



SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAAMINEN OMAHOITOON

Opas potilaalle

Mari Puuska

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PUUSKA, MARI: Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaaminen omahoitoon –
Opas potilaalle

Opinnäytetyö 51 s., liitteet 16 s.
Maaliskuu 2012

Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva ja sen tarkoituksena oli tehdä opas sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille sairaalan Sisätautien vuodeosastolle Pirkanmaan alueella. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, että mitä sydämen vajaatoiminta on ja miten sitä sairastavia potilaita ohjataan omahoitoon. Tehtävänä oli myös, että miten sydämen vajaatoiminta-potilaille kootaan hyvä opas. Opinnäytetyö sisältää aiheen teoriaa, prosessin kuvauksen ja oppaan.

Oppaassa on tietoa sydämen vajaatoiminnan lääkkeettömästä hoidosta ja lääkehoidosta. Lääkkeetön hoito pitää sisällään elämäntapoihin liittyviä asioita. Potilaiden omahoidolla on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta. Tämän takia selvitin, että miten sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita ohjataan omahoitoon. Omahoitoon ohjaamisen lisäksi tarvitsin tietoa siitä, että millainen olisi hyvä opas juuri tälle kohderyhmälle.

Tavoitteenani oli, että potilaat käyttävät opasta apuna oireyhtymänsä omahoidossa. Oppaan avulla he saavat tietoa sydämen vajaatoiminnasta ja omahoito-ohjeita sairaalasta kotiutuessaan. Hoitotyöntekijät voivat hyödyntää opasta ohjattaessa potilaita ennen heidän kotiutumistaan. Ehdotuksena on jatkossa selvittää, että miten sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjaus toimii. Vajaatoimintapotilaiden ohjaamista ja hoidon seurantaa voisi tämän tiedon avulla vielä kehittää.

Asiasanat: sydämen vajaatoiminta, omahoito, opas, ohjaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

PUUSKA, MARI: Guiding a Heart Failure Patient in Self-Care – A Patient Guide

Bachelor`s thesis 51 pages, appendices 16 pages
March 2012

The purpose of this thesis was to produce a guide for patients suffering from heart failure. The guide was produced for a certain Internal Medicine Ward in Pirkanmaa region. The method of this thesis was functional and it includes a theoretical part, a report on the thesis process, and the guide.

This study concentrated on heart failure as a syndrome and on how to guide patients suffering from it in self-care. The study also examined how to do a good guide for heart failure patients.

The guide includes information about medical and non-medical treatment. Non-medical care includes information about how to live with heart failure. The patient`s self-care has a major impact on whether the treatment will succeed or not. This is the reason why the topic was chosen. In addition, information was needed about how to make a good guide for this particular target group.

The aim of this thesis was that the patients would use the guide for the self-care of their condition. The guide gives them information about heart failure and self-care instructions for returning home from the hospital. The nurses can use the guide when they are guiding patients before they are discharged. A development proposal for the future would be to research how the guidance of heart failure patients works in time of hospitalisation and whether it could be developed in some other way besides the guide.

Key words: heart failure, self-care, guide, patient guidance

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Sydämen vajaatoiminta	9
3.1.1 Sydämen diastolinen ja systolinen vajaatoiminta.....	11
3.1.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet.....	12
3.1.3 Sydämen vajaatoiminnan tutkiminen	15
3.1.4 Sydämen vajaatoiminnan ennuste	18
3.2 Sydämen vajaatoiminnan hoito	19
3.3 Sydämen vajaatoiminnan lääkkeetön hoito	20
3.3.1 Ravitsemus	20
3.3.2 Suola- ja nesterajoitus	21
3.3.3 Painon seuranta.....	23
3.3.4 Liikunta ja lepo	24
3.3.5 Matkustaminen	24
3.3.6 Sydämen vajaatoimintaa pahentavat ja laukaisevat tekijät.....	25
3.3.7 Omahoito ja kotihoidon seuranta	26
3.4 Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito	27
3.4.1 ACE-estäjät ja angiotensiinireseptorisalpaajat	28
3.4.2 Beetasalpaajat	29
3.4.3 Diureetit	29
3.4.4 Digoksiini	31
3.4.5 Muu lääkehoito	31
3.4.6 Iäkkään sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoito	32
3.5 Potilaan ohjaaminen	33
3.6 Yhteenveto teoriasta.....	35
4 MENETELMÄ.....	36
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	36
4.2 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu	37
5 POHDINTA	41
5.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	41
5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	43
5.3 Opinnäytetyön prosessi	44
LÄHTEET	47
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Suomessa väestön ikääntyminen lisää myös sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden määrää. Sydämen vajaatoimintaa sairastaa 2-3 % koko Suomen väestöstä (Harjola & Remes 2008, 714–717). Teollistuneissa maissa vajaatoiminnasta aiheutuvien hoitojaksojen määrät ovat kasvaneet noin 30 % viimeisen kymmenen vuoden aikana (Partanen & Lommi 2006). Sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat ovat yhteiskunnalle kalliita: kustannusten osuus on 1,5–2 prosenttia kaikista terveydenhuollon menoista ja toistuvat sairaalahoidot vievät rahoista suurimman osan. Huomattava osa näistä sairaalajaksoista olisi ennalta ehkäistävissä tehokkaalla ohjauksella ja seurannalla. Vuonna 2020 sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita on arvioitu olevan 20 prosenttia nykyistä enemmän. Sairalahoidot tulevat lisääntymään 40–50 prosenttia nykyisestä. Suuri osa potilaista joutuu sairaalaan uudestaan vuoden kuluessa. (Eckola 2008, 9.) Vajaatoimintapotilailla suurin riski joutua takaisin sairaalaan on ensimmäisen kolmen kuukauden aikana sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tästä syystä kotona tapahtuva omahoidon tukeminen ja tehostettu terveysneuvonta kannattaa ajoittaa tähän ajankohtaan (Kiema 2011, 37–38.)

Potilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet, joten myös aikaa ja mahdollisuuksia heidän ohjaamiseensa on yhä vähemmän. Kirjallisten ohjeiden käyttäminen on noussut yhä tärkeämpään osaan ja niihin tulisi panostaa. Ohjeiden avulla potilas saa tärkeää tietoa, joiden mukaan hän voi tarvittaessa toimia (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66.) Kirjatut ohjeet tukevat potilaan omahoitoa ja edesauttavat hoidon onnistumista. Potilaan aktivointi ja hyvin toteutunut omahoito parantaa potilaan ennustetta ja vähentää sairaalahoidon tarvetta (Lommi 2009). Omahoitoa tuetaan antamalla ohjeita elämäntapamuutoksista ja lääkehoidosta. Potilas itse soveltaa näitä ohjeita omaan arkielämäänsä. Yksilöllisen neuvonnan tavoitteena on saada potilas ymmärtämään sairautta ja osallistumaan hoitoon aktiivisesti (Partanen & Lommi 2006.)

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Hatanpään sairaalan osasto B5:n kanssa. Menetelmänä on tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tarkoituksena oli tehdä opas sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Oppaan avulla potilaat saavat apua oireyhtymänsä omahoidon tueksi kotiin. Oppaassa on tiedot myös siitä, että mihin terveydenhuollon yksikköön he voivat ottaa yhteyttä hoitoonsa liittyvissä asioissa. Opas on suunnattu potilaille, mutta myös henkilökunta voi käyttää opasta apuna ohjatessaan potilaita. Opinnäytetyö koostuu sydämen vajaatoiminnan teoriasta, opinnäytetyön prosessin eri vaiheista ja oppaasta. Keskityn opinnäytetyön teoriassa sydämen vajaatoiminta-potilaiden hoitoon ja heidän hoitonsa ohjaamiseen oppaan avulla. Opas keskittyy potilaiden omahoidon tukemisiin kotona.

Aihe on mielestäni tärkeä, koska tulevaisuudessa sydämen vajaatoiminta-potilaiden määrä tulee entisestään lisääntymään. Hoidossa potilailla itsellään tulisi olla aktiivinen rooli hoidon onnistumiseksi, joten tähän tulee kiinnittää erityistä huomiota. Hoitotyöntekijöiden tulee kannustaa potilaita omahoitoon, koska omahoito on kokonaishoidon kannalta kaikkein oleellisinta. Näin voidaan edistää potilaiden mahdollisimman hyvää elämänlaatua ja vältetään sekä oireyhtymän pahenemisvaiheita että sairaalahoidon tarvetta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille Hatanpään sairaalan osasto B5:lle.

Opinnäytetyön tehtävät:

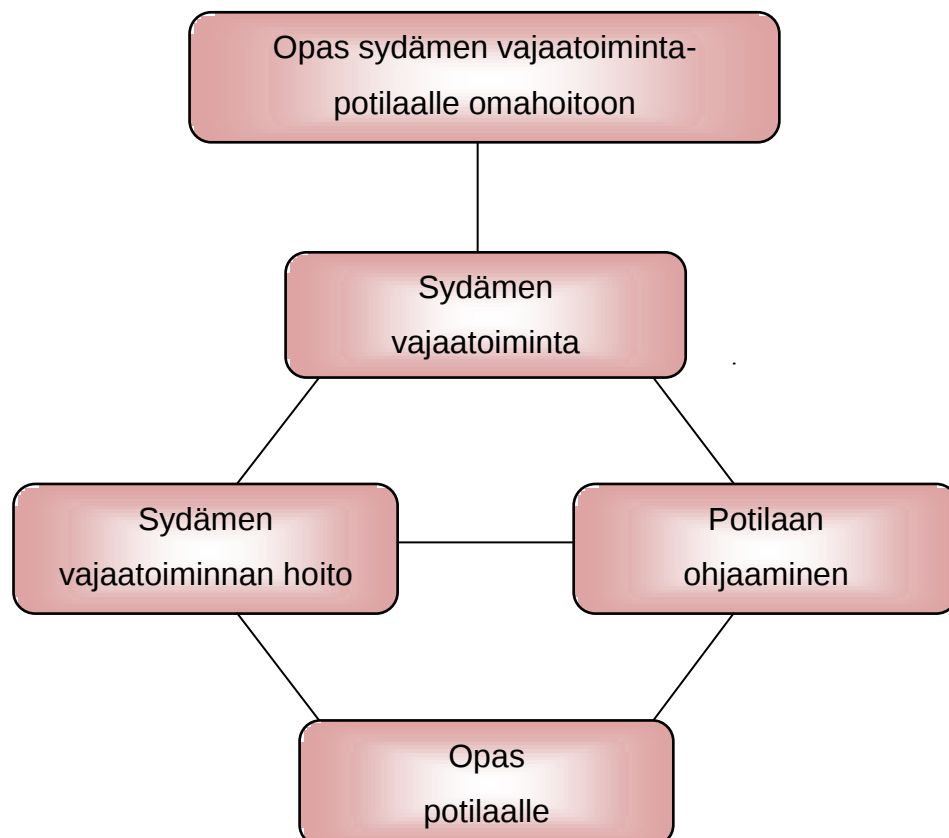
1. Mitä sydämen vajaatoiminta on?
2. Miten sydämen vajaatoiminta-potilasta ohjataan omahoitoon?
3. Millainen on hyvä opas?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että potilaat voivat käyttää opasta omahoidon tukena ja sitä kautta edistää potilaiden hoidon onnistumista ja heidän sitoutumista omaan hoitoonsa. Hoitotyöntekijät pystyvät hyödyntämään opasta ohjatessaan potilaita.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana on opas sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Opasta käytetään apuna sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa Hatanpään sairaalassa. Potilaita ohjataan oppaan avulla oireyhtymänsä hoitoon kotiloissa. Ohjaaminen edistää potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja auttaa häntä hakeutumaan oikeaan hoitoyksikköön tarvittaessa. Oppaalla pyritään varmistamaan potilaiden hoidon onnistumista ja jatkuvuutta.

Opinnäytetyössä käytettävät keskeiset käsitteet ovat sydämen vajaatoiminta, sydämen vajaatoiminnan hoito, potilaan ohjaaminen ja opas potilaalle. Käsitteiden pohjalta on laadittu alla oleva viitekehys (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan oireyhtymä, jossa sydämen pumppaustoiminnassa on häiriö. Häiriön lähtökohtana on joko rakenteellinen tai toiminnallinen sydänlihaksen vioittuminen. Sydämen kyky pumpata verta on heikentynyt ja se ei pysty ylläpitämään riittävää verenkiertoa elimistön normaalitarpeisiin. Toimintahäiriön taustalla on useita erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia (taulukko1). (Harjola & Remes 2008, 714, Lommi 2009.) Oireyhtymän yleisimpiä syitä ovat sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, läppäviat ja sydänlihaksen sairaudet (taulukko1). Noin neljännes sydämen vajaatoimintapotilaista sairastaa diabetesta ja usein myös munuaisten vajaatoimintaa ja anemiasa. Harvinaisempia vajaatoiminnan aiheuttajia ovat sydänlihaksen tulehdus- ja kertymäsairaudet ja synnynnäiset sydänviat (taulukko1). (Harjola & Remes 2008, 714–715.) Wang ym. (taulukko3) (2011) ovat tutkineet, että elämäntavat vaikuttavat riskiin sairastua sydämen vajaatoimintaan.

TAULUKKO 1. Sydämen vajaatoimintaan johtavia tiloja

Sepelvaltimotauti	
Verenpainetauti	
Sydäninfarkti	
Läppäviat	Aorttaläpän ahtauma, mitraalivuoto
Sydänlihassairaudet	Perinnölliset, tulehdukselliset Kardiomyopatia
Rytmihäiriöt	Flimmeri, takykardia, bradykardia
Kilpirauhasen toiminnan häiriöt	Hyper- ja hypotyreooosi
Sydänviat	Synnynnäiset, rakenteelliset

Sydämen vajaatoiminnan ilmeneminen kasvaa jyrkästi iän myötä. Oireyhtymä on harvinainen alle 50-vuotiailla, mutta yli 65-vuotiaista 1 % ja yli 80-vuotiaista 5-9 % sairastuu siihen vuosittain. Sairastuvien keski-ikä on 76 vuotta. Kaikkiaan sydämen vajaatoiminta potee 5 % yli 65-vuotiaista ja 8-10 % yli 75-vuotiaista.

Koko väestöstä 1-2 % on sydämen vajaatoiminta ja piilevä eli oireeton sydämen toimintahäiriö on yhtä yleinen kuin selvä vajaatoiminta. (Harjola & Remes 2008, 715.) Sydämen vajaatoiminnan arvioidaan aiheuttavan jopa 1,5 % kaikista terveydenhuollon menoista. Huomattaviin kustannuksiin vaikuttaa etenkin sairaalahoidon tarve. Tulevaisuudessa ikääntyvän väestön osuuden lisääntyminen tarkoittaa myös sydämen vajaatoiminta-potilaiden määrän ja sairaalahoidon tarpeen lisääntymistä. (Harjola 2010, 383.) Sydämen vajaatoiminta on yleisempi miehillä, kuin naisilla. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat naiset ovat keskimäärin iäkkäämpiä, kuin sitä sairastavat miehet, koska naisten elinikä on pidempi (taulukko3). (Hartikainen & Visamo 2000, 13.)

Sydämen vajaatoiminta voi olla kroonista eli jatkuvaa tai akuuttia eli se voi kehittyä äkillisesti. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan oireet kehittyvät vähitellen Pitkäkestoinen vajaatoiminta syntyy yleensä sydäninfarktien jälkeen (taulukko1), erityisesti jos infarktiin liittyy läppävuoto. Sydämen vajaatoiminta voi aiheutua myös itse läppäviasta. (Nieminen 2005, 161.) Akuutti sydämen vajaatoiminta on äkillinen ja vaikea sydämen pumppausvoiman häiriö, joka voi olla ennestään diagnosoimaton tai se voi olla seurausta kroonisen vajaatoiminnan pahenemisesta. Yhtäkkinen sydänsairaus, kuten sydäninfarkti, sydänlihastulehdus, sydänläpän repeäminen tai rytmihäiriö voi aiheuttaa sen (taulukko1). Häiriö vaatii yleensä sairaalahoitoa. On tavallista, että äkillisesti alkanut sydämen vajaatoiminta muuttuu krooniseksi. (Harjola & Remes 2008, 714.)

Akuutin vajaatoiminnan vaikeimmat kliiniset ilmentyvät ovat keuhkopöhö ja sokki. Keuhkopöhö eli keuhkoödeema syntyy, kun sydämen pumppausteho ei riitä ylläpitämään normaalia ääreisverenkiertoa ja veri pakkautuu vasempaan kammiin, eteiseen ja keuhkolaskimoihin. Verentungoksen seurauksena keuhkolaskimopaine kasvaa ja nestettä alkaa tihkua sekä keuhkovälitilaan että keuhkorakkuloihin. Nesteen kertyminen keuhkoihin heikentää kaasujen vaihtoa keuhkorakkuloissa ja lisää hengitystyötä. (Lommi 2008, 303–304.) Hengitystyön lisääntyessä potilaan hengitystiheys eli hengitysfrekvenssi kasvaa, usein yli 30 kertaan minuutissa. Apuhengityslihakset ovat käytössä ja hengityksessä on korvin kuultava rohina ja vinkuminen. Potilaasta tuntuu, että henkeä ahdistaa ja tämän seurauksena hän on levoton, potilas voi tuntea todellista hengenhätää.

Muita oireita ovat kuiva yskä ja vaahtomaiset yskökset, jotka voivat olla vaa-
leanpunaisia. Keuhkopöhdössä potilaan iho on kylmänhikinen ja harmaankalpea
ja hänen huulensa sinertävät. Periferia eli kehon ääreisosat ovat kylmät. Poti-
laan istuessa hänen kaulasuonensa voivat pullottaa. Nämä oireet on tärkeää
tunnistaa, koska keuhkopöhö on henkeä uhkaava tila. Ihmisen hapensaanti on
vaikeutunut hengitystyön lisääntyessä ja happea on niukasti veressä eli syntyy
hypoksemia. Keuhkopöhöön hoidon tavoitteena on elimistön hapensaannin tur-
vaaminen ja sydämen työn helpottaminen, jolloin tehokkain hoito keuhkopöhöön
on CPAP- hoito ja nitraatti- infuusio. (Kauppinen 2010.)

