



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **SYDÄNPOTILAAN HENKINEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ**

Koulutusmateriaalia hoitohenkilökunnalle

Pia-Petriina Järvenpää

Henriikka Vainio

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihto

JÄRVENPÄÄ PIA-PETRIINA & VAINIO HENRIIKKA

Sydänpotilaan henkinen tukeminen hoitotyössä  
Koulutusmateriaalia hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 19 sivua  
Lokakuu 2016

---

Hyvä psyykinen ja fyysinen terveys on ihmiselle luonnollinen elämän perusoletus, johon sisältyy odotuksia elämän ja toimintakyvyn säilymisestä lähes ongelmattomina. Kun ihminen sairastuu, oletus muuttuu merkittäväällä tavalla ja ihminen joutuu tilanteeseen, jossa normaali elämänkulku pysähtyy ja tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat hetkessä. Sairastuessaan ihminen käy läpi kriisin eri vaiheineen ja tarvitsee toipumisensa aikana paljon erilaista tukea. Yksi keskeisistä tuen muodoista on yksilöllinen henkinen tuki, joka auttaa potilasta jaksamaan sairastumis- ja sitä seuraavan sopeutumisprosessin aikana.

Opinnäytetyö sai alkunsa tekijöiden kiinnostuksesta somaattisesti sairaan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Tuotokseen painottuva opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä koulutusmateriaalia TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnalle sydänpotilaan henkiseen tukemiseen vaikuttavista tekijöistä. Materiaalin oli tarkoitus tukea hoitohenkilökunnan valmiuksia potilaan henkiseen tukemiseen eri hoitotyön käytännön keinoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnan tietoa käytännön keinoista sydänpotilaan henkisessä tukemisessa ja siten kehittää hoitotyötä.

Opinnäytetyön perusteella voidaan osoittaa, että käytännön hoitotyössä henkinen tukeminen on monilla osa-alueilla tapahtuvaa auttamista, kuuntelemista ja ohjaamista, joka tulee muotoilla kullekin yksilölle soveltuvimpaan muotoon. Jokainen potilas tulee kohdata yksilöllisesti ja jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen tulee ottaa kriisissä olevan potilaan tukeminen osaksi toteuttamaansa hoitotyötä. Opinnäytetyössä koottua koulutusmateriaalia voidaan hyödyntää monipuolisesti hoitotyössä lisäämässä hoitohenkilökunnan valmiuksia potilaan henkiseen tukemiseen. Sairastumisesta aiheutuvaa kriisiä läpikäyvän potilaan henkinen tukeminen kuluttaa hoitohenkilökunnan voimavaroja, joten jatkotutkimusaiheena voisi tarkastella ja koota yhteen käytännön keinoja hoitohenkilökunnan henkisen jaksamisen tukemiseksi hoitotyössä.

## **ABSTRACT**

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

JÄRVENPÄÄ PIA-PETRIINA & VAINIO HENRIIKKA:  
Cardiac Patient´s Moral Support in Care Work  
Educational Material for Care workers

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 19 pages  
October 2016

---

Bachelor's thesis began from the authors interests to the overall care of the patients with somatic disorders. The purpose of this study was to provide study material for the care workers of TAYS Sydänsairaala Heart Hospital about the factors that affect the mental support of cardiac patients. The focus of the study was on the produced product which is a PDF-material. The material provides nursing staff with ways to mentally support a patient with different ways of practical care work.

This study had a functional approach. It contains the theoretical framework, the report and the product. The theoretical framework introduces the crisis of a person with a sudden onset of a disease, moral support for a patient , as well as characteristics of a good study material. The report contains a description of the production process, and information about crisis and ways to secure patient's peace of mind and moral support.

Every patient should be treated individually with different ways of practical care work. The nurse should be capable of recognizing the phases of crisis and to supporting every patient. Support given at the right time promotes recovery.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi .....	9
3.1.1	Kriisin vaiheet ja auttaminen .....	9
3.1.2	Traumaperäinen stressireaktio .....	12
3.2	Potilaan henkinen tukeminen.....	12
3.2.1	Sydänsairauden vaikutus elämään.....	13
3.2.2	Toivo ja hengellisyys hoitotyössä .....	14
3.2.3	Luottamuksellinen hoitosuhde .....	16
3.2.4	Sairauden hyvä hoito.....	18
3.2.5	Hoitoympäristön merkitys.....	19
3.2.6	Vertaistuki.....	21
3.2.7	Omaisten ja läheisten kohtaaminen.....	22
3.2.8	Tiedollinen tuki ja potilasohjaus .....	24
3.3	Hoitotyön kehittäminen .....	26
3.3.1	Hoitotyön osaaminen .....	26
3.3.2	Laadukas koulutusmateriaali sydänpotilaan hoitotyöhön .....	27
4	TOTEUTUS .....	29
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	29
4.2	Tuotoksen valmistaminen .....	29
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	32
5.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	32
5.2	Johtopäätökset ja kehittämisideat .....	33
5.3	Pohdinta .....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET .....	41
	Liite 1. Opinnäytetyön tuotos .....	41

## 1 JOHDANTO

Hyvä psyykinen ja fyysinen terveys on ihmiselle luonnollinen elämän perusoletus, johon sisältyy odotuksia elämän ja toimintakyvyn säilymisestä lähes ongelmattomina. Kun ihminen sairastuu, tämä oletus muuttuu merkittäväällä tavalla ja ihminen joutuu tilanteeseen, jossa normaali elämänkulku pysähtyy ja tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat hetkessä. (Pesonen 2011, 1829.) Sydänsairaudet ovat yksi yleisimmistä syistä sairastua äkillisesti. Vuonna 2012 sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksen sai lähes 22000 suomalaista ja erilaisia sydänpotilaita hoidettiin TAYS Sydänsairaalassa vuonna 2015 yli 34000. (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2014; TAYS Sydänsairaala n.d.)

Tieto sydänsairaudesta tulee ihmiselle useimmiten yllättäen aiheuttaen jonkinasteisen psyykkisen kriisin. Hoitoprosessi oireiden ilmaantumisesta toimenpiteisiin ja kotiutumiseen on nopea ja hoitoaika sairaalassa lyhyt. (Penttilä 2014b.) Kehittyneen hoidon ja ennaltaehkäisyseurauksena entistä useampi sairastunut jatkaa elämää äkillisen sairastumisen jälkeen (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2014). Henkinen sopeutuminen sairautteen kestää usein paljon kauemmin kuin sairauden oireiden hallintaan saaminen (Penttilä 2014b). Psyykkisen oireilun voimistuessa kyky vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa vaikeutuu ja potilas ei enää kykene osallistumaan toivotulla tavalla sairautensa hoitoon ja kuntoutumiseen (Pesonen 2014b). Penttilän (2014b) mukaan suuri osa sydänpotilaista kokee lisäksi hoitotoimenpiteitä edeltävää, hoidon aikaista tai hoidon jälkeistä pelkoa sekä ahdistuneisuutta.

Hoitohenkilökunnalta edellytetään kykyä potilaan hyvään ohjaukseen potilaan hoitoon sitouttamiseksi (Kemppainen ym. 2013). Opinnäytetyön työelämätaho TAYS Sydänsairaala on sydämen hoitoon erikoistunut sairaala, jonka toiminnan tavoitteena on sydänpotilaiden hyvä hoito ja mielenrauha (Esimerkillisen hyvää sydänhoitoa... n.d.). Työelämän edustajat halusivat, että opinnäytetyössä keskitytään potilaan mielenrauhan turvaamiseen ja tätä on tarkasteltu opinnäytetyössä henkisen tukemisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä koulutusmateriaalia TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnalle sydänpotilaan henkiseen tukemiseen vaikuttavista tekijöistä. Materiaalin on tarkoitus tukea hoitohenkilökunnan valmiuksia potilaan henkiseen tukemiseen eri hoi-

totyön käytännön keinoin. Opinnäytetyön tavoitteena on taten lisätä TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnan tietoa sydänpotilaan henkisestä tukemisesta ja kehittää hoitotyötä.

Opinnäytetyön tuotos, koulutusmateriaali potilaan henkisestä tukemisesta, tehdään TAYS Sydänsairaalan käyttöön. Valitsimme opinnäytetyön aiheen, sillä olemme molemmat kiinnostuneita sydänpotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttamisesta. Ammattikorkeakoulu antaa hyvät valmiudet kliiniseen osaamiseen äkillisesti sairastuneen sydänpotilaan hoitotyössä, mutta kokonaisvaltaiseen hoitotyön turvaamiseksi tarvitaan hoitohenkilökunnalta myös valmiutta tukea potilasta sairastumisen aiheuttaman kriisin keskellä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä koulutusmateriaalia TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnalle sydänpotilaan henkiseen tukemiseen vaikuttavista tekijöistä. Materiaalin on tarkoitus tukea hoitohenkilökunnan valmiuksia potilaan henkiseen tukemiseen eri hoitotyön käytännön keinoin.

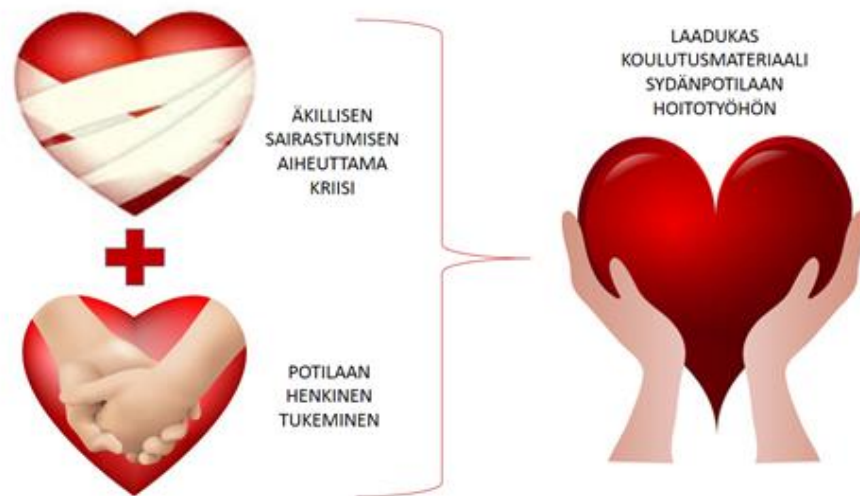
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on potilaan henkinen tukeminen?
2. Millä käytännön keinoilla hoitaja voi edesauttaa potilaan henkistä hyvinvointia?
3. Millaista on laadukas koulutusmateriaali verkkoympäristössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä TAYS Sydänsairaalan hoitohenkilökunnan tietoa käytännön keinoista sydänpotilaan henkisessä tukemisessa ja siten kehittää hoitotyötä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössämme (kuvio 1) ovat äkillinen sairastuminen, kriisi, henkinen tukeminen ja laadukas koulutusmateriaali sydänpotilaan hoitotyöhön. Nämä käsitteet olemme muodostaneet kirjallisuuden ja työelämäyhteyden perusteella. Saimme ohjausta tiedonhakuun oppilaitoksemme kielenhuollon tunneilla sekä kirjaston informaatikolta.



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet (Kuvat: Dailyclipart.net 2016, worldartsme.com 2016, iconbug.com 2016)

Hakiessamme tietoa sydänpotilaan henkisestä tukemisesta, hoitotyön kouluttamisesta sekä koulutusmateriaaleista, käytimme hakiessamme sekä suomen, ruotsin että englanninkielisiä hakusanoja. Keskeisimmät käyttämämme tietokannat tiedonhaussa olivat Terveysportti, Medic sekä CINAHL. Keskeisiä hakusanoja eri kielillä olivat henkinen tuki, sydäninfarkti, vuorovaikutus, kriisi, toivo ja selviytyminen (moral support, myocardial infarction, interaction, crisis, hope, coping).



