



# Naisten ja miesten eroavaisuudet suhtautumisessa sydänsairauteensa

Johanna Horttanainen, Sanna Niemi

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Naisten ja miesten eroavaisuudet  
suhtautumisessa sydänsairauteensa**

Johanna Horttanainen, Sanna Niemi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Syyskuu, 2018

Johanna Horttanainen, Sanna Niemi

### Naisten ja miesten eroavaisuudet suhtautumisessa sydänsairauteensa

Vuosi 2018 Sivumäärä 46

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää naisten ja miesten eroavaisuuksia suhtautumisessa omaa sydänsairauttaan kohtaan. Tarkoituksena oli kartoittaa, minkälaisia muutoksia he ovat sairastuttuaan tehneet elintavoissaan ja kuinka he noudattavat annettuja ohjeita sairautta hoitaessaan. Tutkimuskysymykset olivat: miten naisten ja miesten suhtautuminen sydänsairauteensa eroavat toisistaan? ja miten hoitohenkilökunnan tulee muuttaa omia toimintamallejaan potilaan sukupuolen perusteella? Tutkimus toteutettiin Hyvinkään sairaalan sisätautiosastolla, joka toimi myös opinnäytetyön toimeksiantajana.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosasto voi hyödyntää opinnäytetyötä potilaiden ohjauksessa ja heidän kohtaamisessa. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa, kyseisten sydänsairauksien hoitoketjuja ja tarvittavia elintapamuutoksia sekä potilasohjauksen merkitystä. Viitekehysten tietoperusta pohjautuu ammattikirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina ja aineiston analyysi induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimustuloksista selvisi, että naiset suhtautuvat sairastumiseensa voimakkaammin ja vakavammin kuin miehet. Miehet ovat naisia välinpitämättömpiä hoitosuosituksia kohtaan, esimerkiksi ruokavaliomuutoksia ei tehdä suositusten mukaiseksi.

Tulosten perusteella hoitajien olisi hyvä keskittyä potilaiden senhetkiseen elämäntilanteeseen ja siihen, miten sairauden hoito-ohjeet saataisiin parhaiten sovitettua potilaan arkeen.

Asiasanat: Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus

Johanna Horttanainen, Sanna Niemi

**Differences between women and men in attitudes towards their cardiovascular disease**

Year	2018	Pages	46
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to find out the differences between women and men in their attitudes towards their own heart disease. The purpose was to find out what kind of changes they have made in their everyday lives after the diagnosis, and how they follow the given instructions. The research questions were; how the attitudes towards their cardiovascular disease differ between women and men and how the nursing staff should change their own ways of working according to the patient's gender. The study was carried out at the ward of Internal Medicine at Hyvinkää Hospital, which was also the principal of the thesis. The aim of the thesis was that the ward could take advantage of the thesis in patient counselling and face to face situations with the patient.

The theoretical context of the thesis deals with coronary heart disease and cardiac failure, the treatment path of the heart diseases in question and the necessary lifestyle changes, and the importance of patient counselling. The context is based on professional literature and previous studies.

This thesis was carried out in the form of theme interviews and material analysis by inductive content analysis. It was clear from the research findings that women react more seriously and strongly to their illness than men. Men are more neglectful to treatment recommendations than women, for example dietary changes are not made according to the recommendations.

Based on the results, health care workers should focus on the patients' current life situation and how the treatment guidelines for the illness could best be adapted to the patient's everyday life.

Keywords: coronary artery disease, heart failure, patient counselling

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Sydänsairaudet .....	6
2.1	Sepelvaltimotauti .....	6
2.2	Sydämen vajaatoiminta .....	7
2.3	Sydänsairauksien esiintyvyys Suomessa .....	9
2.4	Sydänpotilaan hoitoketju .....	9
2.4.1	Sepelvaltimopotilaan hoitoketju .....	10
2.4.2	Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju .....	10
3	Potilasohjaus .....	11
3.1	Toteutunut potilasohjaus pallolaajennuksen yhteydessä .....	12
3.2	Sydänpotilaan ohjaus Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla .....	13
3.3	Sydänsairauksien aiheuttamat tunteet ja muutokset elämässä .....	14
3.4	Elintapamuutosten merkitys sydänsairauksissa .....	14
4	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	15
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus .....	15
4.2	Tutkimusympäristö ja kohderyhmän kuvaus .....	17
4.3	Aineiston analyysi .....	18
5	Tulokset .....	19
5.1	Sairauden herättämät tunteet ja ajatukset .....	19
5.2	Potilasohjaus .....	21
5.3	Läheisten merkitys ja vertaistuki .....	23
5.4	Elämänhallinta ja hoito .....	25
6	Pohdinta .....	28
6.1	Tulosten tarkastelu .....	28
6.2	Tutkimusprosessin tarkastelu .....	29
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus .....	30
6.4	Opinnäytetyön eettisyys .....	31
6.5	Kehitysehdotukset .....	33
	Lähteet .....	34
	Taulukot .....	37
	Liitteet .....	38

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe on aiheuttanut keskustelua Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston henkilökunnan keskuudessa. Henkilökunta on huomannut työssään eroavaisuuksia nais- ja miespotilaiden välillä koskien heidän suhtautumistaan sydänsairauteensa. Kansainvälisten tutkimusten (Beckie, Beckstead, Schocken, Evans & Fletcher 2011 & Zimmerman, Barnason, Hertzog, Young, Nieveen, Schulz & Tu 2011) mukaan naiset toivoisivat potilasohjaukseen enemmän tietoa arkielämästä selviytymiseen ja henkistä tukea. Ohitusleikkauksen kokeneet naiset esimerkiksi kokevat miehiä enemmän yksinäisyyttä, masennusta, ahdistusta, pelkoja ja epävarmuutta (Koivunen, Isola & Lukkarinen 2007, 688-697). Miehiä huolettaa enemmän seksuaalisuus ja taloudelliset huolet. Sukupuolten väliset erot tulisikin huomioida ohjauksessa, sillä sukupuolierot ilmenevät erilaisina fyysisinä tarpeina. (Zimmerman ym. 2011, 429-439.)

Sairastuminen herättää ihmisissä monenlaisia tunteita, esimerkiksi pelkoa ja ahdistusta. Sydänsairauteen sairastuminen vaatii muutoksia elämässä, ja joitakin asioita elämässä voi joutua arvioimaan uudelleen. (Kulmala 2013, 218.) Potilaan voimavarat voivat olla koetuksella ja tulevaisuus aiheuttaa huolia. Potilaita saattaa mietityttää, olisivatko he voineet tehdä jotakin toisin tai miten tästä eteenpäin edetään. (Alanko & Haarni 2005, 91.) Laadullisen tutkimuksemme lähtökohtana on löytää mahdolliset eroavaisuudet naisten ja miesten suhtautumisessa sekä ajattelutavoissa prosessoida omaa sairauttaan ja hoitoaan. Tutkimukseen valittiin mukaan potilaita, jotka sairastavat joko sydämen vajaatoimintaa tai sepelvaltimotautia.

Potilaan kokonaiskuvan ymmärtäminen ja hallitseminen voi olla hoitohenkilökunnalle vaikeaa. Sairauden hoidon lisäksi on potilas otettava huomioon moniulotteisena kokonaisuutena ja potilaalle on annettava tietoa itse sairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Moni potilas tarvitsee lisäksi henkistä tukea ja ymmärrystä. (Alanko & Haarni 2005, 93.) Miten nais- ja miespotilaiden tarpeet eroavat toisistaan? Miten hoitohenkilökunnan tulee muuttaa omia toimintamallejaan potilaan sukupuolen perusteella?

## 2 Sydänsairaudet

### 2.1 Sepelvaltimotauti

Sydämen pinnalla kulkee valtimoita, jotka kuljettavat verta sydämelle. Veren mukana sydän saa sen toiminnalle tärkeitä ravinteita ja happea. Näitä valtimoita kutsutaan sepelvaltimoiksi. Sepelvaltimotaudista puhutaan, kun kyseiset valtimot ahtautuvat. Ahtautuminen johtaa verenvirtauksen heikkenemiseen. Heikkenemisen aiheuttaa valtimoiden kovettumisen eli ateroskleroosin. Ateroskleroosin ahtauttama valtimo ei enää kykene kuljettamaan happea ja ravintoa sydänlihakseen, jolloin osa sydänlihaksesta jää ilman verta ja tämä osa sydänlihaksesta kärsii näin ollen hapenpuutteesta. (Syväne 2014 & Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari ym. 2015, 206-207.)

Sepelvaltimotauti voi olla vakaaoireinen, jolloin tyypillisin oire on rasituksen yhteydessä ilmestyvä rintakipu eli angina pectoris -kipu. Stabiilissa angina pectoriksessa on tyypillistä, että oire ilmaantuu samankaltaisissa fyysisissä tai psyykkisissä ponnisteluissa ja helpottuu levolla tai suun kautta otettavilla nitraateilla. Angina pectoris -kipu syntyy, kun ateroskleroosista kärsivät valtimot eivät ponnistelun yhteydessä kykene tarpeeksi tehokkaasti kuljettamaan verta sydänlihakseen. Tyypillisesti angina pectoris -kivun oireet ilmentyvät puristavana rintakipuna, joka saattaa heijastua olkapäihin, vasempaan olkavarteeseen, lapaluiden väliin, hartioihin, kaulaan ja leukaan. Lisäksi oireina voi olla hengenahdistusta, ylävatsavaivoja tai tuntemusta poikkeuksellisesta väsymyksestä. (Stabiili sepelvaltimotauti 2015 & Ai-raksinen, Aalto-Setälä, Hartikainen, Huikuri, Laine ym. 2016, 314-315.)

Stabiili angina pectoris voi muuttua epävakaaksi, jolloin tilaa kutsutaan sepelvaltimotautikohtauksiksi. Tämä voidaan jakaa joko epävakaaksi angina pectoris -kohtaukseksi tai sydäninfarktiksi, joka puolestaan voidaan jakaa joko ST-nousuinfarktiksi tai infarktiksi ilman ST-nousuja. Epävakaassa angina pectoriksessa kipu ilmaantuu aiempaa herkemmin. Stabiilissa angina pectoriksessa kipu ilmaantuu fyysisesti raskaassa rasituksessa, kun taas epävakaassa sepelvaltimotaudissa angina pectoris -kipu ilmestyy vähäisemmässä rasituksessa tai jopa levossa. Tällöin tila voi johtua sepelvaltimon seinämän pinnalle nopeasti kertyneestä ateroskleroottisesta plakista, joka ahtauttaa suonta. Suonen sisällä plakki voi repeytyä irti, jolloin alueelle muodostuu verihyytymä. Hyytymä ahtauttaa jälleen suonta, ja sydänlihaksen hapensaanti vaarantuu. Repeämästä muodostunut hyytymä voi tukkia koko valtimon ja näin estää veren virtaamisen, jolloin sepelvaltimo tukkiutuu. Tällöin tilasta puhutaan sydäninfarktina. Tällaisessa tilanteessa oireet ovat samanlaiset kuin stabiilissa angina pectoriksessa, mutta oireet pahenevat nopeasti, eikä lepo tai nitraatit auta kipuun. (Sepelvaltimotautikohtaus 2015 & Ahonen ym. 2015, 207-208.) Sepelvaltimotautikohtauksissa on kuitenkin oireiden osalta laajaa kirjavuutta: potilas voi olla oireeton, ja toisaalta äkillisesti alkanut kohtaus voi johtaa äkkikuolemaan (Ai-raksinen ym. 2016, 389). ST-nousuinfarktista puhutaan silloin, kun koko sydänlihas kärsii hapenpuutteesta. Tällöin plakin irtoamisesta aiheutunut verihyytymä on tukkinut suonen kokonaan, eikä sydänlihas saa happea. Tila on hengenvaarallinen ja vaatii välitöntä hoitoa. ST-nousuinfarktissa oireet ovat samanlaiset kuin infarktissa ilman ST-nousuja, mutta lisäksi oireina voi esiintyä kylmähikisyyttä, pahoinvointia, oksentelua, hengenahdistusta ja voimattomuutta sekä säteilevää kipua käteen. (ST-nousuinfarkti 2011.)

## 2.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan aina jonkin toisen sairauden oireyhtymä. Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, ettei sydänlihas kykene normaalisti pumppaamaan verta elimistöön. Koska sydän ei saa pumpattua hapettunutta verta eteenpäin, johtaa se kudosten hapenpuutteeseen. Yleisimmät syyt, jotka johtavat sydämen vajaatoimintaan, ovat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, sydämen läppäviat ja kohonnut verenpaine. Sydämen

vajaatoiminta voidaan jakaa dekompensoituneeseen ja kompensoituneeseen tilaan. Dekompensoituneessa tilassa kudosten verensaanti on vajaatoiminnan takia riittämätöntä ja tila on epätasapainossa. Kompensoituneessa tilassa verenkierto on saatu paineolosuhteiden muutoksella tyydyttävälle tasolle, jolloin sydämen vajaatoiminta on tasapainossa. (Syväne 2015 & Kettunen 2016.) Sydämen vajaatoiminnalle on ominaista, että tila aina ajoittain pahenee, jolloin puhutaan pahenemisjaksoista. Sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheissa on tyypillistä, että sairaalajaksojen määrä lisääntyy, ja viimeisen kuuden kuukauden aikana potilaat ovatkin keskimäärin 25 prosenttia ajastaan sairaalassa. (Sydämen vajaatoiminta 2017a.)

