

ETEISVÄRINÄPOTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN POTILAS-
OHJAUKSESTA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA SÄHKÖISEN RYTMIN-
SIIRRON YHTEYDESSÄ

Kati Karvonen

Pro gradu -tutkielma

Hoitotiede

Terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

Toukokuu 2012

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

KARVONEN KATI

Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä

Pro gradu -tutkielma 57 sivua ja 4 liitettä

Ohjaajat; TtT, professori Eija Paavilainen ja TtT, Yliopistonlehtori Anja Rantanen

Hoitotiede

Toukokuu 2012

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää päivystyspoliklinikalla annettavaa potilasohjausta.

Tutkimukseen haastateltiin yhtätoista eteisvärinää sairastavaa potilasta, jotka olivat olleet päivystyksellisessä rytminsiirrosta eräällä aluesairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimus on laadullinen tutkimus ja tutkimuksen tulokset analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan saadun ohjauksen kokemus voidaan jakaa neljään luokkaan: päivystyksestä saatu ohjaus, potilaiden pelonkokemukset, kotiutuksen ohjaus sekä ohjauksen kokemus. Eteisvärinäpotilaat kokivat saavansa kohtalaisen hyvin ohjausta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Päivystyksestä saatu ohjaus koostui toimenpiteeseen liittyvään ohjaukseen, sairauteen sekä lääkityksiin liittyvään ohjaukseen. Potilaat pelkäsivät toimenpidettä sekä nukutusta ja mahdollisia komplikaatioita, tiedon puute vaikutti pelonkokemukseen. Kotiutukseen liittyvässä ohjauksessa potilaat olivat saaneet niukasti ohjausta saattajan tarpeellisuudesta, anestesian vaikutuksista. Kotiutukseen liittyvän kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessa oli niukkaa. Potilaiden toiveet ohjaukselle kohdistuivat kirjallisen materiaalin käyttöön, hoitoon hakeutumisen ohjaukseen sekä elämäntapoihin liittyvään ohjaukseen. Tutkimuksen tuloksista nousi esiin ohjaukseen vaikuttavia asioita, jotka vaikuttivat potilaiden ohjauksen kokemukseen. Ohjauksen kokemukseen vaikuttavia asioita olivat rutiininomainen ohjaus, kiireen vaikutus ohjaukseen sekä ohjauksen jälkeinen epätietoisuuden tunne.

Eteisvärinäpotilaiden määrä tulee kasvamaan seuraavien vuosikymmenten aikana väestön ikääntymisen myötä. Eteisvärinäpotilaita hoidetaan usein päivystyspoliklinikoilla, jossa arki on hektistä ja potilaiden ohjaus saattaa jäädä pintapuoliseksi. Potilaiden ohjaamiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja ohjauksessa tulisi huomioida potilaiden tiedon saanti sekä potilaiden mahdolliset pelot toimenpidettä kohtaan ja niiden vaikutukset ohjaustilanteeseen.

Avainsanat: eteisvärinäpotilas, päivystys, potilasohjaus

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

KARVONEN KATI

Atrial fibrillation experiences of supervising the emergency department of electronic rhythm in relation to transmission

Master's thesis, 57 p., 4 appendixes

Supervisors: PhD, Professor Eija Paavilainen and PhD, University Lecturer Anja Rantanen

Nursing Science

May 2012

The purpose of this study was to describe the experiences of patients with atrial fibrillation who were supervised at the emergency department of electrocardiogram. The results of the study can be used to develop the emergency department to give guidance to the patient.

Eleven atrial fibrillation patients were interviewed, who had been at the emergency department on electrical cardioversion at one regional Hospital emergency room. The study is qualitative and the survey results were analyzed using qualitative content analysis.

According to the study results obtained counseling experience can be divided into four categories: emergency services obtained from emergency center, patients' experiences of fear, out-patient, and management experiences. Atrial fibrillation patients felt that they got some good guidance at the electrocardiogram emergency room. Emergency room guidance's consisted of daily activities as well medication administered for the illness. Due to lack of information patients were afraid of the procedures, such as anesthesia and possible complications. The discharged patients had little guidance on the effects of anesthesia. Patients discharged from the hospital had sparse guide discharge associated with the use of written material under the guidance was sparse. Patients' hopes of counseling focused on the use of written material, seeking treatment, counseling, and lifestyle-related counseling. Based on the results were factors that affected the patients' and managerial experience. Counseling experience was influencing things such as routine control, effect of time pressure control, and uncertainty.

The number of Atrial fibrillation patients will increase over the coming decade due to the aging of the population. Atrial fibrillation patients are often treated in emergency rooms, where everyday life is hectic and the control of patients may be superficial. Patients should be given to directing more attention and guidance should take into account patients 'access to information as well as patients' fears of any transaction relating to the control and their impact on the situation.

Keywords: Atrial fibrillation, emergency support, patient education

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1. Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	6
2. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	7
2.1 Eteisvärinän vaikutus potilaiden elämänlaatuun	7
2.1.1 Eteisvärinä sairautena	8
2.1.2 Eteisvärinän hoito	10
2.2 Potilasohjaus	11
2.3 Potilaiden ohjaus päivystyspoliklinikalla	12
2.4 Potilasohjauksen vaikutukset eteisvärinäpotilaiden elämänlaatuun ja tietoisuuteen sairaudestaan	15
2.5 Yhteenveto aikaisemmista potilasohjaustutkimuksista	17
3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys	18
4. Tutkimuksen toteuttaminen	18
4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	18
4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	19
4.3 Tutkimuksen tiedonantajat	20
4.4 Aineiston keruu	21
4.5 Aineiston analysointi	22
5. Tutkimuksen tulokset	24
5.1 Päivystyksestä saatu ohjaus	25
5.1.1 Lääkehoidon ohjaus	26
5.1.2 Rytminsiirtoon liittyvä ohjaus	27
5.1.3 Anestesiaohjaus	28
5.1.4 Eteisvärinään sairautena liittyvä ohjaus	30
5.1.5 Hoitoon hakeutumisen ohjaus	31
5.1.6 Elämäntapaohjaus	31
5.2 Potilaiden pelot ja niiden vaikutus ohjauksessa	33
5.2.1 Rytminsiirtoon liittyvä pelko	34
5.2.2 Tiedon puutteen aiheuttama pelko	34

5.2.3 Pelko tulevasta nukutuksesta	35
5.2.4 Pelko mahdollisesta tukoksesta	35
5.3 Kotiutuksen ohjaus	36
5.3.1 Saattajan varmistaminen	37
5.3.2 Anestesian jälkeinen ohjaus	37
5.3.3 Kirjallinen kotiutuksenohjaus	38
5.4 Ohjauksen kokemukseen vaikuttaneet asiat	39
5.4.1 Ohjauksen jälkeinen epätietoisuus	40
5.4.2 Rutiininomainen ohjaus	40
5.4.3 Kiireen vaikutus ohjaukseen	41
6. Pohdinta	42
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	42
6.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat	44
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	45
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	48
Lähteet	50
LIITTEET:	
Liite 1. Kutsukirje tutkimukseen osallistumiseen	58
Liite 2. Suostumislomake	59
Liite 3. Teemahaastattelurunko	60
Liite 4. Esimerkki analyysistä: Potilaiden pelot ja niiden vaikutus ohjauksessa	61

1. Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Eteisvärinä on pitkäkestoinen rytmihäiriö ja yleisin yksittäinen rytmihäiriödiagnoosi päivystyspoliklinikoilla. Yleisimpänä rytmihäiriönä eteisvärinä kuormittaa sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidon. Maailmanlaajuisesti noin 1-2 % väestöstä sairastaa eteisvärinää ja sairastavien määrä tulee kasvamaan seuraavien 50 vuoden aikana. Suomessa on arvioitu olevan noin 100 000 eteisvärinäpotilasta. (Raatikainen 2009, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2011, Oliveira ym. 2011, Käypä hoito -suositus 2012.) Eteisvärinän yleistyy iän myötä, yli 40 -vuotiaista joka neljäs kokee eteisvärinän jossain elämänsä vaiheessa. Miesten riski sairastua naisiin verrattuna on lähes kaksinkertainen. Eteisvärinäpotilaiden keski-ikä on 75 vuotta. Aivoinfarktin riski kasvaa eteisvärinäpotilailla verrattuna muuhun väestöön noin viisin jopa seitsenkertaiseksi. Eteisvärinä on sidoksissa olemassa oleviin sydänsairauksiin, mutta potilaiden elämäntottumuksilla on vaikuttavuutta eteisvärinän ilmaantuvuuteen. (Raatikainen 2009, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2011, Käypä hoito -suositus 2012.)

Päivystyspoliklinikan arki on usein kiireistä ja monet toimenpiteet suoritetaan rutiininomaisesti, jolloin potilaiden riittävä ohjaaminen voi olla puutteellista. Akuutisti eteisvärinään sairastuminen saattaa olla potilaalle pelottava kokemus, jolloin potilasohjauksen merkitys korostuu. Potilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet mikä luo uusia haasteita potilasohjaukselle. Päivystyspoliklinikalla potilaiden hoito tapahtuu nopeasti, jolloin potilasohjauksen sisällön ja laadun tulisi vastata potilaiden tarpeita. Potilasohjauksella tulisi pyrkiä tukemaan potilaiden omaa vastuunottamista ja sitoutumista hoitoon omien voimavarojensa mukaan. Potilasohjaus on vuorovaikutuksellinen tapahtuma, joka vaatii onnistuakseen eri elementtien toimivuutta niin potilaan kun hoitajankin taholta. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2007.)

Eteisvärinäpotilaiden hyvä ja laadukas akuuttivaiheen potilasohjaus tarvitsee lisää tutkimustietoa potilaiden näkökulmasta. Potilaiden kokemusten tuoman tiedon kautta voidaan kehittää päivystyspoliklinikalla annettavan sähköiseen rytminsiirtoon liittyvän ohjauksen sisältöä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Laadullisen tutkimuksen tuottama kokemuksellinen tieto eteisvärinäpotilaiden saamasta ohjauksesta avaa uusia näkökulmia potilasohjauksen kehittämiseen päivystyspoliklinikalla.

2. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen kirjallisuushaku tehtiin kotimaiseen Medic -tietokantaan sekä kansainvälisiin tietokantoihin Pubmed, MEDLINE, Ovid Essential Nursing Collection, CINAHL sekä PsychINFO. Tiedonhalua täydennettiin manuaalisella haulla perehtymällä tutkimusaiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja tutkimusraporttien lähdeluetteloihin. Hakusanoina olivat potilasohjaus, ohjaus, rytmihäiriö, sähköinen rytminsiirto, kardioversio sekä pelko. Englanninkielisinä hakusanoina counsel, arrhythmia, patient, education, af, af patient, cardioversion, emergency, anxiety sekä fear. Hakusanoja käytettiin yksittäisinä sekä erilaisina yhdistelminä. Hakuja rajattiin ajallisesti vuosille 2000–2012 ja mukaan otettiin vain tieteelliset julkaisut. Aineistohaun tuloksista tarkempaa tarkastelua varten abstraktin perusteella valittiin sellaiset tutkimukset ja artikkelit, jotka käsittelivät joko potilasohjausta tai eteisvärinäpotilaita. Tutkimukseen sisällytetyt artikkelit valittiin luetun kokotekstin perusteella.

2.1. Eteisvärinän vaikutus potilaiden elämänlaatuun

Eteisvärinän vaikutus potilaiden elämänlaatuun on merkittävä. Eteisvärinän taipumus uusia sitoo potilaita mahdollisiin jatkuviin lääkityksiin ja uusiutuviin sähköisiin rytminsiirtoihin, jolloin potilas joutuu kontrolloimaan omaa elämäänsä ja olemaan sidoksissa terveydenhuoltoon. (Lüderitz & Jung 2000, Deaton 2003, Suzuki & Kasanuki 2004, Koponen ym. 2007, Thrall 2007, MacCabe 2008, Lehto ym. 2011.) Potilaat, joilla on todettu eteisvärinä käyttävät päivystyspoliklinikoiden palveluita useampia kertoja vuodessa, vaikka heillä olisi käytössä rytmiä hallitseva lääkitys. Tämän kyseisen ryhmän potilaille tehdään myös useita sähköisiä rytminsiirtoja vuosittain. (Lehto ym. 2011.) Eteisvärinään valitulla hoitomuodolla, sähköinen rytminsiirto tai lääkkeellinen rytmin hallinta, ei ole vaikutusta siihen, miten potilaat kokivat sairauden vaikuttavan elämänlaatuunsa (Lüderitz & Jung 2000, Thrall ym. 2007). Eteisvärinään sairastuvilla potilailla on usein myös muita sairauksia, jotka edesauttavat sairauden puhkeamista ja hankaloittavat potilaan elämänlaatua sekä paranemisprosessia. Tällaisia sairauksia ja riskitekijöitä ovat esimerkiksi kohonnut hoitamaton verenpaine, sepelvaltimotauti sekä sydämen vajaatoiminta (McCabe 2005, Seifert & Collins 2007, Cottrell & Mack 2009, Käypä hoito -suositus 2012.)

Eteisvärinäpotilaiden elämänlaatua on tutkittu hoitojen vaikuttavuutena lääketieteellisin keinoin. Potilaat kokivat elämänlaatunsa paranevan lääkitysten muutosten myötä sekä saadessaan tahdistimen kontrolloimaan eteisvärinä rytmiään. (Deaton ym. 2003, Prasun & Kocheril 2003.) Eteisvärinäpotilaiden elämänlaatua on mitattu myös masennuksen, pelkojen ja psykososiaalisten oireiden osalta. Eteisvärinä potilaat kokevat pelkoa mahdollisista lisäsairauksista esimerkiksi aivohalvauksesta. Eteisvärinapotilailla on todettu masennuksen oireita useammin kuin vastaavasti sinusrytmissä olevilla potilailla ja heillä on kasvanut riski sairastua masennukseen sähköisen rytminsiirron jälkeen. Eteisvärinäpotilaat ovat kokeneet myös päivittäistä stressiä sairauden aiheuttamista oireista, joiden katsotaan tutkimusten valossa vaikuttavan potilaiden elämänlaatuun. Stressin kokemus on myös yhteydessä potilaiden pelkoon saada uusi eteisvärinäkohtaus ja myös laukaisevana tekijänä uuden eteisvärinäkohtauksen syntymisessä. Jännityksen ja pelon on myös todettu olevan riskitekijänä ja yhteydessä eteisvärinäpotilaiden kuolleisuuteen. (Howes ym. 2001, Suzuki & Kasanuki 2004, Eaker ym. 2005, Demiryoguran ym. 2006, Finch ym. 2006, Lange & Herrmann-Lingen 2007, Thrall 2007, MacCabe 2010, Perruche ym. 2011.)

Tutkimusten mukaan iäkkäämmät eteisvärinään sairastuneet potilaat kokivat fyysisen suoriutumiskykynsä heikentyneen sairauden myötä ja vaikuttavan heikentävästi heidän elämänlaatunsa kokemukseen. (Howes ym. 2001, Deaton ym. 2003, Prasun & Kocheril 2003, MacCabe 2005, Thrall ym. 2007.)

2.1.1 Eteisvärinä sairautena

Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö Suomessa sekä muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa. Eteisvärinän potilaan sydämessä aiheuttaa sydämen eteisten järjestäytymätön ja nopea toiminta, jolloin sydämen rytmi muuttuu epätasaiseksi aiheuttaen potilaille huonovointisuutta, ahdistuksen tunnetta ja jopa rintakipua. (McCabe 2005, Seifert & Collins 2007, Käypä hoito -suositus 2012.)

Eteisvärinä voidaan luokitella neljään päätyyppiin. **Kohtauksittaiseen (paroxysmal)**, jolloin eteisvärinän kesto on alle viikko tai 48 tuntia, ja palautuu joko itsestään normaaliin sinusrytmiin tai potilaalle tehdään sähköinen rytminsiirto. **Jatkuvaan (persistent)**, jolloin eteisvärinän kesto on yli viikko, mutta normaali sinusrytmi voidaan palauttaa joko lääkkeellisellä tai sähköisellä rytminsiirrolla. **Pitkään jatkunut (long-standing persistent)**,

jolloin potilaan eteisvärinä on jatkunut yli vuoden ja potilas ohjataan invasiiviseen hoitoon. **Pysyvä (permanent)**, jolloin potilaan sydämenrytmi on pysyvästi eteisvärinä rytmissä. Tällöin rytminsiirto ei ole onnistunut tai rytmi on hidas, jolloin rytminsiirtoa ei katsota aiheelliseksi. Tähän ryhmään kuuluvat myös potilaat, joilla ei syystä tai toisesta sähköisen rytminsiirron jälkeen pysy normaali sinusrytmi. (Camm ym. 2010, Käypä hoito -suositus 2012.)

Akuutissa eteisvärinässä sykkeen hallinta on pääasia. Usein hoitolinjaksi valitaan sinusrytmin palauttaminen sähköisellä rytminsiirrolla ja pyritään estolääkityksellä ehkäisemään eteisvärinän uusiutuminen. Akuutin eteisvärinän, joka voi olla myös kohtauksittainen eli paroxysmaalinen, kesto on alle 48 tuntia. Eteisvärinän hoidossa kohtauksen kesto vaikuttaa oleellisesti hoitolinjan valintaan. Kestoltaan alle 48 tuntia kestäneiden eteisvärinäkohtausten hoitoon voidaan käyttää sähköistä rytminsiirtoa vaikka ei olisi käytössä antikoagulanttilääkitystä ilman, että riski saada aivohalvaus sähköisen rytmisiirron yhteydessä kasvaa normaalia riskiä suuremmaksi. Kohtauksen pidentyminen yli 48 tuntiin tai potilas ei pysty kertomaan tarkasti kohtauksen alkamisajankohtaa vaatii hoitotasolla olevan antikoagulanttilääkityksen ennen sähköistä rytminsiirtoa. (Virtanen & Lund 2008, Lehto ym. 2011, Käypä hoito -suositus 2012.)

Eteisvärinä on ikäsidonainen rytmihäiriö ja iän myötä sairastuvuus nousee merkittävästi. Tutkimusten (Howes ym. 2001, Lloyd- Jones 2004, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2011, Oliveira ym. 2011.) mukaan on arvioitu, että joka neljäs yli 40 -vuotias kokee elämänsä aikana eteisvärinä rytmihäiriön. Ikäsidonaisuutensa vuoksi eteisvärinää ilmaantuu noin kahdelle prosentille yli 80 -vuotiaista ja eteisvärinäpotilaiden keski-ikä on noin 75 vuotta. Väestön ikääntyessä eteisvärinäpotilaiden määrä päivystyspoliklinikoilla sekä perusterveydenhuollossa tulee kasvamaan tulevien vuosien myötä, mikä luo haasteita myös potilasohjaukselle. Eteisvärinä potilaat käyttävät muita potilaita useammin päivystyspoliklinikan palveluita ja käyntejä eteisvärinän vuoksi on keskimääräisesti 8 - 11 kertaa vuodessa. (Aliot ym. 2010, Lehto ym. 2011.) Hoitamaton eteisvärinä sairastavan potilaan riski sairastua aivohalvaukseen on viisin- jopa seitsemänkertainen verrattuna normaalissa sinusrytmissä oleviin potilaisiin. (McCabe 2005, Seifert ym. 2007, Cottrell & Mack 2009, Bloe 2011, Käypä hoito -suositus 2012.)

