

MIESTEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN EMOTIONAALISESTA
TUESTA JA OHJAUKSESTA OSASTOLLA SYDÄNLEIKKAUKSEN
JÄLKEEN

Nurije Kamberi ja Katri Karjalainen
Opinnäytetyö, kevät 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kamberi, Nurije & Karjalainen, Katri. Miesten kokemuksia saamastaan emotionaalista tuesta ja ohjauksesta osastolla sydänleikkauksen jälkeen. Helsinki. Kevät 2010. 50 s., 5 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sydänleikattujen miesten kokemuksia saamastaan emotionaalista tuesta ja ohjauksesta osastohoidon aikana. Tarkoituksena oli selvittää, millaista tukea ja ohjausta sydänleikatut miehet ovat saaneet ja mitä he jäivät kaipaamaan sekä minkälainen merkitys sillä on ollut nykyhetkeen.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin haastattelemalla Nurmijärven Sydänyhdistyksen ja Vantaan sydän ry:n sydänleikattuja miesjäseniä. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna helmikuussa 2010. Toiseen ryhmään osallistui 6 henkilöä ja toiseen 7. Teimme lisäksi yhden yksilöhaastattelun. Yhteensä haastateltavia oli 14. Aineisto analysoitiin sisällön analyysiä hyväksikäyttäen.

Tutkimuksen tulosten mukaan tärkeänä emotionaalisen tuen antajana toimi läheinen, useimmiten puoliso. Vertaistuki koettiin myös tärkeänä voimavarana, erityisesti kuntoutumisvaiheessa. Miehet saivat mielestään riittävästi tukea myös eri ammattiryhmiltä. Toisaalta tukea ei erityisemmin osattu ammattilaisilta odottaakaan. Huumoria pidettiin tärkeänä emotionaalisen tuen muotona ja miehet toivoivat että myös hoitajalla olisi hyvä huumorintaju. Elämäntapoihin ja kotihoitoon liittyvä ohjaus osastolla oli monipuolista. Ohjausta oli miesten mielestä riittävästi ja elämäntapoja muutettiin terveellisempään suuntaan läheisen avustuksella.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että omaisia tulee kannustaa tukemaan läheistään sairauden kaikissa vaiheissa. Sairaanhoitajan tulee huomioida myös omaisen ohjaaminen ja huomioiminen. Osastolla tulisi myös kertoa Sydänliiton tarjoamasta mahdollisuudesta osallistua vertaistukiryhmiin.

Asiasanat: kvalitatiivinen tutkimus, sydänleikkaus, vertaistuki, huumori, potilasohjaus

ABSTRACT

Kamberi, Nurije and Karjalainen, Katri

Emotional support and patient counselling after heart surgery: men's experiences during hospital care.

50 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Nurse.

The purpose of the study was to find out how men experience emotional support and patient counselling during hospital care after their heart surgery. The aim of this study was to clarify the significance of emotional support and patient counselling to patient's recovery during hospital care.

The qualitative research method was used in the study. The research material was collected in a group interview with heart patients visiting Finnish Heart Association. Fourteen patients were involved in our research. The research was analysed by using content analysis.

The main results were that men's relatives give the most emotional support and especially their wives. Men needed peer group support especially after the recovery. They considered that the emotional support from professionals was sufficient. Humour was an important factor to recovery. Men expected that nurses have a good sense of humour. Patient counselling was diverse and included home care instructions. Because of patient counselling they adopted a healthier life style.

It would be beneficial if nurses paid more attention to patients' relatives. They need a lot of support and counselling too. Nurses should tell patients about the Finnish Heart Association peer group during hospital care.

Key words: heart surgery, humour, patient counselling, peer group

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 EMOTIONAALINEN TUKEMINEN JA POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ	7
2.1 Empatia ja emotionaalinen tuki hoitotyössä.....	7
2.2 Potilaan ohjaus.....	8
2.3 Potilasohjauksen merkitys	9
2.4 Vertaistuki.....	10
3 MIESTEN TERVEYS JA SAIRAUS	11
3.1 Miesten terveystyminen	11
3.2 Miesten sairastavuus.....	11
4 SYDÄNLEIKKAUKSEN YLEISIMMÄT SYYT JA NIIDEN HOITO	13
4.1 Sepelvaltimotauti.....	13
4.2 Sydäninfarkti.....	14
4.3 Pallolaajennus	14
4.4 Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus.....	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
6.1 Opinnäytetyöprosessi.....	18
6.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat.....	19
6.3 Aineiston keruumenetelmät.....	20
6.3.1 Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä.....	21
6.3.2 Ryhmähaastattelun kulku	22
6.4 Aineiston analysointi.....	23
7 TULOKSET	26
7.1 Emotionaalisen tuen toteutuminen osastohoidon aikana	26
7.1.1 Vertaistuki	26
7.1.2 Omaisten tuki	27
7.1.3 Huumori toipumisen tukena.....	27

7.1.4 Ammatillinen tuki	28
7.1.5 Henkinen jaksaminen	29
7.2 Ohjauksen merkitys potilaan kuntoutumiseen	29
7.2.1 Ohjaus osastolla.....	30
7.2.2 Ruokavalio	31
7.2.3 Liikunta.....	32
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
8.1 Tulosten tarkastelu	34
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	37
8.3 Tutkimuksen eettisyys	39
8.4 Ammatillinen kasvu	40
LÄHTEET	42
LIITTEET	46
Liite 1: Haastattelu.....	46
Liite 2: Tutkittavan tiedote	47
Liite 3: Tutkittavan suostumus	48
Liite 4: Haastateltavan taustatiedot	49
Liite 5: Esimerkki aineiston analysoinnista	50

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheenamme on tutkia miesten kokemuksia saamastaan emotionaalista tuesta ja ohjauksesta sydänleikkauksen jälkeen ja minkälainen merkitys sillä on ollut heidän kuntoutumiseensa. Selvittämällä minkälaista tukea ja ohjausta potilaat ovat toivoneet ja jääneet kaipaamaan voidaan hoidon laatua jatkossa kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita ja toiveita. Emotionaalisen tuen ja ohjauksen merkitystä paranemiseen ja kuntoutumiseen on tärkeää tutkia, koska tätä tietoa hyödyntäen voidaan käytännön hoitotyötä kehittää, muuttaa ja soveltaa vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. On tärkeää tunnistaa emotionaalisia auttamismenetelmiä, jotka edesauttavat kuntoutumista, että niitä voidaan käyttää hoitotyössä.

Sepelvaltimotauti on toiseksi yleisin kuolemansyy työikäisillä miehillä ja yleisin yli 65-vuotiailla. Miehillä sepelvaltimotautikuolleisuus on selvästi naisia korkeampi. (Tilastokeskus 2007a & b.) Naisten kokemuksia sydänleikkauksen jälkeen saamasta emotionaalista tuesta oli jo tutkittu aiemmin. Miesten kokemuksia sairastumisesta on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti vähän, vaikka se olisi tärkeää heidän terveytensä ja sairastumisensa ymmärtämiseksi. Tutkittua tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä ja se on oivallinen väline myös ennaltaehkäistäessä miesten sydän- ja verisuonisairauksia. (Lampi 2005, 15–16.)

Koivula (2002, 25) mukaan mukaan infarktipotilaat olivat kärsineet emotionaalisen tuen puutteesta, sen vuoksi aihetta on syytä tutkia ja kehittää Oman ammatillisen kehittymisemme kannalta tutkimamme aihe tuo arvokasta tietoa potilaiden saamasta emotionaalista tuesta. Tätä tietoa hyödyntäen voidaan käytännön hoitotyötä kehittää, muuttaa ja soveltaa vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. Emotionaalisen tuen antaminen potilaan hoidon eri vaiheissa oli tärkeää heidän kuntoutumisensa ja parantumisensa kannalta (Oinonen 2008, 33). On tutkittu, että sosiaalisen tuen puute aiheuttaa erityisesti miehillä sepelvaltimotautikuolleisuutta ja lisää ateroskleroosia (Heikkinen 2003).

2 EMOTIONAALINEN TUKEMINEN JA POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

2.1 Empatia ja emotionaalinen tuki hoitotyössä

Empatialla tarkoitetaan herkkyyttä ymmärtää toisen ihmisen tunteita. Hoitotyössä se tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä pystyy asettumaan potilaan asemaan tilanteen vaatimaksi ajaksi ja irrottautumaan siitä sekä tarkastelemaan asiaa objektiivisesti. Empaattinen hoitaja pystyy samaistumaan potilaan tilanteeseen ja siihen, miten potilas tilanteensa kokee. Välittäminen on sitä, että pystyy jakamaan tunteensa toisen kanssa. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 143.)

Potilaan emotionaalisella tukemisella tarkoitetaan potilaan auttamista tiedostamaan omia tunteitaan sairauden eri vaiheissa. Hoitaja antaa mahdollisuuden tunteiden avoimelle purkamiselle ja auttaa potilasta hallitsemaan tunteitaan. Emotionaalisen tuen antamiseen tarvitaan kommunikointikykyä ja toimivaa vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa. Emotionaalisen tuen avulla pyritään ymmärtämään potilaan psyykkisiä tarpeita ja vastaamaan niihin. Hoitotieteessä emotionaalinen tuki määritellään auttamismenetelmäksi. Emotionaalinen tuki ei aina vaadi erityisiä sanoja tai tekoja, vaan pelkkä läsnäolo ja potilaan vieressä istuminen joskus riittää. (Heiskanen 2005, 60; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 141,146; Liponkoski & Routasalo 2001, 259.)

Hoitotyöntekijän antama emotionaalinen tuki on koskettamista, lohduttamista, rohkaisemista, kuuntelemista ja tiedon jakamista. Kosketuksella rauhoitetaan potilasta ja luodaan hyvää oloa sekä saadaan läheinen kontakti potilaaseen. Näillä menetelmillä potilas tuntee itsensä välitetyksi ja arvostetuksi. Potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin edellytyksenä on toivon luominen ja kannustaminen. Toiveikkuudella on todettu olevan yhteys potilaan fyysiseen hyvinvointiin, paranemiseen ja elämän pituuteen. Myös keskustelun ja

kannustuksen on todettu auttavan henkiseen yksinäisyyteen. (Heiskanen 2005, 60; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 147; Liponkoski & Routasalo 2001, 259.)

Emotionaalisessa tukemisessa olennaista on potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, turvallisuuden tunteiden lisääntyminen, henkisen ahdistuksen vähentyminen, itseluottamuksen lisääntyminen ja toivon luominen. Emotionaalisen tuen tarkoituksena on potilaan tasapainoisen tunne-elämän ylläpitäminen. Se edistää potilaiden terveyttä, itsehoitoa, omatoimisuutta, hoitoon sitoutumista, voimavaroja, tunteiden käsittelyä ja vuorovaikutusta. (Heiskanen 2005, 60; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 141, 143, 147.)

Hoitajan oma itsetuntemus auttaa ymmärtämään potilaiden tunteita. Hoitajalla tulee olla terve itsetunto ja tasapainoinen mieliala, jotta hän pystyisi havaitsemaan potilaiden tunteet ja virittäytymään potilaan mielialaan. Käytännön hoitotyössä on tärkeää ymmärtää, kuinka suuri merkitys emotionaalisella tukemisella on potilaan mielialaan ja kuntoutumiseen. Hoitajan rohkaisu, kannustus ja pelkkä hymykin vaikuttaa paljon potilaan vointiin ja kuntoutumiseen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 143; Liponkoski & Routasalo 2001, 263.)