Sydämen vajaatoiminnan oireet johtuvat siitä, ettei sydän kykene pumppaamaan tarpeeksi hapettunutta verta elimistöön. Levossa oireet eivät ilmene, sillä silloin sydän jaksaa pumpata verta riittävästi elimistöön. Koska sydämen vajaatoiminta voi kehittyä joko vasempaan tai oikeaan kammioon, tai molempiin, vaihtelevat oireet hieman sen mukaan, missä toiminnan häiriö on. (Ahonen ym. 2015, 244-246.)

Yleisiä oireita sydämen vajaatoiminnassa ovat heikentynyt fyysinen suorituskyky, hengenahdistus varsinkin rasituksen yhteydessä, lihasväsymys, anemia ja raudanpuute, turvotukset, erilaiset rytmihäiriöt sekä erilaiset ravitsemustilan häiriöt (Airaksinen ym. 2016, 691-692). Sydämen vajaatoiminnan oireiden vaikeusastetta voidaan arvioida NYHA-luokituksen avulla (Liite 1).

Vasemman kammion heikentynyt pumppaus ilmenee veren pakkautumisena keuhkoverenkiertoon. Koska veri ei pääse normaalisti kulkemaan keuhkoverenkierrosta eteenpäin, ilmenee se herkästi hengenahdistuksena, nopeana sykkeensä ja kuivana yskänä. Vajaatoiminnan pahentuessa nestettä alkaa kertyä elimistöön ja paino nousee. Pahimmillaan vasemman puolen heikentynyt pumppauskyky pettää äkisti ja tila johtaa keuhkopöhöön. Hengenahdistus pahenee nopeasti ja tila ei helpotu edes levossa. Tila on hengenvaarallinen ja potilas pitää saada välittömästi sairaalaan. (Kettunen 2016.)

Oikeapuoleisen kammion vajaatoiminnassa tavanomaisia oireita ovat turvotukset, jotka yleensä ilmenevät nilkoissa ja säärissä. Turvotuksia syntyy, koska sydän ei jaksa pumpata verta tehokkaasti hapettumaan keuhkoihin vaan veri pakkaantuu laskimoihin. Sydämen oikean kammion vajaatoiminnan yhteydessä on usein myös mukana munuaisten vajaatoiminta, joka osaltaan vaikuttaa nesteen kertymiseen kudoksiin. Kun vajaatoiminta on edennyt pitkälle, oireina voi myös olla ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. Nämä oireet johtuvat suoliston verenkierron häiriöistä. (Kettunen 2016.)



### 2.3 Sydänsairauksien esiintyvyys Suomessa

Kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt selkeästi 1970-luvulta lähtien, mutta silti ne aiheuttavat vähän alle puolet työikäisten kuolleisuudesta Suomessa (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2014). Sepelvaltimotauti onkin yksi Suomen kansansairauksista. Työväestössä kuolleisuus on laskenut, mikä on selitettävissä väestön kohentuneiden elintapojen omaamisena sekä lääketieteen kykynä ennaltaehkäistä ja hoitaa sepelvaltimotautia. Silti sairastuvien määrä sekä hoidon tarve eivät ole laskeneet, vaan yhä useammin taudin luonne ei ole niin tappava, vaan enemminkin kroonistunut. Lisäksi sairastunut on nykyään yhä iäkkäämpi sekä usein myös naispotilas, vaikka vielä vuosikymmeniä sitten sairastuneet olivat yleensä keski-ikäisiä miehiä. (Airaksinen ym. 2016, 310.) Sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia oli vuonna 2012 kaikissa ikäryhmissä 21 769. Tästä määrästä miehiä oli hieman yli puolet. Kaikista 21 796 kohtauksesta 4052 tapahtui työikäisille, josta neljännes oli miehiä. Vuonna 2012 sepelvaltimokohtaukseen kuoli 11 591 ihmistä. Tästä määrästä miesten osuus oli noin puolet. Kuolleista 1252 henkilöä oli työikäisiä ja heistä 83 prosenttia oli miehiä. Samana vuonna lääkityksen erityiskorvausoikeuden piiriin kuului yli 180 000 suomalaista, mutta sepelvaltimopotilaita on kuitenkin todellisuudessa huomattavasti enemmän. (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2014.)

Sydämen vajaatoimintaa esiintyy 1-2 prosentilla Suomen väestöstä. Koska sydämen vajaatoiminnan sairastuvuus kasvaa, mitä iäkkäämmäksi ihminen tulee, niin 80-vuotiaista lähes joka toinen sairastaa sydämen vajaatoimintaa. (Ahonen ym. 2015, 254.) Alle 50-vuotiaille sen sijaan vajaatoimintaa ilmaantuu hyvin harvoin. Sydämen vajaatoimintaan sairastuvien keski-ikä onkin 76 vuotta ja tilastollisesti joka viides henkilö sairastuu vajaatoimintaan. (Airaksinen ym. 2016, 696.) Se, miksi sairastuneisuus tapahtuu yhä vanhemmalla iällä, johtuu juuri osaksi siitä, että esimerkiksi sepelvaltimotautia pystytään hoitamaan nykyään yhä tehokkaammin erilaisilla hoitomuodoilla. Silti hyvästä hoidosta huolimatta noin puolet sydämen vajaatoimintaan sairastuneista ihmisistä kuolee neljän vuoden sisällä vajaatoimintaoireiden ilmaantumisesta. (Sydämen vajaatoiminta 2017b.)

### 2.4 Sydänpotilaan hoitoketju

Potilaan hoitoketjulla ja hoitopolulla on kirjallisuudessa käytössä useita eri termejä ja niiden määritelmät vaihtelevat. Tässä opinnäytetyössä käytämme termiä hoitoketju, jolla tarkoitamme erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistä saumatonta sairaanhoidon sekä kuntoutuspalvelujen kokonaisuutta. Hoitoketju on ennalta suunniteltu ja yhdessä tehty sopimus siitä, kuinka tiettyyn sairauteen sairastunutta potilasta tutkitaan, hoidetaan, ja seurataan. Hoitoketju järjestetään arvioituun ja tutkittuun lääketieteelliseen näyttöön perustuen. Toimiva hoitoketju edistää potilaan hyvän, sujuvan ja laadukkaan hoidon toteutumista

sisältämällä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat ylittäviä suunnitelmallisia ja yksilöllisiä hoitoon liittyviä toimintoja. (Nuutinen 2017, 1288-1290.)

Hoitoketjut laaditaan alueittain ja jokainen HUS-tulosalue on vastuussa oman alueensa hoitoketjun laatimisesta. HUS-kuntayhtymä on määritellyt jo useita kymmeniä hoitoketjuja ja niitä kootaan vaiheittain kuntayhtymän internet-sivuille. (Hoitoketjut 2017.)

#### 2.4.1 Sepelvaltimopotilaan hoitoketju

Sepelvaltimotautikohtauksesta kärsiessään potilaat voivat hakeutua omalle terveysasemalle, päivystykseen tai yksityiselle lääkärille. Hoitava taho tekee alkukartoituksen, jonka perusteella potilas tarvittaessa lähetetään erikoissairaanhoidon piiriin, jossa tutkimuksia jatketaan ja tarvittaessa toteutetaan invasiivisiä toimenpiteitä, kuten pallolaajennuksia, potilaan tilan hoitamiseksi. Potilas otetaan sisään sisätautien vuodeosastolle joko tarkkailuun ja tilan stabiloimiseksi, tai invasiivisen toimenpiteen jälkeiseen seurantaan ja kuntoutukseen. Osastolla potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, jossa on esimerkiksi lääkäreitä, kirurgeja, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä sekä ravintoterapeutteja. Potilaan tilan stabiloinnin jälkeen potilas voidaan joko lähettää jatkoseurantaan terveyskeskuksien vuodeosastolle tai kotiin, potilaan tilan sen salliessa. Koko hoitopolun ajan potilas saa tietoa tilastaan, ohjeita sekä tarvittavan tiedon hoidon jatkumisesta ja olemassa olevista tukitoiminoista. (Krooninen sepelvaltimotauti 2010.)

#### 2.4.2 Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju

Sydämen vajaatoiminta voidaan diagnosoida perusterveydenhuollossa. Tällöin diagnoosi perustuu muun muassa anamneesiin, josta käy esille potilaalta mahdollisesti aiemmin todettu sydänsairaus, joka aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa. Lisäksi diagnostiikassa selvitetään potilaan kokemat oireet, löydökset sekä tehdään erotusdiagnostiikka. Jos sydämen vajaatoiminta todetaan perusterveydenhuollossa, voidaan potilaan hoito aloittaa myös siellä. Erikoissairaanhoidon tutkimuksia diagnoosin varmistamisessa saatetaan käyttää varsinkin iäkkäiden kohdalla, jolloin halutaan poissulkea sepelvaltimotauti vajaatoiminnan aiheuttajana. (Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku HYKS-alueella 2017.)

Erikoissairaanhoidon potilas lähetetään aina, jos sydämen vajaatoiminta on alkanut tai pahentunut äkillisesti, jolloin potilas tarvitsee välitöntä hoitoa. Potilas otetaan hoitoon sisätautien vuodeosastolle, jossa potilaan tilaa seurataan ja hoidetaan, kunnes potilaan tila saadaan stabiloitua. Poikkeuksena tästä ovat potilaat, jotka tarvitsevat välitöntä sepelvaltimotoimenpidettä (esimerkiksi ohitusleikkaus), ovat sokissa tai elvytettyjä. Heidät lähetetään aina HYKS:n alueella Meilahden sairaalaan, joka on yliopistollinen keskussairaala. Osastolla potilaalle tarjotaan paljon ohjausta sairaudesta ja siitä, kuinka sairauden kanssa eletään ja mikä

sairauden kulkuun vaikuttaa. Osastolla potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen työyhteisö, johon kuuluu lääkäreitä, hoitajia ja erilaisia terapeutteja, kuten fysioterapeutteja ja ravinto-terapeutteja. (Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku HYKS-alueella 2017.)

Kun potilaan vointi on saatu stabiloitua, voidaan potilas siirtää joko terveyskeskuksien vuodeosastoille tai kotiin kotisairaanhoidon asiakkaaksi. Seuranta on aina suunniteltu yksilöllisesti potilaan omat voimavarat ja toimintakyky huomioiden. Yleensä seuranta suoritetaan aluksi puhelimitse viikoittain ja vastaanotolla käydään noin 1-3 kuukauden sisällä, jos vajaatoiminta on epävakaassa vaiheessa. Jos vajaatoiminta on vakaassa vaiheessa voi seurantakäynti olla jopa 6-12 kuukauden välein, mutta aikaa on aina aikaistettava, mikäli potilaan vointi selkeästi heikkenee. Jos potilaan tilanne on vakaa, voidaan seuranta toteuttaa perusterveydenhuollossa, mutta epävakaassa tilanteessa potilaan seuranta kuuluu erikoissairaanhoidon ja kotisairaalan vastuulle. (Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku HYKS-alueella 2017.)

### 3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on merkittävä hoitotyön auttamismenetelmä, joka onnistuessaan parantaa yksilön terveyttä ja suuremmassa mittakaavassa vaikuttaa positiivisesti myös kansanterveyteen. Hyvin toteutettu potilasohjaus voi vähentää sairaanhoidon tarvetta ja vähentää näin myös terveydenhuollon kustannuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 7.)

Ohjaus voidaan määritellä potilaan ja hoitajan aktiiviseksi sekä tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen tarve voi liittyä esimerkiksi potilaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on suunnitelmallista ja informatiivista. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida potilaan tarpeita ohjaukselle, jotta yksilölliset tarpeet tulisi huomioiduksi. Hoitajan tulee selvittää ohjauksessa potilaan tilanne ja voimavarat sitoutua omaa terveyttä tukeviin toimintoihin. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25-27.)

Potilasohjaus on sidoksissa potilaan taustatekijöihin ja hoitajan omien lähtökohtien tunnistamiseen. Hoitajalla tulee olla käsitys siitä, että potilas on itse vastuussa omista valinnoistaan ja hoitajalla on vastuu edistää potilaan valintoja. Hyvän ohjauksen edellytys onkin hoitajan omien lähtökohtien tunnistaminen, jolloin hoitajan on mahdollista kiinnittää huomiota myös potilaan taustatekijöihin. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. (Kääriäinen & Kynäs 2014.)

Fyysisiä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat potilaan ohjaustarpeeseen, ovat ikä, sukupuoli, sairauden kesto, laatu ja sen vaikutus potilaan arkielämään. Nämä fyysiset taustatekijät vaikuttavat myös siihen, kuinka potilas on kykenevä vastaanottamaan ohjausta vastaan. Vältteleekö potilas ohjausta? Unohtaako potilas asioita? Kieltäkö potilas asioita? Psykkisistä

ominaisuuksista erityisesti motivaatio, odotukset, terveystuskomukset, kokemukset, tarpeet sekä oppimistyyli ja -valmiudet tulee ottaa huomioon ohjauksessa. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa esimerkiksi siihen, haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Potilaan omat uskomukset ja aiemmat kokemukset voivat puolestaan vaikeuttaa ohjauksen onnistumista. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Sosiaaliset, kulttuuriset, uskonnolliset ja eettiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilaat suhtautuvat ohjauksessa käsiteltäviin asioihin. Hoitajan tulisi selvittää asiakkaan suhdetta omaisiin ja tarvetta myös heidän ohjaamiselleen. Tärkeää on selvittää, kuinka tärkeänä potilas pitää omaisten antamaa tukea. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Turvallinen ja kiireetön ohjausympäristö mahdollistaa avoimen keskustelun, jossa potilaalla on mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä. (Kyngäs ym. 2007, 36-37.)