2.1.2 Eteisvärinän hoito

Eteisvärinän lääketieteellisinä hoitomuotoina ovat perussairauksien ja muiden eteisvärinälle altistavien tekijöiden hoito, rytmin hallinta sekä uusien eteisvärinäkohtauksien estohoito. Akuutin eteisvärinän hoitona käytetään joko lääkkeellistä tai sähköistä rytminsiirtoa. Potilaan ennusteen kannalta on tärkeää huomioida perussairaudet ja valita oikea hoitomuoto kammiotaajuuden hallintaan. (Prasun & Kocheril 2003, Boodhoo ym. 2004, Testa ym. 2005, Fus ym. 2007, Seifet & Collins 2007, Virtanen & Lund 2008, Cottrell & Mack 2009, Oliveira ym. 2011, Käypä hoito -suositus 2012.)

Sähköinen rytminsiirto on tehokkain, turvallisin, hyvin siedetty ja taloudellinen hoitomuoto akuutin eteisvärinän hoidossa. (Boodhoo ym. 2004, Lo ym. 2006, Mead ym. 2009, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2010, Oliveira ym. 2011). Potilaille, joiden sydämenrytmi jätetään pysyvästi eteisvärinään, hoidoksi tulee myös antikoagulanttilääkitys ehkäisemään mahdollisia eteisvärinän aiheuttamia hyytymiä ja hyytymien aiheuttamia verisuonitukoksia. Kaikkien eteisvärinää sairastavien potilaiden kohdalla tulee arvioida mahdollinen aivohalvauksen riski ja sitä kautta tarve antikoagulaatiolääkitykselle. (Bloe 2011, Halinen 2011, Oldgren ym. 2011, Virtanen & Lund 2008, Fus ym. 2007.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että vähäoireisten ja iäkkäämpien potilaiden eteisvärinän ennusteeseen hoitolinjan valinnalla, sähköinen rytminsiirto tai antikoagulanttilääkitys ei ole ollut merkittävää vaikutusta potilaiden vointiin ja eteisvärinäkohtausten ilmaantuvuuteen. (Prasun & Kocheril 2003, Testa ym. 2005, Koponen ym. 2007, MacCabe ym. 2008, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2010, Berry & Padgett 2012.)

Eteisvärinäpotilaiden rytminsiirtoon liittyy myös riskejä. Suurin riski rytminsiirronaikana ja jälkeen on mahdollinen aivohalvaus. Aivohalvauksen estoon käytetään antikoagulanttilääkitystä sekä tarkkoja ajallisia rajoituksia sähköisen rytminsiirron tekemiseen. Pitkäkestoisella antikoagulanttihoidolla pystytään vähentämään aivohalvauksen riskiä jopa 70 %:lla ja parhaan hyödyn antikoagulanttilääkityksestä saavat 65 – 75 -vuotiaat potilaat. Verenohennuslääkityksen käytössä tulee muistaa myös sen aiheuttama riskitekijä eli mahdollinen verenvuoto. Eteisvärinäkohtauksella on taipumus uusia. Riski uuden kohtauksen saamiseen on potilaskohtaista ja mahdollisesti potilaat joutuvat käymään useamman kerran päivystyksellisessä rytminsiirrossa. (Halinen 2001, Prasun & Kocheril 2003, Testa ym. 2005, Koponen ym. 2007, Lange & Herrmann-Lingen

2007, MacCabe ym. 2008, Camm ym. 2010, Lehto ym. 2010, Bloe 2011, Cristoni ym 2011, Berry & Padgett 2012, Fundaro ym. 2012.)

2.2 Potilasohjaus

Hoitotyössä ja hoitotieteessä käytetään paljon käsitettä ohjaus. Ohjauksen käsitettä on vaikea hahmottaa ilmiönä, koska hoitotyön puhekielessä sekä tieteellisessä kielessä esiintyy erilaisia käsitteitä. Ohjausta käsitteenä käytetään rinnakkain neuvonnan, opettamisen, opastuksen, informoinnin sekä tiedon antamisen käsitteiden kanssa. Englanninkielisiä käsitteitä counselling, guidance ja education käytetään vastaamaan suomenkielen ohjaus- käsitettä. (Kääriäinen 2007, Hoidokki 2010.)

Potilasohjaus on osa laadukasta ja hyvää hoitoprosessia. Potilasohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa potilaan hyväksi, jolloin hoitaja ja potilas yhdessä edistävät potilaan oppimista ja hyvinvointia. (Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2008.) Potilasohjaukseen prosessina kuuluu määrittellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus sekä lopuksi arvioida ohjauksen toteutuminen. Potilaalla on oikeus saada hyvää ja laadukasta ohjausta omien sairautsiensa hoitoon. Hoitajaksot sairaalassa ovat lyhentyneet viime vuosien aikana rajusti ja vastavuoroisesti potilaiden moniongelmaisuus on lisääntynyt. Nämä seikat asettavat potilasohjaukselle lisää haasteita, jotta saadaan tuotettua hyvää ja laadukasta potilasohjausta. (Kääriäinen 2008, Salminen-Tuomaala ym. 2010.)

Potilasohjauksessa potilaan voimavarat tulisi huomioida ja ymmärtää potilas aktiivisena subjektina ja vastuunkantajana omasta oppimisestaan. Potilaiden käsityksiä omasta sairaudestaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan elämänlaatuunsa tulisi voimistaa. (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, 2006, Kääriäinen 2008.) Potilasohjauksen laadukas toteutuminen vaatii hoitajalta ammatillista vastuuta ohjauksen sisällöstä ja ohjauksen antamisesta. Hoitajan tulee toimia vuorovaikutusprosessin alkuun panijana, luoda potilasohjaukselle suotuisa toimintaympäristö sekä ylläpitää alkanutta ohjausprosessia. Potilaiden taustatekijöiden huomioiminen ohjausprosessissa on tärkeää. Akuutisti sairastuminen saattaa esimerkiksi heikentää potilaan kykyä ottaa vastaan ohjausta, jolloin annetun ohjauksen tulee olla konkreettista ja hyvin ymmärrettävää. (Johansson ym. 2002, Kääriäinen 2008, Salminen-Tuomaala ym. 2010,2011.)

Potilasohjaus tapahtuu usein suullisesti ohjaamalla, sillä vuorovaikutus on merkittävä osa potilasohjausta. Kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa potilailla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada vastauksia epäselviin asioihin (Kääriäinen & Kyngäs 2003). Potilasohjausta voidaan myös tehostaa käyttämällä lisänä kirjallista materiaalia, jonka avulla potilaat voivat palauttaa mieleensä ohjatut asiat sekä lisätä tietoaan käsitellystä asiasta. Kirjallisen materiaalin tulisi olla mahdollisimman selkokielistä, jotta potilaat ymmärtäisivät asian mahdollisimman hyvin. (Cooper ym. 2001, Kääriäinen & Kyngäs 2003, Salminen-Tuomaala ym. 2010, 2011.)

2.3 Potilaiden ohjaus päivystyspoliklinikalla

Päivystyspoliklinikalla potilasohjaus tapahtuu usein rutiininomaisesti ja saattaa jäädä pintapuoliseksi. Potilaiden yksilölliset tarpeet ohjauksen määrästä ja laadusta tulisi huomioida ohjausta suunnitellessa. Potilasohjaus on aina tavoitteellista toimintaa, jonka päämääränä on potilaan saama hyvä ohjaus. Omaisten ohjaukseen mukaan ottamisen tärkeys korostuu akuutisti sairastuneiden potilaiden ohjauksessa. Potilaat kokevat omaisten mukana olon ohjaustilanteessa tärkeäksi ja omaisten tiedontarve kotihoidon sekä jatkohoidon ohjauksesta kasvaa väestön ikääntymisen myötä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Lipponen ym. 2006, Salminen - Tuomaala ym. 2008, Nikki ym. 2010, Virtanen ym. 2010.)

Akuutisti sairastuneiden potilaiden ohjaus päivystyspoliklinikoilla on tutkimusten mukaan kohtalaisen hyvää, vaikka puutteita esiintyy. (Paavilainen ym. 2009, Nikki ym. 2010, Salminen-Tuomaala ym. 2010, Virtanen ym. 2010, Salminen-Tuomaala ym. 2011.) Potilaat kokivat saavansa hyvin tietoa odotusajasta, mutta toivoivat hoitajien antavan heille enemmän konkreettista tietoa siitä, kuinka he voivat toimia odotusaikana, saavatko he esimerkiksi syödä ja juoda normaalisti sekä liikkua tutkimusten välillä. (Paavilainen ym. 2009, Salminen-Tuomaala ym. 2010.) Sairausten aiheuttamista oireista ja hoidoista annettavaan ohjaukseen katsottiin vaikuttavan potilaiden odotusajan pituuden päivystyspoliklinikalla sekä mahdollisen materiaalin käytön ohjauksen tukena. Potilaat kokivat saavansa vähemmän ohjausta ja tietoa sairauteen ja oireisiin liittyen silloin, kun odotusaika oli pitkä ja päivystyspoliklinikalla oli ruuhkaa. (Virtanen ym. 2010.) Lääkehoitoon liittyvää ohjausta potilaat olivat saaneet kohtalaisen hyvin, mutta iäkkäämpien potilaiden kohdalla lääkehoidon ohjauksessa tulee huomioida ohjauksen

selkeys ja potilaiden tarpeet ohjauksen määrästä. (Pellikka 2003, Paavilainen ym. 2009, Virtanen ym. 2010.)

Kirjallisten ohjeiden käyttö päivystyspoliklinikalla on potilaiden mielestä välttämätöntä ja potilaat kokivat päivystyspoliklinikalla saamansa kirjallisen ohjauksen tukevan heidän selviytymistään kotona. Potilaat toivoivat päivystyksessä annettavan kirjallisen ohjauksen lisäämistä ja kirjallisten potilasohjeiden tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. (Paavilainen ym. 2009, Nikki ym. 2010, Salminen-Tuomaala ym. 2010, Virtanen ym. 2010, Salminen-Tuomaala ym. 2011.) Salminen-Tuomaala ym. (2010, 2011) tutkimuksessa päivystyksessä olleet potilaat kokivat kirjalliset ohjeet tärkeiksi ja niiden koettiin lisäävän turvallisuutta. Kirjallista ohjausta saaneet potilaat olivat myös tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin pelkästään suullista ohjausta saaneet potilaat. Tutkimus on seurantatutkimus, jonka tuloksien perusteella voidaan todeta potilaiden ja omaisten tyytyväisyyden saamaansa ohjaukseen kasvaneen seurantatutkimuksen aikana. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 2011.)

Akuutisti sairastuneen potilaan kokonaisvaltaiseen potilasohjaukseen sisältyy myös omaisten ohjaaminen. Potilaat kokevat omaisten mukana olon ohjaustilanteessa tärkeäksi. (Nikki ym. 2010, Virtanen ym. 2010, Kääriäinen & Kyngäs 2003.) Eteisvärinäpotilaat ovat usein iäkkäitä ja omaisten mukana olo ohjaustilanteessa on jatkohoidon onnistumisen kannalta tärkeää. Tutkimusten mukaan kuitenkin päivystyspoliklinikalla omaiset kokevat saavansa liian vähän ohjausta potilaansa jatkohoidon suhteen. Omaiset toivoivat saavansa myös kirjallisia kotihoito-ohjeita oman muistinsa tueksi, jotta jatkohoito kotona sujuisi ongelmitta. (Salminen-Tuomaala ym. 2008.)

Kääriäinen & Kyngäs (2005) ovat selvittäneet kirjallisuuskatsauksessa potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Potilaat ovat tyytyväisiä ohjaukseen saadessaan riittävästi tietoa omasta sairaudestaan ja siihen liittyvistä hoidoista. Potilaiden ohjaus on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. Potilaiden ohjaustarpeet ovat erilaisia ja käsitys ohjauksesta saattaa olla ristiriidassa hoitohenkilöstön kanssa. Potilaan ohjaustarpeiden tunnistaminen on haastavaa koska ohjaustarpeet vaihtelevat potilaan taustatekijöiden sekä terveydentilan mukaan. Heikkisen ym. (2006) kirjallisuuskatsaus sairaalapotilaiden ohjauksesta ja tiedonsaannista tukee käsitystä potilasohjauksen kontekstisidonnaisuudesta sekä potilaiden ohjaustarpeiden erilaisuudesta. (Heikkinen ym. 2006).

Hoitotyön asiantuntijuuden vaikutus potilaiden ohjaukseen nousi esille tutkimuksissa (Cottrell & Mack 2008, McCabe 2005). Hoitotyön menetelmien kehittäminen sekä näyttöön perustuvan tiedon käytön eteisvärinäpotilaiden hoidossa katsottiin olevan tärkeä osa potilasohjauksen kehittämistä (MacCabe 2005). Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tehdyissä tutkimuksissa henkilökunta kokee potilasohjauksen tärkeänä osana hoitoa ja toivoisivat lisää resursseja potilasohjauksen toteuttamiseen sekä helposti saatavilla olevat, selkeät potilasohjausmateriaalit. (Kääriäinen ym. 2006.) Hoitotyöntekijöiden tärkeä rooli potilasohjauksen mahdollistajana nousi esiin useissa tutkimuksissa. (Sanford 2000, Marcum ym. 2002, MacCabe 2005, Edwardson 2007, Koponen ym. 2007, Cottrell & Mack 2008) Laadukkaan potilasohjauksen tulee pohjautua tieteelliseen tutkittuun tietoon sekä vankkaan kliiniseen kokemukseen. Hoitajilla on velvollisuus ylläpitää asiantuntijuuttaan potilasohjauksesta ja näin mahdollistaa parhaan mahdollisen ohjauksen laadun toteuttaessaan potilasohjausta. (Kääriäinen 2008.)

Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksessa nousi esiin potilasohjauksen pintapuolisuus. Potilasohjaus on ollut muodollista ja yleisluonteista eikä se aina lähde potilaan tarpeista. Ohjausmenetelmien hallinta oli yksipuolista eikä potilaita tuettu riittävästi itsehoitoon. (Kääriäinen ym. 2006.) Potilaat kokivat saavansa liian suppea-alaista ohjausta ja toivoisivat enemmän ohjausta myös sosioekonomisista asioista (Heikkinen ym. 2006). Päivystyspoliklinikka työssä asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys korostuvat perheenjäsenen sairastuttua akuutisti. Akuutisti sairastuneen potilaan ja omaisten ohjaus edellyttää päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta vankkaa asiantuntemusta ja kriittistä reflektointia. (Salminen-Tuomaala ym. 2008.)

Potilasohjaukseen on kehitetty käytännön hoitotyöhön soveltuvia malleja. Lipponen ym. (2006) ovat kehittäneet päivystyspotilaan ohjauksen mallin osana käytännön hoitotyöhön soveltuvia malleja. Potilasohjauksen mallin tavoitteena on taata potilaalle laadukas potilasohjaus koko päivystysprosessin ajan. Potilasohjaus mallissa painotetaan potilaanvastaanottotilanteen tärkeyttä sekä omaisten huomioonottamista ja riittävää tiedon kulkua tulevista tapahtumista potilaalle sekä omaisille. (Lipponen ym. 2006.)

Potilaiden kotiutukseen tulee kiinnittää huomioita ohjaustilanteissa. Kotiutusohjeisiin tulee liittää myös kirjallista materiaalia, jolloin potilaat voivat halutessaan palata asioihin myöhemmin kotiutuksen jälkeen. (Pellikka ym. 2003, Kyngäs ym. 2004.) Potilasohjaukseen tulisi käyttää enemmän aikaa ja resursseja, sillä lyhentyneet hoitoajat

siirtävät vastuuta hoidon onnistumisesta hoitajilta potilaille. Hyvä ja laadukas potilaiden kotiutuksen ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja vaikuttaa positiivisesti arjessa selviytymiseen sekä vähentää potilaiden tarvetta olla uudelleen yhteydessä hoitoa antaneeseen yksikköön. (Olsson & Hansagi 2001, Marcum ym. 2002, Pellikka ym. 2003, Kyngäs ym. 2004, Salminen-Tuomaala 2006.)

2.4 Potilasohjauksen vaikutukset eteisvärinäpotilaiden elämänlaatuun ja tietoisuuteen sairaudestaan

Potilasohjauksen vaikuttavuus potilaiden tietoisuuteen omasta sairaudestaan on merkittävä. McCabe ym. (2008) tutkivat akuutisti eteisvärinään sairastuneiden potilaiden tietoisuutta itsehoidosta ja potilasohjauksen vaikutuksista sairaalassaolon jälkeiseen tietoisuuteen itsehoidosta. Tutkimuksessa mitattiin strukturoidulla kyselylomakkeella potilaiden tietoisuutta itsehoidosta ja eteisvärinän aiheuttamista riskeistä, antikoagulanttihoidon toteutumisesta ja siihen liittyvistä riskeistä, ruokailun vaikutuksista lääkitykseen sekä itsestään huolehtimisen tärkeydestä sairauden hoidossa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että eteisvärinäpotilaat tietävät sairautensa hoidosta ja itsehoidon vaikutuksista sairauden hoitoon kohtalaisen vähän. Potilasohjausta oli annettu suullisesti, kirjallisesti sekä videoiden muodossa sairaalassa. Tutkimuksen johtopäätöksinä oli, että eteisvärinäpotilaiden ohjausta tulisi vielä kehittää ja arvioida. Tutkimus toteutettiin yhden päivystyspoliklinikan potilaille, jolloin tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä. (McCabe ym. 2008.)

Koposen ym. (2007) tutkimuksessa päivystyksessä hoidettujen eteisvärinäpotilaiden tietoisuudesta oman sairautensa oireista olivat kohtalaisen hyvät, mutta puolestaan potilaiden tiedot itse sairaudesta, oireiden havaitsemisesta, antikoagulanttihoidosta ja sen seurannasta olivat puutteellisia. Potilaiden tietoisuus sairauden vakavuudesta oli myös puutteellista. Tutkimuksessa nousi myös esiin naisten (N=80) heikompi tietoisuus eteisvärinän hoidosta ja vaikuttavuudesta jokapäiväiseen elämään kuin miesten (N=120). Seurantatutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaiden ohjaukseen tulisi päivystyspoliklinikalla panostaa nykyistä enemmän, sillä potilaiden tietoisuus sairaudestaan oli puutteellista sekä päivystyksessä ollessa, että kolmen kuukauden seurannan jälkeen. Tutkimusta varten kehitettiin mittari (knowledge of atrial fibrillation, KAF), jota testattiin ennen varsinaista tutkimusta. (Koponen ym. 2007.)

