

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoidajakoulutus

2024

Marja Zewi

Sairaanhoidajan antaman potilasohjauksen merkitys sydämen vajaatoimintapotilaan omahoitoon

– kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Opinnäytetyö AMK | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidajakoulutus

2024 | 75 sivua, 5 liitettä

Marja Zewi

Sairaanhoidajan antaman potilasohjauksen merkitys sydämen vajaatoimintapotilaan omahoitoon

- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sydämen vajaatoiminta on krooninen ja etenevä sydämen heikentyneestä pumppaustehosta johtuva oireyhtymä. Sydämen vajaatoiminta on yksi yleisimmistä kansansairauksista ja tavallisimmista sairaalahoidon syistä Suomessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä potilaalle sydämen vajaatoimintaan annetun ohjauksen merkityksestä sekä miten saadun ohjauksen laatu ja sisältö vaikuttavat potilaan omahoitoon. Opinnäytetyössä aihetta tarkastellaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta. Tuloksissa keskityttiin kliiniseen osaamiseen sekä vuorovaikutusosaamiseen sairaanhoidajan työn näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan potilasohjaus vaatii sairaanhoidajalta laajaa teoreettista osaamista sydän- ja verisuonisairauksista sekä sydämen vajaatoiminnan liitännäissairauksien tuntemusta. Vuorovaikutukselliset taidot sekä erilaisten ohjaustapojen tuntemus osoittautuivat tärkeimmäksi sairaanhoidajan taidoksi potilasohjauksessa.

Asiasanat: sydänsairaus, sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus, omahoito.

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in nursing

2024 | 75 pages, 5 appendices

Marja Zewi

Guidance and self-care for patients with heart failure

- descriptive literature review

Heart failure is a chronic and deteriorating disorder due to reduced ejection fraction of the heart. Heart failure is one of the most common folk diseases and reasons for hospitalization.

The aim of this thesis was to increase understanding about the meaning of patient education that is given to heart failure patients and how the quality of the patient education can influence patients' self-care. In this thesis this subject is looked at from the clinical point of view as well as from the interaction skills point of view through the registered nurse's role.

According to this literature review nurse's role as a patient educator demands wide theoretical knowledge of cardiovascular diseases as well as other heart failure multimorbidity's. However, it was shown that the most important skills needed were interactional skills and knowledge about various kinds of patient education methods.

Keywords: heart disease, heart failure, patient education, self-care.

Sisältö

Käytetyt lyhenteet	7
1 Johdanto	8
2 Sydämen vajaatoimintaan sairastumisen syyt, luokittelu ja oirekuva	9
2.1 Sydämen vajaatoiminta ja sairastumisen syyt	9
2.2 Sydämen vajaatoiminnan luokittelu ja oirekuva	12
3 Sydämen vajaatoiminnan hoitomuodot	17
3.1 Lääkehoito	18
3.1.1 Angiotensiinikonvertaasian estäjät (ACE) ja angiotensiinireseptorin salpaajat (ATR)	19
3.1.2 Beetasalpaajat	20
3.1.3 Mineralokortikoidireseptorin salpaajat	21
3.1.4 Angiotensiininreseptorin salpaajan ja neprilysiiniestäjän yhdistelmä lääke ARNI	22
3.1.5 Natriumin- ja glukoosinkuljettajaproteiini 2:n estäjät eli SGLT2:n estäjät	22
3.1.6 Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet	24
3.2 Tahdistinhoito	25
3.3 Rytmihäiriöiden hoito	27
3.4 Lääkkeetön hoito	28
3.5 Sydämen vajaatoiminnan liitännäissairauksien huomioiminen	28
4 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen, potilasohjaus ja omahoito	30
4.1 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen	30
4.2 Potilasohjaus	30
4.3 Omahoito	31
5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	32
6 Empiirinen toteuttaminen	33
6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	33

6.2 Tiedonhaku ja valintakriteerit	33
6.3 Aineiston analyysi ja synteesi	37
6.4 Aineiston laadunarviointi	38
7 Tulokset	40
7.1 Potilasohjauksen merkitys	42
7.2 Terveysten ja hyvinvoinnin edistäminen	46
7.3 Opetus- ja ohjausosaaminen	47
7.4 Ymmärryksen lisääminen potilaan omahoidon tukena	49
8 Luotettavuus ja eettisyys	52
9 Johtopäätökset ja ammatillinen kehittyminen	55
9.1 Tulosten tarkastelu suhteessa tutkimusongelmiin	55
9.2 Ammatillinen kehittyminen	56
9.3 Jatkotutkimusehdotus	57
Lähteet	58
Analysoitujen artikkelien lähteet	63

Liitteet

Liite 1. Sydämen vajaatoimintapotilailla esiintyvät aiheuttaja- ja liitännäissairaudet

Liite 2. Opinnäytetyön aineiston pelkistys ja luokittelu

Liite 3. Minnesota living with heart failure -kyselylomake

Liite 4. Tutkimusten aineistokriteerit: järjestelmällinen katsaus

Liite 5. Opinnäytetyön aineistotaulukko

Kuvat

Kuva 1 Sydämen rakenne ja verenkierron kulkusuunnat	10
Kuva 2 Sydämen vajaatoiminnan syyt	11

Kuva 3 Systolisen (HFrEF) ja diastolisen (HFpEF)	13
Kuva 4 Sydämen vajaatoiminnan kliiniset vaiheet	14
Kuva 5 Sydämen vajaatoiminnan hoidon pääperiaatteet	18
Kuva 6 Vasemman kammion dyssynkronia ja sen korjaaminen sydämentahdistimella	26

Taulukot

Taulukko 1 NYHA-luokitus (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023)	15
Taulukko 2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	35
Taulukko 3 Tiedonhakutaulukko	36
Taulukko 4 Opinnäytetyön sisällön luokittelu	41
Taulukko 5 Tarkistuslista opinnäytetyön tieteellisyydestä	54

Käytetyt lyhenteet

Lyhenne	Lyhenteen selitys (Lähdeviite)
EF tai LVEF	Ejektiofraktio tai Left Ventricular Ejection Fraction eli vasemman kammion ejektiofraktio kuvaa sitä prosenttiosuutta sydämen vasemmassa kammiossa olevasta verestä, jonka kammio pumppaa verenkiertoon yhdellä sydämen lyöntikerralla. Normaali EF-luku on > 50 %. (ESC 2021, 3613.)
NYHA-luokitus	New York Heart Association (NYHA) luokitus kuvaa sydämen vajaatoiminnan oireiden vaikeusastetta rasiuksessa. Luokkia on neljä (4) I – IV. I kuvaa lähes oireetonta tilaa ja IV kuvaa tilaa, missä kaikki fyysinen rasitus aiheuttaa oireita, oireita voi ilmetä myös levossa. (American Heart Association 2024.)
Käypä hoito -suositus	Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Duodecim-seura laatii Käypä hoito -suosituksia yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suositusten tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. (Duodecim n.d.)

1 Johdanto

Sydämen vajaatoiminta on yksi yleisimmistä kansansairauksista ja tavallisimmista sairaalahoidon syistä Suomessa. (Käypä hoito: sydämen vajaatoiminta 2023). Suomen väestöstä sydämen vajaatoimintaa sairastaa noin 1–2 %. Vaikka sydämen vajaatoiminnan ennuste on parantunut merkittävästi lääkehoidon kehittymisen seurauksena, on sairastuneiden kuolleisuus edelleen hyvin suurta, varsinkin iäkkäillä ennuste on huono (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023). Suomalaisessa FINN-AKAVA-tutkimuksessa sairaalaan joutuneiden sydämen vajaatoimintapotilaiden kuolleisuus oli vuoden sisällä sairaalaan joutumisesta 27 % ja viiden vuoden sisällä 60 % (Siirilä-Waris ym. 2006, 3013). Sydämen vajaatoiminnan sairastavuuden on ennustettu kasvavan kiihtyvää tahtia maailmanlaajuisesti vuoteen 2030 asti, väestön vanhetessa.

Potilaiden itse toteuttamalla omahoidolla on merkittävä rooli sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Onnistuneella omahoidolla säästetään terveydenhuollon kustannuksia, vähennetään sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Hudiyawati ym. 2023.) Onnistuakseen omahoidossa potilaat tarvitsevat laadukkaasti toteutettua, potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaa potilasohjausta.

Opinnäytetyön tarkoituksen on lisätä ymmärrystä potilaalle sydämen vajaatoimintaan annetun ohjauksen merkityksestä sekä miten saadun ohjauksen laatu ja sisältö vaikuttavat potilaan omahoitoon.

2 Sydämen vajaatoimintaan sairastumisen syyt, luokittelu ja oirekuva

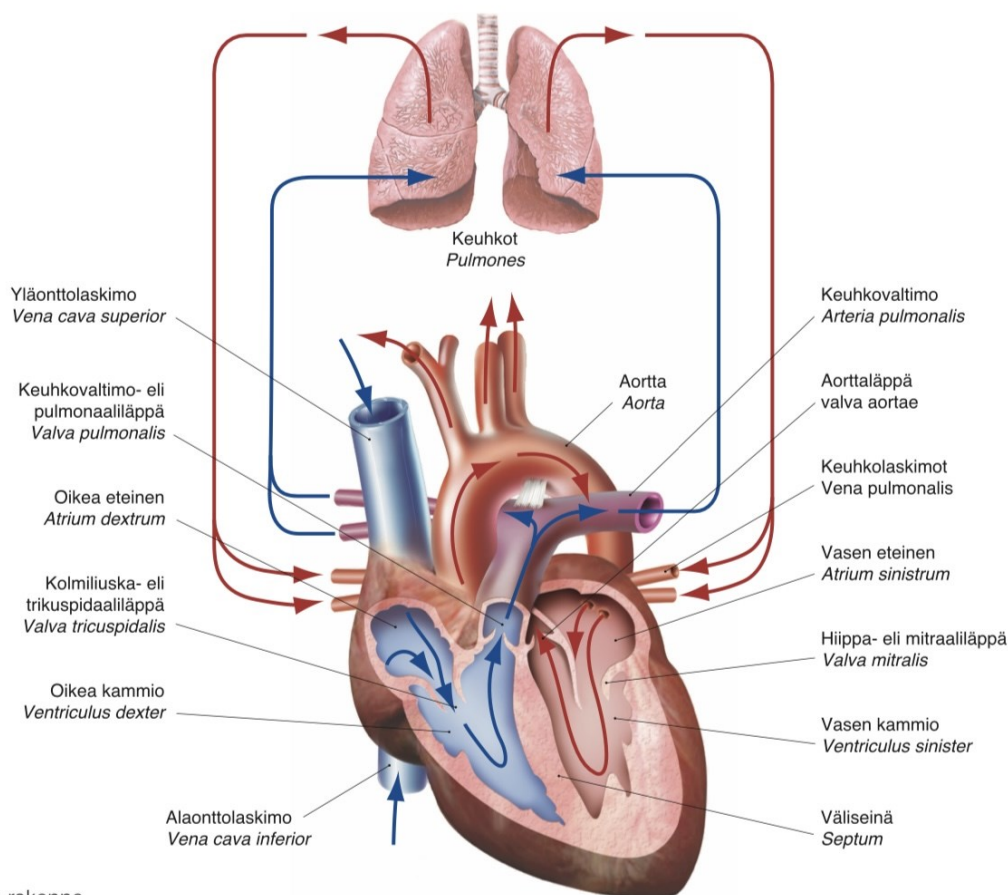
2.1 Sydämen vajaatoiminta ja sairastumisen syyt

Suomen väestöstä sydämen vajaatoimintaa sairastaa noin 1–2 %, esiintyvyys kuitenkin kasvaa huomattavasti vanhemmassa väestössä, 70-vuotta täyttäneissä sairastavuus on jo noin 10 % luokkaa. Sydämen vajaatoiminta on yksi yleisimmistä kansansairauksista ja tavallisimmista sairaalahoidon syistä Suomessa. (Käypä hoito: sydämen vajaatoiminta 2023). Sen on arvioitu aiheuttavan 1–2 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Lassus & Harjula 2024, 735).

Sydämen insuffiensi eli vajaatoiminta on sydämen heikentyneestä pumppaustehosta johtuva oireyhtymä. Vajaatoiminta saa alkunsa joko sydämen rakenteellisesta tai toiminnallisesta poikkeavuudesta, taustalta löytyy yleensä jokin sydän- ja verenkiertoelimistöä rasittava sairaus. (Ylönen ym. 2019; Tolppanen 2021, 1691.) Sydämen vajaatoiminta jaotellaan systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan sekä vasemman tai oikean kammion toimintahäiriöön tai niiden yhdistelmään (Pentikäinen ym. 2024, 717).

Systole on sydämen supistumisvaihe, milloin veri virtaa ulospäin sydämen kammioista. Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen supistusvoima on heikentynyt. Diastole on sydämen rentoutumisvaihe, diastolen aikana sydän vastaanottaa verta seuraavaa supistumisvaihetta varten. Diastolisessa vajaatoiminnassa kammion täytyminen on estynyt, tämä johtuu vasemman kammion seinämien jäykistymisestä tai paksuuntumisesta. (Käypä hoito: sydämen vajaatoiminta 2023).

Happiköyhä veri palautuu elimistöstä sydämen oikean eteisen ja kammion kautta keuhkoihin, mistä happirikastettu veri kulkeutuu vasemman eteisen ja kammion kautta verenkiertoon ja solujen käyttöön (Kuva1 Sydämen rakenne ja verenkierron kulkusuunnat).



Sydämen rakenne

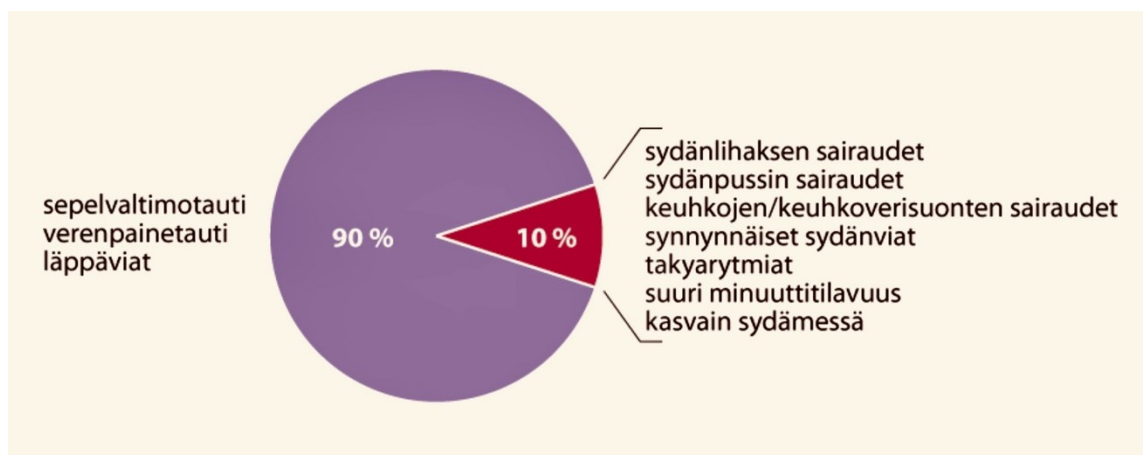
Kuva 1 Sydämen rakenne ja verenkierron kulkusuunnat, punaiset nuolet kuvastavat hapekasta verta matkalla keuhkoista verenkiertoon ja siniset nuolet hiilidioksidipitoisen veren paluuta verenkierrosta keuhkoihin. (Huovinen ym. 2023, 157).

Vasemman kammion vaurioituminen ja toiminnan heikentyminen vähentävät keuhkoista palautuvan happirikkaan veren verenkiertoon päätyvää määrää, koska vasemman kammion ejektiofraktio eli supistumisvoima on heikentynyt. Oikean kammion vajaatoiminta on tyypillisesti seurausta vasemman kammion vajaatoiminnasta, vasemman kammion heikentynyt veren eteenpäin työntövoima aiheuttaa veren pakkautumisen keuhkoihin, mikä aiheuttaa oikean kammion toiminnan heikkenemisen ja vajaatoiminnan. Oikean kammion vajaatoimintaan on myös muita kuin vasemman kammion heikentyneestä

toiminnasta johtuvia syitä, kuten sydäninfarkti, verenpainetauti sekä oikean kammion sydänlihassairaus. (Seetharam ym. 2020, 1939–1941; ESC 2021, 3613.) Noin puolella sydämen vajaatoimintaa sairastavista on diastolinen vajaatoiminta. Hyvin yleisesti sydämen vajaatoiminnassa on kyse systolisen ja diastolisen toimintahäiriön yhdistelmästä (Pentikäinen ym. 2024, 718).

Sydämen vajaatoiminnan todentamisen ja hoidon kannalta on tärkeää tietää, minkä tyyppisestä vajaatoiminnasta on kyse sekä mikä on vajaatoiminnan aiheuttanut syysairaus (ESC 2021, 3612).

