



Sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas ja hoitoon sitoutuminen

Katsaus tutkimustietoon

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
26.4.2010

Minna Launonen
SHS09S2B

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Minna Launonen			
Työn nimi			
Sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas ja hoitoon sitoutuminen – Katsaus tutkimustietoon			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Kevät 2010	44 + 4 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Sydämen vajaatoiminta on parantumaton pitkäaikaissairaus, johon liittyy oireiden jokapäiväisyys. Sen menestyksellinen hoito koostuu lääkehoidosta, terveyttä edistävästä elämäntavoista sekä sitoutumisesta niihin. Sitoutuminen on potilaille haasteellista. Huono sitoutuminen voi johtaa vajaatoiminnan oireiden pahenemiseen ja jopa kuolemaan. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen ja hoidon kokonaisuudessa tekijöitä, jotka vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen estävästi tai edistävästi tutkimustietoon perustuen.</p> <p>Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 12 hoitotieteellistä tutkimusartikkeliä vuosilta 2001–2009. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Analyysin perusteella aineistosta muodostettiin kahdeksan alakategoriaa, jotka kuvaavat hoitoon sitoutumista estäviä tai edistäviä tekijöitä.</p> <p>Tuloksissa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan ja potilaiden tiedot sydämen vajaatoiminnasta ovat varsin heikot. Hoitajien lisäkoulutuksella ja pitkällä työkokemuksella oli positiivinen vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen. Sekä hoitajilla että potilailla oli virheellisiä käsityksiä omista tiedoistaan. Potilaiden oireiden seurannassa oli puutteita ja he esittivät itsehoidossa epäadekvaattia toimintaa. Potilaiden elämään ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat erilaiset vajaatoiminnan aiheuttamat oireet sekä muut ongelmat. Näitä olivat väsymys ja toimintakyvyn väheneminen, muistiongelmat, lääkkeiden sivuvaikutukset, lääkityksen laiminlyöminen tai lopettaminen, masennus ja haluttomuus osallistua hoitoonsa, taudin aiheuttamat rahalliset vaikutukset sekä matkustamiseen ja liikkumiseen liittyvät ongelmat. Toisaalta useimmat potilaat olivat halukkaita toteuttamaan hoitosuosituksia ja he ovat tietoisia sairauden oireiden tarkkailun merkityksestä. He haluavat tietää asioista ja elää sairaudesta huolimatta hyvää elämää. Ikääntyminen, korkeampi koulutus ja varallisuus vaikuttivat positiivisesti hoitoon sitoutumiseen.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että sydämen vajaatoiminta sairastavan potilaan hoitoon sitoutuminen on laaja-alainen ja monimutkainen prosessi. Koska tutkimuksessa todettiin vahvasti tiedon osuus hoitoon sitoutumisen välineenä, tulisi hoitohenkilökunnan koulutukseen panostaa enemmän resursseja. Koulutusta tulisi järjestää sekä vajaatoimintaan liittyvistä yleisistä asioista että potilasohjauksen perusteista. Hoitajilla tulisi olla ymmärrys taudin luonteesta ja kyky antaa ohjausta potilaan konteksti huomioon ottaen.</p>			
Avainsanat			
Sydämen vajaatoiminta, hoitoon sitoutuminen, hoitotyö			

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Minna Launonen		
Title		
Heart Failure Patient and Adherence to Care – A Literature Review		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2010	44 + 4 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>Heart failure is an incurable chronic disease with everyday life symptoms. Successful treatment consists of medical treatment, self-care and adherence to them. Adherence to care is a problem among heart failure patients. Poor adherence to self-care may lead to worsening symptoms and even death. The purpose of this study was to describe adherence to care of the heart failure patients.</p> <p>The method used in this final project was a literature review. The literature review was based on data collected from medical databases, and it was analysed by the methods of inductive analysis. Based on the analysis, the data was categorised into eight main categories that described the factors of adherence to care.</p> <p>The results showed that the nursing staff and patients knowledge of heart failure were very weak. Nurses further training and long professional experience had a positive impact on patients adherence to care. As well as nurses, patients had inaccurate perceptions of their own knowledge. The symptoms of heart failure and other problems contributed to everyday life and adherence. These symptoms and problems included fatigue and functional ability decline, memory problems, medication side effects or dereliction of medication, depression or reluctance to participate to care. The disease also caused financial, travelling and movement problems. However, most patients were willing to adhere to recommendations of care, and they were aware of the importance of checking the disease symptoms. They wanted to know things and live a good life in spite of the illness. Aging, higher education and wealth were positively affected by treatment.</p> <p>The results lead to the conclusion that the heart failure patients adherence to care is a broad and complex process. Since the study found that knowledge was the most effecting thing for adherence, the nursing staff should dedicate more resources to patient education. They should have an understanding of the nature of the disease and the ability to provide patient guidance.</p>		
Keywords		
heart failure, adherence to care, nursing		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVA POTILAS	2
2.1	Sydämen vajaatoiminta	2
2.2	Sydämen vajaatoiminnan syyt ja ennuste	4
2.3	Sydämen vajaatoiminnan oireisto	6
2.4	Sydämen vajaatoiminnan toteaminen	8
2.5	Sydämen vajaatoiminnan hoito	9
2.5.1	Lääkehoito	9
2.5.2	Elämäntapoihin kohdistuva ohjaus ja pahentavien tekijöiden hoito	12
3	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOITOON SITOUTUMINEN	13
3.1	Pitkäaikainen sairaus ja hoitoon sitoutuminen	13
3.2	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan potilasohjaus	15
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5	OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	19
5.1	Aineiston keruu	19
5.2	Aineiston analysointi	22
6	TULOKSET	23
6.1	Hoitoon sitoutumista estävät tekijät	23
6.1.1	Hoitajien tietopohjan heikkous	25
6.1.2	Potilaiden tiedon heikko taso	25
6.1.3	Potilaiden jokapäiväistä elämää häiritsevät fyysiset tuntemukset ja muut ongelmat	27
6.1.4	Potilaiden mieliala ja itseluottamus	28
6.1.5	Potilaiden taloudellinen tilanne ja sosiaalinen tausta	29
6.1.6	Tulosten yhteenveto hoitoon sitoutumista ehkäisevistä tekijöistä	29
6.2	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät	30
6.2.1	Hoitajien työkokemus vajaatoimintapotilaan hoidosta ja koulutustausta	31
6.2.2	Potilaiden asenne ja halu parempaan elämänlaatuun	31
6.2.3	Potilaiden sosioekonomisen taustan ja iän merkitys	31
6.2.4	Tulosten yhteenveto hoitoon sitoutumista edistävästä tekijöistä	32
7	POHDINTA	32
7.1	Tulosten tarkastelua	32

7.2	Johtopäätökset	35
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	36
7.4	Jatkokehittämishankkeet	38
LÄHTEET		40
LIITTEET		
Liite 1. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältöalueet		
Liite 2. Analysoitavat tutkimukset		
Liite 3. Sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössä, sitoutumista estävät tekijät		
Liite 4. Sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössä, sitoutumista edistävät tekijät		

1 JOHDANTO

Sydämen vajaatoiminta on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Yli 75-vuotiaista 8–10 % sairastaa sydämen vajaatoimintaa ja 50 % heistä on yli 80-vuotiaita. (Kupari – Lommi 2004: 12.) Tämä näkyy konkreettisesti jokapäiväisessä työssä terveyskeskuksissa. Osastoilla hoidettavien potilaiden keski-ikä on jo varsin korkea ja sydämen vajaatoimintaa sairastaa tulevaisuudessa yhä suurempi potilasmäärä.

Keskeisimpiä syitä vajaatoiminnan taustalla ovat sepelvaltimosairaus ja korkean verenpaineen aiheuttama sydämen kammion väsyminen sekä iäkkäämmillä potilailla sydämen paksuuntumisesta aiheutuvat elastisuuden häiriöt. Hoidon oleellisia elementtejä ovat lääkehoito, tautia pahentavien tekijöiden kuten infektioiden hoito sekä potilaan itsensä sekä hänen omaistensa ohjaus ja neuvonta. Hoitohenkilökunta on tämän vuoksi potilaan hoidossa avainasemassa. (Kupari – Lommi 2004: 51.) Vajaatoiminnan vuoksi terveyskeskuksen vuodeosastolle joutui vuonna 2007 5907 potilasta. Heidän keski-ikänsä oli 81 vuotta ja hoitopäiviä kertyi kaikkiaan 165127, keskimääräisen hoitoajan ollessa 81 vuorokautta. (Stakes 2009.)

Terveystenhuollon työntekijää ohjaavat asiakkaan oikeudet sekä ammattiryhmän omat eettiset ohjeet. Terveystenhuollon asiakkaalla on yhdenvertaisen hyvän hoidon lisäksi oikeus saada ohjausta ja tietoa. Lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on asiakkaan omien voimavarojen tukeminen ja elämänlaadunparantaminen. (Kyngäs – Hentinen 2008: 45–46.) Väestön terveydenhoidon optimaaliset tulokset vaativat sekä tehokasta hoitoa että sitoutumista hoitoon. Onnistuminen riippuu hoitoon sitoutumisesta riippumatta siitä, kuuluuko hoitoon lääkkeiden oikea ottaminen, sovitusta tapaamisesta kiinni pitäminen vai tarvitaanko tiettyä sairaudenkulkuun vaikuttavaa käyttäytymistä. Tekijät ovat samanarvoiset, mutta sitoutumiskäyttäytyminen määrää hoidon onnistumisen. (Lääketietokeskus 2004: 135.) Tämän perusteella hoitajilla tulisi olla sekä hyvät tiedolliset valmiudet hoitaa potilaan somaattista sairautta että myös kykyä antaa tietoa potilaalle hänen sairaudestaan potilaslähtöisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen ja hoidon kokonaisuudessa tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen tutkimustietoon perustuen. Omassa työpaikassani viimeisen vuoden aikana tapahtuneet mer-

kittävät rakenteelliset muutokset ovat olleet vaikuttamassa opinnäytetyöni aiheen valintaan. Työpaikkani oleva terveyskeskuksen vuodeosasto muuttui 1.1.2009 akuuttiosastoksi. Hoidon painopiste on siitä lähtien muuttunut. Potilaat ohjautuvat terveyskeskukseen erikoissairaanhoidosta entistä varhaisemmassa vaiheessa hoitoa. Myös omasta ensiavusta tulevien potilaiden hoidon vaatimukset ovat kasvaneet. Sydämen vajaatoimintapotilaat ovat potilasryhmä, joiden sairaalahoidon tarve on toistuvaa. Tavoitteena on, että tämän työn tulosten avulla osastolla voidaan kehittää ja yhdenmukaistaa hoitohenkilökunnan toimintaa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidossa ja ohjauksessa ja täten edesauttaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Mahdollisuuksien mukaan työ voi myös toimia hoidon ja ohjauksen oppaana ja innoittajana osastolla.

2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVA POTILAS

2.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta (insufficiencia cordis) on oireyhtymä, joka johtuu sydämen pumppaustoiminnan heikkenemisestä. Kysymyksessä ei ole itsenäinen sairaus, vaan erilaisten sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien seurauksena syntynyt laaja-alainen elintoimintojen muutos. Sen näkyvimpiä tunnusmerkkejä ovat hengenahdistus, huono suorituskyky ja turvotukset. Vajaatoiminta voi olla seurausta häiriintyneestä sepelvaltimovirtauksesta, poikkeavasta sydämen rytmistä, häiriöistä sydänläppien toiminnassa, sydämen rakenneviasta, vaurioituneesta sydänlihaksesta tai syntyä ulkoisesta, sydäntä voimakkaasti rasittavasta tekijästä. Sydämen vajaatoiminnan kehittyminen on usein merkinä taudin etenemisestä pitkälle. Verenkiertoelinten ohella se koskee autonomista hermostoa, sisäeritystä, hengityselimiä, munuaisia, luurankolihasia sekä elimistön energiataloutta. (Remes 2000: 291; Kupari – Lommi – Kokkonen 2000: 295; Vauhkonen – Holmström 2005: 66.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa diastoliseen ja systoliseen tyyppiin. Diastolisessa vajaatoiminnassa sydänlihas ei jousta normaalilla tavalla kammioiden täytyessä laskimopaluun volyyymilla. Sisäänvirtaus purjeläppien kautta kammioon on hidastunut. Tarvitaan pidempi aika, ennen kuin kammio-ontelo on pystynyt venymään ja täyttymään tarpeeksi hyvän iskutilavuuden aikaansaamiseksi. Tällaisen sydämen koko on sydänkeuhkokuvassa normaali. Ekg:ssä voidaan nähdä korkeat QRS-kompleksit, jos sydän on

paksuuntunut eli hypertrofinen. Diastolinen vajaatoiminta on usein vähäoireinen, mutta altistaa äkilliseen dekompenzaatioon. (Vauhkonen – Holmström 2005: 68–69.) Dekompenzaatiolla tarkoitetaan tilaa jossa häiriötekijät ovat niin voimakkaita, että elimistön korjausmekanismit eivät riitä ylläpitämään normaalia tasapainotilaa jos perussairaus pahenee tai muut sairaudet kuormittavat sydäntä. (Terminologian tietokannat 2008.)

Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen iskuvoima on huonontunut. Diastolinen täyttö sujuu hyvin, mutta huolimatta runsaasta esitäytöstä ja lepovaiheen korkeasta kammion-sisäisestä paineesta sydän jaksaa työntää verta eteenpäin vain heikosti. Sydän on useimmiten selvästi laajentunut ja näyttää röntgenkuvassa suurelta. Kuormittumisen pohjalta voidaan nähdä sydänsähkökäyrässä alaspäin viettävä ST-segmentti ja kääntynyt T-aalto lateraalisimmissä kytkennöissä. Ilmiötä kutsutaan strain-muutokseksi. (Vauhkonen – Holmström 2005: 68–69.)

Yleensä katsotaan, että sydämen toiminnan järkkyyessä diastolinen eli täyttövaiheen toiminnanhäiriö on sydämen vajaatoiminnan ensimmäinen vaihe. Varsinainen systolinen vajaatoiminta eli pumppausvoiman heikkeneminen seuraa myöhemmin sydänsairauden edetessä. Vaikeasti sairaassa sydämessä ovat useimmin sekä lepo- että työvaihe häiriintyneet. (Vauhkonen – Holmström 2005: 67.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa myös akuuttiin ja krooniseen. Akuutin vajaatoiminnan vaikeimmat muodot ovat keuhkopöhö ja sokki. Keuhkopöhö syntyy, kun sydämen pumppausteho ei riitä ylläpitämään normaalia ääreisverenkiertoa ja veri pakkautuu vasempaan kammioon, eteiseen ja keuhkolaskimoihin. Verentungoksen seurauksena keuhkolaskimopaine kasvaa ja nestettä alkaa tihkua keuhkovälitilaan sekä keuhkorakku-loihin. Nesteen kertyminen keuhkoihin heikentää kaasujen vaihtoa keuhkorakkuloissa ja lisää hengitystyötä. Sydämen pumppausvajausta ja sitä seuraava keuhkojen verentungos synnyttävät nopeasti "noidankehän", jonka katkaiseminen edellyttää aina ripeää diagnostiikkaa ja oikein kohdennettuja hoitotoimia. Äkillisessä sydämen vajaatoiminnassa esiintyviä oireita ovat hengenahdistus, hapenpuutteen tunne, rintakipu, tykytyksen tunne, tuskaisuus, sekavuus ja pelko. (Lommi 2008a: 303–304.)

Huomattavalle osalle potilaista vajaatoiminta jää pysyväksi. Kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa sydämen toiminta on pysyvästi heikentynyt. Pumppausvajeen aste vaikuttaa suoraan oireiden määrään ja ennusteeseen. Vajaatoiminta voi kuitenkin aina vai-

keutua akuutiksi, mikä voi johtua joko verenkiertoa kuormittavasta lisätekijästä kuten infektiosta tai rytmihäiriöstä tai perussairauden pahenemisesta. Sydämen vajaatoiminnan vaikeutumisen taustalla on usein myös sydänperäisten syiden ohella muita sairauksia sekä lääkehoidon toteutumiseen liittyviä ongelmia. (Lommi 2008a: 303, Vauhkonen – Holmström 2005: 66–67.)

Mitä varhaisemmassa vaiheessa sydämen akuutin vajaatoiminnan oireet havaitaan, syy tunnistetaan ja hoito aloitetaan, sitä nopeammin toipuminen alkaa. Äkillisesti alkanut vajaatoiminta, jonka aiheuttajaa ei tunneta, edellyttää lähes aina kattavia tutkimuksia sairaalassa. Hoitotoimet ovat usein monimuotoisia eikä niitä voida aina toteuttaa terveyskeskuksessa. Mikäli sydämen vajaatoiminta vaikeutuu hitaammin ja oireet ilmenevät vähitellen muutamien päivien kuluessa, on joskus mahdollista jatkaa hoitoa terveyskeskuksella. Tämä edellyttää kuitenkin lääkärin toistuvaa tilannearviota sekä mahdollisuutta jatkuvaan seurantaan. (Lommi 2008b:305.)

2.2 Sydämen vajaatoiminnan syyt ja ennuste

Kudosten hapensaanti on riippuvainen verenkierron riittävydestä ja sydämen toiminnasta. Sydämen pumppaustoiminnan heikkeneminen johtaa kudosten hapenpuutteeseen eli hypoksiaan ja eri elinjärjestelmien toimintahäiriöihin. Ensivaiheessa hapenpuute ilmenee lihasten väsyvyytenä ja heikkoutena. Vajaatoiminnan vaikeutuessa myös sisäelinten, esimerkiksi munuaisten, toiminta voi heiketä. (Lommi 2008c: 295.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihassolut ovat vaurioituneet eivätkä toimi normaalisti. Sydänlihassolu voi vaurioitua mm. hapenpuutteen, poikkeavan paine- tai tilavuuskuormituksen, myrkyllisten aineiden tai tulehduksen seurauksena. Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka ei osallistu supistumistoimintaan. Vaurion seurauksena terveet sydänlihassolut joutuvat lisääntyneeseen venytykseen ja kuormitukseen. (Lommi 2008c: 295.)

Sydänlihassäikeen lisääntynyt venytys parantaa aluksi supistumisvireyttä, mutta pitkälle edetessään tämä vauhdittaa sydänlihassäiekimppujen uudelleen järjestymistä. Se johtaa lopulta vasemman kammon laajentumiseen. Kammion seinämäkuormitus aktivoi elimistön neuroendokriiniset järjestelmät, jotka kiihdyttävät terveiden sydänlihassolujen ja

sidekudoksen kasvua. Keskeisessä asemassa ovat sympaattinen hermojärjestelmä ja reniini-angiotensiini-aldosteronijärjestelmä. (Lommi 2008c: 296.)

Reniini-angiotensiini-aldosteroni-järjestelmä (RAA-järjestelmä) on tärkeä usean hormonin muodostamaa verenpaineen säätelyjärjestelmä. Munuaiset ovat tämän säätelyjärjestelmän tärkein elin, koska niiden erittämä reniini pilkkoo maksan valmistamaa angiotensinogeenia angiotensiini I:ksi. Keuhkojen erittämä angiotensiinin konvertaasinentsyymi (ACE) puolestaan muuttaa angiotensiini I:n angiotensiini II:ksi. Angiotensiini II on voimakkaimpia tunnettuja verisuonia supistavia ja siten verenpainetta kohottavia aineita. Angiotensiini II lisää puolestaan aldosteronin erityystä lisämunuaisesta. Aldosteroni vähentää natriumin eritystä virtsaan ja tämänkin seurauksena verenpaine nousee. Angiotensiini II vaikuttaa myös keskushermostoon hypotalamuksen janon säätelyalueeseen ja lisää janon tunnetta ja siten vedenottoa. Se puolestaan lisää elimistön nesteiden ja veren määrää ja kohottaa edelleen verenpainetta. (Kettunen 2008a.)

