

Julia Raak

SYDÄNPOTILAIDEN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN  
SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2013

# SYDÄNPOTILAIEN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

Raak, Julia  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Terveystieteiden koulutusohjelma  
Huhtikuu 2013  
Ohjaaja: Hirvonen, Eila  
Sivumäärä: 61  
Liitteitä: 3

Asiasanat: sydänpotilas, tiedontarve, potilasohjaus

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Satakunnan keskussairaalan sydänpotilaiden sairaalassaoloajan ohjausta osastolla M4. Tavoitteena oli kartoittaa sydänpotilaiden tiedontarvetta sairaalassaoloaikana ja sen pohjalta laatia sairaanhoitajille sydänpotilaan ohjauksen minimikriteerit sekä potilaslähtöistä ohjausta tukeva ohjauslomake.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, joka koostui kolmesta syklistä. Ensimmäinen sykli oli opinnäytetyön tutkimusosiota, jossa kartoitettiin sydänpotilaiden tiedontarpeita kyselytutkimuksella. Aineistonkeruu toteutettiin osastolla M4 ja kohderyhmänä olivat sairaalahoitojaksolla uuden sydänsairausdiagnoosin saaneet potilaat (n=94). Aineisto kerättiin Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla (© Leino-Kilpi, Lönnberg, Koivunen, 2010), joka on modifioitu alkuperäisestä Sairaalapotilaan tiedontarvemittarista (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Tiedontarpeita mitattiin biofysiologisella, toiminnallisella, kokemuksellisella, eettisellä, sosiaalisyyhteisöllisellä ja taloudellisella osa-alueella. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla. Aineistoa kuvailtiin tarkastelemalla muuttujia frekvenssijakaumilla ja prosenttiluvuilla.

Sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksen tulokset osoittivat, että sydänpotilailla oli sairaalassaoloaikana paljon tiedontarpeita sairastuttuaan uuteen sydänsairauteen. Tiedontarpeet olivat yksilöllisiä. Tilastollisesti merkitsevä ja erittäin merkitsevä yhteys tiedontarpeisiin oli työssäololla. Potilaat, jotka eivät kuuluneet työelämään tarvitsivat enemmän tietoa eettiseltä ja taloudelliselta osa-alueelta.

Toinen ja kolmas sykli olivat opinnäytetyön kehittämisosiota. Toisen syklin tavoitteena oli luoda sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksen tuloksiin pohjautuen osastolle M4 sydänpotilaiden ohjaukselle minimikriteerit. Tutkimusosion tulokset eivät mahdollistaneet minimikriteerien laadintaa, sillä selkeää tulosta tai erottelua sydänpotilaiden vähäisemmistä tiedontarpeista ei voitu osoittaa. Minimikriteerien laadinnan sijaan keskityttiin sydänpotilaiden tiedontarpeiden yksilöllisyyteen ja potilaslähtöisen ohjauksen kehittämiseen.

Kolmannessa syklistä laadittiin näyttöön perustuvana toimintana Sydänpotilaiden tiedontarve- ja ohjauslomake. Lomakkeen tarkoituksena on tulevaisuudessa tukea sydänsairaiden potilaslähtöisempää ohjausta ja yhtenäistää sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta osastolla M4.

# IMPROVING CARDIAC PATIENT EDUCATION IN SATAKUNTA HOSPITAL DISTRICT

Raak, Julia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion

April 2013

Supervisor: Hirvonen, Eila

Number of pages: 61

Appendices: 3

Keywords: cardiac patient, knowledge expectations, patient education

---

The purpose of the present thesis was to improve the cardiac patient education during their hospitalization in ward M4 of Satakunta Central Hospital. The aim was to survey the knowledge expectations of cardiac patients during their hospitalization and create minimum criteria for cardiac patient education carried out by the nurses on ward M4 and create a form to support patient oriented education.

The study was carried out as an action research consisting of three cycles. The first one, research cycle, consisted of surveying the knowledge expectations of cardiac patients using a questionnaire. The data collection took place in ward M4 and the target group consisted of hospitalized cardiac patients with a new cardiac diagnosis (n=94). The tool used for collecting data was Knowledge Expectations Scale for a Patient with a Pacemaker (Tahdistinpotilaan tiedontarvemittari © Leino- Kilpi, Lönnberg, Koivunen, 2010), which is a modified version of Hospital Patient's Knowledge Expectations Scale (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). The knowledge expectations were measured in six dimensions: biophysiological, functional, experiential, ethical, social and financial. The research data was analyzed using SPSS 17.0 statistical analysis program and reviewed through frequency distributions and percentual figures.

The results of the knowledge expectations survey indicated that cardiac patients have considerable knowledge expectations after being hospitalized for a new cardiac diagnosis. The knowledge expectations are highly distinctive. Statistically significant and highly significant links were found between employment and knowledge expectations in certain dimensions. Patients who are currently not employed expect more knowledge in the ethical and financial dimensions.

In the second and third cycle of the study the focus was on the development phase. The aim of the second cycle was to create minimum criteria for cardiac patient education for ward M4, based on the results of the cardiac patient questionnaire. However, there was too much dispersion between different dimensions to create minimum criteria on the survey basis, and hence this partial aim of the thesis was waived.

The third cycle consisted of using evidence-based practice to create a Knowledge Expectation and Patient Education Form for Cardiac Patients. The purpose of the form is to support patient oriented education and to standardize the cardiac patient education carried out by the nurses in ward M4.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	7
3	TIEDONHAUN KUVAUS .....	8
4	SYDÄNPOTILAAN TIEDONTARVE JA OHJAUS .....	11
4.1	Sydänpotilas .....	11
4.2	Sydänpotilaan tiedontarve.....	12
4.3	Sydänpotilaan ohjaus.....	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUKSEN ERI VAIHEET .....	24
6.1	Tutkimusmenetelmä .....	24
6.2	Tutkimuksen ensimmäinen sykli; sydänpotilaan tiedontarpeen kartoitus .....	26
6.2.1	Tutkimukseen osallistuneet potilaat .....	26
6.2.2	Aineistonkeruuväline.....	26
6.2.3	Aineistonkeruun toteutus.....	28
6.2.4	Aineiston analyysi .....	29
6.3	Tutkimuksen toinen sykli; sydänpotilaan ohjauksen minimikriteerien laadinta .....	31
6.4	Tutkimuksen kolmas sykli; sydänpotilaan ohjauslomakkeen laadinta .....	32
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	36
7.1	Kyselyn tulokset .....	36
7.1.1	Tutkimukseen osallistuneiden sydänpotilaiden taustatietojen kuvaus .....	36
7.1.2	Sydänpotilaiden tiedontarpeet.....	38
7.1.3	Taustatekijöiden yhteys sydänpotilaiden tiedontarpeisiin.....	43
7.1.4	Tulosten tarkastelu.....	44
7.2	Sydänpotilaan sairaalassaoloajan ohjauksen minimikriteerit .....	46
7.3	Sydänpotilaan ohjauslomake .....	48
8	POHDINTA .....	49
8.1	Tutkimuksen eettisyys.....	49
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten siirrettävyys .....	51
8.3	Tulosten merkitys käytännölle.....	55
	LÄHTEET .....	57
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomessa sepelvaltimotautia sairastaa noin 300 000 ihmistä. Vuosittain sydäninfarkteja sekä muita sepelvaltimotautikohtauksia on noin 75 000 ja vuodessa tautiin menehtyy noin 13 000 suomalaista. Sepelvaltimotauti on näin suomalaisten yleisempiä kuolinsyitä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 46; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 240.) Eteisvärinä on yleinen sairaus ja sitä sairastaa noin 10 % suomalaisista yli 65-vuotiaista aikuisista. Puolestaan sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys on yli 65-vuotiailla noin 5 % ja yli 75-vuotiailla noin 10 %. Sydänsairaudet ovat merkittävä sairausryhmä Suomessa. (Mäkijärvi ym. 2008, 7, 295–297, 403–405.)

Pitkäaikaissairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet ovat hoidettavissa osittain terveellisimmillä elämäntavoilla (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–24). Väestön ikääntyessä tulevat pitkäaikaissairaudet lisääntymään. Pitkäaikaisesti sairaiden hoitaminen on osittain tuloksetonta, elleivät potilaat sitoudu hoitoonsa. Terveellisten elämäntapojen laiminlyönti rajoittaa terveydenhuollon mahdollisuuksia vaikuttaa väestön terveyteen. Siksi potilaiden hoitoon sitoutuminen on tärkeää, koska sillä luodaan edellytyksiä paremmille tuloksille sekä potilaan elämänlaadun että kustannuksien kannalta. Hyvä hoito vahvistaa terveyttä ja vähentää hoitajaksojen tarvetta ja on näin kustannustehokastakin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 11–31.)

Laadukas ohjaus on osana potilaan hyvää hoitoa ja potilasohjaus on yksi hoitotyön keskeisemmistä tehtävistä. (Kääriäinen 2008, 10–15). Potilasohjauksella pyritään vastaamaan potilaiden tiedontarpeisiin (Kääriäinen 2007, 17). Kyetäkseen sitoutumaan hoitoonsa, tarvitsee potilas tietoa muun muassa sairaudestaan ja sen hoidosta, jonka avulla hän pystyy sovittamaan uudet vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 21 – 32).

Potilasohjaus on kohdannut ajan saatossa uusia haasteita. Tällä hetkellä potilasohjausta haastaa terveydenhuollon muutosten ja hoidon kehittymisen vuoksi potilaiden lyhentyneet sairaalassaoloajat. (Mäkinen & Penttilä 2007, 7–8). Toisaalta potilaat tietävät yhä enemmän terveyteensä liittyvistä asioista ja asettavat näin ollen oh-

jaukselle lisävaatimuksia. (Leino-Kilpi, Iire, Suominen, Vuorenheimo & Välimäki 1993, 1).

Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaiden tiedontarpeet ovat yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia. (Johansson ym. 2001, 10–11; O’ Driscol 2006; Blek ym. 2007; Carrol 2007; McCabe ym. 2008). Tästä huolimatta tutkimuksissa on tuotu esille, etteivät potilaat ole kokeneet saaneensa riittävästi tietoa tai saatu tieto ei ole vastannut heidän yksilöllisiä tarpeitaan. (Beach ym. 1996; Gustafson ym. 2001). Tutkimukset ovat tuottaneet esimerkiksi tietoa siitä, että sepelvaltimotautia sairastavat potilaat eivät saa riittävästi ohjausta sydäntapahtuman jälkeen muun muassa lääkityksestä, elämäntapamuutoksista, liikunnasta ja psykososiaalisista tekijöistä. (Alm- Roijer ym. 2004, 321–330; Mäkinen & Penttilä 2007, 37–40). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa, jossa tutkittiin sisätautisten ja erityisesti sydäninfarktipotilaiden hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä, kokivat potilaat tarvitsevansa yksilöllisempää ja potilaslähtöisempää ohjausta, missä heidän elämäntilanteensa tulisi huomioiduksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa uuden sydänsairausdiagnoosin saaneiden sydänpotilaiden tiedontarpeita sairaalassaoloaikana ja kehittää Satakunnan keskussairaalan sydänsairauksien vuodeosaston M4 sairaanhoitajien toteuttamaa sydänpotilaiden ohjausta. Tässä opinnäytetyössä sydänpotilaalla tarkoitetaan potilaita, jotka sairastavat sepelvaltimotautia, eteisvärinää, sydämen vajaatoimintaa tai kardiomyopatiaa.

Opinnäytetyö on luonteeltaan tutkimuksellinen kehittämistyö, joka koostuu tutkimus- ja kehittämisosioista. Potilaiden tiedontarpeisiin vastaaminen on yhä haastavampaa ja siksi potilasohjauksen kehittäminen on yhä tärkeämmässä roolissa (Hupli 2004, 1). Tutkimalla sydänpotilaiden tiedontarpeita sekä kehittämällä sairaalassaoloajan ohjausta pyritään vastaamaan nykyisiin potilasohjauksen haasteisiin. Opinnäytetyön ohjaajana toimii työelämän organisaatiosta kehittämissylihoitaja, TtT, Marita Koivunen.

## 2 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Osasto M4 on Satakunnan sairaanhoitopiirin keskussairaalassa sijaitseva sisätautien vuodeosasto, joka on erikoistunut sydänsairauksien hoitoon. Osastolla on 27 potilaspaikkaa. Suurimmat potilasryhmät koostuvat sydämen vajaatoiminta-, sydämen rytmihäiriö- ja sepelvaltimotautipotilaista sekä potilaista, joille on suoritettu ohitusleikkaus tai läppäleikkaus. Osastolla M4 oli vuonna 2011 keskimäärin 171 hoitojaksoa kuukaudessa ja keskimääräinen hoitojakson pituus oli neljä vuorokautta. (M4:n vuoden 2011 toimintakertomus, 2012). Hoitojaksojen lyhentymiseen on vaikuttanut muun muassa sepelvaltimoiden varjoainetutkimusten yleistyminen.

Hoitojaksojen lyhentyminen luo erityisesti paineita sydänpotilaiden ohjaukselle ja neuvonnalle. Sydänsairauksien pysäyttämiseen tai niiden etenemisen hidastamiseen tarvitaan sydämelle terveellisiä elintapoja sekä hyvää ja yksilöllistä lääkehoitoa. Ihminen ei pysty vaikuttamaan esimerkiksi sepelvaltimotaudin taustatekijöihin, kuten perimään, sukupuoleen tai ikään. Sen takia on tärkeää hillitä niitä riskitekijöitä, joihin on mahdollista vaikuttaa omilla elämäntavoillaan. Sydänsairauksien riskitekijöitä ovat tupakointi, kohonnut kolesteroli, verenpainetauti, liikunnan vähäisyys, ylipaino, diabeteksen huono hoitotasapaino, runsas alkoholin käyttö ja pitkittynyt stressi. (Sepelvaltimotauti- opas 2006, 17.)

Sydänpotilaiden ohjaus toteutetaan osastolla M4 pääosin sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien toimesta. Lääkäreiden toteuttama ohjaus painottuu tutkimuksiin ja toimenpiteisiin sekä lääkehoitoon. Potilaan lääkehoidon ohjaaminen kuuluu myös sairaanhoitajille. Ohjaustilanteet tapahtuvat käytännössä muun työn ohessa. Kiireen vuoksi joudutaan usein osastolla priorisoimaan potilaiden ohjauksen edelle muita hoitotyön osa-alueita. Sairaanhoitajilla ei ole erikseen mitoitettuna työaikaa potilasohjaukselle.

Tulevaisuudessa tulevat potilaiden hoitojaksot lyhentymään vielä nykyisestään. Hoitojaksojen lyhentyminen käytännössä tarkoittaa sitä, että potilaiden ohjaukselle jää vähemmän aikaa. Tämän takia on tärkeää tulevaisuudessa kehittää ja tehostaa potilaiden ohjausta ja ohjaustapoja. (Kyngäs ym. 2007, 5–6.)

### 3 TIEDONHAUN KUVAUS

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku perustui integroivaan kirjallisuuskatsaukseen. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Integroiva kirjallisuuskatsaus auttaa kirjallisuuden tarkastelussa ja sen kriittisessä arvioinnissa ja syntetisoinnissa. (Torraco 2005, 356). Verrattuna systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tarjoaa integroiva katsaus mahdollisuuden laajempaan aihetta kuvaavan kirjallisuuden etsimiseen (Evans 2008, 137).

Tiedonhaku suoritettiin yhdessä Satakunnan sairaanhoitopiirin informaatikon kanssa. Eri viitetietokannoista johtuen katkaistiin hakusanoja, jotta sanojen taivutetut muodot tulisivat huomioiduksi tiedonhaussa.

Tutkimuksia *sydänpotilaan tiedontarpeesta* haettiin Linda- ja Medic- tietokannoista. Tietoa oli niukasti saatavilla, minkä vuoksi sydänpotilaan lisäksi käytettiin hakusanana potilasta. Sydänpotilaan tiedontarpeen tiedonhaku rajattiin ensiksi vuosille 2002 – 2012. Osumien vähäisyyden vuoksi haettiin Linda- tietokannasta tutkimuksia vuodesta 1992 alkaen. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hakutulokset potilaan ja sydänpotilaan tiedontarpeesta

Tietokanta	Medic 1/2	Linda 1/4	Linda 2/4
Hakusanat	tiedontar* tarve* tarpe* AND sydän*	tiedontar? AND sydän?	tiedontar? AND potila?
Rajausaika	2002 -		1992 – 2012
Osumia	45	0	31
Rajaukset	Hyväksytään vain sydänsairauksia koskevat artikkelit		Hyväksytään myös muihin sairauksiin liittyvät artikkelit
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	6		4
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	5		2
Koko artikkeleiden lukemisen jälkeen osumia	1		2



Tutkimuksia *sydänpotilaan tiedontarpeesta* sekä *ohjauksesta* haettiin Cinahl-, Linda- ja Ovid- tietokannoista. Haku rajattiin vuosille 2002–2012 ja vain englanninkieliset artikkelit hyväksyttiin. Sisäänottokriteerinä oli, että artikkelin piti koskea tähän opinnäytetyöhön rajattuja sydänsairausryhmiä. Potilasohjauksen synonyyminä ja hakusanana käytettiin potilasneuvontaa. Tiedonhaussa käytettiin ohjauksen englanninkielisinä vastineina counselling ja education. Tiedontarpeen vastineena käytettiin englanninkielisenä hakusanana knowledge. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hakutulokset sydänpotilaan tiedontarpeesta ja ohjauksesta

Tietokanta	Cinahl	Ovid
Hakusanat	“patient education” AND cardiac AND knowledge	patient education {including related terms} AND knowledge {including related terms} AND heart {including related terms}
Rajausaika	2002 – 2012	2002 – 2012
Osumia	96	111
Rajaukset	Hyväksytään vain eteisvärinää, kardiomyopatiaa, sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa koskevat artikkelit  Vain englanninkieliset artikkelit hyväksytään	Hyväksytään vain eteisvärinää, kardiomyopatiaa, sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa koskevat artikkelit  Vain englanninkieliset artikkelit hyväksytään
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	20	30 (1 sama kuin cinahl haussa)
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	9	15
Koko artikkelien lukemisen jälkeen osumia	2	2

Tutkimuksia *sydänpotilaan ohjauksesta ja sen vaikuttavuudesta* haettiin Linda-, Medici- ja Ovid- tietokannoista. (Taulukko 3.) *Sydänpotilaan ohjauksen vaikuttavuuden* tiedonhakua laajennettiin ja hakusanana käytettiin yleisesti potilasta. Abstraktien lukemisen jälkeen seulottiin ne artikkelit, jotka koskivat tähän opinnäytetyöhön rajattuja sydänsairausryhmiä. (Taulukko 4.)

