneet preoperatiivisen päivän kuluessa. Sama voitiin nähdä tässäkin tutkimuksessa. Pelkoa kokeneista potilaista (n=10) naiset kokivat sitä suhteellisesti enemmän. Tutkimukseen osallistuneista naisista (n=6) viisi vastasi kokeneensa jonkinasteista pelkoa, kun taas kymmenestä miehestä viisi oli kokenut pelkoa. Koivulan väitöskirjasta (2002) ilmenee, että eri tutkimusten mukaan sydänleikkausta tai – tutkimusta edeltävä jännitys on voimakkaampaa naisilla kuin miehillä, samoin nuorilla kuin vanhoilla. Myös Heikkilän (1998) väitöskirjan mukaan naiset jännittävät miehiä voimakkaammin. Tässäkin tutkimuksessa, tosin hyvin pienellä otoksella, tuli samansuuntainen tulos, mutta kyseenalaista on se, kuinka rehellisesti miehet uskaltavat myöntää jännityksensä suorassa puhelinhaastattelussa.

Tutkimukseen osallistuneista potilaista jokainen oli erittäin tyytyväinen saamaansa ohjaukseen ja palveluun Mehiläisessä ja voisi suositella niitä ystävillekin. Tämä kertoo ammattitaitoisesta ja laadukkaasta hoidosta ja palvelusta Mehiläisen sydänlaboratoriossa.

## 9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menevien potilaiden ohjaus toteutuu Mehiläisen sydänlaboratoriossa ammattimaisesti ja laadukkaasti. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat erittäin tyytyväisiä sekä ohjaukseen että hoitoon kokonaisvaltaisesti läpi koko varjoainekuvauksen prosessin.

Tutkimustulosten perusteella kehittämishaasteena on erityisesti komplikaatioista kertominen potilaille ennen tutkimusta. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset, kuten muutkin kajoavat tutkimukset, sisältävät riskejä ja komplikaatioiden mahdollisuuden. Vaikka ne ovatkin harvinaisia, tulisi potilaan saada niistä tietoa etukäteen, jotta hän voi tarvittaessa pohtia osallistumisestaan tutkimukseen uudelleen tietäessään riskeistä. Myös ohjausympäristön rauhallisuuteen ja yksityisyyden suojan parantamiseen tulisi panostaa. Häiriötön ohjausympäristö on yksi onnistuneen ohjauksen edellytys ja rohkaisee myös potilaita avoimempaan kommunikointiin.

Käytännön hoitotyön kannalta Mehiläisen sydänlaboratorion henkilökunta saa tutkimustulokset käyttöönsä ja voi niiden perusteella kehittää hoitotyötään ja saada uusia näkökulmia työhönsä.

Tämän tutkimuksen pohjalta nousi esiin muutamia jatkotutkimusaiheita. Tämän tutkimuksen kohdejoukon muodostivat ennalta suunniteltuun sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menevät potilaat. Tutkimus ei antanut tietoa, eroaako tulokset merkittävästi, jos potilaalle on samalla tehty myös pallolaajennus eli PCI. Tämä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Tämä kehittämishanke tuotti tuloksia yksityisen sektorin antamasta hoidosta ja ohjauksesta. Aihetta voisi myös tutkia vertailemalla julkisen ja yksityisen sektorin hoitoa ja ohjausta keskenään. Mehiläisessä ohjaus ja hoito tapahtuvat kokonaisuudessaan sydäntutkimusyksikössä, mutta useissa sairaaloissa mennään vuodeosaston kautta, jossa pääasiallisen ohjauksen antaa vuodeosaston sairaanhoitaja. Tutkimusaiheena voisi olla, että onko sydäntutkimusyksikön ja vuodeosaston hoitohenkilökunnan antamalla ohjauksella eroja.

Yksi näkökulma jatkotutkimukselle voisi olla myös sairaanhoitajan näkökulma. Voitaisiin tutkia, miten varjoainekuvaukspotilaan ohjaus

toteutuu sairaanhoitajan näkökulmasta. Tällöin saataisiin tietoa, millaisia resursseja ja valmiuksia heillä on ohjata varjoainekuvauspotilaita. Mielenkiintoista olisi myös yhdistää samaan tutkimukseen sekä hoitajan että potilaan näkökulmat.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella laadittiin varjoainekuvauspotilaan ohjaustoiminnan suositukset, jotka jäävät kaikkien käytettäväksi.



