

SYDÄNHOITAJIEN JA RAVITSEMUSTERAPEUTIN KOKEMUKSIA  
SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN  
RAVITSEMUSOHJAUKSESTA

Arezo Ayyar ja Haawo Roble

SYDÄNHOITAJIEN JA RAVITSEMUSTERAPEUTIN KOKEMUKSIA  
SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN  
RAVITSEMUSOHJAUksesta

Arezo Ayyar ja Haawo Roble  
Opinnäytetyö, kevät 2014  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitaja (AMK)  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Ayyar, Arezo & Roble, Haawo. Sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksesta. Kevät 2014. 48 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK), sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksesta. Työn tarkoituksena oli selvittää ravitsemusohjauksen toteuttamista sydämen vajaatoimintapotilailla ja ravitsemusohjauksen kehittämishaasteita sekä kehittämideoita. Opinnäytetyön tavoitteena oli sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen kehittäminen.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluina koehenkilöiden työpaikoilla.

Tutkimuksen tulosten mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ravitsemusohjauksen sisältö koostuu nesterajoituksesta, suolan käytön vähentämisestä ja sydänystävällisistä rasvoista. Tulosten mukaan sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen tavoitteena on potilaan sairauden oireiden helpottaminen, elämänlaadun parantaminen ja sairaalajaksojen vähentäminen.

Tutkimuksessa tuli esille, että sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen asiantuntijat kaipaavat lisää koulutusta sairaanhoitajille sydämen vajaatoiminnasta ja hoitoon liittyvää ohjausta. Tutkimustulosten mukaan Suomessa on liian vähän sydänhoitajia verrattuna potilasmäärään ja kaikki potilaat eivät saa ohjaavia hoitoja.

Asiasanat: Sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus, ravitsemus, terveydenedistäminen

## ABSTRACT

Ayyar, Arezo & Roble, Haawo.

The experiences of cardiac nurses and nutrition about cardiac insufficiency patient's nutrition guidance. 48 p, 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse and Nurse.

The purpose of this Bachelor's Thesis was to examine the experiences of cardiac nurse and nutritionist about cardiac insufficiency patient's nutrition. The purpose of Thesis was to find out what the cardiac insufficiency patient's nutritional guidance includes, which are the control objectives, what are the type of development challenges of the interviewees have experienced in their work and the developing ideas of cardiac insufficiency patient's nutritional guidance in the future. The aim of Thesis was to improve the cardiac insufficiency patient's nutritional guidance and also to development our professional growth.

In this research we used a qualitative research method. The data collection method used was the theme of the interview and the interviews were conducted, which had duration of 30–45 minutes.

The results show that heart failure patients on nutrition counselling consist of liquid limit for the use of salt reduction and heart-friendly fats. The results show that heart failure patient's nutritional counselling is to the patient's symptoms of the disease to facilitate, improve quality of life and reduction in hospitalization.

In our Bachelor's Thesis results show that the nutrition counselling experts desire and wish more education and instruction to nurses about cardiac insufficiency patient's nutrition. The research revealed that in Finland there is insufficient cardiac nurses compared to the patients and all of them won't get needed guiding treatments.

Keywords: Heart failure, patient education, nutrition, health promotion.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA.....	7
2.1 Sydän .....	7
2.2 Sydämen vajaatoiminta .....	7
2.2.1 Äkillinen sydämen vajaatoiminta.....	8
2.2.2 Krooninen sydämen vajaatoiminta.....	9
2.2.3 Diastolinen sydämen vajaatoiminta .....	9
2.2.4 Systolinen sydämen vajaatoiminta .....	9
2.3 Sydämen vajaatoiminnan oireet, yleisyys ja syyt.....	10
2.4 Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi .....	11
2.5 Sydämen vajaatoiminnan hoito.....	12
2.5.1 Lääkehoito.....	13
2.5.2 Elintapaneuvonta.....	13
3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN RAVITSEMUS .....	14
3.1 Ravitseminen.....	14
3.1.1 Ravitseminen sydänsairauksissa.....	15
3.1.2 Ravitsemussuosituksset 2014.....	16
3.1.3 Ravitsemusohjaus .....	18
4 POTILASOHJAUS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ.....	19
4.1 Terveyden edistäminen.....	19
4.2 Potilasohjaus .....	20
4.2.1 Ohjauksen menetelmät.....	21
4.2.2 Motivoiva ohjaus.....	22
4.2.3 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan ohjaus.....	23
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	25
6.1 Tutkimusympäristö.....	25
6.2 Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
6.3 Tutkimusmenetelmä.....	26

6.4 Tutkimusaineiston hankinta .....	27
6.5 Tutkimusaineiston analysointi ja aineistoanalyysi .....	28
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	32
7.1 Ravitsemusohjauksen tavoitteet .....	32
7.2 Ravitsemusohjauksen sisältö.....	32
7.3 Ravitsemusohjauksen menetelmät .....	33
7.4 Kokemuksia ravitsemusohjauksen toteuttamisesta .....	34
7.4.1 Iän vaikutus ravitsemusohjauksen toteuttamiseen .....	34
7.4.2 Sosioekonomisten erojen vaikutus ravitsemusohjauksen toteuttamiseen.....	35
7.5 Kokemukset ravitsemusohjauksen onnistumisesta.....	35
7.6 Ravitsemusohjauksen kehittämistarpeet.....	36
8 POHDINTA.....	37
8.1 Tulosten tarkastelu.....	37
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	38
8.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	39
8.4 Ammatillisen kasvun tarkastelua.....	40
LÄHTEET .....	42
LIITE 1: SAATEKIRJE HAASTATTELAVILLE .....	45
LIITE 2: TEEMAHAASTATTELURUNKO .....	46
LIITE 3: SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN.....	48

## 1 JOHDANTO

Sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita on länsimaissa 1–2 prosenttia väestöstä. Näiden potilaiden määrä kasvaa nopeasti ikääntyvässä väestössä. Lähes puolet sydämen vajaatoimintapotilaista on 80-vuotiaita tai jopa vanhempia. Sairastavien potilaiden keski-ikä on 76 vuotta ja sairauden ilmaantuvuus on miehillä suurempi kuin naisilla. On arvioitu, että vuonna 2020 sydämen vajaatoimintapotilaiden määrä kasvaa 20 prosentilla ja sairaalahoidot lisääntyvät 40–50 prosentilla. Sairaus tulee yhteiskunnalle hyvin kalliiksi toistuvien sairaalajaksojen vuoksi. Optimaalisella lääkehoidolla ja systemaattisella ohjauksella ja seurannalla voi kohottaa potilaiden elämän laatua, tukea itsehoitoa ja vähentää kuolleisuutta. (Kupari & Lommi 2004, 11–13; Ekola 2010, 9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksesta. Opinnäytetyössä tutkimuksen aihe rajoittuu ravitsemusohjaukseen ja tarkoituksena on selvittää sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen toteuttamista. Halusimme tuoda esille asiantuntijoiden ideoita ravitsemusohjauksen kehittämiseen. Opinnäytetyö sai alkunsa kesätyömme pohjalta heränneestä kiinnostuksestamme aiheeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on sydämenvajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen sekä meidän oman ammatillisen kasvumme kehittäminen. Ravitsemusohjauksen asiantuntijat ovatkin pyytäneet tätä opinnäytetyötä käyttöönsä, jotta he voisivat tutustua toistensa menetelmiin ravitsemusohjauksessa sekä kehittämisideoihin.

Opinnäytetyössä sydämen vajaatoimintapotilaalla tarkoitamme diagnosoitua sydämen vajaatoimintapotilasta. Opinnäytetyön toteutusympäristö on Helsingin seudun yliopistolliseen keskussairaalaan (Hyks) kuuluvan Meilahden sairaalan kardiologinen poliklinikka ja Helsingin kaupungin sydänpiiri, joissa haastattelimme sydänhoitajia ja ravitsemusterapeutteja.

## 2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

### 2.1 Sydän

Sydänlihas on noin nyrkin kokoinen onttolihäs, jonka tehtävänä on kierrättää verta kehoon. Sydämen sähköärsyksen jatkuva uusiutuminen ja leviäminen sydämen eri osiin sekä läppien, sepelvaltimoiden ja sydänpussin toiminta mahdollistavat sydämen verenkierron. Veri kuljettaa happea, ravintoaineita, hormoneja ja lukuisia muita yhdisteitä, joita elimet käyttävät toimintojensa ylläpitämiseksi. (Remes 2000, 37; Jokinen ym. 2005, 9.)

### 2.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminnasta (Insufficientina Cordis eli IC, Congestive Heart Failure eli CHF) puhutaan silloin, kun sydänlihas ei pysty pumppaamaan verta elimistöön. Sydämen pumppausvoiman heikentymisen seurauksena verenkierto ei riitä kaikkiin elimistön tarpeisiin. (Mustajoki & Ellonen 2013; Ekola 2010, 18.) Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan se on seurausta jostakin synnynnäisesti tai hankitusta viasta sepelvaltimoissa, sydänlihaksessa, läpissä, sydänpussissa tai suurissa verisuonissa (Kupari & Lommi 2004, 11). Sydämen vajaatoiminnan tunnuspiirteitä ovat hengenahdistus, huono suorituskyky ja turvotukset (Vauhkonen & Holmström 2005, 66).

Sydämen vajaatoiminta voi olla jatkuvaa eli krooninen tai se voi kehittyä äkillisesti, jolloin puhutaan äkillisestä sydämen vajaatoiminnasta. Pitkäkestoinen vajaatoiminta syntyy yleensä sydäninfarktin jälkeen erityisesti, jos infarktiin liittyy läppävuoto. (Jokinen ym. 2005, 161.) Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihassolut ovat vaurioituneet eivätkä toimi normaalisti. Sydänlihaksen vaurioituminen voi johtua esimerkiksi hapenpuutteen, poikkeavan paine- tai tilavuuskuormituksen, myrkyllisten aineiden, tai tulehduksen seurauksena. Nämä vaurioituneet lihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka ei osallistu supistumistoimintaan ja johtavat terveiden lihassolujen venytykseen ja kuormitukseen. Se johtaa lopulta



vasemman kammion laajentumiseen. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 303–304.)

Vajaatoimintaan johtava häiriö voi olla sydämen oikeassa tai vasemmassa puoliskossa, tai molemmissa. Sairaus voi heikentää ensisijassa joko sydämen systolista tyhjentymistä tai sen diastolista täyttymistä tai molempia. Sydämen vajaatoiminta jaetaan systoliseen ja diastoliseen muotoon. Nämä eroavat toisistaan muun muassa etiologian, hoidon ja ennusteen suhteessa, joten ei ole samantekevää mistä muodosta potilaan kohdalla on kyse. (Kupari & Lommi 2004, 11.)

### 2.2.1 Äkillinen sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta jaetaan äkilliseen (akuuttivajaatoiminta) ja krooniseen vajaatoimintaan. Akuuttivajaatoiminta kehittyy nopeasti, jopa parissa tunnissa sydämen kohdatessa uusia ongelmia. Tällaisia ongelmia ovat infektiot ja rytmihäiriöt. Muita syitä ovat lääkityksen riittämättömyys tai tilapäinen nesteiden kertyminen elimistöön liiallisen syömisen tai juomisen seurauksena. (Jokinen ym. 2005, 174.)

