

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu
perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö

Saara Holma ja Terttu Raappana

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2010

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma sairaanhoitaja

SAARA HOLMA & TERTTU RAAPPANA

SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEN TOIMINTAMALLIN TOIMIVUUDEN
TARKASTELU PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Opinnäytetyö, 48 sivua ja 9 liitettä

Ohjaajat: Seppo Kilpiäinen ja Sirpa Orajärvi

30.11.2010

Asiasana: ohjaus – sydänpotilas – sepelvaltimotauti

Sydänpotilaan ohjauksen merkitys korostuu, sillä sairaalajaksot ovat lyhentyneet ja ohjauksen päävastuu on siirtymässä perusterveydenhuoltoon. Hyvä ja laadukas ohjaus edistää potilaan toipumista ja ehkäisee sepelvaltimotaudin pahenemista. Teoreettisessa viitekehyksessä on käsitelty sydänsairauksia ja niiden hoitomuotoja sekä potilasohjausta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, jatkuuko sairaalassa aloitettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli perusterveydenhuollossa sydänhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena oli ohjauksen toimintamalliin liittyvien kehitystarpeiden tunnistaminen ja löytäminen. Tutkimuksessa oli mukana 23 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvaa terveysasemaa, joiden vastaanotolla on sydänhoitaja. Aineisto kerättiin 19.4.-12.5.2010 välisenä aikana. Kyselyyn vastanneita oli 11, joista suurin osa oli miehiä ja iältään 50-65-vuotiaita. Aineisto oli pieni, joten käytimme sen analysoinnissa sekä määrällistä, että laadullista menetelmää.

Tutkimus osoitti, että ohjausmalli on käytössä perusterveydenhuollossa ja sydänhoitajan vastaanotolla annettu ohjaus tukee sairaalassa aloitettua ohjausta. Lisäohjaukselle on edelleen tarvetta. Potilaat arvostavat sydänhoitajan työtä ja kokevat sen tarpeelliseksi.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

Saara Holma & Terttu Raappana

REVIENING HEART PATIENT COUNSELING CONTROL MODEL IN PRIMARY HEALTH CARE

Bachelor`s thesis, 48 pages and 9 appendices

Advisors: Seppo Kilpiäinen and Sirpa Orajärvi

30.11.2010

Keywords: guidance - heart patient - coronary artery disease

The significance of heartpatient counseling is emphasized since the hospital episodes are shorter and the guidance shifting responsibility for basic health care. Good and quality control contributes to patient's recovery and prevents the exacerbation of coronary heart disease. This study discusses cardiovascular diseases and their treatments as well as patient counseling.

The purpose of this study was to investigate if the approach of the cardiovascular patient counseling will continue initiated from hospital to primary care cardiovascular nursing. The aim was to identify and find the function of the control model of development needs. The study included 23 Northern Ostrobothnia hospitals covered by health centre where there is a cardiac nurse's office. The data were collected in the period from 19.4 to 12.05.2010. There were 11 responders in the survey and the most of them were male between 50-65 years old. Because of the small material of study we made the analysis using both quantitative and qualitative methodology.

The study showed that the control model is used in primary care and the cardiac nurse supports the control of the hospital initiated counseling. Additional guidance is still needed. The work of a cardiac nurse is appreciated and felt necessary by the patients.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 SEPELVALTIMOTAUTI	7
2.1 Sepelvaltimokohtaus ja sydäninfarkti	8
2.2 Sepelvaltimosairauksien hoito	10
2.3 Vaaratekijät, elintapamuutokset ja kuntoutus	11
3 POTILASOHJAUS	15
3.1 Vuorovaikutus ohjauksessa.....	15
3.2 Taustatekijät	16
3.3 Ohjausmenetelmät.....	17
3.4 Ohjausvaiheet.....	18
3.5 Seurantakäynnit.....	20
4 AIHEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	23
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	25
5.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma.....	25
5.2 Tutkimusmenetelmä, toteuttaminen ja aineiston keruu	25
5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	27
6 TUTKIMUSTULOKSET	30
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8 POHDINTA	38
LÄHTEET.....	43
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on edelleen merkittävä kuolemaan johtava syy Suomessa. Vuonna 2008 verenkiertoelinsairauksien aiheuttamia kuolemia oli 40% kaikista kuolemista, joista yleisin sairaus oli sepelvaltimotauti 23%. Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana sepelvaltimotautikuolemat ovat puolittuneet työikäisillä miehillä. Tilastojen mukaan tässä ryhmässä yleisin kuolemaan johtava syy oli alkoholin aiheuttama. Työikäisten naisten alkoholiperäiset kuolemansyyt ovat kasvaneet 40%, joka on selkeästi yleisempi kuin rintasyövän ja sepelvaltimotaudin aiheuttamat kuolemat. (Tarkoma, 2009.)

Suomessa on noin 194 000 henkilöä, jotka saavat Kelan korvausta sepelvaltimotaudin lääkkeistä. Sairauden yleisyys on suurempi, sillä kaikki potilaat eivät ole rekisterissä. Sepelvaltimotauti on yleisempi iäkkäillä, mutta puolet potilaista on alle 65-vuotiaita. (Mustajoki, 2009.) Suomessa on alueellisia eroja sydän- ja verisuonitautisairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Lounais-Suomeen verrattuna sepelvaltimotautia esiintyy noin puolitoistakertaisesti Itä- ja Koillis-Suomessa, jossa sekä sairastavuus että kuolleisuus infarktiin ovat korkeammat. (Reunanen, 2005.)

Sepelvaltimotauti (*morbis cordis coronarius*, MCC), eli koronaaritauti, on sydämen omien valtimoiden sairaus, jossa kolesterolia, eli ateroomaa, kertyy vähitellen sepelvaltimoiden seinämiin. Sepelvaltimoissa veren virtaus heikkenee ja ahtautuneen sepelvaltimon suorittama sydämenosa alkaa kärsiä hapenpuutteesta, eli sydänlihaskemiasta, joka aistitaan angina pectoris -kipuna. (Kauppinen, toim. 2006, 44; Heikkilä, Huikuri, Luomanmäki, Nieminen & Peuhkurinen, 2000, 342-343, 429; Suomen sydänliitto ry 2008, 7.)

Sydänpotilaiden hoitajaksot erikoissairaanhoidossa ovat lyhentyneet ja sen vuoksi ohjauksen ja opettamisen merkitys korostuu. Potilas tarvitsee hyvät jatkohoito-ohjeet selviytyäkseen kotona sairautensa kanssa. (Hilden, 2002, 24.) Potilaslain mukaan potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä (Lohiniva-Kerkelä, 2007, 26; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

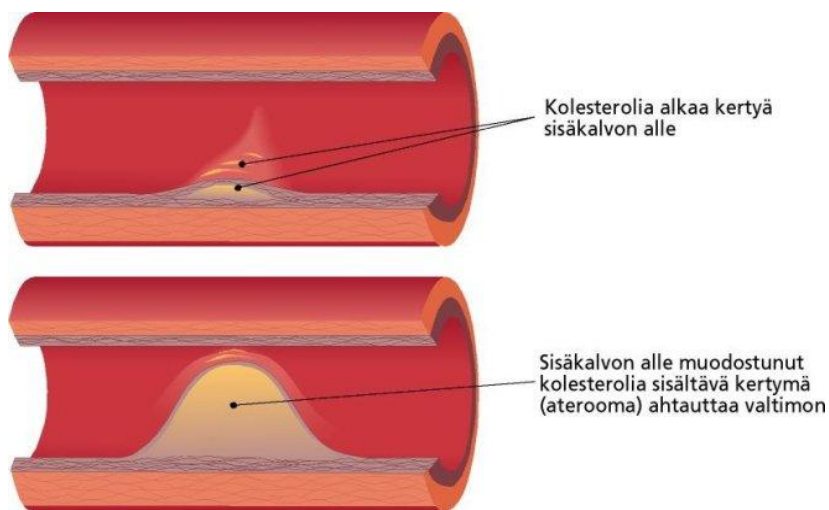
Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) hallinnoima potilasohjauksen organisoinnin kehittämis- ja tutkimushanke on toteutettu vuonna 2003 – 2008. Hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Käytössä on kuuden eri potilasryhmän ohjausmallit. (Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs, 2008, 1, 13.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, toimiiko sairaalajakson aikana aloitettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli perusterveydenhuollossa ja käyvätkö potilaat sydänhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on ohjauksen toimintamalliin liittyvien kehitystarpeiden tunnistaminen. Tutkimusaineisto saadaan kyselylomakkeilla, joilla haetaan vastaukset tutkimusongelmaan. Tutkimusaineisto kerätään Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirinalueen terveyskeskuksista, joissa on nimetty sydänhoitaja. Tutkimuksen ulkopuolelle jää Kallion kuntayhtymä sekä muutamia yksittäisiä kuntia. Koemme tärkeäksi ohjauksen merkityksen sydänpotilaan toipumisen kannalta. Tulevina sairaanhoitajina voimme hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja kehittää potilasohjausta käytännössä.

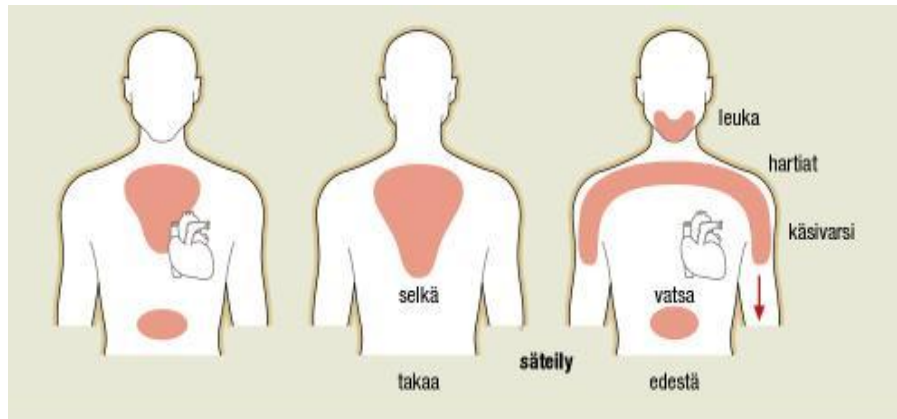
Tässä työssä käytetään sydänpotilasnimitystä, koska potilasryhmä koostuu sydän- ja verisuonisairauksia sairastavista potilaista. Myös tutkimuksemme taustalla olevassa toimintamallissa on käytetty sydänpotilasnimitystä. Tutkimuksessa on käytetty sekä määrällistä, että laadullista tutkimusmenetelmää. Teoreettisessa viitekehyksessä käsittelemme sydänpotilaan ohjausta, sydänsairauksista sepelvaltimotautia sekä sydäninfarktia ja niiden hoitomuotoja.

2 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimotauti (*morbus cordis coronarius*, MCC), eli koronaaritauti, on sydämen omien valtimoiden sairaus, jossa kolesterolia, eli ateroosaa, kertyy vähitellen sepelvaltimoiden seinämiin (kuva 1). Sepelvaltimoissa veren virtaus heikkenee ja ahtautuneen sepelvaltimon suorittama sydämenosa alkaa kärsiä hapenpuutteesta, eli sydänlihaskemiasta, joka aistitaan angina pectoris -kipuna. Tyypillisesti rintakipu (kuva 2.) tuntuu puristavana ja kipu säteilee vasempaan käteen sekä kaulaan, kurkkuun ja alaleukaan. Harvemmin kipu aistitaan ylävatsan, hartiaselän tai oikean hartian ja yläraajan kipuna. Sepelvaltimon ollessa ahtautuneena vain osittain, kipu ilmenee yleensä rasituksessa, esimerkiksi mäkeä noustessa tai portaita ylös kävellessä. Suonen tukkeutuessa lisää, alkaa kipua tuntua jo pienessäkin rasituksessa kuten kotiaskareissa. Jopa lepokipuja saattaa ilmaantua. (Kauppinen, toim. 2006, 44; Heikkilä, Huikuri, Luomanmäki, Nieminen & Peuhkurinen, 2000, 342-343, 429; Suomen sydänliitto ry 2008, 7.)



Kuva 1. Valtimonahtauman kehittyminen (Mustajoki, 2009.)



Kuva 2. Sepelvaltimotaudin rintakivun sijainti (Mustajoki, 2009.)

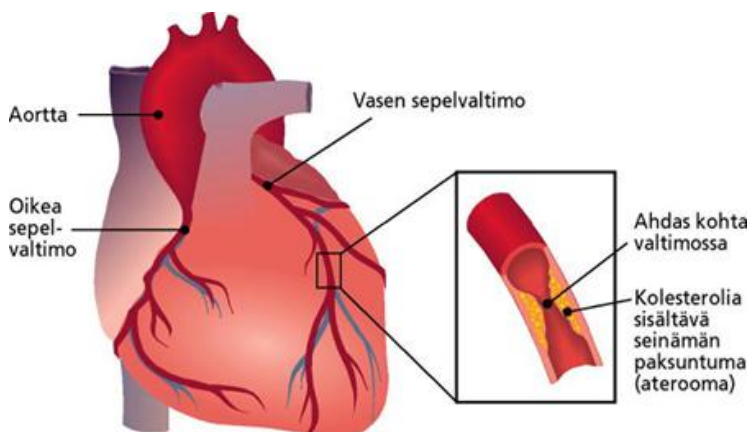
2.1 Sepelvaltimokohtaus ja sydäninfarkti

Sepelvaltimotautikohtaus (*acute coronary syndromes*) on sepelvaltimoiden äkillisestä tukkeumasta tai ahtaumasta aiheutuva hapenpuute sydänlihaksessa, jolla tarkoitetaan epästabiliia angina pectorista ja sydäninfarktia ilman ST-muutoksia. Ne voidaan jakaa primaarisiin ja sekundaarisiin sepelvaltimokohtauksiin. Primaarisessa kohtauksessa sepelvaltimon seinämään kertyneeseen ateroomaplakkiin tulee repeämä tai haavauma ja siihen alkaa kertyä trombia. Sekundaarisen kohtauksen aiheuttaja on ulkoinen syy, joka johtaa sydämen hapenpuutteeseen. Sen voivat aiheuttaa eri tekijät, kuten nopea rytmihäiriö, äkillinen anemia, hypertensiivinen kriisi eli verenpaineen nousu, tai traumasta tai jostain muusta tekijästä johtuva nopea eteisvärinä. Vaarana on saada infarkti, mutta yleensä sepelvaltimeen ei tule repeämää ja siihen kertyvää trombia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009.)

Epästabiilin angina pectoris (*Unstabil angina pectoris, UAP*)- kohtauksen aikana kipua tuntuu pienessä rasituksessa ja se kestää yli 20 minuuttia. Kipu ei mene ohitse levossa. Sydänfilmissä ei näy muutoksia ja troponiini, eli sydänlihaksen merkkiainepitoisuus veressä, ei nouse, sillä tukos liukenee nopeasti. Sydänlihaksessa ei ehdi tapahtua hapenpuutteesta johtuvaa solukuoliota, jolloin vereen ei vapaudu troponiinia. ST-nousuinfarktissa, eli Q-aaltainfarktissa, kipu alkaa nopeasti ja sydänfilmissä näkyy ST-nousua. Sepelvaltimo tukkeutuu ja sydänlihas kärsii hapenpuutteesta, jolloin tapahtuu

solujen tuhoutumista ja troponiinia vapautuu verenkiertoon. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009.)