## 10 OHJAUSTOIMINNAN SUOSITUKSET

Ohjaustoiminnan suositukset laadittiin käytettyjen lähteiden, aikaisemman teorian tiedon, aiheeseen perustuvan kirjallisuuden ja tästä tutkimuksesta saadun asiakaspalautteen perusteella.

Potilasohjauksen laadusta ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä kriteerejä. Ohjausta on tutkittu suhteellisen paljon, mutta edelleenkin ei olla saatu selkeitä tuloksia siitä, millaisia ongelmia ohjaukseen liittyy tai miten se vaikuttaa. (Kyngäs ym. 2007, 20). Kääriäsen (2007, 20) mukaan kansallisella tasolla on valmisteilla hoitotyön suosituksia eri potilasryhmien ohjaukseen näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti. Kuitenkin ohjauksen laadun systemaattinen määrittely ja kehittäminen on vielä vähäistä, vaikka ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muun potilaan hoidon osa-alueen.

Potilaiden ohjaus on yksi keskeinen hoitotyön osa-alue. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan entistä aikaisemmin ja terveydenhuollon ammattilaisille jää vain vähän aikaa ohjata potilaita. (Kääriäinen ym. 2005, 10–15.) Tästä syystä potilaat siirtyvät varhaisemmassa vaiheessa avoterveydenhuollon piiriin ja itsehoitovalmiuksia edellytetään enenevässä määrin. Laadukkaalla ja ammattitaitoisella ohjauksella parannetaan potilaan valmiuksia pärjätä sairaalan ulkopuolella. Ohjauksella on todettu olevan vaikutusta myös muun muassa ohjattavan terveyteen, toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, itsenäiseen päätöksentekoon sekä tietoon sairauden hoidosta. Ohjauksella on myös kansantaloudellisia vaikutuksia. Se vähentää sairauteen liittyviä lääkärikäyntejä, sairauslomapäiviä ja lääkkeidenkäyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.)

Olen verrannut laatukriteereitä ja puhelinhaastattelun pohjalta syntyneitä tuloksia ja laatinut seuraavat ohjaustoiminnan kehittämisen laatusuositukset:

- Potilaan taustatiedot tulee olla mahdollisimman hyvin selvillä, koska niillä voi olla vaikutusta potilaan ohjaukseen ja oppimistyyliin
- Potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja muut ympäristölliset tekijät tulee olla tiedossa mahdollisimman kattavasti. Nämä kaikki vaikuttavat oppimiseen ja ohjauksen onnistumiseen.
- Ohjaajan tulee tunnistaa ohjauksen lähtökohdat ja asettaa yksilölliset ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen, jotta ohjauksen yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus toteutuvat.
- Ohjaus tulee saada sekä kirjallisena että suullisena ja tarvittaessa tarjota lisähavainnollistavaa materiaalia.
- Ohjausympäristön tulee olla mahdollisimman rauhallinen ja potilaiden intymiteettisuoja säilyä.
- Potilaiden tulee saada riittävästi tietoa etukäteen tutkimuksesta, sen kulusta ja tutkimukseen valmistautumisesta.
- Potilaiden tulee saada tietoa varjoainekuvauksen riskeistä ja komplikaatioista ennen tutkimusta.
- Potilaiden tulee saada ohjausta punktiokohdan seuraamisesta, vuodelevon, fyysisen ponnistelun ja runsaan juomisen merkityksestä sekä suihku- ja saunomisluvista.
- Sydänsairauksien riskitekijöistä ja ennaltaehkäisevistä elintavoista on hyvä kertoa potilaalle tämän tilanteen niin vaatiessa
- Jälkihoito-ohjeiden antaminen sekä kirjallisesti että suullisesti parantaa potilaiden selviytymistä kotona tutkimuksen jälkeen.

## LÄHTEET

Airaksinen, J. 2006. Sepelvaltimotaudin diagnostiikka. Teoksessa: Aarnio, P., Airaksinen, J., Armstrong, E., Harjula, A.L.J., Juntunen, J., Juvonen, T., Lassila, R., Naukkarinen, M., Roine, R.O., Syväne, M., Taajamaa, B., Uurto, I. & Ylitalo, A.

(toim.) Angiologia. Klaukkala: Recallmed.

Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Bernstein S.J, Skarupski K.A., Eagle K.A., Bates E.R. & Yates J.F. 1998. The impact of providing an educational videotape to coronary angiography patients: a randomized controlled trial. Health Expectations. Vol. 1(1). 1998, 50.

