

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVIEN
POTILAIDEN KOKEMUKSIA SYDÄNHOITAJALTA
SAAMASTAAN LÄÄKEHOIDON OHJAUKSESTA

Janina Suuronen ja
Mira Vehniäinen
Opinnäytetyö, syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak Itä, Pieksämäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Suuronen, Janina & Vehniäinen, Mira. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kokemuksia sydänhoitajalta saamastaan lääkehoidon ohjauksesta. Diak Itä, Pieksämäki, syksy 2012, 43 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista lääkehoidon ohjausta sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat olivat saaneet sydänhoitajalta. Tarkemmin haluttiin selvittää, kuinka potilaat olivat kokeneet heille annetun ohjauksen sekä vuorovaikutuksen hoitajan kanssa. Lopuksi vastauksia vertailtiin vastaajien iän, sukupuolen ja tapauskertojen mukaan. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Hankasalmen terveysseuran sydänhoitajan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkimustietoa sydänhoitajan käyttöön, jotta hän voi tarvittaessa kehittää omaa työtään.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin keväällä ja kesällä 2012. Kysely toteutettiin postikyselynä ja kyselyyn vastasi 15 sydämen vajaatoimintaa sairastavaa hankasalmelaista. Kyselylomakkeessa oli 23 strukturoitua kysymystä sekä 2 avointa kysymystä. Kysymyksillä kartoitettiin potilaan ja ohjaajan välistä vuorovaikutusta sekä lääkehoidon ohjauksen toteutumista. Aineiston analysointi tehtiin käyttäen SPSS-tilastointiohjelmaa.

Tutkimustulosten mukaan potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus oli pääsääntöisesti hyvää ja sujuvaa. Vastauksia löytyi kuitenkin vertailtaessa sukupuolen ja ohjaukskertojen mukaan: esimerkiksi naiset kokivat miehiä enemmän olleensa tyytyväisiä vuorovaikutukseen. Tulosten mukaan naiset olivat selvästi miehiä tyytyväisempiä myös lääkehoidon ohjaukseen liittyvissä asioissa. Tutkimuksessa selvisi myös, että mitä useammin potilaat olivat käyneet ohjauksessa, sitä tyytyväisempiä he olivat saamaansa ohjaukseen.

Asiasanat: Sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus, lääkehoito

ABSTRACT

Suuronen, Janina and Vehniäinen Mira. Cardiac insufficiency patients experience of medical treatment counseling received by cardiac nurse. 43 p., 1 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this study was to obtain information on how cardiac insufficiency patients have experienced the medical treatment received counseling in Hankasalmi. Another aim was to examine whether the patient's age, gender or counseling number have been relevant in results. The thesis was accomplished in cooperation with the cardiac nurse of Hankasalmi. The purpose of this study was to provide data to cardiac nurse so that she can develop her own work when necessary.

The study was conducted as a quantitative questionnaire survey. The data were collected in the spring and summer of 2012. The questionnaire was answered by 15 of cardiac insufficiency patients from Hankasalmi. The questionnaire included 23 structured questions and 2 essay questions. Questions were asked about the fluency between the patient and the cardiac nurse and also about the medical treatment success. The data was analyzed by using the SPSS statistical software.

According to the study results the interaction between patients and nurse was generally good and fluent. Differences were found when comparing between gender and number of counselling: women answered that they were satisfied with the interaction more often than men. According to the results women were clearly more satisfied in counseling of medical treatment than men. It was also found that the more often the patients had been counseled of, the more satisfied they were with the counseling after all.

Keywords: Cardiac insufficiency, patient counseling, medical treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA	7
2.1 Yleistä sydämen vajaatoiminnasta.....	7
2.2 Vajaatoiminnan yleisimmät syyt sekä oireet	8
2.3 Diagnostointi ja ennuste	10
2.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito ja lääkehoito	11
2.5 Lääkehoidon erityispiirteet ikääntyneellä sydämen vajaatoimintapotilaalla...	14
3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS.....	15
3.1 Potilasohjaus	15
3.2 Eettisyys potilasohjauksessa.....	17
3.3 Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tavoitteet.....	18
3.4 Sairaanhoidajan toteuttama potilasohjaus	19
3.5 Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältö	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	22
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
5.1 Kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä.....	23
5.2 Kyselylomake	24
5.3 Aineiston keruu ja analysointi	25
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
6.1 Taustatiedot	26
6.2 Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus	26
6.3 Lääkehoidon ohjaus.....	28
6.4 Avoimet kysymykset	30
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN TARKASTELUA	31
7.1 Keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset.....	31
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	32
7.3 Jatkotutkimukset ja tutkimusmenetelmän tarkastelu	34
8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTAA	35
LÄHTEET.....	37
Liite 1 Kyselylomake	40

1 JOHDANTO

Länsimaissa sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita on arviolta 1–2 % väestöstä. Sydämen vajaatoiminta on ikääntyneiden sairaus, ja väestörakenteen ikääntymisen myötä myös sairastavuus kasvaa. Yli 75-vuotiaista 8–10 % ja yli 80-vuotiaista peräti yli 50 % sairastaa sydämen vajaatoimintaa. Vajaatoimintaa sairastavista potilaista noin puolet kuolee ensimmäisen vuoden aikana ja 80 % viiden vuoden sisällä diagnosoinnista. Sydämen vajaatoiminta heikentää potilaan elämänlaatua huomattavasti ja lisää riippuvuutta muista ihmisistä. Lisäksi se on yhteiskunnalle kallis sairaus: 1,5–2 % kaikista terveydenhuollon menoista aiheutuu sydämen vajaatoiminnasta ja suurimpana syynä tähän ovat toistuvat pitkäjaksoiset sairaalahoidot. (Eerola 2008.)

Useat tutkimukset korostavat sitä, että sydämen vajaatoimintaan liittyvät tiedot sekä ohjaustaidot ovat osittain puutteellisia. Potilaat eivät useinkaan tiedä, kuinka he voivat seurata oireitaan ja kuinka ennaltaehkäistä sairaalahoitoon joutumista. Lisäksi lääkehoidon hyvässä toteutuksessa on ilmennyt ongelmia. Terveydenhuollosta puuttuu systemaattinen malli sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon. (Eerola 2008.)

Opinnäytetyömme teoreettisena lähtökohtana oli sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus. Potilasohjaus painottui lääkehoidon ohjaukseen työelämän edustajan toiveesta. Lisäksi meitä kiinnosti lääkehoidon näkökulma ja koimme lääkehoidon osaamisen tärkeäksi sairaanhoitajan ammatissa. Opinnäytetyömme raportti koostuu kahdesta osiosta, joista ensimmäisessä kuvaamme sydämen vajaatoimintaa ja potilasohjausta kirjallisuuslähteisiin perustuen. Toisessa osiossa kerromme tutkimuksemme teosta ja kuvaamme tuloksia sekä johtopäätöksiä.

Teoriaosan alussa käsittelemme sydämen vajaatoimintaan johtavia tekijöitä, sairauden oireita sekä diagnostiikkaa. Käsittelemme myös sydämen vajaatoiminnan hoidossa yleisimmin käytettyjä lääkkeitä sekä lääkkeettömiä hoitomuotoja. Potilasohjausta käsittelemme teoriaosiossa laajasti, koska opinnäytetyömme lähtökohtana on sydänhoitajan toteuttama ohjaus. Käsittelemme ohjauksen sisältöjä sekä korostamme ohjauksen merkitystä potilaiden omahoidon ja hoitoon sitoutumisen näkökulmasta.

Valitsimme aiheeksi sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen, koska se oli aiheena kiinnostava sekä ajankohtainen. Opinnäytetyömme aihe tuli työelämästä: sydänhoitaja halusi tutkimuksen, jonka avulla hän voisi esimerkiksi perustella oman työnsä merkitystä ja kehittää työtään. Lisäksi sydämen vajaatoimintapotilaan ohjausta on viime aikoina kehitetty Suomessa, kuten uusien hoitotyönsuositusten osoittaa. Kiinnostuimme aiheesta, koska toinen meistä on suunnannut opintojaan sydänpotilaan hoitotyöhön ja lisäksi tulemme kohtaamaan sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita hoitotyön joka sektorilla.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa potilaiden kokemuksista lääkehoidon ohjauksesta, jota he ovat saaneet sydänhoitajalta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, kuinka potilaat ovat kokeneet heidän ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Hankasalmen terveysaseman sydänhoitajan kanssa. Kohderyhmänä olivat hänen ohjauksessaan käyneet ikääntyneet sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella.

Tutkimuksen tavoitteena oli, että sydänhoitaja voi tarvittaessa kehittää omaa työtään ja työskentelytapojaan, tutkimuksen tuli siis hyödyttää työelämän edustajaamme. Lisäksi tavoitteena oli oman ammatillisuutemme kasvu. Tavoitteenamme oli kehittyä tieteellisen tiedon tuottamisessa sekä sen merkityksen ymmärtämisessä näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Halusimme myös laajentaa omaa tietämystämme potilasohjauksen merkityksestä.

2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

Tässä osiossa kuvaamme sydämen vajaatoimintaan johtavia sekä sitä ylläpitäviä syitä, kuvaamme yleisimpiä oireita ja kerromme sairauden diagnosoinnista. Lopuksi kerromme yleisimmät sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytettävät lääkkeet ja kuvaamme niiden käyttöön liittyviä erityispiirteitä.

2.1 Yleistä sydämen vajaatoiminnasta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan oireyhtymä, joka johtuu siitä, että sydän ei pysty jostain syystä pumppaamaan riittävästi verta elimistön normaalitarpeisiin. Sydämen vajaatoiminta on aina seurasta jostain hankitusta tai synnynnäisestä verenkierroelimistöä kuormittavasta sairaudesta tai viasta. Sydämen toiminnan tärkein tehtävä on kuljettaa hapekasta verta elimistöön kudoksille. Normaalisti sydän kykenee kierrättämään verta riittävästi elimistön aineenvaihdunnan vaatimalla vilkkaudella ja tarvittaessa lisäämään verenkierroa minuuttitilavuutta. Sydämen pumpputoiminnan heikkeneminen voi johtua mistä vain sydänviasta, mutta pumppaustoiminnan heikkeneminen johtaa aina alentuneeseen kudosten hapensaantiin ja pahimmillaan kudosten hapenpuutteeseen eli hypoksiaan. (Kupari & Lommi 2004, 11; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 295.)

Usein sydämen vajaatoiminta on pitkään piilevä sairaus. Sairauden alkuvaiheessa ja etenkin akuuttitilanteessa elimistö pyrkii kompensoimaan vajantunutta sydämen pumppaustehoa sekä normalisoimaan vajaata verenkiertoa. Tämä tapahtuu esimerkiksi nopeuttamalla sydämen sykettä sekä supistamalla ääreisverisuonia tai lisäämällä sydänlihassolujen kasvua. Sairauden alkuvaiheessa usein oireet puuttuvat lähes kokonaan tai niitä ei osata yhdistää juuri sydämen vajaatoimintaan, vaan usein oireet diagnosoidaan virheellisesti johtuvaksi esimerkiksi jo olemassa olevien sairauksien oireiksi. Kun oireet lopulta esiintyvät, on sairaus yleensä jo niin pitkälle edennyt, että elimistön omat sopeutumismekanismit ovat riittämättömät. (Mäkijärvi ym. 2008, 295–296.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihaksen solut ovat vaurioituneet, eikä sydän voi hoitaa tehtävänsä kunnolla. Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka puolestaan ei osallistu sydämen työhön eli supistumiseen. Tämä johtaa siihen, että sydämen koko saattaa kasvaa ja terveet sydänlihassolut joutuvat lisääntyneeseen työhön ja kuormittuvat aina entisestään. Tästä syystä usein sydämen vajaatoimintaa sairastavan sydämen vasen kammio on laajentunut. (Mäkijärvi ym. 2008, 295.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan luokitella akuutin ja kroonisen vajaatoiminnan lisäksi systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan. Sydämen vasemman kammion täyttymisvaiheen häiriötä kutsutaan diastoliseksi vajaatoiminnaksi ja supistumisvaiheen häiriötä puolestaan systoliseksi vajaatoiminnaksi. Esimerkiksi ikääntyneillä naisilla sydämen vajaatoiminta johtuu usein diastolisesta vajaatoiminnasta, jolloin vasemman kammion täytyminen on poikkeavaa. Samaan aikaan supistumisvaihe voi olla lähes täysin normaali. Usein nämä häiriöt kuitenkin esiintyvät yhtä aikaa, mutta toinen niistä on vallitsevampi. (Mäkijärvi ym. 2008, 296–297.) Diastolinen vajaatoiminta johtuu esimerkiksi sydänlihaskeuhkasta, kohonneesta verenpaineesta, sydänlihaksen hypertrofiasta tai sydämen konstriktiosta. Sydämen diastolisen vajaatoiminnan diagnosoimiseksi tarvitaan kuitenkin näyttöä sydämen diastolisesta toimintahäiriöstä. Toisaalta taas pelkän diastolisen vajaatoiminnan olemassaolosta ja esiintyvyydestä on kuitenkin toisinaan kiistelty. (Heliö, Olkinuora, Lehtonen, Lommi & Nieminen 2003.)