Äkillinen sydämen vajaatoiminta voi johtua myös sydäninfarktista, koska sydämen pumppausteho saattaa heikentyä. Akuutti vajaatoiminnassa hengenahdistus lisääntyy myös levossa ja hengitys on haukkovaa, henkilö voi huonosti ja hän tarvitsee lisähapetta. (Jokinen ym. 2005, 174; Nieminen, Kaartinen, Partanen, Romo, Strandberg & Vanhanen 2000, 186.) Akuutti sydämen vajaatoiminta kehittyy nopeasti ja on hengenvaarallinen tila, jota hoidetaan erikoissairanhoidossa. Hoitoa aloitettua riittävän ajoissa potilas saattaa toipua täysin sairaudesta. (Vauhkonen & Holmström 2005, 66.)

### 2.2.2 Krooninen sydämenvajaatoiminta

Sydämen kroonisesta vajaatoiminnasta puhutaan, kun vajaatoiminta on hyvin hitaasti kehittynyt ja pitkäkestoinen. Kroonisessa vajaatoiminnassa potilaan oireet ovat alussa lieviä ja niitä esiintyy ajoittain. Alkuvaiheessa potilas tuntee väsymystä ja hänen suorituskykynsä laskee huomattavasti. Elimistöön alkaa kertyä vähitellen nesteitä ja turvotuksia. Samalla potilaan ruokahalu vähenee, koska kehon suuriin laskimoihin ja sisäelimiin kertyy nestettä ja aiheuttaa potilaalle täyden tunnetta. Potilas alkaa kärsiä vatsa- ja suolistoalueen vaivoista, kuten pahoinvoinnista, kivusta, painontunteesta ja ummetuksesta. Lisäksi potilaalla on jatkuva jano, jota juominenkaan ei poista. Nesteet kertyvät elimistöön ja heikentävät potilaan vointia. Kroonisessa vajaatoiminnassa sydämen rytmihäiriöt ovat tavallisia ja verenpaine voi kohota. Potilaan olo on raskas ja tauti rajoittaa hänen päivittäisiä toimintoja. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 272.)

### 2.2.3 Diastolinen sydämen vajaatoiminta

Sydämen diastolinen eli täyttövaiheen toimintahäiriö on sydämen vajaatoiminnan ensimmäinen vaihe. Diastolisessa vajaatoiminnassa sydän supistuu normaalisti, mutta laajenee ja täyttyy huonosti. Vasen kammio ei laajene ja sen täyttöpaine on normaalia korkeampi levossa. Täyttöpaine kasvaa hyvin voimakkaasti rasituksessa, joka aiheuttaa keuhkojen verentungetuksen ja hengenahdistuksen. (Kupari & Lommi 2004, 19.)

### 2.2.4 Systolinen sydämen vajaatoiminta

Systolisen vajaatoiminnan taustalla on sydänlihaksen vaurioituminen, jonka voi aiheuttaa esim. sydäninfarkti tai laajentuva kardiomyopatia. Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen verenkierron teho on heikentynyt ja sydämen vasen kammio on laajentunut. (Kupari & Lommi 2004, 14.) Sydämen systolinen vajaatoiminta aiheuttaa potilaalle oireita arkielämässä. Sairaus saattaa vaikeutua äkil-

lisesti hyvinkin pienestä ärsykkeestä, kuten hengitystieinfektiosta, lääkityksen unohtamisesta päiväksi tai esimerkiksi, kun potilasta siirretään hoitopaikasta toiseen. (Vauhkonen & Holmström 2005, 68–69.)

### 2.3 Sydämen vajaatoiminnan oireet, yleisyys ja syyt

Sydämen vajaatoiminta voi aiheuttaa monenlaisia oireita. Oireet kertovat sydämen ja verenkierron heikkenemisestä. Rasitushengenahdistus, väsymys, yskä ja nopea sykkeen nousu pienessäkin rasituksessa ovat sydämen vajaatoiminnan yleisimpiä oireita. Makuulla alkava hengenahdistus (ortopnoea) on tavallinen sydämen vajaatoiminnan oire, joka korjaantuu, kun potilas nousee istumaan. (Mäkijärvi ym. 2011, 302; Vauhkonen & Holmström 2005, 70.)

Sydämen vajaatoiminnassa hengenahdistus johtuu siitä, että rasituksessa sydämen vasen kammio ei täyty riittävästi ja veri jää keuhkoihin, mikä aiheuttaa keuhkojen veren määrän lisääntymistä. Veren pakkautuessa keuhkoverenkiertoon kudostenestettä jää keuhkojen väliin ja punaisten verisolujen hapetus vaikeutuu, jolloin syntyy hapen puute. Tämän elimistö korvaa tihentämällä hengitystä. (Jokinen ym. 2005, 165 & Mustajoki & Ellonen 2013.)

Sydämen vajaatoiminnassa elimistöön kertyy helposti nestettä. Nesteen kertyminen elimistöön aiheuttaa turvotusta ja painonnousua. Jalkojen turvotusta on pidetty sydämen vajaatoiminnan tavallisena merkinä. Siinä turvotus on molemmin puolista. Turvotus on näkyvässä parhaiten säärien etupinnalla, mihin ihoa kevyesti painettaessa syntyy hitaasti palautuva kuoppa. (Mäkijärvi ym. 2011, 307.)

Sydämen vajaatoiminta on sairaus, jonka osuus väestössä kasvaa iän mukana. Nuorella iällä sairauden esiintyvyys on 0,2 % – 1, mutta yli 75-vuotiailla 8–10 %. (Jokinen ym. 2005, 162.) Eriksson ja Partanen (2005) toteavat tekstissään, että Suomessa sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys koko väestössä on 1,5–2,5 % ja yli 80-vuotiaiden ryhmässä 10 %. Tämä on sairaus, jonka esiintyvyys kasvaa

vauhdikkaasti iän myötä ja on arvioitu että yli 65 vuotiaista 5 % ja yli 75 vuotiaista 8–10 % sairastaa kyseistä oireyhtymää. Länsimaissa sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastaa 1-2 % väestöstä ja Suomessa noin 43000 suomalaista.

Vartiainen, Laatikainen Pelkonen ja Salomaa (2010, 2079) ovat tehneet tutkimuksen sydän- ja verisuonisairauksien sairastumisen riskistä. Tutkimuksessaan he käyttivät kolmea menetelmää, jotka mittaavat seuraavan 10 vuoden riskiä sairastua näihin sairauksiin. Kaikki kolme menetelmää osoitti, että sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumisen riski kasvaa iän karttuessa.

## 2.4 Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi perustuu taudin tyypillisiin oireisiin ja tutkimuksiin, joilla osoitetaan sydämen vajaatoimintahäiriö ja taustalla oleva verenkiertoelimistön sairaus. Tutkimukset etenevät vaiheittain. Vajaatoiminnan oireiden, sairaushistorian ja kliinisten havaintojen lisäksi diagnostiikka täydennetään laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. Sairauden tarkka diagnoosi mahdollistaa tehokkaan hoidon sekä auttaa vähentämään turhia hoitoja. (Mäkijärvi ym. 2011, 306.)

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosissa käytetään NYHA-luokitusta. NYHA-luokitus on New York Heart Associationin 1950-luvulla käyttöön ottama sydämen vajaatoimintapotilaiden luokitusjärjestelmä. NYHA-luokituksessa on neljä luokkaa, jotka määrittävät vajaatoimintapotilaan sairauden astetta. (Jokinen ym. 2005, 169.)

NYHA 1 tarkoittaa potilasta, jonka sydämen vajaatoiminta aiheuttaa pientä rajoittuneisuutta rasituksessa. NYHA 2 tarkoittaa potilasta, joka tulee hyvin toimeen normaalissa päivän askareissa, mutta raskaammissa tehtävissä kuten rappuja noustessa ilmaantuu hengenahdistusta ja uupumusta. NYHA 3 tarkoittaa potilasta, joka pystyy kävelemään omaa vauhtiaan, mutta kiirehtiminen ja ylämäki aiheuttavat oireita. NYHA 4 tarkoittaa potilasta, jolla kaikki fyysinen aktiiviteetti aiheuttaa oireita. Vajaatoimintaoireita esiintyy hyvin pienessäkin rasituk-

sessä ja jopa levossa. (Jokinen ym. 2005, 168–169 & Mäkijärvi ym. 2011, 306.)

Sydämen vajaatoimintapotilaalle suoritetaan seuraavat määrä-aikaiset laboratoriotutkimukset (Jokinen ym. 2005, 171):

1. Verenkuva, jossa tarkastellaan anemian ja tulehdusten arvoja
2. Veren kalium, jonka pienipitoisuus liittyy rytmihäiriöihin
3. Veren natrium, jonka pienipitoisuus liittyy matalaan verenpaineeseen
4. Veren keratiini, jonka pienipitoisuus liittyy munuaisvaurioon
5. Muut tutkimukset: rasva-arvot ja verensokeri.

## 2.5 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Ekolan (2010, 19) mukaan sydämen vajaatoiminnan hoidon tavoitteena on potilaan sairauden oireiden lievittäminen, elämänlaadun parantaminen ja sairauden ennusteen parantaminen. Sydämen vajaatoiminnassa hoidon pääasia on lääkehoito, jolla pystytään puuttumaan kaikkiin vajaatoiminnan osatekijöihin, kuten kohonneeseen täyttöpaineeseen, supistumisvireyteen, sykevasteeseen ja verenpaineeseen. Hoidossa korostuvat myös itsehoito ja omaa seuranta tukeva arkielämän ongelmiin sisältyvä neuvonta. Tilanteissa, joissa potilas ei pysty itsehoitoon ja omaseurantaan, terveydenhuollon ammattilainen tekee sen hänen puolestaan. (Jokinen ym. 2005, 170.)

Sydämen vajaatoiminnan hoito lähtee perusongelman tunnistamisesta. Ensin tulee selvittää vajaatoiminnan taustalla oleva sairaus. Tärkeää on se, että potilas on tietoinen sairaudestaan. Potilaan tulee tietää sairautensa lähtökohdat ja sairaustilaa hankaloittavat asiat. (Nieminen & Kaartunen ym. 2000, 181, 185.) Sydämen vajaatoiminnan diagnoosin varmistumisen jälkeen vajaatoimintapotilaan ohjaus on hyvin tärkeää. Potilaan ohjauksessa hoitava lääkäri ja sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ovat päähenkilöitä. Ohjauksessa potilasta tulee rohkaista muuttamaan elämäntapansa sydämelle ystävällisemmäksi. (Vauhkonen & Holmström 2005, 72.)

### 2.5.1 Lääkehoito

Sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoito koostuu oireenmukaisesta lääkehoidosta ja vajaatoimintaa aiheuttavan taudin lääkehoidosta. Oireenmukaiset lääkkeet ovat nesteenpoistolääkkeet (diureetit), sydämen työtä helpottavat lääkkeet (beetasalpaajat), sydämen supistusvoimaa lisäävät lääkkeet (digitalis), verisuonia laajentavat lääkkeet (ACE:n estäjät) ja kalium. (Vauhkonen & Holmström 2005, 274.)