Taulukko 3. Hakutulokset sydänpotilaan ohjauksesta ja sen vaikuttavuudesta

Tietokanta	Linda ¾
Hakusanat	counselling OR education OR potilasneu? OR potilasohj? AND cardiac? OR sydän?
Rajausaika	2002 – 2012
Osumia	54
Rajaukset	
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	5
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	2
Koko artikkeleiden lukemisen jälkeen	1

Taulukko 4. Hakutulokset potilasohjauksen vaikuttavuudesta

Tietokanta	Medic 2/2	Linda 4/4
Hakusanat	vaikuttav* AND potilasohjau* ohjau* ohjaam*	effectiveness OR vaikuttav? AND education OR counselling OR potilasneu? OR ohj? OR potilaohj?
Rajausaika	2002 – 2012	2000 – 2012
Osumia	44	1074
Rajaukset	Sydänsairauksiin liittävät artikkelit hyväksytään	Sydänsairauksiin liittyvät artikkelit hyväksytään
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	12	9
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	5	4
Koko artikkeleiden lukemisen jälkeen	2	1

Tarkemmat tiedot opinnäytetyöhön hyväksytyistä artikkeleista löytyvät Liitteestä 1.

## 4 SYDÄNPOTILAAN TIEDONTARVE JA OHJAUS

### 4.1 Sydänpotilas

Sepelvaltimotaudilla tarkoitetaan ateroskleroosin ilmentymää sydäntä ravitsevissa sepelvaltimoissa. Taudin ilmenemismuodot ovat sydäninfarkti, rasitukseen liittyvä rintakipu ja sydänperäinen odottamaton äkkikuolema. Suomessa sepelvaltimotautia sairastaa noin 300 000 ihmistä. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, veren suuri kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja diabetes. Terveellisellä ruokavaliolla, tupakoimattomuudella ja liikunnan harrastamisella voidaan ennalta ehkäistä sairauden puhkeamista sekä jo kehittyneen taudin etenemistä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 46; Mäkijärvi ym. 2008, 240.)

Eteisvärinä on rytmihäiriö, jossa eteiset supistelevat epätahdissa. Sähköimpulssit menevät kammioiden alueelle vaihtelevalla taajuudella, minkä vuoksi sydämen kammiot supistelevat epäsäännöllisesti ja usein nopeasti. Eteisvärinä on yleinen sairaus ja sitä sairastaa noin 10 % suomalaisista yli 65-vuotiaista aikuisista. Eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, diabetes, kardiomyopatia, sydämen vajaatoiminta, sydämen läppäviat, sydän leikkauksen jälkitila ja rakenteellinen sydänsairaus. (Mäkijärvi ym. 2008, 403–405.)

Kardiomyopatialla tarkoitetaan sairauksia, jotka vaikuttavat sydänlihaksen rakenteeseen, kokoon tai sen toimintaan. Kardiomyopatiat jaetaan joko dilatoivaan (laajentavaan) tai hypertrofiseen (paksuntavaan) sydänlihassairauteen. (Mäkijärvi ym. 2008, 370). Dilatoivassa kardiomyopatiassa sairaus laajentaa sydämen kammioita ja tästä syystä heikentää sydämen pumppausvoimaa. Dilatoivan kardiomyopatian oireita ovat rasitushengenahdistus, väsymys, turvotukset ja rytmihäiriötuntemukset. Sairauden synnylle altistavia tekijöitä ovat verenpainetauti, sepelvaltimotauti ja läppäviat. Hypertrofisessa kardiomyopatiassa sydänlihas on paksuuntunut. Usein se on perinnöllinen sairaus. Sydänlihaksen paksuuntuman aste vaihtelee potilaittain. Hypertrofista kardiomyopatiata sairastavat potilaat voivat olla hyvinkin pitkään oireettomia tai vähäoireisia. Oireita ovat esimerkiksi rasitushengenahdistus, rintakipu, rytmihäiriötun-

temukset tai tajunnanmenetyiskohtaukset. Äkkikuolema voi olla ensimmäinen ilmentymä sairaudesta. (Mäkijärvi ym. 2008, 367–377.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydän ei pysty pumppaamaan riittävästi verta elimistön normaalitarpeisiin. Sen taustalla on aina jokin verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus, kuten sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, verenpainetauti tai läppäviat. Sydämen vajaatoiminnan oireita ovat räsitus, hengenvaikeus, uupuminen, yskä ja kudosturvotukset. Suomalaisilla yli 65-vuotiailla sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys on noin 5 % ja yli 75-vuotiailla noin 10 %. (Mäkijärvi ym. 2008, 295–297.)

Sepelvaltimotaudin, eteisvärinän, sydämen vajaatoiminnan ja kardiomyopatioiden hoidossa sekä sairauden etenemistä hidastavina tekijöinä ovat lääkehoito ja sen rinnalla myös elintavat. Elintavoista tärkeimmät ovat tupakoimattomuus, terveellinen ruokavalio ja liikunta. (Mäkijärvi ym. 2008, 295–424.)

#### 4.2 Sydänpotilaan tiedontarve

Ihminen tarvitsee tietoa päättäessään terveyttään koskevista asioista. (Leino-Kilpi, Ire, Suominen, Vuorenheimo & Välimäki 1993, 1). Tietämys elintapojen merkityksestä sydänsairauksien hoidossa on viime vuosien ajan lisääntynyt. (Mäkijärvi ym. 2008, 7). Kroonisten sairauksien, kuten sydänsairauksien, hoito edellyttää sitoutumista terveellisiin elämäntapoihin sekä asianmukaiseen hoitoon. Tämä vaatii potilaalta edellytyksiä elämän uudelleen jäsentämiseen, uusien asioiden oppimista ja elämäntapojen muuttamista. Lisäksi se vaatii potilaalta aikaa, vaivaa ja taloudellisia resursseja ja panoksia. Kyetäkseen sitoutumaan hoitoonsa potilas tarvitsee tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, minkä avulla hän pystyy sovittamaan uudet vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 21 – 32.)

Potilaiden tiedontarpeet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia sekä vaihtelevat terveydentilan muutosten, sairastumisen ja sairauden tilanteiden mukaan. Potilaan terveysongelmasta tai sairaudesta riippumatta on kaikille yhteistä se, että potilaat kokevat tarvitsevänsä tietoa. Tietoa tarvitsevat myös potilaiden läheiset. (Johansson ym. 2001, 10–11.)

### *Tiedontarpeeseen vaikuttavia tekijöitä*

Tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia tiedontarpeeseen vaikuttavista tekijöistä. Iällä, sukupuolella ja koulutustasolla on useissa tutkimuksissa todettu olevan merkitystä potilaan kokemaan tiedontarpeeseen.

Naisten on todettu tarvitsevan sairaudestaan enemmän ohjausta kuin miesten (O'Driscoll 2006; Carrol 2007). Blek ym. (2007) tutkivat sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden saamaa tietoa sydänsairaudesta sairaalassaoloaikana. Sukupuolella oli tutkimuksen mukaan merkitystä koettuun tiedonsaantiin, sillä 58 % miehistä koki saaneensa riittävästi tietoa, kun taas 58 % naisista koki saaneensa liian vähän tietoa. Alasen (2002) pro gradu-tutkielmassa tutkittiin sisätautien ja kirurgian osastojen sekä päiväkirurgian potilaiden tiedon saantia ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Eniten tietoa kokivat tarvitsevansa naiset ja keski-ikäiset sekä korkeammin koulutetut potilaat.

McCabe ym. (2008) tutkivat eteisvärinädiagnoosin saaneita potilaita kaksi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Enemmän tiedonpuutteita havaittiin vanhemmissa ikäluokissa sekä vähemmän koulutettujen keskuudessa.

### *Potilaiden ja sydänpotilaiden tiedontarpeet*

Tutkimusten mukaan potilaat tarvitsevat tietoa terveytensä ylläpitämisestä, sairaudestaan sekä sen hoidosta ja lääkityksestä. Useissa tutkimuksissa on ilmennyt, että potilailla on myös tiedontarpeita sairauden aiheuttamasta epävarmuuden tunteista ja peiloista, sairauden etenemisestä, uusiutumisen tai komplikaatioiden riskeistä. (Johansson ym. 2001, 11–12.)

Alasen (2002) tutkimuksessa sisätautien ja kirurgian osastojen sekä päiväkirurgian potilaat pitivät tiedonsaantia ennen sairaalahoitoa ja sen aikana tärkeänä. Tärkeimmäksi potilaat kokivat tiedot sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Vähiten potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa järjestöjen toiminnasta sekä omaisten osallistumisesta hoitoon. Blek ym. (2007) tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokivat sairaalassa saaneensa eniten saaneensa tietoa sydäimestä sekä sen toi-

minnasta ja nitrojen käytöstä. Vähemmän potilaat kokivat saaneensa tietoa sosiaali-  
turvasta, harrastuksista, lepäämisestä ja rentoutumisesta. Koskela (2006) tutki pro-  
gradu-tutkielmassaan sepelvaltimotautia sairastavien ja ohitusleikattujen naisten ko-  
kemisiä tiedontarpeita. Tutkimuksen tuloksena oli, että naiset tarvitsivat lisää tietoa  
sepelvaltimotaudin oireista sekä siitä, milloin on syytä hakeutua hoitoon. Tutkimuk-  
sen kohderyhmällä esiintyi erityisesti tiedontarpeita lääkehoidosta, taudin riskitekijöistä ja niiden merkitysten arvioinnista.

Rodriguezin ym. (2008) tutkimus osoitti, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat  
tarvitsevat enemmän tietoa siitä, mitä sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, mitä sydä-  
men vajaatoiminta on ja mitkä ovat syyt sairauden synnylle ja sen pahenemisjaksoil-  
le. Tutkimuksen mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavat tarvitsevat enemmän  
tietoa heidän ennusteestaan sairauden kannalta. Roncalli ym. (2009) tutkivat sydä-  
men vajaatoimintapotilaita ja heidän tietämystään sairaudesta ennen ja jälkeen oh-  
jaustilanteen. Erityisesti tutkimuksesta nousi esille sydämen vajaatoimintapotilaiden  
heikko tietämys ja ymmärrys siitä, että sairaus on krooninen.

McCabe ym. (2008) tutkivat eteisvärinädiagnoosin saaneita potilaita kaksi viikkoa  
sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Sairaalahoidossa annetusta ohjauksesta huolimatta  
potilailla todettiin olevan merkittäviä tiedonpuutteita eteisvärinän oireista, lääkityk-  
sen tarkoituksesta sekä aivoinfarktin riskistä.

Useissa tutkimuksissa on todettu, etteivät potilaat ole kokeneet saaneensa tietoa tai  
saatu tieto ei ole vastannut heidän yksilöllisiä tarpeitaan. (Beach ym. 1996; Gustaf-  
son ym. 2001). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa, jossa tutkittiin sisätautipotilaiden  
ja erityisesti sydäninfarktipotilaiden hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä potilaiden  
näkökulmasta ja kokemana, yhdentyivät ohjaukseen liittyvät tulokset muiden tutki-  
mustulosten kanssa. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan potilaan kannalta ohjauksen  
keskeisimmät tiedolliset sisältöalueet olivat tieto sairaudesta, sen syistä ja ennusteesta,  
lääkityksestä ja sen kestosta sekä oman toiminnan rajoituksista. Tutkimuksessa  
potilaat kaipasivat lisää tietoa jatkohoitopaikasta. Tutkimuksessa potilaat kokivat tar-  
vitsevansa yksilöllisempää ja potilaslähtöisempää ohjausta, jossa heidän elämäntilan-  
teensa tulee huomioiduksi.

Timmins (2005) selvitti kirjallisuuskatsauksessa sepelvaltimotautipotilaiden tiedontarpeita. Kirjallisuuskatsaus tuotti tietoa siitä, että potilailla ja sairaanhoitajilla on useammassa tutkimuksessa todettu olevan eriävät käsitykset sepelvaltimotautipotilaan tiedontarpeista sairauden akuutissa vaiheessa. Yleisesti potilaat tarvitsivat enemmän tietoa taudin oireista sekä niiden hallinnasta. Vähemmän sepelvaltimotautipotilaat kokivat tarvitsevansa tietoa liikunnasta ja ruokavaliosta, kun taas hoitajat korostivat näiden merkitystä ohjauksessa. Tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautipotilaat tarvitsevat ohjausta yhä enemmän potilaslähtöisesti eli omiin tiedontarpeisiinsa pohjautuen.

### ***Yhteenveto***

Iällä, sukupuolella ja koulutuksella on todettu olevan merkitystä potilaiden tiedontarpeisiin. Enemmän tiedontarpeita on esiintynyt naisilla, keski-ikäisillä ja korkeammin koulutetuilla potilailla.

Sydänpotilailla esiintyy tiedontarpeita, mutta tutkimusten mukaan sepelvaltimotautia sairastavat potilaat eivät saa riittävästi ohjausta. Blek ym. (2007) tutkivat sepelvaltimotautipotilaiden saamaa tietoa sydänsairaudestaan sairaalassaoloaikana. Tutkimuksen mukaan tutkittavista 45 % oli saanut sairaalassaoloaikana riittävästi tietoa, 52 % koki saaneensa liian vähän ja 3 % sepelvaltimotautipotilaista ei tutkimuksen mukaan saanut ollenkaan ohjausta sairaalassaoloaikana.

Sydänpotilaat tarvitsevat aiempien tutkimusten mukaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tutkimuksista, toimenpiteistä, oireista ja lääkityksestä. Enemmän tietoa sydänpotilaat ovat kokeneet tarvitsevansa sairauden oireista ja siitä milloin pitää hakeutua hoitoon. Tieto jatkohoitopaikasta, mahdollisesta sydänsairauden synnyn syistä sekä sairauden ennusteesta nousivat ohjauksessa huomioitaviksi ja kehitettäviksi alueiksi. Useamman tutkimuksen mukaan sydänpotilaat kaipaavat potilaslähtöisempää ohjausta.

### 4.3 Sydänpotilaan ohjaus

Potilaat tietävät yhä enemmän terveyteensä liittyvistä asioista ja tämä tarkoittaa sitä, että myös heidän tiedontarpeensa ovat lisääntyneet. Toisaalta potilaiden tiedontarve on kasvanut terveydenhuollon muutoksista johtuen. Vaatimuksia potilasohjakselle asettavat muun muassa potilaiden lyhentyneet sairaalassaoloajat. Terveydenhuollossa nykypäivänä korostuvat potilaan itsehoidon, oman vastuun, itsemääräämisoikeuden ja ennalta ehkäisyn merkitykset. Näiden vuoksi potilasohjauksen kehittäminen on yhä tärkeämmässä roolissa. (Leino-Kilpi, Iire, Suominen, Vuorenheimo & Välimäki 1993, 1; Hupli 2004, 1.)

#### *Potilasohjaus*

Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehtoista niin, että hän ymmärtää saamaansa informaation riittävän hyvin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5 §). Laadukas ohjaus on osana potilaan hyvää hoitoa ja potilasohjaus on yksi hoitajan keskeisemmistä tehtävistä. (Kääriäinen 2008, 10–15.)

Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään edistämään potilaan tiedonsaantia ja tukemaan häntä terveyteen liittyvien ongelmien ja itsehoidon hallinnassa. Ohjauskäsitteeseen rinnastetaan muun muassa tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen, opastuksen sekä informoinnin käsitteitä. Suomenkielistä ohjauskäsitettä vastaavat englanninkielestä counselling ja education- käsitteet. (Kääriäinen 2007, 17 – 27.)

Ohjauksessa ihmiset välittävät tietoa toisilleen ja siinä painotetaan henkilökohtaisten merkitysten löytämistä, jaettua potilaan ja hoitohenkilöstön asiantuntijuutta sekä potilaan omaa vastuuta toiminnastaan ja päätöksistään. (Kääriäinen 2007, 17–29.)

Ohjaamisessa on tärkeää nähdä potilas aktiivisena ongelmanratkaisijana. Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta päätöksenteossa oman tietämyksen ja ammattitaidon avulla. Vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan potilaan ja hoitajan välille. Edellytyksenä on, että vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Tasavertaisuuden saavuttaminen on tavoiteltavaa. Ohjauksessa tulee olla kaksi asiantuntijaa. Toinen on



potilas, joka on oman elämänsä asiantuntija ja toinen hoitaja ollen ammatillinen asiantuntija. Tasavertainen ohjaussuhde luo edellytykset aktiiviselle ja tavoitteelliselle ohjaukselle. Ohjauksella pyritään kannustamaan potilasta ottamaan vastuuta terveydestään sekä hoitamaan itseään sairautensa kannalta mahdollisimman hyvällä tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 5–26; Kääriäinen 2008, 10–15.)

Potilaiden erilaisuus johtaa siihen, että heillä esiintyy erilaisia tiedontarpeita. Ohjauksessa tärkeää selvittää yksilöllisesti jokaisen potilaan tilanne ja mahdollisuus sitoutua terveyttä tukevaan toimintaan, jotta se vastaisi potilaiden yksilöllisiä tiedontarpeita. Tiedontarpeen kartoituksen lisäksi tulee ohjaustilanteessa tunnistaa ne asiat, jotka potilas jo entuudestaan tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää. (Kyngäs ym. 2007, 27–28, 47.)