### 3.1 Äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi

Traumaattisiksi kriiseiksi kutsutaan äkillisesti suurta tuskaa ja murhetta aiheuttavia tapahtumia ja menetyksiä. Traumaattinen tapahtuma, kuten äkillinen sairastuminen, on odottamaton, yllättävä ja rankka kokemus, jossa ihmisen voimavarat voivat olla riittämättömät käsittelemään tilannetta. Äkillisesti sairastuessaan ihminen saattaa kokea kaiken psyykkisenä kaaoksena, joka ilmenee tasapainottomuutena, katkaisee yksilön normaalin elämänsä ja rikkoo ehyen hyvinvoinnin kokemuksen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 37, 65.) Kaikki eivät kuitenkaan koe sairastumistaan kriisinä, mutta tämä ei poissulje kriisiavun tarjoamisen välttämättömyyttä (Kiiltomäki & Muma 2007, 57). Vaikeiden kriisien läpikäynti vaatii paljon henkisiä voimavaroja ja fyysistä jaksamista (Ruishalme & Saaristo 2007, 37, 65).

Äkillisesti sairastuneen potilaan hoitoprosessi sairastumisesta kotiutumiseen on usein nopea ja potilas voi olla sokissa vielä kotiutuessaan. Nopean kotiutumisen vuoksi laadukas sairaalahoito ja potilaan kokonaisvaltainen huomioon ottaminen on välttämätöntä koko hoitajakson ajan. Ilman kokonaisvaltaista, elämän kaikille osa-alueille ulottuvaa hoitoa, potilas voi jäädä tyhjän päälle ja kotiutua vailla tietoa siitä, mikä sairaus hänellä on ja miksi hän on ollut sairaalassa. Kotiutuessa potilaalla tulisi olla ymmärrys siitä, miten sairaus jatkossa muuttaa hänen elämänsä. (Penttilä, 2014a.)

Somaattisen sairastumisen laukaisemat tunnereaktiot ovat usein normaaleja. Psyykkisen oireilun voimistuessa kyky vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa saattaa vaikeutua ja tuolloin potilas ei enää kykene osallistumaan toivotulla tavalla sairautensa hoitoon ja kuntoutumiseen. (Pesonen 2011, 1829.)

#### 3.1.1 Kriisin vaiheet ja auttaminen

Kriisin kulku on jokaisella potilaalla yksilöllinen, mutta pääsääntöisesti se noudattaa tiettyä kaavaa vaiheineen. Kriisissä voidaan nähdä olevan neljä vaihetta, jotka ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Kriisin eri vaiheiden kestossa ja reaktioiden voimakkuudessa on yksilöllisiä eroja. Lisäksi tulee huomioida vaiheiden päällekkäisyyden ja lomittaisuuden mahdollisuus. (Kiiltomäki & Muma 2007, 15; Saari ym. 2009, 20).

**Sokkivaihe** alkaa järkyttävän tilanteen, kuten sairastumisen, kohdatessa. Ominaista sokiille on tilanteen kieltäminen ja sen tuntuminen epätodelliselta. Tämän reaktion kautta pyritään suojelemaan mieltä epämiellyttävän tapahtuman kohtaamiselta. Sokissa oleva voi kokea hyvin voimakkaita tunteita tai olla täysin tunteeton ja turtunut. (Saari ym. 2009, 21–23.)

Sokkivaiheessa auttamisessa korostuu fyysisen ja psyykkisen ensiavun antaminen. Olen-naista on pyrkiä rauhoittamaan tilanne ja luomaan kriisin kokeneelle turvallisuuden tunne. Sairaanhoidajalta edellytetään valppautta ja kykyä huomioida ihmisten yksilölliset tavat reagoida kriisiin. Subjektiiviset reagoitavat voivat vaihdella suuresti – lamaantumisesta paniikkiin. Sairaanhoidajan antamien ohjeiden selkeys ja äänenpaino luovat potilaalle turvaa sekavassa tilanteessa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16–17.)

**Reaktiovaiheeseen** siirryttäessä tapahtunut tiedostetaan, tapahtuneen kriisin läpikäynti ja käsittely aloitetaan sekä pyritään ymmärtämään tapahtuneen merkitystä omalle elämälle (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Saari 2009, 31). Reaktiovaiheessa tapahtuneelle pyritään löytämään selitystä tai syyllistä. Tähän kriisin vaiheeseen liittyy todellisuuden kohtaaminen. Erilaiset tunteet kuten avuttomuuden tunne, ajatuksien myllerrys ja pelko tulevaisuudesta tulevat esiin, on normaalia että potilaan läpikäymät tunteet voivat ottaa vallan aiheuttaen myös kokonaisvaltaisia fyysisiä oireita ja tuntemuksia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Saari ym. 2009, 31–33.) Reaktiovaiheessa auttamisessa on keskeistä antaa mahdollisuus tapahtuneen läpikäyntiin. Potilaalle tulee antaa aikaa kertoa, puhua ja käydä läpi kriisiin liittyviä asioita ja ilmaista erilaisia heräviä tunteitaan. On myös huolehdittava, että potilas saa riittävästi lepoa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18.)

**Työstämisvaiheessa** ihminen on päässyt kriisin käsittelyssä pidemmälle ja kriisin käsittely ilmenee tarpeena puhua samoista asioista useaan otteeseen (Kiiltomäki & Muma 2007, 18). Työstämisvaiheessa kriisin tuomien muutosten aktiiviseen käsittelyyn otetaan toisaalta hieman etäisyyttä, mutta tästä huolimatta voimakkaat tunteenpurkaukset ovat edelleen mahdollisia. Kriisiprosessin eteneminen hidastuu ja vähitellen tulevaisuuden näkymät alkavat hahmottua. Tulevaisuus muutoksineen alkaa herättää kiinnostusta. (Saari ym. 2009, 41–43.)

Työstämisvaiheessa auttamisessa keskeistä on turvallisen ilmapiirin luominen ja rauhallisuus. asioista puhuminen on luonnollinen tapa käydä tapahtunutta läpi. Kaikki eivät

kykene tai halua ilmaista ja työstää ajatuksiaan puheen kautta. Kriisissä olevan on löydettävä itselleen sopiva tapa työstää sitä käyttöönottamalla omat henkilökohtaiset voimavaransa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18–19; Saari 2009, 41–43.)

**Uudelleen suuntautumisen vaiheessa** kriisin vaiheiden ja prosessin tuomien muutosten myötä tulevaisuuteen suuntaudutaan uudella tavalla (Saari ym. 2009, 48). Kriisistä toipumisen tunnusmerkkejä ovat kyky puhua sekä jäsentää traumaattista läpikäytyä tapahtumaa. Toipuminen etenee vaiheittain ja vähitellen arkeen mahtuu myös muuta, kuin tämä hetki ja mieltä järkyttävä kokemus. Kun järkyttävä tapahtuma ja sen käsitteleminen ei enää määrittele elämää, on elämänsisällön laajeneminen osoitus toipumisesta. Mikäli kriisin työstäminen ei onnistu, kuormittava tilanne voi muuttua pitkäkestoiseksi, elämistä invalidisoivaksi psyykkiseksi traumaksi. Tästä selvitäkseen kriisin kokenut tarvitsee erityistä tukea ja apua. (Kaarlola 2010, 32; Penttilä 2014a.)

Kyetäkseen auttamaan potilasta mahdollisimman hyvin, tulee hoitohenkilökunnan olla Kiiltomäen ja Muman (2007, 15) mukaan tietoinen kriisin kulun eri vaiheista. Kriisin vaiheet sisältöineen on kuvattu lyhyesti alla (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kriisin vaiheet sisältöineen. (Pesonen 2011, 1831, muokattu)

Vaihe	Sokkivaihe	Reaktiovaihe	Työstämisvaihe	Uudelleen suuntautuminen
Kuvaus	Välitön reagointi tapahtuneeseen	Tapahtuman rationaalinen ja emotionaalinen kohtaaminen	Menetyksen käsittely ja tapahtuneen hyväksyminen	Tulevaisuuteen suuntautuminen
Kesto	<i>Muutama vrk</i>	<i>Muutama kk</i>	<i>Kuukausia – vuosia</i>	<i>Kuukausia – vuosia</i>
Sisältö	<b>Emotionaaliset oireet</b> (järkytys, hämmennys, pelko, epävarmuus, ahdistus) <b>Kognitiiviset oireet</b> (hahmotusvaikeus, orientaatiovaikeus) <b>Fyysiset oireet</b> (vireystilan vaihtelu, unen häiriöt, stressioireet)	Hämmennys tapahtuneesta Voimakkaat tunnereaktiot Vaikeus ymmärtää, mitä on tapahtunut ja miksi	Tuskallisten muistikuvien mieleen palaaminen Luopumisen, menetyksen ja sopeutumisen haasteet	Elämä jatkuu Tapahtunut muuttuu osaksi menneisyyttä

### 3.1.2 Traumaperäinen stressireaktio

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan noin 65–70 prosenttia länsimaiden väestöstä altistuu traumaattisille kokemuksille, kuten onnettomuuksille tai sairastumisille, joihin liittyy traumaattisia tunteita. Vaikka traumaattinen kokemus, kuten sairastuminen altistaa traumaperäisille stressioireille, noin kaksi kolmasosaa trauman kokeneista toipuu nopeasti eikä traumaattinen tapahtuma uhkaa mielenterveyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Mikäli trauma seurannut oireilu, kuten ahdistuneisuus, epätodellisuuden tunne, turtumus sekä fyysiset oireet kuten sydämentykytys, hikoilu ja vapina jatkuvat yli kuukauden, on kyse traumaattisesta stressihäiriöstä. Traumaperäisen stressihäiriön käypä hoito – suositus ohjaa, että traumansa jälkeen jatkuvasti oireilevat potilaat tulee tutkia perusterveydenhuollossa perusteellisesti ja ohjata tarvittaessa hoitoon. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito – suositus 2014.) Traumaperäinen stressihäiriö voi kestää useita kuukausia ja pitää sisällään toistuvasti ilmaantuvia kertautumisilmiöitä, pakonomaisia mielikuvia, painajaisia ja ahdistuneisuutta, jotka voivat laskea toimintakykyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

### 3.2 Potilaan henkinen tukeminen

Henkinen tuki on pitkäkestoista auttamista, jossa tarvitaan ammattilaisia, vapaaehtoisia, lähimmäisiä ja koko sosiaalista verkostoa. Oikein ajoitettu ja saatu tuki sekä henkinen ensiapu helpottavat selviytymistä ehkäisten mahdollisia myöhempiä häiriöitä. Suuri osa traumaattisen tapahtuman läpikäyneistä selviää läheisten tukemana, mutta monet hyötyvät ammattiavusta, jolla voidaan nopeuttaa ja helpottaa selviytymistä. (Piekkola 2015, 5.)

Henkinen ensiapu on osa henkistä tukemista ja tarkoittaa ajallisesti rajattua tukea, joka toteutetaan välittömästi traumaattisen tapahtuman, kuten äkillisen sairastumisen jälkeen. Henkisessä ensiavussa keskitytään potilaan aktiiviseen kuuntelemiseen, rauhalliseen läsnäoloon ja levon turvaamiseen. Henkiseen ensiapuun ei vielä kuulu tapahtuneen asian läpikäynti auttajan toimesta, mutta traumaattisen tapahtuman kokeneelle tulee antaa mahdollisuus puhumiseen ja tapahtuneiden kertaamiseen kriisin eri vaiheissa. (Piekkola 2015, 7.)

