

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Marianna Kujamäki & Marjaana Tuomi

# ETEISVÄRINÄ ELÄMÄSSÄNI

– digitaalinen tarina eteisvärinästä ja sen hoidosta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Sairaanhoidaja

2015 | 41+4

Bergfors Tarja ja Kallio-Kökkö Sari

Marianna Kujamäki ja Marjaana Tuomi

# ETEISVÄRINÄ ELÄMÄSSÄNI- DIGITAALINEN TARINA ETEISVÄRINÄSTÄ JA SEN HOIDOSTA

Eteisvärinä on sydämen rytmihäiriö, jossa eteiset eivät supistu kunnolla. Se ei kuitenkaan romahduta potilaan verenkiertoa, sillä kammiot toimivat normaalisti eteisvärinän aikana. Pitkäkestoista rytmihäiriöstä eteisvärinä on yleisin. Hoitolinjat jakautuvat karkeasti kahteen osaan, sykkeenhallintaan ja rytminsiirtoon. Sykkeenhallinnassa on tavoitteena saavuttaa kunkin potilaan oma, optimaalinen syketaso. Rytminsiirrossa taas sydämen rytmi pyritään kääntämään eteisvärinästä takaisin sinusrytmiksi. Rytminsiirron voi toteuttaa sekä sähköisesti että lääkkeellisesti. Potilasohjauksella on huomattava osuus sairauden menestyksessä hoidossa. Potilasohjaus on lyhykäisydessään tiedon ja informaation jakamista potilaalle sekä asioiden läpikäymistä. Ohjauksen tulee olla määrätietoista ja sillä tulee olla selkeä tavoite. Onnistunut ohjaus saa potilaan sitoutumaan hoitoonsa huomattavasti paremmin ja hoidon tulokset kasvaa. Digitaalinen tarinankerronta on nykyaikainen tarinankerronta muoto. Siinä yhdistyy ääni, kuvat sekä videoteknologia. Digitaalinen tarinankerronta on hyvin monipuolinen menetelmä ja sitä voidaan käyttää hyvin erilaisissa ohjaus- ja opetustilanteissa. Projektin tehtävänä on koota selkeä ja lyhytkestoinen video eteisvärinästä ja sen hoidosta. Projektin tavoitteena on lisätä vastasairastuneen eteisvärinäpotilaan tietoutta omasta sairaudestaan.

ASIASANAT:

(Eteisvärinä, potilasohjaus, hoitoon sitoutuminen, digitaalinen tarinankerronta)

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of nursing | Nursing

2015| 41+4

Bergfors Tarja & Kallio-Kökkö Sari

Marianna Kujamäki & Marjaana Tuomi

# ATRIAL FIBRILLATION IN MY LIFE – DIGITAL STORY ABOUT ATRIAL FIBRILLATION AND ITS TREATMENT

Atrial fibrillation is a cardiac arrhythmia where the atria do not contract properly. However, it does not collapse the blood circulation of the patient, since the chambers will continue operating. Atrial fibrillation is the most common long-term arrhythmia. Treatment of atrial fibrillation is divided roughly into two parts; heart rate control and cardioversion. The aim in heart rate control is to achieve each patient's own optimal heart rate. The aim in cardioversion is to turn the atrial fibrillation back to normal sinus rhythm. Cardioversion can be made both electronically and medicinally. Patient counseling has a substantial part in the successful treatment of the disease. Patient counseling is simply sharing the knowledge and information with the patient. The counseling must be determined and must have a clear goal. Successful counseling makes the patient's commitment to their care and treatment much better. Digital storytelling is a modern form of storytelling. It combines audio, images and video technology. Digital storytelling is a very versatile method, and it can be used in a wide variety of counseling and teaching situations. The task of this project was to make a simple and short video about atrial fibrillation and its treatment. The aim of this project was to increase the patient's knowledge about their disease.

KEYWORDS:

(atrial fibrillation, patient education, commitment, digital storytelling)

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 ETEISVÄRINÄ</b>	<b>6</b>
<b>3 ETEISVÄRINÄN HOITO</b>	<b>12</b>
<b>4 POTILASOHJAUS</b>	<b>22</b>
<b>5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE</b>	<b>28</b>
<b>6 EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>29</b>
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>33</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>37</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>39</b>

## LIITTEET

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Tutkimustaulukko

# 1 JOHDANTO

Eteisvärinä eli *fibrillatio atrioum*, on yleisin sydämen pitkäkestoinen rytmihäiriö. Eteisvärinäessä eteiset supistelevat nopeasti ja sattumanvaraisesti, eivätkä kaikki sähköimpulssit johdu eteiskammiosolmukkeen kautta kammioihin. EKG:ssä voidaan nähdä aaltoileva perusviiva, josta ei erotu P-aaltoja. Kammiokompleksit näyttävät yleensä normaaleilta, mutta tulevat epäsäännöllisesti. Koska eteiset eivät supistu eteisvärinäessä kunnolla, niiden seinämiin saattaa kehittyä verihyytymiä ja liikkeelle lähtiessään nämä hyytymät ovat hengenvaarallisia. Tämän vuoksi eteisvärinän hyvä hoito ja liitännäissairauksien ennaltaehkäisy ovat ensiarvoisen tärkeitä seikkoja. (Vauhkonen & Holmström 2005, 120.)

Potilasohjaus on yksi merkittävä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ohjaus käsittää potilaalle annetut tiedot, neuvot, sekä menettelytavat. Ohjauksessa tulee olla tavoite ja sen tulee johtaa sitä kohti. Potilasohjauksessa voidaan käyttää monia eri menetelmiä huomioida potilas yksilöllisesti. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ottaa myös kantaa potilaan oikeuteen saada ohjausta (Finlex 1992). Kiire ja huono ohjausympäristö vähentävät ohjauksen tuloksellisuutta ja lisäävät potilaan epävarmuutta. Onnistunut potilasohjaus antaa potilaalle paremmat lähtökohdat sairautensa hoitamiseen ja siihen sitoutumiseen. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs ym. 2007; Lunnela 2011. 87; Lipponen, Kanste, Kyngäs ym. 2008, 121–135.)

Digitaalinen tarinankerronta on moderni versio perinteisestä tarinankerronnasta. Videomuotoinen ohjausmenetelmä on tehokas, koska asiat tallentuvat ihmisen muistiin paremmin käytettäessä audio- visuaalisia menetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 120; Niemi & Multisilta 2014; Mehtonen-Rinne 2015.)

Projektin tehtävänä on koota selkeä video eteisvärinästä ja sen hoidosta. Tavoitteena on lisätä vastasairastuneen eteisvärinäpotilaan tietoutta omasta sairaudestaan. Digitaalinen tarina tallennetaan Turun ammattikorkeakoulun ylläpitämään Terveysnettiin, josta se on helposti katsottavissa.

## 2 ETEISVÄRINÄ

Ihmisen sydän on nelilokeroinen pumppu, joka pumppaa verta, sen mukana happea ja ravintoaineita verisuonistoon ja sitä myöden kaikkialle ihmiskehoon. (Nienstedt, Hänninen, Arstila ym. 2008, 186–192). Sydänlihassolut ovat aivan ainutlaatuisia soluja koko ihmiskehossa. Niiden rakenne poikkeaa täysin luurankoli hasten rakenteesta. Sydänlihassoluilla on haarautuva eli niin sanottu sitkorakenne, joka tekee mahdolliseksi sydämen syklisen supistumisen ja sähköisten signaalien välittymisen. Sydämen supistuessa eli depolarisaatio vaiheessa sähköinen signaali käynnistää kemiallisen tapahtumaketjun, sydänlihassolusäikeet limittyvät keskenään ja solu supistuu. Repolarisaatio vaihe eli lepovaihe taas rentouttaa sydänlihassoluja jolloin ne pääsevät palautumaan supistuksesta. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä ym. 2011, 22–23.)

Sydänlihassoluista vähäinen, mutta hyvin tärkeä osa on suuntautunut sähköimpulssien syntyyn sekä kuljetukseen. Sydämen pumppaustoiminnan mahdollistava sähköinen impulssi saa alkunsa oikean eteisen yläosassa sijaitsevasta sinussolmukkeesta. Siitä sähköimpulssi leviää koko sydämen johtoratoihin. Sinussolmukkeesta sähköimpulssi kulkee johtoratoja pitkin eteis-kammiosolmukkeeseen, joka sijaitsee eteisten ja kammioden välissä, sekä Bachmannin kimpun kautta vasempaan eteiseen. Tämä käynnistää sähköisen aktivaation eli depolarisaation eteisseinämissä, mikä aiheuttaa eteisten supistumisen. Aktivaatio viipyy pienen hetken eteis-kammiosolmukkeessa, jolloin kammiot ehtivät täyttymään ennen aktivaation siirtymistä Hisin kimpun ja Purkinjen säikeiden kautta kammioiden. Kun aktivaatio saavuttaa kammioden seinämät, ne supistuvat jolloin veri työntyy kammi-valtimoläppien kautta suureen verenkiertoon. Tämän jälkeen kammiot palaavat lepotilaan, eli repolarisoituvat. Kun sähköinen aktivaatio on kulkenut sydämen läpi, sinussolmukkeesta lähtee uusi sähköinen impulssi ja tästä muodostuu sydämen syke. (Heikkilä & Mäkijärvi 2003, 25–26. ; Nienstedt ym. 2008. 192 – 194; Mäkijärvi ym. 2011, 150–152.)

Eteisvärinässä sydämen eteiset supistelevat epäsäännöllisesti 350–600 kertaa minuutissa. Tällöin eteisiin syntyy järjestäytymättömiä sähköimpulssirintamia, jotka saavat eteiset supistelemaan kaoottisesti. Supistelun epäsäännöllisyydestä johtuen, vain osa sähköimpulsseista kulkeutuu eteis- kammiosolmukkeista kammioihin. Siitä johtuu kammiodien epäsäännöllinen supistuminen, sekä sen myötä sykkeen kohoaminen. (Heikkilä, Huikuri, Luomanmäki ym. 2000, 711–713; Heikkilä & Mäkijärvi 2003, 393.)

Eteisvärinä, eli flimmeri on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö Suomessa. Eteisvärinä on pääasiallisesti vanhemman väestön vaiva, Käypä hoito- suosituksen mukaan se on harvinainen alle 60-vuotiailla, mutta yleistyy ikääntyessä. Viidenkymmenen ikävuoden jälkeen riski sairastua eteisvärinään kasvaa koko ajan, jokaista kymmentä vuotta kohden riski tuplaantuu. Yli 75-vuotiailla eteisvärinää tavataan jopa yli kymmenellä prosentilla väestöstä. On arvioitu, että tulevaisuudessa tämä rytmihäiriö yleistyy ja sairastumisikä tulee laskemaan. Arvioiden mukaan tulevaisuudessa 25 prosenttia 40-vuotiaista ihmisistä tulee sairastamaan jonkin asteista eteisvärinää elämänsä aikana (Mäkijärvi ym. 2011, 403.) Käypä hoito- suosituksen mukaan eteisvärinä aiheuttaa paljon kuormitusta terveydenhuollolle, etenkin avoterveydenhuollon palveluille (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2014). Nuorilla ja työikäisillä yleisin flimmerin muoto on itsenäinen eteisvärinä, eli eteisvärinä johon ei liity muuta sydänsairautta. Kaikista pysyvää eteisvärinää sairastavista potilaista tämä ryhmä on ainoastaan 20–25 prosenttia. Mikäli ryhmään lasketaan mukaan nekin potilaat, joilla eteisvärinää esiintyy kohtauksittaisena, itsenäisen eteisvärinän osuus on silloin 30 prosenttia. (Mäkijärvi ym. 2011, 404.)

Rytmihäiriön esiintyvyyteen vaikuttaa suuresti myös potilaan muut sydän- ja perussairaudet. Eniten eteisvärinää tavataan sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. Lievää vajaatoimintaa sairastavilla neljällä sadasta potilaasta on eteisvärinä, mutta vaikeaa vajaatoimintaa sairastavilla potilailla karkeasti arvioiden puolella on sydämen pysyvänä rytminä eteisvärinä. Flimmerin esiintyvyys yleistyy väestön iän ja perussairauksien määrän noustessa. Muita huomattavia sydänsairauksia, joihin liittyy eteisvärinä, ovat korkeaverenpaine ja sepelvaltimotauti. Uu-

tena sairautena eteisvärinää todetaan vuosittain joka tuhannella alle 40-vuotiaalla henkilöllä, mutta joka viideskymmenes yli 80-vuotiaista sairastuu siihen. Naissukupuolen on todettu olevan suojaava tekijä, sillä miehillä on puolta suurempi riski sairastua eteisvärinään kuin naisilla. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Eteisvärinä on yleisin päivystyspoliklinikoilla diagnostisoitava sydämen rytmihäiriö. Suomessa tehtyyn FinFib-tutkimukseen osallistui 708 potilasta, ja heistä 77 %:lla oli jo entuudestaan todettu eteisvärinä. Yleisimpiä taustasairauksia olivat kohonnut verenpaine, jota sairasti 64 % tutkimuspotilaista ja 29 %:lla oli sepelvaltimotauti. (Ahonen, Hartikainen, Kyhälä-Valtonen ym. 2011.)