#### *Voimavaraistava potilasohjaus*

Voimavaraistavassa potilasohjauksessa on kaiken perustana potilaslähtöisyys. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omia voimavaroja ja saada potilas voimaantumaan. Voimavaraistavalla ohjauksella pyritään siihen, että potilas saa ohjausta tarpeidensa mukaan. (Heikkinen ym. 2007, 270–278; Leino-Kilpi ym. 2005, 307–316; Kyngäs ym. 2007, 5–26; Rankinen ym. 2007, 113–119; Vilén ym. 2008, 11–56). Voimavaraistunut potilas kokee tuntevansa ja hallitsevansa sairauden ja itsensä hoidon (Jones & Meleis 1993, 1–4). Voimaantunut potilas on motivoitunut ja sitoutunut sairautensa hoitoon ja siksi potilaan voimaantuminen ohjauksen tuloksena on tavoiteltavaa. (Kyngäs ym. 2007, 5–26.)

Tutkitun tiedon perusteella potilaan kokema tiedontarve jakautuu voimavaraistavassa potilasohjauksessa kuudelle osa-alueelle, joita ovat biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalisyhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen osa-alue. (Heikkinen ym. 2007, 270–278; Leino-Kilpi ym. 2005, 307–316; Kyngäs ym. 2007, 5–26.)

Biofysiologiseen tiedon osa-alueeseen kuuluvat muun muassa tiedot sairaudesta, oireista ja tutkimuksista. Toiminnalliseen tiedon osa-alueeseen kuuluvat tiedot päivittäisistä toiminnoista tai toiminnallisista rajoituksista. Sosiaalisyhteisölliseen alueeseen kuuluvat tiedot läheisille annettavasta tiedosta sekä potilasjärjestöstä saatavasta

tuesta. Kokemukselliseen alueeseen kuuluvat tiedot tunteista, aikaisemmista terveysongelmista ja sairaalakokemuksista. Eettinen osa-alue sisältää tietoja päätöksenteosta, potilaan oikeuksista sekä luottamuksellisuudesta. Taloudelliseen osa-alueeseen kuuluvat tiedot sosiaaliturvasta, sairauteen liittyvistä kustannuksista sekä hoidon jatkuvuudesta. (Leino-Kilpi ym. 2005, 309–310; Johansson, Katajisto, Kettunen, Leino-Kilpi & Montin 2010, 248.)

#### *Potilasohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä*

Potilaiden taustatekijät vaihtelevat paljon, joten on tärkeää selvittää jokaisen potilaan ohjaustarpeet yksilöllisesti. Tämä auttaa myös ohjauksen sisällön sekä ohjausmenetelmien suunnittelussa. (Kääriäinen 2008, 10–15). Ohjaukseen vaikuttavat sekä potilaan että hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi sekä terveydentila. Esimerkiksi ikääntyneen potilaan ohjaustarve voi olla erilainen kuin nuoren aikuisen, sillä ikääntynyt potilas saattaa tarvita ohjauksessa enemmän lyhytkestoisempia ohjauksia ja toistoja. (Kyngäs ym. 2007, 28–30.)

Potilaiden ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat esimerkiksi käsitykset omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat, oppimisvalmiudet sekä motivaatio. (Kyngäs ym. 2007, 31–33). Potilasohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät liittyvät kulttuuriin, etnisyyteen, uskontoon ja eettisiin tekijöihin. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon myös omaisten ohjaustarpeet. Ohjaukseen vaikuttavia muita ympäristön taustatekijöitä ovat esimerkiksi hoitoympäristössä vallitseva hoitotyön kulttuuri ja fyysinen ympäristö. (Kyngäs ym. 2007, 36.)

Parhaimmillaan ohjaus rakentuu asioille, joita potilas itse nostaa esille ja jotka ovat tärkeitä hänen terveytensä, hyvinvoinnin ja sairauden kannalta. Potilaalla voi olla ohjauksen tarvetta terveysongelmissa, elämäntaito-ongelmissa, elämänkulun eri vaiheissa tai elämäntilanteen muutoksiin liittyen. Hoitajan tehtävänä on kartoittaa potilaan taustatekijöitä sekä yhdessä potilaan kanssa tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeet. (Kyngäs ym. 2007, 5–26; Vilén ym. 2008, 11–56.)

### *Ohjauksen merkitys sydänsairaanhoidossa*

Pitkäaikaissairaudella ja pitkäaikaisella terveysongelmalla tarkoitetaan elimistössä olevaa pitkäaikaista, palautumatonta muutosta, jonka hoitaminen vaatii potilaalta itseltään omahoitoa sekä terveydenhuollon ammattilaisilta ohjausta ja hoitoa (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999,10–33). Osittain huonoista elintavoista johtuvat sairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet ovat hoidettavissa terveellisimmillä elämäntavoilla (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–24). Potilaan motivaatiolla on merkitystä sille, että haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat hänelle itselleen tärkeiksi (Kyngäs ym. 2007, 31–33).

Potilaan hoitoon sitoutumisella on merkitystä itse potilaalle että yhteiskunnalle. Sitoutuminen terveellisiin elintapoihin ja asianmukaiseen hoitoon merkitsee potilaan kannalta parempaa terveyttä sekä toimintakykyä, jotka kohentavat elämänlaatua, lisäävät elinvoimaisia vuosia sekä luovat turvallisuudentunnetta. Terveydenhuollon kannalta hoitoon sitoutumisessa on kyse hoidon vaikuttavuudesta. Hoitotulos ei synny yleensä sairaalahoidon aikana vaan ratkaisevassa asemassa on se, miten potilas hoitaa itseään. Hyvä hoito vahvistaa terveyttä ja vähentää hoitajaksojen tarvetta ja on näin kustannustehokastakin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–24.)

Oterhals ym. (2006) tutkivat sydänpotilaan itsehoitoon vaikuttavia tekijöitä. Riittävästi tietoa saanut potilas oli tyytyväisempi hoitoonsa ja tyytyväinen potilas motivoitui paremmin sairautensa hoitoon. Sydänpotilaiden tiedon ja ohjauksen saamisella oli yhteys potilaan itsehoidon toteutumiseen. van der Wal ym. (2005) totesivat, että tiedonsaannilla oli yhteys sydämen vajaatoimintaa sairastavien parempaan hoitomyönteisyyteen sekä potilaiden kokeman elämänlaadun parantumiseen.

Alm-Roijerin ym. (2004) tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavien taudin riskitekijöistä saadulla tiedolla oli yhteyttä elämäntapamuutoksiin. Tieto riskitekijöistä ja niiden ymmärryksestä sairauden kannalta johti potilaiden haluun pudottaa painoa, lisätä liikuntaa ja tehdä muutoksia ruokavaliossa. Kuitenkaan tiedon saamisella ei ollut vaikutuksia potilaiden tupakoimiskäyttäytymiselle. Blek ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin, että sepelvaltimotautipotilaiden asenteet ja suhtautuminen riskitekijöihin olivat yhteydessä potilaiden toteuttamille elämäntapamuutoksille. Se, että poti-

las piti ruokavaliota tärkeänä sepelvaltimotaudin hoitamiseksi, oli yhteydessä siihen, että potilas noudatti terveellisempää ruokavaliota. Lisäksi potilaat, jotka kokivat liikunnalla olevan merkitystä sepelvaltimotaudille, harrastivat enemmän liikuntaa.

Roncalli ym. (2009) tutkivat sydämen vajaatoimintapotilaita ja heidän tietämystään sairaudesta ennen ja jälkeen ohjaustilanteen. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunnan antama ohjaus lisäsi potilaiden tietoutta sydämen vajaatoiminnasta sekä paransi potilaiden omahoitoa. Ohjaus oli vaikuttavaa myös niiden potilaiden kohdalla, joiden tietämys sairaudesta oli ollut jo ennen ohjausta hyvällä tasolla. Ohjauksen todettiin olevan vaikuttavaa niin vanhojen kuin nuorempienkin potilaiden keskuudessa.

#### *Sydänpotilaan ohjauksen ajoitus*

Ohjaajan tulee ymmärtää, että potilas jolle on vasta diagnosoitu sydänsairaus käy läpi sairaalassa ollessaan sairastumistaan ja sen aiheuttamia tunteita. Tällöin potilas arvioi uudelleen elämäänsä ja tämä voi vaikuttaa hänen keskittymiseen ohjaustilanteissa. Hoitajan tulee arvioida, mitkä sairauteen liittyvistä asioista ovat ensisijaisia käsitellä ja mitkä asioista voidaan jättää myöhemmäksi. Ohjauksessa on tärkeää asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen. (Kyngäs ym. 2007, 29–31). Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen ajoitusta tulee harkita, sillä oikein ajoitetun ohjauksen on todettu olevan merkittävänä tekijänä hoitotavoitteiden saavuttamisessa (Alm-Roijer 2004; Fernandez 2009).

Vallitsevan hoitokäytännön mukaisesti sydänpotilaat saavat toipilasvaiheessa liikaa yksityiskohtaista tietoa sairaudestaan (Mäkinen & Penttilä 2007, 38). O'Driscollin ym. (2006) mukaan jopa 30 – 78 % potilasta eivät täysin ymmärrä varhaisessa vaiheessa annettua tietoa. Potilaan kokema sairastumisen kriisi vaikeuttaa sairauden akuuttivaiheessa annetun ohjauksen omaksumista. Potilas hyötyy enemmän kahden kuukauden päästä akuuttivaiheesta annetusta elämäntapaohjauksesta, jolloin potilas on emotionaalisesti eheämpi ja muutosvalmiudet paremmat. (Mäkinen & Penttilä 2007, 38.)

*Sydänpotilaan jatkohoidon ja kuntoutuksen merkitys potilasohjaukselle*

Mäkisen & Penttilän (2007) tutkimuksessa selvitettiin sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuskäytäntöjä ja palveluita julkisessa terveydenhuollossa. Sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä oli hyvin erilaisia ohjaukseenkäytäntöjä ja runkoja. Sairaaloilla oli enemmän käytössä itse tuotettuja ohjausaineistoja, kun taas terveyskeskuksilla oli ohjausta tukevaa aineistoa vähemmän käytössä. Kummallakin julkisella sektorilla käytettiin Sydänliiton tuottamia ohjausmateriaaleja. Tutkimuksen mukaan Suomessa sydänpotilaiden ohjaus- sekä kuntoutuskäytännöt ovat paikkakunta-kohtaisia eikä yhtenäistä ohjaus- tai kuntoutusmallia ole olemassa.

Thannemallissa sydänpotilaan akuuttivaiheen ohjaus sairaalassa pitäisi sisältää tiedot sairaudesta, sen kulusta ja oireista. Lisäksi sairaalavaiheen ohjaukseen kuuluisi tieto lääkityksestä ja lääkekorvausasioista. Ensimmäisinä viikkoina tarvittavat apukeinot ja mahdollisten liikuntarajoitusten ohjaaminen kuuluisivat myös sairaalavaiheen ohjauksen sisältöön. Ravitsemusta, liikuntaa ja tupakoinnin lopettamista tulisi käsitellä vasta toipilasvaiheessa eli aikaisintaan kuukauden jälkeen potilaan päästyä sairaalasta. Toipilasvaiheen sydänpotilaan ohjaus tulisi toteuttaa terveyskeskuksissa. (Mäkisen & Penttilä 2007, 38.)

Mäkisen & Penttilän (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että sydänpotilaiden kuntoutuksen tarjonta ja järjestäminen eivät ole hyvällä tasolla Suomessa. Erityisesti potilaiden jatkohoitokäytäntöjä tulisi kehittää ja yhtenäistää, jolloin turvattaisiin sydänpotilaiden hoidon jatkuvuus. Yli organisaatorajojen ja yhtenäisesti toteutuvat sydänpotilaiden ohjaus- ja kuntoutuskäytännöt turvaisivat potilaille tiedonsaannin sairaudesta vähitellen ja saumattomammin sairauden akuutista vaiheesta toipilasvaiheeseen. Koko Suomen kattava yhtenäinen käytäntö loisi paremman mahdollisuuden sydänpotilaiden voimaantumiseen sekä omahoitoon sitoutumiselle.

### ***Yhteenveto***

Tiedontarpeiden ollessa yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia on ohjauksessa tärkeää selvittää yksilöllisesti jokaisen potilaan tilanne ja mahdollisuus sitoutua terveyttä tukevaan toimintaan. Tiedontarpeen kartoituksen lisäksi tulee ohjaustilanteessa tunnistaa ne asiat, jotka potilas jo entuudestaan tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää. Ohjauksessa tulee huomioida myös potilaan ja hoitajan taustatekijät, jotka vaikuttavat ohjaukseen.

Potilaan hoitoon sitoutumisella on merkitystä sekä potilaan että yhteiskunnan kannalta. Sitoutuminen terveellisiin elintapoihin ja asianmukaiseen hoitoon merkitsee potilaan kannalta parempaa terveyttä sekä toimintakykyä, jotka puolestaan kohentavat elämänlaatua, lisäävät elinvoimaisia vuosia sekä luovat turvallisuudentunnetta.

Riittävästi tietoa saanut potilas on tyytyväisempi hoitoonsa ja motivoituu paremmin sairautensa hoitoon. Sydänpotilaiden tiedon ja ohjauksen saamisella on yhteys potilaan itsehoidon toteutumiseen. Esimerkiksi riskitekijöistä saadulla tiedolla on yhteyttä elämäntapamuutoksiin.

Potilasohjauksen kehittämistarpeet kohdistuvat ohjauksen sisältöön sekä potilaslähtöisemmän ohjauksen toteuttamiseen (Kääriäinen 2007, 90–91; Mäkinen & Penttilä 2007, 37–40.) sekä ohjauksen ajoituksen uudelleen rakentamiseen (Kääriäinen 2007, 120–121; Mäkinen & Penttilä 2007, 37–40).

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää Satakunnan keskussairaalan sydänpotilaiden sairaalassaoloajan ohjausta ja sen sisältöä osastolla M4.

Tutkimuksen tavoitteena on:

1. Kartoittaa sydänpotilaiden tiedontarvetta sairaalassaoloaikana
2. Laatia osasto M4:n sairaanhoitajille sydänpotilaan sairaalassaoloajan ohjaukselle minimikriteerit
3. Laatia osasto M4:n sairaanhoitajille sydänpotilaan ohjauslomake potilaslähtöisen ohjauksen tueksi

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUKSEN ERI VAIHEET

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä sovelletaan toimintatutkimusta. Koska potilaiden ohjaukselle jää tulevaisuudessa vähemmän aikaa hoitajaksojen lyhentyessä, tulee potilaiden ohjausta kehittää sen mukaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 5–6.) Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään tämänkaltaista käytännön toiminnassa havaittua ongelmaa. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 36 – 37).

Toimintatutkimus sopii metodiksi, kun halutaan tuoda käytännön työskentelyyn uusia näkökulmia tai toimintatapoja (Metsämuuronen 2008, 30). Tyypillisesti toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus tai kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kehitellään uusia toimintatapoja tai kehitetään olemassa olevia käytäntöjä paremmaksi. (Heikkinen ym. 2008, 16 – 19.)

Toimintatutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään toimintaa ja sitä kautta kehittämään sitä. Toimintatutkimus luokitellaan usein laadulliseksi tutkimusmenetelmäksi. Tarkemmin sen voidaan ajatella kuitenkin olevan laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän välimaastossa, sillä toimintatutkimuksessa voidaan käyttää myös määrällisiä tiedonhankintamenetelmiä (Heikkinen ym. 2008, 36 – 37).

Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu syklistyys. Syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin, jonka vaiheet ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi sekä arviointi. (Heikkinen ym. 2008, 19–27; Aaltola & Valli 2007, 201–204). Ensimmäinen sykli on opinnäytetyön tutkimusosiota, jonka muodostavat sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoitus ja tulosten analysointi. Sydänpotilaan tiedontarpeen kartoitus on määrällinen kyselytutkimus, joka toteutetaan osastolla M4 muokatulla Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla.

Toinen ja kolmas sykli ovat opinnäytetyön kehittämisosion vaiheita. Toisen syklin käynnistää sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksen tulokset, joiden pohjalta on tavoitteena laatia minimikriteerit sydänpotilaan sairaalassaoloajan ohjaukselle. Kol-



mannen syklin muodostavat ohjauslomakkeen laadinta sekä sen arviointikierros osasto M4:n sairaanhoitajilla. Ohjauslomake on tarkoitus laatia hyödyntäen kahden edellisen syklin tuotoksia eli sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksen tuloksia sekä ohjaukselle laadittuja minimikriteereitä. Laaditun sydänpotilaan ohjauslomakkeen arvioivat osasto M4:n potilasohjauksen kehittämisestä vastaavat sairaanhoitajat. Arviointikierroksen asiantuntijoiden mahdolliset muutosehdotukset huomioidaan ja sen jälkeen lomake saatetaan lopulliseen muotoonsa.

Toimintatutkimus on usein työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jossa tarvitaan kaikkien osapuolten sitoutumista kehittämisprosessiin. Toimintatutkimuksellisia lähestymistapoja on monia esimerkiksi ymmärtävä ja osallistava toimintatutkimus. (Kuusela 2005, 29). Tässä opinnäytetyössä käytetään osallistavaa lähestymisnäkökulmaa, jolloin itse tutkimuksen kohderyhmä eli sydänpotilaat pystyvät tiedontarpeen kartoituksen välityksellä tuomaan omia ohjauksen tarpeita esille käytännössä toteutettavaan sydänpotilaiden ohjaukseen. M4:n sairaanhoitajien mahdollisuus osallistua ohjauslomakkeen arviointiin ja sen kehittelyyn tukevat toimintatutkimuksen osallistavaa näkökulmaa.

