

Eeva-Liisa Koivisto

Työikäisten tahdistinpotilaiden ohjauksen laatu potilaiden arvioimana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK- tutkinto

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

19.12.10.2013

Tekijä(t) Otsikko	Eeva-Liisa Koivisto Työikäisten tahdistinpotilaiden ohjauksen laatu potilaiden arvioimana
Sivumäärä Aika	50+ 13 liitettä 19.12.2013
Tutkinto	Terveys ja hoitoala
Koulutusohjelma	YAMK
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	Ly Kalam-Salminen, TtT, lehtori
<p>Laadukas potilasohjaus on yksi hyvän hoidon kriteeri. Ohjauksen laatua on vaikea määrittellä yksiselitteisesti. Laadukas potilasohjaus sisältää muun muassa asianmukaisilla resursseilla toteutettuna potilaslähtöisen, vuorovaikutuksellisen ja riittävän ohjauksen.</p> <p>Tahdistinhoitojen lisääntyminen ja lyhentyneet hoitoajat lisäävät vaatimuksia onnistuneelle ohjaukselle. Hyvin onnistunut potilasohjaus mahdollistaa potilaiden voimaantumisen ja selviämisen jokapäiväisessä elämässä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työikäisten (alle 68 vuotta) tahdistinpotilaiden ohjauksen laatua potilaiden arvioimana. Lisäksi haluttiin tietää, miten ohjausta pitäisi potilaiden mielestä kehittää. Opinnäytetyön kohderyhmä oli ensimmäisessä tahdistimen asennuksessa olleet työikäiset potilaat. Aineisto kerättiin potilasohjauksen laatu-mittarilla (Kääriäinen © 2009). Kysely toteutettiin sydäntutkimusosastolla ja tahdistinpoliklinikalla 15.2–30.5.2013 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi 23(N=43), 53.5 % työikäistä tahdistimen saanutta potilasta. Numeerinen aineisto analysoitiin tilasto-ohjelmalla ja laadullinen aineisto deduktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Vastaajat arvioivat ohjauksen resurssit hyviksi lähes kaikilta osin. Hoitohenkilökunnan asennoituminen ohjaukseen ja yhteistyö ohjauksessa henkilökunnan välillä oli hyvää. Havainnollistavien ohjausmenetelmien (videot, internet) puutteellisuus koettiin ohjausta huonontaviksi. Tahdistimen vaikutuksista arkeen vastaajat arvioivat saaneensa huonoimmin ohjausta. Siinä nousi esille ohjauksen puute tahdistimen vaikutuksesta läheisiin. Sairauden hoidon ohjauksesta kuntoutuspalveluiden, sosiaalietuuksien ja vertaistuen ohjaukseen kolmas osa vastaajista oli tyytyväinen. Potilaslähtöisyyden osalta arvioitiin huonoiten toteutuneeksi omaisen ja puolison mukaanotto ohjaukseen ja ohjattavien asioiden soveltaminen jokapäiväiseen elämään. Avoimen kysymyksen vastauksessa tahdistinpotilaat toivoivat kehitettävän potilaslähtöistä ja asiantuntevaa ohjausta.</p>	
Avainsanat	tahdistinpotilas, ohjaus, laatu

Author(s) Title Number of Pages Date	Eeva-Liisa Koivisto The quality of the counseling of working-age patients with an implanted pacemaker 50+ 13 appendices 19.12.2013/Autumn 2013
Degree	Masters' of Health Care
Degree Programme	Masters' Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise
Instructor(s)	Ly Kalam-Salminen, PhD, Senior Lecture
<p>High-quality patient counseling is one of the criteria for good care. The quality of counseling is a complex concept, not easily defined in simple terms and includes aspects such as patient-centeredness, co-operational approach and sufficient guidance.</p> <p>The Purpose of this study was to describe the quality of counseling of working-age patients (under 68 years of age) with an implanted pacemaker from the patients' point of view. In addition, the aim was to investigate how to continue to develop the quality of counseling. The Increase in pacemaker therapy and shorter treatment times increase the requirements for successful patients counseling. The target group was working-age patients who have had their first pacemaker. The data were collected using a quality indicator of patient counseling (Kääriäinen @2009) in Cardiac Heart Center and outpatient clinic/ Pacemaker clinic. The Numerical data were analyzed by statistical software and qualitative data (in) by deductive content analysis. The Questionnaire was answered by 23 (N= 43), 53.5 % working-age patients.</p> <p>The resources for counseling were considered good. Nurses' attitude and co-operation was also good. Third of the patients were satisfied with the counseling related to rehabilitation services, social benefits and peer groups. The insufficient use of videos and other illustrative methods for counseling was seen as a negative factor by the respondents. Concerning the impact of the pacemaker to everyday life, the respondents said counseling on the influences of it on the closest ones was largely missing.</p> <p>Concerning patient-centeredness the least successful aspects were involving the close ones or partners into the counseling process and using the information acquired through counseling in everyday life. In the open questions, the patients expressed the wish towards the development of a more patient-centered and expertise-based counseling.</p>	
Keywords	pacemaker patient, counseling, quality

Sisällys	
1 Johdanto	1
2 Kirjallisuushaku	2
3 Tahdistinhoito	2
3.1 Tahdistinpotilas	2
3.2 Rytmihäiriötahdistimien etäseuranta	3
4 Tahdistimet ja laittoindikaatiot	4
4.1 Hitaan sykkeen tahdistimet	5
4.2 Rytmihäiriötahdistin	6
4.3 Vajaatoimintatahdistin	7
4.4 Vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistin	7
4.5 Tahdistimen vaikutukset potilaan jokapäiväiseen elämään	8
5 Hyvä potilasohjaus	9
5.1 Aikaisempia tutkimuksia tahdistinpotilaan ohjauksesta ja tiedon tarpeesta	9
5.2 Potilaslähtöinen ohjaus	11
5.3 Vuorovaikutuksellinen potilasohjaus	14
5.4 Laadukas potilasohjaus	15
5.5 Tahdistinpotilaan ohjauksen erityispiirteet	16
6 Meilahden sydäntutkimusosasto ja tahdistinpoliklinikka ohjauksen antajana	17
6.1 Tahdistimien asennus ja potilasohjaus sydäntutkimusosastolla	17
6.2 Tahdistinpotilaan jatkohoito ja ohjaus tahdistinpoliklinikalla	20
7 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
8 Opinnäytetyön empiirinen toteutus	22
8.1 Aineiston keruu ja siinä käytetty menetelmä	22
8.2 Aineiston analysointi	25
8.2.1 Numeerisen aineiston tilastollinen analysointi	25
8.2.2 Laadullisen aineiston sisällönanalyysi	26
9 Opinnäytetyön tulokset	26
9.1 Vastaajien taustatiedot	26

9.2 Tahdistinpotilaiden ohjauksen laatu arvioinnin kohteena	28
9.2.1 Ohjauksen resurssit	28
9.2.2 Ohjauksen riittävyys	29
9.2.3 Ohjauksen toteutus	31
9.2.4 Ohjauksen vaikutukset	33
9.3 Yhteenveto ohjauksen laadusta ja vastaajien taustatietojen yhteys ohjauksen laadun arviointiin	34
9.4 Tahdistinpotilaiden kehittämissuhteet ohjauksen laadun parantamiseksi	36
10 Pohdinta	39
10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	39
10.2 Opinnäytetyön eettisyys	42
10.3 Opinnäytetyön luotettavuus	42
10.4 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset	44
Lähteet	46
Liitteet	
Liite 1. Potilaskysely	
Liite 2. Saatekirje potilaalle	
Liite 3. Tiedonhaunkuvaus	
Liite 4. Tahdistinpotilaan ohjaus, hoitajan muistilista	
Liite 5. Sydäntutkimusosaston polikliiniset tahdistinasennukset	
Taulukot	
Taulukko 1. Mittarin summamuuttujien Cronbachin–Alpha kertoimet	
Taulukko 2. Potilaiden taustatiedot	
Taulukko 3. Ohjauksen resurssit	
Taulukko 4. Ohjauksen riittävyys, tahdistimen vaikutus arkeen	
Taulukko 5. Ohjauksen riittävyys, sairauden hoito	
Taulukko 6. Ohjauksen toteutus, potilaslähtöisyys	
Taulukko 7. Ohjauksen toteutus, vuorovaikutus	
Taulukko 8. Ohjauksen vaikutukset	
Taulukko 9. Laadun osa-alueiden summamuuttujat	
Taulukko 10. Sisällön analyysi	

1 Johdanto

Terveydenhuollon tehtävänä on antaa potilaille mahdollisimman laadukasta hoitoa. Hoitotyön ammattilaisilta odotetaan asiantuntijuutta, joka edellyttää hyvää tietoperustaa, vahvaa kliinistä osaamista, osaamisen ylläpitämistä, eettistä arvoperustaa sekä hoitotyön periaatteiden tunnistamista. (Lipponen – Kanste – Kyngäs – Ukkola 2008.) Hoitotyön perustehtävä on tukea potilaita heidän oman terveyshyvän saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. (Kyngäs – Hentinen 2009.)

Potilasohjaus kuuluu olennaisena osana laadukkaaseen hoitotyöhön. (Kääriäinen 2007.) Ohjauksen on oltava laadullisesti hyvää ja merkityksellistä potilaalle. (Eloranta – Virkki 2011.) Potilasohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja niin, että hän pystyisi ottamaan vastuun omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kyngäs – Hentinen 2009.) Laadukas potilasohjaus koostuu vuorovaikutteisuudesta ja potilaslähtöisyydestä. (Kääriäinen 2007.)

Ohjauksessa potilas on aktiivinen toimija ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea häntä. Tavoitteena on, että potilas osaa soveltaa saamiaan ohjeita omaan elämäntilanteeseensa. Ohjauksessa hoitajan tulisi pysytä arvioimaan potilaan tarpeet ja mukauttaa ohjauksen sisältö tarpeita vastaavaksi. (Mc Neil 2012.)

Hoitohenkilökunta kokee, että käytännön hoitotyössä henkilökuntaa on liian vähän ja kiire vaikeuttaa ohjausta. Henkilökunnan vaihtuvuus ja perehdytyksen riittämättömyys heikentää ohjauksen laatua. Huono tai laiminlyöty ohjaus voi pahimmillaan tuhota hyvänkin hoitotuloksen, kun potilas on jäänyt vaille ohjausta. (Kyngäs – Hentinen 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilasohjauksen laatua työikäisten tahdistinpotilaiden arvioimana ja tavoitteena on auttaa kehittämään tahdistinpotilaiden ohjausta. Opinnäytetyö liittyy Työikäisen sydänpotilaan ja hänen perheensä sekä hoidontajien ohjaaminen hankkeeseen. Opinnäytetyössä työelämän yhteistyökumppanina toimii HUS Medisiininen tulosyksikkö, kardiologian poliklinikka/tahdistinpoliklinikka.

2 Kirjallisuushaku

Tahdistinpotilaan ohjauksesta haettiin tietoa Cinal, Medic- ja Medline-tietokannoista. Tietokantahaut rajattiin tieteellisiin artikkeleihin ja tutkimuksiin aikavälille 2007–2013. Tuo aikaväli on valittu siksi, koska tahdistinpotilaiden hoito kehittyy nopeaa tahtia. Hakulausekkeissa käytettiin suomen – ja englanninkielisiä sanoja tahdistin, tahdistinpotilaan ohjaus ja laatu, sydänpotilas ja laatu. Mukaan otettiin hoitotieteellisiä julkaisuja, opinnäytetöitä sekä ammatillisia artikkeleita (n=14). Artikkelit valittiin abstraktin perusteella. Rytmihäiriötahdistimista (ICD) löytyy hoitotieteellisiä tutkimuksia, mutta hitaanrytmin tahdistimista ei. Manuaalisesti haettiin suomalaisten tutkijoiden käyttämien lähteiden perusteella. Osa tutkimuksista on lääketieteellisiä.

3 Tahdistinhoito

3.1 Tahdistinpotilas

Tahdistin voidaan asentaa potilaalle monesta eri syystä. Potilaalla on todettu jokin vakava sydänsairaus, johon liittyy vakava rytmihäiriön riski tai potilaalla on jostain syystä johtuva sydämen hidasyöntisyys. Kolmas vaihtoehto on, että potilaalla on sydämen vajaatoiminnasta, johtuva sydämen pumppausvoiman heikkeneminen. Tahdistinhoidolla voidaan auttaa sydäntä näissä kolmessa toimintahäiriössä. (Parikka 2008.)

Potilaalle tahdistimen asennus on perustana elinikäiselle tahdistinhoidolle. Hyvä tahdistinhoito perustuu aina yleisesti vakiintuneiden tahdistinhoidon indikaatioiden noudattamiseen, yksilöllisesti soveltuvan tahdistustavan valintaan, teknisesti asianmukaisesti toteutettuun tahdistimen asennukseen sekä lopulta tahdistinpotilaan kokonaisvaltaiseen lopunikästä kestävään asiantuntevaan hoitoon ja seurantaan. Tahdistinpotilaan seuranta tapahtuu erikoissairaanhoidossa. (Pakarinen –Oikarinen 2011 22: 3 – 14.)

Tahdistinhoidon tarkoituksena on korjata sydämen sähköisessä toiminnassa se mikä siitä puuttuu. (Lehto – Pakarinen 2011 22: 3 – 40.) Tahdistinhoidon tavoitteena on palauttaa sykkeen normaali toiminta levossa ja rasituksessa sekä tarvittaessa palauttaa myös eteisten ja kammioiden yhteistoiminta. (Suomen lääkärilehti 2010: 1905 – 2011.) Tahdistinhoidon tarkoituksena on keinotekoisesti synnyttää sähköinen ärsyke, joka ai-

heuttaa paikallisesti sydämen supistumisen ja leviää koko sydänlihakseen. (Käypä hoito suositus. Tahdistinhoito 2010.) Sydämentahdistimen perusajatus on korjata puutteellinen syketaajuus ja palauttaa sydämen normaali sähköinen toiminta. Mitä luonnonmukaisemmin siinä onnistutaan, sitä paremman hyödyn potilas saa tahdistinhoidosta. (Suomen lääkirilehti 2011: 2417–2421). Tahdistustapa valitaan yksilöllisesti potilaan oireiden ja sydänsairauden syyn mukaan. (Terveysportti. Lääkärin käsikirja 2012.)

Tahdistinhoito on kuluneen runsaan 50 vuoden aikana kehittynyt merkittävästi ja samalla monipuolistunut. Tahdistinhoitoa voidaan hyödyntää monissa vaikeissa sydänsairauksissa. Vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden elämäläatua ja ennustetta pystytään parantamaan sydäntä synkronoivalla tahdistimella. Rytmihäiriötahdistinhoitoa on alettu käyttää äkkikuolemaa ennalta ehkäisevänä hoitona suuren riskin sydänpotilaille. Aiemmin se oli rajattu vain sydänpysähdyksen estoon. (Lääkirilehti 2011: 2417–2421.)

Suomessa asennettiin vuonna 2008 miljoonaa asukasta kohti noin 700 sydämentahdistinta, 90 rytmihäiriötahdistinta ja 40 sydämen vajaatoiminta tahdistinta. Rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistimien määrät ovat lisääntymässä. Hitaan sykkeen tahdistinhoidon saatavuus Suomessa on jo pitkän aikaa vastannut tarvetta. Sydämen vajaatoiminta- tai rytmihäiriötahdistimen tarvitsevia potilaita ei ole täysmääräisesti ohjattu tahdistinhoitoon. (Terveysportti. Lääkärin käsikirja 2012.)

3.2 Rytmihäiriötahdistimien etäseuranta

Rytmihäiriötahdistimen saaneiden potilaiden elämä saattaa muuttua siten, että heidän tahdistimensa toimintaa seurataan etäseurannassa. Etäseuranta tarkoittaa tahdistimen toiminnan tarkistamista langattoman mobiiliyhteyden (GSM-verkko) avulla potilaan ollessa kotona. Etäseuranta on kliinisissä tutkimuksissa todettu tehokkaaksi ja turvallisesti vaihtoehdoksi rytmihäiriötahdistinpotilaan polikliiniselle seurannalle. Se vähentää tahdistinpotilaan seurantakäyntien tarvetta ja nopeuttaa ongelmien toteamista sekä lisää rytmihäiriötahdistinpotilaan turvallisuuden tunnetta. (Koivisto – Raatikainen 2011.)

Potilas saa kotiin lähettimen, joka lähettää automaattisesti tietoa tahdistinlaitteen toiminnasta. Rytmihäiriötahdistimen tarkastus tapahtuu kerran vuorokaudessa säännöllisesti. Tahdistinpoliklinikan sairaanhoitaja neuvoo etäseurantalaitteen käytön potilaille. Jos potilas on suostuvainen etäseurantaan, hänet rekisteröidään sinne ensimmäisellä poliklinikalla käynnillä, joka on rytmihäiriötahdistinpotilailla kuukauden kuluttua tahdistimen asennuksesta. Potilas antaa kirjallisen suostumuksensa etäseurantalaitteen valmistajalle.

Etäseurannassa rutiinilähetykset tulevat 6 kuukauden välein ja potilaat käyvät normaalisti tahdistinseurannassa tahdistinpoliklinikalla 1 kuukauden kuluttua rytmihäiriötahdistimen asennuksesta. Potilas voi myös itse tehdä ylimääräisen lähetyksen, jos on tarvetta siihen. Potilasta ohjataan silloin aina soittamaan tahdistinpoliklinikalle ja kertoamaan miksi on tehnyt lähetyksen. Tahdistinpoliklinikan lääkäri tarkistaa sekä määräaikaiset, että mahdolliset hälytysten aiheuttamat ylimääräiset etäseurantalähetykset ja tekee niistä merkinnän potilaan sairauskertomukseen. Potilaalle lähetetään sairauskertomuskopio kotiin ja tarvittaessa hänet kutsutaan tahdistinpoliklinikalle ylimääräiseen käyntiin. (Sairaanhoitaja, HUS, tahdistinpoliklinikka. Haastattelu 3.12.2012) Jatkossa pyrkimyksenä on laittaa myös kaikki vajaatoimintatahdistinpotilaat etäseurantaan.

Potilaan kannalta etäseurannan käyttäjäystävällisyys ja potilastyytyväisyys on osoitettu useissa kliinisissä tutkimuksissa. Suurin osa potilaista kokee, että seuranta on lisännyt tahdistinhoidon turvallisuutta. Etäseuranta on parantanut potilaiden sitoutumista hoitoonsa. Muistettava on se tosiasia, että etäseuranta on vain osa hoitoa ja potilas tarvitsee sydänsairautensa hoitoon myös muuta hoitoa ja seurantaa. (Koivisto – Raatikainen 2011.) Mikäli potilaan tahdistinta joudutaan ohjelmoimaan uudestaan, sitä ei voi tehdä etäseurannan kautta, vaan potilaan on silloin käytävä tahdistinpoliklinikalla.