2.2 Vajaatoiminnan yleisimmät syyt sekä oireet

Kroonistuneen ja pitkään jatkuneen vajaatoiminnan taustalla voi olla lähes mikä vain sydänsairaus. Yleisimpiä syitä ovat kuitenkin sepelvaltimotauti, pitkään jatkunut kohonnut verenpaine sekä erilaiset läppäviat. Vajaatoiminta voi kehittyä myös sydänlihaksen hapenpuutteesta sekä kasvaneesta arpikudoksesta, joka muodostuu usein sydäninfarktin jälkeen. Vajaatoiminnan taustalla on kammioiden supistumisen ja täyttymisen heikentyminen. Nuorempien henkilöiden vajaatoiminnan taustalla on usein jokin synnynäinen sydän-vika tai jokin sydänlihassairaus, kuten esimerkiksi kardiomyopatia. Toisinaan vajaatoiminta voi kehittyä jonkin tulehduksellisen tilan jälkeen tai myrkyllisten aineiden vaikutuksesta. Esimerkiksi joidenkin syöpälääkkeiden sekä sädehoitojen on todettu lisäävän sydänlihasvaurion riskiä. Myös alkoholin liikakäyttö sekä huumeet voi-

vat vaurioittaa sydäntä. Suurella osalla potilaista on myös muita liitännäissairauksia: esimerkiksi diabetes on yleinen vajaatoimintapotilailla ja keuhkosairaudet sekä munuaisten ja maksan sairaudet ovat jokseenkin yleisiä. (Mäkijärvi ym. 2008, 296.)

Sydämen vajaatoiminnan kliinisen kuvan pääpiirteisiin kuuluu hengenahdistus ja uupuminen rasituksessa. Hengenahdistusta tosin voi esiintyä myös makuulla, mutta rasituksessa ilmenevä hengenahdistus on yleisin piirre. Usein syynä hengenahdistukseen on keuhkolaskimoissa esiintyvä verentungos, keuhkokudoksen jäykistyminen tai limakalvoturvotus keuhkoputkissa. Toisinaan syynä voivat olla kaikki nämä yhdessä. Sydämen vajaatoiminnan yksi vakavimmista seurauksista voi olla joillekin potilaille kehittyvä keuhkopöhö. Keuhkopöhön oireet alkavat usein yöllä makuuasennossa ja keuhkopöhö aiheuttaa hyvin voimakasta hengenahdistusta ja rahinaa sekä vinkumista hengityksessä. Oireiden synty on kuitenkin syytä selvittää, sillä usein esimerkiksi krooniset keuhkosairaudet aiheuttavat samankaltaisia oireita kuin sydämen vajaatoiminta. (Kupari & Lommi 2004, 20.)

Muita oireita voivat olla mm. ylävatsan turvotus, pahoinvointi sekä suoliston häiriöt. Nämä oireet voivat olla merkki verentungoksesta maksassa tai suolistossa. Vanhuksilla vajaatoiminnan oireita voivat olla myös muistamattomuus sekä sekavuus. Lievässä sydämen vajaatoiminnassa potilas voi ulkoisesti vaikuttaa oireettomaltakin, mutta muissa tiloissa esimerkiksi nopea syke, hengitystyön lisääntyminen, ihon viileys sekä raajojen ääreisosien sinerrys voivat olla sydämen vajaatoiminnasta johtuvia oireita. Myös turvotus etenkin alaraajoissa on hyvin yleistä: nilkkojen ja jalkaterien niin sanottu pitting-turvotus lienee tunnetuin sydämen vajaatoiminnan oire. Toispuoleinen alaraajaturvotus on yleensä merkki jostain muusta sydänperäisestä tapahtumasta. Lisääntyneestä verivoilyymistä ja turvotuksista voi kertoa myös kohonnut laskimopaine, mikä voi näkyä myös solisluun yläpuolisen kaulalaskimon pullistumana. Sydämen vajaatoiminnassa EKG on lähes aina poikkeava ja thoraxkuvassa sydänvarjo on yleensä suurentunut. (Kupari & Lommi 2004, 20–21.)

2.3 Diagnosointi ja ennuste

Sydämen vajaatoiminnan diagnosoinnin yksi kriteeri on oireyhtymän toteaminen. Oireyhtymällä tarkoitetaan, että potilaalla on olemassa (ainakin) yksi verenkiertoelimistön sairaus, useita sydämen vajaatoiminnan oireita sekä useita toimintahäiriöille ja pumpausvajeelle ominaisia löydöksiä: esimerkiksi kliinisessä kuvassa todettuja oireita tai muutoksia thorax-kuvassa. Diagnoosin perustana on siis oireyhtymän toteaminen, mutta myös EKG:ssä esiintyvät muutokset ja thoraxkuva sekä laboratoriokokeet ovat osaltaan merkittäviä taudin toteamisen kannalta. Lisäksi tarvitaan aina sydämen kaikukuvausta. (Kupari & Lommi 2004, 24.) Taudin toteamisessa apuna käytetään myös dopplermittauksia, joiden tarkoituksena on tutkia sydämen pumppausvoimakkuutta ja laajenemistehoa mittaamalla sydämen seinämien liikkeitä. (Groundsrtoem 2004).

Usein taudin toteamiseen tarvitaan erikoislääkärinä, toisaalta kuitenkin joissain selvissä tapauksissa riittää yleislääkärinkin diagnosointi. Yleisimpiä virheellisesti sydämen vajaatoiminnaksi diagnosoituja sairauksia ovat mm. krooniset keuhkosairaudet, liikalihavuus, alaraajojen laskimoinsuffiensi ja sepelvaltimotauti. Sydämen vajaatoiminnan kliinisiä kriteerejä ovat muun muassa hengenahdistus ja/tai väsyminen tavanomaisessa rasituksessa, kolmas sydänääni tai vaihtoehtoisesti sydämen leposyke yli 90 kertaa minuutissa. Lisäksi kriteerejä ovat suurentunut sydän thoraxkuvassa ja/tai kohonnut kaulalaskimopaine ja samaan aikaan esiintyvää alaraajojen turvotusta. (Kupari & Lommi 2004, 24.)

Sydämen vajaatoiminnan hyvä hoito edellyttää sairauden syyn ja syntymekanismin hyvää tuntemusta. Syy selviää usein sydämen kaikukuvauksella: sillä voidaan erottaa diastolinen ja systolinen vajaatoiminta toisistaan. Syyn tunteminen auttaa myös hoitomenetelmän valinnassa: voidaanko sairautta hoitaa kirurgisin menetelmin vai hoitaa sairautta konservatiivisesti lääkkeillä. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa ensiarvoisen tärkeää on myös hoitaa hyvin muita sairauksia, sillä esimerkiksi munuaisten tai keuhkojen muut sairaudet voivat huomattavasti pahentaa sydämen vajaatoiminnan hoitoa ja ennustetta. (Kupari & Lommi 2004, 25–27.)

Sydämen vajaatoiminnan vakavuutta voidaan kuvata NYHA-luokituksen (New York Heart Association Functional Classification) avulla. NYHA I luokkaan kuuluvilla poti-

lailla ei ole sydämen vajaatoiminnan oireita normaalissa arkisessa fyysisessä rasituksessa. NYHA II luokkaan kuuluvilla on lievää hengenahdistusta kevyessä rasituksessa, mutta potilas pystyy kuitenkin palautumaan levossa. Luokkaan III kuuluvilla potilailla sen sijaan on oireita kaikenlaisessa rasituksessa ja potilas pystyy olemaan oireetta vain levossa. IV luokassa potilas saa oireita rasituksessa eivätkä oireet lieviy edes levossa-kaan. (News Medication i.a.)

Joidenkin tutkimusten mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita on länsimaissa 1–2 %. Vaikeaa vajaatoimintaa sairastavista potilaista 30–50 % kuolee vuoden kuluessa ja oireistoltaan lievemmistäkin potilaista 10 % vuosittain. (Partanen & Lommi 2006.) Kuolleisuutta lisää korkea NYHA-luokka, sydämen ultraäänitutkimuksessa vasemman kammion ejektiofraktio sekä spiroergometriassa mitattu hapenkulutuksen huippuarvo. Myös sydämen oireettomankin vajaatoiminnan pitkäaikaisennuste on huono. (Heliö i.a) Erään tutkimuksen mukaan sydämen diastolista vajaatoimintaa sairastavista, lääkehoidon piiriin kuuluvista potilaista 11 % kuoli kolmen vuoden aikana (Groundstroem 2004).

2.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito ja lääkehoito

Pitkäaikaista sydämen vajaatoimintaa sairastavan lääkehoidon ja hoitotyön auttamismenetelmien tavoitteena on saada sairaus tasapainoon vähentämällä ja helpottamalla sydämen työmäärää sekä lisäämällä sydämen pumppausvoimaa. Hoitotyön tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaatua sekä sairauden ennustetta ja samalla lievittää oireita ja parantaa potilaan suorituskykyä. Hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Potilaan hoito käsittää sekä lääkehoidon että yksilöllisen elämäntapaohjauksen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 274.)

Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon tavoitteena on hoitaa sairauden aiheuttanutta syytä sekä lievittää vajaatoiminnasta johtuvia oireita. Sydämen vajaatoimintaa aiheuttavien sairauksien lääkehoidossa käytetään yleisimmin nitraatteja sepelvaltimotautiin sekä diureetteja, beetasalpaajia, ACE-estäjiä sekä kalsiuminsalpaajia korkean verenpaineen hoitoon. Oireenmukaisena hoitona usein käytetään diureetteja poistamaan nestettä eli-

mistä ja beetasalpaajia vähentämään sydämen työmäärää. Lisäksi voidaan käyttää sydämen supistumiseen vaikuttavia lääkkeitä kuten digitalista tai verisuonia laajentavia lääkkeitä, esimerkiksi ACE-estäjiä. (Holmia ym. 2004, 274–275; Terveysportti 2010.) Mikäli sydämen vajaatoiminnan aiheuttajana ovat läppäviat, kuten esimerkiksi hiippaläpän ahtauma tai aorttaläpän viat, potilas kuuluu kirurgisen hoidon piiriin (Groundstroem 2004).

Sydämen vajaatoiminnassa potilaan elimistöön kerääntyy nesteitä, mikä aiheuttaa turvotuksia sekä sisäelinten että suoliston alueella mutta myös nilkoissa ja yläraajoissa. Nesteenpoistolääkkeiden tarkoituksena on poistaa nestettä elimistöstä ja näin ollen helpottaa turvotuksia mutta myös vähentää sydämen työmäärää, sillä lisääntynyt nestemäärä elimistössä on kuormittava tekijä sydämelle. Nesteenpoistolääkitys valitaan yksilöllisesti tarpeen mukaan ja potilaalle itselleen opetetaan, kuinka hän voi muuttaa annostaan niin, ettei hänen esimerkiksi tarvitse herätä öisin virtsaamaan. (Holmia ym. 2004, 274.)

Diureeteilla on sydämen vajaatoiminnan hoidossa oireita helpottavia vaikutuksia, mutta etenkin spironolaktonilla on todettu olevan jopa elinikää pidentäviä vaikutuksia vaikean ja keskivaikean vajaatoiminnan hoidossa. Etenkin akuutin vajaatoiminnan hoidossa diureettien merkitys on huomattava. Diureetit vähentävät elimistön nesteretenttiota, joka on yksi yleisin sairaalahoidon syy. Diureettien kanssa tulisi aina käyttää yhtäaikaaisesti ACE-estäjiä, jos vain mahdollista. (Kettunen 2005; Heliö ym. 2003.)

Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidossa angiotensiinikonvertaasin estäjät eli ACE-estäjät ovat olleet eniten käytetty lääkeaineryhmä jo vuosikymmenien ajan ja niiden ennustetta parantavista vaikutuksista on tehty useita kontrollitutkimuksia. Etenkin vaikean vajaatoiminnan hoidossa niillä on merkittävä asema, ne parantavat ennustetta, pidentävät elinikää, lievittävät oireita sekä vähentävät sairaalahoitojen määrää mutta niillä on myös vajaatoiminnan etenemistä hidastava vaikutus joissain tapauksissa. Lääkeryhmä hidastaa vasemman kammion laajentumista sekä parantaa sydämen ejektiofraktiota. (Kettunen 2005.)

Tyypillisimpiä esteitä ACE-estäjien käytölle ovat matala verenpaine, haittavaikutuksena esiintyvä oireinen yskä tai jotkin munuaissairaudet. Haittavaikutuksina ACE-estäjien käyttöön liittyen saattaa ilmetä esimerkiksi hypotensiota, munuaisten vajaatoimintaa,

hyperkalemiaa sekä kuivaa yskää. Mikäli potilas ei syystä tai toisesta pysty käyttämään ACE-estäjiä, voidaan ne korvata angiotensiinireseptorien salpaajilla. Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole osoitettu, että angiotensiini II-reseptorien salpaajat olisivat kuitenkaan täysin samanveroisia ACE-estäjien kanssa esimerkiksi kuolleisuuslukuja vertailtaessa. (Heliö ym. 2003.)

Beetasalpaajien käyttö oli pitkään kyseenalainen hoitomuoto sydämen vajaatoiminnassa. Nykyisin on kuitenkin todettu beetasalpaajien elinajan ennustetta parantava sekä sairaalahoidon tarvetta vähentävä vaikutus. Aiemmin pelättiin beetasalpaajien huonontavan sydämen vasemman kammion toimintaa sekä potilaiden vointia. Beetasalpaaja on aina aiheellinen systolisessa vajaatoiminnassa, etenkin jos siihen liittyy sairastettu sydäninfarkti. Beetasalpaajien käyttöä suositellaan käytettävän yhdessä ACE-estäjien kanssa niiden edullisten yhteisvaikutusten vuoksi. Beetasalpaajien sykettä hidastavalla sekä rytmihäiriöitä ehkäisevällä vaikutuksella on merkitystä vajaatoiminnan hoidossa. (Kettunen 2005.)

Nykyisin suositellaan beetasalpaajista käytettäväksi etenkin karvedilolia, bisoprololia tai metoprololia. Beetasalpaajahoidossa on kuitenkin mahdollisia haittavaikutuksia, joista yleisimpiä ovat bradykardia, tilapäinen sydänlihaskivama sekä ääreisverenkierron supistuminen. Lisäksi beetasalpaajat saattavat vaikeuttaa astmaoireita. Vasta-aiheita beetasalpaajien käytölle ovatkin muun muassa keuhkoastma, vaikea keuhkosairaus tai hypotensio. (Heliö ym. 2005.)

Sydänglykosidien eli esimerkiksi digoksiinien käyttö on vähentynyt beetasalpaajien käytön aloittamisen jälkeen. Digoksiini kuitenkin on ollut perinteikäs lääke vajaatoiminnan hoidossa, sillä se parantaa diureesia ja tasoittaa autonomisen hermoston toimintaa. Digoksiinia käytetään vaikean vajaatoiminnan hoidossa potilailla, joilla on myös todettu eteisvärinä. Digoksiinia ja beetasalpaajia suositellaan käytettäväksi yhdessä. (Kettunen 2005; Heliö ym. 2003.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan on ehkäistävä runsasta nesteen kertymistä elimistöön, joten potilaan olisi aiheellista välttää liiallista suolan, nesteiden sekä alkoholin käyttöä. Painon seuranta onkin tärkeää vajaatoiminnan hoidossa. Jos potilaan paino nousee yli 2 kg kolmessa päivässä, on potilaan syytä ottaa yhteyttä omaan terveydenhuoltoyksik-

köön tai muuttaa diureettiannostaan saamiensa ohjeiden mukaisesti. Nitraatteja voidaan käyttää tilapäisen hengenahdistuksen hoidossa tai ennaltaehkäisyssä. Sairauden pahenemisvaiheessa on tärkeää muistaa lepo, mutta vakaassa vaiheessa suositellaan potilasta liikkumaan voinnin sallimissa rajoissa. Potilasta tulisi ohjata lopettamaan tupakointi ja pitämään paino normaalipainossa. Ylipainoista ihmistä olisi syytä ohjata laihduttamaan kohtuullisissa määrissä. Verenpaine tulee potilaalla olla hoitotasapainossa sekä verensokeriarvoja on tarvittaessa seurattava. (Heliö i.a.)

2.5 Lääkehoidon erityispiirteet ikääntyneellä sydämen vajaatoimintapotilaalla

Ikäkkäiden ihmisten lääkehoitoon liittyy joitain erityispiirteitä. Kun ikää tulee lisää, myös sairastavuus lisääntyy ja käytössä olevien lääkkeiden määrä nousee. Tällöin on otettava huomioon useiden lääkkeiden käytön mahdolliset haitalliset sivuvaikutukset. Ikääntyneillä myös lääkkeiden farmakokineettiset ja -dynaamiset muutokset ovat erilaisia kuin nuoremmilla. Ikääntyneillä lääkkeiden eliminaatio eli poistuminen elimistöstä etenkin munuaisten kautta saattaa heiketä, jolloin on riski, että jotkin lääkeaineet pääsevät kerääntymään elimistöön, jolloin yliannostusriski lisääntyy. Myös lääkkeiden vasteet saattavat ikääntyneillä olla erilaiset kuin nuoremmilla. Ikääntyneillä tulee ottaa huomioon myös se, että hoito-ohjeiden noudattaminen ja ymmärtäminen voi olla vaikeaa toisinaan. (Nurminen 2006, 566–567.) Tämä tulee ottaa huomioon potilasohjauksessa.

Vaikkakin sydämen vajaatoiminta on ikääntyneiden ihmisten sairaus, hoidetaan sitä samoilla lääkkeillä ja samoilla tavoin kuin nuorempienkin sairautta. Ikääntyneillä hypotension riski on suuri käytettäessä esimerkiksi ACE-estäjiä tai beetasalpaajia. Tällöin potilaan oikeaoppinen ohjaaminen on erityisen tärkeää. Lisäksi verensokerilääkkeitä käytettäessä on riski hypotension lisäksi myös huimaukseen ja ortostaattiseen hypotensioon. Diureettihoito puolestaan voi aiheuttaa ikääntyneille helposti liiallista kuivumista sekä hypokalemiaa. Ikääntyessä munuaisten toiminta saattaa heikentyä, mikä aiheuttaa joidenkin lääkeaineiden eliminaation hidastumista, esimerkiksi digoksiini kuuluu tähän lääkeaineryhmään, jolloin vaarana voi olla digitalismyrkytys. (Nurminen 2006, 566–567; Heliö ym. 2003.)

3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS

Tässä osiossa kuvaamme sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen piirteitä. Tuomme esille ohjaukseen liittyvää sisältöä hoitotyön suosituksen mukaan. Kerromme potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen merkityksestä, ohjauksen tavoitteista, hoitoon sitoutumisesta sekä ohjaukseen liittyvistä eettisistä lähtökohdista.

3.1 Potilasohjaus

Ohjauksella voidaan tukea potilaan omatoimista elämistä ja saadaan parannettua asiakkaan toimijuutta omassa elämässään. Lisäksi ohjauksella potilas saadaan paremmin osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin asioihin. Potilas itse on vastuussa valinnoistaan ja elämästään, hänen tulee ottaa aktiivisen toimijan rooli. Ohjauksessa potilaalle annetaan tietoa ja luodaan haasteita sekä mahdollisuuksia, mutta lopulta kuitenkin vastuu annetaan potilaalle itselleen. Potilaalla on oikeus ohjaukseen mutta myös terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus antaa ohjausta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfos 2007, 11–12.)

Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista hoitoa. Ohjauksen laadun kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi on määritetty useita eri laatusuosituksia, näistä mainittakoon STAKESIN vuonna 2006 tekemä terveyden edistämisen laatusuositus. Suositukset eivät kuitenkaan määrittele ohjauksen laatua, vaan antavat valmiuksia ja suosituksia toiminnalle. Jos ohjaus on riittävää ja laadukasta, sillä on vaikutusta myös potilaan terveyden edistämiseen ja ylläpitoon. (Kyngäs ym. 2007, 20–21.)

Hoitotyössä ohjaus käsitettä käytetään monin eri tavoin ja se voidaan myös ymmärtää eri lailla riippuen tulkitsijasta. Aiemmin ohjauksen ajateltiin olevan ohjauksen antajan puolesta tapahtuvaa potilaan roolin passiivisena näkevää toimintaa. Ohjauksen voidaan ajatella olevan ohjauksen antamista, potilaan johtamista tai johdattelemista tai hänen toimintaansa vaikuttavaa tekemistä. Nykyään ohjauksessa ajatellaan ohjattavan olevan aktiivinen toimija, jolle annetaan työkaluja ja välineitä ratkaista itse esillä oleva pulma tai ongelma. Ohjauksen ajatellaan nykyään pyrkivän edistämään potilaan aloitteellisuut-

ta sekä kykyä parantaa tai muuttaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjaus on tavallista keskustelua tavoitteellisempaa ja suunnitelmallisempaa, mutta tavallista keskustelua enemmän se antaa ohjeita ja neuvoja. Ohjaussuhteessa molempien osapuolten katsotaan olevan tasa-arvoinen. Hoitaja tukee päätöksenteossa mutta ei tee päätöksiä potilaan puolesta. Ohjaus on aina vuorovaikutuksellista ja siihen vaikuttavat molempien taustatekijät. Taustatekijät voidaan luokitella fyysisiin taustatekijöihin kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli ja terveydentila. Psykkisiin taustatekijöihin puolestaan voidaan luokitella kuuluvaksi esimerkiksi terveysuskomukset ja odotukset sekä kokemukset. Sosiaalisiin tekijöihin puolestaan voidaan ajatella kuuluvaksi kulttuurinen tausta, uskonnollisuus tai eettisyys ja ympäristötekijöihin fyysinen toimintaympäristö ja hoitotyön kulttuuri. (Kyngäs ym. 2007, 25–26.)

Maria Kääriäinen toteaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa tekemässään potilasohjaukseen liittyvässä tutkimuksessaan, että ohjaukseen käytettävät resurssit olivat olleet kohdalliset mutta potilasohjaukseen käytettävä aika oli ollut riittämätöntä. Ohjausmenetelmistä hoitajat olivat hallinneet parhaiten suullisen ohjauksen ja kirjallisia ohjeita potilaista oli saanut vain kolmannes. Tutkimuksessa Kääriäinen nostaa esille potilaan lähtökohtien ja taustatekijöiden huomioinnin ohjauksessa: hoitajat eivät olleet aina ottaneet näitä seikkoja huomioon. Vuorovaikutus oli toteutunut hyvin potilaiden ja hoitajien välillä. Kääriäisen mukaan kokonaisvaltainen ohjaustoiminta, ohjauksen riittävyys ja kokonaisuus ovat selittäneet ohjauksen vaikutuksia. Kolmannekseen potilaista ohjauksella ei ollut vaikutuksia ja suurimmalta osin ohjauksen vaikuttamattomuus koski potilaiden omaisia. Tutkimuksessa tulee esille, että potilaat olivat kuitenkin pitäneet ohjausta kokonaisuudessaan hyvänä. (Kääriäinen 2007.)