Sykliden määrä voi vaihdella tutkimuksesta riippuen. Määrä ei kuitenkaan ole toimintatutkimuksen arviointikriteeri. Tärkeämpää on arvioida toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutumista. (Heikkinen ym. 2008, 81 – 82; Aaltola & Valli 2007, 202). Toimintatutkimusta arvioidaan validoinnilla, jolloin tarkastelun kohteena ovat tutkimuksen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Toimintatutkimuksessa arvioidaan erityisesti sen kokonaisuutta. Tutkimus voidaan nähdä onnistuneena, jos sen tuloksena on luotu parempi käytäntö, joka on toimiva ja käyttökelpoinen työyhteisössä tai organisaatiossa. (Heikkilä ym. 2008, 149 – 171.)

Toimintatutkija on osallistuva tehden tutkimuskohteeseensa muutokseen tähtäävän intervention. Tutkija toimeenpanee muutoksen ja rohkaisee substanssiorganisaatiota tarttumaan siihen, jotta asioita voidaan kehittää heidän etunsa mukaisesti kohti parempaa käytäntöä. (Heikkinen ym. 2008, 19 – 27). Osasto M4:n koulutuspäivä pidetään 27.3.2012 Satakunnan keskussairaalassa, jolloin toimintatutkija esittää opinnäytetyön tulokset. Koulutuspäivässä on tulosten esittelyn lisäksi tarkoitus sopia jatkossa

toteutuvista yhtenäisistä sydänpotilaiden ohjauk käytännöistä, ohjauslomakkeen käytöstä sekä potilasohjauksen ajoituksesta.

## 6.2 Tutkimuksen ensimmäinen sykli; sydänpotilaan tiedontarpeen kartoitus

### 6.2.1 Tutkimukseen osallistuneet potilaat

Opinnäytetyön tutkimusosiossa kartoitettiin sepelvaltimotautiin, eteisvärinä, sydämen vajaatoimintaan sekä kardiomyopatiaan sairastuneiden potilaiden tiedontarpeita. Tutkimukseen rajattiin sydänpotilaat, jotka olivat sairaalahoitajaksolla saaneet uuden sydänsairausdiagnoosin. Kyselylomake jaettiin yhteensä 106 sydänpotilaalle ja lomakkeita palautui analysoitavaksi 94 lomaketta. Kyselyyn vastasi 94 henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 89 %.

Ohitus- ja läppäleikatut potilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolella, koska lähes poikkeuksetta he ovat jo ennen leikkausta olleet sairaalahoitajaksolla sairautensa vuoksi ja saaneet sairauteen liittyvää ohjausta. Harvinaisemmat sydämen rytmihäiriöt, kuten sydämen kammioperäiset rytmihäiriöt tai supraventrikulaarista takykardiaa sairastavat potilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

### 6.2.2 Aineistonkeruuväline

Sydänpotilaiden tiedontarvetta kartoitettiin muokatulla Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla (© Leino- Kilpi, Lönnberg, Koivunen, 2010). Tahdistinpotilaan tiedontarvemittari on modifioitu Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella kehitetystä Sairaala- potilaan tiedontarvemittarista (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003), joka on alkuperäinen mittari. Copyright-oikeudet huomioiden lupa mittarin käyttöön opinnäytetyön aineistonkeruuvälineenä anottiin ja saatiin professori Leino-Kilveltä.

Mittari on alun perin kehitetty erilaisille sisätautisille ja kirurgisille potilaille ja sitä on käytetty laajasti erilaisissa tutkimuksissa. (Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003;

Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Lönnberg, Koivunen & Leino-Kilpi 2010; Helajärvi-Tirri 2012; Pesonen 2012.)

SPTT- mittari on kehitetty voimavaraistavan potilasohjauksen näkökulmasta, jossa potilasohjaus koostuu kuudesta osa-alueesta. Osa-alueet ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalisyhteisöllinen ja taloudellinen osa-alue. Mittariin kuuluu neljäkymmentä Likert-asteikon väittämää. Kysymykset ovat jakautuneet osa-alueisiin seuraavasti; biofysiologiselta alueelta 8 kysymystä, toiminnalliselta alueelta 8, kokemukselliselta alueelta 3, eettiseltä alueelta 9, sosiaalisyhteisölliseltä 6 ja ekonomiselta alueelta 6 kysymystä.

Tahdistinpotilaan tiedontarvemittari on modifioitu alkuperäisestä SPTT- mittarista. Mittari kehitettiin VeTEPo- hankkeessa (2009–2011), jonka yhtenä osa-alueena ja tavoitteena oli näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen. Sen kehittäminen toteutettiin yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin ja Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa. Mittarin arvioinnissa hyödynnettiin sydänpotilaan ohjaukseen osallistuvaa hoitohenkilökuntaa. (Lönnberg & Koivunen 2011, 5–7.)

Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarissa on säilytetty alkuperäisen SPTT- mittarin kaikki osa-alueet. Mittarissa tahdistinpotilaan tiedontarpeita selvitetään yhteensä 22 kysymyksellä. Biofysiologisesta alueesta on 8 kysymystä, toiminnallisesta 3, kokemuksellisesta 2, eettisestä 4, sosiaalisyhteisöllisestä 3 ja taloudellisesta osa-alueesta 1 kysymys. Mittarissa viimeinen kysymys on avoin, liittyen erityisesti tahdistinpotilaiden hoitoon ja seurantaan. Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarissa kartoitetaan lisäksi vastaajien taustatietoja; ikä, sukupuoli ja kuuluuko potilas työelämän piiriin. Kyselylomake on Likert asteikollinen ja vastausvaihtoehdot ovat 1. Erittäin paljon, 2. Melko paljon, 3. Melko vähän, 4. En lainkaan. (Lönnberg & Koivunen 2011, 5–7.)

Tässä opinnäytetyössä on tavoitteena kartoittaa sydänpotilaiden tiedontarpeita, minkä vuoksi Tahdistinpotilaan tiedontarve-mittarin kysymyksiä täytyi muokata vastaamaan tämän tutkimuksen tavoitteita. Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarin kohdat, joissa oli tahdistinhoitoon-sana, muutettiin sydänsairaudeksi. Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarissa oleva avoin kysymys poistettiin, koska se liittyy erityisesti tahdis-

tinpotilaiden hoitoon eikä ole käyttökelpoinen sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksessa.

Sydänpotilaiden potilasjärjestötoiminta on ollut ja on nykypäivänäkin Suomessa hyvin aktiivista. Sydänliitto, Sydänpiirit ja paikalliset Sydänyhdistykset järjestävät erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja ja luentoja sydänpotilaille. Sydänpotilaiden kuntoutusta ovat pääasiassa järjestäneet julkisen terveydenhuollon sijasta Sydänliitto ja Kela. (Kansanterveyslaitos 2008, 34–49). Tästä syystä oli perusteltua nostaa alkupe- räisestä SPTT- mittarista kysymyksiä täydentämään Tahdistinpotilaan tiedontarve- mittaria. Näillä kysymyksillä kartoitetaan potilaan tiedontarvetta potilasjärjestön toiminnasta, kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista sekä sopeutumisval- mennuskursseista ja niiden kustannuksista.

Vastaajien taustatietojen (sukupuoli, ikä ja kuuluuko työelämän piiriin) lisäksi tässä tutkimuksessa selvitetään vastaajan sydänsairaus. Kyselyn alkuun laadittiin vastaajan sydänsairautta kartoittava kysymys, joka mahdollistaa eri sydänsairausryhmien väli- sen tiedontarpeiden analysoinnin.

### 6.2.3 Aineistonkeruun toteutus

Aineistonkeruu suoritettiin muokatulla Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla 1.10.12–3.2.13 välisellä ajalla Satakunnan sairaanhoitopiirin sisätautien vuodeosas- tolla M4. Osaston sairaanhoitajat jakoivat kyselyn saatekirjeineen sydänpotilaille. Saatekirjeen (Liite 2.) tehtävänä oli informoida tutkimuksen tarkoituksesta, tavoit- teesta ja tutkimukseen osallistuvien anonymiteetistä.

Ennen tiedonkeruuaikaa sairaanhoitajille pidettiin osana M4:n koulutuspäivää esitys tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, etenemisestä sekä kyselyyn ja sen toteutta- miseen liittyvistä menettelyistä ja eettisistä periaatteista. Koulutuksessa esiteltiin ky- selylomake ja sen saatekirje. Erityisen huolella kerrottiin tutkimuksen rajauksesta eli siitä, ketkä sydänpotilaista kuuluivat tutkimuksen piiriin ja kenelle kysely tuli antaa täytettäväksi. Kirjallinen ohje tutkimukseen kuuluvista potilaista ja tiedonkeruun to-

teutuksesta laadittiin ja laitettiin näkyville tyhjien lomakkeiden säilytyspaikan läheisyyteen.

Osaston sairaanhoitajat jakoivat kyselylomakkeet uuden sydänsairausdiagnoosin saaneille potilaille sairaalassaoloaikana sen jälkeen, kun diagnoosi oli varmistunut ja potilas oli saanut informaation asiasta. Osasto M4:n sairaanhoitajat ohjattiin esitäyttämään kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys, jossa selvitetään potilaan sydänsairaus. Sairaanhoitajien tuli erikseen mainita potilaalle esitäytetystä kohdasta. Menetellyllä pyrittiin varmistamaan vastaajan diagnoosin luotettavuus analysoidessa kyselyn tuloksia.

#### 6.2.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmalla. Taustamuuttujia eli ikää, sukupuolta, sydänsairautta ja työelämä tietoja tarkasteltiin käyttämällä frekvenssijakaumia ja prosenttiosuuksia. Ikä jaoteltiin tilastollisessa analyysissä neljään luokkaan. Luokiksi muodostuivat 1. alle 60-vuotiaat, 2. 60–69-vuotiaat, 3. 70–79-vuotiaat ja 4. 80-vuotiaat ja vanhemmat.

Sydänpotilaan tiedontarpeita tarkasteltiin tiedontarpeen osa-alueittain. Osa-alueet olivat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalisyhteisöllinen ja taloudellinen osa-alue. Muuttujista muodostettiin osa-alueittain summamuuttujat, jotka kuvasivat henkilöiden tiedontarvetta tietyn osa-alueen kohdalla. Summamuttujien mittayksikköinä käytettiin samoja arvoja kuin alkuperäisissä muuttujissa. Osa-alueiden keskiarvot ja keskihajonnat laskettiin tarkkojen lukujen mukaan.

Tuloksissa matala keskiarvo kuvastaa suurempaa tiedontarvetta. Keskiarvot vaihtelevat vastausvaihtoehtojen Likertin asteikon mukaisesti arvojen 1–4 välillä. (Heikkilä 2008, 53). Opinnäytetyön tulosten tulkinnassa yhdistetään vastausvaihtoehdot erittäin paljon ja melko paljon. Keskiarvon siis sijoituessa 1–2,4 välille tulkitaan tuloksissa potilaiden tarvitsevan kyseiseltä osa-alueelta tai kysymyksestä paljon tietoa.

Osa-alueiden yksittäisten kysymysten keskiarvot laskettiin pyöristettyjen arvojen mukaan. Osa-alueiden kokonaistuloksille laadittiin yhteenvetotaulukot. Yhteenvetotaulukoiden ensimmäinen rivi kuvaa kokonaistiedontarvetta tietyllä osa-alueella. Kokonaistiedontarvetta kuvaavat luvut laskettiin tarkkojen lukujen mukaan. Tiedontarpeen osa-alueiden yhteenvetotaulukoiden tiedontarvetta selvittävät kysymykset aseteltiin taulukoihin sitä korkeammalle mitä enemmän sydänpotilailla esiintyi tiedontarvetta kunkin kysymyksen kohdalla. Tiedontarpeen osa-alueet esitetään opinnäytetyön tuloksissa aloittaen tiedontarpeen osa-alueesta, jossa sydänpotilailla esiintyi eniten tiedontarpeita.

Taustatekijöiden yhteyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin tutkittiin t-testillä tai Mann-Whitneyn U-testillä. Mann-Whitneyn testiä käytettiin tilanteissa, joissa normaalijaukaumatestausta ei ollut normaalijakauman mukainen. Tilastollisesti erittäin merkitseväksi pidetään, jos  $p \leq 0,001$ , tilastollisesti merkitseväksi jos,  $0,001 < p \leq 0,01$  ja tilastollisesti melkein merkitseväksi, jos  $0,01 < p \leq 0,05$  (Heikkilä 2008, 101, 194–195.)

### 6.3 Tutkimuksen toinen sykli; sydänpotilaan ohjauksen minimikriteerien laadinta

Sydänpotilaiden tiedontarvekyselyn tuloksia hyödyntäen muodostetaan osastolle M4 sydänpotilaan ohjaukselle minimikriteerit. Minimikriteerit saadaan, kun yhdistetään kyselylomakkeen asteikot erittäin paljon ja melko paljon ja lasketaan prosentit yhteen. Näin saadaan tietoa siitä, minkä kysymysten kohdilla sydänpotilailla oli eniten tiedontarpeita. Minimikriteerit muodostetaan kysymyksistä, joiden kohdalla potilailla on selkeästi eniten tiedontarpeita. Erittäin ja melko paljon tiedontarvetta vastanneiden henkilöiden vastausten yhdistäminen mahdollisti kysymysten asettelun tauluktoon. Taulukossa suurin prosenttiluku kuvaa sydänpotilaiden enemmistön suurinta tiedontarvetta kyseisestä kysymyksestä.

Kysymysten asettelu järjestykseen, joissa sydänpotilailla oli eniten tiedontarpeita, ei mahdollistanut minimikriteerien laadintaa. Kysymysten taulukkoon asettelu ei tuonut esille selkeitä eroja sydänpotilaiden vähäisemmistä tiedontarpeista. Kysymysten prosenttiosuudet eivät vaihdelleet niin, että selvä raja olisi voitu tehdä kysymysten välille, jotka olisi otettu minimikriteereihin sisälle. Lisäksi kyselyn tulosten tulkinnassa huomattiin, että sydänpotilailla oli havaittavissa yksilöllisiä tiedontarpeita. Tästä syystä minimikriteereitä ei pystytty muodostamaan sydänpotilaiden tiedontarvekyselyn tuloksista käsin.

Sydänpotilaan sairaalassaoloajan ohjaukselle ei ole olemassa Käypä hoitosuosituksia. Suomen Sydänliitto on laajasti tutkinut ja kehittänyt sydänpotilaiden ohjausta ja käytäntöjä, mutta ne ovat painottuneet potilaiden toipilasvaiheeseen. (Mäkinen & Penttilä 2007, 7–8). Minimikriteerien laadintaa tukevaa aineistoa ei ole saatavilla ja siksi opinnäytetyön kehittämisosion osatavoitteesta eli sydänpotilaiden ohjauksen minimikriteerien laadinnasta luovuttiin.

#### 6.4 Tutkimuksen kolmas sykli; sydänpotilaan ohjauslomakkeen laadinta

Opinnäytetyön kehittämisosan toisen syklin tulokset eivät mahdollistaneet sydänpotilaiden ohjauksen minimikriteerien laadintaa, joten tutkimussuunnitelmaa täytyi muuttaa. Tutkimuksen kolmannen syklin eli sydänpotilaan ohjauslomakkeen suunnittelu kohdistettiin minimikriteerien käytön sijaan sydänpotilaan tiedontarvekyselyn tutkimustuloksiin ja Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarin taustallakin olevaan voimavaraistavaan potilasohjaukseen. Tavoitteena on luoda lomake, joka tukee potilaslähtöistä ohjausta ja yhtenäistää sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta M4:llä.

##### *Näyttöön perustuva toiminta*

Näyttöön perustuvassa toiminnassa käytetään hoitotyössä vaikuttaviksi tunnettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä osana potilaan hoitoa. Potilasohjausta voidaan kehittää näyttöön perustuvana toimintana. Sen tarkoituksena on yhtenäistää potilaiden hoitoa, ohjausta ja toimintatapoja. Tavoitteena on lisätä ohjauksen potilaslähtöisyyttä, tehokkuutta, vaikuttavuutta ja henkilökunnan osaamista sekä ohjaustaitoja. (Perälä ym. 2008, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53–55, Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11.)

Näyttö koostuu hyväksi havaitusta tutkimusnäytöstä, hyväksi havaitusta toiminnasta ja hyväksi havaitusta kokemuksesta. Tieteellisesti havaitulla tutkimusnäytöllä tarkoitetaan tutkimuksen avulla ja tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–10.)

Hyväksi havaitulla toimintänäytöllä tarkoitetaan näyttöä, joka perustuu terveydenhuollon organisaatioissa esimerkiksi kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Saatua näyttöä ei välttämättä täytyä tutkimustiedon tieteellisiä kriteereitä, mutta ovat usein systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–10.)

Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa sekä terveydenhuollon ammattihenkilön käytännön kokemuksella kerättyä tietoa hoidon vaikuttavuudesta sekä potilaan näkökulmaa hoidon vaikuttavuudesta. Potilaan kokema näyttö perustuu siis yksilöllisiin omakohtaisiin kokemuksiin terveydestä, sairaudesta ja kokemuksista terveydenhuol-



lon palveluista ja niiden vaikuttavuudesta terveyteen. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–10.)

#### *Ohjauslomakkeen laadinta näyttöön perustuvana toimintana*

Sydänpotilaan ohjauslomakkeen laadinta perustuu hyväksi havaitulle toimintanäytölle ja kokemukseen perustuvalla näytöllä. Toimintanäytön tietona ja aineistona käytetään HUS:ssa projektin tuloksena syntyneitä sepelvaltimotautipotilaan ohjauslomaketta sydänpotilaiden ohjauslomakkeen runkona. HUS:n lomake on laadittu niin, että ennen ohjausta potilaat esitäyttävät lomakkeen ja ohjaus toteutuu näin potilaiden tiedontarpeista käsin. Samaa periaatetta sovelletaan tämän opinnäytetyön lomakkeen laadinnassa.