4 Tahdistimet ja laittoindikaatiot

Tahdistinhoidolla voidaan auttaa sydäntä kolmessa toimintahäiriössä: Liian hitaan rytmin nopeuttamisessa, epätaloudellisesti tai tehottomasti pumppaavan sydämen voiman palauttamisessa sekä henkeä uhkaavien kammioperäisten rytmihäiriöiden hoidossa. Tahdistinjärjestelmä käsittää tahdistimen (generaattori) sekä yhden tai useampia tahdistinjohtoja (elektrodi), jotka välittävät toimintakäskyt tahdistettavaan kohtaan ja siir-

tävät sydäimestä tulevaa rytmitietoa generaattoriin. Tahdistustapa valitaan potilaan rytmihäiriötyypin mukaan. (Parikka 2008.)

Tahdistimet jaetaan niiden toimintatavan mukaan. Hidaslyöntisyyden eston tahdistimet, joissa on 1 – 2 johtoa, eteisjohto ja kammiojohto. Tahdistus on tarvittaessa ja ne tunnistavat sydämen luontaisen rytmin. Rytmihäiriötahdistimet tunnistavat rytmihäiriön, ylitahdistavat ja antavat tarvittaessa sähköiskun eli defibrilloivat, joka pysäyttää rytmihäiriön. Vajaatoimintatahdistimen tarkoituksena on parantaa vasemman kammion seinämien yhtäaikaista supistumista I.synkroniaa ja näin parantaa sydämen pumppauskykyä. Vajaatoiminta - ja rytmihäiriötahdistimen tarkoituksena on 2–3 johdon yhdenmittaisella tahdistuksella yhdenmukaistaa sydämen synkroniaa ja parantaa sydämen vajaatoiminnan oireita. Tässä tahdistimessa on myös defibrillaatio-ominaisuus. Tämä tahdistin asennetaan potilaille, joilla on perussairautensa takia suurentunut rytmihäiriön riski.



Kuva 1. Tahdistingeneraattori

4.1 Hitaan sykkeen tahdistimet

Hitaan sykkeen tahdistimia on neljällä toimintaperiaatteella toimivia. AAI on eteistahdistin, joka tahdistaa ja tunnistaa eteistä. VVI on kammiotahdistin, joka tahdistaa ja tunnistaa kammiota, VDD on 1-johtoinen fysiologinen tahdistin, joka puolestaan tahdistaa kammiota ja tunnistaa sekä eteistä että kammiota. DDD on 2-johtoinen fysiologinen tahdistin, joka tahdistaa ja tunnistaa eteistä ja kammiota eteisohjatusti. (Koistinen – Pakarinen 2011.) Kardiologi arvioi aina potilaan tahdistimen tarpeen perustuen potilaan oireisiin ja ekg:ssä nähtävään rytmihäiriöön.

Ensimmäiset sydämen hidasleyöntisyyttä korjaavat tahdistimet otettiin käyttöön viisikymmentä vuotta sitten. Aluksi tahdistimet olivat yksinkertaisia kammioiden hidasleyön-

tisyyden estäviä laitteita. Myöhemmin niistä on kehittynyt monipuolisia ja normaalin syketaajuuden, eteisten ja kammioiden yhteistoiminnan takaavia laitteita. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito 2012.) Hitaan sykkeen tahdistin aistii sydämen oman sykkeen ja tahdistaa vain, jos oma syke laskee alle tahdistimeen säädetyin rajan.

Sinussolumuke, joka sijaitsee oikean eteisen yläosassa määrää normaalisti sydämensyketaajuuden. Se toimii sähköpääkeskuksena ja sieltä lähtee sähköinen impulssi johtorataa pitkin sydämen eteisiin ja eteiskammiosolmukkeen kautta kammioihin. Sydämen sähköisen johtoratajärjestelmän toiminnanhäiriö aiheuttaa sykkeen hidastumisen. Tämä voidaan korjata hidaslyöntisyyttä estävällä tahdistimella. (Parikka 2008.)

Oireinen hidaslyöntisyys, johon liittyy toisen tai kolmannen asteen eteis-kammiokatkos tai sinussolmukkeen toimintahäiriö on aina tahdistinhoidon aihe. Oireita voi olla pyörtyminen, tajunnan menetys, voimattomuus sekä huimaus. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito 2012.) Hitaan sykkeen korjaantuvat syyt on suljettava pois ennen pysyvän tahdistimen asennusta. Korjaantuvilla syillä tarkoitetaan esimerkiksi lääkkeiden yliannostuksesta johtuvat syyt. Sinussolmukkeen sairaudella tarkoitetaan sitä, kun sinussolmuke hidastuu ajoittain tai siinä on pidempiä taukoja. Siihen voi liittyä myös nopeita säännöllisiä tai epäsäännöllisiä rytmihäiriöitä. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito 2012.)

4.2 Rytmihäiriötahdistin

Ensimmäinen hengenvaarallisia kammioperäisiä rytmihäiriöitä pysäyttävä tahdistin eli ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) asennettiin vuonna 1980. Se pysäyttää sähköiskulla iskulla tai ylitahdistamalla sydäntä hengenvaaralliset kammioperäiset rytmihäiriöt. Sydänperäinen äkkikuolema on länsimaissa yleisin kuolinsyy ja sen ehkäisy yksi terveydenhuoltomme päämääristä. Rytmihäiriötahdistin vähentää sydänperäisen äkkikuoleman vaaraa 50- 60 % rytmihäiriön lääkehoitoon verrattuna. (Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2010.)

Rytmihäiriötahdistinhoitoa käytetään sellaisilla potilailla, jotka ovat selvinneet sydämenpysähdyksestä tai joilla on ollut pitkäkestoinen kammiolisälyöntisyys. Ennaltaehkäisevästi rytmihäiriötahdistimia asennetaan potilaille, joilla vaikea sydäninfarktin jälki-

tila, sydänlihaksen laajeneminen tai suuri äkkikuoleman vaara perinnöllisissä rytmihäiriö- ja sydänlihassairauksissa. Näissä tilanteissa primaaripreventiosta on vakuuttava näyttö. (Pakarinen ym. 2010.)

4.3 Vajaatoimintatahdistin

Uusi edistysaskel on kymmenen vuotta sitten käyttöön otettu sydäntä synkronoiva vajaatoimintatahdistin, CRT-P (Cardiac Resynchronization Therapy–Pacemaker), joka korjaa sydämen vajaatoiminnassa yleisen epätahtisen kammiosupistuksen. Vaikeissa sydänsairauksissa vasemman kammion seinämien supistuminen on usein eriaikaista, mikä heikentää edelleen sydämen pumppausta. Potilailla, joilla on vaikea sydämen vajaatoiminta, käytetään sydäntä synkronoivaa tahdistinta. Vajaatoimintatahdistinhoito vähentää sydämen vajaatoiminnasta johtuvia sairaalahoitoja jopa 35 prosenttia. (Pakarinen ym. 2010.) Vajaatoimintatahdistimella tahdistetaan sydämen oikeaa ja vasenta kammiota samanaikaisesti ja näin parannetaan sydämen pumppauskykyä.

Sydäntä synkronoivalla tahdistuksella voidaan korjata vasemman kammion epäsäännöllistä supistumista. Vasemman kammion epäsäännöllinen supistuminen johtuu haarakatkoksen aiheuttamista sydänlihaksen sähköisen aktivoitumisen aikaeroista. Vasen haarakatkos viivästyttää vasemman kammion supistusta, mikä heikentää pumppausta, täyttymistä ja lisää hiippaläpän vuotoa. Kammion iskutilavuus voi pienentyä jopa 40 %. (Pakarinen ym. 2010.) Vajaatoimintatahdistin parantaa siis heikentyneen vasemman kammion toimintaa, vähentää kuolleisuutta ja sairaalahoitojen määrää korjaamalla sydämen vajaatoimintaa. Vajaatoimintatahdistimen on todettu myös parantavan elämänlaatua näillä potilailla. (Van Hemel 2007.)

4.4 Vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistin

CRT-D (Cardiac Resynchronization Therapy–Defibrillator) on vajaatoimintatahdistin, jossa on lisäksi rytmihäiriötahdistimen ominaisuus. Vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa, jossa vasemman kammion pumppauskyky on alle 35 %, suositellaan käytettäväksi sydäntä synkronoivaa rytmihäiriötahdistinta. Sydäntä synkronoiva rytmihäiriötahdistin on aiheellinen potilaille, joilla on aihe sekä vajaatoimintatahdistin- että rytmihäiriötahdistinhoitoon. Sydäntä synkronoivaa rytmihäiriötahdistinhoitoa käytetään sekä sairau-

den pahenemisen ehkäisyyn sekä ennalta ehkäisevästi. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito 2010.)

Kliinisissä tutkimuksissa on todettu vajaatoimintatahdistimen kohentavan sydämen vajaatoimintapotilaiden elämänlaatua, vähentävän vajaatoimintaoireita sekä vähentävän kuolleisuutta tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Yhdistettynä rytmihäiriötahdistinhoitoon yhtäaikainen kammiosupisuksen teho saattaa olla vieläkin parempi. (Sandberg Duodecim näytönastekatsaukset 2.12.2009.) Uusimpien hoitosuositusten mukaan CRT-D tahdistinta suositellaan nuoremmille, lievempioireisille potilaille, joilla ei ole muita sairauksia. (Ylitalo – Huikuri 2011.)

Tämä tahdistinhoito on kaikkein kallein ja uusin tahdistinhoitomuoto. Niiden määrä on noussut pikkuhiljaa vuosi vuodelta, mutta ei ole Suomessa vielä kansainvälisellä tasolla. Tahdistinhoidon kustannusvaikuttavuuden hinta lasketaan tahdistinhoidolla saavutettua elinvuotta kohti (life year saved) tai elämän laadun paranemista elinvuotta kohti (quality adjusted life year saved).

4.5 Tahdistimen vaikutukset potilaan jokapäiväiseen elämään

Riippuen tahdistimen laadusta ja tahdistustarpeesta potilaan elämään ei tule juurikaan rajoituksia. Nykyaikaiset tahdistimet on niin hyvin suojattuja ja pitkälle kehitettyjä, että voimakkaidenkin ulkoisten tekijöiden laitteen toiminnassa aiheuttamat haitat ovat ohimeneviä. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito2010.) Tavallisen (hitaan sykkeen) tahdistimen asennuksen jälkeen ei rajoituksia ole. Liikunnan suhteen suositellaan kilpailulajien välttämistä, koska tahdistingeneraattori voi vaurioitua ulkoisesta iskusta. Rytmihäiriötahdistinpotilaille suositellaan kevyttä liikuntaa. Äkillisiä voimakkaita ponnistuksia tulisi välttää, koska ne voivat laukaista rytmihäiriön. Autolla ajo on sallittu ns. tavallisen tahdistimen asennuksen jälkeen, mutta rytmihäiriötahdistimen lääkäri arvioi tilanteen potilaskohtaisesti. Siihen vaikuttavat potilaan perussairaus ja rytmihäiriön aiheuttamat oireet. Kodin elektroniikan osalta rajoituksia ei ole, ne eivät vaikuta tahdistimen toimintaan. Isot magneettikentät ja suurjännitelinjat voivat aiheuttaa ohimenevää häiriötä ja suositellaankin välttämästä niiden välittömässä läheisyydessä oloa. Rytmihäiriötahdistimen antama sähköisku ei ole vaarallinen toiselle henkilölle. (Käypä hoito-suositus Tahdistinhoito 2010.)

5 Hyvä potilasohjaus

5.1 Aikaisempia tutkimuksia tahdistinpotilaan ohjauksesta ja tiedon tarpeesta

Satakunnan keskussairaalassa on kehitetty tahdistinpotilaan ohjausta ja luotu tahdistinpoliklinikalle uusi toimintamalli. Tavoitteena on ollut sydänpotilaan ohjauksen laadun kehittäminen yleisesti sekä luoda toimintamalli tahdistinpoliklinikalla toimiville hoitajille. Tämä hanke on osa VeTePo – hanketta. (Vetovoimainen terveyttä edistävä terveydenhuolto.)

Toimintamallin tavoitteena on ollut itsenäisen hoitajavetoisen tahdistinpoliklinikkatoiminnan- ja potilaslähtöisen ohjauksen kehittäminen. Hankkeen tarkoituksena oli potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen, jotta potilas kykenee osallistumaan omaan hoitoonsa ja terveyttä koskeviin päätöksiin. Mittarina on käytetty Turun yliopiston hoitotieteenlaitoksella kehitettyä sairaalapotilaan tiedon tarvemittaria, jota modifioitiin hankkeeseen sopivaksi. (SPTT © Leino-Kilpi – Salanterä – Hölttä 2003.)

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin tahdistinpotilaan tiedontarvetta ja kysely suunnattiin tahdistinpoliklinikalle ensikäynnille tulleille tahdistimen saaneille potilaille. Kysymykset koskivat tiedontarvetta biofysiologiasta, toiminnallista osa-aluetta, kokemuksellista osa-aluetta, eettistä ja sosiaalista osa-aluetta sekä taloudellista osa-aluetta.

Valtaosa vastaajista arvioi tiedontarpeen olevan merkittävä hoitoon liittyvillä osa-alueilla. Kokonaisuudessaan tiedontarve kohdistui eniten biofysiologisiin kuten sairauteen liittyviin oireisiin, toiminnallisiin ja eettisiin osa-alueisiin. Vähiten tiedon tarvetta oli kokemuksellisista osa-alueista. Lähes kaikki vastaajat tarvitsivat tietoa siitä mikä on heidän oma vastuu osallistumisesta hoitoon. Tämän tutkimuksen valossa voi olettaa, että tahdistinpotilailla aktiivinen ja osallistuva rooli tukee sopeutumista hoitoon.

Heljärvi-Tirri Jaana (2012) on pro gradu-tutkielmassaan selvittänyt tahdistinpotilaiden tiedon tarvetta ja tiedon saantia ennen ja jälkeen tahdistimen asennuksen. Siinä tarkoituksena oli kuvata tahdistimen saaneiden potilaiden tiedon tarpeita ennen ohjausta ja tiedon saantia voimavaraistumiseen perustuvan ohjauksen jälkeen sekä verrata tiedon tarvetta ja toteutunutta tiedon saantia.

Vastaajat tarvitsivat eniten tietoa biofyysiseltä ja eettiseltä alueelta. Biofyysiseen alueeseen kuuluvat terveysongelmasta johtuvat fyysiset oireet, lääkehoito, toimenpiteet ja tutkimukset, tahdistinlaite ja sen toiminta, tahdistimen testaus ja etäseurantalaite. Eettiseen alueeseen kuuluu muun muassa potilaan oikeudet, tietoinen suostumus osallistuminen hoitoon ja päätöksentekoon. Esille tuli tässä tutkimuksessa, että naiset tarvitsivat hieman enemmän tietoa kuin miehet. Tiedon saannin osalta tahdistinpotilaat saivat vähiten tietoa taloudelliselta, eettiseltä, biofysiologiselta ja sosiaaliyhteisölliseltä alueelta. Taloudelliseen alueeseen kuuluu esimerkiksi hoidon kustannukset, lääkitys, sairaala- ja matkakulut, eläke ja sairausloma sekä työhön paluu asiat.

Zayac ja Finch (2009) selvittivät systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa rytmihäiriötahdistimen saaneiden potilaiden fyysistä ja psyykkistä sopeutumista sekä millä keinoilla sitä voidaan parantaa. Katsaukseen otettiin mukaan 12 aikaisempaa tieteellistä tutkimusta. Ohjauksessa käsiteltiin teemoja, jotka liittyivät rytmihäiriötahdistimen asennuksen jälkeiseen sopeutumiseen. Niitä ovat niin fyysiseen kuin psyykkiseen sopeutumiseen liittyvät toiminnot. Potilaat kokivat pelkoa, huolta ja ahdistusta tahdistinlaitteen toiminnasta, sosiaalisesta kanssakäymisestä ja omasta fyysisestä aktiviteetista tahdistimenasennuksen jälkeen. Psyykkistä ahdistusta aiheutti muun muassa se, jos tahdistinlaite ei toimikaan niin kuin sen pitää. Tutkimuksissa tuli ilmi, että koko perhe tarvitsee ohjausta ja neuvontaa, jotta he voivat sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen. Loppupäätelmänä todettiin, että terveydenhuolto henkilökunnan tulee antaa potilaille ja heidän perheilleen tehokasta ohjausta ja neuvontaa. Henkilökunnan tulisi osata ohjata niin, jotta se olisi juuri sille potilaalle yksilöllisesti rakennettua

Palacios-Cena Domingo ym. (2011) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin miten rytmihäiriötahdistin (ICD) vaikuttaa tahdistimen saajaan ja hänen läheisiin. Tutkimukset on kerätty vuosien 1999 -2009 väliseltä ajalta. Mukaan otettiin 22 tutkimusta. Tutkimukset olivat laadullisia tutkimuksia. Kysymysten teemat koskivat psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä osa-alueita. Tutkimuksissa todettiin, että rytmihäiriötahdistin potilaat kokevat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia elämässään tahdistimen asennuksen jälkeen. He kokevat myös pelkoa ja ahdistusta rytmihäiriötahdistimen antamista iskuista. Naisilla lisäksi oli huoli ulkonäöllisistä kysymyksistä, koska tahdistinlaite implantoidaan rintakehään ihon alle ja se on kooltaan melko suuri. Tuloksissa tuli esille, että potilaat tarvitsevat koulutusta, tukea ja jatkohoidon ja ohjauksen

järjestämistä kotiutuksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa todettiin, että potilaat ja omaiset hyötyvät potilasjärjestöjen ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamasta tuesta ja koulutuksesta.

5.2 Potilaslähtöinen ohjaus

Ohjaus-käsitettä käytetään paljon hoitotyössä. Sitä on käytetty muun muassa rinnakkaiskäsitteenä tiedon antamisen, opastuksen, koulutuksen, kasvatuksen tai informoinnin kanssa. Ohjaus-käsitteenä ei ole vielä selkeä ja hyvin määritelty, vaikka sitä on tutkittu paljon hoitotieteessä. (Kääriäinen 2007.) Ohjaus tunnistettiin jo 1800-luvun puolivälissä hoitohenkilökunnan toimintaan kuuluvaksi, kun Florence Nightingale korosti sen merkitystä potilaiden perustarpeiden hoidossa. (Kääriäinen 2007.) Ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietiikassa, erilaisissa toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveydenhuollon hyvinvointi ohjelmissa. Potilaalla on oikeus saada hoitoonsa liittyvää tietoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Terveydenhuoltolaki 13.12.2010/1326.)

