

**TAHDISTINPOTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN  
OHJAUKSESTA KARDIOLOGIAN OSASTOLLA**

Halonen Hanne  
Väisänen Mari  
Opinnäytetyö  
Kevät 2011  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Halonen, Hanne ja Väisänen, Mari. Tahdistinpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta kardiologian osastolla. Oulu 2011. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Opinnäytetyö, 36 sivua + 2 sivua liitteitä.

## **TIIVISTELMÄ**

Suomessa asennetaan vuosittain tahdistimia noin 3000 potilaalle. Tahdistinhoidolla korjataan sydämen sähköisen toiminnan häiriöitä. Tahdistimenasennus on paikallispuudutuksessa tehtävä toimenpide ja siten sairaalassa oloaika tahdistimen asennuksen yhteydessä on lyhyt. Potilaan on omaksuttava tässä ajassa paljon tietoa. Potilasohjauksen tulee olla hänen kotona selviytymistä edistävää. Onnistunut ohjaus lähtee potilaan tarpeista.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla tahdistinpotilaiden kokemuksia Oulun yliopistollisen sairaalan kardiologian osastolla saamastaan ohjauksesta. Tutkimuksemme tavoitteena on tahdistimen asennuksen läpikäyneiden potilaiden kokemusten avulla auttaa potilasohjauksen laadun arviointia. Tiedon avulla voidaan myös kehittää potilasohjausta ja siten edistää potilaan hyvinvointia.

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineiston keräsimme haastatteleamalla neljää tahdistimen asennuksen läpikäynyttä potilasta. Tiedonantajat saimme Oulun yliopistollisen sairaalan kardiologian osaston kautta. Osaston henkilökunta valitsi tutkimus-  
tamme varten pysyvän tahdistimen asennukseen tulevia potilaita.

Aineiston analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Tutkimustuloksina esittelemme tahdistinpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja ohjauksen toteutumisesta kardiologian osastolla. Saatujen tulosten avulla voidaan tarkastella potilasohjauksen laatua. Potilaat kokivat saavansa ohjausta tasapuolisesti lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta. Lisäksi tiedonantajat pitivät tärkeänä ohjeiden läpikäymistä hoitohenkilökunnan kanssa ennen kotiutumistaan, heidän mukaansa saamat kirjalliset ohjeet täydensivät saatuja ohjeita. Yhteydenoton mahdollisuus myöhemmässä vaiheessa lisäsi turvallisuuden tunnetta. Kontrolliajan mukaan saaminen takasi tiedon hoidonjatkuvuudesta. Johtopäätöksenä voimme esittää, että potilaat kokivat saamansa ohjauksen pääsääntöisesti riittäväksi ja selkeäksi.

Avainsanat: sydämentahdistin, potilasohjaus, sairastumisen kokeminen.

Authors: Halonen, Hanne & Väisänen, Mari

Title of bachelor's thesis: Pacemaker Patients: Patients' Experiences of Guidance in Cardiology Ward

Supervisors: Manninen, Elsa & Nissinen Tuula

Spring term 2011

Number of pages: 36 pages + 2 appendix pages

---

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Pacemakers are used to repair disturbances in the electrical functioning of the heart. The procedure is performed in local anesthesia. Due to the short time spent in the hospital a patient needs to adopt a lot of information in a short period of time. Correctly executed patient guidance should be derived from the needs of the patient and the guidance should always be done in the interest of the patient's independent coping at home.

**AIM:** The objectives for the thesis were to describe the patients' experiences of the guidance on a cardiology ward and to contribute to the quality assessment of the guidance. This information can be used to further develop guidance to promote the well-being of pacemaker patients.

**METHOD:** This study was conducted using qualitative methods. The research material was gathered by interviewing four pacemaker patients. The data was analyzed using the method of content analysis.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** According to the patients the most part the guidance had been sufficient and easy to understand and it was important to go through the instructions together with a healthcare professional before discharge from hospital. The findings of this study can be used to evaluate the quality of the patient guidance.

**Keywords:** pacemaker, patient guidance, the experience of becoming ill.

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	5
2 TAHDISTINPOTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAUS.....	7
2.1 Tahdistinpotilaan hoidon aiheet ja tahdistintyypit .....	7
2.2 Tahdistimen asennus ja seuranta .....	8
2.3 Tahdistimen vaikutus potilaan päivittäiseen elämään.....	9
2.4 Potilaan kokemukset sairastumisesta .....	10
2.5 Potilasohjaus hoitotyössä .....	11
2.6 Aikaisempia tutkimustuloksia potilasohjauksesta.....	13
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	15
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät .....	16
3.2 Tiedonantajien valinta .....	16
3.3 Aineiston kerääminen.....	16
3.4 Aineiston käsittely ja analysointi .....	18
4 TUTKIMUSTULOKSET .....	21
4.1 Tiedonantajien kuvaus .....	21
4.2 Tiedonantajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saamisesta .....	22
4.3 Tiedonantajien kokemuksia ohjauksen toteutumisesta .....	23
5 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	26
5.1 Kokemukset tiedon ja ohjauksen saamisesta .....	26
5.2 Kokemukset ohjaamisen toteutumisesta.....	27
6 POHDINTA.....	29
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	29
6.2 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusideat.....	31
LÄHTEET .....	33
LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Sydämen tehtävänä on kierrättää verta kaikkialle elimistöön. Terve sydän pystyy säätämään pumppaustoimintaansa kuormitustilanteista riippuen. Sydänsairauksissa sydämen normaali toiminta on häiriintynyt johtuen rytmihäiriöistä, hapenpuutteesta tai pumppaustoiminnan häiriöistä. Sydämen pumppaustoimintaan tarvitaan sähköinen ohjausjärjestelmä, jonka muodostavat sydämen tahdistinsolut ja johtoradat. Johtoratajärjestelmän toiminta alkaa oikean eteisen takaseinämän yläosassa sijaitsevasta sinussolmukkeesta, joka on sydämen varsinainen tahdistaja. (Kettunen 2008, 21 - 24.)

Ensimmäinen sydämentahdistin asennettiin vuonna 1958. Tahdistinhoidolla korjataan sydämen sähköisen toiminnan häiriöitä, joista aiheutuu sykkeen hitautta tai puutteellista sykkeen nousua raskuuden yhteydessä. Tahdistinhoidolla voidaan hoitaa myös henkeä uhkaavia rytmihäiriöitä tai sydämen vajaatoimintaa aiheuttavaa supistumisen epäsymmetrisyyttä. Suomessa tahdistimia asennetaan vuosittain noin 3000 potilaalle. Tahdistinjärjestelmä käsittää varsinaisen tahdistimen eli generaattorin sekä yhden tai useamman tahdistinjohdon eli elektrodin. Elektrodit välittävät tahdistimen toimintakäskyt tahdistettavaan kohtaan ja sydämestä tulevan rytmityödon generaattoriin. (Parikka 2008, 474.)

Potilaan ohjaaminen on aina ollut osa sairaanhoitajan työtä. Hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjaamiseen, koska he ovat ajallisesti eniten tekemisissä potilaiden kanssa. Onnistunut ohjaus edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Tilanteen suunnittelu alkaa potilaan tarpeiden ja tavoitteiden määrittelystä. Ohjaustilanteessa hoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle ja hänellä tulee olla taito kuunnella ja havainnoida potilasta. Ohjauksen tulisi herättää mielenkiintoa asiaa kohtaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26-28.)

Opinnäytetyömme aiheena on Sydämentahdistin potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Työn muoto on laadullinen tutkimus. Valitsimme aiheen, koska olemme kiinnostuneita sisätauti-kirurgisesta hoitotyöstä ja etenkin sydänpotilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. Koemme potilaiden ohjauksen tärkeäksi osaksi hoitotyötä, joten tutkimuksen tekeminen aiheesta tuntui luontevalta.

Tutkimuksemme vastaa Oulun yliopistollisen sairaalan (Oys) kardiologisen osaston tarpeeseen selvittää, kuinka tahdistinpotilaat kokevat nykyisen potilasohjauksen. Kardiologinen osasto on sydäntutkimusosasto, joka vastaa sydänsairautta sairastavien potilaiden hoidosta Pohjois-Suomessa. Potilaat tulevat läheteellä tai päivystyksellisesti Oys:n muilta osastoilta tai muista sairaaloista. Osastolla tehdään sydämen varjoainekuvauksia, pallolaajennushoitoja, rytmihäiriöiden diagnostiikkaa ja hoitoja, tahdistimen asennuksia sekä muita polikliinisiä sydäntutkimuksia. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu potilaiden valmistelu tutkimuksiin, tutkimuksen suorittaminen, jälkihoito ja jatkohoidon suunnittelu.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata tahdistinpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta kardiologian osastolla. Työmme tavoitteena on antaa tietoa tahdistimen asennuksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta. Tiedon avulla voidaan kehittää tahdistinpotilaan ohjausta ja siten edistää potilaan hyvinvointia sekä kehittää hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Kardiologian osaston henkilökunta valitsi neljä potilasta, joille oli asennettu pysyvä sydämentahdistin. Tutkimusmuotona on teemahaastattelu. Tutkimustuloksena esittelemme tahdistinpotilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta.

## 2 TAHDISTINPOTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAUS

Aihe tahdistinhoitoon on oireileva tai ennustetta huonontava rytmii- tai johtumishäiriö, johon tahdistinasentaminen auttaa. (Holmström 2005, 128). Yleisimmät sydänpotilaille tehtävät tutkimukset ovat mm. lepo- ja rasitus- EKG, sydämen kaikututkimus ja Holter-tutkimus eli vuorokausi EKG tutkimus. Mikäli epäillään sepelvaltimotautia, potilaalle tehdään myös sepelvaltimoiden varjoainekuvauks. Mikäli sydän ei saa aikaan sykähdyttä aiheuttavia sähköisiä aktiivuuksia, ne on tuotettava tahdistimen avulla. Nykyaikaiset tahdistimet seuraavat sydämen omaa sähköistä toimintaa ja toimivat vain silloin, kun sitä ei ole. Useat tahdistimet aistivat kehon liikkeitä ja nostavat sykettä tilanteen mukaan. (Partanen 2005, 146.)