O'Driscoll ym. (2006) tutkimuksen mukaan sairauden akuutissa vaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa, jota 30-78 prosenttia potilaista ei täysin pysty ymmärtämään. Akuutissa vaiheessa potilaat tarvitsisivat rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa potilasohjausta, ja muu ohjaus tulisi siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan. Riskitekijöihin liittyvä ohjaus olisi ajankohtaista sairaalasta pääsyn jälkeen, kun sairauden aiheuttama kriisi on helpottanut. (O'Driscoll, Shave & Cushin 2006, 1908-1918.)

### 3.1 Toteutunut potilasohjaus pallolaajennuksen yhteydessä

Vuonna 2008 kesä-marraskuussa toteutettiin tutkimus eräässä yliopistollisessa sairaalassa, jossa tutkittiin sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta potilasohjauksesta. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka jaettiin toimenpiteen jälkeen potilaille osaston tarkkailuhuoneessa. Lisäksi potilaat saivat saman kyselylomakkeen kotiin kaksi viikkoa tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen aikana hoidettiin 55 potilasta, joista tutkimukseen valikoitui 52 potilasta. Toisen kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen lopullinen vastausprosentti oli 71 %. (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 88-92.)

Potilaat, jotka osallistuivat tutkimukseen, olivat iältään 44-82-vuotiaita. Potilaiden keski-ikä oli 65 vuotta. Tutkittavista 90 prosenttia oli miehiä ja 65 prosenttia tutkittavista oli eläkkeellä. Tutkimuksessa analysointiin tutkittavien tyytyväisyyttä erikseen niin sepelvaltimotaudin kuin pallolaajennuksen osalta saadusta potilasohjauksesta. Tutkimuksessa huomattiin, että tutkittavat olivat selkeästi tyytyväisempiä pallolaajennuksen osalta saatuun potilasohjaukseen kuin sepelvaltimotaudin potilasohjaukseen. (Hupli ym. 2012, 88-94.)

Pallolaajennuksen yhteydessä annettu potilasohjaus oli useimmiten saatu hoitajilta. Ohjauksen oli koettu olleen selkeää ja ymmärrettävää. Tutkittavat olivat kokeneet, että hoitajilla oli ollut riittävästi aikaa asioiden läpikäymiseen. Lisäksi hoitajat olivat varmistaneet, että tutkittavat olivat ymmärtäneet saamansa ohjeet. Tutkittavat toisaalta kokivat, ettei omaisia otettu

tarpeeksi osallisiksi ohjaustilanteisiin. Lisäksi tutkittavat toivoivat, että toimenpiteen suorittanut lääkäri olisi voinut omalta osaltaan antaa enemmän potilasohjausta. (Hupli ym. 2012, 97.)

Sepelvaltimotautiin liittyvään ohjaukseen liittyi tyytymättömyyttä. Tutkittavat olivat kokeneet, että olivat saaneet hyvin potilasohjausta sairauden riskitekijöistä ja hoitovaihtoehtoista. Lisäksi hyväksi koettiin saatu potilasohjaus sydämen rakenteesta ja sepelvaltimotaudin lääkityksestä. Tyytymättömyyttä sen sijaan potilasohjauksessa aiheutti sosiaaliturvaan liittyvän tiedon määrä sekä sairauden vaikuttaminen kunkin potilaan yksilölliseen elämään. Tutkittavat kokivat, ettei ohjauksessa kyetty ottamaan huomioon heidän henkilökohtaisia elämäntilanteitaan. Lisäksi tutkittavat kokivat, ettei ohjauksissa huomioitu lähes lainkaan potilaiden tunteita ja ajatuksia sepelvaltimotaudista. Tutkimuksesta nousikin esiin potilaiden toive siitä, että potilasohjauksessa kiinnitettäisiin enemmän huomiota potilaiden yksilöllisyyteen sekä siihen, että hoitajat keskittyisivät ohjaustilanteissa potilaaseen. (Hupli ym. 2012, 95-104.)

### 3.2 Sydänpotilaan ohjaus Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla

Hyvinkään sairaalassa sydänpotilaan ohjausta toteuttavat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat päivittäisen hoidon yhteydessä sekä sydänhoitaja tarpeen mukaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksin. Tieto ohjauksen tarpeesta voi tulla niin hoitajalta, lääkäriltä kuin myös sydänhoitajan itsensä tekemän ohjaustarpeen kartoituksen perusteella. Potilaan omaiset voidaan tarvittaessa ottaa mukaan ohjaukseen, tai antaa koko ohjeistus heille. (Kumpuniemi 2016.)

Sydänohjauksen tavoitteena on, että potilas (ja/tai hänen omaisensa) ymmärtää sairastavansa säännöllistä hoitoa vaativaa sydänsairautta, joka on usein pysyvä. Potilaan tulisi olla tietoinen elintapojen ja lääkityksen merkityksestä sairauden hoitoon ja oman terveyden ylläpitämiseen. Tavoitteena olisi, että potilas ottaisi vastuun omaseurannasta, itsensä hoitamisesta sekä tietäisi miten toimia akuutissa tilanteessa. Lisäksi sydänsairautta sairastavan tulisi olla tietoinen, mistä saisi lisäohjausta ja vertaistukea. (Kumpuniemi 2016.)

Tavoitteena on, että jokaiselle sydänpotilaalle annetaan sairaalavaiheessa kokonaisvaltainen omahoidon ohjaus, jossa käytäisiin laajasti läpi seuraavat asiat:

- sairauden synty ja syyt
- riskitekijät ja sairautta pahentavat tekijät
- oireet
- lääkehoito ja sen toteuttaminen
- omaseuranta, voinnin muutoksiin reagoiminen ja toimiminen akuutissa tilanteessa
- sydänystävälliset elämäntavat ja ohjeet arkielämään
- sosiaaliturva ja kuntoutusmahdollisuudet

### -yhteystiedot ja lisäohjauksen järjestäjät.

Mikäli kokonaisvaltainen omahoidon ohjaus ei ole mahdollinen sairaalavaiheessa, esimerkiksi potilaan psyykkisen tai fyysisen kunnon takia, pyritään sairaalassa antamaan kirjallinen materiaali ja vähintään arkeen palaamisen ohjaus. Arkeen palaamisen ohjaus sisältää ohjausta lääkehoitosta ja lääkekorvauksista, omaseurannasta ja voinnin muutoksiin reagoimisesta ja akuutissa tilanteessa toimimisesta, arkiliikkumisen aloittamisesta, muistuttamista mahdollisista ajo- ja/tai lentokiellosta ja yhteystiedot yhteydenottoa ja lisäohjausta varten. Kokonaisvaltainen omahoidon ohjaus pyritään järjestämään viimeistään toipilasvaiheessa 12 viikon sisällä. Toipilasvaiheessa toteutettu omahoidon ohjaus voi toteutua erikoissairaanhoidossa sydänhoitajan vastaanotolla tai ryhmäohjauksessa, perusterveydenhuollossa terveyden- tai sairaanhoitajalla, työterveyshuollossa tai kolmannella sektorilla. (Kumpuniemi 2016.)

### 3.3 Sydänsairauksien aiheuttamat tunteet ja muutokset elämässä

Vakavasti sairastuneen henkilön elämässä tapahtuu paljon muutoksia ja hän kaipaa monenlaista tietoa sairaalasta pääsyn jälkeiseen tilaan. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla resursseja selvittää kotiutuvalle potilaalle hänen sairaudellinen tilansa, miten sen kanssa tulisi elää sekä miten jatkokuntoutus ja toipuminen yleensä etenevät. Kotiutusvaiheessa potilas ei välttämättä vähäisten fyysisten ja henkisten voimavarojen vuoksi kykene vastaanottamaan ohjausta, joten ohjausta on annettava tapauskohtaisesti. Lisäksi sairauden tuomaan arkeen liittyvät kysymykset saattavat herätä vasta vähitellen kotona. (Kulmala 2013, 126-128.)

Sairastuminen vaatii monenlaista elämän uudelleen järjestelemistä ja elämänarvojen ymmärtämistä. Sairastunut henkilö saattaa tuntea alakuloisuutta, masennusta, ahdistuneisuutta, ärsyyntymistä, haluttomuutta ja erilaisia pelkotiiloja. (Kulmala 2013, 218-219.) Järkytys, hämmästyminen, helpotus ja häpeä ovat myös mahdollisia. On muistettava, että sydänsairauksiin voi sairastua niin perimän, sattuman ja kohtalon kautta, mutta myös itseaiheutetusti. Sairastuneella voikin olla tarve selvittää sairautensa taustat, sillä sairastunut voi kokea häpeää ja syyllisyyttä. Sairastumisen syiden pohdiskelu voi auttaa sairauden hyväksymistä ja uusien terveellisten elämäntapojen omaksumista. (Alanko & Haarni 2005, 72-78.)

Etenkin sepelvaltimotautiin sairastuminen tuo mukanaan tarpeita muuttaa elämää. Arkielämän muutokseen kuuluu ravinto- ja liikuntatottumuksien muuttaminen. Alkuvaiheessa sairaus saattaa hallita vahvastikin elämää, mutta ajan kuluessa sairauden hallitseva rooli vähenee. (Alanko & Haarni 2005, 94-95.)

### 3.4 Elintapamuutosten merkitys sydänsairauksissa

Viimeisen 30 vuoden aikana suomalaisten sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet. Tähän on vaikuttanut suuresti alati kehittyneet hoitokäytännöt sekä tietous sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöistä, joita ovat muun muassa veren kolesteroli, verenpaine ja

tupakointi. Ihmisten ymmärrys elintapojen muutoksen tärkeydestä ovat vaikuttaneet suotuisasti sairastavuuteen. (Sydän- ja verisuonitaudit 2016.) Sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan taustalla on usein erilaisia vaaratekijöitä, kuten kohonnutta verenpainetta, dyslipidemiaa eli veren poikkeavia rasva-arvoja, ylipainoa ja sokeri- ja insuliiniaineenvaihdunnan häiriöitä. Vaikuttamalla näihin vaaratekijöihin elintapamuutoksilla, voidaan mahdollisesti hidastaa sydän ja verisuonisairauksiin liittyvää ateroskleroosin kehittymistä. Samalla elintapamuutoksilla voidaan ehkäistä muita sairauksille altistavia tai tautia pahentavia sairauksia sekä tukea lääkehoitoa ja helpottaa taudin oireita. Elintapamuutoksilla tarkoitetaan yleensä ruokavalion tarkistamista, liikunnan lisäämistä sekä päihteiden kohtuukäyttöä. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 40.)

Ruokavaliolla halutaan vaikuttaa suojaavasti sydämen ja verisuonien terveyteen. Tärkeimmät tekijät ovatkin ruokavaliosta saatavan rasvan määrä ja laatu, energian saanti varsinkin silloin, jos potilaalla on liikalihavuutta, kasvisten, kolesterolin, suolan ja kuidun määrä sekä päihteiden kohtuukäyttäminen. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 188-189.) Vaikka ruokavaliolisi vuosia ollut jo yleisiä ruokavaliiohjeiden vastakohta ja ateroskleroosia olisi muodostunut jo runsaasti verisuoniin, on sydänsairauden suunta käännettävissä parempaan suuntaan ruokavaliomuutoksilla (Harju 2007, 18-19).

Liikunnalla voidaan vaikuttaa positiivisesti sydänsairauksien vaaratekijöihin, kuten kolesteroliin, ylipainoon, sokeritasapainoon sekä verenkiertoelimistön toimintakykyyn. Liikunnan avulla pystytäänkin pysäyttämään ateroskleroosin eteneminen. Potilaalle suositellaan kestävyysliikuntaa, joka olisi kohtuullisen kuormittavaa ja kestoltaan vähintään 30 minuuttia. Suositeltavaa olisi harrastaa kestävyysliikuntaa lähes päivittäin. Kestävyysliikunnaksi kelpaakin mainitsemiseksi reipas käveleminen. Lisäksi potilaan olisi hyvä harjoittaa lihasvoimaa noin 2-3 kertaa viikossa. Teho liikuntasuoritteessa on hyvä, kun se hengästyttää, muttei aiheuta vielä esimerkiksi angina pectoris -oireita, kuten rintakipua, hengenahdistusta tai ylävatsavaivoja. (Ahonen ym. 2015, 213.)

Päihteitä tulisi käyttää kohtuudella. Alkoholi suurentaa HDL-kolesterolipitoisuutta eli niin sanottua huonoa kolesterolia. Lisäksi alkoholi nostaa verenpainetta ja suurentaa veren rasva-arvoja sekä lisää riskiä sydäninfarktiin. Tupakointi olisi syytä lopettaa kokonaan, sillä tupakointi lisää merkittävästi sydänsairauksien riskiä. (Ahonen ym. 2015, 217.)

#### 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

##### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kanasen (2017, 32) mukaan laadullisella tutkimuksella pyritään saamaan ymmärrys ilmiöstä, jota ei vielä tunneta tai ole tutkittu paljon. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tutkitavan ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinnan antaminen, ja tutkimuksella pyritään syvälliseen ymmärtämiseen (Kananen 2017,35). Tutkimuksella pyritään yleisesti löytämään tai

paljastamaan tosiasioita jo olemassa olevien väittämien todentamisen sijaan. Haastateltavat valitaan tarkoituksenmukaisesti ja heidän kanssaan käydyt keskustelut ja heidän haastatteluisaan tehdyt havainnot ovat tärkeässä roolissa tiedonkeruussa. (Hirsjärvi, Remes, & Saja-vaara 2013, 161,164.)

