



Sepelvaltimotaudin elämäntapaohjaus ja pallolaajennuksen jälkeinen kotihoi- don ohjaus – ohjausvideo

Isotalo Janna-Maria

Tuomola Noora

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ISOTALO, JANNA-MARIA & TUOMOLA, NOORA:

Sepelvaltimotaudin elämäntapaohjaus ja pallolaajennuksen jälkeinen kotihoidon ohjaus – ohjausvideo

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 14 sivua

Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä video sepelvaltimotaudin elämäntapaohjauksesta ja sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeisestä kotihoidon ohjauksesta potilaille. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä on hyvä potilasohjaus, mitä tietoa potilaat tarvitsevat kotiutuessa sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeen sekä mitä tietoa potilaat tarvitsevat sepelvaltimotaudista ja sen vaikutuksista elämään. Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva.

Opinnäytetyö on yksiosainen ja sisältää tuotoksena ohjausvideon. Teoriaosa eteni loogisessa järjestyksessä aluksi kertomalla sepelvaltimoista, sepelvaltimotaudista ja sen esiintymismuodoista sekä sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteestä. Toinen kokonaisuus teoriaosassa oli ohjaus, jossa käytiin läpi erityisesti mitä ohjauksessa tulisi ottaa huomioon. Ohjauskappaleessa käytiin myös audiovisuaalistaohjausta läpi. Kolmannessa teorian osa-alueessa käsiteltiin sepelvaltimotaudin ohjauksen alueita, jotka näkyvät myös tuotoksessa vahvasti.

Työelämäyhteyden toiveiden mukaan tuotokseen sisällöksi valittiin viisi osaa. Ohjausvideolla kuvattiin sairaanhoitajan ja potilaan ohjaustilannetta. Videolla aluksi käytiin läpi lyhyesti sepelvaltimotautia sekä pallolaajennustoimenpidettä, joka havainnollistettiin myös kuvin. Sepelvaltimotaudin lääkehoitoa käytiin läpi vain lyhyesti, sillä lääkäri määrää lääkityksen jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Liikuntaosiossa keskusteltiin liikunnan tärkeydestä, vaikutuksista sekä rajoituksista sepelvaltimotautiin ja sepelvaltimoiden pallolaajennukseen liittyen. Ravitsemuksen osalta käytiin läpi yleisesti suositeltua ruokavaliota sydänpotilaille ja nautintoaineiden vaikutusta sepelvaltimotautiin. Ohjausvideon viimeisessä osassa käytiin vielä läpi sepelvaltimotaudin vaikutuksia seksuaalielämään. Videolla pyrittiin työelämän toiveiden mukaan tuomaan konkreettisia esimerkkejä esille, jotta ohjaus olisi potilaslähtöisempää.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ohjausvideo työelämään sekä tarjota henkilökunnalle uusi työväline ohjaukseen. Tavoitteena oli ymmärtää mitä hyvä potilasohjaus on, koska se on keskeistä hoitotyössä. Tavoitteena oli lisäksi kehittää valmiuksia kohdata pallolaajennuksen kokenut henkilö ja ymmärtää sepelvaltimotaudin ohjauksen eri osa-alueita. Potilaskyselyiden tulosten perusteella seksuaalisuus tulisi huomioida ohjauksessa paremmin. Työn teoriaosa toimii hyvänä materiaalina työelämässä ja käsikirjoituksen avulla voi videon näkökulmaa vielä kehittää.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, pallolaajennus, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of nursing

ISOTALO, JANNA-MARIA & TUOMOLA, NOORA:

Coronary heart disease lifestyle counseling and angioplasty home care counseling – an educational video

Bachelor's thesis 62 pages, appendices 14 pages
October 2013

The purpose of this study was to produce an educational video about coronary heart disease lifestyle counseling and post angioplasty home care counseling for patients. The thesis focuses on the output and it has features of a project.

The theory part of the thesis proceeded in logical order, at first, telling about coronary arteries, coronary artery disease, its symptoms, and about angioplasty operation. The Second part covered counseling, more precisely the matters one should be aware of when doing counseling. The counseling section also included audiovisual counseling. The third theory part covered different sections of coronary heart disease counseling.

Because of the wishes from working life representatives, five parts were chosen to be the contents of the thesis. A counseling situation between a nurse and a patient was filmed on educational video. The video proceeded in logical order, at first by briefly telling about coronary heart disease to patient and angioplasty procedure. In the video, the patient received instructions about different things that concern coronary heart disease. Those things were medication, exercise, nutrition and sexuality.

The objective of the study was to produce a concrete and practical counseling video, and provide the personnel with a new working tool for working life. The aim was to understand what good patient counseling is and improve readiness to encounter a patient, who has undergone angioplasty, and understand the various aspects in coronary heart disease counseling. According to patient surveys, more attention should be paid to sexuality in counseling. Theory part of the thesis is good material for working life and with the script, the videos point of view can be developed further

Key words: coronary heart disease, angioplasty, counseling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4	SEPELVALTIMOTAUTI JA PALLOLAAJENNUS	9
	4.1 Sepelvaltimotauti	10
	4.2 Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus	11
	4.3 Sepelvaltimoiden pallolaajennus	12
5	OHJAUS.....	14
	5.1 Ohjauksen taustatekijät	16
	5.2 Audiovisuaalinen ohjaus	18
6	SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUS	19
	6.1 Lääkitys.....	19
	6.2 Liikunta	21
	6.3 Ravitseminen.....	25
	6.4 Seksuaalisuus	29
7	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	31
	7.1 Aikataulu ja budjetti.....	33
	7.2 Ohjausvideon suunnittelu ja toteutus	36
	7.2.1 Käsikirjoitus	37
	7.2.2 Kuvaaminen	38
	7.2.3 Editointi.....	39
8	POHDINTA.....	41
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus	41
	8.2 Opinnäytetyön prosessi ja kehittämissuositukset	43
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	49
	LIITE 1. Tutkimustaulukko.....	49
	LIITE 2. Saatekirje	51
	LIITE 3. Potilaskysely.....	52
	LIITE 4. Käsikirjoitus	54

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotautia sairastavien tarkkaa lukumäärää on vaikea arvioida. Esiintyvyyttä voidaan tarkemmin kuvastaa lääkkeiden erityiskorvauksien määrillä, vaikka sairauden esiintyvyys on erityiskorvattavuutta suurempi. Vuonna 2009 sepelvaltimotautiin erityiskorvattavia lääkkeitä sai noin 190 700 ihmistä. (Suomen sydänliitto ry 2009.)

Sepelvaltimotaudissa suonet, jotka tuovat happeutunutta verta sydänlihakseen ovat vaurioituneet. Sepelvaltimotaudin ehkäisyssä ja hoidossa elämäntavat ovat keskeisessä osassa. Maailman terveysjärjestön, WHO:n, mukaan terveellisillä elämäntavoilla, kuten tupakoimattomuudella, terveellisellä ruokavaliolla, riittävällä liikunnalla ja painon hallinnalla 80 % sepelvaltimotaudista olisi ehkäistävissä. (Holmström & Vauhkonen 2012, 47; Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista.)

Sepelvaltimotaudin hoidossa käytetään nykyisin enemmän sepelvaltimoiden pallolaajennusta. Vuoden 1998 jälkeen pallolaajennukset ovat lisääntyneet ja samalla ohitusleikkausten määrä vähentynyt. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteitä tehtiin noin 8 000 vuonna 2007. Sepelvaltimoiden pallolaajennuksella on etuja sekä haittoja. Etuina ovat lyhyt hoitoaika, nopeampi potilaan toipuminen ja sitä kautta palaaminen työelämään. Haittana on suurempi revaskularisaation eli verenkierron palauttamisen tarve ahtautuneen suonon alueelle tulevaisuudessa toisin kuin ohitusleikkauksen kohdalla. On kuitenkin pidettävä mielessä, että toimenpiteen etu menetetään helposti, ellei elintapamuutosten avulla puututa itse sepelvaltimotautiin. (Hartikainen, Häkkinen, Juntonen, Linna, Nikus, Pelanteri, Peltola, Seppälä, Rauhala, Vento 2008, 8; Kervinen 2013; Sepelvaltimotauti ei parane mekaanisesti hoitamalla 2003; Suomen sydänliitto ry 2007; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Sairaan- ja terveydenhoitopalveluiden yhtenä osa-alueena on ohjaus. Laki velvoittaa kuntaa järjestämään sairaan- ja terveydenhoitopalvelut asukkaillaan. Ohjauksen avulla tuetaan potilaan omahoitoa ja hoitoon sitoutumista. Nykypäivänä ohjausta voidaan antaa myös erilaisten laitteiden avulla, esimerkiksi videon muodossa. Videoiden käyttö on taloudellista, mutta se ei yksinään ohjaukseksi riitä, vaan tarvitsee rinnalleen keskustelua ja kirjallista materiaalia. (Eloranta & Virkki 2011, 7; Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 116–117 & Terveydenhuoltolaki, 1326/2010.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä video sepelvaltimotaudin elämäntapaohjauksesta ja sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeisestä kotihoidon ohjauksesta potilaille. Opinnäytetyö on yksiosainen ja tuotokseen painottuva. Tuotoksena on ohjausvideo potilaille. Työ on rajattu työelämän toivomusten mukaan. Työn keskeinen osa on ohjaus ja sepelvaltimotaudissa ohjauksen osa-alueet, jotka on valittu yhdessä työelämän kanssa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä video sepelvaltimotaudin elämäntapaohjauksesta ja sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeisestä kotihoidon ohjauksesta potilaille.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on hyvä potilasohjaus?
2. Mitä tietoa potilaat tarvitsevat kotiutuessa sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeen?
3. Mitä tietoa potilaat tarvitsevat sepelvaltimotaudista ja sen vaikutuksista elämään?

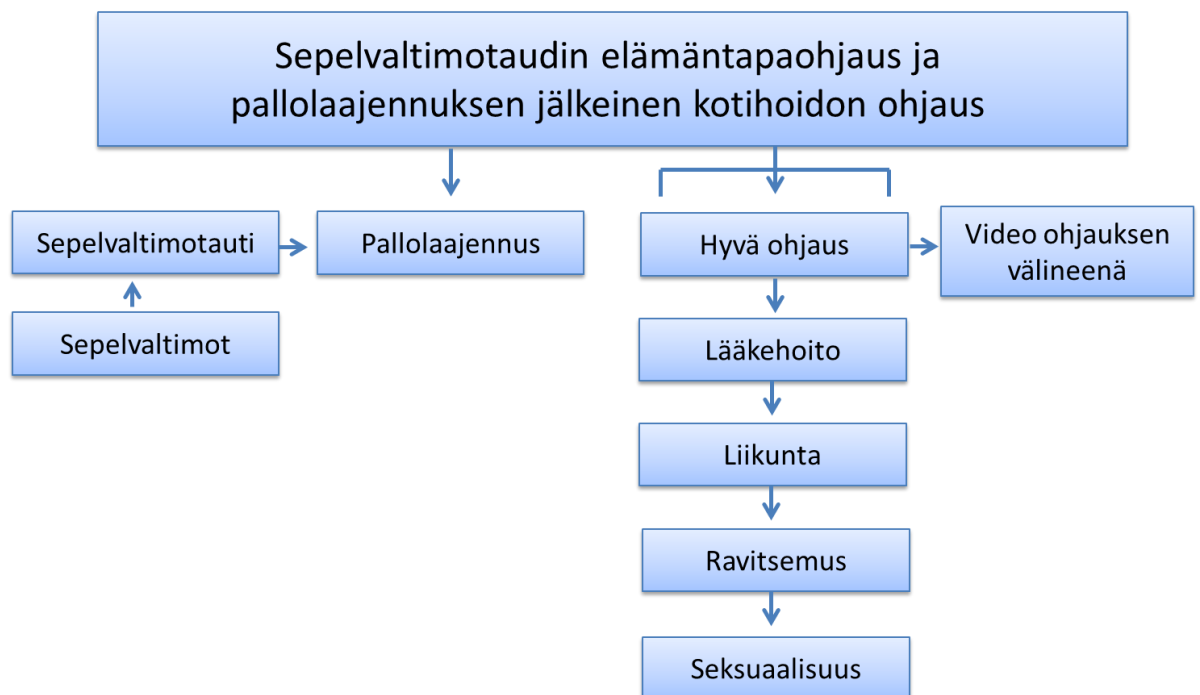
Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ohjausvideo työelämään sekä tarjota henkilökunnalle uusi työväline ohjaukseen. Meidän tavoitteenamme on ymmärtää mitä hyvä potilasohjaus on, koska se on keskeistä hoitotyössä. Tavoitteenamme oli lisäksi kehittää omia valmiuksiamme kohdata pallolaajennuksen kokenut henkilö ja ymmärtää sepelvaltimotaudin ohjauksen eri osa-alueita.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tuotoksena on ohjausvideo sepelvaltimotaudin elämäntapaohjauksesta ja pallolaajennuksen jälkeisestä kotihoidon ohjauksesta. Teoreettisissa lähtökohdissa selvitetään sepelvaltimoiden anatomiaa, sepelvaltimotaudin ilmenemismuodot ja pallolaajennustoimenpidettä. Näiden osa-alueiden ymmärtämisen kautta hoitajan on helpompi havainnollistaa myös potilaalle miten toimenpide on tapahtunut, minne se on tehty sekä kuinka se vaikuttaa jatkossa hoitoon.

Ohjaus on keskeinen osa työtä ja tulee myös teoreettisissa lähtökohdissa esille. Ennen ohjauksen antoa on hyvä ymmärtää mitä on hyvä potilasohjaus, mitä se pitää sisällään sekä mitä siinä tulee ottaa huomioon. Teoreettisissa lähtökohdissa otimme huomioon myös audiovisuaalisen näkökulman ohjauksessa. Lähtökohtiin toimme esille lisäksi ohjauksen keskeiset osa-alueet, ravitsemus, liikunta, seksuaalisuus ja lääkehoito, jotka näkyvät myös ohjausvideon sisällössä.

KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys



4 SEPELVALTIMOTAUTI JA PALLOLAAJENNUS

Sydämen omasta hapen ja ravinteiden saannista pitää huolta sepelvaltimokierto, jota kutsutaan koronaarikierroksi. Sepelvaltimot sijaitsevat sydämen ulkopinnalla ja ainoastaan niiden päätehaarat kulkeutuvat sydänlihaksen sisään. Niiden virtausaukon, luumeinin, poikkimitta on enimmillään noin 4 millimetriä, mutta usein alle 3 millimetriä. Sepelvaltimoita on kaksi, vasen ja oikea. Ne alkavat aortan tyvestä ja johtavat aivan sydämen kärkeen, jossa ne jakaantuneina haaroihin vievät veren sydänlihakseen. Usein puhutaan kolmesta sepelvaltimosta, koska vasen sepelvaltimo lasketaan kahdeksi valtimoksi ja oikea taas yhdeksi valtimoksi. Käytännössä sepelvaltimotaudin vaikeusastetta kuvataan joko yhden, kahden tai kolmen suonon taudilla. Jos jokin näistä suonista ahautuu, suonon suonittamalle alueelle syntyy äkillinen hapenpuute. (Kettunen, Kivelä, Mäkijärvi, Parikka & Yli-mäyry 2008, 31; Holmström & Vauhkonen 2012, 11–12.)

Vasemman sepelvaltimon päähaara, LCA (left coronary artery), on noin 1-2 cm:n pituinen. Päähaara jakautuu kahteen haaraan, vasen eteenlaskeva haara ja vasen kiertävä haara. Vasen eteenlaskeva haara, LAD (left anterior descendens), kulkeutuu vasemman ja oikean kammion rajalle usein sydämen kärkeen asti tai jopa pidemmällekin. Se huolehtii vasemman ja osaksi oikean kammion etuseinämän ravinnon saannista sekä ravitsee myös suurta osaa kammioväliseinämästä. Eteenlaskevasta haarasta lähtee vielä sivuhaaroja vasemman kammion puolelle, joita kutsutaan diagonaalisuoniksi (LD, left diagonal) ja kammion väliseinän sisään septaalisuoniksi kutsuttuja haaroja. (Kettunen ym. 2008, 31–32.)

Vasen kiertävä haara, LCX (left circumflex), sijaitsee vasemman eteisen ja kammion välissä, josta se kulkee vasemmalle sydämen taakse ja huolehtii usein vain vasemman kammion ulomman sivuseinämän ravinnon saannista, harvemmin takaseinämän ravinnon saannista. Vasemmasta kiertävästä haarasta lähtee myös sivuhaaroja vasemman kammion takapinnalle, joita kutsutaan marginaalihaaroiksi (LOM, Left obtuse marginal). Osalla ihmisistä kiertävä haara ravitsee myös eteis- ja kammiosolmuketta sekä sinussolmuketta. (Kettunen ym. 2008, 32.)