**Eteisvärinälle altistavia tekijöitä** on useita. Yleisin syy on sydämen ikääntyminen. Noin 70 %:lla potilaista todetaan jokin rakenteellinen sydänsairaus tai muu rytmihäiriölle altistava tekijä. Sydänperäisiä syitä ovat esimerkiksi sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, sydämen läppäviat, sekä sydämen vajaatoiminta. Muita eteisvärinää aiheuttavia sairauksia ovat diabetes, kilpirauhasen liikatoiminta, sekä erilaiset keuhkosairaudet. Myös tietyt tulehdukset, kuten sydänlihastulehdus, sekä erityisesti sydämeen kohdistuvat kirurgiset toimenpiteet ja niiden jälkitilat voivat aiheuttaa rytmihäiriötä. Yksi merkittäviä aiheuttajia ovat elämäntavat. Lihavuus, päihteiden käyttö, sekä liiallinen kofeiinin nauttiminen ovat huomattavia riskejä. (Mäkijärvi ym. 2011, 416–417; Heikkilä 2000, 711.) Valitettavan usein eteisvärinä saattaa ilmentyä myös liiallisen ja pitkäkestoisen alkoholin nauttimisen yhteydessä sekä varsinkin laskuhumalan aikana, jolloin sille on muodostunut kansanomainen termi "krapulaflimmeri" (Laaksonen 2014.) Eteisvärinä ei itsessään periydy, mutta sille altistavat sydänsairaudet ovat perinnöllisiä. Poikkeuksena on kuitenkin idiopaattinen eteisvärinä, jolla saattaa olla taipumus periä. (Mäkijärvi ym. 2011, 417.)

Eteisvärinä voidaan jakaa neljään kategoriaan; **kohtauksittainen, jatkuva, pitkään jatkunut ja pysyvä**. Kohtauksittaisesta, eli paroksysmaalisesta eteisvärinästä puhutaan, kun rytmihäiriö kestää alle 48 tuntia. Tällöin rytmi palautuu



yleensä itsestään, eikä lääkkeitä tai muita hoitomuotoja välttämättä tarvita. Jatkuva, eli persistoiva eteisvärinä kestää yli kaksi vuorokautta. Persistoiva eteisvärinä reagoi joko kardioversiolla tai lääkkein tehtävään rytminsiirtoon hyvin ja normaali sinusrytmi säilyy yli vuorokauden ajan. Pitkään jatkunut eteisvärinä on jatkunut jo yli vuoden, mutta invasiivisesta hoidosta katsotaan edelleen olevan hyötyä. Pysyvässä, eli kroonisessa eteisvärinäessä rytminsiirto ei ole aiheellinen, sillä rytmi ei välttämättä käänny, tai sydän ei kykene säilyttämään sinusrytmiä. Lisäksi voidaan vielä puhua idiopaattisesta, eli itsenäisestä eteisvärinästä, jota esiintyy alle 60-vuotiailla perusterveillä ihmisillä. Idiopaattisessa eteisvärinäessä on kyse eteisten sähköisen toiminnan ongelmasta. (Mäkijärvi ym. 2011, 414–415; Heikkilä 2000, 709–713; Taina 2014, 8.)

Eteisvärinä voidaan jakaa myös akuuttiin ja pitkittyneeseen muotoon. Akuutissa muodossa kesto on alle kaksi vuorokautta ja pitkittyneessä yli kaksi vuorokautta. Eteisvärinän keston merkitys korostuu hoidon suunnittelussa, sekä hoitolinjoissa. Mikäli eteisvärinä on kestänyt yli kaksi vuorokautta, rytminsiirtoa ei voida toteuttaa ilman antikoagulanttihoitoa. (Mäkijärvi ym. 2011, 414–415.)

**Eteisvärinän oirekuva** voi olla monimuotoinen ja muotoutuu potilaan yleistilan, sekä muiden sairauksien mukaan. Se saattaa olla jopa täysin oireeton ja havaitaan sattumalta esimerkiksi lääkärintarkastuksen yhteydessä. Useimmin esiintyvä oire on sydämentykytyksen tunne, eli palpitaatio. Oireisto aiheutuukin yleensä epäsäännöllisestä, nopeasta sykkeestä tai hemodynamiikkaan kohdistuvista muutoksista, jotka rytmihäiriö saa aikaan. Tavallisimpia oireita ovat hengenahdistus, huimaus, väsymyksen tunne, suorituskyvyn heikkeneminen, päänsärky, sekä lisääntynyt virtsaamisen tarve. Rintakipua saattaa myös esiintyä, mutta potilaalla on tällöin yleensä perussairautena sepelvaltimotauti. (Mäkijärvi ym. 2011, 417–418 ; Heikkilä 2000, 713–714.)

Kohtauksittain esiintyvä eteisvärinä on usein potilaalle hankalampi, kuin krooninen eteisvärinä. Kohtauksittaisessa muodossa syke on usein hyvin nopea ja aiheuttaa enemmän oireita. Pitkään jatkuessaan rytmihäiriö kuitenkin hidastuu ja

oireet voivat vähentyä. Kohtauksittaisessa eteisvärinässä suorituskyky alenee herkästi, sillä sydämen pumppausteho laskee 20–30% normaalista. Pumppaus-  
tehon lasku johtuu eteisten toimintahäiriöstä, jolloin sähköimpulssit eivät johdu  
tasaisesti kammioihin ja se saa aikaan kammioiden epätasaisen supistelun, jol-  
loin kammiot eivät pumpkaa yhtä paljon verta elimistöön kuin normaalisti. Liitän-  
näissairautena etenkin sydämen vajaatoiminta aiheuttaa jopa suorituskyvyn täy-  
dellistä romahtamista. Eteisvärinä saattaa myös aiheuttaa sydämen vajaatoimin-  
taa nopean kammiovasteen pitkittyessä. (Raatikainen 2013; Mäkijärvi ym. 2011,  
417–418 ; Heikkilä ym. 2000, 713–714.)

Eteisvärinä ei yleensä itsessään ole hengenvaarallinen, mutta se voi aiheuttaa  
erinäisiä muutoksia sydämessä ja verenkierrossa, jotka aiheuttavat ongelmia.  
Eteisvärinässä suurin riski on hyytymien muodostuminen sydämessä. Pieniä ve-  
rihyytymiä pääsee syntymään kun, eteiset eivät supistele kunnolla ja veri ei kierrä  
kaikissa eteisten osissa normaalisti. Vasemman eteisen eteiskorvake on pieni,  
umpinainen uloke, jonne verihyytymät helposti kerääntyvät. Suurin osa eteisvä-  
rinä potilaiden verihyytymistä kertyy juuri vasempaan eteiskorvakkeeseen. (Mä-  
kijärvi 2011, 406–407.) Hyytymä, eli embolia saattaa lähteä liikkeelle verenkierr-  
toon ja aiheuttaa tukoksia verisuoniin. Yleisimmin tukokset kulkeutuvat aivoihin  
ja aiheuttavat aivohalvauksen. Embolioiden riskiä lisäävät potilaan korkea ikä (yli  
75v.), aiemmat aivoverenkiertohäiriöt, kohonnut verenpaine, diabetes, valtimo-  
sairaudet, sekä tupakointi. (Mäkijärvi ym. 2011, 418–419 ; Heikkilä ym. 2000,  
714.) Tukosten riski on yleensä vähäinen akuutin kohtauksen yhteydessä, mutta  
kohtauksen pitkittyessä riski kasvaa ja on samalla tasolla kroonisen eteisvärinän  
kanssa. Tästä johtuen on tärkeää arvioida rytmihäiriön alkamisajankohta, sillä  
sen jatkuessa yli kaksi vuorokautta, kasvaa tukosriski selvästi ja antikoagulantti-  
hoito tulee aloittaa ennen rytminsiirtoa, jotta vältetään hyytymien kulkeutuminen  
verenkiertoon. (Mäkijärvi ym. 2011, 419.)

Eteisvärinäpotilailla on hyvin huomattava riski sairastua rytmihäiriönsä myötä **ai-  
voinfarktiin** eli tilaan, jossa aivovaltimo tukkeutuu ja sen ylläpitämä alue jää il-  
man verenkiertoa ja sitä myöden happea. Kun aivoissa verisuoni tukkeutuu ja

aiheuttaa verenkierron häiriön, seuraukset voivat olla kohtalokkaita aina halvaantumisesta jopa kuolemaan asti. Aivoinfarktin vaara on 2-7 -kertainen eteisvärinäpotilailla, verrattuna terveisiin, sinusrytmissä oleviin henkilöihin (Halinen 2014, 47). On arvioitu, että sydänperäiset syyt liittyvät 15–30 prosenttiin kaikista todetavista aivohalvauksista. Edellä mainituista sydänsairauksista eteisvärinä on ylivoimaisesti yleisin (Taina 2014, 8; Yli-Kotila 2014.)

Yksi tärkeä asia, jota kaikkien, etenkin yli 60- vuotiaiden ihmisten tulisi tehdä päivittäin, on sykkeen tunnustelu ranteesta. Eteisvärinän yleisimmän oireen, eli epäsäännöllisen sykkeen tunnistaa ranteesta melko helposti, jolloin sen havaitessa potilas voi hakeutua lääkärin vastaanotolle. Sykkeen tunnustelu tulisi opettaa terveydenhuollon toimipisteissä etenkin, jos potilaalla on ollut eteisvärinäkohtauksia. Sykkeen tunnusteluun tulisi varata noin 10 minuuttia päivittäin. Sykkeen tuntee yleensä parhaiten ranteesta peukalon puolelta, kun tunnustelee etu- ja keskisormilla. Toisilla syke taas tuntuu paremmin kaulalta. Sydämen lyöntien ääneen laskeminen voi helpottaa epäsäännöllisyyden havaitsemisen. Potilaan tulisi laskea sydämen syke minuutin ajalta ja samalla havainnoida sen säännöllisyyttä. Potilaalle voidaan terveydenhuollosta antaa täytettäväksi seurantapäiväkirja, johon tämä voi merkitä syketiheyden, sekä säännöllisyyden. Säännöllinen sykkeen tunnustelu voisi parhaimmassa tapauksessa paljastaa eteisvärinän ja ehkäistä aivoinfarktin nopeamman hoitoon hakeutumisen johdosta. Näin ollen aivoinfarkteista koituvat haitat potilaalle ja sen kustannukset yhteiskunnalle vähenisivät. (Tunne pulssisi 2013a.)

### 3 ETEISVÄRINÄN HOITO

Eteisvärinän hoito on karkeasti jaettu kahteen eri pääluokkaan, sykkeenhallintaan ja rytminsiirtoon. Rytminsiirrosta sydämen rytmi pyritään kääntämään eteisvärinästä normaaliksi sinusrytmiksi joko lääkkeellisesti tai sähköisesti. Sykkeenhallinnassa taas tyydytään pitämään sydämen rytmi eteisvärinässä, mutta kammiotaajuutta pyritään laskemaan normaalille tasolle. Eteisvärinäpotilaan hoito on aina yksilöllistä. Hoitolinjaa valitessa tulee huomioida eteisvärinän laatu, onko se kohtauksittaista vai pysyvää sekä hoidon odotettavissa oleva hyötysuhde ja mahdolliset haittatekijät. Hoitolinjauksessa on myös huomioitava potilaalla olevat muut sairaudet, potilaan ikä ja fyysinen terveydentila sekä verisuonitukoksia aiheuttavat vaaratekijät. Tämän vuoksi hoitolinjasta riippumatta potilaalla toteutetaan suositusten mukainen verenohennushoito. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Mäkijärvi ym. 2011, 409.)

Suuri osa eteisvärinäkohtauksista kääntyy spontaanisti takaisin sinusrytmiin vuorokauden kuluessa kohtauksesta eikä niistä aiheudu mitään haittaa potilaalle. Mikäli sydämen rytmi ei itsestään käänny ja se aiheuttaa oireita potilaalle, on silloin syytä hakeutua lääkärin vastaanotolle mahdollista **rytminsiirtoa** varten. Kun kyseessä on potilaan ensimmäinen eteisvärinäkohtaus, se pyritään lähes aina kääntämään takaisin sinusrytmiin. Rytminsiirtoa suunniteltaessa on kuitenkin otettava huomioon useita seikkoja, yksi merkittävin niistä on eteisvärinän kesto. Mikäli se on kestänyt yli 48 tuntia tai potilas ei osaa kertoa rytmihäiriön tarkkaa alkamisajankohtaa, aivohalvauksen riski kasvaa merkittävästi ja hänelle tulee aloittaa antikoagulanttihoito veren ohentamiseksi. Jos verta ei ohenneta ja sydämeen on syntynyt verihyytymä, joka rytminsiirron myötä lähtee liikkeelle, aiheutuu potilaalle katastrofaalinen tila. Tällöin sydämessä on kaunis sinusrytmi, mutta potilas saattaa halvaantua verihyytymän ajauduttua aivoihin ja aiheutettuaan aivovaltimon tukkeuman. Ennen rytminsiirtoa tulee huomioida myös potilaan aikaisempi sydänterveys, sekä onko hänellä taipumusta eteisvärinään. Mikäli taipumus löytyy, se on aikaisemmin tutkittu ja todettu, potilaan vointi on hyvä ja oireet ovat vähäisiä, ei päivystyspoliklinikalle tarvitse lähteä heti. Rytminsiirtopäätöstä

tehdessä, puntaroidaan myös rytminsiirron tekotapa, lääkkeellinen vai sähköinen siirto. (Mäkijärvi ym. 2011, 409–411.)