Sydäninfarkti on sydänlihaksen kuolio, joka syntyy kun sepelvaltimoverenvirtaus estyy suonessa kokonaan pidemmäksi aikaa (noin 20 min). Tukosten sijainti vaikuttaa kuolion laajuuteen. Tukoksen sijaitessa sepelvaltimoiden (kuva 3) yläjuoksulla (*proksimaalisesti*), vaurioalue on laajempi kuin sepelvaltimoiden alajuoksun (*distalisissa*) tukoksissa. Uloimpien (*perifeeristen*) sepelvaltimoiden haarakkeiden tukos aiheuttaa niin sanotun mikrokuolion, joka heikentää sydämen pumppaustoimintaa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2006, 215.)



Kuva 3. Sepelvaltimot (Mustajoki, 2009)

Sydäninfarktit luokitellaan sen mukaan, mitä sydämen osaa infarkti vaurioittaa. ST-nousu- eli Q-aaltoinfarkti on *transmuraarinen* eli läpi sydämen seinämän käsittävä sydänlihaskuolio, jossa sydämen toiminta heikkenee merkittävästi. Infarktialueelle kehittyy arpi, joka heikentää sydämen pumppausvoimaa, katkaisee paikallisesti sähköisiä johtoratoja sekä altistaa kammioperäisille rytmihäiriöille. Ei-ST-nousuinfarkti on *subendokardiaalinen* eli sydämen sisäkalvonalainen sydänlihaskuolio. Yleensä tämä vaurioittaa sydämen lihaksesta eli *myokardiumista* sisimmäisen pinnan, eikä aiheuta pysyvää toimintahäiriötä, mutta altistaa rytmihäiriöille ja kiputuntemuksille. (Vauhkonen & Holmström, 2005, 57-58.)

Kroonisen sepelvaltimotautipotilaan lääkehoidon tavoitteena on poistaa angina pectoris –oireisto, ehkäistä ateroskleroosin (valtimonseinämien kovettuminen) eteneminen ja sydäninfarktin vaara, sekä vähentää kuolleisuutta. Hyvä ja tasapainossa oleva lääkehoito vähentää potilaan oireita, ei aiheuta sivuvaikutuksia ja parantaa suorituskykyä. Lääkehoidossa huomioidaan edullinen vaikutus potilaan muihin sairauksiin nähden. (Heikkilä ym. 2000, 421,427.) Sydänlääkitys voidaan jakaa ennustetta parantaviin ja sydäntapahtumia estäviin lääkkeisiin (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parkkila, & Yli-Mäyry, 2008, 192).

2.2 Sepelvaltimosairauksien hoito

Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen, eli koronaariangiografian, tarkoituksena on selvittää mahdollinen sepelvaltimotauti, sen vaikeusaste ja ahtaumien sijainti. Varjoainekuvauksen tulisi suorittaa mahdollisimman pian sepelvaltimokohtauksen jälkeen, koska vaara menehtyä, tai kokea sydänperäinen haittatapahtuma, on suuri ensimmäisten päivien aikana kohtauksesta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009.) Sepelvaltimoiden koronaariangiografiassa ohut letku (katetri) viedään sydämeen, joko värttinä (*arteria radialis*) - tai reisivaltimon (*arteria femoralis*) kautta. Kuvauksessa varjoainetta ruiskutetaan sepelvaltimoihin ja sydäntä kuvataan useasta eri suunnasta. Löydösten perusteella sydänlääkäri (kardiologi) tekee arvion siitä, tarvitseeko potilas oireiden helpottamiseksi pallolaajennuksen eli PTCA:n (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) tai ohitusleikkaushoidon. (Heikkilä, Kupari, Airaksinen, Huikuri, Nieminen & Peuhkurinen, 2008, 273-281.)

Sepelvaltimoiden pallolaajennushoito tehdään yleensä koronaariangiografian yhteydessä. Pallolaajennushoidossa ahtautuneen suonon kaventuman kohdalle viedään läpivalaisukontrollissa ohut letku eli katetri, jonka ympärillä oleva pallo laajennetaan täyteen mittaansa. Katetripallo laajentaa suonon normaaliksi, tai lähes normaaliksi, painamalla ahtauman verisuonen seinämää vasten. Pallolaajennus voidaan tehdä samalla kerralla yhteen tai kahteen sepelvaltimoon. Sepelvaltimoon voidaan asettaa pallolaajennuksen yhteydessä ohut metallinen tuki eli verkkolaajennin (stentti) tai

lääkestentti ehkäisemään suonen uudelleen ahtautumista. Pallolaajennus vaatii 1-2 vuorokauden sairaalassaolon. Potilaat ovat työkykyisiä useimmiten viikon kuluttua toimenpiteestä. (Heikkilä, ym. 2008, 374-380; Mäkijärvi, ym. 2008, 278-283; Töyry, 2008, 43-45.)

Sydänleikkauksista yleisin on ohitusleikkaus, jonka avulla pyritään poistamaan rintakivut ja vähentämään sydäninfarktin riskiä. Ohitusleikkaus mahdollistaa paremman elämänlaadun, pidentää potilaan elinikää ja sillä on myös kuntouttava merkitys. Ikä ei ole yleensä este ohitusleikkaukselle, mutta leikkauskuolleisuus lisääntyy iän karttuessa. (Iivanainen, ym. 2006, 224; Heikkilä & Kupari, ym. 2008, 393.) Ohitusleikkaus tehdään yleensä avoleikkauksena potilas kytkettynä koneeseen. Leikkauksessa rintalasta (*sternotomia*) halkaistaan ja toimenpide tehdään useimmiten sydämen ollessa pysäytettynä. Leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita voivat olla haavan infektio ja kiputilat, sydämen toimintakyvyn heikkeneminen sekä rintalastan luutumiseen liittyvät ongelmat. (Vauhkonen & Holmström, 2005, 188.) Ohitusleikkauksessa ahtautuneen sepelvaltimon ohittamiseen käytetään potilaan omia verisuonia. Siirrännäiseksi soveltuvat muun muassa värttinävaltimo (*arteria radialis*), alaraajojen ihon pintalaskimot (*vena saphena magna, vena saphena parva*) tai rintakehän sisävaltimot (*arteria thoracica interna, ITA*) (Kauppinen, toim. 2006, 79; Töyry, 2008, 45-46.)

Ohitusleikkauksella hoidetaan ne potilaat, joilla sairauden oireet eivät pysy lääkehoidolla kurissa, tai sairaus lääkehoidosta huolimatta uhkaa henkeä (Heikkilä & Kupari, ym. 2008, 392). Ohitusleikkauksella hoidetaan myös ne potilaat, joilla on usean suonen laaja sepelvaltimotauti, ja ahtaumat ovat paikassa, jota ei voida hoitaa pallolaajennuksella, tai ahtauma sijaitsee sepelvaltimon päärungossa. Lisäksi ohitusleikataan ne potilaat, joiden sepelvaltimotaudin ennuste edellyttää leikkausta. Elinennusteen tulee olla vähintään kaksi vuotta, eikä potilaalla saa olla leikkausriskejä lisääviä tekijöitä. (Mäkijärvi, ym. 2008, 285-286.)

2.3 Vaaratekijät, elintapamuutokset ja kuntoutus

Sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä ovat muun muassa verenpaineauti, rasva-

aineenvaihdunnan häiriöt tai sairaudet, sokeritauti tai heikentynyt sokerinsieto, tupakointi, ylipaino, vähäinen liikunta, runsas alkoholin käyttö ja epäterveelliset ravintotottumukset. Riskitekijöitä ovat myös sepelvaltimotaudin esiintyminen lähisuvussa. (Koskenvuo, 2003, 56-57; Heikkilä & Kupari, ym. 2008, 332; Suomen Sydänliitto ry 2008, 21-24.)

Elintapamuutokset ovat keskeinen osa useiden pitkäaikaissairauksien hoitoa, ehkäisyä ja terveyden edistämistä. Elintapamuutosten toteuttaminen ja ylläpitäminen on haastava tehtävä, jos esimerkiksi ylipainoisuudesta, verenpainetaudista tai piilevästä tyypin 2 diabeteksesta ei ole konkreettista haittaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 90.) Ruokavalion muutoksille asetetaan yksilölliset tavoitteet ja niiden toteutumista seurataan. Sepelvaltimotautipotilaille olisi hyötyä elintarvikkeista, jotka vähentävät haitallista kolesterolia sekä ehkäisevät ylipainoa ja diabetesta. Ruokavalion tulisi olla riittävän monipuolista. Ravintokuidun saantia voidaan lisätä kasvien, marjojen ja hedelmien sekä viljatuotteiden käyttöä lisäämällä. Ruokasuolan saantia tulisi rajoittaa <5g/vrk. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2001, 457; Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa, 2003, 296.)

Kohonneen verenpaineen haitat moninkertaistuvat sydän- ja verisuonitautia sairastavilla. Korkea verenpaine aiheuttaa sydämen vasemman kammion paksuuntumista. Sen seurauksena kammion toiminta huononee ja loppuvaiheessa kehittyy sydämen vajaatoiminta. Kohonnut verenpaine lisää valtimoiden kalkkeutumista ja muuttaa verisuonten seinämien rakennetta, joka puolestaan lisää riskiä saada sepelvaltimotauti ja aivo- tai sydäninfarkti. Lisäksi kohonnut tai pitkään koholla ollut verenpaine lisää aivoverenvuodon riskiä sekä munuaisten vajaatoimintaa. (Kauppinen, toim. 2006, 62-63; Töyry, 2008, 27-28.) Verenpaineen tavoiteltava arvo perusterveillä ihmisillä on 140/85 mmHg. Henkilöillä, joilla on todettu diabetes, munuaissairaus, tai hän on sairastanut aivohalvauksen tai sydäninfarktin, hoitotavoite on 130/80 mmHg. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009.)

Hyperlipidemia, eli veren korkea kolesterolipitoisuus, voi olla joko primaari (ensisijainen) tai sekundaari (toissijainen) sairaus. Primaarihyperlipidemia johtuu

aineenvaihdunnan periytyvästä häiriöstä. Sekundaarisen hyperlipidemian suurimpia syitä ovat hypotyreoosi eli kilpirauhasen vajaatoiminta, aikuistyypin diabetes, munuaissairaus, maksasairaus, runsas alkoholin käyttö ja huomattava ylipaino. Seerumin kokonaiskolesterolin tavoitteeksi on asetettu alle 5 mmol/l, HDL-kolesterolipitoisuudeksi (hyvä kolesteroli) yli 1 mmol/l, LDL-kolesterolipitoisuudeksi (huono kolesteroli) alle 3 mmol/l ja triglyseridi-kolesteroli alle 2 mmol/l. Diabetes lisää voimakkaasti sepelvaltimotaudin ja muiden ateroskleroosin aiheuttamien valtimosairauksien ilmaantumisen vaaraa. (Iivanainen, ym. 2001, 458-459; Mäkijärvi, ym. 2008, 232-234; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009.)

Suoranainen syy-seuraussuhde sepelvaltimotaudin kehittymiseen on tupakoinnilla. Tupakansavu vähentää kehon saamaa happea, vaurioittaa verisuonia, alentaa hyvän HDL-kolesterolin määrää ja lisää verihiutaleiden taipumusta tarttua toisiinsa. Savu voi myös laukaista iskeemisen sydäntapahtuman, jolloin verisuoneen kertyy tulppa tukkien ahtautuneen sepelvaltimon. (Iivanainen, ym. 2001, 456.) Alkoholin runsas ja säännöllinen käyttö kohottaa verenpainetta. Alkoholi sisältää runsaasti energiaa ja altistaa lihomiselle (Iivanainen, ym. 2006, 193.) Alkoholin riskikäytön raja miehillä on 2-3 ravintola-annosta ja naisilla 1-2 ravintola-annosta vuorokaudessa (Iivanainen, ym. 2001, 457; Töyry, 2008, 58).

Sepelvaltimotaudin ilmaantumisen vaaraa vähentää säännöllinen ja riittävä liikunta osittain siksi, että yleensä liikunnan harrastajat omaksuvat myös muuten terveelliset elämäntavat, jotka vaikuttavat edullisesti biokemiallisiin ja fysiologisiin tekijöihin elimistössä (Iivanainen, ym. 2001, 457). Säännöllinen liikunta vahvistaa ja kasvattaa sydänlihasta, lisää suotuisan HDL-kolesterolin määrää ja auttaa painon hallinnassa sekä hillitsee valtimoseinämän tulehdusta, laskee verenpainetta ja parantaa sokeritasapainoa (Iivanainen, ym. 2006, 193; Suomen Sydänliitto ry 2008, 25).

Sydänsairaus ilmenee usein yllättäen. Sairaalahoidon jälkeen kotiin palaaminen sekä kuntoutuminen aiheuttavat aina jonkinasteisen kriisin, ei ainoastaan potilaalle, vaan koko perheelle ja omaisille. Kotona saattaa ilmetä erilaisia tunnereaktioita, ja masentuneisuutta, mikä on hyvin tavallista. Suuri osa sydänpotilaista kokee hoidon

aikaista tai jälkeistä, sekä hoitotoimenpiteitä edeltävää pelkoa ja ahdistuneisuutta. (Mäkijärvi, ym.2008, 119.)

Sepelvaltimopotilaan kuntoutuksen tavoitteena on estää sairauden uusiutuminen ja jopa sairausprosessin pysähtyminen, toiminta- ja työkyvyn palautuminen sekä parempi elämänlaatu. Kuntoutuksen laadulla ja määrällä on vaikutusta potilaan tietoon, taitoon ja kykyyn selviytyä sairautensa kanssa kotona. Edellytyksenä on, että potilas on ohjauksen avulla orientoitunut psyykkisesti ja sosiaalisesti elämäänsä sairautensa kanssa. Potilas on itsensä tärkein kuntouttaja. Kuntoutumisen prosessi alkaa sairaalavaiheessa ja jatkuu kotiutumisen jälkeen, sillä kuntoutus ja ohjaus erimuodoissa kuuluvat potilaan jatkohoitoon. Potilaalle kerrotaan myös erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista ja sopeutumisvalmennuskursseista, joita järjestävät muun muassa Sydänliitto, KELA ja OYS. Kuntoutukseen osallistuneilta saadun palautteen perusteella voidaan arvioida kuntoutuksen ja ohjauksen merkitystä elintapamuutoksiin ja sydäntapahtumien ilmaantumiseen. (Lipponen, ym. 2008, 29; Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2/2008, 50-52.)

Sairauteen sopeutumisvaihe saattaa kestää useita kuukausia ja elämäntaparemontin toteuttaminen voi tuottaa suuria vaikeuksia. Toipumisvaiheen aikana pelot liittyvät useimmiten kipuun, oireiden ja sairauden uusiutumiseen, fyysiseen suorituskykyyn, kuolemaan, taloudellisiin huoliin, sekä työ- ja toimintakyvyn palaamiseen. Miehet kokevat huolta oman miehisyytensä ja seksuaalisen minäkuvansa muutoksesta. Asian puheeksi ottaminen lääkärin kanssa on usein vaikeaa ja asiasta ei uskalleta puhua. Miehet arvioivat toipumistaan ja selviytymistään sen kautta, miten fyysinen kunto palautuu, ja työhön palaaminen on mahdollista. Naisille puolestaan toipumisen mittari on kotitöistä selviytyminen. (Mäkijärvi, ym. 2008, 119-120.)

