



SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAI- DEN KOKEMUKSIA SYDÄNHOITA- JAN VASTAANOTOSTA

Satu Huhtala

OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2021

Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija ylempi tutkinto-ohjelma
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

HUHTALA SATU:

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Joulukuu 2021

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta. Tavoitteena oli sydämen vajaatoimintapotilailta saadun tiedon avulla kehittää sydänhoitajan vastaanottotoimintaa. Opinnäytetyön tilaajana ja yhteistyökumppanina on Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymän terveystyöpalvelut.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Aineisto kerättiin haastattelemalla sydämen vajaatoimintapotilaita. Yhdeksän potilasta haastateltiin puhelimitse ja yksi potilas tutkijan vastaanotolla. Sydänhoitaja valitsi haastateltavat sovittujen kriteereiden mukaan. Aineisto koostui kymmenestä haastateltavasta. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna ja siitä saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Haastateltavat kokivat, että sydänhoitajan palvelu oli monella tapaa hyvää. Sydänhoitaja koettiin empaattiseksi, huolehtivaiseksi ja ammattitaitoiseksi. Haastateltavat toivoivat sydänhoitajan tavoitettavuuteen ja kiireen vähentämiseen parannusta. Potilasohjauksessa toivottiin huomioimaan oppimiseen vaikuttavia asioita. Potilasohjaus koettiin pääasiassa hyväksi ja monipuoliseksi. Haastateltavat toivoivat epikriisin tulkintaan sydänhoitajan apua. Lisäksi rokotosohjaus nähtiin hyvänä.

Haastateltavat toivoivat enemmän vastaanottoa ja pidempiä vastaanottoaikoja. Laboratoriotutkimusten säännöllisyys ja niiden tulkinta nähtiin tarpeelliseksi. Kolmannen sektorin mainontaa ja tukitoimien tarvetta ja psyykkisen tuen huomiointia toivottiin. Haastateltavat esittivät myös, että ensikontakti potilaaseen tapahtuisi sydänhoitajan toimesta.

Opinnäytetyön tulokset vaikuttavat siihen, että sydänhoitajan vastaanottoa ja palvelua pystytään kehittämään vielä entisestään potilas ystävällisemmäksi. Jatko-tutkimusaiheeksi nousi sydänhoitajan työ ja sen taloudelliset vaikutukset terveydenhuollossa.

Asiasanat: sydänpotilas, sydämen vajaatoiminta, sydänhoitaja, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Supporting Self-care and Care of Non -communicable Diseases

HUHTALA, SATU:

The Heart Failure Patients' Experiences of the Cardiac Nurse Appointment

Master's thesis 60 pages, appendices 6 pages
December 2021

The purpose was to get heart failure patients' experiences of a cardiac nurse's appointment. The aim was to develop the work of a cardiac nurse to meet patients' needs. The study was commissioned by Pohjois-Satakunta health services (PoSa).

The Data in this qualitative study were collected through a thematic interview of ten patients with heart failure. The data were analyzed using content analysis.

Cardiac nurse services were experienced good in many ways. A cardiac nurse was considered empathetic, caring, and professional. Interviewees hoped that a cardiac nurse would be easier to contact and that a nurse would not be in a hurry at work. Patient guidance was expected to consider issues that affect learning. Guidance was perceived mainly to be good and varied. Interviewees hoped that a cardiac nurse could help them to interpret the epicrisis. In addition, vaccination control was seen as good.

More appointments and longer appointment times were hoped. The regularity of laboratory tests and their interpretation were found necessary. Information on the third sector and the need for support measures and psychological support were hoped for. The interviewees also hoped that the first contact with a patient would be by a cardiac nurse.

The cardiac nurse's reception and the can be further developed to be more patient-friendly. The work of a heart nurse and its economic effects on health care were identified as a topic for further research.

Key words: cardiac patient, heart failure, cardiac nurse, nurse advice

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄKYSYMYKSET, TAVOITE... 7	7
3	SYDÄMEN VAJAATOIMINTA..... 8	8
	3.1 Sydämen vajaatoiminnan syyt	8
	3.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet.....	10
	3.3 Sydämen vajaatoiminnan kliininen tutkiminen ja toteaminen	12
	3.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito	13
	3.5 Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito.....	16
	3.6 Sydämen vajaatoimintapotilas	17
4	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS	19
	4.1 Vuorovaikutus ja ohjaus hoitotyössä ja eettisyys	19
	4.2 Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus	21
	4.3 Sydänhoitajan työnkuva	24
	4.4 Sydänhoitaja Posassa.....	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
	5.1 Teoreettinen osuus	28
	5.2 Aineiston keruu	29
	5.3 Aineiston analyysi	32
6	TULOKSET	34
	6.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta.....	34
	6.2 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan ohjauksesta	36
	6.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kehitysehdotuksia vastaanotto toimintaan	40
7	POHDINTA	43
	7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	43
	7.2 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset.....	47
	LÄHTEET.....	50
	LIITTEET	55
	Liite 1. Tutkimustiedote	55
	Liite 2. Suostumuslomake.....	56
	Liite 3. Teemahaastattelu runko.....	57
	Liite 4. Teemahaastattelun apukysymykset	58
	Liite 5. Esimerkki ote analyysistä	59
	Liite 6. Tutkimustaulukko	60

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonitauteihin kuolleiden määrä on 1970- luvulta alkaen huomattavasti vähentynyt, mutta edelleenkin sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat melkein puolet työikäisten kuolleisuudesta Suomessa. Sydämen vajaatoimintaa esiintyy yleisemmin Itä- ja Pohjois-Suomessa. (THL 2020.)

Hoitolinjauksen valinta sydämen vajaatoiminnassa perustuu tietoon taustalla olevasta sydänsairaudesta ja vasemman kammion supistumiskyvystä sekä oireyhtymän vaikeusasteesta. Diagnoosin tekeminen ja hoidon eri vaiheet edellyttävät yhteistyötä terveydenhuollon eri organisaatioiden välillä. Sydämen vajaatoiminnan ehkäisy, diagnostiikka ja hoidon yhdenmukaistaminen ja tehostaminen on tavoitteena, jotta pystyttäisiin vähentämään kuolemia ja sairaalahoidon tarvetta. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Suomessa on panostettu hoitajien itsenäiseen vastaanottotoimintaan 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Toiminta on vakiintunut perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja lainsäädäntö on tämän toiminnan tukena ja mahdollistajana. Hoitajien vastaanotoilla tuotetaan kokonaisvaltaisia ja laadukkaita palveluja, joihin palvelun käyttäjät ovat erittäin tyytyväisiä. Sydänhoitajan vastaanottotoiminta on osa palveluja, joihin vaaditaan täydennyskoulutustumista, osaamista, työkokemusta ja kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä. (Flinkman 2018.)

Erilaisia sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia potilaita hoidetaan sydänhoitajan vastaanotolla. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi sydämen ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen läpikäyneet potilaat ja sydämen vajaatoimintapotilaat. Sydänhoitajan työnkuvaan kuuluu potilaan tukeminen, terveyden edistäminen ja omahoidon tukeminen sekä terveydentilan arvioiminen. Tällä toiminnalla pyritään turvaamaan sydänpotilaiden hoidon jatkuvuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Sydänhoitaja: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi n.d.)

Tällä hetkellä Pohjois- Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymässä toimii yksi sydänhoitaja Peruspalvelukeskus Tapalassa. Sydänhoitajan vastaanottotoiminta alkoi vuonna 2020, joten toiminta on vasta alussa ja siksi on hyvä saada tietoa,

mihin suuntaan toimintaa kannattaa kehittää ja miten. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta. Tavoitteena on sydämen vajaatoimintapotilailta saadun tiedon avulla, kehittää sydänhoitajan työtä vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden tarpeita.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄKYSYMYKSET, TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta. Tavoitteena on sydämen vajaatoimintapotilailta saadun tiedon avulla kehittää sydänhoitajan vastaanottotoimintaa. Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilailla on sydänhoitajan vastaanotosta?
2. Millaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilailla on sydänhoitajan ohjauksesta vastaanotolla?
3. Millaisia kehitysehdotuksia sydämen vajaatoimintapotilailla on sydänhoitajan vastaanottotoiminnan suhteen?

3 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

3.1 Sydämen vajaatoiminnan syyt

Vuonna 1933 Thomas Lewis määritteli sydämen vajaatoiminnan tilaksi, jossa sydän ei pysty tyhjenemään riittävästi. Määritelmä on ajansaatossa muotoutunut. American Heart Association (AHA) on palannut yksinkertaiseen lähestymistapaan sydämen vajaatoiminnan määrittelemisessä, eli se on kroonisesti etenevä tila, jossa sydänlihas ei pysty pumppaamaan riittävästi verta elimistön tarpeisiin. Tämä johtaa yleensä sydämen laajentumiseen. (Botha 2020.) Sydämen vajaatoiminnan syntymiseen vaaditaan aina syy. Sen voi aiheuttaa sydänsairaus tai voimakas rasitustilanne, jossa sydämen työskentelykyvyn kapasiteetti ylittyy. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 73.)

Sydämen vajaatoimintaa väestöstä sairastaa noin prosentti. Sepelvaltimotauti on taustalla noin puolella sydämen vajaatoimintapotilaista. Sepelvaltimotauti johtuu valtimonkovettumataudista, joka kehittyessään ahtauttaa myös sepelvaltimoita. Sepelvaltimot vievät happea ja ravintoa sydänlihakselle, jolloin ahtauma heikentää verenvirtausta ja lisää hapenpuutetta rasituksessa. Tämä tuntuu rintakipuna, jota kutsutaan angina pectorikseksi. Se voi ilmetä voimakkaanakin rintakipuna, joka ei mene ohi nitrolla, eli sydäninfarktina. Voimakas sydäninfarkti voi johtaa keuhkopöhöön, jolloin verta ja nestettä kertyy runsaasti keuhkoihin aiheuttaen hengenahdistusta ja hengityksen rohinaa. (Jaatinen & Raudasoja 2013; Kettunen 2021.)

Verenpaineongelmia löytyy 75 prosentilta. Kohonnut verenpaine on suuri rasite verisuonistolle ja sydämelle. Kohonneesta verenpaineesta puhutaan silloin, kun verenpaine on koko ajan 140/90 tai yli. Korkea verenpaine aiheuttaa sydänlihaksen paksuuntumista ja sydämen väsymistä, josta aiheutuu sydämen vajaatoiminta. Vajaatoimintapotilaan sydän pyrkii palauttamaan pumppausvoimaa suuremmalla, jolloin röntgenkuvassa voidaan nähdä sydämen laajentuma. Sydänsairaista vanhuksista suurin osa sairastaa sydämen vajaatoimintaa. Sen oireet voivat alussa olla lieviä ja potilaan vointi voi olla hyvä, joten hoidon alussa

tehtävällä alkuhaastattelulla, on siksi tärkeä merkitys. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 73; Kettunen 2020a; Mustajoki 2020.)

Sydämen vajaatoiminnan taustalla voi olla myös läppävika. Tämän tyyppisiä vikoja on kahdenlaisia: läppä voi vuotaa, jolloin veri kulkeutuu takaisinpäin, tai läppän aukko voi olla niin ahdas, että veren virtaaminen sen läpi heikkenee. Näissä tapauksissa sydämen vajaatoiminta kehittyy, koska sydän rasittuu kovasta työstä ja sydämen seinämä paksunee ja venyy aiheuttaen sydämen laajenemisen. Läppäviat voivat olla synnynnäisiä tai hankittuja. Läppätulehdukset ja sydänlihassairaudet ovat hankittujen läppävikojen taustalla. On tärkeää korjata läppäviat mahdollisimman nopeasti, jotta estetään sydämen vajaatoiminnan kehittyminen. (Kettunen 2020b.)

Sydänlihassairauksien on todettu olevan myös sydämen vajaatoiminnan taustalla. Sydänlihassairauksia ovat sydänlihastulehdus eli myokardiitti ja sydänlihassairaus eli kardiomyopatia. Tärkeää onkin, ettei flunssakuumeisena harrasteta kuntoliikuntaa, sillä myös flunssavirukset voivat aiheuttaa myokardiittia. Sen aiheuttajina voivat olla myös mikrobit, solunsalpaajat ja sydänalueelle annettu sädehoito. Sydänlihastulehduksen yhteydessä ilmenee myös usein sydänpusintulehdus eli perikardiitti. Näitä yhdessä kutsutaan perimyokardiitiksi. Sydänlihassairauksia tunnetaan kolmea eri tyyppiä: sydäntä laajentava, paksuntava ja jäykistävä kardiomyopatia. Laajentavalle eli dilatoivalle kardiomyopatialle on tyypillistä vasemman kammion laajentuminen ja supistus- ja pumppauskyvyn heikkeneminen. Näissä kaikissa kolmessa sydänlihassairaudessa sydämen kyky toimia heikkenee, mikä aiheuttaa sydämelle räsitystä ja voi saada aikaan sydämen vajaatoiminnan. (Kettunen 2020c/d.)

Sydämen oikean puolen vajaatoiminta voi kehittyä kroonisen keuhkosairauden pohjalta. Keuhkohtaumatauti ja keuhkoverenpainetauti voivat olla tällaisia tekijöitä. Keuhkohtaumatauti eli copd on yleensä tupakoijien tauti, se kehittyy hiljalleen vuosien saatossa ja on siksi haasteellinen huomata. Oireina on krooninen keuhkoputkien tulehdus, keuhkoputkien ahtautuminen ja keuhkolaajentuma. Keuhkoverenpainetaudissa eli pulmonaalihypertensiossa keuhkovaltimoiden paine nousee vaarallisen suureksi. Keuhkovaltimoiden työnä on kuljettaa

verta keuhkoihin hapettumaan sydämen oikeasta kammioista. Keuhkoverenpainetaudissa keuhkojen valtimot ahtautuvat. Sydän yrittää lisätä pumppaustehoa, mistä aiheutuu paineen nousu keuhkovaltimoissa, tämä saattaa olla syy sydämen vajaatoiminnan kehittymiselle. (Mustajoki 2018; Salomaa 2019.)

3.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Sydämen vajaatoiminnan oireistoa tulee seurata, jotta vajaatoiminnan paheneminen huomataan riittävän ajoissa. Seurantaan kuuluvat voinnin, painon, turvotusten, verenkierron ja hengityksen tarkkailu. Sydämen vajaatoiminnan pahentuessa oireina on kuiva yskä ja hengenahdistus, joka voimistuu varsinkin maakuulla ja rasituksessa. Hengenahdistusta voidaan arvioida neliportaisella NYHA-luokituksella (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Sydämen vajaatoiminnan oireiden vaikeusasteen kuvaaja (Muokattu: Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017).



NYHA- luokitus on tehty helpottamaan arviota sydämen vajaatoiminnan tilanteesta ja helpottaa oikean hoidon aloitusta. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Lisäksi voi olla ruokahaluttomuutta, väsymystä, hengityksen rohinaa, huimausta, sekavuutta, sydämen lyöntitiheyden nousua ja rytmihäiriöitä. Turvotuksia voi esiintyä raajoissa, kasvoissa ja vatsan alueella ja ilmenee nopeaa painon nousua. Yöllä saattaa esiintyä tihentynyttä virtsaamistarvetta, vaikkakin kokonaisvirtsamäärä vähenee. Oikeanpuoleiseen sydämen vajaatoimintaan voi liittyä myös pahoinvointia. Pahimmillaan tilanne voi johtaa keuhkopöhhön. (Thurman 2016, 107–108; Terveyskylä sydänsairaudet. 2019.)

TAULUKKO 2. Sydämen vajaatoiminnan yhteydessä tavattavia oireita ja löydöksiä (Mukaellen: Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017).