Hoitotyön perustehtävänä on auttaa potilasta saavuttamaan ja ylläpitämään omaa terveyshyvänsä. (Leino- Kilpi – Välimäki 2003.) Hyvällä ohjauksella voidaan potilaita auttaa saavuttamaan tämä. Ohjauksen tulee olla kiireetön ja vuorovaikutuksellinen tilanne, jotta ohjattava tuntee, että häntä kuunnellaan ja hänen asioihin paneudutaan. Ohjauksen on oltava merkityksellistä potilaalle. (Eloranta – Virkki 2011.) Yksi laadukkaan ohjauksen osatekijöistä on se, että potilas saa riittävästi ohjausta. (Kääriäinen 2007.) Myös omaisten ohjauksen tarve on otettava huomioon. Potilaan iällä on merkitystä ohjausta annettaessa samoin koulutustaustalla ja sairauden vaikeusasteella sekä sillä kuinka pitkä aika on sairastumisesta.

Potilaalle on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus kuuluu olennaisena osana hoitotyöhön. Hyvä hoito sisältää riittävän ohjauksen ja ohjaus on myös yksi laadukkaan hoidon osatekijöistä. (Eloranta – Virkki 2011. Ohjausprosessia voidaan erottaa kolme vaihetta. Kyngäs – Hentinen (2009) määrittelevät, että prosessiin kuuluu ohjattavien taustatekijöiden selvittäminen, ohjaussuhteen rakentaminen ja ohjauksen arviointi. Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat vuorovaikutuksessa tasavertaisina. (Eloranta – Virkki 2011.)

Ohjaustilanteen perustana on asiakaslähtöisyys. Ohjauksen tulee olla hyvin suunniteltu ja sillä on oltava tavoite. Vasta todettu vakava sairaus voi olla esteenä ohjauksen onnistumiselle. (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007.) On tutkittu, että potilaat saavat sairautensa alkuvaiheessa liian paljon tietoa. Sairauden akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat rauhoittavaa ja sairauden kanssa selviytymistä tukevaa tietoa. (Kähkönen – Kankkunen – Saaranen 2012: 201- 215.) Ei ole sama kuka ohjaa ja millä tavalla. Kyngäs – Hentisen (2009) mukaan ohjaajan tulee olla motivoitunut ohjaamaan. Jos työyhteisö on sitoutunut ja motivoitunut ohjaamaan, se vaikuttaa myös yksittäisen ohjaajan motivaatioon. Ohjaajan motivaatio vaikuttaa keskeisesti myös siihen millainen ohjaussuhde ohjaajan ja potilaan välille muodostuu.

Ohjaaja asettaa omat odotuksensa suhteessa ammatilliseen osaamiseensa ohjauksessa ja potilas tarkastelee niitä omasta todellisuudestaan käsin. Ohjaajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta. Hänellä tulee olla herkkyyttä siitä mitä ohjata ja miten ohjata, jotta se tukee potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs – Hentinen 2009.) Ohjaus on tiedon antamista ja siihen liittyy osaltaan myös empaattisuutta, tukemista ja lohduttamista. (Muhonen 2008.) Voimavaralähtöinen ohjaus tukee tavoitteiden asettelussa. Voimavaralähtöisellä potilasohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja niin, että hän pystyisi ottamaan vastuun omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Voutilainen 2010.) Ohjauksessa potilas on aktiivinen toimija, ja hoitajan tehtävänä on tukea häntä. Tavoitteena on, että potilas osaa soveltaa saamiinsa ohjeita omaan elämäntilanteeseensa ja selviytyy jokapäiväisestä elämästä sairauden ja sen mukana tulleiden muutosten kanssa. (Jokelainen 2009: 4.)

Tutkimuksissa on tullut esiin, että terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla ystävällisiä ja ammattitaitoisia, antaa tarvittavat tiedot ja pystyä arvioimaan potilaan ohjauksen tarve. (Malm – Karlsson – Fridlund 2007.) Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeätä, että potilaat tuntevat heitä arvostettavan ja heidät hyväksytään sellaisina kuin he ovat. Ohjausta antavan tulee tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. (Kyngäs ym. 2007.)

Ohjauksen on oltava hyvin suunniteltu ja tavoitteellinen tapahtuma. Vasta todettu vakava sairaus voi olla esteenä ohjauksen onnistumiselle. (Kyngäs ym. 2007.) Äkillisesti

sairastuessaan potilaat saavat tietoa, jota he eivät ymmärrä. Suositeltavaa olisikin, että ohjauksen painopiste olisi myöhemmin, kun potilas on selvinnyt kriisivaiheesta. (Kähkönen – Saarinen – Kankkunen 2012: 201- 215.) Ohjauksen perustuttua potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa se potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Onnistunut ohjaus voi rakentua vain riittävien taustatietojen varaan. (Kyngäs ym. 2007.) Hoitajan tulee säännöllisesti arvioida myös omia ohjaustaitojaan ja sitä miten ohjaus on toteutunut. Kriittinen arviointi auttaa hoitajaa kehittymään ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007.)

Hyvällä potilasohjauksella voidaan ennaltaehkäistä ylimääräisiä potilaskäyntejä erikoissairaanhoidossa ja saada potilas sekä motivoitumaan että sitoutumaan omaan hoitoonsa. Ohjaus voidaan nähdä myös oppimisprosessina. Tällöin voidaan ajatella, että potilas muuttaa käsityksiään hoitoon sitoutumisesta ja asennettaan, kun hän saa asiantuntevaa ohjausta. (Eloranta – Virkki 2011.)

Potilasohjaus tulee nähdä tärkeänä osana hoitoa ja huomioida, että se parantaa hoidon laatua. Hyvällä ja laadukkaalla ohjauksella on myös sairaanhoidonkustannuksia vähentävä vaikutus. Hyvällä ohjauksella voidaan parantaa potilaan kykyä hallita terveysongelmaa, saada potilas osallistumaan hoitoonsa ja hoitoaan koskeviin päätöksen tekoon. Osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon edistää hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista omasta terveydestään. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011.)

Potilaat kaipaavat usein hyvin konkreettisia ohjeita, kuten fyysisen kunnon kohottamisesta, liikunnasta, ravitsemuksesta sekä lääkehoidosta. Henkistä tukemista on myös kaivattu lisää sekä yleistä huomioimista ja empaattisuutta. (Muhonen 2008.) Ohjaustarve määritellään potilaan lähtökohdista käsin. (Kyngäs ym. 2007.) Ohjauksen tulee olla sisällöllisesti sellaista, josta potilaalle on hyötyä elämässään ja selviytymisessään päivittäisissä toimissaan. (Eloranta – Virkki 2011.) Kiire on yksi ohjausta huonontava ja hankaloittava tekijä. Tämä on tullut esiin useissa ohjausta käsittelevissä tutkimuksissa ja kirjallisuudessa.

5.3 Vuorovaikutuksellinen potilasohjaus

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä jokaiselle, mutta ennen kaikkea ne korostuvat hoitotyön ammattilaisilla. Vuorovaikutus liittyy kahteen asiaan, toimintaan jossa vuoronperään vaikutetaan käyttäytymiseen ja asenteisiin ja otetaan vastaan toiselta osapuolelta. Se on siis jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa kumpikin osapuoli toimii aktiivisesti. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006.) Vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde on tärkeä osa ohjausta. Kääriäisen (2007) mukaan ohjaus on määritelty muun muassa tiedon antamiseksi, potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi, potilaan auttamiseksi valintojen tekemisessä ja hoitotyön toiminnoksi. Se käsittää joukon toisiinsa liittyviä toimintoja, jotka voivat olla kestoaltaan lyhyitä ja kertaluonteisia tai pidempiä ja toistuvia.

Kun vuorovaikutus toteutuu optimaalisesti, siitä tulee tavoitteellinen toiminta. Tällöin ohjauksen lähtökohtana on hoitajan ja potilaan yhteisymmärrys, jonka kohtaaminen edellyttää kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Vuorovaikutus on ohjaussuhteen rakentamisen perusta. (Kyngäs ym. 2007.) Ohjaus on määritelty potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen lähtökohtana on potilaan ja hoitohenkilöstön yhteistyö, jonka kohtaaminen edellyttää vuorovaikutuksellista kaksisuuntaisuutta. (Kääriäinen 2007.)

Ohjaussuhteeseen kuuluu sanaton ja sanallinen vuorovaikutus. Toimivaan vuorovaikutteelliseen ohjaukseen kuuluu molempien osapuolien läsnäolo, odottaminen, ilmaisu ja tulkinta. (Kyngäs – Hentinen 2009.) Läsnäolo tarkoittaa sitä, että ohjaaja ja potilas ovat läsnä, kiinnostuneita ja keskittyneet ohjaukseen ja siinä esiin nostettuihin asioihin. Tärkeää vuorovaikutteista ohjaussuhdetta rakennettaessa on se, että ohjaaja ottaa ohjattavan mukaan suhteen rakentamiseen ja osaa arvioida potilaan tapaa toimia. (Kyngäs ym. 2009.)

Vuorovaikutuksen tulee perustua ymmärrettäviin ilmaisuihin. Ohjaajan tulee välttää ammattisanaston käyttöä. Sanaton viestintä on suuri osa vuorovaikutusta. Olemus, eleet ja liikkeet kertovat paljon. Jos ohjaaja katsoo toistuvasti kelloa tai katselee pois päin, se kertoo ohjattavalle, että on kiire tai ohjaaja ajattelee muita asioita. Tämä johdattaa siihen, että ohjaustilanne ei toteudu optimaalisesti, koska vuorovaikutus on hu-

nontunut. (Kyngäs ym. 2009.) Vuorovaikutteisessa ohjaustilanteessa on varmistettava yhteisymmärrys ja tähän tarvitaan molempia osapuolia. Ohjaajan rooli on kuunnella, tukea rohkaista asiakasta ja varmistaa, että hän saa riittävästi ohjausta ja valmiudet kotona pärjäämiseen. (Kyngäs – Hentinen 2009.)

5.4 Laadukas potilasohjaus

Laatua on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Määrittely riippuu siitä mistä näkökulmasta asiaa tarkastellaan. (Kääriäinen 2007.) Laadulla tarkoitetaan ominaisuutta, lajia, luokkaa tai mittayksikköä. Potilasohjaus on hoitotyön toiminto, jonka tavoitteena on parantaa potilaiden tiedon saantia. Laadukas potilasohjaus sisältää parhaan ja ajanmukaisimman tiedon käyttämistä. Sen on oltava potilaalle tarpeellista ja merkityksellistä. (Eloranta – Virkki 2011.)

Laatua voidaan mitata sen mukaa mihin osaan hoitoa se kohdistuu. Rakenne, toiminta ja lopputulos ovat hoidon laadun osia. Rakenne on aineellisia tekijöitä, jotka mahdollistavat hoidon. Siihen kuuluvat muun muassa sairaalat, laitteet ja henkilökunta. Toiminto on taas sitä mitä potilaalle tapahtuu hoidon aikana ja lopputulos mitä potilaalle tapahtui hoidon seurauksena. Näin ollen lopputulos on hoidon ja laadun tärkein mittari. (Vuori 2005.) Laadukas ohjaus edellyttää, että potilas saa riittävästi ohjausta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat ovat olleet osin tyytymättömiä saamaansa ohjauksen laatuun. He tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. (Kääriäinen 2007.) Laadukas ohjaus on hoitohenkilöstön asianmukaisilla resursseilla, vuorovaikutteisesti ja potilaan lähtökohdista toteutettua ohjausta. (Kääriäinen 2007.)

Jatkuva koulutus on välttämätöntä terveydenhuollon ammattilaisille, jotta he pystyvät kokonaisvaltaisesti huomioimaan potilaan tarpeet ja osaavat ohjata häntä tästä näkökulmasta lähtöisin. (Malm ym. 2007.) Hyvä ohjaus edellyttää asianmukaisia ja ajan tasalla olevia opetusmenetelmiä. Tähän kuuluu muun muassa ajan tasalla oleva ohjausmateriaali ja välineistö. (Lipponen ym. 2008: 121–135.)

Laadukas ohjaus mahdollistaa potilaan voimaantumisen ja vähentää sairaalahoitojaksoja. Potilasohjaus tulee nähdä tärkeänä ja huomioida se, että se parantaa hoidon laatua. Hyvällä ja laadukkaalla ohjauksella on myös sairaanhoidon kustannuksia vähentävä

tekijä. Hyvällä ohjauksella voidaan parantaa potilaan kykyä hallita terveysongelmaansa, saada potilas osallistumaan hoitoonsa ja hoitoaan koskeviin päätösten tekoon. Laadukkaana ohjauksen tarjoamiseksi hoitohenkilöstö tarvitsee hyviä ohjausvalmiuksia. (STM 2000.) Hoitohenkilökunnan tulisi seurata tutkimustietoa ja päivittää tietonsa niin, että potilas saa pätevää, oikeaa ja asianmukaista ohjausta. (Kääriäinen 2007.) Laadukas potilasohjaus edellyttääkin hoitohenkilökunnalta ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. (Lipponen ym. 2008.)

Eri tutkimusten mukaan (Kääriäinen 2007; Malm ym. 2007) potilaat tarvitsevat ohjausta, joka on merkityksellistä heille heidän jokapäiväisessä elämässä selviämässä. Terveystenhoitohenkilöstöllä tulee olla tarvittavat tiedot, taidot ja heillä tulee olla myönteinen asenne ohjaukseen. Omaisten ohjaus on myös huomioitava yhtenä osana hyvää hoitoa. (Mc Neil 2012.)

Kiire on suurin ohjausta hankaloittava tekijä. Sillä on vaikutusta ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen. Työyksiköllä on tässä asiassa merkittävä rooli. Työyhteisössä jossa arvostetaan ohjausta ja ymmärretään sen vaikutukset kauaskantoisesti, sille löytyy aikaa. Kun ohjaus on priorisoitu tärkeäksi asiaksi, mahdollistetaan ohjaukselle resursseja. (Kyngäs – Hentinen 2009.)

5.5 Tahdistinpotilaan ohjauksen erityispiirteet

Tahdistinpotilaan ohjauksessa tulee ottaa huomioon se tosiasia, että tahdistin ei paranna olemassa olevaa sydänsairautta. Tahdistin ei hoida niitä syitä, jotka aiheuttavat hitaan rytmin, rytmihäiriön tai sydämen vajaatoiminnan. Tahdistin auttaa sydäntä toimimaan paremmin ja parantaa merkittäväällä tavalla näiden potilaiden elämänlaatua. (Pakarinen – Oikarinen 2011 22: 3–14.) Tahdistimen tarve on potilaalla yleensä koko loppuikänsä kestävä.

Ohjausta annettaessa on tärkeää, että ohjausta antava henkilökunta tietää minkälainen tahdistin potilaalle on asennettu. Ohjausta antavan henkilön on ymmärrettävä tahdistimen toimintaperiaate. Tällä tavoin ohjausta voidaan antaa yksilöllisesti ja potilas saa juuri sen tiedon mitä hän tarvitsee. Varsinkin heti tahdistimen asennuksen jälkeen poti-

laat tarvitsevat tietoa ja ohjausta nimenomaan tahdistinlaitteeseen ja sen toimintaan liittyen. Tahdistinpotilaiden tulee saada oikeanlaista tietoa, siitä mitä voi tehdä ja millaisia toimintoja tulee välttää jokapäiväisessä elämässä. (Käypä hoito-suositus. Tahdistinhoito 2010.)

Yleensä tahdistimen saaneet potilaat voivat palata työhön, kun haava on parantunut eli 2-3 viikon kuluttua. Lääkäri kuitenkin arvioi potilaan työkyvyn huomioiden potilaan perussairauden asettamat rajoitukset ja työn luonteen. On ammatteja, joihin potilas ei voi enää palata, jos hänelle on asennettu rytmihäiriötahdistin. Sellainen on esimerkiksi ammattiautoilu ja lentäjän ammatti. (Raatikainen 2003.)

6 Meilahden sydäntutkimusosasto ja tahdistinpoliklinikka ohjauksen antajana

Sydäntutkimusosasto ja tahdistinpoliklinikka toimivat tiiviissä yhteistyössä tahdistinpotilaiden hoidossa. Tahdistimien asennus tapahtuu sydäntutkimusosastolla ja tahdistinpotilaiden jatkohoito ja seuranta pääsääntöisesti tahdistinpoliklinikalla. Polikliinisten tahdistinasennusten määrä on lisääntynyt viime aikoina merkittävästi (noin 30 – 40 %) tänä vuonna ja tulee lisääntymään edelleen. Tämä tarkoittaa sitä, että sydäntutkimusosasto tulee vastaamaan enemmän tahdistinpotilaiden hoidosta ja ohjauksesta ennen tahdistimen asennusta sekä asennuksen jälkeen. Tavoitteena on, että tulevaisuudessa kaikki hitaan sykkeen tahdistinasennukset ovat polikliinisiä toimenpiteitä. Toimintaa helpottaa se, tahdistimia asentavat lääkärit työskentelevät sydäntutkimusosastolla ja tahdistinpoliklinikalla.

6.1 Tahdistimien asennus ja potilasohjaus sydäntutkimusosastolla

Meilahden sydäntutkimusosastolla asennetaan tahdistimia kaikkina arkipäivinä. Tahdistinasennuksia varten on käytössä yksi toimenpidehuone ja tarvittaessa voidaan tahdistimia asentaa myös muissa toimenpidehuoneissa. Vuonna 2012 asennettiin yhteensä noin 760 tahdistinta eli 3-5 tahdistinta joka arkipäivä. Suurin osa tahdistimista on hitaan sykkeen tahdistimia, joita asennettiin noin 600 kappaletta. Rytmihäiriötahdistimia asennettiin 71 kappaletta, vajaatoimintatahdistimia 37 ja vajaatoiminta- ja rytmihäi-

riötahdistimia 53 kappaletta. Peijaksen – ja Jorvin sydäntutkimusyksiköt kuuluvat hallinnollisesti Meilahden sydäntutkimusosastoon. Näissä yksiköissä asennetaan hitaan sykkeen tahdistimia. Niissä molemmissa asennettiin noin 150 tahdistinta vuonna 2012.

Potilaat tulevat toimenpiteeseen joko kutsuttuna ajanvarauksella tai kiireellisesti. Ajanvarauksella tulevat potilaat ovat saaneet kutsukirjeen ja ajan tahdistimen asennukseen sydäntutkimusosastolta. Kiireelliset potilaat tulevat usein joko muista sairaaloista tai Meilahden sairaalasta eri osastoilta, kuten kardiologian vuodeosastoilta, päivystyspoliklinikalta tai sydänkirurgian vuodeosastoilta.