Suunnitelluissa eli elektiivisissä tahdistimen asennuksissa potilaat tulevat tahdistimen asennusta varten OYS:n kardiologiselle osastolle vuodeosastolta tai polikliinisesti kotoa. Mikäli potilaat tarvitsevat sairaalahoitoa toimenpiteen jälkeen, he menevät vuodeosastolle 35, jossa potilaan vointia edelleen seurataan. Kotiutuessaan potilas saa kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet ja hänellä on mahdollisuus keskustella toimenpiteeseen liittyvistä asioista kotiuttavan lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa. (Kukkonen 2010.)

### 2.1 Tahdistinpotilaan hoidon aiheet ja tahdistintyypit

Sydänsairaudet jaotellaan synnynnäisiin tai hankittuihin sairauksiin. Tyypillisimpiä synnynnäisiä sydänsairauksia ovat läppäviat, sydämenrakenne- tai verisuoniston poikkeamat ja väliseinäaukot. Lisäksi osa sydänlihassairauksista ja rytmihäiriöistä voi olla synnynnäisiä. Hankitut sydänsairaudet kehittyvät iän myötä. Niiden kehittymiseen vaikuttavat elämäntavat, lääkkeiden käyttö ja tulehdussairaudet. Yleisimmät hankitut sydänsairaudet ovat sepelvaltimotauti ja eteisvärinä. Tyypillisimmät sydänsairauden oireet ovat rintakipu, joka paikantuu rintalastan seutuun, painon tunne rinnassa, hengenahdistus, muljahdukset ja tykytykset. Oireina voivat olla myös poikkeava väsymys, huimaus ja pyörtyminen. (Mäkijärvi 2008, 8 – 9.)

Tahdistinhoito takaa elämän jatkumisen useille sydänsairaille, joilla uhkana on sydämen pysähtyminen tai vaarallinen rytmihäiriö. Tahdistinhoidolla parannetaan myös elämänlaatua lisäämällä sydämen työtehoa, jos sydämen toiminta on heikkoa. Tahdistinhoidolla voidaan aut-

taa sydäntä kolmessa toimintahäiriössä. Niitä ovat hitaan sydämen tahdistin eli bradykardiatahdistin, vajaatoimintatahdistin eli biventrikulaarinen tahdistin ja rytmihäiriötahdistin eli ICD (implantable cardioverter-defibrillator). (Parikka 2008, 475.)

Hitaan sydämen tahdistinhoito on aiheellinen, kun hidasyöntisyys aiheuttaa oireita, kuten voimattomuutta, huimausta ja heikkoa rasituksen sietoa. Sitä käytetään myös, jos on olemassa vakavan sairauskohtatauksen, kuten sydänpysähdyksen vaara. Hoidon tarkoituksena on palauttaa sydämen puuttuva tai hidastunut supistustoiminta tahdistimen avulla. (Hartikainen 2008, 477 – 478.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihas ei kykene pumppaamaan riittävästi verta elimistön tarpeisiin. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan jonkin sydäntä rasittavan tilan lopputulos. Tahdistin asennetaan vain vaikeaa sydämen vasemman kammion vajaatoimintaa sairastaville henkilöille, jos hyvän lääkehoidonkin jälkeen oireet ovat vaikeat. (Parikka 2008, 497 – 499.)

Tavallisin rytmihäiriötahdistimen asennuksen aiheena on myöhään sydäninfarktin jälkeen ilmaantunut kammiotakykardia tai -värinä. Rytmihäiriötahdistin toimii samalla periaatteella kuin elvytyksessä käytettävä defibrillaattori. Sykkeen hidastuessa liiallisesti rytmihäiriötahdistin toimii tavanomaisen tahdistimen tavoin ja vaarallisen tiheälyöntisyyden aikana se palauttaa laitteen ohjelmoinnin mukaan sydämen normaalin rytmin. (Raatikainen 2008, 494 – 495.)

## **2.2 Tahdistimen asennus ja seuranta**

Sydämentahdistimen asennus on paikallispuudutuksessa tehtävä pieni leikkaustoimenpide, joka suoritetaan sen hoitoon erikoistuneessa kardiologisessa tai kirurgisessa yksikössä. Yleensä tahdistin asennetaan rintakehälle ihon alle vasemmalle tai oikealle puolelle solisluun alapuolelle. Oikeakätisellä suositetaan vasenta puolta ja vasenkätisellä oikeaa puolta. Asennuspuoleen vaikuttaa myös potilaan ihon kunto. Leikkausalue puudutetaan ja sen jälkeen tehdään noin viiden senttimetrin mittainen viilto. Viillon kautta haetaan esiin laskimosuoni (vena cephalica), jonka kautta uitetaan tahdistinjohto sydämen oikeaan eteiseen tai kammioon ja kiinnitetään ompeleella ympäröivään kudokseen. Johdon paikka testataan ulkoisella mittauslaitteella ja läpivalaisulla varmistetaan, että johto on sopivan löysällä. Tahdistinlaitetta varten tehdään rintalihaksen päälle tahdistintasku ja johdot ruuvataan kiinni tahdistinlaitteeseen. Laite kiinni-



tetään ompeleella ympäröivään kudokseen ja haava suljetaan. Toimenpide kestää puolesta tunnista kolmeen tuntiin. (Yli-Mäyry 2008, 486 - 492.)

Asennuksen jälkeen laite ohjelmoidaan ja pois suljetaan keuhkokuvalla pneumothorax eli ilmarinta ja varmistetaan johtojen paikallaan olo. Tahdistimen ohjelmoinnissa otetaan huomioon potilaan sydämen sähköisen järjestelmän poikkeavuudet ja rakenteelliset sydänsairaudet. (Yli-Mäyry 2008, 486 - 492.) Välittömästi toimenpiteen jälkeen potilasta seurataan tarkoin mahdollisen infektion, vuodon, sepsiksen sekä rytmihäiriön varalta. Paikalliset kivut, nykimiset, hikka ja heikotuskohtaukset voivat olla merkki tahdistimen toiminnanhäiriöstä. Periaate tahdistinhoidossa olevan potilaan seurannassa on, että jos hänellä on poikkeavia tuntemuksia tai hänen vointinsa tuntuu epätavalliselta, varmistetaan aina tahdistimen toiminta. (Holmström 2005, 132.)

Potilas saa ennen kotiutumista mukaansa tahdistinkortin, josta ilmenevät tiedot sydänsairauksista, tahdistintyypistä, mallista, sykerajoista, ohjelmoinnista sekä asennuksen suorittaneesta lääkäristä ja sairaalasta. Hoidon seuranta tapahtuu asiaan perehtyneessä poliklinikassa. Mahdolliset komplikaatiot ilmenevät yleensä varhaisessa vaiheessa. Ensimmäinen seurantakäynti on aiheellinen 3 - 6 kuukauden kuluttua asennuksesta. (Holmström 2005, 132.) Tahdistimen tarkistus suoritetaan ulkoisen ohjelmointilaitteen avulla. Seurantakäynneillä tarkistetaan virtalähde, tahdistuskynnys, tunnistusherkyys ja tahdistustapa. Silloin selvitetään myös johtojen ja generaattorin tila sekä määritetään tunnistusta kuvaavat eteisten ja kammioiden aallot. Myöhemmät tarkastuskäynnit ovat pidemmällä aikavälillä, jotka vaihtelevat 6 kuukauden - 2 vuoden välillä, mikäli ei ilmene ongelmia. Silloin tarkastetaan johtojen tila ja virtalähteen kesto. Tahdistin joudutaan vaihtamaan noin 7 - 10 vuoden välein ja yleensä vaihdetaan vain generaattori. (Yli-Mäyry 2008, 486 - 492.)

### **2.3 Tahdistimen vaikutus potilaan päivittäiseen elämään**

Pienen kokonsa ansiosta nykyaikainen sydämentahdistin on melko huomaamaton, ja laite ei sinänsä juuri rajoita tavanomaisia työ- ja kotiaskareita. Tahdistin ei ole este saunomiselle, uimiselle tai kylpemiselle. Tahdistin ei myöskään rajoita sukupuolielämää eikä raskautta. Liikunnassa pitää varoa voimakkaita olkanivelen liikkeitä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 263 - 264.)

Nykyaikaiset tahdistimet on suojattu ulkoisilta häiriöiltä erittäin tehokkaasti. Kuitenkin sairaalahoidon tutkimukset ja toimenpiteet, kuten magneettikuvaus, sädehoito tai diatermialaitteen käyttö voivat mahdollistaa tahdistimen toimintahäiriön. Toimenpiteet aiheuttavat sähkömagneettisen vuorovaikutuksen ja voivat sekoittaa tahdistimen toimintaa. Tahdistimen toiminta on tarkastettava aina ennen potilaan kotiutumista sairaalasta. (Raatikainen & Linnaluoto 2003, 323,325.)

Potilaan työkykyä arvioitaessa on otettava huomioon perussairauden asettamat rajoitukset. Nykyaikaiset tahdistimet ovat niin hyvin suojattuja, että ulkoisten tekijöiden häiriöt ovat ohimeneviä. Tietokone ja tavanomaiset kodinkoneet eivät vaikuta tahdistimen toimintaan, kun ne ovat kunnossa. Myöskään metallinpaljastimen läpi kulkeminen ei ole vaarallista ja kaupan varshälyttimien läpi voi kulkea normaalisti. Moottorisahan, hitsauslaitteiden ja magneettien (kaiuttimet) käytössä voi olla rajoituksia. (Raatikainen 2008, 476 – 478.)