Aliot ym. (2010) tutkimuksessa lääkäreiden ja eteisvärinäpotilaiden käsitykset eteisvärinän vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantuvuuteen ja kuolleisuuteen osoitti lääkäreiden ja potilaiden käsitysten eroavan toisistaan. Tutkimus on kansainvälisesti toteutettu ja siihen on osallistunut 810 lääkäriä ja 825 potilasta 11 eri maasta. Lääkäreiden mielestä suurimpana riskinä on aivohalvaus ja potilaat puolestaan pelkäsivät enemmän sydänperäisiä syitä, kuten äkillistä sydänkohtausta ja sitä kautta kuolemaa. Tutkimuksen tuloksista voidaan nostaa myös esiin potilaiden ymmärrys omaa sairauttaan kohtaan. Tutkimukseen osallistuneista (N=93) potilaista yli 50 % ei ymmärtänyt tai tiedostanut lääkityksen vaikutuksia oman sairautensa hoidossa. Tietoisuus omasta sairaudesta ja siihen liittyvistä oireista ja niiden vaikutuksista potilaiden elämään oli myös puutteellista. (Aliot ym. 2010.)

Potilasohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaiden elämänlaatuun positiivisesti mahdollistamalla potilaiden osallistumisen hoidon suunnitteluun ja sitä kautta lisäämään potilaiden itsenäisyyttä sekä motivaatiota oman sairautensa hoidossa (Hölttä ym. 2002, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Lahdenperä & Kyngäs 2005, Kääriäinen 2007, 2008). Päivystyspotilaiden osallistuminen omanhoitonsa suunnitteluun ja motivaatio oman sairauden hoitamiseen on vaihtelevaa. Päivystyspotilaat kokevat olevansa väsyneitä ja äkillisen sairastumisen aiheuttama stressi vaikuttaa jaksamiseen ja potilaat haluavat antaa päätöksenteon hoitohenkilökunnalle. Toisaalta nousi myös esiin, ettei potilaille anneta mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoitajat eivät osaa tunnistaa potilaiden tarpeita ja halukkuutta vaikuttaa ja osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. (Pellikka 2003, Frank ym. 2008.)

Potilaiden kokemien pelontunteiden on katsottu vaikuttavan potilaiden elämänlaatuun (Howes ym. 2001, Suzuki & Kasanuki 2004, Eaker ym. 2005, Demiryoguran ym. 2006, Finch ym. 2006, Lange & Herrmann-Lingen 2007, Thrall 2007, MacCabe 2010, Perruche ym. 2011) ja potilasohjauksella voidaan vaikuttaa lieventävästi potilaiden kokemaan pelkoon erilaisia toimenpiteitä ja sairauksia kohtaan. Potilaiden saadessa riittävästi tietoa omasta sairaudestaan, tulevista toimenpiteistä sekä päivystyksellisessä hoidossa mahdollisesta odotusajasta voidaan tukea potilaiden kykyä ja lisätä potilaiden kokemaa tunnetta oman sairauden hallinnassa sekä lievittää akuutin tilanteen aiheuttamaa stressiä. Potilaiden pelon ja ahdistuneisuuden arviointi tulisi huomioida suunniteltaessa potilasohjausta sekä arvioida ohjauksen vaikutukset potilaiden pelonkokemukseen potilasohjauksen toteutuksen jälkeen. (Koivula 2002, Koivula & Åsted - Kurki 2004.)

2.5 Yhteenveto aikaisemmista potilasohjaustutkimuksista

Aikaisemmissa tutkimuksissa nousi esiin eteisvärinäpotilaiden tietoisuus omasta sairaudestaan ja sairauden vaikutukset potilaiden elämänlaatuun. Potilaiden osallistuminen ja ohjautuvuus omahoitoon ovat aikaisempien tutkimusten mukaan puutteellisia. Päivystyspotilaiden motivointi osallistumaan omaa sairauttaan ja sen hoitoa koskevaan päätöksentekoon asettaa haasteita potilasohjaukselle. MacCaben ym. 2008 ja Koposen ym. 2007 tekemät seurantatutkimukset eteisvärinäpotilaiden tiedoista omasta sairaudestaan sekä sairauden vaikutuksista elämänlaatuun nostivat esiin mielenkiintoisia seikkoja eteisvärinäpotilaiden saamasta potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla. Eteisvärinäpotilaiden tietoisuus omasta sairaudestaan oli heikolla tasolla tutkimuksen aloitusvaiheessa eikä muuttunut seurantatutkimuksen aikana. Tietoisuus sairaudesta, lääkkeellisestä hoidosta sekä vaikutuksista elämänlaatuun pysyivät samalla tasolla kolmen kuukauden seurannan jälkeen. Eteisvärinäpotilaiden määrä tulee kasvamaan lähivuosina väestön ikääntymisen myötä, jolloin haasteet tämän potilasryhmän potilasohjauksessa kasvavat. Tutkimusten (Koponen ym. 2007, Aliot ym. 2010) tuloksista nousi myös esiin iäkkäiden naispotilaiden suurentunut riski sairastua eteisvärinän aiheuttamaan aivoinfarktiin ja potilaiden puutteelliset tiedot verenohennuslääkityksen vaikutuksista sairauden hoidossa. (Koponen ym. 2007, MacCabe ym. 2008, Alio ym. 2010.)

Potilaan tietoisuutta omasta sairaudestaan sekä ohjautuvuutta itsehoitoon tulisi lisätä hoitotyön menetelmiä kehittämällä sekä vahvistamalla hoitotyön asiantuntijuutta. Akuutisti sairastuneen potilaan ohjauksessa tulisi huomioida potilaan mahdollisuus saada myös kirjallista ohjausta suullisen ohjauksen tueksi. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö vuorovaikutteisessa potilasohjauksessa katsottiin tärkeäksi niin potilaiden, omaisten kuin hoitohenkilökunnankin näkökulmasta. Kirjallisen ohjausmateriaalin käytössä on huomioitavaa ohjeiden selkeys ja ymmärrettävyys. Annetun ohjauksen jälkeen tulee vielä huomioida, ettei potilaalle ole jäänyt epäselviä asioita, jotka saattavat vaikuttaa potilaan selviytymiseen, pelon kokemukseen ja sitoutumiseen oman sairauden hoitoon. (Cooper ym. 2001, Koivula & Åsted - Kurki 2004, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Lipponen ym. 2006, Koponen ym. 2007, Salminen–Tuomaala ym. 2010, 2011.)

Kokonaisuudessaan useiden tutkimusten (Pellikka ym. 2003, Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2006, Salminen-Tuomaala ym. 2006, Salminen-Tuomaala 2008, Paavilainen ym. 2009, Salminen-Tuomaala ym. 2010, 2011) tulosten perusteella potilaat

kaipaavat potilasohjaukseen ja kotiutuksen ohjaukseen selkeyttä ja selkeää kieltä ilman lääke- tai hoitotieteellisiä termejä.

3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Laadullisen tutkimuksen tuottama kokemuksellinen tieto eteisvärinäpotilaiden saamasta ohjauksesta avaa uusia näkökulmia potilasohjauksen kehittämiseen päivystyspoliklinikalla.

Tutkimuskysymys: Miten eteisvärinäpotilaat ovat kokeneet saamansa ohjauksen päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä?

4. Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmien valinta on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusongelmasta. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu hyvin silloin, kun aiheesta ei ole laajalti aikaisempaa tutkimustietoa tai aihe on arka. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ihmisten omia kokemuksia ja kuvauksia heitä kohdanneesta tapahtumasta. (Leino-Kilpi 1998, Metsämuuronen 2006, Hirsjärvi 2008, Vilkka 2009.) Laadullisen tutkimuksen yksi tehtävä on lisätä tutkittavien ymmärrystä asiasta. Tutkimukseen osallistuvat eivät ole vain tiedon antajia, vaan tutkijan tulisi myönteisesti vaikuttaa tutkittavien ajatteluun ja ymmärrykseen tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. (Vilkka 2009.)

Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla on tutkittu hyvin niukasti, jolloin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä oli aiheen kannalta tutkimusmenetelmää ja lähestymistapaa ajatellen sopiva. Tutkijan ja tutkittavan suhde on subjektiivinen, jolloin tutkijan tulkinta on tärkeä osa tiedon tuottamista, mutta samalla tutkijan tulee olla objektiivinen ja olla tuomatta liikaa omaa näkemystään esille,

jolloin tutkittavien mielipiteet saattavat muuttua tutkijan haluamaan suuntaan. (Eriksson ym. 2007.)

Aineiston keruumenetelminä laadullisessa tutkimuksessa voivat olla kysely, teema- tai syvähaastattelut, havainnointi, kirjallinen tai kuvallinen aineisto. Aineiston keruumenetelmiä voidaan käyttää yksin tai yhdessä tutkittavan ongelman ja tutkimuksen resurssien mukaan. (Eriksson ym. 2007, Eskola & Suoranta 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Aineiston kerääminen haastattelun avulla luo mahdollisuuden kerätä ihmisten kokemuksia puheen muodossa. Haastattelun etuina pidetään sen joustavuutta ja haastattelu tiedonkeruumenetelmänä sopii vain vähän tutkittuihin aihepiireihin. (Hirsjärvi & Hurme 2001.) Tutkija voi haastattelun aikana tehdä haastateltaville tarkentavia kysymyksiä sekä palata haastattelun aikana jo aiemmin keskusteltuihin aiheisiin. Tutkijalla on myös mahdollisuus toimia havainnoitsijana haastattelujen aikana ja tehdä muistiinpanoja tapahtumien kulusta. Haastattelu voi olla luonteeltaan avoin haastattelu, lomakehaastattelu, syvähaastattelu tai teemahaastattelu. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tässä tutkimuksessa aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeisimmät aiheet, joiden pohjalta rakennetaan teemahaastattelurunko (Liite 3). (Hirsjärvi 2008, Vilkkä 2009.) Teemahaastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan tai kun vastaus perustuu haastateltavan henkilön omaan kokemukseen. Teemahaastattelua käytetään myös silloin, kun halutaan syventää tietoa jostakin asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, Vilkkä 2009.)

Teemahaastattelussa kaikki aihepiirit ovat etukäteen suunniteltuja, mutta strukturoituun haastatteluun nähden teemahaastattelulta puuttuu kysymysten tarkka muoto sekä järjestys. Teemahaastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat teemat, sen sijaan valmiita vastausvaihtoehtoja ei anneta. Teemahaastattelunrunko ohjaa haastattelua ja tutkijan tehtävänä on ohjata haastateltavaa pysymään sovittujen teemojen sisällä. Haastatteluiden edetessä on mahdollisuus poiketa valitusta suunnasta ja antaa haastateltaville tilaa tuoda esille myös sellaisia asioita, joita ei ennalta suunnitelluissa

teemoissa ollut. Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole merkitystä haastattelua tehdessä. Tärkeää on, että haastateltava kertoo oman kokemuksensa tutkittavasta ilmiöstä tai aiheesta. (Eskola & Suoranta 2008, Vilkkä 2009.)

Laadullisen haastattelun luonteeseen kuuluu, että haastateltavalle ja tutkijalle annetaan vapautta muovata haastattelun kulkua haluamaansa suuntaan. (Ruusujärvi & Tiittula 2005.) Tässä tutkimuksessa haastateltaville esitettiin teemahaastattelurungon (Liite 3) mukaisia teemoja, mutta haastateltaville annettiin vapaus kertoa myös teemojen ulkopuolelta nousevia omia kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta ja ohjauksen kokemukseen vaikuttaneista seikoista.

4.3 Tutkimuksen tiedonantajat

Tutkimuksen tiedonantajilla tarkoitetaan sitä joukkoa henkilöitä, jotka täyttävät tutkimukseen mukaan ottamisen kriteerit (Burns & Grove 2005). Tutkimukseen osallistujat valittiin päivystyspoliklinikalla käyneiden potilaiden käyntitiedoista. Otoksella tarkoitetaan sitä joukkoa kohderyhmästä, joka valitaan varsinaiseen tutkimukseen joukosta yksilöitä, joilla oletetaan olevan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. (Burns & Grove 2005). Tässä tutkimuksessa otos oli harkinnanvarainen, päivystyspoliklinikalla käyneistä potilaista valittiin diagnoosin (I48 = eteisvärinä) ja toimenpiteen (sähköinen rytminsiirto) perusteella kaksikymmentä (20) potilasta, joille lähetettiin kirje (Liite 1) mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvien valintaan vaikutti myös se, ettei heidän ja tutkijan välillä ollut aikaisempaa hoitosuhdetta. Kirjeeseen liitettiin mukaan tutkijan yhteystiedot sekä palautuskirjekuori suostumislomakkeen (Liite 2) lähettämiseen tutkijalle. Tiedonantajista yksi otti tutkijaan yhteyttä puhelimitse, yksi sähköpostitse ja yhdeksän tiedonantajaa palautti valmiiksi postimaketussa palautuskuoressa suostumuksensa osallistua tutkimukseen.

Tutkimukseen halukkaiden osallistujien vastauksia saatiin yksitoista (N=11). Tutkimukseen osallistuneista seitsemän oli miehiä ja neljä naista. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 59,5 vuotta. Neljälle tutkimukseen osallistujalle oli tehty sähköinen rytminsiirto vain kerran, yhdelle kaksi kertaa, kolmelle neljä kertaa, yhdelle kuusi kertaa ja yhdelle useampia kymmeniä kertoja. Viidelle tutkimukseen osallistujalle oli eteisvärinädiagnoosi

tehty alle vuosi sitten ja kuudelle yli vuosi sitten. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli lääkärin määräämä lääkitys eteisvärinän hoitoon.

4.4 Aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin eräällä aluesairaalan päivystyspoliklinikalta tammi-helmikuussa 2011 sähköisessä rytminsiirrossa olleilta eteisvärinäpotilailta. Haastattelut toteutettiin aikavälillä maaliskuu - huhtikuu 2011.

Aineisto kerättiin haastattelemalla tutkimukseen osallistuneita (N=11) henkilöitä teemahaastattelun keinoin. Tutkimukseen osallistuvat tiedonantajat palauttivat suostumuslomakkeen (Liite 2) tutkijalle, jonka jälkeen tutkija oli puhelimitse yhteydessä kaikkiin tutkimukseen osallistuviin sopiakseen haastattelun ajankohdan. Tutkimukseen osallistujat saivat itse valita parhaan mahdollisen, heille sopivan haastatteluympäristön. Kaikki yksitoista tutkimukseen osallistujaa halusivat haastatteluiden tapahtuvan heidän kotonaan. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina käyttäen teemahaastattelurunkoa (Liite 3). Tutkimuksen aineistoksi kerätyt haastattelut nauhoitettiin ja tutkimukseen osallistuvat antoivat suullisen suostumuksensa haastatteluiden nauhoitukseen ennen haastatteluiden aloittamista. Ensimmäinen haastattelu toimi esihaastatteluna ja sisällytettiin tutkimusaineistoon. Ensimmäisen haastattelun jälkeen teemat säilyivät ennallaan, joten sisällyttäminen varsinaiseen tutkimusaineistoon oli perusteltua.

Haastattelun aluksi kysyttiin tutkimukseen osallistuvien taustatietoja, jonka jälkeen aloitettiin varsinainen teemoihin perustuva haastattelu (Liite 3). Haastatteluiden kesto vaihteli kahdestakymmenestä minuutista yhteen tuntiin.

4.5. Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä niin, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineiston analyysiyksiköksi voidaan määritellä yksittäin sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Analyysiyksikön valintaan vaikuttavat aineiston laatu ja tutkimuskysymys. (Kyngäs &

Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2003, Burns & Grove 2005, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tämän tutkimuksen analyysiyksiköiksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus, joka voi sisältää yhden tai useampia lauseita. Aineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla nauhoitetut haastattelut, jonka jälkeen haastattelut purettiin eli kirjoitettiin sanasta sanaan muuntelematta haastateltavien antamaa tietoa. Jokainen haastattelu tallennettiin omaksi word - tiedostoksi. Tutkija kirjoitti haastattelut tekstiksi itse heti haastatteluiden jälkeen, jolloin haastatteluiden tapahtumat olivat vielä muistissa. Haastattelut kirjoitettiin Arial kirjasimella, fonttikoolla 12, rivivälillä 1,5. Haastatteluiden tekstiksi kirjoitettu yhteismäärä oli 51 sivua. Tekstiksi kirjoitetut haastattelut tutkija luki vielä useampaan kertaan, tehden reuna huomautuksia analyysiä varten.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysin aloitettiin esittämällä aineistolle tutkimuskysymyksen mukaisia kysymyksiä. Aineistoa luettiin ja nostettiin esille tutkimuskysymyksen mukaisia ajatuskokonaisuuksia ja tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto siirrettiin sivuun ja tutkimuksen aineistosta nousseet olennaiset alkuperäiset ilmaisut eli analyysiyksiköt koottiin omaksi word- tiedostokseen. Kirjoitetut haastattelut säilytettiin muuttumattomana, jotta niihin oli helppo palata analyysin niin vaatiessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, Hirsjärvi 2008.)

Seuraavaksi aineiston alkuperäisilmaisuja pelkistettiin eli redusointiin. Pelkistykseen tarkoituksena on muodostaa alkuperäisilmaisuista analyysin kannalta aineiston termein kuvattuja analyysiyksiköitä. (Latvala & Vanhanen-Nuutila 2003.) Tässä tutkimuksessa alkuperäisilmaisut pyrittiin pitämään pelkistykseen jälkeen mahdollisimman samansisältöisinä mahdollistaen tiedonantajien antaman tiedon muuttumattoman kulun analyysin edetessä.

Alkuperäisilmaisut numeroitiin juoksevilla numeroilla ja pelkistykset merkittiin samoilla numeroilla alkuperäisilmaisujaan mukaan Microsoft Word - tekstinkäsittelyohjelmalla. Numeroinnilla mahdollistettiin pelkistykseen yhteys alkuperäisilmaisuun, jolloin tarkistaminen ryhmittelyä tehdessä helpottui ja aineistoon mahdollisesti palatessa tiedot löytyivät helpommin. Yhdestä alkuperäisilmaisusta muodostui yksi tai useampi pelkistys. Numeroinnissa tämä tarkoittaa sitä, että useammalla pelkistyksellä saattoi olla sama numero.

