

Hanna-Karoliina Raiskio

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan  
selviytymisen tukeminen, ohjauksen avulla  
Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

3.12.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Hanna-Karoliina Raiskio Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan selviytymisen tukeminen, ohjauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus 28 sivua + 3 liitettä 3.12.2014
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Vaikeasti sairaan potilaan hoitotyö
Ohjaaja(t)	Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Anneli Sarajärvi
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan selviytymistä omahoidosta onnistuneen ohjauksen avulla. Tavoitteena on koota tutkittua tietoa potilaan ohjauksen edistävästä ja estävästä tekijöistä, joita voidaan hyödyntää potilaan ohjauksessa. Opinnäytetyö on osa Metropolia AMK:n ja Vantaan kaupungin osaamisen ennakointi- projektia. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Aineisto kerättiin Medic, CINAHL ja Medline tietokannoista ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön aineistoksi valikoitiin 10 eri terveydenhuoltoalan julkaisua.</p> <p>Tuloksista ilmeni useita ohjauksessa potilaan selviytymistä edistäviä tekijöitä. Positiivinen ilmapiiri ohjaustilanteessa ja potilaan taustan tunteminen sekä neuvonnan antaminen selkeästi ja rauhallisesti edistävät potilaan selviytymistä. Esille nousivat myös hyvin järjestetty jatkohoito ja perusteellinen perehdyttäminen lääkehoidon vaikutuksiin. Sosiaaliset suhteet ja omaisten mukaan ottaminen ohjaustilanteeseen sekä vertaistukiryhmiin ohjaaminen koettiin selviytymistä edistävinä tekijöinä.</p> <p>Tutkimuksessa selviytymistä estäviin tekijöihin nousivat esille hoitohenkilökunnan kiire ohjaustilanteessa tai liian hätäisesti annettu ohjaus, jossa potilaan yksilöllisiä toiveita tai tilannetta ei otettu huomioon. Hoitajien negatiivinen asenne tai tilanne jossa potilasta ei otettu mukaan keskusteluun, koettiin selviytymistä estäväksi tekijöiksi. Myös sairaanhoitajien tiedoissa potilaan ohjauksen sisällöistä juuri sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla oli puutteita. Hoitajien ammattitaidossa ilmeni puutteita mm. lääkehoidollisissa tiedoissa ja nesterajoitusten ohjaamisessa. Estäviä tekijöitä ohjauksen onnistumiselle oli myös potilaiden kognitiiviset ongelmat, kuten dementoivat sairaudet tai mielenterveysongelmat.</p> <p>Laadukas ohjaus perustuu potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimiseen ja hoitajan ammatilliseen osaamiseen, joka koostuu tietoperustasta sekä hyvistä vuorovaikutustaidoista. Hoitajien tulisi päivittää osaamistaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöistä. Kognitiivisista ongelmista kärsivien potilaiden kohdalla omaisten mukaan otto aktiivisemmin hoitoon ja hyvä moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden kanssa edistää potilaiden selviytymistä sydämen vajaatoiminnan kanssa.</p>	
Avainsanat	Sydämen vajaatoiminta, potilas ohjaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Hanna-Karoliina Raiskio Patient survival of a heart failure, with patient education. Literal review 28 pages + 3 appendices 3 December 2014
Degree	Nurse AMK
Degree Programmed	Nursing
Specialisation option	Nursing of the seriously ill patients
Instructor(s)	PhD, Principal Lecturer Anneli Sarajärvi
<p>Purpose of this thesis was to describe heart failure patients coping for with successful self-care guidance. The aim is to gather research data on the patient's control of the promotion and inhibiting factors, which can be used under the guidance of the patient. The thesis is part of skills of forecasting project, produced by Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and the City of Vantaa. The thesis was conducted by a literature review. 10 Articles were chosen from variety of different health care publications. The data was collected from Medic, CINAHL and Medline databases and analyzed using deductive content analysis.</p> <p>The results revealed several patient survival-promoting factors of the guidance. A positive atmosphere while guiding and the knowing of patient's background, providing guidance clearly and calmly, well organized follow-up care, as well as a thorough explaining of the effects of meds all promote patient survival. Social relations and the inclusion of relatives in the guiding, and also providing opportunities to attend support groups were seen as the factors promoting survival.</p> <p>In this thesis, the factors which hinder the survival arise from nurses' rush and hastily given guidance, which patients' individual preferences and their position were not taken into account. Nurses' negative attitude or a situation where patients were excluded from the discussion was seen as survival prohibitive. Nurses' knowledge of the content of guidance in heart failure patients were lacking. Nurses' professional skills were insufficient for example in knowledge of meds and guiding fluid restrictions. Patients' cognitive difficulties, such as dementia or mental health problems were inhibiting factors for successful guidance.</p> <p>High quality guidance is based on thorough assessment of patient's situation and nurses' professional skills, which consists of knowledge base and good interaction skills. Nurses should update their knowledge of the content of guiding heart failure patients. Heart failure patients with cognitive difficulties benefit from active inclusion of relatives in their treatment and a good multi-professional co-operation between different agents promote their survival.</p>	
Keywords	Heart failure, patient education

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sydämen vajaatoiminta potilaan selviytymisen tukeminen ohjauksen avulla	2
2.1	Sydämen vajaatoiminta	2
2.1.1	Oireet ja hoito	3
2.2	Ohjaus käsitteenä	4
2.3	Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä	5
2.3.1	Taustatietojen selvittäminen	6
2.3.2	Vuorovaikutus	6
2.3.3	Motivoivan ohjauksen periaatteita	7
2.3.4	Ohjauksen etiikka	7
2.4	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen pääpiirteet	8
2.4.1	Lääkehoidon ohjaus	9
2.4.2	Painon seuranta ja nestetasapainon tarkkailu	9
2.4.3	Suolan välttäminen ja ravitseminen	10
2.4.4	Liikunta	10
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	11
4	Opinnäytetyön toteutus	11
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	11
4.2	Kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet	12
4.3	Tiedonhaun kuvaus	13
4.3.1	Aineiston valitsemiskriteerit	14
4.3.2	Tiedonhaun luotettavuuden arviointi	14
5	Aineiston analyysi	15
5.1	Sisällönanalyysi	15
5.1.1	Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet	16
5.1.2	Aineiston analyysi	16
6	Tulokset	17
6.1	Potilaan selviytymistä edistävät tekijät	17
6.2	Potilaan selviytymistä estävät tekijät	19

7	Pohdinta	21
7.1	Tulosten tarkastelu	21
7.2	Luotettavuus	23
7.3	Eettisyys	25
7.4	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	26
8	Lähteet	27

## Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun kuvaus

Liite 2. Analyysikehys

Liite 3. Sisällönanalyysi

## 1 Johdanto

Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa noin 2 % kaikista terveydenhoitokuluista ja on yksi yleisimmistä sairaalahoitoon syistä. Sydämen vajaatoiminta edustaa yleensä pitkälle edennyttä sydänsairautta ja valtaosa potilaista on iäkkäitä. Potilaiden ennuste on usein huono. Väestön ikääntyessä lisääntyy myös vajaatoimintaa sairastavien määrä ja heidän hoidon tarpeensa niin perus- kuin erikoissairaanhoidossakin. Kuitenkin vain 20 – 60 % vajaatoimintapotilaista sitoutuu heille määrättyihin hoitoihin ja siksi kriittisin hoito-työn interventio kyseisten potilaiden kohdalla on onnistunut omahoidon ohjaus. ( Mäki-järvi - Kettunen - Kivelä - Parikka 2008: 297; Kvist - Kempainen – Kiema - Miettinen 2013: 2.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksesta kirjallisuuskatsauksen avulla, jotta hänen selviytymisensä omahoidosta ja päivittäisistä toiminnoista onnistuisi sairaalahoitoon jälkeen mahdollisimman hyvin. Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin ja Metropolia ammattikorkeakoulun Osaamisen ennakointi projektia. Tavoitteena on edistää potilaan selviytymistä omahoidosta onnistuneen ohjauksen avulla.

Potilaan ohjaus on keskeinen osa hyvää hoitoa ja sen merkitys on korostunut entisestään hoitoaikojen lyhentyessä ja avo-hoidon lisääntyessä. Ohjauksen päätavoitteena tulisi vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla olla sairauden hallinta ja siten myös kuolleisuuden ja hoidosta aiheutuvien kustannusten pieneneminen. Vaikka hoitohenkilökunnalla on entistä vähemmän aikaa potilaan ohjaukseen, ei sen onnistumisen tärkeyttä voi korostaa liiaksi. Onnistuneella ohjauksella on tutkitusti merkitystä potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, arkipäivistä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Potilaan ohjauksesta saatava tieto on osin ristiriitaista ja monesti potilaat kertovatkin ohjauksen olleen puutteellista kiireen, sisäl- lön ristiriitaisuuksien, välineistön tai ohjauksessa käytettyjen menetelmien osalta. Siksi tulisikin muistaa että, riittämätön tai hätäisesti toteutettu ohjaus voi tuhota hyvän osas- tolla saavutetun hoitotuloksen. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 1.)

## 2 Sydämen vajaatoiminta potilaan selviytymisen tukeminen ohjauksen avulla

### 2.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa sydämen heikentyneitä kykyä pumpata verta elimistön tarpeisiin. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan on aina seurausta verenkiertoelimistöä kuormittavasta sairaudesta. Vajaatoiminnan syistä 90 % johtuu sepelvaltimotaudista, kohonneesta verenpaineesta tai läppävioista. Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihassolut ovat vaurioituneet eivätkä toimi normaalisti. Sydänlihassolu voi vaurioitua mm. hapenpuutteen, poikkeavan paine- tai tilavuuskuormituksen, myrkyllisten aineiden tai tulehduksen seurauksena. Vaurioituneet lihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka ei osallistu supistumistoimintaan. Vaurion seurauksena terveet lihassolut joutuvat lisääntyneeseen venytykseen ja kuormitukseen. Vajaatoiminnan alussa sydänlihaksen pumppausvoiman heikkeneminen aiheuttaa vasemman kammion laajentumista ja sydänlihaksen venytyksen lisääntymistä. Frank-Starlingin mekanismi käynnistyy, jolloin sydänlihassolujen venytyksen vaikutuksesta sydämen supistusvoima kasvaa. Kuormituksen johdosta lihassolujen valkuaisaine- ja kollageenisynteesi kasvaa, joka johtaa sydänlihaksen hypertrofioitumiseen. Tällä muutoksella keho pyrkii palauttamaan pumppausvoiman ennalleen, mutta se ei onnistu, koska hypertrofioituneessa sydänlihaksessa huomattava osa on fibroottista kudosta ja vajaatoiminnan aiheuttavan sairauden heikentämä verenkierto pystyy tarjoamaan happea entistä huonommin suurentuneen sydänlihaksen tarpeisiin. Hapenpuute sydänlihaksessa kasvaa tällöin jatkuvasti, vajaatoiminta lisääntyy, pumppausvoima heikkenee ja rytmihäiriöalttius kasvaa. ( Karvonen – Korolainen 2005: 10.)