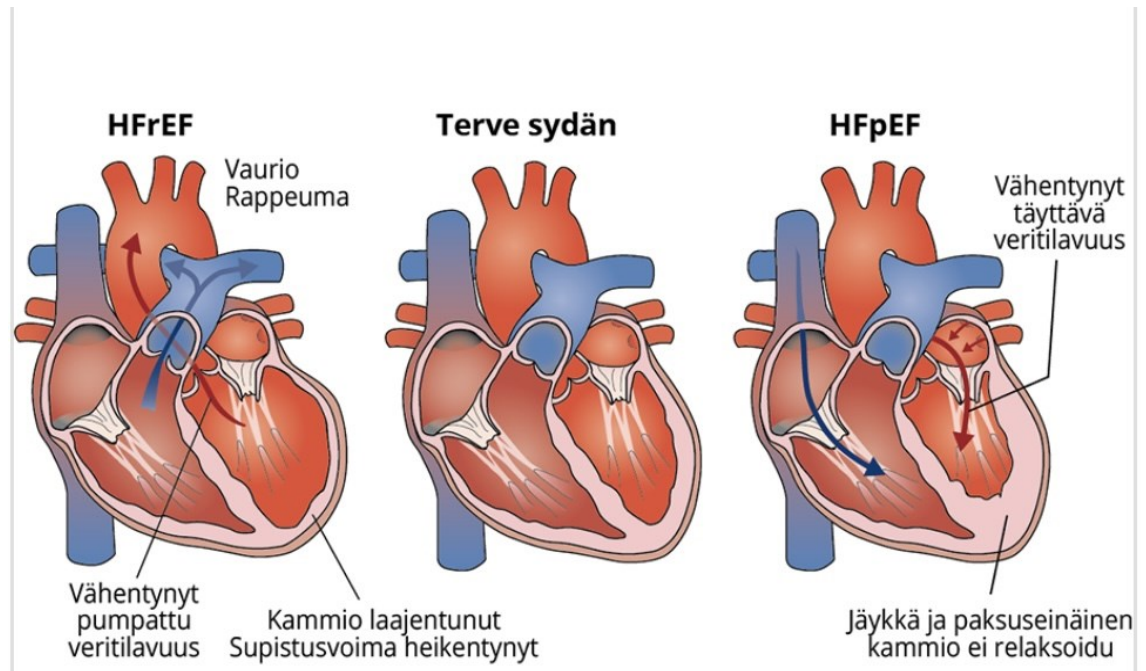
Tavallisimmat syyt sydämen vajaatoimintaan ovat sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, läppäviat, joista yleisimpinä mitraaliläpän vuoto ja aorttaläpän ahtauma sekä rytmihäiriöt, joista yleisimpänä eteisvärinä. On myös hyvin tavallista, että eteisvärinä sekä läppäviat saavat alkunsa sydämen vajaatoiminnasta. Sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja läppäviat joko yksin tai yhdistelmänä selittävät 90 % tapauksista (Kuva 2 Sydämen vajaatoiminnan syyt). Harvinaisempia syitä ovat mm. kardiomyopatiat eli sydänlihaksen sairaudet, toksinen sydänvaurio, sydänlihastulehdus, sydänpussin sairaudet ja synnynnäinen sydänvika. (Tolppanen 2021, 1691; Lassus & Harjula 2024, 734).



Kuva 2 Sydämen vajaatoiminnan syyt (Ukkonen & Pentikäinen 2024, 741).

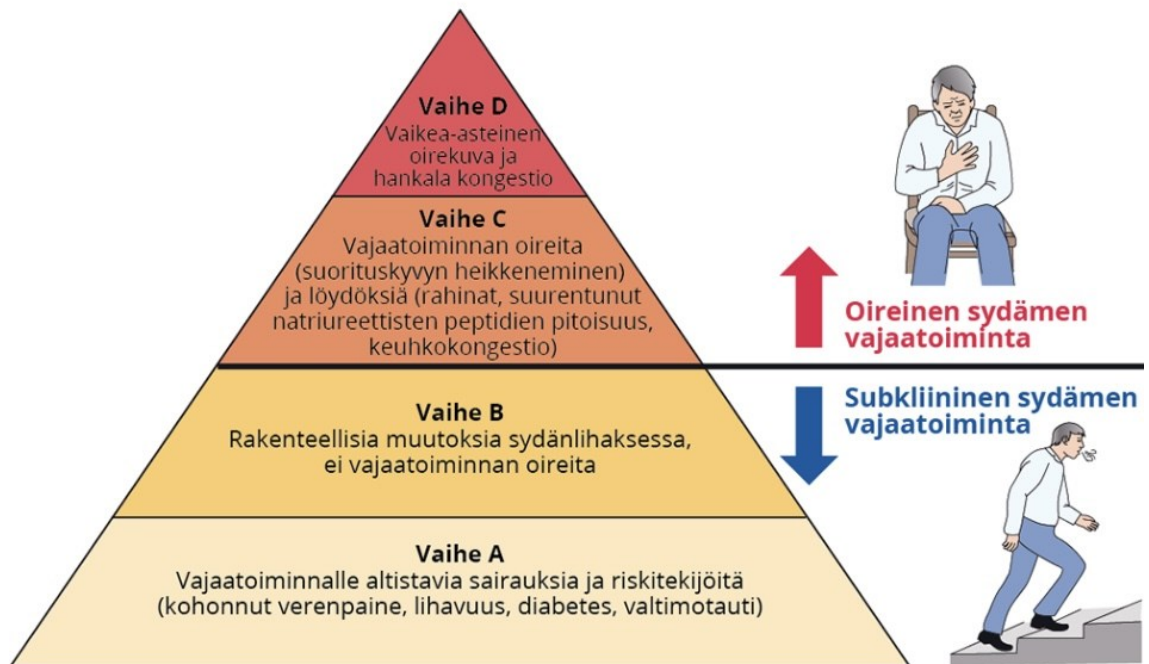
2.2 Sydämen vajaatoiminnan luokittelu ja oirekuva

Sydämen vajaatoiminta voidaan luokitella kliinisen vaiheen mukaan tai käyttämällä vasemman kammion ejektiofraktiota (LVEF; left ventricular ejection fraction) kuvaavana tekijänä tai oireiden vaikeusasteen perusteella. Vasemman kammion ejektiofraktion avulla sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa systoliseen tai diastoliseen vajaatoimintaan. Ejektiofraktio kertoo prosenttiosuuden minkä sydän pumpkaa yhdellä lyönnillä vasemmasta kammioista verenkiertoon. Normaali luku ejektiofraktiolle on $\geq 50\%$. Systolisessa sydämen vajaatoiminnassa (HFrEF; heart failure with reduced ejection fraction) vasemman kammion ejektiofraktio on pienentynyt $\leq 40\%$. Tämä johtuu sydänlihaksen äkillisestä tuhoutumisesta, kroonisesta sairaudesta tai ylikuormituksesta. Diastolisessa sydämen vajaatoiminnassa (HFpEF; heart failure with preserved ejection fraction) vasemman kammion ejektiofraktio on normaali $\geq 50\%$. Näiden kahden väliin luokituksessa kuuluu sydämen vajaatoiminta lievästi laskeneella ejektiofraktiolla (HFmrEF; heart failure with mildly reduced ejection fraction), tällöin vasemman kammion ejektiofraktio sijoittuu 41–49 % alueelle. (ESC 2021, 3612–3613; Aalto-Setälä 2024, 37–41; Pentikäinen ym. 2024, 717). Terve sydän sekä systolinen ja diastolinen sydämen vajaatoiminta on havainnollistettu kuvassa 3.



Kuva 3 Systolisen (HFrEF) ja diastolisen (HFpEF) rakenteelliset erot (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023).

Kliininen luokittelu on jaettu neljään vaiheeseen A – D. A kuvaa riskiä sairastua sydämen vajaatoimintaan ja B esivaihetta. C ja D kuvaavat oireista sydämen vajaatoimintaa, vaiheessa C suorituskyky on heikentynyt ja muitakin vajaatoiminnan oireita on löydettävissä, vaihe D kuvaa vaikea-asteista oirekuvaa. Vaiheet on kuvattu kuvassa 4.



Kuva 4 Sydämen vajaatoiminnan kliiniset vaiheet (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023).

Vajaatoiminnan vaikeusastetta kuvataan NYHA-luokituksella, luokitusasteet ovat I – IV (Taulukko 1). NYHA-luokituksessa vajaatoiminnan vaikeusaste määräytyy sen mukaan, kuinka herkästi ja voimakkaasti oireita esiintyy rasituksessa.

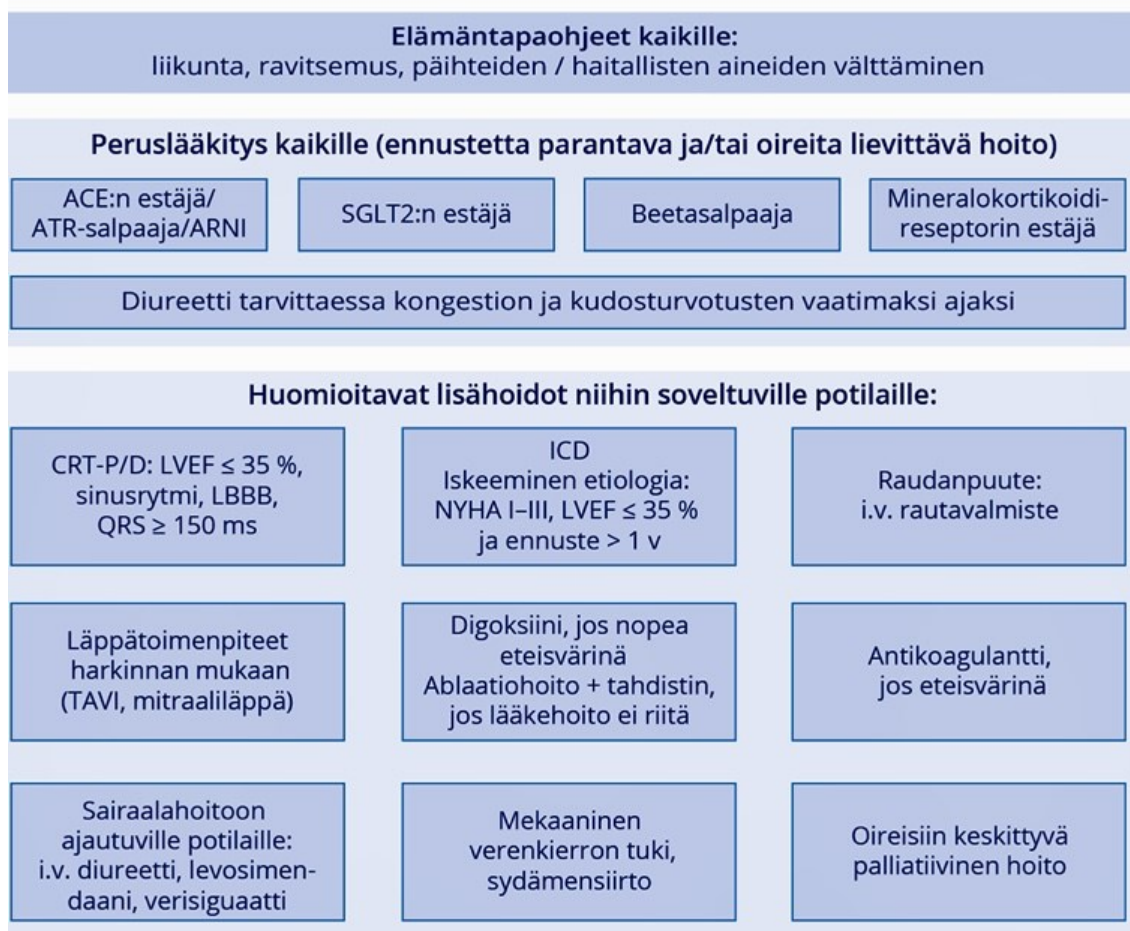
Taulukko 1 NYHA-luokitus (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023)

NYHA-luokka	Oireet
I	Suorituskyky ei ole merkittävästi rajoittunut. Tavallinen rasitus (reipas tasamaakävely, kävely ylämäkeen ja usean kerrosvälin porrastus) ei aiheuta poikkeavaa hengenahdistusta tai väsymistä.
II	Suorituskyky on rajoittunut. Voimakkaampi rasitus aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymistä.
III	Suorituskyky on vahvasti rajoittunut. Jo tavallista vähäisempi rasitus (rauhallinen tasamaakävely 1–2 korttelivälin verran tai yhden kerrosvälin porrastus) aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymistä.
IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Sydämen vajaatoiminta voi syntyä akuutisti voimakkain oirein tai hiljalleen kroonistuen. Diagnostiikan kannalta hitaasti kehittyvä vajaatoiminta on kaikista haasteellisimmin. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Pentikäinen ym. 2024, 736–7. Sydämen vajaatoiminnan oirekuva vaihtelee vajaatoiminnan vaikeusasteen mukaan. Tyypillisimpiä oireita ovat hengenahdistus rasiuksessa, vaikea hengenahdistus makuuasennossa, heikentynyt rasiuksen sietokyky sekä rasiuksesta palautuminen, väsymys ja alaraajaturvotukset. Harvemmin esiintyviä oireita, joita ilmenee akuutissa sydämen vajaatoiminnassa sekä kroonisen vajaatoiminnan pahenemisvaiheessa, ovat yöllinen yskä, ruokahalun heikkeneminen, vinkuvat hengityssäännet, viikon sisällä yli 2 kg nouseva paino, masennus, sydämen tykyttely, huimaus sekä vanhuksilla esiintyvä sekavuus. (ESC 2021, 3612; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Pentikäinen & Ukkonen 2024, 736–7.)

3 Sydämen vajaatoiminnan hoitomuodot

Sydämen vajaatoiminnan hoitolinjaan vaikuttavat taustalla olevan sydänsairauden tyyppi, oireyhtymän vaikeusaste sekä sydänlihaskaurion laajuus diagnoosin todentamisen hetkellä, joka mitataan vasemman kammion ejektiofraktion avulla. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023). Hoitoa suunniteltaessa käydään läpi potilaan muut sairaudet ja niiden hoidossa käytettävät lääkkeet sekä yhteensopivuus sydämen vajaatoiminnan hoidon kanssa. Keskeisintä on selvittää vajaatoiminnan syy, jotta hoito voidaan suunnitella ja toteuttaa mahdollisimman tehokkaasti. Kaikille sydämen vajaatoimintaa sairastaville – vaikeusasteesta riippumatta – kuuluu elintapaohjaus, mikä sisältää liikunnan, ravitsemuksen sekä muiden terveellisten elämäntapojen ohjauksen. Yhtä tärkeää on ohjata potilasta vajaatoiminnalle altistavien ja sitä pahentavien sairauksien hoidon merkityksestä. (ESC 2021, 3632–6.) Keskeisimmät hoitomuodot ovat lääkehoito, sydämen tahdistinhoito ja rytmihäiriöiden hoito, kirurgiset hoidot ja harvemmin käytetty sydämensiirto. Suomessa on vakiintuneet sydämen vajaatoiminnan hoidon pääperiaatteet (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023). Ne ovat samassa linjassa Euroopan Kardiologisen yhdistyksen tekemien hoitosuositusten kanssa (ESC 2021, 3600–95; ESC 2023, 3628–38). Sydämen vajaatoiminnan hoidon pääperiaatteet on kuvattu kuvassa 5 (Sydämen vajaatoiminnan hoidon pääperiaatteet).



Kuva 5 Sydämen vajaatoiminnan hoidon pääperiaatteet (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023).

3.1 Lääkehoito

Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä sydämen vajaatoiminnan kehittymistä, helpottaa sydämen systolista työkuormitusta sekä vähentää sydämen kohonnutta täyttöpainetta. Sepelvaltimotautia sairastavilla pyritään lääkehoidolla turvaamaan sydänlihaksen hapen saanti. (Lassus & Lommi 2024, 763.)

Sydämen vajaatoiminnasta aiheutuva verenkierron vajaus johtaa sympaattisen hermoston, endoteliinijärjestelmän ja inflamatoristen välittäjäaineiden yliaktivaatioon. Verenkierron vajaus virittää yliaktiiviseksi myös reniini-angiotensiini-aldosteronijärjestelmän (RAA), joka säätelee elimistön nestetasapainoa ja verenpainetta. (Silvola 2021, 1699; Pentikäinen ym. 2024, 723–727). Lääkehoidon avulla näitä pyritään tasapainottamaan. Tavallisimmat

ja keskeisimmät lääkeryhmät sydämen vajaatoiminnan hoidossa ovat angiotensiinikonvertaasin estäjät (ACE), angiotensiinireseptorin salpaajat (ATR), beetasalpaajat, mineralokortikoidireseptorin salpaajat (MRA), angiotensiinireseptorin salpaajan ja neprilysiinin estäjän yhdistelmä-lääke ARNI sekä natriumin- ja glukosinkuljettajaproteiini 2:n estäjät (SGLT2). Sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheessa nestelastin purkuun käytetään diureetteja eli nesteenpoistolääkkeitä. (Silvola 2021, 1699–1702; ESC 2021, 3621–2; Lassus & Lommi 2024, 763–4.)

3.1.1 Angiotensiinikonvertaasian estäjät (ACE) ja angiotensiinireseptorin salpaajat (ATR)

Näillä lääkkeillä kevennetään sydämen systolista työkuormaa laskemalla verenpainetta, molemmat lääkeryhmät vaikuttavat elimistön RAA-järjestelmään. ACE:n estäjät ja ATR:n salpaajat laskevat verenpainetta laajentamalla verisuonia, hieman toisistaan poikkeavilla tavoilla. ACE:n estäjät estävät angiotensiinin syntymistä elimistössä, angiotensiini supistaa verisuonia ja saa suolan ja nesteen kertymään elimistöön. ATR:n salpaajat estävät verisuonia supistavan angiotensiini II:n kiinnittymisen reseptoreihin, minkä seurauksena verisuonet laajenevat, verenpaine laskee ja sydämen systolinen työkuorma kevenee. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta, 2023; Lassus & Lommi 2024, 771–4.)

Näistä kahdesta lääkeryhmästä ACE:n estäjä on ensisijainen lääke sydämen vajaatoiminnan hoidossa, koska sen käytöstä on enemmän tutkimusnäyttöä. ACE:n estäjien haittavaikutuksena saattaa ilmetä kuivaa yskää, joka voi olla syy vaihtaa lääke ATR:n salpaajiin, joiden käyttöön ei liity tätä haittavaikutusta. ACE:n estäjä tulisi aloittaa kaikille sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille, oireiden voimakkuudesta riippumatta. ACE:n estäjät vähentävät potilaiden kuolleisuutta sekä uusia sairaalahoitoja potilailla, joiden vasemman kammion ejektiofraktio on alentunut. (ESC 2021, 3621–2; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta, 2023.)

ACE:n estäjien käyttö aloitetaan Sydämen vajaatoiminnan Käypä hoito -suositusten (2023) mukaan diagnoosin asettamisen jälkeen myös oireettomilla potilailla. Vähäoireisilla potilailla (NYHA II), kuten oireettomilla, aloitusannos on pieni. Annostusta nostetaan hiljalleen suurimpaan siedettyyn annokseen. (ESC 2021, 3621; Lassus & Lommi 2024, 773.) Lääkitys aloitetaan erikoislääkärin valvonnassa, vaikeaoireisella potilaalla (NYHA III–IV) lääkityksen aloitus on suositeltavaa tehdä sairaalassa (Lassus & Lommi 2024, 773).