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimus, sillä kuten Kananen (2017, 36) toteaa, ei kvantitatiivisella tutkimuksella pysty pureutumaan tarpeeksi prosessien ja ilmiöiden kuvaamiseen niiden monimutkaisuuden vuoksi. Opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät sairautensa, joten kvalitatiivinen tutkimus tuottaa tutkimusongelmaan nähden laadullisempaa tietoa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmiä on erilaisia. Aineistoa voidaan kerätä havainnoimalla erilaisia tilanteita ja keräämällä siitä tarkkoja muistiinpanoja. Haastatteluja voidaan suorittaa erilaisilla tekniikoilla, kuten teemahaastatteluina tai syvähaastatteluina. Teemahaastattelussa on tarkoitus käydä ennalta suunniteltuja teemoja keskustellen läpi sen sijaan, että haastattelija esittäisi yksittäisiä spesifisiä kysymyksiä haastateltavalle. Syvähaastattelussa haastateltava pyrkii saamaan mahdollisimman laajan ja syvällisen ymmärryksen haastateltavan antamista merkityksistä omille kokemuksilleen. Syvähaastatteluun kannattaakin varata runsaasti aikaa, jotta haastateltavalla on mahdollisuus pohtia aiheita kunnolla. Lisäksi haastattelijan kannattaa varautua siihen, että haastatteluja on tarvittaessa tehtävä useampia. Lisäksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista yhdistää eri menetelmiä esimerkiksi haastatteleamalla ja havainnoimalla tutkittavaa kohdetta. (Eskola & Suoranta 1998.)

Kvalitatiivisista tutkimusmenetelmistä teemahaastattelu valikoitui opinnäytetyön toteutustavaksi. Tutkijalla tulee olla jonkinasteinen ennakkokäsitys ilmiöstä, jotta hän osaa laatia ennakoon teemat, joista keskustella. Teemojen laatimisella pyritään siihen, että etukäteen varmistetaan kaikkien aihealueiden käsittely haastattelun aikana. Valittujen teemojen tulisi kattaa koko tutkittava ilmiö. (Kananen 2017, 95-97.)

Teemahaastattelun runko (Liite 2) on laadittu teoreettisen viitekehyksen ympärille ja runkoon oli liitetty yleisen tason lisäksi myös yksityiskohtaisempia kysymyksiä. Ajatuksena teemahaastattelussa oli käydä teemat haastateltavan kanssa keskustellen läpi ja tarpeen tullen esittää tarkentavia ja täydentäviä kysymyksiä (Kananen 2017, 95.) Valitsemamme neljä teemaa muodostivat keskustelun aihealueet, joiden tuloksena haastateltava kertoi omaa tarinaansa aihealueista. Teemojen avulla haastattelija pyrki avartamaan omaa ymmärrystään kyseessä olevasta aiheesta ja lopulta myös tutkimusongelmasta. (em.98.) Valitsemamme teemat olivat: sairauden herättämät ajatukset ja tunteet, potilasohjaus, läheisten merkitys ja vertaistuki sekä omahoito.



Tutkimukseen valitut potilaat haastateltiin Hyvinkään sairaalan tiloissa heidän osastolla olemisensa aikana. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa tilassa, jossa intimiteetti säilyi. Yksi potilas haastateltiin hänen potilashuoneessaan haastateltavan huonon liikuntakyvyn vuoksi. Haastatteluihin osallistuivat molemmat opinnäytetyön tekijät sekä itse haastateltava. Molempien opiskelijoiden läsnäololla pyrittiin saamaan luotettavampi kuva tutkittavasta. Lisäksi haastattelut tallennettiin äänitiedostoiksi.

#### 4.2 Tutkimusympäristö ja kohderyhmän kuvaus

Hyvinkään sairaalan sisätautien osastonhoitajan mukaan heidän osastollaan hoidetaan eniten sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa. Osastonhoitajan mukaan vuonna 2016 Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla hoidettiin potilaita seuraavanlaisesti: 263 sydämen vajaatoimintapotilasta, 500 rintakipupotilasta, 350 rytmihäiriöistäpotilasta ja 20 sydänlihastulehduksesta kärsivää potilasta (Sipilä 2017). Työn luotettavuuden kannalta päädyimmekin rajaamaan tutkimukseen osallistuvat haastateltavat potilaisiin, jotka sairastavat sepelvaltimotautia tai sydämen vajaatoimintaa. Haastatteluiden osalta ei ollut oleellista, milloin ja missä tauti oltiin diagnosoitu. Kriteerit tutkimukseen osallistumiselle oli jompikumpi tai molemmat edellä mainituista sairauksista, tarpeeksi hyvä terveydellinen tilanne, jotta pystyy keskustelemaan rasittumatta sekä halukkuus osallistua tutkimukseen. Haastatteluun valikoitui seuraavat haastateltavat:

1. 52-vuotias mies, jolla todettu sepelvaltimotauti vuonna 2009.
2. 57-vuotias mies, jolla todettu sepelvaltimotauti vuonna 2008.
3. 58-vuotias mies, jolla todettu sepelvaltimotauti vuonna 2016.
4. 69-vuotias mies, jolla todettu sydämen vajaatoiminta vuonna 2005.
5. 73-vuotias mies, jolla todettu sepelvaltimotauti (vuosi ei tiedossa).
6. 76-vuotias mies, jolla todettu kyseisellä sairaalajaksolla sydämen vajaatoiminta.
7. 70-vuotias nainen, jolla todettu sydämen vajaatoiminta vuonna 2007.
8. 73-vuotias nainen, jolla todettu sepelvaltimotauti 1994 ja sydämen vajaatoiminta 2008.
9. 78-vuotias nainen, jolla todettu sepelvaltimotauti vuonna 2011, jonka lisäksi nyt kyseisellä sairaalajaksolla todettu sydämen vajaatoiminta.
10. 80-vuotias nainen, jolla todettu sydämen vajaatoiminta 2018.
11. 81-vuotias nainen, jolla todettu sepelvaltimotauti kyseisellä sairaalajaksolla.
12. 88-vuotias nainen, jolla todettu sydämen vajaatoiminta nyt kyseisellä sairaalajaksolla.

Haastatteluajat sovittiin osastonhoitajan kanssa ja muu osaston henkilökunta auttoi valitsemaan sopivia haastateltavia. Haastattelut toteutettiin osaston tiloissa ja ne nauhoitettiin haastateltavan luvalla. Ennen haastattelua täytettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (Liite 3).

#### 4.3 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto litteroitiin tekstimuotoon mahdollisimman sanatarkasti. Sanatarkka litterointi sisälsi myös tutkittavan äännähdykset, jotta pystyimme analysoimaan tutkittavan kertomia asioita syvemmin. Haastatteluiden tekstimuotoon saattamisen jälkeen aloitettiin aineiston varsinainen analyysi. Kerätty aineisto pyrittiin analysoimaan heti haastattelun ja litteroinnin jälkeen, jotta ymmärryksemme tutkittavasta ilmiöstä kasvaisi tiedonkeruun myötä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Liite 4). Litteroidusta aineistosta etsimme tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja ja vastauksista ja alleviivasimme ne tekstinkäsittelyohjelmalla. Alleviivatut ilmaisut pelkistettiin sekä ryhmiteltiin ala- ja yläluokkiin (Taulukko 1).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Herätti kovia tunteita. Ei herännyt minkäänlaisia ajatuksia. Ei tullut shokkina. En minä osannut pelätä tai ajatella mitään. Ei se mitään ajatuksia herättänyt, sukuvika. Ei mitään kummempia ajatuksia noussut.	Esille nousseet ajatukset ja tunteet diagnoosin jälkeen.	Tunteet ja ajatukset
Osaan ottaa vastaan sen mitä tulee. Toinen sairauteni huolettaa enemmän. Otan rauhallisesti ja otan vastaan sen mitä tulee. En pelkää tulevaisuutta. Tulee mitä tulee. Olen luottavainen tulevaisuuden suhteen.	Ajatukset tulevaisuuden suhteen	

Taulukko 1: Esimerkki analyysin etenemisestä

## 5 Tulokset

Haastattelimme 12 potilasta Hyvinkään sisätautien vuodeosastolla. Potilaista kuusi oli miehiä ja kuusi naisia. Tarkoituksena oli haastatella yhtä monta miestä kuin naista, jotta tulosten vertailu olisi mahdollista.

### 5.1 Sairauden herättämät tunteet ja ajatukset

#### **Miespotilaiden suhtautuminen sairastumiseen**

Kaikki haastattelut aloitettiin kyselemällä taustasairauksista ja syistä tämänhetkiseen sairaalassaoloon. Yhdelle miehistä oltiin diagnosoitu sydämen vajaatoiminta kyseisellä sairaalareisulla, muilla miehillä oli todettu joko sydämen vajaatoiminta tai sydäninfarkti jo monia vuosia aikaisemmin. Miehistä ainoastaan nuorin haastateltava koki sairastumisen yllätyksenä ja otti tiedon raskaasti vastaan. Muille mieshaastateltaville ei ollut noussut sen suurempia ajatuksia sairaudesta. Muutama mieshaastateltava oli osannut odottaa sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia sukurasitteen vuoksi, jonka vuoksi olivat ottaneet tiedon hyvin vastaan.

*”Sepelvaltimotautidiagnoosi herätti kovia tunteita. Henkisesti kova isku 44-vuotiaalle kaverille. Sitä oli aina mieltänyt vanhojen ukkojen sairaudeksi.”*  
Mies 52 v. sepelvaltimotauti.

Miehistä vain yksi syytti itseään tapahtuneesta. Muiden haastateltavien mielestä syytä ei kannata sen suuremmin miettiä tai surra, sillä se tulee mikä on tullakseen. Kyseiset viisi miestä eivät myöskään stressaa tulevaisuuden suhteen.

*”Ei mitään kummempia ajatuksia noussut, muuta kuin ensimmäiseksi, että tähänkö se sitten johti tämä minun elämäntapa. Rankka työ ja jokainen vapaa-aikahetki meni jossakin kuppilassa istuen. En minä ketään muuta syytä kuin itseäni.”* Mies 69 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Minä olen siitä hölmö, että minä uskon, että sitten kun se on jollekin sattua- seen ja näin on jossain ajateltu, niin näin vain tapahtuu. Syön minä salaattia kilon tai kolme kiloa päivässä.”* Mies 58 v. sepelvaltimotauti.

*”Eihän tässä pelkää, tulee mitä tulee. Jos alkaa pelkäämään niin ei voi tehdä yhtään mitään elämässä. Omalla painollaan. Ei sitä kannata ruveta stressaamaan.”* Mies 57 v. sepelvaltimotauti.

Miesten ajatusmaailma sydänsairauksien vakavuudesta heijastui myös kysyttäessä, kuinka he hakeutuivat sairaalaan ensimmäisen kerran. Miehistä kukaan ei osannut epäillä sydänongelmia, joten kukaan ei ollut hakeutunut heti oireiden alettua sairaalaan.

*”Olin sauvakävelylenkillä ja siellä ne oireet tuli. Luulin, että ne johtuivat voimakkaista tuoksuista metsässä, ahdistus ja rintakipu. Menin kotiin ja eihän se suomalainen mies ihan heti usko, niin siellä minä kotona siivosin pihaa ja kannoin kattotiilejä. Sitten tuli niin kovat oireet, että soitin terveyskeskukseen. Sieltä sanoivat, että laitetaan auto hakemaan.”* Mies 52 v. sepelvaltimotauti.

### **Naispotilaiden suhtautuminen sairastumiseen**

Naisten haastattelut aloitettiin samalla tavalla kuin miesten haastattelut eli kyselemällä taustatautia sekä syytä tämänhetkiseen sairaalassaoloon. Kuudesta naisesta neljällä oli ennestään diagnoosi sydämen vajaatoiminnasta ja yhdellä näistä oli lisäksi diagnoosi sepelvaltimotaudista. Kahdella potilaalla diagnoosit olivat uusia, toisella oli diagnosoitu sydämen vajaatoiminta ja toisella sepelvaltimotauti. Sairaalaan tulemisen syyt olivat viidellä potilaalla hen- genahdistus ja sen paheneminen, ja yhdellä rintakipu. Naisten ensimmäiset reaktiot diagnoosiin olivat lähes kaikilla järkytys ja epäusko tilannetta kohtaan. Naisten järkyttyminen osakseen selittyi sillä, että he olivat eläneet aktiivista elämää terveineen elämäntapoineen ja sairastuminen sydänsairauteen tuntui epäoikeudenmukaiselta.

*”Ihan kauhua ensimmäisenä. Olin ihan lyttyyn lyöty. En olisi koskaan voinut kuvitella, että minulle tulisi tollanen, että multa viedään jalat alta.”* Nainen 78 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Mä olin niin shokissa, että meni pitkään ennen kuin tajusin sen”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta ja sepelvaltimotauti

*”No se oli ihan kauheeta. Kai se oli tavallaan shokki. Mä olin ihan että haloo, eihän sitä siinä vaiheessa oikein osannut ymmärtää.”* Nainen 70 v. sydämen vajaatoiminta.

Muutamalle naiselle sairastuminen ei aiheuttanut suuria tunteita, vaan suhtautuminen oli hyvin neutraalia.

*”Emmä pelkää. Sit saa mennä, kun menee.”* Nainen 80 v. sydämen vajaatoiminta.