Sydämen toiminnan kannalta vajaatoiminnan mekanismit jaetaan joko systolisiin tai diastolisiin häiriöihin. Nämä esiintyvät usein samanaikaisesti mutta toinen on yleensä hallitsevampi. Sydäninfarktin aiheuttamassa vajaatoiminnassa sydämen pumppausvoima heikkenee arpi kudoksen muodostumisen vuoksi ja arpikudos vaikeuttaa myös vasemman kammion täyttymistä lepovaiheessa. Korkea verenpaine aiheuttaa sydämen seinämien paksuuntumista mikä taas osaltaan häiritsee kammioiden eritoten vasemman kammion täyttymistä. Läppävioissa mekanismi on usein monimutkaisempi ja siihen vaikuttavat vaurioituneen läpän sijainti ja vaurion laatu, sekä vasemman kammion kyky sopeutua poikkeavaan kuormitukseen. Aorttaläpän ahtauman varhaisessa vaiheessa vasemman kammion seinämä paksuuntuu ja täyttyminen vaikeutuu. Myöhem-

min myös kammion supistuminen heikkenee. Hiippaläpän vuotaessa vuoto venyttää vasenta eteistä mikä osaltaan vaikeuttaa vasemman kammion täyttymistä ja myöhemmin myös supistumista. Liitännäissairaudet usein vielä pahentavat oireita. Joka neljäs vajaatoimintaa sairastava sairastaa myös diabetesta. Krooniset keuhkosairaudet, anemiat, munuaisten ja maksan sairaudet sekä kilpirauhasen toimintahäiriö ovat myös varsin yleisiä. (Mäkijärvi ym. 2008: 295 – 297.)

Sydämen vajaatoiminta sairastuminen lisääntyy iän myötä. Yli 65 vuotiaista 1 % ja yli 85 vuotiaista 5 – 9 % sairastuu siihen vuosittain. Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa 2 % kaikista terveydenhuollon menoista Euroopassa ja suurin osa niistä koostuu sairaalajaksoista. Sairastumista esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla, mutta vajaatoimintaa sairastavien naisten määrä on suurempi kuin miesten, mikä johtuu todennäköisesti miesten lyhyemmästä eliniästä. Kuolleisuus vajaatoimintapotilaiden keskuudessa, on Rotterdamin tutkimuksen mukaan suuri. Kuuden vuoden seuranta jakson aikana 47 % seuratuista potilaista kuoli. Potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita. (Heikkilä ym. 2008: 715 – 717; Cowie – Wood – Coats 2000: 505.)

### 2.1.1 Oireet ja hoito

Vajaatoiminnan oireet ovat hyvin moninaiset ja usein potilaat eivät tunnista oireita sydänperäisistä johtuviksi, mikä osaltaan saattaa hidastaa hoidon aloitusta. Rasituksessa ilmenevä hengenahdistus on tavallisin ja usein myös ensimmäinen vajaatoiminnasta kertova oire. Keuhkoihin kertyvä neste aiheuttaa usein yskänärsytystä. Myös makuu- asennossa ilmaantuva hengenahdistus (orthopnoea) on potilaille ominaista. Se alkaa makuulle mentäessä ja helpottuu ylösnousteissa. Poikkeava väsymys, uupumus ja turvotukset alaraajoissa ovat myös oireina. Turvotukset ovat molemminpuolisia ja havaittavissa parhaiten säärien etupinnalla. Potilailla esiintyy usein nokturiaa eli yövirtsausta, mikä johtuu päivän aikana kertyneen nesteen sulamisesta. Vanhuksilla esiintyy myös levottomuutta, muistihäiriöitä ja sekavuutta. (Heikkilä ym. 2008: 738 – 740.)

Vajaatoiminnan hoito perustuu terveyttä edistäviin elämäntapoihin ja lääkehoitoon. Suurin taloudellinen hyöty saadaankin sairaalahoidon tarpeen vähentymisellä. Lääkehoidon laiminlyönti on tavallinen syy vajaatoimintapotilaan joutumiselle sairaalahoitoon. Potilaat saattavat annostella lääkkeitä virheellisesti esimerkiksi sivuvaikutusten pelossa ja paremmin voidessaan jättää lääkkeitä ottamatta. Tämän vuoksi riittävä ja oikein toteutettu lääkehoidon ohjaus ja tuki varsinkin lääkehoitoa aloitettaessa korostuu. Vajaa-



toimintapotilaan hoidossa käytettyjä lääkkeitä ovat ACE-estäjät, beetasalpaajat, diureetit joista spironolaktoni on todettu tehokkaimmaksi ennustetta parantavaksi diureetiksi. Hyperkalemiavaaran takia potilailla on käytössä usein myös Kalium. Jos potilaalla on eteisvärinää hänellä voi olla lisänä Digoksiini. ACE-estäjät ovat paljon käytettyjä niin sanottuja ensilinjan lääkkeitä vajaatoiminnan hoidossa. Niiden haittavaikutuksina ilmenevästä yskästä ja aloitusvaiheessa ilmenevästä verenpaineen laskusta tulee informoida potilasta hyvin. Beetasalpaajien tarkoituksena on estää vakavia rytmihäiriöitä ja hillitä sympaattisen hermoston yliaktiivisuutta. Diureetit kuuluvat myös vajaatoimintaa sairastavan peruslääkkeisiin. Niillä saadaan aikaan nestettä poistava vaikutus ja potilaan tulisikin oppia säätelemään niitä itsenäisesti. Potilaan tulee seurata painoaan päivittäin ja myös kalium pitoisuutta tulee tarkkailla säännöllisin laboratoriokeuin diureettien aiheuttaessa niiden puutosta. Digoksiinia suositellaan käytettäväksi, mikäli vajaatoimintaa sairastava kärsii lisäksi eteisvärinästä. Lääkeainepitoisuuksia on tarkkailtava säännöllisin väliajoin. Lääkehoito on aina yksilöllistä ja se suunnitellaan jokaisen potilaan kohdalla hänen tilanteeseensa sopivaksi, liitännäissairaudet huomioon ottaen. ( Mäkijärvi ym. 2008: 309 – 316.)

Vajaatoiminnan ilmaannuttua taustalla oleva sairaus on usein pitkälle edennyt ja sitä voidaan harvoin parantaa. Tämän vuoksi sairastunut tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja ohjausta. Seurannan tavoitteena on optimoida lääkehoito ja muut osa-alueet ja käynnejä voidaan harventaa balanssin löydyttyä. Sydämen vajaatoiminta potilaan kohdalla myös muut osa-alueet kuten liikunnan ja levon merkitys, painon kontrollointi, nesteiden käytön seuranta, tupakoinnin lopettaminen, alkoholin käytön vähentäminen ja lääkkeiden ottaminen suunnitelman mukaan kuuluvat erottamatta potilaan hoitoon. Myös joissain tapauksissa hoitoon sisältyy kirurgisia toimenpiteitä kuten pallolaajennus, apupumppujen käyttö, tahdistimen laitto tai sydämen siirto. ( Mäkijärvi ym. 2008: 309 – 318.)

## 2.2 Ohjaus käsitteenä

Hoitotiede määrittelee ohjaus käsitteen olevan osa ammatillisista toimintaa, hoito tai opetusprosessia. Ammatillisena toimintana ohjausta tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen ja oppimiseen liittyvistä asioista. Prosessina ohjaus voidaan luonnehtia olevan aktiivista merkityksen luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai kokemusten reflektointia. Tieteessä määritellään, ettei ohjaus ole ohjaajalähtöistä, vaan siinä tulevat esiin ihanteet, millaista ohjauksen

tulisi olla. (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen - Renfors 2007: 5 – 6.)

Ohjauksen lähikäsitteitä ovat neuvonta, opetus ja tiedonantaminen. Neuvonnassa ohjattavaa autetaan tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja. Neuvontaa tapahtuu, kun ohjaaja auttaa ohjattavaa tekemään päätöksiä esimerkiksi päättämällä, mitä asioita opetellaan. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä ei anneta suoria neuvoja, vaan ohjauksella autetaan tekemään valintoja. Opetus puolestaan on systeemi suunniteltuja toimintoja, jotka vaikuttavat potilaan käyttäytymiseen. Opetuksessa hoitaja osallistuu potilaan oppimissuunnitelman laatimiseen ja tarjoaa sen toteuttamiseen oppimiskokemuksia. Tiedon antamisessa kirjallisen materiaalin käyttö on runsaampaa ja vuorovaikutus vähäisempää kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. Tiedon antaminen on usein lyhyttä ja ajoittaista eikä perustu ohjattavan yksilöllisiin tarpeisiin. Ohjaus pitää sisällään potilaan neuvonnan, terveysneuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen (Kyngäs ym. 2007: 5 - 6).

Potilaalle tulisi taata mahdollisimman hyvä ohjaus hoitopaikasta riippuen. Ohjauksen taustalla vaikuttavat useat lait ja asetukset. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa tavalla jonka hän ymmärtää ja hänellä on myös itsemääräämisoikeuden perusteella oikeus vaikuttaa saamansa ohjauksen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (599/1994) takaa potilaan hoidon turvallisuuden varmistamalla että potilaan saaman hoidon taustalla vaikuttavat ammatinharjoittajat ovat laillistettuja ja riittävän päteviä toimimaan ammatissaan. Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja vahvistaa palveluiden yhteneväistä saatavuutta koko väestön alueella. Useat muutkin lait ja asetukset toimivat osaltaan pohjana potilaan hoidon ja ohjauksen suunnittelussa ja järjestämisessä mahdollisimman hyvin, sekä hoitohenkilökuntaa ohjaavalla että velvoittavalla tavalla. (Kyngäs ym. 2007: 16.)

### 2.3 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä

Nykykäsityksen mukaan ohjaus edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä laatua haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilas on aktiivinen pulman ratkaisija ja hoitajan tehtävänä on tukea häntä päätöksenteossa ja pidättäytyä esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen.

### 2.3.1 Taustatietojen selvittäminen

Hyvä ohjaus tarvitsee jo ennen alkuaan taustatietojen tietämystä ja potilaan tilanteen arvioimista. Taustatekijät muodostavat todellisuuden jossa potilas omaa hoitoaan toteuttaa. Hoitajan tulee olla myös selvillä omista ohjaukseen vaikuttavista taustatekijöistä. Ohjaukseen vaikuttavat hoitajan tunteet, tapa ajatella ja toimia, arvot ja ihmiskäsitys. Lähtötilanteen arvioon ei yleensä kiinnitetä riittävää huomiota, vaikka se on yksi onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Lähtötilanteen arviointiin saattaa riittää yksinkertaisesti se että pyytää potilasta kuvailemaan kolme häntä eniten askarruttavaa kysymystä, joihin hän ohjausta tarvitsee. ( Kyngäs ym. 2007: 25 – 28.)

Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin. Fyysisiin kuuluvat potilaan ikä, sukupuoli ja terveydentila. Nämä seikat vaikuttavat siihen miten potilas ottaa ohjausta vastaan, vältteleekö, unohtaako vai kieltääkö hän niitä. Psyykkisiä tekijöitä ovat kokemukset, uskomukset, käsitys omasta terveydentilasta sekä motivaatio. Hoitajan tulisi ohjaustilanteessa rakentaa potilaan motivaatiota asettamalla selkeitä tavoitteita, pohtimalla onnistumisodotuksia ja pitämällä tunnetila positiivisena. Aikaisemmat uskomukset esimerkiksi jonkin lääkkeen sivuvaikutuksista tai huonot ohjauskokemukset vaikuttavat potilaan vastaanottavaisuuteen. Myös oppimistyyli ovat erilaisia ja potilaalle voi ehdottaa vaihtoehtoisia ohjaustapoja. Sosiaalisiin taustoihin kuuluvat etniset, kulttuuriset ja maailmankuvaan liittyvät asiat. Toiselle perhe ja suku ovat tärkeitä ja toinen voi haluta suojella läheisiään pimittämällä tietoja tilastaan. ( Kyngäs ym. 2007: 29 – 36.)