3.1.2 Beetasalpaajat

Sydämen vajaatoiminta saa elimistön sympaattisen hermojärjestelmän vilkastumaan, mikä johtaa sydämen syketiheyden kasvuun ja ääreisverenkierron vastuksen lisääntymiseen, eli verenpaineen nousuun. Syketiheyden ja verenpaineen nousu lisäävät sydämen vasemman kammion työmäärää. Sydämen työmäärä lisääntyessä, kasvaa myös sen hapen tarve, mikä altistaa sydämen rytmihäiriöille. (Lassus & Lommi 2024, 775.)

Beetareseptorit ovat sydämen toimintaa kiihdyttävien hormonien vaikutuskohtia, beetareseptorien stimuloituessa sydämen syke nopeutuu ja iskuvoima kasvaa (Ilveskoski & Airaksinen 2024, 343). Beetareseptoreita on kahta päätyyppiä, sydämässä on suurelta osin beeta1 -reseptoreita, kun taas verisuonten sileälihkasessa on suurelta osin beeta2 -reseptoreita. Beetasalpaajat estävät näiden reseptorien aktivoitumisen, minkä seurauksena sydämen syke laskee ja supistumisvireys heikkenee, niillä on myös verenpainetta laskeva vaikutus. Beetasalpaajat vähentävät tutkitusti kuolleisuutta potilailla, joilla on systolinen sydämen vajaatoiminta (LVEF < 40 %). (ESC 2021, 3621; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Ilveskoski & Airaksinen 2024, 343.)

Beetasalpaajia käytettäessä sydämen sepelvaltimovirtaus paranee ja energia-aineenvaihdunta on tehokkaampaa, minkä takia sydänlihas hapettuu paremmin, jolloin myös rytmihäiriöalttius pienenee (Lassus & Lommi 2024, 775). Vajaatoiminnan hoidossa beetasalpaajien pääasiallinen tarkoitus on sykkeen laskeminen (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023).

Sydämen vajaatoiminnan Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan beetasalpaajahoito tulee aloittaa systolista sydämen vajaatoimintaa sairastavilla (LVEF < 40 %) vakaaoireisilla potilailla, joilla ACE:n estäjäannos on hoitotasolla. Myös beetasalpaajat aloitetaan mahdollisimman pienellä annoksella ja maltillisin annosnostoin. Jos potilas on bradykardinen (hidassykkeinen) tai kärsii oireisesta hypotensiosta eli matalasta verenpaineesta, ei beetasalpaajia voida ottaa käyttöön. Muita vasta-aiheita käytölle ovat potilaalla todettu toisen tai kolmannen asteen eteis-kammiokatkos (johtumishäiriö sydämen eteisen ja kammion välillä), jos potilaalla ei ole sydämen tahdistinta. Astmaa sairastavien potilaiden lääkehoidossa noudatetaan varovaisuutta beetasalpaajien keuhkoputkia supistavan vaikutuksen vuoksi.

3.1.3 Mineralokortikoidireseptorin salpaajat

Tämän lääkeryhmän lääkkeillä pyritään hillitsemään aldosteronin eli niin sanotun suolahormonin vaikutusta elimistössä. Aldosteronin muodostuminen lisämunuaisen kuoressa lisääntyy sydämen vajaatoiminnan seurauksena ja sen vaikutukset saavat verenpaineen nousemaan ja veren kaliumarvot laskemaan. Kalium on elimistölle välttämätön suola, se osallistuu muun muassa sydämen aineenvaihduntaan. Kaliumilla on verisuonia laajentava vaikutus, joten matalat kaliumarvot nostavat verenpainetta. Liiallinen aldosteronin tuotanto aiheuttaa nesteiden kertymistä elimistöön. Mineralokortikoidireseptorin salpaajat toimivat aldosteronin antagonismina eli vastavaikuttajana, minkä vuoksi niitä käytetään nesteenpoistolääkkeinä. (ESC 2021, 3621; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Lassus & Lommi 2024, 776–7.)

Mineralokortikoidireseptorin salpaajilla on tutkitusti kuolleisuutta vähentävä vaikutus potilailla, jotka sairastavat sydämen systolista vajaatoimintaa. Sen käytöllä on myös sairaalahoidon tarvetta vähentävä vaikutus. (Lassus & Lommi 2024, 776–7.) Lääkitystä käytetään ACE:n estäjien ja beetasalpaajien lisänä systolista vajaatoimintaa sairastavilla potilailla, joiden oirekuva vastaa NYHA II – IV-luokitusta. Lääkehoidon aikana on seurattava potilaiden munuaisarvoja, sillä hoidon edellytyksenä on hyvin säilynyt munuaistoiminta. Mineralokortikoidin

salpaajien käytön haittavaikutuksena on gynekomastia, mikä tarkoittaa rintojen kasvua miehillä. Muita haittavaikutuksia voivat olla rintalastan alueen kivut ja hyperkalemia eli liian korkeaksi noussut kaliumpitoisuus veressä. Sopivalla lääkeannoksella haittavaikutusten ilmeneminen on kuitenkin vähäistä. (ESC 2021, 3621; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Lassus & Lommi 2024, 777.)

3.1.4 Angiotensiininreseptorin salpaajan ja neprilysiiniestäjän yhdistelmä lääke ARNI

ARNI-yhdistelmä lääke koostuu kahdesta eri mekanismilla toimivasta lääkkeestä, ATR:n salpaajasta sekä neprilysiiniestäjästä (NEP estäjä), se on tarkoitettu kroonisen sydämen vajaatoiminnan hoitoon (Lassus & Lommi 2024, 774). ATR:n salpaajana tässä lääkkeessä on valsartaani ja neprilysiinin estäjänä sakubitrili, markkinoilla on saatavilla ainoastaan tämä yksi lääkevalmiste. ARNI laskee verenpainetta ja keventää sydämen työmäärää sekä helpottaa nesteiden poistumista elimistöstä. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.)

ARNI-lääkitys vaihdetaan systolista sydämen vajaatoimintaa sairastavan jo käytössä olevan ACE:n estäjän tai ATR:n salpaajan tilalle, jos tehokkaasta lääkehoidosta huolimatta oireisto on huomattava (NYHA II – IV). Ensin on täytynyt olla käytössä perinteiset vajaatoiminnan hoidossa käytettävät lääkkeet; ACE:n estäjä, mineralokortikoidireseptorin salpaaja sekä beetasalpaaja ja potilas on tästä huolimatta oireinen sekä vasemman kammion systolinen toiminta on heikentynyt (LVEF < 35 %) (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Lassus & Lommi 2024, 774.) ARNI vähentää sairaalahoidon tarvetta, parantaa toimintakykyä ja lisää huomattavasti elinajanodotetta systolista vajaatoimintaa sairastavilla (Silvola 2021, 1702).

3.1.5 Natriumin- ja glukoosinkuljettajaproteiini 2:n estäjät eli SGLT2:n estäjät

Tämän lääkeryhmän lääkkeiden käytön indikaatio on alun perin ollut tyypin 2 diabeteksen (DM2) hoito. Diabetesta sairastavilla SGLT2:n estäjillä on ollut

erityisen hyvä sairaalajaksoja vähentävä vaikutus sydämen vajaatoimintaan liittyen. (Lassus & Lommi 2024, 777.) Ne parantavat ennustetta sekä ehkäisevät sydäntapahtumia, jos tyypin 2 diabetestä sairastavalla on tiedossa oleva sydäntauti tai merkittävä sydäntautiriski (Airaksinen 2021, 181). Uusimmat lääketutkimukset, esimerkiksi Anker ym. (2021) ja Solomon ym. (2022), osoittava laajoilla satunnaistetuilla kaksoissokkotutkimuksilla SGLT2:n estäjillä olevan merkittävä vaikutus sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Ne vähentävät sairaalahoitojaksoja sekä sydänperäisiä kuolemia, riippumatta siitä sairastaako potilas diabetesta vai ei. Samat tutkimukset osoittivat myös tämän lääkeryhmän vaikutuksista diastolisen vajaatoiminnan lääkehoidon toimivuudesta, mistä on ollut hyvin vähäistä näyttöä tähän asti. (Silvola 2021, 1699; Anker ym. 2021, 1451–61; Solomon ym. 2022, 1089–98.)

Nimensä mukaisesti natriumin- ja glukoosinkuljettajaproteiini 2:n estäjät estävät glukoosin takaisinimeytymistä munuaisista verenkiertoon estämällä kuljettajaproteiini 2:n toimintaa munuaisissa. Veressä oleva sokeri, vesi ja natriumsuola poistuvat elimistöstä virtsan mukana, kun kuljettajaproteiini 2:n toiminta on estetty. Lääkeryhmän lääkkeillä on sydämen pumppausta parantava vaikutus ja ne estävät vajaatoiminnan vaikeutumista. (Lassus & Lommi 2024, 777–8.) SGLT2:n estäjät vähentävät sydämen kammioden esikuormitusta ja lääkkeiden verenpainetta laskeva mekanismi pienentää vasemman kammion jälkikuormitusta. Ne vähentävät kudosturvotusta lisäämällä virtsan erittymistä, vaikuttamatta niin paljon veritilavuuteen, toisin kuin diureetit eli nesteenpoistolääkkeet. (Airaksinen 2021, 183–4.) SGLT2:n estäjät aloitetaan sydämen vajaatoiminnan Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan kaikilla oireista sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, riippumatta sydämen vasemman kammion ejektiofraktiosta.

SGLT2:n estäjien käyttö lisää sokerin erittymistä virtsaan, sen haittavaikutuksena voi ilmetä genitaalialueen hiivatulehdusta. Ei-diabeetikoilla ei ole ilmennyt hypoglykemian (matala verensokeri) vaaraa. Insuliinipuutosdiabeetikoilla on kohonnut ketoasidoosin riski, mikä voi olla vasta-aihe lääkkeen käytölle. (Lassus & Lommi 2024, 778.)

3.1.6 Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet

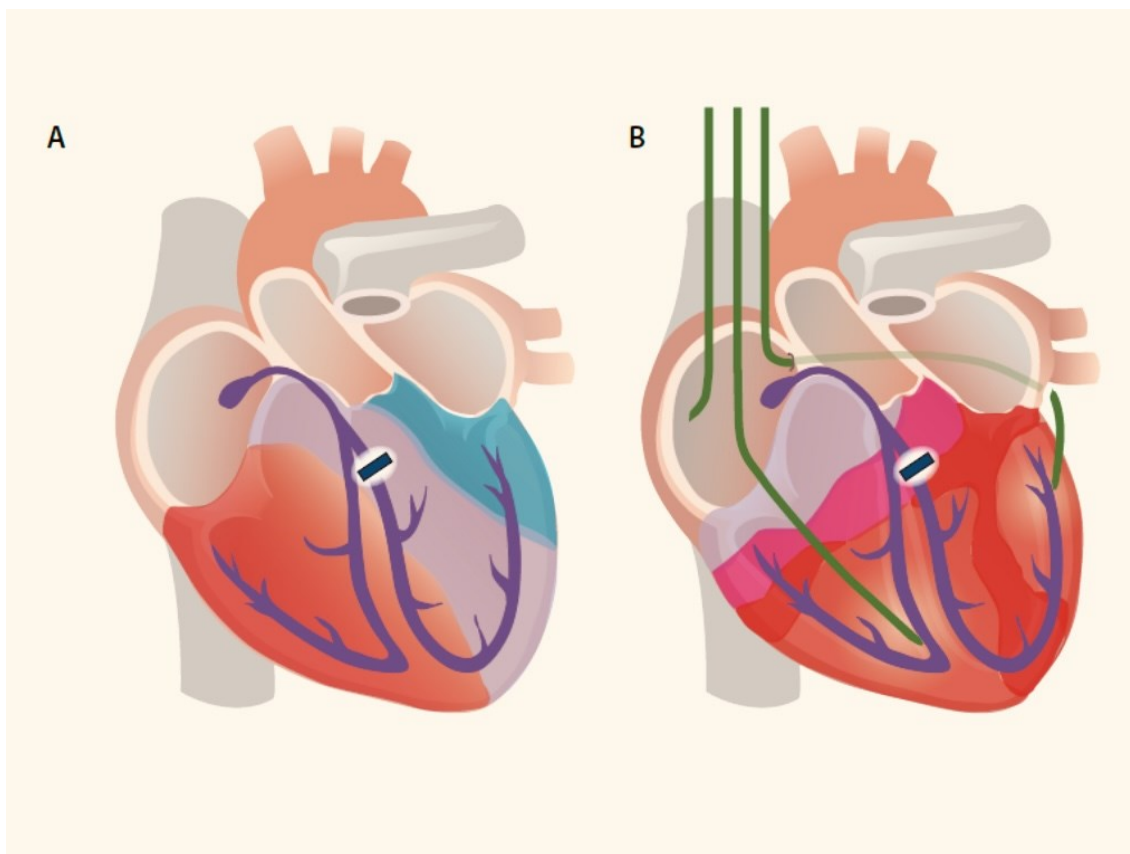
Diureetteja eli nesteenpoistajia käytetään ainoastaan, jos potilaalla on nestekertymää, kuten turvotusta alaraajoissa tai vatsan seudulla, keuhkoja ympäröivään pussiin kertynyttä pleuranestettä tai röntgenkuvissa näkyvää keuhkojen verekkyyttä. Lääkitys voidaan aloittaa jo ennen diagnoosin varmistumista, jos potilaan oirekuva on vajaatoimintaan sopiva. (Lassus & Lommi 2024, 769.)

Nesteenpoistolääke valitaan oirekuvan mukaan, vähäisistä oireista kärsivällä käytetään Tiadsideja tai kaliumia säästäviä diureetteja, kuten mineralokortikoidin estäjiä. Suuremmassa nestelastissa olevilla potilailla saadaan paras hoitotulos loop-diureetti Furosemidilla. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Lassus & Lommi 2024, 769–70.) Loop-diureetti vaikuttaa, nimensä mukaisesti, pääasiallisesti munuaisissa sijaitsevassa Henlen lingossa (Loop of Henle). Se säilyttää tehonsa kohtalaisena munuaisten suodatuksen heikkenemisestä huolimatta ja estää parhaimmillaan 20–30 % natriumin takaisinimeytymisestä. Natrium sitoo nestettä elimistöön minkä vuoksi sen takaisinimeytymisen esto on tärkeää sydämen vajaatoiminnan hoidossa. (Lassus & Lommi 2024, 770.)

Diureettihoidossa pyritään pienimpään mahdolliseen lääkeannokseen. Potilaan painoa, verenpainetta, mahdollista huimausta ja rytmihäiriöitä tarkkaillaan, varsinkin sairaalahoidossa aloitetun lääkityksen ajan. Verenpaineen lasku, huimaus ja rytmihäiriöt kertovat mahdollisesti potilaan liian vähäisestä verivoluumista, mikä tarkoittaa nesteenpoiston olevan liian tehokasta, tällöin lääkeannostusta vähennetään. Potilas ohjataan huomioimaan kotioloissa mm. lyhyen ajan sisällä tapahtuvaa painon nousua sekä tunnistamaan diureettihoidosta johtuvia oireita ja muuttamaan diureetin annostusta sen mukaisesti. (ESC 2021, 3622–23; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023; Lassus & Lommi 2024, 770.)

3.2 Tahdistinhoito

Tämänhetkisten hoitosuositusten mukaan sydäntä synkronoiva tahdistinhoito on aiheellista, jos optimaalisesta lääkehoidosta huolimatta potilas on oireinen, vasemman kammion ejektiofraktio on $\leq 35\%$ ja potilaan EKG:ssä eli sähköisessä sydänkäyrätutkimuksessa potilaalla on nähtävissä sinusrytmi tai vasen haarakatkos (LBBB). (Karvonen & Lommi 2024, 786.) Sinusrytmi on sydämen normaali rytmi, vasemmassa haarakatkoksessa (LBBB – Left Bundle Branch Block) sydämen taka- ja sivuosien sähköinen aktivaatio ja supistuminen on hidastunut sydämen vasemmassa sähköisenaktivaation radassa olevan esteen takia. Tämä saa aikaan vasemman kammion seinämien epätähtisen liikkeen eli dyssynkronian (Kuva 3 Vasemman kammion dyssynkronia ja sen korjaaminen sydämentahdistimella). Vasen haarakatkos heikentää terveen sydämen iskutilavuutta noin 40 %, vajaatoimintaiseen sydämeen kohdistuva haitta on paljon suurempi. (Karvonen & Lommi 2024, 784.)



Kuva 6 Vasemman kammion dyssynkronia ja sen korjaaminen sydämentahdistimella. A) Kuva havainnollistaa sähköisen aktivaation etenemistä vasemman haarakatkoksen aikana (LBBB), aktivaatio alkaa oikean kammion alueelta (punainen) ja etenee viivästyneesti vasemman kammion vapaan seinämän alueelle (sininen). B) Kuvasta hahmottuu kammioväliseinän ja vasemman kammion vapaan seinän samanaikainen tahdistuminen sydämen tahdistimen avulla. (Karvonen & Lommi, 2024, 784.)

Tahdistimena voidaan käyttää joko sydämen supistusta synkronoivaa tahdistinta, jonka avulla palautetaan vasemman kammion seinämien yhdenaikainen supistuminen tai rytmihäiriötahdistinta, jolla voidaan pysäyttää kammioperäiset rytmihäiriöt (ESC 2021, 3625–6; Käypä hoito –suositus sydämen vajaatoiminta 2023; Karvonen & Lommi 2024, 784). Tahdistin valitaan yksilöllisesti potilaan oireiden ja tarpeen mukaan.

3.3 Rytmihäiriöiden hoito

Sydämen vajaatoiminnan yhteydessä rytmihäiriöt ovat tyypillisesti sidoksissa taustalla olevaan syysairauteen, alttius rytmihäiriöille on yleensä pysyvä. Rytmihäiriön hoidon kannalta on keskeistä selvittää, liittyykö rytmihäiriöön äkkikuoleman riskiä tai minkälaista hemodynaamista eli veren virtauksellista haittaa siitä on. (Lassus & Lommi 2024, 780). Rytmihäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä, jos lääkehoito ei ole riittävän tehokasta, on tahdistin toinen vaihtoehto.