3 POTILASOHJAUS

Ohjauksella tarkoitetaan potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi selviytyjäksi (Soohbany, 1999, 35-40; Kääriäinen & Kyngäs, 2005, 209). Hoitajan tehtävänä on olla ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. Vuorovaikutus on tunteiden ja ajatusten vaihtamista, yhdessä tekemistä ja yhdessä olemista. (Vilen, Leppämäki & Ekström, 2008, 22-23.) Hyvä ohjaussuhde edellyttää, että potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta, sillä potilas on oman elämänsä ja hoitaja alansa asiantuntija. (Kyngäs, ym. 2007, 39.)

Potilasohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen, jonka edellytyksenä on työn filosofinen ja eettinen pohdinta, sekä oman ohjausperiaatteen tiedostaminen (Lipponen, ym. 2008, 3). Työtä ohjaavien lakien ja asetusten tunnistaminen, sekä tietotaitojen päivittäminen on hoitohenkilökunnan velvollisuus, jolloin potilaalle annettu tieto on asianmukaista ja perusteltua. Terveystieteiden ammattihenkilöistä (15§) mukaan hoitotyön tarkoituksena on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Lain mukaan potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan hoito on järjestettävä niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Hoidossa ja kohtelussa otetaan huomioon potilaan oma äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. Potilaslain 5 §:n mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä, kun tehdään päätöksiä hänen hoitamisestaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.1 Vuorovaikutus ohjauksessa

Vuorovaikutuksellista tukemista on se, että hoitaja pyrkii tukemaan potilaan tietoista

puolta, ja niitä voimavaroja, joita hänellä on (Vilen, ym. 2008, 23). Sydänpotilas kokee onnistumisen tunteita, kun hän on noudattanut henkilökohtaisia hoito-ohjeita ja saavutetut tulokset ovat mitattavissa. Potilas kokee hallitsevansa omat voimavaransa ja tunnistaa sairauden rajoittamat tekijät, sekä elää mahdollisimman tasapainoista elämää. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2008, 118.)

Ohjaus ei ole pelkästään tiedon antamista, vaan se sisältää potilaan erilaisten tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot, eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen. Emotionaaliseen tukeen kuuluvat pitämisen, välittämisen, arvostamisen sekä muiden myönteisten tunteiden osoittaminen. Käytännön tukemiseen kuuluvat taloudellinen apu, sekä erilaiset palvelut ja tarvikkeet, joita potilas tarvitsee. Tiedollista tukemista on tarpeellisen tiedon tarjoaminen. (Kyngäs, ym. 2007, 42.)

Sanallinen viestintä on vain osa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Tärkeää on kiinnittää huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanaton viestintä tukee, painottaa, täydentää, kumoo, ja jopa korvaa, kokonaan sanallisen viestinnän. Sanattomaan viestintään kuuluvat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Sanattoman viestinnän kontrollointi on vaikeaa, koska niitä lähetetään tiedostamattomasti. Hyvän ohjauksen edellytyksenä on, että potilas ja hoitaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. (Kyngäs, ym. 2007, 38-39; Vilen, ym. 2008, 20.)

3.2 Taustatekijät

Taustatekijät ovat ohjauksen lähtökohtana, koska niistä potilas muodostaa käsityksensä ja tulkintansa todellisuudesta, jossa hän elää ja toteuttaa hoitoaan. Suuren haasteen hoitajalle asettavat potilaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Ohjaustavoitteiden saavuttaminen vaatii potilaan taustatekijöiden huomioimisen lisäksi myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Hoitajan on ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omien arvojensa, että ihmiskäsityksensä mukaan. (Kyngäs, ym. 2007, 26-27.)

Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin, jotka sisältävät muun muassa seuraavanlaisia tekijöitä. Fyysisiä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psyykkisiin tekijöihin luetaan terveystokokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistyyli, oppimisvalmiudet ja motivaatio. Sosiaalisiin tekijöihin liittyvät kulttuuritausta, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys. Ympäristötekijöitä ovat yleensä hoitotyön kulttuuri, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö. (Kyngäs, ym. 2007, 31.)

3.3 Ohjausmenetelmät

Ohjaussuhteen kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen edellytyksenä on se, että potilas ja hoitaja ovat kumpikin aktiivisia ohjaustilanteessa. Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta kertomaan omista taustatekijöistään, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. Potilaalla on mahdollisuus ja oikeus esittää hyvinkin ristiriitaisia mielipiteitä ja tehdä itsenäisiä valintoja. Ohjaustavoitteen saavuttamiseen vaikuttavat hoitajan kyky aistia potilaan tilanne ja rakentaa luottamuksellinen ohjaussuhde, sekä kyky käyttää yhteistyötä tukevia ohjausmenetelmiä. (Ojanen, 2000, 51; Kyngäs, ym. 2007, 39-42.)

Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä siitä, miten potilas omaksuu asioita, ja mikä on ohjauksen tavoite. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tunnistamaan, millainen asioiden omaksumistapa on hänelle ominaista. Keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää, sillä potilas muistaa ja kykenee vastaanottamaan vain rajallisen määrän tietoa kerralla. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002, 27; Kyngäs, ym. 2007, 73.)

Hyvässä ja toimivassa ohjaussuhteessa potilas tuntee itsensä arvostetuksi. Potilas saa tarpeellista tietoa ja tukea, ja se auttaa häntä ymmärtämään entistä paremmin itseään ja tilannettaan. Lisäksi hän uskoo itsellä ja omahoidolla olevan vaikutusta terveytensä hoitamisessa, eikä koe olevansa riippuvainen hoitajasta. Tavoitteellisen ohjausprosessin suunnitteleminen edistää potilaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Hoitaja selvittää, mikä on potilaan oma tietämys, ja tiedon tarve sekä paras ohjaus- tai opetusmenetelmä. (Kyngäs, ym. 2007, 39-42; Ojanen, 2000, 51.)

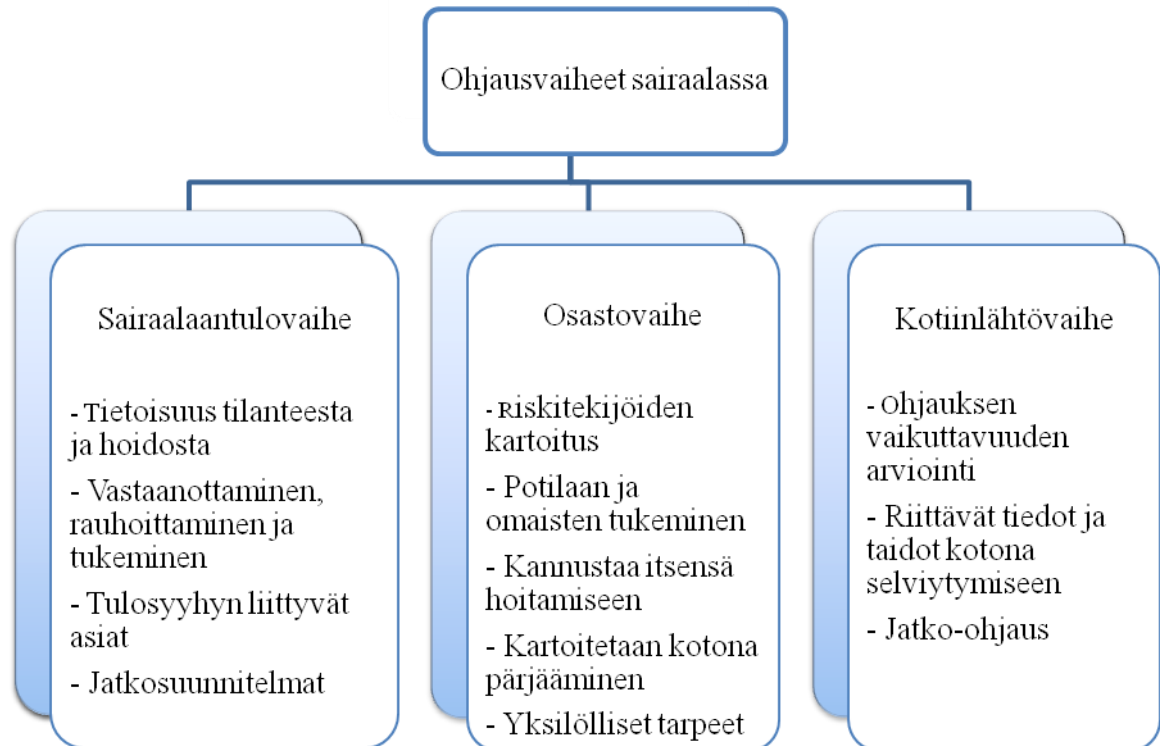
Yleensä ohjausta annetaan suullisesti yksilö- tai ryhmäohjauksessa, jota voidaan tukea erilaisin ohjausmateriaalein esimerkiksi videoiden, äänitteiden ja kirjallisuuden avulla. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä. Se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, sekä jatkuvan palautteen antamisen ja vapaamuotoisen keskustelun. Ohjausta voidaan antaa myös puhelimen, tietoverkoston ja joukkoviestinnän avulla. Demonstrointi ohjausmenetelmänä on näyttämällä opettamista, mikä perustuu havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Sen tarkoituksena on, että potilas itse harjoittelee ja oppii konkreettisesti jonkin asian tekemistä, kuten verenpaineen mittaamista. (Kyngäs, ym. 2007, 74, 116-118, 128-129.)

3.4 Ohjausvaiheet

Yhteinen toimiva ohjaus- ja hoitokäytäntö selkeyttää hoitolinjoja, poistaa päällekkäisyyksiä ja turvaa hoidon jatkuvuuden sekä perusterveydenhuollossa että avoterveydenhuollossa eri ammattiryhmien välillä. Riittävä ja potilaslähtöinen ohjaus koko hoitoprosessin ajan, niin sairaalassa, kuin sitä ennen, edistää sydänpotilaiden terveyttä ja sen ylläpitämistä. Lisäksi sillä on vaikutusta potilaiden tyytyväisyyteen ja mielialaan. Ennen hoitoon tulemistä saatu ohjaus mahdollistaa sen, että potilaalle jää aikaa miettiä erilaisia hoitovaihtoehtoja ja saada selvitys omasta tilanteesta. (Iivanainen, 2001, 71-71; Lipponen, ym. 2008, 5.)

Sairaalaan tulovaiheen (kuvio 1) ohjauksen tavoitteena on, että potilas ja omaiset ovat tietoisia tilanteesta ja hoidon kulusta. Hoitajan tärkeimpiä tehtäviä ovat potilaan ja omaisten vastaanottaminen, rauhoittaminen ja tukeminen, sekä sairaalaan tulosyyn ja siihen liittyvien asioiden selkiyttäminen. Hoitaja toteuttaa jatkosuunnitelmiin liittyvät asiat ja ohjaa potilasta tarpeiden mukaisesti toteuttamaan kotimittauksista esimerkiksi verenpaineen mittauksen. Fysioterapeutti ohjaa sydänleikkaukseen tulevia potilaita liikumis- ja hengitystekniikoissa. Osastovaiheen ohjauksen (kuvio 1) tavoitteena on kannustaa potilasta välttämään riskitekijöitä (esimerkiksi tupakointi ja ruokavalio), sekä ottamaan vastuuta sairautensa hoidosta. Potilaalle ja omaisille annetaan ohjausta ja tukea muuttuneessa elämäntilanteessa. Tällöin selvitetään kotona pärjäämisen kannalta

oleellisimmat asiat, kuten mihin ottaa yhteyttä voinnin huonontuessa, lääkitys, sen säännöllisyys ja pysyvyys, mieliala, liikunnan harjoittaminen (liikuntapäiväkirja), verenpaineen seuraaminen (verenpaineen seurantakortti), sekä yksilöllisten tarpeiden mukaisesti muut elämään liittyvät asiat. (Lipponen, ym. 2008, 24-25; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2004, 240- 243.)



Kuvio 1. Ohjausvaiheet sairaalassa

Yleensä ohjaus rakentuu niille asioille, joita potilas esittää ja jotka ovat tärkeitä hänen terveytensä, hyvinvointinsa tai sairautensa kannalta, kuten potilaan terveys- ja elämäntaito-ongelmiin, elämänkulun eri vaiheisiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen liittyvät asiat. (Kynäs, ym. 2007, 26.) Hoitoprosessissa tulisi kiinnittää huomiota perusteelliseen ohjaukseen, koska hoidon jatkuminen jää potilaan ja heidän omaistensa vastuulle (Palmu & Suominen, 1999, 119-127.)

Kotiuduttuaan potilaiden on itse hakeuduttava jatko-ohjaukseen, jonka päävastuu on siirtymässä perusterveydenhuoltoon. (Lipponen, ym. 2008, 19). Perusterveydenhuollon palveluja tarjoavat kuntien ylläpitämät terveyskeskukset, jotka ovat yleisesti kaikkien

saatavilla. Koko väestön kattava terveyskeskusjärjestelmä luotiin kansanterveyslaililla 1972, joka määrittää kunnan tehtäväksi yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvan terveydenhoidon, yksilön sairaanhoidon sekä niihin liittyvän toiminnan. Sen tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveydentilaa. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi, 2005, 351-352; Kansanterveyslaki 66/1972.)

Useimmiten vasta sairaalasta kotiutumisen jälkeen potilaalla on aikaa miettiä tapahtunutta, ja hän alkaa ymmärtää sairaustapahtuman, sekä kykenee käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita. Sen vuoksi omaisen on hyvä olla mukana kotiinlähävaiheen ohjauksessa (kuviot 1), kun hoitaja arvioi yhdessä potilaan kanssa ohjauksen vaikuttavuutta. Hoitaja varmistaa, että potilaalla on riittävät tiedot ja palvelut kotona selviytymiseen. Tarvittaessa voidaan varata aika ryhmäohjaukseen ja sydänhoitajalle. Hoitaja kannustaa potilasta toteuttamaan elämäntapamuutoksia ja annettuja ohjeita. Potilaalle annetaan ohjauslomake (liite 1), jonka hän ottaa mukaansa ensimmäiselle seurantakäynnille. Potilas saa mukaansa lääkekortin, tarvittavat lääkemääräykset ja hän tietää jatkohoitoonsa liittyvät asiat. Hänelle annetaan oman alueensa sydänhoitajan yhteystiedot, keneen hänen tulisi ottaa yhteyttä. Lisäksi potilas tietää sairaslomansa pituuden ja B-todistuskäytännön, eli lääkkeiden erikoiskorvattavuusasian. (Lipponen, ym. 2008, 27.)

3.5 Seurantakäynnit

Sydänliitto kehittää yhdessä Oulaisten, Satakunnan ja Pirkanmaan ammattikorkeakoulujen kanssa perusterveydenhuollossa tapahtuvaa sydänpotilaiden hoitotyötä ja sen edellyttämää täydennyskoulutusta. Tavoitteena on, että sydänhoitajien erikoistumisopinnojen opetussuunnitelma on valmis valtakunnalliseen jakeluun vuonna 2010. (Suomen sydänliitto ry 2008, 4.)