Empaattinen hoitaja pystyy samastumaan potilaan asemaan. Emotionaalisen tuen antamiseksi vaaditaan kommunikointikykyä ja toimivaa vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa. Emotionaalinen tuki on hoitotyön auttamismenetelmä. Se on muun muassa koskettamista, lohduttamista ja kuuntelemista. Olennaista on, että potilas huomioidaan yksilönä, henkinen ahdistus vähenee ja luodaan toivoa tulevaisuuteen. Hoitajan tulisi tuntea itsensä ja hänellä tulisi olla terve itsetunto, jotta hän pystyisi tukemaan potilasta emotionaalisesti.

2.2 Potilaan ohjaus

Ohjaus on moninainen käsite ja se voi tarkoittaa kouluttamista, kasvattamista ja valmentamista. Ennen ohjauksessa korostui hoitajan asiantuntijuus, jolloin potilaalla oli passiivinen rooli. Nykyään ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta oman elämänsä parantamiseen. Asiakkaan rooli on

aktiivinen ja hoitaja tukee häntä päätöksen teossa. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen, mutta sisältää tarvittaessa myös tiedon jakamista. Ohjaus rakentuu niistä asioista, jotka ovat potilaan terveyden, hyvinvoinnin ja sairauden kannalta tärkeitä. Hoitajan tehtävänä on yhdessä potilaan kanssa tunnistaa ja arvioida hänen ohjaustarpeitaan. Ohjauksessa on välttämätöntä selvittää potilaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua omaan hoitoonsa, jotta ohjaus olisi yksilöllistä. Potilaan yksilölliset tarpeet on selvitettävä ja heitä on tuettava omassa tilanteessaan. Jos ohjaus ei ole yksilöllistä, potilaan saama tieto jää usein pinnalliseksi. Yksilöllinen ohjaus luo turvallisuuden ja hyvän olon tunteita. Onnistunut ohjaus vaatii halua yhteiseen työskentelyyn potilaan ja hoitajan välillä, samoja tavoitteita ja odotuksia sekä uskoa tulevaisuuteen. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–27, 48; Heino 2005, 21.)

2.3 Potilasohjauksen merkitys

Useiden tutkimusten mukaan ohjaus vaikuttaa myönteisesti potilaiden kuntoutumiseen. Potilaalla tulee olla tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, jotta hän pystyy osallistumaan omaa hoitoansa koskevaan päätöksentekoon. Jatkuvalle ohjaukselle parannetaan potilaan oppimistuloksia, rakennetaan myönteistä asennoitumista oman sairautensa hoitoon sekä luodaan tunne potilaan itsenäisyydestä. Potilaan voimavarat lisääntyvät, kun häntä kannustetaan ja hoitosuhde on alusta alkaen luottamuksellinen. Ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon, edistää ohjauksen positiivisia vaikutuksia ja vähentää lääkityksen tarvetta. (Vihijärvi, Koivula & Åstedt-Kurki 2008, 15; Koivunen, Lukkariinen & Isola 2003, 64; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10.)

Ohjauksella on ollut myönteisiä vaikutuksia ohitusleikkauksella hoidettujen potilaiden verenpaineeseen ja tupakoinnin lopettamiseen, veren lipiditasoon, liikunnallisuuteen ja fyysiseen suorituskykyyn. Ohjaus parantaa myös potilaiden kokemusta omasta terveydestään, edistää psykososiaalista hyvinvointia ja lievittää masennusta. Potilaat haluavat tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta.

Ongelmista puhuminen hoitoalan ammattilaisen kanssa koetaan tärkeäksi. (Koivunen, Lukkarinen & Isola 2003, 64.)

Ohjauksessa on tärkeää, että ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja että ohjaus on yksilöllistä. Yksilöllinen ohjaus luo turvallisuuden ja hyvän olon tunteita sekä vaikuttaa myönteisesti kuntoutumiseen. Se auttaa myös potilaan sitoutumisessa hoitoonsa. Sydänleikattujen potilaiden kohdalla ohjauksella on ollut myönteisiä vaikutuksia elämäntapoihin.

2.4 Vertaistuki

Vertaistuki voi olla käytännöllistä tai henkistä. Käytännöllistä tukea voi olla esimerkiksi samanlaisessa tilanteessa olleelta saatu tieto ja neuvot arjessa ilmeviin ongelmiin. Henkinen tuki on tunteiden ja ajattelun jäsentämistä ja lohdutusta toista kohtalotoveria kohtaan. Henkinen tuki voi lievittää yksinäisyyttä, antaa turvallisuuden tunteen ja kokemuksen vaihtoehtojen lisääntymisestä. Vertaistuki antaa toivoa tilanteeseen, joka aiemmin tuntui mahdottomalta. Vaikka vertaistuki koetaan usein hyödylliseksi, on havaittu, että se voi synnyttää halun kerrata hankalia tilanteita yhä uudelleen. Pidemmän päälle se ei kuitenkaan auta ongelman ratkaisussa tai vaikeaan tilanteeseen sopeutumisessa. Vertaisten kesken voi syntyä myös kilpailua kokemusten dramaattisuudesta. (Saareheimo 2008, 28.)

Koivulan (2002, 24) mukaan miehet, jotka saivat ennen ohitusleikkausta vertaistukea, olivat vähemmän ahdistuneita ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tukiryhmissä potilaat voivat tukea toisiaan antaen ja saaden emotionaalista tukea. Tukiryhmällä on suuri positiivinen vaikutus asenteiden syntyyn ja realististen tulevaisuuden odotusten muodostumiseen. Vertaistuki on erityisesti miehille hyvä keino jakaa kokemuksia sydänleikkauksesta.

3 MIESTEN TERVEYS JA SAIRAUS

3.1 Miesten terveyskäyttäytyminen

Pietilän (2008, 10) mukaan useissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa on todettu, että nykymiehet ovat enenevässä määrin kiinnostuneita terveydestään. Perinteinen näkemys miesten terveystavasta on väistymässä. Miesten tupakointi on vähentynyt, kasvisten syönti on lisääntynyt ja ruokailutottumukset ovat muuttuneet ravintosuositusten mukaiseen suuntaan. Miesten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, mutta ylipainoisten miesten osuus on pysynyt jokseenkin samana. (Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uttela 2008, 1–13.) Miesten mielestä tärkein syy suomalaisten sairastavuuteen on epäterveelliset elämäntavat. Erityisesti liikunnan puutetta, liiallista alkoholin käyttöä ja tupakointia pidetään eniten terveyttä vaarantavana tekijänä. (Aarva & Pasanen 2005, 4–5.)

Kuitenkin Näslindh-Ylispangar (2008, 6) totesi, että miehet kokevat terveydentilansa usein hyväksi huolimatta siitä, että useilla tutkimukseen osallistuneista oli monia sydän- ja verisuonitautiriskejä, ylipainoa, alkoholin suurkulutusta ja yli puolet polttivat päivittäin tupakkaa. Koulutustaustalla on vaikutuksia terveyteen liittyviin tietoihin ja arvoihin. Hyvässä sosiaalisessa asemassa olevilla henkilöillä on paremmat edellytykset tiedollisesti ja taloudellisesti asua sekä työskennellä terveyden kannalta paremmassa ympäristössä ja valita terveellisempiä elämäntapoja. (Koskinen 2006, 7–8.)

3.2 Miesten sairastavuus

Naiset ovat yleisesti kiinnostuneempia terveydestään kuin miehet. Naiset käyttävät miehiä enemmän virallisia sekä epävirallisia hoitopalveluja. Naisten on todettu raportoivat oireitaan ja sairauksiaan enemmän kuin miehet. On arvioitu, että terveystietojen käytön sukupuoliset erot johtuvat biologisista ja sosiaalisista sekä kulttuurillisista eroista. (Gissler 2003, 277, 286.)

Terveyskäyttäytymisen kulttuurillinen ero voi olla esimerkiksi suomalaisessa kulttuurissa sitä, että alkoholin käyttö on ollut osa miesten aikuistumista. Yhteenguuluvuuden tunne ja sosiaalinen hyväksyntä voivat olla syynä epäterveellisiin elämäntapoihin. Ihminen jatkaa mieluummin tuhoisaa terveyskäyttäytymistään, kuin jättäytyy sosiaalisten verkostojensa ulkopuolelle. (Aukee 2003, 205–206,208.) Vähemmän koulutetuilla on yleisesti enemmän terveyttä vaarantavia elintapoja, kuten tupakointi ja epäterveelliset juomatavat. Huomattava osa terveysongelmista esiintyy enintään perusasteen koulutuksen saaneilla. Suurituloiset ja korkeasti koulutetut ovat terveimpiä väestöryhmiä. (Koskinen 2006, 7–8.) Miesten terveyskäyttäytymisestä on ristiriitaista tietoa. Pietilän (2008,10) mukaan nykymiehet ovat kiinnostuneita terveydestään ja pyrkivät terveellisiin elämäntapoihin. Kun taas Näslindh-Ylispangarin (2008, 6) mukaan miehillä on erilaisia terveysriskejä, vaikka he kokevatkin terveydentilansa hyväksi.

4 SYDÄNLEIKKAUKSEN YLEISIMMÄT SYYT JA NIIDEN HOITO

4.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotautiin sairastuu vuosittain 44 000 ihmistä. Sepelvaltimotauti on toiseksi yleisin kuolemansyy työikäisillä miehillä ja yleisin yli 65-vuotiailla. Miehillä sepelvaltimotautikuolleisuus on selvästi naisia korkeampi. Kaikkiaan Suomessa kuolee sydäninfarktiin vuosittain noin 13 000 ihmistä. Sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä ovat lipidiaineenvaihdunnan sairaudet eli korkea kolesteroli, verenpainetauti, tupakointi, diabetes, lihavuus, vähäinen liikunta, alkoholin liika-
käyttö, runsaskalorinen ruokavalio, sepelvaltimotaudin esiintyminen lähisukulaisilla, sukupuoli, miehillä suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin, korkea ikä, stressi, sosioekonomiset ja maantieteelliset tekijät. (Tilastokeskus 2007; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004,197–199.)

Sydänlihas tarvitsee jatkuvasti happea toimiakseen kunnolla. Sepelvaltimotau-
dissa hapettunutta verta tuovat suonet ovat vaurioituneet. Tällöin sydänlihaksen hapen tarpeen ja tarjonnan välinen suhde ei pysy tasapainossa. Jos osa sydän-
lihaksen hapentarpeesta ylittää vaurioituneen suoniston hapenkuljetuskyvyn, syntyy sinne hapenpuute. Yleisin syy sepelvaltimoiden sairastumiseen on ateroskleroosi, jossa valtimoiden seinämiin muodostuu rasvakertymiä. Ne aiheuttavat häiriöitä suonien toiminnassa, jolloin suoneen muodostuu helposti hyytymiä. Vuosien mittaan kerääntynyt rasvaplakkeihin kehittynyt kalkki aiheuttaa suoneen pysyvän ahtauman. Jos suoni tukkeutuu täysin tai sydänlihas kestää huonosti hapenpuutetta, on seurauksena sydäninfarkti. (Vauhkonen & Holmström 2001, 60.)

