SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Kristiina Holm
Sanna-Leena Viljanen

ANGIOGRAFIAAN JA PALLOLAAJENNUKSEEN MENEVÄN POTILAAN OHJAUS

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2006

ANGIOGRAFIAAN JA PALLOLAAJENNUKSEEN MENEVÄN POTILAAN OHJAUS

Kristiina Holm
Sanna-Leena Viljanen
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Marraskuu 2006
Ohjaaja: Mirja Ojala KM
YKL: 59.534
Sivumäärä: 46

Avainsanat: hoitotyö, potilasohjaus, sepelvaltimotauti, angiografia- ja pallolaajennus

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Satakunnan keskussairaalan sisätautiosaston KM4:n angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tutkimusjoukkoa rajattiin sepelvaltimotautia sairastaviin potilaisiin, jotka olivat suunnitellusti menossa angiografiaan ja mahdollisesti pallolaajennukseen. Tavoitteena oli saada tietoa potilasohjauksen toimivuudesta ja yleisesti selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena oli myös laatia saatujen tutkimustulosten pohjalta osaston henkilökunnalle minimikriteerit, joiden tulisi täyttyä potilaiden ohjaustilanteessa. Osastolla toteutuvaa ohjausta tarkasteltiin kolmessa eri vaiheessa, joita olivat ohjaus osastolle saapuessa, ennen toimenpidettä ja potilaan kotiutuessa.

Aineisto kerättiin strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella, johon vastasi 24 osaston KM4 potilasta. Potilaat saivat kotiutuessaan kyselylomakkeet mukaansa ja he postittivat vastaukset osastolle. Vastausprosentti oli 63. Opinnäytetyö oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti.

Opinnäytetyössä saatujen tutkimustulosten mukaan ohjaus toteutui yleisesti ottaen hyvin. Ohjauksen eri toteutumisvaiheista potilaat olivat tyytyväisempiä ennen toimenpidettä saamaansa ohjaukseen. Muissa vaiheissa muutama potilas jäi kaipaamaan enemmän ohjaukselta. Vastanneista lähes kaikki olivat saaneet ohjauksesta itselleen tärkeimmiksi kokemansa tiedot ja ohjaustilanteesta oli jäänyt positiivinen vaikutelma. Vastaajista puolet koki ohjaustilanteen tapahtuneen rauhallisessa ympäristössä, kun taas yhden viidesosan mielestä ohjaustilanne ei ollut tarpeeksi rauhallinen.

Tutkimus antaa tietoa ohjauksen toteutumisesta käytännössä ja tuottaa tietoa, jonka avulla sisätautiosastolla KM4 ohjaus voidaan pitää mahdollisimman korkealaatuisena. Jatkotutkimuksin voisi selvittää esimerkiksi sydäntoimenpideyksikön ohjauksen toteutumista sekä ohjauksen toteutumista sitä antavien hoitajien näkökulmasta.

GUIDANCE OF A PATIENT WHO WILL UNDERGO ANGIOGRAPHY AND PTCA (CORONARY ARTERY BALLOON DILATION)

Kristiina Holm
Sanna-Leena Viljanen
Satakunta University of Applied Sciences
Social Services and Health Care, Pori
Degree Programme in Nursing
Branch of Nursing
November 2006
Advisor: Mirja Ojala M.E.
YKL: 59.534
Number of Pages: 46

Keywords: nursing, guidance of patients, coronary disease, angiography and PTCA (coronary artery balloon dilation)

The aim of the master's thesis was to describe what angiography and PTCA patients being treated on the internal disease ward KM4 of Satakunta Central Hospital thought about the guidance they had received. The target group was restricted to include patients with coronary disease who had been referred to angiography and, possibly, to PTCA. The goal was to obtain information on how the guidance of patients worked and, in general, to learn patients' views on the guidance they had received as well as to, based on the research results, draw up minimum criteria for the ward staff which should be met in guiding patients. The guidance provided on the ward was looked at in three stages: guidance on arrival of the patient, guidance before the intervention and guidance when the patient is discharged from the hospital.

The material was gathered by means of a questionnaire including structured, semi-structured and open questions. 24 patients from ward KM4 responded to the inquiry. The questionnaires were given to the patients when they were being discharged, and they posted their responses to the ward. The response percentage was 63. The thesis was quantitative, and the research material was analyzed statistically.

The results of the thesis showed that, in general, the guidance was a success. Of the different stages of the guidance, patients were the most satisfied with the guidance provided before the intervention. In the other stages, a couple of patients would have wanted more from the guidance. The guidance had given almost all of the patients the information they themselves had felt was of primary importance, and the guidance itself had made a positive impression on them. One half of the respondents felt the guidance had taken place in a calm environment, whereas one fifth did not consider the guidance situation peaceful enough.

The study yields information on the practical implementation of guidance and on how guidance on the internal disease ward KM4 can be maintained at a highest possible level. In future, for example, the practical implementation of guidance provided by the Cardiology Intervention Unit and the implementation of guidance from the point of view of nurses involved in it could be studied.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO…… 6
2 HOITOTYÖ……. 7
3 POTILASOHJAUS…….. 8
3.1 Potilaan ja ohjaajan vuorovaikutus……... 9
3.2. Potilasohjauksen toteutus…….…... 10
3.3. Sairaanhoitaja potilasohjauksen toteuttajana……...……... 12
4 HOIDON LAADUN ARVIOINTI……. 13
5 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN INVASIIVISET TUTKIMUKSET…...…..... 16
5.1. Sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja niiden ennaltaehkäisy……...16
5.1.1 Suurentunut veren kokonaiskolesterolipitoisuus…….. 17
5.1.2 Kohonnut verenpaine…… 17
5.1.3 Tupakointi……. 18
5.2. Sukupuolten väliset erot sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä……..….. 18
5.3. Invasiiviset tutkimukset…….. 19
5.3.1. Angiografia…….. 20
5.3.2. Pallolaajennus……...…….. 21
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT……..24
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN……24
7.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu……...…. 24
7.2 Aineiston käsittely ja analysointi…….…….26
7.3 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat…….……...…. 27
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET…….……..…. 28
8.1 Vastaajien taustatiedot…….……...…. 28
8.2 Sepelvaltimotaudin kanssa eläminen…….…….. 30
8.3 Toimenpiteeseen liittyvä ohjaus……...…….. 32
9 JOHTOPÄÄTÖKSET…….....…... 37
10 POHDINTA…….……. 42
LÄHTEET……. 44

LIITTEET

Liite 1	Ohje sydämen sepelvaltimoiden varjoainetutkimukseen ja/tai pallolaajennushoitoon tulevalle potilaalle
Liite 2	Kotihoito-ohje sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen ja/tai pallolaajennushoidon jälkeen
Liite 3	Pallolaajennustoimenpiteet ja ohitusleikkaukset Suomessa vuosina 1986- 2004 ja pallolaajennustoimenpiteet ja sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset keskuksittain
Liite 4	Stabiilia sepelvaltimotautia sairastavan potilaan pallolaajennustoimenpiteet
Liite 5	Kyselylomake
Liite 6	Tutkimuslupa-anomus
Liite 7	Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

1 JOHDANTO

Hoitotyössä ohjaus on yksi tärkeimmistä osa-alueista sekä hoitohenkilöstön ammatillisena toimintana että asiakkaiden hoidossa. Laadullisesti hyvällä ohjauksella on suora merkitys asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sen edistämiseen sekä kansantalouteen. Nykypäivänä lyhyet sairaalajaksot ja mahdolliset puutteelliset ohjausresurssit saattavat muodostua haasteiksi ohjauksen toteutumiselle. Ohjauksen punaisena lankana voisi pitää sitä, että asiakas on aina oman elämänsä ja hoitaja puolestaan ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija.

Aiheen opinnäytetyöhön saimme Satakunnan keskussairaalan osastolta KM4, koska tämän osaston kohdalla aiheesta ei ollut tuoretta tietoa. Osastolle ja sen henkilökunnalle on tärkeää saada palautetta potilailta heidän antamansa ohjauksen onnistumisesta potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tulosten kautta osaston henkilökunta voisi tarkastella antamansa ohjauksen toteutumista ja vaikutuskeinoja mahdollisimman korkeatasoisen ohjauksen toteutumiselle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta osastolla KM4. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilasohjauksen toimivuudesta ja yleisesti selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena on myös laatia saatavien tutkimustulosten pohjalta osaston henkilökunnalle minimikriteerit, joiden tulisi täyttyä potilaiden ohjaustilanteessa. Opinnäytetyön tekijöinä toivomme, että tutkimusta pystytään hyödyntämään osastolla sekä koko sairaalassa.

Tutkimus suoritettiin kontrolloidusti kyselynä osaston potilaille. Potilaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä kaikkia niitä henkilöitä jotka ovat suunnitellusti menossa angiografiaan ja mahdollisesti pallolaajennukseen. Varsinaisina tutkimuskriteereinä olivat oireileva sepelvaltimotauti ja suunniteltu angiografia.

2 HOITOTYÖ

Viimeksi kuluneen sadan vuoden aikana hoitotyö on yleensä yhdistetty sairaiden hoitamiseen. Sairaanhoitajien strateginen asema on vahvistunut sitä mukaa kuin heidän työnsä osuus lääketieteellisen henkilöstön antamassa parantavassa hoidossa on lisääntynyt. sairaanhoitajat toimivat sairauden hoitamiseen kuuluvien, usein rasittavien ja mutkikkaiden, hoitotoimenpiteiden ja potilaalle tärkeiden jokapäiväisten fyysisten ja henkisen toimintojen yhdyssiteenä. (Roper, Logan & Tierney 1994, 9.)

Hoitotyö ei kuitenkaan koske vain niitä ihmisiä, jotka ovat sairaita, vaikkakin länsimaisen hoitotyön 1900-luvun ammatillista kehitystä tarkasteltaessa on myönnettävä sen olevan ensisijaisesti ”sairauspalvelujen” antamista. Sairauden kulkua koskeva tietämys, biologian ja yhteiskuntatieteiden kehitys, tekniikan edistys ja koulutustason kohoaminen ovat kuitenkin tehneet ihmiset entistä tietoisemmiksi terveydenhuoltopalveluista. Samalla he ovat kiinnostuneet yksilön, perheen ja yhteisön terveydestä. Sen seurauksena on alettu vakavasti pohtia sairaala- ja sairauskeskeisen terveydenhuoltojärjestelmän ja siihen sisältyvän hoitotyön lähtökohtia. Sairaanhoitajat ovat yhdessä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa oivaltaneet terveyden ylläpitämisen, sairauden ehkäisemisen, oman avun lisäämisen ja yksilön kykyjä vastaavan riippumattomuuden tärkeyden. Hoitotyön perusteita ei ole helppo määritellä täsmällisesti, kun yhteiskunnan tarpeet ja vaatimukset jatkuvasti muuttuvat ja kun terveyden ja sairauden rajakaan ei enää ole selkeästi määriteltävissä. (Roper ym. 1994, 9.)

Roper-Logan-Tierney elämisen malliin perustuva hoitotyön malli

Roper- Logan- Tierney hoitotyön malli valittiin tähän opinnäytetyöhön kuvaamaan potilasohjauksen tärkeää merkitystä sairaanhoitajan työssä. Juuri tässä hoitotyön mallissa tarkastellaan pääosin ohjausta sairaanhoitajan näkökulmasta.

Malli perustuu yksilöllisyyden, normaaliuden ja terveen elämän kaltaisille käsitteille sivuuttamatta kuitenkaan sairauden käsitettä tai sairaanhoitajien ja lääkäreiden työn keskinäistä riippuvuutta, joilla kummallakin on tärkeä rooli potilaiden hoitamisessa. Malli hoitotyöhön pyrkii tarjoamaan sairaanhoitajille viitekehyksen, jonka avulla he voivat suunnitella potilaan elämisen toimintoihin perustuvan sairaanhoitajajohtoisen yksilöidyn hoitotyön. Hoitotyön suunnitelmaan kuuluvat luonnollisesti myös lääkäreiden ja muiden hoitotyöryhmän jäsenten hoito-ohjeet. Näiden delegoitujen tehtävien suorittaminen on tärkeä osa sairaanhoitajien työtä. Tässä mallissa hoitotyötä kuitenkin tarkastellaan lähinnä sairaanhoitajajohtoisesta näkökulmasta. (Roper ym. 1994, 73.)

Esitys hoitotyön mallista perustuu elämisen mallin kuvioon. Hoitotyön malli voidaan jakaa viiteen osaan, eli hoitotyön yksilöllistäminen, elämisen toiminnot, elämänkulku, riippuvuus- riippumattomuus- jatkumo ja elämisen toimintoihin vaikuttavat tekijät (Roper ym. 1994, 74.)

3 POTILASOHJAUS

Ohjauksen tunnistamisen tekee ongelmalliseksi se, että hoitotyössä siitä käytetään monia eri käsitteitä ja käsitteiden käyttö on epäselvää. Ohjaus- käsitettä on käytetty rinnakkain erityisesti tiedon antamisen, neuvonnan ja opetuksen käsitteiden kanssa. Käsitteiden välillä on kuitenkin eroavaisuuksia. Kääriäinen ja Kyngäs määrittelevät ohjauksen käsiteanalyysin perusteella asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Määritelmän mukaan ohjauksessa on olennaista asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiointi, vuorovaikutteisen ohjaussuhteen rakentaminen sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 6-7.)

Ohjaamisessa painottuukin potilaan oma-aloitteisuus. Ohjaamistilanteessa sairaanhoitajan on osattava luoda luotettava ja tasainen vuorovaikutussuhde, jotta hän kykenee tukemaan ja vahvistamaan potilaan yksilöllisiä toimintamahdollisuuksia. (Munnukka & Kiikkala 1996, 60.)

Wilson- Barnett (1988, 217) määrittelee ohjauksen olevan potilaan tukemista ja auttamista eikä siinä anneta suoria ohjeita. Potilaan ohjauksella ei pyritä ohjailemaan päätöksentekoa eikä tulkitsemaan tunteita, vaan ohjataan potilas itse löytämään omat sopeutumismekanisminsa.

3.1. Potilaan ja ohjaajan vuorovaikutus

Ohjauksen tarve ja sisältö tulisi määrittää aina potilaan omista tiedon tarpeista ja lähtökohdista käsin. Tällöin potilas voi kokea saamansa informaation ja ohjauksen tarpeelliseksi itsensä kannalta. Potilas kokee turhauttavaksi ohjauksen, joka sisältää paljon jo aiemmin tiedossa olevaa asiaa. Lisäksi tällainen on usein lyhyen ohjausajan tuhlausta. Jotta ohjaaja pystyisi paremmin muotoilemaan ohjauksen juuri kyseiselle potilaalle sopivaksi, tulisi sen perustua keskusteluun potilaan kanssa. Keskusteluissa tulisi selvittää niitä potilaan kokemuksia ja ongelmia, joissa hän erityisesti kaipaa tukea ja ohjausta. Myös potilaan kokemus ohjaajan luotettavuudesta vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. (Close 1988, 204- 206.)

Hirvonen (1992, 44) on tutkimuksessaan todennut, että sairaanhoitajat näkevät tärkeänä potilaan mielipiteen kuuntelemisen ja potilaan rohkaisemisen itsenäiseen päätöksentekoon. Sairaanhoitajien mielestä potilaiden ohjauksen tulos on lähinnä potilaan tiedon tarpeen tyydyttämistä. Tuloksena ei siis ole välttämättä oppiminen. Kun potilas on saanut tietoa, hän voi itse päättää, mitä annettu informaatio hänelle merkitsee.

Close (1988, 203- 205) on tutkimuksessaan selvittänyt, että vastuun potilaiden ohjaamisesta katsotaan kuuluvan hoitajille, koska hoitajat ovat eniten tekemisissä potilaiden kanssa. He viettävät potilaiden kanssa enemmän aikaa kuin muu hoitohenkilökunta, joten heillä on parhaat mahdollisuudet potilaiden ohjaamiseen. Ohjaus lähtee aina yleensä potilaan tarpeista ja tilanteesta. Ohjausta tapahtuu kaiken aikaa hoitotyössä, kun sairaanhoitaja on potilaan kanssa tekemisissä. Tärkeintä ohjauksessa on potilaan tarpeiden arvioiminen, jolloin varmistetaan ohjauksen yksilöllisyys potilaan tarpeiden mukaisesti. Potilasohjauksen tavoitteena on luottamuksen syntyminen, tiedon saaminen, väärinkäsitysten

oikaiseminen, potilaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen sekä potilaan pelkojen ja jännityksen lieventäminen. (Hirvonen 1992, 13; Nikunen 1994, 6-10.)

Lönnbergin (1992, 34) tutkimuksessa on selvitetty keneltä potilaat ovat saaneet eniten informaatiota toimenpiteestä. Tutkimuksessa selvisi, että eniten tietoa tulevasta toimenpiteestä oli saatu lääkäriltä (55 %) ja toiseksi eniten hoitajalta (31 %). Vuorenheimo (1991, 64) tutki taas sitä, keneltä potilaat toivoivat saavansa informaatiota. Tutkimuksen mukaan useimmat potilaista toivoivat saavansa informaatiota lääkäriltä.