3.1.1 Sydämen diastolinen ja systolinen vajaatoiminta

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet vaurioittavat ja kuormittavat sydänli-
hasta eri tavoin. Tämän takia vajaatoiminnan syntymekanismi ja sen kehitty-
minen sekä sydämen pumppaustoiminnan häiriö ovat erilaisia. Sydämen toimin-
nan kannalta ne jaetaan joko sydämen vasemman kammion täyttymisvaiheen
eli diastolen tai supistumisvaiheen eli systolen häiriöiksi. Häiriöt esiintyvät
yleensä samanaikaisesti ja usein toinen niistä on vallitsevampi. (Lommi 2008,
296.)

Diastolisessa vajaatoiminnassa sydämen vasen kammio täyttyy huonosti. Sy-
dämen seinämät ovat jäykistyneet ja kammio ei pysty täyttymään normaalisti
(Alapappila, Hasu, Mutikainen & Koskinen 2006, 7-8, Lommi 2009). Tämä joh-
tuu vasemman kammion hypertrofiasta tai iskeemisestä sydäntaudista. Va-
semman kammion hypertrofia eli sydänlihaseinämän paksuuntuma on sepel-
valtimotaudin, verenpainetaudin tai korkean iän aiheuttamaa. Iskeemisessä sy-
däntaudissa sydänlihaskudos on kokenut pitkäaikaista hapenpuutetta esimer-
kiksi sepelvaltimotaudin takia ja hapenpuutteen vuoksi sydänlihaksen seinämä
on vahingoittunut. (Kiema ym. 2010.) Diastoliseen vajaatoimintaan liittyy yleen-
sä myös systolinen vajaatoiminta.

Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen vasemman kammion ja joskus har-
vemmin, oikean kammion, kyky pumpata verta on heikentynyt. Sydämen supis-

tusvireys on heikentynyt. Syitä tähän ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti, läppäviat (yleisimmät aorttastenoosi ja mitraalivuoto), sydänlihassairaudet (laajentava, hypertrofinen ja restriktiivinen kardiomyopatia) ja rytmihäiriöt (nopea eteisvärinä eli flimmeri, jatkuva takykardia, bradykardia) (taulukko1). Kilpirauhasen liikatoiminta eli hypertyreoosi ja kilpirauhasen vajaatoiminta eli hypotyreosi voivat myös aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa (taulukko1). Supistumisvireyden heikentyessä sydänlihassolut vähenevät asteittain ja ennuste on huono ilman hoitoa. Systolinen vajaatoiminta voi olla oireeton tai vähäoireinen. (Lommi 2009, Kiema ym. 2010.) Systolisessa vajaatoiminnassa vasemman kammion tyhjenemiskykyä kuvaava ejektiofraktio on normaalia pienempi eli alle 50 % (Alapappila ym. 2006, 7-8, Lommi 2009). Ejektiofraktioarvo eli EF kuvaa sydämen vasemman kammion supistumisvireyttä (Kervinen 2009). Ejektiofraktio on sydämen yhden supistuksen pumppaaman verimäärän osuus prosentteina supistusta edeltävästä vasemman kammion verimäärästä (Alapappila ym. 2007, 33.)

Koko väestössä systolista ja diastolista vajaatoimintaa esiintyy lähes yhtä paljon. Keski-ikäisillä systolinen toimintahäiriö eli sydämen supistuvuuden väheneminen on tavallisempi. Iäkkäillä eli yli 80-vuotiailla taas diastolinen vajaatoimintamekanismi on yleisempi kuin systolinen. Iän myötä lisääntyvät erilaiset liitännäissairaudet, kuten munuaisten vajaatoiminta, diabetes, krooniset keuhkosairaudet, aivoverenkiertohäiriöt, nivelsairaudet ja anemia (Lommi 2009).

3.1.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Sydämen vajaatoiminnalle tyypillinen oire on hengenahdistus, joka pahenee rasituksessa. Hengenahdistusta ilmenee, jos rasitustilanteessa syke ei tihene ja verenkierto on riittämätöntä, koska sydän ei kykene kierrättämään tarpeeksi verta. Hengenahdistuksen lisäksi hengitystiheys eli hengitysfrekvenssi kasvaa. Tihentynyt hengitys johtuu hapenpuutteesta, joka syntyy elimistöön, kun keuhkoihin kerääntyy verta ja kudostenestettä jää keuhkojen kudospätilään. Hapenpuutteen lisäksi sydämen supistumisvireys heikentyy ja sydän ei pysty lisäämään tehoaan rasituksessa. Sydämen minuuttivirtaus ei pysty vastaamaan rasitukseen. (Harju & Majamaa-Voltti 2010, 2094, Nieminen 2005, 165–166.) Rasi-

tusahdistuksen vaikeusasteita määritellään NYHA-luokituksella (taulukko2) (Heart Failure Society of America 2002). Ensin ahdistusta ilmenee ponnisteltaessa kovemmassa rasituksessa, mutta lopulta hengenahdistusta tulee aivan pienimmästäkin tavanomaisesta rasituksesta. Oireita on tällöin kevyiden askareiden aikana ja jopa levossa. Kuparin (2008, 739–740) mukaan nopea uupuminen ja poikkeava väsymys ovat yleisiä tuntemuksia. Joskus potilaan pääasialliset oireet ovat väsymys ja lihasten voimattomuus. Sairauden edetessä myös sen aiheuttama masennus voi aiheuttaa väsymystä.

TAULUKKO 2. NYHA (New York Heart Association) -luokitus

NYHA I Lievä	Suorituskyky ei ole merkittävästi heikentynyt. Tavallisessa rasituksessa ja arkiliikunnassa ei ilmene poikkeavaa hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA II Lievä	Suorituskyky on rajoittunut. Tavanomainen rasitus ja arkiliikunta aiheuttavat hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA III Kohtuullinen	Suorituskyky on rajoittunut merkittävästi. Jo tavallista vähäisempi rasitus aiheuttaa hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA IV Vaikea	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Sydämen vajaatoiminnalle on ominaista myös makuuasennossa ilmenevä hengenahdistus, jota kutsutaan ortopneaksi. Ortopnea johtuu kohonneesta laskimopaineesta. Potilaan käydessä makuulle henkeä alkaa ahdistaa melkein heti ja olo helpottuu nopeasti istumaan noustessa, jolloin laskimoverenkierron paluu keuhkoihin helpottuu. Nukkumaan käydessä potilas lisää monesti tyynyjä pään alle, koska se helpottaa hengenahdistusta. Hengitysvaikeus etenee hitaasti niin, että potilas joutuu lopulta nukkumaan istuvassa asennossa. (Kupari 2008, 738–739, Harju & Majamaa-Voltti 2010, 2094.)

Keuhkoihin kertyvä neste voi aiheuttaa potilaalle yskänärsytystä, etenkin yöaikaan. Keuhkojen kuuntelussa voi kuulua rahinoita ja vinkunoita (Lommi 2008, 298). Yskä on yleensä luonteeltaan kuivaa, limaa ei erity ja ysköksiä ei nouse. Yskänlääkkeet eivät lievitä oiretta (Partanen & Lommi 2008, 321).

Keuhkoihin kertyvän nesteen lisäksi nestettä kertyy vähitellen myös muualle elimistöön ääreisverenkierron kautta aiheuttaen turvotuksia. Nämä voidaan usein todeta ennen kuin hengenahdistusoireet puhkeavat esiin. Tyypillinen merkki sydämen vajaatoiminnasta on jalkojen turvotus. Vajaatoiminnassa jalkojen turvotus on molemmin puoleista ja turvotusta voi testata säärien etupinnalta painamalla ihoa kevyesti. Turvotuksessa sormen jäljestä jää hitaasti palautuva kuoppa. (Lommi 2008, 299.) Yleensä neste kertyy helpoimmin juuri alaraajoihin, sukista jää painumajälki nilkkoihin ja kengät käyvät ahtaiksi. Turvotusta voi olla alaraajojen lisäksi myös sormissa, kämmenselässä, kasvoissa, kaulalaskimoissa ja paljon vuoteessa lepäilevällä selässä. Nesteen kertyminen aiheuttaa myös painon nousua. Sydämen vajaatoiminnassa paino nousee yleensä nopeammin, kuin normaalissa painon nousussa. Sydämen vajaatoiminnassa paino nousee kaksikin kiloa parissa päivässä, kun lihomisen seurauksena paino nousee hitaasti, puoli kiloa tai kilon viikossa. (Partanen & Lommi 2008, 322.)

Vaikeassa vajaatoiminnassa paino voi pysyä muuttumattomana. Samaan aikaan, kun nestettä kertyy kehoon, elimistön energiavarastot vähenevät ja ravintoaineiden puutteellinen imeytyminen voi johtaa myös laihtumiseen. Syynä on joko ruokahaluttomuus tai heikentynyt ravinnon saanti. Ruokahaluttomuus voi olla vajaatoiminnan oireena, koska nesteen kertyminen vatsaonteloon voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. (Partanen & Lommi 2008, 322.) Rasva- ja lihaskudoksen kuihtuminen eli kakeksia on merkki pitkään kestäneestä ja pitkälle edenneestä vajaatoiminnasta. Se merkitsee usein myös huonoa ennustetta. (Lommi 2009.) Vajaatoiminta vaikuttaa myös keskittymiskykyyn ja tämän voi havaita etenkin iäkkäistä ihmisistä. Ikäihmisillä varhaisia oireita sydämen vajaatoiminnasta voivat olla myös muistihäiriöt, levottomuus ja sekavuus. (Kupari 2008, 740.)

3.1.3 Sydämen vajaatoiminnan tutkiminen

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi edellyttää, että potilaalla on sydänsairaus ja sydämen vajaatoimintaan sopivia oireita ja löydöksiä (Heliö ym. 2011, 13). Tutkimusten avulla pyritään selvittämään, että mikä sydänsairaus ja sydämen toimintahäiriö on aiheuttanut vajaatoiminnan. Kun oireiden, sairaushistorian ja kliinisten havaintojen perusteella on syytä epäillä sydämen vajaatoimintaa, diagnostiikkaa täydennetään laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. (Lommi 2008, 298.) Näistä saatujen tulosten avulla tutkitaan, onko vajaatoimintaa ja arvioidaan todetun vajaatoiminnan astetta (Nieminen 2005, 170). Iso osa tutkimuksista tehdään hoidon alkuvaiheessa, kun epäillään vajaatoimintaa. Tutkimuksia voidaan täydentää ja uusia myöhemmin, kun arvioidaan hoidon tehoa ja pyritään tunnistamaan hoidon mahdollisesti aiheuttamia sivuvaikutuksia. (Heliö ym. 2011, 13.)

Kliinisessä tutkimuksessa potilaasta kerätään esitiedot eli anamneesi ja hänen yleistilaansa tutkitaan. Lievässä sydämen vajaatoiminnassa potilas voi näyttää terveeltä. Potilaan yleistilaa tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota mahdollisiin poikkeuksellisiin löydöksiin, kuten tavallista työläämpään hengitykseen, nopeaan sykkeeseen, ihon viileyteen ja sinerrykseen raajojen ääreisosissa. Pitkälle edenneessä kroonisessa vajaatoiminnassa lihasten ja ihonalaisen rasvan kato voi olla silmiinpistävää ja potilaan hengitys saattaa tuoksua asetonilta merkinä kiihtyneestä kataboliasta. Katabolia johtuu syömättömyydestä, kun ihminen on ollut pitkään niin sanotusti paastotilasta. (Kupari 2008, 740.) Tutkimuksen yhteydessä potilasta haastatellaan. Haastattelussa kysytään potilaan tämänhetkistä vointia ja selvitetään hänen sairaushistoriaansa. Nykyisten oireiden lisäksi selvitetään aiemmat tautitapahtumat, sydäntautien vaaratekijät, lääkkeiden, alkoholin ja huumeiden käyttö. Tulee selvittää myös se, että onko lähipiirissä todettu sydämen vajaatoimintaa. (Kupari 2008, 743–744.)

Tutkiessa arvioidaan yleiset verenkierto-olosuhteet ja ääreisverenkierron lämpö tunnustelemalla potilasta, mitataan verenpaine ja sydämen sykkeet. Sykkeiden tutkimisella selvitetään, onko potilaalla valtimosairautta. Potilaan turvotuksia arvioidaan silmämääräisesti ja tunnustelemalla, jolloin huomioidaan erityisesti

alaraajat, sääret ja nilkat. Tunnustellaan kaulalaskimot, jolloin arvioidaan niiden täyttöpainetta. Sydän ja keuhkot auskultoidaan eli kuunnellaan ne stetoskoopilla. Keuhkoja auskultoidessa kuunnellaan hengityssänet ja samalla arvioidaan keuhkojen verekkyyden eli kongestion astetta. Kongestio on keuhkoverisuonten verentungos keuhkoissa ja tämän seurauksena nesteen tihkuminen keuhkorakkuloihin. Tämä näkyy Thorax - eli keuhkokuvassa, jolla saadaan tietoa nesteen mahdollisesta kertymisestä keuhkokudokseen ja keuhkopussiin. Thoraxilla saadaan lisäksi tietoja esimerkiksi sydämen koosta ja mahdollisista tulehduksista. (Nieminen 2005, 170, Lommi 2008, 299, Heliö ym. 2011, 13.) Sydämen toimintaa kuunnellessa kiinnitetään huomiota sydämen ”lonksutukseen” tai ”eteislonksutukseen”. ”Lonksutus” liittyy sydämen laajenemiseen ja ”eteislonksahdus” korkeaan vasemman kammion täyttöpaineeseen. ”Eteislonksahdus” on yleinen potilailla, joilla on paksuuntunut sydän. Kuuntelemalla haetaan lisäksi muita sivuääniä, joilla kartoitetaan mahdollisten läppävikojen määrä ja pyritään arvioimaan niiden vaikeusastetta. (Nieminen 2005, 170.)

Sydämen vajaatoiminta-potilailta otetaan EKG ja se on käytännössä aina poikkeava. Muutokset johtuvat taustalla olevasta sydänviasta eivätkä ole spesifisiä sydämen vajaatoiminnalle. Yleisimpiä muutoksia ovat patologiset Q-aallot, vasen haarakatkos, vasemman kammion hypertrofia, madaltuneet QRS-heilahdukset ja vasemman eteisten kuormitus. Sama koskee rytmihäiriöitä eli eteisvärinää, kammiolisälyöntejä ja lyhytkestoisia kammiotaaajuuslyöntejä, jotka ovat yleisimpiä. (Kupari 2008, 742.)

Laboratoriokokeissa seurataan pääasiassa PVK:ta, kaliumia, natriumia ja kreatiniinia. PVK tarkoittaa perusveren kuvaa, joka antaa yleiskuvan verisoluista ja siihen sisältyy esimerkiksi hemoglobiini. Hemoglobiinin avulla arvioidaan anemiamia ja PVK:lla saadaan tietoa mahdollisia tulehduksia, koska se ilmaisee puna- ja valkosolujen määrää. Kaliumin ja natriumin eritystä seurataan, koska sydämen vajaatoiminnan lääkehoidossa käytettävät diureetit lisäävät virtsan eritystä. Joskus kaliumia ja natriumia poistuu elimistöstä liikaa ja arvot ovat alhaisia. Lisääntynyt virtsan erityys voi rasittaa myös munuaisia, jolloin kreatiniini-arvo nousee. Muita tutkimuksia riskitekijöiden mukaan voivat olla esimerkiksi rasva-arvot ja verensokeri. (Nieminen 2005, 171, Pharmaca Fennica 2011.) Laborato-

riokokeista sydämen vajaatoiminnan diagnosoimiseksi voi olla hyödyksi ottaa seerumin natriureettinen peptidi eli BNP. Viitealueella oleva tai lievästi lisääntynyt peptidipitoisuus yhdessä normaalin EKG:n kanssa sulkee vajaatoiminnan pois laskuista. Sydämen ultraäänitutkimus voi auttaa, jos BNP on lisääntynyt, mutta diagnoosi on epävarma. (Kupari 2008, 739.)

Ultraäänitutkimus on välttämätön, jos diagnoosi on epävarma tai vajaatoiminnan aiheuttajaksi epäillään esimerkiksi läppävikaa. Kuvauksella nähdään tarkka sydänlihaksen ja läppien rakenne. Sen avulla voidaan näin selvittää vajaatoimintaan johtaneita syitä, mekanismeja ja vajaatoiminnan vaikeusastetta. (Heliö ym. 2011, 13.) Sydämen ultraäänitutkimus eli ECHO tulisi tehdä kaikille potilaille, joilla on kliinisesti todettu sydämen vajaatoiminta. Tutkimus on harkinnanvarainen vain, jos potilas on iäkäs tai vaikeasti sairas ja tutkimuksen mahdollisesti tuoma lisätieto ei vaikuta ratkaisevasti hoitoon. Ultraäänitutkimuksella voidaan selvittää vasemman kammion ejektiofraktio. Vasen kammio pumppaa normaalisti aorttaan yli 50 % siitä verimäärästä, joka kammioon on diastolen aikana virrannut. Vajaatoiminta on lievä, kun verimäärä on yli 40 % ja vaikea, kun verimäärä on alle 30 %. (Kervinen 2009.) Sydämen vajaatoiminnan taustalla oleva sydänvika selviää lähes aina, kun kliinisten perustutkimusten jälkeen tehdään sydämen ultraääni. Tapauksesta riippuen, saatetaan lisäksi tarvita rasituskoetta, sydämen perfuusiotutkimusta, EKG:n vuorokausinauhoitusta eli Holteria, sydämen magneetti- tai tietokonekerroskuvausta, keuhkojen toimintakokeita ja ventilaatioperfuusiokarttaa, sydämen katetrointia, angiografiaa tai sydänlihاسبiopsiaa. (Kupari 2008, 746.)