OIREET	TAVALLISET	HARVINAISEMMAT
	Hengenahdistus Ortopnea Yöllinen hengenahdistus Heikentynyt rasituksen sieto Väsymys, pitkittynyt palautuminen Nilkkaturvotus	Yöllinen yskä Hengityksen vinkuminen Painon nousu (yli 2 kg/viikko) Ruokahalun menetys Sekavuus (vanhukset) Masennus Tykyttely Huimaus, pyörtyminen
LÖYDÖKSET	TYYPILLISET (PAREMPI SPESIFITEETTI)	EPÄSPESIFIMPIÄ LÖYDÖKSIÄ
	Kohonnut kaulalaskimopaine Hepatojugulaarinen refluksi S3 (kammioagaloppi) Lateralisoitunut kärkisysäys Merkittävä sydämen sivuääni	Perifeerinen turvotus Keuhkojen rahinat Pleuranesteily Takykardia Sykkeen epäsäännöllisyys Nopeutunut hengitystiheys Hepatomegalia Askites

Sydämen vajaatoiminnan oireet jaetaan tavallisiin ja harvinaisiin ja löydökset tyypillisiin ja epätyypillisiin (Taulukko 2). Oireet ja löydökset kertovat mahdollisesta sydämen vajaatoiminnasta. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

3.3 Sydämen vajaatoiminnan kliininen tutkiminen ja toteaminen

Potilaan tutkiminen aloitetaan hyvällä alkuhaastattelulla, jonka avulla saadaan esitiedot eli anamneesi selville. Haastattelulla selvitetään tarkasti kivun ja oireiden alkamisajankohtaa ja asioita, jotka pahentavat ja helpottavat oireistoa. Lisäksi kartoitetaan potilaan elintapoja, kuten tupakointia, ravitsemusta, liikuntatottumuksia ja lääkitystä. Huomioidaan potilaan perussairaudet, kuten verenpainetauti, diabetes, uniapnea, korkea kolesteroli, aiemmat sydänsairaudet ja selvitetään stressi- ja perintötekijät. (Hekkala 2019a.)

Statuksessa tulee huomioida potilaan mahdollinen poikkeava ulkonäkö ja ruumiinrakenne, nämä voivat antaa viitteitä sellaisesta sairaudesta tai oireyhtymästä, jonka taustalla on sydän- tai verisuonisairaus. Tulee myös huomioida rintakehän muotojen poikkeavuudet, mm. kananrinta ja suutarin kuoppa. Samoin hengitystaajuus, se kertoo hengenahdistuksen ja hapetuksen tilanteesta. Myös ihon ja limakalvojen väri, lämpö ja kosteus huomioidaan. Havainnoidaan verenkierron tilannetta ja happipitoisuutta kuvastava syanoottisuus. Perifeerinen syanoosi kertoo pikkulaskimoiden veren happipitoisuudesta ja sentraalinen syanoosi valtimoveren happipitoisuudesta. Kylmähikisyys voi viitata vakavaan tilaan. (Mäkijärvi ym. 2011, 249–260; Saha, Salonen & Sane 2011, 193–229.)

Lisäksi tutkitaan raajojen turvotukset, niiden taustalla voi olla sydämen vajaatoiminta tai muu syy. Vatsan ja rintakehän tunnustelulla etsitään poikkeavat vatsatukset, kohotukset ja paineluarkuus. Maksan koko tutkitaan ja sykintä huomioidaan, näin voidaan sulkea pois sydämen oikean kammion vajaatoiminta ja konstruktiivinen perikardiitti ja vaikea-asteinen trikuspidaaliläpän vuoto. Stetoskoopilla kuunnellaan keuhkoäänet ja suljetaan pois mahdolliset nesterahinat, jotka kertovat sydämen vajaatoiminnasta. Sydänäänet kertovat pulssin nopeuden, hitauden, voimakkuuden, epäsäännöllisyyden ja sivuäänet. Sydäntä tutkimalla arvioidaan vasemman kammion kokoa ja toimintaa. Lisäksi mitataan verenpaine ja tarkistetaan saturaatio eli hapetusarvo. Tunnustellaan ja kuunnellaan valtimot, näin saadaan tietoa mahdollisen valtimokovettumataudin laajuudesta. Tarkastetaan laskimot laskimopaineiden arvioimiseksi. (Mäkijärvi ym. 2011, 249–260; Saha ym. 2011, 193–229.)

Sydämen vajaatoimintaa voidaan selvittää myös erinäisillä koneellisilla tutkimuksilla. EKG eli sydänfilmi on sydämen vajaatoimintapotilaalla poikkeava. Siinä voidaan nähdä kammioiden toimintahäiriöiden muutoksia ja rytmihäiriöitä. Lisäksi voidaan tutkia keuhkojen tilaa röntgentutkimuksella. Sen avulla pystytään selvittämään myös sydämen laajentumisen tilannetta ja keuhkoverenkyyttä. Keuhkokuvan perusteella ei kuitenkaan voi pois sulkea sydämen vajaatoimintaa, koska kuva voi olla täysin normaali, vaikka olisikin vajaatoimintaa. (Thurman 2016, 107–108; Hekkala 2021.)

Tärkein koe on sydämen vajaatoiminnan tilaa kuvaava natriureettinen peptidi (BNP). Siinä mitataan BNP-arvoa tai sen metaboliittia NT-proBNP-pitoisuutta. Se kertoo sydämen kammioiden rasituksesta. Tämän tuloksen perusteella voidaan sanoa, onko kyseessä sydämen vajaatoiminta vai ei. Kyseisen merkkiaineen pitoisuus nousee myös hieman iän myötä ja munuaisten vajaatoiminnassa. Kun BNP-tulos on matala, lähdetään pohtimaan oireiden taustalla olevaa diagnoosia, kuin sydämen vajaatoimintaa. Kun tulos on koholla, potilas ohjataan sydämen ultraäänitutkimukseen, sen avulla voidaan varmentaa diagnoosi. Ultratutkimuksessa pystytään tutkimaan sydänläppien tilanne ja näkemään mahdollisen infarktin aiheuttama arpialue. Lisäksi nähdään sydämen pumppausteho eli kuinka paljon verta sydän pystyy työntämään eteenpäin yhdellä lyönnillä. (Thurman 2016, 107–108; Hekkala 2021.)

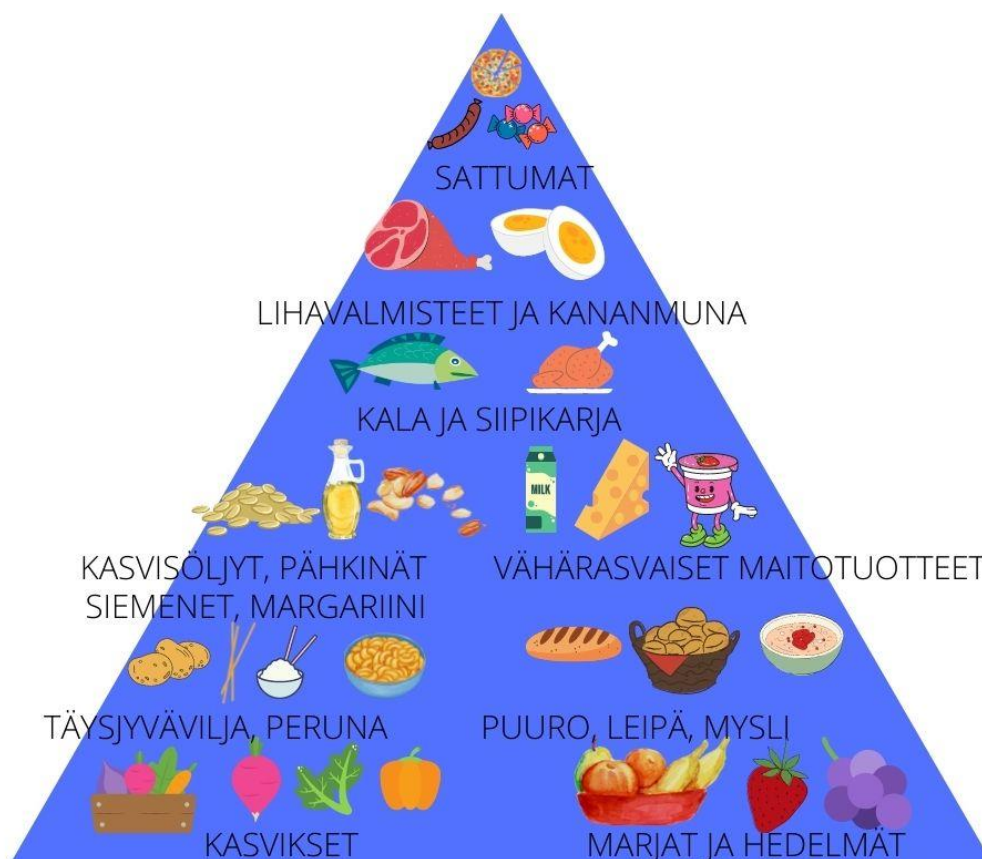
Kardiologi voi määritellä lisää tutkimuksia, jos sydämen vajaatoiminnan syy ei näillä tutkimuksilla selviä. Muita tällaisia tutkimuksia ovat sydämen magneettikuvaus, PET-tutkimukset, holter eli EKG:n pitkäaikaisrekisteröinti. Tarvittaessa voidaan myös joutua ottamaan sydänlihaksesta koepala. Geenitestausta voidaan käyttää laajentavassa eli dilatoivassa kardiomyopatiassa, sen taustatekijänä voi olla periytyvä geenivirhe. (Thurman 2016, 107–108; Hekkala 2021.)

3.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Ensisijaisesti sydämen vajaatoiminnassa lähdetään hoitamaan sen aiheuttamaa perussyötä. Kohonnut verenpaine on tavallisin aiheuttaja, joten sen hoito tulee

olla tehokasta. Sepelvaltimotaudin hoitolinjauksiin kuuluvat lääkehoito ja pallo-laajennus tai ohitusleikkaus. Lämpäviat korjataan leikkauksella tai katetritoimenpiteellä. Valtimokovettumatautia pystytään estämään statiini-lääkehoidolla, jos kolesteroliarvoja ei saada ruokavaliolla laskemaan riittävästi. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus 2020; Kettunen 2020b; Mustajoki 2019.)

Itsehoito on yksi merkityksellisimmistä asioista sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Elintavoilla on suuri merkitys ennaltaehkäisevänä ja hoitavanakin tekijänä. Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, painonhallinta, suolan vähentäminen, riittävä uni, alkoholin kohtuukäyttö ja tupakoinnin lopettaminen ovat tärkeitä. Terveelliseen ruokavalioon kuuluu 500 g hedelmiä, juureksia, marjoja ja kasviksia vuorokaudessa. Käytetään kasvipohjaisia margariineja ja öljyjä ja suositetaan rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita. Kalaa tulisi syödä kaksi kertaa viikossa ja pyrkiä välttämään kovia rasvoja. Ruokakolmio sisältää päivittäisen ravitsemussuosituksen (Kuva 1). Suolan käyttöä tulisi vähentää ja suosia vähäsuolaisia tuotteita. Päivittäinen suositus on 5 grammaa suolaa. Alkoholin viikkokulutus saisi olla miehillä enintään 14 ravintola-annosta ja naisilla 9 ravintola-annosta. Lisäksi pitäisi pyrkiä normaaliin painoon eli painoindeksin lukuun 25–29. Jos painoindeksi on 30 tai yli, kannustetaan painon pudottamiseen. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017; Mustajoki 2019; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus 2020; Kettunen 2020a.)



KUVA 1. Ravitsemussuosituksen mukainen ruokakolmio (Mukaellen: Valtion ravitsemusneuvottelukunta n.d).

Sydämen vajaatoiminnassa painon pudottaminen auttaa vähentämään oireita. Liikunta vähentää sydämen työkuormaa parantamalla verenkiertoa, lihaksiston aineenvaihduntaa ja keuhkojen toimintaa. Lisäksi se hillitsee kiihtynyttä sympaattisen hermoston toimintaa ja parantaa fyysistä suorituskykyä ja elämänlaatua. Säännöllisen liikunnan voi aloittaa, kun sairaus on saatu tasapainoon ja vointi on tasaantunut. Liikuntaa olisi hyvä harrastaa kolme tai neljä kertaa viikossa, vähintään 1,5 tuntia. (Kutinlahti & Pellikka 2018.)

Liikunnan tulisi olla sopivan rasittavaa, mutta ei liian korkeasykkeistä. Liikunta ei saa aiheuttaa hengenahdistusta ja elimistön tulisi toipua kahden tunnin kuluessa liikunnan lopetuksesta. Hyviä urheilulajeja ovat esimerkiksi sauvakävely, pyöräily, hiihto, hölkkä, jumppa ja kävely. Tärkeintä on valita sellainen laji, josta pitää. Liikkua tulee voimien sallimissa rajoissa, jos perusvointi huononee, ei rasitustasoa tule jatkaa. Liikkumista pitää keventää sairauden pahentuessa tai jos paino nousee nopeasti ja ilmenee hengenahdistusta tai rintakipua. Liikuntaa ei

tule harrastaa, jos on flunssan oireistoa tai leposyke on yli 100 lyöntiä minuutissa. (Kutinlahti & Pellikka 2018.)

3.5 Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito

Säännöllinen lääkehoito on sydämen vajaatoimintapotilaalle tärkeä hoidon perusta. Lääkehoito toimii oireita helpottavana ja vaikuttaa positiivisesti taudinkulkuun. Lääkehoitona käytetään useamman lääkkeen yhdistelmää ja lääkehoito on yksilöllistä. Siihen vaikuttavat sydämen vajaatoiminnan syy ja muut perussairaudet. Systolisen vajaatoiminnan lääkehoidossa verenpainelääkitys on oleellinen. Lääkkeitä ovat ACE-estäjät tai ATR-salpaajat, beetasalpaajat ja spironolaktonit. Diastolisessa vajaatoiminnassa verenpainelääkityksien ohessa käytetään nesteenoistolääkitystä. (Lääkehoito: Orion n.d.)

ACE-estäjä eli angiotensiinireseptorin salpaaja aloitetaan potilaalle pienellä annoksella ja nostetaan asteittain, kunnes saavutetaan tavoiteannos. ACE-estäjä vähentää nesteen ja suolan kertymistä elimistöön ja laajentaa verisuonia, jolloin sydämen työmäärä vähenee. Lisäksi se tehostaa nesteenoistolääkkeen tehoa ja hillitsee stressihormonin vaikutusta. Potilaalle voidaan aloittaa nesteenoistolääkitys, jos ilmenee nesteturvotusta. Yleensä nesteenoistolääkkeenä käytetään furosemidia, annos määritetään potilaan tilanteen mukaan. Näiden lääkitysten aloituksen jälkeen verenpainetta tulee seurata, koska lääkitykset laskevat sitä. Lisäksi verikokeilla tulee seurata elektrolyyttitasoja ja munuaisarvoa. Furosemidi voi muun muassa vaikuttaa kaliumtasoon laskevasti. (Lääkehoito: Orion n.d; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

ACE-estäjästä voi seurata potilaalle kuiva yskä. Jos yskä ei hellitä, voidaan vaihtaa ACE-estäjä angiotensiinireseptorin salpaajaan, joka vaikuttaa sydämen työmäärään myös vähentävästi. ACE-estäjän kanssa voi olla samanaikaisesti sydämen toiminnalle edullinen beetasalpaaja tai se voidaan aloittaa tilanteen mukaan myöhemmin. Mineralokortikoidireseptorin salpaaja voidaan aloittaa vielä ACE-estäjän ja beetasalpaajan lisäksi, jos sydämen vajaatoiminnan oireistoa ei muuten saada korjatuksi. Sykkeen ollessa beetasalpaajan aloituksen jälkeen yhä korkea voidaan sitä hidastaa ivabradiinilla, jos syke on sinuksessa.