Heikkilä, J. 1998. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden pelot ja niiden mittaaminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Heikkilä, J. 2000. Epästabiili angina pectoris. Teoksessa: J. Heikkilä (toim.). Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Heikkilä, J., Luomanmäki, K. & Voipio-Pulkki, L-M. 2000. Sydäninfarkti. Teoksessa: J. Heikkilä (toim.). Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Sydäntutkimusyksikkö. Viitattu 07.01.2010.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,723,1129>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2000. Sairaanhoito-piirien hoito-ohjelma. Infarktipotilaan hoito. Teoksessa: Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 07.10.09

[http://xhalax-ng.kyamk.fi:2104/dtk/ltk/koti?p\\_haku=infarktipotilaan%20hoito](http://xhalax-ng.kyamk.fi:2104/dtk/ltk/koti?p_haku=infarktipotilaan%20hoito)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2004. Kardiologian klinikka. Invasiivisen kardiologian tutkimuskriteerit. Tulostettu 13.02.2007

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Koronaariangiografia eli sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Helsinki: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 07.10.09.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,1121,723,1129,6724,6800>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Sydäntutkimusosasto. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Potilasohje

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Sydäntutkimusosasto. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Potilasohje

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Sydäntutkimusosasto. Varjoainekuvauspotilaan kirjallinen ohjausmalli.

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

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Holmström, P. 2005. Sydämen ja verenkierron sairaudet. Teoksessa: Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi

Ikäheimo, M. 2000. Angiografiset ja muut sydämen invasiiviset tutkimukset. Teoksessa: J. Heikkilä (toim.). Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Kanto, J. 1996. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. Suomen Lääkärilehti 51: 1041–1044

Kattainen, E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kervinen, H. 2009. Sepelvaltimoiden diagnostinen varjoainekuvauus. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kettunen, R. 2008. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa: Mäkijärvi, M, Kettunen, R. Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.). Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2003. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. Hoitotiede Vol. 16 02/2004,

Kosunen, S. 1999. Itsehoito voimavarana. Terveyskasvatuksen tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu –potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY

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

Kyngäs, H.. & Kääriäinen, M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus – käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede, Vol.17, 05/2005, 250-258

Kyngäs, H.. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus – tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidtaja 10/2006, 6-9

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 6 (4). 2008, 10-14

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 3(1). 2005, 10-15

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede. Vol. 18. 01/2006, 4-12

Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 08.10.09.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Viitattu 04.12.09

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurent, M., Benoit, P.O., Boulmier, D., Bedossa, M., Le Breton, H., Leclercq, C., Almange, C. & Daubert, J.C. 2001. Patient information and coronary angiography: experience of the Rennes group. Arch Mal Coeur Vaiss. Vol. 94 (9). 2001, 957-961

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

McCormick, K.M., Naimark, B.J. & Tate, R.B. 2006. Uncertainty, symptom, distress, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Heart & Lung. Vol. 35. 01/2006, 42)

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Mustajoki, P & Kaukua, J. 2008. Terveyskirjasto. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Viitattu 22.11.09.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk04151](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04151)

Nienstedt W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen anatomia ja fysiologia. Helsinki: WSOY

Nummenmaa, L. 2006. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi

Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen: lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro –gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidaja 10/2006, 3.

Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto

Pearson, A. & Vaughan, B. 1994. Hoitotyön mallien sovellus. Englanninkielinen alkuteos: Nursing Models for Practise by Alan Person and Barbara Vaughn. Helsinki: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.

Reponen, M. 2005. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tai elektiiviseen pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Teoksessa: Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Reunanen, A. 2000. Kroonisen sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja ehkäisy. Teoksessa: J. Heikkilä (toim.). Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 07.10.09.

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_ty\\_ ja\\_hoitotyon/sairaanhoidajan\\_ty/sairaanhoidajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/)

St. Jude Medical. 2002. Angio-Seal reisivaltimon sulkulaite. Jälkihoito- ja potilasohjeet.



Strömberg, A. 2005. The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of heart failure*. 2005 7(3), 363-369.

Suomen Kardiologinen Seura ry. 2009. Yleistä: Kardiologisia lukuja. Oulu: Suomen Kardiologinen Seura ry.