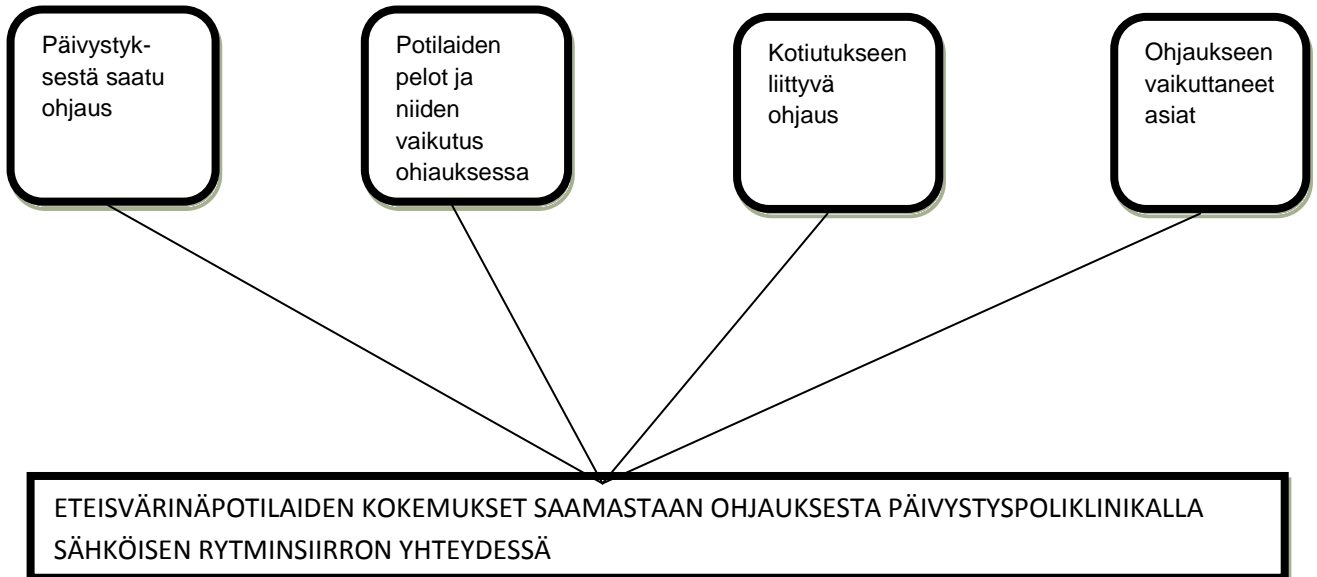
Pelkistyksen jälkeen aloitettiin aineiston klusterointi eli ryhmittely. Pelkistetyt alkuperäisilmaisut käytiin huolellisesti läpi ja etsittiin samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiteltiin omiksi alaluokikseen (Liite 4), joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. (Burns & Grove 2005, Hirsjärvi 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn jälkeen seurasi aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jolloin syntyneistä alaluokista muodostettiin yläluokkia. Yläluokat nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä alaluokkia yhdistelemällä saadaan yläluokkia, joiden avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi toteutettiin muodostamalla alaluokkia ja yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi (Liite 4) joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tutkimuksen kannalta ei katsottu tarpeelliseksi muodostaa yläluokkien jälkeen yläkategorioita, vaan tutkimuksen tulokset esitetään yläluokkien kautta.

5. Tutkimuksen tulokset

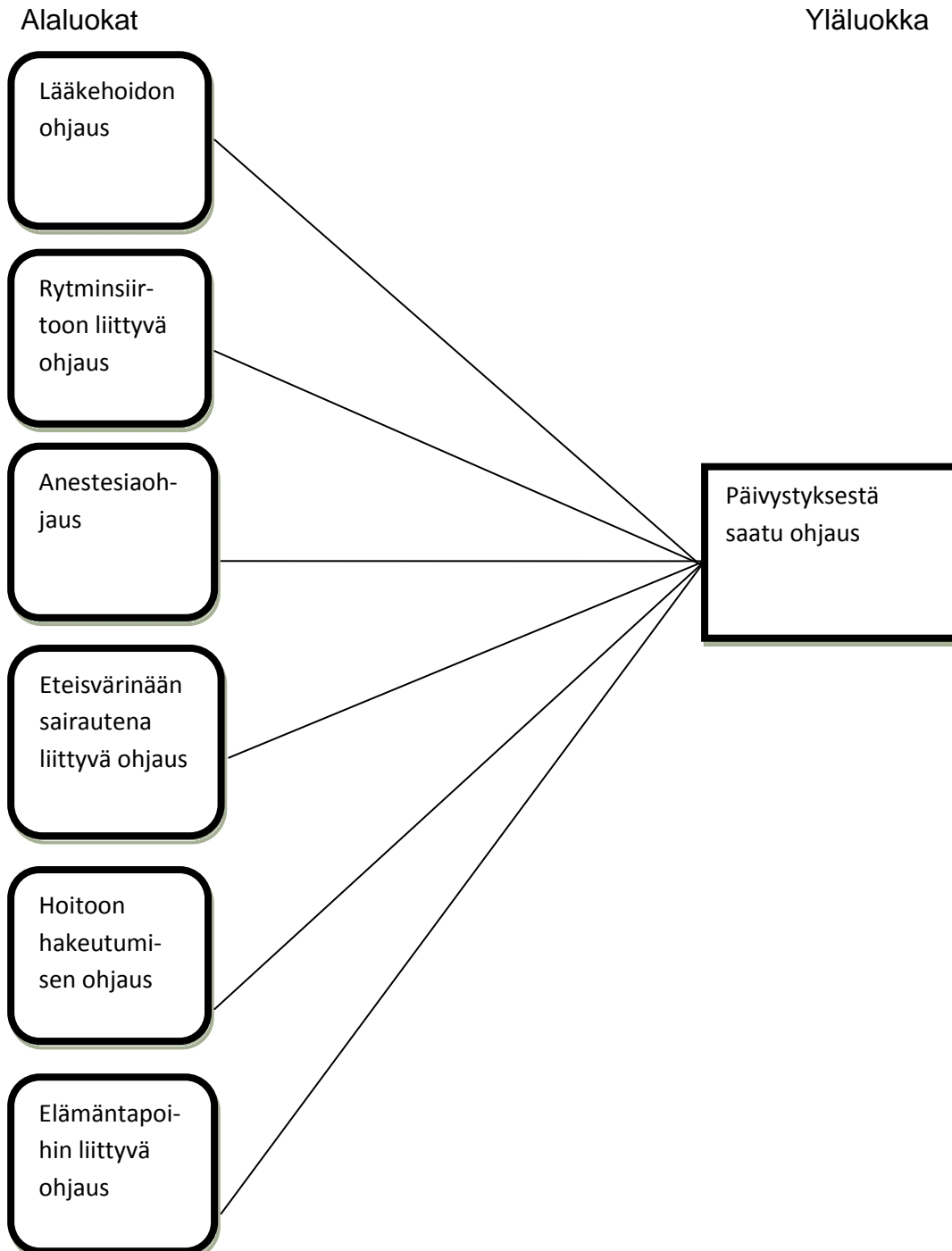
Tulokset esitetään kuvaamalla neljän (Kuvio1) yläluokan avulla eteivärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla.



Kuvio 1. Eteivärinäpotilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta

5.1 Päivystyksestä saatu ohjaus

Potilasohjaus päivystyksessä koostuu kuudesta alaluokasta (kuvio 2), jotka kuvaavat eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta sähköisen rytminsiirron yhteydessä päivystyspoliklinikalla.



Kuvio 2. Päivystyksestä saatu ohjaus

5.1.1 Lääkehoidon ohjaus

Eteisvärinäpotilaat saivat päivystyskäynnin yhteydessä lääkehoidon ohjausta liittyen eteisvärinän hoidossa käytettävään verenohennuslääkkeeseen sekä toimenpiteen yhteydessä annettavien lääkkeiden vaikutuksiin. Osa potilaista oli myös saanut ohjausta kotona otettavien lääkkeiden käyttöön sekä niiden vaikutuksiin. Kotona käytettäviä lääkkeitä olivat rytmiä hillitsevät lääkkeet. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksessa uutta ja tarpeellista tietoa verenohennuslääkkeen käytöstä. Uutta tietoa oli saatu mahdollisista ruokailun sekä muiden lääkkeiden vaikutuksista verenohennuslääkehoidon aikana.

”Ja viel sai siitä verenohennuslääkityksestä ni, aika paljo tietoo, sellasta mitä ei ollu, vaikka oon popsinu sitä jo yli kaksykt vuotta”

Rytminsiirron aikana annettavista lääkkeistä potilaat olivat saaneet tietoa vähän. Lääkityksistä kerrottiin toimenpiteen edetessä, sekä rytmiä hidastavasta lääkkeestä ennen toimenpidettä kerrottiin potilaille, voidaanko lääkettä antaa vai tehdäänkö sähköinen rytminsiirto.

”Lääkityksistä puhuttiin sen mukaan mitä sit oli”

Kotilääkitykseen annettu ohjaus päivystyspoliklinikalla oli vähäistä. Potilaat olivat saaneet kotilääkitykseen liittyvää ohjausta tarvittaessa otettavista sykettä rauhoittavista lääkkeistä sekä eteisvärinän estohoidossa käytettävistä lääkkeistä päivystyspoliklinikan ulkopuolelta. Lääkehoidon ohjausta saatiin useimmiten omalta terveyskeskuslääkäriltä tai erikoissairaanhoidon kardiologianpoliklinikan henkilökunnalta. Potilaat olisivat toivoneet lisää ohjausta kotona aamulääkkeiden ottamiseen silloin, kun eteisvärinäkohtauksen vuoksi ollaan tulossa sähköiseen rytminsiirtoon.

”Niin omien aamulääkkeiden ottaminen on aina kysymysmerkki ja siihen ei yleensä muisteta ottaa kantaa”

Kirjallinen materiaali lääkehoidon ohjauksessa

Verenohennuslääkkeeseen liittyvää kirjallista materiaalia annettiin useammalle potilaalle ja potilaat kokivat materiaalin antavan heille uutta tietoa verenohennuslääkkeen käytöstä. Kirjallisen materiaalin avulla potilaat saivat varmuutta lääkkeen aloittamiseen liittyviin

asioihin sekä lääkkeen mahdollisesti aiheuttamiin sivuvaikutuksiin. Eteisvärinänhoidossa käytettyjen estolääkkeiden käytöstä ja mahdollisesta aloittamisesta toivottiin enemmän ohjausta sekä suullisena että kirjallisena ohjauksena.

”Että mistä syystä sitä verenohennus juttuu, siitä sain kirjallista ohjausta, lääkityksestä”

”Ja vielä sai siitä marevan lääkityksestä ni aikapaljo tietoo sellasta mitä aikasemmin ei ollu, vaikka olen popsinu sitä jo yli kakskyt vuotta”

5.1.2 Rytminsiirtoon liittyvä ohjaus

Sähköistä rytminsiirrosta potilaille kerrottiin ennen toimenpidettä sekä toimenpiteen aikana. Potilaille kerrottiin, että rytminsiirto tehdään sähköllä, mutta ei kerrottu yksityiskohtaisesti mitä toimenpiteen aikana tapahtuu. Eteisvärinäpotilaat kokivat, etteivät saaneet toimenpiteen kulusta kokonaisvaltaista käsitystä, jonka jälkeen useammalle potilaalle jäi epäselväksi mitä toimenpiteen aikana tapahtuu. Potilaat kokivat hyvin erilailla saamansa toimenpiteeseen liittyvän ohjauksen. Potilaista tuntui, ettei heille annettu ollenkaan toimenpiteeseen liittyvää ohjausta, mutta kuitenkin toivat esille hoitajien kertoneen heille mitä toimenpiteen aikana tapahtuu.

Potilaat osasivat itse kuvitella toimenpiteen kulun tai olivat aikaisemmillä kerroilla saaneet toimenpiteeseen liittyvää ohjausta. Potilaat saivat toimenpiteeseen liittyvää suullista ohjausta päivystyskäynnin yhteydessä. Potilaat kokivat akuutin sairastumisen sekä päivystyksessä tapahtuvan tilanteen jännittäväksi eivätkä ymmärtäneet kysyä hoitajilta mitä toimenpiteen aikana tapahtuu.

” Ei siinä niinku semmosta kokonaisuutta mitä tapahtuu”

” Mitä ny itte kuvittelee noista telkkariohjelmista, että siinä vähä sytkäytetään, en mä mitään tuntenu”

Potilaat kokivat hoitajat ja lääkärit mukaviksi ja saamansa hoidon hyvälaatuiseksi. Ohjaustilanteissa nousi kuitenkin esiin hoitajien ja lääkäreiden olettamus siitä, että potilaat tietävät mitä toimenpiteen aikana tapahtuu. Toimenpiteen kulkuun liittyvää tietoa ja ohjausta potilaat saivat itse kysymällä. Toimenpiteeseen liittyvää kirjallista materiaalia ei potilaille annettu, eivätkä he ymmärtäneet pyytää kirjallista materiaalia ohjauksen

yhteydessä. Osalle potilaista toimenpiteen kulku oli aikaisemmilta hoitokerroilta tiedossa ja he kokivat saaneensa riittävästi ohjausta toimenpiteen yhteydessä.

” Se selkis niinku sen myötä, että ennakkoon ei justiin tullu”

”Edes ensimmäisestä kerrasta en muista, että siinä olis muuta sanottu, kun laitetaan sähköisesti rytmiin”

” Aina on sattunu kivoja hoitajia ja lääkäreitä, mutta ei sitä tietoo kyllä ole tullu, pitääkö ne niin itestään selvänä, että ihmiset tietää”

Rytminsiirron jälkeen potilaat saivat tietoa toimenpiteenkulusta ja rytminsiirrossa käytetyistä joulemääristä sekä rytminsiirron onnistumisesta. Potilaat saivat tietoa toimenpiteen onnistumisesta joko itse kysymällä hoitajilta tai hoitajat tulivat kertomaan toimenpiteen jälkeen miten se oli onnistunut.

Potilaat kokivat teoriassa kerrotun toimenpiteen ohjauksen hyväksi, mutta toimenpiteen kulku on nopeaa ja potilaat kokivat, etteivät he kyenneet sisäistämään kaikkea hoitajien antamaa ohjausta. Toimenpiteen jälkeen potilaat kokivat hyväksi tarkkailun ja hoitajien huolenpidon. Tarkkailun aikana potilailta mitattiin verenpainetta sekä seurattiin sydämensykettä. Sydämensykkeen seurannan potilaat kokivat hyväksi ja tiesivät seurannan merkityksen toimenpiteen jälkeen, jolloin seurannalla varmistetaan rytmin pysyminen normaalissa rytmissä. Hoitajat kertoivat potilaille mahdollisuudesta osastohoitoon, jos rytminsiirto syystä tai toisesta epäonnistuu ja rytmi palautuu takaisin eteisvärinään.

” Et seurataan et pysyykö se ja jos ei pysy niin sit laitetaan osastolle ja sitte siinä jälkeen päin ne kävi kyselee et milt tuntuu”

5.1.3 Anestesiaohjaus

Potilaat saivat anestesiaohjausta ravinnotta olost, tarkkailusta anestesian jälkeen sekä yleistä ohjausta anestesiassa tehtävään toimenpiteeseen liittyen. Joidenkin potilaiden kohdalla anestesiaohjaus oli puutteellista. Useamman rytminsiirron ja päivystyspoliklinikka käynnin jälkeen ravinnotta olemisen tärkeys ennen toimenpidettä oli jäänyt epäselväksi. Potilaat olivat aikaisempien käyntien perusteella oppineet olemaan ravinnotta

toimenpiteeseen tultaessa. Osa potilaista koki, etteivät he olleet saaneet lainkaan anestesiaan liittyvää ohjausta päivystyspoliklinikalla olon aikana. Osalle potilaista anestesia ja nukutus olivat aikaisemmilta kerroilta tuttuja asioita, eivätkä he kokeneet tarvitsevansa kyseiseen asiaan liittyvää ohjausta. Kirjallista materiaalia ohjauksen tukena ei ollut käytetty.

” En oo tänä päivänäkään saanu anestesiaan liittyvää ohjausta”

Ennen anestesiaa potilaat saivat ohjausta hapen hengittämiseen ja heille kerrottiin anestesian kestävän vain lyhyen aikaa. Potilaat kokivat anestesiaalääkärin antaneen heille hyvin ohjausta ennen nukutusta ja jotkut potilaat kokivat anestesiaalääkärin käyttämän huumorin rentouttavan ennen toimenpidettä.

” Sit siihen tuli se anestesiaalääkäri ja sano vaan, et nyt suu kiinni ja nyt käydään nukkumaan vähäks aikaa”

Anestesian jälkeisen tarkkailun ajan määrittelee aina anestesiaalääkäri. Potilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa seuranta-ajan pituudesta sekä anestesiaalääkäriltä että päivystyksen hoitajilta. Potilaat kokivat tarkkailun liittyvän anestesia -aineiden poistumiseen elimistöstä sekä yleiseen voinnin tarkkailuun.

”Seuras vissiin, että selviikö tää kaveri tällä, vai menikö nuppi sekasin”

Anestesian jälkeisen heräämisen aikana potilaat kokivat sekavuutta ja hämmennystä ennen kuin saivat hoitajilta ohjausta ja tukea heräämisen aikana. Hoitajat kertoivat rauhallisesti anestesian aiheuttamasta sekavuudesta sekä mahdollisesta hilpeydestä, jota osa potilaista koki herättyään.

”Mä siitä heräsin, niin mul oli semmone maski täs ja mua nauratti aivan tajuttomasti ja siinä oli jotain porukkaa ympärillä ja mä ajattelin, et mitä noi kaikki ja sanoin, et miks mua naurattaa näin hirveesti”

Eteisvärinäpotilaat olivat tyytyväisiä hoitajien toimintaan anestesian jälkeen. Hoitajat olivat ystävällisiä ja seurasivat potilaiden vointia. Potilaat olivat monitoriseurannassa ja kokivat seurannan olevan osana toimenpiteenjälkeistä hoitoa.

5.1.4. Eteisvärinään sairautena liittyvä ohjaus

Päivystyspoliklinikalla annettiin eteisvärinään sairautena liittyvää ohjausta kohtalaisesti. Potilaat olivat saaneet hyvin suullista ohjausta, kirjallinen ohjaus oli vähäisempää. Suullista ohjausta eteisvärinästä saatiin sairauden yleisyydestä ja ilmaantuvuudesta sekä yleisesti eteisvärinästä ja sen hoidosta. Eteisvärinän vaikutuksista potilaan elämään ja elämäntapojen vaikutuksista eteisvärinäkohtauksen syntyyn annettiin niukasti.

” Sanottiin, et se on yleisin ja, että se on vaaraton, sen tää lääkäri sano heti.”