Verenkiertoelimistön sairaudet vaurioittavat ja kuormittavat sydänlihassoluja eri tavoin. Tästä syystä vajaatoiminnan mekanismit ovat erilaisia. Sydämen toiminnan kannalta vajaatoiminnan mekanismit jaetaan joko sydämen vasemman kammion täyttymisvaiheen (diastolen) tai supistumisvaiheen (systolen) häiriöiksi. Nämä esiintyvät usein samanaikaisesti, mutta toinen on yleensä vallitsevampi. (Lommi 2008c: 296.)

Sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin aiheuttamassa vajaatoiminnassa sydänlihaksen hapenpuute ja/tai sydänlihaksen arpi voivat heikentää sydämen kammioden täyttymistä ja supistumista (systolinen vajaatoiminta). Verenpainetaudin aiheuttamassa vajaatoiminnassa kyse on ainakin aluksi vasemman kammion seinämien paksuuntumisesta ja jäykistymisestä joka johtaa diastoliseen toimintahäiriöön. Vanhusten sydämen vajaatoiminta johtuu muita yleisemmin korkeasta verenpaineesta. (Lommi 2008c: 296.)

Sydämen vajaatoiminta on yleensä pitkälle edennyt sydänsairaus. Potilaista valtaosa on iäkkäitä ja oireiden puhjettua ennuste voi olla epäsuotuisa. On arvioitu, että 30–50% vajaatoiminnan vaikeinta muotoa sairastavista potilaista menehtyy ensimmäisen vuoden aikana diagnoosihetkestä. Liki puolet potilaista kuolee viiden vuoden kuluessa vajaatoiminnan ilmaantumisesta lievemmissäkin muodoissa. Valtaosa kuolemista aiheutuu äkillisestä rytmihäiriöstä ja vajaatoiminnan vaikeutumisesta. Ennusteeseen vaikuttavat

mm. taustalla oleva sydänsairaus, vajaatoiminnan vaikeusaste ja vaste lääkehoitoon. (Lommi 2008d: 297–298.)

2.3 Sydämen vajaatoiminnan oireisto

Vajaatoiminta voi olla pitkään piilevä, jolloin tyypilliset oireet puuttuvat kokonaan tai ilmenevät vain voimakkaan rasituksen yhteydessä. Elimistö pyrkii normalisoimaan vajavaista verenkiertoa useilla mekanismeilla, mm. nopeuttamalla sykettä ja supistamalla ääreisverisuonia sekä kiihdyttämällä sydänlihassolujen kasvua. Toimintahäiriön alkuvaiheessa nämä sopeutumismekanismit ovat hyödyllisiä, mutta tilanteen pitkittyessä ne käyvät riittämättömiksi ja osittain jopa haitallisiksi. Piilevässä vajaatoiminnassa elimistön sopeutumismekanismit pystyvät siis vakauttamaan verenkierron eikä potilaalla esiinny oireita, vaikka vasen kammio toimiikin vajavaisesti. Oireiden ilmaantuessa sairaus on edennyt niin pitkälle että sopeutumismekanismit ovat käyneet riittämättömiksi. (Lommi 2008c: 295.)

Liikkuminen ja ponnistelu lisäävät lihasten hapentarvetta, jolloin sydämen tulisi pystyä pumppaamaan verta tehokkaammin. Paheneva voimien ehtyminen rasituksessa viittaa sydämen vajaatoiminnan pahenemiseen. Rivakka kävely tai portaiden nousu voi pakottaa pysähtymään ja lepäämään. Normaaaleista arkiaskareista selviytyminen voi tuntua vaikealta. Väsyminen ja voimien väheneminen voidaan tulkita väärin myös ikääntymisen tai huono yleiskunnon aiheuttamaksi. Uupumus voi myös lisääntyä vähitellen, jolloin sen tunnistamien vajaatoiminnan vaikeutumisen aiheuttamaksi voi olla vaikeaa. (Partanen – Lommi 2008a: 321.)

Hengenahdistus on tavallinen merkki vaikeutuneesta sydämen vasemman puolen toimintahäiriöstä. Se ilmenee ensin vain rasituksessa, mutta vaikeutuessaan lopulta myös levossa. Ahdistus johtuu nesteen kertymisestä keuhkoihin, kun sydämen vasen kammio ei pysty pumppaamaan verta riittävästi eteenpäin. Nesteen kerääntyminen keuhkoihin aiheuttaa yskää, joka on luonteeltaan kuivaa. Yskänlääkkeet eivät lievitä oireita. Hengenahdistus voi kehittyä muutamassa tunnissa tai pahentua hitaasti. Hitaasti pahenevaa hengenahdistusta edeltävät yleensä painon nousu ja kudosturvotuksen ilmaantuminen. (Partanen – Lommi 2008a: 321–322.)

Kun sydämen oikea puoli ei jaksa pumpata verta riittävän tehokkaasti, veri pakkautuu laskimoihin ja maksaan. Nesteen kertyminen elimistöön aiheuttaa turvotuksia. Nopea sykkeen nousu, ilman loppumisen tunne ja poikkeava väsyminen ovat merkkejä riittämättömästä pumppausvoimasta. Yleensä neste kerääntyy helpommin alaraajoihin. Kengät käyvät ahtaiksi ja sukista jää painumajälki nilkkoihin. Alaraajoihin kertyvää nestettä voi tutkia parhaiten sääriluun etupinnan päältä. Jos nilkan kohdalta painettaessa ihoon ja sen alaiseen kudokseen jää kuoppa joka ei heti palaudu, kyseessä on ylimääräinen neste. Nestettä voi kertyä myös vatsaonteloon. Se voi tuntua ylimääräisenä kiristävänä vanteena ylävatsalla ja näkyä vatsanalueen turvotuksena. Turvotusoire tulee tavallisesti esiin ruokailun jälkeen. Se voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja pahoinvoinnin tunnetta. Painon nousu saattaa virheellisesti synnyttää mielikuvan lihomisesta ja rasvakudoksen lisääntymisestä. Samaan aikaan ruuansulatuskanavan toiminta hidastuu ja lääkkeiden ja ravintoaineiden imeytyminen saattaa häiriintyä. Pitkään jatkuessaan voi laskimopuolen ylipaine johtaa jopa maksan vajaatoimintaan. Keskittymiskyky huononee, potilas saattaa olla sekava, muistamaton ja ahdistunut. Vaikeassa vajaatoiminnassa aineenvaihdunta kehittyy kataboliseen tilaan. Potilaalle kehittyy energiahukka, jolloin hän laihtuu, lihasmäärä vähenee, haavojen paraneminen huononee ja kyky vastustaa infektioita heikenee. (Partanen – Lommi 2008a: 321–322, Vauhkonen – Holmström 2005: 69–70.)

Sydämen vajaatoiminnan luokittelun apuna käytetään NYHA-luokitusta. New York Heart Assosiacionin NYHA-luokitus on otettu käyttöön 1950-luvulla sydämen vajaatoimintapotilaiden luokitusjärjestelmäksi. (Kiema – Ihanus – Meirilä – Surakka – Hänninen 2010a.)

TAULUKKO 1. NYHA-luokitus (Kiema ym. 2010a).

Luokka	Oireet
NYHA I	Suorituskyky ei ole merkittävästi heikentynyt. Tavallisessa arkiliikunnassa ei ilmene hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA II	Suorituskyky on rajoittunut, ja tavanomainen arkiliikunta sekä rasitus aiheuttavat hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA III	Suorituskyky on rajoittunut merkittävästi. Tavallista vähäisempi liikunta aiheuttaa hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

2.4 Sydämen vajaatoiminnan toteaminen

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin ja tutkimuksiin, joilla osoitetaan sydämen toimintahäiriö ja taustalla oleva verenkiertoelimistön sairaus. Käytännössä tutkimukset etenevät vaiheittain. Kun oireiden, sairaushistorian ja kliinisten havaintojen perusteella on virinnyt epäily sydämen vajaatoiminnasta, diagnostiikkaa täydennetään laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. (Lommi 2008e: 298.)

Sydänfilmin (EKG) ja verinäytteiden avulla saadaan tietoa muun muassa siitä, onko vajaatoiminnan syynä sepelvaltimotauti, verenpaineauti vai rytmihäiriö. EKG on useimmilla sydämen vajaatoimintaa kärsivillä poikkeava. Yleisimpiä poikkeavia löydöksiä ovat vasemman kammion seinämän paksuuntumisesta ja vasemman eteisen kuormituksesta johtuvat muutokset, sydäninfarktin aiheuttamat muutokset ja rytmihäiriöt. Rytmihäiriöistä eteisvärinä on yleisin ja on arvioitu, että joka neljännellä potilaalla esiintyy eteisvärinää. (Lommi 2008f: 300.)

Sydämen eteisten ja kammioden kuormitus ja kasvaneen paineen aiheuttama seinämävenytys kiihdyttävät sydänlihassoluissa muodostuvien peptidihormonien, eteispeptidin (Nt-ANP) ja B-tyypin natriidiureettisen peptidin (proB-NP) tuotantoa sekä vapautumista verenkiertoon. Nämä hormonit laajentavat verisuonia ja lisäävät natriumin erittymistä virtsaan. Natrium puolestaan vie mukanaan vettä ja seurauksena on lisääntynyt virtsaneritys. Sydämen eteisvenytysreseptoreilla on vaikutusta myös aivolisäkkeen takalohkoon. Näiden reseptorien aktivoituminen vähentää virtsaneritystä estävän eli anti-diureettisen hormonin eritystä. Tämän seurauksena virtsamäärä lisääntyy ja siten elimistön nestemäärä ja verimääräkin pienentyvät ja verenpaine alenee. Muilla laboratoriokokeilla selvitetään seerumin kretiniinipitoisuus (P-Krea), hemoglobiini (B-Hb), paastosokeri (P-Gluk), maksan ja kilpirauhasen toiminta (P-ALAT, P-ASAT, P-AFOS, S-TSH), kolesteroliaineenvaihdunta (P-kolesteroli) ja veren tulehdusarvot (P-CRP). Myös veren kaliumin (P-K) ja natriumin (P-Na) pitoisuudet katsotaan. Joskus myös potilaan bilirubiinitaso (P-bilirubiini) tutkitaan. (Lommi 2008f: 300–301.)

Sydämen ultraäänitutkimuksella (ECHO, UÄ) voidaan selvittää vajaatoimintaan johtaneita mekanismeja ja vajaatoiminnan vaikeusastetta. Ultraäänitutkimus tehdään rintakehän päältä. Sen avulla saadaan käsitys sydämen kammioden ja eteisten koosta ja supistumisvireydestä, sydänlihaksen koosta, seinämien paksuudesta, supistumiskyvystä ja

verenvirtauksesta sydämen läpi. Ultraäänitutkimuksella voidaan tutkia myös sydämen läppien rakenteita ja toimintaa. (Lommi 2008f: 302.)

Keuhkojen röntgentutkimuksella eli thorax-röntgenillä saadaan tietoa sydämen koosta ja mahdollisista nestekertymistä. Kuvasta voidaan arvioida myös suurten valtimoiden kulkua. Vaikea vasemman kammion supistumishäiriö johtaa verentungokseen keuhkolas-kimoissa, joka näkyy keuhkoverekkyytenä kuvassa. Keuhkokuvassa näkyvät myös muut hengenahdistusoireita aiheuttavat sairaudet kuten keuhkokuume ja ilmarinta. (Lommi 2008f: 301.)

2.5 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoiminnan hoidolla pyritään lievittämään potilaan oireita, parantamaan hänen suorituskykyään sekä hidastamaan sydänvian etenemistä ja siten parantamaan ennustetta. (Ylitalo 2007). Sydämen vajaatoiminnan hoito sisältää yksilöllisen lääkehoidon, elämäntapoihin kohdistuvaa ohjausta sekä sairautta pahentavien tekijöiden ehkäisyä ja hoidon. (Lommi – Partanen 2008b.)

2.5.1 Lääkehoito

Viime vuosikymmenen aikana sydämen vajaatoiminnan lääkehoito on oleellisesti muuttunut. Diureeteilla lievitetään perinteisesti oireistoa, mutta ACE:n estäjillä ja beetasalpaajilla parannetaan myös sydämen vajaatoiminnan ennustetta. (Niemelä – Peuhkurinen 2001.)

Nesteenpoistolääkkeet eli diureetit (esim. kauppanimellä Furesis, Hydrex, Vesix) ovat vajaatoiminnan peruslääkkeitä. Nestekertymien eli nesteretentioiden ja verentungoksesta aiheutuvien eli kongestiivisten oireiden hoito onnistuu yleensä vain diureeteilla. Diureettien oikealla käytöllä voidaan tehokkaasti vähentää vajaatoimintapotilaiden sairaalahoidon tarvetta. Nesteretentio ja siihen liittyvä hengenahdistus ja turvotus ovat sairaalahoidon syynä yli puolella vajaatoimintapotilaista. (Kettunen 2008b: 310.)

Diureetteja tulee annostella pitkäaikaiskäytössä mahdollisimman säästeliäästi, jolloin potilas välttyy diureettien haittavaikutuksilta. Näitä ovat hypokalemia, hyponatremia, hyperurikemia eli kihti ja digoksiinin kertymisestä johtuva intoksikaatio. Hypokalemiaa

on vältettävä erityisesti siihen liittyvän rytmihäiriövaaran takia. Kaliumin korvaushoidon tarvetta pyritään välttämään käyttämällä ns. kaliumia säästäviä diureetteja kuten spironolaktonia (esim. kauppanimellä Spiresis). Se on aldosteronireseptorin salpaaja jolla on diureesia lisäävä ominaisuus lähinnä furosemidin (esim.kauppanimellä Furesis, Lasix, Vesix) rinnalla. Jos taas potilaalle kehittyy hyponatremia, suolan lisäämisestä ei ole hyötyä, päinvastoin. Hyponatremia korjataan vajaatoimintapotilaalla aina nesterajoituksella. Hyponatremian oireita ovat väsymys, sekavuus, päänsärky, pahoinvointi ja heikkous, tajunta, kouristelut, erittäminen, virtsamäärät, suolen toiminta, ripulointi, jano. (Kettunen 2008a: 310–312; Niemelä – Peuhkurinen 2001; Saarinen 2010.)

ACE-estäjät eli angiotensiinikovertaasin estäjät, kuten enalapriili tai ramipriili (esim. kauppanimellä Cardace, Linatil, Renitec) ovat ensilinjan lääkkeitä kaikenasteisessa systolisessa vajaatoiminnassa ja ovat erityisen suositeltavia diabeetikoille. ACE:n estäjät vähentävät sydämen vajaatoimintapotilaiden kuolleisuutta jopa 20 %. Ne laajentavat valtimoita ja alentavat verenpainetta, parantavat sydämen pumppausvoimaa sekä tehostavat nesteenpoistolääkkeiden vaikutusta. Näiden mekanismien ansiosta ACE-estäjät parantavat oleellisesti potilaan ennustetta, lievittävät vajaatoiminnan oireita ja hidastavat vajaatoiminnan vaikeutumista. Niiden vaikuttavuus ei rajoitu pelkästään eliniän ennusteen parantamiseen, vaan ne vähentävät myös sairaalahoidon tarvetta ja parantavat elämänlaatua. Oireita aiheuttava matala verenpaine ja yskä, jota esiintyy noin 10 prosentilla, ovat tavallisimmat esteet lääkkeen käytölle. (Kettunen 2008c: 312–314; Niemelä – Peuhkurinen 2001.)

Sydämen systolisessa vajaatoiminnassa sympaattinen aktiivisuus on lisääntynyt. Akuutissa vajaatoiminnassa tästä onkin hyötyä riittävän verenpaineen ja hemodynamiikan ylläpitämiseksi. Kroonisessa vajaatoiminnassa se kuitenkin lisää ääreisvirtausvastusta, sydämen kuormaa ja hapentarvetta. Reniinin erityis lisääntyy ja sydän herkistyy rytmihäiriöille. Beeta-salpaajien karvedilolin, bisoprololin ja metoprololin (esim. kauppanimellä Cardiol, Emconcor, Metoprolin) on osoitettu vähentävän potilaan oireita ja parantavan ennustetta. Nykyään beetasalpaajahoito on oireisen systolisen vajaatoiminnan hoidon kulmakivi ACE-estäjähoitoon ohella. Haittavaikutuksia ovat hypotonia eli matala verenpaine ja bradykardia eli sydämen hidaslyöntisyys. (Niemelä – Peuhkurinen 2001; Ylitalo 2007.)

Digoksiini on autonimisen hermoston tasapainoa parantava ja nesteen erityystä eli diureesia lisäävä lääke. Digoksiinia suositellaan käytettäväksi yhdessä beetasalpaajan ja ACE-estäjän kanssa, jos potilaalla on eteisvärinä. Digoksiini hidastaa kammiorytmiä ja parantaa näin kammio toimintaa. Mahdollinen haittavaikutus on intoksikaatio eli myrkytys, jonka oireita ovat ruokahaluttomuus, oksentelu ja sekavuus. Digoksiini-lääkitystä käyttävä potilas kontrolloidaan ajoittain S-Digoksiini pitoisuus. (Kettunen 2008d.; Kiema – Ihanus – Meinilä – Surakka – Heikkilä – Hänninen 2010b.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytössä ovat myös sekä lyhyt- että pitkävaikutteiset nitraatit. Lyhytvaikutteisia nitraatteja käytetään kipujen ehkäisyyn ja hoitoon. Pitkävaikutteinen nitraatti laajentaa jatkuvasti verisuonia. Nitraattien sivuvaikutuksia ovat huihaus ja päänsärky. Pitkävaikutteiset nitraatit voivat lisäksi aiheuttaa heikotusta, verenpaineen laskua ja pyörtymistä sekä ihon punoitusta ja kuumotusta. Lyhytvaikutteisia ovat mm. Dinit ja Nitro ja pitkävaikutteisia mm. Deponit, Imdur, Isangina ja Ormox. Laskimoita laajentavan ominaisuutensa ansiosta nitraatit alentavat vasemman kammion täyttöpainetta, mikä on edullista sydämen vajaatoiminnassa. (Niemelä – Peuhkurinen 2001.)

Vajaatoimintapotilaiden tulisi välttää tulehduskipulääkkeitä (esim. kauppanimellä Disperin, Burana), koska ne aiheuttavat natriumin retentiota eli kertymistä ja munuaisten toimintahäiriöitä, jolloin turvotus lisääntyy. Riski on erityisen suuri, jos niitä käytetään reniini-angiotensiinisärjetelmään vaikuttavan lääkityksen yhteydessä. Kipuun vain parasetamoli (esim. Panadol, Para-Tabs) ja tramadoli (esim. Tramal) ovat turvallista. Valittavasti tulehduskipulääkkeiden välttäminen ei aina ole helppoa, sillä iäkkäät potilaat tarvitsevat usein myös runsaasti muuta kipulääkitystä. Kipujen ja särkyjen hoito on sydänsairaudenkin hoitoa, sillä liikuntaa ja lepoa haittaavat kivut huonontavat sydänpotilaan elämänlaatua ja ennustetta. Suolistoverenvuodot ja muu verenvuotoalttius ovat yleisimpiä tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksia. Joitakin tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää nivel- ja lihaskipujen hoidossa myös paikallisesti iholle annosteltavana geelinä. Tällöin vältetään useimmat haittavaikutukset. Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutusten välttäminen on hyvin tärkeää varsinkin iäkkäillä potilailla ja varfariinia (Marevan), kortisonilääkitystä tai klopidoogreelilääkitystä (Plavix) käyttävillä potilailla. (Kettunen 2008e.)

Monien lääkkeiden käyttöön liittyy myös suuri riski lääkkeiden virheelliseen annosteluun ja haitallisiin yhteisvaikutuksiin. On tärkeää, että potilaat saavat riittävästi ohjausta ja tukea lääkehoitoon ja että hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa ja taitoa ohjauksen antamiseen. (Kettunen 2008f.)