#### **2.4 Potilaan kokemukset sairastumisesta**

Tieto sydänsairaudesta tulee useimmiten yllättäen ja vakava sairastuminen aiheuttaa aina jonkinasteisin psyykkisen kriisin. Henkinen sopeutuminen vie usein enemmän aikaa kuin sairauden oireiden saaminen hallintaan. Vakavan sairauden puhjettua arkirutiinit keskeytyvät ja aika pysähtyy. Sydänpotilailla sairastumisen aiheuttama kriisi voi ilmetä mm. pelkotiloina, ahdistuksena, unettomuutena tai tunteiden ailahteluina. Suuri osa potilaista kokee hoitotoimenpiteitä edeltävää, hoidon aikaista tai hoidon jälkeistä pelkoa ja ahdistusta. Potilaiden voi olla vaikea ilmaista pelkoaan, ja miespuoliset potilaat puhuvat usein jännittämisestä pelon sijasta. Pelokkaan ja ahdistuneen potilaan tunnuspiirteitä ovat mm. jännittyneisyys, levottomuus, keskittymiskyvyttömyys, kiihtyneisyys, unettomuus ja itkuisuus. (Penttilä 2008,118 – 119.)

Toipuminen etenee vaiheittain, sokista siirrytään vaiheeseen, jossa haetaan vastauksia tapahtuneelle. Potilaan tunnetilat vaihtelevat ja hän voi olla aloitekyvytön. Potilas voi pelätä sairauden uusiutumista, kipua, fyysisen toimintakyvyn alenemista ja kuolemaa. Huolia voivat aiheuttaa myös taloudellisen tilanteen muutokset. Lisäksi mieltä voivat askarruttaa oman kehonkuvan muutokset ja oma rooli puolisona. Ahdistusta voivat tuoda myös sairauden vaatimat elintapamuutokset. (Penttilä 2008, 119 – 120.)

Sairastumisen alkuvaiheessa sydänpotilaita askarruttavia kysymyksiä ovat, miten selviytyä kotitöistä, siivouksesta, kaupassakäynnistä ja muista arkisista kuormitustilanteista. Yhtä pätevää ohjetta ei ole, koska jokaisella sairaudella on omat ominaispiirteensä ja jokaisella potilaalla omat rajoituksensa. Sydänpotilaan elämä normalisoituu usein vähitellen tuttujen kotiaskareiden kautta. Voimien palautumisen jälkeen ei ole mitään syytä jäädä vuoteeseen ja lakata elämästä. Pelon ja ahdistuksen hetkellä tärkeät ihmissuhteet nousevat merkityksellisemmiksi ja pelot voivat nostaa esiin myös ristiriitoja ihmissuhteissa. Ongelmat tulisi tiedostaa ja käsitellä siinä vaiheessa, kun pahin sairastumisen kriisi on ohi ja arkielämä normalisoitunut. (Penttilä 2008,120, 123.)

## **2.5 Potilasohjaus hoitotyössä**

Hoitosuhteen tavoitteena on auttaa sairastanutta hoitamaan itse omaa terveyttään kaikessa, missä se on mahdollista. Hoitosuhteessa etsitään yhdessä keinoja, joilla potilaan omat tavoitteet ja hoidon hyvä teho toteutuvat. Sairastumisen alkuvaiheessa on syytä käydä asiat perusteellisesti läpi ja mitään ei tule olettaa itsestään selväksi. Hoitoyksikön työnjako on suunniteltava sellaiseksi, että potilaan kanssa keskusteluun jää riittävästi aikaa. Potilaan ohjaus on neuvottelua, sopimista, sitoutumista ja keskeistä hoitosuhteessa on molemminpuolinen luottamus. Hyvää hoitosuhdetta edistää lääkärin ja hoitajien hyvä ammattitaito ja tuomitsematon suhtautuminen potilaaseen. (Linkola 2008, 130.)

Ohjauksen tarve voi liittyä terveydentilaan, elämänkulun eri vaiheisiin tai elämäntilan muutospäiväheeseen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa asiakkaan ohjaustarpeita. Asiakkaiden erilaisuus ja erilaiset tarpeet asettavat ohjaukselle suuria haasteita. Asiakkaan taustatilanteiden huomioinnin lisäksi tavoitteisiin pääseminen vaatii myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamista. Hoitajan tulee ymmärtää omat tunteensa ja tapansa ajatella ja toimia, jotta hän kykenee toimimaan siten, että asiakkaan tilanne selkiytyy. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 27.)

Sairaalahoitoon jälkeen arkeen saattaa olla vaikea palata. Potilaille saattaa olla useita kuukausia sairaalahoitoon jälkeen monenlaisia tunnereaktioita tai masentuneisuutta, jotka voivat haitata toipumista ja heikentää elämänlaatua. Nykyinen hoitoprosessi on lyhyt ja kotiutuminen on nopeaa. Mikäli potilas ei ehdi henkisesti valmistautua tilanteeseensa vaan voi olla psyykkisessä sokissa vielä kotiutuessaan, hän voi kokea jääneensä ”tyhjän päälle”. Tällaisessa mielentilas-

sa oleva potilas ei kykene ottamaan vastaan ja käsittelemään tietopainotteista ohjausta. Tässä vaiheessa on tärkeää, että kotiutustilanteeseen on varattu tarpeeksi aikaa potilaan mieltä askaruttaville kysymyksille. Potilaan ja hänen läheisensä tulee saada mukaan kirjalliset kotihoito-ohjeet, selkeät ohjeet jatkohoitopaikasta ja ajasta, sekä tieto siitä, mitkä oireet ovat vaarallisia ja mihin niiden ilmaannuttua tulee hakeutua. Näillä tiedoilla potilaalla on selkeä kiintopiste, jonka varaan arjen toiminnat voi rakentaa. Tutkimusten mukaan sydänpotilaiden on usein todettu olevan tietämättömiä keskeisistä hoitoonsa kuuluvista asioista, kuten normaaleista ja epänormaaleista oireista, sairauden uusiutumisvaarasta, jatkohoitopaikasta ja Kansaneläkelaitoksen (Kelan) korvausten hakemisesta. Näiden asioiden tulisi olla selviä, jotta paluu arkeen ja omahoito onnistuisivat. (Penttilä 2008, 119 - 120.)

Sydämentahdistinhoitoon päädyttyä on ensiarvoisen tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä tietävät, millaisesta hoidosta on kyse. Ohjauksen lähtökohtana ovat ne tiedot, jotka potilaalla jo on. Potilaan lievä ahdistuneisuus kuuluu asiaan, voimakas ahdistus vähentää potilaan tiedon vastaanottokykyä. Potilas omaksuu asiat helpommin pienissä erissä kuin kaikki yhdellä kertaa. Ennen tahdistimen asennusta potilaalle selvitetään tuleva toimenpide. Sydämen rakennetta ja toimintaa voidaan havainnollistaa kuvamateriaalin avulla. Potilaalle annetaan mahdollisuus tutustua laitteeseen etukäteen. Tahdistinpotilaan ohjauksen tavoitteena on, että potilas tunnistaa häiriöt tahdistimen toiminnassa. Tavallisuudesta poikkeavat merkit ovat huimaus, pyörtyminen, rintakipu, sydämentykytys ja pitkittynyt hikka. Lisäksi potilaan tulee tarkkailla tahdistintaskun haavan paranemista, ihon kuntoa sekä kivun tai painon tunnetta tahdistinalueella. Potilasta ohjataan pitämään aina mukana tahdistinkorttia. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2003.)

Laadultaan hyvä hoito tarkoittaa sitä, ettei potilaan ihmisarvoa loukata ja että hänen vakaumustaan kunnioitetaan. Potilaan kanssa keskustellaan siten, että hänen elämäntilanteensa, voimavaransa ja muut hoidon onnistumiselle vaikuttavat tekijät otetaan huomioon ja hoidolle asetetaan tavoitteet. Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista ja hoidon merkityksistä. Selvitys tulee antaa ymmärrettävästi ja huomioidaan, että myös ohjauksessa potilaalla on itsemääräämisoikeus. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 16 – 17.)

Ohjausympäristön tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tällaisia tekijöitä ovat mm. hoitokulttuuri ja fyysinen ympäristö. Hoitoyksikön ilmapiiri,

siisteys ja viihtyvyys merkitsevät asiakkaalle paljon. Paras fyysinen tila on sellainen, jossa voidaan häiriöttömästi keskittyä asiaan. Yksi ohjauksen hankaloittava tekijä on kiire ja siitä johtuva ohjaukseen käytettävän ajan vähyys. Asiakkaan aistiessa hoitajan kiireen hän ei ehkä kysy ja luota siihen, että hänen asiaansa kunnioitetaan. On havaittu, että laadukas ohjaus on muun muassa edistänyt asiakkaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Se on myös parantanut asiakkaan mielialaa vähentämällä masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. (Kyngäs, ym. 2007, 36, 145.)

## **2.6 Aikaisempia tutkimustuloksia potilasohjauksesta**

Alasaarela (1998) on opinnäytetyössään kartoittanut sydänkatetrointiin tulevien potilaiden kokemuksia tiedontarpeista ja sen mukaan potilas tarvitsee yksityiskohtaista neuvontaa sairauteen liittyvissä asioissa. Tutkimusaineisto oli kerätty kirjeillä Oulun yliopistollisen sairaalan kardiologian osaston sydänkatetrointiin tulevilta potilailta. Vastaajina oli ollut 13 potilasta ja he olivat saaneet vapaasti kirjoittaa omista kokemuksistaan kirjeessä annettuihin teemoihin. Potilaiden mielestä oli tärkeää, että heille kerrotaan, miten heidän jatkohoitonsa etenee. He eivät välttämättä tienneet, mitä hoitoa heillä olisi mahdollista saada, kuka sitä antaa ja keneltä saa tietoa ongelmatilanteissa. He halusivat myös tietää, säilyykö hoitosuhde sydänosastoon.