Eteisvärinä eli flimmeri, on hyvin yleinen vajaatoimintapotilailla, noin 50 %:lla uusista vajaatoimintapotilaista on eteisvärinä. On myös yleistä, että eteisvärinän ilmaantumisen yhteydessä potilaalla todetaan sydämen vajaatoiminta. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.) Eteisvärinälle on olemassa omat Käypä hoito -suositukset, joita noudatetaan myös sydämen vajaatoimintapotilailla.

Eteisvärinässä sydämen eteisen sähköinen toiminta on häiriintynyt. Riskinä on, että rytmihäiriön aikana sydämen eteiseen muodostuu verihyytymä, joka saattaa liikkeelle lähtiessään aiheuttaa aivoinfarktin. Hyytymien muodostumisen estämiseen käytetään verta ohentavia lääkkeitä. Eteisvärinän estohoitona käytetään beetasalpaajia. (ESC 2021, 3623; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023). Eteisvärinällä on hemodynaamiikkaan vaikuttavia haittatekijöitä, joista eteissupistuksen puuttuminen ja liian nopea sekä epäsäännöllinen kammiovaste, voivat aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa sairastavalle oireiston pahenemisen sekä äkillisen suorituskyvyn heikentymisen (Raatikainen & Juntila 2024, 561). Tämän takia eteisvärinä on tärkeää saada hallintaan sydämen vajaatoimintaa sairastavilla. Hoitomuotoina on lääkehoito, tahdistinhoito, katetriablaatio ja av-solmukkeen katkaisu yhdistettynä tahdistinhoitoon. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.) Eteisvärinän hoitomuotoihin ei tässä opinnäytetyössä syvennytä tarkemmin.

3.4 Lääkkeetön hoito

Tärkeänä osana sydämen vajaatoiminnan hoidossa ovat lääkkeettömät hoitomuodot, joita ovat elintapoihin liittyvät asiat. Sydämen vajaatoimintaa sairastaville suositellaan kestävyysliikuntaa sekä lihaskuntoharjoittelua, niillä on tutkitusti monia terveysvaikutuksia. Kestävyysliikunta parantaa fyysistä suorituskykyä sekä laskee verenpainetta. Liikunnallinen sydänkuntoutus vähentää sairaalahoidon tarvetta ja parantaa elämänlaatua. (Käypä hoito - suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.)

Ruokavaliona sydämen vajaatoimintaa sairastaville suositellaan yleisiä ravintosuosituksia. Liiallista suolan käyttöä tulee välttää, sillä se lisää nesteen kertymistä elimistöön ja kohottaa verenpainetta. Aliravitsemusta on yleinen vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, tällöin ruokavaliassa tulee olla riittävästi kaloreita ja proteiinia. Ylipainoisille tärkeämpää on painon hallinta kuin laihduttaminen, sillä painon pudotuksessa on riskinä liiallinen lihassmassan kato. Ravitsemusterapeutti on hyödyllinen apu, etenkin potilaille, joilla on aliravitsemusta. (Mustonen 2021, 1709.)

Tupakointi on hyvin haitallista sydämen vajaatoimintaa sairastaville, se kuormittaa verenkiertoelimistöä ja vaikeuttaa keuhkojen kaasujen vaihtoa. Tupakoinnilla on myös vahva yhteys sydämen vajaatoiminnasta johtuviin sairaalajaksoihin. (Mustonen 2021, 1709.) Alkoholin käytön tulisi olla kohtuullista, sillä runsas alkoholin käyttö rasittaa sydäntä, lisää eteisvärinän ilmaantuvuutta ja nostaa verenpainetta. Mikäli runsas alkoholin käyttö on syy sydämen vajaatoiminnalle, tulisi alkoholin käyttö lopettaa kokonaan. (Mustonen 2021, 1710.)

3.5 Sydämen vajaatoiminnan liitännäissairauksien huomioiminen

Sydämen vajaatoiminnan liitännäissairaudet jaetaan kardiovaskulaarisiin liitännäissairauksiin ja ei-kardiovaskulaarisiin liitännäissairauksiin (Liite 1 Sydämen vajaatoimintapotilailla esiintyvät aiheuttaja- ja liitännäissairaudet).

Kardiovaskulaariset eli sydämen- ja verenkierron liitännäissairaudet ovat sydämen vajaatoiminnan aiheuttajasairauksia ja yhtä lailla sydänsairauksien riskitekijöitä. Varsinkin iäkkäämmällä väestöllä on monia muiden elinjärjestelmien sairauksia, jotka saattavat vaikeuttaa sydämen vajaatoiminnan diagnostiikkaa, hoitoa sekä kliinistä kulkua. (ESC 2021, 3657–75; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.) Hoidossa ja potilasohjauksessa tulee huomioida liitännäissairauksien vaikutukset sydämen vajaatoimintaan sekä sydämen vajaatoiminnan hoidosta johtuvaa tarvetta muokata muiden sairauksien lääkitystä. Potilaille on tärkeää tuoda esille liitännäissairauksien oireiden samankaltaisuus sydämen vajaatoiminnan oireiden kanssa, sillä oireet sekoittuvat helposti toisiinsa. (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.)

4 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen, potilasohjaus ja omahoito

4.1 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

Sairaanhoidaja on hoitotyön asiantuntija, työssään sairaanhoidaja tukee eri elämänvaiheissa olevien potilaiden voimavaroja. Hoitotyö on yhtäaikaaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia parantavaa ja ehkäisevää sekä kuntouttavaa. Sairaanhoidaja auttaa potilaita kohtaamaan sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman, minkä vuoksi ammatissa toimiminen edellyttää vahvaa eettistä ja ammatillista osaamista ja päätöksentekoa. Ammatillinen osaaminen muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen osaaminen ja toiminta, terveyden edistäminen, ohjaus ja opetus, hoitoyön päätöksenteko, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen ja monikulttuurinen hoitotyö. (Suomen sairaanhoidajat n.d.)

4.2 Potilasohjaus

Potilaan ohjaus on yksi terveydenhoitoalan keskeisistä työmenetelmistä, sen tarkoituksena on lisätä tiedon välityksen kautta potilaan omaa toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Potilasohjauksella on keskeinen merkitys hoitoon sitoutumisen ja omahoidon onnistumisen kannalta (Kyngäs 2007, 25–6; Onnismaa 2021, 26.)

Potilaalla on lain mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5, 2:6) tiedonsaantioikeus omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hoidon kannalta merkittävistä asioista, joilla on merkitystä hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Tieto on annettava sellaisella tavalla, jonka potilas pystyy ymmärtämään. Lain takaama itsemääräämisoikeus voi toteutua ainoastaan silloin, kun potilas saa riittävästi ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa valintojen ja päätöksenteon tueksi.

Potilasohjauksen tulee olla eettisesti kestävä, mikä tarkoittaa ajantasaisen ja luotettavan tiedon käyttöä. Annettavan tiedon tulee olla tutkittuun tietoon tai hyviin käytäntöihin pohjautuvaa. (Eloranta & Virkki 2011, 14.) Potilasohjaukseen liittyy myös potilaan hoitomyönteisyyden seuranta ja tukeminen. Potilasohjaus on onnistunut, jos sen seurauksena potilas ymmärtää hänelle annetun tiedon ja pystyy sen avulla parantamaan omaa hyvinvointiaan sekä ylläpitämään terveyttään.

4.3 Omahoito

Omahoito on ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua potilaan tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa, josta potilas vastaa itse (Eloranta & Virkki 2011, 15). On tarkoituksenmukaista, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun, jotta omalle vastuulle jäävä toteutus on mahdollisimman sujuvaa. Omahoito suunnitellaan potilaan yksilöllisten resurssien, hoidon tarpeen ja muutosvalmiuden mukaan. Omahoidossa potilas ottaa vastuuta lääkehoidosta ja oirekuvan seurannasta, potilasta ohjataan seuraamaan omassa terveydessä tapahtuvia muutoksia sekä tekemään tarvittavia mittauksia ja havaintoja terveydestään. Potilasta tuetaan ja ohjataan tekemään itsenäisiä päätöksiä ja toimenpiteitä terveytensä edistämiseksi sekä ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisiin tarvittaessa. Potilaalle on annettava riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidon perusteista itsenäisen selviytymisen tueksi. Mikäli mahdollista, osaksi omahoitoa on hyvä ottaa potilaan omainen tai muu läheinen. Onnistuessaan omahoito parantaa potilaan elämänlaatua ja vähentää sairaalahoidon tarvetta. (Lommi 2015, 2246; Hoitotyön tutkimussäätiö: omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä 2018, 6; Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksen oli lisätä ymmärrystä potilaalle sydämen vajaatoimintaan annetun ohjauksen merkityksestä sekä miten saadun ohjauksen laatu ja sisältö vaikuttavat potilaan omahoitoon.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kootusti tietoa sydämen vajaatoiminnan hoidosta ja syistä sairastumiselle. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi, miten sairaanhoitaja voi vaikuttaa myönteisesti potilaan hoitomotivaatioon ja ymmärrykseen sydämen vajaatoiminnan omahoidon tärkeydestä antamallaan ohjauksella sekä miten potilas voi itse olla osana oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja ylläpitämisessä.

Työtä ohjaavat kysymykset olivat:

1. Miten sydämen vajaatoimintapotilasta tulisi ohjata uusimman tutkimustiedon mukaan?
2. Mitä sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle pitäisi kertoa omahoidosta uusimman tutkimustiedon mukaan?

6 Empiirinen toteuttaminen

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutustapa on aineistolähtöinen, sillä pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään jotain tiettyä ilmiötä tai asiaa. Se perustuu jo aiemmin tutkitun tiedon keruuseen ja analysointiin.

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään selvittämään, miten paljon tutkinnan alla olevasta aihealueesta jo tiedetään ja mistä eri näkökulmista sitä on tuotu esiin, tiivistetään jo olemassa oleva olennainen tieto analysoitavaksi omaa käyttötarkoitusta varten. (Machi & McEvoy 2022; Fan, Breslin, Callahan & Iszatt-White 2022; Vilkan 2023, 5 mukaan.) Aihetta voidaan tarkastella tutkimuksissa esiin tulevien yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien kautta tai esimerkiksi näytöstä löytyvien ristiriitojen näkökulmasta (Vilka 2023).

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska toteutustapana se mahdollistaa aineiston haun asetettujen tutkimuskysymysten mukaan. Valitun aineiston täytyy vastata tutkimuskysymykseen, mutta tutkimusaineisto voi menetelmällisesti olla hyvinkin paljon toisistaan poikkeavaa, aineiston hakua ei rajoita tietyt hakusanat tai kielirajaukset, vain sisältö ja sisällön verrattavuus muuhun valittuun aineistoon. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus muodostuu vaiheittain tutkimuskysymyksen asettelusta aineiston hakuun ja sen valintaan, minkä jälkeen alkaa kuvailun rakentaminen ja lopuksi tulosten yhteenveto ja analysointi. (Kangasniemi ym. 2013, 294–6.)

6.2 Tiedonhaku ja valintakriteerit

Aineisto haettiin seuraavista kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista: Medic, Cinahl Complete, PubMed ja JBI – Joanna Briggs Institute.

Manuaalisesti tietoa haettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvistä alan julkaisuista. Tietokannoista aineiston haun apuna käytettiin erilaisia avainsanoja sekä yhdistelmiä. Hakulausekkeet muodostettiin käyttämällä Boolean operaattoreita

OR ja AND. Aineistohaussa käytettiin myös ilmaisuja sekä sanakatkaisuja. Medic-tietokannassa käytettiin ainoastaan suomenkielistä hakua, englanninkielisten termien ja avainsanojen oikeinkirjoitusasu tarkistettiin MOT-kielipalvelusta. Aineistohaussa käytettyjä hakusanoja olivat: patient education (potilasohjaus), nursing role (sairaanhoidajan rooli), heart failure (sydämen vajaatoiminta), self-care (omahoito).

Aineiston hakuun hyödynnettiin myös helmenkasvatusstrategiaa (citation pearl growing strategy), strategiassa hyödynnetään valitun tutkimuksen lähde- tai viittaustietoja tai tutkimuksessa käytettyjä avainsanoja. Avainsanoja käyttämällä pystytään hakemaan samankaltaisia tai samasta aiheesta tehtyjä julkaisuja. Tutkimuksen lähdetiedoista (cited references) löytyy valittua tutkimusta vanhempia aineistoja ja tutkimuksia. Valittua tutkimusta uudempaa tietoa haetaan viittaustietoja (cited by, times cited) hyödyntämällä. (Lehtiö & Johansson 2016, 47–8.) Tietokannoissa oli haettavissa tiedot julkaisuista, joissa on viitattu valittuun tutkimukseen, huomion arvoista oli, ettei näistä kaikki olleet vapaasti luettavissa. Viittaustietojen hakuun on myös omia tietokantoja, kuten Web of Science ja Scopus (Lehtiö & Johansson 2016, 47–8).

Tutkimusaineisto valikoitui ainoastaan aineistosta, joka oli opinnäytetyön tekemisen kannalta merkityksellistä, aineiston täytyi vastata tutkimuskysymyksiin, muuten sitä ei voitu valita. Tästä ja hakusanojen käytöstä huolimatta, kuten Niela-Vilén ja Hamari (2016, 27) toteavat, aineistoa kertyy eri tietokannoista huomattavia määriä ja vain murto-osa on opinnäytetyön kannalta käyttökelpoisia. Aineiston karsimisen helpottamiseksi hakuprosessissa käytettiin mukaanotto- ja poissulkukriteereitä (Taulukko 2). Valittu aineisto on julkaistu vuonna 2016 tai sen jälkeen, tällä rajauksella varmistettiin ajantasainen tutkimusaineisto. Aineisto käsitteli vain aikuispotilaita, muut ikäluokat oli rajattu pois. Aineiston koko tekstin tuli olla saatavilla ilmaiseksi, mutta se sai sisältää vaatimuksen organisaatioon kirjautumisesta. Aineistoksi hyväksyttiin ainoastaan suomen- tai englanninkielistä materiaalia. Potilasohjauksen täytyi käsitellä sairaanhoidajan toteuttamaa potilasohjausta, muut ammattinimikkeet rajattiin pois, jos tutkimus ei sisältänyt lainkaan sairaanhoidajan osuutta potilasohjauksesta.

Taulukko 2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto julkaistu 2016 tai sen jälkeen.	Aineisto julkaistu ennen 2016.
Aineisto käsittelee aikuispotilaita.	Aineisto käsittelee lapsia.
Aineisto käsittelee sairaanhoitajan toteuttamaa potilasohjausta	Aineisto käsittelee jonkun muun ammattiryhmän toteuttamaa potilasohjausta.
Aineiston julkaisukieli on englanti tai suomi.	Aineiston julkaisukieli muu kuin valitut.
Aineiston kokoteksti saatavilla ilmaiseksi organisaation kautta tai ilman.	Aineiston kokoteksti ei ole saatavilla ja/tai aineisto ei ole saatavilla ilmaiseksi.

Aineisto haettiin tietokannoista avainsanoja ja sanontoja hyödyntäen.

Ongelmaksi kuitenkin muodostui vähäinen tutkimuskysymyksiin vastaavan aineiston määrä. Hyödyntämällä näiden tutkimusten asiasanoja saatiin hakusanoja muokattua ja tarkennettua, mikä johti parempiin hakutuloksiin. Tietokannoista JBI (Joanna Briggs Institute) ja Medic tuottivat vähiten valintakriteerit täyttäviä tuloksia. Helmenkasvatusstrategia sen sijaan auttoi hyvin löytämään lisää tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa, mitä ei pelkkien avainsanojen avulla löytynyt hyvin runsaasta aineistomäärästä.

Aineisto hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, jos se täytti mukaanottokriteerit.

Tiedonhakupöytäkirjassa (Taulukko 3) on listattuna hakutulokset

kokonaisuudessaan. Hakutulosten otsikoiden perusteella mukaan valikoitui 57 tutkimusartikkelia (n=57). Tiivistelmien lukemisen jälkeen mukaan valittujen tutkimusartikkelien määrä väheni 27 artikkeliin (n=27). Kun tutkimusartikkelit oli

käyty kokonaisuudessaan läpi, jäi lopulliseen aineistoanalyysiin 12 tutkimusartikkelia (n=12).

Taulukko 3 Tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Otsikon perusteella alustavasti valitut	Tiivistelmän perusteella alustavasti valitut	Lopullinen valinta
Medic	sairaa* AND potilasohjaus	49	13	3	0
Cinahl Complete	nurs* role* AND heart failure OR patient education	9520	9	7	4
	self-care AND heart failure	191	13	8	3
PubMed	impact of patient education AND heart failure	6	3	3	2
JBI	heart failure AND patient education	78	11	1	0
Manuaalinen haku/Helmenkasvatusstrategia		26	8	8	3
Yhteensä		9890	57	27	12

6.3 Aineiston analyysi ja synteesi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävän aineiston analysointi toteutetaan sisällönanalyysinä. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysissa teoria muodostuu aineiston kautta analysoimalla. Analyysin avulla vastataan tiivistetysti ja selkeällä tavalla asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä kuvataan tutkittavan aihealueen tarkoitusta ja tavoitteita, joita tutkimuksella pyritään saavuttamaan. (Kyngäs 2011; Polit & Beck, 2017; Elo ym. 2022, 217 mukaan).

Tähän opinnäytetyöhön valittiin sisällönanalysoinnin tavaksi induktiivinen sisällönanalyysi. Päävaiheet induktiiviselle sisällönanalyysille ovat 1. valmistelu-, 2. analyysi- ja 3. raportointivaihe (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2022, 218 mukaan). Valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö ja perehdytään aineistoon. Analyysivaiheessa aineistoa valitaan tutkimuskysymysten avulla ja käydään systemaattisesti läpi. Aineistoa pelkistetään ja se ryhmitellään eritasoisiin luokkiin, joilla aineisto saadaan tiivistettyä. Raportointivaiheessa analysoinnin tulokset esitetään yhteen koottuna johdonmukaisena tekstinä. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2022, 220 mukaan).

Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit listattiin aineistotaulukkoon (Liite 5 Aineistotaulukko). Taulukko koostuu tutkimusartikkelien viitteistä, joita ovat tekijä(t), vuosiluku ja maa. Viitteiden lisäksi taulukossa on tiivistetysti tieto tutkimusmenetelmästä, tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuksen tuloksista. Aineistotaulukon avulla tutkimusartikkeleiden järjesteleminen koodausta varten helpottui. Se auttoi myös jäsentämään tiedon käytetystä tutkimusmateriaalista, sekä helpotti analyysiyksikön muodostamista.

Opinnäytetyön aineiston analyysiyksikkönä oli lause. Lause muodostui opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä. Analyysin muodostuminen alkaa, kun aineistosta lähdetään hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta kerätään kaikki analyysiyksiköt, mitkä vastaavat tutkimuskysymyksiin. Kun

tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisessä muodossa olevat ilmaisut on saatu kerättyä, niistä riisutaan ylimääräiset täytesanat pois. Ilmaisut pelkistetään, kuitenkin huomioiden, ettei alkuperäisen tekstin kirjoittajan kuvaama sisältö muutu. (Kylmä & Juvakka 2012, 117.)

Pelkistämistä seuraa ryhmittely, tämän tarkoituksena oli etsiä pelkistettyjen ilmaisujen eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samankaltaiset ilmaukset yhdistettiin omiin luokkiinsa ja lopuksi luokat nimettiin sellaisilla nimillä, jotka kattoivat kaikki kyseisen luokan alla olevat pelkistetyt ilmaisut. Näin muodostuivat alaluokat ja yläluokat, jotka yhdistyivät kokonaisuudeksi, yhdeksi pääluokaksi. Aineiston muodostumista pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta luokitteluun on kuvattu erillisellä liitteellä (Liite 2 Aineiston pelkistäminen ja luokittelu). Alaluokkia muodostui neljä (4) ja yläluokkia kaksi (2), näistä muodostui yksi isompi pääluokka. Alaluokkia olivat potilasohjaus, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, vuorovaikutustaidot ja ohjaus- ja opetusosaaminen. Yläluokkia olivat kliininen osaaminen ja ammatillinen osaaminen. Pääluokaksi muodostui sairaanhoitajan osaaminen sydämen vajaatoimintapotilaan potilasohjauksessa.

Aineistoa pelkistämällä ja yleistämällä on jo alkanut aineiston teoreettisten käsitteiden muodostuminen eli abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2012, 119.) Teoreettisten käsitteiden kautta muodostuivat opinnäytetyön teemat. Vähitellen rakentui synteesi, jolla saatiin vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Synteesi jäsenyi luontevasti eri teemoihin aiemmin tehdyn luokittelun kautta, tämä on havainnollistettu taulukossa 4 (Opinnäytetyön sisällön luokittelu). Synteesi on esitetty kappaleessa 7.

6.4 Aineiston laadunarviointi

Aineiston laadunarvioinnin avulla on tarkoitus luoda kuva alkuperäisaineistojen tiedon tavoitavuudesta ja yleistettävyydestä sekä siitä, miten olennaista tietoa on omaan opinnäytetyöhön ja sen tutkimuskysymyksiin nähden. Arvioinnilla pyritään välttämään opinnäytetyön tulosten vääristyminen sekä lisätään

opinnäytetyön tieteellistä luotettavuutta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28).

Opinnäytetyön tekijä koki arvioinnin tärkeäksi, vaikka aineiston arviointi ei ole tyypillisesti olennainen osa kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

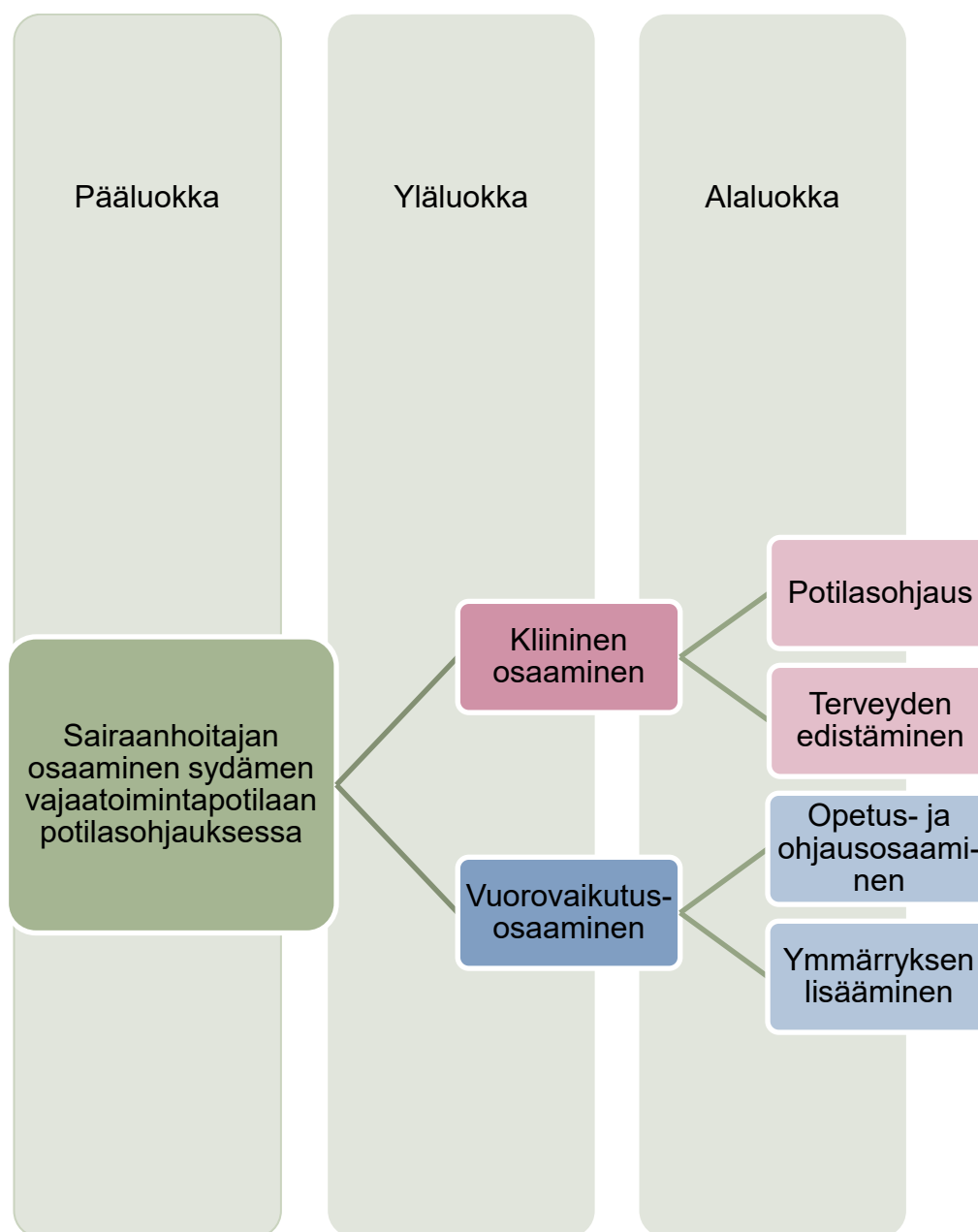
Opinnäytetyön aineiston arvioinnissa käytettiin Joanna Briggs instituutin (JBI) luomia laadun varmistamisen arviointikriteereitä, käytetyt kriteerit on tarkoitettu järjestelmälliselle tutkimukselle. Arviointikriteerit löytyvät suomennettuina Hoitotyön tutkimussäätiön internetsivuilta. Kaikki tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit täyttivät arviointikriteerit, jotka ovat 10 kysymyksen muodossa, vastausvaihtoehtoina on kyllä, ei, epäselvä ja ei soveltuva.

7 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset koostuvat 12 tutkimusartikkelin aineistoista. Tutkimusartikkelit on julkaistu vuosien 2016–2024 välisenä aikana, artikkeleita on yhdeksästä (9) eri maasta, joista valtaosa on Euroopassa, myös Indonesia, Iran, Kanada ja USA ovat edustettuina. Tutkimuksista kaksi (2) on toteutettu kansainvälisenä yhteistyönä. Tutkimusmenetelmät valituissa artikkeleissa olivat moninaiset, niiden sisällössä keskityttiin sydämen vajaatoimintapotilaan potilasohjaukseen ja potilasohjauksen vaikutuksiin potilaan omahoidon toteutuksen laatuun. Tutkimuksia suoritettiin muun muassa satunnaisesti kontrolloituna kliinisenä tutkimuksena, haastattelemalla toteutettuna laadullisena tutkimuksena, kuvailevana poikittaistutkimuksena, systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja puolistrukturoituna haastatteluina, joiden vastauksista tehtiin laadullinen sisällönanalyysi. (Liite 5 Aineistotaulukko.)

Tulokset on koostettu, kuten edellisessä kappaleessa kuvattiin, taulukon 4 (Opinnäytetyön sisällön luokittelu) mukaisesti. Sisällön luokittelun myötä eri teemat muodostavat luontevan ja loogiseen järjestyksen. Tekstiä ohjaavat tutkimuskysymykset sekä niistä muodostunut sisällön analyysiyksikkönä käytetty lause: ”Sairaanhoitajan osaaminen sydämen vajaatoimintapotilaan potilasohjauksessa”. Synteesin edetessä kirjoittaja on tarkistanut analyysipolun kulun alaluokista pääluokkaan ja varmistanut sisällöllisen vastaavuuden.

Taulukko 4 Opinnäytetyön sisällön luokittelu



7.1 Potilasohjauksen merkitys

Potilasohjaus on yksi sairaanhoitajan työn keskeisimmistä osa-alueista, sen merkitys korostuu kroonisten sairauksien hoidossa, joissa terveydenhuollon kustannukset sekä sairastavuus ja kuolleisuus ovat suurta (Hudiyawati.ym. 2023, 8). Potilaan toteuttama omahoito on olennainen osa sydämen vajaatoiminnan hoitoa. Potilaan omahoidon onnistumisen kannalta sekä elämänlaadun ja oireiden hallinnan näkökulmasta, potilasohjauksella ja sen laadulla on merkittävä vaikutus. Sousa ym. (2021, 418–9) mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavilla on vaikeuksia toteuttaa omahoitoa, päivittäinen seuranta ja oireiden tunnistaminen ei saa aikaiseksi toimia, joilla vältettäisiin sairaalahoito. Oireiden tunnistaminen vaatii potilaalta ymmärrystä siitä miltä oireet tuntuvat ja millä tavalla ne vaikuttavat elimistöön. Ensin tapahtuu oireen ajankohtainen tunnistaminen, toiseksi arvioidaan oireen merkitys ja viimeisenä toimitaan oirekuvan vaatimalla tavalla. (Sousa ym. 2021, 418–9.) Jotta potilas voi tunnistaa elimistössään tapahtuvia muutoksia sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheessa, hänellä on oltava riittävästi tietoa ja ymmärrystä sairaudesta. Tutkimusnäytön mukaan tätä tietoa ja ymmärrystä ei useimmiten ole. (Sousa ym. 2021, 418.) On raportoitu, että USA:ssa yli 50 % potilaista viivästyttää hoitoon hakeutumista oireiden ilmaantuessa, koska he eivät ole varmoja liittyvätkö oireet sydämen vajaatoimintaan, tai vaativatko kyseiset oireet hoidollista interventiota tai vastaavasti, lievittääkö hoito oireita. Etenkin ikääntyneiden monisairaiden potilaiden oli vaikeaa erottaa mihin sairauteen mikäkin oire liittyi, mikä vaikeutti sydämen vajaatoiminnan oireiden pahenemisen tunnistamista. (Vuckovic ym. 2020, 56, 59.) Viivästyneen hoitoon hakeutumisen seuraukset näkyvät pidentyneinä sairaalahoitajaksoina, terveydenhuollon kustannusten kasvuna sekä sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntymisenä. (Vuckovic ym. 2020, 56; Salahodinkolah ym. 2019, 61.)

Baldewijns ja kumppanit (2023, 28–9) sekä Kuchenrither (2021, 56) toivat esiin perusterveydenhuollossa esiin tulleita puutteita sydämen vajaatoiminnan potilasohjauksen peruseriaatteiden tunnistamisessa ja potilasohjauksen vakiinnuttamisessa osaksi perusterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidon

sairaanhoidajat antoivat kattavampaa potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaa potilasohjausta, heidän sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon kohdentuneen osaamisensa takia. Perusterveydenhuollossa ei ollut selkeää työnjakoa siitä, ketkä potilasohjausta toteuttavat, mikä vaikutti ohjauksen sisältöön ja laatuun heikentävästi, kun taas erikoissairaanhoidossa potilasohjausosaaminen oli yksi sairaanhoitajien ydinosoamisalueista (Baldewijns ym. 2023, 29).

Erilaisten ohjaustapojen hallinta on osoittautunut oleelliseksi taidoksi sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa. Potilaille on osattava antaa riittävästi ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sydämen vajaatoiminnasta, siihen vaikuttavista tekijöistä, oireiden tunnistamisesta ja miten reagoida voimistuneisiin oireisiin, jotta potilailla on riittävästi varmuutta ja osaamista tehdä itsenäisesti muutoksia hoidon toteutukseen, esimerkiksi lääkeannostuksen muuttamisen tai nesteen saannin suhteen. (Salahodinkolah ym. 2019, 61; Mesbahi ym. 2020, 4.) Pelkkä tiedon jakaminen ei ole riittävä tapa, vaan sairaanhoitajan täytyy tunnistaa potilaan ohjaukselliset tarpeet. Tämän on katsottu olevan yksi sairaanhoitajan keskeisistä osaamisvaatimuksista potilasohjauksen onnistumisen kannalta. (Svavarsdóttir ym. 2016, 57; Salahodinkolah ym. 2019, 65; Vuckovic ym. 2020, 58.)

Perinteisesti potilasoppaina ovat toimineet erilaiset printatut lehtiset ja esitteet. Tyypillisesti sairaanhoitaja käy potilasoppaan läpi yhdessä potilaan kanssa, on kuitenkin tutkimuksen kautta osoitettu, että 40–80 % annetusta lääketieteellisestä informaatiosta unohtuu potilaalta heti ohjaustilanteen jälkeen ja mieleen jäänyt tieto muistetaan usein ainakin osittain väärin. (Mohammadi ym. 2021, 2.) Mesbahi ym. (2019), Salahodinkolah ym. (2019), Vuckovic ym. (2020) sekä Mohammadi ym. (2021) ovat tutkimuksissaan tuoneet näkyväksi sairaanhoitajan potilasohjausosaamisen sekä erilaisten ohjausmenetelmien hallitsemisen tärkeyden. Potilasohjausosaaminen on suoraan yhteydessä potilaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin kohoamiseen. Oikein valittu ohjaustapa vähensi uusia sairaalahoitajaksoja sekä sairastavuutta ja kuolleisuutta. Salahodinkolah ym. (2019, 62–3, 65) tutkimuksen mukaan potilaat hyötyivät eniten kasvotusten tapahtuvasta teach back-menetelmästä, vapaasti suomennettuna opeta takaisin -menetelmä. Tässä potilasta aktivoivassa

ohjaustyylissä sairaanhoitaja pilkkoo tiedon ja kertoo sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä asioista selkeällä yleiskielisellä tavalla, minkä jälkeen pyytää potilasta toistamaan omin sanoin kuulemansa tiedon. Mikäli potilas ei pysty tai osaa toistaa kaikkea saamaansa tietoa, sairaanhoitaja toistaa puutteelliset tiedot sellaisella tavalla, mikä on potilaalle paremmin ymmärrettävää. Ohjeita kerrataan, kunnes sairaanhoitaja on varmistanut potilaan saaneen kaiken tarvitsemansa tiedon. Samalla sairaanhoitaja pystyy kartoittamaan potilaan tiedonkäsittelyn kykyä ja valmiuksia uuden oppimiselle. Teach back-menetelmällä ohjaaminen oli yksi tehokkaimmista tavoista opettaa pysyviä elämäntapamuutoksia sekä lisätä tietoisuutta sairauteen ja omahoitoon liittyen. Teach back-menetelmä paransi potilaiden painonseurantaa, se vähensi masennusta ja ahdistusta sekä paransi unenlaatua. Teach back-menetelmä sitoutti potilaat lääkkeelliseen ja lääkkeettömään omahoitoon tehokkaasti. Se on tutkimusnäytön mukaan tehokas keino osallistaa ja opettaa omaisia ja läheisiä osallistumaan potilaan omahoitoon. (Salahodinkolah ym. 2019, 64; Mesbahi ym. 2020, 3–5; Mohammadi ym. 2021, 5–8.)