### 2.5.2 Elintapaneuvonta

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa lääkehoidon lisäksi korostuu myös elintapahoito. Vajaatoimintapotilaan tulee muuttaa elämäntapojaan terveellisemmäksi. Vajaatoimintapotilaan tulee säilyttää aktiivisuutensa niin hyvänä kuin on mahdollista. Liikuntarytmi tulee olla potilaan voinnin mukaan rauhallinen ja säännöllinen. Sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemushoito on hyvin tärkeä osaa hänen hoitoa. Potilaan ruokavalion tulee olla kevyt, vähärasvainen ja kasvispainotteen. Pienet ateriat ja säännölliset ruokailuajat helpottavat potilaan vointia. (Vauhkonen & Holmström 2005, 277.)

Roiha, Hyytinen, Kontinen ja Poskiparta (2009, 6) ovat tehneet tutkimuksen työikäisten ravitsemustottumuksista. Tutkimustulosten mukaan enemmistö työikäisistä syö terveellisesti, mutta kolmasosalla on ravitsemustottumuksissaan vielä kehittämistarpeita. Tutkimuksessaan he toteavat, että terveydenhuollon ammattilaiset kertovat asiakkaille elintapojensa aiheuttamista haittavaikutuksista ja motivoivat asiakkaita elintapamuutoksiin sekä kirjallisesti että suullisesti.

Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja (2009) ovat tehneet tutkimuksen, jossa selvittivät lääkärien ja hoitajien arvioita syistä, jotka estävät potilaita muuttamasta elämäntapojaan. He toteavat tutkimuksessaan, että enemmistö ammattilaisista koki potilaiden henkilökohtaisten ominaisuuksien ja pyrkimysten olevan yleisimpiä esteitä elämäntapamuutoksille. Taloudelliset ja sosiaaliset olosuhteet tai terveydellinen tila olivat harvinaisempia esteitä.

### 3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN RAVITSEMUS

#### 3.1 Ravitseminen

Ruokavaliolla on suuri merkitys useiden elintapasairauksien ehkäisyssä ja sairauden ennusteen parantamisessa. Terveellinen ravitseminen on kokonaisuus, jossa ratkaisevia tekijöitä ovat ihmisen jokapäiväiset valinnat. Elimistö tarvitsee riittävästi suojaravintoaineita ja sopivasti energiaa, jotta pysyy terveenä ja toimintakykyisenä. Energiaravintoaineiden eli hiilihydraattien, proteiinin ja rasvan laadulla on merkittävä vaikutus ihmisen hyvinvoinnissa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa tutkimuksen joka viides vuosi Finravintotutkimuksen suomalaisen aikuisväestön ruuankäyttöä ja ravinnonsaantia. Finravintotutkimuksen (2012) mukaan Laadukkaita hiilihydraattilähteitä ovat täysjyvävilja, kasvikset, marjat, hedelmät, pähkinät ja siemenet, sillä ne sisältävät paljon ravintokuitua, vitamiineja, kivennäisaineita ja muita suojaravintoaineita. Tutkimuksen mukaan proteiinin parhaat lähteet ovat kala, siipikarjanliha, kananmuna, palkokasvit ja pähkinät.

Finravintotutkimuksessa (2012) korostetaan, että terveelliset rasvat ovat koostumukseltaan pehmeitä. Tutkimuksessa todetaan, että terveyden kannalta parhaat rasvanlähteet ovat kasviöljyt, pähkinät, siemenet ja kala. Kovan rasvan saantia voisi rajoittaa voista, punaisesta lihasta, rasvaisista maitovalmisteista, juustoista ja leivonnaisista.

Raulio, Ovaskainen, Tapanainen, Paturi, Virtanen ja Helldån (2013) kertovat tiivistelmässään Finravinto 2012 tutkimuksen tuloksista, että suomalaisten aikuisten kovan rasvan käyttö on kääntynyt nousuun. He toteavat, että kyseinen ilmiö on huolestuttavaa, koska kovat rasvat lisäävät sydän- ja verisuonitautien riskiä.

### 3.1.1 Ravitseminen sydänsairauksissa

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat Suomessa merkittävin kuolinsyy ja kolmanneksi tärkein ennenaikaiselle eläkkeelle johtavista sairauksista. Väestön terveyden edistämiseksi ravitsemuksella on suuri merkitys. Yksi keskeisimmistä syistä sepelvaltimotautiin, joka on yksi sydämen vajaatoiminnan aiheuttajista, on suurentunut kolesterolipitoisuus. Kovat rasvat suurentavat veren kolesterolipitoisuutta ja monnityydyttymättömät rasvahapot taas pienentävät sitä. Kun kova rasva korvataan monnityydyttymättömillä rasvoilla, veren kolesterolipitoisuus vähenee huomattavasti, mikä vaikuttaa suuresti sepelvaltimotautiin. (Uusitupa & Schwab 2011, 521.)

Rasvan määrän ja laadun lisäksi potilaan tulee kiinnittää huomiota ruokavaliossaan suolaan. Ihmisen elimistön suolan tarve on päivässä 2-3 grammaa, mutta suomalaisilla se menee helposti jopa 4-5 kertaiseksi. Ylimääräinen suola lisää sydämen vajaatoimintapotilaan turvotuksia. Rajoituksen piiriin kuuluvat myös kaikki ne ruoka-aineet jotka sisältävät piilosuoloja, kuten salmiakki ja lakritsi ja erilaiset maustesekoitukset. Sydämelle terveelliset suolat, joita voidaan suositella potilaalle, ovat esimerkiksi Pansuola tai Seltin. (Partanen & Lommi 2006, 2014.)

Voutiainen, Nurmi, Virtanen, Mursu ja Tuomainen (2013, 2351, 2354) ovat tehneet tutkimuksen voion vaikutuksesta sydäninfarktiin. He toteavat tutkimuksessaan, että runsas voion käyttö on yhteydessä lisääntyneeseen sydäninfarktirisikkiin. Sydäninfarktin saaneet miehet olivat muita miehiä iäkkäämpiä ja heillä oli huomattavasti suurempi painoindeksi. Lisäksi heillä oli epäedullisemmat veren rasva-arvot ja korkeammat verenpaineet.

Joukamo ym. (2009) ovat tehneet tutkimuksen rasvaisen kalan vaikutuksesta henkilöillä, joilla oli riskitekijöitä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tutkimuksen tulokset näyttivät, että rasvaisella kalalla ja sen sisältämällä Omega 3-sarjan monityydyttymättömillä rasvahapoilla on havaittu sydän- ja verisuonitautiriskiä pienentäviä vaikutuksia. Tutkimuksessaan he toteavat, että rasvainen kala



vaikuttaa valtimonkovettumatautiin ja sen riskiin. Heidän tutkimuksensa vahvistaa, että kalan käyttöä voi suositella niille, joilla on heikentynyt glukoosiaineenvaihdunta tai suurentunut sydän- ja verisuonitaudin riski. (Joukamo ym. 2009, 2661–2669.)

Suomessa sepelvaltimotaudin kuolleisuus viimeisten 30–40 vuoden on vähentynyt yli 80 %. On tutkittu, että selitys kuolleisuuden vähenemiselle ovat väestön ravitsemuksen muuttuminen ja niiden aikaansaama kolesterolipitoisuuden pieneneminen. Täytyy muistaa kuitenkin se, että ruokavalio on kokonaisuus ja sen vaikutukset näkyvät yleensä vasta pitkällä aikavälillä. (Uusitupa & Schwab 2011, 522–523.)

### 3.1.2 Ravitsemussuositukset 2014

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 on tutkinut suomalaisten ravitsemusta ja terveyden edistämistä jo kuuden vuosikymmenen ajan. Vuosina 1987, 1998 ja 2005 on annettu koko väestölle tarkoitettuja ravitsemussuosituksia, jotka perustuvat pohjoismaisiin suosituksiin ja uusimmat suositukset hyväksyttiin syksyllä 2013. Niissä on huomioitu viimeisimmät tiedot siitä, mitkä ovat suomalaisten käyttämät ruoat, mistä ravintoaineita saadaan ja miten ne vaikuttavat väestön terveyteen. Ravitsemussuosituksissa on huomioitu suomalainen ruokakulttuuri ja niillä yritetään myös vaikuttaa kansanterveyteen

Vuoden 2014 ravitsemussuosituksien sisältöön on tullut muutoksia edellisiin suosituksiin verrattuna. Esimerkiksi D-vitamiinin saantisuositus on nostettu yli 2-vuotialla, nuorilla ja aikuisilla sekä iäkkäillä ihmisillä. Suolan saantisuositusta on laskettu viiteen grammaan päivässä, rasvojen saannin yläraja päivittäisessä energian saannissa on nostettu, ja hiilihydraattien osuus on laskettu ja näissä kahdessa on kiinnitetty huomiota enemmän laatuun kuin määrään. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 10.)

Uusien ravitsemussuosituksien mukaan terveyttä edistävä ruokavalio sisältää kasviskunnan tuotteita. Näitä ovat muun muassa kasvikset, marjat, hedelmät,

täysjyvävilja, kasviöljy ja pähkinät. On tutkittu, että kasvi- ja kalaperäisiä tyydyttymätöntä rasvaa sisältävä ruokavalio vähentää riskiä sairastua esimerkiksi aikuistyyppin diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tiettyihin syöpätyyppeihin. Toisaalta ruokavalio, joka sisältää paljon lihavalmisteita ja punaista lihaa tai ruokavalio, jossa käytetään runsaasti sokeria, tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa lisää sairastuvuutta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 11.)

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin osalta suositellaan ruokavalion huomioimista terveyden edistämisen kannalta. Siinä ruoan energiantiheys vähennetään, sekä parannetaan hiilihydraattien laatua. Ruoasta saatua rasvan laatua parannetaan lisäämällä tyydyttymättömämpää rasvaa sekä vähennetään tyydyttyneiden rasvojen saantia. Punaisen lihan sekä ylipäätään lihavalmisteiden käyttö vähennetään. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 17–18.)

Vuonna 2014 julkaistujen ravitsemussuositusten mukaan suositeltavat ruokavaliinnat mahdollistavat, että ruoka on terveellistä, monipuolista ja vaihtelevaa. Juureksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä tulisi nauttia vähintään 500 grammaa eli suunnilleen 5-6 annosta. Marjat ja hedelmät ovat puolet tästä annoksesta ja loput ovat juureksia sekä vihanneksia. Viljavalmisteita tulee käyttää noin 6 annosta naisilla ja miehillä 9 annosta, esimerkiksi lautasellinen puuroa vastaa kahta annosta. Hiilihydraattien suhteen laatuun on tärkeää kiinnittää huomiota, eli täysjyvävalmisteita, marjoja ja hedelmiä suositetaan hiilihydraattien lähteiksi. Noin 45–60 % energian saannista on lähtöisin hiilihydraateista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21.)

Maitovalmisteista saa hyviä lähteitä esimerkiksi proteiinia, kalsiumia, monia vitamiineja, sekä erityisesti D-vitamiinia. 5-6 desilitraa nestemäistä maitovalmistetta ja noin 3 viipaletta juustoa on sopiva määrä elimistön tarvittava kalsium määrä. Kalaa suositellaan syötäväksi vaihdellen 2-3 kertaa viikossa. Kala, liha ja kananmuna ovat erittäin hyviä ja tärkeitä proteiinin lähteitä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 22.)

