

Moona Lundberg

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAIDEN OHJAUKSEN
KEHITTÄMINEN

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

Lundberg, Moona
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
toukokuu 2016
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 2

Asiasanat: sydämen vajaatoiminta, ohjaus, itsehoito, opas

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää sydämen vajaatoimintapotilaiden saaman ohjauksen sekä ohjausmateriaalin sisältö ja ajantasaisuus sekä ohjausta antavien hoitajien ja lääkärin mielipiteet nykyisestä potilasohjauksesta. Saatujen tulosten perusteella luotiin kehitysideat, joilla potilasohjausta voitaisiin parantaa entisestään, sekä ohjausmateriaalia päivittää uusien ohjeiden, ohjausta antavien hoitajien, sekä potilaiden tarpeiden mukaiseksi. Oma tavoitteeni oli kasvattaa ammattitaitoa ja oppia mahdollisimman paljon lisää sydämen vajaatoiminnasta sekä mahdollisuuksien mukaan parantaa vajaatoimintapotilaiden ohjauksen laatua.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena haastattelututkimuksena. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2016. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin yksilöhaastatteluja, jotka toteutettiin itse tehtyjen haastattelurunkojen pohjalta. Kohdejoukossa olivat sydämen vajaatoimintapotilaita vuosia hoitaneet ja ohjanneet kolme hoitajaa sekä lääkäri, Rauman aluesairaalan sisätauti- kirurgiselta osastolta sekä poliklinikalta.

Haastatteluissa saaduista vastauksista kertyi useita kehitysideoita niin itse ohjaustilanteeseen kuin ohjausoppaaseenkin. Annettavan ohjauksen määrää haluttiin lisätä varsinkin osastolla ja että ohjaus olisi samanlaista jokaiselle potilaalle. Ohjauksessa pitäisi käydä tarkemmin läpi potilaiden omahoitoa helpottavia materiaaleja, kuten nestelistä, sen täyttö ja päivittäisten nestemäärien laskeminen. Toimivaan lääkehoitoon ja potilaiden hyvään elämänlaatuun löydettiin yhdistäviä tekijöitä. Kehitysideoiden toteuttamisen haluttiin parantavan vajaatoimintapotilaiden ohjausta monin tavoin.

Ohjauksen kehittäminen jatkuu vielä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tehtävässä kehitystehtävässä. Saadut kehitysideat on tarkoitus esitellä Rauman aluesairaalan ylihoitajalle, sekä sisätauti- kirurgisen osaston henkilökunnalle toukokuussa 2016. Heidän antamansa palautteen pohjalta kehitysideat muokataan sopivaan muotoon ja uusi ohjausopas tehdään näistä kehitysideoista. Valmis opas annetaan käyttöön sisätauti- kirurgiselle osastolle sekä poliklinikalle.

OPINNÄYTETYÖN NIMI ENGLANNIKSI

Lundberg, Moona

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

May 2016

Supervisor: Santamäki, Kirsti

Number of pages: 36

Appendices: 2

Keywords: heart failure, guidance, self-care, guide

The purpose of this dissertation is to examine both the instructions and written materials received by patients suffering from heart failure, in terms of their content, whether or not they are up-to-date and also the opinions of carers and doctors on the current patient guidelines. The results received have been used to generate ideas as to ways in which patient guidelines could be improved as well as how written materials can be brought up-to-date and in line with new guidelines, taking into account the needs of those giving the instructions as well as the patients themselves. My own aim was to increase my own expertise and learn as much as possible about heart failure and also as far as possible to improve the quality of the guidelines given to heart failure patients.

The study was carried out by way of qualitative research through interviews. The interviews took place in March of 2016. The methodology involved was one-to-one interviews which were carried out on the basis of a self-prepared set of interview questions. The target group were three carers and one doctor who have cared for heart failure patients over a period of several years and are based at Rauma District Hospital in the medical and surgical out-patients' clinic.

Several ideas for development were generated from the answers given in interview, both in relation to the situations in which after-care guidance is being given as well as the written materials used. There was a desire to increase the amount of instruction given, particularly in the ward setting and also to ensure that the instructions were the same for all patients. More attention should be given to carefully going through with patients those materials designed to help with their self-care, such as lists of fluids, their fulfilment and how to calculate daily fluid intake rates. Common links were found between effective medical care and good quality of life for patients. In terms of further development there was a wish to improve the guidance given to heart failure patients in numerous ways.

The development of the guidelines will continue after the completion of this dissertation through the development assignment. The plan is to present the ideas received to the senior medical officer and the staff of the medical and surgical department of Rauma district Hospital in May of 2016. On the basis of their feedback the ideas will be put into an appropriate format and a new instruction guide written on the basis of these development ideas. The completed guide will be given for use to the medical and surgical department as well as to the out-patients department.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	SYDÄMEN VAJAATOIMINTA	6
2.1	Oireet	8
2.2	Diagnosointi.....	8
2.3	Syysairauden hoito	10
2.4	Elintapojen merkitys	11
2.5	Lääkehoito	12
2.6	Potilaan sairauden seuranta.....	16
3	VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS	17
3.1	Ohjauksen määritelmä	17
3.2	Ohjauksen eettinen näkökulma	17
3.3	Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät.....	18
3.4	Potilasohjauksen prosessi	19
3.5	Motivoiva haastattelu	21
3.6	Potilasohjeen rakenne.....	22
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
5	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	24
5.1	Kohdeorganisaatio.....	24
5.2	Haastattelu aineistokeruumenetelmänä	25
5.3	Aineistonkeruu ja analysointi	27
6	TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1	Kehitysideat ohjaustapahtumaan.....	28
6.2	Kehitysideat ohjausoppaaseen	30
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
7.1	Tulosten tarkastelu	32
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	34
7.3	Jatkotyöskentelyn haasteet.....	36
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Yksi merkittävimmistä sairaalahoitoon joutumisen syistä on sydämen vajaatoiminta. Vain alle prosentti alle 65- vuotiaista sairastaa sydämen vajaatoimintaa, kun taas yli 75- vuotiailla vajaatoiminnan esiintyvyys on 10– 14 %. Verenpainetauti, erilaiset läppäviat ja sepelvaltimotauti selittävät 90 % sydämen vajaatoiminnan syistä. Seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana sydämen vajaatoimintaa sairastavien määrän ennustetaan lisääntyvän maassamme viidenneksellä ja sairaalahoitojen määrän puolella. Kaikista terveydenhuollon menoista sydämen vajaatoiminta muodostaa noin 1,5 %. Huomattava osa näistä menoista olisi ennaltaehkäistävissä tehokkaalla potilasohjauksella ja itsehoidolla. (Hujanen 2010, 5; Lehto & Miettinen 2008, 77-78.)

Yksilön aktiivisuus ja aloitteellisuus oman elämänsä parantamisessa sekä ohjaussuhteen vuorovaikutuksellisuus korostuvat ohjaukseen liittyvissä määritelmässä. Ohjaus voidaan nähdä suunnitelmallisena toimintana, jolla asiakasta tuetaan löytämään voimavarojaan sekä kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 17.)

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää sydämen vajaatoimintapotilaiden saaman ohjauksen sekä ohjausmateriaalin sisältö ja ajantasaisuus sekä ohjausta antavien hoitajien ja lääkärin mielipiteet nykyisestä potilasohjauksesta. Saatujen tulosten perusteella potilasohjausta voitaisiin parantaa entisestään, sekä ohjausmateriaalia päivittää uusien ohjeiden mukaiseksi.

2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

Sydämen vajaatoiminta on ikäihmisten sairaus. Oireita aiheuttavasta vajaatoiminnasta kärsii yli 65- vuotiaista noin 5 % ja yli 75- vuotiaista melkein 10 %. Tämä oireyhtymä aiheutuu sydämen pumppaustoiminnan heikkenemisestä. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan sen taustalla on aina verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus. Vajaatoiminta on yleisempää miehillä kuin naisilla ja se ilmenee naisilla vasta iäkkäämpänä. Sydämen vajaatoiminta edustaa pitkälle edennyttä sydänsairautta, ja oireiden ilmaannuttua ennuste voi olla epäsuotuisa. Arviolta 30- 50 % vajaatoiminnan vaikeinta muotoa sairastavista menehtyy ensimmäisen vuoden aikana diagnosoinnista. Lievimmissäkin muodoissa lähes puolet potilaista kuolee viiden vuoden kuluessa äkilliseen rytmihäiriöön tai vajaatoiminnan pahenemiseen. Ennusteeseen vaikuttavat muun muassa taustalla oleva sydänsairaus, vajaatoiminnan vaikeusaste sekä vaste lääkehoitoon. Oireiden vaikeusastetta kuvaava NYHA- luokka (alla) sekä vasemman kammion supistumisvireydestä kertova ejektiofraktioarvo ovat yleisimmät mittarit ennustetta arvioitaessa. (Lommi 2011, 303- 306.)

luokka	Oireet
NYHA I	Suorituskyky ei ole merkittävästi rajoittunut. Arkiaskareet eivät aiheuta oireita, vaikka kaikututkimuksella voidaan todeta poikkeava vasemman kammion toiminta.
NYHA II	Suorituskyky on rajoittunut. Tavallinen rasitus aiheuttaa hengenahdistusta tai poikkeavaa väsymystä.
NYHA III	Suorituskyky on vahvasti rajoittunut. Tavallista vähäisempi rasitus aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Kuva 1. NYHA- luokka. (Lommi 2013)

Sydämen vajaatoiminta jaetaan akuuttiin ja krooniseen muotoon. Krooninen vajaatoiminta tarkoittaa vasemman kammion toimintahäiriöstä johtuvaa tilaa, johon voi myös liittyä oikean kammion vajaatoiminta. Akuutti sydämen vajaatoiminta johtuu äkillisestä ja vaikeasta sydämen pumppaustoiminnan häiriöstä, joka vaatii yleensä sairaalahoitoa. Akuutin vajaatoiminnan voi aiheuttaa äkillinen sydänsairaus, kuten sydäninfarkti, sydänlihastulehdus, sydänlöpän repeäminen, rytmihäiriö, tai se voi olla seurausta sydämen kroonisen vajaatoiminnan pahenemisesta. Vaikka krooninen vajaatoiminta voi alkaa äkisti, vain muutamien tuntien kuluessa, tavallisemmin sen oireet kehittyvät vähitellen. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan oireisto voi pahentua äkillisesti infektiosairauden, fyysisen tai psyykkisen rasituksen, iskemian tai rytmihäiriön tilapäisesti lisätessä sydämen kuormitusta tai heikentäen sydämen toimintaa. Potilaan puutteellinen hoitomyönteisyys voi myös olla syynä sydämen kroonisen vajaatoiminnan akuuttiin pahenemiseen. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan yleisimpiä aiheuttajia ovat sepelvaltimotauti ja kohonneen verenpaineen aiheuttama sydänlihaskivaskulaarinen sairaus. Sydämen krooniseen vajaatoimintaan sairastuneista puolella on sepelvaltimotauti, puolella korkea verenpaine ja 80 %:lla jompikumpi tai molemmat. Kroonisen vajaatoiminnan sekundäärisiä aiheuttajia ovat erilaiset läppäviat ja sydänlihaksen sairaudet. (Harjola & Remes 2008, 715.)

Suurella osalla potilaista on vajaatoiminnan lisäksi muita vajaatoiminnan oireita sekä sydämen pumppaushäiriöitä pahentavia sairauksia. Näitä yleisiä liitännäissairauksia ovat muun muassa diabetes, anemia, krooniset keuhkosairaudet, munuaisten ja maksan sairaudet sekä kilpirauhasen toimintahäiriöt. (Lommi 2011, 305.)