2.5.2 Elämäntapoihin kohdistuva ohjaus ja pahentavien tekijöiden hoito

Sydämen vajaatoiminnan menestyksellinen hoito koostuu lääkehoidon lisäksi terveyttä edistävästä elämäntavoista sekä sitoutumisesta niihin. Elämäntapamuutoksella pyritään keventämään sydämen työkuormaa, lievittämään sydänsairaudesta aiheutuvia oireita sekä ehkäisemään sydänsairauden pahenemista. Tuella ja ohjauksella on elämänlaatua parantava vaikutus, kun potilas oppii, miten voi itse vaikuttaa sairautensa kulkuun. Selkeät ohjeet ja yhteystiedot hoitaviin tahoihin lisäävät yleensä potilaan turvallisuuden tunnetta. Ne myös helpottavat hoitoon hakeutumista ongelmien ilmetessä. Tehokkaalla ohjauksella voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta sekä vähentää jossain määrin myös kuolleisuutta. Terveyttä edistävät elämäntavat kuten terveellinen ruokavalio, liikunta ja lepo sekä tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen lievittävät vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita ja parantavat lääkehoidon tehoa. (Lommi – Partanen 2008: 318.)

Sydämen vajaatoimintaa pahentavia tekijöitä kuten johtumishäiriöitä sekä henkeä uhkaavia rytmihäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeiden lisäksi esimerkiksi tahdistimen avulla. Tavallisin syy tahdistimen asentamiselle ovat huimaus- tai pyörtymiskohtaukset, jotka aiheutuvat sydämen lyöntien välille jäävistä pitkistä tauoista. Muita syitä ovat väsymys ja hengenahdistus, jotka johtuvat sydämen hitaasta sykkeestä. Vajaatoimintatahdistuksessa korjataan sydämen vasemman kammion supistumista. Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihas ei kykene pumppaamaan riittävästi verta elimistön tarpeisiin vasemman kammion alentuneen supistuvuuden takia. Tämä johtuu sydänsairaudesta, joka on johtanut sydänlihaksen voiman pettämiseen. (Surakka 2010; Käypä hoito -suositus 2010.)

Erilaiset tulehdukset voivat rasittaa sydäntä. Ennaltaehkäisy ja hoito vähentävät riskiä joutua sairaalaan. Vajaatoimintaa pahentavia infektioita pyritään ehkäisemään pneumokokki ja influenssarokotuksin sekä huolehtimalla suuhygieniasta. Tavallisten tulehdussairauksien, kuten virtsatietulehdusten ja nuhakuumeiden huolellinen hoito kuuluu myös sydämen vajaatoiminnan hoitoon. (Kiema ym. 2010c.)

3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOITOON SITOUTUMINEN

3.1 Pitkäaikainen sairaus ja hoitoon sitoutuminen

Koska väestön sairaustaakka on siirtynyt kohti pitkäaikaisia sairauksia, hoitoon sitoutumisen ongelma koskee kaikkia terveydenhuollossa toimivia. Hoidon laiminlyönnin vaara lisääntyy hoidon pituuden ja monimutkaisuuden myötä, ja kroonisiin sairauksiin liittyy väistämättä sekä pitkäaikainen että monimutkainen hoito. (Lääketietokeskus 2004: 135.)

Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999) ovat käyttäneet tutkimuksessaan pitkäaikainen terveysongelma-käsitettä tarkoittamaan pitkäaikaista tai kroonista sairautta. Termin valinnalla korostetaan sitä, että pitkäaikaissairaus ei tuhoa koko ihmisen terveysvoimavaraa. Termin määrittelyssä keskeistä on ymmärtää, että kyseessä on kuitenkin pysyvä sairaus. Sairauden oireisiin liittyy niiden jokapäiväisyys ja ne vaikuttavat arkipäivän elämästä selviämiseen ja vakiintuneisiin elämäntapoihin. Lisäksi tarvitaan pitkäaikaista ohjausta, hoitoa ja tarkkailua. Potilaan on jatkuvasti yritettävä löytää ratkaisu- ja hallintakeinoja, mikä puolestaan merkitsee jatkuvaa oman terveyden tarkkailua.

Potilaan kokema pitkäaikainen terveysongelma, kuten sydämen vajaatoiminta, vaatii hyvää hoitoon sitoutuneisuutta potilaalta ja vaikuttaa hänen elämäänsä laaja-alaisesti. Potilaan kyky hallita terveysongelmaansa ja sen seurauksia elämässään vaatii kokonaisvaltaista terveydentilan ymmärtämistä. Pitkäaikainen sairastaminen on haaste. Sairauteen muodostuu hyvin henkilökohtainen, intiimi suhde. Sairauden aiheuttama haitta tuo elämäntavoitteiden asettelun uuteen valoon. Tätä tulisi hoitohenkilökunnan tukea. (Leino-Kilpi ym. 1999: 31–32; Linkola 2008.)

Viime vuosikymmeninä on tapahtunut muutoksia kroonisten sairauksien lähestymistavoissa. Alun perin ajateltiin, että potilas on hoitomyöntyvyyteen liittyvien ongelmien syy. Sitten kiinnitettiin huomiota myös terveydenhuollon ammattilaisten osuuteen. Nyt tiedetään, että tarvitaan laaja-alaista lähestymistapaa. Hoitomyöntyvyys käsitteenä yhdistyy liian läheisesti joko potilaiden tai terveydenhoitohenkilökunnan syylistämiseen. Hoitoon sitoutuminen on parempi käsite kuvaamaan niitä monimutkaisia muutoksia, joita vaaditaan kaikilta hoitoon osallistujilta kroonisia tauteja sairastavan potilaan optimaalisen terveyden säilyttämiseksi. (Lääketietokeskus 2004: 7–13.)

Tutkittaessa verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumista on todettu että positiivisia vaikutuksia hoitoon sitoutumiselle antoivat taudin hyvä ymmärtäminen, hyvä potilas-hoitohenkilökunta suhde, yksinkertaistetut lääkkeenottotavat, taudin riskien ymmärtäminen sekä aktiivinen osallistuminen hoitoon ja seurantaan. Negatiivinen vaikutus hoitoon sitoutumisella oli huonolla taloudellisella tilanteella, huonolla koulutuksella, terveydenhuoltohenkilöstön puutteellisella tiedolla, huonolla potilas-henkilökuntasuhteella, hoidon monimutkaisuudella, lääkkeiden haittavaikutuksilla, riittämättömällä ja puutteellisella kyvyllä hallita oireita ja hoitoa sekä tietämättömyys hoidon hyödyistä. (Lääketietokeskus 2004: 127–129.)

Evangelista, Berg ja Dracup (2001) ovat tutkineet tekijöitä, jotka ennustavat hoitoon sitoutumista vajaatoimintapotilaalla. Korkein hoitoon sitoutumisen aste oli vastaanotto-aikojen pitämisessä, lääkkeitten ottamisessa sekä tupakan ja alkoholin käytössä. Tähän vaikuttivat korkeampi koulutus, parempi mielenterveys ja terveystyytyväisyys. Lääkkeiden otossa korkein sitoutuminen oli iäkkäämmillä henkilöillä. Potilaat jotka kertoivat olevansa vähemmän masentuneita ja ahdistuneita, osoittivat parempaa hoitoon sitoutumista. Potilaat jotka kokivat stressiä ja ahdistusta olivat kykenemättömiä auttamaan itseään. Tutkimuksen potilailla oli huono hoitoon sitoutuminen terveystyösuosituksiin.

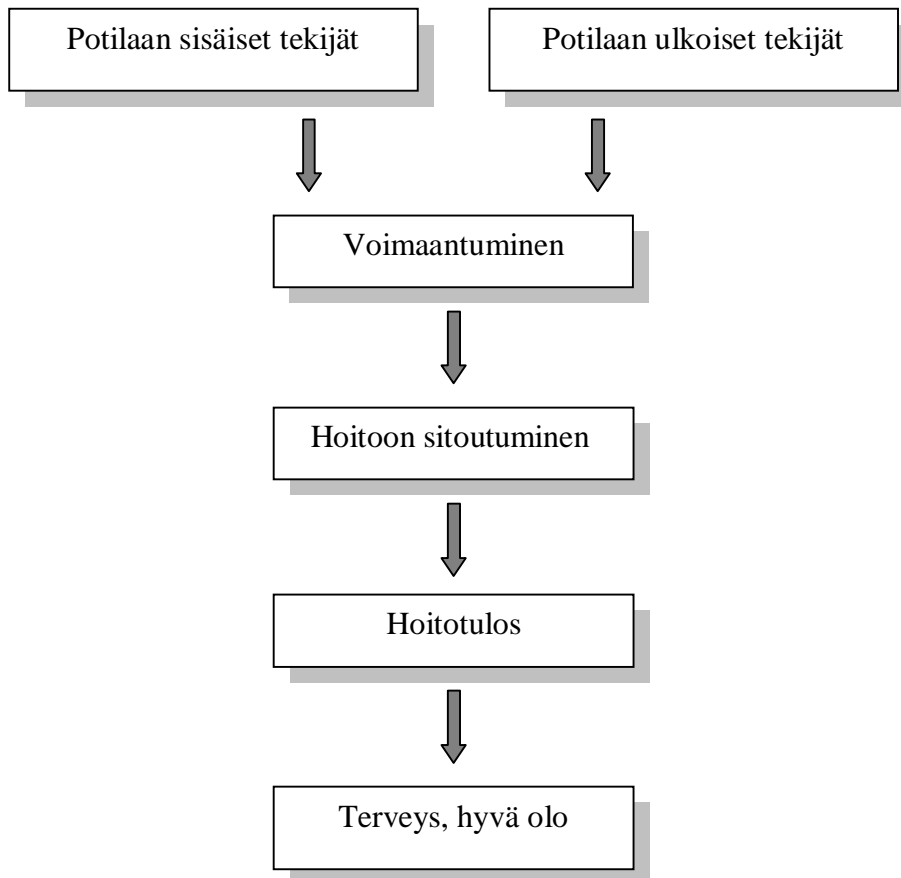
Laajan kirjallisuuskatsauksen avulla on selvitetty potilaiden ja hoitohenkilökunnan esteitä sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Suurimmat esteet potilailla olivat tiedon puute, hoitoon sitoutumisen puute, kommunikaatiovaikeudet hoitohenkilökunnan kanssa, yleisoireet ja toiminnanrajoitukset sekä psykososiaaliset ja sosioekonomiset tekijät. Tiedon puutteeseen vaikutti ikääntyminen ja lyhytkestoisen muistin huononeminen. Korkein sitoutuminen tutkimusten mukaan oli lääkäriaikojen pitämiseen ja lääkkeiden ottamiseen. Sitoutuminen liikuntaan ja dieettisuosituksiin kuten suola- ja nesteenrajoituksiin olivat matalat. Varattomat potilaat söivät enemmän runsassuolaisia valmisruokia. Vaikka sitoutuminen lääkehoitoon oli korkea, kuitenkin todettiin, että vain 34 % otti lääkkeensä niin kuin oli määrätty. Tutkimuksen vastauksissa potilaat antoivat ymmärtää että heillä oli vaikeuksia lääkkeiden otossa käytännössä. Annostelu sekä lääkkeiden nimet olivat vaikeita ymmärtää ja toteuttaa. Lääkkeiden oton sitoutumiseen vaikuttivat myös taloudelliset vaikeudet ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Tutkimuksessa todettiin myös fyysisten rajoitusten, taloudellisten vaikeuksien, huonon itsetunnon ja negatiivisten tunteiden vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Lääkäriin lähtemisen esteeksi ilmoitettiin matkustamisesta aiheutuvat vaikeudet ja kustannukset. Kaikenlaiset oireet vaikutti-

vat potilailla tutkimuksen mukaan hoitoon sitoutumisen asteeseen. Näitä olivat hen-
genahdistus, nilkkojen turpoaminen, väsymys, unohtelu ja keskittymiskyvyn puute.
Tutkimuksessa 60 % potilaista kuvaili masennuksen tunteita. Samoin kuvattiin epävar-
muutta elämän hallinnassa ja sairaudenhoidossa. Hoitohenkilökunnan suurin este tutki-
muksen mukaan oli tiedon vähyys. Alle puolet ei toteuttanut hoitolinjausten mukaista
hoitoa potilaalle päivittäin, vaikka olivat tietoisia sen eduista. (McEntee – Cuomo –
Dennison 2009.)

3.2 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan potilasohjaus

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen ensisijainen tavoite on potilaan voimaantu-
minen ja hoitoon sitoutuminen. Hyvä hoitosuhde ja sosiaalinen tukiverkosto tehostavat
vajaatoimintapotilaan itsehoidon hallintaa. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksella
tuetaan potilasta selviämään sairautensa kanssa, ylläpidetään elämänlaatua ja vältetään
sairaalahoitoon johtavia sairauden pahenemisvaiheita. (Kiema – Ihanus – Meinilä – Su-
rakka – Heikkilä – Hänninen 2010c.)

Voimaantuminen, josta käytetään myös englanninkielistä termiä empowerment, ei ole
varsinaisesti teoria. Se on kuitenkin vakiintunut viime vuosina yhdeksi hoitoon sitoutu-
mista koskevan tutkimuksen ja ohjauksen lähtökohdaksi. Sen avulla voidaan kuvata ja
ymmärtää hoitoon sitoutumista ja sen seuraamuksia prosessina (Kuvio 1.). Voimaantu-
minen on todellisen hoitoon sitoutumisen edellytys. (Kyngäs – Hentinen 2008: 60.)



KUVIO 1. Voimaantumisen, hoitoon sitoutumisen, hoitotuloksen ja terveyden väliset yhteydet (Kyngäs – Hentinen 2008: 60.)

Voimaantuminen edustaa potilaille tilannetta, jossa päätösvalta niin sairauteen liittyvis-
sä asioissa kuin omassa elämässä on jälleen hänellä itsellään. Laadukas ja ymmärrettävä
tieto ovat tärkeimpiä potilaiden voimaannuttajia, sillä ne auttavat potilaita osallistumaan
omaan hoitoonsa sekä auttavat heitä tekemään perusteltuja päätöksiä. Monipuolinen ja
riittävä tieto ei riitä, vaan sen lisäksi tarvitaan käytännön toimia. Kuten kaikessa muus-
sakin toiminnassa hankittuja tietoja on voitava harjoittaa käytännössä. (Tuorila 2009:
102–109.)

Voimavaraistuminen lähtee ihmisestä itsestään eikä sitä voi toinen ihminen tuottaa.
Voimaantuminen tapahtuu luontevammin sellaisessa ympäristössä, jossa ihminen kokee
ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi. Voimaantunut
potilas sitoutuu hoitoonsa paremmin ja voimaantuminen tukee myös onnistunutta vuo-
rovaikutusta hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Potilaan voimaantumisesta puhutta-
essa ei voida unohtaa omaisia ja muita potilaille tärkeitä henkilöitä. Terveydelliset on-

gelmat saattavat vaikuttaa paitsi fyysiseen myös psyykkiseen toimintakykyyn siten, ettei potilas välttämättä itse kykene toimimaan. (Tuorila 2009: 104–106.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaustilanteessa hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tekee ohjaustilanteesta ja ohjauksesta ainutlaatuisen. Onnistunut vuorovaikutus vaatii potilaalta ja hoitajalta halua työskennellä yhdessä, samoja ajatuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007: 47–48.) Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta tuloksellinen ohjaus edellyttää, että potilas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana. Tarkasteltaessa ohjausta prosessina, siitä voidaan erottaa kolme vaihetta. Ensimmäisenä vaiheena ohjaajan ja ohjattavan taustatekijöiden selvittäminen ja tunnistaminen, toisena ohjaussuhteen rakentamisen tavoitteiden saavuttamiseksi ja kolmanneksi ohjauksen arvioinnin. Ohjausprosessin tärkein elementti on potilaan ja ohjaajan välinen suhde. On tärkeää, että ohjausprosessin lähtökohtana on potilaan ja ohjaajan konteksti eli ne taustatekijät, joihin he ovat kiinnittyneet. Hoitoon sitoutumista edistävä ohjaus ottaa huomioon myös potilaan fyysiset ja psyykkiset taustatekijät sekä sosiaaliset ja muut ympäristöön liittyvät taustatekijät. (Kyngäs – Hentinen 2008: 81–95.)

Tutkittaessa potilaiden saamaa ohjausta on todettu, että he ovat saaneet omasta mielestään riittämätöntä ohjausta sairauden ennusteesta, sairauden syistä, vaaratekijöistä sekä hoitovaihtoehtoista. Potilaiden mielestä ohjaustilanteessa ongelmista ei voinut aina keskustella, ohjeita ei perusteltu tai omaisia ei otettu mukaan ohjaukseen. Tutkimuksessa todettiin, että ohjaustilanteessa tulisi ottaa enemmän huomioon potilaan elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet sekä ottaa huomioon omaisten tiedonsaannin tarve. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005a.)

Hoitajien ohjaustaitoja tutkittaessa on todettu, että yleisesti hoitajien suullinen ohjaus hallitaan hyvin ja tätä myös potilaat ja heidän omaisensa arvostavat. Suullisen ohjauksen lisäksi muut ohjausmenetelmät hallitaan huonosti ja niitä käytetään vähän. Erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön ja hallintaan tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota, koska potilaat muistavat asioita eri tavoin. Työkokemuksella todettiin olevan vaikutusta potilasohjaukseen. Yli 15 vuotta työssään olleet demonstroivat ohjaustilanteessa potilaalle selitettäviä asioita enemmän. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005b.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tavoitteena on siis saada potilas sitoutumaan ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Ohjaus sisältää selkokielisen selvityksen vajaatoiminnan taustalla olevasta sairaudesta, erilaisista tutkimuksista sekä hoitomahdollisuuksista. Alkuvaiheessa potilas tarvitsee suullisen ohjauksen tueksi kirjallista materiaalia. Ohjauksessa käsiteltäviä asioita ovat vajaatoiminnan syy, vajaatoimintaa pahentavat tekijät, lääkehoito, sairauden pahenemista ennustavien oireiden seuranta, ravintosuositukset, liikunta ja lepo sekä mahdolliset psyykkiset ongelmat. Matkustamiseen liittyvät erityisasiat ja juhlapyhien merkitys sekä jatkohoitosuunnitelmat ja jakohoitotahot selvitetään potilaalle. Yleensä on myös tarkoituksenmukaista keskustella lähiomaisen kanssa hoidosta, koska he ovat myös osallisia potilaan hoitoprosessiin. Hoitoon sitoutumisen apuna voidaan käyttää joko osastolla itse tehtyä ohjausrunkoa tai muuta vastaavaa materiaalia. (Lommi – Partanen 2008: 317–318.) Liitteessä 1. esitetään yksi ohjausprosessin malli kaavakkeen muodossa.

Koelling – Johnson – Cody – Aaronson (2005) ovat tutkineet potilasohjauksen vaikutuksia sydämen vajaatoimintapotilailla. Ennen kotiutusta potilas sai tunnin mittaisen hoitajan antaman etukäteen sovitun ohjausrungon mukaisen ohjauksen sydämen vajaatoiminnasta ja sen hoidosta. Ohjauksessa käsiteltiin sitä miten potilas itse pystyy osallistumaan hoitoonsa ja miten tärkeässä asemassa hän siinä on. Hoitajalla oli mukanaan aineistoa ohjauksen havainnollistamisen tueksi. Ohjauksessa läpikäytiin perussairauden ja sen hoidon lisäksi myös neste- ja suolarajoitus, painonmittaamisen merkitys, tupakointi ja alkoholinkäyttö. Ohjauksessa läpikäytiin myös mitä tehdä jos oireet pahenevat. Potilas sai mukaansa kotiin ohjauskerralla tehdyn hoitosuunnitelman kirjallisena. Tällaisena kuvatus ohjauksen todettiin parantavan itsehoitoon sitoutumista, vähentävän sairaalakäyntejä sekä kuolemia tutkimuksen seuranta-aikana.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen ja hoidon kokonaisuudessa tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen tutkimustietoon perustuen.