Sepelvaltimotauti ilmenee tavallisimmin angina pectoris -oireina, eli sydänlihaksen hapenpuutteesta johtuvana rintakipuna. Angina pectoriksessa potilaalla esiintyy laaja-alaisesti tuntuva puristavaa, ahdistavaa ja erittäin epämiellyttävää kipua. Kipualue tuntuu tavallisimmin nyrkin kokoisella alueella. Kipu voi säteillä rinnasta käsivarsiin, kaulaan, ylävatsaan tai joskus myös selkään. Stabiilissa angina pectoriksessa potilaan oireet ilmenevät vasta tiettyssä räsitusasos-

sa ja tietyissä yhteyksissä, esimerkiksi stressitilanteessa. Instabiilissa angina pectoriksessa aiemmin stabiilista angina pectoriksesta kärsivän oireisto yltyy selvästi vaikeammaksi tai potilaalle ilmenevät oireet täysin uutena ja ne esiintyvät hyvin pienessäkin rasituksessa. (Vauhkonen & Holmström 2001, 61–62.)

4.2 Sydäninfarkti

Sydäninfarktilla tarkoitetaan sydänlihaksen hapenpuutteen seurauksena syntyvää sydänlihaksen kuoliota. Hapenpuute sydänlihaksessa johtuu sepelvaltimon tukkeumasta. Tukkeuma saa alkunsa potilaan suonon seinämän rasvaplakin repeytymästä, jonka jälkeen se kerää verihyytymää suonon seinämään ja estää veren virtauksen suonessa. Suonen tukkeutuessa kokonaan, sydänlihas ei saa happea ja seurauksena on kudonvaurio eli sydäninfarkti. (Holmia ym. 2004, 228.)

Sydäninfarktia voi edeltää angina pectoriksen kaltainen kipu, joka yltyy poikkeavan kovaksi ja ei korjaannu nitraattilääkityksellä tai levolla. On myös mahdollista, että potilas sairastaa infarktin täysin huomaamattaan. Oireet voivat peittyä väsymykseen, huonokuntoisuuteen tai sekavuuteen. Tällaisen infarktin sairastaa useimmiten iäkäs henkilö tai diabeetikko. Tavallisimpia infarktin aiheuttamia oireita ovat voimakas rintakipu, kuten instabiilissa angina pectoriksessa eikä kipu poistu nitrolla tai levolla. Infarktin aikana voi esiintyä erilaisia rytmijohdumishäiriöitä. Syke voi olla epäsäännöllinen rytmihäiriöistä johtuen. Verenpaine kohoaa usein alkuvaiheessa, mutta voi pitkittyneessä infarktissa laskea. Potilaan iho on kalpea ja kylmänhikinen. (Holmia ym. 2004, 229–230.)

4.3 Pallolaajennus

Pallolaajennus on aiheellinen silloin, kun iskeemisen sydänsairauden hoidossa lääkehoito ei riitä ja sydänlihas kärsii hapenpuutteesta. Pallolaajennuksella tähdätään sepelvaltimoahtauman laajentamiseen. Pallolaajennuksessa reisivaltimon kautta kuljetetaan sepelvaltimeen katetri, jonka avulla suoneen ruiskute-

taan varjoainetta ahtautuneen kohdan paikallistamiseksi. Ahtauman läpi vietään ohjausvaijeri, jota myöten varsinainen laajennuskatetri tuodaan paikalle. Katetrin kärjessä on pallo, joka voidaan täyttää varjoaineella. Kun pallo on tarkalleen ahtauman kohdalla, se täytetään varjoaineella painetta käyttäen. Paine saa ahtauman aukeamaan niin, että plakki työntyy litteämmäksi ja suonon läpimitta suurenee. Vaikeimmissa tapauksissa voidaan jättää pieni metalliverkko eli stentti pitämään suonta auki. (Holmia ym. 2004, 212–213, 283.)

Pallolaajennus soveltuu potilaille, joilla on merkittävä ahtauma yhden tai kahden sepelvaltimon alueella. Myös potilaita, joilla on kolmen suonon tauti tai joiden vasen kammio toimii hyvin, voidaan hoitaa pallolaajennuksella. Pallolaajennuksen etuina on toimenpiteen keveys ja toipumisen nopeus. Pallolaajennus vaatii vain 2–3 päivän sairaalahoidon, kun itse toimenpide kestää 30–60 minuuttia. Vaikka toimenpide on kestoaltaan lyhyt, se ei ole vaaraton. Komplikaatioina voi olla esimerkiksi se, että suoni tukkeutuu äkillisesti koronaarisuonen spasmin, suonon tukkivan trombin tai suonon seinämän vauriona syntyneen dissekaation takia(aortan eri kerrosten irtoaminen toisistaan). Uhkana on lisäksi verenvuoto ja verenpurkauma nivusen punktiokohdassa sekä punktionkomplikaatiot, kuten infektio tai kudonvaurio. Pallolaajennus voidaan tehdä uudelleen tarpeen mukaan. (Holmia ym. 2004, 213–214; Heikkilä & Järvinen 2000.)

4.4 Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus

Sydänleikkaus voi olla avoin tai suljettu. Suljetussa leikkauksessa veri kiertää potilaan oman sydämen kautta operaation aikana. Esimerkkinä tällaisesta leikkauksesta on mitraaliläppäleikkaus. Avoimessa sydänleikkauksessa tyhjenetään keuhkot ja sydän verestä, jotta leikkaus on mahdollista suorittaa. Laskimoveri ohjataan oikeasta eteisestä onttolaskimosta sydänkeuhkokoneeseen, josta happeutunut veri johdetaan lämmittimen ja suodattimen kautta aorttaan tai reisivaltimoon. Potilaan ruumiinlämpö lasketaan 28–32 asteeseen ja hänen sydämensä pysäytetään. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa tukkeutunut tai ahtautunut sepelvaltimo ohitetaan muualta elimistöstä otetulla suonella. Tavalli-

sesti käytetään jalkavarren isoa iholaskimoa tai rintakehän sisävaltimoa. (Holmia ym. 2004, 215.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus on suositeltava hoitomuoto silloin, kun potilaalla on vasemman päärunгон ahtauma tai kolmen suonen tauti, erityisesti jos vasemman kammion pumppukyky on heikentynyt. Ohitusleikkauksen on todettu parantavan ennustetta ja elämänlaatua ja vähentävän uusintahoitoja lääkehoitoon verrattuna. Leikkaus ei kuitenkaan pysäytä sepelvaltimotaudin etenemistä ja se tuo vain väliaikaisen helpotuksen potilaan elämään. Siirännäissuonet tukkeutuvat viiden, kymmenen vuoden kuluessa sepelvaltimotaudin edetessä. Tämän vuoksi ohitusleikkausta ei mielellään tehdä nuorille eli alle 50-vuotiaille, vaan pyritään selviytymään eteenpäin elämäntapamuutoksen, lääkehoidon ja pallolaajennushoidon turvin. (Holmia ym. 2004, 215–216.)

Sepelvaltimotauti on edelleen toiseksi yleisin kuolemansyy työikäisillä miehillä ja yleisin yli 65-vuotiailla. Miehillä sepelvaltimotautikuolleisuus on naisia yleisempää. Sepelvaltimotauti ilmenee rintakipuna ja kipu voi säteillä muun muassa käsivarsiin. Sepelvaltimon tukkeuduttua voi syntyä sydänlihaksen kuolio eli sydäninfarkti. Infarktin aiheuttamat oireet ovat samat kuin sepelvaltimotaudissa, mutta kipu ei poistu nitrolla eikä levolla. Kun lääkehoito ei riitä ja sydänlihas kärsii hapenpuutteesta, voidaan tehdä sepelvaltimoiden pallolaajennus tai ohitusleikkaus.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää sydänleikattujen miesten kokemuksia saamastaan emotionaalista tuesta ja ohjauksesta sydänkirurgisen osastohoidon aikana. Tutkimuskohteena ovat sydänleikkauksen läpikäyneet miehet. Haluamme tutkia sydänleikattujen miesten kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta ja ohjauksesta sekä niiden merkityksestä kuntoutumiseen. Selvittämällä minkälaista tukea ja ohjausta potilaat ovat toivoneet ja jääneet kaipaamaan voidaan hoidon laatua jatkossa kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita ja toiveita. On tärkeää tutkia emotionaalisen tuen ja ohjauksen merkitystä paranemiseen ja kuntoutumiseen, koska tätä tietoa hyödyntäen voidaan käytännön hoitotyötä kehittää, muuttaa ja soveltaa vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. On tärkeää tietää emotionaalisista auttamismenetelmistä, jotka edesauttavat kuntoutumista, jotta niitä voidaan käyttää hoitotyössä. Toisaalta myös emotionaalisen tuen ja potilasohjauksen puutteen merkitystä kuntoutumiseen on tärkeää tunnistaa, jotta auttamismenetelmiä voidaan kehittää potilaiden toiveita vastaaviksi.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

Minkälaista emotionaalista tukea potilaat saivat ja toivoisivat saavansa sydänleikkauksen jälkeen?

Minkälainen merkitys ohjauksella on ollut potilaan kuntoutumiseen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksemme teoreettiseksi lähestymistavaksi olemme valinneet kvalitatiivisen tutkimustavan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää, vaikkakin todellisuus on moninainen käsite. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään kokonaisvaltaiseen kohteen kuvaamiseen. Sen avulla yritetään löytää tai paljastaa tosiasioita, eikä todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Aineisto hankitaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.) Meidän haastattelumme toteutettiin ennalta sovitusti, jolloin emme voineet kontrolloida tutkittavia. Tutkimuksen kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti, kuten meidän tutkimuksessa kohde rajattiin sydänleikattujen miesten haastattelemiseen. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan tarkastella yksilöllisesti potilaiden saamaa emotionaalista tukea ja ohjausta sekä sen merkitystä. Meidän tutkimuksemme kohderyhmänä on sydänleikkauksen läpikäyneet miehet.

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöaiheemme valittiin opinnäytetyöpankista helmikuussa 2008. Opinnäytetyö oli tarkoitus tehdä yhteistyössä Meilahden sairaalan osasto 71 kanssa. Osastolla käytiin keskustelemassa heidän toiveistaan opinnäytetyön suhteen. Vuonna 2009 keväällä teimme tutkimussuunnitelman ja haimme syksyllä tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiiviselta eettiseltä toimikunnalta. Eettiseltä toimikunnalta tuli hylkäävä päätös. Perusteluina olivat muun muassa että eettinen toimikunta ei pitänyt eettisesti hyväksyttävänä sitä, että sairaanhoitajaopiskelijat haastattelevat potilaita heidän kotonaan, jolloin potilas voisi kysyä terveydentilaansa liittyviä kysymyksiä. Tähän ei opiskelijalla ole valmiuksia ja potilas ei tätä välttämättä ymmärrä. Eettinen toimikunta epäilee, etteivät sairaanhoitajaopiskelijat pysty analysoimaan näin vaativan tutkimuksen tuloksia. Lisäksi heidän mielestään sairaanhoitajaopiskelijoilla ei ole riittäviä edellytyksiä salassapitokysymysten käsittelemiseen.