### 3.2.1 Sydänsairauden vaikutus elämään

Kaikki sairaudet vaikuttavat jollakin tavalla henkiseen hyvinvointiin. Tieto sydänsairaudesta tulee potilaalle usein yllättäen ja arki keskeytyy. (Penttilä 2014a.) Mäkijärven (2011, 14) mukaan sairauden toteamisen jälkeen sairastunut läpikäy mielessään erilaisia vaiheita kuolemanpelosta vähättelyn kautta masennukseen ja voi johtaa aikaisempaa laajempaan ymmärrykseen arjen todellisuudesta. Toipuminen tapahtuu vaiheittain ja sydänsairaus vaikuttaa lähes aina elämänpituuteen. Tunnetilat vaihtelevat ja voivat ilmetä masentuneisuutena ja elämänlaadun heikentymisenä. (Penttilä 2014a; Mäkijärvi 2011, 14.)

Sairaalasta kotiin siirtyessä potilaan kokemat pelot liittyvät Penttilän (2014a) ja Mäkijärven (2011, 11) mukaan useimmiten kipuun, oireiden ja sairauden uusiutumiseen sekä fyysiseen suorituskyykyyn ja kuolemanpelkoon. Taloudelliset huolet ja työ- ja toimintakyvyn palautumiseen liittyvät ajatukset painavat myös usein sairastuneen mieltä (Penttilä 2014b). Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää erityistä huomiota mielenrauhan turvaamiseen potilaan kotiutuessa, sillä Penttilän (2014b) mukaan suomalaiset sydänpotilaat kokevat monenlaisia hoidon etenemisen esteitä kotiutuessaan. Potilaiden on todettu olevan tietämättömiä useita keskeisistä hoitoonsa liittyvistä seikoista kuten normaaleista ja epänormaaleista oireista, sairauden uusiutumisvaarasta, lääkehoidon syistä ja kestosta. Lisäksi reseptien uusimisesta, jatkohoitopaikasta, Kelan korvausten hakemisesta ja oikeanlaisesta omahoidosta potilas tarvitsee enemmän tietoa. (Penttilä 2014b.)

Suuri osa nykysairauksista liittyy ylipainoon, tupakointiin ja alkoholin käyttöön ja potilaat voivat kokea syyllisyyttä menneestä elämästään. Edellä mainitut asiat ovat riskitekijöitä sydänsairauksiin. Sairastumisen myötä ohjatut elämäntapamuutokset sekä uusien käyttäytymismallien oppiminen vaatii tukea sairastuneelle. (Väisänen 2009, 118.) Edellä mainitut elämäntapamuutokset ja työhön paluu saattavat aiheuttaa ahdistusta ja tästä syystä lähimmäisten tuki ja kannustaminen terveellisempiin elämäntapoihin on erityisen merkityksellistä. Sairastuneelle tulisi antaa mahdollisuus tunteiden purkamiseen ja rohkaista hienovaraisesti asioista puhumiseen. (Penttilä 2014a).

Elämän normalisoituminen lähtee Penttilän (2014b) mukaan tuttuun askareiden kautta. Työn, harrastusten ja muun arjen mahdollinen uudelleen organisointi mahdollisimman

varhaisessa vaiheessa osaksi muuta arkea helpottaa potilaan sopeutumista sairauteen. Liikuntaa ja kuormitusta tulee lisätä pikkuhiljaa ja voimavarojen kasvaessa viikkojen tai jopa päivien kuluessa saattaa samalla mieliala kohota. (Penttilä 2014b.)

Sydänsairauteen sairastuminen voi aiheuttaa muutoksia seksuaalielämään ja vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen ja kokemukseen omasta itsestä (Penttilä 2014c). Sairaus ei hävitä ihmisen seksuaalisuutta, mutta sairastuminen ja sitä seuraavat hoidot ja toimenpiteet saattavat aiheuttaa kehon muutoksia, vaikuttaen potilaan kehonkuvaan, itsetuntoon ja seksuaaliseen haluun. Sairaus vaikuttaa myös seksuaalisuuden kokemiseen ja ilmaisuun. Ihmisen sairastuessa mielessä paljon pyörii omaan elämään liittyviä ajatuksia ja kysymykset seksuaalisuuden ympäriltä heräävät myös pian toipumisprosessin alettua. Sairaus herättää pelkoja, häpeää ja ahdistusta ja ne voivat liittyä seksuaalisuudesta nauttimisen ja erektiokyvyn menettämiseen, haluttavuuden katoamiseen, hedelmättömyyteen, torjutuksi tulemiseen ja ihmissuhteiden solmimisen vaikeuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203–204.) Sairauden akuuttivaiheessa ja toimenpiteiden jälkeen edellä mainitut tunteet ovat luonnollisia reaktioita, jotka menevät yleensä ohi kunnon kohennuttua (Penttilä 2014c).

### **3.2.2 Toivo ja hengellisyys hoitotyössä**

Sairastuminen aiheuttaa usein elämänmuutoksen, jossa koti- ja työruutiinit keskeytyvät ja muutos tuo mukanaan pelkoja, ahdistusta, unettomuutta ja tunteiden ailahtelua. Tietoisuus omasta kuolevaisuudesta voi säikäyttää ja muuttaa potilaan ihmissuhteiden ja asioiden tärkeysjärjestystä. (Penttilä 2014a.) Epätoivo ja toivottomuus kytkeytyvät ihmisen hätään, kärsimykseen ja sairauteen ja toivon vahvistamisen on todettu olevan hoitotyössä keskeinen auttamismenetelmä (Juvakka & Kylmä 2007, 4).

Toivo on moniulotteinen, useilla eri tavoilla määritelty ilmiö. Toivon voidaan nähdä olevan paremman huomisen tai henkilökohtaisen tulevaisuuden odotusta. (Juvakka, Kylmä, Kohonen ja Pietilä 2007, 64.) Juvakka ym. (2007, 64) ovat määritelleet toivon olevan yksi elämän perusvoimavara, joka on tiiviissä yhteydessä ihmisen terveyteen sekä hyvinvointiin ja sen vaalimisen olevan potilaan henkisessä tukemisessa keskeisessä asemassa. Toivoa auttamismenetelmänä tarkastelleet Juvakka ym. (2007, 68) esittivät toteuttamassaan

meta-analyysissä toivoa vahvistavien auttamismenetelmien kohdentuvan ihmisen olemassaolon eri ulottuvuuksiin ja jakautuvan 15 erilaiseen luokkaan. Auttamismenetelmät ovat kuvattuna ohessa (Kuvio 2).



KUVIO 2. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät. (Juvakka ym. 2007, 68, Kuvat: Pia-Petriina Järvenpää, Henriikka Vainio 2008-2016)

Edellä kuvattuja auttamismenetelmiä tarkastellessa on havaittavissa, että toivo on kiinteässä yhteydessä hoitotyöhön ja rakentuu luottamuksellisen hoitosuhteen kautta. Hilmersson ja Söderberg (2007, 3–4) kuvasivat toivon olevan joukko erilaisia polkuja pois vaikeasta tilanteesta. Hilmerssonin ja Söderbergin (2007, 3–4) mukaan sairaanhoitajan tulisi auttaa potilasta näkemään kaikki tarjolla olevat mahdollisuudet, jopa pienimmät ja epätodennäköisimmätkin ja kannustaa uskomaan niihin. Elämän mielekkyyden hahmottaminen sairaudesta huolimatta edesauttaa jaksamaan sairauden kanssa ja saa potilaan uskomaan paranemiseen (Hilmersson & Söderberg 2007, 3–4).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) todetaan, että potilaan hoito tulee järjestää hänen vakaumustaan kunnioittaen. Hoitotyössä hengellisyys tarkoittaa potilaan uskonnon harjoittamisen tukemista ja elämäntarkoituksista keskustelemista potilaan arvoja uskontomaailmaa kunnioittavalla tavalla. Hengelliset ja eettiset kysymykset ovat jatkuvasti läsnä hoitotyössä ja hoitajan tulee kyetä hengelliseen tukemiseen riippumatta omasta vakaumuksestaan tai arvomaailmastaan. (Flinck 2012, 6.) Äkillisen sairauden

kohdatessa hoitohenkilökunnalta tulisi löytyä myös uskallusta kysyä potilaan halukkuudesta keskustella sairaalapapin tai koulutuksen saaneen sielunhoitajan kanssa (Sairaalsielunhoidon periaatteet 2011). Lammen (2005, 134) tutkimuksessa miespotilaiden sydäninfarktitekemuksista hengellinen tuki oli kristillisen elämäntätsumuksen omaksuneille miehille tärkeä voimavara osastojakson aikana.

Hoitotyössä hengellisyys nähdään usein yksityisasiana, jolloin hengellisten tarpeiden kar-toittaminen estyy (Flinck 2012, 6). Flinck (2012, 6) on korostanut, että vähäinen koulutus ja rohkeuden sekä ajan puute vaikuttavat myös hoitohenkilökunnan mahdollisuuksiin vastata potilaan hengellisiin tarpeisiin.

### **3.2.3 Luottamuksellinen hoitosuhde**

Hyvän hoitosuhteen perustana on toimiva potilaan, hänen läheistensä ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus, joka perustuu keskinäiseen luottamukseen (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996; Kaarlola 2010, 32). Hoitosuhde saa alkunsa hoitajan ja potilaan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksen kautta potilaalle muodostuu tietoisuus sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä sekä yleisellä että yksityisellä tasolla (Mikkola 2006, 13).

Sanallisessa vuorovaikutuksessa pyritään ihmisten väliseen dialogiin, jossa pyritään symmetriaan eli kaikkien osapuolten tasa-arvoisuuteen. Hoitosuhteen dialogissa hoitajalla on oman alansa ammattitaito ja potilaalla elämänsä asiantuntijuus. Hoitajan tulisi vuorovaikutuksessa pyrkiä dialogiin, jonka kautta hän määrittää potilaan yksilönä, jolla on perhe ja persoonallisuus. Kuuntelemisen ja odottamisen kautta rakennetaan eheä dialogi, sillä hoitajan hiljentyminen antaa potilaalle tilaa tuoda omia ajatuksiaan esille ja antaa aktiivisen kuuntelemisen vaikutuksen. Potilaan elämäntilanteen kautta jokainen vuorovaikutussuhde on ainutlaatuinen. (Väisänen ym. 2009, 9, 15–16, 21.)

Travelbee on vuonna 1966 ihminen-ihmiselle suhdeteoriassaan korostanut kohtaamisen ja läsnäolon merkitystä hoitotyössä. Tavoitteena hoitotyössä on Travelbeen mukaan auttaa yksilöä ja hänen perhettään lisäämällä voimavaroja ja keinoja selviytyä sairauden ja kärsimyksen kokemuksesta. Travelbeen vuorovaikutusteorian mukaan hoitajan ja poti-



laan yhteistyösuhte rakentuu viiden vaiheen kautta. Kohtaamisen myötä käsitykset toisesta ihmisestä muodostuvat empatian ja sympatian kautta saaden aikaan hyvään yhteisymmärrykseen. (Alligood 2014, 50–51.)

Vuorovaikutuksessa tulee ottaa huomioon myös sanaton viestintä, sillä erityisesti ilmeet viestivät vastaanottajalle sanoja enemmän. Keskustelun lisäksi ensivaikutelmaan vaikuttaa myös toisen osapuolen tervehtiminen ja tapa jolla toista osapuolta katsotaan silmiin. Keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, liikkeet, eleet ja pukeutuminen viestittävät paljon vuorovaikutussuhteen toiselle osapuolelle. Sokissa oleva ihminen kaipaa usein toista ihmistä lähelleen fyysisen kosketuksen ja turvallisuuden tunteen luomiseksi. (Väisänen ym. 2009, 24, 28–29.)