Työllä etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin

1. Mitkä tekijät estävät sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista?
2. Mitkä tekijät edistävät sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista?

5 OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

5.1 Aineiston keruu

Kirjallisuudessa esiintyy useita käsitteitä aikaisemman tutkimustiedon koonnasta: kirjallisuuskatsaus, katsaus, narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus, systemoitu katsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kirjallisuuskatsauksella voidaan toisaalta tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta tai toisaalta jo kahden tutkimuksen yhteenkäsittelyä voidaan kutsua kirjallisuuskatsaukseksi. (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri: 2007: 3.)

Opinnäytetyöni on pienempimuotoisempi kuin varsinainen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä liittyy näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseen. Näyttö tarkoittaa tieteellisissä lehdissä julkaistuja artikkeleita, joissa raportoidaan empiirisiä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus on katsaus aiemmin tuotettuun julkaistuun tutkimustietoon. Tutkimustietoa käytetään kriittisesti tarkastellen hoitotyön päätöksenteossa ja auttamismenetelmien perustana. Kyseeseen tulevat pääsääntöisesti hoitotieteellinen tai monitieteinen tutkimus ja muut, ammatissa sovellettavat lähitieteet.

Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Tämä tarkoittaa sitä, että haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista

tietoa. Jotta haku olisi riittävän kattava, alkuperäistutkimuksia haetaan sekä sähköisesti eri tietokannoista että manuaalisesti. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 40.)

Katsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Myös tässä opinnäytetyössä tehtiin niin. Sisäänottokriteereillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Kirjallisuuskatsauksessa hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Vastaavuutta tarkastellaan portaittain: kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan ensin otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteerejä. Jos vastaavuutta ei selviä otsikosta, tehdään valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41.)

Aineiston keräämistä varten eri tietokannoista annettiin tässä työssä seuraavanlaiset kriteerit:

- Haku rajattiin vuosille 2000—2009
- Tekstin oli oltava tieteellinen tutkimusartikkeli
- Aineiston tuli olla kerätty potilailta tai hoitajilta
- Aineiston tuli vastata tutkimuskysymyksiin
- Aineisto oli kirjoitettu joko suomeksi tai englanniksi

Tutkimusartikkeleita työhön lähdin hakemaan Medic-, PubMed, Ovid Medline-, Ovid-Full text- ja Cinahl-tietokannoista. Hakuja tein seuraavilla sanoilla ja fraaseilla: compliance, heart failure, nursing, adherence, empowerment ja chronic illness. Käsintahulla hain aineistoa kirjastosta alan uusimmista julkaisuista sekä tutkimusartikkelien lähde-luetteloista. Hakuprosessi on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tiedonhaku tietokannoista.

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat	Tulos	Otsikon ja tiivistelmän perusteella luetut	Mukaan valitut
Medic	2000–2009 Kaikki kielet Kaikki julkaisut	Compliance Compliance and "heart failure" Adherence	54 1 20	0 0 0	
Ovid–Medline	2000–current English language	Compliance and "heart failure" and nursing Adherence and "heart failure" and nursing Empowerment and "heart failure" and nursing	45 37 1	5 0 0	1
Ovid Full text	2000–current English language	Compliance and "heart failure" and nursing Narrow by Journals: Journal of Cardiovascular Nursing Heart and Lung Circulation Empowerment and nursing and "chronic illness" and "heart failure"	1073 116 74 35 132	 9 7 0 8	 3 6
PubMed	Published in the last 10 years English Nursing Journals Free full text	Patient adherence	15	1	1
Cinahl	2000–2009 English	Patient compliance and heart failure, congestive Compliance and "heart failure" and nursing	60 12	0 0	
Käsinhaku				6	1

Haut tuottivat runsaasti viitteitä, mutta hakukriteerien rajaamana tuli ensiksi otsikon ja tiivistelmän perusteella harkintaan 36 artikkelia. Näistä mukaan opinnäytetyön aineistoksi valikoitui 11 artikkelia sekä käsinhaulla yksi artikkeli vuosilta 2001–2009. Aineiston jakautuminen julkaisujen ja vuosien mukaan on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Analysoitava aineisto.

Julkaisu	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Yht.
Tutkiva Hoitotyö					1					1
American Journal of Critical Care			1							1
Heart & Lung	1	2		1			1	1	1	7
Journal of Cardiovascular Nursing			1		1			1		3
Yht.	1	2	2	1	2		1	2	1	12

5.2 Aineiston analysointi

Analyysin tekeminen lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Tämän jälkeen ryhmitellään ilmaisut aineistosta yhtäläisten ilmaisujen joukoksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään ja annetaan kategorialle kuvaava nimi. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla yläkategorioita. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 102–103.)

Aineiston analyysin aloitin lukemalla aineistoksi valitut tutkimusartikkelit läpi. Tämän jälkeen kirjoitin niistä saadut tulokset taulukkomuotoon (Ks. liite 2). Tuloksista keräsin sanoja ja lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen etsin lausekokonaisuuksista samankaltaisia ilmaisuja, jotka yhdistin maininnoiksi. Näistä maininnoista muodostin vielä mainintoja kuvaavan lausekkeen, joista muodostuivat opinnäytetyöni alakategoriat. (Ks. liitteet 3. ja 4.) Nämä yhdistyivät edelleen yläkategorioiksi, jotka edustavat tutkimuskysymyksiä.

6 TULOKSET

Katsauksessa oli mukana 12 tutkimusta neljästä eri maasta. Yksitoista tutkimuksista oli englanninkielisiä ja yksi suomenkielinen. Tutkimuksia oli Yhdysvalloista (8), Hollannista (2), Suomesta (1) ja Ruotsista (1). Kuuden tutkimuksen aineisto oli kerätty kyselylomakkeella, kahden haastattelulla ja kolmen kyselylomakkeen ja haastattelun yhdistelmällä. Yksi aineisto oli kerätty puhelinhaastattelulla.

Aineistosta muodostui kahdeksan pelkistettyä mainintaa, jotka kuvaavat niitä tekijöitä mitkä vaikuttavat sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumiseen joko estävästi tai edistävästi. Raportoin tulokset taulukoissa 4 ja 5.

6.1 Hoitoon sitoutumista estävät tekijät

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä on sekä hoitohenkilökunnasta johtuvia että potilaista johtuvia. Sitoutumista estäviä tekijöitä löytyy myös asioista, joihin potilaan tai hoitohenkilökunnan voi olla vaikea tai mahdotonta vaikuttaa.

TAULUKKO 4. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista estävät tekijät.

SITOUTUMISTA KUVAAVAT MAININNAT	MAININNAT (kuinka mones- sa tutkimukses- sa)	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan hoidon kokonaisuudesta • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan lääkehoidosta • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan ohjauksesta ja itsehoidosta • Eri osastojen välillä hoitajien tiedot vaihtelevat suuresti • Hoitajat eivät tunnista omia oppimistarpeitaan 	3 2 3 1 2	Hoitajien tietopohjan heikkous	Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden riittämättömät tiedot sairaudestaan ja itsehoitonsa perusteista • Suolan käytön liiallisuus • Nesterajoituksen ylittäminen • Tietämättömyys sairauden luonteesta • Tietämättömyys oireiden merkityksestä • Lääkehoidon lopettaminen • Ruokavalio sairaudelle vahingollinen • Potilaat saaneet riittämätöntä ohjausta • Potilaiden toimet epäadekvaatteja oireiden helpottamiseksi • Potilailla epärealistisia mielikuvia paranemisesta 	9 1 2 2 4 1 1 2 4 2	Potilaiden tiedon heikko taso	
<ul style="list-style-type: none"> • Vajaatoiminnasta johtuvat fyysiset oireet • Lääkkeiden sivuvaikutukset • Ruuan maistuminen pahalta • Muut perussairaudet • Vähäinen ammatinapu • Muistin heikkeneminen • Matkustamiseen liittyvät ongelmat • Motivaatio-ongelmat • Sääolosuhteet 	8 3 1 1 1 4 2 1 1	Potilaiden jokapäiväistä elämää häiritsevät fyysiset tuntemukset ja muut ongelmat	
<ul style="list-style-type: none"> • Pelko ja ahdistus • Masennus • Huono luottamus omiin kykyihin ja epävarmuus itsehoidossa • Hoidon monimutkaisuus • Asenteet 	2 2 3 1 1	Potilaiden mieliala ja itseluottamus	
<ul style="list-style-type: none"> • Potilailla huoli rahan riittävydestä • Yksin asumisen vaikutus hoitoon • Koulutuksen vaikutus hoitoon 	4 2 1	Potilaiden taloudellinen tilanne ja sosiaalinen tausta	

6.1.1 Hoitajien tietopohjan heikkous

Tutkimuksen artikkeleista kolmessa tiedot olivat koottu pelkästään sairaanhoitajilta. Kaikissa näissä kolmessa toistui sama tulos. Sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas ei saa riittävän hyvää hoitoa ja ohjausta, koska sairaanhoitajien tiedot ovat riittämättömät. (Washburn - Hornberger – Klutman – Skinner 2005; Erikson – Partanen 2005; Albert – Collier – Sumodi – Wilkinson – Hammel – Vopat – Willis – Bittel 2002.) Hoitajat saattavat jopa edistää epäadekvaatilla ohjauksella ja neuvonnalla potilaitten joutumista sairaalakierteeseen sekä huonontaa hoitoon sitoutumista. (Washburn ym. 2005.) Hoitajien tietämyksessä sekä potilaan saamassa hoidossa ja ohjauksessa osastojen välillä on myös suuria vaihteluita. (Albert ym. 2002.)

Tutkittaessa hoitajien tietoja sydämen vajaatoiminnasta, saatiin yhdeksi tulokseksi hoitajien oma virheellinen käsitys omista tiedoistaan kaikissa kolmessa hoitajia koskevassa tutkimuksessa. Hoitajat ilmoittivat osaavansa punnita potilaan, mutta eivät osanneet kysyttäessä kertoa miksi niin tekivät. Hoitajat kertoivat myös osaavansa tarkkailla sydämen vajaatoimintapotilasta uusien oireiden varalta, mutta eivät kuitenkaan ilmoittaneet lääkärille oireettomasta matalasta verenpaineesta ja huimauksesta noustessa. Lisäkoulutusta hoitajat eivät kokeneet tarvitsevana. (Washburn ym. 2005.) Suomalaisessa tutkimuksessa sairaanhoitajista vain 31 % tiesi riittävästi vajaatoimintapotilaan ohjauksesta. Kuitenkin vain lääkehoidon alueella he tiedostivat oman osaamattomuutensa. Ohjauksessa tärkeitä osa-alueita, kuten esimerkiksi sairautta pahentavat tekijät, lepo ja liikunta, hoitajat arvelivat osaavansa hyvin. Kokonaistietoutta ei kuitenkaan heillä ollut riittävästi. (Eriksson – Partanen 2005.) Yhdessä tutkimuksessa lisäkoulutusta haluttiin, jos tiedot koettiin vajavaisiksi. Kuitenkin tutkimuksessa ilmeni joillakin alueilla tiedoissa suuria puutteita, eikä koulutusta niihin kaivattu. (Albert ym. 2002.)

6.1.2 Potilaiden tiedon heikko taso

Potilaiden tiedon tasoa käsiteltiin yhdeksässä tutkimusartikkelissa. Yleistä tietoutta mitattiin yhdessä tutkimuksessa testillä, josta potilaat osasivat vastata oikein vain 25 %:iin vastauksista. (Sneed – Paul 2003.) Potilaat eivät olleet ajatelleet, etteivät tiedä tarpeeksi. Kahden tutkimuksen mukaan suurin osa ei tiennyt, että vajaatoiminta on krooninen sairaus, joka johtuu pysyvästä sydämen pumppausvajeesta. Yli puolet näiden tutkimusten vastaajista ei tiennyt, että lääkitystä pitää jatkaa koko loppuelämän. Alle puolet käytti

tilastaan oikeaa nimitystä. (Ågård – Hermeren – Herlitz 2004; Rodriguez – Appelt – Switzer – Somel – Arnold 2008.)

Taudin pahenemista ennakoivien oireiden seurantaa, kuten painonnousu ja hengitysvaikeudet, ei hallittu kunnolla. Oireita ei tunnistettu vajaatoiminnan aiheuttamiksi. Vaikka ne huomattiin, monet eivät tehneet niille mitään tai eivät vain ymmärtäneet niitä varoitusmerkeiksi. Hoitoon hakeutumisessa viivyteltiin oireiden pahentuessa. Yhden tutkimuksen mukaan alle puolet seurasi nestetasapainoaan ja mittasi päivittäin verenpaineensa ja painonsa. (Macabasco-O'Connell – Crawford – Stotts – Steward – Froelicher 2008; van der Wal – Jaarsma – Moser – van Gilst – van Veldhuisen 2007; Artinian – Magnan – Sloan – Lange 2002; Carlson – Riegel – Moser 2001; Rodriguez – Appelt – Switzer – Sonel – Arnold 2008; Annema – Luttik – Jaarsma 2009; Evangelista – Doering – Dracup – Westlake – Hamilton – Fonarow 2003.)

Kahdessa tutkimuksessa potilailla esiintyi epärealistisia toiveita paranemisesta ja elinajan pituudesta. Tieto sairauden parantumattomasta luonteesta ei ollut tavoittanut potilasta. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; Ågård ym. 2004.)

Hoitosuosittelujen noudattamisessa esiintyi puutteita yhdeksän tutkimuksen mukaan. Liikunnan harrastamiseen oli sitouduttu huonosti. Liikkuminen oli puutteellista tai sitä ei harrastettu ollenkaan. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Carlson ym. 2001; Evangelista ym. 2003.) Painon seuranta ja säännöllinen punnitseminen oli puutteellista. Sitoutuminen punnitsemiseen ja sen toteuttamiseen oli huonoa. Alle puolet potilaista punnitsi itsensä päivittäin. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Rodriguez ym. 2008; Evangelista ym. 2003.) Suositeltujen rokotusten ottamisen puutteellisuudesta mainittiin yhdessä artikkelissa. (Macabasco-O'Connell ym. 2008.) Liiallinen suolan käyttö ja kiellettyjen ruokien nauttiminen hoitosuosittelujen vastaisesti ilmensi hoitoon sitoutumisen puutteista kahdessa tutkimuksessa. (Sneed – Paul 2003; Evangelista ym. 2003.) Ohjeiden mukaisen lääkityksen noudattamista laiminlyötiin tai hyvänä hetkenä lääkitys lopetettiin kokonaan. (Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.)

Kahdessa tutkimuksessa potilaat olivat sitä mieltä, että heidän yhtäkkiä huonontuneen tilansa taustalla on riittämätön neuvonta kotiutushetkellä. Heillä oli tunne, etteivät olleet saaneet tietoa riittävästi tai tietoa ei ollut annettu niistä asioista mistä he olisivat halun-

neet tietää. Tällaisia asioita olivat muun muassa tieto tulevaisuudesta ja ennusteesta. (Sneed – Paul 2003; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.)

Myös potilailla oli tutkimuksen mukaan virheellisiä käsityksiä hoidostaan. Noin puolet potilaista ilmoitti häiritseviä oireita kuten väsymys ja hengenahdistus. Vaikka potilaat ryhtyivät toimeen oireiden helpottamiseksi, niitä esiintyi silti edelleen. Potilaiden toimet oireiden helpottamiseksi olivat epäadekvaatteja. Samoin yhden tutkimuksen mukaan lähes kaikki ilmoittivat välttävänsä suolaa, mutta olivat kuitenkin viimeisen vuorokauden aikana nauttineet jotakin runsassuolaista. Piilosuolan merkityksen ymmärtäminen elintarvikkeissa ymmärrettiin huonosti ja tuoteselosteita ei hyödynnetty riittävästi. Potilaiden liikuntatottumuksia kysyttäessä vastauksista kävi ilmi, että 30 % vastaajista oli lopettanut liikunnan harrastamisen diagnoosin saatuaan. Potilaat ilmoittivat syyksi lopettamiseen luulon, etteivät saisi enää vajaatoimintapotilaana harrastaa liikuntaa laisinkaan. (Sneed – Paul 2003; Carlson ym. 2001.)

6.1.3 Potilaiden jokapäiväistä elämää häiritsevät fyysiset tuntemukset ja muut ongelmat

Potilaat ilmoittivat kärsivänsä lukuisista oireista ja ongelmista. Ne hankaloittivat heidän jokapäiväistä elämäänsä ja vaikuttivat haitallisesti hoitoon sitoutumiseen. Kuudessa tutkimuksessa määräävin oire ja haitta oli väsymys sekä toimintakyvyn että voimien väheneminen. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.)

Unohtaminen vaikutti painonseurannan ja lääkkeiden oton sitoutumiseen. Muut kognitiiviset häiriöt mainittiin myös haittaavina tekijöinä. (van der Wal ym. 2007; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009; Evangelista ym. 2003.)

Kolmessa tutkimuksessa potilaat ilmoittivat lääkkeiden sivuvaikutusten aiheuttavat häiritseviä oireita heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Näitä olivat diureettien aiheuttama virtsaamisen tarve yöllä tai ulkoillessa, krooninen yskä, pahoinvointi tai vastauksissa mainittiin vain lääkkeiden sivuvaikutukset täsmentämättä niitä tarkemmin. (van der Wal ym. 2007; Rodriguez ym. 2008; Evangelista ym. 2003.)

Matkustamiseen liittyviä ongelmia, jotka liittyivät esimerkiksi lääkärissä käynteihin sitoutumiseen, ilmeni myös. Matka oli vaikea järjestää ja se oli liian pitkä. Tähän voidaan varmasti liittää myös yhdessä tutkimuksessa tullut vastaus sääolosuhteiden vaikutuksesta oireiden pahenemiseen ja uuteen sairaalakäyntiin. (Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009; Evangelista ym. 2003.)

Muina päivittäistä elämää häiritsevinä oireina ilmoitettiin huimausta, painonnousua, hengenahdistusta, rintakipua tai muuta kipua, turvotusta ja epätasaista sykettä. Nämä vaikuttivat lähinnä liikkumisen hoitosuositukseen sitoutumiseen ja tekivät uloslähtemisen vaikeammaksi. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; Artinian ym. 2002; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.) Potilaat kokivat elämäänsä häiritsevän myös ruuan maistumisen pahalta tai suolattomalta. Tämä aiheutti motivaatio-ongelmia dieettisuosituksen noudattamiseen. Jokapäiväistä elämää haittasivat sydämen vajaatoiminnan lisäksi myös muut perussairaudet. (van der Wal ym. 2007; Carlson ym. 2001.)

6.1.4 Potilaiden mieliala ja itseluottamus

Potilaan mielialaa ja asennetta sairauttaan kohtaan arvioitiin viidessä tutkimuksessa. Kahdessa tutkimuksessa viidestä mainittiin suoraan potilaan masennus. Muissa tutkimuksissa todettiin potilailla olevan huono luottamus omiin kykyihinsä hoitaa sairauttaan tai epävarmuutta itsehoidon toteuttamisessa. Hoitoon sitoutumista estävää mielialaa potilaat ilmaisivat seuraavasti: he olivat kokeneet masennusta, pelkoa uusista sydänongelmistä, ahdistusta ja epävarmuutta. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Carlson ym. 2001; Annema ym. 2009.)