Tämän perusteella emme pystyneet toteuttamaan suunniteltua yhteistyötä Meilahden osasto 71 kanssa. Jouduimme etsimään uutta yhteistyökumppania. Olimme yhteydessä Helsingin Sydänpiiriin, mutta heillä oli jo useita opiskelijaryhmiä mukana sydänleikattujen ryhmässä. Alkuvuodesta 2010 olimme yhteydessä Uudenmaan Sydänpiiriin, josta meitä neuvottiin ottamaan yhteyttä muun muassa Järvenpään, Keravan ja Nurmijärven Sydänyhdistykseen. Nurmijärven Sydänyhdistys oli halukas yhteistyöhön. Nurmijärven Sydänyhdistyksessä toimii OHI-kerho ja Sydänkammari. Myöhemmin saimme yhteydenoton myös Vantaan Sydän ry:stä, jossa toimii sydänleikattujen kerho. Lähetimme ensin kumpaankin paikkaan tiedotteen, että tulemme pitämään ryhmähaastattelun seuraavalla kerhon kokoontumiskerralla. Halukkaat saivat kertoa ryhmänohjaajalle halukkuudestaan osallistua haastatteluun.

6.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat

Nurmijärven ja Vantaan Sydän ry toimivat Suomen Sydänliiton ja Uudenmaan Sydänpiirin alaisena paikallisjärjestöinä sydänpotilaiden hyväksi. Uudenmaan Sydänpiiri on maan suurin sydänpiiri, joka kuuluu Suomen Sydänliittoon. Sydänyhdistysten tarkoituksena on edistää terveellisiä elämäntapoja ja tukea sydän- ja verisuoni potilaiden kuntoutusta. Toiminta perustuu vapaaehtoiseen kansalaistoimintaan. Sydänyhdistyksellä on erilaisia vertaistukiryhmiä muun muassa sydänleikatuille. Jäseneksi liittyminen ei edellytä sydänsairautta. Yhdistyksen jäsenenä voi osallistua kerhoihin ja erilaisiin tapahtumiin. (Nurmijärven Sydänyhdistys ry 2010; Vantaan Sydän ry 2010.)

Haastattelimme Nurmijärven sydänyhdistyksen ja Vantaan Sydän ry:n miesjäseniä, jotka olivat olleet sydänleikkauksessa. Sovimme suullisesti ja sähköpostitse Nurmijärven sydänyhdistyksen puheenjohtajan ja Vantaan sydän ry:n sihteerin kanssa, että tulemme pitämään ryhmähaastattelun sovittuna ajankohtana kerhotiloissa. Kerhonvetäjät osallistuivat haasteltavien rekrytointiin kertomalla miesjäsenilleen mahdollisuudesta osallistua tutkimukseemme.

Kumpaankin ryhmähaastatteluun osallistui seitsemän sydänleikattua Sydänyhdistys ry:n miesjäsentä. Haastateltavat olivat hyvin eri ikäisiä, ikäjakauma oli 62–85 vuotta. Ohitusleikattuja oli yhteensä kahdeksan, pallolaajennuksessa oli käynyt neljä miestä, yhdelle miehistä oli tehty sekä pallolaajennus että ohitusleikkaus ja yhdelle osallistujista oli tehty aorttaläpän leikkaus. Haastateltavien sydänleikkaukset sijoittuivat vuodesta 1984 vuoteen 2009. Kaikki haastateltavat olivat eläkkeellä ja naimisissa.

6.3 Aineiston keruumenetelmät

Haastattelimme Nurmijärven ja Vantaan Sydän ry:n miesjäseniä. Haastattelukysymyksemme löytyvät liitteestä 1. Teimme haastattelut ryhmähaastatteluina. Lisäksi teimme yhden yksilöhaastattelun. Toisen sydänyhdistyksen puheenjohtaja ei pystynyt osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka vuoksi tehtiin hänen kohdallaan yksilöhaastattelu. Kaikki haastattelumateriaali koottiin kuitenkin yhtenäisenä. Nurmijärven ja Vantaan Sydän ry: hen jätettiin viikkoa ennen ryhmätapaamista tiedote tutkimuksesta (Liite 2). Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen aihe ja se kerrattiin vielä ennen ryhmähaastattelua.

Pyysimme haastateltavia täyttämään taustatietolomakkeen (Liite 4) ja allekirjoittamaan suostumuslomakkeen (Liite 3) ennen haastattelua. Kerroimme, että hävitämme taustatieto- ja suostumuslomakkeen tutkimuksen valmistuttua ja että tiedot tulevat ainoastaan meidän käyttöömme. Tutkittavalla oli oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu niin halutessaan.

Ryhmävetäjät olivat olleet myös aktiivisia rekrytoimaan sydänleikattuja miehiä haastatteluun. Emme tienneet osallistujien lukumäärää etukäteen, joten olimme positiivisesti yllättyneitä, että ryhmiin osallistui niinkin monta henkilöä. Kävimme läpi yhdessä haastattelurunkoa ennen haastattelua, mutta emme ehtineet tekemään esihaastattelua. Testasimme myös nauhureiden toimivuutta.

Käytimme haastattelutyypinä teemahaastattelua. Teemahaastattelussa aiheena on tietty kohde, tässä tapauksessa koettu emotionaalinen tuki. Tutkittavien

määrä on yleensä melko pieni ja saatu tieto syvällistä. (Hirsjärvi & Hurme 1991, 36–38.) Teema-alueet ovat jo aiemmin tiedossa, mutta tarkkaa kysymysten muotoa ja järjestystä ei ole määrätty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203). Haastattelu tutkimusmenetelmänä on perusteltua, koska tutkittavilla on mahdollisuus tuoda esille kokemuksiaan mahdollisimman vapaasti ja seikkaperäisesti. Kysymysten vastaus voi olla moniselitteinen, siihen ei välttämättä ole yhtä ja ainutta ennalta tiedettyä vastausta. Vastauksia voidaan selventää ja syventää sekä esittää lisäkysymyksiä tarvittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997.) Kyselytutkimuksessa tämä ei olisi mahdollista.

6.3.1 Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksemme ryhmähaastattelun, koska halusimme kuulla sydänleikattujen miesten kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta ja ohjauksesta osastolla. Halusimme selvittää, minkälaista tukea ja ohjausta haastateltavat ovat saaneet ja jäännet kaipaamaan. Ryhmähaastattelu on käyttökelpoinen erityisesti arkaluontoisessa aiheessa, jonka takia koimme tämän haastattelumuodon sopivan työhömmme. Ryhmähaastattelussa ihminen tulkitsee kokemuksiaan sisäisten mallien valossa (Moilanen 1995, 8). Ryhmädynamiikalla voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Ryhmä voi auttaa muisteluissa ja väärinymmärryksien korjaamisessa, mutta toisaalta se voi estää kielteisten asioiden esiintuloa. Ongelmia voi myös syntyä, jos ryhmässä on dominoivia henkilöitä, jotka yrittävät määrätä keskustelun kulkua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 62; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 205–206.)

Ryhmässä haastateltava voi kokea olonsa turvallisemmaksi ja varmemmaksi. Ihmiset avautuvat ja kertovat mielipiteitään herkemmin ryhmähaastattelutilanteessa kuin yksilöhaastattelussa. Muilta tulee jatkuvasti myös vastauksia täydentäviä virikkeitä, jotka osaltaan lisäävät keskustelua ja ymmärrystä aiheesta. Haastateltavat voivat ilmaista kokemuksiaan spontaanisti ja kertoa miten ja miksi he näin kokivat. Menetelmä antaa monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta ja haastateltavat voivat kertoa kokemuksistaan laajemmin. (Pötsönen & Välimaa 1998, 2–3, 14.) Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska

samalla kerralla saadaan tietoja monelta henkilöltä (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2007, 205).

Haastattelijan tehtävänä on aikaansaada keskustelua ja helpottaa sitä. Hän huolehtii siitä, että keskustelu pysyy ennalta valituissa teemoissa ja jokaisella osallistujalla on mahdollisuus puhua teeman aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Haastattelutilanteessa ohjasimme keskustelua aiheeseen teemoittain ja niihin liittyvien kysymysten avulla. Pyrimme myös antamaan kaikille mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan. Myös hiljaisempia kannustettiin kertomaan kokemuksistaan. Ajoittain keskustelu siirtyi valitusta aiheesta toiseen, mutta Pötsösen & Välimaan (1998, 8) mukaan on osallistujien annettava keskustella vapaasti, ettei tärkeää tietoa jää saamatta.

Pidimme haastattelut Nurmijärven sydänyhdistyksen tiloissa 3.2.2010 klo 12.30-14 ja Vantaan Sydän ry:n tiloissa 17.2.2010 klo 14.45-16. Toiseen ryhmään osallistui 7 henkilöä ja toiseen 6. Teimme myös yhden yksilöhaastattelun. Ryhmän koko tulisi olla tarpeeksi pieni, mutta toisaalta tarpeeksi suuri, jotta vastauksia saataisiin monipuolisesti. Parhaimmillaan haastatteluun osallistuu 4–10 henkilöä. Liian suuressa ryhmässä osallistujat voivat joutua odottamaan liian kauan puheenvuoroaan ja keskustelu voi tukahtua. (Pötsönen & Välimaa 1998, 6.) Emme tieneet ennen haastattelua, kuinka moni haastatteluun osallistuu tai tuntevatko he toisensa. Haastattelu nauhoitettiin kahdella nauhurilla, mutta toisessa ryhmähaastattelussa nauhurit olivat sammuneet ennen loppua. Toinen meistä kirjoitti kuitenkin kattavasti muistiinpanoja koko haastattelun ajan ja toinen keskittyi ohjaamaan keskustelun kulkua.

6.3.2 Ryhmähaastattelun kulku

Ennen haastattelun alkua tarjosimme osallistujille pientä juotavaa ja syötävää, jolloin ilmapiiri rentoutui ja voitiin hiukan tutustua ennen varsinaista haastattelutilannetta. Samalla haastateltavat täyttivät taustatiedot ja suostumuksen osallistumisesta tutkimukseemme. Esittäydyimme ja kerroimme opinnäytetyömme aiheesta sekä kertosimme vielä, miten haastattelu tulee etenemään sekä sen,

että meitä koskee vaihtoehtoisuus. Tämän jälkeen nauhurit laitettiin päälle sovitusti. Kertasimme vielä, että nauhat tullaan hävittämään ja että ne tulevat vain meidän käyttöömme. Ketään ei tuntunut haittaavan nauhoittaminen. Yksi osallistujista joutui poistumaan kesken haastattelun, koska hänellä oli sovittu meno. Osallistujilla oli oikeus poistua tilanteesta, jos he kokivat että eivät halua kertoa kokemuksistaan muiden kuullen. Meille oli varattuna erillinen hiljainen huone keskustelulle kummassakin tilaisuudessa. Istuimme kaikki yhdessä pöydän ääressä.

Keskustelu aloitettiin niin, että jokainen sai ensin kertoa milloin ja miksi oli joutunut sydänleikkaukseen. Kokemuksestaan sai kertoa vapaasti ja niin tarkasti kuin itse halusi. Jokainen kertoikin vuorollaan hyvin seikkaperäisesti tapahtumien kulun ja ketään ei tuntunut jännittävän kertoa tapahtumista. Jokaisella oli hyvin erilainen tausta ja osalla sydänleikkauksesta olikin kulunut jo pitkä aika, kun taas toisella oli tuore kokemus leikkauksesta. Meistä tuntui, että jokainen kertoi mielellään kokemuksistaan, mutta toki osa ryhmän jäsenistä oli enemmän äänessä kuin toiset. Esitimme teemoihin liittyviä kysymyksiä keskusteluiden etenemiseksi. Haastattelut kestivät noin puolitoista tuntia. Tämän jälkeen kiitimme kaikkia osallistumisesta ja kerroimme että toimitamme valmiin työn kerhoille luettavaksi, koska siitä oltiin kiinnostuneita.