Sykkeen ollessa eteisvärinässä voidaan aloittaa digoxin hidastavana lääkityksenä. Pitkäaikaisia nitraatteja ja asetyyliisalisyylihappoa käytetään, jos sydämen vajaatoiminnan taustalla on sepelvaltimotauti. Sydämen vajaatoiminnan ollessa vaikea ja jos taustalla on eteisvärinä, potilaalle aloitetaan verenohennus- eli antikoagulanttihoito. Varfariini on yksi valmiste, mutta uuden sukupolven suorien antikoagulanttien käyttö on yleistymässä. Nämä uuden sukupolven antikoagulanttilääkkeet vaikuttavat yhteen tekijään hyytymisjärjestelmässä, varfariini taas vaikuttaa useaan tekijään. (Lääkehoito: Orion n.d; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

3.6 Sydämen vajaatoimintapotilas

Kehittyneissä maissa merkittävin sairausryhmä on sydänsairaudet. Sydän- ja verisuonisairauksien merkitys on kansanterveydellisesti ja taloudellisesti huomattava. Terveysten vaaliminen ja elintapojen muuttaminen terveellisemmiksi ovat jokaisen ihmisen omalla vastuulla. Sydän- ja verisuonisairauksiin kuuluvat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, kohonnut kolesteroli, sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt. Sydänsairaudet voivat olla synnynnäisiä tai hankittuja. Synnynnäisiä sydänsairauksia ovat läppäviat, väliseinäaukot sekä sydämen verisuonten ja lokeroiden poikkeamat. Osa sydänlihassairauksista ja rytmihäiriöistä johtuu synnynnäisistä tekijöistä. Iän myötä kehittyvät hankitut sydänsairaudet, jotka ovat elämäntapojen seurausta. Niitä edistävät myös tulehdukset ja lääkkeiden käyttö. Yleisiä hankittuja sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti ja eteisvärinä. (Mäkijärvi ym. 2011, 7–9.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitosuunnitelmaan kuuluu tärkeänä hoidon seuranta. Seurantakäynnillä tulisi huomioida potilaan lääkityksen tila ja tarvittavat muutokset. Lisäksi oireita ja taudin yleistä tilaa tulisi kartoittaa. Sydämen vajaatoimintapotilaan seuranta voi tapahtua perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Hoidon seurantaan potilas siirtyy saatuaan sydämen vajaatoimintadiagnoosin. (Hekkala 2019b.) Alla olevassa kuviossa 2 on pähkinänkuoressa esitetty sydämen vajaatoiminta lääketieteellisesti eli tarkasteltuna diagnosointiin liittyvistä seikoista ja hoidon näkökulmasta.



KUVIO 2. Sydämen vajaatoiminta pähkinänkuoressa. (Mukaellen: Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Maailmanlaajuisesti sydämen vajaatoiminta on merkittävä ongelma. Aivan tarkkaa tietoa ei ole sydämen vajaatoimintaa sairastavien määrästään, mutta sairauden taustalla olevan sepelvaltimotaudin pohjalta pystytään laskemaan erikoissairaanhoidon hoitopäiviä olevan yli 100 000 vuosittain. Sydänpotilaiden kolmannen sektorin tukijana ja toimijana toimii Sydänliitto, jossa on noin 500 vertaistukihenkilöä. He ovat sydänsairauteen itse sairastuneita tai potilaiden läheisiä. Vertaistukijat voivat tarjota sydämen vajaatoimintapotilaille tukea puhelimitse tai tapaamisissa. Sairauden alussa potilailla on erilaisia pelkoja mm. arjessa selviytymisessä, siksi vertaistuen saaminen on tärkeää. Yleensä sairastuneet eivät halua jakaa huoliaan läheistensä kanssa, koska eivät halua huolestuttaa heitä. Vertaistuen antajat auttavat sydämen vajaatoimintapotilaita huomiomaan oireita ja arvioimaan, milloin täytyy lähteä sairaalaan. Heiltä saa myös tietoa sydämen vajaatoiminnasta ja saatavilla olevista tuista, kuntoutuksista ja hakukäytännöistä. Kaikki vertaistukitoiminta perustuu luottamukseen ja vaitiolovelvollisuuteen. (Netlääkäri-toimitus 2018; Oikarainen & Tuomisto 2018.)

4 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUS

4.1 Vuorovaikutus ja ohjaus hoitotyössä ja eettisyys

Keskeisimpiä hoitotyön vuorovaikutuksen osaamisalueita ovat eettisyys, ammatillisuus, kommunikointi, asiakaslähtöisyys, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen. Asiakas- ja potilaslähtöistä käsitteistöä käytetään hoitotyössä, tämä on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun periaate ja toimii osana palvelun laatua. Sen avulla arvioidaan toimintaa ottaen huomioon asiakkaan tarpeet ja voimavarat. Lisäksi potilaslähtöinen käsitteistö tukee asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia. Asiakaslähtöisyyden taustalla on laki potilaan asemasta ja oikeuksista, se ohjeistaa yksilön perusoikeuksia kunnioittamiseen. Potilaalla on oikeus elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, yksityisyyteen ja turvallisuuteen. Hoidossa, kuntoutuksessa ja ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan uskonto, kulttuuri, äidinkieli ja perheolosuhteet. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tulee olla luottamus, se tarjoaa hoitotoiminnoille vahvan perustan. (Koivisto 2019.)

Ihmisten välinen viestintä voi olla verbaalista ja nonverbaalista. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on saavuttaa keskusteltavien asioiden hyvä ymmärtäminen. Vuorovaikutustilanteet koetaan jokaisen elämänhistorian ja elämäntilanteen seurauksena yksilöllisesti. Hoitotyön vuorovaikutus voi perustua ohjaukseen, opetukseen ja terapeutukseen kanssakäymiseen. Opetus ja ohjaus -tyyppinen keskustelu painottuu kognitiiviseen ja asiakaskeskeiseen sisältöön, kun taas terapeutin keskustelu perustuu potilaiden kokemuksiin laaja-alaisemmin. Vuorovaikutus on parhaimmillaan tasa-arvoista, kaksi ihmistä kuuntelee ja keskustele keskenään toisiaan kunnioittaen. Ammatillinen vuorovaikutus on empatiaa, läsnäoloa, luottamuksen rakentamista ja tilan antamista. Asiakkaiden kohtaaminen persoonina on hoitotyössä tärkeää. Hoidollinen vuorovaikutus ei kohdistu persoonattomaan elämäntilanteeseen vaan potilaaseen. (Koivisto 2019.)

Terveydenhuolto on hoitotyön auttamiskanava, jossa tavoitteena on antaa potilaalle lisää tietoa hänen sairaudestaan ja toimintakyvystään sen hetkisessä elämäntilanteessa. Ohjaus sisältää tiedon antamista, neuvontaa ja opetusta. Ohjauksen tulee perustua luotettavaan tietoon ja ohjaajan tulee olla ammattilainen, jolla on hyvä kliininen kokemus ohjauksesta. Neuvonnan ja ohjauksen tulee olla strukturoitua, kohteellista, tavoitteellista ja eettistä. Tärkeimpänä päämääränä ohjauksessa on, että potilas ymmärtää ohjattavan asian. Tavoitteena on myös lisätä potilaan omia voimavaroja ja ohjata löytämään valmiuksia ja uusia toimintatapoja, joiden avulla potilas pystyy hoitamaan omaa sairauttaan ja parantamaan terveyttään. Potilaalla on vapaus valita oman hoitonsa, myös sitä tulee kunnioittaa. (Koivisto 2019.)

Hoitotyön ammatilliseen ydinosamiseen kuuluvat ohjausvalmiudet. Vuorovaikutuksen ja päätöksenteon sujuvuus ovat laadukasta ohjausta. Vuorovaikutustaitoihin sisältyy ohjauksen oikea-aikaisuus, ohjausympäristön hyödyntäminen ja suotuisan ilmapiirin luominen. Hoitajat tarvitsevat päätöksentekotaitoja valitessaan turvallista ohjausympäristöä, vakiinnuttaessaan hoitoprosessia sekä arvioidessaan ja kirjatessaan ohjausta. Hyvä ja ammattitaitoinen ohjaus vähentää sairaudesta aiheutuvia kustannuksia, hoitokäyntejä ja lääkkeiden käyttöä. Lisäksi hyvä ohjaus edistää paranemista ja ehkäisee tulehduksia, jotka hidastavat toipumista. Potilastyytyväisyys paranee, samoin hoidon laatu. Hyvä ohjaus ja laadukas tieto lisäävät turvallisuutta ja vähentävät epävarmuutta. (Koivisto 2019.)

Potilasohjaus vaatii hoitohenkilöstöltä vastuuta ylläpitää ammattitaitoja ja kehittää ohjausvalmiuksiaan. Lisäksi tulee ohjata potilasta terveyteen liittyvissä valinnoissa ja turvata riittävä ohjaus. Potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista. Yleisemmin käytettyjä potilasohjaus menetelmiä on suullinen, kirjallinen ohjaus, yksilöohjaus, ryhmäohjaus, audiovisuaalinen ohjaus ja demonstraatio. Ohjaustilanteessa tulee ottaa huomioon asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika, välineet ja materiaalit. (Lipponen 2014.)

Terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaan jokaisella on oikeus hyvään hoitoon. Jokaisen tulee saada tarvitsemiensa palveluita ja apua kohtuullisessa ajassa. Lisäksi tulee huomioida potilaan läheiset ja omaiset niin, että myös he

kokevat saavansa asiantuntevaa ja turvallista palvelua ja kohtelua. Potilaalla on oikeus päättää omista asioistaan ajatus- ja arvomaailmansa sekä elämäntätömuksensa mukaisesti. Potilaalla on oikeus osallistua päätöksenteköön, joka koskee häntä itseään. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle ymmärrettävästi tietoa sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehtoista. Potilaan tahtoa tulee kunnioittaa ja antaa arvo hänen kokemukselleen. Yhdessä potilaan kanssa tulee hakea yhteisymmärrys niin, ettei häntä painosteta tai pakoteta. Potilasta tulee kohdella oikeudenmukaisesti, kohteluun ei saa vaikuttaa ikä, sosiaalinen asema, äidinkieli, sukupuoli, etninen tausta, asuinpaikka, kulttuuri, sukupuoli suuntautuminen tai vakaumus. Terveystenhuollon henkilöstön oikeus ja velvollisuus on pitää yllä hyvää ammattitaitoa ja kehittää osaamista. Näin pystytään takaamaan potilaille hyvä hoito. (ETENE 2001.)

4.2 Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus

Jokaiselle sydämen vajaatoimintapotilaalle luodaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka mukaan toteutetaan hoidon seuranta. Omahoidon ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan oppimiskyky, psyykinen tilanne, koulutustaso, ikä, muut sairaudet sekä hoitoon liittyvät uskomukset ja odotukset. Nämä voivat vaikuttaa potilaan kykyyn ottaa vastaan tietoa. Lisäksi kommunikation tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, ammatillista terminologiaa tulee välttää. Ohjaus kannattaa suorittaa osissa, koska potilaan kyky vastaanottaa tietoa on rajallinen. Huomioitava on myös, että vaihteleva osa potilaan muistamasta tiedosta voi olla epätarkkaa, valikoitua ja väärinymmärrettyä. Viestinnän ymmärrystä pystytään tehostamaan antamalla potilaalle aluksi mahdollisuus kertoa omat käsityksensä ja huolensa asiasta. (Hotus 2018; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito – suositus, 2017; Tarnanen 2019.)

Potilasohjeiden tulee olla spesifisiä, yksinkertaisia ja potilaan tilanteeseen sopivia, niiden tulee nojautua potilaalle merkityksellisiin asioihin. Tärkeimpien hoitoon liittyvien asioiden toistaminen vastaanoton alussa ja lopussa vahvistaa ymmärtämistä. Lisäksi potilasta tulee ohjata toistamaan saamaansa ohjeet, jolloin pystytään korjaamaan väärinymmärryksiä. Suullinen, kirjallinen ja visuaalinen

ohjeistus tukevat ymmärtämistä. Potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoon ja päätöksentekoon on omahoidon ohjauksen kulmakivinä. Tärkeää on potilaan hyvä sitouttaminen hoitoon ja yhteistyöhön terveydenhuollon asiantuntijan kanssa. (Hotus 2018; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2017; Tarnanen 2019.)

Potilasohjauksessa ovat omahoidon tukena merkittäviä myös elintapaohjaus ja tupakka- ja alkoholivalistus. Hoitajan hyvä palveluohjaus vähentää merkittävästi sydämen vajaatoimintapotilaiden sairaalajaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. Palveluohjauksen tärkeitä elementtejä ovat koulutukselliset interventiot, jotka alkavat jo potilaan ollessa osastolla. Kotikäyntejä voidaan tarvittaessa järjestää ja potilaaseen voidaan olla yhteydessä suunnitellusti tai potilas voi ottaa hoitajaan yhteyttä tarvittaessa. Omahoidon tueksi hoitaja antaa tietoa myös liikunnasta, ravitsemuksesta sekä neste- ja suolarajoituksista. Lisäksi tarkkaillaan painoa ja seurataan ja arvioidaan lääkityksen tehoa säännöllisesti. Sovittujen seurantaikäyntien välillä tulee potilaan olla tietoinen, milloin ja mihin hän voi olla yhteydessä, jos voinnissa ilmenee muutoksia. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Oireiden pahenemiseen tulee reagoida nopeasti. Potilaan omaseurannalla on tässä tärkeä merkitys. Omaseurantaan kuuluu muun muassa painon, sykkeen, veranpaineen ja oireiden seuranta. Potilasta ohjataan havainnoimaan sydämen vajaatoiminnassa yleisiä unenaikaisia hengityshäiriöitä ja niitä esiintyessä ohjataan lisätutkimuksiin. Potilasta ja omaisia ohjataan tunnistamaan sydämen vajaatoiminnan paheneminen ja lisäämään nesteenpoistolääkitystä lääkärin ohjeen mukaan tai tiedustelemaan lisäohjeita terveydenhuollon ammattilaiselta. Potilaalle kerrotaan liitännäissairauksien vaikutuksesta sydämen vajaatoimintaan ja niiden mahdollisuudesta peittää sydämen vajaatoiminnan oireita eli vaikeuttaa oireiden huomaamista. Tällaisia liitännäissairauksia voi olla muun muassa diabetes, sepelvaltimotauti, kihti, anemia ja keuhkosairaudet. Matkustaessa sydämen vajaatoimintapotilaan tulee ottaa huomioon oireiden hoito ja että oireet voivat pahentua korkeassa ilmanalassa ja kosteissa ja kuumissa matkakohteissa. (Hotus 2018; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Seksuaalisuus on osa sydämen vajaatoimintapotilaan elämää, se tulee huomioida myös potilaan omahoidon ohjeistuksessa. Useimmat sydämen vajaatoimintapotilaat voivat turvallisesti harrastaa seksuaalista toimintaa. Sildenafilin erektiohäiriön hoitoon voi käyttää ne potilaat, joilla ei ole aktiivista sepelvaltimotautia eikä nitraattihoitoa käytössä. Sydänkohtauksen mahdollisuus yhdynnän aikana pelottaa potilaita, joten on tärkeää, että hoidossa kerrotaan myös seksuaalisuuteen liittyvästä fysiologiasta ja sairauden vaikutuksesta suorituskykyyn. (Sekonranja, Bianchi-Demicheli, Gaspoz & Mach 2008.)

Tutkimusten mukaan myös uupumus on sydämen vajaatoimintapotilailla varsin yleinen oire. Uupumus voi olla hyvin kokonaisvaltaista, fyysistä ja psyykkistä. Taustalla saattaa olla fysiologisia ja psykologisia tekijöitä, esimerkiksi anemia tai masennus. Hoitoalan ammattilaisen pitää huomioida ja tunnistaa nämä tekijät, jotta potilaalle pystytään tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa ja ohjausta. Potilasta tulee tukea myös arjessa selviytymisessä. Uupumus voi vaikuttaa potilaan kykyyn huolehtia omahoidostaan ja alentaa toimintakykyä ja itsetuntoa. Sydämen vajaatoimintapotilaalle ja hänen omaisilleen tulee tarjota tietoa uupumuksesta ja sen hallintakeinoista. (Oikarainen & Tuomisto 2018.)

Potilaa itsehoidon ja sydänhoitajan ohjauksen merkityksestä kertoo Hujasen tutkimus (2010), jossa selvitettiin sydämen vajaatoimintapotilaiden itsehoidon toteutumista ja elämänlaatua kuukauden päästä sairaalasta kotiutumisen tai vajaatoimintapoliklinikalla käynnin jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden arvioita sydämen vajaatoiminnan potilasohjauksesta. Tuloksiksi saatiin, että itsehoito toteutui parhaiten lääkeshoidon osalta, oireiden pahentuessa lääkityksestä 95 % otti yhteyttä sairaanhoitajaan tai lääkäriin. Puolet potilaista noudatti suola- ja nesterajoituksia. Huonoiten itsehoidon kannalta onnistui liikunnan säännöllisyys, painon mittaaminen ja yhteydenotto lääkäriin tai sairaanhoitajaan, jos ilmeni lisääntyntä väsymystä. Potilailla oli keskimääräistä suomalaista väestöä huonompi elämänlaatu ja arvio terveydentilastaan. Suurin osa potilasta oli saanut riittävästi ohjausta ja tietoa sydämen vajaatoimintaan liittyvistä asioista.