Sydänhoitaja suunnittelee yhdessä sydänpotilaan ja omaisen kanssa yksilöllisen ohjaussuunnitelman, jossa huomioidaan potilaan nykytilanne, toipuminen ja ohjauksen tarve. Hoitaja käyttää apunaan mittareita ja kyselylomakkeita sekä arvioi erityistyöntekijöiden, kuten fysioterapeutin, ravitsemus- tai sosiaalityöntekijän

ohjauksen tarvetta. (Lipponen, ym. 2008, 28.) Ohjaus ja seurantakäynneillä käsiteltäviä asioita ovat potilaan vaaratekijöiden huomioiminen, työelämään paluu, kuntoutuksen tarpeen arviointi ja tavoitteiden laatiminen seuraava ohjauskertaa varten sekä ohjaus kotiseurantoihin (Heikkilä, ym. 2008, 507).

Alkuohjauksen tavoitteena on potilaan tukeminen, motivointi ja tiedon antaminen toipumisesta, jotta potilas ymmärtää elämäntapaohjauksen ja sen merkityksen sairauden uusiutumisen kannalta. Hän tunnistaa riskit ja asettaa uusia tavoitteita. Yksilöllisessä ohjaussuunnitelmassa huomioidaan potilaiden muutosvoimavarat ja tukitoimet, sekä ohitusleikkattujen potilaiden fyysiset rajoitteet toipilasaikana. (Lipponen, ym. 2008, 38-44.) Potilaiden kontekstin, eli ympäristön huomioiva ohjaus, lisää heidän tyytyväisyyttään hoitoon ja edistää ohjauksen positiivisia vaikutuksia, kuten tiedon saantia, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista sekä vähentää lääkityksen tarvetta (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa, 2005, 10-11).

Pallolaajennuspotilaan ensimmäinen käynti sydänhoitajan vastaanotolla on 1-2 viikon kuluttua ja ohitusleikkaus- ja sydäninfarktipotilaan 3-4 viikon kuluttua sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Potilas tuo mukanaan sydänhoitajan vastaanotolle OYS:n sydänpotilaan ohjauslomakkeen, joka auttaa ohjaustarpeen määrittämisessä. Ensimmäisellä käyntikerralla käydään läpi potilaan yleisvointi ja mieliala sekä oireista hengenahdistus, rintakipu ja suorituskyky. Potilaalta mitataan verenpaine, pulssi, BMI eli painoindeksi, vyötärönympäryys ja verensokeri. Ohjausta annetaan lääkehoidon toteuttamisesta, erityiskorvattavuusasioista, erityiskysymyksistä sekä kotimittauksien teko- ja seurantaohjeista. Neuvotaan, mitä tehdä, jos oireet uusiutuvat, ja milloin on syytä hakeutua lääkäriin. Pallolaajennuspotilaan punktioalue tarkastetaan. Sydäninfarktipotilas kertoo oman kuvauksensa voinnistaan nyt ja ennen sydäntapahtumaa. Ohitusleikkauspotilaalla huomioidaan kipu, väsymys ja kuume sekä otetaan EKG (elektrokardiografia). Heiltä tarkastetaan leikkaushaavan paraneminen, rintalastan luutumisen, ryhti ja rinta-hartiaseudun liikkuvuus sekä ohjataan haavojen paranemista edistävässä hoidossa. (Lipponen, ym. 2008, 38-44.)

Tehostettu ohjaus, eli toinen käynti, on 2-3 kuukauden kuluttua kotiutumisesta tai tarpeen mukaan. Potilas arvioi omaa fyysistä ja psyykkistä kuntoaan,

elämäntapamuutoksiaan ja tarkentaa omia tavoitteitaan. Tällöin toistetaan samat mittaukset kuin ensimmäisen käyntikerran yhteydessä, mutta lisänä ovat EKG, veren rasva- ja sokeri-arvojen sekä painon mittaus, elintapakysely ja riskikartoitusmittaukset mittareiden avulla. Toisella ohjaukserällä keskustellaan sairauden vaikutuksesta esimerkiksi sukupuoli ja tunne-elämään, sekä arvioidaan jatkokuntoutuksen tarvetta ja mahdollisuutta. Sydäninfarktipotilaan kanssa käydään läpi sosiaaliturvaan sekä sairauslomaan liittyvät asiat. Fysioterapian hyödyntäminen varhaisessa vaiheessa edesauttaa ohitusleikkauspotilaan kuntoutumista. (Lipponen, ym. 2008, 38-44.)

Seurantaohjaus, eli kolmas käynti, on 5-6 kuukauden kuluttua kotiutumisesta ja lisäksi on vuosikontrolli noin vuoden kuluttua kotiutumisesta. Tavoitteena on, että potilas arvioi omaa vointiaan ja elämäntaparemonttinsa toteutumista ja sen vaikutusta terveyteensä, sekä löytää omat tapansa edistää sitä. Tällöin toistetaan kaikki mittaukset, arvioidaan liikuntapäiväkirjaa ja kotimittauksien tuloksia. Potilasta tuetaan ennen kaikkea pysyviin elintapamuutoksiin ja tarvittaessa annetaan vaaratekijöihin kohdistuvaa elämäntapaohjausta. Ohjaustilanteessa huomioidaan tunne- ja sukupuolielämään, sosiaaliturvaan, kuntoutukseen ja työelämään paluuseen liittyvät asiat sekä sairasloman jatkuminen. Ohitusleikkauspotilaiden kanssa käydään läpi ryhti, rinta-hartiaseudun liikkuvuus ja haavojen paraneminen. (Lipponen, ym. 2008, 38-44.) Ohjauksen onnistumiseksi hoitaja ja potilas arvioivat yhdessä, miten ohjauksen tavoitteet on saavutettu. Hoitajan tulee säännöllisesti arvioida omia ohjaustaitojaan, jotta hän voi itse kehittyä ohjaajana. (Kynäs, ym. 2007, 45-46.)

4 AIHEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Potilasohjaukseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia on tehty lähinnä sairaalahoidon aikana saadusta ohjauksesta.

Patala-Pudaksen tutkimuksessa sairaalahoidon aikana ohjausta on toivottu lisää erityisesti sairauden syystä, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista. Potilaat ovat saaneet riittämättömästi ohjausta hoidonjälkeisistä ongelmista, niiden tunnistamisesta ja ehkäisystä. Erityisesti sosiaalisen tuen ohjausta potilaat ovat saaneet mielestään vähän, vaikka kokevat sen merkityksen elämässään erittäin tärkeäksi.

Koivulan (2002, 56-57) väitöskirjassa ilmeni, että ohitusleikkauspotilaat olivat saaneet sairauteensa liittyvää ja tarvitsemaansa tietoa hoitohenkilökunnalta riittävästi ennen leikkaukseen menoa sekä moniammatillista ohjausta. Potilaat kokivat saaneensa hoitajilta emotionaalista ja konkreettista tukea yli odotusten, mutta kuitenkin osa potilaista koki, ettei tunteista ollut mahdollisuutta puhua. Sydänpotilaiden perusohjauksen laatu vastasi ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen tarvetta ja ohjauksen saaminen oli parantunut hoitoprosessin aikana.

Koivunen (2000, 41, 46) on tutkinut sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutumista ohitusleikkauksesta ja ohjausta osana kuntoutumisprosessia. Tutkimuksen mukaan osa naisista koki saaneensa ohjausta kahden ensimmäisen kuukauden aikana elämäntapoihin, liikkumiseen, riskitekijöihin ja oireisiin liittyen. Ohjausta ovat antaneet sairaalan fysioterapeutit, sairaanhoitajat ja lääkärit sekä suullisesti että kirjallisesti. Osa tutkimukseen osallistuneista oli saanut ohjausta toisilta leikkauspotilailta, omilta tyttäriltä, lääkäriltä ja infarktihoitajalta. Eräs vastaaja olisi toivonut ohjauspäivää, jossa olisi ollut esim. luentoja. Ohjausta oli saatu hyvin vaihtelevasti ja osa naisista koki, ettei ollut saanut ohjausta lainkaan, vaikka he kokivat sen tarpeellisenä.

Koivusen (2000, 55, 61-62, 69) tekemässä tutkimuksessa miehet kokivat saaneensa ensivaiheessa (1 kuukausi leikkauksesta) monipuolista ohjausta ja olivat ohjaukseen tyytyväisiä. Erityisesti he arvostivat ohjausta, joka painottui elämäntapoihin. Osa miehistä oli etsinyt omatoimisesti tietoa kirjallisuudesta ja televisiosta. Miesten saama

ohjaus koettiin vähäisenä sellaisten henkilöiden kohdalla, joilla ei esiintynyt minkäänlaisia komplikaatioita tai muita oireita. Miehet kokivat ohjauksen tarpeen vähenevän tervehtymisen myötä.

Mäenpään (2007, 53-55) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että ohjeita annettiin kerralla liian paljon, sillä potilaat kokivat sairauden tilan sekä kunnan esteeksi ohjeiden vastaanottamiseen ja omaksumiseen. Ohjaus ei toteutunut johdonmukaisesti ja suunnitellusti. Potilaan kysymyksille ei ollut riittävästi aikaa. He kaipaisivat selkeää ohjausta ja toivovat perusteltuja ja helposti ymmärrettäviä ohjeita. Hoitajien ja lääkärin vaihtuminen tiheään, ja nimetyn hoitajan puuttuminen, aiheuttivat ongelmia. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta esimerkiksi sairauteensa liittyvistä asioista, ja että heidän omalle vastuulle jää liian paljon. He kokivat ajoittain joutuvansa kerjäämään ohjausta ja kyselemään hoito-ohjeita. Myös Koivusen (2000, 50) tutkimuksessa kävi ilmi, että ohjauksen saaminen perustui potilaan omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen.

Mäenpään (2007, 40, 53) tutkimuksessa ohjaustilanteen ilmapiiriä arvioitiin inhimilliseksi, luotettavaksi ja miellyttäväksi sekä asiantuntevaksi, rauhalliseksi, onnistuneeksi ja kannustavaksi. Vastanneista noin puolet arvioi ohjauksen hyväksi. Ohjaukseen liittyvät ongelmat liittyivät puutteellisen ohjauksen saantiin, hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksiin ja ohjaustilanteeseen. Ongelmaksi koettiin myös hoitajien negatiivinen asennoituminen ohjausta kohtaan ja heidän puutteellinen tietämyksensä.

Rintala (2007, 53-55) on tutkinut ohjausta sairaalassa omaisten näkökulmasta. Tutkimuksessa ilmeni, että noin puolet omaisista oli kokenut saaneensa hyvin sairaalaan tulo- ja osastovaiheen ohjausta. Mäenpää (2007, 53-55) on puolestaan tutkinut ohjausta potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksissa ilmeni, että henkilökunnan vähyys näkyi kiireenä ja potilasohjauksen puutteena. Omaiset ja potilaat toivoivat rauhallista ohjaustilaa, jossa ei ole häiriötekijöitä sekä mahdollisuuden keskustella yksityisesti.

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää, toimiiko sairaalajakson aikana aloitettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on ohjauksen toimintamalliin liittyvien kehitystarpeiden tunnistaminen ja löytäminen.

Tutkimuksen ongelma on:

1. Miten sydänhoitajan vastaanotolla saatu ohjaus toteutuu sairaalassa aloitettuun ohjauksen malliin suhteutettuna?

5.2 Tutkimusmenetelmä, toteuttaminen ja aineiston keruu

Opinnäytetyön suunnitelman ja teoreettisen viitekehyksen suunnittelu alkoi toukokuussa 2009. Kesäkuussa oli tapaaminen, johon osallistuivat opinnäytetyön tekijät, OYS:n osaston 35 sekä kardiologisen osaston osastonhoitajat. Silloin kävi ilmi, että tietoa halutaan nimenomaan siitä, toimiiko sydänpotilaan ohjausmalli perusterveydenhuollossa. Yhteydenpito kuntien sydänhoitajiin ja tiedotus tulevasta opinnäytetyöstä ja aineiston keräämisestä on tapahtunut sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyöhön saadaan enemmän aineistoa ja luotettavuutta, kun tutkimuksessa ovat mukana 23 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvaa terveysasemaa. Opinnäytetyön ulkopuolelle on jätetty muutama yksittäinen kunta, sekä Kallion kuntayhtymä, koska siellä on tehty vastaavanlainen opinnäytetyö.

Tutkimussuunnitelma on hyväksytty tammikuussa ja aineistonkeruulupa myönnetty helmikuussa 2010. Kyselykaavakkeen esitestaus on suoritettu maaliskuussa 2010 pienelle joukolla, jonka perusteella muutamaa kysymystä on muokattu helpommin ymmärrettävään muotoon. Varsinainen aineistonkeruu on suoritettu 19.4.- 12.5.2010 välisenä aikana. Aineiston hankinnassa on käytetty kokonaisotantaa, eli kaikki sydänhoitajan vastaanotolla aineistonkeruun aikana käyneet sydänpotilaat ovat voineet

osallistua kyselytutkimukseen vapaaehtoisesti. Kyselyyn vastanneet lähettivät kyselykaavakkeet osastolle 35 vastaakuorella, jonka postimaksu oli valmiiksi maksettu. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti heti käsittelyn jälkeen.

Kyselykaavake koostui neljästä eri osa-alueesta. Kysymykset 1-5 koskivat taustatekijöitä, kysymyksillä 6-11 haettiin vastauksia ohjaukseen hakeutumiseen ja sen jatkuvuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Kysymykset 12-16 antoivat tietoa ohjauksen tarpeesta sekä lisäohjauksen saamisesta ja kysymykset 17-21 siitä, millainen ohjaustilanne on ollut. Viimeisenä oli yksi avoin kysymys, johon potilaat saivat kirjoittaa ajatuksiaan.

Kyselytutkimus eli survey on yleisesti käytetty tutkimusmenetelmä, joka on muuttujien välisiä suhteita tarkasteleva menetelmä. Kyselytutkimus soveltuu parhaiten erilaisten tilanteiden, käytänteiden ja olosuhteiden kartoitukseen sekä vertailujen tekemiseen. Opinnäytetyön tutkimuksen mittarina on kyselylomake, joka koostuu strukturoiduista kysymyksistä. Esitetyistä väittämistä vastaaja valitsee sopivan vaihtoehdon ja kysymyssarjan lopuksi on yksi avoin kysymys, johon vastaaja voi vastata mielensä mukaan. Onnistuneeseen tutkimukseen tulisi saada vähintään 50-60 vastausta, jotta aineiston käsittelyllä olisi merkitys. Ennen varsinaista kyselyä suoritetaan kyselylomakkeen esitestaus, jolla saadaan selville kysymysten riittävyys ja kattavuus. Kyselytutkimuksen lähtökohtana on se, että kaikki vastaavat kyselyyn, mutta usein ongelmana on kato, eli vastaajien vähäinen osallistuminen. (Anttila, 2005, 182-183, 197.)

Kyselylomakkeella tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, jolla pyritään mittaamaan erilaisia moniulotteisia ilmiöitä, kuten asenteita ja arvoja. Käytettävissä oleva teoria auttaa ulottuvuuksien ja käsitteiden määrittelemisessä. Vastausprosentti kertoo, kuinka moni otokseen valituista palautti kyselylomakkeen. Tutkimukseen saadaan lisää luotettavuutta, kun vastausprosentista ja kyselyyn vastanneista tehdään tarkempi analyysi. Tutkimus muuttuu näytteeksi siinä tapauksessa, kun se ei täytä otoksen kriteerejä. (Vehkalahti, 2008, 12, 20, 44, 46.)