### 2.3.2 Vuorovaikutus

Ohjaus on aina vuorovaikutteista ja se etenee sanallisten ja sanattomien viestien kautta. Mitään ei voida havaita ennen kuin se on aistittu. Vuorovaikutusta ei voi syntyä ilman havainnointia. Ennen kuin voi syntyä vuorovaikutusta, täytyy ensin havainnoida ja tukita toista ihmistä. Hoitajan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen millaisen tunnereaktion hän muodostaa potilaasta. Jotta ohjaus toimisi, on hoitajan kannustettava potilasta vastavuoroisuuteen. Hoitaja ohjaa ohjaustilannetta mutta potilas osallistuu aktiivisesti tavoitteiden määrittelyyn. ( Kyngäs ym. 2007: 47 – 48.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeä tunnistaa mitä potilas jo tietää aiheesta ja miten hän parhaiten omaksuu kerrotut asiat. Potilasta voidaan pyytää omin sanoin kertomaan ongelmasta, sen vaikutuksista ja siitä mitä hän tietää sairaudestaan. Kysymyksillä voidaan aktivoida potilasta pukemaan ajatuksia sanoiksi ja ilmaisemaan tunteita. Kaikkia kysymyksiä ei voi kysyä heti vaan hoitajan on osattava arvioida mitä kannattaa kysyä ja milloin. Toistaminen ja heijastaminen antaa potilaalle mahdollisuuden kuulla itse sanomansa. Vuorovaikutukseen kuuluu myönteinen palaute kuten huomiointi, tunnustuksen antaminen tai muu hyväksyntää osoittava käyttäytyminen. Kuuntelu on hoitosuhteen perusprosessi ja hoitajan tulee keskittyä siihen huolella. Kunnioittaminen lisää potilaan voimavaroja ja kunnioittamalla potilasta hoitaja ymmärtää paremmin hänen näkemyksiään ja tunteitaan. Myös empatian osoittaminen, aito läsnäolo ja hiljaisuuden sietäminen kuuluvat onnistuneeseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007: 47 – 48.)

### 2.3.3 Motivoivan ohjauksen periaatteita

Ohjauksen tavoitteena on rohkaista potilasta tutkimaan ja tutustumaan käyttäytymistä ja käyttäytymismuutoksia koskeviin käsityksiinsä, uskomuksiin ja asenteisiin, joten motivointi on tärkeää. Motivoiva ohjaus käsittelee potilaan nykyisen toiminnan ja tavoiteltavan toiminnan ristiriitoja. Empatian ilmaiseminen ja hyväksynnän osoittaminen antaa ohjauksen onnistumiselle paremman pohjan. Potilaalle tulee osoittaa nykyisyyden ja tahdotun toiminnan ristiriitaisuudet selvästi ja ymmärrettävästi. Väittelyn ja leimaamisen ilmaiseminen ei kuulu hyvään ohjaukseen vaan se vain lisää potilaan vastarintaa. Mikäli vastarinta potilaan taholta on voimakasta voi olla tarpeen muuttaa strategiaa. Uusiin näkökulmiin voi tässä tapauksessa vain houkutellessa ja yksilö tekee itse omat ratkaisut. Hoitajan on tärkeä tukea potilaan uskoa ja halua muutokseen ja muistaa että jokaisen henkilön kohdalla toivoa löytyy aina. ( Kyngäs ym. 2007: 49.)

### 2.3.4 Ohjauksen etiikka

Ohjaustilanteessa on pohdittava miten voidaan huomioida ja säilyttää potilaan tarve hallita omaa elämäänsä, tarve olla yksilöllinen, suojella yksityisyyttään ja vapauttaan sekä tehdä omia arvovalintojaan tietoisena seurauksista. Ohjauksen tulee tukeutua näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Ajantasainen ja tutkittu tieto ovat ohjauksen asiasisällön luotettavuuden tae. Hoitaja ei myöskään voi siirtää eettistä vastuuta toiselle vaan hoitajan on tietoisesti työstettävä omia arvojaan ja käsityksiään. Eettisesti tietoinen hoitaja

on halukas ja kykenee osallistumaan eettiseen keskusteluun sekä yhteiskunnallisesti että ammatissaan. Potilasta on totuttu pitämään ohjaussuhteessa osapuolena jolla on vähemmän vastuuta. Hoitajalla on vastuu jo ammatinsa, tietämyksensä ja eettisten ohjeittensa puolesta. Potilasta velvoittaa kuitenkin yleinen etiikka ja vastuu toisena osapuolena oman terveytensä edistämisestä. Tämä vaatii totuuden kertomista asioistaan ja kunnioittavaa suhtautumista hoitajaa kohtaan. Myös ympäristön, missä ohjaus tapahtuu, tulisi myös olla eettisesti rauhallinen ja sellainen missä ohjaus luonnistuu ilman ylimääräisiä häiriötekijöitä, oli kyse sitten yksilö, ryhmä kuin sähköisesti tapahtuvasta ohjauksesta. ( Kyngäs ym. 2007: 154 – 157.)

#### 2.4 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen pääpiirteet

Sydämen vajaatoimintaa sairastavat sitoutuvat hoitoonsa vaihtelevasti. Potilaista 20 – 60 % ei sitoudu heille määrättyihin hoitoihin. Hoitoon sitoutumattomuus saattaa johtua potilaiden korkeasta iästä, mielialan muutoksista, uupumuksesta ja epävarmuudesta. Potilaat toivovat Kääriäisen ym. (2005) tekemän tutkimuksen mukaan ohjausta sairauden syistä, hoitovaihtoehdoista ja käytännön keinoista hallita omaa elämäänsä. Ohjauksen kerrottiin olevan useimmin liian kiireistä, pintapuolista ja yksisuuntaista. Myös tutkimusten mukaan sairaanhoitajien itsensä mielestä heidän taitonsa ohjata vajaatoimintaa sairastavaa potilasta on puutteellista. Jotta potilas kykenee itsehoitoon, on hänen saatava tietoa sairaudestaan ja sen aiheuttamista muutoksista. Onnistunut ohjaus on siksi vajaatoimintaa sairastavan potilaan kannalta ehdottoman tärkeää. ( Eriksson – Partanen 2005: 4; Kvist ym. 2013: 2; Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005: 13; Poutala - Partanen – Tuunainen 2007: 21.)

Ohjauksen tavoitteena on saada potilas sitoutumaan omaan hoitoonsa. Ohjauksen tulisi sisältää selkokielineen selvitys vajaatoiminnan taustalla olevista sairauksista sekä tutkimuksista ja hoitomahdollisuuksista. Alkuvaiheessa potilas tarvitsee suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia. Ohjattavien asioiden määrän takia olisi parempi että ohjauksetta olisi useita. Näin potilas pystyy paremmin sisäistämään annetun tiedon. Potilaan ikä ja omaksumiskyky otetaan ohjauksessa huomioon ja tarvittaessa omaisille on annettava mahdollisuus osallistua ohjaukseen. Kela ja sydänliitto järjestävät myös kuntoutuskursseja joista potilaalle on hyvä kertoa. Elämäntapamuutoksilla ja lääkehoidolla pyritään keventämään sydämen työmäärää, lievittämään oireita ja ehkäisemään sairauden pahentumista. Ohjauksella on elämänlaatua parantava vaikutus kun potilas oppii että voi itse hallita ja vaikuttaa sairautensa kulkuun. Selkeät ohjeet ja yhteystiedot

hoitaviin tahoihin lisäävät turvallisuuden tunnetta. Potilaalle tulisi antaa seurantakortti johon on helppo merkitä kotona suoritettavat mittaukset joihin kuuluu painon, verenpaineen ja sykkeen päivittäinen seuranta. ( Mäkijärvi ym. 2008: 317 – 318.)

#### 2.4.1 Lääkehoidon ohjaus

Lääkemuutokset tulisi tehdä aina lääkärin kanssa yhdessä. Lääkkeet tulee ottaa säännöllisesti. Doseetti helpottaa lääkkeiden oton muistamista. Mikäli lääke unohtuu muutamalla tunnilla, ei siitä useinkaan ole suurta haittaa. Lääkitys otetaan usein aamuisin mutta nesteenoistolääkkeiden kanssa ajankohdat ovat usein liikkuvia ja siirtäminen on mahdollista. Diureetteja ei tulisi kuitenkaan ottaa ennen nukkumaan menoa sillä ne häiritsevät unta lisäämällä virtsan eritystä. Nesteenoistolääkitysten kohdalla annosta voidaan muuttaa myös itse ennalta sovittujen ohjeiden mukaan, mikäli potilaan paino nousee useita kiloja lyhyessä ajassa. Särky ja tulehduskipulääkkeiden käytössä pitää olla tarkkana niiden munuaisia rasittavan ja sen kautta nesteitä keräävän vaikutuksen takia. Parasetamoli on turvallisempi vaihtoehto kipulääkkeeksi. ( Mäkijärvi ym. 2008: 323.)

#### 2.4.2 Painon seuranta ja nestetasapainon tarkkailu

Painon seurannan tarkoituksena on tarkkailla vajaatoiminnan tilaa. Jos paino nousee useamman kilon muutamassa vuorokaudessa, on syynä nesteen kertyminen eikä lihominen. Painoa tulee seurata päivittäin ja se mitataan aamuisin vessassa käynnin jälkeen. Jotta tulos olisi luotettava, punnitus tulee tapahtua samaan aikaan, samalla vaa`alla ja ennen syömistä ja juomista. Lääkärin kanssa sovitaan ihannepainosta ja siinä tulisi pysyä. Paino merkitään sadan gramman tarkkuudella. Nopeaan painon nousuun tulee reagoida heti ja usein ohjeina on kaksinkertaistaa lyhytvaikutteisen diureetin annos kunnes paino laskee takaisin haluttuun lukemaan. Jos näitä ohjeita ei ole tai paino ei lähde laskuun tulee ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin. ( Mäkijärvi ym. 2008: 325 – 327.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan tulisi välttää suuria nestemääriä, koska sydän ei pysty kierrättämään sitä huonontuneen pumppausvoiman takia. Neste patoutuu tällöin keuhkoihin ja aiheuttaa hengenahdistusta ja turvotusta. Tavallisimmin suositeltava kokonaisnestemäärä on 1500 – 2000ml/vrk. Tähän sisältyy niin juomat kuin ruokien sisäl-

tämä neste. Nesterajoitus määräytyy yksilöllisesti potilaan tarpeen, sairauksien ja koon mukaan. Nestemäärää laskettaessa tulee ymmärtää mikä lasketaan nesteiksi. Näihin kuuluvat juomien lisäksi ruoanvalmistuksessa käytettävä neste (esim. puuron tai keittojen valmistuksessa käytettävä neste), kiisselit, keitot, viili, jugurtit, jäätelö, kahvi, tee ja alkoholijuomat. Jos käytössä on tarkka nesterajoitus tulee käytettävät lasit ja kannut mitata desilitramitalla, jotta niiden vetoisuus selviää. Janon tunnetta voi helpottaa nauttimalla nesteet kylminä, sitruunan lisäämisellä juomaveteen, jääpalojen imeskelyllä, pastillien tai purukumin pureskelulla ja apteekista saatavien syljen eritystä lisäävien kostutussuihkeiden avulla.

#### 2.4.3 Suolan välttäminen ja ravitseminen

Suolan välttäminen on vajaatoiminnan hoidossa tärkeää sillä se sitoo nesteitä elimistöön. Natriumin tarve vuorokaudessa on 0,5 grammaa. Ruokasuolan määrä vuorokaudessa tulisi pitää alle 5 grammassa. Määrä vastaa yhtä teelusikallista. Suurin osa suolasta tulee piilosuolana eineksistä ja leivästä. Kotiruokaa valmistettaessa tulisi välttää turhaa suolan käyttöä ja jättää pöytäsuola pois käytöstä. Ruokasuolan tilalle voi vaihtaa mineraalisuolan. Näissä valmisteissa natrium on korvattu kaliumilla ja magnesiumilla. Vähäsuolaisuuteen voi opetella ja sen vähentäminen kannattaakin opetella asteittain ja korvata osa mausteilla. Muutos voi kestää viikkoja, mutta se on mahdollista. Suolaprosentti tulisi tarkistaa kaikista elintarvikepaketeista. Sydänmerkillä varustetuissa tuotteissa nämä arvot ovat kohdallaan. Ravitsemussuosituksissa pätee sydänpotilaalle yleiset ohjeet kovien rasvojen välttämiseksi ja ruokavalion tulisi olla tasapainoinen kokonaisuus hiilihydraatteja, proteiineja ja pehmeitä rasvoja. Alkoholien ja tupakoinnin lopettaminen edistävät sydämen terveyttä, samoin kuin mahdollisen ylipainon pudottaminen. ( Mäkijärvi ym. 2008: 324.)