Potilaan ja omaisten ohjaus on ensiarvoisen tärkeää sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Tutkimuksissa on selvitetty, että potilaan käynnit sydämen vajaatoimintaan perehtyneellä poliklinikalla, joko lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, ovat merkittävästi vähentäneet sairauden pahenemisvaiheita, sairaalahoitoa sekä hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Käynneillä tulee perehtyä potilaan vointiin ja kerrata keskeiset ohjattavat asiat. Ohjauksessa on tärkeää varmistua siitä, että potilas on ymmärtänyt neuvot oikein. (Kupari & Lommi 2004.)

Sairaalassa hoitoaikojen lyhentyminen, erikoissairaanhoidon kustannukset sekä avohoidon lisääntyminen merkitsevät sitä, että potilasohjausta tulee toteuttaa ja kehittää perusterveydenhuollossa. Potilasohjaus on potilaan ja ohjaajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Potilasohjauksella tuetaan potilaiden itsehoitoa ja kotona selviytymistä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että onnistunut potilasohjaus lisää potilaiden sitoutumista hoitoon ja heidän kotona selviytymistä. Lisäksi ohjaus on vähentänyt potilaiden yhteydenottoja sairaaloihin hoitajaksojen jälkeen. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007.) Laapotti-Salo & Routasalo ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan potilaiden kokemuksia: riittävä tieto on myös yksi edellytys potilaan sitoutumiselle ja onnistumiselle hänen omahoidossaan. (Laapotti-Salo & Routasalo 2004.)

Suomen koko ajan ikääntyvän väestön myötä myös sydämen vajaatoimintaa sairastavat lisääntyvät. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksesta on tehty hoitotyön suositus, jotta saadaan potilasohjausta yhtenäistettyä Suomessa. Suosituksessa on kuvattu keskeisimmät ohjauksen sisällöt ja se on tarkoitettu kaikille ohjausta antaville työntekijöille riippumatta siitä toteutuuko ohjaus sairaalajaksolla vai avoterveydenhuollossa. (Kemppainen, Kieva & Kvist 2011.) Ikääntyneen potilaan ohjauksessa on omia erityispiirteitä joihin tulee kiinnittää huomiota ohjaus tilanteessa. Ikääntyneellä saattaa olla esimerkiksi rajallinen näkökyky, fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Ikääntyneen ohjauksessa tulisi keskittyä ydinasioihin ja antaa lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

3.2 Eettisyys potilasohjauksessa

Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jolloin ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa tulevat esille aina molempien eettiset suuntaukset. Tilanteessa ovat molempien henkilökohtaiset eettiset näkemykset sekä hoitajan työtä ohjaavat lait ja asetukset hoitajien etiikasta. (Kyngäs ym. 2006.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaan-

hoitoon. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveystieteiden ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Sairaanhoitajan tehtävään kuuluu terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään jo olemassa olevia voimavaroja sekä parantamaan elämänlaatua. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Etiikka tarkoittaa oppia oikeasta ja väärästä, ja sen tarkoituksena on kuvata hyviä ja oikeita tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Etiikka ei anna valmiita vastauksia eettisiin kysymyksiin, mutta se ohjaa hoitajia oikeaan suuntaan valintojen edessä. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006.) Hoitajalla on vastuu omasta eettisestä toiminnastaan. Ohjaukseen liittyvien ohjeiden tulisi olla näyttöön tai hyviin käytäntöihin perustuvia, jotta ohjausta voidaan eettisesti perustella. Jokainen potilas on oikeutettu saamaan luotettavaa tietoa ohjauksessa, jolloin tutkittu tieto on perusteltua. Eettinen ympäristö tukee hoitajan ja ohjattavan hoitosuhdetta: se on rauhallinen ja antaa aikaa keskustella potilaan kanssa. Hoitajan vastuulla on voimavarojen oikeanlainen käyttö, mikä tarkoittaa perehtymistä erilaisiin ohjausmenetelmiin, ohjauksaikaan ja taitoihin sekä omaksua uusia apuvälineitä ohjauksen tueksi. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

3.3 Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tavoitteet

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa tavoitteena on saada potilas ja hänen omaisensa ymmärtämään sairautta ja sen oireita, jotta he pystyvät tarkkailemaan oireita. Potilasohjauksen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon potilaan omat voimavarat sekä taustatekijät. Tavoitteet luodaan potilaan kanssa yhdessä sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Jotta tavoitteisiin voidaan päästä, on ohjauksessa tärkeää tietää, mitä potilas itse ajattelee sairaudestaan. Hengenahdistuksen ja nesteiden kertymisen on todettu olevan keskei-

simpiä syitä vajaatoimintapotilaiden hoitoon hakeutumiseen, joten näihin oireisiin tulisi ohjauksessa kiinnittää huomiota. (Poutala, Partanen & Tuunainen 2007, 20–22.)

Ongelmaksi erityisesti sydänpotilaiden kohdalla on muodostunut se, että tavoitteet ovat luotu ainoastaan sairaalajakson ajaksi: ohjatessa on ollut vaikea hahmottaa potilaan kokona tarvitsemaa tukea ja selviytymistä. Riittävästi tietoa saanut sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja hoitoon tyytyväinen potilas taas on motivoitunut hoitamaan itseään. Potilasohjauksessa puutteellista tietoa potilaat ovat saaneet sosiaaliturvasta, levosta, harrastuksista ja rentoutumisesta. Paljon tietoa he ovat saaneet itse sairaudesta ja nitrojen käytöstä. (Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä 2007.)

Hyvällä ohjauksella voidaan parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista, jolloin potilaiden itsehoito paranee. Hyvä itsehoito puolestaan vähentää vuodeosastohoidon tarvetta. Hoitoon sitoutuminen on tärkeää sairauksissa, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa, joissa sairautta voidaan lievittää tai ennaltaehkäistä omilla elämäntavoilla. Asiakkaan kannalta hoitoon sitoutuminen merkitsee parempaa terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Terveystieteiden kannalta hoitoon sitoutuminen merkitsee hoidon vaikuttavuutta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22-23.)

Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kyngäs & Hentinen 2009, 17).

3.4 Sairaanhoitajan toteuttama potilasohjaus

Helsingin yliopistollisen sairaalan kardiologisilla sekä yleissisätautien osastoilla toteutetun kyselyn mukaan vain 31 % sairaanhoitajista arvioi tietävänsä riittävästi sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta. Eniten puutteita koettiin olevan lääkehoidon ohjauksessa. Sairaanhoitajista 60 % oli saanut lisäkoulutusta ja jopa 93 % halusi sitä vielä lisää. (Eriksson & Partanen 2005.)

Hoitajan tärkeänä tehtävänä ohjauksessa on tunnistaa ja arvioida ohjattavan tarpeita yhdessä hänen kanssaan. Hoitajan on tärkeää ohjaustilanteessa pystyä arvioimaan poti-

laan tiedon vastaanottokykyä. Ohjausta vaativat asiat tulee esittää tärkeysjärjestyksessä, millaisia asioita potilas on kulloinkin valmis ottamaan vastaan. Sydämen vajaatoimintapotilas ei välttämättä ole valmis ottamaan vastaan elämäntapaohjausta, ennen kuin on omaksunut tiedon sairaudesta ja kaikista uusista lääkkeistä. Myös sairauden laatu ja sen oireet vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen. Jos sairaus on lähes oireeton, kuten esimerkiksi verenpainetauti, ei motivaatio lääkahoitoon välttämättä ole suurimmillaan. Ohjaajan ja ohjattavan käsitykset ohjauksesta sekä ohjauksen tarpeista saattavat olla hyvinkin erilaiset, minkä vuoksi niistä tulisi keskustella ennen ohjauksen aloittamista. Kaikki potilaat eivät tiedä tai osaa sanoa omia ohjauksen tarpeitaan, jolloin niitä etsitään yhdessä ja ohjaajan tulee auttaa potilasta löytämään omat tarpeensa ohjaukselle. Hyvän ohjausmenetelmän valinta vaatii tietoa potilaan oppimistyylistä: tämä saadaan selville potilaan kanssa yhdessä keskustelemalla. (Kyngäs ym. 2007, 27–34.)

Helsingin yliopistollisessa sairaalassa toteutetun opinnäytetyötutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet ohjausta lääkäreiltä, hoitajilta sekä sydämen vajaatoimintahoitajalta. Suurin osa vastaajista oli pitänyt hyödyllisimpänä juuri sydämen vajaatoimintahoitajalta saamaansa ohjausta. Tutkimuksessa todettiin että potilaat toivoivat eniten ohjaukseen lisää aikaa ja toiveita tuli myös kirjallisista ohjeista. Suurimman hyödyn potilaat saivat nesteiden ja painon seurannan ohjauksesta sekä lääkehoidon toteutuksen ohjauksesta. (Poutala ym. 2007.)

3.5 Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältö

Huolellinen omahoidon ohjaus edistää potilaan hoitoon sitoutumista, mikä vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista sekä parantaa potilaan hyvinvointia kotona. Potilasta tulisi motivoida omahoitoon ja noudattamaan kotihoito-ohjeita. Ohjaajan tulee varmistaa, että potilas ymmärtää sydämen vajaatoiminnan syyn, oireet sekä ennusteen. Potilaille tulisi olla tehtynä omahoidon suunnitelma, joka tulee varmistaa ja kerrata tarvittaessa potilaan kanssa yhdessä. Potilasta ohjataan seuraamaan vajaatoiminnan pahenemisen merkkejä yksilöllisesti, koska ne voivat vaihdella huomattavasti. Potilaan tulisi punnita itsensä säännöllisesti sekä reagoida yli 2 kg:n painon nousuun. Tällöin hyvin ohjattuna potilas voi säädellä itse hänelle määrättyä nesteenpoistolääkettä ohjeiden mu-

kaisesti. Potilaan tulee myös tietää keneen ammattihenkilöön hän voi ottaa yhteyttä, jos hän huomaa oireiden pahentuneen. (Kemppainen ym. 2011.)

Sydämen vajaatoimintapotilaat voivat toteuttaa itsenäisesti lääkehoitoaan, seurata sen vaikutuksia ja sivuvaikutuksia sekä annostella nesteenoistolääkitystään, kun heidät ohjataan siihen yksilöllisesti määrätyn lääkehoidon perusteella. Potilaan tulee olla tällöin tietoinen hänellä käytössä olevien lääkkeiden vaikutuksista sekä sivuvaikutuksista ja lääkehoidon toteutuksesta. Potilaan tulee ymmärtää pitkäaikaisten lääkkeiden vaikutusten ilmenevän hitaasti sekä sivuvaikutusten olevan helposti ohimeneviä. Voidakseen itse muokata lääkitystään tulee potilaiden olla tietoisia lääkkeiden haittavaikutuksista, esimerkiksi siitä että nesteenoistolääkkeet saattavat joissain tapauksissa johtaa neste-hukkaan. Potilasta on ohjattava, milloin hänen tulee olla yhteydessä omaan hoitajaan tai lääkäriin. (Kemppainen ym. 2011.)

Ohjaukseen kuuluu myös elintapojen ohjaus, millä voidaan vähentää sydänsairauksien riskiä. Elintapaohjaukseen kuuluu esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen ja ylipainon sekä alkoholin vähentäminen. Ruokavalio-ohjauksella puolestaan voidaan vähentää vajaatoiminnan oireiden lisääntymistä. Ruokavalio-ohjauksessa tulee ottaa huomioon suolan- ja nesteiden käyttöön liittyvät seikat. Suolarajoitus ehkäisee nesteiden kertymistä elimistöön, joten potilaalle kerrotaan ruoka-aineiden sisältämistä suolamääristä sekä suolankäytön vähentämisestä. Nesterajoitus (1,5–2 litraa/vrk) on tarpeellinen vain vaikeaoireiselle tai hyponatreemiselle potilaalle, rutiininomaisesta nesterajoituksesta ei ole hyötyä. (Kemppainen ym. 2011.)

Liikunnan ohjauksesta hyötyvät kaikki sydämen vajaatoimintapotilaat, sillä liikunta vähentää sydämen vajaatoiminnan oireita. Liikuntaharjoittelun tavoitteiden tulisi olla yksilölliset sekä potilaita tulisi motivoida tämän kautta omatoimiseenkin harjoitteluun. Unihäiriöt, seksuaalisuus sekä masennuksen oireiden tunnistaminen ovat alue, joka tulee ottaa esille ohjauksessa yksilöllisesti. Sydämen vajaatoimintapotilaille suositellaan influenssarokotetta, koska influenssa voi pahentaa vajaatoiminnan oireita. (Kemppainen ym. 2011.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Ammatillinen korkeakoulujärjestelmä on luotu 1990-luvulla, jolloin sen yhdeksi tehtäväksi muodostui tutkimustoiminta. Ammattikorkeakouluopetus painottuu työelämän ja sen kehittämisvaatimuksiin sekä tutkimuksiin ja sen tehtävänä on tukea yksilöllisesti oppilaiden ammatillista kasvua ja sitouttamista ammatillisiin asiantuntijatehtäviin. (Vilka 2005, 11–13.)