Mäenpään (2007) Pro gradu tutkielman mukaan potilaat olivat saaneet pääosin riittävästi ohjausta sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista. Tutkielman tarkoituksena oli ollut kuvailla sitä, millaiseksi potilaat olivat arvioineet potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutumisen Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimus on kvantitatiivinen ja aineisto oli kerätty kyselylomakkeilla sairaalan eri osastojen ja poliklinikoiden potilailta syys-marraskuussa 2006. Potilaat kokivat saaneensa eniten ohjausta lääkäri-hoitaja työparilta. Potilaslähtöinen ohjaus toteutui käyttämällä ymmärrettävää ja selkeää kieltä. Potilasta kuunneltiin ja hänelle oli annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä. Ohjauksessa ilmeni myös puutteita. Ohjattavia asioita ei sovellettu potilaan elämäntilanteeseen ja he kokivat sosiaalisen tuen saamisen riittämättömäksi. Potilailla ei ollut riittävästi mahdollisuuksia keskustella ongelmista, ohjeita ei perusteltu heille ja omaisten mukaanotto ohjaustilanteissa oli vähäistä. Pääosin ohjausaikaa oli riittävästi ja ohjaus toteutettiin asianmukaisissa tiloissa, vaikkakin kehittämissuhteiksi toivottiin ohjaukselle enemmän aikaa ja rauhallisia tiloja.

Silvola (2008) on opinnäytetyössään kartoittanut Oulun yliopistollisen sairaalan sydänpotilaita ohjaavien hoitajien ohjausosaamista sekä kouluttautumisen ja yhteistyötoiveita erikoissairaanhoidon kanssa. Tutkimus on laadullinen ja aineisto oli kerätty kyselylomakkeella sydänpotilaita ohjaavilta hoitajilta. Vastaajia oli ollut yhteensä 27, joista 15 sairaanhoitajaa ja 12 terveydenhoitajaa. Vastaajista yhteensä 10:llä oli erityisosaamisena sydänhoitajan koulutus. Tutkimuksen mukaan yhtenä keskeisenä alueena hoitotyössä on potilaiden ohjaus hoitoaikojen lyhentyessä. Tutkimustulosten perusteella sydänpotilaita ohjaavat hoitajat ottavat huomioon potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet ja pitävät ohjausosaamistaan hyvänä tai kohtalaisena, jota työkokemus vahvistaa. Kouluttautuminen ja tietojen päivittäminen koettiin tärkeäksi. Tutkimustulosten mukaan hoitajat toivoivat myös selkeää tiedonkulkua potilasta hoitavien ammattiryhmien välillä. Vastaajien mukaan nykyisin yhä enemmän potilaat ovat kiinnostuneita siitä, kuinka voivat vaikuttaa itseensä kohdistuvassa hoidossa ja ohjauksessa.

Niemisen ja Takalan (2008) opinnäytetyössä oli kartoitettu sydämentahdistinpotilaan kokemuksia elämisestä tahdistimen kanssa. Tutkimustulokset oli kerätty kirjallisen kyselyn avulla. Osallistujina oli 12 tahdistinpotilasta Lahden Sydänyhdistyksestä. Vastaajat kokivat tahdistimen asennuksen jälkeen elämänlaadun parantuneen ja he pitivät tahdistinta tarpeellisenä ja turvallisuudentunteen lisääjänä terveydentilassaan. Epävarmuutta aiheutti hämmennys, epävarmuus ja pelko, koska lähes kaikille vastaajille tahdistin oli asennettu kiireellisenä toimenpiteenä. Tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat saaneensa liian vähän tietoa hoitohenkilökunnalta sydämentahdistimesta ja sen kanssa elämisestä asennuksen jälkeen. Epäselvyyttä oli esimerkiksi sopivan fyysisen liikunnan määrässä, kodinkoneiden käytön vaikutuksista ja tahdistimen toimivuudesta.

Lassila ja Paso (2007) käsittelevät opinnäytetyössään kirurgisen potilaan ohjausta kirjallisuuskatsauksen avulla. He ovat keränneet aineistoa 13 tutkimuksen avulla, jotka käsittelevät aikuisen kirurgisen potilaan ohjausta potilaan näkökulmasta. Työn tarkoituksena on ollut tehdä johtopäätöksiä potilasohjauksen kehittämiseksi. Aineisto on kerätty suomalaisista (8) ja ulkomalaisista (5) tutkimuksista. Tulosten perusteella he ovat todenneet, että ohjausta on annettu eniten ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassa oloaikana. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa itsehoidosta, komplikaatioista ja tehdystä toimenpiteestä. Potilasohjeet koettiin sisällöltään yleiseksi ja potilaat toivoivat, että ohjauksen olevan enemmän yksilöllisempää.

### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa jo olemassa olevia väittämiä. Laadullisessa tutkimuksessa jokainen kertomus on myös todellinen tapaus ja edustaa sellaisenaan laadullista tutkimusta. Laadullisen tutkimuksen luonteelle on tyypillistä, että tiedon hankinta ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Tiedonkeruun välineinä suositaan ihmisiä ja käytetään metodeja, joissa tutkittavan näkökulmat pääsevät esille, kuten haastattelut ja havainnoinnit. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 152 - 155.)

Tapaustutkimus sisältää useita tutkimusmenetelmiä ja siksi on perusteltua sanoa, että se on tutkimustapa, jonka sisällä voidaan käyttää erilaisia aineistoja ja menetelmiä. Tapaustutkimuksessa käsitellään pientä joukkoa tapauksia, usein vain yhtä tiettyä tapausta ja lähtökohtana on kerätä mahdollisimman monipuolinen aineisto. Tapaustutkimuksen avulla voidaan testata, täsmentää tai laajentaa aiemmin esitettyjä teorioita. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 9 – 10, 19.)

Tapaustutkimus on kokonaisvaltaista kuvausta ilmiön laadusta. Se on konkreettista ja yksityiskohtaista todellisuuden kuvaamista ja tulkintaa. Tiedonantajien ääni kuuluu esitettyinä lainauksina puheesta. Tapaustutkimus keskittyy kuvaamaan tietyn ryhmän yksittäisiä ongelmia luoden samalla ilmiöstä kokonaisvaltaisen kuvan. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 13 – 15.)

Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saamme tulokseksi tutkittavien omakohtaista tietoa. Tiedon avulla saamme vastaukset asetettuun tutkimustehtävään ja sitä kautta voimme tulevana hoitoalan ammattilaisina vaikuttaa potilasohjauksen kehittämiseen. Tutkimustapana tapaustutkimus on työhömme sopiva, koska kohteena on pieni joukko tiedonantajia ja tutkimus kohdistuu luonnollisiin tapahtumiin.

### **3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät**

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän avulla kuvata tahdistinpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Työmme tavoitteena oli antaa tietoa tahdistimen asennuksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksista saadusta ohjauksesta. Tutkimuksella saadun tiedon avulla voidaan kehittää tahdistinpotilaan ohjausta ja siten edistää potilaan hyvinvointia sekä kehittää henkilökunnan potilasohjaustaitoja.

Tutkimuksemme avulla etsittiin vastauksia seuraavaan kysymykseen:  
Millaisia kokemuksia tahdistinpotilailla oli saamastaan ohjauksesta?

### **3.2 Tiedonantajien valinta**

Tutkimuksen tiedonantajina olivat potilaat, joille oli juuri asennettu pysyvä tahdistin. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla heidän kokemuksia saamastaan ohjauksesta kardiologian osastolla ennen kotiutumista. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Oys:n kardiologian osaston kanssa, ja he valitsivat tiedonantajiksi neljä suunniteltuun tahdistimen asennukseen tulevaa potilasta. Kardiologisen osaston henkilökunta kysyi potilaiden suostumuksen ja jakoi laatimamme saatekirjeet (Liite 1). Osastolta ilmoitettiin meille puhelimitse tai sähköpostitse haastattelujen ajankohdista. Valintakriteereinä oli, että potilas oli kotona asuva omatoiminen henkilö, joka tulee suunnitellusti pysyvän sydämentahdistimen asennukseen.

### **3.3 Aineiston kerääminen**

Aineiston hankinnan suunnittelussa pohditaan, kerätäänkö aineisto itse vai käytetäänkö valmiita aineistoja, mikä tai ketkä ovat tutkimuskohteita, miten tutkittavat valitaan ja miten heidät tavoitetaan, sekä mitä hankintoja tarvitaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedonantajina voi olla vaikkapa vain yksi tapaus, toisaalta aineisto voi koostua useammasta yksilöhaastattelusta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. (Hirsjärvi ym. 2003. 164 – 165, 168.)

Yhtenä tiedonhankinnan perusmuotona on haastattelu. Sitä voidaan käyttää lähes kaikkialla ja sen avulla voidaan saada syvällistä tietoa. Kun haluamme tietää, miksi ihmiset toimivat tietyllä tavalla, on luonnollista keskustella heidän kanssaan. Haastattelu perustuu kielelliseen vuo-



rovaikutukseen ja se voi paljastaa asioita, joita tuskin muuten saataisiin selville. Haastattelu on siis keskustelu, jolla on tarkoitus. (Hirsjärvi & Hurme. 2008. 11.)

Haastattelun teko edellyttää huolellista suunnittelua. Haastattelun etuna muihin tiedonkeruumenetelmiin on, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja samalla voidaan selventää saatuja vastauksia. Haastattelun haittapuolena on, että se vie paljon aikaa. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastateltava halua antaa suotavia vastauksia tai tutkittavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin jossakin toisessa tilanteessa. (Hirsjärvi, ym. 2003, 192 – 197.)