Sydämen rytmi voidaan siirtää rytmihäiriöstä sinusrytmiksi lääkkeillä. **Lääkkeellinen rytminsiirto** on huomattavasti potilasystävällisempi vaihtoehto, sillä se ei vaadi edeltävää ravinnotta oloa, anestesia- ja lääkärin läsnäoloa, eikä anestesiaa. Lääkkeellinen hoitomuoto on siis huomattavasti helpompi toteuttaa, kuin sähköinen rytminsiirto ja siksi se on varsinkin avoterveydenhuollossa suosittu hoitomuoto. Huonona puolena lääkkeellisessä rytmin kääntämisessä on hoidon vaste, se ei ole yhtä hyvä kuin sähköisessä rytminsiirrossa ja sen teho laskee entisestään, mitä pitkittyneempää eteisvärinää hoidetaan. Rytmin kääntämisessä käytettävillä lääkkeillä on myös sivuvaikutuksia. Vaarallisin lääkkeen aiheuttama komplikaatio on proarytmia eli lääkkeen aiheuttama rytmihäiriö. Siinä eteisvärinä saattaa kääntyä vielä hankalammin hoidettavaksi rytmihäiriöksi. (Heikkilä 2000, 715 – 716; Mäkijärvi ym. 2011, 411.)

Rytminsiirroista tehokkaampi tapa on **sähköinen rytminsiirto**. Siinä hoitovaste on hyvä ja sydämen rytmi siirtyy takaisin sinusrytmiin 80–90 prosentissa tapauksista. Varsinkin, mitä tuoreemmasta eteisvärinästä on kyse, sitä parempi vaste on. Sähköinen rytminsiirto suoritetaan kevyessä nukutuksessa ja siinä sydämen rytmi palautetaan eteisvärinästä sinusrytmiksi. Se tapahtuu siten, että potilaalle annetaan tasavirtasähköisku, joka on synkronoitu QRS-heilahdukseen. Sähköisku annetaan potilaan rintakehälle asetettavien elektrodien kautta. Sähköisessä rytminsiirrossa tulee huomioida, että potilas on ollut ravinnotta vähintään neljä tuntia ennen toimenpidettä, tällä minimoidaan nukutuksenaikainen aspiraatiotriski. Huonona puolena sähköisessä rytminsiirrossa on juurikin toimenpiteen vaatima anestesia, sillä läheskään jokaisessa sairaalassa ei ole anestesia- ja lääkäriä paikalla. Varfariinia (Marevan®) käyttävän potilaan INR-arvo tulee olla hoitotasolla 2-3 vähintään kolme viikkoa ennen rytminsiirtoa. Dabigatrania käyttävän potilaan tulee olla käyttänyt lääkettään (Pradaxa®) 150 mg kahdesti vuorokaudessa neljän viikon ajan ennen toimenpidettä. Poikkeuksena on kiireellistä hoitoa vaativat potilaat, joiden eteisvärinä tulee hoitaa välittömästi. Tähän ryhmään kuu-

luvut potilaat joille eteisvärinä aiheuttaa hemodynamiikan romahtamisen, sydänlihasiskemiaa tai huomattavaa sydämen vajaatoiminnan pahenemista. Mikäli eteisvärinän aiheuttaa jokin muu (sydän)sairaus, hoidetaan primaaritauti ensin ja rytmihäiriö vasta sen jälkeen. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014.)

Kirjallisuudessa eteisvärinää kutsutaan usein sydämen toiseksi parhaaksi rytmiksi heti sinusrytmin jälkeen (Mäkijärvi ym. 2011, 412). Eteisvärinällä on luontainen tapa jäädä pysyväksi rytmiksi ja toisinaan hoitolinjaa suunniteltaessa tai tarkistettaessa onkin parempi tyytyä pysyvään eteisvärinään kuin rytminsiirtoon.

**Sykkeenhallinta** - termillä tarkoitetaan potilaalle optimaalisen syketason saavuttamista. Kun syketaso on saatu laskettua sopivaksi, pysyvä eteisvärinä on parempi vaihtoehto, kuin vaihtelut eteisvärinän ja sinusrytmin välillä. Mikäli hoitolinjauksessa päädytään säilyttämään potilaalla rytminä eteisvärinä ja hoidetaan syketaajuutta, ennuste on samaa luokkaa kuin eteisvärinän estolääkitystä käytävällä potilaalla. Elimistö tottuu muuttuneeseen sydämen rytmiin noin kahdessa - kolmessa kuukaudessa. Kun potilaan sydämen pysyvänä rytminä on eteisvärinä ja hänen syketasonsa on optimaalisella tasolla, hänellä on niin kutsuttu taloudellinen flimmeri. (Mäkijärvi ym. 2011, 409–413.) Pysyvässä eteisvärinässä potilaan syketaajuus ja käytettävä lääke arvioidaan aina yksilöllisesti. Vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, liikuntatottumukset, muut sydänsairaudet sekä elämäntavat. Sykkeenhallinnassa hyvänä kammiotaajuuden rajana pidetään 110 lyöntiä minuutissa, potilaan ollessa levossa ja oireeton. Mikäli tämä tuntuu liian korkealta sykkeeltä ja potilas oireilee, rajaa tiukennetaan ja tavoitteeksi asetetaan 60–80 / minuutti ja kevyessä rasituksessa 90–115 / minuutti. Lääkehoidon tehoa ja sopivan syketaajuuden saavuttamista arvioidaan tarvittaessa rasitus EKG:lla ja pitkäaikaisrekisteröinnillä. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014.)

Sykkeenhallintaa puoltavia tekijöitä ovat eteisvärinän nopea uusiutuminen, alle 2–3 kuukautta onnistuneesta kardioversiosta ja potilaalla on estolääkitys käytössä. Puoltava tekijä on myös oireiden hallinnassa pysyminen kammiovastetta hidastavilla lääkkeillä. Mikäli potilaalla on todettu kookas vasen eteinen, rytmin kääntämisen onnistuminen ja terveen sinusrytmin säilyttäminen ovat epätoivon näköisiä. Lisäksi puoltavasti sykkeenhallintaan vaikuttavat vielä eteisvärinän

pitkä, yli puoli vuotta säilynyt kesto ja henkilön vähäinen fyysinen aktiivisuus. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014.)

Eteisvärinä on helposti uusiutuva rytmihäiriö. Ilman hoitoa se uusiutuu jopa 90%:lla potilaista vuoden sisällä. **Rytmihäiriölääkitys** kuuluu yleensä oleellisena osana eteisvärinäpotilaan hoitoon. Lääkitys voi estää eteisvärinän täysin, mutta yleensä pyritään oireiden lievittämiseen ja kohtausten vähenemiseen. Rytmihäiriölääkitys suunnitellaan yksilöllisesti potilaan muut sairaudet huomioon ottaen. Beetasalpaaja on useimmin käytetty lääke. Sen vaikutus perustuu rytmien hidastamiseen. Beetasalpaajien vaikutus on yleensä parhain sydämen vajaatoimintapotilailla, sekä potilailla, joilla on korkea verenpaine. Beetasalpaajista suositellaan ensisijaisesti käytettäväksi metoprololia, bisoprololia ja karvedilolia. Kammiovasteen hidastamiseen voidaan käyttää myös kalsiuminestäjiä, sekä digoksiinia. Kalsiuminestäjät soveltuvat erityisen hyvin idiopaattista eteisvärinää sairastavien nuorten hoitoon. Digoksiini taas sopii parhaiten vähän liikkuville iäkkäille ihmisille, sekä sydämen vajaatoimintapotilaille. Nämä lääkkeet eivät kuitenkaan estä eteisvärinäkohtausten uusiutumista, vaan ne hidastavat sykettä kohtausten aikana, jolloin potilaalla on helpompi olla. Varsinaisten rytmihäiriölääkkeiden, kuten flekainidin, propafenonin ja amiodaronin aloittaminen vaatii erikoislääkärin arvion, sekä sydämen kaikukuvauksen, sen rakenteen ja toiminnan määrittelemiseksi. Muita eteisvärinän hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat ACE:n estäjät, sekä angiotensiini II reseptorin salpaajat, niitä käytetään etenkin sydämen vajaatoimintapotilailla, sekä potilailla, joilla on korkea verenpaine. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Mäkijärvi 2011, 425–428.)

**Katetriablaatiota** käytetään yleensä silloin, mikäli mikään rytmihäiriölääkitys tai muu hoito ei tehoa tai on jopa haitallinen potilaalle ja potilaalla on voimakasoireinen eteisvärinä. Sitä käytetään myös, kun eteisvärinän aiheuttaa jokin muu rytmihäiriö, jolloin ablaatio kohdistuu laukaisevaan tekijään. (Mäkijärvi 2011, 429.) Ablatiohoidosta on myös hyötyä silloin, jos potilaalla on lääkityksestä huolimatta korkea kammiotaajuus. Tällöin ablaation avulla katkaistaan eteis-kammio-liitos sydämestä, aiheuttaen potilaalle niin sanotun totaaliblokin, eli täydellisen eteis-

kammiokatkoksen, jolloin sähköiset impulssit eivät enää johdu eteisistä kammioiden puolelle. Yleensä potilaalle on ennen tätä toimenpidettä asennettu pysyvä tahdistin. (Mäkijärvi 2011, 425.) Katetriablaatiossa sydäimestä etsitään rytmihäiriötä aiheuttavat pesäkkeet, jotka eteisvärinässä sijaitsevat yleensä sydämen vasemmassa eteisessä sijaitsevien kaulalaskimoiden sisällä tai niiden suulla. Pesäkkeet pyritään tuhoamaan tai eristämään radiotaajuisen sähkövirran avulla. Ablatio joudutaan uusimaan kolmasosalle potilaista. 10–20 %:lle potilaista ablaatio vaikuttaa siten, että toimenpiteen jälkeen eteisvärinää pystytään hallitsemaan lääkkeellisesti. Itsenäistä, eli idiopaattista, lääkehoitoon reagoimatonta eteisvärinää sairastavista 60–85% saa täyden vasteen ablaatiohoidosta. Katetriablaatiohoito on itsessään kallis hoitomuoto, mutta jo 3-5 vuoden jälkeen lääkehoidosta koituvat kustannukset ovat suuremmat. Lisäksi ablaatiohoito parantaa potilaiden elämänlaatua. (Mäkijärvi ym. 2011, 429–430; Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Eteisvärinän hoidossa käytetään myös sydämentahdistimia, sekä kirurgista hoitoa. Tahdistimia käytetään silloin, kun potilas tarvitsee sitä toisen syyn takia. Tahdistin ei siis itsessään estä eteisvärinäkohtauksia, mutta saattaa vähentää niitä joillain potilailla. Kirurginen hoito tulee yleensä kyseeseen vasta, mikäli potilas joutuu sydänleikkaukseen muun syyn, kuin eteisvärinän vuoksi, tai jos muista hoidoista ei ole vastetta. Kirurgisella hoidolla pyritään muuttamaan eteisten rakennetta niin, ettei eteisvärinäalto kykene etenemään eteisissä. (Mäkijärvi ym. 2011, 430; Heikkilä 2000, 719.)

**Antikoagulaatiohoito** on yksi eteisvärinähoidon kulmakivistä, sillä se vähentää sydänperäisen embolisaation vaaraa. Embolisaatioiden riski on yhtä suuri kohtauksellisessa, kuin pysyvässä eteisvärinässä. Oireettomalla potilaalla riski on myös yhtäläinen oireelliseen. Antikoagulaatiohoidon merkittävin riskitekijä on vuotoherkkyyden lisääntyminen. Sen aivohalvauksia vähentävä vaikutus on kuitenkin todettu hyväksi ja esimerkiksi kallonsisäisen vuodon vaara vähäiseksi. Vuotovaaraa lisääviä tekijöitä ovat potilaan korkea ikä, korkea verenpaine, eräät sairaudet, kuten syöpä ja anemia, maksan tai munuaisten toimintahäiriö, veren hyytymiseen vaikuttava lääkehoito ja runsas alkoholin käyttö. Yhtenä tekijänä on



myös potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa. Mikäli INR-arvot heittelevät paljon tai suoria antikoagulantteja käytetään epäsäännöllisesti, vähentää se lääkehoidon vastetta. Ennen antikoagulanttihoidon aloittamista lääkäri arvioi lääkehoidon hyödyt ja haitat potilaskohtaisesti. Potilaalta otetaan myös perusverenkuva, krea, ALAT, sekä INR ennen hoidon aloitusta. Maksan ja munuaisten toimintaa, sekä verenpainetta tulee myös seurata. (Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Mäkijärvi ym. 2011, 431.)