3.2. Potilasohjauksen toteutus

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. Lyhyet hoitoajat ja osin puutteelliset ohjausresurssit asettavat haasteita ohjauksen toteuttamiselle.
(Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 6.)

Ohjauksen perusta on sekä asiakkaan että hoitajan taustatekijöiden huomioinnissa. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Asiakkaan fyysisistä ominaisuuksista esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden kesto, laatu ja sen vaikutus asiakkaan arkielämään vaikuttavat hänen ohjaustarpeisiinsa ja siihen miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjaukseen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 6.)

Karlsenin (1997) mukaan ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä ominaisuuksia ovat erityisesti motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyylit ja – valmiudet. Myös hoitajan omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea asiakkaan motivoitumista on merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Kääriäinen ja Kyngäs ovat artikkelissaan käyttäneet Elfin ja Wikblandin (2001) käsityksiä, jonka mukaan keskusteleminen asiakkaan ohjaukselle asettamista odotuksista on tärkeää, sillä asiakkaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeista voivat olla erilaiset. Asiakkaista ne, joilla

sairaus on ollut pitkän aikaa tai jotka itse etsivät aktiivisesti tietoa, osaavat arvioida ohjaustarpeensa hyvin ja ilmaisevat mitä asioita ohjauksessa tulisi käsitellä. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 7-8.)

Ohjauksen kannalta merkittävät taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Sekä asiakkaan että hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Muista ympäristötekijöistä ohjaukseen vaikuttavat ohjaustilanne ja siinä mahdollisesti olevat esteet ja häiriötekijät. Turvallisella ohjausympäristöllä on merkitystä siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen ja luottaako hän, että hänen asiaansa kunnioitetaan. Asiakas on aina oman elämänsä ja hoitaja ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 7-8.)

Ohjausta voidaan antaa sekä suullisesti, että kirjallisesti. Näiden molempien yhdistäminen takaa parhaiten ohjauksen onnistumisen. Kirjallisen materiaalin käyttö suullisen ohella antaa potilaalle mahdollisuuden keskittyä rauhassa asiaan ja palata siihen uudelleen myöhemminkin. Sekä suullisessa, että kirjallisessa ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota sanastoon ja kielenkäyttöön. Kielen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Ohjauksessa voidaan käyttää myös apuna erilaisia havainnollistamiskeinoja. Opetuksellisesti ohjauksen oleellisena tekijänä on vuorovaikutus. Hoitajan tulee puhua selkeästi ja potilaan ymmärtämällä kielellä, jotta ohjaus olisi helposti sisäistettävissä. Ammattisanastoa tulisi välttää. Vuorovaikutuksessa keskeistä on läsnäolo, asiallisen tiedon antaminen tavalla, jonka potilas ymmärtää sekä turvallisuus, luottamus, tasavertaisuus ja pyrkiminen aitoon dialogiin. Myös katsekontakti, koskettaminen sekä hoitajan sijainti potilaaseen nähden vaikuttavat vuorovaikutussuhteen syntymiseen ja sitä kautta ohjaustilanteeseen. (Close 1988, 206- 208; Hirvonen 1992, 55; Nikunen 1994, 6-7.)

Wilsson-Barnetin (1988, 209- 211) mukaan potilaan ohjauksen keskeisin este on suunnittelemattomuus. Tämä vaikuttaa opetukseen ja ohjaukseen, käytettyyn aikaan sekä dokumentointiin. Suunnittelemattomuudesta seuraa tavoitteiden epätarkoituksenmukaisuutta, asiasisällön selkiytymättömyyttä sekä sitä, että kaikki ohjaavat kaikkia ja kaikkea. Näin potilas saattaa saada ristiriitaista tietoa tai jotakin hoidon kannalta keskeisiä alueita voi jäädä käsittelemättä.

Ohjausta vaikeuttaa sairaalaympäristössä usein rauhallisen paikan puuttuminen. Osastolla vallitseva kiire ja henkilökunnan vähäisyys vaikeuttavat myös ohjauksen toteutumista. Yhdellä hoitajalla voi olla vastuullaan liian monen potilaan ohjaus suurten potilasmäärien takia ja joidenkin hoitajien haluttomuus ohjata lisää muiden työpaineita. (Hirvonen 1992, 62- 66.)

3.3. Sairaanhoitaja potilasohjauksen toteuttajana

Sairaanhoitajan luotettavuus ohjaajana perustuu pitkälti ammatilliseen tietämykseen. Ohjaustilanteessa sairaanhoitajalta edellytetään asiasisällön hyvää tietämystä ja tuntemusta. Lisäksi hoitaja tarvitsee perustietoa opettamisesta, ohjaamisesta sekä oppimiseen vaikuttavista tekijöistä. Tärkeitä sairaanhoitajan ominaisuuksia ovat myös empatiakyky ja kokemus. Empatiakyky auttaa sairaanhoitajaa ymmärtämään paremmin potilaan tunteita ja mielentilaa sekä havainnoimaan myös niitä asioita, joita potilas ei kerro. Kokemuksen kautta ohjauksen suunnitelmallisuus ja yksilöllisyys lisääntyy. Hoitajien ammattitaitoa ohjauksen suhteen lisäävät työkokemuksen lisäksi osaston toiminnan suunnittelu, hyvä yhteistyö eri osastojen ja lääkäreiden välillä sekä hoitajan oma motivaatio toteuttaa ohjausta. (Close 1988, 206- 208; Hirvonen 1992, 162; Nikunen 1994, 69- 72.)

Potilaan ohjauksen toteutumista voidaan tarkastella niin sairaanhoitajan, sairaalaympäristön kuin potilaankin näkökulmasta. Useimmiten sairaanhoitajalla on päävastuu potilaan ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajilla ei aina ole kuitenkaan tiedollisia eikä taidollisia valmiuksia toimia potilaiden ohjaajina. Myös kommunikaation vähäisyys tai tapa kommunikoida potilaan kanssa sekä puutteellinen potilaan tarpeen määritys tuovat esteitä onnistuneelle ohjaukselle. (Close 1988, 205; Hirvonen 1992, 62.)

Potilaan omaisen ohjaus osana potilasohjausta

Omaisella tarkoitetaan yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Omaiskäsite käsittää laajimmillaan: 1) oman perheen jäsenet: vanhemmat ja lapset sekä isovanhemmat,

lasten puolisot, lastenlapset ja muut heidän kanssaan pysyvästi asuvat henkilöt, 2) sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista ja heidän puolisonsa ja 3) hyvin läheiset ystävät. (Gothoni 1991, 14.)

Selvittääkseen asiakkaan suhdetta omaisiin, hoitaja voi havainnoida asiakkaan ja omaisten vuorovaikutusta ja omaisten mahdollisuuksia tukea asiakasta. Tärkeää on varmistaa asiakkaalta, miten tärkeänä asiakas pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaisten tuki voisi heitä auttaa. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 8.)

Omainen tarvitsee tietoa ja ohjausta muun muassa sellaisista asioista kuin 1) potilaan sairaus, tutkimukset ja hoito sekä ennuste, 2) potilaan psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset reaktiot sairauteen ja sen hoitoon, 3) potilaan toiminnat, käyttäytyminen ja vointi, 4) osaston päiväjärjestys ja tavat, 5) omaisen omat mahdollisuudet olla mukana potilaan hoitoprosessissa. (Lauri, 1984, 6.)

Tiedon hankinnassa ja ohjauksen tarpeessa omaiset ovat yksilöitä. Toiset hankkivat aktiivisesti tietoa kyselemällä toiset taas kysyvät harvoin. Tiedon ja ohjauksen antaminen omaiselle vaatii hoitohenkilökunnalta kykyä arvioida omaisen tiedontaso ja – tarve. Omainen ei useinkaan pysty omaksumaan ja tulkitsemaan saamaansa tietoa hoitohenkilökunnan olettamalla tavalla ja tällöin annettu tieto menee osittain hukkaan. Omaisella voi olla myös tiedon tarvetta, jota ei osata edes tiedostaa. Yllättävässä uudessa tilanteessa täydellinen tiedon puuttuminen aiheuttaa erittäin ahdistavan tilanteen. Omainen kokoaa tietoa sekä järjestettyjen että satunnaisten kommunikointitilanteiden pohjalta ja pyrkii rakentamaan itselleen kuvaa tilanteesta.(Lauri, 1984, 6-9.)

4 HOIDON LAADUN ARVIOINTI

Walkerin ja Avantin (1992) mukaan abstraktien ja moniulotteisten käsitteiden, kuten hoidon laadun määrittely luotettavasti vaatii käsitteen operationalisoimista ja taustalla olevan teorian selvittämistä. Ennen näitä vaiheita on tunnistettava käsitettä määrittävät

ominaisuudet. Kvist on käyttänyt tutkimuksessaan myös Donabedianin (1980) määritelmää, jonka mukaan laatu on niin monipuolinen käsite, että sille ei ole mahdollista kehittää yhtä yhtenäistä teoreettista määritelmää tai yhtä empiiristä mittaustapaa. Yksi ainoa kriteeri ei määrittele hoidon laatua, vaan se on useiden muuttujien toiminta. (Kvist 2004, 23.)

Attreen (1996) mukaan arviointimenetelmien on edustettava kohteen ulottuvuuksia monipuolisesti, jotta hoidon laadunarvioinnin tulokset ovat ymmärrettäviä. Sinkkosen & Kinnusen (1994) ja Rajavaaran (1999) mukaan arvioinnilla tarkoitetaan tutkittavan kohteen, hoidon laadun arvottamista, jossa käytetään tieteellisen tutkimuksen menetelmiä. Arvottamisessa kohteen ominaisuuksia verrataan asetettuihin arvoperusteisiin, kriteereihin. Hoidon laatua arvioitaessa kriteereitä ovat esim. hoidon laadulle asetetut kriteerit tai standardit. Kriteerit johdetaan arvoista. (Kvist 2004, 23- 24.)

Attreen (1996) käsitteellisessä mallissa hoidon laatua arvioidaan seuraavista näkökulmista: potilas- tai asiakasnäkökulma, professionaalinen näkökulma joka jakautuu lääketieteen ja hoitotieteen näkökulmiin, johtamisen näkökulma sekä julkinen, yhteiskunnallinen näkökulma (Kvist 2004, 24.)

Attree (1996), Lurie ym. 2002 & Sosiaali- ja Terveysministeriö (2002) ovat todenneet, että hoidon laatu- käsitteenä on yhteydessä erilaisiin ympäristötekijöihin, sekä terveydenhuoltojärjestelmän sisäisiin että ulkoisiin tekijöihin. Ympäristöön liittyvät tekijät ovat joko mikro-, makro-, tai globaalitasolla. Ympäristötekijät ovat dynaamisia ja vaihtelevat niissä olosuhteissa, joissa terveydenhuoltojärjestelmä kulloinkin toimii. Mikrotason tekijät ovat maantieteellisiä, yhteiskunnallisia ja organisatorisia tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyspalvelujen laatuun. Makrotason tekijät ovat kansallisia, poliittisia, taloudellisia ja sosiaalisia menettelytapoja. Globaalitason tekijät ovat laajempia taloudellisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen tuottamisen laatuun. (Kvist 2004, 25.)

Oinonen (1992, 25) on tutkielmassaan määritellyt potilaan ohjauksen arviointikohteiksi hoitotyössä tapahtuvaa terveyskasvatusta, opettamista, neuvontaa ja ohjausta. Edellisiä pidetään yleisesti hoitotyön vaikuttamismenetelminä. Hoitotyön palvelujen vastaanottajilla on oikeus saada itseään ja hoitoaan koskevaa neuvontaa ja ohjausta.

Laadun arviointi potilasohjauksessa

Karhu- Hämäläisen & Erikssonin (2001) mukaan potilaat pitävät hoitajan toimintaa tärkeänä tiedon välittämisessä. Ohjaajan toivotaan olevan tuttu, luotettava, asiantunteva ja kiireetön. Edellisten seikkojen toteutuminen lisää turvallisuuden ja hyvänolon tunnetta ja parempaa hoitomyönteisyyttä. Potilas odottaa, että hoitajilla olisi tarpeeksi aikaa vastata hänen kysymyksiinsä ja keskustella hänen kanssaan (Mattila 1998, 144- 152.) Hendersonin ja Zerniken (2001) mukaan hyvin ohjattu potilas ei turvaudu terveydenhuollon toimipisteiden apuun niin herkästi kuin huonosti ohjatut potilaat (Lipponen, 2006, 22.)

Hoitajat pitävät potilaan ohjausta edistävinä tekijöinä potilaan motivoituneisuutta ja yhteistyökykyä samoin kuin hoitajien työkokemusta ja suunnittelutaitoa. Kirjallisten ohjeiden koetaan myös helpottavan ohjausta. (Nikunen 1994.) Hoitajat toivovat itselleen lisää kommunikaatiotaitojen ja potilaan kohtaamisen koulutusta niin koulutuksen aikana kuin käytännön työssä toimiessaankin (Murray & Stanton 1998,173- 182).

Susanna Vahteristo on tutkimuksessaan (2004, 116) selvittänyt potilaiden ja hoitajien ohjaukselle asettamat tärkeimmät tavoitteet. Hoitajat kokivat tärkeimmiksi ominaisuuksikseen potilaan ohjaajana seuraavat seikat: potilaan huomiointi ohjaustilanteessa, ohjausta antavan hoitajan ammattitaito, hoitajan ystävällisyys, ohjauksen sekä ohjaustilanteen selkeys ja rauhallisuus, hoitajan kokeminen luotettavana ja turvallisena, sekä asioiden selvittäminen ohjaustilanteessa loogisessa järjestyksessä.

Potilaiden ohjaukselle asetettiin seuraavia tavoitteita: potilaan sairauteen ja siihen liittyvän tiedon antaminen, potilaan henkisten voimavarojen huomioon ottaminen, ohjauksessa käsiteltävien asioiden havainnollistaminen, potilaan kokonaisvaltainen huomiointi, kivun huomiointi, hoitohenkilökunnan itselleen asettamat tavoitteet ja hoidon suorittaminen onnistuneesti. (Vahteristo 2004, 116.)

5 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN INVASIIVISET TUTKIMUKSET

Sepelvaltimotauti on suomalaisten yleisin kuolinsyy. Runsas neljännes kaikista kuolemista aiheutuu sepelvaltimotaudista. Tauti on useimmiten monen tekijän pitkän yhteisvaikutuksen tulos. Sepelvaltimotautikuolema yleistyy miehillä 50 ikävuoden tuntumassa ja saavuttaa huippunsa varhaisella eläkeiällä. Naisilla huippu saavutetaan noin kymmenen vuotta myöhemmin. Tämän vuoksi nuoremmissa ikäryhmissä miesten sepelvaltimotautikuolemat ovat yleisempiä kuin naisten. Vanhemmissa ikäryhmissä taas naisten osuus on suurempi kuin miesten. (Heikkilä, Huikuri, Luomanmäki, Nieminen & Peuhkurinen, 2000, 377- 378, 395.)

Vaaratekijöiden väheneminen, eliniän piteneminen ja hoidon tehostuminen ovat syynä sepelvaltimotautiin sairastuneiden sukupuolierojen kaventumiseen.
Vuonna 2000 naisten hoitoon kului Suomessa lähes 60% sepelvaltimotaudin hoitoon käytetyistä sairaalahoitopäivistä. (Pohjola- Sintonen, 2005, 3851.)

5.1. Sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja niiden ennaltaehkäisy

Sepelvaltimotaudin ehkäisyn kannalta tärkeimpiä ovat vaaratekijät, joihin elintavoilla tai muilla toimenpiteillä voidaan vaikuttaa. Keskeisimmistä vaaratekijöistä kolme tärkeintä ovat 1)suurentunut veren kokonaiskolesterolipitoisuus (LDL- kolesterolipitoisuus), 2)kohonnut verenpaine ja 3)tupakointi. Muita keskeisiä ovat pieni veren HDL- kolesterolipitoisuus, suuri veren triglyseridipitoisuus, diabetes, insuliiniresistenssi, lihavuus, liikunnan vähyys, trombogeeniset tekijät, sosioekonominen asema, psyykkiset tekijät, antioksidanttien vähäisyys, infektiot ja estrogeenin puutos. Kolmea keskeisintä vaaratekijää pidetään niin tärkeinä, että niitä voidaan nimittää sepelvaltimotaudin syiksi. Muiden vaaratekijöiden vaikutus on siksi pienempi, että vaaratekijä on harvinainen tai se vaikuttaa osin muiden vaaratekijöiden välityksellä, tai se lisää sepelvaltimotaudin esiintyvyyttä muita vähemmän. Moniin tekijöihin vaikuttavat niin elintapa- kuin perintötekijätkin ja näiden keskinäinen yhteisvaikutus määrää tekijän vaarallisuuden. (Reunanen, 2000, 384.)