Rytmikardiologian ylilääkäri käy läpi kaikki tahdistinlähetteet ja laittaa merkinnän tahdistimen asennuksen kiireellisyydestä. Kiireellisyysluokat ovat: K1 eli 24 -48 tuntia, K2 2-7 vuorokautta ja elektiiviset (ei-kiireelliset) saavat toimenpideajan 1 kuukauden sisällä. Kiireelliset 24 -48 tunnin sisällä tahdistimen laittoon saapuvat potilaat kutsuu sydäntutkimusosaston listanvetäjä sairaanhoitaja. Tahdistinpoliklinikka ei anna toimenpideaikoja, vaan ajat annetaan sydäntutkimusosaston kautta.

Osa potilaista on polikliinisia potilaita eli he tulevat tahdistimen asennukseen joko kotoa tai toisesta sairaalasta. He pääsevät toimenpiteen jälkeen kotiin tai lähettävään sairaalaan. Tahdistimen säädöt tehdään heti toimenpiteen jälkeen sydäntutkimusosastolla tai tahdistinpoliklinikalla. Heidän jatkohoitonsa on oman sairaalan tahdistinpoliklinikalla.

Polikliinisia potilaita varten sydäntutkimusosastolla on 9-paikkainen tarkkailuhuone, jossa työskentelee 1-2 sairaanhoitajaa. Tarkkailuhuoneeseen tulee kaikki sydäntutkimusosaston polikliiniset potilaat, joita on muun muassa sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen – ja pallolaajennukseen sekä tahdistimen asennukseen tulevat potilaat.

Ennen tahdistimen asennusta tarkkailuhuoneen sairaanhoitaja valmistelee potilaan toimenpiteeseen ja kertoo samalla tulevasta toimenpiteestä. Valmisteluihin kuuluu perifeerisen laskimokanyylin laitto, nesteytyksen aloittaminen suonensisäisesti. Jokaiselle tahdistimen asennukseen tulevalle potilaalle aloitetaan antibioottitiputus ennen toimenpidettä. Sairanhoitaja varmistaa toimenpidekardiologilta, mikä antibiootti potilaalle annetaan. Toimenpidekardiologi käy tapaamassa potilasta ennen toimenpidettä, kertoo tahdistimen asennuksesta ja merkitsee tahdistimen laittokohdan piirtämällä iholle

merkin. Lääkäri antaa ohjeet myös kipulääkityksestä toimenpiteen aikana sekä muista tarvittavista lääkkeistä.

Aikaa ohjata ennen toimenpidettä on kovin vähän, koska tahdistimen asennuksia on yhteen toimenpidehuoneeseen suunniteltu 4-5/pv. Tahdistimen asennuksen kesto riippuu siitä, onko kyseessä yhden vai useamman johdon tahdistin sekä prosessin sujuvuudesta. Tavallinen 1-2 johdon tahdistimenasennus kestää noin puolesta tunnista kahteen tuntiin. Vaativimpien erikoistahdistimien, kuten 2 - tai 3 johdon rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistimien asennus voi kestää 3–4 tuntia. Erikoistahdistimia asentavat rytmikardiologit, jotka ovat perehtyneet niiden asennukseen.

Tahdistimen asennuksen jälkeen potilaat saavat tahdistinohjekirjasen ja haavanhoito-ohjeen. Tahdistinohjekirjanen on laitevalmistajan tekemä. Ohjekirjasessa kerrotaan lyhyesti sydämen rakenteesta ja toiminnasta sekä rytmihäiriöistä. Siinä on ohjeita päivittäisessä elämässä toimimisessa ja jatkoseurannasta. Ohjeet ovat yleisellä tasolla ja jokaisella laitevalmistajalla on oma ohje tahdistimiinsa. Toimenpiteessä ollut sairaanhoitaja tai tarkkailunhuoneen sairaanhoitaja käy potilaan kanssa läpi haavanhoito-ohjeet aina suullisesti, kertoo mitä kipulääkettä voi käyttää ja mitä tulee välttää lähi- viikkojen aikana. Erityisesti tarkennetaan sitä, että jos tulee haavainfektio-oireita (nousee kuume, haava kipeytyy, erittää märkäistä vuotoa) on viipymättä otettava yhteyttä tahdistinpoliklinikalle. (Liite 4. Tahdistinpotilaan ohjaus, hoitajan muistilista.)

Potilaat, joille tahdistin on asennettu polikliinisesti, eivät käy tahdistinpoliklinikalla tahdistimen asennuksen jälkeen Tahdistin säädetään potilaan tarpeita vastaavaksi toimenpiteen jälkeen sydäntutkimusosastolla. Heille ensimmäinen käynti on tahdistinpoliklinikalla kolmen kuukauden kuluttua tahdistimen asennuksesta. Rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistinpotilaat ovat sairaalassa pääsääntöisesti yön yli. He käyvät seuraavana päivänä tahdistinpoliklinikalla, jossa tahdistin säädetään heidän tarpeitaan vastaavaksi. He tulevat käymään tahdistinpoliklinikalla seuraavan kerran kuukauden kuluttua ja silloin heidät laitetaan etäseurantaan. Rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistinpotilaita tulee muualtakin kuin HUS:n alueen sairaaloista. (Liite 5. Sydäntutkimusosaston polikliiniset tahdistinasennukset.)

6.2 Tahdistinpotilaan jatkohoito ja ohjaus tahdistinpoliklinikalla

Tahdistinpoliklinikalla on käytössä kolme huonetta tahdistinpotilaiden hoitoon ja tahdistimien tarkistuksiin. Poliklinikalla työskentelee 2 lääkärinä, kolme sairaanhoitajaa ja sihteeri. Yhdessä näistä huoneista toimii hoitajavetoinen poliklinikka, jossa tarkistetaan hitaan sykkeen tahdistimien toiminta. Aikaa yhdelle potilaalle on varattu maanantaina, tiistaina ja keskiviikkona 30 minuuttia/potilas. Torstaina ja perjantaina 15 minuuttia potilasta kohden. Lyhyemmät vastaanottoajat torstaisin ja perjantaisin johtuu henkilökuntaresursseista ja työajanlyhennyksistä.

Kaikkien tahdistinpotilaiden tiedot syötetään tahdistinpoliklinikalla tahdistinrekisteriin. Sinne tulevat tiedot tahdistimen mallista, tahdistimen ja johtojen mittausravot, johtojen tiedot, tahdistimen laittoreitti ja kummalleko puolelle tahdistin on asennettu. Tahdistinpoliklinikan hoitaja varaa seuraavan käyntiajan potilaille ja laittaa ajanvarauskirjeet kotiin. Seuraavat käynnit ovat 1 kk kuluttua rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistinpotilaille ja hitaan sykkeen tahdistinpotilaille 3 kuukauden kuluttua. Käynnit voivat olla myös oman sairaalan tahdistinpoliklinikalla (hitaan sykkeen tahdistimet).

Potilaat saavat tahdistinkortin ja siinä olevien tietojen perusteelle pystytään tarkistamaan tahdistingeneraattori missä tahansa sairaalassa. Potilaita kehoitetaan pitämään tahdistinkortti aina mukana. Potilaat saavat haavanhoito-ohjeet ja tahdistinopaskirjasen tahdistinpoliklinikka käynnin yhteydessä, mikäli eivät ole saaneet niitä sydäntutkimusosastolta. (Sairaanhoitaja. HUS, tahdistinpoliklinikka. Haastattelu 3.12.2012.)

Tahdistinpotilaiden ohjaus Meilahdessa on keskittynyt lähinnä fyysisiin ja jokapäiväisessä elämässä pärjäämiseen. He saavat ohjeet haavanhoidosta, mitä tulee välttää seuraavien viikkojen aikana ja mihin ottaa yhteyttä jos ongelmia tulee. Aikaa ohjaukselle on vähän. Tahdistinpoliklinikka käyntiin on varattu aikaa noin 15 - 30 minuuttia. Tuona aikana lääkäri tekee tahdistimen tarkistuksen ja säädöt. Koska ohjaus-aikaa on vähän, se luo haasteita ohjauksen sisällölle.

Tahdistinpoliklinikka ja sydäntutkimusosasto tekivät yhdessä kehittämishankkeen vuonna 2011, jossa tavoitteena oli lisätä tahdistinasennusten määrää, vähentää komplikaatioita, nopeuttaa tahdistinpotilaiden hoitoon pääsyä vähentää potilaiden odotusai-

kaa sairaalassa, sekä lisätä tahdistinpoliklinikan sairaanhoitajan etäseurantasuoritteiden ja vastaanottokäyntien määrää.

Kehittämishankkeeseen osallistui kaksi toimenpidekardiologia, kahdeksan sairaanhoitajaa sydäntutkimusosastolta ja kolme sairaanhoitajaa tahdistinpoliklinikalta. Toimintasuunnitelma laadittiin kiireellisten potilaiden saamiseksi asennukseen 1-2 vuorokauden kuluessa. Siihen kuului koko hoitoketjun informoiminen kiireellisten tahdistimien asennus tarpeesta. Tahdistinhuoneen toimivuuden parantamisen kuului, että tahdistinhuoneessa toimivat tahdistinasennukseen motivoituneet hoitajat ja lääkärit. Samalla alettiin kouluttaa hoitajia avustamaan lääkäreitä tahdistimien asennuksessa. Toimintaa parannettiin myös tahdistimen asennuksen jälkeen eli tahdistimet säädettiin potilaan tarpeita vastaaviksi heti asennuksen jälkeen sydäntutkimusosastolla. Näin pysyttiin lisäämään polikliinista tahdistintoimintaa. Tahdistinasennusten sujuvuutta ja laadukkuutta parannettiin sillä, että tahdistimia asentavat ensisijaisti kokeneet asentajat. Tahdistinasennuskoulutuksen saa vain osa kardiologikoulutettavista.

Näillä toimilla tahdistimien asennusten määrä saatiin lisääntymään 4-5/päivä (aikaisemmin 3/päivä), toimintaa saatiin sujuvammaksi ja komplikaatioiden määrä vähenemään. Verrattuna edelliseen komplikaatioiden seuranta tutkimukseen (2006), vakavien komplikaatioiden määrä on merkittävästi laskenut. Vakava komplikaatio on muun muassa syvä koko tahdistinjärjestelmän poistoon johtava infektio. Mikäli potilas on tahdistinriippuvainen eli hänellä ei ole omaa sydämenrytmiä tai kyseessä on rytmihäiriötahdistin, joka on asennettu vakavien rytmihäiriöiden estämiseen ja hoitoon, potilas joutuu olemaan sairaalassa, kunnes uusi tahdistin voidaan asentaa.

7 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työikäisen tahdistinpotilaan ohjauksen laatua potilaiden arvioimana. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa tahdistinpotilaiden saamasta ohjauksesta ja auttaa kehittämään tahdistinpotilaiden ohjausta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi tahdistinpotilaat arvioivat saamansa ohjauksen laadun tahdistimen laiton jälkeen?
2. Miten he haluaisivat kehittää tahdistinpotilaiden ohjausta?

8 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

8.1 Aineiston keruu ja siinä käytetty menetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella työikäisiltä tahdistimen asennuksessa olleita potilailta Meilahdessa. Työikäisiä (alle 68 vuotta) arvioidaan olevan noin 10 -15 prosenttia kaikista tahdistimen saaneista potilaista. Työikä on tässä tutkimuksessa määritelty alle 68 vuotta, koska nykyisen lainsäädännön mukaan henkilö voi olla työelämässä 68-vuotiaaksi asti. Kyselytutkimuksen aineisto muodostui potilaita, joille oli asennettu ensimmäinen tahdistin.

Kohdejoukko on 15.2 – 30.5.2013 aikana Meilahden sairaalan tahdistinpoliklinikalla käyneet ja sydäntutkimusosastolla tahdistimen saaneet työikäiset potilaat, N=43. Tämän tutkimukseen eivät kuulu Peijaksen- ja Jorvin sairaalan tahdistinpoliklinikat. Tahdistinpoliklinikan hoitaja laittoi 13 tahdistinpoliklinikalle ensikäynnille tulevalle tahdistinpotilaalle saatekirjeen ajanvarauskirjeen mukana kotiin, jossa pyydettiin osallistumaan kyselytutkimukseen. Näistä potilaista 11 täytti ensikäynnillä kyselylomakkeen.

Osa potilaista ei käynyt lainkaan tahdistinpoliklinikalla, vaan toimenpidekardiologi tarkisti ja teki yksilölliset säädöt tahdistimen asennuksen jälkeen sydäntutkimusosastolla. Näiden potilaiden jatkohoito on tahdistimen asennuksen jälkeen muissa HUS:n alueen sairaaloissa tai muussa sairaalassa. Aineisto oli alunperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus kerätä vain Meilahden tahdistinpoliklinikalla käyneiltä tahdistinpotilailta. Aineiston keruusuunnitelmaa jouduttiin muuttamaan, koska sydäntutkimusosastolla polikliinisten tahdistinpotilaiden määrä on kasvanut koko ajan. Polikliinisillä potilailla tarkoitetaan tässä työssä niitä potilaita, jotka tulevat sydäntutkimusosastolle tahdistimen asennusta varten ja lähtevät kotiin tai muuhun sairaalaan tahdistimen asennuksen jälkeen. Näille potilaille postitettiin kyselylomake palautuskuoren kanssa kotiin. Opinnäytetyöntekijä laittoi vielä syyskuun alussa 30:lle tuona samana aikana (15.2 –

30.5.2013) tahdistimen saaneelle potilaalle kyselylomakkeen ja pyydettiin vastaamaan kyselyyn syyskuun loppuun mennessä. Vastauksia tuli määräaikaan mennessä 12 kappaletta. Yhteensä kyselyyn vastasi 23 työkäistä ensimmäisen tahdistimen saanutta potilasta.

Tässä opinnäytetyössä käytetään Maria Kääriäisen © kehittämää potilasohjauksen laadun arviointimittaria, jota on modifioitu tämän opinnäytetyön tarkoitukseen. Opinnäytetyössä käytetään mittarin uusinta versiota, jota on käytetty muun muassa sydämenvaaja-toiminta potilaan ja sydänsarkoidoosipotilaiden ohjauksen laadun arvioinnissa. Lupa on saatu mittarin kehittäjältä sähköpostitse 26.11.2012 ja sopimus sen käytöstä on allekirjoitettu 11.12.2012. Mittarin sisältö- ja rakennevaliditeetti on varmistettu aikaisemmissa tutkimuksissa. Sitä on pidetty hyvänä niin sisällöllisesti, rakenteeltaan kuin sisäisen johdonmukaisuuden osalta. (Kääriäinen 2007.)

Mittaria on modifioitu vastaamaan tämän opinnäytetyön tarkoitusta. Yksi muutos tehtiin ohjauksen resurssit osioon. "Hoitohenkilökunta osasi ohjata minua sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa esimerkiksi sykkeen mittaus. Tarkistamalla ajoittain omaa sykettä, voi huomata toimiiko tahdistin säätöjen asettamissa rajoissa. Eniten muutoksia tehtiin ohjauksen riittävyys osioon. "Sain riittävästi ohjausta rytmihäiriön oireista" kysymys lisättiin, koska rytmihäiriö voi ilmentyä monella eri tavalla. Osalla potilaista se voi olla tajunnan menetys, toisilla sydämen tykytys tai sydämen pysähtyminen. "Sain riittävästi ohjausta tahdistimen vaatimista rajoituksista päivittäisessä elämässä esimerkiksi sähkölaitteet ja autolla ajo. Sähköhitsaus ei ole suositeltavaa samoin autolla ajo kielletään rytmihäiriötahdistinpotilailla puoleksi vuodeksi. "Sain ohjausta liikuntamuodoista mitä voin harrastaa tahdistimen" kanssa lisättiin, koska esimerkiksi kontaktilajeissa kuten judossa ja karatessa tahdistingeneraattori voi vahingoittua. "Sain ohjausta tahdistimen vaikutuksesta työkykyyn" lisättiin, koska rytmihäiriötahdistinpotilailta kielletään esimerkiksi ammattiautoilu tai lentäjän ammatissa toimiminen. "Sain riittävästi ohjausta tahdistimen vaikutuksesta omaisiini lisättiin, koska useissa tutkimuksissa on tullut esille, että omaiset kaipaivat enemmän ohjausta.

Ohjauksen toteutus osiosta tavoitteellisuus jätettiin kokonaan pois, koska osa vastaajista oli saanut tahdistimen kiireellisesti alle vuorokauden kuluessa oireiden alkamisesta, osa elvytyksen tai sydänleikkauksen jälkeen. Tällöin vielä tavoitteiden asettaminen olisi

ollut vaikeaa. He saivat ohjausta ensimmäisen kerran tahdistimen asennuksen jälkeen. Tällöin ohjausta on annettu potilaan jaksamisen mukaan. Osalla potilaista ohjaus tapahtui sydäntutkimusosastolla heti asennuksen jälkeen ja osalla ensikäynnillä tahdistinpoliklinikalla. Osalle potilaista sydäntutkimusosastolla annettu ohjaus oli ainoa ohjaus mitä he olivat saaneet. Ohjauksen vaikutukset osioon muutettiin yksi kysymys " Ohjaus on edistänyt tuntemasta pelkoa tahdistinta kohtaan". Pelko on yksi merkittävä tekijä, jota potilaat kokevat tahdistinlaitetta kohtaan. (Journal of America Academy of Nurse Practioners 2009: 549 – 56.)

Mittarin osalta asteikko muutettiin niin, että "en osaa vastata" koodattiin nolllaksi ja lisättiin "ei samaa eikä eri mieltä". Kyselytutkimuksen peruslähtökohtana on, että lomake on laadittu huolellisesti, jotta se antaa vastauksia tutkimusongelmiin. Lomake on laadittu niin, että se on selkeä ja kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Näin tulosten luotettavuus paranee. (Hirsjärvi 2004.) Kysymysten sisällöllisen tarkistuksen teki sydäntutkimusosaston rytmikardilogian ylilääkäri ja hyväksyi ne muuttamatta mitään osioita.

Ohjauksen resurssit muodostivat yhden summamuuttujan, jota kaikki mittarin ohjauksen resursseja kuvaamat väittämät mittasivat. Ohjauksen riittävydestä muodostettiin kaksi summamuuttujaa, tahdistimen vaikutus arkeen ja sairauden hoito. Ohjauksen toteutuksesta muodostettiin kaksi summamuuttujaa, ohjauksen vuorovaikutus ja potilaslähtöisyys. Ohjauksen vaikutus muodosti yhden summamuuttujan, jota kaikki mittarin ohjauksen vaikutuksen väittämät mittasivat.

Cronbachin–Alpha kertoimella testattiin summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta. Arvot olivat välillä 0,89 - 0,98. (Taulukko 1.) Mitä lähempänä alphas-kertoimet ovat arvoa yksi, sitä yhdenmukaisempia mittariin kuuluvat muuttujat tai kysymykset keskenään ovat. (Tähtinen – Laakkonen – Broberg 2011.) Cronbachin–Alpha kertoimelle ei ole annettu yksiselitteistä alarajaa, mutta sen tulisi olla mielellään yli 0,70. (Heikkilä 2008.)