Eniten käytetty antikoagulantti on **varfariini**, kauppanimeltään Marevan®. Se ei hajota jo muodostunutta tukosta, mutta estää uusien hyytymien muodostumista veren hyytyessä hitaammin lääkkeen ansiosta. Varfariinihoidon aikana potilaan INR-arvoa on seurattava säännöllisesti lääkkeen oikean annostelun takaamiseksi. INR kuvaa veren hyytymistä. Ihanteellinen INR-arvo on 2-3 varfariinihoidon aikana. Mikäli se nousee liian korkeaksi, veren hyytyminen estyy ja aiheutuu vuotovaaraa. Mikäli se taas laskee liiaksi, lääkehoito ei tehoa riittävästi ja hyytymien muodostuminen on todennäköisempää. Varfariinin annostus määräytyy siis potilaan INR-arvojen mukaan. Kunnes INR saavuttaa hoitotason, se otetaan 1-2 kertaa viikossa. Hoitotasolle päästäessä INR otetaan yleensä kerran kuukaudessa. Potilaalle tehdään seurantakortti, josta ilmenee varfariinihoidon aihe, suunniteltu kesto, INR-arvot, lääkkeen annostelu, sekä seuraava kontrollikäynti. (Mäkijärvi ym. 2011, 433–435; Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Puhakka, 2011, 22–27.)

Varfariinin tehoon vaikuttavat monet tekijät. Lääkärin tulee selvittää potilaan muu lääkitys, sillä esimerkiksi aspiriini, tulehduskipulääkkeet, sienilääkkeet, sekä laajakirjoiset antibiootit voimistavat varfariinin vaikutusta. Myös runsas alkoholin käyttö vaikuttaa samoin. Runsa alkoholin käyttö lisää myös tapaturmia, jolloin verenvuotoriskit nousevat. Lääkkeen tehoa heikentäviä tekijöitä ovat lääkkeistä ainakin epilepsialääkkeet, kuten karbamatsepiini ja fenytoiini. Kasvisruokavalio ja etenkin paljon K-vitamiinia sisältävät ruoat, sekä tupakointi vaikuttavat veren hyytymiseen. Luontaistuotteiden käytöstä on myös konsultoitava lääkäriä, sillä esimerkiksi omega-3 lisää varfariinin vaikutusta. (Mäkijärvi ym. 2011, 433–435; Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Puhakka, 2011, 42–44.)

Koska varfariini vaikuttaa veren hyytymiseen, tulee tämä aina muistaa huomioida, mikäli potilas joutuu jonkinlaiseen invasiiviseen, eli kajoavaan toimenpiteeseen tai leikkaukseen. Varfariinin annostuksesta tai tauotuksesta vastaa se yksikkö, missä toimenpide tehdään. Potilaan tulee saada ohjeet miten toimia. Vuotoriski on noin viisinkertainen varfariinihoidon aikana, joten siihen tulee varautua. Potilaalle tulee myös hoitoa aloitettaessa kertoa näistä riskitekijöistä, jotta tämä osaa toimia oikein esimerkiksi saadessaan haavan tai isokokoisen mustelman. Mikäli verenvuotoriski on loukkaantuessa suuri, pystytään varfariinin vaikutus kumoamaan K-vitamiinilla. Vaikutuksen saavuttamiseen menee kuitenkin noin kahdeksan tuntia, joten akuuteissa tilanteissa ja suurten vammojen kohdalla voidaan sairaalaolosuhteissa käyttää hyytymistekijätiivistettä ja jääplasmaa. (Mäkijärvi ym. 2011, 433–435; Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014; Puhakka 2011, 42–44.)

Raskaus ei ole kokonaan vasta-aihe varfariinin käytölle, mutta alkukolmanneksen aikana ja raskauden lopulla sitä ei tule käyttää, sillä se vaikuttaa haitallisesti sikiöön. Tänä aikana voidaan käyttää hepariinia. Imetys on kuitenkin turvallista lääkehoidon aikana, sillä lääke ei erity rintamaitoon. (Mäkijärvi ym. 2011, 435–436.)

Varfariinin lisäksi käytössä on ns. **suoria antikoagulantteja**. Niitä ovat dabigatraani, apiksavaani, sekä rivarodoksabaani. Niiden vaikutus kohdistuu hyytymisjärjestelmässä tiettyyn kohtaan. Käytön vasta-aiheita ovat vaikeat läppäviat, munuaisten heikentynyt toiminta tai vaikea maksasairaus, sekä yliherkkyys lääkkeelle. Lääkettä ei tule myöskään aloittaa, mikäli potilaalla on suurempi riski vaikeaan verenvuotoon, kuin tukoksille. Suorien antikoagulanttien vaikutus varfariiniin verrattuna alkaa nopeammin, yleensä hoitotaso saavutetaan kahdessa vuorokaudessa hoidon aloittamisesta. Suorat antikoagulantit myös poistuvat elimistöstä nopeammin. Niiden vaikutus loppuu jo 1-2 vuorokauden kuluessa. Varfariinihoitoon verrattuna suorat antikoagulantit estävät paremmin aivohalvauksia. Lisäksi kallonsisäiset vuodot ovat harvinaisempia. Suorien antikoagulanttien käytön etuna on mm. se, ettei INR-arvoja tarvitse seurata. Lääkkeen annostus on vakio, eikä sitä tarvitse yleensä muuttaa, ellei potilaan munuaisten toiminta heikene. Myös potilaan korkea ikä, sekä verenvuotoriskin kohoaminen voi aiheuttaa

lääkkeen annostukseen muutoksia. Potilaalta seurattavia laboratorioarvoja ovat perusveren kuvan lisäksi munuaisarvot. Lääkkeet saattavat muodostaa yhteisvaikutuksia joidenkin sienilääkkeiden kanssa. Myös muita hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä, sekä tulehduskipulääkkeitä suositellaan vältettäväksi. Lääkkeet ovat myös vasta-aiheisia raskauden ja imetyksen aikana. Toisin kuin varfariinihoidossa, ruokavaliolla ei ole vaikutusta lääkehoidon tehoon. (Raatikainen 2014a; Eteisvärinä: Käypä hoito - suositus, 2014.)

Pitkäaikaissairauksien hoidossa **potilaan omahoidolla** on suuri merkitys ja potilaan vastuu omasta hoidostaan korostuu. Hoitoon sitoutuminen on suuri ongelma, etenkin pitkäaikaissairauksien kohdalla. Vain noin puolet hyvinvointivaltioissa olevista potilaista hoitaa omaa sairauttaan oikein. Osasyynä tähän on hoito-ohjeiden vaikeus. Mikäli potilas sitoutuu hoitoonsa hyvin, on hänen vointinsa parempi ja hoidon kustannukset yhteiskunnalle pienemmät. Potilaan sitoutumiseen omaan hoitoonsa vaikuttaa kuitenkin monet erilaiset tekijät. Osa on potilaasta itsestään lähteviä, osa taloudellisia ja sosiaalisia. Sosiaalisen turvaverkoston puuttuminen, tai esimerkiksi kalliit lääkkeet huonontavat potilaan sitoutumista. Myös sairauden laatu, vakavuus, sekä sen hoitomuodot vaikuttavat. Tulee kuitenkin muistaa terveydenhuollon vastuu potilaan hoitoon sitoutumisessa. Se miten terveydenhuoltopalvelut ovat järjestetty, sekä minkälaista tukea potilas saa hoitohenkilökunnalta vaikuttaa sitoutumiseen. (Lunnela 2011, 87; Lääketietokeskus 2004, 22.)

Hoitohenkilökunnan tulee osata kohdella potilasta yksilönä, sillä jokaisella on yksilölliset tarpeet esimerkiksi ohjauksen suhteen. Potilaan kykyä vastaanottaa informaatiota ja tämän kykyä noudattaa annettuja ohjeita tulee myös arvioida koko hoitoprosessin ajan, sillä tässäkin potilaat ovat yksilöllisiä. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida myös riskejä hoidon laiminlyönnin osalta ja miettiä miten potilasta voisi sitouttaa paremmin hoitoonsa. Potilaan osallistuttaminen päätöksentekoon on yksi sitoutumista parantavista tavoista. Ylipäätään onnistunut vuorovaikutus potilaan ja tätä hoitavan henkilökunnan välillä on ensimmäinen edellytys hoidon onnistumiselle. (Lääketietokeskus 2004, 22.) Potilaalle tulee antaa riittävästi oi-

keanlaista tietoa tämän sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Hyvät hoitotulokset ovat yksi potilaan hoitoon sitoutumista parantava tekijä, sillä ne motivoivat potilasta hyvään omahoitoon. Muita hoitoon sitoutumista parantavia tekijöitä ovat potilaan oma aktiivisuus ja motivaatio, sekä tämän läheisten antama tuki ja mahdollinen osallistuminen hoitoon. Myös vertaistuki auttaa osaa pitkäaikaissairaita potilaita. (Lunnela 2011, 87; Lääketietokeskus 2004, 22.)

Eteisvärinäpotilaalle ei ole laadittu erityistä ruokavaliota, vaan normaali terveellinen ruokavalio sopii, tietyin rajoituksin. Suurina määrinä nautittu K-vitamiini saattaa sekoittaa potilaan INR-arvoja ja vaikeuttaa antikoagulanttihoiton vastetta huonontamalla varfariinin tehoa. K-vitamiinia on erityisesti tummanvihreissä vihanneksissa, kuten pinaatissa, ruusukaalissa ja lehtikaalissa. Varfariinihoidon aikana potilaan tulisi pitää ruokavalio mahdollisimman samankaltaisena päivittäin, ympäri vuoden, jotta lääkitys pystytään suhteuttamaan terveelliseen ruokavalioon. (Raatikainen 2014a.) Karpalo ja greippi nostavat myös INR-arvoa, joten niitä tulee välttää (Tunne pulssisi 2013b). Mikäli potilaalla on myös sepelvaltimotauti, tulee tämän noudattaa sydänterveyttä edistävää ruokavaliota, eli välttämään kovaa rasvaa ja liiallista suolan käyttöä, saada riittävästi kuitua kasvisten ja täysjyvävalmisteiden kautta, sekä syödä säännöllisesti rasvaista kalaa ja suosia pehmeiden rasvojen käyttöä. Terveellisen ruokavalion kautta saadaan myös mahdollista ylipainoa vähennettyä, joka auttaa sydänsairaana potilaan tilaa. (Raatikainen 2014b; Suomen sydänliitto ry 2006, 22–23.) Alkoholia eteisvärinäpotilaan tulee käyttää kohtuudella, enintään 1-2 annosta vuorokaudessa, sillä se tai siitä johutuva krapula saattaa laukaista eteisvärinäkohtauksen. Kohtauksen saattaa laukaista myös suuri määrä kofeiinia tai esimerkiksi liian suuri ruoka-annos kerralla nautittuna. Nämä tekijät ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä. (Tunne pulssisi 2013b.)

Liikunta kuuluu oleellisena osana ihmisen arkeen. Säännöllinen liikunta ylläpitää ja parantaa fyysistä suorituskykyä. Liikunta parantaa myös elämänlaatua. Lisäksi se vaikuttaa suotuisasti veren kolesteroli- ja sokeriarvoihin, sekä verenpaineeseen. Eteisvärinäpotilas saattaa kokea liikunnan aiempaa raskaampana eteisvärinän ollessa päällä, sillä sydän ei kykene pumppaamaan verta elimistön käyttöön yhtä tehokkaasti kuin normaalisti. Varsinaisesti kiellettyjä liikuntamuotoja ei ole,

vaan liikuntaa voi harrastaa omien tuntemuksien ja mieltymysten mukaisesti. Kuitenkin voimakasta hengenahdistusta tai väsymystä aiheuttavat liikuntamuodot kannattaa jättää pois. Myös paljon loukkaantumisia aiheuttavia lajeja kannattaa välttää silloin, kun potilaalla on antikoagulanttihoito, verenvuotoherkkyyden vuoksi. (Raatikainen 2014b; Suomen sydänliitto ry 2006, 46–47.)