Kokemukseen perustuvana näyttönä käytetään osittain sydänpotilaan tiedontarpeen kyselyn tuloksia ja kyselyn taustalla olevaa voimavaraistavaa potilasohjausta ja sen osa-alueita. Valmiin lomakkeen arvioivat osasto M4:n potilasohjauksesta vastaavat sairaanhoitajat. M4:n sairaanhoitajien mahdollisuus osallistua ohjauslomakkeen arviointiin sekä sen kehittelyyn tukevat näyttöön perustuvan toiminnan asiantuntijanäkökulmaa. Mahdolliset muutosehdotukset huomioidaan ja lomake saatetaan lopulliseen muotoonsa.

Tarkoituksena on laatia HUS:n lomakkeesta poiketen sepelvaltimotautia, eteisvärinää, sydämen vajaatoimintaa sekä kardiomyopatiaa sairastaville sydänpotilaille yhteinen ohjauslomake osastolle M4. Monta sydänsairausryhmää koskevan yhtenäisen ohjauslomakkeen toivotaan yhtenäistävän ohjauskäytäntöjä ja tukevan potilaslähtöistä ohjausta, jota tulevat ohjaamaan potilaiden yksilölliset tiedontarpeet.

#### *Sydänpotilaiden ohjauksen vaikuttavuus*

Sydänsairauksien pysäyttämiseen tai niiden etenemisen hidastamiseen tarvitaan sydämelle terveellisiä elämäntapoja ja siksi niistä ohjaaminen on keskeistä sydänpotilaan hoidossa. (Sepelvaltimotauti- opas 2006, 17).

Terveyden edistäminen on toimintaa, jolla parannetaan potilaiden mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä. Näyttöä on saatu tutkimuksilla terveyden edistämisen vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Terveysvalinnat ja elämäntavat kuten ravitsemus, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö ovat merkittäviä riskitekijöitä sydän- ja verisuonisairauksien synnylle. Elämäntapoihin ja yksilöiden terveysvalintoihin vaikuttaminen lisää sydänsairauksien sekundaariprevention vaikuttavuutta eli terveyshyötyjä ja parantaa potilaan itsehoitoa sekä elämänlaatua. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Arpomaa 2008, 3–19.)

Terveellinen ruokavalio on keskeisessä asemassa sydän- ja verisuonisairauksien ennalta ehkäisyssä kuin myös sekundaariprevention vahvistamisessa. Ravitsemuksessa varsinkin kovan rasvan ja suolan liikakäyttö ovat haitallisia sydänsairaille potilaille. Pehmeiden rasvojen suosiminen ja kuitujen osuuden lisääminen ruokavaliossa, on havaittu vähentävän 9 %:lla kuolleisuutta sydän- ja verisuonitautiin. Ravitsemusneuvonnan on todettu olevan vaikuttava interventio ruokatottumusten muokkaamiseen. Suolan käytön suhteen vaikuttavampaa on ollut ryhmäinterventio kuin yksilöohjaus. (Kiiskinen ym. 2008, 49–50.)

Tupakointi on merkittävä sydän- ja verisuonitautien riskitekijä ja se lyhentää eliniän odotetta. Terveydenhuollossa lääkärin tai hoitajan toteuttamalla tupakoinnin lopettamiseen pyrkivällä interventiolla on todettu olevan vaikuttavuutta potilaiden tupakointikäyttäytymiselle. Varsinkin sairaalavaiheessa toteutuneen henkilökohtaisen neuvonnan on todettu edistävän merkittävästi potilaiden tupakoinnin lopettamista. (Kiiskinen ym. 2008, 36, 57–58.)

Liikunnan harrastamisella on suojavaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksille. Liikunnan harrastaminen vaikuttaa suotuisasti verenpainetasoihin. Terveydenhuollossa annetulla henkilökohtaisella liikuntaohjauksella ja ohjeilla on todettu olevan yhteyttä potilaiden liikunnan harrastamiseen. Lyhyellä neuvonnalla ja liikuntareseptin antamisella on saatu aikaiseksi muutoksia potilaiden liikuntatottumuksissa. (Kiiskinen ym. 2008, 47–49.)

Sydänsairaiden jo 5–10 % pysyvä painon pudotus edistää terveyttä ja ehkäisee liitännäissairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen puhkeamista. Ravitsemusneuvonnalla

yhdessä liikunnan lisäämisen kanssa ovat vaikuttava keino painon pudotuksessa. Positiivisia tuloksia on saatu myös pelkästään ravitsemukseen kohistuvilla toimilla painonpudotuksessa. Yksin liikuntaan tähtäävillä toimilla ei ole saatu yhtä hyviä tuloksia. (Kiiskinen ym. 2008, 56.)

### *Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjauslomake*

Kuten edellä todettiin, on sydänpotilaiden elämäntapaohjauksen todettu olevan vaikuttavaa, kun se on toteutunut huomioimalla potilaiden tiedontarpeita yhdessä oikeanlaisen intervention kanssa. Ohjauslomakkeen laadinnassa haluttiinkin korostaa potilaslähtöisyyttä ja siksi lomakkeessa päädyttiin siihen, että sydänpotilas esitäyttää lomakkeen. Tällä haluttiin turvata, että jatkossa ohjaus tapahtuu ja ohjautuu potilaan tiedontarpeista käsin. Interventiona ohjauslomake mahdollisti parhaan tavan vastata sydänpotilaiden yksilöllisiin tiedontarpeisiin, jolloin ohjaus olisi myös mahdollisimman vaikuttavaa.

Sydänpotilaan tiedontarpeen kartoituksen tuloksia käytettiin sydänpotilaan ohjauslomakkeen laadinnan kivijalkana. Ohjauslomakkeen runkona käytettiin HUS:iin laadittua sepelvaltimotautipotilaan ohjauslomaketta.

Saman lomakkeen hyödyntäminen useampien sydänsairausryhmien ohjauksessa katsottiin yhtenäistävän ohjausta ja luovan rungon sairaanhoitajien toteuttamalle ohjaukselle. Lomake, joka toimii sekä potilaiden tiedontarpeita kartoittavana että sairaanhoitajien ohjauksen runkona nimettiin Sydänpotilaiden tiedontarve- ja ohjauslomakkeeksi.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 7.1 Kyselyn tulokset

#### 7.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden sydänpotilaiden taustatietojen kuvaus

Kyselyyn vastanneista miehiä oli 66 (70 %), naisia 25 (27 %) ja kolme henkilöä (3 %) oli jättänyt vastaamatta tiedon sukupuolesta. Iältään vastaajat olivat 44–92-vuotiaita, vastaajista 10 henkilöä ei ilmoittanut ikäänsä. Keski-ikä vastaajien keskuudessa oli 67 vuotta.

Tutkimukseen osallistuneista 62 henkilöä oli sairastunut sepelvaltimotautiin (66 %), 21 eteisvärinänsä (23 %), kolme sydämen vajaatoimintaan (3 %) sekä yksi henkilö kardiomyopatiaan (1 %). Viiden vastaajan (5 %) tiedoissa oli useampi sydänsairaus ja kahden vastaajan (2 %) sydänsairautta ei saatu selville. Vastanneista 59 (63 %) ei ollut työelämässä ja 26 (27 %) henkilöä kuului työelämänpiiriin. Yhdeksän vastaajaa (10 %) ei ilmoittanut esitiedoissa työssäoloaan. (Taulukko 5.)

Taulokko 5. Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot	Kyselyyn vastanneet n = 94	
	n	%
<b>Ikäryhmä</b>		
Alle 60 –vuotiaat	25	26
60-69 –vuotiaat	20	21
70-79 –vuotiaat	26	28
Yli 80 –vuotiaat	13	14
Ei tiedossa	10	11
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	66	70
Nainen	25	27
Ei tiedossa	3	3
<b>Sydänsairaus</b>		
Sepelvaltimotauti	62	66
Eteisvärinä	21	23
Sydämen vajaatoiminta	3	3
Kardiomyopatia	1	1
Useampi sydänsairaus	5	5
Ei tiedossa	2	2
<b>Työelämä</b>		
Työelämässä	26	27
Ei työelämän piirissä	59	63
Ei tiedossa	9	10

### 7.1.2 Sydänpotilaiden tiedontarpeet

Sydänpotilaiden tiedontarve arvioitiin perustuen laskettuihin keskiarvoihin. Lasketut keskiarvot kuvaavat alueiden keskimääräistä tiedontarvetta, mitä matalampi keskiarvo on sitä enemmän sydänpotilaat tarvitsevat tietoa. Sydänpotilailla oli eniten tiedontarpeita biofysiologisella osa-alueella (ka 1,7) ja vähiten sydänpotilaat tarvitsivat tietoa taloudelliselta osa-alueelta (ka 2,19). Muiden tiedontarpeen osa-alueiden keskiarvot sijoittuivat välille (1,92–2,12). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Tiedontarpeen keskiarvot ja keskihajonnat osa-alueittain

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
Biofysiologinen osa-alue	83	22 (26,5)	56 (67,5)	5 (6,0)	0 (0,0)	1,7 (0,43)
Toiminnallinen osa-alue	88	22 (25,0)	54 (61,4)	10 (11,4)	2 (2,2)	1,92 (0,62)
Kokemuksellinen osa-alue	87	7 (8,0)	52 (59,8)	25 (28,7)	3 (3,5)	2,03 (0,61)
Eettinen osa-alue	79	6 (7,6)	48 (60,8)	23 (29,1)	2 (2,5)	2,10 (0,58)
Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue	79	8 (10,1)	48 (60,8)	20 (25,3)	3 (3,8)	2,12 (0,59)
Taloudellinen osa-alue	86	16 (18,6)	44 (51,2)	22 (25,6)	4 (4,6)	2,19 (0,74)

#### Sydänpotilaiden tiedontarve biofysiologisella osa-alueella

Suurin osa vastanneista tarvitsi biofysiologiselta alueelta erittäin paljon tai melko paljon tietoa (ka 1,7, kh 0,43). Vastaajat halusivat eniten tietoa siitä, milloin on syytä ottaa hoitopaikkaan yhteyttä (ka 1,51). Vähiten tietoa sydänpotilaat kokivat tarvitsevänsä tutkimukseen valmistautumisesta (ka 1,97). Muiden biofysiologisen osa-alueen kysymysten keskiarvot sijoittuivat välille (ka 1,64–1,79). Osa-alueen jokaisen kysymyksen keskiarvo oli alle 2, joka kuvaa suurta tiedontarvetta jokaisen osa-alueen kysymyksen osalta. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Sydänpotilaiden tiedontarpeet biofysiologisella osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Biofysiologinen osa-alue</b>	<b>83</b>	<b>22 (26,5)</b>	<b>56 (67,5)</b>	<b>5 (6,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>1,7 (0,43)</b>
Tietoa milloin ottaa yhteyttä hoitopaikkaan	90	52 (57,8)	31 (34,4)	6 (6,7)	1 (1,1)	1,51 (0,67)
Tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista	91	41 (45,0)	42 (46,2)	8 (8,8)	0 (0,0)	1,64 (0,64)
Tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista	92	37 (40,2)	50 (54,4)	4 (4,3)	1 (1,1)	1,66 (0,62)
Tietoa miten estää sivuvaikutuksia	92	42 (45,6)	40 (43,5)	8 (8,7)	2 (2,2)	1,67 (0,73)
Tietoa tutkimustuloksista	92	38 (41,3)	46 (50,0)	7 (7,6)	1 (1,1)	1,68 (0,66)
Tietoa sairauteen liittyvistä oireista	91	30 (33,0)	53 (58,2)	8 (8,8)	0 (0,0)	1,76 (0,60)
Tietoa tehtävistä tutkimuksista	91	31 (34,1)	49 (53,8)	10 (11,0)	1 (1,1)	1,79 (0,68)
Tietoa tutkimukseen valmistautumisesta	90	20 (22,2)	55 (61,1)	13 (14,5)	2 (2,2)	1,97 (0,68)

### Sydänpotilaiden tiedontarve toiminnallisella osa-alueella

Suurin osa vastanneista tarvitsi toiminnalliselta alueelta paljon tietoa (ka 1,92, kh 0,62). Vastaajat halusivat eniten tietoa liikkumisesta ja siihen liittyvistä rajoituksista (ka 1,73) sekä ravitsemuksesta (ka 1,87). Vähemmän sydänpotilaat kokivat tarvitsevana tietoa peseytymisestä (ka 2,13). (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Sydänpotilaiden tiedontarpeet toiminnallisella osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Toiminnallinen osa-alue</b>	<b>88</b>	<b>22 (25,0)</b>	<b>54 (61,4)</b>	<b>10 (11,4)</b>	<b>2 (2,2)</b>	<b>1,92 (0,62)</b>
Tietoa liikkumisesta ja rajoituksista	90	41 (45,6)	35 (38,9)	11 (12,2)	3 (3,3)	1,73 (0,80)
Tietoa ravitsemuksesta	92	30 (32,6)	45 (48,9)	16 (17,4)	1 (1,1)	1,87 (0,73)
Tietoa milloin voi peseytyä	90	21 (23,3)	40 (44,5)	25 (27,8)	4 (4,4)	2,13 (0,82)

### Sydänpotilaiden tiedontarve kokemuksellisella osa-alueella

Sydänpotilaat tarvitsivat kokemuksellisen alueen tietoa paljon (ka 2,03 ja kh 0,61). Vastaajat halusivat tietoa sydänsairauden aiheuttamista tunteista tai peloista (ka 2,01) sekä siitä, kenen kanssa voi sydänsairauteen liittyvistä tunteista tai peloista keskustella (ka 2,07). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Sydänpotilaiden tiedontarpeet kokemuksellisella osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Kokemuksellinen osa-alue</b>	<b>87</b>	<b>7 (8,0)</b>	<b>52 (59,8)</b>	<b>25 (28,7)</b>	<b>3 (3,5)</b>	<b>2,03 (0,61)</b>
Tietoa minkälaisia tunteita tai pelkoja sydänsairauteni aiheuttaa	88	23 (26,1)	41 (46,6)	24 (27,3)	0 (0,0)	2,01 (0,74)
Tietoa kenen kanssa voi keskustella sydänsairauteni liittyvistä tunteista ja peloista	87	17 (19,5)	50 (57,5)	17 (19,5)	3 (3,5)	2,07 (0,73)



### Sydänpotilaiden tiedontarve eettisellä osa-alueella

Vastaajat tarvitsit toiminnalliselta alueelta paljon tietoa (ka 2,10, kh 0,58). Sydänpotilaat halusivat eniten tietoa heidän omasta vastuusta hoidon onnistumisessa (ka 1,61). Potilaat kaipasivat myös tietoa miten omat toiveet saa hoidon aikana kuuluville (ka 2,0). Hieman vähemmän tarvittiin tietoa potilasasiamiehen toiminnasta (ka 2,44) ja tietojen antamisesta (ka 2,46). (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Sydänpotilaiden tiedontarpeet eettisellä osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon n (%)	Melko paljon n (%)	Melko vähän n (%)	En lainkaan n (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Eettinen osa-alue</b>	<b>79</b>	<b>6 (7,6)</b>	<b>48 (60,8)</b>	<b>23 (29,1)</b>	<b>2 (2,5)</b>	<b>2,10 (0,58)</b>
Tietoa mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiselle	89	44 (49,4)	38 (42,7)	5 (5,6)	2 (2,3)	1,61 (0,70)
Tietoa miten omat toiveet saa kuuluville hoidon aikana	89	18 (20,2)	54 (60,7)	16 (18,0)	1 (1,1)	2,0 (0,66)
Tietoa potilasasiamiehen toiminnasta	85	13 (15,3)	31 (36,5)	32 (37,6)	9 (10,6)	2,44 (0,88)
Tietoa siitä kenelle tietojani annetaan	83	15 (18,1)	28 (33,7)	27 (32,5)	13 (15,7)	2,46 (0,97)

### Sydänpotilaiden tiedontarve sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella

Vastaajat tarvitsivat sosiaalisyhteisölliseltä alueelta paljon tietoa (ka 2,12, kh 0,59). Sydänpotilaat kaipasivat eniten tietoa mihin tarvittaessa ottavat yhteyttä kotiuduttuaan (ka 1,69). Potilaat halusivat tietoa siitä keneltä läheiset voivat saada tietoja (ka 2,08) ja miten läheiset voivat osallistua potilaan hoitoon (ka 2,12). Vähiten kyselyyn osallistuneet kokivat tarvitsevansa tietoa potilasjärjestön toiminnasta (ka 2,68). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Sydänpotilaiden tiedontarpeet sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue</b>	<b>79</b>	<b>8 (10,1)</b>	<b>48 (60,8)</b>	<b>20 (25,3)</b>	<b>3 (3,8)</b>	<b>2,12 (0,59)</b>
Tietoa mihin otan yhteyttä kotiutumisen jälkeen	86	41 (47,7)	34 (39,5)	8 (9,3)	3 (3,5)	1,69 (0,79)
Tietoa keneltä läheiset saavat tietoa	85	19 (22,3)	44 (51,8)	18 (21,2)	4 (4,7)	2,08 (0,79)
Tietoa miten läheiset voivat osallitua hoitoon	89	20 (22,5)	42 (47,2)	23 (25,8)	4 (4,5)	2,12 (0,81)
Tietoa potilasjärjestön toiminnasta	85	5 (5,9)	31 (36,5)	35 (41,2)	14 (16,4)	2,68 (0,82)

### Sydänpotilaiden tiedontarve taloudellisella osa-alueella

Kyselyyn osallistuneet tarvitsivat taloudelliselta alueelta paljon tietoa (ka 2,19, kh 0,74). Sydänpotilaat halusivat tietoa kuntoutuksesta ja sen kustannuksista (ka 2,13), hoitoon liittyvistä kustannuksista (ka 2,13) sekä sopeutumisvalmennuskursseista sekä kustannuksista (ka 2,36). Osa-alueen kysymyksien keskiarvojen välillä ei ollut suurta vaihtelua (ka 2,13–2,36). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Sydänpotilaiden tiedontarpeet taloudellisella osa-alueella

Tiedontarve	n	Erittäin paljon (%)	Melko paljon (%)	Melko vähän (%)	En lainkaan (%)	Keskiarvo (keskihajonta)
<b>Taloudellinen osa-alue</b>	<b>86</b>	<b>16 (18,6)</b>	<b>44 (51,2)</b>	<b>22 (25,6)</b>	<b>4 (4,6)</b>	<b>2,19 (0,74)</b>
Tietoa kuntoutuksesta ja kustannuksista	88	22 (25,0)	40 (45,5)	19 (21,6)	7 (7,9)	2,13 (0,88)
Tietoa hoitoon liittyvistä kustannuksista	87	22 (25,3)	38 (43,7)	21 (24,1)	6 (6,9)	2,13 (0,87)
Tietoa sopeutumisvalmennuskursseista ja kustannuksista	87	16 (18,4)	35 (40,3)	25 (28,7)	11 (12,6)	2,36 (0,93)

### 7.1.3 Taustatekijöiden yhteys sydänpotilaiden tiedontarpeisiin

Opinnäytetyön tutkimusosiossa tarkasteltiin sukupuolen, työelämän, iän sekä sydän-sairauden sairausryhmän tilastollista yhteyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin.