#### 2.4.4 Liikunta

Kroonista vajaatoimintaa sairastavat ovat herkästi jääneet liikuntaan perustuvan sydänkuntoutuksen ulkopuolelle, koska tarvittavaa kokemusta turvallisuudesta ja vaikutuksesta näihin potilaisiin on ollut rajatusti tarjolla. Vuonna 2001 European society of cardiology julkaisi suositukset vajaatoimintapotilaan liikuntasuosituksista. Kuntoutuksen pääpainon on oltava liikunnassa, joka ohjelmoidaan potilaan suoritustason mukaan. Sitä varten potilaan olisi hyvä käydä kliinisessä rasituskokeessa. Toimintakyky luokan

on oltava NYHA I tai NYHA II. Tärkeää on henkilön oma-aloitteisuus ja pitkäjänteisyys ja harjoitteluohjelma joka on sovittu yhdessä lääketieteen ammattilaisten ja fysioterapeuttien kanssa. Tavallinen arki ja hyötyliikunta ovat myös tärkeitä voinnin mukaan ja potilaan on tärkeä kuunnella omaa kehoaan liikuntaa suorittaessaan. ( Karvonen - Korolainen 2005: 11.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan selviytymistä omahoidosta onnistuneen ohjauksen avulla. Tavoitteena on koota tutkittua tietoa potilaan ohjauksen edistävästä ja estävästä tekijöistä, joita voidaan hyödyntää potilaan ohjauksessa.

Käsiteltävät tutkimuskysymykset:

1. Millä keinoilla edistetään sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan selviytymistä?
2. Millaisia haasteita sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa ilmenee?

### **4 Opinnäytetyön toteutus**

#### **4.1 Kvalitatiivinen tutkimus**

Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on kvalitatiiviset menetelmät ja aineisto analysoidaan deduktiivisella sisällön analyysillä. Kvalitatiivinen tutkimus vakiintui hoitotieteessä 1980-luvulta alkaen. Lähtökohta kvalitatiivisessa tutkimuksessa on siis todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus siitä että todellisuus on monimuotoista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia totuusväittämiä. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto on luonnollisista todellisista tilanteista. Kvalitatiivinen tutkimus suosii ihmisiä tiedon instrumentteina. Perusteluna tälle on näkemys, että ihminen on riittävän joustava sopeutumaan vaihteleviin tilanteisiin. Apuna tutkija voi käyttää kuitenkin lomakkeita ja testejä (Kankkunen – Vehviläinen - Julkkunen 2013: 65 - 66.) (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2012: 160 – 164.)



Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. Monia hoitamisen ilmiöitä ei voi mitata määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein myös ihmisten omia kuvauksia. Hoitotyössä on myös hyvin sensitiivisiä alueita, joiden tutkiminen ei ole mahdollista kvantitatiivisin menetelmin. ( Kankkunen ym. 2013: 74.)

Aineiston kokoaminen kvalitatiivisessa tutkimuksessa tapahtuu monien eri menetelmien kautta. Aineisto voidaan koota kysymällä ihmisiltä suullisesti, kirjein, valokuvin, piirustuksin tai virallisten asiakirjojen kautta. Tietoa voidaan koota myös havainnoimalla ulkopuolisena tai osallistuvana tarkkailijana. Muistiinpanoja voidaan tehdä nauhoittaen, videoiden, tekemällä muistiinpanoja tai karttoja. (Kankkunen ym. 2013: 121.)

#### 4.2 Kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, joten on sopivaa tarkastella mitä kirjallisuuskatsaus merkitsee ja mitä siihen sisältyy. Kirjallisuuskatsaus on katsaus aiemmin julkaistuun tutkimustietoon. Sen tarkoitus on näyttää mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus jo liittyy olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus on tehokas väline syventää tietoja asioista, joista on jo valmiiksi olemassa tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsaus on siis toisen asteen tutkimusta eli tutkimustiedon tutkimusta. Aluksi on hyvä pyrkiä saamaan käsiteltävästä aiheesta mahdollisimman laaja kuva. Tämä onnistuu perehtymällä aiheita käsittelevään kirjallisuuteen. Kirjallisuuden tuntemus antaa varmuuden aiotun tutkimuksen mielekkyydestä ja sen hyödyllisyydestä. ( Tuomi – Sarajärvi 2013: 123.)

Kirjallisuuskatsausta laadittaessa tärkeää on tutkimussuunnitelman laadinta. Siinä määritellään tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi, sekä sisäänottokriteerit joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Suunnitelman laatiminen edellyttää aikaisempaa riittävän laajaa tutkimustietoa ja selvítettävä aiheesta jo tehdyt kirjallisuuskatsaukset jotta vältetään päällekkäisyydet. Tutkiessani valitsemani aiheita, en törmännyt kuin yhteen opinnäytetyöhön joka sivusi aiheitani. Laajempaa tutkimustietoa aiheesta löytyy runsaasti mutta kirjallisuuskatsauksia sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitotyöstä ja ohjauksesta ei ole juurikaan tehty. ( Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.)

Alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Tiedonhaussa määritellään tietokannat, vapaat tekstisanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät. Tietoa on parasta hakea useammilla kielillä ja haun suunnitteluun kannattaa varata aikaa. Hakuja on hyvä rajata myös ajallisesti ja pyrkiä käyttämään mahdollisimman tuoretta tietoa. Perusajatuksena ei suositella käytettäväksi yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, vaikka onkin silti hyvä muistaa että mikäli aiheesta löytyy paljon tietoa, siitä on julkaistu todennäköisesti myös klassikkoteoksia ja nämä on usein hyvä liittää tutkimukseen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös alkuperäislähteitten käyttö, sillä toisen käden lähteitä käytettäessä väärin siteeraamisen riski on suurempi. ( Kankkunen ym. 2013: 92 -93.)

Tiedonhakuja helpottaa nykyisin käytettävissä oleva tietotekniikka. Ongelmaksi muodostuukin nykyisin tiedon valtava määrä josta tutkijan saattaa olla vaikea valikoida juuri omaa tutkimusta varten keskeiset julkaisut. Yleisimpiä tietokantoja joista hakuja tutkimuksiin tehdään, ovat Terveysportti, Cinahl, Medic, Medline, Ebsco ja myös Nelli hakuportaalia käytetään yleisesti. Näissä tietokannoissa lähteet ovat käyneet läpi kaksoissokkoarvioinnin ja ovat siten tieteellisesti laadukkaita. Manuaalinen tiedonhaku täydentää osaltaan elektronista tiedonhakuja ja sitä ei kannata jättää pois haettaessa. Tutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit ja niiden tulisi perustua tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Tutkimukseen valittujen artikkelien laatuun tulee myös kiinnittää huomiota. Laadussa kiinnitetään huomiota esimerkiksi alkuperäistutkimukseen ja siinä käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. Näiden perusteella mukaan valitut tutkimukset muodostavat analysoitavan aineiston. Opinnäytetyön tiedonhaku on kuvattuna yllä käsiteltyjen kriteerien mukaisesti otsikon tiedonhaun kuvaus alla. ( Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39 - 43.)

#### 4.3 Tiedonhaun kuvaus

Tutkimus kysymysten määrittelyn jälkeen ryhdytään tiedonhakuun aiheesta. Tarkempi kuvaus tiedonhausta löytyy liitteestä 1. Tutkimus kysymyksiä syntyi kaksi, joiden perusteella tiedonhakuja lähdettiin tekemään. Tiedonhaun tarkoituksena on löytää tutkimuskysymysten kannalta kaikki oleellinen aihetta käsittelevä tieto. Tiedonhaussa käytettävien termien valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset joiden pohjalta käytössä olivat termit sydämen vajaatoiminta, potilas ohjaus, inpatients, heart failure ja patient education. Tietokannoiksi hakuja varten valittiin Medic, Cinahl ja Ovid (Medline). Cinahl on hoitotieteen, fysioterapian ja hoitotyön laaja viite- ja tiivistelmätietokanta. Medic on terveystie-

teellinen tietokanta, joka sisältää viitteitä suomalaisesta lääke- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Ovid (Medline) taas on kansainvälinen hoitotieteen, lääke- ja hammaslääketieteen tietokanta. Tiedonhaussa autoivat Metropolia ammattikorkeakoulun informaattikot. Haku määriteltiin mahdollisimman kattavasti koskemaan vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Hakuja tehtiin myös käsin tutkimuskysymysten kannalta keskeisimmistä julkaisuista.

#### 4.3.1 Aineiston valitsemiskriteerit

Kansalliset ja kansainväliset hoito terveys ja lääketieteelliset tutkimukset, jotka vastaavat käsiteltäviin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulee käsitellä vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Tutkimuksien tulee olla korkeintaan 10 vuotta vanhoja, jotta taataan mahdollisimman ajankohtainen ja paikkansapitävä tutkimustieto.

Haku suoritettiin kaikista kolmesta tietokannasta ja ne tuottivat yhteensä 167 osumaa. Kaikki viitteet käytiin läpi opinnäytetyön tekijän toimesta ja otsikon perusteella valittiin 51. Näistä valittiin lähempään tarkasteluun 25 ja kaikista luettiin tiivistelmät. Tiivistelmän perusteella lopulliseen tarkasteluun otettiin 10 artikkelia. Artikkeleiden laatua arvioidessa kiinnitettiin huomiota siihen että tutkimus esiintyy tieteellisessä julkaisussa ja sen ilmestymisvuosi on riittävän tuore. Tutkimukset jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin, jätettiin pois.

#### 4.3.2 Tiedonhaun luotettavuuden arviointi

Tiedonhaussa käytetyt viitetietokannat ovat kansainvälisiä ja tunnettuja tietokantoja. Kyseisten tietokantojen sisältö on laaja ja monipuolinen ja niiden sisältämä tieto perustuu useisiin tieteellisesti painaviin julkaisuihin. Tiedonhaun avainsanojen valinnassa pyrittiin mahdollisimman selkeään ja tarkasti rajattuun tulokseen, mikä ilmeni haun osumien rajoittumisena alle 200 tulokseen. Mielestäni haku oli silti monipuolinen ja kattava sekä oleellinen tieto löytyi helposti. Myös rajaamalla haku alle 10 vuotta vanhoihin tuloksiin ja pitämällä kieli suomessa tai englannissa lisäsi haun luotettavuutta tiedon suhteen. Englanti on kuitenkin kansainvälisesti käytetyin hoitotieteellisen materiaalin julkaisussa käytetty kieli.

Mukaan valitut julkaisut olivat alkuperäislähteitä ja tämä on luotettavuuden kannalta tärkeää, sillä alkuperäisiin tutkimuksiin osoittaa usein sen miten tieto on moninkertaisessa lainaus- ja tulkintaketjussa saattanut muuttua suurestikin. Painoarvoa on myös sillä kuka tutkimuksen on julkaissut. Arvostettu kustantaja ei yleensä ota painettavaksi tekstiä joka ei ole läpäissyt referee-menettelyä eli asiantarkastusta. Mukaan valitut tutkimukset ovat kaikki painettu arvostetuissa tutkimus tieteiden julkaisuissa ja niiden kirjoittajat ovat julkaisseet useita tieteellisiä artikkeleita tai tutkimuksia. ( Hirsjärvi ym. 2012: 113 – 114.)