5.1.1. Suurentunut veren kokonaiskolesterolipitoisuus (LDL- kolesterolipitoisuus).

LDL- partikkelit ovat elimistön kolesterolivarasto. Nämä partikkelit voivat hapettua ja ne kertyvät tällöin normaalia helpommin makrofaageihin muodostaen verisuonten seinämään vaahtosoluja ja aiheuttavat pidemmällä aikavälillä seinämän ahtautumia ja kovettumista. Kun verenvirtaus valtimoissa hidastuu ja seinämän pintarakenne vaurioituu, tarttuu tällaiseen kohtaan trombosyyttejä ahtauman pahentuessa edelleen. Näin kehittyy vähitellen verisuonisairaus ateroskleroosi. (Penttilä, 2004, 137.)

LDL- kolesterolipitoisuuteen vaikuttavat sekä ravintotekijät että geneettisesti määräytyvät kolesterolin aineenvaihduntaan liittyvät tekijät. Vaikka kolesterolipitoisuus olisi geneettisesti määräytynyt, on ravintotekijöillä yleensä tärkeä lisämerkitys. Ainoastaan familiaalisessa hyperkolesterolemiassa ravintotekijöillä on verrattain vähäinen vaikutus. Tärkein kolesterolipitoisuuteen vaikuttava ravintotekijä on määrällinen ja laadullinen rasvahappokoostumus. Tyydyttyneet rasvahapot suurentavat kolesterolipitoisuutta, kun taas kerta- sekä monityydyttämättömät rasvahapot pienentävät pitoisuutta. (Reunanen, 2000, 384- 386.)

5.1.2. Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on kiistaton ateroskleroosin ja siten myös sepelvaltimotaudin vaaratekijä. Kohonneen verenpaineen syyt liittyvät sekä elintapoihin että perintötekijöihin. Ruokasuolan käyttö ja lihavuus ovat kiistattomia verenpaineen kohoamista edistäviä tekijöitä. Verenpaineen alentaminen lääkehoidolla on todettu alentavan sepelvaltimotautiin sairastumista. Hoidon kannattavuus on osoitettu paitsi keski-ikäisillä myös pitkälle vanhusikään ehtineillä. Elintapojen muutokset, kuten suolan ja alkoholin käytön vähentäminen ja lihavuuden ehkäisy ovat verenpaineen kohoamisen ensisijaisia ehkäisykeinoja. (Reunanen, 2000, 387- 388.)

5.1.3. Tupakointi

Sepelvaltimotaudin vaaran on todettu suurenevan suhteessa päivittäiseen tupakointiin. Vaaran suuruuteen vaikuttaa suoraan myös tupakoinnin kesto. Myöskään ei ole merkitystä minkälaista tupakkaa polttaa, myös piipun- ja sikarinpolttajilla on yhtä suuri riski sairastua, samoin kuin savuttoman tupakan, eli pureskeltavan mällin, käyttäjillä. Tupakoinnin haittojen mekanismeista ei olla täysin yksimielisiä, ilmeistä on että tupakointi edistää ateroskleroosin kehitystä. Tupakointi ja suuri kolesterolipitoisuus yhdessä ovat suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin. Esimerkiksi Kaukoidän maissa joissa tupakointi on hyvin yleistä, on sepelvaltimotauti edelleen erittäin harvinainen sairaus. Tupakoinnin lopettamisen on todettu pienentävän sepelvaltimotaudin vaaraa. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen vaaraa pienenee asteittain ja saavuttaa vasta 5-10 vuotta lopettamisen jälkeen saman tason kuin tupakoimattomilla henkilöillä. (Reunanen, 2000, 389.)

5.2. Sukupuolten väliset erot sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä

Käsitykset sepelvaltimotaudista nojautuvat tietoihin miesten sairaudesta, mutta miesten sairaudesta saatu tieto ei aina päde naisiin. Naisten sepelvaltimotauti on arvaamattomampi kuin miesten niin oireistoltaankin kuin taudinkulultaan. Varsinkin työikäisillä naisilla korostuvat sepelvaltimotaudin edistävinä tekijöinä metabolinen oireyhtymä, diabetes, tupakointi ja omaisiin liittyvä stressi. (Pohjola- Sintonen, 2005,3851.)

Sepelvaltimotautiepidemian huippu oli Suomessa 1960- ja 1970- luvuilla, jolloin sairastuneet olivat pääasiassa työikäisiä miehiä. Luonnollisesti tutkimuksetkin keskittyivät tähän potilasryhmään. Työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus väheni 70 % vuosina 1972- 2003, myös työikäisten naisten kuolleisuus tautiin väheni vastaavasti, mutta naisten osuus oli vain viidennes miehistä. Yli 75-vuotiaiden naisten kuolleisuus sepelvaltimotautiin kasvoi 2,5 kertaiseksi ja miehillä 2,0 kertaiseksi vuosina 1975- 2000. Nykyään joka kolmas nainen kuolee Suomessa sepelvaltimotautiin. Molemmat sukupuolet sairastuvat yhtä usein sepelvaltimotautiin, mutta naiset noin kymmenen vuotta myöhemmin. Yli 75-vuotiaiden naisten sepelvaltimotaudin hoitoon käytettyjen sairaalapäivien määrä kasvoi lähes 3,5 kertaiseksi vuoteen 1990 mennessä. Suomessakin naisten ennen-

aikainen sairastuminen sepelvaltimotautiin on viimevuosina lisääntynyt. (Pohjola- Sintonen, 2005, 3851.)

Naisilla muutamankin savukkeen tupakointi lisää sairastumisvaaraa tuntuvasti, jos naisella on diabetes tai metabolinen oireyhtymä. Tasannevuosien ohitus on iästä riippumaton itsenäinen vaaratekijä. Varhaiset tasannevuodet saattavat merkitä yllättävän nuorella iällä ilmaantuvaa sepelvaltimotapahtumaa, joka voi johtaa sepelvaltimotautiin. Myös raskausmyrkytyksen sairastaneilla naisilla on 7-kertainen riski sairastua sepelvaltimotapahtumaan. (Pohjola- Sintonen, 2005, 3852.)

Naisilla sepelvaltimotautia epäiltäessä oireiden arviointi on vaativampaa kuin miehen oireiden. Tyypillisen rasitusrintakivun diagnostinen arvo on heikompi. Nuoremmilla naisilla rintakivun spesifisyys on huono, ja vanhemmissa ikäryhmissä taas sensitiivisyys heikko muiden sairauksien ja liikuntarajoitteiden peittäessä oireita. Ikä lisää rasitusrintakivun diagnostista osuvuutta. Aiempi ahdistuneisuusoireisto vähentää merkittävän sepelvaltimoahtauman löydöksen todennäköisyyttä. Kiihtyneen naisen oireitakin usein aliarvioidaan. Naisten oireiden tulkinta on vaativampaa myös sen takia, että sepelvaltimotautia sairastavien naisten oireet ovat usein epätyypillisiä. Kolmanneksella naisista oireena on rasitusrintakivun asemesta pahoinvointia, voimattomuutta ja hengenahdistusta. Äkillisessä sepelvaltimotautikohtauksessa rintakipu on 70 %:lla sekä miehistä että naisista oireena, kuitenkin oksentelu ja pahoinvointi ovat yleisempää naisilla. Myös selkäkipu, palpitaatio ja dyspnea sekä tunne ruoansulatushäiriöstä ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Naisten oireiden arvioinnin vaativuutta lisää sekin, että naiset käyvät lääkärissä enemmän kuin miehet ja raportoivat paljon oireita. Sepelvaltimotautitapausten löytäminen muista syistä oireilevien nuorten potilaiden joukosta onkin iso haaste, mutta myös taudin tunnistaminen iäkkäämpien potilaiden muiden oireiden ja liikuntarajoitteiden joukosta on hankalaa. (Pohjola- Sintonen, 2005, 3852.)

5.3 Invasiiviset tutkimukset

Invasiivisen hoidon tavoitteena on vähentää sepelvaltimotaudin aiheuttamia oireita ja parantaa potilaan ennustetta. Ennustetta voidaan arvioida epäsuorasti mm. rasituskokeella ja sydämen isotooppiperfuusiotutkimuksella. Aina ei ennustetta kuitenkaan voi luotetta-

vasti arvioida non-invasiivisten tutkimusten avulla, vaan osalle potilaista on tehtävä angiografia sepelvaltimoiden tilan selvittämiseksi. Tänä päivänä sepelvaltimoiden varjoainekuvaus on varsin vähän potilasta rasittava tutkimus.(Näveri, 2004,14.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään invasiivisista tutkimuksista angiografiaa, eli varjoainekuvausta sekä pallolaajennusta.

Varjoainekuvauksen perusteella arvioidaan invasiivisen revaskularisaation mahdollisuudet. Näitä ovat PTCA, eli pallolaajennushoito sekä sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. (Leinonen, 2002, 74- 75.)

Satakunnan keskussairaalan internet- sivuilta löytyy potilasohjeet sepelvaltimoiden varjoainetutkimukseen ja/tai pallolaajennushoitoon menevälle potilaalle (Liite 1) (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2006b) sekä kotihoito-ohje toimenpiteiden jälkeen (Liite 2) (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2006a).

5.4 Angiografia

Koronaariangiografia eli sepelvaltimoiden varjoainekuvaus on paras menetelmä sepelvaltimoiden ateroskleroosin vaikeusasteen arvioimiseksi (Ikäheimo, Takkunen & Valle, 1994, 181).

Angiografia on Suomessa käytössä vähemmän kuin muissa Euroopan maissa. Suomessa invasiivisiin hoitoihin, joihin angiografia kuuluu, ohjautuu vain osa niistä hyötyvistä potilaista. Viive angiografiaan on pitkä, keskimäärin yli viisi vuorokautta sairaalaan tulosta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2004, 211.)

Angiografia tulisi tehdä suuren vaaran potilaille viimeistään 2-3 vuorokauden kuluessa sepelvaltimotautikohtauksen jälkeen. Pienen vaaran potilailla kuvauksen tarve ei ole välitön, vaan potilas voidaan kotiuttaa ja angiografia tehdä myöhemmin. Yleisimmin angiografia tehdään suunnitellusti potilaille jolloin arvioidaan mahdollisen leikkaus- tai pallolaajennushoidon tarvetta. Hoidon akuutissa vaiheessa tulee kyseeseen päivystysangiografia, mikäli potilaalle suunnitellaan hoidoksi pallolaajennusta tai ohitusleikkausta trombolyysin, eli liuotushoidon, sijasta. (Holmia ym. 2004, 211.) Satakunnan keskussai-

raalassa tehtiin vuonna 2004 966 angiografiaa ja 413 pallolaajennusta, joka oli kuudenneksi eniten Suomessa (Liite 3).

Indikaatiot koronaariangiografiaan ovat: instabiili angina pectoris, voimakas verenpaineen lasku rasituskokeessa, sydäninfarktin jälkeinen oireilu asianmukaisesta lääkityksestä huolimatta, ST- välin > 2mm:n horisontaalinen lasku matalalla kuormalla pallolaajennuksen jälkeen, rintakipujen esiintyminen pallolaajennuksen jälkeen ja sydämen toistuvat iskeemiset vajaatoimintakohtaukset. (Holmia ym. 2004, 211- 212.)

Varjoainekuvauksessa eli angiografiassa muutetaan halutun kohteen tiheys ympäristöstään poikkeavaksi. Varjoainetta sisältävä alue näkyy vaaleana. Tavallisimpia varjoaineita ovat jodi ja barium. Varjoaineet ovat vesiliukoisia ja kulkeutuvat elimistössä kuin vesi. Varjoaine annetaan tavallisesti kyynärtaipeen laskimoon, tai valtimokuvauksissa valtimoon. Se sekoittuu vereen ja menee joka puolelle elimistöä. (Stadertskjöld-Nordenstam, Kormano, Laasonen, Soimakallio & Suramo, 1998, 30- 32.)

Lääkäri aloittaa toimenpiteen puuduttamalla pistoskohdan ja laittamalla valtimoon holkin, jonka kautta katetreja voidaan vaihtaa. Tutkimuskatetrit viedään verisuoniteitse sepelvaltimon suulle. Sydämen sepelvaltimot kuvataan röntgenlaitteella ohuen katetrin kautta ruiskutettavan varjoaineen avulla. Potilaan sydämenrytmiä, pulssia ja verenpainetta seurataan koko toimenpiteen ajan. Joskus toimenpiteessä on paikalla kaksi lääkäriä, joista toinen seuraa toimenpidettä monitorin kautta. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy tarkkailuun. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2006.)

5.5 Pallolaajennus (percutaneous coronary intervention)

Pallolaajennus tarkoittaa toimenpidettä, jossa ahtautunutta verisuonta laajennetaan ihon läpi valtimon kautta viedyn ohuen katetrin kautta sylinterinmuotoisella välineellä.(Syvänne, 2005). Pallolaajennuksia voidaan tehdä koko elimistön alueelle, mutta tässä opinnäytetyössä käsitellään vain sydämeen verta vievien sepelvaltimoiden pallolaajennusta.

Pallolaajennus tehdään sepelvaltimoahtaumasta johtuvan rintakivun tai sydänlihaksen merkittävän hapenpuutteen lievittämiseksi (Syvänne, 2005).
Sepelvaltimoahtauman pallolaajennushoidossa (PTCA, pecutaneous transluminal coronary angioplasty) ateroskleroottisen suonen kaventuman kohdalle ohjataan hyvin ohutseinäinen pitkänomainen pallo, joka ponnistetaan suurella paineella laajuuteensa. Tämä pusertaa mm. kolesterolimassasta muodostuneen ahtauman valtimon seinään. Pallolaajennusmenetelmä on melko väkivaltainen menetelmä ahtaumien hoidossa ja sen seurauksena saattaa syntyä kaksi ongelmaa; välittömästi saattaa syntyä valtimon voimakas supistumistila, eli spasmi ja taipumus tukkeavan verihyytymän muodostumiseen, toinen ongelma on elimistön oma, mutta tarpeeton, korjaustapahtuma, jolloin repeämäkohtaan muodostuva arpikudos ahtauttaa suonen uudelleen 3- 6 kuukaudessa noin 30 %:lla potilaista.(Heikkilä, 1994, 802.) Ahtaumia voidaan käsitellä yksi tai useampia kerrallaan. Myös täysin tukkeutunut suoni voidaan hoitaa pallolaajennuksella. (Syvänne, 2005.)

Pallolaajennus toimenpiteenä on vähemmän potilasta rasittava kuin leikkaushoito ja siksi on tärkeää harkita voiko potilasta hoitaa ensisijaisesti pallolaajennuksella. Varsinkin hyvin iäkkäillä potilailla ja potilailla joilla leikkaushoidon riskit ovat suuret muista sairauksista johtuen, on pallolaajennus ensisijainen hoitomuoto. Muita pallolaajennusta puoltavia tekijöitä ovat sairaudet joihin liittyy vaikeita hyytymishäiriöitä, vaikea vasemman kammion pumppausvajaus, lääkehoitoon liittyvät ongelmat tai sivuvaikutukset tai liuotushoidon jälkeen todettu tiukka sepelvaltimoahtauma, hankalat oireet tai vaikea iskemia. (Leinonen, 2002, 75.)

Pallolaajennukseen voidaan yhdistää stentin laitto, joka estää ahtaumaa tukkeutumasta uudelleen ja parantaa näin pallolaajennuksen pidemmän aikavälin tuloksia. Stentti on ruostumattomasta teräksestä tehty pitkä putkimainen verkko, joka viedään ahtaumakohtaan. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen, 2001, 76.) Nykyään käytössä on myös lääkeainestenttejä. Stentin pintaan kiinnitetään solujen kasvua hidastavaa lääkeainetta, jota vapautuu muutaman viikon ajan stentin asettamisen jälkeen. (Hartikainen, 2004, 2377- 2378.) (Liite 4)

Pallolaajennus tehdään joko reisi- tai rannevaltimon kautta (Näveri, 2004, 13) paikallispuudutuksessa (Leinonen, 2002, 76). Rannevaltimon käyttö on viimeaikoina yleistynyt tarvittavien välineiden kehittyessä ja ohjainkatetrien ohentuessa. Toimenpidettä varten

valtimoon asetetaan holkki, jonka kautta sepelvaltimon suulle viedään ohutseinäinen pehmeäkärkinen ohjainkatetri. Tätä pitkin ohjataan ahtauman ohitse vaijeri, jonka päällä tarvittavat välineet, kuten pallokatetri ja verkkoputket, eli stentit saadaan kohteeseen. (Ylitalo, 2006, 122.)