Sukupuolella ei todettu olevan tilastollista yhteyttä tiedontarpeen osa-alueisiin. Sydänpotilaan työelämällä todettiin olevan tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys tiedontarpeisiin eettisellä ( $p=0,001$ ) ja tilastollisesti merkitsevä taloudellisella ( $p=0,041$ ) osa-alueella. Näillä osa-alueilla tiedontarpeita oli enemmän potilailla, jotka eivät kuuluneet työelämän piiriin.

Iällä ei todettu olevan tilastollista merkitsevyyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin. Ikäluokkien välisiä tiedontarpeita tarkasteltiin vielä keskiarvojen perusteella. Ikäluokkien tiedontarpeiden keskiarvot ja keskihajonnat koottiin taulukoksi. Suurinta tiedontarvetta oli 70–79-vuotiailla biofysiologiselta osa-alueelta (ka 1,6). Vähiten tiedontarpeita oli yli 80-vuotiailla taloudelliselta osa-alueelta (ka 2,5). Ikäluokittaiset keskiarvojen vaihtelut tiedontarpeiden osa-alueiden sisällä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Ikäluokittaiset tiedontarpeet tiedontarpeen osa-alueittain

	Alle 60-vuotiaat		60-69-Vuotiaat		70-79-Vuotiaat		Yli 80-Vuotiaat	
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh
<b>Biofysiologinen</b>	1,7	0,37	1,8	0,52	1,6	0,45	1,8	0,48
<b>Toiminnallinen</b>	2,0	0,43	1,9	0,71	1,8	0,53	2,2	0,84
<b>Kokemuksellinen</b>	2,0	0,52	2,1	0,72	2,0	0,54	2,4	0,78
<b>Eettinen</b>	2,4	0,35	2,1	0,71	1,8	0,56	2,2	0,52
<b>Sosiaalisyhteisöllinen</b>	2,2	0,36	2,1	0,70	2,0	0,62	2,4	0,69
<b>Taloudellinen</b>	2,2	0,61	2,0	0,82	2,2	0,75	2,5	0,82

Lisäksi tarkasteltiin eri sydänsairausryhmän tilastollista merkitsevyyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin. Tarkasteluun otettiin sisälle vain sepelvaltimotautiin( $n=62$ ) ja eteisvärinä(n=21) sairastuneet potilaat. Sydämen vajaatoimintaan( $n=3$ ) sekä kardiomyopatiaan( $n=1$ ) sairastuneet jätettiin tarkastelun ulkopuolelle kyselyyn vastanneiden henkilöiden vähäisyyden takia. Tilastollista merkitseviä eroja ei todettu olevan sepelvaltimotautiin tai eteisvärinä(n) sairastuneiden potilaiden välillä millään tiedontarpeen osa-alueella.

#### 7.1.4 Tulosten tarkastelu

Sydänpotilailla oli tiedontarpeita kaikilla tiedontarpeen osa-alueilla paljon tai melko paljon. Eniten tietotarpeita oli biofysiologisella ja toiminnallisella osa-alueella, vähiten taloudellisella. Pesosen (2012) tutkimuksessa kartoitettiin Sairaalapotilaan tiedontarvemittarilla suusyöpään sairastuneiden potilaiden tiedontarpeita sairauden eri vaiheissa. Suusyöpään sairastuneilla oli yhteneviä tiedontarpeita sydänpotilaiden kanssa, sillä suurimmat tiedontarpeet suusyöpään sairastuneilla olivat myös biofysiologisella ja toiminnallisella osa-alueella.

Heljärvi-Tirri (2012) tutki Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla tahdistimen saaneiden potilaiden tiedontarpeita. Tahdistimen saaneet potilaat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa biofysiologiselta osa-alueelta, muiden tiedontarpeen osa-alueiden osalta tutkimuksen tulokset poikkesivat tämän opinnäytetyön ja Pesosen (2012) tutkimustuloksista. Tahdistinpotilaat kokivat esimerkiksi tarvitsevansa vähiten tietoa kokemukselliselta alueelta. Vertailtaessa sydänpotilaiden sekä tahdistimen saaneiden potilaiden tutkimusten tuloksia olivat sairausryhmien tiedontarpeet erilaisia.

Suurin osa kyselyyn vastanneista sydänpotilaista oli joko sepelvaltimotautiin ja eteisvärinänsä sairastuneita henkilöitä. Tilastollista merkitsevyyttä ei todettu eri sydänsairausryhmien välillä tässä tutkimuksessa. Pesosen (2012) tutkimuksessa todettiin suusyöpää sairastavien sairauden eri vaiheilla olevan merkitystä potilaiden erilaisiin tiedontarpeisiin. Seurantavaiheessa olevilla suusyöpäpotilailla oli kokonaisuudessaan enemmän tiedontarpeita kuin tutkimus ja/tai hoidon-, kirurgisen hoidon tai säde- ja sytostaattihoidon vaiheessa olevilla potilailla.

Tässä opinnäytetyössä ei todettu sukupuolella olevan tilastollista merkitsevyyttä sydänpotilaan tiedontarpeisiin. Toisaalta on huomioitava, että suuri enemmistö kyselyyn vastanneista potilaista oli miehiä (70 %), mikä voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa sukupuolella on todettu olevan merkitystä potilaiden tiedontarpeisiin. Naisilla on tutkimustuloksissa esiintynyt miehiin verrattuna enemmän tiedontarpeita. (Carrol 2007; O'Driscoll 2006; Alanen 2002). Heljärvi-Tirrin (2012) tutkimuksessa sukupuolella oli tilastollista merkitystä, sillä tahdistimen saaneilla naisilla oli enemmän tiedontarpeita kokemuksellisella ja eettisellä osa-alueella.

Pesosen (2012) tutkimuksessa osoittautui, että suusyöpää sairastavilla naisilla oli tiedontarpeita miehiä enemmän jokaisella tiedontarpeen alueella.

Kyselyyn vastanneiden sydänpotilaiden iät (Taulukko 5.) jakaantuivat tasaisesti jokaiselle ikäluokalle. Iällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin. Laskettujen keskiarvojen (Taulukko 13.) perusteella voidaan kuitenkin havaita ikäluokittaisia eroja tiedontarpeiden eri osa-alueilla. Enemmän tiedontarpeita oli useammalla tiedontarpeiden osa-alueilla 70–79-vuotiailla, kun taas vähemmän tiedontarpeita oli yli 80-vuotiaiden ikäluokalla.

Vähiten sydänpotilaat halusivat tietoa biofysiologisella alueella peseytymisestä ja sosiaalisyhteisöllisellä alueella potilasjärjestötoiminnasta. Alasen (2002) tutkimuksessa todettiin potilailla olevan myös vähemmän tiedontarpeita potilasjärjestötoiminnasta. Ikäluokittain tarkasteltuna kokonaisuudessaan sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella suurin tiedontarve oli 70–79-vuotiailla, vähiten tietoa halusivat 60–69-vuotiaat. Sydänpotilaiden nuorin ikäluokka alle 60-vuotiaat tarvitsivat enemmän sosiaalisyhteisöllisen alueen tietoa kuin 60–69-vuotiaat. Tulosten perusteella ei voida tehdä sellaisia johtopäätöksiä, että nuoremmilla tai vanhemmilla sydänpotilailla olisi enemmän tiedontarpeita jollakin osa-alueella.

Alkuperäinen Sairaalapotilaan tiedontarvemittari on kehitetty sekä kirurgisille että sisätautisille potilaille. Tietoa peseytymisestä oletettavasti tarvitsevat enemmän potilaat, joille on tehty toimenpide. Mahdolliset iholla olevat haavat toimenpiteiden jäljiltä voidaan ajatella lisäävän tiedontarvetta tämän kysymyksen kohdalla. Tämän opinnäytetyön sydänpotilasryhmien kohdalla ainoana kajoavana toimenpiteenä on sydämen varjoainetutkimus, jolloin nivusen tai ranteen iho punktoidaan.

Sydänpotilaan työelämällä todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys tiedontarpeisiin eettisellä ja taloudellisella osa-alueella. Näillä osa-alueilla tiedontarpeita oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän potilailla, jotka eivät kuuluneet työelämän piiriin. Helajärvi-Tirrin (2012) tutkimuksessa tahdistinpotilaan työssäololla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä tiedontarpeisiin.

Tutkimustulokset nostavat sydänpotilaiden ohjauksen tärkeään asemaan, sillä näihin paljon tai melko paljon esille nousseisiin tiedontarpeisiin täytyy tulevaisuudessa potilasohjauksella vastata. Tiedontarvetta mittaavien kysymysten keskiarvot ja keskihajonnat kuvastavat potilaiden erilaisia tiedontarpeita. Taustatekijöillä ei todettu tässä tutkimuksessa olevan tilastollista merkitsevyyttä tiedontarpeisiin paitsi työelämän osalta. Yleistettävyyksiä ei voida tutkimustuloksista käsin tehdä vaan painopiste tulee siirtää potilaslähtöisyyteen ja potilaslähtöiseen ohjaukseen.

## 7.2 Sydänpotilaan sairaalassaoloajan ohjauksen minimikriteerit

Sydänpotilaiden ohjauksen minimikriteerit oli tarkoitus laatia sydänpotilaiden tiedontarvekartoituksen tuloksista. Sydänpotilaan tiedontarve kyselomakkeen asteikot erittäin paljon ja melko paljon yhdistettiin ja laskettiin vastausten prosenttiosuudet. Näin menetellen voitiin sydänpotilaiden tiedontarvekyselyn tulokset asettaa prosenttiosuuksien perusteella suurusjärjestykseen.

Sydänpotilaille muokatun sairaalapotilaan tiedontarve kyselylomakkeen 24 kysymyksen prosenttiosuudet vaihtelivat välillä 94,6 % - 42,4 %. Lomakkeen 13 kysymyksen keskiarvot olivat yli 80 %. Seitsemässä kysymyksessä prosentit olivat 77 % - 67 % välillä ja kolmen kysymyksen prosentit 59 % - 51 % välillä. Ainoastaan yhden kysymyksen prosenttiosuus jäi alle 43 %. Korkeimmat prosenttiosuudet olivat biofysiologisen osa-alueen kysymyksissä. Matalin prosenttiluku oli potilasjärjestön toimintaa kartoittavan tiedontarpeen kysymyksen kohdalla (Taulukko 14.)

Kysymysten asettelu järjestykseen, joissa sydänpotilailla oli eniten tiedontarpeita, ei mahdollistanut minimikriteerien laadintaa. Kysymysten taulukkoon asettelu ei tuonut esille selkeitä eroja sydänpotilaiden vähäisemmistä tiedontarpeista. Kysymysten prosenttiosuudet eivät vaihdelleet niin, että selvä raja olisi voitu tehdä kysymysten välille, jotka olisi otettu minimikriteereihin sisälle. Opinnäytetyön osatavoitteesta eli minimikriteerien laadinnasta luovuttiin.

Taulukko 14. Sydänpotilaiden tiedontarpeiden prosenttiosuudet kysymyksittäin

	%
Tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista	94,6
Tietoa milloin ottaa yhteyttä hoitopaikkaan	92,2
Tietoa mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiselle	92,1
Tietoa tutkimustuloksista	91,3
Tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista	91,2
Tietoa sairauteen liittyvistä oireista	91,2
Tietoa miten estää sivuvaikutuksia	89,1
Tietoa tehtävistä tutkimuksista	87,9
Tietoa mihin otan yhteyttä kotiutumisen jälkeen	87,2
Tietoa liikkumisesta ja rajoituksista	84,5
Tietoa tutkimuksiin valmistautumisesta	83,3
Tietoa ravitsemuksesta	81,5
Tietoa miten omat toiveet saa kuuluville hoidon aikana	80,9
Tietoa kenen kanssa voi keskustella sydänsairauteeni liittyvistä tunteista ja peloista	77,0
Tietoa keneltä läheiset saavat tietoa	74,1
Tietoa minkälaisia tunteita tai pelkoja sydänsairauteni aiheuttaa	72,7
Tietoa kuntoutuksesta ja kustannuksista	70,5
Tietoa miten läheiset voivat osallistua hoitoon	69,7
Tietoa hoitoon liittyvistä kustannuksista	69,0
Tietoa milloin voi peseytyä	67,8
Tietoa sopeutumisvalmennuskursseista ja kustannuksista	58,7
Tietoa siitä kenelle tietojani annetaan	51,8
Tietoa potilasasiamiehen toiminnasta	51,8
Tietoa potilasjärjestön toiminnasta	42,4

### 7.3 Sydänpotilaan ohjauslomake

Lomake koostuu yhteensä seitsemästä osiosta ja sisältää asioita potilaan sairastumisesta, sairaalassaolosta aina kuntoutumisvaiheeseen asti. Ensimmäinen osio sisältää tietoa sairaudesta, oireista, hoidosta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Toinen osio käsittelee lääkehoitoon liittyviä asioita ja kolmas osio riskitekijöitä ja elämäntapoja. Neljäs osio keskittyy potilaan toipilasvaiheeseen eli arjessa selviytymiseen kuuluviin asioihin. Lomakkeen viidennessä osiossa esitellään pääsääntöisesti osastolla M4 toteutuvat ryhmäohjausluennot. Kuudes ja seitsemäs osio käsittelevät potilaan jatko- hoitoa ja kuntoutukseen liittyviä asioita.

#### *Arviointikierros*

Osasto M4:lle laadittu sydänpotilaan ohjauslomake arvioitiin 12.3.13. Tilaisuudessa olivat läsnä osasto M4:n potilasohjauksesta vastaavat sairaanhoitajat ja tämän opin- näytetyön toimintatutkija. Sairaanhoitajille toimitettiin ennen tilaisuutta laadittu lo- make arvioitavaksi ja itse tilaisuudessa käytiin heidän tekemiään muutoksia peruste- luineen läpi.

Ohjauslomakkeen rungon sairaanhoitajat arvioivat hyväksi ja kattavaksi. Vain pieniä muutoksia oli tarpeen tehdä sanamuotoihin sekä lomakkeen ulkonäöllisiin ominai- suuksiin. Arviointikierroksen jälkeen saatettiin Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjaus- lomake (Liite 3) lopulliseen muotoonsa.



## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla” (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Satakunnan korkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Satakorkea, 2012).

Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, tarkkuutta, avoimuutta ja vastuullisuutta. Nämä pitää myös huomioida tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–7). Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa.

Tutkimusluvut täytyy anoa ja tarvittaessa ennen tutkimuksen aloitusta suorittaa eettinen ennakoarviointi tutkimuksen teolle. Mahdolliset tekijyyttä tai tekijänoikeuksia koskevat asiat täytyy anoa tutkimukselle ennen tutkimuksen toteuttamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–7.)

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma lähetettiin alkuperäisen Sairaalapotilaan tiedontarvemittarin kehittäneelle professori Helena Leino-Kilvelle, jolta anottiin ja saatiin lupa Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarin käyttöön sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksessa. Professori Leino-Kilpi hyväksyi myös vähäiset muutokset, jotka tehtiin Tahdistinpotilaan tiedontarvemittariin kartoittamaan erityisesti sydänpotilaiden tiedontarpeita. Tutkimusluvan opinnäytetyölle puolsi Satakunnan sairaanhoitopiirin konservatiivisen hoidon toimialueen ylihoitaja. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma arvioitiin ja tarkastettiin hyväksytysti Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyönkehittämissyhmässä.

Potilaan yksityisyys, potilastietojen luottamuksellisuus sekä potilaan fyysinen ja psyykkinen koskemattomuus on turvattava tutkimuksen aikana. Tutkittavalle tulee antaa tietoa tutkimuksesta ja hänelle on kerrottava mahdollisuudesta kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. Tutkittavan tulee olla tietoinen tutkimukseen osallistumisestaan ja antaa tietoinen suostumus. (Burns & Grove 2005.)

Tutkimukseen osallistuvien sydänpotilaiden informointi tapahtui tässä opinnäytetyössä kyselyyn laaditun saatekirjeen välityksellä (Liite 2). Saatekirje on olennainen osa kyselytutkimusta. Saatekirjeessä annettiin tietoa tutkimuksen toteuttajasta, tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tutkimustietojen käytöstä. Kirjeessä myös kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, että vastaamalla kyselyyn potilas antaa samalla suostumuksensa kyselylomakkeella kerättyjen tietojen käyttämiseen. Kyselyyn vastaaminen anonyymina suojaa, ettei ketään tutkittavista ole tunnistettavissa. (Plumb & Spyridakis 1992, 629–630; Murphy 2002, 105; Heikkilä 2008, 61–62.)