Eteisvärinäpotilaat olivat hakeneet myös itse aktiivisesti tietoa omaan sairauteensa liittyen. Tietoa oli haettu Internetistä sekä erilaisilta järjestetyiltä luennoilta ja kursseilta. Potilaita kiinnosti omaan sairauteen liittyvät asiat, mikä lisäsi halua hakea itsenäisesti tietoa. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa eteisvärinästä omalta lääkäriltään. Oma lääkäri oli etukäteen kertonut mahdolliset hoitovaihtoehdot. Omalääkärin kanssa oli myös keskusteltu mahdollisesta sähköisestä rytminsiirrosta ja siihen liittyvistä riskeistä. Tietoa ja kokemuksia eteisvärinästä saatiin myös sukulaisilta ja tuttavilta, jotka olivat olleet sähköisessä rytminsiirrosta.

”Me oltiin tässä syksyllä miehen kanssa luennolla, sydänyhdistys, kolme yliopiston lääkäriä kerto tän eteisvärinän hoitomuodoista ja lääkityksistä.”

Eteisvärinään sairautena liittyvä kirjallinen ohjaus

Potilaat olivat saaneet niukasti eteisvärinään sairautena liittyvää kirjallista materiaalia ja toive kirjallisesta ohjauksesta nousi esiin. Kirjallista materiaalia saatiin silloin, jos potilas ei ollut hoitajille aikaisemmilta käynneiltä tuttu. Potilasohjaustilanteessa kirjallista materiaalia saaneet potilaat kokivat itsenäisen lukemisen haastavaksi, sillä kirjallinen materiaali oli vaikealukuista ja sisälsi paljon lääketieteellistä termistöä. Kirjallista materiaalia ei käyty hoitajan kanssa yhdessä läpi, vaan vastuu lukemisesta ja asiasisällön ymmärtämisestä jäi potilaalle.

Potilaat kokivat akuutin sairastumisen stressaavaksi, joka vaikutti myös kirjallisen ohjeen lukemiseen sekä asioiden sisäistämiseen. Potilaat toivoivat kirjallisen materiaalin olevan helppolukuista, ei liian pitkä, yksi A4 -sivun mittainen tietopaketti eteisvärinästä ja sen

hoidosta. Kirjallista ohjetta voisi myös lukea kotona ja näyttää esimerkiksi perheen jäsenille, jolloin tietoisuus sairaudesta lisääntyisi.

”Ei tarvis olla mikään paksuopus, se on semmone A4 monisteita, inhimilline määrä, minkä viittis lukee”

5.1.5. Hoitoon hakeutumisen ohjaus

Eteisvärinäpotilaat olivat saaneet kohtalaisesti ohjausta hoitoon hakeutumiseen, mutta toivoivat lisää ohjausta tämän asian suhteen. Lisää ohjausta toivottiin erityisesti kotona odottamiseen liittyvään aikaan sekä yöaikaan tehtävään rytminsiirtoon.

Potilaat olivat saaneet hoitoon hakeutumisen ohjausta puhelimitse päivystyksen hoitajilta, ensihoidon henkilökunnalta sekä lääkäreiltä. Hoitoon hakeutumisen ohjaus liittyi kotona tapahtuvaan odottamiseen oireiden ilmaantumisen jälkeen. Potilaat kokivat, että yöaikaan ei kannata lähteä päivystyspoliklinikalle, sillä rytminsiirtoja ei tehdä öiseen aikaan. Osa potilaista oli ohjattu odottelemaan rauhassa, jos eteisvärinässä oleva rytmi kääntyisi ilman hoitoja normaaliin rytmiin. Osa potilaista koki kotona odottamisen tuskallisesti, koska ennen toimenpidettä tulee olla syömättä ja juomatta useita tunteja. Potilailla oli myös epäselvyyttä siitä, koska hoitoon tulee hakeutua. Potilaat eivät tieneet kuinka kauan he voivat turvallisesti odottaa kotona ennen hoitoon hakeutumista. Potilaat olivat myös saaneet ohjausta ensihoidon henkilökunnalta. Potilaita oli kehoitettu soittamaan hätäkeskukseen ja tilaamaan ambulanssi, jolloin voidaan varmistaa rytmihäiriö ottamalla sydänsähkökäyrä ja näin pääsee nopeammin oikeaan hoitopaikkaan.

”Sitte toi se , että olik se nytte tokan kerran jälkeen, että lääkäri sano ettei oo syytä tullakaan yöllä sinne et voi ihan rauhassa olla kotona ja tulla vasta aamulla et se kuitenkin käännetään, ettei yöllä sitte käännetä”

5.1.6. Elämäntapaohjaus

Potilaat saivat päivystyspoliklinikalla elämäntapaohjausta jonkin verran. Elämäntapaohjaus liittyi alkoholin käyttöön, valvomiseen ja stressiin. Alkoholin käytöstä kysyttiin, mutta ei annettu kuitenkaan ohjeita siitä, miten alkoholi vaikuttaa eteisvärinään. Stressin ja

valvomisen vaikutuksista potilaat saivat tietoa itse kysymällä sekä hoitajilta, että lääkäreiltä. Osa potilaista ajatteli itse, kysymysten perusteella, esimerkiksi valvomisen olevan riskitekijä eteisvärinän synnyssä.

”Elämäntavoista ei annettu oikeestaan, ne kysy ootko valvonu ja mä sanoin en oo valvonu, ja siitä päättelin et valvominen voi aiheuttaa”

” Tais ne kysyä, että oonko ottanu kuppia”

Potilaat kokivat hyväksi saadun elämäntapaohjauksen ja olisivat toivoneet, että elämäntapoihin puututtaisiin rohkeammin ja annettaisiin ohjausta ilman kysymättä. Potilaat kokivat, että elämäntapoihin tulisi antaa enemmän ohjausta. Lisä ohjauksen tarve oli niillä osa-alueilla joilla saattaa olla vaikutusta eteisvärinän ilmaantuvuuteen, kuten stressi, alkoholi ja valvominen.

”Ei se sitä sen kummemmin ruvennu selvittelee elämäntavoista, saattas olla ihan asiaa, että niistä juteltas enemmän”

”Sen ensimmäisen kerran jälkeen mä kysyin, että mites mun nyt pitäis elää ettei tulis, sillon sanottiin että, vai olisko se ollu toinen kerta, että ei sais rasittaa eikä sais väsyttää eikä sais valvoo eikä sais mitä kaikkee ei saanut ja eikä sais käyttää alkoholia , nää ohjeet annettiin ei muuta, nekin tuli sitte kun mä kysyin”

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla nousi haastatteluissa esiin kysymys, miten eteisvärinää voi omalla toiminnallaan välttää? Potilailta nousi esiin toive ohjeistuksesta miten välttää eteisvärinäkohtaus ja voiko siihen vaikuttaa omalla toiminnallaan. Potilailta nousi myös toive yleisistä ohjeista eteisvärinänhoitoon liittyen, esimerkiksi voidaan kotona mitata verenpainetta ja sykettä ja näin kotikonstein tunnistaa mahdollinen eteisvärinäkohtaus.

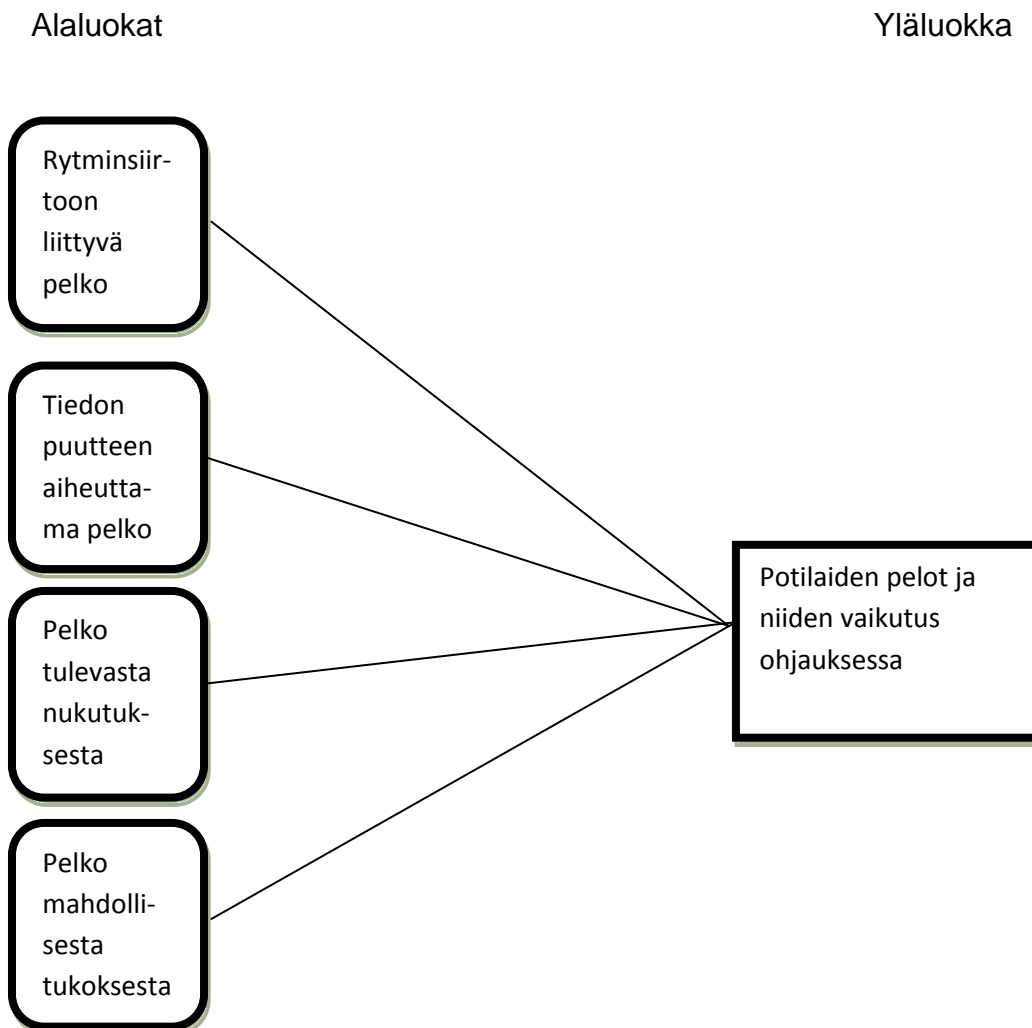
Osa potilaista toi esiin oman tyytyväisyyden saamaansa omahoidon ohjaukseen, mutta silti toivoivat lisää siihen liittyvää ohjausta ajatellen myös muita eteisvärinäpotilaita. Osa potilaista ei toivonut mitään lisäohjausta, vaan kokivat saaneensa riittävästi omahoitoon liittyvää ohjausta.

”Kun sen ehkäisyyden ei ole oikeestaan, ehkäisyyden en ole saanu minkäänlaista ohjetta, miten voisi välttää, olis hyvä jos siihen saisi”

Osa potilaista koki, että oli saanut kysymällä omahoitoa koskevaa ohjausta, mutta toivoivat hoitajilta lisää ohjausta, jonka saisi kysymättä. Omahoitoon liittyen potilaiden toiveina nousi myös elämäntapoihin liittyvän omanhoidon ohjauksen lisääminen.

5.2 Potilaiden pelot ja niiden vaikutus ohjauksessa

Tutkimuksessa nousi esiin potilaiden kokemat pelot sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Potilaat kokivat pelkoa liittyen rytminsiirtoon, mahdollisiin komplikaatioihin sekä nukutukseen. Potilaiden pelontunnetta kasvatti myös tiedon puute. Potilaiden kokema pelko on kuvattu neljän (kuvio 3) alaluokan avulla.



Kuvio 3. Potilaiden pelot ja niiden vaikutus ohjauksessa

5.2.1. Rytminsiirtoon liittyvä pelko

Rytminsiirto toimenpiteenä aiheutti usealle potilaalle pelonkokemuksia. Potilaiden pelonkokemukset liittyivät toimenpiteen onnistumiseen. Onnistuuko rytminsiirto ensimmäisellä kerralla vai joudutaanko toimenpide uusimaan. Ensimmäinen ja vielä toinenkin kerta koettiin pelottavana, sillä potilaat eivät olleet tietoisia toimenpiteen kulusta. Potilaat olivat vastahakoisia toimenpidettä kohtaa, sillä heidän kokemansa pelko ja epävarmuus toimenpiteen onnistumisesta oli niin voimakas. Ihmiset ovat erilaisia ja kokevat pelkoa omalla tavallaan, osa potilaista kertoi, että ovat ennakkoluulottomia uusia asioita kohtaa, mutta kuitenkin ensimmäinen kerta aiheutti pelkoa ja jännitystä. Potilaiden omat ennakkokäsitykset tulevasta toimenpiteestä olivat puutteellisia ja perustuivat lähinnä Internetistä haettuun tietoon tai mahdollisesti elokuvissa nähtyihin kohtauksiin sydämen käynnistämisestä sähköisesti, joka lisäsi potilaiden kokemaa pelkoa toimenpidettä kohtaan.

”Mähän panin ihan kauheesti hanttiin ne kaks ensimmäistä kertaa, kun mua pelotti ihan ihan hirveesti”

5.2.2. Tiedon puutteen aiheuttama pelko

Tiedon puute tulevaa toimenpidettä kohtaa aiheutti monelle potilaalle pelonkokemuksen. Kun ei tiedetä riittävästi asiasta, se aiheuttaa pelkoa. Tiedon puutteeseen liittyi myös pelko siitä, että mitä toimenpiteen aikana tapahtuu. Meneekö toimenpiteen aikana kaikki hyvin vai tuleeko mahdollisesti komplikaatioita. Potilailla nousi myös esiin pelkoa sydänsairauksia kohtaa. Potilaat nostivat esiin pelontunteita eteisvärinän vaikutuksista omaan elämään. Eteisvärinän uusiutuminen aiheutti potilaille pelonkokemuksia. Potilaat pohtivat uskaltavatko he esimerkiksi matkustaa, jos ulkomailla tulee mahdollisesti eteisvärinäkohtaus onko heidän mahdollista saada siellä hoitoa. Tiedon puutteesta johtuva pelko heijastui myös potilaiden käsitykseen toimenpiteen kulusta, potilaille ei ollut kerrottu riittävästi tulevasta toimenpiteestä, jotta heille olisi muodostunut selkeä kokonaiskuva siitä mitä päivystyksellisen rytminsiirron aikana tapahtuu.

”Sitte tietysti ku ei niin, ei ollu riittävästi siitä asiasta tietoo, niinku pelkäs sitä tilannetta”

5.2.3. Pelko tulevasta nukutuksesta

Anestesia ja siihen liittyvät riskit pelottivat useampaa potilasta. Joidenkin potilaiden kohdalla oli kyse ensimmäisestä nukutuksesta ja heillä heräsi pelkoa siitä, miten kaikki onnistuu. Potilaat nostivat esiin pelottavina asioina mahdollisia nukutuksenaikaisia tai nukutuksen jälkeen ilmeneviä komplikaatioita ja anestesia-aineiden vaikutuksia. Potilaiden kokema pelko nukutusta kohtaan oli voimakkaimmillaan juuri ennen nukutusta. Pelontunteita herätti myös nukutuksesta herääminen. Potilaat pohtivat ennen nukutusta mahdollisuutta, jos ei enää herääkään nukutuksen jälkeen. Potilaat kokivat tilanteen pelottavana riippumatta siitä oliko kyseessä ensimmäinen nukutus vai oliko aikaisempaa kokemusta nukutuksessa tehdyistä toimenpiteistä. Ylipainon vaikutuksia keuhkojen toimintaan nukutuksen aikana nousi esiin pelkona selviääkö nukutuksesta, vaikka kyseessä on lyhyt nukutus saattaa keuhkokomplikaatioiden vaara olla olemassa.

”Ennen nukutusta nopeesti tuli semmostä vähä, että mites tässä nyt käy”

5.2.4. Pelko mahdollisesta tukoksesta

Potilaat olivat hyvin tietoisia eteisvärinän aiheuttamasta mahdollisesta tukoksesta. Potilaat olivat etsineet itse tietoa kirjallisuudesta sekä Internetistä aivoverenkierron häiriöistä ja tukoksen mahdollisuudesta. Potilaiden itsensä hankkiman tiedon valossa kotona odottelu ja hoitoon hakeutumisen viivästymisen aiheuttamaa tukosta pelättiin kohtalaisen paljon. Eteisvärinäpotilaille pelon tunnetta aiheutti myös mahdollisuus hyytymien liikkeelle lähdistä toimenpiteen jälkeen, useamman potilaan kohdalla oli tuttavalle tai sukulaiselle tullut tukos eteisvärinän seurauksena tai sähköisen rytminsiirron yhteydessä, joka herätti pelkoa toimenpidettä ja sairautta kohtaan.

”Sitä ku kaiken maailman aivoverenkierronhäiriöistä on lukenu niinku näissä flimmeri tapauksissaki”

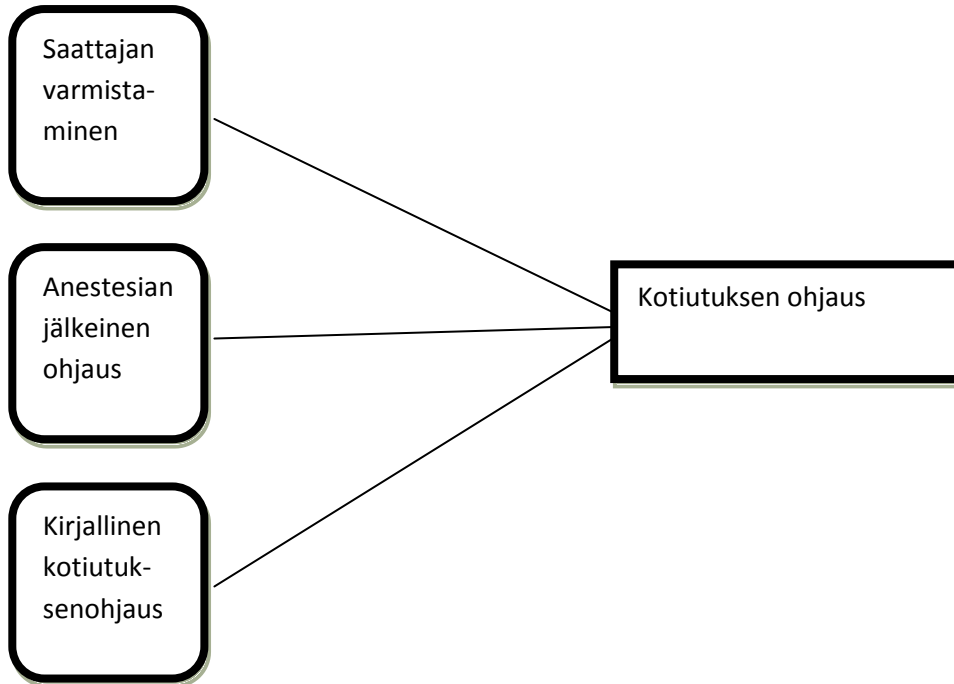
”Niin en tiiä vaikka oisin saanu jonkun kamalan tukoksen tai jonkun, jos mä vaan oisin ollu”

5.3 Kotiutuksen ohjaus

Kotiutuksen ohjaus päivystyspoliklinikalla koostuu kolmesta alaluokasta (kuvio 4), jotka kuvaavat potilaiden kokemuksia päivystyksestä saadusta kotiutuksen ohjauksesta.