Taulukko 1. Mittarin summamuuttujien Cronbachin–Alpha kertoimet

LAADUN OSA-ALUEET	LAADUN OSA-ALUEIDEN SUMMAMUUTTUJAT	CRONBACHIN ALPHA
Ohjauksen resurssit	Ohjauksen resurssit (10 väittämää)	0.97
Ohjauksen riittävyys	Tahdistimen vaikutus arkeen (6 väittämää)	0.89
	Sairauden hoito (10 väittämää)	0.96
Ohjauksen toteutus	Potilaslähtöisyys (10 väittämää)	0.97
	Vuorovaikutus (10 väittämää)	0.94
Ohjauksen vaikutukset	Ohjauksen vaikutukset (13 väittämää)	0.98

8.2 Aineiston analysointi

8.2.1 Numeerisen aineiston tilastollinen analysointi

Numeerinen aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistic-21 tilasto-ohjelmalla. Tulosten kuvailussa käytettiin prosentteja, frekvenssejä, keski-arvoja ja keskihajontaa. Kaikki kyselylomakkeet oli täytetty hyvin. Muutamasta puuttui taustatietoja, kuten peruskoulutus tai tutkintoaste ja yhdestä minkälainen tahdistin oli asennettu. Taustamuuttujista ikää koskeva kysymys muutettiin kaksiluokkaiseksi 31 -50v.– 51-67v. "Täysin samaa mieltä" – "osittain samaa mieltä" yhdistettiin yhdeksi luokaksi "samaa mieltä". Samoin "täysin eri mieltä" – "osittain eri mieltä" yhdistettiin luokaksi "eri mieltä". "Ei samaa eikä eri mieltä" sekä "En osaa sanoa" pidettiin samana. Sivillisäätö muutettiin kaksiluokkaiseksi naimisissa/parisuhteessa – ei parisuhteessa. Työssä käynti muutettiin kaksiluokkaiseksi ansiotyössä – työkyvyttömyyseläkkeellä. Ohjauksen kokonaislaatua kysyttiin luokitteluasteikolla 1–5, jossa 1 tarkoittaa huonoa ja 5 kiitettävää.

Muuttujien välisiä yhteyksiä testattiin ristiintaulukoimalla ja khiin-neliötestillä. Ristiintaulukointi on selkeä ja tehokas analysointimenetelmä. Sen avulla on helppo hahmottaa tutkimusaineistoa, muuttujien suhdetta ja jatkoanalysoinnin tarpeellisuutta. (Tähtinen–Laakkonen – Broberg 2011.) Tässä työssä kaikki muuttujat ristiintaulukoitiin kaikkien

väittämiä osalta ja yhdistettiin khiin-neliötestiin. Testillä tutkitaan havaittujen ja odotettujen frekvenssien välisen eron tilastollista merkitsevyyttä.

8.2.2 Laadullisen aineiston sisällönanalyysi

Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohta on teoria ja teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tutkimuksen tarkoitus määrittelee sen, mikä analyysimenetelmä valitaan ja tässä opinnäytetyössä laadullinen aineisto luokiteltiin deduktiivisella sisällön analyysimenetelmällä käyttäen hyväksi ohjauksen laadun alueita. Aineisto luokiteltiin ohjauksen laadun osaluokkien mukaan neljään luokkaan: Ohjauksen resurssit, ohjauksen toteutus, ohjauksen riittävyys ja ohjauksen vaikutukset. (Kääriäinen 2007.)

Aineiston luotettavuus perustuu siihen, kuinka aineisto on onnistuttu pelkistämään ja muodostamaan siitä kategoriat, jotka kuvaavat mahdollisimman hyvin ja luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs – Vanhanen 1999.) Tässä opinnäytetyössä on kunkin laadun alueen pelkistetyt ilmaisut koottu samankaltaisuuden mukaan ryhmiin ja niille on annettu nimet, jotka näkyvät kyseisen laadun alueen alakategorioina. (Taulukko 9.)

9 Opinnäytetyön tulokset

9.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 23 (N=43) potilasta eli vastausprosentti oli 53,5. Hieman yli puolet, 57 % vastanneista oli miehiä. Vastaajista suurin osa oli 51 -67 vuotiaita. Muut kahta luokkaan ottamatta olivat parisuhteessa. Yli puolella peruskoulutuksena oli kansa – keski – tai peruskoulu. Noin puolella oli opistoasteen/ alemman korkeakoulun tai ammattikorkeakoulun tutkinto. Viides osa ei ollut vastannut tähän kysymykseen. Vastaajista ansiotyössä olevia oli kaksi kolmas osaa ja yksi kolmas osa oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Suurin osa vastaajista oli ollut hoidossa päivystyspoliklinikalla, kardiologisella vuodeosastolla tai kardiologian poliklinikalla ja joka viides kaikissa kolmessa paikassa. Tahdistimen asennuksesta oli kulunut aikaa kulunut kuukausi tai enemmän suurimmalla osalla. Kolmasosalle vastaajista oli asennettu hitaanrytmin tahdistin tai rytmihäiriö- ja va-

jaatoimintatahdistin-yhdistelmä. Yksi ei ollut vastannut tähän kysymykseen. Tahdistin oli asennettu puolelle ei-kiireellisesti, kiireellisesti joka viidennelle ja neljäs osalle muulla tavoin esimerkiksi sydänleikkauksen tai elvytyksen jälkeen. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilaiden taustatiedot (n=23)

TAUSTA-MUUTTUJA	MUUTTUJAN LUOKAT	FR (%)
Sukupuoli	Nainen	10 (43)
	Mies	13 (57)
Ikä	31-50v.	5 (22)
	51-67v.	18 (78)
Siviilisäätö	Naimisissa/parisuhteessa	2 (9)
	Eronnut/leski	2 (9)
Peruskoulutus	Perusaste (kansa –keski –tai peruskoulu	14 (61)
	Ylioppilastutkinto	5 (22)
	Vastaus puuttuu	4 (17)
Tutkintoaste	Kouluaste	6 (26)
	Opistoaste/ alempi korkeakoulu /amk	12 (52)
	Ylempi korkeakoulu/ yamk	2 (9)
	Vastaus puuttuu	3 (13)
Työssä käynti	Ansiotyössä	16 (70)
	Työkyvyttömyyseläkkeellä	7 (30)
Tahdistimen asennuksesta kulunut aika	alle 1 kuukausi	2 (9)
	1 kuukausi tai enemmän	21 (91)
Missä on hoidettu rytmihäiriön vuoksi	Päivystyspoliklinikalla	3 (13)
	Kardiologisella vuodeosastolla	4 (17)
	Ajanvarauspoliklinikalla	4 (17)
	Päivystys ja vuodeosasto	2 (9)
	Päivystys ja ajanvarauspoliklinikka	2 (9)
	Vuodeosasto ja ajanvarauspoliklinikka	2 (9)
	Kaikilla	4 (17)
Vastaus puuttuu	2 (9)	
Tahdistimen laatu	Hitaan sykkeen tahdistin	8 (35)
	Rytmihäiriötahdistin	3 (13)
	Vajaatoimintatahdistin	3 (13)
	Rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistin	8 (35)
	Vastaus puuttuu	1 (4)
Tahdistimen asennuksen kiireellisyys	Kiireellinen	5 (22)
	Ei-kiireellinen	12 (52)
	Muulla tavoin esim. elvytyksen tai sydänleikkauksen jälkeen	6 (26)

9.2 Tahdistinpotilaiden ohjauksen laatu arvioinnin kohteena

Tahdistinpotilaiden (n=23) ohjauksen laatua arvioitiin kaikilla neljällä osa-alueella ja niistä muodostuneiden kuuden summamuuttujan mukaan. Summamuuttujan arvoja tulkitaan seuraavasti:

- 1–1,99= ohjauksen laatu erittäin hyvä,
- 2–2,99= ohjauksen laatu jokseenkin hyvä,
- 3–3,99= ohjauksen laatu jokseenkin huono
- ja 4–5= ohjauksen laatu erittäin huono.

9.2.1 Ohjauksen resurssit

Suurin osa vastaajista arvioi, että henkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata, ohjausmateriaali oli ajan tasalla olevaa ja ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa. Vastaajat kokivat saaneensa yksilöllistä ohjausta. Henkilökunnan tiedot ohjattavista asioista koettiin myös hyväksi. Lähes puolet vastaajista arvioi ohjauksessa käytettävän havainnollistamisvälineistön (videot, internet) käytön puutteelliseksi. Keskiarvot vaihtelivat tällä ohjauksen laadun osa-alueella erittäin hyvästä jokseenkin hyvään 1,27 – 2,31. Keskihajonta vaihteli 0,71–0,94 välillä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ohjauksen resurssit (n=23)

Väittämät	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa eikä eri mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut vastata FR (%)	Ka	Sd
Hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua	17 (74)	-	5 (22)	1 (4)	1,45	0,85
Ohjaus toteutettiin sopivissa tiloissa	14 (61)	1 (4)	5 (22)	3 (13)	1,55	0,88
Ohjauksessa käytettiin ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia esim. kotihoito-ohjeet	15 (65)	-	5 (22)	3 (13)	1,50	0,88
Ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä esim. internet, videot	5 (22)	1 (4)	10 (44)	7 (30)	2,31	0,94
Ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa	16 (70)	1 (4)	4 (17)	3 (13)	1,43	0,81

Hoitohenkilökunta hallitsi sen tiedon, jota tarvittiin ohjauksessa	16 (70)	1 (4)	3 (13)	3 (13)	1,35	0,74
Hoitohenkilökunta osasi taitavasti ohjata minua	16 (70)	-	4 (17)	3(13)	1,40	0,82
Hoitohenkilökunta asennoitui myönteisesti ohjaamiseen	18 (78)	2 (9)	2 (9)	1 (4)	1,27	0,63
Hoitohenkilökunta osasi ohjata minua sopivalla henkilökohtaisella tavalla	18 (78)	1 (4)	3 (13)	1 (4)	1,32	0,71
Hoitohenkilökunta osasi ohjata sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa esim. sykkeen mittaus	14 (61)	3 (13)	3 (13)	3 (13)	1,45	0,75

9.2.2 Ohjauksen riittävyys

Tahdistimen vaikutus arkeen

Tahdistimen vaikutuksesta arkeen ja rajoituksista päivittäisessä elämässä suurin osa vastaajista arvioi saaneensa riittävästi ohjausta. Kolmas osa arvioi saaneensa riittävästi ohjausta tahdistimen vaikutuksesta läheisiin ja omaisiin ja kolmas osa arvioi ohjauksen olleen riittämätöntä tältä osin. Tahdistimen toimintahäiriöistä tai mitä tehdä, jos rytmihäiriötahdistin antaa sähköiskun vastaajista puolet oli saanut riittävästi ohjausta. Keskiarvot ohjauksen laadusta olivat 1,30 – 1,90 eli laatu oli keskimäärin erittäin hyvää. Keskihajonta oli 0,70–0,92. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Ohjauksen riittävyys (n=23) Tahdistimen vaikutus arkeen

Väittämät	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa eikä eri mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut vastata FR (%)	Ka	Sd
Tahdistimen vaatimista rajoituksista päivittäisessä elämässä esim. sähkölaitteet ja autolla ajo	19 (83)	1 (4)	3 (13)	-	1,30	0,70
Liikuntamuodoista mitä voin harrastaa tahdistimen kanssa	17 (74)	2 (9)	4 (17)	-	1,43	0,78

Tahdistimen vaikutuksesta työkykyyn esim. fyysisesti raskas työ	13 (57)	4 (17)	5 (22)	1 (4)	1,64	0,84
Tahdistimen vaikutuksesta omaisiini/puolisooni	8 (35)	5 (22)	7 (30)	3 (13)	1,95	0,88
Tahdistimen toimintahäiriöistä	12 (52)	2 (9)	6 (26)	3 (13)	1,70	0,92
Mitä tehdä, jos rytmihäiriötahdistin antaa iskun	13 (57)	2 (9)	6 (26)	3 (13)	1,67	0,91

Sairauden hoito

Yli puolet vastaajista arvioi saaneensa riittävästi ohjausta rytmihäiriön oireista, lääkeshoidon toteuttamisesta ja omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon. Vastaajat arvioivat saaneensa kaikista eniten ohjausta miten jatkohoito toteutetaan ja mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee hoito-ongelmia. Kuntoutuspalveluista, sosiaalietuuksista ja vertaistuesta noin kolmasosa vastaajista arvioi saaneensa riittävästi ja kolmas osa vastaajista arvioi ohjauksen olleen riittämätöntä niiltä osin. Keski-arvot vaihtelivat erittäin hyvästä jokseenkin hyvään, välillä 1,18–2,06. Keskihajonta oli tällä ohjauksen osaluueella 0,58–1,00. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Ohjauksen riittävyys (n=23) Sairauden hoito

Väittämät	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa eikä eri mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut vastata FR (%)	Ka	Sd
Rytmihäiriön oireista	14 (61)	2 (9)	3 (13)	4 (17)	1,42	0,76
Rytmihäiriön vaaratekijöistä esim. sydäninfarkti	10 (43)	4 (17)	5 (22)	4 (17))	1,74	0,87
Lääkehoidon toteuttamisesta	15 (65)	5 (22)	3 (13)	-	1,48	0,73
Omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon	15 (65)	2 (9)	4 (17)	2 (4)	1,48	0,81
Mahdollisista lisäsairauksista	9 (39)	1 (4)	9 (39)		2,00	1,00
Miten jatkokäynnit sairaalassa /vastaanotolla toteutetaan	20 (87)	-	2 (9)	1 (4)	1,18	0,58
Kuntoutuspalveluista	8 (35)	4 (17)	9 (39)	2 (9)	2,05	0,92
Sosiaalietuuksista esim. Kelan korvaukset	9 (39)	2 (9)	8 (35)	4 (17)	1,95	0,97
Vertaistukiryhmistä esim. sydänliitto	7 (30)	3 (13)	8 (35)	5 (22)	2,06	0,93

Mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee hoito-ongelmia	19 (83)	-	3 (13)	1 (4)	1,27	0,70
---	---------	---	--------	-------	------	------

9.2.3 Ohjauksen toteutus

Potilaslähtöisyys

Vastaajista yli puolet arvioi saaneensa riittävästi ohjausta asioista, joita hän tarvitsee, häntä rohkaistiin kysymään askartuttavista asioista, rohkaistiin esittämään toiveita ohjaustilanteessa. Puolet arvioi saaneensa yksilöllistä ohjausta riittämättömästi kuten oppimistavan osalta tai omaisen/puolison ottamisesta mukaan ohjaustilanteeseen. Tunteiden huomioimisen osalta puolet vastaajista arvioi saaneensa riittämättömästi ohjausta samoin kuin ohjattavien asioiden soveltamisesta päivittäiseen elämään. Kuitenkin yli puolet vastaajista arvioi, että häntä pidettiin oman elämän asiantuntijana. Potilaslähtöisyyden osalta keski-arvot olivat 1,45–2,38, eli erittäin hyvästä jokseenkin hyvään. Keskihajonta vaihteli 0,68–1,00 välillä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ohjauksen toteutus (n=23) Potilaslähtöisyys

Väittämät	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa eikä eri mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut vastata FR (%)	Ka	Sd
Ohjauksessa käsiteltiin juuri niitä asioita, joita minä tarvitsen	12(5)	1(4)	7(30)	3(13)	1,75	0,96
Minulta kysyttiin mitä tiedän ohjattavista asioista entuudestaan	9 (39)	1 (4)	9 (39)	4 (17)	2,00	1,00
Minua rohkaistiin kysymään ohjaustilanteessa askarruttavista asioista	15 (65)	-	7 (30)	1 (4)	1,64	0,95
Minua rohkaistiin esittämään toiveitani ohjauksessa	12 (52)	2 (9)	7 (30)	2 (9)	1,76	0,94
Omaiseni/puolisoni otettiin mukaan ohjaukseen	5 (22)	3 (13)	13 (57)	2 (9)	2,38	0,86
Kanssani keskusteltiin mikä on minulle sopiva tapa muistaa asioita esim. katsomalla, kuuntelemalla	7 (30)	1 (4)	12 (52)	3 (13)	2,25	0,96
Ohjattavia asioita sovellettiin minun elämäni	5 (22)	6 (26)	10 (43)	1 (4)	2,24	0,83

Tunteeni esim. pelot, suru, pettymys huomioitiin ohjauksessa	8 (35)	3 (13)	11 (48)	1 (4)	2,14	0,94
Minua pidettiin oman elämäni asiantuntijana	13 (57)	5 (22)	2 (9)	3 (13)	1,45	0,68
Minulle esitettiin sellaisia kysymyksiä, että jouduin miettimään elämäni ja sairastumistani	8 (35)	6 (26)	5 (22)	4 (17)	1,84	0,83

Vuorovaikutus

Yli puolet vastaajista arvioi, että vuorovaikutus ohjauksessa oli riittävää lähes kaikilta osin. Poikkeus oli tunteiden kuuntelemisen osalta. Vastaajista kolmas osa oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin, kun tunteet olivat pinnalla ja joka viides oli sitä mieltä, että heitä ei kuunneltu ohjauksessa. Vuorovaikutuksen osalta keski-arvot olivat välillä 1,30–1,80. Vuorovaikutuksen osalta ohjauksen laatu arvioitiin erittäin hyväksi. Keskihajonta vaihteli 0,57–0,93. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Ohjauksen toteutus (n=23) Vuorovaikutus

Väittämät	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa eikä eri mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut sanoa FR (%)	Ka	Sd
Ohjaus toteutui keskustelemalla	13 (57)	2 (9)	7 (30)	1 (4)	1,73	0,93
Minulla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä	15 (65)	4 (17)	3 (13)	1 (4)	1,45	0,73
Sain ilmaista hoito-ohjeista mielipiteitäni	14 (61)	2 (9)	5 (22)	2 (9)	1,50	0,87
Ohjaustilanteen ilmapiiri oli tuvalinen	14 (61)	5 (22)	3 (13)	1 (4)	1,57	0,74
Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä	15 (65)	4 (17)	2 (9)	2 (9)	1,38	0,66
Minua kuunneltiin ohjauksessa	15 (65)	4 (17)	1 (4)	3 (13)	1,30	0,57
Keskustelu eteni esiin tuomieni asioiden mukaan	13 (57)	6 (26)	3 (13)	1 (4)	1,55	0,73
Yhdellä kertaa käytiin sopiva määrä asioita esim. 1-3 asiaa	12 (52)	5 (22)	2 (9)	4 (17)	1,47	0,69
Minua kuunneltiin, kun tunteeni oli pinnalla	9 (39)	6 (26)	5 (22)	3 (13)	1,80	0,83
Keskeiset asiat kerrattiin loppuksi	13 (57)	5 (22)	3 (13)	2 (9)	1,52	0,75