Potilaiden henkilökohtaiset uskomukset ja epäluulot vaikuttivat myös vastaajien mielialaan ja kykyihin hoitaa sairauttaan. Potilaat halusivat jättää hoitonsa kokonaan ammattilaisten käsiin. Potilaiden asenteet vaihtelivat myös suuresti. Osa suhtautui sairauttaan koskevaan tietoon avoimin mielin, mutta suurin osa ei halunnut tietää mitään. Heidän mielestään se vain lisäsi tuskaa ja murhetta. Potilaat kokivat, että sairaudesta ei ole syytä tietää mitään, koska se ei kuitenkaan muuta sitä miksiäkään. Asioiden koettiin myös olevan liian monimutkaisia ymmärtää ja omaksua. (van der Wal ym. 2007; Ågård ym. 2004.)

6.1.5 Potilaiden taloudellinen tilanne ja sosiaalinen tausta

Tutkimuksessa potilaiden yleinen taloudellinen pärjääminen vaikutti hoitoon sitoutumiseen. Potilaat kokivat sekä lääkäriin menosta että lääkkeistä aiheutuvat kustannukset suuriksi. Rahan vähyys esti potilaita sitoutumasta dieettiin ja liikuntaan. Varattomat potilaat käyttivät myös runsaammin runsassuolaisia valmiselintarvikkeita. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; Artinian ym. 2002; Rodrigues ym. 2008; Evangelista ym. 2003.) Yksin asuvilla potilailla esiintyi ongelmia oireiden seurannassa ja dieettisuositusten noudattamisessa. Korkeammin koulutetut potilaat taas uusivat reseptejä ja käyttivät lääkkeitä ohjeiden mukaan huonommin. (Artinian ym. 2002.)

6.1.6 Tulosten yhteenveto hoitoon sitoutumista ehkäisevistä tekijöistä

Tuloksissa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan ja potilaiden tiedot sydämen vajaatoiminnasta ovat varsin heikot. Molemmilla oli myös virheellisiä käsityksiä omista tiedoistaan. Hoitajilla oli olemassa hajanaista tietoutta, mutta ei ymmärrystä hoidon kokonaisuudesta. Potilaiden itsehoidossa oireiden seurannassa oli puutteita ja he esittivät itsehoidossa myös epäadekvaattia toimintaa. Osalla oli epärealistisia toiveita taudin parantumisesta. Yhdessä tutkimuksessa paljastui, että osa vajaatoimintapotilaista ei tiedä edes tautinsa nimeä. (Washburn ym. 2005; Eriksson – Partanen 2005; Albert ym. 2002; Sneed – Paul 2003; Ågård ym. 2004; Rodrigues ym. 2008; Macabasco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Annema ym. 2009; Evangelista ym. 2003.)

Potilaiden elämään ja hoitoon sitoutumiseen vaikutti suuresti väsymys ja toimintakyvyn väheneminen, muistiongelmat, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä matkustamiseen liittyvät ongelmat. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009; van der Wal ym. 2007; Evangelista ym. 2003.) Tutkimuksessa potilailla ilmeni viitteitä haluttomuuteen osallistua hoitoonsa tai masennusta. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Annema ym. 2009; Ågård ym. 2004.) Liikunta itsehoidon yhtenä osana ei potilailla toteutunut. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Carlson ym. 2001.) Lääkitystä laiminlyötiin tai hyvänä hetkenä se lopetettiin kokonaan. (Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.) Potilaat kokivat taudin aiheuttamat kulut suuriksi. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; Evangelista ym. 2003.)

6.2 Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät

Myös hoitoon sitoutumiseen edistävästi vaikuttavia tekijöitä löytyi sekä hoitohenkilökunnan että potilaan puolelta. Merkittävää on, että edistäviä tekijöitä tutkimuksesta löytyi huomattavasti vähemmän kuin estäviä.

TAULUKKO 5. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä.

SITOUTUMISTA KUVAAVAT MAININNAT	MAININNAT (kuinka monessa tutkimuksessa)	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoalan koulutuksen pituus vaikuttaa tietoihin vajaatoiminnasta • Työkokemuksen pituus vaikuttaa tietoihin vajaatoiminnasta • Hoitajilla koulutushalukkuutta 	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>Hoitajien työkokemus vajaatoimintapotilaan hoidosta ja koulutustausta</p>	<p>Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaat haluavat tietoa • Potilaat haluavat elää pidempään ja toteuttaa hyvää itsehoitoa • Potilailla halu hyvään lääkehoitoon ja dieet-tisuositusten pitämiseen • Potilailla toivo hyvästä loppuelämästä 	<p>2</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1</p>	<p>Potilaiden asenne ja halu parempaan elämänlaatuun</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus ja varallisuus vaikuttavat syömistottumuksiin • Yksinasuvat liikkuvat ja lepäsivät enemmän • Korkeampi ikä lisää sitoutumista hoitoon • Puolison kanssa asuvat huomioivat pahentuneita oireita 	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>Potilaiden sosioekonominen taustan ja iän merkitys</p>	

6.2.1 Hoitajien työkokemus vajaatoimintapotilaan hoidosta ja koulutustausta

Hoitajien saaman kardiologisen lisäkoulutuksen vaikutus oli näkyvintä. Sillä oli yhteys hoitajien tietoihin vajaatoiminnasta ja ohjauksesta. Kardiologisen koulutuksen saaneiden lisäksi sydämen vajaatoimintahoitajat pärjäsivät tietoja mittavassa testissä hyvin. Sairaanhoidajat pärjäsivät taas puolestaan paremmin kuin lähi/perushoitajat. (Eriksson – Partanen 2005.) Työkokemuksella ja lähinnä sen pituudella oli vaikutus tietoihin. Pidemmän työkokemuksen omaavilla oli enemmän tietoja vajaatoiminnasta sekä halukkuutta ja kykyjä ohjaukseen. Lisäkoulutukseen hoitajat olivat halukkaita, jos tunsivat siihen tarvetta. Lisäkoulutushalukkuus oli näkyvintä suomalaisessa tutkimuksessa, jossa peräti 93 % vastaajista halusi lisäkoulutusta sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon. Koulutusta haluttiin sydämen vajaatoiminnan perusaisoista ja vajaatoimintapotilaan ohjauksesta sekä haluttiin kuulla tutkimustietoa ja viimeaikaisia uusia tuloksia. (Albert ym. 2002; Eriksson – Partanen 2005.)

6.2.2 Potilaiden asenne ja halu parempaan elämänlaatuun

Potilaiden yleinen halukkuus hoitoa kohtaan tuli esille tutkimuksista. Heidän halunsa toteuttaa lääkehoitoa oli hyvä. Pääosin potilaat olivatkin tyytyväisiä lääkitykseensä. Heidän halunsa dieetin seurantaan ja painonseurantaan oli hyvä. Yhdessä tutkimuksessa miltei kaikki noudattavat omasta mielestään ainakin yhtä dieettisuositusta. He halusivat tietää sairaudestaan ja keskustella tulevaisuudestaan ja myös kuolemasta. Heillä oli halu elää pidempään ja he uskoivat että voisivat vajaatoiminnasta huolimatta elää täyttä elämää. Useimmat olivat sitoutuneita hoitoonsa ja ymmärsivät oireiden seurannan tärkkäilyn tärkeäksi. Potilaiden asenteet vaihtelivat kuitenkin suuresti ja henkilökohtaiset uskomukset voivat olla sekä sitoutumista estäviä että edistäviä. (Sneed – Paul 2003; Macabsc-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Ågård ym. 2004; Rodriguez ym. 2008.)

6.2.3 Potilaiden sosioekonomisen taustan ja iän merkitys

Tutkimuksissa todettiin, että iäkkäämmillä henkilöillä on luultua enemmän potentiaalia itsehoidon toteuttamiseen. He pitivät vastaanottoaikansa, ottivat lääkkeensä määrätysti, uusivat reseptinsä ja ottivat suositellut rokotukset. Korkea ikä lisäsi sitoutumista hoitoon. Toisaalta hieman nuoremmat, alle 65-vuotiaat, ottivat herkemmin yhteyttä lääkä-

riin. (Artinian ym. 2002; Evangelista ym. 2003.) Yhden tutkimuksen mukaan yksin elävät vajaatoimintapotilaat liikkuvat enemmän ja lepäsivät tarvittaessa oireiden pahentumisessa. He myös varoivat nesteiden liiallista nauttimista. Puolison kanssa elävät taas kiinnittivät enemmän huomiota oireisiinsa ja kävivät herkemmin tarvittaessa lääkärillä. (Artinian ym. 2002.)

Koulutus ja varallisuus vaikuttivat ruokailutottumuksiin. Taloudellisesti turvatummat ja korkeamman koulutustaustan omaavat potilaat eivät käyttäneet valmiselintarvikkeita, jolloin dieettisuositusten seuraaminen oli varmempaa. (Artinian ym. 2002.)

6.2.4 Tulosten yhteenveto hoitoon sitoutumista edistävästä tekijöistä

Hoitajien koulutuksella ja työkokemuksen pituudella vajaatoimintapotilaiden hoidosta on suuri vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen. Lisäkoulutukseen oltiin hoitajien keskuudessa myös halukkaita. (Albert ym. 2002; Eriksson – Partanen 2005.) Useimmat potilaat ovat halukkaita toteuttamaan hoitosuosituksia ja ovat tietoisia oireiden tarkkailun merkityksestä. He haluavat tietää asioista ja elää sairaudesta huolimatta hyvää elämää. (Sneed – Paul 2003; Macabsco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Ågård ym. 2004; Rodriguez ym. 2008.) Korkea ikä, korkeampi koulutus ja varallisuus vaikuttivat positiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Artinian ym. 2002; Evangelista ym. 2003.) Yksin asuvat potilaat liikkuvat enemmän ja lepäsivät tarvittaessa mutta puolison kanssa elävät taas seurasivat oireitaan paremmin ja ottivat herkemmin yhteyttä lääkäriin. (Artinian ym. 2002.)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Suurin este potilaan hoitoon sitoutumiselle tämän tutkimuksen mukaan on hoitohenkilökunnan ja potilaiden tiedon puute sydämen vajaatoiminnasta ja sen hoidon kokonaisuudesta. (Washburn ym. 2005; Eriksson – Partanen 2005; Albert ym. 2002; Sneed – Paul 2003; Ågård ym. 2004; Rodriguez ym. 2008; Macabasco-O'Connell 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Annema ym. 2009; Evangelista ym. 2003.) Samanlaisia tuloksia on kuvattu aiemmissakin tutkimuksissa. Tutkittaessa

potilaiden hoitoon sitoutumista on todettu, että terveydenhoitohenkilöstön puutteellisilla tiedoilla sekä potilaiden riittämättömällä ja puutteellisella kyvyllä hallita oireita sekä tietämättömyydellä hoidon hyödyistä oli negatiivinen vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiselle. (Lääketietokeskus 2004: 127–129.) McEntee ym. (2009) mukaan tiedon puute oli potilaiden suurin este toteuttaa hoitoaan. Myös hoitohenkilökunnan tietojen vähyys vaikutti potilaan tiedon saantiin. Hoitohenkilökunnasta alle puolet toteutti päivittäin hoitolinjausten mukaista hoitoa potilaalle.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden jokapäiväiseen elämään ja hoitoon sitoutumiseen vaikutti suuresti väsymys ja toimintakyvyn väheneminen, muistiongelmien, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä matkustamiseen liittyvät ongelmat. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009; van der Wal ym. 2007; Evangelista ym. 2003.) Lääkkeiden sivuvaikutuksilla on todettu aiemminkin olleen yhteys huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Lääketietokeskus 2004: 127–129.) Tämän tutkimuksen kanssa samankaltaisia tuloksia on myös McEnteen ym. (2009) tutkimuksessa, jossa toiminnanrajoitukset, väsymys, unohtelu, lyhytkestoisen muistin huononeminen, lääkkeiden sivuvaikutukset ja matkustamisesta aiheutuvat vaikeudet olivat hoitoon sitoutumiseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksessa potilailla ilmeni viitteitä haluttomuuteen osallistua hoitoonsa tai masennusta. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Annema ym. 2009; Ågård ym. 2004.) Tulokset ovat samansuuntaiset kuin aiemmissa tutkimuksissa. On todettu, että jopa 60 % vajaatoimintapotilaista kuvaa jonkinasteisia masennuksen oireita. Elämän hallinta ja sairaudenhoito aikaansaavat potilaissa epävarmuutta. Psykososiaaliset tekijät ovat itsehoidon este. (McEntee ym. 2009.) Lisäksi on todettu, että potilaat, jotka kokivat stressiä ja ahdistusta, olivat kykenemättömiä auttamaan itseään. (Evangelista ym. 2001.)

Liikunta itsehoidon yhtenä osana ei potilailla tässä tutkimuksessa toteutunut. (Sneed – Paul 2003; Macabasco-O'Connell ym. 2008; Carlson ym. 2001.) Myös Evangelista ym. (2001) totesivat tutkimuksessaan, että potilailla oli huono hoitoon sitoutuminen terveys-suosituksissa, joihin liikuntasuosituskin kuuluu. Myös McEntee ym. (2009) totesivat sydämen vajaatoimintapotilaan sitoutumisen liikuntaan olevan huonoa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lääkitystä laiminlyötiin tai hyvänä hetkenä se lopetettiin kokonaan. (Rodriguez ym. 2008; Annema ym. 2009.) Tältä osin tutkimustulokset eroavat hieman aiemmasta. On todettu, että sitoutuminen lääkesuositukseen vaihtelee. McEntee ym. (2009) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että lääkehoitoon sitoutuminen on toisinaan erinomaista, toisinaan taas vain vähän potilaita noudattaa annettuja lääkeohjeita.. Tässä tutkimuksessa todettiin lisäksi, että potilaiden ikä ja varallisuus vaikuttaa lääkkeenoton sitoutumiseen. (Artinian ym. 2002; Evangelista ym. 2003.)

Potilaat kokivat taudin aiheuttamat kulut suuriksi. (Macabasco-O'Connell ym. 2008; Evangelista ym. 2003.) Aikaisemmissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samanlaiset. Lääkkeenoton sitoutumiseen ovat vaikuttaneet taloudelliset vaikeudet ja lääkkeiden kalteus. Lääkəriin lähtemisen este olivat kustannukset. Lisäksi huonolla taloudellisella tilanteella oli negatiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen. (McEntee 2009; Lääketietokeskus 2004: 127–129.)

Hoitajien koulutuksella ja työkokemuksen pituudella vajaatoimintapotilaiden hoidosta oli suuri vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen. Lisäkoulutukseen oltiin hoitajien keskuudessa halukkaita. (Albert ym. 2002; Eriksson – Partanen 2005.) Kääriäinen ym. (2005b) ovat selvittäneet terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksen resursseista ja ohjaustoiminnasta. Työkokemuksella todettiin tutkimuksessa olevan vaikutusta potilasohjaukseen. Yli 15 vuotta työssään olleet demonstroivat ohjaustilanteessa potilaalle selitettäviä asioita enemmän. (Kääriäinen ym. 2005b.)

Useimmat potilaat ovat halukkaita toteuttamaan hoitosuosituksia ja ovat tietoisia oireiden tarkkailun merkityksestä. He haluavat tietää asioista ja elää sairaudesta huolimatta hyvää elämää. (Sneed – Paul 2003; Macabsco-O'Connell ym. 2008; van der Wal ym. 2007; Artinian ym. 2002; Carlson ym. 2001; Ågård ym. 2004; Rodriguez ym. 2008.) Taudin riskien ymmärtäminen ja aktiivinen osallistuminen hoitoon ja seurantaan vaikuttaa positiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Lääketietokeskus 2004: 127–129).

Korkea ikä ja korkeampi koulutus vaikuttivat tässä tutkimuksessa positiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Artinian ym. 2002; Evangelista ym. 2003.) Aikaisempien tutkimusten mukaan iäkkäämmillä henkilöillä on todettu olevan korkeampi hoitoon sitoutuminen kuin muilla. (Evangelista ym. 2001.) On todettu myös, että korkeampi koulutus vaikut-

taa hoitoon sitoutumiseen ja huonolla koulutuksella on negatiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen. (Evangelista 2001; Lääketietokeskus 2004: 217–219.)

Tämän opinnäytetyö tarkoitus oli kartoittaa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitoon sitoutumista estäviä ja edistäviä tekijöitä tutkimustietoon perustuen. Saamani tuloksia olen verrannut aiemmin saatuihin tutkimustuloksiin. Totesin, että saamani tulokset tässä tutkimuksessa suurelta osin vastaavat aiempia tuloksia. Potilaiden hoitoon sitoutumisen halukkuudessa oli tämän tutkimuksen tulosten mukaan ristiriitaisuutta. Useimmat potilaat ilmoittivat olevansa halukkaita osallistumaan hoitoonsa, mutta toisaalta taas potilailla ilmeni haluttomuutta osallistua ja jopa masennusta ja välinpitämättömyyttä. Lääkehoidon sitoutumisessa oli eroavaisuutta aiempiin tuloksiin. Tosin aikaisemmatkin tutkimukset osoittavat, että lääkkeiden hoitoon sitoutuminen näyttäytyy eri tutkimuksissa eri tavalla. Tähän saattavat vaikuttaa tutkimusaineistona olleiden potilaiden ikä tai koulutustausta. Tavoitteenani oli, että tämän työn tulosten avulla osastolla voidaan kehittää ja yhdenmukaistaa hoitohenkilökunnan toimintaa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidossa ja ohjauksessa ja täten edesauttaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Opinnäytetyössäni olen mielestäni päässyt tähän tavoitteeseen. Olen tuottanut ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kokonaisuudesta. Tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi käytännön työelämässä.

7.2 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyö mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden tiedot sydämen vajaatoiminnasta ovat varsin heikot. Sekä hoitajilla että potilailla oli tutkimuksen mukaan myös virheellisiä käsityksiä omista tiedoistaan. Potilaiden oireiden seurannassa oli myöskin puutteita ja he esittivät itsehoidossa epäadekvaattia toimintaa. Potilaiden elämään ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat väsymys ja toimintakyvyn väheneminen, muistiongelmat, lääkkeiden sivuvaikutukset, lääkityksen laiminlyöminen tai lopettaminen, masennus ja haluttomuus osallistua hoitoonsa, taudin aiheuttamat rahalliset vaikutukset sekä matkustamiseen ja liikkumiseen liittyvät ongelmat. Toisaalta useimmat potilaat olivat halukkaita toteuttamaan hoitosuosituksia ja he olivat tietoisia sairauden oireiden tarkkailun merkityksestä. He halusivat tietää asioista ja elää sairaudesta huolimatta hyvää elämää. Hoitajien lisäkoulutuksella ja pitkällä työkokemuksella oli positiivinen vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen.

Ikääntyminen, korkeampi koulutus ja varallisuus vaikuttivat potilailla positiivisesti hoitoon sitoutumiseen.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan, jotta voidaan selvittää kuinka totuudenmukaista tietoa opinnäytetyön avulla on tuotettu. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.) Tämä on välttämätöntä, koska opinnäytetyöprojekteissa tuotettua tietoa on tarkoitus hyödyntää työelämässä. Koska opinnäytetyöni on toteutettu laadullista tutkimusmenetelmää hyväksikäyttäen, arvioin luotettavuutta seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä – Juvakka 2007: 128.)

Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää analyysin tekotavan ja tunnistaa mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Tällöin tarkastellaan sekä analyysiprosessia että tulosten validiteettia. Uskottavuus kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kuvaavat aineistoa. Tutkimuksen luotettavuuden kriteerillä uskottavuus viittaa aineiston luotettavuuteen ja sen tulkintaan. (Kylmä – Juvakka 2007: 128.) Myös Kankkunen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Se edellyttää sitä että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. On hyvä käyttää taulukointeja ja liitteitä, joissa analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. Tässä tutkimuksessa koko analysointiprosessi on kuvattu taulukoin.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimuksen kaikkien vaiheiden kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua ja tarvittaessa pystyy toistamaan hakuprosessin ja artikkeleiden valinnan samalla tavalla. Vahvistettavuus liittyy siis koko tutkimusprosessiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat saaneet vahvistusta aikaisemmista vastaavista tutkimuksista. Tulokset ovat olleet samansuuntaiset, jolloin vahvistettavuus luotettavuuden kriteerinä on täyttynyt.