KUVIO 3. Sydänhoitajan työnkuva ja toiminta (Mukaellen: Sekonranja ym. 2008; Hotus 2018; Oikarainen & Tuomisto 2018; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito - suositus 2018; Satasairaala 2020).

Yllä olevassa kuviossa 3 on kuvattu tiivistetysti sydänhoitajan työnkuva ja potilaan omahoidon ohjaus, potilaan omaseuranta ja kolmannen sektorin toiminta julkisessa terveydenhuollossa.

4.3 Sydänhoitajan työnkuva

Sydänhoitajat ovat sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, jotka ovat saaneet täydennyskoulutuksen tehtävänsä. He työskentelevät sairaaloissa tai terveysasemilla. Aina sydänhoitajat eivät käytä sydänhoitaja-nimikettä, samoja tehtäviä voivat hoitaa myös muut sydän- ja verisuonisairauksiin erikoistuneet hoitajat, kuten esimerkiksi dehko-hoitajat eli diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon erikoistuneet. (Netlääkäri-toimitus 2018.) Sydänhoitajan täydennyskoulutus on 30 opintopistettä, koulutus on tarkoitettu sydänsairaiden parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille. Koulutukseen sisältyy sydänpotilaan moniammatill-

nen ja asiakaslähtöinen hoito ja hoidon kehittäminen. Taustakoulutukseksi vaaditaan opisto- tai korkeakoulututkinto sosiaali- ja terveydenhuollon alueelta. (Metropolia ammattikorkeakoulu 2020.)

Maailmanlaajuisesti sydän- ja verisuonisairaudet ovat kriittinen terveysriski, joten sydänhoitajien rooli on tärkeä sydänpotilaan hoitoketjussa. Sydänhoitajat tarvitsevat tietoja, taitoja ja resursseja. Näiden avulla he voivat toimia mahdollisimman hyvin sydänpotilaiden hyväksi. Nykyään sydänsairauksien ennaltaehkäisyssä työskentelevien sydänhoitajien erityisosaaminen on hahmoteltu Maailman terveysjärjestön toimesta. Tulevaisuudessa pyrkimyksenä on panostaa kulttuuriseen järjestelmädynamiikkaan ja johtamisosaamisen kehittämiseen. Sydänhoitajien on oltava valmiita toimimaan kulttuurien- ja ammattienvälisessä kontekstissa ja käyttämään biolääketieteen ja yhteiskuntatieteiden tietoja ja taitoja. (Lanuza ym. 2011, 45.)

Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sydänhoitajan työnkuva eroaa hieman toisistaan. Erikoissairaanhoidossa sydänhoitajan vastuulle kuuluu akuutin, vaikean ja työkäisten sydämen vajaatoimintapotilaiden alkuhoito. Tilanteen vakiinnuttua seuranta jatkuu perusterveydenhuollossa lääkäri ja hoitaja -työparin voimin. Erikoissairaanhoidossa sydänhoitajan työparina toimii kardiologi. Ennen kardiologin vastaanottoa sydänhoitaja mittaa potilaan verenpaineen, tarkistaa painon ja lääkelistan. Kardiologin vastaanoton jälkeen sydänhoitaja käy potilaan kanssa läpi jatkohoidon suunnitelman, toteutuksen, ohjauksen ja lääkehoidon muutokset. Sydänhoitaja antaa omahoidon, liikkumisen ja lääkehoidon ohjausta, sopii potilaan kanssa kontrollisoihtojen ja laboratoriokokeiden rutiinit sekä kertoo kardiologin konsultaatioiden käytännöistä. (Satasairaala 2020.)

Perusterveydenhuollossa sydänhoitajan parina toimii perusterveydenhuollon lääkäri. Sydämen vajaatoimintapotilaat tulevat kontrolliin sydänhoitajan vastaanotolle joko erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon lääkärin lähettämänä. Sydänhoitaja käy läpi lääkelistan ja kontrolloi verenpaineen, painon ja seuraa kontrolliverikokeita (erityisesti K, Na, Krea, Pvk, BNP). Lisäksi yksilökohtaisesti arvioidaan omahoidon ohjaus, elintapaohjaus sekä jatkohoidon ja kontrollien tarve. (Satasairaala 2020.)

4.4 Sydänhoitaja Posassa

Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymä (PoSa) on vuodesta 2009 toiminnut jäsenkunnilleen sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tuottajana. Peruspalvelukuntayhtymään kuuluu Kankaanpään kaupungin lisäksi neljä kuntaa eli Po-markku, Siikainen, Jämijärvi ja Karvia. Asukasluku Peruspalvelukuntayhtymän alueella oli 20 664 asukasta vuoden 2019 lopussa (Tilastokeskus).

Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymä toteutti vuonna 2020 organisatiomuutoksen. Tämän myötä muodostui tulosalueita, joita ovat hallinto- ja tukipalvelut, sosiaali- ja perhepalvelut, ikäihmisten palvelut, terveystalvet ja ympäristöpalvelut. Uudistuksen tavoitteena on sosiaali- ja terveystalvetuiden tuottaminen asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti. Lisäksi pyrkimyksenä on palvelurakenteen tasapaino, kehittyminen ja lähitalvetuiden säilyttäminen.

Sydänhoitajan vastaanotto käynnistyi Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymässä vuonna 2020. Sydänhoitajan vastaanotto kuuluu terveystalvetuiden tulosalueelle, jolla hänen lisäksi työskentelee lääkäreitä, sairaanhoitajia, lääkkeenmääräämissairanhoitajia ja lähihoitajia. Sydänhoitajalla on noin 3–4 päivää kuukaudessa varattu sydänpotilaiden asioiden hoitamiseen. Sydänhoitaja tekee yhteistyötä Satasairaalan sydänpoliklinikan, Posan diabeteshoitajan ja muiden Satakunnan alueen sydänyhdyshenkilöiden kanssa. Tavoitteena on tehokas yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Lisäksi pyrkimyksenä on tehostaa ja yhdenmukaistaa sydänpotilaiden hoitoa ja voimien seurantaa, aktivoida ja tukea potilaiden omahoitoa, vähentää sairaalajaksoja ja päivystyskäyntejä.

Tällä hetkellä asiakkaina on pääosin sepelvaltimotauti- ja sydämen vajaatoimintapotilaita, jonkin verran myös eteisvärinäasiakkaita. Tulevaisuudessa tarkoituksena on laajentaa kontrollit muihinkin sydänsairauksiin. Asiakkaat ohjautuvat sydänhoitajalle pääosin siinä vaiheessa, kun erikoissairaanhoidosta hoito siirtyy perusterveydenhuoltoon. Myös Taysin sydänsairaalaasta ja Posan omilta lääkäreiltä ohjautuu potilaita sydänhoitajan vastaanotolle.

Sydänhoitajan toimenkuvaan kuuluu muun muassa voinnin kontrollointi, verenpaine- ja painon seuranta, elintapaohjaus, omahoidon tukeminen, laboratoriokokeiden ohjelmointi ja seuranta sekä sydänpotilaiden yhteyshenkilönä toimiminen ja lääkärin konsultointi tarvittaessa. Yhteydenotot lääkäriin ovat pääosin etäkonsultaatioita mutta jokin verran on myös läsnäoloa vastaanotolla.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Teoreettinen osuus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa teoriolla on ilmeinen ja tarpeellinen merkitys. Teoriaa tarvitaan metodien, luotettavuuden ja etiikan hahmottamiseen ja koko tutkimuskokonaisuuden ymmärtämiseen. Laadullinen tutkimus on empiiristä eli aineistoihin ja niiden analyysihin perustuvaa. Teoriapohja on kiin-nekohta, johon empiirinen laadullinen tutkimus nojaa. Sekaannusta empiirisen ja teoreettisuuden välisessä suhteessa aiheuttavat käsitteet deduktiivisuus, eli teoriavetoisuus ja induktiivisuus eli aineistovetoisuus. Deduktiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana toimii teoria, jota empiirisesti testataan. Induktiivinen tutkimus on teoriattomampaa, lähtökohtana on aineisto. Molempia tapoja voidaan käyttää laadullisessa tutkimuksessa. Abduktiivinen tutkimus yhdistää sekä teoriaa että aineistoa, siinä johtoideoita rikastetaan ja todennetaan aineiston avulla. Teoria on laadullisessa tutkimuksessa jäsenneiltyä ja perustuu tieteelliseen kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Tutkimustehtävä määrittelee toimivan teoriakokonaisuuden valitsemisen, järjestämisen ja erittelyn. (Juhila n.d; Tuomi & Sarajärvi 2018, 18–19.)

Laadullisessa tutkimuksessa on useita teoriatyyppejä, jotka palvelevat erilaisia tarkoituksia. Kuten tutkittavaan ilmiöön liitettävät substanssiteoriat, joiden mukainen tutkimus voi kohdistua makro- tai mikrotasoon. Makrossa keskitytään lähinnä rakenteiden tasoon ja mikrossa taas ihmisten vuorovaikutukseen, käyttäytymiseen ja kokemuksiin. Substanssiteorioissa laadullinen tutkimus on deduktiivisista. Substanssiteorioita abstraktimmat formaaliteoriat tarjoavat yleisiä selitysmalleja ja tulkintakehikkoja, joiden kautta aiheita ja ilmiöitä on mahdollista lähestyä. Myös formaaliteorioiden mukainen tutkimus voi olla makro- tai mikrotasoista. Formaaliteoriat rajaavat tutkittavaa ilmiötä ja auttavat näkemään sen eri näkökulmista. Paradigmat teoria puolestaan rakentuu tutkimuksen metodologisista, ontologisista ja epistemologisista oletuksista. Myös paradigmat nojaavat teorioihin, ne pyrkivät tavoittamaan tutkittavan kohteen todellisen luonteen. Osansa teoreettisesta kehyksestä muodostavat myös tutkimuskerronnassa esiin nousevat menetelmiin ja analyysihin liittyvät teoriat. (Juhila n.d.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska ei pyritä niinkään yleistämiseen tai määrien selvittämiseen, kuin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tutkimus on induktiivinen, koska tutkimuksen taustalla on teoriakehys mutta tutkimus nojaa aineistoon. Induktiivinen lähestymistapa sopii tähän tutkimukseen, koska aihetta on aikaisemmin tutkittu vain vähän potilaiden näkökulmasta. Makrotasoinen käsittely on substanssiteoriasta, tutkimuksessa keskitytään ihmisten kokemuksiin, vuorovaikutukseen ja käyttäytymiseen. Tutkimus hyödyntää toteutukseen, aineiston hankintamenetelmiin ja analysointiin paneuduttaessa myös menetelmiin ja analyysitapoihin liittyviä teorioita.

Teoreettinen viitekehys perustuu tieteelliseen kirjallisuuteen, lisäksi on käytetty luotettavia tietokantoja. On pyritty käyttämään alle 10 vuotta vanhoja tutkimuksia. Teoriapohja on koottu niin, että se auttaa tutkimuskokonaisuuden hahmottamista ja ymmärtämistä. Tutkimuksen teoreettinen taustan asiasanoja ovat sydänpotilas, sydämen vajaatoiminta, sydänhoitaja ja ohjaus. Hakuja on tehty tietokannoista Theseus, Andor, Medic, Cinahl ja Medline. Hakumuotoina on käytetty (sydänhoit*) AND ("sydämen vajaatoiminta"), (sydänpoti*) AND (sydänhoit*), (sydänhoit*) AND ("ohjaus"), (sydänpot*) AND ("sydämen vajaatoiminta"), ("cardiac nurse") AND ("heart failure"), ("cardiac patient") AND ("cardiac nurse"), ("cardiac nurse") AND ("nurse advice") ja ("cardiac patient") AND ("heart failure").

5.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmä tulee suunnitella hyvin ja rajata. Aineistomäärästä ei ole selkeää sääntöä, joten tutkijan tulee se punnita ja päättää. Tärkeää on, että aineiston avulla pystytään tarkastelemaan tutkimusongelmia kattavasti ja useasta näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa on oleellista, että aineiston laajuus mahdollistaa analyysin syvyyden ja oivaltavuuden. (KvaliMOTV, n.d.)

Kvalitatiivinen eli laadullisen tutkimuksen aineistona voivat olla esineet, kuva- ja tekstiaineistot ja ihmisen puhe, muun muassa haastatteluna. Näitä voidaan

käyttää yhdessä tai erikseen riippuen tutkittavasta ongelmasta ja tutkimusresursseista. Tutkimusmenetelmäksi valitaan se, jonka avulla saadaan parhaiten tietoa asiasta. Haastattelua ja kyselyä käytetään, kun halutaan tietää, miksi ihminen toimii niin kuin toimii ja mitä hän ajattelee. Haastattelun muotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja syvähaastattelu. Haastattelu voidaan tehdä yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. (Vilkkä 2015, 109–112; Tuomi & Sarajärvi 2018, 80–83.)

Lomakehaastattelu on strukturoitu ja teemahaastattelu puolistrukturoitu haastattelutyyppi. Teemahaastattelussa kerätty tieto muutetaan tilastollisen analyysin edellyttämään muotoon. Havainnointia käytetään tiedonkeruumenetelmä muun muassa silloin, kun tutkittavasta asiasta on vähän tai ei lainkaan tietoa tai sitä on vaikea saada. Havainnointia voidaan käyttää yhdessä muiden aineistokeruumenetelmien kuten haastattelun yhteydessä. Kun kirjoittaja pystyy ilmaisemaan itseään kirjallisesti hyvin, on edullista hyödyntää dokumenteista kerättyä tietoa. (Vilkkä 2015, 109–112; Tuomi & Sarajärvi 2018, 80–83.)

Tutkimus on aina aika-, paikka- ja tilannesidonnainen. Haastateltavien valinnassa tulee ottaa huomioon, että heillä on tutkittavasta teemasta tai asiasta koskevaa asiantuntemusta tai kokemusta. Tutkimuskysymysten tulisi olla sellaisessa muodossa, että niihin ei voi vastata kyllä tai ei, jotta vastauksista saataisiin laajempia ja kattavampia. (Vilkkä 2015, 115–120.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus perustuu yleiseen tutkimusprosessiin. Poikkeuksen prosessissa tekee aineistonkeruun sykli. Tämä tarkoittaa, että laadullisessa tutkimuksessa ei voida etukäteen lyödä kiinni kerättävän aineiston kokoa, koska aineisto määrittää sen itse tuottamalla kylläntymisen eli saturatiotasonsa. Tutkimusongelman ratkettua on saavutettu riittävä aineisto. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei tunne koko ilmiötä eikä siihen vaikuttavia tekijöitä. Aineiston avulla tutkija pystyy näkemään ratkaisuja ja ymmärtämään ilmiökokonaisuuden paremmin. Aivan täsmällisiä kysymyksiä ei ole, koska tutkijalla ei ole absoluuttista ymmärrystä eli ymmärrys kehittyy aineiston saannin mukana. Aineistoa kerätään, kunnes ymmärrys saavutetaan. (Kananen 2015, 128.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua aineiston keruumenetelmänä, koska haluttiin selvittää tutkittavien kokemuksia ja kuvailla niitä.

Opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui sydänhoitajan vastaanotolla ja haastattelut toteutettiin maaliskuis-, huhtikuun- ja toukokuussa 2021. Potilasotoksen valinnan suoritti sydänhoitaja, joka tunsi parhaiten potilaiden taustat ja tiesi sydämen vajaatoimintapotilaat sydänpotilaiden joukosta. Tarkoituksena oli haastatella arviolta 15 sydämen vajaatoimintapotilasta. Haastatteluiden edetessä aineiston saturoituminen tapahtui 10 haastateltavan kohdalla.

Haastattelulle voitiin sopia paikka, aika ja tapa haastateltavan toiveita kuunnellen. Aluksi oli tarkoitus suorittaa haastattelut tutkijan omassa vastaanottohuoneessa sydänhoitajan vastaanoton päätteeksi, mutta koronatilanne muutti suunnitelmia. Haastateltavien ikäjakauma oli 61–86 vuotta. Haastateltavista 4 oli naisia ja 6 miehiä. Haastatteluista 9 päädyttiin toteuttamaan haastateltavien toivomuksesta ja koronatilanteesta johtuen puhelinhaastatteluna, yksi toteutettiin tutkijan vastaanotolla. Viikossa haastateltiin 1–2 sydämen vajaatoimintapotilasta. Haastatteluun oli varattu aikaa tunti, jotta se voitiin tehdä kiireettömästi. Haastattelut kestivät käytännössä 20–45 minuuttia.