**Eteisvärinän vaikutukset suorituskykyyn ja työkykyyn** ovat hyvin yksilöllisiä ja saattavat muuttua ajan kuluessa. Suurimmat vaikutukset johtuvat eteisvärinän sydämen minuuttitilavuutta pienentävästä vaikutuksesta, jolloin potilaan suorituskyky yleensä heikkenee. Se miten paljon se heikkenee, on potilaskohtaista. Elimistö kuitenkin tottuu melko helposti muuttuneeseen tilaan ja potilaan olotila tasaantuu, kun syketaajuus saadaan potilaalle sopivaksi. Osa potilaista saattaa näin ollen olla täysin oireettomia. Eniten potilaan työkykyyn vaikuttavatkin tämän muut sairaudet. (Raatikainen 2014b; Vanhanen & Takala 2012; Työterveyslaitos 2015.) Pysyvä eteisvärinä on siis yleensä potilaalle helpompi, kun rytmin vaihtelua sinusrytmin ja eteisvärinän välillä ei ole. Paroksysmaalinen, eli kohtauksittainen eteisvärinä voi aiheuttaa hetkellistä työkyvyttömyyttä kohtauksen ollessa päällä, mikäli sen oireet ovat vaikeita. Yleensä sairausloman tarve on kuitenkin enintään viikon. Sairausloman kestoa arvioitaessa tulisikin muistaa, että potilaan tila saattaa kohentua nopeastikin, jolloin tulisi mieluummin suosia lyhyitä sairauslomajaksoja ja uusia niitä tarvittaessa. Mikäli eteisvärinä on erittäin vaikeaoireinen, saattaa se viedä työkyvyn kokonaan. Tämä on kuitenkin melko harvinaista. Potilaan työkykyä arvioitaessa tulee ottaa huomioon myös työn laatu, etenkin, mikäli potilaalla on antikoagulanttihoito. Se asettaa helposti rajoituksia ammatinvalinnalle, sillä verenvuototaipumus kasvaa. Näin ollen potilaan työ ei saa olla erityisen tapaturma- tai onnettomuusaltista. Työikäisen eteisvärinäpotilaan hoidossa tulisi olla tiivis hoitosuhde ja potilaan työkykyä tulisi arvioida säännöllisesti yksilöllisten vaihteluiden vuoksi. Sydämen ultraäänen, EKG:n pitkäaikaisrekisteröinnin, sekä rasituskokeen avulla voidaan arvioida eteisvärinän aiheuttaman kuormituksen vaikutusta työkykyyn ja potilaan tilaan. Potilaan ennuste ja vaikutukset elämänlaatuun ovat yhtä hyviä sekä sinusrytmiä ylläpitävässä hoidossa, kuin sykkeenhallinnassakin. (Raatikainen 2014b; Vanhanen & Takala 2012; Työterveyslaitos 2015.)

## 4 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on yksi hyvin tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Jo **laki** potilaan asemasta ja oikeuksista, ottaa kantaa potilaan tiedonsaantioikeuteen. Sen mukaan potilaalle tulee selvittää tämän terveydentila, kertoa hoidon merkityksestä, millaisia ovat erilaiset hoitovaihtoehdot, sekä miten ne vaikuttavat. Potilaalle on lisäksi kerrottava muistakin tämän hoitoon liittyvistä asioista, joilla voi olla merkitystä tämän hoidosta päätettäessä. Laissa on myös kirjattu, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kertoa nämä asiat potilaalle siten, että potilas ymmärtää asiat riittävän hyvin. Laki ottaa kantaa myös siihen, että asiat on kerrottava potilaalle hänen ymmärtämällään kielellä, huomioon ottaen myös aisti- ja puhevikaiset potilaat. Tarvittaessa voidaan käyttää apuna tulkkipalvelua. (Finlex 1992.)

Potilasohjaus terminä tarkoittaa potilaalle annettua **tietoa, neuvoa ja menettelytapoja** hänen omasta terveydentilastaan, sen ympärillä tapahtuvista muutoksista ja potilaan sopeutumisesta elämänmuutokseensa. Ohjaus on tavoitteellista ja sillä pyritään asiakkaan johdattamiseen johonkin. Nykyisen käsityksen mukaan ohjaus pyrkii edesauttamaan potilaan kykyä, aktiivisuutta ja oma-aloitteisuutta elämänsä parantamisessa haluamallaan tavalla. Rinnakkaisia termejä ohjaukselle on useita, kuten neuvonta, tiedon antaminen, informointi ja opetus, mutta ne eivät ole kuitenkaan täysin synonyymejä termin potilasohjaus kanssa. Hoitotyössä nämä termit sekoittuvat valitettavan usein keskenään. Ohjaus voi olla monimuotoista, yksilöohjausta, ryhmäohjausta, kirjallista ohjausta, sekä audiovisuaalista ohjausta, joka pitää sisällään puhelin-, video- ja joukkoviestintäohjauksen sekä verkkomateriaalit. (Kynge ym. 2007, 25; Kääriäinen 2007, 27–29.)

Hoitotyössä potilaan ohjaus on hyvin usein tavoitteellista. Tavoitteisiin pääseminen saattaa vaatia useita ohjauskertoja ja käytössä voi olla monia ohjausmuotoja. Hoitajan tulee aina pitää mielessä, että ohjaaja eli hoitaja ja ohjattava eli potilas ovat tasa-arvoisessa asemassa. Ohjauksessa potilas käyttää omaa mietintäänsä ja harkintaansa asioiden ratkomisessa. Hoitajan ei tule esittää suoraan valmiita

ratkaisuja, vaan hän tukee potilasta päätöksenteossa. Ohjauksen rakennetta leimaa hyvin vahvasti suunnitelmallisuus, mutta se sisältää myös potilaan informointia ja useiden faktojen kertomista, mukaan lukien sen, mitä potilaan päätös tulee vaikuttamaan häneen itseensä ja hänen hoitoonsa. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

**Ohjausmuotoja ja menetelmiä** on olemassa useita ja niitä voidaan käyttää joko yksinään tai useampaa muotoa yhdessä tukemaan toisiaan. Ohjauksen päämäärä ja asiakkaan kyky omaksua tietoa vaikuttavat voimakkaasti sopivimman ohjausmenetelmän valintaan. Hirvosen mukaan on arvioitu, että ihminen muistaa vain noin 10 prosenttia siitä, mitä hän kuulee, mutta jopa 75 prosenttia siitä, mitä hän näkee. Sekä kuulo- että näköaistia hyväksi käyttäen ihminen muistaa 90 prosenttia siitä, mitä hänen kanssaan on käyty läpi. Hoitajan on hyvä muistaa, että ohjaukseen ja potilaan tiedon sisäistämiseen vaikuttaa todella moni seikka. Asiakas unohtaa suuren osan kerrotusta ja tämä vaatii ohjaajalta kärsivällisyyttä ja kertaamista. Tutkimuksissa on osoitettu, että potilas muistaa yksittäisiä diagnooseja paremmin kuin noudatettavia ohjeita, ja mitä enemmän potilaalla on lääketieteellistä tietämystä, sitä paremmin hän muistaa ja sisäistää ohjauksen. Potilaan älykkyys ei kuitenkaan lisää muistamista. (Kyngäs ym. 2007, 73–75.) Tärkeimpien asioiden kertaaminen ohjauskeskustelun päätteeksi on aina muistettava, sillä siitä saatu hyöty on potilaalle merkittävä riippumatta tämän oppimiskyvystä ja asioiden omaksumisesta (Kääriäinen, Kyngäs & Lahdenperä 2005, 27–31). Kerrottavien asioiden määrää tulee hoitajan myös pohtia sillä, mitä enemmän on kerrottavaa, sitä suurempi on unohdettujen faktojen määrä ja tärkeimmältä tuntuvat asiat ja ensimmäisenä kerrottu informaatio muistetaan parhaiten. Huomioitavaa on myös se, että potilaan ikä ei vaikuta muistamiseen, muistisairaat poissuljettuna, vaan vanhat muistavat saman verran kuin nuoret. (Kyngäs ym. 2007, 73–75.)

Potilasohjauksen vastuu on entistä enemmän perusterveydenhuollon vastuulla, sillä hoitoajat erikoissairaanhoidossa ovat lyhentyneet. Hoitohenkilökunnan antamaan potilasohjaukseen vaikuttavat pitkälti ohjausta antavan henkilön tiedot ja taidot, sekä tämän asenne, käytetyt ohjausmenetelmät ja mahdollisuudet ohjauk-

sen antamiseen, sekä toteutukseen. Hoitohenkilökunta osaa parhaiten antaa ohjausta itse sairaudesta, sekä sen oireista, mutta erilaisten ohjausmenetelmien käyttöä tulisi kehittää. Hoitohenkilökunnan ohjauksen tasoa vähentävät ajan puute, sekä ohjaukseen sopimattomat tilat ja puuttuva materiaali. Henkilökunnan suhtautuminen ja asenne ohjausta kohtaan on pääosin myönteinen ja potilasohjaus toteutetaan pääsääntöisesti potilaslähtöisesti. Osa kokee sen kuitenkin vievän aikaa muilta potilailta. Ohjaukseen asennoituminen riippuu ohjausta antavan sukupuolesta, työtehtävästä ja työkokemuksesta. Hoitohenkilökunnan vaihteleva asenne johtaa näin ollen potilaiden eritasoiseen ohjaukseen. Potilaat kokevat kuitenkin tarvitsevansa ohjausta jo ennen esimerkiksi toimenpiteeseen tuloa. Valmistautuminen tutussa ympäristössä ja läheisten kanssa koetaan tarpeelliseksi. (Lipponen ym. 2008, 121–133.)

Eteisvärinä todetaan yleisimmin päivystyspoliklinikalla (Ahonen ym. 2011, 3401). Päivystyspoliklinikalle tullessaan eteisvärinäpotilaiden **tiedot** eteisvärinästä ja sen hoidosta ovat melko huonot tai kohtalaiset. Parhaiten potilaat ovat tietoisia eteisvärinään liittyvistä oireista, sekä niiden vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. Eniten puutteita on siinä, mikä eteisvärinä on ja mitä sydämessä tapahtuu eteisvärinän aikana. Puutteita on myös sen hoidon ja etenkin lääkehoidon hallinnassa. Potilaat tarvitsevat enemmän informaatiota antikoagulaatiohoidon vaikutuksista esimerkiksi ruokavalioon. He eivät myöskään välttämättä tunnista eteisvärinän oireita, eivätkä näin ollen tiedä, milloin tulisi hakeutua hoitoon. Potilaat kokevat epävarmuutta myös fyysiseen suorituskyykyyn liittyvissä asioissa. (Koponen, Rekola, Ruotsalainen ym. 2008, 54–59.)

Eteisvärinän tietoisuuteen vaikuttaa moni asia. Päivystyspoliklinikalla on todettu, että miehillä on enemmän perustietoa eteisvärinästä kuin naisilla. Perustietämykseen vaikuttaa myös potilaan sen hetkinen yleinen vointi, sekä onko eteisvärinää ollut aiemmin. Aiemmin diagnosoidut potilaat tietävät enemmän oireista, sekä antikoagulanttihoitosta. Potilaiden huonon yleisen voinnin on todettu vaikuttavan tämän tietoihin sairaudesta. Esimerkiksi oireista, voinnin muutosten havaitsemisesta, sekä hoitoon hakeutumisesta näillä potilailla on huonommat tiedot. Mitä



parempi tietämys omasta sairaudestaan potilaalla on, sitä paremmin hän selviytyy jokapäiväisessä elämässä. (Koponen ym. 2008, 54–59.)

Eteisvärinäpotilaat tarvitsevat tukea ja neuvontaa päivystyspoliklinikalla. Ohjaus tulisi myös mahdollistaa päivystyksessä käynnin jälkeenkin, koska monet kotiutetaan nopeasti hoidon saamisen jälkeen. (Koponen ym. 2008.) Päivystyksessä ohjaus jää usein pintapuoliseksi ja se lisää potilaan pelkoja sairautta ja tulevaisuutta kohtaan. (Karvonen 2012, 46–47.) Ohjauksessa tulee ottaa myös huomioon potilaan omaiset ja heidän tiedon tarpeensa. Lähdemateriaalissa ilmeni, että potilaat ja heidän läheisensä kokivat ohjauksen ajoittain vähäiseksi ja hoitajan asennoitumisen olevan negatiivista kun ohjauksen kohteena olivat potilaan läheiset (Blek, Kiema, Karinen ym. 2007). Yleisimmin potilaat saavat ohjausta eteisvärinän yleisyydestä, sen ilmaantuvuudesta, sekä yleisiä tietoja sairaudesta ja sen hoidosta. Vähäiseksi jää tieto sairauden vaikutuksista päivittäiseen elämään, sekä siihen, miten potilas voi itse omilla valinnoillaan ja elämäntavoillaan vaikuttaa eteisvärinäkohtauksen syntyyn. (Karvonen 2012, 46–49.)