Rasituskoetta saatetaan tarvita, jos vajaatoiminnan aiheuttajaksi epäillään sepelvaltimotautia. Kliininen rasituskoe on lääkärin valvonnassa tehtävä laboratoriotutkimus, joka tehdään useimmiten polkupyöräergometrillä tai kävelytallilla. Sen avulla selvitetään fyysistä suorituskyyä ja sitä rajoittavia tekijöitä tai diagnosoidaan hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksia. Vaihtoehto kliiniselle rasituskokeelle on submaksimaalinen kuuden minuutin kävelytesti. Rasituskokeen aiheita ovat myös työ- ja toimintakyvyn arviointi, kuntoutuksen suunnittelu, seuranta ja arviointi. Sillä voidaan arvioida myös leikkaukseen liittyviä komplikaatioriskejä. Jos tulos viittaa sepelvaltimotautiin lisätutkimuksena voidaan teh-

dä sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset eli angiografia. (Alapappila ym. 2007, 14, Heliö ym. 2011, 14.) Angiografia on röntgentutkimus, jossa potilaan sepelvaltimoihin ruiskutetaan varjoainetta. Varjoaineen suihkuttamisen jälkeen sepelvaltimot kuvataan eri suunnilta. Varjoainekuvauksella saadaan selville valtimoiden ahtaumakohdat. (Heliö ym. 2011, 14.)

3.1.4 Sydämen vajaatoiminnan ennuste

Sydämen vajaatoiminnan hoito on kehittynyt viimeisten vuosien aikana, mutta sen ennuste on edelleen huono. Tämä johtuu siitä, että sydämen vajaatoiminta on usein pitkälle edennyt, loppuvaiheessa oleva sydänsairaus ja lisäksi suurin osa potilaista on iäkkäitä. Vajaatoiminnan vaikeinta muotoa sairastavista 30–50% menehtyy ensimmäisen vuoden aikana diagnoosin saatuaan. Lievimmissäkin vajaatoiminnan muodoissa liki puolet potilaista kuolee viiden vuoden kuluessa. Yleisimpiä kuolemaan johtavia syitä ovat sydämen äkilliset rytmihäiriöt ja vajaatoiminnan vaikeutuminen. (Lommi 2008, 298.) Akuutissa keuhkopöhtössä sairaalakuolleisuus on 12 % ja yhden vuoden kuolleisuus jopa 40 %. (Harjola & Nieminen 2006, 3085.)

Potilaan ennuste vaihtelee suuresti hänen ikänsä ja kliinisen kuvan mukaan, miehillä ennuste on huonompi, kuin naisilla. Kun sydämen vajaatoimintaa vertaa esimerkiksi yleisimpiin syöpäsairauksiin, vain keuhkosyövän yksivuotisen ennuste on huonompi kuin sydämen vajaatoiminnan. (Harjola & Remes 2008, 714, 717.) Ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat taustalla oleva sydänsairaus, vajaatoiminnan vaikeusaste eli NYHA-luokka (taulukko 2), ejektiofraktioarvo, potilaan vaste lääkehoitoon ja verinäytepitoisuudet: Nt-ANP ja proBNP, joiden avulla voidaan arvioida sydämen vajaatoimintaa (Lommi 2008, 298). Ennuste on suurin piirtein sama systolisessa ja diastolisessa vajaatoiminnassa (Kupari 2008, 751).

Vaikka sydämen vajaatoimintaan liittyvien kuolemien määrä on lisääntynyt viime vuosina väestön ikääntymisen vuoksi, ennuste näyttää kuitenkin parantuneen etenkin miehillä (Harjola & Remes 2008, 718). Kun vajaatoiminnan akuutti vaihe

on ohi ja potilaan tilanne on tasaantunut, voidaan sydämen toiminnallisia ongelmia yleensä hallita henkilökohtaisella ohjeistuksella ja lääkityksellä. Kehittynyt lääkitys vaikuttaa nykyisin suotuisasti vajaatoiminnan ennusteeseen, nimenaan ACE:n estäjien ja beetasalpaajien lisääntynyt käyttö on parantanut ennustetta. (Nieminen 2005, 175.)

3.2 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoiminnan hoidon perustana on kattava diagnoosi, jolloin tunnistetaan sydämen pumppausvaje ja erotetaan se muista tiloista, jotka aiheuttavat samankaltaisia oireita. Selvitetään vajaatoiminnan mekanismi ja syy-seuraussuhteet. Hoito koostuu osista, joita ovat syysairauksien hoito, elintapoja, ruokavaliota ja liikuntaa koskeva ohjaus, pumppausvajuuden mekanismin mukaan suunniteltu lääkehoito, vajaatoimintaa pahentavien ja laukaisevien tekijöiden hoito sekä säännöllinen seuranta. Onnistuakseen hoito edellyttää yhteistyötä hoitopaikkojen välillä ja eri ammattiryhmien kesken. Hoidon onnistumiseksi myös potilaan itse tulee olla myönteisesti motivoitunut hoidolle. Huono hoitomyöntyvyys aiheuttaa usein hoidon epäonnistumisen. (Kupari 2002, 46.) Sydämen vajaatoiminnan hoitotyössä keskeistä on omahoidon ohjaus, jonka päätaavoitteena on sairauden hallinta ja siten myös kuolleisuuden sekä hoidosta aiheutuvien kustannusten väheneminen. (Kemppainen, Kiema & Kvist 2011, 3.) Vajaatoiminnan hoito jakaantuu lääkehoitoon ja lääkkeettömään hoitoon. Lääkkeetön hoito on elämäntapa-ohjausta ja sillä on suuri merkitys sairauden hoidossa yhdessä lääkehoidon kanssa.

Kirurgisella hoidolla voidaan vähentää sepelvaltimotaudista ja läppävioista johtuvaa sydämen vajaatoimintaa. Sydämen vajaatoiminnan taustalla oleva syy voidaan hoitaa kirurgisesti ja vajaatoiminta korjaantuu. Sepelvaltimotautia korjaavia kirurgisia toimenpiteitä on useita, esimerkiksi ohitusleikkaus ja pallolääjennus, kun taas sydämen läppävioissa voidaan asentaa erilaisia rytmihäiriötahdistimia. (Kupari 2008, 774.) Vajaatoimintatahdistusta suositellaan kun rytmihäiriö eli haarakatkos heikentää sydänlihaksen supistumista tai kun vajaatoiminnan oireet ovat vaikeat lääkityksestä huolimatta (Riikola & Toivonen

2010). Sydäntä synkronoivilla tahdistimilla oireet lievittyvät, kun sydämen kamion koko pienenee ja tätä kautta sydämen toimintakyky ja potilaan fyysinen suorituskyky paranee. Potilaan elämänlaatu paranee ja elinaika pitenee. (Pakarinen & Toivonen 2010.)

Kun vajaatoiminta liittyy sydämen paksuuntumiseen, ei ole olemassa toimenpidettä tai lääkettä, joilla se voitaisiin korjata. Jos sydämen paksuuntumisen syy on korkea verenpaine eli hypertonia, hyötyy potilas verenpaineen tehokkaasta hoidosta. (Nieminen 2005, 168.) Krooniseen sydämen vajaatoimintaan ei ole olemassa täysin parantavaa hoitoa sydämensiirtoa lukuun ottamatta (Alapappila ym. 2006, 7).

3.3 Sydämen vajaatoiminnan lääkkeetön hoito

Lääkkeetön hoito on elämäntapa-ohjausta, johon kuuluvat terveellinen ravitsemus, suolan- ja nesteiden rajoittaminen, painon seuranta ja sekä liikuntaa että lepoa sopivassa suhteessa. Potilaan tulee sitoutua näihin elämäntapoihin, jotka saattavat muuttaa hänen elämänsä paljon. Hoitohenkilökunnan tulee tukea ja motivoida häntä näissä muutoksissa. Ohjausta annetaan edellä mainittujen elämäntapa-ohjeiden lisäksi muihin arkipäiväisiin asioihin liittyen, kuten mielialaan, matkustamiseen ja rokotuksiin. Lääkkeettömässä hoidossa vältellään vajaatoimintaa aiheuttavia tai vaikeuttavia tekijöitä. Potilas seuraa kotona hoitonsa onnistumista tarkkailemalla itseään ja noudattamalla kotihoito-ohjeita. Jos muutoksia ilmenee, hän voi ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköönsä tai hakeutua hoitoon.

3.3.1 Ravitsemus

Sydänterveellinen ruokavalio eli sydänystävällinen ruoka on kaikille suositeltavaa monipuolista ruokaa. Sydänystävällisen ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä, ainakin puoli kiloa päivässä. Leivässä ja muissa viljavalmisteissa tulisi suosia täysjyvää ja leipää olisi hyvä syödä päivässä kuu-

desta yhdeksään viipaletta. Leivän päällä tulisi olla pehmeää margariinia tai kevytmargariinia voideltua, koska rasvojen käytössä pitäisi välttää kovaa rasvaa ja käyttää sen sijaan kohtuullisesti pehmeää, kasviperäistä rasvaa. Tämä tarkoittaa käytännössä sekä vähärasvaisia maito- ja lihavalmisteita että kasviöljyä ja kasvimargariinia kohtuudella päivittäin. Kohtuudella tarkoitetaan noin viittä teelusikallista 80-prosenttista margariinia ja yhtä ruokalusikallista kasviöljyä. Maitovalmisteet voisivat olla vähärasvaisia tai rasvattomia ja niitä on suositeltavaa nauttia noin kuusi desilitraa päivässä ja kaksi viipaletta vähärasvaista juustoa. Sydänterveellisessä ruokavaliossa syödään säännöllisesti kalaa noin kaksi tai kolme kertaa viikossa. (Alapappila & Koivisto 2006, 23.)

Käytännöllinen ohje sydänystävälliseen ruokavalioon on käyttää lautasmallia, jonka mukaan ateriat on hyvä koostaa. Lautasmalli kootaan täyttämällä puolet lautasesta kasviksilla ja neljänneslautasellinen voi olla perunaa, riisiä tai pastaa. Lautasella viimeinen neljännes on täyttävää pääruokaa eli lihaa, kalaa, kanaa tai vaihtoehtoisesti kasvisruokavaliossa palkoviljaa eli herneitä, papuja, linssejä, pähkinöitä ja siemeniä. Aterian lisäksi kuuluu myös rasvaton juoma, mielellään rasvaton maito tai piimä sekä leipä. (Alapappila & Koivisto 2006, 23.)

3.3.2 Suola- ja nesterajoitus

Sydämen vajaatoiminta-potilaita kehoitetaan rajoittamaan suolan käyttöään eikä aterioidessa ruokaan lisätä suolaa. Suolaa ei suositella, koska se lisää hengenahdistusta, ylimääräistä nesteenkertymistä ja janon tunnetta, jolloin on vaikeampaa noudattaa mahdollista nesterajoitusta. Ruuanlaitossa tulisi suosia vähäsuolaisia elintarvikkeita. Potilasta on hyvä informoida ruuassa olevasta piilosuolasta, jota on runsaasti etenkin valmisruuissa. Suolan sijaan ruuanvalmistuksessa tulisi käyttää erilaisia mausteita ja yrttejä, joilla ruokaan saadaan maua. (Hartikainen & Visamo 2000, 14–15.)

Janon tunnetta vajaatoimintapotilailla aiheuttaa myös heillä käytettävä nesteenpoistolääkitys, joka vaikuttaa potilaisiin hormonaalisesti. Janon tunteen vuoksi potilas saattaa juoda runsaasti nesteitä ja tämä on ristiriidassa sekä nesterajoi-

tuksen että nesteenpoistolääkityksen kanssa. Potilaiden nesterajoitus on yleensä 1500-2000ml vuorokaudessa. Jos vajaatoiminta korjaantuu läkehoidolla, nesterajoitusta ei tarvita. Nesterajoitus on tarpeen vaikeassa vajaatoiminnassa, etenkin jos veren natriumpitoisuus on pieni ja potilaalla on hyponatremia. Rajoitukseen vaikuttaa esimerkiksi potilaan ikä ja koko, mahdollinen kuivuminen eli dehydraatio tai ylinesteytys. Nesteenpoistolääkityksen määrää sovitetaan rajoituksen mukaan. (Nieminen 2005, 173.) Kotona olevalle potilaalle voi korostaa, että nesterajoitusta ei tule myöskään alittaa ilman lääkärin suositusta. Tätä voi perustella potilaalle esimerkiksi siten, että munuaiset tarvitsevan nestettä puhdistuakseen ja verenpaineen säätelyyn tarvitaan nestettä. (Partanen 2011.)

Nesterajoitus tulee aina perustella potilaalle. Potilaiden saattaa olla hankala mieltää, että mikä on nestettä ja paljonko sitä vuorokaudessa tulee juoda, joten nämä asiat on käytävä potilaan kanssa läpi. Ensin kartoitetaan potilaan omia tapoja ja tottumuksia. Kun keskitytään yksilöllisesti juuri hänen ruokailu- ja juomatapoihinsa, saadaan paras kuva siitä, että minkälaisia nesteitä ruokavalioon kuuluu. Nesteisiin lasketaan vesi, mehut, mehukeitot, vanukkaat, kahvi, tee, maito, piimä, olut, siideri, viini, alkoholi, virvoitusjuomat, viili, jogurtti, jäätelö ja neste, jota käytetään puuroihin, velleihin ja keittoihin. Jos seuranta on tarkkaa, pelkkä arvio nautitun nesteen määrästä ei riitä. Kotona potilaan tulee mitata erilaisten astioiden, kuppien ja lasien tarkka koko, jotta nestemäärät ovat oikeita. Nesteet kirjataan nestelistaan koko vuorokauden ajalta joka päivä. (Partanen 2008, 325, Partanen 2011.)

Ongelmallisia ovat alkoholijuomat, esimerkiksi olut ja siideri, koska ne sisältävät usein paljon nestettä ja alkoholi lihottaa. Kaikki alkoholijuomat kuormittavat sydäntä, koska ne saavat sydämen tykyttelemään. Jos potilaalla on vaikea sydämen vajaatoiminta, alkoholin käyttöä suositellaan rajoittamaan juhlatilanteisiin ja silloinkin käytön tulee olla erittäin vähäistä. Kun sydänsairaus johtuu liiasta alkoholin käytöstä, tulee sen käyttö lopettaa kokonaan. Joskus nautittuna pienistä alkoholimääristä ei ole varsinaista haittaa, miehille sallittu määrä on kaksi tai kolme ravintola-annosta ja naisille yksi annos kerrallaan. (Partanen 2011.)

Janon tunnetta voi helpottaa pienillä keinoilla. Kun tuntuu siltä, että suu ja limakalvot kuivuvat liikaa, voi yrittää lisätä syljen eritystä. Apua tähän voivat tuoda sokerittomien pastillien imeskely, apteekista saatavat syljen eritystä lisäävät imeskelytabletit ja kosteuttava suusuihke. Jatkuvaa suun huuhtomista ei kuitenkaan suositella, koska se voi päinvastoin vähentää syljen eritystä ja on haitallista. (Partanen 2011.)

Nesteentarpeeseen vaikuttavia erityistilanteita ovat liikunta, sauna, helle ja ripuli, koska ne lisäävät haihtumista ja nesteen tarvetta. Saunassa saa käydä, mutta potilaita kehoitetaan välttämään liian pitkää kuumassaoloa, koska sauna voi rasittaa sydäntä. Lisäksi nesteentarve ei lisäännä merkittävästi, koska potilas ei hikoile kovin paljon oltuaan saunassa vain hetken. Sama koskee helteitä ja runsasta liikkumista. Ripuli vaikuttaa nestetasapainoon ja tällöin voi nauttia tarvittaessa ylimääräisiä nesteitä. Potilas voi juoda jos on jano, mutta häntä muistutetaan siitä, että jano voi lähteä myös pienellä määrällä nestettä, kerralla nautittu nestemäärä ei saa olla suuri. (Partanen 2008, 326, Partanen 2011.)

3.3.3 Painon seuranta

Potilaan kannalta tärkeintä painon seurannassa on tarkkailla nesteen kertymistä elimistöön. Potilas ei punnitse lihomista tai laihtumista vaan mahdollisia turvotuksia. Painon seurannan tulee olla säännöllistä ja jatkuvaa. Painon mittaus tulisi tehdä joka päivä samaan aikaan, samassa paikassa ja samalla tavalla. Yleensä paino mitataan aamulla, jolloin se mitataan mieluiten ennen aamupalaa, wc-käynnin jälkeen. Virtsarakko tulee tyhjentää. Jos paino nousee puolesta kilosta kahteen muutamassa päivässä, kyse on nesteen kertymisestä. (Partanen 2008, 327, Partanen 2011.) Potilaalle voidaan antaa kotiin ohjeet omatoimisesta lyhytkestoisesta nesteenpoistolääkkeen lisäämisestä. Kun lääkkeen lisäämisestä ei ole sovittu lääkärin kanssa, tulee ottaa yhteyttä hoitajaan tai lääkäriin. Jos lääkkeen lisäämisen tarve on pysyvää, on otettava yhteys lääkäriin. (Partanen 2008, 327.)