Haastateltavat olivat voinniltaan psyykkisesti ja fyysisesti haastattelukelpoisia. Puhelinhaastattelun alussa haastateltavalle luettiin tutkimustiedote ja pyydettiin suullinen lupa haastattelun tekoa varten. Vastaanotolla haastateltavalle annettiin luettavaksi tutkimustiedote ja häneltä pyydetään kirjallinen suostumus. Haastattelut perustuivat haastateltavien vapaaehtoisuuteen, ne nauhoitettiin ja haastateltavilla oli mahdollisuus lopettaa haastattelu, jos niin koki (liite 1 ja liite 2).

Apuna haastattelussa käytettiin teemahaastattelurunkoa ja apukysymyksiä, jotka löytyvät liitteistä 3 ja 4. Apukysymyksiä käytettiin, mikäli haastateltavan vastaus kysymykseen jäi niukaksi. Apukysymysten avulla saatiin asiaa paremmin avatuksi. Opinnäytetyön teemat ovat: (1) sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemukset sydänhoitajan vastaanotosta, (2) sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemukset potilasohjauksesta ja (3) sydämen vajaatoiminta potilaiden kehitysehdotuksia vastaanottotoiminnasta.

5.3 Aineiston analyysi

Laadullinen analyysi on aineiston tiivistämistä ja jalostamista käsitteelliseen tai teoreettiseen muotoon. Selkeää ohjetta ei ole, kuinka laadullinen analyysi tulee tehdä. Analyysissä aineiston pinnalta sukellaan syvemmälle eli tarkastellaan havaintoja teorian, löydösten ja ajattelun avulla. Analyysi lisää aineiston informaatioarvoa. (Günther, Hasanen & Juhila. n.d.)

Laadullisen analyysin tekoon löytyy useita eri menetelmiä. Tutkimuksen tekijä päättää analyysimenetelmän valinnasta, erilaisten lähestymistapojen tuntemus auttaa tässä. Realistisessa tarkastelutavassa ollaan aidosti kiinnostuneita aineistosta ja siitä, mitä aiheesta kerrotaan. Sosiaaliseen konstruktionismiin nojaaville analyysitavoille on tyypillistä katsoa, kuinka asioista puhutaan ja mitä seurauksia toiminnalle on, kun asioita ymmärretään eri tavalla. Fenomenologisiin, eksistentiaalsiin ja hermeneuttisiin otteisiin perustuvat analyysitavat tuovat esiin yksilön subjektiivisuutta, tarkastelun kohteessa nousevat yksilön kokemukset. Analyysimenetelmän tulee olla sopusoinnussa tutkimusongelman, teoreettisen pohjan ja aineiston kanssa. (Günther ym. n.d.)

Kanasen (2015) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen tulkinta lähtee aineiston pohjalta. Tarkoittaa että teksti jaetaan asiasisältöihin ja sisällöt nimetään tarkasti. Nimien tulee perustua aineistoon. Laadullinen sisällönanalyysi on lähellä teemoittelua. Siinä keskitytään sisältöön eli siihen, mistä aiheista, teemoista ja asioista sisältö kertoo. Mitä haastateltavat kertovat, mitä valokuva esittää ja mitä käsitellään mediatekstissä jne. Systemaattiseksi analyysin kohteeksi ei oteta aineiston kielellistä tai ilmaisullista muotoa. Näihin on muita erikoistuneita lähestymistapoja. Aineiston käsittely lähtee koodauksesta, luodaan erilaisia sisältöä koskevia luokkia ja tarkastellaan niiden välisiä suhteita. Nykyisin analyysin apuna käytetään tutkimukseen kehitettyjä tietokoneavusteisia algoritmeja. Sisällön analyysi voi noudattaa laadullista tai määrällistä analyysitapaa, molemmat vaativat aineiston laadun ymmärtämistä. (Vuori n.d.)

Kyngään ym. (2011) mukaan sisällönanalyysiä käytetään, kun muodostetaan muun muassa kategorioita, malleja ja käsitteitä tai halutaan kuvailla tutkittavaa

ilmiötä. Sisällönanalyyssissa aineisto voi koostua esim. haastatteluista tai ha-
vainnoista tai molemmista. Perusideana on aineiston runsaus. Aluksi aineisto
litteroidaan, sen jälkeen suoritetaan ryhmittely ja abstrahointi ja edetään pää-
käsitteiden hahmotukseen. Aineistoa luetaan useaan kertaan ja sitä kategorioi-
daan, vertaillaan, järjestetään, tiivistetään ja analysoidaan, kunnes tulokset vas-
taavat tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtävään.

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi tapahtuu aineistolähtöisesti, koska
tutkimukseen tarvittava tieto saadaan tutkittavilta. Teemahaastatteluiden ai-
neisto analysoidaan aineistolähtöisen sisällönanalyyssimenetelmää käyttäen ja
hyödyntäen mallina Tuomi ja Sarajärveä (2018, 119) (Kuvio 4).



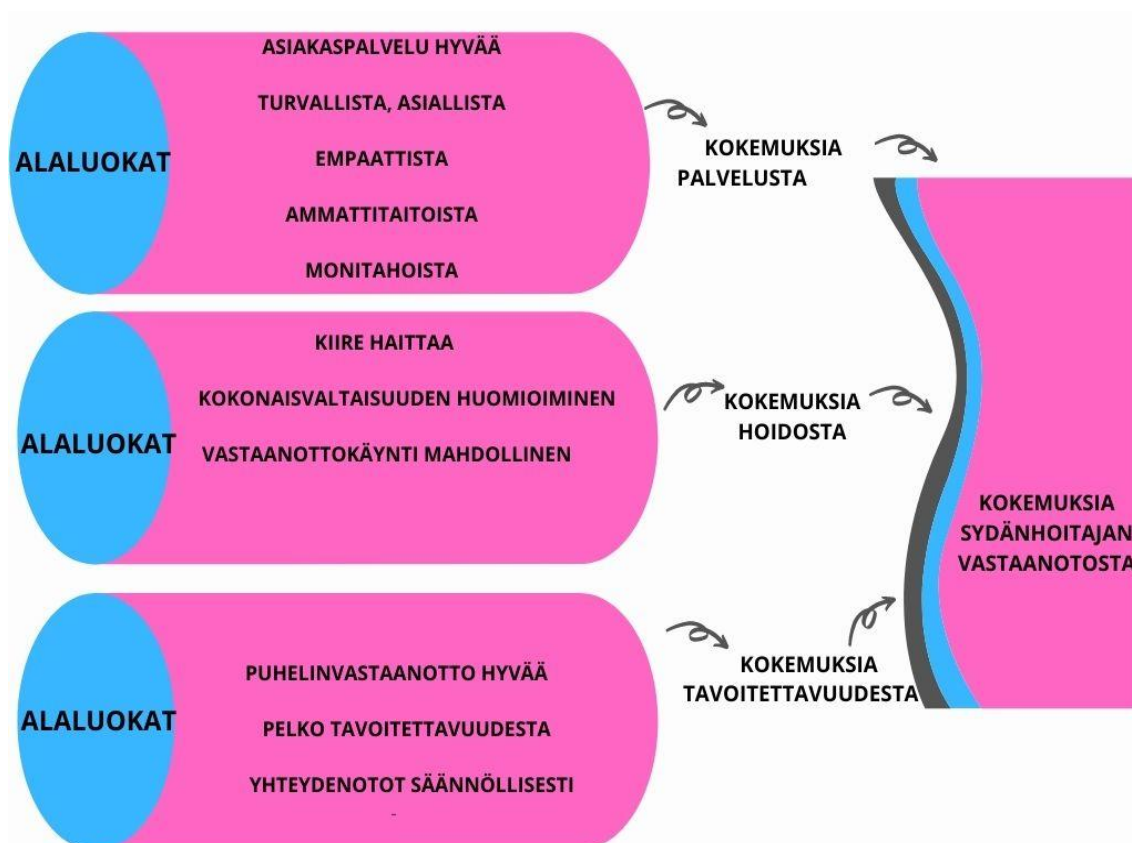
Kuvio 4. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi. (Mukaellen: Tuomi & Sarajärvi 2018, 119).

Haastatteluaineisto litteroitiin eli purettiin auki sanatarkasti, sen jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan. Haastattelu-teemoja apuna käyttäen aineistoa käytiin läpi ja etsittiin mitä se piti sisällään. Luotiin kategorioita ja ryhmiteltiin aineisto luokiksi ja edelleen ylemmiksi luokiksi, kunnes se muodosti selkeästi hahmotet-
tavan kokonaisuuden. Liitteessä 5 on kuvattu analyysin suorittamistavan kulku.

6 TULOKSET

6.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta

Haastatteluista nousi esiin potilaiden kokemuksia palvelusta, hoidosta ja tavoitettavuudesta. Alla oleva kuvio kertoo haastattelun tuomat tulokset.



KUVIO 5. Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotolta

Kokemukset palvelusta

Haastateltavat kokivat pääsääntöisesti, että kokemus sydänhoitajan vastaanotosta oli positiivinen. Sydänhoitajan asiakaspalveluun potilaat olivat erittäin tyytyväisiä, he kokivat saavansa apua ja tietoa. Palvelu koettiin asialliseksi ja turvalliseksi. Sydänhoitaja koettiin luonteeltaan empaattiseksi. Lisäksi haastateltavat kokivat, että sydänhoitaja oli osaava ja ammattitaitoinen. Haastateltavat kokivat saavansa vastaanotolla monitahoista hoitoa ja arvostivat, että heillä oli

mahdollisuus päästä voinnin ja tilanteen mukaan lääkärille ja laboratoriokokeisiin.

”...Pääsääntöisesti positiivinen kokemus on ollut...”

”...Oli oikein hyvä palvelu...”

Kokemuksia hoidosta

Kielteisenä asiana haastateltavat kokivat kiireen. Sen koettiin vaikuttavan hoitoon negatiivisesti, kaikista asioita, joista heillä olisi ollut kysyttävää, ei ehtinyt vastaanotonaikana kysyä. Haastateltavat toivoivat, että potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi kuulokojepotilaat ja lievästi muistisairaat odottivat, että nämä kommunikointiin ja oppimiseen vaikuttavat asiat on vastaanotolla huomioitu. Hyvänä asiana haastateltavat kokivat, että heillä oli mahdollisuus vastaanottokäyntiin, jos heidän asiaansa ei pystytty puhelimitse hoitamaan.

”...Suurin probleema tulee tän mun muistin kanssa...”

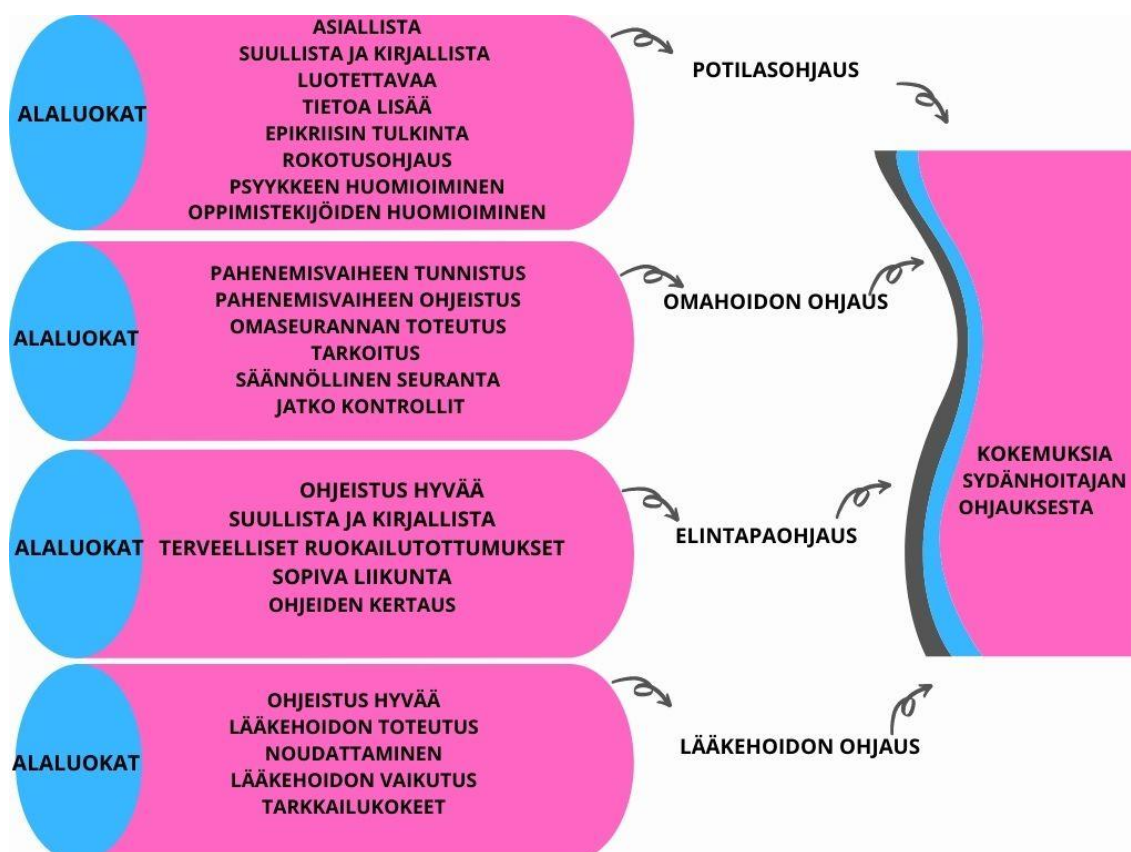
Kokemuksia tavoitettavuudesta

Sydänhoitajan yhteydenpidosta ja tavoitettavuudesta haastateltavat kokivat, että puhelinvastaanotto toimii hyvin, aina ei vastaanottokäynti ole tarpeellinen. Taustalla kuitenkin vaikutti pelko sydänhoitajan tavoitettavuudesta. Haastateltavat kokivat huolta, saavatko he yhteyden puhelimitse sydänhoitajaan, ja jos he jättävät soittopyynnön hänelle, saavuttaako pyyntö hoitajan. Tämän vuoksi haastateltavat toivoivat säännöllistä yhteydenpitoa heihin sydänhoitajan toimesta.

”...Me aika paljon soitettiin, niin tai hän soitti tännepäin...”

6.2 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan ohjauksesta

Haastattelun pohjalta nousi esiin potilaiden kokemuksia sydänhoitajan potilasohjauksesta, omahoidon ohjauksesta, elintapaohjauksesta ja lääkehoidon ohjauksesta. Nämä tulokset on esitelty alla olevassa kuviossa.



KUVIO 6. Sydämen vajaatoiminta potilaiden kokemuksia sydänhoitajan ohjauksesta.

Potilasohjaus

Haastateltavat kokivat potilasohjauksen asialliseksi ja luontevaksi. Saatua tietoa pidettiin luotettavana ja sitä saatiin suullisena ja kirjallisena. Haastateltavat totesivat, että kirjallisen materiaalin avulla asiaan voi palata vielä itsenäisesti myöhemmin uudestaan ja näin virkistää muistia asian suhteen. Oppimiseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista haastateltavat pitivät myös tärkeänä, esim. lievä muistihäiriö, kuulonalenema jne. Osa Haastateltavista toivoi, myös vielä lisää tietoa sydämen vajaatoiminnasta ja niistä tekijöistä, jotka voivat laukaista sairastumisen sydämen vajaatoimintaan. Osa heistä totesi, että heidän kohdallaan

sydämen vajaatoimintaan johtanutta taustatekijää, ei ole kukaan pystynyt selvittämään, eli syytä sairastumiseen ei ole koskaan löytynyt.

Haastateltavat olivat tyytyväisiä, että otettiin puheeksi rokotusasiat eli influenssarokote ja koronarokote, niiden avulla välttämään vakavilta tautimuodoilta. Tietysti perusrokotukset tulisi olla myös kunnossa. He kokivat, että potilaan psyykinen tilanne tulisi ottaa huomioon, äkkinäinen sairastuminen sydämen vajaatoimintaa voi tulla shokkina potilaalle ja aiheuttaa tunteiden sekamelskaa ja ahdistusta. Lisäksi toivottiin epikriisin tulkintaan sydänhoitajan apua, koska epikriisit tulevat potilaalle postitse kotiin ja sisältävät latinan sanoja, joita potilas ei ymmärrä. Tämä voi aiheuttaa, että potilas käsittää omaan sairauteen liittyviä asioita väärin, mikä voi tuottaa hämmennystä ja pelkotiloja.

