

Anne Lilja

Susanna Mehto

SYDÄMEN
VAJAATOIMINTAPOTILAAN
OHJAUS

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Hoitotyö


Marraskuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 18.11.2014
Tekijä(t) Anne Lilja & Susanna Mehto	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja amk
Nimeke Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	
Tiivistelmä Sydämen vajaatoimintapotilaiden esiintyvyys kasvaa jyrkästi ikääntyvässä väestössä. Sairaalahoitojen määrä on kasvusuunnassa, ja se aiheuttaa suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Sairaalajaksojen lisääntyminen olisi ennalta ehkäistävissä tehokkaalla ohjauksella. Opinnäytetyömme käsittelee sydämen vajaatoimintapotilaan ohjausta. Työmme tavoitteena on, että osaston hoitotyöntekijät pystyvät kehittämään ja yhtenäistämään potilaan hoidonohjausta. Käsitelimme myös sydämen vajaatoimintaa sairautena sekä sen hoitoa ja seuranta. Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä Mikkelin keskussairaalan sisätautien osaston 34 kanssa. Toteutimme työn kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen. Aineistoon valitsimme kaksi pro gradu -tutkielmaa ja yksitoista tieteellistä artikkelia, jotka löysimme eri tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Analysoimme kirjallisuuskatsaukseen valitsemamme aineiston sisällönanalyysin menetelmin. Tuloksissa kävi ilmi, että sydämen vajaatoimintapotilaat saavat liian vähän ohjausta. Potilaat ovat pääosin tyytyväisiä ohjaukseen, mutta toivovat kuitenkin lisätietoa ja -ohjausta joillakin vajaatoiminnan itsehoidon alueilla. Ohjauksen toivotaan olevan monipuolista, selkokielistä ja jakautuvan koko sairaalajakson ajalle. Ohjaukseen käytetty aika on riittämätöntä, eikä ohjauksessa oteta huomioon potilaan omaisia. Lisäksi sairaanhoitajien tiedot todettiin liian vähäisiksi: riittävä ja potilaslähtöinen ohjaus vaatii hoitohenkilöstöltä parempaa tietämystä potilaiden ohjauksesta. Koulutusta toivotaan lisää, ja siitä on katsottu olevan hyötyä.	
Asiasanat (avainsanat) Sydämen vajaatoiminta, ohjaus, omahoito	
Sivumäärä 35 s. + 17	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 4 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Leila Sikanen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaalan osasto 34

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis October 2014
Author(s) Anne Lilja & Susanna Mehto	Degree programme and option Degree Programme in Nursing
Name of the bachelor's thesis Counselling of a heart failure patient. Descriptive literature review	
Abstract Heart failure is a major medical problem with an prevalence that increases sharply with age. This leads to increased hospitalization and further causes high costs for society. The effective patient counselling could prevent this high use of hospital services. This study presents the role of counselling for patients suffering from heart failure. Our specific aim is to provide guidelines for the medical personnel to be able to develop and standardize the counselling required for each patient care situation. Moreover, we address the heart failure as a disease and discuss its treatment and control. Our thesis work is made in cooperation with the internal medical department of the central hospital of the city of Mikkeli. We conducted the descriptive literature review and analysed the material by using content analysis methodology. Material sources include two pro gradu thesis and eleven scientific articles. The results revealed that heart failure patients need more self-management counselling. Although, patients are mostly satisfied with provided guidance they wish for more information and education in some self-care areas of heart failure. There is an increasing need for more diversified counselling where plain language is used and further the guidance should be provided over the whole hospitalization period. However, the available time for counselling is insufficient and patients' relatives are not take into account in this guidance. The findings revealed that the knowledge of nurses on the heart failure counselling is insufficient; the active and patient-centered care requires better understanding of patient counselling. Thus, increased amount of enhanced education is considered to be beneficial for patients suffering from heart failure.	
Subject headings, (keywords) Heart failure, counselling, self care	
Pages 35 + 17	Language Finnish
Remarks, notes on appendices 4 appendices	
Tutor Leila Sikanen	Bachelor's thesis assigned by The internal medical department of the central hospital of the city of Mikkeli

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SYDÄMEN VAJAATOIMINTA	1
2.1	Sydämen vajaatoiminnan syyt ja mekanismit.....	1
2.2	Sydämen vajaatoiminnan oireet.....	3
2.3	Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi ja tutkiminen.....	4
2.4	Sydämen vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste	6
3	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOITO JA SEURANTA.....	6
3.1	Nestetasapaino	7
3.2	Lääkehoito	8
3.2.1	Diureetit	9
3.2.2	ACE:n estäjä	10
3.2.3	Beetasalpaaja.....	11
3.2.4	Digoksiini.....	12
3.3	Ravitsemus.....	12
3.4	Liikunta.....	13
3.5	Päihteet	15
3.6	Jatkohoito.....	16
4	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	19
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	19
6.2	Tiedonhaku	19
6.3	Aineiston analyysi	20
7	TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1	Mikä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa toteutuu hyvin?.....	21
7.2	Mitä kehitettävää sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa on?.....	22
8	POHDINTA	24
8.1	Tulosten tarkastelua	25
8.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	26
8.3	Jatkotutkimusehdotuksia.....	27

LIITTEET

1. Hakupolut
2. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa toteutuvat seikat
3. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa kehitettävät seikat
4. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

1 JOHDANTO

Sydämen vajaatoimintaa aiheuttavien sairauksien hoitomenetelmät ovat kehittyneet suuresti viime vuosikymmenien aikana. Siitä huolimatta sen esiintyminen ei ole vähentynyt. Sen sijaan potilaat ovat diagnosoitavilla vanhempia kuin aikaisemmin. Länsimaissa vajaatoimintapotilaiden nykyinen keski-ikä on yli 70 vuotta. (Lommi 2014a.) Sydämen vajaatoiminnan hoitoon on arvioitu kuluvan 1 - 2 % terveydenhuoltomenoista Euroopassa (Lommi 2014b). Sairaalahoidojen määrän on arvioitu lisääntyvän tämänhetkisestä määrästä vielä 40 – 50 % (Eerola 2008).

Sairaalajaksojen lisääntymistä olisi mahdollista ennaltaehkäistä sydämen vajaatoimintapotilaiden hyvällä seurannalla yhdistettynä potilaiden tehokkaaseen ohjaukseen (Eerola 2008). Tuen ja ohjauksen myötä potilaan elämänlaatu paranee, ja hän voi itse vaikuttaa sairautensa kulkuun. Tehokas ohjaus vähentää myös kuolleisuutta. (Lommi & Partanen 2014a.) Ohjauksen tavoite on saada potilas sitoutumaan hoitoonsa (Lommi & Partanen 2014b). Sydämen vajaatoiminnan hoidon keskeisiä osa-alueita ovat oman terveydentilan seuranta, lääkehoito, painonhallinta sekä liikunta. Terveyttä edistävät elämäntavat ja niihin sitoutuminen sekä lääkehoito ehkäisevät sydämen vajaatoimintaa ja ovat osana menestyksellistä hoitoa. (Lommi & Partanen 2014a.)

Opinnäytetyömme aihe valikoitui tilaajamme tarpeen ja oman mielenkiintomme mukaan. Opinnäytetyömme tilaaja on Mikkelin keskussairaalan sisätautien osasto 34. Opinnäytetyömme käsittelee sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotapoja ja seuranta. Lisäksi perehdymme tutkimustiedon kautta sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon ohjaukseen. Tavoitteenamme on, että opinnäytetyömme avulla osaston hoitotyöntekijät pystyvät kehittämään ja yhtenäistämään potilaan hoidonohjausta, jolloin sairauden oireet pysyvät hallinnassa ja potilaiden elämänlaatu paranee.

2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

2.1 Sydämen vajaatoiminnan syyt ja mekanismit

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, jossa ihmisen sydän ei pysty pumppaamaan elimistön tarpeisiin riittävästi verta (Mäkijärvi ym. 2011, 303). Sen taustalla on aina jokin sairaus, joka kuormittaa verenkiertoelimistöä ja heikentää sydänlihaksen pump-

pauskykyä (Kettunen 2014b). Tavallisin syy vajaatoiminnan syntymiseen on sydäninfarkti (Sydämen vajaatoiminta 2008). Muita syitä voivat olla esimerkiksi sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine ja eteisvärinä. Lisäksi vajaatoimintaa voivat aiheuttaa sydämen läppäviat, sydänlihastulehdus, sydänlihassairaus ja runsas alkoholin käyttö. (Kettunen 2014b.) Sydämen vajaatoimintaan voivat johtaa myös aineenvaihduntahäiriöt, tulehdukset tai rintakehän alueen sädetyshoito. Nuorilla henkilöillä sairauden syitä ovat tavallisimmin sydänlihassairaus, sydänlihastulehdus tai synnynnäinen sydänvika. (Lommi 2014a.) Iän myötä sairauden yleisyys kasvaa (Kettunen 2014b).

Ihmisen elimistö pyrkii korjaamaan puutteellista verenkiertoa eri mekanismeilla, esimerkiksi sydämen sykettä nostamalla ja ääreisverisuonia supistamalla sekä kiihdyttämällä sydänlihassolujen kasvamista. Tämän vuoksi sydämen vajaatoiminta voi olla pitkään piilevä, ja varsinaiset oireet ilmenevät ainoastaan voimakkaassa rasituksessa tai eivät ilmene lainkaan. Oireiden ilmaantuessa sydänsairaus on edennyt siihen vaiheeseen, etteivät sopeutumismekanismit riitä vakauttamaan verenkiertoa. (Mäkijärvi ym. 2011, 303.)

Sydämen vajaatoiminta jaetaan akuuttiin ja krooniseen vajaatoimintaan. Akuutti vajaatoiminta voi edetä keuhkopöhön ja sydänperäisen sokin asteelle, ja se syntyy nopeasti. Sydämen akuuttia vajaatoimintaa hoidetaan sen hoitoon erikoistuneessa sairaalassa. Kroonisessa vajaatoiminnassa taas sydämen pumppausteho on heikentynyt pysyvästi. Pumppausvajeen aste vaikuttaa suoraan oireiden määrään ja ennusteeseen. Hoidolla voidaan ylläpitää potilaan toimintakykyä ja lievittää oireita. Jos potilaan perussairaus vaikeutuu tai verenkierto kuormittuu esimerkiksi infektion vaikutuksesta, voi krooninen vajaatoiminta muuttua akuutiksi vajaatoiminnaksi. (Vauhkonen & Holmström 2012, 67 - 68.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa myös diastoliseen ja systoliseen vajaatoimintaan (Vauhkonen & Holmström 2012, 68 - 69). Diastolisessa vajaatoiminnassa sydämen seinämät ovat jäykistyneet (Lommi 2013). Tällöin sydänlihas ei jousta normaalisti kammioiden täyttyessä laskimopaluun volyyymilla. Purjeläppien kautta kammioon kulkeva sisäänvirtaus on hidastunut, mutta sydänlihaksen puristus pumpatessa on riittävän voimakas. Diastolinen vajaatoiminta ei oireile paljon, mutta perussairauden pahentuessa, stressin lisääntyessä tai sairauden kuormittaessa sydäntä se altistaa äkilliseen dekompensointiin eli elimistön korjausmekanismit eivät pysty ylläpitämään

normaalialta tasapainotilaa, koska häiriötekijät ovat niin voimakkaat. Sydänkeuhkoku-
vassa sydän on normaalikokoinen. Jos sydän on hypertrofinen eli sydämenkammioi-
den seinämät ovat paksuuntuneet, EKG:ssä näkyy korkeat QRS-kompleksit. (Vauhko-
nen & Holmström 2012, 68 - 69.)

Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen supistusvoima on heikentynyt (Lommi 2013).
Diastolinen täyttö sujuu hyvin, mutta sydän ei jaksa työntää verta eteenpäin. Se oirei-
lee ja voi vaikeutua äkillisesti pienestäkin elimistön häiriöstä. Röntgenkuvassa sydän
on laajentunut huomattavasti ja näyttää suurelta. EKG:ssä näkyy alaspäin viettävä ST-
segmentti ja kääntynyt T-aalto sivulla sijaitsevilla kytkennöissä, jota kutsutaan strain-
muutokseksi. Systolisen vajaatoiminnan voi nähdä myös kaikututkimuksissa, joissa
näkyy tavallisen paksuiset kammioseinämät ja suuret sydänontelot. (Vauhkonen &
Holmström 2012, 69.)

2.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Sydämen vajaatoiminnan oireet riippuvat siitä, kummassa sydämen puoliskossa vajaa-
toiminta esiintyy. Usein sitä esiintyy sydämen molemmissa puoliskoissa, mutta se on
ensisijaisesti sydämen vasemman kammion sairaus. Se oireilee hengenahdistuksena ja
väsymyksenä, jotka pahenevat ajan myötä ja esiintyvät ruumiillisen rasituksen yhtey-
dessä. Ahdistuksen syynä on verentungos keuhkoissa, sillä sydän ei jaksa pumpata
tarpeeksi verta eteenpäin. (Kettunen 2014b.) Ahdistus pahenee vaikeassa vajaatoimin-
nassa makuuasennossa (orthopnoea) ja helpottuu usein istuma-asennossa (Kettunen
2014b; Lommi 2014d). Sydämen vasemman kammion äkillisestä pettämisestä voi
seurata keuhkopöhö. Keuhkopöhdössä hengenahdistus pahenee nopeasti. Samanaikai-
sesti potilaalla ilmenee yskää ja yleistila heikkenee merkittävästi. (Kettunen 2014b.)

Turvotukset etenkin nilkoissa ja säärissä ovat sydämen oikean puoliskon vajaatoimin-
nan tyypillinen oire. Vajaatoiminnassa turvotus on molemminpuolista, ja se on parhai-
ten havaittavissa säären etupinnalla. (Lommi 2014d.) Sydämen oikean puolen vajaa-
toimintaan liittyy oleellisesti myös munuaisten toimintahäiriö. Vajaatoimintaan liittyy
myös suoliston verenkierron häiriöt, jotka aiheuttavat ruokahaluttomuutta sekä pa-
hoinvointia. (Kettunen 2014b.) Oireet voivat myös kertoa vajaatoiminnan alkuperästä,
esimerkiksi puristava rintakipu johtuu usein sepelvaltimotaudista (Lommi 2014d).

NYHA-luokitus (New York Heart Association) on toiminnallinen luokitusjärjestelmä, joka sisältää oireita, jotka liittyvät jokapäiväiseen tekemiseen ja potilaan elämänlaatuun (NYHA Classification - The Stages of Heart Failure 2002). Luokituksella voidaan arvioida sydämen vajaatoiminnan tilaa, ja sillä pystytään seuraamaan myös hoidon tehoa (Kiema ym. 2012).

TAULUKKO 1. NYHA-luokitus (Kiema ym. 2012)

Luokka	Oireet
NYHA I	Ei rajoita toimintaa. Tavallinen fyysinen rasitus ei aiheuta liiallista väsymystä, hengenahdistusta eikä sydämentykytystä.
NYHA II	Rajoittaa hieman fyysistä toimintaa. Potilas voi hyvin levossa, mutta tavallinen fyysinen rasitus aiheuttaa väsymystä, sydämentykytystä ja hengenahdistusta.
NYHA III	Rajoittaa selvästi fyysistä toimintaa. Potilas voi hyvin levossa, mutta normaalia vähäisempikin ponnistelu aiheuttaa oireita.
NYHA IV	Pienikin fyysinen rasitus aiheuttaa oireita. Potilaalla on sydämen vajaatoiminnan oireita jopa levossa, ja oireet lisääntyvät fyysisen rasituksen aikana.

2.3 Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi ja tutkiminen

Sydämen vajaatoiminnan diagnosoimiseksi edellytyksenä ovat objektiivinen näyttö sydämen toimintahäiriöstä levossa ja vajaatoiminnan tyypilliset oireet. Diagnoosi perustuu sairaushistoriaan, kliiniseen tutkimukseen, laboratoriotutkimuksiin, EKG:hen ja kuvantamistutkimuksiin. (Heliö ym. 2003.) Tutkimukset etenevät vaiheittain, ja tarkka diagnoosi auttaa välttämään turhia hoitoja ja mahdollistaa tehokkaan hoidon (Mäkijärvi ym. 2011, 306; Lommi 2014d). Vajaatoiminnan olemassaoloa ei varmista pelkkä yksittäinen löydös (Lommi 2013). Sydämen vajaatoiminnan syy tulee saada aina selville (Lommi 2014d).

Sydämen vajaatoiminnan selvittämiseksi mitataan verenpaine ja sydämen syke. Muita perustutkimuksia ovat sydämen kuuntelu, turvotusten arviointi, kaulalaskimon täyteisyyden arviointi sekä hengitysänten kuuntelu. (Mäkijärvi ym. 2011, 307.) Esimerkiksi tuoretta keuhkopöhöä sairastavan henkilön hengitysänten rahisevat, kun taas krooni-

nessä sydämen vajaatoiminnassa rahisevia ääniä ei kuulu (Heliö ym. 2003). Jos neste kertyy keuhkopussiin, hengitysäänet voivat olla hiljaiset tai puuttua kokonaan (Lommi 2014d). Tyypillisin merkki sydämen vajaatoiminnassa on jalkojen molemminpuolinen turvotus. Potilaan istuessa kaulalaskimon pullotus solisluun tason yläpuolella on merkki korkeasta täyttöpaineesta. Kaulalaskimon pullotus on yksi parhaista merkeistä vajaatoiminnan tunnistamisessa, mutta sen arvioiminen ei ole mahdollista kaikilta potilailta. (Mäkijärvi ym. 2011, 307.)

Laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla pyritään sulkemaan pois muita sairauksia ja niiden avulla tutkitaan sydämen vajaatoimintaan osaltaan vaikuttavia tekijöitä. Laboratoriotutkimuksilla selvitetään natriureettisten peptidien (Nt-ANP ja proBNP) pitoisuuksien määrä, joka suurenee vajaatoiminnassa suhteessa supistumishäiriön vaikeuteen. (Lommi 2014c.) Poikkeavat arvot eivät kuitenkaan aina viittaa sydämen vajaatoimintaan (Mäkijärvi ym. 2011, 308 - 309). Pitoisuudet ovat korkeampia naisilla kuin miehillä, ja ne suurenevät iän myötä. Lisäksi testimenetelmä vaikuttaa kokeen tuloksiin. (Lommi 2014c.) Muita verikokeita, joita otetaan sydämen vajaatoimintaa tutkittaessa ja epäiltäessä, ovat seerumin kreatiinipitoisuus ja hemoglobiini. Lisäksi tutkitaan myös sokeriaineenvaihduntaa, maksan ja kilpirauhasen toimintaa, kolesteroliaineenvaihduntaa sekä veren tulehdusarvoa. (Mäkijärvi ym. 2011, 308 - 309.)

Useimmilla sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä ihmisillä on poikkeava EKG. Poikkeavia löydöksiä EKG:ssa ovat useimmin vasemman kammion seinämän paksuuntumisesta ja vasemman eteisen kuormituksesta johtuvat muutokset, sydäninfarktin aiheuttamat muutokset sekä rytmihäiriöt. (Mäkijärvi ym. 2011, 308; Lommi 2014c.) Normaali EKG sulkee pois yli 90 – prosenttisesti vasemman kammion systolisen toimintahäiriön (Heliö ym. 2003).

Sydämen laajentuminen ja verentungos keuhkoissa voidaan todeta keuhkojen röntgenkuvasta (Heliö ym. 2003). Keuhkojen röntgenkuvassa eli thorax-kuvassa sydämen suurentunut tilavuus viittaa vajaatoimintaan (Vauhkonen & Holmström 2012, 71). Röntgenkuvasta voidaan arvioida myös suurten valtimoiden kulkua (Mäkijärvi ym. 2011, 311).

Kaikututkimuksella tutkitaan sydämen rakennetta, kuten kammioiden ja eteisten kokoa, kammion seinämien paksuutta ja liikettä, läppärakennetta ja niiden toimintaa

(Mäkijärvi ym. 2011, 311). Sydämen kaikututkimuksella voidaan myös tutkia sydämen pumppaustoimintaa (Vauhkonen & Holmström 2012, 71). Kaikututkimuksella selvitetään vajaatoiminnan perussyö, mekanismi ja vaikeusaste (Lommi 2013).

2.4 Sydämen vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste

Oireita aiheuttavaa sydämen vajaatoimintaa esiintyy noin 0,4 - 2 %:lla aikuisväestöstä, tosin oireettoman tai piilevän vajaatoiminnan esiintyvyyden on uskottu olevan jopa kaksinkertainen. Yli 65-vuotiaista noin 5 % ja yli 75-vuotiaista 10 % kärsii oireita aiheuttavasta vajaatoiminnasta, eli sen riski kasvaa iän myötä. (Mäkijärvi ym. 2011, 305; Lommi 2014b.) Tämä siis tarkoittaa sitä, että Suomessa suurten ikäluokkien vanhetessa myös vajaatoimintapotilaiden määrä kasvaa huomattavasti (Kuusisto 2005). Systolinen ja diastolinen vajaatoiminta ovat esiintyvyydeltään lähes yhtä yleisiä, kuitenkin yli 80-vuotiailla diastolinen tyyppi on yleisempää verrattuna systoliseen tyyppiin (Lommi 2013). Sairautta esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla, ja se on yksi yleisimmistä sairaalahoidon syistä (Mäkijärvi ym. 2011, 305).

Sydämen vajaatoiminnan ennuste on huono. Tutkimuksien mukaan joka toinen sitä sairastava henkilö menehtyy viidessä vuodessa ja kuolemista 40 % on äkillisiä. (Vauhkonen & Holmström 2012, 76 - 77.) Vaikeinta muotoa sairastavista (NYHA IV-luokka, ks. taulukko 1) menehtyy 30 - 50 % ensimmäisen vuoden aikana diagnoosista (Lommi 2014b). Miehiin eliniän ennuste oireiden ilmaantuessa on kolme vuotta ja naisilla viisi vuotta. (Vauhkonen & Holmström 2012, 76 - 77.) Sydämen vasemman kammion supistumisvireyttä kuvaavaa ejektiofraktioarvoa on käytetty sydämen vajaatoiminnan ennusteen mittaamisessa. Taustalla oleva sydänsairaus, vajaatoiminnan vaikeusaste ja vaste lääkehoitoon vaikuttavat myös ennusteeseen. (Mäkijärvi ym. 2011, 305 - 306; Lommi 2014b.) Ennusteeseen vaikuttavat myös ikä diagnoosihetkellä sekä liitännäissairaudet (Lommi 2014b).

3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOITO JA SEURANTA

Sydämen vajaatoiminta on pitkäaikaissairaus, jonka pahenemista voi estää omilla elämäntavoilla ja lääkehoidolla (Sydämen vajaatoiminta 2008). Vajaatoiminnan hoito pyritään suuntaamaan sen perussyhyin tai -syihin (Lommi 2013). Hoidolla pyritään myös vähentämään oireita, sairastavuutta sekä kuolleisuutta (Heliö ym. 2003; Sydä-

men vajaatoiminta 2008; Lommi 2013). Taustalla oleva syy pystytään harvoin parantamaan kokonaan, koska se on edennyt jo niin pitkälle. Siksi sydämen vajaatoimintapotilaan hoito vaatii myös tarkkaa seuranta (Lommi & Partanen 2014d).

3.1 Nestetasapaino

Elimistön nestetasapainoon vaikuttavat nautittu nestemäärä, nautitun ruoan nestepitoisuus ja käytetty suolamäärä. Sydämen vajaatoimintapotilaan tulisi välttää suurien nestemäärien nauttimista, sillä neste alkaa patoutua kehoon sydämen pumppaustehon alenemisen vuoksi. Nesteen patoutumisesta esimerkiksi keuhkoihin seuraa hengenahdistusta ja turvotuksia. (Partanen 2014b.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan painoa tulisi seurata päivittäin, sillä painon nousu sekä lisääntyneet turvotukset voivat viitata nesteen kertymiseen ja näin vajaatoiminnan pahenemiseen (Rautava-Nurmi ym. 2010, 242; Partanen 2014a). Korkeintaan kahden kilogramman nopea painonnousu muutamassa vuorokaudessa kertoo, että potilaan kehoon on kertynyt nestettä. Oireettomanakin vaa'alla tulisi käydä vähintään kerran viikossa. Potilas tulisi punnita joka päivä ennen aamiaista samalla tavalla, samalla vaa'alla, samaan aikaan ja samassa paikassa virtsarakko tyhjennettynä ja vaatteita. Tulos tulee merkitä sadan gramman tarkkuudella. Lääkärin ohjeen mukaan voidaan kaksinkertaistaa lyhytvaikutteisen nesteenoistolääkityksen annosta tilapäisesti, jos paino on noussut kilon kolmessa vuorokaudessa tai nopeasti. (Partanen 2014a.)

Sydämen vajaatoimintapotilas voi tarvita nesterajoituksen, jotta sydämen toiminta helpottuisi ja turvotukset vähenisivät (Hyytinen ym. 2009, 42). Nesteitä tulisi nauttia rajoituksen aikana 1,5 - 2 litraa päivässä. Määrä sisältää sekä juodun että ravinnon mukana tulevan nesteen. Tiukempaa nesterajoitusta kuin vähintään 1,5 litraa päivässä ei suositella. Tämä johtuu siitä, että verenpaineen säätely ja munuaisten toiminta tarvitsevat kyseisen määrän nestettä päivässä toimiakseen normaalisti. (Hyytinen ym. 2009, 42; Partanen 2014b.) Nesterajoitus määräytyy potilaskohtaisesti hänen kokonsa, hikoilunsa sekä kehon ja ympäristön lämpötilan mukaisesti (Partanen 2014b).

Mikäli sydämen vajaatoimintapotilaalle aloitetaan suonensisäinen nestehoito, nestetasapainoa tulee seurata tarkasti, jotta kuivuminen korjaantuu ilman liiallista nestekuormitusta. Etenkin natrium- ja kaliumarvoja on seurattava tiiviisti. Mittaustulosten

lisäksi on huomioitava myös potilaan omat tuntemukset ja hoitajien havainnot mahdollisesta kuivumisesta. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 243.)

Jos potilaan hoidossa tarvitaan tarkkaa nesterajoitusta, potilaan nauttima nestemäärä tulee laskea ja kirjata tarkasti koko vuorokauden ajalta. Tällöin lasien ja mukien vetoisuus täytyy mitata desilitramitalla. Laskettaessa nestemäärää tulee myös tietää, mikä lasketaan nesteeksi. (Partanen 2014b.)

TAULUKKO 2. Nesteseurannassa huomioon otettavat ruuat (Partanen 2014b)

Vesi, mehut, virvoitusjuomat, maito, piimä, kahvi, tee, olut, siideri, viini, viina
Ruuanvalmistukseen käytettävä neste (esim. puuron tai vellin valmistuksessa käytettävä maito tai vesi)
Marjakeitot, kiisselit, viili, jogurtti ja jäätelö
Keittoruokien neste (esim. lihakeitossa noin puolet, pinaattikeitto kokonaan)

Nesteen kertymisen syitä voivat olla nesteenpoistolääkityksen laiminlyönti tai unohtaminen, arkielämän muutokset, esim. lomamatkat, ja tulehdukset tai sairauden vaikeutuminen. Lomamatkoilla saatetaan saada tavallista runsaammin suolaa kuin kotioloissa ja poikkeavan lämmin ilmasto tai helle voivat myös johtaa liialliseen nesteen saantiin. Sydänsairauden vaikeutuminen tai sydäntä äkillisesti kuormittavat tekijät, kuten rytmihäiriö tai tulehdus, voivat olla syynä nesteen kertymiseen. (Partanen 2014d.)

3.2 Lääkehoito

Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidon tavoitteena on lievittää turvotuksista johtuvia oireita, helpottaa sydämen työkuormaa, ehkäistä sairauden etenemistä ja parantaa ennustetta (Sydämen vajaatoiminta 2008). Lääkehoito on kallista ja pitkäaikaista (Kettunen 2014a).

Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan säännöllisesti käytettävillä suun kautta otettavilla lääkkeillä, joista käytetyimmät ovat diureetit eli nesteenpoistolääkkeet, ACE-estäjä tai ATR-salpaaja ja beetasalpaaja. Oireiden hoitamisessa voidaan käyttää myös digoksiinia ja pitkävaikutteista nitroa. (Kettunen 2014b.) Yleensä hoito aloitetaan ACE:n estäjällä tai ATR-salpaajalla. ACE:n estäjän jälkeen aloitetaan yleensä beetasalpaaja. Jos

sydämen vajaatoimintaan kuuluu kudosturvotuksia tai hengenahdistusoire, niin diureettihoito aloitetaan. (Lommi & Partanen 2014a.)

Sydämen kuormitusta keventävillä lääkkeillä oireet lievittyvät ja potilaan suorituskyky paranee. Jokainen lääke vaikuttaa eri tavalla. Hoidon alkuvaiheessa lääkeannoksia lisätään vähitellen ja annosta muuttamalla tai vaihtamalla voidaan välttää haittavaikutukset. (Partanen 2014c.)

3.2.1 Diureetit

Vajaatoiminnan perushoitoon kuuluu diureetit (Kettunen 2014c). Ne ovat tehokkaita ja nopeita vajaatoiminta oireiden lievityksessä. Se pystytään aloittamaan potilaille, joilla on vajaatoimintaan sopivat oireet. (Lommi ym. 2008, 758.)

Diureettien tehtävänä on lisätä natriumin ja veden erittymistä munuaisten kautta pois elimistöstä. Tällä tavoin nesteenkertyminen elimistöön vähenee. (Vauhkonen & Holmström 2014; Kettunen 2014c; Paakkari 2013.) Yli puolet vajaatoimintapotilaista joutuvat sairaalahoitoon nestekertymän ja siihen liittyvän hengenahdistuksen sekä turvotuksen vuoksi (Kettunen 2014c). Kudosturvotuksista ja veritilavuuskuormituksista johtuviin oireisiin auttavat diureetit (Jokinen ym. 2013, 283).

Diureetteja ovat tiatsidi, loop-diureetit ja spironolaktoni (Kettunen 2014c). Tiatsideja voidaan käyttää lievien turvotusten hoidossa (Jokinen ym. 2013, 283; Kettunen 2014b). Loop-diureetteja käytetään vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa ja sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheiden hoidossa (Kettunen 2014c). Loop-diureetit ovat lyhytvaikutteisia ja tehokkaita virtsaneritystä lisääviä lääkeaineita. Ne estävät suolaionien takaisinimeytymistä Henlen lingon alueella munuaisissa. (Loop-diureetti 2014.) Tehokkaampi nestettä poistattava vaikutus saadaan, kun yhdistetään tiatsididiureetit ja loop-diureetit, ja niitä voidaan käyttää yhtä aikaa vaikean vajaatoiminnan hoidossa. Spironolaktonia käytetään keskivaikean ja vaikean sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Se parantaa potilaan ennustetta ja vähentää turvotuksia, jolloin oireet helpottuvat. Kaikkien kolmen diureetin yhteiskäytöllä voidaan tehostaa nesteenpoistumisen vaikutusta. (Kettunen 2014c.)

Diureetit voivat aiheuttaa kaliumin ja magnesiumin puutosta, kuivumisvaaraa, munuaisten toiminnan heikentymistä, kihtiä ja allergisia reaktioita. Tämän vuoksi potilailta on tärkeä seurata säännöllisesti elektrolyytti ja munuaisten toiminta-arvoja. (Kettunen 2014c; Vauhkonen & Hölmström 2014.) Diureettilääkitys tehostaa virtsaamismäärää, minkä vuoksi virtsankarkailu voi pahentua (Vauhkonen & Hölmström 2014).

Hoidossa pyritään mahdollisimman pieneen diureettiannokseen, jolla hengenahdistus ja muut oireet lievittyvät sekä turvotukset poistuvat. Diureetteja on annosteltava painon, verenpaineen ja sykkeen mukaisesti, minkä vuoksi näitä tulisi seurata säännöllisesti. Painoa, verenpainetta sekä munuaisten toimintaa ja elektrolyyttejä tulee seurata aina annostelua ja yhdistelmiä muutettaessa. Potilaan tulisi hallita diureettihoidossa hoidon perusasiat, joita ovat painon seuranta, lääkeannostelun muuttaminen, suola- ja nesterajoitukset ja kalium- korvaushoito. (Kettunen 2014c.)

3.2.2 ACE:n estäjä

Systolisen vajaatoiminnan ennustetta parantaa angiotensiinikonvertaasientsyymin eli ACE:n estäjähoito. Se parantaa elämänlaatua ja elinajan ennustetta sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta. Lääkeryhmää käytetään kaikenasteisessa systolisessa vajaatoiminnassa. Täysin oireettomassa systolisessa vajaatoiminnassa on myös syytä käyttää ACE:n estäjää, koska se myöhentää sydämen oireisen vajaatoiminnan ilmaantumista. (Kettunen 2014d.)

ACE:n tehtävänä on laajentaa valtimoita, jolloin verenpaine laskee ja verenkierron kuormitus vähenee. Kreatiniinipitoisuuden kohoamista voi esiintyä ACE:n estäjä - lääkeyksityksen aloitusvaiheessa. Lievä kohoaminen on kuitenkin normaalia hoidon alussa eikä estä lääkkeen käyttöä. (Jokinen ym. 2013, 279.)

Mitä vaikeampi vajaatoiminta on kyseessä, sitä pienemmällä annoksella aloitetaan ACE:n estäjälääkitys. Lääkitystä aloitettaessa tulee yleensä pienentää diureettiannosta, koska ACE:n estäjä voi aiheuttaa verenpaineen laskua ja siihen liittyviä muita haittavaikutuksia sekä jos potilaalla on diureettihoidon aiheuttama merkittävä nestevajaus. (Kettunen 2014d.) Annosta yleensä nostetaan 2 - 4 viikon välein (Jokinen ym. 2013, 280).

Potilaalta on hyvä seurata hypotensiosta aiheutuvia oireita ja arvioida lääkityksen vaikutuksia verenpaineeseen, munuaisten toiminta-arvioihin ja elektrolyytteihin (Jokinen ym. 2013, 280). Lääkityksen aikana tulee säännöllisesti kontrolloida verenpaine, kreatiini ja verisuola-arvoja sekä elektrolyyttejä (Vaukonen & Hölmström 2014). Tavallisimmat esteet ACE:n estäjä -lääkkeen käytölle ovat oireita aiheuttava matala verenpaine ja yskä sekä molemminpuolinen munuaisvaltimoahtaus. (Kettunen 2014d.)

Angiotensiinireseptorin salpaajaa eli ATR-salpaajaa käytetään potilailla, joille ACE:n estäjä ei sovi. Vaikeaoireiselle ja toistuvasti sairaalahoitoa tarvitseville potilaille voidaan antaa angiotensiinireseptoria yhdessä ACE:n estäjä- ja beetasalpaajalääkityksen kanssa. (Kettunen 2014e.) Lääke aiheuttaa hyperkalemiaa, ja se voi suurentaa kreatiinin pitoisuuksia (Jokinen ym. 2013, 281).

3.2.3 Beetasalpaaja

Beetasalpaajat parantavat potilaan elinajan ennustetta ja vähentävät sairaalahoidon tarvetta. Ne voivat vähentää kuolleisuutta ja parantaa sydämen vajaatoimintapotilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. (Kettunen 2014f.)

Keskeinen vaikuttaja sydämen vajaatoiminnan kehittymisessä ja pahenemisessa on elintoimintoja kiihdyttävän sympaattisen hermoston yliaktiivisuus. Tätä yliaktiivisuutta pystytään hillitsemään beetasalpaajalla. (Kettunen 2014f.) Beetasalpaajat hidastavat sykettä ja vähentävät sydänlihassolujen supistumista (Jokinen ym. 2013, 281). Lääke vähentää riskiä saada rytmihäiriöitä, estää verenpaineen kohoamista ja vähentää sydänlihaksen hapentarvetta (Vaukonen & Hölmström 2014).

Beetasalpaajia on hyvä käyttää oireisen systolisen vajaatoiminnan hoidossa ja sydäninfarktin sairastaneilla potilailla oireettomassakin vajaatoiminnassa. Lääkkeestä on myös hyötyä diastolisessa vajaatoiminnassa sen sykettä alentavan vaikutuksen vuoksi. Sitä olisi suositeltavaa käyttää yhdessä ACE:n estäjien kanssa. (Kettunen 2014f.)

Beetasalpaajahoidon tulisi aloittaa vasta sitten, kun potilaan vointi on vakaa. Annostelu aloitetaan koeannoksella. Annosta nostetaan vähitellen, kunnes tavoitetaso on saavutettu. Melko usein beetasalpaajahoidossa tulee sivuvaikutuksia, kuten verenpaineen laskua. Potilaalta tulee hoidon aikana seurata vajaatoiminnan oireita, syketiheyttä ja

verenpainetta, koska hoidossa on mahdollista, että syke harvenee ja verenpaine laskee. Hoidon alussa ja viimeisen annosmuutosten jälkeen tarkistetaan plasman elektrolyytit ja kreatiniini. Tavallisimmat hoidon keskeytyksen syyt ovat vajaatoiminnan paheneminen, hidas syke ja oireita aiheuttava matala verenpaine. (Kettunen 2014f.)

3.2.4 Digoksiini

Digoksiini hidastaa sydämen leposykettä ja pienentää kammiotaajuutta nopeiden rytmihäiriöiden yhteydessä sekä lisää supistumisvoimaa. Se ei estä äkillisiä rytmihäiriöitä eikä laske verenpainetta. (Vaukonen & Hölmström 2014.)

Vaikeassa systolisessa vajaatoiminnassa käytetään digoksiinia ja sitä käytetään vajaatoimintapotilailla, joilla on nopea rytmihäiriö. Lääkitys lopetetaan, jos potilaalla on hitaita rytmihäiriöitä. (Vaukonen & Hölmström 2014.) Digoksiinia suositellaan käytettäväksi yhdessä beetasalpaajan ja ACE:n estäjä -lääkityksen kanssa, jos potilaalla on sydämen vajaatoiminnan lisäksi eteisvärinää (Kettunen 2014g).

3.3 Ravitsemus

Ikääntyneen henkilön ravitsemustila tulee arvioida aina sairaalaan tultaessa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006, 191). Ravitsemus on tärkeä osa haavojen paranemisessa, infektioiden torjunnassa, immuunijärjestelmän ja lihasten toiminnassa ja elimistön toipumisessa vaikeista sairauksista (Rautava-Nurmi ym. 2010, 213). Sydämen vajaatoimintapotilaan ravitsemushoidon periaatteena on vähentää sairauden taustalla olevia vaaratekijöitä, mm. kohonnutta verenpainetta, ylipainoa, dyslipidemiaa ja soke-ri- ja insuliiniaineenvaihdunnan häiriöitä (Hyytinen ym. 2009, 40). Sydämen vajaatoimintapotilaan tulisi syödä terveellisesti ja monipuolisesti. Sydämen vajaatoimintapotilaille suositellaan nesteiden, suolan tai alkoholin suurkulutuksen välttämistä. (Helliö ym. 2003.)

Sydän- ja verisuonitauteja ehkäisevän ruokavalion peruseräpäätteet ovat monipuolisuus, kohtuullisesti rasvaa, vähän kovaa tyydytynyttä rasvaa, riittävästi pehmeää tyydyttymätöntä rasvaa, sopivasti energiaa suhteessa kulutukseen, vähän suolaa, runsaasti kuitua ja vähän kolesterolia (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006, 96). Ravinnon

omega-3-rasvahappojen sanotaan parantavan kroonisen sydämen vajaatoiminnan ennustetta (Harjola 2010).

Jos sydämen vajaatoimintapotilaan painoindeksi on yli 25kg/m², häntä ohjataan pudottamaan painoa (Heliö ym. 2003). Potilaan nopea painonnousu on yleensä merkki nesteen kertymisestä kehoon ja vaatii hoidokseen suola- ja nesterajoituksen (Hyytinen ym. 2009, 41).

Sydän- ja verisuonitautiin sairastuneille suositellaan ravitsemusterapeutin ohjausta mahdollisimman pian diagnoosin jälkeen. Seurantakäyntiä suositellaan 2 - 3 kuukauden kuluttua ensimmäisestä ravitsemusterapeutin ohjauksesta. Ruokavalion muutoksen tulee olla pysyviä elämäntapamuutoksia hoidon onnistumisen toteutumiseksi. (Hyytinen ym. 2009, 42.)

3.4 Liikunta

Aikaisemmin sydämen vajaatoimintaa sairastavien fyysiseen harjoitteluun suhtauduttiin kielteisesti, mutta tutkimus- ja seurantamenetelmien kehityttyä fyysisen kuormituksen vaikutuksia sekä terveeseen että sairaaseen elimistöön on pystytty selvittämään entistä paremmin (Karvonen & Korolainen 2005, 9). Useimmissa tutkimuksissa on todettu liikunnan olevan hyväksi sydämen vajaatoimintapotilaiden elämänlaatuun (Suomen sydänliitto ry 2006, 9). Nykypäivänä tarkoin annostellulla liikunnalla on voitu merkitsevästi lisätä vajaatoimintaa sairastavien fyysistä suoritus- ja toimintakykyä ja elämänlaatua (Karvonen & Korolainen 2005, 9).

Sydämen vajaatoiminnan vakaassa vaiheessa päivittäinen liikkuminen on tärkeää, pahenemisvaiheessa potilasta kehoitetaan lepäämään (Heliö ym. 2003). Liikunnalla voidaan ehkäistä ja hoitaa sydämen vajaatoimintaan johtavia sairauksia, esim. kohonnutta verenpainetta, sepelvaltimotautia ja lihavuutta (Liikunta 2012).

Potilaan fyysinen aktiivisuus selvitetään sairaalassa haastattelemalla häntä. Häneltä voidaan myös kartoittaa toimintakyky ja mitata hengityselinten voimat. (Suomen sydänliitto ry 2006, 10.) Tämä on tärkeää siksi, ettei potilaan turvallisia kuormituksen rajoja ylitettäisi (Karvonen & Korolainen 2005, 9). Lääkärin tehtävänä on arvioida potilaan liikunnan aiheet, riskit ja liikkumisrajoitteet sekä motivoida potilasta liikku-

man (Liikunta 2012). Liikunnanohjaus sairaalassa voi toimia hyvänä motivaation lähteenä potilaalle myös tulevaisuudessa (Suomen sydänliitto ry 2006, 10).

Kun sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa käytetään hoitomuotona liikuntaa, sen määrä on suunniteltava potilaan suorituskykyä vastaavaksi, sillä sairaiden henkilöiden suorituskyky on heikompi kuin terveiden. Liian suuri määrä liikuntaa voi jopa johtaa vajaatoiminnan pahenemiseen. Keväällä 2001 European Society of Cardiology eli ESC julkaisi suositukset sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden liikuntaharjoittelusta. Suositukset ovat lisänneet monia kuntoutuslaitoksia kokeilemaan sydänpotilaiden fyysistä harjoittelua. (Karvonen & Korolainen 2005, 9, 11.)

Keveyen ja kohtuukuormitteisen liikuntaohjelman voivat aloittaa oireettomat potilaat ilman terveystarkastusta. Ennen rasittavamman liikunnan aloittamista potilaiden tulee käydä lääkärin tarkistuksessa, jos potilailla on oireita tai verenkierto- tai hengityselimistön sairaus, diabetes tai jokin muu aktiivisessa vaiheessa oleva krooninen sairaus tai terveydellinen ongelma. (Liikunta 2012.)

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutuksen edellytyksenä on osallistua kliniseen rasisuskokeeseen (Karvonen & Korolainen 2005, 11). Kokeen tulos on tärkeä suunnitella potilaan liikuntaohjelmaa. Kuuden minuutin kävelytesti arvioi myös vajaatoimintapotilaan hoidon tuloksia ja ennustetta. (Suomen sydänliitto ry 2006, 11.)

Jotta oireet eivät pahene potilaan liikkuaessa, tulee liikunnan rasittavuus ja lepotauot rytmittää. Hyviä sydämen vajaatoiminnan liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, sauvakävely, voimistelu, hiihto, uinti ja pyöräily. Kävely sopii hyvin potilaille, jotka eivät ole tottuneet liikkumaan. Kävelymatkoja pidennetään, kun kunto on parantunut. Liikkeissä, joissa potilaan käsivarret joutuvat olemaan pitkään kuormittuneina, voi vajaatoimintapotilaan sydän rasittua. (Sydämen vajaatoiminta 2008.)

Lievässä ja keskivaikeassa sydämen vajaatoiminnassa kestävyysliikunta parantaa sydämen vasemman kammion pumppaustehoa, lisää luustolihasverenkiertoa, lisää voimaa ja aerobista energiantuotantoa, parantaa verenkiertoelimistön suorituskykyä submaksimaalisessa (ei niin suuressa) ja maksimaalisessa kuormituksessa. Kestävyysliikunta vähentää myös väsymystä ja hengenahdistusta. Se myös parantaa fyysistä

suorituskykyä, liikuntakykyä, terveydentilaa ja elämänlaatua. Kestävyysliikunta vähentää sydänkuolleisuutta ja sairaalahoidon tarvetta. (Liikunta 2012.)

Lievässä ja keskivaikeassa sydämen vajaatoiminnassa lihasvoimaharjoittelu parantaa luustolihasten voimaa, kestävyyttä ja verenkiertoa. Se parantaa sydämen vasemman kammion pumppaustoimintaa ja verenkiertoelimistön suorituskykyä maksimaalisessa ja submaksimaalisessa rasituksessa. Lihasvoimaharjoittelulla kävelymatkat pidentyvät, ja se voi lisätä sykevaihtelua. Kestävyysliikunnan kanssa se parantaa lihasvoimaa ja verenkiertoelimistön suorituskykyä maksimaalisessa ja submaksimaalisessa rasituksessa sekä parantaa elämänlaatua. (Liikunta 2012.)

Liikuntaohjelmaa suunniteltaessa huomioidaan potilaan sydän- ja verenkiertoelimistön tila, yleinen terveydentila, tuki- ja liikuntaelimistön aiheuttamat rajoitteet, rasituskokeella mitattu suorituskyky, lääkitys sekä yksilölliset tavoitteet, tarpeet ja mieltymykset. Ohjelmia voidaan laatia potilaille, joiden toimintakykyluokka on NYHA I-III. Ohjelmat sisältävät potilaan mieltymysten mukaan kestävyys-, lihasvoima- ja hengityslivasharjoitteluja. (Suomen sydänliitto ry 2006, 13 - 15.)

Liikuntaohjelman tavoitteena on potilaiden fyysisen suoritus- ja toimintakyvyn lisääminen ja kotona selviytymisen parantaminen. Lisäksi sen avulla pyritään edistämään sosiaalista kanssakäymistä, poistamaan sairauden pelkoa ja lisäämään tietoa oman suorituskyvyn rajoista. (Karvonen & Korolainen 2005, 11.)

3.5 Päähteet

Kohtuullisen alkoholin käytön on huomattu suojaavan sydän- ja verisuonitaudeilta, koska se lisää HDL-kolesterolin pitoisuutta ja vähentää veren hyytymistäipumusta. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja lisää rytmihäiriöitä. Alkoholi vähentää sydämen supistumisvoimaa, ja sen käyttö voi johtaa alkoholin aiheuttaman sydänlihassairauden ja sydämen vajaatoiminnan kehittymiseen. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan tulisi käyttää alkoholia varovasti ja välttää runsasta käyttöä. (Miettinen 2014a.)

Sydänpotilaan hoitoon kuuluu alkoholin käytöstä kysyminen ja keskustelu. Hoidon alussa kannattaa puhua potilaan kanssa alkoholin rajoista ja sopivuudesta. Alkoholin

käyttöä arvioidaan AUDIT-kyselyllä. Sillä selvitetään alkoholin käytön tiheyttä, käyttömäärää ja mahdollista humalahakuisuutta. Verikokeiden avulla voidaan myös selvittää alkoholiongelmaa. (Kettunen 2014h.)

Tupakan sisältämä nikotiini aiheuttaa verisuonien supistumista ja kohottaa verenpainetta sekä sepelvaltimoiden supistumista. Tupakka aiheuttaa hapenpuutetta ja lisää sydänlihaksen hapenpuutteen vaaraa. Se nostattaa sydämen sykettä ja lisää rytmihäiriöalttiutta. Se myös aiheuttaa veren hyytymistekijöissä muutoksia, minkä vuoksi veren hyytymistäipumus ja veritulppavaara lisääntyvät. Tupakka nostaa veren kolesteroliipitoisuutta. HDL-kolesterolitaso on tupakoitsijoilla matala. (Miettinen 2014b.) Sydämen vajaatoiminnassa tupakointi on rasite, se lisää hengenahdistusta ja huonontaa suoristuskykyä (Ekola 2010).

3.6 Jatkohoito

Jatkohoitoa varten potilaalle tulee antaa selkeät hoito-ohjeet (Harjola 2010). Selkeä kotiutussuunnitelma ennaltaehkäisee uuden sairaalajakson riskiä (Partanen 2004, 21-23). Potilaalle tulee kertoa selkeästi lääkkeiden tarkoitukset ja käyttöperiaatteet. Hoito-ohjeet kirjataan sekä lääkekorttiin että epikriisiin, joka sisältää myös ohjeet avohoittoa varten. Sekä lääkärin että sairaanhoitajan on tärkeää antaa potilaalle elämäntapaohjausta. (Harjola 2010.) Yhteydenpito mahdollisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon kanssa on tärkeää ennen potilaan kotiutumista. Tärkeintä on, että mahdollisten voinnin muutosten ilmetessä kotiutuja tietää, mihin ottaa yhteyttä. (Partanen 2004, 21 - 23.)

4 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS

Ohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa, ja hänellä on oikeus siihen. Sairaanhoitajan velvollisuus on ohjata potilasta lakien, asetusten, suositusten ja hyvien ammattikäytänteiden mukaisesti. Sairaanhoitajan on huomioitava ohjauksessa myös terveyden edistämisen näkökulmat. Jotta ohjaus olisi laadukasta, hoitajan tulee pohtia ohjauksen filosofisia sekä eettisiä lähtökohtia. Lisäksi hoitajalla täytyy olla hyvät ohjausvalmiudet. (Kääriäinen 2008, 10 - 11.)

Ohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa ja potilaiden hoitoa. Onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaiden ja heidän omaisten terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Potilaan ohjaus on laadukasta, kun se on suunnitelmallista, vuorovaikutteista ja lähtee potilaan tarpeista. Ohjaustilanteissa tulee huomioida myös potilaan ikä ja läheiset sekä tietämys sairaudesta. (Tuomisto 2013.) Ohjauksessa painotetaan nykyään potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, potilaan ja hoitajan jaettua asiantuntijuutta sekä potilaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tavoitteena on motivoida potilas ottamaan itse vastuuta hoidostaan ja vajaatoiminnan seurannasta (Partanen 2004, 21). Ohjaus sairaalassa toteutetaan yhteistyössä lääkärin ja muun henkilökunnan kanssa. Jotta ohjaus keskittyisi tärkeinä pidettyihin asioihin, ohjaustilanteen tulisi tapahtua rauhallisessa ympäristössä. Potilas ja ohjaaja voivat pitää eri asioita merkittävänä. Potilas uskaltaa kysellä enemmän ja ilmaisee omia mielipiteitään, kun ohjaustilanne on kahdenkeskinen. Ohjaustilanteessa voi olla potilaan suostumuksen mukaan myös omainen. (Partanen 2004, 23.) Ohjattavien asioiden runsauden vuoksi ohjausta annetaan pienempinä määrinä useampaan kertaan. Suullisen ohjauksen lisäksi on tärkeää antaa myös kirjallista materiaalia. (Lommi & Partanen 2014d.)

Onnistunut ohjaus vaatii sairaanhoitajalta hyvää tietämystä sairaudesta ja ohjaustaitoja (Partanen 2004, 23). Ohjauksessa pitäisi käyttää ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, ja siinä pitäisi huomioida asiakkaan näkemykset ja elämäntilanne. Oikean ja sopivan ohjausmenetelmän valinta edellyttää, että hoitaja osaa arvioida sitä, miten potilas omaksuu asioita, koska potilaiden vahvuudet vaihtelevat heidän taustansa mukaan. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Hoitojakson aikana aloitettua ohjausta on jatkettava vielä kotiutuksen jälkeen (Ekola 2010, 19).

Asiakaslähtöinen ohjaus vaatii asiakkaalta aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Hoitajan tehtävänä on kannustaa potilasta luottamaan omiin taitoihinsa ja tukemaan häntä omaaloitteisuuteen. Potilaalle on annettava mahdollisuus tehdä omia päätöksiä ja toimia omalla tavallaan. (Kääriäinen ym. 2005, 29 - 30.)

Sydämen vajaatoimintapotilasta ohjataan hoidon perusasioissa: painonhallinta, neste-tasapainon seuranta, lääkehoito, liikunta, päihteet, tulehdusten ehkäisy ja matkustami-nen (Lommi & Partanen 2014c). Hoitotyöntekijöille, jotka ohjaavat sydämen vajaa-toimintapotilasta sairauden omahoidossa, on laadittu ohjauksen tueksi hoitotyön suosi-tus. Suositus sisältää kymmenen tutkimustietoon perustuvaa omahoidon ohjauksen sisältöä ja sen käyttöönotto yhtenäistää vajaatoimintapotilaan itsehoidon ohjauksen sisältöjä. Samalla ohjauksen painoarvo kasvaa osana vajaatoimintapotilaan kokonais-hoitoa. (Kemppainen ym. 2012, 52, 54.)

Omahoidon ohjaus vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista edistäen samalla potilaan hoitoon sitoutumista. Potilasta ohjataan *seuraamaan ja tunnistamaan* oireita, koska vajaatoiminnan vaikeutumisen oireet vaihtelevat huomattavasti. *Lääkehoidon ohjaukseen* kuuluu lääkkeiden vaikutusten ja sivuvaikutusten seuranta sekä itseohjau-tuva nesteenpoistolääkityksen annosteleminen. Potilaalle on tärkeää kertoa myös *elin-tapaohjauksesta*, koska se vähentää riskiä sairastua sydänsairauksiin. Sydämen vajaa-toiminnan ohjauksessa tulee kertoa sopivasta *ruokavaliosta*. Erityisesti suolan ja nes-teiden käytön ohjaus on merkittävää. Jokainen vajaatoimintapotilas hyötyy *liikuntaoh-jauksesta*. Potilasta ohjataan myös *uniongelmien* tunnistamisessa, koska sydämen va-jaatoimintaan liittyy unen aikaisia hengityshäiriöitä. *Seksuaalisuuteen* vaikuttavista asioista potilas saa yksilöllistä ohjausta. Vajaatoimintapotilasta, joka kärsii *influenssan* oireista, ohjataan ottamaan influenssarokotus vuosittain, koska tauti voi samalla pa-hentaa vajaatoiminnan oireita. Myös *masennuksen* oireiden tunnistaminen huomioi-daan vajaatoimintapotilaan ohjauksessa. (Kemppainen ym. 2012, 52 - 54.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuoda esille aihepiirin teorian tiedon sekä aiempien kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten olennaista sisältöä siltä osin, mikä vastaa opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että sen avulla osaston hoitotyöntekijät pystyvät kehittämään ja yhtenäistämään potilaan hoi-donohjausta. Teoriatiedosta ja tutkimuksista koostetun tiedon avulla hoidonohjausta pystytään suuntaamaan potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Mikä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa toteutuu hyvin?
- Mitä kehitettävää sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa on?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luotettava menetelmä yhdistää aikaisempaa tietoa. Se noudattaa vaiheittain etenemistä, jokainen vaihe on nimettävissä ja jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edelliseen vaiheeseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294 - 297.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisiä periaatteita ja kuvaa ilmiötä perustellusti, rajatusti ja jäsennellysti. Se on itsenäinen tutkimus, jonka tarkoituksena on etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin ja muodostaa aineistosta kuvaava vastaus. Tutkimuskysymysten määrittelyn jälkeen suoritetaan aineiston haku ja valinta, sen jälkeen kuvaillaan aineistoa ja sen jälkeen keskeisiä tuloksia. Tutkimusprosessia ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 293, 295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kuvailun muodostaminen muodostaa menetelmän ytimen. Sen tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen valitun aineiston pohjalta. Kuvailussa analysoidaan ja yhdistetään aineistoa kriittisesti ja muodostetaan sopiva kokonaisuus aineistosta. Kuvailun esittäminen aineistolähtöisenä tekstinä edellyttää aineiston tuntemista ja hyvää aineiston hallintaa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 296 - 297.)

6.2 Tiedonhaku

Aloitimme tiedonhaun maaliskuun 2014 loppupuolella rajatuista tietokannoista käyttämällä määrittelemiämme hakusanoja. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat sydämen vajaatoiminta, ohjaus ja omahoito. Englanninkielisiä hakusanoja ovat: heart failure, counseling ja self care. Ennen tiedonhaun aloittamista tarkistimme hakusanat yleisestä suomalaisesta asiasanastosta ja Medical Subject Headings -sivustolta. Kirjallisuuskatsauksemme aineiston keräämisen aloitimme Kaakkuri-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Valitsimme kyseiset tietokannat, koska ne sisältävät sekä kansainvälis-

tä että kotimaista hoito- ja lääketieteellistä tietoa. Lisäksi haimme tietoa aihepiirin kirjallisuudesta ja lehdistä, jotka löysimme Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjastosta. Tehdessämme aineistohakua määrittelimme aineistohaun hyväksymiskriteerit.

Kirjallisuuskatsauksen hyväksymiskriteerit ovat

- viimeisten kymmenen vuoden aikana (2004 - 2014) julkaistut tutkimukset ja artikkelit
- tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin
- hoito- ja lääketieteelliset julkaisut
- kokoteksti saatavana ilmaisversiona
- kokoteksti saatavana sähköisenä tai kirjallisena versiona
- julkaisu käsittelee sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon ohjausta

Haimme ensin tutkimustietoa viimeisen viiden vuoden ajalta. Hakutulosten niukkuuden vuoksi laajensimme kirjallisuuskatsauksemme hyväksymiskriteerejä niin, että otimme tutkimukseemme mukaan vuosina 2004 - 2014 julkaistuja tutkimuksia ja artikkeleita. Tarkastelimme aineistohaun pohjalta saatuja tutkimuksia ja artikkeleita ensin otsikoiden perusteella. Hylkäsimme julkaisut, jotka eivät liittyneet aiheeseemme. Saimme eri hakusanoja käyttämällä samoja hakuosumia. Seuraavaksi tarkastelimme julkaisuja niiden tiivistelmien pohjalta, joiden perusteella otimme niistä osan lähempään tarkasteluun. Lukiessamme koko tekstiä suljimme pois ne julkaisut, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiimme. Liite 1 kuvaa tekemäämme hakuprosessia.

Aineiston valinnassa kiinnitimme huomiota aineiston luotettavuuteen. Valitut tutkimukset jaoin keskenämme huolellisempaa läpikäymistä varten pohtien samalla sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa hyvin toteutuvia sekä siinä kehitettäviä seikkoja. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus on esitetty liitteessä 4.

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytämme sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin avulla pystytään tekemään monenlaista tutkimusta. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin, jos sisällönanalyysilla tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi &

Sarajärvi 2003, 93.) Sisällönanalyysimenetelmän tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jonka avulla kerätty aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105).

Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja kysymysten asettelu (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäoleellinen pois eli aineisto pelkistetään (Tuomi & Sarajärvi 2003, 111). Aineiston pelkistämisen perusteena ovat kirjallisuuskatsaukselle asettamamme tutkimuskysymykset.

Kokosimme erilliseen tiedostoon tutkimuskysymyksiimme liittyvät ilmaisut alakategorioiksi pelkistetyin fraasein. Pelkistämällä vielä näitä fraaseja saimme yhdistettyä ne yläkategorioiksi, joissa yhdistimme samaa tarkoittavat käsitteet oman otsakkeen alaisiksi. Tulokset poimimme saamiemme käsitteiden avulla. Käsitteellistäminen on kuvattu liitteessä 2 ja 3.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Mikä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa toteutuu hyvin?

Tutkimusten tulokset kertovat sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen hyvästä toteutumisesta ja sen hyödyistä, että **ainakin toimenpiteisiin, tutkimuksiin ja hoitoon valmistava ohjaus toteutuu hyvin** vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa (Kääriäinen ym. 2005a, 13; Isola ym. 2007, 56). **Erytyisesti lääkehoidon ohjaus koetaan hyödyllisenä** (Lloyd-Williams ym. 2005; Poutala ym. 2007, 23; Kaakinen ym. 2014, 18-19). Tutkimuksessa **lääkehoidon ohjaus lisäsi sairaanhoitajien mukaan potilaiden lääkityksen noudattamista** (Lloyd-Williams ym. 2005). Tutkimuksen tulokset kertovat **potilaiden pitävän ohjausta tärkeänä** ja erityisesti **vajaatoimintahoitajalta saatu ohjaus koettiin hyödyllisenä** (Poutala ym. 2007, 22). Kaiken kaikkiaan **ohjaus lisäsi potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon** (Kääriäinen ym. 2005a, 13; Isola ym. 2007, 58-59).

Tutkimuksissa kävi ilmi, että potilaat olivat **tyytyväisiä liikunnan ohjaukseen, koska se rohkaisi vajaatoimintapotilaita liikkumaan** (Karvonen & Korolainen, 2005, 2; Mutikainen ym. 2010, 6). Potilaiden **liikunta-aktiivisuus kasvoi** kolmen kuukauden

seurannan jälkeen 25 % (Mutikainen ym. 2010, 6). Liikunnan ohjaus **auttoi sydämen vajaatoimintapotilaita tuntemaan oman jaksamisensa rajat** ja heille tuli tunne, etteivät he olekaan niin sairaita (Karvonen & Korolainen 2005, 21). Tutkimuksessa käy ilmi, että **kirjallisen suunnitelman mukaan ja ohjeiden toteutumista seuraten liikuntaneuvonta on tehokkainta** (Nykänen ym. 2010, 52).

Tutkimukset kertoivat myös onnistuneista ohjaustilanteista. Tutkimusten mukaan **ohjaustilanteissa vallitsi myönteinen ilmapiiri** (Isola ym. 2007, 56, 59; Poutala ym. 2007, 22; Tuomisto 2013, 14). Ohjauksen **asenne tilanteissa oli motivoiva** (Poutala ym. 2007, 22). Tutkimuksessa **potilasohjauksen tila- ja aikajärjestelyt olivat onnistuneita**. Ohjaustilanteissa saatu **kirjallinen materiaali oli sisällöltään ymmärrettävää ja selkeää**, ja se oli sisällöltään ajan tasalla. (Isola ym. 2007, 56, 58.) Tutkimuksessa **ohjausaikoja oli sovittu myös omaisten kanssa** (Kaakinen ym. 2014, 14).

Tutkimuksissa kerrottiin myös sairaanhoitajien hyvistä ohjaustaidoista. Tutkimuksessa **sairaanhoitajat hallitsivat hyvin suullisen ohjauksen** (Kääriäinen ym. 2005a, 13). Vajaatoimintaklinikan sairaanhoitajat kokivat, että **potilailla oli aikaa keskustella omasta voinnistaan**. Tällaisina hetkinä sairaanhoitajat pystyivät antamaan potilaille tietoa, joka lisäsi potilaiden ymmärrystä sairaudestaan. (Lloyd-Williams ym. 2005.) Tutkimuksessa **suurin osa (60 %) jo valmistuneista sairaanhoitajista oli osallistunut johonkin lisäkoulutukseen** valmistumisensa jälkeen, ja lähes kaikki vastaajat (93 %) **kertoivat haluavansa lisää toimipaikkakoulutusta** (Eriksson & Partanen 2005, 7). Tutkimuksessa **potilaat kokivatkin hoitajien tiedot ja taidot kiitettäväksi tai hyväksi** (Isola ym. 2007, 56). Sydämen vajaatoimintapotilaat ottavat useammin yhteyttä lääkäriin tai sairaanhoitajaan vointinsa huonontuessa, jos ohjaus on toteutunut hyvin ja he kokevat saaneensa riittävästi ohjausta ja tietoa (Hujanen 2010, 34).

7.2 Mitä kehitettävää sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa on?

Tutkimuksista kävi ilmi **ohjauksen riittämättömyys ja informaation puute**. Tutkimusten mukaan potilaat eivät saaneet hoitajilta riittävästi ohjausta (Kääriäinen ym. 2005a, 12; Isola ym. 2007, 56; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553; Hujanen 2010, 48; Tuomisto 2013, 13). He **eivät saaneet tietoa hoitonsa etenemisestä tai siitä, missä vaiheessa hoitajaksoa hän kulloinkin oli** (Lämsä & Mäkelä 2009, 2553). Ohjaus oli riittämätöntä myös **ennusteen, hoidon riskien ja toipumisajan pituuden osalta**

(Kääriäinen ym. 2005a, 12). Iäkkäät potilaat kokivat saavansa liian vähän ohjausta kuntoutuksesta (20 %), tukiryhmistä (18 %) ja sairauden syistä (17 %) (Isola ym. 2007, 56). Tutkimuksessa painottui, että ohjaus oli puutteellista myös **sosiaalisen tuen osalta** (Kääriäinen ym. 2005a, 12).

Tutkimusten mukaan potilaat olisivat halunneet **lisää ohjausta mm. lääkehoidosta, ruokavaliosta, paranemisesta ja tulevaisuudenkuvista** (Hujanen 2010, 48). Lisäksi potilaat kaipasivat **lisää tietoa itse sairaudesta ja omasta ennusteesta** (Isola ym. 2007, 56; Hujanen 2010, 48). Tutkimuksen mukaan potilaat saivat riittämätöntä ohjausta ja **hoitajat tekivät asioita heidän puolestaan**, mikä ei edesauta omahoidon onnistumista (Lämsä & Mäkelä 2009, 2554).

Tutkimuksessa kolme neljästä (76 %) kertoo saaneensa kylliksi ohjausta, mutta yhdeksän heistä myönsi, että **olisivat halunneet jostain asiasta tai asioista enemmän ohjausta**. Neljäsosa (24 %) tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kertoi saaneensa riittämättömästi ohjausta. Osa potilaista **ei ollut saanut lainkaan ohjausta liittyen sydämen vajaatoiminnan hoitoon**. (Hujanen 2010, 48.) Potilas, joka kokee saaneensa riittämättömästi ohjausta, jättää usein ottamatta yhteyttä joko sairaanhoitajaan tai lääkäriin vointinsa huonontuessa (Hujanen 2010, 34).

Tutkimuksista kävi ilmi **ajan vähyyden ja ohjauksen potilaslähtöisyyden puute**. Tutkimusten mukaan henkilökunnalla on liian vähän aikaa ohjata potilaita (Isola ym. 2007, 56; Poutala ym. 2007, 22; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553). Huonoa ohjauksessa koettiin olevan **tiedon paljous** (Poutala ym. 2007, 22). Ohjauksessa **ei keskitytty potilaaseen yksilöllisesti** ja hänen elämäntilanteeseensa (Isola ym. 2007, 59-60). Tutkimuksen mukaan asiakkaan halukkuuteen osallistua **omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon** suhtauduttiin varauksellisesti eikä sitä otettu päätöksenteossa huomioon (Kääriäinen ym. 2005b, 30).

Tutkimuksien tulokset kertovat, että **hoitohenkilökunta ei käytä selkokieltä ohjauksessaan**. Tutkimusten mukaan ohjauksessa tulisi käyttää selkokieltä (Isola ym. 2007, 56; Poutala ym. 2007, 23; Hujanen 2010, 48). Lääkärit käyttävät ohjaustilanteissa usein **lääketieteellistä kieltä**, jota potilas ei välttämättä ymmärrä (Isola ym. 2007, 56; Hujanen 2010, 48).

Potilaat kokivat, että **tiedollinen yksityisyys ei toteudu** ohjaustilanteissa suhteessa kanssapotilaisiin kahteen suuntaan, koska **keskusteluja käytiin potilashuoneissa** (Lämsä & Mäkelä 2009, 2554). Myös ohjaustilanteet koettiin ongelmallisiksi. Tutkimuksessa iäkkäät potilaat kokivat **ohjaajien vaihtumisen** ongelmalliseksi sekä heidän antamansa **tiedon ristiriitaiseksi** (Isola ym. 2007, 56). Myös hoitohenkilökunnan **asenne oli koettu negatiiviseksi** (Tuomisto 2013, 14). Lisäksi iäkkäät potilaat olivat tyytymättömiä **meluisaan ja pieneen ohjaustilaan** (Isola ym. 2007, 56). Tutkimuksessa kerrotaan, että **kirjallisen materiaalin puutteen** vuoksi potilaat eivät voi tarkistaa ohjaustilanteessa annettuja omahoidon ohjeita myöhemmin (Kääriäinen ym. 2005a, 14). Tutkimusten mukaan potilaat toivoivat suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista tukea (Kääriäinen ym. 2005a, 14; Isola ym. 2007, 58-59; Poutala ym. 2007, 22; Kaakinen ym. 2014, 14). Kirjallinen materiaali on koettu tärkeäksi erityisesti muistipotilaille (Isola ym. 2007, 60).

Tutkimuksen mukaan **ohjaus ei vaikuta omaisten tiedonsaantiin** (Kääriäinen ym. 2005a, 14; Isola ym. 2007, 58-59). Tutkimuksessa potilaat toivoivat, että omaiset pääsisivät mukaan ohjaustilanteisiin (Kääriäinen ym. 2005a, 13; Isola ym. 2007, 58). Tutkimuksen mukaan **hoitohenkilöstö ei ollut ottanut yhteyttä perheenjäseniin** voinnin huonontuessa (Tuomisto 2013, 13). Omaisten läsnäolo vähentää väärinymmärryksiä ja lisäkysymysten esittäminen on helpompaa (Kääriäinen ym. 2005a, 13).

Tutkimus kertoo, että **sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta ovat vähäiset**. Tutkimuksessa vain 38 % sairaanhoitajista oli osallistunut sydämen vajaatoiminnan hoitoa käsittelevään kardiologian lisäkoulutukseen. Vuodeosastojen yhteisille aihepiiriä käsitteleville luennoille oli taas osallistunut suurempi määrä hoitajia (67 %), mutta ainoastaan kardiologian luennoille osallistuvien hoitajien tiedot ohjauksesta olivat havaittavissa tietopisteissä. (Eriksson & Partanen 2005, 7.) Tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat **osaamattomia sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoidon ohjauksessa** (Eriksson & Partanen 2005, 4,7).

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme aiheen löytäminen oli haastavaa, ja se haki muotoaan pitkään. Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä oli todella haastava. Valitsimme kuitenkin kyseisen tutkimusmenetelmän, koska siihen ei millään tapaa vaikuta kyselyiden

vastausprosentti. Työmme tekeminen olisi ollut sujuvampaa ja tehokkaampaa, jos olisimme tehneet alussa suunnitelman, jonka mukaan edetä. Opinnäytetyömme kulku oli todella vaihtelevaa, ja välillä emme osanneet edetä työssämme. Epälooginen eteneminen hankaloitti aikataulussa pysymistä. Opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan haastava, mutta antoisa ja ammattitaitoa kasvattava oppimiskokemus. Taitomme kehittivät erityisesti kirjallisen ilmauksen ja tiedonhaun osalta.

Aiheena sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus oli mielenkiintoinen, ja koimme sen tärkeäksi osaamisalueeksi sairaanhoitajan työssä. Sydämen vajaatoiminta on väestösämme yleistyvä sairaus, jonka hoidossa ohjaus on merkittävässä osassa. Opinnäytetyömme tulokset ovat havaittavissa työelämässä: vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa on vielä paljon kehitettävää.

8.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme mukaan sydämen vajaatoimintapotilaat tarvitsevat lisää ohjausta. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta toivat kuitenkin esille lisätiedon ja – ohjauksen tarpeen joillakin vajaatoiminnan itsehoidon osa-alueilla. Osa potilaista oli jäänyt kokonaan vaille ohjausta. (Hujanen 2010, 58.) Kääriäisen ym. (2005a) mukaan potilaat eivät saaneet ennen sairaalaan tuloa riittävästi ohjausta (Kääriäinen ym. 2005a, 13). Hujasen (2010) mukaan riittävä ohjaus parantaa potilaiden motivaatiota sydämen vajaatoiminnan itsehoitoon (Hujanen 2010, 59).

Ohjauksen onnistuminen vaatii hoitohenkilökunnalta parempaa tietämystä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta. Erikssonin ja Partasen (2005) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat olivat tietoisia puutteellisesta osaamisestaan. (Eriksson & Partanen 2005, 8.) Sairaalajaksot lyhenevät, mikä tekee ohjauksesta todella haastavaa, koska onnistunut ohjaus vaatii ohjauksessa potilaslähtöisyyttä (Poutala ym. 2007, 23). Ohjaajan tulisi osata soveltaa ohjaus potilaan elämäntilanteen mukaisesti, koska potilaslähtöinen ohjaus edistää hoitoon sitoutumista (Kääriäinen ym. 2005a, 13). Koulutuksen ja moniammatillisen ohjauksen myötä sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta saataisiin entistä tehokkaampaa, mikä vähentää sairaalassa käyntejä ja kustannuksia. (Eriksson & Partanen 2005, 8.)

Opinnäytetyössämme kävi ilmi, että suullisen ohjauksen lisäksi potilas tarvitsee ohjauksesta selkeät kirjalliset ohjeet. Sairaanhoidajan täytyy varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa ohjeet. Isolan ym. (2007) mukaan tutkimukseen osallistuneet potilaat toivoivat monipuolisuutta ohjausmenetelmiin. (Isola ym. 2007, 58.) Kääriäisen ym. (2005a) mukaan sairaanhoitajat hallitsevat suullisen ohjauksen, mutta sen lisäksi ohjausmenetelminä voi käyttää audiovisuaalista ohjausmateriaalia sekä ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden vertaistukeen. (Kääriäinen ym. 2005a, 13-14.)

Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon, että ohjaus ei ole vain potilaan oman aktiivisuuden varassa, vaan ohjaustilanteissa tulisi ottaa huomioon myös potilaan omaiset (Kääriäinen ym. 2005a, 14). Vain yhdessä tutkimuksessa (Kaakinen ym. 2014, 14) kerrottiin, että potilaan omaiset oli otettu huomioon ohjausajoista sovittaessa. Potilaan ja hänen omaistensa kunnioittaminen edistää potilaan omahoidon onnistumista (Isola ym. 2007, 56-58).

Ohjaajilla tulee olla ohjaustilanteissa motivoiva asenne ja tilanteen pitää olla rauhallinen (Isola ym. 2007, 56 – 58). Ohjaukseen tulee käyttää myös riittävästi aikaa. Opinnäytetyössämme kävi ilmi, että potilaiden ohjausajat ovat riittämättömät. (Kääriäinen ym. 2005a, 14.) Ohjausaikojen lyhentymisen johtuu hoitajamäärien riittämättömyydestä ja sairaalajaksojen lyhentymisestä. Isolan ym. (2007, 56) mukaan ohjaustilojen on koettu olevan ahtaita ja ohjaukseen sopimattomia. Ohjaustilanteissa myös potilaan tietosuoja on rikkoutunut, kun ohjaus on tapahtunut potilashuoneessa (Lämsä & Mäkelä 2009, 2554-2557).

Opinnäytetyömme mukaan ohjausta annetaan lähinnä potilaan kotiutumisasajankohtana, vaikka sitä pitäisi antaa koko sairaalajakson ajan. Kotiutumispäivänä potilaan keskittymiskyky on heikentynyt. (Isola ym. 2007, 58.) Potilaan asioista tiedottamisen täytyy tapahtua ajoissa, koska se edistää potilaan sopeutumista sairauteensa (Lämsä & Mäkelä 2009, 2553).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuutta parantaa se, että sitä on tekemässä kaksi henkilöä. Aineistohaussa meitä auttoi informaatioanalyttikko. Tiedonhaku on kirjattu ylös ja se

on toistettavissa. Tutkimukset valitsimme hyväksymiskriteerien mukaan. Otimme aineistoon mukaan vain tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimuksia. Teimme myös manuaalista tiedonhakua. Ulkomaiset materiaalit jäivät opinnäytetyössämme vähäiseksi ajan rajallisuuden vuoksi. Luotettavuutta lisää se, että käytimme luotettavia tietokantoja. Aineiston tulokset kirjassimme selkeästi ja ymmärrettävästi. Merkitsimme lähdeviitteet ja lähteet mahdollisimman huolellisesti.

8.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Jatkossa voitaisiin tutkia ohjauksen toimivuutta kvalitatiivisella tutkimuksella, jos Mikkelin keskussairaalan sisätautien osasto 34 muokkaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjausta kirjallisuuskatsauksemme tulosten perusteella. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää, mitä parannettavaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa on, ja miten sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjaus on muuttunut muokkauksen jälkeen. Tutkimusmenetelmänä voisi käyttää esimerkiksi haastattelua, jossa haastateltaisiin osaston potilaita ja mahdollisesti myös hoitajia.

LÄHTEET

Eerola, Sirkka 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoidajaliitto. WWW-dokumentti.

https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/12_2008/artikkelit/sydanhoitaja_nayttaa_mallia_poti/. Ei päivitystietoa. Luettu 25.9.2014.

Ekola, Sirkka 2010. Ohjaus ja seuranta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Terveystieteidenhoitaja 7, 18 - 19.

Ekola, Sirkka 2010. Sydämen vajaatoimintapotilaiden itsehoito ja omaseuranta. WWW-dokumentti.

http://www.sydanliitto.fi/web/karpatiat/Sydamen%20vajaatoimintapotilaiden%20itsehoito%20ja%20omaseuranta#.VDqHfvl_tmQ. Päivitetty 16.4.2010. Luettu 12.10.2014.

Eriksson, Elina & Partanen, Leila 2005. Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 1, 4 - 9.

Harjola, Veli-Pekka 2010. Vanhuspotilaan sydämen vajaatoiminnan hoidon erityispiirteitä. Suomen lääkärilehti 5, 383 - 387. PDF-dokumentti.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL52010-383.pdf>. Päivitetty 2010. Luettu 24.9.2014.

Heliö, Tiina, Olkinuora, Jyrki, Lehtonen, Lasse, Lommi, Jyri & Nieminen, Markku S. 2003. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnosointi ja hoito. Suomen Lääkärilehti 30 - 32, 3065 - 3072. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000019302>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.4.2014.

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

Hyytinen, Mila, Mustajoki, Pertti, Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Isola, Arja, Kääriäinen, Maria, Backman, Kaisa, Kyngäs, Helvi & Saarnio, Reetta 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2, 51 - 62.

Jokinen, Eero, Kupari, Markku, Laine, Katja, Nieminen, Heta, Pesonen, Erkki, Sairanen, Heikki & Wallgren, Eric Ivar 2013. Nuorten sydänsairaudet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kaakinen, Jaana, Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2014. Pitkäaikaissairaana aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 1, 12 - 21.

Kangasniemi, Mari, Utriainen, Kati, Ahonen, Sanna-Mari, Pietilä, Anna-Maija, Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25, 291 - 301.

Karvonen, Juha & Korolainen, Katri 2005. Ohjelmoitu ja ohjattu liikunta sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutuksessa. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kempainen, Virpi, Kiema, Mari & Kvist, Tarja 2012. Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus: Hoitotyön suositus avuksi hoitotyöhön. *Sairaanhoitaja* 8, 52 - 54.

Kettunen, Raimo 2014a. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoidon periaatteet. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Kettunen, Raimo 2014b. Sydämen vajaatoiminta. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084#s4. Päivitetty 1.10.2014. Luettu 7.10.2014.

Kettunen, Raimo 2014c. Diureetit sydämen vajaatoiminnan hoidossa. WWW-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Kettunen, Raimo 2014d. Angiotensiinikonvertaasin estäjät sydämen vajaatoiminnan hoidossa. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Kettunen, Raimo 2014e. Angiotensiinireseptorin estäjät ja aldosteroniantagonistit vajaatoiminnan hoidossa. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Kettunen, Raimo 2014f. Beetasalpaajat sydämen vajaatoiminnan hoidossa. WWW-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Kettunen, Raimo 2014g. Digoksiini ja muut vajaatoiminnan hoidossa käytettävät lääkkeet. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 12.10.2014.

Kettunen, Raimo 2014h. Alkoholien käytön selvittäminen ja ongelmakäyttöön puuttaminen. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 12.10.2014.

Kiema, Mari, Meinilä, Leena & Heikkilä, Johanna 2012. Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00470&p_haku=Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00470&p_haku=Sydämen+kroonista+vajaatoimintaa+sairastavan+potilaan). Päivitetty 31.12.2012. Luettu 2.4.2014.

Kuusisto, Johanna 2005. Sydämen vajaatoiminta – monimuotoinen haaste. Suomen lääkärilehti 41, 1047. PDF-dokumentti.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL412005-4107.pdf>. Päivitetty 14.10.2005. Luettu 24.9.2014.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru, 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4, 10 - 15.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. WWW-dokumentti.

https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva_ka/. Ei päivitystietoa. Luettu 7.10.2014.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 1, 10 - 15.

Kääriäinen, Maria, Lahdenperä, Tiina & Kyngäs, Helvi. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27 - 31.

Liikunta 2012. Käypä hoito. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=8D0769D9F4CEE878E94E056B8A348300?id=hoi50075>. Päivitetty 22.11.2013. Luettu 11.10.2014.

Lloyd- Williams, F. Beaton, S. Golstein, P. Mair, F. May, C. & Capewell, S. 2005. Patients` and nurses` views of nurse- led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. Chronic Illness 1, 39 - 47.

Lommi, Jyri 2013. Sydämen krooninen vajaatoiminta. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00133&p_haku=Sydämen_krooninen_vajaatoiminta. Päivitetty 22.9.2013. Luettu 3.9.2014.

Lommi, Jyri 2014a. Sydämen vajaatoiminnan aiheuttajat. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00137. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Lommi, Jyri 2014b. Vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00138. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Lommi, Jyri 2014c. Vajaatoiminnan laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00141. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Lommi, Jyri 2014d. Vajaatoiminnan tutkimisen periaatteet ja oireiden tulkinta. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00139. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014

Lommi, Jyri, Nieminen, Markku, S. ja Harjola, Veli- Pekka 2008. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Kardiologia. Duodecim.

Lommi, Jyri & Partanen, Leila 2014a. Vajaatoiminnan hoidon ja seurannan keskeiset periaatteet. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00155. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Lommi, Jyri & Partanen, Leila 2014b. Vajaatoimintapotilaan seuranta ja ohjaus. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00154. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Lommi, Jyri & Partanen, Leila 2014c. Vajaatoiminnan hoidon ja seurannan keskeiset periaatteet. WWW-dokumentti.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 7.10.2014.

Lommi, Jyri & Partanen, Leila 2014d. Vajaatoimintapotilaan seuranta ja ohjaus. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 7.10.2014.

Loop-diureetti 2014. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01960. Ei päivitystietoa. Luettu 11.10.2014.

Lämsä, Riikka & Mäkelä, Laura 2009. ”En olisi vielä kotiin lähdessä” Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Suomen lääkäri-lehti 33, 2551 - 2557.

Miettinen, Heikki 2014a. Alkoholi ja sydän. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 12.10.2014.

Miettinen, Heikki 2014b. Tupakointi ja sydänsairaudet. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 12.10.2014.

Mutikainen, Arja, Häkkinen, Arja, Kautiainen, Hannu, Korhonen, Kirsi, Heikkilä, Johanna & Miettinen, Heikki 2010. Hengityslihasten harjoittelu ja liikunta parantavat sydämen vajaatoimintapotilaiden hengitystä. Fysioterapia 3, 4 - 9.

Mäkijärvi, Markku, Kettunen, Raimo, Kivelä, Antti, Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka (toim.) 2011. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

NYHA Classification - The Stages of Heart Failure. 2002. Heart Failure Society of America. WWW-dokumentti. http://www.abouthf.org/questions_stages.htm. Päivitetty 12.6.2011. Luettu 2.4.2014.

Nykänen, Irma, Kortelainen, Riitta, Kumpusalo, Esko & Savolainen, Juhani 2010. Kirjaamisella laatu sydän- ja valtimosairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Sairaanhoitaja 1, 51 - 54.

Paakkari, Pirkko 2013. Verenpainelääkkeet. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00915. Päivitetty 25.2.2013. Luettu 12.10.2014.

Partanen, Leila 2004. Sairaanhoidtaja sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaajana. Sairaanhoidtaja 2, 21 - 23.

Partanen, Leila 2014a. Painon seuranta sydämen vajaatoiminnassa. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=syd00160&p_haku=painon seuranta sydämen vajaatoiminnassa](http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=syd00160&p_haku=painon_seuranta_sydamen_vajaatoiminnassa). Päivitetty 16.6.2014. Luettu 2.9.2014.

Partanen, Leila 2014b. Vajaatoimintapotilaan nesteiden käytön rajoittaminen ja nestetasapainon tarkkailu painon seurannan avulla. WWW-dokumentti. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00159. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 2.9.2014.

Partanen, Leila 2014c. Vajaatoiminnan lääkehoidon toteutus. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 24.9.2014.

Partanen, Leila 2014d. Tavallisimmat nesteen kertymisen syyt sydämen vajaatoiminnassa. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/pit/koti>. Päivitetty 16.6.2014. Luettu 12.10.2014.

Poutala, Katri, Partanen, Leila & Tuunainen, Jouni 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. Sairaanhoidtaja 10, 20 - 23.

Rautava-Nurmi, Hanna, Sjövall, Sari, Vaula, Eija, Vuorisalo, Sailariitta & Westergård, Airi 2010. Neste- ja ravitsemushoito. Porvoo: WSOY.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Vammalan Kirjapaino Oy.

Suomen sydänliitto ry. 2006. Sydämen vajaatoiminta ja liikunta. Helsinki: Suomen sydänliitto.

Sydämen vajaatoiminta 2008. Käypä hoito. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=9D7500DAF7CE02C634D644EC60A54FFE?id=nix01485>. Päivitetty 29.1.2008. Luettu 24.9.2014.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomisto, Sonja 2013. Sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saama tuki. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94728/GRADU.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.10.2014.

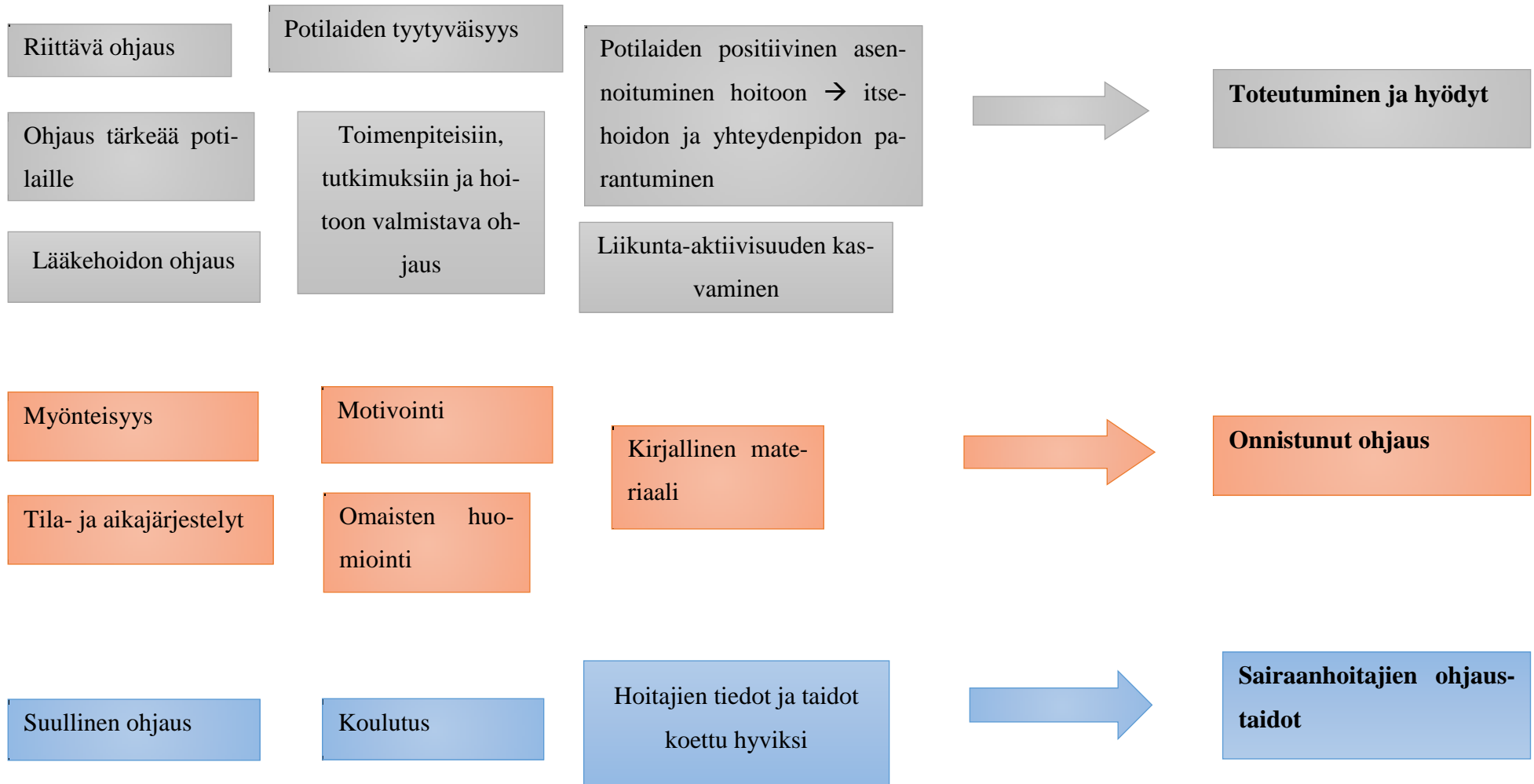
Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 2012. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 2014. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

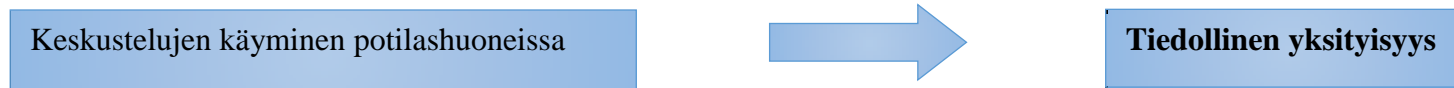
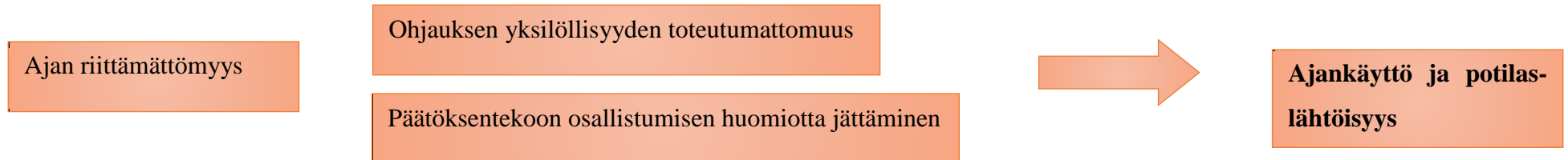
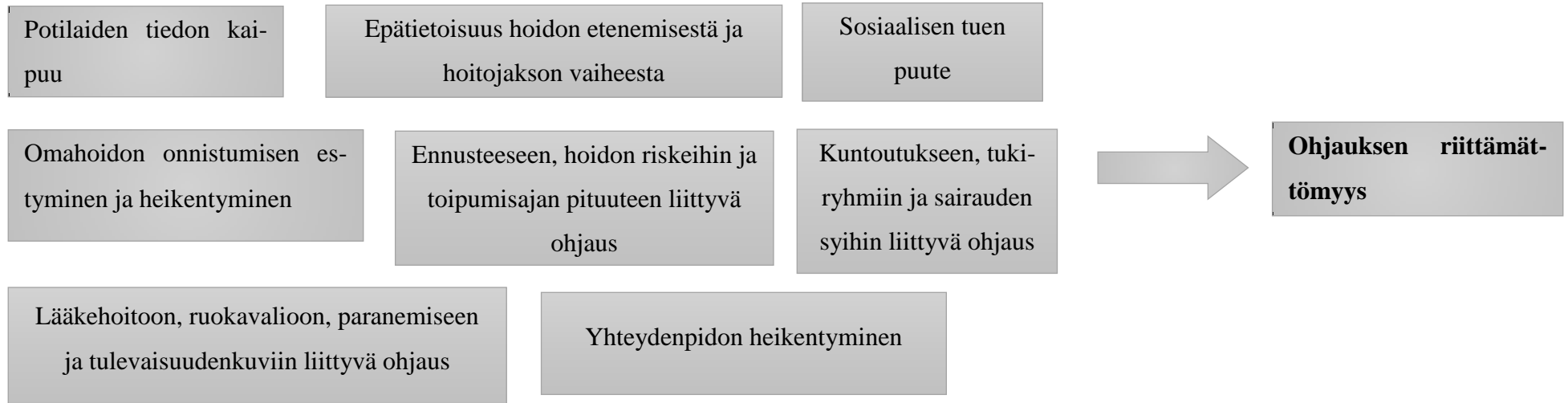
LIITE 1.
Hakupolut

Hakukone	Hakusanat	Tulokset
Medic	sydämen vajaatoiminta, ohjaus	33 tulosta, joista hyväksyimme viisi
Medic	sydämen vajaatoiminta, omahoito	9 tulosta, joista hyväksyimme yhden
Medic	sydämen vajaatoiminta, potilasohjaus	31 tulosta, joista hyväksyimme kuusi
Kaakkuri	sydämen vajaatoiminta, liikunta	7 tulosta, joista hyväksyimme yhden
Kaakkuri	sydämen vajaatoiminta, ohjaus	7 tulosta, joista hyväksyimme yhden
Manuaalinen haku	sydämen vajaatoiminta, ohjaus	Useita tuloksia, joista hyväksyimme seitsemän

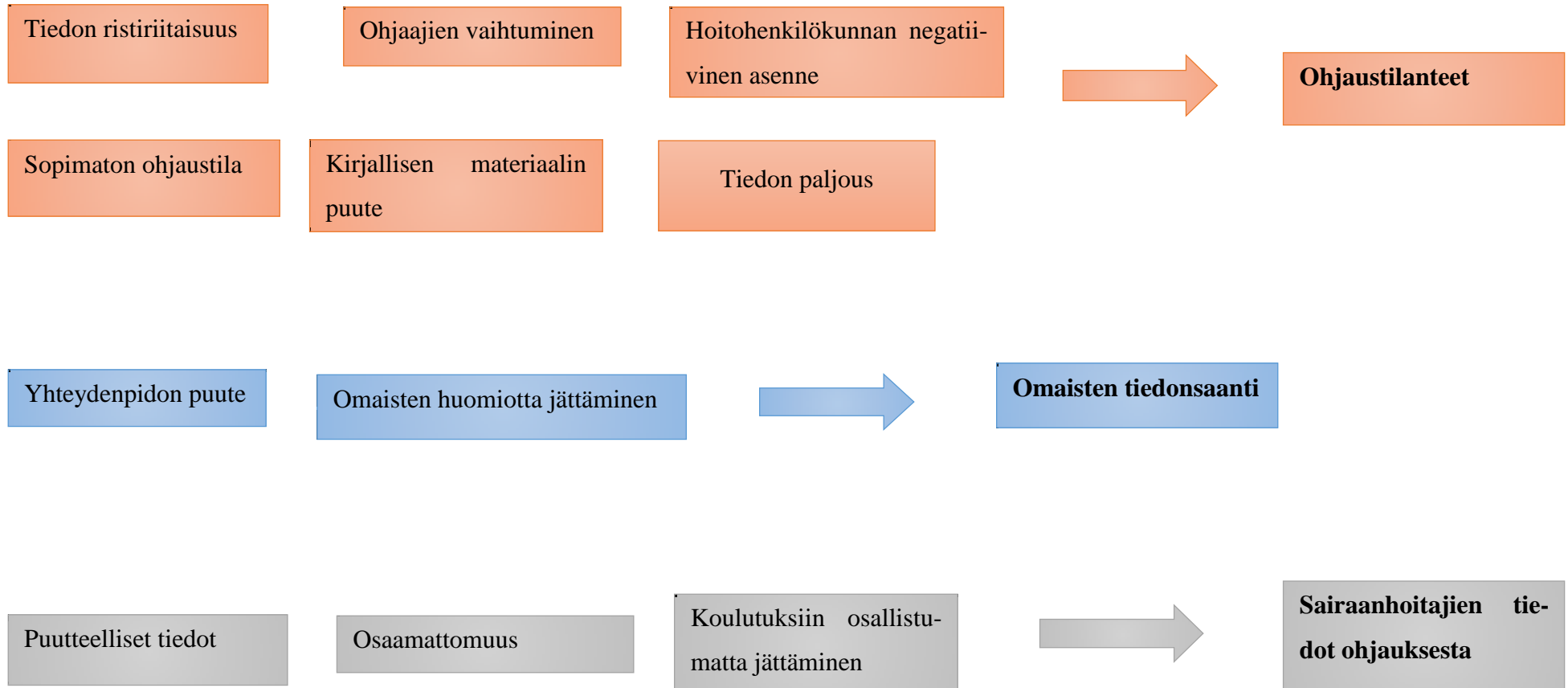
Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa hyvin toteutuvat seikat



LIITE 3(1).
Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa kehitettävät seikat



LIITE 3(2).
Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa kehitettävät seikat



LIITE 4(1).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoiton toteutuminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu</p> <p>Hujanen, Taija (2010)</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p> <p>Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden itsehoidon toteutumista sekä sitä, koekivatko potilaat saaneensa tarpeeksi tietoa ja ohjausta.</p> <p>Tavoitteena oli saatujen tulosten perusteella kehittää sydämen vajaatoimintapotilaiden moniammatillista hoitoa ja ohjausta.</p>	<p>Kolmen kuukauden aikana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kolmella sisätautiosastolla sekä vajaatoimintapoliklinikalla hoidetut sydämen vajaatoimintapotilaat. Haastateltavia kertyi 63.</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä oli puhelinhaastattelu, jossa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.</p>	<p>Itsehoito toteutui parhaiten lääkehoidon osalta. Yhteydenottaminen lääkäriin tai sairaanhoitajaan oireiden pahentuessa toteutui hyvin. Suola- ja nesterajoitusta noudatti lähes puolet potilaista.</p> <p>Huonoiten toteutuivat yhteydenotto lääkäriin tai sairaanhoitajaan potilaan tuntiessa lisääntyntä väsymystä, päivittäinen painonmittaaminen sekä säännöllinen liikunta.</p> <p>Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli mielestään saanut riittävästi tietoa ja ohjausta sydämen vajaatoiminnasta ja sen itsehoidosta.</p>	<p>Sydämen vajaatoiminnan hoidon ohjaus ja itsehoidon toteutuminen.</p>

LIITE 4(2).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Ohjelmoitu ja ohjattu liikunta sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutuksessa</p> <p>Karvonen, Juha & Korolainen, Katri (2005)</p> <p>Tutkimus</p> <p>Miina Sillanpään Säätiö, Helsinki</p>	<p>Tarkoituksena oli seurata miten ohjattu ja valvottu avomuotoinen kuntoutus vaikuttaa kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden fyysiseen suorituskyykyyn ja toimintakykyyn.</p> <p>Tarkoituksena oli myös hankkia tietoa ja kokemusta liikunnan käytöstä sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden avomuotoisen kuntoutuksen ohjelmien suunnitteluun.</p>	<p>Kaksi potilasryhmää, joilla oli sairaaladiagnoosiin perustuva lievä tai kohtalaisen vaikea vakaassa tilassa oleva krooninen sydämen vajaatoiminta.</p> <p>Toisessa ryhmässä oli viisi ja toisessa seitsemän koehenkilöä. 12 koehenkilöstä neljä oli miehiä ja naisia kahdeksan. Ikien keskiarvo oli 66 vuotta.</p> <p>Tutkimusmenetelmiä olivat mm. kliininen rasituskoee, harjoittelukuormituksen määrittely, harjoitteluohjelma ja aikataulutus, ryhmätapaamispäivien valvottu harjoittelu, ryhmätapaamispäivien ja seurantaapäivien muu ohjelma.</p>	<p>Keskiraskas harjoittelu syketasolla 100-110/minuutti lisäsi peruskestävyyttä ja jossain määrin myös nopeuden tuottoa.</p> <p>Kuntojakso ei vaikuttanut hengitysteiden virtausolosuhteisiin, tasapainon ylläpitämiskykyyn eikä lihasvoimaan.</p> <p>Käytetty harjoittelukuormitus ei lisännyt kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien koehenkilöiden sairauden äkillistä pahenemisvaaraa.</p>	<p>Sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjattu liikunta.</p>

LIITE 4(3).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Hengityslihasten harjoittelu ja liikunta parantavan sydämen vajaatoimintapotilaiden hengitystä</p> <p>Mutukainen, Arja, Häkkinen, Arja, Kautiainen, Hannu, Korhonen, Kirsi, Heikkilä, Johanna & Miettinen, Heikki (2010)</p> <p>Fysioterapia 3/2010 vsk. 57, s. 4 - 9</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää tehostetun potilasohjauksen vaikutuksia sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden elämänlaatuun ja hoitokustannuksiin ja kuinka sydämen vajaatoiminnan akuuttivaiheen sairaalahoidon aikana annetulla ohjauksella potilaat motivoituvat itsenäiseen hengityslihasten kotiharjoitteluun ja liikuntaan.</p>	<p>Tutkimusaineiston muodostivat sata Keski-Suomen keskussairaalassa akuutin sydämen vajaatoiminnan vuoksi hoidettua, kriteerit täyttävää potilasta.</p> <p>Hengenahdistusta mitattiin VAS-kipujan avulla, sisäänhengityslihasten voimaa mitattiin Micro MPM-laitteella. Potilaan toimintakykyä mitattiin eri testien avulla. Liikunta-aktiivisuutta selvitettiin myös haastattelemalla.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että yksinkertaisella ja edullisella sisäänhengityslihasten kotiharjoittelulla ja liikunnalla saadaan hengitystoimintaa paranemaan niillä potilailla, joiden sisäänhengityslihaskeho oli alentunut.</p>	<p>Potilaan motivointi sairaalahoidon aikaisen ohjauksen avulla.</p>

LIITE 4(4).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella</p> <p>Kaakinen, Pirjo, Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi (2014)</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 1/2014 vol.12, s. 12 - 21</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella.</p> <p>Tavoitteena oli saada tietoa pitkäaikaissairaalan ohjauksen kirjaamisen kehittämiseen.</p>	<p>Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista (n=150) yliopistosairaalan neljältä vuodeosastolta. Systemaattisella otannalla valittiin kustakin ryhmästä 50 potilasasiakirjaa pyytämällä vuodeosastoilta tietyllä aikavälillä kyseistä sairautta sairastavien potilaiden nimilista. Nimilistasta valittiin joko toinen tai joka kolmas potilasasiakirja kohderyhmän koosta riippuen.</p> <p>Aineisto analysoitiin deduktiivis-induktiivisellä sisällyksenanalyysillä.</p>	<p>Ohjaus oli vähäistä, sillä yli puolesta ohjauksen kirjaaminen puuttui. Ohjauksen sisältö liittyi tietoon sairauden oireista ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä sekä tukeen arkielämässä selviytymiseksi. Sairauden aiheuttamiin tunteisiin liittyvä ohjaus oli vähäistä. Ohjausmenetelminä käytettiin pääosin suullista ohjausta.</p> <p>Hyötyjä kuvattiin itsehoiton osaamisena ja sairauden oireiden hallintana.</p>	<p>Sydämen vajaatoimintaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella.</p>

LIITE 4(5).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta</p> <p>Eriksson, Elina & Partanen, Leila (2005)</p> <p>Tutkiva hoitotyö 1/2005 vol.3, s. 4 - 9.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa HYKS:n kolmella kardiologisella ja neljällä yleissisätautien vuodeosastolla toimivien sairaanhoitajien tietoja, omaa arviota osaamistaan ja koulutustarpeita sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen osalta.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 36 kardiologista sairaanhoitajaa ja 25 yleissisätautien sairaanhoitajaa.</p> <p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisin menetelmin NCSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta olivat kohtalaisen vähäiset riippumatta toimintaympäristöstä.</p> <p>Osaamisen puutteet huomattiin parhaiten lääkeshoidon osalta.</p>	<p>Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta.</p>

LIITE 4(6).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta</p> <p>Poutala, Katri, Partanen, Leila & Tuunainen Jouni (2008)</p> <p>Sairaanhoitaja 10/2007 vol. 80, s.20 - 23.</p>	<p>Kartoittaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta HYKSin sisätautien toimialan kardiologia klinikalla.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Meilahden sairaalan kardiologian klinikalla työskentelevän sydämen vajaatoimintahoitajan kanssa.</p>	<p>Kohderyhmänä olivat HYKSin kardiologian klinikalla sydämen vajaatoimintahoitajan ohjausta saaneet potilaat. Ohjauskertoja potilailla oli yhdestä neljään.</p> <p>Aineisto kerättiin kardiologian klinikalla aikaisempaa kartoitusta varten laaditulla kyselylomakkeella, jota muokattiin tutkimusta varten.</p> <p>Vastanneita oli 117. Suurin osa oli miehiä. Keski-ikä oli 59 vuotta.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja sen sujuvuuteen. Potilaat toivoivat kirjallista materiaali ja että ohjaukseen käytettäisiin enemmän aikaa.</p> <p>Onnistunut ohjaus vaatii paneutumista potilaan yksilöllisiin ongelmiin. Ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää ja sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin.</p> <p>Ohjauksen tulisi olla käytännönläheistä ja selkokielistä.</p> <p>Potilaat tarvitsevat enemmän aikaa ja riittävästi ohjauskertoja sisäistäkseen sairauteensa vaikuttavat asiat.</p>	<p>Potilaiden kokemukset ohjauksesta.</p>

LIITE 4(7).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study</p> <p>Lloyd- Williams, F. Beaton, S. Golstein, P. Mair, F. May, C. Capewell, S. (2005)</p> <p>Chronic Illness vol. 1 no 1, 39-47</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja potilaiden näkökantoja ja kokemuksia sairaanhoitaja johtoisesta sydämen vajaatoimintaklinikan toiminnasta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Kohderyhmänä 15 potilasta, joista 13 oli miehiä ja kaksi naisia. Keski-ikä 74 vuotta. Tutkimuksessa tutkittiin myös neljää sairaanhoitajaa. Menetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu.</p>	<p>Sairaanhoitajat kokivat, että potilaat hallitsivat sairautensa parhaiten, kun he saivat neuvoja itsehoitosta. Potilaat kertoivat, että heidän oli vaikea muistaa ja noudattaa annettuja neuvoja.</p>	<p>Potilaiden ja sairaanhoitajien näkemykset vajaatoimintapotilaan ohjauksesta.</p>

LIITE 4(8).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>”En olisi vielä kotiin lähdössä” Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin</p> <p>Lämsä, Riikka & Mäkelä, Laura (2009)</p> <p>Suomen Lääkärilehti 33/2009 vsk. 64, s. 2551 - 2557</p>	<p>Suomalainen somaattinen sairaalaosasto.</p> <p>Tutkitaan, minkälaiset käytännöt sairaalaosastolla ovat ongelmallisia potilaslähtöisen toiminnan näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus on laadullinen ja etnografinen. Aineisto on kerätty kolmelta sisätautiosastolta Etelä-Suomen sairaaloista vuosina 2006 ja 2008.</p> <p>Aineistona on käytetty tutkijan ylöskirjaamia episodeja, potilashuonehavainnointia ja haastatteluja.</p>	<p>Osaston käytännöissä on piirteitä, jotka riisuvat potilasta omasta arjestaan. Potilaan yksityisyys rikkoutuu sairaalaosastolla päivittäin. Potilaan kotiuttamisessa käytetään perusteena lääketieteellisiä syitä, sairaalan tehokkuusvaatimuksia, potilaan toimintakykyä ja elämäntilannetta.</p>

LIITE 4(9).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Kirjaamisella laatua sydän- ja valtimosairauksien ehkäisyyn ja hoitoon</p> <p>Nykänen, Irma, Kortelainen, Riitta, Kumpusalo, Esko & Savolainen, Juhani (2010)</p> <p>Sairaanhoitaja 1/2010 vol. 83, s.51 - 54</p>	<p>Tutkimuksessa tutkitaan terveyskeskuksissa toteutuvan sydän- ja valtimosairauksien ehkäisyyn ja hoidon laatua European Practice Assessment of Cardiovascular-projektin eli EPA-Cardio-tutkimustulosten mukaan.</p> <p>Tavoitteena oli etsiä parhaita preventiökäytäntöjä eri maista ja jakaa niitä eri maiden perusterveydenhuollon käyttöön.</p>	<p>Suomessa tutkimukseen osallistui 15 terveyskeskusta. Mukaan otettiin sepelvaltimotautipotilaita ja korkean riskin potilaita. Suomen lisäksi mukana tutkimuksessa olivat Belgia, Espanja, Hollanti, Iso-Britannia, Itävalta, Ranska, Saksa, Slovenia ja Sveitsi.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä oli kyselylomake, joka sisälsi oman elämäntapaselvityksen sekä terveystietojen sisällön ja laadun arviointia.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että elämäntapojen kirjaaminen ja elämäntapaneuvonta toteutuvat puutteellisesti päivittäisessä potilastyössä.</p>	<p>Elämäntapaneuvonta ja kirjaus.</p>

LIITE 4(10).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa</p> <p>Isola, Arja, Kääriäinen, Maria, Backman, Kaisa, Kyngäs, Helvi & Saarnio, Reetta (2006)</p> <p>Hoitotiede 2/2007 vol. 19, s. 51 - 62</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä.</p>	<p>Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetuilta 65 vuotta täyttäneiltä potilailta kyselylomakkeella.</p> <p>Määrällinen aineiston tilastollisina menetelminä käytettiin suoraa prosenttijakaumia. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Iäkkäät potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun, mutta laadullisen aineiston tulosten perusteella ilmeni epäkohtia saadussa ohjauksessa. Iäkkäät potilaat olivat saaneet riittämättömästi ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmästä ja sairauden syistä. Sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista oli ohjattu riittävästi.</p> <p>Iäkkäät toivoivat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä. Vähiten hyötyä ohjauksesta oli omaisten tiedonsaannilla.</p>	<p>Sairaalassa annetun ohjauksen epäkohdat.</p>

LIITE 4(11).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi</p> <p>Kääriäinen, Maria, Lahdenperä, Tiina & Kyngäs Helvi (2005)</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 3/2005 vol.3, s. 27 - 31</p>	<p>Artikkelissa kuvaillaan kirjallisuuden perusteella asiakaslähtöistä ohjausprosessia ja sen asiakkaalta vaatimia edellytyksiä.</p>	<p>Kirjallisuushaut on tehty Medline-, Cinahl- ja Medictietokannoista vuoden 1995 alusta maaliskuun loppuun 2005. Aineistoa kerättiin myös käsihaulla.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Ohjauksen suunnittelun tulisi perustua asiakkaan taustatekijöihin ja tavoitteet tulisi määrittellä yhteistyössä asiakkaan kanssa.</p> <p>Ohjaajalla tulisi olla riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä.</p> <p>Ohjauksessa tulisi olla myös asianmukaiset tilat.</p>	<p>Asiakaslähtöisen ohjauksen prosessi.</p>

LIITE 4(12).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saama tuki</p> <p>Tuomisto, Sonja (2013)</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p> <p>Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata sydänpotilaan ja hänen perheensä hoitohenkilökunnalta saamaa tukea.</p>	<p>Aineisto koostuu kymmenestä Pohjois-Eurooppalaisesta teellisestä tutkimuksesta.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällön erittelyn avulla.</p>	<p>Tulosten mukaan sydänpotilaat ja heidän perheenjäsenensä saivat hoitohenkilökunnalta emotionaalista, tiedollista, päätöksentekoon liittyvää sekä konkreettista tukea. Tuen saamisessa ilmeni kuitenkin puutteita erityisesti tiedollisen tuen osalta.</p>	<p>Sydänpotilaan sairaalassa saama tuki henkilökunnalta.</p>

LIITE 4(13).
Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi
<p>Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta</p> <p>Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina (2005)</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 1/2005 vol. 3, 10 - 15</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.</p>	<p>Aineisto kerättiin tutkimustavarten kehitetyllä mittarilla yhden sairaalan potilailta.</p> <p>Kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja sisällön analyysilla.</p>	<p>Ohjaus oli riittämätöntä etenkin sosiaalisen tuen osalta. Ohjaus toteutui potilaslähtöisesti ja resurssit olivat kohtalaisen hyvät. Ohjaustilat olivat asianmukaiset ja henkilökunnan yhteistyö oli toimiva.</p>	<p>Potilaiden käsitykset saamastaan ohjauksesta.</p>