Haastattelulajeja erotellaan sen mukaan, miten tarkasti haastattelu on ennalta säädelty eli miten tarkasti kysymykset on muotoiltu. Haastattelunimikkeiden valikoima on kirjava. Tutkimushaastattelut voivat olla strukturoituja lomakehaastatteluja tai strukturoimattomia haastatteluja. Strukturoidussa lomakehaastattelussa haastattelu tapahtuu ennalta määrätyn lomakkeen mukaan. Strukturoimattomalla haastattelulla tarkoitetaan mm. teemahaastatteluja tai avoimia haastatteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43 - 46.) Avoimessa haastattelussa selvitetään haastateltavan mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sen mukaan kun ne tulevat esille. Avoin haastattelu on lähimpänä keskustelua ja sitä käytetäänkin usein terapeuttisissa keskusteluissa. Teemahaastattelussa aihepiiri ja alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi, ym. 2003, 192 – 197.) Teemahaastattelun ominaispiirteinä on, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja tutkija on alustavasti selvitelty tutkittavan ilmiön kokonaisuutta. Teemahaastattelussa kaikkein oleellisinta on se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa ja tuo samalla tutkittavien äänen kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 – 48.)

Valitsimme haastattelumuodoksi teemahaastattelun, koska se antaa mahdollisuuden edetä joustavasti. Sen ansiosta saimme haastateltavalta luontevasti tietoa, mikä lisää tutkimuksemme luotettavuutta. Aloitimme aineiston keräämisen marraskuussa 2010 tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Aineiston keruu kesti noin yhden kuukauden esihaastattelu mukaan lukien. Aluksi mietimme tiedonantajien määräksi viittä potilasta, mutta lopulta päädyimme neljään, koska katsoimme sen riittäväksi määräksi tutkimuksemme kannalta.

Esihaastattelun avulla voidaan testata haastattelurunkoa, aihepiirin järjestystä ja kysymysten muotoja. Sen avulla saadaan myös selville haastattelujen keskimääräinen pituus. Esihaastatte-

lun avulla haastattelijat harjaannutetaan tehtäväänsä ja näin varsinaiset haastattelut sisältävät vähemmän virheitä. Esihaastattelut ovat haastattelun tärkeä osa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72.)

Esihaastattelun avulla pystyimme varmistamaan varsinaisten haastattelujen onnistumisen tekemällä tarvittavia muutoksia haastattelurunkoon. Esihaastattelu meni hyvin ja sen aineisto oli riittävän kattava, joten liitimme sen mukaan varsinaiseen tutkimusaineistoon. Ensimmäisessä haastattelutilanteessa olimme molemmat läsnä, ja loput kolme haastattelua teki meistä toinen. Halusimme tehdä haastattelut mahdollisimman lyhyellä aikavälillä, jotta ne olisivat vielä lopullisessa analyysivaiheessa hyvin muistissa. Meidän molempien, sekä tiedonantajien aikataulujen yhteensovittaminen oli vaikeaa. Siksi päätimme, että haastattelut suorittaa meistä se, joka pääsee paikalle sopivan tiedonantajan ilmentyessä. Haastattelut tehtiin osastolla 35 ennen tiedonantajien kotiutumista.

Haastattelutilanne aloitettiin esittelemällä haastateltaville tutkimuksemme taustaa ja tavoitteet ja käymällä läpi salassapitoon liittyvät asiat. Tiedonantajat allekirjoittivat ennen haastattelujen alkamista suostumuslomakkeen haastatteluun. Ennen varsinaisten kysymysten esittämistä keskustelimme vapaasti rentoutuaksemme. Aluksi haastateltavat saivat kertoa omin sanoin, kuinka heidän sairautensa oli alkanut ja hoitopolku oli edennyt. Haastattelutilanne eteni tilanteen mukaan, jota ohjasi teemahaastattelun runko (liite 2). Haastattelujen teemoina olivat ohjauksen saaminen eli keneltä tietoa oli saatu ja ohjauksen toetutuminen eli miten tietoa oli annettu, sekä ohjauksen mahdolliset puutteet. Haastattelut kestivät 30 - 45 minuuttia ja haastattelut nauhoitettiin.

### **3.4 Aineiston käsittely ja analysointi**

Laadullisen aineiston analysointitapoja on useita. Tavallisesti aineistoa analysoidaan samanaikaisesti aineiston keruun ja tulkinnan kanssa. Kun tutkija itse tekee haastattelut, analyysi alkaa jo haastattelutilanteessa. Haastattelijalla voi tehdä havaintoja esimerkiksi asioiden toistuvuuden perusteella. Laadullisen aineiston analyysitekniikat ovat moninaisia, ja ei ole yhtä ehdottomasti oikeaa analyysitapaa. Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on usein runsas, ja siitä heijastuu elämän monivivahteisuus. Aineiston elämnläheisyys tekee analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. Nauhoitettu haastattelu puretaan eli se kirjoitetaan tekstiksi sanasta sanaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 135 – 136.)

Laadullisen aineiston analyysimenetelmänä käytetään usein sisällönanalyysia. Sillä tarkoitetaan kerätyn tietoaaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällönanalyysissa olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Analysoimme aineiston pian haastattelujen tekemisen jälkeen, jolloin saatu aineisto oli tuoreessa muistissa. Aluksi kirjoitimme haastattelut sanasta sanaan kirjalliseen muotoon eli litte-roimme aineiston. Aineiston nauhoittamisen ansiosta pystyimme palaamaan yhä uudelleen saatuihin tietoihin. Tekstiä neljästä haastattelusta tuli yhteensä 15 sivua.

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston pelkistämässä aineistosta poimitaan tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Nämä ilmaukset ryhmitellään yhteenkuuluvuuden mukaan ja niistä muodostetaan kategorioita. Ryhmittelyä seuraa abstrahointi, jonka avulla lopulta saadaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 111.)

Luimme aineistoa useita kertoja saadaksemme kokonaiskuvan tutkimusaineistosta. Samalla pyrimme rakentamaan yleiskuvaa siitä, millaisena potilaat kokivat saadun ohjauksen. Analysoinnissa painotettiin jokaisen tapauksen yksilöllisten ominaisuuksien ja kokemusten kuvaamiseen. Haastattelukysymykset oli jaoteltu teemoihin tiedon ja ohjauksen saaminen ja ohjauksen toteutuminen. Teimme jokaisesta tiedonantajasta lyhyen kuvauksen ja erotimme litte-roiduista haastatteluteksteistä tema-alueiden vastauksia väreillä. Näin meidän oli helpompi erottaa koko teksteistä pääkohdat tema-alueittain. Pidimme tiedonantajien kertomukset erillään toisistaan.

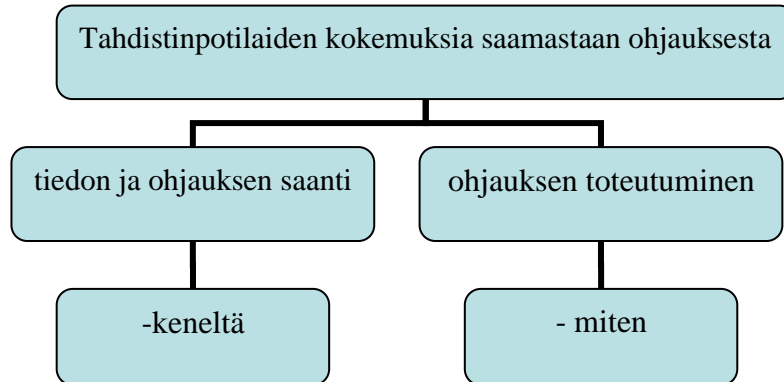
Saimme muodostettua kaksi pääluokkaa tutkimustehtäväämme ajatellen. Kuvio 1 sivu 22. Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostimme tiedon ja ohjauksen saaminen. Tämän avulla halusimme kartoittaa, mistä ja keneltä tiedonantajat kokivat saaneensa tietoa ja ohjausta. Toiseksi yläluokaksi muodostimme, potilaiden kokemukset ohjauksen toteutumisesta ja tämän alaluokkia olivat ohjaamisen keinot ja aiheet sekä lisätiedontarve. Kävimme läpi haastattelutekstit ja poimimme niistä tiedonantajien kokemuksia muodostamiemme luokkien alle. Olimme jo

aiemmin erotelleet värejä käyttäen tekstistä asioita eri teemojen alle, jolloin pääkohtien löytäminen tekstistä oli helpompaa. Tutkimustuloksiin olemme liittäneet suoria lainauksia tiedonantajien kertomuksista.

## 4 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tiedonantajina oli neljä tahdistimen asennuksen läpikäynyttä potilasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemanhaastattelun avulla. Haastateltavat kertoivat omista kokemuksistaan saamastaan ohjauksesta ennen kotiutumista. Haastattelurunko rakentui teoreettisten lähtökohtien pohjalta ja sen toimivuuden testasimme yhden esihaastattelun avulla. Haastattelurunko jakautui tiedonantajien kuvauksen lisäksi kahteen pääteemaan: tiedon ja ohjauksen saantiin sekä ohjauksen toteutumiseen.

Tiedon ja ohjauksen saanti liittyvät haastattelukysymyksiin: keneltä tieto ja ohjaus on saatu? Ohjauksen toteutumiseen liittyvät haastattelukysymykset: millä tavalla ja mistä aiheista ohjausta on annettu ja mitä tietoa jäi kaipaamaan? (Liite 2)



*KUVIO 1. Tahdistinpotilaiden kokemuksia ohjauksesta kardiologisella osastolla*

### 4.1 Tiedonantajien kuvaus

Tiedonantajat nimesimme koodeilla T1-T4. Kaikille neljälle tiedonantajalle tahdistin oli asennettu haastattelua edeltävänä päivänä, ja he kotiutuivat haastattelupäivänä.

T1 on 66 vuotta täyttänyt nainen. Hän oli ollut eläkkeellä yhden vuoden ajan ja samaan aikaan hänelle oli alkanut tulla oireita, kuten hengästymistä ja huimausta. Muutamassa kuukaudessa oireet pahenivat ja hän oli hakeutunut lääkärille. Tutkimuksina olivat olleet laboratoriotutkimukset ja Holternauhoitus. Lopulta hän oli hakeutunut yksityiselle lääkäriasemalle, ja sieltä hän oli saanut nopeasti tarvittavat tutkimukset ja siten hoitoon pääsy oli käynyt nopeasti.