”...Potilasohjaus asiallista...”

”...Tää on niin kuin ennen kaikkea tää ruumiillinen sairaus, mutta myös sitten henkinen sairaus...”

Omahoidon ohjaus

Omahoitoon liittyvä ohjeistus oli käyty hyvin läpi sydänhoitajan kanssa. Haastateltavat kokivat, että saivat hyvin tietoa sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheen tunnistamiseen. He seurasivat painoa ja verenpainetta päivittäin tai viikon välein. Lisäksi he seurasivat turvotuksia ja hengenahdistuksen tilannetta. Osalla haastateltavista oli sydämen vajaatoiminnan lisäksi astma tai keuhkohtauma, he kokivat, että oli hankalaa arvioida, johtuiko hengenahdistuksen paheneminen hengityselimistön sairaudesta vai sydämen vajaatoiminnasta. Haastateltaville oli hyvin ohjeistettu, että ottavat yhteyttä sydänhoitajaan, jos sydämen vajaatoiminnan oireet pahenevat, samoin he tiesivät, että akuutimmassa tilanteessa tilataan ambulanssi ja hakeudutaan päivystykseen.

Omaseurannan toteutuksen ja sen tarkoituksen sydänhoitaja oli käynyt hyvin haastateltavien kanssa läpi ja antanut myös kirjallista tietoa niistä. Omaseuranta varten he olivat saaneet sydänhoitajalta seurantavihkosia. Näihin haastateltavat merkkasivat verenpaine-, paino- ja syke-seuranta. Tärkeimmät omaseurantaan käytettävät mittarit olivat jokaisella haastateltavalla kotona, eli puntari ja

verenpainemittari. Osa haastateltavista kertoi, että jatkokontrollit mm. veriko-keina olivat säännöllisiä, mutta joidenkin haastateltavien jatkokontrolleja ei ollut sovittu. Nämä haastateltavat eivät osanneet kertoa syytä, mutta luottivat, että kutsu jatkokontrolliin tulee tarvittaessa myöhemmin.

”...juu sillain mulla on ittellä mittarit...”

”...sain erittäin hyvän kattavan ohjeistuksen...”

Elintapaohjaus

Haastateltavat kokivat, että saivat sydänhoitajalta erittäin kattavan ja hyvän elintapoihin liittyvän ohjeistuksen. Elintapoihin liittyvät muutokset käytiin kattavasti ja perustellen läpi. Elintapaohjeistusta haastateltavat saivat suullisesti ja myös kirjallisesti. Erityisesti haastateltavat nostivat esille ruokavalio-ohjeistuksen, jota käytiin läpi, pohdittiin säännöllisen ruokailun merkitystä ja terveellistä ruokalautasmallia. Lisäksi heille suositeltiin kaupasta ostettavaksi sydänmerkkituotteita. Yhden haastateltavan kohdalla ruokavalio-ohjeistusta ei käyty läpi, mutta hän kertoi, että oli tietoinen, mitä terveelliseen ruokavalioon kuuluu. Kertausta tästä asiasta ja muistakin hän kuitenkin piti tärkeänä.

Haastateltavat kertoivat, että elintapaohjeistuksissa nostettiin esiin myös liikunnan tarpeellisuus ja erilaisia liikuntalajeja, joista potilas voi valita itselleen sopivan. Tiettyjä liikuntalajeja voi harrastaa eri vuodenaikoina, esim. hiihtoa talvella ja pyöräilyä kesällä. Haastateltavat tiesivät, että liikuntalaji tulee valikoida myös oman kunnon ja voinnin mukaan. Osa haastateltavista koki, että pelkkä rappusten nousu tai kävelylenkki tuntui jo hengästyttävältä ja rasittavalta.

”...en mä paljon ole pystynyt käveleenkään, kun noita rappuja...”

”...että kaikkia neuvoja on annettu, kuinka pitäis syödä ja juoda...”

Lääkehoidon ohjaus

Haastateltavat kokivat, että lääkehoidosta annettu ohjeistus oli kokonaisuudessaan erittäin hyvää. Lääkehoidon annostelu ja toteutus käytiin hyvin ja tarkasti läpi ja korostettiin, että lääkehoitoa tulee aina toteuttaa lääkärin ohjeen mukaan. Haastateltavat kertoivat, että olivat saaneet lääkäriltä ohjeen, miten lääkehoidon kanssa toimitaan. Jos ilmenee lisääntyntä painonnousua ja turvotuksia, niin

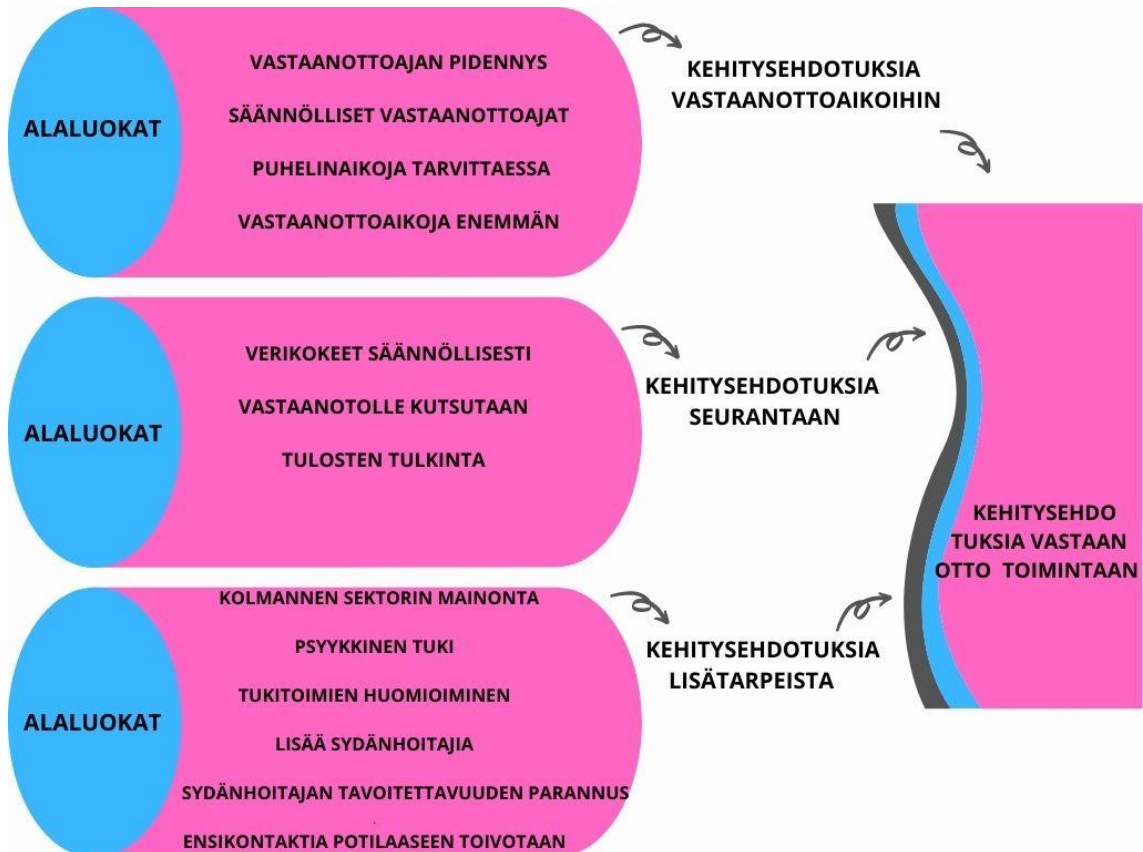
nesteenpoistolääkitystä nostetaan. Sydänhoitaja oli kerrannut vielä nämä ohjeet heille. Haastateltavat ymmärsivät lääkehoidon merkityksen ja olivat huomanneet, että kun se on hyvä ja tasapainossa, se vaikuttaa positiivisesti heidän yleistilaansa. Lisäksi sydänhoitaja ohjeisti, miten kotona voi tarkkailla lääkehoidon toimivuutta, esimerkiksi verenpainemittauksilla ja punnitsemalla painoa. Lääkehoidon toimivuutta voidaan mitata myös säännöllisillä verikokeilla ja muilla tutkimuksilla. Nämä kokeet ja tutkimukset määräävät lääkäri ja sydänhoitaja.

"...kun ne muutettiin ne lääkkeetkin, niin yötkin muuttui unisemmaksi ja rauhallisemmaksi..."

"...selkeet ohjeet, että millain lääkettä ottaa ja mitä tehdään, jos lääkettä täytyy nostaa ja koska täytyy nostaa..."

6.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kehitysehdotuksia vastaanotto toimintaan

Haastateltavat toivat omia kehitysehdotuksia sydänhoitajan vastaanotto toimintaan, ja tulokset näistä löytyy tiivistetysti alla olevasta kuviosta.



KUVIO 7. Sydämen vajaatoimintapotilaiden kehitysehdotuksia vastaanotto toimintaan

Kehitysehdotuksia vastaanottoaikoihin

Osa haastateltavista toivoi, että vastaanottoaikoja voisi pidentää, jotta potilas pystyisi rauhassa esittämään mielessänsä olevat asiat. Lisäksi he perustelivat vastaanottoaikojen pidentämistä sillä, että oppiminen on niin yksilöllistä. Toiset sisäistävät asiat nopeammin kuin toiset. He toivoivat myös lisää sydänhoitajan vastaanottoaikoja, kun nyt asiat hoidetaan enimmäkseen puhelimitse. Tätä he puolsivat sillä, että vastaanottokäynnillä asioiden ymmärrys on parempaa kuin puhelimesta. Haastateltavat ehdottivat, että vastaanotolle tulisi päästä säännöllisesti. Osa haastateltavista ehdotti, että säännölliset sydänhoitajan vastaanotot voisivat olla noin puolen vuoden välein. Vastaanottoaikojen lisäksi tulee olla puhelinaikoja potilaan tarpeen mukaan. Nämä muutokset auttaisivat mm. siihen,

että turhat ajanvaraukset lääkärille jäisivät tekemättä. Kun potilas voi asioida sydänhoitajan kanssa, tämä sitten tarvittaessa ohjaa lääkärille.

”...asiat selkis sitten viä paremmin, kun kävi henkilökohtaisesti keskustelussa...”

”...jotain semmoisia säännöllisiä vastaanottokäyntejä puolen vuoden välein ja välissä olisi näitä puhelin keskusteluita...”

Kehitysehdotuksia seurantaan

Hoidon seurantaan haastateltavat toivoivat säännöllisten verikokeiden ottoa ja että ne tapahtuisivat automaattisesti, ettei potilaan tarvitsisi itse pyytää. Lisäksi he toivoivat, että verikokeiden tulokset käytäisiin potilaan kanssa läpi ja kerrottaisiin, mikä on potilaan tilanne kokeiden ja tutkimusten perusteella tällä hetkellä. Haastateltavat toivoivat lisäksi, että kutsu vastaanotolle tulisi automaattisesti sydänhoitajan kautta, koska potilaat kokivat muistinsa rajalliseksi. Jos seuraava käynti olisi puolen vuoden tai vuoden kuluttua, unohtaminen on mahdollista.

”...verikokeita eli tämmöinen seuranta vois olla puoli vuosittain...”

”...käyn verikokeissa ja noin niin. Siinä vain ylimalkaisesti todetaan, että kaikki on ok tai tos on vähän petraamista tai toi ei nyt ollut hyvä, mut et kerrottaisiin vähän laajemmalla kantilta tätä mikä mun tilanne nyt on...”

Kehitysehdotuksia lisätarpeista

Haastateltavat kertoivat muutamia lisätarpeita, joita toivoivat sydänhoitajan vielä huomioivan vastaanotolla. Osa haastateltavista toivoi kolmannen sektorin palvelun esille tuomista paremmin ja niiden toiminnasta kertomista. Lisäksi haastateltavat toivoivat myös muiden tukitoimien esille ottamista, esim. ravintoterapeutin palvelut jne. Osa haastateltavista koki, että hoidetaan ruumiillista puolta enemmän ja henkinen puoli voi jäädä sen varjoon. He toivoivatkin, että vastaanotolla tiedusteltaisiin potilaan henkistä jaksamista. Psykykkistä apua tarvitseva potilas tulee ohjata mielenterveyspuolen ammattilaisten vastaanotolle.

Haastateltavat ehdottivat myös, että sydänhoitajia olisi hyvä olla enemmänkin kuin yksi. Tällöin hoitoaikaa potilaalle saataisiin järjestymään paremmin. Haastateltavat kuitenkin totesivat, että nykyään ajatellaan myös rahaa ja säästöjä. Lisäksi he toivoivat, että ensikontakti potilaan tullessa hoidon piiriin tulisi sydänhoitajalta, joka auttaisi asioiden järjestämisessä. Osa haastateltavista toivoi lisäksi selkeitä yhteydenottotietoja, miten sydänhoitajan tavoittaa. He ehdottivat sydänhoitajalle omaa puhelinnumeroa ja kokivat, että jos sydänhoitajan tavoitettavuus olisi parempi, jäisi turhia lääkärin vastaanottokäyntejä tekemättä. He voisivat saada avun sydänhoitajalta.

”...ehdottomasti ainakin kuuluisi tarjota tämmöisen läpi käyneelle henkilölle, myös henkisen puolen apua...”

”... sitä mä toivoisin enemmän, et sais niinku helpommin kiinni...”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat luotettavuus, siirrettävyys, uskottavuus, vahvistettavuus ja autenttisuus. Tutkijan rooli on aina subjektiivinen laadullisessa tutkimuksessa. Haasteena haastattelutyypissä tutkimuksessa on, että haastateltavat eivät vastaa kysymyksiin haastattelijan toiveiden mukaisesti. Tämän tyyppistä tilannetta sanotaan sosiaalisesti toivottavuudeksi. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksesta saatujen tulosten tulee olla todellisia ja vastata kerättyä aineistoa. Myös analysoinnissa saatujen tulosten tulee vastata todellisuutta. Tutkijalla ei saisi olla ennakkokäsityksiä tai vaikutusta tutkimustuloksiin. Saturaaion merkitys on laadullisessa tutkimuksessa merkittävä, jotta saadaan sopiva otoskoko. Lisäksi suorien lainauksien käyttö tutkimusraportissa on suotavaa. Autenttisuus muodostuu siitä, minäläisiä suorja lainauksia on tutkimukseen otettu ja miten niiden käyttö perustellaan. (Kyngäs 2018.)

Haastatellessa tutkijan tulee esittää kysymyksiä, joilla tutkittava saadaan kertomaan sellaisia asioita, joita toivotaan. Tutkittavia ei saa kuitenkaan manipuloida johdattelevilla kysymyksillä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että saatuja tuloksia pystytään käyttämään toisessa kontekstissa. Siirrettävyyden arviointi onnistuu vain, jos tutkimusraportissa on kuvattu tutkimuksen konteksti, oleelliset oletukset ja aineiston keräämisen ja analyysin menetelmä. (Kyngäs 2018.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan tutkimuksen reliabiliteetti eli tulosten tarkkuus ja toistettavuus. Reliabiliteetti kertoo aineiston tulkinnan ristiriidattomuudesta eli tutkimustulokset ja aineisto ovat yhteydessä toisiinsa. Toinen luotettavuuden arviointiin käytettävä menetelmä on validiteetti eli pätevyys eli että tutkimusmenetelmäksi on valittu sopiva mittaamaan sitä, mitä on tarkoitus mitata. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei pysty määrittelemään samalla tavalla kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti on laadullisessa tutkimuksessa tärkeämmässä osassa kuin reliabiliteetti.

Validiteetti kertoo, onko tutkimus tehty perusteellisesti ja siten, että saadut tulokset ja päätelmät ovat päteviä. Tutkijan rehellisyys täydentää luotettavuuden. Tutkijan tulee tutkimuksen eri vaiheissa arvioida valintojaan ja ratkaisujaan. Tutkijan tulee perustella tutkimustekstinsä tuomalla esiin, mistä joukosta valinta on tehty, mitkä ovat ratkaisut ja kuinka niihin on päädytty, sekä arvioida ratkaisujen toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. (Saaranen-Kauppien & Puusniekka n.d; Vilkkä 2015, 176–179.)