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma lähetettiin ennen aineistonkeruuaikaa tarkistettavaksi Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettiselle toimikunnalle. Saadussa lausunnossa huomautettiin, että kyselyn saatekirjeessä olisi ollut hyvä mainita tutkimusaineiston mahdollisesta käytöstä jatkotutkimuksissa tai käytöstä mahdollisiin julkaisuihin. Lisäksi suositeltiin mainittavan tutkittaville erikseen tutkimusaineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä. Kyselylomake saatekirjeineen kuitenkin painettiin ennen lausunnon saantia. Potilaat tulivat kyseisistä asioista kuitenkin informoiduksi, sillä osaston sairaanhoitajat ohjattiin suullisesti informoimaan kyselyyn osallistuvat potilaat edellä mainituista asioista. Aineistonkeruun kirjalliseen ohjeeseen, joka sijoitettiin tyhjien lomakkeiden säilytyspaikan läheisyyteen, lisättiin edellä mainitut tiedot. Tällä menettelyllä pyrittiin turvaamaan ja muistuttamaan sairaanhoitajia tutkittavien suullisesta informoinnista koko aineistonkeruun ajan.

Tutkimushankkeessa tulee tarkoin sopia ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukseen osallistuvien osapuolten vastuut, velvollisuudet, tehtävät ja aineistojen säilyttämisestä ja käyttöoikeuksia koskevat asiat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–7). Ennen tiedonkeruuaikaa sairaanhoitajille pidetyn M4:n koulutuspäivän esityksen

tarkoituksena oli selvittää tarkoin tämän opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, eteneminen sekä kyselyyn ja sen toteuttamiseen liittyvät menettelyt ja sen eettisyys. Koulutuspäivässä annetulla tiedolla pyrittiin turvaamaan kyselyyn liittyvien eettisten periaatteiden toteutumista ja yhtenäisen menettelyn toteutumista tiedonkeruussa. Tällä on myös merkitystä pohdittaessa saatujen tulosten luotettavuutta.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten siirrettävyys

Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy tutkimuksen laadun, pätevyyden ja yleistettävyyden arviointi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–7; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 129). Sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksen ollessa kvantitatiivinen kyselytutkimus tulee tutkimuksen luotettavuutta tarkastella otoskoon, aineistonkeruun, validiteetin ja reliabiliteetin suhteen sekä tutkimustulosten siirrettävyyden näkökulmasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 229–233).

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen ja koko tutkimusprosessin arviointia sekä tutkimusmenetelmän ja kohteen yhteensopivuutta. Pätevyydellä viitataan siihen, miten hyvin tutkimus tai mittari kuvaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Heikkinen ym. 2008, 147; Hirsjärvi ym. 2010, 231–232; Ronkainen ym. 2011, 129–130.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin Tahdistinpotilaan tiedontarvemittaria, joka on modifioitu kartoittamaan tahdistinpotilaiden tiedontarpeita. Sydänpotilaiden hoidossa erityispiirteenä verrattuna tahdistinpotilaisiin ovat erilaiset sopeutumisvalmennuskurssit, kuntoutuskurssit ja vahva potilasjärjestötoiminta, jonka vuoksi alkuperäisestä Sairaalapotilaan tiedontarvemittarista nostettiin nämä täydentävät kysymykset kartoittamaan sydänpotilaiden tiedontarpeita. Sydänpotilaiden tiedontarpeen kartoituksesta Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarista poistettiin mittarissa oleva avoin kysymys, joka liittyy erityisesti tahdistimen saaneiden potilaiden hoitoon. Tahdistinpotilaan tiedontarvemittariin tehdyillä muutoksilla pyrittiin siihen, että mittarilla pystyttäisiin luotettavasti mittaamaan juuri sydänpotilaiden tiedontarpeita. Mittarin sovel-

tuvuutta ja käytettävyyttä sydänpotilaiden tiedontarpeiden kartoittamiseksi ei esitetä.

Jatkotutkimuksissa mittariin olisi hyvä lisätä elämäntapoihin liittyviä tarkennettuja kysymyksiä, jotka liittyvät sydänsairauksien hoitoon. Lääkehoito on myös olennainen osa sydänsairauksien hoidossa, joten lääkehoitoa kartoittavia kysymyksiä olisi suotavaa lisätä mittariin.

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla selvitetään asioiden välisiä riippuvuuksia ja ilmiöissä tapahtuneita muutoksia numeerisessa muodossa. Tutkimuksen luotettavuuden ja yleistettävyyden lisäämiseksi otoksen tulisi olla riittävän suuri ja edustava. (Heikkilä 2008, 33 – 45). Otoksoon valinnassa on tavoitteena, että otoksesta saadaan samat tutkimustulokset kuin koko perusjoukosta. Otoksoon tulisi olla vähintään 100, jos tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla. (Metsämuuronen 2001, 51; Heikkilä 2008, 41–45.)

Otoskoolle asetettiin ennen aineistonkeruuta tavoitteet. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin vastaajilta saamaan 100 laadukkaasti täytettyä lomaketta kyselyn aineistoksi, jolloin sen ajatellaan olevan riittävän edustava otos kaikista sydänpotilaista. Kyselyyn vastasi (n=94) potilasta, joten tämän voidaan ajatella olevan riittävän edustava otos kuvamaan yleisesti sydänpotilaiden tiedontarpeita sairauden akuutissa vaiheessa. Suhteutettuna sydänpotilaiden kokonaissairastavuuteen on otantana 100 potilasta melko pieni otos.

Tämä opinnäytetyö on ensimmäinen sydänpotilaiden akuutin vaiheen tiedontarpeita kartoittava tutkimus, joten lisätutkimuksia jatkossa tarvitaan. Tämä on tarpeen, jotta voidaan tehdä luotettavia päätelmiä sydänpotilaiden tiedontarpeista sairauden akuutissa vaiheessa.

Eri sairausryhmien välinen tiedontarpeiden vertailu mahdollistui vain sepelvaltimotautia (n=62) ja eteisvärinää (n=21) sairastavien kesken. Näiden kahden eri sydänsairausryhmän potilaiden tiedontarpeissa ei ollut eroavaisuuksia. Tulosten luotettavuuteen on suhtauduttava kriittisesti, koska eri sairausryhmien vastaajien määrät olivat

kyselyn kokonaismäärään (n=94) nähden huomattavasti pienempiä otoksia, eivät tulokset kuvaa yleisesti esimerkiksi eteisvärinää sairastavien potilaiden tiedontarpeita.

Tutkimuksen reliabiliteetilla eli toistettavuudella arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihtelulle. Arvioinnin kohteena on tällöin mittauksen tarkkuus, kuinka yhdenmukaisesti mittaus on suoritettu ja kuinka tarkasti mittari toimii. (Heikkinen ym. 2008, 147; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231–232; Ronkainen ym. 2011, 129–130.)

Kyselylomakkeita tulostettiin aluksi 200 kappaletta ja niitä säilytettiin osastolla kahdessa eri lokerikossa. Toisessa olivat tyhjä, sydänpotilaille tarjottavaksi menevät lomakkeet ja toiseen lokerikkoon laitettiin niin sanotut tarjotut lomakkeet. Tarjottuja lomakkeita ovat tyhjinä palautuneet sekä sellaiset lomakkeet, joita oli tarjottu potilaalle vastattavaksi, mutta potilas ei ole ollut halukas osallistumaan kyselyyn. Näin pystyttiin luotettavasti laskemaan kyselyn vastausprosentti, joka oli tässä tutkimuksessa 89 % (n=94).

Kyselyn luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että osasto M4:n sairaanhoitajat esitäyttivät kyselylomakkeen ensimmäisen kysymyksen, jossa selvitettiin potilaan sydänsairaus. Menettelyllä pyrittiin varmistamaan vastaajan diagnoosin luotettavuus analysoidessa kyselyjen tuloksia. Kuitenkaan seitsemän vastaajan sydänsairautta ei saatu selville analysoitaessa tuloksia. Viiden vastaajan tiedoissa oli useampi sydänsairaus, jota voi mahdollisesti selittää se, että vastaaja oli itse laittanut toisen sydänsairauden kohdalle rastin hänen sairastaessa kyseistä sydänsairautta jo entuudestaan. Kahden vastaajan kohdalla tietoa sydänsairaudesta ei ollut ollenkaan. Syynä oli se, että osaston sairaanhoitaja oli unohtanut esitäyttää lomakkeen.

Syksyllä 2012 luotiin työskentelyikkunat SPSS-ohjelmaan. Kyselyn toteuttamisajanjakson aikana syötettiin palautuneiden kyselylomakkeiden tietoja SPSS-tietokoneohjelmaan. Aineistonkeruun päätyttyä tarkastettiin SPSS-ohjelmaan syötetyt tiedot vielä kahteen kertaan. Menettelyllä pyrittiin lisäämään tilasto-ohjelmaan syötettyjen tietojen luotettavuutta ja minimoimaan mahdolliset virheet. Yksi virhe paljastui ensimmäisellä tarkistuskierröksellä ja se korjattiin ohjelmaan. Aineiston analysoinnissa käytettiin ulkopuolista asiantuntijan apua.

Käytettävän mittarin reliabiliteettia voidaan tarkastella Cronbachin alfaa käyttäen. Cronbachin alfalla tarkastellaan mittaavtko summamuuttujien osiot samaa ominaisuutta. Alfakertoimen maksimiarvo on 1 ja minimi 0. Alfakerroin saadaan lasketuksi SPSS-tilasto-ohjelmassa. Suuret kertoimen arvot kertovat mittarin korkeasta reliabiliteetista, joka osoittaa sen, että mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa. Mittarin voidaan katsoa olevan luotettava, jos Cronbachin alfan arvo on 0.7 tai sitä korkeampi. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 128; Heikkilä 2008, 186–187.)

Alkuperäisen Sairaalapotilaan tiedontarvemittarin reliabiliteetti on mitattu sisäisen konsistenssin eli yhteneväisyyden kautta Cronbachin alfaa käyttäen, jonka keskiarvo oli koko mittarista 0.93 (Rankinen ym. 2007, 113 – 119). SPTT- mittarin voidaan tulkita olevan Cronbachin alfan mukaan luotettava mittari. Helajärvi-Tirri (2012) tutki tahdistimen saaneiden potilaiden tiedontarpeita Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarilla. Mittarin sisäisen yhteneväisyyden laskemisessa käytettiin myös Cronbachin alfaa, jonka keskiarvo tiedontarpeen osa-alueilta oli 0,84. Mittarien voidaan tulkita olevan sisäisesti johdonmukaisia ja mittarin osa-alueiden muuttujat mittaavat samaa asiaa mittarien osa-alueiden sisällä.

Tässä tutkimuksessa arvioitiin mittarin reliabiliteettia laskemalla Cronbachin alfakertoimet jokaisesta tiedontarpeen osa-alueesta (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Cronbachin alfat tiedontarpeen osa-alueilla

Tiedon alue	Cronbachin alfa
Biofysiologinen	0,80
Toiminnallinen	0,69
Kokemuksellinen	0,59
Eettinen	0,68
Sosiaalisyhteisöllinen	0,74
Taloudellinen	0,79

Toiminnallisen, kokemuksellisen sekä eettisen osa-alueiden alfat jäivät alle arvon 0,7. Osaltaan matalampia alfa-arvoja voi selittää kyseisten osa-alueiden kysymysten määrän ollessa pienempi, sillä tilastollisesti alfa-arvo on aina matalampi mitä vähemmän samaa asiaa mittaavia kysymyksiä osa-alueella on. (Nunnally & Bernstein

1994). Biofysiologisella alueella samaa asiaa mittaavia kysymyksiä oli Tahdistinpotilaan tiedontarvemittarissa kahdeksan, toiminnallisella kolme, kokemuksellisella kaksi ja eettisellä neljä. Heikoin alfa-arvo oli siis kokemuksellisella osa-alueella, jossa oli kaksi kysymystä. Alfa-arvon laskennallisista syistä voi tulla tuloksissa vääristymiä, jos samaa asiaa mittaavia kysymyksiä on osa-alueella vähän. Välttämättä saadut heikot alfa-arvot eivät siis välttämättä kerro mittarin heikommasta luotettavuudesta. (Nunnally & Bernstein 1994.)

### 8.3 Tulosten merkitys käytännölle

Toimintatutkimuksessa tulee arvioida osioiden lisäksi tutkimuksen kokonaisuutta. Arvioinnissa otetaan huomioon toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutumista. (Aaltola & Valli 2007, 202; Heikkinen ym. 2008, 81 – 82).

Tämä opinnäytetyö koostui tutkimus ja kehittämisosioista. Kolme eri sykliä muodosti opinnäytetyön kokonaisuuden. Jokainen sykli oli oma kokonaisuutensa, joka tuotti aina tietoa seuraavaan sykliin ja loi edellytykset seuraavan syklin aloitukselle.

Tutkimusosiossa eli opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä sydänpotilaan tiedontarvekysely tuotti tietoa siitä, että sydänpotilaat tarvitsevat sairaalassaoloaikana paljon tietoa sairastuttuaan uuteen sydänsairauteen. Taustatekijöissä vain työelämällä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys eettisellä osa-alueen ja merkitsevä taloudellisella osa-alueen sydänpotilaiden tiedontarpeisiin. Potilaat, jotka eivät olleet työelämässä tarvitsivat kyseisiltä osa-alueilta enemmän tietoa kuin työssä olevat. Iällä tai sukupuolella ei todettu olevan tilastollista yhteyttä sydänpotilaiden tiedontarpeisiin. Tiedontarpeet osoittautuivat olevan yksilöllisiä.

Kyselytutkimus tuotti ainutlaatuista tietoa, sillä aiemmin sydänpotilaiden tiedontarpeita ei ole tutkittu sairauden akuutissa vaiheessa. Tuloksia voidaan käyttää suunniteltaessa uudelleen potilasohjauksen sisältöä ja sen ajoitusta yli organisaatorajojen.

Opinnäytetyön kehittämissosiossa eli opinnäytetyön toisessa syklissä ei saatu tutkimustuloksia sydänpotilaiden ohjauksen minimikriteerien laadinnalle ja tästä osatavoitteesta luovuttiin. Toisaalta voidaan pohtia onko minimikriteerien laadinta nyky päivänä tavoiteltavaa. Potilaiden tiedontarpeiden ollessa yksilöllisiä, onko tavoitteena tehdä yleistyksiä vai edetä potilasohjauksessa potilaan tiedontarpeista käsin?

Kolmas sykli kuului opinnäytetyön kehittämissosioon. Näyttöön perustuvan toiminnan tuloksena syntyi Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjauslomake (Liite 3.) Laaditulle lomakkeelle suoritettiin arviointikierros M4:n potilasohjauksesta vastaavien sairaanhoitajien toimesta. Sairaanhoitajat arvioivat lomakkeen olevan jatkossa hyvä työväline tukemaan sydänpotilaiden ohjausta ja kartoittavan yksilöllisesti potilaiden tiedontarpeita.

Arviointikierroksella sairaanhoitajat arvioivat lomakkeen luovan potilaslähtöisemmän ohjauspohjan ja jäsentävän osastolla M4 toteutettavan potilasohjauksen runkoa, joka toimii myös potilasohjausta yhtenäistävänä elementtinä. Jatkossa ohjauslomakkeen päivittäminen kuuluu potilasohjauksesta vastaavien sairaanhoitajien toimenkuvaan osastolla.

Tutkimus voidaan katsoa onnistuneen, jos sen tuloksena on luotu parempi käytäntö, joka on toimiva ja käyttökelpoinen työyhteisössä. (Heikkinen ym. 2008, 149–171). Osasto M4:n potilasohjauksesta vastaavien sairaanhoitajien mielipiteet Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjauslomakkeen toimivuudesta työvälineenä olivat positiivisia. Osasto M4:n kaikille sairaanhoitajille raportoidaan tämän opinnäytetyön tulokset, jolloin he voivat jatkossa huomioida sydänpotilaiden yksilölliset tiedontarpeet esimerkiksi potilaiden kohdalla, jotka eivät ole työelämässä.

Kun ohjausta on muutettu osastolla M4 potilaslähtöisemmäksi ja yhteneväisemmäksi, tulisi jatkossa kartoittaa osasto M4:n sairaanhoitajien mielipidettä Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjauslomakkeen toimivuudesta käytännössä toteutuvan potilasohjauksen työvälineenä. Mielenkiintoisena jatkotutkimuskohteena olisi myös tutkia sydänpotilaiden mielipiteitä ja arvioita potilasohjauksen potilaslähtöisyyden toteutumisesta.



## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Alm-Rojer, C., Stagmo, M., Udén, G. & Erhardt, L. 2004. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3(4), 321–330.
- Beach, E., Smith, A., Luthinger, L., Utz, S., Ahrens, S. & Whitmire, V. 1996. Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research* 9, 24–28.
- Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietoisuuteen. *Tutkiva Hoitotyö* 5(4), 9–14.
- Burns, N. & Grove, S. 2001. *The practice on nursing research. Conduct, critique & utilization.* 4<sup>th</sup> Edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Carroll, D., Rankin, S. H. & Cooper, B. 2007. The effects of a collaborative peer advisor/ advanced practice nurse intervention: Cardiac rehabilitation participation and rehospitalisation in older adults after a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 22(4), 313–319.
- Evans, D. 2008. Overview of Methods. *Teoksessa Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews.* (toim.) Christine Webb & Brenda Ross. Oxford: Blackwell Publishing, 137–148.
- Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., Stafford, B. & Salomonsson, Y. 2009. A pilot randomised controlled trial comparing health-related lifestyle self-management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: implications for a larger clinical trial. *Australian Critical Care* 22(1), 17–27.
- Gustafson, D., Arora, N., Nelson, E. & Boberg, E. 2001. Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization. *Journal of Quality Improvement* 27, 81–92.
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus.* Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2008. *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.* Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salaterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60(3), 270 – 278.

Helajärvi-Tirri, J. Tahdistimen saaneen potilaan tiedon tarve ja tiedon saanti. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Yrityssanoma Oy.

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisu; Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004.

Johansson, K., Katajisto, J., Kettunen, J., Leino-Kilpi, H. & Montin, L. 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic Nursing*, 29 (4), 246–253.