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän välinen määrittely ja rajanveto ei ole selkeää, sillä esimerkiksi haastattelua voidaan käyttää sekä laadullisesti että määrällisesti ja vastaavasti haastatteluilla kerättyä aineistoa voidaan analysoida sekä kvalitatiivisesti että kvantitatiivisesti. Menetelmät täydentävät toisiaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen laadullinen aineisto tarkoittaa pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmaisultaan tekstiä, kuten erimuotoiset haastattelut ja havainnoinnit sekä päiväkirjat, kirjallinen ja kuvallinen aineisto tai äänimateriaali. (Eskola & Suoranta, 1999, 13, 15.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tekemisen yhteydessä on usein esitetty kysymys, kuinka paljon aineistoa täytyy kerätä, jotta tutkimus olisi tieteellistä, edustavaa ja yleistettävissä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa puhutaan aineiston kattavuudesta, viitattaessa aineiston koon, analyysin ja tulkinnan onnistuneisuuteen sekä tutkimustekstin kirjoittamisen muodostamaan kokonaisuuteen. Usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään pieneen määrään tapauksia ja ne pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Se antaa mahdollisuuden perehtyä syvällisemmin tutkittavaan aineistoon. Aineiston tieteellinen kriteeri ei näin ollen olekaan se määrä, vaan laatu. (Eskola & Suoranta, 1999, 18, 60-61.)

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekemisessä pyritään välttämään virheiden syntymistä ja sen vuoksi luotettavuutta tulee aina arvioida. Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta ja mittauksen tarkkuutta, sekä tutkimuksen toistettavuutta, jossa saadaan sama tulos, kysely ei anna ei-sattumanvaraisia tuloksia. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Luotettavuutta lisää kyselylomakkeen eli mittarin esitestaus pienellä joukolla ennen varsinaista tutkimusta, jonka perusteella voidaan tehdä kysymyksiin muutoksia ja tarkennuksia. Näin tutkimukseen saadaan juuri sitä tietoa, jota tarvitaan tutkimusongelmien selvittämiseen ja mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tämä lisää tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä. Kvalitatiivisissa

tutkimuksissa pyritään välttämään käsitteitä reliaabelius ja validius, sillä nämä käsitteet yhdistetään kvantitatiiviseen tutkimukseen, jonka piirissä nämä käsitteet ovat syntyneet (Anttila, 2005, 511-517; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 226-227.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen ulkoinen validiteetti viittaa tulosten yleistettävyyteen tutkimusjoukon ulkopuolelle. Tutkimustulosten raportissa arvioidaan, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. Sisäinen validiteetti viittaa siihen, mitä keskeisiä sekä luotettavia tietoja tutkimukseen osallistuvilta saadaan ja ovatko tehdyt johtopäätökset luotettavia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 152-158.) Kvalitatiivisen tutkimuksen sisäiseen validiteettiin kuuluu teoreettinen validiteetti, joka tarkoittaa sitä, että ongelmaa mittaamaan on valittu parhaiten sitä kuvaava teoreettinen käsite (Krause & Kiikkala, 1997, 69).

Tutkimuksella tuotetaan tuloksia tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Voidakseen käyttää tutkimustuloksia työssään, hoitotyöntekijän on kyettävä arvioimaan, onko tutkimus tehty eettisesti ja luotettavasti oikein. Lisäksi on tiedettävä tutkimusvaiheiden eettiset vaatimukset ja tunnettava tutkittavien oikeudet. Eettisten ratkaisujen merkitys korostuu silloin, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään tietolähteinä ihmisiä. Tutkimusaihe ja tutkimusongelma eivät saa loukata ketään, eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. Tutkimusetiikkaa ohjaavan lainsäädännön vuoksi aineistonkeruuluvan myönsi OYS:n sisätautien tulosyksikön johtaja, joka arvioi ja hyväksyi tutkimussuunnitelman, saatekirjeen (liite 8), aineistonkeruukaavakkeen (liite 9), sekä hankkeistamiseen tarvittavan sopimuksen ja tutkimusluvut (liite 2-5 ja 7). Oulun Yliopistollinen sairaala kustansi kyselykaavakkeiden materiaalin ja niiden tulostamisen sekä vastauskuoret postituskuluineen. Oulun kaupungin palvelujohtaja myönsi aineistonkeruuluvan (liite 6) Oulun kaupungin terveysasemilla tehtyihin kyselyihin. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 360-365.)

Tutkimuksessa noudatetaan tieteellisesti eettisiä toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Siinä käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisemisessa noudatetaan avoimuutta. Tutkimuksessa huomioidaan muiden tutkijoiden työt ja annetaan niille oikea arvo. Ilmoitetaan rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. Eettiset

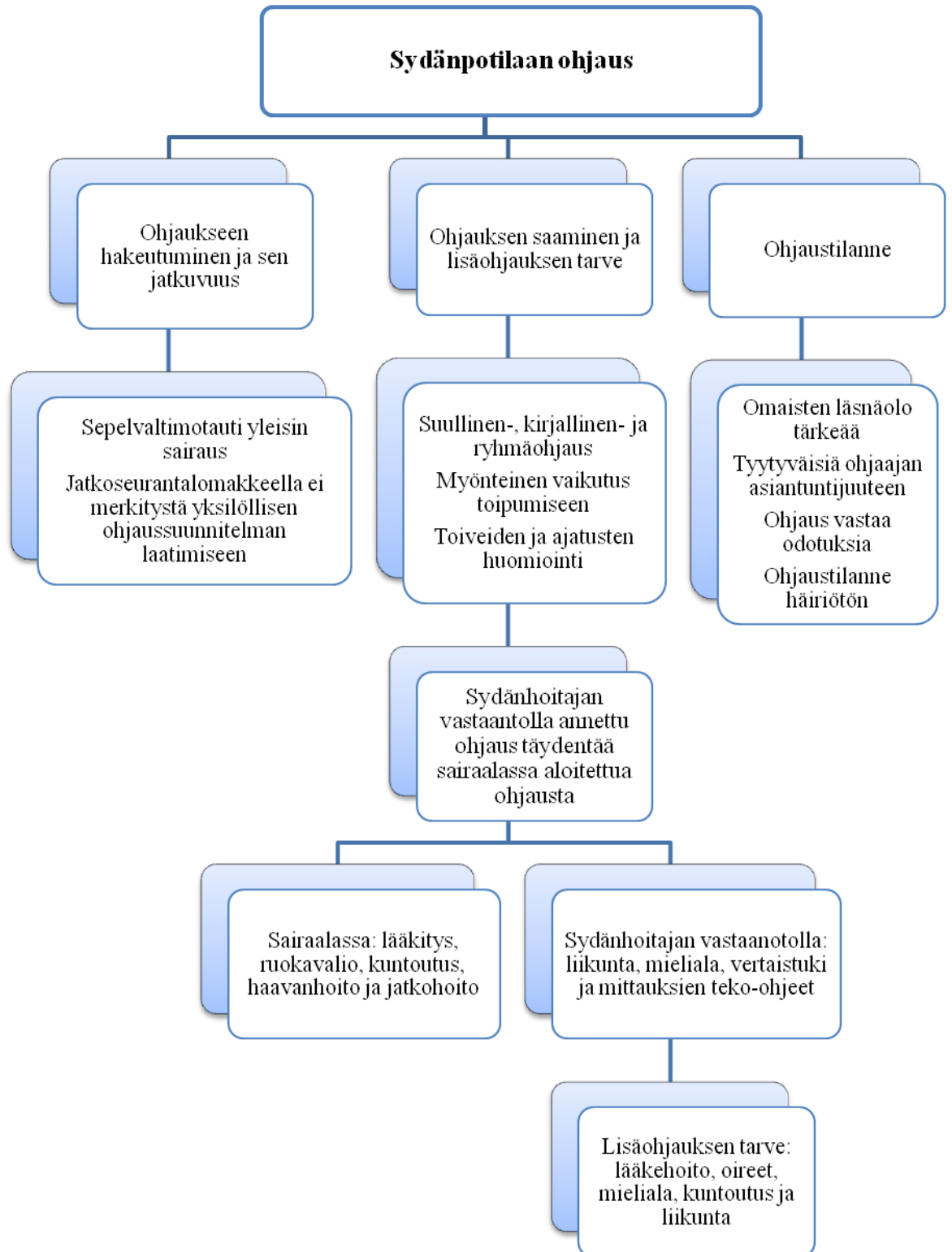
periaatteet täyttyvät kyselyssä, sillä kyselykaavakkeeseen ei tule nimeä, eikä mitään sellaista, että vastaaja voisi henkilöityä tai olla tunnistettavissa. Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Vastauksia ja tuloksia tarkastellaan puolueettomana, eli tutkija itse ei vaikuta haluttuun tutkimustulokseen. Kaikki kyselylomakkeiden tutkimustulokset analysoidaan. Tutkija ei saa alkaa valikoimaan vain mieleisiä vastauksia, koska tutkimus ei muutoin ole luotettava. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 364, 367, 369.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyö sai uuden käänteen ja tutkimusnäkökulman alhaisen vastausprosentin vuoksi. Aineistokato oli huomattava, sillä terveyskeskuksiin jaettiin 100 kyselykaavaketta, joista saimme takaisin 11. Vastausten vähäisyyden vuoksi tulosten määrällinen tarkastelu tilastoina ei ole järkevää. Olemme kuitenkin käyttäneet SPSS- sekä Excel-tietokoneohjelmia apuna vastausten tulkinnassa ja tulosten yhteenvetoa tehdessämme (kuvio 2). Visuaalinen havainnollistaminen makaavien pylväsdiagrammien (kuvio 3 ja 4) avulla auttaa lukijaa tutkimustulosten ymmärtämisessä. Kyselytutkimukseen vastasi 11 sydänhoitajan vastaanotolla käynyttä potilasta, jotka olivat 47-81-vuotiaita. Suurin osa heistä oli 50-65 -vuotiaita miehiä, vastanneista naisia oli kolme. Enemmistö oli naimisissa olevia, ilman ammattitutkintoa ja eläkkeellä olevia henkilöitä.

Aineiston tulkinnassa olemme käyttäneet määrällisen tutkimuksen laajentamista laadullisin keinoin. Tulosten yhteenveto (kuvio 2) kuvaa kyselykaavakkeen antamia tuloksia. Kysymyksillä haettiin vastauksia ohjaukseen hakeutumiseen ja sen jatkuvuuteen vaikuttavista tekijöistä, sekä tietoa ohjauksen tarpeesta ja lisäohjauksen saamisesta. Lisäksi kysyttiin, millainen ohjaustilanne on ollut. Viimeisenä oli yksi avoin kysymys, johon potilaat saivat kirjoittaa ajatuksiaan.

Ohjaukseen hakeutumisen yleisimmäksi syyksi osoittautui sepelvaltimotauti. Pallolaajennus sekä ohitusleikkaus olivat toiseksi yleisimmät sydänhoitajan vastaanotolla ohjauksessa käymisen syitä. Lisäksi ohjauksessa on käynyt muutama sydäninfarktin sairastanut sekä verenpainetautia sairastavia tai muista sydänsairauksista (esim. kardiomyopatiasta) kärsiviä potilaita. Vastanneista kuusi kävi yhden sairauden tai toimenpiteen vuoksi ja viisi kahden tai useamman sairaudensyyn vuoksi ohjauksessa. Sydänhoitajan yhteystiedot potilaat olivat saaneet pääsääntöisesti sairaalasta kotiutumisen yhteydessä ja olivat itse varanneet ajan vastaanotolle.



Kuvio 2. Tulosten yhteenveto

Jatko-ohjausta varten ohjauslomakkeen sairaalasta kotiutumisen yhteydessä oli saanut ainoastaan kolme potilasta, kaksi vastanneista ei tiennyt, olivatko saaneet ohjauslomaketta. Ohjauskäynti oli kuudelle vastanneista ensimmäinen ja lopuille toinen tai useampi kerta. Yksilöllisen ohjaussuunnitelman yhdessä sydänhoitajan kanssa oli laadittu viidelle potilaista ja kolmelle sitä ei ollut laadittu. Loput kolme eivät tienneet tai olivat jättäneet vastaamatta kysymykseen. Potilaat ovat kuvanneet kokemuksiaan sydänhoitajan vastaanotolla seuraavasti:

”Sydänhoitajan työ on erittäin arvokasta. Kynnys hakea tukea on matala. Lääkäreillä ei ole aikaa eikä resursseja tukea potilasta kuntoutusasioissa”

”Sydänhoitaja pitää ehdottomasti olla omassa terveyskeskuksessa.”

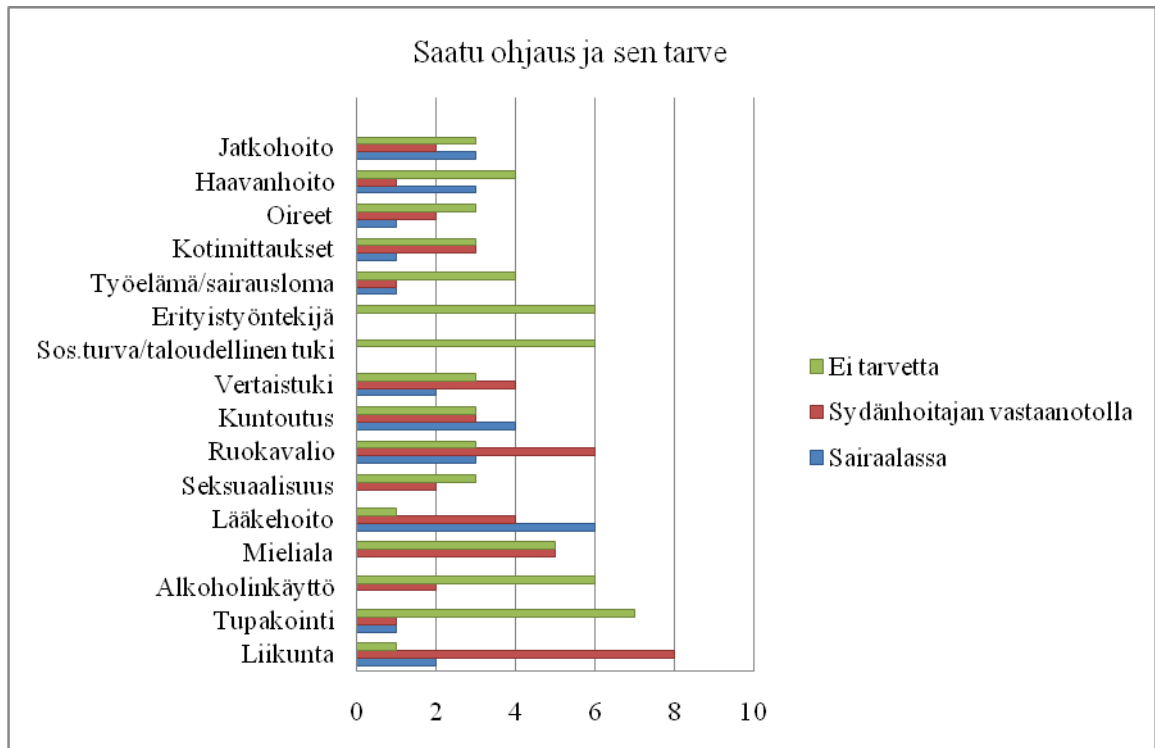
”Lääkəriin on vaikea päästä.”