Oikea sepelvaltimo, RCA (right coronary artery), kaartuu oikean eteisen ja kammion keskeltä sydämen taakse oikealta. Se haarautuu sivuhaaraksi (PDA, posterior descen-

dens artery), joka laskee taakse ja posterolateraaliseksi sivuhaaraksi (RPL, right posterolateral / PLA, posterolateral artery). Oikea sepelvaltimo suonittaa usein suurimman osan oikean kammion etu- ja takaseinämää. Se yltää myös vasemman kammion takaseinämään ja kammioväliseinämän takakolmannekseen. Yli puolella ihmisistä oikea sepelvaltimo huolehtii eteis- ja kammiosolmukkeen sekä sinussolmukkeen verenkierrosta. (Kettunen ym. 2008, 33.)

4.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotaudissa eli ”koronaaritaudissa” suonet, jotka tuovat happeutunutta verta sydänlihakseen ovat vaurioituneet. Sepelvaltimotauti syntyy, kun sepelvaltimoiden seinämiin alkaa kertyä rasvaplakkeja, joista muodostuu kovettumia ja niistä myöhemmin ahtaumia. Kun jonkin sydänlihasalueen hapentarve ylittää sairaan suoniston hapenkuljetuskyvyn, syntyy tällöin kyseisen lihaksen alueella hapenpuute eli iskemia. Sepelvaltimotaudin ilmenemismuotoja ovat angina pectoris ja sydäninfarkti, joiden oireet ja hoito vaihtelevat. Käypä hoidon (2009) mukaan ilmenemismuotojen esiintyessä tulee arvioida yksilöllisesti, minkälaisessa vaarassa potilas on ja tämän perusteella valita hoitolinja. Vaaran arviointi perustuu oireisiin ja esitietoihin, kliiniseen tutkimukseen, EKG-muutoksiin sekä sydänlihasmerkkiainemäärityksiin. (Kettunen ym. 2008, 241; Holmström ym. 2012, 47–48; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Sepelvaltimotaudin yleisin ilmentymä on angina pectoris, joka tarkoittaa rintakipua. Angina pectoris voi olla vakaa tai epävakaa. Vakaassa angina pectoris tilanteessa kovettuma seinämässä aiheuttaa sepelvaltimossa ahtautumista. Rasitus tilanteessa, jolloin sydänlihas tarvitsisi enemmän verta, estää ahtaus verenkierron lisääntymisen. Vakaassa angina pectoriksessa yleisin oire onkin rintakipu rasituksessa, joka helpottuu joko levätessä nopeasti tai nitrolääkkeillä. (Kettunen ym. 2008, 241.)

Rasituskokeella voidaan yleensä todeta angina pectoris. Hoitona useimmiten on lääkehoito, mutta joillekin potilaille joudutaan tekemään varjoainekuvauksia ja pallolaajennusta. Epävakaa angina pectoris on kyseessä silloin, kun kipua esiintyy sattumanvaraisesti eikä pelkästään rasituksessa. Vakaan ja epävakaan angina pectoriksen erotusdiagnoosi on tärkeää, sillä epävakaa angina pectoris vaatii välitöntä sairaalahoitoa. Tärkeää on myös huomioida että vakaa oireisto voi muuttua epävakaaksi. (Kettunen ym. 2008, 241, 264; Sydäninfarktin diagnostiikka: käypä hoito-suositus 2009.)

Akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämään kertynyt plakki muuttuu vauhdilla tiukaksi ahtaumaksi tai plakin päälle suonen sisällä muodostuu verihyytymä, joka ahtauttaa suonta. Akuutin sepelvaltimotautikohtauksen kohdalla hoito vaatii sairaalahoitoa. Aluksi otetaan sydänkäyrä ja verikokeita, joiden jälkeen määrätään hoidoksi ainoastaan lääkettä tai sitten päätetään tehdä varjoainokuvaus parin päivän kuluessa. Varjoainekuvauksen eli angiografian perusteella voidaan tehdä pallolaajennus. (Kettunen ym. 2008, 242.)

Sepelvaltimotaudissa suonen seinämään kertynyt plakki tai ahtauma voi revetä suonen sisälle aiheuttaen ahtauman kohdalle verihyytymän. Verihyytymän aiheuttamasta tukoksesta johtuva iskemia voi johtaa sydänlihassolujen tuhoutumiseen, jolloin kyseessä on sydäninfarkti. Sydäninfarktin yleisin oire on kova rintakipu, joka ei levätessäkään tai nitrolääkkeillä helpotu. Hoitoon tulee päästä mahdollisimman nopeasti. Infarkti diagnosoidaan ensin sydänkäyrän ja oireiden sekä myöhemmin verikokeiden perusteella. Hoitona yleensä on liuotushoito tai pallolaajennus, silloin kun se järjestetään kahden tunnin sisällä. (Kettunen ym. 2008, 243; Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito-suositus 2009.)

4.2 Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus

Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus on kajoava tutkimus, johon sisältyy pieni, mutta merkittävä vakavien komplikaatioiden riski. Varjoainekuvauksen avulla voidaan varmistaa sepelvaltimotaudin diagnoosi ja vaikeusaste. Se on aiheellinen joko oireiden, työkykyarvion, ennusteen tai epäselvän diagnoosin vuoksi. Varjoainokuvaus kannattaa kuitenkin tehdä ainoastaan silloin, jos potilas on siihen suostuvainen ja hän on tarpeen mukaan suostuvainen myös pallolaajennustoimenpiteeseen. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen yhteydessä arvioidaan, kannattaako ahtaumat hoitaa pallolaajennuksella vai onko ohitusleikkaus tarpeen. (Holmström ym. 2012, 50; Hammar 2011, 224.)

Varjoainokuvaus toteutuu paikallispuudutuksessa, jolloin kuvauskatetri viedään tavallisimmin joko oikean nivusvaltimon tai rannevaltimon kautta sepelvaltimoiden alkukohtaan. Nykyisin suositaan värttinävaltimoreittiä. Rannevaltimon käyttö on vähentänyt toimenpiteeseen kohdistuvaa vuotoriskiä ja potilaat voidaan tämän vuoksi kotiuttaa nopeammin toimenpiteen jälkeen. Kun katetri on ohjattu sepelvaltimoiden alkuun, varjo-

ainetta ruiskutetaan suoraan sepelvaltimoihin. Merkittävän ahtauman rajana on yleisesti pidetty suonon läpimitan yli 50 prosentin kaventumaa. (Kettunen ym. 2008, 63, 278; Holmström ym. 2012, 50; Hammar 2011, 224; Suomen Lääkärilehti 8/2012, 581.)

Käypä hoidon (2009) mukaan sepelvaltimotautikohtauksen saaneilla on suurin vaara kokea sydänperäinen haittatapahtuma tai menehtyä ensimmäisten päivien aikana kohtauksen jälkeen. Varjoainekuvaus tulisi tämän vuoksi pyrkiä tekemään suuren vaaran potilaille sairaalajakson aikana mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 2-3 vuorokauden aikana. (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

4.3 Sepelvaltimoiden pallolaajennus

Pallolaajennus eli angioplastia voidaan tehdä varjoainekuvauksen yhteydessä, jolloin asennetaan laajentava putki eli stentti sepelvaltimon sisäpuolelle. Käypä hoito (2009) suosittelee pallolaajennuksen tekemistä heti varjoainekuvauksen jälkeen. Pallolaajennuksen hyviä puolia ovat mini-invasiivisuus, nopeampi toipuminen ja lyhyempi toimintakyvyn menetys. Haittana esiintyy etenkin ilman stenttiä hoidetuilla potilailla korjatun paikan uudelleen ahtautuminen. Varjoainekuvauksen jälkeen, kun on todettu merkittävä ahtauma, valmistaudutaan pallolaajennukseen. Kuvauksessa käytetty katetri vaihdetaan väljempään ohjainkatetriin, jolla saadaan tarvittava tuki sepelvaltimon suuaukon seutuun. Ohjainkatetria myöten ahtauman lävitse uitetaan johtovaijeri eli kara. Karaa myöten uitetaan laajennuspallo ahtauman paikalle, jossa pallo laajennetaan. (Hammar 2011, 227; Kettunen ym. 2008, 280–281; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Laajennuspalloja on erikokoisia ja pituisia, ne valitaan ahtaumakohdan pituuden ja sepelvaltimon koon mukaan. Laajennuksen aikana potilas saattaa kokea ohimenevää rintakipua sydänlihaksen hapenpuutteen merkkinä, koska laajennettu pallo tukkii suonon. Lopulta pallo imetään tyhjäksi ja vedetään toimenpidekatetriin takaisin. Pallolaajennuksen tulos testataan varjoaineen avulla. (Kettunen ym. 2008, 281.)

Usein pelkkä pallolaajennus ei kuitenkaan riitä vaan vaatii verkkoputken eli stentin asentamisen. Verkkoputken asennus tapahtuu samalla menetelmällä kuin pallolaajennus. Laajennuspallon päälle asetetaan stentti ja pallon laajentuessa hetkeksi myös metallinen stentti laajenee sekä painautuu sepelvaltimon seinämään kiinni. Stentti on mahdol-

lista viedä ahtaumakohtaan myös ilman esilaajennusta. Katetrien oikea sijainti ja kulku toimenpiteessä varmistetaan röntgenläpivalaisun avulla koko ajan. (Holmström ym. 2012, 189; Kettunen ym. 2008, 281–282.)

5 OHJAUS

Terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamaa ohjausta säätelee kolme osa-aluetta joihin kuuluu lainsäädäntö, etiikka ja toimintaa ohjaavat suositukset (kuvio 2). Lainsäädäntö tulee sosiaali- ja terveystalvveluja koskevista lainsäädännöistä. Vaikka potilaan ohjauksesta ei suoranaisesti laissa ja asetuksessa mainita, on potilaan asema määritelty laissa. Terveydenhuollon tehtäviä varten tulee olla riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä käytettävissä. Käytettävissä on myös oltava asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet terveydenhuoltoon varten. Terveydenhuoltolaissa määritellään, että kunnan on järjestettävä alueensa sairaanhoitopalvelut johon yhtenä osa-alueena kuuluu ohjaus. Ohjauksen avulla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. (Eloranta & Virkki 2011, 12–13; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista määritellyssä laissa sanotaan, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus saada oman terveydentilansa edellyttämää hoitoa. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hoito on järjestettävä ja hoitoa on annettava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava ohjausta annettaessa. Hoitoa annettaessa tulee ottaa mahdollisesti huomioon myös potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveyden tilastaan niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. Potilaalle on kerrottava myös hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ohjauksen toinen tärkeä osa on etiikka johon sisältyy hoitajien ammattietiikka. Eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia, eettisten periaatteiden mukaan ohjaaminen sisältyy hoitotyöhön sen olennaisena osana. ”Näin ollen oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavan ohjauksen” (Eloranta & Virkki 2011,13). Toimintaa ohjaavat erilaiset laatu- ja hoitosuositukset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat. Hoitoa ja ohjausta lakien ja ammattietiikan lisäksi ohjaavat myös kansainväliset ja kansalliset terveyden ja hyvinvointiin liittyvät ohjelmat sekä laatusuositukset. Suositusten tarkoituksena on yhtenäistää hoitotyötä sekä pyrkiä laadukkaaseen toimintaan. (Eloranta & Virkki 2011, 12–13.)



KUVIO 2. Ohjauksen perustan kolme osa-aluea.

Ohjaus on hoitotyössä keskeinen osa potilaan hoitoa ja yksi tärkeimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Ohjauksessa hoitaja tukee potilaan itsenäisyyttä, oma-toimisuutta, toimintakykyä sekä voimavaroja. Vuorovaikutuksellisen ohjauksen avulla kannustetaan potilasta löytämään uusia voimavaroja sekä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hyvin ohjattu potilas ei ota niin herkästi yhteyttä terveydenhuollon pisteisiin kuin huonosti ohjattu. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007,5-6; Lipponen 10/2006; Eloranta ym. 2011, 7-8.)

Ohjauksen merkitys hoitotyössä korostuu hyvin paljon, koska hoitoajat lyhenevät ja näin ollen ohjaukselle jää vähemmän aikaa. Hoitoaikojen lyhentyminen vaatii taas ohjauksen tehostamista, koska potilaan tulee omaksua uutta tietoa entistä lyhyemmässä ajassa. Potilaat ovat kokeneet kiireen ja hoitajien vähäisen määrän vaikuttavan ohjaukseen ja sitä kautta potilaan haluun osallistua omaan hoitoonsa. Ohtosen (2006) mukaan potilasohjauksella on kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. (Hirvonen ym. 2007,5-6; Lipponen 10/2006; Eloranta ym. 2011, 7-8; 16; Sairaanhoidtajaliitto 2006; Backman, Isola, Kyngäs, Kääriäinen, Saarnio 2007, 51.)

Hyvällä ohjauksella voidaan edistää asiakkaan paranemista sekä parantaa sairauteen sopeutumista ja hoitoon sitoutumista. Onnistuneen ohjauksen avulla pystytään vähentämään potilaan epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Hyvän ohjauksen aikana potilas uskaltaa sanoa ääneen epäselvät ja mieltä askarruttavat asiat. Ohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden saavuttaa mahdollisimman hyvin ne tavoitteet, jotka hoidossa on

asetettu. (Hirvonen ym. 2007,5-6; Lipponen 10/2006; Elo-ranta ym. 2011, 7-8; 16; Sairaanhoidajaliitto 2006; Backman ym. 2007, 51.)

Ohjaussuhteen tulee olla tasa-arvoinen ja perustua yksilöllisyyteen. Ohjaussuhteen onnistumiseksi hoitajan on hyvä tietää etukäteen mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan autonomiaa sekä osoittaa luottamusta, vilpittömyyttä kiinnostusta ja arvostusta potilaan asiaa kohtaan. Ohjaus on haasteellinen menetelmä, koska hoitajan tulee tietää ohjauksesta menetelmänä sekä ohjattavasta asiasta keskeisin tieto. (Hirvonen ym. 2007, 25, 47; Eloranta ym. 2011, 8.)

Elorannan ja Virkkilän (2011,16) mukaan potilasohjaus koetaan usein riittämättömäksi, ohjauksen sisältö vaihtelee ja on jopa ristiriitaista, ja näin ollen ohjauksen hyöty jää vähäiseksi. Ohjausta ei anneta potilaiden mielestä sopivana aikana hoitajaksolla, eikä ohjaus potilaiden mielestä ole riittävää. Usein potilaat ovat saaneet ohjausta kotiin lähtöpäivänä, jolloin potilaan ajatukset ovat jo muualla. Hyvän ja onnistuneen ohjauksen kannalta hoitajan tulisi miettiä milloin antaa ohjausta potilaalle. Blekin, Heikkilän, Kari-sen, Kieman ja Liimataisen (2007) tutkimuksen mukaan erityisesti sydänpotilaiden kohdalla ongelmaksi on potilasohjauksessa koettu se, että hoidon tavoitteet on asetettu vain sairaalahoitajaksolle. Sydänpotilaiden kotiutumisen jälkeinen ohjaus ja opetus on ollut vähäisempää ja näin ollen potilaat ovat kokeneet ohjauksen ja tiedonsaannin usein riittämättömäksi. Potilaat ovat saaneet tällöin kolmannelta sektorilta apua, joka on järjestänyt ensitietokursseja sepelvaltimotautiin sairastuneille. (Eloranta ym. 2011, 16; Blek ym. 2007, 10.)

5.1 Ohjauksen taustatekijät

On tärkeää selvittää ennen ohjausta potilaan taustatekijät, koska se on ohjauksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeää. Potilaan taustatekijöihin kuuluvat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. (Hirvonen ym. 2007, 31.)

Ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila kuuluvat potilaan fyysisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin. Ohjauksessa on tarpeellista selvittää potilaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua omaan terveyttään tukevaan toimintaan, jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata. Vasta diagnosoitu vakava sairaus voi estää ohjauksen onnistumista, koska tällöin potilas käy usein läpi sairastumistaan sen aiheut-

tamia tunteita ja arvioi elämänsä uudelleen. Hyvän ohjauksen kannalta on siis tärkeää miettiä, mitä asioita käy ensisijaisesti ohjauksessa läpi ja mitä voidaan jättää myöhemmin käsiteltäväksi. (Hirvonen ym. 2007, 27, 29–30.)