6.4 Aineiston analysointi

Analysoitaessa saamaamme aineistoa, pyrimme tekemään päätelmiä vastauksista. Tuloksia pyritään selittämään ja tulkitsemaan. Pohdinta on myös tärkeää, jolloin selvitetään miten, tutkijan oma kielenkäyttö on vaikuttanut lopullisiin tuloksiin ja kuinka tutkija on ymmärtänyt haastateltavia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 211.) Aluksi aineisto litteroitiin eli purettiin nauhoitettu aineisto tekstiksi paperille. Haastattelussa käytimme kahta nauhuria samaan aikaan ja kummatkin nauhat aukikirjoitettiin. Näin varmistettiin, että kaikkien ääni saatiin kuuluviin. Litterointi oli ryhmähaastattelun vuoksi välillä haasteellista, kun haastateltavat puhuivat päällekkäin. Aloitimme litteroinnin mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jolloin muistimme vielä hyvin mistä keskusteltiin. Kes-

kustelut kirjoitettiin sanatarkasti. Litteroitua tekstiä tuli 25 sivua puolellatoista rivivälillä. Fonttina käytimme Arialia ja fonttikokoa 12.

Opinnäytetyössämme käytämme sisällön analyysiä. Sisällön analyysiä käyttäen aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä tavoin analysoimalla aineistoa saadaan tutkittavasta ilmiöstä tiivis kuvaus. (Kyngäs 1999, 4.) Kerätystä aineistosta tehdään johtopäätöksiä ja kuvataan aineiston sisältöä sanallisesti, suoria lainauksia käyttäen (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105, 107; Kyngäs 1999, 10.) Luimme litteroidun aineiston ja siirsimme ajatuskokonaisuuksia toiseen word-tiedostoon haastatteluteemojemme mukaisesti. Ajatuskokonaisuuksia tuli useita saman teema-alueen alle. Litteroitua aineistoa käytiin läpi vielä useasti analysoinnin luotettavuuden varmistamiseksi. Teemojen alle syntyneistä ajatuskokonaisuuksista muodostui lopulta pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyillä ilmauksilla tarkoitetaan alkuperäisen aineiston tiivistämistä. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alakategorioita, joista muodostimme yläkategoriat. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä pelkistetyistä ilmauksista ala- ja yläkategorioiksi löytyy liitteessä 5.

Käytämme opinnäytetyössämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Käsitteitä yhdistellään ja tällä tavoin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Analysointi on kolmevaiheinen prosessi, jossa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Pelkistämässä eli redusoinnissa aineisto pilkotaan osiin ja litteroidaan. Aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimuksen kannalta olennaisia ilmaisuja. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä haastateltavien ilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja/ tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään ja ryhmitellään omaksi luokaksi ja nimetään luokka sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyllä saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä hyödynnetään haastateltavien käyttämiä kielellisiä ilmauksia ja niistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Johtopäätöksiä tehtäessä pyritään ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin jokaisessa eri vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–115.) Analysointi etenee vaiheitaan seuraavalla tavalla:

- 1 Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sana sanalta
- 2 Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen
- 3 Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen
- 4 Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
- 5 Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
- 6 Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
- 7 Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä
- 8 Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen

7 TULOKSET

Analyysissämme tuli esille kaksi aihealuetta, jotka olivat:

- Millaista emotionaalista tukea ja ohjausta miehet saivat
- Keneltä miehet saivat tukea ja ohjausta

7.1 Emotionaalisen tuen toteutuminen osastohoidon aikana

Emotionaalista tukea saatiin osastohoidon aikana omaisilta, eri ammattiryhmiltä sekä muilta potilastovereilta. Huumori auttoi toipumisessa.

7.1.1 Vertaistuki

Kaikki haastatteluun osallistuneet miehet olivat Sydänyhdistyksen jäseniä ja kävivät sydänleikatuille tarkoitetussa kerhossa. Keskustelua käytiin sydänleikkauksesta ja voinnista sairaalahoidon aikana muiden samassa huoneessa olleiden kanssa. Myöhemmin, kun oli toivuttu leikkauksesta, alettiin käydä sydänleikatuille tarkoitetussa kerhossa vertaistuen saamiseksi. Samalla sai lisää tietoa sydänleikkauksen jälkeisistä elämäntavoista.

Täällä oli tätä vertaistukea ja täällä varsinkin alkuaikoina pidettiin myös aika paljon esitelmiä.

Olikohan meitä neljä vai kuus siinä samassa potilashuoneessa että kyllähän siellä juttua riittää. Ei tämmöstä tähän asiaan kuuluvaa sen kummemmin kun että miltä nyt tuntuu ja miten käs nyt pärjää

..että siellä oli paljon paljon niitä kohtalotovereita.

Vertaistuen tarve tuli haastateltavilla eri aikaan. Yksi haastateltavista kertoi, että väsymys esti keskustelun osastolla ja vasta toipumisen jälkeen hän aloitti käymisen sydänleikatuille tarkoitetussa kerhossa.

*Mä olin kuuden hengen huoneessa ja siinä oli kaks paikkaa vapaa-
na eli neljä. Emmä muista sitte sen enempää kuinka paljon siinä sitte
pystyttiin keskustelemaan, kyllä siinä joku oli sen verran vä-
synyt leikkauksesta.*

7.1.2 Omaisten tuki

Omaisiet olivat tärkeässä roolissa tuen antajina niin osastolla kuin kotonakin. Erityisesti puoliso oli koko hoitoprosessin ajan mukana ja kävi katsomassa. Samalla pystyi keskustelemaan tapahtumista läheisen kanssa. Omaisista odotettiin käymään vierailulla.

...odotti sitte koska tuli joku katsomaan.

Kotona puoliso huolehti, että elämäntapoja muutetaan terveellisempään suuntaan. He pitivät huolen, että ruoka oli terveellisempää kuin aiemmin ja kannustivat liikunnan lisäämiseen. Toisaalta he myös rajoittivat, etteivät miehet tekisi liian raskaita töitä heti leikkauksen jälkeen.

Mulla on vaimo kotona koko ajan ja tuota meillä vähän vahtikin. Etten päässyt oikein menemään että. Minäkin vähän meinasin et niitä töitä olisi vähä pitänyt tehdä niin se vähän jarrutteli.

No kyllä se tuo käveleen pistään mua aina iltana. Haastattelija: Onko se vaimo joka pistää? No sehän se... aina yrittää aina vähän.

7.1.3 Huumori toipumisen tukena

Miehet kokivat huumorin olevan tärkeä osa leikkauksesta toipumisessa. Huumorintajua pidettiin tärkeänä voimavarana ja hoitajan ominaisuutena. Elämä ei saa olla liian vakavaa. Huumori vaikutti myös mielialaan.

Ei ollut tuommosta masennusta tai sen tapasta. Optimismi oli vallalla.

Huumoria joka puolella.

7.1.4 Ammatillinen tuki

Hoitotyöntekijöihin luotettiin ja heitä pidettiin ammattitaitoisina. Hoitoon oltiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä, vaikka kiire näkyikin työskentelyssä.

Ammattitaitoisia hoitajia siellä osastolla oli, ei siinä, ei voi valittaa.

...toisiaan kaikki myönteistä joka sairaalassa oli hyvä hyvä hoito ja kaikki, että ei voi moittia

Hyvin onnistui kaikin puolin ja hoito oli ihan miellyttävä kokemus.

Eri ammattiryhmät olivat mukana potilaan hoidossa. Fysioterapeutti kävi heti ensimmäisinä päivinä tapaamassa potilasta ja kävelyttämässä käytävällä. Potilas piti hyvänä asiana sitä, että he olivat perehtyneet potilaaseen jo ennen tuloaan.

Siellä oli fysioterapeutti tuli heti sängyn vieressä kävelemään portaisiin kävelemään ja että ei saa jäädä makaamaan. Niin kuin ihan oikein tota.

Lääkärit kertoivat leikkauksen kulusta etukäteen ja toimenpiteiden aikana, mitä tehdään sekä minkälainen tilanne on sydämen suhteen. Sairaanhoitajat kävivät kysymässä vointia ja tarjosivat apuaan. Potilaat kokivat tuen riittävänä ja hyvänä asiana sen, että oli mahdollisuus keskustella niin halutessaan.

Lääkärin ja nukutuslääkärin kanssa sitten keskusteltiin ja lääkäri näytti sinne näytti millasen osan ne sinne sydämeen laittaa.

No minusta siellä kaikki tuki mikä tarvittiin.

Minusta se oli hyvää hoitoa. Minä tykkäsin siitä ja siellä käytiin aina kurkistamassa ja apua sai jos tarvitsi ja kello oli vieressä. Ei minulla ole mitään negatiivista siitä, ihan kaikki oli positiivista.

Käytiin kysymässä vointia joka aamu.

7.1.5 Henkinen jaksaminen

Toisaalta taas keskustelua tapahtuneesta tai leikkauksesta ei niinkään koettu tarvitsevan, koska ajateltiin, että silloin tarve ei ole sydänsairaudessa, vaan josakin muualla. Keskustelua sydänleikkauksesta tai siihen liittyvistä tapahtumista ei erityisesti odotettukaan.

En minä oikein tiedä oisko siinä ollu mitään lisättävää. Tietenkin niille ihmisille joilla on vaikeuksia tulla toimeen tommosessa yhteisössä muutenkin niin niille vois olla, mutta se tarve on sillon muualla, se ei oo sydämessä.

No siellä ei varsinaisesti minä keneltäkään erikoisemmin odottanutkaan.

Osa miehistä myönsi, että sydänleikkaus ja siihen johtaneet kokemukset olivat rankkoja. Toisaalta taas kokemusta pidettiin helpompana kuin hammaslääkärikäyntiä, koska kipua ei tarvinnut kokea.

Onhan se rankka, mutta siinä kuitenkin ollaan pari kolme päivää narkoosissa ja ei se tunnu sitten sillä lailla.

Kokemus oli helpompi kuin hammaslääkärissä käynti, että tota ei mitään ongelmia. Tosi hyvin.

Yhden haastateltavan mielestä kuitenkin henkinen jaksaminen oli tärkeää myös fyysisen jaksamisen kannalta.

Kunhan henkisesti pysyy virkeenä niin kyllä sitä tästä pärjää.

7.2 Ohjauksen merkitys potilaan kuntoutumiseen

Ohjaus osastolla liittyi leikkaukseen, haavan hoitoon ja elämäntapojen muuttamiseen.

7.2.1 Ohjaus osastolla

Ennen kotiutumista potilaat saivat ohjausta haavan hoitoon, toipumiseen ja kotona pärjäämiseen. Ohjausta saatiin myös liikuntaan ja ruokaan liittyen sekä elämänrytmin muuttamiseen. Ohjausta antoivat sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja joissakin tapauksissa ravitsemusterapeutti.

Joo kun kotia pääsee niin pitää kaikki pesuhommat ja kaikki, liotella sitä aina joka päivä piti liotella sitä rintaa. Samoten se jalka josta otettiin se suoni niin sitä liotettiin.

Se oli siihen leikkaukseen liittyvää, että esimerkiksi toipumiseen ja kotihoitoon tavallinen neuvonta mitä saa tehdä, mitä ei saa tehdä. Ei muuta.