Euroopassa sydämen vajaatoiminnan on arvioitu aiheuttavan 1- 2 % kaikista terveydenhuoltomenoista ja tästä kaksi kolmasosaa aiheutuu sairaalahoitopäivistä. Sairaalahoitoon syistä vajaatoiminta on yksi yleisimmistä. Sydämen vajaatoiminnan lievimmässä muodossa lähes puolet potilaista kuolee viiden vuoden kuluessa oireiden ilmaantumisesta, kun taas vaikeaa muotoa sairastavista noin 30- 50 % kuolee ensimmäisen vuoden aikana diagnosoinnista. Kuolemien aiheuttajia ovat yleensä äkilliset rytmihäiriöt sekä vajaatoiminnan pahentuminen. (Lommi 2011, 305.) Kuolleisuus akuuttiin vajaatoimintaan on kuitenkin vähentynyt tehokkaan hoidon ansiosta (Harjola & Remes 2008, 717).

2.1 Oireet

Yleisimpiä oireita sydämen vajaatoiminnassa ovat hengenahdistus, yskä sekä väsyminen. Hengenahdistus, joka alkaa makuulla ollessa, on yleensä vajaatoiminnan ensimmäinen oire. Nesteen kertyminen keuhkoihin saattaa myös aiheuttaa yskänärsytystä, joka herättää yöunilta. Potilaan noustua pystyyn olo helpottuu 20- 30 minuutin sisällä. Joskus väsyminen ja voimattomuus ovat potilaan ensisijainen oire, mutta myöhemmässä vaiheessa väsymystä saattaa aiheuttaa myös sairauden aiheuttama masennus tai liiallisen nesteenpoistolääkityksen aiheuttama matala verenpaine. (Lommi 2011, 306; Kupari 2008, 738- 740.)

Sydämen vajaatoiminnan yhteydessä voi esiintyä oireita, jotka kertovat miten vajaatoiminta on saanut alkunsa. Oireita voivat olla puristava rintakipu, joka kertoisi sepelvaltimotaudista, tai jonkinlainen rytmihäiriötuntemus. Erilaiset oireet voivat myös kertoa verenkierron tilasta. Alhainen verenpaine saattaa aiheuttaa huimausta, pahoinvointia ja sekavuutta. Runsaat kudosturvotukset taas aiheuttavat hengenahdistusta, vatsakipua, ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. (Lommi 2011, 306- 307.) Vanhukilla varhaisina sydämen vajaatoiminnan oireina saattavat myös olla levottomuus, muistihäiriöt ja sekavuus (Kupari 2008, 740).

Tyypillisten vajaatoiminnan oireiden joko puuttuessa tai ilmentyessä vain kovassa rasituksessa, voi kyseessä olla piilevä vajaatoiminta. Elimistö pyrkii tasapainottamaan vajavaista verenkiertoa erilaisilla tavoilla, muun muassa sykkeen nopeuttamisella, ääreisverisuonien supistamisella sekä kiihdyttämällä sydänlihassolujen kasvua. Vajaatoiminnan alkuvaiheessa nämä mekanismit ovat hyödyllisiä, mutta tilan pitkeytyessä ne ovat jopa haitaksi. (Lommi 2011, 303.)

2.2 Diagnosointi

Sydämen vajaatoiminta- diagnoosin tekeminen perustuu tutkimuksiin ja tyypillisiin oireisiin, joilla pystytään osoittamaan sydämen toimintahäiriö, sekä taustalla oleva verenkiertoelimistön sairaus (Lommi 2011, 306.).

Kun sairaushistorian, oireiden ja kliinisten tutkimusten perusteella on syytä epäillä sydämen vajaatoimintaa, tehdään vielä diagnoosia täydentäviä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Mahdollisimman tehokkaan hoidon saanti, sekä turhien hoitojen välttäminen edellyttää tarkkaa diagnoosia. Vajaatoiminnan selvittämiseksi tehdään lääkärin vastaanotolla muutamia perustutkimuksia. Näitä tutkimuksia ovat verenpaineen ja sykkeen mittaaminen, sydämen ja keuhkojen kuuntelu, turvotusten sekä kaulalaskimon täyteisyyden arviointi. (Lommi 2011, 306- 307.)

Sydäntä kuunneltaessa voi taustalta paljastua sydänsairaus, esimerkiksi jonkinlainen läppävika. Vajaatoiminnassa tyypillisenä oireena pidetty turvotus on kehossa aina molemminpuolista. Sen voi parhaiten havaita säärien etuosassa, mihin ihoa kevyesti painettaessa syntyy hitaasti palautuva kuoppa. Hengitysäniä kuunneltaessa voidaan kuulla rakkularahinoita, jotka aiheutuvat nesteen kertymisestä keuhkorakkuloihin, sekä myös vinkunaa, jolloin neste on aiheuttanut myös pienten hengitysteiden koonpainumista. Jos taas hengitysäniä hiljentyvät tai puuttuvat kokonaan keuhkojen alaosasta, on neste mahdollisesti kertynyt keuhkopussiin. (Lommi 2011, 307.)

Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten avulla suljetaan pois muut sairaudet ja pyritään tunnistamaan vajaatoimintaan vaikuttavia tekijöitä. Vajaatoiminnasta kärsivillä on useimmiten poikkeava EKG-löydös. EKG:n eli sydänfilmin avulla voidaan todeta mahdollinen infarkti ja sen aiheuttamat muutokset, eteisten kuormitusmuutokset sekä erilaiset rytmihäiriöt. Eteisvärinä on rytmihäiriöistä yleisin ja esiintyy noin joka neljännellä vajaatoimintapotilaalla. Verestä tutkitaan peptidihormonien pitoisuudet, kreatiniini, hemoglobiini, paastosokeri, maksan ja kilpirauhasen entsyymit, kolesteroliarvot sekä tulehdusarvot. Keuhkojen röntgenkuvan avulla voidaan arvioida sydämen kokoa ja suurten valtimoiden kulkua sekä keuhkolaskimoiden verekkyyttä. Tietoa sydämen rakenteesta, kuten kammioiden ja eteisten koosta, seinämien paksuudesta ja liikkeestä, läppärakenteista ja niiden toiminnasta saadaan sydämen kaikuvauksella eli ultralla. (Lommi 2011, 308- 311.) Kyseisellä toimenpiteellä pystytään myös arvioimaan vasemman kammion täyttöpainetta, joka koholla ollessa on oleellinen osa hoitamattomaa sydämen vajaatoimintaa. (Kupari 2008, 745)

Kaikukuvaus on tärkeä menetelmä arvioitaessa vajaatoiminnan mekanismeja ja vaikeusastetta. Mikäli epäillään, että vajaatoiminnan saattaa aiheuttaa jokin hoidettavissa oleva sairaus, otetaan käyttöön kajoavat tutkimukset, sepelvaltimoiden varjoainokuvaus sekä katetritutkimus. Katetritutkimuksella mitataan muun muassa keuhkovaltimopaine ja sydämen minuuttitilavuus. (Lommi 2011, 311.)

Epäiltäessä akuuttia sydämen vajaatoimintaa on diagnostiset tutkimukset tehtävä mahdollisimman nopeasti, koska akuutti vajaatoiminta on aina vakava ja henkeä uhkaava tila. Akuutin vajaatoiminnan vaikeimmat ilmentymät ovat keuhkopöhö sekä sokki. Keuhkopöhdössä veri pakkautuu vasempaan kammioon, eteiseen ja keuhkolaskimoihin. Silloin keuhkolaskimopaine kasvaa ja nestettä alkaa tihkua keuhkovälitalaan ja keuhkorakkuloihin. Kaasujen vaihto keuhkorakkuloissa heikkenee ja hengitystyö lisääntyy. Sydämen pumppausvajaus sekä keuhkojen verentungos edellyttävät aina nopeaa diagnosointia sekä oikein kohdennettuja hoitotoimia. Muuten diagnostiset tavoitteet ja menetelmät ovat periaatteessa samat kuin kroonisen vajaatoiminnan selvittämisessä. (Kupari 2008, 752; Lommi 2011, 311- 312.)

2.3 Syysairauden hoito

Sydämen vajaatoiminnan hoitoon kuuluvat elintapaohjaus, lääkehoito sekä laitehoitoja ja kajoavia toimenpiteitä. Valittaviin hoitomuotoihin vaikuttavat potilaan oireet, sydänsairauden laatu sekä myötävaikuttavat sairaudet. Jotta tarpeettomilta hoidoilta vältytään, on perusteellinen diagnosointi tarpeen. Hyvällä lääkehoidolla voidaan parantaa potilaan suorituskykyä, lievittää oireita, sekä ehkäistä sydänsairauden eteneminen. Sepelvaltimotaudin ja läppävikojen yhteydessä kirurgisten hoitojen mahdollisuutta pitää arvioida. Joissain tilanteissa hoidoksi vaaditaan sydämen tahdistin ja pienellä osalla potilaista sydämensiirto on ainoa hoitovaihtoehto. Tilapäisenä hoitoratkaisuna voidaan käyttää myös apupumppuhoitoa, jos jatkohoitona suunnitellaan sydämensiirtoa. (Lommi 2011, 316- 317; Lommi, Nieminen & Harjola 2008, 754.)

Tavallisin sydämen vajaatoimintaan johtava sairaus on sepelvaltimotauti ja sen aiheuttama vasemman kammion supistumishäiriö. Tässä tilanteessa hoitona voisi olla sydänlihaksen hapenpuutetta aiheuttavien ahtaumien korjaus angioplastialla, eli pallolaajennuksella, tai operatiivisesti ohitusleikkauksella. Mikäli vajaatoiminta aiheutuu sydämen läppäviasta, tulee läpän korjausta ensin arvioida kliinisten tutkimusten sekä kaikututkimuksen avulla. Kun sydämen vajaatoiminnan aiheuttaa pitkään kestänyt korkea verenpaine, aloitetaan hoidoksi verenpainetta alentava lääkitys. Nopeat ja pitkäkestoiset rytmihäiriöt, kuten eteisvärinä, voivat johtaa vasemman kammion toimintahäiriöön ja laajentaa vajaatoimintaa. Sydämen nopea rytmi tulee hidastaa oikealla lääkityksellä ja sinus rytmi palauttaa sähköisellä rytminsiirrolla. Osalla potilaista lääkehoito ei tehoa tai se aiheuttaa hidasyöntisyyttä, jolloin pitää harkita tahdistinhoitoa. (Lommi ym. 2008, 754- 756.)

2.4 Elintapojen merkitys

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elintavoilla on suuri merkitys hänen terveydentilaansa, vointiinsa ja elinennusteeseen. Oikeanlaisilla elintavoilla pystytään keventämään sydämen työmäärää, ehkäisemään sydänlihaskaurion etenemistä sekä tehostamaan oikeanlaisen lääkehoidon vaikutusta. Tupakointi tulisi lopettaa, koska tupakka vähentää kudosten hapensaantia ja huonontaa ääreisverenkiertoa. Myös alkoholin käyttö tulisi lopettaa tai ainakin rajoittaa käyttöä mahdollisimman paljon, koska runsas alkoholin käyttö altistaa rytmihäiriöille ja sekoittaa nestetasapainon. Jos vajaatoiminnan aiheuttamat oireet ovat vaikeita ja liittyvät selvästi ylipainoon, on laihdutus hyvä aloittaa jo sairaalahoidon aikana. Huomattavan ylipainoisten potilaiden pitäisi saada pitkäkestoista ohjausta painon pudotukseen, koska ylipaino lisää sydämen työmäärää ja heikentää keuhkojen toimintaa vaikeuttaen näin vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita. Runsaiden nesteiden, sekä suolan käyttöä tulee rajoittaa potilailla, joilla on taipumusta kudosturvotukseen. Nesterajoitus korjaa suolatasapainoa ja parantaa nesteenpoistolääkkeiden vaikutusta. (Lommi ym. 2008, 756- 757.)

Liikunta vaikuttaa vajaatoimintapotilaiden oireisiin positiivisesti, kun liikunnan määrä ja laatu ovat optimaaliset potilaan verenkierron ja lihasvoiman kanssa. Tutkimuksissa on osoitettu, että verenkierron ja lihaksiston harjoitusvasteet ovat vajaatoimintapotilailla periaatteessa samat kuin terveilläkin ihmisillä. Liikunta parantaa kudosten hapenottokykyä sekä ääreisverenkiertoa ja nopeuttaa palautumista rasituksen jälkeen. Liikunnan avulla vajaatoimintapotilaiden elämänlaatu paranee, mutta sen vaikutuksesta ennusteeseen ei ole vielä riittävästi tutkimustietoa. (Lommi ym. 2008, 757- 758.)