Alaluokka

Pääloukka



Kuvio 4. Kotiutuksen ohjaus

5.3.1 Saattajan varmistaminen

Potilaat saivat hyvin ohjausta kotiutukseen vaadittavaan saattajaan liittyen. Hoitajat varmistivat saattajan olemassaolon, eivätkä antaneet potilaiden kotiutua ilman saattajaa. Potilaat kokivat saattajan varmistamisen hyväksi ja ymmärsivät, että yksin kotiutuminen on riski anestesian jälkeen, jolloin anestesia-aineiden vaikutus ei ole vielä poistunut elimistöstä. Potilaat kokivat myös kiusalliseksi hoitajien ehdottomuuden saattajan välttämättömyydestä eivätkä pitäneet saattajaa tarpeellisena. Osa potilaista jäi päivystyspoliklinikalle tarkkailuun yön yli, sillä he olivat yksinasuvia ja kotiutuminen oli turvallista vasta seuraavana aamuna, jolloin anestesia-aineet olivat poistuneet elimistöstä. Tarkkailuun jääneet potilaat kokivat huolenpidon hyvänä asiana ja ymmärsivät sen merkityksen. Joidenkin potilaiden kohdalla ei annettu saattajaan liittyvää ohjausta eikä saattajan läsnäoloa varmistettu.

”Siinä ne koitti olla oikeen tiukkoja ettet lähe itekses”

5.3.2. Anestesian jälkeinen ohjaus

Anestesia-aineiden vaikutusta toimenpiteen ja nukutuksen jälkeen ja niiden vaikutusta potilaan autolla ajokykyyn sekä päätösten tekoon ohjattiin kohtalaisen hyvin. Potilaat kokivat saaneensa hyvin ohjausta siihen, että vuorokauteen ei saisi ajaa autolla eikä tehdä suuria päätöksiä. Osalle potilaista ei ollut ohjattu autolla ajoa ja he kokivat, etteivät saaneet tietoa ja ohjausta vielä useamman päivystyspoliklinikalla käynnin jälkeenkään. Nämä potilaat olivat ajaneet omalla autolla päivystyspoliklinikalta kotiin heti anestesian jälkeen. Osalta potilaista hoitajat olivat tiedustelleet potilailta oman auton käytöstä ja huolehtineet siitä, että potilaat kotiutuvat anestesian jälkeen joko taksilla tai saattajan kanssa.

Potilaita ei ollut ohjattu anestesian jälkeen syömisen ja juomisen suhteen, kuin yhden potilaan kohdalla. Yhdenkään potilaan kohdalla ei käyty läpi mahdollisia anestesian jälkeisiä vaikutuksia esimerkiksi virtsaamiseen tai pahoinvointiin.

”Ensimmäisellä kerralla ei kerrottu ainakaan sitä, että omalla autolla ei sais ajaa, eikä viel toisellakaan, sit kolmannella kun menin sillon autolla ja se pitikin jättää sinne”

”Ja kylhän siin jotain mainintaa oli, että pitäis se toimenpidepäivä ja seuraava, pois autonratista”

5.3.3. Kirjallinen kotiutuksenohjaus

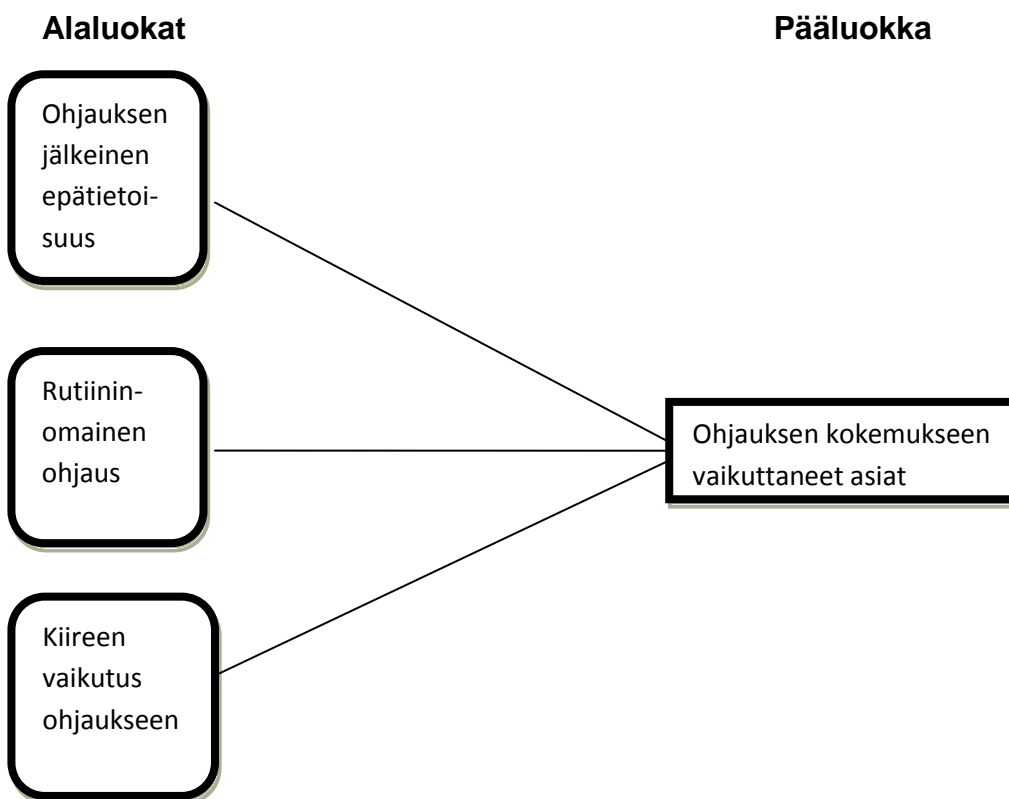
Kotiutukseen liittyvää kirjallista ohjausta ja materiaalia oli annettu vain vähän. Potilaat olivat saaneet autolla ajoon liittyvää kirjallista ohjausta jonkin verran, osa potilaista muisti saaneensa joskus kirjallisen ohjeen, osalle potilaista ei ollut koskaan annettu kotiutukseen liittyvää kirjallista ohjausta. Osalle potilaista annettiin kirjallista kotiutukseen liittyvää ohjausta ja materiaalia silloin, kun hoitajana ei ollut potilaalle aikaisemmilta käynneiltä tuttu henkilö. Kirjallinen materiaali annettiin potilaille kotiutuksen yhteydessä, jolloin potilaat saivat myös muita kotiutukseen liittyviä papereita. Kotiutukseen liittyviä kirjallisia ohjeita ei käyty potilaiden kanssa suullisesti läpi. Kotiutukseen liittyvät paperit potilaille antoi hoitajat, lääkäriä potilaat eivät tavanneet kotiutusvaiheessa.

” Sain kirjallisena silloin kun oli sairaanhoitaja, joka ei ollu nähny mua viime viikolla, olen olen saanu kirjallistakin.”

”Nutta tota en muista että olisin saanu mitään kirjallista enkä ole kyllä älynny kysyäkään siitä mitään, kun mä olen tienny minkälainen se on”

5.4 Ohjauksen kokemukseen vaikuttaneet asiat

Tässä tutkimuksessa potilaat nostivat esiin asioita, jotka vaikuttivat heidän kokemukseensa saamastaan ohjauksesta. Potilaat kokivat annetun ohjauksen jälkeen epätietoisuutta, joka vaikutti saadun ohjauksen kokemukseen negatiivisesti. Ohjauksen kokemukseen vaikuttivat myös hoitajien antama rutiinomainen ohjaus sekä kiireen vaikutus saadun ohjauksen määrään. Ohjauksen kokemukseen vaikuttaneet asiat on kuvattu kolmen alaluokan (kuvio 5) ja yhden pääluokan avulla.



Kuvio 5. Ohjauksen kokemukseen vaikuttaneet asiat

5.4.1 Ohjauksen jälkeinen epätietoisuus

Tutkimuksen tuloksista nousi eteisvärinäpotilaiden kokema epätietoisuus saamansa ohjauksen jälkeen. Potilaat kokivat ohjaustilanteen akuutista sairastumisesta johtuen stressaavaksi, eivätkä kyenneet sisäistämään kaikkea hoitajien antamaa ohjausta. Toimenpiteeseen, sen kulkuun ja kestoon liittyvä ohjaus jäi useimmille potilaille epäselväksi. Potilaat kokivat, ettei heille kerrottu riittävästi siitä, miten sähköinen rytminsiirto tehdään.

Osa potilaista koki ohjaustilanteen sellaiseksi, etteivät ymmärtäneet tuleeko informaatiota vai ei. Epävarmuutta herätti myös eteisvärinän sähköiseen rytminsiirtoon liittyvä aikaraja, jonka jälkeen ei rytminsiirtoa voida enää tehdä. Kokonaisuudessaan potilaat kokivat ohjauksen aikana tulleen tiedon olleen vaikeasti vastaanotettavaa ja eivät kyenneet sisäistämään kaikkea hoitajien heille antamaa tietoa.

”Jos mulla ei olis ollu niitä perustietoja, niin varmaan ois kyllä semmosta epäselvää jääny, niin siinä ohjaukses”

”Sitä voi olla vähä pönttö sekasin, ihmetellä et missä sitä ollaan, ei kaikki ehkä mee iha jakeluun”

5.4.2. Rutiininomainen ohjaus

Eteisvärinäpotilaiden kokemuksista nousi esiin rutiininomainen ohjaus. Rutiininomaisessa ohjauksessa keskusteltiin yleisistä asioista, jotka liittyivät potilaan vointiin ja yleisiin asioihin ja toimenpiteeseen liittyvä ohjaus jäi vähäiseksi. Potilaiden kokemuksista nousi esiin hoitajien olettamus siitä, että potilaat tietävät toimenpiteen kulun ja se, että toimenpide on hoitajille jokapäiväistä rutiinia. Joidenkin potilaiden kohdalla hoitajat olivat olettaneet potilaan tietävän oman sairautensa ja siihen liittyvän toimenpiteen jolloin ohjauksen antaminen oli jäänyt pintapuoliseksi. Potilaat, joilla oli kokemusta useammasta rytminsiirrosta, eivät odottaneetkaan yksityiskohtaista ohjausta vaan kokivat jo tietävänsä toimenpiteen kulun. Ensimmäisessä rytminsiirrosta olevilla potilailla ei ollut aikaisempaa kokemusta eikä tietoa tulevasta tapahtumasta. Näiden potilaiden kohdalla rutiininomainen ohjaus ja hoitajien olettamus potilaiden tiedoista aiheutti potilaille epätietoisuutta sekä pelkoa toimenpidettä kohtaa.

”Eipä liioin kerrottu mitään, kun ne tietää, että tietää”

”Siin oli niinku henkilökunta tiesi et tää on rutiinia mahdollisesti mulle ja tota et kyllä niistä tietysti aina juteltiin mutta mitä niistä oli enempi semmostaki yleisjuttuu”

5.4.3. Kiireen vaikutus ohjaukseen

Henkilökunnan kiire ja sen vaikutukset saadun ohjauksen sisältöön nousivat tutkimuksessa esiin. Eteisvärinän ollessa uusi sairaus, potilaat odottivat saavansa paljon uutta tietoa, sillä kaikki sairauteen liittyvä kiinnostaa. Sairauteen liittyvä ohjaus jäi kuitenkin ajoittain pintapuoliseksi. Potilaat kokivat kiireen vaikuttavan saadun ohjauksen sisältöön sekä annetun ohjauksen määrään. Toisaalta osa potilaista koki, ettei päivystyspoliklinikalla ole tarkoitus kertoa syvällisesti sairauteen liittyviä asioita, vaan sentyyppisiä keskusteluita käydään oman lääkärin kanssa.

Päivystyksen ollessa ruuhkainen ja hoitajilla kiire jäi ohjauksen sisältö niukaksi tai ohjausta ei annettu ollenkaan. Kiireen vaikutukset näkyivät myös annettujen ohjeiden ristiriitaisuutena. Potilaat kokivat saavansa hoitajilta ja lääkäreiltä ristiriitaista tietoa ja eriävämielipiteitä asioista silloin, kun oli kiire tai päivystyspoliklinikka oli ruuhkainen. Ruuhka ja kiire vaikuttivat myös potilaiden hoitoon tulon kokemukseen. Eteisvärinäpotilaat joutuivat ruuhkaisina aikoina odottamaan pitkiä aikoja ennen kuin hoitajat ottivat heidät vastaan ja hoitoa aloitettiin.

”Eihän niillä oo aikaa tienkää rupee kertoo kaikkia asioita siellä”

”Joku sanoo et ei ja joku sanoo et juu, eihän sitä ei niin kun, se on niin kiireistä”

6. Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tutkijan keinot tulkita ja tuoda tutkittava ilmiö teoreettiselle tasolle vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuuden mittaamiseen voidaan käyttää seuraavia käsitteitä. Tutkijan **refleksiivisyydellä** tarkoitetaan tutkijan esiyymmärrystä kyseiseen ilmiöön ja oman toiminnan tarkastelun tutkimusprosessin aikana. **Uskottavuuden** ja **pysyvyyden** kautta luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusprosessin kuvauksen kautta sekä tutkittavaan aiheeseen perehtyneisyyden näkökulmasta. Tiedonantajien tuottaman tiedon muuttumattomana säilyminen ovat osa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja lisää tutkimustulosten uskottavuutta sekä pysyvyyttä. Tutkimustulosten **siirrettävyys** on laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri. Siirrettävyyden näkökulmasta pohditaan miten tutkimuksen tulokset voitaisiin siirtää vastaavanlaiseen toiseen ympäristöön. Seuraavassa tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta näiden käsitteiden kautta. (Burns & Grove 2005, Alasuutari 2007, Eskola & Suoranta 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, Hirsjärvi 2010.)

Refleksiivisyys

Tutkija perehtyi aikaisempiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ennen tutkimusta. Perehtyneisyyttä ja asiantuntijuutta kyseiseen ilmiöön lisää tutkijan pitkä kokemus kyseisen potilasryhmän hoitamisesta, jolloin hoitoprosessin kulku ja toimintaympäristö olivat tutkijalle tuttuja. Pitkä päivystystyökokemus ja potilasryhmän sekä toimenpiteenkulun tuntemus ovat voineet vaikuttaa myös heikentävästi tutkimuksen laatuun. Tutkija tunsu etukäteen kyseisen päivystyspoliklinikan toiminnan ja mahdolliset ohjaukseen liittyvät haasteet. Tutkija pyrki olemaan objektiivinen tutkimusta tehdessään, eikä antanut aikaisempien omien potilasohjaukokemusten vaikuttaa tämän tutkimuksen kulkuun. (Burns & Grove 2005, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Uskottavuus ja pysyvyys

Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä soveltuu vähän tutkittuihin tai arkoihin asioihin. Tässä tutkimuksessa haluttiin kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia, jolloin haastattelu

oli menetelmällisesti hyvä valinta. Haastatteluista varten rakennettu teemahaastattelurunko (Liite 1) perustui vahvaan aikaisempien tutkimusten tuottamaan teoreettiseen tietoon ja se esitettiin ennen haastatteluiden alkua. Esihaastattelun jälkeen teemat pysyivät muuttumattomina, jolloin esihaastattelu voitiin sisällyttää varsinaiseen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tutkija pyrki haastattelutilanteissa olemaan objektiivinen eikä ohjailta haastateltavien vastauksia haluamaansa suuntaan. Tutkijan kokemattomuus haastatteluiden tekemisestä saattoi vaikuttaa haastateltavien ohjailuun, silloin kuin haastateltava oli vähäsanaisempi. Haastattelun avulla tehtävässä tutkimuksessa tutkijan tulee huomioida mahdollinen viive koetun tapahtuman ja haastattelun välillä. Tässä tutkimuksessa potilaiden päivystyksellisen rytminsiirron ja haastattelu välillä oli aikaviivettä kuukauden verran. Tämä aikaviive tulee huomioida tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa sillä potilaat ovat saattaneet unohtaa tapahtumia ja ajankuluminen on voinut muuttaa käsityksiä ohjauksensisällöstä sekä saadun ohjauksen määrästä. (Nieminen 1998, Hirsjärvi 2008.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata myös tutkimusprosessin kuvauksella. Selkeä tutkimusprosessin kuvaus antaa lukijalle mahdollisuuden seurata tutkijan jälkiä, siitä kuinka tutkimuksen tuloksiin on päästy. Tutkija on kuvannut tarkasti tutkimuksen etenemisen ja analyysin vaiheet. Analyysin luotettavuutta lisää se, että tutkija litteroi aineiston itse. Analyysin edetessä aineisto saturoitui eli samoja asioita käsiteltiin eri haastatteluissa, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa on kuvattu erillisenä liitteenä analyysin vaiheet potilaiden pelkojen ja niiden vaikutusten ohjaamiseen osalta. Analyysin pelkistämävaiheessa pyrittiin alkuperäisilmaisut säilyttämään mahdollisimman muuttumattomina, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Analyysin vaiheiden kuvaus lisää tutkimuksen luotettavuutta ja antaa lukijalle mahdollisuuden seurata tutkijan valintoja analyysin erivaiheissa. (Burns & Grove, Hirsjärvi 2010.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät autenttisten eli alkuperäisten lauseiden, ajatuskokonaisuuksien käyttö tutkimustulosten raportoinnissa. Tutkimuksen tuloksiin on valittu kuvaavia autenttisia lauseita ja ajatuskokonaisuuksia tiedonantajien haastatteluista. Tiedonantajien joukon ollessa pieni, on autenttiset lainaukset valittu niin, ettei tiedonantajia kyetä niiden avulla tunnistamaan tutkimuksen tuloksista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Burns & Grove 2005.) Tutkimuksen tulokset on raportoitu loogisesti edeten pääluokkien kautta alaluokkiin. Tulosten raportointia on selkeytetty kuvioden avulla joissa on esitetty alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka.