## 5 Aineiston analyysi

### 5.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi otettiin käyttöön 1950-luvulla sosiaalitieteissä ja sitä on käytetty myös psykologiassa, liiketaloustieteissä ja viestinnän tutkimuksessa. Sisällönanalyysi on laajasti käytetty myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Suomessa sisällönanalyysiä kuvaavana keskeisenä oppikirjana voidaan pitää Veikko Pietilän teosta Sisällön erittely vuodelta 1973. Sisällön erittelyä voidaan Pietilän mukaan käyttää kahden tyyppisissä tutkimuksissa: 1. jonkun dokumenttiryhmän sisällön kuvaamiseen tai 2. päätelmien tekemiseen dokumenttien sisällön perusteella niiden tuottajista. (Kankkunen ym. 2013: 166 - 167.)

Sisällön analyysin tavoitteena on ilmiön laaja ja tiivis esittäminen niin että, tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että ilmiöiden väliset suhteet tulevat selvästi esille. Tämän seurauksena syntyy käsiteluoituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysi ei etene suoraviivaisesti, ja sen käyttö on uskottua monimutkaisempaa, koska se ei ole kovin formuloitua. Sisällönanalyysin haasteena on juuri sen joustavuus ja säännöttömyys: se pakottaa tutkijan ajattelemaan itse. (Kankkunen ym. 2013: 166 - 167.)

### 5.1.1 Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet

Teorialähtöisessä aineiston analyysissä ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Sen sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita. Aineistosta poimitaan tämän perusteella ne asiat jotka analyysirunkoon kuuluvat ja lisäksi ne asiat jotka jäävät ulkopuolelle. Näistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Analyysirunko voi olla myös strukturoitu jolloin testataan aikaisempaa teoriaa tai käsitejärjestelmää uudessa kontekstissa. Teoria toimii apuna analyysin etenemisessä ja aikaisempi tieto ohjaa analyysiä luokittelujen vuoksi. Deduktiivisessä analyysissä käytetään tiettyä teoriaa, mallia tai aikaisemman tiedon perusteella laadittua teoreettista lähtökohtaa ilmiön määrittelemiseksi. Näin myös tutkimuksen raportoinnissa näkyy teorian ohjaava vaikutus. Aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 113.)

Seuraavaksi aineisto pelkistetään ja ryhmitellään. Tämä toteutetaan etsimällä aineistosta systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Ilmaukset tai ajatuskokonaisuudet kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon ja ryhmitellään analyysirungon mukaisiin luokkiin. Pelkistäminen voi tapahtua siten, että auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvailevia ilmauksia, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä. Jos sisällönanalyysiä halutaan jatkaa kategorioiden muodostuksen jälkeen, kategoriat voidaan kvantifioida. Tällöin lasketaan kuinka monta kertaa kategorian sisältämä asia ilmenee aineistossa tai kuinka moni tutkittava ilmaisee kyseisen asian. Kvantifiointi ei ole ristiriidassa laadullisin menetelmin kerätyn ja näin myös analysoidun aineiston kanssa vaan se tuo laadulliseen tulkintaa lisää näkökulmaa. Ryhmitelyä seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Lopuksi tutkija tekee johtopäätökset ja pyrkii ymmärtämään mitä aineistosta saatiin selville ja miten se kuvaa tutkimuskysymyksissä asetettuja ongelmia tai asioita joihin halutaan vastaus. Päätelmät kirjoitetaan auki ja tulosten luotettavuutta arvioidaan. ( Tuomi – Sarajärvi 2013: 113 – 121.)

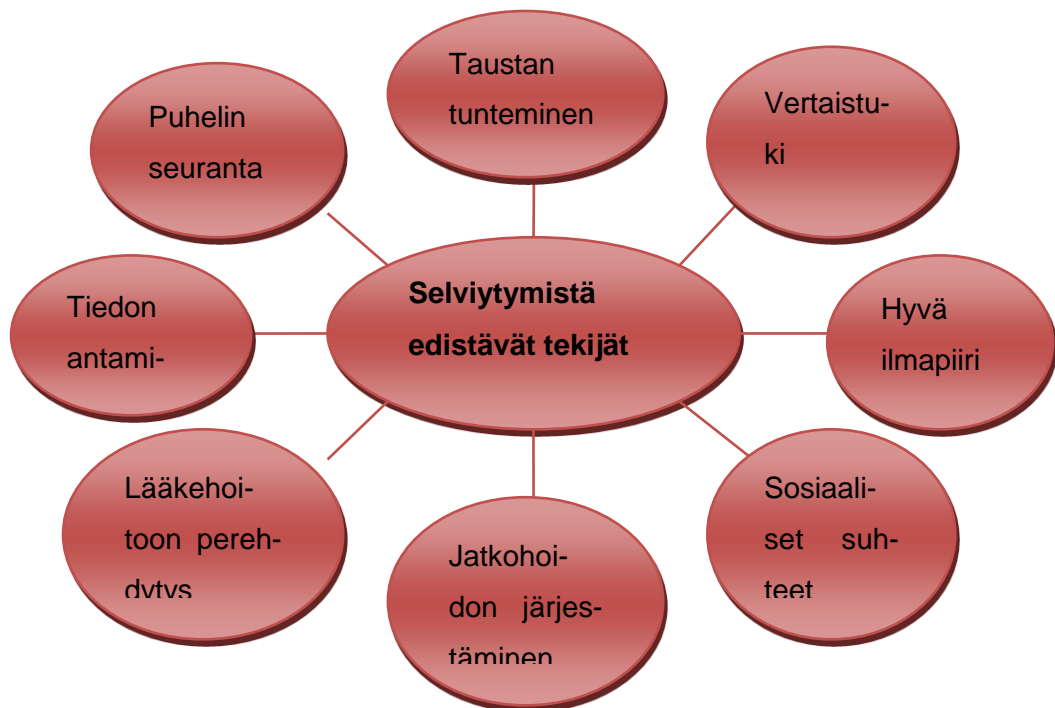
### 5.1.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttämällä deduktiivista sisällön analyysia. Aineisto luettiin läpi kokonaiskuvan saamiseksi ja kaikki artikkelit lisättiin analyysikehykseen, josta käy lyhykäisyydessään läpi kunkin artikkelin pääpiirteet. Analyysikehys löytyy liitteestä 2.

Seuraavaksi kaikki tutkimukseen valitut artikkelit luettiin ja ne tiivistettiin jättämällä pois asiat jotka eivät liity tutkimuskysymyksiin. Pelkistetyt ilmaukset jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin, ryhmiteltiin aihepiireittäin. Niistä muodostettiin tutkimuskysymyksiin vastaavia alakategorioita ja lopuksi alakategorioista muodostettiin yläkategoriat. Alakategorioita muodostui yhteensä 12 ja yläkategorioita 2. Molemmat tutkimuskysymykset käsiteltiin omalla sisällönanalyysillä ja tarkempi kuvaus analyysin etenemisestä löytyy liitteestä 3.

## 6 Tulokset

### 6.1 Potilaan selviytymistä edistävät tekijät



Kuvio 1. Vajaatoimintapotilaan selviytymistä edistävät tekijät.

Potilaan selviytymistä edistivät useat tekijät. Sillä että ohjaava henkilö tuntee potilaan taustaa tai haluaa perehtyä siihen esimerkiksi potilasta haastatteleamalla parantaa selvästi ohjauksen tuloksia ja tuo sen henkilökohtaisemmalle tasolle. Näin toimimalla lisää myös potilaan motivaatiota ja halukuuta sitoutua hoitoon. Taustaa voidaan selvittää potilaskertomuksesta ja haastatteleamalla potilasta tai hänen omaisiaan.

Tiedon antaminen sairaudesta selkeästi ja kaunistelematta, tuli esille monessa kohdassa artikkeleita tarkastellessani. Potilaat toivoivat eniten tietoa sairauden syistä, oireista ja ennusteesta. Ennusteesta puhuminen koetaan kuitenkin usein vaikeaksi, varsinkin vajaatoimintaa sairastavien kohdalla juuri huonon ennusteen takia.

Potilaat kaipasivat myös lisää tietoa lääkehoitoa koskevista asioista. Liian usein lääkehoito jää hoitavan henkilökunnan vastuulle ja potilas saa kotiin lähtiessään liudan reseptejä ilman mitään muuta tietoa kuin että ne tulisi ottaa. Eräässä artikkelissa esiintynyt kommentti, *I just dont like taking tablets and say they fix me*, kuvaa hyvin monen potilaan tilannetta sairaalasta kotiuduttaessa. Lääkehoito on keskeisellä sijalla vajaan toimintaa sairastavan potilaan hoitoa ja esimerkiksi nesteenpoistolääkkeiden vaikutus ja niiden titraaminen kotona mikäli paino muuttuu, pelastaa potilaan vajaatoiminnan pahenemiselta ja ylimääräisiltä sairaalajaksoilta. Tämä tietenkin edellyttää hoitohenkilökunnalta riittävää perehdytystä lääkehoidon tärkeydestä.

Potilaan jatkohoidon hyvä suunnittelu nousi myös esiin tutkimus artikkeleista. Huolellisesti järjestetty kotiutus parantaa potilaan mahdollisuutta selviytyä sairauden kanssa. Kotiutus vaatii moniammatillista yhteistyötä ja se tulisi suunnitella tiiviisti potilaan kanssa yhteistyötä tehden. Potilaan selviytymisen kannalta esiin nousi myös sosiaalisen tuen ja vertaistukiverkoston tärkeys. Omaisten mukaan ottaminen ohjaukseen ja potilaan sosiaalisen elämän tukeminen todella lisää potilaan hyvinvointia ja sitä kautta parantaa selviytymistä sairauden kanssa. Ohjauksessa mukana oleva omainen on myös ylimääräinen kuuleva korva ja monesti omainen muistaa ohjauksesta enemmän kuin potilas. Tämä tulisi huomioida varsinkin kognitiivisia häiriöitä sairastavien potilaiden kohdalla.

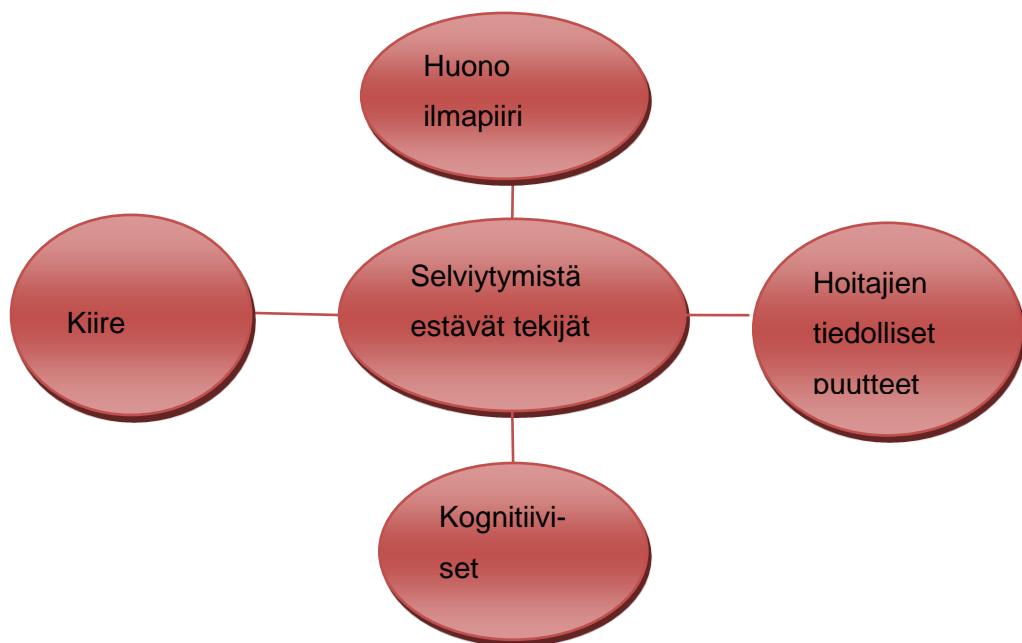
Hoitohenkilökunnan osaamisessa näkyi puutteita potilaiden ohjaamisesta eri vertaistukiryhmiin. Tämä puute oli merkittävä sillä tutkimuksista kävi selvästi ilmi potilaiden saama hyöty erilaisten kolmannen sektorin toimijoiden kautta. Henkilökunnan tietämättömyys erilaisista toimijoista vaikuttaa suoraan potilaiden kykyyn lähteä mukaan ryhmätoimintaan. Vertaistuen merkitys kyseisten potilaiden kohdalla, lisäsi merkittävästi potilaiden halua motivoitua omahoitoonsa ja tämä taas parantaa potilaiden ennustetta.