Tämän jälkeen pallo täyteen mittaansa 0,5- 3 minuutin ajaksi, jolloin ahtaumaplakki pusertuu valtimon seinämään. Laajennuksen aikana voi syntyä angina pectoris kipua. (Aarnio ym. 2002, 76.) Mikäli pallolaajennukseen yhdistetään stentin laitto, niin stentti asetetaan erikoispallokatetrin päälle ja kuljetetaan siten ahtaumakohtaan ja kun palloa laajennetaan, myös stentti laajenee ja jää paikoilleen pallon tyhjennyksen jälkeen (Ukkola ym., 2001, 76).

Jos ahtauman epäillään olevan kova tai stentti ei mene paikoilleen, tehdään pelkällä pallolla ensin esilaajennus. Stentti asetetaan paikoilleen esilaajennuksen jälkeen. Joskus pallo ei mene ahtauman läpi tai suoni ei avaudu pallolaajennuksella suurellakaan paineella. Varsinkin erityisen vahvasti kalkkisissa suonissa tämä voi olla ongelmana. Tällöin voidaan käyttää vaijerin päällä pyörivää poraa suonen avaamiseksi (rotablaatio). (Näveri, 2004, 14.)

Ennen pallolaajennustoimenpidettä potilaalle aloitetaan asetyylisalisyylihappolääkitys, jota pyritään jatkamaan pysyvästi. Mikäli potilaalle asetetaan stentti, aloitetaan ennen sen laittoa klopidogreelilääkitys, jota jatketaan ainakin kuukauden ajan toimenpiteen jälkeen. Toimenpiteen aikana potilaalle annetaan hepariinia, joko suonensisäisesti tai ihon alle. Mikäli potilaalla on suuri trombin kehittymisen riski, annetaan usein myös glykoproteiinireseptorien salpaajaa. (Hartikainen, 2004, 2375- 2376.) (Liite 3)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Satakunnan keskussairaalan osaston KM4:n angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena oli saada tietoa potilasohjauksen toimivuudesta ja yleisesti selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena oli myös laatia saatavien tutkimustulosten pohjalta osaston henkilökunnalle minimikriteerit, joiden tulisi täyttyä potilaiden ohjaustilanteessa.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin:

Millaiseksi angiografiaan ja pallolaajennushoitoon menevät potilaat kokevat saamansa ohjauksen?

- Mitä mahdollisia muutoksia angiografia- ja pallolaajennuspotilaat toivoisivat ohjaukseensa ja ohjaustilanteeseensa?

Miten sisätautiosaston hoitohenkilökunta voisi vaikuttaa angiografiaan ja pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaukseen niin, että se olisi mahdollisimman korkeatasoista?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto edustaa perusjoukkoa. Tulosten tulisi päteä tähän perusjoukkoon, josta otetaan otos. Aineisto pyritään saattamaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tulokset voidaan esittää lukujen ja taulukoiden avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000, 129).

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, jossa henkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Perusjoukko on se joukko, josta halutaan tehdä johtopäätöksiä. Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se soveltuu myös mielipiteiden ja useiden eri asioiden tiedustelemiseen. Toisaalta vastaamattomuus (kato) voi vaikeuttaa tutkimuksen kulkua. Kadon ohella ongelmana voi olla, että vastaajat eivät aina vastaa kaikkiin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2000, 182.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi kyselytutkimus joka toteutettiin kyselylomakkeella (Liite 5) sopi hyvin, koska haluttiin monipuolista ja hyödynnettävää tietoa osastolle KM4. Kyselytutkimuksen etuna oli myös mahdollisuus suurempaan otokseen. Lisäksi päädyttiin anonyymisti vastaamiseen, koska siten luotettavien tulosten saatavuus oli mahdollisesti parempi.

Tutkimuslupa-anomus (Liite 6) vietiin Satakunnan keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylihoitaja Päivi Hautaojalle kesäkuussa 2006. Tutkimuslupa saatiin noin kahden viikon kuluttua postitse. Lisäksi osaston KM4 kanssa tehtiin sopimus opinnäytetyön tekemisestä (Liite 7). Kyselylomakkeita jaettiin 12. heinäkuuta alkaen 30. lokakuuta asti osastonhoitajan ja hoitajien toimesta angiografiaan ja mahdollisesti pallolaajennukseen suunnitellusti meneville potilaille. Kyselylomakkeen mukana annettiin postimerkillä ja palautusosoitteella varustettu kirjekuori ja pyydettiin vastaajia palauttamaan täytetty kyselylomake takaisin osastolle viikon kuluessa. Osastonhoitaja säilytti avaamattomia kirjekuoria kunnes opinnäytetyön tekijät saivat ne haltuunsa. Näin voitiin varmistaa vastaajien anonymiteetti ja vastauslomakkeiden päätyminen vain opinnäytetyön tekijöiden luettavaksi. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin tätä opinnäytetyötä varten laadittua kyselylomaketta. Kyselylomakkeen ohessa vastaajat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Lisäksi saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja täysin anonyymiä. Jos vastaaja oli jostakin syystä itse estynyt vastaamaan kyselyyn, sai hän käyttää esimerkiksi lähiomaista vastausapuna.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa tiedusteltiin vastaajien taustatietoja kuten sukupuolta, ikää, asumistilannetta, koulutustaustaa ja työssäoloa. Toisessa osiossa selvitettiin vastaajien elämistä sepelvaltimotaudin kanssa kartoittamalla sepelvaltimotaudin riskitekijöitä sekä muita sairauteen liittyviä riskitekijöitä. Kolmannessa osiossa tiedusteltiin vastaajien mielipiteitä saamastaan toimenpiteeseen liittyvästä ohjauksesta. Erityisesti

viimeisessä osiossa vastaajille annettiin mahdollisuus omin sanoin kertoa mielipiteitään saamastaan ohjauksesta ja esittää ehdotuksia ohjauksen kehittämiseksi.

Kyselylomakkeeseen valittiin strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä oli yhteensä 21. Strukturoidut ja puolistrukturoidut kysymykset oli muotoiltu siten, että vastaajat saivat valita itselleen sopivimman vaihtoehdon sekä joissakin kysymyksissä heillä oli mahdollisuus kommentoida kysyttävää asiaa omin sanoin. Avoimet kysymykset oli muotoiltu siten, että huomiota oli erityisesti kiinnitetty kysymyksen selvittämisen ja muotoiluun eli kysymyksiin vastaaminen oli pyritty tekemään vastaajille mahdollisimman helpoksi.

Kyselomake testattiin useilla henkilöillä, jotka eivät ennen ole olleet tukittavan asian kanssa tekemisissä. Esitestauksen avulla pyrittiin varmistamaan, että kyselylomakkeessa käytetyt termit ja kysymykset ymmärrettiin oikein. Esitestauksen suorittamisella lisättiin tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeen esitestauksen perusteella ei tehty kysymyksiin muutoksia.

Tämän opinnäytetyön perusjoukon muodostivat sisätautiosaston KM4:lle suunnitellusti angiografiaan ja mahdollisesti pallolaajennukseen menevät potilaat. Kriteerinä oli siis suunniteltu angiografia. Kyselylomakkeita jaettiin 38 kappaletta. Kyselyyn vastasi 24 potilasta eli vastausprosentti oli 63.

7.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tilastollista laskentatapaa. Ensimmäiseksi opinnäytetyön tekijät kävivät tutkimusaineiston läpi lukemalla kaikki vastaukset. Aineistosta yksi lomake jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle, koska se ei täyttänyt tutkimuskriteerejä. Seuraavaksi kyselylomakkeista saadut tiedot syötettiin Microsoft Exel -02- taulukkolaskentaohjelmaan, jonka jälkeen tarkistettiin, että jokainen muuttuja oli syötetty oikein jokaisesta kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeiden strukturoidut ja osittain puolistrukturoidut kysymykset käsiteltiin Tixel WinXP ohjelman avulla. Kyselylomakkeiden vastauksista muodostuneet laskelmat kirjoitettiin tekstimuotoon ja työstettiin kaavioiksi,

jotta tulokset ovat helposti lukijan nähtävissä. Tekstissä käytetään lähinnä lukumäärällistä ilmaisua.

Avoimiin kysymyksiin saatiin vastauksia melko hyvin. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön erittelyllä, jonka jälkeen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi ja luettiin läpi. Tämän jälkeen saadusta aineistosta etsittiin yhteneväisyyksiä, joita esiintyi vastauksissa. Sisällönerittelyä pidetään laadullisen aineiston analyysimenetelmänä jonka avulla tehdään havaintoja aineistosta.

7.3 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Luotettavuus on jokaisen tutkimuksen keskeinen kysymys. Tutkimustulosten luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen reliaabeliutta ja validiutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2000, 213.) Tämän opinnäytetyön mittari eli kyselylomake esitestattiin ennen varsinaista tutkimusta useilla henkilöillä, jotka eivät ennen ole olleet tukittavan asian kanssa tekemisissä. Tällä pyrittiin välttämään mahdolliset epäselvyydet.

Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Mittarista siis aiheutuu tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi ym. 2000, 213- 214.) Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä saattavat olla muun muassa seuraavat ongelmat: tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näköongelmat, kysymysten ymmärtäminen, mahdolliset motoriset ongelmat esimerkiksi kynän käytössä sekä vastaamiseen keskittyminen. Tässä tutkimuksessa suurin osa potilaista vastasi kyselylomakkeeseen kotonaan, joten vastaamiseen vaikuttavia olosuhdetekijöitä ei pystytty vakioimaan. Tämän voisi lukea puutteeksi tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Puuttuvia vastauksia esiintyi osassa kyselylomakkeita. Pääosa puuttuvista vastauksista oli avoimissa kysymyksissä. On mahdollista, että kysymykseen jätettiin vastaamatta, jos kyseinen asia ei koskenut vastaajan sen hetkistä tilannetta tai vastaaja ei pitänyt kysymystä tärkeänä ohjauksen toteutumisen kannalta. Tilastollinen käsittely oli puuttuvista vastauksista huolimatta mahdollista, koska vastauksista kerääntyi riittävä määrä havaintoja. Koska ei voida olla varmoja ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset ja ovatko he vastanneet kysymyksiin rehellisesti ja huolellisesti, saattaa tulosten luotettavuus mahdollisesti heikentyä. Reliabiliteettia pyrittiin kuitenkin edistämään kyselylomakkeen alussa annetuilla vastausohjeilla ja kyselylomakkeessa käytettyjen termien selventämisellä. Lomakkeeseen vastaaminen ei yleisesti ottaen ollut vaikeaa ja vastausprosentti oli melko hyvä, eli 63.

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat monet asiat, joiden huomioiminen on tärkeää koko tutkimusprosessin ajan. Ensinnäkin tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta johon he ovat osallistumassa ja heille on selvitettävä tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Koska kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä, vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa opinnäytetyöntekijöiden tietoon, eivätkä kyselyn vastaukset tulleet missään vaiheessa ulkopuolisten käyttöön. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, sekä opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot, jotta vastaajat saivat tarvittaessa ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi. Vastaajista yksikään ei kuitenkaan ottanut yhteyttä. Opinnäytetyöntekijät hävittivät kyselylomakkeet polttamalla analysointivaiheen jälkeen.

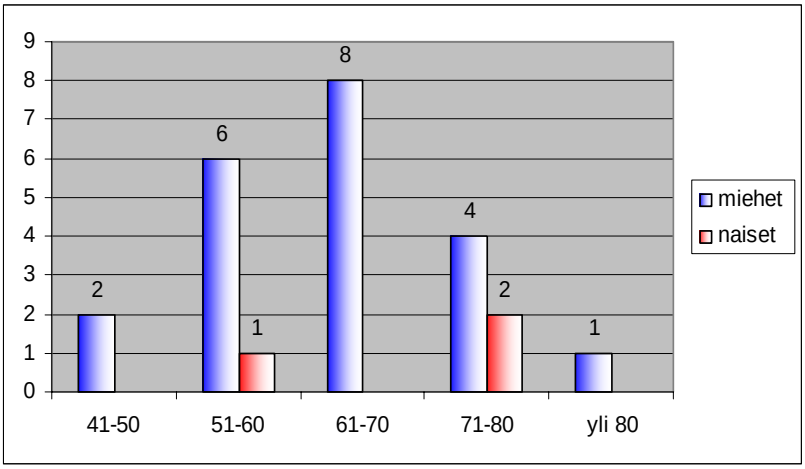
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1. Vastaajien taustatiedot

Potilaan taustatietoja kysyttiin tässä tutkimuksessa kuudella eri kysymyksellä (kyselylomakkeen kysymykset 1-6). Kysymykset olivat strukturoituja, joista vastaajat saivat valita sopivan vaihtoehdon. Laajaan taustatietojen selvitykseen oli syynä aikaisemmissa tutki-

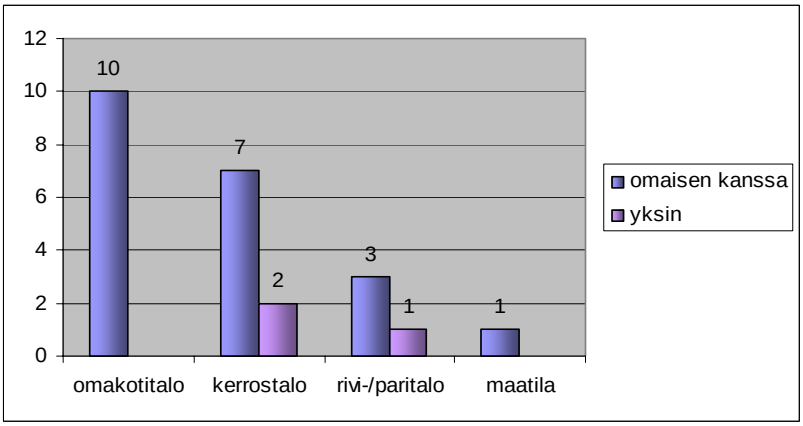
muksissa todetut ohjaukseen vaikuttavat tekijät, kuten sukupuoli, ikä ja koulutustaso sekä kysyttäessä esimerkiksi asumistilannetta ja työtehtävää selvitettiin niiden mahdollisia vaikutuksia sepelvaltimotaudin riskitekijöinä.

Kyselyyn vastanneista potilaista oli naisia kolme henkilöä ja miehiä oli 21. Iältään vastaajat olivat 41- 80-vuotiaita. Suurin ikäryhmä oli 61- 70- vuotta, johon kuului kahdeksan vastanneista.



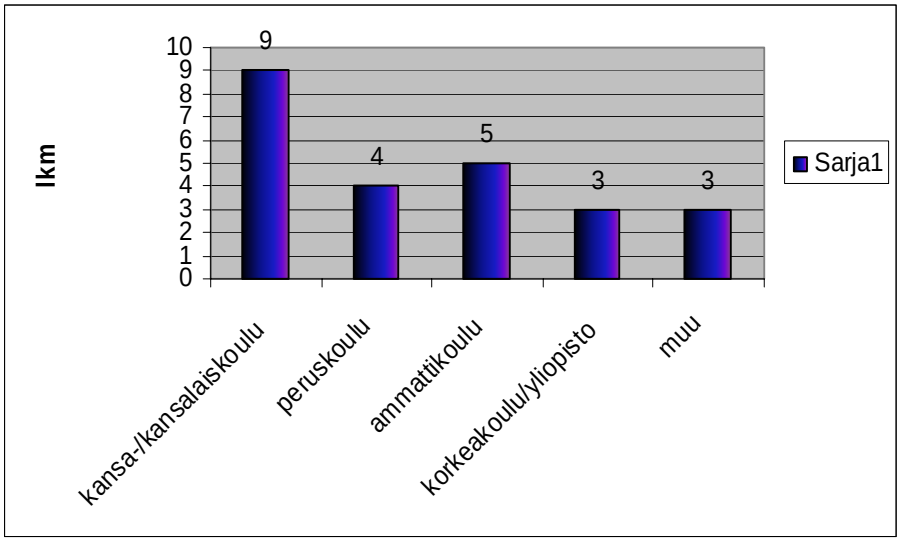
Kaavio 1. Ikä ja sukupuolijakauma (n= 24)

Suurin osa (21) potilaista asui yhdessä puolison tai perheen kanssa pääosin omakoti- tai kerrostalossa. Yksin asui vastaajista kolme.



Kaavio 2. Potilaiden asumistilanne (n= 24)

Koulutustaustana suurimmalla osalla vastaajista oli kansa-/kansalaiskoulu, peruskoulu ja ammattikoulu. Kolmella vastaajista oli korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. Enemmistö eli 17 vastaajista oli jo kuitenkin jäänyt työelämästä eläkkeelle. Eli työn rasittavuutta ei tässä tutkimuksessa voitane pitää merkittävänä sepelvaltimotaudin riskitekijänä.