*”No ei suuremmin.”* Nainen 81 v. sepelvaltimotauti.

Naisten suhtautuminen omaa sairauttaan kohtaan on myös havaittavissa heidän tavastaan hakeutua lääkäriin. Naiset olivat hakeutuneet sairaalaan hyvin nopeasti huomattuaan, etteivät oireet lähteneet helpottamaan levossa tai oireiden selkeästi pahentuessa. Naisista neljä oli soittanut ambulanssin itselleen, yksi oli ohjattu lääkäristä suoraan päivystykseen ja yhdelle oli palvelukodin työntekijä soittanut ambulanssin.

*”Perjantaina kello kaksi minä heräsin ja menin vessaan ja minulla oli sellainen höntti olo. Pystyssä pysyin ja kävelin ton keppini kanssa keittiöön ja join vettä. Menin sänkyyn takaisin ja ei ollutkaan hyvä olla, ei se parantunut siitä. Sitten mä nousin uudelleen ja otin panadolin ja yritin uudelleen sänkyyn ja eikä sekään ollut hyvä olla. Sit mä nousin uudelleen ylös ja keitin teetä ja söin voileivän ja sit mä ajattelin, että on jo kumma ku ei vieläkään auttanut. Sit mä ajattelin, että kai mun on soitettava ambulanssi miehet käymään, maksoi mitä maksoi ja ne heti lähti mua viemään tänne ja puoli alasti.”* Nainen 81 v. sepelvaltimotauti.

*”No kun minulla on tätä hengenahdistusta ja minulla on sellainen palvelukoti, niin se hoitaja sanoi, että se on nyt niin paha, että täytyy ottaa selville siitä ja sitten hän soitti tänne (palvelukotiin) sen auton.”* Nainen 88 v. sydämen vajaa-toiminta.

## 5.2 Potilasohjaus

### Miespotilaiden ajatukset potilasohjauksesta

Kysyimme haastateltavilta, minkälaista potilasohjausta he olivat saaneet diagnoosin saatuaan ja oliko ohjaus ollut heidän mielestään riittävää. Potilasohjaus-termiä tarkensimme lisäkysymyksillä, kuten olivatko haastateltavat saaneet ruokavalio- ja liikuntaohjeita sekä riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Viisi miestä kertoi saaneensa henkilökohtaista potilasohjausta ja yksi kertoi, ettei juuri tulleen diagnoosin vuoksi ollut sitä vielä ehtinyt saada. Kyseinen vastaaja oli kuitenkin luottavaisin mielin siitä, että tietoa saa, kunhan kaikki tutkimukset ovat valmistuneet. Kolme miestä oli potilasohjaukseen tyytyväisiä ja kertoivat saaneensa tarpeeksi potilasohjausta sisältäen tietoa sairaudesta, sen syistä, ruokavalio- ja liikuntaohjeista sekä lääkityksestä. Kaksi miesvastaajaa kertoi saaneensa potilasohjausta, mutteivat olleet sen sisältöön tyytyväisiä. (Nämä kaksi vastausta tukevat vuoden 2008 tutkimustulosta, joka on esitelty luvussa 3.1.)

*”Nutturapäinen täti, en muista oliko sosiaalityöntekijä vai mikä työntekijä, tuli ja oli paljon papereita kädessä ja otti oikein tuolin viereen. Mua hengästytti siinä. Nyt nyt nyt, hän ei ollenkaan ottanut sitä asennetta potilaan näkökannalta vaan omalta näkökannaltaan ja rupesi lukemaan sitä omaa tarinaansa, jota on lukenut varmasti 20 vuotta. Osa sen tarinansa hyvin, pitää syödä kasviksia, pitää nukkua säännöllisesti. Varmaan ne tuli siinä, että mitenkä meidän ihan oikeasti tulisi elää. Varmaan oli ihan jees informaatiokaato. Mutta hän ei sattumoisin kysynyt, kuinka miten minä olen jo elänyt. Ehkä se olisi lämmittänyt vähän, jos olisi kysynyt ensin, miten mä olen elänyt.”*

*Että olisi antanut ammattimaisemman kuvan asiasta, että keskittyy asiakkaaseen eikä siihen mitä hänelle on opetettu.” Mies 58 v. sepelvaltimotauti.*

*”No käytiin jostain lapusta läpi, että sydänmerkillä tällaisia tuotteita ja tällaisia. Mutta enemmän sitä tahtoisin sellaista keskustelua siitä ja enemmän niitä vaihtoehtoja. Pitäisi painottaa, että sinulla on nyt tällainen todettu ja tämä on sellainen välitilin tekemisen aika. Jos jatkat samalla tavalla, niin todennäköisesti tavataan täällä, mutta jos sinä teet tämän tyyppisiä muutoksia, niin sinulla on valtavan upea tulevaisuus edessä ja sinulla on mahdollisuus kääntää vielä monia kiviä ja pitkästi on matkaa jäljellä. Ja perusteltaisiin miksi niitä muutoksia olisi tärkeä tehdä ja miten se vaikuttaa. Ja miehän on sellainen jolle pitää konkreettisesti selittää, että jos sinä nyt syöt sitä rasvaista ruokaa niin miehelle pitää ihan oikeasti selittää mitä siellä elimistössä tapahtuu, että mihin sitä rasvaa lähtee kertymään. Että miksi se rasva tukkii ja mitä sitten tapahtuu. Että täällä on se sepelvaltimo niin mitä se putki oikein tekee.” Mies 52 v. sepelvaltimotauti.*

Potilasohjauksesta keskustellessamme kysyimme myös, oliko potilasohjaus toteutettu oikeaan aikaan ja olivatko haastateltavat pystyneet sisäistämään saamansa tiedon. Miehistä kaikki kertoivat saaneensa tiedon sopivaan aikaan, mutta sisäistäneet asiat yksilöllisesti omalla ajallaan.

*”Meni siinä jonkun aikaa, sain mä niitä lippulappuja ensimmäisellä kerralla mukaan. Meni siinä jonkun aikaan ennen kuin sen käsitteli tuonne tietokoneelle.” Mies 69 v. sydämen vajaatoiminta.*

### **Naispotilaiden ajatukset potilasohjauksesta**

Kysyimme naisilta, minkälaista potilasohjausta he olivat saaneet ja oliko se heidän mielestään ollut riittävää. Jouduimme tarkentamaan termiä ”potilasohjaus” kysymällä spesifisiä kysymyksiä koskien ruokavaliota, liikuntaa sekä annettua tietoa sydänsairaudesta ja sen hoidosta. Lähes kaikki naiset kokivat, etteivät olleet saaneet potilasohjausta. Osa koki, että tietoa ei oltu tarjottu heille, vaikka halua olisi ollut ja toisaalta osa taas koki, ettei tilanne ollut sillä hetkellä sellainen, että olisivat olleet valmiit ottamaan tietoa vastaan. Naiset olivat tietoisia sairaalassa järjestettävästä sydänsairauksien tietoryhmästä ja kokivat, että olivat sieltä saaneet tietoa sairaudesta.

*”Ei siihen aikaan ollut. Nyt sitä saa.” Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.*

*”Mitään ei ole puhuttu. Eipä näistä puhuttu silloin aikaisemminkaan. Ne turvotukset tuli silloin, tää jalka oli kauhean paksu. Ja täällä oli joku mönkyrä, epäili et se on joku tulpan alku. Mutta eipä siitäkään ole tietoa tullut.”* Nainen 80 v. sydämen vajaatoiminta.

*”No en mä nyt mitään erikoisempaa ohjausta, mitä nyt olen oman lääkärin kanssa jutellut.”* Nainen 81 v. sepelvaltimotauti.

*”No olisin kyllä. Toivoin, että tuolla missä ne tutki, että olisivat jotain osaviittoa antaneet minulle, mutta he siellä sanoivat, että katsotaan tämä viikonloppu ja sitten sen jälkeen.”* Nainen 88 v. sydämen vajaatoiminta.

*”No onhan niitä ollut, tiiätsä, sellaisia mitä syödä ja niitä niin kyllähän sitä aina tulee. Pitäis tehdä sitä ja pitäis tehdä tätä.”* Nainen 70 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Mä olen sitä mieltä, että olisin saanut ohjausta, vaikka kuinka paljon, jos olisin jaksanut.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

### 5.3 Läheisten merkitys ja vertaistuki

#### Miespotilaiden ajatukset läheisistä ja vertaistuesta

*”Soitan lapsilleni, jos mieli menee matalaksi. Helpottaa heti. Läheisyys, se on kaikkein tärkein.”* Mies 69 v. sydämen vajaatoiminta.

Kaikki haastateltavat miehet kertoivat keskustelleensa sairaudestaan jonkun läheisensä kanssa. Kaksi miehistä kertoi, ettei kotona keskustele perheensä kanssa, vaan kokee työkaverit luontevammaksi keskusteluavuksi. Miehet, jotka kertoivat läheisten merkityksen olevan korkea, kertoivat saavansa heiltä niin konkreettista apua kuin keskusteluapua. Osa piti konkreettista apua, kuten siivousta ja kaupassakäyntiä, tärkeämpänä kuin keskustelutaitoa. Toisille puolestaan keskustelumahdollisuus ja läheisyys ovat tärkeämpiä. Muutama mies kertoi ottavansa läheisten avun kiitollisena vastaan, mutta ei pidä sitä itsestäänselvyytenä, eikä halua vaatia heiltä apua.

*”Töissä puhutaan, meillä on kuusi miestä samanlaisia tapauksia. Meillä on veto kuka jää pois seuraavana.”* Mies 57 v. sepelvaltimotauti.

*”Konkreettinen apu. Tyttäret käyvät mulla kaupassa. Ja kyllä heillä on tietoa. He ovat ammattilaisia ja heiltä saa kyllä apua. Ja se on se mitä, mä tarvitsen apua ja sitten mä oon kysynyt ulkopuolisilta. Että, en mä heitä painosta, että he ovat tehneet sen minkä voivat.”* Mies 73 v. sepelvaltimotauti.

Kysyimme haastateltavilta, oliko heille kerrottu vertaistukiryhmistä ja -henkilöistä. Miehistä puolelle oli kerrottu mahdollisuuksista, mutta vain yksi heistä oli halunnut keskustella vertaistukihenkilön kanssa. Muut vastaajat eivät olleet kiinnostuneet vertaistuesta, eivät hekään, joille ei ollut kerrottu vertaistukimahdollisuudesta. Syinä kiinnostumattomuuteen olivat omat arjenkiireet sekä se, että saavat keskustella tarvittaessa läheistensä kanssa.

*”Sydänhoitaja kysyi, että haluanko tavata vertaistuki-ihmisen. Ja se sitten tuli, mutta se oli sellainen 80-vuotias mummo niin oli hänelläkin kokemuksia ja mutta ei se nyt ollut sellainen täysin vertainen.” Mies 52 v. sepelvaltimotauti.*

Kyseinen vertaistukihenkilön tavannut mies kertoi odottaneensa vertaistansa henkilöä keskustelukaverikseen. Hän ei ollut hyötynyt kyseisestä tapaamisesta, vaikka arvostaakin toisen auttamisenhalua. Haastattelun aikana hän kertoi, että olisi itse kiinnostunut vertaistuen kaltaisesta työstä:

*”Kiinnostaisi ihan älyttömästi tehdä sellaista työtä, että kulkisi tuolla, kun tietäisin miesten sielun maiseman. Ku miehet eivät puhu ja just sitä mitkä tuo niitä peikkoja niin eihän miehet tuota, eihän ne vapaaehtoisesti ala puhumaan että mikä on. Niin olisi siis mukava olla sellaisessa työssä, että saisi miehiä vähän enemmän puhumaan ja avaamaan tätä. Ja nimenomaan että ne näkisivät siinä tulevaisuudessa niitä mahdollisuuksia. Että vaikka se tilanne on mikä on, niin ne näkisivät ruusuja piikkipensaassa eikä piikkejä ruusupensaassa.” Mies 52 v. sepelvaltimotauti.*

### **Naispotilaiden ajatukset läheisistä ja vertaistuesta**

Naiset kokivat läheisten tarjoaman henkisen ja konkreettisen tuen äärimmäisen tärkeänä. Naiset kokivat, että ilman läheisiään he eivät olisi jaksaneet ja pärjänneet niin hyvin kuin miten he nyt kokivat tilanteensa. Konkreettisenä tukena naiset kokivat avun ruokakaupassa käyntinä, siivouksena ja kokkauksena ja henkisenä tukena puolestaan mahdollisuuden keskustella ja luottaa läheiseen henkilöön mieltä painavissa asioissa. Läheisinä henkilöinä naisille toimi niin puoliso, lapset kuin läheinen ystävä.

*”Mun mieheni on ihan äärettömän hyvä. Se on kaikki sairaudet myötäelänyt. Pysynyt rinnalla koko ajan. Joka päivä. Siivoaa kotona.” Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta ja sepelvaltimotauti.*

*”On se Elisabeth, jonka kanssa ollaan entisiä työtovereita. Hän on niin kuin aina. Mä luotan häneen ihan täysin. Minä kyllä aina keskustelen hänen kanssaan*



*kun saan lisää tietoa, että sitä kautta hän on ihan ajantasalla.”* Nainen 88 v. sydämen vajaatoiminta.

Osa naisista pärjäili kotona vielä omin ja läheisten avuin, mutta kokivat mahdollisesti tulevaisuudessa tarvitsevansa lisäksi kotihoidon palveluita tai apua siivouksessa.