Tutkimuksella tulee aina olla alusta saakka jokin johtoajatus tai juoni, minkä perusteella voidaan määrittää tutkimusongelma (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 121). Tutkimusongelmalla tarkoitetaan aihepiiristä johdettua pääongelmaa, johon tutkimuksen on tarkoitus vastata. Ongelma on yleisluontoinen pulma tai kysymys, joka halutaan selvittää tai johon halutaan saada vastaus. (Vilka 2005, 184.) Opinnäytetyömme tutkimusongelmat olivat 1. miten sydämen vajaatoimintaa sairastavat hankasalmelaiset potilaat ovat kokeneet heille annetun sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon ohjauksen sekä 2. kuinka potilaat ovat kokeneet heidän ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen.

Aihe oli työelämälähtöinen ja sydänhoitajan itsensä esittämä. Tavoitteena oli, että tutkimuksen avulla sydänhoitaja voi tarvittaessa kehittää omaa työtään. Tutkimustulosten perusteella sydänhoitaja voi tarvittaessa priorisoida antamansa ohjauksen sisältöä ja resursseja. Tutkimuksen tavoitteena oli myös se, että sydänhoitaja voisi käyttää tutkimusta perustellakseen ohjauksen tärkeyttä potilastyössä sekä mahdollisesti osoittaa lisäresurssien tarvetta organisaatiossa. Tutkimuksemme tarkoituksena oli hyödyttää myös potilaita: hyvällä ohjauksella ja resurssien oikeanlaisella painotuksella potilaiden hyvää hoitoa voidaan kehittää ja parantaa.

Tutkimusprosessin aikana tavoitteenamme oli myös kehittää omaa ammatillista kasvua. Tarkoituksena oli kehittää tutkimuksen tekemiseen liittyviä tietoja ja taitoja sekä syventää ymmärrystä tutkitun tiedon merkityksestä hoitotyössä. Tavoitteena oli myös laajentaa tietoa potilasohjauksen merkityksestä ja tärkeydestä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Mielestämme potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää ja ajankohtaista, sillä koko ajan esimerkiksi lääkehoidon ohjausta siirretään yhä enemmän sairaanhoita-

jille. Tutkimusprosessin aikana tavoitteenamme oli lisäksi kehittyä prosessityöskentelyssä sekä tieteellisen tekstin kirjoittamisessa ja ymmärtämisessä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Seuraavassa kerromme tutkimuksen toteutuksesta, tutkimusmenetelmän valinnasta sekä kuvaamme kohderyhmän ja kyselylomakkeen sisältöä. Kerromme lisäksi aineiston keruusta ja analysoinnista.

5.1 Kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Hankasalmen terveysaseman sydänhoitajan vastaanotolla käyneet sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat. Tästä perusjoukosta valikoitui otos tutkimukseen. Kohderyhmää ei aluksi rajattu tarkasti, vaan sydänhoitaja valikoi mielestään sopivat vastaajat. Kriteerinä hän piti sitä, että potilas kykenee itsenäisesti ilman avustusta vastaamaan kyselyyn ja lähettämään sen postitse tutkimuksen tekijöille.

Tutkimuksemme toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, sillä tutkimuskohteiden ollessa ihmisiä tai kulttuurituotteita, tutkimusmenetelmäksi soveltuu määrällinen tutkimus (Vilka 2005, 73). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiemmista tutkimuksista saadut johtopäätökset sekä aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. Aineiston keruun suunnitelmassa tulee ottaa huomioon että aineisto soveltuu määrälliseen mittaukseen. Aineiston keruun jälkeen aineisto muutetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, jonka pohjalta tehdään päätelmät. Päätelmät tutkimuksessa esitellään taulukoiden ja kuvioiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Keräsimme aineiston strukturoidulla kyselylomakkeella, eli olemme toteuttaneet opinäytetyömme survey-tutkimuksena. Kyselylomake on tyypillisin tapa kerätä määrällisen tutkimuksen tutkimusaineisto (Vilka 2005, 73). Survey-tutkimuksen kyselyn muotona voidaan käyttää esimerkiksi standardoitua kyselylomaketta. Lomakkeeseen vastaajat

kuvaavat otosta tietystä perusjoukosta. Kyselylomakkeessa kaikki kysymykset ovat kaikille vastaajille täsmälleen samat. Kyselytutkimuksen etuna on se, että vastaajien ja kysymysten määrä voi olla suuri. Suuren vastausmäärän käsittely on nopeaa, koska aineisto voidaan suoraan siirtää tietokoneelle. Tietokoneella aineisto voidaan analysoida käyttäen erilaisia tilastointiohjelmia. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–190.) Valitsimme tämän tutkimusmenetelmän, koska aluksi oletimme vastaajien määrän olevan noin 30.

5.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeen teko aloitettiin keskustelemalla sydänhoitajan kanssa hänen tavoitteistaan ja toiveistaan kyselyn suhteen. Keskustelua käytiin siitä, millaisia asioita sydänhoitaja halusi saada selville ja mitä asioita kyselyssä olisi paras painottaa. Keskustelun pohjalta syntyi teemoja, joita alettiin työstää pienemmiksi osioiksi ja jotka lopulta muodostuivat kysymyksiksi. Kysymyksiä tarkennettiin ja muokattiin opinnäytetyön ohjaajilta saadun ohjauksen ja palautteen perusteella.

Tutkimuksen aihe on tärkein vastaamiseen vaikuttava tekijä, mutta lomakkeella ja kysymysten suunnittelulla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. Monivalintakysymyksiin tutkija on laatinut jo valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee rastihamalla oman vaihtoehdonsa. Asteikkoihin perustuvassa kysymystyyppissä on väittämiä, joissa vastaaja voi valita sen, kuinka paljon hän on samaa tai erimielistä väittämän kanssa. Monivalintakysymykset tuottavat helposti käsiteltäviä vastauksia. Avoimissa kysymyksissä puolestaan kysymyksen esittämisen jälkeen on jätetty tyhjää tilaa, johon vastaaja saa omin sanoin kirjoittaa vastauksensa. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista omin sanoin itseään eikä ehdota suoria vastauksia, mikä mahdollisesti näyttää kysyjän tietämyksen asiasta. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–196.)

Kyselylomakkeen alussa oli saateteksti, missä kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, tekijöistä sekä tutkimustulosten käsittelystä. Kyselylomakkeessa oli 23 kysymystä, joista kuudella ensimmäisellä kysymyksellä kartoitettiin vastaajien taustatietoja: esimerkiksi ikä, sukupuoli sekä tapaamismäärät ja saatu kirjallinen ohjausmateriaali. Kysymykset 7–23 olivat monivalintakysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä (1), melko samaa mieltä (2), melko eri mieltä (3) ja täysin eri mieltä

(4). Lomakkeessa oli lopuksi kaksi avointa kysymystä koskien lääkehoitoon liittyvän ohjauksen kehittämisaikajatuksia sekä keskustelujen sisältöä hoitajan kanssa. Kyselylomake on liitteenä 1.

Monivalintakysymyksissä oli kaksi laajempaa osiota, joista ensimmäinen (kysymykset 7–14) käsitteli yhteistyötä ja vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä. Kysymyksillä 7–10 kartoitettiin hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta ja kysymyksillä 11–14 potilaan luottamusta hoitajan ammattitaidosta sekä jatkohoidon toteutumisesta. Toinen osio (kysymykset 15–23) liittyivät potilaan saamaan lääkehoidon ohjaukseen. Kysymyksien tarkoituksena oli saada tietoa siitä, ovatko potilaat olleet tyytyväisiä lääkehoidon ohjauksen riittävyteen ja sisältöön.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Sydänhoitajan tarkoituksena oli jakaa kyselylomakkeet kohderyhmälle ohjaustapaamistensa lopuksi ja alustaa tutkimuksen tavoitteita ja tarkoitusta vastaajille suullisesti. Toteutus ei kuitenkaan onnistunut, vaan kyselyt postitettiin vastaajille kotiin. Tarkoituksena oli lähettää noin kolmekymmentä kyselylomaketta, mutta lopulta kyselyitä lähetettiin 16, joista palautui 15, joten vastausprosentiksi muodostui 94 %. Kyselyiden mukana oli vastauskuori, ja vastaajat postittivat kyselyn suoraan tutkimuksen tekijöille.

Tutkimus toteutettiin postikyselynä. Postikyselyssä kyselylomake lähetetään tutkittaville postitse, minkä jälkeen he vastaavat kyselyyn itse ja lähettävät lomakkeen takaisin tutkijalle. Postikyselyssä lomakkeen mukana tulee olla vastauskuori, jonka postimaksu on jo maksettu. Lähetekirjeessä tulisi olla maininta vastauskuoresta ja toimintatavoista. Postikyselyn etuna on sen nopeus ja aineiston saannin vaivattomuus. (Hirsjärvi ym. 2007, 191.)

Aineiston analysointi tehtiin käyttäen SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) –tilastointiohjelmaa. Tuloksista muodostettiin perusfrekvenssit ja tuloksia vertailtiin ristiintaulukoimalla iän, sukupuolen ja ohjaustapaamismäärien perusteella. Avoimiin kysymyksiin tuli vain yksittäisiä vastauksia, joista ei lopulta saatu muodostet-

tua teemoja, joiden avulla ryhmitellä vastauksia. Vastaukset esitellään tulosten loppuksi lyhyesti.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Vastauksia palautui yhteensä 15. Yhdessä lomakkeessa oli vastattu vain 7 kysymykseen 23:sta. Lisäksi oli muutama lomake, joissa oli yksittäisiä vastaamatta jätettyjä kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut kuusi vastaajaa. Vastaajien ikäjakauma oli 57–90 vuotta, ja keski-ikäksi muodostui 77 vuotta. Vastaajat jaettiin iän mukaan kahteen ryhmään: 57–77- ja 78–90-vuotiaisiin. 57–77-vuotiaiden ikäluokkaan kuului 7 vastaajaa ja 8 vastaajista kuului ikäluokkaan 78–90. Vastanneista miehiä oli 6 ja naisia 9.