Hoitotyössä sairaanhoitajan tulee potilasta tukiessaan myös kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeuttaan ja integriteettiään eli fyysisistä ja psyykkistä loukkaamattomuuttaan (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137). Jokaisella yksilöllä on henkilökohtainen fyysinen, psyykinen ja moraalinen alue, jota hoidossa ei ole oikeus loukata. Psyykkisen integriteetin kunnioittaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajalla ei ole oikeutta tunkeutua potilaan psyykkiselle alueelle ja odottaa toisen ihmisen paljastavan kaikkia ajatuksiaan ja tunteitaan. Hyvin keskeistä on, että potilas kokee hoitosuhteessa tasa-arvoa ja luottamusta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 149, 137–138.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa (1996) korostetaan potilaan yksilöllisyyttä ja hänen ihmisarvonsa, vakaumuksensa ja yksilöllisten tarpeidensa huomiointia. Kriisiauttamisessa sairaanhoitajan tulee olla ensisijaisesti ihminen toiselle ihmiselle ja toteuttaa ammattitaitoaan erilaisissa tilanteissa auttamalla potilasta kohtaamaan todellisuus hänen omien voimiensa mukaisesti (Kiiltomäki & Muma 2007, 49, 53).

Potilaan kohtaamisen tulee tapahtua yksilöllisesti hänen elämäntarinaansa kunnioittaen. Tehdyissä tutkimuksissa on kuitenkin havaittu eroja miesten ja naisten kokemusmaailmassa sydäntapahtuman jälkeen. Lampi (2005) tarkasteli tutkimuksessaan mielialan muuttumista äkillisen sairastumisen jälkeen miehen ja hänen perheensä kokemana hoitoon pääsyn ja kotiin palaamisen näkökulmasta. Sydäninfarktinkokemus muodostuu Lammen (2005, 15) mukaan omakohtaisesta sairastumisesta ja potilaana olemisesta ilmeten

miesten uskomuksissa, arvoissa ja harkinnassa. Frazier, Sanner ja Udtha (2013, 913) tarkastelivat sydänkohtauksen läpikäyneen naisen masennusta. Heidän tulostensa mukaan väsymys, energianpuute ja unihäiriöt olivat kolme yleisintä sydäntapahtuman läpikäyneen naisen kuvaamaa oiretta. He painottivat masennuksen tunnistamisen tärkeyttä potilaan jatkohoidossa (Frazier, Sanner, Udtha 2013, 913). Rantasen (2009, 44) mukaan etenkin naisten kokemus liikunnan ohjaustarpeesta oli suurempi kuin miesten.

### 3.2.4 Sairauden hyvä hoito

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ säättää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja se on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä potilaan hoitoon pääsystä.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ mukaan kunnan on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta ja Kuntaliitto on määritellyn käsitteen hyvä hoito seuraavasti:

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia tai vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 8.)

Myös Juvakan ym (2007, 64) ja Kaarlolan (2011, 38) mukaan potilaan sairauden ammattitaitoinen ja inhimillinen hoito edesauttaa potilaan ja omaisten henkistä jaksamista ja toivon ylläpitoa. Olennaista potilaan hoidossa on turvallisuuden tunteen luominen jolloin potilas voi luottaa siihen, että häntä hoitava henkilökunta käyttää ammattitaitoaan ja osaamistaan parhaalla mahdollisella tavalla häntä hoitaessaan (Kaarlola 2010, 465).

Kipu on keskeinen stressitekijä potilaan hoidon aikana ja syyt kipuun ovat moninaiset (Sinisalo 2015, 133). Syynä potilaan kokemaan kipuun voi olla hänen perussairautensa ja

siihen liittyvään hoitoon kuuluvien hoitotoimien ja laitteiden lisäksi muun muassa vuodelepo ja epämukava asento, koettu unen puute, masennus sekä stressi ja ero läheisistä (Salanterä 2009, 88; Sinisalo 2015, 133). Salanterän (2009, 88–89) mukaan lisäksi hoitoympäristön kovat äänet, kirkkaat valot, yksityisyyden puute, kommunikoinnin vaikeus, keskittymisvaikeudet, tylsistymisen tunne sekä tilan ja ajanhallinnan puute vahvistavat potilaan kipukokemusta. Lisäksi otettava huomioon, että tapahtumat, jotka ovat johtaneet potilaan sairastumiseen voivat olla myös ahdistavia ja lisätä potilaan kokemusta kivusta (Salanterä 2009, 88).

Kipu on potilaalle lisäksi subjektiivinen kokemus. Salanterä (2009, 88–89) ja Sinisalo (2015, 133) ovat todenneet, että tehokkaaseen kivun arviointiin ja tunnistettuun kipuun monipuolisella hoidolla reagointiin tulee kiinnittää huomiota ja asianmukainen kirjaus kivun arvioinnista, annetusta hoidosta sekä kivunhoidon onnistumisen arviointi edesauttavat potilaan hoidon jatkuvuutta ja tuloksellista kivunhoitoa. Leinosen ja Kokin (2011) mukaan lisäksi huomion suuntaaminen pois kivusta sekä hoitajan empaattinen läsnäolo vähentävät muiden hoitomuotojen rinnalla potilaan kipukokemusta.

Suuri osa sydänpotilaista kokee hoitotoimenpiteitä edeltävää, hoidon aikaista tai hoidon jälkeistä pelkoa sekä ahdistuneisuutta (Penttilä 2011, 124–125). Potilaiden kokemien pelontunteiden on Karvosen (2012, 16) mukaan todettu olevan yhteydessä potilaan elämänlaatuun. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta tutkinut Karvonen (2012, 16) korosti potilaiden saaman potilasohjauksen merkitystä toimenpiteisiin koskevaa pelkoa vähentävänä tekijänä. Seppänen ja Suomalainen (2006) tutkivat sydänpotilaiden pelkoja sydänvalvontaosastolla. Opinnäytetyön tuloksista on havaittavissa, että potilaat ovat saaneet tukea pelkojensa käsittelyyn hyvin vaihtelevasti ja lähes puolet tutkimuksen kyselyyn vastanneista eivät olleet kokeneet saaneensa juuri lainkaan tukea (Seppänen & Suomalainen 2006).

### **3.2.5 Hoitoympäristön merkitys**

Potilaan hoitoympäristö muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja symbolisesta hoitoympäristöstä. Meriläinen (2012, 5) on kuvannut potilaan hoitoympäristön koostuvan osatekijöistä, joihin potilas ei itse voi vaikuttaa ja joita hänen voi olla vaikea hahmottaa. Sinisa-

lon (2015, 313) mukaan sairaanhoitajan tulee olla tietoinen potilaan kokemista ja hoitoympäristöstä aiheutuvista stressitekijöistä kyetäkseen omalla toiminnallaan vaikuttamaan stressitekijöitä vähentävällä tavalla.

Mikkolan (2006, 127–128) mukaan sairaalaympäristö vaikuttaa potilaan kokemukseen sairaalassaolosta merkittävästi. Etenkin sairaalayksikön koko, kodikkaan ympäristön puute sekä hoitovälineet vaikuttivat Mikkolan haastattelemien potilaiden kokemuksiin. Sairaalaympäristön levottomuus, äänet, hälinä sekä soittokelloon vastaamisen odottaminen vaikuttivat potilaiden kokemukseen hoitoympäristöstä (Mikkola 2006, 128). Hoitoympäristön merkitys potilaan kokemukseen sairaalassa olosta on ollut tarkastelun alla jo kauan, sillä jo vuonna 1860 ilmestyneessä teoksessaan *Notes on Nursing*, Florence Nightingale on painottanut sairaalaosastojen suunnittelun sekä valon ja melun merkitystä potilaan hoidossa (Meriläinen, 2012, 19). Potilaat altistuvat hoitonsa aikana kirkkaalle valolle sekä melulle, joka teho-osastoilla voi nousta hetkellisesti jopa yli 80dB:n voimakkuuteen. Kirkkaat valot saattoivat jäädä päälle myös silloin kuin niiden käyttö ei olisi potilaan hoidon kannalta tarpeen ja vaikuttaa tällä tavoin potilaan normaaliin vuorokausirytmiiin. (Meriläinen 2012, 19, 23.)

Muiden potilaiden merkitys potilaan kokemuksen rakentumiselle oli Mikkolan (2006, 128) mukaan suuri. Mitä pitemmän aikaa potilas oli sairaalassa, sen merkityksellisemmäksi muodostuu se, kenen kanssa siellä oli vuorovaikutuksessa (Mikkola 2006, 128). Muilla potilailla on keskeinen rooli myös sekä turvallisuuden tunteen, että turvattomuuden tunteen syntymisessä. Turvallisuuden tunnetta lisäsi potilaiden toisilleen antama käytännön tuki, seura ja lohdun kautta saatu apu. Toisen potilaan sairauden vaikeutuminen tai kuolema lisäsi turvattomuuden tunnetta sekä omien pelkojen ja ahdistuksen lisääntymistä. Myös toisen potilaan levoton tai aggressiivinen käytös lisäsi turvattomuutta. (Mikkola 2006, 128–130.) Aron ym. (2012) tutkimuksen mukaan tehohoidossa olevat potilaat kokivat erityisen tärkeäksi fyysisen mukavuuden ja turvallisuuden tunteen. Hämmennystä lisäävänä tekijänä Mikkola (2006, 130) kuvasi tilanteet, joissa potilas joutui kuulemaan toisen potilaan yksityisyyteen, vointiin, elämään tai terveyteen liittyviä asioita.

Potilaana olemisen kokemukseen kuuluu olennaisena yksityisyyden rikkoutuminen (Mikkola 2006, 135). Useilla osastoilla on käytössä monipaikkaisia potilashuoneita, joissa potilaiden yksityisyyttä pyritään suojaamaan verhoihin (Meriläinen 2012, 22). Tästä huoli-

matta yksityisyys on uhattuna monella tapaa. Tietosuojan puutteellisuus, kuten omien terveystietojen käsittely lääkärinkierrolla muiden potilaiden kuullen, sekä potilaan omaa fyysisestä koskemattomuutta uhkaavien erilaisen hoitotoimenpiteiden tekeminen, vaikuttivat potilaan kokemukseen yksityisyydestä. (Mikkola 2006, 135–136.) Potilaiden tulee saada konkreettista tietoa siitä, kuinka he voivat hoidossa ollessaan toimia. Potilaat kaipaavat tietoa muun muassa siitä voivatko he syödä tai juoda normaalisti tai liikkua tutkimusten välillä. (Karvonen 2012, 12.)

Sinisalo (2015) tarkasteli tekemässään tutkimuksessa potilaiden kokemia stressitekijöitä sekä potilaan että sairaanhoitajan näkökulmasta. Potilaiden kokemana merkittävimpana haittaa aiheuttaneiksi stressitekijöiksi osoittautuivat janoisuuden tunne, rajoittuminen erilaisiin johtoihin ja laitteisiin, kipu, hengitystä tukevien viiksien ja maskien käyttäminen, kykenemättömyys nukkumiseen sekä ikävä omaa kumppania tai puolisoa kohtaan. Sinisalon tutkimus osoitti sairaanhoitajien tunnistavan potilaiden kokemia stressitekijöitä osittain ja näin antoi arvokasta tietoa hoitotyön kokonaisvaltaiseen kehittämiseen. (Sinisalo 2015, 131.)

### **3.2.6 Vertaistuki**

Vertaistuki on samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa kokemukseen perustuvaa tukea, jonka kautta he välittävät toisilleen ”hiljaista tietoa” siitä, millaista sairauden kanssa eläminen on (Penttilä, 2014b). Sairauden aiheuttamat oireet ja muutokset synnyttävät sairastuneelle tarpeen tavata toisia samassa tilanteessa olevia ja tapahtuman läpikäyneitä. Vertaistukiryhmässä ollaan yhdessä, keskustellaan ja kokoonnutaan erilaisiin harrastuksiin. Yhdessä olemisen ja tekemisen kautta syntyy sairastuneelle jokapäiväistä elämää tukevaa kokemustietoa. (Mikkonen 2009, 3.)