Psyykkisiin tekijöihin vaikuttavia asioita, joita hyvän ohjauksen kannalta tulee huomioida, ovat käsitys terveydentilasta, terveystokokemukset, mieltymykset, tarpeet, odotukset, oppimistavat ja – valmiudet sekä motivaatio. Potilaan tulee antaa itse luoda oma versionsa puheena olevan asian ratkaisuksi. ”Hirvosen ym. (2007, 34) mukaan asiakas voi omaksua asioita kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla tai yhteistyössä muiden potilaiden kanssa”. (Hirvonen ym. 2007, 34). Ohjauksen lähtökohdat tulisi tunnistaa ennen ohjausta. Kun lähtökohdat on tunnistettu hoitajan helpompi tukea potilaan yksilöllisyyttä sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Hirvonen ym. 32, 35–36.)

Hirvonen ym. (2007) painottavat, että ohjauksen kannalta merkittävät sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan. Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi potilasta tulee tarkastella osana hänen ympäristöään. Potilaan omaiset tulee myös huomioida ohjauksessa. Ellei potilas itse pysty ottamaan ohjausta vastaan, eikä pysty ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, hoitajan tulee vastata omaisten ohjaustarpeisiin. (Hirvonen ym. 2007, 34–36; Backman ym. 2007, 56.)

Ympäristöstä tulevat ohjaukseen vaikuttavat tekijät voivat joko heikentää tai tukea ohjausta. Ympäristöstä tulevat vaikutteet ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhde ympäristö. Hyvän ohjauksen onnistumisen kannalta erityisesti huomioon tulee ottaa tila tai huone, jossa ohjaus toteutetaan. Tilan tulisi olla sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä ohjaukseen. Ohjaukseen kuuluvan materiaalin tulee olla myös hyvin saatavilla. Hyvän ohjaamisen onnistumiseksi ohjaus vaatii rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. Hoitajan ja potilaan tulisi keskustella samalla tasolla sekä välimatkan tulisi olla hyvä, yleensä sopiva välimatka on noin puoli metriä. (Hirvonen ym. 2007, 36–38; Lipponen 10/2006; Backman ym. 2007; 56.)

Hyvän ohjauksen tavoitteisiin pääsemiseksi hoitajan pitää tunnistaa omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät, ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa toimia ja ajatella sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Tärkeässä roolissa on myös hoitajan oma motivaatio

ja asennoituminen ohjaukseen. Hoitajan tulisi miettiä jokaiselle potilaalle yksilöllisesti sopiva ohjausmenetelmä. Sopivan ohjausmenetelmän löytämiseksi hoitajalta vaaditaan tietämystä siitä, miten potilas omaksuu asioita. (Hirvonen ym. 2007, 27, 29–30, 32.)

Potilaat ovat sitä mieltä, että hoitohenkilökunnalla on ohjaustilanteessa joko kiitettävät tai hyvät tiedot ja taidot. Hoitajalla tulee olla valmiudet ohjata potilasta potilaan tarpeisiin nähden. Olennaisimpia hoitajan ohjausvalmiuksiin kuuluvia asioita ovat tiedot ohjattavista asioista, erilaiset ohjausmenetelmät sekä oppimisen periaatteet. Hoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutus- ja johtamistaidot, koska hoitajan vastuulla on, että ohjaus käynnistyy ja etenee asianmukaisesti. Ohjaajalla pitää olla myös oma käsitys siitä, miksi ja miten hän ohjaa, mitä ohjaus on, mikä ohjauksessa on tärkeää, onko potilas vastuussa valinnoistaan sekä millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on potilaan valintojen edistämisestä. (Hirvonen ym. 2007, 32–34–36; Backman ym. 2007, 56.)

5.2 Audiovisuaalinen ohjaus

Tietoa ja tukea annetaan nykypäivänä erilaisten teknisten laitteiden avulla. Tällaisia laitteita ovat videot, äänikasetit, tietokoneohjelmat ja puhelin. Erityisesti sellaiset potilaat, joiden on haastavaa lukea kirjallista materiaalia, hyötyvät enemmän videoiden käytöstä. Ohjausmenetelmänä videoiden käyttö on taloudellista. Video voi kuitenkin herättää potilaassa vahvoja tunteita tai jopa aiheuttaa väärinkäsityksiä. (Hirvonen ym. 2007, 116–117,122.)

Tämän vuoksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa videon sisällöstä. Lisäksi ohjauksen tukena on hyvä käyttää kirjallista materiaalia lisänä. Ohjausvideoiden kautta on mahdollisuus esitellä esimerkiksi paikkoja, kokemuksia, ohjeita tai tilanteita. Ohjausvideot ovat hyödyllisiä erityisesti sellaisille potilaille, jotka kokevat kirjallisen materiaalin lukemisen haasteellisena. (Hirvonen ym. 2007, 116–117,122.)

6 SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUS

6.1 Lääkitys

Lääkehoidon on tarkoitus helpottaa sydänlihasiskemiaa ja estää haitallisia sydäntapah- tumia esimerkiksi sydäninfarkti. Äkillistä rintakipukohtausta helpotetaan joko sydänli- haksen työmäärää vähentämällä tai lisäämällä sepelvaltimovirtausta ja näin parantamal- la sydänlihaksen hapensaantia. Antitromboottisilla lääkkeillä yritetään estää sepelvalti- motrombin muodostumista ja mahdollisesti pienentää sepelvaltimoihin jo syntynyttä trombia. Lääkehoidon ja elintapamuutosten avulla pyritään estämään sepelvaltimotaudin eteneminen ja vähentämään sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä. Vaaratekijöitä ovat muun muassa suuri seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi ja diabetes. (Nurminen 2012, 210.)

Asetyylisalisyylihappo kuuluu peruslääkitykseen sepelvaltimotaudin hoidossa. Se estää verihiutaleiden toimintaa ja vähentää silloin valtimotrombien muodostumista. Suositel- tava annos on pieni valtimotukosten estohoidossa, yleensä 75–100 mg vuorokaudessa. Asetyylisalisyylihapolle allergiset voivat sen sijasta hyödyntää klopidogreelia 75 mg vuorokaudessa. Käypä hoidon (2009) suositusten mukaan asetyylisalisyylihapon käyt- töä tulisi jatkaa pysyvästi, ellei vasta-aiheita ole. (Nurminen 2012, 215; Suomen lääkäri- lehti 8/2011, 635; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Klopidogreeli estää verihiutaleita aktivoitumasta verihyytymäksi. Sepelvaltimoiden pallolaajennuksen jälkihoidossa asetyylisalisyylihapon ja klopidogreelin yhteiskäyttö on tarpeellista. Erityisesti silloin, kun pallolaajennuksessa on asennettu stentti. Klopidog- reeli hoitoa ei kuitenkaan yleensä määrätä pysyväksi vaan muutaman kuukauden tai vuoden ajaksi. Pallolaajennuksen jälkeen ylläpitoannos on 75 mg vuorokaudessa 1- 12 kuukauden ajan. (Holmström ym. 2012, 53; Kettunen ym. 2008, 270; Suomen lääkäri- lehti 8/2011, 635–636.)

Lähes kaikki sepelvaltimotautipotilaat tarvitsevat kolesterolilääkitystä, useimmiten sta- tiineja. Statiinit, kuten simvastatiini ja fluvastatiini, vähentävät kolesterolin muodostu- mista maksassa. Statiinihoito vaikuttaa sepelvaltimotaudin ennusteeseen parantavasti ja on tämän vuoksi kaikille sepelvaltimotautipotilaille aiheellinen. Hoitokokeiden mukaan

statiinit vähentävät huomattavasti sepelvaltimotautipotilaan vaaraa sairastua ja kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin. Statiinihoidon on myös tutkittu vähentävän kuolleisuutta sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla myös silloin, kun ennen hoitoa kolesteroliarvot ovat olleet normaalit. (Holmström ym. 2012, 54; Nurminen 2012, 241; Kettunen ym. 2008, 275; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Angiotensiinin konvertaasientsyymiin estäjät eli ACE:n estäjät alentavat verenpainetta ja vaikuttavat muutenkin sydämen ja verenkierron kuormitusta vähentäen. Käypä hoidon (2009) mukaan ACE:n estäjälääkitys tulisi aloittaa erityisesti niille sepelvaltimotautipotilaille, joilla on mahdollisesti jokin sydän- ja verisuonitautien vaaratekijä, essentiaali-nen hypertensio tai diabetes. (Kettunen ym. 2008, 273; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Sepelvaltimotautipotilaan peruslääkitykseen kuuluu beetasalpaaja. Beetasalpaajat ovat hyviä etenkin rasitusperäisten rintakipujen ehkäisyssä. Beetasalpaajat laskevat sydämen lyöntitiheyttä ja vähentävät supistusvireyttä sydänlihaksessa. Näin hapentarve pienenee sydänlihaksessa. Sepelvaltimotautipotilaille jatketaan beetasalpaajalääkitystä yleensä pysyvästi. (Holmström ym. 2012, 53; Nurminen 2012, 214; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Sepelvaltimotaudin hoidossa voidaan käyttää myös kalsiuminestäjiä. Kalsiuminestäjät vähentävät sydämen kuormitusta laajentamalla verisuonia. Kalsiuminestäjät laajentavat myös sepelvaltimoita sekä estävät sepelvaltimospasmia. Kalsiuminestäjillä ei kuitenkaan ole todettu vaikuttavan sepelvaltimotaudin ennusteeseen, vaikka niillä on hyvä teho sepelvaltimo-oireisiin. (Holmström ym. 2012, 54; Nurminen 2012, 214; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus 2009.)

Angina pectoris – kohtausten hoidossa käytetään nitraatteja. Ne lievittävät sydänlihaksen iskemiaa laajentaen verisuonia. Nitraatit vaikuttavat myös sepelvaltimoihin laajentavasti. Nitraattien käyttö saattaa kuitenkin aiheuttaa myös liiallisen verenpaineen laskun. Etenkin suurina annoksina nitraatit voivat laskea verenpainetta ja lisätä sydämen lyöntitiheyttä. Tällöin siitä on haittaa, koska sydämen työmäärä kasvaa. Nitraatit voivat olla kielen alle annettavana lääkkeenä eli resoriblettinä, suun limakalvoilta se imeytyy nopeasti. Resoriblettinä nitraatti lievittää rintakipua noin viidessä minuutissa. Vaikutus lyhytvaikutteisen nitraatin kohdalla kestää muutamasta minuutista puoleen tuntiin. Kun

3 – 4 resoriblettinitraattiannosta eivät helpota rintakipuun viidessätoista minuutissa, tulisi potilaan hakeutua heti ensiapuun. (Holmström ym. 2012, 54; Nurminen 2012, 211–212.)

Rintakipukohtausta voidaan lievittää myös suusumutteena annettavalla nitraatilla, joka imeytyy suun limakalvoilta kuten resoribletti. Lyhytvaikutteisia nitraattivalmisteita voidaan hyödyntää myös juuri ennen räsitusta ja tällä tavoin estää kipukohtausta. Pitkävaikutteisia nitraatteja taas käytetään päivittäin säännöllisesti, joko tabletteina tai kapselina suun kautta. Nitraatteja on olemassa myös laastareina, jotka on tarkoitettu kohtausten estohoitoon. Nieltävät pitkävaikutteiset nitraattiannokset ovat suuria, sillä osa lääkeaineesta tuhoutuu heti imeytymisen jälkeen maksassa. Käypä hoidon (2009) mukaan pitkävaikutteista nitraattilääkitystä ei tarvita silloin, kun potilaalla ei akuutin vaiheen jälkeen tule esille rintakipuoiretta. Kuitenkin potilaille olisi hyvä antaa lyhytvaikutteisesta nitraatista lääkemääräys ensihoitolääkkeeksi, jos rintakipukohtausta uusiutuu. (Nurminen 2012, 212; Sepelvaltimotautikohtausta: Käypä hoito- suositus 2009.)

6.2 Liikunta

Sepelvaltimotautipotilaan oireetonta suorituskykyä sekä toipumista pallolaajennuksesta voidaan parantaa liikunnalla. Kuviosta 3 nähdään sepelvaltimotaudin riskitekijöiden eli ylipainon, kohonneen verenpaineen, veren huonojen rasva-arvojen ja diabeteksen osuus sepelvaltimotaudin kehittymisessä. Säännöllinen liikunta vaikuttaa edullisesti sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Liikunnalla on myös vaikutusta sydänlihakseen ja sen toimintakykyyn, koska se parantaa sydänlihaksen supistumiskykyä. Valtimoiden endoteelin eli sisäkalvon toiminta paranee liikunnan ansioista, jolloin sepelvaltimoiden laajenemiskyky paranee ja veri virtaa kuormittavissa tilanteissa paremmin. Hyvän fyysisen kunnon on havaittu vähentävän kuolleisuutta muista sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä riippumatta. (Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 10.)

KUVIO 3. Riskitekijöiden osuus sepelvaltimotaudin kehittämisessä



(Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 7).

Kuntoutus sydänpotilailla vähentää potilaiden kuolleisuutta ja sairastavuutta ja parantaa potilaiden toimintakykyä, elämänlaatua, hoitomyöntyvyyttä ja hoidon jatkuvuutta. Hoitoaikojen lyhentyessä ja potilaiden nopea kotiutuminen sairaalasta tuovat lisää vaatimuksia sairaalavaiheen jälkeiselle kuntoutukselle etenkin sepelvaltimotautien kajoavien hoitojen yhteydessä. Tästä syystä katkeamaton hoito- ja kuntoutusketju sepelvaltimotautia sairastavan potilaan kuntoutuksessa ovat hyvin tärkeitä. Yhdistämällä kuntoutus muuhun potilaan hyvään hoitoon antaa parhaat pitkäaikaistulokset. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksessa sekä kuntoutuksen arvioinnissa tulee ottaa huomioon fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykinen toimintakyky. Mahdollisimman pian akuutin sydäntapahtuman jälkeen tulisi aloittaa liikunnallinen kuntoutus. Infarktin aiheuttaman vaurion vaikutukset sydämen toimintaan ja potilaan myöhempään selviytymiseen tulee arvioida jokaiselta infarktipotilaalta. (Alaranta, Arokoski, Pohjolainen, Salminen & Viikari-Juntura 2009, 354–355, 357, 359.)

Kotiinlätövaiheessa potilaalle tulisi tehdä kliininen rasituskoee, jos rasituskoetta ei ole tehty potilaalle, voidaan ensimmäisten päivien ohjeeksi antaa sykkeen nosto noin 20 lyönnillä lepotasoon verrattuna ja maksimisykkeenä on pidettävä tasoa 120/ minuutti. Käypähoidossa (2012) suositellaan kestävyysliikuntaa päivittäin tai lähes päivittäin, joka olisi kestoltaan noin 30 minuuttia vuorokaudessa. Liikunnan kokonaismäärä on tärkeä sepelvaltimopotilaiden kohdalla, jotta saataisiin mahdollisimman hyvät vaikutuk-

set. Liikunnan avulla lipidien ja hiilihydraattien aineen-vaihdunta tehostuu. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen ensimmäisten viikkojen aikana liikunnan tulee olla kevyttä, potilaan fyysiseen suorituskyykyyn suhteutettua, suuriin lihasryhmiin kohdistuvaa esimerkiksi kävelyä, pyöräilyä, askeltamista tai voimistelua. Kävelylenkki voi olla esimerkiksi aluksi kymmenen minuutin mittainen ja vähitellen kävelyn pituutta voidaan lisätä tuntiin samalla kävely-vauhtia kiihdyttäen. (Alaranta ym. 2009, 355, 357, 359–360; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 213; Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006; Liikunta: Käypä hoito-suositus 2012; Kujala, Taimela & Vuori 2005, 674.)

Rasitusta sekä kuormitusta lisätään hiljalleen omia oireita kuunnellen. Rasittavuuden lisääminen liikuntaan oman kunnon mukaan suurentaa liikunnan sepelvaltimotautia ehkäisevää tehoa (Kujala ym. 2005, 674). Kun sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteestä on kulunut kaksi viikkoa voi potilas aloittaa lihasvoimaharjoittelun ja kuntoliikunnan. Myöhemmin liikuntaan lisätään lihasvoimaharjoituksia 2-3 kertaa viikossa esimerkiksi liikkeitä kevyiden käsi- ja jalkapainojen kanssa. (Alaranta ym. 2009, 355, 357, 359–360; Ahonen ym. 2012, 213; Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 25–26; Liikunta: Käypä hoito-suositus 2012.)

Voimaharjoittelun vaikutusta sepelvaltimotautipotilaisiin on tutkittu vähän, kuitenkin kohtalaisilla kuormilla suoritettavaa lihasvoimaharjoittelua on suositeltu kuntoutuksen yhdeksi osaksi. Tämän tavoitteena on helpottaa potilaan pärjäämistä päivittäisissä toiminnoissa ja pienentää verenkiertoon kohdistuvaa kuormitusta voimaa vaativissa ponnistuksissa. Voimaa vaativat ponnistukset lisäävät kuitenkin sydänkomplikaatoriskiä. (Kujala ym. 2005, 674.)