Johansson, K., Lehtikunnas, T., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Ahonen, P., Elomaa, L., Iire, L., Moisander, M-L., Palta, H., Pietilä, S. & Pulkkinen, M.-L. 2001. Potilasopetus pontevaksi- Potilasopetusta kehittävän hankkeen lähtökohdat ja perustietoa kartoitusvaiheen tuloksista. *Hoitotyön julkaisusarja A:34*. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Jones, P. & Meleis, A. 1993. Health is empowerment. *Advances in Nursing Science* 15(3), 1–4.

Kansanterveyslaitos. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti, 2/2008.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Arpomaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu* 2008:1.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Kuopio: Edita Prima Oy.

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

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopiston paino.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö*, 6(4), 10–15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8 1992/785. Viitattu 15.1.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuoreneho, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Stakesin raportti, 118.

Leino-Kilpi, H. Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes, raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Leino-Kilpi, H., Lauri, S., Eriksson, E., Hietanen, H., Hupli, M., Lepistö, M., Routasalo, P., Salanterä, S., Arve, S., Lehti, T. & Juutilainen, V. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient education and healthrelated quality of life: surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 20(4), 307–316.

Lönnberg, P & Koivunen, M. 2011. Tahdistinpotilaan tiedontarve Satakunnan keskussairaalan Sydänyksikön poliklinikalla. VeTePo- hankkeen selvitysraportti. Viitattu 22.5.2012. [http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut/Julkaisu\\_J4.pdf](http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut/Julkaisu_J4.pdf)

McCabe, P., Schad, S., Hampton, A. & Holland, D. 2008. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. *Heart & Lung*; 37, 79–90.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Murphy, D. 2002. Surveys and Questionnaires. Teoksessa L.J Gurak & M.M. Lay. (toim.) *Research in Technical Communication*. Westport: Praeger 93–110.

Mäkinen, A. & Penttilä, U-R. 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Helsinki. Suomen Sydänliitto.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Duodecim.

M4:n vuoden 2011 toimintakertomus. 2012. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. 1994. *Psychometric theory*. 3rd Edition. McGraw-Hill, New York. USA.

O'Driscoll, J.M., Shave, R. & Cushin, C.J. 2006. A National Health Service Hospitals cardiac rehabilitation programme: a qualitative analysis of provision. *Journal of Clinical Nursing* 16(10), 1908–1918.

Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E. & Hanssen, T.A. 2006. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5(4), 303–310.

- Pesonen, K. 2012. Suusyöpään sairastuneen potilaan tiedolliset odotukset sairauden eri vaiheissa. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Plumb, C. & Spyridakis, J. 1992. Survey Research in Technical Communication: Designing and Administering Questionnaires. *Technical Communication*, vol. 39 (4), 625–638.
- Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies- Patomäki, M. & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakesin raportteja 28/2008.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino- Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2), 113–119.
- Rodriguez, K.L., Appelt, C.J., Switzer, G.E., Sonel, A.F. & Robert, M.A. 2008. ”They diagnosed bad heart”: A qualitative exploration of patients’ knowledge about and experiences with heart failure. *Heart & Lung*, 37(4), 257–265.
- Roncalli, J., Perez, L., Pathak, A., Spinazze, L., Mazon, S., Lairez, O., Curnier, D., Fourcade, J., Elbaz, M., Carrié, D., Puel, J., Fauvel, J.-M. & Galinier, M. 2009. Improvement of young and elderly patient’s knowledge of heart failure after an educational session. *Clinical Medicine: Cardiology*; 3, 45–52.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta- Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Satakorkea. 2012. Viitattu 24.8.2012. [http://www.satakorkea.fi/eettiset\\_periaatteet](http://www.satakorkea.fi/eettiset_periaatteet)
- Sepelvaltimotauti-opas. 2006. Suomen Sydänliitto ry.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Yliopistopaino.
- Timmins, F. 2005. A review of the information needs of patients with acute coronary symptoms. *Nursing of Critical Care*, 10(4), 174–182.
- Torraco, R. 2005. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review* 4: 3, 356–367.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Viitattu 9.3.2013. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio180113.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf)

van der Wal, MH., Jaarsma, T., Moser, DK., Veeger, NJ., van Gilst, WH. & Veldhuisen, DJ. 2005. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal* 27(4), 434–440.

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

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen*. Porvoo: WSOY.

## LIITE 1

Medic 1/2	Julkaisuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2007	Blek, T. Kiema, M. Karinen, A. Liimatainen, L. Heikkilä, J.	Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen	Tutkiva Hoitotyö

Medic 2/2	Julkaisuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2009	Rantanen, P. Julkunen, J. Vanhanen, H.	Naisten sydänterveyden edistäminen terveysneuvonnan ja varhaiskuntoutuksen keinoin	Kuntoutussää- tiön tutkimuksia
	2008	Kääriäinen, M.	Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät	Tutkiva hoitotyö

Linda 1/4	Ei hakutulok- sia			

Linda 2/4	Julkaisuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2004	Hupli, M.	Potilasohjauksen ulottuvuudet	Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu
	2002	Alanen, S.	Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla	Pro gradu - tutkielma

Linda 3/4	Julkaisuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2006	Ruotsalainen, T.	Sisätautipotilaan hoidon laatu – Potilas hoidon laadun arvioijana	Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu

<b>Linda 4/4</b>	Julkaissuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2007	Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E.	Ohjaaminen hoitotyössä	

<b>Cinahl</b>	Julkaissuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2008	Rodriguez, KL Appelt, CJ Switzer, GE Sonel, AF Arnold, RM	"They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure	Heart & Lung
	2005	Timmins, F.	A review of the information needs of patients with acute coronary symptoms	Nursing in Critical Care

<b>Ovid</b>	Julkaissuvuosi	Tekijä/tekijät		
	2009	Roncalli, J. Perez, L. Pathak, A. Spinazze, L. Mazon, S. Lairez, O. Curnier, D. Fourcade, J. Elbaz, M. Carrie, D. Fauvel, J-M. Galinier, M.	Improvement of young and elderly patient's knowledge of heart failure after an educational session	Clinical Medicine
	2008	McCabe, PJ Schad, S. Hampton, A. Holland, DE	Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation	Heart & Lung



**Arvoisa sydänpotilas,**

Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitetään sydänpotilaiden ohjausta. Olen mukana kehittämissryhmässä. Kyselyn **tavoitteena on kartoittaa sydänpotilaiden tiedontarvetta ja tiedontarpeen osa-alueita.** Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja tämä kysely on osa **opinnäytetyötäni, jonka tarkoituksena on kehittää sydänpotilaiden ohjausta ja sen sisältöä Satakunnan sairaanhoitopiirissä.** Opinnäytetyötäni ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulusta yliopettaja Eila Hirvonen ja Satakunnan sairaanhoitopiiristä kehittämissylihoitaja Marita Koivunen.

Kyselyn avulla kartoitan, **mistä sydänsairauteenne liittyvistä asioista olette kokeneet tai koette tarvitsevanne tietoa ja miten paljon.** Vastatkaa jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä omaa näkemystänne** parhaiten vastaava vaihtoehto. **Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia.** Kyselyn ensimmäisen kohdan, jossa selvitetään, mihin sydänsairauteen olette sairastuneet, on esitäytännyt osaston sairaanhoitaja, ennen kuin on antanut tämän lomakkeen Teille täytettäväksi. Mikäli Teille tulee lomakkeesta tai sen täyttämisestä kysyttävää, voitte kääntyä osaston sairaanhoitajien puoleen. Täytettyänne lomakkeen, laittakaa se Teille annettuun kirjekuoreen. Palauttakaa kirje suljettuna osaston kanslian vieressä olevaan hopeanvärisen lukolliseen postilaatikkoon.

**Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.** Teillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta kyselyyn tai keskeyttää kyselyyn vastaaminen. **Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta osastolla saamaanne hoitoon.** Vastaamalla oheiseen lomakkeeseen, annatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumiselle.

Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti ja niin, ettei henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa paljastumaan. Kyselyn tietoja käytetään sydänpotilaiden ohjauksen kehittämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tulokset raportoidaan ylemmän ammattikorkeakoulututkintoni opinnäytetyössä sekä niistä on tarkoitus kirjoittaa artikkeli terveysalan tieteelliseen julkaisuun.

**Vastauksenne on potilasohjauksen kehittämisen kannalta tärkeä ja arvokas, siksi toivonkin Teidän osallistuvan kyselyyn.**

Avustanne kiittäen,

Julia Raak

Sairaanhoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, puh. 02 – 627 6340  
Ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija, Satakunnan ammattikorkeakoulu





Sydänpotilaan tiedontarve- ja ohjauslomake

Nimitarra

Hoitojaksolla diagnosoitu sydänsairaus:

Aiemmat sairaudet:

--	--

**Tehdyt sydäntutkimukset tai toimenpiteet:**

varjoainekuvauk-  
s  
pallolaajennus  
ohitusleikkaus  
läppäleikkaus

kyllä milloin

kyllä	milloin

sydämen ultraääni  
rytminsiirto  
tahdistimen laitto

kyllä milloin

kyllä	milloin

**Tieto sairaudesta, hoidosta ja oireista**

**Tarvitsen tietoa:**

Sydänsairaudesta  
Sydänsairauden oireista  
Miten toimia, jos sydänoireita ilmenee  
Hoitojaksolla tehdyistä tutkimuksista tai toimenpiteistä

kyllä ei ohjausta annettu lisähuomioita

kyllä	e	ohjausta annettu	lisähuomioita

Haluaisin lisää tietoa seuraavista sydänsairauteen liittyvistä asioista:

--

Kirjallinen materiaali, joka annettu potilaalle:

Sepelvaltimotautiopas

Sydämen vajaatoimintaopas

Eteisvärinäopas

Kardiomyopatiaopas

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## Sydänsairauden lääkehoito

### Tarvitsen tietoa:

	kyllä	ei	ohjausta annettu	lisähuomioita
Lääkityksestä ja sen merkityksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annostelusta ja ottoajankohdista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Resepteistä tai reseptien uusimisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E-reseptistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lääkekorvausasioista ja B-lausunnosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Toivoisin lisää tietoa seuraavista lääkitykseen liittyvistä asioista:

Sinulla on hoitojakson aikana mahdollisuus keskustella osaston sosiaalityöntekijän kanssa mm. erilaisiin tukiin, avustuksiin, toimeentuloon sekä sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa.

Varaammeko ajan keskustelulle?

kyllä

ei

Kirjallinen materiaali, joka annettu potilaalle:

Sepelvaltimotaudin lääkehoito-opas

Pikanitro-ohje

Marevanohje

### Sydänsairauden riskitekijät ja elämäntavat:

Ihminen ei pysty vaikuttamaan perintötekijöihin, jotka voivat myötävaikuttaa sydänsairauden syntyyn.

Elämäntavoilla ja lääkityksellä on erittäin suuri merkitys, kun halutaan hidastaa sydänsairauden etenemistä. Sydänsairautta voit itse hoitaa tarkistamalla ja pohtimalla sekä muuttamalla omia elämäntapojasi, jotka ovat sydänsairaudelle merkittäviä.

Tupakoitko?

  

\_\_\_\_\_ tupakkaa/vrk

Olen lopettanut tupakoinnin vuonna \_\_\_\_\_

En tupakoi

### Tarvitsen tietoa:

	kyllä	ei	ohjausta annettu
Tupakoinnin lopettamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verenpaineesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kolesterolista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verensokerista tai diabeteksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liikunnan harrastamisesta/suosituksista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erilaisista liikuntamahdollisuuksista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sydänterveellisestä ruokavaliosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mistä muista mahdollisista elämäntapoihin liittyvistä asioista haluaisit keskustella:

Elämäntapoihin liittyvä kirjallinen materiaali, joka annettu potilaalle:

## Arjessa selviytyminen sydänsairauden kanssa:

### **Tarvitsen tietoa seuraavista arkeen liittyvistä asioista:**

	kyllä	ei	ohjausta annettu	lisähuomioita
saunomisesta				
peseytymisestä				
seksuaalisuuteen liittyvistä asioista				
suuhygieniasta ja sen merkityksestä				
tulehdusten ehkäisystä				
influenssarokotuksesta				
työhönpaluuseen liittyvistä asioista				
sairaslomasta				
autolla ajoon liittyvistä rajoituksista				

*Haluaisitko lisää tietoa sairautesi kannalta jostakin arkeen liittyvästä asiasta?*

## Sydänluennot

Sinulla on mahdollisuus osallistua hoitojakson aikana sydänluentoihin, joissa keskustellaan sydänsairauksista, hoidosta ja elämäntavoista. Tilaisuuksissa on mahdollista esittää kysymyksiä ja keskustella hoitajan sekä muiden sydänpotilaiden kanssa. Luennot pidetään pääsääntöisesti osasto M4:n päiväsalissa.

*Luentoja pidetään seuraavasti:*

Maanantai - kello 12:30	Jalkaryhmä, erityisesti diabeetikoille Huom! osasto A5:n päiväsalissa
Maanantai - kello 13:00	Luento: Sepelvaltimotauti-DVD ja hoidon kulmakivet
Keskiviikko - kello 12:00	Luento: Sydänpotilaan terveellinen ruokavalio
Torstai - kello 8:00	Luento: Sepelvaltimotauti-DVD ja hoidon kulmakivet
Perjantai - kello 12:00	Luento: Sydämen vajaatoiminta ja omahoito

Potilas osallistunut seuraavalle luennolle: \_\_\_\_\_, pvm. \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, pvm. \_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_

## Jatkohoito ja kuntoutuminen

Satakunnan keskussairaalassa toimii sisätautien poliklinikalla Sydänhoitaja.

Sydänhoitajan vastaanotto on tarkoitettu sydäntautiin sairastuneille henkilöille. Sydänhoitajan vastaanotolle Olet tervetullut joko yksin tai yhdessä läheisen kanssa keskustelemaan sydänsairauteen liittyvistä asioista ja kysymyksistä.

Vastaanotolla käyvät muun muassa sydäninfarkti-, pallolaajennetut- ja ohitusleikatut potilaat.

Vastaanotolla keskustellaan yhdessä sydänhoitajan kanssa sairauden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään, käydään läpi arkipäivässä esiin tulevia käytännön asioita sekä varmistetaan hoidon jatkuvuus.

Vastaanotolle tullaan lääkärin tai hoitajan lähettämänä ja käynnistä peritään poliklinikkamaksu.

*Mikä on sinun näkemyksesi, tarvitsetko lisäohjausta sydänsairauteen liittyvistä asioista hoitajakson jälkeen?*

*Olisitko kiinnostunut hoitajakson jälkeen tulemaan keskussairaalaan Sydänhoitajan vastaanottokäynnille?*

kyllä	en
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikäli sinulle herää kysymyksiä hoitajakson jälkeen voit ottaa yhteyttä Sydänhoitajaan toipumiseen liittyvissä asioissa.

Satakunnan keskussairaalan Sydänhoitaja Mari Pylväläinen, puh. \_\_\_\_\_

Satakunnan alueella myös eräissä terveyskeskuksissa ja terveysasemilla toimii Sydänhoitajia, joihin voitte myös tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Terveyskeskus/asema \_\_\_\_\_

Sydänhoitaja \_\_\_\_\_ puh. \_\_\_\_\_

## Kuntoutus ja vertaistuki

Sydänpotilaiden varsinkin työikäisten kuntoutus ja sopeutumiskursseja järjestää pääasiassa KELA.

Kankaanpäässä Kuntoutuskeskuksessa järjestetään sepelvaltimotautipotilaille kuntoutuskursseja, lisätietoa: <http://www.kuntke.fi/kuntoutus/neurologisetkurssit/sydankurssit>

Kuntoutuskeskuksen kurssille tarvitaan hoitavan lääkärin tai työterveyslääkärin selvitys terveydentilasta (B-lausunto) ja kuntoutushakemus KU 102, joka toimitetaan Kelaan.

## Sydänpiirit ja Sydänyhdistykset

Sydänpiirit ja paikalliset Sydänyhdistykset ovat tärkeitä toimijoita sydänpotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Kaikki Sydänpiirit ja Sydänyhdistykset ovat Suomen Sydänliiton alaisia järjestöjä.

Satakunnan Sydänpiiri järjestää erilaisia kuntoutus ja sopeutumisvalmennuskursseja eri sydänsairausryhmille. Lisätietoja Satakunnan Sydänpiirin monipuolisesta toiminnasta ja erilaisista kursseista saat:

Satakunnan Sydänpiirin toimistolta; Antinkatu 9B 26, 28100 Pori, puh. 02-641 1406 tai internetistä <http://www.satakunnansydanpiiri.fi/etusivu>

Paikalliset Sydänyhdistykset ovat sydänpotilaiden kuntoutuksessa ja vertaistuen saamisessa tärkeä toimija. Sydänyhdistykset järjestävät muun muassa liikunnallista kuntoutusta erilaisien jumpparyhmien parissa, teatterimatkoja ja muuta aktiivista toimintaa. Sydänyhdistyksen toiminnassa on mukana kaiken ikäisiä niin sydänpotilaita kuin heidän omaisiaan.

### **Satakunnassa toimivia Sydänyhdistyksiä:**

*Euran Sydänyhdistys ry*

*Harjavallan Seudun Sydänyhdistys ry*

*Huittisten Sydänyhdistys ry*

*Kankaanpään Seudun Sydänyhdistys ry*

*Kokemäen Sydänyhdistys ry*

*Merikarvian Seudun Sydänyhdistys ry*

*Noormarkun-Pomarkun Sydänyhdistys ry*

*Porin Seudun Sydänyhdistys ry*

*Rauman Seudun Sydänyhdistys ry*

*Säkylän Seudun Sydänyhdistys ry*

*Ulvilan-Kullaan Sydänyhdistys ry*

Osasto M4:n päiväsalissa on ilmoitustaulu, jossa saatavilla lisätietoja Sydänyhdistys toiminnasta.