Kaavio 3. Potilaiden koulutustaso (n= 24)

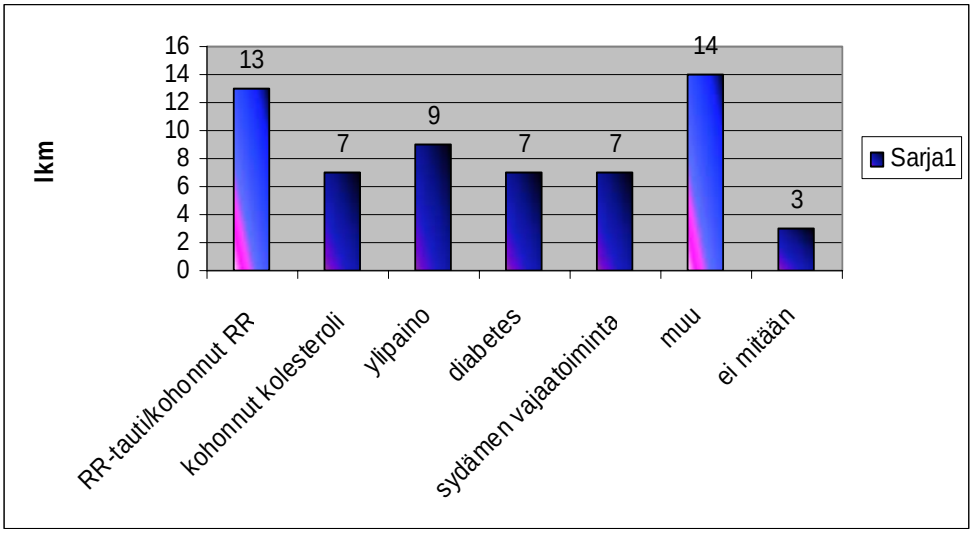
8.2 Sepelvaltimotaudin kanssa eläminen

Sepelvaltimotaudin kanssa elämistä koskevia kysymyksiä oli seitsemän kappaletta (kyselylomakkeen kysymykset 7-13). Kysymykset olivat osittain strukturoituja, puoli strukturoituja ja avoimia. Vastaaminen tapahtui joko valitsemalla sopiva vaihtoehto tai kertomalla omin sanoin.

Suurimmalla osalla eli kahdellatoista vastaajista sepelvaltimotauti oli todettu vuonna 2006, yhdeksällä vastaajista tauti oli todettu vuosien 1960- 2005 välillä, kolme vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen.

Kysyttäessä vastaajien muita sairauksia ja terveyteen liittyviä ongelmia sepelvaltimotaudin lisäksi yleisemmiksi ongelmiksi nousivat verenpainetauti/kohonnut verenpaine, ylipaino, diabetes, kohonneet kolesteroliarvot ja sydämenvajaatoiminta. Muita sairauksia ja

ongelmia vastaajilla olivat mm. astma, rytmihäiriöt, kihti, nivelsairaudet, fibromyalgia, artroosi ja työuupumus. Kolme vastaajista ei maininnut mitään sairauksia tai ongelmia sepelvaltimotaudin lisäksi.



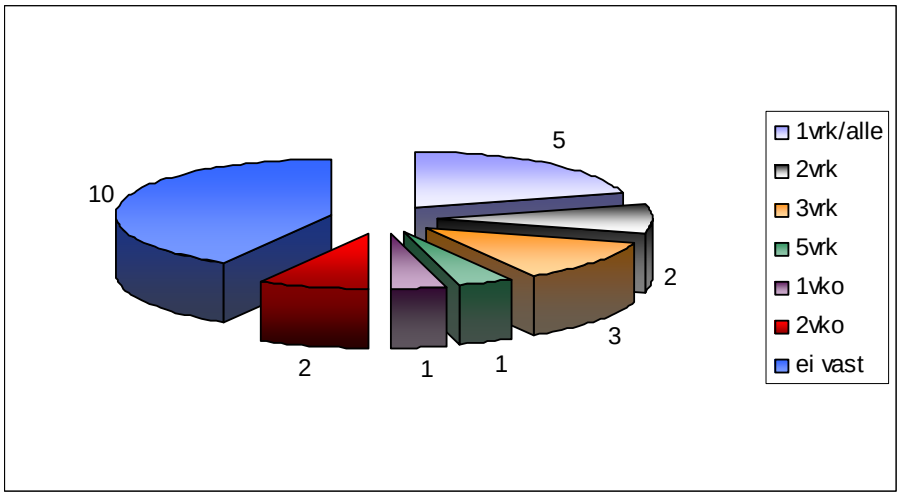
Kaavio 4. Muut sairaudet ja terveydelliset ongelmat sepelvaltimotaudin lisäksi.

Kysymyksellä numero yhdeksän selvitettiin vastaajien sepelvaltimotaudin oireiden esiintymistä jokapäiväisessä elämässä. Yhdeksän vastaajista koki oireita ainoastaan rasituksen yhteydessä, kahdeksalla oireita harvemmin kuin kerran päivässä, kahdella oireita ilmeni useita kertoja päivässä ja yksi vastaajista ei kokenut mitään oireita. Neljä vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen.

Vastaajien tupakointia ja liikuntatottumuksia selvitettiin kysymyksillä 10 ja 11. Vastaajista 18 eivät tupakoineet lainkaan. Tupakoitsijoita vastaajista oli viisi kappaletta, he polttivat päivittäin 10- 25 savuketta. Yksi vastaajista oli lopettanut piipun polton sydäninfarktin jälkeen. Päivittäin liikuntaa harrastavia vastaajista oli 15, kolme vastaajista harrasti liikuntaa kolmesta neljään kertaa viikossa. Loput vastaajista harrastivat liikuntaa kerran viikossa tai harvemmin.

Seuraavilla kysymyksillä (12 ja 13) vastaajilta kysyttiin milloin lääkäri on ensimmäisen kerran todennut, että angiografia on vastaajalle tarpeellinen ja kuinka kauan he tällä hoitojaksolla odottivat kuvaukseen pääsyä. Suurimmalla osalla, eli 14:llä vastaajista angiografia oli todettu tarpeelliseksi vuonna 2006. Yhdellä oli todettu vuonna 2005 ja kahdella

vuosien 1990–1995 välillä. Seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Tällä hoitojaksolla, jonka jälkeen potilaat vastasivat kyselyyn, he olivat odottaneet angiografiaan pääsyä pääosin alle viikon. Viisi vastaajista oli päässyt kuvaukseen alle vuorokaudessa, kaksi kahden vuorokauden ja kolme kolmen vuorokauden odotuksen jälkeen. Viisi vuorokautta oli odottanut yksi ja viikon yksi vastaajista. Kaksi vastaajista oli odottanut kaksi viikkoa. Kymmenen ei vastannut kysymykseen.



Kaavio 5. Kuinka kauan odottanut angiografiaan pääsyä. (n= 24)

8.3 Toimenpiteeseen liittyvä ohjaus

Toimenpiteeseen liittyvää ohjausta koskevia kysymyksiä oli kahdeksan kappaletta (kyselylomakkeen kysymykset 14- 21). Kysymykset olivat strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia. Vastaaminen tapahtui joko valitsemalla sopiva vaihtoehto tai kertomalla omin sanoin. Suorat lainaukset kyselylomakkeesta ovat kirjoitettu *vinotekstillä* ja merkitty vielä lainausmerkein.

Tämän osion kysymyksillä 14 ja 19 selvitettiin saivatko potilaat mielestään riittävästi ohjausta ja toimenpidettä koskevia tietoja osastolle tullessaan, ennen toimenpidettä ja toimenpiteen jälkeen kotiin lähtiessään. Vastaajilla oli näiden kysymyksien yhteydessä mahdollisuus kertoa omin sanoin mitä ja mistä asioista he olisivat kaivanneet lisää tietoa ohjaustilanteeseen liittyen.

Osastolle tullessaan 18 vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, kun taas viisi oli tyytymättömiä ja yksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen.
Ennen toimenpidettä saamaansa ohjaukseen oli tyytyväisiä 22 vastaajista, yksi vastaajista oli tyytymätön. Yhden vastaajan vastausta ei voitu huomioida, koska hän ilmoitti saaneensa ohjausta vain toiselta potilaalta. Yksi potilas joka oli tyytymätön saamaansa ohjaukseen, esitti seuraavan ehdotuksen ohjaustilanteen kehittämiseksi:

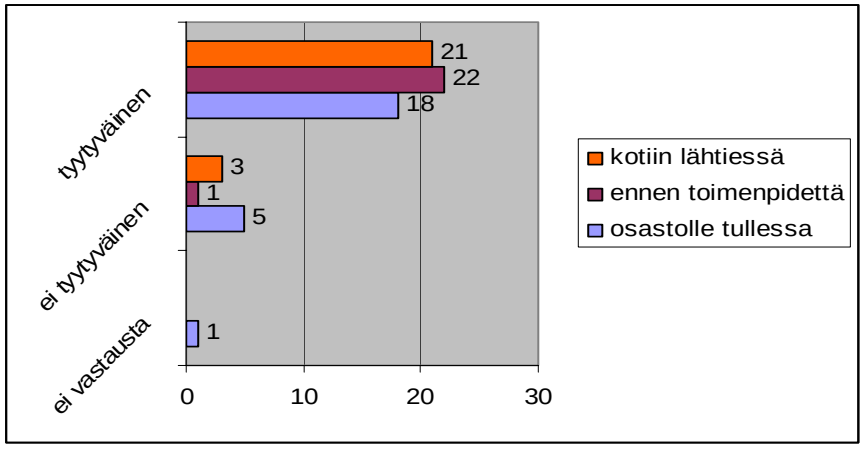
” Demonstraatio esitys. Kahdenkeskinen keskustelu, toimenpiteestä ja jälkihoidosta. 2-3 päivän seuranta lääkityksen ja muiden sairauksien takia.”

Toimenpiteen jälkeen kotiin lähtiessään vastaajista 21 oli saanut mielestään riittävästi tietoa ja ohjausta itsehoitoa varten, kun taas kolme vastaajista ei ollut tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Tämän kysymyksen kohdalla oli myös mahdollisuus kertoa omin sanoin mistä asioista olisi kaivannut lisää tietoa. Esille tuli seuraavia ehdotuksia:

”Jatkossa elämisen vaiheissa.”

”Mitä saa tehdä ja koska, onko jotain mitä tarttis muuttaa.”

”Kaikesta.”



Kaavio 6. Tyytyväisyys ohjaukseen hoidon eri vaiheissa. (n= 23)

Vielä yhtenä kysymyksenä ohjaukseen liittyen oli, että saivatko potilaiden omaiset vastaajien mielestä riittävästi ohjausta sepelvaltimotautiin liittyen. Asiaa kysyttiin, koska omaiset saattavat huomioida potilaan vointia eri tavalla kuin henkilökunta, eli he saattavat huomata asioita jotka ovat jääneet potilaalle epäselviksi ohjauksen suhteen.
Neljäntoista vastaajan mielestä heidän omaisensa saivat riittävästi ohjausta, yhden vastaajan mielestä omaiset saivat osittain riittävää ohjausta, seitsemän mielestä omaisten ohjaus ei ollut riittävää. Kaksi vastaajaa ei vastannut kysymykseen.

Lopuilla kysymyksillä selvitettiin ohjaustilanteen toteutumista, selvittämällä muun muassa ohjaustilanteen ympäristöä, ohjauksen sisältöä ja mahdollisia ehdotuksia ohjaustilanteen parantamiseksi.
Vastaajista 12 oli sitä mieltä, että ohjaustilanne tapahtui rauhallisessa ympäristössä, viisi oli tyytymättömiä ohjausympäristön puitteisiin. Viisi ei vastannut kysymykseen ja kaksi ei syystä tai toisesta ollut saanut ohjausta lainkaan. Muutama vastaaja oli kuvaillut ohjaustilannetta omin sanoin:

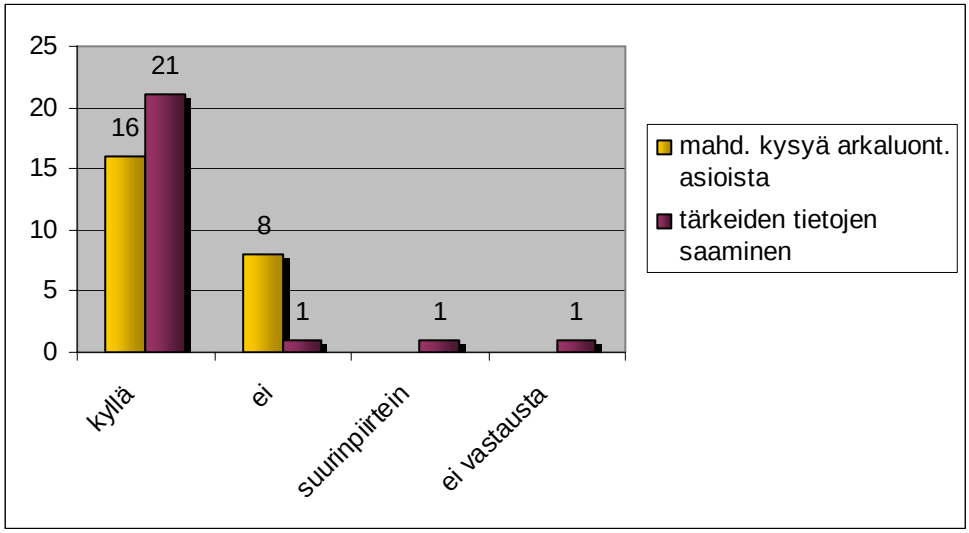
”Ei ohjannut kukaan eikä mihinkään.”

”Potilashuoneessa rauhallisissa merkeissä.”

Seuraavilla kahdella (17 ja 18) kysymyksellä selvitettiin ohjauksen sisältöä kysymällä saivatko vastaajat mahdollisuuden kysyä heille arkaluontoisista asioista ja saivatko vastaajat mielestään ohjausta antaneelta hoitajalta heille tärkeimmät tiedot.
Arkaluontoisista asioista sai mahdollisuuden kysyä 16 vastaajista, kahdeksan vastaajista ei saanut mielestään mahdollisuutta. Kun taas 21 vastaajista sai mielestään ohjausta antaneelta hoitajalta itselleen tärkeimmät tiedot, yksi sai mielestään ”suurin piirtein” riittävät tiedot, yksi ei kokenut saaneensa hoitajalta kaikkia kaipaamiaan tietoja. Seuraavassa suora lainaus mitä hänen mielestään jäi puuttumaan:

”Kaikki, johtuen ehkä tilanteen nopeasta etenemisestä ja yllätyksellisyydestä.”

Yksi ei vastannut kysymykseen.



Kaavio 7. Mahdollisuus kysyä arkaluontoisista asioista ja itselle tärkeiden tietojen saaminen. (n= 24)

Kaksi viimeistä kysymystä (20 ja 21) olivat avoimia kysymyksiä joilla selvitettiin ohjaustilanteesta ja ohjauksen sisällöstä jäänyttä vaikutelmaa ja mitä ehdotuksia vastaajilla oli ohjaustilanteen parantamiseksi.
Vastaajilla oli seuraavanlaisia vaikutelmia ohjaustilanteesta ja ohjauksen sisällöstä:

”Hyvän, koska hoitajilla oli aikaa keskustella ihan rauhassa minun kanssa. Osastonhoitaja oli hyvä tietopankki ja neuvoi minua hyvin.”

”En osaa sanoa. Minun tilanteeni oli yksinkertainen ja ongelmaton.”

”Positiivinen vaikutelma jäi, sairaalajakso oli lyhyt, mutta jos vertaan sitä vuosikymmeniä taaksepäin, niin edistystä on tapahtunut joka tasolla.”

”Tilanne sopivan rauhallinen ja läheinen.”

”Lääkärin sanonta, muista pilleri joka päivä 6 kk: tta.”

”Kaikki ohjaus oli asiallista ja asiantuntevaa sekä empaattista.”

”Varsinaista tilaisuutta. Oli kun tuotiin paperit kotiinlähtöä varten ja kerrottiin että niistä löytyy ohjeet, niin kuin niissä olikin.”

”Saisi olla lisää ohjausta työelämässä.”

”Lääkärin käynnit olivat erittäin valaisevia.”

”Leppeän asiallista.”

”Riittävän asiallista, ollessani potilaana asia on itselle uutta ja tiedostamatonta kaikilta osiltaan, joten tiedot joita saa tuntuvat riittäviltä.”

”Se oli julkista tietoa osastolla koska lääkäri kierrollaan kertoi kaiken mitä kenellekin tehdään ja sosiaalitunnukset kysytään joka tilanteessa.”

Varsinaisen ohjaustilanteen parantamiseksi oli seuraavia ehdotuksia:

”Enemmän aikaa lääkäriltä ja hoitajalta potilaalle. Varmistaa että potilas on ymmärtänyt selityksen. Joskus voi olla huonokuuloinen potilas.”

”Lääkäri/hoitaja voisi keskustella potilaan kanssa kahden kesken.”

”En osaa heti sanoa. Kaikki oli niin mukavia ja kertoivat mitä tapahtuu.”

”Ehkä olisi hyvä korostaa tärkeimpiä hoito-ohjeita suullisesti.”

”Potilaan kokonaisuutena huomioiminen. Syykkisesti ja fyysisesti. Ikärakenne ja koulutus huomioiden. Onhan potilaskin ajatteleva olento.”

”Luo sairaide käy sisar hento valkoinen hymyävän katseesa luo ja lohtua tuopi ain. Hyvä pitää aina mielessä.”

Vastaajista 17:llä ei ollut ehdotuksia ohjaustilanteen parantamiseksi.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA MINIMIKRITEERIT JOIDEN TULISI POTILASOHJAUKSESSA TÄYTTYÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Satakunnan keskussairaalan osaston KM4:n angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena oli saada tietoa potilasohjauksen toimivuudesta ja yleisesti selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena oli myös laatia saatavien tutkimustulosten pohjalta osaston henkilökunnalle minimikriteerit, joiden tulisi täyttyä potilaiden ohjaustilanteessa. Tutkimusongelmat olivat millaiseksi angiografiaan ja pallolaajennushoitoon osastolla KM4 menevät potilaat kokevat saamansa ohjauksen, mitä mahdollisia muutoksia potilaat toivoisivat ohjaukseensa ja ohjaustilanteeseensa ja miten sisätautiosaston hoitohenkilökunta voisi vaikuttaa potilaan ohjaukseen niin, että se olisi mahdollisimman korkeatasoista. Kyselylomakkeella saaduilla tutkimustuloksilla voidaan vastata tutkimusongelmiin.

Kvantitatiivinen tutkimus oli sopiva valinta tämän kaltaisen aiheen tutkimiseen, koska haluttiin kartoittaa usean ihmisen mielipiteitä. Anonyymisti vastaamalla potilaat saivat mahdollisesti paremman mahdollisuuden vastata tutkimukseen rehellisesti. Aihetta voisi tutkia myös toisella tutkimusmenetelmällä kuten esimerkiksi haastattelulla, jolloin tutkimuksesta saatavat tulokset olisivat mahdollisesti rikkaampia eli saataisiin tietää sellaisia asioita joita ei välttämättä muuten nousisi esille. Tämän tutkimuksen avoimiin kysymyksiin saatiin jonkin verran vastauksia ja niistä nousikin muutamia parannusehdotuksia esille. Toisaalta oli myös mahdollista, että melko suuri osa osaston potilaista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen eikä toivonut siihen parannuksia.

Taustatietoja kysyttiin tässä tutkimuksessa melko laajasti, johon oli syynä se että niillä kartoitettiin mahdollisia sepelvaltimotaudin riskitekijöitä sekä muita sairauteen vaikuttavia tekijöitä. Taustatekijöihin liittyvistä kysymyksistä ei voitu vetää suoria johtopäätöksiä.

Tulokset pohjautuvat Satakunnan keskussairaalan sisätautiosaston KM4 potilaille tehtyyn kyselytutkimukseen, joten tulokset eivät ole yleistettävissä. Tutkimuksesta saatuja

tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina ja niiden pohjalta voidaan kehittää potilasohjausta osastolla KM4. Opinnäytetyön toteutusaika on suhteellisen rajallinen, joten kovin suuren tutkimusotoksen saaminen on aika vaikeaa, tässä tutkimuksessa otos oli 24 potilasta. Myöskään otoksen koko huomioiden ei voida tuloksia yleistää. Aineisto oli kuitenkin riittävä jotta varovaisia johtopäätöksiä pystyttiin tekemään.

Opinnäytetyön tekeminen oli alusta alkaen mielenkiintoista ja haastavaa. Aihe sinänsä kiinnosti opinnäytetyöntekijöitä joka puolestaan piti tekijöiden mielenkiinnon yllä koko tutkimusprosessin ajan. Lisäksi tutkimuksen suorittamisesta ja sen tuloksista saatava hyöty olisi suuri opinnäytetyöntekijöille myöhemmin työelämässä. Jotta opinnäytetyön tavoite voidaan katsoa toteutuneeksi, pitäisi osaston KM4 pystyä käyttämään tutkimuksesta saatuja tuloksia potilaan ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tekijät esittävät yhteenvedon tutkimuksesta ja sen tuloksista kevään 2007 aikana Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen yhteisessä tapaamisessa. Edellinen mahdollistaa tutkimuksesta saatavan tiedon käytön muillakin osastoilla.

Potilasohjauksen minimikriteerit

Minimikriteerit laadittiin teoriaosuudessa käytettyjen lähteiden pohjalta ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella. Minimikriteerit jaettiin kolmeen eri osa-alueeseen; ohjaukseen valmistautumiseen liittyvät kriteerit, ohjaustilanteeseen liittyvät kriteerit ja annetun ohjauksen kertaukseen liittyvät kriteerit.

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 6.)
Sairaanhoitajan tulisi määrittää ohjauksen tarvetta ja sisältöä aina potilaan omista tiedontarpeista ja lähtökohdista käsin. Tällöin potilas voi kokea saamansa informaation ja ohjauksen tarpeelliseksi itsensä kannalta. Potilas kokee turhauttavaksi ohjauksen, joka sisältää paljon jo aiemmin tiedossa olevaa asiaa. Jotta ohjaaja pystyisi paremmin muotoilemaan ohjauksen juuri kyseiselle potilaalle, tulisi sen perustua keskusteluun potilaan kanssa. (Close, 1988, 204- 206.)

Potilaiden ohjaukselle voidaan asettaa seuraavia tavoitteita: potilaan sairauteen ja siihen liittyvän tiedon antaminen, potilaan henkisten voimavarojen huomioon ottaminen, ohjauksessa käsiteltävien asioiden havainnollistaminen, potilaan kokonaisvaltainen huomiointi, kivun huomiointi, hoitohenkilökunnan itselleen asettamat tavoitteet ja hoidon suorittaminen onnistuneesti. (Vahteristo, 2004, 116.)

Ohjauksen perusta on sekä asiakkaan että hoitajan taustatekijöiden huomioinnissa. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Asiakkaan fyysisistä ominaisuuksista esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden kesto, laatu ja sen vaikutus asiakkaan arkielämään vaikuttavat hänen ohjaustarpeisiinsa ja siihen miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjaukseen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 6).

Karlsenin (1997) mukaan ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä ominaisuuksia ovat erityisesti motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyylit ja – valmiudet. Myös hoitajan omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea asiakkaan motivoitumista on merkitystä ohjauksen onnistumisessa.

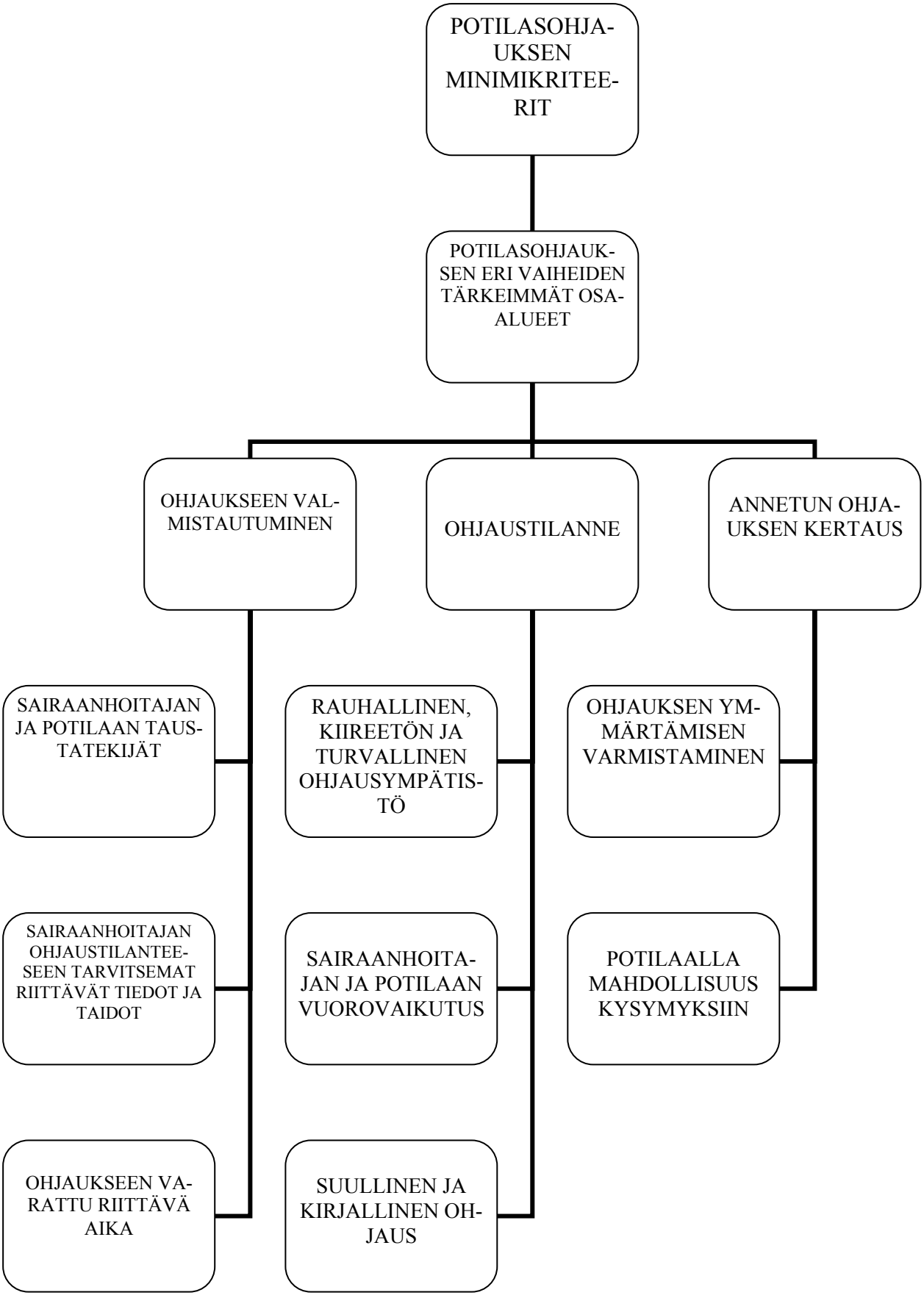
Ohjauksen kannalta merkittävät taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Sekä asiakkaan että hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Muista ympäristötekijöistä ohjaukseen vaikuttavat ohjaustilanne ja siinä mahdollisesti olevat esteet ja häiriötekijät. Turvallisella ohjausympäristöllä on merkitystä siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen ja luottaako hän, että hänen asiaansa kunnioitetaan. Asiakas on aina oman elämänsä ja hoitaja ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006, 7-8.)

Ohjausta voidaan antaa sekä suullisesti, että kirjallisesti. Näiden molempien yhdistäminen takaa parhaiten ohjauksen onnistumisen. Kirjallisen materiaalin käyttö suullisen ohella antaa potilaalle mahdollisuuden keskittyä rauhassa asiaan ja palata siihen uudelleen myöhemminkin. Sekä suullisessa, että kirjallisessa ohjauksessa tulee kiinnittää

huomiota sanastoon ja kielenkäyttöön. Kielen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Ohjauksessa voidaan käyttää myös apuna erilaisia havainnollistamiskeinoja. Opetuksellisesti ohjauksen oleellisena tekijänä on vuorovaikutus. Hoitajan tulee puhua selkeästi ja potilaan ymmärtämällä kielellä, jotta ohjaus olisi helposti sisäistettävissä. Ammattisanastoa tulisi välttää. Vuorovaikutuksessa keskeistä on läsnäolo, asiallisen tiedon antaminen tavalla, jonka potilas ymmärtää sekä turvallisuus, luottamus, tasavertaisuus ja pyrkiminen aitoon dialogiin. Myös katsekontakti, koskettaminen sekä hoitajan sijainti potilaaseen nähden vaikuttavat vuorovaikutussuhteen syntymiseen ja sitä kautta ohjaustilanteeseen. (Close 1988, 206- 208; Hirvonen 1992, 55; Nikunen 1994, 6-7.)

Ohjausta vaikeuttaa sairaalaympäristössä usein rauhallisen paikan puuttuminen. Osastolla vallitseva kiire ja henkilökunnan vähäisyys vaikeuttavat myös ohjauksen toteutumista. Yhdellä hoitajalla voi olla vastuullaan liian monen potilaan ohjaus suurten potilasmäärien takia ja joidenkin hoitajien haluttomuus ohjata lisää muiden työpaineita. (Hirvonen 1992, 62- 66.)

Tähän tutkimukseen vastanneilta kysyttiin ohjaustilanteesta ja ohjauksen sisällöstä jäänyttä vaikutelmaa ja mitä ehdotuksia heillä oli ohjaustilanteen parantamiseksi.
Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut mitään parannusehdotuksia. Joitakin ehdotuksia ohjaustilanteen parantamiseksi kuitenkin tuli: enemmän ohjausta työelämää koskien; enemmän aikaa lääkäriltä ja/tai hoitajilta, varsinkin kahdenkeskistä keskustelua; varmistettava että potilas on ymmärtänyt ohjauksen; tärkeimpien hoito-ohjeiden korostaminen suullisesti ja potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Eniten ohjausta kaivattiin lisää osastolle tullessa ja varsinkin kotiin lähtiessä.



Kaavio 8. Potilasohjauksen minimikriteerit

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa angiografia- ja pallolaajennuspotilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tavoitteina oli saada tietoa potilasohjauksen toimivuudesta sisätautiosastolla KM4 ja yleisesti selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen ja tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä kyselylomaketta. Kyselylomake koostui kolmesta osa-alueesta, joita olivat taustatiedot, sairauden laatu ja potilasohjaus. Kyselylomakkeessa käytettiin strukturoituja, puolistrukturoituja sekä avoimia kysymyksiä.

Vastaajista viidennes oli naisia ja loput miehiä. Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 41- yli 80 -vuotiaita. Suurin osa vastaajista sijoittui 51- 80-vuotiaisiin, joista enemmistö asui joko omakoti- tai kerrostalossa puolison kanssa. Kyselyyn vastanneista 13:lla ei ole kansa-, kansalais- tai peruskoulun lisäksi muuta koulutusta. Työelämästä eläkkeelle jääneitä oli 17, joten työn rasittavuutta ei voitane pitää merkittävänä sepelvaltimotaudin riskitekijänä tässä tutkimuksessa. Sepelvaltimotaudin lisäksi vastaajien yleisempiä sairauksia ja terveydellisiä ongelmia olivat verenpainetauti/kohonnut verenpaine, ylipaino, diabetes, kohonneet kolesteroliarvot, sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt. Suurinta osaa edellisistä pidetään yleisesti sepelvaltimotaudin riskitekijöinä. Kolmella vastaajista ei ollut mitään muita sairauksia sepelvaltimotaudin lisäksi.

Osaston KM4 angiografia- ja pallolaajennuspotilaista suurin osa oli ohjaukseen tyytyväisiä ja koki saaneensa heille tärkeät tiedot. Jaoimme tutkimuksessamme ohjauksen toteuttamisen kolmeen eri ajankohtaan: potilaan saapuessa osastolle, ennen toimenpidettä ja kotiin lähtiessä. Tyytyväisimpiä vastaajat olivat ennen toimenpidettä saamaansa ohjaukseen, muutama vastaajista olisi kaivannut enemmän ohjausta osastolle tullessaan. Vastaajista 17 oli täysin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, eikä heillä ollut ehdotuksia ohjauksen parantamiseksi.

Vastaajilla oli kyselylomakkeessa mahdollisuus esittää omin sanoin parannus-/muutosehdotuksia ohjaukseen, eli kertoa mitä he jäivät ohjauksessa kaipaamaan. Muutama potilas jäi kaipaamaan kahdenkeskistä keskustelua niin hoitajan kuin lääkärinkin

kanssa, tarkempia jatkohoito-ohjeita ja demonstraation käyttämistä ohjauksen tukena. Lisäksi vastaajilta kysyttiin saivatko heidän omaisensa riittävästi ohjausta sekä oliko vastaajilla mahdollisuus ohjaustilanteessa kysyä heille arkaluontoisista asioista. Kummankin kysymyksen kohdalla vastaukset yllättivät, sillä vastaajista puolet oli tyytyväisiä ja puolet taas eivät. On myös mahdollista, että vastaajat eivät ole ohjaustilanteen aikana huomanneet kysyä arkaluontoisista asioista tai hoitaja ei ole kysynyt, että onko heille jäänyt jotain epäselväksi. Omaiset puolestaan eivät ole välttämättä hakeneet aktiivisesti ohjausta omaisensa sairauden hoidosta.

Tämän tutkimuksen pohjalta nousi esille mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Ohjauksen toteutumisen voisi ottaa tarkasteluun myös sydäntoimenpideyksikössä, koska angiografiat ja pallolaajennukset toteutetaan siellä. Sydäntoimenpideyksikkö on ohjauksen toteutumiselle haasteellisempi ympäristö, koska ohjaukseen varattu aika saattaa olla lyhempi ja potilaat eivät välttämättä pysty tässä vaiheessa vastaanottamaan ohjauksessa annettavaa tietoa aktiivisesti.