Ohjaustilanteessa hyvä ilmapiiri osoittautui myös tärkeäksi motivaattoriksi potilaille jatkohoidon kannalta. Kun ohjaus ei ollut kiireistä ja ohjaajan ja ohjattavan välille luotiin rauhallinen, luottamuksellinen ja neutraali ilmapiiri olivat tulokset selvästi parempia.

Aktiivinen kuuntelu ja erityisesti hoitajasta huokuva innokas ja myönteinen asenne olivat kaivattuja asioita ohjaustilanteessa.

Tutkimuksista nousi esille myös puhelinseurannan hyvät vaikutukset potilaiden selviytymisen kannalta sairaalasta lähdettäessä. Polikliinisesti tämän toteuttaminen lieneekin mahdollista esimerkiksi vajaatoimintahoitajan taholta. Tukisoitot rohkaisivat potilasta kertomaan kotona ilmenneistä ongelmista ja niihin myös pystyttiin puuttumaan ajoissa ennen esimerkiksi tilanteen muuttumista sairaalahoitoa vaativaksi.

## 6.2 Potilaan selviytymistä estävät tekijät



Kuvio 2. Vajaatoimintapotilaan selviytymistä estävät tekijät.

Potilaiden selviytymistä uhkaavaksi tekijöiksi nousi tutkimuksia tarkasteltaessa kiire. Liian vähäiset henkilökuntaresurssit pakottivat hoitajat usein tinkimään juuri ohjauksesta. Monesti potilaat eivät saaneet lainkaan ohjausta vaan he lähtivät sairaalasta kotiin täysin tietämättöminä siitä mitä nyt pitäisi tehdä, muuta kuin ottaa määrätyt lääkkeet jatkossa. Kiire saattoi myös joissain tilanteissa olla niin sanotusti luotu tilanne, jolloin hoitajat vain eivät välittäneet panostaa ohjaukseen kiireen varjolla.



Ohjauksen ilmapiiri oli myös asia joka nousi kielteisenä asiana esiin tutkimuksista. Hoitajien asenteessa oli toivomisen varaa ja usein potilas oli ohjaustilanteessa vain hiljaa kuunteleva osapuoli. Potilaita ei huomioitu yksilöllisesti tai heidän toiveitaan ei kysytty tai kuunneltu. Monesti ohjaus toistui samaa kaavaa noudattaen jokaisen potilaan kohdalla ja kahdensuuntainen dialogi puuttui ohjaustilanteessa kokonaan.

Suurena tekijänä hyvän vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen onnistumiselle on tietenkin hoitajan riittävä tietämys ohjattavasta asiasta. Useissa tutkimuksissa kävi ilmi sairaanhoitajien tietämättömyys vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöstä. Parhaiten tiedettiin painon ja ruokavalioon sekä elämäntapoihin liittyvät suositukset, mutta esimerkiksi potilaille tärkeä nesterajoitus ja lääkehoidon titraaminen eivät olleet riittävästi tiedossa sairaanhoitajilla. Koulutus ei anna riittäviä valmiuksia juuri tämän potilasryhmän kohdalla ohjaamiseen ja monesti tiedon hankkiminen jäi sairaanhoitajan itsensä vastuulle. Jos tätä ei tehty, jäi ohjaaminen luonnollisesti puutteelliseksi.

Selviytymistä estäväksi tekijäksi tutkimuksissa tulivat esille myös potilaiden kognitiiviset ongelmat. Ongelmat saattoivat johtua dementoivista sairauksista, masennuksesta tai ahdistuneisuudesta. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat ovat useimmiten iäkkäitä ja iän mukanaan tuomat haasteet rajoittavat myös asioiden nopeaa omaksumista. Potilailta esiintyi myös paljon erilaisia epätoivon ja toivottomuuden tunteita, mitkä useimmiten eivät motivoi potilasta sitoutumaan ohjaukseen ja omahoitoon kun taudin ennuste on usein huono. Dementoituvan potilaan kohdalla haasteet ovat ohjauksessa juurikin sairauden mukanaan tuoman oppimisvaikeuden kannalta hankalat. Näiden potilaiden kohdalla hyvän hoidon onnistuminen vaatiikin apuja sekä omaisilta että moniammatillisista yhteistyötä esimerkiksi kotihoidon kanssa. Kognitiivisista ongelmista kärsivän potilaan kohdalla myös ohjauksen toteutustapa vaatii hoitohenkilökunnalta enemmän panostamista kuin muiden potilaiden kohdalla. potilaiden yksilölliset tarpeet tulevat tässä kohtaa erittäin tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi, jotta ohjaus menee perille ja potilas osaa toimia jatkossa toivotulla tavalla.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Potilaan selviytymistä edistävät tekijät osoittautuivat opinnäytetyössä hyvin samankaltaisiksi kuin teorian tietoon pohjautuvat aiheista kirjoitetut tutkimustulokset ja kirjat. Esimerkiksi edistävänä tekijänä esiin nousut potilaan taustatietojen tunteminen parantaa potilaan saamista mukaan ohjaukseen. Lähtötilanteen arviointiin saattaa riittää yksinkertaisesti se että pyytää potilasta kuvailemaan kolme häntä eniten askarruttavaa kysymystä, joihin hän ohjausta tarvitsee. Taustatyön tekeminen antaa hoitajalle hyvän pohjan, jonka kautta potilaan kanssa päästään samalle aaltopituudelle. Esimerkiksi sairauden kestoon liittyy se, minkälaisia asioita potilaalle kannattaa lähteä ohjaamaan ja mitä hän jo tietää sairaudestaan. (Kyngäs ym. 2007: 25 – 28.)

Sosiaalisten verkoston kohdalla ilmeni myös selkeästi sen motivaatiota edistävä vaikutus. Potilaat joilla oli laaja sosiaalinen verkosto selvisivät sairautensa kanssa huomattavasti paremmin, kuin ne joilla tukiverkosta oli vähän. Potilaiden ohjaaminen esimerkiksi kolmannen sektorin tarjoamiin tukiryhmiin oli selvästi puutteellista ja hoitajien tietämys aiheesta heikko. Erilaisia tukiryhmiä tunnettiin hyvin vähän. Kela ja sydänliitto järjestävät erilaisia sopeutumiskursseja ja nämä olisi potilaalle hyvä kertoa. (Mäkijärvi ym. 2008: 317 – 318.)

Omaisten mukaan ottaminen paransi myös selvästi potilaan kykyä selviytyä omahoitosta, sillä ylimääräinen kuuleva korva ohjaustilanteessa paransi omaksuttujen asioiden määrää, varsinkin kognitiivisista ongelmista kärsivillä potilailla. Kyngäksen ym. (2007) mukaan kunnioittaminen lisää potilaan voimavaroja ja kunnioittamalla potilasta hoitaja ymmärtää paremmin hänen näkemyksiään ja tunteitaan. Myös empatian osoittaminen, aito läsnäolo ja hiljaisuuden sietäminen kuuluvat onnistuneeseen ohjaukseen. Tämä tuli vahvasti esille myös opinnäytetyön tuloksista, sillä potilaat nimesivät ohjauksessa juurikin ilmapiirin yhdeksi tärkeäksi onnistuneen ohjauksen kriteeriksi. Hoitajan kiireetön asenne ja empaattinen kuunteleva suhtautuminen antoivat potilaalle mahdollisuuden kertoa luottamuksellisesti omista tuntemuksistaan ja osallistumaan vuorovaikutustilanteeseen tasapuolisesti.

Tiedon antaminen sairauden syistä ja seurauksista oli myös puutteellista. Potilaat eivät usein ohjauksen päätyttyä tienneet sairaudestaan sen enempää kuin ennen ohjaustaan. Mäkijärven ym. (2008) mukaan ohjaus koostuu monesta osatekijästä kuten nesterajoituksesta, lääkehoidosta, ravitsemus ja liikunta suosituksista sekä sairauden syistä ja seurauksista kuten oireista. Hoitajien tiedolliset puutteet heijastuivat suoraan potilaan saaman ohjauksen laatuun. Monessa tapauksessa sairaanhoitajien puutteelliset tiedot ohjauksen sisällöstä epäivät potilailta kunnollisen ohjauksen. Potilaita ei kuitenkaan pitäisi jättää pimentoon vain siksi että hoitajasta sairaudesta puhuminen tuntuu henkilökohtaisesti hankalalta tai hänellä ei ole riittävästi tietoa sairaudesta. Potilaalla on kuitenkin oikeus saada tietää tilastaan lain puitteissa ja henkilökunnan velvollisuus on sitä hänelle antaa pyytämättä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Hoitajilla on myös ammattiin perustuva velvollisuus ylläpitää ja hankkia tarvittavaa lisäkoulutusta, jotta potilaiden hoito ei vaarannu.

Tolosen (2009) mukaan masennus on hyvin yleistä sydämen vajaatoiminnasta kärsivien keskuudessa. Amerikkalaisen Duke-yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa, seurattiin kolme vuotta 204 sydänpotilasta. Peräti 46 % heistä poti myös masennusta. Seuran aikana kuoli 53 potilasta (26 %) ja 98 (48 %) joutui sairaalahoitoon kerran tai useammin sydänvaivojen vuoksi. Potilaat ovat myös varsin iäkkäitä ja monisairaita, mikä omalta osaltaan asettaa haasteita ohjaukselle. Tuloksista kävi myös ilmi juurikin ikään-tymisen ja kognitiivisten ongelmien asettamat haasteet ohjauksen kannalta. Dementoivat sairaudet vaikeuttavat osaltaan potilaiden selviytymistä, koska ohjauksen muistaminen ja vastaanotto tuottavat ongelmia. Masennus taas vaikeuttaa motivoitumista annettuun ohjaukseen ja vaikuttaa niin muistiin kuin keskittymiskykyynkin. Masentuneen, tai dementoituvista sairauksista kärsivän potilaan kohdalla, omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen ja hoidon suunnitteluun paransi, potilaan selviytymistä selvästi. Omaiset ovat potilaalle korvaamattoman tärkeä voimavara ja kiinteä osa hänen elämänsä. Omainen on yhteistyökumppani auttamalla hoitajia ymmärtämään potilaan taustaa ja käyttäytymistä. Onnistunut yhteistyö omaisten kanssa on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet. (Voutilainen ym. 2004, 77.)

Moniammatillinen toimiva yhteistyö eri tahojen kuten lääkäreiden, sairaalan ja kotihoidon sekä kolmannen sektorin välillä edistää potilaan selviytymistä. Hyvin suunniteltu jatkohoito on kulmakivi, varsinkin iäkkäiden tai dementoituneiden potilaiden selviytymisen kohdalla. Sairaanhoitaja voi ammattitaitoisella toiminnallaan huomattavasti edistää

potilaan sopeutumista ja selviytymistä kotiuttamisen jälkeen varaamalla aikaa kiireetömään keskusteluun ja kuunteluun kotiuttamisvaiheessa. Oleellista on kiinnittää huomiota psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, jotta varmistetaan turvallinen ja onnistunut kotiuttaminen. (Latvamäki 2006.) Merkityksellistä on tiedottaa potilaalle koko kotiuttamisprosessin ajan sen etenemisestä, aikatauluista sekä mahdollisista muutoksista. Näin toimien mahdollistetaan potilaan orientoituminen kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymiseen ja sopeutumiseen. Kotiuttamiseen tulee panostaa laadukkaalla ja huolellisella potilaanohjauksella. Jatkohoidon sujumisen varmistamiseksi tulee selvittää eri hoitomahdollisuuksia, jotta potilas saisi kaiken tarvitsemansa avun ja hoidon hoitajakson jälkeen. Potilaan kotiuttaminen ja jatkohoitoon siirtyminen on moniammatillista tiimityötä, jossa jokaisen panos vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon laatuun.