Potilaat itse toivovat enemmän **kirjallista ohjausta** suullisen ohjauksen tueksi. Kirjallisia ohjeita jaetaan jonkin verran, mutta potilaat kokevat, että niissä on vaikeaselkoista tekstiä, jota he eivät ymmärrä. Näin ollen myös kirjalliset ohjeet tulee käydä potilaan kanssa läpi. Kirjalliset ohjeet tuovat varmuutta esimerkiksi lääkeshoidon toteuttamiseen. Kirjallisten ohjeiden pitäisi sisältää tietoa itse sairaudesta, sen lääkeshoidosta, elämäntavoista, sekä potilaan omahoidosta. Omahoidosta potilaat kaipaavat enemmän ohjausta ja monet toivovat, että elämäntavat otettaisiin rohkeammin keskustelun aiheeksi. Alkoholin, liiallisen valvomisen, sekä stressin vaikutuksista eteisvärinäkohtauksen syntyyn kaivataan tietoa. Hoitohenkilökunta myös monesti olettaa potilaiden tietävän asioita. Kaikki potilaat eivät uskalla kysyä lisätietoja ja tällöin epävarmuus kasvaa ja pelot lisääntyvät. Pelkoa potilaat kokevat etenkin toimenpiteisiin, kuten rytminsiirtoon liittyen, mikäli eivät saa riittäviä tietoja ennen toimenpidettä ja sen aikana. (Karvonen 2012, 31–35.)

Potilaan kokemukseen ohjaustilanteesta vaikuttaa moni asia. Etenkin päivystyksessä usein kiireinen ympäristö vaikuttaa ohjauksen sisältöön, sekä tiedon määrään. Ohjaus on usein rutiininomaista ja oletukset potilaan tietämyksestä vähentävät potilaan saamaa ohjausta. Tieto on myös helposti potilaalle liian vaikeasti vastaanotettavaa. Sairaalassa oleminen on stressaava tilanne, jolloin stressi vaikuttaa tiedon sisäistämiseen. Epätietoisuus ohjauksesta huolimatta, luo potilaalle negatiivisen kokemuksen ohjauksesta. Potilaat ovat kiinnostuneita sairaudestaan ja hakevat usein tietoa esimerkiksi internetin kautta, jolloin heillä on erilaisia ennakkokäsityksiä ja pelkoja esimerkiksi rytminsiirrosta. Hyvällä ohjauksella nämä pelot on helposti lievennettävissä. Potilaille konkreettinen tieto on tärkeää. (Karvonen 2012, 39–41.)

**Digitaalinen tarinankerronta** (digitalstorytelling) on Yhdysvalloista peräisin oleva tarinankerronnan muoto, joka on Suomessa vielä melko tuntematon. Se on nykyaikainen versio perinteisestä tarinankerronnasta ja se soveltuu moniin erilaisiin käyttötarkoituksiin. Digitaalisessa tarinankerronnassa käytetään hyväksi mediateknologiaa ja sen luomia mahdollisuuksia. Menetelmää voidaan käyttää monin tavoin oppimiseen ja ohjaukseen. Tarinoissa käytetään hyväksi esimerkiksi kuvia, videoita ja ääntä. Tarinoissa voidaan käyttää erilaisia äänitehosteita, autenttisia ääniä ja musiikkia luomaan tunnelmaa. Digitaalisen tarinankerronnan tavoite on saada katsojassa aikaan erilaisia kokemuksia ja tunteita, sekä toimia viestinvälittäjänä. Digitaalinen tarina kestää yleensä vain muutaman minuutin verran. Hyvän tarinan koostaminen vaatii huolellista suunnittelua ja käsikirjoituksen laatimista. Tekijän tulee myös tuntea hyvin aihe, josta digitarinaa tekee. (Niemi & Multisilta 2014, 178, 188; Mehtonen-Rinne 2015.)

Video ohjausmenetelmänä on tehokas, sillä ihminen muistaa parhaiten käytettäessä sekä näkö-, että kuuloaistia. Videolla pystytään konkreettisesti esittämään erilaisia asioita, kuten ohjeita ja tilanteita. Videolla on hyvä käydä läpi perusasioita, sekä yleisimpiä ongelmia. Pelkkä kirjallinen materiaali saattaa joillekin olla hankala lukea, joten kuvien, kirjoituksen, sekä äänen yhdistelmä toimii paremmin

ohjauksessa. Video on helposti katsottava, helposti muistettava, sekä taloudellinen ohjausmenetelmä. Internettiin laitettaessa se on myös kaikkien saatavilla, silloin kun sille on tarvetta. (Kyngäs ym. 2007, 120.)

On todettu, että potilaat haluavat ohjausmateriaalia videomuotoisena. Etenkin heille, joiden on vaikea ymmärtää kirjallisesti toteutettua informaatiota, video-ohjaus on todettu hyväksi menetelmäksi. Video-ohjauksen on todettu tukevan henkilöiden itsehoitoa ja jopa lievittävän hoitoon liittyvissä peloissa ja ennakkoluuloissa. Organisaatiopuolella video-ohjausta on pidetty erittäin taloudellisena ohjausmenetelmänä, sillä tekniikaltaan toteutus on edullista ja hyötysuhde suuri. Audiovisuaalinen ohjaus on potilaalle helppo menetelmä mahdollistaen potilaan yksilöllisen aikataulun ohjaukseen. Hyvänä puolena on pidetty sitä, että ohjausvideo on aina saatavilla ja potilas voi katsoa sen koska haluaa ja niin monta kertaa kuin on tarpeellista. Toisaalta huonoina puolina pidettiin videoiden aiheuttamia väärinkäsityksiä ja harhaluuloja. Paras tulos videomuotoisesta ohjausmateriaalista saatiin yhdessä asiantuntevan keskustelun kanssa, jolloin videon sisällöstä pystyttiin keskustelemaan ja vastaamaan tarkentaviin kysymyksiin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208–216.)

## 4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävänä on koota selkeä ja lyhytkestoinen video eteisvärinästä ja sen hoidosta. Projektin tavoitteena on lisätä vastasairastuneen eteisvärinäpotilaan tietoutta omasta sairaudestaan.

## PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Aihe on rajattu käsittämään kaiken ikäisten eteisvärinäpotilaiden sairastumista ja hoitoa, sillä eteisvärinän riski kasvaa iän myötä. Työhön haluttiin koota selkeä visuaalinen tietopaketti eteisvärinän keskeisimmistä asioista. Työssä haluttiin myös tuoda esiin eteisvärinän vaikutukset työkykyyn ja jokapäiväiseen elämään. Työ on toteutettu projektin muodossa Turun ammattikorkeakoulun ja Salon terveyskeskuksen hankkeena, Terveysnetti-sivustoon. (Liite 1)

Projektia on alettu työstämään hahmottelemalla ensin työn runko ja sen kautta on lähdetty etsimään lähdemateriaalia. Tämän jälkeen on kartoitettu kirjallisuuden avulla mitä on eteisvärinä ja mitkä ovat sen syntymekanismit, sekä minkälaista on sen lääketieteellinen ja potilaan omahoito. Työssä on pyritty luomaan maallikolle selkeä kuva siitä, mitä sydämessä tapahtuu sinusrytmin ja eteisvärinän aikana. Toisena isompana kokonaisuutena on käsitelty potilasohjausta, käyttäen sekä tutkittua tietoa, että oppimateriaaleja.

Työssä on käytetty tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja, pro gradu-töitä, sekä alakohtaista kirjallisuutta. Työhön on haettu tietoa eri hakukoneista, kuten Ebscohost, Chinal, Academic sekä Medic. Hakusanoina on käytetty; eteisvärinä, hoitoon sitoutuminen, potilasohjaus, työikäinen, atrial fibrillation, quality of life, self care, working age ja patient commitment. Tiedon keruussa on käytetty hyväksi myös artikkeleiden ja muun kirjallisuuden lähdeluetteloita. Tiedon haku jatkui koko projektin ajan. Teoriaosiossa on käytetty paljon kirjatietoa, jonka valinnassa aihe on rajattu hyvin tarkoin eteisvärinää koskevaksi. Käytetty materiaali on koettu luotettavaksi, koska kirjoittajina ovat toimineet lääketieteen ammattilaiset. Lähdemateriaali tutkimusten osalta on valittu mielenkiintoisten otsikoiden ja aiheeseen soveltuvuuden perusteella. Osa lähteistä hylättiin, koska tutkimuksen julkaisusta oli kulunut liikaa aikaa ja tieto olisi ollut mahdollisesti vanhentunutta.

Työn tavoitteena on lisätä vastasairastuneiden eteisvärinäpotilaiden tietoutta omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Siinä tuodaan esille millainen eteisvärinä

on sairautena, miten sitä yleensä hoidetaan lääketieteen kannalta, sekä minkälaista tulee potilaan omahoidon olla. Projektin menetelmäksi valikoitui ohjausvideo, joka tehtiin digitaalisen tarinankerronnan menetelmällä. Menetelmä valittiin, koska se on nykyaikainen ohjausmuoto. Siinä yhdistyvät liikkuva kuva, teksti ja musiikki. Internet on suurella osalla ihmisistä käytössä ja sieltä haetaan paljon tietoa. Sen vuoksi internetissä helposti saatavilla oleva video on oiva menetelmä eteisvärinäpotilaiden tavoittamiseksi. Videon kesto on tarkoituksella supistettu melko lyhyeksi, jotta asia olisi ytimekästä ja helposti sisäistettävissä.

Digitaalisen tarinan alussa kerrotaan eteisvärinän yleisyydestä, sekä esitetään lyhyt kertaus sydämen anatomiasta, kammioiden ja eteisten osalta. Tarinassa käydään läpi eteisvärinän eri tyypit ja millaisia oireita se yleensä aiheuttaa, sekä pintapuolisesti hoidon pääkohdat lääkityksen, rytminsiirron, sekä hoitomuotojen osalta. Tarinassa kerrotaan eteisvärinän aiheuttamista riskeistä, kuten aivoinfarktista, jotta potilas ymmärtäisi, miksi esimerkiksi antikoagulanttihoitoa ei tule laiminlyödä ja miksi hoitoon tulee hakeutua kohtauksen tullessa päälle. Tarkoitus on painottaa potilaan omaa osallistumista hoitoon ja sitä, miten itse pystyy vaikuttamaan omaan elämänlaatuun elämäntapojen, sekä lääkehoitoon sitoutumisen kautta. Aiheet, joita tarinassa käsitellään, valikoituivat sen perusteella, minkälaisia puutteita tutkimuksissa tuli esiin potilaiden tiedon tarpeesta. Siinä käytetään tekstiä asioiden kertomiseen ja kuvia havainnollistamisen tueksi. Tarina on sellainen, että sen voi katsoa ymmärrettävästi myös ilman ääntä ja helposti missä vain. Se on tiivis tietopaketti, jonka katsomiseen menee reilu viisi minuuttia.

Aihe on valittu siksi, että eteisvärinä on yleistynyt sairaus yhä nuoremmilla, vaikka se mielletään lähinnä ikääntyneiden sairaudeksi. Tutkimusten pohjalta kävi selväksi, ettei potilailla ole kovin paljon tietoa eteisvärinästä, etenkin sen hoitomuodoista. Lähdemateriaalin perusteella kävi ilmi, että suuri osa eteisvärinädiagnooseista todetaan päivystyspoliklinikalla ja tieto sairaudesta, sen kulusta ja pitkäaikaisesta hoidosta jää usein vajaaksi. Kun potilas alkaa hoidattamaan sairautaan ja saapuu ensimmäisiä kertoja vastaanotolle juuri todetun rytmihäiriönsä kanssa, hänen jo usein luullaan tietävän sairaudesta enemmän kuin, mitä hän todellisuudessa tietää. Tämän vuoksi digitaalisen tarinan pääpaino on suunnattu

vasta sairastuneille. Tutkimuksista selvisi myös, että esimerkiksi potilaille jaettava kirjallinen materiaali on usein vaikeasti sisäistettävissä. Tämän vuoksi tarinasta on pyritty tekemään mahdollisimman selkeäsanainen, eikä siinä ole käytetty hoitoalan sanastoa.

Digitaalisen tarinan tekeminen aloitettiin kartoittamalla millainen on hyvä ohjausmateriaali ja miten kauan ihminen jaksaa keskittyä tarinan katsomiseen, jotta tietopaketti pysyy tiiviinä ja helposti katsottavissa. Tarinan sisältöä suunniteltiin ensin paperille kirjallisen työn pohjalta ja sen jälkeen powerpoint- muotoon, ennen varsinaisen version tekemistä. Tarinan sisältöön haettiin erityisesti potilaalle tärkeitä asioita. Tarinan lopullisesta versiosta karsittiin palautteen myötä joitain kohtia, kuten sinusrytmin ja eteisvärinän erojen kuvaaminen ekg-nauhojen avulla.