Sairastuneet saavat tietoa vertaistuesta eri lähteistä kuten potilasjärjestöiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon edustajat kuten sairaanhoitajat ovat keskeisessä asemassa kertomassa etenkin sopeutumisvalmennuksesta ja erilaisista ensi-tietotapahtumista. (Mikkonen 2009, 3.) Sydänpotilaan vertaistukitoiminnasta vastaa Suomessa Sydänliitto, jolla on sydänyhdistysten ja sydänpiirien kautta jopa 500 vertaistukihenkilöä. Vertaistukihenkilö on tehtävään Sydänliitolta erillisen koulutuksen saanut, itsekin sydänsairauteen sairastunut henkilö, joka välittää kokemuseräistä tietoa siitä, mitä

on olla sydänpotilas ja miten sairauden kanssa tulee toimeen. (Sydänliitto 2016.) Mikkosen (2009, 3) mukaan vertaistuki ulottuu sellaisille alueille, mihin julkisella puolella ei ole resursseja tai mihin julkiset palvelut eivät luonteensa vuoksi pysty ulottumaan. Näin ollen julkinen tuki ei pysty korvaamaan vertaistukea, joka se perustuu omakohtaiseen kokemukseen sairaudesta. Vertaistuki ei toisaalta voi korvata ammattilaisilta saatua tukea, joten molempien tukimuotoja tarvitaan. (Mikkonen 2009, 3.)

Tuen saaminen muilta sairastuneilta voi alkaa jo potilaan sairaalajakson aikana. Mikkola (2006, 128) kuvasi muiden potilaiden vaikutuksen potilaan sairaalokokemukseen olevan keskeinen. Muut potilaat voivat helpottaa sairaalokokemusta ja auttaa jaksamaan sairaalajakson läpi. Mikkolan (2006, 129) mukaan vuorovaikutus muiden potilaiden kanssa helpotti potilaita ja auttoi unohtamaan sairaalassa olon ja keskittämään ajatukset tavalliseen elämään. Keskustelemalla muiden potilaiden kanssa ja tukea saadessaan potilas voi kokea, ettei ole yksin sairautensa kanssa. Tulee kuitenkin huomioida, että sairaalassa ollessaan potilaat käyvät läpi kriisin ensimmäisiä vaiheita omassa sairastumisprosessissaan ja potilaiden toisilleen antama tuki ei ole ohjattua ja koulutuksen saaneen henkilön toteuttamaa. (Mikkola 2006, 128.)

### **3.2.7 Omaisten ja läheisten kohtaaminen**

Inhimillinen hyvä hoito edellyttää Penttilän (2011, 129) mukaan sairastuneen perheeseen tutustumista ja myönteistä huomioon ottamista. Kaunonen ym. (2016, 83) kuvasivat hoitajien suhtautumisen perheisiin sairaalassa olevan pääosin myönteistä, mutta aiheuttavan myös stressiä hoitohenkilökunnalle. Sairastuneen ja omaisen välistä yhteistyötä väitöskirjassaan tarkastelleen Potinkaran (2004, 11) mukaan perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen aiheuttaen perheenjäsenissä monenlaisia tunteita ja ajatuksia. Potilasta hoitavien henkilöiden on todettu olevan tärkeitä potilaan omaisen jaksamiselle (Potinkara 2004, 11). Omaisiin kuuluu potilaan sukulaisten lisäksi hänelle läheiset ihmiset ja henkilöt, jotka potilas itse omaisikseen määrittelee eikä rajoitu vain lakiin tai biologisiin suhteisiin rajoittuviin määritelmiin (Kaunonen ym 2016, 84; YSA – Suomalainen asianpalvelu 2016).

Kaarlola (2011, 38) on tarkastellut omaisten jaksamista ja todennut, että keskivaikeita ja vaikeita stressioireita on todettu esiintyvän tehohoidon aikana jopa 33-80%:lla omaisista.

Kaarlolan (2011, 38) mukaan oireet voivat ilmetä ahdistavia ajatuksina tai niiden välttelyinä, pelkoina, elimistön toiminnallisina häiriöinä, univaikeuksina, depressiivisyytenä, sosiaalisena eristäytymisenä, väkivaltaisuutena tai päihteiden liikkakäyttönä. Penttilä (2011, 129) kuvasi potilaan läheisten käyvän läpi samankaltaiset kriisin vaiheet kuin potilas. Perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa perheessä pelkoa ja ahdistusta sekä huolen, vihan ja jopa kauhun tunteita. Sairastuminen saa aikaan myös avuttomuutta ja jopa täydellistä keinottomuutta selvitä arjen rutiineista. (Jussila ym. 2008, 47; Penttilä 2011, 129.) Kaarlolan (2009) mukaan hoitajien kyky ja halu elävään läsnäoloon, havainnointiin, kuuntelemiseen ja vaikeidenkin asioiden puheeksi ottamiseen rohkaisevat potilaita ja omaisia kertomaan ja käsittelemään kokemuksiaan ja tunteitaan.

Mattila (2011, 12) on tutkinut aikuispotilaan ja perheenjäsenen tukemista sairaalahoidon aikana ja esittää myös Penttilän (2011) sekä Kaarlolan (2011) tavoin potilaan omaisten tukemisen olevan osa hyvää hoitotyötä. Yhden perheenjäsenen sairastumisen myötä koko perheen toimivuus, rutiinit ja roolit voivat häiriintyä ja voi olla mahdollista, että sairastunut kokee, ettei täyty hänelle asetettuja tehtäviä ja tunteella voi olla vaikutus hänen itsearvostukseensa. Useat potilaat voivat myös kokea tehtäväkseen tukea ja lohduttaa perheenjäseniään ja omien voimavarojen heikentyessä tämä vaikuttaa entisestään heidän jaksamiseen. (Mattila 2011, 12, 23, 25.)

Juvakka ym. (2007) korostivat potilaan omaisten rohkaisemista hoitoon osallistumisessa sekä sairauteen ja sen hoitoon sopeuttamisessa. Kaunosen ym. (2016, 85) mukaan perheenjäsenten läsnäolo sairaalassa voi lisätä potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Sairastuneet sopeutuvat muuttuneeseen tilanteeseen usein omaisia paremmin ja arvelee tämän johtuvan omaisten saamasta puutteellisesta tuesta (Mattila 2011, 23). Potilaat ovat Mattilan (2011, 5) mukaan kokeneet saaneensa sekä henkistä että tiedollista tukea paremmin kuin perheenjäsenet. Potilaiden ja läheisten välillä oli eroa myös Rantasen (2009, 90) tutkimuksessa koskien hoitajilta osastohoidon aikana saatua tukea. Noin puolet potilaista koki saaneensa henkistä tukea ja läheisistä noin neljännes. Myös kokemukset konkreettisen tuen ja päätöksenteon tuen kohdalla vaihtelivat. (Rantanen 2009, 90.)

Potilaiden ja omaisten odotuksia tarkastellessa Kaarlolan (2011, 38) on todennut, että olennaista on turvallisuuden tunne, hoidon ja ennusteen syy-seurausten-suhteista tietäminen sekä niiden ymmärtäminen ja mielipiteiden kuuntelu. Perheenjäsenen tukemista väi-

töskirjassaan tarkastellut Lehto (2015) kuvaa perheenjäsenen ja hoitajan läheisen vuorovaikutussuhteen luonteen kuvastavan hoitajan valmiutta ja kykyä havaita perheenjäsenen tuen tarvetta. Perheenjäsenen henkisen tukemisen kannalta olennaista on tuen oikea-aikaisuus, tilannesidonnaisuus ja syklisyys (Lehto 2015, 8). Oikea-aikaisuudessa olennaista on hoitajan kyky asettua toisen asemaan ja samaistuminen perheenjäsenen tilanteeseen ja sitä kautta tuen tarpeen tunnistaminen ja tarpeeseen vastaaminen juuri oikealla hetkellä. Tilannesidonnaisuus on Lehdon (2015, 8) mukaan muun muassa sitä, että perheenjäsenen piilotetut tunteet voivat jäädä hoitajalta huomaamatta. Omista tunteista puhuminen voi olla vaikeaa ja voimia niiden käsittelyyn voi olla hankalaa löytää ja tuen vastaanottamiskyky voi vaihdella. Syklisyydellä kuvataan sitä, kuinka potilaan sairauden vaikeusasteen muutokset ovat yhteydessä potilaan omaisten tuen tarpeen vaihteluun. Potilaan voinnin parantuessa, perheenjäsenen henkisen tuen tarve voi vähentyä. (Lehto 2015, 8.)

Vahvistamalla ja tukemalla omaisia, hoitaja lisää omaisten voimavaroja ja samalla heidän kykyään tukea potilasta toipumisprosessin aikana. Lähimmäisten ja sukulaisten antama tuki ovat potilaalle erittäin tärkeitä, sillä heidän läsnäolonsa lievittää potilaan ahdistusta, auttaa potilasta ylläpitämään omaa identiteettiään, tuo turvallisuuden tunnetta sekä pitää potilaan kiinni todellisuudessa. (Aro ym. 2012.) Potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden säilyttämisessä auttaa toivon ylläpitämisessä (Juvakka ym. 2007, 64).

Kiiltomäen ja Muman (2007, 30, 49) mukaan potilaita auttavien ammattilaisten tulee olla selvillä oman alueensa kriisiauttamisen monimuotoisista palveluista. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea tutkineiden Koivulan, Rantasen ja Roosin (2012, 198–199) mukaan hoitotyön haasteeksi jää tunnistaa ja löytää ne potilaat, jotka tarvitsevat perheeltä saadun tuen rinnalle lisää sosiaalista tukea. Lisäksi tulee huomioida, ettei kaikilla potilailla ei ole perhettä tai muuta sosiaalista verkostoa heitä tukemassa (Koivula ym. 2012, 198).

### **3.2.8 Tiedollinen tuki ja potilasohjaus**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää potilaan tiedonsaantioikeudesta. Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvitystä ei lain



mukaan tule kuitenkin antaa vastoin potilaan tahtoa, tai silloin kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Tiedon antamisessa keskeistä on informoida potilasta sairaudestaan ja elämästä sen kanssa, tukioorganisaatioista, lääkityksestä, hoidosta sekä korjata mahdollisia tiedollisia virheitä. Sairauteen liittyvistä tunteista ja uupumuksesta ohjataan potilasta, sillä se voi auttaa potilasta valmistautumaan niihin. Potilaalle annetun informaation tulee olla paikansäilyttävää, positiivista, toiveikasta sekä rehellistä. Potilasta tulee informoida siitä, että hänen tilansa ei ole välttämättä pysyvä vaan se voi muuttua myönteisemmäksi. (Juvakka ym, 2007, 69.) Kaarlola (2011,39) painotti, että potilasta ja omaisia on informoitava selkokielellä, empaattisesti, kysymyksiin ja keskusteluun kannustavasti ja henkilökunnan antaman informaation tulee olla keskenään yhteneväistä. Mattila (2011, 5) osoitti väitöskirjassaan potilaiden ja perheenjäsenten kokeneen puutteita tukemisessa. Puutteita esiintyi ennen kaikkea hoidon suunnittelussa mukana olemisessa, kirjallisen tiedon ja elämänmuutokseen liittyvän tiedon saamisessa, tunteiden ymmärtämisessä ja tiedonsaannissa omaa jaksamista varten (Mattila 2011, 5).