Kasviöljypohjaista rasvaa suositellaan esimerkiksi salaatin kastikkeeksi. Leivän päälle voi käyttää 60 % rasvaa sisältävää rasvalevitettä, kunhan se on kasviöl-

jypohjaista. Nesteen tarve on jokaiselle yksilöllistä. Siihen vaikuttaa ihmisen aktiivisuus, ikä, terveys sekä ympäristön lämpötila. Suunnilleen noin 2-3 litraa on hyvä juoda päivittäin tarpeen mukaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 23–25.)

### 3.1.3 Ravitsemusohjaus

Sydämen vajaatoiminnan ravitsemusohjauksessa potilaan ruokailutottumukset ja nesteiden käyttö käydään läpi, jonka jälkeen muutettavat asiat pyritään korjaamaan ja ohjeistamaan käytännönläheisesti. Ohjaus on onnistunut kun potilas ymmärtää elintapojensa vaikutuksen sairauteensa ja pystyy tekemään parempia valintoja arkielämässään. (Partanen & Lommi 2006, 2012.)

Ravitsemushoidon päämäärä on potilaan elämänlaadun sekä voinnin parantaminen. Tavoitteet ja niiden asettaminen rakentuu potilaan tarpeisiin. Ruokavaliomuutosten ja tavoitteiden tulee olla hyödyksi potilaalle. Ravitsemusohjauksessa potilaan kanssa käydään läpi suunnitelma, jota hänen tulee noudattaa. Siinä voi tulla muutoksia tarpeen mukaan ja ohjattava kutsutaan silloin uusintäkäynnille. (Antikainen ym. 2009, 22–23)

Ravitsemushoidossa huomioidaan potilaan ruokatottumukset ja toivomukset ja niiden perusteella ruokailuun liittyvät ongelmat. Sydän- ja verisuonitaudeissa huomioidaan ravitsemuksen vaikutusta sairauteen, esimerkiksi onko vajaaravitsemusta tai vajaaravitsemusriskiä. Ravitsemustilaa arvioidaan seuraamalla painoa, ruuankäyttöä, kliinisillä tutkimuksilla, esimerkiksi seuraamalla ihon kuntoa, kynsien kuntoa, limakalvoja sekä turvotuksia. (Antikainen ym. 2009, 13–18. )

Potilaan ravitsemusohjauksessa kirjalliseen ruokavalio-ohjeeseen tutustutaan yhdessä potilaan kanssa, jolloin varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt neuvotut asiat, kykenee ja on motivoitunut noudattamaan sitä. Ruokatottumuksia selvitetään kyselemällä potilaan taustatietoja, mahdollisista lääkityksistä, liikuntatottumuksista, ruokatottumuksista sekä yleisesti ruoankäytöstä. Tällöin näiden tietojen perusteella pystytään vertaamaan valtion ravitsemusneuvottelu-

kunnan suositukseen täyspainoisesta ruokavaliosta. (Antikainen ym. 2009, 25–27. )

## 4 POTILASOHJAUS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

### 4.1 Terveyden edistäminen

Tässä opinnäytetyössä keskitymme tarkastelemaan ravitsemuksen merkitystä sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa sekä erityisesti ravitsemusohjausta. Opinnäytetyössä terveyden edistämistä käsitellään myös potilasohjauksen osalta.

Terveyden määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä tai sosiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen terveyteen vahvistavasti tai heikentävästi. Niihin vaikuttaa esimerkiksi terveyttä tukevat voimavarat, arjen sujuminen, erilaiset asenteet ja terveyskäyttäytyminen. Terveyden edistäminen on neuvomista, opettamista sekä ohjaamista. Terveyden edistämisen erityistehtäviin kuuluu mm. väestön terveydentilan kehityksen seuraamista sekä arvioimista, terveyden puolesta puhuminen, ennakoarviointi ja sen edistämisen asiantuntijuus. Hyvinvointiin vaikuttavat elintavat ja ympäristö. Sydän- ja verisuonitaudit ovat vähentyneet elämäntapojen muutosta tukemalla, mutta esimerkiksi erilaiset terveyserot ovat edelleen suuret. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Terveyden edistämisen tulos on terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, terveysten palvelujen kehittyminen sekä elämäntapojen muutos positiivisempaan ja terveellisempään suuntaan. Tulosten pitää olla kokonaisvaltaisia, jotka näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. Siinä missä terveys ja toimintakyky lisääntyvät, sairaudet ja terveysongelmat vähenevät ja terveyserot kaventuvat. Kokonaistavoitteita ovat terveydentilan parantuminen, eliniän pidentyminen, sekä ihmisten saaminen terveiksi ja hyvinvoiviksi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8, 36.)

Terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista. Siinä tavoitteena on parantaa yksilön terveyttä sekä hänen sosiaalista elämäänsä. Terveyden edistäjä ei ole vain ammattilainen, joka tekee sosiaali- ja terveydenhuollon työtä, vaan myös yksilö, joka haluaa vaikuttaa terveyteen edistävästi. (Vertio 2003, 7, 29.)

#### 4.2 Potilasohjaus

Potilasohjauksessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjauksessa potilas nostaa esille asioita, jotka askarruttavat häntä ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen sekä sairaudelleen. Ohjauksen tarve on yksilöllinen ja se voi liittyä potilaan terveysongelmiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. Hoitajan rooli on tunnistaa sekä arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Ohjaustilanteessa aina aloitetaan jostain ja lopussa toivotaan että se on erilainen kuin lähtötilanne. (Kyngäs, ym. 2007, 26.)

Ohjaus edistää potilaan toimintakykyä, elämänlaatua, itsehoitoa, hoitoon sitoutumista, kotona selviytymistä sekä jälkeempään itsenäisissä päätöksenteoissa. Siinä myös tiedon määrä lisääntyy ja potilas kykenee ymmärtämään hoitoon liittyviä asioita paremmin. Ohjausta voi toteuttaa sisällöllisesti, tavoitteellisesti ja menetelmällisesti siten, että sen vaikuttavuutta voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Potilasohjaus kulkee punaisena lankana koko hoitotyön ajan. Hoitajan koulutus, hyvät teoretiedot, hyvät hoitokäytännöt ja hyvät vuorovaikutustaidot luovat hyvän pohjan potilaan ohjaamiselle. Ohjaus tilanteissa usein korostuvat hoitajan henkilökohtaiset taidot sekä luovuus. On hyvä muistaa, että potilasohjauksella on suoria vaikutuksia hoidon laatuun sekä potilastyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006, 3.)

Hoitotyössä tietojenvaihto molemmanpuolin on osa ohjausta. Se on merkittävä auttamiskeino potilaan terveyden edistämiseksi. Ohjaustiedoilla potilas voi itsenäistyä ja olla riippumaton auttajastaan. Ohjaaminen ja tietojen vaihto tarvitsee dialogia sekä avoimuutta kahden ihmisen välillä, koska se auttaa yhteisen

päämäärän saavuttamista. Ohjaaminen tarvitsee myös olla jatkuvaa. Sen onnistumiseen tarvitaan aikaa ja kärsivällisyyttä. Ohjaustilanne tulee olla selkeä, ymmärrettävä, sekä turvallista. Hoitajalla on työssään vastuu siitä, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sisällön ja että hänellä on tietoa mihin hän on valinnutsaan lupautunut ja mistä on kieltäytynyt. (Laitinen & Karhe 2000, 78–79.)

#### 4.2.1 Ohjauksen menetelmät

Potilasohjaus toteutuu yksilöllisesti ja sen laatu on vaihtelevaa. Siihen vaikuttavat hoitajan tiedot, taidot, asenteet, tapa käyttää ohjausmenetelmiä sekä niiden toteutus potilaan kanssa. Potilasohjauksessa tulee myös ottaa huomioon ajan, tilan sekä oikeanlaisten välineiden käyttö, koska niillä on suuri merkitys potilaan kannalta. (Lipponen & Kanste ym. 2008.)

Potilasohjausmenetelmien hyvä hallinta vaikuttaa myönteisesti ohjauksen toteutukseen. Niiden tulisi olla potilaslähtöistä ja hoitajan tulee huomioida potilaan tunteet ja ongelmat sekä tarpeellinen palautteiden anto molemmin puolin on positiivinen asia. Sopivien ohjausmenetelmien valitseminen vaatii tietoa siitä, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Ohjaus voidaan suorittaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena. (Kyngäs ym. 2007,73.)

Yksilöohjauksen tärkein periaate on kaksisuuntainen vuorovaikutus, jolloin potilaalla on mahdollisuus kysellä, oikoa väärinkäsityksiä sekä saada tukea hoitajalta. Potilaat arvostavat yksilöohjausta siinä mielessä, koska se mahdollistaa heidän tarpeistaan lähtevää ohjausta. Ohjaus motivoi ja tukee sekä antaa henkilökohtaista palautetta. Yksilöohjaus on potilaan oppimisen ja tiedon saamisen kannalta hyvin tehokasta, mutta se vaatii myös hoitajalta paljon aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ryhmäohjauksessa jaetaan kokemuksia ja tietoa terveyteen ja sairauteen liittyviin asioihin suuremmalle yleisölle. Ryhmäohjauksessa potilailla on myös mahdollisuus vertaistukeen. Hoitajalla on ryhmänohjaajana vastuu omasta työstään. Hoitajalla on oltava tarpeeksi tietoa ja osaamista ryhmänohjauksesta. Hän huo-

lehtii, että potilaat ovat selvillä tavoitteistaan ja hänellä tulee olla kyky hyvään ja toimivaan vuorovaikutukseen. (Kyngäs ym. 2007, 104,108–109.)

#### 4.2.2 Motivoiva ohjaus

Motivoivassa ohjauksessa potilaan tukena on ammattilainen, joka auttaa muutoksissa sekä etenee potilaan omista lähtökohdista, esimerkiksi vahvuuksista. Lyhyillä tai harvoilla ohjauskerroilla suuria muutoksia ei tapahdu, mutta pienet ovat mahdollisia. Elintapoja on vaikea muuttaa pienellä ajalla, mutta potilaan tunnetta ja itseluottamusta voi vahvistaa. Ammattilainen voi lisätä potilaan pysyvyyttä ja vahvistaa jo hänellä olemassa olevia voimavaroja, esimerkiksi kertomalla tietoa sairauden hoidosta tai tukemalla häntä. Motivoivassa ohjauksessa ammattilaisen pitäisi saada potilas miettimään omaa terveyttään sekä sen muutoksesta seuraavia hyötyjä. (Absetz 2010, 8-12.)

Motivoivassa ohjauksessa potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat paljon tukea. Hoitoon sitoutumisessa ja noudattamisessa käytetään erilaisia menetelmiä, koska jokainen on yksilö. Ohjaustilanteessa on hyvä muistaa tavoitteet. Potilaat tarvitsevat tietoa ja tukea sairauden diagnosoinnin yhteydessä ja jatkoa varten. On suositeltavaa, että sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvistä ennusteista tulisi keskustella potilaan ja hänen omaistensa kanssa jo sairauden alkuvaiheessa ja sen tulisi jatkua läpi sairauden ja hoidon ajan. (Heikkilä & Paananen 2005, 156.)