9.2.4 Ohjauksen vaikutukset

Ohjausten vaikutusten osalta vastaajat arvioivat, että ohjaus oli edistänyt ja parantanut elämänlaatua yli puolella. Kotona pärjäämisen arvioi yli puolet vastaajista parantuneen ja neljäs osa vastaajista koki, että ohjaus on ollut riittämätöntä. Vastaajat arvioivat, että ohjaus on edistänyt toimintakykyä, myönteistä asennoitumista elämään, lääkehoidon noudattamista, osallistumista ja vastuunottoa hoidosta ja tuntemasta pelkoa tahdistinlaitetta kohtaan yli puolella ja kolmas osa oli eri mieltä. Keski-arvot arvioitiin ohjauksen vaikutusten osalta erittäin hyväksi 1,50–1,81 ja keskihajonta oli 0,79–0,94 välillä. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Ohjauksen vaikutukset (n=23)

Väittämät Ohjaus on edistänyt:	Samaa mieltä FR (%)	Ei samaa mieltä FR (%)	Eri mieltä FR (%)	Ei osannut sanoa FR(%)	Ka	Sd
..toimintakykyäni	12 (52)	2 (9)	6 (26)	3 (13)	1,70	0,92
mielialaani	12 (52)	2 (9)	7 (30)	2 (9)	1,76	0,94
..hyvinvoinnin tunnettani	11 (48)	3 (13)	7 (30)	2 (9)	1,81	0,92
..myönteistä asennoitumista elämäni ja hoitoni	12 (52)	3 (13)	7 (30)	2 (9)	1,71	0,90
..tietoa sairaudestani	14 (61)	3 (13)	5 (22)	1 (4)	1,59	0,85
..asioiden ymmärtämistä	13 (57)	4 (17)	5 (22)	1 (4)	1,64	0,84
..itseni hoitoa kotona	13 (57)	4 (17)	5 (22)	1 (4)	1,64	0,84
..selviytymistä kotona	13 (57)	3 (13)	6 (26)	1 (4)	1,68	0,89
..omaiseni/ puolisoni tietoa tahdistimesta	11 (48)	4 (17)	6 (26)	2 (9)	1,76	0,88
..lääkehoidon noudattamista	15 (65)	3 (13)	4 (17)	1 (4)	1,50	0,80
..terveellistä ruokailua ja liik-kumista	13 (57)	5 (22)	4 (17)	1 (4)	1,59	0,79
..osallistumista ja vastuunot-toa hoidosta	12 (52)	4 (17)	6 (26)	1 (4)	1,73	0,88
..tuntemasta pelkoa tahdistin-laitetta kohtaan	13 (57)	2 (9)	6 (26)	2 (9)	1,67	0,91

9.3 Yhteenveto ohjauksen laadusta ja vastaajien taustatietojen yhteys ohjauksen laadun arviointiin

Ohjauksen laatu oli summamuuttujatasolla erittäin hyvä. Keskiarvot olivat 1,58–1,87 välillä, samoin keskihajonta oli pientä 0,59 – 0,83. (Taulukko 9.) Resurssien osalta vastaajat arvioivat ohjauksen laadun hyväksi lähes kaikilta osin. Ohjauksessa käytetyn havaintovälineistön käyttö koettiin puutteelliseksi. Tyytyväisimpiä vastaajat olivat henkilökunnan asenteeseen ohjauksen suhteen, ohjaukseen käytettyyn aikaan, ohjausmateriaaliin, ja henkilökunnan taitoihin ohjattavista asioista. Tahdistimen vaikutuksesta arkeen vastaajat arvioivat parhaiten toteutuneen ohjauksen tahdistimen vaatimista rajoituksista päivittäisessä elämässä ja mitä liikuntaa voi harrastaa tahdistimen kanssa. Tahdistimen toimintahäiriöistä ja tahdistimen vaikutuksesta työkykyyn yli puolet vastaajista arvioi saaneensa riittävästi ohjausta. Huonoiten vastaajat arvioivat saaneensa ohjausta tahdistimen vaikutuksesta läheisiin ja omaisiin.

Sairauden hoidon osa-alueelta ohjaus toteutui parhaiten jatkohoidon toteuttamisen osalta ja mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee hoito-ongelmia. Huonoiten vastaajat arvioivat saaneensa tietoa sosiaalietuuksista, kuntoutuspalveluista ja vertaistukiryhmistä. Potilaslähtöisyyden osalta huonoimmin toteutui omaisen mukaanotto ohjaukseen, ohjattavien asioiden soveltaminen elämään ja ohjattavan yksilöllisen tavan oppia huomioiminen ohjauksessa. Vuorovaikutus toteutui lähes kaikilta osin hyvin. Vastaajat arvioivat, että heitä ei kuunneltu riittävästi ohjauksessa, kun tunteet olivat pinnalla. Ohjauksen vaikutusten osalta suurin osa vastaajista arvioi, että ohjaus on edistänyt jokapäiväisessä elämässä toimimista ja tuntemasta pelkoa tahdistinlaitetta kohtaan. Ohjauksen laadun vastaajat arvioivat kokonaisuudessaan melko hyväksi.

Tausta – ja tutkimusmuuttujien välistä yhteyttä analysoitiin ristiintaulukoimalla ja khiin-neliötestillä. Otokoko oli pieni ja siksi khiin-neliötestaukseen liittyvät oletukset eivät täyttyneet. Muutamia eroja taustatietojen ja ohjauksen laadun välillä havaittiin ristiintaulukoinnissa kahden kategorisen muuttujan välillä.

Hitaan sykkeen tahdistinpotilaista 57 % oli sitä mieltä, että ohjaus oli ollut riittämätöntä mahdollisten lisäsairauksien osalta, mutta sitä mieltä oli vain ja 35 % vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista. Hitaan sykkeen tahdistinpotilaista 67 % oli sitä mieltä,

että ohjausta ei ollut riittävästi kuntoutuspalveluista, sosiaalietuuksista ja vertaistukiryhmistä ja 43 % vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista oli samaa mieltä. Ongelmatilanteista kotona ja mihin ottaa yhteyttä 80 % sekä hitaan sykkeen että vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistimen saaneista potilaista arvioi saaneensa riittävästi ohjausta. Potilaslähtöisen ohjauksen osalta hitaan sykkeen tahdistinpotilaista 100 % arvioi, että puolisoa/omaista ei otettu mukaan ohjaukseen, kun taas vajaatoiminta ja rytmihäiriötahdistinpotilaista 57 % oli sitä mieltä. Tunteiden huomioimisen osalta hitaan sykkeen tahdistinpotilaista 87 % arvioi, että tunteita ei huomioitu ohjauksessa ja 37 % vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista arvioi ohjauksen olleen riittämätöntä siltä osin.

Hitaan sykkeen tahdistinpotilaista 100 % ja vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista 43 % arvioi saaneensa riittämättömästi ohjausta oppimistavan ja ohjattavien asioiden soveltamisesta elämään. Tahdistimen laadulla oli merkitystä myös ohjauksen vaikutusten kannalta. Hitaan sykkeen tahdistinpotilaat arvioivat, että ohjaus on edistänyt toimintakykyä 28 % vastaajista ja vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista 71 %. Ohjauksen vaikutuksesta kotona pärjäämiseen 57 % hitaan sykkeen tahdistinpotilaista arvioi saaneensa riittämättömästi, kun taas vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista 75 % arvioi, että ohjaus oli ollut riittävää. Vastaukset noudattivat samanlaista prosentuaalista jakaumaa myös kaikilla muilla ohjauksen vaikutuksia mittaavien väittämien osalta.

Ristiintaulukoinnissa tuli esille ero niiden vastaajien välillä jotka olivat olleet hoidossa kardiologisella vuodeosastolla tai kardiologian poliklinikalla verrattuna niihin jotka eivät olleet. Vastaajat, jotka olivat olleet joko kardiologisella vuodeosastolla tai kardiologian poliklinikalla hoidossa olivat tyytyväisempiä ohjaukseen potilaslähtöisyyden ja ohjauksen vaikutusten osalta.

Taulukko 9. Ohjauksen laadun osa-alueiden summamuuttujat

VÄITTÄMÄT	n	Min	Max	Ka	Sd
Ohjauksen resurssit	13	1,00	3,00	1,58	0,80
<u>Ohjauksen riittävyys:</u>					
• Tahdistimen vaikutus arkeen	15	1,00	3,00	1,73	0,83
• Sairauden hoito	14	1,00	3,00	1,72	0,74
<u>Ohjauksen toteutus:</u>					
• Potilaslähtöisyys	11	1,00	2,90	1,87	0,75
• Vuorovaikutus	16	1,00	2,80	1,43	0,59
Ohjauksen vaikutukset	18	1,00	3,00	1,79	0,79

9.4 Tahdistinpotilaiden kehittämisehdotukset ohjauksen laadun parantamiseksi

Avoimen kysymyksen osalta vastaukset luokiteltiin ohjauksen resurssien, riittävyyden, toteutuksen ja vaikutusten mukaan. (Taulukko 10.) Kyselylomakkeessa kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten sydämentahdistimen saaneen potilaan ohjausta voisi kehittää jatkossa. Kysymykseen vastasi 11 vastaajaa (48 %). Henkilökunta resurssit ja kiire koettiin ohjausta huonontavina tekijöinä. Omaiset kaipaisivat enemmän tietoa sairaalan toteuttamana. Ohjausta toivottiin koulutuspäivien muodossa tai internetistä saatavana tietona. Osa vastaajista koki, että he eivät olleet saaneet minkäänlaista ohjausta tahdistimen asennuksen jälkeen henkilökunnalta. Tässä opinnäytetyössä avoimeen kysymykseen olivat vastanneet kriittisimmin ne vastaajat, jotka arvioivat ohjauksen laadun kokonaisuudessaan huonoksi tai korkeintaan tyydyttäväksi.

Ohjausvalmiudet ja ohjauksen toteutus arvioitiin puutteelliseksi. Ohjausmateriaali ja ohjausmenetelmät olivat yksipuolisia. Osa koki, että ei ollut saanut ohjausta ollenkaan tai oli saanut kirjallisen materiaalin itse luettavaksi. Potilaiden vastauksia, jotka kohdistuivat ohjauksen resursseihin:

"Koko hommaa varjosti kiire ja henkilökunnan vaje. Ei ollut ohjausta, mutta ambulanssi soitetaan, jos siltä tuntuu ettei pärjää."

"Ohjaus oli opaslehtinen tahdistimen asennuksen jälkeen tyynynpäällä."

" Koulutuspäivät, tietoiskut nettiin, sekä lisätietoja ja ohjeita."

" Asioista voisi keskustella jonkun asiantuntijan kanssa."

Ohjauksen riittävyyden osalta vastaajat arvioivat, että omaisten ohjaus on ollut riittämätöntä. Vastaajat toivoivat, että ohjausta tulee antaa hoitohenkilökunnan toteuttamina. Ohjaus tahdistimesta ja sen toiminnasta oli riittämätöntä. Vastaajat halusivat keskustella asiantuntijan kanssa tahdistimeen liittyvistä asioista. Ohjauksesta riittävyyden osalta vastaajat arvioivat näin:

"Enemmän tietoa omaisille. Omaiset kaipaisivat enemmän sairaalan suunnasta annettavaa tietoa."

"Omaisille enemmän tietoa."

" Pitäisi kertoa enemmän tahdistimesta. Potilas ei tiedä siitä mitään."

"Ainoa, joka antoi ohjausta, oli laitevalmistajan edustaja."

"Voitaisiin järjestää ohjausta."

Ohjauksen toteutuksen suhteen toivottiin, että ennen tahdistimen asennusta järjestettäisiin rauhallinen keskustelutuokio asiantuntevan hoitohenkilökunnan kanssa. Kontrollikäynnellä tahdistinpoliklinikalla toivottiin, että huomioitaisiin potilas kokonaisvaltaisesti eikä vain tarkistettaisi tahdistimen toimintaa. Vastauksissa tuli esille, että ohjausta toivottiin annettavan yksilöllisesti potilaan tarpeista lähtien. Ohjauksessa tulisi huomioida potilaan kunto ja sairaus.

"Ennen asennusta rauhallinen keskustelutuokio olisi hyvä. Kontrollikäyntien yhteydessä ei keskityttäisi vaan tahdistimeen, ihminen tahdistimen ympärillä vaatisi myös aikaa."

"Tahdistinpoliklinikalla tarkastetaan vain tahdistimen toiminta, eikä kuunnella lainkaan potilaan tuntemuksia. Siis ei kuunnella lainkaan potilasta."

”Leikkauksen jälkeen väsyneenä ei jaksanut kysellä.”

Ohjauksen vaikutusten osalta vastaajat toivoivat, että potilasta kohdeltaisiin kokonaisvaltaisesti ja niin, että ohjauksen laatua mittaavat asiat toteutuisivat ohjauksessa. Ohjausta tulisi myös järjestää myös silloin kun potilas ei itse sitä jaksaa aktiivisesti pyytää.

Eräs vastaaja arvioi ohjauksen vaikutusta näin:

”Siten, että edellä olleet kysymykset toteutuisivat potilaan ohjauksessa. Siinä otetaan potilas huomioon kokonaisvaltaisesti.”

Taulukko 10. Sisällön analyysi

Laadun alue	Laadun alueen kategoriat	Pelkistetyt ilmaukset
Ohjauksen resurssit	Ohjauksen resurssit	Kiire ja henkilökunnan vaje näkyy ohjauksessa Ohjausmateriaalin yksipuolinen käyttö Ohjausvalmiuksien ja asiantuntevan ohjauksen puute
Ohjauksen riittävyys	Tahdistimen vaikutus arkeen Sairauden hoito	Tahdistimesta saatu ohjaus on ollut riittämätöntä Ohjauksen puute ennen tahdistimen asennusta Ohjausta on ollut liian vähän
Ohjauksen toteutus	Potilaslähtöisyys Vuorovaikutus	Yksilöllisen ohjauksen puute Potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen puute Potilaan kunnon ja sairauden huomiotta jättäminen ohjauksessa Omaisten/läheisten ohjaus on ollut puutteellista
Ohjauksen vaikutukset	Ohjauksen vaikutukset	Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioon ottaminen

10 Pohdinta

10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Ohjauksen resurssit muodostuvat sairaalan tiloista, hoitohenkilökunnan riittävydestä, ohjaustaidoista, asenteesta ja sopivasta ohjausmateriaalista. Vastaajat arvioivat näiden laadun hyväksi. Laadukas potilasohjaus vaatii niin asianmukaisia tiloja, henkilökuntaresursseja kuin hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksia. Hoitohenkilöstön tulee ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan. (Kääriäinen 2007.) Ohjausmenetelminä olivat pääasias-
sa suullinen ohjaus ja kirjallinen ohjausmateriaali. Internetiä tai videoita ei käytetty ohjauksessa. Tämän vastaajat kokivat ohjausta huonontavaksi. Audiovisuaalisia menetelmiä ei hyödynnetty ohjauksessa. Niitä käytetään vähän tai niitä ei osata käyttää. Ohjausmenetelmät ovat usein puutteellisia ja yksipuolisia. Edellä kuvatun kanssa samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet (mm. Kääriäinen 2007; Lipponen ym. 2008 45: 121–135.) Esimerkiksi sydämen vajaatoimintapotilaat hyötyvät ohjauksesta, jossa hyödynnetään monipuolisia havainnollistamiskeinoja ja ohjaustilanteita on useita. (Fredericks – Beanlands – Spalding – Da Silva 2010.)

Ristiriitaa oli avoimen kysymyksen osalta ohjauksen resursseissa ja toisaalta ohjauksen puutteessa. Osa oli kokenut, ettei ohjausta annettu ollenkaan. Strukturoitujen kysymysten osalta taas ohjauksen resurssit koettiin hyväksi. Selityksenä saattaa olla se, että osa tahdistimen saaneista potilaista on ollut erittäin sairaita ja huonokuntoisia. He olivat saaneet tahdistimen sydänleikkauksen tai sydänpysähdyksen jälkeen. Ohjausta ei oltu voitu antaa potilaan huonosta kunnosta johtuen tai äkillinen vakava sairastuminen oli estänyt annetun tiedon omaksumista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille samanlaisia tuloksia. Potilaat saavat sairautensa alkuvaiheessa liikaa tietoa, jota he eivät ymmärrä tai pysty vastaanottamaan. (Kähkönen – Kankkunen – Saaranen 2012: 201–215.)

Tahdistimen vaikutuksesta arkeen vastaajat arvioivat saaneensa hyvin ohjausta kaikilta muilta osa-alueilta paitsi tahdistimen vaikutuksesta omaisiin ja puolisoon. Joka kolmas oli saanut riittävästi ohjausta ja joka viides oli eri mieltä. Samankaltaisia tuloksia on tullut esille aiemmissa tutkimuksissa. Koko perhe tarvitsee ohjausta ja neuvontaa, jotta he voivat sopeutua tilanteeseen. (Zyach – Finch 2009.) Potilaat ja omaiset sopeutuvat

tahdistinlaitteeseen paremmin, kun saavat ohjausta ja neuvontaa terveydenhuollon ammattilaisilta. (Zyach – Finch 2009.) Omaisten ohjaus on todella vähäistä. Aiemmissä tutkimuksissa on tullut esille samankaltaisia asioita. Hoitotyöntekijöiden tulisi olla aloitteellisia ohjauksen suhteen ja tarjota omaisille mahdollisuutta keskusteluun tai kertoa tilaisuuksista, jossa he voivat saada asianmukaista tietoa. (Lipponen ym. 2008 45: 121–135.) Esimerkkinä voisi mainita Sydänliiton järjestämät koulutustilaisuudet tahdistinpotilaille ja heidän omaisilleen.

Sairauden hoidon osalta ohjauksen riittävyteen vastaajat olivat tyytyväisiä rytmihäiriön oireista annettuun ohjaukseen, rytmihäiriön vaaratekijöistä, lääkehoidosta, omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon, jatkohoidosta ja mihin ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmatilanteita. Kuntoutuspalveluista, sosiaalietuuksista ja vertaistukiryhmistä saatuun ohjaukseen oli vain joka kolmas tyytyväinen. Samankaltaisia tuloksia on esitetty aikaisemminkin. Helajärvi-Tirrin pro-gradu (2012) tutkielmassa tuli esille se, että potilaat saivat liian vähäntietoa sosiaaliselta ja taloudelliselta osa-alueelta. Hoitohenkilökunnalla ei ole useinkaan tietoa kuntoutus- ja sosiaalipalveluista, mutta potilaille tulisi tarjota mahdollisuutta ottaa yhteyttä esimerkiksi sosiaalihoitajaan tai potilasasiamieheen. Vertaistukiryhmistä löytyy tietoa Sydänliiton internet-sivuilta.