3.3.4 Liikunta ja lepo

Jokapäiväinen ja säännöllinen liikunta on terveyttä edistävää, kun sitä on riittävästi ja se on kohtuullisen rasittavaa (Alapappila & Koivisto 2006, 33). Kaikille sydänpotilaille sopii liikunta, kunhan siihen liittyvät rajoitukset tiedetään ja tunnistetaan. Tämä koskee erityisesti sydämen vajaatoiminnasta kärsiviä potilaita. Jos vajaatoiminta on lievä, liikuntaa koskevat rajoitukset ovat vähäisiä. Liikunnan aikana pitää muistaa levätä, kun potilaasta tuntuu siltä. Fyysisen rasituksen jälkeen on tarpeen palautua kunnolla ja aivan rauhassa. Vajaatoimintapotilas voi tarvita palautumiseen jopa puoli tuntia, kun terve ihminen palautuu viidessä minuutissa. Tämä johtuu siitä, että sydämen vajaatoimintapotilaalla verenkiertoa säätelevien stressihormonien pitoisuudet nousevat rasituksessa voimakkaasti ja palautuvat hitaasti. Liikunnassa tärkeintä on liikkua oman voinnin mukaan. (Alapappila ym. 2006, 5.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas hyötyy liikunnasta ja se on osa tehokasta hoitoa. Liikunta lisää vajaatoimintapotilaan hapenottokykyä ja parantaa suorituskkyä, jonka seurauksena hengenahdistus ja väsyminen rasituksessa lievenevät. Liikunnan avulla keuhkojen minuuttitulavuus ja hengitystyö vähenevät. Myös sydämen syketaajuus pienenee levossa ja nousee hitaammin rasituksessa. Kun maksimisyke nousee, sydämen maksimiminuuttitulavuus kasvaa, jolloin verisuonten laajenemiskyky ja verisuonten sisäpinnan eli endoteelin toiminta paranee. Sydämen vajaatoimintapotilas voi harjoittaa lihasvoimaharjoittelua, jolloin lihasvoima ja sydänlihaksen toiminta paranee. Liikunta vaikuttaa elämälaatuun ja myös mieliala kohenee. (Alapappila ym. 2006, 8.)

3.3.5 Matkustaminen

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan on varattava aikaa matkavalmisteluihin. Hoitavan lääkärin kanssa neuvotellaan ulkomaille matkustamisesta. Jos sydämen vajaatoiminta aiheuttaa oireita myös potilaan ollessa levossa, matkustamista tulisi välttää. Matkustamista ei rajoiteta, jos vajaatoiminnan oireet ovat tasapainossa tai oireet ovat vähäisiä, mutta suositetaan reittejä, joihin ei sisälly

pitkiä yhtämittaisia matkoja autossa tai lentokoneessa. Istuminen pitkään ja ah-
taasti samassa paikassa voi lisätä alaraajojen turvotusta ja laskimoveritulpan
vaaraa. (Orion Pharma 2010.)

Matkustaessa lääkkeet kannattaa pakata käsimatkatavaroihin alkuperäispak-
kauksissaan ja niitä tulee varata mukaan riittävästi. Säännöllisesti otettavia
lääkkeitä on hyvä varata aina yli tarpeen, esimerkiksi 1-2 viikon ajaksi enem-
män, kuin mitä matkalla on tarkoitus olla. Mukaan suositellaan otettavaksi eng-
lanninkielinen lista käyttämistään lääkkeistä, lääkkeiden vahvuuksista ja niiden
vaikuttavista aineista. Matkalle kannattaa ottaa mukaan englanninkielinen se-
lostus omasta sairaudesta ja viimeisin EKG. Lääkereseptit tai niiden kopiot suo-
sitellaan otettavaksi mukaan, koska niitä voidaan joissain maissa vaatiakin.
(Orion Pharma 2010, Lahtela ym. 2011.)

3.3.6 Sydämen vajaatoimintaa pahentavat ja laukaisevat tekijät

Sairauden pahenemisen estämiseksi potilasta ohjataan tupakoimattomuuteen,
alkoholin ja suolan käytön rajoittamiseen, säännöllisen liikunnan harrastami-
seen ja normaalipainon ylläpitämiseen tai saavuttamiseen (Kiema, Ihanus, Mei-
nilä, Surakka, Heikkilä & Hänninen 2010). Tupakointi tulisi lopettaa, koska se
vähentää hapentarjontaa kudoksissa ja lisää ääreisverenkierron vastusta. Run-
sas alkoholinkäyttö taas altistaa sydämen rytmihäiriöille, aiheuttaa elimistöön
nestekuormitusta ja elektrolyyttihäiriöitä. Alkoholien käyttö tulisi lopettaa koko-
naan tai ainakin rajoittaa sen käyttö hyvin vähäiseksi. Sydämen työmäärää lisää
myös ylipaino, joka heikentää keuhkojen tuuletusta ja vaikeuttaa näin vajaatoi-
minnasta aiheutuvia oireita. On perusteltua laihduttaa, jos vajaatoimintaoireet
ovat vaikeat ja ne liittyvät selvästi potilaan ylipainoon. (Lommi, Nieminen & Har-
jola 2008, 756–757.)

Potilaalla vajaatoiminnan pahenemisen merkkejä ovat turvotusten lisääntymi-
nen, painon nousu turvotusten vuoksi, hengenahdistuksen lisääntyminen ja vä-
syminen. Sydämen vajaatoimintaa pahentavat vaikeat infektiot, etenkin keuh-
koissa. Tulehdussairaudet, kuten hengitystieinfektiot, influenssa ja keuhkokuu-

me voivat lisätä nestettä elimistöön. Tämän takia tulehdussairaudet tulee aina hoitaa, mahdollisimman nopeasti. Myös runsas juominen ja etenkin runsas alkoholin käyttö voivat pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Ravitsemuksen suhteen yksipuolinen ruokavalio, runsas suolan käyttö ja ylipaino ovat epäedullisia potilaalle. Potilaan tilannetta voivat pahentaa vajaatoiminnan riittämätön hoito ja epäsopiva lääkitys. Lääkitykseen liittyen on huomioitava, että potilas ei saa jättää hänelle määrättyjä lääkkeitä ottamatta. Sydämen vajaatoimintapotilaan tulee kiinnittää huomiota myös muihin lääkkeisiin, joita hän mahdollisesti ottaa, koska esimerkiksi tulehduskipulääkkeet eivät sovi hänelle. Ne voivat laukaista sydämen vajaatoiminnan ja aiheuttavat munuaisongelmia. Sopivia särkylääkkeitä vajaatoimintapotilaalle ovat parasetamoli ja tramadoli. Potilaan kannattaa kysyä neuvoa apteekkihenkilökunnalta apteekissa asioidessaan. Myös perustaudin tai muiden sairauksien asianmukainen hoito on tärkeää, esimerkiksi mahdollinen anemia tulee hoitaa. Vajaatoiminnan voivat laukaista tai sitä voivat pahentaa vaikkapa korkea verenpaine ja stressi. Sydämen vajaatoimintaa pahentavat useat sairaudet, kuten kivuton infarkti, diabetes, munuaissairaudet, astma, keuhkohtaumatauti ja rytmihäiriöistä taky- ja bradykardiat. Koko hoidon kannalta oleellista on potilaan hoitomyöntyvyys, koska jos se on huono, hoidon onnistuminen heikkenee merkittävästi. (Partanen 2008, 327, Vainio 2009, Sippula, Haapala & Villikka 2011.)

3.3.7 Omahoito ja kotihoidon seuranta

Potilaan omahoitoon kuuluvat terveelliset elämäntavat, lääkehoidon toteuttaminen suunnitellulla tavalla ja hyvä omaseuranta. Tärkeintä kokonaishoidon kannalta on potilaan omahoito. Hyvään omahoitoon kuuluu sairauden oireiden tunnistaminen ja niihin reagoiminen. Kun potilas tunnistaa oireet, hän tietää milloin hakeutua hoitoon. Potilaan olisi hyvä hakeutua lääkäriin tai päivystykseen, jos on voimakasta hengenahdistusta, nopeaa painonnousua tai runsasta perifeeristä turvotusta. (Ekola 2010, Sippula ym. 2011.)

Sydämen vajaatoiminta on yleensä loppuelämän kestävä sairaus. Vajaatoiminnan kanssa eläminen voi sisältää sekä hyviä että huonoja hetkiä. Omilla elä-

mäntävoilla ja valinnoilla voi vaikuttaa siihen, että millaista arki on. Pitkäaikais-sairaalle on tärkeää omaisten tuki. Omaisten lisäksi sydämen vajaatoimintaa sairastavalle voi saada tukea vertaistuen avulla. (Orion Pharma 2010.) Kaikki tieto sairaudesta auttaa sopeutumaan sen mukanaan tuomiin rajoituksiin (Ekola 2010).

Potilaan omahoidon hallintaa tehostaa hyvä hoitosuhde sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja sosiaalinen tukiverkosto (Kiema ym. 2010). Sairaalasta kotiutumisen jälkeen potilas asioi sydänhoitajan vastaanotolla, perusterveydenhuollossa tai molemmissa. Sydänhoitajan aloittama välitön seuranta sairaalahoidon jälkeen parantaa elämänlaatua, vähentää uusintakäyntejä sairaalassa ja vähentää kuolleisuutta. Perusterveydenhuollon puolella sydänhoitajan ja lääkärin vastaanotolla jatketaan intensiivistä ohjausta ja potilaan voinnin seurantaa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Kiema ym. 2010.) Seurantakäynteihin kuuluu oleellisesti ohjaus eli tiedon saanti mieltä askarruttavista asioista, omaseurantatulosten tarkastelua ja tavoitteiden laatimista (Ekola 2010). Jos sydämen vajaatoiminta on tasapainossa ja potilaan vointi on vakaa, riittää vuosikontrolli lääkärillä tai hoitajan kontrolli puolen vuoden välein. Tällöin seurantamittaukset ovat kunnossa ja potilaalla ei ole ongelmia lääkityksen kanssa. Ennen vuosikontrollia tehdään perustutkimuksina PVK, kreatiniini, kalium, natrium ja EKG. (Sippula, Haapala & Villikka 2011.)

3.4 Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito

Sydämen vajaatoiminnan onnistunut hoito edellyttää lääkkeettömän hoidon lisäksi lääkehoitoa. Lääkkeettömän hoidon suosituksia tulee noudattaa ja ei saa esimerkiksi nauttia liikaa nesteitä tai suolaa, koska muuten lääkkeiden teho jää vajaaksi. Lääkehoito ei toimi yksin ilman lääkkeetöntä hoitoa. (Heliö ym. 2011, 15.) Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon tavoitteena on vaikuttaa potilaan oireisiin, suorituskyvyn paranemiseen ja ennusteeseen (Kivelä & Räihä 2007, 29). Lääkehoidolla tavoitellaan sydämen työmäärän vähentämistä, sydämen supistumisvireyden lisäämistä, verentungosoireiden vähentämistä ja koko elämänlaadun kohentamista (Sippula ym. 2011).

Lääkkeillä voidaan helpottaa potilaan vointia, parannetaan suorituskykyä ja jakamista. Oireisiin vaikuttavia lääkkeitä käytetään mahdollisimman pieniä annoksia tai vain tilapäisesti. Ennusteeseen vaikuttavia lääkkeitä pyritään käyttämään tutkimusnäyttöön perustuvien annosten tai sen mukaan, että mitkä ovat suurimmat annokset, jotka potilas sietää. Lääkitys sovitetaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti ja lääkitykseen vaikuttavat vajaatoiminnan taustalla olevat sydänsairaudet ja muut sairaudet. Potilaan tulee ymmärtää, että lääkeshoidon vaikutus ilmenee vaiheittain ja saattaa kestää kuukausia, ennen kuin lääkeannokset on sovitettu sopivalle hoitotasolle. Lääkehoidon avulla voidaan vaikuttaa potilaan ennusteeseen ja potilaiden sairaalahoidon tarve ja kuolleisuus vähenevät. Lääkehoito koostuu usean lääkkeen yhdistelmästä. (Harjola 2010, 383, Heliö ym. 2011, 15.) Sydämen vajaatoiminnan hoidossa pääasiallisesti käytettävät lääkeriymät ovat ACE:n estäjät, angiotensiinireseptorisalpaajat eli ATR-salpaajat, beetasalpaajat ja diureetit sekä myös digoksiini (Kivelä & Räihä 2007, 29).

Potilaalle itselleen annetaan lääkityksestä selkeät hoito-ohjeet, jotka hoitava henkilö kirjaa tarkasti ylös. Potilasta ohjataan lääkehoidossa ja tavoitteena on, että potilas ymmärtää omahoitoon kuuluvien lääkkeiden tarkoitukset ja käyttöperiaatteet., jotka selvitetään hänelle huolellisesti. Potilaan lääkekortti tulee pitää ajan tasalla ja lisäksi etenkin iäkkäillä potilailla lääkehoidon toteuttamista helpottaa lääkeannostelijan käyttö. (Harjola 2010, 386, Kiema ym. 2010, Kiema ym. 2010.)

3.4.1 ACE-estäjät ja angiotensiinireseptorisalpaajat

ACE-estäjät laajentavat ääreisverisuonia ja näin lievittävät sydämeen kohdistuvaa rasitusta. Kohonnutta verenpainetta sairastavilla sydämen iskutilavuus ja minuuttitilavuus eivät muutu, mutta ne suurenevat sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. Jos ACE-estäjällä on paljon haittavaikutuksia, käytetään angiotensiinireseptorisalpaajaa. (Suomen Sydänliitto ry 2011.) Molempia lääkeaineryhmiä käytettäessä teho on samanlainen (Kivelä & Räihä 2007, 26).

Lääkitys aloitetaan varovaisesti pienellä annoksella ja annosta nostetaan asteittain 2-4 viikon jälkeen tavoiteannokseen, jos haittavaikutukset eivät ole esteenä. Yleisenä haittavaikutuksena näillä lääkeryhmillä on alhainen verenpaine eli hypotensio, yskä, munuaisten toiminnan häiriöt ja kaliumin liian suuri pitoisuus veressä eli hyperkalemia. (Kiema ym. 2010.) Vaikuttavina aineina ACE-estäjissä ovat enalapriili, imidapriili, kaptopriili, kinapriili, lisinopriili, perindopriili ja ramipriili (Kivelä 2005, 105). Sydämen vajaatoiminnassa käytettävien angiotensiinireseptorisalpaajien eli ATR-salpaajien vaikuttavia aineita ovat kan-desartaani, valsartaani ja losartaani (Kupari 2008, 762).

3.4.2 Beetasalpaajat

Beetasalpaajat estävät sympaattisen hermoston välittäjäaineiden, adrenaliinin ja noradrenaliinin, haitallisia vaikutuksia sydänlihassoluihin ja verisuoniin ja ne estävät tätä kautta vakavia rytmihäiriöitä (Kupari 2008, 762–763). Lääkkeet korjaavat sydämen tiheälyöntisyyttä eli takykardiaa, vähentävät sydänlihaksen haptervetta ja keventävät sydämen työtä. Beetasalpaajaa käytettäessä seurataan sydämen sykettä ja verenpainetta. Haittavaikutuksena on, että sydämen lyöntitiheys ja verenpaine voivat laskea liian matalalle tasolle. Sydämen syke ei saisi laskea alle 50 kertaan minuutissa. (Kiema ym. 2010.)

Beetasalpaajat lievittävät vajaatoimintapotilaiden oireita ja parantavat todennäköisesti myös iäkkäiden vajaatoimintapotilaiden ennustetta. Beetasalpaajat ovat yleensä hyvin siedettyjä ja ne kuuluvat sydämen vajaatoiminnan hoitoon iästä riippumatta. (Kivelä & Räihä 2007, 27.) Vaikuttavia aineita ovat asebutololi, atenololi, betaksololi, bisoprololi, esmololi, karvediloli, metoprololi, nebivololi, pindololi, propranololi, seliprololi, sotaloli ja timololi (Kivelä 2005, 102).

3.4.3 Diureetit

Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet lisäävät virtsaneritystä. Munuaiset poistavat vettä ja sen mukana natriumia elimistöstä virtsaan. Natriumin lisäksi myös ka-

liumin erityis virtsaan lisääntyy. Tätä kautta sydämen työmäärä vähenee ja verenpaine laskee. Mahdolliset turvotukset poistuvat raajoista ja verentungos keuhkoissa vähenee, joten hengenahdistusoireet helpottuvat. (Kivelä 2005, 99.)

Diureettien haittavaikutuksia voivat olla hyponatremia eli vähäinen natriumin pitoisuus veressä tai hypokalemia eli liian pieni kaliumin pitoisuus veressä. Myös liian suuria kaliumin pitoisuuksia eli hyperkalemiaa saattaa ilmetä. Tästä syystä verikokein seurataan verestä plasman natrium-, kalium- ja kreatiniinitasoja. Kreatiniinitasolla seurataan munuaisten toimintaa. Virtsan erityksen lisääntyessä virtsankarkailuongelmat saattavat lisääntyä ja lisäksi vaara potilaan kuivumiseen eli dehydraatioon tulee pitää mielessä. Näiden lisäksi liiallinen diureettihoito voi aiheuttaa hypovolemiaa eli verimäärän vähyyttä ja sitä kautta väsymystä. (Kupari 2008, 740.)

Kivelän ja Räihän (2007, 27) mukaan sydämen vajaatoiminnan oireiden hoidossa ensisijainen lääke on tiatsidi- tai loop-diureetti eli lyhytvaikutteinen diureetti. Diureetit jaetaan kolmeen ryhmään. Tiatsididiureettien vaikuttavia aineita ovat hydroklooritiatsidi ja indapamidi. Tiatsididiureetit ovat kaliumia säästäviä diureetteja, jotka lisäävät veden ja sitä kautta natriumin eritystä, mutta vähentävät kaliumin eritystä. Lyhytvaikutteisten diureettien vaikuttavana aineena on furosemidi. Kaliumia säästäviin diureetteihin kuuluu spironolaktoni, eplerenoni ja erilaisten lääkeaineiden yhdistelmät. Näitä ovat amiloridi ja tiatsididiureetti, triamtereeni ja tiatsididiureetti, triamtereeni ja furosemidi. On olemassa myös kaliumia säästävien ja muiden diureettien yhdistelmiä.

Potilaita voidaan ohjata yksilöllisesti diureettien omatoimiseen annosteluun painon ja turvotusten mukaan. Tämä edellyttää päivittäistä painon tarkkailua. Omatoimisen annostelun jälkeen, tilanteen korjaannuttua, esimerkiksi tilapäisesti suurempi diureettiannos tulee laskea takaisin. Jos tilanne ei korjaannu, tulee ottaa yhteyttä lääkäriin. (Harjola 2010, 385–386.)