Strandberg, T. 2005. Tukokset pois. Teoksessa: Jokinen, E., Juvonen, T., Kaartinen, M., Nieminen, M., Niitynperä, T., Partanen, J., Pohjola-Sintonen, S., Romo, M., Strandberg, T. & Vanhanen, H. *Suomalaisten uusi sydänkirja*. Helsinki: Sydäntutkimussäätiö

Suomen Sydänliitto ry. 2006. Sepelvaltimotauti. Opaslehtinen. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry

Tertti, R., Metsärinne, K. & Manner, I. 2009. Varjoaineet ja munuaisongelmat. *Lääkärilehti* 64(7), 591-595.

Tunturi-Kemppainen, H. 2008. Sydämen ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ohjaus erikoissairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tuusvuori, M. 1998. Ohjaus ja ohjauksen tarve sydäninfarktipotilaan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Uzun, S., Vural, H., Uzun, M. & Yokusoglu, M. 2007. State and trait anxiety levels before coronary angiography. *Journal Of Clinical Nursing*. Vol 17 (5): 602-607

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi

Yli-Mäyry, S. 2008. Sepelvaltimokuvauksen tekeminen ja tutkimustulokset. Teoksessa: Mäkijärvi, M, Kettunen, R. Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.). *Sydänsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Ylitalo, A. 2006. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteet. Teoksessa:  
Aarnio, P.,  
Airaksinen, J., Armstrong, E., Harjula, A.L.J., Juntunen, J., Juvonen, T.,  
Lassila, R.,  
Naukkarinen, M., Roine, R.O., Syväne, M., Taajamaa, B., Uurto, I. & Ylitalo,  
A.  
(toim.) Angiologia. Klaukkala: Recallmed.

Liite 1. Haastattelulomake.

SEPELVALTIMOIDEN VARJOAINEKUVAAUKSEEN MENEVÄN POTILAAN OHJAUKSEN  
KEHITTÄMINEN

**HAASTATTELULOMAKE**

Olkaa hyvä ja vastatkaa Teille sopivin vaihtoehto seuraavista taustatietoja koskevista kysymyksistä.

**I VASTAAJAN TAUSTATIEDOT**

1. Sukupuoli

11 Nainen

12 Mies

2. Ikä

1 40 vuotta tai nuorempi

2 41 – 50 vuotta

3 51 – 60 vuotta

4 61 – 70 vuotta

5 71 – 80 vuotta

6 81 vuotta tai vanhempi

3. Siviilisäätö

1 Avio- tai avoliitossa

2 Naimaton

3 Eronnut

4 Leski

4. Asumistilanne

1 Asun yhdessä jonkun kanssa

2 Asun yksin

## 5. Koulutustaso

- 1 Kansakoulu/ Kansalaiskoulu/ Peruskoulu
- 2 Lukio
- 3 Ammatillinen tutkinto
- 4 Opistoaste- tai ammattikorkeakoulututkinto
- 5 Yliopisto- tai ylempi korkeakoulututkinto
- 6 Joku muu

## 6. Työelämä

- 1 Työelämässä
- 2 Työtön
- 3 Opiskelija
- 4 Eläkkeellä
- 5 Joku muu

## **II SEPELVALTIMOTAUTI**

### 7. Onko Teillä todettu sepelvaltimotautia?

- 1 Ei ole todettu
- 2 Kyllä on todettu

### 8. Jos vastasitte kyllä, todettiinko se juuri tehdyssä varjoainekuvauksessa?

- 1 Kyllä
- 2 Ei, se todettiin jo aikaisemmin

### 9. Oletteko ollut aikaisemmin sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa?

- 1 Kyllä
- 2 En

### 10. Mikä on hoitolinjanne tutkimustulosten pohjalta

- 1 Konservatiivinen hoito (lääkitys, elämäntavat)
- 2 Pallolaajennus

- 3 Ohitusleikkaus
- 4 Ei tiedossa/Joku muu

Seuraavaksi kysyn Teiltä kysymyksiä koskien saamaanne ohjausta Sydänlaboratoriossa. Vastatkaa vaihtoehtoista se, mikä kuvaa parhaiten kokemuksianne:

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Osittain eri mieltä
- 3 = En osaa sanoa
- 4 = Osittain samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä

### III OHJAUS

11. Saitteko kirjalliset valmistautumisohjeet kotiinne?

- 1 Kyllä
- 2 En

12. Jos saitte kirjalliset ohjeet, oliko niistä Teille hyötyä valmistautuessa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. Kirjalliset valmistautumisohjeet sisälsivät riittävästi tietoa tutkimuksesta

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14. Sain mahdollisuuden esittää mieltäni askarruttaneita kysymyksiä ennen tutkimusta

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Ohjattiinko Teitä tutkimuspäivänä seuraavista varjoainekuvaustutkimukseen liittyvistä asioista

Varjoainekuvauksen hyöty Teidän kohdallanne	Kyllä	Ei
Varjoainekuvauksen riskit	Kyllä	Ei
Varjoainetutkimuksen kulku	Kyllä	Ei
Punktiokohdan seuraaminen tutkimuksen jälkeen	Kyllä	Ei
Runsas juominen tutkimuksen jälkeen	Kyllä	Ei

Vuodelepo tutkimuksen jälkeen	Kyllä	Ei
Fyysisen ponnistelun välttäminen tutkimuksen jälkeen	Kyllä	Ei
Ohjeistusta suihkussa käymisestä ja saunomisesta	Kyllä	Ei
Sydänsairauksien riskitekijät ja elintavat, joilla voidaan ehkäistä tai lievittää sydänsairauksia	Kyllä	Ei

16. Ohjausympäristö oli rauhallinen

1                      2                      3                      4                      5

17. Yksilölliset tarpeeni otettiin huomioon ohjaustilanteissa?

1                      2                      3                      4                      5

18. Käyttiinkö ohjauksessa apuna jotain havainnollistavaa lisämateriaalia, kuten videota, monisteita, havainnollistavia kuvia tms.

- Kyllä
- Ei

19. Tunsin oloni turvalliseksi tutkimuksen aikana?

1                      2                      3                      4                      5

20. Minulle kerrottiin varjoainekuvauksen etenemisestä sen aikana?

1                      2                      3                      4                      5

21. Vointiani tiedusteltiin tutkimuksen aikana?

1                      2                      3                      4                      5

22. Minua huomioitiin riittävästi tutkimuksen jälkeisessä vuodelevossa

1                      2                      3                      4                      5

23. Sain kotiutustilanteessa esittää mieltäni askarruttaneita kysymyksiä

1                      2                      3                      4                      5

24. Minulle jäi selkeä kuva jatkohoidosta

1                      2                      3                      4                      5

25. Saitteko jälki- ja kotihoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti

1. Kyllä
2. Ei

26. Olen tyytyväinen saamaani ohjaukseen koko varjoainekuvauksen osalta

1            2            3            4            5

27. Selvisikö syy oireisiin varjoainetutkimuksessa

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

28. Ilmenikö kotona varjoainetutkimuksesta johtuvia ongelmia?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

29. Jos vastasitte edelliseen ”kyllä”, saitteko kotiutuessa selvät ohjeet, kuinka toimia siinä tilanteessa?

1            2            3            4            5

#### **IV PELKO**

30. Tunsin pelkoa tutkimusta kohtaan

1            2            3            4            5

31. Pelkoni kohdistui pääasiassa itse varjoainetutkimukseen ja sen kulkuun

1            2            3            4            5

32. Pelkoni kohdistui pääasiassa tutkimustulosten kuulemiseen

1            2            3            4            5

33. Hoitohenkilökunta osasi lievittää pelkoani riittävän hyvin

1            2            3            4            5

## V TYYTYVÄISYYS HOITOO

34. Olen tyytyväinen kokonaisuudessaan Mehiläisen Sydänlaboratoriossa saamaani hoitoon

1                      2                      3                      4                      5

35. Voisin suositella Mehiläisen Sydänlaboratorion palveluita ystäväilleni

1                      2                      3                      4                      5

36. Millaisia muutoksia toivoisitte ohjaukseen ja sen sisältöön?



Arvoisa vastaanottaja,

13.01.2010

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menevien potilaiden ohjauksesta Mehiläisen Sydänlaboratoriossa. Tarkoituksena on varjoainekuvauspotilaan ohjauksen kehittäminen, jonka takia osallistumisenne tähän tutkimukseen olisi todella tärkeää. Tutkimuksen tavoitteena olisi luoda varjoainekuvauspotilaan ohjauksen minimikriteerit saatujen tulosten pohjalta.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä siitä kieltäytyminen vaikuta hoitoonne Sydänlaboratoriossa. Tutkimukseen osallistujiksi olen valinnut ennalta suunniteltuun varjoainekuvaukseen tulevat potilaat, joille ei samalla kertaa suoriteta pallolaajennusta. Yhteystietonne olen saanut Sydänlaboratorion potilasrekisteristä. Haastattelun vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti. Mehiläisen Sydänlaboratorion henkilökunta ei missään vaiheessa käsittele vastauksianne, eikä tutkimuksesta käy missään vaiheessa ilmi henkilöllisyyttenne. Haastattelussa antamanne vastaukset ovat ainoastaan omassa tiedossani.

Suoritan haastattelun puhelimitse käyttäen lomaketta haastattelun pohjana. Soittoni Teille tapahtuu 25.2 – 21.3.2010 välisenä aikana, pääasiassa arki-iltaisain tai lauantaisin päiväsaikaan. Jos Teillä heräsi kysyttävää, ottakaa mieluusti yhteyttä! Puhelimitse minulta voi kysyä lisätietoja 22.2.10 alkaen. Sähköpostitse voitte tiedustella aikaisemminkin.

Suuret kiitokset ajastanne ja vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,

Satu Vikman

Sairaanhoitajaopiskelija AMK

p. 044-280 6144 (22.02.10 alkaen)

s-posti: [satu.vikman@student.kyamk.fi](mailto:satu.vikman@student.kyamk.fi)

Ohjaava opettaja:

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

p. 044-702 8721

s-posti: [eeva-liisa.frilander-paavilainen@kyamk.fi](mailto:eeva-liisa.frilander-paavilainen@kyamk.fi)

Tutkimusongelmat ja tutkittavat alueet	Teoreettinen tarkastelu	Kysymys; Numero
Taustamuuttujat:  sukupuoli ikä siviilisääty asumistilanne koulutustaso työtehtävä		1 2 3 4 5 6
Sepelvaltimotauti  sairauden diagnosointi varjoainekuvauksessa aikaisemmin hoitolinja jatkossa		7,8 9 10
Mitä varjoainekuvauspotilaan ohjaus sisältää ja miten ohjaus tapahtuu?  10 kirjalliset ohjeet 11 kysymysten esittäminen 12 varjoainekuvauksen hyödyt 13 varjoainekuvauksen riskit 14 varjoainekuvauksen kulku 15 punktiokohdan seuraaminen 16 runsas juominen 17 vuodelepo 18 fyysisen ponnistelun välttäminen 19 sydänsairauksien riskitekijät 20 suihku ja saunominen 21 ohjausympäristö 22 yksilöllisyys 23 Havainnollistava lisämateriaali	s. 15, 23 s. 24 s. 23 s. 23 s. 23 s. 26 s. 27 s. 26–28 s. 26–28 s. 26–28 s. 26–28 s. 14–15 s. 15 s. 15-23	11–13, 25 14 15 15 15 15 15 15 15 15 15 16 17 18

Miten annettu ohjaus vaikutti potilaan mahdollisen pelkoon?		
24 olon tunteminen turvalliseksi	s. 25	19
25 kerrottiin tutkimuksen etenemisestä	s. 25	20
26 voinnin tiedustelu	s. 25	21
27 riittävä huomiointi vuodelevossa	s. 25–28	22
28 pelko tutkimusta kohtaan	s. 18–21	30–32
29 hoitohenkilökunnan taito lievittää pelkoa	s. 18–21	33
Miten potilas selvisi kotona tutkimuksen jälkeen?	s. 13, 26–28	28–29
Millaisia muutoksia potilaat toivovat ohjaukseen?		34-36

Tutkimuksen tekijä, nimi ja tutkimustehtävät	Tutkimuksen aineisto ja menetelmät	Tutkimuksen päätulokset
<p>Heikkilä, Johanna (1998)</p> <p>Sepelvaltimoiden varjoainekuvauspotilaiden pelot ja niiden mittaaminen</p> <p>Tutkimuksensa tarkoituksena oli saada entistä syvempää tietoa potilaan pelosta liittyen mahdollisen sepelvaltimotaudin diagnosointiin koronaariangiografialla, tuottaa tietoa miten arvioida potilaiden pelkoja ja vertailla erilaisia mittareita, joita voidaan käyttää pelon arvioinnissa</p>	<p>n = 378</p> <p>Kyselylomake</p>	<p>Sairaalassaoloaikana 80 % potilaista tunsi pelkoa liittyen sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen. Heidän pelkonsa keskittyivät epävarmuuteen sairaudesta, sepelvaltimoiden varjoainekuvaustutkimukseen , tutkimustuloksiin ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen. Sairaalassa kaikkein voimakkaimmat pelot kohdistuivat tutkimukseen, sairauden diagnosointiin ja mahdollisen hoitokeinon valintaan. Kuuden kuukauden seurannan aikana näiden pelkojen määrä ja voimakkuus vähenivät. Sen sijaan potilaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvät pelot lisääntyivät. Sairaalassa naiset pelkäsivät miehiä useammin ja voimakkaammin</p>
<p>Koivula, Meeri (2002)</p> <p>Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki.</p>	<p>n = 240</p> <p>Kyselylomake</p>	<p>Puolet kotona ohitusleikkausta odottavista potilaista oli hyvin peloissaan ja ahdistuneita.</p>

<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pelkojen ja ahdistuneisuuden esiintymistä ohitusleikkauspotilailla hoidon eri vaiheissa. Lisäksi tutkittiin onko perheen ja muiden läheisten ihmisten muodostamalla sosiaalisella tukiverkostolla ja sairaalassa hoitohenkilökunnan antamalla sosiaalisella tuella vaikutusta potilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen</p>		<p>Odottamisvaiheessa naisten pelot olivat miehiä voimakkaampia. Kun potilaat saapuivat sairaalaan ja heitä valmisteltiin ohitusleikkaukseen, he rauhoittuivat, sillä sairaalassa keskimäärin vain neljännes potilaista oli pelokkaita ja ahdistuneita. Kolmen kuukauden kuluttua pelokkuus ja ahdistuneisuus oli edelleen vähentynyt enemmistöllä. Sairaalassa ennen leikkausta hyvin pelokkaat ja ahdistuneet potilaat arvioivat saaneensa hoitohenkilökunnalta niukasti emotionaalista tukea</p>
<p>Koivula, M. &amp; Åstedt-Kurki, P. (2003) Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena tarkastella ohitusleikkauspotilaiden pelkoja ja hoitajien kokemuksia potilaiden peloista ja pelokkaiden potilaiden hoitamisesta</p>	<p>n = 18</p> <p>Teemahaastattelu</p>	<p>Potilaat kokivat pelkoja leikkausprosessin eri vaiheissa. Erityisesti hoitoon hakeutuminen ja leikkauksen odottelu olivat pelottavia vaiheita. Potilastovereiden rohkaisu auttoi potilaita. Tieto lievitti pelkoa sekä potilaiden että hoitajien mukaan. Tärkeitä pelkoon vaikuttavia asioita olivat luottamus ja toivo.</p>

<p>Nylander, U.(2003)</p> <p>Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys</p> <p>Tarkoituksena kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilaslähtöisyyden ilmenemisestä ja kehittämisestä kirurgisen potilaan opettamisessa.</p>	<p>n = 12</p> <p>Teemahaastattelu</p>	<p>Tulokset paljastivat, että potilasopetuksessa ei mietitä oppimistyyliä tai oppimisen teoriaa. Itsemäärääminen ei aina toteutunut. Rauhallisen tilan ja riittävän ajan puuttuminen koettiin esteiksi potilasopetukselle.</p>
<p>Laitinen, R. (2003)</p> <p>Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta</p> <p>Tarkoituksena saada tietoa hoitajien kokemuksista potilaiden leikkauspeloista ja preoperatiivisesta ahdistuksesta sekä niiden tunnistamisesta ja lievittämisestä ennen leikkausta.</p>	<p>n = 84</p> <p>Kyselylomake</p>	<p>Hoitajat tunnistivat hyvin potilaiden leikkauspelot ja preoperatiivisen ahdistuksen ennen leikkausta ja käyttivät monipuolisesti eri menetelmiä niiden lievittämiseksi.</p>

**Lupa tutkimukseen tarvittavien yhteystietojen saamiseksi ja suostumus tutkimukseen osallistumiseen**

Annan luvan siihen, että sairaanhoitajaopiskelija Satu Vikmanille saa luovuttaa yhteystietoni puhelinsoittoa varten sekä tiedon siitä, että minulle on tehty Mehiläisen sydänlaboratoriossa sepelvaltimoiden varjoainekuvaus.

Suostun siihen, että minulle voi soittaa lomakehaastattelun tekemistä varten 25.2 – 14.3.10 välisenä aikana.

Luovutetut yhteystiedot ja haastattelussa saadut tulokset ovat täysin luottamuksellisia.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/2010

Allekirjoitus\_\_\_\_\_

Nimenselvennys\_\_\_\_\_

### **Turvallisen ympäristön ylläpitäminen**

#### Ennen tutkimusta

- Kirjallinen valmistautumisohje ennen tutkimusta
- Lääkehoidon tarkastaminen ennen toimenpidettä
- Laboratoriokokeiden ottaminen potilaan terveydentilan kontrolloimiseksi
- Psyykinen tukeminen turvallisuudentunteen lisäämiseksi
- Turvallisen ympäristön luominen
- Yksilöllinen hoitotyö

#### Tutkimuksen aikana

- Asentohoito toimenpiteen aikana
- Turvallisuuden tunteen luominen
- Yksilöllinen hoitotyö

#### Tutkimuksen jälkeen

- Jatko-hoito-ohjeet komplikaatioiden ehkäisemiseksi
- Fyysisen rajoittuneisuuden huomioiminen tutkimuksen jälkeen
- Yksilöllinen hoitotyö

### **Viestiminen**

#### Ennen tutkimusta

- Potilaan ohjaus koko perioperatiivisen vaiheen aikana
- Pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen
- Rauhallinen ohjausympäristö
- Viestiminen omalla äidinkielellä
- Toimenpiteen kulusta kertominen

#### Tutkimuksen aikana

- Pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen
- Toimenpiteen kulusta kertominen
- Potilaan voinnin tarkkailu

#### Tutkimuksen jälkeen

- Alustava tiedottaminen kuvaustuloksista
- Potilaan voinnin tarkkailu
- Jatko- ja kotihoito-ohjeiden antaminen sekä kirjallisesti että suullisesti



## **Hengittäminen**

### Ennen tutkimusta

- EKG:n tarkastaminen
- Potilas tupakoimatta

### Tutkimuksen aikana

- Potilaan elintoimintojen tarkkailu
- Pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen

### Tutkimuksen jälkeen

- Potilaan elintoimintojen tarkkailu

## **Syöminen ja juominen**

### Ennen tutkimusta

- Ravinnotta olo ennen tutkimusta

### Tutkimuksen jälkeen

- Ruokailu haulipussin tai staasin poistamisen jälkeen
- Runsas nesteiden nauttiminen varjoaineen poistumiseksi

## **Erittäminen**

### Ennen tutkimusta

- Virtsaaminen ennen tutkimusta
- Nestetasapainoa kuvaavat laboratoriokokeet ennen tutkimusta
- Nesteenpoistolääkkeet tauolla ennen tutkimusta

### Tutkimuksen aikana

- Riittävä suonensisäinen nesteytys

### Tutkimuksen jälkeen

- Diureesi tärkeää tutkimuksen jälkeen varjoaineen poistumiseksi elimistöstä
- Onnistunut virtsaaminen ehtona kotiutukselle
- Ensimmäinen wc – reissu hoitajan valvonnassa

## **Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen**

### Ennen tutkimusta

- Raakkaus tutkimusalueelta
- Avopaidan pukeminen tutkimuksen ajaksi
- Ihon kunnon tarkastaminen ennen tutkimusta

### Tutkimuksen aikana

- Punktiokohdan pesu
- Steriili ympäristö tutkimuksen aikana
- 

### Tutkimuksen jälkeen

- Punktiokohdan suojaus taitoksella
- Suihku seuraavana päivänä
- Punktiokohdan tarkkailu
- Saunominen kolmen vuorokauden kuluttua

## **Kehon lämmöstä huolehtiminen**

- Sopiva kehon lämpötila koko perioperatiivisen prosessin aikana

## **Liikkuminen**

### Ennen tutkimusta

- Tulohaastattelussa potilaan mahdolliset liikkumisrajoitteet

### Tutkimuksen aikana

- Potilaan siirtyminen vuoteesta tutkimuspöydälle
- Liikkumisen esteet huomioitava (esim. nesteensiirtolaitteisto)

### Tutkimuksen jälkeen

- Potilaan siirtyminen tutkimuspöydältä vuoteeseen
- Liikunnan merkityksen ohjaus sydänsairauden hoidossa
- Liikkumisen ja fyysisen rasituksen rajoitukset tutkimuksen jälkeen

## **Nukkuminen**

### Ennen tutkimusta

- Pelko tutkimuksesta aiheuttaa unettomuutta

### Tutkimuksen jälkeen

- Vieras ympäristö aiheuttaa unettomuutta (jos joutuu jäämään yöksi sairaalaan)
- Punktiokohta häiritsee unta