## 7.2 Luotettavuus

Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat esittäneet muun muassa Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985). Näitä kriteerejä ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), luotettavuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu mahdollisimman selkeästi. Lukijan tulee ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimukset vahvuudet ja rajoitukset. Käsitteet tuleekin olla hyvin määritettyinä ja analyysi ja tulokset kuvataan mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyön tiedonhaussa olen pyrkinyt kuvaamaan kaikki tiedonhaun vaiheet ja siinä käytetyt sanat ja haut tarkasti. Hakua olen havainnollistanut taulukon avulla joka opinnäytetyön liitteenä. Käsitteistä koin tärkeäksi määritellä sydämen vajaatoiminnan ja ohjauksen jotka olen avannut niitä käsittelevien otsikoiden alussa. ( Kankkunen ym. 2013: 198.)

Siirrettävyys viittaa siihen, missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun kontekstiin. tämä edellyttää huolellista tutkimusprosessin kuvausta sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä on tarpeen siltä varalta että joku toinen tutkija haluaa seurata tutkimusprosessia. Tästä on esimerkkinä kvalitatiivisessa tutkimuksessa suorien lainausten käyttö esimerkiksi artikkeleista tai haastattelusta. pitkien lainausten käyttö voi kieliä jäsentämättömästi analyysistä. Alkuperäislainaukset on siksi hyvä kuvata yleiskielelle muokattuna. Opinnäytetyössä pyrin pitämään tekstin yksinkertaisena lainauksien kohdalla. Sekä dokumentoimaan opinnäytetyön etenemisen kaikki vaiheet mahdollisimman tarkasti. ( Kankkunen ym. 2013: 197 – 198.)

Luotettavuutta voidaan lisätä esimerkiksi ulkopuolisen henkilön tarkastamalla tutkimusprosessin sekä tutkijan huomioimalla tutkimukseen mahdollisesti vaikuttavat ulkoiset tai ennustamattomat tekijät. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät myös se että tutkija on noudattanut tutkimuksen toteutumisen kannalta yleisesti hyväksytyjä periaatteita. Vahvistettavuutta voidaan lisätä niin ulkopuolisen henkilön arvioinnin kuin toisista vastaavaa ilmiötä tutkivien tutkimusten tuloksista. Myös esittämällä ratkaisut seikkaperäisesti lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Opinnäytetyö tarkastetaan plagioinnin tarkastusohjelmalla ja opinnäytetyöprosessin kulkua seurataan Metropolia AMK: n opinnäytetyön ohjaajan toimesta. ( Tuomi - Sarajärvi 2009: 138 - 139.)

Uskottavuus edellyttää sitä että tulokset on kuvattu niin selkeästi että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuus näkyy myös siinä miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. Tutkijan riittävän pitkä aika kyseisen ilmiön seurassa on omiaan vahvistamaan uskottavuutta. Opinnäytetyötä tehtiin vuoden verran ja tämän aikana olen paneutunut tutkittavaan asiaan syvällisesti. Kuitenkin olen tekemässä vasta ensimmäistä laadullista sisällön analyysiä, joten menetelmän ollessa minulle uusi, on luokitusten ja kategorioiden muodostaminen osoittautunut ajoittain hankalaksi rutiinien puuttuessa. (Kankkunen ym. 2013: 198.) ( Kylmä – Juvakka 2007: 128.)

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää sen kirjaamista niin että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin. Vahvistettavuus on osaltaan ongelmallinen laadullisessa tutkimuksessa, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy lainkaan samoihin tulkintoihin. Todellisuuksia on monia ja laadullisessa tutkimuksessa tämä hyväksytään. Erilaiset tulkinnat eivät ole kuitenkaan ongelma, sillä erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä kohteena olevasta ilmiöstä. Opinnäytetyötä tehdessäni olen pyrkinyt seuraamaan tutkimussuunnitelman yleisesti hyväksytyä runkoa ja huomioimaan aineistoa kerätessäni esimerkiksi tiedonhaussa käyttämieni sanojen suhteen sen, että ne olisivat mahdollisimman kattavia ja kuitenkin toisivat esille sen aineiston joka on oleellista tutkimuskysymysten osalta. Opinnäytetyölläni on myös ohjaaja joka tarkastaa ja valvoo prosessin etenemistä. (Kankkunen ym. 2013: 198.) (Kylmä - Juvakka 2007: 129.)

### 7.3 Eettisyys

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat monenlaiset lait ja asetukset. Niistä keskeisimpiä ovat laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), henkilötietolaki (986/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvahinkolaki (585/1992) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Myös kansallinen ohje tutkimuseetiikasta on muun muassa salassa pidettävien henkilötietojen luovuttaminen henkilöstörekisteristä viranomaisten luvalla. Lakia uudistettiin 2010 jolloin perustettiin myös valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta, joka tukee, seuraa ja ohjaa alueellisten toimikuntien työtä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta käsittelee myös tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja tutkimuseetiikkaa. Tämä neuvottelukunta on hyväksynyt muun muassa korkeakoulujen käyttämät menettelyohjeet. (Kankkunen ym. 2013: 212 - 216.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet korostavat muun muassa vapaaehtoisuutta, potilaan suostumusta, anonymiteettiä, oikeudenmukaisuutta, plagioinnin välttämistä ja tulosten esittämistä oikein ja sepittämättä niitä. Tutkijan tulee arvioida aiheen merkitystä jo ennen tutkimukseen lähtemistä ja sen hyödyllisyyttä hoitotyölle. Opinnäytetyössä koin aihevalinnan merkitykselliseksi huomattuani työelämässä vajaatoimintaa sairastavien tietävän kovin huonosti omaan sairauteensa liittyviä asioita. Lisäksi ohjaaminen tuntuu olevan liian hätäistä ja siihen ei panosteta sen vaatimalla tavalla. Vajaatoimintaa sairastavat myös ovat yksi suurimmista terveydenhuollon kulujen aiheuttajista, joten koin siksi aiheen merkitykselliseksi.

Koska käsittelen aihetta kirjallisuuskatsauksena huomioin anonymiteetin välttämällä mukana olevien julkaisujen tai niiden kirjoittajien nimien esiintymistä aineiston analysoinnissa ja lisäksi pyrin välttämään puolueellisuutta tarkoin valituilla hakusanoilla ja käyttämällä kansainvälisiä hakusivustoja monipuolisesti. Käyttämällä englanninkieltä suomen lisäksi pyrin pitämään aineiston kattavana ja monipuolisena. Plagioinnin välttämiseksi käytän tekstissä lähdeviitteitä ja merkintöjä aina lainatessani toisen henkilön tekstiä. Käytän myös plagioinnin tarkistuksessa Metropolia AMK:n plagioinnin tarkastusohjelmaa.

#### 7.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus on hyvin laaja kokonaisuus ja sen onnistuminen riippuu monesta tekijästä. Sairaanhoitajien riittävä tieto ohjauksen sisällöstä on oleellinen osa sitä että potilas tulee ohjattua oikein ja riittävän tarkasti. Koulutus ei nykyisyydellään anna hoitajille riittäviä tietoja kyseisen potilasryhmän ohjaamiseen. Sydämen vajaatoiminta on kuitenkin todella yleinen varsinkin iäkkäiden potilaiden kohdalla. Väestön ikääntyessä ongelma tulee myös lisääntymään. Sairaanhoitajien koulutukseen olisi hyvä lisätä kyseisen potilasryhmän hoitoa ja tietenkin jokaisen hoitajan on tunnettava vastuunsa ja opiskeltava itse aihepiiriin kuuluvia asioita jos tuntee tietonsa puutteelliseksi.

Potilaille tärkeää ohjaustilanteessa oli juuri kiireetön ja rauhallinen ilmapiiri, hoitajan vastuulla on huolehtia että tämä toteutuu. Monesti kiire on vain tunne hoitajalla ja asenne ohjaukseen on väärä. Olisi kuitenkin hyvä muistaa että hyvin ohjattu potilas motivoituu paremmin omahoitoon ja tämä taas osaltaan vähentää sairaalakuluja joita pahenemisvaiheet aiheuttavat potilaille. Kyseessä on asennemuutos ja tämä on tarpeen monessa ohjaustilanteessa.

Kognitiivisista häiriöistä kärsivien potilaiden ohjauksessa ilmeni puutteita. Potilaiden on vaikea omaksua tietoa ja heille ei monesti sitä annetakaan koska ajatellaan potilaan kuitenkin unohtavan tai jättävän hoitonsa huomiotta. Omaiset ja hyvin järjestetty jatko-hoito auttavat kyseisten potilasryhmien kohdalla. Omaisia tulisikin ottaa mukaan potilaiden hoitoon enenevässä määrin ja kannustaa heitä osallistumaan ohjaukseen.

## 8 Lähteet

Cowie, A J – Wood, D A – Coats A J 2000. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: A population based study. *Heart* 2000 83(5): 505- 10.

Eriksson, Elina – Partanen, Leila 2005. Sairaanhoidtajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 2005 3(1): 4 – 8.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen - Julkkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Karvonen, Juha – Korolainen, Päivi 2005. Ohjelmoitu ja ohjattu liikunta sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutuksessa. Helsinki: Minna Sillanpään Säätiö.

Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Mäkijärvi, Markku – Parikka, Hannu 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Kvist, Tarja – Kemppainen, Virpi – Kiema, Mari – Miettinen, Heikki 2013. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan, hoitotyössä. *Hotus*.

Kylmä, Juha – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 2006 18(1): 37 - 45.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsitys heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 2005 3(1): 10 – 14.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 §:n 2 mom., 4, 5 ja 6 § ja 12 §



Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 15 §

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilas ohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Latvamäki, Erja 2006. Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona sairaalasta pääsyn jälkeen. Turku. pro gradu. Turun yliopisto/hoitotieteen laitos.

Mäkelä, Anja – Ruokonen, Taina – Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tammi.

Poutala, Katri – Partanen, Leila – Tuunainen, Jouni 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. Sairaanhoidaja 2007 80(10): 20 – 23.

Tolonen, Matti 2009, Masennus pahentaa sydäntaudin ennustetta. Verkkodokumentti. <http://www.tritolonen.fi/index.php?page=news&id=593>. Luettu 12.11.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, Päivi - Vaarama, Marja - Backman, Kaisa - Paasivaara, Leena - Eloniemi-Sulkava, Ulla - Finne- Soveri, Harriet. 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes.