3.4.4 Digoksiini

Digoksiini hidastaa sydämen sykettä ja lisää sydänlihaksen supistusvoimaa, jonka kautta sydämen pumppauskyky paranee (Kivelä 2005, 106). Digoksiinia käytetään, jos sydämen vajaatoimintaa sairastavalla on krooninen flimmeri eli eteisvärinä tai vaikea systolinen vajaatoiminta myös sinusrytmin aikana. Hoidon aikana seurataan EKG:ta ja ajoittain kontrolloidaan seerumin digoksiinipitoisuutta (Harjola 2010, 385). Seerumin digoksiinipitoisuus pyritään pitämään alle 1,0 nanomol/l. Yli 1,5 nanomol/l:n pitoisuudet seerumissa altistavat rytmihäiriöille ja voivat huonontaa sairauden ennustetta. Iäkkäiden hoidossa annosta 0,125 mg/vrk ei tule ylittää kuin poikkeustapauksissa. (Kivelä & Räihä 2007, 29.)

Liian korkea digoksiinipitoisuus voi aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia. Näistä vakavin on digitalismyrkytys, jonka haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, sekavuus, väsymys ja ruokahaluttomuus. Lääke voi aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä, esimerkiksi bradykardiaa. (Lommi 2009.) Diureetit lisäävät digoksiinin kanssa digitalisherkkyyttä ja -intoksikaation vaaraa (Kiema ym. 2010).

3.4.5 Muu lääkehoito

Noin 80 %:lla potilaista vajaatoiminnan syynä on sepelvaltimotauti ja kohonnut verenpaine tai toinen näistä (Kivelä & Räihä 2007, 26). Tämän takia sydämen vajaatoimintapotilaalla onkin usein sepelvaltimotautiin liittyvä lääkehoito. Aseetyylisalisyylihappoa eli ASA:a käyttävät kaikki, joilla on sepelvaltimotauti tai 2-tyyppin diabetes, kunhan eivät ole sille allergisia. Kun potilas on allerginen aseetyylisalisyylihapolle, käytetään Klopidoogreeliä. Nitraatteja käytetään, jos vajaatoiminta johtuu sepelvaltimotaudista ja potilaalla esiintyy rintakipuoireita. (Kiema ym. 2010.) Jos vajaatoimintaan liittyy eteisvärinä, aloitetaan antikoagulaatiohoito eli verenohennushoito. Lääkeaineena on tällöin varfariini ja plasmasta seurataan INR- arvoa eli veren hyytymistäipumusta. INR pyritään pitämään tasolla 2,0–3,0. (Kivelä & Räihä 2007, 28.) Antitromboottinen lääkehoito eli veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet vähentävät kuolleisuusriskiä ja vaskulaarisia eli verenkierrosta johtuvia komplikaatioita aivoissa. Komplikaationa voi olla esimer-

kiksi vaskuliitteja eli verisuonten tulehduksia tai trombooseja eli verihyytymän muodostamia verisuonitukoksia. Antitromboottinen lääkehoito estää veren hyytymistä. (Kiema ym. 2010.)

3.4.6 Iäkkään sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoito

Iäkkäiden lääkehoidossa täytyy huomioida ikääntymisen aiheuttamat muutokset. Ikäihmisillä kudosten vesipitoisuus vähenee ja rasvan suhteellinen määrä kasvaa. Ikääntymisen myötä maksan ja munuaisten toiminta heikentyy ja lääkkeiden haittavaikutusten vaara nousee. Lääkkeiden metabolian hidastuminen maksassa ei ole kliinisesti niin merkittävää, kuin sen vaikutukset munuaisissa. Munuaisten toiminnan heikkeneminen vaikuttaa selvästi lääkkeiden erittymiseen virtsaan. Munuaisten toiminnan heikentyminen havaitaan yleensä elimistön kreatiinipitoisuuden lisääntymisenä, ei kuitenkaan aina. Kreatiinipitoisuuden muutokset eivät välttämättä aina kerro luotettavasti munuaisten toiminnan heikentymisestä, koska lihasmassa on iäkkäillä vähentynyt ja kreatiinia vapautuu lihassoluista muutenkin vähemmän. Kokonaisuudessaan elintoimintojen tasapainosta huolehtivien järjestelmien toiminta heikkenee iän myötä. (Veräjänkorva ym. 2008, 78–79.).

Lääkkeet imeytyvät suolistosta ainakin yhtä hyvin, kuin keski-ikäisillä. Silti lääkeainepitoisuudet, lääkkeiden vaikutusten kestot ja lääkeaineiden vasteet voivat olla samoilla annoksilla erilaiset kuin keski-ikässä olevilla. Lääkkeiden haittavaikutukset saattavat myös olla erilaisia, kuin nuoremmilla. Iäkkäillä voi olla monia samanaikaisia sairauksia, joten toisen sairauden hoitoon käytetty lääke voi heikentää toisen sairauden hoidon tasapainoa. Useiden samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden takia lääkkeiden yhteisvaikutukset yleistyvät ja haittavaikutuksia on enemmän. Yleisiä lääkkeiden haittavaikutuksia ovat toiminnalliset oireet ja ongelmat. Esimerkkeinä tästä on vaikkapa muistin heikkeneminen, käytöshäiriöt, sekavuus, huimaus, kaatuminen ja vapina. Lääkehoidossa yksilöllisiä eroja on kaikissa ikäryhmissä, myös iäkkäillä. (Kivelä 2004, 98.)

Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon erityispiirteitä iäkkäillä ovat ACE-estäjissä ja beetasalpaajissa hypotension eli verenpaineen voimakkaan alenemisen vaara. Iäkkäiden kohdalla beetasalpaajien käytössä tulee huomioida bradykardian eli hitaan pulssin ja sitä kautta sydämen vajaatoiminnan aktivoitumisen vaara. Diureettien aiheuttamat sivuvaikutukset ovat yleisiä. Näitä sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi seerumin matala natrium eli hyponatremia, ortostaattinen hypotensio eli pystyasennossa ilmenevä verenpaineen haitallinen lasku, kaatuilu ja inkontinenssi. Loop-diureettien teho on ikäihmisillä heikentynyt. Kuten muussakin lääkityksessä, myös diureeteissa on erityisen tärkeää käyttää mahdollisimman pientä annosta sivuvaikutusten välttämiseksi. Digoksiinin käytössä on korkea myrkytysvaara munuaisten toiminnan alenemisesta johtuen. Tärkeää on seurata lääkeaineen pitoisuutta verestä. (Kivelä 2004, 99–100.)

3.5 Potilaan ohjaaminen

Ohjaus on potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kontekstiin sidoksissa olevaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa potilas ja terveydenhuollon ammattilainen ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (taulukko3). (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 11.) Ohjauksen sisältämät tuen muodot ovat tiedollinen, konkreettinen ja emotionaalinen. Tiedollisella tuella potilas saa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tieto tukee potilaan omia voimavaroja ja edistää hänen hoitoon sitoutumistaan. Konkreettinen tuki potilaalle on opas, joka sisältää tietoa. Emotionaalinen tuki on henkistä apua potilaalle. Potilasta ohjaava henkilö voi omalla käyttäytymisellään ja sanattomalla viestinnällä antaa potilaalle psyykkistä ja sosiaalista tukea. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25-28, Kyngäs & Hentinen 2009, 28–29, 76.) Potilaan ohjaaminen tapahtuu sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullinen ohjaus ei tavallisesti yksinään riitä vaan se tarvitsee tuekseen konkreettista tukea eli kirjoitettuja ohjeita, jotka sisältävät tietoa. Esimerkiksi opas potilaalle on konkreettinen tuki. (Torkkola ym. 2002, 25.)

Ohjausta voivat hoitohenkilökunnan lisäksi antaa muun muassa lääkärit, vajaatoimintahoitajat, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit, sydänkuntoutusohjaajat ja

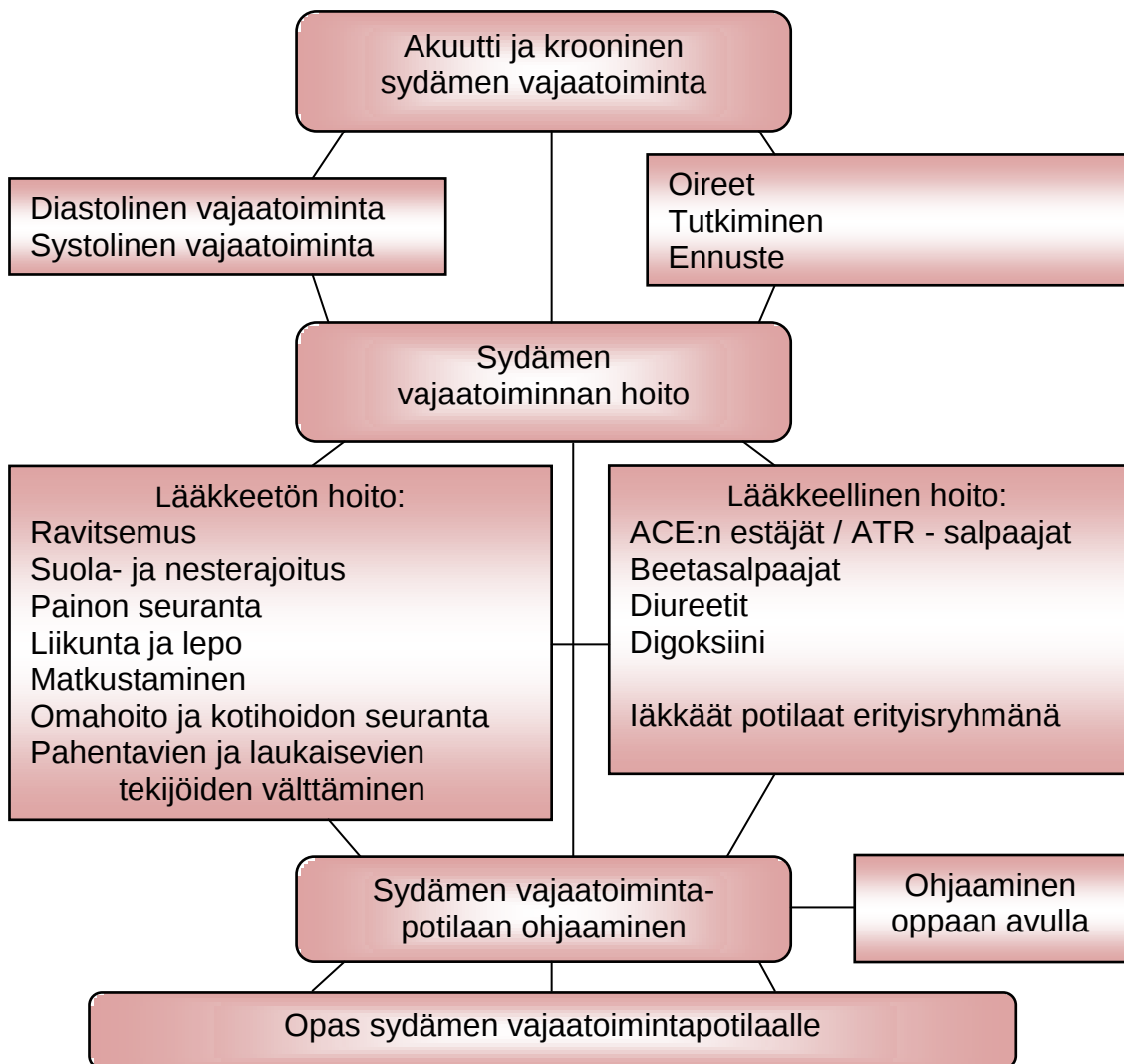
muut sydänhoitajat (Ekola 2007, 2). Moniammatillinen potilasohjaus vähentää sairaalassa käyntejä ja kustannuksia. Se myös parantaa potilaan vointia, elämänlaatua ja ennustetta. (Eriksson & Partanen 2005, 8.) Ohjaus tehostuu, jos ohjaajat tuntevat ohjattavan asian tietoperustan ja hallitsevat hyvin sydämen vajaatoiminnan kokonaiskuvan (taulukko3) (Eriksson & Partanen 2005, 8). Sydämen vajaatoiminta-potilaan ohjauksen voi jakaa esimerkiksi seuraaviin osaluokkiin: vajaatoiminnan taustalla oleva sairaus, vajaatoimintaa pahentavat tekijät, lääkehoito ja sen toteutus, oma-seuranta, liikunta ja lepo. Lisäksi tulee selvittää potilaalle hänen jatkohoitonsa ja hoidon seuranta. (Poutala, Partanen & Tuunainen 2007, 21.) Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksella tuetaan potilasta selviämään sairautensa kanssa, ylläpidetään elämänlaatua ja vältetään sairaalahoitoon johtavia sairauden pahenemisvaiheita (Kiema ym. 2010). Sydämen vajaatoiminnan vaikeutumisen oireet voivat vaihdella yksilöllisesti huomattavasti, joten potilasta ohjataan seuraamaan ja tunnistamaan vajaatoiminnan merkkejä ja oireita (Kemppainen ym. 2011, 7).

Ohjaustilanteessa potilas ja ohjaaja keskustelevaltasavertaisesti. Samalla ohjaaja osaa kuunnella ja havainnoida potilasta. Hyvä potilasohjaus pohjautuu potilaan yksilöllisille tarpeille ja tavoitteille. Huomioidaan se, että miten potilas omaksuu ohjattavan asian parhaiten. Potilasta tuetaan luottamaan omiin kykyihinsä ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Tämä on omahoitoon tukemista. (Torkkola ym. 2002, 26–28.)

Ohjauksella pyritään edistämään potilaan hoitoon sitoutumista ja hänen valmiuksiaan omahoitoon. Sydämen vajaatoiminnan hoito perustuu pitkälti tietoon, että miten potilas hoitaa itseään oikein. Tutkimusten mukaan potilaat, jotka olivat saaneet ohjausta vain vähän, eivät osanneet ratkaista sairauden aiheuttamia ongelmia. (Hartikainen & Visamo 2000, 61, Kiema ym. 2010.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on pystytty osoittamaan sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta saama hyöty. Potilaiden sairaalahoidon tarve on vähentynyt ja kuolleisuus laskenut. Erityyppisten ohjausten tuloksellisuus on näyttänyt olevan jotakuinkin yhtä tehokasta, ohjaustavalla ei ole niinkään merkitystä, pääasia että ohjataan. (Poutala ym. 2007, 21.)

3.6 Yhteenveto teoriasta

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, joka voi olla akuuttia tai kroonista. Vajaatoiminta jaetaan systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan sen syntymekanismin mukaan. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito jaetaan lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon. Lääkkeetön hoito koostuu elämäntapa-ohjauksesta. Potilaan ohjaaminen tapahtuu suullisesti ja kirjallisesti. Tarkoitus on tukea potilaan valmiuksia omahoitoon. Tieto lisää hoitoon sitoutumista ja tukee hänen omia voimavarojaan. Omahoidon merkitys vajaatoiminnan hoidossa on merkittävä. Teorian yhteenvedosta on laadittu alla oleva kuvio (kuvio2).



KUVIO 2. Yhteenveto teoriasta

4 MENETELMÄ

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui tuotokseen painottuva opinnäytetyö, koska oppaalle oli työelämässä selkeä tarve sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon. Myös itse koin oppaan työstämisen mielekkääksi ja mielenkiintoiseksi. Vilkka & Airaksisen (2003, 9) mukaan tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä ja järkeistämistä. Se voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu opas (Vilkka & Airaksinen 2003, 9).

Toteutustapana voi olla kohderyhmän mukaan kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty näyttely tai tapahtuma. Ammattikorkeakoulun tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9). Toteutuksessa huomioidaan kohderyhmä, jolle opas tehdään. Opas tehdään teoria-osaan pohjautuen ja työssä raportoidaan opinnäytetyön toteutuksen vaiheet.

Toiminnallinen opinnäytetyö vastaa teoreettisten tarpeiden lisäksi käytännöllisiin tarpeisiin (Vilkka & Airaksinen 2003, 8). Opinnäytetyön tulisi olla työelämlähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilkka & Airaksinen 2003, 10). Opinnäytetyöni on työelämlähtöinen, koska aihe on saatu työelämltä ja työelämä on esittänyt omat toiveensa laatimaani opasta varten. Opasta laatiessani olen ollut yhteydessä työelämlän kanssa ja heidän mielipiteensä oppaan tekemisessä ovat olleet tärkeitä.

Opinnäytetyönä tehdyn tuotoksen ensisijaisia kriteereitä ovat tuotteen uusi muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmu-

kaisuus (Vilkka & Airaksinen 2003, 53). Oppaan tekemiseksi tarvitaan tietoa siitä, että miten hyvä opas tehdään ja mitä sillä tavoitellaan. Teorian avulla pysytään kokoamaan opas ja tiedetään, että mitä asioita siinä tulee ottaa huomioon. Vilkka & Airaksisen (2003, 51) mukaan tuotoksiin painottuvissa opinnäytetöissä on yksi yhteinen piirre: viestinnällisin ja visuaalisin keinoin pyritään luomaan kokonaisilme, josta voi tunnistaa tavoitellut päämäärät (Vilkka & Airaksinen 2003, 51.) Opinnäytetyön sisältö ja ulkonäkö on koottu pitäen päämäärä mielessä. Prosessi on edennyt suunnitelman mukaan ja on saavutettu se, mitä tavoiteltiin. Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2009, 15) mukaan prosessi voidaan nähdä monivaiheisena ketjuna, jossa on erilaisia, ratkaisuja vaativia ongelmia. Opinnäytetyön prosessi eli tutkimusprosessi kuvaa kaikkia niitä vaiheita ja toimia, joita tutkimuksentekoon yleensä kuuluu: mistä aihe löytyy ja miten sitä voisi rajata, miten lähteitä haetaan ja käytetään, miten muistiinpanoja tehdään kirjallisuuskatsausta varten, miten aihetta lähestytään teoreettisesti, millä perustein valitaan strategia ja metodit sekä miten aineistoja analysoidaan ja tulkitaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran 2009, 16). Opinnäytetyöni on edennyt samanaikaisena monivaiheisena prosessina.