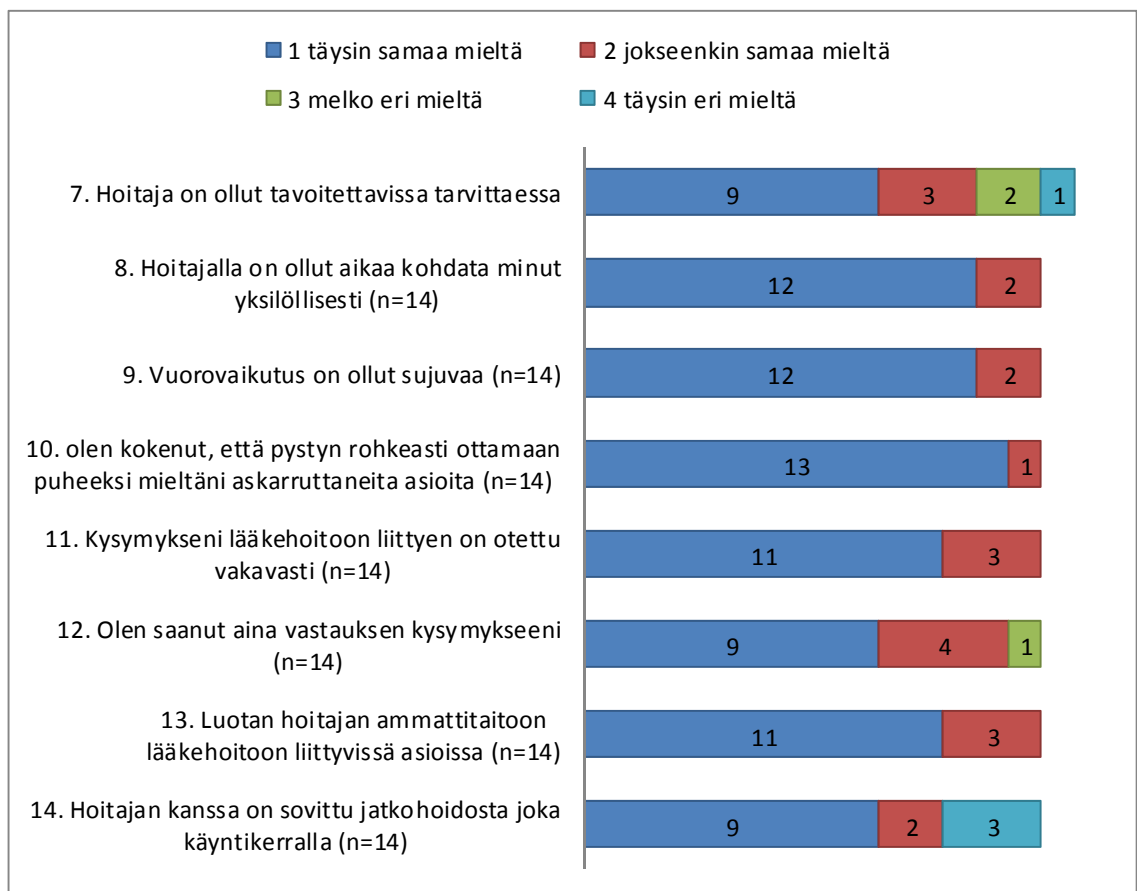
Vastaajista suurin osa (9 vastaajaa) oli käynyt sydänhoitajan ohjaustapaamisissa 2–3 kertaa. 2 vastaajaa oli käynyt tapaamisessa yhden kerran, 4–5 kertaa oli käynyt myös 2 vastaajaa, samoin useammin kuin 6 kertaa tapaamisissa oli käynyt 2 vastaajaa. Vastanneista 13 oli tyytyväisiä tapaamiskertojen riittävyteen. Vastaajista 11 oli saanut tapaamisissa käytössään oleviin lääkkeisiin liittyviä kirjallisia ohjeita ja 11 vastaajaa koki kirjalliset ohjeet tarpeellisiksi.

6.2 Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus

Monivalintakysymysten ensimmäisessä osiossa, kysymyksillä 7–14, kartoitettiin hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, hoitajan tavoitettavuutta ja potilaiden kokemuksia hoitajan resurssien riittävydestä (Kuvio 1). Useimmat vastaajat olivat sitä mieltä, että he ovat pystyneet ottamaan puheeksi mieltään askarruttaneita asioita, vastaajista (n=14) 13 oli täysin samaa mieltä. Kaikki vastanneet (n=14) olivat samaa mieltä siitä, että hoitajalla on ollut aikaa kohdata potilas yksilöllisesti ja vuorovaikutus on ollut sujuvaa. Lisäksi kysyttäessä sitä ovatko potilaat uskaltaneet ottaa mieltään askarruttaneita

kysymyksiä puheeksi ja kokevatko he, että ne on otettu vakavasti, kaikki vastanneet (n=14) olivat samaa mieltä.

Eniten eri mieltä olevia vastaajia oli kysyttäessä sitä, onko hoitajan kanssa sovittu jatkohoidosta joka käyntikerralla; vastaajista (n=14) 3 oli eri mieltä. Vastaajien kesken puolestaan eniten hajontaa aiheutti kysymys hoitajan tavoitettavuudesta. (Kuviossa 1 esitetään ensimmäisen osion kysymykset ja vastaukset.)



KUVIO 1 Vuorovaikutukseen ja ohjaukseen liittyvät mielipiteet

57–77-vuotiaiden tapaamiskertojen määrät vaihtelivat enemmän kuin vanhemmilla, ikäluokassa 78–90. Nuoremista vastaajista 3 vastaajaa oli käynyt tapaamisissa 2–3 kertaa ja 2 vastaajaa oli käynyt tapaamisissa jopa yli 6 kertaa. Vanhemmista vastaajista sen sijaan suurin osa oli käynyt 2–3 kertaa ohjauksessa eikä kukaan ollut käynyt yli kuutta kertaa ohjauksessa. Sukupuolella ei ollut merkitystä tapaamiskertojen määrässä, mutta miehet kokivat naisia useammin tapaamiskertojen olleen riittämättömiä, myös vanhemmat vastaajat kokivat nuorempia enemmän tapaamiskertojen olleen riittämättö-

miä. Lisäksi vanhemmat vastaajat olivat useammin sitä mieltä, että hoitajan kanssa ei ollut sovittu jatkohoidosta joka käyntikerralla.

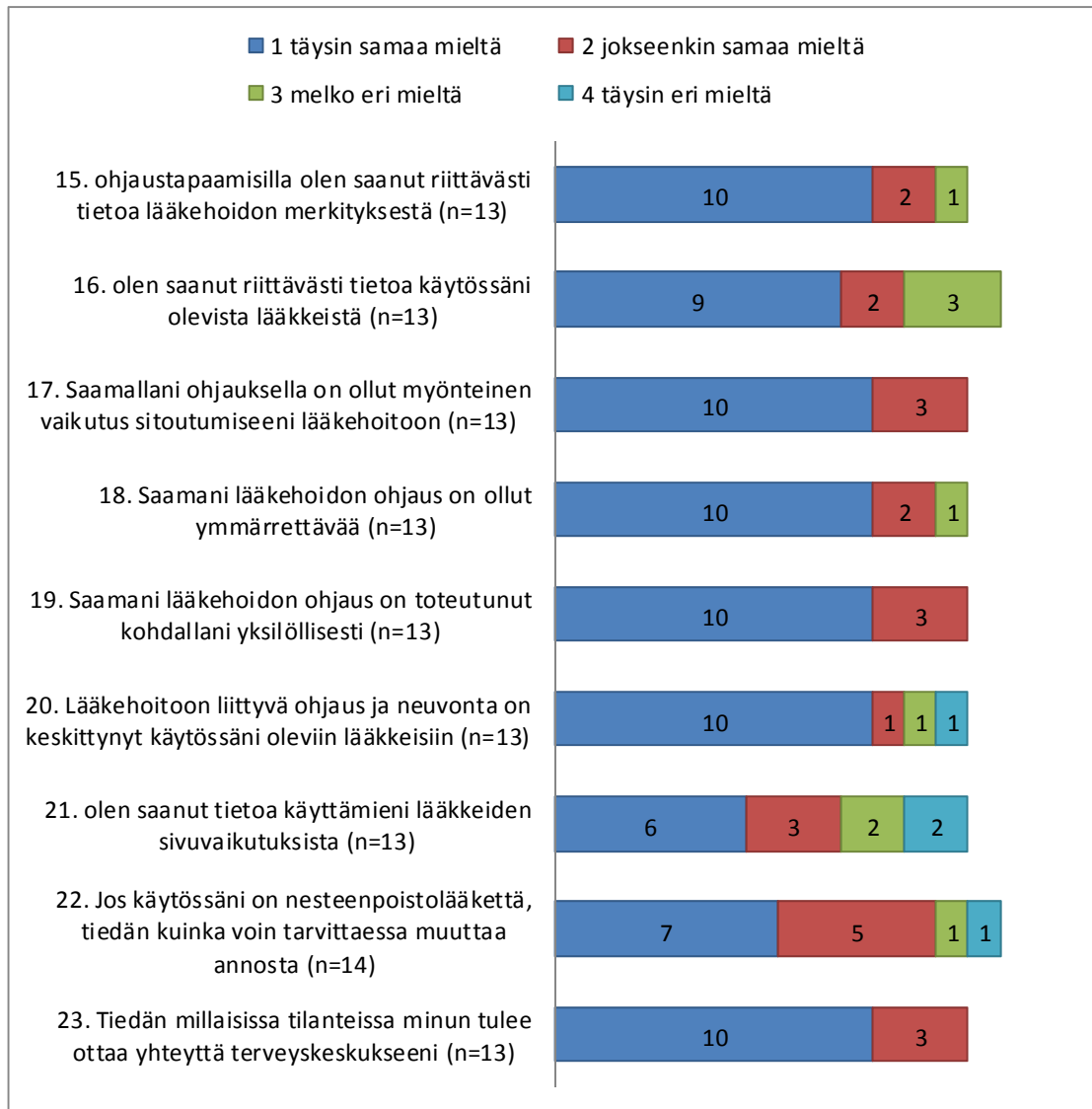
Kysymys asioiden rohkeasti puheeksiottamisesta aiheutti vastauseroja niin miesten ja naisten kuin nuorempien ja vanhempienkin välillä. Vastanneista naisista kaikki olivat täysin samaa mieltä väittämän kanssa, kun taas miehet olivat melkein samaa mieltä. Vanhemmista vastaajista vastaavasti kaikki olivat täysin samaa mieltä samalla kun nuoremmat olivat vastanneet olevansa enemmän melkein samaa mieltä.

Naisista kaikki kokivat saaneensa aina vastauksen kysymykseensä, kun taas miehistä 1 oli eri mieltä. Miehet olivat naisia useammin vastanneet olevansa eri mieltä myös kysyttäessä jatkohoidon sopimisesta hoitajan kanssa joka käyntikerralla. Kaiken kaikkiaan naiset olivat miehiä tyytyväisempiä vuorovaikutukseen ja ohjaukseen liittyvissä asioissa.

11 vastaajaa oli käynyt sydänhoitajan tapaamisissa 0–3 kertaa ja 4 vastaajaa yli 4 kertaa. Yli 4 kertaa käyneistä kaikki olivat sitä mieltä, että tapaamisia oli ollut riittävästi, kun taas alle 4 kertaa käyneistä 2 oli sitä mieltä, että tapaamisia ei ollut ollut riittävästi. Kysyttäessä hoitajan tavoitettavuudesta kaikki yli 4 kertaa ohjauksessa käyneet olivat täysin samaa mieltä, kun taas alle 4 kertaa tapaamisissa käyneiden vastaukset sijoittuivat monivalinta-asteikolle tasaisemmin. Kaikkiaan yli 4 kertaa ohjauksessa käyneet olivat samaa mieltä kaikkiin vuorovaikutukseen ja ohjaukseen liittyvissä asioissa.

6.3 Lääkehoidon ohjaus

Monivalintakysymysten toinen osio, siis kysymykset 15–23, kartoittivat potilaiden kokemuksia, jotka liittyivät sydänhoitajan antamaan lääkehoidon ohjaukseen. Vastaajien kesken eniten hajontaa oli kysyttäessä, onko lääkkeiden sivuvaikutuksista kerrottu riittävästi: vastaajista (n=13) oli 6 täysin samaa mieltä, 3 melko samaa mieltä ja loput eri mieltä. Eniten samaa mieltä keskenään vastaajat olivat kysymyksissä, jotka liittyivät ohjauksen myönteiseen vaikutukseen lääkehoitoon sitoutumisessa, lääkehoidon ohjauksen yksilöllisyydestä sekä siitä, millaisissa tilanteissa tulee ottaa yhteyttä omaan terveyskeskukseen. (Tämän osion kysymykset ja vastaukset on esitetty kuviossa 2.)



KUVIO 2 Potilaiden mielipiteet lääkehoidon ohjauksesta

Monivalintakysymysten osion kaksi väittämissä mielipide-erot vastaajien kesken näkyivät ensimmäistä osiota selkeämmin kaikissa taustatietoihin perustuvissa vertailuissa. Nuoremmat vastaajat kokivat vanhempia selkeästi useammin saaneensa riittävästi tietoa käytössään olevista lääkkeistä. Nuoremmat vastaajat kokivat saaneensa enemmän tietoa käyttämiensä lääkkeiden sivuvaikutuksista. Lisäksi nuoremmat kokivat vanhempia paremmin tietävänsä, kuinka muuttaa diureettiannostustaan tarvittaessa.