”Kyselyyn vastaaminen kohdallani ennen aikaista, vaikee vastata kun ei asioita ole käsitelty. Tai itsellä käynyt vielä edes mielessä. Olen vielä ensimmäisellä sairauslomalla.”

Ohjauksen saamisen ja lisäohjauksen tarvetta kysyttäessä, potilaat olivat saaneet ohjausta eniten suullisesti ja kirjallisesti, lisäksi ryhmäohjauksessa annettu ohjaus oli koettu tärkeäksi. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että sydänhoitajalta saatu ohjaus oli vaikuttanut kiitettävästi tai hyvin toipumiseen ja muutaman mielestä tyydyttävästi tai ei lainkaan. Enemmistö vastaajista oli kokenut, että toiveet ja ajatukset otettiin huomioon kiitettävästi tai hyvin ohjaustilanteessa ja kolmen vastaajan kohdalla tyydyttävästi. Eräs vastaaja kertoi ryhmäohjauksen vaikutuksesta seuraavasti:

”tällaisen sydänryhmätyön tulisi olla säännöllistä ja jatkuvaa. Jokainen tapaaminen antaa sysäyksen painonhallintaan, liikunnan lisäämiseen. Herättää kilpailuvietin kunnon kohottamiseen. Sitä kun ei tahdo oikein yksin jaksaa.”

Sairaalassa (kuvio 3) potilaille ohjausta oli pääsääntöisesti annettu lääkitykseen, ruokavalioon, kuntoutukseen, haavanhoitoon ja jatkohoitoon liittyvissä asioissa. Sydänhoitajan vastaanotolla oli kiinnitetty erityisesti huomiota liikuntaan, mielialaan ja vertaistukeen sekä kotimittauksien seuranta- ja teko-ohjeisiin. Lisäksi siellä oli potilaan tarpeen mukaan keskusteltu samoista asioista kuin sairaalassa sekä näiden lisäksi alkoholinkäytöstä, sairauden oireista ja työelämään paluusta.

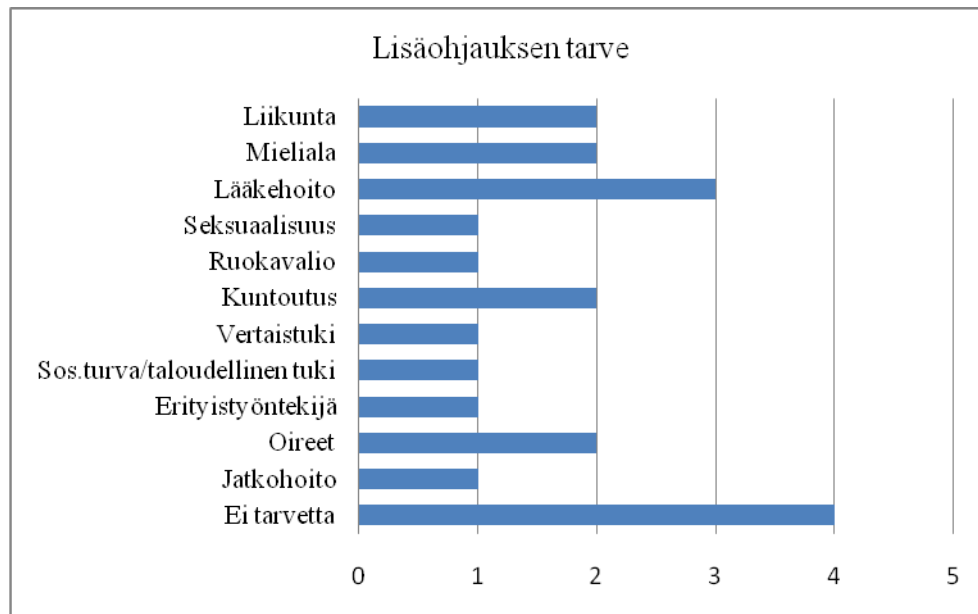


Kuvio 3. Potilaiden kokemuksia ohjauksen saamisesta ja sen tarpeesta

Kyselyssä kävi ilmi, ettei kukaan potilaista ollut saanut ohjausta sosiaaliturvasta, taloudellisen tuen saamisesta tai erityistyöntekijän ohjauksen tarpeesta. Suurin osa potilaista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta näistä asioista, mutta joitakin yksittäisiä tapauksia nousi esiin, jotka olisivat kaivanneet ohjausta näistä asioista. Lisäohjausta (kuvio 4) olisi kaivattu erityisesti lääkehoidosta, mutta myös sairauden oireista, mielialasta, kuntoutuksesta ja liikunnasta. Lisäksi oli yksittäisiä potilaita, jotka olisivat kaivanneet ohjausta seksuaalisuudesta, ruokavaliosta ja vertaistuen saamisesta. Ohjaajan herkkyyys huomioida potilaan tarpeet ja moniammatillinen yhteistyö auttavat toipumisessa, kuten seuraavista kokemuksista käy ilmi:

”Ohitusleikkauksen jälkeen tuli vaikea masennus, johon ei kiinnitetty heti huomiota ja mieliala pääsi alas.”

”Sydänhoitajan ja fysioterapeutin yhteistyö oli erinomaista ja ryhmäläisille palkitsevaa.”



Kuvio 4. Potilaiden kokemuksia lisäohjauksen tarpeesta

Ohjaustilanteen toteutumista kuvaavissa kysymyksissä, sydänhoitajan vastaanotolla käyneiden potilaiden omaisista neljälle annettiin mahdollisuus olla mukana ohjauksessa. Kolmen potilaan omaisille ei annettu siihen mahdollisuutta ja näistä yksi olisi toivonut, että omainen olisi saanut olla mukana ohjaustilanteessa. Neljä kyselyyn osallistunutta oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Vastaanotolla käyneet potilaat olivat kokeneet sydänhoitajan asiantuntijuuden kiitettäväksi tai hyväksi. Ohjauksen vastasi seitsemän vastanneen odotuksia, puolestaan neljä jätti vastaamatta kysymykseen. Ohjauksen aikana häiriötekijöitä oli tullut ainoastaan yhden vastanneen kohdalla, muutoin ohjaus oli ollut häiriötöntä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sydänsairaudet ovat Suomessa kansanterveydellinen ongelma. Tutkimuksien mukaan psykososiaalisilla tekijöillä ja sosioekonomisella asemalla on yhteys lisääntyneisiin sydänsairauksiin ja terveystongelmiin. Sosiaalisesti heikompi asema muovaa ihmisen elämäntyyliä epäterveelliseen suuntaan, ja he kokevat terveytensä huonommaksi, kuin enemmän koulutetut, jotka myös sairastavat vähemmän. (Kaikkonen & Kostiainen, Linnanmäki, Martelin, Pränntilä & Koskinen, 2008, 3-93; Salomaa, 2006.) Opinnäytetyömme pieni näyte osoittaa saman yhtäläisyyden aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna, että sosioekonomisella asemalla on merkitystä sairastavuuteen. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli 50-65 -vuotiaita miehiä, jotka olivat ilman ammattitutkintoa ja eläkkeellä olevia ihmisiä.

Olemme tiedustelleet sydänhoitajilta potilaiden määrää, jotka ovat kyselytutkimuksen aikana käyneet vastaanotolla. Heiltä saadun tiedon perusteella kävijöitä on ollut noin 25 ja vastauksia olemme saaneet 11. Kävijämäärään nähden kyselyyn on osallistunut perusjoukosta melkein puolet, eli he edustavat sitä joukkoa, joka on käynyt kyseisenä aikana sydänhoitajan vastaanotolla.

Kyselyssä ilmeni, että potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä samaansa ohjaukseen sydänhoitajan vastaanotolla, jossa annettu ohjaus täydensi sairaalassa aloitettua ohjauksen mallia. Sydänhoitajan vastaanotolla oli useamman potilaan kanssa käyty läpi samoja asioita, kuin sairaalassa, mutta potilaat olivat saaneet paljon ohjausta myös muista asioista. Sairaalassa on yleensä kiire ja hoitajilla on useampi potilas vastuullaan, kun taas sydänhoitajan vastaanotolla hoitajalla on vain yksi potilas kerrallaan ja hänellä on aikaa keskittyä ja paneutua yhden potilaan ohjaamiseen. Potilaat arvostavat, sitä että omalla terveysasemalla on sydänhoitaja, sillä lääkärin vastaanotolle on vaikea päästä. Jokaisessa kunnassa tulisi olla koulutettu sydänhoitaja, jolla olisi riittävästi aikaa sydänpotilaiden ohjaukseen. Potilaat kaipaavat ohjausta enemmän kuin mitä sairaalassa annetaan, sen vuoksi osastolla pitäisi hyödyntää tehokkaammin hyvää työvälinettä eli ohjausmallia. Yksi merkittävä keino siihen on resurssien lisääminen.

Mäenpään tutkimuksessa (2007) kiire osoittautui syyksi siihen, että ohjaus oli puutteellista sairaalahoidon aikana. Omaiset ja potilaat toivoivat rauhallista ohjaustilaa, jossa ei ole häiriötekijöitä sekä mahdollisuuden keskustella yksityisesti. Tekemässämme kyselyssä ilmeni, että sydänhoitajan vastaanotolla potilaat kokivat ohjauksen myönteiseksi ja rauhalliseksi tilanteeksi, sillä ohjauksen antamiseen oli enemmän aikaa. Mäenpään tutkimuksessa ohjauksen ongelmana on ollut ohjaajan puutteellinen tieto ja hoitajien negatiivinen asennoituminen ohjausta kohtaan. Mäenpää (2007, 40, 53.) Kyselyssämme ilmeni, että vastaajat kokivat sydänhoitajien olevan ammattitaitoisia ja asiantuntevia ja, että ohjaus vaikuttaa myönteisesti heidän toipumiseensa.

Sairaalasta kotiutumisen yhteydessä ohjauslomakkeen oli saanut ainoastaan muutama vastaaja. Lomake on sydänhoitajan tärkeä työväline ohjauksen jatkuvuuden kannalta, koska siitä sydänhoitaja näkee asiat, joita potilaan kanssa on käyty lävitse sairaalahoidon aikana. Jatkossa hoitajat voisivat kiinnittää huomiota siihen, että täyttäsivät ohjauslomakkeen ja antaisivat sen potilaalle mukaan kotiutumisen yhteydessä. Kaikille vastanneille ei ollut, tai potilaat eivät tieneet oliko heille, laadittu yksilöllistä ohjaussuunnitelmaa, jonka laatiminen sydänhoitajan vastaanotolla olisi kuitenkin tärkeää. Silloin potilaat saisivat ohjausta juuri niistä asioista, jotka heidän mieltään askarruttavat. Suunnitelma tulisi tehdä ensimmäisellä ohjauskäynnillä. Ohjauslomakkeen saamisella sairaalasta kotiutumisen yhteydessä ei näytä olevan merkitystä siihen, onko potilaalle laadittu sydänhoitajan vastaanotolla yksilöllinen ohjaussuunnitelma.

Ohjauksen tarpeessa on yksilöllisiä eroja, johon tulee kiinnittää huomiota. Lisäohjausta kaipasivat eniten sellaiset potilaat, jotka olivat ensimmäistä kertaa sydänhoitajan vastaanotolla ohjauksessa. Lisäksi oli muutamia potilaita, jotka olivat käyneet ohjauksessa useamman kerran, mutta kaipasivat edelleen lisää ohjausta. Vastanneista ei kukaan ollut saanut ohjausta sosiaaliturvaan ja taloudelliseen tukeen liittyvissä asioissa, eikä erityistyöntekijöiden ohjauksen tarpeesta. Kuitenkin ilmenee, että joillakin on ollut tarve saada ohjausta juuri näistä asioista, mutta se on jostain syystä jäänyt saamatta. Myös Patala-Pudaksen (2005) tutkimuksessa erityisesti sosiaalisen tuen ohjausta potilaat ovat saaneet mielestään vähän, vaikka kokevat sen merkityksen elämässään erittäin tärkeäksi (Patala-Pudas, 2005, 40).

Patala-Pudaksen (2005) tutkimuksessa on ilmennyt, että potilaat ovat saaneet sairaalahoidon aikana riittämättömästi ohjausta hoidonjälkeisistä ongelmista, niiden tunnistamisesta ja ehkäisystä. (Patala-Pudas, 2005, 40.) Olemme löytäneet työssämme yhtäläisyyksiä Patala-Pudaksen tutkimukseen verrattuna, siitä että potilaat kaipaavat edelleen lisää ohjausta erityisesti lääkeshoidosta, sairauden oireista ja mielialasta, kuntoutuksesta ja liikunnasta, mutta myös seksuaalisuudesta, ruokavaliosta ja vertaistuen saamisesta. Potilaalle tulee tarjota mahdollisuus saada ohjausta kaikista asioista, jotka käyvät ilmi ohjaus- ja seurantalomakkeesta sekä mieltä askarruttavista asioista, kuten laki viisi määrittää. Potilaslain 5 §:n mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä, kun tehdään päätöksiä hänen hoitamisestaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Kyselyyn vastanneiden ilmaisuista kävi ilmi selkeästi, että yksilöllinen ohjaus ja potilaan huomioiminen on tärkeää. Sydänhoitajan vastaanotto koetaan matalan kynnyksen paikaksi hakea apua ja tukea.

Jatkotutkimushaasteita:

- Potilaan haastattelu sairaalajakson aikana ja sen jälkeen, kun hän on käynyt ohjauksessa sydänhoitajan vastaanotolla kerran tai useammin.
- Sairaanhoidajan/ Sydänhoitajan kokemuksia antamastaan ohjauksesta.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen löysimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyöpankista, jossa oli työlle nimetyt yhteyshenkilöt OYS:n kardiologiselta sekä sisätautien osastolta 35. Heidän kanssaan selvitimme, mitä he opinnäytetyöltämme toivovat. Alkuperäinen tarkoitus oli tutkia potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta, mutta kävi ilmi, että osastot haluavat tietoa siitä, miten sairaalassa aloitettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli jatkuu perusterveydenhuollossa. Vastaavanlaisia ohjauksen toimintamalleja, joka on käytössä OYS:ssa, ollaan kehittämässä muissakin sairaanhoitopiireissä KASTE-ohjelman pohjalta.

KASTE-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2008-2011 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6). Siihen kuuluu näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen-hanke (VeToPo), eli vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Hankkeen toteuttajaosapuolet ovat Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit. Sen tarkoituksena on potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen siten, että potilas kykenee hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Tavoitteena on uusien toimintamallien luominen sekä olemassa olevien toimintamallien vahvistaminen ja jalkauttaminen terveydenhuollon yksiköihin, sekä hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksien vahvistaminen. (Lipponen, 2009.)

Sairaanhoitopiirit ovat pyrkineet potilasohjauksen kehittämiseen erilaisin hankkein 2000-luvun alusta alkaen. Potilasohjausta ovat kehittäneet Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitos sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri yhdessä Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa. Lisäksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella on aloitettu potilasohjauksen kehittämistyö vuonna 2008 osana Vetovoimainen ja turvallinen sairaala -hanketta. (Lipponen 2009.)