4.2 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Kirjalliset potilasohjeet ovat suureksi avuksi tiedon antamisessa. Kirjallisissa ohjeissa ei ole tarkoitus käskää, että miten asiat tehdään, vaan niiden tulee tukea myös potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Ohjeiden tavoite on potilaiden kasvatusta ja vastaaminen heidän mieltään askarruttaviin kysymyksiin. Antamalla ohjeita pyritään välttämään ja estämään väärinkäsitysten syntymistä, vähennetään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisätään tietoa tarjolla olevista palveluista. Kirjallisilla ohjeilla on tarkoitus antaa potilaille ohjeita sairauteensa liittyvissä asioissa. Se auttaa potilaita sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämänsä sairauden kanssa tai hoidon aikana. Kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin se on mahdollista käydä yhdessä läpi ja täydentää sitä. Väestön ikääntyminen asettaa uusia haasteita terveydenhuollossa. Ikääntyneen ihmisen oppimiseen vaikuttaa vanhuuden mukanaan tuomat tekijät, jotka on tärkeä ottaa huomioon kirjallisen

ohjausmateriaalin kehittämisessä. (Lipponen ym. 2006, 66–67.) Oppaassa on tietoa ja ohjeita sydämen vajaatoiminnasta. Tarkoitus on ollut lisätä potilaiden tietoa oireyhtymästä ja sen hoidosta. Tiedon antamisen tavoitteena on lievittää potilaan ahdistusta, auttaa hänen omahoidossaan ja edesauttaa kokonaishoidon onnistumista. Opas on laadittu niin, että potilas ymmärtäisi myös oman, hyvin tärkeän roolinsa osana hoidon onnistumista. Hänen omat valintansa ovat yhteydessä hoitotasapainoon. Kohderyhmän korkea ikä on otettu huomioon opasta laadittaessa.

Torkkola ym. (2002, 11–12) kirjoittavat, että hyvin usein kirjalliset ohjeet ovat vain pelkkiä informaation välittäjiä ja potilaan näkökulma unohtuu helposti. Potilasohjeiden sisältöä laadittaessa tulisikin huomioida enemmän potilasohjeiden ymmärrettävyys ja toimivuus potilaan kannalta. Kohderyhmä on tärkeää tiedostaa etukäteen. Potilasohjausmateriaali ei saa olla liian vaikeaselkoista ja sellaista, että sen ymmärtäminen vaatii aikaisempaa tietoa aiheesta. Tekstin tulisi olla havainnollistavaa yleiskieltä, hyvää suomea. Teitittelyn käyttäminen on usein soveliaista. Passiivi ei puhuttele potilasta suoraan ja teksti ei välttämättä tästä syystä tunnu olevan osoitettu hänelle. Suorien määräysten sijaan ohjeita tulisi perustella ja selittää lukijalle, että miksi näin kannattaisi toimia. (Lipponen ym. 2006, 66–67.) Opas on laadittu niin, että se on mahdollisimman selkeä ja potilaan kannalta ymmärrettävä. Olen pitänyt mielessäni kohderyhmän opasta laatiessani ja opas on suunnattu nimenomaan potilaille, vaikka henkilökunta käyttää opasta apuna potilasohjauksessa. Suurin kohderyhmä ovat iäkkäät henkilöt, joilla on sydämen vajaatoiminta. Tämän takia teitittelyä olisi voinut käyttää tekstissä. En kuitenkaan käytä oppaan tekstissä teitittelyä, koska se ei tuntunut sopivan tekstiin luontevasti. Teksti on hyvää yleiskieltä, jota on helppo ymmärtää ja lukea. Oppaassa olevat ohjeet on aina perusteltu lyhyesti potilaalle. Positiivisuutta ja kannustutusta on tuotu oppaassa esille. Olen kiinnittänyt huomiota asioiden esilletuontiin, joka on sävyltään positiivista, koska se kannustaa potilaita toteuttamaan ja sitoutumaan omahoitoonsa.

Tekstiä on hyvä rytmittää väliotsikoiden avulla, joiden on tarkoitus olla kiinnostavia. Otsikoiden välisen tekstin eteneminen olisi syytä asetella niin, että tärkein asia olisi ensin. Näin myös ne, jotka eivät jaksakaan lukea ohjetta loppuun asti, ovat

lukeneet ainakin tärkeimmän tiedon. Tärkeimmän asian kertominen ensin voi myös herättää lukijan mielenkiinnon. Lukija voi ajatella tekstin tekijän arvostavan lukijaa, koska hän ottaa lukijan huomioon osoittamalla tekstin juuri hänelle. (Torkkola ym. 2002, 39–42.) Oppaassa on selkeät pääotsikot, joiden alapuolella oleva teksti on valittu tarkoin niin, että tekstissä on oleellisin ja tärkein tieto potilaan kannalta. Teksti on kirjoitettu lukijalle, jotta hänelle tulee sellainen olo, että teksti on osoitettu henkilökohtaisesti juuri hänelle.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan sydämen vajaatoiminta-potilaat kokevat tarvitsevansa tietoa sydämen vajaatoiminnan merkeistä ja oireista, lääkkehoidosta ja sen toteutuksesta, ravitsemuksesta, liikunnasta ja sydämen vajaatoiminnan vaikutuksista psyykeen. Näiden lisäksi he kaipaavat tukea ja ohjausta arjessa selviämiseen. He kokivat tarvitsevansa tietoa myös eri terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitopaikkojen rooleista heidän hoidossaan siirryttäessä sairaalasta kotiin. (Kemppainen ym. 2011, 3.) Opas on koottu teoriatiedon pohjalta ja siinä on lyhyesti kerrottu sydämen vajaatoiminnasta ja oireista. Ravitsemuksesta ja liikunnasta on potilaiden toivomuksesta tietoa, koska ne ovat tärkeä osa potilaan lääkkeetöntä hoitoa. Ohjeissa on keskitytty antamaan tietoa nesteiden nauttimisesta ja sitä koskevista rajoituksista, koska näiden ohjeiden noudattamisessa potilailla on tutkitusti eniten ongelmia. Oppaassa on ohjeistettu painon mittaaminen, koska se vaikuttaa mahdollisten turvotusten havaitsemiseen ja liittyy myös potilaan nesteiden nauttimiseen ja lääkehoitoon. Lääkkeettömän hoidon lisäksi tietoa on lääkkehoidon tärkeydestä osana potilaan kokonaisuhoitoa. Ohjeet ovat käytännönläheisiä, arkipäiväisiä asioita, jotta potilaan on helppo ymmärtää niitä. Oppaan lopussa ilmaistaan selkeästi, mitkä hoitopaikat ja hoitohenkilöstö ovat osa potilaan hoitoa hänen kotiutuessaan.

Kun potilas on lähdössä sairaalasta kotiin ja häntä ohjataan hoitoon liittyvissä asioissa, varmistetaan hänen ymmärtävän asian. Tilanne voi olla kuitenkin kotona aivan erilainen. Sairaalassa selviltä vaikuttaneet asiat voivat kotona herättää kysymyksiä, joihin olisi hyvä saada vastauksia jälkeenpäin. (Torkkola ym. 2002, 18–19.) Tämän vuoksi oppaaseen on lisätty asiantuntijoiden yhteystietoja. Oppaassani on hoitavien tahojen yhteystiedot, jotta potilaalla on mahdollisuus saada jälkikäteen neuvoja.

Ohjeen tärkeimmät asiat luettavuuden kannalta ovat otsikko ja väliotsikot. Kuvien käyttö potilasohjeissa herättää mielenkiintoa aihetta kohtaan ja auttaa ymmärtämään ohjeessa olevia asioita. (Lipponen ym. 2006, 66–67.) Oppaan pääotsikko ja väliotsikot on ryhmitelty tekstiin hyvin selkeästi. Lisäsin potilasohjeeseen myös muutaman kuvan, jotka kuvaavat tekstissä olevaa asiaa. Enempää kuvia en voinut laittaa, koska oppaasta olisi tullut liian pitkä. Oppaan selkeys ja tekstin eteneminen olisi myös hieman kärsinyt. Kuvat olen ottanut itse, joten lupa kuvien käyttöön oppaassa tulee itseltäni. Luovutan luvan kuvien käyttöön osastolle.

Ohjeen ulkoasussa värien käytössä on pyrittävä hillittyyn lopputulokseen. Paperin sävynä hyvä on valkoinen tai pastellisävyinen. Tärkeitä kohtia voi korostaa väreillä. Tavallisin fonttikoko on 12, mutta jos kohderyhmä on iäkäs tai näköaisteiltaan rajoittunut, fonttikokoa suurennetaan vastaamaan heidän tarpeitaan. (Lipponen ym. 2006, 68.) Oppaan paperin sävyksi on valittu valkoinen. Tekstin fonttikoko on 12. Kohderyhmä on iäkästä, joten olisin voinut valita fonttikooksi isommankin, mutta tekstiä on kuitenkin niin runsaasti, että oppaalle olisi tullut liikaa pituutta.

Organisaatio ei asettanut oppaan ulkoasulle tai sisällölle mitään valmiita kehyksiä, joten sain vapaat kädet. Työelämän toiveena oli vain, että oppaasta tulee selkeä, suhteellisen lyhyt ja tiivis paketti. Oppaan tuli olla mahdollisimman kompakti ja sivumäärän mahdollisimman lyhyt. Olen huomioinut tämän tehdessäni opasta, koska se oli ainoa rajoittava tekijä oppaan suunnittelussa ja sen laadinnassa. Olen luovuttanut oppaasta sähköisen version osastolle, jotta he voivat tarpeen mukaan tulostaa niitä itse potilaille. Jos oppaassa olevat tiedot muuttuvat, opasta on mahdollista päivittää osastolla tarvittaessa. Mielestäni olen saavuttanut opasta varten laatimani tavoitteet hyvin. Työelämä on ollut mukana oppaan laadinnan eri vaiheissa, etenkin loppuvaiheessa. Olen saanut heiltä toiveita, ehdotuksia ja palautetta oppaasta. Työelämäyhteys on toiminut hyvin.

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Eettinen tieto käsittää hoitamiseen liittyvät arvot, periaatteet, yhteiskunnalliset normit ja moraalikysymykset. Eettinen tieto ei kuvaa tai määrittele sitä, millaisia eettisiä päätöksiä tulisi tehdä tietyissä tilanteissa. Se tarjoaa yleisiä näkemyksiä siitä, mitkä päätökset ovat mahdollisia ja miksi. Eettinen tieto antaa vastauksia kysymyksiin: Onko tämä oikein ja kenelle? Onko tämä vastuullista? Eettisten päätösten tekeminen sisältää usein ristiriidassa olevien arvojen, normien, intressien ja periaatteiden kohtaamista. Eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin ei ole välttämättä olemassa oikeita tai väärä päätöksiä, koska päätökset ovat tilannesidonnaisia ja niihin vaikuttavat mukana olevien eri osapuolten väliset sopimukset. Eettinen tieto on osittain yhteistä eri ammattiryhmille, mutta usein voi esiintyä näkemyseroja siitä, kenen arvoihin ja intresseihin päätöksenteon pitäisi pohjautua. (Lauri & Elomaa 2001, 60.)

Vaikka opinnäytetyö ei ole varsinaisesti tutkimus, käytetään sen tekemisessä kuitenkin tutkimuseettisiä periaatteita. Olen noudattanut niitä tehdessäni opinnäytetyötä. Juujärvi, Myyry & Pessa (2007, 28) ovat kirjoittaneet, että arvot ovat tavoiteltavia päämääriä ja siksi ne motivoivat ihmisiä toimimaan. Arvot ohjaavat ihmisten valintoja, tilanteiden arviointia ja toimintaa. Toimintaani ovat ohjanneet juuri tutkimuseettiset periaatteet. Tämä on ensimmäinen ammatillinen opinnäytetyöni, jonka olen tehnyt.

Tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyöhön liittyvissä asioissa, eettisesti kestävät menetelmät, avoimuus, muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen ja niiden asianmukainen suunnittelu, toteutus ja raportointi, tutkimusryhmän sisäisten oikeuksien ja velvollisuuksien järjestäminen ennen tutkimuksen aloittamista, rahoituslähteiden ja muiden sidonnaisuuksien ilmoittaminen. (Hirvonen 2006, 31.) Olen hakenut luvan opinnäytetyön tekemiselle Tampereen kaupungilta ja lupa on myönnetty.

Tieteen tavoitteena on kuvata ja selittää todellisuutta mahdollisimman totuudenmukaisesti (Raatikainen 2004, 155). Koko opinnäytetyön prosessi on kuvattu tarkkaan, kuten se on edennyt. Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus on tapahtunut asianmukaisesti. Olen ollut avoin ja rehellinen raportoidessani. Opinnäytetyölläni ei ole sidonnaisuuksia ja rahoituksesta vastaan itse. Rahaa on kulunut lähinnä materiaalin, opinnäytetyön ja oppaan tulostamisiin. Olen myös ostanut opinnäytetyölle kolmet kannet, opettajaa, työelämää ja omaa versiotani varten. Jonkin verran rahaa on kulunut matkoihin opinnäytetyöhön liittyen, kirjastossa käynteihin ja tutustumis-käynteihin. Olen käynyt tutustumassa oppaisissa oleviin yhteyshenkilöihin eli osaston lisäksi Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan sydänhoitajan työhön.

Tieteeseen sisältyy aina havaintojen tulkintaa, mutta tämä ei tarkoita, että kaikki olisi mielivaltaista ja subjektiivista. Tulkintoja voidaan arvioida ja vertailla objektiivisesti. Tutkimuksen todellisuus sisältää myös tutkittavien omat tulkinnat todellisuudesta. Se on inhimillistä toimintaa ja tulee ottaa tarvittaessa huomioon. (Raatikainen 2004, 155–156.) Tarkastelen aihetta tietenkin omasta näkökulmastani, mutta olen ollut mahdollisimman objektiivinen työtä laatiessani. Itselläni ei ole paljoa kokemusta sydämen vajaatoiminta-potilaiden ohjauksesta, joten tämä ei ole vaikuttanut opinnäytetyön tekemiseen. Jonkin verran kokemusta ohjaamisesta minulla on koulun harjoittelujen kautta, mutta oman kokemukseni pohjalta minulla ei ollut vahvoja ennakko-oletuksia, vaan pystyin tutkimaan aihetta sen mukaan, että mitä tutkimuksia ja teoriaa aiheesta on.

Työssä toteutuu johdonmukaisuus, jonka pidin mielessäni koko ajan opinnäytetyötä tehdessäni, punainen lanka pysyy läpi työn. Punaisena lankana on ollut hakea keinoja ja tietoa potilaan omahoidon tukemiseksi. Kartoitin potilaan ohjaamisen keinoja. Selvitin tärkeimpiä asioita potilaan kannalta, jotka vaikuttavat heidän omahoitonsa onnistumiseen. Teorian tieto pohjautuu lähteisiin ja muiden ihmisten kokemuksiin aiheesta. Tulkinnat saavat tukea aikaisemmista tutkimuksista. Opas pohjautuu tutkittuun tietoon siitä, että mistä asioista sydämen vajaatoimintapotilaat tarvitsevat tietoa.

Ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluu se, että tietoon suhtaudutaan kriittisesti ja päätöksenteossa noudatetaan kriittistä ajattelua. Omia valintoja tulee osata perustella. (Juujärvi, Myyry & Pesso 2007, 16, 150.) Olen ollut kriittinen hakevani tietoa kohtaan ja valitessani, että mitä materiaalia otan mukaan opinnäytetyöhön. Lähdemateriaalin tiedoissa ei ole ollut ristiriitaisuuksia, varmasti senkin takia, että aiheeseeni liittyvä tieto on hyvin pitkälti faktatietoa. Tieto oli hyvin samansuuntaista. Hain tietoa opinnäytetyöhön Internetistä ja kirjallisuudesta. Käytin Internetissä erilaisia hakukoneita, joiden avulla sain materiaalia. Hakukoneissa käytin erilaisia hakusanoja ja sanojen yhdistelmiä. Joidenkin lähteiden kautta saatoinkin päätyä muihin lähteisiin, joissa oli lisää tietoa. Aineistoa on mielestäni riittävästi ja kattavasti. Lähteet ovat tuoreita, kaikki 2000-luvulta ja suurin osa viimeisen viiden vuoden ajalta. Lähteissä on alan asiantuntijoita, lääkäreitä ja sydänhoitajia. Jotkut nimet toistuvat useissa yhteyksissä, koska he ovat asiaan perehtyneitä ja kirjallisesti tuotteliaita asiantuntijoita. Keskeiset lähteeni ovat lähinnä suomalaisia. Tämä johtuu osittain omista kielellisistä rajoitteistani käyttäen ulkomaisia lähteitä. Aiheesta on paljon tietoa sekä suomessa että ulkomailla ja se on sisällöltään samanlaista, joten en kokenut tarpeelliseksi hakea enempää tietoa ulkomailta. Suomalaisissa lähteissä tietoa oli paljon.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, että mitä sydämen vajaatoiminta on. Teoria-osassa olen selvittänyt, että mitä sydämen vajaatoiminta on. Selvitin, että mitä sydämen vajaatoiminnan hoito on. Tarkoitukseni oli myös selvittää, että kuinka vajaatoiminta-potilaita ohjataan omahoitoon. Sain tietoa siitä, että miten ja mitä asioita sydämen vajaatoiminta-potilaille tulee ohjata. Opasta varten on tietoa siitä, että mitä asioita hyvässä oppaassa tulee huomioida. Nyt voin todeta, että potilaat voivat käyttää laatimaani opasta omahoitonsa tukena. Oppaan avulla potilaat saavat toiminta-ohjeita kotiin sairautensa hoidon avuksi. Opas kannustaa potilaita sitoutumaan ja noudattamaan ohjeita. Tämä edistää heidän hoitonsa onnistumista. Kun potilaat ovat sairaalassa, hoitotyöntekijät voivat oppaan avulla ohjata potilaita hoitoon liittyvissä asioissa. Näin ollen myös hoitotyöntekijät hyödyntävät opasta potilaita ohjattaessaan. Parannan käytännön hoito-

työtä vahvistamalla ja muokkaamalla olemassa olevaa tietoa, joka vaikuttaa käytännön hoitotyöhön. Hoitajien keinot työnsä toteuttamiseksi kehittyvät, kun he saavat lisäapua potilaiden ohjaamiseen. Opas kehittää ohjausta, koska se on ohjauksen apukeino. Potilaat hyötyvät tästä, koska he saavat parempaa hoitoa parantuneen ohjauksen takia.