Tutkimusteksti on yhteydessä todellisuuteen ja tarjoaa realistisen näkymän luotettavuutensa. Kokonaisuus muodostuu sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Tutkimuksen teoreettisen ja käsitteellisten määrittelyjen tasapaino osoittaa sisäistä validiteettia. Ulkoinen validiteetti koostuu aineiston, tulkintojen ja johtopäätösten suhteiden osoittamasta pätevyydestä. (Haltia & Nieminen 2013.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada monipuolinen ja riittävä tutkimusaineisto. Teoreettisessa viitekehyksessä käytettiin tieteellistä kirjallisuutta, luotettavia tietokantoja ja tieteellisesti tutkittua aineistoa. Teoriapohja perustuu pääsääntöisesti alle kymmeneen vuotta vanhaan aineistoon. Kaksi teoriapohjassa käytettyä lähdettä ovat hieman vanhempia, koska uudempaa aiheesta ei löytynyt. Teoriapohja pyrittiin luomaan niin, että se auttaa ymmärtämään tutkimuskokonaisuuden. Lisäksi teoriakokonaisuudessa käytettiin kuvioita kokoamaan asioita tiivistetyssä muodossa.

Potilasotoksen valinnan suoritti sydänhoitaja, koska hän tunsi potilaat ja tiesi ne, jotka sairastivat sydämen vajaatoimintaa. Potilaat olivat fyysisesti ja psyykkisesti haastattelukelpoisia. Koronatilanteen pahenemisen vuoksi ja haastateltavien toivomuksesta päädyttiin haastattelut suorittamaan puhelimitse. Yksi haastattelu suoritettiin tutkijan omalla vastaanotolla. Aineisto saturoitui kymmenennen haastateltavan kohdalla. Haastattelussa käytettiin teemahaastattelurunkoa ja apukysymyksiä ja ne nauhoitettiin.

Osa haastateltavista oli hyvin puheliaita ja tuotti itsenäisesti aineistoa niin, ettei tutkijan tarvinnut apukysymyksiä paljoakaan esittää. Osa haastateltavista oli taas hieman vähäsanaisempia, jolloin tutkija käytti apukysymyksiä tietojen saa-

miseksi. Tutkija pyrki kuitenkin siihen, ettei manipuloinut haastateltavia. Luotettavuuden kannalta olisi tietenkin aina parempi, mitä vähemmän tutkija puuttuu haastateltavilta saatavaan materiaaliin. Kysymykset haastateltaville esitettiin sellaisessa muodossa, että he eivät vastanneet kyllä tai ei vaan laajemmin. Haastatteluita varten varattiin riittävä aika, haastateltavat saivat vastata rauhassa, vastaamista ei kiirehditty.

Puhelinhaastatteluissa on negatiivista, että tutkija ei näe haastateltavan eleitä ja ilmeitä, havainnointi jää tältä osin puutteelliseksi. Haastattelutilanteita hankaloitti myös osittain, että haastateltavat meinasivat ajoittain eksyä aiheesta aivan toisaalle, tutkijan täytyi johdatella heitä takaisin tutkimusaiheeseen. Puhelimitse tämä oli haastavampaa kuin kasvotusten, kehonkielikin viestii puolin ja toisin.

Jokainen haastattelu litteroitiin sanatarkasti, minkä jälkeen aineisto luettiin moneen kertaan. Sisältöä merkattiin, etsittiin ja listattiin pelkistykset. Tutkija yritti olla pelkistämässä haastateltavien ilmaisuja liikaa. Pelkistykset ryhmiteltiin, luotiin alaluokat, yläluokat ja pääluokka. Tuloksista luotiin kuviot, jotka selkiyttävät ymmärrettävyyttä, lisäksi tulokset kirjoitettiin auki. Analyysissä käytettiin autenttisia lainauksia. Opinnäytetyön tulokset perustuvat haastateltavien esiin tuomiin asioihin, eivät tutkijan käsityksiin.

Eettisyyden pohdinta lähtee liikkeelle jo tutkimusaiheen valintaa tehtäessä. Tutkijan tulee heti alussa miettiä, kenen ehdoilla ja hyödyksi on tutkimusta tekevässä. Lisäksi tutkijan tulee ennakoida ja tarkentaa eettisiä näkökohtia tutkimuksen edetessä. Tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Varsinkin ihmisiä tutkittaessa tulee eettiset näkökohdat huomioida tarkasti. Tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkittavat osallistuvat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkittaville tulee antaa riittävästi ja tarkasti tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja toteuttamisesta. Lisäksi tutkittaville tulee kertoa, että saatavat tiedot ovat luottamuksellisia, niillä ei aiheuteta haittaa tutkittaville. Kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. (Kallinen & Kinnunen n.d; Leinonen 2018.)

Tutkimusraporttia kirjoittaessa tutkijan tulee olla rehellinen ja kirjoittaa tutkimusraportti ja tutkimustulokset tarkasti ja luotettavasti. Hänen tulee noudattaa siis

hyvää tieteellistä käytäntöä. Viitteet ja lähdeluettelo tulee merkitä asianmukaisesti ja kertoa tulosten puutteet ja ristiriidat ja raportoida ne. (Kallinen & Kinnunen n.d; Leinonen 2018.)

Tämän tutkimuksen aihe lähti liikkeelle oman työyhteisön tarpeista. Meidän työyhteisössämme on hiljattain aloittanut sydänhoitajan vastaanottoiminta ja hän toivoi, että saisi tietoa potilaiden kokemuksista sydänhoitajan vastaanotolla. Aihe rajattiin koskemaan sydämen vajaatoimintapotilaita, koska muuten se olisi ollut liian laaja. Teoreettinen tieto on tieteellisesti tutkittua luotettavaa tietoa ja pääsääntöisesti enintään 10 vuotta vanhaa. Viite- ja lähdemerkinnät on merkitty tarkasti ja asianmukaisesti. Raportointi on pyritty tekemään kattavasti ja rehellisesti. Tutkimusta varten haettiin asianmukainen tutkimuslupa Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymästä, lupa myönnettiin 28.1.2021.

Sydänhoitaja valitsi fyysisesti ja psyykkisesti haastattelukelpoiset sydämen vajaatoimintapotilaat tutkimukseen. Alun perin oli tarkoitus suorittaa haastattelut tutkijan vastaanotolla, mutta pahentuneen koronatilanteen vuoksi ja potilaiden toivomuksesta päädyttiin yhdeksään haastatteluun puhelimesta, yksi toteutettiin tutkijan vastaanotolla. Puhelinhaastattelun alussa haastateltavalle luettiin tutkimustiedote ja pyydettiin suullinen lupa haastatteluun. Yhdelle vastaanotolla haastateltavalle annettiin luettavaksi tutkimustiedote ja häneltä pyydetään kirjallinen suostumus. Haastattelut perustuivat haastateltavien vapaaehtoisuuteen, ne nauhoitettiin ja haastateltaville annettiin mahdollisuus halutessaan lopettaa haastattelu. Lisäksi jokaiselle tutkittavalle kerrottiin, että nauhoitettu haastattelu tuhoetaan asianmukaisesti haastateltavien yksityisyyden suojaamiseksi sen jälkeen, kun tutkimus on valmis. Eettisyyden toteutumisesta kertoo myös, että haettiin tutkimuslupa kuten säännöt edellyttävät. Opinnäytetyöstä aiheutuneet kustannukset tutkija maksoi itse.

7.2 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta. Tavoitteena oli sydämen vajaatoimintapotilailta saadun tiedon avulla kehittää sydänhoitajan vastaanottotoimintaa. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kolmeen kysymykseen, jotka koskevat sydänhoitajan vastaanottotoimintaa.

Ensimmäinen kysymys oli, millaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilailla oli sydänhoitajan vastaanotosta? Tutkimustyön tuloksista nousi monia hyviä asioita ja huomioita ja kehitysehdotuksia sydänhoitajan vastaanottotoimintaan. Haastateltavat kokivat, että sydänhoitajan palvelu oli monella tapaa hyvää. Sydänhoitaja koettiin empaattiseksi, huolehtivaiseksi ja ammattitaitoiseksi. Samansuuntaisiin tuloksiin päätyivät Koeberich ym. (2011) omassa tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksessaan sairaanhoitaja koettiin kannustavaksi, ammattitaitoiseksi ja kuuntelevaiseksi. Sairaanhoitajan yhteydenotot antoivat potilaille turvallisuuden tunnetta.

Toinen kysymys oli, millaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilailla oli sydänhoitajan ohjauksesta vastaanotolla? Potilasohjaus koettiin pääasiassa hyväksi ja monipuoliseksi. Potilaat kokivat saavansa hyvin tietoa sydämen vajaatoiminnasta, oman sairautensa tilanteestaan ja hoidon etenemisestä sekä hyvää omahoidon ohjausta. Hujasen (2010) tutkimustyössä oli päädytty samankaltaisiin tuloksiin. Hänen tutkimuksessaan myös sydämen vajaatoimintapotilaat olivat olleet tyytyväisiä potilasohjaukseen ja kokeneet saavansa riittävästi tietoa sydämen vajaatoimintaan liittyvistä asioista.

Kolmas kysymys oli, millaisia kehitysehdotuksia sydämen vajaatoimintapotilailla oli sydänhoitajan vastaanottotoiminnan suhteen? Haastatteluissa nousi toive kii-reettömyydestä ja säännöllisestä pääsystä vastaanotolle sekä toive puhelinajoista vastaanottojen välillä. Decwart ym. (2011) tutkimuksessa puhelinkonsultaatio mahdollisuus on myös nähty tarpeelliseksi, puhelujen vastaanottajien tulisi olla hyvin ammattitaitoisia, jotta potilaat saisivat hyvän hoidon.

Haastattelutilanteissa ja vastausten pohjalta tässä opinnäytetyössä havaittiin myös sydämen vajaatoimintapotilaiden muiden tukitoimien ja psyykkisen tuen toive ja tarve. Samaa tulee esiin myös Hujasen (2010) tutkimuksessa, jossa todettiin, että sydämen vajaatoimintapotilailla on keskimäärin Suomalaista väestöä huonompi elämänlaatu.

Tämä opinnäytetyö on tärkeä Pohjois-Satakunnan Peruspalvelukuntayhtymässä hiljattain työnsä aloittaneen sydänhoitajan vastaanottotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyöstä nousi esiin paljon hyvää tietoa, minkä avulla sydänhoitaja pystyy tarkastelemaan työtään ja huomioimaan vastaanoton sujumiseen vaikuttavia tarpeita. Osa potilaiden tuomista kehitysehdotuksista pystytään varmasti täyttämään, osa ehdotuksista voi viedä enemmän aikaa ja vaatia kehittämistä toteutuakseen. Potilaiden toiveet on saatu esiin ja kuuluviin tämän opinnäytetyön kautta.

Opinnäytetyön tuloksista osa vastasi odotuksiani, kuten että tutkittavat olivat pääosin hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjeistuksiin. Tutkittavat kokivat sydänhoitajan empaattisena ja ammattitaitoisena ja ohjaus oli hyvää. Yllättävää oli potilaiden toive epikriisien tulkinnasta, mikä kuitenkin on loogista mutta harvemmin tulee mieleen. Toinen tällainen asia oli potilaan psyykkisen tilanteen huomioiminen. Oikarinen ja Tuomisto (2018) tutkimustyön tiivistelmässä todetaan, että sydämen vajaatoimintapotilailla on herkkyyks fyysiseen ja psyykkiseen uupumukseen. Tähän paneutuminen helposti unohtuu, on niin paljon läpi käytyjä asioita ja tämä koetaan ehkä vaikeaksi ottaa puheeksi.

Selkeästi tuloksista nousi esiin oppimiseen vaikuttavien asioiden huomioimisen tärkeys ohjaustilanteessa. Vaikuttavina rajoitteina havaittiin mm. lievä muistihäiriö, huonokuuloisuus ja psyykkiset ongelmat. Sydämen vajaatoiminta -käypä hoitosuosituksessa (2017) tästä asiasta on kirjoitettu. Ennen vastaanottoa potilastietojen tarkka tutkiskelu on tärkeää, jotta pystytään kartoittamaan potilaan rajoitteet esimerkiksi tiedon ja ohjeiden sisäistämiseen. Hyvä potilastietoihin ja sairaushistoriaan tutustuminen auttaa hoitajaa valitsemaan potilaalle vastaanotto- tai puhelinajan mahdollisimman hyvin tarvetta vastaavasti.

Tuloksista nousi selkeästi myös rokotusten tärkeys ja niistä annettava ohjaus. Tämä on merkittävää, tälläkin hetkellä on liikkeellä vaarallisia viruksia mm. koronan ja influenssan aiheuttajia, jotka ovat erityisesti vanhemmalle väestölle ja riskiryhmille, kuten sydämen vajaatoimintapotilaille, merkittävän hengenvaarallisia. On tärkeää antaa potilaalle rokotuksista tutkittua, relevanttia ja ajankohtaista tietoa.

Kehitysehdotuksista nousi esiin yksi asia erityisen selkeästi: haastateltavat toivoivat saavansa selkeät yhteydenottotiedot sydänhoitajalle, he kokivat epävarmuutta sydänhoitajan tavoitettavuudesta. Tällä hetkellä sydänhoitajalla ei ole omaa työpuhelinta mutta sellainen voisi tukea tavoitettavuutta. Lisäksi tutkittavilta nousi selkeä huoli, että on vain yksi sydänhoitaja. Tästä seuraa tavoittamisvaikeuksia ja kiirettä, mikä koetaan negatiivisena. Tulevaisuudessa tulisikin pohtia lisäresursointia, se keventäisi myös sydänhoitajan työkuormaa.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on alusta asti ollut hyvin kiinnostavaa, myös tulokset ovat mielenkiintoisia. Ne auttavat Posan sydänhoitajaa, toivottavasti myös muitakin sydänhoitajia, hahmottamaan potilaiden kokemuksia ja toivomuksia vastaanottotilanteessa ja ohjauksessa. Jatkotutkimusaiheeksi nousi sydänhoitajan työ ja sen taloudelliset vaikutukset terveydenhuollossa.

LÄHTEET

Botha, A. 2020. Care of patients with chronic heart failure: registered nurses' role. *Professional Nursing Today*. 24(3): 5–10.

Deckwart, O., Fiss, G., Laurisch, A., Winkler, S. and Koehler, F. 2011. P166. Analysis of the content of consultations between patients and nursing staff in the course of telemedical care for chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 2011–03, Vol.10. Luettu 28.10.2021.

ETENE-julkaisuja I. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Julkaistu 12.12.2001. Luettu. 14.10.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf?t=1439804775000>

Flinkman, M. 2018. Itsenäiset hoitajanvastaanotot. Tehyn julkaisusarja B:2/18. Luettu 6.12.2020. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf

Günther, K. Hasanen, K. ja Juhila, K. n.d. Johdanto: analyysi ja tulkinta. Luettu 13.10.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>

Haltia, N. ja Nieminen, M. 2013. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Luettu 19.10.2021. <https://slideum.com/doc/1150801/laadullisen-tutkimuksen-luotettavuus>

Hekkala, A-M. 2019a. Sepelvaltimotaudin tutkimukset: Sydänliitto. Julkaistu 4.7.2019. Päivitetty 31.7.2019. Luettu 27.1.2021 <https://sydan.fi/fakta/sepelvaltimotaudin-tutkimukset/>

Hekkala, A-M. 2019b. Seuranta kuuluu sydänpotilaan hoitoon. Sydänliitto. Julkaistu 3.4.2017. Päivitetty 1.7.2019. Luettu 12.11.2020. <https://sydan.fi/fakta/seuranta-kuuluu-sydanpotilaan-hoitoon/>

Hekkala, A-M, 2021. Sydämen vajaatoiminnan tutkimukset. Sydänliitto. Julkaistu 8.1.2021. Luettu 5.4.2021. <https://sydan.fi/fakta/sydamen-vajaatoiminnan-tutkimukset/>

Hotus 2018. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaalle - hoitosuositus. Päivitetty 22.10.2018. Luettu 23.9.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/sydan-lyhyt-versio.pdf>

Hujanen, T. 2010. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoitoon toteutuminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. *Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto. Opinnäytetutkielma.*

Jaatinen, T.K.M. ja Raudasoja, J. 2013. Suomalaisen sairaudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juhila, K. n.d. Laadullinen tutkimus ja teoria. Luettu 13.10.2021.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/>

Kallinen, T. ja Kinnunen, T. Etnografia. n.d. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokanto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/>>. Luettu 20.10.2021

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Suomen Yliopisto Paino Oy.