Hoitohenkilökunnan empaattinen suhtautuminen sekä asiallisen tiedon antaminen potilaan sairaudesta tai vammasta terveydentilaa koskevassa kriisissä on keskeistä elämänmuutostilanteeseen sopeutumisessa. Kirjallista informaatiota tulee antaa mahdollisuuksien mukaan suullisen tiedon tueksi, sillä potilaat ja omaiset eivät aina muista saamaansa puhuttua ohjausta oikein, tai lainkaan. (Kaarlola 2011, 38.) Burns ym. (2011, 27–28) ovat tutkimuksessaan havainneet puutteita hoitajien valmiuksissa tunnistaa ja ennustaa potilaan koulutuksellisia tarpeita.

Kotiutumisvaiheessa potilaan kanssa on varattava riittävästi aikaa keskusteluun. Potilaalla tulee olla aikaa esittää kysymyksiä ja ohjaustilanteesta tulisi järjestää kiireetön ja rauhallinen. Kirjallisen materiaalin tulisi sisältää toimipaikasta riippuen kotihoito- ja lääkehoito-ohjeet, selkeästi tiedot jatkohoidosta ja ajoista, reseptit, sairauslomatodistus, väärittävät lääkärinlausunnot sekä ohjeet siitä, mihin oireisiin tulee kiinnittää huomiota ja minne tulee oireiden ilmetessä hakeutua. (Penttilä, 2014b.) Keskeistä on ohjata potilasta

laajalti kotiutumista ajatellen, sillä Rantasen (2009, 60) tutkimuksen mukaan eniten vaikeuksia potilailla kotiutumisen jälkeen oli tavanomaisissa toiminnoissa, kuten kotityöstä tai vapaa-ajan toiminnasta selviytymisessä sekä sukupuolielämässä.

Käytännön asioiden järjestelyyn tietoa potilaalle antaa myös Vakavasti sairastuneen palveluopas, jota hoitohenkilökunta tarvittaessa ohjaa potilasta ja hänen omaisiaan käyttämään (Vakavasti sairastuneen palveluopas 2016). Karvosen (2012, 40) rytminsiirtopotilaisiin kohdistuneen tutkimuksen mukaan kotiutumisvaiheessa potilaat ovat kokeneet saaneensa liian vähän ohjausta saattajan tarpeellisuudesta ja anestesian vaikutuksista sekä he kokivat kirjallisen materiaalin käytön olleen niukkaa. Potilaan saamat ohjeet auttavat potilasta muodostamaan konkreettiset kiintopisteet, joiden varaan arjen toiminnan pystyy rakentamaan (Penttilä 2011, 125).

### **3.3 Hoitotyön kehittäminen**

#### **3.3.1 Hoitotyön osaaminen**

Hoitotyön osaaminen kehittyy vaiheittain tietojen lisääntyessä ja taitojen kehittyessä aluksi käytännön harjoittelussa ja se jatkuu käytännön työelämässä. Kehittymisen edellytyksinä ovat oma aktiivisuus ja motivaatio sekä avoin oppimista sekä kehittymistä tukeva työyhteisö. Tavoitteena hoitotyön osaamisen kehittämisessä voidaan ajatella olevan hoitotyön perustan ja ydinosamisen saavuttaminen ja hallitseminen. Hoitotyön ydinosaminen perustuu tietoon ja taitoon. (Lauri 2007, 94, 100.)

Laurin (2007, 107) mukaan hoitotieteelliset tutkimukset osoittavat työelämän odottavan hoitotyössä toimivilta ammattitaidon ja sen jatkuvan ylläpitämisen ja kehittämisen lisäksi myös yhteistyö- ja neuvottelutaitoja, hyvää suullista ja kirjallista ilmaisutaitoa, kommunikointi- vuorovaikutus-, suunnittelu ja koordinoitaitaitoja sekä muutoksen hallintaa ja paineensietokykyä. Hoitohenkilökunnan oppimista ja hiljaista tietoa väitöskirjassaan tarkastelleen Kurtin (2012, 11) mukaan hoitohenkilöstön vaihtuvuus ja uusien hoito- ja tutkimusmenetelmien käyttöönotto saavat aikaan työelämässä jaksoja, jotka pitävät sisällään uusien asioiden opettelua ja omaksumista. Puutteelliset yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot vaikeuttavat laadukkaiden sairaanhoitopalveluiden tuottamista asiakkaalle (Kurtti 2012, 11). Hiljaisen tiedon Kurtti (2012, 40) kuvaa olevan pitkäaikaisen kokemuksen myötä

kehittyntä lähes tiedostamatonta asiantuntijuutta, jonka käyttö ilmenee oleellisena osana käyttäjänsä olemusta ja toimintaa.

### **3.3.2 Laadukas koulutusmateriaali sydänpotilaan hoitotyöhön**

Toimiva ja avoin työyhteisö sekä laadukas koulutus ohjaa henkilöstöä jatkuvaan työssä oppimiseen ja ammatilliseen kasvuun (Lauri 2007, 94). Verkkoympäristössä olevan koulutusmateriaalin etuina voidaan katsoa olevan tiedon helppo saatavuus, ajasta riippumattomuus ja tehokkuus tiedon käytössä (Ruoranen 2007, 12). Intranetillä eli Intralla, tarkoitetaan tässä työssä TAYS Sydänsairaalan sisäistä verkkoympäristöä, jonka käyttäjäryhmä koostuu TAYS Sydänsairaalan henkilöstöstä sekä opiskelijoista.

Onnistuakseen luomaan laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen koulutusmateriaalin koulutustilanteeseen, tulee aluksi hahmottaa se, mihin tarpeeseen koulutuksella pyritään vastaamaan. Useimmiten koulutuksen taustalla on tarve muutokselle, on kyse sitten yksittäisestä taidosta tai monimutkaisemmasta tiedot, taidot ja asenteet yhdistävästä osaamisesta. (Koski & Kupias, 2012.)

Tavallisinta koulutuksessa käytettävää materiaalia on nykyään tietokoneen välityksellä esitettävät dia-esitykset (Koski & Kupias, 2012). Koski ja Kupias (2012) jaottelevat oppaassaan koulutuksiin muotoiltavat koulutusmateriaalit havainnollistamismateriaaliin sekä yksityiskohtaisempaan koulutusmateriaaliin. Havainnollistamismateriaalia käytetään esityksen tukena, kun yksityiskohtaisempi koulutusmateriaali toimii koulutuskäytössä myös sellaisenaan ollen havainnollistavaa materiaalia yksityiskohtaisempi (Koski & Kupias 2012). Toimiva diaesitys on lyhyt, ytimekäs ja sama pätee yksittäiseen diaan. Jokaisen yksittäisen dian tulee olla työlle tarpeellinen ja sisällöltään ja ulkoasultaan johdonmukainen. Dian ulkoasun selkeys edesauttaa dian sisällön mieleen painamista. Suuntaa antava ohje tekstin määrästä dian suhteen on 1-3 asiakokonaisuutta, 8-10 sanaa ja 1-2 kuvaa. (Koski & Kupias, 2012.) Työelämään tekemämme tuotos sydänpotilaan henkisen tukemisen keinoista koostuu PowerPoint-diaesityksestä, joka on muunnettu PDF-muotoon.

Tärkeää materiaalin suunnittelussa on jäsentelyn toimiva hahmottelu, jotta kokonaisuudessa säilyy johdonmukaisuus (Koski ja Kupias 2012). Verkkotekstin ominaispiirteitä,

kuten silmäiltävyyttä, luettavuutta, käytettävyyttä sekä vuorovaikutteisuutta tarkastelemalla voidaan arvioida tekstin toimivuutta (TAYS Sydänsairaala intra-käytännöt 2016, 9).

Silmäiltävyys on sitä parempi, mitä helpommin ja nopeammin lukija voi hahmottaa tekstinkokonaisrakenteen. Silmäiltävyyttä voi parantaa huolellisella otsikoinnilla, kappaleja-oilla, rivivälien, marginaalien, kirjaisinkoon ja värien valinnalla. (Kirjalliset potilasohjeet viestinnän näkökulmasta, n.d.) Otsikoiden tulee olla informatiivisia ja lyhyitä ja väliotsikoinnin avulla tekstiä voidaan jäsentää ja täydentää pääotsikon antamaa informaatiota. Myös fontin valintaan tulee kiinnittää huomiota, sillä erilaisilla kirjaisintyypeillä on oma ilmeensä, joka vaikuttaa lukijan mielikuvaan. Monet fontit on myös suunniteltu alun perin tietynlaiseen käyttötarkoitukseen ja niitä on olemassa erikseen sähköisen ja printtijulkaisemiseen. (Lammi 2009, 82–83). Kirjoittamalla kärkipainotteisesti eli alkuun tärkeimmät asiat ja kirjaamalla loppuun yksityiskohdat sekä vähemmän tärkeät asiat, tekstin sanoma välittyy lukijalle tehokkaasti (TAYS Sydänsairaala intra käytännöt 2016, 9).

Luettavuus auttaa lukijaa ymmärtämään tekstiä ja sen sisältöä. Tekstin tulee olla selkeää, hyvin jäsenneiltyä ja pitkiä lauserakenteita ja määritelmiä tulee välttää. (TAYS Sydänsairaala intra käytännöt 2016, 9.) Tekstin luettavuutta ja ymmärrettävyyttä voi lisätä käyttämällä lukijalle tuttuja sanoja, välttämällä haastavia termejä, tuomalla esiin asioiden yhteyksiä ja havainnollistamalla konkreettisin esimerkein. Luettavan tekstin sisältö on helppompi muistaa ja se auttaa asian sisäistämisessä. (Kirjalliset potilasohjeet viestinnän näkökulmasta n.d.)

Käytettävyys rakentuu silmäiltävyydestä, luettavuudesta ja rakenteesta (TAYS Sydänsairaalan intra käytännöt 2016, 9). Käytettävyyttä voi lisätä tehostamalla tekstin silmäiltävyyttä, kielen ymmärrettävyyttä, lukemisen ohjaamista, tekstin jäsentymisen esille tuomista sekä lukijan motivoimista (Kirjalliset potilasohjeet viestinnän näkökulmasta n.d.). Vuorovaikutteisuus kuvaa lukijan ja kirjoittajan välistä mahdollisuutta vuorovaikutukseen. Verkkopohjainen materiaali mahdollistaa lukijan antamaan palautetta kirjoittajalle vaivattomasti. (TAYS Sydänsairaala intra käytännöt 2016, 10.)

## **4 TOTEUTUS**

### **4.1 Tuotoksen painottuva opinnäytetyö**

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan kykyä soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä. Opinnäytetyön tulee olla työelämän tarpeista lähtevä, ammatillisia tietoja ja taitoja kehittävä työ. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2014.)

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyömuoto, joka tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista ja opastamista ja toiminnan järjestämistä ja järjeistämistä (Airaksinen 2009, 6). Toiminta eli tuotokseen tähtäävä työn kehittäminen, edellyttää työn eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. Kehittäminen etenee toimijoiden keskuudessa vuorovaikutuksessa tietyssä toimintaympäristössä. Tämä vuorovaikutteinen työskentelytapa pitää sisällään keskustelua, arviointia, toiminnan uudelleen suuntaamista, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottamista. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on näin ollen kyse kehittämistyöstä, joka oikein toteutettuna nostaa osaamisen tasoa työelämässä ja siitä saatu hyöty auttaa työyhteisön ohella niin asiakkaita kuin työntekijöitäkin. (Salonen 2013, 6, 38.)

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön kehittämishankkeen tuloksena syntyy jonkin konkreettinen tuote, kuten malli, kuvaus, opas, kirja, esite, toimintapäivä tai kansio. Tekijä laatii tuotoksen lisäksi opinnäytetyöraportin, joka on kokonaiskuvaus kehittämistoiminnan ymmärtämisestä, alakohtaisesta ammatillisuudesta, ammattikorkeakoulun innovatiivisuudesta ja tekijän omasta oppineisuudesta. Opinnäytetyöraportissa tuotos voidaan sijoittaa sen loppuun tai olla erillinen liiteosa raportista. (Salonen 2013, 19, 25.)