Fyysisiä ponnisteluja tulee välttää ja varoa noin viikon ajan pallolaajennuksen jälkeen reisivaltimopistoksen vuoksi. Kun pallolaajennus tehdään rannevaltimon kautta, rasitusta ranteen alueella tulee välttää ja varoa noin viikon ajan toimenpiteen jälkeen. Rasitusta ranteen alueelle aiheuttaa esimerkiksi kauppakassien kantaminen. Liikunnasta johtuvia normaaleja asioita ovat hengitystiheyden ja sykkeen lisääntyminen sekä hikoilu. Jos potilaalla ilmenee liikunnan aikana hengenahdistusta, rintakipua tai muuten huonoa oloa tulee liikuntaa keventää tai lopettaa. Tärkeää olisi löytää liikunnan taso, jossa ei potilaalle tule oireita. (Alaranta ym. 2009, 355, 357, 359–360; Ahonen ym. 2012, 213; Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 25–26; Liikunta: Käypä hoito-suositus 2012.)

Potilaan fyysinen kunto ennen pallolaajennusta vaikuttaa paljolti siihen miten hän tulee kuntoutumaan pallolaajennuksen jälkeen. Kohtalaisessa fyysisessä kunnossa olevan potilas, mutta oireinen voi sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteen jälkeen palata normaaliin toimintaan ja työhön jo parin viikon kuluttua. (Alaranta ym. 362.)

Sydänpotilas voi sauna, kunhan saunan lämpötila pysyttelee alle 80 asteen. Saunomisen aiheuttama sydämen kuormitus vastaa samaa kuin ripeä kävely. Saunominen jo itsessään aiheuttaa kuormitusta sydämelle, joten saunomisen aikana tulee välttää muita yhtäaikaisia kuormituksia, kuten runsasta alkoholin käyttöä tai seksiä. Jos potilaalla ilmenee rintakipua, kuumetta tai huonovointisuutta saunaan ei tällöin saa mennä. (Kettunen ym. 2008, 129.)

Saunan lämmön vaikutus laajentaa verisuonia ja laskee verenpainetta, joten verenpainelääkkeet tulee ottaa vasta saunan jälkeen. Saunan lämpö laskee verenpainetta jo itsessään, kuten myös nitro laskee potilaan verenpainetta. Nitroa ei siis tule ottaa saunaan mennessä, koska nitron ja saunan verenpainetta alentava yhteisvaikutus saattaa johtaa potilaan pyörtymiseen. Lämpö saattaa muuttaa myös lääkelaastareiden tehoa, joten laastarit tulee poistaa ennen saunaan menoa. Välttääkseen saunomisen jälkeisiä vaaroja, saunan jälkeen on hyvä vilvoitella rauhassa ja juoda. (Kettunen ym. 2008, 129.)

Pallolaajennuksen jälkeen uimisen voi aloittaa viikonpäästä. Uiminen kannattaa aloittaa sillä, että valelee ensin iholle viileää vettä. Sillä äkillinen lämmönvaihtelu nostaa verenpainetta, lisää rytmihäiriöiden vaaraa ja saattaa aiheuttaa angina pectoris kipuja eli rintakipuja. Kylmästä vedestä löylyyn mentäessä kannattaa mennä haalean suihkun kautta välttääkseen suuria lämpötilan vaihteluja. (Kettunen ym. 2008, 130; Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 17.)

Aivojen verensaanti saattaa heiketä sydänsairauden jälkeen ja sitä kautta heikentää tarkkaavaisuutta liikenteessä. Harvoin sydänsairaus estää autoilun kokonaan. Pallolaajennuksen jälkeen suositellaan yksityisautoilijalle pääsääntöisesti kuukauden ajotaukoa. Autolla ajo kielletään ainakin toistaiseksi, mikäli sepelvaltimotautipotilaalla ilmenee rintakipua levossa, vakavia rytmihäiriöitä tai tajuttomuuskohtauksia. Potilaan ajokykyyn voivat vaikuttaa myös muut sairaudet. Tarvittaessa potilaan ajokyky voidaan varmistaa

ajokokeella. Sydänpotilaan tulee kiinnittää huomiota enemmän ajo-olosuhteisiin, huonot ajo-olosuhteet voivat aiheuttaa stressiä ja lihasjännitystä ja sitä kautta verenkierto- ja sydänoireita. Pitkillä ajomatkoilla on tarpeen pitää lepotaukoja. (Kettunen ym. 2008, 140; Suomen sydänliitto ry 2012a.)

6.3 Ravitsemus

Sydän- ja verisuonisairauksien syntyä voidaan ehkäistä terveellisellä ruokavaliolla. Sydän- ja verisuonitautien synnyssä erityisesti keskeistä ovat ravitsemukseen liittyvät tekijät. Ruokavalion kokonaisuus on tärkeä huomioida, eikä niinkään yksittäisiä ruoka-aineita tässä voidaan hyvänä esimerkkinä pitää lautasmallia. Huomiota tulee kiinnittää rasvoihin, suolan käyttöön sekä ruoan energia- ja kuitupitoisuuteen. (Kettunen ym. 2008, 77; Harju 2007, 9.)

Ruokavalion peruseriaatteen ovat samat kuin yleisesti suositellun terveyttä edistävän ruokavalio. Tähän kuuluu monipuolisuus, kohtuullisesti rasvaa, vähän kovaa tyydyttyynyttä rasvaa, riittävästi pehmeää tyydyttymätöntä rasvaa, sopivasti energiaa suhteessa kulutukseen, tarvittaessa laihduttaminen, vähän suolaa, runsaasti kuitua ja vähän kolesterolia (taulukko 1). (Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 97.)

TAULUKKO 1. Ruokavaliosuositus sydänterveyden edistämiseksi

Rasvan osuus kokonaisenergiasta	25–35%
jos ylipainoa	25–30%
Kovan tyydyttyneen rasvan osuus	enintään 10 E %, enintään 1/3 rasvasta
Pehmeän tyydyttymättömän rasvan osuus	vähintään 20–25 E %, vähintään 2/3 rasvasta
Kolesteroli	enintään 300mg/vrk
Ravintokuitua	vähintään 25g/vrk
Suolaa	enintään 5g/vrk
Laihduttaminen jos ylipainoa	
Pannukahvin välttäminen	
Alkoholia miehet	korkeintaan 2-3 annosta/vrk
naiset	korkeintaan 1-2 annosta/vrk

E % = prosenttia kokonaisenergian saannista

(Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 97.)

Kolesterolin saostuminen verisuonten seinämiin aiheuttaa valtimoiden kovettumista. Sepelvaltimotaudissa kovettumat muodostuvat sydämen valtimoihin. Ahtaumien yksi suurimmista aiheuttajista on veren korkea kolesterolipitoisuus, etenkin suuri LDL-kolesterolipitoisuus, joka nopeuttaa sepelvaltimotaudin etenemistä sekä suurentaa tautitapahtumien vaaraa. Pahaksi kolesteroliksi kutsutaan LDL-kolesterolia (eläinperäinen). LDL-kolesteroli kuljettaa solujen käyttöön kolesterolia. Verenkiertoon jää ylimääräinen kolesteroli, joka ahtauttaa verisuonia muodostamalla saostumia verisuontien seinämiin. HDL-kolesterolia (kasvis- ja kalaöljyperäinen) kutsutaan hyväksi kolesteroliksi, koska se kuljettaa kolesterolia kudoksista maksaan ja suojaa näin ollen valtimotaudilta. (Aapro, Kupiainen, Leander 2008, 135; Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 98; Sepelvaltimotauti ja liikunta 2006, 10.)

Ruokavaliolla voidaan vaikuttaa kolesterolipitoisuuksiin veressä. LDL-kolesterolia alentavat tyydyttymättömiä rasvahappoja sisältävät pehmeät ja juoksevat rasvat, esimerkiksi kasviöljyt, kohtuurasvainen ruokavalio, kasvisterolit- ja stanolit. Liikunta ja laihtuminen taas vaikuttavat edullisesti HDL-kolesteroliin. Näiden vaikutusten saavuttamiseksi ruokavalioksi suositellaan kohtuurasvaista ruokavaliota, joka sisältää noin 30 prosenttia rasvaa kokonaisenergiasta. (Aapro ym. 2008, 137; Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 98.)

HDL-kolesterolin eli tyydyttymättömän eli pehmeän rasvan avulla voidaan pienentää veren kolesterolipitoisuutta, kun kova rasva korvataan pehmeällä rasvalla. Pehmeän rasvan saanti saadaan turvattua seuraavilla valmisteilla ruokavaliossa: leivälle pehmeää margariinia noin 1tl/ viipale, öljypohjaista salaattinkastiketta ½-1rkl/ salaattiannos, kalaa suositellaan käytettäväksi kaksi- kolme kertaa viikossa, ruoanvalmistuksessa suositetaan kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta sekä leivonnassa kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljy valmistetta. (Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 99.)

Kuitu pienentää veren kolesterolipitoisuutta. Kuidun saantisuositus on naisilla 25g ja miehillä 35g päivässä. Kuitu sitoo itseensä ruoan mukana tulevaa kolesterolia ja elimistön tuottamaa kolesterolia. Kuituun sitoutunut kolesteroli poistuu elimistöstä ulosteen mukana. Runsaasti kuituja sisältäviä elintarvikkeita ovat esimerkiksi täysjyväleivät, - puurot, täysjyväriisi, - pasta, mysli, marjat, hedelmät, juurekset, kasvikset, pavut, linssit, herneet, leseet sekä siemenet. (Suomen sydänliitto ry 2012c.)

Perustana ruokavaliolle pidetään täysjyväviljan esimerkiksi täysjyväleipä ja -puuro, kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä päivittäin vähintään 500g. Ruokaa valmistaessa suositetaan kasvisöljyjä ja leivän päälle pehmeitä margariineja tai kasvisrasvavaihtoehtoja. Maitovalmisteista valitaan käyttöön vähärasvaisia tai rasvattomia tuotteita. Kohtuullisesti tulisi käyttää munankeltuaista, sisäelimiä, äyriäisiä ja rasvaisia maitovalmisteita, koska nämä tuotteet sisältävät runsaasti kolesterolia. Ensisijaisena hoitomuotona kolesterolien alentamiseen käytetään ravitsemushoitoa. Painon alentaminen on eduksi varsinkin liikapainoisilla. (Aapro ym.2008, 137; Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 99.)

Kun verenpaine on koholla pidemmän aikaa aiheuttaa se vähitellen muutoksia sydämessä sekä vaurioittaa sepelvaltimoita. Syynä kohonneeseen verenpaineeseen voi olla liikapaino, runsas suolan käyttö, runsas tyydyttyneen rasvan osuus ruokavaliossa sekä runsas alkoholin käyttö. Ruokasuolan käyttö suositusten mukaan on 5g päivässä eli yksi teelusikallinen. Ruokasuola kerää nestettä elimistöön joka taas aiheuttaa verenpaineen nousua. Ruokasuolan vähentämiseksi tavallisen ruokasuolan tilalla voidaan käyttää mineraalisuoloja, joissa osa natriumista on korvattu kalium- ja magnesiumsuoloilla. Valmistuksessa ruokia suolan tilalla voidaan käyttää yrttejä, pippureita, currya, paprikaa, sipulia, valkosipulia ja viinietikkaa. Suolan saantisuosituksiin voidaan päästä sillä, että lisätään mahdollisimman vähän suolaa ruoan valmistus vaiheessa. Lisätään siis tarvittava suola vasta valmiin ruoan päälle. Päivittäisestä suolasta noin 80 % tulee piilosuolana elintarvikkeista, kuten lämpimät ruoat, leipä ja muut viljavalmisteet, lihavalmisteet, juustot, mausteseokset sekä erilaiset naposteltavat. (Aapro ym. 2008, 138–139; Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 103; Suomen sydänliitto ry 2012d.)

Rajoittaessa suolan käyttö tulee käyttää harkitusti liemivalmisteita, maustekastikkeita, sinappia, ketsuppia, suolakurkkuja, perunalastuja, oliiveja, suolapähkinöitä, lakritsia sekä runsassuolaisia makkaroita ja valmisruokia. Suolan määrä on merkitty elintarvikkepakkauksiin natriumin (Na) määränä. Vastaavan suolan määrän saa kertomalla luvun 2,5: llä. Esimerkiksi 2g natriumia vastaa 5g:aa suolaa. (Aapro ym. 2008, 139; Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 2009, 103.)

Kuten kaikille aikuisille myös sydänpotilaille kohtuullisen suodatinkahvin ja teen juonti on sopivaa. Kohtuullisena kahvin ja teen juontina pidetään 3-4 kupillista päivässä. Suomen sydänliiton (2006) suosituksia kahvin ja teen juonnista, pannukahvin sijaan

suositellaan käytettävän suodatinkahvia. Kahvi tai tee tulisi nauttia ilman sokeria, sellaisenaan tai maidon kanssa. Kohtuullisuutta tulee noudattaa kaikkien nautintoaineiden käytössä. Kahvin, teen ja eräiden virvoitusjuomien kofeiini voi aiheuttaa sydänpotilaalle suurina määrinä rytmihäiriöitä ja ärtyneisyyttä. (Suomen sydänliitto ry 2012b.)

Kahvin juonti tihentää sydämen lyöntien taajuutta ja nostaa hetkellisesti verenpainetta. Verenpaine ei kuitenkaan nouse pysyvästi jos sydänpotilas juo kahvia kohtuudella. Kahvi sisältää kafesolia jonka on todettu suurentavan veren LDL- kolesterolipitoisuutta. Suodattamattomassa kahvissa, kuten pannukahvissa kahviin jäävän kafesolin pitoisuus on suurempi kuin suodatinkahvissa, koska suodatinkahvissa kafesoli jää paperisuodatimeen eikä pääse kulkeutumaan kahvin joukkoon. Espresso ja siitä valmistettavat juomat, kuten cappuccino tai latte sisältävät myös kafesolia. Kun suodattamatonta kahvia juo noin 5-6 kupillista päivässä, voi veren kolesterolipitoisuus nousta 0,3-0,4mmol/l. (Suomen sydänliitto ry 2012b.)

Sepelvaltimotautipotilas voi myös kohtuudella käyttää alkoholia. Naiset voivat korkeintaan juoda 1-2 ravintola-annosta ja miehet 2-3 ravintola-annosta vuorokaudessa. Määrittelyjen mukaan ravintola-annos on pullo keskiolutta tai kahdentoista senttilitran lasi mietoa viiniä tai neljä senttilitraa viinaa. Humalatila ja krapula ovat vaaraksi sydämelle. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö tai suuret kerta-annokset eivät sovi sydänpotilaille, koska ne lisäävät herkkyttä saada rytmihäiriöitä, nostaa verenpainetta ja triglyseridejä, heikentää sydämen supistumiskykyä, lisää sen työmäärää ja vähentää joidenkin sydänlääkkeiden vaikutusta. Alkoholi sisältää myös paljon sokeria, jolloin se vaikuttaa veren sokeritasapainoon siinä on myös paljon kaloreita, joten runsas käyttö myös lihottaa. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 37.)

Tupakointi on yksi sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä, tämän takia tupakoinnin lopettaminen on tärkeä sepelvaltimotaudin hoitokeino. Sepelvaltimotaudin riski vähenee puolella jo vuoden tupakoimattomuuden jälkeen. Neljän vuoden päästä tupakoimattomuus palauttaa sepelvaltimotaudin riskin tupakoimattoman tasolle. Tupakoiva ihminen saa herkemmin hengenahdistusta ja kipuja rasituksessa kuin tupakoimaton (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006,8.)

Tupakointi vahingoittaa sydäntä ja verisuonistoa monella eri tapaa, se lisää veren hyytymisalttiutta ja tukosvaaraa, lisää rytmihäiriöitä sekä kammiovärinän ja äkkikuoleman riskiä. Aiheuttaa hapenpuutetta, nostaa sykettä ja verenpainetta, vahingoittaa verisuon-

ten seinämiä ja nopeuttaa ateroskleroosia eli valtimoita ahtauttavaa kovettumatautia. Tupakointi vähentää myös HDL-kolesterolia ja lisää LDL-kolesterolin määrää. Eräiden sydänlääkkeiden teho heikkenee tupakoinnin syystä. Myös ympäristön tupakansavu on vaarallista sepelvaltimotautipotilaalle. (Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006,8.)