Naiset kokivat miehiä useammin, että ohjaustapaamisilla on riittävästi saanut tietoa lääkehoidon merkityksestä sekä omista käytössä olevista lääkkeistä. Samalla naiset olivat täysin samaa mieltä siitä, että lääkehoidon ohjauksella on ollut myönteinen vaikutus

heidän sitoutumisessaan lääkehoitoon. Lisäksi naiset arvioivat miehiä useammin lääkehoidon ohjauksen olleen ymmärrettävää. Naiset olivat miehiä enemmän myös samaa mieltä lääkehoidon ohjauksen yksilöllisyyttä sekä sivuvaikutuksista tiedottamisen riittävyttä koskevilla väittämillä. Naiset vastasivat osaavansa miehiä paremmin muuttaa diureettiannostaan tarvittaessa. Lisäksi naiset kokivat miehiä paremmiksi tiedot siitä, millaisissa tilanteissa tulee ottaa yhteyttä omaan terveyskeskukseen. Yli 4 kertaa ohjauksessa käyneet vastaajat olivat kaikissa kysymyksissä samaa mieltä väittämien kanssa, kun taas vähemmän tapaamisissa käyneillä vastaukset sijoittuivat useammin eri mieltä osioon.

6.4 Avoimet kysymykset

Avoimiin kysymyksiin saimme vastauksia niukasti. Kysymykseen, mitä ajatuksia vastaajilla on lääkehoitoon liittyvän neuvonnan ja ohjauksen kehittämiseksi tai muuttamiseksi, vastasi 4 henkilöä. Heistä yksi toivoi parempaa tietoa hoitajalta. Yhden vastaajan mukaan apteekissa toimii sydänlääkkeisiin erikoistunut farmasian ammattilainen ja vastaaja toivoikin enemmän yhteistyötä apteekin kanssa. Vastaajista yksi kertoi pystyneensä lopettamaan astmalääkkeen käytön, koska lääkäriltä saamansa ohjauksen perusteella hengenahdistus todettiin sydänperäiseksi. Yksi vastaaja toi esille pitkän välimatkan olevan ongelmana reseptin uusimiseen liittyvissä asioissa.

Kysymykseen, mistä asioista vastaajat haluaisivat keskustella hoitajan kanssa nykyistä enemmän, vastauksia saimme 5. Vastauksissa toivottiin enemmän keskustelua lääkkeistä, ravinnosta sekä omaan terveyteen liittyvistä asioista. Lääkehoitoon liittyen lisätietoa kaivattiin lääkkeiden pitkäaikaisista vaikutuksista. Sairauden etenemisestä ja lopputuloksesta, johon sairaus johtaa, olisi toivottu keskustelua. Vastaajista yksi mainitsi olevansa yhteydessä erikoissairaanhoidossa toimivaan sydänhoitajaan sairauden laatuensa vuoksi, lisäksi vastaaja kertoi myös saavansa tietoa diabeteshoitajalta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN TARKASTELUA

Tässä osiossa käsittelemme ensin tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä. Arvioimme tutkimuksemme eettisyyttä ja luotettavuutta sekä esitämme mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Lopuksi arvioimme tutkimusmenetelmäämme.

7.1 Keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa ilmeni, että useammin (yli 4 kertaa) tapaamisissa käyneet potilaat olivat tyytyväisempiä ohjauksen laatuun ja hoitajan toimintaan. Siispä voimme päätellä, että ohjaustapaamisia tulee olla riittävän useasti, jotta potilasohjaus koetaan riittäväksi. Poutalan, Partasen & Tuunaisen (2007) opinnäytetyön mukaan jopa 13 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista haluaisi enemmän ohjausta, kuitenkin kaikki potilaat kokivat ohjauksesta oleva hyötyä. Ohjausta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon ohjattavan ikä, sillä tutkimustulostemme perusteella ilmeni, että vanhemmat potilaat kokivat nuoria enemmän ohjausmäärien olleen riittämättömiä. Lisäksi vanhempien vastaajien tiedot esimerkiksi käytössään olevista lääkkeistä olivat nuorempia heikommät.

Miesten ja naisten väliset mielipide-erot näkyivät parhaiten lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Miehet kokivat, että eivät aina pysty täysin ottamaan puheeksi mieltään askarruttaneita asioita, ja lisäksi miehillä oli naisia heikommät tiedot omasta lääkehoidostaan. Lieneekö miesten ja naisten välisten vastausten erojen syynä se, että ohjaaja on ollut nainen? Olisiko miesten mahdollisesti ollut helpompi keskustella, jos ohjaaja olisi ollut mies? Toisaalta voisi pohtia myös sitä, tarvitsevatko miehet erilaista ohjausta kuin naiset tai tulisiko miehiä paremmin tukea keskusteluun ja kysymyksien esittämiseen?

Avoimissa kysymyksissä johtopäätöksenä voisi ajatella monen asian olevan ohjauksen laadussa hyvin, koska kehittämissuhteita tuli vähän. Yhdessä vastauksessa sanottiin tiedon olleen riittävää. Hoidon sujuvuutta lisää se, kun potilas kokee saaneensa ohjausta myös toiseen sairauteen erikoistuneelta hoitajalta. Tyytyväisyyttä osoittaa myös se, että

joitain lääkkeitä on voitu jättää pois, kun on todettu, ettei kyseinen lääke auta juuri ole-massa olevaan vaivaan. Kehittämisideana yhteistyö apteekin kanssa olisi esille nostetta-va asia, jota henkilökunnan tulisi pohtia. Reseptien uusinnassa tulisi kiinnittää huomiota lääkemääriin, jotta potilas voisi saada esimerkiksi vuoden lääkityksen, eikä hänen tar-uitsisi uusia reseptiä useammin.

Kaiken kaikkiaan tutkimuksessamme ilmeni, että potilaat olivat pääsääntöisesti tyyty-väisiä saamaansa ohjaukseen. Kaikkiaan eniten oli vastattu samaa mieltä, eikä avoimiin kysymyksiin tullut merkittäviä kehittämis ehdotuksia. Myös Holma & Raappana tutkies-saan sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuutta perusterveydenhuollossa sai-vat samansuuntaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan ilmeni, että potilaat olivat pää-sääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen sydänhoitajan vastaanotolla. Vastaajat kuitenkin toivoivat lisää ohjausta erityisesti lääkehoidosta, mutta myös sairauden oireis-ta. (Holma & Raappana 2010.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen toteuttajien on otettava huomioon monia eettisiä seikkoja jotka liittyvät tutkimuksen tekoon. On yleisesti hyväksyttyjä tutkimuseettisiä periaatteita jotka tutkijan tulisi tuntea sekä toimia niiden mukaan, kuten tiedon hankintaan ja tutkimuksen julkis-tamiseen liittyvät seikat. Hyvä tutkimus edellyttää että tutkimuksen teossa käytetään hyvää tieteellistä käytäntöä, tämän toteuttaminen jää tutkijoiden omalle vastuulle. Tutki-joiden tulee huomioida että ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan tutkimusta tehdessä sekä suunniteltaessa. Tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvat saavat itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Heille on myös annettava riittävästi tietoa tutkimuk-sesta, siihen osallistumisesta ja siihen liittyvistä riskeistä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–25.) Tutkimuksessamme jokainen vastaaja on itse saanut päättää osallistumisestaan. Lisäksi heille on annettu tietoa siitä, mihin tutkimustuloksia käytetään. Kyselylomakkeen saate-tekstissä kerromme vastaajille myös, että tutkimukseen vastataan nimettömänä ja tutki-mustulokset käsitellään luotettavasti. Kyselylomakkeen vastaajat eivät ole tunnistetta-vissa mitenkään ja opinnäytetyöprosessin jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asianmu-kaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monella eri tavalla. Yksi tutkimuksen arvioinnin lähtökohta on tutkimuksen validius. Validius, pätevyys, tarkoittaa sitä, että tutkimuksella on mitattu juuri sitä mitä on haluttukin, tarkoituksena välttää sattumanvaraisuuksia. Etenkin kyselylomaketta arvioidessa voidaan käyttää validius-käsitettä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Kyselylomaketta tehdessämme saimme ohjausta kysymysten asetteluun. Kyselylomaketta tehtiin prosessina ja kysymykset muokkautuivat useiden tarkastelukertojen jälkeen. Kysymyksiä tuli lisää ja niitä tarkennettiin tai vastaavasti jotkin kysymykset jäivät pois tai muokkautuivat kahdeksi erilliseksi kysymykseksi. Tavoitteeksi tuli, että yhtä asiakokonaisuutta kysyttiin useammalla eri kysymyksellä, jotta vältyttäisiin sattumanvaraisilta vastauksilta. Toisaalta kuitenkin voidaan pohdita sitä, onko kyselylomakkeen luotettavuus heikompi, koska kysely suoritettiin ennen teoriaosuuden kirjoittamista. Kyselylomake olisi luultavasti muokkautunut hieman erilaiseksi, jos teoriaosuuteen olisi perehdytty enemmän ennen lomakkeen tekoa. Emme myöskään aikataulullisista syistä esitettäneet lomaketta, mikä on saattanut vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Toinen tutkimuksen arvioinnissa käytettävä käsite on reliaabelius. Reliaabeliudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja mittaustulosten toistettavuutta. Tulosten tarkkuudella tarkoitetaan sitä, että mittaustulokset pysyvät samoina tutkijasta riippumatta. Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden arvion. (Vilka 2005, 161.)

Saatekirjeen merkitys korostui luotettavuutta tarkasteltaessa, sillä tutkimuksemme toteutettiin postikyselynä. Tutkimuksen vastaajat saivat kyselylomakkeet kotiin joiden mukana tuli saatekirje. Saatekirjeessä kerroimme että kyselylomakkeet tulevat suoraan tutkijoille ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Tämän tarkoitus on herättää luottamusta vastaajissa sekä rohkeutta kriittisyyteen, koska heidän oma sydänhoitajansa ei näe kyselyn vastauksia. Saatekirjeessä kerromme myös että tutkimuksen tarkoituksena on kehittää hoitajan työtä sekä tutkimus on koko työyhteisön käytettävissä. Saatekirje kuitenkin jäi melko suppeaksi, koska aluksi tarkoituksena oli, että sydänhoitaja antaisi kyselyt henkilökohtaisesti vastaajille ja kertoisi tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta laajemmin.

7.3 Jatkotutkimukset ja tutkimusmenetelmän tarkastelu

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kysyä potilailta, ovatko he mielestään saaneet riittävästi tietoa esimerkiksi lääkehoidostaan ja käyttämistään lääkkeistä. Kysymyksien asetelussa ei kuitenkaan tule esille, millaisia tietoja heillä mahdollisesti on. Jatkotutkimuksen aiheena voisi siis olla, millaisia asioita potilaat jo tietävät ja missä asioissa heidän tietämyksensä on puutteellista, jolloin voitaisiin kehittää ohjauksen sisältöjä syvällisemmin.

Aiheeseen liittyen jatkotutkimuksen voisi tehdä myös siitä, millaista ohjausta potilaat toivoisivat ja minkä tyyppisestä ohjauksesta he mielestään eniten hyötyisivät. Haluaisivatko potilaat kenties ohjauksen tueksi lisämateriaalia, kuten esimerkiksi ohjausvideoita tai voisiko ohjaajan ja potilaan vuorovaikutussuhdetta kehittää jotenkin. Haluaisivatko potilaat mahdollisuuden ryhmäohjaukseen vai kokevatko he yksilöohjauksen parempana. Lisäksi voisi tutkia sitä, pystyisikö teknologiaa hyödyntämään ohjauksessa nykyistä enemmän ja miten sitä voisi käyttää.

Tutkimukseemme saimme vain 15 vastausta, mikä on melko vähän kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvantitatiivisen tutkimuksen ajatuksena on, että yhdellä kertaa voidaan tutkia suuriakin kohderyhmiä. Tutkimuksemme vastausten vähyyteen osaltaan vaikutti se, että työelämän yhteistyökumppanimme ei pystynyt valitettavasti kokoamaan suurempaa otantaa perusjoukosta. Toisaalta kohderyhmä oli alkujaankin melko suppea. Vastausprosentti kuitenkin oli erittäin hyvä, joten mahdollisuus suurempaan vastausmäärään olisi ollut todennäköinen.