Erilaisissa tutkimuksissa tuli ilmi, että sydämen vajaatoiminta-potilaiden ohjauksessa on puutteita, joten asiaa voisi tutkia ja tältä pohjalta mahdollisesti kehittää jatkossa. Opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksena on selvittää potilaiden ohjauksen toimivuutta. Potilaiden hoidon seuranta voisi mahdollisesti tehostaa sairaalajakson jälkeen. Tukikeinoja voisi hyödyntää enemmän, esimerkiksi ottamalla omaiset mukaan potilaiden ohjaukseen. Aiheesta olisi mielenkiintoista saada lisää tietoa.

5.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin helmikuussa 2011. Opinnäytetöiden aiheet jaettiin ryhmämme kesken. Kun aiheet oli jaettu, otettiin yhteyttä työelämätahoon eli Hatanpään sairaalan osasto B5:n. Sovimme työelämäpalaverin, jossa työelämä esitti oman toiveensa opinnäytetyötä varten. Aihe selkeni ja tarkentui. Tämän jälkeen aloin ideoida opinnäytetyötä. Alustava idea esiteltiin ryhmällemme Ideaseminaarissa helmikuun lopulla. Seminaarissa saadun palautteen pohjalta aloin suunnitella opinnäytetyötä pidemmälle. Hain lähdemateriaalia ja aloin valmistella laajempaa suunnitelmaa opinnäytetyöstä. Samalla tein suunnitelman työelämää ja lupahakemusta varten. Toukokuun lopussa pidetyssä suunnitelmaseminaarissa esitin suunnitelman. Suunnitelmaa piti muokata hieman ja lopullinen versio lähetettiin lupahakemuksen kanssa Hatanpään sairaalaan marraskuussa 2011. Sain luvan opinnäytetyön tekemiselle ja aloin työstää opinnäytetyöni teoria-osaa laajemmin. Kun teoria-osa oli koottu, tein ensimmäisen version opasta, jonka lähetin osastolle. Sain heiltä palautetta, jonka pohjalta opasta muokattiin. Hain lisää materiaalia loppuvuodesta 2011. Tammikuussa 2012 meillä oli Käsikirjoitus 1-seminaari, jolloin työni oli jo lähes valmis. Tämän jäl-

keen työhön tuli vain pieniä muutoksia. Samaan aikaan kehittelin koko ajan opasta, jonka viimeinen versio valmistui maaliskuussa.

Kun aloin tehdä opinnäytetyötä, oli se aluksi hankalaa. Opinnäytetyön tekemisessä nimenomaan alkuun pääseminen oli vaikeaa. Tuntui, että opinnäytetyön suunnitelma ei meinannut millään muodostua selkeäksi kokonaisuudeksi, josta olisi ollut helppo lähteä etenemään. Kun suunnitelma selkeni, lopulta opinnäytetyön tekeminen alkoi sujua nopeammin ja prosessi tuntui vähitellen helpommalta. Prosessin alussa olisin voinut hakea materiaalia enemmänkin ja samalla kun kävin materiaalia läpi, olisin jo voinut ottaa tekstiä ylös opinnäytetyöhön. Kevät 2011 menikin lähinnä aiheeseen tutustumiseen, pohdiskeluun ja opinnäytetyön tekemisen harjoitteluun. Kesän ajan pidin taukoa opinnäytetyön tekemisessä. Kun koulu alkoi jälleen syksyllä, aloin työstää opinnäytetyötä aktiivisesti. Kirjoitin opinnäytetyön teoriaosaa. Samalla pohdin jo mielessäni, millaiseksi opas voisi muodostua ja mitä asioita ottaisin siihen mukaan. Kun teoriaosa oli melkein valmis, tein ensimmäisen version oppaasta. Opasta muokkasinkin pikkuhiljaa, pitäen välissä vähän taukoa. Näin hahmotin opasta joka kerran vähän eri tavalla ja huomasin samalla, mitä muokattavaa siinä vielä olisi. Kun oppaasta oli jo aika hyvä versio valmiina, lähetin sen työelämään, jossa pyysin heiltä palautetta. Palautetta saatuani hioin opasta, pitäen jälleen taukoa välissä, jotta olisin hahmottanut oppaan sisältöä paremmin.

Näin jälkikäteen ajateltuna olisin voinut tehdä opinnäytetyötä nopeamminkin, mutta toisaalta aikaa opinnäytetyön viimeistelyyn jäi ihan mukavasti. Itselleni tuli yllätyksenä, että kuinka paljon aikaa opinnäytetyön tekemiseen kaiken kaikkiaan meni. Pienenkin tekstimäärän laadintaan saattoi kulua hyvin paljon aikaa. Lisäksi tein opinnäytetyötä muun koulutyön ohessa, joten aikaa oli välillä hankalaa löytää. Pienissä osissa opinnäytetyön tekeminen oli vaikeampaa, kuin jos työtä olisi saanut tehdä välillä pidemmän aikaa kerrallaan. Kun opinnäytetyötä teki vain pienen osan kerrallaan, aikaa kului aina enemmän, kun työn tekemiseen taas pääsi sisälle. Piti aina uudelleen perehtyä siihen, että missä vaiheessa olin työssä menossa ennen kuin saatoin jatkaa. Etenin kyllä koko ajan opinnäytetyössäni hyvin päättäväisesti, tähdäten suunnittelemaani lopputulokseen. Itse opin opinnäytetyön tekemisestä kovastikin. Opin paljon kirjallisen työn te-

kemisestä ja olen oppinut kirjoittamisesta erilaisia asioita todella paljon. Mielestäni olen kehittynyt kirjallisesti prosessin aikana. Opin uusia keinoja tiedon hakemiseen ja tämä auttaa minua tulevassa työssäni sairaanhoitajana. Tiedän, että osaan paremmin hakea uutta näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyöstä. Tämän tiedon avulla pystyn kehittymään ammatillisesti kohti asiantuntijuutta omassa työssäni.

LÄHTEET

Alapappila, A. & Koivisto, P. 2006. Ravinto ja liikunta sydänterveyden edistämisessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry, 23.

Alapappila, A., Hasu, R.-L., Mutikainen, A. & Koskinen, H. 2006. Sydämen vajaatoiminta ja liikunta. Pro: luotettavaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry, 5, 7-8.

Alapappila, A., Hasu, R.-L., Mutikainen, A., Koskinen, H. & Meinilä, L. (toim.) 2007. Sydänpotilaan suorituskyvyn arviointi. Pro – luotettavaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry, 14, 33.

Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro – gradu – tutkielma, 2.

Ekola, S. 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja-lehti 12/2008 (81), 9.

Ekola, S. 2010. Sydämen vajaatoimintapotilaiden itsehoito ja omaseuranta. Asiantuntijaesitykset 16.4.2010. Suomen Sydänliitto ry.

<http://www.sydanliitto.fi/web/karpatiat/Sydamen%20vajaatoimintapotilaiden%20itsehoito%20ja%20omaseuranta>.

Eriksson, E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 8.

Harjola, V-P. & Nieminen, M. 2006. Sydämen akuutin vajaatoiminnan diagnostiikka ja hoito Euroopan kardiologisen seuran mukaan. Lääkärilehti 32/2006 (61), 3085.

Harjola, V-P. & Remes, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia ja etiologia. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 714–715, 717-718.

Harjola, V-P. 2010. Vanhuspotilaan sydämen vajaatoiminnan hoidon erityispiirteitä. Suomen lääkäri-lehti 5/2010 (65), 383–387.

Harju, T. & Majamaa-Voltti, K. 2010. Miksi vanhan ihmisen henkeä ahdistaa? Suomen lääkäri-lehti 23/2010 (65), 2094.

Hartikainen, L. & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kotona selviytymisestään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma, 13-15, 61.

Heart Failure Society of America. 2002. The stages of heart failure – NYHA – classification. Päivitetty 29.9.2006. Luettu 11.8.2011.
http://www.abouthf.org/questions_stages.htm.

Heliö, T., Lommi, J., Kaivos, S., Partanen, L., Nuotio, M.-L., Koivisto, P. & Alapappila, A. (toim.) 2011. Sydämen vajaatoiminta. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry, 13–15.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 15, 16.

Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 31.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16, 28, 150.

Kauppinen, A. 2010. Keuhkopöhön hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 30.8.2010. Luettu 15.11.2011.
www.terveysportti.fi.

Kervinen, H. 2009. Sydämen kaikututkimukset avohoidossa. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 4.8.2009. Luettu 20.5.2011.
www.terveysportti.fi.

Kemppainen, V., Kiema, M. & Kvist, T. 2011. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä – Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö, 3, 7.
<http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/omahoidon-ohjauksen-sisällöt-sydämen-vajaatoimintapotilaan-hoitotyössä-hoit>.

Kiema, M., Ihanus, S., Meinilä, L., Surakka, O., Heikkilä, J. & Hänninen, A. (toim.) 2010. Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 11.2.2010. Luettu 20.5.2011.
www.terveysportti.fi.

Kiema, M., Ihanus, S., Meinilä, L., Surakka, O., Heikkilä, J. & Hänninen, A. (toim.) 2010. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 11.3.2010. Luettu 20.5.2011.
www.terveysportti.fi.

Kiema, M., Ihanus, S., Meinilä, L., Surakka, O., Heikkilä, J., Hänninen, A. (toim.) 2010. Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteet ja sisältö. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 11.3.2010. Luettu 20.5.2011.
www.terveysportti.fi.

Kiema, M. 2011. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatu ja tehostettu terveysneuvonta: tuloksia Tehova – projektista. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma, 37–38.

Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 98–100.

Kivelä, S.-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. 1.painos. Helsinki: WSOY, 99, 102, 105–106.

Kivelä, S. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, 26–29.

Kupari, M. 2002. Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito. Teoksessa Aarnio, P., Harjula, A., Ikonen, T., Kupari, M., Lammintausta, O., Leinonen, H., Saarinen, P. & Taajamaa, B. (toim.) 2002. Kardiologinen täsmähoito. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 46–58.

Kupari, M. 2008. Sydämen vajaatoiminnan kliininen kuva ja diagnostiikka. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 738–740, 742–744, 746, 762–763, 774.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö, 28–29, 76.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 11.

Lahtela, J., Lumio, J., Nieminen, T., Laasonen, H., Nohynek, H., Salo, E., Anttila, V.-J., Seppänen, M., Siikamäki, H., Pekkanen, E., Riutta, J., Antti-Poika, T. & Heinäsmäki, T. 2011. Matkailijan terveysopas. Erityistä huomiota vaativat matkailijat. Päivitetty 2.9.2011. Luettu 14.12.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ctl.mat?p_artikkeli=mat00057.

Lauri, S. & Elomaa, L. 2001. Hoitotieteen perusteet. 3.-4.painos. Helsinki: WSOY, 60.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, 66–68.

Lommi, J. 2008. Sydämen vajaatoiminta. Teoksessa Mäkitjärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 296, 298–299, 303–304.

Lommi, J., Nieminen, M. & Harjola, V.-P. Sydämen vajaatoiminnan hoito. 2008. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 756–757.

Lommi, J. (toim.) 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 11.9.2009. Luettu 1.4.2011.
www.terveysportti.fi.

Nieminen, M. 2005. Ei jaksa pumpata – sydämen vajaatoiminta. Teoksessa Jokinen, E., Juvonen, T., Kaartinen, M., Nieminen, M., Niitynperä, T., Partanen, J., Pohjola-Sintonen, S., Romo, M., Strandberg, T. & Vanhanen, H. (toim.) 2005.

Suomalaisten uusi sydänkirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 10, 161, 165–166, 168, 170–171, 173, 175.

Orion Pharma. 2010. Sydämen vajaatoiminta. Tietoa ja tukea. Käytännön ohjeita. Luettu 30.11.2011.

<http://www.orionsydan.fi/sydamen-vajaatoiminta/tietoa-ja-tukea/kaytannon-ohjeita/>.

Pakarinen, S. & Toivonen, S. 2010. Nykyaikainen tahdistinhoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 27.11.2012.

www.duodecimlehti.fi.

Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 1.12.2011.

www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95939.pdf.

Partanen, L. & Lommi, J. 2008. Tavallisimmat vajaatoiminnan vaikeutumiseen viittaavat oireet ja merkit. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 321–322.

Partanen, L. 2008. Vajaatoimintapotilaan nesteiden käytön rajoittaminen ja nestetasapainon tarkkailu painon seurannan avulla. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 325–326.

Partanen, L. 2008. Painon seuranta sydämen vajaatoiminnassa. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 327.

Partanen, L. 2008. Tavallisimmat nesteen kertymisen syyt sydämen vajaatoiminnassa. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 327.

Partanen, L. 2011. Nesterajoituksen ohjaus sydämen vajaatoimintapotilaalla. Suomen Sydänliitto ry. Luettu 2.11.2011.

<http://www.sydanliitto.fi/web/karpatiat/Nesterajoituksen%20ohjaus%20sydamen%20vajaatoimintapotilaalla>.

Pharmaca Fennica. 2011. Furesis – valmisteyhteenveto. Duodecim – Lääketietokanta. Luettu 2.11.2011.

Poutala, K., Partanen, L. & Tuunainen, J. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. Sairaanhoitaja-lehti 10/2007 (80), 21.

Raatikainen, P. 2004. Ihmistieteet ja filosofia. Helsinki: Gaudeamus, 155–156.

Riikola, T. & Toivonen, L. 2010. Tahdistinhoito. Käyvän hoidon potilasversiot. Luettu 27.11.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00091.

Sippula, P., Haapala, A. & Villikka, A. 2011. Kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 22.11.2012.

www.terveysportti.fi.

Suomen Sydänliitto ry. 2011. Lääkkeet. Luettu 20.8.2011.

<http://www.sydanliitto.fi/laakkeet3>.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi, 11–12, 18–19, 25–28, 39–42.

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 22.1.2009. Luettu 12.12.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00060.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H.-S. & Torniainen, K. (toim.) 2008. Lääkehoito hoitotyössä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 78–79.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 8-10, 51, 53.

Wang, Y., Tuomilehto, J., Jousilahti, P., Antikainen, R., Mähönen, M., Katzmarzyk, P.T. & Hu, G. 2011. Lifestyle factors in relation to heart failure among finnish men and women. Circulation: Heart Failure 4/2011.