Tarinan koontiin on käytetty ohjelmaa nimeltä Proshow producer, jonka käytössä avusti ammattilainen. Tarinaa tehdessä on käytetty kuvia, joita on haettu internetistä. Tekijänoikeus on huomioitu kuvien käytössä. Käytetyt kuvat valittiin sillä perusteella, että ne kuvaavat mahdollisimman paljon käsiteltyä aihetta, etenkin potilaan omahoitoon liittyvissä asioissa, jotta katsojalle jää asiat paremmin mieleen myös kuvien kautta. Taustalla soiva musiikki on hankittu internetistä [www.bensound.com](http://www.bensound.com) sivustolta royalty free music-osion kautta.

Digitaalisen tarinan osalta on oltu yhteydessä Turun sydänpiiriin ja kysytty heidän mahdollisuutta osallistua tarinan sisällön arviointiin. Sydänpiirissä oltiin myöntyväisiä ja innostuneita projektista. Yhdistykseltä saatiin ehdotuksia siitä, mitä lopullisen tuotoksen tulisi sisältää. He toivoivat, että tarinassa painotetaan potilaan tietoa hoidosta ja aivohalvauksen riskeistä. He suosittelivat myös viittausta Tunne pulssisi- kampanjaan ja Sydänliiton Marevan- oppaaseen.

Työhön liittyen on haastateltu myös Turun yliopistollisen keskussairaalan Sydänkeskuksen sydänpoliklinikan asiantuntija-sairaanhoitajia liittyen digitaalisen tarinan sisältöön sekä potilasohjaukseen. Heidän mielestään ohjauksessa tärkeimpiä asioita ovat se, mikä eteisvärinä on ja mihin se vaikuttaa, sekä lääkehoito, sisältäen Marevan- ohjauksen. Ohjausmenetelmistä parhaaksi on koettu keskus-

telu, jossa potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada niihin vastauksia. Heiltä saadun palautteen myötä tarinaan ja kirjallisen materiaalin sisältöön tehtiin muutoksia. Valmiin digitaalisen tarinan nähtyään he pitivät sisältöä ja grafiikkaa hyvänä, ainoastaan tarinan nopea eteneminen jäi askarruttamaan etenkin vanhempien ihmisten kohdalla.

Opinnäytetyön projektin valmis tuotos palvelee ensisijaisesti eteisvärinään sairastuneita henkilöitä. Se toimii myös hyvänä tietopakettina niin potilaille kuin heidän omaisilleen, sekä kaikille joille eteisvärinä on ajankohtaista ja joita aihe kiinnostaa.



## EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyys seuraa tutkimuksen tekemistä jo aiheen valinnasta alkaen. Eettisten näkökulmien oikeanlainen huomioon ottaminen on haastava tehtävä. Tutkijan tulee aluksi miettiä valitseeko aiheen helpoimman kautta, vai lähteekö työtä tekemään aiheesta, joka on yhteiskunnallisesti merkittävä. Työn edetessä pitää jatkuvasti miettiä mikä on oikein ja mikä väärin, sekä minkälaisia velvollisuuksia työn tekemiseen liittyy. Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa työn osa-alueissa. Toisen kirjoittaman tekstin kunnioittaminen on tärkeää ja tämä tulee näkyä oikeanlaisina viittauksina alkuperäisen tutkimuksen tekijään. Toisen kirjoittamaa tekstiä voi lainata myös suoraan, mutta silloin se täytyy merkitä selkeästi ja se tulee kirjoittaa juuri siinä muodossa, kun se alkuperäisessä tekstissä on, mahdollisia kirjoitusvirheitä myöten. Ilman asianmukaisia merkintöjä toisen tekstin suora lainaaminen on plagiointia. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2005, 23–28.)

Projekti aloitettiin tekemällä projektisuunnitelma, joka sisältää projektin tavoitteen ja sen tehtävän, sekä kirjallisuuskatsauksen ja empiirisen osion.

Projektin aihe valikoitui sen perusteella, että eteisvärinä on kasvava ongelma yhä nuoremmilla. Työstä haluttiin tehdä kattava tietopaketti, jonka sisältö ei ole riippuvainen potilaan iästä. Projektin edetessä havaittiin, että suurin osa materiaalista on suunnattu iäkkäille.

Projektissa on haluttu kiinnittää huomiota eteisvärinän merkittävämpään riskiin, eli aivoinfarktiin. Aivoinfarkti saattaa aiheuttaa pysyvän invaliditeetin ja sen myötä yhteiskunnalliset kustannukset lisääntyvät.

Lähteinä on käytetty alan kirjallisuuden lisäksi tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Lähteitä etsiessä on pyritty löytämään mahdollisimman uutta ja luotettavaa tietoa. Lähdemateriaalia on käytetty alkuperäislähteitä kunnioittaen. Lähteet ovat merkitty Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan lähdeviitteiksi tekstiin, sekä lähdeluetteloon.

Tutkimustuloksien oikeanlainen raportointi on myös osa hyvää tutkimusetiikkaa, se ei saa olla puutteellista, eikä se saa johtaa lukijaa harhaan. Tutkimuksen mahdolliset puutteetkin on tuotava julki. Eettisyyttä tukee myös tutkimusmenetelmien selvittäminen. Lukijalle tulee myös kertoa, minkälaisia menetelmiä tiedonhakuun on käytetty, sekä minkälaisia tuloksia sen pohjalta on saatu. (Hirsijärvi ym. 2005, 23–28.) Tieteellisessä tutkimuksessa tulee huomioida eettisesti hyvät tieteelliset käytännöt. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaetaan karkeasti kahteen suureen pääluokkaan, jotka ovat piittaamattomuus hyvässä tieteellisessä käytännössä sekä vilppi tieteellisessä käytännössä (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363–366). Työssä on pyritty kunnioittamaan kantajulkaisujen kirjoittajia sekä välttämään edellä mainittuja loukkauksia. Projektin edetessä työstä on karsiutunut joukko lähteitä juuri sen vuoksi, että valmiissa työssä nämä johtaisivat lukijaa harhaan sekä antaisivat virheellisen kuvan työn sisällöstä. Tutkimustuloksista koottiin taulukko, josta ilmeni tutkimuksen tekijä, julkaisumaa, vuosi, tutkimusmenetelmä ja otannan suuruus, sekä tutkimuksen tulokset ja keskeinen sanoma. Tutkimustaulukosta lukija hahmottaa helposti tutkimusten pääasiallisen sisällön.

Eettisyyden rinnalla tutkimuksen luotettavuus on tutkimuksen kannalta tärkeä asia. Luotettavuutta tutkimuksen kannalta lisää tutkimuksen eri vaiheiden seikka-peräinen selvitys. Tiedon hankintaan liittyvät asiat, kuten miten tietoa on kerätty, vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Aineiston valintaa ja sen tuloksia tulee pystyä perustelemaan hyvin. Kun menetelmät, sekä aineisto on kuvattu riittävän hyvin, pystyy lukija niiden perusteella arvioimaan työn edustavuutta, asiallisuutta, sekä luotettavuutta. (Hirsijärvi ym. 2005, 242.)

Projektin luotettavuutta lisää se, että työn klininen tekstiosa perustuu pääosin Duodecimin asiantuntijoiden kirjoittamiin teoksiin. Lisäksi työssä on käytetty esimerkiksi potilasohjaukseen selvästi perehtyneiden tutkijoiden julkaisuja. Lähde-materiaalia luettaessa todettiin, että alaansa perehtyneitä spesialisteja on Suomessa pieni määrä. Tästä johtuen useissa julkaisuissa esiintyvät samat kirjoittajat. Digitaalinen tarina on koottu kirjallisen työn pohjalta luotettaviin asiantuntijalähteisiin perustuen. Luotettavuutta lisää myös se, että digitaalisen tarinan osalta on oltu yhteydessä Turun sydänpiiriin, sekä Turun yliopistollisen keskussairaalan

Sydänkeskuksen sydänpoliklinikkaan, joista on saatu suosituksia tarinan sisältöön. Annettuja suosituksia on noudatettu ja niitä on hyödynnetty muun tiedon lisäksi tarinaa koottaessa. Lisäksi digitaalista tarinaa on näytetty maallikoille, joilla on eteisvärinä, heidän omaisilleen, sekä sellaisille, joilla ei ennestään ollut tietoa eteisvärinästä. Heidän kommenttinsa perusteella videota on selkeytetty esimerkiksi tekstin osalta poistamalla vaikeasti ymmärrettäviä sanoja.

Hyvän potilasohjeen tulee olla selkeä ja helposti ymmärrettävä. Mitä helpommin lukijalle tulee tunne, että tämä potilasohje tarkoitettu juuri minulle, sitä paremmin ohjeen teossa on onnistuttu. Pääsääntönä selkeässä potilasohjeessa on, että tärkein fakta ilmoitetaan aina ensin (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39.) Lukiijan mielenkiinto on suurinta ja tarkkaavaisuus terävämpää lukemisen alkuvaiheessa, joten kun tärkeimmät asiat ovat kerrottu heti ohjeen alussa, niin asian ydin selviää myös heille, jotka lukevat tekstistä vain alun. (Torkkola ym. 2002, 39–41).

Oikeanlainen otsikointi sekä selkeä kuvitus ovat myös oleellinen osa toimivaa potilasohjetta. Otsikointi pitää olla selkeää ja ohjeen sisällöstä kertovaa, mutta liian ympäröivää ja ylimalkainen otsikointi saa aiheen tuntumaan tylsältä. Kuvat taas helpottavat potilasta hahmottamaan esitetyn asian selkeämmin. Kuvilla pysyy myös esittämään sellaisia asioita, esimerkiksi ihmisen anatomisia rakenteita, joita voi olla hyvin haastavaa kertoa sanoin. (Torkkola ym. 2002, 39–41).

Digitaalinen tarina on pyritty kokoamaan hyvän potilasohjeistuksen tavoitteiden mukaisesti. Tekstiosuudet ovat tarkoituksella pidetty maltillisen mittaisina, juuri työn selkeyden vuoksi. Työn luotettavuuden kannalta on hyvä asia, että digitaalinen tarina on koottu selkeiden potilasohjeiden opastuksen perusteella. Useassa lähteessä on myös korostettu kertauksen suurta merkitystä potilaan muistamisen ja oppimisen tukena. Tarinan toteutus onkin tehty sillä tavoin, että ensin tulee kertaus sydämen rakenteesta, jotta sydänsairautta ja sen hoitoa on helpompi ymmärtää.

Kuvitus on erittäin suuressa roolissa digitaalisessa tarinassa. Tuotoksessa luotettavuutta nostava tekijä on selkeä ja asiaa kertova kuvitus. Lukuisiin lähteisiin

potilasohjauksesta ja potilasohjeista perustuen, on valittu juuri kuviin perustuva toteutustapa. Kuvat on pyritty valitsemaan niiden selkeyden sekä mielenkiinnon perusteella, samalla tukien ohjaustekstiä.

Otsikointi on ollut yksi työn haastavimmista osuuksista. Otsikon tulee olla tarpeeksi mielenkiintoinen, mutta ei liian salaperäinen, selkeä muttei tylsä sekä persoonallinen liika ammattitermisyys ja vaikealuettavuus välttäen. Oman haasteensa asetti myös plagioinnin välttäminen, sillä käytössä olevia otsikoita ei luonnollisestikaan haluttu käyttää.

## POHDINTA

Eteisvärinää tavataan jo 100 000 suomalaisella, joten se on kansanterveydellisesti merkittävä sairaus. Eteisvärinän suurin riski on aivoinfarkti, joka tuottaa huomattavia kustannuksia vuosittain yhteiskunnalle. Projektin tehtävänä oli tehdä tiivis tietopaketti eteisvärinästä ja sen hoidosta eteisvärinään sairastuneelle, joka toimii myös hyvänä tietopaketina tämän omaisille. Aihe opinnäytetyölle valikoitui kirjoittajien mielenkiinnosta sydänsairauksiin. Aiheelle ei tullut suoranaista tilausta mistään. Aluksi oli tarkoitus käsitellä eteisvärinää ainoastaan työikäisten potilaiden näkökulmasta, mutta projektin edetessä laajensimme aiheen käsittämään eteisvärinää yleisesti kaikenikäisillä. Tiedon kerääminen jatkui koko projektin ajan ja hylkäsimme melko monta alussa suunniteltua lähdettä työn luonteen muuttuessa. Käytimme etenkin potilasohjausosioon paljon suomalaisia alan asiantuntijoita, sillä heidän töissään on valmiiksi huomioitu skandinaavinen hoitokulttuuri, joka eroaa merkittävästi esimerkiksi amerikkalaisesta hoitokulttuurista.

Projektia aloitettaessa kirjoittajia kiinnosti enemmän sairauden kuva ja kliiniset hoitomallit, mutta lähdemateriaaliin perehtyessä hyvän potilasohjauksen merkitys korostui. Useasti törmää ajatukseen, että eteisvärinä on sairautena harmiton ja sydämen rytmi on epätasainen, joka tuntuu potilaalle lähinnä tykyttelytuntemuksina. Aiheeseen enemmän perehdyttyä huomattiin, että näin ei suinkaan ole, vaan kyseessä on paljon vaarallisempi ja korkean riskin omaava sairaus. Tutkimuksiin perehdyttyä hahmottui se käsitys, että harvoin maallikko ymmärtää eteisvärinän ja aivoinfarktin linkitystä toisiinsa. Tämän vuoksi halusimme korostaa aivoinfarktin riskiä eteisvärinässä, jotta potilaat ymmärtäisivät hoitamattoman sairauden vakavuuden ja miksi hoitoon tulee hakeutua eteisvärinäkohtauksen tullella päälle.

Hyvän potilasohjauksen suuri merkitys potilaan sairauden hoidossa ja hoitoon sitoutumisessa tuli tietyllä tapaa yllätyksenä. Hoitohenkilökunta ei selvästikään ajattele miten iso osa hyvää potilashoitoa ohjaus on ja miten paljon potilaat hyötyvät hyvin toteutetusta ohjauksesta. Lähdemateriaalista kävi ilmi, että mikään ei

voita henkilökohtaista potilasohjausta, mutta oheismateriaali, kuten kirjaset ja video tukevat sitä. Projektin digitaalisen tarinan tarkoituksena on kertoa potilaalle perusasiat eteisvärinästä, jolloin potilas saa jonkinlaisen tietämyksen sairaudestaan ja osaa esittää kysymyksiä omaan hoitoonsa liittyen.

Projektin edetessä tuli hyvin esille se, ettei potilaasta voida hoitaa vain yhtä sairautta, vaan potilashoidon tulee olla kokonaisvaltaista. Esimerkiksi sydän- ja aivosairaudet linkittyvät vahvasti toisiinsa, eikä hoito voi keskittyä spesifisti vain yhteen elimeen. Projekti antaa myös hyvät valmiudet toteuttaa oikeanlaista ja potilasta hyödyttävää ohjausta. Tämän jälkeen pystyy hyödyntämään paremmin myös muita ohjausmenetelmiä, kuin keskustelua ja kirjallista materiaalia myös omassa työssään.

Projektin edetessä TYKS:n Sydänkeskuksessa käydessämme kävi ilmi, että heillä olisi ollut tarve tämän kaltaiselle ohjausmenetelmälle. TYKS ylläpitää potilaille suunnattua Potilas-TV:tä, jonne tällainen ohjausvideo olisi soveltunut hyvin. Jälkikäteen ajateltuna, mikäli tilaajana olisi ollut Sydänkeskus, olisi työnteko ollut motivoituneempaa, koska työlle olisi ollut selkeä tarve ja valmis asiakaskunta.

Projektin teko on ollut kuitenkin mielenkiintoista ja omat näkemykset esimerkiksi potilasohjauksen merkityksestä muuttuivat. Myös hyvät perustiedot eteisvärinästä auttavat ohjaustilanteissa. Projektiin liittyvä tiedonhaku on antanut hyvän pohjan sairaanhoitajan työssä tarvittavaan jatkuvaan tietojen päivittämiseen liittyvään tiedonhakuun.

## LÄHTEET

Ahonen, J.; Hartikainen, J.; Kyhälä-Valtonen, H.; Lehto, M.; Lund, J.; Mäkijärvi, M.; Mäkynen, H.; Peiponen, M. & Raatikainen, P. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa – FinFib-tutkimus. Suomen lääkärilehti. Viitattu 20.3.2015 [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto45\\_1.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto45_1.pdf).

Blek, T.; Kiema, M.; Karinen, A.; Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. Tutkiva hoitotyö Vol.5 4/2007, 13.

Finlex 1992. 17.8.1992/785 > Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 10.4.2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Erkkilä, A.; Kauhanen, J.; Korhonen, M.; Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Eteisvärinä (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 20.3.2015). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Halinen, M. 2014. Eteisvärinäpotilaan aivoinfarktin vaaran ja antikoagulanttihoidon hyödyn arviointi. Duodecim. Viitattu 20.3.2015 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11429.pdf>.

Heikkilä, J. & Huikuri, H. 2000. Sydämen Rytmihäiriöt. Teoksessa: Heikkilä, J.; Huikuri, H.; Luomanmäki, K.; Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. 2000. Kardiologia. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Heikkilä, J. & Mäkijärvi, M. 2003. EKG. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Tammi.

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Pro gradu. Hoitotiede. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 17.4.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83742/gradu06043.pdf?sequence=1>.

Koponen, L.; Rekola, L.; Ruotsalainen, T.; Lehto, M.; Leino-Kilpi, H. & Voipio-Pulkki, L-M. 2008 Patient knowledge of atrial fibrillation: 3-month follow-up after emergency room visit. Journal of Advanced Nursing 61 (1), 51-61. Viitattu 17.4.2015 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04465.x/full>.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hivonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu, hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu: 15.3.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>.

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen Ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 3/2005, 27-29.

Kääriäinen M, Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 2005:17:208–216.

Laaksonen, M. 2014. Yleisöluento: Sydämen rytmihäiriöt. Sairaala Neo. Viitattu: 2.4.2015. <https://www.youtube.com/watch?v=yAky8hlyQo>.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka Hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Lunnela, J. 2011, Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 17.4.2015 <http://herkules oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>.

Lipponen, K.; Kanste, O.; Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 45, 121-135. Viitattu 15.4.2015 [file:///C:/Users/M/Downloads/597-5479-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/M/Downloads/597-5479-1-PB%20(2).pdf).

Lääketietokeskus 2004. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Viitattu 17.4.2015 [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf).

Mehtonen-Rinne, H. 2015. Digital storytelling Finland. Mikä on... Viitattu 18.4.2015 <http://dstfinland.ning.com/page/mik-on>.

Mäkijärvi, M. 2005. Eteisvärinä. Terveysportti. Viitattu 20.3.2015 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ekg/koti?p\\_artikkeli=ekg00089&p\\_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ekg/koti?p_artikkeli=ekg00089&p_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4).

Mäkijärvi, M. & Raatikainen, P. 2011. Rytmihäiriöt. Teoksessa: Mäkijärvi, M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Niemi, H. & Multisilta, J. (toim.) 2014. Rajaton luokkahuone. Juva: PS-kustannus.

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A. & Björkqvist, S. 2008. Ihmisen Fysiologia ja Anatomia. 15.-17. painos. Porvoo: WSOY.

Puhakka, J. 2011. Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.4.2015 <https://www.thl.fi/documents/10531/125056/Muu%202011%20283.pdf>.

Raatikainen, P. 2014a. Suorien antikoagulanttien käyttö eteisvärinässä. Duodecim. Viitattu 10.4.2015 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00445](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00445).

Raatikainen, P. 2014b. Eteisvärinän vaikuttavuus päivittäiseen elämään, sekä työkykyyn. Duodecim. Viitattu 10.4.2015 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00363](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00363).

Raatikainen, P. 2013. Rytmihäiriöiden aiheuttamat oireet ja rytmihäiriöpotilaan tutkiminen. Terveysportti. Viitattu 20.3.2015 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00104&p\\_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00104&p_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4).

Suomen sydänliitto ry 2006. Ravinto ja liikunta sydänterveyden edistämiseksi. 2. uudistettu painos. Helsinki.

Taina, M. 2014. Left atrial appendage volume in acute stroke. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.3.2015 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1525-2/urn\\_isbn\\_978-952-61-1525-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1525-2/urn_isbn_978-952-61-1525-2.pdf).

Torkkola, S; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Tunne pulssisi – ehkäise aivoinfarkti 2013a. Ammattilaisille. Viitattu 10.8.2015 <http://www.tunne-pulssisi.fi/ammattilaisille>.



Tunne pulssisi – ehkäise aivoinfarkti 2013b. Ruoka. Viitattu 12.4.2015 <http://www.tunnepulssisi.fi/hyva-elama-ja-arki/arkielama-eteisvarinan-kanssa/ruoka.html>.

Työterveyslaitos 2015. Työterveyshuolto. Sairaaksi kirjoittamisen ohjeisto. Listan tietosivu. Viitattu 10.4.2015 <http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/sairaaksikirjoittaminen/Sivut/details.aspx?item=18>.

Vanhanen, H. & Takala, T. 2012. Sydänpotilaan työkyvyn arvio sairausvakuutus- ja eläkeasioissa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.4.2015 [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku.jsessionid=5BFDA85EE59701AEC833CB1F54E60731?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_from-page=uusinnumero&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10497](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku.jsessionid=5BFDA85EE59701AEC833CB1F54E60731?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_from-page=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10497).

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Yli-Kotila, P. 2014. Yleisöluento: Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät ja hoito. Sairaala Neo. Viitattu 20.4.2015 <https://www.youtube.com/watch?v=fPd0PdxtESQ>.

### OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT\*

#### OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

#### OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

#### TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

#### TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

**OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLÄ TAVALLA**

26/2 2015

14/7 2017

Marianna Kujamäki

Opiskelija

Marjaana Tuomi

Toimeksiantaja

**LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA**

\* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämisestä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

## Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos, menetelmä	Keskeisimmät tulokset
Blek, Kiena, Karinen, Liimatainen, Heikkilä, 2007, Suomi.	Selvittää mitä tietoa sepelvaltimopotilaat ja läheiset tarvitsevat ja mitä tietoa saivat sairaalajakson aikana	Aineisto kerättiin ensitietokurssilla, potilaista n=385, läheisistä n=140. Strukturoitu kyselylomake.	Useimmat olivat saaneet tietoa sairaudesta ja lääkkeistä, mutta esim. sosiaaliturva, harrastukset ja lepo olivat vähällä tiedolla.
Karvonen, 2012, Suomi.	Kuvata eteisvärinäpotilaiden kokemuksia potilasohjauksesta sähköisen rytminsiirron yhteydessä päivystyksessä.	N=11. Teemahaastattelu.	Hyvällä potilasohjauksella vähennettäisiin potilaiden pelkoja toimenpiteitä kohtaan. Potilaat kaipaavat lisää konkreettista tietoa. Ympäristö, ohjaajan asenne merkitsee. Kirjallista materiaalia annetaan liian vähän.
Koponen, Rekola, Ruotsalainen, Lehto, Leino-Kilpi, Voipio-Pulkki, 2008, Suomi.	Arvioida potilaan tietoja ja niiden kehittymistä eteisvärinästä kolmen kuukauden ajan	N=200 Kehitetty tietotesti	Eniten potilaat tiesivät eteisvärinän oireista, sekä sen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään ja vähiten

	kauden päästä päivystyspoliklinikalla käymisestä.		he tiesivät itse sairaudesta ja sen hoidosta.
Kääriäinen, 2007, Suomi.	Kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaille hoitohenkilöstön arvioimana, sekä määrittellä ohjauksite ja testata rakenne.	Potilaita n=844 Hoitohenkilökuntaa n=916 Tutkimusta varten kehitetty mittari.	Ohjausaika riittämätöntä, parhaaksi menetelmäksi koettiin suullinen yksilöohjaus.
Kääriäinen, Lahdenperä, Kyngäs, 2005, Suomi.	Kirjallisuuden perusteella kuvailtu asiakaslähtöinen ohjausprosessi.	Kirjallisuuskat-saus.	Ohjauksella tulee olla selkeä tavoite ja se tulee toteuttaa yhdessä potilaan kanssa.
Lehto, Raatikainen, Mäkynen, Peiponen, Kyhälä-Valtonen, Hartikainen, Lund, Attonen, Mäkijärvi, 2011, Suomi.	Selvittää miten eteisvärinän vuoksi päivystykseen tulevia potilaita hoidetaan Suomessa ja mitkä tekijät vaikuttavat hoitokäytäntöjen valintaan.	N=708. Internetpohjainen tiedonkeruulomake.	Huomattavalla osalla, 77%, oli entuudestaan eteisvärinä. Rytminsiirto tehtiin huomattavasti useammin, jos potilaalle oli tehty aiemminkin rytminsiirtoja. Eteisvärinäpotilaat työllistävät merkittävästi päivystystä.
Lipponen, Kanste, Kyngäs,	Kartoittaa hoitohenkilökunnan käsityk-	N=377. Kyselylomake.	Käsitykset ohjauksesta olivat myönteisiä, mutta

Ukkola, 2008, Suomi.	siä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä perusterveydenhuollon yksikössä.		kehitettävää löytyi ohjausmenetelmien hallinnassa, sekä osalla tiedoissa ja taidoissa.
Lunnela, 2011, Suomi.	Selvittää hoitohenkilökunnan tarjoaman internet-perusteisen ohjauksen sekä sosiaalisen tuen vaikutusta glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa	N=249. Aineisto kerätty komplianssimittarilla (ACDI).	Hoitohenkilökunnan antama tuki ja ohjaus edistää hoitoon sitoutumista.
Taina, 2014, Suomi.	Kartoittaa iskeemisten avh-potilaiden kohdalla syitä eteiskorvakkeen suurentumiselle, niillä joilla ei ole eteisvärinää	N=40	Vasemman eteiskorvakkeen suurentuminen voi olla yksittäinen tekijä riskille saada sydänperäinen aivoverenkiertohäiriö.