Refleksiivisyys luotettavuuden arvioinnin kriteerinä tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja hän osaa arvioida, millä tavoin hän itse vaikuttaa tutkimusaineistoon ja -prosessiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Ennen tätä opinnäytetyötä en ollut aiemmin tehnyt vastaavanlaista tutkimustyötä. Kokemuksen puute saattaa vaikuttaa työn refleksiivisyyteen. Toisaalta opinnäytetyötä tehdessäni olen

saanut asiantuntevaa ohjausta. Olen myös noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä parhaan kykyni mukaan kaikissa opinnäytetyön vaiheissa.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä on tarpeen siltä varalta, että toinen tutkija haluaa seurata prosessia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen: 2009:160.) Tutkimuksen artikkelit olivat yhtä lukuun ottamatta ulkomaisia. Suurin osa artikkeleista oli Yhdysvalloista. Kuitenkin sydämen vajaatoiminnan hoito ja hoitosuositukset ovat koko maailmassa yhdenmukaiset, joten tulokset ovat siirrettävissä tältä osin Suomen terveydenhuoltoon. Rodulliset ja maantieteelliset erot ihmisten käyttäytymisessä, elämäntavoissa sekä ajatustavoissa elämästä voivat olla erilaiset. Tämä saattaa heikentää tämän tutkimuksen siirrettävyyden luotettavuuskriteeriä. Tähän tutkimukseen valitut artikkelit olivat kaikki julkaisuista, jotka käyttävät referee -menettelyä artikkeleiden laadun arvioinnissa. Tämä lisää valittujen artikkeleiden luotettavuutta. Aineiston keruu ja analysointi on tässä tutkimuksessa esitetty selkeästi ja ymmärrettävästi. Aineiston keräämisen kriteerit on rajattu selkeästi ja aineiston keruuprosessi havainnollistettu taulukon muodossa.

Opinnäytetyön eri vaiheissa eettinen pohdiskelu ja valintojen tekeminen on keskeistä ja epäonnistuminen näissä voi viedä pohjan tutkimustuloksilta. Eettistä pohdintaa aiheuttavat seikat voivat liittyä esimerkiksi aiheen valintaan, opinnäytetyön prosessin toteuttamiseen sekä tulosten luotettavuuteen. (Kylmä – Juvakka 2007: 137.) Koska tutkimusaineistoni muodostui jo julkaistuista ja julkisista tutkimusartikkeleista, eettisyyden ongelmia ei aineiston suhteen ollut. Eettisyyden velvoitteet koskivat täten tutkimustyön prosessia eli opinnäytetyön tutkimuksen toteuttamista ja aineiston analysointia. Sekä seminaareissa että opinnäytetyön ohjaajan kanssa olemme arvioineet työskentelyäni kriittisesti, joten eettisyyden velvoitteet tutkimustyön prosessin osalta voidaan katsoa täytetyiksi.

Toisten henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä tai omien aikaisemmista yhteyksistä saatujen tulosten toistaminen ei ole eettistä. Tällöin tutkijalla ei ole esimerkiksi lainkaan aineistoa tulostensa perusteeksi tai hän saattaa kaunistella ja muuttaa saamiaan tuloksia. Tutkimuksen lopussa tekijän on ilmoitettava hyvän tieteelli-

sen käytännön mukaisesti käyttämänsä lähteet. (Kylmä – Juvakka 2001: 69.) Tässä työssä olen kuvannut tarkasti lähdeviitteet, mikä turvaa artikkeleiden ja kirjojen kirjoittajien tekijänoikeudet. Tutkimuksen etenemisen olen kuvannut yksityiskohtaisesti, mikä takaa aineiston keruun, kuvaamisen, analysoinnin ja raportoinnin totuudenmukaisuuden.

7.4 Jatkokehittämishankkeet

Terveystenhoito henkilöstön ponnistelu hoitoon sitoutumista edistävän toiminnan kehittämiseksi ei yksin riitä. Vastuu asiasta kuuluu myös hoitoyksikölle, koko terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle. Ilman riittävää ja hyvin koulutettua henkilöstöä asetettuihin tavoitteisiin ei päästä. (Kyngäs – Hentinen 2008:51).

Tutkimuksessa yhdeksi suureksi hoitoon sitoutumista estäväksi tekijäksi tuli tiedon puute, Tämä tarkoittaa, että hoitohenkilökunnan koulutusta tulisi lisätä. Hoitajille tulisi tarjota myös mahdollisuuksia tietotekniikan koulutukseen. Tällöin uuden tiedon saannin mahdollisuudet paranisivat. Useimmilla osastoilla on maassamme käytössä Terveysportti ja kenties muitakin tiedonhaun väyliä, mutta hoitajilla ei ole osaamista käyttää niitä käytännön työelämän hyödyksi. Myös aikaa tähän ei välttämättä löydy. Hoitoyksikön vastuulla on tarjota hoitohenkilökunnalle riittävät resurssit laadukkaan ja ajantasaisen hoidon tuottamiselle.

Erityisten vajaatoimintahoitajien käyttö terveyskeskustasolla ei liene tulevaisuudessaakaan ole mahdollista. Osastotyössä kuitenkin olisi apua, jos hoitoyksikössä olisi olemassa erityisesti sydämen vajaatoimintaan perehtynyt ja koulutettu sairaanhoitaja. Hänen vastualueenaan olisi muun henkilökunnan koulutus ja tiedon jakaminen.

Yksi hoitoon sitoutumisen kriittisistä hetkistä on hetki, kun potilas kotiutuu. Hän saattaa kotiutua yksin tai hänellä voi olla siihen apunaan kotiutustiimi tai kotihoito. Potilaan koti voi olla myös hoivakoti. Tiedon siirto eteenpäin on tässä vaiheessa ensiarvoisen tärkeää. Potilaalla itsellään ja hänen hoitoonsa osallistuvilla tahoilla tulisi olla käytössään tiedot potilaalle annetuista ohjeista ja neuvoista hänen sairautensa hoitamiseksi. Tämä on osastolla aloitetun hoitoon sitoutumiseen pyrkivän potilaan ohjauksen viimeinen vaihe. Tässä työssä olen esittänyt kirjallisen ohjausprosessin rungon käyttämistä potilaan ohjauksen apuna. Tämä kirjallinen tieto annetusta ohjauksesta kulkisi potilaan mukana kotiin tai hoitopaikkaan. Näin kaikilla asianosaisilla, myös potilaalla itsellään,

olisi käsitys niistä asioista mitkä ovat tärkeitä ja merkityksellisiä. Ohjausprosessin runko antaisi hoitajan ajatuksille ja toimille suuntaa antavan tuen hoidon ja ohjauksen toteuttamiseen. Ohjausprosessin käyttö ohjauksessa voisi avata väylän myös yleiselle keskustelulle ja sitouttaa hoitohenkilökuntaa yhtenäisiin käytänteisiin vajaatoimintapotilaan hoidossa. Koelling, Johanson, Cody ja Aaronson (2005) osoittivat tutkimuksessaan, että vain yhden tunnin mittainen suunnitelmallisen ohjauksen avulla toteutettu potilasohjaus paransi potilaiden hoitoon sitoutumista, vähensi vajaatoimintapotilaiden sairaalakäyntejä sekä kuolemia.

Tutkimuksessa jäin kaipaamaan havaintoja potilas-hoitajasuhteen merkityksestä hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi olisi ollut mielenkiintoista saada enemmän tietoa omaisten osallisuudesta hoitoon ja heidän tunteistaan kroonisesti sairaan potilaan läheisinä. Sairaus koskettaa muitakin kuin sairasta itseään. Sairaalaympäristössä omaisen voi olla vaikea löytää omaa paikkaansa ja rooliaan, jolloin hän voi tuntea jäävänsä syrjään läheisensä hoidosta.

Opinnäytetyöni oli sovellettu kirjallisuuskatsaus. Tämäntyyppinen työ oli minulle aivan uutta. Haasteita tarjosivat matkan varrella niin tietotekniset osaamisvaatimukset kuin tiedonhaun menetelmiin perehtyminenkin. Työ on ollut antoisa ja antanut runsaasti ajateltavaa. Olen oppinut, että ilman näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyö ei voi kehittyä. Olen oppinut myös, että näyttöön perustuva hoitotyö ei ole vain sanoja paperilla, vaan todellista käytännön työtä parempien hoitokäytänteiden ja hoitotulosten saavuttamiseksi. Opinnäytetyö on antanut valmiudet tehdä vastaavanlaista tutkimusta itsenäisesti tästäkin eteenpäin.

LÄHTEET

- Albert, Nancy – Collier, Susan – Sumodi, Veronica –Wilkinson, Sandra – Hammel, Jeffrey – Vopat, Linda - Willis, Cindy – Bittel, Barb 2002: Nurses knowledge of heart failure education principles. *Heart and Lung* 31. 102–112.
- Annema, Coby – Luttik, Marie-Louise – Jaarsma, Tiny 2009: Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. *Heart and Lung* 38. 427–434.
- Artinian, Nancy – Magnan, Morris – Sloan, Michelle – Lange, Patricia 2002: Self-care behaviours among patients with heart failure. *Heart and Lung* 31. 161–172.
- Carson, Beverly – Riegel, Barbara – Moser, Debra 2001: Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart and Lung* 30. 351–359.
- Eriksson, Elina – Partanen, Leila 2005: Sairaanhoidtajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 1. 4–9.
- Evangelista, Lorraine – Berg, Jill – Dracup, Kathleen 2001: Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart and Lung* 4. 294–300.
- Evangelista, Lorraine – Doering, Lynn – Dracup, Kathleen – Westlake, Cheryl – Hamilton, Michele – Fonarow, Gregg 2003: Compliance Behaviours of Elderly Patients With Advanced Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 3. 197–206.
- Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa(toim.) 2007: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51*. Turku. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki. WSOY.
- Kettunen, Raimo 2008a: Sydämen toiminnan säätely. *Terveysportti. Sydänsairaudet*. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.10.2008. Artikkelin tunnus: syd00008 (002.060). 002.060) <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/syd/koti.>>. Luettu 19.3.2010.
- Kettunen, Raimo 2008b: Diureetit sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Teoksessa Mäki-järvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): *Sydänsairaudet*. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 310–312.
- Kettunen, Raimo 2008c: Angiotensiinikovertaasin estäjät sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Teoksessa Mäki-järvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): *Sydänsairaudet*. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 312–314.

- Kettunen, Raimo 2008d: Digoksiini ja muut vajaatoiminnan hoidossa käytettävät lääkkeet. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 316–317.
- Kettunen, Raimo 2008e: Sydänpotilaan kipu- ja tulehduslääkkeiden käyttö. Terveysportti. Sydänsairaudet. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.10.2008. Artikkelin tunnus: syd00301 (011.060). <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/syd/koti>>. Luettu 19.3.2010.
- Kettunen, Raimo 2008f: Lääkkeiden haittavaikutukset ja muut ongelmatilanteet. Terveysportti. Sydänsairaudet. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.10.2008. Artikkelin tunnus: syd00299 (011.040). <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/syd/koti>>. Luettu 19.3.2010.
- Kiema, Mari – Ihanus – Sari – Meinilä, Leena – Surakka, Outi – Heikkilä, Johanna – Hänninen, Auli 2010a: Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2010. Artikkelin tunnus: shk00470 (004.070) <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 29.3.2010.
- Kiema, Mari – Ihanus – Sari – Meinilä, Leena – Surakka, Outi – Heikkilä, Johanna – Hänninen, Auli 2010b: Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2010. Artikkelin tunnus: shk04641 (004.071) <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 29.3.2010.
- Kiema, Mari – Ihanus, Sari – Meinilä, Leena – Surakka, Outi – Heikkilä, Johanna – Hänninen, Auli 2010c: Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteet ja sisältö. Sairaanhoidajan tietokannat. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2010. Artikkelin tunnus: shk04749 (004.072) <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04749>. Luettu 29.3.2010.
- Koelling, Todd – Johnson, Monica – Cody, Robert – Aaronson, Keith 2005: Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. Circulation 118. 179–185.
- Kupari, Markku – Lommi, Jyri 2004: Sydämen vajaatoiminta. Kapseli 34. Helsinki. Kansaneläkelaitoksen ja lääkelaityksen julkaisuja.
- Kupari, Markku – Lommi, Jyri – Kokkonen, Jorma 2000: Sydämen vajaatoiminnan patofysiologia. Teoksessa Heikkilä, Juhani – Huikuri, Heikki – Luomanmäki, Kimmo – Nieminen, Markku S. – Peuhkurinen, Keijo (toim.): Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus. 295–312.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

- Kyngäs, Helvi – Poskiparta, – Johansson, Kirsi – Hirvonen, – Renfors, 2007: Ohjaamisen hoitotyössä. Porvoo. WSOY.
- Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2008: Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.
- Käypä hoito-suositus 2010: Tahdistinhoito. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.1.2010. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50082>>. Luettu 19.3.2010.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005a: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 1. 10–15.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005b: Terveystienhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 1. 4–13.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1. 37–45.
- Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999: Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Stakes. Raportteja 229. Saarijärvi. Gummerus. 19–32.
- Linkola, Antti 2008: Pitkäaikaissairauden haaste. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.10.2008. Artikkelin tunnus: syd00042 (007.065). <<http://www.terveysportti.fi/ezproxy.metropolia.fi/dtk/syd/koti>>. Luettu 16.4.2010.
- Lommi, Jyri 2008a: Akuutin vajaatoiminnan kehittyminen. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 30–304.
- Lommi, Jyri 2008b: Sairaalahoidon tarve akuutissa sydämen vajaatoiminnassa. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 305–306.
- Lommi, Jyri 2008c: Sydämen vajaatoiminnan syyt ja mekanismit. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 295–296.
- Lommi, Jyri 2008d: Vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 297–298.
- Lommi, Jyri 2008e: Vajaatoiminnan tutkimisen periaatteet ja oireiden tulkinta. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 298–299.

- Lommi, Jyri 2008f: Vajaatoiminnan laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 300–303.
- Lommi, Jyri – Partanen, Leila 2008: Vajaatoimintapotilaan seuranta ja ohjaus. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 317–318.
- Lääketietokeskus 2004: Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. WHO: n raportti. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf>. Luettu 19.3.2010.
- Macabasco-O'Connell, Aurelia – Crawford, Michael – Stotts, Nancy – Steward, Anita – Froelicher, Erika 2008: Self-care Behaviours in Indigent patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 3. 223–230.
- McEntee, Mindy – Cuomo, Lori – Dennison, Cheryl 2009: Patient-, Provider-, and System-Level Barriers to Heart Failure Care. *Journal of Cardiovascular Nursing* 4. 290–298.
- Niemelä, Matti – Peuhkurinen, Keijo 2001: Tieteelliseen näyttöön perustuva sydämen vajaatoiminnan lääkehoito. *Lääkärilehti* 34. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 2010. Artikkelin tunnus: sll03229 (A1343327) <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=reniini-angtensiini-aldosteroni-järjestelmä>. Luettu 7.4.2010.
- Partanen, Leila – Lommi, Jyri 2008a: Tavallisimmat vajaatoiminnan vaikeutumiseen viittaavat oireet ja merkit. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 321–322.
- Partanen, Leila – Lommi, Jyri 2008b: Vajaatoiminnan hoidon ja seurannan keskeiset periaatteet. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Ylimäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto. 318–320.
- Remes, Jouko 2000: Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia. Teoksessa Heikkilä, Juhani – Huikuri, Heikki – Luomanmäki, Kimmo – Nieminen, Markku S. – Peuhkurinen, Keijo (toim.): *Kardiologia*. Jyväskylä. Gummerus. 291–294.
- Rodriguez, Keri – Appelt, Cathleen – Switzer, Galen – Sonel, Ali – Arnold, Robert 2008: "They diagnosed bad heart": A qualitative exploration of patient's knowledge about and experiences with heart failure. *Heart and Lung* 4. 257–265.
- Saarinen, Sanna 2010: Hyponatremia. Sairaanhoitajan tietokannat. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2010. Artikkelin tunnus: shk02419 (024.019) <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hyponatremia>. Luettu 20.3.2010.

- Sneed, Nancee – Paul, Sara 2003: Readiness for Behavioural Changes in Patients With Heart Failure. *American Journal of Critical Care* 12. 444–453.
- Stakes 2009: Hoitoilmoitukset. Terveyskeskusten vuodeosastohoidon käyttö 2007. <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/aineistot2006.htm>> Luettu 26.11.2009.
- Surakka, Outi 2010: Sydämen kroonisen vajaatoiminnan tahdistinhoito. Sairaanhoitajan tietokannat. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2010. Artikkelin tunnus: shk00474 (004.074. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 7.4.2010.
- Terminologian tietokannat 26.5.2008. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti>. Luettu 20.3.2010.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002.: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus.
- Tuorila, Helena 2009: Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Teoksessa Lamm, Minna – Niva, Johanna (toim.): Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja. <http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf>. 102–118. Luettu 19.3.2010.
- Van der Wal, Martje – Jaarsma, Tiny – Moser, Debra – van Gilst, Wick – van Veldhuisen, Dirk 2007: Unraveling the mechanisms for heart failure patients beliefs about compliance. *Heart and Lung* 36. 253–261.
- Vauhkonen, Ilkka – Holmström, Peter 2005: Sisätaudit. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.
- Washburn, Susan – Hornberger, Cynthia – Klutman, April – Skinner, Lynn 2005: Nurses Knowledge of Heart Failure Education Topics as Reported in a Small Midwestern Community Hospital. *Journal of Cardiovascular Nursing* 3. 215–220.
- Ylitalo, Pauli 2007: Verenpaineen, angina pectoriksen ja sydämen vajaatoiminnan lääkehoito. <<http://www.medicina.fi/fato/36.pdf>>. Luettu 16.4.2010.
- Ågård, Anders – Hermeren, Göran – Herlitz, Johan 2004: When is the patient with heart failure adequately informed? A study of patient's knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart and Lung* 33. 219–226.