6.4 Seksuaalisuus

Seksuaalielämään saattaa tulla muutoksia, useimmiten tilapäisiä erilaisten sydänsairauksien ja niiden hoitomuotojen takia. Muutokset saattavat ilmetä kivun tai rytmihäiriön pelkona, halukkuuden vähenemisenä tai mahdollisina erektiohäiriöinä. Muutokset seksuaalisuudessa häviävät yleensä kunnan kohottua. Kiihottuneisuus seksuaalisuudessa perustuu verekkyyden lisääntymiseen sukupuolielimissä. Sepelvaltimotautia sairastaville potilaille voi tulla seksuaalisia toimintahäiriöitä, koska sukupuolielinten veren- ja hapensaanti on heikentynyt. Verenkiertohäiriöiden aiheuttamia tavallisimpia ongelmia ovat erektiohäiriöt ja emättimen limakalvojen kuivuus. Sydänlääkityksellä on hyvä vaikutus perustautiin, joten näin ollen se parantaa myös yleensä seksuaalitoimintoja. (Kettunen ym. 2008, 129; Apter, Kaimola & Väisälä 2006, 290; Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja 2006, 39.)

Halukkuuden väheneminen ja erektiohäiriöt saattavat johtua joidenkin sydänlääkkeiden sivuvaikutuksista. Potilaalle pitää kertoa lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Elimistön tottuessa lääkkeisiin, sivuvaikutukset yleensä häviävät, jos oireet eivät häviä 2-3 kuukauden kuluttua on syytä ottaa yhteys lääkäriin. (Kettunen ym. 2008, 129; Apter ym. 2006, 291.)

Yhdyntä ei yleensä tuota sen kuormittavampaa räsitusta kuin ripeä liikunta ja monet kotiaskareetkaan. Hyvänä sääntönä on monissa kirjoissa pidetty, että jos henkilö jaksaa kivutta ja väsymättä nousta kaksi kerrosta portaita, ei yhdynnälle ole estettä. Yhdyntä kannattaa ajoittaa sellaiseen kohtaan vuorokaudessa, kun on levännyt riittävästi eikä muu samanlainen kuormitus esimerkiksi valvominen, raskas ateria tai runsas alkoholin nauttiminen, rasita elimistöä. Elimistön kuormitusta voidaan vähentää erilaisilla asennoilla yhdynnän aikana. Kumppani voi olla esimerkiksi aktiivisemmassa roolissa. Kuormitusta voidaan vähentää myös asennoilla joissa sydänpotilaan yläraajat eivät joudu kovaan staattiseen jännitykseen. Yhdynnän aikana sydänpotilaan tulisi välttää olkavarsilihaksiin sekä käsivarsilihaksiin kohdistuvaa pitkäkestoista kuormitusta, koska pit-

kään kestänyt lihasten jännittäminen heikentää verenkiertoa ja saattaa sitä kautta aiheuttaa kipuja potilaalle. Potilas, joka saa herkästi rintakipuja, kannattaa pitää nitroa käden ulottuvilla yhdynnän aikana. Parantaakseen verenkiertoa ja vähentääkseen kipukohtauksen pelkoa potilas voi ottaa nitron jo esileikkivaiheessa. (Kettunen ym. 129; Apter ym. 2006, 291–292.)

7 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Airaksisen ja Vilkan (2003) mukaan ammattikorkeakoulussa tutkimukselliselle opinnäytetyölle vaihtoehtona on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on lopuksi aina konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus tai tietopaketti. Se tavoittelee käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Kohderyhmän mukaan voidaan valita toteutustapa, joka voi olla esimerkiksi kansio, vihko, opas tai cd-rom. Toiminnallisen opinnäytetyön pitäisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä sopivalla tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa näyttävä. (Airaksinen & Vilka 2003, 9-10.)

Tässä menetelmässä olisi hyvä löytää opinnäytetyölle toimeksiantaja. Kokemusten perusteella toimeksiannettu opinnäytetyöaihe vahvistaa vastuuntuntoa opinnäytetyöstä ja opettaa projektihallintaan. Työelämän ollessa opinnäytetyönaiheen antaja, se tukee tekijöiden ammatillista kasvua. (Airaksinen & Vilka 2003, 16–17.) Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka painottuu tuotokseen ja on yksiosainen. Konkreettisenä tuotoksena on potilasohjauksessa hyödynnettävä ohjausvideo. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin työelämästä. Työelämä toivoi käytännönläheistä videota potilasohjauksen avuksi, kohderyhmänä ovat potilaat, joille oli tehty sepelvaltimoiden pallolaajennus. Ohjausvideo on pituudeltaan noin 10-15 minuuttia.

Airaksisen ym. (2003) mukaan työelämälähtöinen opinnäytetyö voi sisältää myös projektin piirteitä. Ruuskan (2007) mukaan projekti on joukko ihmisiä, jotka ovat sen ajaksi koottu yhteen toteuttamaan tiettyä tehtävää. Projektiin sisältyy aina kiinteä budjetti ja aikataulu. Projektin piirteisiin sisältyy esimerkiksi selkeä tavoite, kun tavoite on saavutettu, saadaan myös projekti päätökseen. Tavoitteisiin pääsemiseksi projekti vaatii ryhmätyöskentelyä ja toimii samalla oppimisprosessina. Projekti pohjautuu aina asiakkaan tilaukseen, jossa asiakas laatii projektille vaatimuksia ja siten rajaa projektin toimintaa. (Airaksinen ym. 2003, 47; Ruuska 2007, 19–20.) Tässä opinnäytetyössä esiintyy projektin piirteitä monessa määrin. Alussa luotiin aikataulu opinnäytetyön toteutukselle ja selkeät tavoitteet. Työtä tehtiin ryhmässä, hyödyntäen ohjaavan opettajan ohjausta ja työelämäyhteyttä. Tämä opinnäytetyö pohjautuu työelämän toiveeseen ja tilaukseen, jonka mukaan on rajattu opinnäytetyötä.

Projekti lähtee liikkeelle ideasta tai visiosta ja alkaa käynnistysvaiheella, jatkuu rakentamisvaiheella siirtyen päättämisen vaiheeseen ja sitä kautta lopputulokseen. Tähän kaikkien sisältyy projektin hallinta. Käynnistysvaiheessa on laadittava tavoitteet työlle ja kuvattava tarkasti tavoitteet sekä lopputulos. Ennen käytännön toteutusta tulisi aiheesta tehdä esiselvitys eli selvitetään työn tavoitteet, ongelmat, aikataulu, budjetti, edellytykset ja rajauksen kautta lopputulos. Toimintasuunnitelma, joka on riittävän monipuolinen ja yksityiskohtainen, on projektin hallinnan tärkein edellytys. Airaksisen ym. (2003) mukaan toimintasuunnitelmaan täytyisi pystyä sitoutumaan. Hän tuo esille myös, että toimintasuunnitelman tarkoitus on jäsentää myös tekijälle mitä on tekemässä. (Airaksinen ym. 2003, 26–27; Ruuska 2007, 34–37.)

Ruuskan (2007) mukaan projektissa käynnistämisen jälkeen tulee rakentamisvaihe. Rakentamisvaihe jaetaan viiteen osaan, määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen, testaukseen ja käyttöön ottoon. Ensin aloitetaan tuotoksen määrittelyllä. Työn rajausta tarkennetaan ja määrittelyssä kuvaillaan mitä tuotoksella tullaan tekemään. Tämän jälkeen suunnitellaan kuvaillen kuinka tuotos aiotaan toteuttaa. Toteutusosassa tarkistetaan tuotoksen toimivuus ja toteutetaan tarvittavat korjaukset. Käyttöönotto-osassa varmistetaan, että kaikki on kunnossa ja valmista tuotoksen käyttöön ottoa varten. (Ruuska 2007, 37–39.)

Ruuska (2007) korostaa, että projektilla on selkeä päätepiste. Ennen päätepidettä tulee kuitenkin laatia työstä loppuraportti. Airaksisen ym. (2003) mukaan loppuraportissa käydään läpi työn taustaa ja tavoitteita, työn aikaansaannoksia ja tuloksia, työn eri vaiheiden kulkua sekä johtopäätökset. Arvioinnin tulee sisältyä loppuraporttiin. Loppuarvioinnissa tuodaan esille myös käytetyt lähteet ja yhteydet. Kaikki valinnat ja ratkaisut tulee perustella ja kirjoittaa loppuraporttiin. (Airaksinen ym. 2003, 49–50; Ruuska 2007, 40.)

Rantasen ym. (2009) kirjoittavat tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. Heidän mukaan kehittäminen ajatellaan usein konkreettisenä toimintana. Kehittämistoiminnan avulla voidaan yrittää joko toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen. Toimintatavan kehittäminen voi kohdistua vain yhden työntekijän työskentelyn kehittämiseen tai kohdistua myös laaja-alaisesti koko organisaation yhteisen toimintatavan kehittämiseen. Kehittäminen voi olla uusien ideoiden rakentamista ja samalla myös ideoiden le-

vittämistä ja vakiinnuttamista. Ennen kaikkea kehittäminen on käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista sekä edistämistä. (Rantanen & Toikko 2009, 14, 16.) Opin­näytetyön tuotoksen tavoitteena on kehittää potilaiden ohjausta ja tuoda ohjaukseen li­sää mahdollisuuksia.

7.1 Aikataulu ja budjetti

Aikataulu on keskeinen osa suunnitelmaa. Sen perusteella voidaan seurata ja ennakoida työn kulkua ja etenemistä. Aikatauluun tulisi suunnitella välitavoitteita, joiden avulla pystytään seuraamaan aikataulussa pysymistä. Kokemuksesta aikataulun arvioinnissa on runsaasti hyötyä. Tekijän kokemus kyseisestä työstä vaikuttaa työhön käytettyyn aikaan. Opinnäytetyön ja tuotoksen suunnittelun ja toteuttamisen lisäksi on kokonaistyömäärän arvioinnissa huomioitava lisäksi muita tehtäviä. Näitä ovat seuranta, raportointi, palave­rit, yhteydenpito ja dokumentointi. (Ruuska 2007, 51, 53, 189, 193; Keränen ym. 2005, 38.)

Aikataulutusta työlle suunniteltiin jo seminaarivaiheissa. Aikataulu eteni aluksi suunni­telmien mukaan, kuitenkin koulutyöt ja työelämäharjoittelut vaikuttivat aikatauluun. Näin aikataulutusta muuttui matkan varrella ja sitä jouduttiin muokkaamaan uudestaan. Kokemuksen puutteen vuoksi tehtiin aluksi liian tiukka aikataulu, jonka vuoksi se ve­nyi. Aikataulu venyi myös osittain yhteydenpitojen vuoksi. Työlle ei tehty budjetti­suunnitelmaa. Työn etenemisen ohella opinnäytetyön tekijät vastasivat tarvittaessa kus­tanuksista, jotka koostuivat esimerkiksi matkakuluista, editoinnista ja työhön sekä tuo­tokseen liittyvistä kuluista.

Syksyllä 2012 aihe-seminaarissa opinnäytetyön aiheeksi valikoitui pallolaajennuksen jälkeinen potilasohjaus ja työelämäpalaverissa tarkentui, mitä osa-alueita ohjausvideolla käytäisiin läpi. Palaverissa sovittiin ohjausvideon pituudeksi 10 – 15 minuuttia. Ohjaus­videon sisällön osa-alueiksi yhdessä työelämän kanssa valittiin sepelvaltimotauti ja pal­lolaajennus, liikunta, lääkitys, ravitsemus ja seksuaalisuus. Näitä osa-alueita oli tarkoi­tus tuoda konkreettisin esimerkein esille ja myös kuvien avulla. Sovittiin, että videolle tulisi mukaan potilas, jolle olisi mahdollisesti tehty pallolaajennustoimenpide. Ohjaus­videon asetelmaksi sovittiin sairaanhoitajan ja potilaan ohjaustilanne. Alussa suunnitel­mana oli myös käydä syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana tutustumassa osaston fysiote-

rapeutin työhön. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, sillä aikataulujen yhteensovittaminen osoittautui hankalaksi tai pallolaajennus potilaita ei tällöin olisi ollut osastolla.

Ideaseminaaria varten aloitettiin systemaattinen lähteiden etsintä. Tiedonhaku tapahtui muun muassa Pirkanmaan kirjastoista, Medic- ja Terveysportti-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin teoreettisen viitekehyksen osa-alueita. Tietoa haettiin myös samoilla hakusanoilla englanniksi. Ideaseminaarissa syksyllä 2012 esiteltiin opinnäytetyön alustava tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet. Ideaseminaariin suunniteltiin myös alustava teoreettinen viitekehys, joka on muuttunut ja kehittynyt ideaseminaarin jälkeen enemmän opinnäytetyötä ja tuotosta kuvaavaksi.

Ideaseminaarin jälkeen aloitettiin kirjoittamaan opinnäytetyön teoriaosaa ja tiedonhaku jatkui. Opinnäytetyön tekijät kirjoittivat jaetuista aiheista erikseen ja yhdessä kokosivat ja hioivat tekstit yhdeksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi vähitellen. Syksyn 2012 suunnitelmaseminaarissa käytiin siihen asti kirjoitettua teoriaa läpi ja työ esiteltiin myös PowerPoint-esityksen avulla. Aina ennen seminaareja siihen asti kirjoitettu opinnäytetyö lähetettiin ohjaavalle opettajalle ja opponijalle arvioitavaksi. Suunnitelmaseminaarin jälkeen jouduttiin työtä vielä supistamaan työelämään lähetettävää suunnitelmaa varten.

Metodiopinnot alkoivat kevään 2013 alussa. Metodiopinnoista saatiin idea kehittää työelämän potilasohjausta. Päädyttiin toteuttamaan potilaskysely (Liite 3) työelämään, jonka avulla selvitetäisiin ohjauksen lähtökohdat ja näin kehitettäisiin ohjausta. Potilaskysely oli suunnattu potilaille, joille oli tehty sepelvaltimoiden pallolaajennus. Kevään 2013 alussa lähetettiin työelämään opinnäytetyön suunnitelma, potilaskyselyn saatekirje (Liite 2) ja opinnäytetyön lupahakemus. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa 2013.

Keväällä 2013 teorian työstämistä jatkettiin eteenpäin ja tehtiin käsikirjoitusta varten alustavaa runkoa. Ohjausvideon kuvauksia ja editointia varten oltiin yhteydessä media-alan opiskelijoihin opiskelijajärjestön kautta. Vastausta sieltä suunnalta ei kuitenkaan kuulunut, mutta muiden yhteyksien kautta järjestyi editoija opinnäytetyölle. Ohjausvideota varten tarvittiin myös potilas. Potilaaksi valikoitui lähipiiristä henkilö, jolle oli tehty sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpide muutama vuosi sitten.

Potilaskyselyt saatiin koottua ja hyväksytettiin ohjaavalla opettajalla sekä työelämäyhteydellä. Tämän jälkeen potilaskysely vietiin työelämään ja jätettiin sinne vastattaviksi

toukokuun 2013 alussa. Potilaskyselyt kerkesivät olemaan työelämässä kesäkuun loppuun, kunnes työelämä otti yhteyttä. Työelämä koki kysymysten olevan liian avoimia ja toivoi avoimien kysymysten pois ottamista ja muokkaamista. Muokattu potilaskysely palautettiin takaisin työelämään heinäkuussa 2013. Potilaskyselyt olivat valmiita elokuun 2013 lopulla ja vastauksia saatiin yhteensä 15 kappaletta.

Käsikirjoitusseminaari oli toukokuussa 2013. Käsikirjoitusseminaarissa esiteltiin kirjoitettua teoriaa ja vielä tulevia suunnitelmia. Käsikirjoitusseminaarin jälkeen opinnäytetyötä muokattiin ja korjailtiin saatujen palautteiden mukaan. Kesällä 2013 jatkettiin teorian kirjoittamista ja täydentämistä sekä työstettiin ohjausvideon käsikirjoitusta. Valmis käsikirjoitus hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla sekä työelämässä, jonka jälkeen käsikirjoitusta hiottiin vielä toivomusten mukaiseksi.

Käsikirjoituksen (Liite 4) valmistumisen jälkeen suunnittelimme kuvauspäivän ohjausvideolle. Ohjausvideon kuvaukset toteutettiin Syyskuun 2013 alussa. Kuvausten jälkeen varattiin editointia varten päivät ja editointi toteutettiin syyskuun 2013 aikana. Kahden editointi kerran jälkeen ohjausvideo esiteltiin ohjaavalle opettajalle. Esittelyn jälkeen ohjausvideota jouduttiin editoimaan ja muokkaamaan vielä lisää. Tämän jälkeen ohjausvideo lähdettiin esittelemään työelämäyhteydelle. Valitettavasti työelämäyhteys ei ollutkaan tyytyväinen työn lopputulokseen, vaan olisikin toivonut toista näkökulmaa ohjausvideon suhteen ja tämän vuoksi ei voi ottaa ohjausvideota työelämässä käyttöön. Ohjaavaan opettajan kanssa keskusteltua, päädyttiin siihen lopputulokseen, että ohjausvideota voidaan työelämässä hyödyntämisen sijasta hyödyntää mahdollisesti opetusmateriaalina hoitotyön opinnoissa.