### **4.2 Tuotoksen valmistaminen**

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi marraskuussa 2015 työelämäpalaverilla työelämäta-homme TAYS Sydänsairaalan kanssa. Työelämäpalaverissa muodostui potilaan henkistä

tukemista käsittelevä opinnäytetyön aihe sekä alustavasti työn keskeisiä käsitteitä. Opinnäytetyömme tuotoksen sovittiin olevan työelämäyhteytemme tarpeita mukaillen toteutettu koulutusmateriaali yksikön sisäiseen verkkoon, eli intraan.

Opinnäytetyön käytännön toteutus alkoi lähteiden keräämisellä, työn keskeisten käsitteiden valitsemisella ja työn rajaamisella. Teimme jo varhaisessa vaiheessa päätöksiä aiheen rajaamisessa koskien ennen kaikkea potilaan tukemista ja jätimme omaisten tukemista käsittelevän materiaalin tietoisesti vähäisemmälle. Rajaus oli tarpeellinen, jotta koimme pystyvämme toteuttamaan riittävän tiiviin tuotoksen. Aiheen keskeisen rajauksen tehtyämme haimme opinnäytetyöllemme tutkimusluvan ja saimme sen takaisin opetusylihoitajan hyväksymänä maaliskuussa 2016.

Teimme rajauksia myös keskeisten käsitteiden valinnassa. TAYS Sydänsairaalan lähtökohtana tuotokselle oli yksikön tunnuslause, jossa kuvataan sydänsairaalan tavoitetta, sydänpotilaan hyvää hoitoa ja mielenrauhaa. Työelämän edustajat halusivat, että työ käsittelee potilaan mielenrauhan turvaamista sairastumisen kohdatessa. Käsitteellä mielenrauha emme saaneet koottua riittävän laadukasta, hoitotieteellisesti tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa, voidaksemme käyttää sitä keskeisenä käsitteenä. Päädyimme harkinnan jälkeen valitsemaan keskeiseksi käsitteeksi potilaan henkisen tukemisen. Valittuamme keskeiset käsitteet, teimme opinnäytetyösuunnitelman pohjaksi kattavan tiedonkeruun työssä käsiteltävästä aiheesta erilaisia tietokantoja ja tietokirjallisuutta hyödyntäen. Pehdyimme aiheesta tehtyihin hoitotieteellisiin tutkimuksiin ja kokosimme näyttöön perustavaa lähdekirjallisuutta.

Käsittelemämme aihe on laaja ja monitahoinen ja lähdemateriaalia oli runsaasti saatavilla. Olemme edeltävien opintojen aikana käyttäneet runsaasti eri tietokantoja ja harjaantuneet näyttöön perustuvan tiedon hakemisessa, joten lähdemateriaalin kerääminen ei tuottanut meille suuria vaikeuksia. Haaste kohdistui lähinnä lähteiden valintaan ja rajaamiseen.

Yksi keskeinen käyttämämme lähde oli Juvakka ym. (2007) ”Toivoa vahvistavat auttamismenetelmät” – meta-analyysi, joka käsittelee toivon käsitettä ja sen ylläpitämiseen ja vahvistamiseen liittyviä auttamismenetelmiä. Päätimme käsitellä potilaan henkistä tukemista näiden kyseisten auttamismenetelmien kautta, jonkin verran työssämme auttamismenetelmiä sisällöllisen selkeyden vuoksi yhdistellen.

Työelämätahon edustajat eivät velvoittaneet meitä kokoamaan tuotoksellista osaa ulkoisesti tietyn mallin mukaiseksi vaan saimme ulkoasultaan tehdä sen haluamaamme muotoon. Työelämätahon toiveet rajasivat tuotosta sisällöllisesti, siten että keskityimme työssä ennen kaikkea käytännön keinoihin potilaan tukemisessa. Päätimme toteuttaa opinnäytetyön PDF-dokumenttina, kokoamisvaiheessa PowerPointia käyttäen. Tuotoksen pohjaksi suunnittelimme kuvituksen aihepiiriin sopivaksi, hyödyntäen meillä jo aiemmin hallussa ollutta valokuvamateriaalia ja tarpeen mukaan muutamia tuotokseen soveltuvia kuvia ottaen. Tuotoksen kokoamisessa käytimme apunamme verkkomateriaalin kokoamiseen ohjeistavaa kirjallisuutta saavuttaaksemme ulkoisesti laadukkaan lopputuloksen. Päätimme käyttää tuotoksen kokoamisessa valokuvia, sillä valinta tuntui luontevalta ja soveltuvalta käsittelemämme aiheen näkökulmasta.

Käytimme opinnäytetyöprosessimme aikana ohjaavan opettajamme ohjausta ja hyödyimme siitä paljon opinnäytetyömme jäsentelyssä ja sisällönhallinnassa. Ohjaavan opettajan antama ohjaus myös edesauttoi työmme kieliopillisissa valinnoissa. Ohjausryhmämme ja etenkin opponijan meille antama palaute ja kannustus auttoivat meitä työmme uudelleenahmottamisessa, tekstinhallinnassa sekä opinnäytetyöprosessissa jaksamisessa.

Olemme vastanneet opinnäytetyöstä aiheutuneista kuluista tekijöinä itse. Käytimme työn kokoamiseen ja valokuvaamiseen omia tarvikkeita. Opinnäytetyön tuotoksessa käytetyt, ulkoasua määrittävät, valokuvat olemme ottaneet itse. Eräässä käyttämässämme valokuvassa esiintyvä henkilö on antanut kuvan käyttöön luvan eikä hän ole kuvasta tunnistettavissa.

Valmis tuotos, koulutusmateriaali sydänpotilaan henkisestä tukemisesta hoitohenkilökunnalle, tallennettiin hoitohenkilökunnan saataville yksikön sisäiseen intranettiin. Koulutusmateriaali esiteltiin Sydänsairaalan osastotunnilla marraskuussa 2016.

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettinen tarkastelu kohdistuu sen kaikkiin vaiheisiin prosessin aloittamisesta työn valmistumiseen asti ja jo tutkimuskohteen valintaan liittyy eettistä pohdintaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9). Hoitotyön lähtökohtana on eettiset arvot, jotka antavat myös hoitotyölle sen oikeutuksen. Hoitotyön eettinen merkitys kytkeytyy ihmisen haavoittuvuuteen ja inhimilliseen huolenpitoon toisesta ihmisestä. Se ilmenee hoitajan pyrkimyksessä tehdä hyvää, olla vahingoittamatta, kunnioittaa ihmisarvoa sekä toteuttaa oikeutta hyvään hoitoon. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 13–14.)

Tarkastelemamme aihe on työelämälähtöinen ja niin tutkimusaihe kuin tutkimuskysymyksetkin on muodostettu työelämän tarpeeseen vastaten. Käsittelemämme aihe käsittelee potilaan haavoittuvuutta ja hoitajan pyrkimystä laadukkaaseen hoitotyöhön. Potilaan kohtaamiseen hoitotyössä liittyy eettistä pohdintaa ja päätöksentekoa, joka vaatii hoitajalta eettistä herkkyyttä ja kykyä puolueettomuuteen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 178–179). Potilaan kohtaamista tarkastelemalla pyrimme kehittämään hoitotyötä eettinen näkökulma huomioiden.

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Olennaista on myös käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisemisessa tulee noudattaa avoimuutta sekä muiden tutkijoiden töitä on arvostettava. Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluu myös tutkijoiden aseman, oikeuksien, vastuiden ja velvollisuuksien määrittely, tulosten omistajaa koskevat kysymykset sekä rahoituslähteiden ja muiden sidonnaisuuksien ilmoittaminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 365.) Opinnäytetyölle tulee hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla hakea tutkimuslupa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8).

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksilla tarkoitetaan epäeettistä ja epärehellistä toimintaa, joka vahingoittaa tieteellistä tutkimusta. Loukkauksina arvioitavat teot ovat tahallisia tai huolimattomuudesta johtuvia ja ne jaotellaan kahteen eri luokkaan, jotka ovat vilppi tieteellisessä toiminnassa ja piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä.



Vilppi tieteellisessä toiminnassa pitää sisällään neljä eri alakategoriaa, jotka ovat sepittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi sekä anastaminen. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ilmenee laiminlyönteinä ja holtittomuutena työn eri vaiheissa kuten puutteellisena kirjaamisena tai raportoimisena, vähättelynä, epäasiallisuutena tai harhaan johtamisena. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9.)

Olemme opinnäytetyön tietolähteitä kerätessämme kiinnittäneet huomiota niiden eettisyyteen ja käyttäneet hoitotyön näkökulmaa edustavia lähteitä. Lähteitä on hyvin monipuolisesti ja niiden valinnassa on kiinnitetty huomiota niiden luotettavuuteen. Olemme käyttäneet työssä hoitotieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita sekä näyttöön perustuvaa kirjallisuutta. Olemme tietoisesti rajanneet työn ulkopuolelle lähteitä, joiden koimme olevan liian vanhoja tai muulla tavoin käsittelemäämme aiheeseen soveltumattomia. Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme ohjeistuksen mukaisia lähdeviitteitä ja tehneet lähdeluettelon oppilaitoksemme ohjaamalla tavalla. Varmistamme tällä tavoin, että jokainen työhömmä perehtyvä voi löytää alkuperäisen lähteen. Emme ole väärentäneet tai käyttäneet toisen tuottamaan tietoa omaksemme esittäen noudattaen tällöin hyvää tieteellistä käytäntöä.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lähteiden laadukkuuden ohella lisää se, että olemme toteuttaneet työn parityönä ja työskennelleet opinnäytetyöprosessin aikana molemmat kardiologisella vuodeosastolla. Olemme tällä tavoin perehtyneet sydänpotilaiden kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön opinnäytetyömme prosessin lisäksi päivätyössämme. Tästä on ollut meille suurta etua, mutta toisinaan prosessin aikana tuntui myös raskaalta työstää aihetta niin kokonaisvaltaisesti sekä työn että opintojen kautta. Myös aikataulujen yhteensovittaminen vaati parityönä toteutetussa prosessissa paljon sovittelua. Opinnäytetyömme eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti ja olemme olleet opinnäytetyöprosessin aikana yhteydessä työelämätahoomme TAYS Sydänsairaalaan.

## **5.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat**

Potilaan henkistä tukemista tarkastellessa välittyy hyvin vahvasti esiin yksilöllisyyden merkitys potilaan kohtaamisessa. Kriisin läpikulku on jokaisen potilaan kohdalla omanlaisensa ja tuottaa täten haasteen hoitohenkilökunnalle potilaan henkisessä tukemisessa. Tuntemalla traumaattisen kriisin vaiheet ja potilaan reagoinnin niihin tyypillisellä tavalla,

kykenee sairaanhoitaja omalla toiminnallaan edesauttamaan potilaan henkistä jaksamista ja sitä kautta auttamaan voimavarojen säilymisessä toipumista ajatellen.

Potilaan henkinen tukeminen rakentuu monista elementeistä. Potilaan hoitoympäristö, hoitohenkilökunta ja potilaalle toteutettu hoito vaikuttavat siihen, miten potilas henkisesti jaksaa hoitoprosessin ajan ja toipuu sairastumisestaan. Potilaan tuen tarpeen tunnistaminen edellyttää hoitajalta herkkyyttä ja rohkeutta vastata potilaan tarpeisiin. Potilaan omien voimavarojen tukeminen ja omaisten huomiointi on keskeistä ja laadukkaaseen ohjaukseen ja tiedonantoon tulee hoitohenkilökunnan panostaa.