Siirrettävyys

Tutkimustulosten siirrettävyys toiseen samankaltaiseen yksikköön tai toimintaympäristöön lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimus on toteutettu eräällä aluesairaalan päivystyspoliklinikalla, jolloin tutkimuksen tuloksissa on kuvattuna tutkimuksen toimintaympäristö. Eri sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden hoitoperiaatteet ja potilasryhmät ovat samankaltaisia, joten tutkimuksen tulosten siirrettävyys toiseen samankaltaiseen toimintaympäristöön olisi mahdollista. Tutkimustulosten perustuessa potilaiden kokemuksiin siirrettävyydessä tulee huomioida kokemuksellinen näkökulma, jolloin tutkimuksen tuottama tieto ei ole yleistettävissä. (Eskola & Suoranta 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkimuksen tulokset on pyritty kirjoittamaan avoimesti. Tulokset on pyritty kirjoittamaan koskien vain tähän tutkimukseen osallistuvien kokemuksia, tuomatta esiin tutkittavien aikaisempia sairaalahoitoon liittyviä kokemuksia tai tutkijan omia aikaisempia kokemuksia kyseistä ilmiöstä. Tulokset on esitetty niin, että tutkimuksen kulkua ja tutkijan tekemiä ratkaisuja ja johtopäätöksiä on helppo seurata. (Nieminen 1998, Eskola & Suoranta 2008, Burns & Grove 2005, Hirsjärvi 2010.)

7.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimus on toteutettu eettistä kestävyyttä noudattaen. Eettiseen kestävyyteen kuuluu tutkimuksen eettisyyden lisäksi tutkimuksen laatu sekä luotettavuus. Tutkimus on tehty eettisyyden periaatteita noudattaen sekä pyritty tuottamaan laadukasta tutkimustulosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tutkimusaiheeksi valittiin lähellä käytännön hoitotyötä oleva aihekokonaisuus, jolloin tutkijan on mahdollisuus käyttää omaa substanssiosaamistaan ja tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kehittää eteisvärinäpotilaiden saamaa ohjausta päivystyspoliklinikalla. Ennen tutkimuksen toteuttamista haettiin kyseisen sairaanhoitoalueen eettiseltä toimikunnalta lausunto jonka jälkeen saatiin sairaanhoitoalueen johtajalta tutkimuslupa. Tutkimuksen tekeminen aloitettiin vasta tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkimuksen eettisyys näkökulma huomioitiin myös tutkimukseen osallistuvien valinnassa. Tutkijan mahdollinen aikaisempi hoitosuhde tutkimukseen osallistuviin selvitettiin ennen informaatiokirjeiden lähettämistä, jolloin pystyttiin mahdollistamaan puolueeton

haastattelutilanne ilman eettistä ristiriitaa. Tutkimuksen toteuttamisessa noudatettiin tutkimukseen osallistuvien tietosuojaan liittyviä periaatteita. Tutkimukseen osallistujat saivat osallistua tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti, eikä heille aiheutunut osallistumisesta fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista haittaa. Tutkittaville lähetettiin informaatiokirje tutkimukseen osallistumisesta ja tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus käytiin suullisesti läpi ennen haastatteluiden aloittamista. Tutkimukseen osallistuvat sekä tutkija allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen ja tutkimukseen osallistujien kanssa käytiin vielä suullisesti läpi mahdollisuus jäädä tutkimuksesta pois missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksesta pois jäänti ei olisi vaikuttanut potilaan tulevaisuudessa saamiin hoitoihin. (Latvala & Vanhala- Nuutinen 2003, Burns & Grove 2005.)

Kerätty aineisto on käsitelty luottamuksellisesti, eikä se ole missään vaiheessa ollut muiden kuin tutkijan käytössä. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyttä ei ole paljastettu missään tutkimuksen vaiheessa ja tutkimuksen tulokset on kirjoitettu niin, ettei tutkimukseen osallistuneita voida jälkikäteen tunnistaa. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen koko aineisto hävitettiin tutkijan toimesta. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, Clarke 2005, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkittavien joukon ollessa pieni ja aiheen vähän tutkittu korostuu tutkimuksen eettiset näkökulmat. Tutkijan aikaisempi pitkä kokemus päivystyshoitotyöstä ja kyseisen potilasryhmän hoitoperiaatteiden tuntemus antoivat syvyyttä haastatteluiden tekemiseen. Tutkimukseen osallistuvien mielipidettä kunnioitettiin ja heidän haastattelunsa kirjoitettiin sanasta sanaan tuoden esiin tutkittavien kokemukset saamastaan ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuvat saivat valita haastattelulle parhaiten sopivan paikan ja ajan. Kaikki haastattelut tapahtuivat osallistujien kotona ja olivat rauhallisia tilanteita, eivätkä loukanneet tutkimukseen osallistuvien yksityisyyttä. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, Burns & Grove 2005, Clarke 2005.)

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta sähköisen rytminsiirron yhteydessä päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen aineistoksi saatiin monipuolinen ja tiivis kuvaus eteisvärinäpotilaiden kokemuksista

saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla. Potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla kuvattiin saadun lääkehoitoon, rytminsiirtoon, anestesiaan, hoitoon hakeutumiseen sekä elämäntapoihin liittyvän saadun ohjauksen kautta. Päivystyksellisessä rytminsiirrosta olleet potilaat kokivat saaneensa ohjausta vaihtelevasti. Potilaat saivat kohtalaisesti ohjausta liittyen rytminsiirtoon, mutta niukasti eteisvärinänsä sairautena. Rytminsiirtoon liittyvä ohjaus oli kuitenkin potilaiden kokemana pintapuolista eikä antanut heille selkeää kuvaa toimenpiteen kulusta. Potilaat olivat kiinnostuneita omasta sairaudestaan ja olivat hakeneet itsenäisesti tietoa sairaudesta Internetistä ja erilaisilta yhdistysten järjestämiltä luennoilta.

Lääkehoidon ohjaus koettiin hyvänä. Potilaat saivat uutta tietoa jo käytössä olevista lääkkeistä, mutta kaipasivat kotona otettavien lääkkeiden käyttöön lisää ohjausta. Anestesiaan liittyvä ohjaus oli vaihtelevaa. Potilaat kokivat saaneensa tietoa anestesian tuomista rajoituksista, kuten syöminen ja juominen, niukasti. Anestesian jälkeisen tarkkailun potilaat kokivat hyvänä ja ymmärsivät tarkkailun merkityksen toimenpiteen jälkeen. Hoitoon hakeutumisen ohjaus oli puutteellista ja potilaat olivat saaneet ristiriitaista tietoa siitä, pääseekö hoitoon ilman lääkärin lähetettä vai pitääkö omalääkäriltä olla päivystykseen tullessa lähete. Hoitoon hakeutumisen ohjauksessa potilaita ohjeistettiin odottamaan kotona mahdollisesti rytmin vaihtumista normaaliksi ilman hoitoa. Odotusaika kotona oli potilaiden mielestä tuskallista ja aiheutti potilaille ahdistusta sekä pelkoa. Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla ovat samansuuntaisia kun aikaisemmissakin tutkimuksissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa päivystyspotilaiden ohjauksen tarpeina on noussut esiin konkreettisen tiedon anto, ohjaus mahdolliseen liikkumiseen päivystyspoliklinikalla sekä toimenpiteeseen liittyvään ravinnottaoloon. (Nikki ym. 2010, Salminen - Tuomaala ym. 2010, Virtanen ym. 2010 Salminen - Tuomaala ym. 2011)

Voimakkaana asiana tutkimuksen tuloksista nousi potilaiden pelko tulevaa toimenpidettä ja sairauttaan kohtaan. Pelko kohdistui kokonaisuudessaan eteisvärinänsä sairautena, sähköiseen rytminsiirtoon, nukutukseen sekä mahdollisiin sairauden aiheuttamiin komplikaatioihin. Tiedon puute lisäsi merkittävästi potilaiden kokemaa pelkoa. Potilaat kuvittelivat mielessään erilaisten televisiosarjojen perusteella mitä sähköisessä rytminsiirrosta tapahtuu, jolloin todellinen toimenpiteen kulku oli jäänyt heille epäselväksi. Nukutukseen liittyvät pelot olivat voimakkaimmillaan juuri ennen nukutuksen alkamista, jolloin potilaat kokivat ahdistusta ja pelkoa siitä, heräisivätkö he enää nukutuksen jälkeen.

Pelon kokemukset nousivat esiin kaikkien tutkimukseen osallistuvien potilaiden haastatteluissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on eteisvärinäpotilaiden, päivystyspotilaiden sekä ohitusleikkauspotilaiden pelkoja kuvattu samansuuntaisina. Pelonkokemuksella ja stressillä on aikaisempien tutkimusten tuloksissa osoitettu olevan yhteys eteisvärinän uusiutumiseen ja potilaiden kokemaan kuoleman pelkoon. Eteisvärinäpotilailla on myös todettu sähköisenrytminsiirron jälkeistä masennusta, joka ei tämän tutkimuksen valossa noussut esiin. (Howes ym. 2001, Koivula 2002, Koivula & Åsted-Kurki 2004, Suzuki & Kasanuki 2004, Eaker ym. 2005, Finch ym. 2006, Lange & Herrmann-Lingen 2007, Thrall 2007, MacCabe 2010, Perruche ym. 2011.)

Eteisvärinäpotilaiden kokemukset saamastaan kotiutusohjauksesta olivat vaihtelevia. Kotiutuksen ohjaukseen anestesiassa tehtävän toimenpiteen jälkeen kuuluu olennaisena osana saattajan varmistaminen. Saattaja varmistetaan niin, että potilas kotiutuu esimerkiksi taksilla ja kotona on aikuinen ihminen seuraavan vuorokauden kotiutuneen potilaan kanssa. Potilaat voivat myös kotiutua päivystyspoliklinikalta saattajan, esimerkiksi puolison kanssa. Potilaat olivat saaneet saattajaan liittyvää ohjausta kohtalaisesti, joidenkin kohdalla ei annettu ohjausta, jolloin potilaat olivat kotiutuneet omalla autolla itse ajaen. Potilaat kokivat kiusallisena hoitajien tarkat ohjeet ja vaatimukset saattajan välttämättömyydestä, mutta ymmärsivät asian liittyvän anestesia-aineiden poistumiseen. Anestesian jälkeistä ohjausta annettiin autolla ajoon sekä päätöstentekoon liittyen. Päivystyspoliklinikalla kotiutuksen ohjaukseen liittyi olennaisena osana kirjallisen materiaalin käyttö. Tutkimuksessa eteisvärinäpotilaat olivat saaneet niukasti kotiutukseen liittyvää materiaalia, joidenkin potilaiden kohdalla kirjallista materiaalia ei käytetty lainkaan. Potilaat toivoivat sairauteen sekä omahoitoon liittyvän materiaalin lisäämistä potilasohjaukseen. Kirjallinen materiaali ja sen käyttö on potilaiden mielestä tärkeää ja helpottaa heidän sitoutumistaan hoitoon. Kirjallisten ohjeiden avulla potilaat voivat palata jo annettuun potilasohjaukseen ja kerrata epäselviksi jääneitä asioita. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Lipponen ym. 2006, Koponen ym. 2007, Salminen – Tuomaala ym. 2010, 2011.)

Päivystyspoliklinikan arki on usein kiireistä ja monet asiat saattavat vaikuttaa potilaiden kokemuksiin saamastaan ohjauksesta. Potilaat nostivat esille rutiininomaisen ohjauksen, kiireen vaikutukset ohjaukseen sekä epätietoisuuden ohjauksen jälkeen. Potilaat kokivat ohjauksen olevan rutiininomaista riippumatta siitä, oliko kyseessä ensimmäinen rytminsiirto vai oliko potilaalla jo aikaisempaa kokemusta kyseisestä toimenpiteestä.

Rutiininomaisessa ohjauksessa nousi esiin potilaiden kokemus hoitajien olettamuksesta, että potilaat tietävät omaan sairauteensa ja tuntevat toimenpiteeseen liittyvät asiat. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Lipponen ym. 2006, Salminen - Tuomaala ym. 2008, Nikki ym. 2010, Virtanen ym. 2010) on noussut samansuuntaisia potilaiden kokemuksia ohjauksen rutiininomaisuudesta sekä kiireen vaikutuksesta ohjaukseen. Potilasohjauksen selkeys ja asioiden kertaaminen ovat osa potilasohjauksen laatua ja antavat potilaille varmuutta oman sairautensa hoitoon.

Potilaat nostivat esille toiveita ohjauksen sisällöstä. Omahoidon ohjaus nousi esille kaikkien tutkimukseen osallistuneiden toiveista, miten eteisvärinäkohtausta voisi ennaltaehkäistä omalla toiminnallaan ja onko sellaisia keinoja joiden avulla voisi turvallisesti odottaa kotona. Toiveissa nousi esiin mahdollisen eteisvärinäpotilaille suunnatun kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö. Kirjallisen materiaalin toivottiin sisältävän eteisvärinään sairautena liittyviä asioita, lääkityksiin liittyviä asioita, elämäntapojen vaikutuksiin eteisvärinänä ilmaantuvuuteen sekä mahdolliseen omahoitoon liittyviä asioita.

Potilaat toivoivat myös selkeyttä hoitoon hakeutumisen ohjeisiin, potilaat kokivat saaneensa ristiriitaisia ohjeita hakeudutaanko hoitoon yöllä vai odotellaanko aamuun asti kotona. Päivystyspotilaiden omahoidon ja vastuunottamisen omasta hyvinvoinnistaan on katsottu lisääntyvän kirjallisten ohjeiden sekä konkreettisen tiedon antamisen kautta. Potilaat kaipaavat kannustusta ja rohkaisua oman sairautensa ja hyvinvointinsa vastuunottamisesta, jolloin annetun potilasohjauksen sisällön tulee olla selkeää ja potilaiden toiveet huomioonottavaa. (Pellikka ym. 2003, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Salminen - Tuomaala ym. 2010, 2011.)

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavanlaisia johtopäätöksiä:

1. Päivystyspoliklinikalla annettu ohjaus oli potilaiden kokemana hyvää, mutta ohjauksessa tulisi antaa lisää konkreettista tietoa. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksiin saamastaan ohjauksesta vaikuttivat rutiininomainen ohjaus, kiire sekä saadun ohjauksen jälkeinen epätietoisuus.
2. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö oli vähäistä ja potilaiden toiveissa ohjausta kohtaa nousi esiin eteisvärinäpotilaille suunnattujen kirjallistenohjeiden kehittäminen ja käyttö päivystyspoliklinikalla annettavan ohjauksen tukena. Kotiutuksen yhteydessä kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö oli myös puutteellista, johon tulisi myös jatkossa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.
3. Eteisvärinäpotilaat kokivat pelkoa sähköistä rytminsiirtoa kohtaan. Pelon kokemukseen ja tunteeseen vaikutti voimakkaimmin tiedon puute. Potilaiden kokemaa pelkoa ei huomioita annetussa ohjauksessa. Potilasohjauksen keinoin voitaisiin lieventää potilaiden pelonkokemuksia huomioimalla potilasohjauksen sisällössä riittävä konkreettisen tiedon saanti

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia syvällisemmin eteisvärinäpotilaiden pelonkokemuksia ja potilasohjauksen vaikuttavuutta pelonkokemusten lieventämiseen. Tutkimuksen aihepiirin ollessa herkkä, laadullisen tutkimuksen keinoin voitaisiin tuoda esiin uusia näkökulmia potilasohjauksen kehittämiseen ja mahdollisuuksiin potilasohjauksen keinoin lievittää potilaiden pelonkokemuksia.

Toisaalta eteisvärinäpotilaiden ohjauksesta päivystyspoliklinikalla olisi mielenkiintoista tutkia myös hoitajien näkökulmaa. Tutkimuksen aihealueena olisi potilasohjauksen laatu ja siihen vaikuttavat tekijät, miten rutiininomainen ohjaus sekä kiire vaikuttavat annettuun ohjaukseen. Tutkimusta voitaisiin tarkastella sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta, jolloin voitaisiin kehittää uusia potilasohjauksen malleja päivystyspoliklinikalle.

Lähteet

Alasuutari P. 2007. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Aliot E, Breithardt G, Brugada J, Camm J, Lip G.Y.H, Vardas P.E & Wagner M. 2010. An international survey of physician and patient understanding, perception and attitudes to atrial fibrillation and its contribution to cardiovascular disease morbidity and mortality. *Europace*. 12, 626-633.

Berry E & Padgett H 2012. Management of patient with atrial fibrillation: diagnosis and treatment. *Nursing Standart*. 26(22), 47-56.

Bloe C 2011. Atrial fibrillation and primary stroke prevention. *Nursing Standart*. 26(6), 49-57.

Boodhoo L, Bordoli G, Mitchell A R, Lloyd G, Sulke N & Patel N. 2004. The safety and effectiveness of a nurse led cardioversion service under sedation. *Heart Cardiovascular medicine*. 90, 1443-1446.

Burns N & Grove S K. 2005. *The Practice of Nursing Research; Conduct, Critique and Utilization*. 5th Edition. W.B Saunders Comp. Philadelphia.

Camm A J, Kirchhof P, Lip G.Y.H, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, Van Gelder I C, Al-Attar N, Hindricks G, Prendergast B, Heidbuchel H, Alfieri O, Angelini A, Atar D, Colonna P, De Caterina R, De Sutter J, Goette A, Gorenek B, Heldan M, Hohloser S.H, Kohl P, Le Heuzey J-Y, Ponikowski P & Rutten F H. 2010. European Heart Rhythm Association, European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 12, 1360–1420.

Clarke S. 2005. Introduction to Research. Teoksessa: Johnson B M & Webber P B. *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 260 – 261.

Cooper H, Booth K, Fear S & Gill G. 2001. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Education and Counseling*. 44, 107 - 117.

- Cottrell D B & Mack K. 2009. Atrial fibrillation: An emergency nurse`s rapid response. *Journal of emergency nursing*. 34(3), 207-210.
- Cristoni L, Tampieri A, Mucci F, Iannone P, Venturi A, Cavazza M & Lenzi T. 2011. Cardioversion of acute atrial fibrillation in the short observation unit: comparison of a protocol focused on electrical cardioversion with simple antiarrhythmic treatment. *Emergency Medicine Journal* 28, 932-937.
- Deaton C, Dunbar S B, Moloney M, Sears S F & Ujhelyi M R. 2003. Patient experiences with atrial fibrillation and treatment with implantable atrial defibrillation therapy. *Heart & Lung* 32(5), 291-299.
- Demiryoguran N S, Karcioglu O, Topacoglu H, Kiyani S, Ozbay D, Onur E, Korkmaz T & Demir O F. 2006. Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting. *Emergency Medicine Journal* 23, 99-102.
- Eaker E D, Sullivan L M, Kelly-Hayes M, D'Agostino R B & Benjamin E J. 2005. Tension and Anxiety and the Prediction of the 10- Year Incidence of Coronary Heart Disease, Atrial Fibrillation and Total Mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine* 67, 692-696.
- Edwardson S R. 2007. Patient education in heart failure. *Heart & Lung* 36(4), 244-252.
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino- Kilpi H, Lindström U Å, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åsted- Kurki P. 2006. *Hoitotiede*. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Eskola J & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Finch S J & van Zyl L T. 2006. Cardioversion of Persistent Atrial Arrhythmia After Treatment With Venlafaxine in Successful Management of Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychosomatics* 47, 533-536.
- France J, Keen C & Bowyer S. 2008. Communicating risk to emergency department patients with chest pain. *Emergency Medicine Journal* 25, 276-278.