LIITTEET

LIITE 1:1(4)

TAULUKKO 3. Aiheeseen liittyvä tutkimus

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Eriksson & Partanen (2005) Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta Tutkiva hoitotyö 3 (1) 2005	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa HYKS:n kolmella kardiologisella ja neljällä yleissisätautien vuodeosastolla toimivien sairaanhoitajien tietoja, omaa arviota osaamisestaan ja koulutustarpeita sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen osalta.	Kvantitatiivinen tutkimus HYKS N=101 Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi	Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta olivat kohtalaisen vähäiset riippumatta toimintaympäristöstä. Heistä 31 % arvioi tietävänsä riittävästi potilaan ohjauksen sisällöstä. Osaamisen puutteet tiedostettiin parhaiten lääkehoidon osalta. Sairaanhoitajista 60 % oli ollut ammatillisessa lisäkoulutuksessa valmistumisensa jälkeen ja 93 % halusi toimipaikkakoulutusta. Tulosten mukaan organisaatioiden tulee kehittää sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaukseen liittyvää koulutusta.
Ekola (2007) Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa Pro - gradu Hoitotieteen laitos Turun yliopisto	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko Suomessa vuonna 2007 käytössä vajaatoimintapotilaiden hoito-ohjelmia ja miten niihin sisältyvät ohjaus ja seuranta toteutuvat. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa erilaisista ohjauksen ja seu-	Kvantitatiivinen tutkimus Sairaalat eri puolella Suomea N=45 Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi ja sisällönanalyysi	Tutkimukseen osallistui 45 sairaalaa. Tutkimuksen mukaan Suomessa oli näissä sairaaloissa vuonna 2007 kahdeksan vajaatoimintahoitajaa, 19 sydänhoitajaa ja viisi sydänkuntoutusohjaajaa. Vajaatoimintaklinikoita on vähän. Vajaatoimintapotilaan ohjaus- ja seurantakäytäntöä oltiin kehittämässä systemaattisemmaksi kymmenessä sairaalassa. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito-ohjelma oli käytössä 15 %:ssa sairaanhoitopiirien sairaaloista. Hoito-ohjelmissa painottui ohjaus. Ohjausta annettiin lähinnä sairaalassa sisällä oleville potilaille. Suullista ohjausta annettiin miltei kaikissa sairaaloissa. Kirjallista tukimateriaalia annettiin potilaille 92 %:ssa sairaaloista. Ohjausta toteuttivat

LIITE 1:2(4)

	rannan toteuttamista-voista.		vajaatoimintahoitajan tai sydänhoitajien lisäksi muun muassa fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja sydänkuntoutusohjaajat ja muut sydänhoitajat. Sydämen vajaatoimintapotilaan seuranta toteuttivat lähinnä jälkihoitopoliklinikkaa pitävät lääkärit. Seuranta oli selkeästi vähemmän huomioitu ja ohjeistettu. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa vaihteli alueittain hyvin paljon.
Hartikainen & Visamo (2000) Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kotona selviytymisestään Pro - gradu Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kotona selviytymistä ja niitä keinoja, joita heillä on käytössään. Tavoitteena oli saada tietoa potilaiden kotona selviytymisestä, jota voidaan hyödyntää osastolla sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidon ohjauksen sisällön kehittämisestä.	Kvantitatiivinen tutkimus N=68 potilasta Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi ja sisällönanalyysi	Tutkituista potilaista selviytyi kotona lähes kolme neljäsosaa hyvin, neljäsosa huonosti. Tutkituille potilaille tuotti eniten vaikeuksia kodin ulkopuolella liikkuminen. Potilaat olivat saaneet sairaalassa puutteellisesti ohjausta sairaudesta, mielialasta, hengityksestä ja väsymisestä sekä nesteiden kerääntymisestä. Sydämen vajaatoiminta ja sen hoito olivat aiheuttaneet potilaille kohtalaisesti mielialan muutoksia. Potilailla oli eniten uupumusta, huolestuneisuutta ja epävarmuutta. Potilaat saivat pääasiallisesti apua puolisoiltaan ja lapsiltaan. Potilaiden sairauksien määrän lisääntyessä kotisairaanhoidajilta ja kodinhoitajilta saadun avun määrä lisääntyi. Hengenahdistus ja nesteiden kertyminen olivat yleisimmät syyt sairaalaan hakeutumiseen.
Kiema (2011) Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatu ja tehostettu terve-	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tehostettua terveysneuvontaa saaneiden ja verrokkipotilaiden elämänlaatua	Kvantitatiivinen tutkimus N=195 Strukturoitukyselylomake	Tutkimukseen osallistui 195 potilasta. Potilaista 99 osallistui tehostettuun terveysneuvontaan ja 96 kuului verrokkiryhmään. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien elämänlaatu ja kokemus omasta terveydentilastaan olivat matalimmillaan sairaalahoidon aikana, jolloin pyrittiin selviämään uudesta sairaudesta tai tiedossa olevan

LIITE 1:3(4)

ysneuvon- ta: tuloksia Tehova - projektista Pro gradu Terveystie- teiden lai- tos Jyväskylän yliopisto	vuoden seu- ranta-aikana sairaalahoii- dosta kotiu- tumisen jäl- keen.	Prospek- tiivinen satunnais- tamat kyselytut- kimus Nottigham Health Pro- file - elä- mänlaatu- mittari	sairauden pahenemisvaiheesta. Elämänlaatu parani molemmilla tutkimusryhmillä kolmeen kuukau- teen mennessä ja se pysyi sama- na seuranta-ajan loppuun saakka. Potilailla suurin todennäköisyys joutua sairaalaan uudestaan on tänä ajankohtana, joten kannattaa panostaa tehostettuun terveys- neuvontaan ja kotona tapahtuvaan oman hoidon tukemiseen potilai- den kotiutuessa sairaalasta. Te- hostetulla terveysneuvonnalla ei näyttänyt olevan lisävaikutusta sydämen vajaatoimintaa sairasta- vien elämänlaatuun Nottigham Health Profile - mittarilla mitattuna. Vuoden seuranta-aikana vertailta- vien ryhmien välillä ei havaittu merkittäviä eroja missään elämän- laadun ulottuvuudessa. Tulevai- suuden tutkimusta olisi suunnatta- va tehokkaimpien terveysneuvon- nan menetelmien ja elämänlaadun tutkimusmenetelmien tunnistami- seen. Lisäksi tulisi selvittää tar- mokuuden ja unen merkitystä elämänlaadun määrittämisessä.
Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa (2005) Potilaiden käsityksiä heidän saamas- taan ohja- uksesta Tutkiva hoitotyö 3 (1) 2005	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän saa- mastaan oh- jauksesta.	Kvantitatiiv- inen tut- kimus N=844 Strukturoi- tu ja struk- turoimaton kyselylo- make Tilastolli- nen ana- lyysi ja si- sällönana- lyysi	Tutkimukseen osallistui 844 poti- lasta, joilla ohjauksen saanti sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaa- lassa osoittautui osittain riittämät- ömäksi. Ohjaaminen oli riittämät- öntä erityisesti sosiaalisen tuen osalta. Ohjaustilanteen ilmapiiri oli hyvä ja ohjaus toteutettiin pääasi- assa potilaslähtöisesti. Resurssit ohjaukseen olivat kohtalaisen hy- vät. Ohjaustiloja pidettiin asianmu- kaisina, henkilökunnan yhteistyötä toimivana ja terveydenhuoltohenki- löstön ohjausvalmiuksia kiitettävi- nä ja hyvinä. Toisaalta ohjaukseen asennoitumisessa oli toivomisen varaa. Ohjausmenetelmistä hallit- tiin hyvin vain suullinen yksilöohja- us. Kolmanneksen potilaista oh- jauksella oli vain vähän tai ei lain- kaan vaikutusta. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin ja potilaiden lääkkeidenkäyttöön.

LIITE 1:4(4)

			Kehittämistarpeet liittyivät ohjauksen ulkoisiin tekijöihin, ohjaustoimintaan ja ohjaus – käsitteeseen.
Wang, Tuomilehto, Jousilahti, Antikainen, Mähönen, Katzmarzyk & Hu (2011) Lifestyle factors in relation to heart failure among finnish men and women Circulation: Heart Failure 4/2011	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää elämäntapojen vaikutusta sydämen vajaatoiminnan kehittymiseen	Kvantitatiivinen tutkimus N=18 346 N=19 729 Väestöpohjainen tutkimus Monimuuttuja - ja riskianalyysimallit	Tutkimuksessa seurattiin 18 346 miestä ja 19 729 naista. Tutkittavat olivat iältään 25–74-vuotiaita tutkimuksen käynnistyessä ja he eivät sairastaneet sydämen vajaatoimintaa. Seuranta-ajan eli 14,1 vuoden aikana 638 miestä ja 445 naista sairastui sydämen vajaatoimintaan. Hedelmien kulutus ja alkoholin käyttö jätettiin pois tarkasteltavista muuttujista tutkimuksen aikana, koska niiden yhteyttä riskiin sairastua vajaatoimintaan ei löytynyt. Sairastumisriski selittyi suurelta osin tupakoinnilla, ylipainolla, vähäisellä liikunnalla ja yksipuolisella ruokavaliolla. Johtopäätöksinä oli, että suomalaisten miesten ja naisten keskuudessa elämäntapatekijät vaikuttavat riskiin sairastua sydämen vajaatoimintaan.



**Tampereen kaupunki
Erikoissairaanhoito
Hatanpään sairaala**

SYDÄMEN VAJAATOIMINTA - OPAS POTILAALLE

Sisätautien vuodeosasto B5

Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminnan taustalla on useita erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, kuten sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja sydämen läppäviat. Harvinaisempia vajaatoiminnan aiheuttajia ovat esimerkiksi sydänlihassairaudet ja rytmihäiriöt.

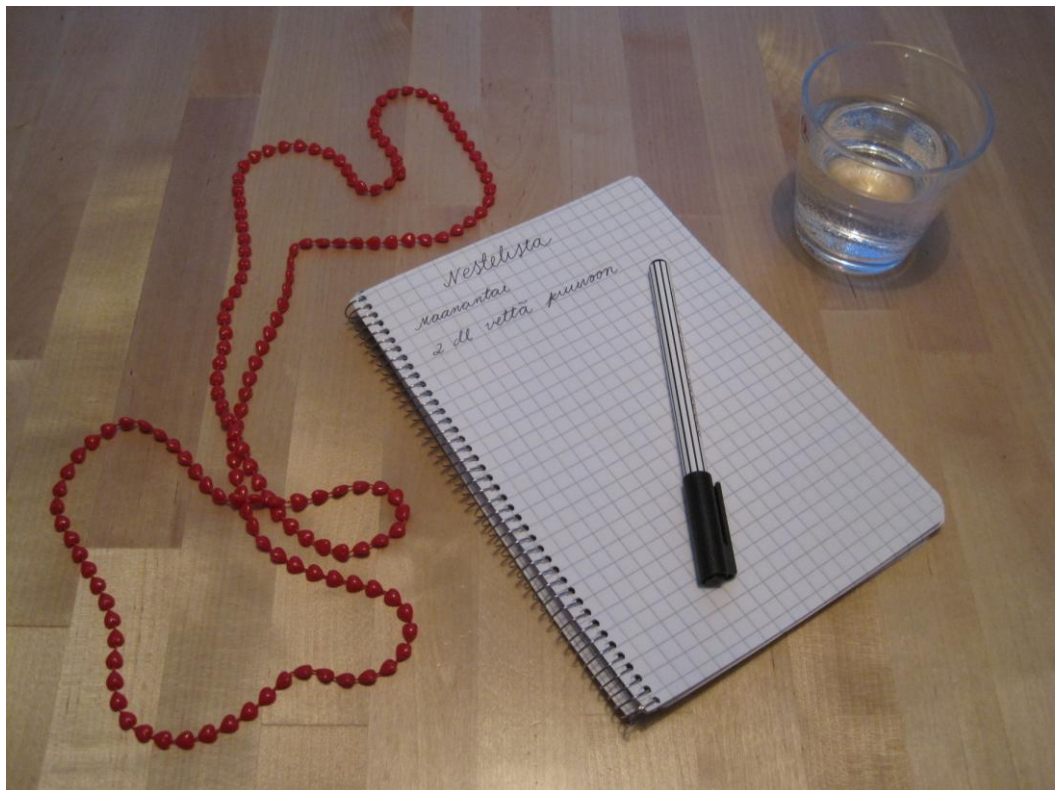
Vajaatoiminnassa sydämen pumppaustoiminnassa on häiriö, jonka taustalla on joko rakenteellinen tai toiminnallinen sydänlihaksen vioittuminen. Sydämen kyky pumpata verta on heikentynyt ja se ei pysty ylläpitämään riittävää verenkiertoa elimistössä.

Sydämen vajaatoiminnan oireita voivat olla:

- turvotukset nilkoissa ja säärimissä
- painon nousu
- hengenahdistus rasituksessa, levossa ja makuulla
- nopea uupuminen rasituksessa
- poikkeava väsymys
- kuiva, hakkaava ärsytysyskä yöllä
- lihasten voimattomuus
- ruokahaluttomuus, pahoinvointi

Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan sekä lääkkeillä että lääkkeettömästi. Lääkkeetön hoito pitää sisälleen elämäntapoihin liittyviä asioita, joihin voi vaikuttaa itse.



Lääkehoito

Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan sydänlääkkeillä ja nesteenpoistolääkkeillä. Lääkkeet helpottavat mahdollisia oireita ja parantavat vointianne kokonaisuudessaan. Lääkehoito ehkäisee sydämen vajaatoimintaa ja estää vajaatoiminnan etenemistä. Lääkkeet hoitavat myös sydänsairauttanne.

Hoidon kannalta on keskeistä, että otatte lääkkeenne lääkärin ohjeiden mukaan. Lääkkeiden säännöllinen ottaminen on hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeää.

Jos käytössä on nesteenpoistolääke (Furesis/Diurex /Hydrex/Vesix/Lasix), lääke otetaan aamuisin tai aamupäivän aikana, jolloin wc:ssä käyminen ei häiritse yöunta. Nesteenpoistolääke lisää virtsaamisen tarvetta ja auttaa sydämen vajaatoiminnan vuoksi kertyneitä elimistöä.

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että lääkkeet otetaan säännöllisesti ja lääkärin ohjeiden mukaan.



Kotihoito-ohjeita

Lääkityksen lisäksi kotona voi itse vaikuttaa hoidon onnistumiseen noudattamalla tarkasti seuraavia kotihoito-ohjeita:

Nesteiden nauttiminen

Vuorokaudessa nautittavan nesteen määrä on maksimissaan 1,5-2 litraa (1500/2000ml). Suurien nestemäärien juomista vältetään, koska liialliset nestemäärät lisäävät turvotuksia ja kerääntyvät keuhkoihin aiheuttaen hengenahdistusta.

Nesterajoituksen vuoksi mitatkaa kotona käyttämänne kupit ja muut astiat, jotta tiedetään tarkalleen, paljonko niihin menee nestettä. Nautitut nestemäärät tulee kirjata ylös nestelistaan huolella ja täsmällisesti. Nestemäärät lasketaan yhteen aina vuorokauden ajalta.

Nestettä ovat esimerkiksi:

Vesi, mehu, maito, piimä, kahvi, tee, mehukeitto, viili, jogurtti, vanukas, limsat, olut, siideri, viini, alkoholi, jäätelö ja neste, jota käytetään puuroon, velliin ja keittoon.

Janon tunteen ja suun kuivumisen helpottamiseksi voi:

- imeskellä sokerittomia pastilleja tai apteekista saatavia imeskelytabletteja
- käyttää kosteuttavaa suusuihketta
- imeskellä jääpaloja
- käyttää juomana happamia juomia, esim. puolukka- tai karpalomehu

Helteellä hikoilu, kuume, vatsatauti ja ripuli lisäävät nesteen tarvetta. Niiden aikana nautittavien nesteiden määrää voi nostaa 500-1000ml, mutta painoa tulee myös muistaa tarkkailla.

Painon mittaus

Paino mitataan joka aamu ja aina samaa vaakaa käyttäen. Punnitseminen tapahtuu aamulla vessassa käynnin jälkeen, ennen kuin on nautittu mitään juotavaa tai syötävää. Mittaaminen tehdään joka kerta samalla tavalla, yöpuvussa tai ilman vaatteita.



Ravitsemus ja suola

Sydämen vajaatoimintaa sairastaville suositellaan suolan käytön rajoittamista. Suolan käyttö lisää janon tunnetta ja se voi pahentaa oireita. Esimerkiksi valmisruuissa on paljon suolaa. Ruuassa suolan voi korvata mausteilla ja yrteillä. Yleisesti ruokavalion tulee sisältää runsaasti kuitua ja sen tulee olla vähärasvaista. Monipuolinen ja terveellinen ravitsemus lisää hyvää oloa.

Liikunta ja lepo

Säännöllinen liikunta on kaikin puolin hyödyllistä ja suositeltavaa. Omaa vointia kannattaa tunnustella ja liikkua sen mukaan. Pitää muistaa myös levätä, kun siltä tuntuu.

Sauna

Saunassa voi käydä, kunhan kuumassa ei viivy liian kauan. Se lisää hikoilua ja janon tunnetta. Pitää muistaa, että nautitut nestemäärät tulee pitää pieninä.

Tulehdussairaudet

Tulehdussairaudet voivat pitkittyessään pahentaa sydämen vajaatoimintaa. On tärkeää, että otetaan tarvittaessa yhteyttä omaan terveyskeskukseen, jolloin ne saadaan hoidettua ajoissa.

Päihteet

Sydämen vajaatoimintaa pahentavat tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. Runsasta alkoholin käyttöä on vältettävä. Alkoholia tulee käyttää vain harvoin ja harkitusti, korkeintaan pari annosta (esim. kaksi pientä pulloa keskiolutta tai siideriä) kerrallaan.

Matkustaminen

Matkustamiseen kannattaa varautua ajoissa. Vältetään pitkään ja ahtaasti istumista, koska se voi lisätä turvotuksia. Lääkəriin suositellaan ottamaan yhteyttä ennen matkalle lähtöä, etenkin jos matkustetaan ulkomaille.

Milloin lääkäriin?

Sydämen vajaatoiminnan oireet ovat jokaiselle yksilöllisiä ja siksi on tärkeää jokaisen oma kokemus omasta voinnista. Itseään tarkkailemalla oppii huomaamaan, jos jotain erikoista ilmenee. Hoitoyksikköön tulee ottaa yhteyttä, jos vointiin tulee jotakin poikkeavaa.

Normaalista poikkeavia oireita ovat:

Hengenahdistus

- silloin kun hengenahdistus pahenee pienessäkin rasituksessa, levossa tai makuuasennossa

Väsymys

- jos on nopeaa uupumista rasituksessa, tavallista suurempaa väsymystä tai lihasten voimattomuutta

Turvotus ja painon nousu

- kun turvotusta nousee nilkkoihin ja sääriin
- jos paino nousee yli kaksi kiloa parin vuorokauden aikana, paino nousee nesteen kertymisen vuoksi

Yskä

- jos kuivaa ärsytysyskää ilmenee, etenkin yö-aikaan

Sydänoireet

- jos tulee uusia sydänoireita
- jos teillä on rytmihäiriöitä
- kun sydämen syke on nopea tai muuttuu epä-normaaliksi

Verenpaine

- kun verenpaine laskee tai nousee liiaksi
- jos pystyyn noustessa pyörryttää ja huimaa

Tulehdustauti

- pitkittyessään, kun tulehdus ei parane

Ruokahalu

- jos on ruokahaluttomuutta ja siitä mahdollisesti johtuvaa painon laskua

Mihin otan yhteyttä?

Vastaamme erittäin mielellämme mieltänne askarruttaviin kysymyksiin. Jos teillä on jotain kysyttävää, soittakaa.

Jatkohoito ja hoidon seuranta ovat teillä seuraavissa paikoissa:

Hatanpään kantasairaalan erikoispoliklinikka,
Sydänhoitaja Katja Salin
Puh: 03 5657 2158

Akuuteissa asioissa soittakaa
Tampereen kaupungin
Terveyspalveluiden neuvonta (klo 7 - 22)
Puh: 03 100 23

Osastojaksoon liittyen voitte ottaa yhteyttä
Hatanpään kantasairaala,
Sisätautien vuodeosasto B5
Puh: 03 5657 3381



Hatanpään kantasairaala

**Hatanpään kantasairaala
Sisätautien vuodeosasto B5
Hatanpäänkatu 24
33101 Tampere**