Opinnäytetyön vaiheiden aikana oltiin säännöllisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaan sähköpostitse sekä käytiin ohjaavan opettajan ohjauksissa aina työn edetessä. Opinnäytetyön edetessä oltiin myös työelämään yhteydessä sähköpostitse säännöllisesti. Todettiin kuitenkin lopulta, että yhteydenpito sähköpostitse ei ollut paras vaihtoehto, koska lähetetyt sähköpostit hukkuivat helposti työelämässä muiden sähköpostien sekaan. Työelämäyhteyttä pidettiin lopulta yllä puhelimen välityksellä sekä sovittujen tapaamisten avulla.

7.2 Ohjausvideon suunnittelu ja toteutus

Videon kuvaamisella tulisi olla päämäärä eli tavoite. Ennen kuvausta sille tulisi asettaa tavoitteet, jotka auttavat suunnittelemaan ja arvioimaan työskentelyä. Videon avulla potilas voi saada monipuolisesti tietoa ja sisäistää sen eri tavalla. Videon käyttö ohjauksessa mahdollistaa tiedon välittämisen katsojalle. Kuvatessa tuleekin tekijän pohtia ohjausta katsojan kannalta. Mietitään välittykö videon kautta tietoa potilaalle ja viekö se potilaalle sen tiedon mitä hän tarvitsee sekä onko ohjausvideo tarpeeksi selkeä. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011, 31–33.)

Ennen ohjausvideon toteutusta suunniteltiin tuotokselle tavoitteet. Tavoitteena oli tuottaa ohjausvideo, joka voisi toimia työvälineenä ohjauksessa. Tavoitteena oli myös saada tuotoksesta konkreettinen ja käyttökelpoinen, pituudeltaan 10 minuuttinen sekä kehittää omia ohjausvalmiuksia tuotoksen kautta. Ohjausta pohdittiin katsojan kannalta ja yritettiin suunnitella ohjaukseen mielenkiintoa ylläpitäviä efektejä. Efekteiksi suunniteltiin kuvia ja tietoiskuja. Ohjauksen tieto yritettiin myös tiivistää mahdollisimman ytimekkääksi ja selkeäksi, mutta kuitenkin asiaa sisältäväksi. Ammattisanasto on kerronnassa tai efektien avulla tuotu ymmärrettäväksi ohjattavalle.

Suunnitteluvaiheessa tulee miettiä mitä halutaan potilaalle viestittää. Ohjauksen viestin tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen ja pelkistetty, sillä näin se on paremmin ymmärrettävissä. Ohjausvideo tulisi suunnitella jollekin tietylle kohderyhmälle. Suunnittelu- ja toteutusvaiheessa tulisi pohtia voidaanko viestin tehokkuutta kasvattaa esimerkiksi kiinnittämällä vastaanottajan huomio käyttämällä kuvia tai tekstiä. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2005, 13–14.) Suunnitteluvaiheessa yritettiin ohjauksesta suunnitella yksinkertainen rajaamalla aiheet huolella. Osa-alueet valittiin työelämän toiveiden mukaan, mutta myös toteutettu potilaskysely toi esille ohjauksen tarpeen eri osa-alueiden kohdalla. Työelämän kanssa video suunniteltiin tietyille kohderyhmälle eli sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaille.

Potilaskyselyt toivat esille potilaiden saaman ohjauksen laatua ja määrää. Potilaskyselyitä tuli yhteensä 15 kappaletta. Tulosten mukaan ohjausta saatiin kattavasti moniammatillisena yhteistyönä eri ammattiryhmien osaajilta. Ohjaus oli ollut sekä kirjallista että suullista. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa ohjauksen aihealueis-

ta. Sepelvaltimotaudista, päivittäisistä toiminnoista, lääkehoidosta ja ravitsemuksesta koettiin saaneen riittävästi tietoa.

Liikunnan ja seksuaalisuuden osuus ohjauksessa koettiin vähäiseksi. Erityisesti seksuaalisuuden kohdalla mielipidejakauma oli suuri. Osa koki saaneensa riittävästi tietoa seksuaalisuudesta, osa ei lainkaan ja osa ei osannut arvioida. Tulosten perusteella ohjauksessa tulisi kiinnittää seksuaalisuuteen enemmän huomiota. Ohjausvideolla on tuotu esille sepelvaltimotaudin vaikutusta seksuaalielämään. Potilaskyselyt tukivat päätöstä ottaa seksuaalisuus ohjausvideolle mukaan.

Videon tekeminen voidaan jakaa kahteen vaiheeseen, valmisteluvaiheeseen ja toteutusvaiheeseen. Valmisteluvaihe pitää sisällään idean, luonnostelun, alustavan ja lopullisen käsikirjoituksen, budjetin, aikataulun ja välineet sekä tarvittavan tiimin kokoomisen. Toteutusvaiheeseen sisältyy taas harjoitukset, kuvaukset ja editointi. (Keränen ym. 2005, 186–188.) Toteutusvaiheessa haluttiin ohjauksen tehokkuutta lisätä vielä käyttämällä kuvia ja tietoisuuksia ohjauksen lomassa.

7.2.1 Käsikirjoitus

Käsikirjoitus lähtee liikkeelle ideasta. Sen rakenne koostuu alusta, keskikohdasta ja lopusta. Käsikirjoituksen voi tehdä monella eri tavalla. Hyvä käsikirjoitus on konkreettinen, pelkistetty ja selkeä. Se sisältää asiat, jotka näkyvät myös lopullisessa tuotteessa. Käsikirjoitus on kokonaisuus, joka jaetaan kohtauksiksi kuvausta varten. Siinä kohtaukset tulisi asetella loogiseen järjestykseen ja erottaa selkeästi toisistaan sekä otsikoida. Käsikirjoitukseen voidaan myös halutessa arvioida kohtausten kestot. (Aaltonen 2002, 14, 114, 117; Sipi 2009.)

Alussa tehdään alustava käsikirjoitus. Siinä hahmottellaan käsikirjoituksen sisältöä ja sen eri osia. Mietitään videon haluttua pituutta ja mitä asioita siihen halutaan sisällyttää. Ihannepituus videolle olisi kahdeksasta kymmeneen minuuttia, jolloin katsojan mielenkiinto saataisiin ylläpidettyä. Lopulta päästään lopulliseen käsikirjoitukseen, joka laaditaan alustavan käsikirjoituksen pohjalta. (Keränen ym. 2005, 31, 186; Telg 2004c.)

Käsikirjoitusta tehdessä tulisi pohtia kenelle video tehdään, tietääkö katsoja aiheesta kuinka paljon ja kuinka kauan katsojan mielenkiinto saadaan ylläpidettyä. Käsikirjoi-

tus toimii tukena videota kuvatessa sekä editoinnissa. Lauseet käsikirjoituksessa tulisi olla palasina ja niiden pitäisi olla yksinkertaisia, lyhyitä ja informatiivisia. Kirjoittaessa tulisi kiinnittää huomiota ammattisanoihin ja ne tulisi avata katsojalle. Käsikirjoituksen ollessa valmis, se tulisi luetuttaa toisella henkilöllä. Näin saadaan selville sisällön epäkohdat. Käsikirjoituksen valmistuessa voidaan alkaa miettimään millainen lähestymistapa videolle halutaan tuoda. (Telg 2004c.)

Videon käsikirjoitukseen tehtiin selkeä aloitus, runko ja lopetus. Käsikirjoitukseen pyrittiin tuomaan työelämänkin toiveiden mukaisesti konkreettisia esimerkkejä jokapäiväisestä elämästä ja myös teoria tukee tätä. Aluksi tehtiin hahmotelmaa käsikirjoituksesta ja mitä se pitäisi sisältää. Yhdessä työelämän kanssa valittiin käsikirjoitukseen sisältyvät aihealueet ja otsikot. Saatujen potilaskyselyjen vastaukset tukivat valittuja aihealueita ja niiden avulla tuli myös esille mitä tulisi painottaa enemmän ohjauksessa. Käsikirjoituksessa näkyy selkeästi kohtausjaot otsikoituna ja ne on pyritty asettamaan loogiseen järjestykseen. Kohtauksien kestot pyrittiin myös arvioimaan karkeasti. Alustavan hahmotelman ja käsikirjoituksen myötä kehittyi valmis käsikirjoitus. Valmiissa käsikirjoituksessa teksti oli palasina, lyhyinä ja pelkistettyinä lauseina. Siihen asiasisältö on otettu opinnäytetyön teoriaosuudesta. Käsikirjoitus toimi hyvin kuvauksen aikana kuvaajan sekä kuvattavien tukena. Valmis käsikirjoitus luetutettiin ohjaavalla opettajalla, työelämässä ja muilla videoon osallistuneilla.

7.2.2 Kuvaaminen

Kuvausvaiheessa tulisi videon kohtauksia harjoitella. Harjoittelu voidaan toteuttaa eri päivänä kuin itse kuvaus tai kohtausten harjoittelu voidaan toteuttaa kuvausten yhteydessä otosten välillä. Kohtaus tulisi kuvata yksi kerrallaan. Ohjaukseen soveltuvaan videoon kannattaa ottaa lyhyitä muutaman minuutin otoksia kerralla. Ennen kuvausta ja kuvauksen aikana tulisi huomioida, että kuvauskamera on asianmukainen, valaistus on hyvä, kamera on tukevalla alustalla, kameran liikkuvuus on tasainen ja videon tausta on mahdollisimman yksinkertainen. Jos kuvatessa halutaan painottaa jotain, voidaan se tehdä lähikuvien avulla zoomaamalla. Kuvaajan tehtävä on kuvatessa tarkkailla kuvaa koko ajan, raportoida kuvattavia ongelmista ja huomioida tausta sekä valaistus. (Hakkarainen ym. 2011, 49, 158; Keränen ym. 2005, 188, 193; Sipi 2009.)

Kuvaamista varten varattiin yksi päivä. Kuvauspaikka jouduttiin järjestämään videolla esiintyvän potilaan vuoksi hänen kotipaikkakunnallaan ja sinne yritettiin luoda mahdollisimman neutraalitila, joka lavastettiin rekvisiitan avulla sairaanhoitajanvastaanoton näköiseksi. Rekvisiittana toimi muunmuassa sairaanhoitajan työasu, verenpainemittari ja kuva sepelvaltimoiden rakenteesta. Kuvaamista varten lainattiin kameralle tukijalusta ja kamera opinnäytetyön tekijöillä oli valmiina. Kameran käyttöä oli harjoiteltu ennen käyttöä jonkin verran.

Kuvausten alkaessa harjoiteltiin ensin ensimmäistä kohtausta. Kuvaamisen jatkuessa aina kohtausten välillä harjoiteltiin seuraavaa otosta. Samasta kohtauksesta kuvattiin useampi otos, jotta niistä voitiin valita paras. Kuvaamisen aikana kuvaaja seurasi kameraa tarkasti ja tarvittaessa aina keskeytti kuvauksen sekä antoi palautetta kuvattaville. Työskentelyn aikana kuvaaja työsti myös laskelmia kohtausten kestosta. Ohjausvideolle oli asetettu tarkka kesto vaatimus, joten kun kuvaaja huomasi kohtausten kestojen olevan liian pitkiä jouduttiin tekemään muutoksia käsikirjoitukseen. Tällöin käsikirjoituksesta yritettiin karsia ”ylimääräistä” pois, suunnitella joitain kohtia kuviksi tai suunnitella tietoisuusia kuvan päälle. Näin videosta saatiin toteutettua enemmän tavoitteiden ja toivomusten pituinen. Kuvauksiin kului hyvin koko päivä.

7.2.3 Editointi

Videon editointiprosessi on aikaa vievää ja luova prosessi. Siinä eri osat laitetaan yhdeksi kokonaisuudeksi johdonmukaisesti kattavalla ohjelmalla. Editointia varten tulisi varata aikaa riittävästi, esimerkiksi videon pituuden ollessa 10 minuuttia editointiin tulisi varata noin 10 tuntia. Editointivaiheessa koostetaan kuvattu materiaali ja muokataan se sopivaksi. Otoksista valitaan parhaiten onnistuneet ja niistä rakennetaan videon kokonaisuus. Editointivaiheessa voidaan lisätä tarpeen mukaan kuvia, musiikkia, tekstiä tai selostusta. Efektejä lisättäessä tulisi editointiin varata lisää aikaa. (Keränen ym. 2005, 188, 193; Telg 2004a; Telg 2004b.)

Editointi tapahtui yhteistyössä editointiin perehtyneen henkilön kanssa. Opinnäytetyön tekijät olivat editoinnin kaikissa vaiheissa mukana. Ensimmäisen editointi kerran aikana kohtaukset yhdistettiin leikkaamalla yhdeksi kokonaisuudeksi, ylimääräisiä pätkiä editointiin pois. Tässä vaiheessa lisäsimme jo joitain teksti efektejä. Ensimmäisen editointi kerran jälkeen video näytettiin ohjaavalle opettajalle. Palautteen mukaan toisella ja

kolmannella editointi kerralla videolta leikattiin yksi kokonainen kohtaus pois ja tilalle lisättiin kaksi ytimekästä diaa aiheesta. Videolle tehtiin myös muita pieniä leikkauksia, lisättiin kuvia ja teksti efektejä kuvien rinnalle sekä lisättiin alku- ja lopputekstit. Käsi-
kirjoitus siis muuttui jonkin verran myös editoinnin aikana. Kuvat ottivat ja diat sekä teksti efektit suunnittelivat opinnäytetyön tekijät itse. Editointiin kului aikaa yhteensä noin 14 tuntia.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettinen ajattelu on kykyä pohtia sekä omien että yhteisöjen arvojen kautta sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin. (Kuula 2006, 21). Tutkimuksen tekemistä vallitsevat eettiset käsitykset ohjaavat tutkimusten lisäksi opinnäytetyön tekijän omia valintoja. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 125). Tutkimusetiikka on hyvän tieteellisen käytännön noudattamista ja se kulkee tutkimuksen tekemisen rinnalla koko prosessin ajan. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden, joita tulisi noudattaa tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. Tutkijan tulisi toimia vilpittömästi ja rehellisesti muita tukijoita kohtaan eli kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Tämä toteutuu ottamalla huomioon, mitä saavutuksia muut tutkijat ovat tehneet samasta aiheesta. (Kuula 2006, 34; Sarajärvi & Tuomi 2009, 125; Vilka 2005, 29–30.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus on myös suunniteltava, toteutettava ja raportoitava mahdollisimman laadukkaasti. Tulee huolehtia lisäksi tutkimuksen avoimuudesta ja kontrolloitavuudesta. Tekstissä ei tulisi mainita toimeksiantajan tai tutkittavien nimiä ellei siihen ole heidän lupaansa. Viimekädessä kuitenkin tutkijat tekevät itse eettiset ratkaisut, jotka koskevat heidän tutkimustyötään ja myös vastaavat niistä. Edellytys laadukkaalle ja luotettavalle tutkimukselle on hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen. (Kuula 2006, 34–35, 39; Vilka 2005, 32–33.) Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä huolellisella, tarkalla sekä rehellisellä työskentelyllä. Opinnäytetyön prosessi on opettanut töiden priorisointia sekä aikataulujen suunnitelmallisuutta.

Tieteellisen toiminnan keskeisempänä asiana pidetään tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimusetiikalla pyritään vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Hyödynsimme opinnäytetyömme eettisyyden pohdinnassa toiminnallisen opinnäytetyön kirjallisuutta ja lisäksi syvensimme tietoa myös muiden tutkimusmenetelmien eettisyyden kirjallisuudella.

Suomessa tutkimuksen eettisyys on turvattu Helsingin julistuksen mukaisesti, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Lääkäriliiton hallituksessa uusin suomennos julistuksesta hyväksyttiin 10.05.2001. Julistuksessa on määritelty ohjeet potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi. Tutkimusta tehdessä potilastietojen luottamuksellisuus, yksityisyys sekä fyysinen ja psyykinen koskemattomuus on turvattava. Tutkittavalle on kerrottava selkeästi tutkimuksen tarkoitus, tavoite, menetelmä, tutkimuksen oletettavissa oleva hyöty sekä tutkijan mahdolliset yhteydet laitokseen. On kerrottava myös potilaan mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai perua suostumuksensa milloin tahansa. (Kankkunen ym. 2013, 212–214; Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus 2013.)