Nykytekniikan ansiosta potilaille on tarjolla digihoitopolkuja sekä muunlaisia multimediallisia opetustapoja, jotka toimivat tehokkaasti kasvokkain annetun ohjauksen lisänä. Digihoitopoluilla ja erilaisissa älypuhelimeen ladattavissa sovelluksissa tieto on saatavilla vuorokauden ympäri, joten potilas voi palata tiedon pariin aina tarpeen tullen. Mohammadi kollegoineen (2021, 2–8) yhdistivät tutkimuksessaan multimedia opetuksen teach back-menetelmään, tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ohjaustavan vaikutuksia potilaiden kokemaan terveydentilaan liittyvään elämänlaatuun sekä kardiofobiaan. Kardiofobia on sydänsairailta potilailla verrattain yleinen ahdistuksen muoto, jossa potilas kokee ahdistusta ja pelkoa omasta terveydentilastaan (Mohammadi ym. 2021, 2). Tutkimuksessa potilaat oli jaettu satunnaisesti kolmeen eri ryhmään. Yksi ryhmistä oli kontrolliryhmä, jossa ohjausta annettiin perinteisillä tavoilla. Interventior ryhmä oli jaettu A- ja B-ryhmiin, joista A-ryhmää ohjattiin multimediaa eli älypuhelimien sovellusta käyttäen ja B-ryhmäläisille lisättiin teach back-menetelmä multimediaopetuksen rinnalle. Kaikissa ryhmissä oli 40 potilasta. Ennen interventiota eli ohjaustavan muutosta eri ryhmien välillä

ei ollut juurikaan eroja terveydentilaan liittyvässä elämänlaadussa, eikä kardiofobiassa. Muutokset näkyivät kuitenkin heti ensimmäisen intervention jälkeen. Tilastoinnit tehtiin heti ensimmäisen ohjauksen jälkeen sekä yhden (1) kuukauden ja kolmen (3) kuukauden kuluttua ensimmäisestä interventiosta. Tutkimus osoitti, että multimediaohjaus ja teach back-menetelmä olivat perinteistä potilasohjaustapaa tehokkaampia potilaiden terveydentilaan liittyvän elämänlaadun kohentamisessa sekä vähensivät tehokkaammin kardiofobiaa. Ryhmä, missä multimediaohjauksen rinnalle oli lisätty teach back-menetelmä tuotti paremman lopputuloksen kuin pelkkä multimediaohjaus. Terveydentilaan liittyvän elämänlaadun mittaamiseen käytettiin Minnesota living with heart failure -kyselylomaketta (Liite 3). Kardiofobian mittaamiseen käytettiin George Eifertin kollegoineen suunnittelemaa Cardiac anxiety questionnaire -kyselylomaketta, tähän ei opinnäytetyöntekijällä ollut pääsyä maksutta. Kysely sisältää 18 kysymystä käsittäen 3 eri aihealuetta, joita ovat pelko, välttäminen ja huomion keskittyminen sydämeen. Pisteytys tapahtuu jokaisen kysymyksen kohdalla asteikolle 0 (ei ikinä) – 4 (aina), mitä korkeammat pisteet, sitä voimakkaampaa ahdistusta potilas kokee. (Mohammadi ym. 2021, 4.)

Huomion arvoista on, että älypuhelinsovellukset tai digipolut eivät ole sopiva vaihtoehto kaikille potilaille. Potilaan korkea ikä, kognitiiviset tai psyykkiset esteet voivat vaikeuttaa sovelluksen käyttöä yhtä lailla kuin oppimistakin. (Salahodinkolah ym. 2019, 63.) Osalle potilaista kotikäynnit ja puhelinseuranta ovat tehokkaita tapoja ylläpitää parempaa elämänlaatua ja omahoidontasoa. Toisia taas motivoi parhaiten ryhmäohjauksen yhteisöllisyys. Potilaat kokevat saavansa ryhmässä lisää itsevarmuutta hoidollisten päätösten tekoon, ryhmäohjaus lisäsi potilaiden sitoutumista omaan hoitoonsa ja paransi elämänlaatua. (Salahodinkolah ym. 2019, 65.) Kotikäynnit ja puhelinseuranta ovat tilastollisesti tuottaneet heikoimpia tuloksia omahoidon- ja elämänlaatuun sekä elintapojen muutoksen (Salahodinkolah ym. 2019, 63).

7.2 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Yksi sairaanhoitajan osaamisalueista on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osaaminen. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa tämä tarkoittaa hyvää teoretiedon osaamista sekä tiedon soveltamista parhaalla mahdollisella tavalla potilaan hyödyksi. Koska sydämen vajaatoiminta muodostuu yhden tai useamman sydän- ja verisuonisairauden pahenemisen seurauksena, on oleellisen tärkeää, että sairaanhoitajalla on riittävä osaaminen näistä syysairauksista. Valtaosa sydämen vajaatoimintaa sairastavista ovat monisairaita, mikä edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista myös liitännäissairauksista. Sairaanhoitajan tulisi olla tietoinen potilaan oireiden ja omahoitokäyttäytymisen välisestä yhteydestä sekä tunnistaa muutokset potilaan hoitomyönteisyydessä. (Svavarsdóttir ym. 2016, 56, 59; Vuckovic ym. 2020, 61.)

Sydämen vajaatoiminnan omahoito on potilaille usein vaikeaselkoista, vaikka potilaat usein tietävät mitä oireita heidän tulisi seurata, heillä on vain harvoin ymmärrystä siitä, mikä johtaa oireiden syntyyn ja pahenemiseen. Näin ollen heillä ei ole keinoja, millä estää oireiden kehittymistä, tämä johtaa usein siihen, että potilas ei sitoudu omahoitoonsa. (Lee ym. 2017, 496–7; Sousa ym. 2021, 418.) USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa Lee ja kumppanit (2017, 496–503) saivat selville, että sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheen hoidon jälkeen sairaalasta kotiutuneilla potilailla ei ollut kokonaisvaltaista ymmärrystä sydämen vajaatoiminnan merkeistä ja oireista. Tämä oli tutkijoista yllättävä löydös, sillä USA:ssa, kuten Euroopassakin, potilasohjausta pidetään rutiinikäytäntönä ennen potilaan kotiutusta. Sydämen vajaatoiminnan potilasohjaus pitää sisällään liikumisen ohjauksen (rasituksen sieto on potilaskohtaista), ruokavalion, lääkityksen läpikäynnin ja ohjauksen, jatkotutkimuksista informoinnin, painon seurannan ohjauksen ja toimintaohjeet, miten toimia, jos oireet pahenevat. (Lee ym. 2017, 500.) Rutiininomainen ohjaus on hyödytöntä, jos ohjausta antava sairaanhoitaja ei varmista onko potilas ymmärtänyt saamansa ohjeet. Ja toisaalta rutiininomaisuus voi osoittautua ongelmalliseksi,

sydämen vajaatoiminnan yksilöllisesti ilmenevien oireiden vuoksi (Vuckovic ym. 2020, 59).

Sairaanhoitajan tulee tunnistaa tilanteita, joissa on mahdollista, että potilas ei sisäistä kaikkea saamaansa tietoa tai ymmärrä syysseuraus suhdetta.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että potilasohjaus, joka nimenomaisesti yhdistää sydämen vajaatoiminnan pahenemismekanismit ja sen merkit ja oireet, lisäävät tietämystä ja parantavat omahoidon laatua ja vajaatoiminnan ennustetta ja näin ollen myös potilaan hyvinvointia (Lee ym. 2017, 501). Potilaiden omaiset ja läheiset hyötyivät tutkimusten mukaan samanlaisesta ohjauksesta kuin potilaatkin. Omaisten ottaminen mukaan potilasohjaukseen paransi potilaan omahoidon tasoa, vähensi uusia sairaalahoitajaksoja sekä sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Salahodinkolah ym. 2020, 63–4; Vuckovic ym. 2020, 59–60; Mohammadi ym. 2021, 7.)

Terveyden edistäminen vaatii sairaanhoitajalta tiedon lisäksi myös taitoja, joilla luodaan luottamuksellinen suhde potilaaseen ja vahvistetaan potilaan omia voimavaroja. On todettu, että potilaan voimaannuttava ohjaaminen parantaa hoitoon sitoutumista. Svavarsdóttir kollegoineen (2016, 60) toivat haastattelututkimuksessaan ilmi terveydenhuollon ammattilaisten jakavan saman näkemyksen siitä, että potilasohjauksen tulisi olla potilasta inspiroivaa, informoivaa ja tukevaa, sekä helpottaa potilaan yrityksiä tunnistaa ja saavuttaa omat tavoitteensa. (Svavarsdóttir ym. 2016, 60.) Ohjaajan ja potilaan tasavertaista suhdetta ohjaustilanteissa pidettiin tavoittelemisen arvoisena ja hyödyllisenä asiana. Potilaat kokivat olonsa rennommaksi ja heidän oli helpompaa keskustella vaikeammistakin asioista, kun he kokivat olevansa saman arvoisessa asemassa sairaanhoitajan kanssa. Potilaskeskeistä ohjaamista pidettiin yhtenä ydintaidoista potilasohjauksessa. (Svavarsdóttir ym. 2016, 61.)

7.3 Opetus- ja ohjausosaaminen

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, sen tarkoituksena on lisätä potilaan tietoa omasta sairaudesta sekä toimintakyvystä suhteutettuna sen hetkiseen

elämäntilanteeseen. Ohjauksen tavoite on tuottaa potilaalle lisää tietoa sydämen vajaatoiminnasta, vaikuttaa positiivisesti potilaan käytökseen ja asenteisiin liittyen terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen. (Svavarsdóttir ym. 2016, 55.) Sairaanhoidajan kykyä luoda yhteys itsensä ja potilaan välille samalla luottamusta rakentaen tunnistettiin toimivan kommunikaation ja potilasohjauksen perustaksi. Yhteyden luominen tarkoitti aitoa välittämistä potilaan tilanteesta sekä empatiakykyä. Pystymällä samaistumaan potilaan tilanteeseen sairaanhoidajan koettiin olevan pätevä tukemaan potilasta sairauden kanssa. (Svavrsdóttir ym. 2016, 59.) Sairaanhoidajalla odotettiin olevan kyky luoda ilmapiiri, joka tukee potilaan oppimista ja mahdollistaa kysymysten esittämisen sekä keskustelun arkaluontoisistakin aiheista. (Svavarsdóttir ym. 2016, 59.) Jotta potilas ei kokisi oloaan epämukavaksi, oli sairaanhoidajalla oltava taito keskustella luontevasti ohjaustilanteissa. Sairaanhoidajan taito arvioida potilaan aikaisemmin oppimaa tietoa, kiinnostusta ja motivaatiota, oli edellytys yksilölliselle ohjaamiselle sekä annettavan tiedon priorisoinnille ohjaustilanteissa Svavarsdóttir ym. (2016, 59–60.) mukaan.

Vaikka potilasohjauksen merkitys tunnistetaan tärkeänä osana kroonisen sairauden hoitoa ja kulmakivenä onnistuneelle omahoidolle, useat tutkimukset osoittavat, että ohjaus jää usein tekemättä tai se on toisinaan tehotonta tai ei vastaa potilaan tarpeita. (Svavarsdóttir ym. 2016, 55–6; Baldewijns ym. 2023, 25–8.) Terveystieteiden ammattilaiset pitivät itse osaamisen puutteellisuutta ja liian vähäistä koulutusta esteenä potilasohjauksen onnistumiselle. Svavarsdóttir ym. (2016, 56) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset tunnistivat myös jatkuvan oppimisen tärkeyden potilasohjauksessa, tarkoittaen ajantasaisen tutkimustiedon lukemista ja luetun tiedon soveltamista ohjaustyöhön. Potilaat kokivat kliinisen osaamisen ja teoretien hyödyntämisen toissijaisena, mikäli sairaanhoidajalla oli puutteita kommunikaatio- tai kysymyskykyä tavoittaa potilas (Svavarsdóttir ym. 2016, 59–60). Suomessa toteutetussa tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden potilasohjausosaamiseen liittyvät tiedot ja taidot olivat hyvällä tasolla, mutta potilasohjauksen käytännön toteutuksessa oli puutteita. Esteenä onnistuneelle potilasohjaukselle olivat muun muassa kommunikaatio-ongelmat eri ammattiryhmien ja tiimin jäsenten välillä sekä potilaiden ja

perheiden kanssa. Myös kollegiaalisuuden puute ja kulttuuriset tekijät nähtiin esteenä onnistuneelle potilasohjaukselle. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 28.)

Perhekeskeinen lähestymistapa parantaa aikaista oireiden tunnistamista ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia. (Vockovic ym. 2020, 61.) Onnistunut omahoito vaatii potilaalta ja omaiselta kykyä hallita sydämen vajaatoiminnan oireita. Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa missä oppimisen vaiheessa potilas on oireiden hallinnassa voidakseen ohjata potilasta oikein.

Avoin dialogi potilaan ja sairaanhoidajan välillä katsottiin parhaaksi tavaksi lisätä potilaan tietoa sydämen vajaatoiminnasta. Potilas sai keskustella vapaasti ohjaajan kanssa ja kysyä hoitoon liittyviä kysymyksiä. (Salahodinkolah ym. 2020, 63.) Potilaan kanssa avoimesti kommunikoiava sairaanhoitaja sai paremmin tietoa potilaan elämäntilanteesta ja potilaan ajatuksista ja toiveista, ja pystyi paremmin tarjoamaan henkistä tukea potilaalle (Savavrsdóttir ym. 2016).

Tiedon jakaminen potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden tuotti parempia ja kauaskantoisempia tuloksia omahoitoon liittyen. Hudiyawati ym. (2023, 12) totesivat tutkimuksessaan suunnitelmallisen ja strukturoidun potilasohjauksen tuottaneen merkittäviä positiivisia parannuksia potilaiden omahoitoon sekä itsevarmuuteen liittyen omahoitoon. Potilaiden aktiivinen osallistaminen omahoidonohjaukseen on koettu hyväksi tavaksi opettaa potilaita oireista ja milloin oireisiin tulee reagoida (Sousa ym. 2021, 421).

7.4 Ymmärryksen lisääminen potilaan omahoidon tukena

Potilaan toteuttama sydämen vajaatoiminnan omahoito on merkittävä osa sydämen vajaatoiminnan hoitoa, hyvin toteutettu omahoito vähentää uusia sairaalahoitajaksoja se säästää huomattavasti terveydenhuollon kustannuksia sekä vähentää sairastavuutta ja kuolleisuutta (Okten ym. 2022, 1251). Hyvin toteutettu omahoito tarkoittaa sydämen vajaatoimintaa sairastavan oireiden pahentuessa tai uusien oireiden ilmetessä, potilaan välitöntä reagointia tilanteeseen, jotta välttyttäisiin sairaalahoidolta. Runsaasta potilasohjauksesta huolimatta, omahoito ei tuota toivottuja tuloksia. Potilaiden kyvyttömyys

reagoida sydämen vajaatoiminnan oireisiin katsotaan olevan merkittävin tekijä omahoidon epäonnistumiselle (Mesbahi ym. 2020, 2; Vockovic ym. 2020, 56; Salahodinkolah ym. 2020, 61; Mohammadi ym. 2021, 2; Sousa ym. 2021, 418). Oireisiin reagoimista edeltää oireiden tunnistaminen, mikä voi olla sydämen vajaatoimintaa sairastavalle hankalaa, sillä oireet ja niiden voimakkuus vaihtelevat päivittäin. Ja juuri oireiden vaihtelevuus, ei voimakkuus, ennustaa lähestyvää sairaalahoitojaksoa tai kuolemaa. (Vuckovic ym. 2020, 57, 59.)

Potilaiden korkea ikä sekä liitännäissairaudet oireineen, vaikeuttavat oireiden tunnistamista entisestään. (Vuckovic ym. 2020, 56.) Potilaiden ajatellaan tunnistavan helposti pahenemisvaiheessa olevan sydämen vajaatoiminnan oireita, kuten nesteiden kertymistä tai lisääntyntä uupumusta. Valitettavasti oireiden tunnistaminen ei useinkaan johda siihen, että potilas hakisi apua tilanteeseen, esimerkiksi terveyskeskuksesta. Ratkaistavana on, millä keinoin potilas saadaan toimimaan itseohjautuvasti oireiden pahentuessa. (Vuckovic ym. 2020, 56; Salahodinkolah ym. 2020, 63.)

On arvioitu, että 60 %:lla sydämen vajaatoimintaa sairastavista on kolme (3) tai useampi krooninen liitännäissairaus (Vuckovic ym. 2020, 57). Kroonisten sairauksien oireet ovat usein keskenään hyvin samankaltaisia, mikä vaikeuttaa oireiden yhdistämistä sydämen vajaatoimintaan. Vanhemmista potilaista noin 80 %:lla on todettu olevan heikentynyt toiminnanohjaus, vaikeutta keskittyä sekä muistaa asioita. Kognitiivisten taitojen heikentymisen on Vuckovicin ja kollegoiden (2016, 58) mukaan osoitettu johtavan heikompaan omahoidon tasoon ja terveydentilan heikentymiseen. Sairaanhoidajan tehtävä on kiinnittää huomiota potilaan kognitiivisiin kykyihin ja suorittaa potilaalle tarvittavia testejä varmistuakseen potilaan kognitiivisista kyvyistä. Myös masennuksen on osoitettu johtavan heikompaan lääkehoitoon ja elämäntapamuutoksiin sitoutumiseen (Vockovic ym. 2020, 58). Masennuksen poissulkeminen tulisi olla rutiininomaista sydämen vajaatoimintapotilailla, sillä vajaatoiminta itsessään aiheuttaa usein masennusta ja alakuloisuutta, varsinkin potilailla, jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin.

Potilaan yksilöllistä terveystietoa suositeltiin käytettävän yhtenä sydämen vajaatoiminnan hoidon ja potilasohjauksen mittarina, sillä se on kriittinen tekijä potilaan kyvyssä toteuttaa omahoitoa. Vuckovic ym. (2020, 60) sekä Mesbahi ym. (2020, 2) olivat tutkimuksissaan löytäneet yhteyden heikon terveystietoisuuden ja kuolleisuuden välillä sairaalahoidosta kotiutumisen jälkeen. Terveystietoisuudella tarkoitetaan yksilön kykyä käsitellä ja ymmärtää perustietoja terveydestä, ja sen pohjalta kykyä tehdä omaan hoitoon liittyviä päätöksiä (Vuckovic ym. 2020, 60). Esimerkiksi Amerikassa, noin puolella aikuisista kansalaisista, on heikko terveystietoisuus ja sen vuoksi vaikeuksia ymmärtää heille annettua tietoa omasta terveydestään. Vaikka yhteys terveystietoisuuden ja kuolleisuuden välillä on huolestuttava, Vuckovicin ja kumppaneiden (2020, 60–1) mielestä se luo myös mahdollisuuden räätälöidä potilasohjausta yksilöllisesti ja ajallisesti potilaan tarpeisiin, etenkin potilailla, joilla on kuulon- tai näön alenemaa tai oppimisvaikeuksia.

8 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatiman Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa – ohjeistuksen (HTK-ohje) mukaisesti. Tämän ohjeistuksen mukaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (TENK 2023.) Opinnäytetyön tekijä on sitoutunut toteuttamaan opinnäytetyön ohjeistuksen mukaisesti.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. on julkaissut Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset sekä ohjeet esteellisyyssäännöksen huomioimiseen, joissa on muistilistojen muodossa kuvattu ohjeistuksia opinnäytetyötä tekeville opiskelijoille. Ohjeet on toteutettu HTK-ohjeita mukailien ja ne noudattavat Suomen lakeja sekä EU:n asetuksia. (Arene ry 2020.)