Kettunen, R. 2021. Sepelvaltimotauti. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00077/sepelvaltimotauti>

Kettunen, R. 2020a. Sydämen vajaatoiminta. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00084>

Kettunen, R. 2020b. Sydämen läppäviat. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00081/sydamen-lappaviat>

Kettunen, R. 2020c. Sydänlihastulehdus (myokardiitti). Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00635/sydanlihastulehdus-myokardiitti>

Kettunen, R. 2020d. Sydänlihassairaus (kardiomyopatia). Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00634/sydanlihassairaus-kardiomyopatia>

Koeberich, S., Rapp, T., Stocker, J., Waidmann-Papavassilis, S., Belzner, M., Belter, K., Peter, T., Warnstadt, A., Hajek, A. and Thielhorn, U. 2011. P168. Experiences with an education and counselling programme to promote self-care behaviour in hospitalized heart failure patients – a qualitative study. European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 2011–03, Vol.10. Luettu 28.10.2021.

Koivisto, K. 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePOOKI 65/2019. Julkaistu 23.10.2019. Luettu 14.10.2021. [oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/](https://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/)

Kutinlahti, E. ja Pellikka, M. 2018. Sydämen vajaatoiminta-liikuntaohje. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 7.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00980>

KvaliMOTV. n.d. Laadullinen tutkimus ja teoria. Luettu 13.10.2021.
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Kyngäs, H. 2018. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Luentoraportti 7.2.2018. Luettu 20.10.2021. <https://tutkimusmenetelmablogi.blogspot.com/2018/03/laadullisen-tutkimuksen-luotettavuus.html>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. ja Kanste, O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2): 138–148

Lanuza, D., Davidson, P., Dunbar, S., Hughes, S. and Geest, S. 2011. Preparing Nurses for Leadership Roles in Cardiovascular Disease Prevention. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26/2011, 45.

Leinonen, R. 2018. Tutkimuksen eettisyys. Päivitetty 9.10.2018. Luettu 20.10.2021. <https://spoken.fi/tutkimuksen-eettisyys/>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Lääkehoito: Orion n.d. Orionsydän. Luettu 7.4.2021. <https://www.orion.fi/orion-sydän/sydämen-vajaatoiminta/hoito/laakehoito/>

Metropolia ammattikorkeakoulu 2020. Luettu 22.11.2020. <https://www.metropolia.fi/fi/opiskelu-metropoliassa/osaamisen-taydentaminen/taydennyskoulutus/sydänhoitaja>

Mustajoki, P. 2018. Kohonnut keuhkoverenpaine (pulmonaalihypertensio). *Duodecim Terveyskirjasto*. Luettu 25.3.202. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00792/kohonnut-keuhkoverenpaine-pulmonaalihypertensio>

Mustajoki, P. 2019. Valtimotauti (ateroskleroosi). *Duodecim Terveyskirjasto*. Luettu 7.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00095/valtimotauti-ateroskleroosi>

Mustajoki, P. 2020. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). *Duodecim Terveyskirjasto*. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00034/kohonnut-verenpaine-verenpainetauti>

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. ja Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Netlääkäri toimitus. Bonnier Business Forum Oy. 26.9.2018. Sydänhoitaja kannustaa potilasta. Luettu 14.11.2020. <https://www.netlaakari.fi/sydän-ja-verisuonitau-dit/sydämen-vajaatoiminta/artikkelit/sydänhoitaja-kannustaa-potilasta/>

Netlääkäri toimitus. Bonnier Business Forum Oy. 26.9.2018. Vertaistuesta potkua sydämen vajaatoiminta - potilaan elämään. Luettu 16.5.2021. <https://www.netlaakari.fi/sydän-ja-verisuonitautit/sydämen-vajaatoiminta/artikkelit/vertaistuesta-potkua-sydämen-vajaatoiminta-potilaan-elamaan/>

Oikarainen, A. ja Tuomisto, S. 2018. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien kokemuksia ja uupumuksesta ja uupumuksen hallintakeinoista. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Tiivistelmä tutkimustyöstä. Luettu 15.5.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2018-3.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo [ylläpitäjä ja tuottaja]. Luettu 19.10.2021
<<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>

Saha, H., Salonen, T. ja Sane, T. 2011. Potilaan tutkiminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salomaa, E-R. 2019. Keuhkohtaumatauti (COPD). Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 25.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00029/keuhkohtaumatauti-copd>

Satasairaala www.sivut, 2020. Luettu 22.11.2020. <https://satshp.palvelupolku.fi/sydanhoitajan-vastaanotto/>

Sekoranja, L., Bianchi-Demicheli, F., Gaspoz, JM. and Mach, F. 2008. Heart failure and sexual dysfunction. *Revue medicale suisse* 4, 763.

Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 25.3.2021. <http://www.kaypa-hoito.fi>

Sydänhoitaja: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi n.d. Luettu 10.4.2021. <https://www.sotehelmi.fi/syd%C3%A4nhoitaja>

Tarnanen, S. 2019. Potilasohjaus on muutakin kuin ohjeiden antamista. Luettu 26.9.2021. <https://navisechealth.fi/blogi/>

THL 2020. Luettu 29.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>

Tilastokeskus. Väestötillastot. <http://tilastokeskus.fi/til/vrm.html>.

Terveyskylä sydänsairaudet. 2019. Sydämen vajaatoiminta oireet. Päivitetty 29.10.2019. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tietoa-syd%C3%A4nsairauksista/syd%C3%A4men-vajaatoiminta/oireet>

Thurman, K. 2016. Tautinen Suomi kansansairauksien synty ja hoito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveyttiedistava-ruokavaliokuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/kuva-arkisto/>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuori, J. n.d. Laadullinen sisällönanalyysi. Luettu 14.10.2021.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustiedote

Tiedote tutkimuksesta

Hei,

Olen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teen opintoihini liittyvän opinnäytetyöni sydämen vajaatoiminta potilaiden kokemuksista ja potilas ohjauksesta sydänhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on sydämen vajaatoimintapotilailta saadun tiedon avulla kehittää sydänhoitajan työtä vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden tarpeita.

Opinnäytetyötäni varten tulen haastattelemaan sydänhoitajan vastaanoton jälkeen omalla vastaanotollani noin 15 potilasta. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelut suoritetaan yksilöhaastatteluina. Haastattelu voidaan toteuttaa tämän käynnin yhteydessä tai haastattelulle voidaan sopia jokin muu aika ja paikka. Laatimani teemahaastattelurunko on haastattelun tukena. Haastattelunauhoitukset hävitetään, kun olen käsitellyt ne. Kirjoitan raportin tuloksista ja valmis opinnäytetyö on saatavissa Theseus tietokannasta ja Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymässä erityispalveluissa.

Tutkimukseen osallistumisenne on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja minä olen vaitiolovelvollinen. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa.

Satu Huhtala

Tampereen ammattikorkeakoulu (YAMK) XXXXXXXXXX

Liite 2. Suostumuslomake

Suostun haastatteluun, jossa kuvataan sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia sydänhoitajan vastaanotosta. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta, eikä keskeyttäminen vaikuta hoitoon.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Päiväys

Jos teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä ja sen toteutusta, vastaan mielelläni.

Satu Huhtala

Tampereen ammattikorkeakoulu (YAMK)



Liite 3. Teemahaastattelu runko

Potilaiden kokemuksista sydänhoitajan vastaanotosta

TEEMA 1: Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemukset sydänhoitajan vastaanotosta.

TEEMA 2: Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemukset potilasohjauksesta.

TEEMA 3: Sydämen vajaatoimintapotilaiden kehitysehdotuksia vastaanottotoiminnasta.

Liite 4. Teemahaastattelun apukysymykset

TEEMA 1.

Millaisena koit asiakaspalvelun ja sydänhoitajan asiakaspalvelijana?

Millaisena koit vastaanoton kulun ja tunnelman?

Miten koit sydänhoitajan yhteydenpidon ja yhteenoton sydänhoitajaan?

TEEMA 2.

Minkälaista sydänhoitajan potilasohjaus oli?

Millaista oheismateriaalia sait sydänhoitajan vastaanotolta?

Millaisia toiveita sinulla on sydänhoitajan vastaanotosta?

Millaisia ajatuksia sinulla on omahoidon ohjauksesta?

Minkälaista elintapaohjeistusta sait?

Minkälaista lääkehoidon ohjeistusta sait, avaisitko tarkemmin ajatuksia siitä?

TEEMA 3.

Miten koet sydänhoitajan vastaanottoaikojen tilanteen?

Miten koet sydämen vajaatoiminnan seurantaan liittyvät asiat?

Millaisia toiveita sinulla on sydänhoitajan toimintaan ajatellen tulevaisuutta?

Liite 5. Esimerkki ote analysista

PELKISTYKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> •Potilas on tyytyväinen asiakaspalveluun. •Potilas kokee palvelun turvalliseksi. •Potilas kokee saavansa avun. •Potilas kokee hoidon asialliseksi. •Tiedon saanti vastaanotolla hyvää. •Sydänhoitaja on huolehtivainen ja tukea antava. •Potilaalle positiivinen kokemus. •Potilas kokee hoidon hyväksi ja täydelliseksi ja on tyytyväinen. •Potilas kokee, että tulee hoideksi ja potilaan voinnista ollaan kiinnostuneita ja pääsee lääkärin vastaanotolle ja kokeisiin. 	<p>ASIAKASPALVELU HYVÄÄ</p> <p>TURVALLISTA, ASIALLISTA</p> <p>EMPAATTISTA</p> <p>AMMATTITAITOISTA</p> <p>MONITAHOISTA</p>	KOKEMUKSIA PALVELUSTA	KOKEMUKSIA SYDÄNHOITAJAN VASTAANOTOSTA
<ul style="list-style-type: none"> •Hoitajien kiire vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon vastaanotolla. •Potilaan muisti ja kuulo tulee huomioida vastaanotolla ja muut rajoittavat tekijät. •Yhteydenpito puhelimitse ja mahdollisuus vastaanotto käyntiin. 	<p>KIIRE HAITTAA</p> <p>KOKONAISVALTAISUUDEN HUOMIOIMINEN</p> <p>VASTAANOTTOKÄYNTI MAHDOLLINEN</p>	KOKEMUKSIA HOIDOSTA	
<ul style="list-style-type: none"> •Yhteydenpito suuntaan ja toiseen puhelimitse onnistuu hyvin. •Potilas on tyytyväinen yhteydenotoista ja vastaanottokäynteistä. •Sydänhoitajalla ei ole omaa vaikuista puhelinta. •Potilaan pelko saako yhteyden hoitajaan •Yhteydenotot potilaaseen säännöllisesti ja potilaan voinnin tiedustelu. 	<p>PUHELINVASTAANOTTO HYVÄÄ</p> <p>PELKO TAVOITETTAVUUDESTA</p> <p>YHTEYDENOTOT SÄÄNNÖLLISESTI</p>	KOKEMUKSIA TAVOITETTAVUUDESTA	

Liite 6. Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Otos ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Hujanen 2010 Taija, Itä-Suomen Yliopisto	Selvitettiin sydämen vajaatoiminta potilaiden itsehoiton toteutumista ja elämänlaatua, kuukauden päästä sairaalasta kotiutumisen jälkeen tai vajaatoimintapoliklinikalla käynnin jälkeen, sekä selvitettiin arvioita potilailta sydämen vajaatoiminnan ja itsehoiton suhteen saamasta ohjauksesta.	Tässä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Puhelin haastateltiin 63 sydämen vajaatoimintapotilasta ja aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Lääkehoidon osalta itsehoito toteutui parhaiten eli 95 % yhteydenottaminen oireiden pahentuessa sairaanhoitajaan tai lääkäriin toteutui hyvin. Puolet potilasta noudatti suola- ja nesterajoituksia. Huonoiten itsehoiton kannalta onnistui liikunnan säännöllisyys ja painon mittaaminen ja yhteydenotto lääkäriin tai sairaanhoitajaan, jos ilmeni lisääntynyttä väsymystä. Potilailla oli keskimäärin suomalaista väestöä huonompi elämänlaatu ja arvio terveydentilastaan. Suurin osa potilasta oli saanut riittävästi ohjausta ja tietoa sydämen vajaatoimintaa liittyvistä asioista.
Koeberich, Rapp, Stocker, Waidmann-Papavassili, Belzner, Belter, Warnstadt, Hajek, Thielhorn Freiburgin Yliopisto 2011	Tämän tutkimuksen tavoitteena oli yksilöllisen, sairaanhoitajavetoisen, sairaalapohjaisen koulutuksen ja neuvontaohjelmasta saadun kokemuksen perusteella tunnistaa sydämen vajaatoimintapotilaita. Ohjelma sisälsi yhden HF-istunnon koulutuksen ja ohjauksen, jolloin potilaalle annettiin päiväkirja, johon merkattiin päivittäinen paino, verenpaine ja turvotus sekä strukturoitu puhelin seuranta kolmen kuukauden aikana.	Käytettiin kvalitatiivista metodologiaa. Kuusi potilasta haastateltiin. Tietojen analysointi suoritettiin käyttäen perusteltua teoriaa	Potilaat kokivat sairauteen liittyvän koulutuksen ja neuvonnan erittäin hyödyllisiksi. Sairaanhoitaja antoi sairaudesta tietoa eli HF:stä ja tuki heitä. Hän muistutti itsehoiton tärkeydestä. Potilaat kokivat, että hoitaja otti heidän tilanteensa vakavasti ja heillä oli enemmän aikaa keskustella hoitajan ja muiden terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Potilaiden mielestä sairaanhoitaja oli erittäin ammattitaitoinen ja toimi sen mukaisesti. Puhelinseuranta loi turvallisen ilmapiirin ja antoi potilaalle tunteen, että hän ei ole yksin sairautensa kanssa. Sairaalasta kotiuttamisen jälkeen potilaat saivat mukaansa päiväkirjan, jossa seurattiin painoa ja RR ja turvotuksia, mutta kun ne pysyivät vakaina ja hoitaja ei enää toiminut muistuttajana niin päiväkirjan täyttäminen jäi pois.
Deckwart., Fiss, Laurisch, Winkler, Koehler Berliinin Yliopisto 2011	Telelääketieteen avulla todistaa hoito ja puhelintuki toimivaksi sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Hoitohenkilöstöllä on keskeinen rooli hoito ja puhelintuen antajina. Vies-tintävaatimukset osoitetaan analysoimalla hoitohenkilöstön ja potilaiden puhelinyhteydet.	Puhelinyhteydet analysoitiin kolmen kuukauden ajankäytöltä ja potilaiden keski-ikä oli 70 vuotta ja he kuuluivat NYHA II-III luokkaan. Telelääketieteen avulla potilasta seurattiin (Ekg, RR ja paino) Lisäksi itsearviointi-Myös jäsenelty potilasneuvonta järjestettiin kuukausittain. Kaikki konsultaatiot jaettiin luokkiin: "lääketieteellinen", "tekninen" ja "muu", ja ne arvioitiin havaintojen ja ajan perusteella.	Potilaiden aloittamia konsultaatioita 492 (25,6 %). Yhteensä, Konsultaatioista 1297 (67,4 %) oli lääketieteellisiä, 332 (17,2 %) teknisiä ja 295 (15,3 %) koski muita asioita. Huolimatta potilaiden saamasta koulutuksesta ja joka kuukausi järjestetystä potilaskonsultaatiosta niin silti potilailla oli paljon lisäkysymyksiä itse sairaudesta, itsehoitoon liittyvistä asioista ja lääkähoidosta. Tutkimuksessa nähtiin tarpeelliseksi, että yhteyshenkilöiden, jotka vastaavat potilaan hoidosta tulee olla hyvin koulutettuja ja ammattitaitoisia, jotta pystyvät vastaamaan potilaiden kysymyksiin. Jatkossa nähtiin tarpeelliseksi vielä lisätä enemmän koulutusta potilaille, jotta hoitohenkilöstölle jäisi aikaa hoitaa muita potilaita enemmän.