2.5 Lääkehoito

Sydämen vajaatoiminta edellyttää aina pysyvää lääkitystä. Lääkehoidolla on neljä päätehtävää: ehkäistä sydämen vajaatoiminnan kehittymistä ja hillitä haitallista hormonitoimintaa, keventää sydämen systolista kuormitusta, eli laskea verenpainetta, vähentää sydämen kohonnutta täyttöpainetta eli vähentää keuhkoverekkyyttä ja turvotusta, sekä estää sydänlihaksen hapenpuutetta. (Lommi ym. 2008, 758.) Vajaatoiminnan hoito on kallista ja pitkäaikaista monilääkehoitoa. Lääkitystä muutetaan potilaan voinnin mukaan lääkärin antamin ohjeistuksin. Suurin taloudellinen hyöty saadaan sairaalahoidon tarpeen vähenemisestä, mutta tärkein hyöty syntyy vajaatoimintapotilaiden laadukkaan elämän pitenemisestä. (Lommi 2011, 317.)

Angiotensiinikonvertaasientsyymin eli ACE:n estäjät (enalapriili, lisinopriili, rami-
priili), ovat vajaatoimintaa sairastavan peruslääkkeitä. Ne parantavat potilaan elinajan ennustetta ja hidastavat vajaatoiminnan etenemistä. Samalla ne vähentävät sairaalahoidon tarvetta sekä parantavat elämänlaatua. Erityisen suositeltavaa näiden lääkkeiden käyttö on vajaatoimintaa sairastaville diabeetikoille. Lääkehoidon aikana on nopeasti todettavissa vasemman kammion laajenemista hidastava, sekä ejektiofraktiota parantava vaikutus. Ejektiofraktio tarkoittaa vasemman kammion yhdellä supistumiskerralla pumpaamaa verimäärää, eli iskutilavuuden osuutta täyttyneen kammion koko verimäärästä. (Kettunen 2011, 55, 317, 320- 321; Lommi ym. 2008, 762.)

Potilaan ohjaus on tärkeää pitkäaikaiseksi tarkoitetun lääkehoidon onnistumisen kannalta. ACE:n estäjillä on yleisenä sivuvaikutuksena yskä, josta potilaalle on kerrottava etukäteen. Näillä lääkkeillä myös oireita ja elämänlaatua parantava vaikutus ilmaantuu hitaammin kuin esimerkiksi nesteentorjainlääkkeillä. Hoidon alussa pitää jopa 1-2 viikon välein seurata veriarvoja (kalium, natrium kreatiniini), jatkossa harvemmin. Verenpaineen seuranta on toteutettava säännöllisesti mahdollisen verenpaineen laskun havaitsemiseksi. Mikäli ACE:n estäjää ei voi käyttää jonkin sivuvaikutuksen takia, se voidaan korvata angiotensiinireseptorin estäjälääkkeellä eli sartaneilla (kandesartaani, valsartaani, losartaani, telmisartaani). Vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa lääkehoitona voivat olla sekä ACE:n estäjä että angiotensiinireseptorin estäjä yhdessä. Vaikeaoireisille ja toistuvasti sairaalahoitoa tarvitseville potilaille voidaan käyttää edellä mainittujen lisäksi beetasalpaajahoitoa. Tällöin plasman kreatiniini- tai kaliumpitoisuudet saattavat herkästi kohota. (Kettunen 2011, 317, 321-322; Lommi ym. 2008, 762.)

Sydämen vajaatoiminta saa verenkierrossa aikaiseksi stressireaktion. Sympaattisen hermoston yliaktiivisuus on keskeinen vaikuttaja vajaatoiminnan kehittymisessä ja pahenemisessa. Beetasalpaajilla (bisoprololi, metoprololisuksinaatti, karvediloli, nebivololi) voidaan hillitä tätä yliaktiivisuutta. Beetasalpaajat parantavat elinajan ennustetta ja vähentävät sairaalahoidon tarvetta. Ne parantavat potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Beetasalpaajat estävät noradrenaliinin vaikutusta ja sympaattisen hermoston haitallisia vaikutuksia sekä verisuonissa, että sydänlihassoluissa. Beetasalpaajilla estetään myös vakavia rytmihäiriöitä. (Kettunen 2011, 317, 322; Lommi ym. 2008, 764.)

Beetasalpaajahoito aloitetaan pienellä annoksella ja sitä suurennetaan kahden viikon välein, jotta saavutetaan lääkkeen tavoitetaso. Lääkehoidon aikana seurataan vajaatoiminnan oireita, syketiheyttä sekä verenpainetta. On tärkeää seurata potilaan painoa säännöllisesti, jopa päivittäin. Plasman elektrolyytit ja kreatiniini tarkistetaan hoidon alussa, sekä viimeisen annosmuutoksen jälkeen. Oireiden lievittymiseen voi kulua viikkoja tai kuukausia ja oireet voivat aluksi jopa vaikeutua. Beetasalpaajalääkityksen esteenä ovat vaikea keuhkoastma, toisen ja kolmannen asteen eteiskammiokatkos sekä matala systolinen verenpaine. (Kettunen 2011, 323; Lommi ym. 2008, 763-764.)

Beetasalpaajan käyttö on aina aiheellinen oireellisessa systolisessa (= supistumisvaiheen) vajaatoiminnassa ja sydäninfarktin sairastaneella potilaalla oireettomassakin vajaatoiminnassa. Beetasalpaaja on yleensä hyödyllinen myös diastolisessa (= vasemman kammion täyttymisvaihe) vajaatoiminnassa, koska se alentaa sykettä. Beetasalpaajat alentavat kuolleisuutta 30- 35 %. Niitä suositellaan käytettäväksi yhdessä ACE:n estäjien kanssa. (Kettunen 2011, 323.)

Tavallisimmat beetasalpaajahoidon keskeytyksen syyt ovat vajaatoiminnan paheneminen, hidas syke sekä oireita aiheuttava matala verenpaine. Vajaatoiminnan pahenemisen takia sairaalahoitoon joutuvalta potilaalta on beetasalpaajalääkitystä syytä lähes aina vähentää. Yleensä sitä ei tarvitse kokonaan keskeyttää. Beetasalpaajan käytössä on huomioitava, että sen äkillinen lopettaminen kokonaan voi lisätä iskemian eli hapenpuutteen ja rytmihäiriöiden vaaraa. (Kettunen 2011, 324.)

Nesteenpoistolääkityksellä eli diureeteilla (furosemidi, hydroklooritiatsidi, trikloorimetatsidi, indapamidi, eplerenoni, amiloridi) saadaan nopeasti ja tehokkaasti lievitettyä vajaatoiminnan oireita. Diureetit lisäävät natriumin ja veden poistumista elimistöstä vähentäen niiden takaisinimeytymistä munuaistubuluksessa. Nesteen poistussa elimistöstä nesteretentio, veritilavuus ja laskimopaluu vähenevät, jolloin vasemman kammion täyttöpaine ja kammiodien diastolinen kuormitus pienenevät. Vaikka potilaalla ei vielä olisi vajaatoiminta -diagnoosia, mutta siihen sopivat oireet, voidaan nesteenpoistolääkitys silti aloittaa. Lääkityksen aikana tapahtuva oireiden helpottaminen, turvotusten väheneminen ja painon lasku tukevat vielä varmistamattomasti vajaatoimintadiagnoosia, mutta eivät varmista sitä. Nesteenpoistolääkkeiden tehon heiketessä tulee tehostaa suola- ja nesterajoituksia. Tiukka nesterajoitus, 1,5 – 2 litraa/vrk, on vaikeaa toteuttaa potilaan ollessa kotona. Siksi hänet kannattaakin ohjata sairaalahoitoon, jotta nesteenpoistolääkitystä voidaan antaa suoneen jatkuvana infuusiona tai kertaruiskeina, eli boluksina. (Lommi 2014; Lommi ym. 2008, 758-760.)

Nesteenpoistolääkkeitä ei tule käyttää yksinomaistenä, vaikka ne potilaan oireita lievittävätkin, sillä ne eivät hillitse vajaatoiminnan etenemistä. Oikeaa annostusta täytyy tarkkailla, jotta vältetään liialliselta nesteen poistolta. Potilaat, jotka huolehtivat säännöllisesti painoseurannastaan ja osaavat tunnistaa lääkityksen sivuvaikutukset, voivat säädellä sovituisissa rajoissa itse omaa nesteenpoistolääkitystään. Lääkehoidon vaikutukset munuaisten toimintaan ja elektrolyyttitasapainoon vaativat aktiivista seuranta ja verikokeiden tarkastelua varsinkin silloin, kun potilaan tila muuttuu ja lääkeannosta muutetaan. (Lommi 2014; Lommi ym. 2008, 758-760.)

Spironolaktonilla on ennustetta parantava vaikutus keskivaikeaa ja myös vaikeaa vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Muiden nesteenpoistolääkkeiden tavoin se helpottaa oireita vähentämällä turvotusta. Lääke sopii sellaisille potilaille, jotka jäävät keskivaikeaan tai vaikeaan toimintaluokkaan (NYHA III ja IV) ACE:n estäjä- ja beetasalpaajälääkityksestä huolimatta. Elektrolyyttejä (kalium, natrium) ja munuaisten toiminta-arvoa (kreatiniini) on seurattava lääkityksen aikana, alkuun tiheästi. Ripuli- ja/tai oksennustaudin yhteydessä on spironolaktonihoito keskeytettävä tilapäisesti. Vanhuksilla ja diabeetikoilla kaliumpitoisuus saattaa herkästi kohota ja siksi arvoja tulee seurata erityisen tarkasti. (Kettunen 2014.)

Digoksiini parantaa autonomisen hermoston tasapainoa ja lisää nesteen eritystä eli diureesia. Se voi huonontaa vaikeaa sepelvaltimotautia sairastavan vajaatoimintapotilaan ennustetta. Digoksiinia suositellaan käytettäväksi beetasalpaajan ja ACE:n estäjän kanssa, mikäli potilaalla on myös eteisvärinä. Digoksiinin edullinen vaikutus saadaan aikaan jo pienillä annoksilla. Oikein käytettynä se estää vajaatoiminnan pahenemisvaiheita sekä sairaalahoidon tarvetta. (Kettunen 2011, 324.)

Sydämen vasemman kammion supistumisen toimintahäiriö on eteisvärinää sairastavalle aivohalvausta aiheuttava riskitekijä. Siksi hyytymisen estolääke eli antikoagulantti kuuluu ehdottomasti vajaatoimintapotilaan eteisvärinän hoitoon. Sinusrytmisissä olevilla potilaille ei antikoagulantista tai asetyylisalisyylihaposta eli ASA:sta ole hyötyä. (Kettunen 2011, 324.)

Kalsiumin estäjät laajentavat ääreisverenkierron valtimoita ja sepelvaltimoita. Niitä voidaan käyttää vajaatoimintapotilaan verenpaineen hoitoon, mikäli muulla lääkityksellä ei saavuteta hyvää hoitovastetta. Nitraatit hoitavat oireita etenkin sepelvaltimotaudista johtuvaa vajaatoimintaa sairastavilla. Amiodaroni on beetasalpaajien ohella ainoa vajaatoimintapotilaille sallittu rytmihäiriölääke. Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee välttää natriumin kertymisen ja siitä aiheutuvan munuaistoiminnan häiriön takia. (Kettunen 2011, 324- 325; Lommi ym. 2008, 766.)

Lääkkeenoton laiminlyönti on tavallinen syy vajaatoimintapotilaan sairaalahoitoon joutumiselle. Varsinkin paremmin voidessaan jotkut potilaat pitävät hoitoa huonontavia lääkkeettömiä päiviä. Joskus myös lääkkeitä annostellaan määrättyä pienemmillä annoksilla, koska pelätään lääkkeen haittavaikutuksia tai halutaan säästää lääkekuuluissa. Tästä syystä olisikin tärkeää, että potilaat saisivat riittävästi ohjausta ja tukea omaan lääkehoitoon ja että henkilökunnalla olisi riittävästi aikaa ja valmiuksia ohjauksen antamiseen. (Lommi 2011, 317.)