**Tiedonhaun kuvaus ja valintaprosessi.**

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Medic	Sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus	or, 2004-2014	110	32	16	6
Ovid (MedLine)	heart failure, patient education, inpatients	and, last five years, english	10	3	3	1
CINAHL	patient education, heart failure	and, finnish, english, 2004-2014, continental europe	47	16	6	3
<b>Yhteensä</b>			167	51	25	10

## Analyysikehys

Nimi, vuosi, maa,	tekijä(t), julkaisu-	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomioitavaa
Sydämen toimintapotilaan omahoidon ohjaus, Kempainen, Kvist, 2012, Sairaanhoidaja 85(8/2012), Suomi.	vajaa- vajaatoiminta potilaan ohjauksen sisältöä.	Kuvaa	Hoitotyöntekijät.	Ei käy ilmi artikkelissa.	Artikkelissa esitetään kymmenen hoitotyön suositusta, jotka antavat vajaa-toimintaa sairastavan potilaan ohjaukselle selkeät tavoitteet.	Artikkeli perustuu näyttöön perustuvan hoitotyön. Alkuperäinen suosituksen laatija on Hotus.
Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta, Eriksson, Partanen, 2005, Tutkiva hoitotyö, vol.3 (1), Suomi.	Kartoittaa sairaanhoitajien tietoja ja osaamista HYKS:n 7 vuodeosastolla vajaatoimintapotilaiden ohjauksen osalta	61 sairaanhoitajaa koltelta ja logiselta ja neljältä yleissisätautien vuodeosastolta.	Strukturoitu kyselylomake. Analyysi tehtiin tilastollisin menetelmin NCSS-tilasto-ohjelmalla	Sairaanhoitajien tiedot ohjauksesta olivat kohtalaisen vähäiset. Osaamisen puutteet tiedostettiin varsinkin lääkehoidossa.	Tutkimuksessa jätettiin ulkopuolelle lyhyen kokeemuksen omaavat hoitajat. Vastausprosentti jäi alhaiseksi, joten otanta melko pieni.	
Sydämen toimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta, Poutala, Partanen, Tuunainen, 2007, Sai-	vajaa- sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kokemuksia saa-	117 ohjausta saanutta potilasta.	Kyselylomake.	Pääosin potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.	Tutkimus toteutettiin yhdessä Meilahden sairaalan vajaatoimintahoitajan kans-	

raanhoitaja, 10/2007, Suomi.	mastaan ohja- uksesta HYKS:n sisä- tautien toimi- alan kardiolo- gian klinikalla.			Potilaat tar- vitsisivat kuitenkin enemmän aikaa ja ohjaukerto- ja sisäis- tääkseen sairauteen- sa liittyvät asiat.	sa. Vastan- neiden keski- ikä oli melko matala 59 vuotta.
Sairaanhoitaja sydämen vajaa- toimintapotilaan ohjaajana, Parta- nen, 2004, Sai- raanhoitaja 2/2004 (77), Suomi.	Artikkelissa kuvataan va- jaatoimintaa sairastavan potilaan ohja- uksen sisältö- jä.	Sairaanhoita- jat	Ei käy ilmi artikkelissa.	Oikein ohja- tut potilaat ottavat hoi- dostaan paremmin vastuuta ja tarve sairaa- lahoidolle vähenee sekä ennus- te paranee.	Ohjauksen runkona käy- tetään struktu- roitua kaava- ketta. Käytös- sä Hus:n kar- diologian klini- kalla.
Ohjaus ja seuranta sydämen vajaa- toimintapotilaan hoidossa, Ekola, 2010, Terveiden- hoitaja 7/2010, Suomi.	Artikkelissa kuvataan toi- mintamalli joka on kehitetty vajaatoimintaa sairastavien hoidon, ohja- uksen ja sel- viytymisen parantamiseksi.	Sairaanhoita- ja, potilaat.	RAY:n ra- hoittama nelivuoti- nen projekti yhdessä Helsingin Sydänpiirin, Helsingin terveys- keskuksen ja HYKS:n kanssa.	Projektissa on tuotettu kirjallista ohjausmate- riaalia mm. sydänkansio sekä potilai- den oma- seuranta- vihko.	Toimintamal- lista tarkoitus kehittää valta- kunnallinen.

Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta, Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa, 2005, Tutkiva hoitotyö, 1/2005 (3), Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.	844 sairaalassa ollutta potilasta.	Aineisto kerättiin strukturoidulla kysymyslomakkeella ja analysoitiin tilastollisesti sekä sisälön analyysillä.	Ohjaus osoittautui osittain riittämättömäksi. Tilat ja ilmapiiri ohjaukselle olivat hyvät, mutta sosiaalisen tuen kohdalla potilaat toivoivat enemmän tukea.
Learning style and learning needs of heart failure patients, Boyde, Tuckett, Peters, Thompson, Turner, Stewart, 2009, European journal of cardiovascular nursing 8/2009, Australia.	Tarkoituksena selvittää vajaatointia sairastavien potilaiden oppimistapoja ja tarpeita.	55 vajaatointia sairastavaa potilasta useasta eri sairaalasta.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella potilailta. Analysoitiin käyttämällä tilastollisia menetelmiä.	Potilaat toivoivat eniten monimuotoista opetusta, johon sisältyi kirjallista materiaalia ja lisäksi esim. luentoja. Tietoja toivottiin eniten oireiden tunnistamisesta ja ennusteesta.
Living with heart failure without realizing: a qualitative	Selvittää vajaatointia sairastavien	10 vajaatointia sairastavaa potilasta.	Aineisto kerättiin käyttäen	Osanottajat kokivat, etteivät olleet

patient study, Andersson, Eriksson, Nordgren 2004, British journal of community nursing, vol 17 (12), England.	kokemusta tuen saannista perusterveydenhuollon puolella.	lasta jotka syntyneet vuosina 1922- 1951.	puoli strukturoitua haastattelua ja analysoitiin sisällön analyysin avulla.	saaneet tietoa sairaudestaan, vaan luulivat oireiden johtuvan esim. ikääntymisestä.
Learning for heart failure patients, Boyde, Tuckett, Peters, Thompson, Turner, Stewart, 2009, Journal of clinical nursing vol. 18, England.	Tutkimus selvittää potilaiden tapoja oppia, jotta potilasohjausta voitaisiin kehittää tehokkaampaan suuntaan.	12 sydämen vaajaatoimintaa sairastavaa potilasta.	Aineisto kerättiin puoli strukturoidulla haastattelulla ja analysoitiin sisällön analyysillä.	Aineistosta nousi neljä pääkohtaa: tiedollinen puoli, oppimisen haasteet, asenne oppimiseen ja opetuksen ja henkilökohittaisen koulutuksen kohtaaminen.
Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group program, Smeulders, van Haastrenge, Ambergen, Stoffers, Janssen-Boyne, Uszko-Lencer,	Tutkimuksessa selvitettiin vaajaatoimintaa sairastavien toimintakyvyn paranemista, heidän osallistautensa ryhmätoimintaan.	317 potilasta joista 265 suoritti ohjelman loppuun asti ja osallistui vastaamalla kyselyyn.	Aineisto kerättiin puhelimitse kyselylomakkeella, ohjelman loppumisen jälkeen. Analyysissä käytettiin tilastollisia menetelmiä.	Henkilöt jotka olivat vähemmän koulutettuja, hyötyivät vertaisryhmästä selvästi enemmän kuin korkeammin koulutetut.

Gorgels, Lode-  
wijks-van der Bolt,  
van Eijk, Kempen  
2010, Patient edu-  
cation and coun-  
seling 2010 (81),  
Netherlands.

## Sisällönanalyysi

## Sydämen vajaatoimintapotilaan selviytymistä edistävät tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Potilaiden tarpeet tulisi selvittää. Ohjaus tulisi perustua potilaan taustatekijöihin. Ohjaus vaatii paneutumista potilaan yksilöllisiin ongelmiin. Potilaan tarpeista lähtevää. Ohjaus tehostuu kun sen toteuttaja tuntee taustan. Personal resources, the unique life situation, history and ability to take in and learn need to be taken into account.	Taustan tunteminen.	S E L V I Y T Y M I S T Ä
Mitä vajaatoiminta tarkoittaa? Miten tunnistan oireet? Potilas ymmärtää vajaatoiminnan syyn, ennusteen ja miksi oireita esiintyy. Potilaan tiedollinen tukeminen on tärkeää. Suullisen ohjauksen tueksi kirjallista. Käytännönläheistä ja selkokielellä annettua. Selkeästi annetut elämäntapa ohjeet. Patients want to know about the signs and symptoms of heart failure and whether it can be curried.	Tiedon antaminen.	
Kulmakivi on lääkehoito. Dosetti on hyvä apu lääkehoidossa. Miten lääke helpottaa sydämen toimintaa? I like to know what I'm taking. I don't like just take tablets and say they fix me.	Lääkehoitoon perehdytys.	



Jatkohoidon hyvä järjestely.		
Hyvä kotiutumissuunnitelma ehkäisee vajaatoiminnan aiheuttaman uuden sairaalajakson.	Potilaan jatkohoidon hyvä suunnittelu.	<b>E</b>
Yhteydenpito ennen kotiutusta kotihoitoon.		<b>D</b>
Paras tulos moniammatillisella suunnittelulla.		<b>I</b>
Sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys.		<b>S</b>
Potilaat pitävät merkityksellisenä vertais-tuen saamista, kokemusten jakamista ja hyväksytyksi tulemistä.		<b>T</b>
Omaiset enemmän mukaan ohjaukseen.		<b>Ä</b>
Omaisten läsnäolo vähentää väärinymmärryksiä.		<b>V</b>
My wife comes with me, she writes everything down.	Sosiaaliset suhteet.	<b>Ä</b>
Membership in a group motivated them to learn.		<b>T</b>
They relied on their nieces or the wife.		<b>E</b>
Enemmän sosiaalisen tuen ohjausta.		<b>K</b>
Aktiivisella sosiaalisella verkostolla on hoitoon sitoutumisen kannalta parantava vaikutus.	Vertaistuki	<b>I</b>
Vertaistuen mahdollisuus on osoittautunut hyväksi.		<b>J</b>
Potilaita ohjataan kuntoutusryhmiin.		<b>Ä</b>
Healthcare professionals may encourage patients with a lower educational level to participate group programs.		<b>T</b>
Riittävästi aikaa.		
Henkilökunnalla pitäisi olla myönteinen asenne.	Hyvä ilmapiiri ohjaustilanteessa.	
Ohjaukseen toivottiin erityisesti lisää aikaa.		

Hoitajan motivoiva asenne.

Avoin keskustelu.

Rauhallinen opastus.

Professional need to prepare listen to their thoughts and feelings.

Puhelinseurannalla on keskeinen rooli.

Puhelinseuranta on käyttökelpoinen ja nopea.

Puhelinseuranta

Asioista on helppo neuvotella puhelimitse.

Puhelinkonsultaatio on tehokas ohjausmuoto.

Tukisoitot potilaalle ovat tehokkaita päänavaajia.

## Sisällönanalyysi

## Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen haasteet

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Puutteelliset henkilökuntaresurssit.		
Resurssipula lyhentää hoitoaikoja.		S
They just come and say hmm, hmm and walk away.	Kiire	E
Is that all I was getting- five minutes every three weeks.		L
		V
Ei ole mahdollisuutta keskustella tunteista ohjauksen aikana.		I
Ei huomioitu elämäntilannetta.		Y
Heidän asennoitumisessaan oli toivomisen varaa.		T
An absent dialogue.	Ei huomioitu potilasta.	Y
It was just too serious; it needs to be simplified not in medical jargon.		M
They think you're stupid.		I
		S
		T
Liian rutiininomaista.		Ä
Sairaanhoidajien tiedot olivat melko vähäiset.		
Vain kolmasosa arvioi tietävänsä vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöstä.	Hoitajien tiedolliset puutteet ohjauksesta.	
Ammatillinen peruskoulutus ei anna riittäviä valmiuksia ohjaamiseen kyseisen potilasryhmän kohdalla.		E
Lack of information.		H
Medication was just given to me.		K
		Ä
		I
		S
		E
Vanhuksilla muistin heikkeneminen, levottomuus ja sekavuus.		
Vajaatoiminta on aiheuttanut potilaille mielialan muutoksia.		

Potilailla esiintyy runsaasti uupumusta, huolestuneisuutta ja epävarmuutta.

20 % oli kliinisesti merkittävä masennus. Potilaiden kognitiiviset ongelmat.

Cognitive impairment or poor memory is prevalent in the HF population and memory loss was identified as impedance to their ability to retain knowledge.

Fear of dying and anxiety about their condition further impeded their ability to learn.

**V**

**Ä**

**T**

**T**

**E**

**K**

**I**

**J**

**Ä**

**T**