Motivaatio potilasohjauksessa sisältää päämäärän, jota tavoitellaan. Hyvässä ohjaustilanteessa potilasta autetaan muodostamaan tavoite ja löytämään keinoja sen saavuttamiseksi. Se voi olla mikä tahansa, kunhan se on merkittävä, suuntaa ja tulosta antava. Liian suurta tavoitetta ei kannata asettaa, koska se voi uuvuttaa ja turhauttaa. (Eloranta & Virkki 2011, 62–66.)

Motivoivassa ohjauksessa potilaan onnistumisen kokemus ja eteneminen tavoitteessaan ovat tärkeitä. Etenemistä tukee esimerkiksi muutospäiväkirjan pitäminen ja hoitajan on tärkeää tukea potilaan itseluottamusta. Jotta ohjaustilanne olisi onnistunut ja mielekäs, tulee hoitajan osoittaa olevansa kiinnostunut poti-

laan asiasta. Sitä voi todistaa monella tavalla, mm. katsekontaktin avulla, kuuntelemalla ja kysymällä tarkentavia kysymyksiä. Sen voi myös huomata ilmeistä, eleistä ja kommentteistaan. (Eloranta & Virkki 2011, 62–66.)

#### 4.2.3 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan ohjaus

Sydämen vajaatoiminta on sairaus, joka vaikuttaa hyvin paljon potilaan ja hänen läheistensä elämään. Sairauden hoidon onnistuminen vaatii ohjeiden antamista elintapamuutoksista ja moninaisesta lääkehoidosta sekä potilaan kykyä soveltaa saamiaan ohjeita arkielämään. Moniammatillisella ohjauksella voi lievittää sairauden oireita, vähentää sairaalakäyntejä ja parantaa sairauden ennustetta. (Partanen & Lommi 2006, 2009.)

Erikssonin ja Partasen (2005) mukaan sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tärkeimpiä tavoitteita on saada potilas osallistumaan alusta asti sydänsairautensa hoitoon ja siihen liittyvään seurantaan. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa keskeistä on kertoa potilaalle sydämen vajaatoiminnan tarkoituksesta, mistä potilaan oireet johtuvat, mikä on sairauden taustalla oleva sairaus, miten oireet tunnistetaan, miten omaseuranta toteutetaan sekä sairautta pahentavat tekijät. Potilaalle tulisi myös avata lääkehoidon, ruokavalion, levon ja liikunnan merkitystä hänen sairauteensa.



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sydämen vajaatoiminnan hoitoon perehtyneiden asiantuntijoiden eli sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksesta. Asiantuntijoiden kokemusten avulla haluamme selvittää sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen toteuttamista ja kehittämisideoita. Työn tavoitteena on sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen kehittäminen ja oma ammatillinen kasvu. Opinnäytetyössä pyrimme saamaan ajankohtaisia tietoja ravitsemussuosituksista ja ravitsemusohjauksesta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla on sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksesta?
2. Minkälaisia kokemuksia sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla on sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen onnistumisesta?
3. Miten sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjausta voisi kehittää?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyömme toteutui Hyksin Meilahden sairaalan kardiologisella poliklinikalla ja Helsingin Sydänpiirissä. Hyksin kardiologian poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat vaativaa kardiologista selvittelyä tai hoitoa. Potilaat tulevat poliklinikalle lääkärin läheteellä perusterveydenhuollosta, työterveyshuollosta, yksityislääkäreiltä ja konsultaatioina Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin muilta poliklinikoilta tai muista sairaaloista. Potilaan vastaanottoon kuuluu kardiologin ja sydänsairauksiin perehtyneen sairaanhoitajan tapaaminen ja yksilöllinen ohjaus. (Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.)

Toinen tutkimusympäristömme on Helsingin Sydänpiiri, joka on Suomen Sydänliiton aluejärjestö. Suomen Sydänliitto on kansanterveys- ja potilasjärjestö, jonka tavoitteena on edistää sydän- ja verisuoniterveyttä. Sydänliitto tarjoaa tietoa terveydestä, sydänsairauksista ja tukea elämäntapamuutoksiin. (Helsingin sydänpiiri i.a.)

### 6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhminä olivat sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon erikoistuneet asiantuntijat eli sydänhoitajat ja ravitsemusterapeutti, joilla on käytännön kokemusta sydämen vajaatoimintapotilaista ja heidän hoidostaan. Tutkimusta ajatellen pitkäaikainen kokemus on hyvin hyödyllistä ja näillä asiantuntijoilla on jo vuosien kokemus sydänpotilaiden hoidosta ja ohjauksesta. Kolme sydänhoitajaa ja yksi ravitsemusterapeutti ilmoittautui tutkimukseen, sillä he olivat kiinnostuneet tutkimuksen aiheesta ja kokivat sen hyödylliseksi.

### 6.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Karkeimmillaan kvalitatiivinen tutkimus ymmärretään yksinkertaisesti aineiston muodon kuvaukseksi, toisin sanoen ei numeraaliseksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee ottaa huomioon aineiston määrä, koska kerättävän aineiston koko tulee olla sopiva, jotta voidaan sanoa, että tutkimus on tieteellinen, edustava tai opinnäytetyöksi kelpaava. (Eskola & Suoranta 2000, 13, 60–61.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrän ei tarvitse olla suuri. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavallisesti haastattelija pyrkii tavoittamaan tutkittavien näkökulman ja heidän näkemyksensä tutkittavana olevasta ilmiöstä. Yleisiä aineiston keruun muotoja ovat haastattelu ja havainnointi, mutta esimerkiksi myös päiväkirjat tai muut dokumentit voivat olla tutkijan analysoinnin kohteena. (Aaltola & Valli 2001, 68; Eskola & Suoranta 1998, 60–61.)

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä ominaisuuksia ovat sen aineiston keruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, hypoteesittomuus, tutkijan asema ja narratiivisuus. Kvalitatiivisella aineistolla tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmaisultaan tekstiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien näkökulmasta puhutaan silloin, kun tutkija pyrkii säilyttämään tutkittavan ilmiön sellaisena kuin se on eli manipuloimatta tutkimustilannetta. Hypoteesittomuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa, että tutkijalla ei ole ennako-olemuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on eri tavalla keskeinen, kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Siinä tutkijalla on tietynlaista vapautta, joka antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kvalitatiivista aineistoa voidaan lähestyä myös narratiivisuuden näkökulmasta, jota pidetään yhtenä ihmisille tyypillisenä tapana tehdä selkoa todellisuudesta. (Eskola & Suoranta 2000, 15,19–22.)

## 6.4 Tutkimusaineiston hankinta

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen haastattelut toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä, jota kutsutaan myös teemahaastatteluksi. Haastattelukysymykset laadittiin aiempien tutkimusten ja aihepiirien pohjalta. Teemahaastattelussa pystyimme hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Eskolan ja Suonrannan (2000, 86) mukaan teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. He toteavat, että tässä haastattelumuodossa haastateltaville ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja vaan haastattelijat vastaavat omin sanoin kysymyksiin. Teemahaastattelu on muodoltaan avoin ja siinä vastaaja pääsee puhumaan hyvin vapaamuotoisesti, jolloin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien puhetta itsestään. Teemahaastattelussa etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Opinnäytetyössä käytimme tätä haastattelumenetelmää, koska haastateltavien määrä oli pieni ja tällä haastattelumenetelmällä pyrimme saamaan mahdollisimman monipuolisen aineiston analyysia ja pohdintaa varten. Tuomen ja Sarajärven (2009, 75) mukaan teemahaastattelussakaan ei ole mahdollista kysyä ihan mitä tahansa, vaan siinä haastattelija pyrkii löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Puolistrukturoitu haastattelu mahdollisti keskustelun haastateltavien kanssa mahdollisimman laajasti ennalta suunnitelluista aihepiireistä. Teemahaastattelu mahdollisti tarkentavien kysymyksien esittämisen ja näin ollen ymmärsimme haastateltaviamme paremmin ja saimme laajaa tietoa heidän kokemuksistaan, joita käytimme tutkimuksen aineistona.

Teemahaastattelumenetelmässä ei edetä tarkkojen, yksityiskohtaisten ja valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan teemojen avulla keskustellaan vapaasti asioista. Haastattelija varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään läpi haastateltavan kanssa, mutta niiden järjestyksen ja laajuuden ei tarvitse olla sama jokaisessa haastattelussa. (Eskola & Suonranta 2000, 86–87.) Teemahaastattelu soveltuu hyvin laadulliseen tutkimukseen, sillä se on

joustava haastattelumenetelmä ja mahdollistaa kysymään tarkentavia kysymyksiä silloin, kun haluaa kuvaavia esimerkkejä vastauksista. Tällä haastattelumenetelmällä pystyy tutkimaan kaikkia haastateltavien kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 47 – 48.) (LIITE 2)

Tutkimusta varten haastateltaville lähetettiin saatekirje (LIITE 1) ja tutkimukseen suostumuslomake (LIITE 3). Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa vahvistivat osallistuvansa tutkimukseen. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksesta, sen sisällöstä ja tavoitteista sekä korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Jotta haastateltavilla olisi mahdollisimman paljon aikaa ja mahdollisuus tutustua tutkimukseen sisältöön, saatekirjeen ja suostumuslomakkeen mukana lähetettiin heille myös haastattelukysymykset. Suostumuslomakkeessa myös vahvistettiin, että materiaali tuhotaan tutkimuksen tekemisen jälkeen.

Haastatelluista yksi tutkimukseen osallistunut sydänhoitaja oli Meilahden sairaalan kardiologian poliklinikalta, kaksi sydänhoitajaa oli Helsingin Sydänpiiristä ja ravitsemusterapeutti oli Meilahden sairaalasta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien työpaikoilla. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Yhteistyö haastateltavien kanssa sujui erittäin hyvin ja haastateltavat olivat kannustavia, mikä antoi meille lisää motivaatiota työn tekemiseen.

## 6.5 Tutkimusaineiston analysointi ja aineistoanalyysi

Aineiston hankinnan jälkeen aloitimme aineiston analysoinnin. Aineiston analyysitapana käytimme sisällönanalyysia. Eskolan ja Suonrannan (2000, 137) mukaan aineiston analyysin tavoitteena on tutkimusaineiston selkeyttäminen ja siten uuden tiedon tuottaminen tutkittavasta asiasta. Analyysin tarkoituksena on tiivistää aineistoa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällön analyysi voi olla aineistolähtöinen tai teorialähtöinen. Tähän opinnäytetyöhön sisällön analyysi soveltui parhaiten, koska aineistoa pelkistäen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja yhdistäen saimme vastauksen tutkimuskysymykseemme.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan sisällön analyysillä halutaan saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tutkittavat tekstit voivat olla mikä tahansa kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, kirjeitä, haastatteluja tai muita dokumentteja. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä monenlaisia tutkimuksia. Sisällön analyysin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistys, luokittelu ja luotettavuuden arviointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92, 103–104.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 92) selittävät aineiston analyysin prosessin vaiheita seuraavasti:

- ”1. Päätä, mikä tässä aineistossa kiinnostaa ja tee vahva päätös.
- 2a. Käy läpi aineisto, erota ja merkitse ne asiat, jotka sisältyvät kiinnostukseen.
- 2b. Kaikki muu jää pois tästä tutkimuksesta.
- 2c. Kerää merkityt asiat yhteen ja erilleen muusta aineistosta
- Luokittele, teemoittele tai tyyppittele aineisto
- Kirjoita yhteenveto”.

Opinnäytetyössä aineiston analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysimenetelmää. Aaltolan ja Vallin (2001, 136) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä teoria pyritään rakentamaan olemassa olevasta aineistosta uutta tietoa. Milesin ja Huberin mukaan aineistolähtöisessä analyysissä voidaan puhua aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä, alakategorioiden ja yläkategorioiden muodostamisesta. Aineiston pelkistämisessä aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennaiset asiat. Pelkistäminen voi olla joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä ja se tapahtuu literoimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Aineiston ryhmittelyvaiheessa aineistosta koodatut ilmaukset käydään läpi. Siinä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia termejä, joita sitten ryhmitellään luokiksi ja nimetään niitä kuvaavilla termeillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108–109.)

Aineistolähtöisen analyysin toteutimme niin, että kuuntelimme haastattelut ja litteroimme eli kirjoitimme ne auki sana sanalta. Litteroinnissa eli puhtaaksi kirjoittamisessa on tärkeää, että kaikki mitä tutkittavat sanovat kirjoitetaan sana sanalta ylös. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 20 sivua. Litteroinnin jälkeen luimme tarkasti haastattelut ja perehdyimme niihin, jonka jälkeen etsimme tutkimuksemme kannalta olennaisia asioita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseemme ja alleviivasimme niitä. Pelkistettyjen ilmausten etsimisen jälkeen etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia niistä, jonka jälkeen ryhmittelimme niitä. Samankaltaisia asioita ryhmittelimme alaluokiksi, joista myöhemmin muodostimme isompia kokonaisuuksia eli yläluokkia.

Aineiston pelkistäminen alkaa aineiston ryhmittelystä, jossa samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan eli luokkaan. Sen jälkeen kategorialle sisältöä annetaan kuvaava nimi. Ryhmittelyn jälkeen analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostetaan yläkategorioita. Näiden yhdistävien kategorioiden avulla vastataan tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

TAULUKKO 1: esimerkki aineiston ryhmittelystä ja ala- ja yläluokan muodostamista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
Ravitsemusohjauksen tavoitteena tietenkin on nesterajoitus ja suolankäytön vähentäminen tai jos sen saa kokonaan pois	Ravitsemusohjauksen tavoitteena on nesterajoitus ja suolan käytön vähentäminen	Ravitsemusohjauksen tavoitteet	Kokemukset ravitsemusohjauksesta
Minun ohjaus sisältää suolan suola-asioiden läpikäymisen, joka tarkoittaa suolan vähentämisen nesteasiat ja sydänystävällisten rasvojen läpikäyminen	Ravitsemusohjauksen sisältö koostuu suolan määrän vähentämisestä, nesterajoituksesta, sydänystävällisistä rasvoista	Ravitsemusohjauksen sisältö	
Mä käytän erilaisia oppaita, kortteja ohjaustilanteessa	Ravitsemusohjauksen menetelmiä ovat erilaisten oppaiden, korttien käyttö	Ravitsemusohjauksen menetelmät	



## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Ravitsemusohjauksen tavoitteet

Tutkimukseen osallistuneet sydänhoitajat ja ravitsemusterapeutti vastasivat sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen tavoitteisiin samalla tavalla ja tärkeimpinä tavoitteina ravitsemusohjauksessa he pitivät nesterajoituksen ja suolankäytön vähentämistä.

*Sanotaan, että nesterajoitus ja suolankäytön vähentäminen tai suolan kokonaan poistaminen on sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen päätavoitteita.*

*Nimenomaan sekä näkyvän, että piilosuolan vähentäminen ja potilaalle pitää selittää, että ne ovat kaksi eri asiaa.*

*Nesterajoituksessa pitää taas katsoa, että potilas juo sen 1,5 l nestettä vuorokaudessa, koska munuaiset tarvitsee sitä.*

Asiantuntijoiden kokemusten mukaan tärkeimpiin tavoitteisiin kuuluu myös hyvän painon ylläpitäminen, oireiden helpottaminen, elämänlaadun parantaminen, toimintakyvyn ylläpitäminen sekä sairaalajaksojen vähentämisen. Tutkittavien mukaan suola- ja nesterajoitus ovat hyvin tärkeitä asioita, koska sitä kautta sydämen toiminta helpottuu ja nesteet eivät kerry elimistöön ja potilaalle ei aiheudu turvotuksia ja tuskaista oloa.

### 7.2 Ravitsemusohjauksen sisältö

Ravitsemusohjauksen asiantuntijoiden kokemusten mukaan sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen sisältö koostuu suolan määrän vähentämisestä, nesterajoituksesta ja sydänystävällisten rasvojen esittelystä. Tutkittavien mukaan sydämelle terveellinen ruokavalio sisältää paljon kasviksia marjoja ja hedelmiä, vain vähän suolaa, riittävästi pehmeää rasvaa, sekä runsaasti kuitua. Kalaa suositeltiin 2-3 kertaa viikossa ja eläinperäisen rasvan käyttöä ehdotettiin

rajoittamaan ja nauttimaan lihatuotteet mahdollisimman vähärasvaisina.

*Suosittelen potilailleni normaalia, monipuolista sydänystävällistä ruokavaliota, joka sisältää paljon kasviksia, marjoja ja hedelmiä, vain vähän suolaa, riittävästi pehmeää rasvaa, sekä runsaasti kuitua. Kalaa suositellaan 2–3 kertaa viikossa. Eläinperäistä rasvaa olisi hyvä rajoittaa käyttäen lihatuotteet mahdollisimman vähärasvaisina. Pimeinä vuodenaikoina suositellaan D-vitamiinilisää, jos ei käytetä säännöllisesti vitamiinoituja maitovalmisteita, ravintorasvoja tai kalaa*

*lääkille en suosittelen laihduttamista, tärkeintä on monipuolinen ruokavalio ja siinä tulee olla riittävästi proteiinia.*

*Tuotteet käydään tarkasti läpi, mitkä ruoka-aineet sisältävät piilosuoloja ja minkälaisia rasvoja.*

Haastateltavat pitivät nesterajoitusta ja suolan vähentämistä sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksessa erittäin merkittävänä ja kokivat, että ravitsemushoito on hyvin tärkeä osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoa. He myös mainitsivat, että tarpeellisten vitamiinien sekä kivennäisaineiden saanti on hyvin tärkeää elintoimintojen ylläpitämisessä. Keskustelussa nousi esille D-vitamiinin tärkeys. Se vahvistaa heikkoa sydäntä. Myös kalium on tärkeä sydänpotilaille, koska se tukee lihasten ja hermoston normaalia toimintaa ja sen saannin tavoitteena on ylläpitää normaalia ja tervettä verenpainetta.

### 7.3 Ravitsemusohjauksen menetelmät

Haastateltavat pitivät erilaisten oppaiden, korttien, ruokapäiväkirjan käyttöä ja potilaslähtöistä työskentelytapaa tärkeimpinä ravitsemusohjauksen menetelminä. Tärkeänä he pitivät myös motivoivaa haastattelua, jossa he yrittävät aktivoida potilasta itse tekemään muutoksia.

*Pyrin aktivoimaan itse potilasta niin, että hän tietää mitkä on niitä ongelmia kohtia ja pyrin saamaan potilasta itse tekemään niitä päätöksiä sairauden hoidon osalta, ettei käy niin, että kerron kaikki mitä pitää tehdä, mutta potilas ei ymmärrä ollenkaan miks nämä asiat on hänelle tärkeitä.*

*Menetelmänä käytän ruokapäiväkirjaa, potilaat kirjaavat ainakin kolmen päivän ajan kaikki mitä syövät ja juovat.*

*Käytän myös valokuvaan perustavaa ruokapäiväkirjaa tai kysymyksiä, miksi kannattaa tehdä muutoksia ja miksi ei.*

Erikoissairaanhoidon sydänhoitajan kokemusten mukaan potilaan ravitsemusohjaus jää viimeiseksi, jos potilas on hyvin järkyttynyt sairaudestaan. Niissä tilanteissa ravitsemusohjaus jää perusterveydenhuollon tehtäväksi ja siinä tilanteissa pyritään siihen, että potilas ottaa elintärkeät lääkkeensä.

Haastateltavien mukaan sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjausta voi toteuttaa sekä yksilö että ryhmäohjauksena. Erikoissairaanhoidon sydämen vajaatoimintahoitajan ja ravitsemusterapeutin ohjaukset olivat taas kaikki yksilöohjauksia. Sydänpiirin sydänhoitajien ohjaukset olivat sekä yksilö- että ryhmäohjauksia, mutta yleisimpänä hoitajat pitivät yksilöohjausta. Sydänhoitajien kokemusten mukaan potilaat pitivät ryhmäohjausta positiivisena asiana, koska siinä he saavat samalla vertaistukea. Haastateltavat pitivät yksilöohjausta tehokkaimpana.

*Minun ohjaus on aina ollut yksilöohjausta, koska sydämen vajaatoiminnan osalta läpikäytäviä asioita on niin paljon ja potilaat ja heidän sairaus on hyvin yksilöllisiä, sillä sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä ja sen taustalla on eri ihmisillä eri sairauksia.*

*Ryhmäohjausta meillä on kerran keväällä ja kerran syksyllä neljän kerran sarjassa, jossa sairaanhoitaja käy läpi elintapaohjausta. Potilaat tykkäävät siitä kun ne saa vertaistukea ja se on vaihtelevaa.*

## 7.4 Kokemuksia ravitsemusohjauksen toteuttamisesta

### 7.4.1 Iän vaikutus ravitsemusohjauksen toteuttamiseen

Haastateltavien kokemusten mukaan ravitsemusohjauksen toteuttaminen on

haasteellista, sillä sydämen vajaatoimintapotilaat ovat usein iäkkäitä ja eivät aina ymmärrä tai omaksu asioita, joista hoitajan vastaanotolla keskustellaan. Etenkin erikoissairaanhoidon sydänhoitaja koki haasteellisena ravitsemusohjauksen toteuttamisen iäkkäillä potilailla.

*lääkäämpien potilaiden kanssa on ongelmia ohjauksen suhteen, pyrin siihen, että omainen olisi ohjauksessa mukana.*

#### 7.4.2 Sosioekonomisten erojen vaikutus ravitsemusohjauksen toteuttamiseen

Haastateltavat kokivat haastavana kysymyksenä yhteiskuntaluokan vaikutusta ravitsemusohjaukseen ja heillä ei ollut kokemusta asiasta, mutta koulutustaustan kokivat vaikuttavaan ohjaustilanteeseen. Heidän kokemustensa mukaan koulutustaustalla on vaikutusta ruokailutottumuksiin ja korkeasti koulutetulla potilaalla on usein erilainen lähtötilanne. He haastateltavat kokivat, että koulutustaustalla ei ole vaikutusta potilaan motivoitumiseen, sillä se on yksilöllistä.