No ruokaa ja liikuntaa, siihenhän se perustu ja elämänrytmiin että miten tästä jatketaan.

Ohjauksen tukena näytettiin osalle video leikkaukseen liittyen. Yksi haastateltavista oli saanut kutsun ohjaustunnille leikkauksen jälkeen. Ohjaustunti järjestetään sydänleikkauksesta toipuville ja heidän omaisilleen. Tapaamisessa käsitellään sydänsairautta ja kokemuksia leikkauksesta, liikuntaa, sydänlääkkeitä ja riskitekijöihin vaikuttamista. Kirjallista materiaalia olivat useat saaneet mukaan kotiin luettavaksi.

Siel oli semmonen ohjaustunti, se oli sen leikkauksen jälkeen, oli kohan viikon tai kahden viikon kuluttua.

Mä muistan et jotain papereita mä sain mukaan. Siellä ne on kotona kansiossa.

Yksi haastateltavista kertoi, että ohjeet olivat yleisiä, eikä kovin yksilöllisiä. Toisaalta hän koki, ettei tarvinnutkaan sellaista.

Ne oli aivan yleisiä ohjeita, mutta en minä tarvinnukaan sitä

..mutta ei mitään tuommosta kovin yksilöllistä, aivan näitä yleisiä.

Moni miehistä koki, ettei tarvinnut ohjausta tai että asiat olivat jo ennestään tuttuja, koska osa oli ollut Sydänyhdistyksen toiminnassa mukana jo aiemmin. Osalla elämäntavat olivat olleet jo aikaisemminkin terveelliset.

Kun rupee miettiin niin ei oo mitään, oikeastaan mitään muuttunut.

Ne oli tuttuja asioita.

Kyl mä ennen leikkaustakin liikuin aika paljon ja leikkauksen jälkeenki mä oon liikkunu.

Ne oli aivan yleisiä ohjeita, mutta en minä tarvinnukkaan sitä

En minä tuntenut että olis tarvetta mihinkään neuvontaan.

7.2.2 Ruokavalio

Ruokavalion muuttamisella sydänleikkauksen jälkeen koettiin olevan suuri merkitys. Useat kertoivat jättäneen rasvaisen ruuan vähemmälle. Iltaruokailu oli jäänyt pois ja kiinnitettiin enemmän huomiota siihen, mitä syödään sekä mitä kannattaa välttää.

Mikä nyt on jääny mieleen sitä ennen niin sitä aina saunan jälkeen syötiin sitä lenkkimakkaraa ja rasvasta ja käristettiin aina mökilläkin. Nyt ne on jääny kaikki pois. Siinä on lenkkimakkarassakin ja niissä niin kova rasvaprocentti että kannattaa niitä välttää.

Kyllä täytyy elämäntavat muuttaa täysin. Lenkkimakkarat ja semmoset jättää pois.

Iltaruoka, se on jääny. Ennen nukkumaan menoa ei kyllä passaa syödä mitään.

Sen verran oli että ruokavaliostakin että mitä nyt on hyvä välttää.

Kyl sillä ruokavaliolla on hyvin suuri merkitys.

Täytyy katsoo mitä syö ett makkarat ja makeet vähän niinku kiellettyjen listalla.

7.2.3 Liikunta

Osastolla pyrittiin mahdollisimman nopeasti saamaan potilas liikkeelle. Hoitajat ja fysioterapeutti kannustivat liikkumaan. Sänkyyn ei saanut jäädä makaamaan, vaan piti yrittää liikkua mahdollisimman paljon voinnin salliessa. Portaissa kävelyä kokeiltiin heti, kun pystyttiin ja sillä mitattiin pystyykö potilas selviytymään kotona.

Yks hoitaja tuli sanoon et lähetään tonne rappusiin kokeilemaan et pystyksiä kävelemään rappuset alas ja kyllähän mä pystyn ja menin paljo nopeemmin ku se hoitaja. Seuraavana päivänä ulos.

Kun pystyy portaat nousemaan ylös niin sit tehään arvio minkälainen potilaan kunto on.

Ei saa jäädä makaamaan.

Nehän oikeen pakottaa, sängystä pois vaan kun kerkiää.

Kotona pyrittiin liikkumaan aina kun mahdollista ja moni harrastikin liikuntaa useita kertoja viikossa. Ne, jotka eivät ennen leikkausta liikkuneet lainkaan, olivat leikkauksen jälkeen lisänneet hyötyliikuntaa. Kauppaan mentiin kävellen ja käytettiin portaita hissien sijaan. Osalla liikkumistottumukset eivät merkittävästi muuttuneet, koska olivat jo ennen leikkaustakin harrastaneet liikuntaa aktiivisesti.

...mutta joka päivä liikenteessä, vieläkin. Kevyemmässä tietysti, moottorisahan oon jo jättänyt pois

Kyl mä ennen leikkaustakin liikuin aika paljon ja leikkauksen jälkeenki mä oon ollu liikkunu semmoset 50 kilometriä.

Joo joo, kyllä, että liikkua pitää kun vaan pystyy liikkumaan. Niin paljon kun kerkiää että. Kävelyä, kävelyä.

Uimassa mä oon yrittänyt käydä joka aamu, viis kertaa viikossa.

Osalla miehistä vointi oli tällä hetkellä muiden sairauksien vuoksi heikentynyt niin, ettei liikuntaa harrastettu hyötyliikuntaa enempää.

*Mä oon koittanut välttää tota turhaa kävelyä että oon tehny oikeas-
taan tai harrastanut hyötyliikuntaa. Mut nyt on tänä päivänä pikku-
sen heikomassa kunnossa.*

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sydänleikattujen miesten kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta ja ohjauksesta sydänkirurgisen osastohoidon aikana. Kaikki tutkittavamme olivat yli 62-vuotiaita, naimisissa ja eläkkeellä. Ikä on yhteydessä pelkoihin ja ahdistuneisuuteen hoidon kaikissa vaiheissa siten, että alle 55-vuotiailla ahdistuneisuus on voimakkaampaa kuin vanhemmilla. Kuntoutumisvaiheessa alle 55-vuotiaat ovat ahdistuneempia kuin vanhemmat. Naimattomilla sairaalassaolo ahdistavampi kuin avo- tai avioliitossa olevilla. (Koivula 2002, 55.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että tärkeä emotionaalisen tuen antaja on potilaan omainen. Koivulan (2002, 56) mukaan enemmistöllä ohitusleikkauspotilasta puoliso ja lapset ovat tärkeä tukiverkosto. Perheen tuki edistää ohitusleikkauksesta toipumista (Okkonen & Kuusisto 2004, 14–15). Perheenjäsenen sairastaminen vaikuttaa koko perheeseen ja sen toimintaan. Perheen tuki on tärkeä voimavara potilaan sopeutumisessa sairauteensa ja se lisää sairastuneen hyvinvointia. (Vihijärvi, Koivula & Åstedt–Kurki 2008, 16–17.) Puolisolta ja muilta läheisiltä toivotaankin runsaasti tukea ja ymmärrystä sairauteen (Okkonen & Kuusisto 2004, 14–15). Myös tässä tutkimuksessa tuli esille, että omaisilla oli tärkeä rooli emotionaalisen tuen antajina niin osastolla kuin kotonakin. Erityisesti puoliso oli miesten tukena sairaalahoidon aikana ja kotona. Sairaanhoitajan olisi hyvä huomioida potilaan lisäksi myös puoliso ja perheen tuen tarve. Omaiset kokevat tärkeänä sen, että heitä ohjataan, vastataan heidän kysymyksiinsä ja rohkaistaan potilaan kanssa olemiseen. (Lampi 2005, 33.)

Vertaistuki, jota saatiin potilastovereilta, koettiin myös tärkeäksi voimavaraksi. Sydänyhdistyksen järjestämät kerhot sydänleikatuille mahdollisti vertaistuen saamisen ja lisäksi siellä saatiin tietoa sydänsairaudesta. Okkosen ja Kuusiston (2004, 14) mukaan ohitusleikatut potilaat halusivat mukaan sydänjärjestön toimintaan, toivoivat tietoa toipumisesta ja liikunnasta sekä halusivat vaihtaa ko-

kemuksia muiden kohtalotovereiden kanssa. Kohtalotovereilta haluttiin tukea ja heidän kanssaan haluttiin jakaa kokemuksia. (Okkonen & Kuusisto 2004, 14.) Osastolla keskusteltiin toisten potilastovereiden kanssa voinnista ja jaksamisesta. Myöhemmin tukea saatiin ja kokemuksia pystyttiin jakamaan sydänleikattujen kerhossa. Sydänliiton tarjoamista vertaistukiryhmistä tulisikin kertoa osastohoidon aikana, jolloin tuetaan miehille tärkeää emotionaalisen tuen muotoa.

Potilaat saivat tukea monilta eri ammattiryhmiltä ja hoitoon oltiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä. Hoitotyöntekijöihin luotettiin ja heitä pidettiin ammattitaitoisina. Potilaat kokivat saaneensa tarpeeksi emotionaalista tukea. Heidän mielestään hoitajilta sai tarvittaessa apua ja mahdollisuuden keskustella. Koivulan (2002, 56) tutkimuksen mukaan suurin osa ohitusleikatuista potilaista sai hoitajilta runsaasti emotionaalista tukea ja se ylitti potilaiden toiveet. Viidesosa potilaista ei pitänyt tunteista keskustelua tarpeellisena hoitajan kanssa. Myös meidän tutkimuksessamme potilaat kokivat saaneensa tarpeeksi tukea. Toisaalta miehet eivät odottaneet erityisemmin keskustelua hoitajien kanssa. Sydänleikkaus koettiin helppona kokemuksena. Koivulan ja Åstedt–Kurjen (2004, 57) mukaan ohitusleikatut miehet ilmaisevat pelkoja eri tavalla kuin naiset. Miehillä esiintyy enemmän pelkojen kieltämistä. Pohdimme paljon, miten yhden haastatettavan mielipide sydänleikkauksen helppoudesta vaikutti muihin haastateltaviin. Oliko tällaisen toteamuksen jälkeen vaikeampaa myöntää, että olisi mahdollisesti tarvinnut emotionaalista tukea?

Huumorilla oli tärkeä rooli miesten toipumisessa. Sen avulla he pystyivät käsittelemään vaikeita asioita. Hoitajan huumorintajua pidettiin tärkeänä ominaisuutena. Huumoria esiintyi paljon sekä potilaiden kesken että hoitaja–potilas suhteessa. Åstedt–Kurjen, Isolan & Tammentien (2000, 333–334) tutkimuksen mukaan miespotilaiden on todettu käyttävän huumoria enemmän kuin naispotilaiden. Miespotilaat ilmaisevat mahdollisesti itseään enemmän huumorin välityksellä ja toisaalta käyttävät huumoria selviytyäkseen hämmennyksestään potilaana olemisessa. Huumorin taakse voi myös kätkeytyä. Kun huumori toimii puolustusmekanismina ahdistavien tai pelottavien asioiden poissulkemiseksi, vaaditaan hoitajalta sensitiivisyyttä huomata huumorin taakse kätkeytyvä pelko ja ahdistus, jotta hoitaja voi auttaa potilasta käsittelemään vaikeita asioita.

Huumori auttaa hoitajaa ja potilasta ilmaisemaan itseään ja luo lämpimän ilmapiiirin. Se auttaa ahdistuksen vähentämisessä hoidossa ja vaikeasti käsiteltävien asioiden esiin ottamisessa. Huumoria ilmaisukeinona käytettäessä voidaan vapautua huolista ja jännityksestä. Huumorin avulla voidaan rentoutua ja näin helpottaa kipuja.