*”En mä ole tarvinnut kotona mitään apua. Jos tää tästä pahenee, niin olen kyllä miettinyt siivousapua kotiin. Ikkunoiden pesussa on lapsenlapset auttaneet. En mä ole vielä tarvinnut päivittäistä apua. En mä voi jäädä kotiin makaamaan, eihän nämä jalat sitten enää toimisi.”* Nainen 78 v. sepelvaltimotauti.

Kysyttäessä naisilta, onko heille kerrottu vertaistuesta ja sen mahdollisuudesta, kukaan naisista ei ollut asiasta tietoinen. Yksi naisista toimi itse vertaistukena aivoinfarktista kärsineille ihmisille ja koki vertaistuen hyvänä sairaudesta riippumatta. Kaksi naisista olisi ollut kiinnostunut vertaistuesta ja yksi oli sitä mieltä, ettei vertaistuki olisi hänen juttunsa olenkaan.

*”Kyllä olisin kiinnostunut, jos olisin tällaisessa kunnossa kuin nyt.”* Nainen 80 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Ei, ei, totta tosiaan. Että sitä aina on sellainen terveystoimisto tai semmoisten kanssa keskustellut mutta ei sillä lailla, että olis sellainen yhdistys, jossa näistä asioista puhuttaisiin. En mä ainakaan tiedä. Kyllä varmasti kelpaisi, kaikki neuvot kelpaisi.”* Nainen 88 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Tän sydänjutun jälkeen ei ole ohjattu. Mutta on nämä ryhmät hyviä, sairaudesta riippumatta. Kaikki ei halua puhua. Olenkin sanonut tuolla Kiljavalla, että ei tarvitse puhua. Olla vaan läsnä ja kuunnella. Sekin antaa tukea.”* Nainen 78 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

*”Ei, ei ole. Ehkä mä olen vähän sellainen, että luen mieluummin.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

#### 5.4 Elämänhallinta ja hoito

##### **Miespotilaiden elämäntavat sairastumisen jälkeen**

Kysyimme haastateltavilta, ovatko he alkaneet kiinnittämään huomiota ruokavalioihinsa sairausdiagnoosin saatuaan ja kuinka hyvin he noudattavat annettuja ruokavalio-ohjeita. Kuu-desta miesvastaajasta vain kaksi kertoi muuttaneensa ruokavaliotaan diagnoosin saatuaan: toinen jätti alkoholin pois ja toinen vaihtoi kevyempään ruokaan. Muut miehistä kertoivat syövänsä maukasta ruokaa oman mielen mukaisesti.

*”Joo on tullut ruokaohjeita, kyllä minä tiedän mitä pitäisi syödä. Aika paljon minä syön hedelmiä ja vihreitä kasviksia, mitä ennen en syönyt. Saattaa esim. mennä kilo appelsiineja. Niitä on nyt kymmenen vuotta rouskuteltu. Mutta se hyvä ruoka, ei mahda mitään. Ihmisluonto on heikko. Suolankäyttö on luvattoman korkea vieläkin. Pitäisi pystyä, mutta ei se ruoka maistu ilman suolaa yhtään miltään.”* Mies 69 v. sydämen vajaatoiminta.

*”En millään tavalla ollut muuttanut elintapoja, vaikka tiesin sukurasitteesta. En muuttanut edes sydänkohtauksen jälkeen, syön mitä vastaan tulee.”* Mies 57 v. sepelvaltimotauti.

Yksi miehistä kertoi katuvansa, ettei aikaisemmin ollut muuttanut elintapaansa:

*”Minä olen ihan varma, että jos olisin tehnyt ne tarvittavat muutokset silloin 2009 kun oli ne lääkitykset määrätty, elikkä sellainen lääkitys missä on hyytymisenestolääkitys ja verenkiertolääkkeet eli tällaiset tukilääkkeet, niin siihen, kun olisi vielä muuttanut ruokavaliota ja lisännyt liikuntaa sekä pudottanut painoa niin ei tarvitsi täällä olla.”* Mies 52 v. sepelvaltimotauti.

Osalla miehistä stressaamaton elämäntyyli korostui kysyttäessä sairauden vaikutuksesta elintapoihin: raskasta fyysistä työtä tehdään entiseen malliin sekä syödään sitä mitä halutaan. Muutama miehistä oli keventänyt työtään esimerkiksi muuttamalla työviikkonsa nelipäiväiseksi. Ajattelumaailma oli muuttunut kahdella miehellä ja nykyään he osaavat arvostaa enemmän omaa elämää. Diagnoosin jälkeen he ovat alkaneet pitää enemmän yhteyttä jälkikasvuun sekä ymmärtäneet alkaa nauttia elämästään enemmän, sillä kuoltuaan ei täältä mitään mukaansa saa.

### **Naispotilaiden elämäntavat sairastumisen jälkeen**

Naisista neljä oli pyrkinyt keventämään ja noudattamaan ruokavalio-ohjeita. Naiset kokivat, että ohjeita oli saatu, mutta niiden noudattaminen ei aina ole ollut niin helppoa.

*”Olen muuttanut ruokavaliota kevyemmäksi.”* Nainen 80 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Joo, olen saanut ja koittanut noudattaa.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

*”No olen mä yrittänyt sitä muuttaa ja painoa pitäisi saada pois, mutta ei mulla ole koskaan aikaisemmin ennen tätä ole ollut paino-ongelmaa. Mutta nyt sit sitä vaan tulee, kun katsookin ruokaan päin.”* Nainen 78 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

Yksin naisista koki, ettei ollut saanut mitään ohjeita koskien omaa sairastumistaan.

*”Ainahan sitä puhutaan, että mitä pitäisi syödä ja mitä ei. Mutta ei mitään varsinaista, minulle kuuluvaan vaan sellaista yleistä.”* Nainen 88 v. sydämen vajaatoiminta.

Yksi naisista puolestaan koki ohjeet laihdutusohjeiksi, joita olisi vaikea noudattaa.

*”Joka maanantaina aloitetaan dietti ja jostain syystä se on jo perjantaina loppu. Mutta eihän tähän jää mitään iloa kun syöminenkin viedään pois, mutta sitten sitä taas aloitetaan maanantaina.”* Nainen 70 v. sydämen vajaatoiminta.

Kysyttäessä naisilta, olivatko he joutuneet luopumaan jostakin sairastumisen myötä, kaikki vastasivat myöntävästi. Naiset kokivat, että liikkuminen oli selkeästi jäänyt vähemmälle ja kokivat sen vaikeana asiana. Naiset kuitenkin pyrkivät oman toimintakyvyn rajoissa liikkumaan sen verran kuin pystyivät. Yksi naisista tiesi, että liikunta olisi tärkeää, mutta liikunnan harrastamisen esteenä oli pelko mahdollisista angina pectoris -oireista.

*”Liikkuisin mä kauheasti, mutta en mä oo tänä kesänä pystynyt. Oon ollut niin huonossa kunnossa koko alkuvuoden!”* Nainen 80 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Mä aina aikaisemmin matkustelin paljon lomilla ja nyt se on jäänyt kyllä kokonaan.”* Nainen 88 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Mä yritän pitää itsestäni huolta ja elää terveellisesti. Kaikki rakkaat harrastukset, pyöräily, hiihto ja lentopallo jäivät. Nyt jumppaan olohuoneessa tv:n edessä. Oon yrittänyt selittää muille, että pienin askelin. Se sänky ei ole meille tarkoitettu.”* Nainen 78 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

*”Ja yritän liikkua sen minkä pystyn. Syksyllä mulla oli ihan hyvä jakso. Mä jaksoin jopa vähän haravoida.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

*”No yleensä se on se, että pitäis ulkoilla ja liikuntaa, liikuntaa, liikunnan päälle, kyllähän se kannattaisi, mutta lähde nyt noitten keppien kanssa räiskimään tonne ulos ja sitten on se, että mitä jos tulee kohta, mitä sitten.”* Nainen 70 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Mä oon ollut kova touhuamaan, joten ne on kaikki jäänyt. Pitää laittaa jarrua koko ajan.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

Kaikki haastateltavat naiset pitivät terveydestään huolta ottamalla lääkkeensä säännöllisesti. Osa naisista tai heidän läheisistään jakoi lääkkeet dosetteihin ja osalla tämän taas teki kotihoito. Lisäksi naiset seurasivat verenpaineitaan omalla mittarilla kotona ja ne, joilla oli lisäksi diabetesta, pitivät hyvää huolta sokeri-arvoistaan. Lisäksi naiset kävivät säännöllisesti lääkärin tarkastuksissa sekä verikokeissa.

*”Sydänsairauden kanssa mennään hitaasti. Lääkitys on tärkeä ja sitä on pakko noudattaa. Tarkoitus on, että pystyy elää jonkinlaista elämää.”* Nainen 78 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

*”Noudatan nesterajoitusta, 2 litraa päivässä. Se on ainoa, mitä noudatan ja lääkkeiden syönti. Mä laitan ne dosettiin viikon satsin ja otan siitä.”* Nainen 70 v. sydämen vajaatoiminta.

*”Ihan silleen normaalilla tavalla. Syön lääkkeitä ja käyn verikokeissa.”* Nainen 73 v. sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Haastatteluiden aikana nousi huomattavia naisten ja miesten välisiä eroja prosessoida omaa sairauttaan ja sairastumistaan. Tuloksista voidaankin todeta, että erot suhtautumisessa sydänsairauteen ovat sairastumishetkellä suuria sukupuolten välillä, mutta erot tasoittuvat ajan kuluessa.

Naisista 4/6 otti sairastumisen ja sairausdiagnoosin järkytyksenä ja epäuskoisena vastaan, kun puolestaan miehistä vain yksi vastaanotti tiedon yllättyneenä ja raskaasti. Naiset myös hakeutuvat herkemmin tutkimuksiin oireiden alettua kuin miehet. Naiset suhtautuivat oireisiin vakavammin alusta lähtien, kun miehet puolestaan antavat tilanteen eskaloitua vakavammaksi. Alkujärkytyksestä huolimatta naiset sekä miehet eivät stressaa tulevaisuutta.

Potilasohjaus tuntui olevan käsitteenä vaikea, sillä naiset kokivat, etteivät olleet saaneet potilasohjausta laisinkaan. Haastattelussa kuitenkin kävi ilmi, että naisten kanssa oli käyty läpi muun muassa ruokaohjeita, liikunnan merkitystä sekä lääkehoitoa. Miehet puolestaan kokivat ilman tarkennuksia saaneensa potilasohjausta ja olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Miesten kanssa oli potilasohjaus käyty läpi perustasolla ja kaksi miehistä koki, että olisivat halunneet yksilöllisempää ohjausta koskien omaa sairastumistaan. Haastattelussa tuli ilmi, ettei potilasohjauksen aikana oltu käsitelty lainkaan potilaan yksilöllisiä elintapoja. Miehillä tuli tunne, että he ovat potilaita muiden joukossa, eikä heitä kohdeltu yksilöllinä.

Sekä naiset että miehet kokivat yhtäläisen tärkeinä läheiset ja heidän tarjoaman henkisen sekä konkreettisen tuen. Kaikilla haastateltavilla oli joku, johon tukeutua ja keneltä saada apua tarvittaessa. Myöskään suhtautumisessa vertaistukimahdollisuuteen eroja ei havaittu.

Sairausdiagnoosin jälkeen naiset olivat muuttaneet elintapojaan huomattavasti enemmän kuin miehet. Naisista 4/6 oli muuttanut ruokavaliotaan kevyempään suuntaan, miehistä vain 2/6 oli tehnyt ruokavaliomuutoksia. Tässä korostui miesten stressaamaton elämäntyyli, sillä he kokivat maukkaan ja hyvän ruoan olevan tärkeämpää kuin mahdolliset lisävuodet elämässä. Miehet myös jatkoivat fyysistä elämäntapaa vanhaan malliin, kun naiset puolestaan kaikki kokivat joutuneensa luopumaan fyysisestä aktiivisuudestaan.

Haastateltavista kaikki noudattavat lääkärin määräämää lääkitystä sekä käyvät tarvittavissa kontrolloissa. Naiset mittaavat miehiä hieman useammin omia verenpaineitaan ja verensokeriaan sekä ovat tietoisia omista kolesteroliarvoistaan.

Lisäksi haastatteluiden aikana nousi sukupuolten välisten erojen lisäksi eroavaisuuksia perustuen haastateltavan ikään. Vanhemmat haastateltavat (yli 70-vuotiaat) kokivat, että elämä tuo mitä on tuodakseen eivätkä he olleet kovinkaan huolissaan tulevaisuudestaan. Sen sijaan nuoremmat (alle 65-vuotiaat) kokivat, että olisivat toivoneet enemmän tietoa sairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Alle 65-vuotiaat toivoivat myös, että sairaudesta ja sen kanssa elämisestä olisi puhuttu enemmän yksilöllisemmin, muun muassa miten sairaus vaikuttaa juuri heidän elämäänsä ja arkeensa.

## 6.2 Tutkimusprosessin tarkastelu

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2017, jolloin aihekehityksenä oli ”Sydänpotilaan prosessi (polku) ja asiakaskokemus osaston toimintaympäristössä, ja tähän liittyen sukupuolten välisten erojen tarkasteleminen”. Työelämäkumppanin tapaamisessa lokakuussa 2017 saimme vapaat kädet kohdentaa opinnäytetyötämme haluamaamme suuntaan. Päätimme ottaa tarkastelun kohteeksi miesten ja naisten väliset erot prosessoida sairauttaan riippumatta siitä, milloin ja missä sairaus on diagnosoitu. Halusimme keskittyä opinnäytetyössämme potilaiden omaan kokemukseen emmekä varsinaisesti asiakaskokemukseen Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla. Lisäksi potilaiden löytäminen tuoreella diagnoosilla olisi voinut olla haasteellista, jolloin opinnäytetyön pitkittyminen olisi väistämätöntä.