Koska kuitenkin vastaajien määrä jäi alhaiseksi, tulee tutkimusta arvioidessa pohtia sitä, olisiko jokin toinen tutkimusmenetelmä ollut sopivampi. Vastaajat olivat suurelta osin samaa mieltä väittämien kanssa, joten pohdimme sitä, olisimmeko mahdollisesti voineet saada kriittisempiä vastauksia, jos olisimme tehneet esimerkiksi haastattelututkimuksen. Teemahaastattelua tehdessämme olisimme voineet saada eriäviä vastauksia enemmän ja olisimme voineet mahdollisesti johdatella potilaita pohtimaan asioita kriittisemmin.

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTAA

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi, se on vaatinut meiltä tekijöiltä pitkäjänteisyyttä sekä syvällistä perehtymistä aiheeseen. Opinnäytetyön tekemisen aloitimme vuosi sitten, mutta suunnitteluvaihe alkoi jo aiemmin. Olemme työstäneet opinnäytetyötä sekä yhdessä että erikseen. Suunnitelman teimme yhdessä ja yhteisymmärryksessä. Teoriaosiota kirjoitimme melko paljon erikseen, mutta yhdistimme toistemme tekstejä yhdessä. Etuna meillä on ollut se, että asumme lähekkäin samalla paikkakunnalla. Toisaalta kuitenkin aikataulujen yhdistäminen on ollut ajoittain haastavaa molempien työskennellessä opintojen ohella. Kuitenkin olemme molemmat pystyneet joustamaan aikatauluissa ja olemme löytäneet hyvin yhteistä aikaa opinnäytetyön työstämiseen.

Vuorovaikutustaitomme ovat kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana. Olemme joutuneet tekemään myönnytyksiä ja kompromisseja niin toistemme kuin opinnäytetyötä ohjaavien kanssa. Olemme tehneet yhteistyötä työelämän kanssa ja ottaneet huomioon työelämän toiveita. Olemme oppineet myös palautteen antamisesta ja vastaanottamisesta. Olemme myös ammatillisesti kehittyneet pitkäjänteisessä työskentelyssä: opinnäytetyöprosessi on kaikkiaan kestänyt yli 1½ vuotta.

Kyselylomakkeen suunnittelu ja toteutus tehtiin yhdessä edellisenä talvena. Kyselylomakkeet oli tarkoitus lähettää helmikuussa 2012, mutta aineiston keruu viivästyi aina kesäkuulle saakka. Tästä syystä meidän aikataulumme muuttui, koska myös vastausten saaminen viivästyi. Vastauksia odotellessamme kirjoitimme teoriaosiota valmiiksi. Vastausten analysointi tapahtui melko lyhyessä ajassa, vaikka suunnitelmana oli käyttää siihen enemmän aikaa.

Mielestämme mielenkiintoisinta opinnäytetyön tekemisessä on ollut tulosten analysointi ja tutkimuksesta raportointi. SPSS-ohjelmaa oli melko helppo käyttää, ja opimme aineiston analysoinnista paljon. Aluksi pelkäsimme, että emme saa kyselyyn tarpeeksi vastauksia, koska kyselyiden lähettäminen oli viivästynyt. Lisäksi epäilimme, että vastaukset olisivat liian yksipuolisia emmekä saisi tutkimukselle merkittäviä tuloksia. Lopulta kuitenkin ristiintaulukointien avulla löytyi vertailtavaa vastaajien kesken. Tämä vaihe erityisesti oli mielenkiintoinen.

Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille tulevana hoitoalan ammattilaisina lisää tietoa etenkin potilasohjauksen merkityksestä hoitotyössä. Tietomme ovat kasvaneet myös sydämen vajaatoiminnan hoitoon liittyen. Olemme myös oppineet tuottamaan tieteellistä tietoa ja ymmärryksemme tutkimuksen tekemisestä on laajentunut. Lisäksi olemme lukeneet ja tutustuneet runsaaseen määrään tieteellisiä tutkimuksia, aineistoja ja artikkeleita, joten myös tieteellisen tekstin lukutaidossa olemme harjaantuneet.

Lähteinä olemme käyttäneet monipuolisesti kirjallisuutta, josta osassa olemme joutuneet tyytymään vanhempiin painoksiin huonon saatavuuden vuoksi. Monia aiheeseen liittyviä artikkeleita olemme joutuneet hylkäämään, koska emme ole kokeneet niiden olevan päteviä opinnäytetyön lähteinä. Olemme löytäneet runsaasti tutkimusartikkeleita, mutta tutkimuksia olisimme voineet hyödyntää enemmän. Hoitotyön suosituksia on Suomessa olemassa vain viisi, joista yksi on tehty juuri sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyöhön liittyen. Koska hoitotyön suositukset ovat näyttöön perustuvaa ja luotettavaa tietoa, olemme hyödyntäneet sitä opinnäytetyössämme.

Ohjausta opinnäytetyön tekemiseen olemme saaneet aina tarvittaessa. Tapaamisia ohjaajien kanssa on ollut vähän, mutta olemme käyneet keskustelua sähköpostin välityksellä. Olemme hyödyntäneet myös koululla järjestettyjä opinnäytetyöpajoja. Olemme saaneet ohjausta esimerkiksi tieteellisen tekstin kirjoittamiseen ja tutkimustulosten analysointiin. Tutkimustulosten analysoinnissa tarvitsimme ohjausta etenkin tilastointiohjelmien käytössä. Työelämän ohjaajaa olemme tavanneet ainoastaan työn alkuvaiheessa.

LÄHTEET

- Blek, Tiina; Kiema, Mari; Karinen, Aino & Heikkilä, Johanna 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheistensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietämiseen. Tutkiva hoitotyö vol.5 (4), 9-14.
- Eerola, Sirkka 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajalehti. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.10.2012.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2008/artikkelit/sydanhoitaja_nayttaa_mallia_poti/
- Eriksson, Elina & Partanen, Leila 2005. Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoiminta potilaiden ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö vol.3 (1), 4-7.
- Groundstroem, Kaj 2004. Sydämen diastolinen vajaatoiminta. Duodecim. Viitattu 23.8.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94601.pdf>
- Heliö, Tiina i.a. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnostiikka ja hoito. Terapia Fennica. Viitattu 21.8.2012.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Syd%C3%A4men_kroonisen_vajaatoiminnan_diagnostiikka_ja_hoito#ACE:n_est.C3.A4j.C3.A4t_ ja_ AT_II_-reseptorin_salpaajat_syd.C3.A4men_vajaatoiminnan_hoidossa
- Heliö, Tiina; Olkinuora, Jyrki; Lehtonen, Lasse; Lommi, Jyri & Nieminen S. Markku 2003. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnosointi ja hoito; Yhteenveto Euroopan Kardiologisen seuran (ESC) suosituksesta. Suomen Lääkärelehti, 58, 30-32.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, Saara & Raappana, Terttu 2010. Sydänpotilaan ohjauksen toimintamallin toimivuuden tarkastelu perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Kemi.
- Holmia, Silja; Murtonen, Katariina; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

- Kanste, Outi; Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatio rajojen. Tutkiva hoitotyö vol.7 (3), 30–33.
- Kemppainen, Virpi; Kiema, Mari & Kvist, Tarja 2011. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoiminta- potilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Viitattu 21.8.2012.
http://www.hotus.fi/system/files/Sydamen_vajaatoimintapotilaan_omahoito_SUM.pdf
- Kettunen, Raimo 2005. Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. vol.121 (11), 39-48.
- Kupari, Markku & Lommi, Jyri 2004. Sydämen vajaatoiminta. Lääkelaitos.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria & Lipponen, Kaija (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.
- Laapotti-Salo, Anne; Routasalo, Pirkko 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö vol.2 (1), 23–28.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 27.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka 2008. Sydänsairaudet. Duodecim.
- News Medication, i.a. Heart failure classification. Viitattu 21.8.2012. <http://www.news-medical.net/health/Heart-Failure-Classification.aspx>
- Nurminen Marja-Leena 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Partanen, Leila & Lommi, Jyri 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 21.8.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95939.pdf>

- Poutala, Katri; Partanen, Leila & Tuunainen Jouni 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. *Sairaanhoitaja* vol. 80 (10), 20–22.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 21.8.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Terveysportti 2010. Sydämen vajaatoiminta – krooninen (Pikätietoa). Lääkärin tiedokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.10.2012.
http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00034&p_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

LIITE 1. Kyselylomake

Hyvä asiakaspalautteen vastaaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ja teemme opinnäytetyötä sydänhoitajan antamasta lääkehoitoon liittyvästä ohjauksesta. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn tulokset ovat myöhemmin työyhteisön käytävissä ja niiden avulla sydänhoitaja voi kehittää omaa työtään.

Toivomme teidän vastaavan kyselyymme, vastauksenne on tärkeä opinnäytetyömme onnistumisen kannalta! ☺

Valitkaa vastausvaihtoehdoista sopivin ympyröimällä.

1. Ikä _____

2. Sukupuoli
 1. mies
 2. nainen

3. Hankasalmella toteutuneiden tapaamisten määrä sydänhoitajan kanssa?
 1. 0 - 1
 2. 2 - 3
 3. 4 - 5
 4. useammin kuin 6 kertaa

4. Onko tapaamiskertoja ollut mielestänne riittävästi?
 1. kyllä
 2. ei

5. Oletteko saanut kirjallisia ohjeita liittyen käytössänne oleviin lääkkeisiin?
 1. kyllä
 2. ei

6. Ovatko kirjalliset ohjeet olleet mielestänne tarpeellisia?
 1. kyllä
 2. ei

Seuraavassa kerrotaan väittämiä liittyen tapaamisiin hoitajan kanssa, valitkaa vaihtoehtoista mielestänne sopivin ja ympyröikää se.

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
7. Hoitaja on ollut tavoitettavissa tarvittaessa	1	2	3	4
8. Hoitajalla on ollut aikaa kohdata minut yksilöllisesti	1	2	3	4
9. Vuorovaikutus hoitajan kanssa on ollut sujuvaa	1	2	3	4
10. Olen kokenut, että pystyn rohkeasti ottamaan puheeksi mieltäni askarruttaneita asioita	1	2	3	4
11. Kysymykseni lääkehoitoon liittyen on otettu vakavasti	1	2	3	4
12. Olen saanut aina vastauksen kysymykseeni	1	2	3	4
13. Luotan hoitajan ammattitaitoon lääkehoitoon liittyvissä asioissa	1	2	3	4
14. Hoitajan kanssa on sovittu jatkohoidosta joka käyntikerralla	1	2	3	4

Seuraavissa väittämissä keskitytään lääkehoitoon liittyvään neuvontaan, valitkaa vaihtoehtoista mielestänne sopivin ja ympyröikää se.

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
15. Ohjaustapaamisilla olen saanut riittävästi tietoa lääkehoidon merkityksestä	1	2	3	4
16. Olen saanut riittävästi tietoa käytössäni olevista lääkkeistä	1	2	3	4
17. Saamallani ohjauksella on ollut myönteinen vaikutus sitoutumiseeni lääkehoitoon	1	2	3	4
18. Saamani lääkehoidon ohjaus on ollut ymmärrettävää	1	2	3	4
19. Saamani lääkehoidon ohjaus on toteutunut kohdallani yksilöllisesti	1	2	3	4
20. Lääkehoitoon liittyvä ohjaus ja neuvonta on keskittynyt käytössäni oleviin lääkkeisiin	1	2	3	4
21. Olen saanut tietoa käyttämieni lääkkeiden sivuvaikutuksista	1	2	3	4
22. Jos käytössäni on nesteenpoistolääkettä, tiedän kuinka voin tarvittaessa muuttaa annosta	1	2	3	4
23. Tiedän millaisissa tilanteissa minun tulee ottaa yhteyttä terveyskeskukseen	1	2	3	4

1. Millaisia ajatuksia Teillä on lääkehoitoon liittyvän neuvonnan ja ohjauksen kehittämiseksi tai muuttamiseksi?

2. Mistä asioista haluaisitte keskustella hoitajan kanssa nykyistä enemmän?

P.S. Lomakkeen mukana on vastauskuori, jossa on postitusosoite ja postimaksu maksettuna valmiiksi. Toivoisimme vastaustanne kuoressa postitettuna, vastauslomaketta ei tarvitse palauttaa terveyskeskukseen.

Aurinkoista kevättä toivottaen:

Janina Suuronen, sairaanhoitaja (AMK)

Mira Vehniäinen, sairaanhoitaja (AMK)

Diakonia ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki.