

---

# TAHDISTINPOTILAAN OHJAUS



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 27.1.2011

Miina Kallio



Hoitotyön koulutusohjelma  
Hämeenlinna

Työn nimi Tahdistinpotilaan ohjaus

Tekijä Kallio Miina

Ohjaava opettaja Vanhanen Merja

Hyväksytty

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä Vanhanen Merja

HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Miina Kallio	<b>Vuosi</b> 2011
<b>Työn nimi</b>	Tahdistinpotilaan ohjaus	

---

## TIIVISTELMÄ

Tahdistinpotilaan ohjaaminen opinnäytteen tavoitteena oli selvittää mistä tahdistinhoitoon liittyvistä asioista tahdistinpotilaat ovat saaneet ohjausta. Oli tärkeä huomioida, minkälaisista tahdistinhoitoon liittyvistä asioista ohjaamista olisi saanut olla enemmän tai selkeämmin. Aiheen valinta tapahtui osittain Kanta-Hämeen keskussairaalan osaston 6B ehdotuksesta. Oma mielenkiinto löytyi aiheeseen koska aiempaa tutkittua tietoa tahdistinpotilaan ohjaamisesta ei löytynyt.

Teoriaosuudessa oli tärkeä käyttää uutta sekä varmaa tietoa. Teoriaosuus koostuu tahdistinhoitoa käsittelevästä osiosta, ohjaamista sekä tahdistimen kanssa elämisestä koostuvasta osiosta. Tahdistinpotilaan ohjaaminen kyselylomakkeeseen vastasi 25 asiakasta. Tutkimus oli kvantitatiivinen. Tutkimuksessa selvisi, että ohjaamista saisi olla kattavammin tietyistä osaluista, erityisesti tahdistimen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään sekä tahdistinhoidon mahdollisista ongelmista. Tutkimuksessa kuitenkin selvenee, että tahdistinohjaamista on asiakkaiden mielestä suhteellisen hyvin, sekä ohjaaminen on selkeää ja rauhallista. Ohjaamista tapahtuu sekä poliklinikalla että osastolla, joten ohjaaminen ei tämän mukaan jää siis useinkaan yhteen kertaan.

Tahdistinkysely suoritettiin Kanta-Hämeen keskussairaалassa sisätautien osastolla 6B sekä sisätautien poliklinikalla 1.11.2010–29.11.2010. Tutkimuksen tuloksista kirjoitettiin tiivistelmä sisätautien osaston hoitajille sekä poliklinikan hoitajille. Jatkossa tarkemman tutkimuksen saisi tekemällä kvalitatiivisen kyselyn pienemmälle tahdistinryhmälle.

**Avainsanat** Tahdistin, tahdistinhoito, ohjaaminen

**Sivut** 34 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Nurse

---

**Author** Miina Kallio **Year** 2011

**Subject of Bachelor's thesis** Guiding a patient with a pacemaker

---

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to research patients who are treated with a pacemaker. The aim was find out what kind of patient guidance pacemaker patient's have during their nurse or doctor guidance. The aim also was to get information about what should have been guided or what in the guidance maybe went wrong. The idea for this thesis came partly from Kanta-Häme central hospital medical ward 6B. This topic had not been researched before which made making this thesis very interesting.

The theory part of this thesis includes new information about pacemaker treatment and guidance of a patient. The study was quantitative and the population consisted of pacemaker patients. The patients answered with a questionnaire. The questionnaire was answered by 25 patients. The conclusion of this study was that pacemaker patients experience their guidance to be distinct and guidance happens in calm situations. The study also concluded that there should be more guidance of certain pacemaker treatment areas, particularly about living with a pacemaker and problems that can occur in pacemaker treatment. According to the findings guidance happens in out-patient units and medical wards.

The study took place at Kanta-Häme medical ward and medical out-patient unit in November 2010. The aim was to make a summary for the nurses at the medical ward and the out-patient unit about the results of the thesis. The purpose of this research was to improve the guidance of pacemaker patients if necessary. More exact research should be made with qualitative inquiry in the future.

**Keywords** pacemaker, pacemaker treatment, patient guidance

**Pages** 34 p. + appendices 6 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TAHDISTINHOITO .....	2
2.1	Sydämen sähköinen toiminta .....	2
2.2	Tahdistimen toiminta.....	2
2.3	Tahdistinhoidon aiheet .....	3
2.3.1	Bradykardian tahdistinhoito .....	3
2.3.2	Rytmihäiriön tahdistinhoito.....	3
2.3.3	Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoito.....	4
2.4	Tahdistimen asentaminen.....	5
2.5	Tahdistinhoidon mahdolliset komplikaatiot.....	5
2.6	Tahdistimen käytön aikana ilmaantuvia ongelmia.....	6
2.7	Tahdistinhoidon vasta-aiheet .....	7
3	ELÄMÄ TAHDISTIMEN KANSSA.....	8
3.1	Tahdistinpotilaan seuranta.....	8
3.2	Elämää tahdistimen kanssa.....	8
4	OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	11
4.1	Ohjaus hoitotyön velvollisuus.....	11
4.2	Yksilöohjaus.....	12
4.3	Ryhmäohjaus.....	13
4.3	Omaisten ohjaus .....	13
4.4	Ohjauksen kulku ja mitä kannattaa potilaalle ohjata.....	14
4.5	Kirjallinen potilasohje .....	17
4.6	Tahdistinpotilaan ohjaus .....	17
5	OPINNÄYTEYÖN PROSESSIN KUVAUS.....	19
5.1	Kvantitatiivisen tutkimuksen kulku .....	19
5.2	Opinnäyteyöprosessi .....	20
6	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAN MÄÄRITTELY .....	22
7	ANALYSOINTI JA TULOKSET .....	23
8	POHDINTA.....	28
8.1	Ammatillinen kehittyminen.....	31
	LÄHTEET .....	32
LIITE 1	Tiedote kyselylomakkeen jakajille	
LIITE 2	Kyselylomake	
LIITE 3	Tiivistelmä hoitajille	

## 1 JOHDANTO

Tahdistimen saaminen on potilaalle elämän laatua parantava ja toisinaan elämän pelastava operaatio. Kuitenkaan se, että potilas saa ja tarvitsee tahdistimen, ei poissulje tarpeellista ohjaamista sen toiminnasta. Tahdistimen kanssa elämiseen kuuluu tietoa siitä, miten tahdistimen kanssa voi elää ja toimia ongelmitta. Kattava ohjaaminen parantaa potilaan elämänlaatua entisestään.

Tahdistinpotilaan ohjaaminen -kyselylomake tahdistinpotilaille opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten tahdistinpotilaat kokevat saamansa tahdistinohjaamisen. Tahdistinpotilailta selvitettiin kyselylomakkeiden avulla, mitä he ovat olleet mieltä saamastaan ohjaamisesta: onko ohjaaminen ollut tarpeeksi kattavaa, laadukasta, ja mistä asioista olisi saanut olla kenties enemmän tietoa. On myös tärkeä ottaa selvää, onko ohjaaminen ollut tarpeeksi selkeää. Tahdistinpotilaiden ohjaamisesta ei ole aiempaa tutkittua tietoa. Tämän vuoksi on mielenkiintoista selvittää, miten potilaiden mielestä ohjaaminen toteutetaan.

Kyselylomakkeet jaettiin tahdistinpotilaille Kanta-Hämeen keskussairaalassa sisätautien osastolla 6B, sekä sisätautien poliklinikalla neljän viikon (1.11.2010–29.11.2010) ajan. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui vapaaehtoisesti, ja kriteerinä vastaamiselle oli tahdistinhoidon piirissä oleminen. Vastauksia saatiin 25 kappaletta.

Kyselylomakkeiden analysoinnin jälkeen tuloksista selvisi, että tahdistinohjaamista saisi olla enemmän tietyistä osa-alueista. Enemmistö vastaajista oli kuitenkin suurelta osalta sitä mieltä, että ohjaaminen on ollut hyvää. Ohjaamista olisi saanut olla enemmän tahdistinongelmista sekä elämästä tahdistimen kanssa. Huomattava vaikutus oli ollut myös asiakkaan omassa toiminnassa ohjaamistilanteessa. Moni vastanneista huomautti, että olisi pitänyt osata kysyä ohjaamistilanteessa enemmän. Opinnäytetyön tutkimustuloksista tehtiin tiivistelmä sisätautien osaston hoitajille sekä poliklinikan hoitajille.

## 2 TAHDISTINHOITO

### 2.1 Sydämen sähköinen toiminta

Sydän on lihas, joka toimii sähköisen järjestelmän välittävien impulssien turvin. Tämä sähköinen johtoratajärjestelmä saa sydämen supistelemaan. Sydämen sähköinen toiminta lähtee sinussolmukkeesta, joka säätelee sähköistä toimintaa. Sinussolmuke sijaitsee oikean eteisen yläosassa. (Parikka 2008, 475.)

Sydämen johtoratajärjestelmä alkaa sinussolmukkeen lähettäessä impulsseja vasempaan ja oikeaan eteiseen. Depolarisaatio (sähköinen ärsyke) etenee eteisistä AV-solmukkeen eli eteis-kammiosolmukkeesta edelleen oikeaan ja vasempaan kammioon. Sähköinen toiminta sydämessä mahdollistaa sydämen eteisten supistumisen, ja veri kulkee kammioihin. Tästä seuraa kammioiden supistuminen, ja veri etenee kammioiden supistumisen johdosta elimistöön. Sydämen toiminnassa on tärkeää, että sydämen sähköinen toiminta jatkuu tasaisesti ja moitteettomasti kaikissa tilanteissa. Tämä mahdollistaa sydämen veren pumppaamisen elimistöön. (Parikka 2008, 475.)

### 2.2 Tahdistimen toiminta

Ensimmäinen tahdistin asennettiin vuonna 1958 estämään sydämen pysähtyminen. Samaa käytäntöä jatketaan edelleen, mutta nykyään tahdistinhoitoa käytetään enemmän sydämen sähköisen toiminnan parantamiseen. Nykyään Suomessa asennetaan noin 3000 tahdistinta vuodessa. (Sydänsairaudet 2008, 474.) Tahdistinhoidon tarkoituksena on antaa potilaalle mahdollisimman normaali sekä tasapainoinen elämä, rajoittamatta jokapäiväisiä toimintoja (Paukama 2010, 63).

Sydämentahdistimessa on tahdistinosa sekä tahdistimen johto. Tahdistinosassa on sähköpiiri, joka säätelee tahdistimen toimintaa sekä paristo. Sydämentahdistin antaa sydämeen sähköisiä impulsseja, mikä laukaisee tai korjaa sydämen sähköisen supistumisen. (Vauhkonen & Holmström 2005, 127.) Tahdistin pystyy tallentamaan tahdisteltu rytmin omaan muistiinsa. Tätä pystytään lukemaan ulkoisen tietokoneen avulla lääkärin vastaanotolla. Ulkoisen tietokoneen avulla tahdistimen taajuuksia pystytään myös säätämään tarvittaessa. (What is an Implantable Cardioverter Defibrillator 2010.)

Rytmihäiriöiden hoitoon erikoistunut lääkäri tekee päätöksen tahdistimen mahdollisesta asentamisesta ja onko tahdistinhoito hyvä aloittaa. Avohoidossa lääkärin on kuitenkin tunnistettava potilaat, jotka hyötyvät tahdistinhoidosta. Sydämentahdistin on erittäin tehokas hoitomuoto. Rytmihäiriötahdistimen asentaminen vähentää äkkikuolemien vaaraa 50–60 % lääkkeelliseen hoitoon verrattuna. Rytmihäiriötahdistimen hinta on 8000–

25000 euroa, jonka lisäksi tulevat muut hoitokustannukset. (Huikuri & Raatikainen 2008, 677–684.)

### 2.3 Tahdistinhoidon aiheet

Tahdistinhoidon aiheita ovat bradykardia, sydämen rytmihäiriöt sekä sydämen vajaatoiminta. Bradykardia tarkoittaa sydämen liian hidasta rytmiä. Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppaustehokkuus on heikentynyt. Vaarallisten rytmihäiriöiden hoidossa, kuten kammiovärinän sekä kammiotakykardian hoidossa tahdistinhoito saattaa pelastaa hengen palauttamalla oman rytmin mahdollisimman nopeasti. Tahdistinoperaatio kestää puolesta tunnista kolmeen tuntiin, ja tapahtuu paikallispuudutuksessa. (Parikka 2008, 475–476.)

#### 2.3.1 Bradykardian tahdistinhoito

Bradykardiolla tarkoitetaan sydämen sykkeen liiallista hidastumista. Bradykardian aiheuttaa sydämen sähköisen toiminnan häiriintyminen millä tahansa sydämen sähköratajärjestelmän taholla. (Parikka 2008, 475.) Oireita aiheuttava bradykardia aiheuttaa huimausta ja tajuttomuuskohtauksia. Jatkuva hidasyöntisyys johtaa sydämen vajaatoimintaan. Vakava sydämen hidasyöntisyys saattaa aiheuttaa kammiotakykardian, eli kammioiden liian nopean pumppaamisen, joka saattaa aiheuttaa äkkikuoleman. (Toivonen 2008, 666.) Bradykardian tahdistinhoidon aiheita ovat sinussolmukkeen vika, AV-solmukkeen vika, vaihteleva kammionsisäinen johtumishäiriö, hidas eteisvärinä sekä eteisvärinän estäminen, heijasteperäinen hidasyöntisyys sekä pitkä QT-oireyhtymä (Hartikainen 2008, 479–481).

Bradykardian tahdistinhoidossa hidasyöntisyys korjataan hidasyöntisyyden estävällä tahdistimella. Tahdistin korjaa hidasyöntisyyden antamalla sähköimpulsseja oikean eteisen yläosaan sinussolmukkeen aiheuttamassa bradykardiassa. Johtoratajärjestelmän ongelmista aiheutuvassa sydämen hidasyöntisyydessä tahdistin korjaa rytmin tahdistamalla kammioita niin, että kammiot supistuvat samanaikaisesti, jolloin syke on hallitumpi ja oireet helpottuvat. (Parikka 2008, 475.) Tavoitteena tahdistinhoidolla on korjata hidasyöntisyys korvaamalla sydämen puutteellinen rytmi ja palauttaa kammioden ja eteisten välinen toiminta yhtenäiseksi (Toivonen 2008, 672).

#### 2.3.2 Rytmihäiriön tahdistinhoito

Kammiorytmihäiriöiden tahdistinhoidossa ehkäistään hengenvaarallisten kammiotakykardioiden sekä kammiovärinän aiheuttama kuolema. Kammiotakykardiaa sekä kammiovärinää esiintyy vaikeissa sydänsairauksissa. Oikeaan kammioon sijoitettu elektrodi tarkkailee kammioiden rytmiä. Havaitessaan kammiovärinän tai kammiotakykardian, tahdistin tahdistaa tai antaa sähköä sisäisesti. Tämä korjaa rytmin. (Parikka 2008, 476.) Tällä periaatteella toimii rytmihäiriötahdistin, tarkoituksena on, että tahdistin tunnistaa rytmin ja hoitaa rytmihäiriön (Huikuri 2008, 678).



Rytmihäiriötahdistimen hoidon aiheet arvioidaan potilaan perussairauksien mukaan (primaaripreventio) tai rytmihäiriötahdistin asennetaan estämään rytmihäiriön uusiutuminen (sekundaaripreventio). Primaaripreventiosta on eri kantoja hoidon aloittamisen suhteen. Tällöin potilaalla ei vielä ole ollut vaarallista kammioväriä tai kammiotakykardiakohtauksia, mutta sairauden vuoksi riski näiden aiheuttamaan äkkikuolemaan on suuri. Toimenpide tehdään siis ennaltaehkäisevästi. Sekundaaripreventiossa potilaalla on jo todettu vaarallinen kammioväriä, takykardia tai sydänpysähdys. Tilastojen mukaan kammioväriä tai kammiotakykardia uusiutuu 20–30%:lla vuoden sisällä. Sekundaaripreventiossa estetään tilanteen uusiutuminen. (Huikuri ym. 2008, 679–681.)

Rytmihäiriötahdistin tunnistaa rytmihäiriön sekä hoitaa sen. Tahdistin ohjelmoidaan aina potilaskohtaisesti. Rytmihäiriötahdistin voidaan ohjelmoida kolmella tavalla, mutta tunnistusrajat rytminsiirrolle tai tahdistukselle ovat potilaskohtaisia. Näitä ovat antitakykardiatahdistus, pienienerginen rytminsiirto sekä suurienerginen defibrillaatio. Antitakykardiatahdistamisella tarkoitetaan kammiotakykardian korjaamista. Tahdistin lähettää pieniä sykähdyksiä tunnistettuaan kammioden liian nopean supistumisen. Tällä rytmiä nopeammalla tahdistuksella pyritään normalisoimaan rytmi, ja 90 % takykardoista kääntyy antitakykardiatahdistuksella. (Huikuri ym. 2008, 678.)

Pienenegistä rytminsiirtoa tarvitaan, jos kammiotakykardia ei käänny normaaliksi antitakykardiatahdistuksen avulla. Tällöin tahdistin antaa pienen energiamäärän sisältävän sykähdyksen. Suurempienergistä defibrillaatiota, eli tahdistusta käytetään kammioväriä ja nopean kammiotakykardian tahdistuksessa. Tahdistimessa, joka sisältää antitakykardiatahdistusmuodon, on aina oltava myös defibrillaatiomuoto. Antitakykardiatahdistus saattaa muuttaa kammiotakykardian kammioväriäksi. (Huikuri ym. 2008, 678.)

### 2.3.3 Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoito

Sydämen vajaatoiminnan aiheuttajia ovat mm. läppäviat, oikovirtaukset sekä heikentynyt kammioden supistuminen. Tahdistinhoito ei paranna sydämen pumppaustehokkuutta, vaan ylläpitää sydämen rytmin tiheänä sekä säännöllisenä. (Vauhkonen ym. 2005, 107.) Vaikeassa systolisessa sydämen vajaatoiminnassa eteisten seinämien supistuminen on usein eriaikaisista, joten tahdistinhoidolla tavoitteena on palauttaa näiden yhdenaikaisuus. Tässä hoidossa käytetään vasenta kammiota synkronoivaa tahdistusta. (Pakarinen 2008, 686–687.) Vajaatoiminnan syynä saattaa myös olla kammioden eriaikainen supistuminen. Tällöin tahdistin parantaa oikean ja vasemman kammion supistusta yhdenaikaiseksi. Tämä parantaa kammioden supistustoimintaa. (Parikka 2008, 475.)

Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoidosta on positiivisia tuloksia. Tahdistinhoito vähentää vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita. Tämän vuoksi potilaan suorituskyky ja elämänlaatu paranevat huomattavasti. Myös äkkikuolemien määrä ja vajaatoiminnan pahenemisesta aiheutuvien kuolemien on todistettu vähenevän jopa 40 %. (Pakarinen 2008, 688.)

## 2.4 Tahdistimen asentaminen

Sisäinen eli pysyvä tahdistin asennetaan joko oikealle tai vasemmalle puolelle. Tahdistimen puoli valitaan potilaskohtaisesti. Potilaalta on hyvä selvittää, onko hän oikea vai vasen käteinen. Puolen valinnassa täytyy ottaa huomioon potilaan mahdolliset tahdistimen toimintaa haittaavat harrastukset. Tämänlainen harrastus saattaa olla esimerkiksi ammunta. Ampuessa aseensa takaisinisku saattaa vaikuttaa tahdistimen toimintaan. ( Yli-Mäyry 2008, 486.)

Tahdistimen johto tai johdot asennetaan johtamalla katetri isoa laskimoa pitkin oikean eteisen kautta oikeaan kammioon. Katetrin avulla johdot asennetaan oikealle paikalleen. (Vauhkonen ym. 2005, 10). Johdon paikka varmistetaan asennuksen jälkeen ulkoisella mittauslaitteella. Johdolle on löydettävä sellainen paikka, missä saadaan hyvät arvot, ja varmistetaan, ettei 10 voltin korkealla jännitearvolla potilaalle tule pallealihakseen nykyään. (Yli-Mäyry 2008, 487–488.) Tahdistimen tahdistustapa määritellään operaatiossa, sekä varmistetaan ennen kotiutusta. Tahdistustapoihin on olemassa kansainvälinen suositus. Eri tahdistustavoille on olemassa kirjaintunnus, mikä määrittelee tahdistustyyppin. (Paukama 2010, 64-65.)

Tahdistin upotetaan tahdistintaskuun (Vauhkonen ym. 2005, 127). Tahdistintasku tehdään rintalihaksen päälle. Tahdistintaskun pohjalle asennetaan tahdistinjohdot, jonka jälkeen ne ruuvataan kiinni tahdistimeen. Tahdistin asennetaan taskuun, ja kiinnitetään taskun ympärillä olevaan kudokseen. Operaatio kestää puolesta tunnista kolmeen tuntiin. ( Yli-Mäyry 2008, 487–488.)

Tahdistinoperaatio tehdään yleensä paikallispuudutuksessa. Operaation jälkeen kotiin pääsee seuraavana päivänä. Ompeleiden poisto tapahtuu avohoidon puolella, normaalisti kymmenen päivää operaation jälkeen. (Paukama 2010, 65.)

## 2.5 Tahdistinhoidon mahdolliset komplikaatiot

Tahdistinoperaatiossa sekä seurannassa saattaa tulla komplikaatioita. Komplikaatioita esiintyy noin 5 %:ssa tapauksista ja 1-2 % tapauksista on vaikeita. Mahdollisia komplikaatioita ovat mm. verenvuodot, haavatulehdukset, ilmarinta, sydämen vaurioituminen, tahdistimen toimintaan liittyvät ongelmat sekä asennukseen liittyvät ongelmat. (Yli-Mäyry 2008, 488–489.)

Verenvuotoa tahdistintaskuun tapahtuu lähes joka tapauksessa leikkauksen jälkeisenä komplikaationa. Vuoto on tavallista, ja poistuu muutamassa vuorokaudessa. Tämä voidaan huomata haava-alueelle ilmaantuvasta mustelmasta, arkuudesta tai turvotuksesta. Vuodon määrään vaikuttaa hyytymisen estoon käytettävä lääke. Vuodon ollessa runsasta, voidaan sitä hoitaa laittamalla paineside ja käyttämällä jääpussia. Joissain tapauksissa vuoto joudutaan korjaamaan kirurgisesti. (Yli-Mäyry 2008, 488.) Haavakohdan kipua saattaa myös ilmaantua, jos tahdistin painaa luukalvoa. Kipua lievitetään vaihtamalla generaattorin paikkaa. Toivonen 2008, 676.)

Kipu saattaa olla myös merkki infektiosta, eli tulehduksesta (Toivonen 2008, 676). Tahdistimen asennuksessa tehtävään leikkaushaavaan saattaa muodostua infektio. Bakteerin aiheuttama infektio haavassa on vakavampi komplikaatio ja vaatii välitöntä hoitoa. Hoito aloitetaan suonensisäisesti annettavalla antibiootilla. Lievissä infektioiden pelkkä antibioottihoito saattaa olla riittävä. Vakavimmissa infektioiden tahdistin ja johdot joudutaan usein poistamaan, sekä myös aloittamaan suonensisäinen antibioottihoito. Jos tulehdus pääsee etenemään ennen antibioottihoitoa tai ennen tahdistimen sekä johtojen poistoa, on vaarana sepsis eli verenmyrkytys. (Yli-Mäyry 2008, 488–499.) Infektio saattaa tulla muutaman vuorokauden tai jopa kuukausien jälkeen operaatiosta. Infektion yleisin aiheuttaja on leikkauksessa aiheutunut kontaminaatio, eli bakteerien välittyminen haava-alueelle. (Toivonen 2008, 675.)

Tahdistinjohtojen asennuksen aikana saattaa aiheutua vaurio, joka voi aiheuttaa solislaskimon tukoksen (Toivonen 2008, 675–676). Solisvaltimo kulkee solislaskimon vieressä. Solislaskimoa punktoidessa on mahdollista osua solisvaltimeen. Toisinaan solisvaltimo vuotaa verta kudoksiin, ja kudokset painavat olkavarren hermoja. Oireena on ylävartalon verenkierron hetkellinen heikkeneminen. (Yli-Mäyry 2008, 489.) Solislaskimotukoksen johdosta käsivarsi saattaa siis turvota. Solislaskimotukos voi myös aiheuttaa puristavan hematooman eli verenpurkauman johdosta. (Toivonen 2008, 675–676.)

Yksi tahdistimen asennuksen aikana tapahtuvista komplikaatioista on myös ilmarinta, eli pneumothorax. Ilmarinta saattaa syntyä solislaskimon punktion yhteydessä, jos pistettäessä osutaan keuhkopussiin. On mahdollista, että ilmarinta parantuu itsestään. Jos keuhko kuitenkin menee kasaan ilmarinnan johdosta, viedään keuhkopussiin imuputki. Imuputki asennetaan keuhkoon ja poistetaan ylipaine, ja keuhko palautuu normaaliksi. (Yli-Mäyry 2008, 488.)

## 2.6 Tahdistimen käytön aikana ilmaantuvia ongelmia

Tahdistimen käytön aikana saattaa ilmaantua ongelmia. Nämä komplikaatiot asennuksen jälkeen ovat kuitenkin harvinaisia. Ongelmia voivat olla taustalla oleva sydänsairaus, tahdistinjohtojen toiminnassa oleva vika tai sähköinen ympäristö. Kuitenkin generaattorissa olevaa vikaa tai tahdistimen toimintahäiriöitä ilman ulkoista häiriötä ei tapahdu juuri koskaan. Tahdistimeen liittyviä ongelmia saattavat olla kammio tahdistuksesta johtuva pallean seudun nykiminen, tahdistinoireyhtymä, tahdistintakykardia, tai tahdistinlaitteen aiheuttamat paikalliset oireet (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

Tahdistinhoidossa tahdistimissa esiintyvät ongelmat johtuvat useimmiten johtojen vaurioista. Tahdistimissa voi myös ilmaantua tyypivikoja, jos kyseessä on ollut viallinen tuote-erä. Asennuksen yhteydessä kaikki tahdistimet ja johdot kirjataan. Tahdistimissa ilmaantuessa ongelmia saadaan tällä tavalla yhteys potilaisiin, joilla kyseisen tuote-erän tahdistin on. Tällä

tavalla pystytään mahdollinen ongelma korjaamaan kaikkien kohdalla nopeasti ennen lisävaurioita. (Toivonen 2008, 674–675.)

Kammio tahdistuksesta johtuva nykyinä pallealihaksessa voi johtua joko palleahermon tai pallealihaksen ärsytyksestä. Hoitona pallealihaksen nykimiseen ovat sähköimpulssin voimakkuuden vähentäminen. Toisinaan tahdistimen johdon paikkaa täytyy vaihtaa, jotta nykiminen saadaan loppumaan. (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

Tahdistimen ongelmiin liittyvän tahdistinoireyhtymän oireita ovat huimaus, paha olo sekä verenpaineen lasku. Tämä johtuu kammio tahdistimen asennuksen jälkeen siitä, että eteiskammiosolmuke johtaa myös kammioista eteiseen. Tämä saattaa aiheuttaa tahdistuksen eli kammiosupistuksen johtumisen takaisin eteiseen. Tämä haittaa sydämen pumppaustoimintaa. Hankalia oireita ilmaantuessa ongelma korjataan asentamalla eteisjohto. (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

Tahdistintakykardian aiheuttaa fysiologinen tahdistin, joka saattaa aiheuttaa kammio-eteisjohtumisen. Tällöin tahdistin antaa impulssin liian aikaisin, ja käynnistää jatkuvan takykardian eli nopearytmisyyden. Myös eteivärinä saattaa aiheuttaa tahdistintakykardian. Hoitona on tahdistimen säätäminen. (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

Tahdistinlaitteen ongelmia ovat laitteen näkyminen ihon läpi, ihon rikkominen tai kiputila tahdistinlaitteen kohdalla. Ajan myötä tahdistin saattaa hankautua ihon läpi. Potilaan laihtuessa tahdistimen näkyminen ihon läpi selkeentyy. Kipu tahdistimen kohdalla on harvinaista. Kiputilan jatkuessa generaattorin tai tahdistimen paikkaa kannattaa vaihtaa. Paikkaa vaihtamalla kiputila lievittyy, vältetään ihon rikkoutumiselta sekä siitä aiheutuvalta tulehduksilta. (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

Tahdistinjohdon ongelmana saattaa olla tahdistinjohdon murtuminen iskun seurauksena, tai jos tahdistinjohto hankautuu solisluuta vasten. Vaurio voi olla täydellinen, jolloin sydänfilmissä ei enää näy tahdistuspiikkiä tai osittainen, jolloin ongelma on vaikeammin havaittava. Kummassakin tapauksessa johto on vaihdettava uuteen. (Yli-Mäyry 2008, 490–491.)

## 2.7 Tahdistinhoidon vasta-aiheet

Rytmihäiriötahdistimen asennuksen vasta-aiheena ovat jatkuva tai tiheään toistuvat kammiotakykardia tai kammiovärinä. Vaikka tahdistinhoitoa käytetäänkin kammiotakykardian tai kammiovärinän hoitona, tilanteen ollessa jatkuva, ei tahdistinta voi asentaa. Potilaalla ollessa jatkuva kammiotakykardia tai kammiovärinä, on tilanne ensin saatava rauhoittumaan muilla hoitokeinoilla. Vaikeassa vajaatoiminnassa ei myöskään tahdistinhoitoa käytetä. (Huikuri, Raatikainen 2008, 682.)

### 3 ELÄMÄ TAHDISTIMEN KANSSA

#### 3.1 Tahdistinpotilaan seuranta

Tahdistinpotilaita seurataan säännöllisesti sisätautien erikoispoliklinikoilla, sydämen toimintaan erikoistuneiden hoitohenkilökunnan sekä lääkärien vastaanotolla. Määräaikaisissa seurannoissa seurataan tahdistimen toimintaa sekä paljonko virtaa tahdistimessa on jäljellä. Virtalähteen kuuluisi kestää tahdistimen valmistajan määrittämän takuuajan ajan, valmistajasta riippuen 4-10 vuotta. Virtalähteen kestävyys vaikuttaa miten usein tahdistin antaa impulssin sekä voimakkuus, jolla impulssi annetaan. (Toivonen 2008, 674.)

Kontrollikäynnit poliklinikalle ovat noin kuuden kuukauden väliajoin. Ensimmäinen kontrollikäynti on 1-3 kuukauden kuluttua operatiosta. (Huikuri ym. 2008, 684.) Ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä tarkastetaan haava, tahdistimen toiminta ja potilaan vointi. Tahdistimesta riippuen kontrollikäynnit vaihtelevat. Monimutkaisemmat tahdistimet tarkastetaan useammin, mutta yksinkertaisen tahdistimen kontrollikäyntien väli saattaa olla 1-3 vuoden välein. (Yli-Mäyry 2008, 491–492.)

Seurantakäynnillä tarkistetaan tahdistimen säädöt ulkoisen ohjelmointilaitteen avulla. Tahdistimessa oleva tietokone tallentaa muistiin sydämen rytmit sekä tahdistetut rytmit ja näitä tietoja voidaan lukea ulkoisen laitteen avulla. Tarkistukseen kuuluu generaattorin virtalähteen tarkistaminen, eli paljonko tahdistimessa on virtaa jäljellä. Seurantakäynneillä katsotaan myös tahdistimen tunnistusherkkyyttä, tahdistustapa- ja taajuus, sekä potilaan sydämen tila, mahdolliset oireet joita on ilmaantunut sekä lääkitys. Tarvittaessa potilas ohjataan lisätutkimuksiin. (Yli-Mäyry 2008, 492.)

Tietyissä tilanteissa potilaan on otettava yhteyttä sairaalaan mahdollisimman nopeasti. Tämänlaisia tilanteita ovat: potilaan tuntiessa defibrillaatioiskun (tahdistuksen), potilaan kokiessa pitkäkestoisia rytmihäiriötunteuksia tai saadessa tajuttomuuskohtauksen. Tällöin tarkastetaan laitteen toiminta, potilaan tila sekä vointi. Rytmihäiriö tallentuu tahdistimen muistiin. Ulkoisella laitteella sydänpäätä voidaan katsoa, ja arvioida, oliko rytmihäiriö vaarallinen. Tällä tavalla pystytään myös tarkistamaan, onko tahdistin hoitanut ja kääntänyt rytmin ilman ongelmia. Jos tahdistimen toiminnassa on ongelmia, voidaan tahdistusta säätää oikealle taajuudelle. (Huikuri ym. 2008, 684.)

#### 3.2 Elämää tahdistimen kanssa

Tahdistin ei pienen kokonsa vuoksi aiheuta useimmille potilaille ongelmia. Tahdistin on pienikokoinen laite, joten tahdistimen asentaminen ei ulkoisesti vaikuta normaaliin elämään. Tahdistimen asennuksesta sekä sen aiheuttamista rajoituksista voi keskustella tahdistinhoitajien ja oman lää-

kärin kanssa. (Raatikainen 2008, 476.) Tahdistinhoitoon erikoistuneita hoitajia sekä lääkäreitä joiden kanssa voi keskustella, on sairaaloissa jotka tekevät tahdistinoperaatioita (Huikuri ym. 2008, 685).

Työhön potilas saa palata haavan parannuttua ja tahdistinjohtojen asennettua paikoilleen. Työelämään palaamiseen vaikuttaa tietenkin myös potilaan perussairaudet sekä työn laatu. (Raatikainen 2008, 476.) Autolla ajaminen rajoitetaan perussairauksien ja rytmihäiriöiden aiheutuvien ongelmien mukaan (Huikuri ym. 2008, 685).

Tahdistimen asennus saattaa aiheuttaa pysyviä kieltoja tiettyihin toimintoihin. Tällaisia toimintoja on mm. ammattiautoilu, joka on kielletty tahdistinoperaation jälkeen pysyvästi. Normaali autolla ajaminen rajoitetaan perussairauksien ja rytmihäiriöiden aiheutuvien ongelmien mukaan. Kammiovärinän jälkeen autolla ajaminen on kielletty 6 kuukauden ajan. (Huikuri ym. 2008, 685.)

Tahdistimen asennuksen jälkeen on suositeltavaa harrastaa kevyttä liikuntaa. Kuitenkaan kamppailulajeja ei saa harrastaa ja äkillisiä ponnistuksia on vältettävä (Raatikainen 2008, 476–477.) Kontaktilajeja kannattaa välttää, koska rajuja lajeja harrastaessaan saattaa kaatua tai pudota. Tämä saattaa vaurioittaa tahdistinta tai tahdistinjohtoja. (Living with a pacemaker, 2008.) Uimaan meneminen jatkossa on sallittu. Kuitenkaan yksin uimaan ei saa mennä. Sukeltaminen yli viiden metrin syvyyteen on tahdistimen asennuksen jälkeen kielletty. Tahdistimen asentaminen ei vaikuta sukupuolielämään eikä saunomiseen. (Raatikainen 2008, 476–477.)

Matkustaminen on sallittua kaikissa kulkuvälineissä. Tahdistinpotilas saa toimenpiteen jälkeen tahdistinkortin, jonka avulla lentokentällä turvatarkastuksen yhteydessä metallinpaljastimen läpi ei tarvitse kulkea. (Raatikainen 2008, 476.) Jos kulkee metallinpaljastimen läpi, ja tuntee huimausta tai syke kasvaa nopeasti, täytyy laitteen läheisyydestä liikkua nopeasti pois. Lentokentän henkilökuntaa kannattaa myös neuvoa, etteivät heiluta metallinpaljastinta tahdistimen päällä. (Living with a pacemaker, 2008.) Kaupan varashälyttimen läpi saa kulkea, mutta sen läheisyyteen ei kannata jäädä seisomaan (Raatikainen 2008, 477).

Tavanomaiset kodinkoneet eivät vaikuta tahdistimen toimintaan. Tavanomaisilla kodinkoneilla tarkoitetaan tietokoneita, mikroaaltouunia, radiota ja televisiota. Koneiden tarvitsee kuitenkin olla kunnossa. Matkapuhelin on pidettävä mielellään pois tahdistimen päältä, eli ei kannata säilyttää puhelinta povitaskussa sekä matkapuhelimeen kannattaa puhua vastakkaisella korvalla. Isompien laitteiden, kuten moottorisahan käytöstä kannattaa keskustella lääkärin tai tahdistinhoitajan kanssa. Myös voimakkaat magneetit ja sähkölinjat sekä voimalinjat saattavat vaikuttaa tahdistimen toimintaan. (Raatikainen 2008, 476–477.)

Tahdistimet ovat suojattu erittäin hyvin. Tämän vuoksi voimakkaatkin häiriöt ovat ohimeneviä, eikä pysyviä vikoja sairaalan ulkopuolella juuri tapahdu. (Raatikainen 2008, 477.) Häiriöitä tahdistimen toiminnassa saattaa tulla sairaalaympäristössä, johtuen sairaalassa käytettävästä teknologiasta.

Sairaalassa toimenpiteet ja tutkimukset saattavat häiritä tahdistimen toimintaa, jolloin vaaditaan erilaisia turvatoimia. Tällaisia toimenpiteitä ovat mm. ulkoinen rytminsiirto ja magneettikuvaus. Potilaan tulee kertoa tahdistimestaan ennen operaatioita, ja tarvittaessa on hyvä konsultoida tahdistinpoliklinikkaa tai kardiologia. (Huikuri ym. 2008, 685.) Leikkausten aikana rytmihäiriötahdistin asennetaan pois päältä, jotta tahdistimen toiminta ei häiriinny (Raatikainen 2008, 477). Monet toimenpiteet ovat kuitenkin vaarattomia tahdistinpotilaille, kuten hammaslääkärissä käynti sekä röntgenissä käyminen (Living with a pacemaker, 2008).

## 4 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

### 4.1 Ohjaus hoitotyön velvollisuus

Potilaita ohjataan monenlaisissa erilaisissa elämäntilanteissa. Ohjaamisen tarkoituksena on ennaltaehkäistä mahdolliset komplikaatiot, parantaa asiakkaan selviytymismahdollisuuksia kotona, sekä ehkäistä mahdollisia jatkokäyntejä sairaalaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 6.)

Hoitajana ohjaus on osa jokaista työpäivää. Ohjaus kulkee mukana koko hoitoprosessin ajan, ja siinä näkyy hoitajan luonne ja persoonallisuus suuresti. Ohjatessa hyvät vuorovaikutustaidot ja teoretieto ovat tärkeässä roolissa. Opiskelijalle ohjaustilanteet ovat erinomaisia opiskelutilanteita: opiskelija oppii uutta sairauksista sekä niiden hoidosta sekä saa kokemuksia ja vuorovaikutustaitoja. Hyvä ohjaus kehittää ja opettaa niin potilasta kuin hoitajaa. (Ohtonen 2011.)

Potilasohjaukseen velvoittaa hoitotyössä lait ja asetukset. Näitä lakeja ovat: erikoissairaanhoido ja kansanterveyslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Lahtinen 2006, 6). Hoitotyössä laki ja asetukset velvoittavat, että potilaiden on saatava asiallista tietoa sairaudestaan sekä sen hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista. Potilaille on kerrottava, miten eri hoidot vaikuttavat hänen toimintaansa, ja mitä eri hoidoissa tapahtuu. Potilaille on myös laadittava hoitosuunnitelma, joka kattaa mm. tutkimukset, hoidot ja lääkinällisen kuntoutuksen. (Laki 4§, 5§ 1992.)

Ohjausta määrittelevät myös hoitotyön eettiset periaatteet. Eettiset periaatteet ovat määrittäneet terveydenhuollon eettinen lautakunta, ja ne koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia. Eettiset periaatteet määrittelevät ohjaamisen kannalta, että potilaan on oikeus saada itselleen ohjausta joka edistää hänen hyvinvointiaan. Eettisiksi periaatteiksi on määritetty potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 7.)

Potilasohjauksella on omat haasteensa. Lyhyet sairaalajaksoit vaikeuttavat henkilökohtaista ohjausta. Potilaalla saattaa mennä aikaa ymmärtää tilanteensa sekä sairautensa ja vastaanottaa tietoa. Tämän vuoksi kirjallisesta ohjaamisesta on tullut entistä tärkeämpää. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Oldbo, Pohjola & Väänänen 2006, 15.) Potilastyytyväisyyteen ohjaaminen vaikuttaa merkittävästi. Ohjausta tulee kehittää jatkuvasti juuri lyhentyneiden sairaalajaksojen vuoksi, jotta hoidon laatu säilyy entisellään. Erilaisia ohjaamisen menetelmiä tulee jatkossa kehittää, jotta ohjaamisen tehokkuus säilyy. (Ohtonen 2011)



## 4.2 Yksilöohjaus

Ennen ohjaamisen aloittamista tulee määritellä muutamia kohtia potilaan omasta historiasta sekä potilaan tilanteesta. Potilasohjauksessa on tärkeä määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjaus, toteuttaa ohjaus, ja arvioida ohjauksen onnistuminen. Potilasohjauksessa on huomioitava potilaan tilanne. Tähän vaikuttaa mm. onko potilas sairastanut pitkään, vai onko sairaus uusi, jolloin tiedon vastaanottaminen saattaa olla vaikeaa. Pitkään sairastaneella ohjaamisen sisältöön vaikuttaa, miten paljon potilas jo tietää sairaudestaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Ohjauksessa hoitajan on tulkittava potilasta ja hänen oppimisvauhtiaan. Jokainen oppii yksilöllisesti ja omassa tahdissaan. Ohjaajan on arvioitava potilaan oppimista, sekä ohjattava potilaan oman tahdin mukaan. Pääasia kuitenkin on varmistaa, että ohjaus on kannattavaa potilaan kannalta. Hoitajana varmistetaan, että ohjattava sisäistää ohjattavan asian. (Ohtonen 2011)

Asiakkaan ohjaamisella tarkoitetaan potilaan oman elämänlaadun parantamista. Potilasohjaus ei ole ratkaisujen antamista, vaan potilasohjauksessa hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa. Hoitaja antaa tiedon sairaudesta, hoidosta sekä toimenpiteistä. Ohjauksessa on hyvä puhua myös mahdollisista hoitovaihtoehdoista. Kun potilaalla on tarvittava tieto, hän pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilasohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä tavoitteellista keskustelemista. (Kynäs ym. 2007, 25.) Ohjaaminen vaikuttaa positiivisella tavalla potilaan vointiin. Sairastuminen herättää ahdistusta sekä pelkoa, joita sairaudesta ja tilanteesta ohjaamalla voidaan lievittää. Potilas tuntee olevansa hoidossaan mukana, ja potilaan osallistuminen hoitoon sekä päätöksenteko paranevat. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Ohjaaminen on vuorovaikutusta potilaan sekä ohjaajan välillä. Vuorovaikutuksella luodaan suhde potilaan sekä ohjaajan välille, mikä vaikuttaa suuresti ohjauksen. Ohjauksen laatuun vaikuttavat kummankin osapuolen oma vuorovaikutus sekä tunteet. Keskustelemalla on tarkoitus saada potilas sitoutumaan hoitoonsa, sekä ohjattavaan tietoon, ja tiedon avulla parantamaan omaa terveyttään noudattamalla ohjausta jota on saanut. Ohjattavalla on aina odotuksia hoidosta, jotka on otettava huomioon. Ohjattavalla saattaa olla tavoitteita, ja hoitajan tarvitsee auttaa potilasta löytämään ne hänelle oikeat keinot toimia tavoitteiden suuntaisesti. Ohjaustilanne on vuorovaikutusta, jossa molempien persoonan tulee olla esillä. Pelkästään luento ohjaajan tekemänä ei auta tavoitteisiin pääsemisessä, vaan on autettava potilasta myös löytämään vastauksia keskustelun avulla. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 24.)

Ohjattavan on omattava tai opittava tiettyjä luonteenpiirteitä onnistuneen vuorovaikutuksen edellytykseksi. Tärkeänä pidetään, että ohjattavan ja ohjaajan välillä on kunnioitusta. Kuunteleminen ja kysyminen auttavat ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen, sekä keskinäisen luottamuksen syntymiseen. Rauhallinen tilanne, jossa keskustelu on vilpitöntä sekä hoitajalla aikaa kuunnella potilasta, on luokiteltu parhaimmiksi tavoiksi ohjata. (Hankonen ym. 2006, 25–26.) Luottamuksellinen suhde potilaan sekä ohjaajan

välillä auttaa potilasta uskaltautumaan kysymään sekä puhumaan epävarmoista asioista. (Ohtonen 2011)

Vuorovaikutuksessa viestintä määritellään kahteen, sanalliseen sekä sanattomaan. Sanallista viestintää tarvitaan toimivan vuorovaikutuksen syntyyn, ohjattavan sekä ohjaajan on puhuttava samaa kieltä. Sanaton viesti on kuitenkin tärkeämmässä roolissa, koska se tehdään lähes täysin tahtomasti. Oma olemus saattaa paljastaa, onko tilanteessa avoin sekä helposti lähestyttävä. Sanattomalla viestinnällä saattaa kumota myös sanallisen viestinnän tahtomattaan. (Hankonen ym. 2006, 25–26.)

Ohjauksessa on otettava huomioon kummankin osapuolen, sekä asiakkaan että hoitajan taustatekijät. Taustatekijöitä ovat mm. fyysiset, psyykkiset sosiaaliset sekä muut taustatekijät. Ohjauksen taustatekijöiden arvioinnin tiedetään olevan tärkeää ohjauksen onnistumisessa, mutta siihen ei kuitenkaan oteta huomiota tarpeeksi. (Kyngäs ym. 2007, 26–37.)

#### 4.3 Ryhmäohjaus

Yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjaus on toimiva ja yksi eniten käytetty ohjauksen muoto (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmäohjaus on myös taloudellisesti kannattava ja sitä pidetään erittäin tehokkaana. Ryhmässä kaikilla jäsenillä on aina yhteinen määränpää. Ryhmä kannattaa pitää pienennä, koska isossa ryhmässä vertaistuen määrä vähenee, ja syntyy enemmän riskitilanteita. Ryhmäohjaus on sosiaalista kanssakäymistä, sairaudesta tai tilanteesta keskustelemista, ja ohjaamista. Toisten vastaavassa tilanteessa olevien auttaminen sekä kuuleminen kohottavat itsetuntoa, minkä avulla paraneminen edistyy. Yhteishenki ja tunne että ei ole yksin vahvistavat ja kehittävät eteenpäin, eikä sairaus tunnu enää niin suurelta taakalta, kun sen jakaa muiden kanssakävijöiden seurassa. (Brotherus, Hänninen, Iilikainen, Kamula, Kerälä, Leinonen, Nisula-Tauriainen & Teirikangas 2006, 86).

Ryhmäohjauksessa tärkeänä pidetään ryhmä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Ryhmässä on tärkeä kuunnella sekä kunnioittaa muita ryhmässä olevia ja ottaa kaikki tasapuolisesti huomioon. (Kyngäs ym. 2007, 105–107.) Ryhmäohjaus soveltuu parhaiten sydän, ja diabetespotilaiden ohjaukseen, jolloin vertaistuesta saattaa olla hyötyä sairauden hyväksymiseen (Torkkola ym. 2002, 28). Kääriäinen ym. tutkimuksessa selvitettiin hoitajien ohjausmenetelmien hallitsemista. Tulosten mukaan hoitajien yksilöohjaus sujuu moitteettomasti. Kuitenkin kyky käyttää muita ohjausmenetelmiä on heikompi. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

#### 4.3 Omaisten ohjaus

Omaisilla on suuri merkitys potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Omaiseksi käsitetään perhe tai lähisuku, kaukaisempi suku tai jopa läheinen naapuri. Hoitotyössä omaiseksi voidaan siis sanoa potilaan läheisintä ihmistä. Perheen tuki on suuri voimavara potilaan sairauden hoidossa. Perheelle läheisen sairastuminen on kriisi, varsinkin jos sairastuminen on tullut yllättäen. Potilaan voinnista ja hoidoista tulee kertoa omaisille. Hoito-

henkilökunta on omaisten tuki niin emotionaalisesti että ohjaamisen kannalta. Omaisten jatko-ohjaaminen määrittellään potilaan tilanteen mukaan. Potilaan voinnista kertominen helpottaa omaisten pelkoa jatkon suhteen. Omaisten tukeminen ja ohjaaminen on tämän vuoksi erittäin tärkeää, jotta läheiset jaksavat olla tukena potilaan hoidossa sairaalaoaikana sekä kotiin päästessä. (Anttila, Kukkola, Mattlar, Moilanen, Risteli-Ahola, Haapasaari, Koivikko & Verronen 2006, 44–45.)

Omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta monenlaista tukea, mutta eniten he kaipaavat tiedollista sekä emotionaalista tukea. Tiedollista tukea pitää antaa omaisille aina kun he sitä pyytävät, ja jopa pyytämättä. Tämä luo turvallisuuden tunnetta. Omaisten kannattaa ottaa mahdollisuuksien mukaan myös tutkimuksiin, jolloin hän tuntee osallistuvansa hoitoon. Tietoa pitää antaa rehellisesti. Hoitajana täytyy kuitenkin myös kunnioittaa potilaan toiveita, mitä tietoa sairaudesta ja hoidosta saa antaa ja kenelle tietoa saa antaa. (Anttila ym. 2006, 45–46.)

Emotionaalinen tukeminen vaatii hoitajalta kuuntelemista sekä läsnäoloa. Omaisilta on hyvä kysyä vointia, sekä kannustaa omaisia jaksamaan. Emotionaalisen tukemisen taito vaatii tilanteen arviointia sekä tilanneherkkyyttä. Emotionaalinen tuki auttaa omaisia jaksamaan. Keskusteleminen ja kyseleminen tuovat omaiselle tunteen, että heistä välitetään. (Anttila ym. 2006, 46.)

Omaisia kannattaa rohkaista osallistumaan hoitoon. Omaisten on usein vaikea olla hoidossa mukana, tai aloittaa keskustelu hoitajan kanssa. Omaiset tuntevat itsensä ulkopuoliseksi sairaalaympäristössä, varsinkin hoitajien kiireen keskellä. Omaisten toiveena on, että hoitajat keskustelevat avoimesti heidän kanssaan, ja ovat rohkaisevassa asemassa. Tällä tavalla he tuntevat, että hekin kuuluvat hoidon piiriin, eikä ainoastaan potilasta hoideta. Omaisten ohjaukseen tulee varata aikaa. Omaiset kokevat, että hoitohenkilökunnalla on liian kiire ohjaukseen, ja keskustelu jää lyhyeksi. Hoitajana on hyvä muistaa, että omaisten ohjaaminen kuuluu työkuvaan, eikä sitä kiireen vuoksi tule jättää huomioimatta. (Anttila ym. 2006, 47–48.)

#### 4.4 Ohjauksen kulku ja mitä kannattaa potilaalle ohjata

Ohjaus on jaettu eri osa-alueisiin sen mukaan missä tilanteessa potilaan hoitajakso on. Akuuttivaiheessa potilasta ja hänen omaisiaan tuetaan ja motivoidaan eteenpäin. Tulevista hoitotoimenpiteistä ja mahdollisista hoidon jatkosuunnitelmista kerrotaan. Potilasta sekä omaisia tuetaan ymmärtämään tapahtunutta, ja henkinen tuki on akuutissa vaiheessa todella tärkeä. Akuuttivaiheen ohjaus tapahtuu akuuteilla osastoilla kuten esim. ensiavussa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11.)

Oireiden ja sairauden selvityksessä ohjauksessa on tärkeä luoda potilaalle luotettava tunne tutkimuksia kohtaan. Osastovaiheessa tutkimuksista ja toimenpiteistä on kerrottava selkeästi. Oireiden ja sairauden selviytyttyä potilaan ohjaaminen muuttuu monin tavoin ammatillisemmaksi. Potilaan

ymmärrettyä sairautensa sekä sen aiheuttamat oireet potilasta aletaan tukea ottamaan vastuuta sairautensa hoidossa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14–15.)

Maria Kääriäisen, Helvi Kyngään, Liisa Ukkolan sekä Kaarina Torpan tutkimuksessa Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta (Tutkiva hoitotyö, 2005) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä, minkälaista ohjaamista he ovat saaneet. Tutkimuksessa vastaajien keski-ikä oli 49 vuotta. Vastaajat olivat olleet sairaalahoidossa vähintään viisi vuotta. Vastauksia oli 49 % lähetetyistä. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10.)

Kääriäisen, Kyngään ja Ukkolan tutkimuksen tuloksista selviää, että 66 % vastanneista ohjaus on sairaalahoidossa ollut tarpeeksi riittävää. Potilaista 87 % piti saamaansa ohjausta tärkeänä ennen sairaalaan tuloa. Potilaista 7 % ei ole saanut ohjausta ollenkaan. Potilaslähtöistä ohjausta sai 74 % kyselyyn vastanneista. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Kyselyyn vastanneiden tulosten mukaan sairaalaan tullessa ohjausta tulisi saada enemmän, mutta itse sairaudesta saatua ohjaamista on ollut riittävästi. Kuitenkin vaikka sairaudesta, sen hoidosta sekä oireista on saatu ohjaamista tarpeeksi, sairauden syistä, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista ohjaamista tulisi antaa enemmän. Tutkimuksen tuloksista selvisi myös, että jatkohoidon ohjaaminen on jäänyt puutteelliseksi osastoilla. Hoitojakson jälkeen kotiin päästessään potilaille ei vastausten mukaan ollut ohjattu mahdollisista ongelmista tai niiden ennaltaehkäisystä. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

Sairaalaan lähtövaiheessa on tärkeä tukea ohjauksen jatkuvuuteen avohoidossa. Koska hoitotaksot ovat lyhentyneet, hoitojakson aikana sairaus ja siitä saatu ohjaus ja mahdolliset uudet elämäntapaohjeet saattaa olla vaikea sisäistää akuutissa vaiheessa. Kirjallista materiaalia annetaan mahdollisuuksien mukaan, samalla tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta ja jatkohoidon tarpeesta. Jatkohoitoon liittyvät asiakirjat sekä kontrolliajat annetaan potilaalle ennen kotiin lähtöä. Epäselvistä asioista keskustellaan potilaan sekä omaisten kanssa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14–15.)

Sairaalaan lähtövaiheen ohjauksessa tulee selvittää potilaan jatkohoidon sekä mahdollisen tuen tarve. Kotiin päästessään potilas saattaa tarvita kotiapua, mikä mahdollistetaan tarpeen mukaan. Avuntarpeesta sekä sen toteuttamisesta keskustellaan sekä potilaan että omaisten kanssa. Vertaistuen tarpeesta on hyvä keskustella ja antaa yhteystiedot potilaan näin halutessa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 15.)

Kirsi Koivusen, Hannele Lukkarisen sekä Arja Isolan tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia (Hoitotiede 2003, 62) tarkoituksena oli kuvata potilaiden saamaa ohjausta leikkauksen jälkeisenä vuotena. Tutkimuksen tuloksissa eritellään miehet ja naiset omiin ryhmiinsä. Tuloksissa leikkauksen jälkeinen vuosi jaettiin kolmeen osaan, joissa jokaisessa on omat ohjaamisen vaatimuksensa. (Koivunen, Lukkarinen & Isola 2003, 62.)

Ohitusleikkauksesta kuntoutuminen oli jaettu kolmeen osaan niin naisten kuin miestenkin kuvailemana. Kuntoutumisen ensivaihe naisille oli kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen, miehille yksi kuukausi leikkauksen jälkeen. Miesten kuvailemana ohjaaminen ensivaiheessa sairaalassa oli ollut monipuolista. He olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Naiset kuvailivat saaneensa ohjausta lähinnä liikkumiseen, ja silloin tällöin riskitekijöistä ja oireista joita saattaa ilmaantua. (Koivunen ym. 2003, 65–68.)

Naisten kuntoutumisprosessin toinen vaihe oli fyysisen kunnon testausta ja palautumista. Miehille vaihe oli epävakampi, koska fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuntoutuminen vaihteli. Tämä vaihe kesti kuntoutumisen kahdeksanteen kuukauteen. Naisten toiveet saada ohjausta lisääntyivät. Kuitenkaan tarvitsemaansa ohjausta he eivät mielestään saaneet tarpeeksi. Miesten kohdalla ohjaamisen saaminen oli siitä kiinni, osallistuiko sydänyhdistyksen kokoontumisiin. Kokoontumisiin osallistuneet miehet pitivät kokemuksien jakamista ja luennoitsijoiden kuuntelemista erittäin antoisina. (Koivunen ym. 2003, 67–69.)

Kuntoutumisen viimeinen vaihe kesti yhdeksännestä kuukaudesta vuoden loppuun. Naisilla vaihe oli kriittinen, fyysinen kunto tuntui laantuvan. Miehillä viimeinen vaihe kuvailtiin seesteisemmäksi, omaan kuntoon alettiin jo luottaa, vaikka oireita saattoi edelleen ilmaantua. Ohjaamista ei terveydenhoitohenkilökunnalta saatu, ellei itse aktiivisesti osallistunut vertaisryhmätoimintaan. (Koivunen ym. 2003, 67–69.)

Tutkimusten tulokset saadusta ohjaamisesta osoittavat, että naisten toiveena olisi ollut saada ohjaamista enemmän koko kuntoutumisjakson ajan. Ohjaamista oli toivottu ja haettu, mutta sitä ei ollut saatavilla. Miehetkin toivoivat lisää ohjausta alkuvaiheessa, mutta kokivat, etteivät tarvineet ohjaamista enää kuntoutumisen loppuvaiheessa. Terveystieteiden ammattihenkilöiltä saatuun tiedon ja tuen määrään tämän tutkimuksen mukaan tulisi panostaa enemmän. (Koivunen ym. 2003, 70–71.)

Potilasohjaamisen onnistumisen arvioinnissa kirjaaminen on tärkeä työväline. Kirjaaminen aloitetaan laatimalla hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan on tärkeä kirjata potilaan lähtötilanne, ohjauksen tarve sekä jatko-ohjaustarpeet. Ohjaustarpeet sekä tavoitteiden asettaminen arvioidaan uudelleen hoidon jatkuessa. Jokaisen ohjaustilanteen jälkeen ohjaustilanteet sekä niiden kulku ja arvio ohjaustilanteesta kirjataan hoitosuunnitelmaan. (Iso-Kivijärvi ym.2006. 12–16.)

Osastovaiheessa kirjaamisessa huomioidaan potilaan oma näkemys toimia terveyttä edistävällä tavalla. Potilaan sairaalasta lähtiessä hoitosuunnitelmaan arvioidaan potilaan saama ohjaus kirjaamalla ohjauksen toteutus. Arviointiin kuuluu myös miten potilas on ohjauksen sisäistänyt sekä suunnitelmat avohoitoon tai muuhun mahdolliseen jatko-ohjaukseen. ( Iso-Kivijärvi ym.2006. 12–16.)

#### 4.5 Kirjallinen potilasohje

Kirjallinen potilasohje on noussut tärkeään osaan sairaalahoidossa. Tämä johtuu lyhentyneistä sairaalahoitajaksoista, jolloin aikaa henkilökohtaiseen ohjaamiseen on vähän. Kirjalliselle potilasohjeelle vaatimuksia ovat yleiset vaatimukset, sisältövaatimukset ja ulkoiset vaatimukset. Kirjalliseen ohjeetta laatiessa tulee ottaa huomioon vaatimusten jokainen kohta, jotta ohje olisi potilaalle mahdollisimman hyödyllinen. ( Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 66–68.)

Yleisiin vaatimuksiin kuuluu kirjallisissa ohjeissa olevat tieto. Tieto kirjallisissa ohjeissa tulee olla oikeaa. Kirjallisten potilasmateriaalien tulee olla myös kirjoitettu selkeästi. Kirjoitus ei saa olla käskymuodossa, vaan ohjeiden tulee noudattaa tapaa, jolla potilaan itsemääräämisoikeus säilyy. Itsemääräämisoikeus säilyy potilaan tietäessä sairaudesta, sen hoidosta sekä hoitomahdollisuuksista. ( Alaperä, ym. 2006, 66.) Kirjallisen potilasohjeen on tärkeä olla ymmärrettävä, ja tekstin merkitys tulla selkeästi esille (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 18).

Sisältövaatimuksiin kuuluvat laitoksen tavoitteet ohjata potilaat toimimaan oikein ja tiedon välittäminen potilaalle. Sisältövaatimuksissa kirjallisessa ohjeessa tulee olla tekijän nimi. Potilasohjeessa tulee selvittää, kenelle se on tarkoitettu sekä milloin se on tehty. Passiivimuoto sekä teitittely ovat toivottuja muotoja. Kirjallisessa ohjeessa tiedon esitysjärjestykseen kannattaa huomioida: tärkein tieto kannattaa aina kirjoittaa ensin. Näin varmistetaan, että asiakkaat jotka lukevat vain alun, saavat tärkeimmät asiat tietoonsa. Otsikot sekä väliotsikot selkeyttävät potilasohjetta, sekä kuvien käyttö herättää mielenkiintoa. Kirjallisen potilasohjeen tulee olla tekijänsä näköinen ja lukijaansa puhutteleva teos. (Alaperä ym. 2006, 67.)

Kirjallisen ohjeen ulkoasu on tärkeä. Rauhallinen, selkeä ohje palvelee ja kiinnostaa lukijaansa enemmän kuin täyteen kirjoitettu. Tämän vuoksi liiallista kuvien käyttöä tulee välttää. Tekstin asettelua kannattaa miettiä tarkkaan. Värien käyttöön ja paperin laatuun kannattaa panostaa, koska mattapintaista paperia on helpompi lukea. Värit saattavat herättää lukijassa erilaisia tunteita, minkä vuoksi väriä kannattaa käyttää ainoastaan korostamaan tärkeitä kohtia, ja kirjallinen ohje muuten pitää neutraalin värisenä. Kirjaintyyppiä valitaan selkeä tyyli, jotta teos pysyy helpolukuisena. (Alaperä ym. 2006, 68.)

#### 4.6 Tahdistinpotilaan ohjaus

Tahdistin ei vaikuta normaaliin, jokapäiväiseen arkeen. Tahdistimen kanssa voi matkustaa, tehdä kotitöitä, sauna- ja uida. Omien tuttujen harrastusten pariin saa palata. Liikuntaa harrastaessaan tulee kuitenkin varoa, ettei venytä olkaniveltä tai kättä voimakkaasti. Mahdollinen ampumaharrastus huomioidaan tahdistimen asennusvaiheessa. Rytmihäiriötahdistimen asennuksen jälkeen autolla ajaminen on kielletty noin kuuden kauden ajan. (Paukama 2010, 64-65.)

Kauppojen varashälyttimien läpi saa kulkea normaalisti, mutta niiden läheisyyteen ei saa jäädä seisomaan. Lentokentän turvatarkastus saattaa laukaista turvatarkastuksessa hälytyksen. Tämän vuoksi on näytettävä tahdistinkortti, jolloin turvatarkastus tehdään käsin. Metallinpaljastimella tahdistinpotilasta ei saa tutkia. Kodinkoneita saa käyttää normaalisti, kunhan ne ovat maadoitettu ja toimivat moitteettomasti. Matkapuhelimen käyttöön ei ole rajoitteita, mutta sen säilyttäminen kannatta pitää 15cm päästä tahdistimesta. Käynnissä olevan auton lähellä ei saa olla, jos konepelti on auki. Sähkölinjojen sekä voimajohtojen läheisyydessä oleskelua ei suositella. Sairaalaolosuhteissa eräät toimenpiteet sekä laitteet haittaavat tahdistimen toimintaa. Tämänlaisia toimenpiteitä ovat mm. magneettikuvaus, joka tahdistinpotilaalta on täysin kielletty. (Paukama 2010, 64.)

Tahdistinoperaatiosta saa mukaansa tahdistinkortin. Tahdistinkortti on pidettävä aina mukana. Korttia on näytettävä kaikille lääkäreille, joiden hoidon piirissä käy. Tahdistinkortissa näkyy tahdistimen asennuspäivä, tahdistimen tiedot sekä potilasta hoitavan sairaalan yhteystiedot. (Paukama 2010, 63.)

Rytmihäiriötahdistinpotilaalle tahdistimen toiminnan käynnistyminen saattaa pelästyttää. Ohjaustilanteessa läheisille sekä potilaalle neuvotaan, miten toimia tahdistimen toimimisen jälkeen. Potilaan kannattaa mahdollisuuksien mukaan mennä istumaan tai makaamaan. Jos potilas on tajuton, kannattaa varautua elvytykseen. Hoitavaan laitokseen tai ensiapuun tulee välittömästi ottaa yhteyttä, jos potilaan tila sähköisen toiminnan jälkeen on huonovointinen. (Paukama 2010, 65.)

Tahdistimen toimintaan saattaa tulla häiriöitä. Tällöin syke saattaa muuttua epäsäännölliseksi tai pätkiväksi. Sähkövirta saattaa myös vuotaa rintalihakseen tai palleaan. Tällöin oireena ovat rintalihaksen tai pallean nykinä. Komplikaatioina saattaa myös ilmetä ihon kiristyminen tai tulehdus tahdistimen ympärillä. Tahdistinoireyhtymä on myös mahdollinen komplikaatio. Hoitopaikkaan tulee ottaa yhteyttä jos huomaa rytmin muuttuneen epäsäännölliseksi. Ihoa kannattaa tarkkailla, ja oireita ilmetessä ottaa yhteys lääkäriin. Hoitavaan lääkäriin kannattaa myös ottaa yhteys jos ilmaantuu nykinää, tai ennen tahdistinhoitoa aloitetut oireet palaavat. Tykytystuntemusten, pyörtyilyn, huomauksen sekä huonon olon tullessa normaaleissa arkiaskareissa hoitavaan laitokseen tulee ottaa yhteyttä. (Paukama 2010, 64–65.)

Tahdistinpotilaan ohjauksen tukena on hyvä käyttää kirjallista materiaalia. Tahdistinyhtiö Medtronic on valmistanut monia hyviä tahdistinoppaita tahdistinpotilaille. Oppaissa löytyy kaikki tarvittava tieto sydämen toiminnasta, tahdistimen toiminnasta sekä elämästä tahdistimen kanssa. Medtronicilta on saapunut oppaita vuonna 2000 Sydämentahdistin, mitä potilaan tulee tietää, 2002 Biventrikulaarinen tahdistin sydämen vajaatoiminnan hoitoon sekä 2005 Rytmihäiriötahdistin, mitä potilaan tulee tietää.

## 5 OPINNÄYTEYÖN PROSESSIN KUVAUS

### 5.1 Kvantitatiivisen tutkimuksen kulku

Tutkimuksen kulku aloitetaan tilastotiedon hankkimisesta. Tilastotiedon hankkiminen selvittää alustavasti, mihin tutkimuksen kulku on suunnattu. Tiedon on oltava mahdollisimman uutta, ja tietoa tulee olla riittävästi. Tutkimuksessa, jossa tilastotieto kerätään itse, tarkoituksena on löytää tutkimuksen ratkaisu tai tunnistaa mahdollinen ongelma. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 14.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeä vaihe on tutkimukseen osallistuvien valinta. Tutkimus keskittyy aina tiettyyn kohteeseen, tällä tarkoitetaan perusjoukkoa. Jos perusjoukko on liian laaja, on siitä valittava mahdollisimman edustava joukko tutkimukseen nähden, eli otos. Tämä otos edustaa koko perusjoukkoa. (Holopainen ym. 2004, 14–15.) Tahdistinpotilaan ohjaaminen kyselylomakkeet jaetaan mahdollisimman monelle tahdistinhoidossa olevalle potilaalle. Kyselylomakkeen jakamisesta on laadittu tiedote kyselylomakkeen jakajille LIITE 1. Kyselylomakkeiden määrä on täysin riippuvainen osastolla käyvien potilaiden määrästä, ja siitä, onko osastolle tulossa yhtään tahdistinpotilasta.

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineisto voidaan hankkia kyselylomakkeiden avulla. Tutkimusmenetelmän mittaamisen valinnassa on huomioitava, että mittari jota päätetään käyttää, on luotettava, sekä mahdollinen toteuttaa. (Tutkimusasetelma, Research design, 2010.) Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeen LIITE 2 avulla. Kyselylomakkeessa on sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Kysymykset ovat laadittu tahdistinpotilaalle, koskien heidän saamaansa tahdistinohjausta. Kyselylomakkeessa on yhteensä 20 väittämää. Väittämistä valitaan lähinnä omaa mielipidettä oleva kohta. Väittämien vastauskohtine vaihtoehdot ovat 5 = Täysin samaa mieltä, 4 = samaa mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 2 = eri mieltä ja 1 = täysin eri mieltä. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeen lopussa on kaksi. Tilaa on jätetty kyselylomakkeen loppuun mahdollisille perusteluille ja kommenteille kyselylomakkeen vastuksista.

Kyselylomakkeen saavat täyttää kaikki potilaat, jotka ovat tahdistinhoidossa. Kyselylomakkeisiin vastaaminen on vapaaehtoista, ja vastaajan henkilötiedot pysyvät salaisina. Kyselylomakkeiden jakaminen tapahtuu Kanta-Hämeen keskussairaalassa osastolla 6B. Kyselylomake jaetaan tahdistinhoitoa saaville potilaille. Vastaajien otos on n. 20–30. Kyselylomakkeet on tarkoitus jakaa kesällä 2010 neljän viikon ajan.

Kyselylomakkeiden palauttaminen tapahtuu osastolla olevaan kyselylomakkeille osoitettuun laatikkoon. Laatikko avataan vasta kyselylomakkeiden palauttamisen loppumisajankohdan jälkeen. Lomakkeessa ei kysellä



nimiä, osoitteita tai mitään, mistä voisi saada selville kyselyyn vastanneen henkilötiedot.

Kyselylomakkeista saatu aineisto ja sen analysointi auttaa löytämään vastaukset tutkimusongelmiin. (Esittäminen ja analysointi, 2010). Kaikkien vastausten saapuessa aineisto analysoidaan kyselylomakkeet lukemalla ja kirjaamalla jokaisen erikseen läpi, ja käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Vastaukset esitetään prosentein ja sanallisesti analysoimalla. Tavoitteena saaduista tutkimustuloksista on tehdä sydänosaston hoitajille raportti. LIITE 3 Raportissa selvennetään, minkälaista ohjaamista tahdistinhoidossa olevat ovat mielestään saaneet, sekä raportoidaan, mitä mahdollisesti kannattaa kehittää tahdistinohjausta annettaessa.

## 5.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2009 aiheen valitsemisella. Kesätöissä Kanta-Hämeen keskussairaalassa sydänosastolla 6B kerrottiin kiinnostuksesta tahdistinpotilaan ohjaamiseen liittyvään kyselyyn. Itselläni oli myös kiinnostusta kyseiseen aiheeseen oman kokemuksen kautta, koska läheiseni oli tahdistinhoidossa. Tutkimus suunnattiin tahdistinpotilaille, sekä kyselylomakkeet jaettaisiin tällöin heille. Tahdistinpotilailta saataisiin varma ja suora tieto, minkälaisena he ovat tahdistinohjaamisen kokeneet. Opinnäytetyön tavoitteena onkin selvittää, minkälaista on tahdistinohjaamisen laatu potilaiden mielestä.

Opinnäytetyön teorian tiedon kerääminen sekä työstäminen alkoivat syksyllä 2009 ja jatkui tammikuulle 2011 asti. Teoriatietoa tuli hankittua paljon kirjastoista. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käydään läpi sydän, sydämen rytmihäiriöt joissa tahdistinhoitoa tarvitaan, tahdistinhoito, tahdistinpotilaan ohjaaminen sekä potilaan ohjaaminen. Koska kyseessä on ohjaamista koskeva opinnäytetyö, ohjaaminen on suuressa osassa teoriaosuutta. Lähteiden valitsemisessa tärkeää oli uusi, päivitetty, sekä luotettava tieto. Internet-lähteissä tärkeä oli lähteen luotettavuus.

Teoriaosuuden valmistuttua osittain alkoi kyselylomakkeen työstäminen. Kyselylomake valmistui keväällä 2010. Kyselylomakkeessa on yhteensä 18 suljettua kysymystä, sekä kaksi avointa kysymystä, ja mahdollisuus kirjoittaa oma mielipiteensä loppuun. Suunnitelmaseminaari pidettiin syksyllä 2010. Tämän jälkeen lähetin tutkimuslupa-anomuksen eettiselle lautakunnalle. Eettiseltä lautakunnalta sain tutkimusluvan lokakuussa 2010.

Tutkimuksen aloittaminen sekä kyselylomakkeiden jakaminen alkoi 1.11.2010 ja kyselylomakkeita jaettiin neljä viikkoa, 29.11.2010 asti. Kyselylomakkeita jaettiin Kanta-Hämeen keskussairaalassa sisätautien osastolla 6B, sekä sisätautien poliklinikalla. Kyselylomakkeita laitettiin jakoon yhteensä 40 kopiota, ja vastauksia saatiin 25 kappaletta. Vastauksista enemmistö saapui poliklinikalta, koska osastohoidossa tahdistinpotilaita oli niukasti.

Aineiston analysointi alkoi välittömästi kyselylomakkeiden palautuksen jälkeen. Apuna käytin SPSS-ohjelmaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös informoida hoitajia, minkälaista tahdistinohjaaminen potilaiden mielestä on. Kyselylomakkeiden analysoinnin jälkeen tutkimustuloksista tehtiin sydänhoitajille, sekä poliklinikan hoitajille tiivistelmä tahdistinpotilaiden vastauksista. Analysoinnin jälkeen alkoi opinnäytetyön viimeistely sekä tarkistaminen. Tiivistelmän, johdannon ja abstraktin kirjoitin viimeisenä. Valmiin työn esittäminen sekä kypsyysnäytteen kirjoittaminen tapahtui tammikuussa 2011.

## 6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAN MÄÄRITTELY

Tahdistinpotilaan ohjaaminen opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, minkälaisena potilaat ovat kokeneet saamansa tahdistinohjaamisen. Opinnäytetyön aineiston analysoinnin jälkeen tuloksista tehdään sydänosastolle tiivistelmä tahdistinpotilaiden vastauksista. Tutkimusongelmia ovat:

Mistä tahdistinhoitoon liittyvistä asioista tahdistinpotilaat ovat saaneet ohjausta?

Minkälaisista tahdistinhoitoon liittyvistä asioista ohjaamista olisi saanut olla enemmän tai selkeämmin?

Minkälainen tilanne tahdistinohjaaminen oli?

## 7 ANALYSOINTI JA TULOKSET

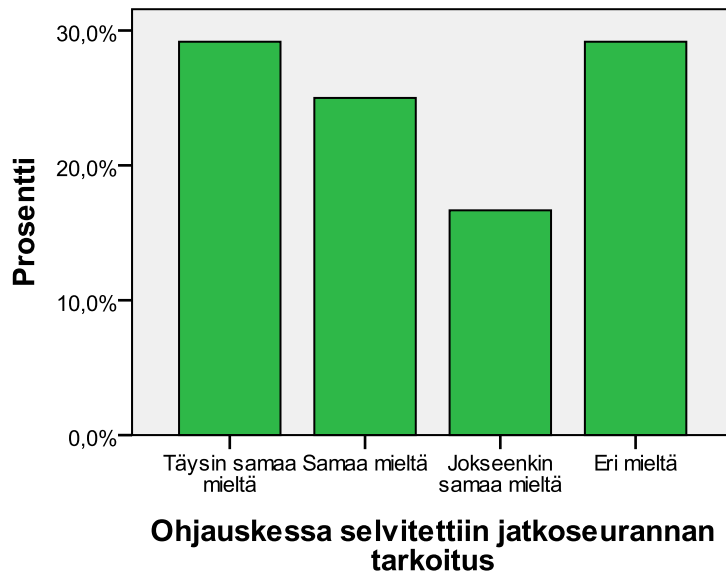
Tahdistinpotilaan ohjaaminen -kyselylomakkeita annettiin jakoon 40 kappaletta. Tahdistinkyselyyn saatiin vastauksia 25 kappaletta, joista yksi oli jäänyt kesken. Vastanneiden osuudesta yhdeksän vastausta (36 %) saatiin naisilta sekä 16 vastausta (64 %) miehiltä. Kyselylomakkeiden jakaminen sekä niihin vastaaminen kesti neljä viikkoa, 1.11.2010–29.11.2010. Tahdistinkyselyn lomakkeet analysoitiin SPSS- ohjelman avulla.

Tahdistinkyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 59 vuotta. Vastanneista miesten keski-ikä oli noin 56 vuotta sekä naisten keski-ikä 64 vuotta. Tahdistinohjausta kyselyyn vastanneet olivat saaneet sisätautien osastolla, sisätautien poliklinikalla sekä osa vastanneista ilmoitti saaneensa ohjausta sekä osastolla että poliklinikalla. Vastanneista 20 % kertoi saaneensa ohjausta sekä poliklinikalla että sisätautien osastolla, 32 % osastolla ja 36 % poliklinikalla. 12 % vastanneista ei ilmoittanut missä oli ohjausta saanut.

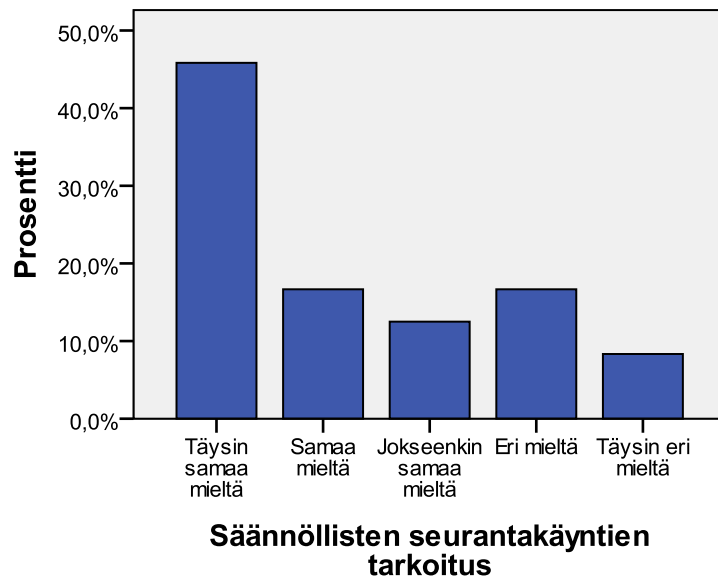
Tahdistinkyselyn tuloksista selvisi, että enemmistö vastaajista, 60 %, oli tahdistinhoidon piirissä rytmihäiriöiden vuoksi. 24 % vastaajista oli vajaa-toiminnan vuoksi tahdistinhoidossa, sekä 16 % sydämen hidasleyöntisyyden vuoksi. Rytmihäiriöiden prosentuaaliseen lukuun on myös laskettu vastaukset, joissa on vastattu sydämen hidasleyöntisyys sekä rytmihäiriö tai totaaliblokki.

Kyselyn mukaan ohjausta tahdistimen toiminnasta on ollut suhteellisen riittävästi. 36 % vastanneista oli täysin samaa mieltä, 20 % samaa mieltä sekä 20 % jokseenkin samaa mieltä. Murto-osa vastanneista ei mielestään ollut kuitenkaan saanut ohjausta tahdistimen toiminnasta. Sydämen sähköinen toiminta on selvitetty ohjaamistilanteissa kohtuullisen hyvin, koska 72 % vastanneista vastasi jokseenkin samaa mieltä, samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Tahdistinhoidon aihe on myös selvitetty hyvin, vastanneista lähes puolet, 44 %, vastasi täysin samaa mieltä, 24 % samaa mieltä ja 12 % jokseenkin samaa mieltä. Tahdistinoperaation kulku on myös selvitetty, 32 % oli täysin samaa mieltä 16 % samaa mieltä ja 28 % jokseenkin samaa mieltä. Tahdistinkortin merkitys on asiakkaiden mielestä kerrottu suhteellisen hyvin: Yksi kolmasosa vastaajista (32 %) on täysin samaa mieltä ja 24 % samaa mieltä sekä 12 % jokseenkin samaa mieltä.

Säännöllisten seurantakäyntien tarkoituksesta poliklinikalla on kerrottu hyvin, koska 44 % vastanneista on täysin samaa mieltä, ja yksi kolmasosa vastaajista ovat samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Ensimmäisen jatkoseurannan tarkoituksesta osa vastaajista ei ollut saanut ohjausta ollenkaan. Vastaajien jakauma on suuri, koska vastaajista lähes yksi kolmasosa olivat joko täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä. Kaaviot molemmista vastauksista selventävät erimielisyydet vastaajien kesken. Kaava 1 kertoo ensimmäisen jatkoseurannan tarkoituksesta saadusta ohjauksesta sekä seuraava kaavio säännöllisten jatkoseurantojen tarkoituksesta saadusta ohjauksesta.

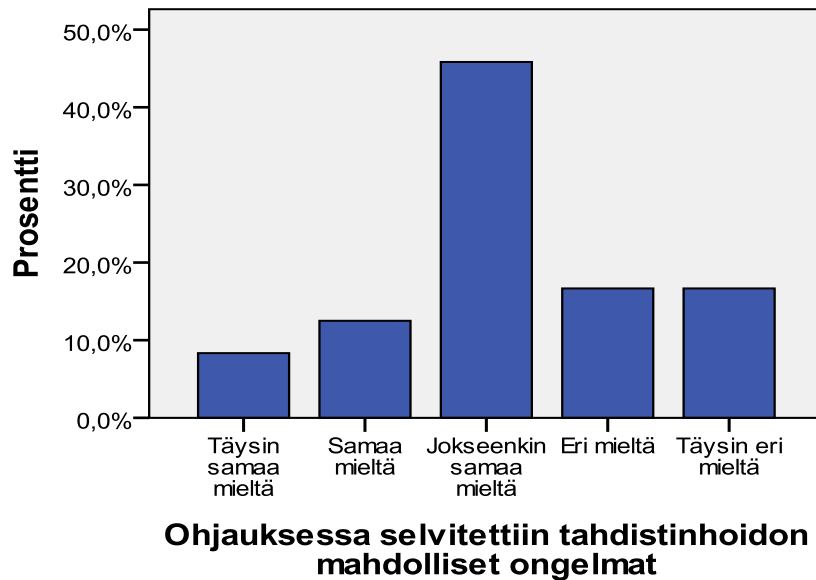


*Kaava 1 Ensimmäisen jatkoseurannan tarkoitus*



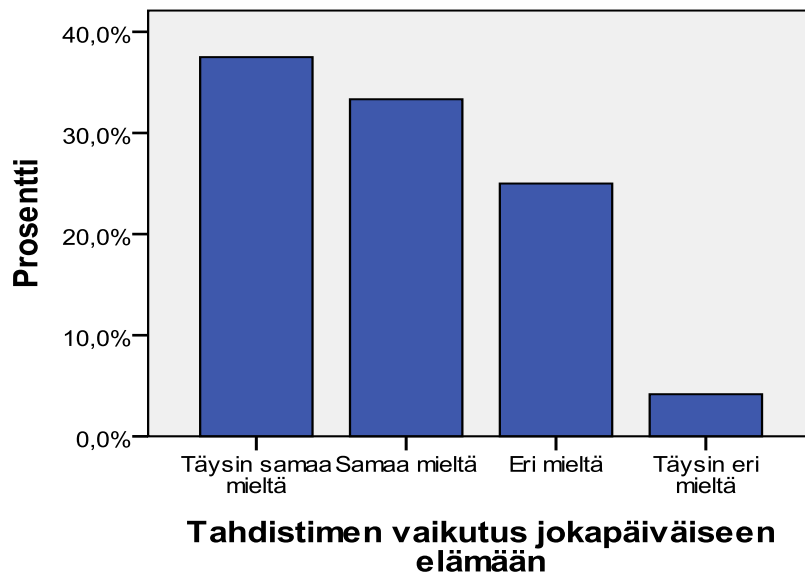
*Kaava 2 Säännöllisten jatkoseurantakäyntien tarkoitus*

Enemmän ohjaamista suljettujen kysymysten analysoinnin mukaan olisi saanut olla tahdistinhoidon mahdollisista ongelmista. Jokseenkin samaa mieltä vastanneista oli lähes puolet sekä eri mieltä ja täysin eri mieltä jopa yksi kolmasosa vastanneista. Kaaviossa näkyy vastaajien jakauma tahdistinhoidon ongelmista saadun ohjaamisen suhteen.



Kaava 3 Jakauma vastaajien mielestä ohjauksesta tahdistinhoidon ongelmista

Tahdistinhoidon vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään ohjaamista olisi kaivannut 28 % vastanneista, joista 24 % ohjaamisesta eri mieltä ja 4 % täysin eri mieltä. Kuitenkin kolmasosa vastanneista oli sitä mieltä että ohjaamista oli ollut ja 36 % sitä mieltä että ohjaamista oli ollut täysin kattavasti. Mielenpiteet jakaantuivat tässä kohtaa. Kaavassa näkyy selkeä jakauma.

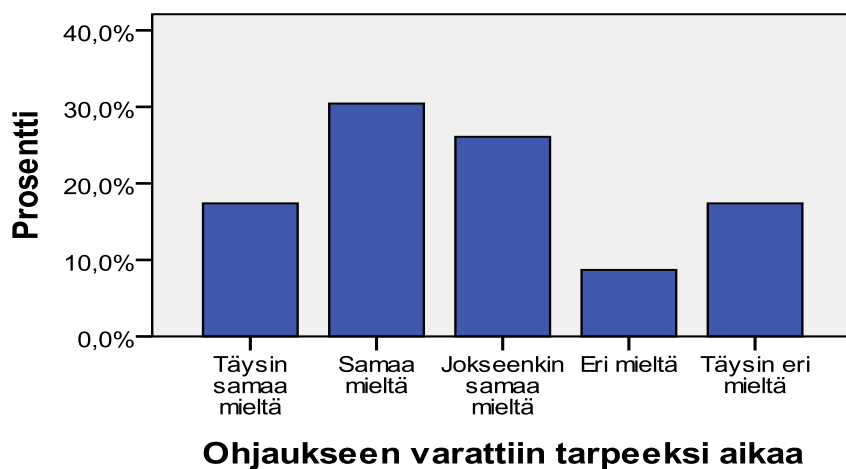


Kaava 4 Jakauma vastaajien mielipiteestä tahdistinohjauksesta jokapäiväiseen elämään

Tahdistinkyselyyn vastanneista 20 % ei ollut saanut ohjausta siitä, missä tilanteessa on hyvä ottaa yhteys lääkäriin. 16 % vastanneista oli samaan kohtaan myös vastannut, että ohjaamista ei ollut tarpeeksi, ja 16 % oli jokseenkin saanut ohjausta. Kyselyn mukaan kuitenkin yli puolet oli sitä

mieltä, että ohjausta olisi saanut olla enemmän siitä, milloin on syytä ottaa yhteys lääkäriin.

Ohjaaminen on vastanneiden mukaan ollut selkeää. Ainoastaan 8 % vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaamistilanne on ollut joko erittäin epäselvä tai epäselvä. Ohjaamisen kattavuudesta mielipiteet jakaantuvat: 16 % ajattelee ohjaamisen olleen erittäin kattavaa ja 16 % kattavaa, 20 %:n mielestä ohjaaminen on ollut jokseenkin kattavaa, mutta yksi neljäsosa vastaajista on eri mieltä ja 16 % täysin eri mieltä. Suurin osa vastanneista on ollut sitä mieltä, että ohjaamistilanne on ollut rauhallinen. Ohjaamiseen on vastanneiden mielestä varattu suhteellisesti tarpeeksi aikaa. Vastanneista 24 % oli jokseenkin samaa mieltä sekä 8 % eri mieltä ja jopa 16 % täysin eri mieltä. Kaavassa näkyy selkeä jakauma vastanneiden mielipiteistä siitä, miten he ovat ohjaustilanteen kokeneet.



Kaava 5 Jaukauma vastaajien mielipiteestä tahdistinohjaamiseen ohjaukseen varattua ajasta

Avoimissa kysymyksissä yritettiin selvittää, minkälaisista asioista tahdistinohjaamista olisi saanut olla enemmän tai selkeämmin sekä onko ohjaamista ollut asiakkaan mielestä tarpeeksi. Myös yritettiin kartoittaa mitkä asiat vaikuttivat siihen menikö ohjaaminen hyvin vai huonosti. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että olisi itse pitänyt osata kysyä asioista. Erään asiakkaan mielipiteenä oli, että kaiken sai ottaa itse selville, kunnes lääkäri vaihtui, minkä jälkeen ohjaamista oli saanut enemmän. Tahdistimen toiminnasta, sydämen toiminnasta sekä tahdistinhoidon ongelmista saisi muutaman asiakkaan mielestä olla enemmän ohjausta. Myös potilaan valmistamisesta sekä tahdistimen asennuksen syistä olisi haluttu tietoa. Eräs toivoi enemmän informaatiota tahdistimen vaikutuksesta työhön, mitä saa ja mitä ei saa tehdä. Ohjeita tahdistimen vaikutuksesta päivittäiseen elämään olisi toivottu enemmän. Eräiden vastaajien mukaan ohjausta olisi saanut olla enemmän kaikista tahdistimeen liittyvistä asioista. Ohjaamistilanteeseen olisi kaivattu myös omaisten huomioimista ja ottamista mukaan.

Ohjaamiseen laatuun heikentävinä vaikuttavia tekijöitä lueteltiin kiire sekä oma aloitteisuuden puute. Oma-aloitteisuudella tarkoitettiin sitä, että ei

osattu kysyä ohjaamistilanteessa tahdistimeen liittyvistä asioista. Osa vastaajista kertoo tahdistinohjaamisen olleen osittain huonoa, eikä tarpeeksi tietoa annettu. Vastaajista monen mielestä ohjaaminen on kuitenkin mennyt hyvin, eikä ongelmia tahdistinhoidossa ole ollut. Ohjausta on ollut tarpeeksi sekä tahdistinvihosta on ollut apua ja vihossa on ollut paljon tarpeellista tietoa.

Avoimiin kysymyksiin vastaamatta jättivät kaikista vastaajista 28 %. Miesten osuudesta 25 % eivät vastanneet avoimiin kysymyksiin ja naisista vastaamatta jätti 33 %. Miesten vastausosuus avoimiin kysymyksiin oli siis suurempi, kuin naisten.



## 8 POHDINTA

Opinnäyteyön tutkimuksen vastausten mukaan asiakkaat ovat saaneet ohjausta useimmiten osastolla tai poliklinikalla. Vastaajista ainoastaan 12 % ei ilmoittanut, missä olivat ohjausta saaneet. Kuitenkin vastausten perusteella heitä oli ohjattu jossain vaiheessa tahdistinhoitoa. Jopa 20 % vastanneista ilmoitti saaneensa ohjausta sekä osastolla että poliklinikalla, mikä antaa todella positiivisen kuvan ohjaamisen määrästä. Ohjaamista tapahtuu siis osastoilla että poliklinikoilla.

Tahdistinkyselyn tuloksista ilmenee, että potilaat ovat hyvin tietoisia min-kä vuoksi heille tahdistin on asennettu. Kyselylomakkeessa jokainen oli vastannut, oliko tahdistin asennettu sydämen hidasyöntisyyden, rytmihäiriöiden vai vajaatoiminnan vuoksi. Osa vastaajista oli kuitenkin osittain epätietoisia, koska vastauksissa muutamassa oli vastattu kahteen kohtaan. Näissä tapauksissa sairauden luonne on saattanut muuttua hoidon aikana, tai sydämen hidasyöntisyys aiheuttanut rytmihäiriön, jolloin tarkkaa tietoa syystä ei ole.

Tahdistinohjauksessa on käyty läpi suhteellisen kattavasti monta osa-alueita. Tahdistimen toiminnasta on ohjausta saatu vastaajien mukaan erittäin hyvin, koska kolmasosa vastaajista vastasi jokseenkin samaa mieltä tai enemmän. Sydämen sähköinen toiminta on selvitetty ohjaamistilanteissa erittäin hyvin, koska 72 % vastanneista vastasi jokseenkin samaa mieltä, samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Tämän mukaan suuri osa vastaajista siis on saanut ohjausta ja ymmärtänyt, miten sydän toimii, sekä miten tahdistin vaikuttaa sydämeen. Tahdistinhoidon aihe on myös selvitetty vastaajille hyvin, sekä operaation kulku oli monelle ohjattu. Osa vastaajista ei ollut saanut operaation kulusta ohjausta, mutta tähän kohtaan täytyy tietenkin huomioida se asiakkaiden määrä, jotka ovat joutuneet operaatioon hätätilanteen vuoksi, jolloin ohjaamiseen ei ole aikaa.

Säännöllisten seurantakäyntien tarkoituksesta poliklinikalla on kerrottu hyvin, koska suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä. On tietenkin tärkeä ohjata seurantakäyntien tarkoitus ja tärkeys, jotta potilaat saapuvat poliklinikkakäynneille, ja että he tietävät mitä käynnillä tulee tapahtumaan. Tahdistinkortin merkitys on asiakkaiden mielestä kerrottu suhteellisen hyvin, kysymystä olisi voinut tarkentaa, pitävätkö asiakkaat tahdistinkorttia mukanaan aina, vai säilyttävätkö he korttia kotonaan.

Yllättävää oli, että vastausten perusteella ohjaamista kaivattiin enemmän tahdistinhoidon mahdollisista ongelmista sekä tahdistimen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. Vaikka vastausten perusteella 36 % on saanut ohjausta riittävästi, yksi neljäsosa vastanneista eivät olleet ohjasta saaneet. Teoreettisessa viitekehysessä tärkeimmäksi ohjaksen osa-alueeksi nousivat juuri nämä tahdistinhoitoon liittyvät asiat. Eräs asiakas pohti avoimissa kysymyksissä, minkälaista työtä saa tehdä, ja mitä ei saa tehdä. Noin puolet vastanneista olisi kaivannut ohjausta myös siitä, milloin ottaa yhteys lääkäriin. Tahdistinhoidossa on ohjaamisen kannalta mielestäni juuri tärkeä selvittää ongelmatilanteet, ja miten niitä voi välttää. Maria Kääriäisen,

Helvi Kyngään, Liisa Ukkolan sekä Kaarina Torpan tutkimuksessa ”Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta” vastaukset hoidonjälkeisen voinnin ohjaamisesta viittaavat samaan ongelmaan. Ohjausta oli saatu riittämättömästi hoidon jälkeisistä ongelmista sekä niiden ehkäisystä. Tässä tutkimuksessa myös korostettiin hoidonjälkeisen ohjauksen merkitystä. Monet vastaajista olivat kaivanneet selvästi lisäohjausta mahdollisten ongelmien ennaltaehkäisystä.

Ohjaamistilanteet olivat vastaajien mukaan yleensä ottaen selkeitä sekä rauhallisissa, ja aikaa oli varattu suhteellisesti tarpeeksi. Vastausten perusteella aikaa ohjaamiseen voitaisiin varata enemmänkin. Kääriäisen ym. tutkimuksessa todettiin myös, että aikaa ohjaukseen ei ollut käytetty riittävästi. Valitettava totuus kuitenkin taitaa olla, että varsinkin osasto-olosuhteissa aikaa ohjaukseen ei muun työn ohessa riittävästi jää.

Tahdistinohjaamisen kattavuudesta mielipiteet jakaantuivat. Vastaus riippuu tietenkin myös asiakkaasta: kaipaako hän kattavaa ohjausta vai riittääkö suppeampi kuva hoidosta. Kirjallisen materiaalin antaminen on tämän vuoksi suositeltavaa ja kannattavaa. Kirjallista materiaalia myös eräs vastaaja kehui, ohjeet ovat olleet selkeitä ja asiat tulleet hyvin esille. Kirjallisen materiaalin antaminen nyky-yhteiskunnassa on tärkeää, koska sairaalajaksot ovat tosiaan lyhyitä. Teoriaosuudessa kirjallisen materiaalin sekä sen sisällön tärkeyttä käytiin läpi. Potilaille on hyvä olla kotiin vietävänä ohjeita sekä tietoa. Kotona tietoon voi paremmin keskittyä, ja jatkos- kysyä poliklinikalla mahdollisia epäselviä asioita.

Avoimissa kysymyksissä osa asiakkaista teki rehellisen huomautuksen itsestään: olisi pitänyt olla itse enemmän läsnä ja kuunnella, sekä osata kysyä. Oma-aloitteisuutta ei ollut riittävästi. Tämä tietenkin vaikuttaa sekä ohjattavaan että ohjaajaan, kuunteleeko asiakas ohjausta vai ovatko ajatukset muualla. Akuutissa tilanteessa ohjaamista kannattaakin antaa vähän sekä harkiten, koska asiakkaan ajatukset saattavat hyvin olla muualla, eikä keskittyminen riitä. Henkiseen tukeen sekä hoidosta ja tutkimuksista kertomiseen kannattaa tällöin panostaa. Jatkossa ohjaamista kannattaa antaa usein, sekä ennen ohjaamistilanteita asiakasta kannattaa kehottaa miettimään kysymyksiä ja kirjoittamaan niitä ylös, sekä antaa ohjattavasta aiheesta luettavaa. Aina asiakas ei osaa kysyä oikeita kysymyksiä, jollei hän tiedä ohjattavasta aiheesta mitään.

Eräs kyselylomakkeeseen vastannut asiakas teki hyvän huomautuksen omaisten ottamisesta ohjaukseen mukaan. Hänen mielestään olisi ollut erittäin hyvä ottaa myös omaisia ohjaukseen mukaan, ja antaa heillekin tietoa. Hänen kohdallaan omaisia ei ollut otettu ohjaamiseen mukaan ollenkaan, ja usein omaisia ei huomioida poliklinikkakäynneillä tai osastohoidossa ollessa. Teoriaosuudessa kävin läpi omaisten ohjaamisen tärkeyttä. Tämä vastaus vahvisti teoriaa siitä, että omaisia kannattaa huomioida mahdollisimman paljon, ja ottaa mukaan sekä hoitoon että ohjaamiseen. Omaiset ovat myös halukkaita tietämään potilaalle tapahtuvista asioista, mutta myös siitä, mitä jatkossa tapahtuu. Omaisille saattaa myös tieto jäädä paremmin ohjaustilanteessa mieleen, sekä heille saattaa tulla mieleen

kysymyksiä, joita potilaalle ei tilanteessa vielä tullut. Omaisten ohjaaminen auttaa potilasta monella tavalla.

Avoimien kysymysten mukaan asiakkaiden mielestä tahdistimen kanssa eläminen on mennyt hyvin, sekä ohjaamista on ollut riittävästi. Osa kirjoitti myös avoimiin kysymyksiin, että tahdistimen vaikutuksesta elämään olisi saanut olla enemmän tietoa, sekä tahdistinhoidon ongelmista. Avoimissa kysymyksissä vastauksia saatiin laajasti, jokaisella avoimeen kysymyseen vastaajalla oli hieman oma toive, mitä ohjausta olisi saanut olla enemmän. Kuitenkin pääpiirteittäin ohjaamista olisi toivottu enemmän näistä asioista.

Tutkimuksen alkamisen jälkeen ilmaantui muutamia ongelmakohtia. Kyselylomake koettiin osittain liian pitkänä. Kyselylomakkeeseen vastaamisessa koettiin ongelmallisena se, että poliklinikalla aikaa ennen lääkärille pääsyä ei välttämättä ole kovinkaan paljon. Yksi lomake oli jäänyt osittain täyttämättä tämän vuoksi. Kohtaan neljä oli myös toisilla vastaajilla hankala vastata, koska eivät tarkalleen tieneet syytä tahdistimen asennuksen aiheesta.

Tutkimuksen luotettavuus on kyselylomakkeiden määrän vuoksi hankala todeta. Kyselylomakkeiden vastausten määrä on suhteellisen pieni, ja tämänlaisesta otoksesta on hankala määritellä onko tutkimus luotettava. Kuitenkin se, että vastaukset mm. avoimiin kysymyksiin olivat yhdenmukaisia todistaa, että ohjausta tahdistinhoidon eri osa-alueista olisi toivottu enemmän. Tahdistinpotilaiden osuus osastolla oli pieni kyselylomakkeiden jakamisen ajankohtana. Poliklinikalta tahdistinkontrollissa käyneiltä vastauksia saatiin huomattavasti enemmän.

Yhteenvedona kaikista tuloksista voi sanoa, että ohjaaminen on ollut suhteellisen kattavaa. Mielipiteet jakaantuvat eräissä kohdissa laajasti, kuten kohdassa tahdistimen vaikutus jokapäiväiseen elämään. Vastaajien mukaan ohjaaminen on mennyt kohtuullisen hyvin. Kukaan ei vastannut, että ohjaaminen olisi mennyt huonosti. Ne vastaajista, jotka avoimiin kohtiin huomioivat puutteita katsoivat myös olleensa itse huonosti tilanteessa mukana.

Kuitenkaan se, että ei osaa tilanteessa kysyä, ei mielestäni ole syy ohjaamisen kattavuuden heikentymiseen. Monelle asiakkaalle tilanne on uusi. On vaikea hahmottaa tilanne, ja miettiä mitä tarvitsee kysyä. Tämän vuoksi ohjaajan on hyvä puhua asioista kattavasti, ja ohjaamistilanteita olisi luultavasti hyvä jopa olla useampia, jolloin asioita ei jää kysymättä tai selvittämättä.

Tahdistinpotilaiden ohjaamista olisi hyvä selvittää jatkossakin laajemmalla tutkimuksella, tai kvalitatiivisen haastattelumallin mukaan. Tässä tutkimuksessa jäi hieman epäselväksi tarkalleen, mitä ohjaamistilanteissa olisi voinut tehdä toisin, koska moni vastaajista jätti tämän kohdan väliin. Haastattelemalla saisi paremman kuvan ohjattavan ajatuksista. Kuitenkaan tutkimuksen mukaan ongelmallisia tilanteita ohjaamisen puutteen vuoksi ei ole ilmaantunut ainakaan näiden ohjattavien kohdalla. Ohjaamiseen tu-

lee aina kuitenkin panostaa, ja ohjata asioista mahdollisimman kattavasti. Tilanteen on hyvä olla rauhallinen, ja tärkein huomio tässä kyselyssä oli ohjaamistilanteeseen omaisten mukaan ottaminen.

Ohjaamiseen käytettäviä resursseja sekä metodeja olisi jatkossa hyvä tutkia hoitajien näkökulmasta. Miten paljon hoitajana jää aikaa rutiinistyön jälkeen ohjata potilaita, miten hoitajat valmistautuvat sekä minkälaisena hoitajat pitävät ohjaamistilanteita. Tarkimman kuvan ohjaustilanteesta saisi kuvaamalla sekä haastatteleamalla sekä hoitajia että potilaita. Tällä tavalla ohjaamistilanteiden ongelmakohdat voitaisiin saada hyvin esille, samoin positiiviset ja hyvät kokemukset. Yhteensä tiedoilla voitaisiin kehittää ohjaamista edelleen eteenpäin.

## 8.1 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen alkoi syksyllä 2009, ja jo silloin opinnäytetyö tuntui suurelta sekä vaativalta tehtävältä. Päätin ryhtyä opinnäytetyöprojektiin kuitenkin yksin. Tarkoituksena oli osittain katsoa, onko minusta tähän projektiin vai ei.

Aiheen valinta tapahtui suhteellisen kivuttomasti. Minua on aina kiinnostanut suuresti sydämeen liittyvä hoitotyö, ja tahdistinpotilaista opinnäytetyön tekeminen tuntui luontevalta. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli mielenkiintoista. Teoriaosuudessa opin paljon uutta tietoa sydäimestä, sen toiminnasta sekä tahdistinhoidosta. Tiedosta oli paljon hyötyä myös silloisessa työpaikassani sydänosastolla.

Opinnäytetyön avulla eniten kehittymistä tapahtui potilaan ohjaamisessa liittyvässä osuudessa. Ohjaaminen on aina mielestäni ollut tärkeä osa hoitotyötä. Sain myös sydänosastolla paljon ohjata potilaita erilaisissa sydämeen liittyvissä sairauksissa. Potilaan ohjaamisesta teoriaosuutta kirjoittaessa sekä samalla potilaita työelämässä ohjatessa oli paljon hyötyä. Ohjaaminen on sellainen hoitotyön osa-alue, että siinä tuntuu kehittävän itseään kerrasta toiseen. Jokainen potilas on yksilö, jonka mukaan ohjaaminen tulee miettiä. Oma valmistautuminen ohjaustilanteeseen on kehittynyt jatkuvasti. Tietenkin osittain kehittyminen johtuu oman tiedon ja taidon kertymisestä. Suuri vaikutus on kuitenkin sillä, että pääsee ohjaamaan, ja ohjaustilanteista oppii aina uutta: miten kannattaa valmistautua, mitä kannattaa aluksi ohjata ja miten asioita kannattaa käsitellä.

Kehittyminen hoitajana on ollut suurta, mutta totuus on, että se jatkuu vielä pitkälle eteenpäin. Kehittyminen on sellainen osa-alue, jossa mielestäni ei voi saavuttaa lopullista määränpäättää. Tällä hetkellä toivon olevani tarpeeksi ammattilainen aloittamaan kehittymisen sairaanhoitajana, ja kehittymiseni opiskelijana olisi saatu päätökseen.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettava projekti. Työn tekeminen on opettanut minulle monia asioita itsestäni opiskelijana, hoitajana sekä tutkinnon suorittajana. Opinnäytetyön tekeminen ei ole ollut helpoin projekti, mutta lopulta voin olla kiitollinen valmiista työstä sekä mielenkiintoisesta kasvamisen prosessista.

## LÄHTEET

- Alaperä, P. Antila, E. Blomster, K. Hiltunen, H. Honkanen, A. Honkanen, R. Holtinkoski, T. Konola, A. Leiviskä, H. Meriläinen, S. Ojala, H. Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 65–76. -
- Anttila, M. Kukkola, L. Mattlar, R. Moilanen, S. Risteli-Ahola, T. Haapasaari, N. Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 44–55.
- Brotherus, R. Hänninen, K. Iilikainen, L. Kamula, J. Kerälä, K. Leinonen, R. Nisula-Taurikainen, M. Teirikangas, T. 2006. Ohjausta ryhmässä. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 85–93. -
- FINLEX- valtion säädöstietopankki. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 4§, 5§ Viitattu 9.12.2009. <http://www.finlex.fi/fi/>
- Hankonen, A. Kaarlela, E. Palosaari, T. Pinola, K. Säkkinen, M. Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 23-31.
- Hartikainen, J. 2008. Hitaan sydämen tahdistinhoidon aiheet. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474-500.
- Holopainen, M. Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää. Oy Kotkan kirjapaino AB. <http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/index.htm>
- Huikuri, H. Raatikainen, P. 2008. Rytmihäiriötahdistinhoito. Teoksessa Heikkilä, J. Kupari, M. Airaksinen, J. Huikuri, H. Nieminen, M. Peuhkurinen, K. (Toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy. 677–685.
- Iso-Kivijärvi, M. Keskitalo, O. Kukkola, K. Ojala, P. Olsbo, A. Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 10–17.
- Koivunen, S. Lukkarinen, H. & Isola, A. 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede* 2/2003, 62–73.

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kääriäinen, M. Kyngäs, H. Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsitteitä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö (vol 3(1)) 2005, 10–15.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006, 6-9.

Living with a pacemaker. 2008. Medtronic. Viitattu 4.1.2010. <http://www.medtronic.com/your-health/bradycardia/living-with/daily-living/index.htm>

Ohtonen, H. 2011. Potilasohjaus-hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 5.1.2011. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyon\\_punainen/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/)

Pakarinen, S. 2008. Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoito. Teoksessa. Heikkilä, J. Kupari, M. Airaksinen, J. Huikuri, H. Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (Toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino OY. 686-691.

Parikka, H. 2008. Tahdistuksen vaikutukset sydämen toimintaan. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474–500.

Paukama, M. 2010. Tahdistinpotilaan ohjaus. Teoksessa Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. & Rasimus, M. (Toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki. Duodecim, 63–65.

Paukama, M. 2010. Rytmihäiriötahdistinpotilaan ohjaus. Teoksessa Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. & Rasimus, M. (Toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki. Duodecim, 65–66.

Raatikainen, P. 2008. Sydämentahdistimen vaikutus päivittäiseen elämään. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

Raatikainen, P. 2008. Tahdistimen huomioon ottaminen hoitotoimenpiteissä ja tutkimuksissa. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

Toivonen, L. 2008. Tahdistinhoito. Teoksessa. Heikkilä, J. Kupari, M. Airaksinen, J. Huikuri, H. Nieminen, M. Peuhkurinen, K. (Toim.) Kardiologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy. 666–676.

Torkkola, S. Heikkinen, H. Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tammer-Paino OY, Tampere.

Tutkimusasetelma (Research design). Virtuaali amk, tuotantorengas. Viitattu 31.08.2010. <http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/index.htm>

Tutkimusasetelma (Research design). Virtuaali amk, tuotantorengas. Viitattu 31.08.2010. <http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/index.htm>

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

Yli-Mäyry, S. 2008. Tahdistimen asennukseen liittyvät komplikaatiot. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

Yli-Mäyry, S. 2008. Tahdistimen asennus. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

Yli-Mäyry, S. 2008. Tahdistinhoidon seuranta. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

Yli-Mäyry, S.. 2008. Tahdistimen käytön aikana ilmenevät ongelmat. Teoksessa Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (Toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy, 474-500.

What is an Implantable Cardioverter Defibrillator. 2010. Medtronic. Viitattu 6.1.2011. <http://www.medtronic.eu/your-health/sudden-cardiac-arrest/device/what-is-it/index.htm>

Tiedote kyselylomakkeen jakajille

21.10.2010

Hei!

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi.

Opinnäytetyöni aihe on Tahdistinpotilaan ohjaaminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kyselylomakkeiden avulla selvittää, minkälaisena potilaat ovat kokeneet saamansa tahdistinohjaamisen. Kyselylomakkeet on osoitettu tahdistinpotilaille.

Kyselylomakkeen jakaminen tapahtuu siis teidän toimestanne. Toivon, että löydätte aikaa jakaa kyselylomakkeita osastolla.

Kyselylomakkeen saa antaa potilaalle, joka kykenee ja haluaa vapaaehtoisesti itse vastata kysymyksiin. Potilaan tarvitsee olla tahdistinhoidossa. Kuitenkaan ei ole merkitystä miten kauan potilaalla tahdistin on ollut. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, eikä henkilötietoja kysellä.

Kyselylomakkeet palautetaan joko kyselylomakkeille osoitettuun laatikkoon, tai suljetussa kirjekuoressa osaston henkilökunnalle, riippuen siitä kumpi on osastolla helpompi toteuttaa. Kaikki kyselylomakkeet luetaan vasta kyselyn ajankohdan päätyttyä. Kyselylomakkeiden jakamisen ja vastaamisen ajankohta on 1.11.2010–15.11.2010.

Opinnäytetyön aineiston analysoinnin jälkeen tuloksista tehdään sydänosastolle tiivistelmä tahdistinpotilaiden vastauksista. Opinnäytetyöni valmistuu talvella 2010–2011.

Kiitoksia avustanne!

T:Miina Kallio

Yhteystiedot: sähköposti [miina.kallio@student.hamk.fi](mailto:miina.kallio@student.hamk.fi)

puh. 045 1346903



Kyselylomake tahdistinpotilaalle

2010–05-18

Hei!

Olen Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK) opiskeleva sairaanhoitaja opiskelija. Opinnäytetyössäni on tarkoitus tutkia tahdistinpotilaan ohjaamisen laatua, ja tähän tarvitsen teidän apuanne. Kyselylomakkeen täyttäminen on täysin vapaaehtoista, henkilöllisyystietonne tulee missään vaiheessa esille, eikä vastaaminen vaikuta hoitoon. Vastaminen tapahtuu siis täysin nimettömästi. Kyselylomake palautetaan osastolla sijaitsevaan laatikkoon. Laatikko avataan sekä kyselylomakkeet luetaan vasta kyselyn loppumisajankohdan jälkeen. Opinnäytetyöni valmistuu talvella 2010-2011.

Kiitoksia tutkimukseen osallistumisesta

T: Miina Kallio

Yhteystiedot: sähköposti [miina.kallio@student.hamk.fi](mailto:miina.kallio@student.hamk.fi)  
puh. 045 1346903

Kyselylomake alkaa tästä:

1. Ikänne
2. Nainen / Mies
3. Missä olette saaneet tahdistimeen liittyvistä asioista ohjausta? (osastolla, sisätautien poliklinikalla, jne.)
4. Onko teillä aloitettu tahdistinhoito a) sydämen hidasllyöntisyyden vuoksi  
b) rytmihäiriöiden vuoksi  
c) vajaatoiminnan vuoksi

Seuraavassa kohdassa on listattu erilaisia väittämiä. Vastatkaa lähinnä teidän mielipidetänne oleva kuvaus näistä vaihtoehtoista:

- 1 = Täysin samaa mieltä
- 2 = Samaa mieltä
- 3 = Jokseenkin samaa mieltä
- 4 = Eri mieltä
- 5 = Täysin eri mieltä

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. Tahdistinohjauksessa selvitettiin miten tahdistin toimii | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tahdistinohjauksessa selvitettiin sydämen toiminta       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Ohjauksessa selvitettiin minkä vuoksi tahdistinhoitoa tarvitaan 1 2 3 4 5
8. Tahdistinleikkauksen kulku käytiin läpi ennen toimenpidettä 1 2 3 4 5
9. Tahdistinohjauksessa selvitettiin mahdolliset tahdistinhoidon ongelmat 1 2 3 4 5
10. Ohjauksessa selvitettiin ensimmäisen jatkoseurannan tarkoitus (mm. haavan tarkistaminen, tahdistimen paikan tarkistaminen) 1 2 3 4 5
11. Ohjauksessa on selvitetty säännöllisten seurantakäyntien tarkoitus (mm. paristojen tarkistus, sydämen tila, tahdistimen säädöt) 1 2 3 4 5
12. Minua on ohjattu siitä, miten tahdistin vaikuttaa jokapäiväiseen elämään (kodin elektroniikan käyttö, moottorien lähellä oleminen, kauppojen/lentokentän metallinpaljastimien lähellä oleminen, liikunta, autolla ajaminen jne.) 1 2 3 4 5
13. Minua on ohjattu tahdistinkortin merkityksestä 1 2 3 4 5
14. Tahdistinohjaamisessa on käytiin läpi tilanteet, joissa on otettava yhteys lääkäriin 1 2 3 4 5
15. Tahdistinohjaaminen on ollut selkeää 1 2 3 4 5
16. Tahdistinohjauksessa käytiin läpi mielestäni kattavasti tahdistinhoitoon liittyvät asiat 1 2 3 4 5
17. Tahdistinohjaamiseen varattiin tarpeeksi aika 1 2 3 4 5
18. Ohjaamistilanne oli mielestäni rauhallinen 1 2 3 4 5

Seuraaviin kysymyksiin vastatkaa avoimesti:

19. Mistä tahdistinhoitoon liittyvistä asioista ohjaamista olisi saanut olla kenties enemmän tai selkeämmin?

20. Oletteko mielestänne saaneet tarpeeksi selkeää ohjausta? Mitkä asiat vaikuttivat siihen, kun ohjaaminen mielestänne meni hyvin/huonosti?

Kiitoksia ajastanne! Lopuksi on vielä tilaa kirjoittaa perusteluja ja kommenttia kyselylomakkeeseen vastaamistanne kysymyksistä

## Tahdistinpotilaan ohjaaminen kyselylomakkeen tulokset

Tahdistinpotilaan ohjaaminen -kyselylomakkeita annettiin jakoon 40 kappaletta sekä sisätautien osastolla 6B että sisätautien poliklinikalla marraskuussa 2010. Tahdistinkyselyyn saatiin vastauksia 25 kappaletta, joista yksi oli jäänyt kesken. Vastanneiden osuudesta tarkalleen yhdeksän vastausta (36 %) saatiin naisilta sekä 16 vastausta (64 %) miehiltä.

Tahdistinkyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 59 vuotta. Tahdistinohjausta kyselyyn vastanneet olivat saaneet sisätautien osastolla, sisätautien poliklinikalla sekä osa vastanneista ilmoitti saaneensa ohjausta sekä osastolla että poliklinikalla.

Kyselyn mukaan ohjausta tahdistimen toiminnasta on ollut suhteellisen riittävästi. 36 % vastanneista oli täysin samaa mieltä, 20 % samaa mieltä sekä 20 % jokseenkin samaa mieltä. Murto-osa vastanneista ei mielestään ollut kuitenkaan saanut ohjausta tahdistimen toiminnasta.

Sydämen sähköinen toiminta on selvitetty ohjaamistilanteissa hyvin, koska 72 % vastanneista vastasi jokseenkin samaa mieltä, samaa mieltä tai täysin samaa mieltä.

Tahdistinhoidon aihe on myös selvitetty hyvin, vastanneista lähes puolet, 44 %, vastasi täysin samaa mieltä, 24 % samaa mieltä ja 12 % jokseenkin samaa mieltä. Tahdistinoperaation kulku on myös selvitetty, 32 % oli täysin samaa mieltä 16 % samaa mieltä ja 28 % jokseenkin samaa mieltä. Säännöllisten seurantakäyntien tarkoituksesta poliklinikalla on kerrottu hyvin, koska 44 % vastanneista on täysin samaa mieltä, ja yksi kolmasosa vastaajista ovat samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä.

Tahdistinkortin merkitys on asiakkaiden mielestä kerrottu suhteellisen hyvin: Yksi kolmasosa vastaajista (32 %) on täysin samaa mieltä ja 24 % samaa mieltä sekä 12 % jokseenkin samaa mieltä.

Enemmän ohjaamista suljettujen kysymysten analysoinnin mukaan olisi saanut olla tahdistinhoidon mahdollisista ongelmista. Jokseenkin samaa mieltä vastanneista oli lähes puolet sekä eri mieltä ja täysin eri mieltä jopa yksi kolmasosa vastanneista. Myös jatko-seurannan tarkoituksesta tietoa olisi tarvittu enemmän. Kuitenkin vastaavasti seurantakäyntien tarkoituksesta kyselyn mukaan oli ohjattu riittävästi, joten tässä kohtaa vastaajilla oli osittain ristiriitaa.

Eniten lisäohjaamista kaivataan tahdistinhoidon vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. Enemmän ohjaamista olisi kaivannut 28 % vastanneista, joista 24 % ohjaamisesta eri mieltä ja 4 % täysin eri mieltä. Kuitenkin kolmasosa vastanneista oli sitä mieltä että ohjaamista oli ollut ja 36 % sitä mieltä että ohjaamista oli ollut täysin kattavasti. Mieli-piteet jakaantuivat tässä kohtaa, kuitenkin enemmistö oli saanut tarvittavan ohjauksen tässä osa-alueessa.

Tahdistinkyselyyn vastanneista 20 % ei ollut saanut ohjausta siitä, missä tilanteessa on hyvä ottaa yhteys lääkäriin. 16 % vastanneista oli samaan kohtaan myös vastannut, että ohjaamista ei ollut tarpeeksi, ja 16 % oli jokseenkin saanut ohjausta. Kyselyn mukaan kuitenkin yli puolet oli sitä mieltä, että ohjausta olisi saanut olla enemmän siitä, milloin on syytä ottaa yhteys lääkäriin.

Ohjaaminen on vastanneiden mukaan ollut selkeää. Ohjaamisen kattavuudesta mielipiteet jakaantuvat: 16 % ajattelee ohjaamisen olleen erittäin kattavaa ja 16 % kattavaa, 20 %:n mielestä ohjaaminen on ollut jokseenkin kattavaa, mutta yksi neljäsosa vastaajista on eri mieltä ja 16 % täysin eri mieltä. Suurin osa vastanneista on ollut sitä mieltä, että ohjaamistilanne on ollut rauhallinen. Ohjaamiseen on vastanneiden mielestä varattu myös tarpeeksi aikaa.

Avoimissa kysymyksissä yritettiin selvittää, minkälaisista asioista tahdistinohjaamista olisi saanut olla enemmän tai selkeämmin sekä onko ohjaamista ollut asiakkaan mielestä tarpeeksi. Myös yritettiin kartoittaa mitkä asiat vaikuttivat siihen menikö ohjaaminen hyvin vai huonosti. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että olisi itse pitänyt osata kysyä asioista. Erään asiakkaan mielipiteenä oli, että kaiken sai ottaa itse selville, kunnes lääkäri vaihtui, minkä jälkeen ohjaamista oli saanut enemmän.

Avoimissa kysymyksissä nousivat seuraavat kohdat eniten esille, joista ohjaamista toivotaan enemmän: Tahdistimen toiminnasta, sydämen toiminnasta sekä tahdistinhoidon ongelmista sekä tahdistimen vaikutuksesta työhön. Omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen olisi myös toivottavaa.

Ohjaamiseen laatuun heikentävinä vaikuttavia tekijöitä lueteltiin kiire sekä oma aloitteisuuden puute. Oma-aloitteisuudella tarkoitettiin sitä, että ei osattu kysyä ohjaamistilanteesta tahdistimeen liittyvistä asioista. Osa vastaajista kertoo tahdistinohjaamisen olleen osittain huonoa, eikä tarpeeksi tietoa annettu.

Vastaajista monen mielestä ohjaaminen on kuitenkin mennyt hyvin, eikä ongelmia tahdistinhoidossa ole ollut. Ohjausta on ollut tarpeeksi sekä tahdistinvihosta on ollut apua ja vihossa on ollut paljon tarpeellista tietoa. Avoimiin kysymyksiin vastaamatta jättivät kaikista vastaajista 28 %.

Kiitokset kaikille yhteistyöstä!

T:Miina Kallio

Lisätietoja: puh. 045 1346903 sähköposti katriina\_@hotmail.com