Toukokuussa 2009, kun aloitimme opinnäytetyön tekemisen, perehdyimme aivan aluksi sydänpotilaan ohjauksen toimintamalliin ja aloitimme kirjallisuuden sekä tutkimuksien etsimisen ja teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen. Olemme havainneet, että

sairaanhoidajan vastaanottoa käsitteleviä väitöskirjoja tai pro gradu tutkimuksia ei löydy useista etsinnöistä huolimatta. Mutta puolestaan AMK taseisia opinnäytetöitä on runsaasti, jotka käsittelevät potilaan ja hoitajan kokemuksia saadusta ja annetusta ohjauksesta.

Lopullisen viitekehyksen kirjoittamisessa ja muokkaamisessa meni oletettua enemmän aikaa, kunnes saimme tutkimusluvan ohjaavilta opettajiltamme. Kirjoittaminen oli haasteellista ja opettavaista, sillä oleellisten asioiden rajaaminen tuotti välillä päänvaivaa ja rytmihäiriöitä. Työ oli kuitenkin palkitsevaa, sillä aineistonkeruulupa OYS:n sisätautien tulosityksiköstä tutkimuksen tekemiselle myönnettiin heti, koska teoreettinen viitekehys oli myös heidän mielestä laadukas ja huolella tehty. Se puolestaan auttoi meitä jaksamaan ja jatkamaan työn tekemistä loppuun asti.

Kyselykaavakkeeseen teimme muutoksia ennen esitestausta ja sen jälkeen. Kuitenkin analysointivaiheessa huomasimme, että edelleen kysymyksissä on pieniä puutteita ja monivalintakysymysten (12 ja 16) analysointi SPSS- ohjelmalla osoittautui mahdottomaksi, joten käytimme Excel-ohjelmaa luomaan havainnollistavia taulukoita saaduista vastauksista. Opinnäytetyön tekstiasettelut on kirjoitettu Hirsijärven mukaan.

Opinnäytetyön muuttuessa määrällisestä tutkimuksesta laadulliseksi näytteeksi vähäisten vastausten vuoksi, tuotti se meille paljon lisätyötä. Jouduimme etsimään ja perehtymään laadullisen työn teoriaan, ja yhdistämään kaksi tutkimusnäkökulmaa. Mielestämme olemme hyvin onnistuneet aineiston analysoimisessa. Olemme osanneet hyödyntää eri tulosten analysointimenetelmiä saadaksemme tutkimuksen ongelmaan vastauksen ja työhön visuaalista ilmettä.

Työn luotettavuutta tarkasteltaessa, vaikka kyselyyn vastanneita oli pieni joukko, he edustavat isoa osaa sitä ryhmää, jotka ovat kyselyajankohtana käyneet sydänhoitajan vastaanotolla. Tämän vuoksi tutkimustulokset kuvaavat mielestämme suhteellisen hyvin sitä joukkoa, joka yleensä käy vastaanotolla. Sairaalassa pitäisi kannustaa potilaita hakeutumaan sydänhoitajan vastaanotolle, jotta he saisivat riittävästi yksilöllistä ohjausta. Kaikki eivät jostain syystä hakeudu jatko-ohjaukseen, johtuuko se tiedon vai motivaation puutteesta, vai kokevatko he itsensä niin terveeksi, etteivät tarvitse jatko-

ohjausta.

Olemme pohtineet ohjauslomakkeen tärkeyttä ja merkitystä sydänhoitajan työvälineenä, sillä kaikki vastaanotolla käyneet potilaat olivat saaneet ohjausta, vaikka he eivät olleet saaneet ohjauslomaketta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Potilaat eivät olleet saaneet ohjausta erityistyöntekijöihin ja sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa. Mutta sitä emme tiedä onko heille sitä tarjottu, koska suurin osa ei kokenut tarvitsevänsä ohjausta näissä asioissa.

Aikataulutusta olemme joutuneet muuttamaan useaan kertaan, koska teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisessa meni huomattavasti enemmän aikaa kuin olimme ajatelleet. Kyselykaavakkeiden lähettämistä terveysasemille hidasti se, että sydänhoitajat vastasivat viiveellä yhteydenottoihin, osa ei vastannut ollenkaan ja osa viesteistä eivät tavoittaneet vastaanottajia. Työn tekemistä on vaikeuttanut ajanpuute, pitkä välimatka ja se, että olemme tehneet opinnäytetyötä muun koulutyön ohessa. Kuitenkin olemme löytäneet kalenterista yhteisiä vapaa-ajan laatuhetkiä opinnäytetyön parissa. Opinnäytetyötä on tehty monien erilaisten puitteiden vallitessa, kuten vanhassa piharakennuksessa, jota ”luhdiksi” kutsutaan, sekä kirjastossa, koulussa ja kotona, mistä milloinkin rauhallinen paikka on löytynyt. Työmme piti valmistua keväällä 2010, mutta sen valmistuminen siirtyi syksyyn, jolloin esitämme valmiin työn ja tulokset myös Oulussa sydänyhdyshenkilöiden koulutuspäivillä.

Opinnäytetyö on herättänyt meissä monenlaisia tunteita kuten ahdistusta, iloa ja pettymystä. Välillä on tuntunut siltä, että olemme haukanneet kakusta liian ison palasen ja on tehnyt mieli heittää koko työ kesken. Olemme aina saaneet hyvin ohjausta meidän ohjaavilta opettajilta tien noustessa pystyyn. He ovat olleet kärsivällisiä, auttavaisia ja kannustavia, mutta myös vaativia, joka on lopputulosta ajatellen hyvä asia. Olemme käyttäneet opinnäytetyön tekemiseen runsaasti aikaa, välillä on jopa tuntunut ja näyttänyt siltä, että asumme koulussa. Täytynee todeta se, että opinnäytetyön tekeminen on osoittanut sen tosiasian, että olemme enemmän käytännön läheisiä kuin teoreettisia persoonia.

Opinnäytetyön tekeminen oppimiskokemuksena on ollut mieleenpainuva, haasteellinen ja opettavainen kokonaisuus. Tämä on ollut meille molemmille ensimmäinen AMK-tason opinnäytetyö, joten olemme tehneet mielestämme paljon turhaakin työtä, koska ei ole aikaisempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Jos alkaisimme nyt tehdä uutta tutkimusta, osaisimme ennakoida mahdolliset virheet. Hallitsisimme paremmin tutkimuksen työn vaiheet, kuten teorian kirjoittamisen ja rajaamisen sekä ajankäytön. Varsinaisen aineistonkeruun tulisi olla pidempi, jotta vastauksia saataisiin riittävästi ja tarvittaessa kyselyn uusintakierros olisi mahdollista toteuttaa. Laatisimme myös kyselykaavakkeen paremmin, jotta saisimme kysymykset entistä tarkemmin vastaamaan tutkimusongelmaan ja että ne olisivat helpommin analysoitavissa.

Tulevina sairaanhoitajina osaamme nyt kiinnittää entistä paremmin huomiota ohjauksen merkitykseen potilaan hoidon ja toipumisen kannalta. Usein potilaat eivät hoksaa tai uskalla pyytää ohjausta. Kysyttäessä potilaalta, oletko asian ymmärtänyt tai onko kysyttävää, niin usein heillä on epäselvyyksiä tai haluavat varmistaa asiat, että ovat ymmärtäneet annetut ohjeet ja läpi käytyt asiat oikein. Ohjausta tulee tarjota pyytämättäkin ja meidän tulee rohkaista potilasta kysymään, sillä tyhmiä kysymyksiä ei ole. Hoitajan tulee omalla käytöksellään osoittaa, että hänellä on kiireestä huolimatta aikaa vastata potilaiden esittämiin kysymyksiin.

Kävimme kutsuttuina kertomassa työstämme ja saamistamme tuloksista OYS:n sydänyhdyshenkilöiden tapaamisessa 12.10.2010. Koimme, että olemme tehneet hyvää ja tärkeää työtä, jolla on merkitystä ohjauksen kehittämisen kannalta. Hoitajalta vaatii havainnointikykyä antaa ohjausta sopivasti, ja juuri oikeaan aikaan. Saimme kutsun alueellisille sydänhoitajapäiville 6.5.2010, kertomaan työstämme ja sen tuloksista. Lisäksi on pyydetty pitämään aiheesta osastotuntia OYS:n sisätautien teho-osastolle.

Ilman yhteistyökumppaneita tämän opinnäytetyön tekeminen ei olisi onnistunut. Lausumme kiitokset OYS:n sisätautien tulosyksikön johtajalle, ylihoitajalle, mukana olleille osastonhoitajille sekä muille osallistuneille ja Oulun kaupungin hoitotyön johtajalle. Sydänhoitajat ovat tehneet yhteistyötä meidän kanssamme, ja jakaneet kyselylomakkeet vastaanotolla käyneille potilaille. Sanomattakin on selvää, että se vaihe on ollut merkittävässä osassa. Kiitos kuuluu siis heille ja kaikille kyselyyn

vastanneille, sekä tietysti meidän koulun kirjaston henkilökunnalle ja ohjaukseen osallistuneille opettajille ja unohtamatta meidän läheisiä.

LÄHTEET

Anttila P. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. 2005. Hamina. AS Pakett, Tallinna.

Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. 2005. Suomalaisten terveys. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. 3. painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Heikkilä, J., Huikuri, H., Luomanmäki, K., Nieminen, M. S. & Peuhkurinen, K. 2000. Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus.

Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M, S. & Peuhkurinen, K. 2008. Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, Kirurgisten ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Porvoo: WSOY

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

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

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2003. Kuntoutus. Jyväskylä: 1. painoksen (2001) muuttamaton jakopainos. Gummerus Kirjapaino Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. WSOYpro Oy.

Kauppinen, R. (toim.) 2006. Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koivunen, K. 2000. Sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

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

Koskenvuo Kimmo (toim.) 2003. Sairauksien ehkäisy. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1.-2. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisessä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede vol. 4/2005, 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö vol. 3 1/2005.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. WSOY oppimateriaalit.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2007. Terveystieteiden juridiikka. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Mäenpää, P. 2007. Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulun yliopisto.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parkkila, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna, Kariston kirjapaino Oy. Suomen sydänliitto ry.

Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen, ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi, Saarijärven Offset Oy.

Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. Hoitotiede vol.11, 3/99, 119-127.

Patala-Pudas, L. 2005. Sisätautipotilaan ohjaus. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulun yliopisto.

Rintala, J. 2007 Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulun yliopisto.

Soohbany, M. Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences'. 1999. Nurse Education Today vol.19 1/1999.

Suomen Sydänliitto ry 2008. Sepelvaltimotauti. Erweko Painotuote Oy.

Suomen Sydänliitto ry 2008. Verenpaineen omaseuranta. Erweko Painotuote Oy.

Torkkola, S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Töyry, J. 2008. Sydän- ja verisuonisairaudet. Kuopio: Unipress.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan

kirjapaino Oy.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 2. painos. WSOY.

INTERNET LÄHTEET:

Kaikkonen, R., Kostiainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B27/2008. Viitattu 14.1.2010

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja b 2/2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. KTL, Helsinki. Viitattu 14.1.2010

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 Viitattu 21.1.2010

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 Viitattu 15.1.2010

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 Viitattu 15.1.2010

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

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. 2008, 2. painos. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutettu potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Tulostettu 17.6.2009

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Lipponen, K. 2009. VeTe-hanke on terveydenhuollon vetovoimaisuutta ja terveyttä edistävä hankekokonaisuus. Viitattu 9.9.2010

<http://www.vete.fi/vetepo.html>

Lipponen, K. 2009. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Viitattu 9.9.2010

http://www.vete.fi/Liitteet/VeTePO_liite.pdf

Mutajoki, P. 2009. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.10.2010

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimo

Mustajoki, P. 2009. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.10.2010

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077

Mustajoki, P. & Kauhua, J. 2008. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Viitattu 13.1.2010

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04151

Reunanen, A. 2005 Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa et al. Suomalaisten terveys. Sydän- ja verisuonisairaudet. Viitattu 22.1.2010

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan-ja_verisuonisairaudet

Salomaa, V. 2006. Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan - riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Viitattu 22.1.2010

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/sydansairaudet_yleisempia_kuin_koskaan_riskitekijat_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Helsinki 2008. Viitattu 9.9.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittamisohjelma_ KASTE_ 2008_ 2011_ fi.pdf

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä 2009. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja – vaaran arviointi ja hoito. Tulostettu 10.1.2010

<http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=hoi04058>

Suomen Sydänliitto ry 2008. Toimintakertomus 2008. Viitattu 7.12.2009

http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/Hallitus/fi_FI/hallitus/_files/81873544212447439/default/Toimintakertomus%202008.pdf

Tarkoma, J. 2009. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Viitattu 29.1.2010

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Ohjauslomake

OULUN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

Ohjaus

pv.kk.v.

pkl/osasto **Sydänpotilaan ohjaus, SIS**

1. Riskitekijöiden ja ohjauksen tarpeen määrittäminen
2. Ohjauksen suunnittelu ja koordinointi:
 - Ravitsemuksen vaikutus terveyteen (suola, rasvat, painonhallinta)
 - Liikunnan merkitys sairauden hoidossa (henkilökohtainen liikunnan ohjaus)
 - Tupakoinnin vaikutus terveyteen (tupakoinnin lopettaminen)
 - Alkoholin vaikutus terveyteen
 - Sairauden vaikutus tunne-elämään
 - Sairauden vaikutus seksielämään
 - Tietoa lääkkeiden vaikutuksesta ja käytöstä
 - Tietoa sosiaaliturvasta
 - Jatkohoito ja kuntoutus
 - yhteydenotto sydänhoitajaan
 - sydänyhdistys
 - sopeutumisvalmennus
 - SINFO
 - elintapakysely
3. Toteuma ja arviointi
 - Mittaukset:
 - BMI:
 - VY:
 - Paino:
 - Pituus:
 - RR:

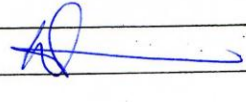
Jaettu materiaali

Aineistonkeruulupa

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysalan koulutusyksikkö

OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUN LUPA-ANOMUS

1. Luvan anoja	Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusyksikön opiskelija/ Holma Saara Raappana Terttu
2. Opinnäytetyön aihe	Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuol- lossa
3. Opinnäytetyön tarkoitus	Selvitää, toimiko sairaalajakson aikana aloi- tettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli pe- rusterveydenhuollossa ja käyvätkö potilaat sy- dänhoitajan vastaanotolla.
4. Opinnäytetyössä tarvittava aineisto	Potilaiden täytettävät kyselylomakkeet
5. Aineiston keruumenetelmät	Kyselylomake
6. Aineiston keruun suunniteltu ajankohta	Helmi-Maaliskuun 2010
7. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	30.4.2010
8. Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty	KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, terveysalan koulutusyksikkö 20 päivänä tammi kuuta 20 10
9. Allekirjoitukset	Opinnäytetyön ohjaaja <u>Soina Orjamaa</u>  Opinnäytetyön tekijä/tekijät, osoite ja puhelinnumero <u>Saara Holma</u> <u>Terttu Raappana</u> <u>Tuppelantie 24 90650 Oul</u> <u>Seulankatu 3 B 15 94100 Kemi</u> <u>p. 040-7524028</u> <u>p. 050-4902374</u>

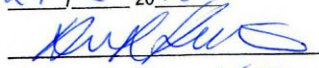
Lupa tutkimustyöhön


myönnetty hakemuksen mukaisena myönnetty korjauksin hakemus hylätty

Päiväys

24.12.2010

Allekirjoitukset


Ankeri Kesäniemi
741


Tero Kivi
741

OYS:n lupa opinnäytetyölle

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymäLUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