Haastattelemamme miehet saivat osastolla monipuolista ohjausta liittyen haavahoitoon, ruokavalioon ja liikuntaan. Ohjausta antoivat eri ammattiryhmät. Ohjausta saatiin suullisesti, kirjallisesti ja myös näyttämällä video leikkaukseen liittyen. Miehet olivat saaneet osastolla ohjausta riittävästi ja osa koki, että ei olisi sitä tarvinnutkaan. Myös Koivusen, Lukkarisen & Isolan(2003, 68–69) tutkimuksen mukaan ohitusleikatut miehet olivat tyytyväisiä saamansa ohjaukseen sairaalassa ja se oli ollut monipuolista. Erityisesti kuntoutumisvaiheen lopussa miehet eivät kokeneet ohjausta tarpeellisena, koska mitään ongelmia ei ollut ilmaantunut. Meidän tutkimuksessamme haastateltavilla oli kulunut vuosia omasta leikkauksesta ja kuntoutuminen oli mennyt kaikin puolin hyvin. Pohdimme, olisiko mahdollinen tuen tarve ollut erilainen, jos miehillä olisi ollut leikkaus lähiaikoina tai jos kuntoutumisessa olisi ollut ongelmia?

Kaikki haastattelemamme miehet olivat naimisissa ja vaimoilla oli tärkeä rooli tuen antajina miehilleen. Vaimot huolehtivat leikkauksen jälkeen, että elämäntapoja muutettiin terveellisempään suuntaan ja että hoito-ohjeita noudatettiin. Koivusen, Lukkarisen & Isolan (2003, 63) mukaan erityisesti vaimolta saatu apu ja tuki mahdollisesti ehkäisi suuria ongelmia ja myös vertaistukiryhmä koettiin merkittäväksi voimavaraksi kuntoutumisessa. Miehet toimivat ja liikkuvat yleensä vaimojensa kanssa.

Miesten kuntoutumista edesauttoi sydänleikattujen kerhossa saama vertaistuki ja luennot, jotka liittyivät tähän aiheeseen. Kuntoutumisvaiheen lopussa elämäntapa yleensä laajenee ja monenlainen toiminta, kuten harrastukset lisääntyvät. Aktiivisimmat osallistuvat sydänyhdistyksen kokoontumisiin, koska niissä on mahdollisuus tavata ja keskustella samassa tilanteessa olevien kohtalotoverien kanssa. (Koivunen, Lukkarinen & Isola 2003, 68–69.)

Useat miehistä kertoivat, että ruokavalio oli muuttunut terveellisemmäksi. Miehet kiinnitivät enemmän huomiota siihen mitä ja milloin kannattaa syödä sekä millaista ruokaa kannattaa välttää. Liikkuminen oli myös lisääntynyt useimmilla miehistä. Ne miehet, jotka eivät olleet aiemmin liikkuneet juuri yhtään, olivat pyrkineet lisäämään hyötyliikuntaa. Myös Koivulan (2002, 72) tutkimuksen mukaan ohitusleikattujen potilaiden terveyskäyttäytyminen muuttui ohjauksen myötä edullisempaan suuntaan; liikunta lisääntyi ja ruokavalio parani verrattuna aikaan ennen leikkausta. Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä (2007, 19) ovat tutkineet sepelvaltimotautipotilaiden saaman tiedon merkitystä elämäntapamuutoksiin sitoutumiselle. Tutkimuksessa tuli selkeästi esille, että potilaan saama tieto lisää riskitekijöiden hallintaa. Tiedon saamisella on merkittävä osuus hoitomyöntyvyydelle.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata monin eri tavoin. Jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen, voidaan tulosta pitää tällöin luotettavana. Meidän tutkimuksessamme pyrimme etsimään erilaisia aiheeseemme liittyviä tutkimuksia ja mielestämme olemme saaneet samansuuntaisia tuloksia kuin muut tutkijat. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sitä, että mittaustulokset voivat olla usein toistettavissa ja ne eivät ole sattumanvaraisia. Tutkijan tarkka kuvaus tutkimukseen osallistuneista henkilöistä, tutkimusympäristöstä sekä tutkimuksen toteuttamisesta lisäävät luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.) Olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyöprosessiamme mahdollisimman selvästi ja totuudenmukaisesti alusta lähtien. Suorat lainaukset lisäävät omalta osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, koska näin lukija pystyy näkemään mihin perustamme päätelmämme. Opinnäytetyön tulokset ovat esitetty siten kuin haastateltavat ovat ne esiin tuoneet. Aineiston analyysimenetelmien yksityiskohtainen kuvaus lisää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikutti se, että toisessa haastattelussa nauhuri lopetti toimintansa kesken haastattelun ja osa haastattelusta jäi siis nau-

hoittamatta. Toinen haastattelija teki kuitenkin kattavat muistiinpanot, joita pystyi hiukan käyttämään tuloksia analysoitaessa, vaikka suoria lainauksia jäi paljon saamatta.

Monella haastateltavalla oli pitkä aika sydänleikkauksesta, joka osaltaan vaikuttaa luotettavuuteen heikentävästi. He eivät välttämättä muistaneet tarkasti tapahtumia osastolla ja käsitykset ovat voineet ajan kanssa muuttua. Myös tämän päivän hoitotyöhön aineistoamme on vaikeaa vertailla, koska leikkaukset olivat tehty hyvin eri aikoina ja hoitotyö on mahdollisesti muuttunut ja kehittynyt tässä ajassa paljonkin. Tulokset eivät välttämättä kerro, millaista tukea ja ohjausta miespotilaat saavat tänä päivänä. Alkuperäinen tarkoitus olikin tutkia juuri vähän aikaa sitten leikattuja miehiä, jolloin heidän kokemuksensa ovat tuoreita, mutta tähän ei nyt ollut mahdollisuus. Saamamme tutkimustulokset ovat tärkeitä ymmärtääksemme miesten kokemuksia sydänleikkauksesta ja tulokset ovat kuitenkin osoittautuneet samansuuntaisiksi kuin muiden tutkijoiden tulokset.

Pohdimme myös, minkälainen vaikutus ryhmällä oli tutkimustuloksiin. Vaikuttaako yhden miehen kommentti sydänleikkauksen helppoudesta muihin niin, etteivät he uskalla tuoda esiin vaikeita kokemuksia? Pystyvätkö miehet keskustelemaan avoimesti ryhmässä näinkin arasta aiheesta? Ohjauksesta oli selkeästi helpompi keskustella. Ryhmähaastattelun etuna huomasimme sen, että toinen voi täydentää toisen vastausta ja antaa virikkeitä muille keskustelun jatkamiseksi. Tätä mahdollisuutta yksilöhaastattelussa ei ole. Ryhmässä voi olla dominoivia henkilöitä, jotka yrittävät ohjata keskustelun kulkua. Toisinaan koimme vaikeaksi ohjata puheliimpia haastateltavia takaisin aiheeseen ja antaa puheenvuoroja myös hiljaisimmille. Pyrimme kuitenkin aktivoimaan hiljaisimmatkin tekemällä heille lisäkysymyksiä.

Ryhmähaastattelussa on helpompaa varmistaa, että haastateltava on ymmärtänyt kysymyksen oikein ja esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä. Koimme, että tarkentavien kysymysten esittäminen oli toisinaan vaikeaa ja ehkä myös siksi tulokset jäivät pintapuolisiksi. Haastattelut etenivät kuitenkin luontevasti eteenpäin ja haastateltavien ehdoilla. Haastatteluympäristö oli rauhallinen ja pyrimme luomaan luontevan haastattelutilanteen kyselemällä aluksi yleisesti voinnista ja

leikkauksesta. Osallistuimme keskusteluun tekemällä lisäkysymyksiä ja kommentoimalla vastauksia. Tutkimuksemme tuloksista ei ole tarkoitus tehdä yleistyksiä, koska haastateltavien miesten kokemukset ovat subjektiivisia. Meillä ei ollut ennakkokäsityksiä sydänleikkauspotilaiden hoidon toteutuksesta kuin se, mitä olimme aiemmin lukeneet sydänleikkauspotilaiden kokemuksista.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehtäessä on alusta lähtien huomioitava riittävästi eettiset näkökohdat. Lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen sekä vapaaehtoisuus. Haastateltavalle annetaan mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta itse. Yleensä annetaan kirjallinen suostumus, jolla estetään ihmisten manipulointi tutkimushankkeessa. (Kuula 2006, 87; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Haastateltavalla on mahdollisuus peruuttaa suostumuksensa missä vaiheessa tahansa. Myös me pyysimme kirjallisen luvan haastateltavilta ja kertosimme suostumuksen sisällön sekä sen, että tutkittavalla on mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Tutkimuksesta on annettava ennalta tarpeeksi tietoja, jotta haastateltavat voivat objektiivisesti valita osallistuvatko tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25). Lähetimme sydänleikkattujen kerhon vetäjille ennakkoon tiedotteen tutkimuksestamme ja kertosimme vielä ennen haastattelun alkua, mitä aihetta tullaan käsittelemään ja miten. Haastattelulupakirjeessä kerrottiin alustavasti lyhyesti tutkimuksestamme ja miksi aihetta on tärkeä tutkia. Kerroimme, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että sen voi keskeyttää niin halutessaan. Suostumuslomakkeessa ja ennen haastattelua kerroimme, että keskustelu tullaan nauhoittamaan ja että tutkimuksessamme käytetään suoria lainauksia. Haastateltavien anonymiteettiä parantaa se, että emme eritelleet, kuka haastateltava sanoo minkäkin lainauksen. Tällä tavalla varmistamme, että tiettyjä lainauksia seuraamalla ei voida tunnistaa henkilöä. Kerroimme lisäksi, että meitä koskee vaitiolovelvollisuus ja että tutkimusaineisto on vain meidän käytössämme. Tutkimusmateriaali tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Valmiissa työssä pyrimme siihen, että yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa ja että he pysyvät anonyymeina.

Lainaukset tulee merkitä tarkasti painovirheitä myöden. Tarkoilla lähdeviitemerkinnöillä ja oman ajatuksen esille tuomisella vältetään toisten töiden plagiointia. (Hakala 2004, 138—139; Hirsjärvi 2007, 26.) Emme käytä muiden tutkimustuloksia ominamme tai uutena tietona ja emme vähättele muita tutkijoita omassa työssämme.

Henkilötietoja sisältäviä tutkimusaineistoja tulee käsitellä huolellisesti. Tutkittavien anonymiteetti tulee suojata koko tutkimusprosessin ajan. Henkilötiedot tulee hävittää asianmukaisesti ja niitä käytetään vain tässä tutkimuksessa. Pyy-simme suostumuslomakkeessa haastateltavilta allekirjoituksen ja nimen selvennyksen. Henkilötiedot ovat säilytetty asianmukaisesti ja vain me saamme nähdä sekä käsitellä tietoja. Henkilötietoja sisältävät lomakkeet tuhotaan tutkimuksen valmistuttua.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa, mutta toisaalta opettavaista. Olemme kehittyneet tiedon haussa ja tutkimuksen tekemisessä. Opinnäytetyöprosessi on ollut vaativaa, koska työ ei ole edennyt alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti. Kuvittelimme, että opinnäytetyöpankista otettu aihe takaa sen, että saamme tutkimusluvan. Meillä on ollut paljon vaikeuksia opinnäytetyön prosessin aikana ja olemme joutuneet etsimään viime hetkellä haastateltavia useista eri paikoista. Kuitenkin vaikeuksista huolimatta olemme pysyneet aikataulussa. Olemme tehneet tiiviisti opinnäytetyötä muiden opintojen ohella. Parityöskentely on sujunut hyvin ja olemme onnistuneet hyvin myös aikataulujen sopimisessa. Mielestämme opinnäytetyö oli hyvä tehdä parityönä, koska vastoinkäymisissä sai toiselta tukea ja voimaa työn jatkamiseksi.