T2 on 64-vuotias nainen, joka oli ollut eläkkeellä puoli vuotta. Hänellä oli ollut vuodesta 2004 saakka flimmereitä eli sydämen rytmihäiriötä, joissa sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti. Oireena hänellä oli ollut huimausta ja sydämen tykytystä. Kontrollikäynnillä hänelle oli tehty Holternauhoitus, ja sen tuloksen johdosta suositeltu tahdistimen asennusta.

T3 on 65-vuotias mies. Eläkkeellä hän oli ehtinyt olla jo lähes 10 vuotta. Hän harrasti säännöllisesti urheilua, ja noin kolme vuotta sitten hän oli huomannut, että hengästyy aiempaa helpommin. Aluksi oireita oli pidetty astman aiheuttamina, kunnes hengenahdistus paheni ja lisäksi tuli kova väsymys. Lopulta hänelle tehtiin Holternauhoitus, minkä jälkeen hän oli saanut nopeasti ajan tahdistimen laittoa varten.

T4 on 73-vuotias nainen, ja eläkkeellä hän oli ehtinyt olla useita vuosia. Hänellä oli ollut rytmihäiriöitä useiden vuosien ajan ja lisäksi hänelle oli tullut pahenevaa hengenahdistusta ja huimausta. Pahenevien oireiden vuoksi hänelle oli tehty sydämen varjoainekuvaus ja Holternauhoitus, joiden jälkeen oli päädytty tahdistimen laittoon.

Kaikilla tiedonantajilla oireet olivat olleet hyvin samankaltaisia. Tyypillisin oire oli huimaus, lisäksi esiintyi hengenahdistusta ja väsymystä. Kolme tiedonantajista oli tyytyväisiä siihen, että tutkimusten jälkeen he olivat päässeet nopeasti tahdistimen asennukseen. Vain yksi tiedonantaja (T1) olisi toivonut, että olisi päässyt hoitoon nopeammin.

#### **4.2 Tiedonantajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saamisesta**

Kaikille neljälle tiedonantajalle tahdistimen asennus oli suunniteltu toimenpide, ja he olivat saaneet kirjeitse kotiin tiedon tahdistimen asennuksen ajankohdasta. Kirjeessä oli ollut lisäksi ohjeet, kuinka valmistautua toimenpiteeseen. Kaikki tiedonantajat pitivät tätä ohjeistusta selkeänä. Tiedonantajat kertoivat, että olivat saaneet hoitoonsa liittyvää tietoa kardiologian erikoislääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta. Tiedonantajien mukaan lääkäreiltä saatu tieto liittyi

tahdistimen asennukseen, sen teknisiin ominaisuuksiin ja toimivuuteen. Lääkärit myös kertoivat tutkimustuloksista ja hoitopäätöksistä. Hoitohenkilökunnalta saatu ohjaus oli sisältänyt enemmän sen hetkiseen ja tulevaan fyysiseen vointiin liittyvää tietoa. Hoitajat myös valmistelivat potilaat toimenpiteisiin, kertoivat jatkohoidosta ja kotona selviytymiseen liittyvistä asioista. Molempien antamaa ohjausta pidettiin tärkeänä. Yksi tiedonantaja (T1) toi esille, että hoitajille oli helpompi esittää kysymyksiä.

*Kyllä oikiastaan jokaiselta, että kaikki on sanoneet, heiltä voi kysyä, jos jokin asia mietityttää.*

Yksi tiedonantaja (T3) toi esille, että hoitohenkilökunta ja lääkärit toivat esille lähinnä positiivisia asioita, eikä niinkään puhuttu mahdollisista komplikaatioista.

*Vähän tietoa negatiivista asioista ja riskeistä. Tuotiin esiin vaan positiivisia asioita.*

Lisäksi yksi tiedonantaja (T3) oli hakenut tietoa internetin kautta mm. erilaisista keskusteluryhmistä. Näistä ryhmistä hän sai vertaistukea ja kokemuksiin perustuvaa tietoa. Kokemuksiin perustuvaa tietoa saivat lisäksi kaikki neljä haastateltavaa omaisilta ja tuttavilta.

*Lapset on koittaneet ottaa selvää, mikä se semmonen on, kun suonია pitkin joh-toja laitetaan.*

*Naapurin mummolla on semmonen ja se sano, että se on hyvä ”kaveri” ja sen kanssa voi olla.*

#### **4.3 Tiedonantajien kokemuksia ohjauksen toteutumisesta**

Kaikki neljä tiedonantajaa olivat saaneet ohjausta kirjallisesti ja suullisesti. He kokivat, että kirjalliset ohjeet olivat tärkeitä suullisten ohjeiden lisäksi. Kirjalliset ohjeet täydensivät suullisia ohjeita, koska ilman niitä asioita ei olisi voinut muistaa.

*Hyväthän ne on neuvot, kun jäis mieleen kaikki. Kyllä se tästä kirkastuu, kun minä nämä luen kaikki.*

*Tiesin, että saan kirjallisena niin luotin että tiedän, mitä pittää välttää.*

Ohjausta oli annettu ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana ja sen jälkeen. Kaksi tiedonantajaa (T2 ja T3) koki saaneensa ohjausta tasapuolisesti jokaisessa tilanteessa.

*Hoidon kulku tuli selväksi jo heti tullessa.*

*Sairaanhoitaja selitti kaikki mitä tehhään siellä huoneessa ja miten sinne mennään. Hän kerto kyllä aivan ihanasti.*

Sen sijaan toiset kaksi tiedonantajaa (T1 ja T4) kokivat, että olivat saaneet ohjausta lähinnä toimenpiteen aikana ja sen jälkeen.

*Siellä, kun alettiin valmistelemaan ja laitettiin peittoja päälle niin kyllähän ne siellä kerto.*

Ohjausta oli annettu toimenpiteestä sekä koti- ja jatkohoitoasioita oli käyty läpi. Kaikille tiedonantajille hoidon kulku oli ollut riittävän selvää. Kaikki tiedonantajat olivat tietoisia, että ovat sairaalassa toimenpidepäivän lisäksi yhden yön. Toimenpiteen kulkua oli käyty läpi etukäteen ja lisäksi toimenpiteen aikana oli kerrottu, mitä milloinkin tapahtuu. Kotihoito-ohjeita oli käyty läpi suullisesti ja mukaan oli annettu kirjalliset ohjeet sekä tahdistinkortit. Kirjalliset ohjeet sisälsivät haavanhoito-ohjeet, tietoa oireista joiden perusteella tulee hakeutua lääkäriin, liikunnasta ja tavallisten kodinkoneiden käytöstä. Tahdistinpotilasta ohjataan pitämään tahdistinkorttia aina mukana. Kahdelle tiedonantajalle (T1 ja T2) oli jäänyt hieman epäselväksi liikumisen rajoitukset, he eivät olleet varmoja siitä, kuinka kauan käden voimakkaita liikkeitä tulee välttää. Yksi tiedonantaja (T3) olisi kaivannut lisätietoa kodin teknisten laitteiden käytöstä. Yksi tiedonantaja (T2) oli myös kiinnostunut saamaan lisäohjeistusta muiden sairaalassa tehtävien tutkimusten vaikutuksista.

Kaikki neljä tiedonantajaa olivat myös saaneet jo tiedon kolmen kuukauden kuluttua olevasta kontrollikäynnin ajankohdasta. Tieto siitä lisäsi hoidon jatkuvuuden tunnetta. Kaikki neljä tiedonantajaa toivat esille, että tieto osastolle soittamisen mahdollisuudesta toi turvallisuuden tunnetta.



*Se tuntu hyvältä, kun sanottiin että soittaa voi jos joku asia epäilyttää,  
he on sitä varten.*

*Puhelinnumero annettiin, että voi kysyä jälestä päin.*

## 5 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tahdistinpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta kardiologisella osastolla. Tutkimukseen osallistui neljä suunniteltuun tahdistimen asennuksen läpikäynyttä potilasta. Tiedonantajien valinnan oli tehnyt kardiologisen osaston henkilökunta. Tutkimustuloksissamme korostui tyytyväisyys saatuun ohjaukseen.

### 5.1 Kokemukset tiedon ja ohjauksen saamisesta

Tutkimuksemme kaikki neljä tiedonantajaa olivat saaneet hoitoon ja toimenpiteeseen liittyvää tietoa ja ohjausta lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta mielestään kiitettävästi. Tiedon ja ohjeistuksen määrä oli ollut heidän mielestään pääosin riittävää. Tiedonantajat toivat esille, että heille oli annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä. Tiedonantajat kuvasivat lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa ammattitaitoisiksi.

Mäenpään (2007) Pro gradu -tutkielmassa oli kartoitettu Oulun yliopistollisen sairaalan potilaiden kokemuksia potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutumisesta. Mäenpään tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet pääosin riittävästi ohjausta sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista. Potilaat kokivat saaneensa eniten ohjausta lääkäri-hoitaja-työparilta. Potilasta kuunneltiin ja hänelle oli annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä.

Kaksi tiedonantajaa (T1 ja T2) olisi halunnut lisätietoa toimenpiteen jälkeisestä liikunnan rajoituksista. Nieminen & Takala (2008) olivat saaneet samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan. Heidän mukaansa vastaajat kokivat saaneensa liian vähän tietoa hoitohenkilökunnalta sydämentahdistimesta ja sen kanssa elämisestä asennuksen jälkeen. Epäselvyyttä oli esimerkiksi sopivan fyysisen liikunnan määrässä, kodinkoneiden käytön vaikutuksista ja tahdistimen toimivuudesta. Yksi tiedonantaja (T3) kaipasi enemmän tietoa elektronisten laitteiden käytöstä tahdistimen suhteen. Hän olisi myös halunnut, että olisi kerrottu enemmän mahdollisista riskeistä. Alasaarelan (1998) opinnäytetyön tuloksista ilmeni myös, että potilaat olivat kokeneet saaneensa liian vähän tietoa niistä riskeistä, joita toimenpiteeseen liittyi.

Riittävä tiedonsaanti lisäsi turvallisuudentunnetta ja tutkimuksemme tiedonantajat kokivat, että silloin he kykenivät osallistumaan omaan hoitoonsa. Kyngäksen ym. (2007,145) mukaan

laadukas ohjaus on muun muassa edistänyt asiakkaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa.

Lähes kaikilla tiedonantajilla oli tuttavapiirissään joku, jolla oli tahdistin. Heiltä saatu tieto oli konkreettisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa. Tieto siitä, että jollakin läheisellä oli positiivisia kokemuksia tahdistinhoidosta, toi turvallisuutta omaa toipumista ajatellen.

## **5.2 Kokemukset ohjaamisen toteutumisesta**

Tiedonantajien mukaan kirjalliset ohjeet olivat tarpeelliset, koska muistettavaa asiaa oli paljon. Suullista ohjeistusta pidettiin tärkeimpänä muotona ja kirjalliset ohjeet tukivat niitä. Yksi tiedonantaja (T2) kertoi, että hän oli saanut kirjalliset ohjeet luettavaksi ja sen jälkeen oli käyty ohjeita suullisesti läpi. Hänen mielestään näin toteutettu ohjaus oli hyvä, koska siten hän pystyi esittämään kysymyksiä, mikäli ohjeissa oli jotakin epäselvää. Kaikille tiedonantajille hoidonkulku oli tullut selväksi. He kertoivat, että toimenpiteen yhteydessä tekemisestä kertominen vähensi jännittämistä.

Alasaarelan (1998) tutkimuksessa potilaat olivat tuoneet esille epävarmuuden tunteen siitä, että jatkuuko heidän hoitosuhteensa hoitoyksikköön. Tutkimuksemme kaikki tiedonantajat toivat esille, että tieto yhteydenoton mahdollisuudesta osastolle toi turvallisuudentunnetta ja he pystyivät lähtemään kotiin luottavaisin mielin. Kontrolliajan varausilmoituksen mukaan saaminen ennen kotiin lähtöä takasi tiedon hoidon jatkuvuudesta.

Potilaan kokemusten avulla voidaan selvittää heidän tarpeitaan ja kehittää ohjausta yksilöllisemmäksi. Potilaiden kokemukset antavat arvokasta tietoa siitä, millaista ohjauksen tulisi olla, että he selviytyvät sairaalahoidon jälkeen itsenäisesti ja osaavat ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimuksemme tiedonantajat olivat saaneet pääsääntöisesti riittävästi ohjausta kardiologisen osaston lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta. Lisätietoa he jäivät kaipaamaan mahdollisista rajoituksista kotona ja fyysisen rasituksen sallitusta määrästä. Annettu tieto ja ohjaus olivat olleet ymmärrettäviä ja heille oli annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä. Ohjeiden läpikäymistä suullisesti pidettiin tärkeänä ja kirjalliset ohjeet selvensivät niitä. Keskustelun mahdollisuus lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kanssa toi tie-

donantajille tunteen, että heitä kunnioitettiin ja he pystyivät osallistumaan heitä koskevien päätösten tekoon. Tiedonantajat luottivat hoitoyksikön henkilökunnan asiantuntevuuteen. Tieto siitä, että he saattoivat ottaa yhteyttä osastolle jälkeinpäin lisäsi turvallisuudentunnetta.

## 6 POHDINTA

Kuvailemme tutkimuksessamme tahdistinpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta kardiologisella osastolla. Heidän antamansa tiedon avulla voidaan kartoittaa ohjauksen toimivuutta ja myös kehittää ohjauskäytäntöjä. Potilaiden sairaalassaoloaika on lyhyt ja annetun ohjauksen avulla potilaan on pystyttävä osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaan tuoman näkökulman ja kokemuksen avulla potilasohjauksen laatua voidaan kehittää entistä enemmän potilaslähtöisemmäksi. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauksen suunnittelussa, jolloin pysytään vastaamaan niihin tarpeisiin, joita potilas tarvitsee selviytyäkseen sairaalahoidon jälkeen.

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Objektiivisuus vaikuttaa kvalitatiivisen tutkimuksen uskottavuuteen. Objektiivisuudella tarkoitetaan sitä, miten tulokset selittyvät tutkittavien ominaisuuksista, eivätkä tutkijan näkökulmista tai kiinnostuksen kohteista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käsitteen luotettavuus tilalla tulisi käyttää käsitettä uskottavuus. Uskottavuus käsitteeseen liittyy neljä kysymystä. Totuusarvo eli kuinka voidaan saavuttaa luotettavuus tietyn tutkimustulosten perusteella? Sovellettavuus eli kuinka sovellettavia tulokset ovat toiseen ryhmään? Pysyvyys, jossa pohditaan kuinka voidaan olla varmoja, että tulokset olisivat samat, jos tutkimus toistettaisiin? Neutraalisuus eli kuinka varmaa on, että tulokset ovat vastaajista johtuvia, eivätkä tutkijan motivaation ohjaamia? (Soininen 1995, 122 – 123.)

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että pystymme suhtautumaan objektiivisesti saatuihin tietoihin ja meillä ei ollut ennako-odotuksia saaduista tutkimustuloksista. Tutkimuksemme kohdistui tahdistinpotilaiden kokemuksiin. Tulokset voisivat olla samankaltaisia kardiologisen osaston eri potilasryhmillä. Analysoimme aineiston sisällönanalyysiä käyttäen ja tulosten havainnollistamiseksi olemme käyttäneet suoria lainauksia. Uskottavuutta lisätäksemme olemme tutkimustuloksia esittäessämme ottaneet huomioon aiemmat aiheeseen liittyvät tutkimustulokset. Teoreettisen viitekehyksen asiasisällön keräämisessä olemme käyttäneet mahdollisimman uutta lähdemateriaalia. Mietimme aineistoa analysoidessamme, olisivatko tulokset samat, jos olisimme itse valinneet tiedonantajat. Toisaalta, vaikka osaston henkilökunta tiesi haastatte-

luista, se ei voinut olla aina varma, ketä heidän ehdottamiaan potilaita pääsemme haastattelemaan.

Pysyvyys on sitä, että tutkittaessa samaa henkilöä kahdesti saadaan molemmilla kerroilla sama tulos. Ihmiselle kuitenkin on ominaista ajassa tapahtuva muutos, joten tästä käsitteestä on luovuttava silloin, kun kyseessä on muuttuvat ominaisuudet. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 186 – 189.) Tutkimuksemme tiedonantajat olivat juuri käyneet läpi tahdistimen asennuksen. He kertoivat fyysisen olotilansa parantuneen, mikä lisäsi yleistä tyytyväisyyden tunnetta. Tämä on ihmisen muuttuva ominaisuus, joten tuloksissa voisi olla eroavaisuutta, mikäli se toistettaisiin tietyn ajan kuluessa uudelleen samalle ryhmälle.

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa sen laatu. Laadukkuutta voidaan etukäteen tavoitella tekemällä hyvä haastattelurunko. Laadukkuutta lisätään huolehtimalla, että tekniset laitteet, kuten mahdolliset nauhoitusvälineet ovat kunnossa. Haastattelupäiväkirjan pito parantaa myös laatua. Siihen voidaan merkitä esimerkiksi kysymykset, jotka ovat tuottaneet haastateltaville vaikeuksia tai vastaavasti kysymykset jotka ovat olleet erittäin hyviä. Päiväkirjaan voidaan samalla kirjata havaintoja. Haastattelun laatua parantaa myös se, että haastattelut litteroidaan mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184 – 185.)

Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset ratkaisut liittyvät toisiinsa. Hyvän tieteellisen käytännön tunnuspiirteisiin kuuluu mm., että tutkimusryhmän asema, oikeudet, velvollisuudet ja tutkimusaineiston käyttö sekä säilyttäminen määritellään kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132 – 133.) Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä ratkaisuja, ja ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen monessa vaiheessa. Tärkeimmät eettiset periaatteet ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ovat suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Haastattelutilanteessa tiedonantajille selvitetään tietojen luottamuksellisuudesta ja heidän tulee voida hyväksyä tutkimukseen suostuminen tai kieltäytyä osallistumasta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 19 - 20.)

Tutkimusluvan saatuamme toimitimme kardiologiselle osastolle kirjallisen tiedotteen (liite1) tutkimuksestamme, jotka henkilökunta jakoi tiedonantajille. Lisäksi ennen haastattelua tiedonantajat allekirjoittavat suostumuslomakkeen, josta kävi ilmi tutkimuksemme tarkoitus ja tavoitteet. Nämä asiat kävimme vielä läpi suullisesti haastattelutilanteen alussa. Tiedonantajille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastattelut nauhoitettiin ja myös tämä asia

kerrottiin tiedonantajille saatekirjeessä ja haastattelun alussa. Tiedonantajille luvattiin, että heidän henkilötietonsa ja nauhoitettu aineisto ovat salassa pidettäviä ja tietoja ei käytetä muuhun tarkoitukseen. Tutkimuksemme valmistumisen jälkeen nauhoitettu aineisto tuhottiin. Tiedonantajat voisivat tunnistaa tekstistä itsensä, mutta muut eivät voi tunnistaa tutkimustuloksista yksittäistä tiedonantajaa.