Päädymme haastattelemaan sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita. Halusimme alusta asti haastatella kumpaakin sukupuolta yhtä monta, jotta pystyisimme vertaamaan vastauksia. Iällä ei ollut merkitystä, eikä sillä milloin haastateltava oli sairastunut sydänsairauteen ensimmäisen kerran. Vastausten analysointivaiheessa kuitenkin huomasimme, että tarkempien taustatietojen kartoittamisella olisimme pystyneet tuottamaan laadullisemmän tutkimuksen. Yhtenäinen haastatteluryhmä olisi tuottanut vertailukelpoisempaa

tutkimusmateriaalia, mutta tuolloin olisimme tarvinneet huomattavasti enemmän apua osaston työntekijöiltä muun muassa sopivien haastateltavien kartoittamisessa. Mikäli osastonhenkilökunta olisi löytänyt sopivan haastateltavan, olisi tämä tarkoittanut käytännössä sitä, että meidän olisi pitänyt päästä haastattelemaan potilasta lähes välittömästi hänen osastolla olemisen aikana.

Teemahaastattelu koettiin hyväksi, koska potilaiden oli mahdollisuus avoimesti vastata kysymyksiin. Lisäksi koimme hyväksi sen, että olimme molemmat mukana haastattelutilanteissa, jolloin tarkentavia kysymyksiä ja erilaisia näkökulmia nousi enemmän esille. Opinnäytetyön aihe on niin moniulotteinen, joten teemahaastattelu koettiin ainoaksi hyväksi vaihtoehdoksi tutkimuksen toteuttamiseksi. Aiheen valikoituminen syksyllä 2017 ja toteuttaminen keväällä 2018 antoi meille mahdollisuuden työstää ja prosessoida aihetta kaikessa rauhassa.

### 6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen tiedon, tutkimustoiminnan ja niiden hyödyntämisen kannalta suoritetun tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä (Kylmä & Juvakka 2012, 127). Laadullisessa tutkimuksessa työn luotettavuuskysymys kulkee rinnalla koko prosessin ajan, suunnitteluvaiheesta aina tutkimustulosten esittämiseen. Luotettavuustarkastelussa tutkija näyttää tehneensä oikeat johtopäätökset. (Kananen 2017, 174.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on kuitenkin hankala arvioida, sillä se ei kvantitatiivisen tutkimuksen tavoin sisällä lukuja ja arvoja. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus onkin tutkijan arvioinnin ja näytön varassa. Reliabiliteetti ja validiteetti ovat tieteellisen tutkimuksen yleiset luotettavuusmittarit ja ovat pohdintamme lähtökohtina. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja validiteetti sitä, että tutkitaan oikeita asioita. (Kananen 2017, 175.)

Kananen (2017, 176) mukaan tutkimuksen luotettavuutta tuovat muun muassa se, että tutkimusasetelma on kunnossa, ongelma on määritelty oikein, tutkimusmenetelmät on valittu oikein ja tutkimusprosessi suoritetaan tieteen sääntöjen mukaisesti. Tutkimuksessa pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja ja kattava haastatteluluotanta, jotta reliabiliteetti toteutuisi. Pyysimme haastateltaviksi tasapuolisesti molempia sukupuolia sekä pyrimme löytämään kaikenikäisiä mukaan tutkimukseen. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, jonka käyttö on opinnäytetyössä perusteltu. Haastattelutilanteissa olivat läsnä molemmat opinnäytetyön tekijät, mikä puolestaan lisäsi tehtyjen tulkintojen luotettavuutta. Haastattelut nauhoitettiin äänitiedostoiksi, jotka litteroitiin välittömästi haastatteluiden jälkeen. Lisäksi haastatteluiden aikana toinen opinnäytetyön tekijöistä kirjoitti muistiinpanoja. Kaikki materiaali säilytetään koko opinnäytetyöprosessin ajan, jotta tulosten luotettavuus ja aineiston aitous voitiin todentaa.

Validiteetti toteutettiin niin, että tutkimus suunniteltiin huolella. Tutkimusasetelma rajattiin harkitusti huomioiden opinnäytetyön tilaajan toiveet ja huomiot. Tutkimusasetelmaa

tarkennettiin opinnäytetyönprosessin edetessä niin, että se oli luotettava ennen haastatteluiden toteuttamista. Myös aineiston analyysin oikein tekeminen ja syy-seuraussuhteinen havaitseminen ja tulkitseminen vaikuttavat validiteettiin. Olemme kuvanneet sisällönanalyysin etenemistä liitteessä (Liite 4). Tulkintojen suhteen päädyimme molemmat samoihin johtopäätöksiin, joten kyseessä oli tutkimuksen sisäinen validiteetti eli tulkinnan ristiriidattomuus (Kananen 2017, 179).

#### 6.4 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen eri osaan, jotka ovat tieteen sisäinen ja sen ulkopuolinen etiikka. Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan tutkimuksen luotettavuuteen ja todellisuuteen. Tarkastelun kohteena on tällöin tutkimuskohde, sen tavoite sekä koko tutkimusprosessi. Lähtöolettamuksena on se, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolisella etiikalla tarkoitetaan, miten alan ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. Tästä esimerkkinä on rahoittajien halukkuus tukea tietynlaisia tutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 211-212.)

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat erilaiset lainsäädännöt ja ohjeet. Suomessa turvataan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, joka on aikoinaan laadittu lääketieteellisten tutkimusten tarpeisiin. Helsingin julistusta voidaan hyödyntää kuitenkin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeistuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 212-215.) Lisäksi kaikki Suomen yliopistot ja ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluukin, että tutkijat sekä tieteelliset asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten talentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijat myös soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden työn sekä saavutukset niin, että omassa tutkimuksessa annetaan muille toimijoille heille kuuluva arvo esimerkiksi viittaamalla oikein muiden tutkijoiden tutkimuksiin ja tuloksiin. (Mäkinen 2006, 172-174.)

Ensimmäisiä tutkimuksen eettisiä kysymyksiä on jo itse tutkimusaiheen valinta. Tutkijan olisi-kin pystyttävä pohtimaan, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta myös sitä, miten tutkimus vaikuttaa mahdollisesti siihen osallistuviin. Peruseriaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys, vaikka hyöty ei aina kohdistu suoraan tutkittavaan henkilöön, vaan tutkimustuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin tai asiakkaisiin. Vaikka tutkittava ei hyödykään tutkimustuloksista heti tutkimuksen aikana, saattaa tutkittava hyötyä tutkimuksesta niin, että hän kasvattaa tietoisuutta itsestään ja terveydentilastaan.

Tutkijoiden on kuitenkin pyrittävä tutkimusetiikan mukaisesti siihen, ettei tutkimuksessa aiheuteta tarpeettomasti haittaa ja epämukavuutta tutkittavalle. Haitat voivatkin olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Usein hoitotieteellisissä tutkimuksissa ollaan kiinnostuneita hyvin sensitiivisistä aiheista, jotka voivat aiheuttaa tutkittavassa voimakkaita tuntemuksia. Tämän takia tutkijoilla pitääkin olla suunnitelma, miten voimakkaasti reagoiville tutkittaville pystytään turvaamaan ja palauttamaan tasapaino. Tästäkin syystä tutkijoiden on hyvä etukäteen miettiä ja pohtia, onko tarpeellista kysyä tutkittavien sensitiivisiä ja henkilökohtaisia tietoja. Erityisen tärkeää on huolehtia siitä, ettei tutkimustietoa käytetä tutkittavia vastaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 217.)

Lähtökohtana tutkimukseen osallistumisessa on tutkittavien itsemääräämisoikeus. Tutkimuksessa on kaikessa turvattava tutkittavien osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavilla on oltava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan sekä keskeyttää tutkimus. Tutkimuksen pitää myös perustua tietoiseen suostumukseen, joten tutkittavan on tiedettävä tarkoin, mikä on tutkimuksen luonne. Tutkittavan on tiedettävä aineiston säilyttäminen ja julkaiseminen ja nämä onkin hyvä kertoa tutkittavalle saatekirjeessä. Vasta näiden jälkeen tutkittava voi allekirjoittaa suostumuslomakkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 218-219.)

Opinnäytetyön tilaaja oli Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosasto, joka itse oli tarjonnut aiheita Laurealle. Opinnäytetyö aloitettiin hankkimalla tietoa sydänsairauksista ja niiden hoidosta. Lisäksi tutustuttiin aiempiin tutkimuksiin niin sydänsairauksien, niiden hoidon kuin potilasohjauksen osalta. Kun opinnäytetyön teoria oli suurin piirtein saatu valmiiksi, haettiin opinnäytetyölle tutkimuslupaa (Liite 5). Luvan myöntämisen jälkeen olimme yhteydessä sisätautien vuodeosaston osastonhoitajaan, jotta toteutuksen aikataulu saatiin sovittua.

Tutkimustyössä noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja objektiivisuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa: suunnitteluvaiheessa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Olimme ennen tutkimuksen aloittamista tutustuneet tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistukseen. Käytimme hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvia laadullisia ja eettisesti kestäviä kriteerien mukaisia tutkimusmenetelmiä. Suunnitelma ja raportointi toteutettiin avoimesti ja rehellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017.)

On tärkeää, että vastaajien anonymiteetti säilyy. Haastattelut tallennettiin, jotta aineiston laadullisuus ja luotettavuus säilyivät, mutta tallenteet hävitettiin heti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimuksen eettisyyttä lisättiin kirjallisella suostumuslomakkeella (Liite 3), jossa tuotiin esille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimuksen tarkoitus. Tutkittavalla oli missä vaiheessa tahansa mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta tai kieltää vastausten käyttäminen tutkimuksessamme. Tutkittavalle kerrottiin mihin tarkoitukseen heitä koskevaa tietoa käytetään.



Haastattelut tehtiin sairaalan tiloissa niin, että haastateltavien anonymiteetti säilyi. Välillä haastattelut jouduttiin keskeyttämään hoitajan tai toisen potilaan tullessa tilaan ja haastattelua jatkettiin toisten poistuttua. Haastatteluihin valikoitui potilaita, joilla oli diagnoosi joko sydämen vajaatoiminnasta, sepelvaltimotaudista tai molemmista. Potilaiden muut sairaudet eivät vaikuttaneet valikoitumiseen. Koska tutkimuksessa oli tarkoitus verrata miesten ja naisten välisiä eroja, oli tarkoituksena haastatella yhtä monta miestä ja naista.

## 6.5 Kehitysehdotukset

Tutkimuksen tavoitteena oli, että Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosasto voisi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia potilaiden ohjauksessa ja heidän kohtaamisessaan. Koska emme rajanneet toimintaympäristöä kyseiseen osastoon, ovat kehitysehdotuksemme laadittu yleisellä tasolla hyödynnettäviksi.

Haastatteluiden aikana nousi esiin potilaiden toivomus yksilöllisemmästä ohjauksesta. Potilaat toivoivat, että heidän oma elämänsä ja sen sisältö otettaisiin ohjauksessa lähtökohdaksi ja potilaat saisivat juuri heille räätälöityjä ohjeita. Tämä pystyttäisiin varmasti potilaille tarjoamaan, jos potilailta kerättäisiin taustalomake, jossa kartoitettaisiin heidän elämäntyyliään niin ruokavalion, liikunnan kuin lääkityksen osalta.

Yksi haastateltavista nosti myös esiin vertaistuen hyödyttömyyden, jos vertaistukihenkilö on niin sanottu potilaan vastakohta. Vertaistukihenkilöltä toivottiinkin miesten osalta samaa sukupuolta sekä saman ikäistä vertaishenkilöä, johon potilas pystyisi samaistumaan.

Muutama haastateltava toi esiin myös toiveen, että potilas pidettäisiin ajan tasalla hoitoketjun jokaisessa vaiheessa. Potilaan hoitopolku voi kattaa useita eri sairaalakontakteja, erilaisia tutkimuksia sekä ammattiryhmiä. Muutama haastateltava kertoi, ettei tiennyt, miksi kyseisiä toimenpiteitä tehtiin tai mitä lääkärit olettivat löytävänsä. Haastateltavat toivoivatkin, että heille kerrotaisiin herkemmin asioista, vaikka varmuutta mahdollisesta diagnoosista ei olisi-kaan. Epätietoisuudessa eläminen on haastateltavien mukaan raskain vaihe.

## Lähteet

### Painetut

Alanko, A. & Haarni, I. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2015. Kliininen hoitotyö. Helsinki.

Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. 2016. Kardiologia. Helsinki.

Beckie, TM., Beckstead, JW., Schocken, DD., Evans, ME. & Fletcher, GF. 2011. The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: a randomized clinical trial. *International Journal Nursing Studies* 48 (1), 3-12.

Eloranta, S. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Harju, J. 2007. Ravintoa sydämelle. Juva: WS Bookwell oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja.

Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito opas. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Iivasainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Keuruu: Tammi.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivunen, K., Isola, A. & Lukkarinen, H. 2007. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16 (4), 688-697.

Kulmala, J. 2013. Hiljainen ystävä- potilaan tarina. Sydänterveys, sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Helsinki: Dm World Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita

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

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

Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim 133, 1288-1290.