Potilaslähtöisyys on yksi ohjauksen laatua arvioiva toiminta. Potilaalle on annettava ohjausta ymmärrettävällä tavalla ja ohjauksen tulee olla merkityksellistä potilaalle. Ohjauksen tarkoitus on auttaa potilasta selviytymään jokapäiväisessä elämässä. (Lipponen ym. 2008 45: 121–135.) Riittävä ohjaus on yksi laadukkaan ohjauksen tekijä. (Kääriäinen 2007.)Tässä opinnäytetyössä vastaajat arvioivat saaneensa riittävästi ohjausta mahdollisuudesta esittää toiveita ohjauksen suhteen ja askarruttavista asioista tahdistimen asennuksen jälkeen. Kuitenkin huonoiten toteutui omaisen tai puolison mukaanotto ohjaukseen ja ohjattavien asioiden soveltaminen ohjattavan elämään. Tahdistinpotilaan ohjaus oli yleisellä tasolla olevaa. Laadukas ohjaus tulisi olla sidoksissa potilaan taustatekijöihin, ikään, arvoihin ja sosiaaliseen ympäristöön. (Lipponen 2008 45: 121–135.)

Tuloksissa tuli esille, että hitaan sykkeen tahdistinpotilaat olivat tyytymättömiä niin ohjauksen riittävyden, potilaslähtöisyyden kuin ohjauksen vaikutusten osalta. Suurin osa vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaista taas arvioi saaneensa riittävästi oh-

jausta. Hitaan sykkeen tahdistinpotilaat ovat pääsääntöisesti polikliinisiä potilaita. He voivat olla joko ei-kiireellisiä tai kiireellisiä potilaita. Eron näiden kahden ryhmän välillä saattaa selittää se, että vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistinpotilaat ovat olleet seurannassa ja hoidossa perussairautensa takia kauemmin. Polikliiniseen tahdistinasenukseen tuleva potilas voi olla ensimmäistä kertaa hoidossa erikoissairaanhoidossa. Heillä ei myöskään usein ole mitään muuta hoitoa vaativaa sydänsairautta. Tätä ajatusta tukee myös se asia, että kardiologisella vuodeosastolla ja kardiologisella poliklinikalla hoidossa olleet tahdistinpotilaat olivat tyytyväisempiä ohjaukseen lähes kaikilta osin kuin ne jotka eivät olleet. Vajaatoiminta – ja rytmihäiriötahdistinpotilaiden jatkohoito on pääsääntöisesti molemmissa yksiköissä. Aiemmissä tutkimuksissa on myös tullut esille se, että ohjaukseen käytetty aika, ohjauksen antaminen ennalta ehkäisevästi ja potilaan huomioiminen kokonaisuudessaan ohjauksessa parantaa ohjaustuloksia. (Lipponen ym. 2008 45: 121 – 135; Jallinoja ym. 2009: 3557–3561.)

Helajärvi-Tirrin pro-gradu tutkielmassa tuli esille, että potilaiden tiedon tarve on suurempaa taloudelliselta alueelta, kuten sairaalakulut, lääkityskustannukset ja sairausloma-asiat, kuin mitä he ovat saaneet. Tämä vaikuttaa potilaiden elämänlaatuun, elämän hallintaa sekä selviytymiseen kotona. Monissa tutkimuksissa on tullut esille, että tahdistinpotilaat tarvitsevat yksilöllisesti rakennettua ohjausta. (Zyach – Finch 2009.) Naispotilaat, jotka ovat saaneet rytmihäiriötahdistimen, tarvitsevat enemmän yksilöllistä ohjausta tahdistimen toiminnasta ja vaikutuksesta päivittäiseen elämään. Heillä on todettu olevan enemmän ahdistusta ja pelkoa hyväksyä tahdistinta. (Lauren – Vazquez – Jamie – Conti – Sears 2010: 1132.) Tässä opinnäytetyössä ei vertailtu sukupuolen vaikutusta tahdistimen toiminnasta saadun ohjauksen riittävyyteen, mutta esille tuli, että vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistimen saaneet vastaajat olivat tyytyväisempiä ohjauksen riittävyyteen tahdistimen toiminnasta kuin hitaan sykkeen tahdistimen saaneet.

Tulevaisuudessa yhä enemmän sydänpotilaiden potilaiden hoito niin toimenpiteiden kuin jatkoseurannan osalta tulee olemaan polikliinistä toimintaa. Tämä asettaa haasteita hoitohenkilökunnalle ohjauksen laadun suhteen. Polikliinisten potilaiden määrän kasvaessa tämä tulee huomioida ja keskittää resursseja ennalta ehkäisevään ohjaukseen ja neuvontaan. Laadukkaalla ohjauksella voidaan saada aikaan kustannusvaikuttavuutta, potilaiden sitoutumista hoitoonsa ja lisätä potilastyytyväisyyttä.

10.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvässä tutkimuksessa noudatetaan hyviä tutkimuskäytäntöjä. Kun kyseessä on inhimillinen, potilaaseen kohdistuva toiminta, eettiset kysymykset ovat erittäin tärkeässä asemassa. Tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuus ja suostumus ovat tärkeitä sekä se, että tutkittavien henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Tutkimustyön tulee olla rehellisyyteen perustuvaa sen joka vaiheessa. (Hirsjärvi 2004.) Tutkimusetiikan peruslähtökohtana on hyödyn tuottaminen, haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja tutkittavien autonomia. Tutkimusta säätelevät lait ja asetukset. Tutkimus tulee tehdä noudattaen yleisesti hyväksytyjä eettisiä periaatteita. (Pietilä – Läsimies-Antikainen 2008.)

Opinnäytetyön tutkimuslupa on hyväksytty helmikuun alussa HUS:ssa Medisiinisessä tulosyksikössä. Kysely tehtiin työikäisille tahdistimen saaneille potilaille ja kyselylomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, vastausten luottamuksellisesta käsittelystä ja ettei henkilöllisyyttä voi lopullisesta opinnäytetyön raportista tunnistaa. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta, menettelytavasta ja mihin tarkoitukseen opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus käyttää. Tutkimuksen päätyttyä kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyössä käytettiin TtT Maria Kääriäisen (© 2009) kehittämää ohjauksen laadun arviointimittaria. Häneltä saatiin kirjallinen lupa käyttää mittaria ja modifioida sitä tämän opinnäytetyön tarkoitusta varten. Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa allekirjoitettiin opinnäytetyötä koskeva sopimus, jossa on määriteltynä sopimuksen voimassaoloaika, toteutusaikataulu, käytännön opinnäytetyön ohjaajat, toiminnan sisältö, kustannukset, tulosten raportointi, tulosten hyödyntäminen, käyttöoikeus ja sopimuksen siirtäminen tai purkaminen. Sopimusta on noudatettu tarkasti.

10.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida mittaamisen, tulosten luotettavuuden ja aineiston keräämisen kannalta. Mittarin luotettavuus on yksi keskeinen asia koko tutkimuksen kannalta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013.) Mittarin luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulman kautta. Sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että mittari mittaa sitä ilmiötä, jota sen on tarkoitus mitata. Ulkoinen

validiteetti tarkoittaa sitä kuinka hyvin tutkimustulokset voidaan yhdistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tässä opinnäytetyössä käytettyä Potilasohjauksen laatumittaria on käytetty useissa tutkimuksissa. Mittarin sisältö- ja rakennevaliditeetti on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi. (Kääriäinen 2007.) Cronbachin–alpha-kerrointa on käytetty yleisesti mittarin sisäisen johdonmukaisuuden testaamiseen. Uudella mittarilla yli 0.70 arvoja pidetään hyvänä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tässä työssä Cronbachin mittarin sisältöalueiden alpha-kertoimet olivat korkeita: 0.89–0.98. (Taulukko 1.)

Mittaria muokattiin tähän opinnäytetyöhön sopivaksi. Rytmikardiologian ylilääkäri teki mittarin sisällöllisen tarkistuksen ja piti sitä hyvänä. Ohjauksen riittävydestä tahdistimen vaikutuksesta arkeen kysymystä ”Mitä tehdä jos rytmihäiriötahdistin antaa sähköiskun ” olisi pitänyt selventää siten, että siihen vastaavat vain ne joille on asennettu rytmihäiriö- tai vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistin. Hitaan sykkeen tahdistimessa tätä ominaisuutta ei ole. Ohjauksen riittävydestä sairauden hoitoon olisi voinut lisätä kysymyksen haavahoidon riittävydestä. Tahdistinhaavainfektio on vakava komplikaatio tahdistimen asennuksen jälkeen. Se johtaa yleensä koko tahdistinjärjestelmän poistoon ja pitkään antibioottihoitoon, kunnes infektio saadaan hoidettua.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa otokseen suuruus. Otoksen ollessa pieni, tulokset ovat sattumanvaraisia. (Heikkilä 2008.) Opinnäytetyön aineisto koostui työikäisistä ensimmäisen tahdistimen saaneista potilaista. Kaikkiaan tahdistimia asennettiin vuonna 2012 Meilahden sydäntutkimusosastolla 760 kappaletta. Tämän tutkimuksen kriteerit täyttäviä työikäisiä tahdistinpotilaita (alle 68v.) on arvioitu vuosittain olevan noin 10 – 15 % kaikista noin 70–100 tahdistimen saaneista potilaista (rytmikardiologin arvio). Tässä opinnäytetyössä kysely tehtiin 43 työikäiselle ensimmäisen tahdistimen saaneelle eli noin puolelle tutkimusvuonna tahdistimen saaneelle potilaalle. Vastausprosentti tässä työssä oli 53.5 % (n=23), mikä vastaa melko yleistä vastausosuutta postikyselyssä. Kyselylomakkeen pituus ja vastaajien sairauden vaikeus on saattanut vaikuttaa osaltaan alhaiseen vastausprosenttiin.

Tilastollinen analyysi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Havaintoaineisto syötettiin tarkasti tilasto-ohjelmaan. Opinnäytetyöntekijä sai apua opinnäytetyön ohjaajalta ja tilastotieteen opettajalta. Aineiston pienen koon vuoksi päädyttiin kuvailemaan tuloksia keskiarvojen, frekvenssien ja keskihajonnan avulla. Ristiintaulukoinnilla ja khiin-neliötestillä etsittiin havaittujen ja odotettujen frekvenssien välistä eroa. Niiden tilastol-lista merkitsevyyttä on vaikea arvioida, koska otos oli pieni. Luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijän kokemattomuus tilastomenetelmien käytöstä. Tilasto-ohjelmalla voidaan suorittaa testaamiseen liittyvät laskutoimitukset, mutta tutkimuksen tekijällä on vastuu tulosten tulkinnasta ja johtopäätöksistä.

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä. Opin-näytetyöntekijällä ei ole aikaisempaa kokemusta laadullisen aineiston analyysistä, mikä saattaa heikentää analyysin luotettavuutta. Otoksen pieni määrä saattaa myös heiken-tää tulosten luotettavuutta, jos johtopäätökset on tehty liian vähäisestä aineistosta. Opinnäytetyön tekijällä on pitkä työkokemus sydänpotilaiden hoidosta, ohjauksesta ja toimenpideyksikössä työskentelystä.

10.4 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Tuloksissa tuli esille, että hitaan sykkeen tahdistinpotilaat, jotka ovat lähes aina poliklii-nisia potilaita, olivat tyytymättömiä ohjauksen riittävyden, potilaslähtöisyyden ja ohjauksen vaikutusten osalta. Omaisten ja läheisten ohjauksen hitaan sykkeen tahdis-tinpotilaat arvioivat riittämättömäksi. Polikliinisten tahdistinpotilaiden ohjausta tulisi keskittää ei- kiireellisten tahdistinasennusten osalta etukäteen annettavaan ohjaukseen ja neuvontaan. Kiireellisiin tahdistimien asennukseen tuleville potilaille ohjaus tulee keskittää asennuksen jälkeen tapahtuvaan ohjaukseen.

1. Polikliinisille ei- kiireellisille tahdistimen asennukseen tuleville potilaille järjestetään valmistelukäynti ennen tahdistimen asennusta. Käynnillä olisi mahdollisuus keskustella asiantuntijan (lääkäri/sairaanhoitaja) kanssa tahdistimeen liittyvistä asioista. Omai-nen/läheinen voi olla mukana tällä käynnillä. Tämä on ollut käytössä jo vuosia elektro-fysiologisiin (rytmihäiriö) tutkimuksiin ja hoitoihin tulevien potilaiden osalta Meilahden sydäntutkimusosastolla.

2. Ajanvarauskirjeeseen liitetään linkki Sydänliiton – ja sydänpiirien internetsivustoista sekä linkki Olka- potilastukipisteestä. Olka-potilastukipiste toimii Meilahden sairaalassa. Noilta sivustoilta löytyy muun muassa tietoa, tukea ja neuvontaa sairauteen, sairauden hoitoon ja vertaistukeen liittyvissä asioissa.

3. Kiireellisille tahdistimen asennukseen tuleville potilaille järjestetään ohjausta tahdistimen asennuksen jälkeen painottuvaksi. Osastoille ja eri sairaaloihin, joissa tahdistinpotilaita hoidetaan järjestään koulutusta hoitohenkilökunnalle. Esimerkiksi niin, että koulutetaan tahdistinhoitajia, jotka voisivat omissa sairaaloissaan ohjata tahdistinpotilaita koordinoitua ja kouluttaa muuta henkilökuntaa. Kehityshankkeena voisi olla tahdistinpotilaan hoitoprosessin ja ohjauksen laadun kehittäminen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tahdistinpotilaiden ja muiden sydänpotilaiden ohjauksen suunnittelussa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä tahdistinpotilaiden ohjauksen laatua. Jatkotutkimuksena voisi olla tahdistinpotilaita hoitavien ja ohjaavien hoitajien ohjausvalmiuksien kartoittaminen. Tutkimuksen voisi keskittää tahdistinpotilaita hoitaviin yksiköihin pääkaupunkiseudulla.

Lähteet

Ekola, Sirkka 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoidaja-lehti vol. 12 (4) 2008.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Tammi.

Fredericks, S – Beanlands, H – Spalding, K – Da Siva, M 2010. Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions. A systemic review. European Journal of Cardiovascular Nursing 9: 30 – 37.

Heikkilä, Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. Uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helajävi-Tirri, Jaana 2012. Tahdistimen saaneen potilaan tiedon tarve ja tiedon saanti. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos/Lääketieteellinen tiedekunta. Turun Yliopisto. Turku.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.

Hoitotyön vuosikirja. 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki

Jokelainen, Irja 2009. Sairaanhoidajalehti 4. Kainuulaisten sydän hyvissä käsissä. Artikkel.

Journal of American Academy of Nurse Practitioners. 2009. Journal Article. Recipients of implanted cardiovascular defibrillators of the literature. 21(10) 549 – 56.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Koistinen, Juhani – Pakarinen, Sami 2011. Mitä sydämen tahdistinhoito on tänään? Lääkärilehti 34(66) 2417–2421.

Koivisto, Ulla-Maija – Raatikainen, Pekka 2011. Rytmihäiriöpotilaiden etäseuranta. Sydänääni 22(1A) 79–88.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo. 2007. Ohjaaminen hoitoyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa. Hoitotiede. vol.11 1999.

Kähkönen, Outi – Kankkunen, Päivi – Saarinen, Terhi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24(3) 201-215.

Käypä hoito-suositukset. 21.1.2010. Tahdistinhoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä.

Kääriäinen, Maria. Potilasohjauksen laatu. 2007. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Leino- Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. 1. – 3. painos. Helsinki: WSOY.

Lipponen, Kaija – Kanste, Outi – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 45: 121–135.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria toim.2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Lönnberg, Päivi – Koivunen Marita 2011. Tahdistinpotilaan tiedontarve Satakunnan keskussairaalan Sydänyksikön poliklinikalla. VeTe –hankkeen selvitysraportti

Malm, D – Karlsson, JE – Fridlund, B 2007. Effects a self-care program on the health related quality of life pacemaker patients. A nursing intervention study. Canadian Journal of cardiovascular Nursing. 17(1)15.

McNeil, Barbara 2012. You "Teach, but does patient really learn? Basic principles to promote safer outcomes. Tar Heel Nurse. North Carolina.

Muhonen, Kristiina 2008. Sydänsiirtoleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Pakarinen, Sami – Lehto, Mika 2011. Vain säädetty tahdistin auttaa. Sydänääni 22(1A) 35–40.

Pakarinen, Sami – Oikarinen, Lasse 2011. Tahdistimen asennus. Sydänääni 22(1A) 3–14.

Pakarinen, Sami – Toivonen, Lauri 2010. Aikakausikirja Duodecim. 2010:126 (7) 757–63. Katsaus.

Palacios-Cena Domingo, Losa-Iglesias Marta. E, Alvarez-Lopez Cristina, Cachon.Perez Miguel, Reyes Rosalie Ann.R, Salvadores-Fuentes Paloma, Fernandez-de-las-Penas Casar 2011. Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Journal of Advanced Nursing. 67(12) 2537–2550.

Parikka, Hannu 2008. Tahdistinhoidon seuranta. Teoksessa Sydänsairaudet. Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Yli-Mäyry, Sinikka (toim.) Helsinki: Duodecim.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo:WSOY.

Pietilä, Anna-Maija – Länsimies-Antikainen, Helena (toim.) 2008. Etiikkaa monitieteellisesti. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Ronkainen, Suvi – Pehkonen, Leila – Lindblom, Ylänne, Sari – Paavilainen, Eija 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki. WSOY pro.

Ruotsalainen, Taru 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Väitöskirja. Turku: Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto.

Sairaanhoitaja Hus, tahdistinpoliklinikka. Helsinki. Haastattelu 3.12.2012.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY kirjakeskus.

Tahdistinhoito. Käypä hoito –suositus 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen seuran asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.

Tähtinen, Juhani – Laakkonen, Eero – Broberg, Mari 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Turun yliopisto, kasvatustieteiden laitos.

Van Hemel, Nu 2007. A review of factors contributing health related quality of life achieved with cardiac resynchronization therapy for the heart failure. *Minerva cardiology* 5(6) 783 – 802.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, Anne. 2010. Voimavaralähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio.

Vuori, Hannu 1993. Terveystieteiden laadunvarmistus. SHKS. Helsinki.

www.finlex.fi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.785/1992. Luettu 14.9.2012

www.finlex.fi. Terveystieteiden laadunvarmistuslaki. 30.12.2010. Luettu 14.9.2012.

Zayac, Susan – Finch, Nancy 2009. Recipients of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived adaption: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21 (10):549 – 556.