Potilaskyselyä laadittaessa otimme huomioon potilaiden yksityisyyden turvaamisen sekä luottamuksellisuuden. Potilaille esitettävässä saatekirjeessä ilmeni potilaskyselyn tarkoitus, tavoite, menetelmä sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Kyselyt laadittiin siten, ettei potilaan henkilöllisyys voi käydä niistä ilmi ja kyselyt tulevat ainoastaan meidän käyttöömme ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselyt hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen eettisyyden perusteella tutkimuksen tulee olla hyödyllinen sekä harjoittaa tutkijan omaa ammatillista osaamista. (Kankkunen ym. 2013, 212.) Opinnäytetyön teorian ja myös tuotoksen tekeminen on kehittänyt samalla ammatillista osaamistamme aihe-alueen osalta sekä kehittänyt ryhmätyöskentelytaitojamme. Opinnäytetyö on monella tapaa hyödyllinen, niin meille kuin työelämälle ja potilaillekin. Hyödyllisyys näkyy osaamisemme kehittämisessä, mahdollisuudessa hyödyntää teoriaa käytännössä sekä tuotoksen mahdollisuuksissa.

Opinnäytetyön tekemisessä ja työn edetessä on hyödynnetty työn lukeneilta, opponoijalta ja ohjaavalta opettajalta saatua palautetta. Työmme tuotoksen eri vaiheita on näytetty ohjaavalle opettajalle, työelämälle, opponoijalle sekä ulkopuolisille henkilöille. Heiltä saatu tuotosta sekä teoriaa koskeva palaute ja korjausehdotukset lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Valmis opinnäytetyö on lähetetty Urgund-plagioinnin esto ohjelmaan joka lisää työmme luotettavuutta.

Lähteiden valitsemisessa olemme noudattaneet lähdekritiikkiä siten, että olemme käyttäneet uusimpia mahdollisia lähteitä. Pääosin olemme käyttäneet alle 10 vuotta vanhoja

lähteitä. Olemme pyrkineet käyttämään alkuperäisiä lähteitä, mutta hyvän toissijaisen lähteen löydettyä olemme myös käyttäneet niitä. Teoreettista tietoa olemme etsineet eri tietokannoista sekä monipuolisesti eri lähteistä. Eri lähteistä löydettyä samaa teoriatietoa on koottu yhtenäiseksi keskustelevalle kokonaisuudeksi.

8.2 Opinnäytetyön prosessi ja kehittämisehdotukset

Aiheemme oli lähtöisin työelämästä. Innostuimme aiheesta jo alussa, mutta haasteeksi koimme videon kuvauksen ja editoinnin toteuttamisen, joka sai meidät alussa epäilemään omia valmiuksiamme videon toteuttamiseen. Toteuttaminen onnistui lopulta hyvin ja olimme tyytyväisiä työmme lopputulokseen ja omiin saavutuksiimme. Saimme videon editointiin ulkopuolista apua. Teoriatieto oli isona apuna opinnäytetyön ja tuotoksen taustalla.

Lähteiden etsintä tuotti aluksi hankaluuksia ja koimme sen haasteeksi. Työn edetessä kuitenkin opimme etsimään lähteitä oikeilla asiasanoilla ja hyödyntämään eri tietokantoja sekä kirjallista materiaalia. Verraten lähtötilanteeseen olemme siis kehittyneet lähteiden etsinnässä, mutta myös lähteiden luotettavuuden arvioinnissa. Olemme pyrkineet käyttämään ensisijaisia lähteitä ja tutkimuksia sekä käypä hoitoa työssämme.

Työskentely eteni osittain suunnitelman ja aikataulutuksen mukaisesti. Yhteydenpidot, työn korjaukset, lisäsuunnitelmat ja opinnot venyttivät ja muuttivat aikataulua jonkin verran. Nyt kun on enemmän kokemusta tällaisen prosessin toteuttamisesta, olisimme voineet suunnitella aikataulun hieman joustavammaksi ja ottaa viivytykset paremmin huomioon. Yhteiset aikataulut koimme välillä haastaviksi yhdistää keskenämme ja myös muiden työhön osallistuvien kesken.

Työelämäyhteys lähti hyvin käyntiin. Mielestämme olimme itse aktiivisesti työelämään yhteydessä ja informoimme heitä työvaiheista sekä varmistimme siten työn etenemisen työelämän toiveiden mukaisesti. Valitettavasti lopulta työmme loppuvaiheessa työelämä ei ollutkaan tyytyväinen tuotoksen lopputulokseen, vaan olisi toivonut toteutusmallista toisenlaisen. Tämän vuoksi tuotosta ei otettu työelämään käyttöön, mutta työelämä oli silti kiinnostunut työmme teoriaosasta. Työelämän palautteessa tuodaan ilmi, että tuotoksen asiasisältö oli hyvä ja asianmukainen, mutta työelämä olisi toivonut Jönköpingin mallin näkökulmaa ohjausvideoon. Tämä näkökulma ei kuitenkaan ollut noussut aikai-

semmin selkeästi esille, joten sitä oli enää mahdotonta toteuttaa tämän prosessin aikana. Työelämä palautteessaan silti kertoo, työn tavoitteiden toteutuneen. Olimme tyytyväisiä työelämäyhteyteen. Harmittamaan meitä jäi, ettei ohjausvideota pystytty ottamaan käyttöön työelämään, mutta ymmärsimme sen. Tyytyväisiä olimme työelämän palautteeseen, prosessin toteutumiseen, itsemme ylittämiseen muun muassa kuvauksen toteuttamisen osalta ja teoriaosan hyödyntämiseen työelämässä.

Ennen tuotoksen toteutusta suunnittelimme työelämään potilaskyselyn sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaille. Kyselyn toteutuminen vei odotettua enemmän aikaa. Kyselyiden tulosten perusteella etenkin seksuaalisuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ohjausta annettaessa. Seksuaalisuus saattaa olla arka aihe, josta voi olla vaikea keskustella. Sepelvaltimotaudin vaikutuksesta seksuaalielämään tulisi kuitenkin keskustella myös rutiinisti. Ohjausvideon kautta seksuaalielämän ohjausta voi olla helpompi ottaa vastaan ja tämän jälkeen siitä voisi vielä keskustella hoitajan kanssa. Osa potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa seksuaalisuudesta, osa ei lainkaan ja osa ei osannut arvioida. Potilaskysely vahvisti seksuaalisuuden mukaan ottamista ohjausvideolle.

Käsikirjoitukseen saimme mielestämme sisällytettyä ohjausalueet tiiviisti ja selkeästi. Hyvänä lisänä pidämme kuvien ja efektien lisäämistä. Videon kuvan laatuun vaikutti meidän kokemattomuutemme kuvaamisesta. Kuvaamista varten olisi voinut ottaa kokeneemman osaajan. Videolla esiintyvien kanssa olisi voitu harjoitella käsikirjoitusta läpi useampia kertoja ja varata myös enemmän aikaa videon mahdolliselle uudelleen kuvaamiselle. Videon potilaaksi olisi voinut valita näyttelijän, jos resurssit olisivat olleet paremmat. Jokainen potilas on kuitenkin yksilöllinen ja kaikki eivät ole yhtä aktiivisia kuin toiset. Editointi toteutui mielestämme hyvin, siihen saatiin järjestymään riittävästi aikaa. Videon pituus saatiin editoinnin avulla tavoitteiden mukaiseksi.

Opinnäytetyön tuotos ei päätynyt työelämän käyttöön, mutta käsikirjoitus ja työmme teoriaosa toimii hyvänä materiaalina työelämässä. Ohjausvideota on mahdollista hyödyntää oppimateriaalina opiskelijoille. Käsikirjoitusta taas olisi tulevaisuudessa mahdollista hyödyntää, jos ohjausvideon haluaisi kuvata uudesta näkökulmasta. Teoriasta olisi mahdollista myös koota opas-lehtinen potilaille.

Tarkoitus toteutui, samoin tehtävät ja myös tavoitteet osittain. Omat valmiutemme kohdata sepelvaltimoiden pallolaajennuksen kokenut henkilö ovat kehittyneet työn myötä ja

ymmärrämme paremmin sepelvaltimotaudin ohjauksen eri osa-alueita. Ymmärrämme nyt paremmin mitä hyvä potilasohjaus on ja mitä siinä tulee huomioida. Ohjausvideomme valitettavasti ei päätynyt työelämän hyödynnettäväksi, mutta teoriaosuuden avulla on mahdollista kehittää henkilökunnan antamaa ohjausta.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut – audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö- sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Airaksinen, J., Halinen, M., Kervinen, K., Kosonen, P., Kuusisto, J., Laine, M., Lam-mintausta, O., Lepäntalo, A., Mustonen, P., Niemelä, M., Pietilä, M., Syväne, M., Tiera-lala, I. & Vikman, S. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan antitromboottinen hoito. Suomen lääkirilehti 8/2011.

Airaksinen, T. & Vilkka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Alaranta, H., Arokoski, J., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 2009. Fysioterapia. 4. uudistettu painos. Keuruu: kustannus Oy Duodecim.

Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Backman, K., Isola, A., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden ko-kemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2/2007. Vol 19, 51–62.

Blek, T., Heikkilä, J., Karinen, A., Kiema, M. & Liimatainen, L. 2007. Sepelvaltimotau-tia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumi-sen yhteys terveystyöskäytymiseen. Tutkiva hoitotyö 4/2007. Vol 5, 9-14.

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

Hakkarainen, P. & Kumpulainen, K. (toim.) 2011. Liikkuva kuva – muuttuva opetus ja oppiminen.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Harju, J. 2007. Ravintoa sydämelle. Ehkäise sydäntautiriskiäsi terveellisellä ravinnolla. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hartikainen, J., Häkkinen, U., Juntunen, M., Linna, M., Nikus, K., Pelanteri, S., Peltola, M., Seppälä, T., Rauhala, A. & Vento, A. 2008. PERFECT – pallolaajennus ja ohitus-leikkaus. Helsinki: Stakes.

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

- Holmström, P. & Vauhkonen, I. 2012. Sisätaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karjalainen, P., Kiviniemi, T., Pietilä, M. & Ylitalo, A. 2012. Sepelvaltimoahtauman arviointi kajoavilla menetelmillä. Suomen Lääkärilehti 8/2012.
- Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kervinen, H. 2013. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 24.04.2013. Tallennettu 27.09.2013
www.terveysportti.fi
- Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. 2005. Digitaalinen media. 1.painos. Jyväskylä: Docendo Finland Oy.
- Kujala, U., Taimela, S. & Vuori, I. (toim.) 3.uudistettu painos. 2005. Liikuntalääketiede. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.08.1992/785.
- Liikunta. 2012. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito- johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 26.3.2013.www.kaypahoito.fi
- Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. 2006. Luettu 10.12.2012. www.sairaanhoitajaliitto.fi
- Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus. 2013. Lääkäriliitto. 12.10.2013. Tallennettu 12.10.2013. www.laakariliitto.fi
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajaliitto, 10/2006. Luettu 2.12.2012. www.sairaanhoitajaliitto.fi
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry. 2009. Erityisruokavaliot- opas ammattilaisille. 7. painos. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. 6., tarkistettu painos. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Sairastavuus ja sairastuvuus pähkinänkuoressa. 2009. Suomen sydänliitto ry. Tallennettu 27.09.2013. www.suomensydänliitto.fi

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sepelvaltimotauti ja liikunta. Suomen sydänliitto ry. 2006. Erweko painotuote oy.

Sepelvaltimotauti ei parane mekaanisesti hoitamalla. 2003. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim. Tallennettu 27.09.2013. www.terveysportti.fi

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. 2009. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.8.2013. www.kaypahoito.fi

Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja. Suomen sydänliitto ry. 2006. Erweko painotuote oy.

Sipi, M. 2009. Markun lyhärikoulu – perusteet haltuun alle tunnissa. Audiovisuaalinen aineisto. YLE. Katsottu 24.08.2013.

Suomen sydänliitto ry. 2012a. Autolla ajaminen. 03.12.2012. Luettu 15.08.2013. www.sydanliitto.fi

Suomen sydänliitto ry. 2012b. Kahvi ja tee. 15.02.2012. Luettu 20.8.2013 www.sydanliitto.fi

Suomen sydänliitto ry. 2012c. Riittävästi kuitua. 15.02.2012. Luettu 15.08.2013 www.sydanliitto.fi

Suomen sydänliitto ry. 2012d. Suolaa vähemmän. 15.02.2012. Luettu 15.08.2013. www.sydanliitto.fi

Sydäninfarktin diagnostiikka. 2009. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.8.2013. www.kaypahoito.fi

Telg, R. 2004a. Producing an Educational Video. University of Florida IFAS Extension. Tallennettu 25.09.2013. <http://edis.ifas.ufl.edu/wc024>.

Telg, R. 2004b. Producing Your Own Video Program. University of Florida IFAS Extension. Tallennettu 25.09.2013. <http://edis.ifas.ufl.edu/wc022>.

Telg, R. 2004c. Scriptwriting. University of Florida IFAS Extension. Tallennettu 25.09.2013. <http://edis.ifas.ufl.edu/wc124>

Terveystietolaki 30.12.2010/1326.

Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista. Suomen sydänliitto ry. Tallennettu 27.09.2013. www.suomensydanliitto.fi

Toimenpiteet pähkinänkuoressa. 2007. Suomen sydänliitto ry. Tallennettu 27.09.2013 www.suomensydanliitto.fi

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Backman, Isola, Kyngäs, Kääriäinen & Saarnio (2007)</p> <p>Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairanhoidossa</p> <p>Tutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairanhoidossa potilasohjauksen edellytykset? 2. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairanhoidossa ohjaustoiminnan? 3. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairanhoidossa potilasohjauksen hyödyn? <p>Tavoitteena oli selvittää miten iäkkäät potilaat kokivat erikoissairanhoidon potilasohjauksen sekä miten iäkkäät potilaat kokivat erikoissairanhoidon potilasohjauksen hyödyt.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan eriosastoilla ja poliklinikoilla</p> <p>N= 2071 potilasta vastasi 230</p> <p>Kyselylomake</p> <p>SPSS 12,0-tilasto-ohjelma</p>	<p>Iäkkäät olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä ohjaukseen</p> <p>Puutteita koettiin ohjaustilanteen yksilöllisyydessä ja kannustavuudessa</p> <p>Kaivattiin lisää monipuolisuutta</p> <p>Tyytymättömiä oltiin ohjausajan sekä ohjauksen oikeaan ajoitukseen ja toistettavuuteen</p>

<p>Blek, Heikkilä, Karinen, Kiema & Liimatainen (2007)</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietoisuuteen</p> <p>Artikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä tietoa sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ja heidän läheisensä saivat sairaalahoidon aikana sekä miten asennoituminen taudin riskitekijöihin oli yhteydessä heidän terveystietoisuuteensa</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä tietoa sepelvaltimotautista potilaat ja heidän läheisensä saivat sairaalahoidon aikana? 2. Miten käsitykset riskitekijöiden merkityksestä ovat yhteydessä sepelvaltimotautipotilaiden terveystietoisuuteen? <p>Tavoitteena oli selvittää mitä tietoa sepelvaltimotautista potilaat ja heidän läheisensä saivat sairaalahoidon aikana sekä miten riskitekijöiden merkitykset ovat yhteydessä sepelvaltimotautipotilaiden terveystietoisuuteen.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Aineisto kerättiin ensitietokurssille osallistuneilta potilailta</p> <p>Strukturoitu kyselylomake</p>	<p>Potilaiden kokemukset jakautuvat kahtia siitä, olivatko he saaneet riittävästi tietoa sydänsairaudesta</p> <p>Miespotilaat kokivat saaneensa riittävämmän tietoa kuin naispotilaat</p> <p>Läheisistä 37 % oli saanut riittävästi tietoa</p> <p>Melkein kaikki potilaat ja läheiset pitivät tiedon saantia tärkeänä</p> <p>Ruokavaliota pidettiin tärkeimpänä tautiin vaikuttavana tekijänä</p> <p>Melko suurena vaikuttajana pidettiin tupakointia ja liikuntaa</p>
--	---	---	--

SAATEKIRJE

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä sepelvaltimoiden pallolaajennuksen jälkeisestä ohjauksesta, jonka tuotoksena on ohjausvideo. Tarvitsemme pallolaajennuksen läpikäyneiltä potilailta tietoa heidän saamastaan ohjauksesta, ohjauksen puutteista ja hyvistä puolista sekä kehittämistarpeista, jotta voimme ottaa ne huomioon opinnäytetyötä tehdessämme ja ohjausvideota luodessamme. Haluamme kyselyjen avulla kehittää ohjausta hoitotyössä ja toivomme saavamme mahdollisimman paljon osallistujia. Keräämme tietoa kyselylomakkeen avulla potilailta. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä kyselylomakkeesta ilmene osallistujien henkilötietoja. Kyselylomakkeen tuloksia ei käytetä muuhun kuin opinnäytetyöhömmme, ja kyselytiedot hävitetään heti kun ne eivät ole enää välttämättömiä työmme kannalta.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelija

Noora Tuomola

Sairaanhoitajaopiskelija

Janna-Maria Isotalo

LIITE 3. Potilaskysely

1. Oletko saanut kotihoidon ohjausta pallolaajennuksen jälkeisestä kotona pärjäämisestä ja toipumisesta? (ympyröi vastaus)

1. *Kyllä*

2. *Ei*

2. Miltä ammattiryhmältä olet saanut ohjausta? (ympyröi sopiva vaihtoehto/ vaihtoehdot)

1. Lähi/ perushoitaja

2. Sairaanhoidaja

3. Fysioterapeutti

4. Lääkäri

3. Onko ohjaus ollut (ympyröi sopiva vaihtoehto)

1. Kirjallista

2. Suullista

3. Molempia

4. Arvioi saamaasi ohjauksen määrää seuraavilla osa-alueilla. (rastita sopiva vaihtoehto)

1= riittävä

2=vähäinen

3= ei ollenkaan

	1	2	3
Sairaus (sepelvaltimotauti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivittäiset toiminnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Mistä asioista olisit toivonut saavasi enemmän tietoa? (ympyröi sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot)

1. Sairaus (Sepelvaltimotauti)

2. Päivittäiset toiminnot

3. Lääkehoito

4. Ravitseminen

5. Liikunta

6. Seksuaalisuus

7. Jostain muusta, mistä _____

6. Jos haluat, voit kertoa vapaamuotoisesti saamastasi ohjauksesta?

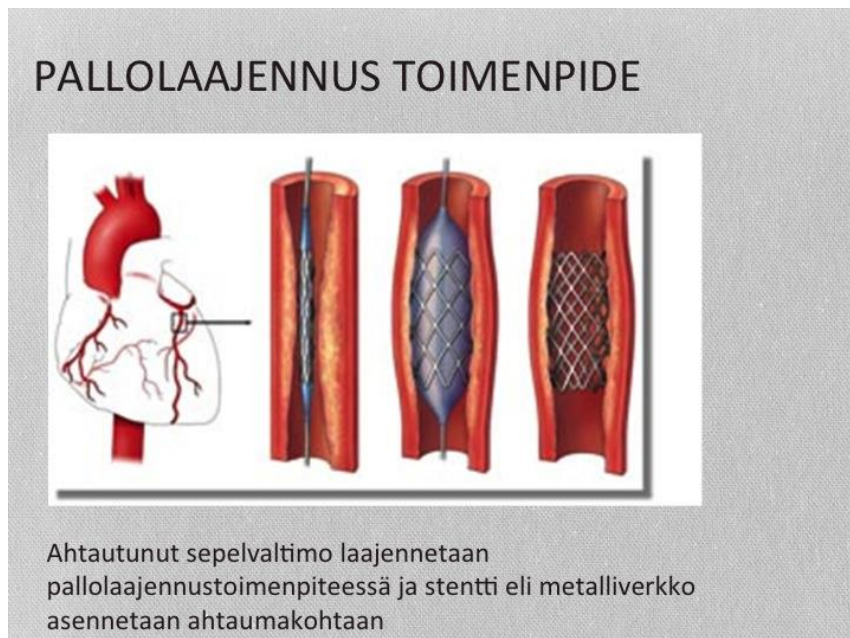
LIITE 4. Käsikirjoitus

Sepelvaltimotauti ja sepelvaltimoiden pallolaajennus

Sairaanhoitaja:

Teillä on todettu parantumaton sairaus eli sepelvaltimotauti. Sepelvaltimotaudissa sydänlihakseen happeutunutta verta tuovat suonet ovat vaurioituneet. Sydänlihaksen suoniin eli sepelvaltimoihin kertyy plakki, josta myöhemmin aiheutuu ahtaumia.

Ahtauman vuoksi teille on nyt tehty sepelvaltimoiden pallolaajennus. Nyt olisi tarkoitus käydä läpi kuinka tämä sairaus ja toimenpide vaikuttavat tästä eteenpäin teidän jokapäiväiseen elämään.



Sepelvaltimotauti ja lääkitys

Sairaanhoitaja:

Lääkäri määrää jokaiselle potilaalle yksilöllisesti lääkityksen sepelvaltimotaudin hoitoon.

Lääkehoidon ja elintapamuutosten avulla pyritään estämään sepelvaltimotaudin eteneminen ja vähentämään sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä. Käymme tässä läpi yleisimpiä sepelvaltimotaudin lääkkeitä.



Sepelvaltimotaudin hoidossa käytettäviä lääkkeitä:

- asetyylisalisyylihappo
→ ehkäisee valtimotukosten muodostumista
- klopidogreeli
→ ehkäisee valtimotukosten muodostumista
- statiinit eli kolesterolilääkkeet
→ vähentävät kolesterolin muodostumista maksassa
- ACE:n estäjät
→ alentavat verenpainetta
→ vähentävät sydämen ja verenkierron kuormitusta
- kalsiuminestäjät
→ vähentävät sydämen kuormitusta

Rintakipukohtauksen hoidossa voidaan käyttää nitraatteja.

Nitraatit lievittävät sydänlihaksen iskemiaa, laajentaen verisuonia. Nitraattien käytön haittana on niiden liiallinen verenpainetta laskeva vaikutus.

Tietoisku: sydänlihaksen iskemia = sydänlihaksen hapenpuute



Nitraatit

Nitraatit jaetaan **lyhytvaikutteisiin** ja **pitkävaikutteisiin**.

- lyhytvaikutteiset nitraatit
→ rintakipukohtausten hoitoon tai ennen räsitusta rintakipukohtauksen ehkäisyyn
→ esimerkiksi kielenalusalustablettina tai suusumutteena
- pitkävaikutteiset nitraatit
→ tarkoitettu rintakipukohtausten estohoitoon
→ käytetään säännöllisesti päivittäin
→ esimerkiksi tablettina tai laastarina

Sepelvaltimotauti ja liikunta

Sairaanhoitaja:

Nyt keskustellaan liikunnasta

Onko teillä jokin mielekäs liikuntamuoto, josta te pidätte?

Liikunnalla edistetään oireetonta suorituskykyä ja toipumista pallolaajennuksesta

Säännöllinen liikunta vaikuttaa edullisesti sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin, kuten ylipainoon, kohonneeseen verenpaineeseen, veren huonoihin rasva-arvoihin ja diabetekseen.

Liikunta parantaa sydänlihaksen supistumiskykyä, edistää valtimoiden sisäkalvon toimintaa, jolloin sepelvaltimoiden laajentumiskyky paranee ja veri virtaa kuormittavissa tilanteissa paremmin.

Tietoisku: liikuntaa suositellaan vähintään 30 minuuttia päivässä

Kotiutumisen jälkeen ensimmäisten viikkojen aikana liikunnan tulee olla kevyttä ja rasitusta voi lisätä hiljalleen omia oireita kuunnellen.

Tärkeää liikkua säännöllisesti ja löytää oireeton liikunnan taso. Mikään liikuntamuoto ei ole pois suljettu, jokaista lajia voi harrastaa, kunhan kuuntelee omia oireita.

Liikuitteko säännöllisesti ennen sairastumista?

Teille tehtiin pallolaajennus rannevaltimon kautta, joten rasitusta ranteen alueella tulee välttää ja varoa noin viikon. Rasitusta ranteen alueella aiheuttaa esim. Kauppakassien kantaminen.

Tietoisku: pallolaajennus voidaan tehdä myös reisivaltimon kautta, jolloin fyysisiä ponnisteluja tulisi välttää noin viikon ajan.

Liikunnan aikana normaaleja asioita ovat hengitystiheyden ja sykkeen lisääntyminen sekä hikoilu, jos liikunnan aikana ilmenee hengenahdistusta, rintakipua tai muuten huonoa oloa → keventäkää liikuntaa tai lopettakaa se.

Kahden viikon kuluttua voitte aloittaa lihasvoimaharjoittelun ja kuntoliikunnan.

Saunotteko paljon?

Tietoisku: älkää menkö saunaan, jos teillä on kuumetta, rintakipua tai huonovointisuutta

Voitte saunaa kunhan lämpötila pysyttelee alle 80asteen.

Saunomisen aikana tulee välttää muita yhtäaikaisia kuormituksia, kuten alkoholin käyttöä tai seksiä.

Ottakaa verenpainelääkkeet vasta saunan jälkeen, koska saunan lämmön vaikutus laskee jo verenpainetta.

Välttääksenne saunomisen jälkeisiä vaaroja, vilvoitelkaa ja juokaa saunan jälkeen.

Tykkäättekö uida?

Uimisen voitte aloittaa saunan yhteydessä kun tapahtuneesta on kulunut parikuukautta

Uiminen kannattaa aloittaa sillä, että valelette ensin viileää vettä ihollenne, sillä äkillinen lämmönvaihtelu nostaa verenpainetta, lisää rytmihäiriöiden vaaraa ja saattaa aiheuttaa angina pectoris kipuja.

Tietoisku: angina pectoris = rintakipu

Onko teillä vielä ajokortti voimassa, ajatteko autoa?

Aivojen verensaanti saattaa heiketä sydänsairauden jälkeen ja sitä kautta heikentää tarkkaavaisuutta liikenteessä.

Harvoin sydänsairaus estää autoilun kokonaan. Pallolaajennuksen jälkeen suositellaan kuukauden ajokieltoa, tämä on kuitenkin hyvin yksilöllistä.

Teidän tulee kiinnittää enemmän huomiota ajo-olosuhteisiin, koska huonot ajo-olosuhteet saattavat lisätä stressiä ja lihaskäykkyyttä joka taas saattaa aiheuttaa verenkierto- ja sydänoireita.

Sepelvaltimotauti ja ravitseminen

Sairaanhoitaja:

Perusperiaatteet ruokavalion suhteen ovat samat kuin yleisesti suositellun terveyttä edistävän ruokavalion → monipuolisuus, kohtuullisesti rasvaa, vähän kovaa ja tyydyttynyttä rasvaa, riittävästi tyydyttymätöntä rasvaa, sopivasti energiaa, tarvittaessa laihduttaminen, vähän suolaa, runsaasti kuituja ja vähän kolesterolia.

Ruokavalion kokonaisuus on tärkeä huomioida eikä niinkään yksittäisiä ruoka-aineita, tässä voidaan hyvänä esimekkinä pitää lautasmallia.



Kolesterolit voidaan karkeasti jakaa hyvään (hdl) ja huonoon (ldl) kolesteroliin.

Ahtaumien yksi suurimmista aiheuttajista on suuri ldl-kolesterolipitoisuus.

Tietoisku: erityisesti runsaasti kolesterolia sisältäviä tuotteita ovat: munankeltuainen, maksa, mädit, äyriäiset, rasvaiset maitovalmisteet kuten voi ja kerma

Keskeisintä korvata kova rasva pehmeällä jolloinka veren ldl-kolesteroli laskee ja hdl/ldl suhde kohenee.

Pehmeän rasvan saanti saadaan turvattua seuraavilla valmisteilla: leivälle pehmeää margariinia noin 1tl/viipale, öljypohjainen salaattinkastike, kalaa 2-3x/vko, ruoan valmistuksessa suositaan kasviöljyjä, maitovalmisteista valitaan käyttöön vähärasvaisia tai rasvattomia tuotteita.

Käytättekö paljon suolaa ruoanlaitossa?

Tietoisku: ruoanlaitossa lisää suolaa vasta valmiiseen ruokaan

Kohonneen verenpaineen hoitoon suositellaan natriumin eli ruokasuolan käytön vähentämistä, ruokasuola kerää nestettä elimistöön, joka aiheuttaa verenpaineen nousua.

Ruokasuolan suositeltu käyttö on enintään 5g päivässä eli yksi teelusikallinen.

Oletteko nähnyt kaupassa sydänmerkkituotteita?

Kuva sydänmerkistä



Sydänmerkki tuote auttaa teitä valitsemaan kaupasta rasvan määrän ja laadun sekä suolan määrän suhteen parempia vaihtoehtoja kaupasta.

Suurin osa suolasta tulee piilosuolana elintarvikkeista, kuten lämpimät ruoat, leipä ja muut viljavalmistet, lihavalmistet, juustot, mausteseokset sekä erilaiset naposteltavat, vältetään näiden liiallista saantia tai valitaan ne vähäsuolaisina.

Täysjyvä viljaa esim. Täysjyväleipää, puuroa, kasviksia, marjoja, hedelmiä päivittäin vähintään 500g.

Kuitu pienentää veren kolesterolipitoisuutta, se sitoo itseensä ruoasta ja elimistöstä tulevaa kuitua.

Miesten kuitu saanti suositus 35g päivässä

Tietoisku: naisten kuidun saantisuositus 25g päivässä



Juotteko kahvia?

Kohtuullisen suodatinkahvin ja teen juonti on sopivaa.

Esimerkiksi 4-5 kuppia kahvia päivässä on vielä kohtuullinen määrä.

Suomen sydänliiton suosituksia kahvin ja teen juonnista: pannukahvin sijaan suodatinkahvia, kahvi ja tee tulisi nauttia ilman sokeria, sellaisenaan tai maidon kanssa.

Kahvin juonti tihentää sydämen lyöntien taajuutta ja nostaa hetkellisesti verenpainetta. Verenpaine ei kuitenkaan nouse pysyvästi jos sydänpotilas juo kahvia kohtuudella.

Kahvi sisältää kafesolia jonka on todettu suurentavan veren ldl- kolesterolipitoisuutta.

Käytättekö alkoholia?

Sepelvaltimotautipotilas voi myös kohtuudella käyttää alkoholia, korkeintaan 1-2 ravintola-annosta naiset, 2-3 ravintola-annosta miehet.

Tietoisku: ravintola-annos: pullo keskialutta, lasi mietoa viini (12cl), ravintola-annos viinaa (4cl) vuorokaudessa

Humalatila ja krapula ovat vaaraksi sydämelle. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö tai suuret kerta-annokset eivät sovi sydänpotilaille, koska ne lisäävät herkkyyttä saada rytmihäiriöitä, nostaa verenpainetta ja triglyseridejä, heikentää sydämen supistumiskykyä, lisää sen työmäärää ja vähentää joidenkin sydänlääkkeiden vaikutusta.

Alkoholi sisältää myös paljon sokeria, jolloin se vaikuttaa veren sokeritasapainoon siinä on myös paljon kaloreita, joten runsas käyttö myös lihottaa.

Tupakoitko?

Tupakointi on yksi sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä, tämän takia tupakoinnin lopettaminen on tärkeä sepelvaltimotaudin hoitokeino.

Tupakointi vahingoittaa sydäntä ja verisuonistoa monella eri tapaa, se lisää veren hyytymis alttiutta ja tukosvaaraa, lisää rytmihäiriöitä sekä kammiovärinän ja äkkikuoleman riskiä.

Aiheuttaa hapenpuutetta, nostaa sykettä ja verenpainetta, vahingoittaa verisuonten seinämiä ja nopeuttaa ateroskleroosia.

Tietoisku: ateroskleroosi = valtimoita ahtaava kovettumatauti

Tupakointi vähentää myös hdl-kolesterolia ja lisää ldl-kolesterolin määrää.

Sepelvaltimotauti ja seksuaalisuus

Sairaanhoitaja:

Sepelvaltimotautia sairastaville voi tulla seksuaalisia toimintahäiriöitä, koska sukupuolielinten veren- ja hapensaanti on heikentynyt → tavallisimpia ongelmia ovat erektiohäiriöt.

Tietoisku: naisten tavallisin ongelma on emättimen limakalvon kuivuus

Kiihottuneisuus seksuaalisuudessa perustuu verekkyyden lisääntymiseen sukupuolielimissä.

Halukkuuden väheneminen ja erektiohäiriöt saattavat johtua sydänlääkkeiden sivuvaikutuksista, sivuvaikutukset yleensä häviävät kun elimistö tottuu lääkkeisiin → jos oireet eivät häviä 2-3kk kulutta ottakaa yhteys lääkäriin.

Nyrkkisääntönä pidetään, että jos henkilö jaksaa kivutta ja väsymättä nousta kaksikerrosta portaita, ei yhdynnälle ole estettä. Kannattaa ajoittaa sellaiseen kohtaan vuorokaudessa kun olette levännyt riittävästi.

Yhdynnän aikana teidän tulisi välttää olkavarsilihaksiin sekä käsivarsilihaksiin kohdistuvaa pitkäkestoista kuormitusta, koska pitkään kestänyt lihasjännitys heikentää verenkiertoa ja siten saattaa aiheuttaa kipuja, asennoilla voidaan vähentää elimistön kuormitusta. Jos saatte herkästi rintakipuja, kannattaa pitää nitroa käden ulottuvilla yhdynnän aikana.

Lopetus