Laadimme tutkimustehtävämme perusteella haastattelurungon ja testasimme esihaastattelun avulla sen toimivuuden. Esihaastattelun avulla saimme myös testattua kysymysten ymmärrettävyyttä. Haastattelujen nauhoitus auttoi meitä aineiston analysoinnissa, ja saimme tutkittavien omakohtaisia kokemuksia enemmän esille. Haastattelujen nauhoittaminen myös antoi mahdollisuuden keskittyä haastattelutilanteeseen ja antoi samalla mahdollisuuden tehdä havaintoja. Havaintojen avulla pystyimme tarkentamaan saatua aineistoa sekä ottamaan huomioon, ymmärtääkö tiedonantaja esitetyt kysymykset siten kuin ne on tarkoitettu ymmärrettäviksi.

Olemme kokemattomia haastattelijoina, mutta saimme arvokasta tietoa ja vastauksen tutkimuskysymykseemme. Haastateltavat kertoivat vapautuneesti kokemuksistaan, vaikka alussa tieto nauhoituksesta hieman häiritsi. Alun vapaan keskustelun aikana he kuitenkin unohtivat sen ja varsinaisiin kysymyksiin saimme luontevia vastauksia. Mietimme työn edetessä, mikä olisi tiedonantajien sopiva määrä ja päädyimme neljään tiedonantajaan. Haastatteluja tehdessämme huomasimme samansuuntaisten kokemusten toistuvan ja tulimme siihen tulokseen, että neljä tiedonantajaa on sopiva määrä tutkimuksemme kannalta.

Tutkimuksemme avulla saatu tieto antaa meille vastaukset tutkimustehtäväämme, mutta saatuja tietoja ei voida yleistää kaikkien tahdistinpotilaiden kokemuksiin. Tiedonantajien tyytyväisyydestä voisi päätellä, että tahdistinpotilaiden ohjaus on pääosin riittävää. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös niissä tutkimuksissa, joihin olemme perehtyneet omaa tutkimustamme tehdessä.

## **6.2 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusideat**

Valitsimme tutkimuksemme aiheen, koska olemme kiinnostuneita sisätauti-kirurgisen potilaan hoitotyöstä. Koemme, että potilasohjaus on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitotyötä ja nyt olemme entistä vakuuttuneempia siitä, että hyvällä ohjauksella on merkitystä potilaan hyvinvoinnille. Tutkimuksemme avulla pystymme omalta osaltamme kehittämään potilasohjausta.

Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt ammatillista kasvuamme, sillä tutkimuksemme avulla olemme saaneet tietoa monipuolisesti tahdistinpotilaan hoidosta, potilaan ohjaamisesta ja ohjaamisen tärkeydestä.

Tutkimuksen tekeminen on ollut meille molemmille ensimmäinen ja sen myötä olemme kehittyneet laadullisen tutkimuksen tekemisessä. Olemme myös kehittäneet tiedonhankintataitojamme ja oppineet etsimään tarjolla olevasta materiaalista tarpeellisen tiedon. Hoitotyössä hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä ja tutkimuksen tekemisen myötä olemme kehittäneet vuorovaikutustaitojamme ja pitkäjänteisyyttä sekä suunnitelmallisuutta.

Tutkimuksemme tiedonantajat olivat juuri saaneet tahdistimen ja heidän olemuksestaan kuvastui helpotus. He kertoivat, että fyysinen olo oli parantunut asennuksen jälkeen ja pieniä muutoksia oli huomattavissa heti. He kertoivat, että hengästyminen ja huimaus olivat vähentyneet. Heidän tyytyväisyytensä omaan oloonsa ja fyysiseen hyvinvointiin saattoi vaikuttaa jollakin tavalla tyytyväisyyteen kaikkia asioita kohtaan. Tutkimuksemme tulokset ovat tästä syystä hieman suppeat. Jatkotutkimuksena voisikin tehdä laadullisen tutkimuksen potilaiden kokemuksista myöhemmässä vaiheessa, kun tahdistimen asennuksesta on kulunut enemmän aikaa. Hyvä ajankohta voisi olla esimerkiksi ensimmäisen kontrollikäynnin yhteydessä, jolloin potilas on ehtinyt olla kotona ja mahdollisia kysymyksiä on saattanut muodostua enemmän. Tutkimuksen voisi tehdä myös eri menetelmällä, kuten kyselylomaketta käyttäen, jolloin voitaisiin olla varmoja siitä, että haastattelija ei vaikuta millään tavalla tuloksiin. Lisäksi voisi selvittää, olisivatko eri-ikäisten potilaiden tutkimustulokset erilaisia esimerkiksi annetun tiedon sisällön suhteen.



## LÄHTEET

Hartikainen, J. 2008. Tahdistinhoidon tarve hidasleyöntisyydessä. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 477.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1993. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtiö.

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

Holmström, P. Sydämen ja verenkierron sairaudet. Teoksessa Holmström, P. & Vauhkonen, I. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY. (7-194).

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R. 2008. Sydämen ja verenkierron toiminta. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 19 – 34.

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

Kyngäs, H. 2007. Sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen, Duodecim, reu00316 (002.020). [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00316](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00316). Haku-päivä 26.5.2010.

- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.
- Linkola, A. Sydänsairauden hoito on yhteistyötä. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäki-järvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkijärvi, M. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. (8-9)
- Partanen, J. 2005. Muljahtaa, lepattaa ja värisee. Teoksessa Jokinen, E. & sydäntutkimussäätiö (toim.) Suomalaisten uusi sydänkirja. Keuruu: Otava Oy. 128 -160.
- Parikka, H. 2008. Tahdistinhoito. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 474 – 500.
- Penttilä U-R. 2008. Arjessa selviytyminen ja hoidossa jaksaminen. Teoksessa Kettunen R., Kivelä A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 118.
- Raatikainen, P. 2008. Rytmihäiriötahdistimen merkitys sydänsairauksien hoidossa. Teoksessa Kettunen R., Kivelä A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 493 – 494.
- Raatikainen, P. 2008. Sydämentahdistimen vaikutus päivittäiseen elämään. Teoksessa Kettunen R., Kivelä A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 476 – 477.
- Raatikainen, P & Linnaluoto, M. 2003. Pysyvä tahdistin leikkauspotilaalla, Finnanest 36 (4). [http://www.finnanest.fi/files/a\\_raatikainen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_raatikainen.pdf). Hakupäivä 1.4.2010.
- Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A.0788-7906;43

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.

Yli – Mäyry, S. 2008. Teoksessa Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 486 – 493.

Julkaisemattomat lähteet:

Alasaarela, Mervi 1998. Sydänkatetrointiin tulevien potilaiden kokemuksia tiedon tarpeistaan. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lassila, Sannaleena & Paso, Sanna 2007. Kirurgisen potilaan ohjaus potilaan näkökulmasta, kirjallisuuskatsaus. Helsingin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/31255/stadia-1197553714-2.pdf?sequence=1>  
Hakupäivä 18.4.2010

Mäenpää, Pia 2007. Potilaslähtöisen potilasprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulu. <http://www oulu.fi/hoitotiede/ManepaaP.htm>. Hakupäivä 18.4.2010

Nieminen, Sari & Takala, Susanne 2008. Elämämme syke. Kokemuksia sydämentahdistimen kanssa elämisestä. Lahden diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Lahti2008/e508a3\\_Lahti\\_NieminenTakala\\_2008.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2008/e508a3_Lahti_NieminenTakala_2008.pdf). Hakupäivä 31.3.2010

Silvola, Inkeri 2008. Sydänpotilaiden ohjaus. Kartoitus hoitajien ohjausosaamisesta sekä koulutus- ja yhteistyötoiveista. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, ylempi terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Teille on asennettu sydämentahdistin ja olette pian kotiutumassa. Sairaalassa oloaikana olette saaneet ohjausta tahdistinhoitoon liittyvissä asioissa.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Hanne Halonen ja Mari Väisänen Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhdessä Oulun Yliopistollisen sairaalan kardiologisen osaston kanssa. Työmme aiheena on ”Tahdistinpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta.” Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tahdistinpotilaan kokemuksia potilasohjauksesta. Mielipiteenne saamastanne ohjauksesta on tärkeää, sillä se auttaa hoitohenkilökuntaa kehittämään potilasohjausta.

Tutkimusaineiston keräämme haastatteleamalla potilaita joille on asennettu sydämentahdistin. Haastattelussa käytämme nauhoitusta. Tutkimusta varten antamanne tiedot säilytämme ehdottoman luottamuksellisena, eikä tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä missään vaiheessa julkaista. Nauhoitettu aineisto hävitetään käytön jälkeen.

Toivomme, että Teillä olisi aikaa ja mielenkiintoa vastata muutamiin kysymyksiin. Osallistuminen ei vaadi Teiltä mitään erityisiä toimenpiteitä, vaan tulemme tekemään haastattelun sovittuna ajankohtana osastolle ennen kotiutumistanne.

Ystävällisin terveisin

Hanne Halonen ja Mari Väisänen  
sairaanhoitajaopiskelijat

SUOSTUN HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN

-----  
päiväys ja allekirjoitus

Kertoisitteko aluksi hieman taustoja tilanteestanne? (Miten päädyttiin tahdistimen asennukseen, oliko suunniteltu toimenpide, missä tilanteessa ja milloin saitte kuulla tarvitsevanne tahdistimen, mikä vointinne on ollut ennen tahdistimen asennusta?)

Mitä ajatuksia teillä heräsi, kun kuulitte tarvitsevanne tahdistimen? (Helpotus / huoli / pelko / jokin asia erityisesti?)

Keneltä (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja) ja missä tilanteissa olette saaneet ohjausta ja tietoa hoitoon liittyvissä asioissa?

Mistä asioista olette saaneet ohjausta sairaalassa olon aikana? (Hoidon kulku, toimenpide, kotiutuminen, jatkohoito)

Millä tavalla teidän elämäntilanteenne huomioitiin ohjaustilanteissa? (Jatkohoito asiat, tahdistimen asennuksen ajankohta, millä tavalla on voinut itse vaikuttaa hoidon suunnittelussa /ajankohtaan?)

Mitkä asiat mietityttivät?

Olisitteko mahdollisesti halunneet lisää tietoa joistakin asioista?