O'Driscoll, JM., Shave, R. & Cushin, CJ. 2006. A national health service hospitals cardiac rehabilitation programme: a qualitative analysis of provision. Journal of Clinical Nursing 16 (10), 1908-1918.

Zimmerman, L., Barnason, S., Hertzog, M., Young, L., Nieveen, J., Schulz, P. & Tu, C. 2011. Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. Heart and Lung 40 (5), 429-439.

Sähköiset

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Viitattu 10.9.2018.

<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517685047>

Hoitoketjut. 2017. HUS. Viitattu 11.11.2017. <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/Sivut/default.aspx>

Kettunen, R. 2016. Sydämen vajaatoiminta. Terveyskirjasto. Viitattu 11.11.2017. <https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/sydamen-vajaatoiminta>

Krooninen sepelvaltimotauti. 2010. Varsinais-Suomen alueelliset hoito- ja kuntoutusketjut. Viitattu 15.12.2017. [http://hoitoreitit.vsshp.fi/html/sepelvaltimotauti\\_tp.htm?userid=hoitoreitit&passwd=reitit08](http://hoitoreitit.vsshp.fi/html/sepelvaltimotauti_tp.htm?userid=hoitoreitit&passwd=reitit08)

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitajalehti. Viitattu 15.11. 2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 13.12.2017. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Sepelvaltimotautikohtaus. 2015. Käypä hoito. Viitattu 11.11.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00029>

Stabiili sepelvaltimotauti. 2015. Käypä hoito. Viitattu 11.11.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50102>

ST-nousuinfarkti. 2011. Käypä hoito. Viitattu 15.12.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50091>

Sydän- ja verisuonitaudit. 2016. THL. Viitattu 22.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/sydan-ja-verisuonitaudit>

Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. 2014. THL. Viitattu 15.11.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Sydämen vajaatoiminta. 2017a. Käypä hoito. Viitattu 11.11.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113>

Sydämen vajaatoiminta. 2017b. Sydäntutkimussäätiö. Viitattu 15.11.2017. <http://www.sydan-tutkimussaatio.fi/sydantutkimus/laake-sydanlihasta-kasvattamaan/sydamen-vajaatoiminta>

Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku HYKS-alueella. 2017. Viitattu 15.12.2017.  
[http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01232/HYKS\\_vajaatoimintapotilaan\\_hoitopolku.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01232/HYKS_vajaatoimintapotilaan_hoitopolku.html)

Syvänne, M. 2014. Sepelvaltimotauti. Sydän.fi. Viitattu 11.11.2017. <https://sydan.fi/sydan-sairaudet-ja-hoito/sepelvaltimotauti>

Syvänne, M. 2015. Sydämen vajaatoiminta. Sydän.fi. Viitattu 11.11.2017. <https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/sydamen-vajaatoiminta>

Julkaisemattomat

Kumpuniemi, E-M. 2016. Potilasohjaus (erikoissairaanhoidossa): sydänpotilaan ohjaus Hyvinkään sairaalassa, os.3. Hus.

Sipilä, R-M. 2017. Henkilökohtainen tiedoksianto. HUS. Hyvinkään sairaala.

## Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki analyysin etenemisestä .....	18
----------------------------------------------------	----

## Liitteet

Liite 1: Nyha-luokitus .....	39
Liite 2: Teemahaastattelun runko .....	40
Liite 3: Kirjallinen suostumus.....	41
Liite 4: Analyysin eteneminen .....	42
Liite 5: Tutkimuslupa.....	46

## Liite 1: Nyha-luokitus

<b>NYHA-luokka</b>	<b>Oireet</b>
I	Suorituskyky ei ole merkittävästi rajoittunut. Tavallinen rasitus (reipas tasamaakävely, kävely ylämäkeen ja usean kerrosvälin porrasmousu) ei aiheuta poikkeavaa hengenahdistusta tai väsymistä.
II	Suorituskyky on rajoittunut. Voimakkaampi rasitus aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymistä.
III	Suorituskyky on vahvasti rajoittunut. Jo tavallista vähäisempi rasitus (rauhallinen tasamaakävely 1–2 korttelivälin verran tai yhden kerrosvälin porrasmousu) aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymistä.
IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

## Liite 2: Teemahaastattelun runko

### Taustatiedot

Ikä:

Sukupuoli:

Sairastetut sydänsairaudet:

Muut perussairaudet:

Syy tämänhetkiseen osastolla olemiseen:

---

### SAIRAUDEN HERÄTTÄMÄT TUNTEET JA AJATUKSET

- Minkälaisia ajatuksia ja tunteita nousi pintaan, kun kuultit sairastuneesi? Miten reagoit saamaasi tietoon?
- Kuvaile miten ajatukseni ja tunteesi ovat muuttuneet sairauden aikana? Diagnoosista nykyhetkeen?
- Miten näet tulevaisuutesi?

### POTILASOHJAUS

- Minkälaista potilasohjausta sait sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä sairausdiagnoosin saatuaasi? Mitä olisit tarvinnut lisää?
- Miten koet potilasohjauksen toimineen sairaalassa? Minkälaista se oli?

### LÄHEISTEN MERKITYS JA VERTAISTUKI

- Miten läheisesi suhtautuivat sairauteesi? Ovatko he auttaneet sinua arjessa tai toimineet keskusteluapunasi?
- Mistä saat vertaistukea? Oletko ollut yhteydessä paikallisiin järjestöihin?

### ELÄMÄNHALLINTA JA HOITO

- Miten sairautenne vaikuttaa elämäänne? Miten olet joutunut muuttamaan elintapojasi?
- Millä tavalla hoidat sairauttasi ja ylläpidät terveyttäsi?
- Miten noudat lääkäreiden ja sairaanhoitajien hoito-ohjeita? Esim. elintapaohjeet, lääkkeet.



### Liite 3: Kirjallinen suostumus

Tämä on kirjallinen suostumus ”Naisten ja miesten väliset erot prosessoida sydänsairauttaan Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla”- tutkimukseen osallistumisesta

#### Hyvä haastatteluun osallistuva

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Hyvinkäältä. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa sydänsairautta sairastavien suhtautumista ja elintapatottumuksia sairauttaan kohtaan.

Haastatteluun osallistuminen on teille vapaaehtoista ja teillä on oikeus kieltäytyä siitä missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Teillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu ja esittää meille kysymyksiä. Haastattelu nauhoitetaan ja käsittelemme haastatteluaineistoa luottamuksellisesti sekä tulemme hävittämään aineiston opinnäytetyömme valmistuttua. Henkilöllisyystietoja ei luovuteta ulkopuolisille eikä henkilöllisyytenne ole jäljiteltävissä.

Tästä asiakirjasta on tehty kaksi kappaletta: haastateltavalle ja haastattelijalle.

---

Paikka ja aika

---

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

Haastattelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Lisätietoa:

Johanna Horttanainen

[etunimi.sukunimi@student.laurea.fi](mailto:etunimi.sukunimi@student.laurea.fi)

p.050xxxxxxx

Sanna Niemi

[etunimi.m.sukunimi@student.laurea.fi](mailto:etunimi.m.sukunimi@student.laurea.fi)

p.050xxxxxxx

## Liite 4: Analyysin eteneminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Herätti kovia tunteita.            Ei herännyt minkäänlaisia ajatuksia.            Ei tullut shokkina.            En minä osannut pelätä tai ajatella mitään.            Ei se mitään ajatuksia herättänyt, sukuvika.            Ei mitään kummempia ajatuksia nousut.</p>	<p>Esille nousseet ajatukset ja tunteet diagnoosin jälkeen.</p>	<p>Tunteet ja ajatukset</p>
<p>Osaan ottaa vastaan sen mitä tulee. Toinen sairauteni huolettaa enemmän.            Otan rauhallisesti ja otan vastaan sen mitä tulee.            En pelkää tulevaisuutta. Tulee mitä tulee.            Olen luottavainen tulevaisuuden suhteen.</p>	<p>Ajatukset tulevaisuuden suhteen</p>	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Käytiin me lapuista läpi asioita.</p> <p>Sain minä niitä lippulappusia.</p> <p>Oli paljon papereita kädessä ja rupesi lukemaan.</p> <p>Ei ole kukaan antanut ohjeistusta vielä.</p> <p>Kävin osaston ryhmäohjauksessa.</p>	Potilasohjauksen toteutus	Potilasohjaus
<p>Olen saanut riittävästi tietoa sairaudesta, ruokavaliosta ja liikunnasta.</p> <p>Elämäntapoihin olen saanut ohjeistusta.</p> <p>Ei ole kukaan antanut ohjeistusta vielä.</p> <p>Sain riittävästi tietoa kaikesta.</p> <p>Sydänmerkkituotteista puhuttiin.</p> <p>Olen saanut ohjeistusta, mutta ei ollut mitään uutta minulle.</p> <p>Ryhmäohjauksessa tuli esille konkreettisesti mitä sydämen vajaatoiminta tarkoittaa.</p>	Potilasohjauksen määrä ja sisältö	
<p>Pitäisi keskittyä enemmän asiakkaaseen ja hänen taustoihinsa.</p> <p>Pitäisi selittää konkreettisemmin.</p>	Kehittämissuhteet potilasohjaukseen	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ei kiinnosta vertaistukiryhmät. Voisi kiinnostaa, jos joudun laitospotilaaksi. Ei ole aikaa vertaistukiryhmille. Ei ole tarvetta.	Kiinnostus vertaistukeen	Vertaistuki
Vertaistuki-ihminen ei ollut minulle sopiva.	Tyytyväisyys vertaistukeen	
Töissä keskustellaan. Lasten kanssa keskustelu helpottaa oloa. Työpaikoilla keskustellaan. Se on tärkeää. Tytärillä on paljon tietoa. Pojilta saan tukea tarvittaviin muutoksiin.	Läheisten merkitys	Läheiset
Tytöt käyvät kaupassa vuorotellen. Poikani käy viikoittain kaupassa. Ystävä käy kaupassa.	Läheisten apu	
Jos olisin syönyt määrättyjä lääkkeitä, en olisi nyt taas tässä.	Lääkityksen noudattamatta jättäminen.	Lääkitys
Noudatan lääkärin määräämää lääkitystä. Kotihoito huolehtii lääkityksestäni. Otan lääkkeet itse aina. Käyn viikoittain INR-kokeissa.	Lääkityksen noudattaminen	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Jos olisin muuttanut ruokavaliota, en olisi nyt taas tässä.</p> <p>En ole muuttanut ruokavaliota diagnoosin jälkeen.</p> <p>Tiedän miten pitäisi syödä, mutta en välttämättä syö niin, koska ruoka on liian hyvää.</p> <p>Syön niin, miten itsestäni parhaaksi tuntuu.</p> <p>Olen kulinaristi, pidän liian paljon ruuasta.</p> <p>Syön sitä mitä vastaan tulee.</p>	Ruokavalio-ohjeiden noudattaminen	Ruokavalio
<p>Olen minä vähän ruokavaliota keventänyt.</p> <p>Lopetin alkoholin käytön kertarysäyksellä</p>	Ruokavalio-ohjeiden noudattaminen	
<p>Ei ole vaikuttanut elämään mitenkään.</p> <p>En ole ajatellut asiaa, eletään päivä kerrallaan.</p>	Sairaus ei ole vaikuttanut elämään.	Sairauden vaikutus elämään
<p>Ajatusmaailmani on muuttunut.</p> <p>En uskalla käydä talvisin enää kalastamassa.</p> <p>Muutin takaisin Suomeen.</p>	Sairaus on vaikuttanut elämään.	

## Liite 5: Tutkimuslupa

**HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAAHOITOPIIRI**
**Liite 5  
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSSUUNNITELMAN  
TIIVISTELMÄ**


Opinnäytetyön tekijä	Suku- ja etunimet Horttanainen Johanna ja Niemi Sanna
Tutkimus-suunnitelman tiivistelmä	Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmän tulee sisältää lyhyt kuvaus tutkimuksen lähtökohdasta ja taustasta, arvio työn merkityksestä ja tulosten sovellettavuudesta kohdeosastolle/yksiköille, kuvaus tutkimustehtävistä ja menetelmistä sekä tieto tutkimukseen osallistuvien määrästä.  Tiivistelmän pituus korkeintaan 2000 merkkiä
	<p>”Naisten ja miesten väliset erot prosessoida sydänsairauttaan Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla”-opinnäytetyössä halutaan perehtyä naisten ja miesten välsiin eroihin ajattelutavoissa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten naisten ja miesten suhtautuminen sydänsairauteensa eroavat toisistaan. Tutkimuksen tavoitteena on, että Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosasto voi hyödyntää opinnäytetyötä potilaiden ohjauksessa ja heidän kohtaamisessa. Miten nais- ja miespotilaiden tarpeet eroavat toisistaan? Miten hoitohenkilökunnan tulee muuttaa omia toimintamallejaan potilaan sukupuolen perusteella?</p> <p>Tutkimusongelmaa selvitetään teemahaastatteluiden avulla, joita pyritään tekemään noin 12-16, niin, että haastatteluissa saatu materiaali kylläntyy. Tarkoituksena on haastatella Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston potilaita heidän osastolla olonsa aikana. Kohderyhmä on rajattu potilaisiin, jotka sairastavat joko sepelvaltimotautia tai sydämen vajaatoimintaa. Tutkimustyössä tullaan noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja objektiivisuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa: suunnitteluvaiheessa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja tallentamaan äänitiedostoiksi, jotka hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.</p>