Frank C, Asp M & Dahlberg K. 2008. Patient participation in emergency care- a phenomenographic analysis of caregivers`conceptions. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2555- 2562.

Fundaró C, Galli A, Paglia S, Colombo S, Rovellini A, Colombo L, Monzani V, Coen D & Guzzetti S. 2012. Atrial fibrillation in emergency department: prevalence of sinus rhythm 1 week after discharge. *Emergency Medicine Journal* 29, 284-286.

Fus A M, Kim M H, Haw J M, Trohman R G & Stephan E. 2007. A Written Policy Increases Compliance With Guidelines for Therapeutic Anticoagulation Prior to Elective Direct Current Cardioversion of Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 22(5), 417–421.

Halinen M O. 2001. Ikä ja antikoagulanttihoito. *Duodecim*.117, 1656–1662.

Heikkinen K, Johansson K, Leino-Kilpi H, Rankinen S, Virtanen H & Salanterä S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* 18(3), 120–130.

Hirsjärvi S 2008. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa: Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu. 216–220.

Hirsjärvi S 2008. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.156–161.

Hirsjärvi S. 2008. Tutkimuksen reliiäabelius ja validius. Teoksessa: Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu. 226–228.

Hirsjärvi S. 2008. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmentelmät. Teoksessa: Hirsjärvi s, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu. 199-207.

Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hoidokki.

Hoitotyön

asiasanasto.

http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&kieli=fin&eshaku=potilasohjaus.

Luettu: 1.12.2011.

Howes C J , Carrington Reid M, Brandt C, Ruo B, Yerkey M W, Prasad B, Lin C, Peduzzi P & Ezekowitz M D. 2001. Exercise Tolerance and Quality of Life in Elderly Patients with Chronic Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* 6(1), 23-29.

Hölttä R, Hupli M & Salanterä S. 2002. Sepelvaltiomoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* 14(1), 11–18.

Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L & Salmela M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from patient`s perspective. *Patient Education and Counseling* 51, 239–245.

Kankkunen P & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WsoyPro, Helsinki.

Koivula M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere.

Koivula M & Åstedt- Kurki P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lievittäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 2(16), 50–60.

Koponen L, Rekola L, Ruotsalainen T, Lehto M, Leino-Kilpi H & Voipio-Pulkki L-M. 2007. Patient knowledge of atrial fibrillation: 3- month follow-up after emergency room visit. *Journal of Advanced nursing* 61(1), 51-61.

Käypä hoito- suositus: Eteisvärinä 2012.
<http://kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50036> Luettu: 2.1.2012

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17(4), 208–216.

Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K. 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulun yliopisto. Oulu.

- Kääriäinen M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 6(4), 10–15.
- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3(1), 10–15.
- Kääriäinen M, Lahdenperä T & Kyngäs H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3(3), 27–31.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- Kyngäs H, Kukkurainen M-L & Mäkeläinen P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 5(16), 225–234.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Hirvonen K & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki.
- Lange H W & Herrmann-Lingen C. 2007. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *Journal of Psychosomatic Research* 63, 509–513.
- Latvala E & Vanhanen- Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S. & Nikkonen M. (toim). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. WS Bookwell Oy. Juva. 21–40.
- Lehto M, Raatikainen P, Mäkynen H, Peiponen M, Kyhälä- Valtonen H, Hartikainen J, Lund J, Ahonen J & Mäkijärvi M. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa – FinFib- tutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 45(66), 3401–3407.
- Leino-Kilpi H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen- Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva. 224–225.
- Lipponen K, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. *Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu*. 4/2006.
- Lloyd-Jones D M, Wang T J, Leip E.P, Larson M G, Levy D, Vasan R S, D`Agostino R B, Massaro J M, Beiser A, Wolf P A & Benjamin E J. 2004. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation* 110, 1042-1046.

- Lüderitz B & Werner J. 2000. Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation. *American Medical Association* 160(26), 1749-1757.
- Lo G K, Fatovich D M & Haig A D. 2006. Biphasic cardioversion of acute atrial fibrillation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal* 23, 51–53.
- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M & Taylor M. 2002. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 33(3), 112-118.
- MacCabe P J. 2010. Psychological Distress in Patients Diagnosed With Atrial Fibrillation. The State of the Science. *Journal of Cardiovascular Nursing* 25(1), 40-51.
- MacCabe P J 2005. Spheres of clinical nurse specialist practice influence evidence-based care for patient with atrial fibrillation. *Clinical nurse specialist* 19 (6), 308-317.
- MacCabe P, Shauna S, Hampton A & Holland D E. 2008. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation. *Heart & Lung* 37(2), 79-90.
- Mead G E, Elder A, Flapan A D & Cordina J. 2009. Electrical cardioversion for atrial fibrillation and flutter. *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Metsämuuronen J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia- sarja 4. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva. 217–218, 220.
- Nikki L & Paavilainen E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22(4), 312–323.
- Offutt C. 2004. Atrial fibrillation in the heart failure population. *Journal of Cardiovascular Nursing* 19(65), 3-10.
- Oldgren J, Alings M, Darius H, Diener H-C, Eikelboom J, Ezekowitz M.D, Kamensky G, Reilly P.A, Yang S, Yusuf S, Wallentin L & Connolly S.J. 2011. Risks for Stroke, Bleeding and Death in Patients With Atrial Fibrillation Receiving Dabigatran or Warfarin in Relation

to the CHADS2 Score: A Subgroup Analysis of the RE-LY Trial. *Annals of Internal Medicine* 155(10), 660-667.

Oliveira L H, Mallman F B, Botelho F N, Paul L C, Gianotto M, de Biase Abt R, Silva N J C, Nogueira F L, Carvalho R S, Vincenzo de Paola A A & Cirenza C. 2011. Cross-sectional Study of Treatment Strategies on Atrial Fibrillation. *Arg Bras Cardiol.* (online) ahead print, PP.0-0.

Olsson M & Hansagi H. 2001. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient`s perspective. *Emergency Medicine Journal* 18, 430–434.

Paavilainen E, Salminen - Tuomaala M, Kurikka S & Paussu P. 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2217-2224.

Pellikka H, Laukkanen H & Isola A. 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede* 4(15), 166–179.

Perruche F, Elie C, d´Ussel M, Ray P, Thys F, Bleichner G, Roy P-M, Schmidt J, Gayet A, Pateron D, Le Joubioux E, Porcher N, Gamand P & Claessens Y-E. 2011. Anxiety and depression unrecognized in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emergency Medicine Journal* 2011, 662-665.

Pita-Fernández S, Farinas-Garrido M, Suárez-Fontaina E, Amor-Cambón J, Sánchez-Suárez I, Rúa - Pérez C, Varela-Tomé D & Pértega-Diaz S. 2005. Satisfaction With Treatment and Prevelence of Discomfort After External Electrical Cardioversion. *Journal of Cardiovascular Nursing* 20(1), 49-55.

Prasun M A & Kocheril A G 2003. Treating atrial fibrillation Rhythm control or Rate control. *The Journal of cardiovascular nursing* 18(5), 369–373.

Raatikainen M J. 2009. Eteisvärinäepidemia uhkaa – mitä tehdä? *Duodecim*.125, 475–477.

Ruusuvuori J & Tiittula L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa: Ruusuvuori J & Tiittula L. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä.

Salminen – Tuomaala M, Kaappola A, Kurikka S, Leikkola P, Salonpää M, Sandvik S, Vanninen J. & Paavilainen E. 2011. Potilaat ja omaiset toivovat kokonaisvaltaista ohjausta. *Sairaanhoitaja* 84(8), 50–53.

Salminen-Tuomaala M, Kaappola A, Kurikka S, Leikkola P, Vanninen J & Paavilainen E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 8(4), 21–28.

Salminen- Tuomaala M, Kurikka S, Korkiamäki K & Paavilainen E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20(5), 258–266.

Sanford R. 2000. Caring through relation and dialogue: A nursing perspective for patient education. *Advances in nursing science* 22(3), 1-15.

Seifert P C & Collins J. 2007. Surgery for atrial fibrillation. *Aorn Journal* 86(1), 23-44.

Suzuki S & Kasanuki H. 2004. The Influences of Psychosocial Aspects and Anxiety Symptoms on Quality of Life of Patient With Arrhythmia: Investigation in Paroxysmal Atrial Fibrillation. *International Journal of Behavioral Medicine* 11(2), 104-109.

Testa L, Biondi- Zoccai G.G, Dello Russo A, Bellocci F, Andreotti F & Crea F. 2005. Rate-control vs. rhythm- control in patients with atrial fibrillation: a meta- analysis. *European Heart Journal* 26, 2000-2006.

Thrall G, Lip G.Y.H, Carroll D & Lane D. 2007. Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation. *American college of chest physicians* 132, 1259–1264.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Livonia Print. Latvia.

Vilka H. 2009. Tutki ja kehitä. Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Virtanen P, Paavilainen E, Helminen M & Åsted – Kurki P. 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedon saanti ensiapupoliklinikalla. *Hoitotiede*. 22(4), 302–311.

Virtanen R & Lund J. 2008. Eteisvärinän hoito pähkinänkuoressa. *Lääketiede. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti*. 34(63), 2697–2700.

LIITE 1. Kutsukirje tutkimukseen osallistumiseen

Arvoisa potilaamme,

olette ollut hoidossa Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

.....on annettu lupa suorittaa terveystieteiden maisteri opintoihin kuuluvaan pro gradu -tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päivystyksellisessä sydämensähköisessä rytminsiirrossa olleiden eteisvärinää eli flimmeriä sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää päivystyksellisessä rytminsiirrossa olevien potilaiden potilasohjausta. Osallistumisenne tutkimukseen antaa meille ensiarvoisen tärkeää tietoa tämän hetkisestä potilasohjauksen laadusta. Tutkimuksen suorittajana on TtM- opiskelija sairaanhoitaja -AMK Kati Ristseppä-Karvonen.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla tutkimukseen osallistuvia potilaita. Haastattelut tehdään kevään 2011 aikana, teille mahdollisesti sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Henkilöllisyyttänne ei voida tunnistaa tutkimuksen tuloksista tai raportoinneista ja tutkimusaineistona käytetyt haastattelut hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Kiinnostuksenne ja osallistumisenne tutkimukseen voitte ilmoittaa tutkijalle joko sähköpostitse tai puhelimitse. Yhteystiedot löydätte kirjeen lopusta.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne ...nyt tai tulevaisuudessa.

Liitteenä suostumuslomake tutkimukseen, jonka voitte täytettyänne postittaa valmiiksi postimerkillä varustetussa kirjekuoressa tutkijalle.

Lisätietoja saatte:

Kati Ristseppä-Karvonen
TtM- opiskelija
Sairaanhoitaja – AMK

Anja Rantanen
Lehtori vs.
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

Eija Paavilainen
Professori
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

LIITE 2. Suostumislomake

**ETEISVÄRINÄPOTILAIDEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN POTILASOHJAUKSESTA
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA SÄHKÖISEN RYTMINSIIRRON YHTEYDESSÄ**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____._____.2011

_____._____.2011

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

osoite ja puhelinnumero

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

Teema haastattelurunko

Taustatiedot

- ikä, sukupuoli

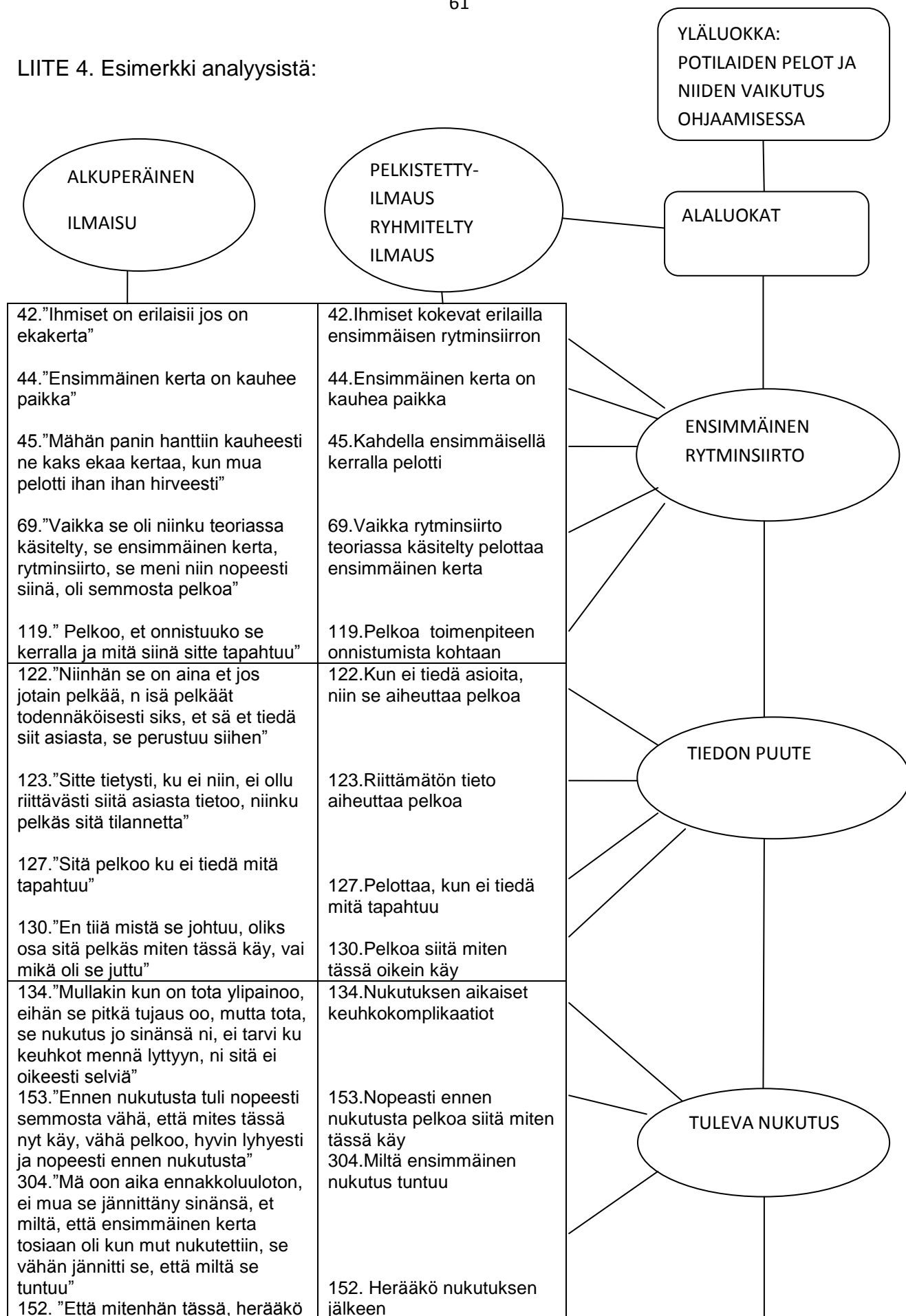
Eteisvärinä sairautena

- koska diagnoosi tehty?
- onko ko. sairauteen lääkitystä?
- onko aikaisemmin tehty sähköinen rytminsiirto ja jos on niin kuinka monta kertaa?

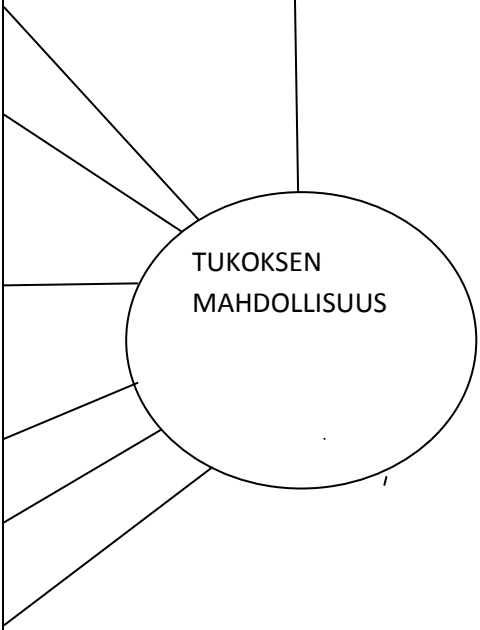
Potilasohjaus päivystyksellisen rytminsiirron yhteydessä

- millaista ohjausta ja tietoa saitte ennen toimenpidettä? kerrottiinko teille mitä toimenpiteen aikana tapahtuu?
- saitteko ohjausta liittyen sairauteenne, lääkitykseen,
- saitteko elämäntapaohjausta ja tietoa elämäntapojen vaikutuksesta eteisvärinän ilmaantuvuuteen?
- miten koitte saamanne potilasohjauksen toimenpiteen jälkeen?
- millaista ohjausta saitte anestesiaan liittyen? – ravinnotta olo, saattaja, ohjeistus kuinka toimia jos jotain tulee?
- saitteko kirjallista materiaalia ohjauksen tueksi?
- kotiutukseen liittyvä ohjaus?
- mitä ohjauksesta jäi puuttumaan, mitä olisitte toivoneet enemmän?

LIITE 4. Esimerkki analyysistä:



sitä tästä sitte"	
312."Sitä kun on kaikenmaailman aivoverenkiertohäiriöistä lukenu, näissä flimmeri tapauksissakin"	312.Lukenu aivoverenkierron häiriöiden mahdollisuudesta
213."Aivotoiminnanhäiriöitä ja aivoinfarkteja, jos sieltä lähtee jotain tukoksia niin sitä voi olla niin ku henkisesti toisen asialla"	213.Pelko mahdollisesta tukoksesta
19."Jos sieltä vielä joku hyytymä vielä sittenkin lähtee"	19.Mahdollisesta hyytymästä joka lähtee liikkeelle
15."Niin ei tiiä, vaikka mä olisin saanu jonkun kamalan tukoksen tai jonkun, jos mä vaan oisin ollu"	15.Pelkoa siitä, jos ei olisi hakeutunut hoitoon, olisi voinut saada tukoksen
75."Ei voitu kääntää sähköllä, koska siinä on se veritulpanvaara"	75.Sähköiseen rytminsiirtoon liittyvän veritulpan vaara
111."Minun kollega, saman pöydän ääressä istuttiin, niin tuota sydämen sähköisen siirron aikana lähti verihutale aivoihin"	111.Kollega saanut aivoinfarktin sähköisen rytminsiirron yhteydessä



TUKOKSEN
MAHDOLLISUUS