Tämän tutkimuksen aihetta voisi tutkia myös ohjausta antavien hoitajien näkökulmasta, jolloin voitaisiin saada selville millaiset resurssit ja valmiudet hoitajilla on toteuttaa ohjausta ja miten he kokevat ohjauksen antamisen. Mitkä asiat hoitajat kokisivat haasteellisiksi ohjauksen antamisessa ja millä keinoin he pystyisivät kohtaamaan ne.

LÄHTEET

Aarnio, P., Airaksinen, J., Armstrong, E., Harjula, A.L.J., Juntunen, J., Juvonen, T., Lassila, R., Naukkarinen, M., Roine, R.O., Syvänne, M., Taajamaa, B., Uurto, I. & Ylitalo, A. 2006. Angiologia. Klaukkala: Recallmed.

Aarnio, P., Harjula, A., Ikonen T., Kupari, M., Lammintausta, O., Leinonen, H., Saarinen, P. & Taajama, B. 2002. Kardiologinen täsmähoito. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Close, A. 1988. Patient education: a literature review. Journal of Advanced Nursing 205(13), 204- 206.

Frick, H., Heikkilä, J. & Pyörälä, K. 1994. Kliininen kardiologia. Helsinki: Orion.

Gothoni, R. 1991. Omaiset – loppuunpalaneita ihmisiä vai käytännön voimavara? Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Hartikainen, J. 2004. Sepelvaltimoiden pallolaajennushoito. Lääkärilehti 59(23), 2375- 2383.

Heikkilä, J. 1994. Sepelvaltimoiden pallolaajennushoito. Teoksessa Frick, H., Heikkilä, J. & Pyörälä, K. (toim.) Kliininen kardiologia. Helsinki: Orion, 802.

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

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Koronaariangiografia eli sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Helsinki: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 16.3.2006].Saatavissa: http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,723,1129,6724,6800

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy

Hirvonen, E. 1992. Potilasopetus hoitotyössä. Tampere: Tampereen yliopisto.

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

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A45.

Ikäheimo, M., Takkunen, J. & Valle, M. 1994. Invasiiviset sydäntutkimukset. Teoksessa Frick, H., Heikkilä, J. & Pyörälä, K. (toim.) Kliininen kardiologia. Helsinki: Orion.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006 Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 79 (10), 6-8.

Lauri, S. 1984. Omaisena sairaalassa. Helsinki: Sairaanhoitajakoulutussäätiö.

Leinonen, H. 2002. Sepelvaltimotaudin invasiiviset tutkimukset ja hoidot. Teoksessa Aarnio, P., Harjula, A.L.J., Ikonen, T. Kupari, M., Lammintausta, O., Leinonen, H., Saarinen, P. & Taajama, B. (toim.) Kardiologinen täsmähoito. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja 79 (10), 22.

Lönnberg, K. 1992. Leikkaukseen tulevan potilaan tarve saada tietoa hoidostaan. Tutkielma. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Mattila, E.A. 1998. Potilaan ohjaus sairaanhoidon aikana – Potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3), 144- 152.

Munnukka, T., Kiikkala, I. 1996. Teoriaa käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Murray, N. & Stanton, M. 1998. Communication and counselling oncology patients – Are diagnostic radiographers adequately supported in this role? Radiography 4 (3), 173- 182.

Nikunen, S. 1994. Potilaan ohjaus lyhythoitoisessa kirurgiassa. Turku: Pro Nursing.

Näveri, H. 2004. Sepelvaltimoiden invasiivinen hoito. Leiraksen käytännön lääkäri 47(4), 14.

Oinonen, I. 1992. Kartoitus hoitotyössä tapahtuvan ohjauksen laadusta laadunvarmistuksellista menetelmää käyttäen. Pro Gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Penttilä, I. 2004. Kliiniset laboratoriotutkimukset. Porvoo: WSOY.

Pohjola- Sintonen, S. 2005. Miksi naisen sepelvaltimotaudin diagnosointi on vaikeaa. Suomen lääkärilehti 60,(39) 3851- 3854.

Reunanen, A., 2000. Kroonisen sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja ehkäisy. Teoksessa Heikkilä, J., Huikuri, H., Luomanmäki, K., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 384.

Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A. J. 1994. Hoitotyön perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2006a. Kotihoito-ohje sepelvaltimoiden varjoainetutkimuksen ja/tai pallolaajennushoidon jälkeen. Pori: Satakunnan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 7.11.2006]. Saatavissa:

http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=1726&GUID={BE9998E3-1964-4932-B87C-3A3847421D3A}

Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2006b. Ohje sydämen sepelvaltimoiden varjoainetutkimukseen ja/tai pallolaajennushoitoon tulevalle potilaalle. Pori: Satakunnan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 7.11.2006]. Saatavissa: http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=1720&GUID={50238F10-BC42-4F5A-B3F6-2FA77305E439}

Stadertskjöld-Nordestam, C-G, Kormano, M., Laasonen, E.M., Soimakallio, S. & Suramo, I. 1998. Kliininen radiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Syvänne, M. 2005. Sepelvaltimon pallolaajennus. Helsinki: Sydäntutkimussäätiö. [Viitattu 15.5.2006]. Saatavissa: http://www.sydantutkimussaatio.fi/kolumni.htm

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WSOY.

Vahteristo, S. 2004, Röntgenhoitajaopiskelijoiden potilaan ohjausvalmiudet. Teoksessa Hupli, M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turku: Turun yliopisto, 105-116.

Vuorenheimo, J. 1991. Hyvä perioperatiivinen hoito selkäleikkauspotilaiden arvioimana. Hoitotiede 3 (4), 154-160.

Wilsson-Barnett, J. 1988. Patient teaching or patient counselling? Journal of Advanced Nursing 205 (13), 209- 217.

Ylitalo, A. 2006. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteet. Teoksessa Aarnio, P., Airaksinen, J., Armstrong, E., Harjula, A.L.J., Juntunen, J., Juvonen, T., Lassila, R., Naukkarinen, M., Roine, R.O., Syvänne, M., Taajamaa, B., Uurto, I. & Ylitalo, A. (toim.) Angiologia. Klaukkala: Recallmed. 122- 125.

kumppanuudella terveyttä

OHJE SYDÄMEN SEPELVALTIMOIDEN VARJOAINETUTKIMUKSEEN JA / TAI PALLOLAAJENNUSHOITOON TULEVALLE POTILAALLE

LIITE 1

Satakunnan sairaanhoitopiiri **potilasohje** **2006**

Sepelvaltimot ovat sydämen pinnalla kulkevia verisuonia, jotka huolehtivat sydänlihaksen verenkierrosta. Sepelvaltimon ahtauma aiheuttaa sydänlihaksen hapenpuutteen ja rintakivun. Sydänläppävika voi vaikeuttaa sydämen pumppauskykyä aiheuttaen mm. hengenahdistusta ja väsymystä. Edellä mainittuja sydänsairauksia tutkitaan Satakunnan keskussairaalan sydäntoimenpideyksikössä **sydämen sepelvaltimoiden varjoainetutkimuksella**, joka tehdään paikallispuudutuksessa ranne- tai nivusvaltimon kautta. Mikäli sepelvaltimoissa on ahtaumia ja ne soveltuvat **pallolaajennushoitoon**, se voidaan tehdä heti varjoainetutkimuksen yhteydessä. Toimenpide ei ole täysin vaaraton, mutta siihen liittyvät vakavat komplikaatiot ovat hyvin harvinaisia.

Ennen toimenpidettä

Sairaanhoitaja asentaa teille nesteenantoa varten laskimokanyylin. Se mahdollistaa suonensisäisen lääkkeiden annon toimenpiteen aikana. Saatte halutessanne rentouttavaa esilääkettä ennen tutkimusta.
Toimenpiteen suorittava sydänlääkäri keskustelee kanssanne. Sairaanhoitaja kertoo teille toimenpiteen kulun.

Toimenpiteen aikana

Toimenpiteessä paikallispuudutuksen jälkeen lääkäri vie ohuen kuvauskatetrin röntgenläpivalaisussa joko ranteen tai nivustaipeen valtimon kautta sydämen sepelvaltimoon. Toimenpide on puudutuspistosta lukuunottamatta kivuton ja kestää ½-1 tuntia.
Sepelvaltimoiden varjoainetutkimuksen löydöksen perusteella harkitaan teille sopivin hoitovaihtoehto: lääkehoito, pallolaajennushoito tai leikkaushoito.

Pallolaajennuksessa viedään pallokatetri ahtauman kohdalle. Katetrin päässä oleva pallo täytetään nesteellä. Pallo laajenee ja laajentaa samalla ahtautunutta suonen kohtaa. Laajennuksen aikana saatatte tuntea ohimenevää rintakipua. Pallolaajennuksen yhteydessä ahtauman kohdalle laitetaan usein stentti (metalliverkkoputki) tuloksen parantamiseksi.
Pallolaajennushoito ei ole täysin vaaraton, mutta siihen liittyvät vakavat komplikaatiot (paikallinen verenvuoto, sepelvaltimon tukkeuma, sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö, sydänpussin täyttyminen, kuolema) ovat hyvin harvinaisia (alle 0.5%).

Toimenpiteen jälkeen

Olette vuodelevossa omalla osastollanne 1-6 tuntia pistokohdan jälkivuodon estämiseksi. Lääkärin harkinnan perusteella voitte kotiutua joko samana iltana tai seuraavana päivänä. Sairasloma on muutamasta päivästä viikkoon. Välttäkää raskaita ruumiillisia ponnistuksia, saunomista ja pitkiä kävelymatkoja kahden päivän ajan. Yleensä pistokohta paranee viikon sisällä, jonka jälkeen normaaleille päivittäisille toimille ei ole rajoituksia.

Satakunnan keskussairaala
Sairaalantie 3 28500 PORI

Sydäntoimenpideyksikkö
☎ 02-627 7758

Kumppanuudella terveyttä

KOTIHOITO-OHJE SEPELVALTIMOIDEN VARJOAINETUTKIMUKSEN ja / tai PALLOLAAJENNUSHOIDON JÄLKEEN

LIITE 2

Satakunnan sairaanhoitopiiri **potilasohje** **2006**

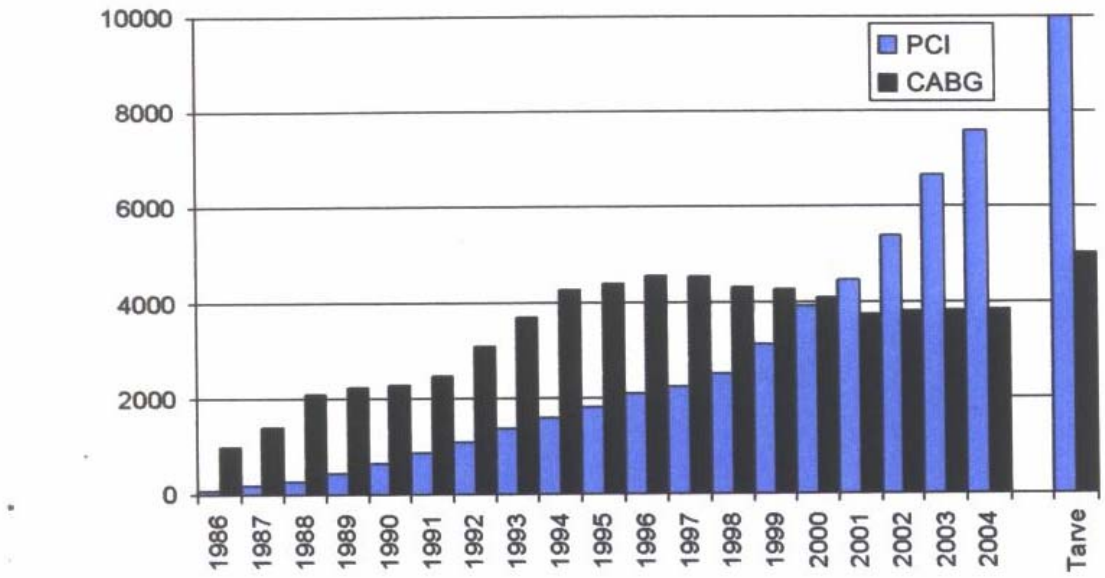
Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen ja / tai pallolaajennushoidon jälkeen valtimon seinämä on pistokohdasta heikko. Yleensä se paranee viikon sisällä, jonka jälkeen normaaleille päivittäisille toiminnoille ei ole rajoituksia. Paranemisen varmistamiseksi noudattakaa seuraavia ohjeita:

Välttäkää kahden päivän ajan	Raskaita ruumiillisia ponnistuksia, pitkiä kävelymatkoja ja saunomista. Jos toimenpide on tehty nivustaipeen valtimosta, pistokohtaa on hyvä tukea kädellä esim. yskiessä muutamana päivänä toimenpiteen jälkeen
Lääkitys	Noudattakaa sairaalasta saamianne lääkehoito-ohjeita. Mikäli teille on tehty pallolaajennus **ja** sen yhteydessä asennettu sepelvaltimoon stentti (metalliverkkoputki), on teille aloitettu sairaalassa **Plavix®**- lääkitys estämään hyytymän syntyä stentin alueelle. Plavix®-lääkitystä käytetään aina yhdessä asetyylisalisyyli-lääkityksen kanssa (mm.Asperin®,Disperin®,Primaspan®). Hyytymisriski on suurimmillaan lähiviikkoina toimenpiteen jälkeen. Tästä syystä on tärkeää, että syötte Plavix®- lääkettä kotona 1 tbl päivässä lääkärin määräyksen mukaan. Jos sairastatte sokeritautia ja käytätte seuraavia lääkkeitä: **Alpharma®, Avadamet®,Diformin®, Diformin retard®, Metforem®, Glucophage® tai Oramet®,** jättäkää ne pois käytöstä toimenpidettä edeltävänä iltana ja 2 vuorokautta toimenpiteen jälkeen.
Jos pistokohta vuotaa tai turpoaa	Aloittakaa sen painaminen heti Lähtekää välittömästi lähimpään terveyskeskukseen tai sairaalaan. Jatkakaa pistokohdan painamista, kunnes hoitohenkilöstö on tarkistanut sen.
Ottakaa yhteyttä	Jos pistokohta kipeytyy, huomaatte raajan toimintakyvyssä muutoksia tai rintakipuoireenne pahenevat tai uusiutuvat **Sydäntoimenpideyksikköön puh. 02-627 7758 (virka-aika) tai muuna aikana tarkkailuosastolle puh. 02-627 7512**

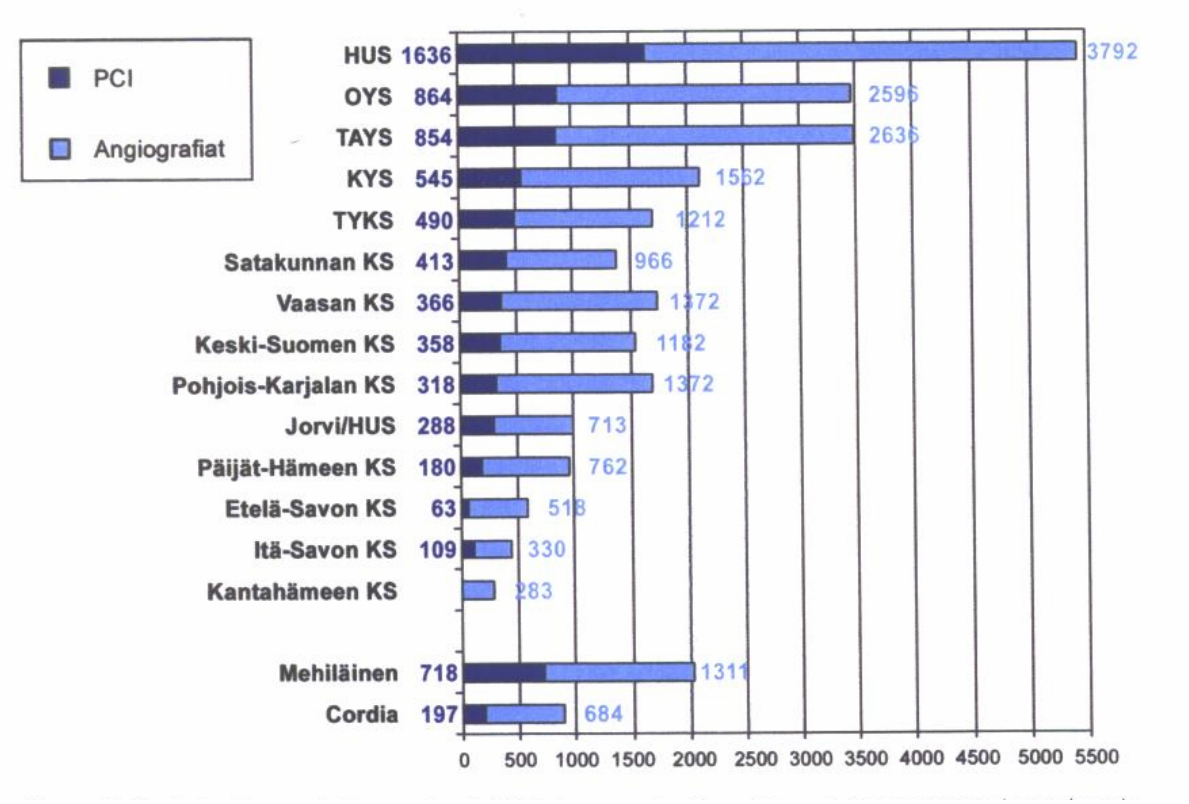
Satakunnan keskussairaala
Sairaalantie 3 28500 PORI