Opinnäytetyössä on keskitytty ennen kaikkea käytännön keinojen kartoittamiseen potilaan hoitotyössä. Potilaan henkisessä tukemisessa käytännön tuki potilaan hoitotyössä on auttamista, kuuntelemista ja ohjaamista, joka tulee muotoilla kullekin yksilölle soveltuvimpaan muotoon. Jokainen potilas tulee kohdata yksilöllisesti ja jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen tulisi ottaa kriisissä olevan potilaan tukeminen osaksi toteuttamaansa hoitotyötä.

Muutamia opinnäytetöitä potilaan henkisen tuen tarpeen tunnistamisesta sekä hoitohenkilökunnan valmiudesta tukea potilasta on tehty jo aiemmin. Jatkotutkimusaiheena olisimme kiinnostuneita hoitohenkilökunnan oman henkisen jaksamisen tarkastelusta ja hoitohenkilökunnan omien voimavaroja ylläpitäviä keinoja kartoittavan työn tulosten kuulemisesta. Sairaudesta aiheutuvan kriisin läpikäyvän potilaan tukeminen kuluttaa hoitohenkilökunnan voimavaroja, joiden vahvistaminen työssäjaksamisen näkökulmasta on merkityksellistä.

### **5.3 Pohdinta**

Kiinnostus sydänpotilaan hoitotyötä käsittelevästä opinnäytetyöstä sai alkunsa jo ensimmäisenä opiskeluvuotenaamme. Kardiologisella vuodeosastolla työskentelyn myötä kiinnostus lisääntyi. Saatuaamme mahdollisuuden tehdä opinnäytetyön sydänsairaahan potilaan hoitotyöstä yhteistyössä TAYS Sydänsairaalan kanssa, koimme opinnäytetyön teon mielekkääksi ja kiinnostavaksi osaksi opintojamme.

Opinnäytetyöprosessi eteni osaltamme suunniteltujen vaiheiden mukaisesti ja työ eteni koko prosessin ajan. Prosessi oli kokonaisuudessaan erittäin mielenkiintoinen, mutta myös toisaalta raskas, sillä koimme työtä tehdessämme aikataulullisia haasteita ja ehdimme hyvin vähän työstää opinnäytetyötä yhdessä. NykYTEknologian mahdollistamien viestiyhteyksien avulla työn kokoaminen kuitenkin onnistui hyvin ja saimme aikaan mielestämme sisällöllisesti toimivan ja eheän kokonaisuuden. Visuaalisesti olemme työhömmE erittäin tyytyväisiä, sillä valokuvien yhdistäminen käsiteltyyn teemaan teki työstä yksilöllisen ja miellyttävän lukea. Opinnäytetyöprosessiin liittyvän posterin kokoaminen työssä käytetyn valokuvan yhteyteen oli luonteva ja onnistunut valinta.

Käsityksemme potilaan henkisen tukemisen merkityksestä kasvoi opinnäytetyön valmistumisen aikana ja ymmärryksemme potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä kehittyi. Olemme opinnäytetyöhön liittyvään materiaaliin perehtyessämme huomanneet, kuinka suuri merkitys sairastumisella voi olla yksilön ja lähimmäisten elämän kannalta. Sairastuminen ja siihen liittyvät tunteet, kokemukset ja tuen tarve ovat hyvin yksilöllisiä. Potilaan tukeminen tulee myös suunnitella yksilöllisten lähtökohtien kautta.

Yksilöllinen tukeminen vaatii hoitotyön ammattilaiselta erityistä ammattitaitoa ja monenlaisten hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa sekä herkkyyttä ja uskallusta toisen ihmisen kohtaamiseen. Opinnäytetyössä tekemämme koulutusmateriaalin kautta lisäämme hoitohenkilökunnan käsitystä auttamismenetelmien monipuolisuudesta ja yksittäisen hoitajan mahdollisuuksista vaikuttaa potilaan jaksamiseen toipumisprosessinsa aikana.

## LÄHTEET

Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Dia-esitys. Julkaistu 29.1.2009. Luettu 29.4.2016.  
<http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytyy-tekstin>

Alligood, M. 2014. Nursing theorists and their work. 8. edition. United States of America: Elsevier.

Aro, I., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of clinical Nursing*, 21, 1847-1858.

Burns, S., Chaney, C., Conaway, M., Hooper, E., Lyons, R., Parks, C., Perry, M. & Turner, M. 2011. Educational Needs: What female patients want from their cardiovascular health care providers. *Medsurg nursing* 20(1), 21-28.

Esimerkillisen hyvää sydänhoitoa – meille kaikille. TAYS Sydänsairaala. n.d. TAYS Sydänsairaala. Esite. Luettu 10.8.2016.

Flinck, A. 2012. Hengellisyys hoitotyössä. *Viesti*. 117(1), 4-6. [https://asiakas.kotisivukone.com/files/ssks.kotisivukone.com/tiedostot/Artikkelit\\_ja\\_julkaisut/hengellisyys\\_hoitotyossa.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/ssks.kotisivukone.com/tiedostot/Artikkelit_ja_julkaisut/hengellisyys_hoitotyossa.pdf) Luettu 24.4.2016.

Frazier, L., Sanner, J.E. & Udtha, M. 2013. Self-reported depressive symptoms in women hospitalized for acute coronary syndrome. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 20(10), 913-920.

Hilmersson, L. & Söderberg, L. 2007. Hur sjuksköterskor främjar hopp hos patienter med cancersjukdom. *Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. C-uppsats I Omvårdnad*. [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4745/1/hilmersson\\_soderberg.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4745/1/hilmersson_soderberg.pdf)

Juvakka, T., Kohonen, M., Kylmä, J. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön menetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* 19(2), 63-75.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva hoitotyö* 5(4), 4-7.

Kaarlola, A. 2009. Potilaan terveyden tukeminen tehohoidon aikana. *Teho- ja valvonta-hoitotyön opas*. Akuuttihoiton tietokanta. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 12.6.2016.

Kaarlola, A. 2010. Tehopotilaiden jälkipoliklinikka – miksi ja miten se perustettiin. *Tehohoito* 28(1), 32-33.

Kaarlola, A. 2011. Potilaan ja omaisten informointi ja tukeminen tehohoidon aikana. *Tehohoito* 29(1), 38-39.

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Tampereen yliopisto. *Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma*.

<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/83742/gradu06043.pdf?sequence=1>

Kaunonen, M., Palonen, M., Vuorenmaa, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA-mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 28(2) 83-96. Luettu 28.8.2016.

Kemppainen, V., Kiema, M., Kvist, T. & Miettinen, H. 2013. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus - yhteenveto. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 16.8.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men\\_%20vajaatoimintapotilaan\\_omahoito.%20Tiivistelm%C3%A4.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_%20vajaatoimintapotilaan_omahoito.%20Tiivistelm%C3%A4.pdf)

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Gummerus Kirjapaino.

Kirjalliset potilasohjeet viestinnän näkökulmasta. n.d. Opintojakso. Virtuaali AMK. Luettu 20.4.2016.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojak-sot/030905/1116425173436/1117079889682/1117096363489/1117096692095.html>

Koivula, M., Rantanen, A. & Roos, M. 2012. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 24(3), 189-200.

Koski, M. & Kupias, P. 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro Oy. E-Kirja. Luettu 13.8.2016.

Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiselle röntgenhoitajien työyhteisössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden yksikkö. Väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66896/978-951-44-8782-8.pdf?sequence=1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti. Laadi selkeä esitys. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktikokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. x

Lauri, S. 2007. Hoitotyön osaaminen ja oppiminen. 1.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Substanttiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. 8.-10. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Leinonen, T. & Kokki, A. 2011. Akuutin kivun vastuuhoidajan toiminta KYSillä. Luentomateriaali. Luettu 17.10.2016. [http://www.vete.fi/Tapahtumat/2011-04-08\\_Leinonen\\_Kokki.pdf](http://www.vete.fi/Tapahtumat/2011-04-08_Leinonen_Kokki.pdf)
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toimuminen. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1303-5/urn\\_isbn\\_978-951-27-1303-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf)
- Penttilä, U-R. 2014a. Sydänsairauden sokista selviytyminen. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.6.2016 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00029](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00029)
- Penttilä, U-R. 2014b. Paluu arkeen sydänsairauden puhkeamisen jälkeen. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.6.2016. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00030](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00030)
- Penttilä, U-R. 2014c. Sydänsairaudet ja seksuaalisuus. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.8.2016. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00037](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00037)
- Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Katsaus. Suomen lääkärilehti 66(22), 1829-1834a. Luettu 7.1.2016. [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto22\\_1.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto22_1.pdf)
- Piekkola, A-L. 2015. Henkinen tuki – mitä se on ja miten sitä annetaan? Suomen punainen risti. Koulutusmateriaali. Julkaistu 20.2.2015. Luettu 22.1.2016. <http://oulu.spek.fi/loader.aspx?id=6a75f655-2ce2-42c4-84dc-1a4d827a005a>
- Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substanttiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ruoranen, R. 2007. Perehdytyksen kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2007. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: Yhtymähallinto.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sairaalasielunhoidon periaatteet. 2011. Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Kirkkohallitus. Luettu 16.8.2016. [http://evl.fi/EVLUuti-set.nsf/0/7B465E3854F96321C22578EF003CB29B/\\$file/Sairaalasielunhoidon%20periaatteet%202011.pdf](http://evl.fi/EVLUuti-set.nsf/0/7B465E3854F96321C22578EF003CB29B/$file/Sairaalasielunhoidon%20periaatteet%202011.pdf)

Salanterä, S. 2009. Tehohoitopotilaan akuutin kivun arviointi ja mittaaminen. Tehohoito 27(2), 88-89.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Suomen yliopistopaino Juvenes Print Oy.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Päivitetty 3.10.2014. Luettu 4.1.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Seppänen, J. & Suomalainen, M. 2006. Sydäninfarktipotilaan emotionaalinen tukeminen sydänvalvontayksikössä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Luettu 2.8.2016.

Sinisalo, A. 2015. Potilaiden psyykkiset stressitekijät teho-osastolla – potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmat eroavat. Tehohoito 33(2), 131-134.

Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 26.9.2014. Luettu 11.12.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Sydänliitto. 2016. Vertaistuki. Luettu 9.10.2016 <http://sydanliitto.fi/kuntoutus-ja-tuki/vertaistuki>

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2013. Opinnäytetyö. Päivitetty 14.4.2016. Luettu 27.2.2016. <http://opinto-opas.tamk.fi/opinnaytetyo>

TAYS Sydänsairaala. n.d. Sydänsairaudet. Luettu 10.8.2016. [http://www.sydansairaala.fi/sivu.tmp?siivu\\_id=268](http://www.sydansairaala.fi/sivu.tmp?siivu_id=268)

TAYS Sydänsairaalan intrakäytännöt. Sähköinen ohje. Päivitetty 3.2.2016. Tulostettu 28.3.2016.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. 1.painos. Helsinki: Suomen Kuntoliitto Oy. Luettu 16.6.2016. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597)

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Psykkiset kriisit sekä trauma ja stressireaktiot. Päivitetty 9.7.2015. Luettu 7.1.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/psykkiset-kriisit-seka-trauma-ja-stressireaktiot>

Traumaperäinen stressihäiriö. 2014. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 13.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi50080>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

YSA – Yleinen suomalainen asiasanasto. Luettu 2.8.2016. <https://finto.fi/ysa/fi/index>

Vakavasti sairastuneen palveluopas. 2016. Suomi.fi. Verkkojulkaisu. Päivitetty 8.2.2016. Luettu 28.8.2016 [www.suomi.fi/sairastuneen\\_opas](http://www.suomi.fi/sairastuneen_opas)

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä – vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.



**LIITTEET**

Liite 1. Opinnäytetyön tuotos