Opinnäytetyön teossa esteellisyydellä tarkoitetaan tilannetta, jossa opinnäytetyön tekijällä olisi yhteys käsiteltävään aiheeseen tai vaikutusvaltaisiin henkilöihin, mikä voisi herättää epäilyksen puolueettomuudesta. Esteellisyyttä on hyvä pohtia sekä objektiivisen, että subjektiivisen näkökulman kautta. (Arene ry 2020.) Opinnäytetyön teon yhteydessä ei ilmennyt epäilystä esteellisyydestä. Tutkimusluvalla tarkoitetaan organisaation antamaa lupaa suorittaa tutkimusta organisaatiossa tai sen toiminnasta tai henkilökunnasta (Arene ry 2020).

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, joten tutkimuslupaa ei tarvittu.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutustapa on aineistolähtöinen, sillä pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään jotain tiettyä ilmiötä tai asiaa. Se perustuu jo aiemmin tutkitun tiedon keruuseen ja analysointiin. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat käytettävissä olevan aineiston laajuus, eettisyys sekä luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta aineiston valinta, tarkastelu sekä arviointi ovat merkittävässä asemassa. Kaikki vaiheet on toteutettu huolellisesti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen heikkoutena on pidetty sen sattumanvaraisuutta ja subjektiivisuutta aineiston suhteen ja vahvuutena

argumentoitavuutta sekä aineiston tarkastelun mahdollisuutta valittujen tutkimuskysymysten kautta. (Kangasniemi ym. 2013.)

Opinnäytetyön tutkimusartikkelien haku on toteutettu yhden henkilön tekemänä, tällä on voinut olla merkitystä hylättyjen ja hyväksytyjen artikkelien valintaan. Vaikutuksen minimoimiseksi aineiston valintaan luotiin mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Alustavasti mukaanottokriteerein valitut artikkelit luettiin useita kertoja läpi, jotta voitiin varmistua aineiston sopivuudesta ja ajantasaisuudesta. Aineisto käytiin vielä läpi Joanna Briggs Instituutin arviointikriteereitä hyödyntäen (Liite 4 JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle), minkä jälkeen aineistosta merkattiin tutkimuskysymyksiin liittyvät asiat, jotta aineiston sopivuus tutkimukseen varmistui. Lopullisesti mukaan valikoitui 12 artikkelia (n=12).

Tutkimusaineistoista yksi (1) oli suomenkielinen ja loput englanninkielisiä. Käännösvirheiden minimoimiseksi on apuna käytetty MOT kielipalvelun sanakirjaa. Käännösvirheitä ja väärin ymmärrystä voidaan pitää vain pienenä mahdollisuutena. Aineistona käytettiin ainoastaan vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, mikä lisää opinnäytetyön tieteellistä luotettavuutta. Tuotettu tieto raportoitiin avoimesti, kriittisesti ja puolueettomasti sekä tietoa sensuroimatta. Koska opinnäytetyö on toteutettu yhden henkilön tekemänä, on luotettavuuden ja tieteellisyyden arvioimiseen käytetty tarkistuslistaa (Taulukko 5 Tarkistuslista opinnäytetyön tieteellisyydestä), vaikka sitä ei pidetä kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle välttämättömänä tapana. Sisällön vastaavuutta tutkimuskysymyksiin voi tarkastella myös aineiston luokittelun kautta liitteellä 2 (Opinnäytetyön aineiston pelkistäminen ja luokittelu).

Opinnäytetyössä kunnioitettiin aineistojen alkuperäisiä tekijöitä lähdemerkintöjä käyttäen, kaikki lähteet on merkitty asiatekstiin ja lähdeluetteloon Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Tutkimuseettisiä periaatteita on noudatettu koko opinnäytetyöprosessin läpi. Opinnäytetyö ei sisällä mitään salassa pidettäviä tietoja. Opinnäytetyössä on noudatettu Turun ammattikorkeakoulun ohjeita koskien opinnäytetyön rakennetta ja ulkoasua.

Opinnäytetyö tullaan tarkistamaan Turnitin-tietojärjestelmällä ennen julkaisua plagiointin ja tekoälyn käytön poissulkemiseksi.

Opinnäytetyöstä tulee julkinen asiakirja, kun opinnäytetyön ohjaaja hyväksyy työn, hyväksyntää ennen ohjaajan täytyy arvioida työ (Arene ry. 2020).

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan avoimeen Theseus-palveluun, mistä se on vapaasti saatavissa. Vapaa saatavuus noudattaa hyviä tieteellisiä käytänteitä ja eettisiä ohjeita, sekä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Taulukko 5 Tarkistuslista opinnäytetyön tieteellisyydestä

Tieteellisyyden varmistavat tekijät opinnäytetyössä	Sivunumero, mistä tiedon löytää opinnäytetyössä
1. Onko tutkimuksen tarkoitus selvillä?	32
2. Onko tutkimusongelma luotu?	32
3. Onko tutkimuskysymykset luotu tutkimusongelman pohjalta?	32
4. Onko opinnäytetyössä selkeät tavoitteet?	8, 32
5. Onko tutkimusmenetelmä määritelty ja perusteltu?	33–34
6. Onko aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehdytty?	9–31
7. Onko metodologiseen kirjallisuuteen perehdytty	35–39
8. Onko tiedonkeruumenetelmä esitetty ja perusteltu?	33–36
9. Onko analyysimenetelmä selitetty ja perusteltu?	37–39
10. Onko tutkimusaineistoa riittävästi?	36
11. Onko luotettavuus arvioitu?	39, 52–54
12. Onko päätelmät oikein?	55–57
13. Onko dokumentointi riittävän tarkkaa?	53–54
14. Onko opinnäytetyössä noudatettu ammattikorkeakoulun raporttipohjaa?	53

9 Johtopäätökset ja ammatillinen kehittyminen

9.1 Tulosten tarkastelu suhteessa tutkimusongelmiin

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkimuskysymysten kautta, miten sydämen vajaatoimintapotilasta pitäisi ohjata ja mitä sydämen vajaatoimintaa sairastavalle pitäisi kertoa omahoidosta. Kysymyksiin haettiin vastausta myös sen kautta, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee potilasohjauksessa.

Sairaanhoitajan potilasohjauksessa tarvitsemat taidot voidaan opinnäytetyön tulosten mukaan jakaa kliiniseen osaamiseen ja vuorovaikutusosaamiseen. Kliinisessä osaamisessa tärkeimmät osa-alueet ovat potilasohjauksen sisältö sekä terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen. Vuorovaikutustaidoissa nousi esiin opetus- ja ohjausosaamisen merkitys ja tärkeimpänä potilaan ymmärryksen lisääminen.

Sairaanhoitajan antaman potilasohjauksen on oltava tutkittuun tietoon perustuvaa ja tasalaatuista terveydenhuollon yksiköstä riippumatta. Potilasohjauksen pitää olla vakiintunutta ja siinä pitää noudattaa yhteisiä peruseriaatteita. Potilasohjauksen on tavoitettava myös potilaan omaiset tai läheiset, jotka osallistuvat potilaan omahoitoon. Omaisten osallistamisella parannetaan potilaan omahoitoa, vähennetään uusia sairaalajaksoja, sairastavuutta ja kuolleisuutta.

Sairaanhoitajan täytyy hallita työssään erilaisia ohjaustapoja sekä tunnistaa potilaan tarpeet ohjaukselle. Oikean ohjaustavan valinnalla on huomattavia vaikutuksia potilaiden hyvinvointiin, sekä taloudellista hyötyä terveydenhuollon kulujen laskiessa sairastavuuden vähentymisen myötä. Epäonnistunut potilasohjaus lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä terveydenhuollon kustannuksia.

Sairaanhoitajalta vaaditaan runsasta teoretiedon osaamista sydän- ja verisuonisairauksista sekä tyypillisimmistä liitännäissairauksista, kuten tyypin 2 diabetes, krooninen munuaistauti sekä raudanpuute ja anemia. Motivaatio

jatkuvalle oppimiselle ja uuden tiedon saattamiselle potilaiden käyttöön nousi toistuvasti esiin.

Sairaanhoidajalta odotetaan edistyneitä vuorovaikutustaitoja, aitoa välittämistä sekä empatiakykyä. Erilaiset vuorovaikutusosaamiseen liittyvät taidot nousivat useissa tutkimuksissa sairaanhoidajan tärkeimmäksi osaamisen alueeksi potilasohjauksessa. Vuorovaikutustaidoilla ja avoimella dialogilla saadaan potilaille parhaat oppimistulokset omahoitoon liittyen. Sairaanhoidajan runsas teoreettinen osaaminen koetaan merkityksettömäksi, jos vuorovaikutusosaaminen ei ole riittävää.

Potilaan ymmärryksen lisääminen sydämen vajaatoiminnan oireisiin reagoimisessa on avainasemassa omahoidon onnistumiselle. Vaikka potilaat osaavat tunnistaa oireiden pahenevan, heillä ei ole ymmärrystä, eikä keinoja miten toimia oireiden lievittämiseksi. Potilaille on luontevampaa muuttaa toimintatapoja sen suhteen, mikä aiheuttaa sydämen vajaatoiminnan oireiden pahenemista, esim. nukkumalla nojatuolissa runsaan kongestion aiheuttaman hengenahdistuksen vuoksi, kuin tehdä hoidollista interventiota, esim. lääkemuutoksilla tai olemalla yhteydessä terveydenhuoltoon. Sairaanhoidaja on merkittävässä roolissa sydämen vajaatoiminnan hoidossa, koska potilasohjaus on hyvin keskeinen osa hoitoa ja potilaan omahoidon onnistumista.

Tällä hetkellä sairaanhoidajien vuorovaikutukselliset taidot ovat suurempi puute potilasohjauksessa, kuin teoretiedon hallitseminen. Tieto yksinään ei riitä, vaan tieto täytyy välittää potilaalle, potilaan yksilölliset oppimistarpeet huomioiden. Potilaan terveysosaamisen tunnistaminen on keskeisessä osassa sydämen vajaatoiminnan oirekuvan ja oireiden hoidon välisen yhteyden ymmärryksen lisäämisessä.

9.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyö on suuruudeltaan 15 opintopistettä, mikä tarkoittaa 405 työtuntia (amkosaaja.fi 2023). Työ on vaatinut laaja-alaista tiedonhaun hallintaa, työn aikataulun suunnittelua, teoretiedon ja käytännön tiedon yhdistämistä.

Opinnäytetyön tekeminen yksin on kehittänyt tekijän ongelmanratkaisu- ja tiedonhankintataitoja. Yksin työskentely on opettanut tekijälle ajanhallinnan tärkeyttä ja nöyryyttä laajan kokonaisuuden työstämisessä sekä ammatillista kehittymistä hiljalleen kehittyvien tutkimustyötaitojen kautta. Tekijä on tunnistanut opinnäytetyön työstämisen aikana omia vahvuuksia sekä kehityksellisiä tarpeita. Aihealue ei ollut tekijälle täysin vieras, mikä vaati alkuun tiedostavaa otetta esimerkiksi aineiston valinnan suhteen. Työn edetessä tämä ei osoittautunut ongelmaksi, tutkimusongelma ohjasi aineiston valintaa luontevasti.

Opinnäytetyön suurin haaste tekijälle oli rajallinen aika. Opinnäytetyön teolle oli normaalista poikkeava, hieman lyhyempi aika. Yksin työskentely ei tekijän odotuksen mukaisesti helpottanut aikataulutusta, työn, opiskelun ja perhe-elämän sovittaminen yhteen oli ajoittain hankalaa ja raskasta. Yksi isohko haaste liittyi tekniikkaan ja Microsoft Wordin vaatimukseen opinnäytetyön julkaisumuotoon saattamisen kanssa, mihin tarvittiin Windows-kone, minkä käyttöön saaminen oli tekijälle odotettua vaikeampaa ja aiheutti työn palauttamisen suhteen haasteita. Ajoittain opinnäytetyön teko aiheutti onnistumisen tunteita ja ajoittain suurta epävarmuutta ja stressiä. Ohjaavan opettajan rauhallinen suhtautuminen työssä ilmenneisiin ongelmiin helpotti vaikeimpia hetkiä.

9.3 Jatkotutkimusehdotus

Opinnäytetyötä tehdessä keskeiseksi ongelmaksi nousi sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen tärkeys sydämen vajaatoiminnan potilasohjauksessa. Olisi mielenkiintoista tietää, onko vuorovaikutustaidoilla yhtä suuri merkitys muussa potilasohjauksessa. Ja millä tavalla vuorovaikutustaitoja voidaan kehittää, tutkimusnäyttö puoltaa ajatusta, että toisille ohjaaminen on luontevampaa, kuin toisille. Voiko luontevaa vuorovaikutusta oppia? Se oli merkittävässä roolissa potilaan ymmärryksen lisäämiselle vajaatoiminnan hoidossa.

Lähteet

Aalto-Setälä, K. 2024. Sydämen rakenne ja toiminta. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K.; Hartikainen, J.; Juntila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37–41.

Airaksinen, J. 2021. SGLT2:n estäjät – enemmän kuin diabeteslääke. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim Vol. 137, No. 2, 181–6. Viitattu 2.11.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16028>

American Heart Association 2024. Classes and Stages of Heart Failure. Viitattu 1.11.2024. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>

Amkosaja.fi 2023. Laskentakaava opintojen suunnittelun tueksi. Viitattu 23.11.2024. <https://amkosaja.fi/uutinen/miten-suunnitella-opintoja/>

Anker, J.; Butler, G.; Filippatos, J.P.; Ferreira, E.; Bocchi, M.; Böhm, H.-P.; Brunner–La Rocca, D.-J. & ym. 2021. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. The New England Journal of Medicine Vol. 385, No. 16, 1451–61. Viitattu 2.11.2024. [DOI: 10.1056/NEJMoa2107038](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107038)

Arene ry. 2020. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Viitattu 22.11.2024. <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Elo, A.; Tohmola, A.; Kajula, O. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede-lehti. Vol. 34, No. 4, 215–225.

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

ESC European Society of Cardiology 2021. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart journal Vol. 42, No. 36, 3600–3726. Viitattu 13.10.2024. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

ESC European Society of Cardiology 2023. Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal Vol. 44, No. 37, 3628–38. Viitattu 2.11.2024.

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/37/3627/7246292?login=false>

Hoitotyön tutkimussäätiö n.d. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Viitattu 23.11.2024. <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyo/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>

Hoitotyön tutkimussäätiö 2018. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatointapotilaan hoitotyössä. Viitattu 12.11.2024.

<https://hotus.fi/hoitosuositus/omahoidon-ohjauksen-sisallot-sydamen-vajaatoimintapotilaan-hoitotyossa/>

Huovinen, A.; Hynynen, M-A.; Karhenmaa, A.; Koponen, L. & Mäkeläinen, T. 2023. Sydän- ja verisuonisairauksien hoitotyö. Teoksessa Haarala, N. & Ollila, J. (toim.) Kliininen hoitotyö. 11. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Ilveskoski, E. & Airaksinen, J. 2024. Beetasalpaajat kroonisen sepelvaltimotaudin hoidossa. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K.; Hartikainen, J.; Juntila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 343.

Kangasniemi, M.; Pietilä, A.; Utriainen, K.; Jääskeläinen, P.; Ahonen, S. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede-lehti. Vol. 25, No 4, 291–301. Viitattu 20.10.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286>

Karvonen, J. & Lommi, J. 2024. Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoito. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K.; Hartikainen, J.; Juntila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 784.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.–2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Käypä hoito 2024. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 13.10.2024.

<https://www.kaypahoito.fi/khp00124>

Käypä hoito -suositus 2023. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 14.10.2024.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50113>

Lassus, J. & Harjula, V-P. 2024. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia, etiologia ja daignostiikka. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K; Hartikainen, J.; Junntila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 734–5.

Lassus, J. & Lommi, J. Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K; Hartikainen, J.; Junntila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 763–80.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 47–8.

Lommi, J. 2015. Sydämen vajaatoiminnan omahoito. Tieteessä katsaus: Sydämen vajaatoiminnan omahoito. Suomen Lääkärilehti, Vol. 70, No. 36, 2246–54. Viitattu 7.11.2024.

<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2015/SLL362015-2246.pdf>

Mustonen, P. 2021. Sydämen vajaatoiminnan lääkkeetön hoito.

Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim, Vol. 137, No. 16, 1707–11.

Viitattu 16.11.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16378>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 27.

Onnismaa, J. 2021. Ohjaus- ja neuvontatyö. 3., uudistettu painos. Helsinki: Gaudeamus.

Pentikäinen, M.; Laine, M. & Lommi, J. 2024. Sydämen vajaatoiminnan patofysiologia. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K; Hartikainen, J.; Junttila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 717.

Pentikäinen, M. & Ukkonen, H. 2024. Sydämen vajaatoiminnan kliininen kuva ja diagnostiikka. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K; Hartikainen, J.; Junttila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 723–37.

Raatikainen, P. & Junttila, J. 2024. Eteisvärinän seuraukset. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K; Hartikainen, J.; Junttila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 561.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2023. Suomen Sairaanhoitajat ry. Viitattu 7.11.2024. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>

Seetharam, K.; Sengupta, P. & Bianco, C. 2020. Cardiac mechanics in heart failure with preserved ejection fraction. Echocardiography, Vol. 37, No. 11, 1936–43. Viitattu 13.10.2024. <https://doi.org/10.1111/echo.14764>

Siirilä-Waris, K.; Lassus, J.; Melin, J; Peuhkurinen, K.; Nieminen, M. & Harjola, V-P. 2006. Characteristics, outcomes, and predictors of 1-year mortality in patients hospitalized for acute heart failure. European Heart Journal, Vol. 27, No. 24, 3011–7. Viitattu 4.11.2024. <https://doi:10.1093/eurheartj/ehl407>

Silvola, H. 2021. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoito.

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 137, No. 16, 1699–1702. Viitattu 26.10.2024.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo16371/Teema:%20syd%C3%A4men%20vajaatoiminta>

Solomon, J.J.V.; McMurray, B.; Claggett, R.A.; de Boer, D. DeMets, A.F.; Hernandez, S.E & ym. 2022. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. The New England Journal of Medicine, Vol. 387, No. 12, 1089–98. Viitattu 2.11.2024.