Potilaskysely

M. Kääriäinen ©_2009

I. Taustatiedot

Ympyröikää oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Sukupuoli 1. nainen
 2. mies
2. Ikä alle 30v.
 31-50v.
 51-67v.
3. Siviilisäätty 1. naimaton
 2. naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa
 3. eronnut/leski

4. Peruskoulutus 1. kansakoulu/ keskikoulu tai peruskoulu
 2. ylioppilastutkinto

5. Tutkintoaste, ympyröi korkein suorittamasi tutkinto

1. kouluasteen/nuorisosteiden ammattitutkinto
2. opistoasteen tutkinto/alempi korkeakoulututkinto/amk
3. ylempi korkeakoulututkinto/yamk

6. Työssä käynti 1. ansiotyössä
 2. työtön
 3. opiskelija
 4. äitiyslomalla/vanhempainvapaalla
 5. työkyvyttömyys eläkkeellä

7. Kuinka kauan teillä on ollut tahdistin

_____ kk/v

8. Oletteko ollut sydämen rytmihäiriön vuoksi hoidossa, ympyröikää kaikki oikeat

vastausvaihtoehdot

1. päivystyspoliklinikalla
2. kardiologisella vuodeosastolla
3. ajanvarauspoliklinikalla (esim. kardiologian poliklinikalla)

9. Minkälainen tahdistin teille on asennettu?

1. hitaan rytmintahdistin
2. rytmihäiriötahdistin
3. vajaatoimintatahdistin
4. vajaatoiminta - ja rytmihäiriötahdistin

10. Tahdistimen asennus oli

1. kiireellinen (päivystyksenä 1-2 vuorokauden sisällä)
2. ei-kiireellinen, ajanvarauskirje tuli kotiin
3. muulla tavoin, millä _____

II Ohjauksen laatu

Arvioi saamaanne ohjauksen laatu. Ohjauksella tarkoitetaan potilaan tarpeisiin perustuvaa, vuorovaikutteisesti ja tavoitteellisesti toteutettua terveyteen ja hoitoon liittyvien asioiden käsittelyä. Merkitkää jokaisella sivulla ruutuun se numero, joka vastaa mielipidettänne

M. Kääriäinen © 2009

OHJAUKSEN RE- SURSSIT	1=Täysin samaa miel- tä	2=Osittain samaa miel- tä	3=Ei samaa eikä eri mieltä	4=Osittain eri mieltä	5=Täysin eri mieltä	0= En osaa vastata
Hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua						
Ohjaus toteutettiin sopivissa tiloissa						
Ohjauksessa käytettiin ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia esim. kotihoito-ohjeet						
Ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä esim. internet, videot						
Ohjaukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa						
Hoitohenkilökunta hallitsi sen tiedon, jota ohjauksessa tarvittiin						
Hoitohenkilökunta osasi ohjata taitavasti minua						
Hoitohenkilökunta asennoitui myönteisesti ohjaamiseen						
Hoitohenkilökunta osasi ohjata minua sopivalla, henkilökohtaisella tavalla						
Hoitohenkilökunta osasi ohjata sairau- den hoitoon liittyvien asioiden harjoitte- lussa esim. sykkeen mittaus.						

Merkitkää ruutuun numero, joka vastaa mielipidettänne

M. Kääriäinen © 2009

2. OHJAUKSEN RIIT- TÄVYYS: Sain riittävästi ohjausta	1=Täysin sama mieltä	2=Osittai n samaa mieltä	3= Ei sa- maa eikä eri miel- tä	4=Osit- tain eri mieltä	5=Täy- sin eri mieltä	0=En osaa vastata
Rytmihäiriön oireista						
Rytmihäiriön vaarateki- jöistä esim. sydänin- farkti						
Tahdistimen vaatimista rajoituksista päivittäis- essä elämässä esim. sähkölaitteet ja autolla ajo						
Liikuntamuodoista mitä voin harrastaa tahdis- timen kanssa						
Lääkehoidon toteutta- misesta						
Tahdistimen vaikutuk- sesta työkykyyn esim. fyysisesti raskas työ						
Tahdistimen vaikutuk- sesta omaisii- ni/puolisooni						
Omasta mahdollisuu- desta osallistua hoitoon						
Mahdollisista lisäsaira- uksista						
Miten jatkokäynnit sai- raalassa/vastaanotolla toteutetaan						
Kuntoutuspalveluista						
Sosiaalietuuksista: Ke- lan korvaukset						
Vertaistukiryhmistä esim. sydänliitto						
Mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee hoito- ongelmia						
Tahdistimen toiminta- häiriöistä						
Mitä tehdä, jos rytmihäiriötahdistin antaa iskun						

Merkitkää ruutuun numero, joka vastaa mielipidettänne

M. Kääriäinen © 2009

3.OHJAUKSEN TO- TEUTUS	1=Täysin samaa mieltä	2=Osittai n samaa mieltä	3=Ei samaa eikä eri mieltä	4=Osittain eri mieltä	5=Täysin eri mieltä	0=En osaa vastata
Ohjauksessa käsi- teltiin juuri niitä asioita, joita minä tarvitsen						
Minulta kysyttiin, mitä tiedän ohjat- tavista asioista etuudestaan						
Minua rohkaistiin kysymään askar- ruttavista asioista ohjaustilanteessa						
Minua rohkaistiin esittämään toivei- ta						
Omaise- ni/puolisoni otet- tiin mukaan ohja- ustilanteeseen						
Kanssani keskus- teltiin, mikä on minulle sopiva tapa muistaa asioi- ta esim. katsomal- la, kuuntelemalla						
Ohjattavia asioita sovellettiin minun elämään						
Tunteeni esim. pelot, suru, petty- mys huomioitiin ohjauksessa						
Ohjaus toteutettiin keskustelemalla						
Minulla oli mahdol- lisuus esittää ky- symyksiä						
Sain ilmaista hoi- to-ohjeista mielipi- teitäni						
Ohjaustilanteen ilmapiiri oli turval- linen						
Ohjauksessa käyt- ettiin ymmärret- tävää kieltä						

Merkitkää ruutuun numero, joka vastaa mielipidettänne

M. Kääriäinen © 2009

3.OHJAUKSEN TOTEUTUS	1=Täysin samaa mieltä	2=Osittain samaa mieltä	3= Ei samaa eikä eri mieltä	4=Osittain eri mieltä	5=Täysin eri mieltä	0=En osaa vastata
Minua kuunneltiin ohjauksessa						
Keskustelu eteni esiintuomieni asioiden mukaan						
Yhdellä ohjaukserillä käytiin sopiva määrä asioita esim. 1-3 asiaa						
Minua pidettiin oman elämäni asiantuntijana						
Minulle esitettiin sellaisia kysymyksiä, että jouduin miettimään elämäni ja sairastumistani						
Minua kuunneltiin, kun tunteeni oli pinnalla						
Keskeiset asiat kerrattiin ohjauksen lopuksi						

Merkitkää ruutuun numero, joka vastaa mielipidettänne

M. Kääriäinen © 2009

4.OHJAUKSEN VAIKUTUKSET: Ohjaus on edistä- nyt	1=Täysin samaa mieltä	2=Osittain samaa mieltä	3=Ei samaa eikä eri mieltä	4=Osittain eri mieltä	5=Täysin eri mieltä	0=En osaa vastata
Toimintakykyäni						
Mielialaani						
Hyvinvoinnin tun- netta						
Myönteistä asen- noitumista elä- mäni ja hoitooni						
Tietoa sairaudes- tani						
Asioiden ymmär- tämistä						
Itseni hoitoa koto- na						
Selviytymistä ko- tona						
Omaiseni/puolisoni tietoa tahdistimes- ta						
Lääkehoidon nou- dattamista						
Terveellistä ruokai- lua ja liikkumista						
Osallistumista ja vastuunottoa hoi- dosta						
Tuntemasta pelkoa tahdistinlaitetta kohtaan						

11. Minkälaista saamanne ohjaus on ollut kokonaisuudessaan? Ympyröikää numero, joka vastaa mielipidettänne.

1. Huonoa
2. Välttävää
3. Tyydyttävää
4. Hyvää
5. Kiitettävää

12. Miten sydämentahdistinpotilaan ohjausta voisi kehittää jatkossa?

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTANNE

Arvoisa vastaaja

Olette olleet sydämentahdistimen asennuksessa Meilahden sairaalassa. Pyydän Teitä osallistumaan kyselytutkimukseen, jonka tarkoituksena on auttaa kehittämään potilasohjauksen laatua sydämentahdistinpotilailla. Tämä kyselytutkimus on osa YAMK-tutkintooni kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata työikäisen tahdistinpotilaan ohjauksen laatua potilaiden kokemana. Osallistuminen kyselytutkimukseen on täysin vapaaehtoista, mutta Teidän osallistuminen olisi erittäin tärkeää. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin puoli tuntia, joten varatkaa sen verran lisäaikaa seuraavalla tahdistinpoliklinikka käynnillä.

Tahdistinpoliklinikan henkilökunta antaa teille seuraavalla käynnillä kyselylomakkeen ja voitte täyttää sen samalla käynnillä. Kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa sille varattuun paikkaan. Antamanne tiedot säilyvät luottamuksellisina eikä henkilöllisyyttä tai muita tietoja voida tunnistaa.

Yhteistyöstä jo etukäteen lämpimästi kiittäen,

Eeva-Liisa Koivisto

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

eeva-liisa.koivisto@metropolia.fi

Opinnäytetyötäni ohjaa yliopettaja, TtT Ly Kalam-Salminen

ly.kalam.salminen@metropolia.fi

TIETOKANTA	HAKUSANA	HAUN RAJAUS	HAKUTULOS	ABSTRAKTIN PERUSTEELLA HYVÄKSYTTY
Cinahl (EBS-COHOST) Asia-sana	Patient education or counseling and quality	English Year 2007-2013, Research Article Age 19-64+	71	4
	Pacemaker and patient and counseling		1	1
	Pacemaker and health care		10	–
Medic Asiasana	Potilasohj* and laatu	2007 -2013	8	2
	Sydäm* and ohj*		17	4
Medline (OVID)	Patient educ*	Advanced search English Year 2007-2013 Review Articles	13	–
	Patient* educ* and pacemaker		15	3
Manuaalinen haku				10

Tahdistinpotilaan ohjaus – hoitajan muistilista

Sydäntutkimusosastolta kotiutuvan potilaan ohjauksen toteuttaa tarkkailun hoitaja ohjausmateriaalia hyväksi käyttäen. Muiden potilaiden ohjauksen toteuttaa jatkohoito- osaston ja tahdistinpoliklinikan henkilökunta. Toimenpidehuoneen hoitaja antaa potilaalle laitevalmistajan oppaan ja jatkohoito-ohjeen.

Ohjausmateriaali:

- Käypä hoito – suositus tahdistinhoidosta henkilökunnalle ja potilaalle:
<http://www.kaypahoito.fi/tahdistinhoito>
- Laitevalmistajien tahdistinoppaat
- Ohjeet intra.hus.fi: "Magneettikuvauksen kontraindikaatiot yleisperiaatteet" ja "Tahdistinpotilaan magneettikuvantaminen (MK)"
- Sydäntutkimusosaston ohjeet:
"Tahdistintoimenpiteeseen tulevan potilaan valmistelu Sydäntutkimusosastolla"
"Tahdistinpotilaan jatkohoito-ohje"
"Tahdistinpotilaan kotiutuskriteerit"

Toimenpiteen jälkeen lähitunteina tärkeää on välittömien komplikaatioiden seuranta. Keuhkokuva otetaan toimenpidehuoneessa (Artis- laitteistolla) tai tarvittaessa röntgenissä. EKG tulostetaan toimenpiteen jälkeen toimenpidehuoneessa (Sensis- laitteistolla).

Potilasohjauksen sisältö:

1. Tahdistinhoidon tavoite: mahdollisimman normaali elämä.
2. Yksilölliset tahdistinhoidon kriteerit:
 - Hidas syke
 - (Sairaana sinuksen oireyhtymä, eteiskammiosolmukkeen häiriöt; II tai III asteen katkos, heijasteperäinen hidasyöntisyys)
 - Rytmihäiriöt
 - Sydämen vajaatoiminta

Potilaalle kerrotaan tahdistimen laitton syy ja laitteen antama apu. Hidaslyöntisyydestä johtuvaa huimausta tai tajunnanmenoa ei enää tule. Rytmihäiriötahdistin hoitaa rytmihäiriön, vajaatoimintatahdistin helpottaa vajaatoiminnan oireita. Potilaan vointi kohenee ja hän voi elää mahdollisimman normaalia elämää. Tahdistinkortti ja seuraava tarkastusaika tahdistinpoliklinikalle (2-3 kk kuluttua) postitetaan kotiin. Tahdistinkortti on pidettävä aina mukana. Tahdistinlaitteen jatkoseuranta 1-2 vuoden välein poliklinikakäynteinä oman alueen erikoissairaanhoidossa.

3. Haava-alueen suojaaminen:

- Haavan hoito, peseytyminen, lääkehoito, yhteydenotto- ohjeet tahdistinpoliklinikalle
- Potilas saa ohjeet lääkehoidosta. Erityisesti on huolehdittava antikoagulaatiohoidon turvallisuudesta aloittamisesta.
- Haavan paranemisen jälkeen (varoaika 2-4 vk) voi elää normaalia elämää. Varoaika on tahdistinlaitteen kiinnittymistä varten, laitteenpuoleista kättä ei saa varoaikana voimakkaasti venyttää/rasittaa.
- Kuntoliikuntaa voi harrastaa ja kuntosalilaitteita voi käyttää, sykemittaria voi käyttää. Kontaktilajeja tahdistinpotilaan on vältettävä tahdistimen seutuun mahdollisesti kohdistuvien iskujen takia.

4. Sähköisten häiriöiden välttäminen:

- Tahdistinkortti on pidettävä aina mukana. Se on esitettävä henkilökunnalle aina ennen suunniteltua leikkaus- tai hammashoitoa tai lentokentällä turvatarkastuksessa.
- Turvatarkastus tehdään käsin turhien hälytysten ja mahdollisten laitehäiriöiden välttämiseksi.
- Matkapuhelimen käyttö ei aiheuta tahdistinongelmia, sen säilyttämistä kuitenkin suositellaan vastakkaisella puolella.
- Kauppojen sähköiset valvontalaitteet eivät aiheuta tahdistinongelmia kuljettaessa niiden ohi nopeasti.
- Sähköhitsausta ja voimakkaita teollisuuden magneettikentät:
- Tahdistimesta riippuvaisten potilaiden ja rytmihäiriötahdistinpotilaiden on yleensä vältettävä sähköhitsausta.
- Ammateissa, joihin liittyy työskentelyä voimakkaassa sähkömagneettisessa kentässä, voi tahdistinhoito olla ongelmallista.
- MRI -tutkimukseen HUS Kuvantamisyksikön menettelyohjeiden mukaan
(intra.hus.fi: Magneettikuvauksen kontraindikaatiot yleisperiaatteet ja Tahdistinpotilaan magneettikuvantaminen)

5. Yhteydenotot Tahdistinpoliklinikalle viipymättä:

- Infektion merkkejä haavan seudussa tai äkillinen kuumeen nousu / vilunväristykset.
- Jos kotiutumisen jälkeen tulee rytmihäiriöitä, lisääntyvää hengenhädistystä tai laitteenpuoleisen käden puutumista, turvotusta tai kipua.
- Jos potilas saa sähköiskun.
- Jos oireet, jotka olivat ennen tahdistimen laittoa palaavat.

Meilahden sairaalan Tahdistinpoliklinikka 09-471 74569 (ark 7:30-15:30)



HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

Polikliiniset tahdistinasennukset

1 (2)

Valtimoklinikka

28.9.2012

Sydäntutkimusosasto

SYDÄNTUTKIMUSOSASTON POLIKLIINISET TAHDISTINASENNUKSET

1. SAIRAALASIIRTONA TEHTÄVÄT TAHDISTINASENNUKSET

= Potilaat, jotka tulevat muista sairaaloista, ja palaavat samana päivänä omaan sairaalaan takaisin

TAHDISTIMEN ASENNUKSEN JÄLKEEN

- Alkuperäinen tahdistinkaavake, muutama potilastarra sekä johtojen ja generaattorin tarrat tahdistinpoliklinikalle tahdistinrekisteriä varten
- Tarkkailu ottaa kopion tahdistinasennuskaavakkeesta ja potilaan seuranta-kaavakkeesta lähettävään sairaalaan
- Potilaasta otetaan keuhkokuva 'tahdistin single' –kuvauksella toimenpiteen päättyessä, tämä kirjataan tarkkailu- ja tahdistinpk-kaavakkeeseen
- Potilaasta otetaan EKG Sensiksen kautta heti toimenpiteen jälkeen ja kopio tästä potilaan mukana lähettävään sairaalaan
- Toimenpidelääkäri ohjelmoi tahdistimen heti asennuksen jälkeen
- Toimenpidelääkäri sanelee toimenpidetekstin digisaneluna
 - lääkärin tekstissä tulee olla maininta 'Tämä teksti lähetteeksi kyseisen sairaalan tahdistinpoliklinikalle ajanantoa varten'
 - lääkärin tekstistä kopion mukaan tarvitsevat vain kaupunginsairaaloihin siirtyvät potilaat esim. Maria, Malmi, Haartman
 - HUS:n sairaalat esim. Porvoo, Lohja, Hyvinkää, Jorvi, Peijas ja Tammisaari näkevät tekstin Mirandasta
- Toimenpidehoitaja antaa potilaalle laitevalmistajan tahdistinoppaan ja jatkohoito-ohjeen
- Tarkkailun hoitaja toteuttaa suullisen potilasohjauksen
- Tarkkailussa tallennetaan potilaan käyntitiedot Oberoniin

2. KOTOA SUORAAN TAHDISTINASENNUKSEEN TULEVAT POTILAAT

= Potilaat, jotka on kutsuttu suoraan Sydäntutkimusosaston tarkkailuun, ja kotiutuvat sieltä samana päivänä

TAHDISTIMEN ASENNUKSEN JÄLKEEN

- Alkuperäinen tahdistinkaavake, muutama potilastarra sekä johtojen ja generaattorin tarrat tahdistinpoliklinikalle tahdistinrekisteriä varten
- Potilaasta otetaan keuhkokuva 'tahdistin single' –kuvauksella toimenpiteen päättyessä, ja tämä kirjataan tarkkailu- ja tahdistinpk-kaavakkeeseen
- Potilaasta otetaan EKG Sensiksen kautta heti toimenpiteen jälkeen, ja kopio tästä lähettävään sairaalaan

Helsingin ja Uudenmaan

PL

Puh

www.hus.fi

sairaanhoitopiiri

Faksi

etunimi.sukunimi@hus.fi

Päivitetty 200612 /M.Grönfors