SISÄT: 7228542510 EC		vastuuyksikkönro		DIAARINRO: 35/2010	
1. Tutkijaa koskevat tiedot		Tutkijan suku- ja etunimet Raappana Terttu Kaarina		Henkilötunnus	
		Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion AMK, terveysala		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija	
		Kotiosoite Seulankatu 3 B 15		Postinro ja -paikka 94100 KEMI	
		Puhelin toimeen		Puhelin kotiin 050-4902374	
		Suoritettu tutkinto Lähihoitaja		Suoritusvuosi 2005	
				Sähköpostiosoite terttu.raappana@edu.tokem.fi	
				Suorituspaikka Kemi-Tornion ammattiopisto	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)		Tutkimusprojektin lyhyt nimi Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa			
		Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika helmi- maaliskuu 2010	
		Pääkaavanumero 902 Tutkimuksen luonteen määrittely Terveyspalvelun toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskevat tutkimukset, kyselytutkimus.			
		Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja			
		Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
		Tutkimuksen vastuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Ohjaavat opettajat: Orajarvi Sirpa ja Kilpiäinen Seppo			
		Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät			
		Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)			
		Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
		Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input checked="" type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä Lomakemateriaali, kirjekuoret sekä postituskulut <input type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia			
		Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja	
		Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Sopimuksen nro	
		Päivämäärä		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)	
		Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys 19.2.2010 Terttu Raappana Terttu Raappana			
3. Lausunnot		Tarvittavat lausunnot ja luvat			
		<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyspäivä	
		<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta		vastaus saatu	
		<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA			
Luvat		<input type="checkbox"/> Lääkelaitos ³⁾ <input type="checkbox"/> STM ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾			
4. PÄÄTÖS		Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
		Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
		Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastuuvuorun johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus			
		Päivämäärä		Allekirjoitus	
		25.2.10		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättävä (arkistointi)	

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto³⁾ Lääkelaitoksesta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kplPPSHP 07 - 040
Asiakirja4

OYS:n lupa opinnäytetyölle

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymäLUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

SISÄT, Terveystieteiden klinikka / laitos		vastuuyksikkönro		DIAARINRO: 35/2010		
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Holma Saara Maria		Henkilötunnus			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion AMK, terveysala		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija			
	Kotiosoite Tuppelantie 24		Postinro ja -paikka 90650 OULU			
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 040-7524028	Sähköpostiosoite saara.holma@edu.tokem.fi			
	Suoritettu tutkinto Lähihoitaja		Suoritusvuosi 2004	Suorituspaikka Kemi-Tornio ammattiopisto		
	2. Tutkimus- projektia tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto- keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Sydänpotilaan ohjauksen voimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa				
Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika helmi-maaliskuu 2010				
Pääkaavanumero 902		Tutkimuksen luonteen määrittely Terveyspalvelun toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskevat tutkimukset, kyselytutkimus, kyselytutkimus				
Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja						
Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei				
Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä						
Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät						
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)						
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite						
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuviin vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input checked="" type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitä Lomakemateriaali, kirjekuoret sekä postituskulut						
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain Rahoittaja Sopimuksen nro						
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)						
Päivämäärä Anojan allekirjoitus ja nimen selvitys 19.2.2010 Holma Saara Holma Saara						
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat					
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyispäivä		vastaus saatu	
Luvat	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta					
	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA					
	<input type="checkbox"/> Lääkelaitos ³⁾		<input type="checkbox"/> STM ⁴⁾		<input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾	
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta					
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutuksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä					
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajaylihoitaja / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus					
	Päivämäärä Oulu 25.2.10		Allekirjoitus 		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättävä (arkistointi)	

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto³⁾ Lääkelaitoksesta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kplPPSHP 07 - 040
Asiakirja4

Hankkeistamissopimus



SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Oulun Yliopistosairaala Kajaanintie 50 90220 Oulu

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Raija Taskinen/OS. 35, Tarja Kukkonen/kardiologinen OS

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot:

Raija Taskinen p. 08-3153680 raija.taskinen@ppshp.fi

Tarja Kukkonen p. 08-3153551 tarja.kukkonen@ppshp.fi

Oppilaitostiedot: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, terveysala

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot:

Holma Saara p.040-7524028 saara.holma@edu.tokem.fi

Raappana Terttu p.050-4902374 terttu.raappana@edu.tokem.fi

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot:

Kilpiäinen Seppo p. 050-3109341 seppo.kilpiainen@edu.tokem.fi

Orajärvi Sirpa p. 050-3109349 sirpa.orajarvi@edu.tokem.fi

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa

Työn aikataulu: 18.5.2009-30.4.2010

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Oulun yliopistosairaala

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Julkinen

Työn ohjaajina toimivat: Kilpiäinen Seppo ja Orajarvi Sirpa

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:**Korvaussumma:**

Korvauksen saaja: Holma Saara ja Raappana Terttu

Korvauksen maksun ajankohta:

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty ___ kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi Aika: 23.01.2010



Seppo Kilpiäinen
AMK:n edustaja

Terttu Raappana
Toimeksiantajan edustaja

Saara Holma
Opiskelija

Terttu Raappana
Opiskelija

Oulun kaupungin lupa

Oulun kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi Terveystieteiden palvelualue Palvelujohtaja	Päätös Päivämäärä 8.4.2010	149 § Dnro : 0 //2000
ASIANOSAINEN/ ASIA	Saara Holman ja Terttu Raappanan tutkimuslupa opinnäytetyötä varten	
LAUSUNNON ANTAJAT/ LAUSUNNOT	Kemi-Tornion ammattikorkeakouluopiskelijoiden Saara Holman ja Terttu Raappanan tutkimuslupahakemus 8.4.2010 opinnäytetyötä varten, jonka aiheena on "Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa".	
PÄÄTÖS/PERUSTELUT	<p>Myönnän hakemuksen mukaisesti tutkimusluvan Kemi-Tornion ammattikorkeakouluopiskijoille Saara Holmalle ja Terttu Raappanalle opinnäytetyötä varten, jonka aiheena on "Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa".</p> <p>Perustelu: Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, toimiiko sairaalajakson aikana aloitettu sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on ohjauksen toimintamalliin liittyvien kehitystarpeiden tunnistaminen ja löytäminen. Tutkimukseen otetaan mukaan 22 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvaa kuntaa.</p> <p>Kaikki aineistonkeruun aikana sydänhoitajan vastaanotolla käyvät sydänpotilaat osallistuvat tutkimukseen. Aineistoa kerätään antamalla kyselykaavake jokaiselle asiakkaalle. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Saatuja tuloksia tarkastellaan puolueettomina ja analysoidaan.</p> <p>Valmiista opinnäytetyöstä pyydetään lähettämään yksi kappale palvelujohtaja Tuula Tähtiselle tietojen hyödyntämiseksi Oulun kaupungissa.</p>	
ALLEKIRJOITUKSET	Päätöksen tekijä  Tuula Tähtinen Palvelujohtaja	Päätösluettelon pitäjä  Sinikka Isokääntä johdon sihteeri
OIKAISUVAATIMUS- VIRANOMAINEN	Tähän päätökseen ei ole oikaisuvaatimusoikeutta.	
ILMOITUS OTTO- OIKEUTETULLE VIRANOMAISELLE	STPJHTK, puheenjohtaja Ritva Kitinoja, palvelutuotantojohtaja Riitta Erola ✓	
TIEDOKSI ANTAMINEN/ NÄHTÄVILLÄ	Saara Holma, Terttu Raappana, palvelupäällikkö Liisa Kylmänen, palvelupäällikkö Terttu Turunen, ylilääkäri Päivi Hirso	

Oys:n sisätautien tulosityksikön lupa



**POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAAN-
HOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ**
Oulun yliopistollinen sairaala
Sisätautien tulosityksikkö

24.2.2010

Hyvä terveydenhuollon asiakas

Yliopistollisen sairaalan toimintaan kuuluu opetus, johon liittyy olennaisena asiana opinnäytetöiden tekeminen. Opinnäytetöiden toteuttamisessa noudatetaan P-PSHP:n tutkimuseettisiä periaatteita, joista vastaavat opiskelijan ohjaajat, tutkimusluvan sairalassa myöntänyt henkilö sekä opiskelija itse. Tässä opinnäytetyössä opiskelija on tuonut esille ja varmistanut tutkimuseettisten periaatteiden toteutumisen opinnäytetyösuunnitelmassaan.

Osallistuminen opinnäytetyöhön on aina vapaaehtoista, eikä siihen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta hoitoon millään tavalla. Opinnäytetöiden toteuttamiseen kuuluu aina pysyvä vaitiolovelvollisuus.

Oulussa 25/2 2010

Antero Kesäniemi
Tulosityksikön johtaja

Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja!

Suoritamme sairaanhoitaja (AMK) tutkintoa Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö kuuluu osaksi opintojamme ja toteutamme sen kyselytutkimuksen muodossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kyselylomakkeen avulla, jatkuuko sairaalajakson aikana aloitettu sydänpotilaan ohjaus perusterveydenhuollossa sydänhoitajan vastaanotolla. Sydänhoitaja on sydänpotilaiden hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa ohjauksen saamiseen liittyviä kehitystarpeita.

Toivomme teidän osallistuvan kyselyyn, koska juuri teidän mielipiteenne on tärkeä opinnäytetyön onnistumisen ja sydänpotilaan ohjauksen kehittämisen kannalta. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Oulun Yliopistollisen sairaalan ja perusterveydenhuollon kanssa.

Aikaa vastaamiseen kuluu noin 10-15 minuuttia ja lomake palautetaan postitse oheisella kirjekuorella. Kyselylomakkeeseen ei laiteta henkilötietoja. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään käsittelyn jälkeen. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Lisätietoja voitte kysyä tarvittaessa suoraan opinnäytetyön tekijöiltä.

Sairaanhoidon opiskelijat: Saara Holma puh. 040-7524028

Terttu Raappana puh. 050-4902374

Pyydämme teitä palauttamaan kyselykaavakkeen oheisella kirjekuorella 12.5.2010 mennessä. Postimaksu on maksettu puolestasi.

Kiitos avusta ja yhteistyöstä!

KYSELYKAAVAKE

Pyydämme teitä vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja ympyröimään jokaisesta kysymyksestä yksi (1) mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto. Kysymyksissä 6, 12 ja 16 voitte valita useamman vaihtoehdon.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

1. Mies
2. Nainen

3. Mikä on siviilisäätyenne?

1. Naimaton
2. Naimisissa
3. Asumuserossa
4. Parisuhteessa
5. Eronnut
6. Leski

4. Mikä on korkein koulutuksenne?

1. Kansakoulu ja/tai keskikoulu tai peruskoulu
2. Ammattitutkinto
3. Ylioppilas/Lukio
4. Korkeakoulututkinto
5. Yliopistotutkinto
6. Muu, mikä? _____
7. Ei tutkintoa

5. Oletteko tällä hetkellä?

1. Opiskelija
2. Työtön
3. Työssä käyvä
4. Eläkkeellä
5. Kotiäiti/koti-isä
6. Sairaslomalla
7. Muu, mikä _____

6. Minkä sairauden/toimenpiteen vuoksi käytte sydänhoitajan vastaanotolla ohjauksessa? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

1. Sepelvaltimotauti
2. Sydäninfarkti
3. Pallolaajennus
4. Ohitusleikkaus
5. Verenpainetauti
6. Muu, mikä _____

7. Mistä olette saaneet sydänhoitajan yhteystiedot?

1. Sairaalasta kotiutumisen yhteydessä
2. Muualta, mistä? _____

8. Miten olette hakeutuneet sydänhoitajan vastaanotolle?

1. Varasin itse ajan
2. Sairaalasta lähtiessäni sain ajan
3. Sydänhoitaja otti minuun yhteyttä/ aika tuli postitse
4. Oman lääkärin määräyksestä

9. Saitteko sairaalasta kotiutumisen yhteydessä jatkoseurannan ohjauslomakkeen?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

10. Oletteko yhdessä sydänhoitajan kanssa laatineet yksilöllisen ohjaussuunnitelman?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä

11. Sairaalasta kotiutumisenne jälkeen tämä ohjauskäynti oli teille?

1. Ensimmäinen
2. Toinen
3. Kolmas
4. Useampi, monesko? _____

12. Merkatkaa rasteilla, missä olette saaneet ohjausta seuraavissa asioissa?

	Sairaalassa ollessa	Kotiutumisen jälkeen, sydänhoitajan vastaanotolla	Ei tarvetta
Liikunta			
Tupakointi			
Alkoholinkäyttö			
Mieliala			
Lääkehoito			
Seksuaalisuus			
Ruokavalio			
Kuntoutus			
Vertaistuki			
Sosiaaliturva/taloudellinen tuki			
Erityistyöntekijä (esim.ravitsemusterapeutti)			
Paluu työelämään/sairausloman jatkuminen			
Kotimittauksien seuranta- ja teko-ohjeet			
Sairauden oireista			
Haavanhoito			
Jatkohoito			

13. Millä menetelmällä olette saaneet eniten ohjausta? Valitkaa yksi vaihtoehto.

1. Suullisesti
2. Kirjallisesti (ohjauslehtiset, oppaat)
3. Puhelimen välityksellä
4. Yksilöohjauksena
5. Ryhmäohjauksena
6. Jollakin muulla menetelmällä, millä? _____

14. Miten arvioitte sydänhoitajalta saadun ohjauksen vaikuttavan toipumiseenne?

1. Kiitettävästi
2. Hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Huonosti
5. Välttävästi
6. Ei lainkaan

15. Miten teidän toiveenne ja ajatuksenne otettiin huomioon ohjaustilanteessa?

1. Kiitettävästi
2. Hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Huonosti
5. Välttävästi
6. Ei lainkaan

16. Mistä olisitte halunneet saada lisää ohjausta ja tietoa? Rastita sopivat vaihtoehdot.

- Liikunta
- Tupakointi
- Alkoholinkäyttö
- Mieliala
- Lääkehoito
- Seksuaalisuus
- Ruokavalio
- Kuntoutus
- Vertaistuki
- Sosiaaliturva/taloudellinen tuki
- Erityistyöntekijä (esim. ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti jne.)
- Paluu työelämään/sairausloman jatkuminen
- Kotimittauksien teko ja seurantaohjeet
- Sairauden oireista
- Haavanhoito
- Jatkohoito
- Jostakin muusta, mistä? _____
- En koe tarvitsevani lisää ohjausta

17. Annettiinko omaisille mahdollisuus olla mukana ohjauksessa?

1. Kyllä
2. Ei

18. Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen EI, niin olisitteko toivoneet omaisen olevan mukana ohjauksessa?

1. Kyllä
2. Ei

19. Mitä mieltä olette ohjaajan asiantuntijuudesta?

1. Kiitettävä
2. Hyvä
3. Tyydyttävä
4. Huono
5. Välttävä

20. Vastasiko ohjauksen odotuksianne?

1. Kyllä
2. Ei

21. Tuliko ohjaustilanteen aikana häiriötekijöitä?

1. Kyllä, mitä? _____
2. Ei häiriötekijöitä

22. Mitä muuta haluaisitte kertoa?

Kiitos vastauksestasi!

Pyydämme teitä palauttamaan kyselykaavakkeen oheisella postimerkillä varustetulla kirjekuorella 12.5.2010 mennessä.