Sydäntoimenpideyksikkö
☎ 02-627 7758

LIITE 3



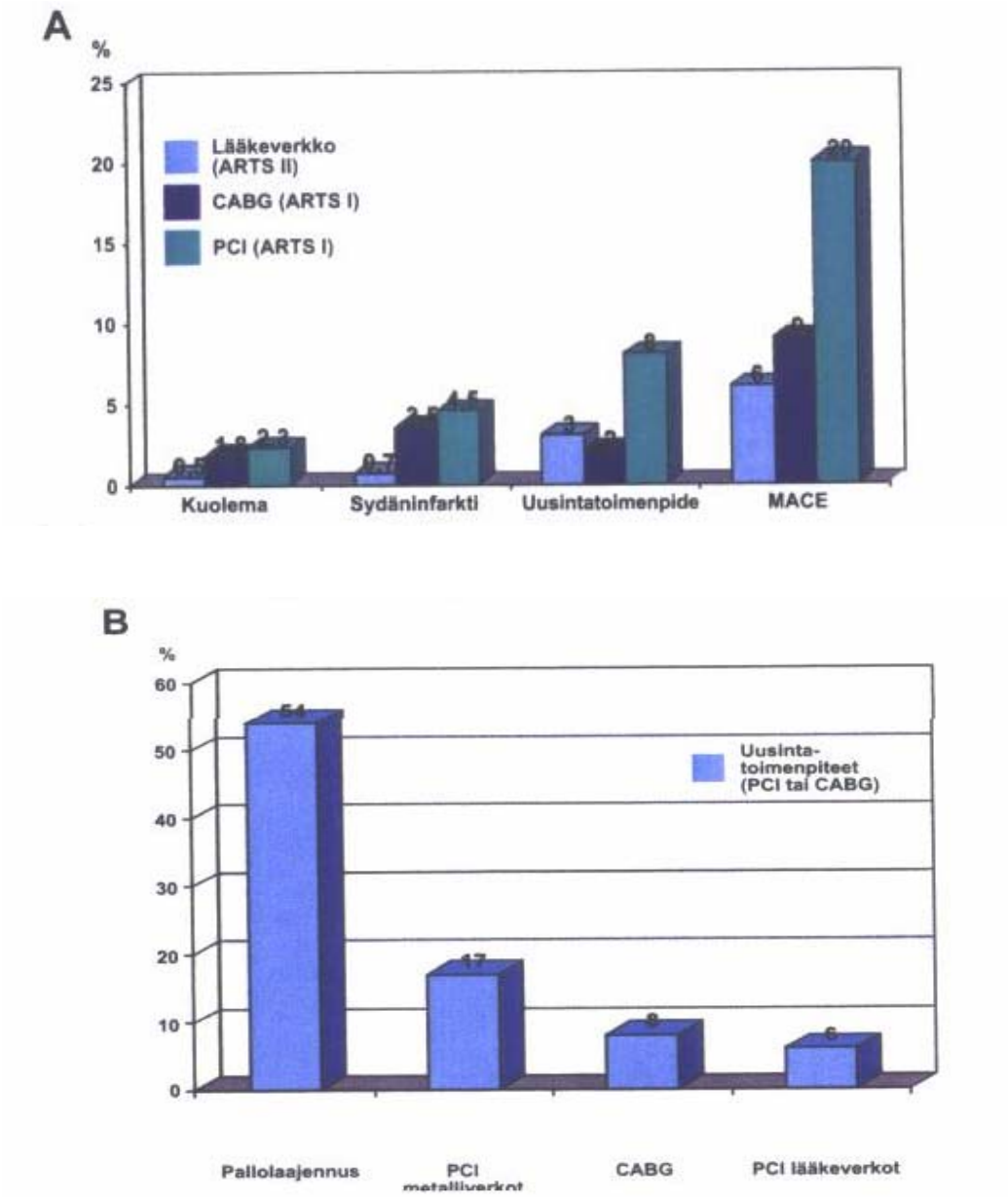
Kuva 1. Pallolaajennustoimenpiteet (PCI) ja ohitusleikkaukset (CABG) Suomessa vuosina 1986–2004 sekä arvioitu toimenpiteiden tarve (FinOHTAn raportti 18, 2001 ja Suomen Kardiologinen Seura, Sydänääni no 2/2005).



Kuva 2. Pallolaajennustoimenpiteet (PCI) ja sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset (angiografiat) keskuksittain. Suomessa oli vuonna 2004 yhteensä 16 invasiivista keskusta, joissa oli yhteensä 21 angiolaboratoriota ja 63 invasiivista kardiologia. Sekä laboratorioiden että kardiologien määrä on kaksinkertaistunut 5 vuodessa (Suomen Kardiologinen Seura, Sydänääni no 2/2005).

LIITE 4

Stabiilia sepelvaltimotautia sairastavan potilaan pallolaajennustoimenpiteet



Kuva 7. ARTS I -tutkimuksessa ohitusleikatuilla ja metallistenteillä hoidetuilla monisuonitautia sairastavilla potilailla ei ollut viiden vuoden seurannassa eroa kuolleisuudessa tai sydäninfarktien esiintymisessä. Uusintatoimenpiteitä jouduttiin kuitenkin tekemään PCI-potilaille enemmän. ARTS II -tutkimuksessa käytettiin lääkestenttejä, jolloin ARTS I -tutkimusta vastaavilla potilailla uusintatoimenpiteiden määrä oli samaa luokkaa kuin ohitusleikatuilla.

(Suomen Kardiologinen Seura, Sydänääni no 2/2005)

LIITE 5

ARVOISA OSASTON KM4 POTILAS

Olemme kaksi Satakunnan ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaksi valmistuvaa opiskelijaa. Toinen meistä valmistuu 2006 ja toinen 2007. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on angiografiaan ja pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Tavoitteenamme on selvittää potilaiden mielipiteitä osastolla saamastaan ohjauksesta ja sitä kautta antaa osastolle palautetta. Palautteen avulla osaston henkilökunta saa käsityksen antamansa ohjauksen toimivuudesta ja näin ollen parantamaan mahdollisia puutteita.

Kyselyyn vastaaminen on Teille vapaaehtoista. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja voitte vastata kyselyyn nimettömänä, mikä tarkoittaa sitä, että henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Vastauksenne ovat ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden käytettävissä.
Toivoisimme, että vastaisitte jokaiseen kysymykseen ja postittaisitte kyselylomakkeen mahdollisimman pian, kuitenkin viikon kuluessa. Jos ette pysty vastaamaan kyselyyn itsenäisesti, voitte käyttää apunanne toista ihmistä. Kyselylomakkeen mukana saatte palautuskuoren, jonka postimaksu on maksettu puolestanne. Vastauskuoret menevät osaston KM4 osastonhoitajalle, jonka luota noudamme ne henkilökohtaisesti.

Mikäli jokin asia jäi mietityttämään teitä, niin vastaamme mielellämme kysymyksiinne!

KIITÄMME MIELENKIINNOSTANNE JA OSALLISTUMISESTANNE!

Kristiina Holm
Sairaanhoitajaopiskelija
040-5761865

Sanna-Leena Viljanen
Sairaanhoitajaopiskelija
040-7405115

ANGIOGRAFIAAN JA PALLOLAAJENNUKSEEN MENEVIEN POTILAIDEN MIELIPITEITÄ POTILASOHJAUKSESTA SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALASSA OSASTOLLA KM4

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin rastittamalla itsellenne sopiva vaihtoehto

I VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

   ☐ mies

   ☐ nainen

2. Ikä

   ☐ 40v tai alle

   ☐ 41v- 50v

   ☐ 51v- 60v

   ☐ 61v- 70v

   ☐ 71v- 80v

   ☐ 80v tai yli

3. Asumismuoto

☐ omakotitalo

☐ rivitalo/paritalo

☐ kerrostalo

☐ palveluasunto

☐ muu, mikä _____

4. Asumistilanne

☐ asun perheen kanssa

☐ asun puolison kanssa

☐ asun yksin

☐ muu, mikä _____

5. Koulutustaso

☐ kansakoulu/kansalaiskoulu

☐ peruskoulu

☐ lukio

☐ ammattikoulu

☐ korkeakoulu/yliopisto

☐ muu, mikä _____

6. Työtehtävä

☐ fyysisesti raskas työ

☐ toimistotyö

☐ johtotehtävissä työskentely

☐ kotona työskentely

☐ eläkkeellä

☐ muu, mikä _____

II SEPELVALTIMOTAUDIN KANSSA ELÄMINEN

Seuraavassa kartoitamme sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ja muita sairauteen liittyviä tekijöitä.

7. Milloin sepelvaltimotautinne on todettu?

_____

8. Mitä muita sairauksia ja terveyteen liittyviä ongelmia teillä on sepelvaltimotaudin lisäksi?

☐ verenpainetauti/kohonnut verenpaine

☐ diabetes (sokeritauti)

☐ kohonneet kolesteroliarvot

☐ ylipaino

☐ sydämen vajaatoiminta

☐ jokin muu, mikä? _____

Sepelvaltimotaudin yleisimpiä oireita ovat muun muassa rintakipu, hengenahdistus, pahoinvointi, oksentelu ja selkäkipu. Oireet kuitenkin vaihtelevat yksilöittäin ja sukupuolten välillä.

9. Kuinka usein teillä on jokapäiväistä elämää haittaavia sepelvaltimotaudin oireita?

   ☐ useita kertoja päivässä

   ☐ kerran päivässä

   ☐ harvemmin

   ☐ ainoastaan rasituksen yhteydessä

10. Tupakointi

   ☐ en tupakoi

   ☐ tupakoin _____savuketta päivässä

11. Kuinka usein harrastatte liikuntaa

   ☐ päivittäin

   ☐ 3- 4 kertaa viikossa

   ☐ kerran viikossa

   ☐ noin 10 kertaa kuukaudessa

   ☐ harvemmin

   ☐ en lainkaan

12. Milloin lääkäri totesi ensimmäistä kertaa, että angiografia on teille tarpeellinen?

_____

13. Kuinka kauan tällä kertaa odotitte angiografiaan pääsyä?

_____

III TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄ OHJAUS

Ohjaamisella tarkoitetaan henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa, jolla pyritään auttamaan potilasta itseään löytämään oikeat ratkaisut. Ohjauksen tulisi perustua potilaan omiin tiedontarpeisiin.
Ohjaamistilanteessa sairaanhoitajan on osattava luoda luotettava ja tasainen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Ohjauksen tulisi olla potilaan tukemista ja auttamista eikä siinä annettaisi suoria ohjeita.

14. Saitteko mielestänne riittävästi ohjausta ja toimenpidettä koskevia tietoja?

Osastolle tullessanne

☐ kyllä

☐ ei

Ennen toimenpidettä

☐ kyllä

☐ ei

Jos vastasitte ei, mitä asioita olisitte kaivannut ohjaustilanteeseen?

_____

_____

_____

15. Saiko lähiomaisenne mielestänne tarpeeksi ohjausta sairauteenne liittyen?

☐ kyllä

☐ ei

Potilasohjauksen toteuttaminen sairaalaympäristössä saattaa joskus olla vaikeaa osastoilla vallitsevan kiireen ja henkilökunnan vähäisyyden vuoksi. Lisäksi ohjausta saattaa vaikeuttaa rauhallisen ja yksityisyyttä suojaavan ympäristön puuttuminen.
Ohjaustilannetta varten tulisi siis mahdollisuuksien mukaan valita rauhallinen paikka, jossa potilaan kanssa voidaan keskustella yksityisesti. Ohjausta antavan sairaanhoitajan tulisi varata ohjaustilannetta varten myös riittävästi aikaa, jotta potilas saa keskustella hänen mieltään painavista asioista. Sairaanhoitajan tulisi lisäksi olla valmistautunut ohjaustilanteeseen, jotta hän pystyisi antamaan mahdollisimman ammattitaitoista ohjausta.

16. Tapahtuiko ohjaustilanne mielestänne rauhallisessa ympäristössä?

_____

_____

_____

_____

17. Oliko ohjaustilanne sellainen, että saitte mahdollisuuden kysyä teille arkaluontoisista asioista?

☐ kyllä

☐ ei

18. Saitteko mielestänne ohjausta antaneelta hoitajalta teille itsellenne tärkeät tiedot

☐ kyllä

☐ ei

Jos vastasitte ei, niin mitä muuta jäi puuttumaan?

_____

_____

_____

Itsehoidossa korostetaan ihmisen omien parantavien voimien merkitystä ja niiden huomioon ottamista hoidossa. Hoitotyön ydintehtävänä olisi järjestää mahdollisimman edulliset olosuhteet potilaan omien parantavien voimien käyttöönottamiseksi. (Florence Nightingale)

19. Saitteko riittävästi tietoa ja ohjausta itsehoitoa varten toimenpiteen jälkeen kotiin lähtiessänne?

☐ kyllä

☐ ei

Jos vastasitte ei, mistä asioista olisitte kaivannut lisää tietoa?

_____

_____

_____

20. Kertokaa vielä vapaasti millainen vaikutelma teille jäi ohjaustilanteesta ja ohjauksen sisällöstä.

_____

_____

_____

_____

_____

21. Mitä ehdotuksia teillä on ohjaustilanteen parantamiseksi?

_____

_____

_____

_____

_____

Kristiina Holm
Presidentinpuistokatu 25 as 13
28130 PORI
Puh. 040-5761865

ANOMUS

LIITE 6

27.6.2006

Satakunnan sairaanhoitopiiri
Ylihoitaja Päivi Hautaoja

TUTKIMUSLUPA

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on angiografiaan ja pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Tarkoituksenamme on toteuttaa tutkimus sisätautiosasto KM4:llä. Tutkimusaihe on osastonhoitaja Marjatta Salon ehdottama.

Anomme kohteliaimmin tutkimuslupaa kyselytutkimuksellemme. Kyselylomake (LIITE 1) annetaan sisätautiosasto KM4:ltä kotiutuville potilaille, jotka lähettävät lomakkeen takaisin osastolle, josta noudamme ne henkilökohtaisesti. Kyselylomake käsittelee potilaiden mielipiteitä osastolla saamastaan ohjauksesta. Tarkempi tutkimussuunnitelma on liitteenä (LIITE 2). Tutkimukseen osallistuminen on potilaille vapaaehtoista ja vastauksia käsittelemme luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaamisesta ei aiheudu vastaajille kustannuksia.

Kyselylomaketta jaettaisiin neljällekymmenelle osastolta kotiutuvalle potilaalle mahdollisesti heinäkuulta lokakuun alkuun.

Kunnioittaen

Kristiina Holm

Sanna-Leena Viljanen

29.6.2006

Myönnämme luvan, edellyttäen, että seuraamme valmiin työnne käyttöämme

Pääsi Vauhkonen
yliharjoittaja

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

OP07 versio 1/06
SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

LIITE 7

Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi
Kristiina Holm	0200656	HTO2P/2v	
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi
Sanna-Leena Vihjanen	0200666	HTO2P/2v	
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi

Toimipiste
Sosiaali- ja terveys, Porin yksikkö
Työn ohjaaja ammattikorkeakoulussa
Mirja Ojala
Toimeksiantajan nimi ja yhteystiedot
Satakunnan keskussairaala, Sairaalantie 3, 28500 Pori puh. 02 62771
Toimeksiantajan yhteyshenkilö ja yhteystiedot
Marjatta Salo, puh. 02-6277870
Opinnäytetyön nimi
Angiografiaan ja pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus
Työn etenemisaikataulu
Aineseminaari 30.5.06, Suunnitteluosemin. 29.08.06 Raportointiosemin marraskuu 2006

Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsopimus ja työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Ammattikorkeakoululle syntyvien kustannusten peittämiseksi työhön liittyy/ei liity palvelumaksu. Projektin aiheuttamien kustannusten korvaamisesta tehdään erillinen sopimus.

Ammattikorkeakoulu vastaa työn seurannasta, työn riittävästä laatutasosta sekä aikatauluista. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista. Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.

Sopimuksen liitteenä on hyväksytty tutkimus-/projektisuunnitelma.

Päiväys
1 / 11 .2006

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus	Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus
Marjatta Salo / OH KHH	Kristiina Holm
Ammattikorkeakoulun edustajan allekirjoitus	Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus
	Sanna-Leena Vihjanen

Päivitetty 5.9.2006