[DOI: 10.1056/NEJMoa2206286](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206286)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024. Käypä hoito. Viitattu 31.10.2024.

<https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/kaypahoito/>

Suomen Sairaanhoidajat n.d. Ammatti ja osaaminen.

Viitattu 7.11.2024. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/>

Tolppanen, H. 2021. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnostiikka. Teoksessa Lassus, J. & Naukkarinen, J. (toim.) Sydämen vajaatoiminta - näin tutkin.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 1691–7.

Viitattu 14.10.2024

<https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo16366.pdf>

TENK 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.11.2024. <https://www.tenk.fi/fi>

Ukkonen, H. & Pentikäinen, M. 2024. Sydämen vajaatoiminnan taustalla olevan syysairauden tunnistaminen. Teoksessa Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K.; Hartikainen, J.; Junttila, J.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 741.

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. E-kirja Ellibs-kirjapalvelussa. Helsinki: Art House. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 6.11.2024.

<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789518849448>

Ylönen, K.; Miina, S. & Heikkilä, J. 2019. Sydämen krooninen vajaatoiminta.

Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.10.2024.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00470/search/syd%C3%A4men%20vajaatoiminta?db=24>

Analysoitujen artikkelien lähteet

Baldewijns, K.; Boyne, J.; Rhode, C.; De Maesschalck, L.; Deville, A.; Brandenburg, V.; De Bleser, L.; Derickx, M.; Bektas, S. & Brunner-La Rocca, H-P. 2023. What kind of patient education and self-care support do patients with heart failure receive, and by whom? Implementation of the ESC guidelines for heart failure in three European regions. *Heart & Lung The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, Vol. 57, 25–30. Viitattu 16.11.2024.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.013>

Hudiyawati, D.; Rosyid, F.; Pratiwi, A.; Sulastari, S. & Kartinah, K. 2023. The Effect of Structured Education and Telemonitoring on Self-care, Self-efficacy and Quality of Life in Heart Failure Patients: A Randomized Controlled Trial. *Evidence Based Care Journal*, Vol. 13, No. 3, 7–16. Viitattu 14.11.2024.

[10.22038/EBCJ.2023.69805.2819](https://doi.org/10.22038/EBCJ.2023.69805.2819)

Kuchenrither, C. 2021. Nurses' Role in Improving Outcomes for Self-Management Principles Among Patients with Heart Failure. *MedSurg Nursing*, Vol. 30, No. 2, 132–7. Viitattu 13.11.2024. <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0413f537-4800-413b-9251-63a177b2061c%40redis>

Lee, K.; Moser, D. & Dracup, K. 2018. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 17, No. 6, 496–504. Viitattu 21.11.2024. <https://doi.org/10.1177/1474515117745056>

Mesbahi, H.; Kermansaravi, F. & Kiyani, F. 2020. The Effect of Teach-Back Training on Self-Care and Readmission of Patients with Heart Failure. *Medical-Surgical Nursing Journal*, Vol. 9, No. 3. Viitattu 18.11.2024.

<https://doi.org/10.5812/msnj.111465>

Mohammadi, F.; Jahromi, M.; Bijani, M.; Karimi, S. & Dehghan, A. 2021. Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: a randomized clinical trial. Viitattu 18.11.2024. DOI: [10.1186/s12872-021-02357-z](https://doi.org/10.1186/s12872-021-02357-z)

Okten, C. & Kamalak, A. 2022. Effects of Beliefs about Patient Compliance on Hospital Readmissions and Self-care Behaviors in Patients with Heart Failure. *International Journal of Caring Sciences*, Vol. 15, No. 2, 1250–7. Viitattu 15.11.2024.

<https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/40.%20okten.pdf>

Salahodinkolah, M.; Ganji, J.; Moghadam, S.; Shafipour, V.; Jafari, H. & Salari, S. 2019. Educational intervention for improving self-care behaviors in patients with heart failure: A narrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, Vol. 7, No. 1, 60–8. Viitattu 16.11.2024. <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b67c8244-8fef-44de-ac83-655bc0bb6ff9%40redis>

Sousa, J.; Neves, H. & Pais-Vieira, M. 2021. Does Symptom Recognition Improve Self-Care in Patients with Heart Failure? A Pilot Study Randomised Controlled Trial. *Nursing Reports*, Vol. 11, 418–29. Viitattu 15.11.2024. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020040>

Svavarsdóttir, H.; Siguroardóttir, A. & Steinbekk, A. 2016. Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 15, No. 1, 55–63. Viitattu 15.11.2024. [doi:10.1177/1474515114551123](https://doi.org/10.1177/1474515114551123)

Tervo-Heikkinen, T.; Saarinen, T.; Miettinen, T. & Vaajoki, A. 2018. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 16, No. 3, 27–33.

Vuckovic, K.; Bierle, R. & Ryan, C. 2020. Navigating Symptom Management in Heart Failure: The Crucial Role of the Critical Care Nurse. *The American Association of Critical-Care Nurses Journal*, Vol. 40, No. 2, 55–63. Viitattu 16.11.2024. <https://doi.org/10.4037/ccn2020685>

Sydämen vajaatoimintapotilailla esiintyvät aiheuttaja- ja liitännäissairaudet (Käypä hoito -suositus: sydämen vajaatoiminta 2023).

	Sairaus	Huomioitavat asiat
Sydämen vajaatoiminnan aiheuttajia (esiintyvyys > 50 % potilaista)	Sepelvaltimotauti	Tehokas lääkehoito ja tarvittaessa revaskularisaatio
	Kohonnut verenpaine	Hyvä verenpaineen hoito osana sydämen vajaatoiminnan hoitoa ja ennaltaehkäisyä
Tavalliset liitännäissairaudet (> 30 % potilaista)	Krooninen munuaistauti	eGFR:n ja U-Alb Kre:n arviointi säännöllisesti ja munuaisten toiminnan huomioiminen muun muassa lääkeannoksissa. SGLT2:n estäjähoito hidastaa myös munuaistaudin etenemistä.
	Eteisvärinä	Rytmihäiriö saattaa pahentaa sydämen vajaatoiminnan oireita Vajaatoiminta huomioitava hoitostrategian valinnassa (osa rytmihäiriölääkkeistä ei sovi) Kroonisessa eteisvärinässä riittävä sykkeen hallinta Antikoagulaatiohoito
	Raudanpuute ja anemia	Säännöllinen hemoglobiinin seuranta Anemian syyn selvittäminen Systolista sydämen vajaatoimintaa sairastavilla rautaparametrien

		määrittäminen myös ilman anemiaa
	Läppävika (myös aiheuttajasairaus noin 5–10 %:lla)	Läppävikojen osuus vajaatoiminnan synnyssä tai oireiden pahenemisessa Läppävian kirurginen korjaaminen, jos se on aiheellista ja mahdollista
	Keuhkosairaudet	Oireet muistuttavat sydämen vajaatoiminnan oireita
	Lihavuus	Lihavilla vajaatoimintapotilailla natriureettisten peptidien pitoisuus voi olla poikkeuksellisesti pieniä
	Depressio	Vaikuttaa elämänlaatuun Heikentää omahoidon motivaatiota
Muut huomioitavat	Syöpä	Vaikutus elämänlaatuun syöpähoitojen vaikutus sydämeen
	Uniapnea	Lisää oireisuutta ja vajaatoiminnan pahenemisvaiheita
	Kihti	Voi hankaloittaa diureettien tehokasta käyttöä Kihdin hoitoon ei suositella NSAID-valmisteita
	Eturauhasongellmat	Virtsamisongellmat heikentävät sitoutumista diureettien käyttöön a-reseptorin salpaajat saattavat aiheuttaa ortostaattista hypotensiota

	Elektrolyyttihäiriöt (hyperkalemia, hypokalemia, hyponatremia)	RAAS:n estäjien ja MRA:n käyttöön liittyvä hyperkalemia Nestetasapainon ja -lastin kliininen arviointi (hypo- vai hypervolemia?) Diureettien käyttö ongelmallista Varottava vaikean hyponatremian kehittymistä
	Vajaaravitseminen kakeksia	Ruokahaluttomuus riittävä ravintoaineiden saanti ja energian saanti

Opinnäytetyön aineiston pelkistys ja luokittelu

Pelkistäminen	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Oikeanlainen potilasohjaus paransi omahoidon laatua</p> <p>Sairaanhoidajan täytyy osata:</p> <p>Erilaisia potilasohjausmenetelmiä</p> <p>Tunnistaa potilasohjauksen merkitys omahoidon toteutukseen ja laatuun</p> <p>Sydämen vajaatoiminnan omahoidon periaatteet</p>	Potilasohjaus	Kliininen osaaminen	Sairaanhoidajan osaaminen sydämen vajaatoimintapotilaan potilasohjauksessa
<p>Hyvä teoreettinen osaaminen lisäsi potilaiden terveyttä ja hyvinvointia</p> <p>Omaisten mukaanotto ja huomioiminen ohjauksessa paransi potilaiden terveyttä ja elämänlaatua.</p> <p>Syysairauden ja liitännäissairauksien hoidon tuntemus paransi potilaiden terveyttä.</p> <p>Oireiden ja omahoitokäyttäytymisen välisen yhteyden tunnistaminen paransi potilaiden hyvinvointia.</p>	Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen		

<p>Sairaanhoitajan on osattava:</p> <p>Tunnistaa muutokset potilaan oirekuvassa.</p> <p>Tunnistaa muutoksia potilaan hoitomyönteisyydessä.</p> <p>Sydämen vajaatoiminnan erilaiset oireet.</p> <p>Tuntea ja tuoda potilaalle näkyviksi keinot elämänlaadun ylläpitämiseen.</p>			
<p>Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen ohjaus paransi omahoidon onnistumista</p> <p>Tutkittuun tietoon pohjautuvaa ohjausta pidettiin luotettavana</p> <p>Sairaanhoitajien lisäkoulutus paransi ohjauksen laatua</p> <p>Potilaslähtöinen ohjaus</p> <p>Eettisesti kestävä ohjaus koettiin tärkeäksi edistää toimivaa/tehokasta vuoropuhelua.</p> <p>Luoda ihmissuhteita ja rakentaa luottamusta</p>	<p>Opetus- ja ohjaus-osaaminen</p>	<p>Vuorovaikutus-osaaminen</p>	

<p>Sairaanhoidajan täytyy osata:</p> <p>Tukea potilaan omahoitoa</p> <p>Syysseuraus suhteen ymmärtäminen lisää omahoidon laatua</p> <p>tunnistaa potilaan tarpeet ja valmiudet ohjaukselle.</p> <p>Antaa tietoa oikealla/ymmärrettävällä tavalla oikeaan aikaan.</p> <p>Motivoida potilasta elintapojen muutoksiin.</p>	Ymmärryksen lisääminen		
---	------------------------	--	--

Minnesota living with heart failure -kyselylomake

(Mohammadi ym. 2021, 1–9).

MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE® QUESTIONNAIRE

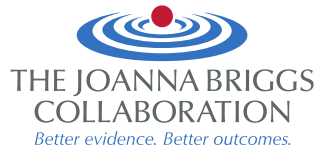
The following questions ask how much your heart failure (heart condition) affected your life during the past month (4 weeks). After each question, circle the 0, 1, 2, 3, 4 or 5 to show how much your life was affected. If a question does not apply to you, circle the 0 after that question.

Did your heart failure prevent you from living as you wanted during the past month (4 weeks) by -	Very Little					Very Much
	No	1	2	3	4	5
1. causing swelling in your ankles or legs?	0	1	2	3	4	5
2. making you sit or lie down to rest during the day?	0	1	2	3	4	5
3. making your walking about or climbing stairs difficult?	0	1	2	3	4	5
4. making your working around the house or yard difficult?	0	1	2	3	4	5
5. making your going places away from home difficult?	0	1	2	3	4	5
6. making your sleeping well at night difficult?	0	1	2	3	4	5
7. making your relating to or doing things with your friends or family difficult?	0	1	2	3	4	5
8. making your working to earn a living difficult?	0	1	2	3	4	5
9. making your recreational pastimes, sports or hobbies difficult?	0	1	2	3	4	5
10. making your sexual activities difficult?	0	1	2	3	4	5
11. making you eat less of the foods you like?	0	1	2	3	4	5
12. making you short of breath?	0	1	2	3	4	5
13. making you tired, fatigued, or low on energy?	0	1	2	3	4	5
14. making you stay in a hospital?	0	1	2	3	4	5
15. costing you money for medical care?	0	1	2	3	4	5
16. giving you side effects from treatments?	0	1	2	3	4	5
17. making you feel you are a burden to your family or friends?	0	1	2	3	4	5
18. making you feel a loss of self-control in your life?	0	1	2	3	4	5
19. making you worry?	0	1	2	3	4	5
20. making it difficult for you to concentrate or remember things?	0	1	2	3	4	5
21. making you feel depressed?	0	1	2	3	4	5

11/10/04

Tutkimusten aineistokriteerit: järjestelmällinen katsaus

(Hoitotyön tutkimussäätiö n.d.)



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care:
A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence.
Suomalaisen käännöksen toteuttanut Hotus JBI:n luvalla.

1(5)

Opinnäytetyön aineistotaulukko

Tekijä(t), vuosiluku, maa	Tutkimusmenetelmä	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset
1. Baldewijns, K. ym. 2022, Hollanti, Belgia ja Saksa	Puolistrukturoidut haastattelut kardiologeille, kardiologisille/erikoissairaanhoidon sairaanhoitajille ja yleislääkäreille ja vastauksista laadullinen sisällönanalyysi	Miten näiden ammattiryhmien antama potilasohjaus sydämen vajaatoimintapotilaille poikkeaa toisistaan sisällöllisesti ja laadullisesti.	Mikään ammattiryhmä ei raportoinut ohjauksensa kattavan kaikkia ohjaukseen liittyviä aiheita. Sairaanhoitajien antama ohjaus oli laajinta.
2. Tervo-Heikkinen ym. 2018, Suomi	Reflektiokeskustelujen kautta kerätty, laadullinen tutkimus, induktiivinen sisällönanalyysi	Kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia koulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle.	Älypuhelinsovellusten käyttö voi parantaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien omahoidon laatua ja osaamista.
3. Mesbahi, H. ym. 2019, Iran	Kokemuksellinen, sisällyttämiskriteerit täyttävistä potilaista satunnaisesti valitut osallistujat interventio- ja kontrolliryhmiin.	Teach-back potilasohjausmallin vaikutukset omahoitoon ja sairaalajakson uusiutumiseen sydämen vajaatointapotilailla.	Teach-back potilasohjausmalli voi vaikuttaa positiivisesti omahoitoon ja vähentää uusia sairaalajaksoja liittyen sydämen

4. Hudyawati, D. ym, 2023, Indonesia	Satunnaistettu vertailututkimus.	Strukturoidun koulutuksen ja etäseurannan vaikutus sydämen vajaatoimintaa sairastavien omahoitoon, omatoimisuuteen ja elämänlaatuun.	Sydämen vajaatoiminnan hoitoon liittyvä strukturoitu koulutus ja etäseuranta lisäsivät merkittävästi itsehoitokykyä, itsetehokkuutta ja elämänlaatua sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla.
5. Svavarsdóttir, M. 2016, Islanti, Suomi	Laadullinen tutkimus, suoritettu haastattelemalla hoitoalan ammattilaisia.	Tutkia hoitoalan ammattilaisten näkemyksiä tiedon ja taidon tärkeydestä annettaessa korkealaatuista potilasohjausta sepelvaltimotautiin sairastuneille.	Tutkittuun tietoon pohjautuva potilasohjaus vaatii tietotaitoa sekä kehittyneitä vuorovaikutustaitoja onnistuakseen.
6. Mohhamadi, F. ym. 2021, Iran	Satunnaistettu kliininen tutkimus	Multimediaopetus ja techback- menetelmän vaikutusta sydämen vajaatoiminnasta kärsivien potilaiden elämänlaatuun ja sydänahdistukseen.	Multimediaopetus yhdistettynä teach back- menetelmään parantaa elämänlaatua ja vähentää ahdistusta.
7. Musekamp, G. ym 2017, Saksa	Toissijainen analyysi, joka perustuu itseohjautuvaa potilasohjausta arvioineeseen tutkimustietoon	Ennustavatko parantuneet omahoitotaidot parempaa elämänlaatua ja lievempiä masennusoireita.	Löydökset tukevat tätä olettaa.

8. Sousa, J. ym. 2021, Portugali	Satunnaisotanta tietyin mukaanotto- ja poissulkukriteerein interventio- ja kontrolliryhmiin.	Parantaako oireiden tunnistamisen taito sydämen vajaatoimintaa sairastavien omahoitoa.	Joiltain osin kyllä ja joiltain osin vähemmän hyötyä.
9. Kuchenrither, C. 2021, USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Mikä on sairaanhoitajan rooli ja osaaminen sydämen vajaatoimintaa sairastavien omahoidon tulosten parantamisessa.	Useilla hoitajilla oli puutteita perustiedoissa liittyen sydämen vajaatoiminnan omahoidon periaatteisiin.
10. Okten, C. ym. 2022, Turkki	Kuvaileva poikittaistutkimus.	potilaiden vaatimustenmukaisuutta	Sairaalaan takaisinotto koski useammin heitä, jotka pitivät
11. Salahodinkolah, M. ym. 2019, Iran	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.	Koulutuksellisen intervention merkitys omahoitokäyttötymisen parantamiseksi sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla, erilaisten ohjaustapojen vaikutus.	Teach back-menetelmä paransi kaikkia mitattuja osaalueita, muut tavat, potilaista riippuen, toimivat hyvin tai kohtalaisesti.
12. Vuckovic, K. ym. 2020, USA	Kirjallisuuskatsaus.	Tehosairaanhoitajan rooli potilaan sydämen vajaatoiminnan oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa.	Sairaanhoitajan kliinisellä osaamisella, vuorovaikutustaidoilla sekä ihmistuntemuksella on merkittävä rooli potilasohjauksen ja sen kautta omahoidon onnistumiselle.