2.6 Potilaan sairauden seuranta

Potilaan oireiden vaikeusasteesta riippuen, vajaatoiminnan hoitoa seurataan 1- 6kk:n välein lääkärin vastaanotolla tai sairaalan poliklinikalla. Seurannan tarve on suurin aloitetun hoidon alkuvaiheessa. Arvioinnissa on otettava huomioon muutokset oireissa ja verenkiertojärjestelmässä, eli turvotusten määrä, kaulalaskimoiden paine ja keuhkoverekkyys, sekä mahdolliset aineenvaihdunnan muutokset, eli paino, mahdollinen diabetes ja katabolia (= hajottava aineenvaihdunta). Käynneillä potilaan lääkitystä säädetään ennusteen ja sen hetkisen verenkiertojärjestelmän tilan mukaan. Myös potilaan itsehoitoa pitäisi arvioida, eli kuinka hyvin hän on noudattanut muunmuassa nesterajoitusta ja dieettiä. Kun kyseessä on vanhempi potilas, pyritään myös arvioimaan onko potilaskohtainen neuvonta onnistunut. Käynneillä arvioidaan myös lisätutkimusten tarve, eli tarvitaanko sydämen kaikututkimusta, kliinistä rasi-tuskoetta tai angiografiaa eli sepelvaltimoiden varjoainekuvausta. Osan näistä seurantakäynneistä voivat hoitaa koulutetut sydänhoitajat. (Lommi ym. 2008, 771- 772; Lommi 2011, 325.)

Koska väestö ikääntyy koko ajan, myös sydämen vajaatoimintapotilaiden määrä on kasvussa. Vajaatoimintapotilaan hoitoketjua suunniteltaessa siihen on hyvä liittää pitkäjänteinen koulutusohjelma ja hoitojen toteutumisen seuranta. Avohoidossa potilaan seurannan voi hyvin hoitaa koulutettu sydänhoitaja, mutta erikoislääkärin konsultaatiomahdollisuuden tulisi olla myös mahdollinen vajaatoiminnan hoidon arvioimiseksi sekä erityistutkimusten saamiseksi. Kun edellä mainitut osiot toimivat, vähenevät hoitajaksot ja – päivien määrät sekä vajaatoimintapotilaiden elämänlaatu paranisi. (Lommi ym. 2008, 772.)

3 VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS

3.1 Ohjauksen määritelmä

Sosiaali- ja terveysalan asiakkaan ohjaus on pitkälti yhteiskunnallisesti määriteltäviä sekä asetuksin että lain säänneltäviä. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16.) Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa vuorovaikutussuhteissa ovat ohjaaja ja ohjattava. (Lahtinen 2004, 6.) Se voidaan nähdä kohtaamisena, jossa ohjaajan ja ohjattavan yhteisenä tavoitteena on ohjattavan oppiminen, elämäntilanteen koheneminen ja päätösten tekeminen. (Vänskä ym. 2011, 16.) Ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät ohjaajan ja ohjattavan omien taustojen mukaan. (Lahtinen 2004, 6.) Ohjattava oppii ohjauksen aikana itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Ohjauksen päämääränä on asiakkaan mahdollisuus tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi, elää voimavaraisemmin ja voida paremmin. (Vänskä ym. 2011, 16.)

3.2 Ohjauksen eettinen näkökulma

Etiikka on oppia oikeasta ja väärästä ja sen tarkoituksena on kuvata hyviä ja oikeita tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Siinä pohditaan hoitotyön tärkeitä puolia sekä sitä, miten toisia tulisi kohdella ja miten toisten tulisi kohdella meitä. (Lahtinen 2004, 6.)

Etiikka auttaa arvioimaan omaa sekä toisten toimintaa antamalla välineitä niiden tarkastelemiseen. Vähintään kaksi eettistä perspektiiviä eli näkemystä sisältyy jokaiseen vuorovaikutustilanteeseen ja näin ollaan aina tekemisissä etiikan kanssa. Oman näkemyksensä ohjaukseen tuovat ammattilainen eli hoitaja sekä potilas tai hänen ohjaukseen osallistuva omaisensa. Vaikka ohjausta antavan hoitajan ammatilliset eettiset näkemykset määritelläänkin hoitotyön lakien ja asetusten mukaan ovat mukana myös hoitajan henkilökohtaiset etiikankäsitykset. Jokaisessa hoitoyksikössä olisikin tärkeää pohtia oman yksikön toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet, jotka tukisivat hoitajaa toiminnassaan ja valinnoissaan sekä turvaisivat potilaalle mahdollisimman yhdenmukaisen ja samalta perustalta lähtevän potilasohjauksen. (Lahtinen 2004, 6.)

Ohjaustilanteessa toimimisen pohjan ja velvoitteet luovat kansalliset lait ja asetukset. Mukana ovat muun muassa perus- ja ihmisoikeudet, terveystoimeen, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvät sekä siviilioikeudelliset kohdat. Pohjana ne toimivat siinä mielessä, että niiden perusteella koko ohjaustoiminta on mahdollista ja velvoitteiksi ne nähdään siksi, että niiden voidaan katsoa asettavan sekä ohjaavalle hoitajalle, että koko ohjaustapahtumalle minimivaatimuksen: hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatuksiteereitä pystyäkseen toimimaan työssään. Potilaan ohjauksessa on siis esimerkiksi huomioitava laki potilaan asemasta ja oikeuksista, eli huomioitava ja kunnioitettava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään. Ohjaus on myös toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. (Lahtinen 2004, 6- 7.)

3.3 Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät

Potilaan asianmukaisen ja hyvän hoidon yksi osa on laadukas ohjaus. Jokaisella potilaalla on oikeus ohjaukseen ja jokaisella hoitajalla on velvollisuus ohjata, hänelle ennestään määrättyjen lakien, asetusten ja ohjeiden mukaan. Usein potilaat myös haluavat tietoa ja ovat kiinnostuneita oppimaan. Erityisesti nykyaikana ohjaukseen panostaminen on tärkeää, sillä hoitopäivien määrä on lyhentynyt ja potilaiden moniongelmaisuus lisääntynyt. (Kääriäinen 2008, 10- 11.)

Ohjaukseen panostaminen olisi kansantaloudellisestikin tärkeää, koska onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaiden ja omaisten terveyteen sekä sitä edistävään toimintaan. Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. Ammatillinen vastuu edellyttää hoitajalta ohjauksen eettisten lähtökohtien pohdintaa sekä hyviä ohjausvalmiuksia. Laadukkaan ohjauksen turvaamiseksi on tärkeää, että jokainen potilasta ohjaava tiedostaisi omat ohjausta koskevat lähtökohtansa, eli miten ja miksi ohjaan. Laadukkaan ohjauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai lujaan kliiniseen kokemukseen. Tämä edellyttää hoitajilta omien tietojen jatkuvaa päivittämistä, sekä velvollisuutta ylläpitää ja kehittää ohjaustaitojaan. Potilaan riittävän ohjauksen varmistaminen on tärkeää, sillä hoidon jatkuminen jää lopuksi potilaan ja omaisten vastuulle. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta potilaan terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantaloudellisiin säästöihin. (Kääriäinen 2008, 11- 14.)

3.4 Potilasohjauksen prosessi

Kaikki alkaa siitä, että määritellään ohjauksen tarve ja suunnitellaan ohjauksen kulku, sitten toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Saman ohjausprosessin tulisi toteutua potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. Potilasohjauksen jatkuvuus hoidon eri vaiheissa varmistetaan kirjaamalla ohjausprosessi potilaan hoitosuunnitelmaan. Koska ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet, korostuvat ohjauksessa tarpeiden määrittely. Hyvä ohjaus edellyttää hoitajilta ammattitaitoa hallita potilaan ohjauksen eri osa-alueet. Potilaan ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja siksi ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia tapahtuu kaikissa hoidon vaiheissa. On tärkeää ottaa huomioon kuinka kauan potilas on sairastanut ja hänen aikaisempi tietopohjansa sairaudestaan. Vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa eikä siksi ole vastaanottavainen uudelle tiedolle. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10- 11.)

Sairastuminen tuo tullessaan epävarmuuden avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita niin potilaalle itselleen kuin hänen omaisilleenkin. Siksi onkin erittäin tärkeää, että potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja hoitomenetelmistä. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää valmiuksia omahoitoon sekä vähentää ahdistusta ja pelkoa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Potilastyön lähtökohtana on kahden ihmisen välinen vuorovaikutus, jonka avulla potilasta pyritään auttamaan. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen muodostuminen, jolla pyritään edistämään ohjattavan sitoutumista omaan hoitoonsa. Tulee muistaa, että potilas on myös ihminen omine ajatuksineen, menneisyyksineen ja tunteineen. Ohjaussuhteessa keskeistä on se, miten potilas itse näkee itsensä ja elämänsä. Hoitaja auttaa potilasta omien voimavarojen etsimisessä sekä näkemään omat mahdollisuutensa uudella tavalla. Ohjaus lisää potilaan itsetuntemusta ja antaa tietoa sairauteen liittyvissä ongelmissa. Hoitajan on arvioitava potilaan kyky sisäistää asioita ja valittava oikea viestimistapa tämän perusteella. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 24.)

Luottamus, empatia ja välittäminen ovat hyvän ohjaussuhteen perusta. Rehellisyys, hoitajan luotettavuus ja johdonmukaisuus vaikuttavat hoitajan ja potilaan välisen luottamuksen syntyyn. Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytykset ovatkin näin molempien osapuolien keskinäinen kunnioitus, vilpitön kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiaansa kohtaa, asiallisuus sekä taito ilmaista ajatuksensa selkeästi ja kyky tehdä kysymyksiä. (Hankonen ym. 2006, 25.)

Yhtenä vuorovaikutussuhteen onnistumisen edellytyksenä on sujuva viestintä, eli hoitaja ja potilas puhuvat samaa kieltä sekä ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla. Vuorovaikutusprosessissa viestintätavat voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa joten on kiinnitettävä huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. (Hankonen ym. 2006, 25.)

Sanaton viestintä taas pyrkii tukemaan, painottamaan, täydentämään ja jopa korvaamaan sanallista viestintää. Tähän kuuluvat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Jopa yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. Ristiriita näiden kahden viestintätavan välillä vie ohjauksen sisällöstä uskottavuutta ja voi jopa estää vuorovaikutustilanteen onnistumisen. (Hankonen ym. 2006, 25- 26.)

Ympäristön tekijät voivat osaltaan vaikuttaa vuorovaikutussuhteeseen joko heikentäen tai tukien sitä. Näitä tekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ohjauksen tulisi tapahtua huoneessa tai tilassa, jossa potilaalla on mahdollisuus keskustella rauhassa hoitajan kanssa. Ohjausympäristön tulisi olla rauhallinen ja kiireetön, valoisa ja äänieristetty. Hoitajan tulisi istua samalla tasolla potilaan kanssa ja keskusteluetäisyyden tulisi olla noin puoli metriä. Huoneen lämpötilankin tulisi olla molemmille mukava. (Hankonen ym. 2006, 26.)

3.5 Motivoiva haastattelu

William R. Millerin vuonna 1983 esittelemä motivoiva haastattelu on ammattilaisen ja potilaan väliseen yhteistyöhön perustuva sekä potilaskeskeinen ohjausmenetelmä. Sen tarkoituksena on löytää ja vahvistaa potilaan motivaatiota muutokseen. Alun perin menetelmä kehitettiin erilaisten riippuvuuksien hoitoon, mutta se sopii käytettäväksi myös, kun tarvitaan muutoksia potilaan elämäntapoihin. Keinoja motivoivan haastattelutekniikan vuorovaikutuksen lisäämiseen ovat avointen kysymysten esittäminen, heijastava kuuntelu, positiivisen palautteen anto sekä lopuksi haastattelun yhteenveto. (Pajuportti & Turku 2016, 2.)

Hoitokulttuuri on muutostilassa kohti potilaskeskeistä ja yksilöllistä kulttuuria, jossa omahoidolla ja potilaan omilla valinnoilla on entistä suurempi merkitys. Potilaiden hoitoon sitoutumisessa eniten vaikuttavat tyytyväisyys hoitavaan tahoon, ammattihenkilön lähestyttävyyden sekä se, mihin sävyyn asiat otetaan puheeksi. Hoidon helpous, taudinkuva sekä potilaan elämäntilanne vaikuttavat omahoidon onnistumiseen. Motivoiva potilasohjaus tukee hallinnan tunnetta ja luo uskoa, että omahoidolla on merkitystä ja että potilas pystyy siihen. (Pajuportti & Turku 2016, 2.)

Motivoivassa haastattelussa on tiettyjä vuorovaikutustekniikoita ja periaatteita, joiden avulla herätellään asiakkaan sisäistä muutosmotivaatiota. Näitä tärkeämpää on kuitenkin työntekijän oikeanlainen työskentelytyyli ja suhtautumistapa asiakkaaseen. Empaattisen kuuntelun ohella työntekijän vuorovaikutustapaa kuvastaa niin sanottu motivoivan haastattelun henki. Tämä koostuu muutosmotivaatioon herättelystä, yhteistyöstä sekä asiakkaan autonomian tukemisesta. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 328.)

3.6 Potilasohjeen rakenne

Hyvän potilasohjeen kirjoittaminen alkaa pohdinnalla, eli kenelle ohje on kirjoitettu ja kuka ohjetta lukee. Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Lukijan pitää heti vilkaisulla ymmärtää, että teksti on tarkoitettu hänelle. Sisältöä kuvaavan otsikon lisäksi ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä oikein on kyse. Kirjoituksessa on hyvä käyttää teitittelyä. Käskymuotoja ei kannata käyttää, esimerkiksi ”tee näin”. Nämä saavat lukijan tuntemaan itsensä tyhmäksi, mikä ei edistä hyvää hoitosuhdetta. Suorien määräysten sijaan ohjeita voidaan perustella ja selittää, miksi näin toimitaan, mitä haittaa seuraa, jos toimii näin. Perustelut suositelluille toimintaohjeille antavat potilaalle mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 34- 38.)

Hyvä ohje alkaa otsikolla, josta ilmenee ohjeen aihe. Pääotsikon jälkeen tärkeintä potilasohjeessa ovat väliotsikot. Ne jakavat tekstin sopivan pituisiin paloihin. Väliotsikko kertoo pääotsikon tavoin alakohdan olennaisimman asian. Olennaista väliotsikoissa on se, että ne auttavat lukijaa luovimaan tekstin alusta loppuun. Otsikoiden jälkeen ohjeessa tärkeintä ovat kuvat. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään uutta asiaa. Hyvin valitut kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. (Heikkinen ym. 2002, 38- 41.)

Ymmärrettävän ohjeen kirjoittamisessa on tärkeää käyttää havainnollistavaa yleis-kieltä. Mieti, miten kertoisit asian potilaalle kasvotusten ja mitä potilas mahdollisesti tilanteessa kysyisi. Ohjeessa esitettävät asiat kannattaa kertoa tapahtumajärjestyksessä. (Heikkinen ym. 2002, 41- 42.)

Looginen esitysjärjestys lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Ohjeessa viimeisenä ovat yhteystiedot, ohjeen tekijöiden tiedot sekä viitteet lisätietoihin. Hyvä ohje kertoo, mihin potilas voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Heikkinen ym. 2002, 42- 44.)

Sisätautiosastolla RC2 sekä sisätautipoliklinikalla on käytössä ohjenuora, opas sydämen vajaatoimintaa sairastavalle, jonka pohjalta he antavat ohjausta kaikille vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Oppaan avulla ohjauksen sisältö on kaikille pääosin samanlaista ja jokainen potilas saa samat tiedot. Opas on lehtinen, johon on koottu niitä asioita, jotka vajaatoiminnan hoidossa ovat tärkeitä. Oppaassa on kahdeksan sivua, mutta koska tekstiä on sivujen molemmin puolin, on sivunumeroita 14 saakka. Aluksi lehtisessä on kerrottu mitä sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, mistä se johtuu ja millaisia oireita se aiheuttaa. Tämän jälkeen on annettu ohjeita ja esimerkkejä hyvään omahoitoon. Lopuksi on kerrottu vajaatoimintapotilaan lääkehoidosta, eri lääketyypeistä sekä sydänpotilaan sosiaaliturvasta, kuntien etuuksista ja mistä potilas voi saada lisää tukea ja ohjausta. Oppaita annetaan potilaille osastohoidon aikana sekä sydänpoliklinikalla ohjauksen yhteydessä. Opas ei ole nähtävillä internetissä. (vajaatoimintapotilaan ohjausopas.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sydämen vajaatoimintapotilaiden saaman ohjauksen sekä ohjausmateriaalin sisältö ja ajantasaisuus, sekä ohjausta antavien hoitajien ja lääkärin mielipiteet nykyisestä potilasohjauksesta. Saatujen tulosten perusteella luodaan kehitysideat, joilla potilasohjausta voitaisiin parantaa entisestään sekä ohjausmateriaalia päivittää uusien ohjeiden mukaiseksi.

Työn tavoitteena on antaa tukea ja valmiuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hyvään ohjaukseen. Potilasoppaiden päivittäminen on tärkeää varsinkin terveydenhuollossa, jossa ohjeet ja suositukset muuttuvat usein. Näin tarjolla on aina ajanmukaista tietoa ja materiaalia, johon hoitajat ja potilaat voivat tukeutua sitä tarvitessaan.

Opinnäytetyöntekijän omana tavoitteena on löytää näitä kehitysideoita tulevaa potilasohjausopasta varten. Toinen tavoitteeni on yrittää lisätä vajaatoimintapotilaiden ohjauksen saantia sisätauti- kirurgisella osastolla, koska ohjauksen antaminen hoidon kaikissa vaiheissa parantaa huomattavasti potilaiden tietoa sairaudestaan sekä tukeita omahoitoon. Kolmas tavoitteeni on oppia mahdollisimman paljon sydämen vajaatoiminnasta ja siihen liittyvistä asioista, jotta osaan itse terveydenhuollon ammattihenkilönä ohjata vajaatoiminta potilaita mahdollisimman kattavasti ja ajantasaisilla tiedoilla. Tämän työn tekeminen kehittää siis myös omaa ammattitaitoani ja antaa resurssit tuleviin ohjaustilanteisiin.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten ohjausta antaneet hoitajat ja lääkäri kehittäisivät vajaatoimintapotilaan ohjausta?
2. Miten ohjausta antaneet hoitajat ja lääkäri kehittäisivät vajaatoimintapotilaan potilasohjetta?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Kohdeorganisaatio

Tutkimuksen kohdeorganisaationa on RC2, Rauman aluesairaalan toisessa kerroksessa sijaitseva sisätauti- kirurginen vuodeosasto. Osastolla on 27 potilaspaikkaa, joista osa on varattu yleislääketieteen potilaille ja osa sisätautisille potilaille. Myös kirurgisia potilaita voi osastolla olla viikonloppuisin toipumassa leikkauksista. Osastolla hoidetaan potilaita joilla on muun muassa sydänsairauksia, keuhkosairauksia, infektioita, diabetesta sekä munuaissairauksia. Hoidettavana on myös tutkimuspotilaita, monisairaita vanhuksia sekä jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita. Potilaat tulevat osastolle joko suunnitellusti leikkausjonosta kutsuttuna, päivystyksenä Rauman seudun päivystyksestä tai siirtona toisesta sairaalasta. (Mäkilä, henkilökohtainen tiedonanto, 17.4.2016.)

Alueeseen kuuluu myös sydän poliklinikka, joka toimii aluesairaalan ensimmäisessä kerroksessa. Poliklinikka toimii aamu 8:n ja ilta 16:n välisenä aikana. Sydänhoitaja on sekä avoterveydenhuollon että sairaalan työntekijä. Poliklinikalla käyvät potilaat ovat joko itse hakeutuneet ohjaukseen soittamalla ja varaamalla ajan tai heidät on ohjattu poliklinikalle suoraan osastolta tai lääkärin vastaanotolta. 2- 3 kertaa viikossa poliklinikalla toimii myös kardiologiaan erikoistuneen sisätautilääkärin vastaanotto. Lääkäri tekee normaalin sisätautipotilaan tutkimuksen, mutta tarvittaessa myös sydämen ultraäänitutkimuksen. Ennen poliklinikalle menoa potilaat käyvät tarvittaessa laboratoriokokeilla ja/tai röntgen tutkimuksissa ja/tai kliinisen fysiologian tutkimuksissa. Hoitajalla ja lääkärillä on myös soittoaikoja, jolloin he esimerkiksi ilmoittavat potilaille tutkimustuloksia, jatkomääräyksiä, Marevan annokset yms. Tällä hetkellä jonotusaika lääkärin vastaanotolle on noin kuukausi, hoitajalle pääsee tarvittaessa saman viikon aikana. Tarvittaessa poliklinikan kautta on myös mahdollista saada fysioterapeutin konsultaatio. Sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjausta annetaan niin osastolla kuin poliklinikalla. Ohjausta antavat osastolla kaikki asiaan perehtyneet hoitajat, poliklinikalla vaihdellen 1- 2 sairaanhoitajaa sekä yksi lääkäri. (Mäkilä, henkilökohtainen tiedonanto, 17.4.2016)

5.2 Haastattelu aineistokeruumenetelmänä

Yksi käytetyimmistä tiedonkeruumuodoista on haastattelu. Vapaamuotoisten ja vähän strukturoitujen haastattelumenetelmien käyttö on erityisesti lisääntynyt. Joustavuutensa vuoksi haastattelu sopii hyvin moniin eri tutkimustarkoituksiin. Koska haastattelussa ollaan suorassa puheyhteydessä haastateltavan kanssa, tilanne mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen. Tämä mahdollistaa myös vastausten taustalla olevien motiivien selvittämisen. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34.) Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, selventää ilmausten sanamuotoja, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Tällaista mahdollisuutta ei ole kyselylomaketta käytettäessä. Joustavaa haastattelussa on myös se, että esitettävien kysymysten järjestystä voidaan muuttaa. Haastattelun onnistumisen kannalta on suositeltavaa, että haastateltavat voivat joko tutustua kysymyksiin etukäteen tai tietävät ainakin haastattelun aiheen valmiiksi. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 75- 76.)

Tämä on helppo toteuttaa haastattelun ajankohtaa sovittaessa. Haastattelun etuihin kuuluu, että haastattelija voi myös toimia havainnoitsijana, eli muistiin voidaan kirjoittaa sen lisäksi mitä sanottiin, myös miten se sanottiin. Toinen etu on se, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 75- 76.)

Usein haastattelu valitaan siksi, että halutaan korostaa ihmistä subjektina, eli tekijänä, kokijana ja toimijana. Kun kyseessä on tuntematon alue, jolloin tutkijan on vaikea tietää vastausten suuntia etukäteen, haastateltavan puhe halutaan sijoittaa laajempaan kontekstiin, tiedetään, että tutkittava aihe tuottaa monitahoisia vastauksia, vastauksia halutaan selventää tai saatavia tietoja halutaan syventää. Lisäkysymyksiä käytetään tarpeen mukaan. Haastattelua käytetään myös, kun tutkitaan arkoja tai vaikeita asioita. Jotkut ajattelevat, että kyselylomake olisi tällaisessa tilanteessa parempi, jotta tutkittava voi jäädä halutessaan anonymiksi tai tarkoituksellisesti etääksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34- 35.)

Haastattelun hyvinä puolina pidettävät seikat sisältävät myös ongelmia. Haastattelijalta vaaditaan tietoa ja kokemusta haastattelutilanteesta, jotta aineiston keruuta voitaisiin säädellä joustavasti. Myös haastattelijan tehtäviin ja rooliin pitäisi koulututtaa ennen haastatteluiden tekoa. Koko haastatteluprosessi vie aikaa. Aikojen ja paikkojen sopiminen sekä aineiston purku ovat hidasta työtä. Haastattelu sisältää monia virhelähteitä, eli haastattelun luotettavuus voi heiketä, jos haastateltava taipuu antamaan sosiaalisesti suotavia vastauksia omien mielipiteiden sijaan. Haastattelu aiheuttaa kustannuksia, esimerkiksi tallennusmateriaalista, purkulaitteista, matkakuluista, ynnä muista. Materiaalin analysointi, tulkinta ja raportointi ovat usein hankalia vapaamuotoisen haastatteluaineiston kohdalla, koska valmiita malleja näihin ei ole. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 35.)

Aluksi pohdittiin, tehtäisiinkö tietojen keräämiseksi kyselylomake vai yksilöhaastattelu. Tiedonkeruun menetelmäksi valittiin haastattelu, koska tutkija koki vaikeaksi muodostaa selvitetävistä asioista tarpeeksi avaavia kysymyksiä kysymyslomakkeeseen. Oli riski, että kysymyksiin olisi vastattu vain parilla sanalla tai kysymykset tulkittu väärin. Näin materiaali olisi jäänyt verroin suppeaksi tai jopa mahdottomaksi käyttää.

Koska kyseessä oli harkinnanvarainen otanta, ei kyselylomake olisi ollut järkevä vaihtoehto vain neljälle henkilölle. Haastatteluissa oli mahdollista vaihtaa suunniteltujen kysymysten järjestystä haastattelun edetessä sekä saada aikaan kiinnostavia keskusteluita, jotka taas toivat uusia kysymyksiä mieleen ja lisää ideoita kehitysideoiksi. Näin vastausmateriaalia saatiin huomattavasti ajateltua enemmän, mitä pelkällä kyselylomakkeella olisi saatu.

5.3 Aineistonkeruu ja analysointi

Opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä Rauman aluesairaalan sisätauti- kirurgiselle osastolle 2013, koska heillä olisi mahdollisesti aihe opinnäytetyölle. Tarkoituksena oli päivittää osastolla käytössä oleva potilasohjausopas, joka heillä oli ollut käytössään vuodesta 2006 lähtien. Opinnäytetyöntekijä kiinnostui aiheesta ja oltuaan yhteydessä Rauman aluesairaalan ylihoitajaan, tehtiin päätös työn toteuttamisesta. Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin aihe-seminaarissa 7.2.2014. Haastatteluiden rungot (Liite 1) valmistuivat 2.3.2015 pidettyyn suunnitteluseminaariin. Haastattelurungot pohjautuvat tutkimuksen kohteena olevaan ohjausoppaaseen. Kumpaankin runkoon sisältyi seitsemän kysymystä, mutta haastatteluissa käyttäisin varmasti täydentäviä lisäkysymyksiä. Opinnäytetyöntekijä oli puhelinyhteydessä sairaalan ylihoitajaan 26.2.2015, jolloin selvisi, että tutkijan oli laadittava tutkimuslupahakemus aineiston keruuta varten. Tällöin myös sovittiin, että aineiston keruuta varten tehtävät haastattelut voitaisiin toteuttaa haastateltavien hoitajien työajalla. Tutkimuslupahakemuksen laadinta aloitettiin 20.8.2015 ja varsinainen tutkimuslupa (Liite 2) saatiin 27.1.2016.

Haastatteluiden ajankohtia alettiin sopia puhelimitse 29.2.2016, jolloin tutkija oli yhteydessä sisätauti- kirurgisen osaston sekä poliklinikan osastonhoitajiin. Heiltä tutkija sai alustavasti haastatteluihin valitsemiensa hoitajien yhteystiedot haastattelupäivien sopimista varten. Kaikki kolme hoitajaa sekä lääkäri olivat halukkaita osallistumaan haastatteluihin. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin tutkimuksen aihe etukäteen. Yksilöhaastattelut toteutettiin sovittuna ajankohtana 9.3.2016. Haastattelupaikat olivat tutkijalle entuudestaan tuttuja aikaisemman työkokemuksen pohjalta. Jokainen haastattelu oli kestoltaan puoli tuntia ja aiemmin sovitut aikataulut pitivät melko hyvin.

Aluksi tutkija ajatteli mahdollisesti nauhoittaa haastattelut sanelukoneella, jotta saisi kaiken materiaalin varmasti ylös, mutta koska tutkijalla itsellään ei ollut käytettävissä kyseistä konetta, päädyttiin materiaali kirjoittamaan ylös käsin. Tämä tapa osoittautui sopivaksi menetelmäksi kyseisiin haastatteluihin aiheen helppouden ja mukana tarkasteltavana olleen potilasoppaan vuoksi.

Tutkija alkoi käydä työssään läpi potilasohjausopasta sivu- ja aihe kerrallaan. Haastatteluista saadut vastaukset lisättiin tekstiin kehitysideoina. Tutkija huomasi, että kaikki haastateltavat olivat asioista melko samaa mieltä ja näin tukivat toinen toistaan. Tämä helpotti aineiston purussa, koska ristiriitaista tietoa ei juurikaan tullut.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kehitysideat ohjaustapahtumaan

Pääsääntöisesti osastolla työskentelevän hoitajan haastattelussa selvisi, että koko potilaiden ohjaaminen on osastolla vähentynyt merkittävästi kahden eri osaston yhdistymisen jälkeen. Hoitajat, joille sydän potilaiden hoito on entuudestaan vieraampaa, eivät tätä ohjausta juurikaan anna. Tästä syystä ohjauksen kriteerit eivät ole jokaisella potilaalla samat. Ohjauksen saaminen ja sen laatu riippuvat vuorossa olevien hoitajien ammatillisesta taustasta ja kiinnostuksen kohteista. Usein ohjausta ei anneta ollenkaan tai siihen ei panosteta riittävästi. Kiire on yksi syy miksi ohjaus jää varsin usein kokonaan antamatta tai ohjaus kuitataan antamalla potilaalle tässä työssä käsiteltävä ohjausopas. Tällöin potilaalla ei ole mahdollisuutta täydentävien kysymysten tekoon ja asioiden oppiminen jää pelkästään potilaan omalle vastuulle. Huonosti toteutettu potilasohjaus osastolla vaikeuttaa myös poliklinikalla työskentelevien hoitajien työtä. Tämä selvisi toiselta poliklinikalla työskentelevältä hoitajalta. Jos potilas on saanut osastolla jo hyvän alkuohjauksen, on poliklinikalla helpompi aloittaa tarkemman ohjauksen anto. Tällöin potilaalla on jo pohjatietämys omaan sairauteensa ja itsehoitoon liittyen.

Jos kuitenkin osastolla annettava ohjaus on ollut vajaavaista tai kokonaan saamatta, pitää poliklinikalla aloittaa ohjaus aivan alusta. Potilailla, jotka ovat saaneet ohjausta jo osastolla, omahoito on usein selvästi parempaa, kertoi poliklinikalla työskentelevä hoitaja. Poliklinikalle tullessaan heillä on mukana vihkoja, joihin on merkitty painolukemia, pidetty verenpaine seuranta ja nestepäiväkirjaa edeltäviltä viikoilta. Tämä on ihannetilanne, koska näin potilasta pystytään ohjaamaan kokonaisvaltaisemmin joko parempaan itsehoitoon tai kannustaa jatkamaan nykyisellä tavalla.

Ohjaukseen käytettävät materiaalit vaihtelevat hieman ohjauspaikkakohtaisesti. Osastolla potilasohjausta annetaan lähinnä heillä käytössä olevalla ohjausoppaalla. Poliklinikalla taas käytössä ovat ohjausoppaan lisäksi tarvittaessa myös muun muassa Sydänliiton suolatesti ja Kolesterolikohtainen opas. Erilaisten materiaalien käytön ratkaisee usein se, millaista ohjausta kukin potilas tarvitsee.

Lääkärin antaman ohjauksen sisältö koostuu paljolti sydämen vajaatoiminnan etiologiasta ja erilaisista lääkehoidoista. Ohjauksessa kerrotaan erilaisista vajaatoimintapotilaan lääkkeitä, niiden tärkeydestä ja painotetaan ottamaan nämä lääkkeet määräyksen mukaisesti. Erityisesti nesteentorjunnan käyttöä painotetaan, että lääkettä ei lopetettaisi ikävienkään vaikutusten vuoksi. Lääkäri kertoo, mistä kyseisen potilaan vajaatoiminta johtuu ja miten sitä hoidetaan. Lääkärin haastattelussa selvisi, että hänen mielestään nykyinen potilasohjaus on auttanut paljon. Potilaat tietävät aiempaa paremmin, miten voivat hoitaa itseään kotona, osaavat ottaa yhteyttä sairaalaan sitä tarvitessaan ja tietävät, että sydänhoitajalle voi soittaa asiassa kuin asiassa. Lääkärin kokemuksen mukaan sairaalahoitojaksojen määrät ovat varmasti vähentyneet ohjauksen myötä, juuri siksi, että potilaat osaavat tarkkailla itseään kotona aiempaa paremmin ja hoitaa ilmeneviä oireita ennen niiden pahenemista. Näin turha sairaalahoitoon joutuminen ehkäistäisiin hyvissä ajoin.

Kehitysideoita tähän osioon saatiin neljä; ohjauksen lisääminen osastolla, samat kriteerit ohjaukseen kaikille potilaille, lääkehoidosta huolehtiminen ja omahoidon parantaminen. Yhtenä jatkoideana saatiin, että ohjaustilanteessa olisi tärkeää käydä läpi kaikki potilaan tarvitsemat apumateriaalit, kuten nestelista ja sen täyttö, koska oppaassa tämä asia mainitaan parissakin kohdassa.

6.2 Kehitysideat ohjausoppaaseen

Haastatteluissa todettiin, että nykyisen ohjausoppaan ensimmäisellä sivulla kappale sydämen vajaatoiminnasta on hyvä nykyisellään. Teksti on lyhyt ja helposti ymmärrettävä. Seuraavalla sivulla kerrotaan sydämen vajaatoimintaa johtaneista syistä, josta saatiin hyvin keskustelua aikaan. Haastatteluissa selvisi, että monet potilaat mieltävät sydämen vajaatoiminnan vain yhdeksi erilliseksi sairaudeksi, mutta eivät sisäistä sitä, että vajaatoiminta itse asiassa johtuu jostain muusta sairaudesta. Oppaassa on selkeästi esitetty tämä asia ja listattu vajaatoimintaa aiheuttavia sairauksia. Oppaassa on vielä kohta, johon lääkäri voi ohjauksen yhteydessä kirjoittaa mikä edellä mainituista sairauksista on vajaatoiminnan aiheuttanut juuri tälle potilaalle. Varsinkin yhden hoitajan mielestä kyseisen asian kertominen on tärkeää aina uudelle vajaatoimintaan sairastuneelle potilaalle.

Seuraavana samalla sivulla on lueteltu ja avattu vajaatoiminnan oireita. Listassa ovat juuri keskeisimmät oireet ja teksti on jälleen tarpeeksi lyhyttä mutta ytimekästä. Jokainen oire on kirjoitettu lihavoidulla tekstillä, joten ne niin sanotusti nousevat paremmin lukiessa esiin. Omaha-osiota on oppaassa sivulla neljä. Tähän osioon tuli paljon parannus/muutos ehdotuksia. Painon seurannan alla oleva yhteydenotonnumero on tarkoitettu jo osastohoidossa olleille potilaille, mutta potilaat joilla tätä kontaktia ei ole, tarvitsisivat oppaaseen sydänpoliklinikan puhelinnumeron. Näin myös uudet potilaat saisivat tarvittaessa apua heti oikeasta paikasta. Kyseisten numeroiden päivittäminen on aiheellista myös myöhemmin oppaassa, läikehoitoa edeltävässä kohdassa, oppaan kahdeksannella sivulla.

Oppaan viidennellä sivulla puhutaan päivittäisistä nestemääristä. Ensimmäinen ongelma-kohta on tekstissä mainittu nestelista, joka on uusille vajaatoimintapotilaille usein vieras käsite. Osastohoidossa olleet potilaat ovat kyseistä nestelistaa päässeet käyttämään ja täyttämään, kun taas muut potilaat eivät ole tällaista mahdollisesti koskaan edes nähneet. Niinpä tähän osioon haluttaisiin muokkausta ja mahdollisesti tulevaan oppaaseen voisi liittää pienen kuvan nestelistasta. Myös tekstissä oleva kohta kyseisen potilaan päivittäisestä suositellusta nestemäärästä olisi hyvä täyttää. Näin se olisi kotonakin oppaasta helppo tarkistaa.

Hoitajilta saatiin kuulla, miten monet potilaat eivät osaa laskea päivittäistä nesteiden saantiaan, koska eivät tiedä mistä kaikesta päivittäinen nesteensaanti koostuu. Oppaaseen voisi mahdollisesti hieman listata yleisimpiä asioita, joista päivittäiset nesteet kertyvät. Nesteisiin liittyen myös oppaassa mainittuun suolan käyttöön kaivattiin hieman lisää painotusta. Monet tuotteet sisältävät paljon piilosuolaa, jota ei välttämättä aina huomioda. Liika suolan käyttö taas altistaa liialle veden juonnille ja näin mahdollisesti vajaatoiminnan pahenemiselle. Muuten omahoito osio on melko hyvä nykyisellään.

Oppaan kahdeksannelle sivulle tuli myös kehitysideoita. Monet potilaat lopettavat lääkkeitä omatoimisesti oireiden helpotuttua, tai koska kokevat niistä tulevan sivuvaikutuksia. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että oppaassa pitäisi vielä enemmän painottaa, että mitään lääkettä ei saa vähentää tai jättää pois ilman lääkärin lupaa. Yleisin näistä lääkkeistä on nesteenpoistolääke Furesis, joka usein jätetään pois lisääntyneen virtsamäärän ja virtsaamistarpeen vuoksi. Tämä kuitenkin juuri on kyseisen lääkkeen toimintatarkoitus, poistaa ylimääräistä nestettä. Lääkäri halusi painottaa sitä, että nesteenpoistolääkkeen ottoaikaa voi muuttaa, jos esimerkiksi on juuri aamulla menoa, voi lääkkeen tuolloin ottaa myöhemmin päivällä, jolloin tiheytynyt virtsaaminen ei häiritse elämää. Kunhan muistaa, että ei jätä lääkkeen ottoa liian myöhään iltaan, jolloin se saattaa häiritä yöunia lisääntyneiden wc käyntien vuoksi. Viimeisenä lääkelistassa mainittu Digoksin on lääkärin mielestä vanhentunutta tietoa ja voisi poistaa oppaasta kokonaan. Hänen mukaansa kyseistä lääkettä ei enää juurikaan käytetä vajaatoiminnan hoidossa. Eräs hoitajista taas oli asiasta toista mieltä ja hänestä lääke tulisi pitää oppaassa edelleen. Yksi haastatelluista hoitajista kertoi, että ei käytä oppaan lääkeosiota ohjauksissaan ollenkaan koska kokee sen huonoksi. Tähän osioon siis tulee tehdä muutoksia.

Viimeisenä oppaassa, sivuilla 11- 13, mainittuihin tukimuotoihin ja sosiaalityöksiin kaivattiin päivitystä, sekä nostamaan sosiaalityöntekijän roolia näkyvämmäksi. Hän osaa vastata parhaiten potilaiden kysymyksiin erilaisista tuista ja etuuksista, sekä saatavista korvauksista. Nykyisessä oppaassa kyseiselle henkilölle ei löydy mitään yhteydenottotapaa, joten numeron ja mahdollisesti myös sähköpostiosoitteen lisääminen olisi uuteen oppaaseen välttämätön.

Kehitysideoita tähän osioon saatiin kahdeksan; sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat tekijät, yhteydenottonumeroiden lisääminen, nestelistan tekeminen kaikille tutuksi, päivittäisten nestemäärien koostuminen, oikeanlainen suolan käyttö, lääkkeiden käytön luvattoman lopettamisen estäminen sekä sosiaali- ynnä muiden etuuksien päivittäminen ja sosiaalihoitajan roolin tuominen näkyvämmäksi. Kokonsa, ulkoasunsa ja pituutensa puolesta nykyinen opas on erittäin pidetty ja paljon käytetty. Edellä mainittujen muutosten jälkeen se palvelisi kaikkia mahdollisesti vielä paremmin.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Jokaisella haastateltavalla on jo vuosien, jopa vuosikymmenien kokemus sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja ohjaamisesta. Näin heiltä sai varmasti asiantuntevaa ja ajankohtaista tietoa kehitysideoiksi. Kaikki haastateltavat olivat mielellään mukana työn toteuttamisessa ja keskustelua olisi riittänyt kauemminkin kuin puoleksi tunniksi. Vaikka potilasohjaus Rauman aluesairaalassa on vasta kymmenisen vuotta toteutettu nykyisellä toimintamallilla, on ohjausta annettu jo aiemminkin, ei kuitenkaan näin kattavasti. Vuonna 2006 tehdyn ohjausoppaan myötä ohjaus on saatu uusille urille, ja on alettu enemmän kiinnittää huomiota potilaiden omahoitoonkin.

Potilasohjaukseen saatiin haastatteluissa esiin viisi kehitysideaa. Potilaiden ohjaaminen osastolla on vähentynyt kahden osaston yhdistyttyä. Koko hoitohenkilökunnalla ei ole samanlaista tietämystä ja osaamista vajaatoimintapotilaiden hoitoon ja ohjaukseen. Hyviä keinoja tilanteen muuttamiseen olisivat lisäkoulutukset aiheesta sitä tarvitseville ja muille halukkaille, sekä ohjaustilanteiden harjoittelu vaikka toisen hoitajan tukemana. Samaan aiheeseen liittyy myös toinen kehitysidea ohjauksen kriteerien yhtenevyydestä. Kuten Kääriäinenkin (2008, 10- 14) kirjoittaa, jokaisella potilaalla on oikeus ohjaukseen ja jokaisella hoitajalla on velvollisuus ohjata.

Lääkehoito on tärkeä osa vajaatoimintapotilaan hoitoa. Lääkkeiden lopettaminen tai vähentäminen ilman hoitavan lääkärin lupaa olisi hyvä saada loppumaan. Potilaille on hyvä kertoa ohjauksen aikana, että joillain lääkkeillä oireita ja elämänlaatua parantava vaikutus saadaan toisia lääkkeitä hitaammin, kuten kirjoittaa Lommi (2011, 317). Samaa kertoo myös Kettunen (2011, 317, 321- 322), jonka mukaan lääkehoidon tärkein hyöty syntyy vajaatoimintapotilaiden laadukkaan elämän pitenemisestä.

Sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjausoppaaseen löytyi kahdeksan kehitysideaa. Kuten aiemmin mainittiin, uusien vajaatoimintapotilaiden on hyvä tietää mistä heidän tapauksessaan vajaatoiminta aiheutuu. Tämä auttaa heitä ymmärtämään sairautaan paremmin. Sydämen vajaatoiminta edustaa pitkälle edennyttä sydänsairautta (Lommi 2011, 303), siksi potilaiden on hyvä ymmärtää, että vajaatoiminta aiheutuu jostain eikä ole vain itsenäinen sairaus.

Nestelistan oikea käyttö ja päivittäisten nestemäärien oikea laskeminen ovat tärkeitä vajaatoimintapotilaan omahoidon kulmakiviä. 1,5- 2l nesteitä päivässä on suositusten mukainen määrä. Oppaassa olevaan nesterajoitus kohtaan tämä olisi hyvä merkitä ohjauksen yhteydessä. Samalla olisi suotavaa esimerkkejä käyttäen kertoa, mistä kaikesta tämä kyseinen nestemäärä koostuu. Esimerkit olisi hyvä ottaa potilaan omasta elämästä. Eli jos hän vaikka syö aamuisin puuroa tai syö paljon jogurttia, niin kertoa, että näistäkin kertyy nestettä. Nämä voisi sitten potilaan kanssa yhdessä merkitä nestelistaan, niin tulisi sen käyttö samalla konkreettisesti tutuksi.

Lääkkeenoton laiminlyönti on tavallinen syy vajaatoimintapotilaan sairaalahoitoon joutumiselle. Varsinkin paremmin voidessaan jotkut potilaat pitävät hoitoa huonontavia lääkkeettömiä päiviä. Joskus myös lääkkeitä annostellaan määrättyä pienemmillä annoksilla, koska pelätään lääkkeen haittavaikutuksia tai halutaan säästää lääkekuuluissa. Tästä syystä olisikin tärkeää, että potilaat saisivat riittävästi ohjausta ja tukea omaan lääkehoitoon ja että henkilökunnalla olisi riittävästi aikaa ja valmiuksia ohjauksen antamiseen. (Lommi 2011, 317.) Näissä lauseissa kiteytyy hyvin potilasohjauksen tärkeys sekä se, miksi lääkkeiden oikeaoppista käyttöä tulee painottaa.

Vajaatoimintapotilaille on olemassa paljon erilaisia tukia ja etuuksia, joista kaikki eivät kuitenkaan tiedä. Työntekijöillä ei ole tietoa, koska eivät näitä asioita yleensä hoida. Myös erilaisista vertaistukiryhmiä ja palveluja on olemassa. Sosiaalihoitajalla on asiantuntemusta auttaa erilaisten tukien hakemisessa. Hänellä on ajankohtaisin tieto etuuksista ja palveluista joita on saatavilla. Siksi olisi erittäin tärkeää, että op-
paaseen saataisiin ajantasaista tietoa yllä mainituista asioista sekä sosiaalihoitajan numero, josta hänet parhaiten tavoittaa.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan aina, koska luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Luotettavuuden arvioinnissa käytetään apuna erilaisia tutkimus- ja mittaus-
tapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetti tarkoittaa luotettavuutta, ollaanko tutkimassa sitä, mitä oli tarkoitus. Reliabiliteetti taas viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. (Metsämuuronen 2006, 49, 57). Tutkimuksen validiteetti huononee, jos tutkija joutuu harhaan esimerkiksi käsitteiden tasolla, tai työssä esiintyy virheitä. Validiteettia arvioitaessa huomioidaan ymmärtääkö tutkija ja haastateltava kysymykset samalla tavalla. (Vilka 2007, 150.) Haastattelun hyvä puoli oli juuri siinä, että vaikka haastateltava olisi ymmärtänyt jonkin kysymyksen väärin, olisi opinnäytetyöntekijä pystynyt asiaa korjaamaan ja näin saamaan oikeansuuntaisen vastauksen.

Tutkimuksen voi pilata huonosti suunniteltu tai puutteellinen haastattelurunko. haastattelurungon kysymysten tulee olla lyhyitä eivätkä ne saa olla johdattelevia. Kysymyksien tulee edetä loogisesti. (Lindstedt 2012.) Opinnäytetyöntekijä mietti pitkään haastattelurunkoihin tulevien kysymysten asettelua, jotta vastauksista saataisiin riittävän pitkiä ja kattavia. Kysymykset eivät saaneet olla sellaisia, joihin haastateltava voisi vastata vain kyllä tai ei. Kysymykset tuli myös asettaa oikeaan järjestykseen, miten tutkittava asia loogisesti etenee.

Tutkimusaihetta valittaessa tulee huomioida, että aiheen tulee olla perusteltu, eikä se saa loukata tai väheksyä jotain ihmisryhmää. Tutkimuksen tulee etsiä ratkaisua hoitotieteelliseen ongelmaan ja tutkijan tulee olla selvillä, mihin tarkoitukseen tutkimus tulee. On myös arvioitava, vastaavatko tutkimusongelmat ja tutkimuksen kohde tutkijan tarkoitusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365.)

Tutkimuksen aihetta ehdotettiin opinnäytetyöntekijälle sitä tarvitsevalta taholta. Haettiin parantaa suuren potilasryhmän ohjausta ja ohjaukseen käytettävää materiaalia. Samalla autettaisiin itse potilaita, parantamalla heidän lähtökohtiaan omahoitoon.

Tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden varmistamiseksi tietolähteillä on iso merkitys. Väärin valittu tietolähdejoukko voi ohjata tutkimustuloksia johonkin tiettyyn suuntaan. Tietolähteitä valittaessa tulee huomioida, että tutkittavalle koituu mahdollisimman vähän haittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366.) Opinnäytetyöntekijä valitsi teoriapohjaan lähdemateriaalit luotettavasta ammattikirjallisuudesta. Joidain lähteitä otettiin myös internetistä. Yleensä internetistä otettuihin lähteisiin tulee suhtautua varauksella, koska kuka tahansa on ne sinne voinut kirjoittaa. Työssä käytetyt nettilähteet otettiin kuitenkin turvalliselta, terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettulta sivustolta.

Tutkimusaineiston analyysi tulee tehdä luotettavasti käyttämällä hyväksi koko tutkimusaineisto. Tieteellisen tiedon avulla koitetaan löytää totuus ja sen vuoksi on tärkeää, että tutkimustulokset ovat oikein ja vääristelemättä. Joskus ennakkoasenteet saattavat aiheuttaa tulosten vääristämistä ja sitä kautta virheellistä raportointia. Tutkimuksissa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Sitä voidaan loukata piittaamattomuudella ja vilpillä. Piittaamattomuus voi ilmetä tulosten huolimattomana kirjaamisena. Vilppi ilmentyy sepittämisenä, luvattomana lainaamisena, tai vääristelyinä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364, 369.) Työssä käytetyt lähteet on kirjattu asianmukaisesti ja haastatteluissa saadut tulokset on peilattu aiempaan teoriapohjaan. Haastatteluista saadut materiaalit kirjattiin työhön niin kuin ne oli haastatteluissa kerrottu. Mielipiteet olivat haastateltavien omia, eikä niitä ole muutettu vastaamaan kenenkään muun katsomusta tai tahtoa. Kaiken materiaalin käyttö on tehty luvallisesti.

7.3 Jatkotyöskentelyn haasteet

Tutkimus toi esiin monia kehityskohteita niin potilaiden ohjaustilanteeseen kuin ohjauksessa käytettävään ohjausoppaaseen. Näiden kehitysideoiden avulla voitaisiin luoda uusi ohjausopas, päivitetty ohjenuora ohjaustilanteisiin ja potilaiden omahoidon tueksi. Oppaan oltua käytössä muutaman vuoden voitaisiin tällainen tutkimus toteuttaa uudelleen. Näin nähtäisiin, autoivatko tehdyt muutokset parantamaan ohjausta, madaltamaan kynnystä sen antamiseen ja auttamaan potilaita omahoidon toteuttamisessa. Uusi tutkimus auttaisi kitkemään vielä mahdollisesti jääneet ongelmat pois ja antaisi mahdollisuuden kehittää potilasohjausta tulevaisuudessa vielä parempaan suuntaan.

Toinen jatkotyöskentelyn haaste voisi olla potilaiden näkökulman huomioiminen. Hoitajien ja lääkäreiden haastattelun sijaan tai rinnalla voitaisiin toteuttaa kysely lomakekyselynä potilasohjausta saaneille ihmisille. Sairaalan tiedostoista tehtäisiin otanta esimerkiksi vuonna 2020 ohjausta saaneista ihmisistä ja heistä valittaisiin sopiva määrä. Kyselyt voitaisiin lähettää postitse ja mukaan laittaa vastauskuori vastausten maksimoimiseksi. Näin saataisiin arvokasta tietoa siitä, miten potilaat ohjauksen ovat kokeneet ja mitä mieltä he ovat saamastaan oppaasta. Näillä tavoin opas saataisiin palvelemaan paremmin niin ohjauksen antajia kuin sen saajiakin.

LÄHTEET

Hankonen A., Kaarlela E., Palosaari T., Pinola K., Säkkinen M., Tolonen A. & Viro-la M. 2006. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa. Teoksessa: Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) Potilasohjauksen haasteet- Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino. Oulu, 24-26.

Harjola, V-P. & Remes, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia ja etiologia. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 714- 717.

Hartikainen, L & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kotona selviytymisestään. Opinnäytetyötutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tammer-Paino Oy. Tampere, 34- 44.

Heikkilä, J., Liimatainen, L., Miettinen, H., Perttinen, P. & Paananen, M-L. 2003. Sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjaus. Hoitotyön asiantuntijuus kehittyy yhteistyössä. Sairaanhoidaja 1/2003, vol. 76, 5-7.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Yliopistopaino. Helsinki. 34- 37.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2009. 15. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki, 231.

Hujanen, T. 2010. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoidon toteutuminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Iso-Kivijärvi M., Keskitalo O., Kukkola K., Ojala P., Olsbo A., Pohjola M. & Väänänen H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa: Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) Potilasohjauksen haasteet- Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino. Oulu, 10-11.

Kettunen, R. 2014. Diureetit sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Luettu 29.5.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Kettunen, R. 2011. Angiotensiinikonvertaasin estäjät sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Duodecim. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 320-322.

Kettunen, R. 2011. Sydämen isotooppitutkimukset. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Duodecim. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 303- 317.

Kettunen, R. 2011. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoidon periaatteet. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Duodecim. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 317-318.

Kupari, M. 2008. Sydämen vajaatoiminnan kliininen kuva ja diagnostiikka. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 738-745.

Kääriäinen M. Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Tutkiva hoitotyö lehti 4/2008. ScanWeb Oy. Kouvola. 10- 14.

Lahtinen M. 2004 Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa: Kyngäs H., Kääriäinen M. & Lipponen K. (toim.) Potilasohjauksen haasteet- Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino. Oulu, 6-8.

Lehto, S. & Miettinen, H. 2008. Sydämen- ja verisuonisairauksien muuttuva kirjo. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 74- 81.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Helsinki, 365.

Lindstedt, E. 2012. Kvantitatiivinen tutkimus excelillä. Opetusmateriaali Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.

Lommi, J., Nieminen, M. & Harjola, V-P. 2008. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Teoksessa: Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 754- 772.

Lommi, J. 2011. Sydämen vajaatoiminta. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Duodecim. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 303- 317.

Lommi, J. 2013. NYHA- luokka. Viitattu 3.3.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Metsämuuronen J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 49, 57.

Mäkilä, A. Henkilökohtainen tiedonanto. 17.4.2016.

Pajuportti, M. & Turku, R. 2016. Motivoiva haastattelu valmentaa potilasta. Sairaanhoidtaja 4.16, 1- 2.

Ruskoaho, H. 2014. Vajaatoimintapotilaan lääkehoito. Luettu 10.3.2016.

Ruusuvuori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere, 328.

Sarajärvi A. & Tuomi J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Helsinki, 75- 76.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi. Helsinki, 150.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Edita prima. Helsinki, 16- 17.

LIITE 1

Hoitajien haastatteluun tulevat kysymykset:

1. Kuinka kauan olet ohjannut vajaatoimintapotilaita?
2. Millaista materiaalia käytät ohjauksessasi?
3. Annetaanko ohjaus jokaiselle potilaalle samoin kriteerein?
4. Mitä mieltä olet potilaille annettavasta vajaatoimintaohjauksesta sekä ohjausoppaasta?
5. Mitä asioita haluaisit niissä painotettavan?
6. Millaista palautetta olet saanut antamastasi ohjauksesta sekä kyseisestä ohjausoppaasta?
7. Miten ohjaus on mielestäsi vaikuttanut potilaiden omahoidon laatuun?

Lääkärin haastatteluun tulevat kysymykset:

1. Miten kauan olet hoitanut vajaatoimintapotilaita?
2. Mitä asioita painotat omassa potilasohjauksessasi?
3. Millaisia mielipiteitä olet potilailta saanut koskien koko potilasohjausta?
4. Mitä mieltä olet potilaille jaettavasta vajaatoimintaoppaasta?
5. Mitä asioita siinä pitäisi mielestäsi painottaa?
6. Miten ohjaus on mielestäsi vaikuttanut potilaiden omahoidon laatuun?
7. Ovatko sairaalahoitajaksot vähentyneet ohjauksen myötä?

LIITE 2

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sosiaali- ja terveystoimintajohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
26.1.2016

13/2016

Muut asiat
10/10

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:
Projekti sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen parantamiseksi

Hakija: Moona Lundberg
Kirjunpajuntie 12
21270 Nousiainen

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen
allekirjoitus



Antti Parpo
Sosiaali- ja terveystoimintajohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 3.2.2016

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto
asianosaiselle

Tämä päätös on
 lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on
 annettu tiedoksi mainituille

Päiväys 27.1.2016

Tiedoksiantaja

Terttu Grönvall

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimus-
ohjeet

Oikaisuvaatimusviranomainen
Sosiaali- ja terveystoimintalautakunta
PL 283
26101 Rauma


 OPINNÄYTETYÖ-/
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1(2)

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN TEKIJÄ	Sukunimi <i>Lundberg</i>	Etunimet <i>Moona</i>
	Osoite <i>Kirjupajantie 12</i>	Postinumero ja postitoimipaikka <i>21270 Nousiainen</i>
	Puhelin <i>050 30 88 595</i>	Sähköpostiosoite <i>moona.lundberg@student.samk.fi</i>
	Sukunimi (Muut tekijät)	Etunimi
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö <i>Samk Steniuksen kampus</i>	
Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto <i>Sairaanhoidtaja</i>		
OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA	Nimi <i>Kirsti Santamäki</i>	
	Toimipaikka ja osoite <i>Merenkulun kampus</i>	
	Puhelin <i>044 716 35 65</i>	Sähköpostiosoite <i>kirsti.santamaki@samk.fi</i>
	Oppiarvo ja ammatti <i>Lehtori</i>	
OPINNÄYTETYÖ/ TUTKIMUS	Opinnäytetyön/ tutkimuksen nimi <i>Projekti sydämen vajaatoimintapot. ohjauksen parantamiseksi</i>	
	Opinnäytetyön/ tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK -opinnäytetyö	
	<input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Lyhyt yhteenveto (Opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat.)		

 RAUMAN KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveysvirasto
 PL 283
 26101 RAUMA
 www.rauma.fi

 Kehittämispalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 RAUMA
 vaihde 02 83411/02 83511


 OPINNÄYTETYÖ-/
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2(2)

YHTEYSHENKILÖ(T) SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA	Jotta opintäytetyö/tutkimuksen teko voidaan suorittaa mahdollisimman joustavasti ja ao. yksikön kannalta mielekkäästi, on tutkijan syytä ennen varsinaista luvanhakua ottaa yhteys tämän yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat. Yhteyshenkilön nimi merkitään tähän	
	Nimi <i>Marja Lehtimäki</i>	Yksikkö <i>RAS</i>
	Puhelin <i>vaihde 83511</i>	Sähköposti <i>Marja.Lehtimaki@rauma.fi</i>
HAKEMUKSEN LIITTEET	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö-/tutkimussuunnitelma, josta ilmenevät opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, farkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointi, tutkimuksen arviointi, eettiset näkökohdat. <input checked="" type="checkbox"/> Kyselylomake <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Aineiston keruu-aika (alkaa/päättyy) <i>helm-/huhtikuun</i>	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika <i>valmistumispäivä 17.6, eli ennen sitä</i>
TUTKIJAN SITOUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön. <p>Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaitiolovelvollisuutta ja luovuttamaan korvauksetta opinnäytetyöstä/tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta, kannellinen ja toinen ilman, Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolle. Mikäli opinnäytetyön/ tutkimuksen teko keskeytyy, tulen ilmoittamaan siitä Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämisspalveluun.</p>	
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika <i>Nousiainen 21.1.2016</i>	<i>21.1.2016</i>
	Allekirjoitus ja nimen selvennys <i>MOONA LUNDBERG</i> 	

Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus:

 Rauman sosiaali- ja terveysvirasto
 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 Rauma
 puhelinvaihte 02 834 11 tai 02 835 11

 RAUMAN KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveysvirasto
 PL 283
 26101 RAUMA
 www.rauma.fi

 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 RAUMA
 vaihte 02 83411/02 83511