TAULUKKO 1. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältöalueet

HOITOSUUNNITELMA	PÄIVÄMÄÄRÄ	POTILAAN KANSSA KESKUSTELLUT ASIAT
<u>Vajaatoiminnan syy/perussairaus</u>		
<u>Vajaatoimintaa pahentavat tekijät:</u> Tupakka Alkoholi Infektiot ja rokotukset Ylipaino		
<u>Lääkehoito:</u> Lääkkeiden vaikutukset Haittavaikutukset Lääkeannostelija Tulehduskipulääkkeet		
<u>Sairauden pahenemista ennustavien oireiden seuranta ja toimenpiteet:</u> Sovittu painoraja Lisädiureettien käyttö Nesterajoitus Turvotukset Hengenahdistus		
<u>Dieettiohjeet:</u> Ruokavalio Ruokasuolan käyttö Rasvan käyttö		
<u>Liikunta ja lepo</u> <u>Toimintakyvyn säilyttäminen</u>		
<u>Jatkohoito, yhteydenottotahot</u> <u>Juhlapyhät ja matkustaminen</u> <u>Sairastumisen vaikutus perheeseen</u> <u>Mahdollinen masennus</u>		

TAULUKKO 2. Analysoidut tutkimukset

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Tulokset	Huomattavaa
Washburn, Hornberger, Klutman, Skinner 2005, Kansas,USA	Kuvata hoitajien tietoja vajaatoimintapotilaiden omaa tietoutta hoidon ohjauksen perusteista ja verrata sitä aikaisemman samalla menetelmällä tehtyyn tutkimukseen	Sairaanhoitajat (N=51) jotka työskentelivät kunnallisessa sairaalassa. 14 työskenteli teho-osastolla ja 37 sisätautien osastolla	<ul style="list-style-type: none"> - Kyselylomake. - 20 oikein tai väärin väittämää (5 itsehoiton osa-aluetta). - Tämän lisäksi vastaajat mainitsivat, jos kohdasta haluttiin lisää tietoa. 	Hoitajilla ei ehkä ole riittävästi vajaatoimintapotilaan pärjäämiseen liittyvää tietoa. Huonointen osattiin anti-inflammatorien käytön ohjaus, kalium-pohjaisten suolan korvaajien käyttö, painon seurannan arviointi sekä ilmoittaminen lääkärille oireetomasta matalasta verenpaineesta ja ajoittaisesta huimaamisesta noustessa. Parhaiten osattiin painon seurannan toteuttaminen, ilmoittaminen lääkärille uuden oireen ilmaantumisesta sekä väsymyksen (fatigue) pahenemisesta. Kaikilla kyselyn osaluilla oli puutteita tiedoissa.	Tuloksen samankaltaiset kuin aiemmassa tutkimuksessa. (Albert ym. 2002.) Lisäkoulutusta tarvitaan. Vaikka vastaukset osoittivat puutteita, koulutusta ei kuitenkaan juuri pyydetty. Hoitajat saattavat edistää epäadekvatilla ohjauksella ja neuvonnalla potilaitten joutumista sairaalakierteeseen sekä huonontaa hoitomyöntyvyyttä.
Eriksson, Partanen 2005, Suomi	Kartoittaa sairaanhoitajien tietoja, oma-arviota osaamisestaan ja koulutustarpeita sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen osalta	36 kardiologisen osaston sairaanhoitajaa ja 25 yleissisätautien sairaanhoitajaa (N=61). Mukana 7 osastoa, joilla annettiin sydämen vajaatoimintapotilaan ohjausta.	<ul style="list-style-type: none"> - Kyselylomake. - 71 kysymystä yhteensä. - 56 monivalintakysymystä ohjaukseen liittyvistä keskeisistä asioista. 	Tiedot ohjauksesta olivat vähäiset. Parhaiten osattiin sairautta pahentavat tekijät sekä lepoon ja liikuntaan liittyvät asiat ja heikkojen lääkehoitoon liittyvät asiat. 31 % arvioi tietävänsä riittävästi ohjauksen sisällöstä. Ainoastaan lääkehoidon alueella hoitajat tiedostivat oman osaamattomuutensa. Muita arvioinnin osa-alueita olivat omaseuranta, ruokavalio-ohjaus, vajaatoiminnan syyt, lepo ja liikunta. Aikaisempi yleinen lisäkoulutus, esim. maisteritutkinto tai ylempi korkeakoulutus, ei korreloinut tietopisteisiin. Vain kardiologisella koulutuksella oli positiivinen vaikutus tietoihin ohjauksesta. Työkokemuksella oli yhteyttä tietoihin. 93 % vastaajista halusi lisäkoulutusta esim. vajaatoiminnan perusasioista, ohjauksesta sekä tutkimustietoa ja viimeaikaisia uusia tuloksia.	Yhteispisteissä ei merkittävää eroa eri osastojen sairaanhoitajien välillä. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus sekä oma subjektiivinen arvio osaamisesta olivat osittain puutteellisia riippumatta siitä, missä työympäristössä työskentelivät.

Albert, Collier, Sumodi, Wilkinson, Hammel, Vopat, Willis, Bittel, 2002, Ohio, USA	Selvittää sairaanhoitajien tietoja sydämen vajaatoiminnan itsehoitoa tukevasta ohjauksen perusteista. Onko tässä eroja eri työympäristöissä työskentelevien välillä?	Sairaanhoitajat (N=300) suuressa terveydenhuoltoyksikössä, joka sisälsi yliopistollisen sairaalan, kunnallisen sairaalan, kotihoidon ja pitkäaikaisen hoidon osastot.	<ul style="list-style-type: none"> - Kyselylomake. - 20 oikein tai väärin väittämää (5 itsehoiton osaluettelo). - Tämän lisäksi vastaajat mainitsivat, jos kohdasta haluttiin lisää tietoa. 	Hoitajilla ei ehkä ole riittävästi tietoa vajaatoiminnan itsehoidon periaatteista eikä tietoa siitä millaisista voimien muutoksista pitäisi ilmoittaa lääkärille. Vähemmän kuin 30 % tiesi miten todistaa potilaalle painon seurannan hyödyllisyys. Kalium-pohjaisten suolankorvaajien ja vähärasvaisen lihan käytön ohjaus oli huonoa. Yli 70 % vastasi väärin pitäisikö lääkärille ilmoittaa oireettoman matalan verenpaineesta tai hetkittäisestä huimauksesta noustessa. Vain 2 % vastasi oikein väittämään fyysisestä harjoittelusta (pitkäkestoinen kevyesti kuormittava). Vajaatoimintahoitajat pärjäsivät paremmin kuin teho- ja osastohoidossa olevat hoitajat. Heillä oli kaksi kertaa enemmän oikeita vastauksia. Sairaanhoitajat pärjäsivät paremmin kuin perushoitajat. Yleisesti hoitajan koulutustaso ja työkokemuksen pituus vaikutti tuloksiin. Oikeissa vastauksissa eri osastojen välillä oli suuri vaihtelu.	Työkokemus ja aikaisemmin hankittu pohjakoulutus esim. sairaanhoitaja vs. lähi/perushoitaja, vaikutti positiivisesti tuloksiin. Työpaikka-kohtaista koulutusta sydämen vajaatoiminnasta oli annettu juuri ennen tätä tutkimusta, mutta se ei näkynyt tutkimuksessa positiivisesti. Lisäkoulutusta haluttiin, jos tunnettiin tiedot vajavaisiksi. Joillakin alueilla puutteita, mutta silti koulutusta kaivattiin melko vähän.
Sneed, Paul 2003, Caroliina, USA	Tunnistaa muutosvalmiuden tasoja kuudessa käyttäytymismuodossa, jotka tärkeitä sydämen vajaatoiminnassa. Nämä olivat suolan välttäminen, nesteiden nauttimisen rajoitukset, alkoholinkäyttö, tupakointi, säännöllinen liikunta ja painon pudottaminen. Selvittää yhteyttä oireiden, tietojen ja itsehoidon välillä potilailla. Ryhtyvätkö potilaat tekoihin oireiden perusteella vai eivät.	Potilaat (N=178), joilla todettu sydämen vajaatoiminta ja jotka olivat kardiologisen yksikön hoidossa. Oletettiin, että heille oli annettu optimaalinen ohjaus tästä syystä.	Potilaille lähetettiin kotiin kaksiosainen kyselylomake. Toisessa osassa kysyttiin halua muuttaa itsehoidon käyttäytymistä ja toisessa tietoja sydämen vajaatoiminnasta.	Potilaiden halu muutosvalmiuteen oli hyvä. Heidän ilmoittamistaan oireista yleisempiä olivat väsymys ilman fyysistä ponnistelua ja hengenahdistus. Häiritseviä oireita ilmoittivat nekin jotka ilmoittivat ryhtyneensä toimiin niiden vuoksi. Toimet eivät olleet siis adekvaatteja. Potilaiden tiedot sydämen vajaatoiminnasta olivat huonot. 61 % potilaista vastasi vain 25 %:iin tieto-osuuden väittämistä oikein. Vaikka suurin osa potilaista ilmoitti välttävänsä suolaa, silti he lähes kaikki olivat viimeisen vuorokauden aikana syöneet jotakin runsassuolaista. Puolet lisäsi myös ruokaan suolaa säännöllisesti. Piilosuolan ymmärtäminen ja ruokatarvikkeiden tuoteselosteiden lukeminen oli huonosti tiedossa. Vain alle 40 % oli säännöllisiä liikuntatottumuksia. 45 % oli yrittänyt	Potilaat olivat omasta mielestään sitoutuneet noudattamaan annettuja ohjeita, mutta todellisuudessa heidän tiedoissaan oli puutteita jotka eivät kuitenkaan johtaneet toivottuun lopputulokseen itsehoidon osalta.

				<p>pudottaa painoaan jo yli kuusi kuukautta ja vain 30 % potilaista oli ihannepainossaan. Suurin osa tutkittavista oli sitä mieltä, että he olivat kyllä saaneet tietoa mutta ettei se ollut riittävää. Tietojen, oireiden ja itsehoidon välillä huono yhteys.</p>	
<p>Macabasco-O`Connell, Crawford, Stotts, Steward, Froelicher, 2008, Kalifornia, USA</p>	<p>Selvittää vähävaraisuuden vaikutusta vajaatoimintapotilaan itsehoitoon ja kuvata haasteita ja esteitä mitä he kohtaavat toteuttaessaan sitä</p>	<p>N=65 potilaat kolmella kardiologisella klinikalla ja yhdessä kunnallisessa sairaalassa</p>	<p>Haastattelu kestoltaan n. 40–60 min. kuuden kuukauden aikana osastohoidossa oleville potilaille.</p>	<p>Monet ilmoittivat hengitysvaikeuksista. Useimmat eivät kuitenkaan tunnistanee sitä heti vajaatoiminnan aiheuttajaksi. Useimmat 72 % eivät tilanteessa tehneet mitään. (jotkut vähensivät suolaa 22 %, nesteitä 24 % tai ottivat ylimääräisen nesteenpoistolääkkeen 20 %) Eniten kysymyksiä herättivät tiedon vähyys sairaudesta, hengitysvaikeudet, pelko saada uusia sydänongelmia, halu parantua, halu elää pitempään, kuolema. Esteitä itsehoidolle olivat väsymys, voimien väheneminen, huimaus, yksin asuminen, taloudellinen pärjääminen. Eniten puutteita painonseurannan toteuttamisessa liikunnassa painonseurannassa, rokotuksista huolehtimisessa.</p>	
<p>Van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst, van Veldhuisen, 2007, Hollanti</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää onko sukupuoli, iällä, asuinolosuhteilla, masennuksella, sairauden vaikeusasteella, potilaiden henkilökohtaisella kokemuksella vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Arvioida näiden seikkojen vaikutusta hoitoon, lääkitykseen sitoutumiseen, dieettiin ja päivittäiseen painonseurantaan.</p>	<p>N=954 potilasta haastateltiin. N=297 näistä (954) vastasi myös kyselymakkeeseen koskien uskomuksia oireiden seuraamisesta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kyselylomake kaikille. - Lisäksi haastattelu osalle potilaista. 	<p>Tärkeimmät hoidon esteet olivat yöllinen virtsaamisen tarve nesteenpoistolääkkeiden takia, ruuan maistuminen suolattomalta ja rajoittuneet mahdollisuudet ulkoluun. Painonseurannan este oli unohtaminen. Hoitomyyntyvyys dieettiin ja painonseurantaan oli huonoa. Potilaat joilla masennusoireita ja huono tietous vajaatoiminnasta ilmoittivat enemmän hoidon esteitä. Lääkehoidon suhteen myöntyvyys oli erinomaista (99 %), dieetin noudattamisen 77 % ja päivittäisen painonseurannan vain 33 %. Potilaat, joilla enemmän tietoa raportoivat vähemmän hoidolle esteitä. Päivittäinen painonseuranta ja nesterajoitukset: enemmän tietoa omaavat noudattivat paremmin. Tiedossa huonolla tasolla olevat raportoivat enemmän esteitä lääkitykseen, dieettiin ja oireiden tunnistamiseen.</p>	<p>Keskityttävä potilaisiin jotka tuntevat hoidolle esteitä, kuten masentuneet ja vähän tietoa omaavat. Tiedon lisääminen siis edelleen tärkeä osa vajaatoiminnasta ohjeistuksissa. Iäkkäillä potilailla enemmän vaikeuksia punnitsemisen muistamisessa. Kokemukset ulos lähtemisestä diureettien vuoksi huonot, suolaton ruoka huonoa.</p>

				Sairauden vaikeusaste vaikutti alentavasti dieetin noudattamiseen ja oireiden tunnistamiseen. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia esteitä olivat unen häiriintyminen diureettien vuoksi, ruuan maistuminen huonolta suolattomana ja painon mittaamisen unohtaminen. Potilaan henkilökohtaisilla uskomuksissa suuri merkitys hoitoon sitoutumiseen.	
Artinian, Magnan, Sloan, Lange, 2002, USA	Selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoitokäytännöistä ja kuvata itsehoitovalmiuksiin vaikuttavia tekijöitä.	N= 110, potilaat kahdesta sairaalasta	<ul style="list-style-type: none"> - Tietoa kerättiin itsehoitokäytännön mittarilla ja sydämen vajaatoiminnan tietotiedolla. - Kyselylomake ja haastattelu. 	<p>Viisi eniten käyttämää itsehoidon menetelmää liittyi lääkehoidon toteuttamiseen, varattujen lääkeainekosten pitämiseen, uskomukseen, että vajaatoiminnasta huolimatta voi elää hyvää elämää. Viisi vähiten käyttämää liittyi pahentuneiden oireiden seurantaan (väsymys, pahoinvointi, painonnonousu) ja hoitoon (nesteiden käytön seuranta, punnitus). Koulutustausta ja varallisuus vaikutti valmisruokien käyttöön. Varattomammat käyttivät tölkkiruokia ja muita valmisruokia, koulutetummat taas eivät. Korkeamman koulutuksen saaneet eivät uusineet reseptejä ja käyttäneet lääkkeitä yhtä tunnollisesti kuin alemman koulutuksen saaneet. Yksinasuvat liikkuvat enemmän, lepäsivät oireiden pahentumisessa enemmän, varoivat liiallisen nesteiden nauttimista ja ajattelivat voivansa elää hyvää elämää vajaatoiminnasta huolimatta. Yksin asuvilla oli enemmän ongelmia oireiden seurannassa ja dieettiohjeiden noudattamisessa. Puolison kanssa asuvat kiinnittivät enemmän huomiota oireisiin ja kävivät tarvittaessa lääkärillä useammin. Sukupuoli ei vaikuttanut itsehoitoon. Ikä vaikutti. Nuoremmat ottivat herkemmin yhteyttä lääkäriin mutta vanhemmat pitivät vastaanottoaikansa, ottivat lääkkeitä määrätysti, uusivat reseptit säännöllisesti, ottivat suositellut rokotukset. Tiedot vajaatoimin-</p>	

				nasta olivat huonot, yhteys itsehoitoon ja huonoon tietouteen merkittävä.	
Carlson, Riegel, Moser 2001, Ohio, USA	Kuvata vajaatoimintapotilaan kykyjä itsehoitoon ja vaikeuksia mitä potilaalla esiintyy erittäessä saavuttaa hyvä itsehoidon taso.	N=139 potilasta, kuu- desta eri sairaalasta.	Potilaan kotiuduttua hänelle lähetettiin täytettävä lomake. Ne, jotka eivät päässeet tutkimusajankohtana kotiin, tiedot kerättiin samalla menetelmällä osastolla.	Useimmilla potilailla oli jokin fyysinen heikkous, jonka he ilmoittivat vaikuttavan jokapäiväiseen elämään. 17 % näön heikkous esti lukemisen. Yli 40 % oli vajaatoiminnan lisäksi jokin muukin perussairaus. Yli 80 % ilmoitti toimintaa haittaavia oireita kolme tai enemmän. Jotkut potilaat raportoivat tietävänsä äkillisen painonnousun, nilkkojen turpoamisen ja makuulla ilmenevän hengenahdistuksen vajaatoiminnan aiheuttamaksi. Useimmat eivät tunnistaneet oireitaan vajaatoiminnan aiheuttamiksi. Äskettäin diagnoosin saaneet tunnistivat oireensa kaikkein huonoimmin. Kaikkein häiritsevimmät oireet olivat potilaiden mielestä kävelyn ja portaissa kävelyn vaikeus ja yleisen vireyden tason lasku. Potilaat jotka ilmoittivat oireekseen nilkkojen turvotuksen, vain 33 % vähensi nesteensaantia. Äskettäin diagnosoitut potilaat ymmärsivät nestetasapainon hoidon erittäin huonosti. He eivät osanneet nukkua kohoasennossa eivätkä nostaa diureettiannostaan vaikka yöllinen hengenahdistus vaivasi. Potilailla huono luottamus kykyihinsä hoitaa oireitaan. Useat odottivat oireidensa kanssa liian kauan ennen hoitoon hakeutumista. Väärät käsitykset oireista olivat yleisiä. Vaikka oireet huomattiin, niiden ymmärtäminen varoitusmerkeiksi oli vaikeaa. Suurin osa potilaista ei harrastanut lainkaan liikuntaa. 30 % oli lopettanut diagnoosin saamisen jälkeen liikunnan kokonaan. He olivat ymmärtäneet väärin liikunnan ja levon tasapainon hoitosuosituksen. Melkein kaikki noudattivat kuitenkin ainakin yhtä dieettisuositusta. Vain 12 % ei ollut rajoit-	

				tanut suolan käyttöä lainkaan.	
Ägård, Hermeren, Herlitz 2004, Ruotsi	Tutkia potilaiden tietoutta vajaatoiminnasta ja heidän asenteitaan lääketieteellistä informaatioita kohtaan. Arvioida potilaasta riippuvia tekijöitä jotka voivat hankaloittaa potilaan tiedonsaannin parantumista.	N=40 potilasta erilaisilla vajaatoiminnan vaikeuden tasoilla. Keski-ikä oli 75v.	Semisrukturoitu haastattelu. Haastatteluja ei nauhoitettu, mutta haastattelijan muistiinpanot nauhoitettiin haastattelun jälkeen.	Suurin osa potilaista(N=34) ei tiennyt, että vajaatoiminta on krooninen sairaus joka johtuu pysyvästä sydämen pumppausvajeesta. Jotkut(N=25) eivät olleet tietoisia, että lääkitystä pitää jatkaa koko loppuelämän. Potilaiden asenteet vaihtelivat: joidenkin mielestä ei ollut mitään syytä saada enempää tietoa sairaudesta koska se kuitenkin muuta enää mitään. Joidenkin potilaiden mielestä he voivat jättää hoidonsa kokonaan ammattilaisten käsiin. Se on heidän mielestään parasta hoitoa hänelle. Jotkut potilaat kokivat olevansa kyvyttömiä tai estyneitä , asiat olivat liian vaikeita ja monimutkaisia heille omaksua. Suurin osa vastaajista ei ollut edes ajatellut, että heillä olisi tietopuutoksia vajaatoiminnasta. Potilaat sanoivat olevansa tyytyväisiä annettuun tietoon, mutta kuitenkin vastaamattomia kysymyksiä jäi paljon. Suuri määrä(N=32) ei halunnut tietää mitään, kokivat että se lisää huolta ja murhetta kun kohta kuolee kuitenkin. Halusivat välttää negatiivisia ajatuksia. Samalla osa potilaista elätteli toivoa jopa paranemisesta. Henkilökohtaiset erot suuret, toiset eivät halunneet tietää mitään, toiset taas kaiken mahdollisen. Samoin ennusteen suhteen oli suuria henkilökohtaisia eroja, toisilla epärealistista ajatuksia elinajan pituudesta, toiset taas halusivat tietää kuolemansa ajankohdan jotta voisivat järjestää asiansa kuntoon sitä ennen.	Vaikka potilailla rajalliset tiedot sairaudesta, he olivat silti tähän tyytyväisiä. Vajaatoimintadiagnoosia ei pidetty kuolemaan johtavana sairautena. Hoitohenkilökunnan on ohjattaessaan potilasta asetuttava potilaan tiedon tasolle. Tiedon on sopeuduttava potilaan kykyihin vastaanottaa sitä, toiveisiin ja emotionaalisiin tunteisiin.

Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel, Arnold, 2008, Pittsburg, USA	Kuvata potilaiden tietoutta vajaatoimintadiagnoosista sekä heidän ymmärrystään hoidon suosituksista ja heidän näkökulmaansa vajaatoiminnan vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään ja ennusteeseen.	N=25 potilasta yhdestä sairaalasta, useimmat yli 70-vuotiaita	Puhelinhaastattelu, semistrukturoitu, avoimet kysymykset, kestoltaan n. 14–40 min.	9 vastaajaa käytti tilastaan oikeaa nimitystä. Yleisin oire oli hengenahdistus(muita rintakipu/puristus, turvotus, epätasainen syke, väsymys, muu kipu kuin angina, huimaus, muistihäiriöt, krooninen yskä). Fyysisen kyvyn häviäminen aiheutti turhautumista. Eniten keskusteltiin lääkkeitä, useimmat olivat tyytyväisiä lääkitykseensä, muutamat kokivat saavansa liikaa lääkkeitä, jotkut kokivat saavansa sivuvaikutuksia kuten kuiva suu, väsymys, impotenssi(myös vanhemmat miehet 75v.) Keskusteltiin myös dieetin ja liikuntasuosituksen noudattamisesta: aiheuttaa turhautumista koska aina ei ole saatavilla sellaista ruokaa tai muut ongelmat estävät liikkumisen (hengästyminen, huonot jalat, rahan vähyys). Joskus hyvänä hetkenä potilaat lopettivat lääkityksiä, joka johti oireiden pahenemiseen. Vain 7/25 mittasi verenpaineen ja painon kerran päivässä. Potilaat halusivat tietää tulevaisuudestaan ja ennusteestaan, eivät olleet saaneet tästä tietoa. Vain yhdelle potilaalle oli tehty hoitosuunnitelma. Useimmat sitoutuneita hoitosuosituksiin ja ymmärsivät oireiden seurannan tarkkailun tärkeäksi.	
---	--	---	--	--	--

Annema, Luttik, Jaarsma 2009, Hollanti	Saada oivallus syistä jatkuviin sairaalakäynteihin potilaan, huoltajien, kardiologien ja vajaatoimintahoitajien näkökulmasta. Tutkia yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia näkökulmissa ja kuvata mahdollisuuksia ehkäistä sairaalakäyntien uusiutumista eri näkökulmista	N=108 potilashaastattelua N=76 omaisen haastattelua N= 94 kardiologin haastattelua N=103 vajaatoimintahoitajan haastattelua	Seuranta 18 kuukaudenajan. Haastattelu kahden viikon kuluessa kotiutumisesta (potilaat, omaiset) ja kyselylomake 6 päivän kuluttua(hoitajat ja lääkärit)	Potilaat ja omaiset pitivät syynä uuteen sairaalakäyntiin dieetin, nesterajoituksen ja lääkityksen laiminlyömistä, lääkityksen epätasapainossa olemista, vähäistä ammattiapua sekä kipua, ahdistusta, epävarmuutta, masennusta, kognitiivisia vaikeuksia, yleistä väsymystä, sääolosuhteita. Syinä pidettiin myös huonoa neuvontaa kotiin lähtiessä. Hoitohenkilökunta piti syynä tietojen vajavaisuutta, viivyttelyä hoitoon hakeutumisessa, kotiongelmia. Kaikkien ryhmien mielestä nesterajoitus ja avun pyytäminen aiemmin olivat pääasialliset keinot estää uusi sairaalakäynti. Huono kotiutumissuunnitelma oli syynä potilaiden ja kardiologien mielestä.	Potilaiden ja huoltajien huomiot monesti yhtä hyvien kuin ammattilaistenkin(kuvaavat vain eri tavoin saman asian). Kaikki olivat sitä mieltä, että sairaalakäynnin uusiutuminen olisi estettävissä.
Evangelista, Doering, Dracup, Westlake, Hamilton, Fonarow 2003, Kalifornia, USA	Kuvata ja vertailla hoitoon sitoutumista vanhemmilla > 65v. ja nuoremmilla < 65v. potilailta. Kohteena kuusi aluetta: lääkärin vastaanottoajat, lääkitys, dieetti, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö.	N= 70, >65-v. potilaat N= 70, <65-v. potilaat	Kyselylomake, jos potilaalla puoliso, hänelle oli myös kysymyksiä koskien potilaan hoitomyöntyvyyttä.	Molempien ryhmien hoitoon sitoutuminen oli huonoa dieetin ja liikunnan osalta. Esteitä lääkärin vastaanottoaikaan sitoutumiselle oli vanhempien potilaiden ryhmällä seuraavia: kuljetus ei järjestynyt, matka oli pitkä, tulo vaatii aikaa ja matkasta syntyi kustannuksia. Lääkkeitten otossa esteitä: kustannukset, unohtaminen, sivuvaikutukset. Dieetin noudattamiselle suuri motivaatio-ongelma: käyttivät nesteitä enemmän kuin oli sallittu ja söivät ruokia jotka oli kielletty. Liikuntasuosituksen sitoutumisen esteitä olivat kivut, pyörrytäminen, heikkous, väsymys ja huono motivaatio. Tupakoinnin lopettamisen ja alkoholin käytön rajoittamisen esteitä olivat motivaation ja tuen puute. Ryhmien välillä ei juurikaan eroja kuudessa arvioitavassa kohteessa. Vanhempien ryhmässä hieman suurempi sitoutuminen dieettiin, liikuntaan ja tupakointiin.	

TAULUKKO 3. Sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössä, sitoutumista estävät tekijät

Artikkeleissa mainitut sanat tai lauseet jotka kuvaavat sitoutumista estäviä tekijöitä	Lausekokonaisuuksia kuvaavat maininnat	Pelkistetty kuvaus maininnoista/alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajilla ei riittävästi tietoa vajaatoimintapotilaan pärjäämisestä • Huonoiten osattiin anti-inflammatorien ohjaus • Huonoiten osattiin painon seurannan arviointi • Huonoiten osattiin lääkärille ilmoittaminen oireettomasta matalasta verenpaineesta ja huimauksesta ylösnousteissa • Hoitajat kertoivat ilmoittavansa lääkärille uudesta oireesta tai väsymyksen pahenemisesta- ristiriita tuloksissa, tietotaso heittelee, yksittäistä tietoa ei kokonaisuutta • Hoitajat ilmoittivat kertovansa sairautta pahentavat tekijät lääkärille ne huomattuaan -ristiriita tuloksissa, ei kokonaistietoa • Hoitajat kertoivat tietävänsä levon ja liikunnan merkityksen hoidossa - ristiiriita tuloksissa, ei kokonaistietoa • Hoitajien tiedot vajaatoimintapotilaan ohjauksesta heikot • 31% hoitajista arvioi tietävänsä riittävästi ohjauksesta • Hoitajilla ei riittävästi tietoa vajaatoiminnan itsehoidon periaatteista • Hoitajilla ei tietoa millaisista voinnin muutoksista pitäisi ilmoittaa lääkärille • Vähemmän kuin 30% tiesi miten perustella potilaalle painonseurannan hyödyllisyys • Kalium-pohjaiset suolankorvaajat, rasvainen liha, ohjaus niiden käytöstä hoitajilla heikkoa • 70% vastasi väärin pitäisikö lääkärille ilmoittaa potilaan oireettomasta matalasta verenpaineesta ja huimauksesta nousteissa • 2% vastasi oikein väittämään fyysisestä harjoittelusta • Eri osastojen hoitohenkilökunnan välillä suuri vaihtelu tiedoissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan hoidon kokonaisuudesta • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan lääkehoidosta • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan ohjauksesta • Hoitajilla riittämättömät tiedot vajaatoimintapotilaan itsehoidosta • Eri osastojen välillä hoitajien tiedot vaihtelevat suuresti • Hoitajat eivät tunnista omia oppimistarpeitaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajien tietopohjan heikkous

<ul style="list-style-type: none"> • Ainoastaan lääkehoidon alueella hoitajat tunnistivat oman osaamattomuutensa • Koulutusta ei pyydetty sitä kysyttäessä, vaikka tutkimus osoitti tarvetta sille 		
<ul style="list-style-type: none"> • Tiedot vajaatoimintapotilailla huonot hoidon kokonaisuudesta • Yli puolet potilaista vastasi vähemmän kuin 25% tieto-osion kysymyksistä oikein • Puolet lisäsi ruokaan suolaa säännöllisesti • 40% liikkui säännöllisesti • 30% ihannepainossa • Hengitysvaikeuksia, eivät tunnistanee vajaatoiminnan aiheuttamaksi • Useimmat eivät tehneet hengitysvaikeuksille mitään • Liikunta puutteellista • Rokotusten ottaminen puutteellista • Painon seurannan toteuttaminen puutteellista • Sitoutuminen dieettiin huono • Sitoutuminen painon seurantaan huono • Pahentuneiden oireiden seuranta potilailla huonoa • Itsehoito huonoa nesteen käytön seurannassa ja painon seurannassa • Potilaiden tiedot vajaatoiminnasta huonot • Suurin osa ei harrastanut mitään liikuntaa • Useimmat eivät tunnistanee oireitaan vajaatoiminnan aiheuttamaksi • Äskettäin diagnosoidut tunnistivat kaikkein huonoimmin oireensa vajaatoiminnan aiheuttamiksi • Äskettäin diagnosoidut ymmärsivät nestetasapainon seurannan erittäin huonosti, eivät osanneet auttaa itseään vaikka pahoja oireita • Potilaat usein odottivat liian kauan hakeutuakseen lääkäriin • Vaikka oireet huomattiin, ei ymmärretty varoitusmerkeiksi • Potilaat eivät olleet ajatelleet etteivät tienneet tarpeeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden riittämättömät tiedot sairaudestaan ja itsehoitonsa perusteista • Suolan käytön liiallisuus • Nesterajoituksen ylittäminen • Tietämättömyys sairauden luonteesta • Tietämättömyys oireiden merkityksestä • Lääkehoidon lopettaminen • Ruokavalio sairaudelle vahingollinen • Potilaan ovat saaneet riittämätöntä ohjausta • Potilaiden toimet epäadekvaatteja oireiden helpottamiseksi • Potilailla epärealistisia mielikuvia paranemisesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden tiedontaso heikko

<ul style="list-style-type: none"> • Suurin osa potilaista ei tiennyt että vajaatoiminta on krooninen sairaus, joka johtuu sydämen pysyvästä pumppausvajeesta • Yli puolet potilaista ei tiennyt, että lääkitystä pitää jatkaa koko loppuelämän • Alle puolet käytti tilastaan oikeaa nimitystä • Potilaat lopettivat lääkityksen hyvänä hetkenä • Alle puolet mittasi päivittäin verenpaineen ja painon • Yhdelle potilaalle tehty hoitosuunnitelma • Potilaan tietojen vajavaisuus • Huono neuvonta kotiin lähtiessä aiheutti uuden sairaalakäynnin • Potilaiden viivyttely hoitoon hakeutumisessa oireiden pahentuessa aiheutti uuden sairaalakäynnin • Dieetin epäonnistuminen aiheutti uuden sairaalakäynnin • Nesterajoitus petti • Lääkityksen laiminlyönti • Sitoutuminen dieettiohjeiden noudattamiseen huono • Syötiin kiellettyjä ruokia • Käytettiin liikaa nesteitä • Vaikka potilaat ryhtyneet toimiin oireiden helpottamiseksi, niitä silti edelleen oli, toimet epäadekvaatteja • Vaikka lähes kaikki ilmoittivat välttävänsä suolaa, olivat kuitenkin viimeisen vuorokauden aikana nauttineet jotakin runsassuolaista • Piilosuola, tuoteselosteet ymmärrettiin huonosti • Halu parantua • 30% oli diagnoosin saatuaan lopettanut liikunnan koska luullut ettei enää saisi harrastaa • Osalla epärealistista toivoa parantumisesta • Väärät käsitykset yleisiä • Potilaat ilmoittivat nilkkojen turvotuksesta, mutta vain 33% vähensi nesteensaantia • Sitoutuminen liikuntasuosituksen noudattamiseen huono • Päivittäin painoa seurasi vain 33% potilaista • Huonot tiedot omaavilla potilailla eniten esteitä hoidolle • Potilaat saaneet tietoa, mutta eivät mielestään riittävästi 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> Potilaat eivät saaneet tietoa tulevaisuudesta ja ennusteesta 		
<ul style="list-style-type: none"> Potilaat ilmoittivat elämäänsä häiritsevistä oireista Väsymys ilman fyysistä ponnistelua Hengenahdistus Väsymys Voimien väheneminen Huimaus Hengenahdistus Unen häiriintyminen virtsaamisen vuoksi Ulos lähteminen vaikeaa diureettien vuoksi Sairauden vaikeusaste vaikuttaa itsehoidon toteutumiseen, oireet pahenevat sairauden myötä Väsymys Pahoinvointi Painonousu Kävely ja portaissa kävely vaikeaa Yleisen vireystilan lasku Lääkkeiden sivuvaikutukset Hengenahdistus Rintakipu/puristus Turvotus Epätasainen syke Väsymys Huimaus Krooninen yskä Fyysisen toimintakyvyn menettäminen Kipu Yleinen väsymys Lääkkeiden sivuvaikutukset Muistivaikeudet Painonseurannan este iäkkäämmillä unohtaminen Ruuan maistuminen suolattomalta, ruokahaluttomuus Fyysinen heikkous 	<ul style="list-style-type: none"> Vajaatoiminnasta johtuvat fyysiset oireet Lääkkeiden sivuvaikutukset Ruuan maistuminen pahalta Muut perussairaudet Vähäinen ammattiapu Muistin heikkeneminen Matkustamiseen ja liikkumiseen liittyvät ongelmat Motivaatio-ongelmat Sääolosuhteet 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaiden jokapäiväistä elämää häiritsevät fyysiset tuntemukset ja muut ongelmat

<ul style="list-style-type: none"> • Muut perussairaudet • Muut ongelmat estävät liikkumisen, esim. hengästyminen, kipeät jalat • Kognitiiviset vaikeudet • Vähäinen ammattiapu • Vanhemmilla vaikeuksia saapua vastaanotolle • Kuljetusongelmat • Pitkä matka • Lääkkeiden unohtaminen • Potilailla ei aina ole saatavilla dieettisuositusten mukaista ruokaa • Sääolosuhteet vaikeuttavat itsehoitoa • 80% potilaista ilmoitti haittaavia oireita kolme tai enemmän • Lääkkeiden sivuvaikutuksia: kuiva suu, väsymys, impotenssi(myös yli 75v.) • Este itsehoidolle on ruuan maistuminen suolattomalta • Este itsehoidolle on rajoittuneet mahdollisuudet ulkoiluun • Painon seurannan este on unohtaminen • Liikuntasuositukselle esteitä: kivut, pyörryttäminen, heikkous, väsymys, huono motivaatio • Este itsehoidolle on huono kotiuttamissuunnitelma • Lääkitys on epätasapainossa • Oireet estävät liikkumisen • Hengästyminen estää liikkumisen • Lääkärin tulo vaatii aikaa • Lääkkeiden sivuvaikutukset • Tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin käytön rajoittamisen esteenä huono motivaatio 		
<ul style="list-style-type: none"> • Potilailla pelko saada uusia sydänongelmia • Potilaan masennus aiheuttaa enemmän esteitä itsehoidolle • Potilaan huono luottamus kykyihinsä hoitaa oireitaan • Potilaiden asenteet vaihtelivat • Potilaat sanoivat että jättävät hoidon ammattilaisten käsiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelko ja ahdistus • Masennus • Huono luottamus omiin kykyihin ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden mieliala ja itseluottamus

<ul style="list-style-type: none"> • Suurin osa ei halunnut tietää sairaudestaan, se heidän mielestään lisää huolta ja murhetta • Potilaiden mielestä heillä ei ole syytä tietää sairaudestaan, koska se ei muuta mitään • Asiat ovat potilaiden mielestä liian monimutkaisia ja vaikeita • Ahdistus • Epävarmuus • Masennus 	<p>epävarmuus itsehoidossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoidon monimutkaisuus • Asenteet 	
<ul style="list-style-type: none"> • Matkakustannukset lääkäriin menemisessä vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen • Lääkekustannukset estävät lääkkeiden oton hoitoon sitoutumisen • Rahan vähyys estää sitoutumisen dieettiin ja liikuntasuositukseen • Taloudellinen pärjääminen este itsehoidolle • Varattomat käyttivät tölkki- ja valmisruokia • Korkeammin koulutetut eivät uusineet reseptejä ja käyttäneet lääkkeitä yhtä tunnollisesti kuin varattomat • Yksin asuvilla ongelmia oireiden seurannassa ja dieettisuositusten seurannassa • Yksin asuminen este itsehoidolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Rahan riittävyys potilaiden ongelmana • Yksin asumisen vaikutus hoitoon • Koulutuksen vaikutus hoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden taloudellinen tilanne ja sosiaalinen tausta

TAULUKKO 4. Sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössä, sitoutumista edistävät tekijät

Artikkeleissa mainitut sanat tai lauseet jotka kuvaavat sitoutumista edistäviä tekijöitä	Lausekokonaisuuksia kuvaavat maininnat	Pelkistetty kuvaus maininnoista/alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologisella koulutuksella yhteys tietopisteisiin ja yhteys tietoihin ohjauksen sisällöstä • Työkokemuksella positiivinen merkitys • Lähes kaikki hoitajat halusivat lisäkoulutusta • Vajaatoimintahoitajat pärjäsivät paremmin • Sairaanhoidajat paremmin kuin lähihoitajat • Koulutus ja työkokemuksen pituus vaikutti tuloksiin • Koulutusta haluttiin jos tunnettiin tiedot vajavaisiksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoalan koulutuksen pituus vaikuttaa tietoihin vajaatoiminnasta • Työkokemuksen pituus vaikuttaa tuloksiin vajaatoiminnasta • Hoitajilla koulutushalukkuutta 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajien työkokemus vajaatoimintapotilaan hoidosta ja koulutustausta
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan halu muutosvalmiuteen hyvä • Potilailla kysymyksiä herätti oma tietojen vähyys, tiedostivat vajavaiset tietonsa • Halu elää pidempään • Halu keskustella kuolemasta • Lääkehoidon toteuttaminen hyvä • Melkein kaikki noudattivat ainakin yhtä dieettisuositusta • Potilaat tyytyväisiä lääkitykseen • Usko että vajaatoiminnasta huolimatta voi elää täyttä elämää • Potilaat halusivat tietää ennusteensa, että voisivat järjestää asiansa kuntoon • Vain 12% ei rajoittanut suolan käyttöä lainkaan • Lääkehoitoon ja dieettiin sitoutuminen potilaiden ilmoittamana erinomaista • Useimmat ilmoittivat olevansa sitoutuneita hoitosuosituksiin ja ymmärtävänsä oireiden seurannan tärkeäksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaat haluavat tietoa • Potilaat haluavat elää pidempään ja toteuttaa hyvää itsehoitoa • Potilailla halu hyvään lääkehoitoon ja dieettisuositusten pitämiseen • Potilailla toivo hyvästä loppuelämästä 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden asenne ja halu parempaan elämänlaatuun

<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus ja varallisuus vaikutti, varakkaammat ja koulutetut eivät käyttäneet valmisruokia • Yksinasuvat liikkuvat enemmän • Yksinasuvat lepäsivät oireiden pahentuessa • Yksinasuvat varoivat liiallista nesteiden nauttimista • Puolison kanssa asuvat kiinnittivät enemmän huomiota oireisiin • Puolison kanssa asuvat kävivät herkemmin tarvittaessa lääkärillä • Iäkkäät pitivät vastaanottoaikansa • Iäkkäät ottivat lääkkeensä • Iäkkäät uusivat reseptinsä • Iäkkäät ottivat suositellut rokotukset • Alle 65 -vuotiaat ottivat herkemmin yhteyttä lääkäriin • Korkea ikä lisää sitoutumista 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden koulutus ja varallisuus vaikuttaa syömistottumuksiin • Yksinasuvat potilaat liikkuvat ja lepäsivät tarvittaessa enemmän • Puolison kanssa asuvat huomioivat pahentuvia oireita • Korkeampi ikä lisää sitoutumista hoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden sosioekonomisen taustan ja iän merkitys
---	---	--