Vaikeinta opinnäytetyöprosessissa oli aiheen rajaus, tutkimus- ja haastattelukysymysten tekeminen, joita muokkasimme useaan otteeseen. Voimme kuitenkin todeta, että olemme kehittyneet tutkijoina ja meillä on eväät tulevaisuutta varten tutkijoina sekä hoitotyöntekijöinä.

Opinnäytetyön tekeminen avasi näkemystämme sydänleikattujen miesten kokemuksista leikkauksesta, emotionaalisesta tuesta ja ohjauksesta. Pystymme tulevina hoitotyöntekijöinä hyödyntämään saamamme tietoa sydänleikattujen hoidossa ja ohjaamisessa. Tutkimuksen avulla pystymme paremmin vastaamaan tämän potilasryhmän tarpeisiin hoitotyössä.

LÄHTEET

- Aarva, Pauliina & Pasanen, Matti 2005. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 42(1), 57–71.
- Aukee, Ranja 2003. Terveyskäyttäytyminen ja sukupuoli. Teoksessa Riitta, Luoto; Kirsi, Viisainen, & Ilona, Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 205–209.
- Blek, Tiina; Kiema, Mari; Karinen, Aino; Liimatainen, Leena & Heikkilä, Johanna 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystäytymiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (4), 9–14.
- Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Gissler, Mika 2003. Terveyspalvelujen käyttö sukupuolittain. Teoksessa Riitta, Luoto; Kirsi, Viisainen, & Ilona, Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 277–288.
- Hakala, Juha T. 2004. *Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heikkilä, Juhani & Järvinen, Antero 2000. Sepelvaltimotaudin hoito: ohitusleikkaus vai pallolaajennus? Viitattu 15.5.2009
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91782.pdf>
- Heikkinen, Martti 2002. Sosiaalisen tuen terveysvaikutukset. Sosiaalinen tuki ja sydänsairaudet. Viitattu 21.01.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae61040
- Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Heiskanen, Satu 2005. Ms-potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. *Hoitotiede* 17 (2), 59–67.

- Helakorpi, Satu; Paavola, Merja; Prättälä, Ritva & Uutela, Antti 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1991. Teemahaastattelu. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo:WSOY.
- Koivula, Meeri & Åstedt-Kurki 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 16 (2), 50–60.
- Koivula, Meeri 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Koivunen, Kirsi, Lukkarinen, Hannele & Isola Arja 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede* 15 (2), 62–73.
- Koskinen, Seppo 2006. Sosioekonomiset terveyserot –Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. *Kansanterveys* 1/2006. Kansanterveyslaitos, 7-9.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, Helvi 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimismateriaalit.
- Kääriäinen, Maria; Kyngäs, Helvi; Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1), 10–15.

- Lampi, Hannu 2005. Miehen sydäninfarktikoekemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Väitöskirja.
- Liponkoski, Riitta & Routasalo, Pirkko 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama henkinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 5 (13), 258–265.
- Moilanen, Liisa 1995. Ryhmähaastattelu työyhteisössä: tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Nurmijärven Sydänyhdistys ry 2010. Toiminta. Viitattu 11.2.2010
http://www.sydanliitto.fi/sydanpiirit_ja_yhdistykset/uudenmaan_sp/Yhdistykset/nurmijarven_sydanyhdistys_ry/
- Näslindh-Ylispangar, Anita 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Väitöskirja: Helsingin Yliopisto.
- Oinonen, Petra 2008. Sydänleikkauspotilaiden kokemuksia emotionaalisesta tuesta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Okkonen, Eila & Kuusisto, Marja 2004. Potilaan huolenaiheet ja toiveet sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (1), 10–16.
- Pietilä, Ilkka 2008. Between rocks and hard places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Väitöskirja: Tampereen yliopisto.
- Pötsönen, Riikka & Välimaa, Rali 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Saarenheimo, Marja 2008. Vertaistuen merkitys muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen. Viitattu 15.5.2009
<http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti-lehti/arkisto/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008. Sydän- ja verisuonisairaudet. Viitattu 8.3.2010
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan-_ja_verisuonisairaudet/
- Tilastokeskus 2007a. 65 vuotta täyttäneiden yleisimmät kuolemansyyt sukupuolen mukaan vuonna 2007. Viitattu 06.05.2009

http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tau_002.html

Tilastokeskus 2007b. Työikäisten (15-64 v.) yleisimmät kuolemansyyt sukupuolen mukaan vuonna 2007. Viitattu 06.05.2009

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tau_001.html

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vantaan Sydän ry 2010. Tervetuloa Vantaan Sydän ry kotisivuille. Viitattu 11.2.2010 <http://www.vantaansydan.fi/>

Vauhkonen, Ilkka & Holmström Peter 2001. Sisätaudit. Porvoo: WSOY.

Vihijärvi, Sari; Koivula, Meeri & Åstedt-Kurki, Päivi 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 16-22.

Åstedt-Kurki, Päivi; Isola, Arja & Tammentie, Tarja 2000. Huumori hoidossa – henkilökunnan näkemyksiä huumorin käytöstä ja ilmenemisestä. Hoitotiede 12 (6), 332–340.

LIITTEET

Liite 1: Haastattelu

Milloin olitte sydänleikkauksessa?

Miten leikkauksesta toipuminen sujui osastolla?

Miltä sairaalassa oleminen tuntui?

Millainen vointinne on tällä hetkellä?

1 Emotionaalisen tuen toteutuminen osastohoidon aikana

Minkälaista emotionaalista tukea olette saaneet? (esim. keskustelu, ohjaus, kosketus, kuunteleminen, huumori, välittäminen, muu?)

Keneltä olette saaneet emotionaalista tukea hoidon aikana (lääkäri, hoitaja, laitospulainen, pappi, omainen, potilastoveri tai joku muu, kuka?)

Minkälaisissa tilanteissa saitte emotionaalista tukea?

Miten ja missä vaiheessa toivoitte saavanne tukea hoitohenkilökunnalta osastolla?

2 Ohjauksen merkitys potilaan kuntoutumiseen

Keneltä saitte ohjausta?

Minkälaista potilasohjausta saitte osastohoidon aikana?

Minkälaista materiaalia saitte? Oliko niistä mielestänne hyötyä?

Minkälaista ohjausta olisitte kokenut tarvitsevanne?

Mikä merkitys ohjauksella oli kuntoutumisenne kannalta?

Minkälaista hyötyä koette ohjauksella olleen nykyhetkeen?

Miten ohjaus on vaikuttanut elämäntapoihinne?

Onko jotain muuta mitä haluaisitte kertoa?

Liite 2: Tutkittavan tiedote

Arvoisat sydänleikkauksen läpikäyneet miehet,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa, Helsingissä. Teemme opinnäytetyömme sydänleikkauksen läpikäyneistä miehistä sekä heidän kokemuksistaan saamastaan tuesta ja ohjauksesta osastohoidon aikana.

Tarvitsemme tutkimukseemme haastateltaviksi miehiä, joille on tehty joko pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Tarkoituksenamme on kartoittaa saamaanne tukea ja ohjausta osastohoidon aikana sekä miten se vaikutti Teidän paranemiseen. Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseemme, koska antamanne tieto on arvokasta hoitotyön kehittämiseksi entistä enemmän potilaiden toiveita vastaavaksi.

Toivomme mahdollisimman monen osallistuvan keskiviikkona 3.2.2010 klo 11 pidettävään ryhmätapaamiseen, jossa keskustellaan yhdessä sydänleikkauksen jälkeisistä kokemuksista.

Nauhoitamme haastattelun äänitallenteelle ja keskusteluun on varattu aikaa n. 2h. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää sen missä vaiheessa tahansa. Meitä koskee vaitiolovelvollisuus koko tutkimuksen ajan. Henkilötiedot pysyvät salaisina ja äänitallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tarjoamme keskustelun alussa pientä purtavaa.

Tervetuloa mukaan!

Ystävällisin terveisin,

Katri Karjalainen

GSM 050-3654431

katri.karjalainen@student.diak.fi

Nuriye Kamberi

GSM 040-5899883

nuriye.kamberi@student.diak.fi

Liite 3: Tutkittavan suostumus

Hyvä haastateltava,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyömme miesten kokemuksista sydänleikkauksen jälkeen saamaan emotionaalista tuesta osastohoidon aikana.

Haastattelemme Teitä noin 1-2h ja samalla nauhoitamme sen äänitallenteelle. Teillä on oikeus lopettaa haastattelu missä vaiheessa tahansa. Meitä koskee vaitiolovelvollisuus koko tutkimuksen ajan. Antamanne henkilötiedot pysyvät salaisina ja ne, sekä äänitallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Allekirjoittamalla tämän suostumuksen olette ymmärtäneet, että käytämme haastatteluaineistoa tutkimuksessamme. Osallistumisenne on täysin vapaaehtoista.

Allekirjoituksellani suostun osallistumaan tutkimukseenne.

_____/____2010
Tutkittavan allekirjoitus

Nimen selvennys

_____/____2010
Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Kiitos osallistumisestanne tutkimukseemme!

Liite 4: Haastateltavan taustatiedot

Ikä _____

Siviilisäätö

Naimisissa __

Avoliitossa __

Naimaton__

Eronnut__

Leski__

Lasten lukumäärä _____

Koulutus

Peruskoulu__

Ylioppilas__

Toisen asteen ammatillinen tutkinto__

Opistoasteen tutkinto__

Yliopistotutkinto__

Ammattikorkeakoulututkinto__

Muu, mikä? _____

Ammatti_____

Liite 5: Esimerkki aineiston analysoinnista

KUVIO 1

Kuviossa 1 on esimerkkejä aineiston tiivistämisestä pelkistetyistä ilmauksista ala- ja yläkategorioiksi.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
- Paljon kohtalotovereita - Oli vertaistukea	Potilastovereiden kanssa pystyi keskustelemaan	Vertaistuki
- Odotti koska tuli joku katsomaan - Vaimo kotona koko ajan ja meillä vähän vahtikin	Omaiset tukivat osastolla ja kotona	Omaisten tuki

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
- No ruokaa ja liikuntaa, siihenhän se perustu ja elämänrytmiin - Miten tästä jatketaan - Miten pitää ruveta elämään - Täytyy elämäntavat muuttaa täysin - Ruokavaliolla on hyvin suuri merkitys	Ohjaus liittyi ruokaa, elämänrytmiin ja liikuntaan	Elämäntapojen muuttaminen
- Makkarat ja makeet kiellettyjen listalla. - Iltaruoka on jäänyt - Lenkkimakkarat jättänyt pois - Rasvainen ruoka jäänyt pois - Täytyy katsoo mitä syö - Mitä nyt on hyvä välttää		Ruokailutottumukset muuttuneet