*Potilailla, joilla on matalampi koulutusaste syövät vähän epäterveellisemmin ja toisinpäin.*

*Potilaiden koulutustausta vaikuttaa ohjaukseen, sillä enemmän koulutetuilla on tietämystä enemmän ja ohjaustilanne on hieman helpompi.*

#### 7.5 Kokemukset ravitsemusohjauksen onnistumisesta

Haastateltavien kokemusten mukaan ravitsemusohjaus on tärkeä osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoa. He kokivat, että hyvällä ravitsemushoidolla ja lääkehoidolla pystyy lievittämään potilaan sairauden oireita, parantamaan potilaan elämänlaatua, parantamaan sairauden ennustetta ja vähentämään yhteiskunnan varojen kulutusta. Haastateltavat kokivat, että ravitsemushoito ja lääkehoito muodostavat kokonaisuuden, jossa molemmilla on yhtä tärkeä rooli sairauden

hoidossa.

*Potilaat hyötyy ehdottomasti ravitsemusohjauksesta jos he toteuttavat hoitajan antaman ohjeistuksen, mutta potilaat eivät aina toteuta sitä.*

*Potilaat eivät heti noudata ohjeita, se vaatii aikaa ja hyvin monta maistamiskertaa, jotta he tottuvat ruoan makuun, jossa on selvästi vähemmän suolaa ja rasvaa.*

*Olen tavannut niitä henkilöitä, jotka ovat onnistuneet. Jotkut ovat päässet sydämensiirtolistalle.*

*On jo iso hyöty jos saadaan potilasta ymmärtämään nesteen rajoitusta sekä suolan käytön vähentämistä. Siinä säästyy ihmisen tuska, hengenahdistus voi vähentyä ja siinä säästyy myös yhteiskunnan rahojakin.*

*Hyvällä ravitsemusohjauksella luodaan potilaan osalta niitä hyviä vuosia.*

## 7.6 Ravitsemusohjauksen kehittämistarpeet

Haastateltavat mainitsivat ravitsemusohjauksen kehittämisehdotuksiksi lisää koulutusta sairaanhoitajille sydämen vajaatoiminnasta ja sen ohjauksesta. Haastateltavien mukaan Suomessa on liian vähän sydänhoitajia verrattuna potilasmäärään ja kaikki potilaat eivät saa ohjaavia hoitoja. He kokivat myös, että moniammatillista yhteistyötä tulisi kehittää, sillä joitakin sydämen vajaatoimintapotilaan kannalta tärkeimpiä seurantoja voisi esimerkiksi toteuttaa perusterveydenhuollossa, jotta sydänhoitajien työkuormitus vähentyisi. Lisäksi ohjausten sähköistämistä toivottiin, jotta se säästäisi työntekijöiden aikaa sekä resursseja. Esimerkiksi verkkopohjaista tai ruokapäiväkirjatyöskentelyä voisi olla sähköisessä muodossa. Hyviä internetsivuja voisi käyttää perustietona. Ryhmäohjaukseen toivottiin enemmän paneutumista, jotta potilaat saisivat vertaistukea toisiltaan.

*Painoa voisi seurata omahoitaja terveysasemalla, näkisi tuloksen koneen kautta kun potilas lähettelee niitä ja jos se nousisi 1-2 kg*

*viikossa (hälytys!)*

*Henkilökohtaista ohjausta mikään sähköinen väline ei korvaa, mutta sähköinen ohjaus voisi toimia henkilökohtaisen ohjauksen rinnalla.*

Erilaisten sähköisten järjestelmien kehittämistä pidettiin hyvänä ideana. Näistä mainittiin esimerkkeinä tietokoneohjelmat, joilla voisi laskea nesteitä ja piilosuoloja ravintoaineista.

*Mieleen tulee esim. Skypeä, jotta kauempana asuvien potilaiden ei tarvitse tulla Helsinkiin asti. Videokontaktiin on nykyään hyviä mahdollisuuksia, siinä voisi hyödyntää ravitsemusohjausta.*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Sydämen vajaatoiminta on yksi Suomen tärkeimmistä kansantaudeista. Hyvä itsehoito, oireiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen sekä informaatio sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä auttavat potilasta sopeutumaan sairauden tuomien rajoitusten kanssa. Hoitajavastaanotot sydämenvajaatoimintapotilaille ovat hyvin tärkeitä, sillä ne tukevat potilaiden itsehoitoa ja omaseurantaa. (Eko-la 2010, 18–19.) Tutkimuksen tuloksista selvisi, että sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksen tärkeimpiä tavoitteita ovat nesterajoitus ja suolankäytön vähentäminen, joilla voi ylläpitää potilaan kannalta hyvä paino, helpottaa potilaan oireita, parantaa elämänlaatua, ylläpitää toimintakykyä sekä vähentää sairaalajaksoja.

Tutkimustulosten mukaan ravitsemusohjauksessa käsitellään suolan määrän vähentämistä, nesterajoitusta ja sydänystävällisten rasvojen käyttöä. Haastattelujen mukaan sydämelle terveellinen ruokavalio sisältää paljon kasviksia, marjoja ja hedelmiä, vain vähän suolaa, riittävästi pehmeää rasvaa, sekä runsaasti

kuitua. Kalaa suositeltiin 2-3 kertaa viikossa ja eläinperäistä rasvaa ehdotettiin rajoittamaan käyttäen lihatuotteet mahdollisimman vähärasvaisina. Pimeinä vuodenaikoina potilaille suositeltiin D-vitamiinilisää. Haastateltavien mielestä ravitsemushoito on hyvin tärkeä osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoa. Tulosten mukaan sydämen vajaatoimintaan liittyvässä ravitsemusohjauksessa työmenetelminä käytetään erilaisia oppaita, kortteja, ruokapäiväkirjoja ja potilaslähtöistä työskentelytapaa sekä motivoivaa haastattelua. Tutkimuksessa selvisi, että potilaiden iällä ja sosioekonomisilla eroilla on vaikutusta ravitsemusohjauksen toteuttamiseen. Haastateltavien mukaan potilaiden korkea ikä vaikeuttaa ohjaustilanteessa tiedon ymmärtämistä ja omaksumista. Tulosten mukaan koulutustaustalla on vaikutusta ruokailutottumuksiin ja korkeasti koulutetulla potilaalla on usein erilainen lähtötilanne. Tutkimustuloksista selvisi, että Suomessa on liian vähän sydänhoitajia verrattuna potilasmäärään ja kaikki potilaat eivät saa ohjaavia hoitoja.

Kehittämisehdotuksiksi haastateltavat nostivat esille lisäkoulutuksen tarvetta sairaanhoitajille sydämen vajaatoiminnasta ja siihen liittyvästä hoidosta sekä ohjauksesta. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä ja ohjausten sähköistämistä toivottiin, jotta se säästäisi työntekijöiden aikaa sekä resursseja. Esille nousi hyviä esimerkkejä verkkopohjaisesta työskentelystä. Tutkimukseen osallistuneet toivoivat enemmän paneutumista ryhmäohjaukseen, jotta potilaat saisivat vertaistukea toisiltaan.

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Voidakseen käyttää tutkimusta työssään hoitotyöntekijän on kyettävä arvioimaan, onko tutkimus eettisesti luotettavasti tehty. Lisäksi hoitotyöntekijän on tiedettävä eri tutkimusvaiheiden eettiset vaatimukset ja tunnettava tutkittavien oikeudet. Siksi on välttämätöntä, että hoitotyöntekijän ammatillisessa koulutuksessa opetetaan tutkimusetiikan perusteet sekä luodaan perusta hyvälle tutkimukselle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 360–361.)

Toteutettaessa laadullista tutkimusta tutkittavan suostuminen tutkimukseen vaa-

tii, että häntä informoidaan tutkimuksesta etukäteen mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti ja että heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan kuvataan mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkimusaineiston keruussa on kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun, josta on säädetty monissa eettisissä koodeissa ja tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Tutkittavalle suodaan myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja jopa keskeyttää se. Lisäksi on hyvin tärkeä taata tutkittaville anonymiteetti eli heidän henkilötietojaan ei saa missään vaiheessa paljastaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 369.)

Tehdessämme tätä tutkimusta meidän tuli varmistaa, että tutkittavien oikeudet toteutuvat. Olemme huomioineet työssämme kaikki tutkittavien oikeudet ja ennen haastattelua annoimme heille saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja heidän oikeuksistaan. Lisäksi annoimme tutkittaville ennen haastattelua kirjallisen suostumuslomakkeen luettavaksi ja allekirjoitettavaksi. Saatekirjeessä ja suostumuslomakkeessa korostimme tutkimukseen osaallistumista ja tutkimuksen aineiston hävittämistä tutkimuksen jälkeen sekä anonymiteetin säilymistä.

Suomessa on perustettu vuonna 1991 tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka käsittelee tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja edistää tutkimusetiikkaa. Neuvottelukunta on laatinut hyvät ja tieteelliset käytännöt. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvät tieteelliset käytännöt ovat, että tutkija noudattaa tutkimuksessaan tieteellisiä toimintatapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi ja arviointimenetelmiä, noudattaa avoimuutta tulosten julkaisemisessa, ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja antaa niille arvoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364.)

### 8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen teossa tutkija joutuu pohtimaan sekä harkitsemaan omia ratkaisujaan. Siinä hän analysoi omia materiaaliaan ja samalla pohtii työnsä luotettavuutta. Luotettavuutta arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa sen ko-



ko tutkimusprosessin aikana. Tämän perusteella tutkimuksen tausta ja analyysi on hyvä avata lukijalle mahdollisimman yksityiskohtaisesti sekä avoimesti. Jotta laadullisen tutkimuksen luotettavuus olisi uskottava, siinä vaaditaan joitakin kriteereitä esimerkiksi, että tutkijan ja tutkittavien käsitteet asioista ovat samanlaiset. (Eskola & Suoranta 1998, 209–212.)

Tutkimuksessamme jokainen haastateltava on saanut päättää itse osallistumisestaan tutkimukseen. Kerroimme heille, mihin tutkimustuloksia ja haastatteluja käytetään. Kyselylomakkeessa kerroimme heille, että käsittelemme kaikki vastaukset nimettömänä ja tutkimustulosten käsittely tapahtuu luotettavasti. Kaikki opinnäytetyössämme käytetyt lomakkeet tuhoetaan asianmukaisesti. Haastattelun aikana keskustelut tapahtuivat rauhallisissa oloissa, joissa haastateltavat kertoivat luotettavasti ajatuksistaan ja kokemuksistaan ilman paineita.

Opinnäytetyön luotettavuudella ja uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten todenperäisyyttä, oikeellisuutta sekä uskottavuutta. Näitä tukee se, että tutkimuksen kohteet ovat riittävän pitkän ajan tekemissä tutkittavan ilmiön kanssa. Työn luotettavuutta tulee kirjata sellaiseen muotoon, että toinen tutkija voi helposti ja ymmärrettävästi seurata prosessin kulkua alusta loppuun. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

#### 8.4 Ammatillisen kasvun tarkastelua

Ammatillisessa kasvussa tarkastelemme ja pohdimme omaa kehitystämme opinnäytetyöprosessin aikana. Halusimme tuoda esille oman ammatin näkökulmia. Tarkastelimme terveyden edistämistä ja potilasohjausta, joka on tärkeä osa terveydenhoitajan työtä ja terveydenhoitaja joutuu antamaan paljon ohjausta ja neuvontaa päivittäisessä työssään. Sairaanhoidajan rooliin kuuluu sairauden etenemisen ehkäisemistä ja esimerkiksi oikeanlainen ravitseminen ohjauksen anto ja sen noudattaminen voi hidastaa taudin etenemistä.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä, kärsivällisyyttä vaativa, mutta opettavainen tulevaisuutta varten. Olemme oppineet ymmärtämään paremmin laadullisen tutki-

musaineiston kirjoittamista. Myös sydämen normaalista että vajaatoiminnasta olemme oppineet paljon ammatin kannalta tärkeää. Kuitenkin henkisesti työ on vaatinut paljon.

Työmme edistyi hiljaa ja varovaisesti. Ensin meillä ei ollut selvää, mistä näkökulmasta teemme työn, mutta pitkän pohdinnan kautta se onnistui. Löydettyämme punaisen langan työn tekoon, asiat onnistuivat hyvin nopeasti. Löysimme hyvin paljon erilaista kirjallisuutta työhömmme liittyen ja siitä aloimme edetä.

Saatuamme tutkimusluvan teimme opettajan kanssa haastattelurungon ja toteutimme haastattelut tammikuussa 2014, jonka jälkeen kirjoitimme analyysin. Oli erittäin mukavaa ja positiivista, kun opettajat olivat tukenamme koko opinnäytetyöprosessin ajan ja saimme heiltä koko ajan vinkkejä työn tekemiseen. Opinnäytetyön kirjoittaminen oli mielestämme hyvin haastavaa ja samalla hyvin hyödyllinen ja opettavainen prosessi. Työn ansiosta tiedonhankintataidot ja tutkimuksen tekeminen ovat kehittyneet paljon. Tulevaisuudessa, jos joudumme tekemään jonkinlaisen tutkimuksen, se ei olisi yhtä haastavaa, koska olemme oppineet tapaa suunnitella ja viedä työtä eteenpäin.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme kehittyneet ammatillisesti. Oma ammatillinen kasvu on prosessi, jossa meillä on lisääntynyt ammatillinen tietämys, mikä lisää kykyä toimia tulevaisuuden sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana. Kokeuksien ja neuvojen kautta tunnemme itsemme valmiiksi hoitajiksi. Olemme saaneet paljon tukea ja opastusta koko opintojen sekä opinnäytetyön teon aikana.

## LÄHTEET

- Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tukijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Absetz, Päivi. 2010. Miten ohjaan ja motivoin potilaan elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1, 8-12.
- Antikainen; Hakala; Herranen-Kallio; Kauppinen; Kosonen & Kylliäinen 2009. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Helsinki
- Ekola, Sirkka 2010. Ohjaus ja seuranta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. *Terveydenhoitaja*. Vol 7. 18–19.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi. 62-66.
- Eriksson, Elina & Partanen, Leila 2005. Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 3. 4-5
- Vartiainen, Erkki; Laatikainen, Tiina; Pelkonen, Markku & Salomaa, Veikko 2010. Sydän- ja verisuonisairauksien arvio riippuu menetelmästä. *Suomen lääkärilehti*. 2079.
- Eskola, Jari & Suonranta, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen.
- Eskola; Jari & Suonranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere.
- Heikkilä, Johanna & Paananen, Marja-Leena 2005. Hoitotyön interventiot. *Hoitotyön vuosikirja 2005*.
- Helsingin Sydänpiiri i.a. Viitattu 20.10.2013  
<http://www.helsinginsydanpiiri.fi/etusivu#.UwsTs6M8Lcs>
- Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus. 47-48.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki WSOY. 272.
- Jallinoja, Piia; Kuronen, Risto ; Absetz, Pilvikki; Patja, Kristiina. 2009. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkäreiden

- näkemyksiä. Lääkärilehti 42/2009. Viitattu 10.12.2013
- Jokinen, Eero; Juvonen, Tatu; Kaartunen, Maiju; Nieminen, Markku; Niitynperä, Tapio; Partanen, Juhani; Pohjola-Sintonen, Sinikka; Romo; Strandberg, Timo & Vanhanen, Juhani 2005. Suomalaisten uusi sydänkirja. Helsinki: otava.
- Joukamo, Laura; Lankinen, Maria ; Schwab, Ursula; Soininen, Pasi; Kangas, Antti J.; Kolehmainen, Marjukka; Paananen, Jussi; Poutanen, Marjukka-Kaisa; Mykkänen, Hannu; Seppänen- Laakso, Tuulikki; Gylling, Helena; Orešič, Matej ; Ala-Korpela, Mika & Uusitupa, Matti 2009. Rasvainen kala muokkaa HDL-hiukkaskokoa ja lipidipitoisuuksia. Duodecim 2013;129:2661–2669
- Kardiologian poliklinikka i.a. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 28.1. 2014 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahdentornisairaala/poliklinikat/Sivut/Kardiologian-poliklinikka.aspx>
- Kupari, Markku & Lommi, Jyri 2004. Sdämen vajaatoiminta. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita
- Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo :Wsoy.
- Laitinen, Helena & Karhe Liisa 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki:
- Leino-Kilpi, Helena & Värimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lipponen, Kaija; Kanste, Outi; Kyngäs, Helvi; Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Viitattu 21.10.2013 (Lehden numero ja sivunumerot)
- Uusitupa, Matti & Schwab, Ursula 2011. Millainen on sydämelle terveellinen ruokavalio? Terveyskirjasto. Duodecim. 521 Viitattu 11.11.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo99436.pdf>
- Mustajoki, Pertti & Ellonen, Markku 2013. Sydämen vajaatoiminta. Duodecim. Viitattu 23.9.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00084](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084)
- Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka 2011. Sydänsairaudet. Helsinki Duodecim.

- Nieminen, Markku; Kaartinen, Maija; Partanen, Juhani; Romo, Matti; Strandberg, Timo & Vanhanen, Hannu 2000. Suomalaisen sydänkirja. Helsinki: Tammi.
- Ohtonen, Helena. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajalehti. Vol 10. 6/2006, 6.
- Partanen; Leila & Lommi, Jyri 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim. Vol 16. 2009-2014.
- Raulio, Susanna; Ovaskainen, Marja- Leena; Tapanainen, Heli; Paturi, Merja; Virtanen, Suvij; Helldån, Anni 2013. Ruokavalio entistä rasvaisempi, kovan rasvan osuus kasvanut. Finravinto 2012 tutkimuksen tuloksia. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 4.
- Remes, Jouko 2000, Sydämen vajaatoiminnan etiologia. Teoksessa Heikkilä, Juhani; Huikuri, Heikki; Luomanmäki, Kimmo; Nieminen, Markku S. & Peuhkurinen, Keijo (toim.) Kardiologia. Helsinki: Duodecim
- Roiha, Merja; Hyytinen, Laura; Kontinen, Hanna & Poskiranta, Marita, 2009. Työikäisten terveyden edistäminen - mini-intervention mukaisella ravitsemusneuvonnalla. Terveydenhoitaja 7/ 2009. 6.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein : käsitteitä ja selityksiä. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Viitattu 24.10.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden\\_ja\\_hyvinvoinnin\\_edistaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen)
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset . 5, 10-11, 21-25. Viitattu 30.1.2014  
[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravits-emussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravits-emussuositukset_2014_fi_web.pdf)
- Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 2005. Sisätaudit. Helsinki WSOY.
- Vertio; Harri 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, Sari; Nurmi, Anna; Virtanen, Jyrki; Mursu, Jaakko & Tommi-Pekka, Tuomainen 2013. Voi ja sydäninfarktirisä. Suomen lääkäri-lehti. 2351, 2354.

## LIITE 1: SAATEKIRJE HAASTATELTAVILLE

Hyvä hoitotyön asiantuntija,

Olemme terveydenhoitaja ja sairaanhoitaja opiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingin yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheella sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksesta. Haastattelemme neljää eri sydämen vajaatoimintaan perehtynyttä asiantuntijaa. Haastattelut tulemme tekemään teille sopivana aikana tai sähköpostitse. Pyydämme teitä kohteliaasti vastaamaan kysymyksiimme.

Haastattelussa voitte vapaamuotoisesti vastata esittämiimme kysymyksiin. Haastattelun aikana voitte kysyä ja tarkennamme tarvittaessa esittämiämme kysymyksiä. Haastattelun aikana nauhoitamme haastattelun teidän luvalla. Ennen haastattelun toteuttamista, tarvitsemme teiltä kirjallisen luvan haastatteluun osallistumiselle. Teillä on aina oikeus kieltäytyä haastattelusta ja haastattelu perustuu vapaaehtoisuuteen. Haastattelujen materiaalia tulemme käyttämään pelkästään opinnäytetyön tekemiseen omaan käyttöömme ja sen jälkeen hävitämme tiedot.

Ystävällisin terveisin,

Terveydenhoitajaopiskelija Arezo Ayyar & sairaanhoitajaopiskelija Haawo Roble

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak, Etelä

## LIITE 2: TEEMAHAASTATTELURUNKO

### Teemahaastattelurunko

Opinnäytetyöhön otsikolla sydänhoitajien ja ravitsemusterapeutin kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemusohjauksesta. (Arezo Ayyar & Haawo Roble)

### TEEMAHAASTATTELU

Minkälaisia kokemuksia sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla on sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksesta?

- Ravitsemusohjauksen tavoitteista?
- Ravitsemusohjauksen sisällöstä?
- Ravitsemusohjauksen menetelmistä?
- Ravitsemusohjauksen tyypeistä sekä toteutuksesta, esim. yksilöohjaus tai ryhmäohjaus?

Minkälaisia kokemuksia ja asioita ovat sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen toteuttamiseen?

Sekä mitä asioita tulisi ohjauksessa huomioida? Esimerkiksi potilaan asema, sairauden aste ym.?

- Sydämen vajaatoimintapotilaiden iästä?
- Sydämen vajaatoimintapotilaiden yhteiskuntaluokasta?
- Sydämen vajaatoimintapotilaiden koulutuksesta?

Minkälaisia kokemuksia sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla on sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen onnistumisesta?

- Sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen

hyödyllisyydestä?

- Sydämen vajaatoimintapotilaiden sairauden ennusteen parantumisesta ravitsemusohjauksella?

Miten sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjausta voisi kehittää?

- Sydämen vajaatoimintapotilaiden ravitsemusohjauksen kehittämishaasteista?
- Onko sydänhoitajalla ja ravitsemusterapeutilla uusia ideoita, joilla ravitsemusohjausta voisi kehittää, esim. kehittämällä internetissä ravitsemusohjaussivuja?



## LIITE 3: SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan Ayyarin ja Roblen opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöstä kertovan tiedotteen. Olen saanut riittävän tiedon opinnäytetyön tarkoituksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä ja käsittelystä. Tiedotteen sisältö on myös käyty suullisesti läpi. Tiedotteen antoi Ayyar ja Roble.

Kaikki minusta opinnäytetyön tekemiseen kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Ymmärrän, että osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa keskeyttää osallistumistani opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun syytä ilmoittamatta.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.**

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys